

SAĞLIKTA PERFORMANS VE KALİTE

Hakemli Bilimsel Dergi

DERGİSİ

CİLT: 20 • SAYI: 1
2022

Yayın Sahibi

Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Adına
Genel Müdür Yardımcısı **Doç. Dr. Mehmet GÜNDÜZ**

Yönetim Yeri

Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı

Yayın Türü

Sürekli Yayın

Yayın Periyodu

Dergi Ocak ve Haziran aylarında olmak üzere iki kez yayımlanır.

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

Bakanlık Makamının 19.08.2008 tarihli ve 10133 sayılı onayı ile yürürlüğe giren Sağlık Bakanlığı Yayın Yönergesi'ne ve derginin Yayın İlkeleri ve Yazım Kuralları'na uygun yazılar kabul edilir.

Yazılarının yayımlanmış olması yazarlara ait kişisel görüşlerin Bakanlık tarafından paylaşıldığı anlamına gelmez.

Yazılar ancak kaynak gösterilmek suretiyle iktibas edilebilir.

İletişim Adresi

T. C. Sağlık Bakanlığı
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı
Üniversiteler Mah. Dumlupınar Cad. Bilkent Yerleşkesi No:9 Çankaya/ANKARA
web: www.shgmkalitedb.saglik.gov.tr

e-mail: spkdergisi@saglik.gov.tr

Tel: (0312) 585 25 81

ISSN: 1309-1972



Basım - 2022

Tasarım - Baskı

Kuban Matbaa Matbaacılık Yayıncılık

İvedik Organize Sa. Matbaacılar Sit.

1514. Sk. No: 20 ANKARA

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

www.kubanmatbaa.com • Sertifika No: 47311

SAĞLIKTA PERFORMANS VE KALİTE

Cilt: 20
Sayı: 1

Hakemli Bilimsel Dergi

DERGİSİ

Genel Yayın Yönetmeni

Prof. Dr. Ahmet TEKİN

İmtiyaz Sahibi

Doç. Dr. Mehmet GÜNDÜZ

Hukuk Danışmanı

Av. Sevil SERİN

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü

Uzm. Dr. Dilek TARHAN

Dil Editörleri

Sağ. Uzm. Gül HAKBİLEN

Dr. Şule ÖZTÜRK

Uzm. Hem. Şuule GÜNDÜZ

Sağ. Uzm. Şerife ENGELOĞLU

Şakire ŞAHİNBAŞ

Sibel BAYRAKTAR

Uzm. Hem. Seval ÇİFTÇİ

Sema KARADUMAN

Uzm. Dr. Sabahat ERDİN

Öznur ÖZEN

Hacer ÇİL

Gülây DİNÇ

Çiğdem GÜNAY

Çağlayan SARIOĞLAN

Ayfer ERDOĞAN AYTEKİN

BU SAYININ HAKEM KURULU

Prof. Dr. Ayşegül ÇOPUR ÇİÇEK	İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Temel Tıp Bilimleri Bölümü, Tıbbi Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı
Prof. Dr. İsmail AĞIRBAŞ	Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı
Prof. Dr. Meryem YAVUZ VAN GİERSBERGEN	Ege Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı
Prof. Dr. Onur ÖZVERİ	Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, İşletme Bölümü, Sayısal Yöntemler Anabilim Dalı
Prof. Dr. Sevgi ERGİN	İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Temel Tıp Bilimleri Bölümü, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı
Prof. Dr. Yasemin AKBULUT	Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı
Doç. Dr. Çağdaş Erkan AKYÜREK	Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı
Doç. Dr. Hilal AKSOY	Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dahili Tıp Bilimleri Bölümü, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı
Doç. Dr. Mehmet YORULMAZ	Konya Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü
Dr. Öğretim Üyesi Fatma KANTAŞ YILMAZ	Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı
Dr. Öğretim Üyesi İsmail YILDIZ	Dicle Üniversitesi, Temel Tıp Bilimleri Bölümü, Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim Anabilim Dalı
Dr. Öğretim Üyesi Sanem NEMMEZİ	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dahili Tıp Bilimleri Bölümü, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı

İÇİNDEKİLER

1
17

SABAHATTİN ALTINTAŞ

Dijitalleşen Hastaneye Doğru Hastane Çalışanlarının Dijitalleşmeye Bakış Açısı
Towards a Digitalized Hospital Employees Perspective to Digitalization

19
33

ERDOĞAN YAYLA

Yoğun Bakım Ünitesinde El Hijyeni Kültürünün İncelenmesi
Investigation of the Hand Hygiene Culture in the Intensive Care Unit

35
55

ZEYNEP DEMİREL - ŞÜKRAN GÜNGÖR TANÇ

Pandemi Döneminde Acil Servise Başvuran Hastaların Memnuniyet Oranlarının
Pandemi Öncesiyle Karşılaştırılması
*Comparison of Satisfaction Rate of Patients Who Attended Emergency Services the
Pandemic Period and Before the Pandemic*

57
70

ERCAN AVCI

Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Etik İlişkisi
The Relationship Between Quality and Ethics in Healthcare

ÖNSÖZ

Değerli Okurlarımız,

Ülkemizde sağlıkta kalite ve performans kapsamında gerçekleştirilen çalışmaların bilimsel ortamlarda ele alınması ve teşvik edilmesi amacıyla hazırladığımız Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi'nin 20. sayısına hoş geldiniz. Kalkınmanın ve gelişmişliğin en önemli araç ve göstergelerinden birisi toplumun sağlık düzeyidir. Küreselleşmenin oluşturduğu etkiler, toplumu ve toplumsal yapıları kökünden değiştirdiği gibi, sağlık alanında da sürekli gelişimi bir zorunluluk haline getirmiştir. Ülkemizde sağlık alanında gerçekleştirilen büyük yatırımlar, hedeflere yönelik uygulamaya konulan adımlar ve sağlıkta kalite kültürünün oluşturulması amacıyla istikrarlı bir şekilde yürütülen faaliyetler neticesinde küresel anlamda adından söz edilen bir sağlık sistemi yapısına ulaşmıştır. Ancak ülke olarak gelişimin takipçisi değil öncüsü olmayı amaçlamalı ve sürekli daha iyiyi hedeflemek durumundayız. Bunun için de artık, sağlık sistemimizin izlenebilir, kıyaslanabilir ve hesap verebilir olması yolundaki çalışmalara ağırlık vermekteyiz. Küresel, ulusal ve kurumsal düzeyde ölçme ve değerlendirme kültürünü geliştirmeye yönelik önemli programlar yürütmekteyiz.

Bu kapsamda dergimizin 20. cilt 1. sayısında; “Dijitalleşen Hastaneye Doğru - Hastane Çalışanlarının Dijitalleşmeye Bakış Açısı”, “Pandemi Döneminde Acil Servise Başvuran Hastaların Memnuniyet Oranlarının Pandemi Öncesiyle Karşılaştırılması”, “Yoğun Bakım Ünitesinde El Hijyeni Kültürünün İncelenmesi”, “Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Etik İlişkisi”, konularından oluşan 4 adet özgün çalışmayı sizlerle paylaşıyoruz.

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

Prof. Dr. Ahmet Tekin
Genel Yayın Yönetmeni

Dijitalleşen Hastaneye Doğru Hastane Çalışanlarının Dijitalleşmeye Bakış Açısı

Geliş Tarihi: 25.07.2022
Kabul Tarihi: 27.08.2022

Sabahattin ALTINTAŐI¹

ÖZ

Bilişim çağında dijitalleşme, hemen her alanda etkisini göstermekte, uygulayıcılara ve kullanıcılara kolaylıklar sağlamaktadır. Dijitalleşmenin sağlık sektöründe de; sağlık kayıtları, istatistik, planlama, Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS), uygulama (laboratuvar, görüntüleme hizmetleri...) gibi çok önemli kullanım alanları bulmasının yanı sıra robotik sistemlerle tedavide de etkin şekilde kullanılmaktadır. Ülkemizde de son 20 yılda çok önemli gelişmeler olmuş; hemen tüm sağlık kayıtları dijital ortama aktarılmış, veri alışverişi, verilerin ortak kullanılması alanlarında da hızlı ilerlemeler kaydedilmiştir. Sağlık Bakanlığınca geliştirilen HBYS (Hastane Bilgi Yönetim Sistemi), LBYS (Laboratuvar Bilgi Yönetim Sistemi), MHRS, tele-radyoloji, e-nabız gibi birçok sistem aktif olarak kullanılmaktadır. Bilgi işlemede donanım ve iletişimle ilgili altyapı olmakla birlikte; kullanıcıların sistemleri kullanabilmesi de önemlidir. Hastanelerde veri kayıt personelleri, hemşireler, hekimler, idareciler yoğun bir şekilde bilgi işlem sistemlerini kullanmaktadır. Kullanıcıların bu alanda bilgi-beceri düzeyi, eğitimleri, sertifikasyonları ve sistemi kullanma istekleri işleyişte etkili olmaktadır. Bu araştırma Tavşanlı Doç. Dr. Mustafa Kalemlı Devlet Hastanesi çalışanlarının bilgisayar kullanımı, hastanedeki bilgisayar kullanım süreçleri, hastane bilgi yönetim sistemi ve hastane bilgi yönetim sistemine ait kullanım süreçleri, var olan problem durumları, problemin nedenleri, problemlerin nasıl çözüldüğünü ve çalışanların dijital hastane uygulamasındaki görüşlerini tespit etmek amacıyla yapılmıştır. Araştırmada Tavşanlı Doç. Dr. Mustafa Kalemlı Devlet Hastanesi'nde çalışan 681 personelden 400 bilgisayar kullanan personel seçilerek örneklem dahilinde (hekim, hemşire/diğer

1 Uzman Doktor, Sağlık Bakanlığı Kütahya Tavşanlı Doç. Dr. Mustafa Kemal Devlet Hastanesi
sabahattinaltintas@gmail.com. ORCID: 0000-0003-2303-3692

sağlık personeli, veri hazırlama, tıbbi sekreter/memur ve diğer) ankete katılan 101 kişinin verdiği cevaplar değerlendirilmiştir. Katılımcıların %5,9'u hekim, %68,3'ü hemşire/diğer sağlık personeli, %21,8'i veri hazırlama/sürekli işçi, %1'i tıbbi sekreter/memur ve %3'ü diğerdi. Dijital hastane uygulaması konusunda katılımcıların %60,4'ü daha iyi olur görüşü vermiş olması, içinde dijital ortamı kullanan çalışanlarımızın sağlıkta dijitalleşmeye istekli olmalarını göstermesi yönünden önemlidir.

Anahtar kelimeler: Bilgisayar kullanımı, HBYS kullanımı, Dijital hastane, Sağlıkta dijitalleşme

Towards a Digitalized Hospital Employees Perspective to Digitalization

ABSTRACT

In the information age, digitalization show sits effects in almost every field and provides opportunitiestoits users. Digitalization also enables to achieve better outcomes in the health care system in very important areas such as recording health care data's, keeping statistics, planning, Central Appointment System (MHRS), laboratory and scanning applications, robotic treatment systems.

InTurkey, there have been very important developments in the last 20 years. Almost all of the health care records have been transferred to digital format, also have been made progress in data Exchange and its common usage by different staff.

Hospital Information Management System (HBYS), Laboratory Information Management System (LBYS), MHRS, Tele-radiology and E-pulse systems developed by Ministry of Health are actively used.

Although there are necessary infrastructures in department of information technologies, it is also important that users such as doctors, nurses, physicians, administrators must use software's effectively.

These users' knowledge level, training, certifications and their demand to use digital systems are the main factors to achieve better outcomes.

This research was conducted in Tavşanlı Doç. Dr. Mustafa Kalemlı State Hospital, in order to determine staff's computer usage, its processes through out the hospital, existing problem situations, causes of the problems, views of the staff on the digital applications.

In the research, answers given by 101 computer using staff who participated in the survey within in the sample were evaluated. 5,9% of participants were doctors, 68,3% nurses, 21,8% data processing/permanent worker, 1% medical secretary/public's servantand 3% other staff. Positive opinion of 60,4 % of the participants are important interms of showing our staff's willingness to digitalize health.

Keywords: Use of computer, Use of hospital, Digital hospital, Digitalization in health

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Sağlık kurumu/hastane içerisindeki tüm bilgi sistemlerinin medikal ve medikal olmayan her türlü teknolojilerle tam entegre olduğu, güvenilir veri akışı standartlarının belirlendiği, hekim, hemşire vb. personele yetkileri çerçevesinde çok daha az zaman ve enerji harcayarak hastane ve hasta verilerine her yerden, yer bağımsız olarak mobil olarak erişimini sağlayan, el ile işlem yapılmayan, kağıtsız ve filmsiz olarak çalışan, sağlık görevlilerinin iş süreçlerini etkileştiren, doğru ilaç ve medikal tedavi uygulamalarının kontrol edildiği, gerçek anlamda bütün işlemlerin tam otomasyon sistemi ile yapıldığı, kontrol edildiği, yönetildiği bir hastane işleyişine ve ileri teknoloji donanımına sahip, hastane çalışanlarına, hastalara ve yakınlarına etkili, verimli, ekonomik, erişilebilir ve kaliteli sağlık hizmeti sunmaya hedeflenmiş, üçüncü taraflar, e-sağlık ve e-devlet ile de tam bütünleşmiş hastanelere dijital hastane denilmektedir (Ak, 2010).

Yaşadığımız yüzyılın gereği insanın yaşamı kolaylaştırmak adına sürekli üretecekleri elbette öngörülebilmektedir. Bununla birlikte bilişim teknolojileri insan yaşamının önemli bir parçasını oluşturmaktadır. Her alanda olduğu gibi dijitalleşen dünyanın yansımalarını sağlıkta da görüyoruz ve her gün gelişen, dijitalleşmeye dönüşen bir dünya ile karşılaşyoruz. Hastanelerde dijital ortam bilgi kayıt, kontrol, istatistik vb. günümüzdeki mevcut bilgilerle sistem kendi kendine karar verme sürecini de yapmaktadır. Bilgisayarın kolaylıkla otonomi sağladığı yapay zekâ olarak adlandırılan bu yazılım süreci ise hekime kolaylık sağlamak ve çok daha yeni, zengin fikirler ortaya koymaktadır. Gelişimi takip eden bir hastane olarak, sağlıkta bilişim uygulamalarına uyum sağlamak amacıyla yapılan bu çalışmada personellerimizin bilgisayar ve hastane bilgi yönetim sistemlerini kullanırken karşılaştıkları problemleri, problemlerin nedenlerini ve bu problem durumlarında nasıl çözüme ulaştıklarını tespit etmeyi amaçladık.

Günümüzde dijitalleşen hastane ortamında sadece alanında uzman hekim, hemşire, diğer sağlık profesyoneli ve hastane çalışanı olmak yetmemektedir. Gelişen ve dijitalleşmeye dönüşen teknoloji ve unsurlarını takip edilerek bunu çalışma hayatına entegre etmek gerekmektedir. Çünkü değerli olan hastalarımızın kabul, yatış, taburculuk, faturalama, laboratuvar, kan

merkezi, radyoloji, poliklinik hizmetleri vb. gibi işlemlerini kolay ve hızlı bir şekilde ilerlemesini sağlayarak kaliteli bir hizmet verilmesini sağlamayı amaçlamaktayız.

Sağlık hizmetlerinin sunumu yoğun bir enformasyon süreci içerisinde gerçekleşmektedir. Yüksek kaliteli hasta bakımı her hastanın tıbbi geçmişinin, sunulan sağlık hizmetinin ve hastanın iyileşme durumunun dikkatli bir şekilde belgelendirilmesini gerekli kılmaktadır (Tengilimoğlu, Işık vd. 2009). Çeşitli yönetim ve hizmet alanlarını içinde toplayan sağlık kuruluşlarında süreçlere ve hastalara dair çok çeşitli veri toplanmaktadır. Her türlü karar alma aşamasında bu verilerin kullanılabilir olması kritik bir öneme sahiptir. (“Dijital Hastane”, 2014). Görüldüğü gibi dijital ortamdaki verilere kolay ve hızlı ulaşım sağlamakta hem sağlık çalışanlarının doğru karar vermeleri hem de hastaların tedavilerine daha hızlı başlanması açısından önemli bir yer tutmaktadır.

Türkiye’de hastane bilgi sistemleri konusunda 90’lı yıllarda başlayan bazı çalışmalar mevcut olsa da, konunun önemi, 2003 yılında başlayan e-Dönüşüm Türkiye Projesi ile vurgulanmaya başlanmıştır. Projedeki, “Kamu hizmetlerini vatandaşların ayağına götürmek ve bu hizmetlerde kırtasiyeciliği azaltmak, şeffaflığı ve hızlılığı sağlamak üzere gelişmiş ülkelerin hemen hepsinde e-devlet uygulamalarına geçmek ” hedefi doğrultusunda “Türkiye Sağlık Bilgi Sistemi” kurulması çalışmaları başlamış ve bu çalışmalar farklı aşamalarda devam etmektedir (Köse, 2010). Hastane bilgi sisteminin işlevi, ait olduğu kuruluşun bilgi taleplerini doğru, zamanında, tam ve uygun biçimde karşılamaktır. Bir hastanenin günlük işlemleri olarak öncelikle hastaya ilişkin, başvuru, kabul, sağlık durumu, sevk ve taburcu kayıtları sayılabilir. Hastanelerde tanı ve tedaviye ilişkin hastaya uygulanan işlemler olarak; klinik, laboratuvar, radyoloji, ameliyathane, eczane, terapi, diyet etkinlikleri, genel yönetime ilişkin olarak; personel, sabit tesis, cihaz ve malzeme durumları ve yönetimleri, mali işlere ilişkin olarak; muhasebe, müşteri hesapları ve vergilendirme rutin yapılan işlemleri içerisindedir (Esatoğlu ve Köksal, 2002). Verilerin doğru kaydedilmesi ile son zamanlarda hastaların geçmiş sağlık bilgilerine de ulaşılarak hastaların takip ve tedavisinde faydalanılmaktadır.

Ayrıca Sağlık Bakanlığı’nın “Sağlıkta 2023 Vizyonu” bakımından e-sağlık uygulamaları kapsamında (Işık ve ark, 2013).

- Üniversite, eğitim kurumları, Sosyal Güvenlik Kurumu ve özel sağlık kuruluşları dijital ortamda organizasyonu geliştirilecektir.
- Oluşturulacak olan elektronik hasta kayıt sistemi ile hastanelerde kağıtsız sisteme geçilecek.
- Hastaneler arasında kurulacak bütünleşme sayesinde uzaktan tanı, tedavi, takip ve değerlendirme imkânları sunan tele-tıp ile tüm Türkiye’de radyolojik görüntü paylaşımına geçilecektir.
- Güvenlik ve mahremiyet haklarına riayet edilecek şekilde kişisel sağlık kayıtlarının tutulduğu e-sağlık akıllı kart sistemine geçilecektir.
- Tüm sağlık kuruluşları MHRS ile sağlık hizmeti verir hale gelecektir.
- İnternet üzerinden e-aile hekimliği hizmeti sunulacaktır.
- AB ülkeleri ile sağlık verileri ortak paylaşımına açılacaktır.

İfadelerinde yer aldığı gibi birçok hedefe ulaşılmış olup, bu anlamda ulusal olarak önemli adımlar atılmıştır.

İlk zamanlarda sadece hastanelerdeki kayıtlara ulaşırken, Sağlık Bakanlığının yayınladığı “Kişisel Sağlık Verileri Hakkında Yönetmelik” (Resmi Gazete, 2019) kapsamında, sistematik çalışmalarıyla kullanıcılara verilen yetki ile e-nabız, teleradyoloji, medula vb. gibi sistemlerine hekimler tarafından girilerek hastaların geçmiş sağlık kayıtları incelenmektedir. Bu durum da hastaların belgeleri yanında taşıma zorunluluğunu ortadan kaldırdığı gibi gereksiz tetkiklerin yapılmasını önleyerek zaman ve ülke açısından maddi kayıpları da azaltmaktadır.

2. YÖNTEM VE KAPSAM

Araştırma, hastanedeki hekim, hemşire, sağlık personeli, veri giriş personeli, tıbbi sekreter ve memurdan oluşan bilgisayar kullanan toplam 400 kişi içinden örneklem seçilerek kesitsel olarak yapılmıştır. Anket Kütahya İl Sağlık Müdürlüğü’nün Bilimsel Araştırma Başvuru İnceleme Komisyonunun 11.11.2021 tarihli ve 2021/123 sayılı kararı ile onayı ve kişilerin de onamı alınarak uygulandı. Örneklemdeki gruplarda rastgele yöntem ile seçilen

kişilere 150 anket tanımlandı. Gönüllü 101 katılımcı HBYS sistemi üzerinden ankete katılım sağlamıştır.

Araştırmacılar tarafından hazırlanan ankette demografik veriler, bilgisayar kullanma süre, bilgi, yetkinlik ve becerileri, HBYS kullanımı yetkinliği, eksiklikleri, alınan eğitimlerin yeterlilik ve ihtiyacı ve dijital hastane uygulamalarına geçiş hakkındaki düşünceleri yer almıştır.

Araştırma verileri SPSS 26.0 programında değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı tipte yapılan araştırmada tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır.

Meslek, yaş, hastanede çalışma yılı, günlük bilgisayar kullanma süresi, hastane dışında bilgisayar kullanımı ile ilgili eğitim alıp almadığı, bilgisayar kullanımı ile ilgili sertifika durumu, bilgisayar kullanım seviyesi, HBYS sistemi kullanım durumu, HBYS kullanımı ile ilgili eğitim ihtiyacı, HBYS kullanırken var olan problem durumuna yaklaşımları, HBYS kullanırken problem olduğunda bilgi işlem birimine ulaşmaları, bilgisayar kullanırken teknik arıza ile karşılaşma sıklığı, HBYS kullanımında donanım (cihaz,kablo..) eksikliğinin etkili olma derecesi ve dijital hastane uygulamaları konusundaki görüşlerinin yer aldığı maddelere göre çapraz tablolar kullanıldı. Gruplar arasında Ki-kare testi kullanılarak karşılaştırıldı. $p < 0.05$ 'in altında olduğu durumlar istatistiksel olarak anlamlı bulundu.

