

sağlık akademisyenleri

Health Care Academician Journal

DERGİSİ

YIL: 2018 CİLT: 5 SAYI: 1 (3 Ayda Bir Yayımlanır)

ISSN: 2148-7472

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

- Kıbrıs'taki sağlık sistemi reformu: Denemeler ve iyileştirmeler
- Fizik tedavi uygulamalarında çalışan ve hasta/hasta yakını açısından hasta güvenliği
- Bir kamu hastanesi radyoloji ünitesinin zaman esaslı faaliyete dayalı maliyetleme yöntemine göre maliyet ve karlılık analizi
- Hasta güvenliği kültürü üzerine bir araştırma: Eğitim ve araştırma hastanesi örneği
- Kanserli hasta yakınlarının yaşadıkları sorunlar ve hemşirelik yaklaşımı
- Hindistan'ın Kerala kentinde gerçekleşen kurumsal doğumlardaki uygunsuzluklar: Bir izleme mekanizması ihtiyacı
- Sağlık çalışanlarının hizmetkâr liderlik algılarının örgüt iklimi ve örgütsel bağlılık üzerine etkileri: bir kamu hastanesi örneği
- Avustralya'da sağlık hizmetleri akreditasyon sistemi
- Aile hekimliğinde hasta memnuniyetine yönelik bir araştırma
- Hemşirelerinin eleştirel düşünme eğilimleri: Bir eğitim ve araştırma hastanesi örneği
- Hemşirelik hizmetlerinde hasta güvenliği ve tıbbi hata (Malpraktis)



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 KAHVECI, 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 ABRİ, 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 KAHVECI, 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	ŞUAYIP 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	YANNİS 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

Kıbrıs'taki sağlık sistemi reformu: Denemeler ve iyileştirmeler <i>Cyprus' health system reform: Trials and tribulations</i> Andreas Polynikis, Giagkos Lavranos	1-6
Fizik tedavi uygulamalarında çalışan ve hasta/hasta yakını açısından hasta güvenliği <i>According to employee and patient point of view; factors affecting quality of physical therapy applications and patient</i> Betül Akalın	7-12
Bir kamu hastanesi radyoloji ünitesinin zaman esaslı faaliyete dayalı maliyetleme yöntemine göre maliyet ve karlılık analizi <i>The analysis of cost and profit of a public hospital radiology unit according to time-driven activity-based costing method</i> Enver Bozdemir	13-24
Hasta güvenliği kültürü üzerine bir araştırma: Eğitim ve araştırma hastanesi örneği <i>A study on the patient safety culture: Example of training and research hospital</i> Işıl Türk, Serpil Akgül, Mustafa Seçkin, Sabahattin Tekingündüz, Aysu Zekioğlu	25-34
Kanserli hasta yakınlarının yaşadıkları sorunlar ve hemşirelik yaklaşımı <i>The problems of the cancer patient's relatives and nursing approach</i> Sibel Şentürk, Derya Bıçak, Derya Akça	35-39
Hindistan'ın Kerala kentinde gerçekleşen kurumsal doğumlardaki uygunsuzluklar: Bir izleme mekanizması ihtiyacı <i>Indignities in Institutional deliveries in Kerala, India: Need for a monitoring mechanism</i> Lekha D Bhat, Kesavan Rajasekharan Nayar	40-46
Sağlık çalışanlarının hizmetkâr liderlik algılarının örgüt iklimi ve örgütsel bağlılık üzerine etkileri: bir kamu hastanesi örneği <i>The servant leadership perceptions' effects on organizational climate and organizational commitment of health workers: an example of a public hospital</i> Cemil Örgev, Elif Saba Sütlü	47-53
Avustralya'da sağlık hizmetleri akreditasyon sistemi <i>Health care accreditation system in Australia</i> Özden Güdük	54-59
Aile hekimliğinde hasta memnuniyetine yönelik bir araştırma <i>A research on patient satisfaction in family medicine</i> Harun Kırılmaz, Kübra Öztürk	60-70
Hemşirelerinin eleştirel düşünme eğilimleri: Bir eğitim ve araştırma hastanesi örneği <i>Critical thinking trends of nurses: An example of a training and research hospital</i> Fusun Afşar, Asibe Özkan, Ali Arslanoğlu	71-75
Hemşirelik hizmetlerinde hasta güvenliği ve tıbbi hata (Malpraktis) <i>Patient safety in nursing services and medical error (Malpractices)</i> Bayram Metin	76-78

Derleme / Review Article



Kıbrıs'taki sağlık sistemi reformu: Denemeler ve iyileştirmeler

Cyprus' health system reform: Trials and tribulations

Andreas Polynikis¹, Giagkos Lavranos²

¹Former Senior Executive and Quality Director Ministry of Health Nicosia, Cyprus

²Consultant in Internal Medicine & Acute Care Assistant Professor of Public Health Vice Chairperson, Dpt of Health Sciences Coordinator, PhD Nursing / PhD Public Health European University-Cyprus

Anahtar Kelimeler:

Sağlık sistemleri reformları, ulusal sigorta, değişim direnci, politik eksenler, baskı grupları, hastanelerin özerkliği

Key Words:

Health systems reforms, national insurance, resistance to change, political axes, pressure groups, hospitals autonomy

Yazışma Adresi/Address for correspondence:

Andreas Polynikis,
Former Senior Executive and Quality Director Ministry of Health Nicosia, Cyprus
polinik@cytanet.com.cy

Gönderme Tarihi/Received Date:
14.02.2018

Kabul Tarihi/Accepted Date:
27.02.2018

Yayımlanma Tarihi/Published Online:
31.03.2018

DOI:
10.5455/sad.13-1518617280

ÖZET

Kıbrıs, son 25 yıl boyunca bu görev için harcanan önemli mali kaynaklara, 2001 Ulusal Sağlık Sigortası Kanunu'nun (USSK) kabulüne ve Sağlık Sigortası Organizasyonu'nun (SSO) kurulmasına rağmen, sağlık reformlarını hayata geçirmeye çalışmakta başarısız olmuştur. Bu makale, önerilen sağlık sektöründeki reformların uygulanmamasının nedenlerini ortaya koymayı ve engellerin üstesinden gelmenin olası yollarını önermeyi amaçlamaktadır. Yazarlar, Cumhuriyet Başkanları ve Sağlık Bakanları, başlıca kurucu figürler ve sendikalar ve işveren temsilcileri, sağlıkta baskı grupları, sağlık çalışanları gibi politikacılar ile yarı yapılandırılmış görüşmeler yoluyla bu soruna niteliksel bir yaklaşımda bulunmayı seçmişlerdir. Buna ek olarak, veriler Kıbrıs Sağlık Bakanlığı kayıtlarından alınmıştır.

Bu çalışmanın sonuçları, Kıbrıs'ta hükümet veya devlet mekanizmasının önerilen Ulusal Sağlık Sigortası Kanunu'nun uygulanabilir olduğuna inanmadığını ve dolayısıyla Kıbrıs'taki Ulusal Sağlık Sisteminin uygulanmasıyla çıkarları tehdit altındaki paydaşlarla çatıştığını ortaya koymaktadır. Sigorta şirketleri ve yüksek gelirli doktorlar, hükümetler üzerinde Ulusal Sağlık Sigortası Programı'nın uygulanmasını durdurmak için baskı uygulamaktadır. Vergi kaçakçılığı, Sağlık Sigortası Organizasyonu'nun teknik uzmanlığının eksikliği ve inceleme döneminde gerçekleşen üç büyük olay, yani Avrupa Birliği'ne giriş, Avrupa Ekonomik Alanı (AEA) ve mali kriz, tüm girişimlere son vermiştir. Gerekli fonlar sağlanmış olmasına rağmen altyapı geliştirilememiştir. Sonuç olarak, devlet hastanesi özerkliği kurma planı, reformları uygulamak için yapılan tüm girişimlere son verilmiştir.

ABSTRACT

For the past 25 years, Cyprus has been unsuccessfully trying to implement healthcare reforms, despite the significant financial resources spent on this task, the enactment of the 2001 Law of the National Health Insurance Scheme (NHIS) and the establishment of the Health Insurance Organization (HIO) with the mission to implement a National Health Insurance Scheme in the country. This paper aims to trace the causes of failure to implement proposed reforms in the healthcare sector, and suggest possible ways to overcome the barriers. The authors have chosen to take a qualitative approach to this investigation through semi-structured interviews with politicians such as Presidents of the Republic and Ministers of Health, main constituent figures and representatives of trade unions and employers, pressure groups in healthcare, health workers. In addition, the data were drawn from the records of the Cyprus Ministry of Health.

The results of this study reveal that no government or state mechanism in Cyprus has believed in the viability of the proposed NHIS and thus has been in conflict with stakeholders whose interests have been threatened by the implementation of the National Health System in Cyprus. Insurance companies and doctors with high income, exercise pressure on governments to withhold the implementation of the National Health Insurance Scheme. Tax evasion, the lack of technical expertise by the HIO and the three major events that took place during the review period, namely the accession to the European Union, the European Economic Area (EEA) and the financial crisis, put an end to all attempts to implement the reforms. Although the necessary funds were made available, no infrastructure was developed. As a result, the plan to establish state hospital autonomy was proclaimed the most important barrier to the implementation of the reforms.

INTRODUCTION

The health system of Cyprus is facing many problems and this is confirmed by studies carried out by foreign experts for the Ministry of Health. In 2001, the law on the introduction of a national health insurance system passed in Cyprus. Despite the efforts made,

including the establishment of the Health Insurance Organization (HIO), the appointment of the NHIS Implementation Team, the recruitment of foreign experts to help implement the NHIS, no steps have been taken to improve the system. On the contrary, the system is getting worse, and the daily media coverage of the issue are the best to attest.

The most significant and most straightforward conclusion of this study is the insecurity and fear of failure that accompanies the introduction of the National Health Insurance Scheme (NHIS) in Cyprus, and it is what forced all five presidents of the Republic in recent years to pause the reforms. The role of the HIO Board of Directors and the absence of a Project Management Team have been important factors alongside the approach looking to avoid conflict with stakeholders, tax evasion in the private sector, and weakness of the state mechanism. Under these conditions, the project is not feasible. That is why new ideas are being made, such as the autonomy and accreditation of public hospitals and the reorganization of the Ministry of Health to take place before any attempts to introduce NHIS. A study on the operation of the private sector would help us to better understand the problem.

With all the above in mind, the authors decided to dedicate the PhD degree dissertation (from which this article is derived) to the study of the reasons why the reforms were not implemented, despite the passing of the law. The study includes a literature review, qualitative research among major contributors, a focus group, and a study of unpublished studies/writings on the topic, available at the Ministry of Health. The answer is not simple. It is complex and multidimensional resembling health systems.

LITERATURE REVIEW AND DISCUSSION

The literature review shows that in 5 of the 12 analysis studies, the factor 'cost' is considered a major cause of delay in the implementation of the NHIS [1] [2] [3] [4] [5]. Specifically, the government's concerns about the cost of health reforms are proclaimed as a reason for the continued postponement of the implementation of these reforms over time. In the same perspective, the current economic crisis appears to play a significant role in further delaying the implementation of the NHIS, as the burden of the factor 'cost' has heavily increased, as it appears in 6 of the 12 studies reviewed [6][1] [2][7] [4] [5].

Subsequently, the country is bound by a Memorandum of Understanding, imposing financial constraints and specific obligations with regard to the structure and operation of the health sector, among other things, which creates additional problems to the implementation of the NHIS, as it is explained in 4 of the 12 studies [8] [9] [10] [11]. More specifically, in 3 of the studies [8] [9] [10], it is stated that some proposals of the Troika and the Memorandum work against the universal coverage of the population, which is the main objective of the NHIS, whereas in the most

recent study reviewed [11], it is specifically mentioned that the implementation of the NHIS remains on hold on account of the Troika's request for an updated study on its implementation, according to a statement by Deputy Minister of Health, Mr Constantinos Petrides. According to 3 of the 12 publications reviewed [1] [4][5], one of the main reasons underlying the delay in the implementation of the NHIS is the fact that the introduction of a new health system involves competitive procedures, which are particularly time consuming to an often unpredictable extent.

Apart from the above factors, which have contributed to the delay in the implementation of the NHIS, particularly in light of the economic crisis, the studies elaborate on more, mainly administrative, causes for the existing situation. One such factor, as developed in 2 studies, is the excessive development of the private healthcare and insurance sector [12] [2]. More specifically, it is mentioned that the development of the private sector has created conflicting interests with regards to implementing healthcare reforms, so the NHIS, being a radical change in the health system is expected to face strong resistance. In addition, it is stated that citizens conclude that there is insufficient pressure on the government to adopt a universal health plan, due to the relatively low cost of private healthcare [12].

On the other hand, not only does the private sector create barriers to the implementation of the NHIS, but the public health sector is also criticized in 2 of the reviewed articles [12] [13]. The first study [12] points to the obsolete way of running/administering the hospitals and the strange functional structure of the Ministry of Health of Cyprus as important issues in delaying the implementation of the NHIS, while the most recent study [13] states that the reorganization of public hospitals has not evolved as expected, as consensus is sought between the main stakeholders. In addition, a more recent study [2] pointed out the deadlocks in the implementation of the NHIS on occasion of the resignation of the Head of the HIO in March 2011, and the significant postponements in the appointment of a new Head.

Finally, in 3 of the reviewed articles [13] [2] [5], another group of factors contributing to the delay in implementing the new health system is the delay in implementing the individual prerequisites for the launch of the NHIS. These factors include the reorganization of public hospitals, the introduction of an information system and delays in price standardization for different therapies.

OVERVIEW OF THE PERCEIVED REFORMS FAILURE

From the very outset, the qualitative research showed that the causes of failure could be grouped in five axes.

- (a) Political,
- (b) Financial,
- (c) Social,
- (d) Pressure and interest groups, and
- (e) Administrative environment

The political axis is dominated by uncertainty and the fear of failure which forced all the three Presidents of the Republic, still alive and interviewed for the purposes of this study, not to push forward the implementation of NHIS. The four governments who succeeded one another and were responsible for the implementation of the reforms come from all political parties, a proof that the failure to implement the reforms was not related to any political ideologies, since basically all the political parties governed the island. The analysis showed that the governments do not believe in the viability of the NHIS and thus avoid coming into conflict with the stakeholders involved. For this, competent technocrats and “mighty” ministers are needed. Ministers are dependent on and adapt to the demands of those who control them and those to whom they answer.

On the economic front, tax evasion by the different stakeholders, is a major cause and explains why the private sector does not agree with the implementation of the NHIS. The private-sector physicians especially those with very high incomes, private insurance companies, clinical laboratories, pharmaceutical companies and independent pharmacists are those who stand to lose the most from the proposed reforms. None of them wants the new structures, the transparency with regards to income declarations and medical operations, as well as the power of monopsony given to the HIO. In fact, there was no economic barrier to the implementation of NHIS. “When we started studying it, we were at a stage of the economic miracle, we could have applied it then” (Moysesos, SEK). Neither did the implementation need money that were not available. What one finds is the prevailing fear whether such a great project will succeed or fail.

Another parameter, the employers, who ex position exert great pressure on individual rulers, “in public, they want it, but in private they say that their own contribution will increase the production cost” with all the consequences it implies. Finally, private insurance companies have exercised and continue to exert unbearable pressure on the present government,

but also on the former, to adopt the multi-insurance system.

After the financial crisis, the conditions are truly difficult. The per capita income has shrunk to a large extent, therefore access to health services, and especially for patients with chronic diseases, is greatly unequal. Today, the system is funded by the patients themselves. The State contributes to health up to only 45% of the total expenditure, which is considered regressive, anachronistic and dangerous for the family budget.

The involvement of the society and organized groups has not been able to help promote the goal. The blue collar workers' trade unions, which represent the majority of the citizens, did not exercise any influence at all for the promotion of the NHIS. They have their own medical funds, and although they unconditionally support the NHIS, they have not, besides blasting excitements, exerted the expected pressure on political developments. Agricultural organizations with serious political influence have also not tried to overtly support the pro-health plan forces.

Each year, pensioners' trade unions through their confederation declare themselves in favour of the health plan without yet using any other of their events to put pressure on decision-makers. On the other end, the employers' organizations and the official medical association publicly accept the NHIS, but in the background they fight it, realising that their financial interests will be affected. The employers' side considered and considers that a negative position would not be socially understood or accepted and takes a positive stance when participating as a member of the Board of Directors in the HIO, but claims labour costs elsewhere.

Today, the medical sector reacts on the one hand but at the same time also “pushes” for the implementation of such a system. But what prevails is that the medical sector does not collaborate to implement reforms. Government officials are comfortable with the status of permanence that a civil servant position offers to them and individuals are satisfied with a status quo that allows them to offer services without any control. Private doctors are afraid that they will lose part of their revenue, that their fees for specific medical operations will be reduced with the introduction of NHIS.

In the 17-year period from the passing of the law to date, three major historical events have significantly influenced the progress achieved with regards to the implementation of the NHIS. The Cyprus accession to the European Union in 2004 and the struggle to keep the economy at Maastricht levels. In 2007, Cyprus

joined the EMU making a gigantic effort to meet the criteria. Over the next four years, Cyprus faces the economic crisis which has significantly delayed the consolidation of all resources and forces working for the NHIS.

The social axis in the NHIS issue is confused, often disorganized and has not exercised the required influence to promote the NHIS. On the axis of the Pressure and Interest Groups, the financial interests of a part of health care providers are enormous, just like the pressures they exert in every direction to avoid the introduction of the NHIS.

A group of interests that unfold every time reforms are being promoted are the health workers' interests. A large portion of doctors do not want to have the NHIS because what they are earning today is enough and convenient. The "losers" from the NHIS, whose interests are affected, are private sector "big doctors", clinical laboratories, pharmaceutical companies, all those who do not want transparency in incomes and medical acts. The "big doctors" influence the decisions of the political party they support, forcing them, in one way or another, to block the reforms.

In the negotiations, PASYDY's official statement was... "No sir, we are public employees, we have free medical care from our employer and we are not discussing the reforms". The Pancyprian Association of Private Doctors clearly and openly speaks for the introduction of a multi-insurance system. They do so because they do not want the monopsony and reforms.

The opposition expressed by employers' organizations (OEB, CCCI) is ideologically related to the interests of their members, who in this case are pharmacists, pharmaceutical industries, clinical laboratories, private clinics and hospitals. All of them, acting under the umbrella of their organizations express in one way or another opposition to changes likely to affect their interests.

Assessing the impact of the interests and pressures on the implementation of the NHIS, it is clear that the interests are numerous and play at different levels. More people stand to lose from the introduction of the NHIS and fewer stand to earn, besides the citizens for whom NHIS should be implemented. That is why the pressures are more directed against the introduction of the NHIS.

It is generally accepted that health services in Cyprus do not meet the citizens' needs for health care. The major problems that the system faces are summarized in the archaic structure of the Ministry of Health, the vertical separation of the public and the private sector,

the centralization in the management of health services and the large inequalities in access to and provision of health services. In addition, lack of specialized staff in the areas of management culture, administration and health finance, worsen even more the present status. The results of the survey clearly show that very few people perceive the importance of the administrative environment as one of the key pillars with the most important role in the implementation of health reforms.

The focus group, consisting of doctors from various specialisations who will work in the Primary Healthcare (PHC), has come to more or less the same conclusions that we got from the interviews. However, they have given special emphasis on issues such as the fear of failure. The Cypriot culture which the present system satisfies, there is great resistance to change and a lack of coordination between the Ministry of Health and HIO. They recognize that the issue is complex and complicated, that bureaucracy has played its role as well as bad planning. They also highlight the lack of qualified people on issues such as health economics, health services, and the lack of statistical data.

CONCLUSIONS AND SUGGESTED ACTIONS

The weakness of the state mechanism and the administrative system in general will be a constant impediment to the progress of the project. Pressure and interest groups that oppose to the reforms have a strong influence on decision-makers and block the reforms. Large funds were spent on reorganizing the Ministry of Health and hospitals without producing the slightest outcome. No infrastructure project was implemented and there was no adequate coordination between the Ministry of Health and the HIO. For no reason, the training of family doctors with the University of Surrey which was the only related infrastructure project stopped. The Finance Ministers "have distanced themselves from the project" and have ceased to participate and support the task of implementing the NHIS. Private insurers have exerted unbearable pressure on the current government to introduce the multi-insurance system. The latest modifications to the NHIS law (September 2017) will have a major impact on the cost of the NHIS because it basically removes the referral & gate keeping, which is the backbone of NHIS.

Following autonomy, public hospitals may face unpleasant situations and even be forced to close, if there is no proper reform and if the free competition which they will face with the introduction of the NHIS is not taken into consideration. With the introduction of the NHIS, public doctors working in the PHC should

be able to merge with private individuals; otherwise they run the risk of under-functioning. The health sector is trapped. Every five years, the government changes and promises are made as to solving the problems through the introduction of the NHIS; all problems that may arise in the health sector are moved to the calendar with the tag to be solved by the NHIS. The current state of affairs cannot continue because the system is deteriorating and the needs of citizens are not met. Inevitably, if there are no fundamental changes and soon, the social web will react with unpredictable political costs and consequences. There has never been any kind of accountability for anyone with regards to any omission or inaction after the decision to implement the NHIS Law.

Since 2001, 10 ministers have passed through the Ministry of Health and have remained in this position for an average of 18 months each. Health reforms, long due for implementation is timeless, continuous and vital to society, complex and multidimensional. All public announcements seem to point to the need to create a Project Management Team, which, based on its experience and knowledge, will co-ordinate and promote the reforms, until the NHIS is fully implemented. This group, due to the gravity of the project, is considered the largest since the Declaration of the Republic of Cyprus and will be accountable to the Council of Ministers. At the same time, it will undertake the responsibility of proposing immediate measures to improve the current health system, always aiming at the implementation of the NHIS.

Public hospitals are collapsing because their funding has been sharply reduced. Lack of staff, equipment, consumables, endless waiting lists for laboratory tests and surgery are some of the major problems they face. Immediate treatment of weaknesses with microsurgical interventions is needed to solve the urgent problems and to improve the long-standing problems in the medium term. The **accreditation** of public hospitals would be the solution to the problems they face, since in order to be accredited they should meet all the criteria set by the accreditation body. Successful accreditation means that hospitals can easily withstand the competition with private hospitals.

The issue of primary healthcare should be discussed from the beginning. The training courses should restart for all the doctors who will contract with the HIO.

An initial reconsideration of the NHIS will be necessary to know the total cost of the new system, after the changes made to the legislation. Otherwise, it is like driving a Boeing 717 without a navigation rudder. The State should realize that it will contribute at least

20% more than its current expenditure on health in order for the NHIS to work. Few really know what the NHIS is. Therefore, the Ministry of Health should create a Promotion Team which will be responsible for explaining the NHIS to all organized groups and the general public, as well as the advantages/disadvantages it entails. The Ministry of Health itself should be immediately reorganized on the basis of the suggestions made by the experts, available in the various studies carried out on the matter.

In the absence of directives and regulations, the private sector provides the system with more health services than the public sector, while there is no quality control of the services offered. The workload is not recorded and large amounts are not reported in income tax. Also, there are networks that refer patients to specific clinical laboratories and radiotherapy centres resulting in induced demand for services. A study on how the private sector works would be most beneficial in improving the quality of the services offered and suppressing tax evasion. Also, an audit by the Auditor General about the money spent on the preparation of the infrastructure and the operation of the NHIS would specify the reasons why the projects were not promoted in order not to repeat mistakes.

REFERENCES

1. Theodorou, M., Charalambous, C., Petrou, C. and Cylus, J. (2012). Cyprus Health system review, in Health Systems in Transition 14(6). Available at http://old.hpi.sk/cdata/Documents/HIT/Cyprus_2012.pdf
2. Petmesidou, M. (2012). Annual National Report 2012: Pensions, health care and long-term care. European Commission DG Employment, Social Affairs and Inclusion.
3. Cylus, J., Papanicolas, I., Constantinou, E., Theodorou M. (2013). Moving forward: Lessons for Cyprus as it implements its health insurance scheme. Health Policy, 110, pp. 1-5.
4. Charalambous, C., and Theodorou, M. (2013). Systems for the provision of oral health care in the Black Sea countries Part 13: Cyprus. OHDM, 12(1), pp. 3-8.
5. Amitsis, G., and Phellas, C. (2013). Country Document: Pensions, health and long-term care - Cyprus. European Commission DG Employment, Social Affairs and Inclusion. Available at <http://pensionreform.ru/files/67436/2013.%20ASISP.%20Country%20Document%202013%20-%20Cyprus.pdf>
6. Mladovsky, P., Srivastava, D., Cylus, J., et al. (2012). Policy Summary 5: Health policy responses to the financial crisis in Europe. World Health Organization.
7. Planning Bureau. (2012). Cyprus National Reform Programme 2012. Europe 2020 strategy for smart, sustainable and inclusive growth. Republic of Cyprus
8. Cylus J, Mladovsky P, McKee M. Is there a statistical relationship between economic crises and changes in government health expenditure growth? an analysis of twenty-four European countries. Health Serv Res. 2012 Dec;47(6):2204-24. doi: 10.1111/j.1475-6773.2012.01428.x. Epub 2012 Jun 7.
9. Karanikolos M, Mladovsky P, Cylus J, Thomson S, Basu S, Stuckler D, Mackenbach JP, McKee M. Financial

- crisis, austerity, and health in Europe. *Lancet*. 2013 Apr 13;381(9874):1323-31. doi: 10.1016/S0140-6736(13)60102-6. Epub 2013 Mar 27.
10. Christou, O., Ioannou, C., and Shekeris, A.I. (2013). Social Cohesion and the State in times of austerity - Cyprus. Friedrich-Ebert-Stiftung.
 11. Kontopoulos A., and Kontopoulou, E. (2014). The place of private health insurance in Cyprus and its prospects. *International Journal of Caring Sciences*, 7(2), pp. 390-405.
 12. Antoniadou, M. (2005). Can Cyprus overcome its health-care challenges? *The Lancet*, 365, pp. 1017-1020.
 13. Planning Bureau. (2008). Lisbon strategy. Renewed national reform programme of the Republic of Cyprus. Republic of Cyprus.

Araştırma / Research Article



Fizik tedavi uygulamalarında çalışan ve hasta/hasta yakını açısından hasta güvenliği

According to employee and patient point of view; factors affecting quality of physical therapy applications and patient safety

Betül Akalın

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü, İstanbul, Türkiye

Anahtar Kelimeler:
Hasta Güvenliği, Toplam Kalite Yönetimi, Fizik Tedavi

Key Words:
Patient Safety, Total Quality Management, Physical Therapy

Yazışma Adresi/Address for correspondence:

Betül Akalın,
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü, İstanbul, Türkiye.
betul.akalin@sbu.edu.tr

Gönderme Tarihi/Received Date:
08.01.2018

Kabul Tarihi/Accepted Date:
21.01.2018

Yayımlanma Tarihi/Published Online:
31.03.2018

DOI:
10.5455/sad.13-1515413112

ÖZET

Bu araştırma ile bir Eğitim Araştırma Hastanesi Fizik Tedavi Departmanında Hasta Güvenliği konusunun gerek departman çalışanları gerekse hizmet sunulan hasta/hasta yakınları açısından nasıl algılandığını ve uygulandığını belirlemek amaçlanmıştır.

Araştırmada iki yönlü bakış açısıyla Hasta Güvenliği konusunun ele alınması için iki ayrı soru formu oluşturulmuş, Fizik Tedavi Departmanında çalışan çeşitli düzeylerdeki çalışanlar ile ayaktan ve yatan hastalara uygulanmıştır. Hasta /hasta yakını olarak 107, sağlık çalışanı olarak 30 birey sorulara yanıt vermiştir. Araştırma sonucunda elde edilen verilerde fizik tedavi uygulamalarında hasta güvenliği konusunda iyileştirmeye açık alanlar saptanmış ve öneriler getirilmiştir.

ABSTRACT

With this research, it is aimed to determine how Patient Safety is perceived and applied in the Physical Therapy Department of a Training and Research Hospital in terms of both patient and patient relatives who are served.

Two separate questionnaires were prepared for the treatment of Patient Safety with two-sided viewpoint, and the employees at various levels working in the Physical Therapy Department were treated with distant and inpatient illnesses. 107 responded to the patient / patient relatives, and 30 individuals responded to the questions as the health practitioner. As a result of the research, open areas for improvement of patient safety in physical therapy applications have been identified and recommendations have been made.

GİRİŞ VE AMAÇ

Günümüz dünyasındaki yaşanan tüm sosyal ve teknik gelişmeler, insanların olaylara bakış açısında farklılıklar yaratmış ve bilinç düzeylerinin artmasına neden olmuştur. Bu bilinç düzeyindeki artış ile kişiler sağlık hizmeti alanında da daha duyarlı, tanı ve tedavilerinin doğru ve eksiksiz olarak daha hızlı bir şekilde yapılmasını talep eder olmuşlardır.

Hizmet kalitesinde artışı mecbur kılan günümüz rekabet ortamında, toplam kalite yönetiminin duayenlerinden "Avedis Donabedian" bugün en çok kabul gören paradigma olan "yapı-süreç-sonuç" üçlemesiyle sağlık bakımını bir sistem olarak ele almıştır. Sağlıkçıların

hastasını, mesleğini ve yaratıcısını sevmesiyle "sistem" in başarılı olabileceğini ve iyileşebileceğini söyleyerek sadece kaliteli sağlık hizmeti değil kaliteli insan olmanın da sistemin çalışmasında önemli olduğunu vurgulamıştır (1).

Bu duyarlılık ve anlayışla geliştirilen kalite kavramını biz; bir ürün ya da hizmetin müşterilerin beklenti ve gereksinimlerini en iyi şekilde karşılama düzeyi olarak tanımlayabiliriz (2). Donabedian kaliteyi; hastanın iyilik halinin en üst seviyeye çıkarılması için verilen hizmet olarak tanımlar ve kaliteyi; teknik hizmetler kalitesi, bakım hizmetleri kalitesi ve hizmet alan ile sunan kişiler arasındaki ilişki kalitesi olarak belirler (3).

Donabedian'a göre kaliteli bakım hizmeti etkin, etkili, verimli, hakkaniyete uygun, kabul edilebilir, yasal ve optimal hizmeti sunmakla yükümlüdür.

Amerikan Tıp Enstitüsü (IOM, Insititute Of Medicine) tarafından 2001 yılında yayınlanan raporda 21.yy. sağlık sisteminin iyileştirilmesi için güvenli, etkili, hasta merkezli, zamanında, verimli ve hakkaniyetli bir sağlık hizmeti verilmesi konularının ele alınması amaçlanmıştır (4).

Gelişen teknoloji, insan hakları ve kişilerin hakları konusundaki bilinçlenmeleri, sağlık sektöründeki maliyet artışları ve bunu önlemek için alternatif arayışları, hasta tedavi ve bakımında yaşanan değişimlerin dışında, insanların daha sağlıklı ve uzun yaşam sürme istekleri işte bu kaliteli hizmet sunumu anlayışının önemini artırmıştır.

TKY yaklaşımına göre müşterilerin tatmin edilmesi, en önemli başarı ölçütüdür (5).Gerek bilgi çağındaki gelişmeler gerek rekabet ortamı ve gerekse müşteri odaklı olabilmek kültürü; sağlık kuruluşlarında yüksek standartlarda hizmet sunumunu beraberinde getirmiştir. Müşteri odaklı sağlık hizmetleriyle beraber hastanın güvenliğinin de ele alınması, "sıfır hata" yaklaşımıyla güvenliğin en üst düzeyde tutulması, kalitede iyileşmeye, müşteri(hasta) tatmininin artmasına, maliyetlerde azalışa ve verimlilikte artışa yol açacağı belirtilmiştir (6).

Kalite programlarında hasta güvenliğinin en önemli sırada bulunmasından dolayı; hasta güvenliğini tehdit eden olayların bildirimini, kök neden analizleri, düzeltici-önleyici faaliyetler ve hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesi için birçok ülkede kurumsal ve ulusal boyutta birtakım uygulamalar, kalite ve akreditasyon kurumlarının getirdiği zorunluluklar başlatılmıştır. Örneğin Kanada'da hükümet hasta güvenliğini artırmak için çeşitli kurum ve kuruluşların kurulması, hasta güvenliği çalışmalarının başlatılması amacıyla konuya ilişkin olarak bütçe ayırmakta ve risk yönetimi çalışmaları yapmaktadır (7).

Amerikan Tıp Enstitüsü'nün 2003 yılında yayınladığı bir raporda, sağlık hizmetlerinde kalite açısından öncelikli seçilen yirmi alandan üçünün hasta güvenliği ile ilgili olduğu belirtilmiştir. Bu alanlar ilaç yönetimi, hastane enfeksiyonları ve yaşlı sağlığıdır (8). Akalın'a göre hasta güvenliği, sağlık hizmetlerinde iyileştirilmesi gereken alanların başında gelmektedir. Hasta güvenliği kültürünün sağlık kurumlarında oluşturulması için öncelikli olarak, yüksek riskli ve hata oluşturabilecek aktivitelerin belirlenmesi, tıbbi hataların korkusuzca ve çekinmeden bildirilebildiği ve kişilerin cezalandırılmadığı olayın gerçek nedenini belirlemeye ve sistemi iyileştirmeye yönelik olay raporlama sistemi ile açık bir iletişim ortamının yaratılması böylece riske açık

alanların saptanıp çözüm üretilmesi ve hasta güvenliği konusunda kurumun kaynak ayırması gerekmektedir (9).

Ülkemizde son birkaç yıldır konunun önemi fark edilmiş ve özellikle büyük kentlerdeki sağlık kurumlarında yeterli olmamakla birlikte çeşitli uygulamalar başlatılmıştır. Sağlık kurumlarında güvenli sağlık hizmetinin sunulabilmesi hasta güvenliği kültürünün oluşturulması, olay bildirim formlarının daha işlevsel kullanılması, hata ve kazalara önlem alınması zorunludur. Sağlık kurumu yöneticileri, karar vericileri ve sağlık profesyonellerine kaynak oluşturması amacıyla olayların türü, sıklığı, nedenleri, alta yatan nedenler ve koruyucu-önleyici tedbirlerin geliştirmesi için araştırmacılara büyük sorumluluklar düşmektedir (10).

Hasta güvenliği kültüründe olması gereken açık iletişimin sadece sağlık çalışanları ve yöneticiler arasında değil, hastalar ve onların aileleriyle de olması gerektiği belirtilmektedir (11).

Hastanın bilgilendirilmesi, tedavi kararlarına katılmalarının sağlanması, yapılan tedavinin doğru ve yeterli olduğunu, emniyetli bir ortamda olduğunu hissetmesi, mahremiyetine özen gösterilmesi, hastalığı hakkında hekim ve diğer personel tarafından edinilen bilgilerin gizliliğinin korunduğundan emin olması hastalarda güven duygusunun oluşmasını sağlamaktadır.

Yapılan literatür taramasında Türkiye'de fizik tedavi alanında hasta güvenliği ile ilgili yeterli araştırmaya ulaşılamamıştır. Yapılan çalışmaların çoğunluğu hemşireler üzerinde yapılmıştır. Bu çalışma hem İstanbul Avrupa Yakasının geniş bir alanına hizmet veren Şişli Et fal Hamidiye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fizik Tedavi Kliniğinde çalışan FTR uzmanı, fizyoterapist, hemşire, sağlık teknisyeni ve diğer sağlık personelinin hem de klinikte hizmet verilen yatan /ayaktan hasta bireylerin, her iki taraf gözüyle hasta güvenliğinin algılanması, hasta güvenliğini tehdit eden olayların türlerini, en sık karşılaşılan olayları, bu olayların olası nedenlerini ve hasta üzerindeki sonuçlarını saptamak, çözüm ve öneri oluşturulması amacıyla yürütülmüştür.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma 31 Ekim-31 Aralık 2013 tarih aralığında İstanbul İl merkezindeki Sağlık Bakanlığı'na bağlı bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fizik Tedavi Kliniğinde çalışan tüm sağlık çalışanları ve klinikte hizmet verilen hasta/hasta yakınları ile yapılmıştır. Araştırmada veri toplama aracı olarak Mülakat Soruları oluşturulmuş ve kullanılmış olup bu doğrultuda aşağıda belirtilen iki form hazırlanmıştır; Hasta/Hasta Yakınları Açısından Hasta Güvenliği Bilgi Formu ve Fizik Tedavi Departmanı Çalışanları Hasta Güvenliği Bilgi Formu.

Katılmaya gönüllü tüm çalışan ve hastalarla oluşturulan örneklemde, yatan ve ayakta hizmet alan hasta/hasta yakınları ile kliniğin hizmet verilen tüm alanları (elektro terapi, rehabilitasyon ünitesi ve yatan hasta servis katı) ele alınmıştır.

Hasta Güvenliği Bilgi Formları 107 hasta/hasta yakını (46 yatan 61 ayakta) ve 30 sağlık çalışanına (9 FTR uzmanı, 6 Fizyoterapist, 8 Hemşire, 2 Sağlık Teknisyeni ve 5 Destek Elemanı) birebir sorularak veriler elde edilmiştir. Her iki formda da kapalı ve açık uçlu sorular olup, alınan cevaplar tanımlayıcı analiz yapılarak frekans, yüzde olarak belirtilmiştir.

BULGULAR

Bu tanımlayıcı araştırmada, Fizik Tedavi kliniğinde çalışan sağlık elemanları ile yatarak ve ayakta tedavi gören hasta/hasta yakını toplam 137 kişi ile anket çalışması yapılmıştır.

Gerçekleştirilen araştırmaya katılan kişilerin hem sağlık çalışanı hem de hizmet gören hasta/hasta yakını olmasından dolayı bulgular: 1. Hasta/Hasta Yakınları Açısından Hasta Güvenliği Analizi 2. Fizik Tedavi Departmanı Çalışanları Hasta Güvenliği Analizi olarak iki ayrı grup verileri olarak sunulmuştur

Çalışmada, hasta /hasta yakınlarına Mülakat Sorularından “Bu kliniği tercih ediş sebebiniz?” sorulmuştur. Bu soruya 44 hasta/hasta yakını %41,1 oranında Ulaşımı Rahat, 37 hasta/hasta yakını %34,6 oranında Kliniğin Başarısına Güveniyorum, 22 hasta/hasta yakını %20,6 oranında Öneri Sebebiyle, 4 hasta/hasta yakını %3,7 oranında “Diğer” sebepler yanıtını vermiştir (Tablo 1). Daha önce klinikte tedavi gören 37 hasta/hasta yakınından (%34,6) 33 hasta/hasta yakını %89,1 oranında “Memnun kaldığım için”, 3 hasta/hasta yakını %8,1 oranında “Mecburen, tedavimin devamı için”, 1 hasta/hasta yakını da “Ulaşımı kolay olduğu için” tekrar aynı kliniği tercih ettiklerini bildirmişlerdir.

Tablo 1: Hasta/Hasta Yakınlarının Bu Kliniği Tercih Ediş Sebepleri

Kliniği Tercih Etme Sebebi	f	%
Ulaşımı Rahat	44	41.1
Kliniğin Başarısına Güveniyorum	37	34.6
Öneri Sebebiyle	22	20,6
Diğer	4	3,7
Toplam	107	100,0

Çalışmaya katılan hasta/hasta yakınlarına “Şu anki tedavinizden ne kadar memnunsunuz?” sorusuna 76 hasta /hasta yakını %71 oranında Çok Memnunum, 30 hasta/hasta yakını %28 oranında Memnunum, 1 hasta/hasta yakını da Memnun Değilim, cevabını vermiştir. Olgulara “Size yanlış tedavi uygulaması yapıldı mı ya

da yapıldığını düşünüyor musunuz” sorusuna, 2 hasta/hasta yakını “Evet”, 104 hasta/hasta yakını “Hayır” cevabını vermiştir. Çalışmada sorduğumuz “Tedaviniz süresince hiç fiziksel bir istenmeyen olay yaşadınız mı?” sorusuna 4 hasta /hasta yakını %3,7 oranında, yapılan tedavi uygulaması sırasında ilgilendirilmeye bağlı olarak vücutlarının çeşitli bölgelerinde meydana gelen yanık durumlarını belirterek “Evet” cevabını, 103 hasta/hasta yakını %96,3 oranında “Hayır” cevabını vermişlerdir. Kimlik Kartlarınızın Yanlış Tanımlanmasından Dolayı Hatalı Bir Uygulamaya Maruz Kaldınız mı? Sorusuna Çalışmaya katılan tüm hasta/hasta yakınları “Hayır” cevabını vermiştir. Klinikte Yattığınız Süre Boyunca Hiç Hastane Enfeksiyonuna Bağlı Bir Problem Yaşadınız mı? Sorusuna çalışmaya katılan hasta/hasta yakınlarının 86 tanesi %80,4 oranında “Hayır”, 21 kişide boş bırakarak cevabını vermişlerdir. Olgular “Klinikte yattığınız süre boyunca hiç yanlış ilaç, yanlış doz ya da yanlış zamanda ilaç verilmesi gibi bir problem yaşadınız mı?” sorusuna 2 hasta/hasta yakını %1,9 oranında “Evet”, 64 hasta /hasta yakını %59,8 oranında “Hayır” cevabını vermişlerdir. “Klinikte Tedavi Olduğunuz Süre Boyunca Hiç Yataktan Düşme Yaşadınız mı?” sorusuna hasta / hasta yakınlarının “Hayır” cevabını vermişlerdir. “Yanlış Taraf Fizik Tedavi Uygulaması Yaşadınız mı?” sorusuna hasta/hasta yakınlarının tamamı 105 hasta %98,1 oranında “Hayır” cevabını vermişlerdir. “Yanlış Taraf Fizik Tedavi Uygulaması Yaşadınız mı?” sorusuna hasta/hasta yakınlarının tamamı 105 hasta %98,1 oranında “Hayır” cevabını vermişlerdir (Tablo 2). Çalışmada sorduğumuz “Yanlış Tedavi ya da istenmeyen bir olay yaşadığınızda Hukuki haklarınızı biliyor musunuz?” sorusuna, 16 hasta/hasta yakını %15 oranında “Evet”, 90 hasta /hasta yakını %84,1 oranında “Hayır” cevabını vermişlerdir (Şekil 1).

Tablo 2: İstenmeyen Olay Yaşanma Durumu

İstenmeyen Olay	Evet	Hayır
Tedaviniz süresince hiç fiziksel bir istenmeyen olay yaşadınız mı?”	%3.7	%96.3
Kimlik Kartlarınızın Yanlış Tanımlanmasından Dolayı Hatalı Bir Uygulamaya Maruz Kaldınız mı?	-	%100
Klinikte Yattığınız Süre Boyunca Hiç Hastane Enfeksiyonuna Bağlı Bir Problem Yaşadınız mı?	-	%100
Klinikte yattığınız süre boyunca hiç yanlış ilaç, yanlış doz ya da yanlış zamanda ilaç verilmesi gibi bir problem yaşadınız mı?	%1.9	%98.1
Yanlış Taraf Fizik Tedavi Uygulaması Yaşadınız mı?	-	%98.1

Fizik Tedavi Departmanı Çalışanları Hasta Güvenliği Bilgi Formu Verilerinin Tanımlayıcı Analizi incelendiğinde; tüm çalışanların %13,3 ü sağlık meslek lisesi, %10 u ön lisans, %33,3’ü lisans, %13,3’ü lisans üstü, %16,6’sı asistan Dr., %13,3’ü uzman Dr. olarak eğitim düzeylerine

sahiptirler. Departman çalışanlarının 9 tanesi Doktor, 6 tanesi Fizyoterapist, 8 tanesi Hemşire 2 tane Sağlık Teknisyeni ve 5 Destek Ekip elemanı olarak görev almaktadırlar. Genel profil olarak incelendiğinde de tüm çalışanların %30'u doktor, %20'si Fizyoterapist, %26,6'sı Hemşire, %6,7'si Sağlık Teknisyeni ve %16,7'si Destek Elemanıdır. Günlük olarak ortalama 42 hasta baktıkları saptanmıştır. Çalışanlara sorduğumuz "Hastalarınıza yeterli zaman ayırabildiğinizi düşünüyor musunuz?" sorusuna, Çalışanların 7 tanesi %23,3 oranında "Evet", 23 tanesi %76,7 oranında "Hayır" cevabını vermişlerdir. Yeterli zaman ayıramama sebepleri şu şekilde sıralanmıştır:

"Az zamanda çok hasta bakmak zorunluluğu",

"Çok yoğun bir bölüm olduğumuzdan hastalarla seans usulü çalışmamaktayız, bu durumda aynı anda birkaç hastayla ilgilenmek durumunda kalmamız bu sonucu doğurmakta",

"Günlük bakılması gereken hasta sayısının fazla olması, tetkiklerin bilgisayardan bakılması, bilgisayarların yavaş olması, (laboratuvar, MR, X-RAY) sistemindeki sorunlar",

"Hasta başına düşen zamanın az olmasından, aynı anda birden çok hasta almak zorunda olmamız".

"Hasta bakımından çok prosedür işlere zaman ayırmak zorunda kalıyoruz, evraklar, kayıtlar, formlar, idari işlevler gibi".

"Hasta sayısı çok fazla, mekân ve ekipman sıkıntısı çekiyorum".

"Hasta sayısı çok oluyor. Günlük 200 hastaya cevap vermek zamanımızı alıyor".

"Tedaviye aldığımız hastalar dışında günlük randevu almaya gelen hastalarda var onlara da yanıt veriyoruz".

"Hasta sayısı fazla, ilaç yazma, film açma, rapor yazma vs. gibi".

"Randevusuz hastalar kendileri ile ilgilenmem için beni zorluyor".

"Hasta sayısının fazla olması, hastaların aynı anda gelmesi ve randevu sistemiyle çalışılmaması nedeniyle".

"Hasta yoğunluğu, eleman eksikliği, iş yükü fazlalığı".

"Az sürede fazla hasta bakmamız bekleniyor "şeklinde belirtmişlerdir.

Çalışanlara sorduğumuz "Aldığınız eğitimin işinizde yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?" sorusuna 24 çalışan %80 oranında "Evet", 6 çalışan %20 oranında "Hayır" cevabını vermişlerdir. "Aldığınız eğitimi işinizde tam olarak kullandığınızı düşünüyor musunuz?"

sorusuna çalışanlardan 16 tanesi %53,3 oranında "Evet", 14 tanesi %46,7 oranında "Hayır" cevabını vermişlerdir. Aldığı Eğitimi işinde Tam olarak Kullanmama Nedenleri sorulduğunda;

"Gereksiz işlerle uğraştırılma. Bilimsel çalışma ortamının olmaması".

"Hasta başına düşen zaman azlığı nedeniyle, hastaların sosyokültürel düzeyleri nedeniyle aldığım eğitim düzeyinde tedavi uygulayamıyorum"

"Hasta sayısının fazla olması sebebiyle yeterli zaman ayıramıyorum, kullanılan/kullanılacak olan malzeme yetersizliği sebebiyle ve hastaların sosyokültürel düzeyleri sebebiyle almış olduğum eğitime uygun çalışmıyorum".

"Hastaların algılama kapasitelerinin düşük olması. Hastalarla birebir çalışmamak".

"Hastaya yeterli zaman ayıramadığım için".

"Kadro olmadığı için".

"Kendi mesleğim değil".

"Normal bir fizik tedaviye göre hasta yoğunluğu çok fazla".

"Zaman azlığı".

"Zaman sıkıntısı nedeniyle. Çok hasta var. Her hastaya ayrılması gereken zaman kısıtlı

Zaman ve hasta arasındaki orantısızlık" şeklinde belirtmişlerdir. Çalışanlara sorduğumuz "Kullandığınız malzeme ve ekipman miktarı/etkinliği sizce yeterlimi?" sorusuna 10 çalışan %33,3 oranında "Evet", 19 çalışan %63,3 oranında "Hayır" cevabını vermişlerdir. "Klinik dışı departmanlarda Fizik Tedavi Uygulaması Yapıyor musunuz?" sorusuna departman çalışanlarından 8 tanesi %26,7 oranında "Evet" diyerek diğer departmanlar da hasta aldıklarını belirtmişler, 19 çalışan %63,3 oranında "Hayır" diyerek hizmet vermediklerini belirtmişlerdir. Klinik dışı farklı departmanlardaki hastalara hizmet sunarken hasta güvenliğini tehdit eden olay/olaylar yaşadınız mı?" sorusuna klinik dışı hizmet veren ve çoğunluğunu fizyoterapistlerin oluşturduğu bu grupta, çalışanların verdiği cevaplar şöyle sıralanmıştır;

"Hizmet verilen diğer departman alanları çok büyük ve yeterli vakit hastaya ayrılamıyor".

"Diğer departmanlarda yeterli fizik tedavi ekipmanı olmadığından hizmet eksik kalıyor".

"Ekipman eksikliğinden hasta düşme tehlikesi geçiriyor".

"Transfer sırasında düşme riski var".

"Yaşamadım. Ancak başka departmanlara konsültasyon

usulü gittiğimizden buralarda fizik tedaviye yönelik ekipman, ortam olmadığından bu hasta güvenliğini tehdit etmektedir”.

“Sağlık Profesyonelleri Olarak Diğer Sağlık Çalışanları İle İletişim Sorunu Yaşıyor musunuz?” sorusuna çalışanların 9 tanesi %30 oranında “Diğer sağlık çalışanları ile iletişim sorunu yaşadığını” “Evet” diyerek 21 tanesi %70 oranında “Hayır” diyerek belirtmişlerdir. Hasta güvenliği konusunda daha önce eğitim alıp almadıklarını sorduğumuz sağlık çalışanlarının 17 tanesi %56,7 oranında “Evet”, 11 tanesi de %36,7 oranında “Hayır” cevabını vermişlerdir. Daha önce hasta güvenliği konusunda eğitim aldığını belirten sağlık çalışanlarında 16 tanesi %53,3 oranında Hizmet-İçi eğitim programına, 1 tanesi de diğer eğitim programlarına katıldıklarını belirtmişlerdir.

Departman çalışanlarına “hasta güvenliğini tehdit eden /etkileyen olay bildirim formu kullanıyor musunuz?” sorusuna 8 çalışan %26,7 oranında “Evet”, 20 çalışan %66,7 oranında “Hayır” cevabını vermiştir (Tablo 3).

