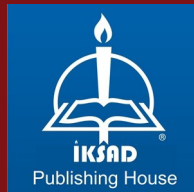




# HASTANE VE SAĞLIK YÖNETİMİ: GÜNCEL KONULAR - II

EDİTÖRLER:

DR. PELİN YILIK  
DR. FATİH ORHAN

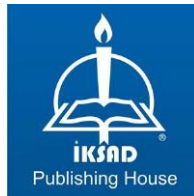


**HASTANE VE SAĞLIK YÖNETİMİ:**  
**GÜNCEL KONULAR- II**

**EDİTÖRLER:**

**DR. PELİN YILIK**

**DR. FATİH ORHAN**



Copyright © 2023 by iksad publishing house

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, distributed or transmitted in any form or by any means, including photocopying, recording or other electronic or mechanical methods, without the prior written permission of the publisher,

except in the case of

brief quotations embodied in critical reviews and certain other noncommercial uses permitted by copyright law. Institution of Economic

Development and Social

Researches Publications®

(The Licence Number of Publicator: 2014/31220)

TÜRKİYE TR: +90 342 606 06 75

USA: +1 631 685 0 853

E mail: iksadyayinevi@gmail.com

www.iksadyayinevi.com

It is responsibility of the author to abide by the publishing ethics rules.

Iksad Publications – 2023©

**ISBN: 978-625-367-381-9**

Cover Design: İbrahim KAYA

October / 2023

Ankara / Türkiye

Size = 21 x 29,7 cm

## ÖN SÖZ

Bu kitap, hastane ve sağlık yönetimi alanında güncel bazı yaklaşımları incelemek amacıyla hazırlanmıştır. Sağlık hizmetlerinin yönetimi esnasında gelişen yeni trendleri takip edebilmek, özellikle sağlık sisteminin lokomotifini olan hastane yönetimi konularını çalışan akademisyenler için de stratejik bir öneme sahiptir. Hastaların daha iyi bakım almasını sağlama, kaynakları verimli kullanma, kaliteyi artırma ve maliyetleri minimize edebilmek amacıyla yönetim süreçleri de sürekli olarak yenilenmek ve geliştirilmek zorundadır. Bu bağlamda hazırlanan bu kitap, sağlık ve hastane yönetimi konusundaki güncel yaklaşımları ve önemli konu başlıklarını okuyucularına sunmayı amaçlamaktadır.

Kitabın içeriği, hastane ve sağlık yönetimi ile ilgili temel kavramları kapsamakla birlikte, güncel ve öncü konulara da odaklanmaktadır. Özellikle sağlık hizmetlerinde sürdürülebilirlik, mükemmel yönetim yaklaşımı, kalite ve akreditasyon uygulamaları ile hasta ve çalışan güvenliği konuları bu kitap serisinin ana çerçevesini oluşturmaktadır. Kitabın yazarları, alanlarında uzman olan kişilerden oluşmaktadır ve bu kitabı hazırlarken en güncel kaynakları ve araştırmaları kullanmaları yeni gelişmeleri anlamamız için bizlere bir fırsat sunmaktadır.

Bu kitap serisi, hastane yöneticileri, sağlık profesyonelleri, sağlık yönetimi öğrencileri ve bu alandaki tüm paydaşlar için bir başvuru kaynağı olarak tasarlanmıştır. Kitabın hazırlanmasına katkı sağlayan herkese teşekkür ederiz. Bu eserin, sağlık ve hastane yönetimi alanının çok geniş ve kapsamlı bilgi havuzunda küçük bir damla ile bile olsa katkı sağlaması temennisiyle.

Saygılarımızla

Dr. Pelin YILIK  
Öğr. Gör. Dr. Fatih ORHAN

# HASTANE VE SAĞLIK YÖNETİMİ:

## GÜNCEL KONULAR- 2

### **Editörler**

Dr. Pelin YILIK

Öğr. Gör. Dr. Fatih ORHAN

### **Bölüm Yazarları**

Prof. Dr. Umut BEYLİK

Doç. Dr. C. Gökhan OSMANOĞLU

Doç. Dr. Ümit NALDÖKEN

Dr. Öğr. Üyesi Harika ŞEN

Dr. Öğr. Üyesi Uğur UĞRAK

Öğr. Gör. Dr. Günseli UZUNHASANOĞLU

Öğr. Gör. Dr. Fatih ORHAN

Öğr. Gör. Dr. Şafak ÇINAR

Dr. Gülsen TOPAKTAŞ

Dr. Pelin YILIK

Uzm. Ata İsmail GEÇER

**Ankara, 2023**

<b>ÖNSÖZ</b>		<b>SAYFA</b>
Dr. Pelin YILIK Dr. Fatih ORHAN		1
<b>BİRİNCİ BÖLÜM</b> <b>HASTANELERDE SÜRDÜRÜLEBİLİRLİK VE TEKNOLOJİ</b> Prof. Dr. Umut BEYLİK		4
<b>İKİNCİ BÖLÜM</b> <b>SAĞLIK KURUMLARINDA İLETİŞİM</b> Doç. Dr. Ümit NALDÖKEN Uzm. Ata İsmail GEÇER		23
<b>ÜÇÜNCÜ BÖLÜM</b> <b>SAĞLIK KURUMLARINDA İNSAN KAYNAKLARI UYGULAMASI: İŞE ALIM SÜRECİ</b> Dr. Öğr. Üyesi Harika ŞEN		63
<b>DÖRDÜNCÜ BÖLÜM</b> <b>HASTA GÜVENLİĞİ</b> Öğr. Gör. Dr. Günseli UZUNHASANOĞLU		73
<b>BEŞİNCİ BÖLÜM</b> <b>SAĞLIK HİZMETLERİNDE ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ</b> Dr. Öğr. Üyesi Uğur UĞRAK		89
<b>ALTINCI BÖLÜM</b> <b>SAĞLIK KURUMLARINDA MÜKEMMEL YÖNETİM YAKLAŞIMI</b> Dr. Pelin YILIK		108
<b>YEDİNCİ BÖLÜM</b> <b>HASTANE MİMARİSİ VE TASARIMI: HASTA GÜVENLİĞİ UYGULAMALARI</b> Öğr. Gör. Dr. Fatih ORHAN Doç. Dr. C. Gökhan OSMANOĞLU		137
<b>SEKİZİNCİ BÖLÜM</b> <b>HASTANE İŞLETMELERİNDE KALİTE VE AKREDİTASYON</b> Öğr. Gör. Dr. Şafak ÇINAR		177
<b>DOKUZUNCU BÖLÜM</b> <b>SAĞLIK HİZMETLERİNDE PERFORMANS</b> Dr. Gülsen TOPAKTAŞ		191

## BÖLÜM 1

### HASTANELERDE SÜRDÜRÜLEBİLİRLİK VE TEKNOLOJİ

Prof. Dr. Umut BEYLİK<sup>1</sup>

DOI: <https://dx.doi.org/10.5281/zenodo.10050144>

#### Giriş

Sürdürülebilirlik konusu küresel düzeyde ve uluslar üstü olarak günümüzün ve geleceğin tartışmasız öncelikli alanı olarak göze çarpmaktadır. Benzer şekilde teknolojiye günümüzün yönlendiricisi olup geleceğe de nasıl damga vuracağı belirsizlik içermektedir. Teknolojiyi üreten ve yönetenler sürdürülebilirlik açısından da belirleyici olacak aktörlerdir denilebilir. Elbette sağlık sektörü ve dolayısıyla hastanelerde sürdürülebilirlik konusu hastane yönetimlerinin çözmesi gereken temel problemdir. Bu problemin çözümünde hastanelerde kullanılan teknoloji kolaylaştırıcı veya adapte edici olarak ön plana çıkmaktadır. Hatta sağlık piyasasının liderleri en güncel teknolojiyi doğru şekilde kullananlar olduğu söylenebilir. Mevcut durumda 21. yüzyılla birlikte işletmeler için belirsizlik ortamında rekabet edebilme gün geçtikçe daha önem arz etmeye başlamıştır. Bu kapsamda geleneksel yönetim teorileri üzerine çeşitli yönetim teknikleri inşa edilmeye başlanmıştır. İlk defa 19.yüzyılın başında Taylor tarafından ortaya konan yönetime bilimsel bakış açısı zaman içinde kapsamı ve içeriği değişerek daha doğrusu ilgili dönemin koşullarına uyarlanarak ortaya konan teori ve felsefi yaklaşımlarla multidisipliner bir hale bürünmüştür. Sırasıyla insan faktörü, sistem ve durumsallık yaklaşımı, teknoloji faktörü, küreselleşme ve kaynak kıtlıkları yönetim teori ve felsefelerinin şekillenmesinde temel belirleyiciler olmuşlardır (Koçel, 2015).

Özellikle son dönemde teknoloji ve küreselleşmenin etkisiyle işletmeler artık belirsizlik hatta kaos ortamında rekabet etmek zorunda kalmışlardır. Rekabet konusu ise işletme ve yönetim fonksiyonlarının tamamına stratejik açıdan bakmayı

<sup>1</sup> Prof. Dr. Umut Beylik, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, [umut.beylik@sbu.edu.tr](mailto:umut.beylik@sbu.edu.tr), Orcid:0000-0002-4950-9604

gerektirmiştir. Yani her düzeyde yönetim fonksiyonları stratejik planlamadan başlayarak stratejik denetim yaklaşımı altında yaklaşmış ayrıca her bir işletme fonksiyonu da örneğin stratejik insan kaynakları yönetimi, stratejik pazarlama yönetimi, stratejik finansal yönetim, stratejik üretim yönetimi gibi bakış açısıyla ele alınmıştır. Genel olarak işletme yönetiminde strateji kelimesinin kullanılması rekabet edebilme veya rekabet üstünlüğü/avantajı sağlama ve ayrıca işletmelerin varlığını sürdürebilmelerinin gereği olarak ortaya konmuştur. Kelime anlamı olarak ise strateji, belirlenen amaç ve hedeflere rakiplerinden maliyet avantajlı ve üründen yararlananlar için tercih edilebilir olarak ulaştıran yol, yöntem, araç, teknik olarak düşünülebilir. Burada strateji bir planda görülebileceği gibi, uygulamada çeşitli teknik ve yöntemlerin kullanılmasıyla ya da örneğin üstün özellikli yeni bir makinenin ya da nitelikli insan kaynaklarının işletmelerde bulundurulmasını içerebilir. Tabii bu stratejilerin çıkış noktası da yine stratejik bir yaklaşımla işletmelerin iç ve dış çevrelerini analiz etmelerini, bu kapsamda misyon ve vizyonlarını ortaya koymalarını, kurumsal ve bölümsel amaç ve hedeflerini doğru belirlemeleri ile yakından ilişkilidir. Bahsedilen çevre analizini ve kurumsal yönelimi doğru belirlemeden eylemsel stratejilere geçilmesi de arzulanan şekilde amaç ve hedeflere ulaşılmasına engel olması muhtemeldir (Soylu ve İleri, 2014).

Sağlık hizmetleri piyasası kapsamında sürdürülebilirlik konusuna yaklaşırken sağlık hizmetlerinin diğer sektörlerden farklılık gösteren özellikleri temelde insan sağlığının odak noktası olmasından kaynaklanmaktadır. Bu durum sağlık yönetiminde stratejik yaklaşıma ve sürdürülebilirliğe de yansımaları olmaktadır. Yani burada konuyu ele alırken sağlık hizmetlerinde sürdürülebilirlik için stratejik yaklaşım nasıl olmalı sorusunun cevabı aranacaktır.

Yönetim literatürüne giren toplam kalite yönetimi (TKY) konusu ise aslında bir rekabet stratejisi ögesi olarak kaliteye nasıl ulaşılacağına felsefi bir bakış olarak düşünülmelidir. Hizmet kalitesi ve sağlık hizmet kalitesinin kişiye, teknolojiye, coğrafyaya ve kamusal sisteme göre değişkenlik arz ettiği yani göreceli olduğu da literatür değerlendirmesinden söylenebilir. Ayrıca sağlık hizmetlerinin nitelik ve niceliğinin talebinin de arzının da hizmet sunucuda olması sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyanların bilgi eksikliğinden kaynaklanmaktadır. Bununla birlikte sağlık hizmeti alanlarında sağlık işletmesinde kalite kavramı içinde değerlendirdiği bazı



hususlar bulunmaktadır. Bunların en başında; hizmet sunulan ortama ait fiziksel ortam, bekleme süreleri ve hizmet sunanlarla tecrübe ettiği iletişimin kalitesi yani sosyal konular ön plana çıkmaktadır. Hasta, aldığı hizmetin neticesi olarak sağlığı ile ilgili sonuçları değerlendirmeleri ise genellikle tedavi sonrası sorun ve şikayetlerinin varlığı ile ilgili olabilmekte, bu durumda zaman ve koşulların da etkisi dikkate alındığında değişebilmektedir. Sonuçta sağlık hizmetlerinin kalitesi dendiğinde, hizmet alanların beklentilerinin güncel sağlık bilim ve teknolojileri ile karşılanmasıdır diye genel ama kapsamlı bir tanım söyleyebiliriz. Ancak bunu ifade ederken de aynı ülkede bile coğrafik nedenlerin yanında bir takım nedenlerle o anki en iyi sağlık uygulamalarına erişim ile ilgili konular dahi düşünülmelidir. Bu durumda aslında kalite ile ilgili beklentiler ve tanımlamalar pek çok faktöre göre değişebileceğini ifade edebiliriz.

Sürdürülebilirlik açısından maliyet yönetimi konusu kadar önemli olan kalite yönetimi konusu özellikle 20. yüzyılın son çeyreğinde ortaya konan Toplam Kalite Yönetimi (TKY) felsefesi ile yönetim yaklaşımı olarak gündeme gelmiştir. Bununla birlikte, en başta üretilenin satıldığı daha sonraları kalite kontrol ve sonra da sürekli sistem/süreç kontrolü ve müdahalesi olarak benimsenen TKY yaklaşımı odağına insanı yani sağlık sektöründe hastayı almaktadır. TKY felsefesinin öğeleri ise; tüm çalışanların katılımı, sürekli iyileştirme, ekip anlayışı, sürekli ölçme, liderlik, insan odaklılık ve tedarikçilerle bütünleşme olarak söylenebilir (Caldwell, 1998). İlave olarak bu öğelerin her biri için çeşitli teknik ve yöntemlerde uygulamaya konmuş, farklı işletmelerde yüksek başarılar elde edilmiştir. Bununla birlikte günümüzde toplam kalite yönetimi felsefesi üzerinde özellikle teknoloji ve insan kaynakları üzerine işletme organizasyonları ve bunların yönetimi daha ön plana çıkmıştır. Genel olarak bakıldığında ilgili tarihsel dönemlerin durumsal koşullarına göre yönetim uygulamalarının çeşitli teknik ve araçlarla şekillendirilmesi olduğu hususu dikkate alınmalıdır. İşletmelerde veya hastanelerde yönetim fonksiyonları icra edilirken ortaya konan planlarda sunulacak ürünün veya sağlık hizmetinin nicel ve nitel özellikleri, müşteri/hasta ihtiyaç ve beklentileri ile işletme/hastane kapasitesi dikkate alınarak belirlenmekte ve karşılanmaktadır. Burada anlatılmak istenen kalite konusu ayrı olarak ele alınan değil yönetim uygulamalarının da temelinde var olan bir husus olduğudur. İşletmeler elbette sürekli süreç iyileştirerek

maliyetlerini bir yandan en aza indirirken bir yandan da müşteri gözünde en değerli yani kaliteli ürünü sunmayı arzulamaktadır. Elbette günümüzde rekabetin artması işletmelerin bu konuları en üst düzeyde dikkate alması ile sonuçlanmıştır. Kaliteye yaklaşım aslında ne işletmenin ne de yönetimin bir fonksiyonu olduğudur. Bununla birlikte kalite yönetimi denerek işletmelerin yeni bir fonksiyonel birim açmaları ve bu kapsamda uygulamalarını yönetmeleri beklenmektedir. Ancak kalite yönetimi konusu zaten işletmelerin her daim gündeminde olan aynı zamanda tüm çalışanlarına, birimlerine, örgüt kültürüne, uygulamalarına doğal olarak yansımaları ve bulunması gereken öncelikli karar verme alanlarının başlıcalarındandır. Böylece işletmeler rekabet avantajı elde edebilecek önemli bir üstünlüğe sahip olabilirler ve sürdürülebilirlik için iddialı olabilirler (Ülgen ve Mirze, 2013).

Kalite ile ilgili olarak sağlık hizmetlerinde sağlıkta kalite konusuna sağlık hizmet kalitesi ve klinik kalite gibi ayrımlarla bakarak yaklaşmakta sistemin holistik yaklaşımına aykırı düşmektedir. Birbirinden bağımsız ve ilişkisiz alt sistemlerin uyumsuzluğu maliyetlere ve hasta güvenliğine olumsuz yansıyabilir. İş bölümü ve uzmanlaşmanın yoğun olduğu yani multidisipliner ekiplerin yer aldığı hastanelerde bütünselliği yakalamak adına amaç ve hedeflerin ortak üst amaçlara göre birlikte belirlenmesi ve birlikte yürütülmesi elzemdir. Aksi halde herhangi birinde meydana gelen eksiklik veya yanlışlık sistemin ürettiği sonucu doğrudan veya dolaylı olarak olumsuz noktaya getirebilir.

Bu zaman kadar anlatılanlar özetlendiğinde sürdürülebilirliğe stratejik yaklaşım kalite ve teknoloji boyutuyla ele alınması gerekliliği ön plana çıkmıştır. Bu çerçevede burada sürdürülebilirlik konusu sağlık işletmelerine özel ve stratejik olarak ele alınmıştır. Bu kapsamda Porter'ın rekabet stratejileri kapsamında stratejik kalite yönetimi ve uygulamaları hakkında genel bilgilendirme yapılmıştır. Ayrıca kaynak kıtlığının ve çevre kirliliğinin artık gelecek nesillerin yaşamını riske atacak düzeyde olduğu dünyada sürdürülebilir strateji örnekleri üzerine değinilmiştir. Dünyada faaliyet gösteren sosyal ve ekonomik birimlerin istisnasız tamamının seferberliği olmadan ve bu konuyu sürekli gündeme getirmeden gittikçe yaşlanan ve tükenen dünyanın ömrü kısaltmaya devam edeceğinin aşikar olduğu buradan hatırlatılmaktadır. Bölümün son kısmında ise sağlık teknolojilerinin günümüz ve gelecek açısından önemi üzerine durulmuş ve sürdürülebilirlik

perspektifinden öneriler getirilmiştir.

## 1. Hastanelerde Sürdürülebilir Rekabet Stratejileri

Günümüz dünyasında her geçen zamanla birlikte gittikçe kaynakları tükenen ve kirlenen dünyada bu kaynakları kullanan tüm aktörlerin gelecek nesiller için daha yaşanabilir bir dünya bırakması sürdürülebilir bir dünya için elzem olmuştur. Bu kapsamda işletmeler başta rekabet stratejileri geliştirmek için ürünlerinin kalite ve maliyet gibi faktörlerin dışında işletmenin sürdürülebilirlik düşüncesini temel alarak, ekonomik, sosyal ve çevre konularında da başarılı olmaları beklenmektedir (Düren ve Yılmaz, 2010). Sürdürülebilirlik konusu sadece sağlık işletmeleri gibi diğer sektörlerde de üretim yapan işletmelerin gayretleri ile çözülebilecek bir konu olmayıp, uluslar üstü bir anlayışla bölgesel, ulusal ve küresel düzeyde tüm aktörlerin üzerlerine düşen sorumlulukları yerine getirmelerini gerektirmektedir (Pekdemir, 2017).

Genel olarak sürdürülebilirlik kapsamında küresel ve ulusal düzeyde politikalar ve sözleşmeler belirlenmiş olup, yine küresel ölçekte rutin sayılabilecek toplantılar yapılarak konu ile ilgili sürekli yeni yapılabilecekler için tartışmalar da bir yandan yapılmaya devam etmektedir. Sağlık işletmeleri açısından öncelikle yapılması gereken ise sürdürülebilirlik ile ilgili belirlenen bu politikalara ve sözleşmelere uygun hareket etmek olmalıdır. Sağlık işletmeleri sürdürülebilirlik yaklaşımını daha en baştan misyon ve vizyonuna yansıtması, kurum kültürü haline getirmesi, süreçlerinde uygulaması gerekmektedir.

Yakın ve benzer sağlık hizmetleri piyasasında sağlık hizmeti sunan hastaneler arasında mutlaka rekabet üstünlüğü yakalamak ve bunun sürdürülebilirliğini sağlamak son derece önemli olacaktır. Bu kapsamda hizmet alanlar için daha fazla değer yaratan sağlık işletmeleri ön planda olacaktır. Burada değer yaratmadan kasıt; aynı hizmetin daha düşük bir fiyatla sunulması (maliyet avantajı yakalayarak) ya da ilgili hizmete hizmet alanlar için değerli olan bir takım üstün özellikler katarak (taklit edilmesi zor veya eşsiz özellikler) hizmet kalitesiyle farklılaştırmaktır. Bu kapsamda Rekabet Stratejileri; Maliyet Liderliği, Farklılaştırma ve Odaklanma stratejileri olarak ele alınmaktadır (Porter, 1985). Bazı kaynaklarda bu stratejilerin

bir arada kullanıldığı karma stratejilere de değinilmektedir. Aşağıdaki Tablo 1’de sürdürülebilir stratejik kalite yönetim uygulamalarına yönelik örnekler gösterilmiştir.

**Tablo 1.** Sürdürülebilir Stratejik Yönetim Uygulamaları

Sürdürülebilir Rekabet Stratejileri	
1.Hizmet Farklılaştırma	2.Maliyet Liderliği
Amaç: Hizmet alanların gözünde değerli olan benzersiz kalitede hizmeti daha yüksek fiyat düzeyinden arz etmek	Amaç: Aynı kalitede sağlık hizmetini en az maliyetle üretmek ve rekabet avantajı yakalamak
Örnek Uygulamalar: - Robotik cerrahi gibi ileri teknoloji imajı - Afiliasyon - Akreditasyon - Özellikli sağlık hizmetleri sunma -Taburculuk sonrası evde bakım hizmeti	Örnek Uygulamalar: - Geri dönüşümlü atık yönetim sistemi - Yenilenebilir enerji kullanımı - Tekrar kullanılabilir malzeme kullanımı - İsrar yönetimi uygulamaları
3.Odaklanma	4.Karma (Birleşik)
Amaç: Daha spesifik (dar) gruplarca sağlık hizmet taleplerine yönelik olarak sağlık hizmetlerinde farklılaştırma veya maliyet liderliği uygulamaları ile bu alanlarda rekabet üstünlüğü kazanmak.	Amaç: Sağlık hizmetlerinde maliyet liderliği, farklılaştırma ve odaklanma stratejilerine durumsal olarak birlikte kullanarak rekabet üstünlüğü kazanmak.
Örnek Uygulamalar: -İleri teknoloji radyoterapi hizmeti -Yaşlılara yönelik evde bakım hizmeti -Diyaliz hastalarına yönelik hizmetler	Örnek Uygulamalar: -Tanı ve tedavi hizmetlerinde ileri teknoloji kullanırken, bakım süreçlerinde optimal hizmet verilerek maliyetlerin düşürülmesi. Ayrıca sağlık işletmesinin bunların yanına rekabet bölgesinde bulunmayan ama ihtiyaç bulunan Tüp Bebek veya Yanık Merkezi gibi spesifik bir alanda hizmete girmesi.

Not: Tengilimoğlu ve arkadaşları, 2015; Kumar ve arkadaşları, 1997’den esinlenilmiştir.

### 1.1.Sürdürülebilir Maliyet Liderliği Stratejisi

Hastaneler veya işletmeler arası rekabetin yüksek olması işletmeleri genel olarak rekabet unsurlarına odaklanmalarına zorlamakta olup bunlardan birisi de maliyetlerin yönetimidir. Maliyetlere odaklanmanın fiyatlandırma stratejileri ile ilgili olmadığını burada belirtmekte fayda görülmüştür. Fiyatlandırma stratejileri pazarlama stratejileri içerisinde yer alan işlevsel stratejileri arasında değerlendirilmektedir. Maliyet liderliği stratejisi ise işletmelerin aynı ürünü diğer işletmelerden daha az maliyete üreterek rekabet üstünlüğü sağlaması esasına dayanmaktadır. Bu durum elbette fiyat belirlemede işletme için avantaj sağlayacaktır ve aynı özelliklere sahip ürünler arasında doğal olarak tüketiciler fiyatı daha düşük olanı tercih etmeleri olağan olacaktır.

Özellikle hastanelerde sunulan sağlık hizmetleri teknoloji ve emek yoğun hizmetler oldukları için maliyetleri de o ölçüde yüksek olabilmektedir. Bu maliyetlere göre belirlenen fiyatlar karşılığı yapılan ödemeler sağlık sektöründe genellikle üçüncü kişi olarak adlandırılan ödeme kurumları (sağlık sigorta kuruluşları gibi) tarafından karşılanmaktadır. Bazı durumlarda hizmeti alanlar sigortalarının kapsamına göre kısmen veya kapsam dışı ise tamamen bu ödemeye doğrudan katılabilmeleri söz konusudur. Bununla birlikte sağlık sigorta sistemi olmayan ülkelerde genellikle devlet tarafından yine kısmen veya tamamen vergi kaynaklarından ödemeler gerçekleştirilmektedir. Kamuya ait sağlık kurumlarında verilen hizmetler için yine devlete ait sigorta kurumu veya ödeyici kurum tarafından yine genellikle devletin ilgili mekanizmaları tarafından (ilgili meslek kuruluşları da fiyat belirlemede etkili olabilmektedir) belirlenen fiyat tarifeleri üzerinden uygulamalar yürütülmektedir. Hastanelerden sağlık hizmetleri almaları nedeniyle hizmet alanların finansal riskten koruma amaçlı yapılan bu uygulamalar özel sağlık işletmeleri için de geçerlidir. Devletin ilgili geri ödeme kurumu ile özel sağlık işletmesi anlaşma yapmışsa yine genellikle devlet tarafından belirlenen sağlık hizmet fiyatlarının üzerine belirli oranlarda ilave koyularak (ya da koyulmadan) fiyatlarını belirlemektedirler. Bu çerçevede kamu ya da özel hastanelerin sundukları hizmet karşılığı alacakları geri ödemelere ilişkin fiyat belirlemede önemli ölçüde devletin fiyat belirleme mekanizmaları belirleyicidir. Özel hastaneler için bir seçenek olarak sosyal sigorta kurumu ile sözleşme yapıp yapmama serbestisi sağlık mevzuatı

kapsamında değişkenlik gösterebilmektedir. Bu sınırlılık, değişkenlik ve belirsizlik altında hizmet sunan özel hastaneler aynı zamanda kendi aralarında da rekabet etmek durumundadır. Bununla birlikte özel hastaneler mevzuat izin verdiğinde bir seçenek olarak ilgili kamu ödeyicisi ile anlaşma yapmayarak kendi fiyatlarını da belirleme yoluna da gidebilmektedir.

Sağlık sektöründe sunulan hizmetlerde bilgi asimetrisinin yüksek olması nedeniyle özellikle özel sağlık işletmelerinden hizmet talep edenler nerede sağlık hizmeti alacakları ile ilgili kararlarında hizmetlerin fiyat bilgisi ön plana çıkmaktadır. Bunun dışında sunduğu hizmet karşılığı alacağı ödeme belirli olan sağlık işletmesinin maliyetlerine odaklanması da kaçınılmazdır. Bu durumda sağlık işletmelerinin sundukları hizmeti diğerlerine göre daha düşük maliyetle sunmaları hem alacakları geri ödemelerden daha fazla kar elde etmelerine hem de özellikle özel sağlık işletmelerinde fiyat belirlemede daha esnek davranmalarına dolayısıyla sağlık hizmeti talep edenler tarafından tercih edilmeleriyle sonuçlanabilecektir.

Rekabet stratejisi olarak maliyet liderliği stratejisi izlemek isteyen sağlık işletmesi sunduğu hizmetlerle ilgili hizmetin kalitesinden ödün vermeden ya da en azından rakip işletmelerle aynı kalitede hizmet sunulmasını garanti altına alarak maliyet kaynaklarına odaklanacaktır. Burada hastane işletmesi daha çok iç işleyişinin verimliliğini iyileştirmeyi düşünerek hareket edecektir. Bu kapsamda hastane içerisinde, re-organizasyon (yeniden organizasyon yapma), re-engineering (süreç yenileme & değişim mühendisliği), delayaring (kademe azaltma), empowerment (personel güçlendirme), outsourcing (dış kaynak kullanımı) gibi yeniden yapılanma, hizmet sunum süreçlerindeki israf kaynaklarını yok etme, tüm süreçlerde yalnızca değer yaratan uygulamalar yapma, gereksiz yönetim kademelerini kaldırma, uzman/teknik personeli yetkilendirme ve sağlık hizmeti dışındaki diğer hizmetleri uzman işletmelerden satın alarak hem daha az maliyetle hem de daha kaliteli yapmaları söz konusu olabilecektir. Bu duruma göre yine israf kaynaklarına odaklanan yalın yönetim uygulamaları ve altı sigma gibi araçlarda maliyetler üzerine önemli avantajlar sağlayabilir.

Elbette konuya sürdürülebilirlik kapsamında yaklaştığımızda ise yani en az kaynakla ya da geri dönüşümü olan sistem ve modeller tasarlayarak hem maliyet

avantajı sağlarken hem de toplum ve çevre odaklı hareket edilmiş olabilecektir. Mesela kaynak kullanımı açısından sağlık işletmelerinin tek kullanımlık malzemeler yerine çok kullanımlık malzemeleri tercih etmesini örnek verebiliriz. Bunun dışında sağlık işletmesi atık yönetim sistemini geri dönüşüm sağlayacak şekilde tasarlaması ve atıklarının çevreye zarar vermesini önleyecek tedbirler alması da önemli sürdürülebilir maliyet stratejisi uygulamaları arasında söylenebilir. Yine hizmet süreçlerini iyileştirerek hizmet alanların sağlık işletmesinde uğradığı yolların sadeleştirilmesi ve bekleme sürelerinin azaltılması da maliyet üstünlüğü yanında hizmet alanların sağlık işletmesinden memnuniyetini artıracığından yeniden tercih etmesine neden olabilecektir. Ayrıca daha erken sürede sağlıklı bir şekilde taburcu edilen sağlık hizmeti alanların da topluma olan katma değerleri de daha yüksek olacağından sürdürülebilirlik açısından da yine olumlu bir sonuç ortaya çıkabileceği söylenebilir. Bunlardan başka tesis yönetimi ile ilgili olarak da doğal kaynaklardan sağlık işletmesinin faydalanması da örnek olarak verilebilir. Hastanenin güneş enerjisinden yararlanarak sıcak su temini sağlanması, rüzgar enerjisinden yararlanarak elektrik üretimi gibi konular sağlık işletmeleri için hem ekonomik hem de çevreci bir yaklaşım olarak örneklenebilir. Sonuç olarak sağlık işletmesinin süreçlerinde israf kaynaklarını toplum ve çevre odaklı yaklaşımla ortadan kaldırmasına yönelik uygulamalar gerçekleştirmesi buranın özeti olarak ifade edilebilir.

## 1.2. Sürdürülebilir Sağlık Hizmeti Farklılaştırma Stratejisi

Farklılaştırma stratejisi, maliyet liderliği stratejisine göre müşteri gözündeki kalite üzerine daha fazla odaklanmaktadır. Burada önemli olan talep edenlerin taleplerinin olduğu ürünlere talep edenler için değerli olacak ilave özellikler katarak ürünü benzer veya aynı ürünlerden farklılaştırmaktır. Ürüne müşterinin gözünde değer yaratacak özellikler kazandırılması ile ürünü talep edenler için fiyatı daha yüksek olsa da işlevleri ya da diğer özellikleri itibarı ile daha değerli hale geleceğinden tercih edilebilir olacağı söylenebilir.

Rekabet stratejisi olarak sağlık hizmeti farklılaştırma stratejisine bu kapsamda baktığımızda ise; sağlık işletmesi hizmetlerini diğerlerinin hizmetlerine göre hizmet alanlara daha fazla değer yaratacak ve taklit edilemeyecek şekilde farklılaştırması

ve daha yüksek fiyatlarla sağlık hizmetleri pazarına hizmetlerini sunarak ortalamanın üzerinde getiri elde etmesi hedeflenmektedir. Bu stratejide de maliyet liderliği gibi sağlık işletmesinin hizmet üretim sürecinin tüm aşamalarında yani değer üretim zincirinin her bir basamağında farklılaştırmaya gidilebilir. Sağlık hizmeti alanlar açısından nispeten ağırlı veya stresli tanı veya girişimsel işlemlerin yerine ağrısız, basit yöntemler bulunarak hizmet alanlara daha yüksek bir fiyatla tercih seçeneği olarak sunulması sağlık işletmelerinde farklılaştırma yoluyla rekabet üstünlüğü sağlamaya yönelik uygulamalar arasındadır. Buna örnek olarak sağlık hizmeti alanlar için nispeten ağırlı bir yöntem olan endoskopi uygulaması yerine aynı işlevi gören ve ağızdan alınan kapsüller ile tanısız işlemin daha etkili sonuçlar verecek şekilde yapılması, hizmet alanların önemli bir kısmının bu yeni hizmet için daha yüksek ücret ödemeye razı gelerek bu işlemi tercih etmesine neden olabilmektedir. Aynı şekilde zaman yönetiminin son derece önemli olduğu günümüzde hizmet alanların bekleme sürelerinin olmadığı ya da katlanılabilir olduğu sağlık işletmelerini seçeceği ve dolayısıyla rekabet avantajı kazanılabileceği söylenebilir. Farklılaştırma stratejilerinde farklılaşan hizmetin eşsiz ya da kolay taklit edilemez olması rekabet üstünlüğü açısından en önemli husustur.

Yine sağlık teknolojilerinden faydalanma hizmet farklılaştırmada önemli araçlar arasında bulunmaktadır. Örneğin ameliyatlarda robotik cerrahi uygulamaları, laparoskopik uygulamalar, ileri teknoloji tanı ve tedavi cihazları kullanan sağlık işletmeleri diğer sağlık işletmelerinden farklılaşarak tercih edilebilirliklerini sağlayabilirler.

Hastaneler kendileri hakkında sağlık hizmetleri alanların algılarını yönetmek, olumlu imaj edinmek ve prestij sağlamak amacıyla hizmetlerinin üstün özelliklerde olduklarını birtakım araçlarla kamuoyuna duyurarak farklılıklarını gösterebilirler. Mesela sağlık alanı için tanınmış bölgesel, ulusal veya küresel kuruluşlarca geliştirilen kalite ve akreditasyon standartlarına uyumun belgelendirilmesi sıkça kullanılan farklılaştırma stratejileri arasında örnek verilebilir. Bu kapsamda örneğin uluslararası tanınmış bir yetkili kuruluştan akredite olan sağlık işletmesi sağlık hizmeti talep edenlerin gözünde önemli bir imaja sahip olacağından rekabet avantajı sağlayabilecektir. Yine konuya sürdürülebilirlik kapsamında da



baktığımızda belirli bir kalite düzeyinde olduğunu belgeleyen ya da akredite olan sağlık işletmelerinin bu düzeyi yakalamasına neden olan ilke, kural ve standartların içeriği bize önemli fikirler vermektedir. Genel olarak uluslararası düzeyde kabul görmüş sağlıkta kalite veya akreditasyon standartlarına ya da mükemmellik ile ilgili kriterlere bakıldığında; sosyal sorumluluğu, atık yönetimini, malzeme ve ilaç yönetimini, hasta deneyimini ve çalışan güvenliğini, çevre sağlığını ve güvenliği önceleyen bütüncül bir standart seti oluşturularak akredite olacak sağlık işletmelerinde bu uygulamaların gerçekleşmesi teşvik edilmeye çalışılmakta ve bu çerçevelere uygun bir yönetim sistemi kurulması amaçlanmaktadır. Bu durum uluslararası alanda ve ulusal alanda sağlıkta yetkili kuruluşların iş birliğini sağlamaları adına güzel bir örnek olarak düşünülebilir. Böylece sağlık işletmeleri bir yandan akredite olarak prestij sağlama ve küresel ölçekte tercih edilir bir kurum haline gelirken diğer yandan sürdürülebilirlik stratejilerini kurumun stratejileri içine yerleştirmiş olmaktadır.

### **1.3. Odaklanma Stratejisi ve Karma (Birleşik) Stratejiler**

Odaklanma ve Karma stratejiler daha önce anlatılan maliyet liderliği ve farklılaştırma stratejilerinin strateji gereği belirlenen amaç ve hedefler doğrultusunda farklı şekilde uygulanmasıdır diyebiliriz. Bu farklılıklara aşağıda değinilmiştir.

Odaklanma stratejisi, sağlık işletmesinin nispeten dar bir sağlık hizmet alıcısı pazarına hizmet sunması anlamında olup, bu strateji de kendi arasında maliyet liderliği ve farklılaştırma stratejileri içermektedir. Aynı dar pazar grubunda (örneğin yaşlılara, kadınlara, plastik ve estetik cerrahi hizmetleri, diyaliz hastaları, özel sağlık sigortalılar gibi çeşitlilik gösterebilir) hizmet sunanlar arasındaki rekabet, yukarıda bahsedilen maliyet liderliği ve farklılaştırma stratejilerinin uygulanmasını gerekli kılabilir.

Karma (birleşik) stratejiler de maliyet liderliği, farklılaştırma ve odaklanma stratejilerinin bir arada kullanıldığı stratejilerdir. Sağlık işletmeleri hizmet çeşitliliği çok olan kurumlar olması ve yeni sağlık hizmet arz/talep alanlarının oluşması gibi nedenlerle karma stratejiler yoğun olarak uygulanmaktadır. Sağlık işletmesi iç

dinamiklerini dikkate alarak hangi alanlarda maliyet avantajı sağlayabileceğini, müşteri ihtiyaç ve beklentilerini dikkate alarak hangi alanlarda hizmetlerini farklılaştırarak daha fazla getiri elde edebileceğini ve yine bunları dikkate alarak odaklanabileceği dar pazarları tespit etmeli ve harekete geçmelidir. Örneğin sağlık işletmesi kliniklerde maliyet liderliği stratejisi uygulayarak yatan hasta maliyetleri konusunda rakiplerine göre avantajlı hale gelirken, ameliyathanede kullandığı robotik cerrahi uygulamaları ile bulunduğu bölgede farklılaşmış bir hizmeti de aynı zamanda sunarken, ayrıca tüp bebek merkezi alanında hizmet vererek odaklanma stratejisi kullanıyor olabilir.

## **2. Sağlık Teknolojisi ve Hastane Yönetimi**

Bu başlıkta; özellikle Endüstri 4.0 ve hatta 5.0'a geçildiği günümüzde sağlık sektörüne yansımaları olan Sağlık 4.0. olarak özetlenen sağlık teknolojilerindeki gelişim ve değişimin hem sürdürülebilirlik hem de hastane yöneticileri açısından önemine binaen üzerinde kısaca durulmuştur. Hastane yönetimlerinin sağlık teknoloji yönetimini de kalite, maliyet ve mükemmellik çerçevesinde yürütmeleri elzemdir. Bu konuda geri kalan yönetimlerin başarılı olmaları mümkün değildir.

Dünya'da ülkelerin sağlık politikalarına bakıldığında öncelikli olarak kronik hastalıklarla ilgili alanda bu hastalıkları bulunan vatandaşlarına e-sağlık hizmeti sunumu konusunda önemli hizmetler sunmaktadırlar. Sağlık bakım süreci çok maliyetli bir süreçtir. Bu kapsamda Endüstri 4.0'ın sağlık hizmetlerinde kullanımı bu maliyetlerin azalmasını sağlamıştır.

Bu hizmetler sayesinde maliyette azalmalar, hastalıkların erken teşhis ve tedavisi sağlanmış, hastaneye yatış ve başvuruları azaltmış, hasta ve sağlık hizmet personelinin memnuniyetine katkı sağlamış, kullanım kolaylığı sağlamış, zamandan tasarruf sağlamış, bununla birlikte öngörülemeyen hastalık vb. durumlarında azalmasını yardımcı olmuştur.

Sağlık hizmetlerinde endüstri 4.0'ın kullanımı ile birlikte inovatif uygulamalar dolayısıyla hasta bakım kalitesinin artırılması, maliyetin azaltılması, kanıta dayalı tıp uygulamalarının ve tıpta bilimsel ve teknolojik bilgi birikiminin artmasına katkı sağlamıştır.

Sağlık hizmetlerinde tanı ve tedaviye yönelik maliyetlerdeki sürekli artış yaşanması, sağlık hizmeti veren kurum ve kuruluşların etkili, verimli, ekonomik ve odağında hasta olan hizmetlerin geliştirilmesine yönelik inovasyon uygulamalarının da doğmasına neden olmuştur. Dünyadaki sağlık alanındaki bilgi ve teknolojik gelişmelere uyum sağlayabilmek, rekabet ortamında güçlü bir şekilde yer alabilmek için sağlık personeli ve sağlık hizmetlerinde idareci konumunda bulunanların kendilerini ve sağlık politikalarını sürekli olarak yenilemeleri ve inovasyonu hayatlarının bir parçası haline getirmeleri zorunluluğu ortaya çıkmıştır.

İnovasyon uygulamalarının sürekli geliştirilmesi ve artırılması gerektiğinden inovasyon kültürünün oluşturulması gerekmektedir. Bu inovasyon kültürünün sağlık personelinde ve idarecilerinde kalıcı hale gelebilmesi amacıyla eğitim ve uygulamaların yapılması ile birlikte yaratıcı düşünmeye olumlu yönde katkı sağlayacaktır. Bu konuda sağlık akademisyenlerinin eğitim programlarında da inovasyon kültürünün yerleşmesini sağlayacak ve devamında inovatif düşünmeye katkı sağlayacak şekilde düzenlemeler yapılması yarar sağlayacaktır.

Yapay zekâ ve açık inovasyon uygulamaları günümüzde, ülkelerin ekonomik açıdan içsel ve dışsal olarak büyüyüp yenilikçi teknolojilerle birlikte sürekli gelişerek sahip oldukları tüm endüstri kollarına rehberlik etmektedir. Bu teknolojik yenilikler işletmelere küresel ekonomide yeni pazarlar açmanın yanı sıra sürdürülebilir rekabet olanağını da sunmaktadır. Bu yenilikler işletmelere, bir ürünün tasarımından üretimine ve tanıtımına kadar olan süreçte kolaylık sağlayan etkili bir rol oynamaktadır. Çünkü, yapay zeka ve açık inovasyon uygulamalarıyla birlikte süreçler otomatikleşmektedir. İşletmeler için süreçlerin otomatikleşmesi yönetim, tasarım, üretim ve tanıtım süreçleri de dâhil olmak üzere maliyetleri düşürme avantajına imkân tanıyarak müşterilere daha yenilikçi hizmet ve ürün sunabilme deneyimini sunmaktadır. Böylece işletmeler yenilikçi bir dönüşümle; nesnelerin interneti, sanal gerçeklik, artırılmış gerçeklik, robotlar, siber güvenlik sistemleri, öğrenme algoritmaları, akıllı sensörler ve bulut bilişim gibi yeni teknolojilerle birçok problemi ortadan kaldırarak yenilikçi çözümler sunmaktadırlar.

Yapay zekâ ve açık inovasyon uygulamaları işletmelere; operasyonel, stoklama, lojistik, yönetim ve tedarik temin alanlarında da kolaylık ve avantajlar sunmaktadır.

Teknoloji artık nesneleşirken, veri toplama ve bu verinin kullanıldığı yöntemlere dikkat ederek işletmeler, yapay zekâ ve açık inovasyon uygulamalarından istifade ederken; doğru yeteneklere, doğru kültüre ve doğru teknolojiye sahip olmak zorundadır. Bu sebeple, işletmelerin açık inovasyona dayalı veri odaklı bir kültür oluşturmaya odaklanmaları gelecekte beklenilmekte olan yenilikler açısından oldukça önem arz etmektedir.

E-sağlık uygulamaları günümüzde birçok gelişmiş ülkede yaygın olarak kullanılmaktadır. E-Sağlık uygulamaları ile ailelerdeki bakım verenlerin stresinin azaltılabildiği, aile üyelerinin diğer işleri için daha fazla zaman ayırabildiği, ailedeki bakım veren kişilerin stresinin azaltılması ve aile fonksiyonunun daha iyi yürütülmesi alanlarında önemli ve anlamlı olumlu etkileri olacaktır.

İletişim araçlarının kullanımı coğrafik bölge yerleşimleri ve kaynak eksikliği nedeniyle sağlık bakım hizmetlerini sağlayanların işini kolaylaştırmaktadır. Özellikle düşük maliyetle birlikte uzaktan izlem yöntemi ile telekomünikasyonun bakımda kullanımı artmıştır.