3. BULGULAR, TARTIŞMA VE SONUÇ

Araştırmaya katılanların %5,9'u hekim, %68,3'ü hemşire/diğer sağlık personeli, %21,8'i veri hazırlama/sürekli işçi, %1'i si tıbbi sekreter/memur ve %3'ü diğerdi (Tablo 1). Hemşire/diğer sağlık personelinin yüzde olarak en fazla olma nedeni hastanedeki sayılarının fazla olmasından kaynaklanmaktadır. Katılımcıların demografik bilgileri aşağıdaki tabloda özetlenmiştir (Tablo 2 ve Tablo 3).

Tablo 1: Araştırmaya Katılanların Mesleklerine Göre Dağılımı

Meslek	Doktor		Hemşire/ Sağlık memuru		Veri hazırlama/ Sürekli işçi		Tıbbi sekreter/ Memur		Diğer		Toplam	
	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	N	%
	6	5,9	69	68,3	22	21,8	1	1	3	3	101	100

Tablo 2: Araştırmaya Katılanların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

Yaş	Doktor		Hemşire/ Sağlık memuru		Veri hazırlama/ Sürekli işçi		Tıbbi sekreter/ Memur		Diğer		Genel Toplam	
	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	N	%
20-25	1	1	9	9,1	2	2	-	-	-	-	12	100
26-30	-	-	10	10,2	1	1	-	-	2	2	13	100
31-35	3	3	14	14,2	5	5,1	-	-	1	1	23	100
36-40	1	1	12	12,2	6	6,1	1	1	-	-	20	100
40 üstü	1	1	22	22,4	7	7,1	-	-	-	-	30	100

Tablo 3: Araştırmaya Katılanların Çalışma Yıllarına Göre Dağılımı

Hastanede çalışma yılı	Doktor		Hemşire/ Sağlık memuru		Veri hazırlama/ Sürekli işçi		Tıbbi sekreter/ Memur		Diğer		Genel Toplam	
	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	N	%
1 – 5	3	3,1	13	13,8	5	5,3	-	-	3	3,1	24	100
6 – 10	2	2,1	22	23,4	2	2,1	-	-	-	-	26	100
11 – 15	-	-	11	11,7	4	4,2	1	1	-	-	15	100
16 – 20	-	-0	9	9,5	8	8,5	-	-	-	-	17	100
20 üstü	1	1	9	9,5	2	2,1	-	-	-	-	12	100

Hekimlerin %50'si, veri giriş personellerinin %55,5'i günlük bilgisayar kullanımının çoğunlukla 240 dakika üzerinde, hemşire/diğer sağlık personeli ise çoğunlukla 30-60 dakika arasında olduğunu ifade etmiştir (Tablo 4). Hastane dışında alınan bilgisayar kullanımı ile ilgili eğitim maddesinde hekimlerin %16,6'sı eğitim aldığını, hemşire diğer sağlık personellerinin %58,4'ünün eğitim aldığını, veri hazırlama personellerinin ise %95,2'sinin eğitim aldığı görülmektedir (Tablo 5). Bilgisayar kullanımı ile sertifika durumlarına bakıldığında hekimlerin %20'sinin, hemşire/diğer sağlık personelinin %40'ının, veri hazırlama personellerinin %100'ünün sertifikasının var olduğu seçeneğini işaretlemiştir (Tablo 6). Mesleğe göre sertifikanın var olma durumu arasında

anlamli farklılıklar bulunmuştur ($p<0.05$). Veri hazırlama personellerinin hepsinin sertifikalarının var olma oranının yüksek olma nedeni iş başvurusunda sertifika istenmesidir. Bilgisayar kullanımı ile verilere bakıldığında araştırmaya katılan tüm personelin %97,8'i bilgisayar kullanımı konusunda uygun olan seviye olarak kendini yeterli/kısmen yeterli görmektedir (Tablo 7). Bilgisayar kullanımı ile ilgili alınan eğitim ile bilgisayar kullanma seviyesi arasındaki fark istatistiksel anlamli bulunmuştur ($p<0.05$). Günlük bilgisayar kullanımı ile bilgisayar kullanım seviyesi arasındaki fark istatistiksel olarak anlamli bulunmuştur ($p<0.05$). Günlük bilgisayar kullanımı ile HBYS kullanım ile ilgili eğitim ihtiyacı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamli bulundu ($p<0.05$). Bilgisayar kullanımının ile ilgili bilgiler aşağıdaki tabloda özetlenmiştir.

Tablo 4: Araştırmaya Katılanların Günlük Bilgisayar Kullanım Süresine Göre Dağılımı

Günlük bilgisayar kullanma süresi	Doktor		Hemşire/ Sağlık memuru		Veri hazırlama/ Sürekli işçi		Tıbbi sekreter/ Memur		Diğer		Genel Toplam	
	n	%	N	%	n	%	n	%	N	%	N	%
30 dk altı	-	-	17	18,8	-	-	-	-	-	-	17	100
30-60 dk	-	-	19	21,1	-	-	-	-	-	-	19	100
60-120 dk	1	1,1	12	13,3	2	2,2	-	-	-	-	15	100
120-240 dk	2	2,2	8	8,8	4	4,4	1	1,1	2	2,2	17	100
240 dk üstü	3	3,3	8	8,8	15	16,6	-	-	1	1,1	27	100

Tablo 5: Araştırmaya Katılanların Hastane Dışında Bilgisayar Eğitimi Alma Durumu

Bilgisayar kullanımı ile ilgili eğitim (Hastane Dışında)	Doktor		Hemşire / Sağlık memuru		Veri hazırlama / Sürekli işçi		Tıbbi sekreter / Memur		Diğer		Genel Toplam	
	n	%	N	%	n	%	n	%	N	%	n	%
Aldım	1	0,1	38	41,7	20	21,9	1	1	-	-	60	100
Almadım	5	5,4	27	29,6	1	1	-	-	3	3,2	36	100

Tablo 6: Araştırmaya Katılanların Bilgisayar Sertifikası Durumu

Bilgisayar kullanımı ile ilgili sertifika durumu	Doktor		Hemşire / Sağlık memuru		Veri hazırlama / Sürekli işçi		Tıbbi sekreter / Memur		Diğer		Genel Toplam	
	n	%	N	%	n	%	n	%	N	%	n	%
Var	1	1	26	27,3	21	22,1	1	1	-	-	49	100
Yok	5	5,2	38	40	-	-	-	-	3	3,1	46	100

Tablo 7: Araştırmaya Katılanların Bilgisayar Kullanma Seviyesi

Bilgisayar kullanımı konusunda sizin için uygun olan seviye	Doktor		Hemşire / Sağlık memuru		Veri hazırlama/ Sürekli işçi		Tıbbi sekreter / Memur		Diğer		Genel Toplam	
	n	%	N	%	n	%	n	%	N	%	n	%
Yeterli	4	4,3	32	34,4	19	20,4	1	1	2	2,1	58	100
Kısmen yeterli	2	2,1	29	31,1	1	1	-	-	1	1	33	100
Kullanımda zorlanıyorum	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	1	100
Yetersiz	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	1	100

HBYS kullanımı konusunda alınan eğitimi hekimlerin % 66,4'ü yeterli/kısmen yeterli görürken, % 33,6'sı ise çok az eğitim aldığı/hiç almadığını ifade etmişlerdir. Hemşire/diğer çalışan sağlık personeli ise % 71,8'i alınan eğitimi yeterli/kısmen yeterli görürken % 28,1'i çok az eğitim aldığı/hiç almadığını ifade etmiştir. Veri hazırlama personellerinin % 66,6'sı yeterli/kısmen yeterli görürken, % 33,3'ü çok az eğitim aldığı/hiç almadığını ifade etmiştir (Tablo 8).

HBYS kullanım durumuna bakıldığında hekimlerin çoğunlukla %66,6'sının kolaylıkla kullandığını, hemşirelerin çoğunlukla 70,7'sinin bazen zorlandığını, veri hazırlama personellerinin ise çoğunlukla %66,6'sının kolaylıkla kullandığını görmekteyiz (Tablo 9). HBYS kullanımı konusunda araştırmaya katılan personellerin % 20,4'ü mutlaka eğitim almalıyım maddesini seçerken, %25,5'i eğitim almam faydalı olur maddesini, %26,5'i fikri olmadığını,

%27,5'i ihtiyacı olmadığını ifade etmişlerdir (Tablo 10). HBYS kullanımı konusunda alınan eğitimle HBYS kullanım durumu arasındaki fark anlamlı bulunamadı ($p>0.05$). Katılımcıların mesleği ve HBYS kullanım durumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Katılımcıların %34,7'si HBYS kullanırken problemleri olduğunda servis arkadaşına danıştıklarını, %5,1'si başka birimdeki çalışana danıştıklarını, %56,1'si bilgi işleme danıştıklarını, %2'si işlemi yapamadıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 11).

HBYS kullanırken problem olduğunda bilgi işlem birimine ulaşım için %34,7'si ulaştıklarını, %36,8'i genellikle ulaştıklarını, %18,9'u ulaşımında sıkıntı çektiğini, %9,4'ü ulaşamadığını ifade etmiştir (Tablo 12).

Bilgisayar kullanırken teknik arıza ile karşılaşma durumu %93,6'sı sık karşılaşıyorum/bazen karşılaşıyorum maddesini seçerken, %6,3'ü karşılaşmadım maddesini seçmiştir (Tablo 13).

HBYS kullanımında donanım eksikliği (cihaz,kablo...) etkili oluyor mu? Sorusuna katılımcıların %19,3'ü kısmen etkili, %27,9'u etkili, %27,9'u fikri olmadığını, %24,7'si eksiklik olmadığını cevabını verdiklerini görüyoruz (Tablo 14). Bu sonuçta HBYS kullanımında karşılaşılan aksaklıkların daha çok yazılıma bağlı aksaklıklardan kaynaklandığını göstermektedir. HBYS kullanımı ile ilgili bilgiler ise aşağıdaki tabloda özetlenmiştir.

Tablo 8: Araştırmaya Katılanların Bilgisayar Kullanımı Konusunda Aldığı Eğitimin Yeterlilik Durumu Hakkındaki Görüşleri

HBYS kullanımı konusunda alınan eğitim	Doktor		Hemşire/ Sağlık memuru		Veri hazırlama/ Sürekli işçi		Tıbbi sekreter/ Memur		Diğer		Genel Toplam	
	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%	N	%
Yeterli	1	1	29	30,5	10	10,5	-	-	-	-	40	100
Kısmen yeterli	2	2,1	17	17,8	4	4,2	-	-	-	-	23	100
Çok az eğitim aldım	1	1	10	10,5	7	7,3	1	1	2	2,1	21	100
Hiç eğitim almadım	2	2,1	8	8,4	-	-	-	-	1	1	11	100

Tablo 9: Araştırmaya Katılanların HBYS Kullanım Durumuna Göre Dağılımı

HBYS kullanım durumunuz	Doktor		Hemşire/ Sağlık memuru		Veri hazırlama/ Sürekli işçi		Tıbbi sekreter/ Memur		Diğer		Genel Toplam	
	n	%	n	%	N	%	N	%	n	%	N	%
Kolaylıkla kullanıyorum	4	4,1	13	13,5	14	14,5	1	1	-	-	32	100
Bazen zorlanıyorum	2	2	46	47,9	7	7,2	2	2	1	1	58	100
Zorlanıyorum	-	-	4	4,1	-	-	-	-	-	-	4	100
Kullanamıyorum	-	-	2	2	-	-	-	-	-	-	2	100

Tablo 10: Araştırmaya Katılanların Eğitim İhtiyacına Göre Dağılımı

HBYS kullanımı ile ilgili eğitim ihtiyacı	Doktor		Hemşire/ Sağlık memuru		Veri hazırlama/ Sürekli işçi		Tıbbi sekreter/ Memur		Diğer		Genel Toplam	
	n	%	n	%	n	%	N	%	N	%	N	%
Mutlaka eğitim almalıyım	3	3	14	14,2	2	2	-	-	1	1	20	100
Eğitim almam faydalı olur	-	-	16	16,3	7	7,1	1	1	1	1	25	100
Fikrim yok	1	1	23	23,4	2	2	-	-	-	-	26	100
İhtiyacım yok	2	2	12	12,2	10	10,2	2	2	1	1	27	100

Tablo 11: Araştırmaya Katılanların HBYS Kullanırken Karşılaştığı Problemin Çözümü İçin Yaklaşımları

HBYS kullanırken problemim olduğunda	Doktor		Hemşire/ Sağlık memuru		Veri hazırlama/ Sürekli işçi		Tıbbi sekreter/ Memur		Diğer		Genel Toplam	
	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%	N	%
Servis arkadaşşıma danışıyorum	2	2,1	26	27,3	4	4,2	-	-	1	1	33	100
Başka birimde çalışana danışıyorum	-	-	3	3,1	1	1	-	-	1	1	5	100
Bilgi işleme danışıyorum	4	4,2	35	36,8	14	14,7	1	1	1	1	55	100
İşlemi yapamıyorum	-	-	-	-	2	2,1	-	-	-	-	2	100

Tablo 12: Araştırmaya Katılanların HBYS Kullanırken Problem Durumunda Bilgi İşlem Birimine Ulaşılabilir Durumu

HBYS kullanırken problem olduğunda bilgi işlem birimine ulaşım	Doktor		Hemşire/ Sağlık memuru		Veri hazırlama/ Sürekli işçi		Tıbbi sekreter/ Memur		Diğer		Genel Toplam	
	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%	N	%
Ulaşıyorum	2	2,1	22	23,1	8	8,4	-	-	1	1	33	100
Genellikle ulaşıyorum	2	2,1	28	29,4	4	4,2	1	1	-	-	35	100
Ulaşımında sıkıntı çekiyorum	2	2,1	11	11,5	4	4,2	-	-	1	1	18	100
Ulaşamıyorum	-	-	4	4,2	4	4,2	-	-	1	1	9	100

Tablo 13: Araştırmaya Katılanların Bilgisayar Kullanırken Teknik Arıza ile Karşılaşma Sıklığı

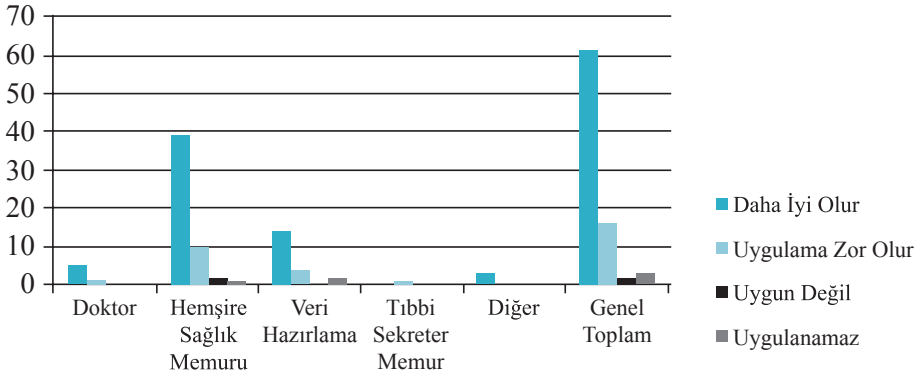
Bilgisayar kullanırken teknik arıza ile	Doktor		Hemşire/ Sağlık memuru		Veri hazırlama/ Sürekli işçi		Tıbbi sekreter/ Memur		Diğer		Genel Toplam	
	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%	N	%
Sık karşılaşıyorum	2	2,1	11	11,7	4	4,2	-	-	1	1	18	100
Bazen karşılaşıyorum	3	3,1	49	52,1	16	17	1	1	1	1	70	100
Karşılaşmadım	-	-	5	5,3	-	-	-	-	1	1	6	100

Tablo 14: Araştırmaya Katılanların HBYS Kullanımında Donanım (Cihaz, Kablo..) Eksikliğinin Etkisiyle İlgili Değerlendirmeleri

HBYS kullanımında donanım (cihaz, kablo ..) eksikliği etkili oluyor mu?	Doktor		Hemşire/ Sağlık memuru		Veri hazırlama/ Sürekli işçi		Tıbbi sekreter/ Memur		Diğer		Genel Toplam	
	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%	N	%
Kısmen etkili	-	-	11	11,8	6	6,4	-	-	1	1	18	100
Etkili	2	2,1	19	20,4	5	5,3	-	-	-	-	26	100
Fikrim yok	2	2,1	21	22,5	2	2,1	-	-	1	1	26	100
Eksiklik yok	2	2,1	11	11,8	8	8,6	1	1	1	1	23	100

Dijital hastane (işlemlerin elektronik ortamda yapılması) uygulaması konusunda katılımcıların görüşleri incelendiğinde %74,3'ü daha iyi olur, %19,5'i uygulama zor olur, %2,4'ü uygun değil, %3,6'sı uygulanamaz seçeneğini işaretlediklerini görüyoruz (Grafik 1). Dijital hastane uygulaması konusundaki görüşlere ait grafik aşağıda özetlenmiştir.

Grafik 1: Araştırmaya Katılanların Dijital Hastane Uygulaması Hakkındaki Görüşleri



Bilgisayar kullanım durumu ile dijital hastane uygulamalarına geçiş konusundaki çalışanların görüşleri arasındaki fark anlamlı bulundu ($p<0.05$). HBYS kullanım durumu ile dijital hastane uygulamasına geçiş konusundaki çalışanların görüşleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

4. TARTIŞMA

Ankette yer alan dijital hastane uygulamalarına geçiş konusundaki çalışanların görüşleri çoğunlukla daha iyi olur yönündedir. Bu da sağlık çalışanlarının verilerin dijital ortama kaydı, saklanması ve değerlendirmesinin ne kadar önemli olduğunu, çalışmalarına katkı yaptığını göstermesi, ayrıca dijitalleşmenin sağlık alanında daha da geliştirilebileceğini göstermesi açısından önemlidir. Bilişim çağının getirdiği yenilikler için çalışanlarımızın olumlu yönde farkındalıkları vardır.

2019 yılında Onaran'ın yüksek lisans tezindeki verilerde HBYS eğitimi alma durumlarına göre %87,2'sinin bilgi sistemi eğitimi aldığını ve çoğunluğun (%35,5'nin) HBYS uygulaması ile ilgili kendini orta derecede yeterli

bulduğunu ifade etmişlerdir (Onaran B, 2019). Bu çalışmada ise hastanemiz çalışanlarının %66,4'ünün HBYS kullanımı konusunda eğitim aldığı ve %55,2'sinin HBYS kullanırken bazen zorlandığı, %40'ının ise HBYS yi kolaylıkla kullandığı görülmektedir.

2018 yılında Erçoban N. ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada HBYS kullanırken karşılaşılan problemleri ilk olarak kendi başlarına çözmeye çalıştıkları (%56) belirlenmiştir (Erçoban N. ve ark. 2018). Bu çalışmada ise katılımcıların %66,9'u bilgi işleme danıştıklarını ifade etmişlerdir. Çalışanların HBYS kullanımı konusunda cesaretlendirilmesi ve HBYS kullanımı için kolaylık sağlanması açısından tekrar eğitim almalarının faydalı olacağı düşünülmektedir.

5. SONUÇ

Sonuç olarak hastanelerde elektronik kayıt sisteminin kullanılması gereklidir. Bu konuda yıllar içerisinde yapılan çalışmalar ve uygulamalar hastanelerde elektronik kayıt sisteminin kurulması, yerleşmesini sağlamış ve dijital kayıt sistemi adeta sağlık hizmetinin ana unsuru haline gelmiştir.

Bu süreç göstermiştir ki bu alanda hastaneler oldukça iyi bir durumda olmasına rağmen gelecekte çok daha önemli gelişmelerin olacağı aşikârdır.

Çalışmanın sonucu olarak bilgisayar ve HBYS kullanan kişilerin eğitimlerinin önemli olduğu ayrıca bilgisayar ortamının etkin ve efektif çalışması için donanımsal eksikliklerin giderilmesi gerektiği görülmüştür. Hastane çalışanlarının dijital hastane uygulamasına geçiş konusundaki olumlu görüşleri personelin dijital ortamı kullanma isteği ve dijitalleşmenin hastaneler için önemini göstermektedir.

Ancak hastanelerde kullanılan HBYS yazılımının sabit olmaması, belli periyotlarda ihalelerle farklı firmaların yazılımlarının kullanım mecburiyeti, personelin HBYS kullanımı ile ilgili birikiminde kopmalara neden olmakta ve her yazılım firması değişiminde sıkıntılar yaşanmaktadır. Personelin yeni yazılımla ilgili eğitim alması ve kullanım yeterliliklerinin yerleşmesi zaman almakta; bu süreçte özellikle personel açısından yeni yazılımı öğrenme, ekranları tanıma ve alışkanlık kazanma için zaman kaybı; hastane açısından veri aktarımı, veri güvenliği yönünden ve hastalar açısından da işlemlerin yapılamaması, gecikme, eksik yapıma gibi sıkıntılar yaşanmaktadır.

KAYNAKLAR

- Ak, Bilal. (2010). Tıp bilişiminde mobilite uygulamaları. *Akademik Bilişim'10*, 10-12 Şubat 2010, Muğla Üniversitesi, Muğla.
- Erçoban, N., Özcan, H., Akner, F., Sökel, S. (2018). Devlet hastanesi çalışanlarının bilgisayar kullanım becerilerinin değerlendirilmesi. VII. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, 10-13 Ocak 2018, Antalya, Türkiye.
- Esatoğlu, E. A., Köksal, A. (2002). Hastanelerde bilgisayar teknolojisi kullanımı. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 55(1), Ankara.
- Işık, O., Yılmaz, A., Barışçı, N., Akbolat, M., Odacıoğlu, Y., Akca, N., Esatoğlu, A. E. (2013). Sağlık kurumlarında bilgi sistemleri. T.C. Anadolu Üniversitesi Yayını No:2862.
- Kişisel Sağlık Verileri Hakkında Yönetmelik. (2019, 21 Haziran). Resmî Gazete (Sayı: 30808). Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2019/06/20190621-3.htm>
- Köse, T. (2010). Hastane bilgi sistemlerinin analizi ve model önerisi (Doktora tezi). Sağlık Kurumları Yönetimi Programı, Ankara.
- Onaran, B. (2019). Hastane bilgi sistemlerinin önemi ve özel bir hastane çalışanları üzerinde uygulama (Yüksek lisans tezi). Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı, Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- Tengilimoğlu, D., Işık, O., Akbolat, M. (2009). Sağlık işletmeleri yönetimi. Ankara, Nobel Yayın Dağıtım.