Tablo 3: Çalışanların İstenmeyen Olay Bildirim Formu Kullanma Oranları

Olay Bildirim Formu Kullanımı	f	%
Evet	8	26,7
Hayır	20	66,7
Boş	2	6,7
Toplam	30	100,0

Olay Bildirim Formu Kullanmama Nedenleri; Çalışanlardan 20 tanesinin verdikleri Olay bildirim formu kullanmıyorum seçeneğinin nedenleri incelendi ve alınan cevaplar kısmen benzerlik göstermekle beraber şu şekilde belirtildi;

“Bilgi formu gerektiren bir işlem yapılmıyor”.

“Bilmediğim için”.

“Bölümde kullanılmıyor”.

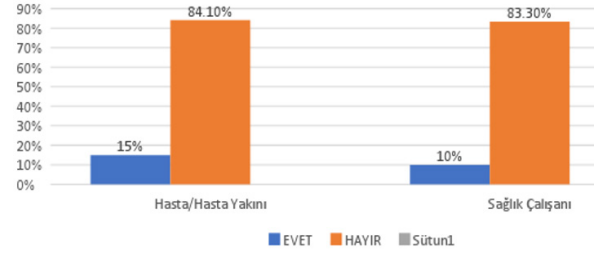
“Böyle bir formumuz yok”.

“Gerek olmadı”.

“Haberim yok”.

“Öyle bir dokümanımız yok ünitemizde”.

Departman çalışanlarına sorduğum “Yanlış tedavi ya da istenmeyen bir olay yaşadığımızda hukuki süreç hakkında bilginiz var mı?” sorusuna 3 çalışan %10 oranında “Evet”, 25 çalışan %83,3 oranında “Hayır” cevabını vermişlerdir (Şekil 1). Departman çalışanların 3 tanesi %10 oranında çalıştıkları kurumda bir hasta güvenliği kültürü olduğunu belirterek “Evet”, 25 çalışan ise “Hayır” diyerek hasta güvenliği kültürü olduğuna dair inançları olmadıklarını bildirmişlerdir.



Şekil 1: İstenmeyen Olay Durumunda Hukuki Haklarınızı Biliyor musunuz?

TARTIŞMA VE SONUÇ

Yapılan Araştırmada Fizik Tedavi Kliniğinde, tedavi uygulamalarındaki memnuniyet ve tercih edilme oranındaki yüksekliğe karşın hasta güvenliği ve kalite kapsamında iyileştirmeye açık alanların var olduğu görülmüştür.

Fizik Tedavi uygulama alanlarının fiziki şartlarının yeniden düzenlenmesi, konusunda eğitilmiş ve deneyimli elemanların kendi çalışma alanlarında hizmet vermesi, iletişim eksikliklerinden kaynaklanabilecek hizmet aksaklıklarının giderilmesi için kişisel gelişim ya da kurum içi iletişim seminerlerinin düzenli aralıklarla gerçekleştirilmesi, hırsızlık olaylarına ve kişisel hasta haklarına uygun olarak hizmet alabilecekleri güvenli hasta odaları ya da tedavi kabinlerinin oluşturulması gerekmektedir. Diğer kliniklerde hizmet veriminin daha etkin olabilmesi için fizik tedavi konsültasyon sisteminin yoğun olduğu ilgili departmanlarda yerel fizyoterapist kadrosu ve rehabilitasyon alan/malzemelerin oluşturulması, teknik sistemlerden kaynaklanan yavaşlıkların zaman kaybına yol açmaması ve hastaya verilen zamanın kısıtlanmaması için sistemin hızlandırılması, destek elemanların sayısının artırılması, hasta sayısı-çalışan zamanlarının düzenlenmesi ve alınan tatminle oluşturulacak performans yüksekliğinin hasta güvenliğine olumlu katkı sağlayacağı görülmüştür.

Hasta yoğunluğuna bağlı olarak hastalara yeterli zaman ayıramadığını belirten sağlık çalışanlarının, zaman kısıtlılığından oluşabilecek ivedi hareketler neticesinde istenmeyen olaylar yaşamaması için tedavi/zaman, muayene/zaman planının düzenlenmesi gerekmektedir.

Sağlık çalışanlarının bir kısmının aldıkları eğitimleri hastaların sosyokültürel düzeylerinin düşüklüğü nedeniyle tam uygulayamadıklarını belirtmeleri sebebiyle sağlık okur yazarlığı konusunda hasta/hasta yakınlarına seminerler düzenlenmelidir. Ek olarak yapılan bir araştırmada da sağlık çalışanlarının okudukları genel kültür kitap sayısının artmasıyla hasta hakları konusundaki tutum düzeylerinin olumlu yönde etkilendiği görülmüştür ki bu da sağlık çalışanlarında

genel kültür okuma teşvikini artırıcı seminer ya da faaliyetlerin önemini ortaya koymaktadır (12).

Hastanelerin farklı servislerinde fizik tedavi hizmeti alan kliniklerin transfer ve tedavi sırasında ki eleman/ ekipman yetersizliğinden kaynaklanacak istenmeyen olayları yaşamamaları için kendi fizyoterapi alanlarını oluşturmaları hizmetin daha hızlı ve güvenli ulaşmasını sağlayacağı şeklinde yorumlanmıştır. Yapılan araştırmalarda hastanelerde en sık görülen yaralanma nedenleri arasında düşmelerin yer aldığı ve bunların bazılarının kalça kırıkları, beyin kanaması gibi ciddi yaralanmalara sebep olduğu, yaklaşık hastaneye yatan her 1000 hastadan en az 3-6'sının düştüğü tahmin edilmektedir (13).

Diğer sağlık çalışanları ile yaşanan iletişim problemlerinin varlığından bahseden çalışanların iletişimsizliğe bağlı bilgi kaybının doğuracağı hataları gündeme getirecektir.

Gerek sağlık çalışanlarının gerekse hasta/hasta yakınlarının hukuki haklarını bilmeleri yönünde eğitim seminerleri düzenlenmelidir. İnsan, sağlık ile ilgili konular söz konusu olduğunda her zamankinden daha hassas olabilmekte ve sağlığını emanet ettiği muhataplarına karşı daha gergin olabilmektedir. Sağlık sektöründe karşılaşılan istenmeyen olaylar konusunda hak ve sorumluluklarını bilen sağlık çalışanlarına ihtiyaç vardır (14) ki bu da mesleki uygulamalarda çalışanların daha çok bilinç ve etik değerlerle hareket etmesini sağlayabilir. Hastaların da gerek hasta hakları gerekse çalışan haklarını ve çalışma koşullarını bilmeleri yönünde verilecek eğitimler ile karşılıklı empatinin oluşturulması sağlıkta şiddet olaylarının gündeme gelmemesine, çalışan motivasyon ve iş doyumuna neticesinde de işini severek yapan hata yapmaktan uzak sağlık profesyonelleri oluşmasına katkı sağlayabilir. Şiddet, sosyal öğrenme teorisine göre diğer sosyal davranışlar gibi öğrenilen bir davranıştır ve eğitim seminerlerinin önemi bu noktada bir kez daha vurgulanmalıdır (15).

İstenilmeyen olay bildirim formunun kullanılması yönünde çalışanlar bilgilendirilmeli teşvik edilmeli, çalışanların korunmasını sağlayarak kendilerini güvende hissetmeleri ile korku faktörünü ortadan kaldırıp bildirim yapmalarını sağlamak amaçlanmalı, neticesinde de yöneticilerin hataların oluşumunu ortadan kaldıracak sistemleri oluşturmaları, stratejiler geliştirmeleri ve çözüm önerileri üretebilmeleriyle sistemin güçlendirilmesi sağlanmalıdır (16).

KAYNAKÇA

1. Sollecito, W. A., & Johnson, J. K., (2011), McLaughlin and Kaluzny's continuous quality improvement in health care. Jones & Bartlett Publishers, 575.
2. Efil, İ., (1999), Toplam Kalite Yönetimi ve ISO 9000 Kalite Güvence Sistemi, İstanbul, Alfa Yay.
3. Donabedian, A., (1988), Quality assessment and assurance: unity of purpose, diversity of means. Inquiry, 173-192.
4. Wolfe, A., (2001), "Institute of Medicine Report: crossing the quality chasm: a new health care system for the 21st century." Policy, Politics, & Nursing Practice 2.3
5. Kavunbaşı, Ş., (2000), "Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi", Ankara; Siyasal Kitapevi.
6. Derin, N., Demirel, E. T., (2011), Hastanelerde verimlilik artışı için hasta güvenliği uygulamaları ve hasta güvenliğinin sağlanmasında dönüşümcü liderliğin etkisi, 51-81.
7. Baker, G., Ross, et al., (2004), "The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada." Canadian medical association journal, 170.11,1678-1686.
8. Corrigan, J.M., Karen A., eds., (2003), Priority areas for national action: transforming health care quality. National Academies Press.
9. Akalın HE., (2004), Hasta Güvenliği Kültürü: Nasıl Geliştirebiliriz? ANKEM Dergisi, 18(Ek 2):12- 13.
10. İşlek, E., (2009), "Bir Özel Dal Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Hasta Güvenliğini Tehdit Eden Olayların ve Olası Nedenlerinin Tanımlanması." Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
11. Akgün, S., Al-Assaf A. F. (2007), "Sağlık kuruluşlarında hasta güvenliği anlayışını nasıl oluşturabiliriz." Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi 3, 42-47.
12. Bostan, S., (1992), Sağlık çalışanlarının hasta haklarına yönelik tutumlarının araştırılması: Farabi Hastanesi örneği. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 1(1).
13. Avcı K., Aktan, T., (2015), Bir Sistem Sorunu Olarak Tıbbi Hatalar ve Hasta Güvenliği. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 5(2), 48-54.
14. Kurşat, Z., (2008), Hemşirelerin Hukuki Sorumluluğu. İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi Mecmuası, 66(1), 293-322.
15. Serin, H. H., Serin, S., Bakacak, M., Ölmez, S., (2015), Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet. 3MAYIS, 109.
16. İntepeler, Ş.S., Dursun, M. (2012), Tıbbi hatalar ve tıbbi hata bildirim sistemleri. Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences, 15(2).



Bir kamu hastanesi radyoloji ünitesinin zaman esaslı faaliyete dayalı maliyetleme yöntemine göre maliyet ve karlılık analizi*

The analysis of cost and profit of a public hospital radiology unit according to time-driven activity-based costing method

Enver Bozdemir

* Bu çalışma aynı zamanda 19-22 Mayıs 2017 tarihlerinde Podgorica/Karadağ'da düzenlenmiş olan "Mediterranean International Conference on Social Sciences (Uluslararası Akdeniz Sosyal Bilimler Konferansı)'da bilimsel bir çalışma olarak sunulmuştur.

Düzce Üniversitesi İşletme Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü, Düzce

Anahtar Kelimeler:

Hastane İşletmeleri, Faaliyete Dayalı Maliyetleme, Zaman Esaslı Faaliyete Dayalı Maliyetleme Yöntemi, Manyetik Rezonans, Bilgisayarlı Tomografi

Key Words:

Hospital Operations, Activity-Based Costing, Time-Driven Activity-Based Costing Method, Magnetic Resonance, Computerized Tomography.

Yazışma Adresi/Address for correspondence:

Enver Bozdemir,
Düzce Üniversitesi İşletme Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü, Düzce

Gönderme Tarihi/Received Date:
11.01.2018

Kabul Tarihi/Accepted Date:
18.01.2018

Yayımlanma Tarihi/Published Online:
31.03.2018

DOI:
10.5455/sad.13-1515657878

ÖZET

Günümüzde sağlık yöneticilerinin stratejik kararlar alabilmeleri ve maliyetleri kontrol edebilmeleri için maliyet analizlerinin en doğru bir şekilde hesap edilmesi önem arz etmektedir. Hastane işletmelerinde maliyetleri tüketen çok çeşitli faaliyet unsurları mevcuttur. Bu nedenle maliyetlerin doğru bir şekilde hesap edilmesinde zaman esaslı faaliyete dayalı maliyetleme yönteminin kullanılması gerekir.

Çalışmanın amacı zaman esaslı faaliyete dayalı maliyetleme yöntemini kullanılarak hastane işletmelerindeki özellikle Radyoloji ünitesindeki Manyetik Rezonans (MR) ve Bilgisayarlı Tomografi (BT) kısmında gerçekleşen maliyet bilgilerini doğru bir şekilde analiz ederek sağlık yöneticilerine maliyetlerin kontrol edilebilmesi için bir araç sunmaktır.

Bu amaç doğrultusunda Bolu İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesindeki 2015 yılı verileri esas alınarak MR ve BT birimlerinin maliyet analizi zaman esaslı faaliyete dayalı maliyetleme yönteminden yararlanılarak hesap edilmiştir. Ayrıca ilgili birimlerden yıl içerisinde elde edilen gelirlerle katılan maliyetler, birimlerin karlılığı açısından karşılaştırılmıştır. Buna göre her iki birimde sunulan hizmetlerin toplamının karlı olduğu tespit edilmiştir.

ABSTRACT

Today, it is significant for health care managers to make the most accurate calculations in cost analysis so that they can make strategic decisions and control costs. There are various activities that cost hospital operations. That is why, time-driven activity-based costing method should be used when costs are calculated correctly.

The purpose of the study is to provide a tool for healthcare managers to control costs in hospital departments, especially by analyzing Magnetic Resonance (MR) and Computerized Tomography (CT) cost information correctly.

For this purpose, based on the data of Bolu İzzet Baysal Training and Research Hospital in 2015, the cost analysis of MR and CT units was calculated by using the time-driven activity-based costing method. In addition, the costs generated by the revenues from the relevant units during the year are compared with the profitability of the units. Accordingly, it was determined that the sum of the services provided by both units is profitable.

GİRİŞ

Sağlık hizmetlerinin özelliği gereği sunulan hizmetin istenilen yüksek kalitede ve zamanında sunulması önemlidir. Yüksek derecede sunulan sağlık hizmetleri, işletmelerin ya da kamunun kıt kaynaklarıyla sağlanmaktadır. Bu durumda hastanelerin, kendilerine tahsis edilen kıt kaynakları en yüksek faydayı sağlayacak şekilde kullanmaları gerekmektedir.

Ayrıca günümüzde tıbbi teknolojinin hızla gelişimi, tanı ve tedavi aşamalarındaki gelişmeler, artan maliyet baskıları ve rekabetin yoğunlaşması gibi unsurlar nedeniyle sağlık hizmetlerinin daha profesyonel bir yönetim anlayışı ile birlikte maliyet odaklı olarak değerlendirilmesi zorunludur.

Bu açıdan bakıldığında, kurumlarda maliyet kontrolü uygun kaynak dağıtımının temelini

oluşturmaktadır. Hastanelerin maliyetlerini kontrol altına alabilmeleri ancak birim bazında giderlerin düzenli olarak saptanması ve ilgili hizmet üretim gider yerlerine ait birim maliyetlerin belirlenmesi ile mümkün olabilecektir. Ayrıca hastane işletmelerinde, maliyetlerin düşürülmesi ve verilen hizmetin sağlık sektöründe rekabet edebilir olması maliyetlerin tam ve doğru hesaplanmasına bağlıdır

Günümüzde ortaya çıkan ekonomik ve teknolojik gelişmeler neticesinde sağlıklı maliyet verilerine ulaşılmasında ve üretim süreçlerinin takibi konusunda geleneksel yöntemin yetersiz kalması sonucunda üretim maliyetlerinin daha doğru dağıtımı için Faaliyete Dayalı Maliyetleme Yöntemi (FDMY) geliştirilmiştir. FDMY'nin uygulanmasının zorluğu ve karmaşıklığı nedeniyle Zaman Esaslı Faaliyete Dayalı Maliyetleme Yöntemi (ZEFDMY) geliştirilmiştir.

Stratejik maliyet yönetim aracı olan ZEFDMY, maliyet unsurlarının zaman esaslı hesaplandığı ve maliyetlerin, faaliyetin gerçekleşmesi için gereken zamana dayandırıldığı bir sistemdir. Çok sayıda birbirinden farklı sağlık hizmetlerini zamanında sunan hastane işletmeleri ZEFDMY'nde tek bir maliyet etkeni olarak zamanı kullanarak ve kullanılmayan kapasiteyi dikkate alarak daha doğru bir maliyet bilgisi ortaya çıkarırlar.

Çalışmanın amacı zaman esaslı faaliyete dayalı maliyetleme yöntemini kullanarak hastane işletmelerindeki özellikle Radyoloji ünitesindeki Manyetik Rezonans (MR) ve Bilgisayarlı Tomografi (BT) kısmında gerçekleşen maliyet bilgilerini doğru bir şekilde analiz ederek sağlık yöneticilerine maliyetlerin kontrol edilebilmesi için bir araç sunmaktır.

Bu amaç doğrultusunda Bolu İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesindeki 2015 yılı verileri esas alınarak MR ve BT birimlerinin maliyet analizi zaman esaslı faaliyete dayalı maliyetleme yönteminden yararlanılarak hesap edilecektir. Ayrıca ilgili birimlerden yıl içerisinde elde edilen gelirlerle katlanılan maliyetler, birimlerin karlılığı açısından karşılaştırılacaktır.

ZAMAN ESASLI FAALİYE DAYALI MALİYETLEME YÖNTEMİ

Hastane yöneticilerinin, finansal veriler üzerinde etkinliğinin sağlanabilmesi için iki önemli maliyet çalışmasını gerçekleştirmeleri gerekmektedir. Bunlardan ilki, hastanede gerçekleşen giderlerin gider merkezlerine dağıtılması, ikincisi ise bu merkezlerde verilen hizmetlerin birim maliyetlerinin hesaplanmasıdır (10). Bu hesaplamalar ayrıntılı bir maliyet analizi çalışması ile yapılabilir.

Maliyet analizi için; maliyetlerin sınıflandırılması, tespit edilmesi ve kayıt altına alınması gerekmektedir. Maliyet analizi çalışmalarında geleneksel yaklaşım uzun yıllar kullanılmış ve halen kullanımı devam etmektedir. Son zamanlarda ise maliyet hesaplamalarında daha duyarlı olduğu gerekçesiyle FDMY kullanılmaya başlanmıştır (7).

Geleneksel maliyetlendirme yaklaşımında üretim giderlerinin üretilen ürünler için yapıldığı kabul edilerek, bu giderler ile ürünler arasında bağlantı kurulur ve söz konusu giderler ait oldukları çıktının maliyetlerine doğrudan yüklenir. Genel üretim giderlerinde ise çıktı bağlantısı dolaylıdır. Bu nedenle söz konusu giderler üretilen çıktılara bir iş ölçüsü yardımıyla dağıtılır. FDMY yöntemine göre ise giderler çıktı için değil faaliyetlerin yürütülmesi için yapılır, çıktılar ise bu faaliyetlerden yararlanır. Bu bakımdan giderler önce faaliyetlere yüklenerek, her bir faaliyetin maliyeti hesaplanır. Daha sonra da her faaliyetin maliyetinden çıktılara o faaliyetten yararlanma derecelerine göre pay verilir (4).

Başka bir ifadeyle FDM ile geleneksel maliyetleme arasındaki temel fark, geleneksel maliyetlemenin üretim yapılırken kaynakları ürünlerin tükettiğini kabul etmesine karşın; FDM'nin kaynakları mamullerin değil faaliyetlerin tükettiğini ve ürünlerin de bu faaliyetleri tükettiğini esas almasıdır (14).

Faaliyetler, işletme kaynaklarının tüketilmesine neden olan ve bir organizasyonda yerine getirilen işlerdir. Hastanın ameliyata hazırlanması, anestezi uygulaması, ameliyat esnasında yapılan cerrahi müdahaleler, laboratuvar incelemeleri faaliyetlere örnek olarak verilebilir. Faaliyetlerin belirlenmesinde; hastanenin organizasyon şeması, iş akış şeması veya yerleşim planından yararlanılabilir (6).

Sağlıklı maliyet verilerine ulaşılmasında ve üretim süreçlerinin takibi konusunda zamanla geleneksel yöntemin yetersiz kalması, FDMY'nin başlangıç noktası olmuştur. FDMY, ilk olarak Robert Kaplan ve Robin Cooper tarafından 1988 yılında tanıtılmıştır (15). Bu yöntem, 1990'lı yıllardan itibaren sağlık ve özellikle hastane hizmetlerinde finansal ve maliyet analizlerinin hesaplanmasında uygulanmaya başlamıştır (19).

Zaman içerisinde FDM sistemini geliştiren ve uygulayan pek çok araştırmacı tarafından FDM'nin sürecin maliyetli ve uzun zaman alması, verilerin, işlenmesi, depolanması ve raporlanmasının maliyetli olması, atıl kapasite bilgisini vermemesi ve işletme bütününe entegre olamaması gibi nedenlerden dolayı eleştirilmeye başlanmıştır (13).

Zaman Esaslı Faaliyete Dayalı Maliyetleme Yönteminin Ortaya Çıkışı

Literatüre bakıldığında FDMY'nin faydalarını gösteren çok sayıda çalışma olduğu ancak bu yöntemin getirdiği avantajlara rağmen bu yöntemin uygulama oranının beklenenden daha düşük seviyede olduğu sonucu çıkarılmıştır (1,5). FDM'nin doğru yönetim aracı olmadığı görüşünün düşünülmeğe başlanması ve yeni arayışlara gidilmesi sonucu Kaplan ve Anderson'un 2004 yılında yayımladıkları makalelerinde FDM'nin yeni bir yaklaşımı olarak ZEFDMY'ni geliştirmişlerdir. Bu yöntemle FDM'de karşılaşılan zorluk ve problemler aşılmıştır (8,11).

Başka bir ifadeyle FDMY'nin zorluklarını ve eksikliklerini ortadan kaldırılması amacıyla Kaplan ve Anderson tarafından ZEFDMY, geleneksel FDMY'ne karşı alternatif bir yaklaşım olarak ortaya konulmuştur (9).

Bu yöntemin geliştirilmesinin nedeni olarak, FDM'nin yetersizliklerinin yanı sıra, sabit kaynakların maliyetinin yükselmesi ve bu maliyetlerin denetimi ve ölçülmesi için yöneticilere yardımcı olarak yeni araçların arayışı içinde olunması da gösterilmektedir (17).

FDMY, maliyet nesnelere ile faaliyetler arasında sebep - sonuç ilişkisi kurduğundan dolayı geleneksel maliyet yönteminden daha iyidir. Fakat süreçlerin ya da kaynakların kullanılmayan kapasitesini tespit edememektedir. ZEFDMY ve FDMY'nin temeli, faaliyetlerin kaynakları, ürün ve hizmetlerinde faaliyetleri tüketmesi anlayışıdır. Temel esasları aynı olmakla birlikte işleyişte farklılıklar vardır. ZEFDMY faaliyetlerin sürelerini esas alan bir yöntemdir (15).

ZEFDMY'nin amacı, zaman harcanmasına neden olan ve maliyetli araştırmaların sonlandırılması ve geleneksel FDM'den daha doğru bilgi sağlanmasıdır. Böylece faaliyet tabanlı maliyetlemenin yararlarını çoğaltılmakta ve eksik yönlerini azaltılmaktadır (2).

Zaman Esaslı Faaliyete Dayalı Maliyetleme Yönteminin Faydaları

Genel olarak, ZEFDMY kullanımının aşağıdaki faydalarından bahsedilmektedir (11):

- Doğru bir model oluşturulması daha kolay ve hızlıdır.
- ERP'den (İşletme Kaynak Planlaması) ve müşteri ilişkileri yönetim sistemlerinden alınan veri ile iyi bir şekilde bütünleşebilmektedir.
- Belirli siparişlerin, işlemlerini tedarikçilerin ve müşterilerin belli özelliklerini kullanarak maliyetleri işlemlere ve siparişlere dağıtılabilir.

• Kaynak maliyetleri, emirler ve süreçlerdeki değişimlere tepki verilerek güncelleştirme daha kolay olmaktadır.

• Yönetim eylemleri için kaynak kapasitesi ile kullanılmayan kaynak kapasitesi dikkate alınmaktadır.

• Tahmin edilen sipariş miktarını ve güçlüğünü temel olarak kaynak kapasitesinin bütçelenmesinde; firmalara kaynak taleplerini tahmin etme imkânı vermektedir.

• İşletmelerde, modellere bilgisayar programları ve veritabanı teknolojileri kullanılarak kolayca adapte edilebilmektedir.

• Modelin sürdürülebilirliğinin sağlanması hızlı ve ekonomiktir.

• Problemlerin ana nedenlerinin belirlenmesinde kullanıcılara detaylı bilgi sağlamaktadır.

• Müşterilerin, ürünlerin, kanalların, bölümlerin ve süreçlerin farklı seviyelerde olduğu, çok sayıda insan ve sermaye giderinin yer aldığı çoğu firma ve işletmede kullanabilmektedir.

Kırlioğlu ve Atalay'ın (16) yapmış oldukları bir hastane uygulaması çalışmasında ortaya çıkan sonucu göre ZEFDMY'nin sağlık işletmesinde etkin bir şekilde uygulanabileceği ve maliyetlerin daha detaylı, zamanlı, anlamlı ve gerçekçi olarak hesaplandığı için geleneksel maliyet yöntemine göre daha doğru ve güvenilir bilgiler sunduğu görülmüştür.

ZEFDMY, FDM yöntemi gibi işletme kaynaklarının faaliyetler tarafından, faaliyetlerin ise ilgili maliyet objesi tarafından kullanıldığı bir maliyet yöntemidir. Bu yöntemin FDM'den farkı ise tek maliyet etkeni olarak "zamanın" kullanılmasıdır (18,3).

Zaman Esaslı Faaliyete Dayalı Maliyetleme Yönteminin Aşamaları

ZEFDMY'de mamul/hizmet maliyetlemesi veya karlılık analizi için altı aşamalı bir süreç söz konusudur. Bu aşamalar aşağıdaki gibidir (8,9):

1. Aşama: Kaynak grupları için yürütülen faaliyetlerin tanımlanması,
2. Aşama: Her bir kaynak grubunun maliyetlerinin tespit edilmesi,
3. Aşama: Her bir kaynak grubu için pratik kapasitenin tespit edilmesi,
4. Aşama: Her bir kaynak grubu için birim maliyetlerin hesaplanması,
5. Aşama: Her bir faaliyet için gerekli olan sürelerin tespit edilmesi,

6. Aşama: Birim maliyetler ile maliyet objeleri için tespit edilen birim sürelerin çarpılması.

ZEFDM'de önce maliyet objelerinin etkilediği kaynak miktarları tahmin edilmektedir. Gerekli olan kaynak miktarı, önce faaliyetler bazında sonra maliyet objeleri bazında tahmin edilmektedir. Bu yöntem, FDM'yi yalınlaştırarak, sadece aşağıdaki iki parametrenin hesaplanmasını gerekli kılmıştır (13):

1. Parametre: Birim süre maliyeti Birim Süre Maliyet= Toplam Maliyet / Toplam

Pratik Kapasite

2. Parametre: Maliyet objelerinin kullandığı faaliyetlerin süreleri.

İki parametre sonucunda maliyet etkeni oranı elde edilmektedir. Maliyet etkeni oranı aracılığı ile de maliyetler maliyet objelerine dağıtılmaktadır. ZEFDM'nin birinci aşamasında tüm kaynakların pratik kapasitesi alınmaktadır. Daha sonra kaynağın toplam maliyeti pratik kapasiteye bölünerek birim süre başına maliyet hesaplanmaktadır. İkinci aşamada ise faaliyetlerin süreleri tespit edilmekte ve birim süre maliyeti ile faaliyetin süresi çarpılarak maliyet hesaplanmaktadır (13).

Hastane işletmelerinde birim maliyetlerin hesap edilmesinde Kaplan ve Porter (12) ZEFDM yöntemini kullanarak, bir hastanın tedavi ve bakım süreçlerinin maliyetini 7 adımda aşağıdaki şekilde belirlemiştir;

- Birinci Adım: hastanın tıbbi durumunu belirlemek,
- İkinci Adım: hastaya sunulacak sağlık hizmetleri değer zincirini belirlemek,
- Üçüncü Adım: hastanın tedavi sürecindeki her bir faaliyetin süreçlerini belirlemek,
- Dördüncü Adım: her işlem için zaman tahminlerini yapmak,
- Beşinci Adım: hasta tedavisi için gerekli olan kaynakların maliyetini belirlemek,
- Altıncı Adım: her bir kaynağın kapasitesini tahmin etmek ve kapasite maliyet oranını hesaplamak,
- Yedinci Adım: toplam hasta tedavi maliyetini hesaplamak.

ZEFDMY ile gereksiz zaman harcamasına neden olan faaliyetler belirlenerek sonlandırılmakta ayrıca kapasite dinamik bir şekilde hesaplanmakta ve atıl kapasite maliyetleri ayrıştırılabilmektedir. Dolayısıyla kullanılmayan kapasite maliyet objelerine yansıtılmamış olmaktadır. Yöneticiler kaynak, faaliyet, süreç ve maliyet objeleri ile ilgili daha güvenilir

ve güncel sonuçlara ulaşmaktadır. Kullanılmayan kapasite daha fazla kaynak ve harcama gerektiren birimlere kaydırılarak işletmenin verimlilik ve etkinliği artırılmasına destek olunmaktadır (15).

Sürece dayalı maliyetleme işlemi bir departman tarafından gerçekleştirilen bütün faaliyetler için gerekli olan toplam zaman ile departmanın çalışanlarının mevcut olan toplam zamanları arasında farklılıkları otomatik olarak göstermektedir. Bu SDFTM'yi, daha iyi kapasite yönetiminin amaç olduğu FTM uygulamaları için çok daha titiz bir yöntem haline getirmektedir (2).

Sağlık işletmelerinde ZEFDMY, katma değeri olmayan süreçleri ve süreçlerdeki gerekli olmayan işlemleri ortadan kaldırdığı, kaynak kapasite kullanımını arttırdığı, doğru yerlere doğru süreçler sunduğu, süreçler ile klinik becerileri eşleştirdiği, tedavi döngü süresini hızlandırdığı ve optimize ettiği, süreçlerde iş akışını geliştirdiği ve fazlalıkları azalttığı ve doğru maliyet ölçümü sağladığı için işletmelere değer geliştirici fırsatlar sunmaktadır (12,15).

ZEFDM Yöntemi, FDM Yöntemini temel kabul ederek FDMY'nin dezavantajlarını ve uygulama zorluklarını ortadan kaldıran bir maliyet analiz sistemidir. Bu yöntem FDM yöntemine göre uygulanması daha kolay ve basit bir sistemdir. Başka bir ifadeyle işletmedeki maliyet kaynaklarını tüketen çok çeşitli faaliyet ve karmaşık işlemleri sadece zaman faktörünü kullanarak basit hale getiren bir yöntemdir.

BOLU İZZET BAYSAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİNDEKİ MR VE BT ÜNİTELERİNİN ZAMAN ESASLI FAALİYE DAYALI MALİYETLEME YÖNTEMİNE GÖRE MALİYET VE KARLILIK ANALİZİ

Araştırmaya konu olan Bolu İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesindeki Radyoloji ünitesinde MR, BT, Röntgen, Ultrason ve Mamografi alanında hizmet vermesi nedeniyle çalışma alanı olarak pek çok ortak gider ve faaliyet unsurlarına sahip olmalarını nedeniyle sadece MR ve BT kısmı ile kısıtlanmış olup uygulama sadece bu birimlerde yapılmıştır.

Araştırmanın Verileri

Çalışmaya ait veriler, Bolu İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesinin kurumsal kaynak planlama, idari/mali işler, muhasebe, bilgi işlem departmanındaki müdür ve çalışanlardan alınmış olup olgusal ve birincil veri niteliğini taşımaktadır. Söz konusu hastaneye ait MR ve BT birimlerinin maliyet analizleri ve verilerin elde edilmesi sürecinde doküman analizi yapılmıştır.

Araştırmanın Amacı

Çalışmanın amacı zaman esaslı faaliyete dayalı maliyetleme yöntemini kullanılarak hastane işletmelerindeki özellikle Radyoloji ünitesindeki Manyetik Rezonans (MR) ve Bilgisayarlı Tomografi (BT) kısmında gerçekleşen maliyet bilgilerini doğru bir şekilde analiz ederek sağlık yöneticilerine maliyetlerin kontrol edilebilmesi için bir araç sunmaktır.

Bu amaç doğrultusunda Bolu İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesindeki 2015 yılı verileri esas alınarak MR ve BT birimlerinin maliyet analizi zaman esaslı faaliyete dayalı maliyetleme yönteminden yararlanılarak hesap edilecektir. Ayrıca ilgili birimlerden yıl içerisinde elde edilen gelirlerle katlanılan maliyetler, birimlerin karlılığı açısından karşılaştırılacaktır.

Araştırmanın Kapsamı ve Yöntemi

Araştırmanın evrenini, Bolu İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesindeki yardımcı hizmet üretim gider yeri olan Radyoloji ünitesinde MR ve BT birimlerinin 2015 yılına ait sağlık hizmetleri sunum faaliyetleridir. İlgili birimlere ait faaliyet türleri ve maliyet unsurları aşağıdaki Tablo 1 ve 2'de gösterilmektedir.

Tablo 1. MR ve BT Ünitesine İlişkin Birinci Aşama Maliyet Etkenleri

MR ve BT Birimine Ait Hizmet Üretim Giderler Çeşitleri	Birinci Aşama Maliyet Etkenleri (Kaynak Etkenleri)
Öğretim üyesi	Çalışma saati
Araştırma görevlisi	Personel sayısı
Hemşire	Personel sayısı
Radyoloji teknisyenleri	Personel sayısı
Temizlik görevlisi	Personel sayısı
Veri hazırlama elemanı	Personel sayısı
Yemek gideri	Öğün sayısı
Temizlik gideri	Harcanan tutar
Isınma gideri	m ²
Bakım ve onarım gideri	Harcanan tutar
Hastane bilgi ve yönetim sistemi kullanım gideri	Kullanıcı sayısı
Giyecek yardımı gideri	Personel sayısı
Amortisman giderleri	Ekonomik ömür
Elektrik gideri	Kilowatt/saat
Helyum gazı gideri	Harcanan tutar
Tüp gideri	Harcanan tutar
Tıbbi sarf ve ilaç gideri	Harcanan tutar

Tablo 2. MR Birimi İçin Hastanenin Katlanmış Olduğu Toplam Maliyetler

Maliyet Unsurları	MR Birimi Tutar (TL)	BT Birimi Tutar (TL)
ENDİREKT TIBBİ SARF VE İLAÇ GİD.	39.800,05	35.370,72
ENDİREKT İŞÇİLİK GİDERLERİ	297.869,47	340.422,09
Öğretim üyesi sabit işçilik gideri	45.774,24	47.862,09
Öğretim üyesi değişken işçilik gideri	39.791,33	40.259,52
Araştırma görevlisi sabit işçilik gideri	34.687,79	34.687,79
Araştırma görevlisi değişken işçilik gid.	25.796,41	25.512,55
Hemşire sabit işçilik gideri	10.950,00	10.950,00
Hemşire değişken işçilik gideri	1.384,86	1.384,86
Radyoloji teknisyeni sabit işçilik gideri	88.460,40	120.204,84
Radyoloji teknisyeni değişken işçilik gid.	10.129,83	18.665,83
Temizlik görevlisi sabit işçilik giderleri	10.035,00	10.035,00
Veri Hazırlama elemanı sabit işçilik gid.	30.859,61	30.859,61
DİĞER GENEL HİZMET ÜRETİM GİD.	431.703,30	301.971,83
Yemek gideri	13.718,00	11.647,20
Temizlik gideri	4.645,80	4.645,80
Isınma gideri	3.299,89	3.429,84
Bakım ve onarım gideri	52.000,00	15.000,00
Hastane bilgi ve yönetim sistemi kullanım gideri	1.105,39	1.205,88
Giyecek yardımı gideri	229,17	171,12
Amortisman giderleri	237.500,00	112.000,00
Elektrik gideri	31.205,05	5.871,99
Helyum gazı gideri	88.000,00	--
Tüp gideri	---	148.000,00
TOPLAM	769.372,82	677.764,64

Ayrıca, kaynak gruplarında çalışan personelle kaynak gruplara ait sürelerin tespitinde yüz yüze görüşmeler yapılmış olup faaliyetlerin sürelerinin tespiti için yerinde gözlem yapılmıştır. Çalışmada, kaynak grupları (faaliyet merkezleri) ve bunlara ait gerçekleşen faaliyetlerin sayıları ve süreleri tespit edilmiştir.

Bu çalışma ile bir Eğitim ve Araştırma Hastanesindeki MR ve BT birimlerinde stratejik maliyet yönetim tekniği olarak ZEFDMY'ni kullanılarak, yardımcı sağlık hizmet ve uygulamaların maliyetlerinin objektif olarak belirlenebileceğini ortaya koymaktır. Ayrıca hesaplanan birim maliyetler ile Sağlık Uygulama Tebliği'ndeki (SUT) Üniversite hastaneleri için belirlenen birim fiyatları ile karşılaştırılarak ilgili birimlerin karlılık analizi yapılacaktır. İlgili birimlerde yapılan bu maliyet ve karlılık analizi ile sağlık yöneticilerinin alacakları kararlarda stratejik bilgilerin sunulması hedeflenmektedir.

Araştırmanın Modeli

Çalışmada literatür kısmından da yararlanılarak ZEFDM yönteminin uygulanmasında ise aşağıdaki yedi aşamalı süreç takip edilmiştir;

- 1-İlgili birimlerde gerçekleşen maliyet unsurlarına ait kaynak gruplarının, faaliyetler ve alt faaliyetlerin belirlenmesi,
- 2-Kaynak gruplarının toplam maliyetlerinin hesaplanması,
- 3-Belirlenen faaliyetler ve alt faaliyetlerin gerçekleşme sürelerinin tespit edilmesi,
- 4-Kaynak gruplarının pratik kapasitesinin hesaplanması,
- 5-Her bir kaynak grubu için birim maliyetlerin hesaplanması,
- 6-Birim süre maliyetleri ile faaliyetin gerçekleşme süresinin çarpılması,
- 7-Faaliyet maliyetlerinin maliyet objelerine yüklenmesi.

Maliyetlerin Belirlenmesi

Bolu İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesindeki MR ve BT ünitelerinin 2015 yılına ait maliyetlerin belirlenmesinde, mevcut hastanenin tüm maliyet kalemleri incelenerek maliyet analizleri yapılmıştır.

Maliyetler hizmet maliyetlerine yüklenme biçimlerine göre direkt ve indirekt olmak üzere iki kısma ayrılmaktadır. Direkt maliyetler, BT ve MR birimi ile direkt ilişkisi bulunan maliyet olduğundan herhangi bir dağıtım anahtarı kullanılmadan yüklenmiştir. Indirekt maliyetler ise niteliklerine göre çeşitli dağıtım anahtarları yardımı ile dağıtımı gerçekleştirilmiştir.

Maliyet unsurları ilk I. dağıtım olarak maliyet (gider) merkezleri olan esas hizmet üretim gider yerlerine, yardımcı hizmet üretim gider yerlerine, yardımcı hizmet gider yerlerine ve faaliyet gider yerlerine dağıtımı yapılır. Daha sonra II. dağıtım olarak yardımcı gider yerlerinde toplanan maliyetler, çeşitli dağıtım yöntemlerine (basit, kademeli, matematik ve çapraz dağıtım yöntemleri) göre esas hizmet üretim gider yerlerine dağıtımı yapılır. Son III. dağıtım olarak da esas hizmet üretim gider yerlerinde toplanan maliyetler verilen hizmet nitelik ölçü birimlerine (hasta, gün, dakika vb.) göre birim maliyet olarak hesaplanır. MR ve BT birimleri maliyet dağıtımında yardımcı hizmet üretim gider yerleri olarak dikkate alınmıştır. Yardımcı sağlık hizmet üretim giderlerindeki toplanan maliyetler, esas üretim gider yerlerine dağıtımı yapıldığından esas hizmet üretim gider yerlerinin bu birimlerden aldıkları maliyet paylarının doğru tespit gerekir. Bu nedenle maliyet unsurlarından yaralanma biçiminde ZEFDMY kullanılmış olup her bir faaliyetin birim maliyeti analiz edilmiştir. MR ve BT biriminde harcanan maliyet unsurları ve etkenleri aşağıdaki Tablo 1 de gösterilmektedir.

Hastanenin 2015 yılı içerisinde MR ve BT birimi için katlanmış olduğu maliyet unsurları aşağıdaki Tablo 2 de gösterilmektedir.

BULGULARIN ANALİZİ

Hastanenin MR ve BT biriminde gerçekleşen maliyetlerin dağıtımında ZEFDM yönteminde tespit edilen model aşamasına göre aşağıdaki işlemler gerçekleştirilmiştir.

İlgili birimlerde gerçekleşen maliyet unsurlarına ait kaynak gruplarının, faaliyetler ve alt faaliyetlerin belirlenmesi:

Araştırmada uygulama örneği olarak seçilen Bolu İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesinin MR ve BT ünitesindeki bölüm yöneticileri ve raporlama yöneticileri ile yapılan görüşmeler neticesinde söz konusu ünitelerde hastanın kabul edilmesi, hastanın grafi çekimine hazır hale getirilmesi, çekim işleminin gerçekleştirilmesi, hasta dönüşü, sonuçların doktor (radyolojist) tarafından yorumlanması ve tanı konulması (rapor okuma işlemi) gibi faaliyetler söz konusudur. Ancak faaliyet esaslı maliyetle yönteminin de dezavantajlarını da ortadan kaldırmak amacıyla çok söz konusu ünitelerde çok fazla faaliyet gerçekleştirilmesine rağmen bu faaliyetlerden daha çok maliyet tüketimine olanak sağlayan iki ayrı faaliyet merkezinde faaliyetin gerçekleştirildiği kabul edilerek kaynaklar gruplandırılmıştır.

Tablo 3. MR ve BT Biriminde Gerçekleştirilen Faaliyetler ve Kaynak Grupları

Kaynak Grupları	Faaliyetler
Hastanın Kabul Edilmesi, Çekime Hazırhale Getirilmesi ve Rapor Okuma İşlemi (KG1)	Hastanın karşılanması, hasta bilgilerinin kontrol edilmesi, Hastaya çekim hazırlıklarının yapılması, Hastanın bilgilendirilmesi, ilaçlı grafilerde hastaya gerekli ilaçların verilmesi, Makine ayarlarının yapılması, Sonuçların yorumlanarak tanı konulması, Raporlanan sonuçların onaylanarak ilgili birime gönderilmesi veya hastaya verilmesi.
Çekim İşlemi (KG2)	Çekim işleminin gerçekleştirilmesi.

Hastanesinin MR ve BT biriminde yapılan incelemeler sonucunda belirlenen kaynak grupları ve bu gruplarda gerçekleştirilen faaliyetler aşağıda Tablo 3 de gösterilmiştir.

Kaynak gruplarının toplam maliyetlerinin hesaplanması:

Faaliyet merkezlerinin toplam maliyetlerinin bulunabilmesi için MR ve BT ünitelerine ait hizmet üretim maliyetlerinin ilgili faaliyetlere dağıtılması gerekmektedir. Bu dağıtım birinci aşama maliyet etkenlerinin seçilmesi ile gerçekleştirilebilir. MR ve BT birimine ilişkin endirekt hizmet maliyetlerinin yukarıda belirlenen faaliyetlere yüklenmesinde kullanılacak başlıca maliyet etkenleri aşağıdaki gibi belirlenmiştir.

a- Hastanın Kabul Edilmesi, Çekime Hazırhale Getirilmesi ve Rapor Okuma İşlemi Kaynak Grubu (KG1) maliyeti, endirekt tıbbi sarf ve ilaç gideri, öğretim üyesi, araştırma görevlisi, hemşire ve radyoloji teknisyeni toplam işçilik gideri, temizlik görevlisi işçilik gideri, veri hazırlama elemanı işçilik gideri, temizlik gideri, yemek gideri, giyecek yardımı gideri, ısınma gideri ve hastane bilgi ve yönetim sistemi kullanım giderinden oluşmaktadır. Buna göre;

MR-KG-1'in toplam maliyeti: 360.667,77 TL

BT-KG-1'in toplam maliyeti: 396.892,65 TL'dir.

b- Çekim İşlemi Kaynak Grubu (KG2) Maliyeti: Bakım ve onarım gideri, amortisman giderleri, elektrik gideri ve helyum gazı/tüp giderinden oluşmaktadır. Buna göre;

MR-KG-2'in toplam maliyeti: 408.705,05TL

BT-KG-2'in toplam maliyeti: 280.871,99 TL'dir.

Belirlenen faaliyetler ve alt faaliyetlerin gerçekleşme sürelerinin tespiti:

Hastanesinin 2015 yılında MR biriminde gerçekleşen faaliyetler ve bu faaliyetlerin kullanım süreleri aşağıdaki Tablo 4' de, BT biriminde gerçekleşen faaliyetler ve bu faaliyetlerin kullanım süreleri ise Tablo 5'te gösterilmiştir.

Kaynak gruplarının pratik kapasitesinin hesaplanması:

Hastanesinin 2015 yılında MR biriminde gerçekleşen kaynak gruplarına ait pratik kapasitenin hesaplanması Tablo 4'de, BT biriminde gerçekleşen kaynak gruplarına ait pratik kapasitenin hesaplanması ise Tablo 5'te gösterilmiştir.

Her bir kaynak grubu için birim maliyetlerin hesaplanması:

Hastanın Kabul Edilmesi, Çekime Hazırhale Getirilmesi ve Rapor Okuma İşlemi Kaynak Grubu Birim Maliyet:

MR-KG-1 Birim Maliyeti = 360.667,77 TL /105.080 =3,43 TL/dakika

BT-KG-1 Birim Maliyeti = 396.892,65 TL /108.420 =3,66 TL/dakika

Çekim İşlemi Kaynak Grubu Birim Maliyet:

MR-KG-2 Birim Maliyeti= 408.705,05 TL/253.145 =1,61 TL/dakika

BT-KG-2 Birim Maliyeti = 280.871,99 TL /5.548 =50,62 TL/dakika

Birim süre maliyetleri ile faaliyetin gerçekleşme süresinin çarpılması

Hastanesinin MR birim süre maliyetleri ile faaliyetin gerçekleşme süresinin çarpılması Tablo 6' da, BT birim süre maliyetleri ile faaliyetin gerçekleşme süresinin çarpılması Tablo 7'de gösterilmiştir.

Faaliyet maliyetlerinin maliyet objelerine yüklenmesi

Hastanesinin MR birimindeki faaliyet maliyetlerinin maliyet objelerine yüklenmesi Tablo 6' da, BT birimindeki faaliyet maliyetlerinin maliyet objelerine yüklenmesi ise Tablo 7'de gösterilmiştir.

Karlılık Analizi

Karlılık analizi, hastane işlemlerinin belirli bir dönemde gerçekleştirilen faaliyetler karşılığında elde edilen gelirler ile bu gelirleri elde etmek için katılanlar

Tablo 4. MR Biriminde Gerçekleştirilen Kaynak Gruplarına/Faaliyetlere ait Süreler ve Pratik Kapasitenin Hesaplanması

MR Çeşitleri	Çekim Öncesi İşlemler ve Rapor okuma süresi (KG1) (Dakika)	Çekim Süresi (KG2) (Dakika)	Çekim ücreti (TL)*	Toplam çekim sayısı (Adet)	Toplam gelir (TL)	Toplam KG1 (Dakika)	Toplam KG2 (Dakika)	Toplam Süre (Dakika)
MR, akciğer ve mediasten	10	40	71,5	13	929,50	130	520	650
MR, abdomen, alt	10	30	71,5	254	18.161,00	2.540	7.620	10.160
MR, beyin	5	25	71,5	2577	184.255,50	12.885	64.425	77.310
MR, BOS akım	5	25	71,5	1	71,50	5	25	30
MR, boyun	10	40	71,5	135	9.652,50	1.350	5.400	6.750
MR, difüzyon	5	5	71,5	3390	242.385,00	16.950	16.950	33.900
MR, dinamik	10	5	71,5	697	49.835,50	6.970	3.485	10.455
MR, Eklem tek	5	30	71,5	1776	126.984,00	8.880	53.280	62.160
MR, ekstremitte tek taraflı	10	20	71,5	218	15.587,00	2.180	4.360	6.540
MR, hipofiz	10	35	71,5	79	5.648,50	790	2.765	3.555
MR, kardiak	10	30	71,5	4	286,00	40	120	160
MR, kardiak fonksiyon	10	25	71,5	3	214,50	30	75	105
MR, kulak	5	25	71,5	227	16.230,50	1.135	5.675	6.810
MR, vertebra, lomber	10	15	71,5	1828	130.702,00	18.280	27.420	45.700
MR, meme	20	25	71,5	180	12.870,00	3.600	4.500	8.100
MR Anjiyografi	10	15	71,5	538	38.467,00	5.380	8.070	13.450
MR Kolanjiyografi	10	25	71,5	163	11.654,50	1.630	4.075	5.705
MR Myelografi	10	25	71,5	1	71,50	10	25	35
MR Spektroskopi (Multiv.tek eko)	15	30	71,5	1	71,50	15	30	45
MR ürografi	15	30	71,5	7	500,50	105	210	315
MR, diğer	10	30	71,5	401	28.671,50	4.010	12.030	16.040
MR, Nazofarinks	10	40	71,5	14	1.001,00	140	560	700
MR, Orbita	10	35	71,5	18	1.287,00	180	630	810
MR, Vertebra, servikal	10	10	71,5	1024	73.216,00	10.240	10.240	20.480
MR, Temporomandibuler eklem	5	25	71,5	59	4.218,50	295	1.475	1.770
MR, Vertebra, torakal	10	25	71,5	273	19.519,50	2.730	6.825	9.555
MR, Abdomen, üst	15	40	71,5	294	21.021,00	4.410	11.760	16.170
MR, Yüz	10	35	71,5	17	1.215,50	170	595	765

* MR çekim ücret gelirlerinin fiyatlandırmasında, Sağlık Uygulama Tebliği'ndeki (SUT) Üniversite hastaneleri için belirlenen birim fiyatları esas alınmıştır.

maliyetler arasındaki olum veya olumsuz farkın ortaya konulmasıdır.

Sağlık kuruluşlarında her hastanın ihtiyaç duyduğu teşhis ve tedaviye göre farklı işlemler yapılması gerekebilir. Yani, bir nöroloji hastası ile kalp hastası aynı süreçlerden geçmemektedir. Her iki hastaya aynı işlem uygulansa da yapılan işlemin maliyeti aynı olmayacaktır. Örneğin, her iki hasta da MR görüntüleme cihazına alındığında, gerek harcanan

zaman açısından, gerekse çekilen kesit sayısı açısından belirgin farklılıklar oluşmakta, bu da farklı maliyet anlamına gelmektedir (10).