Günümüzde aile hekimliği uygulaması ve bilgi sistemi ile veri kaybının önlenmesi, hastane randevu sistemleri, e-reçete, elektronik sevk sistemi, elektronik kimlik kartı, hastaneler bünyesinde kurulan evde sağlık hizmetleri gibi projeler hayata geçirilerek tele-sağlık uygulaması ile ilgili önemli adımlar atılmaya çalışılıyor. Böylece hastaların veri kaybını önlemek için tek hastaneye bağımlı kalmaları zorunluluğu ortadan kalkmaktadır. Ülkemizde de bazı özel kuruluşlar özellikle hipertansiyon, kalp yetersizliği ve diyabet gibi kronik hastalığı olan bireylerin kan şekeri, kan basıncı, kilo ve düşmeye yönelik uzaktan izlem ve kontrolü içeren tele-sağlık ve tele-bakım uygulamalarına başlamışlardır.

Sağlık Hizmetlerinde Endüstri 4.0 ve Yenilikçi Yaklaşımların ileriki aşamalara taşınıp sistematik bir hal alabilmesi için buna uygun tıbbi terminoloji sistemlerinin oluşturulması gerektiği ve aynı zamanda da tüm bu teknolojiyi kullanabilecek yeterlilikte sağlık personelinin yetiştirilmesi gerekmektedir. Konuya ilişkin bu teknolojileri kullanacak hasta ve hasta yakınlarına da bu eğitimlerin verilmesi gerekmektedir.

Bu uygulamalarla sağlık personeli uzaktan hasta bakımı, tanı ve tedaviye yönelik işlemlerin dezavantajları yanında önemli avantajlarını öğrenmeli ve buna uygun olarak kullanmalıdır. Hasta ve hasta yakınlarına da kendilerine bir telefon mesafesinde oldukları hususunu işlemelidirler.

Meslekte uzun süredir görev yapmakta olan sağlık personeli bunun yalnızca doktor ve hemşireye yönelik uygulamalar olmadığını bunun yanında eczacı, psikolog, tıp bilişimcileri, fizyoterapist, diyetisyen, bilgi güvenliği gibi multidisipliner bir kapsama alanı olduğunun farkına varmalıdırlar. Bu multidisipliner alan içerisinde bilgiye ulaşım ve bilgi paylaşımı ile birlikte sağlık hizmeti veren tüm sağlık meslek mensuplarının kendileri ile ilgili konularda e-sağlık hizmetlerini kullanmaları ve bu konular ile ilgili olarak da başta Ar-Ge faaliyetleri olmak üzere akademik yayınlar dâhil yapmaları bu teknolojilere ulaşım ve geliştirme ile yaygınlaştırma konusunda faydalı olacaktır. Sağlık hizmetlerinin kalitesinin artması, etkinlik, etkililik ve verimlilik konusunda önemli yararlar sağlayacaktır. Literatür açısından da bilgi tazeleme ve eksik bilgilerin giderilmesinde de ayrıca katkı sağlayacaktır.

Sağlık hizmeti veren kurum ve kuruluşların yöneticileri ve sağlık politikasına şekil veren idarecilerin ülkemizdeki sağlık alanındaki inovatif çalışmaların gelişim ve yaygınlaştırılmasında direnç yerine öncülük etmeleri büyük önem arz etmektedir. Bunun içinde inovatif uygulamaların bu kişiler tarafından iyi anlaşılması zorunluluktur. İnovatif projelere yeterince ve zamanında bu kişiler tarafından kaynak sağlanması ve yapılan projeler sonrası oluşan ürünlere ilişkin ticari marka, patent vb. hususlarda da aracılık faaliyeti içinde bizzat yer almalıdırlar. Sağlık hizmetlerinde yenilikçi yaklaşımların geliştirilmesi ve kullanımında yer alan personele yönelik ödüllendirme sistemi personelin moral ve motivasyonunu artıracığından dolayı uygun bir ödül mekanizması geliştirilmelidir.

Sağlık hizmetlerindeki bu inovasyon ve yenilikçi yaklaşımlar toplumun kaynaklarının etkin, etkili, verimli ve doğru kullanılması yanında bireylerin yaşamlarını iyileştirmek, sağlık bakım hizmeti verenlere ve hastaların yakınlarına da fayda sağlamaktadır. Bundan dolayı yenilikçi yaklaşımlar sağlık sistemi içerisinde önemli bir role sahiptir. Sağlıkta inovasyonla birlikte ülkemizin uluslararası piyasada da elde edeceği katma değer ve ülkemizin ekonomisine

sağlayacağı fayda çok önemlidir. Ayrıca ülkemizin sağlık alanında marka olmasına da katkı sağlamayacak olması son derece önemlidir. Bundan dolayı sağlıkta inovasyona daha fazla önem verilmeli, bu konuda çalışma yapan kişi, kurum ve kuruluşlara yasal, idari, mali ve markalaşma konularında gerekli kolaylıkların sağlanması hem kaliteli sağlık hizmeti sunumu hem de ülke ekonomisine katkısı açısından önemlidir.

Sağlık sisteminin en temel unsurlarından olan hastaneler, kendine has yapılanması ile diğer hizmet sektörlerinden ayrılmaktadır. Hastanelerin işlev ve rekabeti devam ettirebilmesi, gerek verdikleri hizmet sunumundaki kişilerin, gerekse hizmet bu hizmeti alan konumundaki hastaların, beklenti ve ihtiyaçlarını karşılayabilmesi ancak yenilikçi çalışmalar ile mümkün olmaktadır.

Sağlık alanında yenilikçi yaklaşımlar için uygun ortamın sağlanması, personelin desteklenmesi, hizmete yönelik katkının teşvik edilmesi adına ödüllendirme, işbirliği ve iletişimin güçlendirilmesi, fikirlerini özgürce ifade edebilmelerinin sağlanması, bu yaklaşımlarda meslek ve kişi ayrımı olmaksızın fırsat eşitliğinin sağlanması ve fikirlerini ifade hususunda yönetenlerin desteğinin sağlanması personelin yenilikçilik potansiyelinin artırılmasına fayda sağlayacaktır. Bu yenilikçi yaklaşımların geliştirilmesi konusunda kamu ve özel sağlık kurum ve kuruluşları ile personelin ortak alan kullanımı, malzeme ve ekipman iş birliği, ortak personel kullanımı, eğitim ve mali açıdan desteklenme yapılabilir.

Küresel boyutta rekabet avantajının sağlanması sosyal, kültürel, ekonomik kısaca toplumsal açıdan söz konusu ülkenin büyümesini ve kalkınmasını sağlamaktadır. Bir ülkenin rekabet gücü yüksek ülkeler içerisinde yer alması için küresel düzeyde inovasyon gelişmelerini takip etmesi ve endüstri 4,0'ı uygulayan ülkelerin gerisinde kalmaması gerekmektedir. Randevu alınması sürecindeki yenilik uygulaması (MHRS) hastanelere başvuran yaklaşık her dört kişiden biri tarafından kullanılmamaktadır. Bu konuda yaygınlaştırılmasını özendirmek için farkındalık ve bilinçlendirme adında bilgilendirme veya eğitim faaliyetleri gerçekleştirilebilir.

Açık inovasyon uygulamalarından istifade edilerek yapılacak üretim ve tedarik alanında örgütlerin yalın üretim tekniklerine yapay zekâ entegreli sistemler

geliştirilerek kontrol ve üretim iş mekanizmaları üzerine yeni teknik ve yöntemler geliştirilerek çalışmalar yürütülebilir.

Yalın üretime entegre bir yapay zeka sisteminin küresel rekabette de ekonomiye önemli farklar yaratacağı düşünülmelidir. Yaklaşık olarak otuz yılı aşkın süredir kullanılmakta olan 3D yazıcılarda birçok teknoloji, boyut ve malzemeler kullanılarak günümüzdeki formunu almıştır. Örneğin, eğitim, otomotiv, sağlık, kuyumculuk, kalıp, beyaz eşya ve bunlar gibi birçok sektörde daha ucuz ve kullanışlı imkânlar sunmasına rağmen henüz kullanımı yaygınlaşmamıştır. Oysaki hem hız hem teknik hem de maliyet üstünlükleri sağlamaktadır. Bu noktada 3D yazıcıların yerli üretim ile çoğaltılarak her iş yerine ve her eve girilmesi adına üretim teknikleri yapay zekâ ve açık inovasyon desteği ile genişletilmelidir.

## **Sonuç**

Bu bölümde kalite ve mükemmellik için hastanelerde sürdürülebilirlik konusuna ayrıntılara girilmeden değinilmiştir. Her bir stratejinin hastanelerde uygulanması ile ilgili ayrıntılı uygulama örneklerine de değinilecek şekilde bu konuyu irdeleyecek kapsamlı bir çalışmanın ortaya konması başta sağlık yöneticisi ve araştırmacıları için önerilmektedir. Kalite konusunu stratejik yönetim içinde işleyen çalışmalar bulunmakla birlikte bu konuya sürdürülebilir bakış açısıyla yaklaşmak ayrı bir önem arz etmektedir. Özellikle sürdürülebilirlik konusunun ancak stratejik bir yaklaşımla ele alınabileceğini burada vurgulamak gerekmektedir. Bu kapsamda da sağlık işletmeleri başta olmak üzere tüm işletmelerin günümüz rekabet ortamında sürdürülebilirliği kaliteden ödün vermeden stratejilerinin odak noktaları haline getirmeleri gelecek nesiller için elzem olup, ayrıca sağlık işletmeleri dahil tüm işletmeler için de rekabet avantajı aracıdır. Hizmet verilen toplumun değerlerini ve beklentilerini gözeterek, tüm kişi ve kuruluşlarca geleceği önceleyen davranışlar sergilenmesi artık kaçınılmaz görülmektedir. Kaldı ki sürdürülebilir stratejik yönetim uygulamaları daha doğal yani kaliteli ürünlerin ortaya çıkmasına da neden olurken aynı zamanda çevresel ve toplumsal düzenin iyileşmesine, doğal yaşamın uzamasına neden olabilecektir. Elbette bu konu uluslararası bir eşgüdüm ve koordinasyonu gerektirdiğini de buradan vurgulamakta fayda vardır. Bu bağlamda küresel stratejik liderlerin konuya ivedilikle eğilmeleri sağlık sektörü ve tüm

sektörler açısından elzemdir.

Ayrıca sağlık teknolojilerindeki gelişim ve değişimlere hastane yönetimlerinin ve hastane uygulamalarının adaptasyonu konusu da sürdürülebilirlik, mükemmelle yaklaşmak, kalite yönetimi ve maliyet yönetimi ile her daim yakından ilişkilidir. Günümüzde her sektördeki başarının anahtarı teknolojinin doğru ve zamanında kullanması ile ilgilidir.

Son olarak kaynak kıtlığının artarak yaşandığı dünyada sağlık işletmeleri de hizmetlerini sunarken sosyal, çevresel ve ekonomik sorumluluklarını yerine getirerek gelecek nesiller için daha refah dolu bir ortam sağlamak adına sürdürülebilirlik stratejilerini dikkate alarak mutlaka kendilerini adapte edecek davranışlar göstermelidir. Sürdürülebilirlik ve teknoloji konusu günümüzün ve geleceğin stratejik yönetim felsefesi olması beklenmekte olup hastane yöneticileri için farkındalığı artırmak ve gündeme getirmek için bu bölüm hatırlatılmıştır.



## Kaynakça

- Caldwell, C., (Çev. Akınhay O.), (1998). Sağlık Kuruluşlarında Stratejik Yönetim. İstanbul: Sistem Yayıncılık.
- Koçel, T., (2015). İşletme Yöneticiliği, İstanbul: Beta.
- Düren A.Z. ve Yılmaz Ş., (2010). The Role of Green Business Strategies on Sustaining Competitive Advantage, European University of Lefke Journal of Social Sciences, 1, 87-96.
- Kumar, K., Subramanian. R. & Yauger, C. (1997). Pure Versus Hybrid: Performance Implications of Porter's Generic Strategies, Health Care Management Review, 22 (4): 47-60.
- Pekdemir, I.M. (Ed.) (2017). İşletmelerde Sürdürülebilirlik Dinamikleri. İstanbul: Beta.
- Porter, M.E. (1985). Competitive Advantage: Creating and Sustaining Superior Performance. New York: Simon and Schuster Trade.
- Soylu, Y. ve İleri, H. (2014). Hastanelerde Stratejik Yönetim Uygulamaları S.Ü. Meram Tıp Fakültesi Örneği. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu Dergisi, 13 (1-2), 79-96.
- Tengilimoğlu, D., Işık, O., Akbolat, M. (2015). Sağlık İşletmeleri Yönetimi. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Ülgen, H. & Mirze, S.K. (2013). İşletmelerde Stratejik Yönetim. İstanbul: Beta.

## BÖLÜM 2

### SAĞLIK KURUMLARINDA İLETİŞİM

Doç. Dr. Ümit NALDÖKEN<sup>2</sup>  
Uzm. Ata İsmail GEÇER

DOI: <https://dx.doi.org/10.5281/zenodo.10050156>

#### 1. Giriş

İletişim iki insan ilişkisindeki bir ip gibidir. Ne kadar kuvvetli olursa o kadar dayanıklı ve kopmaz olur. İnsanlık tarihinin her döneminde vazgeçilmez unsurlardan bir tanesi iletişimdir. Her çağda, her toplumda, her etnik kökünde, her ekonomik sınıfta varlığını sürdürmüştür. İletişim hayatın devam edilebilmesi için elzem durumlardan bir tanesidir. Kimi zaman postadaki bir mektup, kimi zaman ekrandaki sunucu, kimi zaman sahadaki futbolcu, kimi zaman ameliyathanedeki doktor, kimi zaman geçmiş, kimi zaman gelecek, kimi zaman da o andır iletişim. İnsanlar yaşamları boyunca bilinçli veya bilinçsiz bir şekilde etrafında bulunan kişilerle iletişim kurarlar. İnsanlar konuşarak, susarak, jest ve mimiklerle, oturuş biçimiyle, kılık kıyafetiyle diğer kişilere bazı anlamlar gönderirler.

#### 1.1. İletişimin Amacı ve Önemi

İlk çağlarda yaşayan ilkel insanlar karşılıklı ilişkilerde sesler ve çığlıklar, bedensel hareketler, çizilen resimler gibi bazı şekiller aracılığıyla iletişim kurmaya çalışmışlardır. Modern dünyada ise gelişen teknolojinin sonucu olarak icat edilen yeni iletişim araçlarını kullanarak tek bir tuşlama ile dünyanın diğer ucundaki birine ulaşarak iletişim kurmak insan için iletişimin önemini nedeni büyük olduğunu ortaya koymaktadır (Sezer, 2017). İnsanlar yüzyıllardır iletişim içinde olmuşlardır ve bu iletişim her zaman sorunların çözümü için değil bazen büyük problemlerin ortaya çıkmasına da sebebiyet vermiştir. İletişim etkin kullanılmadığı zaman ve yanlış anlamalara yol açtığı durumlarda bazen bir kavgaya ve hatta ötesine gidebilir. Bundan hareketle iletişim sürecinde etkin iletişim üzerinde durulmalıdır. İletişimin amacı, göndericiden kodlanarak oluşturulan mesajların, uygun araçlar ve kanallar aracılığıyla alıcıya iletilmesi ve onda istenen bir etkinin oluşmasıdır (Hazar, 2006).

<sup>2</sup> Doç. Dr. Ümit Naldöken, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, unaldoken@cumhuriyet.edu.tr, Orcid: 0000-0003-1295-8358

İletişim sürecinde göndericinin (kaynak) ulaşmak istediği, amacına yönelik oluşturduğu iletinin (mesaj) hedef (alıcı) tarafından aynı şekilde alınması ve planlanması, beklentiye yönelik bir karşılık verilmesi iletişim sürecinin verimli olmasını sağlar. Bir iletinin verimli bir şekilde alıcıya ulaşılmasını sağlayan, niyet edilen uyarının içeriğinin eksiksiz bir şekilde alınması gerekmektedir. İletişim içinde olan kişiler arasında anlayışın güçlenmesini sağlamak için bazı yöntemlerin (özetleme yapmak, açıklamada bulunmak, yazılı olarak göndermek vb.) kullanılması gerekmektedir. İletişim sürecinin sonucunda hedefin reaksiyonunun olumlu olduğunun ortaya koyan memnuniyet, iletişim sürecinin sonunda hedefin, göndericinin aktardığı mesajların etkisiyle tutumlarında değişikliklerin meydana gelmesinin beklendiği ve doğru yer ve zamanda, uygun kelimelerle, uygun bir iletişim yöntemiyle ortaya konması sonucunda bireyler arasında psikolojik anlamda olumlu duygular hissedilir ve güvenin artmasına sebep olur. Böylece iletişimde verimliliğin sağlandığı ilişkiler ortaya çıkmaktadır (Sezer, 2017).

## 1.2. İletişimin Tanımı

İletişim, çoğu kişi için sadece sözcüklerle yapılan bir konuşma veya bilgi değişimi olarak algılanabilir. Fakat daha derinlemesine incelendiğinde, iki kişinin bakışması, el ve kol hareketleri, toplu sohbetler, yüz ifadeleri ve bir durumu ya da kişiyi görmezden gelme eylemi gibi pek çok davranışın da kendine özgü bir iletişim biçimi olduğunu fark ederiz (Güngör, 2018).

İletişim teriminin kökeni Latince'dedir ve bu kelime, bir şeyi paylaşma veya genel hale getirme anlamına gelen "common" kelimesiyle bağlantılıdır (Rosengren, 2000). Tarih boyunca iletişim konusunda birçok farklı tanım ortaya konmuştur. İletişim hakkında kesin ve evrensel bir tanım oluşturmak zorlayıcıdır. Farklı çalışmalara göz attığımızda, iletişim kavramının sürekli evrildiğini ve yeni yorumlarla genişlediğini görebiliriz. İletişimle ilgili tanımlardan bazıları şu şekildedir:

“Duygu, düşünce veya bilgilerin akla gelebilecek her türlü yolla başkalarına aktarılması, bildirişim, haberleşme, iletişim” (TDK sözlüğü, 2011).

Çoğunlukla "mesaj alışverişi" olarak nitelendirilen iletişim, insanların sembollerle birbirlerine duygularını, fikirlerini, yaşadıklarını ve bilgilerini aktardığı bir süreçtir (Zıllıoğlu, 2010: 21).

İnsanlar arasında gerçekleşen bilgi, duygu ve fikir paylaşımı "iletişim" olarak adlandırılır. İletişimin gerçekleşebilmesi için en az iki bireye ve bu bireylerin birbiriyle bilgi, hissettiği duygular ve düşüncelerini karşılıklı olarak paylaşmasına ihtiyaç duyulur (Işık vd., 2010).

İletişim, bilginin oluşturulması, paylaşılması ve yorumlanmasında kullanılan bir süreç olarak tanımlanabilir (Dökmen, 2005:19). Berlo (1960)'nun perspektifine göre, çevremizdeki bireyleri bilinçli olarak etkileyip dönüştürmek amacıyla iletişim kurarız. İletişim, belirli amaçlara erişebilmek için sözcüklerin yanı sıra farklı sembollerin de kullanıldığı bir süreç olarak ele alınabilir.

Bu tanımların her birini ayrı ayrı ele aldığımızda, iletişimin bir süreçten ibaret olduğunu belirtebiliriz. İletişim sürecinde var olan kavramlar; kaynak (gönderici), mesaj (ileti), kodlama, kanal (araç), kod açma/çözme, algılama (filtreleme), alıcı (hedef), geri bildirim (feedback), gürültü ve ortamdır. İletişim sürecini bir parça halinde ele aldığımızda bu süreçteki her bir bileşenin önemini göz ardı etmemeliyiz (Koçyiğit, 2018).

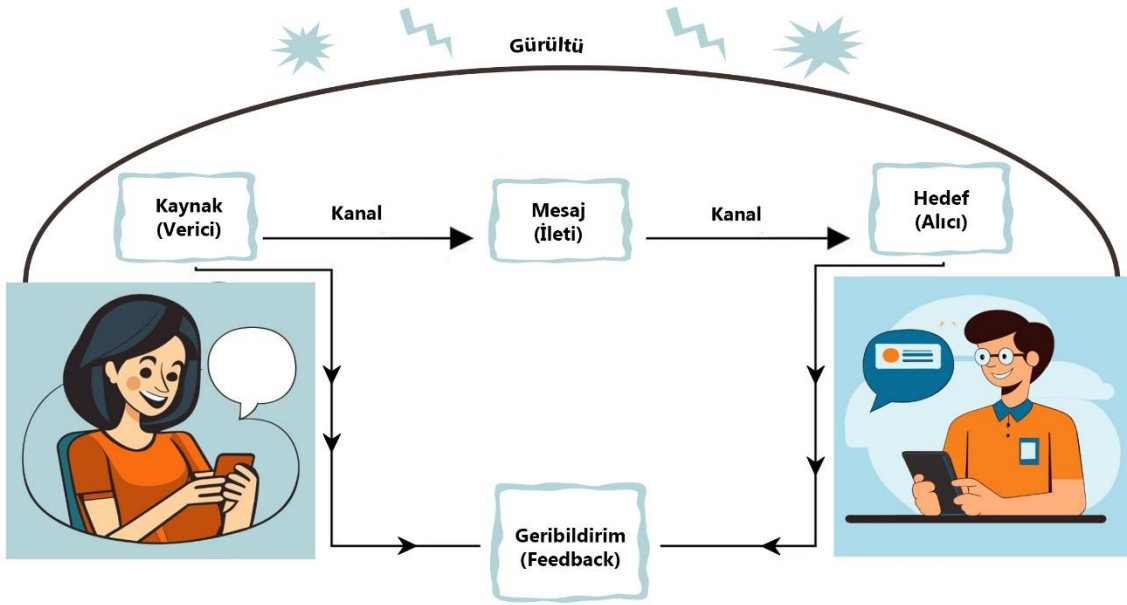
### 1.3. İletişim Süreci ve Öğeleri

İletişim, anlık bir olay değil, sürekli bir akış olarak düşünülmelidir; hemen başlayıp sona ermeyecek bir süreçtir. İletişim olgusu farklı yerlerde, farklı amaçlarla ortaya çıkan bir mesaj aktarımıdır. Bu olguyu ortaya çıkartan ise farklı özellikleri barındıran iletişim öğeleridir. Bu iletişim öğelerin birbirinden farklı özellikleri ise iletişimin türlerini oluşturur (Sezer, 2017). İletişimin bir süreç olduğunu kavramak, iletişim sürecinin bileşenlerini ve bu bileşenlerin nasıl çalıştığını anlamak için esastır. Toplumbilim literatürü, bir sürecin sürekli değişime uğrayarak ilerleyen ve sonunda başka bir duruma evrilen bir hareket olarak tanımlandığını belirtir. Ayrıca, bu kavram zamanla sürekli olarak değişen ya da kesintisiz devam eden bir durumu ifade edebilir.

İletişim sürecinin birer parçası olan ve değişmez olarak kabul edilen 5 temel ögesi vardır:

- Kaynak / Verici / Gönderici– (Mesajı gönderen ya da başlatan)
- Mesaj / İleti – (Aktarılan, verilen bilgi)
- Kanal – (Mesajı ileten ortam)
- Alıcı – (Mesajın hedefi)

- Geribildirim / Feedback – (Mesajın alıcı tarafından alınıp alınmadığı)



Şekil 1. İletişim Sürecinin Öğeleri

### 1.3.1. Kaynak/ Verici/ Gönderici

İletişim sürecinde merkezi bir role sahip olan öge göndericidir. Mesajın başlangıç noktası olan kaynak yani gönderici olmadan iletişimin başlaması imkansızdır. İletişimdeki ilk adımı atan ve süreci yönlendiren göndericidir (Koçyiğit, 2018). Başka bir tanıma göre kaynak, iletişimde mesajı ileten ve bu sürecin başlangıcını oluşturan iletişim ögesidir (Pearson & Nelson, 1997).

Gönderici, düşünerek, seçerek ve algılayarak oluşturduğu anlam dolu mesajları belirli sembollerle iletendir. İletişim sürecinde, gönderici mesajını hedefle ortak bir dilde kodlamalıdır. Kaynak mesajı alıcıya doğru yönlendiren bir birey, topluluk veya kuruluş olabilir. Bir kez mesaj gönderildiğinde, bu mesajın yaratacağı etkileri kontrol etmek genellikle göndericinin yeteneğinin dışındadır. Bu nedenle, mesajın kodlanmasından önce iletişimin kalitesini etkileyebilecek tüm faktörlerin değerlendirilmesi esastır. Etkili iletişim için, göndericinin belirli yeteneklere sahip olması gerekir. Göndericinin sahip olduğu iletişim becerileri (etkin konuşabilme, dinleyebilme, yazabilme ve beden dilini doğru kullanabilme) ve konu hakkındaki bilgi birikimi, iletişimin başarısını belirler (AÖF yayınları, 2012: 7).

Kaynağın, iletişimde olduğu bireylerin yaşantıları, kültürel geçmişleri, eğitim düzeyleri, toplumsal konumları ve mali durumları gibi faktörleri bilmesi, hedefle kurduğu iletişimin

başarısında kritik bir rol oynamaktadır. Eğer kaynak güvenilir olarak algılanırsa, hedef grubun arzu edilen davranışsal tepkiyi göstermesi daha olası hale gelir. Güven duyulan bir kaynak, hedef grup tarafından daha dikkatli ve tarafsız bir şekilde değerlendirilir. Bu durum, iletilen mesajın daha fazla dikkat çekmesine ve olumlu bir yanıt almasına yardımcı olur (Erdem, 2010).

### 1.3.2. Mesaj/ İleti

Göndericinin, bir kanal ile hedef kitlesine aktardığı tüm bilgi, duygu ve düşüncelere mesaj denir. Gönderici, mesajı belli bir yapıda kodlar ve seçtiği bir kanal aracılığıyla hedefe doğru iletir. Aktarılan bu bilgiler, gönderici ile alıcı arasında kuvvetli bir anlam bağına oluşturur (Işık vd., 2010). Mesaj, temelde göndericinin alıcıya aktarmak istediği görüştür. Mesajın sunumu yazı, görsel materyal ya da farklı işaretlerle gerçekleştirilebilir. Kullanılan bu işaretler ve semboller, mesajın özünü ve içeriğini belirtir. İletişim sürecinde, alıcının aşına olduğu, hızla tanıyıp yorumlayabildiği ve günlük yaşantısında ilişkilendirebildiği işaretlerin kullanılması, iletişimin daha verimli ve açık olmasını sağlar (Kaya, 2006).

Bir kaynak, içinde barındırdığı duyguları ve düşünceleri başka bir birey ya da kitle ile paylaşmak istediğinde, genellikle "ses, jest, mimik, kelimeler, giysi, görsel sanatlar, yazılı ifadeler" gibi sembolik araçlara başvurur. Bu araçlarla oluşturulan ileti, hedefin duyu organlarını harekete geçiren uyarıcılara dönüşür. İleti, hedefte bir davranış değişikliği yaratma amacını taşıdığında, kullanılan sembollerin hedef tarafından nasıl algılandığı büyük önem taşır. Bu nedenle, hedefin bu sembolleri doğru ve etkili bir şekilde algılaması, iletişimin başarısı için kritik bir unsurdur. Bir gönderici, hedefine yardımcı olma amacıyla bazı temel prensipleri benimsemelidir:

- Mesajın net ve anlaşılır olması için iletişimde kullanılan öğelerin dikkatlice seçilmesi gerekir. Bu öğelerin gerçek hayata yakın ve diğer bileşenlerle uyumlu olması, hedefin öğrenme sürecini olumlu bir şekilde destekler.
- Etkili bir öğretim yaklaşımı, belirli eğitim prensiplerine dayanmalıdır. Bu prensipler, somut kavramlardan soyut kavramlara, basit bilgilerden daha kompleks bilgilere, bilinenden henüz keşfedilmemiş bilgilere doğru bir geçiş sağlar.
- Bir mesajın alıcıya aktarımında, kullanılan duyu kanallarının çeşitliliği öğrenmenin etkinliğini artırır. Ted Cobun'un yaptığı çalışma, öğrenilen bilgilerin

büyük bir kısmının görsel yöntemlerle kazanıldığını gösteriyor. Özellikle, öğrenmenin %83'ü görsel, %11'i işitsel, %3,5'i koku, %1,5'i dokunma ve %1'i duygusal deneyimler aracılığıyla gerçekleşiyor (Koşar, 2022).

### 1.3.3. Kanal

İletişim sürecinde, mesajın başlangıç noktasından hedefine doğru seyahatini sağlayan araçlara "kanal" adı verilir. Bu kanallar, hedefin duyu organlarıyla interaktif olacak şekilde tasarlanmalıdır. Yani, alıcının görebilmesi, duyabilmesi veya hissedebilmesi için mesajın bir veya birden fazla duyu organına hitap etmesi esastır. Bu kanallar; yazılı metinler, ses kayıtları, görseller, çizimler ya da yüz ifadeleri gibi çeşitli araçlar olabilir. İletişimde seçilen kanalın türü, mesajın nasıl anlaşılacağı üzerinde belirleyici bir etkiye sahiptir. Örneğin, sözlü iletişimde kullanılan tonlama, vurgu veya ses perdesi, mesajın alıcıya nasıl geçeceği üzerinde etkilidir. Yazılı iletişimde ise metnin formatı, başlıkların boyutu, yazı tipi seçimi ve renk kombinasyonları mesajın alıcıya ulaşma biçimini etkileyebilir (Bolat, 1996).

Göndericinin oluşturduğu ve kodladığı mesajın, belirlenen hedef ya da hedef kitlesine ulaşması için bir yol veya daha yaygın olarak kullanılan terimle bir "kanal" kullanılır. Bu kanal, mesajın başlangıçtan varış noktasına kadar olan seyahatini temsil eder. Kanalın türüne bağlı olarak, iletişim sözlü, görsel ya da yazılı olabilir. Ancak kanal sadece bu temsil biçimleri ile sınırlı değildir; gazeteler, dergiler, radyolar, televizyonlar, kitaplar gibi çeşitli medya araçları da bu mesajın alıcıya doğru yolculuğunda etkili birer kanal görevi görebilir (Çamdereli, 2008).

İletişimde mesajın başarılı bir şekilde iletilip alıcının nezdinde istenen etkiyi oluşturabilmesi için seçilen iletişim kanalının rolü kritiktir. Örneğin, annesini kaybetmiş bir arkadaşınıza duyduğunuz üzüntüyü bir e-posta aracılığıyla belirtmekle onunla birebir görüşerek başsağlığı dileyerek empati kurmak arasında büyük bir etki ve duygusal derinlik farkı bulunmaktadır. Benzer şekilde uluslararası arenada, politik ilişkilerde de iletişim kanalının seçimi önemlidir. Özellikle hassas ve kritik meselelerde devlet liderleri veya üst düzey yetkililer, karşı taraf ile doğrudan ve yüz yüze temas kurarak sorunları ele alabilir ve daha etkili bir çözüm arayışına girebilirler (Güngör, İletişime Giriş, 2018).

İletişimde, mesajların etkili bir şekilde oluşturulabilmesi için seçilen kanalın nitelikleri dikkate alınmalıdır. Kullandığımız kanalın özellikleri ve sınırlılıkları, mesajın

tasarlanmasında ve iletilmesinde belirleyici bir role sahiptir. Diyelim ki iletişimde yazılı medyayı kullanmayı tercih ettik. Bu durumda, hedeflediğimiz kitlenin okur-yazarlık durumu, bu seçimi etkileyen temel faktörlerden biri olmalıdır. Eğer bir bölgede okuma-yazma oranı ve bu tür yayınlara ilgi düşükse, yazılı medyayı yoluyla bir mesajın bu bölgedeki insanlara etkili bir şekilde ulaşması beklenemez (Işık, 2018).

#### 1.3.4. Hedef/ Alıcı

İletişim sürecinde ana hedef, mesajın ulaştırılmak istediği alıcıdır (Kaya, 2006). Gönderici, mesajını bu alıcıya ya da hedefe yönlendirir. Bu alıcı, göndericinin kodlayarak ilettiği bilgileri, kendi yaşadığı deneyimler, sahip olduğu bilgiler, hissettiği duygular ve düşünceler temelinde yorumlar. Bu yorum sürecinde, alıcı, mesajı oluşturan sembollerle, kendi algı kapasitesine ve anlayışına göre bir cevap oluşturabilir. Bu oluşturduğu cevap, olumlu ya da olumsuz bir tepki şeklinde kendini gösterebilir. Bu tepki veya dönüt, göndericinin mesajının doğru bir şekilde anlaşılıp anlaşılmadığını değerlendirebilmesi için kritik bir rol oynar (Sezer, 2017). Mesajın doğru anlaşılması için alıcının, göndericinin kullandığı sembollerle kodlanan bilgiyi doğru bir şekilde de kod açması gerekmektedir (Güngör, 2018).

Bir kişinin, gönderici tarafından gönderilen bilgiyi doğru bir şekilde deşifre edebilmesi ve anlayabilmesi için belirli bir bilgi birikimine ve algı yeteneğine sahip olması şarttır. İletişim sürecinde, alıcının kaynaktan gelen bilgiye karşı bir geri dönüş yapması, yani bir yanıt vermesi esastır. Bu geri dönüş sayesinde, alıcı kendi pozisyonunu değiştirerek gönderici rolünü üstlenebilir, böylece iletişimde karşılıklı bir etkileşim meydana gelir (Sezer, 2017). Alıcı, bir metni okuyan, bir konuşmayı dinleyen veya bir görseli değerlendiren birey ya da grup olabilir (Güz, 2012). İletişimin başarılı sayılabilmesi için sadece mesajın hedefine ulaşmış olması yeterli değildir. Önemli olan, bu mesajın alıcı tarafından nasıl algılandığıdır. Eğer alıcı, mesajı doğru ve eksiksiz bir şekilde yorumlarsa, ancak bu durumda gerçek anlamda etkili bir iletişimden bahsedebiliriz, (Gündüz Hoşgör, 2014).

Etkili bir iletişim süreci gerçekleştirebilmek için alıcının toplumsal statüsü, düşünce yapısı, davranış biçimleri, inançları, tutumları ve ekonomik durumu gibi faktörlerin bilinmesi, iletişimin kalitesini artırabilir. Bu bilgiler, alıcının mesajı nasıl algılayacağını ve nasıl bir tepki vereceğini anlamada kritik bir rol oynar. Dolayısıyla, bu tür bilgilerle erişim, iletişim sürecinin daha başarılı ve hedef odaklı olmasını sağlar (Uztuğ, 2009).



Bir alıcının bilgiyi daha etkili bir şekilde hafızasında saklaması için bazı yöntemlere başvurmak gerekir. Mesajların sıkça tekrarlanması, bilginin farklı kavramlarla ilişkilendirilerek sunulması ve tanıdık sembollerin kullanılması hafızanın daha etkin çalışmasına katkı sağlar. Bunun yanı sıra, sunulan bilginin birden fazla duyu organına hitap etmesi, öğrenmenin daha kalıcı olmasını destekler (Anık, 2000).

### **1.3.5. Geribildirim/ Dönüt/ Feedback**

İletişim süreci içerisinde, mesajın alıcı tarafından nasıl algılandığını ve bu algıya karşılık verilen tepkilerin tümüne "geribildirim" adı verilmektedir. Balcı (2002) geribildirim aslında bir kontrol mekanizması işlevi gördüğüne ve iletişim süreci üzerinde belirleyici bir etkisi olduğuna dikkat çeker. Bu süreçte, bir mesajın gönderici tarafından alıcıya iletilmesinin ardından, alıcı bu mesajı değerlendirir ve ona göre bir tepki gönderir. Bu tepki, mesajın nasıl algılandığını ve anlaşıldığını yansıtarak, göndericiye geri döner. Bu nedenle, etkin ve çift yönlü bir iletişimin olması için geribildirim mekanizmasının aktif olması şarttır. Alıcının göndericiye verdiği bu tepki, iletişim sürecini tamamlayan önemli bir unsur olarak karşımıza çıkar (Tutar vd., 2017).

İletişimde, etkili bir bağlantının kurulabilmesi, mesajın alıcı tarafından nasıl algılandığının ve bu algıya karşılık verilen tepkinin ileten kişi tarafından bilinmesi ile yakından ilintilidir. Eğer iletişim sürecinde bir geri dönüş alınamıyorsa, bu, yalnızca tek taraflı bir bilgi akışının olduğu anlamına gelir. Mesajın doğru bir şekilde ne derecede kavrandığı ya da yanlışlıkla yanıltıcı bir biçimde mi algılandığı, geri dönüş olmadan belirsiz kalır. Bu nedenle, bir geri dönüşün olmadığı iletişim sürecini tamamlayıcı olmaktan ziyade eksik olarak nitelendirebiliriz. "Gönderici, alıcı, ileti ve kanal" bir iletişimin temel taşlarıdır, fakat "geribildirim", bu sürecin daha bütünlüklü ve anlamlı olmasını sağlar. Geri dönüş, bireyler arasındaki etkileşimi ve iletişimi daha dengeli ve yönlendirilmiş kılar. Kişiler arası etkileşimde, alınan geri dönüşlerin rolü büyüktür. Bu geri dönüşler, iletişimin ilerleyişini ve hangi noktada devam edeceğini belirleyen kritik öneme sahip faktörlerdendir (Aziz, 2016).

### **1.4. İletişim Türleri**

İletişim çeşitlerini tanımlarken farklı ölçütler göz önünde bulundurulabilir. Kullanılan ifade biçimlerine göre iletişimi "sözlü, sözsüz, yazılı ve görsel" gibi bölümlere ayırabiliriz.

### 1.4.1. Sözlü İletişim

İnsanların sesleri sözlü ifadeye dönüştürmesi, onları tarihsel bir dönüm noktasına taşımıştır. Bu değişiklik, dilin zenginleşmesine ve gelişmesine olanak sağlamıştır. Sözlü iletişimin ortaya çıkmasıyla insan, düşüncelerini ve duygularını daha etkili bir şekilde ifade edebilme yeteneğine sahip olmuştur. Bu özelliği sayesinde, insanlar doğadaki diğer varlıklardan ayırt edici bir avantaj kazanmışlardır. Sesin kelimeye dönüşümü, insanlığın iletişimdeki potansiyelini tam anlamıyla keşfetmesine olanak tanımış, bu da onları diğer canlılardan farklı kılan önemli bir özellik haline gelmiştir (Güngör, 2018).

Sözlü iletişim, duygularımızı ve düşüncelerimizi aktarmanın en kadim ve güçlü yöntemlerinden biridir. Bu iletişim sürecinde, karşılıklı anlaşmaya varabilen iki tarafın kullandığı dil kritik bir rol oynamaktadır. Bu dili oluşturan temel unsurlardan biri de sembollerdir. Bu semboller, iletilmek istenen mesajın doğru ve etkili bir şekilde aktarılabilmesi için seçilen dilin karakteristikleriyle uyumlu olmalıdır. Özetle, dilde kullanılan işaretler veya semboller, iletişimde bulunan tarafların ortaklaşa kabul ettikleri anlamlara gelmelidir. Hem gönderenin hem de alıcının bu sembolleri ve dilin genel yapısını benimsemesi, etkili bir iletişim için zorunludur (Aziz, 2016).

Konuşma, sözlü iletişimin merkezinde yer alır. Bu nedenle, konuşma dili etkili bir sözlü iletişim için kritik bir rol oynamaktadır. Sözlü iletişim, günlük yaşamımızda olmazsa olmaz bir unsur olup, sosyal etkileşimlerimizde en yaygın kullanılan ve son derece etkili bir iletişim şeklidir. Bu tür iletişim, yalnızca birebir etkileşimlerde değil, aynı zamanda çeşitli teknolojik araçlar aracılığıyla da gerçekleştirilebilir. Günümüzdeki teknolojik yenilikler, sözlü iletişimin sınırlarını genişleterek, farklı platformlarda ve durumlarda kullanılmasını mümkün kılmıştır. Mesela, dünyanın diğer ucundaki bir dostumuzla, teknolojinin sunduğu görüntülü arama veya sesli not özellikleri sayesinde, sanki yan yana gibiyiz. Bu teknolojik imkanlar, sözlü iletişimi daha erişilebilir ve yaygın bir iletişim yöntemi haline getirmiştir (Koçyiğit, 2018).

#### 1.4.1.1. Sözlü İletişimin Özellikleri

Sözlü iletişim, en yaygın ve etkileyici iletişim yöntemlerinden biridir ve belirli özelliklere sahiptir. Bu özellikler, sözlü iletişimin dil ile olan derin ilişkisi üzerinden değerlendirilebilir. Bu özellikleri şu şekilde ele alabiliriz (Güngör, 2018);

- **Sözlü iletişim kültürle şekillenir:** Sözlü iletişim, bireylerin düşüncelerini, duygularını ve bilgilerini paylaştıkları en temel iletişim biçimidir. Ancak bu iletişimin karakteri, soyut bir yapı olarak sabit kalmaz; aksine, kültürel unsurlarla derinden etkilenir ve şekillenir. Dil, sadece gramer kuralları ve kelimelerden oluşan bir yapı değil, aynı zamanda bir topluluğun tarihine, geleneklerine ve değerlerine de yansıyan canlı bir varlıktır. Bir topluluğun yaşadığı coğrafya, tarih ve sosyal deneyimleri, dilin evrimini ve kullanımını direkt olarak etkiler. Örneğin, deniz kenarında yaşayan bir topluluğun dilinde, denizle ilgili terimler ve ifadeler daha baskın olabilir. Tersine, dağlık bir alanda yaşayan bir topluluk, doğa ve dağlarla ilgili daha zengin bir kelime haznesine sahip olabilir.

Kültürel değerler ve normlar da sözlü iletişimin tonunu, stilini ve içeriğini belirler. Saygı, özgürlük, topluluk veya bireycilik gibi kültürel değerler, bir bireyin başka biriyle nasıl konuştuğunu, hangi konularda ne kadar açık veya kapalı olduğunu etkileyebilir.

- **Resmîlik ve gayri resmîlik:** Sözlü iletişimde resmîlik ve gayri resmîlik, iletişimin içeriğini, tonunu ve algılanış biçimini etkileyen önemli faktörlerdendir. Resmî iletişim, genellikle iş, eğitim ve hükümet gibi kurumsal ortamlarda, belirli kurallar ve protokoller doğrultusunda gerçekleşir. Bu tür iletişimde dil, yapısal ve belli bir standarda uygun olup, belirli bir amaca hizmet eder. Kullanılan dil genellikle nesnel, açık ve spesifik olup, duygusal ifadelerden ziyade bilgi aktarımına odaklanır.

Gayri resmî iletişim ise arkadaşlar, aile ve sosyal çevrelerde daha yaygın olarak kullanılır. Bu tür iletişimde dil, daha esnek, rahat ve bireysel ifadelerle doludur. Duygusal tonlar, şakalar, argo ifadeler ve yerel deyimler bu tür iletişimde sıkça rastlanan öğelerdir.

- **Doğrudan veya dolaylı iletişim:** İnsanların birbiriyle etkileşimde buldukları iletişim süreci doğrudan veya dolaylı olarak gerçekleşebilir.

Doğrudan iletişim, katılımcıların mesajlarını açık ve belirgin bir şekilde ifade ettiği bir iletişim biçimidir. Bu tür bir iletişimde, alıcının mesajı doğru bir şekilde anlaması için gönderen genellikle net ve kesin bir dil kullanır. Örneğin, birisi "Bu odayı şimdi temizlemeni istiyorum" dediğinde, doğrudan bir talepte bulunmuş olur. Doğrudan iletişim, yanılgıların ve yanıltmaların olasılığını azaltma eğilimindedir çünkü iletilmek istenen mesaj genellikle açık ve belirgindir. Dolaylı iletişimde ise, mesaj genellikle daha örtük bir dille veya jest ve mimikler aracılığıyla ifade edilir. Bu tür bir iletişim, alıcının

mesajın tam anlamını çözümlemesi için gönderenin niyetini ve duygusal durumunu daha fazla yorumlamasını gerektirebilir. Örneğin, birisi "Bu oda biraz dağınık görünüyor" dediğinde, aslında odayı temizlemesi gerektiğini ima ediyor olabilir. Dolaylı iletişim, bazı kültürlerde daha yaygındır ve bu tür iletişimin bazen daha zarif veya kibar olarak algılandığı düşünülmektedir.

Doğrudan iletişimde, bireylerin kelimeleri üzerindeki kontrolleri genellikle sınırlıdır. Bu, yaydan fırlatılan bir okun geri alınamayışına benzer. Ok bir kere hedefine doğru yola çıktığında, onu geri çekme şansımız yoktur. Aynı şekilde, söylediğimiz bir şeyi geri alamayız; kelimeler bir kere dilimizden döküldü mü, onları geri alma veya düzeltme şansımız çok azdır. Ancak, dolaylı iletişimde, özellikle yazılı iletişimde, ifade edilmek istenen mesajın önceden gözden geçirilmesi mümkündür. Bu tür bir iletişim, bize yazdıklarımızı tekrar okuma, düzenleme ve hatta silme şansı verir. Bu, bireyin mesajını daha dikkatli ve özenli bir şekilde iletebilmesine olanak tanır. Dolayısıyla, yazılı iletişim, kelimeler üzerinde daha fazla denetim sağlar ve potansiyel yanlışları önlemede daha esnek bir yol sunar.