Yoğun Bakım Ünitesinde El Hijyeni Kültürünün İnceelenmesi

Geliş Tarihi: 11.08.2022
Kabul Tarihi: 19.08.2022

Erdoğan YAYLA¹

ÖZET

Amaç: Hastanelerde el hijyeni uygulamaları, hasta bakım kalitesinin iyileştirilmesinde önemli bir role sahiptir. El hijyeni uygulamalarının yetersiz olması, özellikli birimler (Yoğun bakım ünitesi) (YB), klinik içi ve klinikler arasında çapraz bulaşa sebep olarak hastane kaynaklı enfeksiyon insidansında artışa yol açar. Bu duruma engel olmak amacıyla, ilgili personelin el hijyeni konusunda bilgilendirilmesi ve bilinç kazanması büyük önem taşır. Bu alışma ile yoğun bakım nitelerinde (YB) alışan sağlık personelinin el hijyeni bilincinin değerlendirilmesi ve farkındalık oluşturulması amaçlanmıştır.

Yöntem: El hijyeni kültürünü belirlemek üzere; 20 sürüntü YB personelinin ellerinden, 31 sürüntü de YB içerisindeki fiziki alanlardan olmak üzere toplam 51 sürüntü rneği çalışmaya alınmıştır. Bu sürüntü örneklerinin değerlendirilmesi, laboratuvarıda klasik temel bakteri tanımlama yöntemine göre yapılmıştır. Bu iş için; sürüntü örneklerinin 2 farklı besiyerine (Kanlı agar ve EMB agar) ekimi yapılmış, üreyen kolonilerden biyokimyasal özellikler test edilerek tanımlama (identifikasyon) yapılmıştır.

Bulgular: 20'si personel el sürüntüleri, 31'i cansız yüzey sürüntüleri olmak üzere 51 sürüntü rneği çalışılmış olup; toplam 15 örnekte üreme grlmştir. Üreme olan 15 örneğin 9'u personel kaynaklı olup, 6'sı cansız yüzeylerden alınan sürüntü örneklerinden oluşmaktadır. Üreme sonuçlarına göre; bu 15 üremenin 9'unda (%)

¹ Karacabey Devlet Hastanesi, Merkez Laboratuvarı, e-posta: erdoganyayla2005@gmail.com.
Orcid: 0000-0002-7322-7842

60) Koagülaz Negatif Stafilokok (KNS) varlığı gösterilmiştir. KNS'yi, *S. aureus* (3), *E.coli* (1), *Proteus* spp. (1), *Acinetobacter* spp. (1) takip etmiştir.

Sonuç ve Öneriler: YBÜ çalışanlarının el hijyeni bilincini ve YBÜ içindeki kontamine alanları görebilmek adına yapılan bu çalışmanın sonuçlarına göre alınabilecek önlemler; el hijyeni uygulamalarına yönelik YBÜ kontrol listelerinin (check-list) oluşturulması ve güncellenmesi, hasta bakım alanında kullanılan dezenfektanlar ve sıvı/köpük sabunlardan periyodik kontaminasyon taraması amaçlı bakteriyel kültür takibi, sağlık personelinin kişisel sağlık durumunun takibi ve el hijyeni eğitimlerinin ve uygulamalarının sürdürülebilir olması gerektiğini düşünüyoruz.

Anahtar kelimeler: El hijyeni, Kontaminasyon, Enfeksiyon

Investigation of the Hand Hygiene Culture in the Intensive Care Unit

ABSTRACT

Objective: Hand hygiene practices in hospital have an important role in improving the quality of patient care. Inadequate hand hygiene practices cause cross-contamination in specialized units (Intensive care unit) (ICU) and within-clinics, leading to an increased incidence of hospital-acquired infections. In order to prevent this situation, it is of great importance to inform and raise awareness of the relevant personnel about hand hygiene. With this study, it was aimed to evaluate the hand hygiene awareness of health personnel working in ICU and raise awareness.

Methods: In order to determine hand hygiene culture; A total of 51 swab samples, 20 from hands of the ICU staff and 31 from the physical areas in the ICU, were included in the study. Evaluation of these swab samples was made in the laboratory according to the classical basic bacteria identification method. For this work; swab samples were cultivated on 2 different media (Blood agar and Eosin-Methylene Blue agar), biochemical properties were tested from the growing colonies and identification was made.

Results: 51 swab samples, 20 of which were personnel hand swabs, 31 of which were inanimate surface swabs, were studied; Reproduction was observed in a total of 15 specimens. For example, 15 breeding; It consists of swab samples, 9 of which are from personnel and 6 of which are taken from inanimate surfaces. According to the reproductive results; Coagulase Negative Staph in 9 (% 60) of these 15 growths. (KNS) presence is shown. KNS, *S. aureus* (3), *E.coli* (1), *Proteus* spp. (1), *Acinetobacter* spp. (1).

Conclusion and Recommendations: The precautions that can be taken according to the results of this study, which was carried out in order to see hand hygiene awareness of the ICU staff and the contaminated areas in the ICU: It is necessary to create and update ICU checklists for hand hygiene practices, bacterial culture monitoring for periodic contamination screening from disinfectants and liquid (foam) soaps used in patient care area, monitoring personal health status of healthcare personnel and we think that hand hygiene training and practices should be sustainable.

Key words: Hand hygiene, Contamination, Infection

1. GİRİŞ

Hastane enfeksiyonları (nozokomiyal enfeksiyonlar), yakın tıp tarihi boyunca sağlık hizmetlerinin yükünü ve maliyetini arttıran bir etken olarak karşımıza çıkmaktadır. Etkin dezenfeksiyon ve sterilizasyon süreçlerine rağmen, hastane kaynaklı bakterilerin ve virüslerin varlığı, hastaların yaşamını tehlikeye atmaktadır. Alkol bazlı dezenfektanlar başta olmak üzere diğer dezenfektan türlerinin özellikle zarflı virüslere etkin olduğu bilinse de zarfsız virüslere karşı (*Rota virus*, *Adeno virus*, *Entero virus*, vb) etkisiz olabilmektedir. Hastane ortamında bulunan bakteriler de çeşitli mekanizmalarla (plasmid veya kromozomal kaynaklı) hem dezenfektanlara hem de antibiyotiklere karşı direnç kazanabilmektedir. Bu dirençli bakteri gruplarında, gerek genetik gerekse çevre kaynaklı indükleyici mekanizmalar nedeniyle kazanılan yeni antibiyotik dirençleri hastane enfeksiyonlarının gelişmesinde predispozan bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Hastane enfeksiyonlarını kontrol etme ve azaltmaya yönelik uygulamalardan en önemlisi, iyi ve yeterli el hijyeni uygulamalarıdır (Günaydın, 2020).

El hijyeni uygulamaları, hastanelerde hastabaşı hizmet verilen alanlarda mümkün olan her klinik ve poliklinikte uygulanmak zorundadır. Hastane enfeksiyon kontrolü ve sürveyans programı ile enfeksiyonların önlenmesine yönelik hazırlanan kurumsal programlarda el hijyeni önemli bir yer tutar. Birçok sağlık tesisinde, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) el hijyeni uygulama algoritmasına göre hazırlanan ‘5 Endikasyon Kuralı’ el hijyeni uygulamaları gerçekleştirilmektedir. El hijyeni uygulama kontrolü, ‘5 Endikasyon Kuralı’nın kurumsal takibi dışında, personelin el hijyeni konusunda aldığı eğitimler, el hijyeni bilinci ve el hijyenine uyum oranları baz alınarak kurumsal değerlendirmeler ile de yapılmaktadır (Sağlıkta Kalite Standartları Rehberi, 2020).

İyi el hijyeni uygulamaları, kurumun hasta bakım hizmetleri profilini ve kalitesini iyileştirir, sağlık iş gücü yükünü azaltır, hasta memnuniyetini artırır ve hastane kaynaklı ve çapraz enfeksiyon riskinin azaltılmasına yardımcı olur. Erişkin ve yenidoğan yoğun bakım üniteleri (YBÜ) gibi özellikli birimlerde hijyenin yetersiz uygulanması, hastane kaynaklı ve çoklu dirençli bakterilerin (*E. coli*, *K. pneumoniae*, *A. baumannii*, *P. aeruginosa*, Metisiline dirençli

S. aureus (MRSA), Koagülaz Negatif Stafilokok (KNS), Vankomisin dirençli Enterokok (VRE), vb) üremesine ve kolonize olmasına yol açar. Bakteriyel kolonizasyon, yatan hastaların klinik ve immun durumuna göre hastalık seyrinin kötüye gitmesine sebep olur ve antibiyotik tedavisine yanıtızsızlık durumu ortaya çıkar. (Foca M, 2000).

Yoğun bakım ünitelerinde yeterli el hijyeninin sağlanamaması, personel yetersizliği, eldiven değişiminin az olması, birden çok hastaya aynı eldivenle temas edilmesi, el temasının yoğun olduğu fiziki alanların yeterince temizlenememesi gibi sebeplerle olmaktadır. Gereği gibi yapılmayan el hijyeni nedeniyle hastalarda sepsis, intravasküler kateter enfeksiyonları, bakteriyel kaynaklı pnömoni, endokardit gibi hayatı tehdit eden klinik hastalıklar ortaya çıkar ve mortalite riski artar. Hastaların yaşam kalitesini düşüren bu süreç, ortamda kolonize olmuş bakterilerin varlığı nedeniyle oluşmaktadır ve bu bakterilerin ilgili personel tarafından çapraz bulaşma nedeniyle YBÜ içinde ve YBÜ dışında diğer hastalara bulaştırması da olasılıkla mümkündür (Wille, 2018).

Çalışmamızda el hijyenini sağlamaya yönelik uygulamaların etkinliğini gözlemlenmek amacıyla hastanemiz YBÜ (2. Basamak) personelinden alınan el sürüntü örnekleri ve çevre sürüntü örneklerinin mikrobiyolojik kültür analizi yapılarak, olası kolonize bakterilerin dağılımı ve el hijyeni uyumu ile ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

2. MATERYAL VE METOT

Bu çalışma, 2022 yılı Ocak ayı içerisinde (3 Ocak - 11 Ocak 2022 tarihleri arasında) ve 3 periyotta tamamlanmıştır. Öncelikle ilgili YBÜ personelinin el hijyeni bilincini ve etkinliğini gözlemlenmek amacıyla tüm personel konu hakkında bilgilendirilmiştir. Çalışmaya yönelik yönlendirilme sonrasında YBÜ personelinden sürüntü örnekleri steril jelli eküvyon çubukları ile alınarak laboratuvara gönderilmiştir. El sürüntüleri için; ilgili kişilerin her iki elinden, tüm el parmak yüzeyleri ve parmak aralarından sürüntü almaları istenmiştir. Kişi başı iki sürüntü örneği alınmıştır. İlk alınan örnek sabah YBÜ içerisine girerken çıplak elden alınan, ikincisi ise öğle yemeğine çıkmadan hemen önce eldiven üzerinden alınan sürüntü örneğidir. Sürüntü örneği alma planına göre

(Tablo-1) örnek alımı yapılmış olup, örnek alımını takiben kültür değerlendirilmesi yapılmıştır.

Tablo-1: Sürüntü Alma Planı

SÜRÜNTÜ ALINACAK KİŞİ/ALAN
Personelin her iki elinin parmak uçları ve parmak araları; 1. tur mesai başında eldiven giymeden hemen önce 2. tur öğle yemeği öncesi personel elini yıkamadan (eldivenli iken)
Personelin cep telefonu yüzeyi
Bilgisayar klavyesi (farklı klavyelerde)
Hasta yatakları- yatak yüzeyi
Aspiratör başlığı
Steteskop diyaframı
Yatak arası perde yüzeyi
Dezenfektan solüsyonu
Dezenfektan başlığı
Sıvı/köpük sabun
Hastabaşı kullanılan test cihazı
Serum askısı
YBÜ kapı girişi açma-çağrı tuşları
Saturasyon probu
Ventilatör başlığı
Ambubag
EKG kablosu-manşetleri
Makas yüzeyleri

Sürüntü alma planına göre alınan sürüntü sayısı; personelin her iki elinin parmak uçları ve parmak araları (2 adet), personelin cep telefonu yüzeyi (1), bilgisayar klavyesi (1), hasta yatakları- yatak yüzeyi (1), aspiratör başlığı (1), steteskop diyaframı (1), yatak arası perde yüzeyi (1), dezenfektan solüsyonu (1), sıvı (köpük) sabun (1), hastabaşı kullanılan test cihazı (1), serum askısı (1), YBÜ kapı girişi açma-çağrı tuşları (1), saturasyon probu (1), ventilatör başlığı (1), ambubag (1), EKG kablosu-manşetleri (1), Makas yüzeyleri (1) olarak kayıt altına alınmıştır.

Toplam sürüntü örneği sayısı 51 olup, personelden alınan sürüntü örnekleri 20 (elin parmak, parmak uçları ve parmak aralarından alınmış) adet, diğer cansız yüzey örnekleri ise 31 adet olarak değerlendirmeye alınmıştır.

Sürüntü örnekleri, mikrobiyolojik açıdan klasik tanımlama (identifikasyon) kurallarına göre değerlendirilmiş olup sadece tiplendirme yapılmıştır. Gelen sürüntü örnekleri hazır koyun kanlı agar ve hazır Eosin-Methylene Blue (EMB) agar besiyerine ekilerek, bir gece etüvde inkübe edilmiştir. Ertesi gün kültür ekimleri değerlendirilmiştir. Kültürde üreme tespit edilen kolonilerin; makroskobik (koloni morfolojisi) ve biyokimyasal özelliklerine göre (katalaz, koagülaz, oksidaz testi) tanımlaması yapılmıştır. Sadece kanlı agarda üreyen EMB agarda üremeyen bakteri kolonileri için katalaz ve koagülaz testleri çalışılmış, hem kanlı agar hem de EMB agarda üreyen bakteriler (non-fermentatif grup) için oksidaz testi yapılmıştır. Sadece bir kültürde üreyen *Proteus spp.* için, koloni morfolojisi ve spesifik agar yayılım özelliği (swarm) gözlemlenerek tanımlama yapılmıştır.

YBÜ personel sayısı 12 olup çalışmaya 10 personel dahil edilmiştir. İki kişi, kişisel mazeret durumlarından (izin, rapor) dolayı çalışmada yer almamışlardır. Çalışmaya dahil edilen 10 personelin 9'u hemşire 1'i ise temizlik personeldir ve YBÜ'nde çalışma süreleri ortalama 1,5 yıl (4 ay-3 yıl) olarak hesaplanmıştır.

Çalışmanın başladığı tarih itibariyle YBÜ (12 yataklı)'nde yatan hasta sayısı: 2 (1. periyot), 5 (2. periyot) ve 8 (3. Periyot) olarak kayıt altına alınmıştır.

3. SONUÇLAR

Çalışmaya alınan toplam 51 sürüntü örneğinde çeşitli tipte üremeler tespit edilmiştir. Bakteriyel üreme sonuçları (kodlama sistemi ile karakterize edilmiş*) Tablo-2'de gösterilmiştir.

Tablo-2: YBÜ Sürüntü Örneklerindeki Üremeler

Numune kodu	Üreyen bakteriler
KS	<i>S. aureus</i>
DS2	<i>KNS</i>
CT3	<i>KNS</i>
P3A	<i>KNS</i>

BK	<i>KNS+S. aureus</i>
P8A	<i>S. aureus</i>
P9A	<i>E. coli</i>
P11A	<i>Acinetobacter spp.</i>
P12B	<i>KNS</i>
P14A	<i>Proteus spp.</i>
SA1	<i>KNS</i>
DB2	<i>KNS</i>
P7B	<i>KNS</i>
P9B	<i>KNS</i>

*Kodlama Sistemi:

KS: Köpük Sabun, DS: Dezenfektan Solüsyonu, CT: Cep Telefonu, BK: Bilgisayar Klavyesi, P3A: 3 numara ile kodlanan personelin sabah sürüntüsü, P8A: 8 numara ile kodlanan personelin sabah sürüntüsü, P9A: 9 numara ile kodlanan personelin sabah sürüntüsü, P11A: 11 numara ile kodlanan personelin sabah sürüntüsü, P12B: 12 ile kodlanan personelin öğle yemeği öncesi alınan sürüntüsü, P14A: 14 numara ile kodlanan personelin sabah sürüntüsü, SA: Serum Askısı, DB: Dezenfektan Başlığı, P7B: 7 numara ile kodlanan personelin öğle yemeği öncesi alınan sürüntüsü, P9B: 9 numara ile kodlanan personelin öğle yemeği öncesi alınan sürüntüsü.

Çalışılan 51 sürüntü örneğinin 14'ünde üreme olmuş, üreyen bakterilerin çoğunluğu cilt flora bakterileri grubundan olan KNS (9) olarak bulunmuştur (% 60 oranında). KNS'yi, *S. aureus* (3), *E. coli* (1), *Proteus spp.* (1), *Acinetobacter spp* (1) izlemiştir.

Üreme görülen cansız yüzeyler; el hijyeni sağlamak amacıyla kullanılan ekipmanlar (dezenfektan, sıvı/köpük sabun), cep telefonları, serum askıları ve bilgisayar klavyeleri olarak bulunmuştur. Personelin YBÜ'nde ortalama çalışma süreleri ve YBÜ'nde yatan hasta sayısı arttıkça, el hijyeni uygulamalarının yetersizliğine bağlı olarak kontaminasyonun arttığı görülmüştür.

4. TARTIŞMA

Normal insan cilt florasında; 4×10^4 kob/cm²- 1×10^6 kob/cm² arasında bakteri bulunmakla birlikte, sağlık personelin ellerinde bu oran $3,9 \times 10^4$ - $4,6 \times 10^6$

kob/cm² olarak hesaplanmıştır. Sağlık personeli sıklıkla hastane kaynaklı mikrobiyal ajanlarla kontamine olmaktadır. Kontamine olmuş sağlık personeli ile temas halinde olan YBÜ hastalarında, ciddi seyirli hastane enfeksiyonları gelişebilmektedir (Tajeddin, 2016).

Çoklu ilaç dirençli mikroorganizmaların hastane ortamlarında üreyebilmesi ve kolonize olması, hastane kaynaklı enfeksiyonların görülme olasılığını ve tedavi maliyetini artıran bir epidemiyolojik sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Avrupa, Amerika ve Asya'daki bazı hastaneleri kapsayan bir gözden geçirme çalışmasında; yüksek MRSA (Metisiline dirençli *S. aureus*) prevalansına dikkat çekilmiştir. Bunun sebebi olarak, yine sağlık personeli tarafından el hijyeninin iyi uygulanmaması gösterilmiştir. Bunun yanında, kontaminasyon alanlarında üreyen non-fermentatif, *P. aeruginosa*, *A. baumannii*, *Vankomisin Dirençli Enterokok (VRE)* gibi bakteriler çapraz bulaşma yoluyla, hastane içerisinde farklı kliniklere taşınarak, hastane kaynaklı enfeksiyonlar için yeni odaklar oluşturabilmektedir. Bu bakteriyel etkenlerin sebep olduğu hastane kaynaklı enfeksiyonlar maliyeti yüksek tedavi giderlerine neden olmaktadır (Montoya, 2018).

Benzer şekilde yapmış olduğumuz çalışmamızda da; YBÜ'nün çeşitli fiziki alanlarından alınan sürüntülerde (bilgisayar klavyesi, serum askısı, cep telefonu gibi) bakteriyel üremeler tespit edilmiştir. Bununla birlikte, yatan hasta sayısı arttıkça kontaminasyon oranının arttığı görülmüştür.

Khashei ve arkadaşlarının (Khashei, 2014) yaptıkları bir çalışmada; üç aylık periyotta 48 hemşire ve 16 yenidoğan yoğun bakım personelinden el sürüntüleri ve burun kültürleri alınarak, kültür üremeleri değerlendirilmiş ve üreyen bakterilere antibiyotik duyarlılık paneli çalışılmıştır. Hemşirelerden alınan örneklerde, YBÜ personeline kıyasla daha fazla üreme gözlenmiştir. Üreyen bakteriler (sıklık sırasına göre); Koagülaz negatif Stafilokok (KNS) (149) (%74-90), Difteroid grubu (19), *S. aureus* (11), Enterokok (4), *Bacillus* grubu (5), *E. coli* (6), *K. pneumoniae* (1), Streptokok (2), *E. cloacae* (1), *Micrococcus* (1) olarak tanımlanmıştır. Bu bakterilerin antibiyotik direnç durumunu göstermeye yönelik çalışmada ise KNS ve *S. aureus* için antibiyotik duyarlılık testi ve direnç durumu değerlendirilmiş olup KNS için, cMLS_B ve iMLS_B tipi makrolid direnci göze çarpmıştır. *S. aureus* için yapılan duyarlılık ve direnç testlerinde, izolatlar metisiline duyarlı bulunmuştur.

Bizim çalışmamızda, personel ve çevreden alınan toplam 51 kültürün 14'ünde üreme olmuş (1 örnekte 2 üreme mevcut) ve bu 14 üremenin 9'unda (% 60) KNS varlığı tespit edilmiştir.