Yapılan çalışmada MR ve BT kısımlarında çok farklı türde işlemlerin gerçekleştirildiği görülmektedir. MR birimi için yapılan karlılık analizinde Tablo 6'da görüldüğü üzere yapılan işlemlerin toplam maliyet ve geliri açısından 246.740,15 TL karın elde edildiği görülmektedir. Ancak bu karlılık durumu yapılan

Tablo 5. BT Biriminde Gerçekleştirilen Kaynak Gruplarına/Faaliyetlere ait Süreler ve Pratik Kapasitenin Hesaplanması

Bilgisayarlı Tomografi Çeşitleri	Çekim Öncesi İşlemler ve Rapor okuma süresi (KG1) (Dakika)	Çekim Süresi (KG2) (Saniye)	Çekim ücreti (TL)'	Toplam çekim sayısı (Adet)	Toplam Gelir (TL)	Toplam Çekim Süresi Dakika	Toplam KG1 (Dakika)	Toplam KG2 (Dakika)	Yıllık Toplam Harcanan Süre (Dakika)
BT, 3 boyutlu görüntüleme	15	30 sn	60,5	4	242,00	2,00	60	2	62
BT, anjiyografi, tek anatomik bölge için	10	60 sn	60,5	244	14.762,00	122,00	2.440	244	2684
BT, abdomen, alt	10	30 sn	60,5	2212	133.826,00	1.106,00	22.120	1.106	23226
BT, beyin (Aksiyel+koronal)	5	30	74,6	25	1.865,00	12,50	125	13	138
BT, beyin	5	20	60,5	1985	120.092,50	992,50	9.925	662	10587
BT, boyun	10	30	60,5	166	10.043,00	83,00	1.660	83	1743
BT, extremité (20-50cm bölge)	5	40	60,5	266	16.093,00	133,00	1.330	177	1507
BT, larenks	10	30	60,5	2	121,00	1,00	20	1	21
BT, maksillofasial tomografi, aksiyel	10	30	60,5	81	4.900,50	40,50	810	41	851
BT, maksillofasial tomografi, koronal	10	30	60,5	74	4.477,00	37,00	740	37	777
BT, nazofarinks	10	20	60,5	5	302,50	2,50	50	2	52
BT, orbita	10	30	60,5	26	1.573,00	13,00	260	13	273
BT, paranasal sinüs	5	20	60,5	535	32.367,50	267,50	2.675	178	2853
BT, tempomandibüler eklem	5	15	73,37	8	586,96	4,00	40	2	42
BT, temporal kemik YRBT, tek düzlem	10	30	60,5	303	18.331,50	151,50	3.030	152	3182
BT, toraks	15	30	60,5	2038	123.299,00	1.019,00	30.570	1.019	31589
BT, tomografi, diğer	10	30	60,5	70	4.235,00	35,00	700	35	735
BT, üst abdomen	10	30	60,5	2212	133.826,00	1.106,00	22.120	1.106	23226
BT, vertebra, servikal	5	25	60,5	243	14.701,50	121,50	1.215	101	1316
BT, vertebra torakal	10	30	60,5	50	3.025,00	25,00	500	25	525
BT, vertebra lumbal	10	30	60,5	137	8.288,50	68,50	1.370	69	1439
BT eşliğinde girişimsel tetkik	10	60	60,5	45	2.722,50	22,50	450	45	495
BT sanal endoskopi	10	30	60,5	5	302,50	2,50	50	3	53
BT, dinamik, trifazik, bifazik inceleme	15	80	60,5	212	12.826,00	106,00	3.180	283	3463
BT, yüksek rezolüsyonlu akciğer	10	30	77,66	288	22.366,08	144,00	2.880	144	3024
BT, yüksek rezolüsyonlu akciğer, ekspratuvar	10	30	77,66	10	776,60	5,00	100	5	105
Toplam	245	850		11.246	685.952,14	5.623,00	108.420	5.548	113.968

* BT çekim ücret gelirlerinin fiyatlandırmasında, Sağlık Uygulama Tebliği'ndeki (SUT) Üniversite hastaneleri için belirlenen birim fiyatları esas alınmıştır.

işlemler açısından farklılık göstermektedir. Örneğin yapılan işlemler açısından en yüksek karlılık payı 156.957,00 TL ile MR, difüzyon işlemine ait olduğu bu karşın en yüksek zararın (13.038,90) TL ile MR, Abdomen, üst işlemine ait olduğu görülmektedir.

Yine yapılan çalışmada BT birimi için yapılan karlılık analizinde Tablo 7'de görüldüğü üzere yapılan

işlemlerin toplam maliyet ve geliri açısından 8.295,18 TL karın elde edildiği görülmektedir. Ancak bu karlılık durumu yapılan işlemler açısından MR biriminde olduğu gibi bu birimde de farklılık göstermektedir. Örneğin yapılan işlemler açısından en yüksek karlılık payı 50.256,56 TL ile BT, beyin işlemine ait olduğu bu karşın en yüksek zararın (40.168,98) TL ile BT, toraks işlemine ait olduğu görülmektedir.

Tablo 6. MR Birim Süre Maliyetleri ile Faaliyetin Gerçekleşme Süresinin Çarpılması ve Faaliyet Maliyetlerinin Maliyet Objelerine Yüklenmesi

MR Çeşitleri	KG1 Toplam (Dakika)	KG1 Birim Maliyet	KG1 Toplam Maliyeti	KG2 Toplam (Dakika)	KG2 Birim Maliyet	KG2 Toplam Maliyeti	Toplam gelir (TL)	Toplam Maliyet (TL)	Farkı Gelir-Gider (TL)
MR, akciğer ve mediasten	130	3,43	445,9	520	1,61	837,20	929,50	1.283,10	-353,60
MR, abdomen, alt	2.540	3,43	8.712,2	7.620	1,61	12.268,20	18.161,00	20.980,40	-2.819,40
MR, beyin	12.885	3,43	44.195,55	64.425	1,61	103.724,25	184.255,50	147.919,80	36.335,70
MR, BOS akım	5	3,43	17,15	25	1,61	40,25	71,50	57,40	14,10
MR, boyun	1.350	3,43	4.630,5	5.400	1,61	8.694,00	9.652,50	13.324,50	-3.672,00
MR, diffüzyon	16.950	3,43	58.138,5	16.950	1,61	27.289,50	242.385,00	85.428,00	156.957,00
MR, dinamik	6.970	3,43	23.907,1	3.485	1,61	5.610,85	49.835,50	29.517,95	20.317,55
MR, Eklem tek	8.880	3,43	30.458,4	53.280	1,61	85.780,80	126.984,00	116.239,20	10.744,80
MR, ekstremitte tek taraflı	2.180	3,43	7.477,4	4.360	1,61	7.019,60	15.587,00	14.497,00	1.090,00
MR, hipofiz	790	3,43	2.709,7	2.765	1,61	4.451,65	5.648,50	7.161,35	-1.512,85
MR, kardiyak	40	3,43	137,2	120	1,61	193,20	286,00	330,40	-44,40
MR, kardiyak fonksiyon	30	3,43	102,9	75	1,61	120,75	214,50	223,65	-9,15
MR, kulak	1.135	3,43	3.893,05	5.675	1,61	9.136,75	16.230,50	13.029,80	3.200,70
MR, vertebra, lomber	18.280	3,43	62.700,4	27.420	1,61	44.146,20	130.702,00	106.846,60	23.855,40
MR, meme	3.600	3,43	12.348,00	4.500	1,61	7.245,00	12.870,00	19.593,00	-6.723,00
MR Anjiyografi	5.380	3,43	18.453,40	8.070	1,61	12.992,70	38.467,00	31.446,10	7.020,90
MR Kolanjiyografi	1.630	3,43	5.590,90	4.075	1,61	6.560,75	11.654,50	12.151,65	-497,15
MR Myelografi	10	3,43	34,30	25	1,61	40,25	71,50	74,55	-3,05
MR Spektroskopi (Multiv. tek eko)	15	3,43	51,45	30	1,61	48,30	71,50	99,75	-28,25
MR ürografi	105	3,43	360,15	210	1,61	338,10	500,50	698,25	-197,75
MR, diğer	4.010	3,43	1.3754,30	12.030	1,61	19.368,30	28.671,50	33.122,60	-4.451,10
MR, Nazofarinks	140	3,43	480,20	560	1,61	901,60	1.001,00	1.381,80	-380,80
MR, Orbita	180	3,43	617,40	630	1,61	1.014,30	1.287,00	1.631,70	-344,70
MR, Vertebra, servikal	10.240	3,43	35.123,20	10.240	1,61	16.486,40	73.216,00	51.609,60	21.606,40
MR, Temporomandibuler eklem	295	3,43	1.011,85	1.475	1,61	2.374,75	4.218,50	3.386,60	831,90
MR, Vertebra, torakal	2.730	3,43	9.363,90	6.825	1,61	10.988,25	19.519,50	20.352,15	-832,65
MR, Abdomen, üst	4.410	3,43	15.126,30	11.760	1,61	18.933,60	21.021,00	34.059,90	-13.038,90
MR, Yüz	170	3,43	583,10	595	1,61	957,95	1.215,50	1.541,05	-325,55
Toplam	105.080		360.424,40	253.145		407.563,45	1.014.728,0	767.987,85	246.740,15

SONUÇ

Sağlık kurumlarında sunulan hizmetin niteliği gereği zamanında, istenilen kalitede ve en düşük maliyetle sunulması hem rekabet stratejisi hem de işletmenin kaynaklarını optimal bir biçimde kullanılması açısından önemli bir durumdur. Yöneticilerin hastanelerde bu durumu sağlayabilmeleri için maliyetin bileşenlerini analiz etmek, performans en çok etkisi olan maliyet bileşenlerini saptamak ve bunlarla ilgili

gerekliliği aksiyonları alabilmek birim ve hizmet çeşitliliği bazında doğru maliyet bilgilerine ihtiyaç duyarlar.

Doğru maliyet bilgilerinin elde edilmesinde maliyet unsurlarını hizmetin ifa edilmesinde çeşitli faaliyetlerin tükettikleri bir gerçektir. Maliyet analizinde çeşitli faaliyetlerin karmaşıklığını ve zorluğunu ortadan kaldırmak için ZEFDMY'nin kullanılması hastane işlemleri açısından önemli bir stratejik maliyet yönetim sistemidir. Bu yöntemde tek bir maliyet etkeni

Tablo 7. BT Birim Süre Maliyetleri ile Faaliyetin Gerçekleşme Süresinin Çarpılması ve Faaliyet Maliyetlerinin Maliyet Objelerine Yüklenmesi

Bilgisayarlı Tomografi Çeşitleri	Toplam KG1 (Dakika)	KG1 Birim Maliyet	KG1 Toplam Maliyeti	Toplam KG2 (Dakika)	KG2 Birim Maliyet	KG2 Toplam Maliyeti	Toplam gelir (TL)	Toplam Maliyet (TL)	Gelir-Gider Farkı (TL)
BT, 3 boyutlu görüntüleme	60	3,66	219,60	2	50,62	101,24	242,00	320,84	-78,84
BT, anjiyografi, tek anatomik bölge için	2.440	3,66	8.930,40	244	50,62	12.351,28	14.762,00	21.281,68	-6.519,68
BT, abdomen, alt	22.120	3,66	80.959,20	1.106	50,62	55.985,72	133.826,00	136.944,92	-3.118,92
BT, beyin (Aksiyel+koronal)	125	3,66	457,50	13	50,62	658,06	1.865,00	1.115,56	749,44
BT, beyin	9.925	3,66	36.325,50	662	50,62	33.510,44	120.092,50	69.835,94	50.256,56
BT, boyun	1.660	3,66	6.075,60	83	50,62	4.201,46	10.043,00	10.277,06	-234,06
BT, ekstremiteler (20-50cm bölge)	1.330	3,66	4.867,80	177	50,62	8.959,74	16.093,00	13.827,54	2.265,46
BT, larenks	20	3,66	73,20	1	50,62	50,62	121,00	123,82	-2,82
BT, maksillofasial tomografi, aksiyel	810	3,66	2.964,60	41	50,62	2.075,42	4.900,50	5.040,02	-139,52
BT, maksillofasial tomografi, koronal	740	3,66	2.708,40	37	50,62	1.872,94	4.477,00	4.581,34	-104,34
BT, nazofarinks	50	3,66	183,00	2	50,62	101,24	302,50	284,24	18,26
BT, orbita	260	3,66	951,60	13	50,62	658,06	1.573,00	1.609,66	-36,66
BT, paranasal sinüs	2.675	3,66	9.790,50	178	50,62	9.010,36	32.367,50	18.800,86	13.566,64
BT, tempomandibüler eklem	40	3,66	146,40	2	50,62	101,24	586,96	247,64	339,32
BT, temporal kemik YRBT, tek düzlem	3.030	3,66	11.089,80	152	50,62	7.694,24	18.331,50	18.784,04	-452,54
BT, toraks	30.570	3,66	111.886,20	1.019	50,62	51.581,78	123.299,00	163.467,98	-40.168,98
BT, tomografi, diğer	700	3,66	2.562,00	35	50,62	1.771,70	4.235,00	4.333,70	-98,70
BT, üst abdomen	22.120	3,66	80.959,20	1.106	50,62	55.985,72	133.826,00	136.944,92	-3.118,92
BT, vertebra, servikal	1.215	3,66	4.446,90	101	50,62	5.112,62	14.701,50	9.559,52	5.141,98
BT, vertebra torakal	500	3,66	1.830,00	25	50,62	1.265,50	3.025,00	3.095,50	-70,50
BT, vertebra lumbal	1.370	3,66	5.014,20	69	50,62	3.492,78	8.288,50	8.506,98	-218,48
BT eşliğinde girişimsel tetkik	450	3,66	1.647,00	45	50,62	2.277,90	2.722,50	3.924,90	-1.202,40
BT sanal endoskopi	50	3,66	183,00	3	50,62	151,86	302,50	334,86	-32,36
BT, dinamik, trifazik, bifazik inceleme	3.180	3,66	11.638,80	283	50,62	14.325,46	12.826,00	25.964,26	-13.138,26
BT, yüksek rezolüsyonlu akciğer	2.880	3,66	10.540,80	144	50,62	7.289,28	22.366,08	17.830,08	4.536,00
BT, yüksek rezolüsyonlu akciğer, ekspratuvar	100	3,66	366,00	5	50,62	253,10	776,60	619,10	157,50
Toplam	108.420		396.817,20	5.548		280.839,76	685.952,14	677.656,96	8.295,18

olarak zamanı kullanarak ve kullanılmayan kapasiteyi dikkate alarak daha doğru bir maliyet bilgisi elde edilmektedir.

ZEFDMY'ni esas alan bu çalışmada MR ve BT birimleri için ayrı ayrı kaynak grupları oluşturularak bu kaynak grupların maliyetleri tüketmesinde kullanılan süreler esas alınmıştır. Buna göre MR ve BT birimlerinde

yapılan her bir işlemin birim maliyeti ayrı ayrı hesap edilmiştir. Bu hesaplamada süresi uzun olan işlemlerin maliyetleri daha fazla tükettikleri, az olan işlemlerin maliyetleri daha az tükettikleri görülmüştür.

Buna karşın SUT fiyatlarına göre her bir işlemde elde edilen gelirin MR çeşitleri için 71,50 TL BT çeşitleri için ise 60,50 TL olduğu görülmektedir. Oysaki her

bir işlemi ifade etmek için gerçekleştirilen faaliyetlerin farklı olduğu ve bu farklılık içerisinde katlanılan maliyetlerin de aynı olmadığı aşikardır. Bu nedenle yapılan çalışmadaki karlılık analizinde gerçekleştirilen MR ve BT işlem türlerindeki karlılık durumu farklı çıkmaktadır. Her iki birimin toplam karlılığı ise olumlu yöndedir. Çalışmada elde edilen sonuçlardan da anlaşıldığı gibi SUT ile belirlenen MR ve BT işlemleri fiyatları ile bu işlemlerin gerçek maliyetleri arasında önemli farklılıklar vardır.

Ayrıca yapılan bu çalışmada araştırmaya konu olan Radyoloji ünitesi yardımcı hizmet üretim gider yeri olduğu için bu gider merkezinden faydalanan esas üretim gider yerlerine pay verilmesi gerekmektedir. Esas hizmet üretim gider yerlerinde yapılacak olan birim hasta maliyet analizinde çalışmadaki her bir işlem maliyetine bu çalışmadaki işlem birim maliyetleri esas alınacağı için daha doğru maliyet verileri elde edilmektedir.

Hastaneler bu çalışmayla katlanılan maliyetlerle sunulan hizmet karşılığında elde edilen gelir arasındaki karlılık analizinde elde ettikleri kâr ya da zararın hangi faaliyetten kaynaklandığı, hangi hizmetin katma değer ortaya çıkarıp çıkarmadığını ve kullanılan işgücü ve makine/cihazın kapasite kullanım durumunu görmektedir.

ZEFDMY'nin hastane işlemlerinde uygulanmasıyla maliyetlerin kontrolünde ve azaltılmasında, birim ve işlem maliyet analiz ve karlılığında, katma değeri olmayan faaliyetlerin belirlenerek azaltılması, işgücü planlamasına katkı sağlaması, daha gerçekçi kaynak kullanımını sağlaması ve diğer stratejik yönetsel kararların alınmasında yardım olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Baird, K. M., Harrison, G. L. Ve Reeve, R. C. (2004), "Adoption Of Activity Management Practices: A Note On The Extent Of Adoption And The Influence Of Organizational And Cultural Factorsmanagement", Accounting Research, 15(4), 383-399.
2. Barrett, R. (2005), "Time-Driven Costing: The Bottom Line on the New ABC", Business Performance Management Magazine, March, <http://businessfinancemag.com/business-performance-management/time-driven-costing-bottom-line-new-abc>.
3. Berikol, B.Z. ve Güner, M.F., (2016), "Faaliyet Tabanlı Maliyetleme Ve Süreye Dayalı Faaliyet Tabanlı Maliyetleme Yöntemleri", Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi, ICAFR 16 Özel Sayısı, 461-473.
4. Büyükmirza, H. K., (2014), Maliyet ve Yönetim Muhasebesi, Gazi Kitabevi, Ankara.
5. Cengiz, E., (2011), "Faaliyet Tabanlı Maliyetleme ve Sürece Dayalı Faaliyet Tabanlı Maliyetleme Arasındaki Farklar-Bir Mobilya Üreticisi Firmada Vaka Çalışması" Muhasebe ve Finansman Dergisi, Nisan, 33-58.
6. Çil, K.S., (2006), "Faliyete Dayalı Maaliyet Yöntemi ve Hastane Uygulaması", Doktora Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
7. Erkol, Ü. ve Ağırbaş, İ., (2011), "Hastanelerde Maliyet Analizi ve Faaliyet Tabanlı Maliyetleme Yöntemine Dayalı Bir Uygulama", Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 64(2), 87-95.
8. Everaert P., Bruggeman, W., Sarens, G., Anderson, S. ve Levant, Y.(2008), "Cost Modeling in Logistics Using Time-driven ABC: Experiences from a Wholesaler", International Journal of Physical Distribution & Logistics Management, April, 38(3), 172-191.
9. Everaert, P. ve Bruggeman, W. (2007), "Time-Driven Activity Based Costing: Exploring The Underlying Model", Cost Management, 21(2), March-April, 16-20.
10. İldir, A., (2008), Faaliyet Tabanlı Maliyetleme İle Sağlık İşletmelerinde Maliyet Analizi ve Performans Yönetimi, Seçkin Yayıncılık, Ankara.
11. Kaplan, R. S.- Anderson, S. R. (2004), "Time-Driven Activity-Based Costing", Harvard Business Review", November, 131-138.
12. Kaplan, R. S., ve Porter, M. E. (2011), "The Big Idea, How to Solve The Cost Crisis in Health Care", Harvard Business Review, September, 89(9), 47-64.
13. Kaplan, R.S. ve Anderson, S.R., (2007), "The Innovation Of Time-Driven Activity Based Costing", Journal of Cost Management, 21(2), 5-15.
14. Karcioğlu, R. (2000), Stratejik Maliyet Yönetimi-Maliyet ve Yönetim Muhasebesinde Yeni Yaklaşımlar, Aktif Yayınevi, Erzurum.
15. Kırloğlu, H. ve Atalay, B., (2014a), "Sürece Dayalı Faaliyet Tabanlı Maliyetlemenin Kapasite Yönetimi Açısından Değerlendirilmesi ve Bir Hastane Uygulaması", Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi, 10(23), 99-119.
16. Kırloğlu, H. ve Atalay, B., (2014b), "Hastane İşletmelerinde Sürece Dayalı Faaliyet Tabanlı Maliyetleme Modellemesi", Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 41, Temmuz, 141-161.
17. Ören, V.E. ve Tetik, N. (2012), "Zaman Etkenli Faaliyet Tabanlı Maliyet Yöntemi İle Müşteri Karlılık Analizi: Seyahat Acentası Örnek Olayı", MODAV, 2012/2, 29-47.
18. Pernot, E., Roodhooft, F., Abbeele, A.V., (2007), "Time-Driven Activity Based Costing for Inter-Library Services: A Case Study in a University", The Journal of Academic Librarianship, 33(5), 51-560.
19. Rensburg, A.J.V. ve Jassat, W. (2011). Acute Mental Health Care According to Recent Mentalhealth Legislation Part II. Activity-Based Costing. African Journal of Psychiatry. March, 23-29.

Araştırma / Research Article



Hasta güvenliği kültürü üzerine bir araştırma: Eğitim ve araştırma hastanesi örneği*

A study on the patient safety culture: Example of training and research hospital

Işıl Türk¹, Serpil Akgül¹, Mustafa Seçkin¹, Sabahattin Tekingündüz², Aysu Zekioğlu³

* Bu makale, 22-26 Kasım 2017 tarihleri arasında yapılan "I. Uluslararası Hasta Güvenliği ve Sağlık Finansmanı" Kongresi'nde sunulan sözel bildirinin genişletilmiş halidir.

¹S.B.Ü Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Elazığ.
²Mersin Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Sağlık Yönetimi Bölümü, Mersin.
³Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü, Edirne

Anahtar Kelimeler:

Hasta güvenliği kültürü, sağlık hizmetleri, hastane

Key Words:

Patient safety culture, health services, hospital

Yazışma Adresi/Address for correspondence:

Sabahattin Tekingündüz,
 Mersin Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Sağlık Yönetimi Bölümü, Mersin.
 stekingunduz@gmail.com

Gönderme Tarihi/Received Date:
 19.01.2018

Kabul Tarihi/Accepted Date:
 11.02.2018

Yayımlanma Tarihi/Published Online:
 31.03.2018

DOI:
 10.5455/sad.13-1516348843

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada; sosyo-demografik özellikler (cinsiyet, medeni durum, eğitim, yaş, çalıştığı bölüm, çalışma şekli ve haftalık çalışma süresi, kurumda toplam çalışma süresi ve meslekte toplam çalışma süresi) ile hasta güvenliği kültürü algısı arasında fark olup olmadığının belirlenmesi ve hasta güvenliği boyutları arasında ilişki olup olmadığının incelenmesi amaçlanmaktadır. **Yöntem:** Tanımlayıcı ve kesitsel tipte olan araştırma bir eğitim ve araştırma hastanesinde gerçekleştirilmiş olup, gönüllülük ilkesi gereği çalışmaya katılmayı kabul eden 255 hemşire/ebe ile gerçekleştirilmiştir. Araştırma verilerinin toplanmasında 9 sorudan oluşan 'Kişisel Bilgi Formu' ile 51 ifadeden oluşan 'Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği' (HGKÖ) kullanılmıştır. **Bulgular:** Çalışmada, en yüksek hasta güvenliği boyutu 'olay ve hata raporlama' (2.40), en düşük boyutlar ise 'yönetim/liderlik' (2.28) ve 'çalışan davranışı' (2.29) olarak bulunmuştur. HGKÖ'nin alt boyutları ile demografik değişkenler arasında (yaş, cinsiyet, eğitim, medeni durum) arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$). HGKÖ alt boyutlarından yönetim-liderlik ile görev yapılan birim; çalışan eğitimi ile çalışma şekli arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p < 0.05$). **Sonuç:** Hastanelerde hasta güvenliğine yönelik tehditleri tanımaya, hataları bildirmeye, analiz etmeye ve hataların sonuçlarından ders çıkarmaya, bunun yanında hasta güvenliği konusunda etkili iletişim kurmalarını sağlamaya yönelik olarak hemşirelere eğitimler verilmesinin önemli olduğu düşünülmektedir.

ABSTRACT

Objective: The aims of this study are; to analyze the differences between sociodemographic characteristics (gender, marital status, education, age, department, type of study, duration of study, total duration of study and total duration of study in the institution) and patient safety culture perception and to determine whether there is a relationship between patient safety dimensions. **Methods:** The descriptive and cross-sectional study was conducted in an educational and research hospital and was conducted with 255 nurses / midwives who agreed to participate voluntarily in the study. 'Personal Information Form' consisting of 9 questions and 'Patient Safety Culture Scale' (PSCS) consisting of 51 expressions were used for collecting data. **Findings:** In the study, the highest patient safety dimension was 'event and error reporting' (2.40) and the lowest dimensions were 'management / leadership' (2.28) and 'employee behavior' (2.29). There was no significant relationship between demographic variables (age, gender, education, marital status) and subscales of PSCS ($p > 0.05$). There was a significant relationship between management-leadership and working unit and employee education and working conditions ($p < 0.05$). **Conclusion:** It is believed that it is important for nurses to be trained to identify threats to patient safety in hospitals, to report errors, to analyze them and to learn lessons from the consequences of errors, as well as to establish effective communication about patient safety.

GİRİŞ

Sağlık hizmetlerinde kalite ve güvenliğin iyileştirilmesine yönelik artan küresel ilgi, bir yandan sağlık çalışanlarına verilen eğitim müfredatının geliştirilmesi diğer yandan klinik uygulamaların iyileştirilmesi ile ilgili politikaların oluşturulmasını tetiklemektedir. (Sherwood, 2011). Sağlık organizasyonları kalite, performans (Elsheikh vd., 2017) ve hasta güvenliği konularında yakın zamana

kadar yapısal değişikliklere odaklanma eğiliminde iken, son yapılan çalışmalar bu konularda iyileştirmelerin sadece yapısal değişikliklerle olmayacağını "kültürel dönüşümün" de gerekli olduğunu göstermektedir. Yüksek riskli alanlar olması sebebiyle sağlık işletmelerinin güvenlik yönetimi tekniklerini kendi endüstrilerine adapte etmesi konusunda İngiltere Sağlık Departmanı ve Amerika'da Institute of Medicine (IOM) önerilerde bulunmuştur (Flin vd. 2006).

Sağlık sistemleri, hasta bakımının güvenli bir şekilde sunulmasını etkileyen, doğası gereği öngörülme riskleri içeren karmaşık organizasyonlardır (Mansour, 2015). Söz konusu organizasyonlardaki örgüt kültürü, daha güvenli hasta bakımının teşvik edilmesi için dönüşüm geçirerek hasta güvenliği kültürünü oluşturmuştur (Neiva&Sorra, 2003).

Küresel bir konu olarak görülen, tanı ve tedavi süreçlerinin hastaya zarar verebilecek unsurlardan arındırılmış olması şeklinde tanımlanabilen ve nispeten yeni bir sağlık kavramı olarak görülen Hasta Güvenliği, genellikle advers olaylara yol açan tıbbi hatanın önlenmesi, azaltılması, raporlanması, analizi, hatalardan ders çıkarılması, sağlık bakım profesyonelleri, organizasyonlar ve hastalar açısından güvenlik kültürünün oluşturulmasını içermektedir (Mitchell, 2008; Steven vd., 2014; Elsheikh vd., 2017). Yöneticilerin ve çalışanların davranışlarını yönlendiren Hasta güvenliği kültürü (Nordin vd., 2013), bir organizasyon içindeki hasta güvenliğini destekleyen normlara, tutumlara ve davranışlara atıfta bulunmaktadır (Bishop&Creagan, 2015). Sağlık hizmetleri açısından hasta güvenliği kültürünün en yaygın ölçütleri; (Flin vd. 2006) yönetim/süpervizörlük, güvenlik sistemi, risk algısı, iş talepleri, raporlama, güvenlik davranışları, iletişim/geri bildirim, takım çalışması, kişisel faktörler (ör. stres), organizasyonel faktörler olarak sıralanmaktadır. Hasta güvenliği kültürü sayesinde, sağlık işletmeleri özelinde nelerin önemli olduğu, sağlık çalışanlarının nasıl davranışlar sergilemesi gerektiği, hangi süreç ve usullerin ödüllendirildiği veya cezalandırıldığı gibi koşullar belirlenir (Smith vd., 2017).

Gelişmiş ülkelerde yapılan araştırmalar; hastaların önemli bir çoğunluğunun sağlık hizmeti alırken zarar gördüklerini, bu durumun hastanede kalış süresinin uzaması, kalıcı sakatlık, ölüm gibi olumsuz sonuçları doğurduğunu göstermiştir. Gelişmekte olan ülkelerde ise, sağlık alt yapısının yetersiz olması, sağlık bakımındaki eksiklikler, temel sağlık ekipmanlarının yokluğu, hijyen ve sanitasyon koşullarının sağlanamaması gibi sorunlarla karşı karşıya kalınmaktadır (WHO, 2017: 3). Farklı ülkelerde, hasta güvenliğine dair benzer sorunların yaşanıyor olması, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ/WHO) ve IOM başta olmak üzere pek çok ulusal ve uluslararası sağlık ile ilişkili örgütün bu konuyla ilgili global stratejiler geliştirmesini tetiklemiştir. Örneğin; hasta güvenliğinin tüm bölgelerde yaygınlaştırılarak geliştirilmesi için planlama, eğitim faaliyetleri, değerlendirmeler yapan DSÖ; son olarak 'Hasta Güvenliği için Minimal Enformasyon Modeli'ni (MIM PS) geliştirmiştir. MIM PS'nin amacı, bir hatayı bildirirken ihtiyaç duyulan ve

asgari olarak toplanması gereken bilgi kategorilerinin bir listesini sağlamaktır (WHO, 2016). Gerçekleştirilen tüm iyileştirme çalışmalarına rağmen, hasta güvenliği ile ilgili olumsuzluklar hemşirelik ve sağlık bakımı açısından önemini korumaya devam etmektedir. (Steven vd., 2014).

Çalışmanın amacı; sosyo-demografik özellikler (cinsiyet, medeni durum, eğitim, yaş, çalıştığı bölüm, çalışma şekli ve haftalık çalışma süresi, kurumda toplam çalışma süresi ve meslekte toplam çalışma süresi) ile hasta güvenlik kültürü algısı arasında fark olup olmadığının belirlenmesi, bunun yanında hasta güvenliği boyutları arasında ilişki olup olmadığının incelenmesidir. Türkiye'de hasta güvenliği konusuna son yıllarda önem verilmeye başlanmıştır (Kurutkan vd.,2017). Bu nedenle çalışmada elde edilen bulgular ile ülkedeki hasta güvenliği literatürüne katkı sağlanmasının önemli olacağı düşünülmektedir.

YÖNTEM

Evren

Tanımlayıcı ve kesitsel tipte olan araştırma 23 Temmuz-23 Ağustos 2017 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evrenini, Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesinde fiili olarak görev yapan 789 hemşire/ebe (548 hemşire, 241 ebe) oluşturmaktadır. Evrenden örneklem seçimine gidilmemiş, evrenin tamamının çalışma kapsamına alınması planlanmıştır. Ancak, gönüllülük ilkesi gereği çalışmaya katılmayı kabul eden 255 hemşire/ebe ile çalışma gerçekleştirilmiştir. Böylece evrenin %32'sine ulaşılmıştır.

Veri Toplama Aracı

Araştırma verilerinin toplanmasında 9 sorudan oluşan 'Kişisel Bilgi Formu' ile 51 ifadeden oluşan 'Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği' (HGKÖ) kullanılmıştır. Hasta güvenliği kültürünün değerlendirilmesi için Türkmen vd. (2011) tarafından geliştirilen 'Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği' kullanılmıştır. HGKÖ; yönetim ve liderlik (17 madde), çalışan davranışı (14 madde), olay ve hata raporlama (5 madde), çalışanların eğitimi (7 madde) ve bakım ortamı (8 madde) olmak üzere beş alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçek, '1. tamamen katılmıyorum', '2. katılmıyorum', '3. katılıyorum', '4. tamamen katılıyorum' şeklinde dörtlü likert tipidir. Ölçek puanının hesaplanmasında; alt boyutlarda yer alan madde puanları toplanıp elde edilen toplam sayı madde sayısına bölünmekte ve 1-4 arasında her bir alt boyutun ortalama puanı elde edilmektedir. Toplam ölçek puanının hesaplanmasında ise 5 alt boyutun ortalama puanı toplanmakta ve 5'e bölünerek 1-4

arasında ölçek puanı elde edilmektedir. Ölçek puanının yorumlanmasında ise puan ortalamasının '4'e doğru yükselmesi, olumlu hasta güvenliği kültürünün, '1'e doğru azalması, olumsuz hasta güvenliği kültürünün varlığını göstermektedir (Türkmen vd., 2011).

Verilerin Analizi

Veriler analiz edilirken, çalışanların sosyo-demografik özelliklerini değerlendirmek amacıyla frekans ve yüzdelerine, hemşirelerin HGKÖ'den aldıkları puanlar hesaplanırken ortalama ve standart sapmalarına bakılmıştır. Verilerin özetlenmesinde betimsel istatistikler kullanılmıştır. Tek değişkenli analizlerde Student t Testi, ANOVA, Mann Whitney U, Kruskal Wallis ve Korelasyon kullanılmıştır.

BULGULAR

Araştırmada kullanılan ölçeğe ait tanımlayıcı istatistikler, alfa değerleri ve HGKÖ Boyutları arasında korelasyon analiz sonuçları Tablo 1'de gösterilmektedir.

Tablo 1'de gözleneceği üzere HGKÖ boyutlarının ortalamaları birbirine yakın düzeydedir. En yüksek

hasta güvenliği boyutu 'olay ve hata raporlama', en düşük boyutları ise 'yönetim/liderlik' ve 'çalışan davranışı'dır. Boyutlara ait Cronbach's Alfa güvenilirlik katsayıları 0.82 ile 0.93 arasında çıkmıştır. Korelasyon analizi sonucuna göre, boyutlar arasında pozitif anlamlı ilişkiler gözlenmektedir ($p < 0.01$). En yüksek ilişki 'çalışan davranışı' ile 'olay ve hata raporlama', ikinci en yüksek ilişki ise 'çalışan eğitimi' ile 'yönetim ve liderlik' arasında bulunmuştur.

Tablo 2'de cinsiyete göre hemşire/ebelerin HGKÖ puan ortalamaları yer almaktadır. Mann Whitney U-Testi sonucuna göre HGKÖ'nin alt boyutları ile cinsiyet arasında bir fark olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$).

Tablo 3'te medeni durum göre hemşire/ebelerin HGKÖ puan ortalamaları yer almaktadır. T-Testi sonucuna göre, HGKÖ'nin alt boyutları medeni duruma göre anlamlı bir farklılık göstermektedir ($p > 0.05$).

Tablo 4'te eğitim durumuna göre hemşire/ebelerin HGKÖ puan ortalamaları yer almaktadır. Kruskal Wallis Testi Sonuçlarına göre HGKÖ'nin alt boyutları ile eğitim durumları arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$).

Tablo 1. Tanımlayıcı istatistikler, Cronbach Alpha ve HGKÖ Boyutları arasındaki ilişki

	Cronbach Alpha	Ortalama/SS	1	2	3	4
1. Yönetim ve liderlik	0.91	2,28±,618	1			
2. Çalışan eğitimi	0.91	2,38±,791	,760**	1		
3. Olay ve hata raporlama	0.82	2,4±,735	,560**	,620**	1	
4. Bakım ortamı	0.85	2,33±,693	,466**	,456**	,745**	1
5. Çalışan davranışı	0.93	2,29±,664	,471**	,535**	,777**	,748**

** .Korelasyon 0.01 düzeyinde anlamlı.

Tablo 2. Hasta Güvenliği Kültür Ölçeği (Alt Boyutlar) Puanlarının Cinsiyete Göre U-Testi Sonuçları

		N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	p
Yönetim ve liderlik	Kadın	231	128,78	29749,00	2591,000	0,60
	Erkek	24	120,46	2891,00		
Çalışan eğitimi	Kadın	231	128,20	29614,50	2725,5	0,89
	Erkek	24	126,06	3025,50		
Olay ve hata raporlama	Kadın	231	128,63	29712,50	2627,5	0,67
	Erkek	24	121,98	2927,50		
Bakım ortamı	Kadın	231	129,52	29920,00	2420	0,30
	Erkek	24	113,33	2720,00		
Çalışan Davranışı	Kadın	231	129,95	30018,00	2322	0,19
	Erkek	24	109,25	2622,00		

Tablo 3. Hasta Güvenliği Kültür Ölçeği (Alt Boyutlar) Puanlarının Medeni Duruma Göre T-Testi Sonuçları

		N	Ortalama	Standart Sapma	t	p
Yönetim ve liderlik	Evli	185	2,2623	,61901	-1,103	0,27
	Bekâr	70	2,3580	,61570		
Çalışan eğitimi	Evli	185	2,3537	,81019	-,876	0,38
	Bekâr	70	2,4510	,74236		
Olay ve hata raporlama	Evli	185	2,3903	,75305	-,453	0,65
	Bekâr	70	2,4371	,69139		
Bakım ortamı	Evli	185	2,3216	,69812	-,548	0,58
	Bekâr	70	2,3750	,68498		
Çalışan Davranışı	Evli	185	2,2842	,66282	-,071	0,94
	Bekâr	70	2,2908	,67318		

Tablo 4. Hasta Güvenliği Kültür Ölçeği (alt boyutlar) Puanlarının Eğitim Duruma Göre Kruskal Wallis Testi Sonuçları

		N	Sıra Ortalaması	ki-kare	p
Yönetim ve liderlik	Lise mezunu	22	103,14	3,058	0,22
	Ön lisans mezunu	104	133,38		
	Lisans ve üzeri	129	127,90		
Çalışan eğitimi	Lise mezunu	22	107,41	2,424	0,30
	Ön lisans mezunu	104	133,86		
	Lisans ve üzeri	129	126,79		
Olay ve hata raporlama	Lise mezunu	22	104,11	3,523	0,17
	Ön lisans mezunu	104	135,54		
	Lisans ve üzeri	129	125,99		
Bakım ortamı	Lise mezunu	22	101,14	3,266	0,20
	Ön lisans mezunu	104	129,47		
	Lisans ve üzeri	129	131,40		
Çalışan Davranışı	Lise mezunu	22	116,68	1,645	0,44
	Ön lisans mezunu	104	134,63		
	Lisans ve üzeri	129	124,58		

Tablo 5'te yaş gruplarına göre hemşire/ebelerin HGKÖ puan ortalamaları yer almaktadır. Kruskal Wallis Testi Sonuçlarına göre HGKÖ'nin alt boyutları ile yaş grupları arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 6'da görev yapılan birime göre hemşire/ebelerin HGKÖ puan ortalamaları yer almaktadır. Kruskal Wallis Testi Sonuçlarına göre HGKÖ'nin alt boyutlarından 'yönetim ve liderlik' ile görev yapılan birim arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$). Özellikle birimlerde çalışanların yönetim ve liderlik puanları, yataklı servis çalışanlarından daha yüksek bulunmuştur. HGKÖ'nin alt boyutlarından çalışan eğitimi ile de görev yapılan birim arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$). Özellikle birimlerde çalışanların, eğitim puanları, yataklı servis çalışanlarından daha

yüksek bulunmuştur. Diğer boyutlar ile görev yapılan birim arasında ise anlamlı fark gözlenmemiştir ($p>0.05$).

Tablo 7'de çalışma şekline göre hemşire/ebelerin HGKÖ puan ortalamaları yer almaktadır. Boyutlardan sadece çalışan eğitimi ile çalışma şekli arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$). Vardiya usulü görev yapan personelin, eğitim puanları gündüz ve nöbet usulü çalışanlardan daha yüksek bulunmuştur. Diğer boyutlar ile çalışma şekli arasında ise anlamlı fark gözlenmemiştir ($p>0.05$).

Tablo 8'de haftalık çalışma saatine göre hemşire/ebelerin HGKÖ puan ortalamaları yer almaktadır. Kruskal Wallis Testi Sonuçlarına göre HGKÖ'nin alt boyutları ile haftalık çalışma saatleri arasında anlamlı bir fark gözlenmemiştir ($p>0.05$).

Tablo 5. Hasta Güvenliği Kültür Ölçeği (alt boyutlar) Puanlarının Yaş Gruplarına Göre Kruskal Wallis Testi Sonuçları

		N	Sıra Ortalaması	ki-kare	p
Yönetim ve liderlik	24 yaş ve altı	21	118,74	2,772	0,428
	25-35 yaş	94	135,90		
	36-45 yaş	107	127,49		
	46 ve üstü	33	113,06		
Çalışan eğitimi	24 yaş ve altı	21	125,12	5,631	0,131
	25-35 yaş	94	136,01		
	36-45 yaş	107	129,82		
	46 ve üstü	33	101,12		
Olay ve hata raporlama	24 yaş ve altı	21	128,64	3,828	0,281
	25-35 yaş	94	130,76		
	36-45 yaş	107	132,58		
	46 ve üstü	33	104,86		
Bakım ortamı	24 yaş ve altı	21	139,45	1,244	0,742
	25-35 yaş	94	130,10		
	36-45 yaş	107	127,06		
	46 ve üstü	33	117,79		
Çalışan Davranışı	24 yaş ve altı	21	141,31	0,774	0,856
	25-35 yaş	94	126,26		
	36-45 yaş	107	127,61		
	46 ve üstü	33	125,76		

Tablo 6. Hasta Güvenliği Kültür Ölçeği (alt boyutlar) Puanlarının Görev Yapılan Birime Göre Kruskal Wallis Testi Sonuçları

		N	Sıra Ortalaması	ki-kare	p
Yönetim ve liderlik	Yataklı servis (A)	151	118,55	6,107	0,047
	Özellikli birimler (B)	91	142,14		
	Poliklinik ve benzeri (C)	13	138,77		
	Anlamli fark				
Çalışan eğitimi	Yataklı servis (A)	151	114,77	13,202	0,001
	Özellikli birimler (B)	91	150,19		
	Poliklinik ve benzeri (C)	13	126,38		
	Anlamli fark				
Olay ve hata raporlama	Yataklı servis (A)	151	120,44	5,881	0,053
	Özellikli birimler (B)	91	142,78		
	Poliklinik ve benzeri (C)	13	112,31		
Bakım ortamı	Yataklı servis (A)	151	121,36	4,195	0,123
	Özellikli birimler (B)	91	140,58		
	Poliklinik ve benzeri (C)	13	117,12		
Çalışan Davranışı	Yataklı servis (A)	151	123,77	1,371	0,510
	Özellikli birimler (B)	91	135,19		
	Poliklinik ve benzeri (C)	13	126,85		

Tablo 7. Hasta Güvenliği Kültür Ölçeği (alt boyutlar) Puanlarının Çalışma Şekline Göre ANOVA Sonuçları

	Grup	N	x	ss	Varyansın kaynağı	Kareler toplamı	sd	Kareler ortalaması	F	p
Yönetim ve liderlik	Gündüz (A)	115	2,23	,63	G.arası	1,805	2	,903	2,386	0,094
	Vardiya (B)	78	2,41	,61	G.içi	95,322	252	,378		
	Nöbet usulü (C)	62	2,25	,58	Toplam	97,127	254			
	Toplam	255	2,29	,62						
Çalışan eğitimi	Gündüz (A)	115	2,26	,73	G.arası	5,446	2	2,723	4,461	0,012
	Vardiya (B)	78	2,60	,82	G.içi	153,839	252	,610		
	Nöbet usulü (C)	62	2,33	,83	Toplam	159,286	254			
	Total	255	2,38	,79						
	Anlamlı fark					B-A B-C				
Olay ve hata raporlama	Gündüz (A)	115	2,31	,73	G.arası	1,964	2	,982	1,826	0,163
	Vardiya (B)	78	2,50	,72	G.içi	135,474	252	,538		
	Nöbet usulü (C)	62	2,46	,75	Toplam	137,437	254			
	Total	255	2,40	,74						
Bakım ortamı	Gündüz (A)	115	2,34	,71	G.arası	,637	2	,318	,660	0,518
	Vardiya (B)	78	2,40	,68	G.içi	121,559	252	,482		
	Nöbet usulü (C)	62	2,26	,68	Toplam	122,196	254			
	Total	255	2,34	,69						
Çalışan Davranışı	Gündüz (A)	115	2,26	,63	G.arası	1,424	2	,712	1,621	0,200
	Vardiya (B)	78	2,39	,71	G.içi	110,683	252	,439		
	Nöbet usulü (C)	62	2,20	,66	Toplam	112,107	254			
	Total	255	2,29	,66						

Tablo 8. Hasta Güvenliği Kültür Ölçeği (alt boyutlar) Puanlarının Haftalık Çalışma Saatine Göre Kruskal Wallis Testi Sonuçları

		N	Sıra Ortalaması	ki-kare	p
Yönetim ve liderlik	39 saat ve altı	17	114,03	1,4953	0,47
	40-59 saat	214	130,46		
	60 saat ve üstü	24	115,92		
Çalışan eğitimi	39 saat ve altı	17	95,79	3,8614	0,15
	40-59 saat	214	131,26		
	60 saat ve üstü	24	121,75		
Olay ve hata raporlama	39 saat ve altı	17	105,00	3,6815	0,16
	40-59 saat	214	131,84		
	60 saat ve üstü	24	110,08		
Bakım ortamı	39 saat ve altı	17	112,91	2,3669	0,31
	40-59 saat	214	131,09		
	60 saat ve üstü	24	111,13		
Çalışan Davranışı	39 saat ve altı	17	107,65	4,0057	0,13
	40-59 saat	214	132,04		
	60 saat ve üstü	24	106,44		

Tablo 9'da kurumda çalışma süresine göre hemşire/ ebelerin HGKÖ puan ortalamaları yer almaktadır. Kruskal Wallis Testi Sonuçlarına göre HGKÖ'nin alt boyutları ile kurumda çalışma süresi arasında anlamlı fark gözlenmemiştir ($p>0.05$).

Tablo 10'da meslekte çalışma süresine göre hemşire/ ebelerin HGKÖ puan ortalamaları yer almaktadır. Kruskal Wallis Testi Sonuçlarına göre HGKÖ'nin alt boyutları ile meslekte çalışma süresi arasında anlamlı bir fark gözlenmemiştir ($p>0.05$).

Tablo 9. Hasta Güvenliği Kültür Ölçeği (alt boyutlar) Puanlarının Kurumda Çalışma Süresine Göre Kruskal Wallis Testi Sonuçları

		N	Sıra Ortalaması	ki-kare	p
Yönetim ve liderlik	1 Yıldan az	28	121,30	2,508	0,47
	1-15	167	131,99		
	16-30 yıl	49	124,73		
	31 yıl ve üstü	11	99,09		
Çalışan eğitimi	1 Yıldan az	28	139,43	2,499	0,48
	1-15	167	130,04		
	16-30 yıl	49	119,65		
	31 yıl ve üstü	11	105,18		
Olay ve hata raporlama	1 Yıldan az	28	127,77	1,843	0,61
	1-15	167	129,43		
	16-30 yıl	49	129,85		
	31 yıl ve üstü	11	98,73		
Bakım ortamı	1 Yıldan az	28	120,59	1,409	0,70
	1-15	167	130,52		
	16-30 yıl	49	128,41		
	31 yıl ve üstü	11	106,73		
Çalışan Davranışı	1 Yıldan az	28	112,29	4,068	0,25
	1-15	167	134,44		
	16-30 yıl	49	115,07		
	31 yıl ve üstü	11	127,86		

Tablo 10. Hasta Güvenliği Kültür Ölçeği (alt boyutlar) Puanlarının Meslekte Çalışma Süresine Göre Kruskal Wallis Testi Sonuçları

		N	Sıra Ortalaması	ki-kare	p
Yönetim ve liderlik	15 yıl ve daha az	152	133,81	3,957	0,14
	16-30 yıl	88	123,25		
	31 yıl ve üstü	15	97,03		
Çalışan eğitimi	15 yıl ve daha az	152	134,63	3,761	0,15
	16-30 yıl	88	120,72		
	31 yıl ve üstü	15	103,57		
Olay ve hata raporlama	15 yıl ve daha az	152	133,11	1,896	0,39
	16-30 yıl	88	121,27		
	31 yıl ve üstü	15	115,70		
Bakım ortamı	15 yıl ve daha az	152	131,35	,803	0,67
	16-30 yıl	88	122,63		
	31 yıl ve üstü	15	125,63		
Çalışan Davranışı	15 yıl ve daha az	152	131,63	1,961	0,38
	16-30 yıl	88	119,59		
	31 yıl ve üstü	15	140,60		

SONUÇ VE TARTIŞMA

Sağlık hizmet sunumu esnasında ortaya çıkan önlenemez hatalar, kabul edilemez bir durum olmasına rağmen (Wilson vd., 2012), hala yaygın olarak yapılmaktadır (Liao 2012). Sağlık bakımında hasta güvenliğini riske eden advers olayların önemli bir kısmının davranışsal nedenler kadar ekipman ve tesislerden de kaynaklanıyor olması, hasta ve çalışan güvenliğinde, bireysel performansın yanında sistem performansının da önemli olduğunu ortaya çıkarmaktadır (Krause vd.,2009). Öngörülme riskleri içeren sağlık kuruluşlarında sunulan sağlık bakımının güvenli bir şekilde sağlanabilmesi için bilgi ve becerilere sahip sağlık profesyonelleri tarafından yönetilmesi gerektiği ifade edilmektedir (Mansour, 2015). Hasta güvenliğinin sağlanmasında bütün sağlık çalışanları sorumluluk sahibi olmasına rağmen, tehlikeleri fark edebilmek, hasta güvenliğini korumak için önleyici müdahaleler yapmak sağlık bakımının anahtar aktörlerinden olan hemşireleri yakından ilgilendirmektedir. Hemşirelerin bilgi ve beceri düzeyi, hasta güvenliğini arttırmada başlıca iki faktör olarak tanımlanmaktadır (Vaismoradi vd., 2014).