• **İletişimde Soyutluk ve Somutluk:** İletişimde kullanılan dilin özellikleri, mesajın alıcı tarafından nasıl algılandığını büyük ölçüde etkileyebilir. İletişimde kullanılan dilin soyutluk veya somutluk derecesi, bu özelliklerden biridir.

Soyut dil, genellikle genel kavramlar veya fikirleri ifade etmek için kullanılır. Soyut kavramlar, fiziksel gerçeklikten bağımsızdır ve bu nedenle somut örnekler olmadan tanımlamaları zordur. Özgürlük, aşk ve adalet gibi kavramlar soyut kavramlara örnektir. Bu tür kavramlar, birçok farklı şekilde yorumlanabilir ve bu nedenle iletişimde bazen belirsizliklere neden olabilir. Somut dil ise spesifik, ölçülebilir ve duyularla algılanabilir nesnelere, eylemlere veya durumları tanımlamak için kullanılır. Bir elma, mavi renk veya bir köpeğin havlaması gibi öğeler somut kavramlara örnektir. Somut dil, genellikle alıcının zihninde belirli bir resim oluşturur, bu nedenle iletişimde daha az yanıltıcı olma eğilimindedir.

• **İletişimde Argo ve Espri:** İletişim, sadece bilgi aktarımı değil, aynı zamanda sosyal bağlar kurma ve duygusal ifade aracıdır. Argo, genellikle belirli bir grup içinde anlamlı olan informal kelimeleri veya ifadeleri içerir. Bu, gençler arasında, belirli bir sosyal çevrede veya hatta bir meslek grubunda olabilir. Argo kullanımı, aidiyet duygusunu pekiştirebilir, ancak dışarıdakiler için bu ifadeler bazen anlaşılmaz olabilir. Espri ise

zekâ, mizah ve sürpriz unsurunu bir araya getiren bir dil oyunudur. Espri, iletişimi renklendirir, sosyal bağları güçlendirir ve stresi azaltabilir. Ancak, kültürel ve bireysel farklılıklar nedeniyle, bir espri her zaman herkes tarafından aynı şekilde anlaşılabilir.

• **İletişimde Jargon:** İletişimde jargon, belirli bir meslek, endüstri veya grup içinde özgül kelimeleri veya ifadeleri içerir. Jargon, uzmanlar arasında bilgi ve fikir alışverişini hızlandırmak ve spesifik konuları daha etkin bir şekilde tartışmak için kullanılır. Örneğin, bir doktorun "hiperplazi" veya bir mühendisin "tork" hakkında konuşması bu kategoride yer alır. Ancak, jargonun geniş kitleler veya disiplin dışı kişilerle iletişimde kullanılması, mesajın anlaşılmaz hale gelmesine sebep olabilir. Dolayısıyla, iletişimin amacına ve dinleyicinin bilgi seviyesine göre jargonun kullanımı dikkatli bir şekilde ayarlanmalıdır.

#### 1.4.2. Sözsüz İletişim

İnsanlık tarihine baktığımızda, kelimelerin var olmadığı dönemlerde bile insanların birbirleriyle iletişim kurduğunu görürüz. İletişimin sadece sözel olarak gerçekleştiğini söylemek eksik bir değerlendirmedir. Seslerin ve kelimelerin ortaya çıkmasından önce bile, insanlar bedensel hareketlerle, gözleriyle ya da yüz ifadeleriyle duygularını ve düşüncelerini aktarırlardı. Bu, bize iletişimin sadece dil aracılığıyla değil, aynı zamanda fiziksel hareketlerle de etkili olabileceğini gösterir.

Sözsüz iletişim, bireylerin yüz, göz ve el-kol hareketleriyle mesajlaştığı bir iletişim şeklidir. Ayrıca giysi seçimleri, renk tercihleri ve fiziksel çevrenin düzeni gibi unsurlar da sözsüz iletişim kapsamında değerlendirilebilir. Sözsüz iletişimin, sözlü, yazılı ve görsel iletişim şekillerine kıyasla daha yerel bir yanı vardır. Teknolojik gelişmelerin bu kadar hızlı olmadığı, yaşamın sınırlı coğrafi bölgelerde ve belirli topluluklar arasında sürdüğü eski zamanlarda, sözsüz iletişim hayati bir rol oynamıştır (Güngör, 2018). Sözlü ve sözsüz iletişimi bir kalem ve kalemtıraş gibi düşünmek mümkündür. Ne kadar etkileyici sözlerle iletişim kurarsanız kurun, eğer sözsüz iletişim unsurlarını eklemesiniz, bir süre sonra ikna edici gücü azalacaktır.

Kişilerarası iletişimi bir pastaya benzetirsek, en büyük parça kesinlikle sözsüz iletişimi temsil eder. Mesajların yaklaşık %10'u kelimeler aracılığıyla, %30'u ses tonumuzla ve %60'ı ise beden dilimizle ve davranışlarımızla iletilir. Bu yüzden, beden dilimizin

olumsuz etkilerini tanımak ve bu eksiklikleri gidermek, iletişimimizi daha verimli hale getirecektir (Terakye, 1994).

Kültürlerarası iletişimde yalnızca dil bilmek yeterli değildir. İletişim kurarken sözlü iletişimin yanı sıra sözsüz iletişim, kültür, gelenek ve örf-adet bilgisi de önemlidir. Bir kelimenin ya da hareketin anlamını derinlemesine bilmek esastır. Örneğin, bir baş hareketi farklı ülkelerde farklı anlamlara gelebilir. Kuzey Amerika'da başın aşağı hareketi onaylama olarak algılanırken, Orta Doğu'da tam tersine bir anlam taşıyabilir. Japonya'da ise bu, birini dinlediğinizi belirten bir işarettir. Sözsüz işaretlerin kültürel farklılıkları, yanılgılardan kaçınmak adına bilinmelidir (Wang & Li, 2007).

### 1.4.3. Yazılı İletişim

İnsanlık tarihinde, toplumsal ve kültürel değişim sonucunda yazının icadı gerçekleşmiştir. Bu özgün buluş, bürokrasinin doğuşuna zemin hazırlamıştır. Aynı zamanda yazı, devletin politik mekanizmasıyla birlikte dini yapılar üzerinde de belirgin değişikliklere yol açmıştır. Bu tür değişiklikler, toplumların yönetim ve inanç sistemlerinin şekillenmesinde kritik bir role sahip olmuştur (MEB, 2015).

Yazının bulunması ve yaygınlaşması, insanlar arasındaki iletişimde yeni bir dönemi başlattı. Bu, sözlü bilginin kalıcı bir şekilde saklanması ve arşivlenmesini mümkün kıldı. Diğer bir deyişle, yazı, sözlü ifadelerin süreklilik kazanmasına aracılık etti. Bu nedenle, yazının sözlü iletişimi daha kalıcı ve güçlü bir hale getirdiği argümanını öne sürebiliriz. Sözlü ve sözsüz iletişim belli bir coğrafyayla sınırlıyken, yazılı iletişim daha evrensel bir nitelik kazanmıştır. Sözlü bilgilerin yazı aracılığıyla saklanması, iletişimi daha geniş bir perspektife taşımıştır (Güngör, İletişim Kuramları ve Yaklaşımları, 2018).

Yazılı iletişim, semboller aracılığıyla mesajın yazıya dökülmesi sürecidir. Bu tür iletişimi etkili bir şekilde gerçekleştirebilmek için okuma-yazma becerisi ve yazılı bilgiyi yorumlama yeteneği şarttır. Yazılı iletişim, kişisel olarak "e-posta, sms, faks veya mektup" şeklinde olabileceği gibi, kurumsal bağlamda da iş dünyasında kullanılır (Aziz, 2016). Her bölgenin, her topluluğun ve her ülkenin kendi dil, ağız ve şive özellikleri olduğunda, yazılı iletişimde kullanılan sembol ve işaretlerin oldukça geniş bir yelpazede olduğunu ifade edebiliriz (Kavak, 2018).

Yazının kurumsal iletişimdeki yeri her geçen gün daha belirgin hale gelmektedir. Bu artışın temel nedenleri arasında şunlar bulunmaktadır (MEB, 2015):

- Bilgi sektöründe derinleşen uzmanlık
- Faaliyetlerin her aşamasında araştırma etkinliklerinin kritik önemi daha net anlaşılmaya başlanmıştır.
- Kurumsal yapıda büyük çaplı dönüşümler meydana gelmekte ve bu evrimler birçok alanda yeniliklere kapı aralamaktadır.
- Yönetim anlayışı, artan bir şekilde profesyonellik isteyen bir faaliyet olarak görülmektedir.
- Ekonomik dinamikler içinde bilgiye olan talep sürekli bir yükseliş içindedir.
- Yazılı iletişim, alıcının metni okuma, değerlendirme ve yanıtlama süreçleri nedeniyle, sözlü iletişime kıyasla daha uzun zaman alabilir. Ancak yazılı bilgiyi düzenlemek ve onu sürekli olarak saklamak mümkündür.

Resmi yazışmalarda sunulan yazının; doğru, güvenilir, açık, net, anlaşılır, kısa, amaca uygun ve dil bilgisi kurallarına uygun olmalıdır. Amaç doğrultusunda hazırlanan metinler, karşılaşılan sorunları gidermede etkili olabilirken, hedeflenen biçimde oluşturulmamış yazılar, zaman kaybına, ek yüklemelere ve mevcut ilişkilerin bozulmasına neden olabilir. Günümüzde kişi ve kurumları tercih ettikleri yazılı iletişim türlerinden bazılarını “mektup, ilan, basın bildirisi, raporlar, e-posta, dilekçe ve davetiye” şeklinde tanımlayabiliriz.

#### 1.4.4. Görsel İletişim

Görsel farkındalığın ve iletişimin kökeni, insanlık tarihinin en eski zamanlarına kadar uzanmaktadır. İlk çağlardan bu yana, insanlar mesajlarını, duygularını ve bilgilerini aktarmak için çeşitli çizimler ve semboller oluşturmuşlardır. Görsel iletişim, esas olarak görsel algı üzerine kurulu bir iletişim biçimidir ve bu nedenle yalnızca gözle algılanabilir bilgilerle ilgilenir. Bu, renkler, şekiller, resimler, semboller ve yazılı metinler gibi görsel öğeleri kapsar. Görsel iletişim, diğer duyuşal faktörlerin etkisi olmaksızın yalnızca görsel öğelere dayanarak bilgi alışverişi ve yorumlama süreçlerini tanımlar. Bu süreç, insanların görsel bilgileri nasıl algıladıkları, yorumladıkları ve bu bilgileri nasıl kullanarak anlam oluşturdukları ile ilgilidir.

İnsanlık, sanatın ve kültürün birçok yönüyle meşgul olmuştur. Heykel, resim, seramik, mimari ve tiyatro gibi etkinlikler bu ilgiyi temsil ederken, aynı zamanda görsel iletişim teknolojilerinde de devrim niteliğinde ilerlemeler görmüşüzdür. İnsan gözünün yapısından ilham alarak, görsel iletişimde fotoğraf makinelerinin icadıyla büyük bir

adım atıldı. Bu ilerleme, zamanla kamera, sinema, televizyon ve bilgisayar gibi teknolojilere dönüşerek görsel iletişimdeki yenilikleri ve gelişmeleri beraberinde getirdi. İletişimde sesle birlikte görüntünün de eklendiği bu dönem, iletişimin çok daha kapsamlı bir deneyime dönüşmesine neden oldu (Güngör, İletişime Giriş, 2018). Ekonomik sistemlerin evrimi, reklamcılığın ve görselliğin öne çıkmasına, bu da görsel iletişimin daha geniş bir alanda etkin olmasına yol açtı. Bu gelişmeler, kapitalist ekonominin yükselişiyle birlikte, ışıltı ve görselliğin öneminin artmasını sağladı ve yeni görsel iletişim platformlarına zemin hazırladı (Doğan,2015).

18. yüzyılın sonlarına doğru, görsel iletişim teknolojilerindeki gelişmeler dünyadaki etkileşim ve ilerlemeyi belirgin bir şekilde değiştirmeye başladı. Artık insanlar, evlerindeki bir ekran aracılığıyla dünyanın çok uzak noktalarına ulaşabiliyorlar. Geçmişte, birçok kişi kendi yaşadığı bölgelerin dışına nadiren adım atardı. Ancak şimdi, sadece dünyanın diğer bölgeleriyle değil, aynı zamanda diğer gezegenlerle bile bağlantı kurma potansiyeline sahibiz. Bu geniş erişim ve iletişim ağındaki sıçramanın arkasında yatan ana itici güç, kuşkusuz görsel iletişim teknolojileri ve bu teknolojileri kapsayan görsel medya platformlarıdır (Güngör, İletişime Giriş, 2018). Görsel iletişim araçlarından bazılarını “beden dili, giyim kuşam, mekân, sanat ve medya” şeklinde tanımlayabiliriz.

### **1.5. İletişimin Bağlamına Göre Biçimleri**

İletişim, çeşitli bağlamlara göre farklı şekillerde ele alınabilir. Bunlar; “kendi kendimizle iletişim, kişilerarası iletişim, gruplar arası iletişim, kamusal iletişim, örgütsel iletişim, kültürlerarası iletişim ve kitle iletişimi” olarak sıralanabilir.

#### **1.5.1. Kendimizle (İçsel) İletişim**

İçsel iletişim, bir bireyin kendi iç dünyasında gerçekleşen özdiyalog sürecidir. Bu süreç, bir kişinin kendi düşüncelerini, duygularını, gözlemlerini ve kendine yönelttiği sorularla oluşan cevapları kapsar. Hatta rüyalar bile bu içsel iletişimin bir parçası olarak değerlendirilebilir. İletişim sadece iki ya da daha fazla birey arasında değil, bir kişinin kendi içinde de yaşandığında bu kavrama dahil olur. Bireyler, kendi iç dünyalarında çeşitli mesajlar oluşturarak bu mesajları yorumlar ve bu süreçte kendiyile bir diyalog kurar. İçsel iletişimin kökeni hem bireyin iç dünyasından hem de dışsal etkenlerden kaynaklanabilir. Bu tür bir iletişimin belirleyicileri arasında, günlük yaşantıda alınan



kararlar veya karşılaşılan durumlar sonucu yaşanan duygusal tepkiler, huzur, rahatsızlık, öfke veya kaygı yer alır (Gökdağ, 2016; Doruk, 2017)

Bireyin kendi iç dünyasıyla kurduğu bağlantı, onun öz bilincinin ve kendisiyle olan ilişkisinin temelini oluşturur. Kendisiyle uyumlu bir ilişki kuran birey, doğal olarak çevresiyle de daha uyumlu bir etkileşim içerisine girer. İnsanın kendi iç dünyasıyla oluşturduğu bu iletişim, diğer insanlarla olan etkileşimlerinin de temelini atar. Sonuç olarak, etkili bir kişilerarası iletişim süreci için bireyin öncelikle kendi iç dünyasıyla etkili bir iletişim kurması esastır. Bir birey, iletişim sürecinde ya mesajı oluşturan ya da mesajı algılayan tarafta yer alırken, duygu ve düşüncelerini şekillendirme veya alınan bilgileri deşifre etme sürecinde kendi iç dünyasıyla etkileşimde bulunur. Bu bağlamda, kişilerarası iletişimin, bireyin kendi içinde yürüttüğü iletişimin bir uzantısı olduğunu ifade edebiliriz (Doruk, 2017).

### **1.5.2. Kişilerarası İletişim**

Bireyler arasında gerçekleşen iletişim sürecine "kişilerarası iletişim" denir. Bu süreçte, iletişimde bulunan taraflar, kendi duygu ve düşüncelerini belirli semboller veya işaretler kullanarak karşılıklı olarak aktarır ve bu aktarılan bilgileri kendi perspektiflerine göre değerlendirirler. Bu iletişim süreci sırasında, mesajların oluşturulması, aktarılması ve karşı tarafta nasıl algılandığına dair süreçler mevcuttur. Bu nedenle, kişilerarası iletişimin sadece yüzeyde bir bilgi aktarımı olmadığını, aynı zamanda psikolojik boyutları da içerdiğini belirtmek yerinde olur. Bu süreç, bireylerin birbirlerini anlamaları ve duygusal ya da düşünsel tepkilerini karşılıklı olarak paylaşmaları açısından önemlidir.

Kişilerarası iletişimin gerçekleşmesi için en temel şart, en az iki bireyin hem sözlü hem de sözsüz yollarla etkileşimde bulunmasıdır. Etkili bir iletişim için, mesajın göndericisi ile alıcısının aynı dilde ya da benzer sembollerle iletişim kurması esastır. Ortak bir dil veya sembol seti kullanıldığında, iletilen bilginin doğru ve eksiksiz olarak alındığına dair olasılık artar. Ancak, eğer taraflar arasında kullanılan bu kodlar veya semboller benzer değilse, mesaj yanlış anlaşılabilir ve bu da iletişim sürecinin verimli olmasını engelleyebilir. Bu nedenle, etkili bir iletişimin temelinde ortak bir dil veya sembol setinin kullanılması yatar. Örneğin, bir futbol takımındaki oyuncular sahada birbirleriyle etkili iletişim kurabilmek için bazı el ve ayak hareketlerini, belirli terimleri ve hatta bazen bakışları kullanırlar. Eğer takımdan bir oyuncu bu sembollerini veya hareketleri

bilmiyorsa, oyun sırasındaki strateji veya hızlı karar anlarında iletişim kopuklukları yaşanabilir. Bu durum, iletişimde kullanılan "kodların" ne kadar kritik olduğunu gösterir.

#### 1.5.2.1. Kişilerarası İletişimi Etkileyen Faktörler

• **Kültürel Farklılıklar:** Farklı kültürlerden gelen bireyler, iletişim sırasında çeşitli anlam karmaşaları yaşayabilirler. Kültürel normlar, değerler ve inançlar, iletişimin tonunu, beden dili kullanımını ve mesajın anlaşılmasını etkileyebilir. Örnek: Amerikalı bir iş adamı, Orta Doğu'da iş yemeklerinde direkt konuya girmek yerine önce sohbet etmeye alışkın olmayabilir. Bu, kültürel bir uygulamadır ve eğer Amerikalı bu uygulamadan habersizse, hızla işe başlama isteği yanlış anlaşılabilir.

• **Dil:** Ortak bir dilde yeterli yetkinliğe sahip olmamak, mesajın yanlış anlaşılmasına neden olabilir. Dil bariyerleri, etkili iletişimi zorlaştırabilir. Örnek: İki kişi Çince konuşuyorsa ancak biri ana dili olarak konuşuyor ve diğeri temel seviyede bilgiye sahipse, karmaşık konular üzerinde iletişim kurmaları zor olacaktır.

• **Ruhsal Durum:** Bir bireyin duygusal hali, iletişim sırasında mesajın nasıl gönderildiğini ve nasıl alındığını doğrudan etkiler. Öfke, mutluluk, üzüntü gibi duygusal durumlar, iletişimin kalitesini ve etkinliğini etkileyebilir. Örnek: Eğer biri gün içinde kötü bir haber almışsa, bu duygusal hali, arkadaşlarıyla yaptığı sohbeti etkileyebilir ve daha savunmacı ya da duyarlı olabilir.

• **Bilgi Derecesi:** İletişimde bulunan bireyler arasında bilgi seviyesindeki farklar, iletişimin etkinliğini etkileyebilir. Bir konuda bilgili bir birey ile aynı konuda bilgisi sınırlı olan bir birey arasında iletişim zorlukları yaşanabilir. Örnek: Bir matematik profesörü karmaşık bir teoremden bahsediyorsa ancak dinleyici matematikle ilgili temel bilgiye bile sahip değilse, iletişimde anlam kaymaları yaşanabilir.

• **Odaklanma Derecesi:** Bireyin o anki konsantrasyonu, iletişimin başarısını doğrudan etkileyebilir. Dağınık bir zihin veya dikkatin dağılması, mesajın doğru bir şekilde alınmamasına sebep olabilir. Örnek: Bir konferansta konuşmacıyı dinlerken cep telefonunuzla meşgul olmak, sunulan bilgileri tam anlamıyla almanızı engelleyebilir.

• **Stereotipler ve Önyargılar:** Bireylerin başkaları hakkında sahip oldukları önceden oluşmuş yargılar ve genellemeler, iletişimin objektifliğini bozabilir ve yanıltıcı olabilir.

Örnek: Birisinin belirli bir ülkeden geldiği için belli bir şekilde davranacağına dair önceden oluşturulan bir yargı, o kişiyle yapılan iletişimi etkileyebilir.

• **Fiziksel Faktörler:** Gürültü, mesafe veya herhangi bir fiziksel engel, iletişimin akışını kesintiye uğratabilir. Örnek: İki kişi bir konser alanında buluşursa, orada birbirlerini duymakta zorluk yaşayabilirler.

Bu faktörler, kişiler arası iletişimin etkili bir şekilde gerçekleşmesini sağlamak için göz önünde bulundurulması gereken önemli unsurlardır.

### 1.5.3. Grup iletişimi

Grup kavramını anlamadan grup içindeki iletişimi ele almak eksik kalacaktır. Temelde, grup, benzer amaçlar ve hedefler doğrultusunda bir araya gelmiş, birbirleriyle sürekli etkileşimde bulunan ve kendilerini bu topluluk parçası olarak tanımlayan bireylerin oluşturduğu bir yapıdır. Bizler, yaşadığımız çevre içerisinde, bize doğrudan etki eden ve etkileşimde bulunduğumuz bireylerle belirli bir grup dinamiği içerisine gireriz. Bu gruplaşma, büyüklüğüne, formuna veya önemine göre farklı kategorilere ayrılabilir: küçük ya da büyük, formel ya da informel, birincil veya ikincil ya da belirli bir referans grubu şeklinde (Doruk, 2017).

Grup içi iletişim, belirli bir hedef doğrultusunda bir araya gelmiş olan iki veya daha çok bireyin, bilgilerini, fikirlerini ve duygularını paylaşarak karşılıklı etkileşimde bulunduğu dinamik bir süreçtir. Bu iletişim türü hem kişiler arası iletişimi hem de örgütsel iletişim çerçevesini kapsar. Ancak, kişiler arasındaki iletişim genellikle sınırlı sayıda katılımcıya sahipken, grup iletişimi daha geniş bir katılımcı kitlesini içerir. Ayrıca, örgütsel iletişim, belirgin kurallar ve yapısıyla bilinirken, grup iletişiminde bu kurallar grubun hedeflerine ve yapısına göre değişkenlik gösterebilir; bazen bu kurallar tamamen esnek olabilir ya da sınırlı sayıda olabilir (Aziz, 2016).

### 1.5.4. Kamusal İletişim

Kamusal iletişim, geniş kitlelere ulaşmayı hedefleyen bir iletişim türüdür. Genellikle, büyük bir hedef kitleye bilgi aktarmak isteyen bireyler tarafından kullanılır. Siyasiler, liderler, kültür sanat insanları veya iş dünyasının önde gelen isimleri, bu iletişim şeklini sıkça tercih ederler. Kapsamlı bir kitleye ulaşmak amacıyla, çeşitli iletişim araçları devreye girer. Örnek olarak, büyük bir oditoryum salonunda konuşma yapan bir kişinin sesini herkese ulaştırmak için teknolojik ekipmanlara ihtiyacı vardır. Ancak bu fiziksel

mekânda olmayan diğer kitlelere ulaşabilmek için yazılı, görsel ya da ses bazlı diğer iletişim teknolojilerinden faydalanılır. İnternetin ve sosyal medyanın evrenselleşmesiyle toplumsal iletişimde yeni boyutlar ortaya çıkmış, böylece iletişimin kapsamı ve erişimi daha da genişlemiştir. Bu, toplumsal iletişimin ulaştığı birey sayısının da artmasına yol açmıştır (Aziz, 2016; Kurt, 2016).

Kamusal iletişim, oldukça geniş bir yelpazede gerçekleşir. Bir siyasi liderin seçim döneminde halka hitap etmesi de bu kapsamdadır, bir dükkân sahibinin ürünlerini tanıtmaya da. Uluslararası bir mektupla bir liderin diğerine mesaj göndermesi kamusal iletişimin bir yönüdür, bir restoranda garsonun müşteriye yaklaşımı da aynı şekildedir. Sinema salonunda koltuk yönlendirmesi, otelde sunulan hizmetler, tümü kamusal iletişimin örneklerindedir. İki taraf arasındaki ana amaç genellikle karşı tarafı etkilemek, bazı durumlarda ikna etmektir. Eğer etkili bir iletişim kurulursa, ikna olasılığı da artar. Pek çok pazarlama stratejisi, tamamen bu ikna etme prensibine dayanır. Bu bağlamda, satıcı en etkili iletişim yöntemlerini seçerek hizmet ya da ürününü pazarlama çabasında bulunur. Bu da kamusal iletişimin bir biçimi olarak kabul edilebilir (Güngör, İletişime Giriş, 2018).

### 1.5.5. Örgüt İçi İletişim

Örgüt, belirli bir amacı gerçekleştirmek üzere bir araya gelmiş, belirli bir yapı ve düzen içerisinde faaliyet gösteren bireylerin oluşturduğu sosyal bir birimdir. Örgütler, karmaşıklık, büyüklük ve işlevsellik açısından birbirlerinden farklılık gösterebilir. Temelde, örgütler, belirli bir görevi yerine getirebilmek ya da belirli bir amaca ulaşabilmek için sistemli bir yapı içinde çalışan bireylerden oluşur.

İletişim, günlük yaşantımızda basit bir olgu gibi görünse de örgütsel bağlamda bu basitlikten çok daha karmaşıktır. Örgütler içinde etkili iletişim sağlandığında, çalışanların karşılaştığı sorunlar daha hızlı çözümlenir, iş süreçleri sorunsuz ilerler ve çalışanlardan alınan verim artar. Bir örgütün belirlediği amaçlara ulaşması için, iş süreçlerinin düzenli ve koordineli bir şekilde yürütülmesi esastır. Bu düzenin ve koordinasyonun merkezinde ise iletişim bulunur. Etkili iletişim, çalışanların işlerini daha iyi yapmalarını teşvik eder ve bu da genel performansı artırır (Uçar & Kızılaslan, 2017).

Bir örgüt için iletişim olmazsa olmazdır. Çağımızda, artan uzmanlık alanları, teknolojik gelişmeler, örgütlerin genişlemesi ve yönetimin daha kompleks bir yapı kazanması ile iletişim daha da kritik bir öneme sahip olmuştur. Ayrıca, örgütlerin toplumsal

meselelere daha aktif bir şekilde yaklaşması ve bu meseleleri insan odaklı yaklaşımlarla ele alması, iletişimin önemini artırmıştır. Bu nedenle, bir örgütün başarılı ve sürekli olarak faaliyet gösterebilmesi, iletişim altyapısının sağlam ve etkin bir biçimde kurulmasına bağlıdır (Doruk, 2017).

### **1.5.6. Kültürlerarası İletişim**

Kültürlerarası iletişim, farklı kültürel arka planlara, değerlere, inançlara veya davranış kalıplarına sahip bireyler veya gruplar arasında gerçekleşen iletişim sürecidir. Bu tür iletişim, küreselleşen dünyada giderek daha yaygın hale gelmekte olup, insanların farklı kültürlerden gelen bireylerle etkileşimde bulunmasını kaçınılmaz kılmaktadır. Örneğin, bir Türk ile bir Koreli'nin evlenmesi durumunda, iki farklı kültürün gelenekleri, yemekleri, dini inançları ve aile yapıları bir araya gelir.

Kültürlerarası iletişim, tarih boyunca insanların farklı mekân ve zaman dilimlerinde etkileşimde bulunduğu bir süreçtir. Geçmişte gerçekleşen savaşlar, ticari faaliyetler ve göç hareketleri gibi etkenler, farklı kültürlerin birbiriyle iletişim kurmasına vesile olmuştur. Bu tür iletişim, farklı kültürel kökenlere sahip bireylerin bir araya gelmesiyle başlamaktadır. Kültürlerarası iletişimde, kültürler arasındaki çeşitliliği kavramak, bu çeşitliliği doğru şekilde yorumlamak ve ardından bu farklılıkları yönlendirmek, etkili bir iletişim için kritik öneme sahiptir (Önlü & Saran, 2019).

Kültürlerarası iletişim, belirli dinamiklere ve koşullara sahip özel bir iletişim biçimidir. Bu iletişim türünde, etkileşime giren taraflar aynı kültürden gelmez; aksine, farklı yaşam biçimleri, alışkanlıklar ve değerlere sahip farklı kültürlerden insanlardır. Bu nedenle, etkileşimde bulunan kişiler arasındaki dil ve sembollerin kökeni farklı anlamlara gelebilir. Aynı terimler kullanılsa bile, bu terimlerin taşıdığı derin anlam farklı olabilir. Bu duruma en iyi örnek, aynı dili konuşan farklı Türk halkları arasında görülebilir. Azerbaycan Türkçesi'ndeki birçok kelimenin anlamı, Türkiye Türkçesi'nde farklılık gösterebilir. Dolayısıyla, farklı kültürel geçmişlere sahip bireyler arasında iletişimin kendi benzersiz özellikleri vardır. Başka bir kültüre ait bir birey ile başarılı bir iletişim kurabilmenin yolu, her iki tarafın da karşılıklı olarak birbirlerinin kültürleri hakkında bilgili olmalarını gerektirir (Aziz, 2016).

### **1.5.7. Kitle İletişim**

İnsanlar, çevrelerinde ve dünyada gerçekleşen olayları anlama arzusundadırlar. Bu bilgileri edindikten sonra, deneyimlerini ve düşüncelerini başkalarıyla paylaşma isteği

doğar. İşte bu iletişim ihtiyacını karşılamak üzere, medya denilen kitle iletişim araçları ortaya çıkmıştır. Bu araçlar, geniş kitlelere aynı bilgi veya mesajı iletebilme kapasitesiyle tanınırlar. Modern toplumda medyanın gücü, bireylerin ve toplulukların bilgilenme şekillerini değiştirme potansiyeline sahip olduğu için büyük öneme sahiptir (Erer, 2013). Kitle iletişim araçları, toplumu şekillendiren ve bireylerin dünyayı nasıl algıladıklarını etkileyen önemli unsurlardan biri haline gelmiştir.

Kitle iletişimi, bilgilerin, haberlerin, görüşlerin veya bir toplumun kültürel değerlerinin belirlenen hedef kitlelere farklı yöntemler ve araçlarla aktarılması sürecidir. Bu tür iletişimde, bilgi veya mesaj gönderen kaynaktan çok sayıda alıcıya doğru tek yönlü bir akış söz konusudur. Bu süreçte, alıcıların kim olduğunu tam olarak bilmek ya da onların mesajı nasıl algıladıklarını anlamak genellikle zordur. Alıcının bulunduğu çevre, iletişim sürecini ve mesajın nasıl yorumlandığını da etkiler. Bu nedenle, bir bilginin ya da haberin toplum tarafından nasıl kabul edildiği veya yorumlandığı, sadece gönderilen mesajın içeriğiyle değil, aynı zamanda alıcının o anki durumu ve bulunduğu ortamla da yakından ilgilidir (Doruk, 2017).

Teknolojik ilerlemelerin hızla devam ettiği bu çağda, sürekli bir evrim ve dönüşüm süreci içerisindeyiz. Teknolojinin süratli ilerleyişi, kitle iletişim araçlarının işleyişine ve etkisine de büyük oranda yön vermektedir. Bu hızlı değişim, bireylerin ve toplulukların yaşam biçimlerinde ve alışkanlıklarında belirgin dönüşümlere yol açmaktadır. Bu dönüşümün en çarpıcı sonuçlarından biri, kitle iletişim araçları vasıtasıyla kurulan modern ilişki dinamikleridir. Bu yeni ilişki dinamikleri, toplumsal yapılarımızı ve kurumlarımızı dönüştürüp, onları yeni bir çerçevede yeniden şekillendirmektedir. Bu süreç, toplumun algılarına, değerlerine ve etkileşim biçimlerine de yeni perspektifler kazandırmaktadır (Kurttaş, 2018).

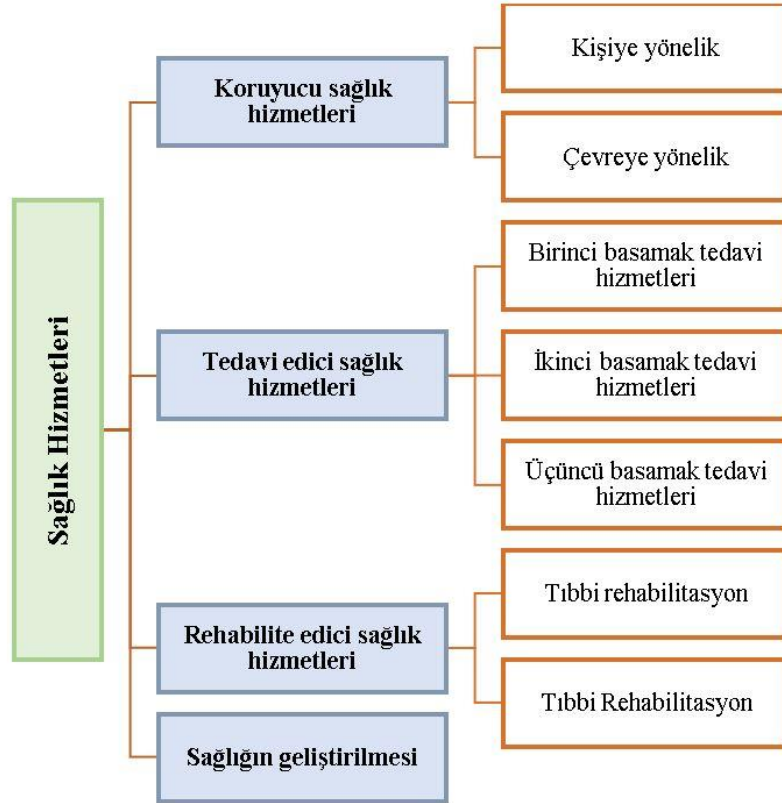
## 2. Sağlık Kurumlarında İletişim

### 2.1. Sağlık Kurumu Kavramı

Sağlık kuruluşları, insanların sağlıkla ilgili gereksinimlerini karşılamak, hastalıkları önlemek, teşhis etmek, tedavi etmek ve rehabilitasyon hizmetleri sunmak üzere gerekli destekleri sağlamak amacıyla oluşturulmuş organizasyonlardır. Bu organizasyonlar, geniş bir yelpazede faaliyet gösterebilir; hastanelerden özel kliniklere, aile sağlığı merkezlerinden laboratuvarlara, fizik tedavi ve rehabilitasyon merkezlerine kadar çeşitli birimlerde hizmet verebilirler. Sağlık kurumlarının temel amacı, toplumun genel sağlık seviyesini yükseltmek, hastalıkların yayılmasını önlemek ve bireylerin yaşam kalitesini artırmaktır.

### 2.2. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetleri; “koruyucu, tedavi edici, rehabilite edici sağlık hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi hizmetleri” şeklinde sınıflandırılabilir.



Şekil 2. Sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması

### 2.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri, bireylerin hastalık veya yaralanma riskine karşı önlem olarak sağlıklarını sürdürebilmelerine yardımcı olan hizmetlerdir. Bu hizmetlerin kapsamında, geniş toplulukların sağlığını korumak ve geliştirmek için yapılan faaliyetler bulunmaktadır. Devlet, bu tür geniş çaplı koruyucu çalışmalarda ana aktör olarak rol alır. Zira bu hizmetler toplumun büyük bir bölümüne hitap ettiğinden, bu çalışmaların etkisi toplumsal boyutta hissedilmekte ve bu da devletin bu konudaki müdahalesini zorunlu kılmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetlerinin temel amacı, bireyleri olası sağlık sorunlarından önceden koruyarak hem bireyin yaşam kalitesini yükseltmek hem de toplumun genel sağlığını iyileştirmektir. Bu bağlamda, aşı kampanyaları, sağlık eğitimleri, erken teşhis programları gibi çeşitli aktiviteler bu hizmet kapsamında değerlendirilir.

Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, sağlık profesyonelleri tarafından aşılama, sağlıklı beslenme ve erken teşhis gibi konularda sunulurken, hastaneler, sağlık merkezleri ve ana çocuk sağlığı merkezleri gibi yerlerde gerçekleştirilir. Çevre yönelik hizmetler ise, çevresel riskleri minimize etmek için biyolojik, fiziksel ve sosyal alanlarda faaliyetleri kapsar; bataklığın kurutulması ve hava kirliliğinin azaltılması gibi eylemleri içerir.

### 2.2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Sağlık sektöründe asıl amaç, hastalıklar ortaya çıkmadan önce sadece koruyucu önlemlerle sağlık gereksinimlerini karşılamaktır. Ancak hastalıkların meydana gelmesi ve buna bağlı olarak tedavi ihtiyacı, bazen kaçınılmaz hale gelebilir. Bu bağlamda, tedavi odaklı sağlık hizmetleri, bireylerin sağlık durumlarını eski sağlıklı haline geri döndürmeyi amaçlayan önemli faaliyetlerdir. Bu hizmetler hem fiziksel hem de zihinsel sağlığı yeniden kazandırmak ve bireylerin yaşam kalitesini artırmak için özenle planlanır ve uygulanır. Ayrıca, koruyucu sağlık hizmetlerinin yetersiz kaldığı durumlarda, tedavi odaklı hizmetlerin önemi daha da artar ve bireylerin hayatlarında kritik bir rol oynar. Bu hizmetler “aile hekimliği poliklinikleri, özel hastaneler, üniversite hastaneleri, devlet hastaneleri” gibi farklı kurumlar aracılığı ile yerine getirilmektedir (Aydoğan, 2015; Sarp, 2018).

Birinci basamak sağlık hizmetleri, temel sağlık ihtiyaçlarını karşılamak için toplum merkezli hizmetleri içerir; bu, genellikle aile hekimleri ve sağlık ocaklarında sunulur.



İkinci basamak sağlık hizmetleri, daha spesifik ve uzmanlaşmış tedavileri kapsar; bu hizmetler genellikle devlet hastaneleri ve özel kliniklerde verilir. Üçüncü basamak sağlık hizmetleri, yüksek uzmanlık ve ekipman gereksinimi olan tedavileri, genellikle eğitim ve araştırma hastaneleri gibi büyük sağlık merkezlerinde sunulur.

### **2.2.3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri**

Tedavi süreçlerinin ardından, bazı bireylerde organların tam kapasiteyle çalışmaması veya fonksiyon kaybı (engellilik) yaşanması mümkündür. Bu durumlar, kişilerin günlük yaşantılarını sürdürmelerinde veya bazı temel işleri yerine getirmelerinde zorluklara neden olabilir. Bu bağlamda, rehabilitasyon edici sağlık hizmetleri devreye girer. Bu hizmetler, bireylerin bağımsız bir şekilde yaşamlarını sürdürebilmeleri, toplum içinde aktif ve üretken olabilmeleri için tasarlanmıştır. Bu süreçte, tıbbi rehabilitasyon hizmetleri, fiziksel fonksiyonları geri kazandırmaya odaklanırken; sosyal rehabilitasyon hizmetleri, bireylerin sosyal ve psikolojik açıdan topluma yeniden entegre olmalarını destekler. Bu iki rehabilitasyon edici yaklaşımın bir arada sunulması, bireylerin hem fiziksel hem de sosyal anlamda yaşamlarına daha bağımsız ve kaliteli bir şekilde devam etmelerini amaçlar. Bu, toplumun tüm bireylerinin aktif ve katılımcı olmasının önemini bir kez daha ortaya koyar.

### **2.2.4. Sağlık Geliştirilmesi Hizmetleri**

Sağlık sektörü, sürekli olarak bilimsel araştırmaların ve yeniliklerin etkisi altındadır, bu nedenle dinamik bir yapıya sahiptir. Bilim ve teknolojinin ilerlemesi, sağlık sektörünün de sürekli olarak yenilenmesini ve ilerlemesini sağlar. Dünya üzerinde hastalıklar, bu hastalıklara yol açan etkenler, değişen çevresel koşullar, yaşam tarzı değişiklikleri ve toplumsal dönüşümler sürekli bir evrim içindedir. Bu sürekli değişim, sağlık alanının da bu değişikliklere hızla uyum sağlaması ve yenilikleri benimsemesi gerektiğini gösterir. Sadece mevcut bilgilerle yetinmeyip, yeni keşiflere, yöntemlere ve teknolojilere açık olmak, sağlık sektörünün etkili ve güncel bir hizmet sunabilmesi için kritiktir. Ayrıca, bu sürekli gelişim, hastaların daha kaliteli ve etkili tedavilere erişimini kolaylaştırır, bu da toplum sağlığının genel anlamda ilerlemesine katkıda bulunur. Bu bağlamda, sağlık profesyonellerinin eğitimi, bilimsel araştırmalar ve teknolojik yeniliklere açıklığı, sektörün sürdürülebilirliği ve başarısı için hayati öneme sahiptir. Örneğin, tele sağlık sistemiyle sağlık hizmetlerinin elektronik ve telekomünikasyon yollarla uzaktan verilmesi mümkün kılınmıştır. Bu gelişim sayesinde, hasta ve sağlık uzmanları aynı

mekânda olmaksızın konsültasyon, değerlendirme, bilgilendirme ve takip süreçlerini yürütebilirler.

### **2.3. Sağlık Kurumlarında İletişim ve Önemi**

Sağlık sektöründe iletişim hayati bir önem taşır. İletişim sayesinde sağlık çalışanları, hastalar ve ilgili tüm taraflar arasında bilgi alışverişi ve iş birliği daha verimli bir şekilde gerçekleşir, bu da hizmet kalitesinin yükselmesine ve hastaların daha memnun olmasına katkıda bulunur. İletişimin kritik bir boyutu, sağlık çalışanları arasındaki bilgi akışının sürekliliğidir. Sağlık ekibinin her bir bireyinin birbiriyle sürekli ve etkin bir iletişimde olması, tedavi süreçlerinin daha iyi yönetilmesini ve hızla aksiyon alınmasını sağlar. Bu, olası tıbbi yanlıgıları minimuma indirger ve tedavinin daha başarılı olmasını garantiler.

Etkin bir iletişim, aynı zamanda hastaların eğitimi için de vazgeçilmezdir. Sağlıkla ilgili temel bilgilere sahip olmayan bireyler, tedavi seçenekleri ve erişim konusunda zorluk yaşayabilirler. Bu yüzden, hastaları bilgilendiren sağlık personelinin, etkin iletişim yeteneklerine sahip olması gerekmektedir. Hastaların tedavi sürecine daha bilinçli katılımları, daha hızlı iyileşmelerine ve sağlıklı yaşam alışkanlıklarını benimsemelerine olanak tanır. Ayrıca, iletişimin kalitesi, hastaların memnuniyet düzeyini doğrudan etkiler. İyi iletişim becerilerine sahip sağlık personeli, hastalarla daha verimli ilişkiler kurar ve onların ihtiyaçlarına daha etkili yanıtlar verebilir. Bu, hastaların tedavi sürecinden daha memnun ayrılmalarını sağlar, dolayısıyla sağlık kuruluşunun prestiji de artar.

#### **2.3.1. Hasta Karşılama**

Sağlık kurumlarına gelen hastalar için karşılama deneyimi ve ardından kurulan iletişim, hastanın kuruma yönelik bir güven duygusuna sahip olmasına zemin hazırlar. Bir hastanın sağlık kuruluşundaki ilk teması, tedavinin ilerleyen aşamalarında nasıl bir deneyim yaşayacağını sinyallerini verebilir. İlk olarak, hasta karşılama süreci, sıcaklık ve hoşgörü göstermekle başlamalıdır. Sağlık hizmeti sunanlar, hastaları güler yüzle karşılamalı, isimlerini öğrenmeli ve onları rahat hissettirmek için samimi bir tutum sergilemelidir. Personelin hastayı samimi bir gülümsemeye selamlaması, ismini kullanarak hitap etmesi ve onun rahatlamasını sağlamaya yönelik davranışlarda bulunması, hastanın daha güvende hissetmesine katkıda bulunur. Bu yaklaşım, hasta

ile sağlık ekibi arasında derin bir bağ kurulmasını ve karşılıklı güvenin oluşmasını teşvik eder.

### 2.3.2. Zor Hasta ve İletişim Stratejileri

Sağlık çalışanları, çeşitli iletişim zorluklarına yol açabilecek farklı hasta davranışlarıyla sıklıkla karşı karşıya kalabilirler. Bu tür hastalar genellikle iletişimde direnç gösteren, agresif tutumlar sergileyen ya da sürekli şüpheli davranışlarda bulunan kişiler olarak tanımlanabilir. Bu tür zorluklarla başa çıkmak için sağlık çalışanlarının aşağıdaki iletişim stratejilerini uygulaması işe yarayabilir. Bu stratejiler;

**1. Empati ve anlayış:** Sağlık çalışanları, zor davranışlar sergileyen hastalarla karşılaştıklarında, bu bireylerin hissettiği duyguları ve endişeleri derinden anlamaya çalışmalıdır. Empati kurarak ve hastanın perspektifinden olaylara bakarak, hastaya değer verildiğini ve anlaşıldığını göstermek mümkündür.

**2. Sakin ve kontrollü kalmak:** Zor hastalarla başa çıkmak, profesyonel bir sakinlik ve dengeyi korumayı gerektirir. Sağlık çalışanları, tepkilerini kontrol altında tutarak, etkili bir iletişim süreci oluşturabilirler.