Russotto ve arkadaşlarının (Russotto, 2015) YBÜ'nde cansız yüzeyler ve ekipmanların kontaminasyonu ile ilgili yaptığı bir derleme çalışmasında kontaminasyon açısından riskli alanları şu şekilde tanımlanmıştır; EKG problemleri (VRE, KNS), kan basıncı ölçüm aletleri (MRSA), ventilatör (*S. aureus*, *P. aeruginosa*), medikal kartlar (KNS, *Acinetobacter* spp.), ultrason cihazı (*S. aureus* KNS, *Pseudomonas* spp., *Acinetobacter* spp.), yatak rayları (*Acinetobacter* spp.), steteskop (*S. aureus*, *Acinetobacter* spp.), kişisel koruyucu önlük (scrub) (*Acinetobacter* spp.), telefon-cep telefonu (*Acinetobacter* spp.), bilgisayar klavyesi (KNS, non-fermentatif bakteriler), el yıkama lavaboları (*Klebsiella* spp.). Bu derlemede, YBÜ' nün çoklu dirençli bakteriler de dahil patojen özelliğe sahip bakteriler tarafından yoğun bir şekilde kontamine edildiği, bu durumun YBÜ kaynaklı enfeksiyonlara sebep olabileceği ve sonuç olarak etkin bir enfeksiyon kontrol prosedürünün uygulanmasının gerekliliği vurgulanmıştır.

Mbanga ve arkadaşlarının (Mbanga, 2018) yaptıkları çalışmada ise; YBÜ'nde yine cansız yüzeyler, medikal ekipmanlar (58 sürüntü) ve sağlık personelinin el sürüntüleri (6 sürüntü) alınmış ve değerlendirilmiştir. Cansız yüzeyler ve ekipmanlardan alınan sürüntülerde, 50 sürüntüde fomitler, sağlık çalışanlarından alınan 6 sürüntüde bakteriyel kontaminasyon tespit edilmiştir. Cansız yüzeyde ve medikal ekipmanda üreyen bakteriler; *E. coli*, *Klebsiella* spp., *S. aureus*, KNS, *P. vulgaris*, *E. faecalis*, *P. aeruginosa* şeklinde tanımlanmıştır. Sağlık personelinin el sürüntülerinde üreyen bakteriler ise; *E. coli*, *Klebsiella* spp., *S. aureus*, KNS, *P. aeruginosa* şeklinde sıralanmıştır. Üreyen bakterilerin antibiyotik dirençleri incelendiğinde, en az 51 izolatın en az 3 antibiyotik tipine dirençli olduğu ve 39 çoklu dirençli kökene sahip (ESBL pozitif) *E. coli*, *Klebsiella* spp. ve *P. aeruginosa* izolatları ile *Metisiline* dirençli *S. aureus* (MRSA) izolatlarında çoklu antibiyotik dirençleri bulunmuştur.

Shukla ve arkadaşları (Shukla, 2017), YBÜ'nde çalışan 50 personelden (hekim, hemşire, yardımcı personel) el sürüntüleri almışlar ve kültür üremelerini değerlendirmişlerdir. Alkol bazlı el antiseptiği ve klasik sabun

etkinliğini kıyaslamak amacıyla yapılan bu çalışmada, çalışanlara el hijyeni eğitimi verilmeden önce ve sonrasında, el kültürleri alınmıştır. Çalışma sonuçlarına göre; *MRSA* ve *ESBL (+)* bakterilerin görülme sıklığında belirgin bir azalma görülmüş olup, el hijyeninin önemine vurgu yapılmıştır.

Fabbri ve arkadaşlarının (Fabbri, 2013) yaptıkları çalışmada; yenidoğan YBÜ'nde gelişen şüpheli 8 kan dolaşımı enfeksiyonlarından şüphelenilerek, yenidoğan kan kültürleri, yenidoğan total parenteral nütriston (TPN) solüsyonları ve ekipmanları, çevre sürüntüleri ve personelden el sürüntüleri alınıp değerlendirilmiştir. Etken olarak 8 hastanın kan kültüründe, ampicilin ve piperasilin dirençli *K. pneumoniae* üremiştir. Çevreden alınan 33 kültürün 10'unda bakteriyel üremeler görülmüş, sadece sakkaroz içeren bir beslenme solüsyonunda *K. pneumoniae*, diğer dört sürüntü örneğinde ise (ikisi tek hastaya bağlı port üzerinden) KNS üremesi olmuştur. Aynı zamanda bu çalışma esnasında el hijyeni uyumunu kontrol etmek amacıyla enfeksiyon kontrolüne yönelik bir kontrol listesi (check-list) hazırlanmış, kontrol listenin uygulaması ve güncellenmesi ile YBÜ kaynaklı enfeksiyonların azaltılabileceği kanaatine varılmıştır.

Russotto ve arkadaşlarının (Russotto, 2015) yaptığı YBÜ sağlık personelinin bakteriyel kontaminasyon bilgisi ve farkındalığını artırmayı amaçlayan bir diğer derleme çalışmasında ise; YBÜ içinde bakteriyel kontaminasyon alanlarının tanınması (Şekil.1), hasta bakım alanları ve tedavi alanlarına (ilaç hazırlama alanları) yönelik fiziksel düzenleme, temizlik prosedürlerinin temizlik planlarına uygun olarak yapılması, el hijyeni uyumlarının gözlemi ve değerlendirilmesi, personel eğitimi gibi konulara öncelik verilmesinin YBÜ kaynaklı ve kontaminasyon sebebiyle oluşan enfeksiyonlardan korunmada etkili olacağını belirtmişlerdir.

Öz ve arkadaşlarının (Öz, 2021) el yıkama alışkanlıkları ve eldeki bakteri yükü ile ilişkisini inceleyen bir çalışmasında; hasta yakını ve sağlık personelinin oluşan katılımcılara önce el hijyeni bilinci düzeyi ile ilgili anket çalışması uygulanmış, sonrasında ellerinin aktif kullanılan 4 bölgesinden el sürüntü örnekleri alınmıştır. Kültür sonuçlarına göre; alınan kültürlerin tamamında cilt flora bakterileri (başta KNS olmak üzere, viridans streptokoklar, difteroid bakteriler, mikrokoklar), katılımcıların % 30'unda ise gram (-) enterik bakteriler, *Bacillus spp*, *Pseudomonas spp.*, *Enterococcus spp* ve *S. aureus*



Şekil.1: YBÜ içinde belirlenmiş kontamine alanlar (Russotto V.)

üremesi gözlenmiştir. Bu çalışma sonucuna göre; el hijyeni konusunda bilgilerin güncellenmesi ve farkındalık yaratılmasının önemine vurgu yapılmıştır. Bu çalışmada; el hijyeni uygulamaları kapsamında, YBÜ' den gelen hasta örneklerinden izole edilen çoklu dirençli bakterilerin varlığına sebep olabilecek bakteriyel kontaminasyon varlığını araştırmak amacıyla, ilgili personelin farklı periyotlarda el sürüntüleri ve YBÜ alanı içerisindeki muhtelif fiziki alanlardan sürüntü alınmış ve bu sürüntülerde bakteriyel kontaminasyon varlığı gösterilmeye çalışılmıştır. Toplam 51 sürüntü örneğinin 14'ünde üreme olmuş, bu üreyen bakterilerin çoğunluğu (% 60 oranında) cilt flora bakterileri grubundan olan KNS olarak bulunmuştur. Bakteriyel üremelere sebep olarak; personel yetersizliği ve personel yer (bölüm) değiştirmelerinin sıklığı ile buna bağlı olarak el hijyeni kültürünün gelişmemesi, Covid-19 pandemisi sonrası gelişen temizlik-dezenfeksiyon konusundaki rahavet, el dezenfektanlarının etkin miad kontrolünün yapılamaması gibi sebepler düşünülmüştür. Bu sonuçlara göre alınabilecek önlemlerin; el hijyeni uygulamalarına yönelik YBÜ kontrol listelerinin oluşturulması ve güncellenmesi, hasta bakım

alanında kullanılan dezenfektanlar ve sıvı/köpük sabunlardan periyodik kontaminasyon taraması amaçlı bakteriyel kültür takibi, YBÜ enfeksiyon hızlarının ve mortalite oranlarının takibi, sağlık personelinin kişisel sağlık durumunun takibi ile birlikte el hijyeni eğitimlerinin ve uygulamalarının sürdürülebilir olması gerektiğini düşünüyoruz.

El hijyeni uygulamaları, hem koruyucu hem tedavi edici sağlık hizmetleri alanında enfeksiyon kontrolü adına çok önemli bir uygulamadır. Bu uygulamanın özellikle hasta kliniği üzerine etkisi oldukça önemli olup, hastane kaynaklı ve çapraz bulaş oluşturacak enfeksiyon ajanlarının ortamdaki arındırılması hasta bakım kalitesinin iyileştirilmesine katkıda bulunacaktır.

KAYNAKLAR

- Fabbri, G., Panico, M., Dallolio, L., Suzzi, R., Ciccia, M., Sandri, F., Farruggia, P. (2013). Outbreak of ampicillin/piperacillin-resistant *Klebsiella pneumoniae* in a neonatal intensive care unit (NICU): Investigation and control measures. *Int J Environ Res Public Health*, Feb 26; 10(3), 808-15. Doi: 10.3390/ijerph10030808. PMID: 23442560; PMCID: PMC3709286.
- Foca, M., Jakob, K., Whittier, S., Della, Latta, P., Factor, S., Rubenstein, D., Saiman, L. (2000). Endemic *Pseudomonas aeruginosa* infection in a neonatal intensive care unit. *N Engl J Med*, Sep 7; 343(10), 695-700. Doi: 10.1056/NEJM200009073431004. PMID: 10974133.
- Günaydın, M. (2020). Hastane enfeksiyonları ve el hijyeni. 24. DAS Eğitim Semineri. Erişim adresi: <https://das.org.tr/dosya/mg/20seminer.pdf>
- Khashei, R., Sarie, H. S. E., Alfatemi, M. H., Zomorodian, K. (2014). Antimicrobial resistance patterns of colonizing microflora on the personnel hands and noses working in the neonatal intensive care unit (NICU). *World Applied Sciences Journal*, 30 (10), 1232-1237, ISSN 1818-4952 IDOSI Publications. Doi: 10.5829/idosi.wasj.2014.30.10.183.
- Mbanga, J., Sibanda, A., Rubayah, S., Buwerimwe, F., & Mambodza, K. (2018). Multi-Drug Resistant (MDR) bacterial isolates on close contact surfaces and health care workers in intensive care units of a tertiary hospital in Bulawayo, Zimbabwe. *Journal of Advances in Medicine and Medical Research*, 27(2), 1-15. Erişim adresi: <https://doi.org/10.9734/JAMMR/2018/42764>

- Montoya, A., Schildhouse, R., Goyal, A., Mann, J.D., Snyder, A., Chopra, V., Mody, L. (2018) . How often are health care personnel hands colonized with multidrug- resistant organisms? A systematic review and meta-analysis. *Am J Infect Control*, Jun; 47(6), 693-703. Doi: 10.1016/j.ajic.2018.10.017. Epub 2018 Dec 5. PMID: 30527283.
- Russotto, V., Cortegiani, A., Raineri, S, M., Giarratano, A. (2015). Bacterial contamination of inanimate surfaces and equipment in the intensive care unit. *J Intensive Care*, Dec 10 (3), 54. Doi: 10.1186/s40560-015-0120-5. PMID: 26693023; PMCID: PMC4676153.
- Russotto, V., Cortegiani, A., Fasciana, T., Iozzo, P., Raineri, S,M., Gregoretti, C., Giammanco, A., Giarratano, A. (2017). What healthcare workers should know about environmental bacterial contamination in the intensive care unit. *Biomed Res Int*. Doi: 10.1155/2017/6905450. Epub 2017 Oct 29. PMID: 29214175; PMCID: PMC5682046
- Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2020). Sağlıkta kalite standartları (SKS-Hastane S.6.1). Ankara, Sağlık Bakanlığı, Yayın No: 1156.
- Shukla, P., Haider, F., Yaqoob, S., Khare, V., Singh, M. (2017). Evolution of hand hygiene of training and its effect on mdr bacteria detection in various intensive care units of era's lucknow medical college. *Era's Journal Of Medical Research*, 4(1). Doi:10.24041/ejmr2017.15
- Yasemin, O. K., Nilgün, K., Tuğçe, Nur, Ö., Betül, K., Ahmet, İshak, Ö., Berk, P., Betül, Fatma, K., Mohommed, V. S. (2021). The relationship of hand washing habits with aerobic microorganism load on hand. *Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi*, 78(3), 255-264. Doi: 10.5505/Turk Hijyen.2021.14892.
- Tajeddin, E., Rashidan, M., Razaghi, M., Javadi, S,S., Sherafat, S,J., Alebouyeh, M., Sarbazi, M,R., Mansouri, N., Zali, M,R. (2016). The role of the intensive care unit environment and health-care workers in the transmission of bacteria associated with hospital acquired infections. *J Infect Public Health*, Jan-Feb; 9(1), 13-23. Doi: 10.1016/j.jiph.2015.05.010. PMID: 26117707.
- Wille, I., Mayr, A., Kreidl, P., Brühwasser, C., Hinterberger, G., Fritz, A., Posch, W., Fuchs, S., Obwegeser, A., Orth-Höller, D., Lass-Flörl, C. (2018). Cross-sectional point prevalence survey to study the environmental contamination of nosocomial pathogens in intensive care units under real-life conditions. *J Hosp Infect*, Jan; 98(1), 90-95. Doi: 10.1016/j.jhin.2017.09.019. PMID: 28964884.

Pandemi Döneminde Acil Servise Başvuran Hastaların Memnuniyet Oranlarının Pandemi Öncesiyle Karşılaştırılması

Zeynep DEMİREL¹ Şükran Güngör TANÇ²

Geliş Tarihi: 30.06.2022

Kabul Tarihi: 19.09.2022

ÖZET

Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) gereği Türkiye’de tüm hastanelerde hasta memnuniyetini belirlemek, sağlık hizmetlerinin sunumunu hasta gözünden görebilmek ve hasta veya hasta yakınlarının geri bildirimleri sayesinde hizmet kalitesini arttırmak amacıyla hasta memnuniyet anketleri uygulanmaktadır. Bu çalışmanın amacı, ilgili anket verilerine dayanarak acil servise başvuran hastaların Covid-19 pandemi sürecindeki memnuniyet oranlarını pandemi öncesine ait 2019 yılı verileriyle karşılaştırmalı olarak ortaya koymaktır. Bu kapsamda çalışma, ilgili veriler ışığında sağlık hizmetlerine dair değişim gösteren ve sabit kalan memnuniyet unsurları hakkında genel eğilimleri tespit etmeyi hedeflemektedir.

Çalışmada, Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Daire Başkanlığı tarafından geliştirilen ve 22 sorudan oluşan Acil Hasta Memnuniyet Anketi’nden yararlanılmıştır. Bu çalışmada kullanılan “Hasta Deneyimi Anketleri” hastalar acil servisteki tüm işlemlerini bitirip hastaneden ayrıldıktan sonra “telefon görüşmesi” yöntemi kullanılarak yapılmıştır. Her ay 32 hastaya ulaşılmış olup, 2019 yılında 384 hasta, 2020 yılında 384 hasta olmak üzere toplam 768 hastaya anket uygulanmıştır.

Bu çalışmada acil servisten hizmet alan hastaların genel memnuniyet oranı 2019 yılında %94,39 iken 2020 yılında ise %92,58 olarak tespit edilmiştir. Elde edilen bulgular acil servise başvuran hastaların, verilen sağlık hizmetinin kalitesinden büyük oranda memnun olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Memnuniyet, Sağlık hizmet kalitesi, Acil servis

1 Çiğli Eğitim ve Araştırma Hastanesi, e-posta: zeynepyigiter@gmail.com. Orchid no: 0000-0002-9659-7168

2 Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, e-posta:sukrangungortanc@gmail.com. Orchid no: 0000-0002-0675-2479

Comparison of Satisfaction Rate of Patients Who Attended Emergency Services the Pandemic Period and Before the Pandemic

ABSTRACT

In accordance with the Quality Standards in Health, patient satisfaction surveys are applied in all hospitals in Turkey to determine patient satisfaction, to see the delivery of health services through the patient's eyes and to increase the quality of service through the feedback of patients or their relatives. Based on the relevant survey data, this study aims to reveal the satisfaction rates of patients who applied to the Emergency Service during the Covid-19 pandemic period in comparison with the data of 2019 before the pandemic. In this context, the study aims to determine the general trends about the patient satisfaction elements that change and remain constant in the light of the relevant data.

In the study, Emergency Room Patient Satisfaction Survey, which was developed by the Ministry of Health, General Directorate for Health Services, Department Of Quality Accreditation And Employee Rights In Health and consists of 22 questions was used. The "Patient Experience Survey" used in this study was conducted using the "phone interview" method after the patients finished their all procedures in the Emergency Service and left the hospital. 32 patients were reached every month, and the survey was applied to a total of 768 patients, 384 patients in 2019 and 384 patients in 2020.

In this study, the overall satisfaction rate of the patients who received service from the Emergency Service was 94, 39% in 2019 and 92, 58% in 2020. The findings show that the patients who applied to the Emergency Service are largely satisfied with the quality of the health service provided.

Key Words: **Pleasure:** Quality of healthcare, Emergency service

GİRİŞ

2019 yılının sonlarında, ilk olarak Çin'in Wuhan kentinde görülen ve hızla tüm dünyaya yayılmasıyla birlikte 2020 yılının Mart ayında Dünya Sağlık Örgütü tarafından Pandemi olarak ilan edilen Covid-19 virüsü yaşamı tümüyle etkilemiş, özellikle hastanelerdeki işleyişi temelden değiştirmiştir (Akgül, 2020). Bu çalışma Covid-19 sürecinde hasta memnuniyetlerindeki eğilimleri analiz ederek hastanelerdeki işleyişlerin geliştirilmesini ve sağlıkta kalite standartları süreçlerini destekleyerek literatüre katkı sunmayı hedeflemektedir.

Büyük bir belirsizliği, kaygı ve endişeleri beraberinde getiren Covid-19 virüsü; hastaların tek başına bir odada karantina altında tutulması, bulaşıcılığın ve ölüm oranlarının artması, hastaların psikolojisini olumsuz yönde etkilemesiyle, hasta ve yakınlarının endişelerini arttırma riski doğurmuştur (Bahar, Çuhadar, & Bahar, 2020). Hastane çalışanlarının Covid-19 virüsüne yakalanmaları sonucu karantinaya alınmaları, hamile ve kronik hastalığı olan risk grubundaki personellerin sahadan uzaklaştırılmaları nitelikli personellerin ise koruyucu ekipmanların içinde uzun saatler çalışmak zorunda kalmaları, çalışanlar açısından olumsuz etkilere neden olmuştur (Tuncay, Koyuncu, & Özel, 2021). Bunun yanı sıra kronik hastalığı olan ve tedavisi devam eden hastaların hastaneye başvurmadan çekinmeleri ve hastaneye başvuruları azaltılması; teması en aza indirmek amacıyla merkezi hekim randevu sistemlerinde randevu sayılarının azaltılması hastaların sağlık sistemine erişimini de göreceli olarak zorlaştırmıştır (Gündoğdu, 2020). Dolayısıyla Covid-19 pandemisi başta sağlık çalışanları olmak üzere, hem bu virüse yakalanan hastalar için hem de diğer hastalıklar nedeniyle sağlık hizmeti almak isteyen hastalar için ilgili süreçlerde çeşitli memnuniyetsizlikler doğurmuştur.

Hasta memnuniyeti, bakım sunumunun ve kalitesinin bir parçasıdır (Locke, Mariane, Koster, Taylor, & Greenspan, 2011). Memnuniyet anketleri genellikle hastaların beklentilerini içerir. Beklenti ve başarı arasındaki uyum hasta memnuniyetini belirler (Heiddegger, Saal, & Nuebling, 2006). SKS gereği Türkiye'de tüm hastanelerde hasta memnuniyetini belirlemek ve hizmet kalitesini arttırmak amacıyla yapılan hasta memnuniyet anketleri uygulaması, 2019 yılından itibaren "Anket Uygulama Rehberi Versiyon 2"ye göre yapılmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2019).

Bu çalışmayla 2020 yılına ait veriler ile pandemi döneminde acil servise başvuran hastaların memnuniyet oranlarının, 2019 yılı pandemi öncesi döneme ait veriler ile karşılaştırılması hedeflenmektedir.

Literatür incelendiğinde, ülkemizde acil servise başvuran hastaların memnuniyet düzeyleri ile ilgili yapılan çalışmalarda, memnuniyeti etkileyen faktörler üzerinde durulmuştur. Hastaların demografik özelliklerine göre, meslek gruplarından beklentilerine göre, hizmetin hastanın beklentilerini karşılaması durumuna göre, memnuniyet oranları incelenmiştir (Ergezen & Efe, 2019). Bu çalışmada 2020 yılında Covid-19 pandemi sürecinde acil servise başvuran hastaların memnuniyet oranlarının, pandemi öncesine ait 2019 yılı verileriyle karşılaştırması yapılmıştır. Hastaların demografik özellikleri, acil servisin fiziki özellikleri, bekleme süreleri, acil serviste çalışan hastane personelleri ve hastaların beklentileri ile ilgili karşılaştırmalı değerlendirme yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma kesitsel tipte retrospektif bir çalışma olup, acil servise başvuran hastaların memnuniyet düzeylerini ve beklentilerini değerlendirmek amacıyla anket yöntemi kullanılarak yapılmıştır. 1 Ocak 2019 ile 31 Aralık 2020 tarihleri arasında Çiğli Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde gerçekleşen hasta memnuniyet anket sonuçları çalışmanın verilerini oluşturmaktadır. Araştırmanın evrenini 2018 ve 2019 yıllarında acil servise başvuran hastalar oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini evren içinden tesadüfi (random) olarak seçilen 2019 yılında 384, 2020 yılında 384 olmak üzere toplam 768 hasta oluşturmaktadır. Hasta deneyimi anketinde örneklem sayısını belirlemek için Sağlık Bakanlığı'nın yayınlamış olduğu "Anket Uygulama Rehberi" Tablo 1. örneklem oluşturma tablosundan faydalanılmıştır. Bu tabloya göre her yıl bir önceki yıl başvuran hasta sayısı dikkate alınarak tabloda karşılık gelen sayıda örneklem oluşturulmuştur. 2018 yılında başvuran hasta sayısı 505.086'dır. 2019 yılında başvuran hasta sayısı 517.645'tir. Bu tabloya göre örneklem sayısı 384 olarak belirlenmiştir. Acil servise başvuran ve ankete katılmayı kabul eden 768 hasta araştırmanın örneklemini oluşturmuştur.