Yapılan bu çalışmada, HGKÖ boyutlarının ortalamaları birbirine yakın düzeyde çıkmıştır. 'Olay ve hata raporlama' boyutu kısmen diğer boyutlardan yüksek çıkarken, en düşük boyut 'yönetim ve liderlik'tir. Bu bağlamda, yöneticilerin hasta güvenliği kültürüne ait uygulamaları daha fazla benimsemeleri ve desteklemeleri gerekmektedir. Yapılan korelasyon analizine göre boyutlar arasında pozitif anlamlı ilişkiler belirlenmiştir. Boyutlar arasında en yüksek ilişki 'çalışan davranışı' ile 'olay ve hata raporlama' arasında gözlenirken, ikinci en yüksek ilişki 'çalışan eğitimi' ile 'yönetim ve liderlik' arasındadır.

Adıgüzel'in (2010) çalışmasında; sağlık çalışanlarının hasta güvenliği uygulamalarında en çok 'ekip çalışması ve uyumu' ön plana çıkarttıkları daha sonra 'hata yapma farkındalığı' konusunda duyarlı oldukları vurgulanmıştır. Aynı çalışmada, sağlık çalışanları arasında 'ekip çalışması ve uyum' düzeyi arttıkça hasta güvenliğinde iletişim düzeyi ve yönetici kültürünün de arttığı belirlenmiştir. Rızalar ve diğerlerinin (2016) bir üniversite hastanesinde yaptıkları çalışmada ise en yüksek HGKÖ boyutunun 'çalışan davranışı', en düşük boyutun ise 'bakım ortamı' ve 'olay ve hata raporlama' olduğu belirlenmiştir. Karaca ve Arslan'ın (2014) iki özel hastanede yaptıkları çalışmada, hemşirelerin HGKÖ'den aldıkları en düşük puan ortalaması 'olay ve hata raporlama' çıkarken, en yüksek ortalama ise 'Eğitim' alt boyutu aittir. Karayurt ve diğerlerinin (2017) ameliyathane çalışanları ile yaptıkları çalışmada, 'Hataların raporlanma sıklığı' alt boyutu en

düşük puan ortalamasına sahiptir. Kim ve diğerlerinin (2007) Kore'de eğitim hastanelerinde yaptıkları çalışmada, hata raporlaması ve güvenlik kültürü konusunun yeterince vurgulanmadığı, hemşirelerin çoğunluğunun, güvenlik sorunlarıyla ilgili hataları bildirmek veya endişeleri iletmek konusunda yeterince rahat olmadıkları belirlenmiştir. Bahrami ve diğerlerinin (2014) İran'da iki eğitim hastanesinde yaptıkları çalışmada, genelde hasta güvenliği kültür boyutlarının düşük düzeyde olduğu, sadece birkaç boyutun ortalama seviyede olduğu belirlenmiştir. Araştırmacılar, mevcut durumu iyileştirmek için acil ve zorunlu eylemlerin kaçınılmaz olduğunu ileri sürerlerken, araştırmanın yapıldığı hastanelerde, olumlu güvenlik kültürünü destekleyen eylemler uygulayarak hasta güvenlik kültürü konusundaki tutumların geliştirilmesi gerektiğini belirtmişlerdir. Eldeeb ve diğerlerinin (2016), çalışmasında, hemşirelerin yarısından fazlasının (%57.9) kurumlarında hasta güvenliğinin düşük seviyede olduğunu belirttikleri vurgulanmıştır.

Yapılan bu çalışmada, HGKÖ'nün 5 alt boyutu (yönetim ve liderlik, çalışan davranışı, olay ve hata raporlama, bakım ortamı, çalışan eğitimi) ile cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, yaş grupları, haftalık çalışma saatleri, kurumda çalışma süresi ve meslekte çalışma süresi arasında anlamlı farklılıklar gözlenmemiştir ($p>0.05$).

Nordin ve diğerlerinin İsveç'te (2013), Hastane Hasta Güvenliği Kültür Anketini kullanarak yaptıkları çalışmada, hasta güvenlik kültürü algısı ile idari görev, personel grubu, cinsiyet, yaş, toplam iş deneyimi ve çalışılan bölüm arasında anlamlı farklılıklar gözlenmiştir. Karaca ve Arslan'ın (2014) çalışmasında, hemşirelerin HGKÖ'den aldıkları puan ortalamaları ile bazı kişisel ve mesleki özellikleri (yaş, eğitim durumu, mesleki ve kurumsal deneyimi, pozisyonu gibi) arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Karayurt ve diğerlerinin (2017) çalışmasında, ameliyathanede çalışanların çalışma yılları ile HGKÖ'nün, 'üniteler içerisinde ekip çalışması', 'Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim', 'Hatalar hakkında cezalandırıcı olmayan tutum', 'Hasta güvenliği için hastane yönetiminin tutumu' alt boyutları arasında fark bulunmuştur. Ancak aynı çalışmada, HGKÖ alt boyutları ile hastanede çalışma yılları, meslekte çalışma yılı ve hasta ile etkileşim durumu arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Çalışmada çok değişkenli regresyon analizi sonucuna göre de, 'Genel Güvenlik Algısı' varyansının % 49'u; 'Olay Raporlama Sıklığı' varyansının % 26'sı, hasta güvenliği boyutları ve kişisel değişkenlerle (cinsiyet, personel grubu, çalışılan birim, toplam iş deneyimi, idari görev vb.) açıklanmıştır. Kim ve diğerlerinin (2007) çalışmasında, hemşirelerin iş tecrübesi, yaşı ve

iş pozisyonlarının hasta güvenlik kültürü algılamaları üzerinde önemli etkileri olduğu saptanmıştır.

Hastanede hasta güvenliği ile ilgili en çok sıkıntı yaşanan birimler; ameliyathane, yoğun bakım, doğumhane, yenidoğan, yanık ünitesi/merkezi, diyaliz, acil servis gibi özellikli birimlerdir. Yapılan bu çalışmada, görev yapılan birim değişkeni açısından, özellikli birimlerde görev yapan çalışanların hem yönetim ve liderlik hem de çalışan eğitim puanlarının yataklı servislerde çalışanlardan anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Anlamlı çıkmamasına rağmen, Özellikli birim çalışanlarının hasta güvenliği boyut puanlarının diğer birim çalışanlarından daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Söz konusu birimlerde advers olayların görülme sıklığı yüksek olması nedeniyle, bu birimlerde diğer birimlere kıyasla hasta güvenliğinin sağlanmasında ve iyileştirilmesinde başvurulacak eğitimlere ve önlemlere daha fazla gereksinim duyulmaktadır. Bu birimlerdeki çalışanların puanlarının yüksek çıkması bu nedene bağlanabilir. Çalışma şekli açısından bakılacak olursa, Vardiya usulü görev yapan çalışanların, hasta güvenliği boyut puanlarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Ancak Vardiya usulü görev yapan personelin, sadece eğitim puanları gündüz ve nöbet usulü çalışanlardan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Rızalar ve diğerlerinin (2016) çalışmasında, yönetim ve liderlik ve çalışan davranışı boyutlarında en düşük puanı ameliyathane hemşireleri alırken, Olay ve hata raporlama boyutundan yoğun bakım hemşireleri en düşük puanı almışlardır. Aynı çalışmada meslekte çalışma süreleri 0-5 yıl olanların hem yönetim ve liderlik hem de olay ve hata raporlama puanlarının anlamlı olarak diğerlerinden yüksek olduğu saptanmıştır. Khater ve diğerlerinin (2015) Ürdün'de yaptıkları çalışmada yapılan regresyon analizi sonucuna göre, yaş, mevcut hastanede toplam çalışma süresi, haftalık çalışma süresi, hastane türü, kanıta dayalı uygulamalar, hasta güvenliğinin hastane için öncelik taşınması gibi değişkenler hasta güvenliğini etkileyen faktörler arasında çıkmıştır. Bunlar arasında en belirleyici faktör mevcut hastanede toplam çalışma süresi iken, ikinci sırada, kanıta dayalı uygulamalar olarak belirlenmiştir. İleri yaş grubundaki hemşirelerle haftalık çalışma süresi fazla olan hemşirelerin hasta güvenlik kültür algısı, genç hemşirelerden ve çalışma süresi az olan hemşirelerden daha düşük çıkmıştır.

Beyer ve diğerleri (2007) hasta, sağlık çalışanları arasındaki iletişim sorunlarının, hasta güvenliğini tehdit eden en önemli sorunlardan biri olduğunu ileri sürüp, özel iletişim becerileri eğitimi ile hasta güvenliği uygulamalarının iyileştirmesinin sağlanması

gerektiğini ifade etmişlerdir. Krause ve diğerleri (2009), hasta güvenliği konusunda elde edilen kazanımlarda tüm gruplar ve liderlerin olumlu etkilendiğini belirtmektedirler. Yazarlar, hasta güvenliğinde iyileşme sağlandıkça, hasta ve çalışan memnuniyetinin artacağını, bakım kalitesinin yükseleceğini, malpraktis maliyetlerinin azalacağını, kurumun genel itibar ve finansal güvenliğinin gelişeceğini ileri sürmektedirler. Bu nedenle hemşirelere, hasta güvenliğine yönelik tehditleri tanımaya, hatalarını bildirmeye, analiz etmeye ve hataların sonuçlarından ders çıkarmaya, bunun yanında hasta güvenliği konusunda etkili iletişim kurmalarını sağlamaya yönelik eğitimler verilmesinin önemli olduğu düşünülmektedir. Bunun yanında, Üst yönetimin, çalışanlara hasta güvenliği kültürü konusunda daha fazla destek sunmaları ve aktif olarak görev almaları sağlanmalıdır. Hasta güvenliği kültürünün oluşturulması ve geliştirilmesinde haftalık toplantılar yapılarak birimler arası iletişim ağı kurulabilir. Kayıt ve değerlendirme boyutlarının eksiksiz şekilde yürütülmesi için sağlık çalışanlarının hata bildirimleri, istatistikler gibi konularda kullanacakları bir veri tabanı oluşturularak sağlıklı bir enformasyon alt yapısı sağlanabilir. Hataların çözümü ve önlemesine yönelik olarak 'kök neden analizleri' yapılarak nedenler tespit edilebilir, hataların tekrarlanmaması ve iyileştirme çalışmaları için tüm paydaşların katıldığı çemberler oluşturularak beyin fırtınası yöntemi ile çözümler bulunabilir.

SINIRLILIKLAR

Gerçekleştirilen bu çalışma bir eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan ve sadece çalışmaya katılmaya gönüllü olan hemşireler ile sınırlı tutulduğu için elde edilen sonuçlar diğer hastanelere ve çalışanlara genellenemez.

KAYNAKLAR

1. Adıgüzel, O. (2010). Hasta Güvenliği Kültürünün Sağlık Çalışanları Tarafından Algılanmasına Yönelik Bir Araştırma, *Sosyal Bilimler Dergisi*, 28, s.159-170.
2. Bahrami, M. A., Montazeralfaraj, R., Chalaki, M., & Tafti, A. D. (2014). Iranian Nurses' Perception of Patient Safety Culture. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 16(4).
3. Beyer, M., Rohe, J., Nicklin, P.J., & Haynes, K. (2007). Communication and Patient Safety. Edited by John Sanders and Gary Cook. In *ABC of Patient Safety*. Blackwell Publishing Ltd. USA.
4. Bishop, A. C., & Cregan, B. R. (2015). Patient Safety Culture: Finding Meaning In Patient Experiences. *International Journal Of Health Care Quality Assurance*, Vol. 28, Issue. 6, s. 595-610, <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-03-2014-0029>.
5. Eldeeb AAMG., Ghoneim AAM., & Eldesouky EK. (2016). Perception of Patient Safety Among Nurses at Teaching Hospital. *American Journal of Nursing Science*, 2016; 5(4), s. 122-128.
6. Elsheikh, A. M., AlShareef, M. A., Saleh, B. S., & El-Tawansi, M. Y. (2017). Assessment Of Patient Safety Culture: A Comparative Case Study Between Physicians And Nurses. *Business Process Management Journal*, 23(4), 792-810. doi:10.1108/BPMJ-02-2017-0029.
7. Flin, R., Burns, C., Mearns, K., Yule, S., & Robertson, E. M. (2006). Measuring Safety Climate In Health Care. *Quality And Safety In Health Care*, 15(2), s.109-115, <http://dx.doi.org/10.1136/qshc.2005.014761>.
8. Karaca A., & Arslan H. (2014). Hemşirelik Hizmetlerinde Hasta Güvenliği Kültürünün Değerlendirilmesine Yönelik Bir Çalışma. *Sağlık Ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 1(1),9-18.
9. Karayurt Ö., Damar HT., Bilik Ö., Özdöker S., & Duran M. (2017). Ameliyathanedeki Hasta Güvenliği Kültürünün ve Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin Kullanımının İncelenmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (1), s.16-23.
10. Khater, W., Akhu-Zaheya, L., Al-Mahasneh, S., & Khater, R. (2015). Nurses' perceptions of patient safety culture in Jordanian hospitals. *International Nursing Review*, 62(1), s.82-91.
11. Kim, J., An, K., Kim, M. K., & Yoon, S. H. (2007). Nurses' Perception Of Error Reporting And Patient Safety Culture In Korea. *Western Journal Of Nursing Research*, 29(7), 827-844.
12. Kurutkan, M.N., Orhan, F., Kaygısız, P. (2017). Hasta güvenliği literatürünün bibliyometrik analizi: Türkçe tez ve makaleler örneği. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 4(4), 253-259.
13. Krause, T.R, & Hidley, J.H. (2009). *Taking The Lead In Patient Safety : How Health Care Leaders Influence Behavior And Create Culture*, John Wiley&Sons, Inc..Hoboken, New Jersey. USA.
14. Liao, J. M. (2012). Comment: Patient Safety: An Educational Competency. *The Lancet*, 3791933. doi:10.1016/S0140-6736(12)60833-2.
15. Mansour, M. (2015). Factor Analysis Of Nursing Students' Perception Of Patient Safety Education. *Nurse Education Today*, Volume 35, Issue 1, January 2015, 32-37.
16. Mitchell, P. (2008). *Defining Patient Safety and Quality Care*, Ed.: Hughes R.G. Agency for Healthcare Research and Quality US.
17. Nieva, V. F., & Sorra, J. (2003). Safety Culture Assessment: A Tool For Improving Patient Safety In Healthcare Organizations. *Quality and Safety in Health Care*, 12(suppl 2), s. 17-23.
18. Nordin A., Theander K., Wilde-Larsson B., & Nordström G. (2013). Health Care Staffs' Perception Of Patient Safety Culture In Hospital Settings And Factors Of Importance For This. *Open Journal of Nursing*, 3, 28-40.
19. Rızalar S., Büyük E.T., Şahin R., As T., & Uzunkaya G. (2016). Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürü Ve Etkileyen Faktörler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 9(1), s.9-15.
20. Sherwood, G. (2011). Integrating Quality And Safety Science In Nursing Education And Practice. *Journal Of Research In Nursing* 16 (3), 226-240.
21. Smith, S. A., Yount, N., & Sorra, J. (2017). Exploring Relationships Between Hospital Patient Safety Culture And Consumer Reports Safety Scores, *BMC Health Services Research*, 17(1), s. 143-152, doi:10.1186/s12913-017-2078-6
22. Steven, A., Magnusson, C., Smith, P., & Pearson, P. H. (2014). Patient Safety In Nursing Education: Contexts, Tensions And Feeling Safe To Learn. *Nurse Education Today*, 34(Patient Safety), 277-284.
23. Türkmen, E., Baykal, Ü., Seren, Ş. & Altuntaş, S. (2011). Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeğinin Geliştirilmesi. *Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14 (4): 38-46.
24. Vaismoradi, M., Bondas, T., Jasper, M., & Turunen, H. (2014). Nursing Students' Perspectives And Suggestions On Patient Safety—Implications For Developing The Nursing Education Curriculum In Iran. *Nurse Education Today*, 34(Patient Safety), 265-270. doi:10.1016/j.nedt.2012.10.002.
25. WHO (2016). Minimal Information Model for Patient Safety Incident Reporting and Learning Systems. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255642/1/WHO-HIS-SDS-2016.22-eng.pdf?ua=1>, Erişim Tarihi: 13.12.2017.
26. WHO (2017). Patient Safety Making Health Care Safer. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255507/1/WHO-HIS-SDS-2017.11-eng.pdf?ua=1>, Erişim Tarihi: 14.12.2017.
27. Wilson R. M., Michel P., Olsen S., Gibberd R. W., Vincent C., El-Assady R., and Larizgoitia I., vd. (2012). Patient Safety In Developing Countries: Retrospective Estimation Of Scale And Nature Of Harm To Patients In Hospital., *BMJ: British Medical Journal*, 344, e832, doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.e832>.

Derleme / Review Article



Kanserli hasta yakınlarının yaşadıkları sorunlar ve hemşirelik yaklaşımı

The problems of the cancer patient's relatives and nursing approach

Sibel Şentürk¹, Derya Bıçak², Derya Akça²

¹Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi
Bucak Sağlık Yüksekokulu, Burdur
²Istanbul Üniversitesi Florence
Nightingale Hemşirelik Fakültesi,
İstanbul

Anahtar Kelimeler:

Kanser, hasta yakını, bakım veren, hemşirelik

Key Words:

Cancer, relatives, caregiver, nursing

Yazışma Adresi/Address for correspondence:

Sibel Şentürk,
Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi
Bucak Sağlık Yüksekokulu, Burdur
sibelsenturk@mehmetakif.edu.tr

Gönderme Tarihi/Received Date:
31.01.2018

Kabul Tarihi/Accepted Date:
08.02.2018

Yayımlanma Tarihi/Published
Online:
31.03.2018

DOI:
10.5455/sad.13-1517408238

ÖZET

Kanser; birden fazla belirtiyi içeren, tanı konulduğu andan itibaren uzun vadede tedavi ve bakım gerektiren, dünyada ve ülkemizde görülme sıklığı hızla artan evrensel bir sağlık sorunudur. Kanser yalnızca hastalar için değil, aynı zamanda yakınlarının üzerinde de önemli bir etkiye sahiptir. Kanserli hasta yakınları; tıbbi tedavilerin yapılması, semptomların yönetimi, sorunları çözme ve hastalarının yerine karar alma, çevre güvenliğini sağlama, bakımı planlama, fiziksel, duygusal, sosyal ve ekonomik yönden birçok alanda gereksinimlerinin sağlanmasında hastalara destek olmaktadır. Hasta yakınları için bakım veren konumunda olmak, alışılanın dışında roller yükleyerek sorumluluklarını artırmaktadır. Hastalık sürecinde hasta yakınları yorgunluk, depresyon, rol çatışması, ekonomik güçlükler, sosyal yaşamda sınırlılık ve immün sistemlerinin bozulması ile fiziksel ve mental hastalık riskleri gibi birçok problemlerle de mücadele etmek zorunda kalmaktadırlar. Kanserin prognozu kötüleştiğinde var olan bu sorunlar artarak daha kötü bir tabloya dönüşebilmektedir. Bu süreçte sağlık profesyonelleri arasında önemli bir role sahip olan hemşirelerin kanserli hasta yakınları üzerindeki etkisini inceleyerek hasta yakınlarının duygusal ve sosyal iyilik alanlarını iyileştirmeleri gerekmektedir. Hemşire, bakım veren hasta yakınının iyilik halinin olumsuz etkilenmesini önlemek için sorunlara ilişkin kapsamlı bir eğitim programı hazırlamalı, uygulamalı ve sonuçlarını değerlendirmelidir. Bu derlemede, kanserli hasta yakınlarının yaşadığı duygusal, fiziksel ve sosyal sorunlardan bahsedilecek olup, sorunların çözümünde hemşirelerin rollerine ilişkin bilgiler verilmektedir.

ABSTRACT

Cancer; It is a universal health problem that is rapidly increasing in the world and in our country, requiring long-term treatment and care from the time of diagnosis, involving several symptoms. Cancer has a significant impact not only on patients but also on their relatives. Relatives of cancer patients; help patients to meet their needs in numerous areas, such as aiding medical treatment, managing symptoms, problem solving and decision making, providing environmental safety, coordinating care, physical, emotional, social and economic support. Being a caregiver as a relative of the patient, increases their responsibilities by introducing new roles to their usual lives. In the disease process, relatives of patients may have to cope with many problems such as fatigue, depression, role conflict, economic difficulties, limitations in social life and deterioration of immunological systems and physical and mental illness risks. As the prognosis of cancer further deteriorates worse, these problems are exacerbated. In this process, nurses who have a key role in health care need to ameliorate the emotional and social well-being areas of the relatives of the patient by examining the effect of cancer on the relatives of the patient. The nurse should devise a comprehensive training plan for the problems to prevent the caregivers from being adversely affected. They should also apply the training plan and evaluate its results. This review provides information on the emotional, physical and social problems of relatives of cancer patients and the role of nurses in solving these problems.

GİRİŞ

Kanser; birden fazla belirtiyi içeren, tanı konulduğu andan itibaren uzun vadede tedavi ve bakım gerektiren, dünyada ve ülkemizde görülme sıklığı hızla artan evrensel bir sağlık sorunudur (1-3). Kanser, yirminci yüzyılın ilk yarısında ölümüne sebep olan hastalıklarda sekizinci sırada iken, günümüzde kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci sırada yer almaktadır (4,5). Uluslararası Kanser Ajansı (IARC)'nın yayınladığı Globocan 2012 verilerine göre, Dünyada toplam 14,1

milyon bireye kanser tanısının konulduğu ve bununla 8.2 milyonunun kanser nedeniyle öldüğü, 2025 yılında ise dünya nüfusunun yaşlanmasıyla toplam 19,3 milyon yeni kanser tanısı konulmuş bireylerin olacağı ifade edilmektedir (6). Ülkemizde 2014 yılında yaşa standardize kanser hızı erkeklerde yüz binde 246,8 kadınlarda ise yüz binde 173,6'dır. Toplamda kanser insidansı yüz binde 210,2 olup 96.213 erkeğin ve 67.203 kadının kansere yakalandığı tahmin edilmektedir (7). Ülkemizde görülen ilk 5 kanser türünün dünyadaki ve

diğer gelişmiş ülkelerdeki kanser türleriyle benzerlik gösterdiği, erkeklerde en sık rastlanan kanser türlerinin akciğer ve prostat, kadınlarda ise meme kanseri olduğu belirtilmektedir (8). Kanserlin prognozu bu şekilde ilerlese, 2030 yılında 22 milyon yeni kanser tanısı konulmuş bireylerin olacağı ve ilerleyen yıllarda kanser vakalarının büyük çoğunluğunun ise az gelişmiş ülkelerde ortaya çıkacağı tahmin edilmektedir (7). Kanser görülme oranlarını arttıran en önemli nedenler arasında ise beslenme alışkanlıklarının değişmesi, obezitenin artması, yaşlı nüfusun giderek artış göstermesi, sigara kullanımı, bazı enfeksiyon hastalıkları ve hareketsiz yaşam olduğu ifade edilmektedir (9).

Son on yılda teknolojik gelişmelere paralel olarak tedavide olumlu gelişmeler elde edilmiş ve kanserlin prognozu ölüm ile neticelenen akut bir hastalıktan ziyade daha çok ev ortamında uzun süreli tedavi gerektiren ve bakıma gereksinim duyulan kronik bir hastalık haline gelmiştir (10). Bu durum hastanın evde bakım sürecini başlatarak hastalık semptomlarının yönetiminde ve ilaçların yan etkilerinin kontrol altına alınmasında hasta yakınlarının daha aktif roller almalarına sebep olmuş ve hasta yakınlarının sorumluluklarını arttırmıştır (9). Kanser tanısı konulmuş bir hastanın bakım ve tedavisinde önemli bir unsur aile üyelerinin içerisinde seçilen, hastanın bakımından öncelikli olarak sorumlu olan primer bakım vericilerdir. Bakım verici '*hastalık durumunda bakıma muhtaç olan bir kişinin gereksinimlerini üstlenen ve bunu ücretsiz olarak yapan kişi*' olarak tanımlanmakta olup, kanserli bireylere emosyonel, fiziksel ve maddi destek sağlamalarının yanı sıra ilaç alımı ve tedavisi gibi rutin sağlık bakımını koordine etme, semptomların yönetimi, sorunları çözme ve hastalarının yerine karar alma, çevre güvenliğini sağlama, öz bakım uygulamalarını yerine getirme, ulaşım, alışveriş, küçük ev işlerini yapma gibi birçok alanda yardım eden kişilerdir. Bakım verme, bakım vericiler açısından çok boyutlu olarak algılanan bir deneyimdir. Bakım verme; daha çok saygı ve sevgi bağlarının artması, kişisel gelişim, aile ilişkilerinin gelişmesi, doyum sağlama, diğer bireylerden sosyal destek alma, kendine saygı duyma gibi olumlu özelliklerinin yanında bakım vericiler için pek çok fiziksel, duygusal, sosyal ve maddi sorunlar olmak üzere birçok boyutta güçlük yaşanmasına yol açabilmektedir (8-11). Bakım verme-bakım alma ilişkisi, hasta yakınının yaşamında sıkıntılara neden olan, tek taraflı, yoğun ve uzun süreli bir bağımlılığa dönüşmekte, bakım verenlerin aile içi rolleri, iş ve eğlence hayatı, sosyal yaşamlarıyla bakım verme rolleri arasında bir çatışma meydana gelmekte ve bireylerin yaşam kalitesini de olumsuz olarak etkilemektedir (1,10).

Bu derlemede, kanserli hasta yakınlarının yaşadığı duygusal, fiziksel ve sosyal sorunlardan bahsedilecek olup, sorunların çözümünde hemşirelerin rollerine ilişkin bilgiler verilmektedir.

KANSERLİ HASTA YAKINLARININ YAŞADIĞI DUYGUSAL SORUNLAR

Kanserlin bakım verenlerin psikolojik sağlığı üzerindeki etkisi, bakım vermenin sonucu negatif olarak tanımlanan yaygın bir alan olmuştur (12). Yaşamı tehdit eden bu hastalığın uzun sürmesi, hastalık sürecinde hasta yakınlarının olağan günlük yaşam düzenlerini kaybetmelerine neden olmaktadır. Mesleğine ve sosyal yaşamları ile ilgili geleceğe dönük karamsarlık, korku, isteksizlik, kayıp sonrası yasını tutma, hastası için üzüme, umutsuzluk, çaresizlik gibi duygular nedeniyle bakım veren kişilerde depresyona neden olabilmekte ve hasta yakınlarında hastalarını kaybetmeye bağlı olarak şok, öfke, halüsinasyon, dikkat dağınıklığı, yalnızlık, suçluluk gibi yas tepkileri de görülmektedir (13). Yapılan çalışmalarda hasta bakımını üstlenen bireylerin gelecekle ilgili endişe ve şüphe duydukları, bir takım durumları düzeltmeye güçlerinin olmadıkları, korku, anksiyete, üzüntü, stres, depresyon ve güvensizlik gibi duyguları yaşadıkları ve tıbbi tedavilerle ilgili deneyimledikleri stresin, bakım verenin ölüm oranını 5 yılda % 63 oranında artırdığı saptanmıştır (1,14,15). Kanser tanısı alan çocukların ebeveynlerinin değerlendirildiği çalışmalarda da çocuklarının yaşadıkları sıkıntıları görmeyen annelerde duygusal gerginlik, yalnızlık, çaresizlik, öfke, depresyon, anksiyete, çevreye karşı ilgisizlik, hassaslaşma, karar vermede güçlük, karamsarlık, hastalığın seyri hakkında ümitsizlik hissettikleri belirlenmiştir (16-18).

KANSERLİ HASTA YAKINLARININ YAŞADIĞI FİZİKSEL SORUNLAR

Kanserli hastalara bakım verme süreci, bakım veren bireyin sadece psikolojik durumunu değil aynı zamanda fiziksel durumunu da etkilemektedir (1). Fiziksel sağlık sorunları, bakım verenin kendi kronik hastalıklarının kontrolünü kaybetmesine ek olarak iştahın değişmesi, baş ağrısı, yorgunluk, yüksek tansiyon, değişmiş lipid düzeyleri, ağrı ve uykusuzluk gibi genel semptomları içermektedir (12). Beesley ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ağrı ve yorgunluğu olan bakım verenlerin, fiziksel fonksiyonlarının daha düşük olduğu bulunmuştur. Yapılan bu çalışmada kanser teşhisini takiben yaklaşık 3 yıl over kanseri hastalarının bakım verenlerinin mevcut sağlık durumları ve kilo değişiklikleri takip edilmiştir. Bakım verenlerin % 71'inin aşırı kilolu, % 40'inin iki porsiyondan az meyve, % 80'inin beş porsiyondan az

Tablo 1. Kanserli hastalara bakım veren bireylerin yaşadıkları sorunlar ile ilgili yapılan çalışma örnekleri

Yazar/yıl	Araştırmanın türü	Örneklem	Bulgular	Sonuç ve Öneriler
Johansen S.ve ark. ³⁰ 2017	Kesitsel	Kanser hastası (n=281) ve bakım veren (n=281)	Bakım yükü fazla olan bakım verenlerde depresyon ve yorgunluk düzeyi yüksek bulunmuştur. Aynı zamanda bakım verenlerde uyku bozukluğu saptanmıştır.	Hemşirelerin hasta ve bakım verenlerin sorunlarını sistematik bir şekilde değerlendirmeleri ve sorunları önlemek için tanı zamanından itibaren hasta ve bakım verenleri desteklemeleri gerektiği belirtilmiştir.
Gröpper S. ve ark. ³¹ 2016	Prospektif Gözlemsel	Kanser hastası (n=138) ve bakım veren (n=102)	Bakım verenlerde kansere bağlı distresin en az hastalardaki kadar şiddetli olduğu saptanmıştır.	Bakım verenlerin fiziksel ve zihinsel sağlıklarının risk altında olduğu belirlenmiş ve bakım verenler için ayakta psiko-onkolojik danışmanlık hizmetlerine ihtiyaç olduğu bildirilmiştir.
Ovayolu Ö. ve ark. ³² 2015	Kesitsel Tanımlayıcı	Kanser hastası (n=220) ve bakım veren (n=220)	Bakım verenlerin bakım verme sürecinde en sık karşılaştıkları sorunlar; yorgunluk, uyku bozukluğu, işsizlik, mali sorunlar, tükenmişlik ve ağlama olarak saptanmıştır.	Hemşirelerin bakım verenlerin yaşadığı sorunları göz ardı etmemeleri, hastaya ve bakım verenlere destek olmaları gerektiği bildirilmiştir.
Nayak MG. ve ark. ³³ 2014	Tanımlayıcı	Bakım veren (n=399)	Örneklem % 70'inin kendi durumlarından endişe duydukları, % 60'ının işine konsantre olamadıkları, % 80'inin psikolojik olarak zayıfladığı, finansal sorunlar yaşadıkları ve stresli oldukları tespit edilmiştir.	Sağlık hizmeti sunucuları, bakım verenin sağlık durumlarını korumak ve yaşam kalitesini geliştirme için daha fazla dikkat etmesi gerektiği önerilmiştir.
Karabulutlu E. ve ark. ³⁴ 2013	Tanımlayıcı	Kanser hastasına bakım veren (n: 150)	Bakım vericilerin uyku kalitesinin kötü olduğu (9.87±3.95), %46'sında anksiyete ve %72'sinde depresyon riski tespit edilmiştir.	Bakım verenlerin uyku kalitelerini, anksiyete ve depresyon düzeylerini düzenli aralıklarla belirlemeleri önerilmiştir.
Molassiotis A. ve ark. ³⁵ 2011	Kesitsel	Multipl Miyelom tanılı hasta (n=132) ve eşleri (n=93)	Eşlerin % 48.8'inde kaygı belirtileri ve % 13.6'sında depresyon belirtileri saptanmıştır.	Uzun vadeli destekleyici bakım ile eşlerin semptom yönetimi optimize edilerek yaşam kalitesinin iyileşebileceği bildirilmiştir.

sebze yediği, % 56'sının yaşam tarzında birden fazla negatif değişiklik bildirdiği, % 42'sinin fiziksel aktiviteyi azalttığı, % 35'inin hastanın teşhisinden sonra kilo aldığı saptanmıştır (19). Siegel ve arkadaşlarının 483 bakım verici ile yaptığı bir çalışmada bakım vericilerin uyku ve dinlenme zamanının azaldığını ve % 17'sinin uyku bozukluğu sorunu yaşadıkları saptanmıştır (20). Mellon çalışmasında, uzun süredir kanser hastalığı olan bireylerin bakımıyla uğraşan kişilerin yarısına yakınında hipertansiyon, kalp rahatsızlıkları, artrit gibi hastalıkların görüldüğünü tespit etmiştir (21). Osse ve arkadaşlarının çalışmasında ise bakım verenlerin %65'inde yorgunluk, %47'sinde kas ağrısı ve %46'sında uyku problemleri yaşadıkları tespit edilmiştir (22).

KANSERLİ HASTA YAKINLARININ YAŞADIĞI SOSYAL SORUNLAR

Kanserli hasta yakınları bakım sürecinde evlilik ve aile rollerinde karmaşa, sosyal rollerde ikilem, sosyal izolasyon, iş kayıpları, yalnızlık gibi sosyal sağlık sorunları yaşamaktadırlar (10,12,23). Yapılan çalışmalarda bakım verenlerin sosyal hayatlarının

azaldığı, hastalarıyla ilgilenirken günlük rutinlerinin aksadığı ve bu sıkıntıların hastanın taburculuğu ile başladığı ve bir yıla kadar sürdüğü, bu süreçte çalışma zamanlarının etkilenmesine bağlı olarak iş kayıpları yaşadıkları ifade edilmektedir (20,24). Babaoğlu ve Öz'ün çalışmasında terminal dönem kanser hastasına bakım veren eşlerin sosyal sorunlarındaki en fazla değişimin sosyal etkileşim olduğu, daha sonra ise eşlerin eğlence faaliyetlerindeki değişim olduğu ifade edilmektedir (25). Bakım verenler, destek için bir sosyal ağa ihtiyaç duyarlar. Mazanec ve arkadaşlarının iletişim ve mesafe üzerine hasta yakınlarının görüşlerine yer verdikleri çalışmalarında, kanserli hastalara bakım verenlerin kendileri gibi bakım veren diğer hasta yakınlarıyla web sitesi ya da blog üzerinden iletişim içerisinde olmak istediklerini ve bilgi paylaşımında bulunabileceklerini ifade etmişlerdir (26).

Sosyal sağlık üzerindeki olumsuz etki alanı, iş stresini ve finansal kaynakların kullanılmasını içermektedir (12). Yapılan çalışmalarda, bakım verenlerin pahalı kanser bakımı nedeniyle mali kaynakları kullanarak bakım verdikleri, ev satarak, kredi alarak hatta iflasa

bile girebildikleri rapor edilmektedir (27). Çivi ve arkadaşlarının çalışmasında hasta yakınlarının %60.0'ında iş gücünde ve %58.2'sinde günlük performansta azalma olduğu saptanmıştır (28). Sarıtaş ve Büyükbayram kemoterapi alan kanserli hasta yakınlarında yaptıkları çalışmada, sosyal güvencesi olmayan bakım verenlerin durumluk ve sürekli anksiyete puan ortalamalarının olmayanlara göre daha yüksek olduğu, bu durumda hastalığın seyrini olumsuz olarak etkileceğini ifade etmişlerdir (29).

KANSERLİ HASTA YAKINI VE HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI

Kanser teşhisi, yalnızca hastalar için değil, aynı zamanda yakınlarının üzerinde de önemli bir etkiye sahiptir. Hasta yakınları, hastalar için sosyal ve duygusal desteğin ana kaynağıdır ve kanser sürecini yönetmede önemli bir rol üstlenmektedirler. Hastanede kalış süresinin kısalmasıyla, hastalar çoğu zaman tedavinin yan etkileri de dahil olmak üzere hastalıklarını kendi başlarına yönetmektedirler. Bu nedenle kanserli hasta yakınlarının sorumluluk yükü artmakta ve hasta desteklemedeki rolü daha önemli hale gelmektedir (36).

Toplumda kanser vakalarının görülme sıklığının artması, onkoloji hemşireliğinin gelişiminde etkili olmuştur. Kanserli önleme, birey ve ailesini sistematik olarak değerlendirerek sağlıklı bir yaşam biçimi kazandırma, bakımın koordinasyonunu sağlama, kanser tanısı alan hasta ve yakınlarının yaşam kalitesini artırma onkoloji hemşireliğinin amaçları arasındadır (37).

Hemşirelerin kanserli hasta yakınlarının yaşadığı fiziksel, duygusal ve sosyal sorunların çözümünde rolleri şu şekilde sıralanabilir;

- Hasta yakınlarının hastalar taburcu edilmeden evde bakım, hastalıkla ilgili belirtiler ve gelişebilecek komplikasyonlar, tıbbi gereçlerin kullanımı, herhangi bir sorunla karşılaştıklarında arayabilecekleri kişiler ve telefon numaraları hakkında bilgi ve danışmanlık verilmesi,
- Kanserli hastaya bakım veren bireyler hastayı üzmemek için duygularını gizlemekte, hastalık hakkında konuşmaktan kaçınmakta ve öfke, sinirlilik gibi hastanın duygusal tepkileriyle baş etmede zorluk yaşamaktadır. Bu durumlarla ilgili bireylerin stresle baş etme yöntemlerinin artırılması, psiko eğitim verilmesi, masaj, terapötik dokunma vb. tamamlayıcı terapilerin uygulanması ve sosyal destek alabilecekleri kurumlara yönlendirilmesi,

- Bakım veren hasta yakınlarının diğer hasta yakınlarıyla görüşmeleri sağlanarak duygularını paylaşmalarının sağlanması,
- Hasta yakınlarının yaşayacakları fiziksel, duygusal ve sosyal sorunlara yaklaşımda etkin iletişim tekniklerinin kullanılması, aktif dinleme yapılması ve duygularını ifade etmeleri için fırsat verilmesi,
- Hasta yakınlarının bakım verdikleri bireyler kadar kendilerine de iyi bakmaları, dinlenmek ve rahatlamak için kendilerine zaman ayırmayı unutmamaları gerektiği konusunda tavsiyeler verilmesi,
- Bakım veren hasta yakınlarının tedavi süreci boyunca diğer aile, akraba, arkadaş ve sağlık personeli tarafından desteklenerek bakım yüklerinin hafifletilmesi,
- Bakım veren hasta yakınlarının belirli aralıklarla bakım ve hastalık yönetimi ile ilgili sorgulanması ve rehberlik edilmesi,
- Hasta yakınlarının günlük rutinlerini planlamaları konusunda danışmanlık yapılması,
- Çalışan bakım verenler için iş gücü ve sosyal güvenlik yardımlarını kaybetmemesi için iş yerleri ile ilgili destek programlarının oluşturulmasına yardımcı olunması,
- Kanser hastalarının hastaneye sevki sırasında yaşanabilecek sorunlar ile ilgili hastane yönetiminin bilgilendirilmesi ve çözüm önerileri oluşturulması gerekmektedir (25,38-41).

KAYNAKLAR

1. Erdoğan, Z., Yavuz, D.E. (2014). Kanserli hastaların bakım vericilerinde yaşam kalitesi. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi, 23(4), 726-736.
2. Kurt, A.S., Savaşer, S. (2013). Kanserli adölesanların yaşam kalitesi düzeyine Re-Mission video oyununun etkisi. Türk Onkoloji Dergisi, 28(2), 51-58.
3. Özdemir, S., Dinçbaş, F. Ö., Atkover, G., Özbek, Ö., Özmen, M. (2011). Radyoterapi uygulanan kanser hastalarının psikososyal özellikleri ve radyasyon onkoloğundan beklentileri. Türk Onkoloji Dergisi, 26(1), 12-17.
4. Karabuğra-Yakar, H., Pınar, R. (2013). Kanserli hastalara bakım veren aile üyelerinin yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 15(2), 1-16.
5. Chen, M. L., Chu, L., & Chen, H. C. (2004). Impact of cancer patients' quality of life on that of spouse caregivers. Supportive Care in Cancer, 12(7), 469-475.
6. Birim Faaliyet Raporu. (2014). Retrieved from T.C. Sağlık Bakanlığı Kanser Daire Başkanlığı Erişim Tarihi: 28.08.2017, <http://kanser.gov.tr/Dosya/Bilgi-Dokumanlari/raporlar/birim.pdf>
7. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Türkiye Kanser İstatistikleri. Erişim Tarihi: 28.08.2017, <http://kanser.gov.tr/daire-faaliyetleri/kanser-istatistikleri/860-yeni-d%C3%BCnya-kanser-istatistikleri-yay%C4%B1nland%C4%B1.html>

8. Fatma, Ö. (2015). Kanserde psikososyal hemşirelik. Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medicine Nursing-Special Topics, 1(2), 46-52.
9. Sert, H. (2015). Onkoloji hasta yakınlarında ortak bir sorun: Bakım yükü. Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medicine Nursing-Special Topics, 1(2), 62-66.
10. Atagün, M. İ., Balaban, Ö. D., Atagün, Z., Elagöz, M., Özpolat, A. Y. (2011). Kronik hastalıklarda bakım veren yükü. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 3(3), 513-552.
11. Toseland RW, Smith G, McCallion P (2001). Family caregivers of the frail elderly, handbook of social work practice with vulnerable and resilient populations, (Gitterman, A. Editor). Columbia University Press.
12. Given, B. A., Given, C. W., & Sherwood, P. (2012). The challenge of quality cancer care for family caregivers. Seminars in Oncology Nursing, 28(4), 205-212.
13. Terakye, G. (2011). Kanserli hasta yakınlarıyla etkileşim. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 4 (2), 78-82.
14. Al-Jauissy, M. (2010). Health care needs of Jordanian caregivers of patients with cancer receiving chemotherapy on an outpatient basis. Eastern Mediterranean Health Journal, 16(10), 1091.
15. Mancini, J., Baumstarck Barrau, K., Simeoni, M. C., Grob, J. J., Michel, G. (2011). Quality of life in a heterogeneous sample of caregivers of cancer patients: an in depth interview study. European Journal of Cancer Care, 20(4), 483-492.
16. Zengin, O., Saltık, S., Duysak, Y., Soytürk, G., Orbay, E., Tekin, O. (2012). Kanserli çocuğa sahip ailelerin aşama yaklaşımına göre gösterdikleri tepkiler. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 2 (1): 1-4.
17. Toros, F., Tot, Ş., Düzovalı, Ö. (2002). Kronik hastalığı olan çocuklar, anne ve babalarındaki depresyon ve anksiyete düzeyleri. Klinik Psikiyatri, 5: 240-7.
18. Chao, C.C., Chen, S.H., Wang, C.Y., Wu, Y.C., Yeh, C.H. (2003). Psychosocial adjustment among pediatric cancer patients and their parents. Psychiatry Clinical Neuroscience, 57(1): 75-81.
19. Beesley, V. L., Price, M. A., Webb, P. M., Group, A. O. C. S., Study, A. O. C., & Investigators, Q. o. L. S. (2011). Loss of lifestyle: health behaviour and weight changes after becoming a caregiver of a family member diagnosed with ovarian cancer. Supportive Care in Cancer, 19(12), 1949-1956.
20. Siegel, K., V. H., Houts, P., & Mor, V. (1991). Caregiver burden and unmet patient needs. Cancer, 68(5), 1131-1140.
21. Mellon, S. (2002). Comparisons between cancer survivors and family members on meaning of the illness and family quality of life. In Oncology Nursing Forum, 29(7), 1117-1125.
22. Osse, B.H.P., Vernooij-Dassen, M.J.F.J., Schade, E., Grol, R.P.T.M. (2006). Problems experienced by the informal caregivers of cancer patients and their needs for support. Cancer Nursing, 29(5), 378-388.
23. Kim, Y., & Given, B. A. (2008). Quality of life of family caregivers of cancer survivors. Cancer, 112(S11), 2556-2568.
24. Oberst, M.T., & Scott, D.W. (1998). Postdischarge distress in surgically treated cancer patients and their spouses. Res Nurs Health, 11, 223-33.
25. Babaoğlu, E., Öz, F. (2003). Terminal dönem kanser hastasına bakım veren eşlerin duygusal ve sosyal sorunları arasındaki ilişki. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 2, 24-33.
26. Mazanec, P., Daly, B. J., Ferrell, B. R., & Prince-Paul, M. (2011). Lack of communication and control: experiences of distance caregivers of parents with advanced cancer. In Oncology Nursing Forum, 38(3), 307.
27. Bradley, S., Sherwood, P. R., Donovan, H. S., Hamilton, R., Rosenzweig, M., Hricik, A., & Bender, C. (2007). I could lose everything: understanding the cost of a brain tumor. Journal of Neuro-Oncology, 85(3), 329-338.
28. Çivi, S., Kutlu, R., Çelik, H.H. (2011). Kanserli hasta yakınlarında depresyon ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. Gülhane Tıp Dergisi, 53, 248-253.
29. Sarıtaş, S.Ç., Büyükbayram, Z. (2016). Kemoterapi alan hastaların ve bakım veren yakınlarının anksiyete düzeyleri ve etkileyen faktörler. TAF Preventive Medicine Bulletin, 15(2), 141-150.
30. Johansen S, Cvancarova M, Ruland C. (2017). The effect of cancer patients' and their family caregivers' physical and emotional symptoms on caregiver burden. Cancer Nursing, 1-9.
31. Gröppe, S., Meer, E. V., Landes, T., Bucher, H., Stickel, A., & Goerling, U. (2016). Assessing cancer-related distress in cancer patients and caregivers receiving outpatient psycho-oncological counseling. Supportive Care in Cancer, 24(5), 2351-2357.
32. Ovayolu, Ö., Ovayolu, N., Aytaç, S., Serçe, S., & Sevinç, A. (2015). Pain in cancer patients: pain assessment by patients and family caregivers and problems experienced by caregivers. Supportive Care in Cancer, 23(7), 1857-1864.
33. Nayak, M. G., George, A., Vidyasagar, M., & Kamath, A. (2014). Quality of life of family caregivers of patients with advanced cancer. Journal of Nursing and Health Science, 3(2), 70-75.
34. Karabulutlu, E. Y., Akyıl, R., Karaman, S., & Karaca, M. (2013). Kanser hastalarına bakım verenlerin uyku kalitesi ve psikolojik sorunlarının incelenmesi. Türk Onkoloji Dergisi, 28(1), 1-9.
35. Molassiotis, A., Wilson, B., Blair, S., Howe, T., & Cavet, J. (2011). Unmet supportive care needs, psychological well being and quality of life in patients living with multiple myeloma and their partners. Psycho oncology, 20(1), 88-97.
36. Stenberg, U., Ruland, C. M., & Miasowski, C. (2010). Review of the literature on the effects of caring for a patient with cancer. Psycho Oncology, 19(10), 1013-1025.
37. Ünlü, H., Karadağ, A., Taşkın, L., & Terzioğlu, F. (2010). Onkoloji alanında çalışan hemşirelerin yerine getirdikleri rol ve işlevler. Turkish Journal of Research & Development in Nursing, 12(1), 13-28.
38. Sercekus, P., Besen, D. B., Gunusen, N. P., & Edeer, A. D. (2014). Experiences of family caregivers of cancer patients receiving chemotherapy. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 15(12), 5063-5069.
39. Ülger, E., Alacacioğlu, A., Gülseren, A. Ş., Zencir, G., Demir, L., & Tarhan, M. O. (2014). Kanserde psikososyal sorunlar ve psikososyal onkolojinin önemi. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 28(2), 85-92.
40. Uğur, O., Elçigil, A., Arslan, D., & Sönmez, A. (2014). Responsibilities and difficulties of caregivers of cancer patients in home care. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 15, 725-729.
41. Cancer Caregiving in the U. S. (2016). An intense, episodic, and challenging care experience, National Alliance For Caregiving, in Partnership with The National Cancer Institute and The Cancer Support Community. Erişim Tarihi: 28.08.2017, http://www.caregiving.org/wp-content/uploads/2016/06/CancerCaregivingReport_FINAL_June-17-2016.pdf



Hindistan'ın Kerala kentinde gerçekleşen kurumsal doğumlardaki uygunsuzluklar: Bir izleme mekanizması ihtiyacı

Indignities in Institutional deliveries in Kerala, India: Need for a monitoring mechanism

Lekha D Bhat¹, Kesavan Rajasekharan Nayar²

¹Assistant Professor Department of Epidemiology & Public Health School of Basic and Applied Sciences Central University of Tamil Nadu Neelakudy Campus, Thiruvarur-610005

²Chief Fellow, Santhigiri Social Research Institute Santhigiri Research Foundation Professor and Head, Global Institute of Public Health Thiruvananthapuram

Anahtar Kelimeler:

İnsan onuru, kurumsal doğum, sınıf, çocuk sağlığında halk sağlığı.

Key Words:

Human dignity, institutional childbirth, class, public health in child birth

Yazışma Adresi/Address for correspondence:

Lekha D Bhat,
Assistant Professor Department of Epidemiology & Public Health School of Basic and Applied Sciences Central University of Tamil Nadu Neelakudy Campus, Thiruvarur-610005
lekhabhat@gmail.com

Gönderme Tarihi/Received Date:
08.02.2018

Kabul Tarihi/Accepted Date:
07.03.2018

Yayımlanma Tarihi/Published Online:
31.03.2018

DOI:
10.5455/sad.13-1518070539

ÖZET

Bu makalede , hamile kadınların hastanelerdeki doğumhanelerde ve emzirme odalarında mahremiyetini sağlamaya yönelik uygulanan müdahaleler tartışılmıştır. Kaliteli sağlık hizmetlerinin sağlanması çabalarında, hasta mahremiyetinin dikkate alınmaması önemli bir sorundur, hatta insan haklarına ilişkin sorunlardandır. Aslında hasta mahremiyeti sağlık hizmetlerinde kalitenin sağlanmasında en önemli boyutlardan biridir. Bu nedenle, kurumlarda gerçekleştirilen doğumlarda hasta mahremiyetine verilen önemi ortaya çıkarmak amacıyla Kerala, Hindistan'da niteliksel bir araştırma gerçekleştirilmiştir. Kullanılan veri toplama yöntemleri, uzman kişilerle mülakatlar, doğum yapan kadın ve yakınları ile görüşmeler ve altı ay süresince doğumhanelerin gözlemlenmesidir. Bu süreç sonunda sağlık çalışanlarının ve kurumların doğum yapan kadının mahremiyetini önemsemediği ve kadınların onurlarına yönelik hak ihlallerinin olduğu gözlemlenmiştir. Araştırmanın gerçekleştirildiği hastanelerde onur ihlalinin yaygın olduğu öğrenilmiştir. Halbuki doğum sürecinde hamile kadının özgünlüğünü ve mahremiyetini koruma kabiliyeti söz konusu değildir. Sonraki süreçte de bu durum entelektüel ve manevi olarak kadının fiziksel iyileşmesini dahi etkileyebilir. Dolayısıyla bu hassas dönemde hekimler , hemşireler ve diğer sağlık çalışanları doğum yapan kadının mahremiyetine yönelik gerekli hassasiyeti göstermeli ve kurumlar bu durumun iyileştirilmesine yönelik müdahale programları geliştirmelidirler.