**3. Sözcük seçimi:** Zor hasta durumlarında, sözcüklerin nasıl kullanıldığı kritik bir öneme sahiptir. Hastayı daha da uzaklaştıracak ya da onu kızdıracak ifadeler yerine, onları anladığınızı ve desteklediğinizi gösteren olumlu kelimeler seçmek, iletişimi daha üretken hale getirebilir.

**4. Sınırları belirleme:** Sağlık çalışanları zor bir hasta ile karşılaşınca sınırlarını netleştirmelidir. Aşırıya kaçan ya da saldırgan davranışlara karşı, uygun sınırların belirlenmesi ve bu sınırların korunması, çalışanın hem kendi güvenliğini hem de diğer hastaların güvenliğini sağlar.

**5. Ekstra zaman ayırma:** Zor hastalar sıklıkla ek rehberliğe, desteğe ve aydınlatmaya ihtiyaç duyarlar. Bu tür hastalarla daha sağlam bir bağlantı oluşturmak adına, onlar için ek zaman harcamak esastır. Bu süreç, hastanın duygularının ve endişelerinin tam olarak kavrandığını hissetmesini sağlar.

**6. Eğitim ve destek:** Sağlık çalışanlarının, karmaşık hasta durumlarıyla daha etkili bir şekilde başa çıkabilmeleri için devam eden eğitime ve destek mekanizmalarına ihtiyaçları vardır. Bu eğitimler, çalışanlara yenilikçi iletişim yaklaşımları, hasta yönetim

metotları ve ruhsal destek araçları hakkında fikir verir. Bunun yanı sıra, deneyimlerin diğer meslektaşlarla paylaşılması, zor durumlarla nasıl başa çıkılacağına dair yeni perspektifler ve yöntemler sunabilir. Bu destek yaklaşımları, sağlık çalışanlarının hem iş hem de kişisel yaşamlarında daha dirençli olmalarını teşvik eder.

### **2.3.3. Hasta Memnuniyeti ve İletişimin Etkisi**

Sağlık sektöründe, hastalarla gerçekleştirilen iletişimin kalitesi, tedavi sürecinin başarısında ve hastanın bu süreçten duyduğu memnuniyette büyük bir rol oynar. Bir birey, yaşadığı sağlık sorunları nedeniyle bir sağlık kurumuna başvurduğunda, onun beklentisi sadece profesyonel bir tıbbi yardım almakla sınırlı değildir. Aynı zamanda, sorunlarını, endişelerini ve beklentilerini anlayışla karşılayacak, onu bilgilendirecek ve tedavi süreci boyunca yanında olacak bir ekip ile iletişim kurmayı da umar. Bu bağlamda, sağlık çalışanlarının empatiyle yaklaşması, iletişim becerilerini sürekli olarak geliştirmesi ve hastalarla etkili bir diyalog kurmaya özen göstermesi, tedavi sürecinin daha verimli ve başarılı ilerlemesine katkıda bulunabilir. Ancak bu, yalnızca sağlık çalışanlarının kişisel yeteneklerine bağlı değildir. Aynı zamanda, sağlık kuruluşlarının da bu iletişim sürecine değer vermesi, çalışanlarını bu konuda sürekli eğitmeleri ve hastalarla olan iletişimin kalitesini sürekli olarak gözden geçirmeleri gerekmektedir. Açık, şeffaf ve anlaşılır bir bilgilendirme ile hasta, tedavi süreci hakkında daha bilinçli kararlar alabilir, tedavisine daha aktif bir şekilde katılım gösterebilir ve olası tedavi sonuçlarına daha hazırlıklı olabilir. Ancak, iletişim sürecinde yaşanan eksiklikler, yanıltıcı bilgilendirmeler veya hatalar, sadece tedavinin istenilen sonuçlarına ulaşmamasına değil, aynı zamanda hastanın bu süreçten genel olarak duyduğu memnuniyetsizliğe de neden olabilir. Bu yüzden, etkili iletişim, sağlık sektöründeki başarının anahtarıdır.

### **2.3.4. Hasta Güveni ve Sağlıkta İletişimin Önemi**

Hasta güveni, sağlık sektöründeki başarının temel taşlarından biridir. Hasta, aldığı sağlık hizmetleri ve karşılaştığı sağlık ekibi konusunda güvence hissettiğinde, tedavi süreci daha etkili bir şekilde ilerler ve olumlu sonuçlar elde etme olasılığı artar. Sağlık alanında kurulan iletişim, hastanın bu güven duygusunu oluşturmada esastır. Kaliteli ve şeffaf bir iletişim süreci, hastanın hem tedavi sürecinde hem de sağlık ekibine olan inancında pozitif bir etki yaratır. Bu nedenle, sağlık çalışanlarının, hastalarıyla dürüst, açık ve bilgilendirici bir iletişim içinde olmaları büyük bir önem taşır. Hastaya gerçekçi

bilgiler sunmak, mevcut tedavi yöntemlerini ve alternatiflerini net bir şekilde aktarmak ve hastanın kafasındaki tüm soru işaretlerini gidermek, güven ortamını pekiştirir. Bununla birlikte, sağlık personelinin hastaların özel bilgilerine yaklaşımı da bu güven ilişkisinde kritik bir rol oynamaktadır. Hastaların kişisel ve sağlık bilgileri, en yüksek gizlilik standartlarına uygun bir şekilde korunmalıdır. Bilgilerin yetkisiz kişilerle paylaşılmaması veya başka amaçlarla kullanılmaması, hastanın hem kendini güvende hissetmesini sağlar hem de sağlık kuruluşunun itibarının korunmasına katkıda bulunur. Kısacası, hasta güveninin sağlanması, etkili iletişim ve gizlilik prensiplerine bağlılıkla mümkündür ve bu da sağlık sektöründe kaliteli hizmet sunumunun önceliklerinden biridir.

#### **2.4. Sağlık Kurumlarında Hasta ve Sağlık Personeli İletişimi**

Hasta ile sağlık personeli arasındaki iletişim, sağlık alandaki en kritik unsurlardan biridir. Bu iletişim, tedavi sürecini daha verimli kılarak, bilgi paylaşımını sağlar, hastanın duygusal olarak desteklenmesine olanak tanır, teşhis ve tedavi planlarının daha iyi anlaşılmasına katkıda bulunur ve hasta tatminini artırır. İletişim, bir dizi farklı platform ve yöntem üzerinden gerçekleştirilebilir. Bunlara doğrudan yüz yüze görüşmeler, telefon aracılığıyla yapılan görüşmeler, e-postalar, yazılı dokümanlar veya dijital platformlardaki sanal toplantılar dahildir. Hangi iletişim yöntemi kullanılırsa kullanılsın, sağlık çalışanlarının hastalarına karşı gösterdiği empati, kullandığı dil ve hastanın duygusal gereksinimlerine verdiği yanıt, bu sürecin kalitesini belirleyen en önemli faktörlerdendir.

##### **2.4.1. Hasta-Doktor İletişimi**

Sağlık hizmeti veren kurumlar farklı yönetim stratejileri tercih eden kompleks yapıya sahip kuruluşlardır. Bu kuruluşlarda çalışan sağlık çalışanları, hizmet sundukları kişilerle sürekli etkileşim içerisindeyler ve bu etkileşim karşılıklıdır. Hastaların ihtiyaçlarına yanıt verirken, aynı zamanda onların korku ve endişelerini hafifletmeleri beklenir. Ancak, bu etkileşim sırasında sıkça rastlanan bir sorun, iletişim eksiklikleridir. Her ne kadar ideal bir iletişim süreci her zaman sağlanamasa da hastanın ve hekimin bir şekilde anlayış ve uyum içinde olması şarttır (Yağbasan & Çakar, 2006).

Hekim-hasta ilişkisinin önemi, iki açıdan ele alınabilir. İlk olarak, bu ilişkinin hekim açısından önemlidir. Tedavi sürecinin etkili olabilmesi ve istenmeyen sonuçların minimize edilebilmesi için, hekim hastanın tüm kişisel özelliklerini eksiksiz bir şekilde

bilmelidir. Diğer yandan, hastanın hekimine tam bilgi verebilmesi ve tedavi sürecinde tam bir destek görebilmesi için, hastanın hekimine güvenmesi gerekmektedir. Hekim-hasta ilişkisi, karşılıklı güvene dayanan bir ilişkidir (Rourke, 1993: 684-685; akt. Tengilimoğlu vd. 2014).

#### **2.4.2. Hasta-Hemşire İletişimi**

Hemşire, tedavi sürecinin başından sonuna kadar hastanın yanında bulunan ve hastanın sağlık durumu, tedavi yöntemleri ve diğer tıbbi etkileşimler hakkında bilgi sahibi olan sağlık çalışanıdır. Hemşirenin hastayla kurduğu iletişim, sunduğu bakımın kalitesini doğrudan etkileyebilir. Tıpkı hasta-doktor ilişkisinde olduğu gibi, hasta-hemşire arasındaki iletişimi de birçok değişken belirleyebilir. Bu ilişki, hastanın kişilik özellikleri, sistemle ilgili aksaklıklar, yanıtıcı bilgi kayıtları ya da hemşirenin eğitim seviyesi, duygusal durumu ve kişisel gelişimi gibi faktörlerden etkilenebilir. Hemşireler, hastalarla bu tedavi sürecini birlikte deneyimler (Tengilimoğlu vd., 2014).

Hemşirelik, farklı yaş gruplarından ve sosyal kesimlerden gelen hastalarla sürekli etkileşim halinde olan, onların doğrudan bakımını üstlenen bir alandır. Hemşireler, hastaların tedavisinden günlük bakımına kadar geniş bir yelpazede hizmet sunmaktadırlar. Yataklı sağlık kuruluşlarında, hemşirelerin hasta ile sürekli ve yoğun etkileşimde bulunduğunu söylemek mümkündür. Aynı zamanda, bazı durumlarda hemşireler, doktor ve hasta arasında bilgi aktarımını kolaylaştıran bir aracı görevi üstlenebilirler. Hemşirenin hastayı tanıma, onu dinleme, saygı gösterme, empati kurma ve destek olma yeteneği, tıbbi bakımın yanı sıra hastaya duygusal bir destek sağlar. Bu nedenle, hemşirelerin etkili iletişim yeteneklerine sahip olmaları, sağlık hizmetinin kalitesini artırmada kritik bir rol oynamaktadır (Ceylan, 2019).

#### **2.4.3. Hasta-Diğer Sağlık Personeli İletişimi**

Sağlık sektöründe, hasta ile kurulan etkileşimin sadece doktor veya hemşireler tarafından gerçekleştirilmediği, diğer sağlık çalışanlarının da bu sürecin kritik bir parçası olduğu unutulmamalıdır.

Tüm sağlık çalışanlarının, doktor ve hemşireler kadar, yüksek derecede iletişim yeteneğine sahip olmaları gereklidir. Sonuçta, sağlık hizmetlerinin sunumu bir ekip işidir ve her birey bu ekibin vazgeçilmez bir ögesidir. Örneğin, bir ebe doğum sürecinde, hamile olan kişinin korku ve endişelerini tam anlamıyla kavrayabilmeli, duygusal olarak onunla bağlantı kurabilmelidir. Aynı şekilde, bir tıbbi teknisyen de

gerçekleştirdiği prosedürler sırasında, hastalarla etkili ve açık bir iletişim içerisinde olmalı, gerçekleştirilen işlemler konusunda hastaları doğru ve eksiksiz bir şekilde bilgilendirmelidir. Bu tür detaylar, hasta deneyimini olumlu yönde etkileyerek, sağlık hizmetlerinin kalitesini artırır. Bu nedenle, her sağlık çalışanının etkili iletişim yeteneklerine sahip olması, hastaların sağlık süreçlerinden alacakları verimi ve memnuniyeti doğrudan etkiler.

## **2.5. Sağlık Personeli Arası İletişim**

Sağlık personeli arası iletişim, sağlık sektöründeki verimliliği ve iş birliği için kritik bir öneme sahiptir. Hastaların en üst düzeyde hizmet alabilmeleri adına, sağlık profesyonelleri arasında derinlemesine bir iletişim ve iş birliği şarttır. Bu iletişim, medikal bilgilerin aktarımı, hasta bakımının düzenlenmesi ve tedavi yönergelerinin doğru bir şekilde hayata geçirilmesi için esastır. Aynı zamanda, çalışanlar arası etkin iletişim, takım dinamikleri ve genel verimlilik için de oldukça önemlidir. Bundan dolayı, sağlık sektöründe çalışanlar arası iletişimin sürekli olarak geliştirilmesi ve sürdürülebilir bir iletişim ağı kurulması, her zaman üst sıralarda yer almalıdır.

### **2.5.1. Sağlık Ekibi Arasında Etkili İletişimin Rolü**

Sağlık kurumlarındaki etkin bir iletişim, tedavi sürecinin kalitesini doğrudan etkiler. Kaliteli bir sağlık hizmetinin arkasında yatan faktörlerden biri, sağlık personeli arasındaki koordineli ve açık iletişimidir. Tedavi sürecinin başarılı sonuçlara ulaşması, sağlık ekibinin birbirleriyle uyum içinde ve açık bir iletişimle hareket etmesine bağlıdır.

Sağlıklı iletişim, sağlık personelinin birbirleriyle bilgi ve düşüncelerini özgürce paylaşabilmelerini, ortaya çıkan sorunları kolektif bir zihniyetle ele alabilmelerini ve bir ekip olarak hareket edebilmelerini mümkün kılar. Sağlık ekibinin içerisinde yaşanabilecek iletişim kopuklukları, tedavi süreçlerinde yanıtıcı kararların alınmasına, yanılığara ve hasta ile sağlık ekibi arasında oluşabilecek güvensizlik ortamına sebep olabilir.

Sağlık ekibi üyeleri arasında derinlemesine bir güven ve karşılıklı saygı ortamının var olması etkili bir iletişim için oldukça önemlidir. Ekibin her bir bireyinin fikirleri değerlidir ve bu fikirlerin dikkate alındığı, herkesin sesinin duyulduğu bir iletişim ortamının yaratılması gerekir. Bunun yanında, doğru ve hızlı bilgi akışının garanti altına alınması, etkili iletişim araçlarının kullanılması ve bu iletişimin sürekli olması da büyük bir öneme sahiptir. Her bir sağlık çalışanı, kendi rolünün ve sorumluluğunun bilincinde olmalı,

ekibin genel hedefine uygun bir şekilde, birlikte çalışma ahlakıyla hareket etmelidir. Bu tür bir yaklaşım, hem hastaların tedavi sürecinden alacağı sonuçları olumlu yönde etkiler, hem de sağlık ekibinin genel verimliliğini ve memnuniyetini artırır.

### **2.5.2. Ekip Çalışması**

Sağlık alanında ekip çalışması, kaliteli ve etkin bir sağlık hizmeti sunma açısından önemli unsurlardan biridir. Sağlık kurumlarında görev alan sağlık çalışanları, koordineli çalışarak bütüncül bir hasta bakımı oluşturma sorumluluğunu üstlenirler. Bu tür bir ekip yaklaşımı, farklı uzmanlık alanlarından gelen profesyonellerin deneyimlerini, bilgilerini ve yeteneklerini birleştirerek hastaların daha kapsamlı ve etkin bir bakım almasını sağlar. Etkin bir iletişim kurarak çalışan doktorlar, hemşireler, sağlık teknikerleri ve diğer sağlık çalışanları, hastaların mevcut durumlarını yakından izler, tedavi yönergelerini koordineli bir şekilde hazırlar ve gerektiğinde birbirlerine danışarak bilgi paylaşımında bulunurlar. Bu yaklaşım, hastaların hem hızlı hem de nitelikli bir bakım süreci deneyimlemelerine olanak tanır, böylece sağlık hizmetlerinden maksimum düzeyde yararlanmaları sağlanır.

### **2.5.3. Doğru Raporlama**

Sağlık sektöründe, doğru bilgi kaydı hizmetlerin kalitesini ve bütünlüğünü artıran kritik bir unsur olarak karşımıza çıkar. Bu, hem sağlık profesyonelleri arasında etkili bilgi alışverişinin temelini oluşturur hem de hastalar için sürekli ve koordineli bir bakımın anahtarı haline gelir. Hastanın genel sağlık durumundan yapılan incelemelere, uygulanan tedavilere ve hatta hasta geri bildirimlerine kadar birçok yaşamsal bilginin düzenli ve eksiksiz bir şekilde kaydedilmesi gereklidir. Sağlık alanında bu tarz bir bilgi kaydının önemi, sadece mevcut tedavi süreçlerinin yönetilmesiyle sınırlı değildir; aynı zamanda hastaların güvende olmasını sağlar ve potansiyel tıbbi hataları önler. Özellikle, eksik bilgi veya yanlış iletişimden kaynaklanan tıbbi hataların büyük bir kısmı, detaylı ve doğru bilgi kaydı sayesinde önlenir. Sağlık personelinin bilgi alışverişini ve ortak çalışmasını teşvik eden bu yaklaşım, hizmetlerdeki olası hataları minimize eder. Ayrıca, tutarlı ve detaylı bilgi kayıtları, sağlık kayıtlarının genel güvenilirliğini artırarak, hastaların gelecekteki bakım ve izleme süreçlerini daha etkili ve güvenli bir şekilde yönlendirir.



## 2.6. Hasta Hakları ve Sağlık Hizmetlerinde Etik

### 2.6.1. Hasta Hakları

Hasta hakları, sağlık kurumlarındaki etkin iletişimin merkezinde yer alır. Hasta hakları, hastaların saygı, özerklik, bilgilendirilme ve karar verme özgürlüğü gibi temel haklara sahip olduğunu vurgular. İletişimin gücü, bu hakların her birinin savunulmasında ve hayata geçirilmesinde etkin bir rol oynar. Sağlık sektöründeki uzmanların, sundukları hizmetlerle ilgili detaylı, şeffaf ve anlaşılır bilgi sağlamaları gerekir. Hastaların, sundukları tedavi seçenekleri ve potansiyel sonuçları hakkında tam bir bilgilendirmeye tabi tutulması, onların bilinçli kararlar almasına ve tedavi sürecine daha aktif bir şekilde katılmasına olanak tanır.

Öte yandan, hasta mahremiyetinin ve kişisel bilgilerinin korunması, hasta haklarının en önemli bileşenlerinden biridir. Sağlık personelinin, hastaların özel bilgilerini korumaya yönelik bir sorumluluğu bulunmaktadır. Bu, hem hastanın kendini güvende hissetmesini sağlar, hem de sağlık kuruluşunun itibarını korur. Bu bağlamda, her sağlık kurumu, hastaların gizliliğini koruyacak protokollerin ve yönergelerin uygulanmasını sağlamalıdır.

Resmî Gazetede 23420 sayı numarası ile yayımlanan “Hasta Hakları Yönetmeliği”ne göre hasta haklarından bazıları şunlardır (Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998);

- Adalet ve Hakkaniyete Uygun Olarak Faydalanma
- Bilgi İsteme
- Sağlık Kuruluşunu Seçme ve Değiştirme
- Personeli Tanıma, Seçme ve Değiştirme
- Öncelik Sırasının Belirlenmesini İsteme
- Tıbbi Gereklere Uygun Teşhis, Tedavi ve Bakım
- Tıbbi Gereklilikler Dışında Müdahale Yasağı
- Tıbbi Özen Gösterilmesi
- Kayıtları İnceleme
- Kayıtların Düzeltmesini İsteme
- Bilgi Verilmesini Yasaklama
- Mahremiyete Saygı Gösterilmesi
- Bilgilerin Gizli Tutulması

- Tedaviyi Reddetme ve Durdurma

### 2.6.2. Sağlık Hizmetlerinde Etik

Etik kelimesi, kök olarak eski Yunan dilindeki "ethos" teriminden türemiştir. Bu Yunanca terim, bir bireyin karakterini veya doğasını anlatır. "Etik", temelde bireysel bir niteliği, bir kişinin özgün yönlerini belirtir. Bununla beraber ethos'un çoğul formu olan "ethe", aynı zamanda bir topluluğun ya da grubun yaşam tarzını ve geleneklerini tanımlar (İyi & Tepe, 2019). Etik, insanlar arasındaki ilişkilere yön veren ve onların eylemlerini şekillendiren ahlaki kurallardır. Ahlakla benzer bir yapıya sahip olsa da, aralarında belirgin farklar vardır. Ahlak, daha çok belli bir topluluğun veya kültürün yerel normlarını ve değerlerini yansıtırken, etik daha geniş bir perspektife sahip olan ve evrensel olarak kabul görebilen ilkelere işaret eder. Bu bağlamda, etik felsefe, bireylerin neyin doğru veya yanlış olduğuna nasıl karar verdiğini, ahlaki normların kaynağını ve bu normlara nasıl uyulması gerektiğini inceleyen bir disiplindir. Bu alanda, etik, insanın ahlaki sorumluluklarını ve karşılaştığı ikilemleri derinlemesine ele alarak rehberlik eder (Kılıç, 2014).

Günümüzde "etik" kavramı, bireylerin ve toplulukların doğru ve yanlışları belirlemeleri, değer yargıları oluşturmaları ve belirli normlara göre hareket etmeleri ile ilişkilidir. Bu kavram, bireysel karakterin ve topluluk değerlerinin bir araya gelmesiyle şekillenir. Bir yandan bireyin içsel değerleri ve doğasını yansıtırken, diğer yandan toplumun genel beklentileri ve standartlarına işaret eder. Bu nedenle, etik hem kişisel hem de toplumsal bir boyuta sahiptir ve bu iki boyut, bireyin ve topluluğun yaşam biçimini ve değerlerini belirlemek için bir araya gelir.

"Ethos" kelimesi, topluluğun yaşam tarzını ve değerlerini yansıtabilirken, "etik" teriminin asıl kökeni bireysel karakter ve değerlerle ilgilidir. Günümüzde, "etik" kelimesini duyduğumuzda akla gelen ana konsept, bireysel karakter ve ahlaki değerlerdir. Gerçekten de, etiği bir felsefe dalı olarak tanımlayan ve bu alanda derinlemesine çalışmalar yapan Eskiçağ filozofları, kelimenin bu özgün anlamına sadık kalarak düşüncelerini şekillendirmişlerdir. Bu filozoflar, etiğin bireysel karakter, davranış ve değerlerle yakından ilgili olduğunu vurgulamışlardır. Bu, insanın hayatındaki kararları, eylemleri ve tutumlarına nasıl yön verdiğiyle ilgili temel bir sorundur. Toplumsal yaşam biçimleri ve değerler de önemlidir, ancak etik, öncelikle bireyin iç dünyası ve ahlâki yargılarıyla bağlantılıdır. Eskiçağ'ın büyük düşünürleri, bu

bireysel yaklaşımı benimseyerek etiğin temelini atmışlar ve bu temel, bugün de etik felsefesinin anahtarı olarak kabul edilmektedir (İyi & Tepe, 2019).

Etik, davranışların ve tutumların ahlaki açıdan değerlendirilmesiyle ilgili bir kavramdır. Bu bağlamda, tıp etiği, sağlık sektöründeki eylemlerin ve kararların ahlaki boyutunu inceler. Başka bir deyişle, tıp etiği, sağlıkla ilgili değer meselelerini mercek altına alarak bu konulardaki etik sorunları ve ikilemleri ele alır. Tıp ve sağlık alanında karşılaşılan zorluklar ve kararlar, sıkça etik değerlendirmelere tâbi tutulmaktadır. Özellikle hastaların hakları, tıbbi müdahalelerin sınırları veya araştırma etiği gibi konular, tıp etiğinin önemli meselelerindedir. Bu alandaki profesyonellerin, hastalarına en iyi bakımı sağlarken aynı zamanda ahlâki değerlere sadık kalmaları gerekmektedir.

Tıp etiği, sağlık sektöründe uygulanan ahlaki değerlerin ve ilkelerin geniş kapsamlı bir yansımasıdır. Bu etik ilkeler, sağlık çalışanlarının hastalarına karşı nasıl bir tavır ve tutum sergilemeleri gerektiğine dair bir yol göstericidir. Sağlık çalışanlarının, hastalarının hem fiziksel hem de duygusal ihtiyaçlarına duyarlı ve saygılı bir yaklaşım sergilemeleri, tedavi ve tanı süreçlerinde şeffaf, doğru ve zamanında bilgilendirme yapmaları bu ilkelere dahildir. Bunun yanı sıra, tıp etiği; hastaların özel bilgilerinin gizliliğini koruma, tıbbi hatalar oluştuğunda bu hataları kabullenme ve doğru bir şekilde telafi etme, yaşamın son evrelerinde karşılaşılan etik ikilemleri yönetme ve sağlık personelinin sürekli olarak mesleki bilgilerini güncelleme sorumluluğuna vurgu yapar.

## **2.7. İletişimin Teknolojik Araçlarla Desteklenmesi**

İletişim teknolojilerindeki gelişmeler ve bu teknolojilerin sanayideki uygulamaları, bilgi ve iletişim sektöründe ciddi bir büyümeye yol açmıştır. Bu sürekli ilerleyen teknolojik yenilikler, farklı insanlar ve kültürler arasında bilgi alışverişini hızlandırmış ve iletişimin kalitesinde artışa neden olmuştur (Bulduklu & Türkmenoğlu, 2015). İletişim teknolojilerindeki yenilikler ve bu araçların sağlık sektöründeki entegrasyonu, medikal bilgi ve iletişim dünyasında büyük bir ilerlemeye sebep olmuştur. Devamlı gelişen bu teknolojik adımlar, farklı coğrafyalardan gelen hastalar ve sağlık profesyonelleri arasında bilgi paylaşımını daha akıcı hale getirmiş ve global bir sağlık anlayışının oluşmasına katkıda bulunmuştur.

### **2.7.1. Elektronik Sağlık Kayıtları**

Sağlık kayıtlarına dair ilk bilgiye Sümer kayıtlarında rastlanmıştır (Dönmez, 2019). 20. yüzyılın başında düzenli sağlık kayıtlarına ilişkin ilk örneklerle karşılaşmıştır. Ancak

bu süreçte bazı zaman dilimlerinde ilerlemede yavaşlamalar ya da duraklamalar gözlenmiştir. Teorik olarak etkileyici görünen fakat pratikte kullanıcılarına tam anlamıyla güvence vermeyen, kullanılabilirlik açısından zayıf olan sistemler, sağlık profesyonelleri ve hastalar tarafından benimsenmemiştir. Bu tür sistemlerin yaygınlaşabilmesi için teknolojik ilerlemelerin yanı sıra mevcut eksikliklerin giderilmesi ve karşılaşılan engellerin aşılması şarttı. Sağlık kayıtlarının fiziksel formlardan dijital platformlara taşınması, elektronik sağlık kayıtlarının oluşumu bu evrimin bir sonucudur (Akal, 2021).

Elektronik Sağlık Kaydı (ESK), hastaya dair bütün bilgileri kapsayan dijital bir platformdur. T.C. Sağlık Bakanlığı'nın "Dijital Hastane" ile ilgili hazırlamış olduğu İnternet dokümanında "Elektronik sağlık kaydı, kişilerin geçmişteki, şimdiki ve gelecekteki fiziksel ve ruhsal sağlığı veya hastalıkları ile ilgili elektronik sistemler kullanılarak kayıt altına alınan, saklanan, iletilen, erişilen, ilişkilendirilen ve işlenen her türlü bilgi olarak tanımlanabilir. Elektronik hasta kayıtları, hasta hakkında tüm bilgilerin bilgisayar ortamında toplanmasını ve gerektiğinde kullanılmasını sağlayan bir bilgi deposudur. Bu sistemler hastalara ait elektronik sağlık kayıtlarının faydalı, etkili, etik ve yasal kurallara uygun, kolayca iletilebilen, zaman içerisinde elde edilen tüm kayıtların bütünlüğünü sağlayabilen bir sistemdir." şeklinde tanımlanmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı Dijital Hastane, 2020).

Elektronik sağlık kayıtlarının uygulanması, hastaların bilgilerine hızlı ve etkili bir şekilde ulaşılabilmesini kolaylaştırır. Ancak, bu tür sistemlerde veri gizliliği ve güvenliği en üst düzeyde tutulmalıdır. Elektronik sağlık kayıt sistemleri, gelişmiş güvenlik önlemleriyle donatılmalı ve sadece yetkilendirilmiş kişilere erişim hakkı tanınmalıdır, çünkü bu, sağlık kuruluşlarının etik ve yasal yükümlülüklerini yerine getirmelerine yardımcı olur. Elektronik sistemler, hastanın sağlık geçmişini daha etkin bir şekilde izlemeyi mümkün kılar. Sağlık personeli, bu sayede hastanın daha önce aldığı tedavilere, reçetelere ve genel sağlık durumuna kolaylıkla erişebilir. Bu da daha doğru tanı ve tedavi yaklaşımları için esastır. Elektronik kayıtların kullanımı, hasta ve sağlık personeli arasında daha dinamik bir iletişim kurulmasına da olanak tanır. Hastalar ve sağlık personeli, bu platformlar üzerinden bilgi alışverişi yapabilir, randevu düzenlemeleri gerçekleştirebilir ve test sonuçlarını paylaşabilirler. Bu yenilikler, hem tedavi sürecini daha etkili kılar hem de hastaların tedavi sürecine olan memnuniyetini artırır.

### 2.7.2. Teletıp (Telehealth) ve Telesağlık (Telemedicine) Uygulamaları

Bilgi teknolojisi ve tıp alanındaki son yenilikler, internet ve dijital platformlar aracılığıyla hastalara sağlık konularında çözümler sunma kapasitesini artırmıştır. Ancak kırsal bölgelerde yaşayan veya sınırlı sağlık olanaklarına sahip bireyler, çeşitli nedenlerle bu hizmetlere tam erişememektedir. Günümüzün ileri sağlık teknolojileri, uzaktan sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde sunulmasına olanak tanır. Video konferans ve dijital iletişim araçlarının gelişmesi sayesinde, bir hasta, farklı bir konumdaki bir doktorun değerlendirmesini alabilir, uzman görüşleriyle desteklenebilir ve hatta karmaşık tıbbi işlemler hakkında bilgilendirilebilir. Aynı zamanda, tıbbi eğitim programları da bu platformlar üzerinden verilebilir. Modern iletişim araçlarının sağlık hizmetlerine entegrasyonu, genel anlamda sağlık hizmetlerine erişilebilirliği artırmakla kalmaz; aynı zamanda sağlık hizmeti alıcıları, sağlık kuruluşları ve sigorta şirketleri için maliyetleri de azaltabilir (Sungur, 2020). Bu uygulamalara şu örnekler verilebilir;

**1. Telepsikiyatri:** Günümüzde psikiyatrik destek, teknolojinin nimetleriyle evlere kadar ulaşıyor. Video konferanslar üzerinden gerçekleştirilen oturumlar, hastaların kendi konfor alanlarında, yüz yüze terapi oturumlarındaki hissiyatı yaşamalarını sağlıyor. Özellikle depresyon, anksiyete gibi yaygın ruhsal rahatsızlıkların tedavisinde bu yöntem, hastaların tedavi süreçlerini daha etkin ve kesintisiz sürdürmelerine imkan tanıyor.

**2. Telerehabilitasyon:** Fizyoterapistler, dil ve konuşma terapistleri artık dijital platformlar üzerinden hizmet veriyor. Bu, hastaların seyahat etme zorunluluğunu ortadan kaldırarak tedaviye erişimi kolaylaştırıyor. Örneğin, evinde fiziksel tedaviye ihtiyaç duyan bir kişi, online platformlar sayesinde fizyoterapistin gözetiminde gerekli egzersizleri güvenle yapabilir.

**3. Telemonitoring:** Kronik rahatsızlığı olan hastalar için evde takip imkanı sunan bu sistemler, kişisel sağlık bilgilerini gerçek zamanlı olarak uzmanlarla paylaşmayı mümkün kılıyor. Diyabet veya hipertansiyon gibi kronik hastalıkları olan bireyler, ölçümlerini belirli aralıklarla yaparak sonuçları dijital platformlar aracılığıyla doktorlarına gönderebilir. Bu, hastanın durumunun sürekli olarak takip edilmesini ve gerektiğinde hızla müdahale edilmesini sağlar.

**4. Telerjiage:** Acil tıbbi durumlarda, bu hizmet sayesinde hastalar, belirli semptomları için öneri ve yönlendirmeler alabilir. Bir bireyin aniden yüksek ateşi çıktığında, bu platform üzerinden bir sağlık profesyoneline başvurarak alması gereken ilk adımlar konusunda bilgilendirilir. Bu, hastaların gereksiz yere acil servise koşma ihtiyacını azaltırken, gerçekten acil müdahale gereken durumlarda hızla harekete geçmelerini teşvik eder.

### 2.7.3. Sağlık Hizmetlerinde Kullanılan Diğer Teknolojik Araçlar

Sağlık sektöründe, etkili iletişimi teşvik etmek ve yönetmek adına pek çok modern teknolojik araçtan faydalanılmaktadır.

Bu araçlardan en yaygın olanlarından biri mobil uygulamalarıdır. Bu uygulamalar sayesinde hastalar, sağlık merkezleriyle direkt olarak iletişime geçebilir, randevu isteklerini saniyeler içinde oluşturabilir, laboratuvar sonuçlarını anında inceleyebilir ve kendi sağlık durumlarına dair güncellemeleri kolaylıkla takip edebilir.

E-posta ve dijital mesajlaşma platformları da sağlık sektöründe iletişimin hızlanmasında büyük bir rol oynamaktadır. Sağlık çalışanları, bu yollarla hastalara tedavi önerilerini iletebilir, randevu hatırlatıcıları gönderebilir veya tıbbi sonuçları aktarabilir. Bu tür bir dijital iletişim, hastaların sağlık hizmetlerine hızlı bir şekilde ulaşmasını mümkün kılar ve zaman tasarrufu sağlar.

Buna ek olarak, sosyal medya platformları, sağlık kuruluşlarının kamuoyuyla etkileşimde bulunmasında kritik bir rol oynamaya başlamıştır. Hastaların eğitilmesi, toplumun sağlık konularında bilinçlendirilmesi veya sağlık hizmetlerinin tanıtılması için sosyal medya aktif olarak kullanılıyor. Bu, sağlık bilgisinin daha geniş bir kitleye ulaşmasını sağlarken, aynı zamanda etkileşimli bir iletişim ortamı oluşturur.

Sonuç olarak, sağlık alanındaki iletişimi destekleyen teknolojik araçlar, sektörün genel performansını ve hizmet kalitesini yükseltir. Elektronik sağlık kayıtları, teletıp ve tele-sağlık uygulamaları, mobil uygulamalar, e-posta ve dijital mesajlaşma platformları ile sosyal medya gibi teknolojik yenilikler, sağlık hizmetlerini daha erişilebilir kılar ve hastaların ihtiyaçlarına daha hızlı yanıt verilmesine olanak tanır. Ancak bu araçların etik kurallara ve güvenlik standartlarına uygun bir şekilde kullanılması, hastaların gizliliğinin ve güvenliğinin korunması açısından büyük önem taşır.

## Kaynakça

- Akal, Ş. (2021). Elektronik Sağlık Kayıt Sistemleri. N. Bozbuğa, & S. Gülseçen içinde, Tıp Bilişimi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Yayınevi.
- Anık, C. (2000). Siyasal İknâ. Ankara: Vadi Yayınları.
- AÖF Yayınları. (2012). İletişim Bilgisi. Eskişehir: Açık Öğretim Fakültesi Yayınları.
- Aydoğan, M. (2015). Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi ve Sağlık Hizmetleri Sunumunda İletişimin Önemi. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, İstanbul.
- Aziz, A. (2016). İletişime Giriş. İstanbul: Hiperlink Yayınları.
- Balcı, F. (2002). İletişim. 09 15, 2023 tarihinde Çağın Polisi Dergisi: <https://www.caginpolisi.com.tr/iletisim/> adresinden alındı.
- Berlo, D. K. (1960). The process of communication; an introduction to theory and practice. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Bolat, S. (1996). Eğitim Örgütlerinde İletişim. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 12, 75-80.
- Bulduklı, Y., & Türkmenoğlu, A. (2015). Bilgi Toplumunda Kamu Kurumlarının Bilgi Edinme Birimleri ve Halkla İlişkiler. Hacettepe Üniversitesi Türkiyat Araştırmaları, 22(22), 47-64.
- Ceylan, Ş. (2019). Sağlık Çalışanlarında Etkili İletişim Becerilerinin Değerlendirilmesi. İzmir: T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği Kliniği.
- Çamdereli, M. (2008). İletişime Giriş. İstanbul: Dem Yayınları.
- Doğan, E. (2015). Türkiye'deki Görsel İletişim Tasarımı Bölümleri Üzerine Genel Bir Durum Analizi. İletişim Çalışmaları Dergisi, 1(1), 15-33.
- Doruk, E. K. (2017). İletişim Bilimi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Açık Ve Uzaktan Eğitim Fakültesi.
- Dökmen, Ü. (2005). İletişim Çatışmaları ve Empati. İstanbul: Sistem Yayıncılık.
- Dönmez, O. (2019). Eski Mısır Uygarlığında Tıp Uygulamaları. Denizli: Pamukkale Üniversitesi.
- Erdem, A. (2010). İletişim Sürecinde Geri Bildirimin Önemi ve İletişime. Erciyes İletişim Dergisi, 1(3).
- Erer, S. (2013). Kitle İletişim Araçları ve Tıp Etiği. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 3(3), 24-28.
- Gökdağ, R. (2016). Üniversite Öğrencilerinin Uyku Öncesi İçsel İletişim Konuları. Nişantaşı Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 4(2), 32-43.

- Gündüz Hoşgör, D. (2014). İletişim ve Sağlık İletişimi. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, İstanbul.
- Güngör, N. (2018). İletişim Kuramlar ve Yaklaşımlar. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Güngör, N. (2018). İletişime Giriş. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Güz, N. (2012). İletişim Süreci ve Temel Ögeler. İstanbul Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi, 0(7).
- Hasta Hakları Yönetmeliği (1998, 08 01). Resmi Gazete (sayı: 23420). 09 17, 2023 tarihinde <https://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/23420.pdf> adresinden alındı.
- Hazar, Ç. (2006). Selçuk İletişim. Selçuk İletişim, 4(2), 125-140.
- Işık, M., Biber, L., Öztekin, A., & Öztekin, H. (2010). Genel ve Teknik İletişim. Konya: Eğitim Kitabevi.
- İyi, S., & Tepe, H. (2019). Etik Nedir. İ. Kuçuradi, & D. Taşdelen (Dü) içinde, Etik. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi.
- Kavak, Z. B. (2018). Kişilerarası İletişimde Sözsüz İletişim Unsuru Olarak Marka. İstanbul: İstanbul Ticaret Üniversitesi.
- Kaya, Z. (2006). Öğretim Teknolojileri ve Materyal Geliştirme. Ankara: Pegem A Yayıncılık.
- Kılıç, M. (2014). Sağlık Kurumlarında İletişim: Hasta-Sağlık Personeli İletişimi. İstanbul: Beykent Üniversitesi.
- Koçyiğit, M. (2018). Etkili İletişim Ve Duygusal Zekâ. Konya: Eğitim Yayınevi.
- Koşar, E. (2002). Öğretim Teknolojileri ve Materyal Geliştirme. Bursa: Ezgi Kitabevi Yayınları.
- Kurt, G. (2016). Türkiye’de Dijital Diplomasi Uygulamalarının Kamusal İletişim Bağlamında Analizi: Gezi Parkı Örneği. İstanbul: Galatasaray Üniversitesi.
- Kurdaş, M. Ç. (2018). Jean Baudrillard’ın Simülasyon Kuramında Kitle İletişim Araçları ve Toplumsalın Sonu. Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 11(3), 2012-2023.
- Millî Eğitim Bakanlığı. (2015). Mesleki Gelişim Etkili İletişim. Ankara.
- Önlü, M., & Saran, M. (2019). Akademik Bir Disiplin Olarak Kültürlerarası İletişim ve Kuramsal Temelleri. S. Bitirim Okmeydan, & M. Saran (Dü) içinde, Kültürlerarası İletişim İletişim Odaklı Güncel Yaklaşımlar. Konya: Eğitim Yayınevi.
- Pearson, J., & Nelson, P. (1997). An introduction to human communication : understanding & sharing. Boston: McGraw-Hill.
- Rosengren, K. (2000). Communication : an introduction. London: Thousand Oaks.



- Sarp, N. (2018). Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Hizmet Kuruluşları. M. Şeker, & Y. Bulduklu (Dü) içinde, Sağlık Kurumları Yönetimi I (s. 31). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayını.
- Sezer, N. (2017). Etkili İletişim Becerileri. 09 17, 2023 tarihinde Açık ve Uzaktan Eğitim Fakültesi:  
<http://auzefkitap.istanbul.edu.tr/kitap/kok/etkiliiletisimbecerieriau243.pdf>  
adresinden alındı.
- Sungur, C. (2020). Teletıp Uygulamalarında Hasta Memnuniyeti: Bir Sistematik Derleme Çalışması. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 23(3), 505-522.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Dijital Hastane. (2014). EHR (Electronic Health Record) - ESK (Elektronik Sağlık Kaydı). 09 16, 2023 tarihinde <https://dijitalhastane.saglik.gov.tr/TR,4874/ehr-electronic-health-record---esk-elektronik-saglik-kaydi.html> adresinden alındı.
- TDK. (2023, 09 15). Türk Dil Kurumu. <https://www.sozluk.gov.tr/> adresinden alındı.
- Tengilimoğlu, D., Işık, O., & Akpolat, M. (2014). Sağlık İşletmeleri Yönetimi. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Terakye, G. (1994). Hemşirelikte İletişim ve Hasta Hemşire İlişkileri. Ankara: Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü.  
<https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/200701101555430hemsirekikkitap.pdf> adresinden alındı.
- Uçar, S., & Kızılaslan, H. (2017). Örgütiçi İletişim Becerilerinin İşgören Performansı Üzerine Etkileri. Uluslararası Kültürel ve Sosyal Araştırmalar Dergisi (UKSAD), 3(2), 180-194.
- Uztuğ, F. (2009). İletişim Engel ve Etmenleri. U. Demiray içinde, Genel İletişim (s. 197-218). Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık.
- Wang, D.-H., & Li, H. (2007). Nonverbal Language in cross-cultural Communication. Sino-US English Teaching, 4(10), 66-70.
- Yağbasan, M., & Çakar, F. (2006). Doktor-Hasta İlişkisinde Dile Ve Davranışa Dayalı İletişimsel Sorunları Belirlemeye Yönelik Bir Alan Araştırması. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi(15), 609-629.
- Zıllıoğlu, M. (2010). İletişim Nedir? İstanbul: Cem Yayınevi.

## BÖLÜM 3

### SAĞLIK KURUMLARINDA İNSAN KAYNAKLARI UYGULAMASI: İŞE ALIM SÜRECİ

Harika ŞEN<sup>3</sup>

DOI: <https://dx.doi.org/10.5281/zenodo.10050158>

#### GİRİŞ

İşletmeler yönetim anlayışı kapsamında rekabet üstünlüğü sağlayabilmek adına insan kaynakları yönetim sistemlerine uzun zamandır önem vermektedir. Hizmet sektörünün yapısı gereği insan kaynakları yönetimi ve endüstri ilişkileri uygulamalarının yoğun teknolojik gelişmeler ışığında her geçen gün değişim geçirdiği bilinen bir gerçektir. Özellikle hizmet sektöründe yer alan hastaneler hem sektörün getirmiş olduğu dinamikler hem de sağlık işletmelerinin kendine özgü yapısı gereğince bu değişimin trendlerini yakalamak zorundadır.

Endüstri 4.0 ile birlikte işletmelerin yönetsel düzeyde geçişmiş olduğu dönüşüm ister istemez yansımalarını insan kaynakları yönetiminde de göstermiş, yapay zeka uygulamaları işgücünün yerini almaya başlamıştır. Bu değişim rüzgarı tüm gücüyle devam ederken 2019 yılında Covid-19 Pandemisi patlak vermiştir. Pandeminin ardından çalışma koşullarında yaşanan değişiklikler, insan kaynakları departmanlarının uygulaması gerekmekte olan stratejilerde de dönüşümü beraberinde getirmiştir. İşe alım süreciyle birlikte başlayan insan kaynakları uygulamaları, mülakat stratejilerinin farklılaşmasına, iş sağlığı ve güvenliği düzenlemelerinin revize edilmesine, mevcut ücret sisteminin değişmesine, hatta personeli motive eden araçların bile yön değiştirmesine neden olmuştur.

Pandeminin başından beri genel geçerliliğini koruyan ihtiyaç sağlık çalışanları olmuştur. Bu süreçte sağlık kurumlarının personel ihtiyacını karşılamak için zamanla yarışır hale gelmesi işe alım sürecinin farklı uygulamalarla hızlanmasını gerektirmiştir. Bundan dolayı sağlık işgücü açığının bir an önce ilgili kurumda telafi

<sup>3</sup> Dr. Öğr. Üyesi., Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Sağlık Meslek Yüksek Okulu, harika.sen@sbu.edu.tr  
Orcid: 0000-0002-3893-5587

edilmesi için teknolojinin nimetlerinden yararlanılmıştır.