Araştırmanın dahil edilme kriterlerini; randomizasyon yöntemi ile seçilip, telefon görüşmesi sonucu anket uygulamasını kabul eden hastalar oluşturmaktadır.

Araştırmanın dışlanma kriterlerini acil serviste Covid-19 için ayrılmış birimlere başvuran hastalar oluşturmaktadır.

Veri toplama aracı olarak Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Daire Başkanlığı tarafından geliştirilen “Acil Hasta Memnuniyet Anketi” kullanılmıştır. Acil hasta memnuniyet anketi 22 sorudan oluşmaktadır. Soruların 4’ü sosyo-demografik özellikleri, 18’i ise hastanede sunulan hizmetlerin algılanmasına yönelik memnuniyetleri içeren sorulardır. Çalışmada “likert ölçeği” kullanılmıştır. 5 tamamen katılıyorum, 4 katılıyorum, 3 kararsızım, 2 katılmıyorum, 1 kesinlikle katılmıyorum olarak değerlendirilmiştir. Çalışmadan elde edilen veriler, Microsoft Excel Çalışma Programı kullanılarak analiz edilmiştir. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel yöntemleri (frekans (n) ve yüzde (%)) cinsinden hesaplanmıştır.

HİPOTEZLER

H0: Pandeminin acil servise başvuran hastaların memnuniyet oranlarına etkisi yoktur.

H1: Pandeminin acil servise başvuran hastaların memnuniyet oranlarına etkisi vardır.

BULGULAR

Araştırmaya 2019 yılında 384, 2020 yılında 384 olmak üzere toplam 768 hasta dahil edilmiştir. Araştırmaya katılan hastaların sosyo-demografik özellikleri ve acil servise başvuru şekli Tablo 1’de sunulmuştur.

Tablo1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri

Cinsiyet	2019		2020	
	n	%	n	%
Kadın	210	55	189	49
Erkek	174	45	195	51
Toplam	384	100	384	100

Memnuniyet anketi katılımcılarının sosyo demografik özellikleri tablo 1’de görülmektedir. Buna göre 2019 yılında ankete katılan bireylerin %55’inin kadın, %45’inin erkek olduğu belirlenmiştir. 2020 yılındaki veriler incelendiğinde ankete katılan bireylerin %49’unun kadın, %51’inin erkek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 2. Katılımcıların Acil Servise Başvuru Şekli

	2019		2020	
	n	%	n	%
Kendi imkanları ile başvuru	286	74	278	72
Ambulans ile başvuru	98	26	106	28
Toplam	384	100	384	100

2019 yılında acil serviste memnuniyet anketine katılan hastaların %74’ü kendi imkanları ile acil servise başvururken %26’sı ambulans ile acil servise getirilmiştir. 2020 yılında ise %72’sinin kendi imkanları ile %28’i ise ambulans ile başvurmuş olduğu belirlenmiştir. 2019 ve 2020 yılı karşılaştırıldığında kendi imkanları ile başvuran hasta sayısı her iki yılda da ambulans ile başvuran hastalardan fazladır.

Tablo 3. Yaş Kategorisi

Yaş kategorisi	2019		2020	
	n	%	n	%
20’nin altı	39	10	11	2,8
20-29 yaş arası	58	15	44	11,4
30-39 yaş arası	76	19,3	79	20,5
40-49 yaş arası	71	18,4	89	23
50-59 yaş arası	86	22,3	96	25
60 yaş üstü	54	15	65	17,3
Toplam	384	100	384	100

2019 yılında hasta memnuniyet anketine katılan hastalardan %22,3’ü 50-59 yaş aralığında olup en yüksek orana sahiptir. En düşük oran ise %10 ile 20 yaş altındaki hastalardır. 2020 yılında ise 50-59 yaş aralığında başvuran hastaların oranı %25, 40-49 yaş aralığında başvuran hastaların oranı %23’tür. 20 yaş altında başvuran hastaların oranı %2,8’dir. 2019 yılı ile kıyaslandığında 40-49 yaş grubunun 2020 yılındaki başvuru sayısının 2019 yılına göre %4,5 oranında arttığı görülmektedir. En yüksek başvuru oranının her iki yılda da 50-59 yaş grubunda olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4. Eğitim Durumu

Eğitim durumu	2019		2020	
	n	%	n	%
Okur-yazar değil	20	5,2	13	3,5
Okur-yazar	30	7,8	28	7,2
İlkokul	78	20,3	65	16,9
Ortaokul	74	19,2	70	18,3
Lise	70	18,2	84	21,8
Üniversite	66	17,2	82	21,3
Yüksek lisans	22	5,7	29	7,5
Doktora	24	6,4	13	3,5
Toplam	384	100	384	100

Eğitim durumu kategorisinde 2019 yılında en yüksek başvurunun %20,3 oranı ile ilkokul mezunları, 2020 yılında ise %21,8 oranı ile lise mezunları ve %21,3 oranı ile üniversite mezunları olduğu belirlenmiştir.

Tablo 5. Acil Servisin Fiziki Özelliklerine Yönelik Değerlendirilmesi

	2019		2020	
	Soru Bazında Toplam puan	%	Soru Bazında Toplam Puan	%
Hastaneye ulaşımında zorluk yaşamadım	1889	98,38	1844	96,04
Acil servis içinde ulaşmam gereken birimlere kolaylıkla ulaşabildim	1824	95	1867	97,23
Bekleme alanının fiziksel koşulları yeterliydi	1805	94,01	1693	88,17
Muayene olduğum alanın fiziksel koşulları yeterliydi	1800	93,75	1725	89,84
Acil servis genel olarak temizdi	1679	87,44	1775	92,44

“Hastaneye ulaşımında zorluk yaşamadım” ifadesine verilen cevap pandemi öncesi dönemde %98,38 ile anket soruları içinde yüksek ortalamaya sahiptir. Pandemi döneminde % 2,34 oranında bir düşüş olmuştur. Pandemi sürecinde kısıtlamaların olması ve toplu taşıma araçlarını kullanmada hasta ve yakınlarının çekingen davranmasının bu oranı düşürmeye etki ettiğini düşündürmektedir. Pandemi sürecinde, acil servis bekleme alanında sosyal mesafeyi korumak adına zemin işaretlemeleri yapılmış ve bekleme koltuklarında oturabilen kişi sayısının azaltılmasına yönelik tedbirler alınmıştır. “Bekleme alanının fiziksel koşulları yeterliydi” ifadesine verilen yanıtta %5,84 oranında bir düşüş olduğu, “muayene olduğum alanın fiziksel koşulları yeterliydi” ifadesine verilen yanıtta %3,91’lik düşüş olduğu dikkat çekmektedir. “Acil servis genel olarak temizdi” ifadesinde % 5’lik artış oranı daha sık yapılan eğitimlerin ve denetlemelerin temizlik alışkanlıklarını olumlu yönde değiştirdiğini düşündürülebilir.

Tablo 6. Acil Serviste Çalışan Hastane Personelleri İle İlgili Değerlendirme

	2019		2020	
	Soru Bazında Toplam puan	%	Soru Bazında Toplam puan	%
Danışma ve yönlendirme hizmetleri yeterliydi	1718	89,47	1731	90,15
Doktorumun bana ayırdığı süre yeterliydi	1730	90,01	1512	78,75
Muayene ve tetkikler sırasında kişisel mahremiyetime özen gösterildi	1899	98,90	1895	98,69
Doktorum tarafından hastalığım ve tedavim ile ilgili yeterli bilgilendirme yapıldı	1816	94,58	1810	94,27
İhtiyaç halinde gerekli sağlık personeline kolaylıkla ulaştım	1818	94,68	1786	93,02
Acil servis personeli nezaket kurallarına uygun davrandı	1826	95,10	1855	95,76

“Danışma ve yönlendirme hizmetleri yeterliydi” ifadesinde oranlarda her iki dönemde de anlamlı fark olmadığı dikkati çekmektedir. “Doktorumun bana ayırdığı süre yeterliydi” ifadesine verilen yanıtların ortalamasının pandemi sürecindeki dönemde %78,75 ile anketteki en düşük ortalama olduğu görülmektedir. “Muayene ve tetkikler sırasında kişisel mahremiyetime özen gösterildi” ifadesine verilen yanıtların oranı %98 ile anketin en yüksek oranıdır. Bu durum acil servis çalışanlarının hastaların kişisel mahremiyetlerine yüksek oranda özen gösterdiği şeklinde yorumlanabilir. Hastaların ankette kullanılan ifadelere verdikleri yanıtlara bakıldığında; Doktoru tarafından hastalığı ve tedavisi ile ilgili yeterli bilgilendirme yapıldığı, acil servis personelinin nezaket kurallarına uygun davrandığı, ihtiyaç halinde personele kolaylıkla ulaşılabildiği düşünülmektedir.

Tablo 7. Hastaların Bekleme Süreleri İle İlgili Değerlendirme

	2019		2020	
	Soru Bazında Toplam puan	%	Soru Bazında Toplam puan	%
Kayıt işlemleri için çok beklemedim	1842	95,93	1838	95,72
Muayene ve müdahale için beklediğim süre uygundu	1758	91,56	1604	83,54
Tahlil ve tetkikler için verilen randevu süreleri uygundu	1884	98,12	1834	95,52
Tahlil ve tetkik sonuçlarımı belirtilen süre içerisinde aldım	1856	96,66	1844	96,04

Hastalar “Kayıt işlemleri için çok beklemedim” ifadesine her iki dönemde de %95 oranında memnuniyetlerini ifade etmişlerdir. “Muayene ve müdahale için beklediğim süre uygundu” ifadesine verilen cevapların pandemi öncesi döneme göre %8,02 oranında düştüğü tespit edilmiştir. “Tahlil ve tetkikler için verilen randevu süreleri uygundu” ifadesine verilen cevaplara bakıldığında, pandemi döneminde %95, 52 oranı ile pandemi öncesi döneme göre %2,6 oranında daha düşük olduğu görülmektedir. “Tahlil ve tetkik sonuçlarımı belirtilen süre içerisinde aldım” ifadesine her iki dönemde de %96 oranında memnuniyetlerini ifade etmişlerdir.

Tablo 8. Hastaların Beklentileri İle İlgili Değerlendirme

	2019		2020	
	Soru Bazında Toplam puan	%	Soru Bazında Toplam puan	%
Acil servisin sunmuş olduğu hizmetler beklentilerimi karşıladı	1828	95,20	1833	95,46
Acil servisten ayrılırken taburculuk sonrası süreç ile ilgili yeterli bilgilendirme yapıldı	1827	95,15	1756	91,45
Bu acil servisi aileme ve arkadaşlarıma tavsiye ederim	1819	94,73	1795	93,48

Tablo 8’de hastaların beklentileri ile ilgili karşılaştırmalı değerlendirme verilmiştir. “Acil servisin sunmuş olduğu hizmetler beklentilerimi karşıladı” ifadesine verilen cevaplar her iki dönemde de %95 oranında sabit kalarak değişmemiştir. “Acil servisten ayrılırken taburculuk sonrası süreç ile ilgili yeterli bilgilendirme yapıldı” ifadesine verilen cevapların pandemi öncesi döneme göre %3,7 oranında düştüğü tespit edilmiştir. Acil servisten alınan hizmet sonrası “Bu acil servisi aileme ve arkadaşlarıma tavsiye ederim” ifadesine verilen cevaplara bakıldığında hastaların pandemi döneminde %93,48 oranında, pandemi öncesi dönemde ise % 94,73 oranında tavsiye edeceği ve bu oranın memnuniyet ortalamasında diğer anket sorularına verilen yanıtlara kıyasla yüksek bir oran olduğu söylenebilir.

Tablo 9. 2019 Yılı Acil Hasta Anketi Kategori Bazında Dağılımı

		Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum	Soru Bazında Toplam Cevap Puanı	Toplam Cevap Puan	Soru Bazında Karşılanma Oranı
1	Hastaneye ulaşımında zorluk yaşamadım	369	4	6	5	0	1889	1920	98.38%
2	Danışma ve Yönlendirme hizmetleri yeterliydi	318	14	0	20	32	1718	1920	89,47%

3	Acil servis içinde ulaşmam gereken birimlere kolaylıkla ulaşabildim	352	22	3	4	3	1824	1920	95,00%
4	Kayıt işlemleri için çok beklemedim	355	9	0	11	9	1842	1920	95,93%
5	Bekleme alanının fiziksel koşulları yeterliydi	337	7	24	4	12	1805	1920	94,01%
6	Muayene ve müdahale için beklediğim süre uygundu	323	16	8	18	19	1758	1920	91,56%
7	Muayene olduğum alanın fiziki koşulları yeterliydi	339	11	3	21	10	1800	1920	93,75%
8	Doktorumun bana ayırdığı süre yeterliydi	319	5	17	21	22	1730	1920	90,01%
9	Muayene ve tetkikler sırasında kişisel mahremiyetime özen gösterildi	375	5	0	0	4	1899	1920	98,90%
10	Tahlil ve tetkikler için verilen randevu süreleri uygundu	370	4	0	8	2	1884	1920	98,12%
11	Tahlil ve tetkik sonuçlarımı belirtilen süre içerisinde aldım	358	4	8	12	2	1856	1920	96,66%

Comparison of Satisfaction Rate of Patients Who Attended Emergency Services the Pandemic Period and Before the Pandemic

Cilt: 20
Sayı: 1

12	Doktorum tarafından hastalığım ve tedavim ile ilgili yeterli bilgilendirme yapıldı	334	25	3	15	7	1816	1920	94,58%
13	İhtiyaç halinde gerekli sağlık personeline kolaylıkla ulaştım	330	34	0	12	8	1818	1920	94,68%
14	Acil servis personeli nezaket kurallarına uygun davrandı	344	17	0	15	8	1826	1920	95,10%
15	Acil servis genel olarak temizdi	307	7	3	40	27	1679	1920	87,44%
16	Acil servisin sunmuş olduğu hizmetler beklentilerimi karşıladı	336	30	0	10	8	1828	1920	95,20%
17	Acil servisten ayrılırken taburculuk sonrası süreç ile ilgili yeterli bilgilendirme yapıldı	344	16	4	11	9	1827	1920	95,15%
18	Bu acil servisi aileme ve arkadaşlarıma tavsiye ederim	347	6	10	9	12	1819	1920	94,73%
Seçenek Bazında Toplam Cevap Puanı		6157	236	89	236	194	32618	34560	94,39%
Toplam Cevap Puanı		6912	6912	6912	6912	6912			
Seçenek Bazında Verilen Toplam Cevap Oranı		89,07%	3,41%	1,29%	3,41%	2,81%			

2019 yılında pandemi öncesi dönemde hasta memnuniyet oranı %94,39 olarak hesaplanmıştır. Soru bazında toplam cevap sayısı 32.618’dir. Toplam cevap sayısı 34.560’dır. Soru bazında memnuniyet oranı %94,39’dur. Seçenek bazında toplam puan 6.912’dir. Tamamen katılıyorum yanıtı verenlerin toplam puanı 6.157 olup oranı %89,07’dir. Soru bazında ve seçenek bazında toplam puanlar ve oranlar tablo 9’da verilmiştir. Soru bazında en düşük memnuniyet oranı “Hastane genel olarak temizdi” sorusuna verilen yanıttır. En yüksek oran ise “Muayene ve tetkikler sırasında mahremiyetime özen gösterildi” sorusuna verilen yanıttır. Seçenek bazında en düşük oran “Kararsızım” yanıtıdır.

Tablo 10. 2020 Yılı Acil Hasta Anketi Kategori Bazında Dağılımı

		Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum	Soru Bazında Toplam Cevap Puanı	Toplam Cevap Puanı	Soru Bazında Karşılanma Oranı
1	Hastaneye ulaşımında zorluk yaşamadım	351	7	11	13	2	1844	1920	96.04%
2	Danışma ve Yönlendirme hizmetleri yeterliydi	299	40	8	15	22	1731	1920	90.15%
3	Acil servis içinde ulaşmam gereken birimlere kolaylıkla ulaşabildim	342	37	0	4	1	1867	1920	97.23%
4	Kayıt işlemleri için çok beklemedim	346	16	0	22	0	1838	1920	95.72%
5	Bekleme alanının fiziksel koşulları yeterliydi	304	11	9	42	18	1693	1920	88.17%

6	Muayene ve müdahale için beklediğim süre uygundu	276	10	39	8	51	1604	1920	83.54%
7	Muayene olduğum alanın fiziki koşulları yeterliydi	309	21	5	32	17	1725	1920	89.84%
8	Doktorumun bana ayırdığı süre yeterliydi	255	17	24	9	79	1512	1920	78.75%
9	Muayene ve tetkikler sırasında kişisel mahremiyetime özen gösterildi	371	9	0	0	4	1895	1920	98.69%
10	Tahlil ve tetkikler için verilen randevu süreleri uygundu	352	5	0	27	0	1834	1920	95.52%
11	Tahlil ve tetkik sonuçlarımı belirtilen süre içerisinde aldım	351	7	11	13	2	1844	1920	96.04%
12	Doktorum tarafından hastalığım ve tedavim ile ilgili yeterli bilgilendirme yapıldı	313	55	1	7	8	1810	1920	94.27%
13	İhtiyaç halinde gerekli sağlık personeline kolaylıkla ulaştım	301	60	3	12	8	1786	1920	93.02%

14	Acil servis personeli nezaket kurallarına uygun davrandı	342	32	0	7	3	1855	1920	95.76%
15	Acil servis genel olarak temizdi	333	3	0	20	28	1775	1920	92.44%
16	Acil servisin sunmuş olduğu hizmetler beklentilerimi karşıladı	320	54	0	7	3	1833	1920	95.46%
17	Acil servisten ayrılırken taburculuk sonrası süreç ile ilgili yeterli bilgilendirme yapıldı	319	27	2	11	25	1756	1920	91.45%
18	Bu acil servisi aileme ve arkadaşlarıma tavsiye ederim	340	6	12	9	17	1795	1920	93.48%
Seçenek Bazında Toplam Cevap Puanı		5824	417	125	258	288	31997	34560	92.58%
Toplam Cevap Puanı		6912	6912	6912	6912	6912			
Seçenek Bazında Verilen Toplam Cevap Oranı		84,07%	6,03%	1,81%	3,73%	4,17%			

2020 yılında pandemi sonrası dönemde hasta memnuniyet oranı %92,58 olarak hesaplanmıştır. Soru bazında toplam cevap sayısı 31.997'dir. Toplam cevap sayısı 34.560'dır. Soru bazında memnuniyet oranı %92,58'dir. Seçenek

bazında toplam puan 6.912'dir. "Tamamen katılıyorum" yanıtı verenlerin toplam puanı 5.820 olup oranı %84,07'dir. Soru bazında ve seçenek bazında toplam puanlar ve oranlar tablo 10'da verilmiştir. Soru bazında en düşük memnuniyet oranı "Doktorumun bana ayırdığı süre yeterliydi" sorusuna verilen yanıttır. En yüksek oran ise "Muayene ve tetkikler sırasında mahremiyetime özen gösterildi" sorusuna verilen yanıttır. Seçenek bazında en düşük oran "Kararsızım" yanıtıdır.

2019 yılında en düşük memnuniyet oranı %87,44 ile "Hastane genel olarak temizdi" sorusuna verilen yanıttır. 2020 yılında bu sorunun memnuniyet oranı %92,44'e yükselmiştir. 2019 yılında "Doktorumun bana ayırdığı süre yeterliydi" sorusuna verilen yanıt %90,01 iken 2020 yılında anket soruları içinde %78,75 oranı ile en düşük memnuniyet oranına sahiptir.

Tablo.11 Acil Servise Başvuran Hastaların 2019 ve 2020 Yılları Arasındaki Memnuniyet Durumları Korelasyon Analizi

Correlations

		veri19	veri20
veri19	Pearson Correlation	1	,690**
	Sig. (2-tailed)		,002
	N	18	18
veri20	Pearson Correlation	,690**	1
	Sig. (2-tailed)	,002	
	N	18	18

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

2019 ve 2020 yıllarında acil servise başvuran hastaların memnuniyet oranları arasındaki korelasyon analizi ele alındığında; tabloya 11'e göre 2019 ve 2020 yıllarında acil servise başvuran hastaların memnuniyet oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ve H0 reddedilir. ($p=0,002<0,05$) 2019 ve 2020 yılları arasındaki verilerde pozitif yönlü ve kuvvetli bir ilişki olduğu söylenebilmektedir. (0,690)

TARTIŞMA VE SONUÇ

H1: Pandeminin acil servise başvuran hastaların memnuniyet oranlarına etkisi vardır. Pandemi öncesi dönemde hastanenin acil servisine başvuran hastaların %94,39 olan memnuniyet oranı, pandemi döneminde %92,58'e düşmüştür.

Bu çalışmada acil servise başvuran hastalardan “Hastaneye ulaşımında zorluk yaşamadım” diyenlerin oranı yüksektir. Benzer bir çalışmada en çok memnun olunan konulara bakıldığında hastane ve hizmet birimlerine ulaşım ilk sırada, bekleme süreleri son sırada yer almıştır (Şantaş, Şantaş & Çiçek, 2021).

Bu anket çalışmasında en yüksek memnuniyet oranının “Muayene ve tetkikler sırasında kişisel mahremiyetime özen gösterildi” sorusuna verilen yanıtlar olduğu görülmektedir. Fatih Şantaş, Gülcan Şantaş ve Fatih Çiçek (2021) tarafından gerçekleştirilen çalışmada en fazla memnun olunan ve ortalaması en yüksek ifade “Muayene ve tetkikler sırasında kişisel mahremiyetime özen gösterildi” ifadesidir ve bu iki çalışmanın birbirleri ile uyumlu olduğu görülmektedir. En az memnun olunan ve ortalaması en düşük olan ifade ise “Doktorumun bana ayırdığı süre yeterliydi” şeklinde olmuştur (Şantaş, Şantaş, & Çiçek, 2021). Bu çalışmada ise “Doktorumun bana ayırdığı süre yeterliydi” ifadesine verilen yanıtlarda pandemi öncesi döneme göre %11,2'lik düşüş olduğu görülmektedir. Pandemi sürecinde yapılan her iki çalışmanın verileri uyumludur. Bourdreau ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada doktor değerlendirmesi için bekleme sürelerini azaltmaktan ziyade memnuniyete yönelik çalışmalar yapılmasının önemine vurgu yapılmıştır (Edwin, Jason, Michael, & Baumann, 2004).