ABSTRACT

In this paper, we present situations in the hospitals and labour rooms where women give birth and analyse how women's dignity is lost/ decreased and it cannot be restored without a professional intervention. In the endeavour to ensuring quality health care services, various issues arise that are linked to human dignity and human rights. Human dignity in health care is recognized as the most important non-clinical and intangible dimension. In a qualitative research that is based on grounded theory, we have explored the dignity violations in institutional childbirths in Kerala, India. Key informants interviews, interviews with birthing women and participant observation of six months in labour rooms / wards are the data collection methods employed. It is found out that dignity violation is rampant in these institutions. A woman with dignity related issues has no abilities to emphasize her own uniqueness and authenticity; she stops to progress physically, intellectually and spiritually. A public health intervention should be based on continuous monitoring of the labour process by a team which should include doctors, social workers and nurses. This intervention in maternity wards/ labour rooms can only help the woman-in-birth to go through an engendering, empowering experience of child birth.

INTRODUCTION

Human dignity is recognized as the most important non-clinical and subtle element in health care. Dignity cannot be maintained only by the individual's effort as societal, structural systems also play a crucial role. Therefore, human dignity has a relational/ interactive dimension. The main purpose of every person is to understand her/his own essence and maintain the dignity in interpersonal relations with the aim to be

recognized and respected (Virbalienė & Žydzūnaitė, 2010). Lack of respect for human dignity obstructs effective reach of public health programs. Research has demonstrated that people who believe that they have been treated with dignity are more likely to complete the treatment and have a positive attitude towards seeking preventive health care in future (Beach et al 2005). The Universal Declaration of Human Rights gives the actual credibility and context to dignity/human rights (Morsink J 1999; Pagels E, 1979). Taking the case

of institutional child birth, this paper explores how birthing women constructed their notion of human dignity and what they consider as dignity violation. The paper further explores the scope of public health interventions in the maternity wards/ hospitals.

CONCEPTUALISING HUMAN DIGNITY

The word 'dignity' comes from the Latin word *dingus* meaning worthy (Mani 2011). Chaskalson (2002), Dicke (2002), Meyer (2002) and Donnelly (2009) state the complexity of human dignity as a phenomenon in their researches. Dignity is worthiness, high repute or honour, self-possession and self-respect and is linked to the respect and the recognition of another individual's worth (Schachter 1983). The disciplines of medicine, sociology, social work and nursing have used the concept of human dignity by linking it to social justice. Besides this, the constitutional law, the multilateral organisations protecting and working for marginalized population etc., also promote human dignity framework to gain credibility (Feldman D, 2000; Sacks J 2002; McDogal et al 1980). Despite such extensive use of the concept in various practice-oriented fields, International documents and scholarly literature, human dignity is also criticised as vague and contradictory because what constitute dignity is not clearly explored (Speigelberg H 1970; Hailer M, Ritschl D 1996). A short history of dignity has three stages of its evolution. In the first, dignity is conceptualized as a spiritual concept and places human beings superior to the rest of the godly creations. (Dales RC 1977, Lutz 1995, Pullman 2001). In the second stage, dignity resides in social hierarchy and is closely tied to a system of ranking. Dignity is both relative and absolute (Johnson JP 1971, Grant 2007). In the third stage, it was Kant who took on the great challenge of integrating the religious notion of dignity with expanding scientific knowledge to develop a secular notion of dignity. Kant's focus was on autonomy shifting the focus from 'respecting the dignity of people' to 'respecting the choices of people' (Pullman 2001, Somerville & Chan 2001).

Social work as a profession had a major role in monitoring dignity in hospital settings. The concept of human dignity in social work practice is applied in gerontology or disability based services (Lothian & Philip, 2001; Hall et al., 2009, Vorhaus, 2015). Chronic deprivation of rights, denial of the inviolability of human life, attacks on identity, subjection to suffering and humiliation all violate the subjective dimensions of human dignity. On the other hand, when the State restricts the freedom of an individual because the unlimited freedom of one individual may interfere

with the dignity of another, it can be considered as the objective dimension of human dignity (Malby 2002). Having a sense of dignity includes concern to achieve and maintain various forms of integrity as well as attitudes of self-respect, pride and self-esteem (Pritchard 1972). Many of these dimensions are relevant in institutional child birth and this is what the present paper would explore in order to alleviate and prevent such violations in such settings. This documentation is extremely important given the priority attached to institutional child birth and the international support extended to developing countries to enhance institutional child birth.

METHODS

Grounded theory approach (Charmaz 2006; Strauss 1987; Glaser & Strauss 1967) is used to develop an understanding about the meaning, language, forms and context of human dignity. Grounded theory approach focuses on variations, complexity and links it to the contextual conditions. Grounded theory "fosters [the integration of] subjective experience with social conditions," it is a valuable tool for social justice research (Charmaz K 2005)

This paper has used four methods for data collection. It began with an exploratory and analytical review of the concept of human dignity, which evidently was interdisciplinary in nature. The participants of this study were women who visited public and private hospitals in Kerala for childbirth. Key informants interview also helped to contextualise dignity related issues in the Indian context. Academicians and political scientists who worked extensively on this area, three human right activists, three health activists who specialised in women's health issues were contacted via email and telephone as these people were known as human dignity and rights champions.

The next step involved interview of 200 pregnant women who attended one public and one private hospital in Kerala, India for their prenatal check-ups. They were interviewed to develop an understanding about health issues, pregnancy related issues and quality of care they received in the hospital. The third and important steps of data collection consisted of selecting 40 pregnant women who were willing to have in-depth interviews on the issue of dignity, birth experiences and were willing to accommodate the researcher in the labour room to observe the childbirth. The third stage involved in-depth interviews with 40 women at the eighth month of pregnancy, observation of childbirth in the labour room and a follow-up interview after three weeks of childbirth. Participant observation in the labour room was used as a method

of data collection to gain firsthand experience about dignity violation in the labour room.

Each woman was interviewed separately and interaction lasted for about 45-60 minutes where focus was on addressing some issues and questions such as - do women have a dignified interaction with the healthcare system when they give birth in a hospital? ; what does dignity mean? ; what happens to women if their dignity is not respected during the birthing process? Almost in all the cases, it was observed that women from different classes conceptualise human dignity differently. Women were eager to talk about human dignity because in most of the cases their dignity was under threat at some point during the interaction with the health care system. Getting access to the labour room of any hospital was not an easy task and personal contacts had to be used to get access to hospitals for three months and therefore purposive sampling was used to select the participants. Similarly, the respondents' willingness to continue with the study for three months was crucial, which was possible only with this method of sampling. All the interviews were recorded with the written consent of the participant and confidentiality of all stakeholders was maintained. Necessary institutional ethical clearances and permissions were obtained. These include ethical clearance from Ethics Committee of the University (where the study was supervised and submitted) and Ethics Committee of both the hospitals gave permissions after necessary clarifications and modifications in the methodology and the process of data collection.

The data was analysed and interpreted manually. A content analysis of the interviews was done to identify main themes and concepts around which women articulated about human dignity in childbirth. Later, the themes were organised around central concepts like humiliation, neglect, autonomy etc. The field noting from participant observation method was used to supplement and triangulate the data which was collected using the interview schedule.

SOCIO-ECONOMIC BACKGROUND OF THE RESPONDENTS

In the public hospital, there were two groups of women. Taking caste (social category in India) as the primary identifier, one group included Brahmins, Nairs and Syrian Christians¹ (considered upper castes), while another comprised Pulaya, Kudumbi and Dheevara (considered lower caste and constitutionally classified

as Scheduled Castes). In addition, Paraiyan women (untouchables from Tamil Nadu, Scheduled Castes) used the public hospital. All the forty respondents were between the age 19 to 35 years.

All the public hospital respondents could be considered as belonging to lower class since had an annual income of less than Rs. 50,000/-. Most of the upper caste respondents had their own house, whereas all of the Scheduled Caste respondents were living in rented accommodation. The Scheduled Caste respondents had migrated to the city in search of employment and lived in the most congested areas. The women usually worked, as did their husbands – in fishing (men), fish-selling (women), construction and domestic work (women), and working in small hotels (men). On the whole, they were either daily wage earners or self-employed (with working capital of up to Rs. 8,000/-). By contrast, the upper caste respondents were mostly housewives. Their husbands were engaged in work such as street vending and tailoring, while three were Class D government servants. In addition, there were a number of Muslim housewives whose husbands mainly worked in hotels as helpers. They did not own a house or any other property – they lived in slums. Their annual income came to less than Rs. 40,000/-. None of the women owned any immovable property – it was either registered in their husband's name or held jointly. The age of the respondents vary from 19 to 35 years. Education varied from the 8th standard to a Bachelors' Degree. Nair and Brahmins were educated to university level, while the Kudumbi women were educated mostly up to the 12th standard and the Muslim women had studied till 8th or 10th standard. Amongst twenty women, ten were primagravida whereas rest were multigravida. Six had some minor complications during pregnancy like bleeding and were advised bed rest. Three conceived through infertility treatment whereas rest 17 conceived naturally.

The social background of the private hospital respondents is as follows. Looking at their caste, we can see that the upper caste respondents were Brahmins, Vermas, Nairs and Syrian Christians, while the other respondents belonged to the Pulaya (Scheduled Caste) and Eezhava (Other Backward Castes) communities. The Scheduled Caste and Other Backward Caste respondents were from the creamy layer of their groups – those who had flourished and moved up in the hierarchy because of their education and collective struggles led by the SNDP², enabling them to establish and successfully manage business ventures.

1. Although there is no caste system among Christians, it is followed implicitly, Syrian Christians consider themselves as upper caste, while Latin Christians and Converted Dalits are considered to be lower castes.

2. .SNDP is Sree Narayana Darma Paripalana Sangam, an organization which was established by Sree Narayana Guru to unite Eezhava community people.

Using class as the primary identifier, the divisions coincided with those of caste even in the case of private hospital. The Eezhavas and the Nairs and Brahmins were better off than the Pulayas, with their annual income varying between six and twenty lakhs. All of the women had their own house and land. There was no strict division in terms of occupation. The women were either professionals (information technology specialists, teachers, bank employees and Class B government servants) or housewives. All of them were educated to at least degree level. Many respondents were Non Resident Indians, either working as or married to a man who was working in information technology or hotel management in the US/EU/Australia. There were also Muslim respondents who had their own land and house – the women were housewives and their husbands were employed in the Middle East at a managerial level. The respondents were between 19 and 35 years of age. Amongst twenty women, eight were primagravida whereas rest were multigravida. Nine had some minor complications during pregnancy like bleeding, high BP and gestational diabetes. Six conceived thorough infertility treatment whereas rest 14 conceived naturally.

DIGNITY VIOLATION/ PROMOTION IN INSTITUTIONAL CHILDBIRTH- WOMEN'S EXPERIENCES

When two people involved in an interaction are in a hierarchical relationship, then the chances of dignity encounters and dignity violations are more. In health care system, *position of vulnerability* of the health care seekers (here pregnant women) and *position of knowledge and power* of the health care providers define and decide the level and intensity of dignity violation. The relationship is of hierarchy and asymmetric in nature. In the Indian context, apart from knowledge, power and authority, the structural/ social determinants like caste, religion and class also play important roles in this dignity encounter which is one of the most important, sensitive and joyful but at the same time painful experience in a woman's life. Analyses of participants' narratives show that the women could verbalize their dignity encounters/ violations in the labour room. During our field work, all the women irrespective of their social background mentioned four variables as the most important:

- **Recognition as a human being** with autonomy, rationality and thinking capacity- A generalized sense of disrespect and a gratuitous nastiness was widely observed in the labour rooms which demean the human worthiness of women.
- **Recognition as an individual rather than a tool/**

machine- Ideally, dignity is absolute and no social forces should be able to take it away. Women appreciated the health care system when the doctors showed a genuine concern rather than using them as tools to meet targets assigned to them by the management or insurance companies.

- **Ensuring an equal consideration/ priority-** Only the medical condition of the woman should be the basis on which priority is accorded to her. In actual health care setting factors like ability to pay bribes, caste and religion decided who get access to the resources available in the public health care facilities.
- **Freedom from exploitation-** The humiliating experiences and injustice faced are considered as exploitation which is clearly violating human dignity. The feeling that doctors *used them as objects* for training was also regarded as exploitation.

The women belonging to the lower class who accessed public health care facilities used the following constructs to explain dignity violation

- **Absence of discrimination in the hospital-** When the respondents experienced some kind of discrimination in the services they received, they challenged it using the concept of equality. Discrimination was in bed allotment, access to doctor, availability of drugs/ free food.

One respondent (from the Dheevera (fishing) community) shared her experience of being denied access to the free food that the hospital provides to all those who are admitted.

"I asked the nurse why the food is rotten and she answered, "You people are always eating fish and you are engaged all the time in fish processing, so you yourself are stinking. The food is alright. Take if you want or move away." I did not reply, just came back to my bed. I skipped two meals, and in the evening when my husband came, he carried some food for me." (X, second time pregnant, 27 years old)

- **Language of indignity and humiliation-** Shouting and brutal speech, usage of number, name of the caste and body shape to identify the woman, contempt, rudeness and indifference shown and reflected in the behaviour and interaction were regarded as highly demeaning ways.

One respondent explained, *"After seven hours of labour pains, the doctor decided that the labour is not progressing and decided to go for a caesarean section. My husband was asked to sign the consent form and the staff did not explain to him the reasons. I was in the labour room. They were preparing me for the caesarean and a nurse*

was injecting me. I had my last ultrasound report in my hand. With natural curiosity, I asked her the weight of my baby. Her action scared me. She blasted me and said that I am trying to act too smart by asking questions. She threw the injected needle onto my stomach and walked off. I was shocked and scared. After some moments she came back again uttering abusive words and took the needle and threw it in waste bin.”

• **Physical Violence and assault as a threat to dignity-** Using physical force to damage or demean an actor's body and the spirit was common. Women reported cases of physical violence, wherein they were pinched and beaten, hit on their cheeks and face, and they were pinched in between their legs. Sometimes, a small needle was used to strike their feet.

“I was screaming in pain. I was sitting on a chair and suddenly I felt my baby's head outside me. I again called for help and told the nurse. She told me to move to the bed. I was holding my stomach and vagina area with my hands. Somehow, I reached and lay down on the table. She checked me and declared that no head was to be seen. Her reaction was to give me two slaps on my face, with a rude comment that I was telling lies to get the bed. This was the worst humiliation I had ever faced in my life. Later, I was told by her that my thighs are full of “black marks” and so I am not clean. She pinched me, saying that I am not following her instructions (about breathing and pushing the baby out). More than labour pain, her presence was terrifying.” (Y, First time pregnant, 29 years old)

• **Objectification of body and violating bodily integrity-** The consideration of woman as one without a self, treating a birthing woman as though she is disgusting or tainted. The intrusion and transgressing a person's bodily boundaries was not appreciated.

• **Rest during pregnancy and after childbirth, maternity benefits and job security post childbirth- Issues normally not part of dignity in other circumstances are also considered as part of human dignity by the women.**

• **Contempt and Disregard-** Treating the person as a thing rather than as an individual and without any value as if she has no existence / make the person voiceless and less confident.

• **Objectification and Intrusion-** Women also experienced violating the bodily integrity and personal boundaries at the level not commonly expected in the society.

The women belonging to the upper class who accessed private health care facilities used the following constructs to explain dignity violation

• **Appreciating the fact that a birthing woman is unique and complete individual-** The feeling of being abandoned, indifferent attitude of medical staff, not allowing speaking and clearing doubts, labelling and groups etc., were unacceptable.

• **Information Sharing and Being Part of Decision-making-** By “information sharing”, the respondent meant sharing information after each check-up, allowing the woman to ask questions and clarify her doubts. When women are informed they feel more confident to face the birthing process. By restricting the information that reaches the patient, people are left to assumptions and ideas without rationality (Sered and Tabory 1999).

“The information is all about “me” and “my baby”, so why are they so hesitant to share the information?”

• **Autonomy and Dignity-** Talking down to” someone or speaking to an adult “like a child was unacceptable to most of the women. Ignoring or discounting birthing woman's knowledge, skills, perceptions, concerns, needs, and feelings resulted in her being passive in the birthing process.

“I was very comfortable to walk around and my mother instructed me to walk around as far as possible. Suddenly a nurse came and asked me to lie down and said that this walking and so on are very old methods. When the pain proceeded and I was in active labour, I told the doctor that I wanted to give birth in a sitting position. She did not even reply to me. Later, when I repeated my request, the nurse told me that it is not possible and it is not good for “all”. Who are these “all”? I did not understand. So I asked again, and she replied, “You see, the doctor's job is a dignified job. After so much training and hard work they reach here, and you expect her to sit on the floor and watch you? Are you of sound mind?” (P, Third time pregnant, 32 years old)

• **Use of unwanted / avoidable medical technology as an attack on dignity-** Considering women as weak and promoting painless labour/ caesarean sections were widely practiced. The excessive and unnecessary use of medical technology on their bodies created many physical problems for the women in the postnatal period. This included severe backache, nausea and infection in the vagina.

“I was never told or consulted what they were doing. Whenever I expressed doubts about what injection they were giving and so on, they remained very formal and replied, “We are trying to give you and the baby the best care possible.” I never understood the relevance of and need for many of the medical procedures they followed. The only thing I understood in the end was that the cost

of my normal childbirth was Rs. 70,000.” (N, First time pregnant, 28 years old)

- **Privacy, Confidentiality-** Women considered maintaining privacy and confidentiality as utmost important to ensure dignity in the process of interaction.
- **Abjection and culture specific insensitivity-** in some cases, women were humiliated by making fun of their closely held beliefs or practices.

It was common practice in the labour room when a girl child was born to show a lot of sympathy, with nurses saying, “*Oh! Poor lady, not blessed this time.*” Such a tone was very humiliating for the woman and affected her self-confidence.

THE CONSEQUENCES OF DIGNITY VIOLATIONS AND WOMEN’S STRUGGLES

Dignity violations bring in lot of consequences such as alienation, depression, stress, indebtedness, loss of self-confidence and serious post-partum depression. The initial emotions that developed due to dignity encounters include shock, fear, anger, helplessness, numbness, disbelief and frustration. Feeling of humiliation, feeling of anger, feeling of worthlessness and feeling of self-blame were commonly reported in our interviews. The long term consequences were feeling of passiveness, feeling of not seeking appropriate medical help on time, events of victimisation and abuse followed by feeling of disempowerment. People employed different strategies to cope with their undignified experiences. The behaviour and attitudes of healthcare professionals were considered as a norm and institutionalised. The care seekers did not question/raise their voices because they had previous experiences in which they were considered a “nuisance” and were abandoned. There were attempts in various ways to counter and question the inhumane treatment they received. The response was not very encouraging but they continued emphasising their rights. In the private hospital, there were cases where the woman’s relatives threatened the management with a legal complaint. Collective struggles were often seen in the public hospital. For example, when male visitors started using the toilet meant for women, the women immediately raised their voices and blocked entry to the ward.

Medical Social workers and other helping professions such as public health, irrespective of the field where they are employed work with people in distress. A professional, who is creating a help-based relationship with the client aims to reach to the person and protect his/her dignity. When such a professional works with a client, complete understanding of the innate human

worth and dignity plays an important role (Johnson 2001). From the data reported in this paper, it is evident that there is a need for more explicit and formal interventions in institutional child birth. Three actions can be proposed

1) Avoid the instances of dignity violation as far as possible.

The issues many women raised include informed consent, sharing the information, and being part of the delivery process etc. Such issues which are very individual based can be successfully addressed by the professional. Once women have complete information about their pregnancy and birthing process, they can interact with other care givers and eventually can engage meaningfully with their birthing process. For instance, a social worker also has to work with other stake holders in the hospital so that they are sensitised about the issue of human dignity and dignity violation. A social worker can also facilitate sensitisation and mutual negotiation between the birthing women and the health care providers in association with other stakeholders in the institutional context.

A professional intervention can reinforce the strong sentiments among women who consider of birthing as a key life experience. They can help in nurturing and protecting a woman’s memory of birth. They can also help in recognizing the effects of emotions on the physiology of labour and provide comfort techniques and encourage positions that promote progress during labour. They can also help in promoting early breastfeeding and bonding.

Given the fact that the social inequality and its consequences are the main causes in violation of human dignity in Indian hospitals, social workers have an additional responsibility as social justice is one of the main values in the practice of social work (Grayet et al., 2012).

2) Work with the women whose dignity is violated and are in stress.

The professional intervention can also help in motivating the client to change the perspective and again regain the self-confidence which she has lost during the interaction with the health care system. Moral principles such as humaneness, love, empathy, equality, tolerance, respect, courage, honour and honesty are extremely important in helping professions. Once women encounter dignity violation, importance has to be given to the above mentioned moral principles undertake repeated sessions with her to help her come out of the mental distress. The links between these

values constitute the content of dignity (Virbaliene & Žydzūnaitė, 2010). The continuous monitoring of such principles is necessary while recognizing the importance of right to make free choices and decisions during the helping process.

3) Further referral and follow up

The quality of post-natal experiences such as referral and professional help, legally claimable maternity leave and maternity benefits etc. has to be ensured. This is a long term service requirement which require intersectoral coordination.

CONCLUSION

The pattern and extent of dignity violations that we have outlined in this paper based on our empirical observations of birthing in hospital settings show the need for a monitoring mechanism involving a multi-disciplinary team. Such a public health approach can create a helpful relationship from the beginning of the pregnancy and hospital visits, facilitate an engendering birthing experience by limiting the dignity encounters and enhancing the self-confidence and worthiness feeling of the birthing woman. A manual based on these empirical categories can be developed so that the team members are sensitized about the process. This is extremely important given the priority accorded to institutional child birth which would help in improving maternal-neonatal mortality in developing countries.

REFERENCES

1. Beach, M. C., Sugarman, J., Johnson, R. L., Arbelaez, J. J., Duggan, P. S., & Cooper, L. A. (2005). Do patients treated with dignity report higher satisfaction, adherence, and receipt of preventive care? *Annals of Family Medicine*, 3, 331-338.
2. Chaskalson, A. (2002). Human Dignity as a Constitutional Value. In David, Kretzmer, & Eckart, Klein. (Ed.), *The Concept of Human Dignity in Human Rights Discourse* (pp.). Hague: Kluwer Law International.
3. Dales, R. C. (1977). Medieval View of Human Dignity. *Journal of the History of Ideas*, 38 (4), 557-572.
4. Dicke, K. (2002). The Founding Function of Human Dignity in the Universal Declaration of Human Rights. In David, Kretzmer, & Eckart, Klein. (Ed.), *The Concept of Human Dignity in Human Rights Discourse* (pp.). Hague: Kluwer Law International.
5. Donnelly, J. (2009). *Human Dignity and Human Right*. Denver: University of Denver.
6. Feldman, D. (2000). Human dignity as a legal value – Part II. *Public Law*. Spring: 61-76.
7. Grant, E. (2007). Dignity and Equality. *Human Rights Law Review*, 7 (2), 299-329.
8. Gray, M., Midgley, J., & Webb, S. (2012). *The SAGE Handbook of Social Work*. London: Sage Publications
9. Guru, G. (Ed.) (2009). *Humiliation Claims and Context*, New Delhi: Oxford University Press.
10. Hailer, M., & Ritschl, D. (1996). The general notion of human dignity and the specific arguments in medical ethics. In

- Bayertz, K. (Ed.). *Sanctity of Life and Human Dignity* (pp.19-106). Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
11. Hall, S., Longhurst, S., & Higginson, I. (2009). Living and Dying With Dignity: a Qualitative Study of the Views of Older People in Nursing Homes. *Age and Ageing*, 38, 411-416.
12. Johnson, J.P. (1971). Human dignity and the nature of society. *The Philosophy Forum*. 10: 213-231.
13. Lothian, K., & Philp, I. (2001). Maintaining the Dignity and Autonomy of Older People in the Healthcare Setting. *British Medical Journal*, 322, 668-670.
14. Lutz, M. A. (1995). Centering Social Economics On Human Dignity. *Review of Social Economy*. 53 (2), 171-194.
15. Malby, S. (2002). Human Dignity and Human Reproductive Cloning. *Health and Human Rights*, 6 (1), 102-135.
16. Mani, L. (2011). Human Dignity and Suffering some Considerations. *Economic and Political Weekly*, XLVI, 36, 23-26.
17. McDougal, M.S., Laswell, H., Chen, L-c. (1980). *Human Rights and the World Public Order: The Basic Policies of an International Law of Human Dignity*. New Haven: Yale University.
18. Meyer, M. (2002). Dignity as a Modern Virtue. In David, Kretzmer, & Eckart, Klein. (Ed.), *The Concept of Human Dignity in Human Rights Discourse* (pp.). Hague: Kluwer Law International.
19. Morsink, J. (1999). *The Universal Declaration of Human Rights: Origins, Drafting, and Intent*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
20. Pagels, E. (1979). The roots and origins of human rights. In Henkin, A. (Ed.), *Human Dignity: The Internationalization of Human Rights* (pp.1-8). New York: Aspen Institute for Humanistic Studies.
21. Pritchard, M. S. (1972). Human Dignity and Justice. *Ethics*, 82 (4), 299-313.
22. Pullman, D. (2001). Universalism, Particularism and the Ethics of Dignity. *Christian Bioethics*, 7 (3), 333-358.
23. Pullman, D. (2001). Universalism, Particularism and the Ethics of Dignity. *Christian Bioethics*, 7 (3), 333-358.
24. Sacks, J. (2002). *The Dignity of Difference: How to avoid clash of civilisations*. London: Bloomsbury.
25. Schachter, O. (1983). Human Dignity as a Normative Concept. *The American Journal of International Law*, 77 (4), 848-854.
26. Sered, S. & Tabory, E. (1999). "You are a Number, Not a Human Being": Israeli Breast Cancer Patients' Experiences with the Medical Establishment. *Medical Anthropology Quarterly*, 13 (2), 223-252.
27. Somerville, P & Chan, C. K. (2001). Human Dignity and the third way: The Case of Housing Policy. paper presented at Housing Studies Association Conference on Housing Imaginations : New Concepts, New Theories, New Research" in Cardiff, 4-5 Sep.
28. Spiegelberg, H. (1970). Human dignity: A challenge to contemporary philosophy. In Gotesky, R., Laslo, E. (Ed.). *Human Dignity: This Century and the Next* (pp.39-64). New York: Gordon & Breach.
29. Virbaliene, A. & Zydzūnaite, V. (2010). *Teen dignity of pupils in school and personal environment*, Kaunas: VPU Publishers.
30. Vorhaus, J. (2015). *Giving Voice to Profound Disability: Dignity, Dependence and Human Capabilities*. London: Routledge.



Sağlık çalışanlarının hizmetkâr liderlik algılarının örgüt iklimi ve örgütsel bağlılık üzerine etkileri: bir kamu hastanesi örneği

The servant leadership perceptions' effects on organizational climate and organizational commitment of health workers: an example of a public hospital

Cemil örgeç, Elif Saba Sütlü

Sakarya Üniversitesi İşletme
Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü,
Sakarya

Anahtar Kelimeler:
Hizmetkâr liderlik, Örgütsel iklim,
Örgütsel Bağlılık

Key Words:
Servant leadership, Organizational
climate, Organizational commitment

**Yazışma Adresi/Address for
correspondence:**
Cemil örgeç,
Sakarya Üniversitesi İşletme
Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü
corgec@sakarya.edu.tr.

Gönderme Tarihi/Received Date:
11.12.2017

Kabul Tarihi/Accepted Date:
15.01.2018

**Yayımlanma Tarihi/Published
Online:**
31.03.2018

DOI:
10.5455/sad.13-1512992092

ÖZET

Giriş ve Amaç: Sağlık sektöründe gün geçtikçe artan bir rekabet ortamı mevcuttur. Bu rekabet ortamında rakiplerden önde olabilmek için örgütsel iklim ve örgütsel bağlılık kadar bu iki kavramı etkileyen faktörler de oldukça önemlidir. Bu çalışma sağlık personellerinin algıladıkları hizmetkâr liderlik anlayışı ile örgütsel iklim ve örgütsel bağlılık arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını ortaya koymak amacıyla yapıldı. **Gereç ve Yöntem:** Bu çalışma 30.10.2017 ile 30.12.2017 tarihleri arasında Sakarya İli Kamu Hastaneler Birliğine bağlı bir devlet hastanesi çalışanlarına uygulanmıştır. Çalışmanın yapıldığı dönemde aktif olarak 495 kişinin çalıştığı hastanede 254 sağlık personeline uygulanmıştır. Katılım %52,93'dür. Örneklem, rastgele örneklem seçim tekniği ile oluşturulmuştur. Çalışmada veri toplama aracı olarak hizmetkâr liderlik ölçeği; Robert Stringer tarafından geliştirilmiş, örgüt iklimi ölçeği; Meyer ve Allen tarafından örgütsel bağlılık ölçeği ve çalışanların sosyal-demografik özelliklerinden oluşan bir anket formu kullanılmıştır. Hizmetkâr liderlik, örgütsel iklim ve örgütsel bağlılık ölçeklerinin geçerlilik ve güvenilirlik analizleri yapılmış olup anket soruları geçerli ve güvenilir bulunmuştur. Verilerin analizinde IBM SPSS Statistics 24.0 programı aracılığıyla tanımlayıcı istatistiksel yöntemler, korelasyon analizi, regresyon analizi, bağımsız örneklerde t testi, anova analizi ve post-hoc analizi kullanılmış, değerlendirilmiştir. **Bulgular ve Sonuçlar:** Hizmetkâr liderlik ile örgütsel iklim aralarında güçlü bir ilişki bulunmuştur. Hizmetkâr liderlik ile örgütsel bağlılık ve alt faktörlerinden olan devamlılık, normatif bağlılık ile pozitif yönlü güçlü bir ilişki vardır. Hizmetkâr liderliğin örgütsel iklimi etkilemediği saptanmıştır. Hizmetkâr liderliğin örgütsel bağlılığın üzerinde pozitif yönde etkisi olduğu saptanmıştır. Hizmetkâr liderliğin örgütsel bağlılığı anlamlı ve pozitif yönde etkilediği belirlenmiştir.

ABSTRACT

Introduction and Objective: There is a growing competitive environment in the health sector. Factors affecting these two concepts, as well as organizational climate and organizational commitment, are very important in order to be ahead of competitors in this competitive environment. This study was conducted to determine whether there is a meaningful relationship between organizational climate and organizational commitment and the servant leadership perceptions of health personnel. **Material and Method:** This study was carried out between the dates of 30.10.2017 and 30.12.2017 for the employees of a state hospital affiliated with Sakarya Province Public Hospitals Union. During the period of the study, it was applied to 265 health personnel employed in the hospital which 495 people have actively worked. Participation had been 52,93%. The sampling had been formed by random sample selection technique. In this study, Servant leadership scale developed by Dennis and Bocarnea (2005); Organizational climate scale developed by Robert Stringer; A questionnaire consisting of organizational commitment scale developed by Meyer and Allen and social-demographic characteristics of employees were used as a means of data collection. The validity and reliability analyzes of the scales of the servant leadership, organizational climate and organizational commitment were conducted and the questionnaires were found valid and reliable. In the analysis of the data, descriptive statistical methods, correlation analysis, regression analysis, t test in independent samples, anova analysis and post-hoc analysis were used through IBM SPSS Statistics 24 program and interpretations of the prepared tables were made. **Findings and Conclusions:** A strong relationship has been found between servant leadership and organizational climate. There is a strong positive relationship between servant leadership and continuity, normative commitment and organizational commitment and sub-factors. It has been determined that servant leadership does not affect the organizational climate. Servant leadership has been found to have a positive effect on organizational commitment. It has been determined that servant leadership influences organizational commitment in a meaningful and positive way.

GİRİŞ

Liderlik kavramı, diğer yönetim bilimleri kavramları gibi tanımlamasında görüş birliği sağlanamamış bir kavramdır. Bu nedenle günümüzde farklı liderlik tanımları yapılmıştır. Lider, belli şartlar altında kişileri ortak bir amaca yönlendiren, deneyimleri aktaran ve bu

durumdan memnun olmalarını sağlayan bir etkileme sürecidir (1). Küresel rekabet çalışanlar üzerinde yoğun strese, tükenmişliğe sebebiyet verirken iş ilişkileri de giderek resmîleşmektedir. Bu tarz olumsuzlukların bulunduğu iş hayatında, üyelerinin hizmetkârı olan liderlere gereksinim hızla artmaktadır (2). Liderlik

kavramının açıklanmasında bir takım yaklaşımlar geliştirilmiştir. Başlıca liderlik yaklaşımları şöyledir; özellikler yaklaşımı, yetenekler yaklaşımı, davranışsal yaklaşım, durumsallık yaklaşımı, olumsuzluk yaklaşımı ve modern yaklaşımlar.

Modern liderlik yaklaşımlarının alt boylarında bulunan hizmetkâr liderlik yaklaşımı 1970 yılında Robert Greenleaf tarafından kavramsallaştırılmıştır. Bu modele göre hizmetkâr liderin önceliği hizmet etmeyi benimseyerek bireylere ve kurumlara hizmeti yayma yolunda öncülük etmektir (3). Takipçilerine hizmet eden, kendi çıkarlarından çok takipçilerinin çıkarlarını düşünen, alçakgönüllü, ahlaklı ve sevgi dolu bir karakterdir (4). Zıt kavramlar olan “Hizmetkâr” ve “Lider” kavramları birleşerek paradoksal bir kavram oluşturmuşlardır. Fakat inceleme sonucunda bu kavramın aslında bir paradoks değil bir ihtiyaç olduğu ortaya konmuştur. Çünkü lider ya da üye farketmeksizin bir amaca hizmet etmektedirler (5).

Örgütsel iklim de diğer kavramlar gibi farklı tanımlarla açıklanmıştır. Bu tanımların en kapsamlılarından biri örgüt iklimini, örgütün hem fiziksel ve maddi unsurlarını hem de örgüt içi ve dışı insan ilişkileriyle ilgili her konuyu ele alarak örgütün sosyal yapısını kapsayan aynı zamanda örgütteki bireylere ait değer, inanç, normlarını da içine alan boyutlardan oluşan bir yapı olarak tanımlamıştır (6). Kısaca örgüt iklimini tanımlayacak olursak örgütte bulunan bireylerin yarattıkları ve içinde buldukları hava olarak tanımlayabiliriz (7). Örgütsel iklim, örgütsel kültüre göre örgütün gözle görülen tarafını yansıtır. Birey, örgütsel ilişkileri gözlemleyerek ve örgüt içerisindeki diğer bireylerle konuştuğunda örgütün iklimi hakkında bir fikir sahibi olabilir. Eğer örgütte formal ilişkiler ön planda, informal ilişkiler uygun görülüyorsa o örgüt kapalı bir iklime sahipken bu durumun tersi bir örgüt olumlu bir iklime sahiptir (8). Örgütsel iklim, yıllarca oluşan birikimler sonucunda ortaya çıkar ve farklı etmenlere maruz kalır. Bu iklimin örgütsel verime de etkisi vardır. (9) Örgütsel iklim, oluşan algılar veya direktiflerden çok yöneticilerin davranışlarıyla ilgilidir (10). Çalışanlar “insan odaklı”, “iş odaklı” veya “ilişki odaklı” algılama biçimleri sonucunda örgütsel iklime dair bir kanaat edinirler. Örgüt iklimi tanımlamalarının çevresel faktörler, bireysel faktörler ve sonuç faktörleri tarafından nitelendirildiği belirlenmiştir. Çevresel faktörler, örgüt büyüklüğü ve yapısı gibi bireyin kendisinden kaynaklanmayan, örgüt üyelerini dışarıdan etkileyen değişkenlerdir. Bireysel faktörler, örgüt üyelerinin yetenekleri, karakterleri, kişilikleri, kimlik algıları ve benlik saygıları gibi her iş görenin sahip olduğu özelliklerdir. Sonuç faktörleri, iş motivasyonu, iş tatmini, performans ve verimlilik gibi

çevresel ve bireysel değişkenlerin bir araya gelmesi ile oluşurlar. Olumlu örgüt iklimi ile çalışanlar arasında etkili bir iletişim kurulması halinde işletmeye sağlanacak yüksek moral düzeyi örgütsel verimliliğe ve işgören performansına katkı sağlayacaktır (11).

Örgütsel bağlılık, günümüz işletmeleri rekabet avantajı sağlayabilmek amacıyla vasıflı iş görenleri bünyelerinde tutabilmeleri için vazgeçilmez bir kavramdır (12). Bu kavramın literatürdeki tanımlarına bakacak olursak mevcut tanımlar, örgütsel bağlılık kavramını iş görenin örgüte karşı maddi ya da manevi bağlılığı olarak ifade eden ortak bir tanıma sahiptir (13). Genel olarak bu kavram iş göreni, şartlar zor olsa da örgütten ayrılmayan, işine düzenli devam eden ve örgütte bulunduğu süreyi etkili ve verimli kullanan, işletmenin dış tehditlere karşı koruyan ve örgütün amaç ve vizyonunu benimseyen örgüt elemanı olarak tanımlamaktadır (14). Kısaca örgütsel bağlılık bireyin belirli bir örgütle bütünleşme seviyesidir (15). Örgütsel bağlılığı yüksek üyelerin örgüte ve üretime katılımları da yüksektir (16). Örgütlerin yaşamlarını devam ettirebilmeleri için üyelerin örgütte kalma isteklerinin olması gerekir. Örgütsel bağlılık, üyenin örgütün amaçlarını kabul edip bu amaca hizmet etme ve örgütte kalma isteği ile birlikte örgütle ortak kimlik oluşturduğu bir güçtür (17). Örgütsel bağlılığın düşük olması sonucunda performans düşüklüğü, işe geç kalma ve işten kaytarma, stres, işten ayrılma niyeti gibi olumsuz sonuçları sayabiliriz (18).

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Amacı

Bu çalışma sağlık personellerinin algıladıkları hizmetkâr liderlik anlayışı ile örgütsel iklim ve örgütsel bağlılık arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını ortaya koymak amacıyla yapılmıştır.

Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evreni Sakarya İli Kamu Hastaneleri Birliği'ne bağlı bir kamu hastanesi olan Yenikent Devlet Hastanesi'nde çalışan 495 sağlık personelidir. Çalışmanın örnekleme ise ulaşılabilen 254 sağlık personelidir.

Veri Toplama Araçları

Çalışmada veri toplama aracı olarak anket formu kullanılmıştır. Birinci bölümde, katılımcıların kişisel özelliklerine (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, unvan, hizmet süresi, çalıştığı birim ve birim yöneticisinin cinsiyeti) ilişkin 8 soru bulunmaktadır. İkinci Bölümde Patterson (2003)'ün teorik olarak belirlediği sevgi, güçlendirme, vizyon, fedakarlık,

hizmet etme, güven ve alçakgönüllülük olarak yedi boyut dikkate alınarak Dennis ve Bocarnea (2005) tarafından geliştirilen, Aslan ve Özata tarafından Türkçe'ye uyarlanan "Hizmetkâr Liderlik Ölçeği" incelemeler sonucunda uygulama amaçlı en uygun ölçek olarak belirlenmiştir (19).

Üçüncü bölümde organizasyon yapısı, bireysel sorumluluk, ödüllendirme, risk alma, ılımlı çalışma ortamı ve destek olmak üzere 6 boyut dikkate alınarak Robert Stringer tarafından geliştirilen Aydoğan ve Dinçer tarafından Türkçe'ye çevrilen "Örgüt iklimi ölçeği" kullanılmıştır (20).

Son bölümde ise duygusal, devamlılık ve normatif bağlılığı ölçmek için Meyer ve Allen tarafından geliştirilen ve Al (2007) tarafından Türkçe'ye uyarlanan "Örgütsel bağlılık" ölçeği kullanılmıştır (21).

Veri Analizi ve Değerlendirilmesi

Araştırma verileri bilgisayar ortamına aktararak SPSS programı aracılığıyla tanımlayıcı istatistiksel yöntemler, korelasyon analizi, regresyon analizi, bağımsız örneklerde t testi, anova analizi ve post hoc analizi kullanılmış, değerlendirilmiş ve oluşturulan

tabloların yorumları yapılmıştır.

BULGULAR

Tablo1'de çalışmaya katılan sağlık personeli ile ilgili demografik bilgiler sunulmaktadır.

Katılımcıların yaşları ankette açık uçlu soru olarak verilmiş olup yakın oranlarla gruplandırılmıştır. Katılımcıların %98'i bu soruyu cevaplandırmış olup 18 ile 25 yaş arası %23,6'lık kısmı, 26 ile 33 yaş arası %28'lik kısmı, 34 ile 41 yaş arası %20,9'luk kısmı ve 42 ile 65 yaş arası %25,6'lık kısmı oluşturmaktadır. Katılımcıların 91,3'ü unvan sorusuna cevap vermiştir. Ankete en çok katılımı %28 ile hemşireler gösterirken en az katılım ise %3,1 ile teknisyen ve teknolglara aittir. Diğer katılımcıların ise %25,6'sı VHKİ ve tıbbi sekreterlerden, %13,8'i memur ve idari personellerden, %10,6'sı uzman doktor ve doktorlardan, %6,3'ü fizyoterapistlerden ve %3,9 ile laborantlardan oluşmaktadır. Katılımcıların %98'i medeni durumlarını cevaplamış olup büyük bir çoğunluğunu %69,7 ile evlilerden oluşurken %28,3'ü bekarlardan oluşmaktadır. Katılımcıların %99,6'sı cinsiyetlerini belirtmiş olup %55,5 ile çoğunluğu kadınlar oluştururken %44,1'lik bir kısmını erkekler oluşturmaktadır.

Tablo 1: Katılımcıların Demografik Özelliklerine İlişkin Betimsel İstatistikler

Değişken	Grup	Frekans	Yüzde %
Yaş	18 ile 25 yaş arası	60	23,6
	26 ile 33 yaş arası	71	28,0
	34 ile 41 yaş arası	53	20,9
	42 ile 65 yaş arası	65	25,6
	Cevap vermeyen	5	2,0
Unvan	Uzman Doktor/Doktor	27	10,6
	Hemşire	71	28,0
	VHKİ/Tıbbi Sekreter	65	25,6
	Teknisyen/Teknolog	8	3,1
	Fizyoterapist	16	6,3
	Memur/İdari Personel	35	13,8
	Laborant	10	3,9
	Cevap vermeyen	22	8,7
Medeni Durum	Bekar	72	28,3
	Evlili	177	69,7
Cinsiyet	Cevap vermeyen	5	2,0
	Kadın	141	55,5
	Erkek	112	44,1
Kurumda Toplam Çalışma Süresi	Cevap vermeyen	1	0,4
	1 yıldan az	55	21,7
	1 ile 5 yıl arası	72	28,3
	6 ile 10 yıl arası	49	19,3
	11 ile 20 yıl arası	49	19,3
	21 yıl ve üzeri	28	11,0
Çalışılan Birim	Cevap vermeyen	1	0,4
	İdari birim	54	21,3
	Klinikler	94	37,0
	Poliklinikler	62	24,4
	Tanı Birimleri	37	14,6
	Cevap vermeyen	7	2,7
Eğitim Durumu	Lise	55	21,7
	Ön lisans	87	34,3
	Lisans	81	31,8
	Yüksek lisans ve üzeri	30	11,8
	Cevap vermeyen	1	0,4
Birim Yöneticisinin Cinsiyeti	Kadın	124	48,8
	Erkek	129	50,8
	Cevap vermeyen	1	0,4

Katılımcıların %99,6'sı kurumda toplam çalışma sürelerini belirtmiş olup kurumda en çok %28,3'lük bir oranla 1 ile 5 yıl arası çalışanlar mevcutken %11'lik bir oranla 21 yıl ve üzerinde çalışanların sayısı en azdır. Diğer katılımcıların %21,7'si kurumda 1 yıldan az çalışmışken 6 ile 10 yıl arası çalışanlarla 11 ile 20 yıl arası çalışanların oranı aynı olup %19,3'dür. Katılımcıların %97,3'ü çalıştıkları birimi belirtmiş olup en çok %37'lik bir oran ile kliniklerde çalışan personel varken %14,6'lık bir oranla en az tanı birimlerinde çalışan personel katılım göstermiştir. İdari birimlerde çalışan personellerin oranı %21,3 iken polikliniklerde çalışan personellerin oranı %24,4'dür. Katılımcıların %99,6'sı eğitim durumlarını belirtmiş olup ön lisan mezunu personel %34,3 ile en fazla yüksek lisans ve üzeri mezun olan personel sayısı %11,8 ile en azdır. Diğer katılımcıların 21,7'si lise mezunuyken %31,9'u lisans mezunudur. Katılımcıların %99,6'sı birim yöneticilerinin cinsiyetlerini belirtmiş olup birim yöneticilerinin %48,8'inin kadın ve %50,8'inin erkek olduğu tespit edilmiştir.

Hizmetkâr liderlik anlayışının alt faktörleri ile pozitif yönlü güçlü bir ilişki olmakla birlikte örgütsel iklimin de alt faktörleriyle pozitif yönlü güçlü bir ilişkisi vardır. Hizmetkâr liderlik anlayışı ve alt faktörleri ile örgütsel

iklim ve alt faktörleri ile aralarında pozitif güçlü bir ilişki vardır.

Hizmetkâr liderlik anlayışının alt faktörleri ile pozitif yönlü güçlü bir ilişki olmakla birlikte örgütsel bağlılığın da alt faktörleriyle pozitif yönlü güçlü bir ilişkisi vardır. Hizmetkâr liderlik anlayışı ve alt faktörleri ile örgütsel bağlılık ve alt faktörlerinden olan devamlılık, normatif bağlılık ile pozitif yönlü güçlü bir ilişki vardır. Örgütsel bağlılığın alt faktörlerinden olan duygusal bağlılığın ise hizmetkar liderliğin alt faktörlerinden olan vizyon ve fedakarlık ile pozitif yönde güçlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Hizmetkâr liderliğin örgütsel iklimi üzerinde istatistiki açıdan anlamlı bir etkisinin olmadığı saptanmıştır (F=63,663; p=0,00<0,05).

Tabloda yer alan bulgular Hizmetkâr liderliğin örgütsel bağlılık üzerinde istatistiki açıdan anlamlı bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir ($\beta=1,107$). Bulgular bu bağlamda değerlendirildiğinde Hizmetkâr liderliğin örgütsel bağlılık üzerindeki etkisinin pozitif yönlü olduğunu söylemek mümkündür. (F=63,663; p=0,00<0,05). Ayrıca Hizmetkâr liderlik örgütsel bağlılıktaki değişimin % 20,07'sini açıklamaktadır ($R^2 = 0,207$).

Tablo 2: Hizmetkâr Liderlik Anlayışı ve Örgütsel İklime İlişkinde Ait Bulgular

	Hizmetkar Liderlik	Güven	Vizyon	Güçlendirme	Sevgi	Alçakgönüllülük	Fedakarlık	Örgütsel İklime	Organizasyon Yapısı	Bireysel Sorumluluk	Ödüllendirme	Risk Alma	İlman Çalışma Ortamı	Destek
1	1													
2	,878'	1												
3	,904'	,681'	1											
4	,881'	,733'	,789'	1										
5	,875'	,743'	,715'	,787'	1									
6	,879'	,767'	,784'	,637'	,668'	1								
7	,731'	,557'	,699'	,525'	,579'	,663'	1							
8	,662'	,518'	,661'	,584'	,555'	,577'	,557'	1						
9	,351'	,273'	,363'	,317'	,282'	,287'	,357'	,713'	1					
10	,649'	,559'	,608'	,589'	,591'	,520'	,488'	,740'	,496'	1				
11	,371'	,204'	,411'	,289'	,333'	,299'	,512'	,743'	,547'	,499'	1			
12	,611'	,460'	,584'	,568'	,524'	,557'	,445'	,762'	,337'	,467'	,524'	1		
13	,628'	,554'	,611'	,590'	,549'	,522'	,337'	,749'	,316'	,584'	,337'	,641'	1	
14	,431'	,357'	,434'	,337'	,292'	,438'	,389'	,738'	,413'	,392'	,386'	,479'	,512'	1

** p <0,05 düzeyinde anlamlıdır.

1)Hizmetkar Liderlik	6)Alçakgönüllülük	11)Ödüllendirme
2)Güven	7)Fedakarlık	12)Risk Alma
3)Vizyon	8)Örgütsel İklime	13)İlman Çalışma Ortamı
4)Güçlendirme	9)Organizasyon Yapısı	14)Destek
5)Sevgi	10)Bireysel Sorumluluk	

Tablo 3: Hizmetkâr Liderlik Anlayışı ve Örgütsel Bağlılık İlişisine Ait Bulgular

	Hizmetkar Liderlik	Güven	Vizyon	Güçlendirme	Sevgi	Alçakgönüllülük	Fedakarlık	Örgütsel Bağlılık	Duygusal Bağlılık	Devamlılık	Normatif Bağlılık
1	1										
2	,878"	1									
3	,904"	,681"	1								
4	,881"	,733"	,789"	1							
5	,875"	,743"	,715"	,787"	1						
6	,879"	,767"	,784"	,637"	,668"	1					
7	,731"	,557"	,699"	,525"	,579"	,663"	1				
8	,455"	,449"	,395"	,379"	,384"	,402"	,338"	1			
9	0,115	0,065	,169"	0,110	0,014	0,083	,220"	,541"	1		
10	,433"	,492"	,311"	,369"	,396"	,395"	,215"	,841"	,243"	1	
11	,391"	,349"	,358"	,303"	,359"	,353"	,303"	,745"	,870"	,460"	1

** p <0,05 düzeyinde anlamlıdır.

1)Hizmetkar Liderlik	5)Sevgi	9)Duygusal Bağlılık
2)Güven	6)Alçakgönüllülük	10)Devamlılık
3)Vizyon	7)Fedakarlık	11)Normatif Bağlılık
4)Güçlendirme	8)Örgütsel Bağlılık	

Tablo 4: Hizmetkâr Liderliğin Örgütsel İklim Etkisine Ait Bulgular

Model	Standardize Edilmemiş Katsayılar		Standardize Edilmiş Katsayılar	t	P		
	B	Std. Hata					
Sabit	0,079	0,230		0,341	,000		
Hizmetkar Liderliğin Örgütsel İklim Etkisi	3,669	1,995	2,267	1,839	,067		
R	,768	R ²	0,590	F	47,098	p	,022

Tablo 5: Hizmetkâr Liderliğin Örgütsel Bağlılığa Etkisine Ait Bulgular

Model	Standardize Edilmemiş Katsayılar		Standardize Edilmiş Katsayılar	t	P		
	B	Std. Hata					
Sabit	1,107	0,294		3,769	,000		
Hizmetkar Liderliğin Örgütsel Bağlılığa Etkisi	0,741	0,093	0,455	7,979	,000		
R	,455	R ²	0,207	F	63,663	P	,000

TARTIŞMA

Temel Bulgular

Hizmetkâr liderlik ölçeği için yapılan geçerlilik analizinde KMO değeri 0,925 olarak bulunmuş olup Bartlett's Test of Sphericity sonuçları örneklemin yeterli olduğu ve ölçeğin analizlerde kullanabileceği sonucunu vermiştir. Ölçeğin güvenilirliğine ilişkin yapılan Cronbach alpha analizi ise 0,975 olarak bulunmuştur ve bu sonuç ölçeğin oldukça güvenilir olduğunu göstermektedir. Keşfedici faktör analizi sonucunda ölçeğin soruları beklendiği gibi altı faktör altında dağılmıştır.