## 1. İnsan Kaynakları Yönetimi ve Önemi

İşletme girdileri göz önüne alındığında; insan kaynağının yetileri sayesinde diğer girdilerin değer kazandığı ve önemli bir işleve sahip olduğunu söylemek mümkündür. İnsan kaynakları yönetimi, örgütlerde insan kaynağı ihtiyacının araştırılıp giderildiği, işe alınan personelin verimli bir şekilde çalışması için gerekli teşvik ile çalışma ortamının sağlanması dahil olmak üzere, diğer kuruluşların işletme fonksiyonları olan üretim, pazarlama, finans gibi kuruluşun amaçlarını gerçekleştirmesinde katkıda bulunan bir işletme fonksiyonu olarak tanımlanmaktadır (Tengilimoğlu & Akbolat, 2017).

İnsan sermayesi, örgütü başarılı olmaya iten temel unsur olması nedeniyle tüm örgütlerde en önemli varlıktır (Jain vd., 2022). İşletmenin yer aldığı sektör ne olursa olsun, sürecin uzman İKY kişileri, bölümleri ya da bölüm yöneticileri tarafından yürütülmesi, ilgili kişilere ücret ödenmesi ve bu kişilerin insanları yönetmesi İKY olarak adlandırılır (Brewster & Cerdin, 2018, s. 3-4). Günümüz ekonomik koşullarında işletmelerdeki insan kaynağı unsuru, örgütün hayatta kalma, sürdürülebilir rekabet ve performans üstünlüğü yaratma açısından daha da önemli görülmektedir (Yavan, 2012, s.1; Ögüt vd., s.278, 2012).

Araştırmalar İKY uygulamalarının örgüt performansını artırdığını ortaya koymaktadır (Birdi ve diğ.2008). Örgütün varlığı ve devamlılığı konusunda insan unsurunun hayati bir öneme sahip olması, sıradan bir fikir olmaktan sıyrılarak, stratejik bir değer olduğunun şirket yönetimlerince kabul görmesi, yönetimin insan unsuruna ağırlık vermesini sağlamıştır (Benli ve Şahin, 2004, s. 113-114).

İnsan kaynakları yönetimi uygulamaları bölümünde süregelen uygulamalarla birlikte pandemi sürecinde bir zorunluluk haline gelen elektronik ortam kullanımı ve elektronik ortamda insan kaynakları konularına değinilmiştir. Özellikle yüz yüze görüşmelerin imkansız olduğu bu süreçte kısa zamanda doğru personel seçiminin yapılma zorunluluğu elektronik ortamda yapılan iş görüşmelerini daha cazip hale getirmiştir. Bunun için de her kurum kendi içinde işe alım politikaları geliştirerek süreci en verimli şekilde geçirmeye çalışmıştır.

## 2. İnsan Kaynakları Yönteminde İşe Alım Süreci

İnsan kaynakları yönetiminde hastanelerde gerçekleştirilen işe alım süreci kompleks bir yapı sergilemektedir. Bu durumun başlıca nedeni hastanelerde çalışan meslek gruplarının çeşitliliği ile açıklanabilir. Bilindiği üzere hastanelerde başta doktorlar olmak üzere, hemşire, sağlık memuru, acil tıp teknikeri, radyoloji teknikleri, laboratuvar teknikeri, fizyoterapist, diyetisyen vb. yardımcı sağlık personeli çalışmaktadır. Hekimlik hizmetleri ve hemşirelik hizmetleri olarak adlandırabileceğimiz bu grupların dışında ayrıca idari personelin yer aldığı insan kaynakları, muhasebe ve finans, satınalma, halkla ilişkiler, hasta hizmetleri birimleri ile destek ve teknik hizmetler birimi çalışanları da yer almaktadır. Bu birimler içinde her işletmede olduğu gibi sağlık kurumlarında da insan kaynakları birimi hayati öneme sahiptir.

İşe alım sürecinin başlangıcı norm kadro ya da işgücü planlaması olarak adlandırabileceğimiz adım ile başlamaktadır. Hastanelerdeki işgücü planlamasının gelecek dönemdeki değişiklikleri de kapsayacak şekilde gerçekleşmesi büyük öneme sahiptir. Her geçen yüzyılda yaşanan değişimler, artık dekatlarla ya da yıllarla ifade edebileceğimiz daha kısa zaman dilimlerinde yaşanmakta; söz konusu değişimlerin yaşadığı hız daha dinamik ve stratejik planlama yapılmasını zorunlu kılmaktadır. Bu bakımdan önemli bir insan kaynakları uygulaması olan işe alım süreci; başvuruların kabulü ve ön eleme, personel seçim tekniklerinin uygulanması, işe yerleştirme olarak sıralanabilir.

### 2.1 Başvuruların Kabulü ve Ön Eleme

Sağlık işletmelerine başvuru sistemi ilgili kurum için oluşturulan norm kadro çerçevesinde gerçekleşmektedir. Her kurum kendi yatak sayısı, hizmet verdiği alanın büyüklüğü, ilgili kanun ve yönetmelikler çerçevesinde norm kadrolarını belirlemektedir. Türkiye’de bu konuda özel hastaneler yönetmeliği ve ayakta teşhis ve tedavi yönetmeliği gereğince sağlık kurumunun istihdam edebileceği azami hekim sayıları belirlenmektedir. Bu kadroların üzerinde hekim çalıştırılmasına müsaade edilmemekte; ilgili branştaki hekim adına bağlı bulunan ilin il sağlık müdürlüklerinden çalışma belgesi çıkarılarak hekim hasta kabulüne başlaması mümkün olabilmektedir.

Hekimler için getirilen bu kısıtlama haricinde yardımcı sağlık profesyoneli ve idari personel için bahsi geçen norm kadro kısıtlaması bulunmamaktadır. Bu bakımdan sağlık kurumu istediği sayıda yardımcı sağlık personeli ve idari personel alımı gerçekleştirebilmektedir. Bu nedenle gelen başvurular bir sistem dahilinde toplanıp ön elemenin yapılması gerekliliği doğmaktadır.

İşletmeler personel ihtiyacını kendi web siteleri üzerinden yada kariyer portallarından yayınladıkları iş ilanı ile karşılayabilmektedir. Kurum iş ilanında kendi bünyesinde çalıştırmak istediği adayın eğitimi, yaşı, tecrübesi vb. nitelikleri belirleyerek aslında ön elemesini gerçekleştirmektedir. Bu şekilde uygun aday çeşitli işe alım kriterlerine göre aranabilmektedir (Öksüz, 2011: 268).

Sağlık kurumlarının insan kaynakları birimi, başvuran adayları eğitim durumu, başvuru pozisyon, yaş vb. kriterlere göre kategorize ederek bir başvuru havuzu oluşturabilmektedir. Böylelikle daha sonraki işe alımlar için de elinde birçok aday mevcut olabilmektedir. Ayrıca işletmenin profesyonel insan kaynakları şirketleri ile yapacağı sözleşme gereğince de genel başvuru havuzundan yararlanma imkanı da bulunmaktadır.

İşe alım sürecinde mülakatları yapan insan kaynakları uzmanları, yeni koşullara adapte olma kabiliyeti yüksek, sağlık kurumuna katkı sağlayabilecek, bilgi birikimine sahip kişileri tercih etmektedir. Genel kabul görmüş doğru işe doğru çalışan alma ilkesi çerçevesinde bu tercihlerin yapılması gerekmektedir.

Sağlık kurumlarında işe alım süreci farklı meslek mensuplarının çeşitliliği nedeniyle diğer kurumlara göre farklılık arz etmektedir. İnsan kaynakları uzmanları işe alım sürecinde başvuruların yoğunluğuna göre yazılı sınav başta olmak üzere sözlü mülakat, grup mülakatları vb. yöntemleri kullanmaktadır. Bunun haricinde psikometrik testler, zeka testleri, yetenek testleri, kişilik testleri veya başarı testleri de aday hakkında önemli bilgiler vererek yol gösterici olmaktadır.

Sağlık profesyonellerinin mülakat sürecinde insan kaynakları uzmanlarının tek başlarına bulunmaları çoğu zaman yeterli olmamakta; iş alımının gerçekleşeceği pozisyonun bağlı olduğu birim yöneticisinin de eşlik etmesi gerekmektedir. Her biri ayrı eğitim ve uzmanlık sürecinden geçen meslek sahiplerinin uzmanlık alanları ile

ilgili değerlendirmeyi tek başına insan kaynakları biriminin gerçekleştirmesi mümkün olmamakta hatta yetersiz kalmaktadır. Bu bakımdan ilgili pozisyonun birim sorumlusu ile insan kaynakları yönetimi birlikte hareket etmek durumunda kalmaktadır. Kısacası bu tür pozisyonlarda birebir mülakat tekniğinden ziyade; sıralı, panel veya toplu mülakat tekniklerinden biri tercih edilmektedir.

Sağlık kurumlarında mülakatı yapacak olan uzman öncelikle görüşme yapacağı adayın özgeçmişini incelemeli, aday hakkında yeterli bilgiye sahip olmalıdır. Bu durum kurum aidiyetinin oluşmasının başlangıcı olarak kabul edilebilir. Çünkü aday kendisinin kurum tarafından ciddiye alındığını ilk olarak mülakat aşamasında hissetmektedir.

Son yirmi yıllık süreçte teknoloji alanında yaşanan gelişmeler, e- insan kaynakları uygulamalarının devreye girmesini de beraberinde getirmiştir. Yapay zeka teknolojileri sayesinde çok az sayıda çalışan istidam eden işletmeler için yapay zeka destekli ve eş zamanlı ya da eş zamansız iş başvurusu yapan adaylar ile video görüşme teknolojisi desteği vermektedir (Tiftik, 2021, s.385). Böylelikle geleneksel yüz yüze çalışan temin etme maliyetini ortadan kaldırılabilmektedir (Tiftik, 2021, s.385).

Asenkron mülakat olarak tanımlayabileceğimiz video mülakatları sayesinde işe kabul edilmek istenen adaylar kendi videolarını çekerek internet bağlantısı sayesinde görüşmeyi tek taraflı gerçekleştirebilmektedir. Bu durumun son dönemde daha da geliştiğini, çoğu kurumun kendilerine göre belirlediği soruları önden adaylara yollayarak videolarını bu sorular çerçevesinde hazırlamalarını istedikleri görülmektedir. Böylelikle temel sorular üzerinden yapılan görüşmeler sayesinde ilk eleme yapıldığı ve uygun görülen adaylarla yüz yüze mülakatların gerçekleştiği görülmektedir.

Bir adım ileri gittiğimizde ise sohbet robotları özgeçmişleri inceleme, eleme, online mülakatlarda adayın ses tonunu, enerjisini ve mimiklerini okuyup aranan pozisyona uygun olup olmadığını analiz edebilme gibi bir işe alım uzmanının yaptığı değerlendirmeyi yapabilmektedir (Akduman, 2021, s.32).

İnsan bilişsel işlevlerini taklit etmeyi hedefleyen (Orhan, 2022, s. 123) yapay zeka

teknolojileri her alanda olduğu gibi insan kaynakları uygulamalarında da yeni sistemlerin kapısını aralamıştır. Özellikle Covid-19 Pandemisi sürecinde online mülakatlar işe alım süresince sıklıkla kullanılan uygulamalar olarak karşımıza çıkmıştır.

## 2.2. Personel Seçim Tekniklerinin Uygulanması

Personel seçim sürecinde, uygulanacak seçim tekniğinin belirlenmesi doğru personelin işe alınması bakımından önemlidir. Çünkü seçme süreci organizasyonun hayat damarlarından birisidir; etkin ve doğru şekilde işlemesi gerekmektedir (Goodstein, L. D. & Davidson, A, 1998, s.2).

Mülakat tekniklerini “Bireysel Derinlemesine Mülakat Yöntemi”, “Grup Derinlemesine Mülakat Yöntemi”, “Panel Mülakat”, “Bilgisayar Destekli Mülakat” olarak gruplandırmak mümkündür.

Bireysel derinlemesine mülakat daha ziyade sohbet havasında herhangi bir soru kalıbına bağlı olmadan gerçekleşen mülakat yöntemidir. Görüşmenin akışına göre soruların şekillendiği bu yöntemde adayın fikirlerine, bakış açısına ve beden diline göre bir değerlendirme yapılmaktadır. Sosyal psikoloji ve iletişim temeline dayanan grup derinlemesine mülakat yönteminde ise görüşmeye alınan adayların mülakat esnasında iletişim ve etkili konuşma kabiliyetleri incelenirken grup içi davranışları daha şeffaf bir şekilde gözlemlenebilmektedir (Özer, 2013, s.16). Panel mülakatlarda ise mülakatın kapsamında yer alan sorular önceden belirlenmektedir. Panel mülakat yönteminin ayırt edici en önemli özelliği görüşmecilerin işletme içerisinden seçilmiş olmasıdır. Bu durum aynı zamanda çalışanların örgütsel bağlılığını da artırmaktadır. Pandemi süreci ile birlikte sıkça kullanılan diğer mülakat türü bilgisayar destekli mülakattır. Çevrimiçi mülakat olarak da tanımlayabileceğimiz ve istenildiğinde gerçekleştirilebilen bu mülakat yönteminde aday önceden belirlenmiş mülakat sorularını yanıtlamaktadır (Decenzo vd., 2017, s.155).

Genelde çalışanlardan istenen davranış, öğrenmeye ve gelişime olan adanmışlık olduğundan işe alım sürecinde adayların öğrenmeye açık olup olmadıkları ve kurum aidiyeti konusundaki görüşleri test edilmektedir (Uğrak vd.,2016, 73). Bunun

için mülakatların yetkin insan kaynakları uzmanları tarafından gerçekleştirilmesi gerekmektedir.

### **2.3. Mülakatın Sona Ermesi ve Değerlendirme**

Mülakatın sona ermesini belirleyecek olan insan kaynakları uzmanı, bu durumu karşısındaki adaya net bir şekilde ifade etmek durumundadır. Özellikle stres seviyesi yüksek olan aday görüşmenin bitip bitmediği konusunda emin olmayabilmektedir. Mülakatın sonlanması aşamasında personel adayı ile anlaşmaya varılan mutabık kalınan konular tekrarlanmalı ve olası yanlış anlaşılımların önüne geçilmelidir (Çevik, 2010: 56).

Mülakat aşamasından sonraki süreç, adayların değerlendirilmesi ve en uygun adayın seçilmesidir. Adayın değerlendirilmesi aşaması sağlık işletmelerinde biraz daha karmaşık bir yapı sergilemektedir. Bu durum değerlendirilmeye alınan adayların hem ilgili birim yöneticisi hem de insan kaynakları uzmanı tarafından değerlendirilmeye alınmasından kaynaklanmaktadır. Bazen ilgili birim yöneticisinin acil personel ihtiyacı bulunması nedeniyle eğitimi tek kriter olarak değerlendirmesi insan kaynakları uzmanı ile çatışma yaşamasına neden olabilmektedir. Çünkü değerlendirme aşamasında eğitim tek başına bir kriter olarak görülmemekte; kurumun dinamikleri çerçevesinde belirlenen diğer kriterlerin göz ardı edilmemesi gerekmektedir. Bu nedenle mülakatı yapan kişilerin mülakat yöntemleri konusunda özel eğitim almaları ve değerlendirmeyi öznellikten çıkarmaları gerekmektedir. Uygun adayın seçilmesi ve bu seçimin objektif kriterlere göre yapılması konusunda son yıllarda yapay zeka tekniklerinin uygulanması sıklıkla gündeme gelmektedir.

### **SONUÇ**

Entelektüel sermayenin bir unsuru olarak kabul edilen insan gücü kurumların rekabetçi konumlarını korumalarında işletmeye değer katan önemli bir kaynak olarak görülmektedir (Mansur & Seyhan, 2021, s. 1036). Bu nedenle personel seçimi zor ve titizlikle yapılması gereken bir süreci kapsamaktadır. İnsan kaynağı seçiminin doğru ve etkin bir şekilde gerçekleşebilmesi için planlanmış ön hazırlık aşaması gerekmekte; bu nedenle insan kaynağı planlamasının doğru bir şekilde yapılması önem arz etmektedir.



İnsan kaynağı seçme süreçlerinden en çok tercih edilen seçim aracı mülakattır. Mülakat çoğu insan kaynakları uzmanı tarafından yüz yüze gerçekleşmesi bakımından tercih edilmektedir. Sağlık kurumları çok sayıda hizmetin bir arada yer aldığı, farklı meslek gruplarını istihdam eden, emek yoğun örgütlerdir (Uzunhasanoğlu & Şen, 2023, s. 77). Bu nedenle personel seçimi ve seçim sürecinde insan kaynakları birimiyle birlikte çalışacak ilgili birim yöneticisinin ortak bir paydada buluşması gerekmektedir.

Günümüzde çoğu işletme kendi web sitesi üzerinden iş başvurularını almakta ve başvurularının ön elemesini internet üzerinden gerçekleştirmektedir. Ayrıca insan kaynakları danışma şirketlerinin veri tabanları vasıtasıyla da işe alım teknolojisi kullanılarak personel için ön eleme ve seçim süreci daha kısa sürede yapılmaktadır.

Günümüzün rekabet ortamında işletmeler, maliyetlerini azaltmak adına çoğunlukla personel alımını kurum içinden gerçekleştirirken; sağlık işletmelerinde ayrılan personelin bulunduğu birimin özelliğine göre çoğu zaman kurum içinden temini mümkün olamamaktadır. Bu nedenle işletmeler personel seçim sürecinin maliyetlerini azaltmak ve zaman tasarrufu sağlamak adına, dijital işe alım sürecini tercih etmeye başlamıştır.

Yapay zeka uygulamalarının yaygınlaştığı sağlık kurumlarında, teknolojik tabanlı sistemlerin yoğunluğu her geçen gün artarken; aynı şekilde insan kaynakları birimi de online görüşmeler, online testler vb. dijital dönüşümlerin nimetlerinden yararlanmaktadır.

## KAYNAKÇA

- Akduman, G. (2019). Dijital İşe Alım: Dijital Dünya'nın İnsan Kaynakları İşe Alım Fonksiyonuna Etkisinin Kavramsal ve Uygulama Örnekleriyle Değerlendirilmesi. *International Journal of Arts and Social Studies*, 2(3), 24-44.
- Benli, A. ve Şahin, L. (2004). İnsan Kaynakları Yönetiminde İşgören Bulma ve Seçme: Çınar Hotel Uygulaması. *Bilgi Dergisi*, 8, 113-114.
- Brewster, C., & Cerdin, J.-L. (2018). The Management of People in Mission-Driven Organizations. C. Brewster, & J.-L. Cerdin (Dü) içinde, *HRM in Mission Driven Organizations: Managing People in the Not for Profit Sector* (s. 1-14). Switzerland: Palgrave Macmillan.
- Bırdı, K., Clegg, C., Patterson, M., Robinson, A., Stride, C. B., Wall, T. D., Wood, S. J. (2008). "The Impact of Human Resource and Operational Management Practices on Company Productivity: A Longitudinal Study", *Personnel Psychology*, 61, 467-501.
- Decenzo, D. A., Robbins, S. P. Verhulst, S. L. (2017). İnsan kaynakları Yönetiminin Temelleri [Fundamentals Of Human resource management], Ankara: Nobel Academic Publishing.
- Goodstein, L. D., Davidson, A. (1998). Hiring the Right Stuff: Using Competency - Based Selection, Compensation and Benefits Management, 14(3), 1-2.
- Jain, D., Shrivastav, N., & Vijetha, P. S. (2022). Reshaping and redefining of hr practices during and post Covid-19. *Journal of Management & Entrepreneurship*, 16(1), 81-90.
- Mansur, F & Seyhan, F. (2021). Kişisel Dozimetre Taşıyan Çalışanlarda Aşırı İş Yükünün Örgütsel Bağlılık ve İş Tatmini Üzerindeki Etkisi, *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 13(2), 1033-1049.
- Orhan, F. (2022). Sağlık Hizmetlerinden İnovasyon, İksad Yayınevi, Ankara.
- Öksüz, B. (2011). "E-İşe Alım Sürecinde Kurumsal Web Sitelerinin Kullanımı ve Konu Üzerine Bir Araştırma", *Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, C. 7 (14), 267-283.
- Tengilimoğlu D. Işık O. Akbolat M. Sağlık İşletmeleri Yönetimi. 8.Basım. Nobel Yayıncılık: Ankara, 2017.
- Tiftik, C. (2021). İnsan Kaynakları Yönetiminde Yapay Zekâ Teknolojileri ve

Uygulamaları. IBAD Sosyal Bilimler Dergisi, (9), 374-390.

Uğrak, U., Erigüç, G., Uzuntarla, Y. (2016). Personel Güçlendirme ve Sağlık Sektörü, Çankırı Karatekin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 7(1): 069-084.

Uzunhasanoğlu, G. & Şen, H. (2023). Örgütsel Sinizm, Sağlık Çalışanlarında Mutsuzluk Negatif Örgütsel Davranışlar, İksad Yayınevi, Ankara.

Yavan, Ö. (2012). Stratejik İnsan Kaynakları Yönetimi ve Firma Performansı, Akademik bakış dergisi, Celalabat, Kırgızistan,1-20.

Yeşilkuş, F., Özbozkurt, O. B., & Bahar, E. (2021). Stratejik İnsan Kaynakları Yönetimi Üzerine Profesyonel Uygulamalar: Nitel Bir Araştırma. İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi, 10(4), 3044-3067.

## BÖLÜM 4

### HASTA GÜVENLİĞİ

Öğr. Gör. Dr. Günseli UZUNHASANOĞLU<sup>4</sup>

DOI: <https://dx.doi.org/10.5281/zenodo.10050160>

#### Giriş

Sağlık, insan yaşamı için vazgeçilmez alanlardan biridir ve her birey sağlık hizmeti alırken güvende olma ve güvende hissetme beklentisi içerisinde. Bu bağlamda hasta güvenliği kavramı, sağlık hizmetlerindeki yüksek önceliklerden birini temsil eder. Hasta güvenliği, sağlık profesyonelleri, sağlık kurumları ve sağlık politikaları için vazgeçilmez bir ilkedir. Paralel olarak hasta güvenliği, sağlık hizmetlerinin karmaşıklığının ve risklerinin bilincinde olan bir yaklaşımı da temsil etmektedir. Hasta güvenliği kavramı, her türlü sağlık hizmeti ortamında geçerlidir ve bir hastanın sağlık hizmeti alırken maruz kaldığı potansiyel riskleri değerlendirmek ve bu riskleri en aza indirmek için tasarlanmış bir dizi prosedür ve uygulamayı içermektedir.

Günümüzde sağlık örgütleri hasta güvenliğinin sağlanmamasından kaynaklanan çeşitli tıbbi hatalar ve bu hataların sonucu meydana gelen zararın giderilmesi ile ilgili pek çok sorunla karşı karşıyadır. Tıbbi hata ve kazalar hastalık süreçlerinden ziyade tıbbi müdahalenin ve güvenlik açığının neden olduğu istenmeyen yaralanmalar olarak tanımlanan sonuçlardır (Alquwez et al., 2018). Bu hatalar çok çeşitlidir ve herhangi bir sağlık kuruluşunda hastalara sağlık hizmeti verildiğinde ortaya çıkabilir. Dünya genelinde yapılan çalışmalar hastaneye başvuruların %3 ila %17'sinin tıbbi bir hata veya hasta güvenliğinin ihmal edildiği bir kaza ile sonuçlandığını göstermektedir (Y. F. Chen & Adefila, 2020)

Tıbbi hata ve kazalar, hastalar için hastanede kalış süresinin uzaması, yeni hastalık ve sakatlıklar, artan ekonomik yük ve hatta ölüm gibi çeşitli zarar türlerine katkıda bulunabilmektedir. Dolayısıyla bu tür olumsuz olayları önlemeye ve

<sup>4</sup> Öğr. Gör. Dr., Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Sağlık Meslek Yüksek Okulu  
günseli.uzunhasanoglu@sbu.edu.tr <https://orcid.org/0000-0002-0585-0595>

azaltmaya yönelik müdahaleler günümüzde sağlık kurumları için küresel bir sorun haline gelmektedir. Sağlık sistemlerinin yapısı gereği tıbbi hata ve kazalara çok sayıda insan ve sistem faktörü neden olmaktadır ve bu alanlarda hasta güvenliğinin sağlanması oldukça karmaşık ve zorlayıcı çalışmalarının planlanması ve uygulanmasını beraberinde getirmektedir (Giap & Park, 2021)

Hasta güvenliği, sadece hastalar için değil, aynı zamanda sağlık profesyonelleri, sağlık kurumları ve hatta toplumlar için de büyük bir önem taşımaktadır. Hasta güvenliği kavramı, hastaların sağlığını koruma ve iyileştirme amacını taşıırken, aynı zamanda sağlık profesyonelleri, sağlık kurumları ve toplumlar için bir sorumluluk olarak kabul edilmelidir. Bu çalışmanın amacı hasta güvenliği kavramını incelemek, hasta güvenliği risklerini ortaya koymak ve geleceğe ilişkin olarak hasta güvenliği alanındaki inovatif çalışmaların faydalarına değinmektir.

### **Hasta Güvenliği Kavramı**

Hasta güvenliği kavramı, sağlık hizmetlerinin sunulması sırasında hastaların zarar görmesini önlemeyi ve tıbbi hataları minimize etmeyi simgeleyen oldukça geniş bir kavramdır. Temel olarak, hastaların sağlık hizmetlerini alırken fiziksel, duygusal ve psikolojik olarak zarar görme riskini en aza indirmeye sürecini ifade eder. Hasta güvenliği kavramı, sağlık sistemlerinin kalitesini artırmak ve hastaların sağlıklarına kavuşurken daha iyi sonuçlar elde etmelerini sağlamak amacıyla geliştirilen bir yaklaşımlar bütünü olarak ifade edilebilir (Vaismoradi, Tella, A. Logan, Khakurel, & Vizcaya-Moreno, 2020).

Dünya Sağlık Örgütü hasta güvenliğini, “hastalara önlenemez zararın verilmemesi ve sağlık çalışanlarının gereksiz zarar vermesinin önlenmesi “ olarak tanımlamaktadır (WHO, 2019). Hasta güvenliği kavramı, tıbbi hataları, enfeksiyonları, ilaç hatalarını, cerrahi hataları ve diğer sağlık hizmetlerinde ortaya çıkabilen riskleri tanımlar. Bu kavramın odak noktası, hastaların sağlık hizmeti aldıkları süreç boyunca güvende olmalarını sağlamaktır. Bu nedenle, hasta güvenliği bir dizi politika, prosedür, eğitim ve uygulama gerektiren kapsamlı bir yaklaşımdır (Franklin et al., 2020).

## Hasta Güvenliğinin Tarihçesi

Modern tıp pratiği ve sağlık hizmetlerinin önemli bir parçası olarak kabul edilen hasta güvenliği kavramı tarihsel süreci içerisinde önemli dönüşümler geçirmiştir. İlk çağlar ve orta çağda hijyen eksikliği ve tedavi yöntemlerinin primitif olması, birçok hastanın hayatını kaybetmesine neden olmuştur. Bu çağlarda hasta güvenliğinin büyük ölçüde tehdit altında olduğu söylenebilir (Ilan & Fowler, 2005).

20. yüzyılın başlarına kadar, hastaların sağlığı ve güvenliği büyük ölçüde sağlık personelinin eline bırakılmıştır. Ancak, bu dönemde tıbbi hataların ve enfeksiyonların sıkça yaşandığı bilinmektedir. Hasta güvenliği ile ilgili ilk ciddi adımlardan biri, 1847'de Ignaz Semmelweis'in el hijyeni konusundaki çalışmalarıdır. Semmelweis, el hijyenine özen gösterilmesinin enfeksiyonların yayılmasını önleyebileceğini keşfetmesi hastaların sağlığı açısından önemli bir dönüm noktası olarak görülmektedir.(Stewardson & Pittet, 2011) 20. yüzyılın başlarında, cerrahi ve beyin cerrahisinde bir öncü olarak görülen Dr. Harvey Cushing, kendi performansına bağlı olarak hastalarında oluşan zararın ayrıntılı tanımlarını yayınlamıştır (Ilan & Fowler, 2005). Leape ve arkadaşlarının 1995 yılında yaptığı "Olumsuz ilaç olaylarının sistem analizi" isimli çalışma alanda yapılan ilk çalışmalardan biri olarak görülmektedir. Bu çalışma sırasında araştırmacılar önlenebilir 264 advers ilaç olayının ve potansiyel advers ilaç olayının nedeni olan 334 hata tespit ettiler (Leape et al., 1995).

Hasta güvenliği kavramı, 1999 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde yayımlanan "IOM Raporu" (Institute of Medicine) ile daha geniş bir kapsama kavuşmuştur. Bu rapor, tıbbi hataların sağlık sisteminin bir parçası olarak kabul edilmesini ve hasta güvenliği konusuna daha fazla dikkat çekilmesini sağlamıştır. Böylelikle hasta güvenliği, sağlık kurumlarının ve sağlık profesyonellerinin öncelikleri arasına girmiştir.(Stelfox, Palmisani, Scurlock, Orav, & Bates, 2006). 2000'li yıllara gelindiğinde, birçok ülke hasta güvenliği ile ilgili ulusal politikalar ve standartlar geliştirmeye başlamıştır. Özellikle tıbbi hatalar nedeniyle hastaların avukatları aracılığı ile davalar açmaya başlaması ve tıbbi hatalar nedeniyle artan maliyetler hasta güvenliği konusunda sağlık kurumlarının ciddi önlemler almasına neden olmuştur. Dolayısı ile sağlık hizmetlerinde kaynakları daha etkili bir şekilde kullanma ve hataları en aza indirmeye amacıyla çeşitli eğitim programları ve

prosedürler oluşturulmaya başlanmıştır

Ülkemizde ise 1861 tarihinde yayınlanan Beledi İspençiyarlık Sanatının İcrasına Dair Nizamnamenin 18. maddesinde ilaç hatalarını engellemeye yönelik düzenleme bulunduğu bilinmektedir (Kurutkan, Orhan, & Kaygısız, 2017)

Günümüzde bilimsel temellere dayanan sağlık uygulamaları, gelişen hasta hakları hareketleri ve teknolojik ilerlemeler, hasta güvenliğini ön planda tutan bir sağlık sisteminin oluşturulmasına katkıda bulunmaktadır.

### **Hasta güvenliği neden önemlidir?**

Hasta güvenliği aşağıda belirtilen başlıklar nedeniyle giderek önemi artan bir kavram haline gelmiştir.

**Hastaların Sağlığını Koruma:** Hasta güvenliği uygulamaları, hastaların sağlığını koruma amacını taşır. Tıbbi hatalar ve sağlık hizmetlerinden kaynaklanan zararlar sıkça önlenebilir, bu da hastaların daha sağlıklı ve daha uzun bir yaşam sürmelerini sağlar.

**Hastane Enfeksiyonlarını Önleme:** Hasta güvenliği önlemleri, hastane enfeksiyonları gibi sağlık kurumlarında yaygın olarak görülen sorunları ele alır. Bu, hastaların hastanede tedavi edilirken başka sağlık sorunlarına yakalanma riskini azaltır (Doğanyigit, 2021).

**Maliyet Tasarrufu:** Hasta güvenliği uygulamaları, tıbbi hataların ve komplikasyonların azaltılmasına yardımcı olur. Bu, sağlık hizmetlerinin maliyetlerini düşürebilir ve kaynakların daha etkili kullanılmasına katkıda bulunabilir (In IOM, 2000).

**Hasta Memnuniyeti:** Hasta güvenliği uygulamaları, hastaların daha olumlu deneyimler yaşamalarına yardımcı olur. Bu da hastaların sağlık hizmeti sağlayıcılarına daha fazla güvenmelerini ve tedaviye daha iyi uyum sağlamalarını teşvik edebilir (In IOM, 2000).

**Hukuki Sorumluluğu Azaltma:** Hasta güvenliği önlemleri, sağlık profesyonellerini ve sağlık kurumlarını hukuki sorumluluktan koruyabilir. Günümüzde malpraktis

davaları giderek artmaktadır ve özellikle hekimler için malpraktis önemli bir sorun haline gelmiştir (Uğrak & Işık, 2022). Hataların azaltılması, malpraktis davalarının azalmasına katkıda bulunabilir. (In IOM, 2000).

Hasta güvenliği sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmak, hastaların güvende hissetmelerini sağlamak ve sağlık sisteminin sürdürülebilirliğini desteklemek için temel bir unsurdur (Acar, 2008). Bu nedenle, sağlık hizmeti sunan herkesin hasta güvenliği ilkelerine bağlı kalarak çalışması kritik bir öneme sahiptir.

### **Hasta güvenliği kültürü kavramı**

Hasta güvenliğini etkileyen önemli bir kavramda hasta güvenliği kültürüdür. Hasta güvenliği kültürü, sağlık hizmetlerinde güvenli ve kaliteli bakım sağlamaya yönelik bir yaklaşımı ifade eder. Bu kültür, sağlık hizmeti sunan profesyonellerin, hastanelerin ve sağlık sistemlerinin hastaların güvenliği konusunda taşıdığı değerleri, inançları ve uygulamaları içerir. Hasta güvenliği kültürü, hastaların sağlık hizmetlerini alırken güvende hissetmelerini ve sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmayı hedefler (Singer, Lin, Falwell, Gaba, & Baker, 2009) .

Hasta güvenliği kültürü, tıbbi hataları azaltmaya odaklanır. Sağlık hizmeti sunanlar, hataları açıkça tanımlayarak ve öğrenme fırsatları yaratarak sürekli olarak iyileşmeye çalışmalıdır. Bu, sağlık hizmetlerinin kalitesini artırır ve benzer hataların tekrarlanmasını önler. Eğitim ve farkındalık da hasta güvenliği kültürünün bir parçasıdır. Sağlık profesyonelleri, hasta güvenliği konusunda eğitilmeli ve güncel bilgilere erişimleri sağlanmalıdır. Ayrıca, hastaların ve ailelerinin de hasta güvenliği konusunda bilinçlenmeleri teşvik edilmelidir. Bu, hasta güvenliği kültürünün tüm paydaşlar arasında benimsenmesini kolaylaştırır (Smits, Wagner, Spreeuwenberg, Van Der Wal, & Groenewegen, 2009).

Hasta güvenliği kültürünün önemli unsurlarından biri, açık iletişimdir. Sağlık çalışanları ve hastalar arasında etkili bir iletişim, hasta güvenliği kültürünün temel taşlarından biridir. Sağlık profesyonellerinin hastalarıyla açık ve dürüst bir iletişim kurmaları, tedavi seçeneklerini anlaşılır bir şekilde açıklamaları ve hastaların sorularına yanıt vermeleri, hasta güvenliğini artırır (Burgener, 2020). Ayrıca, hastaların sağlık hizmetleri hakkında endişelerini ve şikayetlerini ifade etmeleri



teşvik edilmelidir (El-Jardali, Sheikh, Garcia, Jamal, & Abdo, 2014). Hasta güvenliği kültürü, özgürlüğü ve şeffaflığı teşvik eder. Sağlık profesyonelleri, hataları rapor etmekten çekinmemeli ve kurumları, açık ve adil bir şekilde bu hataları ele almalıdır (El-Jardali et al., 2014). Güçlü bir güvenlik kültürüne ulaşmak için bunun sağlık hizmeti ortamında değerlendirilmesi önemlidir Tüm organizasyonun ve üyelerinin hasta güvenliğine yönelik inançları, normları, değerleri, tutumları ve davranışları öncelikle değerlendirilmelidir (Khater, Akhu-Zaheya, Al-Mahasneh, & Khater, 2015). Değerlendirmeler mevcut durumu gösterir ve bir sağlık tesisinde hasta güvenliğinin güçlü ve zayıf yönlerini ima eder (Smits et al., 2009). Bu değerlendirme, sağlık hizmeti sağlayıcılarının hasta güvenliği konusundaki algısını, yönetici ve liderlerin hasta güvenliğini teşvik etme ve sağlama çabalarını ve desteğini, personel alımı ve olay raporlamayla ilgili konuları kapsar. Ayrıca, değerlendirme sonuçlarının yurt içinde veya yurt dışında diğer sağlık tesisleriyle karşılaştırılması, yerel ve uluslararası bağlamlarda hasta güvenliği kültürünün geniş ve net bir resmini oluşturmaya yardımcı olur (Lee et al., 2019) .

Sonuç olarak, hasta güvenliği kültürü sağlık hizmetlerinin merkezine güvenlik ve kaliteyi yerleştirir. Bu kültür, hastaların sağlık hizmetlerinden en iyi sonuçları elde etmelerini sağlamak için sağlık profesyonelleri, yöneticiler ve hastalar arasında işbirliği yapmayı teşvik eder. Hasta güvenliği kültürü, sağlık hizmetlerinde sürekli iyileşmeyi ve güvenliği sağlamayı amaçlayan bir paradigma olarak önemini sürdürmektedir (Halligan & Zecevic, 2011).

### **Hasta Güvenliği Tehditleri: Sağlık Hizmetlerinde Karşılaşılan Riskler**

Hasta güvenliği, sağlık hizmetlerinin merkezinde yer alır ve her sağlık kurumu ve sağlık profesyoneli tarafından öncelikli bir endişe olarak ele alınmalıdır. Ancak, sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında bazı tehlikeler ve riskler vardır. Hasta güvenliği risk ve tehditleri şu şekilde sıralanabilir;

1. İlaç Hataları: İlaç hataları, hastalar arasında en yaygın ve tehlikeli hasta güvenliği sorunlarından biridir. Yanlış ilaçlar, yanlış dozajlama veya yanlış yolla verilen ilaçlar gibi nedenlerle ilaç hataları meydana gelebilir. Bu hatalar hastaların sağlığına ciddi zararlar verebilir ve bazen ölümcül olabilir. Bu nedenle, sağlık profesyonellerinin ilaç yönetimi konusunda dikkatli olmaları ve eğitim almaları kritik

önem sahiptir (Aslan, 2020).

2. Enfeksiyon Kontrolü Sorunları: Hastane enfeksiyonları, hastalar için büyük bir tehlike oluşturur. Özellikle cerrahi müdahaleler veya bağışıklık sistemini zayıflatan hastalıklar gibi durumlarda, enfeksiyonlar ciddi sonuçlar doğurabilir. Enfeksiyon kontrolü protokollerinin eksikliği veya uygulanmaması bu tehdidi artırabilir. Bu nedenle, sağlık kurumları, enfeksiyon kontrolüne yönelik sıkı politikalar ve prosedürler oluşturmalıdır (Doğanyigit, 2021).

3. Cerrahi Hatalar: Cerrahi hatalar, hastane ortamında karşılaşılan en önemli tehlikelerden biridir. Yanlış ameliyat, yanlış taraf cerrahisi, yanlış hastaya ameliyat yapılması veya cerrahi ekip üyeleri arasındaki iletişim eksiklikleri gibi nedenlerle cerrahi hatalar meydana gelebilir. Bu hatalar hastaların hayatını ciddi şekilde etkileyebilir. Cerrahi güvenliği artırmak için cerrahi ekiplerin eğitimi ve iletişim kanallarının açık tutulması kritiktir (Ergen & Tank, 2023).

4. İletişim Sorunları: İletişim sorunları, hasta güvenliğini etkileyen başka bir önemli tehdittir. Sağlık profesyonelleri arasındaki eksik veya hatalı iletişim, hasta bakımının koordinasyonunu zorlaştırabilir ve hatalara yol açabilir. Aynı zamanda, hastalarla sağlık profesyonelleri arasındaki iletişim sorunları da hasta güvenliğini etkileyebilir. İyi iletişim becerilerine sahip sağlık profesyonelleri, hasta güvenliğini artırabilirler (Arslanoğlu, 2019).

5. Altyapı ve Teknoloji Sorunları: Sağlık hizmetlerinde kullanılan teknolojik sistemlerin veya altyapının eksiklikleri, hasta güvenliğini tehlikeye atabilir. Örneğin, elektronik sağlık kayıt sistemlerinin hatalı çalışması veya tıbbi cihazların arızalanması, hastaların yanlış tedavi almasına neden olabilir. Sağlık kurumları, altyapı ve teknoloji sorunlarını gidermek için yatırım yapmalı ve güncellemelidir (Shaw, Flott, Fontana, Durkin, & Darzi, 2020).

6. Hasta Kimlik Karışıklıkları: Hasta kimlik karışıklıkları, yanlış hastaya tedavi uygulanmasına yol açabilen ciddi bir tehdittir. Kimlik teyidi süreçleri eksik veya yetersiz olduğunda, hasta kimlik karışıklıkları meydana gelebilir. Bu nedenle, hastaların kimlikleri kesin bir şekilde teyit edilmeli ve her aşamada dikkatli bir şekilde izlenmelidir (İpek & Bat Tonkuş, 2020)

7. Cihaz ve Ekipman Hataları: Tıbbi cihaz ve ekipmanların yanlış kullanımı veya arızalanması, hasta güvenliği için riskler oluşturabilir. Özellikle yaşam desteği cihazları gibi kritik cihazların hatasız çalışması hayati önem taşır. Ayrıca cihaz kullanımında enerjinin kesintiye uğraması hasta güvenliğini sarsan bir diğer faktördür. Sağlık personeli, cihazların doğru bir şekilde kullanılmasını ve bakımının yapılmasını sağlamak için eğitilmelidir. Cihazlar rutin bakımlardan geçmeli, kontrol ve kalibrasyon işlemleri düzenli olarak yapılmalıdır (Gökkaya, 2023; Koralay, 2021).

8. Personel Yetersizliği ve İnsan Faktörleri: Sağlık personelinin yorgunluğu, stresi veya iş yükü gibi insan faktörleri, hasta güvenliğini olumsuz etkileyebilir. Özellikle nöbetçi personel veya aşırı çalışma durumlarında hatalar daha sık görülebilir. Sağlık kurumları, personel yetersizliğini azaltmak ve personelin iş yükünü yönetmek için stratejiler geliştirmelidir (Kaya & Gündüz, 2022).

9. Hasta Katılımı Eksikliği: Hastaların sağlık hizmet sunumuna katılım yaklaşımları, hizmetleri kullanan kişileri bakımın merkezine yerleştirmeyi, hizmet deneyimlerini anlamalarını, karar verme konusunda onları güçlendirmeyi ve onları bakımın tasarımı ve sunumuna dahil etmeyi amaçlamaktadır. Hastaların tedavi süreçlerine ve kararlarına katılmamaları veya bilgi eksikliği, hasta güvenliği açısından önemli bir tehdittir. Hasta ve katılımı teşvik edilmelidir (Ocloo, Garfield, Franklin, & Dawson, 2021).

10. Acil Durum Hazırlığı Eksikliği: Acil durumlar sırasında sağlık kurumlarının yetersiz hazırlıkları, hastaların uzun süre beklemeleri, yoğunluk ve kalabalık nedeniyle yapılan tıbbi hatalar ve yetersiz müdahaleler hasta güvenliğini tehlikeye atabilecek riskler olarak karşımıza çıkmaktadır. Acil durum planlarının oluşturulması, yeterli personel ve yeterli altyapı ve sık sık tatbikatların yapılması bu açıdan önemli yaklaşımlardır (McKenna et al., 2019).

11. Radyolojik görüntüleme ve radyasyona yönelik riskler

Radyolojide potansiyel hata ve bunun sonucunda ortaya çıkan zarar için birçok alan vardır. Radyolojinin fonksiyonları öncelikle tanıya bağlı olduğundan radyoloji bölümlerinde yapılan birçok hata tanı ve tedaviyi geciktirebilmektedir. Bu tür

hatalar, görüntü edinmenin teknik yönlerinin uygulanmamasından, görüntüleme bulgularının eksikliğinden veya yanlış algılanmasından, belirlenen görüntüleme bulgularının yanlış yorumlanmasından ve görüntüleme bulgularının harekete geçmek için bu bilgiye ihtiyaç duyan kişiye uygun ve zamanında etkili bir şekilde iletilmemesinden kaynaklanabilir (Donnelly, Dickerson, Goodfriend, & Muething, 2010).

Aynı zamanda radyolojik görüntüleme için kullanılan gereksiz yüksek radyasyon dozları, yinelenen çekimler, gereksiz çekimler gibi radyasyona maruz kalmayı artıran durumlar önemli hasta güvenliği risklerinden bir kaçıdır. Radyasyondan korunmaya ilişkin bilgi ve beceri düzeyi hasta ve çalışanların radyasyondan korunması açısından tıbbi görüntüleme alanında öncelikli konulardan biridir (Larson, Kruskal, Krecke, & Donnelly, 2015; Mansur & Seyhan, 2021)

## 12. Çalışanların memnuniyetsizliği ve iş doyumu eksikliği

Daha yüksek iş doyumu sağlık profesyonellerinin performansını ve hastaların bakım deneyimini olumlu bir şekilde etkileyen kritik bir faktördür. İş doyumu kurumsal ve mesleki bağlılığı artıran ve motivasyonun oluşmasını sağlayan bir unsurdur. İş memnuniyet ve doyumunun artması, güvenli ve yüksek kaliteli bakımın sağlanmasına katkıda bulunur. Böylece çalışanlar işlerine daha fazla özen gösterebilir, daha dikkatli çalışır ve işlerini daha titizlikle yerine getirebilirler. Bu, hataların azalmasına ve hastaların daha güvende hissetmelerine yardımcı olur. İş doyumu, hasta güvenliğinin temel bir bileşenidir ve sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmaya yönelik önemli bir faktördür (Öztürk & Aydın, 2021).