Benzer bir çalışmada “Bu acil servisi aileme ve arkadaşlarıma tavsiye ederim” ifadesine verilen yanıtların oranı %84,4 olarak bulunmuştur (Oruç & Taş, 2014). Başka bir çalışmada bu oran %76 olarak bulunmuştur (Özcan, Özkaynak, & Toktaş, 2008). Bu çalışmada 2019 yılında %94,73 iken 2020 yılında %93,48'dir. Pandemi sürecinde bu oran düşmüş gibi görünse de literatürdeki benzer çalışmalara kıyasla bu acil servisin tavsiye edilme oranı yüksektir diyebiliriz.

Yıldırım ve arkadaşlarının “Gazi Hastanesi Yataklı Servislerinde Hizmet Alanların Bazı Temel Özellikleri ve Hastaneden Memnuniyet Durumları” başlıklı çalışmalarında hastane hizmetlerinden memnuniyet düzeyi %85,5

olarak saptanmıştır (Yıldırım, Maral, Aycan, & Bumin, 1999). “Acil Tıp Birimine Başvuran Hastalarda Hoşnutluk Düzeyi ve Etkileyen Etmenler” başlıklı tez çalışmasında, hastaların acil biriminden %64,2 hoşnut olduğu saptanmıştır (Şahbaz, 2006). Bu anket çalışmasında memnuniyet oranı daha yüksek olup, 2019 yılında %94,39 olan memnuniyet oranı 2020 yılında %92,58 olarak bulunmuştur. Sonuçların bu anket çalışmasına daha yakın olduğu “Hasta Memnuniyeti: Kamu Hastaneleri Üzerine Bir Alan Araştırması” başlıklı çalışmada % 90 gibi bir oranda hastaların aldıkları hizmetten memnun oldukları bulunmuştur (Zaim & Tarım, 2010). Şenel ve arkadaşlarının yaptığı “Hasta Memnuniyeti Araştırması: Bir Devlet Hastanesinin Acil Kliniğine Başvuran Hastaların Memnuniyet Düzeyleri” başlıklı çalışmada memnuniyet oranlarının bu çalışmadaki anket sonuçlarına göre daha yüksek olduğu görülmektedir (Topal, Şenel, Topal, & Mansuroğlu, 2013).

Yatan hasta memnuniyetinin ölçüldüğü “Bir Üniversite Hastanesinde Yatan Hasta Memnuniyeti” isimli çalışmada yatan hastaların % 83,5’i tekrar hastalanma durumunda aynı hastaneyi tercih edeceklerini belirtmişlerdir (Şişe & Altınel, 2012). Benzer bir çalışmada Türkuğur ve arkadaşları hasta memnuniyet düzeylerinin oldukça yüksek bulunduğunu ifade etmişlerdir (Türkuğur, Alıcı, Uzuntarla, & Güleç, 2016). Bu anket çalışmasının sonuçları her iki çalışmanın sonuçları ile uyumludur.

Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2019 verilerine baktığımız zaman 2003 yılında hasta memnuniyet oranının %39,5 iken 2018 yılında %70,4 olduğu görülmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2019). Acile başvuran hastaların memnuniyet oranını ölçtüğümüz bu çalışmada, acil servisten hizmet alan hastaların genel memnuniyet oranı 2019 yılında %94,39 olan memnuniyet oranı 2020 yılında %92,58 olarak tespit edilmiştir. Bu oran literatürdeki diğer çalışma sonuçlarına göre daha yüksek saptanmıştır. 2020 yılında pandemi sürecinde memnuniyet oranında %1,81 oranında azalma görülmektedir. Anket sorularındaki ifadelerden memnuniyet oranı en yüksek olan ifade muayene ve tetkikler sırasında hasta mahremiyetine özen gösterilmesi olduğu görülmektedir. Onu takip eden “Hastaneye ulaşımında zorluk yaşamadım” ifadesidir. Acil servisin fiziki özelliklerine yönelik değerlendirmede 2019 yılına kıyasla 2020 yılında memnuniyet oranı en yüksek olan ifade acil servisin genel olarak temiz olması ile ilgilidir. Hastaların bekleme süreleri ile

ilgili ifadelerde ise memnuniyet oranının en fazla düştüğü ifade “Muayene ve müdahale için beklediğim süre uygundu” ifadesidir.

Yıldırım ve arkadaşları (1999) “Gazi Hastanesi Yataklı Servislerinde Hizmet Alanların Bazı Temel Özellikleri ve Hastaneden Memnuniyet Durumları” başlıklı çalışmalarında hastane hizmetlerinden memnuniyet düzeyi %85,5 olarak saptanmıştır.

Karagün (2006) “Acil Tıp Birimine Başvuran Hastalarda Hoşnutluk Düzeyi ve Etkileyen Etmenler” başlıklı tez çalışmasında, hastaların acil biriminden %64,2 hoşnut olduğu, %15,8 kararsız olduğu ve %19,9 hoşnut olmadığı saptanmıştır.

Özcan ve arkadaşları (2008) “Silvan Devlet Hastanesine Başvuran Kişilerin Memnuniyet Düzeyleri” başlıklı çalışmada Silvan Devlet Hastanesine başvuran hastalar genel olarak hastaneden %76 çok memnun veya memnun kaldıklarını söylemiştir. Hastaların %75’i tekrar hastalanma durumunda aynı hastaneyi tercih edeceklerini, %76’sı da başkalarına tavsiye edebileceklerini söylemiştir.

Zaim ve Tarım (2010) “Hasta Memnuniyeti: Kamu Hastaneleri Üzerine Bir Alan Araştırması” başlıklı çalışmada % 90 gibi bir oranda hastaların aldıkları hizmetten memnun oldukları bulunmuştur.

Şişe ve Altınel (2012) “Bir Üniversite Hastanesinde Yatan Hasta Memnuniyeti” isimli çalışmada yatan hastaların % 83,5’i tekrar hastalanma durumunda aynı hastaneyi tercih edeceklerini belirtmişlerdir.

Şenel ve arkadaşları (2013) “Hasta Memnuniyeti Araştırması: Bir Devlet Hastanesinin Acil Kliniğine Başvuran Hastaların Memnuniyet Düzeyleri” başlıklı çalışmada yapılan anket sonuçlarına göre acil servisin fiziki koşullarından hastaların yaklaşık %95’i ve genel olarak hastanenin acilinden hastaların yaklaşık %97’sinin memnun olduğu bulunmuştur.

Türkuğur ve arkadaşları (2016) “Yatan Hasta Memnuniyetinin İncelenmesi: Bir Eğitim Hastanesi Örneği” isimli çalışmada araştırmanın uygulandığı hastanede yatan hastaların memnuniyet düzeyleri oldukça yüksek bulunmuştur.

Şantaş ve arkadaşları (2021) “Acil Servisten Memnuniyet: Yozgat İlinde Bir Araştırma” başlıklı çalışmada Şehir Hastanesinde acil servisten en çok memnun olunan konular; muayene sırasında mahremiyete özen gösterme, acil servis içinde ulaşılması gereken birimlere kolaylıkla ulaşabilme ve acil servisin genel olarak temizliğidir. Acil servisle ilgili en düşük ortalamada olan ifadeler bakıldığında bekleme süresi, doktorun yeterli süre ayırmaması ve sağlık personeline ulaşım öne çıkmaktadır.

Sonuç olarak; sağlıkta kalite sisteminin bileşenlerinden biri olan hasta memnuniyet anketlerinin pandemi öncesinde ve sonrasında uygulanmaya devam ediyor olması sağlıkta kalite sisteminin iyileşmeye ne kadar açık olduğunun göstergesidir. Pandeminin sağlık hizmeti sunumuna etkisini görebilmek adına hasta memnuniyet anketlerinin düzenli olarak yapılıyor ve değerlendiriliyor olması hizmet kalitesi açısından önemli bir göstergedir.

Bu çalışmanın hizmet sunumunda iyileştirici faaliyetleri düzenlerken ışık tutması adına hastane yöneticilerine, yapılacak iyileştirmeler sonucunda sağlık hizmeti alan hastalara, memnuniyet oranı artan hastalara hizmet veren sağlık çalışanlarına, sağlık çalışanlarının kendilerini daha rahat ve güvende hissedeceği bir çalışma ortamı sağlayarak, hasta memnuniyetlerinin artırılmasına yararı olacağı düşünülmektedir. Ayrıca pandemi sürecinde devam eden hasta memnuniyet anketlerinin hizmet kalitesi boyutlarıyla ilişkisi değerlendirilerek diğer hastaneler ile karşılaştırmalı analizi yapılabileceği, memnuniyet oranının arttığı faktörlerin sürdürülebilirliğinin ölçüldüğü yeni çalışmalar da yapılabilir.

KAYNAKLAR

- Akgül, Ö. (2020). SARS-CoV-2/Covid-19 Pandemisi. *Tıp Fakültesi Klinikleri*, 1-4.
- Bahar, A., Çuhadar, D., Bahar, G. (2020). Covid-19 Pandemisi: Karantina ve İzolasyon Sürecinde Ruh Sağlığı. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 42-48.
- Boudreaux, E. D., Friedman, J., Chansky, M. E., Baumann, B. M. (2004). Emergency Department Patient Satisfaction:Examining the Role of Acuity. *Academic Emergency Medicine A Global Journal Of Emergency Care*, 162-168.
- Ergezen, Y., Efe, E. (2019). Çocuk Acil Biriminde Ebeveyn Memnuniyeti ve etkileyen Faktörler. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 302-307.
- Gündoğdu, G. (2020). 21.Yüzyıl İletişim Biçimleri, 65 Yaş ve Üzeri Covid-19 Pandemisi Örneğinden. *International Conference on Covid-19 studies*, 41-48.

- Heiddegger, T., Saal, D., Nuebling, M. (2006). Patient satisfaction with anaesthesia care: what is patient satisfaction, how should it be measured, and what is the evidence for assuring high patient satisfaction? *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*, 331-346.
- Locke, R., M. S., Koster, A. M., Taylor, B., Greenspan, J. (2011). Optimizing Patient/Caregiver Satisfaction Through Quality of Communication in the Pediatric Emergency Department. *Pediatric Emergency Care*, 1016-1021.
- Oruç, O. A., Taş, H. Ü. (2014). Acil servise başvuran hastaların memnuniyet düzeyleri. *Kocatepe tıp dergisi*, 131-136.
- Özcan, M., Özkaynak, V., Toktaş, İ. (2008). Silvan Devlet Hastanesine Başvuran Kişilerin Memnuniyet Düzeyleri. *Dicle Tıp Dergisi*, 35(2), 96-101.
- Sağlık Bakanlığı, S. B. (2019). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı*. Ankara.
- Sağlık Bakanlığı, T. (2019). Sağlıkta Kalite Standartları Anket Uygulama Rehberi, *T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü,, Sağlıkta Verimlilik, Kalite ve Akreditasyon Dairesi Başkanlığı*. Ankara.
- Şahbaz, Ö. K. (2006). Acil Tıp Birimine Başvuran Hastalarda Hoşnutluk Düzeyi ve Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi . *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi*.
- Şantaş, D. D., Şantaş, D. Ö., Çiçek, F. (2021). Acil servisten memnuniyet: Yozgat ilinde bir araştırma. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Dergisi*, 107-116.
- Şişe, Ş., Altınel, E. C. (2012). Bir Üniversite Hastanesinde Yatan Hasta Memnuniyeti. *Selçuk Tıp Dergisi*, 213-218.
- Topal, F. E., Şenel, E., Topal, F., Mansuroğlu, C. (2013). Hasta Memnuniyeti Araştırması: Bir Devlet Hastanesinin Acil Kliniğine Başvuran Hastaların Memnuniyet Düzeyleri. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, 199-205.
- Tuncay, F. E., Koyuncu, E., Özel, Ş. (2021). Pandemielerde Sağlık Çalışanlarının Psikososyal Sağlığını Etkileyen Koruyucu ve Risk Faktörlerine İlişkin Bir Derleme. *Ankara Medical Journal*, 488-504.
- Türkuğur, Ü., Alıcı, B., Uzuntarla, Y., Güleç, M. (2016). Yatan hasta memnuniyetinin incelenmesi: Bir eğitim hastanesi örneği. *Gülhane Tıp Dergisi*, 170-173.
- Yıldırım, A., Maral, I., Aycan, S., Bumin, M. A. (1999). Gazi Hastanesi Yataklı Servislerinde Hizmet Alanların Bazı Temel Özellikleri ve Hastaneden Memnuniyet Durumları. *Gazi Kalite Günleri II Bildiri Özet Kitabı*, 71.
- Zaim, H., Tarım, M. (2010). Hasta Memnuniyeti: Kamu Hastaneleri Üzerine Bir Alan Araştırması. *Sosyal Siyaset Konferansları*, 1-24.

Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Etik İlişkisi

Geliş Tarihi: 29.11.2021
Kabul Tarihi: 08.08.2022

Ercan AVCI¹

ÖZ

Günümüz sağlık hizmetlerinin belirlenmesinde, üretilmesinde ve sunumunda kalite ve etik iki vazgeçilmez olgudur. Sağlık hizmetlerinin kabul edilebilirlik derecesi, bu iki olgunun hayata geçirilmesiyle doğru orantılıdır. Ancak, kalite ve etik kavramlarının neyi ifade ettikleri ve bunların birbirleriyle olan ilişkisinin ne yönde olduğu yeterli açıklıkta değildir. Bu sebeple, bu makalede; kalite ve etik kavramlarının kısaca tarif edilmesi, bu kavramların sağlık hizmetlerinde nasıl anlaşılması gerektiği ve bahsi geçen iki kavramın birbiriyle olan ilişkisinin ne olduğunun izah edilmesi amaçlanmıştır. Normatif bir bakış açısıyla yapılan değerlendirmede; kalite kavramının, farklı paydaşların farklı beklentileri, ihtiyaçları ve amaçları doğrultusunda farklı biçimde tarif edildiği ve bu durum sebebiyle, sağlık hizmetlerinde kalitenin, direkt bir tanım yerine, 6 bileşen kapsamında ele alındığı anlaşılmıştır. Diğer yandan, sağlık sistemindeki politikaların, kararların ve uygulamaların ahlaken doğruluğunu ve yanlışlığını inceleyen etik, söz konusu analiz ve değerlendirmelerini biyoetik ilkeler vasıtasıyla yerine getirmektedir. Kalite bileşenleri ile biyoetik ilkelerin bir arada ele alınmasında, bunların aynı amaçları taşıdıkları veya benzer hususlara işaret ettikleri görülmüştür. Bu çerçevede, etik bakış açısının ve etik ilkelerin, kalite bileşenlerinin gerçekleştirmede ve kalite uygulamalarına meşruiyet kazandırmada zorunlu unsurlar olduğu sonucuna varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Kalite, Etik, Biyoetik ilkeler, Sağlık hizmeti

¹ Doktor, Sağlık Bakanlığı Teftiş Kurulu Başkanlığı Bilkent Yerleşkesi, Çankaya – Ankara, avciercan@yahoo.com, Orcid No: 0000-0003-4857-8429

The Relationship Between Quality and Ethics in Healthcare

ABSTRACT

Quality and ethics are two indispensable phenomena in the determination, production, and delivery of contemporary healthcare services. The degree of acceptability of healthcare services is directly proportional to the realization of these two phenomena. However, it is questionable what the concepts of quality and ethics mean and how they relate to each other. For this reason, the paper aims to briefly describe the concepts of quality and ethics, explain how these concepts should be understood in healthcare services, and what the relationship between these two concepts is. The normative assessment demonstrated that the concept of quality is defined differently in line with different stakeholders' different expectations, needs, and purposes, and due to this situation, instead of a direct definition, quality in healthcare is considered within the scope of 6 components. On the other hand, ethics, which examines the moral rightness and wrongness of policies, decisions, and practices in the health system, carries out these analyzes and evaluations through bioethical principles. Evaluating quality components and bioethical principles together showed that they have the same goals or point out similar issues. In this context, the presentation concluded that the ethical perspective and ethical principles are necessary elements in the realization of quality components and in legitimizing quality practices.

Keywords: Quality, Ethics, Bioethical principles, Healthcare

GİRİŞ

Bir işin iyi ve kusursuz yapılması anlamında, piramitlerin yapılması örneğinde olduğu gibi, kalitenin tarihi, insan uygarlığının başlangıcına kadar uzanmaktadır (Chandrupatla, 2009). Kalite, pek çok alanda olduğu gibi, sağlık alanında da önemli bir yere sahiptir. Sağlık hizmetlerinde objektif, uygulanabilir ve ölçülebilir standartların hizmet kalitesinin yükseltilmesi ve benzer hizmetlerin üretildiği tüm sağlık kurumlarında aynı standartların uygulanması modern sağlık hizmeti sunumunun bir gereğidir. Aynı şekilde, sağlık politikalarının belirlenmesinde, kararların alınmasında, hasta-sağlık çalışanı ilişkisinde ve sağlık hizmetlerinin uygulanmasında belli etik ilkelere uyulması günümüz sağlık sisteminin vazgeçilmez koşullardan biridir. Dolayısıyla, kalite ve etik arasındaki ilişki ve etkileşim irdelenmeye değer bir alandır. Bu amaçla çalışmada, kalite ve etik kavramların sağlık hizmetleri sunumunda nasıl ele alınması gerektiği ve aralarındaki etkileşimin ne yönde olduğu üzerinde durulacaktır. Bu çerçevede, öncelikle kalite ve etik kavramlarının ne ifade ettikleri ele alınacaktır. Kavramsal irdelenmeyi takiben, kalitenin ve etiğin sağlık hizmetlerindeki yeri ve ilişkisi genel bir değerlendirmeye makale sonuca bağlanacaktır.

KALİTE NEDİR?

Günlük yaşamda ve akademik hayatta kalite kavramı sıklıkla kullanılıyor olmasına karşın, kalitenin ne olduğuna dair mutlak bir uzlaşıya varmak mümkün görünmemektedir. Farklı kaynaklar ve yazarlar, kavramın farklı unsurlarına değinmek suretiyle kalitenin ne anlama geldiğini izah etmeye çalışmaktadırlar. Örneğin, J. M. Juran (1988, s. 2.8) kaliteyi “kullanıma uygunluk” olarak tanımlamaktadır. Philip B. Crosby’ye (1979, s. 17) göre, kalitenin yönetilir olması için, bu kavramın “gereksinimlere uygunluk” olarak tarif edilmesi gerekmektedir. Kalite tarifindeki çeşitlilikten hareketle, David A. Garvin (1984: 26) kaliteyle ilgili tanımları beş kategori altında toplamıştır: Deneyüstü (kalite tanımlanamaz, ancak deneyimlenmesi gerekir anlayışı), ürün bazlı, tüketici-kullanıcı tabanlı, üretime dayalı ve değer temelli. Bu kategoriler bize şunu göstermektedir; bir ürün veya hizmetin kalitesinin değerlendirilmesinde, konunun hangi yönüyle ele alındığı belirleyici bir rol oynamaktadır. Örneğin, bir elektronik cihazın kalitesinin değerlendirilmesinde

sadece cihazın niteliklerine bakılması, cihazı kullanan kişinin memnuniyet derecesinin ölçülmesi, cihazın üretim süreçleri ve fiyat bazlı bir analiz yapılması farklı sonuçları ortaya çıkaracaktır. Bu sebeple farklı insanlar kendi beklentileri, ihtiyaçları ve öncelikleri çerçevesinde, aynı ürünün veya hizmetin farklı unsurlarına odaklanmak suretiyle farklı kalite tanımlamalarına ve algılamalarına varabilirler (Chandrupatla, 2009; Chua, 2004).

Türk Dil Sözlüğü, kalite kelimesini “nitelik”, nitelik kavramını ise “bir şeyin iyi veya kötü olma özelliği” şeklinde tarif etmektedir (sozluk.gov.tr). Cambridge Online Sözlük ise kaliteyi “bir şeyin mükemmellik derecesi” olarak ifade etmektedir (dictionary.cambridge.org). Dolayısıyla, sözlük anlamı bakımında ele alındığında, kalite kavramının bir şeyin ne derece iyi veya mükemmel olduğuna işaret ettiği görülmektedir. Ancak, Geoffrey D. Doherty (2008) kalite kavramını mükemmellik olarak ele almanın anlamlı olmadığını, çünkü mükemmellik ifadesinin konunun açıklanmasına yardımcı olacak bir izahat içermediğini ve kalitenin güzellik gibi subjektif bir kavram olduğunu belirtmektedir. W. Edwards Deming (1986) ise, bu soruna değinirken iyi, güvenilir, güvenli gibi sıfatlara dayalı tanımlamaların, pratik uygulama ve örneklemeler olmaksızın kullanılmasının anlamlı bir iletişim sağlamadığını ifade etmektedir. Bu sebeple, kalite kavramına yönelik en önemli uzlaşma noktalarından biri, kalite kelimesinin tarifinin ve kavramın içerdiği niteliklerin belirsizliği ve karmaşıklığına dairdir (Garvin, 1984; Cheng ve Tam, 1997; Prisacariu ve Shah, 2016)

Bu bağlamda, yukarıda belirtilen örneklerde görüldüğü üzere, konuyla ilgili literatür incelendiğinde, tek bir tariften öte, çok sayıdaki kalite tarifine rastlanılmaktadır. Dolayısıyla, her alana uygulanabilir bir tanımlamadan ziyade, ele alınan alanın veya hizmetin gerekliliklerini ve ilgili paydaşların beklentilerini de içeren farklı unsurların bir arada değerlendirilmesi neticesinde bir tanım ortaya koymak daha yerinde olabilir. Ancak, bu husus, kalitenin genel anlamda tanımlanmasına engel teşkil etmemektedir. Nitekim, J. M. Juran (1988, s. 2.8) ve Philip B. Crosby'nin (1979, s. 17) yaklaşımlarında olduğu gibi, geniş bir bakış açısıyla da kalite kavramının irdelenmesi mümkündür. Bu çerçevede, kalite kavramının “amaçlara uygunluk” biçiminde tanımlanmasının uygun olacağı değerlendirilmiş ve bu makaledeki kalite ifadesi, genel manada, bu anlamda kullanılmıştır (Avcı, 2017).