Örgütsel iklim ölçeğinin keşfedici faktör analizi sonuçlarına göre ölçeğin soruları altı faktör altında dağılmıştır. KMO değeri 0,818 olarak bulunmuş olup Bartlett's Test of Sphericity sonuçları örneklemin yeterli olduğu ve ölçeğin analizlerde kullanabileceği sonucunu vermiştir. Ölçeğin güvenilirliğine ilişkin yapılan Cronbach alpha analizi ise 0,902 olarak bulunmuştur ve bu sonuç ölçeğin güvenilirliğinin yüksek olduğunu göstermektedir.

Keşfedici faktör analizi sonuçlarına göre örgütsel bağlılık ölçeğinin soruları üç faktör altında dağılmıştır. KMO değeri 0,771 olarak bulunmuş olup Bartlett's Test

of Sphericity sonuçları örneklemin yeterli olduğu ve ölçeğin analizlerde kullanılabileceği sonucunu vermiştir. Ölçeğin güvenilirliğine ilişkin yapılan Cronbach alpha analizi ise 0,802 olarak bulunmuştur ve bu sonuç ölçeğin güvenilirliğinin yüksek olduğunu göstermektedir.

Medeni duruma ilişkin Independent-samples T testine göre medeni durum ile hizmetkâr liderlik ve alt boyutlarıyla, örgütsel iklim ve alt boyutlarıyla, örgütsel bağlılık ve alt boyutlarıyla anlamlı bir farklılık yoktur ($P<0,05$).

Cinsiyete ilişkin Independent-samples T testine göre cinsiyet ile hizmetkâr liderlik ve alt boyutlarıyla, örgütsel iklim ve alt boyutlarıyla, örgütsel bağlılık ve alt boyutlarıyla anlamlı bir farklılık yoktur.

Birim yöneticisinin cinsiyetine ilişkin independent-samples T testine göre birim yöneticilerinin cinsiyeti ile hizmetkâr liderlik anlayışının alt boyutlarından olan alçakgönüllülük arasında anlamlı bir farklılık varken aynı şekilde birim yöneticisinin cinsiyeti ile örgütsel iklimin alt boyutlarından olan organizasyon yapısı ve ödüllendirme arasında da anlamlı bir fark vardır ($P<0,05$).

Tek yönlü varyans analizinde yaş ile hizmetkâr liderliğin alt boyutlarından olan sevgi ve alçakgönüllülük ile, örgütsel iklim ve alt faktörlerinden olan bireysel sorumluluk arasında anlamlı bir fark varken post hoc analizinde hizmetkâr liderliğin alt boyutu olan sevgi boyutunda 18-25 yaş arasıyla 34-41 yaş arasında, örgütsel iklim boyutunda 34-41 yaş arasıyla 42-65 yaş arasında pozitif yönlü anlamlı bir farklılık varken örgütsel iklim boyutunda 26-33 yaş arasıyla 34-41 yaş arasında, örgütsel iklimin alt boyutlarından olan bireysel sorumluluk boyutunda da 18-25 yaş arasıyla 26-33 yaş arasında ve 34-41 yaş arasıyla 42-65 arasında negatif yönlü anlamlı bir farklılık bulunmuştur.

Tek yönlü varyans analizinde unvan ile hizmetkâr liderlik ve alt boyutlarıyla örgütsel iklimin alt boyutlarından olan organizasyon yapısı, ödüllendirme, risk alma ve ılımlı çalışma ortamıyla, örgütsel bağlılığın alt boyutlarından olan duygusal bağlılık ve normatif bağlılık arasında anlamlı bir fark varken post hoc analizinde hizmetkâr liderlik ve alt boyutlarında teknisyen/teknologlarla diğer unvana sahip personeller arasında, örgütsel iklimin alt boyutu olan risk alma eğiliminde teknisyen/teknologlarla hemşireler arasında ve örgütsel bağlılığın alt boyutu olan duygusal bağlılıkta laborantlarla uzman doktor/doktorlar ve hemşireler arasında pozitif yönlü anlamlı bir farklılık bulunmuştur.

Tek yönlü varyans analizinde toplam çalışma süresi ile hizmetkâr liderliğin alt boyutlarından olan

alçakgönüllülük ve fedakarlık arasında anlamlı bir farklılık varken post hoc analizinde sadece alçakgönüllülük boyutunda 1 yıldan az kurumda çalışanlarla 11-20 yıl arası kurumda çalışanlar arasında pozitif yönde anlamlı bir farklılık bulunmuştur.

Tek yönlü varyans analizinde çalışılan birim ile hizmetkâr liderlik ve alt boyutlarından olan güven ve güçlendirme boyutlarıyla örgütsel iklimin alt boyutlarından olan risk alma arasında anlamlı bir fark bulunurken post hoc analizinde güven ve güçlendirme alt boyutlarında polikliniklerde çalışanlar ile idari birimlerde ve kliniklerde çalışanlar arasında pozitif yönlü anlamlı bir farklılık vardır.

Tek yönlü varyans analizinde eğitim durumu ile örgütsel bağlılığın alt faktörlerinden olan duygusal bağlılık ile arasında anlamlı bir farklılık bulunmuşken post hoc analizinde eğitim durumuna ilişkin herhangi bir anlamlı farklılık bulunamamıştır.

Çalışmanın güçlü tarafları

Çalışmanın yapıldığı kamu hastanesindeki ana kütleden %95 güvenilirlik sınırları içerisinde %5'lik bir hata payı dikkate alınarak örneklem büyüklüğü 217 kişi olarak hesap edilmiştir (22). Örneklem sayısının 254 olması ve çalışmada anketlerin yüz yüze görüşülerek yapılması çalışmanın güçlü yanları olarak belirtilebilir.

Çalışmanın sınırlılıkları

Çalışmanın sadece bir kamu hastanesinde uygulanmış olması temsil etme bakımından bir kısıt olarak görülebilir.

Elde edilen bulguların literatür karşılaştırılmaları

Lambert (2004), hizmetli liderlik ile örgüt iklimi arasındaki ilişkiyi belirleyen çalışmasında, hizmetkâr liderlik ile örgüt iklimi arasında belirgin bir ilişki olduğunu (23);Özdemir, Ö.,(2015), Hizmetkâr liderliğin, lidere güveni pozitif bir şekilde etkilediği, lidere güvene ait varyansı % 80 oranında yüksek bir seviyede açıkladığı, lidere güven üzerindeki katkısının ($\beta = 0,90$) çok yüksek olduğunu (24) ve Black, L.B.,(2013),Örgüt üyeleri tarafından algılanan liderlik davranışları ile okullardaki örgüt iklimi arasında pozitif bir korelasyon olduğu görüşünü desteklemektedir (25).

Elde edilen bulguların gelecekteki çalışmalara ve uygulamaya olası yansımaları

İlerleyen zamanda araştırmanın evren ve örnekleminin farklı organizasyon yapılarına sahip özel veya kamu örgütleriyle çeşitlendirilerek devam ettirilmesi çalışma sonuçlarının etkinliğini artıracaktır.

TEŞEKKÜRLER

İlgili kamu hastanesinde çalışma yapılma iznini veren T.C. Sakarya Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü'ne ve çalışmaya katılan hastane çalışanlarına değerli zamanlarını ayırdıkları için çok teşekkür ederiz.

ALINAN İZİNLER

1."Sağlık Çalışanlarının hizmetkâr Liderlik Algularının Örgüt İklimi ve Örgütsel Bağlılık Üzerine Etkileri" konulu çalışma için Sakarya Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü'nden izin istenmiş olup, T.C. Sakarya Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü'nün "24404279/702.99-1865 sayılı "OLUR" yazısı ve Tıbbi Hizmetler Daire Başkanlığı'nın 24404279/702.99-2121 sayılı yazısı ile çalışmanın Sakarya Yeni Kent Devlet Hastanesi'nde yapılmasına izin verilmiştir.

2. "Hizmetkâr Liderlik Ölçeği" için Türkçeye uyarlayan Musa Özata'dan; "Örgütsel Bağlılık Ölçeği" için ölçeği oluşturan Meyer ve Allen ile Türkçeye uyarlayan Adem Al'dan yazılı izin alınmıştır.

KAYNAKÇA

1. Werner, I. Liderlik ve Yönetim. [çev.] Vedat Üner. İstanbul : Rota Yayın, 1993.
2. Dal, L. Hizmetkar Liderlik ile Lider Üye Etkileşimi Arasındaki İlişki. Bir Devlet Üniversitesinde Araştırma. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi : Yüksek Lisans Tezi, 2014.
3. Hill, J. ve Valdemar, A. Employee Satisfaction and Organizational Commitment. A Mixed Methods Investigation of the Effects of Servant Leadership. Capella University : Doctoral Dissertation, 2008. 3320645.
4. Patterson, K.A. Servant Leadership. A Theoretical Model. Regent University : Dissertation Abstracts, 2003. 3082719.
5. Spears, L. C. Developments in Theory and Research. London : Palgrave Macmillan, 2010.
6. Owens, R.G. Organizational Behavior in Education. Massachusetts, 2001.
7. Varol, M. Örgüt Kültürü ve Örgüt İklimi. 1-2, Ankara: Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi, 1989, Cilt 44.
8. Şişman, M. Örgüt Kültürü. Eskişehir: Pagem Akademi Yayıncılık, 1994.
9. Can, H. Organizasyon ve Yönetim. Ankara: Siyasal Kitapevi 1999.
10. Balcı, A. Eğitim Yöneticisinin İş Doyumu. Ankara : Pagem Akademi Yayıncılık, 1985.
11. Tutar, H. Örgütsel Psikoloji, Endüstri ve Örgüt Psikolojisine Yeni Yaklaşımlar, Ankara: Detay Yayıncılık, 2014.
12. Yağcı, K. Meyer-Allen Örgütsel Bağlılık Modeli Yaklaşımıyla Otel İşletmeleri İşgörenlerinin Örgütsel Bağlılık Düzeylerinin Ölçülmesine Yönelik Bir Araştırma. 3, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2007, Cilt 9.
13. Kimbel, R.D. The relationship between employees constructive thinking ability and organizational commitment. Nova Southeastern University : Doctoral Dissertation, 2002.
14. Meyer, J. P. ve Allen, N. J. Commitment in the workplace. London: Thousand Oaks, 1997.
15. Porter, L. W, ve diğerleri. Organizational commitment, job satisfaction, and turnover among psychiatric technicians. Journal of Applied Psychology, 1974, Cilt 59.
16. Sağban, Ş. Okul Müdürlerinin Kültürel Liderlik Rollerinin Öğretmenlerin Örgütsel Bağlılık Düzeylerine Etkisi. Afyon Kocatepe Üniversitesi: Yüksek Lisans Tezi, 2017.

17. Yeniçeri, T. ve Yücel, İ. Müşteri İlişkileri, Örgütsel Bağlılık, Planlama, Öğrenme Yönlülük, Uyum Sağlayıcı Davranış ile Satış Performansı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. C.U İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi. 1, 2009. Cilt 10.
18. Çelik, H. Aile Hekimliğinde Çalışan Sağlık Personelinin Örgütsel Bağlılık ve İş Tatmini İlişkisi Üzerine Bir Araştırma. İstanbul Üniversitesi : Yüksek Lisans Tezi, 2012.
19. Arslan, Ş. ve Özata, M. Sağlık Çalışanlarında Hizmetkâr Liderlik: Dennis Winston ve Dennis Bocernea Hizmetkâr Liderlik Ölçeklerinin Geçerlik ve Güvenirlik Araştırması. Celal Bayar Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 1, 2014. Cilt 18.
20. Dinçer, E. ve Aydoğan, E. Örgüt İklimi ve Örgütsel Vatandaşlık Davranışı Arasındaki İlişki: Bir Kamu Kurumunda Araştırma. Gazi Üniversitesi: Yüksek Lisans Tezi, 2013.
21. Al, A. Üniversitelerdeki Yabancı Diller Birimleri Yöneticilerinin Yönetimsel Yeterlik Düzeyi ile İngilizce Öğretim Elemanlarının Örgütsel Bağlılık Düzeylerinin Araştırılması. Kocaeli Üniversitesi: Yüksek Lisans Tezi, 2007.
22. Yazıcıoğlu, Y. ve Erdoğan, S. SPSS Uygulamalı Bilimsel Araştırma Yöntemleri. Ankara : Detay Yayıncılık, 2004.
23. Lambert, W.E. Servant leadership qualities of principals, organizational climate, and student achievement. A correlational study. 2, Dissertations Abstracts International, 2004, Cilt 66.
24. Özdemir, Ö. Lidere Duyulan Güven Üzerinde Hizmetkâr Liderliğin Katkısı. Tokat: Örgütsel Davranış Kongresi Bildiriler Kitabı, 2015. Cilt 3.
25. Black, L.B. Correlational Analysis of Servant Leadership and School Climate, Catholic Education. A Journal of Inquiry and Practice. 4, 2013. Cilt 13.



Avustralya'da sağlık hizmetleri akreditasyon sistemi*

Health care accreditation system in australia

Özden Güdük

*Bu çalışma 26-29 Nisan 2017 tarihlerinde düzenlenen 11. Uluslararası Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Hasta Güvenliği Kongresi'nde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı,
İstanbul, Türkiye

Anahtar Kelimeler:
Akreditasyon, Hasta Güvenliği,
Kalite, Sağlık Hizmetleri

Key Words:
Accreditation, Patient Safety,
Quality, Health Care

**Yazışma Adresi/Address for
correspondence:**
Özden Güdük,
Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı,
İstanbul, Türkiye
ozdenguduk@gmail.com

Gönderme Tarihi/Received Date:
14.12.2017

Kabul Tarihi/Accepted Date:
25.12.2017

**Yayımlanma Tarihi/Published
Online:**
31.03.2018

DOI:
10.5455/sad.13-1513247209

ÖZET

Dünya genelinde hasta güvenliği ve sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmak, sağlık sonuçlarını iyileştirmek üzerine odaklılığın artışı politika yapıcılarını, paydaşları ve sağlık hizmet sunucularını standardize edilmiş süreçleri oluşturmaya yönlendirmiştir. Akreditasyon uygulaması hasta güvenliği ve yüksek kalitede sağlık hizmeti sunumunu destekleyen bir müdahale olarak tanımlanır. Ülkemizde 2015 yılından itibaren ulusal akreditasyon çalışmaları başlatılmış olmasına rağmen dünyadaki ilk örnekleri 40-50 yıl öncesine dayanır. İlk örneklerden biri olan Avustralya'da sağlık hizmetleri akreditasyonu 1974 yılında başlamıştır.

Bu çalışmada literatüre ve Sydney'de bulunan Australian Commission on Safety and Quality in Health Care adlı kuruluştaki 2016 yılında 6 aylık süre boyunca yapılan gözleme dayanan bilgiler ışığında, Avustralya Sağlık Hizmetleri Akreditasyon Sistemi hakkında bilgi verilmektedir. Araştırma sonuçlarının sağlık politika yapıcılara, sağlık profesyonellerine, akademisyenlere ve öğrencilere çalışmalarında faydalı olacağı düşünülmektedir.

ABSTRACT

Increasing focus on patient safety, quality of health care and improving health outcomes around the world has led policy makers, stakeholders and health care providers to create standardized processes. Accreditation is defined as an intervention that promotes patient safety and health care delivery at a high level. Despite the fact that national accreditation studies have been started in our country since 2015, the first examples in the world are based on 40-50 years ago. One of the first examples was the accreditation of health services in Australia in 1974.

This study provides information about the Australian Health Care Accreditation System in the light of observations of Australian Commission on Safety and Quality in Health Care made during the 6 month period in 2016 in Sydney. It is thought that the research results will be useful for health policy makers, health professionals, academicians and students.

GİRİŞ

Akreditasyon önceden belirlenmiş standartlar kullanılarak sağlık hizmetlerinin uygunluğunun, kamu kuruluşu olmayan bir organizasyon tarafından denetlendiği genellikle gönüllü bir programdır. Denetleme faaliyeti bu amaç için eğitim verilmiş dış denetçiler vasıtasıyla yapılır (Alkhenizan ve Shaw, 2012). Akreditasyon sürekli kalite iyileştirme programları oluşturmak ve kalite iyileştirme girişimleri için yeni bir liderlik oluşturmak için hastaneler tarafından kullanılabilir bir araçtır (Almasabi ve ark., 2014). Sağlık hizmetlerinin sistematik değerlendirilmesi sağlık kuruluşunun olgunluk ve güvenilirliği üzerine

düzenli dış akran görüşü elde etmek için bir yol olarak görülmektedir (Brubakk ve ark., 2015).

Hastaneler için kalite standartları ilk defa Amerikan Cerrahlar Koleji tarafından 1917 yılında "Minimum Standards for Hospital" adı altında geliştirilmiştir. 1951 yılında ise resmi olarak kurulan ilk akreditasyon kuruluşu Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)'dur. Bu modeli 1960 ve 1970'lerde Kanada ve Avustralya takip etmiş, 1980'lerde Avrupa ve 1990'lardan itibaren ise tüm dünyaya yayılan bir uygulama olmuştur (Alkhenizan ve Shaw, 2012).

Akreditasyon programları farklı formlarda olmasına rağmen, genel olarak kabul edilen tanım; sağlık kuruluşlarının önceden belirlenmiş standartları karşılama derecesinin değerlendirilmesidir. Bağımsız bir kuruluş tarafından yapılan değerlendirmeler ve akreditasyon süreci sağlık bakım tesislerinin iyileştirilmesi gereken alanları hedef alan bir mekanizmadır (Cleveland ve ark., 2011).

Ülkemizde 2003 yılında başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programının 8 bileşeninden biri olarak "Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri İçin Kalite ve Akreditasyon" deklare edilmiştir. Bu bileşen ile sağlık çıktılarına ölçecek, etkili performans göstergeleri oluşturacak, iyi uygulamaları geliştirilip yaygınlaştırılmasını sağlayacak, özerk yapıda bir Ulusal Kalite ve Akreditasyon Kurumunun oluşturulmasına karar verilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2008).

Sağlıkta Dönüşüm Programının sağlık hizmetleri kalitesini artırma yönündeki hedeflerine ulaşmak amacıyla 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü çatısı altında "Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı" kurulmuştur (kalite.saglik.gov.tr). Bakanlık bünyesinde oluşturulan bu yapılanma ile ülkede sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmaya yönelik çalışmalar başlatılmış ve geliştirilen standartlar ile hastaneler denetlenmeye başlanmıştır. Fakat akreditasyonun özünde dış kuruluş tarafından değerlendirme yapılması esası olmasından dolayı, bu işlevi yürütmek üzere özerk bir kuruluş ihtiyacı doğmuştur. Bu amaçla 19.11.2014 tarih ve 6569 sayılı kanun ile kamu tüzel kişiliğine, bilimsel ve idari özerkliğe sahip, özel bütçeli bir kuruluş olan "Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı" (TÜSEB) kurulmuş ve bünyesindeki 6 enstitüden birisinin Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü (TÜSKA) olacağı açıklanmıştır (Resmi Gazete, 2014).

AVUSTRALYA'DA SAĞLIK HİZMETLERİ AKREDİTASYONU

Amerika ve Kanada'dan sonra sağlık alanında akreditasyon çalışmalarının başladığı üçüncü ülkedir. Kendisinden önceki örneklerde olduğu gibi Avustralya'da da ilk akreditasyon faaliyeti hastanelere odaklı başlamıştır. 1974 yılında ilk akreditasyon acentesinin kuruluşunun ardından 2005 yılına gelindiğinde hastaneler için pek çok acente vasıtasıyla birçok akreditasyon programı ve farklı standart setleri kullanılır olmuştur (Fairbrother ve Gleeson, 2000). Buna rağmen bu programlar; hizmet kalitesini ve güvenliğini artırmak için yeterli araçlar değildi ya da ülke genelini kapsamıyor ve değerlendirmiyordu, genellikle klinisyenleri sürece dahil edemiyordu (ACSQHC, 2014). Avustralya sağlık

bakım kalitesi hakkında yayınlanan rapor (Wilson ve ark., 1995) hastane deneyimi yaşayan hastaların %16'sının adverse event yaşadığı ve bunların %50'sinin önlenemez olduğunu ortaya koymuştu. Rapor sonucu birden bire bütün bakışları sağlık hizmetlerinin kalitesi ve güvenliği üzerine çekmişti (ACSQHS, 2014). Ayrıca mevcut sistemle ilgili başka sorunlar da vardı. Bunlar şu şekilde sıralanabilir (M. Banks, kişisel iletişim, 04 Nisan, 2016);

- Sağlık bakanları akreditasyon belgesine sahip hastanelerin başarısızlıklarından halka karşı sorumlu tutuluyordu.
- Akreditasyon acentelerinin setleri ve değerlendirme standartları ile ilgili yönetsel bir organizasyona ihtiyaç vardı.
- Standartların içeriği kararlaştırılmadan kaynaklara ve efora odaklanılıyordu.
- Farklı organizasyonlar kıyaslamaya yapmaya imkan vermeyen farklı standartlar ile değerlendirme yapıyordu.
- Denetçiler (surveyor) çok çeşitliydi, koordine değildi ve izlenmiyordu.

Bu sebeplerden dolayı ve sağlık hizmetleri kalite çalışmalarında kontrolü sağlamak, geliştirmek amacıyla Avustralya Hükümeti 2006 yılında Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (ACSQHC)'i kurdu. 2011 yılında çıkarılan National Health Reform Act ile ACSQHC'in rolü ve sorumlulukları açıkça ifade edildi ve bu tarih itibari ile bağımsız bir Commonwealth Kuruluşu statüsüne kavuştu (ACSQHC, 2015).

Komisyon sağlık hizmetlerinde kalite ve güvenliği artırmak, hastaların bakım esnasında zarar almalarını önlemek ve kişilerin ülkenin her yerinde aynı standartta sağlık hizmetine erişmesini sağlamak için ilk olarak Ulusal Sağlık Hizmetleri Kalite ve Güvenlik Standartlarını belirlemiş ve Avustralya Sağlık Hizmetleri Kalite ve Güvenlik akreditasyon şemasını oluşturmuştur. 2008-2012 yılları arasında yapılan paydaşlarla görüşmeler, forumlar, konsültasyonlar, 38 hastanede yapılan pilot çalışmalar sonucunda ilk standartlar oluşturuldu ve 2013 yılından itibaren tüm hastanelere, günübirlik sağlık tesislerine akreditasyon olma şartı getirilmiştir (ACSQHC, 2014).

Akreditasyonun zorunlu olmadığı ağız diş sağlığı hizmeti veren kuruluşlar, cezaevi hastaneleri ve toplum sağlığı merkezleri gibi sağlık tesislerinin ilgisi de yüksekti, 2013 yılı içerisinde bu tesislerin 570'i gönüllü olarak akredite olmuştur (ACSQHC, 2014). Akredite olması zorunlu olan 1440 hastane ve günübirlik

Tablo 1. Avustralya Sağlık Akreditasyon Sistemi

	Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (ACSQHC)	The Royal Australian College of General Practitioners (RACGP)
Organizasyon Tipi	Mali Özerkliğe Sahip Devlet Kuruluşu	Non-Profit Özel Kuruluş
Finansmanı	Avustralya, Eyalet ve Bölge Hükümetleri	- Üyelikler, - Eğitim, Kurs vb. - Ücretler - Araştırma ve diğer kazançlar - Bağışlar - Yayınlar, Dergi - Sponsorluklar ve reklamlar
Sorumlu Olduğu Sağlık Tesisleri	- Hastaneler - Günübirlik Sağlık Tesisleri - Ağız Diş Sağlığı Hizmeti Veren Sağlık Tesisleri	- Aile hekimleri - Medical Depuistry Services - After Hour Servive - Aboriginal Sağlık Servisleri - Uçan Doktorlar Hizmeti
Standart Oluşturma Durumu	Evet	Evet
Sağlık Tesislerini Değerlendirme	Hayır	Hayır
Bünyesinde Değerlendirici	Yok	Yok
Onayladığı Akreditasyon Acenteleri	- Australian Council on Healthcare Standards (ACHS) - BSI Group ANZ Pty. Ltd. - Global Mark Pty. Ltd. - HDAA Pty. Ltd. - Institute for Healthy Communities Australia Certification Pty. Ltd. - International Standards Certification Services - Quality Innovation Performance Ltd. (part of AGPAL) - SAI Global Certification Services Pty. Ltd. - TQCS International Pty. Ltd.	- The Australian General Practice Accreditation Limited (AGPAL) - GPA Accreditation Plus'tır

Kaynak: Yazar, 2016.

sağlık tesisinin 896'sının denetimi 2015 yılında tamamlanmıştır. Bunların %53'ü kamu sektörü, %47'si ise özel sektöre dahildir (M. Banks, kişisel iletişim, 08 Mart, 2016).

Akreditasyondan Sorumlu Kuruluş

Hastaneler, ağız diş sağlığı merkezleri ve günübirlik sağlık tesislerinin akreditasyonuna yönelik faaliyetler, Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (Avustralya Sağlık Bakımı Kalite ve Güvenliği Komisyonu)'nun sorumluluğu altındadır. Birinci basamak hizmet veren General Practitioner (Aile Hekimleri) ise The Royal Australian College of General Practitioners (RACGP) kontrolü altında akredite olmaktadır.

Akreditasyon Programı ve Ücretlendirme

Sağlık tesislerinin önceden belirlenmiş standartlara uygunluk yönünden değerlendirildiği akreditasyon denetimlerini, ACSQHC tarafından yetki verilmiş acenteler yapmaktadır. ACSQHC hastanelerin ve ağız diş sağlığı merkezlerinin değerlendirmelerinin 4 yıllık bir döngüden uzun süreyi kapsamaması gerektiğini belirtmektedir. Genelde akreditasyon acenteleri 3 yıllık ya da 4 yıllık döngüleri tercih etmektedir. Bu değerlendirmeler ASQHC tarafından oluşturulan standartlara göre yapılmaktadır. Sağlık tesisleri döngü içerisinde en az bir kere tüm standartlara karşı yerinde değerlendirmeye tabi tutulmakta, en az bir kere de standart 1,2,3 yönünden yarı-döngü değerlendirmesine tabi tutulmaktadır (ACSQHC, 2016)

Akreditasyon değerlendirmeleri için ücret sağlık tesisi tarafından akreditasyon acentelerine ödenmekte, ACSQHC hizmetleri karşılığında sağlık tesislerinden veya akreditasyon acentelerinden ücret almamaktadır. Akreditasyon acentelerinin ücret tarifeleri konusunda ACSQHC herhangi bir müdahalede bulunmamaktadır (M. Banks, kişisel iletişim, 21 Nisan, 2016).

Standartlar

2012 yılında ACSQHC'in hastaneler ve günübirlik sağlık tesisleri için oluşturduğu ve halihazırda kullanımında olan standartlar 10 başlıkta toplanmaktadır (ACSQHC, 2012). Bunlar;

- Sağlık tesislerinde kalite ve güvenlik yönetimi
- Müşteriler ile ilişkiler
- Sağlık bakımı ilişkili enfeksiyonların önlenmesi
- İlaç güvenliği
- Hasta kimlik tanımlama ve prosedür eşleştirme
- Hasta devir teslimi
- Kan ve kan ürünleri
- Bası yaralarını önleme
- Akut sağlık bakımında klinik bozulmayı tanıma ve cevap verme
- Düşme ve düşmeye bağlı zararı önleme

ACSQHC sağlık bakımının kalitesini bir basamak daha yükseltmeyi amaçlayarak 2014 yılı sonlarında standartları revize etme kararı almıştır. Yeni versiyon standartların 2017 yılında Bakanlık onayı alması ve 2018 yılından itibaren kullanımının zorunlu olması planlanmaktadır. ACSQHC revizyon sürecini üç aşamaya ayırmıştır (M. Banks, kişisel iletişim, 07 Mart, 2016).

Birinci Aşama: Öncelikle Standartların 1. versiyonunun değerlendirilmesi için ülke çapında 31 odak grup görüşmesi yapılmış, kanıta dayalı bilgiler gözden geçirilmiş, uzmanlarla görüşmeler yapılmıştır. Değerlendirme sonucunda; kullanıcılar tarafından standartların bazılarında tekrarların olduğu ifade edilmiş, yazım dilinin sadeleştirilmesi istenmiştir. Ayrıca evsizler, göçmenler, engelliler, çocuklar gibi savunmasız gruplara ve farklı sağlık ihtiyacı bulunan Avustralya yerlilerine (Aborijinal ve Torres Strait Island halkı) yönelik düzenlemeler yapılması gerektiği fark edilmiştir. 1. versiyonda olmayan bazı eksikliklerin yeni standartlara eklenmesi karar alınmıştır Bu eksiklikler; yaşam sonu, bunama, beslenme ve sıvı takviyesi, biliş bozukluğu olarak ifade edilmiştir.

İkinci Aşama: Versiyon 2 standartlarının oluşturulması için ülke çapında hemşire birim sorumluları, doktorlar, kalite birim çalışanlarından oluşan 36 odak grup çalışması yapılmıştır. 160'dan fazla yazılı bildiri yapılmış, 400'den fazla anket ve 135 pilot uygulama yapılmıştır.

Üçüncü Aşama: Oluşturulan taslak standartlar üzerine paydaşlar ile görüşmeler yapılarak fikir alış veriş sağlanmıştır.

Ülke geneli için hazırlanan bu zorunlu 10 standarda ilaveten bazı akreditasyon acenteleri kendi standartlarını geliştirmektedir. Örneğin; Avustralya'da ilk sağlık hizmetleri akreditasyon acentesi olan Australian Council on Healthcare Standards adlı kuruluş 5 ilave standart daha geliştirmiştir. Kendisinden akredite olmak isteyen sağlık tesislerini, zorunlu 10 ulusal standarda ek olarak bu 5 standart yönünden de denetlemektedir. Evaluation and Quality Improvement Program (EQuIP) adını verdiği bu standartlar şunlardan oluşmaktadır (www.achs.org.au);

1. Hizmet Sunumu
2. Bakımın Temini
3. İşgücü Planlama ve Yönetimi
4. Bilgi Yönetimi
5. Kurumsal Sistem ve Güvenlik

Akreditasyon Denetimi

Hastaneler, ağız-diş sağlığı hizmeti veren servisler, günübirlik hizmet veren sağlık tesisleri için akreditasyon standartları ACSQHC tarafından oluşturulmakta, fakat sağlık tesislerinin değerlendirilmesi uygunluk verdiği bağımsız organizasyonlarca (akreditasyon acentesi) yapılmaktadır. 2016 yılında ACSQHC tarafından onaylanan toplam 9 akreditasyon acentesi vardır (www.safetyandquality.gov.au). Bu acentelerden en eski ve geniş çapta hizmet veren olanı 1974 yılında kurulan Australian Council on Healthcare Standards (ACHS)'dir. Aslında ACHS ülkede sağlık akreditasyonunu başlatan ve ilk standartları oluşturan, bağımsız, kar amacı gütmeyen bir organizasyondur (Greenfield ve ark., 2015). Ayrıca sağlık bakımının ve hizmetin boyutlarını ölçmek için kullanılan araçlar olan klinik göstergeleri, akreditasyon sürecine dahil eden dünyadaki ilk organizasyondur (Braithwaite ve ark., 2006).

Bir akreditasyon acentesinin ACSQHC'den onay alabilmesi için öncelikli olarak;

- Joint Accreditation Scheme of Australia and New Zealand (JASANZ),
- International Society for Quality in Healthcare (ISQua)

- Asia Pacific Laboratory Accreditation Cooperation (APLAC) gibi uluslararası akreditasyon organizasyonlarının en az biri tarafından akredite olduğunu belgelemesi gerekmektedir. Ayrıca akreditasyon acenteleri aşağıdaki şartları sağlamayı taahhüt etmelidir (ACSQHC, 2016);
- Sağlık tesislerini ACSQHAC tarafından oluşturulan standartlarda bir değişiklik yapmaksızın ve Komisyonun oluşturduğu hükümler çerçevesinde değerlendirmelidir.
- Değerlendirme raporlarını, uygunluk verilerini ve akreditasyon statülerini belirlenmiş zaman içerisinde sunmalıdır.
- ACSQHC ve Sağlık Bakanlıklarına değerlendirme verileri ve sonuçlarını sunmalıdır.
- ACSQHC bünyesinde oluşturulan Akreditasyon Acenteleri Çalışma Grubu üyesi olarak etkili işbirliğini sürdürmelidir.

Denetçi Seçimi ve Eğitimi

Değerlendirici havuzu oluşturmak, değerlendirici eğitimlerini sağlamak, sağlık tesislerine danışmanlık yapmak bu acentelerin sorumluluğundadır.

Değerlendirici seçimi, eğitimi ve değerlendiricilerin performans yönetimi akreditasyon acenteleri tarafından yapılmaktadır. Acenteler değerlendiricilere gerekli araç gereç ve bilgiyi sağlamak zorundadır. Denetçilerin bilgi ve becerilerini sürdürebilmeleri için yılda en az iki kere değerlendirme sürecinde görev almaları, yılda en az bir kere de acenteler tarafından yapılan performans geliştirme eğitimlerine katılmaları gerekir. Bu eğitimlere ACSQHC'den bir yetkili de davet edilmektedir. Acenteler değerlendiricilere verdikleri eğitimler hakkında ACSQHC'ye düzenli olarak rapor verir. Her değerlendirme için sürecini yönetecek, akreditasyon ve sağlık sistemi hakkında bilgi, beceri ve deneyim sahibi bir değerlendirici ekip lideri atanır (ACSQHC, 2016).

Teşvikler ve Zorunluluk

2013 yılından itibaren ülkede kamu ve özel farkı gözetmeksizin tüm hastanelerin ve günübirlik sağlık hizmeti sunan kuruluşların akredite olması zorunludur (ACSQHC, 2014). Buna karşılık aile hekimlerinin akredite olması yönünde herhangi bir yasal zorunluluk bulunmamaktadır. Akredite olan aile hekimlerine ödenen ilave bonus teşvikinin etkisi ile (Oliver-Baxter ve ark., 2014) ülkedeki 7100'den fazla aile hekimliği kurumunun 4000'i Royal Australian College of General Practice tarafından hazırlanan standartlara göre akredite olmuştur (Greenfield ve ark., 2014).

TARTIŞMA

Avustralya'da sağlık hizmetleri akreditasyonu 1974 yılında kar amacı gütmeyen bir kuruluş tarafından başlatılmıştır. Zamanla akreditasyon acentesi olarak adlandırılan bu kar amacı gütmeyen kuruluşların sayılarında artış olmuştur. Fakat sağlık hizmetleri üzerine yapılan çalışmaların sonuçları, akreditasyon denetimlerinin sağlık hizmetlerinde kaliteyi ve hasta güvenliğini artırmadığı göstermiş ve bu sonuç Avustralya Sağlık Bakanlığını duruma müdahale etmeye zorlamıştır. Bağımsız, özerk bir kuruluş olan Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (ACSQHC) sağlık hizmetlerinde kalite ve akreditasyon süreçlerini düzenlemek ve tek çatı altında yürütmek üzere 2006 yılında kurulmuştur. ACSQHC kuruluşunun ardından, ülkenin her bölgesinde sağlık hizmetlerinin aynı kalite ve güvencede sunulmasını amaçlayarak, ulusal standartları geliştirmiştir. Ülkedeki tüm kamu ve özel hastaneler ile günübirlik sağlık hizmeti sunan kuruluşların bu standartlara uygun olma ve akreditasyon denetiminden geçerek belge alma zorunluluğu getirilmiştir.

ACSQHC ulusal standartları geliştirmesine rağmen sağlık kuruluşlarını doğrudan denetlememektedir. Akreditasyon denetimini ACSQHC'nin uygunluk vererek onayladığı kar amacı gütmeyen kuruluşlar olan akreditasyon acenteleri yapmaktadır. Bu acenteler denetçi eğitimleri, akreditasyon faaliyetleri ve çalışmaları yönünden ACSQHC'ye düzenli olarak rapor verme zorunluluğundadır. Bu acentelerin performansları; akreditasyon acentesi aktivite anketi, sağlık tesislerinden gelen geri bildirimler, diğer akreditasyon acentelerinden veya Akreditasyon Acenteleri Grubundan gelen geri bildirimler, gözlem ziyaretleri, şikayetler gibi kaynaklar vasıtası ile değerlendirilir.

Hastaneler ve günübirlik sağlık tesisleri için standartlar geliştirilerek, 2013 yılı başından itibaren bu standartlara uygunluk zorunlu tutulmuştur. Standartların revizyonu için yapılan odak grup görüşmeleri, yazılı bildirimler, anketler, pilot çalışmalar sonucunda oluşturulan ikinci versiyonun 2018 yılı başından itibaren kullanılmaya başlanması planlanmaktadır.

SONUÇ

20. yüzyılın başlarından itibaren sağlık hizmetlerinin kalitesini ve hasta güvenliğini yükseltmeye odaklanan çalışmalar artmıştır. Ernest Codman'ın ekibiyle birlikte geliştirilerek 1919 yılında yayınladığı "Minimum Standards for Hospital" adlı belgenin ardından, ilk önce Amerika Birleşik Devletleri ve sonrasında Kanada ve Avustralya'da sağlık hizmetleri akreditasyon çalışmaları

başlamıştır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'un küresel, bölgesel ve ulusal bağlamda kalitenin geliştirilmesini desteklemeye vurgu yapması ve 1984'de üyelerine bildirdiği 38 hedeften birisi olan “*bütün üyelerin sağlık sistemlerinde hasta bakım kalitesini sağlayacak etkili mekanizmalar oluşturmaları*” hedefi akreditasyon çalışmalarının tüm dünyada yaygınlaşmasına katkı sağlamıştır.

Günümüzde sağlık hizmetlerinde kalite ve hasta güvenliğini artırmak amacıyla en bilinen ve en yaygın kullanılan yöntemlerden biri olan akreditasyon 100'den fazla ülkede uygulanmaktadır. Ülkelerin sağlık sistemlerinin ve ihtiyaçlarının farklılık göstermesi nedeniyle akreditasyon uygulamalarında da farklı yaklaşımlar görülebilmektedir. Örneğin Avustralya, Suudi Arabistan gibi ülkelerde sağlık hizmetleri akreditasyonu zorunlu bir uygulama iken Almanya, İngiltere gibi ülkelerde gönüllülük esasına dayalıdır. Gönüllü başvurunun olduğu bazı ülkelerde ise sağlık tesislerini akredite etmeye özendirici bir takım teşvik mekanizmaları bulunmaktadır. Akreditasyon sürecinin ve standartların geliştirilmesi aşamasında uluslararası alanın incelenmesinin yanı sıra ülkeye özgü özellikler göz önünde tutulmalıdır.

Ülkelerin sağlık sistemleri farklı özelliklere sahip olsa bile, her sağlık sisteminin ulaşmak istediği hedef sağlıklı toplumlara sahip olmaktır. Sağlık hizmetleri akreditasyon sistemleri ise bu hedefe ulaşmada en değerli yol göstericilerden biridir. Standartlarda yapılan revizyonlar ile aşılması istenilen çita düzenli olarak yükseltilmekte ve kaliteyi artırma yönünde sürekli iyileştirme sağlanmaktadır.

Her ne kadar ulusal akreditasyon sistemleri oluşturulurken ülkenin sağlık sistemi önemli bir belirleyici olsa da uluslararası örneklerin incelenmesi, yeni ve etkili gelişmelerin ülkenin sistemine uyumlaştırılarak kullanılması yaygın bir uygulamadır. İlk uygulama örnekleri olan Amerika Birleşik Devletleri, Kanada ve Avustralya akreditasyon sistemleri standartların geliştirilmesi, revize edilmesi, denetim yönteminin belirlenmesi gibi süreçlerde benchmarking (kıyaslama) için en çok kullanılanlardır.

KAYNAKLAR

1. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (2012). National safety and quality health service standards. <https://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2011/09/NSQHS-Standards-Sept-2012.pdf>. adresinden elde edildi.
2. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (2014). NSQHS standards in 2013: Transforming the safety and quality of health care. Sydney.
3. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (2015). Australian commission on safety and quality in health care annual report 2014/15. Sydney.
4. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (2016). Guide to the approval process for accrediting agencies. Sydney.
5. Alkhenizan, A., Shaw, C. (2012). The attitude of health care professionals towards accreditation: A systematic review of the literature. *Journal of Family and Community Medicine*, 19(2), 74-80.
6. Almasabi, M., Yang, H., Thomas, S. (2014). A systematic review of the association between healthcare accreditation and patient satisfaction. *World Applied Sciences Journal*, 31(9), 1618-1623.
7. Approved Accrediting Agencies. 05.09.2017 tarihinde Australian Commission on Safety and Quality in Health Care web sayfasından elde edildi: <https://www.safetyandquality.gov.au/our-work/assessment-to-the-nsqhs-standards/resources-to-implement-the-nsqhs-standards/#Contact-details>
8. Braithwaite, J., Westbrook, J., Pawsey, M., Greenfield, D., Naylor, J., Ledema, R., ve diğ. (2006). A prospective, multi-method, multi-disciplinary, multi-level, collaborative, social-organisational design for researching health sector accreditation [LP0560737]. *BMC Health Services Research* 6(113). DOI:10.1186/1472-6963-6-113.
9. Brubakk, K., Vist, G. E., Bukholm, G., Barach, P., Tjomsland, O. (2015). A systematic review of hospital accreditation: the challenges of measuring complex intervention effects. *BMC Health Services Research*, 15, 280. DOI: 10.1186/s12913-015-0933-x
10. Cleveland, E. C., Dahn, B. T., Lincoln, T. M., Safer, M., Podesta, M., Bradley, E. (2011). Introducing health facility accreditation in Liberia. *Global Public Health*, 6(3), 271-282.
11. EQulPNational. 04.08.2017 tarihinde The Australian Council on Healthcare Standards web sayfasından elde edildi: <https://www.achs.org.au/programs-services/equipnational/>
12. Fairbrother G., Gleeson M. (2000). EQulP accreditation: Feedback from a Sydney teaching hospital. *Australian Health Review*, 23(1), 153-62.
13. Greenfield, D., Civil, M., Donnison, A., Hogden, A., Hinchcliff, R., Westbrook, J., Braithwaite, J. (2014). A mechanism for revising accreditation standards: a study of the process, resources required and evaluation outcomes. *BMC Health Services Research*, 14(571) DOI:10.1186/s12913-014-0571-8
14. Greenfield, D., Debono, D., Hogden, A., Hinchcliff, R., Mumford, V., Pawsey, M., ve diğ. (2015). Examining challenges to reliability of health service accreditation during a period of healthcare reform in Australia. *Journal of Health Organization and Management*, 29(7), 912-924.
15. Oliver-Baxter, J., Brown, L., Raven, M., Bywood, P. (2014). Quality improvement financial incentives for general practitioners. *PHCRIS Policy Issue Review*. Adelaide: Primary Health Care Research & Information Service.
16. Sağlık Bakanlığı. (2008). Türkiye sağlıkta dönüşüm programı ve temel sağlık hizmetleri. (Sağlık Bakanlığı Yayın No:770) <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Yayin/189> adresinden elde edildi.
17. Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı Kurulması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun. (2014). T. C. Resmi Gazete, 29187, 26 Kasım 2014.
18. Türkiye Sağlıkta Kalite Sistemi. 15.08.2017 tarihinde Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı web sayfasından elde edildi: <http://kalite.saglik.gov.tr/TR,8785/turkiye-saglikta-kalite-sistemi.html>
19. Wilson R. M., Runciman W. B, Gibberd R. W, Harrison B. T, Newby L, Hamilton JD. (1995). The quality in Australian health care study. *The Medical Journal of Australia*, 163(9), 458-71.

Araştırma / Research Article



Aile hekimliğinde hasta memnuniyetine yönelik bir araştırma

A research on patient satisfaction in family medicine

Harun Kırılmaz, Kübra Öztürk

¹Sakarya Üniversitesi İşletme Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü, Sakarya, Türkiye
²Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Sakarya, Türkiye

Anahtar Kelimeler:
Aile Hekimliği, Hasta Memnuniyeti, Sağlıkta Dönüşüm

Key Words:
Family Medicine, Patient Satisfaction, Health Transformation

Yazışma Adresi/Address for correspondence:
Harun Kırılmaz,
Sakarya Üniversitesi İşletme Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü,
Sakarya, Türkiye
hkirilmaz@sakarya.edu.tr

Gönderme Tarihi/Received Date:
21.12.2017

Kabul Tarihi/Accepted Date:
19.01.2018

Yayımlanma Tarihi/Published Online:
31.03.2018

DOI:
10.5455/sad.13-1513851202

ÖZET

Giriş: Sağlık reformları kaliteli, adil ve kolay ulaşılabilir sağlık hizmeti sunmak, sağlığı geliştirmek, kaynakları verimli kullanmak, sağlık göstergelerinin bölgesel farklılığı azaltmak gibi unsurları vurgulamaktadır. Bu çerçevede Sağlıkta Dönüşüm Programı bileşenlerinden Aile Hekimliği Sistemi, sağlık reformlarının önemli bir parçasıdır. 2005 yılında Düzce ilinde pilot uygulama ile başlayan model, 2010 yılında ülke geneline yaygınlaştırılmıştır. **Amaç:** Bu çalışmanın amacı, Eskişehir ilinde yaşayan vatandaşların aile hekimliği sisteminden memnuniyet düzeylerinin değerlendirilmesidir. **Yöntem:** Araştırma, 30 soruluk anket formunun basit tesadüfî örneklem yöntemi ile seçilen 8 farklı aile sağlığı merkezine kayıtlı 18 yaşını tamamlamış 120 vatandaşa uygulanmasıyla gerçekleştirilmiştir. Çalışmada Avrupa genel pratisyenlik veya aile hekimliği değerlendirme ölçeği (EUROPEP) kullanılmıştır. **Bulgular:** Araştırma sonucunda "çok iyi" ve "iyi" ölçekleri toplandığında en yüksek puan verilen ifadeler %90,84 ile "sizi dinlemesi", %87,5 ile "sizi muayene etmesi" ve %82,5 ile "kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması" ifadeleri olmuştur. "Çok kötü" ve "kötü" ölçeklerinin toplanması ile oluşan en düşük puanlı ifadeler ise %23,34 ile "doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz" ve %20 ile "muayenehaneye telefonla ulaşabilmeniz" ifadeleridir. Aile hekimliği modeline yönelik memnuniyet düzeyinin sosyo-demografik özelliklere göre $p < 0,05$ anlamlılık değerinde belirli bir farklılık göstermediği saptanmıştır. **Sonuç:** Araştırmanın sonucunda, Eskişehir ilinde aile hekimliği hizmeti alan hastaların genel anlamda memnun oldukları belirlenmiştir.

ABSTRACT

Introduction: Health care reforms offering high quality, easily accessible and equitable health care, improving health, use resources efficiently, emphasizes elements such as to reduce regional disparities in health indicators. In this framework, the Family Physician System, a component of the Health Transformation Program, is an important part of health care reforms. The model which started with the pilot implementation in the province of Düzce in 2005 has been spread throughout the country in 2010. **Purpose:** The aim of this study is to evaluate the level of satisfaction of citizens in the family medicine system in the city of Eskişehir. **Method:** The study was carried out by applying a 30-question survey of 120 citizens of the simple random sampling method with the age of 18 registered with the selected 8 different family health center. The European General Practitioners or European Patients Evaluate General/Family Practice (EUROPEP) Scale has been used in the study. **Findings:** Research results in "very good" and "good" when the scales meet the highest score given statements 90.84% "listened to", with 87.5% "to examine you" and also with 82.5% "recording and maintain the confidentiality of information" has been expressions. "Very bad" and "bad" scale of the collection consists of the lowest scoring 23.34% with phrases that "you can get your doctor on the phone" and 20% "you can reach the office by phone" expressions. The level of satisfaction with the family medicine model was not significantly different from the socio-demographic characteristics in the significance value of $p < 0.05$. **Conclusion:** As a result of the research, it was determined that the patients receiving family medicine services in Eskişehir were generally satisfied.