Hasta güvenliği tehlikeleri sağlık hizmetlerinde her zaman mevcut olan risklerdir. Ancak bu tehlikeler, iyi tasarlanmış protokoller, eğitimler ve etkili iletişim ile azaltılabilir. Sağlık profesyonelleri, yöneticiler ve hastaların birlikte çalışarak hasta güvenliğini artırmak için çaba sarf etmeleri kritik önem taşımaktadır.

### **Geleceğe Bakış: Hasta Güvenliği Trendleri ve İnovasyon çalışmaları**

Sağlık sektörü, hızla değişen teknolojiler ve sürekli gelişen sağlık hizmeti modelleri ile büyük bir dönüşüm geçirmektedir (Şen, 2022). Bu dönüşüm, hasta güvenliği konusunda da önemli etkiler yaratmaktadır. Geleceğe dönük hasta güvenliği

trendleri ve sağlık inovasyonları, hastaların daha güvende olmasını ve sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmayı hedeflemektedir.

### **1. Yapay Zeka ve Veri Analitiği**

Yapay zeka ve veri analitiği, hasta güvenliği konusunda büyük bir potansiyele sahip olabilir. Yapay Zeka, tıbbi verileri hızlı bir şekilde analiz edebilir, paternleri tanımlayabilir ve riskleri öngörebilir. Örneğin, yapay zeka tabanlı algoritmalar, hastane enfeksiyonları gibi yaygın komplikasyonları önlemek için erken uyarı sistemleri geliştirebilir. Ayrıca, hasta verilerini güvenli bir şekilde işlemek ve paylaşmak için blok zinciri gibi yeni teknolojiler de gizlilik ve güvenlik konularında önemli bir rol oynayabilir. Yapay zeka destekli karar destek sistemleri doğru şekilde uygulandığında hata tespitini, hasta sınıflandırmasını ve ilaç yönetimini iyileştirerek hasta güvenliğini artırmaya yardımcı olabilmektedir (Choudhury & Asan, 2020).

### **2. Mobil Sağlık Uygulamaları ve TeleSağlık**

Mobil sağlık uygulamaları ve TeleSağlık hizmetleri, hasta güvenliği alanında büyük bir değişimi temsil etmektedir. Bu uygulamalar, hastaların sağlık verilerini takip etmelerini, randevularını yönetmelerini ve sağlık profesyonelleri ile uzaktan iletişim kurmalarını sağlamaktadır. Böylece, tedaviye daha iyi erişim sağlanabilir ve hasta izlemi daha etkili hale gelebilir (Edrees et al., 2022; List et al., 2021). Ayrıca Telesağlığın, fiziksel mesafeyi sağlayarak, semptomları ve salgınları takip ederek ve politika yapımcıları ihtiyaçları tahmin etme ve uygun ve zamanında müdahalelere karar verme konusunda destekleyerek enfeksiyonların yayılmasını azaltmada doğrudan ve dolaylı rolleri vardır (Blandford, Wesson, Amalberti, AlHazme, & Allwihan, 2020).

### **3. Robotik Cerrahi ve Akıllı Cihazlar**

Robotik cerrahi sistemler, cerrahların daha hassas ve kontrollü operasyonlar yapmasına yardımcı olmaktadır. Bu teknolojiler, cerrahi hataların azaltılmasına ve hastaların daha hızlı iyileşmesine katkı sağlamaktadır. Ayrıca, akıllı cihazlar (örneğin, akıllı ilaç kutuları ve implantlar) hasta güvenliği konusunda önemli bir rol oynayabilmektedir. Bu cihazlar, hastaların tedavi planlarına sadık kalmalarını ve

sağlık durumlarını izlemelerini kolaylaştırabilmektedir (I.-H. A. Chen et al., 2021; Palagonia et al., 2020).

#### **4. Eğitim ve Simülasyon Teknolojileri**

Sağlık profesyonellerinin eğitimi, hasta güvenliği için kritik bir öneme sahiptir. Sanal gerçeklik (VR) ve artırılmış gerçeklik (AR) gibi teknolojiler, tıbbi eğitimi daha etkili ve etkileyici hale getirmektedir. Hasta simülasyonları ve senaryo tabanlı eğitimler, sağlık personelinin kriz durumlarına daha iyi hazırlanmalarına yardımcı olmaktadır. Bu durum özellikle işe yeni başlayan tecrübesiz çalışanlar nedeniyle oluşabilecek tıbbi hataları azaltmada etkili olabilir (Sollid et al., 2019).

#### **5. Hasta Katılımı ve Paydaş İşbirliği**

Gelecekteki hasta güvenliği, hastaların daha fazla katılımını ve paydaş işbirliğini gerektirmektedir. Hastaların sağlık kararlarına daha fazla katılması ve kendi sağlık verilerine erişimleri sağlanmalıdır. Ayrıca, sağlık profesyonelleri, yöneticiler, hastaneler ve hükümetler arasında daha fazla işbirliği sağlanarak sağlık sistemi daha güvenli hale getirilebilir (Ocloo et al., 2021).

#### **Sonuç**

Hasta güvenliği, sağlık hizmetlerinin vazgeçilmez bir parçası olarak kabul edilirken, bu alandaki bilimsel çalışmalar ve teknolojik gelişmeler sonucunda önemli sonuçlara ulaşılmıştır. Hasta güvenliği odaklı yaklaşımların benimsenmesi, sağlık sisteminin kalitesini artırmak ve hastaların sağlıklarını korumak için kritik bir adım olmuştur.

Bu süreçte, hasta güvenliği alanında bir dizi önemli sonuç gözlemlenmektedir:

**Hasta Bilincinin Artması:** Hasta güvenliği hakkında toplumun ve hastaların bilinci artmıştır. Hastalar, haklarına daha bilinçli olarak sahip çıkmaktadır. Bu durum sağlık hizmetlerinden beklentileri yükseltmiştir.

**Hasta Haklarına Daha Fazla Saygı:** Hasta haklarına saygı ve bu haklara uyulması konusunda daha fazla vurgu yapılmıştır. Hastaların bilgilendirilmesi, onların tedavi seçeneklerine katılımı ve mahremiyetlerinin korunması gibi konular daha fazla

önem kazanmıştır.

**Sağlık Kuruluşlarının Sorumluluğu:** Sağlık kuruluşları hasta güvenliği konusundaki sorumluluklarını daha ciddi bir şekilde ele almışlardır. Enfeksiyon kontrolü, ilaç yönetimi ve cerrahi prosedürler gibi alanlarda daha sıkı protokoller uygulanmaktadır.

**Eğitim ve Bilinçlendirme:** Sağlık profesyonelleri ve sağlık personeli hasta güvenliği konusunda daha fazla eğitim almış ve bilinçlenmiştir. Hataların öğrenme fırsatlarına dönüştürülmesi ve daha iyi uygulamaların benimsenmesi teşvik edilmektedir.

**Teknolojik Gelişmeler:** Tıbbi teknolojilerin ilerlemesi, hastaların daha iyi izlenmesini ve hataların daha hızlı tespit edilmesini sağlamıştır. Elektronik sağlık kayıt sistemleri ve akıllı cihazlar, hasta güvenliği konusunda önemli katkılarda bulunmaktadır.

**Hasta Güvenliği Kültürünün Oluşması:** Hasta güvenliği, sağlık hizmeti sunanlar ve hastalar arasında bir kültür olarak yerleşmiştir. Herkesin hastaların güvenliğine katkıda bulunması ve hatalardan ders çıkarması teşvik edilmektedir.

Sonuç olarak, hasta güvenliği, sağlık hizmetlerinin temel bir ilkesi olarak kabul edilmektedir ve bu alandaki gelişmeler, hastaların sağlıklarını korumak ve sağlık hizmetlerini daha etkili hale getirmek için büyük bir adım olarak değerlendirilmektedir. Hasta güvenliği gelecekte daha fazla teknoloji ve inovasyonla şekillenecek gibi görünmektedir. Ancak, bu teknolojilerin başarılı bir şekilde uygulanması için eğitim, yönetim ve gizlilik konularına dikkat edilmesi gerekmektedir. Hasta güvenliği, sağlık sektörünün önemli bir önceliği olarak gelecekte de devam edecektir ve bu alanın gelişimi, daha sağlıklı bir toplum için kritik bir rol oynayacaktır.

Bu nedenle, hasta güvenliği konusundaki çabaların devam etmesi ve sürekli olarak iyileştirilmesi büyük bir önem taşımaktadır.

## KAYNAKÇA

- Acar, A. (2008). Ameliyathanede hasta ve çalışan güvenliği. *İstanbul Tıp Dergisi*, 3, 141-145.
- Alquwez, N., Cruz, J. P., Almoghairi, A. M., Al-otaibi, R. S., Almutairi, K. O., Alicante, J. G., & Colet, P. C. (2018). Nurses' Perceptions of Patient Safety Culture in Three Hospitals in Saudi Arabia. *Journal of Nursing Scholarship*, 50(4), 422-431. doi:<https://doi.org/10.1111/jnu.12394>
- Arslanoğlu, A. (2019). Etkili İletişimin Hasta Güvenliği Kültürü Üzerine Etkisi ve İç Girişimciliğin Aracı Rolü: Bir Özel Hastane Uygulaması. *İnsan ve İnsan*, 6(21), 431-451.
- Aslan, Y. (2020). İlaç kaynaklı tıbbi hata/olay bildirimlerin Dünya Sağlık Örgütü "Hasta Güvenliği Uluslararası Sınıflandırması" na göre değerlendirilmesi. *Journal of Health Sciences and Medicine*, 3(1), 20-25.
- Blandford, A., Wesson, J., Amalberti, R., AlHazme, R., & Allwihan, R. (2020). Opportunities and challenges for telehealth within, and beyond, a pandemic. *The Lancet Global Health*, 8(11), e1364-e1365.
- Burgener, A. M. (2020). Enhancing communication to improve patient safety and to increase patient satisfaction. *The health care manager*, 39(3), 128-132.
- Chen, I.-H. A., Ghazi, A., Sridhar, A., Stoyanov, D., Slack, M., Kelly, J. D., & Collins, J. W. (2021). Evolving robotic surgery training and improving patient safety, with the integration of novel technologies. *World Journal of Urology*, 39, 2883-2893.
- Chen, Y. F., & Adefila, A. (2020). Enhancing school safety through university engagement in DRR education. *International journal of disaster risk reduction*, 44, 101386.
- Choudhury, A., & Asan, O. (2020). Role of artificial intelligence in patient safety outcomes: systematic literature review. *JMIR medical informatics*, 8(7), e18599.
- Doğanyığıt, P. B. (2021). Sağlık Kurumlarında Enfeksiyon Kontrolü. *Journal of Health and Management (Sağlık ve Yönetim Dergisi)*, 1(1), 57-71.
- Donnelly, L. F., Dickerson, J. M., Goodfriend, M. A., & Muething, S. E. (2010). Improving patient safety in radiology. *American journal of Roentgenology*, 194(5), 1183-1187.



- Edrees, H., Song, W., Syrowatka, A., Simona, A., Amato, M. G., & Bates, D. W. (2022). Intelligent telehealth in pharmacovigilance: a future perspective. *Drug Safety*, 45(5), 449-458.
- El-Jardali, F., Sheikh, F., Garcia, N. A., Jamal, D., & Abdo, A. (2014). Patient safety culture in a large teaching hospital in Riyadh: baseline assessment, comparative analysis and opportunities for improvement. *BMC health services research*, 14, 1-15.
- Ergen, B., & Tank, D. Y. (2023). Ameliyathanede Hayati Bir Liste: Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi. *Sağlık Profesyonelleri Araştırma Dergisi*, 5(2), 146-151.
- Franklin, B. J., Gandhi, T. K., Bates, D. W., Huancahuari, N., Morris, C. A., Pearson, M., . . . Goralnick, E. (2020). Impact of multidisciplinary team huddles on patient safety: a systematic review and proposed taxonomy. *BMJ Quality & Safety*, 29(10), 1-2.
- Giap, T.-T.-T., & Park, M. (2021). Implementing Patient and Family Involvement Interventions for Promoting Patient Safety: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Patient Safety*, 17(2), 131-140. doi:10.1097/pts.0000000000000714
- Gökkaya, D. (2023). Hasta ve çalışan güvenliği. *Olağan Dışı Durumlarda Sağlık Yönetimi*, 247.
- Halligan, M., & Zecevic, A. (2011). Safety culture in healthcare: a review of concepts, dimensions, measures and progress. *BMJ Quality & Safety*, 20(4), 338-343.
- Ilan, R., & Fowler, R. (2005). Brief history of patient safety culture and science. *Journal of critical care*, 20(1), 2-5.
- In IOM. (2000). Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Washington DC: National Academy of Sciences.
- İpek, M., & Bat Tonkuş, D. (2020). Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinin Uygulama Alanlarında Hasta Güvenliği İçin Gerekli Kimlik Doğrulama Tutumlarının ve Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi. *Journal of Medical Sciences*, 1(5), 27-35.
- Kaya, E., & Gündüz, S. (2022). Sağlık Kurumlarında Mrhamet Yorgunluğu ve Hasta Güvenliğinin Önemi. *Uygulamalı Sosyal Bilimler ve Güzel Sanatlar Dergisi*, 4(8), 46-61.
- Khater, W., Akhu-Zaheya, L., Al-Mahasneh, S., & Khater, R. (2015). Nurses'

- perceptions of patient safety culture in J ordanian hospitals. *International Nursing Review*, 62(1), 82-91.
- Koralay, G. (2021). Sağlıkta Akreditasyon Standartlarındaki Güvenli Cerrahi Bölümünün Diğer Bölümler İle İlişkisi Üzerine Bir Analiz. *Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı Dergisi*, 4(3), 1-16.
- Kurutkan, M. N., Orhan, F., & Kaygısız, P. (2017). Hasta güvenliği literatürünün bibliyometrik analizi: Türkçe tez ve makaleler örneği. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 4(4), 253-259.
- Larson, D. B., Kruskal, J. B., Krecke, K. N., & Donnelly, L. F. (2015). Key concepts of patient safety in radiology. *Radiographics*, 35(6), 1677-1693.
- Leape, L. L., Bates, D. W., Cullen, D. J., Cooper, J., Demonaco, H. J., Gallivan, T., . . . Laffel, G. (1995). Systems analysis of adverse drug events. *Jama*, 274(1), 35-43.
- Lee, S. E., Scott, L. D., Dahinten, V. S., Vincent, C., Lopez, K. D., & Park, C. G. (2019). Safety culture, patient safety, and quality of care outcomes: a literature review. *Western journal of nursing research*, 41(2), 279-304.
- List, R., Compton, M., Soper, M., Bruschwein, H., Gettle, L., Bailey, M., . . . Albon, D. (2021). Preserving multidisciplinary care model and patient safety during reopening of ambulatory cystic fibrosis clinic for nonurgent care: a hybrid telehealth model. *Telemedicine and e-Health*, 27(2), 193-199.
- Mansur, F., & Seyhan, F. (2021). Kişisel dozimetre taşıyan çalışanlarda aşırı iş yükünün örgütsel bağlılık ve iş tatmini üzerindeki etkisi. *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 13(2), 1033-1049.
- McKenna, P., Heslin, S. M., Viccellio, P., Mallon, W. K., Hernandez, C., & Morley, E. J. (2019). Emergency department and hospital crowding: causes, consequences, and cures. *Clinical and experimental emergency medicine*, 6(3), 189.
- Ocloo, J., Garfield, S., Franklin, B. D., & Dawson, S. (2021). Exploring the theory, barriers and enablers for patient and public involvement across health, social care and patient safety: a systematic review of reviews. *Health research policy and systems*, 19, 1-21.
- Öztürk, K., & Aydın, A. K. (2021). Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürünü ve İş Doyumunu Etkileyen Faktörler: Karşılaştırmalı Bir Çalışma. *Kafkas Journal of Medical Sciences*, 11(3), 381-389.

- Palagonia, E., Mazzone, E., De Naeyer, G., D'Hondt, F., Collins, J., Wisz, P., . . . Mottrie, A. (2020). The safety of urologic robotic surgery depends on the skills of the surgeon. *World Journal of Urology*, 38, 1373-1383.
- Shaw, A., Flott, K., Fontana, G., Durkin, M., & Darzi, A. (2020). No patient safety without health worker safety. *The Lancet*, 396(10262), 1541-1543.
- Singer, S., Lin, S., Falwell, A., Gaba, D., & Baker, L. (2009). Relationship of safety climate and safety performance in hospitals. *Health services research*, 44(2p1), 399-421.
- Smits, M., Wagner, C., Spreeuwenberg, P., Van Der Wal, G., & Groenewegen, P. (2009). Measuring patient safety culture: an assessment of the clustering of responses at unit level and hospital level. *BMJ Quality & Safety*, 18(4), 292-296.
- Sollid, S. J., Dieckman, P., Aase, K., Søreide, E., Ringsted, C., & Østergaard, D. (2019). Five topics health care simulation can address to improve patient safety: results from a consensus process. *Journal of Patient Safety*, 15(2), 111.
- Stelfox, H. T., Palmisani, S., Scurlock, C., Orav, E. J., & Bates, D. W. (2006). The "To Err is Human" report and the patient safety literature. *BMJ Quality & Safety*, 15(3), 174-178.
- Stewardson, A., & Pittet, D. (2011). Ignác Semmelweis—celebrating a flawed pioneer of patient safety. *The Lancet*, 378(9785), 22-23.
- Şen, H. (2022). Çalışma Hayatında Paradigma Kayması: Endüstri 4.0 İle Geleceğin Mesleklerine Bakış. Ankara: İKSAD yayınevi.
- Uğrak, U., & Işık, O. (2022). Assessment of Relationship Between Physicians' Malpractice Experience and Fear of Malpractice. *Türkiye Klinikleri Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(1).
- Vaismoradi, M., Tella, S., A. Logan, P., Khakurel, J., & Vizcaya-Moreno, F. (2020). Nurses' adherence to patient safety principles: A systematic review. *International journal of environmental research and public health*, 17(6), 2028.
- WHO. (2019). Patient safety: Making health care safer. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>

## BÖLÜM 5

### SAĞLIK HİZMETLERİNDE ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ

Dr. Öğr. Üyesi Uğur UĞRAK<sup>5</sup>

DOI: <https://dx.doi.org/10.5281/zenodo.10050170>

#### Giriş

İnsanların ihtiyaç ve taleplerinin sonu olmadığını biliyoruz. İnsan oğlunun bu tatmin arayışı teknolojik gelişmelerin ve bilgi üretiminin en önemli lokomotiflerinden birisi olarak değerlendirilebilir. Bu arayış yüz yıllar içinde insanların daha uzun ve daha konforlu yaşamalarına olanak sağlamış ve insan oğlu daha fazlasını istemiştir. Bu dürtü ile sağlık hizmetlerinin kapsamı, sunumu, kullanılan teknoloji ve erişebilirliği de günümüzde çok farklı boyutlara gelmiştir.

Günümüzde toplum sağlığını daha üst seviyeye getirmek amacıyla görev yapan birçok sağlık çalışanı ve kurum mevcuttur. Çok farklı uzmanlık alanlarında, farklı teknolojiler ile toplumun sağlık sorunlarına yönelik olarak cevap vermeye çalışmaktadırlar. Sağlık hizmetlerindeki hızlı gelişme, aşırı uzmanlaşma, bireylerin artan talep ve beklentileri beraberinde çalışanlara yönelik olarak sağlık riskleri ortaya çıkarmaktadır. Kitabın bu bölümünde sağlık hizmetlerinde çalışan güvenliği kavramı ele alınacaktır. Sağlık hizmetlerinin çok geniş ve farklı uzmanlık alanları olduğu göz önüne alındığında çalışan güvenliği konusunu daha karmaşık ve önemli hale getirmektedir. Ayrıca sağlık çalışanlarının güvenliği toplum sağlığını da dolaylı olarak etkileme potansiyeline sahip bir olgu olarak ele alınmalıdır.

Sağlık profesyonelleri hastaların tanı, tedavi ve bakım hizmetlerinde ön saflarda yer almaktadırlar. Görevlerini yerine getirirken sıklıkla işyerinde bulaşıcı hastalıklar, fiziksel yaralanmalar ve psikolojik stres etkenleri dahil olmak üzere çeşitli tehlikelere maruz kalmaktadırlar. Sağlık çalışanlarının güvenliğini sağlamak sadece ahlaki bir zorunluluk değil, aynı zamanda hastaların ve sağlık sisteminin genel refahı için de hayati önem taşımaktadır. Güvenli çalışma koşulları, daha motive ve üretken bir sağlık iş gücünün oluşmasına yol açarak daha iyi hasta bakımı ve daha iyi sağlık sonuçlarıyla sonuçlanmaktadır. Tam tersi bir durumda ise sadece bireylerin değil, toplum sağlığını da olumsuz etkilemektedir. Ek olarak, pandemi gibi

<sup>5</sup> Dr. Öğr. Üyesi Uğur UĞRAK., Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Sağlık Meslek Yüksek Okulu, [ugur.ugrak@sbu.edu.tr](mailto:ugur.ugrak@sbu.edu.tr) Orcid: 0000-0002-6043-835X

halk sağlığı acil durumlarında, hastalıkların yayılmasını kontrol altına tutmak ve sürekli bakım sağlamak için sağlık çalışanlarının güvenliği çok daha önemli hale getirmektedir. Bu durumun en önemli örneklerinden bir tanesi COVID-19 salgını döneminde yaşadığımız tecrübelerdir. COVID-19 döneminde hastalık kaynaklı olarak dünya ge 152.888 sağlık çalışanının enfekte olduğu ve 1413 sağlık çalışanın hayatını kaybettiği rapor edilmiştir (Bandyopadhyay vd., 2020). Sağlık çalışanları arasındaki mesleki sağlık risklerini araştıran bir çalışmada ise; iş stresi (%83,3), kesici ve delici alet yaralanmaları (%75,6), kan teması (%73,1), uyku bozukluğu (%42,3), cilt reaksiyonları (%37,2), şiddet (%24,3) ve hepatit (%8,9) gibi riskler ön sıralarda yer almaktadır (Orji vd., 2002). Gelişen endüstri ve teknolojinin sağlık hizmetlerine yeni yöntemler, ilaçlar, kimyasallar, yazılım ve cihazlar getireceği göz önüne alındığında, yeni ve farklı risklerinde bu alana gireceği açıktır (Şen, 2022). İyi seviyede risk yönetimi, yeterli eğitim, koruyucu önlemler ve destekleyici politikalar yoluyla sağlık çalışanlarının güvenliğine öncelik verilmesi, dayanıklı ve etkili bir sağlık sisteminin sürdürülmesi ve toplum sağlığı için şarttır.

### **1. Sağlık Hizmetlerinde Çalışanlara Yönelik Güvenlik Risk Faktörleri**

Sağlık çalışanları için güvenlik riski faktörleri, çalışma ortamlarındaki çok çeşitli potansiyel tehlikeleri ve zorlukları kapsamaktadır. Bu risk faktörleri belirli sağlık hizmeti ortamına bağlı olarak değişebilir. Bu faktörler genel riskleri kapsamasına rağmen, sağlık hizmetlerindeki görev, iş çeşitliliği, uzmanlaşma ve üst seviyede koordinasyon gerekliliği nedeni ile her alandaki riskler farklılaşmaktadır. Bu kapsamda genel güvenlik risk faktörleri aşağıda sunulmuştur.

#### **1.1. Bulaşıcı Hastalıklar**

Sağlık çalışanları, bir kısmı bulaşıcı hastalık taşıyabilen hastalarla sık ve yakın temasta bulunmaları nedeniyle önemli bir enfeksiyon riski altındadır. Sağlık çalışanlarının enfeksiyon riskine katkıda bulunan birçok faktör bulunmaktadır. Bunlardan en önemlisi sağlık çalışanlarının hastalar ile doğrudan temas halinde olmalarıdır. Özellikle doktorlar, hemşireler ve sağlık görevlileri gibi sağlık çalışanlarının hastalarla tanı, tedavi ve bakım süreçlerinde direkt ve yoğun doğrudan teması vardır. Bu süreçler fiziksel muayeneler, tedavilerin uygulanması ve tıbbi prosedürlerin uygulanması gibi birçok aşamayı içerebilmektedir. Bu yakın temas bulaşıcı patojenlere maruz kalma potansiyelini artırmaktadır. Yakın temastan kaynaklı olarak sağlık çalışanların birçok patojeni içerisinde bulunduran vücut sıvılarına maruz kalmaktadırlar. Bunun en önemli ve yakın örneği COVID-19 pandemisidir. Bu pandemi süreci 152.888 vaka ve 1413 ölüm rapor edilmiştir. Rapor edilen vakaların çoğunluğu kadın (%70,8) olduğu tespit edilmiştir (Bandyopadhyay vd., 2020). Damlacık enfeksiyonu ile bulaşan bu viral hastalık birçok ülkede

sağlık çalışanlarını da etkisi altına alarak sağlım sistemlerinin işlevselliğini olumsuz olarak etkilemiştir. Sağlık çalışanları sıklıkla kan, tükürük, idrar ve solunum salgıları gibi vücut sıvılarıyla temas etmektedirler. Bu sıvılar, mukoza zarlarıyla temas, kırık cilt veya soluma yoluyla bulaşabilen bakteri ve virüsler dahil patojenler içermektedir. Amerika Birleşik Devletlerinde Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (CDC), sağlık hizmetleriyle ilişkili enfeksiyonların her yıl 1,7 milyon enfeksiyona ve 99.000 ilişkili ölüme yol açtığını tahmin etmektedir (Weber vd., 2010).

Sağlık hizmetiyle ilişkili enfeksiyonlar önemli ölçüde morbidite, mortalite ve sağlık bakım maliyetlerine neden olmaktadır (Huttunen & Syrjänen, 2014). Hatta bazı durumlarda sağlık hizmetleri ile ilişki enfeksiyonlar epidemilerin kaynağı olarak karşımıza çıkmaktadır. Hasta sağlık personeli bu tür endemilerde vektör olarak değerlendirilmektedir (Bertin vd., 2006; Bryant vd., 2006). Bu yönü ile ele alındığında hastanelerdeki patojenler sadece sağlık çalışanları için bir risk oluşturmanın ötesinde bir toplum sağlığı sorunu olarak ele alınmalıdır.

### **1.2. Enfekte Tıbbi Ekipmanlar**

Sağlık personelinin sağlık hizmeti sunarken kullandıkları tıbbi ekipmanlar aracılığı ile de patojenlere maruz kalmaktadırlar. Sağlık çalışanları rutin olarak iğneler, şırıngalar, kateterler, cerrahi aletler, kirli spanç ve örtüler gibi tıbbi ekipman ve aletlerle sürekli temas halindedirler. Bu eşyaların yetersiz sterilizasyonu veya yanlış kullanılması ve sağlık çalışanlarının kendilerini yeterince koruyamamaları gibi birçok nedenle enfeksiyonların bulaşmasına yol açabilmektedirler.

Hastane enfeksiyonlar her yıl çok sayıda hastanın enfeksiyonlara yakalanması nedeniyle önemli finansal ve bireysel maliyetlere neden olmaktadır. Medikal ekipmanlar bu enfeksiyonların olası bir kaynağı olarak belirlenmiştir. Araştırmalar, hastane enfeksiyonlarının üçte birine kadarının ekipmanın yeterli temizliği ile önlenebileceğini göstermektedir (Cohen vd., 1997; Schabrun & Chipchase, 2006). Ayrıca ABD'lerinde hastane enfeksiyonları nedeni ile yılda 17.500-70.000 hastanın öldüğü tahmin edilmektedir (Wenzel & Edmond, 2001). Bu bulgulardan yola çıkarak enfekte tıbbi ekipmanların hem sağlık personeline hem de hastalara yönelik önemli bir risk faktörü olduğu görülmektedir.

### **1.3. Damlacık ve Aerosol Yolu ile Bulaşabilen Patojenler**

Pratikte hangi prosedürlerin aerosol ürettiği konusunda bir fikir birliği yoktur. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) entübasyon, noninvaziv pozitif basınçlı ventilasyon, trakeotomi, kardiyopulmoner resüsitasyon, bronkoskopi ve balgam indüksiyonunun kesin aerosol üreten

prosedürler olduğunu ortaya koymuştur. Ayrıca epidemiyolojik araştırmalar bu prosedürleri sağlık çalışanı enfeksiyonları açısından daha büyük riskle ilişkilendirmişlerdir (Tran vd., 2012). Buna karşılık, yüksek oksijen akışı ve nebulizasyon, yalnızca olası aerosol üreten prosedürler olarak belirlenmiştir. Bu prosedürler ile sağlık çalışanı enfeksiyonları arasındaki ilişkiler yukardaki prosedürlerde olduğu kadar net değildir. Ayrıca damlacık ve aerosol bazlı iletim arasındaki geleneksel farklılığın net olmadığı ifade edilmektedir. Uygulamada, insanlar rutin olarak hem damlacıkları hem de aerosolleri ve aradaki parçacıkları içeren çeşitli boyutlarda solunum partikülleri üretmekte, yaymakta ve maruz kalmaktadırlar (Morawska vd., 2009). Her boyuttaki solunum partikülleri virüs taşıyabilir ve hepsi potansiyel olarak enfeksiyon bulaştırma kapasitesine sahiptir. Birinin yaydığı solunum partiküllerinin miktarı aktiviteye göre değişmektedir.

SARS-CoV-2'nin ortaya çıkmasıyla birlikte, birçok kurum tek taraflı olarak nazogastrik tüp yerleştirme, torasentez, özofago-gastro-duodenoskopi, kolonoskopi, kalp kateterizasyonu, egzersiz tolerans testleri, solunum fonksiyon testleri, perkütan mide tüpü yerleştirme dahil olmak üzere aerosol üreten çok sayıda ek prosedürün olduğunu ortaya konmuştur (Klompas vd., 2021).

Yukardaki literatürde görüldüğü gibi sağlık hizmetleri alanında tanı ve tedavi amacı ile yapılan birçok işlem aerosolleşmiş şekilde partikül yayma eğilimi göstermektedir. Özellikle bu alanda çalışan sağlık personeli bu patojenlere yönelik olarak yüksek risk altında olduğu açıktır.

Bağışıklık sistemi zayıflamış kişiler veya daha bulaşıcı hastalıklardan mustarip olanlar, kronik hastalığı olanlar bulaşıcı hastalıklara daha yatkındır. Bu tür hastalara bakım veren sağlık çalışanları daha yüksek riskle karşı karşıya kalmaktadırlar. Sağlık çalışanları hem işyerinde hem de daha geniş anlamda toplumda enfeksiyonlara maruz kalabilmektedirler. Hastalardan, meslektaşlarından veya aile üyelerinden enfeksiyon kapma ve yayma potansiyelleri yüksektir. Bu nedenle bu alanlarda çalışan personele yönelik güvenlik önlemleri zaruri olarak ele alınmalıdır.

#### **1.4. Delici ve Kesici Alet Yaralanmaları**

Delici ve kesici alet yaralanması delici bir medikal alet veya sarf malzemesi sonucu ortaya çıkan doku yaralanmaları olarak ifade edilebilir (Ebrahimi & Khosravi, 2007). Sağlık çalışanlarının işlem esnasında görevlerinden dolayı iğneler, neşterler, lameller, enfekte kırık camlar ve diğer türde kesici ve delici aletlerle yaralanabilmektedirler. Bu yaralanmalar sonucunda kan veya diğer potansiyel sıvı ve materyallerin vücuda sokulması ile sağlık personeli

enfeksiyon kapabilmektedir. Cerrahi işlem sırasında, kateter işlemi sırasında, enjeksiyon yaparken veya kan alırken kazara meydana gelebilen iğne batması yaralanmaları, sağlık çalışanlarını HIV, hepatit B ve hepatit C gibi 20'den fazla kan yoluyla bulaşan patojenlere maruz bırakabilmektedir.

Delici ve kesici alet yaralanması küresel olarak sağlık çalışanlarının karşılaştığı önemli bir iş sağlığı ve güvenliği sorunudur (Ghofranipour vd., 2009). Dünya çapında 35 milyondan fazla sağlık çalışanı her yıl kontamine keskin bir cisimle perkütanöz yaralanma riskiyle karşı karşıya kalmaktadır (Alam, 2002).

Delici ve kesici alet yaralanmaları, hepatit B, hepatit C ve AIDS virüsü de dahil olmak üzere bulaşabileceği en yaygın yol olarak ifade edilmektedir. Bu tür enfeksiyonlar, çoğunlukla temel iş güvenliği ve sağlığı kurallarının uygulanmadığı yerlerde, sağlık çalışanları, özellikle de buna yatkın hemşireler için yüksek mesleki risk ve tehdit oluşturmaktadır (Nsubuga & Jaakkola, 2005).

### **1.5. Yetersiz Kişisel Koruyucu Ekipman (KKE)**

Sağlık hizmet sunumunda çalışan personelin kendilerini korumak için gerekli olan ekipmanlar kişisel koruyucu ekipman (KKE) olarak ifade edilebilir. Bu ekipmanların türü, özelliği ve gerekliliği çalışılan birime ve olası risklere göre farklılık göstermektedir. Ancak sağlık sisteminin yoğunluğu, karmaşıklığı ve farklı yönetsel nedenler ile kişisel koruyucu ekipmanlar yetersiz kalabilmektedir. Kişisel koruyucu ekipmanların varlığı sadece çalışanlar için değil aynı zamanda sağlık sistemi ve daha geniş toplum geneline yansıyan sonuçlarıyla büyük önem taşımaktadır. Her şeyden önce, hasta bakımında ön saflarda yer alan sağlık çalışanlarının güvenliği ve refahı, uygun KKE'nin varlığına bağlıdır. Maskeler, eldivenler, önlükler, göz koruması ve radyasyon koruyucuları da dahil olmak üzere yeterli KKE, bulaşıcı hastalıklara, tehlikeli maddelere, fiziksel risklere, zararlı ışın ve sıvılara doğrudan maruz kalmaya karşı çok önemli bir bariyer görevi görmektedirler (Honda & Iwata, 2016; Meisinger vd., 2016; Miller vd., 2010). Ayrıca KKE, enfeksiyon kontrolünde temel görevi görerek sağlık hizmetleriyle ilişkili enfeksiyon riskini azaltmak ve çalışan ve hasta güvenliğini korumaktadır.

Sağlık çalışanlarının bulaşıcı hastalıkların yayılmasını kontrol etmede önemli bir rol oynaması nedeniyle, sağlık çalışanlarının bulaşıcı hastalıklardan korunması bir toplum sağlığı problemidir. Özellikle yaşanan COVID salgını döneminde KKE'lar hastalığın izolasyonunda önemli rol oynamıştır. Yeterli KKE, salgınlar ve salgınlar sırasında bulaşıcı hastalıkların bulaşmasını engellemede etkili olup halk sağlığına katkıda bulunmaktadır. Ayrıca KKE'lar



sağlık çalışanları sağlık faaliyetlerini sürdürmelerine, aksamaları önlemelerine olanak sağlayarak, sağlık sisteminin işlerliğine katkıda bulunmaktadır. Özünde yeterli KKE, güvenli ve etkili bir sağlık sisteminin temel taşıdır ve etkileri hastanelerin çok ötesine uzanabilmektedir. Bu nedenle KKE'lara sadece sağlık çalışanlarının güvenliği gözüyle değil bir halk sağlığı perspektifinden bakmak daha doğru olur (Singh vd., 2020; Verbeek vd., 2020).

Özellikle KKE'ların önemi özellikle COVID pandemisi sürecinde net bir şekilde ortaya çıkmıştır. Bu bakış açısıyla KKE uygun şekilde seçilmeli ve rasyonel bir şekilde kullanılmalıdır (Canada, 2020). KKE'nin son koruma hattı olduğu ve tek başına kullanımının bulaşma riskini etkili bir şekilde azaltmadığı da unutulmamalıdır. Şüpheli hastaların erken tespiti ve kaynak kontrolü de dahil olmak üzere etkili idari ve mühendislik kontrolleri eş zamanlı olarak uygulanması gerekliliği ifade edilmektedir (Park, 2020).

Kişisel koruyu ekipmanların etkili bir şekilde kullanılabilmesi için sık sık el yıkama ve sıkı çevre temizliği ve dezenfeksiyonu gibi temel enfeksiyon kontrol yöntemlerinin beraberinde kullanımı önemlidir. Özellikle hava yoluyla bulaşmanın meydana gelip gelmediği belirsizliğini koruduğu durumlarda, KKE'ların mevcudiyeti ve kullanımı önemli bir gerekliliktir.

KKE kullanımına destek olarak, sağlık çalışanları için enfeksiyon riskini azaltmak amacıyla sağlık tesisleri sıkı enfeksiyon kontrol önlemleri uygulanmalı, enfeksiyonun önlenmesi konusunda eğitimler verilmelidir. Sağlık çalışanlarının sağlığının sürekli izlenmesinin yanı sıra, bulaşıcı hastaların zamanında tanımlanması ve izolasyonu da sağlık hizmeti ortamlarındaki enfeksiyon kontrol stratejilerinin önemli bir parçası olarak değerlendirilmektedir.

### **1.6. Kimyasal ve Biyolojik Ajanlara Maruziyet**

Sağlık çalışanları ilaçlarla, laboratuvar numuneleriyle çalışırken veya dezenfeksiyon ve sterilizasyon işlemleriyle uğraşırken birçok kimyasal ve biyolojik ajanlara maruz kalabilmektedirler. Bu ajanlara maruziyet kısa vade de olmasa bile uzun vadede sağlık problemlerine neden olabilmektedir. Özellikle laboratuvar ortamında çalışan sağlık çalışanları bu konuda daha yüksek risk grubu olarak ele alınabilir.

- Sağlık çalışanları işyerlerinde meslek hastalıklarına neden olabilecek birçok patojene maruz kalmaktadır. Son yıllarda “mesleki risk oluşturan biyolojik etkenler” kavramı geliştirilmiştir (Rim & Lim, 2014). Bunlar mikro ve makro organizmalar ile bunların ürettiği ve insana olumsuz etki yapan maddeler olarak tanımlanabilir.

Sağlık çalışanlarının tanı ve tedavi süreçlerinde maruz kalabileceği biyolojik faktörler aşağıdaki gibi sınıflandırılabilir.

- Bulaşıcı ve paraziter hastalıklara neden olan faktörler (prionlar, virüsler, bakteriler, mantarlar, protistalar ve solucanlar);
- Biyolojik alerjenler (bakteriyel, mantar, bitki ve hayvan);
- Bağışıklık sisteminin önemli bileşenlerini (bakteriyel endotoksinler, mikotoksinler,  $\beta$ -glukanlar, uçucu organik bileşikler, toksinler, bitki, hayvan zehirleri)
- Aşırı derecede uyaran veya inhibe eden immünotoksik faktörler dahil biyolojik toksinler;
- Kanserojenler (aflatoksinler – belirli *Aspergillus* türleri tarafından üretilen toksinler, ahşap tozu);
- Bakteri, virüs, parazit ve diğer patojenleri taşıyan biyolojik vektörler (keneler, fareler, sivrisinekler, vd.) (Brewczyńska vd., 2015).

Yukardaki sınıflamadan da görüldüğü üzere sağlık çalışanlarının maruz kalabileceği birçok biyolojik ajan bulunmaktadır. Bu maruziyetlere yönelik her birim kendi özelliklerini de göz önünde bulundurarak ayrıntılı bir risk değerlendirmesi yapmalıdır. Risk değerlendirmesi sonucunda gerekli aktif ve pasif önlemlerin alınması hem çalışan hem de halk sağlığı açısından önemlidir.

Yukarda ifade edilen biyolojik tehlikelerin yansıra gelişen teknoloji ile sağlık hizmet sunumuna giren birçok ilaç ve solüsyonlar beraberlerinde tehlike de getirmektedirler. Bunlara örnek olarak kanser tedavisinde kullanılan ilaçları gösterebilir. Kemoterapi, sitotoksik ve onkoloji ilaçları olarak da bilinen antineoplastik ilaçlar, sağlık hizmetlerinde kanser hastalarını tedavi etmek için yaygın olarak kullanılmaktadır. Ayrıca bu ilaçların kullanımı artrit, multipl skleroz ve diğer kanser dışı tıbbi durumların tedavisinde giderek artmaktadır. Antineoplastik ilaçların çoğu tehlikeli ilaçlardır (Connor vd., 2016). Amerika Birleşik Devletleri'nde tahmini 8 milyon sağlık çalışınının potansiyel olarak tehlikeli ilaçlara maruz kaldığı tahmin edilmektedir (Safety & Health, 2013). Yeni kanser vakaları arttıkça bu rakamın önümüzdeki yıllarda artması beklenmektedir. Yaşlanan nüfus nedeniyle ve bu ilaçlar kanserle ilişkili olmayan tıbbi durumların tedavisinde daha geniş kullanım alanı bulacağı ve sağlık çalışanlarına yönelik olan riskinde artacağı değerlendirilmektedir (Connor & McDiarmid, 2006). Ayrıca gelişen teknoloji ile her geçen gün yeni ilaçlar ve kimyasalların sağlık hizmetlerinde kullanıma girmesi mevcut riskin zamanla daha da artacağını göstermektedir.

### 1.7. Psikososyal Stres

Stres canlı organizmaların tehdit ve tehlike anında kendilerini korumak amacıyla yaşadıkları hormonal değişimlere bağlı psikolojik tepki olarak ifade edilebilir. Stres bir noktaya kadar normal hatta gereklidir diyebiliriz. Ancak temelsiz ve gerçek tehlike unsuru olmadığı durumlarda uzun süreli yaşanan stres hem mental hem de fiziksel sağlık için bir tehdittir.

Stres, sağlık mesleğinde bireyleri çeşitli rollerde etkileyen yaygın ve önemli bir problemdir. Sağlık personeli, aralıksız bir iş yükü (Rushton vd., 2015), hastalık ve ölümlerle uğraşmaktan kaynaklanan duygusal yorgunluk (Granek vd., 2017), zorlayıcı etik ikilemler ve hasta beklentilerini karşılama baskısı gibi bir farklı neden ile yoğun stres altında kalamaktadırlar. İşyerindeki psikososyal stres, sağlık çalışanının kişisel sağlık sonuçları üzerinde etkili olabilir. 1.000'den fazla hemşire üzerinde yapılan bir araştırma, hemşirelerin %18'inin depresyonda olduğunu bildirmiştir (Letvak vd., 2012). Özellikle uzun süren mesai saatleri, tükenmişlik, uykusuzluk gibi faktörlerde psikolojik sağlığın devamlılığına tehdit oluşturabilmektedir. Üstelik yetersiz kaynaklar, düzensiz ve vardiya çalışma saatleri, mevzuata uygunluk konusundaki baskı gibi faktörler de strese katkıda bulunmaktadır (Ansoleaga, 2015; Phillips & Becker, 2019).

COVID-19 salgını gibi halk sağlığı krizleri bu baskıların en üst seviyeye çıkmasına neden olmuştur (Shen vd., 2020). Pandemi sürecinde birçok sağlık personeli uzun saatler çalışmış, birçok ölüme şahit olmuştur. Kimi ölümler kendi çalışma arkadaşlarından olduğu da göz önüne alındığında bu sürecin psikolojik baskısı oldukça ağır olarak hissedilmiştir (Nguyen vd., 2021; Ulfa vd., 2022). Literatüre bakıldığında sağlık çalışanları arasında tükenmişliğin birçok ülkede hızla arttığı tespit edilmiştir (Banerjee vd., 2017; Gomez-Urquiza, 2016; Karaoglu vd., 2015). Ayrıca stres, örgütsel çatışmanın verimlilik üzerinde olumsuz etkileri tespit edilmiştir (Sivuk & Seyhan, 2021).

Sağlık hizmetlerinde çalışmanın duygusal ve psikolojik bedeli önemli olabilmektedir. Hastanın acı çekmesine, yüksek stresli durumlarla uğraşmasına ve uzun çalışma saatlerine tanık olmak tükenmişliğe, kaygıya ve depresyona yol açabilmektedir.

Bu kritik konuyu ele almak için sağlık çalışanlarına stres yönetimine yönelik kaynaklar sağlamak, destekleyici bir çalışma ortamı oluşturmak, iş-yaşam dengesini geliştirmek ve stres yönetimi ve dayanıklılık konusunda eğitim sunmak çok önemlidir. Sağlık personeli arasındaki stresin azaltılması, yalnızca onların refahı açısından hayati önem taşımaz, aynı zamanda yüksek kaliteli hasta bakımının sağlanması açısından da hayati öneme sahiptir.

### 1.8. Ergonomik Tehlikeler

Sağlık çalışanları özellikler hemşire ve hasta bakıcıları ergonomik riskler altındadır. Hastaları taşımak, kaldırmak ve hareket ettirmek, tekrarlayan görevler ve uzun süre ayakta durmak veya oturmak kas-iskelet sistemi yaralanmalarına yol açabilir. Kötü ergonomik uygulamalar sırt ağrısına, gerginliklere ve diğer fiziksel rahatsızlıklara katkıda bulunabilmektedir.