ETİK NEDİR?

Kavramsal çerçeve bağlamında izah edilmesi gereken başka bir kavram etikdir. Türk Dil Sözlüğü, etik kelimesinin birinci anlamı olarak “töre bilimi” ni vermekte ve töre bilimini de “yarar, iyi, kötü vb. sorunları inceleyen, töre ile ilgili bir davranış yasası geliştirilen, neyin uğrunda savaşılmaya değer, yaşama neyin anlam kazandırdığı, hangi davranışın iyi ve hangisinin kötü olduğu gibi sorunları kendine konu edinen bilim, ahlak bilimi, ilmihlak, ahlakiyat, etik” biçiminde tarif etmektedir (sozluk.gov.tr). Cambridge Online Sözlük ise etiği, “ahlaken doğru ve yanlış olanın ne olduğunu gösteren bilim veya ahlaki olarak neyin doğru neyin yanlış olduğuna dair bir takım inançlar” şeklinde ele almaktadır (dictionary.cambridge.org). Gerek Türk Dil Sözlüğü gerekse de Cambridge Online Sözlük kapsamında değerlendirildiğinde, etiğin ahlak kavramıyla yakın bir ilişkisinin olduğu anlaşılmaktadır. Nitekim, akademik çalışmalar irdelendiğinde, pek çok akademisyenin kendi çalışmalarında etik ve ahlak kavramlarını birbiri yerine eşanlamlı olarak kullandıkları görülmektedir (Bendik-Keymer, 2013).

Söz konusu iç içe geçmişliğe rağmen, etik ve ahlak kavramlarını birbirinden ayırarak bunların farklı tariflerini ortaya koymak da mümkündür. Bernard Gert (2005) ahlakı, tüm rasyonel insanlara uygulanan, yaygın olarak bilinen idealleri ve erdemleri içeren ve kötülüğü veya zararı azaltmayı amaçlayan gayri resmi bir kamu sistemi olarak tanımlamaktadır. Karen L. Rich (2016) ise etiği, felsefi bir bilim olarak kabul ederek, onu, doğruyu/iyiyi ve yanlış/kötüyü birbirinden ayırt etmeyi, anlamayı ve analiz etmemeyi sağlayan sistematik bir yaklaşım olarak tanımlamaktadır. Jeremy Bendik-Keymer’e (2013) göre, etik kavramı, ahlak kavramından daha geniş bir anlama sahiptir; etik, “ben nasıl yaşamalıyım” sorusuna odaklanırken, ahlak, “İnsan olarak başkalarıyla nasıl ilişki kurmalıyım” cevabını arar.

Dolayısıyla, ahlakı, bireysel ve toplumsal davranışların doğruluğunu ve yanlışlığını şekillendiren kuralların ve değerlerin bir bileşimi olarak tanımlamak mümkündür. Bahse konu kurallar ve değerler, kişinin kendi bireysel kabullerinden kaynaklanabileceği gibi, kişinin dini inançlarından, toplumsal geleneklerinden veya politik bakış açısından da kaynaklanabilir. Bireyin dünyaya gelmesiyle birlikte aile içerisinde, toplumsal yaşantıda,

eğitim kurumlarında ve dini faaliyetlerin yürütüldüğü alanlarda bu kural ve değerleri gözlemlemeye ve öğrenmeye başlar. Bir ahlak kuralı yalan söylememe, çalmama veya zarar vermeme örneklerinde olduğu gibi, evrensel bir nitelik taşıyabileceği gibi, büyüklerin elini öpme veya büyüklere isimleriyle hitap etmeme şeklinde yerel düzeyde uygulanan bir değer de olabilir. Etik ise, bir felsefe dalı olarak, “nasıl yaşamalıyım/yaşamalıyız” sorusuna cevap üretme ve ilgili cevabın mantıksal çerçevesini oluşturmak suretiyle ahlaken doğru ve yanlış olanın ne olduğunu inceleyen bir bilimdir. Bu bağlamda, etiği ahlak felsefesi veya ahlak bilimi olarak tanımlamak mümkündür.

Sağlık Hizmetlerinde Kalite

Kalite yönetiminin verimliliği ve etkinliği maksimize etme, müşteri memnuniyetini arttırma ve maliyetleri düşürme gibi çeşitli amaçları vardır. Ancak, kalite çalışmalarının yürütüldüğü alana bağlı olarak bu amaçlar farklılık gösterebilmektedir. Örneğin kalite yönetimiyle eğitim hizmetlerinde başarılmak istenen amaçlar sağlık hizmetlerindeki amaçlardan farklılık arz edebilir. Bu sebeple, genel bir yaklaşımdan öte, kalite kavramının ve yönetiminin hizmet alanı bazlı ele alınması daha somut sonuçların elde edilmesine yardımcı olabilir. Bu çerçevede, sağlık hizmetlerinde kalite kavramına baktığımızda, bir tarif yerine, kalitenin işaret ettiği niteliklere odaklanıldığı görülmektedir. Avedis Donabedian’a göre (1968) sağlık hizmetleri farklı bileşenlerden oluşmaktadır ve hizmetin iyi mi veya kötü mü olduğunu anlamak için bu bileşenlerin her birine bakılması gerekmektedir. Donabedian (2003) sağlık hizmetlerinde kaliteyi 7 bileşene vurgu yapmak suretiyle tanımlamaktadır etkinlik, etkililik, verimlilik, optimallik, kabul edilebilirlik, meşruiyet ve eşitlik. Dolayısıyla, Donabedian’a göre, sağlık hizmetlerinde kalite, bu 7 bileşenin gerçekleştiği durumu ifade etmektedir.

Dünya Sağlık Örgütünün (DSÖ) de benzer bir yaklaşımla kaliteyi 6 bileşen kapsamında ele aldığı görülmektedir.

DSÖ’ye göre (2006) kalite bağlamında sağlık hizmetleri şu 6 niteliği taşımaktadır: Etkililik, verimlilik, erişilebilirlik, kabul edilebilirlik/hasta merkezlilik, hakkaniyet ve güvenlik.

Etkililik, sağlık hizmetlerinin bir ihtiyaca binaen ve kanıta dayalı olarak sunulmasını ve bunun bireyler ve topluluklar için olumlu sonuçlar doğurmasını; verimlilik, sağlık hizmetlerinde kaynak kullanımını en üst düzeye çıkarmayı ve sağlık hizmetlerinin israfı önleyecek şekilde sunulmasını; erişilebilirlik: sağlık hizmetlerinin zamanında, coğrafi koşullara uygun ve kaynakların ihtiyaçlarla uyumunun sağlanması suretiyle sunumunu; kabul edilebilirlik/ hasta merkezlilik, sağlık hizmetlerinin, bireylerin tercihlerini ve isteklerini ve içinde yaşadıkları toplulukların kültürünü dikkate almak suretiyle sunulmasını; hakkaniyet: sağlık hizmetlerinin, cinsiyet, ırk, etnik köken, coğrafi konum veya sosyoekonomik durum gibi kişisel özellikler ayırımına yol açmaksızın sunulmasını; güvenlik ise sağlık hizmetlerinin, hastaların karşı karşıya kalabilecekleri riskleri ve zararları en aza indirilmesi suretiyle sunulmasını ifade etmektedir (WHO, 2006).

Sağlık hizmetlerinde kaliteyi tanımlama, analiz etme ve iyileştirme çabası içinde olan bir diğer önemli kurum Amerika Birleşik Devletleri'ndeki Tıp Enstitüsüdür (Institute of Medicine - IOM). Tıp Enstitüsü sağlıkta kaliteyi, "bireyler ve toplumlar için sağlık hizmetlerinin arzu edilen sağlık sonuçlarının elde etme olasılığını artırma ve söz konusu hizmetlerin mevcut mesleki bilgilerle tutarlı olma derecesi" olarak tanımlayarak, kaliteyi 6 bileşen etrafında detaylandırmaktadır. Bunlar; güvenlik, etkililik, hasta merkezlilik, zamanındalık, verimlilik ve eşitlikdir (IOM, 1990, IOM, 2001). DSÖ ile Tıp Enstitüsünün kalite bileşenlerine baktığımızda, tek farkın "erişilebilirlik" ile "zamanındalık" bileşenleri arasında olduğu, DSÖ'nün "erişilebilirlik" bileşenin, Tıp Enstitüsü tarafından "zamanındalık" adı altında ele alınmış olduğu, ancak DSÖ'nün bileşenindeki sağlık hizmetlerinin erişilebilir olmasına yönelik bariz vurgu sebebiyle, DSÖ'nün daha kapsayıcı bir bakış açısıyla konuyu ele aldığı görülmektedir.

Sağlık Hizmetlerinde Etik

Bir felsefi alan olarak, herhangi bir politikanın, kararın, davranışın veya uygulamanın ahlaken doğru olup olmadığını mantıksal gerekçeleriyle birlikte inceleyen etik biliminin sağlık hizmetlerindeki tarihi, tıbbın başlangıcına kadar geri gitmektedir (Miles, 2004; Bynum, 2008). Tıp etiğine dair mevcut en eski doküman niteliği taşıyan Hipokrat Yemini, hekimlerin mesleklerini

icra etmelerinde uyacakları kuralları 8 madde halinde ele almaktadır. Bunlar hastanın faydasına hareket etme, zarar ve adaletsizlikten kaçınma, intiharı teşvik etmeme ve hastalara ölümcül ilaçlar vermeme, kürtaja yönelik ilaç vermeme, saflık ve kutsallığı teşvik etme, ameliyat yapmama, hastalarla cinsel ilişkiden kaçınma ve hasta mahremiyetinin korunması (Edelstein, 1967). Dolayısıyla Hipokrat Yemini, sağlık hizmetlerinin M.Ö. 400’lü yıllardan bu yana, belli ahlaki kurallar çerçevesinde sunulmakta olduğunu göstermektedir. Ancak, bu kurallar yaklaşık 2500 yıllık süre zarfında çeşitli değişimlere uğrayarak günümüze ulaşmıştır.

Özellikle II. Dünya Savaşı sonrasındaki insan hakları merkezli gelişmeler, söz konusu değişim sürecini hızlandırmış ve 1970’lerin başında tıp etiği yeni bir evreye girmiştir (Jonsen, 1998). Biyoetik kavramı çerçevesinde şekillenen bu yeni dönemde, hekimlerin lütfuna (hastanın faydasına hareket etme) ve mesleki uygulamasına dayalı anlayış, yerini hastanın özerkliğine ve sağlık hizmetlerinin sunumunda ve kaynakların kullanılmasında adaletli olmaya bırakmıştır (Beauchamp ve Childress, 2013). Bu kapsamda, biyoetik dönemde pek çok akademik çalışmayla, sağlık hizmetlerinin sunumuna yönelik farklı etik prensipler belirlenmiş, ancak Tom L. Beauchamp ve James F. Childress tarafından ortaya konan 4 prensip – özerkliğe saygı, fayda sağlama, zarar vermeme ve adalet – en çok kabul gören yaklaşımlardan biri olmuştur. Beauchamp ve Childress’in 4 prensip yaklaşımını içeren *Biyomedikal Etik Prensipleri* isimli eserin birinci baskısının, Amerika Birleşik Devletlerindeki, *İnsan Deneklerinin Biyomedikal ve Davranışsal Araştırmalarda Korunmasına Dair Ulusal Komisyon* tarafından düzenlenen ve benzer prensipler içeren *Belmont Raporu*’nun (hhs.gov) yayımlanma tarihiyle aynı döneme denk geldiğini de vurgulamakta yarar vardır.

Birinci etik prensip olan özerkliğe saygı, karar verme yetisine sahip kişinin herhangi bir baskı, zorlama, yönlendirme veya etki altında kalmaksızın kendisinin sağlığıyla ilgili kararları özgürce alabilmesini ve bu kararlara saygı gösterilmesini ifade etmektedir. Özerliğe saygı ilkesi çerçevesinde alınan kararlarda, kişinin bilerek ve isteyerek karar vermesi, verdiği kararın sonuçlarını anlaması ve ilgili kararı verirken, psikolojik rahatsızlıklar gibi içsel ve baskı, zorlama ve yönlendirme gibi dışsal unsurların etkisinde olmaması gerekmektedir. Bu nitelikleri taşıdığı müddetçe karar verme

yetisine sahip bireyler, sonuçları ne olursa olsun her türlü tıbbi işlemi kabul veya reddetmede serbesttir. Kişinin kararına esas teşkil eden gerekçe kişinin bireysel değer yargılarından kaynaklanabileceği gibi kendisinin politik, dini veya kültürel kabul ve inanışlarından da kaynaklanabilir. Böyle bir durumda sağlık çalışanlarına düşen görev, kişinin karar verme yetisinin olup olmadığını tespit etmek ve karar verme yetisi varsa alınan karara saygı göstermektir (Beauchamp ve Childress, 2013).

Fayda sağlama prensibi tıp etiğinin geleneksel bir ilkesi olup, hekimin veya sağlık çalışanının hastanın faydasına olacak şekilde hareket etmesi anlamına gelmektedir. Bu ilke, Hipokrat Yemininde yer alan “yetenek ve kabiliyetlerimi hastanın menfaati için kullanacağım” taahhüdünün bir tezahürüdür (Edelstein, 1967). Fayda sağlama ilkesi hekimin veya sağlık çalışanının, tıbbi bilgi ve tecrübe doğrultusunda, hastanın yararına olacak aktif bir davranışta bulunmasını gerektirmektedir. Söz konusu bu bir şey yapma şeklindeki ahlaki koşul, özellikle hastanın tedaviyi reddettiği kimi durumda, özerkliğe saygı ilkesiyle çakışabilir. Çünkü fayda ilkesi, hekimin, hastanın yararına olacak tıbbi işlemde bulunmasını gerektirirken, özerkliğe saygı ilkesi, fayda sağlasa dahi, hastanın önerilen bir tıbbi tedaviyi reddedebileceğini kabul eder. Böyle bir çatışma durumunda, günümüz etik anlayışı, hastanın kararından yana duruş sergilenmesi önerisinde bulunmaktadır (Beauchamp ve Childress, 2013).

Üçüncü prensip olan zarar vermeme, Hipokrat Yemini’nden bu yana varlığını devam ettiren bir başka geleneksel tıp etiği ilkesidir. Bu ilke, hastaya zarar vermemeyi öngörmektedir. Ancak, buradaki zarar kavramını “yersiz ve gereksiz” zarar olarak kabul etmek gerekir. Aksi takdirde sağlık hizmetinin her aşamasında, bir enjeksiyonun yapılması esnasında acı hissetme gibi doğal zararlar ile yan ve advers etkiler biçiminde ortaya çıkan ancak arzu edilmeyen zararlar meydana gelebilir. Bu nedenle, her türlü tıbbi işlemde fayda-zarar dengesi hesaplanmak suretiyle, ortaya çıkacak/çıkabilecek zararın yersiz ve gereksiz olup olmadığına karar verilmelidir. Ayrıca, fayda sağlama ve zarar vermeme ilkeleri arasındaki ilişki ve bu iki ilkeyi birbirinden ayırma bağlamında şunu ifade etmek gerekir ki fayda sağlama, zararı engelleme, zararı ortadan kaldırma, yararlı olanı yapma biçimindeki aktif davranışları, zarar vermeme ilkesi ise zarar verici tıbbi müdahaleden kaçınma şeklindeki pasif davranışı ifade etmektedir (Beauchamp ve Childress, 2013).

Son prensip olan adalet ilkesi, ilk üç prensipten farklı olarak, hasta ile diğer bireyler veya toplum arasındaki ilişkiyle alakalıdır. Başka bir ifadeyle özerkliğe saygı, fayda sağlama ve zarar vermeme ilkeleri sadece hastanın kendisiyle alakalı unsurlara odaklanırken, adalet ilkesi çoğunlukla hasta ile diğer bireyler arasındaki kaynak kullanımına dair konulara eğilmektedir. Bu bağlamda sağlık hizmetlerinde adalet, sosyal adalet kavramı kapsamında, sağlık sisteminin yarattığı fayda ve külfetin, toplumdaki tüm bireyler ve gruplar arasında, hakkaniyet çerçevesinde dağıtılmasını öngörmektedir. Bu nedenle sınırlı kaynak kullanımı ve bunun toplumdaki bireyler arasındaki bölüşümü adalet ilkesinin en temel konusudur (Beauchamp ve Childress, 2013).

Kalite ve Etik İlişkisi

Kavramının içerdiği olumlu anlam sebebiyle, kalite çoğu kez bir ürüne veya hizmete olan talebi artırmak için insanları ikna etmenin en önemli aracı olarak kullanılmaktadır. Ancak talebi arttırmak kalitenin tek amacı olmamakla beraber maliyetleri düşürmek, verimliliği arttırmak, müşteri ve çalışan memnuniyetini iyileştirmek ile iş tekrarını ve israfı önlemek kalitenin genel olarak başarmayı arzu ettiği diğer hedeflerdir (Chakrapani, 1998). Sağlık hizmetleri çerçevesinde ise, DSÖ'nün tarifinde yer aldığı üzere, kalitenin sağlık hizmetlerinde istenilen tıbbi sonuçları doğurması, kaynak kullanımını maksimize etmesi, kaynak-ihtiyaç dengesi çerçevesinde erişilebilirliği sağlaması, bireyin tercih, istek ve kültürel değerlerine uygun hizmet verilmesini temin etmesi, hizmetlerin bireyler ve gruplar arasında hakkaniyetle dağıtımını sağlaması ve karşılaşılabilecek risk ve zararları minimize etmesi beklenmektedir. Diğer yandan etik ilkelere baktığımızda ise, 4-prensip yaklaşımının, sağlık hizmetlerinin, hastanın tercih ve istekleriyle uyumlu sunulmasını, tıbbi bilgi ve tecrübenin hastaya fayda sağlayacak şekilde kullanılmasını, hastanın yersiz ve gereksiz zarardan korunmasını ve sağlık hizmetlerinde ortaya çıkan menfaat ve külfetin bireyler ve gruplar arasında hakkaniyetli dağıtımını gerektirdiğini görmekteyiz. Dolayısıyla, tablo 1'de görüldüğü üzere, kalite bileşenleri ile etik ilkeler arasında önemli bir örtüşmenin olduğu ortaya çıkmaktadır.

Tablo 1. Kalite Bileşenleri ile Biyoetik İlkelerin Karşılaştırılması

DSÖ Kalite Bileşenleri	Kalite Bileşenlerinin İzahı	Biyoetik İlkeleri
Etkililik	Sağlık hizmetlerinin, bir ihtiyaca binaen ve kanıt dayalı olarak sunulması ve bunun beklenen olumlu sonuçları doğurması	Fayda Sağlama
Verimlilik	Sağlık hizmetlerinde kaynak kullanımını en üst düzeye çıkarma ve israfın önlenmesi	Adalet
Erişilebilirlik	Sağlık hizmetlerinin zamanında, coğrafi koşullara uygun ve kaynak-ihhtiyaç dengesi içerisinde sunulması	Fayda Sağlama
Kabul Edilebilirlik/ Hasta Merkezlilik	Sağlık hizmetlerinin bireylerin tercihleri, istekleri ve kültürel değerleri çerçevesinde sunulması	Özerkliğe Saygı
Hakkaniyet	Sağlık hizmetlerinin cinsiyet, ırk, etnik köken, coğrafi konum veya sosyoekonomik durum gibi unsurlardan bağımsız olarak hakkaniyetle sunulması	Adalet
Güvenlik	Hastaların karşı karşıya kalabilecekleri riskleri ve zararları en aza indirilmesi	Zarar Vermeme

Bahse konu örtüşme, kalite yönetimi ile etiğin aynı amaçlar doğrultusunda beraber yürütülme gerekliliğini göstermektedir. Ancak, bu örtüşme aynı zamanda, “*madem kalite bileşenleri etik ilkelerin öngördüğü unsurları kapsıyor; o vakit, sadece kalite hizmetlerine odaklanmak, kendiliğinden etik gereklilikleri de karşılayacaktır*” şeklindeki bir bakış açısına da yol açabilir. Başka bir ifadeyle, kalite ve etik hizmetleriyle elde edilmek istenen amaçlardaki aynılık veya benzerlik, etiğin sağlık hizmetlerindeki ağırlığını arttırmak yerine, bunun tamamen ortadan kaldırılmasına da sebebiyet verebilir. Ancak, şunu unutmamak gerekir ki kalite çalışmalarının başarıya ulaşma olasılığı, etik ilkelerin tam ve doğru uygulanma derecesiyle doğru orantılıdır. Örneğin, “hasta merkezlilik” bileşeni kapsamında sağlık hizmetlerinin, bireyin/hastanın istek, tercih ve kültürel değerleri doğrultusunda sunulması amacı ancak özerkliğe saygı ilkesinin eksiksiz uygulanmasıyla başarılabilir. Benzer şekilde kalitenin hakkaniyet hedefine varması için adalet ilkesinin gerektirdiği menfaat-külfet dengesinin doğru kurulması gerekmektedir. Dolayısıyla etik ilkeler kalite bileşenlerinin hayata geçirilmesinin zorunlu koşuludurlar. Ayrıca

etik, sağlık hizmet üretiminin ve sunumunun nasıl olması gerektiğini gösteren ve bu yönde ahlaki meşruiyet sağlayan en temel araçtır. Kalite yönetiminde bu aracın kullanılma derecesi, aynı zamanda bu alandaki çalışmaların ve uygulamaların ahlaki kabul edilebilirlik derecesini gösterecektir.