GİRİŞ

Küreselleşmenin ve rekabet stratejilerinin artması, teknolojinin gelişmesi, eğitim seviyesinin yükselmesi gibi etkenler beklentileri karşılama yolunda; sağlığa ulaşma, kaynakların etkin kullanımı, hizmet ve personel yeterliliği ile sınırlı kalmayıp; kaliteye ulaşma ve hasta memnuniyeti seviyesinin yükselmesi gibi faktörlerin de

öneminin artmasında temel olmuştur. Sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyeti kavramı ilk kez 1956 yılında Amerika Birleşik Devletlerinde hemşirelik alanında değerlendirmeye alınmıştır (1). Ülkemiz de bu gelişmelere 1980 yılları itibari ile süregelen iyileştirmeler, reform ve politikalar ile karşılık vermiştir. 2003 yılında kapsamlı bir reform çalışması olan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birinci basamak sağlık hizmetlerinin temelini

oluşturan ve birey/aile odaklı verilmesini esas alan “Aile Hekimliği Modeli” oluşturulmuştur. Hasta ile ilk temasın sağlandığı bu sistemde bireylerin ihtiyaçları; aileleri, akut-kronik sağlık sorunları, yaşama koşulları, çevre şartları gibi bütüncül bir yaklaşım çerçevesinde sürekli ve kapsamlı biçimde ele alınır. Sağlık hizmetlerinin coğrafi açıdan dengeye ulaşabilmesi, kırsal-kent arası sağlık hizmeti erişimi ve sağlık göstergeleri ile ilgili farklılıkları azaltılması, ilk tercih yeri olan hastanelerdeki yığılmaların önlenmesi gibi unsurların hedeflendiği model 2005 yılında Düzce ilinde pre-pilot uygulama yapılarak hayata geçirilmiştir. Düzce’den sonra ilk pilot il olarak 17 Temmuz 2006 yılında Eskişehir ilinde uygulamaya konan model, Aralık 2010 itibarıyla tüm Türkiye’de uygulanmaya başlamıştır (2). Hizmetin varlığı, ulaşılabilirliği, sunumu, sürekliliği; hizmet verenlerin nicel ve mesleki yeterliliği, hasta ile iletişimleri; hizmet verilen yerin fiziksel özellikleri gibi unsurları içinde bulunduran hasta memnuniyeti kavramı ise hizmetin değerlendirilmesi ve beklentilerin karşılanması noktasında bilgi veren temel ölçüt olarak karşımıza çıkar (3,4). Aile hekimliği modelinde hasta memnuniyeti düzeyinin araştırılması, sistemin algılanışı ve oturmuşluğu hakkında geri bildirim görevi görmektedir. Bu bağlamda, Eskişehir ilinde aile hekimliği hizmeti alan vatandaşların memnuniyet düzeylerinin değerlendirilmesi ve sistemin gereksinimlerine ışık tutması çalışmanın amacını oluşturmaktadır. Çalışmada, aile hekimliği ve hasta memnuniyeti ile ilgili literatür çalışması yapılmış, oluşturulan modele ait memnuniyet düzeyi anket yöntemi ile araştırılıp çeşitli analizler yapılarak sonuçları ve olası önerileri sunulmuştur.

SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM VE AİLE HEKİMLİĞİ

Sağlık, insanlığın her döneminde geliştirilmeye çalışılan, daha iyisini bulma isteğinin sonlanmayacağı bir alandır. Beklentilerin yükselmesi ile birlikte dünyada olduğu gibi Türkiye’de de hükümetler sağlık alanındaki çalışmalara ivme kazandırmış çeşitli politikalar gerçekleştirmişlerdir. Süregelen iyileştirme reformları, 2002-2003 yıllarında 58. ve 59. Hükümetlerce hazırlanan, Acil Eylem Planı çerçevesinde “Sağlıkta Dönüşüm Programı” ile bira araya getirilmiştir. Bu program Sağlık Bakanlığı tarafından “reform” başlığı altında toplansa da mevcut yapıyı sonlandırmadan hedeflere ulaşma şeklinde tanımlandığından “dönüşüm” adıyla gerçekleşmiştir (5). Tüm bireyleri kapsayarak kesintisiz ve bütüncül hizmet

sunumunu benimseyen, kişiye yönelik koruyucu hekimlik görevini üstlenen Aile Hekimliği Modeli de bu programın birbirini tamamlayan temel unsurlarındandır (6).

Aile Hekimliği, birinci kademedeki hizmetlerin niteliğini artıracak bir disiplindir. Aile Hekimliği, kadın erkek ayırt etmeksizin, tüm yaş gruplarını içine alan; sistemleri ve hastalıkları bütünsel inceleyen; bireylere ve ailelere sürekli ve çok yönlü sağlık hizmeti veren, bireylerin ikamet ettikleri yerden kolaylıkla ulaşabileceği, klinik bilimler ve davranış bilimlerinin oluşturduğu uzmanlık alanıdır (7). DSÖ ve Dünya Aile Hekimleri Örgütü’nün (WONCA) imzasının olduğu Alma Ata Konferansı Sonuç Bildirgesinde, Aile Hekimliği bir uzmanlık dalı olarak tanınmış, ülkemizde de 1983 yılında Tababet Uzmanlık Tüzüğü’nde yer alarak bir tıp uzmanlık dalı olarak kabul edilmiştir (8). Uygulama 24 Kasım 2004 tarihinde 5258 sayılı “Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun” ile kabul edilmiş; 9 Aralık 2004’te Resmi Gazetede yayımlanmıştır. 11 Ekim 2011 tarihi itibarıyla adı “Aile Hekimliği Kanunu” olarak değiştirilmiştir (9). 2005 yılında pilot uygulama ile başlatılan model, 2010 yılı itibarıyla tüm Türkiye’de etkin olmuştur (10).

Aile hekimliği disiplininin kendine özgü bazı özellikleri ve amaçları vardır. Dünya Aile Hekimleri Birliği’nin Avrupa kolu (WONCA EUROPE) Aile Hekimliği disiplini tanımlayan özellikleri 11 başlık altında tanımlamış ve bunları “birinci basamak yönetimi, kişi merkezli bakım, özgün problem çözme becerileri, kapsamlı yaklaşım, toplum yönelimli olma, bütüncül yaklaşım-modelleme” şeklinde 6 çekirdek yeterlilikte toplamıştır (11). Disiplin, bireyi doğumdan ölene dek fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden ailesi ve çevresiyle ‘tek pencere’ sisteminde kişi merkezli bir yaklaşım ile bütüncül inceler. Yalnızca hastalık halinde değil sağlığın korunması ve geliştirilmesi hizmetlerini de bir rehber gibi yönlendirerek verir, süreklilik sağlar. Gizlilik ve yakınlık esas alınarak ekip çalışmasıyla hizmet verilir. Gerektiği takdirde 2. ve 3. basamağa sevkleri gerçekleştirir, geribildirimlerini değerlendirir, entegrasyonu sağlar (12). Bu bağlamda aile hekimliği, ilgili dallara yönlendirme ve sevk zinciri özelliği ile “kapı tutucu (gatekeeper)” görevi görmektedir (13). Etkili iletişim ile bireylerin sağlıklarıyla ilgili söz sahibi olmasına olanak verir; aynı zamanda kendisinin de sorumluluk taşıdığı ve savunuculuk yaptığı güvenini sağlar (14). Aile hekimi kendisine kayıtlı hastaları içeren bölgelerini takip

etmesi sonucu hem bireylerin hem de toplumun sağlığı korunmuş olmaktadır. Böylelikle sorunları bireysel ve toplumsal örüntüleri bağlamında ele alır. Hizmetleri sunarken kaynakların etkili kullanımını sağlar, hastanın yararını da gözeterek hizmetin verimliliğini amaçlar ve gereksiz ilaç kullanımını önler (15). Hastanelerdeki yığılmaları azaltılmayı amaçlaması ve ilk temas noktası olmasıyla “sağlık sisteminin giriş kapısı” olarak da nitelendirilmektedir (11).

Aile hekimliğinde, aile hekimleri ve hemşire, ebe, sağlık memuru gibi meslek dallarının oluşturduğu aile sağlığı elemanları hizmet verir. Aile Hekimi, Aile Hekimliği Kanunu’nda tanımı yapıldığı üzere; bireylerin ikamet yerlerinden kolayca ulaşabilecekleri bir konumda bulunan; yaş, cinsiyet, ırk, din, hastalık ayırt etmeksizin kişiye yönelik koruyucu ve birinci basamak sağlık hizmetlerini kapsamlı, devamlı ve ücretsiz olarak belli bir mekânda vermekle yükümlü Sağlık Bakanlığı’nın öngördüğü eğitimleri alan ve tam gün esasına göre çalışan tabiptir (9). Hekim, bir pratisyen hekim olabileceği gibi aile hekimliği uzmanı da olabilir. Bu tanımlamaya göre, sağlık ocağı hekimi bir aile hekimidir (6). Aile hekimleri, engelli ya da yatalak olması sebebiyle aile sağlığı merkezine gelemeyen hastalarına “evde bakım hizmeti” sağlamakla, ulaşım ya da uzaklık sorunu nedeniyle sağlık hizmeti almakta sıkıntı yaşayan hastalarının yerleşim yerlerine giderek “gezici sağlık hizmeti” sunmakla ve cezaevi, huzurevi, ıslah evi gibi sağlık hizmetini bulunduğu yerde alması gereken bireylere “yerinde sağlık hizmeti” vermekle sorumludur (16).

Aile hekimi seçme ve değiştirme özgürlüğünün olması ile hasta ve hekim arasında gönüllü iletişim oluşur Bireylerin aile hekimlerini seçme özgürlüğü ile birlikte hekimlerin de hastaları seçme hakkı vardır. Bu haklar taciz, hekimin hizmet kalitesini düşürmesi vb durumlarda kullanılabilir. Yaşlı ya da kronik hasta olması sebebiyle doktorun hastayı reddetmesi durumunda hekim bakanlıkça belirlenir (17).

Aile hekimliği uygulamasında hizmet görevini aile sağlığı merkezleri ve toplum sağlığı merkezleri paylaşmaktadır. Sağlık personelleri tarafından aile hekimliği hizmeti verilen kuruluşlar Aile Sağlığı Merkezlerini oluşturmaktadır. Bu kuruluşlar, uygulama öncesi sağlık ocağı adı altında kamu hizmeti veren kuruluşlar ya da aynı hizmeti veren özel kuruluşlar olabilir (6). Toplum Sağlığı Merkezi ise bölgesindeki halkın sağlığını korumayı ve geliştirmeyi esas alarak birinci

basamak sağlık hizmeti planları yapıp uygulatan ve aynı zamanda bölgesindeki diğer sağlık kuruluşlarıyla koordinasyonu sağlayan, her il ve ilçede birer tane olması –nüfusu çok olan yerlerde her yüz bin kişiye 1 TSM olarak- uygun görülmüş sağlık kuruluşlarıdır (18). TSM, kurulacak yerin koşulları ve özelliklerine göre valiliklerin teklifi ve Bakanlığın onayı ile kurulur (19).

HASTA MEMNUNİYETİ

Hasta memnuniyeti, hastanın beklediği hizmet düzeyi ile deneyimi ile algıladığı hizmet düzeyi arasındaki fark olarak ifade edilir (20). Bu ifade ile hastanın alacağı hizmetten önce bazı beklentilerinin olduğu ve hizmet deneyimi sonucu beklentilerinin ne ölçüde karşılandığına bağlı olarak belirli algıları kazandığı sonucuna varılır. Beklentiler ise bireyin yaş, cinsiyet, eğitim durumu, sahip olduğu bireysel ve sosyo-kültürel özellikleri, daha önce edindiği sağlık hizmeti tecrübeleri vb faktörlere göre farklılık kazanmaktadır. Beklenti, “bir şeyin olacağına inanmak” anlamındadır (21). Memnuniyetin sağlanması, sağlık hizmetlerinde kalite ölçümünün önemli belirleyicilerindedir (22). Sağlık hizmetleri sunumunda kalite, geçerliliği kabul edilmiş standartlara uygun tedavi ve bakım hizmetlerinin verilirken hastaların beklenti ve ihtiyaçlarının karşılanması olarak tanımlanabilir (23). Kaliteye ulaştığını düşünen kişi verilen hizmetten tatmin olur. Tatmin ile kalite arasındaki ilişki, Maslow’un hiyerarşi modeli düşünüldüğünde doğrusal yöndedir. Modelin tabanına ‘uygunluk’ bölümü standart bir hizmet sunulduğunu, en üst düzeydeki kalitede ise tatminkârlığın sağlanmış olduğu sonucuna varılır (24). Tüm bu ifadelerden hareketle hasta memnuniyetinin, algılanan kaliteyle birlikte oluşan tatmin duygusunun beklentileri karşılama derecesine göre artan subjektif bir sonuç olduğu söylenebilir.

Literatür incelendiğinde hasta memnuniyeti düzeyini etkileyen bazı faktörlerin bulunduğu görülmektedir. Hastaya ilişkin; yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, sosyal sınıf, kültür, aile ilişkileri, gelir durumu, yerleşim yeri, hastalığının tanı-tedavisi, beklentileri, deneyimi, kendi sağlık durumunu algılayışı, değer yargısı vb faktörler hasta memnuniyetini etkileyebilmektedir (25). Örneğin; Kars’ta yapılan bir araştırmada yaşın memnuniyet düzeyinde farklılık oluşturduğu belirlenmiştir (22). Diğer bir faktör ise sağlık hizmetini verenlere ilişkindir. Sağlık personelinin mesleki yetkinlikleri, kişilik özellikleri, hastaya

nitelikli zaman ayırması, karar sürecinde kontrolü hasta ile paylaşması, empati ve anlayışı, hastalarla olan iletişimi hizmet sürecini etkilemektedir (26). İzmir’de yapılan araştırmaya göre hastanın memnuniyetini en fazla etkileyen faktörün sağlık çalışanlarının tutum ve davranışları olduğu sonucuna varılmıştır (25). Çevresel-kurumsal faktörlerden olan hizmete ulaşılabilirlik, hizmetin süresi, kurumun teknik ve fiziki olanakları, temizliği gibi unsurlar da hasta memnuniyetini etkileyebilmektedir (21). Aile hekimliğinde verilen hizmetin bütünlüğünün bozulmaması ve süreklilik taşıması sebebiyle memnuniyet seviyesi diğer basamaklardaki hizmetlere göre ayrıca önem taşır.

Hasta memnuniyetinin boyutları Aile Hekimliği Sistemi içinde incelendiğinde öncelikli faktör hastanın hizmet alımında ilk teması geçtiği kişi olarak aile hekimi ve tüm ASM personeliyle olan ilişkisidir. Hekimin, bireye yeterli zaman ayırması, açık net açıklamalarla aydınlatması, empati ile birikimini özenle sunması memnuniyeti sağlar. Bilgi asimetrisinden kaynaklanan dengesizlik kişilerin hekimlerine güven duyma ihtiyaçlarını doğurur (27). Güven boyutu, bireyin hizmet sunan ekibe, tedaviye ve ortama emin olarak yaklaşmasında etkilidir (23); böylelikle sağlık hizmetinin kesintiye uğramadan, hekimle işbirliği içinde ve özveriyle gerçekleşmesini sağlar. Bilgilendirmenin de etkin yapılması güveni arttırmakla birlikte özellikle yaşlı ve kronik hastalar için endişeleri minimuma indirir. Bilgilendirilme boyutu bireyin tedaviye uyumunu ve bağlılığını etkileyen temel hasta haklarından birisidir. Bu hak, Türkiye Hasta Hakları Yönetmeliği’nde, hastaların kendilerine verilen hizmetlerde olası fayda ve zararları öğrenme, hastalık seyri ve sağlık durumu hakkında sözlü veya yazılı olarak bilgi isteme hakkına sahip olduğunu içermektedir (20). Boyutlardan bir diğeri olan bürokratik işlemler 2. ve 3. basamak sağlık hizmetlerine kıyasla Aile Hekimliği Sistemi’nde daha az olması ile hizmete kısa sürede, zaman kaybı olmadan ulaşmayı öngörür. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunulduğu Aile Hekimliği Modeli’nde hiçbir sağlık güvencesine sahip olmayan kişiler de hizmetten ücretsiz olarak faydalanmaktadır. Bu nedenle ücret boyutu, Aile Hekimliği Sistemi’nde önemli bir rol oynamamaktadır (28).

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Amacı ve Kapsamı

Bu araştırmanın amacı, Eskişehir ilinde aile hekimliği hizmeti alan bireylerin memnuniyet

durumlarını sosyo-demografik özelliklerini de göz önünde bulundurarak değerlendirmektir. Araştırmada elde edilen bulguların, Eskişehir ilinin Aile Hekimliği Uygulamasında pilot il olma özelliği ile on seneyi aşkın sürede vatandaşlar tarafından memnuniyetin hangi düzeyde olduğunu belirlemesi ve sistemin yerleşmişliği açısından politika yapıcılara katkıda bulunması amaçlanmaktadır.

Çalışma, 15 Mart – 30 Mart 2017 tarihleri arasında Eskişehir Odunpazarı merkez ilçesine ait 3, Tepebaşı merkez ilçesine ait 3 farklı aile sağlığı merkezine kayıtlı 87 kişiye; ilçelerde bulunan farklı 2 aile sağlığı merkezine kayıtlı 33 kişiye anket tekniği kullanılarak yapılmış tarama modeli tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. Araştırmanın örneklemini Eskişehir ili aile hekimliği uygulamasından son 12 ayda hizmet alan, 18 yaşını tamamlamış, basit tesadüfi örnekleme yöntemi ile seçilen 120 birey oluşturmaktadır. Araştırma bir alan incelemesi olup sonuçları Eskişehir ili ile sınırlıdır.

Verilerin Toplanması ve Analizi

Veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından literatür ışığında geliştirilmiş 30 soruluk bir anket formu yüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır. Bu anketin 1. bölümünde hastaya ait sosyo-demografik bilgilerin öğrenilmesini içeren 7 soru sorulmuştur. Bu sorular ile kişinin cinsiyeti, yaşı, medeni durumu, öğrenim durumu, mesleği, geliri ve yaşadığı yer öğrenilmiştir. 2. bölümde ise Dünya Aile Hekimleri Birliği (WONCA) Avrupa örgütünün bir alt birimi olan EQUIP (European Society for Quality and Safety in Family Practice) tarafından 1999 yılında hazırlanmış, 2002 yılında Aktürk ve arkadaşları tarafından Türkçeye çevrilmiş uluslararası kabul görmüş bir ölçek olan EUROPEP (European Patients Evaluate General / Family Practice) ölçeğinin Türkçe versiyonu kullanılmıştır. Aynı araştırmacılar tarafından anketin geçerlik- güvenilirlik çalışması yapılmış ve çalışmada cronbach’s alpha değeri “0,98” olarak saptanmıştır. EUROPEP ölçeği “hekimin klinik davranışı” (17 soru) ve “hizmet organizasyonu” (6 soru) boyutlarıyla 23 sorudan oluşmaktadır (29).

Çalışmanın anketinde yer alan ifadeler 5’li likert ölçeğine göre hazırlanmış olup; “Çok Kötü (1), Kötü (2), Orta (3), İyi (4), Çok iyi (5)” biçiminde düzenlenmiştir. Elde edilen veriler, SPSS 16.0 istatistik paket programından faydalanılarak “tanımlayıcı istatistiksel (sayı, minimum, maksimum, aritmetik ortalama, standart sapma) analizler, Frekans Analizi, Independent Samples

Test ve Tek Yönlü Anova Testi” ile analiz edilmiştir.

Araştırmanın Güvenirlik Analizi

Çalışmada, ölçeğe ait güvenilirlik analizi sonuçlarına göre Cronbach's Alpha (α) katsayısı 0,94 olarak bulunmuştur. Bu değer " $0,80 \leq \alpha \leq 1,00$ " aralığında yer aldığından ölçek yüksek derecede güvenilir bulunmuştur (30).

Araştırmanın Hipotezleri

- **H¹:** Kişilerin cinsiyeti ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma yoktur.
- **H²:** Kişilerin yaşı ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma yoktur.
- **H³:** Kişilerin medeni durumu ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma yoktur.
- **H⁴:** Kişilerin öğrenim durumu ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma yoktur.
- **H⁵:** Kişilerin meslek türü ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma yoktur.
- **H⁶:** Kişilerin gelir durumu ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma yoktur.
- **H⁷:** Kişilerin ikamet ettiği yer ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma yoktur.

BULGULAR

Sosyo-Demografik Özelliklere İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan 120 bireyin sosyo-demografik özellikleri Tablo 1'de verilmiştir. Katılımcıların %58,3'ü kadınlardan, %41,7'si erkeklerden oluşmakta ve çoğunluk sırası ile %40'ı 41-60 yaş, %26,7'si 26-40 yaş, %17,5'i 18-25 yaş, %15,8'i 61 ve üzeri yaş grubunda yer almaktadır. Bireylerin

%66,7'si evli, %33,3'ü ise bekârdır. Katılımcıların eğitim durumları sorgulandığında %44,2'sinin lise, %40,8'inin lisans ve üstü, %11,7'sinin ilkököl-ortaokul mezunu olduğu %3,3'ünün ise okuryazar olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Bireylerin %21,7'si emekli, %20,8'si ev hanımı, %19,2'si memur/işçi, %17,2'si çiftçi/esnaf, %15,8'i öğrenci ve %5'i ise işsizdir. Ev halkı toplamı olarak aylık gelir durumları incelendiğinde; %45,8'i 1001-2500 TL, %40'ı 2501-5000 TL, %10,9'u 5001 TL ve üzeri, % 3,3'ü ise 0-1000 TL aralığında maaş sahibi oldukları ve bireylerin %72,5'inin il merkezinde, %27,5'inin ise ilçe merkezinde yaşadıkları sonucuna ulaşılmıştır.

Tablo 1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Dağılımı

Sosyo-Demografik Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kadın	70	58,3
Erkek	50	41,7
Yaş		
18-25	21	17,5
26-40	32	26,7
41-60	48	40,0
61 ve üzeri	19	15,8
Medeni Durum		
Evli	80	66,7
Bekâr	40	33,3
Eğitim Durumu		
Okuryazar Değil	4	3,3
İlkokul-Ortaokul	14	11,7
Lise	53	44,2
Lisans ve üstü	49	40,8
Meslek		
Ev hanımı	25	20,8
Çiftçi/ Esnaf	21	17,5
Memur/ İşçi	23	19,2
Öğrenci	19	15,8
Emekli	26	21,7
İşsiz	6	5,0
Gelir Durumu		
0-1000 TL	4	3,3
1001-2500 TL	55	45,8
2501-5000 TL	48	40,0
5001 TL ve üzeri	13	10,9
İkamet Yeri		
İl merkezi	87	72,5
İlçe merkezi	33	27,5

EUROPEP-TR Ölçeğine İlişkin Bulgular

Tüm grupta katılımcılar tarafından en yüksek ve en düşük puan verilen ifadeler incelenmiş ve verilen puanların frekans dağılımı Tablo 2’de sunulmuştur. Yapılan çalışmanın sonucuna göre “çok iyi” ve “iyi” işaretlemelerinin toplanması ile belirlenmiş en yüksek puan verilen ifadeler incelendiğinde: “Sizi dinlemesi” ifadesine ankete katılan bireylerin %34,17’si ‘çok iyi’, %56,67’si ‘iyi’ (toplamda: %90,84); “Sizi muayene etmesi” ifadesine %50,83’ü ‘çok iyi’, %36,67’si ‘iyi’ (toplamda: %87,5) ve “Kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması” ifadesine ise %34,17’si ‘çok iyi’, %48,33’ü ‘iyi’ (toplamda: %82,5) yanıtını vermiştir. “İşini tam yapması” ve “Tavsiyelerine uymanızın önemini kavramanıza yardımcı olması” ifadelerinde ise

hiçbir katılımcı tarafından ‘kötü’ ve ‘çok kötü’ seçenekleri işaretlenmemiştir. Katılımcıların “çok kötü” ve “kötü” işaretlemelerinin toplanması ile belirlenmiş en düşük puan verilen ifadeler incelendiğinde: “Doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz” ifadesine ankete katılan bireylerin %4,17’si ‘çok kötü’, %19,17’si ‘kötü’ (toplamda: %23,34); “Muayenehaneye telefonla ulaşabilmeniz” ifadesine ise ankete katılan bireylerin %1,67’si ‘çok kötü’, %18,33’ü ‘kötü’ (toplamda: %20) yanıtını vermiştir. “Doktor dışı personelin yardımı” ifadesinde ise kötü ve çok kötü yanıtları toplamda %11,66’yı oluşturmaktadır.

Tablo 3’e göre çalışmamız için 120 kişiye yüz yüze anket yöntemi uygulanmış, anketler katılımcılar tarafından eksiksiz doldurulmuştur. Katılımcılar

Tablo 2. EUROPEP-TR İfadelerine Verilen Puanların Frekans Dağılımı

İfadeler	Çok kötü		Kötü		Orta		İyi		Çok iyi	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Görüşmeler sırasında yeterli zamanınızın olduğunu hissettirmesi	1	0,80	3	2,50	25	20,80	57	47,50	34	28,30
Sizin özel durumunuzla ilgilenmesi	0	0	5	4,17	38	31,67	51	42,50	26	21,66
Sorunlarınızı ona söylemenizi kolaylaştırması	0	0	1	0,83	38	31,67	48	40,00	33	27,50
Tıbbi bakımınızla ilgili kararlara sizi de katması	0	0	4	3,33	36	30,00	53	44,17	27	22,50
Sizi dinlemesi	1	0,83	0	0	10	8,33	68	56,67	41	34,17
Kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması	0	0	1	0,83	20	16,67	58	48,33	41	34,17
Şikâyetlerinizi çabuk geçirmesi	0	0	2	1,67	25	20,83	61	50,83	32	26,67
Günlük ihtiyaçlarınızı görece kadar iyi hissetmenize yardım etmesi	0	0	2	1,67	23	19,17	68	56,66	27	22,50
İşini tam yapması	0	0	0	0	24	20,00	50	41,67	46	38,33
Sizi muayene etmesi	0	0	2	1,67	13	10,83	44	36,67	61	50,83
Hastalıklardan korunmanız için sunduğu hizmetler	0	0	9	7,50	42	35,00	52	43,33	17	14,17
Test ve tedavilerin amaçlarını açıklaması	0	0	9	7,50	31	25,83	67	55,84	13	10,83
Şikâyetleriniz veya hastalığınız hakkında istediğiniz bilgileri vermesi	0	0	5	4,17	31	25,83	71	59,17	13	10,83
Sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla ilgili yardımcı olması	0	0	16	13,33	42	35,00	43	35,83	19	15,84
Tavsiyelerine uymanızın önemini kavramanıza yardımcı olması	0	0	0	0	40	33,34	64	53,33	16	13,33
Önceki görüşmelerde yaptıklarını ve söylediklerini bilmesi	1	0,83	5	4,17	55	45,83	44	36,67	15	12,50
Uzmana sevkten beklentileriniz konusunda sizi hazırlaması	1	0,84	5	4,17	47	39,16	59	49,17	8	6,66
Doktor dışı personelin yardımı	1	0,83	13	10,83	30	25,00	52	43,33	24	20,00
Size uygun zamanlara randevu alabilmeniz	0	0	5	4,17	39	32,50	67	55,83	9	7,50
Muayenehaneye telefonla ulaşabilmeniz	2	1,67	22	18,33	45	37,50	43	35,83	8	6,67
Doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz	5	4,17	23	19,17	53	44,17	28	23,33	11	9,17
Bekleme odasında harcadığınız zaman	1	0,83	9	7,50	42	35,00	47	39,17	21	17,50
Acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunması	2	1,67	5	4,17	20	16,67	58	48,33	35	29,17

Tablo 3. Tanımlayıcı (Betimleyici) İstatistikler

İfadeler	N	Min.	Max.	Ort.	Std. Sapma
Görüşmeler sırasında yeterli zamanınızın olduğunu hissettirmesi	120	1	5	4,00	0,82
Sizin özel durumunuzla ilgilenmesi	120	2	5	3,82	0,82
Sorunlarınızı ona söylemenizi kolaylaştırması	120	2	5	3,94	0,79
Tıbbi bakımınızla ilgili kararlara sizi de katması	120	2	5	3,86	0,80
Sizi dinlemesi	120	1	5	4,23	0,67
Kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması	120	2	5	4,16	0,72
Şikâyetlerinizi çabuk geçirmesi	120	2	5	4,03	0,74
Günlük ihtiyaçlarınızı görece kadar iyi hissetmenize yardım etmesi	120	2	5	4,00	0,70
İşini tam yapması	120	3	5	4,18	0,74
Sizi muayene etmesi	120	2	5	4,37	0,74
Hastalıklardan korunmanız için sunduğu hizmetler	120	2	5	3,64	0,82
Test ve tedavilerin amaçlarını açıklaması	120	2	5	3,70	0,76
Şikâyetleriniz veya hastalığınız hakkında istediğiniz bilgileri vermesi	120	2	5	3,77	0,69
Sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması	120	2	5	3,54	0,92
Tavsiyelerine uymanızın önemini kavramanıza yardımcı olması	120	3	5	3,80	0,66
Önceki görüşmelerde yaptıklarını ve söylediklerini bilmesi	120	1	5	3,56	0,80
Uzmana ya da hastaneye sevkten beklemeniz gerekenler konusunda sizi hazırlaması	120	1	5	3,57	0,72
Doktor dışı personelin yardımı	120	1	5	3,71	0,94
Size uygun zamanlara randevu alabilmeniz	120	2	5	3,67	0,68
Muayenehaneye telefonla ulaşabilmeniz	120	1	5	3,28	0,90
Doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz	120	1	5	3,14	0,97
Bekleme odasında harcadığınız zaman	120	1	5	3,65	0,89
Acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunması	120	1	5	3,99	0,88

tarafından ifadelere minimum 1 (çok kötü) ile maksimum 5 (çok iyi) arasında puan verilmiştir. “İşini tam yapması” ve “Tavsiyelerine uymanızın önemini kavramanıza yardımcı olması” ifadeleri için minimum puanı 3 (orta) oluşturmuştur. Çalışmamızda da standart sapma değerinin düşük olması (0,66-0,97 arasında) ile ifadelere verilen puanlar arası farklılığın çok olmadığı bulgusu elde edilmiştir. İfadelere göre verilen cevapların ortalamalarının genel olarak 3,5 ile 4,5 arasında olduğu görülmektedir. Değerlerin bu şekilde olması, cevapların orta- iyi- çok iyi seçeneklerinde seyir izlediğini göstermektedir. Buna göre en olumlu cevap 4,37 değerindeki ortalama ile “Sizi muayene etmesi”; en olumsuz cevap ise 3,14 değerindeki ortalama ile “Doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz” ifadesidir.

Araştırmanın Hipotezlerine İlişkin Analizler

Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre aile hekimliği uygulamasından memnuniyetlerine

ilişkin bir farklılaşma olup olmadığı “Independent Samples Test” (Bağımsız t- test) ve “One Way Anova” (Tek Yönlü Varyans Analizi) ile analiz edilmiştir. Hipotezlerin test edilmesi sürecinde istatistiksel anlamlılık değeri $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Bireylerin cinsiyeti, medeni durumu ve ikamet yeri değişkenleri ile memnuniyet düzeyleri arasındaki farklılığı araştırmak amacıyla bağımsız grup t-testi gerçekleştirilmiştir. Analizlerin sonucuna göre bireylerin aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyleri ile cinsiyetleri ($p=0,11 > 0,05$), medeni durumları ($p=0,66 > 0,05$) ve ikamet yerleri ($p=0,12 > 0,05$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Katılımcıların yaşı, eğitim durumu, mesleği ve gelir durumu değişkenleri ile memnuniyet düzeyleri arasındaki farklılığı saptamak için ise tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır. Analizlerin sonucuna göre bireylerin aile hekimliği uygulamasından

memnuniyet düzeyleri ile yaşları ($p=0,26>0,05$), eğitim durumları ($p=0,13>0,05$), meslekleri ($p=0,07>0,05$) ve gelir durumları ($p=0,25>0,05$) arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Yapılan analizlerin sonucuna göre ortaya konan hipotezlerin tümü kabul edilmiştir (Tablo 4).

TARTIŞMA

Aile hekimliği sisteminden memnuniyetin Eskişehir ili çerçevesinde değerlendirilmesinin amaçlandığı çalışmadan elde edilen sonuçlar bu alanda yapılan diğer çalışmaların sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Çalışmamızda, EUROPEP-TR ölçeğine ilişkin yapılan analiz sonucunda “çok iyi” ve “iyi” işaretlemelerinin toplanması ile belirlenmiş en yüksek puan verilen ifadeler %90,84 ile “Sizi dinlemesi”, %87,5 ile “Sizi muayene etmesi” ve %82,5 ile “Kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması” ifadeleri olmuştur. En düşük puan verilen ifadeler ise “çok kötü” ve “kötü” yanıtlarının toplanması ile oluşturulmuş ve bu ifadeler %23,34 ile “Doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz”, %20 ile “Muayenehaneye telefonla ulaşabilmeniz” şeklindedir. Literatür incelendiğinde, aynı ölçek ile gerçekleştirilen çalışmaların bulgularının,

araştırmamızın bulgularıyla paralellik taşıdığı görülmektedir. Çubukçu'nun Samsun ili örnekli çalışmasında en yüksek puan verilen ifade (%32,8) “iyi” ve (%56) “çok iyi” yanıtlarının toplamı olarak %89,7'lik bir oranla “Sizi dinlemesi” ifadesidir. Bu ifadeyi sırasıyla “Sorularınızı ona söylemenizi kolaylaştırması, Kayıt ve bilgilerini gizli tutması” takip etmektedir. Aynı çalışmada en düşük puan verilen ifade ise (%42,1) “çok kötü” ve (%10,3) “kötü” yanıtlarının toplamı olarak %52,4 ile “Sağlık merkezine telefonla ulaşabilmeniz” ifadesidir (31). Özdemir'in Kilis'te yapmış olduğu çalışmada ise en yüksek puan verilen ifade “Sizi muayene etmesi” iken “Kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması, İşini tam yapması, Sizi dinlemesi” de diğer yüksek puan alan ifadeler arasındadır; bu çalışma ile birlikte Baltacı ve arkadaşlarının çalışmalarında en düşük puan verilen ifadeler “Doktorunuza muayenehaneye telefonla ulaşabilmeniz” ifadeleridir (15,32). Öztürk ve arkadaşlarının Kayseri'de yapmış olduğu çalışmada, Özaras ve Dil'in Çankırıda yapmış olduğu çalışmada, Edirne'nin Vanda yapmış olduğu çalışmada ve Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü'nün 2012-2013 yılları arasında hem Türkiye çapında hem de Eskişehir özelinde yaptığı araştırmada

Tablo 4. Hasta Memnuniyetinin Demografik Özelliklere Göre İncelenmesi

Sosyo-Demografik Özellikler		N	Ortalama	Standart Sapma	F	P
Cinsiyet	Kadın	70	3,85	0,52	1,03	0,11
	Erkek	50	3,74	0,49		
Yaş	18-25 yaş	21	3,75	0,6	1,36	0,26
	26-40 yaş	32	3,83	0,45		
	41-60 yaş	48	3,74	0,5		
	61 yaş ve üzeri	19	4,01	0,51		
Medeni Durum	Evlü	80	3,82	0,53	0,99	0,66
	Bekâr	40	3,78	0,48		
Eğitim Durumu	Okuryazar Değil	4	4,36	0,34	1,93	0,13
	İlkokul-Ortaokul	14	3,8	0,44		
	Lise	53	3,83	0,44		
	Lisans ve üstü	49	3,74	0,59		
Meslek	Ev hanımı	25	4,01	0,49	2,14	0,07
	Çiftçi/ Esnaf	21	3,76	0,43		
	Memur/ İşçi	23	3,72	0,51		
	Öğrenci	19	3,66	0,5		
	Emekli	26	3,75	0,57		
	İşsiz	6	4,2	0,29		
Gelir Durumu	0-1000 TL	4	3,95	0,54	1,39	0,25
	1001-2500 TL	55	3,82	0,48		
	2501-5000 TL	48	3,86	0,46		
	5001 TL ve üzeri	13	3,55	0,74		
İkamet Yeri	İl merkezi	87	3,86	0,47	0,02	0,12
	İlçe merkezi	33	3,23	0,54		

en yüksek ve en düşük puan verilen ifadeler çalışmamız bulguları ile paralellik taşımaktadır (33-36). Bu sonuçların aksine, Dağdeviren ve Aktürk ise çalışmasında “Merkeze telefon ile ulaşma” ifadesinin en yüksek puan verilen ifadeler arasında olduğu sonucuna ulaşmıştır (37). Genel bir değerlendirme yapıldığında, modelin “hasta ile kendine özgü görüşme süreci” bağlamında gizliliği esas aldığı, “ilk tıbbi temas noktasını oluşturma” ile muayeneleri gerçekleştirme açısından etkin olduğunu ve görüşmeler esasında hastanın sorunlarını acele etmeden anlatabildiğini göstermektedir. Aile hekimliği hizmetinin “sürekliliği” çerçevesinde ise, 24 saat sağlık hizmeti sunma sorumluluğunun çalışmamız örnek ili ile birlikte çoğu bölgede tam olarak yerleşmediği söylenebilir.

Literatürde, bireylerin sosyo-demografik özellikleri ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığına ilişkin çeşitli sonuçlar karşımıza çıkmaktadır. Araştırmada, katılımcıların cinsiyeti ile memnuniyet düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p=0,11>0,05$) sonucuna ulaşılmıştır. Kızıl ve arkadaşlarının Yalova’da yapmış olduğu araştırma ($p=0,300>0,05$) bulgumuzu desteklerken; Gümüşhanede EUROPEP ölçeği ile yapılan çalışmada ise farkın istatistikî açıdan anlamlı olduğu ($p=0,03<0,05$) ve kadın katılımcıların memnuniyetlerinin daha yüksek olduğu ortaya konmuştur (38,39). Kadınların memnuniyetlerinin daha yüksek olması, aile hekimliğinin sunduğu bebek-izlem, gebe-izlem, aşılama vb hizmetlerden kadınların daha alakadar olmasından kaynaklanabilir. Eskişehir ili çerçevesinde bu unsur memnuniyete etki etmemektedir. Araştırmamızda, yaş grupları ile memnuniyet arasında önemli bir farklılığa rastlanmamıştır ($p=0,26>0,05$). Özdemir’in çalışması ile Mete ve arkadaşlarının çalışması yaşın yükseldikçe verilen memnuniyet puanlarında artış olduğunu fakat anlamlı bir fark bulunmadığını; Akıllı ve Genç’in çalışması ($p=0,00<0,05$) ile Nazlı ve arkadaşlarının çalışması ise farklılığın oluştuğunu ortaya koymuştur (15,40-42). Bu farklılık yaşın yükseldikçe aile sağlığı merkezine yapılan ziyaretlerin artmasından, ulaşımın kolaylığından, ilaç yazdırma sıklığından ve hekimin kişiye özel hizmet sunumunun ileri yaştaki bireyleri tatmin etmesinden doğabilir; ancak Eskişehir ilinde yaş değişkeni memnuniyeti belirleyici nitelikte değildir. Çalışmada, bireylerin evli ya da bekâr olması hasta memnuniyetine etkisi açısından anlamlı düzeyde değişiklik arz

etmemekte ($p=0,66>0,05$) ve birçok araştırmada bu sonucu desteklemektedir (13,31,38,28). Literatürde, eğitim seviyesinin yükselmesi ile beklentinin artacağı ve memnuniyetin azalacağı öngörülmektedir (25). Karadağ’ın çalışması ile Akıllı ve Genç’in çalışması bu sonucu doğrular niteliktedir (24,41). Çalışmamızda ise eğitim seviyesinin memnuniyet düzeyi üzerindeki etkisi anlamlı değildir ($p=0,13>0,05$). Eskişehir’de eğitim seviyesinin cinsiyet ayırt etmeden üst sıralamalarda yer alması memnuniyet araştırmasında anlamlı bir farklılığın oluşmasını engellemiş olabilir (43). Özaras ve Dil’in çalışması ile Kızıl ve arkadaşlarının ($p=0,297>0,05$) çalışması da bulgumuz ile paralellik taşımaktadır (34,38). Çalışmada, mesleğin memnuniyete etkisi araştırıldığında anlamlı bir fark olmadığı ($p=0,07>0,05$) sonucuna ulaşılmıştır. Söyleyici’nin çalışmasında da mesleğin anlamlı farklılık oluşturmadığı ($p=0,098>0,05$) sonucuna ulaşılmış; Karadağ ile Nazlı ve arkadaşlarının çalışmasında ise araştırmamızın aksine meslek değişkenine göre anlamlı farklılık bulunmuştur (44,42,24). Bu farklılık çalışan kesimin, ev hanımı ve emeklilere göre daha az memnuniyet duymalarından kaynaklanmaktadır. Bireylerin gelir durumları ile birlikte refah seviyesinin yükselmesi beklentilerin artmasına ve aynı sebeple memnuniyetin düşmesi ile sonuçlanabilmektedir. Soysal ve arkadaşlarının Diyarbakır’da gerçekleşen çalışması ($p=0,05<0,05$) bu düşüncüyü doğrulamaktadır (13). Öztürk ve arkadaşları ise bu düşüncenin aksine, çalışmalarında, ekonomik durumu düşük olanların memnuniyetlerinin anlamlı olarak düştüğü sonucunu elde etmişlerdir (33). Çalışmamızda ise bireylerin gelir durumu ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı ($p=0,25>0,05$) sonucuna ulaşılmıştır. Cengiz’in Edirne örnekli çalışması ($p=0,606>0,05$) ile Akıllı ve Genç’in Şanlıurfa örnekli çalışması da ($p=0,244>0,05$) bulgumuzla aynı yönde sonuç vermiştir (28,41). Çalışmamızda farklılığın oluşmama sebebinin aile hekimliği hizmetinin ekonomik sınıf ayrımı gözetmeksizin her kesime ücretsiz verilmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Yapılan analiz sonucunda, ankete katılan bireylerin il ve ilçe bazında farklı yerlerde ikamet etmesi ile memnuniyeti arasında ilişki olmadığı ($p=0,12>0,05$) saptanmıştır. Söyleyici’nin çalışmasında ise kır-kent karşılaştırmasına göre memnuniyet düzeyi açısından istatistikî olarak anlamlı bir farklılaşma olduğu ($p=0,020<0,05$) tespit edilmiştir (44).

Bu sonucun Eskişehir ilinin ulaşım, coğrafya olanaklarının uygun olması ve gelişmişliğinden sağlandığı düşünülmektedir. Çalışmada, sosyo-demografik özellikler ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi arasında anlamlı farklılığın olmadığı saptanmıştır. Kızıl ve arkadaşları da çalışmamıza benzer şekilde sosyo-demografik hiçbir değişkenin memnuniyete etki etmediği sonucuna ulaşmıştır (38).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmanın yapıldığı örnekleme elde edilen bulgulara göre aşağıdaki sonuçlara ulaşılmış ve konu ile ilgili bazı öneriler sunulmuştur.

- ✓ Çalışmada aile hekimliğinde hasta memnuniyet düzeyinin ölçülmesi EUROPEP-TR anketinin Eskişehir ilinde uygulanması ile gerçekleşmiş olup sonuçları Türkiye için genellenemez. Birinci basamakta verilen hizmetlerin niteliğini arttırmak için memnuniyet ölçme çalışmaları Sağlık Müdürlüğü'nün koordinatörlüğünde planlı ve devamlı olarak gerçekleştirilmelidir. Denetim sağlanmalıdır.
- ✓ Çalışmaya katılanların çoğunu kadınlar, 41-60 yaş grubu aralığındakiler, evliler, lise ve üzeri mezuniyete sahip olanlar, emekliler ve ev hanımları, 1001-2500 TL arası gelire sahip olanlar ve il merkezinde yaşayanlar oluşturmaktadır.
- ✓ Çalışma sonucunda bireylerin yüksek puan verdiği "Sizi dinlemesi, Sizi muayene etmesi, Yeterli zamanın olması, İşini tam yapması," ifadeleri aile hekimliği uzmanlığının yaygınlaştırılması ile daha da etkin gerçekleşebilir. Bireysel hizmetin önem taşıdığı modelde aile hekimine ait kayıtlı kişi sayısının çokluğu, zaman ve ilgi açısından kaliteyi etkileyebilir. Bundan hareketle aile hekimliği birimlerinde görev yapan doktor ve yardımcı personel sayısının yeterli düzeye getirilmeli, tıp fakültelerinde aile hekimliği anabilim dallarının sayısı artırılmalıdır.
- ✓ Aile hekimliğinde güven ve gizlilik unsurlarının sağlanması "Kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması, Özel durumunuzla ilgilenmesi, Sorunlarınızı ona söylemenizi kolaylaştırması" ifadelerindeki memnuniyet derecelerinin artması ile gerçekleşir. Bu sebeple Aile hekimliği biriminde görev alan tüm sağlık çalışanlarının hasta psikolojisi, tutum, iletişim gibi unsurlarda gelişmesi adına rutin eğitimlere tabii tutulması gerekmektedir. Bireyler de alabilecekleri hizmet

ve model hakkında çeşitli eğitim ve seminerlerle bilinçlendirilmelidir.

- ✓ Uygulama asıl olarak koruyucu sağlık hizmetini ve sağlığın geliştirilmesini amaçlamaktadır. Hekimler bu doğrultuda sağlık koordinatörlüğünü üstlenir. Ancak çalışmada da yer verilen ifadelerden olan "doktora-muayenehaneye telefon ile ulaşabilme" aktif olarak kullanılmamakta, hizmet yalnızca muayenehane içinde sınırlı kalmaktadır. Özellikle kronik hastalarının ya da gebe izlem, bebek izlem süreci içinde olanların hekim ile iletişiminin sürekli olabileceği alternatifler oluşturulmalıdır. Böylelikle yüksek puan verilen "acil olan sorunlarda hızlı hizmet sunması" ifadesi de iletişim ağının artmasıyla ivme kazanacaktır.
- ✓ Çalışmada sosyo-demografik özelliklerin memnuniyete etki etmediği saptanmıştır. Bu sonuç ile Eskişehir ili genelinde kişiye ait faktörlerin memnuniyet düzeyinde belirleyici olmadığı, hizmetin bütünü'nün objektif biçimde değerlendirildiği sonucuna varılabilir.
- ✓ Çalışmada ikamet edilen il-ilçe ayırımında ki memnuniyette farklılık saptanmamıştır. Bu sonucun, Eskişehir ilinin ulaşım, coğrafya olanaklarının uygun olması ve gelişmişliğinden sağlandığı düşünülebilir. Gelişmemiş şehirlerdeki ilçe, köy, mezralarda ise sayılan olanakların yokluğu, eski uygulamada var olan sağlık evlerinin en yakın aile sağlığı merkezine bağlanarak sisteme entegre edilmesi ile kırsal farklılığının azalması ve uygulamanın bu alandaki amacına varılması sağlanabilir.
- ✓ Aile hekimliği uygulamasının temel taşlarından biri sevk zincirinin uygulanmasıdır. Ancak ülkemizde "Esnek Sevk Zinciri" olarak tabir edilen uygulama ile birey istediği basamaktan hizmet alabilmektedir. Caydırıcı olarak, kişinin sevk zincirini takip etmeden doğrudan diğer basamaklara başvurması ile ödeyeceği katılım payı daha yüksek olacaktır ki bu yalnızca maddi durumu düşük olan halkın kurum seçme hakkını kısıtlamaktadır. Aile hekimliğinin tamamlayıcı unsuru olan sevk zinciri maddesinin işlevlik kazanması gerekmektedir.
- ✓ Yapılan çalışmada Eskişehir ilinde uygulanmakta olan aile hekimliği uygulamasından genel olarak hastaların memnun oldukları sonucuna varılmıştır. Memnuniyetin yüksek olması, bireylerin beklentilerinin karşılanabildiğini,

bundan hareketle Eskişehir ilinde aile hekimliği hizmetlerinin başarılı olduğu ortaya çıkmıştır.