Kas-iskelet sistemi bozuklukları, hastane hemşirelerinde ve hasta bakıcılarda sakatlığın önde gelen nedenlerinden biridir ve sağlık sektöründe yüksek maliyetli bir sorundur. Amerika Birleşik Devletleri'nde Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (CDC), 2015 yılında sağlık sektöründe aşırı efordan kaynaklanan yaralanmaların maliyetinin 1,7 milyar dolar olduğunu tahmin etmektedir. Tekrarlayan hasta müdahalesinin olduğu akut tıbbi zemin gibi karmaşık bir ortamda çalışmak, sağlık çalışanları için kas-iskelet sistemi yaralanmalarına yol açabilmektedir (Lauer, 2018). Ayrıca işlerinde çok çeşitli fiziksel güç gerektiren manuel görevleri yerine getirmesi gereken hemşireler, hasta bakıcılarda ve diğer sağlık çalışanları, orantısız derecede yüksek sayıda işle ilgili kas-iskelet sistemi bozukluklarından yakınmaktadır (Waters, 2010).

Ergonomi, işyeri koşullarını ve iş taleplerini çalışan nüfusun yeteneklerine uydurma veya eşleştirme bilimi olarak tanımlanmaktadır. Sağlık açısından bakıldığında ergonomi işle ilgili kas ve iskelet sistemi bozukluklarını önleme bilimi olarak ifade edilebilir. İşe bağlı olarak ortaya çıkan kas ve iskelet sistemi rahatsızlıkları, kas, sinir, tendon, bağ, eklem, kıkırdak veya omurilik disklerindeki bozukluklardan kaynaklanmaktadır. İyi bir "uyum", çalışanın hastalık ve yaralanma riskini azaltır, çalışan verimliliğini artırır, ürün veya hizmetin kalitesini ve işgücünün memnuniyetini artırabilir (Waters, 2010).

Kas iskelet sistemi rahatsızlıklarının ergonomik sorunların yanında düşme ve çarpmalar sonucunda da ortaya çıktığı tespit edilmiştir. Yapılan bir çalışmada sağlık personelinin maruz kaldığı sağlık ve güvenlik tehlikelerinin %6'sı düşmeler olarak belirlenmiştir (Ndejjo vd., 2015).

### 1.9. Sağlıkta Şiddet

Şiddet ne yazık ki hayatımızın her alanında karşımıza çıktığı gibi sağlık hizmetlerinde de karşımıza çıkmaktadır. İşyerinde şiddet, personelin işe gidip gelme dahil işleriyle ilgili durumlarda istismar edilmesi, korkutulması veya saldırıya uğraması, güvenliklerine, refahlarına veya sağlıklarına açık veya örtülü bir meydan okuma içeren bir saldırganlık olarak tanımlanmaktadır. Sağlık çalışanlarına yönelik oldukça şiddet sık görülmektedir (Mento vd., 2020). Hatta sağlık çalışanlarının diğer meslek gruplarına göre 16 kat daha fazla şiddete maruz

kaldıkları tespit edilmiştir (Elliott, 1997). Dünya Sağlık Örgütü'ne (WHO) göre işyerinde şiddet; fiziksel, psikolojik (duygusal), cinsel ve ırksal olarak sınıflandırılabilir (Ray, 2007). Hem fiziksel hem de psikolojik şiddet oldukça yaygındır. Ancak psikolojik şiddetin giderek daha popüler bir hal aldığı görülmektedir. Psikolojik şiddet, bir bireye veya gruba karşı sözlü veya fiziksel olmak üzere hakaret, saldırı şeklinde sosyal, toplumsal, ahlaki, ruhsal ve fiziksel zararlara neden olabilecek her türlü eylemdir (Li vd., 2018). Bu tür şiddetlerin tamamı ne yazık ki sağlık hizmetlerinin her alanında görülmektedir. Türkiye'de de sağlıkta şiddet olaylarının oldukça fazla olduğu hatta kadına yönelik şiddetten iki kat fazla olduğu ifade edilmektedir (Polat & Çırak, 2019).

Sağlıkta şiddet sağlık çalışanlarının motivasyonlarının düşmesine, tükenmişliğe, depresyon ve anksiyete gibi psikolojik sorunlara yol açarak sağlık sisteminin etkinliğine de olumsuz nedenleri olmaktadır (Gascón vd., 2013; Hacer & Ali, 2020). Sağlıkta şiddetin sağlık çalışanlarına yönelik bireysel bir sorun olmasının yanında global seviyede sağlık ve sosyolojik bir problemdir (Dahlberg & Krug, 2006). Ayrıca sağlık hizmetlerindeki etkinlik ve verimliliği de olumsuz etkilediğinden dolayı ekonomik olarak da zarar vermektedir. Sağlıkta şiddete yönelik risk değerlendirmesi yapılmalı, bu konuda personel eğitilmelidir. Türkiye'de sağlıkta şiddete yönelik olarak kurulan beyaz kod uygulaması daha aktif hale getirilmeli ve işlevselliği tatbikatlar ile kontrol edilmelidir.

### **1.10. İyonize Radyasyon**

İyonize radyasyon sağlık hizmetlerinde tanı ve tedavi işlemlerinde yıllardır başarı bir şekilde kullanılmaktadır. Özellikle gelişen teknoloji sayesinde de tedavi amacıyla iyonize radyasyon teknolojilerinin kullanım alanları giderek artmıştır. Ancak, iyonize radyasyon ışınlarının sağlık sunumunda sunduğu birçok faydanın yanında insan sağlığına yönelik zararları mevcuttur. İyonize radyasyonun sağlığa yönelik zararlar iki kategoride ele alınmaktadır (Bakar vd., 2019).

**Deterministik Etkiler:** İyonize radyasyonun belirli eşik değerlerinde neden olduğu doku yaralanmaları olarak ifade edilebilir. Deterministik etkiler kısa sürede ortaya çıkmaktadır. Radyasyon yanıkları ve yaralanmaları olarak karşımıza çıkmaktadırlar. Akut dönem etkileri olarak da ifade edilebilir (Thome vd., 2018).

**Stokastik Etkiler:** İyonize radyasyonun dokularda DNA hasarına yol açarak neden olduğu sağlık problemleridir. Stokastik etkiler için güvenli bir radyasyon sınırı yoktur. Genellikle kanser olarak karşımıza çıkmaktadır (Bakar vd., 2019; Dalcı vd., 2006; Mettler, 2012). Yıllar

sonra ortaya çıkabilmektedirler. Bu nedenle radyasyon için güvenli olarak nitelendirilebilecek bir doz sınırı yoktur.

İyonize radyasyonun olası etkileri göz önüne alındığında bu alanda çalışan sağlık personelinin güvenlikleri önem arz etmektedir. Özellikle girişimsel kateter laboratuvarlarındaki radyasyon miktarının diğer modalitelere göre daha fazla olduğu göz önüne bulundurulduğunda (Miller vd., 2012; Picano & Vano, 2011), bu alanlardaki bireylerin takibi ve kontrolü önemlidir (Uthirapathy vd., 2022). Koruyucu ekipman kullanımı ve radyasyondan korunmaya yönelik aktif ve pasif tedbirler alınmalıdır. Bu kapsamda sağlık kontrolleri, eğitimler, radyasyon seviye takipleri yapılmalıdır. Bu kapsamda ulusal tanı seviyeleri ortaya konarak sistematik bir şekilde radyasyon optimizasyonunun yapılması önemlidir.

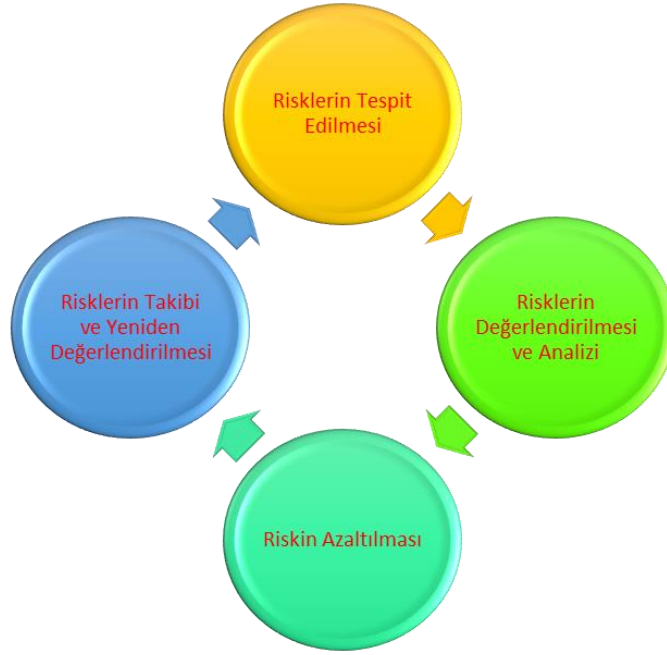
## **2. Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Güvenlik Yönetimi**

Sağlık hizmetlerinde çalışan güvenliği hasta güvenliğine kıyasla literatürde daha az tartışılan bir konudur (Wagner vd., 2020). Ancak yukardaki literatür bulgularından yola çıkarak sağlık çalışanlarının güvenliğinin de önemli bir sağlık sorunu olarak ele alınması gerekmektedir.

Bu güvenlik riski faktörlerinin ele alınması, uygun eğitim, kişisel koruyucu ekipman kullanımı, ergonomik değerlendirmeler, şiddet önleme programları ve işle ilgili stresi azaltmaya yönelik önlemleri içeren çok yönlü bir yaklaşımı gerektirir. Sağlık kuruluşları, personele yönelik riskleri en aza indirirken hasta bakımında en yüksek kaliteyi sağlamak için çalışanlarının güvenliğine ve refahına öncelik vermelidir. Özellikle sağlık çalışanlarının güvenliğini sağlamak için ayrıntılı bir risk değerlendirmesi yapılmalıdır (Kuhn & Youngberg, 2002). Laboratuvarlar kimyasal ve biyolojik riskler içerdiğinden risk değerlendirme perspektiflerinin daha kapsamlı olması önemlidir (Aksay vd., 2012).

Risk yönetim aşamaları literatürde bazı farklılıklara rağmen temel olarak aşağıdaki gibidir.

Risk yönetimi, kuruluşların hedeflerini ve operasyonlarını etkileyebilecek riskleri tanımlamasına, değerlendirmesine, önceliklendirmesine ve azaltmasına yardımcı olan sistematik bir süreçtir. Risk yönetim süreci literatürde farklılaşmasına rağmen, temel adımları Şekil 1'de gösterilmiştir.



Şekil 1. Risk Değerlendirme Süreci

#### Risklerin Tespit Edilmesi:

Çalışanlara yönelik olarak tehlike yaratabilecek potansiyel riskleri belirlenmeli ve kayıt altına alınmalıdır. Her departman ve iş süreci kapsamında risklerin tespit edilmesi ayrı ayrı yapılmalıdır.

#### Risklerin Değerlendirilmesi ve Analizi

Belirlenen riskleri potansiyel etkileri ve gerçekleşme olasılıkları açısından değerlendirilmeli ve önceliklendirilmelidir. Sağlık çalışanlarına yönelik olarak belirlenen risklerin olası nedenleri uzman görüşleri çerçevesinde ortaya konmalıdır. Önem ve tehlike düzeyine göre hangi risklerin ele alınması gerektiğini belirlenmelidir.

#### Riskin Azaltılması

En tehlikeli ve en önemli riskten başlayarak risklerin nedenleri ortadan kaldırılmalıdır. Risk ortadan kaldırılamıyorsa koruyucu tedbirler alınarak olası olumsuz sonuçlar en aza indirilmelidir. Bu kapsamda sağlık çalışanlarına eğitim ve bilgilendirme yapılmalıdır. Protokoller oluşturulabilir.

### Risklerin Takibi ve Yeniden Değerlendirilmesi

Sağlık çalışanlarının güvenliğine yönelik olarak risk azaltma stratejilerinin etkinliğini sürekli olarak izlenmeli ve tekrar gözden geçirilmelidir. Değişen koşulları veya yeni riskleri ele almak için risk yönetimi planlarını gerektiği şekilde ayarlamak ve güncellemek risk yönetiminin temel felsefesidir. Bu yönüyle etkin risk yönetimi, sağlık kurumlarının riskleri proaktif bir şekilde ele almasına ve potansiyel olumsuz etkileri en aza indirmesine yardımcı olan sürekli ve dinamik bir süreçtir.

### 3. Sonuç

Kitabın bu bölümünde sağlık çalışanlarına yönelik olan risk faktörlerinden en yaygın ve önemli olanlar ifade edilmeye çalışılmıştır. Unutulmamalıdır ki, her uzmanlık alanın kendi özellikleri nedeni ile ortaya çıkan risklerde farklılaşmaktadır. Bu nedenle kitabın bu bölümünde tüm riskleri ortaya koymak mümkün olmamıştır. Bu nedenle sağlık çalışanlarının güvenliğinde her uzmanlık alanı ve iş süreçleri çerçevesinde risk değerlendirmesi yapılarak ele alınmalıdır. Ayrıca hızla gelişen teknolojinin sağlık hizmetlerinin her alanda kullanılması beraberinde yeni riskler de getirmektedir. Bu bakış açısıyla sağlık çalışanlarına yönelik risk yönetimi proaktif, dinamik ve sürekli bir süreç olarak her alanda işletilmelidir.



## Kaynakça

- Aksay, K., Orhan, F., & Kurutkan, M. N. (2012). Sağlık hizmetlerinde bir risk yönetimi tekniği olarak FMEA: Laboratuvar sürecine yönelik bir uygulama. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 4(2), 121-142.
- Alam, M. (2002). Knowledge, attitude and practices among health care workers on needle-stick injuries. *Annals of Saudi Medicine*, 22(5-6), 396-399.
- Ansoleaga, E. (2015). Psychosocial stress among health care workers. *Revista medica de Chile*, 143(1), 47-55.
- Bakar, N. F. A., Othman, S. A., Azman, N. F. A. N., & Jasrin, N. S. (2019). Effect of ionizing radiation towards human health: A review. *IOP Conference Series: Earth and Environmental Science*,
- Bandyopadhyay, S., Baticulon, R. E., Kadhum, M., Alser, M., Ojuka, D. K., Badereddin, Y., Kamath, A., Parepalli, S. A., Brown, G., & Iharchane, S. (2020). Infection and mortality of healthcare workers worldwide from COVID-19: a systematic review. *BMJ global health*, 5(12), e003097.
- Banerjee, S., Califano, R., Corral, J., de Azambuja, E., De Mattos-Arruda, L., Guarneri, V., Hutka, M., Jordan, K., Martinelli, E., & Mountzios, G. (2017). Professional burnout in European young oncologists: results of the European Society for Medical Oncology (ESMO) young oncologists committee burnout survey. *Annals of Oncology*, 28(7), 1590-1596.
- Bertin, M. L., Vinski, J., Schmitt, S., Sabella, C., Danziger-Isakov, L., McHugh, M., Procop, G. W., Hall, G., Gordon, S. M., & Goldfarb, J. (2006). Outbreak of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* colonization and infection in a neonatal intensive care unit epidemiologically linked to a healthcare worker with chronic otitis. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 27(6), 581-585.
- Brewczyńska, A., Depczyńska, D., Borecka, A., Winnicka, I., Kubiak, L., Skopińska-Różewska, E., Niemcewicz, M., & Kocik, J. (2015). The influence of the workplace-related biological agents on the immune systems of emergency medical personnel. *Central European Journal of Immunology*, 40(2), 243-248.
- Bryant, K. A., Humbaugh, K., Brothers, K., Wright, J., Pascual, F. B., Moran, J., & Murphy, T. V. (2006). Measures to control an outbreak of pertussis in a neonatal intermediate care nursery after exposure to a healthcare worker. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 27(6), 541-545.

- Canada, G. o. (2020). Infection prevention and control for COVID-19. Second interim guidance for acute healthcare settings. In.
- Cohen, H. A., Amir, J., Matalon, A., Mayan, R., Beni, S., & Barzilai, A. (1997). Stethoscopes and otoscopes--a potential vector of infection? *Family practice*, 14(6), 446-449.
- Connor, T. H., MacKenzie, B. A., DeBord, D. G., Trout, D. B., & O'Callaghan, J. P. (2016). NIOSH list of antineoplastic and other hazardous drugs in healthcare settings 2016.
- Connor, T. H., & McDiarmid, M. A. (2006). Preventing occupational exposures to antineoplastic drugs in health care settings. *CA: a cancer journal for clinicians*, 56(6), 354-365.
- Dahlberg, L. L., & Krug, E. G. (2006). Violence a global public health problem. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(2), 277-292.
- Dalçı, D., Dörter, G., & Güçlü, İ. (2006). Health consequences of ionizing radiation exposure.
- Ebrahimi, H., & Khosravi, A. (2007). Needlestick injuries among nurses. *Journal of research in health sciences*, 7(2), 56-62.
- Elliott, P. P. (1997). Violence in health care. *Nursing Management*, 28(12), 38-42.
- Gascón, S., Leiter, M. P., Andrés, E., Santed, M. A., Pereira, J. P., Cunha, M. J., Albesa, A., Montero-Marín, J., García-Campayo, J., & Martínez-Jarreta, B. (2013). The role of aggressions suffered by healthcare workers as predictors of burnout. *Journal of Clinical Nursing*, 22(21-22), 3120-3129.
- Ghofranipour, F., Asadpour, M., Ardebili, H. E., Niknami, S., & Hajizadeh, E. (2009). Needle sticks/sharps injuries and determinants in nursing care workers. *European Journal of Social Sciences*, 11(2), 191-197.
- Gomez-Urquiza, J. L. (2016). Prevalence, risk factors, and levels of burnout among oncology nurses: A systematic review. *Number 3/May 2016*, 43(3), E104-E120.
- Granek, L., Ben-David, M., Nakash, O., Cohen, M., Barbera, L., Ariad, S., & Krzyzanowska, M. K. (2017). Oncologists' negative attitudes towards expressing emotion over patient death and burnout. *Supportive Care in Cancer*, 25, 1607-1614.
- Hacer, T. Y., & Ali, A. (2020). Burnout in physicians who are exposed to workplace violence. *Journal of forensic and legal medicine*, 69, 101874.
- Honda, H., & Iwata, K. (2016). Personal protective equipment and improving compliance among healthcare workers in high-risk settings. *Current opinion in infectious diseases*, 29(4), 400-406.
- Huttunen, R., & Syrjänen, J. (2014). Healthcare workers as vectors of infectious diseases. *European journal of clinical microbiology & infectious diseases*, 33, 1477-1488.

- Karaoglu, N., Pekcan, S., Durduran, Y., Mergen, H., Odabasi, D., & Ors, R. (2015). A sample of paediatric residents' loneliness-anxiety-depression-burnout and job satisfaction with probable affecting factors. *J Pak Med Assoc*, 65(2), 183-191.
- Klompas, M., Baker, M., & Rhee, C. (2021). What is an aerosol-generating procedure? *JAMA surgery*, 156(2), 113-114.
- Kuhn, A.-M., & Youngberg, B. J. (2002). The need for risk management to evolve to assure a culture of safety. *BMJ Quality & Safety*, 11(2), 158-162.
- Lauer, J. (2018). *Musculoskeletal Disorders in Healthcare Workers*.
- Letvak, S. A., Ruhm, C. J., & Gupta, S. N. (2012). Nurses' presenteeism and its effects on self-reported quality of care and costs. *AJN The American Journal of Nursing*, 112(2), 30-38.
- Li, P., Xing, K., Qiao, H., Fang, H., Ma, H., Jiao, M., Hao, Y., Li, Y., Liang, L., & Gao, L. (2018). Psychological violence against general practitioners and nurses in Chinese township hospitals: incidence and implications. *Health and quality of life outcomes*, 16, 1-10.
- Meisinger, Q. C., Stahl, C. M., Andre, M. P., Kinney, T. B., & Newton, I. G. (2016). Radiation protection for the fluoroscopy operator and staff. *American Journal of Roentgenology*, 207(4), 745-754.
- Mento, C., Silvestri, M. C., Bruno, A., Muscatello, M. R. A., Cedro, C., Pandolfo, G., & Zoccali, R. A. (2020). Workplace violence against healthcare professionals: A systematic review. *Aggression and violent behavior*, 51, 101381.
- Mettler, F. A. (2012). Medical effects and risks of exposure to ionising radiation. *Journal of Radiological Protection*, 32(1), N9.
- Miller, D. L., Hilohi, C. M., & Spelic, D. C. (2012). Patient radiation doses in interventional cardiology in the US: advisory data sets and possible initial values for US reference levels. *Medical physics*, 39(10), 6276-6286.
- Miller, D. L., Vañó, E., Bartal, G., Balter, S., Dixon, R., Padovani, R., Schueler, B., Cardella, J. F., & De Baère, T. (2010). Occupational radiation protection in interventional radiology: a joint guideline of the Cardiovascular and Interventional Radiology Society of Europe and the Society of Interventional Radiology. *CardioVascular and Interventional Radiology*, 33, 230-239.
- Morawska, L., Johnson, G., Ristovski, Z., Hargreaves, M., Mengersen, K., Corbett, S., Chao, C. Y. H., Li, Y., & Katoshevski, D. (2009). Size distribution and sites of origin of droplets expelled from the human respiratory tract during expiratory activities. *Journal of aerosol science*, 40(3), 256-269.

- Ndejjo, R., Musinguzi, G., Yu, X., Buregyeya, E., Musoke, D., Wang, J.-S., Halage, A. A., Whalen, C., Bazeyo, W., & Williams, P. (2015). Occupational health hazards among healthcare workers in Kampala, Uganda. *Journal of environmental and public health*, 2015.
- Nguyen, P. T. L., Nguyen, T. B. L., Pham, A. G., Duong, K. N. C., Gloria, M. A. J., Vo, T. V., Vo, B. V., & Phung, T. L. (2021). Psychological stress risk factors, concerns and mental health support among health care workers in vietnam during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak. *Frontiers in public health*, 9, 628341.
- Nsubuga, F. M., & Jaakkola, M. S. (2005). Needle stick injuries among nurses in sub-Saharan Africa. *Tropical medicine & international health*, 10(8), 773-781.
- Orji, E., Fasubaa, O., Onwudiegwu, U., Dare, F., & Ogunniyi, S. (2002). Occupational health hazards among health care workers in an obstetrics and gynaecology unit of a Nigerian teaching hospital. *Journal of obstetrics and gynaecology*, 22(1), 75-78.
- Park, S. H. (2020). Personal protective equipment for healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *Infection & chemotherapy*, 52(2), 165.
- Phillips, C. S., & Becker, H. (2019). Systematic Review: Expressive arts interventions to address psychosocial stress in healthcare workers. *Journal of advanced nursing*, 75(11), 2285-2298.
- Picano, E., & Vano, E. (2011). The radiation issue in cardiology: the time for action is now. *Cardiovascular ultrasound*, 9, 1-13.
- Polat, Ö., & Çırak, M. (2019). Sağlıkta Şiddetin Beyaz Kod Verileri ile Değerlendirilmesi. *Medical Journal of Bakirkoy*, 15(4).
- Ray, M. M. (2007). The dark side of the job: violence in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing*, 33(3), 257-261.
- Rim, K.-T., & Lim, C.-H. (2014). Biologically hazardous agents at work and efforts to protect workers' health: a review of recent reports. *Safety and health at work*, 5(2), 43-52.
- Rushton, C. H., Batcheller, J., Schroeder, K., & Donohue, P. (2015). Burnout and resilience among nurses practicing in high-intensity settings. *American journal of critical care*, 24(5), 412-420.
- Safety, N. I. f. O., & Health. (2013). *Workplace Solutions: Personal Protective Equipment for Health Care Workers Who Work with Hazardous Drugs*.
- Schabrun, S., & Chipchase, L. (2006). Healthcare equipment as a source of nosocomial infection: a systematic review. *Journal of Hospital Infection*, 63(3), 239-245.

- Shen, X., Zou, X., Zhong, X., Yan, J., & Li, L. (2020). Psychological stress of ICU nurses in the time of COVID-19. In (Vol. 24, pp. 1-3): Springer.
- Singh, N., Tang, Y., & Ogunseitan, O. A. (2020). Environmentally sustainable management of used personal protective equipment. *Environmental science & technology*, 54(14), 8500-8502.
- Sivuk, D., & Seyhan, F. (2021). Örgütsel çatışma, örgütsel stres, İş yaşam kalitesi, İş tatmini ve İşten ayrılma niyeti arasındaki İlişki: Sağlık çalışanlarının verimliliği üzerine bir araştırma. *Verimlilik Dergisi*(4).
- Şen, H. (2022). Çalışma Hayatında Paradigma Kayması: Endüstri 4.0 İle Geleceğin Mesleklerine Bakış İksad Yayınevi.
- Thome, C., Chambers, D. B., Hooker, A. M., Thompson, J. W., & Boreham, D. R. (2018). Deterministic effects to the lens of the eye following ionizing radiation exposure: is there evidence to support a reduction in threshold dose? *Health physics*, 114(3), 328-343.
- Tran, K., Cimon, K., Severn, M., Pessoa-Silva, C. L., & Conly, J. (2012). Aerosol generating procedures and risk of transmission of acute respiratory infections to healthcare workers: a systematic review. *PloS one*, 7(4), e35797.
- Ulfa, M., Azuma, M., & Steiner, A. (2022). Burnout status of healthcare workers in the world during the peak period of the COVID-19 pandemic. *Frontiers in psychology*, 13, 952783.
- Uthirapathy, I., Dorairaj, P., Ravi, S., & Somasundaram, S. (2022). Knowledge and practice of radiation safety in the Catherization laboratory among Interventional Cardiologists – An online survey. *Indian Heart Journal*, 74(5), 420-423. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ihj.2022.08.001>
- Verbeek, J. H., Rajamaki, B., Ijaz, S., Sauni, R., Toomey, E., Blackwood, B., Tikka, C., Ruotsalainen, J. H., & Balci, F. S. K. (2020). Personal protective equipment for preventing highly infectious diseases due to exposure to contaminated body fluids in healthcare staff. *Cochrane database of systematic reviews*(4).
- Wagner, A., Schöne, L., & Rieger, M. A. (2020). Determinants of occupational safety culture in hospitals and other workplaces—results from an integrative literature review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(18), 6588.
- Waters, T. R. (2010). Introduction to ergonomics for healthcare workers. *Rehabilitation Nursing*, 35(5), 185-191.
- Weber, D. J., Rutala, W. A., & Schaffner, W. (2010). Lessons learned: protection of healthcare workers from infectious disease risks. *Critical care medicine*, 38, S306-S314.

Wenzel, R. P., & Edmond, M. B. (2001). The impact of hospital-acquired bloodstream infections. *Emerging infectious diseases*, 7(2), 174.

## BÖLÜM 6

### SAĞLIK KURUMLARINDA MÜKEMMEL YÖNETİM YAKLAŞIMI

Dr. Pelin YILIK<sup>6</sup>

DOI: <https://dx.doi.org/10.5281/zenodo.10050174>

#### Giriş

Zamanımızda tüm bilim dallarında hızlı gelişim ve değişimler sözkonusudur. Yönetim bilimi de bu hızlı gelişim ve değişimden en çok etkilenen bilim dalları arasındadır. Yönetim bilimlerinde başarılı olmak mükemmelle ulaşmakla yakından ilgilidir. Bu çerçevede “Mükemmel Yönetim” kavramının ne olduğu sorusunun cevabı kuşkusuz verilmelidir. Peki bu kadar değişimin ve dönüşümün yüksek olduğu ortamlarda mükemmel yönetim diye bir şey olabilir mi, peki ya bunun sürdürülebilirliği nasıl sağlanabilir? Yönetim teorileri genel olarak değerlendirildiğinde ilgili zamanın bulunulan koşullarına göre en ideal modeli ortaya koyduğunu ya da koymak istediğini söylemek mümkündür. Kaldı ki yönetim konusu pek çok bilim alanı ile yakından ilişkili ve içiçedir. Bunların başında hukuk, sosyoloji, psikoloji, matematik gelmekle birlikte hangi alanda faaliyet sürdürülüyorsa o alana yönelik teknik bilim alanları da mükemmel yönetime ulaşmada gerek ve hatta şarttır. Örneğin sağlık hizmetlerinde mükemmel yönetim faaliyetleri için bu alana özgü teknik bilgiye güncel olarak hakim olmak son derece elzemdir.

Mükemmel kelimesine odaklanıldığında bunun izafi bir kavram olduğunu da belirtmek gerekir. Mükemmelliğin kişiye, zamana ve ortama göre değişmesi mükemmel yönetimin de farklı zaman ve koşullar altında farklı uygulamalar gerektirdiğini söylenebilir. Buna ulaşmak; reaktif değil proaktif olmayı, geçmişe göre değil geçmişini bilmeyi, mevcut durumu konumlandırmayı ve yarını doğru tahmin etmeyi gerektirir. Bununla birlikte bu bahsedilenler zaten yönetim teorilerinin incelediği konular olduğu da ortadadır. Aslında burada mükemmel yönetim tabirinden kastedilen ideal yönetim kavramı da diyebiliriz. İdeal olan yani optimum düzeyde olan aynı zamanda mükemmel midir? Yoksa maksimum kelimesini mi kullanmak gerekir. Tabi burada bahsedilen

<sup>6</sup> Dr., Türkiye Büyük Millet Meclisi, Sağlık Komisyonu Katip Üyesi, pelinyilik@hotmail.com, Orcid: 0000-0002-4210-3898

optimum, maksimum ya da azami gibi kelimeler midir bu kavramın karşılığı diye düşünüldüğünde yönetim performansına farklı boyutlardan bakmamız ve değerlendirmemiz gerekecektir. Bunlar arasında yönetimde etkililik, etkinlik, verimlilik, kalite ve performans gibi kavramların ön plana çıkabileceği aklımıza gelecektir.

Yönetim faaliyetlerini gerçekleştiren kişiler yöneticilerdir ve her kademe yönetici buldukları hiyerarşik düzeye ve organizasyondaki rolüne göre karar alır ve astlarını bu kararları uygulamaya sevk eder, uygulatır, kontrol eder ve yeniden karar alarak bu süreci yürütür. Bu faaliyetleri gerçekleştirirken kendi yönetim faaliyetleri için doğrudan ve dolaylı olarak etkilendiği iç ve dış çevre (uzak ve yakın) içinde en doğru kararları almaları ve bu kararlara göre uygulamaların gerçekleşerek arzulanan sonuçlara ulaşılması gerekmektedir. Bununla birlikte yöneticilerin yönetim alanı içinde yönetim tarzı veya stili sergiledikleri düşünüldüğünde bu tarz veya stilin bahsedilen çevresel durumlara göre değişiklik gösterebileceğini söyleyebiliriz. Buraya kadar bahsettiklerimizin en özet hali; standart bir mükemmel yönetim modelinin olamayacağı ancak yönetim faaliyetlerinde mükemmel ulaşmanın başlangıcının iç ve dış çevredeki durumsal koşullar ile yönetim biriminin mevcut durumunun doğru değerlendirilmesinden geçtiği ile yakından ilişkili olduğudur. Yöneticilerle ilgili diğer bir önemli husus ise yönetim becerilerinin zamanla geliştirilebileceği bu durumun da daha mükemmel ulaşmada bir faktör olmasıdır ki yöneticilerin bu konuda istekli olmaları ön koşuldur.

Yönetim teorilerinin dışında özellikle kurumsal anlamda yönetim faaliyetlerini standardize ederek daha kaliteli ve mükemmel yönetim modelleri çeşitli yapılar altında tanımlanmıştır. Bu modeller akreditasyon, mükemmellik ödülü, mükemmeliyet merkezleri gibi çatılar altında ulusal veya uluslararası kuruluşlarca yürütülmektedir ve sağlık hizmetlerinde de sıkça kullanıldığı görülmektedir.

Bu bölümde sağlık yönetiminde mükemmelliğe ulaşmadaki temel kavramlar olan “yönetim, yönetişim, organizasyon, kurumsallaşma, misyon ve vizyon, kurumsal amaç ve hedefler” konuları öncelikle değinilecek olup ardından sağlık kurumlarında mükemmel yönetim yaklaşımı konusuna yönetim kurulları ve sağlık yöneticisi düzeyinde nasıl ele alınması gerektiği vurgulanmıştır.



## 1. Yönetim – Yönetişim ve Organizasyon

Dünya’da yönetim kavramı “management” karşılığı olarak kullanılmakta olup genellikle “müşteri ihtiyaç ve beklentilerini karşılayarak kurumsal amaçlara ulaşmak için başkaları vasıtasıyla iş görmek” olarak tanımlanır. Yönetimin fonksiyonları genel olarak; planlama, örgütlenme, yöneltme ve kontrol şeklinde sıralanmaktadır. Yönetimin fonksiyonları birbiriyle bağlantılıdır ve birbirini etkilemektedir. Bunun için yönetim fonksiyonlarından birindeki aksaklık diğerlerini de etkiler ve yönetim sorunlarının doğmasına neden olur. Planlama yapılabilmesi için öncelikle amaçların belirlenmiş olması gerekir. Daha sonra ise elde bulunan ya da elde edilebilecek imkanlar ve kaynaklar tespit edilir. Eldeki kaynakların ve imkanların etkin ve verimli bir şekilde kullanılabilmesi için bir çerçeve ortaya konulur. Belirlenmiş olan amaçlara en uygun yolları seçmek için tüm alternatif seçenekler karşılaştırılır ve izlenecek yollar belirlenir. Örgütlenme ya da organizasyon, amaçlara ulaşmak için yapılacak işlerin tanımlanması ve gruplandırılması, işleri yapacak çalışanların yetki ve sorumluluğunun belirlenmesi, amaçlara ulaşması için gerekli fiziksel ortamın hazırlanmasıdır. Yöneltme ise örgütlenme yapıldıktan sonra çalışmaların başlaması, çalışanların bu alanda yönlendirilmesi aşamasıdır. Yöneltme, örgütlenmiş bir yapıyı harekete geçiren yönetim fonksiyonudur. Kurumda ortak kültür ve değerler yaratmaya, amaçların tüm çalışanlar tarafından benimsenmesini sağlamaya ve çalışanları işte yüksek performans göstermesi konusunda teşvik etmeye yardımcı bir fonksiyon olarak ele alınır. Denetim; esas olarak, kurumda gerçekleşen sonuçların (performansların), önceden belirlenmiş amaç, hedef veya standartlara göre durumunu; uygulamaya konan planların, seçilen yolların doğru olup olmadığını belirlemek amacı ile yapılan bir faaliyettir (Lale, 2019).

Yönetişim ise “belirlenen amaç ve hedeflere başkalarıyla birlikte iş görerek ulaşma faaliyetleri” anlamı taşımakta olup etkileşimli bir sonuç ortaya çıkmaktadır. Yönetişim kavramsal olarak yönetimden daha geniş bir çerçeve oluşturmaktadır. Yönetişim, insanlar ve kurumlar arasındaki yüksek etkileşimi içeren bir karar verme ve sonuç alma sürecidir (Saruhan ve Yıldız, 2017).

Zamanımızda çalışanların yönetiminde onların rızasını almak ve ikna etmek gibi hususlar ön plana çıkmıştır. Bütün çalışanlar sadece işlerini yapmakla kalmayıp örgütün yönetimine, örgütle ilgili tüm kararların görüşülmesine ve sonuçlandırılmasına

kendilerinin de dahil edilmesini istemekte ve konuyla ilgili fikirlerinin sorulmasını beklemektedirler. Çalışanların yönetime katılım isteklerinin bir sonucu da olarak yönetim alanında gerçekleşen paradigma değişimleri sonucunda, birlikte yönetim anlamında olan yönetim kavramı doğmuştur. Yönetişim ile birlikte, yönetim tanımının içeriği ve kapsamı farklılaşmış, etkileşim ve iletişim ile birlikte yönetim halini almıştır (Cihangiroğlu vd., 2016).

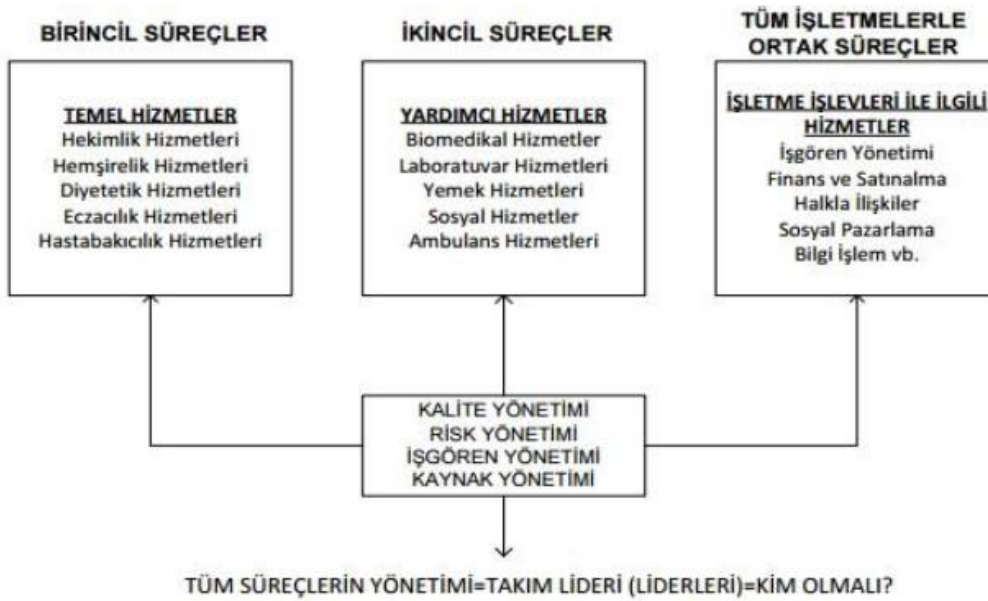
Sağlık hizmetlerinde yönetim konusu makro ve mikro çerçevede sağlık yönetiminde büyük öneme sahiptir. Özellikle “kaliteli sağlık bakımının hizmeti sunumu, hasta ve çalışanlar için olası risklerin belirlenerek çözüm yollarının bulunması, kaynakların etkili ve verimli kullanılması, çalışanların kişisel ve mesleki gelişimlerin desteklenerek kararlara katılımının sağlanması” sağlık hizmetleri için yönetim uygulamalarını önemli kılmaktadır (Gürdoğan, 2012). Yönetişim kavramı sağlık organizasyonlarında kalitenin iyileştirilmesini ve devamlı yükseltilmesini aynı zamanda klinik bakımı geliştirecek güzel bir çevrenin oluşturulmasını sağlamış ve daha çok “klinik yönetim” ile ilişkilendirilmiştir (Halligan, 2001).

Klinik Yönetişim, sağlık kurumlarında tıbbi hizmet kalitesinin sürekli yükseltilmesi ve tıbbi bakımda en iyiye ulaşmak için gerekli yönetsel alt yapının oluşturulmasıdır. Klinik yönetim, hasta bakımı üzerinde etkisi olan tüm faaliyetleri bütünleştirmeyi amaçlayan, bakım kalitesini ve güvenlik standartlarını sürekli iyileştirmede hekim ve hemşirelere destek sağlayan yaklaşımdır. Diğer bir tanımla klinik yönetim; yüksek hasta bakım standartlarını koruma ve iyileştirmeye yardım eden tüm faaliyetler için kullanılan bir çatı kavramdır denilebilir (Freeman, 2003). Klinik yönetim çalışmaları; sağlık profesyonellerinin kalite geliştirme çabalarına öncülük etmesini, uygulamaların kanıta dayalı olmasını ve sistematikleştirilmiş bakım süreçleri oluşturmayı kapsayan bir takım faaliyetini gerekli kılmaktadır. Bu nedenle, klinik yönetim sağlık profesyonelleri açısından bakım verme sisteminin iyileştirilmesi ve bakımın uygulanması olarak iki rolü ifade eder (Gauld ve Hoursburg, 2014).

Organizasyon kavramı yönetim fonksiyonu olarak örgütlenme ile birlikte genellikle incelenir. Bununla birlikte kurumlar da bir organizasyon olduklarından organizasyon kavramı aynı zamanda yönetimi de kapsayan bir kavramdır. Organizasyon, işletmenin amaçlarına erişebilmesi için hangi fonksiyonları yapması gerektiğine ve bunları

yapacak bölümlerin birbirleriyle eşgüdümlü çalışacak şekilde oluşturulmasına, bu bölümlerde çalıştırılmak üzere gerekli olan beşeri ve maddi unsurlarının tedariki ve uyumlu hale getirilmesine ilişkin süreçlerden oluşmaktadır (Eren, 2001).

Kurumun belirlemiş olduğu amaçlarına ulaşılabilmesi için, yapılacak işlerin belirlenmesi ve gruplanması; işleri yerine getirecek çalışanların görev, yetki ve sorumluluklarının belirlenmesi ve atanması, verimli ve etkin bir çalışma ortamı oluşturabilmek için gerekli fiziksel koşulların hazırlanması aşamalarına organizasyon süreci denmektedir (Karaca, 2016). Sağlık kurumlarındaki organizasyon süreçleri ana faaliyet alanlarına göre neler oldukları Şekil 1’de gösterilmiştir.



Şekil 1. Sağlık Kurumlarında Organizasyon Süreçleri

Kaynak: Şahin, 2005: 4

## 2. Kurumsallaşma

Kurumsallaşma, örgütlerin sosyal ihtiyaç ve çevresel baskılardan dolayı duyarlı ve esnek bir organizma haline gelerek ayrı bir kimlik kazanması süreci olarak nitelendirilebilir. Açık sistemlerde kurumsal yapılar, dış çevre ile etkileşim halinde uyum içinde bir değişim içindedir ve kurum çalışanlarının özellikleri ile şekillenir. Kurum içerisindeki formal - informal ilişki ve iletişimin kararlılık kazanması, personel güçlendirme ve çevreyle ilişkilerin uyumlaşması, dengenin sağlanması, zorunlu öğeler olarak belirtilmektedir (Selznick, 1996: 271-272). Kurumlar çevrelerindeki faktörleri

görmezden gelerek yaşamlarını sürdüremezler.

Kurumlar birbirlerine bağımlı olarak canlılık gösteren bir zincirin parçaları gibidirler. Kurumsallaşma çevresel faktörlere hazırlıklı olup, hızlı bir biçimde tepki verilebilmesi için, belirli standartların kurum kültürünce benimsenmesidir ve uygulanmasıdır. Kurum ve çevre uyumunu sağlamak, kurumsallaşmanın temel şartlarından birisi olarak görülmelidir.

Kurumların, kurumsallaşma düzeyinin belirlenmesinde kullanılan bazı temel parçalar bulunmaktadır. Bunları önde gelenleri arasında; formalleşme, profesyonelleşme, kurumsal kültür, sosyal sorumluluk, şeffaflık, tutarlılık ve özerklik konuları yer almaktadır. Bu parçalara bütünsel bir yaklaşımla bakıldığında kurumsal kültür oluşturan ve yansıtan temel kavramın paylaşılan değerler kavramı adı altında ele alındığı görülmektedir (Köse vd., 2001: 219). Kurumun kâr elde etmek ve bunu yaparken katlanması gerekenler arasında bir denge kurabilmesi çok önemlidir (Drucker, 1996: 122).

Kurumsallaşma süreçleri genel olarak dört ana başlık üzerinden incelenmektedir. Bunlar; varlığın sürekli kılınması, kanunen tanınma, bireysel ve kurumsal amaçlarda uyum ve kurumsal kimlik kazanmadır. Kurumsallaşma sürecinin son adımı olarak, kurumsal kimlik kazanma; kurum yapısının diğer ökurumlara göre farklılaşması ve kendine özgü bir yapı kurması açısından büyük rol oynamaktadır. Kurumsal kimlik kazanma; bir kurumun stratejik amaçlarına ulaşabilmesi için kendisini ve kurum kültürünü paydaşlarına tanıtmak için kullanılan tüm araçları birleştirmek ve kullanmak olarak da ifade edilebilir (Karpuzoğlu, 2004: 76-77).

Kalite yönetim sistem ve uygulamaları kurumsallaşma sürecinde önemli bir destek rolü görmektedir. Kurumsallaşmada tüm süreç ve görevleri tanımlayan, bunları yazılı kurallar ve prosedürler altında toplayan aynı zamanda bunu kalıcı bir düzen haline getiren sistem, kalite yönetim sistemidir. Kalite yönetim uygulamalarının başlı başına bir sistem haline getirilmesi kurumsallaşma sürecine katkı verecek en büyük olgulardan birisidir.

Çelebi tarafından (2019) yapılan ve kalite yönetim uygulamalarının kendisi ve alt öğelerinin kurumsallaşma üzerindeki etkisine dair değerlere bakıldığı araştırmada;

çalışanların kişisel fikirleri doğrultusunda, çalıştıkları kurumlarda kalite yönetim uygulamalarını kabul ettikleri ve kalitenin temel unsurları olan planlama, uygulama, kontrol etme ve önlem alma unsurlarını işletmelerinde uygun düzeyde kullandıkları ortaya çıkmıştır. Candan (2015)'in yapmış olduğu araştırmanın hipotezleri değerlendirildiğinde ise; kalite yönetim uygulamaları faktörlerinin, kurumsallaşma üzerinde tamamlayıcı bir etkisi olduğu ortaya çıkmıştır. Kalite ve kurumsallaşma olguları; işlerin doğru bir biçimde yönetilmesi, sürekli gelişim ve sayısal veriler ışında objektif karar verme konuları açısından iç içe geçmiş bulunmaktadır (Candan, 2015: 82). Bu kapsamda kurumsallaşma sürecinin, artık kalite yönetim uygulamalarından bağımsız olarak değerlendirilmemesi gerektiği söylenebilir (Çelebi, 2019).