Sonuç

Kalite günlük yaşamda ve akademik alanda sıklıkla kullanılan bir kavram olmasına karşın, bu kavramın ne ifade ettiği tartışmalı bir konudur. Kalite yönetimi kapsamında yer alan paydaşların farklı beklentileri, ihtiyaçları ve amaçları olduğu için kalite tanımı da her bir paydaşın bakış açısı çerçevesinde farklı değerlendirmelere tabi olabilmektedir. Söz konusu kavramsal tarifteki bu zorluk, sağlık hizmetlerinde kalitenin çeşitli bileşenler vasıtasıyla incelenmesine yol açmıştır. Bu kapsamda; etkililik, verimlilik, erişilebilirlik, kabul edilebilirlik/hasta merkezlik, hakkaniyet ve güvenlik olarak DSÖ tarafından da kabul edilen 6 kalite bileşeni olup sağlık hizmetlerinde kalite, bu bileşenlerin eşzamanlı olarak hayata geçirilmesini ifade etmektedir.

Etik ise, ahlaken doğru ve yanlışın ne olduğunu inceleyen felsefi bir bilimdir. Etiğin sağlık hizmetlerine uygulanması, sağlık hizmetlerinin üretiminde ve sunumunda yer alan politikaların, kararların ve uygulamaların ahlaken kabul edilebilir olup olmadığını sorgulamayı gerektirmektedir. Biyoetik ilkeler bu sorgulamada kullanılan somut araçlar olup sağlık hizmetlerinin, hastanın özerkliği ve faydası doğrultusunda yürütülmesini, hastanın yersiz ve gereksiz zarardan korunmasını ve sağlık sisteminin oluşturduğu menfaat-külfet dengesinin, toplumdaki bireyler ve gruplar arasında, hakkaniyetle dağıtılmasını öngörmektedir.

Kalitenin 6 bileşeninin 4 biyoetik ilkeyle karşılaştırılmasında, bunların aynı veya benzer amaçlara odaklandıkları görülmektedir. Sağlık hizmetlerinde nihai amacın tüm bireylere, kendi tercihleri ve değer yargılarıyla uyumlu, erişilebilir ve hakkaniyetli sağlık hizmeti sunulması olduğu dikkate alındığında, etiğin de bu amaca yönelik bir araç olduğunu söylemek mümkündür. Ancak, burada altı çizilmesi gereken husus, gerekli etik bakış açısı olmadan ve bu yöndeki ahlaki meşruiyet sağlanmadan kalite bileşenleriyle ifade edilen amaçların başarılamayacağıdır. Başka bir söylemle, etik ilkeler, sağlık hizmetlerindeki kalite bileşenlerinin gerçekleştirilmesinin ve bu yöndeki uygulamalara meşruiyet kazandırılmasının vazgeçilmez unsurlarıdır.

KAYNAKLAR

- Avcı, E. (2017). Drawing on other disciplines to define quality in bioethics education. *Quality in Higher Education*, 23(3), 201-212. DOI: 10.1080/13538322.2017.1407394.
- Beachamp, T. L. ve Childress, J. F. (2013). *Principles of biomedical ethics*. 7. Baskı. New York: Oxford University Press.
- Bendik-Keymer, J. (2013). The moral and the ethical: What conscience teaches us about morality. Vasil Gluchman içinde *Morality: Reasoning on Different Approaches*, s. 11-23. Amsterdam: Rodopi.
- Bynum, W. (2008). *History of medicine: A very short introduction*. Oxford; New York: Oxford University Press.
- Cambridge Online Sözlük. Erişim adresi: <https://dictionary.cambridge.org/>. Erişim tarihi: 2 Şubat 2022,
- Chakrapani, C. (1998). *How to measure service quality and customer satisfaction: The informal field guide for tools and techniques*. Chicago: American Marketing Association.
- Chandrupatla, T. R. (2009). *Quality and reliability in engineering*. New York: Cambridge University Press.
- Cheng, Y. C ve Tam, W. M. (1997). Multi-models of quality in education. *Quality Assurance in Education*, 5(1), 22-31.
- Chua, C. (2004). *Perception of quality in higher education*. *AUQA Occasional Publication*, 1-6.
- Crosby, P. B. (1979). *Quality is free: The art of making quality certain*. New York; St. Louis; San Francisco: McGraw-Hill Book Company.
- Deming, W. E. (1986). *Out of the crisis, second printing*. Cambridge: Massachusetts Institute of Technology Center for Advanced Engineering Study.
- Doherty, GD. (2008). On quality in education. *Quality Assurance in Education*, 16(3), 255-265.
- Donabedian, A. (2003). *An introduction to quality assurance in health care*. Rashid Bashshur (Ed.). New York: Oxford University Press.
- Donabedian, A. (1968). The evaluation of medical care programs. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 44(2), 117-124.
- Edelstein, L. (1967). Ancient medicine, Owsei Temkin and C. Lilian Temkin (Eds.), C. Lilian Temkin (Terc.). Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

- Garvin, D. A. (1984). What does “Product Quality” Really Mean?”. *Sloan Management Review*, 25-43.
- Gert, B. (2005). *Morality: Its nature and justification*. Oxford; New York: Oxford University Press.
- Hhs.gov. Belmont Report. Erişim adresi: https://www.hhs.gov/ohrp/sites/default/files/the-belmont-report-508c_FINAL.pdf. Erişim tarihi: 4 Şubat 2022,
- Institute of Medicine. (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. Washington, D.C: National Academy Press.
- Institute of Medicine. (1990). *Medicare: A strategy for quality assurance*. Volume I, Kathleen N. Lohr (Ed.). Washington, D.C: National Academy Press.
- Jonsen, A. R. (1998). *The birth of bioethics*. New York: Oxford University Press.
- Juran, J. M. (1988). *The quality function*. J. M. Juran and Frank M. Gryna içinde *Juran's Quality Control Handbook*, 4. Baskı. (s. 2.1-2.13). New York; St. Louis; San Francisco: McGraw-Hill Book Company.
- Miles, S. H. (2004). *The hippocratic oath and the ethics of medicine*. New York: Oxford University Press.
- Prisacariu, A. ve Shah, M. (2016). Defining the quality of higher education around ethics and moral values. *Quality in Higher Education*, 22(2), 152-166.
- Rich, K. L. (2016). *Introduction to Ethics*. Janie B. Butts ve Karen L. Rich içinde *Nursing Ethics: Across the Curriculum and into Practice*, 4. Baskı (s. 3-30). Burlington: Jones & Bartlett Learning, Burlington.
- Türk Dil Kurumu Sözlüğü. Erişim adresi: <https://sozluk.gov.tr/>. Erişim tarihi: 2 Şubat 2022.
- World Health Organization (WHO). (2006). *Quality of care: A process for making strategic choices in health systems*. Geneva: WHO Press.

YAYIN VE ETİK İLKELERİ

Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi, yılda üç kez (Ocak, Mayıs, Eylül aylarında) yayınlanan ulusal hakemli bir dergidir ve aşağıda belirtilen ilkeler doğrultusunda yayın yapmaktadır:

1. Dergimiz, yayın politikası gereğince, sağlık politikaları, sağlık sistemleri, sağlık hizmetleri değerlendirmesi, sağlık sektöründe performans dayalı ödeme uygulamaları, sağlık hizmet uygulamalarında kalite geliştirme, hasta ve çalışan güvenliği, sağlık ekonomisi ve sağlık sosyolojisi ve sağlıkla ilgili olmak üzere sağlık bilimlerinin kapsamına giren konuları içeren nicel ve nitel özgün araştırma makalelerine yer vermektedir.
2. Derginin yayın dili Türkçe ve İngilizce'dir. Yabancı dillerdeki çalışmaların yayımlanması, Yayın Kurulu'nun kararına bağlıdır. Yayımlanan makalelerin fikri ve ilmi, çevirilerin ise hukuki sorumluluğu yazarlarına/çevirmenlerine aittir.
3. Dergiye gönderilen makalelerin başka bir yerde yayınlanmamış veya yayınlanmak üzere eş zamanlı olarak başka bir dergiye gönderilmemiş olması gerekmektedir. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi yayınlanmak üzere kabul edilen makalelerin tüm yayın haklarına sahiptir. Yayımlanmayacak yazılar sahibine iade edilir.
4. Dergiye gönderilecek makalelerin yayınlanan kriterlere uygun olarak <http://dergipark.gov.tr/> adresinde yer alan "Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi" hesabına yüklenmesi gerekmektedir. Editöre, Yayın Kurulu üyelerine veya dergi iletişim e-posta adresine gönderilen makaleler resmi başvuru olarak kabul edilmemektedir.
5. Tüm bilim dallarında yapılan ve etik kurul kararı gerektiren klinik ve deneysel insan ve hayvanlar üzerindeki çalışmalar için ayrı ayrı etik kurul onayı alınmış olmalı, bu onay makalede belirtilmeli ve belgelendirilmelidir. Makalelerde Araştırma ve Yayın Etiğine uyulduğuna dair ifadeye yer verilmelidir. Etik kurul izni gerektiren çalışmalarda, izinle ilgili bilgiler (kurul adı, tarih ve sayı no) yöntem bölümünde ve ayrıca makale ilk/son sayfasında yer verilmelidir. Kullanılan fikir ve sanat eserleri için telif hakkı düzenlemelerine riayet edilmesi gerekmektedir. Makale sonunda; Araştırmacıların Katkı Oranı Beyanı, varsa Destek ve Teşekkür Beyanı, Çatışma Beyanı verilmesi gerekmektedir.
6. Dergiye gönderilen makaleler alan editörlerinden önce ön incelemeye tabi tutulur. İlk olarak dergi editörü tarafından şekil ve yazım kuralları açısından incelenir. Dergi şablonuna uygun olarak hazırlanan makaleler daha sonra İstatistik Editörü, Dil Editörleri ve Yayın Kurulu tarafından derginin yayın etiği ve ilkelerine uygunluğu, konunun bilimsel açıdan özgünlüğü ve güncelliği açısından incelenir ve uygun görülen makaleler alan editörlerine atanır. Alan editörleri makaleleri, alanın var olan bilgi birikimine katkısı yönünden inceler ve uygun görürlerse makaleyi hakemlere gönderirler. Özetle; ön inceleme aşamalarında aşağıdaki noktalar göz önünde bulundurulur:
 - a) Yayın etiğine uygunluğu
 - b) Dergi yayın ilkelerine uygunluğu
 - c) Çalışmanın konusunun bilimsel açıdan özgünlüğü ve güncelliği
 - d) Çalışma konusunun literatüre katkısı
 - e) Yazım kurallarına ve makale yazım şablonuna uygunluğu

7. Ön değerlendirmeden geçen çalışmalar incelenmek üzere konu ile ilgili en az iki hakeme veya konusuna göre üç hakeme gönderilir. Hakemlere yazar adı gönderilmez ve hakemlerin isimleri gizli tutulur. İki hakemden olumlu rapor alan yazılar yayıma kabul edilir. Hakem raporlarından biri olumlu diğeri olumsuz ise, çalışma üçüncü bir hakeme gönderilir. Hakemlerin raporları birbiri ile çelişirse çalışma editör tarafından değerlendirilir. Editör, esasa yönelik olmayan hatalar, dergi bütünlüğü bakımından gerekli konular vb. durumlarda düzeltmeler yapabilir ve bunlar hakkında yazara bilgi verir.
8. Hakemlerden gelen raporlar saklanır. Eğer hakemler tarafından düzeltme isteniyorsa çalışmalar gerekli düzeltmelerin yapılması için yazar(lar)a geri gönderilir. Yazarlara raporlar doğrultusunda geliştirilmek veya düzeltilmek üzere gönderilen yazılar, gerekli düzenlemeler yapılarak editörün verdiği süre içinde tekrar dergiye ulaştırılmalıdır. Bu süre içinde düzeltilmeyen yazı(lar)ın değerlendirme süreci sona erer. Yazarlar hakemlerin eleştiri, öneri ve düzeltme taleplerini dikkate alırlar; katılmadıkları hususlar varsa, gerekçeleriyle birlikte itiraz etme hakkına sahiptirler. Olumlu bulunduğu halde yazı çokluğu nedeniyle bir yıl stokta bekleyen yazılar, güncelliği yitirmeleri nedeniyle olumsuz sayılırlar.
9. Yayına kabul edilen makalelerin basılması için yazar(lar) tarafından telif hakkı ve yazar sözleşmesi formunun imzalanması ve dergiye iletilmesi gerekmektedir. Ayrıca, yazar(lar) dan makaleyi bir intihal kontrol programı ile taramaları ve intihal kontrol programının ürettiği en çok % 10 benzerlik oranının olduğunu belgeleyen bir program çıktısını, garanti ve yükümlülük formuyla beraber göndermeleri istenir.
10. Hakemlerden gelen dönütler ve eş editörlerin kararına bağlı olarak dergiye gönderilen makalelerin ilk tur hakem değerlendirme süreçlerinin yaklaşık olarak 6-8 hafta sürmesi öngörülmektedir. Ancak bu süre alandan alana değişebilir. Değerlendirme yapmayı kabul etmeyen hakem olması durumunda süre uzayabilmektedir.
11. Yayına kabul edilen ve son biçimi verilen makaleler üzerinde yazar(lar) değişiklik yapamaz.
12. Yayımlanan makalenin içeriğinden (kaynakların ve alıntılarının doğruluğundan, ileri sürülen görüşlerden ve telif hakkı olan çizelge, resim ve diğer görsellerden) yazar(lar) sorumludur.
13. Bir yazarın derginin aynı sayısında ilk isim olarak bir, ikinci ve diğer isim sırasında bir olmak üzere en fazla iki eseri yayımlanabilir.
14. Yayına kabul edilen makaleler için yazar(lar)a ve hakemlere telif ücreti ödenmez.
15. Açık erişim politikası gereğince, dergi sayıları ve makaleler derginin web sayfasında yer alır ve makalelerin tam metinlerine pdf dosyası olarak erişilebilir.

ULAKBİM TR Dizin kuralları gereği makalelerde yer alan tüm yazarların ORCID numaralarının makalenin son şekline eklenerek gönderilmesi gerekmektedir. ORCID numarası eksik yazarlara ait makalelere doi numarası verilmez ve erken görünüm olarak yayına açılmaz.

YAZIM KURALLARI

BAŞLIK VE DİPNOTLAR

1. Yazının ilk sayfasında yazının başlığı, yazarların adları ve kurumları, özet ve anahtar kelimeler (en az 3, en çok 7) bulunmalıdır. Yazı başlığı 10 kelimeyi geçmeyecek şekilde kısa ve öz olmalıdır. Yazı başlığı, özet ve anahtar kelimeler, hem Türkçe hemde İngilizce olarak verilmelidir. İletişimin sağlanacağı adres dipnot ile belirtilmelidir. İlk sayfada ayrıca varsa, dipnot olarak çalışmayı destekleyen kuruluşlar, vb. de belirtilmelidir.
2. Metin içindeki göndermeler (dipnot), ad ve tarih yöntemiyle verilmelidir.
3. Yazar(lar)ın unvanıyla birlikte, çalıştığı yerin açık adı, şehir-ülke bilgisi, e-posta adresi ve ORCID numarası, başlığın altındaki yazar ismi ya da isimleriyle eşleştirilmiş dipnotlarla (*) belirtilmeli ve makalenin ilk sayfasının altındaki dipnotta yer almalıdır.
4. Makale ile ilgili olarak, tezden üretilme, bir konferansta sunulma veya proje kapsamında yapılma gibi özel durumlar varsa (*) ile başlayan bir dipnot ile yazılmalıdır. Dipnotlar için ek açıklama: Yazı herhangi bir bilimsel etkinlikte bildiri olarak sunulmuş ise, makalenin başlığına dipnot simgesi (*) konularak, makalenin ilk sayfasının altında etkinliğin adı, yeri ve tarihi belirtilmelidir. Yazı herhangi bir araştırma kurumu ya da fonu tarafından desteklenmiş ise, makalenin başlığına dipnot simgesi (*) konularak, desteği sağlayan kuruluşun adı, projenin numarası ve tamamlandığı tarih ilk sayfanın altında belirtilmelidir. Yazı lisansüstü tezlerden üretilmiş ise, makalenin başlığına dipnot simgesi (*) konularak, tezin adı, danışmanın adı ve tamamlandığı tarih ilk sayfanın altında belirtilmelidir. Dipnotlardaki tüm bilgiler Palatino Linotype yazı tipinde, girintisiz ve 10 punto olmalıdır.

TÜRKÇE VE İNGİLİZCE KISA ÖZET (ÖZ VE ABSTRACT)

1. Yazılar Türkçe ve İngilizce dillerinde hazırlanıp gönderilebilir. Türkçe hazırlanan her çalışmanın ilk sayfasında Türkçe ve İngilizce kısa özet bulunmalıdır. Türkçe kısa özet, Times New Roman yazı tipinde, 9 - 10 punto, özet, derleme ve araştırma makaleleri için 250, teknik notlar için 200 ve editöre mektup için 100 kelimeyi aşmayacak şekilde yazılmalıdır.
2. İngilizce gönderilen çalışmalarda Türkçe kısa özet bulunma zorunluluğu yoktur. Kısa özet içinde kaynak verilmemelidir.

BÖLÜMLER VE ALT BÖLÜMLER

1. Yazı "giriş" bölümüyle öz ve abstract kısımdan hemen sonra başlamalı ve uygun bölümlere ayrılmalıdır. Bölüm başlıkları büyük harflerle ("GİRİŞ" şeklinde) yazılmalıdır. Tüm başlıklar kalın yazılmalıdır. Başlıklarda üstten bir satır boş bırakılmalıdır. Gerekli durumlarda bölümler alt bölümlere ayrılabilir.

Yazılarda ana bölümler sırasıyla;

- GİRİŞ
- YÖNTEM
 - Evren ve örneklem/Çalışma Grubu/Katılımcılar/Denekler vb.
 - Veri toplama yöntem(ler)i/teknikleri/araçları
 - Verilerin analizi

- BULGULAR
- TARTIŞMA
- SONUÇ VE ÖNERİLER
- KAYNAKLAR

gibi temel bölümlerinden oluşmalıdır.

1. Türkçe makalelerde Türk Dil Kurumu'nun sözlükleri ve yazım kılavuzu dikkate alınmalı ve mümkün olduğunca Türkçe sözcükler kullanılmalıdır. Alana özgü yabancı dildeki kavramın/terimin Türkçe karşılığı kullanılırken ilgili kavramın/terimin ilk kullanıldığı yerde yabancı dildeki karşılığı parantez içinde verilmelidir.
2. Yazılar Microsoft Word formatında hazırlanmalı, font büyüklüğü 12 punto, yazı karakteri Times New Roman olmalıdır.
 - a) Başlık: 12 punto ve kalın
 - b) Özet: 9 - 10 punto
 - c) Üst Boşluk: 3,5 cm
 - d) Sol Boşluk: 3 cm
 - f) Sağ Boşluk: 2,5 cm
 - g) Alt Boşluk: 2,5 cm olmalıdır.
3. Kısaltmalara, ilgili bilim alanında kullanıldığı şekilde yer verilmelidir. Kısaltmalar metin içinde ilk geçtiği yerde tanımlanmalıdır. Gerekli durumlarda kısaltmalar "giriş" bölümünde veya bu bölümü izleyen ayrı bir bölüm içinde verilebilir.

ŞEKİLLER VE TABLOLAR

1. Tüm çizimler, haritalar, grafikler, fotoğraflar, vb. şekil olarak değerlendirilmelidir. Şekiller, ardışık olarak numaralandırılmalıdır. Bunlara metin içinde "Şekil 1." şeklinde atıfta bulunulmalıdır. Her bir şekil için uygun bir başlık kullanılmalı ve başlık şeklin altına numarasıyla birlikte yazılmalıdır.
2. Tablolar ardışık olarak numaralandırılmalıdır. Tablolara metin içinde numaralarıyla "Tablo 1." şeklinde atıfta bulunulmalıdır. Her bir tablo için uygun bir başlık kullanılmalı ve bu başlık tablonun üzerine numarasıyla birlikte yazılmalıdır. Tablo, resim, grafik ve şekillerin yazı büyüklüğü 9 punto olmalıdır.

KAYNAKLARIN BELİRTİLMESİ

1. Kaynakça ve notlar/açıklamaların yazımında bilimsel makale yazım kuralları esas alınmalıdır.
2. Dergide yayımlanacak makalelerde APAStili aranacak olup (ayrıntılı bilgi için; <http://www.apastyle.org>)şekil şartlarını taşımayan yazılar hakemlere gönderilmeden iade edilir.
3. Yazılar A4 formatında 30 sayfayı aşmamalıdır.

APA STİLİ:

Kitaplar:

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

(Yıl). Eserin başlığı. doi:xxxxxxxxxxxx Editor, A. A. (Ed.). (Yıl).

Eserin başlığı. Yer:Yayıncı.

Sürelî Yayınlar:

Yazar,A. A., Yazar, B. B. ve Yazar,C. C. (Yıl). Makalenin adı. Sürelî Yayının adı, Cilt No:ss-ss.

Yazar, Y. (Yıl). Bölüm başlığı. E. Editör (Dizi Ed.), Seri Adı: Cilt No. Cilt başlığı (s. x-x) içinde.

doi: xxx

Online Doküman:

Yazar,A. A. (2000). Çalışmanın başlığı. Erişim adresi:.....internet adresi. Erişim tarihi:.....

EKLER

1. Yazar(lar) ihtiyaç duyarlarsa kaynakçadan sonra, Ekler bölümü oluşturabilirler. Bu kısımda verilecek eklere makale içinden mutlaka atıfta bulunulmalıdır.
2. Çalışma içinde tablo veya şekil ile verilebilecek unsurlara Ekler’de yer verilmemelidir.

İLETİŞİM

T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı

Kalite Yayınları ve Etkinlik Birimi

Üniversiteler Mah. Dumlupınar Cad. Kat: 5 Sağlık Bakanlığı Binası Çankaya/ANKARA

Tel: (0312) 585 25 81

E-posta: spkdergisi@saglik.gov.tr