KAYNAKLAR

1. Merkouris, A., Ifantopoulos, J., Lanara, V., Lemomdou, C. (1999), Patient Satisfaction: A Key Concept for Evaluation and Improving Nursing Services, *Journal of Nursing Management*, 7(1): 19-28.
2. T.C. Sağlık Bakanlığı (2012), Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2011), Sağlık Bakanlığı, Ankara.
3. Grol, R., Wensing, M., Mainz, J., Ferreira, P.H., Hjortdahl, P., Olesen, F., Ribacke, M., Spenser, T., Szecsenyi J. (1999), Patients' Priorities with Respect to General Practice Care: An International Comparison. European Task Force on Patient Evaluations of General Practice (EUROPEP), *Family Practice*, 16(1): 4-11.
4. Carr-Hill, R.A. (1992), The Measurement of Patient Satisfaction, *Journal of Public Health Med*, 3: 236-249.
5. T.C. Sağlık Bakanlığı (2003), Sağlıkta Dönüşüm, Ankara.
6. Öztekin, Z. (2009), Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Aile Hekimliği, *Hacettepe Tıp Dergisi*, 40: 6-12.
7. Ateş, M. (2013), Sağlık Hizmetleri Yönetimi, Beta Yayınları, İstanbul.
8. T.C. Sağlık Bakanlığı. Aile Hekimliği Nedir, Erişim Tarihi: 10.02.2017, <http://www.tahud.org.tr/p/aile-hekimligi-nedir.html>.
9. Resmi Gazete (2003), Aile Hekimliği Kanunu, Tarih: 09.12.2004, Sayı 25665.
10. İlgün, G., Şahin, B. (2016), Aile Hekimliği Çalışanlarının Aile Hekimliği Uygulaması Hakkındaki Görüşlerinin İncelenmesi, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 19(2): 115-130.
11. WONCA EUROPE (2002), Aile Hekimliği/ Genel Pratisyenlik Avrupa Tanımı, Barcelona.
12. Ünal, P. (2004), Aile Hekimliğinin Tanımı ve Temel İlkeleri, T.C. Sağlık Bakanlığı, Aile Doktorları İçin Kurs Notları, 11-17.
13. Soysal, A., Kıracı, R., Alu, A. (2016), Türkiye'de Aile Hekimliği Sistemi Ve Diyarbakır Halkının Aile Hekimliği Sistemine Olan Memnuniyet Ölçüleri, *Dicle Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 6(10): 76-89.
14. Dikici, M.F., Kartal, M., Alptekin, S., Çubukçu, M., Ayanoğlu, A.S. ve Yarış, F. (2007), Aile Hekimliğinde Kavramlar, Görev Tanımı ve Disiplininin Tarihçesi, *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 27: 412-418.
15. Özdemir, A. (2012), Sağlıkta Dönüşüm Programında Aile Hekimliği Uygulaması ve Hasta Memnuniyet Düzeyi: Kilis Örneği. Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Denizli.
16. Resmi Gazete (2013), Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, Tarih: 25.01.2013, Sayı 28539.
17. T.C. Sağlık Bakanlığı (2004), Aile Hekimliği Türkiye Modeli, Sağlık Bakanlığı, Ankara.
18. T.C. Sağlık Bakanlığı. Toplum Sağlığı Merkezi, Erişim Tarihi: 20.02.2017, <http://ailehekimligi.gov.tr/toplum-sal-merkezi.html>.
19. Tengilimoğlu, D., Akbolat, M., Işık, O. (2015), Sağlık İşletmeleri Yönetimi, Nobel Yayınları, Ankara.
20. Kavuncubaşı, Ş. (2000), Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Siyasal Kitabevi, Ankara.
21. Yılmaz, M. (2001), Sağlık Bakım Kalitesinin Bir Ölçütü: Hasta Memnuniyeti, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 5(2): 69-74.
22. Yıldız, S., Yıldız, S.E. (2011), "Hizmet Kalitesinin Müşteri Memnuniyetine Etkisi: Kars'taki Devlet ve Üniversite Hastaneleri'nde Bir Araştırma, Bilgi Ekonomisi ve Yönetimi Dergisi, 6(2): 125-140.
23. Taşlıyan, M., Gök, S., (2012), Kamu ve Özel Hastanelerde Hasta Memnuniyeti: Kahramanmaraş'ta Bir Alan Çalışması, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İİBF Dergisi, 2(1): 69-94.
24. Karadağ, Z. (2007), Aile Hekimliği Uygulamasının Müşteri/Hasta Memnuniyetine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
25. Özer, A., ve Çakıl, Enver (2007), Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler, *Tıp Araştırmaları Dergisi*, 5(3): 140-143.
26. Dinç, D., Ünal, P.C., Topsever, P., Özyavaş, S. (2009), Hasta Memnuniyeti ve Yönetim Sistemi: Çözüm Ortağı Hekim, *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 13(2): 93-98.
27. Akbaş, E. (2014), Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti ve Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler: Manisa Merkezefendi Devlet Hastanesi Örneği. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
28. Cengiz, R. (2014), Aile Hekimliği Uygulaması ve Hasta Memnuniyeti: Edirne İl Merkezi Örneği. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
29. Aktürk, Z., Dağdeviren, N., Şahin, M.E., Özer, C., Yaman, H., Göktaş, O., Filiz, M.T., Topsever, P., Onganer, E., Aydın, S., Yarış, F., Maraş, İ. (2002), "Hastalar Hekimi Değerlendiriliyor: EUROPEP Ölçeği", *DEU Tıp Fakültesi Dergisi*, 16(3): 153-160.
30. İslamoğlu H.A., Alniçak, Ü. (2014), Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri, Beta Basım Yayım Dağıtım, İstanbul.
31. Çubukçu, M. (2008), Samsun'da Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarına Başvuran Hastalarda Memnuniyetin Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Samsun.
32. Baltacı, D., Kara, İ.H., Bahçebaşı, T., Sayın, S., Yılmaz, A., Çeler, A. (2011), Düzce İlinde Birinci Basamakta Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Aile Hekimi ve Muayenehanesi Hakkındaki Görüşlerinin Belirlenmesi: Pilot Çalışma, *Konuralp Tıp Dergisi*, 3(2): 9-15.
33. Öztürk, A., Şağiroğlu, M., Gün, İ., Balcı, E. (2012), Kayseri'de Aile Hekimliği'ne Başvuru Durumu ve Memnuniyet Düzeyi, 15. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Bursa, 179-181.
34. Özaras, G., Dil, S. (2011), Çankırı'da Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran Bireylerin Memnuniyet Durumlarını Etkileyen Sosyo-demografik, Çevresel ve Psikososyal Faktörlerin İncelenmesi, *Çankırı Karatekin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 6(2): 389-404.
35. Edirne, T., Kuflaşlan, A.D., Atmaca, B. (2009), Van İlinde Birinci Basamak Hasta Memnuniyeti: Anketeye Dayalı Kesitsel Çalışma, *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 13(3): 137-147.
36. T.C. Sağlık Bakanlığı (2012), Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti, Sağlık Bakanlığı, Ankara.
37. Dağdeviren N., Aktürk Z. (2004), An Evaluation of Patient Satisfaction in Turkey with the EUROPEP Instrument, *Yonsei Med J*, 45(1): 23-28.
38. Kızıl, C., Akman, V., Öztürk, S., (2015), Aile Sağlığı Merkezinden Hizmet Alan Hastaların Hasta Memnuniyet Düzeylerinin Belirlenmesi: Yalova İli Örneği, *Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 8(2): 6-31.
39. Bostan, S., Havvatoğlu, K. (2014), EURPEP Aile Hekimliği Memnuniyeti Ölçeğine Göre Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 3(4): 1067-1078.
40. Mete, B., Pehlivan, E., Tekin, Ç., Nacar, E., Ünver, E. Baran, A. (2015), Malatya İl Merkezinde Aile Hekimliği Hizmetinden Yararlanan Yetişkinlerin Memnuniyet Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler, *Medicine Science*, 4(4): 2721-2731.
41. Akıllı, A., Genç, M. (2007), Şanlıurfa İli Bozova İlçesi Merkez Sağlık Ocağına Başvuran Hastaların Sağlık Hizmetlerini Kullanma Durumu ve Etkileyen Faktörler, *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 14(2): 95-99.
42. Nazlı, Ş., Alparslan, Ö., Nurhan, D., Atilla, E., Selim, K.H. (2014), Afyonkarahisar İl Merkezinde Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti Araştırması, *Journal of Clinical and Analytical Medicine*, 5(1): 29-34.
43. Kabalıcı, M., Metin, G. (2011), İl ve Bölgelere Göre Eğitim Düzeyi Göstergeleri, Erişim Tarihi: 15.12.2017, http://tucaum.ankara.edu.tr/wp-content/uploads/sites/280/2015/08/sem7_34.pdf.
44. Söyleyici, T. (2010), Aile Hekimliği Uygulamasında Hasta Memnuniyet Düzeyi: Denizli Uygulaması. Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Denizli.

Araştırma / Research Article



Hemşirelerinin eleştirel düşünme eğilimleri: Bir eğitim ve araştırma hastanesi örneği

Critical thinking trends of nurses: An example of a training and research hospital

Füsun Afşar¹, Asibe Özkan², Ali Arslanoğlu¹

¹Sultan Abdulhamid Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, Türkiye
²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hemşirelik fakültesi, İstanbul, Türkiye

Anahtar Kelimeler:
Eleştirel Düşünme Eğilimi, Hemşirelik, Analitik Düşünme

Key Words:
Critical Thinking Tendency, Nursing, Analytical Thinking

Yazışma Adresi/Address for correspondence:
Füsun Afşar,
Sultan Abdulhamid Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, Türkiye
fusun.af@gmail.com

Gönderme Tarihi/Received Date:
19.02.2018

Kabul Tarihi/Accepted Date:
19.03.2018

Yayımlanma Tarihi/Published Online:
31.03.2018

DOI:
10.5455/sad.13-1521054744

ÖZET

Giriş: Modern hemşirelik anlayışı gelişmelere ve yeniliklere kolaylıkla uyum sağlayabilmeyi, bilgiyi aramayı, sorgulamayı, sorunlara çözüm getirebilmeyi ve eleştirel düşünmeyi gerektirir. Eleştirel düşünme; araştırma, sezgi, mantık ve deneyime dayanan, evrensel değerleri olan bir süreçtir ve hasta bakımını potansiyel olarak etkilemektedir. **Amaç:** Bu çalışma, bir eğitim ve araştırma hastanesi hemşirelerinin Eleştirel Düşünme Eğilimleri, bu eğilimi etkileyen faktörlerin tespit edilerek düzenleyici ve geliştirici çalışmalara ışık tutması amacı ile yapılmıştır. **Gereç-yöntem:** Tanımlayıcı ve analitik tipteki çalışmanın örneklemini 2014 yılı Haziran ayında bir eğitim ve araştırma hastanesinde fiili olarak çalışan ve çalışmaya katılmaya gönüllü 106 hemşire oluşturmuştur. Veriler 'Tanıtıcı Bilgi Formu' ve 'Kalifornia Eleştirel Düşünme Eğilimi Ölçeği' kullanılarak toplanmıştır. Veriler, Independent-Samples T Testi, Oneway (ANOVA) testleri ile değerlendirilmiştir. **Bulgular:** Hemşirelerin yaş ortalamalarının 29.39, % 42.5'inin Lisans mezunu olduğu, %24.5'inin KVC YBÜ'nde çalıştığı, %23.9'unun kurum dışında bir defa, %28.3'ünün kurum içinde en az bir defa hizmet içi eğitime katıldığı ve Eleştirel Düşünme Eğilimleri ölçek puan ortalaması 218.188 olarak saptandı. **Sonuç:** Bir eğitim ve araştırma hastanesi hemşirelerinde eleştirel düşünme eğilim puanlarının acil servis hemşireleri daha yüksek olduğu ve mesleki yayın takibi-bilimsel çalışmaların hemşirelerde eleştirel düşünme eğilimini olumlu yönde etkilediği saptanmıştır.

ABSTRACT

Introduction: The modern nursing understanding requires ability to easily adapt to the improvements and innovations in nursing, to search and question the knowledge, to be able to address problems and also critical thinking. Critical thinking is a process which includes research, intuition, logic and experience with universal values and potentially affect patient care. **Aim:** The aim of this study was to identify the Critical Thinking Disposition of Nurses in a research and training hospital and the factors that affect their disposition and to guide regulatory studies and improvements. **Methods:** This descriptive and analytical study included 106 nurses who were actively working in June 2014 and volunteered to participate. Data were collected by 'Descriptive Characteristics Questionnaire' and 'California Critical Thinking Disposition Inventory (CCTDI)' and analysed by Independent-Samples T Test and Oneway (ANOVA). **Results:** The mean age of nurses was 29.39 years. 42.5% of nurses had under graduate degree, 24.5% worked in cardio vascular surgery intensive care unit, 23.9% attended in-service training at least once outside this hospital and 28.3% attended in-service training at least once in this hospital. The mean critical thinking scores was found to be 218,188. **Conclusion:** The critical thinking disposition scores of emergency room nurses was higher than the others. Literature follow-up and scientific studies were found to affect the critical thinking dispositions positively.

GİRİŞ

Değişen ve gelişen bilim ve teknolojiye paralel olarak hemşirelik uygulamalarının kapsamı ve niteliği toplumların değişen gereksinimlerinden etkilenmiştir. Toplumsal dinamikler, sağlık bakım hizmetleri ve sağlık politikaları değişen modern bir hemşirelik anlayışını gerektirmektedir. Modern hemşirelik anlayışı gelişmelere ve yeniliklere kolaylıkla uyum sağlayabilmeyi, bilgi aramayı, sorgulamayı, eleştirel düşünme, sorunlara çözüm getirebilmeyi, dolayısıyla ile yaratıcı düşünceler üretebilmenin yanı sıra

dünyadaki diğer meslektaşları ile her türlü iletişimi kurabilmeyi ve entelektüel gelişimlerini sürdürerek toplumsal duyarlılığa sahip olmayı gerektirmektedir (2,9,11,12).

Eleştirel düşünme, karar verme sürecini etkileyen önemli bir özellik olarak düşünüldüğünde hemşirelik uygulamalarında tanı koyma ya da çözüm yollarını belirlemede, bağımlı-bağımsız karar verme, karşılaştığı durumlar ile ilgili analiz-sentez yapabilme, neden-sonuç ilişkileri kurabilme, doğru ve hızlı karar verme gibi sürecin tüm aşamalarında önemli bir kavramdır

(4). Sağlık çalışanları kompleks sağlık sorunu olan hasta ve ailelerinin gereksinimlerini karşılamak ve bakım ile ilgili gereksinimlerini karşılamak ve bakım ile ilgili rasyonel karar vermek için eleştirel düşünme becerisine sahip olmalıdır. Hemşirelik bakımının içeriğine ve niteliğine dinamiklik kazandıran eleştirel düşünme becerisi; hizmette kaliteyi, etkinliği ve yeterliliği, meslekte profesyonelliği, otonomi ve güç sahibi olumlu yönde etkileyebilmektedir (6,8,15). Bu çalışma, Göğüs Kalp Damar Cerrahi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hemşirelerinin Eleştirel Düşünme beceri düzeyleri ve bu düzeyi etkileyen faktörlerin tespit edilmesi amacı ile yapılmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM:

Araştırmanın Tipi, Evren ve Örnekleme

Tanımlayıcı tipteki çalışmanın evrenini 2014 yılı Haziran ayında Göğüs Kalp Damar Cerrahi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde fiili olarak çalışan 364 hemşire oluştururken; örneklemini çalışmaya katılmaya gönüllü olan 106 hemşire oluşturmuştur.

Veri Toplama Araçları

Veriler; 'Tanıtıcı Bilgi Formu' ve 'California Eleştirel Düşünme Eğilimi Ölçeği' (CCTDI) kullanılarak toplanmıştır.

Tanıtıcı bilgi formu; katılımcıların sosyo-demografik özelliklerini içeren 5 madde ve mesleki özelliklerini içeren 20 maddeden oluşmaktadır. Bu form güncel literatür bilgilerinden yararlanarak araştırmacılar tarafından hazırlanmıştır.

'California Eleştirel Düşünme Eğilimi Ölçeği' (CCTDI); 1990 yılında Amerikan Felsefe Derneği'nin düzenlediği Delphi projesinin bir sonucu olarak ortaya çıkan ve P.A. Facione ve N. Facione tarafından 1992 yılında geliştirilen bu ölçek, 51 madde ve doğruyu arama, açık fikirlilik, analitiklik, sistematiklik, kendine güven, meraklılık olmak üzere altı alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçek 6'lı Likert tipinde olup "Hiç katılmıyorum ifadesine: 1", "Katılmıyorum ifadesine: 2", "Kısmen katılmıyorum ifadesine: 3", "Kısmen katılıyorum ifadesine: 4", "Katılıyorum ifadesine: 5", "Tamamen katılıyorum ifadesine: 6" puan verilerek değerlendirilmiştir. Puanlama sonucunda 240'ın altında puan alanların düşük, 240-300 arasında puan alanların orta ve 300'ün üzerinde puan alanların ise yüksek eleştirel düşünme beceri düzeyine sahip oldukları kabul edilir. Türkçe uyarlaması Kökdemir (2003) tarafından yapılan ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0.88 olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada da α değeri .715 olarak bulunmuştur.

Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırma bilimsel ilkeler ve evrensel etik ilkelere uygun olarak yürütülmüştür. Araştırmanın yürütülebilmesi için öncelikle Göğüs Kalp Damar Cerrahi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Bilimsel Kurulu'ndan ve yönetiminden yazılı izin alınmıştır. Ayrıca çalışmaya katılan tüm hemşirelere bilgilendirilmiş onam formu imzalatılmıştır.

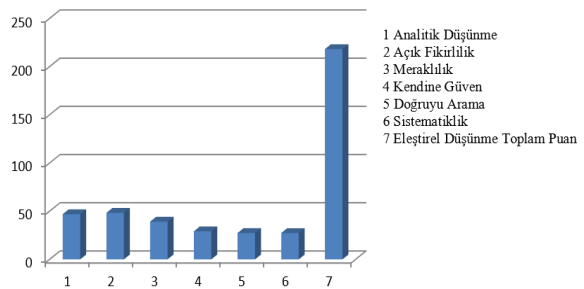
Verilerin Değerlendirilmesi

Sosyo-demografik ve mesleki özellikler yüzdelik sayılar ve ortalamalar şeklinde verilmiştir. Karşılaştırmalı istatistiksel analizlerde Independent-samples T testi ve tek yönlü varyans (One way ANOVA) analizi kullanılmıştır.

BULGULAR

Araştırmaya katılan hemşirelerimizin yaş ortalamalarının $29.39 \pm 8,9$, %89.6'sının bayan, %53.8'inin bekâr, %70.8'inin çocuğunun olmadığı, %90.6'sının gelirini yetersiz bulduğu, % 42.5'inin lisans mezunu olduğu, %24.5'inin KVC YBÜ'nde çalıştığı, %23.9'unun kurum dışında bir defa, %28.3'ünün kurum içinde en az bir defa hizmet içi eğitime katıldığı saptandı.

Hemşirelerin mesleki özelliklerine göre dağılımı incelendiğinde; %37.7'si mesleğinin ilk beş yılında ve %33.2'si beş yıldan daha kısa süredir kurumda çalıştığı, %70.8'inin hemşirelik mesleğini isteyerek yapmakta ve %85.8'inin vardiya olarak çalıştığı belirlendi. %50.9'u bağımsız uygulamalarını kısmen yerine getirdiğini ifade etmekte, %23.9'u kurum dışında düzenlenen bilimsel programlara en az bir defa katılmış, %47.2'sinin Sağlık Bakanlığı Yoğun Bakım ve Acil Hemşireliği Sertifikası almış, %67'sinin kurumdaki bilimsel komite hakkında bilgisi yok, %72.6'sının etik kurullara ilişkin bilgisi yok ve %32'sinin dernek üyeliği bulunmaktadır. %52.8'i bazen bilimsel yayınları takip etmektedir.



Grafik 1: Hemşirelerin Eleştirel Düşünme Eğilimi Alt Ölçek Puanları ve Toplam Puan Ortalamaları

Grafik 1’de Hemşirelerin Eleştirel Düşünme Eğilimi alt boyut ve toplam puan ortalamaları verilmiştir. Hemşirelerin eleştirel düşünme eğilimi toplam puanı 218.18 ± 23.0 olarak saptanmıştır. Hemşirelerin eleştirel düşünme alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; alt ölçekler için sırası ile Analitik Düşünme; 46.84 ± 7.43 , Açık Fikirlik; 48.33 ± 6.62 , Meraklılık; 39.18 ± 7.09 , Kendine Güven; 29.15 ± 5.33 , Doğruyu Arama; 27.39 ± 5.21 , Sistematiçlik; 27.33 ± 5.54 olarak bulunmuştur.

Araştırmaya katılan hemşirelerin Eleştirel Düşünme Eğilimi ve alt boyut puan ortalamaları “Çalıştığı Birim” değişkenine göre incelendiğinde, Acil Serviste çalışan hemşirelerin Analitik düşünme 52.20 ± 5.84 , Açık fikirlik 54.20 ± 4.20 , Meraklılık 48.80 ± 4.68 , Kendine Güven 34.40 ± 4.72 , Sistematiçlik 30.40 ± 6.87 ve Eleştirel düşünme eğilimi 244.40 ± 13.64 puan ortalamalarının diğer birimlere göre daha yüksek olduğu;

Ameliyathanede çalışan hemşirelerin Doğruyu Arama 32.25 ± 3.20 puan ortalamalarının diğer birimlere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Birimler arasında Açık Fikirlik ($p=0.021$), Doğruyu Arama ($p=0.039$) ve Eleştirel Düşünme Eğilimi ($p=0.018$) puanı açısından istatistiksel olarak anlamlılık göstermektedir (Tablo 1).

Araştırmaya katılan hemşirelerin Eleştirel Düşünme Eğilimi ve alt boyut puan ortalamaları kurumda bulunan ‘Bilimsel Komite’ varlığını bilme durumuna göre incelendiğinde, Bilimsel Komite’nin kurumda bulunduğunu bilen hemşirelerin tüm alt boyut puan ortalamaları ve Eleştirel Düşünme Eğilimi puan ortalamaları ‘Hayır’ ve ‘Bilmiyorum’ cevabını verenlere göre daha yüksek olup, Sistematiçlik alt boyutu ($p=0.002$) ve Eleştirel Düşünme Eğilimi ($p=0.004$) puanı açısından istatistiksel olarak anlamlılık göstermektedir (Tablo 1).

Tablo 1: Hemşirelerinin Çalıştığı Birim, Etik Komite, Mesleki Dernek Üyeliği ve Bilimsel Yayın Takip Etme Durumlarına göre Eleştirel Düşünme Eğilimleri

	Analitik Düşünme	Açık Fikir	Meraklılık	Kendine Güven	Doğruyu Arama	Sistematiçlik	Eleştirel Düşünme Eğilimi
Çalıştığı Birim							
Kardiyoloji	45.14±5.68	46.18±5.19	37.14±6.85	28.14±5.08	26.07±5.34	25.77±4.51	209.11±19.16
KVC Katı	50.46±5.34	46.30±8.70	41.38±6.52	31.69±4.32	26.84±3.91	29.84±4.14	226.53±20.44
Koroner YB	47.90±15.76	47.45±6.89	37.81±8.68	29.36±5.27	26.45±3.26	25.00±5.23	211.27±30.05
KVC YB	44.88±5.21	49.42±5.65	39.30±5.25	28.42±5.96	29.00±5.30	28.30±5.92	219.34±23.80
Pediyatri YB	47.09±5.66	50.09±7.52	39.00±6.82	27.81±4.66	25.63±4.63	26.36±8.48	216.00±18.79
Acil	52.20±5.84	54.20±4.20	48.80±4.68	34.40±4.72	24.20±10.05	30.40±6.87	244.40±13.64
Ameliyathane	44.50±8.54	43.00±6.58	36.75±9.63	26.50±4.12	32.25±3.20	28.00±3.16	211.00±23.56
Pediyatri Katı	49.44±5.84	52.55±5.63	39.44±8.60	30.22±5.51	30.44±3.16	27.66±3.67	229.77±20.16
	F=1.575	F=2.500	F=2.077	F=1.686	F=2.218	F=1.393	F=2.563
	P=0.152	P=0.021	P=0.053	P=0.053	P=0.039	P=0.217	P=0.018
Bilimsel komite							
Evet	48,80±9.13	50,12±7.68	41,03±5.58	30,64±3.78	31,75±4.64	36,00±9.62	233,75±25.15
Hayır	46,00±6.05	49,75±5.12	40,25±4.42	30,00±2.82	28,4±5.02	28,25±4.83	227,87±22.14
Bilmiyorum	46,11±6.57	47,46±6.08	38,32±7.67	28,45±5.88	26,70±5.19	26,45±5.16	213,08±21.78
	F=1.460	F=1.873	F=1.638	F=1.911	F=2.699	F=6.918	F=5.917
	P=0.237	P=0.159	P=0.199	P=0.153	P=0.072	P=0.002	P=0.004
Mesleki Dernek Üyeliği							
Evet	49,38±9.27	47,38±6.19	40,70±6.51	29,76±6.22	26,85±4.67	26,70±5.71	220,82±23.26
Hayır	45,72±6.11	48,77±6.80	38,47±7.28	28,86±4.87	27,65±5.46	27,63±5.70	216,94±22.93
	T=2.420	T=1.013	T=1.522	T=0.813	T=0.735	T=0.807	T=0.809
	P=0.017	P=0.313	P=0.131	P=0.418	P=0.464	P=0.421	P=0.420
Bilimsel yayın takibi							
Evet	48.90±9.79	48.13±7.23	41.50±5.99	30.80±4.85	28.46±4.81	29.03±6.68	225.83±23.32
Hayır	43.15±4.96	49.50±4.94	33.50±6.69	25.35±5.41	25.75±4.94	26.10±4.96	204.25±20.23
Bazen	47.16±6.24	48.00±6.84	39.98±6.81	29.62±4.98	27.41±5.44	26.87±4.11	219.07±21.87
	F=3.865	F=0.418	F=9.767	F=7.575	F=1.648	F=2.142	F=5.869
	P=0.024	P=0.660	P=0.000	P=0.001	P=0.198	P=0.123	P=0.004

Araştırmaya katılan hemşirelerin Eleştirel Düşünme Eğilimi ve alt boyut puan ortalamaları 'Mesleki Dernek Üyeliği' bulunma durumuna göre incelendiğinde, Mesleki Dernek Üyeliği bulunan hemşirelerin Analitik Düşünme 49.38±9.27, Meraklılık 40.70±6.51, Kendine Güvenme 29.76±6.22 ve Eleştirel Düşünme Eğilimi 220.82±23.26 puan ortalamalarının Mesleki Dernek Üyeliği bulunmayanlara göre daha fazla olup, Analitik Düşünme alt boyutu (p=0.017) açısından istatistiksel olarak anlamlılık göstermektedir (Tablo 1).

Araştırmaya katılan hemşirelerin Eleştirel Düşünme Eğilimi ve alt boyut puan ortalamaları 'Bilimsel Yayın Takip Etme' durumuna göre incelendiğinde, 'Bilimsel Yayınları Takip' eden hemşirelerin Analitik Düşünme 48.90±9.79, Meraklılık 41.50±5.99, Kendine Güvenme 30.80±4.85, Doğruyu Arama 28.46±4.81, Sistemantik Düşünme 29.03±6.68 ve Eleştirel Düşünme Eğilimi 225.83±23.32 puan ortalamaları 'Hayır' ve 'Bazen' cevabını verenlere göre daha yüksek olup, Analitik Düşünme (p=0.024), Meraklılık (p=0.000), Kendine Güvenme (p=0.001) ve Eleştirel düşünme Eğilimi (p=0.004) puanları açısından istatistiksel olarak anlamlılık göstermektedir (Tablo 1).

TARTIŞMA

Çalışmada Eleştirel Düşünme Eğilimi puan ortalaması 218.18±23.0 olarak saptanmıştır. Ölçekte 240'ın altında puan almanın düşük düzeyde eleştirel düşünme becerisine sahip olmak şeklinde yorumlandığı düşünüldüğünde, hemşirelerin aldıkları puan ortalamalarının da düşük düzeyde olduğunu söyleyebiliriz.

Eleştirel düşünme problem çözme, karar verme, çıkarımda bulunma, farklı düşünme, değerlendirici düşünme ve mantık kavramlarından oluşan bir bütündür (4). Literatürde bakım yönetiminden sorumlu olan hemşirelerin kanıta dayalı karar verme ve uygulama aşamalarında mesleki temel bilgi, beceri ve deneyimin yanı sıra eleştirel düşünme yeterliliği, eleştirel düşünme için gerekli olan tutumlar ve eleştirel düşünme standartlarının önemli olduğu bildirilmektedir (6,8,9,14) Literatürde yurt dışında Kalifornia Eleştirel Düşünme Eğilimi Ölçeği kullanılarak yapılan araştırmalarda hemşirelerin eleştirel düşünme eğilimlerinin orta düzeyde olduğu bildirilmektedir (12,16). Ancak, Ülkemizde gerek hemşirelik öğrencileri ile yapılan çalışmalarda (3,6,9,15) gerekse hemşireler ile yapılan çalışmalarda (1,13) Eleştirel Düşünme Eğiliminin orta ya da düşük düzeyde olduğu görülmektedir. Çalışmada Eleştirel Düşünme Eğilimi verilerimiz literatür ile paralellik göstermektedir. Bunun nedeni, ülkemizdeki hemşirelik eğitim sistemindeki farklılıklar, iş yoğunluğu,

kurumun işleyişi, rutini yerine getirme beklentisi, iş doyumsuzluğu, eleştirel düşünmeyi destekleyici ve uyarıcı yönetsel yaklaşımların sınırlı olması gibi faktörler olabilir (1,5).

Çalışmamızda Acil Serviste çalışan hemşirelerin Açık fikirlilik (p=0.021) ve Eleştirel düşünme eğilimi (p=0.018) puan ortalamalarının diğer birimlere göre daha yüksek olduğu; Ameliyathanede çalışan hemşirelerin Doğruyu arama (p=0.039) puan ortalamalarının diğer birimlere göre istatistiksel anlamlılık gösterecek şekilde yüksek olduğu saptanmıştır. Acil servise başvuran hasta profilinin hızlı sorgulama, çabuk karar verme ve uygulamayı gerektirmesi, hasta sirkülasyonunun hızlı olması nedeni ile çalışanlarda analitik düşünme, açık fikirlilik, meraklılık, kendine güven, sistemantiklik ve eleştirel düşünme puanlarının diğer birimlere göre yüksek olması ve eleştirel düşünme puanı açısından istatistiksel olarak anlamlılık göstermesi beklenen bir sonuçtur. Ameliyathane hemşireliğinin özel dikkat gerektirmesi ve sıfır hata payının bulunması nedeni ile Ameliyathane hemşirelerinde doğruyu arama puanının diğer birimlere göre yüksek olması ve istatistiksel olarak anlamlılık göstermesi (p<0.05) beklenen bir sonuçtur. Ülkemizde hemşirelerin Eleştirel Düşünme Düzeylerini belirlemeye yönelik yapılan çalışmalarda Acil Servis ve Ameliyathane hemşirelerinin Eleştirel Düşünme Düzeylerine ait bir bulguya rastlanmamaktadır.

Çalışmamızda 'Bilimsel Komite' varlığını bilen hemşirelerin tüm alt boyut puan ortalamaları ve Eleştirel Düşünme Eğilimi puan ortalamaları 'Hayır' ve 'Bilmiyorum' cevabını verenlere göre Sistemantiklik alt boyutu (p=0.002) ve Eleştirel Düşünme Eğilimi (p=0.004) puanı açısından istatistiksel olarak anlamlılık gösterecek şekilde yüksek olduğu saptanmıştır. Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde araştırma yapmak isteyen tüm sağlık çalışanlarının çalışmalarını Bilimsel Komiteye sunmaları ve olur almaları gerekmektedir. Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürlüğü tarafından hemşirelerden oluşan Kardiyovasküler Cerrahi ve Kardiyoloji çalışma grupları oluşturulmuş olup, bilimsel çalışma planlamak ve uygulamak konularında hemşireler desteklenmekte ve hastanemizde bilimsel çalışmalar ile ilgili oluşumlardan haberdar edilmektedir. Literatürde Sarioğlu 2009 yılında yaptığı çalışmada hemşirelerin bilimsel etkinliklere katılmadurumunu sorgulamış olup, kurum dışı bilimsel etkinliklere katılma durumunun eleştirel düşünme eğilim düzeyini etkilemediği, kurum içi etkinliklere katılmanın ise, hemşirelerde eleştirel düşünme eğilim düzeyini yükselttiği belirtilmektedir.

Çalışmamızda Mesleki Dernek Üyeliği bulunan

hemşirelerin Analitik Düşünme (p=0.017) ve 'Bilimsel Yayınları Takip' eden hemşirelerin Analitik Düşünme (p=0.024), Meraklılık (p=0.000), Kendine Güvenme (p=0.001) ve Eleştirel Düşünme Eğilimi (p=0.004) puanları ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlılık gösterecek şekilde yüksek olduğu saptanmıştır. Mesleki dernek üyeliği, kongre, sempozyum ve seminerlerin bilginin derlenmesi, toplanması, paylaşılması, yeniden üretilmesi ve yayılmasına olanak sağlayarak bireysel ve mesleki gelişime olanak sağladığı düşünülmektedir. Aynı zamanda Sarıoğlu tarafından 2009 yılında hemşireler ile yapılan çalışmada, bilimsel etkinliklere katılma durumunun eleştirel düşünme eğilim düzeyini arttırdığı belirtilmektedir.

SONUÇ

Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi hemşirelerinde eleştirel düşünme eğilim puanlarının acil servis dışında düşük düzeyde olduğu ancak mesleki yayın takibi ve bilimsel çalışmaların hemşirelerde eleştirel düşünme eğilimini olumlu yönde etkilediği saptanmıştır. Çalışma sonucunda ve ulusal literatür incelendiğinde; ülkemizde, hemşirelerde eleştirel düşünme eğilim düzeyi, diğer ülkelerden daha düşük olduğu söylenebilir. Günümüzde hemşirelerin, artık sadece söylenenleri yapan değil, aksine eleştirel düşünme ve karar verme becerilerini kullanarak sorumluluk alan sağlık profesyonelleri olmaları gerekmektedir. Bu nedenle eleştirel düşünme biçimine sahip hemşirelerin yetiştirilmesi için; hemşirelik eğitimi sırasında alınan dersler, hem müfredat olarak yeniden düzenlenmeli hem de ilgili oldukları disipline yönelik problem çözme ve eleştirel düşünme yöntemlerinden oluşmalıdır. Ayrıca yapılmış olan çalışmaların sonuçlarına göre, hasta bakımında hemşirelerin edindiği bu bilgileri kullanmaları ve eleştirel düşünme yetilerini geliştirmeleri için desteklenmeleri önemlidir. Bu açıdan, hemşirelerin eleştirel düşünmelerine fırsat sağlayacak kurumsal politikaların geliştirilmesi, mesleki eğitim etkinliklerine ve bilimsel faaliyetlere katılımlarının desteklenerek, onların eleştirel bakış açısı ve otonomilerini kazanmalarının sağlanması yararlı olabilir.

KAYNAKLAR

1. Arslan GG, Demir Y, Eser I, Khorshid L. (2009) Hemşirelerde Eleştirel Düşünme Eğilimini Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2009; 2:72-80
2. Çıtak EA, Uysal G. Kavram Analizi: Eleştirel Düşünme. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2012; 9(3):3-9
3. Dirimeşe E. Hemşirelerin ve öğrenci hemşirelerin eleştirel düşünme eğilimlerinin incelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 2006: 54-60
4. Drennan J. Critical thinking as an outcome of a Master's degree in Nursing programme. Journal of Advanced Nursing 2010; 66(2): 422-431
5. Eser İ, Khorshid L, Demir Y. Yoğun Bakım Hemşirelerinde Eleştirel Düşünme Eğilimi ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Dergisi 2007;11:13-22
6. Oermann M, Truesdall S & Ziolkowski L. Strategy to assess, develop and evaluate critical thinking. The Journal of Continuing Education in Nursing 2000; 31(4)
7. Özdemir, SM. (2005). Üniversite Öğrencilerinin Eleştirel Düşünme Becerilerinin Çeşitli Değişkenler Açısından Değerlendirilmesi. 01.06.2010, http://www.tebd.gazi.edu.tr/arsiv/2005_cilt3/sayı_3/297-316.pdf
8. Ozer, N. Kritik Düşünme. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu dergisi 2002; 5(2), 63-67
9. Özkahraman Koç, Yıldırım B. Eleştirel Düşünmeyi Hemşirelik Sürecinde Uygulama. Electronic Journal of Vocational Colleges 2013; 29-35
10. Öztürk N, & Ulusoy H. Lisans ve yüksek lisans hemşirelik öğrencilerinin eleştirel düşünme düzeyleri ve eleştirel düşünmeyi etkileyen faktörler. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2008; 1(1): 15-25.
11. Riddell, T. Critical assumptions; thinking critically about critical thinking. Journal of Nursing Education 2007; 46 (3): 121-127
12. Rodriguez G. Demographics and Disposition as Predictors of the Application of Critical Thinking Skills in Nursing Practice. Dissertation Abstracts International 2000; 62 (1).
13. Sarıoğlu, Ö, Usta YY. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde Çalışan Yoğun Bakım ve Servis Hemşirelerinin Eleştirel Düşünme Eğilimlerinin Karşılaştırılması, AİBÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Bolu, 2008
14. Vicdan, N, Özer Z. Yoğun Bakım Hemşirelerinde Önemli Bir Özellik: Eleştirel Düşünme. Türk Kardiyol Dern Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi 2011; 1(2):7-11
15. Zaybak A, Khorshid L. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Eleştirel Düşünme Düzeylerinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006; 22 (2): 137-146
16. Walsh CM, Hardy RC. Dispositional differences in critical thinking related to gender and academic major. J NutsEduc 1999;38: 149-55.

Kısa Derleme / Mini Review



Hemşirelik hizmetlerinde hasta güvenliği ve tıbbi hata (Malpraktis)

Patient safety in nursing services and medical error (Malpractices)

Bayram Metin

Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Hastane İşletmeciliği Bölümü, Yüksek Lisans Tez Öğrencisi, Ankara

Anahtar Kelimeler:
Tıbbi hata, Hasta Güvenliği, Hemşire

Key Words:
Medical errors, Patient Safety, Nurse

Yazışma Adresi/Address for correspondence:
Bayram Metin,
Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Hastane İşletmeciliği Bölümü, Yüksek Lisans Tez Öğrencisi, Ankara
bmetin4090@gmail.com

Gönderme Tarihi/Received Date:
02.03.2018

Kabul Tarihi/Accepted Date:
15.03.2018

Yayımlanma Tarihi/Published Online:
31.03.2018

DOI:
10.5455/sad.13-1522802534

ÖZET

Hasta güvenliğinin sağlanarak tıbbi hataların önlenmesi hem hasta hem de sağlık hizmeti sunanlar açısından önemlidir. Sağlık hizmeti sunumunda hasta güvenliğinin sağlanması için sağlık personeli ve hastaların işbirliği içinde hareket etmeleri gerekir. Tıbbi hatalar ancak bu şekilde engellenebilir. Bunun yanında eğitim ve bilinçlendirme çalışmalarını bu konularda ilerleme sağlanması için gereklidir. Özellikle hemşirelerin tıbbi hataların bildirimini konusunda hassas davranmaları ve görev bilinci ile hareket etmeleri çok önemlidir.

ABSTRACT

Prevention of medical errors by providing patient safety is important for both the patient and the healthcare providers. Health personnel and patients need to act in cooperation to provide patient safety in health care delivery. Medical errors can only be prevented in this way. Besides, education and awareness-raising activities are necessary for progress in these matters. It is especially important for nurses to be sensitive about the reporting of medical errors and to act with duty awareness.

GİRİŞ

Sağlık hizmeti sunumunda hasta güvenliği ve tıbbi hatalar konusunda farkındalık düzeyleri gün geçtikçe artmaktadır. Sadece sağlık profesyonelleri açısından değil diğer bireyler bakımından da bu konular önem arz etmektedir. Sağlık kurum ve kuruluşları bireylerin sağlıkları konusunda gerekli hasta güvenliği tedbirlerini alarak ve tıbbi hatalara sebebiyet vermeden her türlü imkanı sağlamak durumundadırlar. Tabii bu imkan ve kabiliyetlerin oluşturulabilmesi gerekli eğitimin verilmesi ile mümkün olabilir. İlerleyen teknolojik çalışmalar hasta güvenliği ve tıbbi hatalar konusundaki gelişmelerin de ön adımlarını oluşturur. Tıbbi hatalar nedeniyle birçok kişi zarar görmektedir. Bunun

engellenmesi ise tabii ki sağlık çalışanları ve sağlık kurumlarının alacağı tedbirler sayesinde mümkün olacaktır. Bu çalışmada hemşirelik hizmetlerinde hasta güvenliği ve tıbbi hatalar konusu irdelenecektir.

HASTA GÜVENLİĞİ KAVRAMI

Hasta güvenliği, sağlık hizmeti sunumu sırasında veya sonrasında ortaya çıkabilecek hataların engellenmesi veya azaltılmasıdır. The Institute of Medicine (IOM) hasta güvenliğini "hastalara olan zararın önlenilmesi" olarak tanımlamıştır (Aspden ve Corrigan, 2004). Hasta güvenliği kültüründe; hasta güvenliği ve hataların azaltılması başta gelen hususlardır. Hasta güvenliğinin sağlanmaması tıbbi hatalara davetiye çıkartır. Bu sadece

o hastaya değil sağlık sistemine de zarar verir. Çünkü oluşan hatalar sebebiyle sağlık harcamaları daha da artmakta ve sağlık hizmeti konusunda gerilemelere yol açmaktadır.

TIBBİ HATA KAVRAMI

Tıbbi hata (malpraktis), Latince kökenli “Male” ve “Praxis” kelimelerinden türemiş olup “hatalı uygulama” anlamına gelir. Sağlık hizmeti sunumunda yaşanan ve hasta güvenliğini tehdit eden olaylar, tıbbi hata ve hasta güvenliği konularında daha da geliştirilmesi gereken yönlerin olduğunu göstermektedir. Tıbbi hata kavramı da her ne kadar yeni bir kavram gibi görünse de kökeni eskilere dayanmaktadır. Tıbbi hata kavramıyla ilgili olarak, Sağlık Kuruluşları Akreditasyonu Ortak Komisyonu (The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations-JCAHO); “sağlık hizmeti sunan bir profesyonelin uygun ve etik olmayan bir davranışta bulunması, mesleki uygulamalarda yetersiz ve ihmalkâr davranması sonucu hastanın zarar görmesi” şeklinde bir tanımlama yapmıştır (Özata ve Altuncan, 2010:100, 111). Dünya Tabipler Birliği (DTB) ise malpraktisi “Hekimin tedavi sırasında standart güncel uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zarar” şeklinde tanımlamaktadır (Ertem, Oksel ve Akbıyık, 2009).

Tıbbi Hataların Türleri

Tıbbi hatalar, hata türüne göre ve kök nedenlerine göre sınıflandırmıştır. Hata türü açısından tıbbi hatalar; ilaç hataları, cerrahi hatalar, tanı koymada hatalar, sistem yetersizliğine bağlı hatalar ve diğer olarak sınıflandırılmıştır. Kök nedenlerine göre tıbbi hatalar ise; işe bağlı hatalar, ihmale bağlı hatalar, uygulamaya bağlı hatalar olarak sınıflandırılmıştır (Akalin, 2005). Başka bir ayrıma göre de tıbbi hatalar; ilaç hataları, hastane enfeksiyonları, düşmeler, iletişim eksikliğinden kaynaklanan hatalar, hastanın yetersiz izlenmesinden kaynaklanan hatalar, uygun olmayan malzeme kullanımına bağlı hatalar, hastada yabancı cisim unutulması, cerrahi hatalar olmak üzere ayrılmaktadır. Bu hataların çoğu önlenemez hatalardır. Örneğin ilaç hataları ile ilgili olarak, hastaya yanlış ilaç uygulanması veya etkileşimi olan ilaçların beraber verilmesi gibi hatalar sayıldığında bunların önlenmesi pek hala mümkündür.

Tıbbi Hataların Sebepleri

Hastalar ve sağlık çalışanları açısından tıbbi hatalar istenmeyen durumlardan oluşur. Tıbbi hata nedenleri arasında; girişim hataları, iletişim eksiklikleri ve kayıt hataları, yetki sınırlarının aşılması, aydınlatma ve onam eksikliği, hatalı karar, terk etme ve özen eksikliği

sayılmaktadır (Polat, 2005). Vincent’a göre, hasta güvenliğini tehdit eden tıbbi hata nedenleri şu şekilde sıralanmaktadır (Vincent, 2003:1051, 1056):

- “Hastaya ait faktörler (hastanın içinde bulunduğu durum, iletişim sorunları, kişilik yapısı ve sosyal faktörler),
- İşlemlerle ilgili faktörler (protokollerin olmaması, laboratuvar sonuçlarındaki yanlışlıklar yada sonuçların geç çıkması, bu sonuçların güvenilirliği ve doğruluğu),
- Hizmet sunana (sağlık çalışanı) bağlı faktörler (bilgi ve beceri eksikliği, motivasyon eksikliği, fiziksel veya mental sağlık),
- Ekip ile ilgili faktörler (hasta devri sırasında yazılı veya sözlü iletişim eksikliği, hasta bakımı sırasında yazılı veya sözlü iletişim eksikliği, ekip yapısı ve liderlik),
- İş çevresi ile ilgili faktörler (yönetimsel desteğin olmaması, ekipmanların yetersizliği ve dizaynının kullanışsız olması, işyükü ve çalışma saatlerinde kalıplar),
- Kurumsal çevre ile ilgili faktörler (kaynakların kısıtlılığı, güvenlik kültürü ve öncelikler),
- Sağlık kanunları ile ilgili faktörler (kanunlar, tıbbi ve hukuki çevre).”

Tıbbi Hataların Bildirilmesinde Hemşirelerin Sorumlulukları

Hasta güvenliğinin sağlanması ve tıbbi hataların önlenmesinde sağlık hizmeti sunumundaki önemli bir yere sahip olan hemşirelerin rolü büyüktür. Hemşirelerin bu rolü sağlık bakımı sırasında oluşan hataların bildirilmesinde daha da artmaktadır. Tıbbi hataya neden olan faktörlerin bilinmesi ve bu hataların bildirilmesi hemşireler tarafından sağlanmaktadır. Hemşirelerin çoğu tıbbi hatalar konusunda sorumluluk üstlenmektedirler (Meurier, Vincent ve Parmar, 1997). Hata bildiriminin yapılmasında hemşireler hekimlere göre daha etkin pozisyondadırlar. Özellikle hekimlerin disiplin cezası almaktan korkmaları, aynı zamanda kendilerine karşı açılacak davalardan dolayı hata bildiriminde çekingen davranmaktadırlar (Hobgood, Hevia ve Hinchey, 2004). Hemşirelerde ise durum biraz daha farklıdır. Hemşireler ilaç hatalarını disiplin cezası korkusu olmadan bildirmelerine rağmen diğer hataların bildirilmesinde ihmalkar hareket etmektedirler (Meurier ve ark, 1997). Tıbbi hatalar hasta güvenliğinin yapıtaşını oluşturmaktadır. Hemşirelerin görevlerini yerine getirdiği sırada tıbbi hatalar ile karşılaşmaları söz konusu olabilmektedir.

İşte bu yüzden tıbbi hataların engellenmesi, eğer tıbbi hata ortaya çıkmışsa bildirilmesi hususunda hemşirelere büyük görevler düşmektedir. Hemşireler hem yasalar hem de mesleki etik ilkeleri gereği, hastanın güvenliğini sağlama noktasında önlemler almalı, tüm önlemlere rağmen herhangi bir tıbbi hata karşısında da bu hatanın bildirimini yapmakla vazifelidir (Sezgin ve Yıldırım, 2007).

HASTA GÜVENLİĞİNİN SAĞLANMASI VE TIBBİ HATALARIN ÖNLENMESİ

Sağlık kurum ve kuruluşlarında sağlık hizmeti sunucularının hasta güvenliği ve tıbbi hatalar konusunda farkındalıklarının geliştirilmesi önemlidir. Hasta güvenliğinin sağlanması ile hem hastalar hem de hasta yakınları fiziksel ve psikolojik anlamda rahatlamaktadırlar. Tıbbi hataların oluşmadan engellenmesi ancak tehdidin bilinmesi ve önlem alınması ile mümkün olabilir. Böylelikle tıbbi hatalar, hastalara zarar vermeden belirlenip düzeltilemektedir (Sezgin ve Yıldırım, 2007). Hasta güvenliği kültürü ile hataların bildirilmesi önemlidir. Zaten hasta güvenliği kültürü, tıbbi hataların belirlenmesi ve bu hataların bildirilmesi sonucu oluşur (Filiz ve Bodur, 2009). Sağlık hizmeti sunumunda hastalarda tıbbi hatalar sonucu oluşabilecek zararları indirmek veya yok etmek için kullanılacak metodlar arasında en önemlisi hataların bildirim ve bu hataların değerlendirilmesidir (Göktaş ve Oktay, 2007). Hataların bildirilmesi ve bu hataların değerlendirilerek analiz edilmesi sonucunda tıbbi hataların altında yatan sebepler belirlenebilecek ve bu hataların tekrarı engellenebilecektir. Tabi ki sağlık çalışanlarının hasta güvenliği konusundaki tutum ve davranışlarının bilinmesi tıbbi hataların engellenmesi açısından önemlidir (Altındış, 2010; Akalın ve Çakmakçı, 2011).

SONUÇ

Hasta güvenliğinin sağlanması ve tıbbi hataların önlenmesi için sağlık çalışanlarının yasalara ve etik kurallara uygun hareket etmeleri gerekir. Bu nedenle herhangi bir disiplin veya adli ceza kaygısı gütmeksizin ahlaki bir davranış sergilenmeli ve mesleğinin etik ilkelerine uygun hareket ederek meydana gelen veya oluşma ihtimali olan hataların bildirimini yapmak durumundadırlar. Ayrıca bu hata bildirimlerinin yapılması ile hata raporlama sisteminin yaygınlaştırılması sağlanmış olacaktır. Böylelikle sağlık kurumlarında hasta güvenliği kültürlerine katkıda bulunacak stratejiler geliştirilebilecektir. Özellikle bu konuda hemşirelerin aktif bir tutum sergilemeleri gerekir. Bu yönde yapılacak çalışmalar ve eğitim planlamaları sayesinde tıbbi hataların asgari düzeye

indirgenerek hasta güvenliği konusunda ilerleme katedileceği düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Akalın E, Çakmakçı M. Hemşirelikte Hasta Güvenliği: Türkiye ve Dünya Kitabında. Fusun Sayek TTB Raporları Kitapları. 1. Baskı, Ankara, Türk Tabipler Birliği Yayınları. 2011; 36-42.
2. Akalın E. H. (2005) Yoğun Bakım Ünitelerinde Hasta Güvenliği. Yoğun Bakım Dergisi 5(3): 141-146.
3. Altındış S. Sağlık Hizmetlerinde Olay Raporlama ve Hasta Güvenliğine Etkileri Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi. 2010; 1: 17-32.
4. Aspden P, Corrigan J, editors. Patient safety: achieving a new standard for care. Washington, DC: National Academies Press; 2004.
5. Ertem G, Oksel E, Akbıyık A. Hatalı Tıbbi Uygulamalar (Malpraktis) ile İlgili Retrospektif Bir İnceleme. Dirim Tıp Dergisi. 2009;84(1):1-10.
6. Filiz E, Bodur S. Hastanede Hasta Güvenliği Kültürü Algılamasının ve Sağlık Çalışanları ile Toplumun Hasta Güvenliği Hakkındaki Tutumunun Belirlenmesi. Selçuk Üniversitesi, Konya, Yüksek Lisans Tezi, 2009;30-36.
7. Göktaş S, Oktay S. Bir Kamu Hastanesinde Hemşire İstihdamının Hasta Güvenliğine Etkisi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2007; 18-32.
8. Hobgood C, Hevia A, Hinchey P. Profiles in patient safety: when an error occurs. Acad Emer Med, 2004; 11 (7) : 766-70.
9. Meurier CE, Vincent C.A, Parmar DG. Learning from errors in nursing practice. Journal of Advanced Nursing, 1997; 26 (1) : 111-9.
10. Özata M, Altuncan H. Hastanelerde tıbbi hata görülme sıklıkları, tıbbi hata türleri ve tıbbi hata nedenlerinin belirlenmesi: Konya örneği. Tıp Araştırma Dergisi.2010a;8(2):100-111.
11. Polat O. (2005) Tıbbi Uygulama Hataları. Ankara, Seçkin Yayınevi.
12. Sezgin B, Yıldırım A. Kalite Belgesi Alan Hastanelerde Çalışma Ortamı ve Hemşirelik Uygulamalarının Hasta ve Hemşire Güvenliği Açısından Değerlendirilmesi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, İstanbul, Doktora Tezi, 2007; 25-57.
13. Vincent C. Understanding and responding to adverse events. NEJM 2003;348 s:1051-1056.