### **3. Misyon, Vizyon ve Değerler**

Kurumların amaçlarını belirlerken en tepede belirlenen yani amaçlar hiyerarşisine göre en üstte yer alan temel amaç ifadeleri misyon ve vizyon olarak ele alınır. Kurumun tüm birimlerinin kendi amaç ve hedeflerini belirlerken dikkate aldığı kavramlar kurumun misyon ve vizyonudur. Bu kapsamda misyon ve vizyonun ne olduğu ve nasıl belirlenmesi gerektiği konusunun da önemi aşıkardır.

Misyon, kurumun geniş kapsamlı amacının en kısa bir biçimde ifadesidir. Bir kurumun misyonu, o kurumu diğer kurumlardan ayıran ve kurum için kalıcı bir amacı gösteren ifadesidir (Henderson, 1998). Bir diğer anlamıyla ise misyon, kurumun kuruluş amacının ve varlık nedeninin somutlaşmış ifadesidir.

Kurumun misyonunun belirlenmesinde genellikle kurumun üst yönetimi ile planlama ekibi birlikte faaliyet göstermektedir. Kurum için belirlenen misyon ifadesi çalışanlara ve kurum dışındakilere kurumun neden var olduğunu ve kurumun yönelimini ifade ettiğinden çok önemlidir. Kurumun misyon belirleme aşamasında, sektördeki tehditler ve fırsatlar gözden geçirileceğinden, misyon ifadesi stratejilerin belirlenmesinde de çok önemli rol oynamaktadır (Toftoy ve Chatterjee, 2004).

Vizyon, misyon ifadesine göre daha uzun vadede ulaşılması hedeflenen umutlar ve hayaller ile ilgilidir. Kurumsal vizyonun belirlenmesi kısıtlı kaynak koşulları altında kurumun ürünlerine yönelik olarak gelecekte oluşacak olan talebin nasıl

karşılancacağını ifade eder. Büyük vizyonlar hem üst düzey yöneticilerin hem de her kademedeki çalışanların benimseyebileceği şekilde belirlenmesi yani vizyonun içselleştirilmesinin sağlanmasıyla ulaşılabilir kılınması sağlanabilir (Buzlu, 2014). Bu sebeple vizyon ifadesi kurumun gelecekte alacağı biçimin ifadesinden daha da öte aynı zamanda güçlü ve etkileyici bir içerik taşımalıdır (Buzlu, 2011).

Kurumlar, hem yönetim fonksiyonları hem de işletme fonksiyonlarını yürütürken en alt kademedeki en üst kademe her düzeyde çalışanların uygulamalarına yol gösterecek ilke ve kurallar belirlemesi, bunları benimsemesi ve uygulaması ile paylaşılan değerlerini oluştururlar. Bu değerler kurumsal kültürün oluşmasında ve yerleşmesinde en temel öğelerdir. Kurumlar; eşitlik, adalet, tarafsızlık, hasta odaklılık, çalışan odaklılık, memnuniyet ve güvenlik gibi kavramları değerleri olarak belirleyebilirler.

### 3.1. Sağlık Kurumlarında Misyon

Misyon belirleme sağlık kurumlarında stratejik yönetim ve kalite yönetim sürecinin en önemli faaliyetlerinden biridir. Sağlık kurumlarında misyon, iç ve dış çevre koşullarının analiziyle elde edilen bilgiler ve kurum kaynak ve özellikleri esas alınarak geliştirilmektedir. Misyon, sağlık kurumlarının varoluş nedeni olarak ifade edilmekte olup misyon sağlık kurumunu diğer sağlık kurumlarından ayıran en önemli etkidir. Misyon sağlık kurumlarının; ürün yelpazesi ve hizmet pazarı bakımından bütün etkinliklerini tanımlamakta, sağlık personelinin ve sağlık kurumunun yönelim kazanmasına imkân sağlamakta ve kurumu doğrudan etkileyen kararlarda bütünlüğü sağlamaktadır. Sağlık kurumlarında misyon, kurumu istediği yöne doğru süreleyen güç, performans ve verimlilik değerlendirilmesinde kullanılan en önemli araçtır. Her kurumda olduğu gibi sağlık kurumlarında da misyon, misyon bildirgesinde belirtilmektedir. Sağlık kurumlarında misyon bildirgesinin içeriğinde şunlar bulunmaktadır (Ertaş, 2014):

- i. Hizmet Pazarı: Hastanenin kuruluş yeri ve hizmet ettiği coğrafik bölge,
- ii. Kurum Hakkında Bilgi: Sağlık kurumunun tanımlanması, özelliklerinin ve amaçlarının açıklanması,
- iii. Hizmetler: Topluma sağlanacak temel hizmetler (tedavi hizmetleri, tıp eğitimi, araştırma),
- iv. Teknoloji: Kullanılan tıbbi teknolojinin gelişmişlik düzeyi,

- v. Stratejik Amaçlar: Sağlık kurumunun bölgesel sağlık sistemi içindeki rolü,
- vi. Değerler: Kurumun felsefesi ve özgün farklılıkları,
- vii. Maliyetler ve kurumsal büyüklük.

Sağlık kurumlarında misyon bildirgesi içeriğinde sağlık kurumunun hizmet sunacağı pazar hakkındaki bilgiler, kurum hakkındaki genel bilgiler, sunulan hizmet çeşitliliği, kullandığı teknolojik materyal, kurumun stratejik amaçları ve kurum değerleri bulunmaktadır. Sağlık kurumlarında sunulan hizmetler; tanı ve tedavi hizmetleri, eğitim ve araştırma hizmetleri, otelcilik hizmetleri, destek hizmetleri ve mali hizmetler olarak sıralanmaktadır. Misyon bildirgesi ile sağlık kurumundaki görev, yetki ve sorumlulukların belirlenmesi, sağlık kurumunun amaçlarının geliştirilmesi, sağlık personelinin kurumun amaçları doğrultusunda faaliyet göstermesinin sağlanması ve bir sağlık kurumunun diğer sağlık kurumlarından farklı yanlarının belirlenmesi temel konularda genel düzeyde belirlenmiş olur.

### **3.2. Sağlık Kurumlarında Vizyon**

Vizyon sağlık kurumları için gelecekle ilgili umut ve hayalleri içermektedir; geleceğin bir resmidir ve yöneticilerin bütün amacı bu umudu gerçeğe dönüştürmektir (Dinçer, 2007). Örneğin bir sağlık kurumunun vizyonu, bulunduğumuz yerin değil de dünyanın en saygı duyulan ve en iyi hizmet sunan hastanesi olmak istiyoruz şeklinde ifade edilebilmektedir. Sağlık kurumları için vizyon bildirgesi hazırlanırken bir takım hususlara önem verilmesi gerekmektedir.

Tablo 1. Vizyon Bildirgesinin Hazırlanması ve Hastane Örneği

Vizyon Bildirgesinin Öğeleri	Örnek (3.Basamak Hastane)
Geleceğe dönük umutlar: Kurumun gelecekle ilgili hayalleri, açık ve anlaşılır biçimde vizyon bildirgesinde belirtilmelidir.	Her hastalık grubuna yönelik, bilimsel bilgiye uygun sağlık hizmeti sunmak.
Meydan okuma ve mükemmellik: Vizyon bildirgesinde iddialı ve mükemmelliği ön plana çıkaran cümleler yer almalıdır.	Eğitim ve araştırma faaliyetlerimiz, çağdaş bilime dayalı olarak gerçekleştirilecektir.
Etkileyici ve duygusal: Vizyon bildirgesi, herkesi etkilemeli, herkesin duygularına seslenmelidir.	Herkese ihtiyacı olan ve aynı zamanda beklentilerini karşılayan sağlık hizmeti sunulacaktır.
Güçlendirme: Vizyon bildirgesi, öncelikle personeli ve daha sonra müşterileri güçlendirmelidir.	Bu hedefimizi, tüm personelimizin tam desteği ve ilgili süreçlere hastalarımızın tam katılımıyla ile başarabiliriz.
Geleceği Hazırlama: Vizyon bildirgesi, kurumun gelecekle ilgili ana felsefesini yansıtmalıdır.	Hasta odaklı ve çevreye duyarlı olacağız, hiçbir ayrımcılığına yer vermeyeceğiz, adaletli hizmet sunacağız.
Anımsanabilirlik ve Yön Verme: Vizyon bildirgesinde yer alan cümleler dikkat çekici, kolay anımsanabilir olmalı, personelde yön birliği duygusu yaratmalıdır.	... ilk kez, .. öncelikle, ... en iyi

**Not:** Eren, 2010'dan esinlenilmiştir.

Sağlık kurumlarında vizyon, o kurumun bulunduğu çevresel koşullara, kurumun geçmişine ve kapasitesine göre şekillendirilmekte ve geliştirilmektedir. Sağlık kurumlarında vizyon bildirgesinin hazırlanması sırasında bazı hususlara dikkat edilmesi gerekmektedir. Bu özellikler yukarıdaki tabloda gösterilmektedir. Sağlık kurumlarında vizyon oluşturulurken en kritik husus, geleceğe dönük umutların yöneticiler tarafından sağlık kurumunda çalışanlara benimsetilmesidir.

Sağlık kurumu yöneticileri kurumun vizyonunu oluştururken çalışanların katılımını da sağlamalı, gelecekle ilgili hayalleri açık, net ve anlaşılır bir biçimde bütün çalışanlara aktarması gerekmektedir. Ayrıca vizyon bildirgesinde çalışanları motive edici iddialı ve anlaşılır cümleler yer almalıdır. Sağlık kurumlarında vizyon bildirgesi bütün çalışanlara hitap edecek şekilde olmalıdır. Son olarak vizyon bildirgesi sağlık kurumunun



geleceğini hazırlamaya yönelik faaliyetlere işaret ediyor olması gerekmektedir (Ertaş, 2014).

#### **4. Kurumsal Amaç ve Hedefler**

Kurumlar misyon ve vizyon düzeyinde tanımlamalarını yaptıktan sonra kurumsal düzeyde amaç ve hedeflerini belirlemelidir. Genellikle rekabet ortamında hareket edilmesi ile maliyet etkililik, verimlilik ve kalite gibi konuların önemi nedeniyle kurumsal amaç ve hedeflerin stratejik olarak belirlenmesi gerekmektedir. Stratejik amaçlar, kurumların belirli bir zamanda ulaşmayı hedeflediği sonuçlardır. Kurumlar, stratejik planlamalarını yaparlarken misyon ve vizyon bildirelerinde yer alan en başta “Nereye ulaşmak istiyoruz?” sorusunun cevapları doğrultusunda amaçlarını şekillendirirler. Kurumsal amaç ve hedeflerin belirlenmesi, kuruma aynı zamanda kısa vadeli amaçlar ve bunların sağlanacağı varsayılarak orta-uzun vadeli amaçlar belirleme şansı da sağlamaktadır. Kurumların genel amaçları karlılık, verimlilik, konum, yüksek pazar payı, yüksek likidite, fiziksel imkânlar, personel refahı ve toplumsal sorumluluk gibi konuları kapsamaktadır. Ticari kurumların ana amacı kar elde etmek, büyümek ve varlığını sürdürülebilir kılmaktır. Kurumlar bu amaçları doğrultusunda faaliyet sürecini şekillendirmektedirler. Kurumların amaç ve hedefleri aynı zamanda çalışanlar için motivasyon sürecinin de yöneticisidir. Diğer yandan da yönetimin denetim fonksiyonunun odaklandığı hususlar kurum ve bölüm düzeyinde belirlenen amaç ve hedeflerdir. Kurumlar tarafından belirlenen amaçlar; spesifik, ölçülebilir, ulaşılabilir ve gerçekçi olması önemlidir (Buzlu, 2014).

##### **4.1. Sağlık Kurumlarında Amaç ve Hedefler**

Sağlık kurumlarında amaç ve hedef kavramları kurumsal yönelimin belirlenmesindeki temel aşamadır. Amaç, sağlık kurumunun misyonunun gerçekleştirilmesi için ulaşılmak istenen sonuç, sağlık kurumlarında hedef ise belirlenen amaçlara ulaşmak için başarılması ve yapılması gereken ve mümkün olduğunca sayısallaştırılan alt amaçlardır denilebilir. “Kurumun misyonu ve vizyonu, kurumsal amaç ve hedefler için temel oluşturur; başka bir anlatımla amaçlar ve hedefler, misyonu ve vizyonu gerçekleştirmek için başarılması gerekenleri ifade etmektedir (Ersoy ve Kavuncubaşı, 1996).

Sağlık kurumlarında amaçların belirlenmesi stratejik yönetim sürecinin en önemli faktörlerinden biridir. Sağlık kurumlarında amaçların belirlenmesi her örgütün kapasitesine göre değerli olmaktadır. Amaç belirleme aşaması, örneğin bir eğitim ve araştırma hastanesi için ne kadar önemli ise bir ilçe hastanesi içinde kendince aynı öneme sahiptir. Sağlık kurumlarının müşteri memnuniyeti sağlama noktasında kalite ve verimlilik düzeylerinin yüksek, personel devir hızının düşük ve mali kriterlerinin uygun düzeyde olması gerekmektedir. Yöneticiler sağlık kurumları için amaçları belirlerken kalite, verimlilik, personel ve mali kriterlere dikkat etmeleri kurum yararınadır. Sağlık kurumlarında amaçlar belirlenirken kalite faktörü kesinlikle göz ardı edilmemelidir. Ayrıca kalitenin yanında verimlilik, personel ve mali durumda sağlık kurumları için önemli kriterlerdir (Ertaş, 2014).

Sağlık kurumlarında amaçlar, üst düzey yönetimce belirlenen performans alanları ile ilişkili olmaktadır. Sağlık kurumlarında üst düzey yönetimce kalite, verimlilik, hizmet ve finans gibi belirli performans alanları belirlenmeli ve alt kademe yöneticilerde belirlenen bu performans alanları hakkında bazı amaçlar saptamaları gerekmektedir.

Tablo 2. Sağlık kurumları için Kurumsal Amaç ve Hedef Örnekleri

AMAÇ	HEDEF
1. Sağlık hizmeti sunum sonuçlarını iyileştirmek	1.1.Hastane enfeksiyon oranını önceki yıla göre %50 aşağı düşürmek
	1.2.Acil servise gelen hasta sevk oranını önceki yıla göre %75 azaltmak
2. Memnuniyet oranlarını artırmak	2.1.Hasta memnuniyet oranını %60'dan %75'e yükseltmek.
	2.2. Çalışan memnuniyet oranını %55'den %70'e çıkarmak
3. Hizmet çeşitliliğini artırmak	3.1. Bu yıl içinde Tüp-Bebek Merkezi açılması
	3.2. Nefroloji kliniği açılarak faaliyete başlaması

Kurumsal amaç ve hedeflerin belirlenmesi ile bu amaç ve hedeflere ulaşılması için yapılması gereken faaliyetler, performans göstergeleri ve sorumlu kişi ve birimler belirlenir.

### 5. Sağlık Hizmeti Yönetiminde Mükemmellik Odaklı Yaklaşım

Sağlık yönetimi profesyonelleri için mükemmelliğe ulaşmak; vizyon kavramı kapsamında ele alınabilen hem felsefesi hem de bir sürekli arayış yaklaşımıdır. Mükemmellik, aynı anda yüksek hasta memnuniyeti, yüksek çalışan memnuniyeti, güçlü kazançlar ile yüksek bakım kalitesinin bir arada olmasıdır. Mükemmelliğe ulaşmayı hedefleyen sağlık kurumlarının genel karakteristik özellikleri arasında; samimi bir ortam, iş süreçlerinin sürekli iyileştirilmesi ve destekleyici bir kültüre özen gösterilmesi yer almaktadır. Bunlar, kuruluşlarını çalışmak için harika yerler haline getirir. Sadık ortak ve paydaşları, müşterilerini memnun etmek ve mükemmel bakım sağlamak için gerekli araçlara ve motivasyona sahiptir. Yüksek performanslı sağlık kurumları, kapsamlı bir şekilde objektif ölçümler kullanır. Mükemmelliğe giden yolun ilk döneminde sürekli iyileşme, ikinci döneminde kazanımlar ve sonrasında ise sürekli ve önemli kazanımlar görebilir. Mükemmelliğe ulaşma konusundaki bilgi ve beceri, sağlık yönetimi profesyonel yaklaşım ve portföy gerektirmektedir. Diyelim ki “oldukça iyi” bir sağlık kurumu işletiyorsunuz ve onu daha iyi hale getirmek istiyorsunuz. Bütünün başarılı olması için her bir mükemmelliğe ulaşma kritik faaliyetinin ne yapması gerektiği belirlenmelidir. Faaliyet amacını yerine getirmek için mükemmellik için çabalarken ortaya çıkan çok sayıda ve sıkça karşılaşılan problemleri çözer. Sağlık kurumları karmaşık yapıdadır ve bütün için gerekli olan birçok aktivite vardır. Küçük sorunlar sağlık kurumlarında büyük sorunlara neden olabilir. Personel sıkıntısı, yanıtıcı talimatlar, park sorunları, iletişim arızaları, tedarik ve ekipman arızaları ve diğer sorunlar stres yaratır ve stres mükemmelliğin düşmanıdır. Sağlık kurumları için mükemmellik, yüksek kalitede bakım, yüksek hasta ve çalışan memnuniyeti ve güçlü kazançtır. Gösterildiği gibi, mükemmellik devam eden bir süreçtir, bir yolculuktur. Yolculuk, iyi eğitilmiş çalışanlara sadık ve üretken kalmalarını sağlayan destekleyici bir ortam sağlayarak sıcak bir ortam ve sağlam iş süreçleri oluşturur. Bu durum, sağlam bir müşteri tabanına ve sağlam finansmana yol açar. Yönetimdeki zorluk, döngünün her gün ve her gün nasıl sürdürüleceğidir. Mükemmel sağlık kurumlarında bakım ekipleri, doktorlar, hemşireler ve diğer paydaşlar hastalarını memnun eder ve sistem

çalıştığı için kendilerini memnun ederler. Sorular cevaplanır, hiç personel sıkıntısı yoktur, ekipman günceldir, malzemeler erişilebilirdir, bina kullanışlı ve rahattır. Ekip yaklaşımı ile tüm çalışanlar katılımcı olarak süreçleri ele alır ve sürekli eğitim onları daha etkili hale getirir. Takımların amacı; kaliteyi iyileştirmek, maliyetleri düşürmek ve verimi artırmaktır. Sonuç, mükemmel finansal performanstır ve kazançlar ortaklarla paylaşılır. Mükemmellik kanıta dayalıdır. Tahmin değil, gerçektir. Mükemmel sağlık kurumlarında bir hastanın "memnun" olduğunu söylediğinde, müşterinin memnuniyet anketinde en üstteki kutuyu işaretlediği anlamına gelir. Ekipman yaşı, malzeme devri, bina güvenliği ve konforu, personel devri, personel gelişimi, maliyetler, iş hacmi, kalite ve daha fazlası gibi tüm unsurları ölçerler. Her ölçü için geçerli bir hedef vardır. Her hedef için, sadece mevcut hedefe değil, nihai hedefe, kritere, en iyiye bakan bir takım vardır. Mükemmellik ödüle dayalıdır. Gülümsemeler, sarılmalar, beşlik çakma, kutlamalar, tanınma ve nakit, hedefe ulaşma ödülleri. Hedefler gerçekçidir. İlerleme yakından izlenir ve sorunlarla karşılaşıldığında yönetim yardımıyla yanıt verir. Sonuç olarak, hedefler neredeyse her zaman karşılanır. Mükemmel sağlık kurumları ileriye dönüktür - dünün sorunları değil, yarının hedefleri. Dünya'da mükemmellik begesi almış ve akredite olmuş çok sayıda bağımsız doktor uygulamasından tıbbi gruplara, ayakta tedavi merkezlerine, hastanelere, rehabilitasyon merkezlerine, evde bakıma, sürekli bakıma ve bakımevlerine kadar geniş bir bakım yelpaze bulunmaktadır. Mükemmelliğe giden bilinen bir engel yoktur. Sağlık kurumları için zorlu ortamlarda yolculuk daha zor olsa da, bunu başaramamaları için bilinen bir neden ve daha iyi olduğu kanıtlanmış bir alternatif yol yoktur (Griffith and White, 2010).

### 5.1. Mükemmelliğe Giden Bir Yol Var mıdır?

Mükemmel bir sağlık kurumundaki herhangi bir yönetici iki şey söyleyecektir: "Ekibimi harika yapmak için çok çalışıyorum" ve "Bunu yapmayı seviyorum" (Griffith and White, 2010).

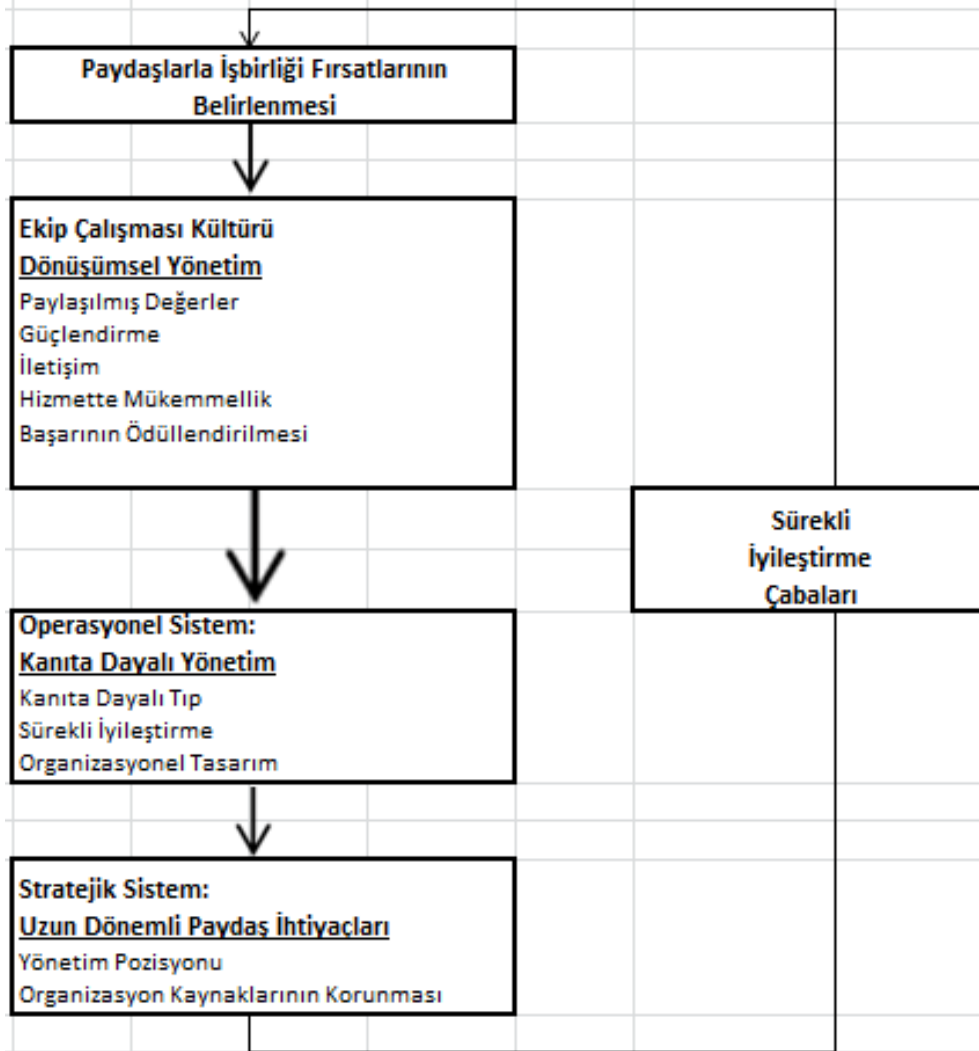
"Tamam"dan "mükemmel"e geçiş, çoğu hastanede tamamen yeniden yapılanmayı gerektirir. Tutumlar değişir, çalışma alışkanlıkları değişir, prosedürler değişir. Değişim bir takım sporu ve bir yaşam biçimi haline gelir. Mükemmel sağlık kurumlarının hepsi aynı şeyleri yapar ve mükemmelliği üç ana temel üzerine inşa ederler (Tablo 3):

Kültürel: ortakların ve hastaların saygısını ve desteğini çeken değerlere bağlılık,

Operasyonel: getirileri iyileştirmek için fırsatları arayan, değerlendiren ve uygulayan bir sistem,

Stratejik: Paydaşlar arasındaki uzun vadeli ilişkileri bilinçli olarak izleyen ve değişen ihtiyaçlara yanıt veren bir sistem.

Tablo 3. Sağlık Kurumları Yönetiminde Mükemmelliğin Temelleri



## 5.2. Mükemmel Sağlık Kurumu Ne Kadar Sürede Olunabilir?

Kayıtlar, "oldukça iyi" bir sağlık kurumunun bu zaman çizelgesinde üç yıl içinde mükemmelliğe ulaşabileceğini gösteriyor (Griffith and White, 2010):

Birinci Yıl: Değerlere gerçek bağlılık ve tüm paydaşları memnun etme ihtiyacı hakkında geniş bir anlayış oluşturarak kültürel temellere odaklanılır. Ortak memnuniyet ölçümleri iyileşmeye başlar. Genel finansal ve operasyonel performans çok fazla değişmez,

ancak önceki performans korunur. Dağınık kalite, hasta memnuniyeti ve verimlilik örnekleri ortaya çıkıyor.

İkinci Yıl: Odak, temel işletim sistemlerini geliştirmeye, bir planlama ve hedef belirleme mekanizması geliştirmeye, protokollere ve prosedürlere olan güveni artırmaya, büyük sorunları düzeltmeye ve “düşük meyvayı” toplamaya odaklanıyor. Performans ölçüleri iyileşmeye başlar. Özellikle kalite, en az birkaç hizmet hattında daha iyi olmalı, daha kısa kalmalı, üretim daha yüksek olmalı ve daha fazla kâr sağlamalıdır.

Üçüncü Yıl: Odak, yönetim kurulu genelinde hem kültürü hem de işletim sistemlerini geliştirmektir. Uzatma hedefleri belirlenir ve elde edilir, ikramiyeler ödenir ve genel bakıcı memnuniyeti, kalite ve kâr dahil olmak üzere çoğu performans ölçümü açıkça iyileştirilir.

Yönetim mükemmelliğinin unsurları bir sır değildir. Başarılı profesyonel sağlık yöneticilerinin hakim olduğu spesifik, öğrenilebilir bilgi ve becerilerdir. Başlamak kolaydır, ustalık zaman ve pratik gerektirir, ancak getirisi neredeyse anında başlar.

Kritik konular belirlenerek gündeme alınmalı, bunlar ihtiyatlı ve etkili bir şekilde değerlendirilmelidir. Çözüm; dikkatli, kapsamlı ve etkili bir şekilde tamamlanan aktif ve kararlı bir yönetim kurulu tarafından alınabilir. Kurul, üyelerin seçilmesi ve eğitilmesi, gündemlerinin yönetilmesi ve kendi performanslarının iyileştirilmesi için özenle tasarlanmış süreçleri takip ettikleri için kritik kararlarda başarılı olurlar.

## **6. Sağlık Kurumları Yönetiminde Mükemmel Yönetim**

Yönetim Kurulunun sağlaması gereken güven sağlık kurumunun paydaşlarına karşı yükümlülüğüdür. Paydaşlar arasında isteklerini mümkün olduğunca etkin bir şekilde belirleyen ve uygulayan ilişkiler için temeller oluşturmak ve sürdürmek burada bahsedilen güvenin temel konusudur.

Mükemmel sağlık kurumlarında, yönetim kurulundan altı işlev bekleyen, özenle yapılandırılmış bir sistemle mükemmel yönetim sağlanır (Griffith and White, 2010):

1. Sağlık kurumu tepe yöneticisini (CEO) işe almak ve değerlendirmek (veya gerekirse değiştirmek) ve üst düzey liderlik ekibini teşvik etmek ve desteklemek.

2. Misyonun ve stratejik yönün belirlenmesi ve uygulanması.
3. İyileştirme için yıllık planlara rehberlik etmek.
4. Klinik mükemmelliği sürdürmek.
5. Mükemmelliğe doğru ilerlemeyi izlemek ve ödüllendirmek.
6. Kurulun kendi etkinliğini sürekli iyileştirmek.

Modern sağlık hizmetlerinin diğer bölümleri gibi, bunlar da sofistike insanlar tarafından yürütülen karmaşık işlevlerdir. Mükemmel yönetim kurulu, net prosedürleri ve belirlenmiş bir takvimi takip eder. Yönetim kurulu üyelerinin eğitimi de dahil olmak üzere, bu işlevler için bilgi kaynaklarının büyük bir bölümünün sağlanması yönetime güveni yükseltir. Tepe yönetici ve üst yönetim ile ilişkiler ilk işlevdir çünkü diğer beş işlevden hiçbiri onlarsız tamamlanamaz. Yönetimin yükümlülükleri; yönetim kurulunun kararlarını yönlendirmek ve uygulamak için yapılması gerekenlerdir. Kavramsal olarak ise mükemmelliğe ulaşmayı belirlemek yönetim kurulunun görevidir.

Yönetimin rolü, hem mükemmelliği belirlemek için gereken bilgilerin çoğunu sağlamak hem de yönetim kurulunun belirlediklerini sunmaktır. Performans her alanda olduğu gibi yönetişimde de ölçülür, kıyaslanır ve geliştirilir. Yönetim kurulu performansının merkezi ölçüsü, sağlık kurumunun stratejik puan kartıdır.

### **6.1. Mükemmel Yönetime Ulaşmanın Daha İyi Bir Yolu Var Mı?**

Yönetişim yapmanın sayısız başka yolu var, ancak hiçbiri uzun vadeli başarıyı kanıtlayamamıştır. Çoğu kısa vadeli başarıyı belgelemez bile; sadece sıradanlığın her zaman mümkün olduğunu kanıtlıyorlar. Başarısızlığa giden yollar da sayılamaz, ancak daha zayıf sağlık kurumları iki büyük tehlikeden birine veya her ikisine de kapılır:

- ❖ Fikir birliğine varamazlar, takvim tarihlerini karşılayamazlar ve iyileştirmeyi gerçekleştirme noktasına getiremezler. Sonuç olarak, sağlık kurumu mükemmelliğe doğru giden ivmeyi kaybeder.
- ❖ Paydaşların ihtiyaçlarını dengelemede başarısız olurlar. Bir grup paydaş (topluluk nüfusunun bir parçası, iş liderlerinden oluşan bir grup, sağlık personelinin bir bölümü, sendikalar veya üst düzey yönetim olabilir) karar

sürecine hakim olur ve bunun sonucunda diğer paydaşların çıkarları gözardı edilir.

Mükemmel sağlık kurumları, bu tehlikelere karşı korunmada diğerlerinden daha gayretlidir. Sorunları çözmek ve takvimlerine uymak için kaynakları bulurlar.

## 6.2. Mükemmel Yönetim Modelinin Anahtarı Nedir?

İlk bakışta özet mesaj “disiplin”dir. Kurul, işlevlerini ihtiyatlı, kasıtlı, adil ve zamanında yerine getirmelidir. Görünen basit ama gerçek daha karmaşıktır. Sporda ve sahne sanatlarında olduğu gibi, disiplin de çoğunlukla bir eğitim ve uygulama meselesidir. Modelin çalışmasını sağlayan şey dört kategoride özetlenebilir (Griffith and White, 2010):

- ✓ Dönüşümsel bir kültür, paydaşları güçlendirir, bilgiyi genişletir ve tartışmayı teşvik eder. Kanıta dayalı bir kültür, gerçekleri bir fikir birliği etrafındaki kararlar için kriter haline getirir.
- ✓ Misyon, vizyon ve değerler.
- ✓ Bilgi yönetimi, doğru gerçekleri doğru kişilere zamanında sunar.
- ✓ Altyapı, alınan kararların zamanında ve etkin bir şekilde uygulanmasını sağlar.

Yönetim kurulu üyeleri rolleri için seçilir ve eğitilir ve katkılarını geliştirmek için çalışırlar. Kültür, bilgi yönetimi ve altyapı, yönetimin temel görevleridir. İyi yönetim ve mükemmelliğe ulaşmak, iyi yönetime bağlıdır.

## 6.3. Mükemmel Yönetimde Yönetim Kurulları ve Yönetim

Yönetim Kurulları ortalama 15 kişilik olup nispeten küçük tutulması gerekir. Üyelerin genellikle üç yıllık iki dönem görev yapmaları beklenir, yani her yıl iki veya üç kişi değiştirilir ve yönetim kurulunun yarısından fazlası her dönemde sabit kalır. Aday belirleme komiteleri, sürekli bir arama yoluyla üye ararlar.

Devam eden eğitim, üyelerin mümkün olan en büyük katkıyı yapmasına yardımcı olur. Üyeler, yönetim kuruluna, paydaşlara ve onun çeşitli unsurlarına aşinalık getirmelidir. Yönetim Kurulu ayda en az bir tam gün toplanmalıdır. Son zamanlarda sağlık kurumu tarafından istihdam edilen “içeriden öğrenenlerin” rolü yönetim kurullarında azalma



eğilimindedir. Yeni üyeler yeni bakış açıları getirmeli, ancak tarihi cehalet içinde hareket etmemelidirler. Yeni üye oryantasyon programları arasında; turlar, kilit personel ile görüşmeler, ana politika ve kararların gözden geçirilmesi ve diyalog yer alır. Oryantasyondan sonra öğrenmenin çoğu uygulamadan gelir. İyi organize olmuş kurullar, komite atamalarını dikkatli bir şekilde yapar ve yeni üyelerin daha kısa sürede kuruluşla tanışmasını sağlar.

Yönetim kurulu üyelikleri deneyimli üyelerle doldururlar; üyelerin hizmet ederken öğrenmelerine yardımcı olmak için başkanları ve organizasyon yöneticilerini kullanırlar. Ayrıca yüksek performanslı sağlık kurumları artık eğitim programlarını da gündemlerine alıyor. Bunlar, belirli durumları netleştirmeye, kurulu ulusal ve bölgesel eğilimlerle güncel tutmaya ve karmaşık konularda arka plan sağlamaya hizmet eder. Etkili yönetim kurulu yönetiminin anahtarı olağanüstü yetenekli kişiler olarak yönetim kurulunun kısa sürede büyük bir şirketin işini halletmesini sağlayacak etkin yönetim ve genişletilmiş bir komite yapısının birleşimidir. Sadece en kritik kararlar kurulun zamanını alır. Bunlar, yönetim kuruluna net bir tavsiye ile ulaşır. Yönetim, çeşitli pozisyonların kapsamlı bir şekilde anlaşılmasını ve mümkün olduğunca fazla fikir birliğini yansıtmak için öneriler geliştirir.

Çok sayıda konu yönetim komitelerinde çözülür ve nihai onay için yönetim kuruluna sunulur. Yönetim kurulu üyeleri bu komitelere belirtildiği şekilde katılabilir. Komite kararları rıza gündemini oluşturmaktadır. Sağlık personeli tüzüğü veya yıllık planlama hedefleri gibi kurul tarafından oluşturulan parametreler dahilinde daha da fazla sayıda karar alınmaktadır. Mağdur paydaşlar için genellikle bir temyiz süreci olsa da, kurul yalnızca karar sürecinin şüpheli olduğu durumları inceler. Gerçekle ilgili sorular alt komiteler tarafından çözülür.

Yönetim Kurulu faaliyetlerin performansını iyileştirme için alması gereken süreç önlemleri şunları içerir (Griffith and White, 2010):

- eğitim programlarının değerlendirilmesi – yönetim kurulu üyeleri “işimi daha iyi yapmanın yollarını öğrendim” diyebilmeli;
- yönetim kurulu ve kişisel performansın yansıtıcı incelemesini teşvik eden anketler;

- yönetim alt komitesi tarafından yönetilen yıllık bir gözden geçirme oturumu.
- Yönetim ve aday gösterme genellikle tek bir komitede birleştirilir. Komitenin rolü, verileri bir araya getirmek ve iyileştirme fırsatları ve bunları ele almanın yollarını önermektir.

#### **6.4. Sağlık Sistemlerinin Rolü Nedir?**

Çoğu büyük, kar amacı gütmeyen çoklu hastane sistemi, yerel paydaş ihtiyaçlarını belirlemek ve karşılamak için yerel kurullara güvenir. Mükemmel sistemler, bu kurulların eğitimine ve sağlam yönetim için gerekli olan kültür, bilgi yönetimi ve altyapının oluşturulmasına büyük yatırım yapar. Yerel yönetim kurulu performansını dikkatle izlerler ve sonuçları gözden geçirme ve gerekirse değiştirme yetkilerini saklı tutarlar. Bugüne kadar elde edilen kanıtlar, sağlık sistemlerinin bu görevleri olabildiğince etkili bir şekilde yerine getirdiğini göstermemektedir.

#### **6.5. Sağlık Yöneticisi Açısından Mükemmele Ulaşmak**

Sağlık sistemlerinin performansını değerlendirmek, politika yapıcılar açısından gelecek krizlere müdahale edebilmek ve sistemi güçlendirmek için önemlidir (Mete, Şimşir ve Kırılmaz, 2022). Bu bağlamda sağlık kurumlarında yönetici olmak yeterli teknik bilginin ve yönetsel becerinin bir arada olmasını gerektirir. Sağlık hizmetlerinin kendine özgü olan özellikleri yönetim faaliyetlerinde neredeyse sifıra yakın hatayı gerektirir ve hataların maddi ve manevi maliyeti son derece yüksektir. Son derece karmaşık bir ortamda, yüksek işbölümü ve işbirliği gerektiren sağlık hizmet faaliyetleri yürütülürken yöneticilerin eşdeğer, alt ve üst yöneticilerle ilişkileri ile birlikte astlarını doğru yönetmesi önemlidir. Genel olarak yönetsel düzeye göre önemi veya gerekliliği tartışılmakla birlikte aşağıdaki kurallara dikkat edilmesi tavsiye edilmektedir (Budak, 1995):

- Planlı çalışma; mümkün olduğunca zamanını ve işlerinizi önceden planlayın, elbette durumsal koşullara göre planda esneklik sözkonusu olabilir.
- Astlara yetki devri; yönetici astlarına yaptırabileceği ve onların yapabileceği işleri onlara vermesi ve onları sorumlu kılması, yönetici ve astlar açısından ve doğal olarak kurum açısından kazanım ile sonuçlanır.

- Yönetmelik düzeyine göre iletişimde etkinliği sağlamak ve zaman israfını yönetmek için yönetici asistanı veya sekreter kullanın.
- Astlar ile görüşmeleri zaman planı içinde ve sonuçlandırarak gerçekleştirin.
- Olağan boşlukları (bekleme, yolculuk gibi) değerlendirmek için iş ile ilgili dokümanlarınızı yanınıza alın.
- Toplantıları gerekli zamanda sadece gerekli kişilerle yapın

Sağlık kurumlarında tepe yöneticiler doğal olarak yetki ve sorumlulukları en fazla olan kişilerdir. Kendilerine idari, mali, tıbbi, otelcilik ve destek hizmetlerinden sorumlu orta ve alt kademe yöneticiler bağlıdır. Tepe yönetici konumundaki yöneticiler aynı zamanda sağlık kurumunun dış çevre ile olan iletişiminden ve kurumun genel stratejisinin belirlenmesinden sorumludur. Bu bağlamda tepe yöneticilerin sağlık kurumunda bulunan yukarıdaki fonksiyonel yöneticilere kurumun genel stratejisi bağlamında kurumsal amaç ve hedeflere ulaştıracak fonksiyonel amaç ve hedeflerini belirlemelerini, bunlara ulaştıracak stratejilerini geliştirmelerini, kaynak ihtiyaçlarını ve arzuladıkları sonuçların neler olduklarını belirlemelerini istemesi önemli bir adımdır. Tepe yöneticinin dış çevre analizi sonrası iç çevre analizini de gerçekleştirmesi kurumun tepeden aşağıya doğru belirli bir amaç ve hedef doğrultusunda çalışmasına imkan tanımaktadır. Tabii bu yöntemin tam tersi de durumsal koşullara göre daha iyiye ulaşmada mümkün olabilir ki özellikle teknik bilginin yüksek olduğu durumlarda rekabet üstünlüğü sağlamada uygulanabilir.

Yukarıda söylenenlerden sonra bir yönetici için mükemmel ulaşmada başlangıç noktasının kurumun her düzeyinde amaç ve hedefler ile bunlara ulaştıracak yolların doğru belirlenmesidir yani doğru planlamadır. Buradaki amaç yöneticiyi mükemmel ulaştıracak veya onun için mükemmel belirleyecek ölçüt veya kriterlerin belirlenmesidir. Bu süreçte yapılması gereken bir diğer konu da kurumun tüm düzeyinde amaç ve hedeflere karşı olası risklerin belirlenmesi

Buradan sonraki mükemmel ulaşma aşaması mükemmel organizasyonun ortaya konmasıdır. Yönetici organizasyonunu kurumun her düzeyinde belirlenen amaç, hedef, strateji ve uygulama yöntemleri ile bunların kontrolünü sağlayacak şekilde tasarlamalıdır. Organizasyon faaliyete geçtiğinde ise kendi kendini kontrol etme ve yenileyebilme özelliği göstererek belirlenen amaç ve hedefler kapsamında uygulama yöntemlerini değiştirebilmeli veya iyileştirebilmelidir. Bu mümkün olmuyorsa amaç ve

hedeflerini gözden geçirerek yeni strateji ve yöntemler geliştirebilecek esnekliğe sahip olmalıdır.

Sağlık hizmetleri gibi çok sayıda hizmetin sunulduğu sektörlerde benzer işlerin gruplandırılarak işbölümü yapılması, ilgili uzmanların bu gruplara atanması ve işler arasındaki bağlantıların tanımlanması organizasyon tasarımının temel konusu olmaktadır. Çalışanların uzmanlık alanlarına uygun işlerde görev yapmaları işlerin daha etkili ve verimli yapılmasıyla sonuçlanacaktır. Örneğin Solmaz ve arkadaşları tarafından anestezi teknikerliği öğrencilerinin çalışma ve performans ölçümlerinin yapılması ve özellikle de bir standardizasyon oluşturulmasının önemine vurgu yaptıkları çalışma sağlık eğitimi açısından mükemmele ulaşmak için neler yapılabileceği bağlamında bize fikirler vermektedir (Solmaz, Eraslan ve Öğer, 2023).

Mükemmele ulaşmanın anahtarı yönetici ve çalışanlar açısından doğru olarak belirlenen sorumlulukların yerine getirilmesidir. Tabii bu sorumluluğu yerine getirebilecek yetki ile donatılmış olmak ise başarının ön şartıdır. Yöneticilerin mükemmeli bulmada aşağıdaki hususlara dikkat etmesi önerilmektedir (Budak, 1995):

- Yönlendirme ve harekete geçirme gücü
- Karmaşık olmayan basit bir yapı ve yeterli sayıda nitelikli insan kaynakları
- Müşteri odaklılığı sürekli kılma
- Çalışanlara uzmanlık alanlarında çalıştırma ve özerklik verme
- Ana hedefin belirli olması
- Duruma göre kontrol esnekliği (gevşek veya sıkı)

Mükemmel yönetime ulaşmak, yönetici açısından doğru soruların bulunması ve bunların doğru cevaplanması ile yakından ilgili olmakla birlikte çalışanların da bu kapsamda motive edilerek farklı bireysel hedefler olsa da kurumsal olarak ortak bakış açısının yakalanmasına bağlıdır. Burada “öz yönetim” kavramı da gündeme gelmektedir. Yönetici veya çalışanın kurumsal anlamda mükemmel yönetime ulaşmadaki gayretleri kendi bireysel yönetimlerinin etkinliği ile doğru orantılıdır.

Günümüzde yöneticilerin faaliyet alanlarındaki belirsizlik, gelişim ve değişim hızının yüksekliği yönetici becerilerinin önemini artırmaktadır. Yöneticiler yönetim fonksiyonlarını icra ederken değişime ayak uyduracak esnekliğe sahip olmalı ve karar

verme rollerinin gereklerini duruma uygun olarak yerine getirmelidir. Bu kapsamda yöneticilerin stratejik yönetim uygulamalarını ve yönetim yaklaşımları hakkında bilgi sahibi olmaları önemlidir.

### **6.6. Yönetimin Mükemmelliğe Ulaşmada Ortaya Çıkan Engellere Yaklaşımı**

Yönetim kurulu görevlileri, üyeler ve üst düzey yönetim; yönetişimi değerlendirip iyileştirirken, geçmişte sıkıntılı olduğu kanıtlanmış bu alanlara özel bir dikkatle bakmalıdırlar (Griffith and White, 2010):

#### *Sıradanlık Geleneğini Yıkma*

İkna yoluyla bir reform kadrosu belirleyin veya oluşturun. Aday gösterme komitesini ele geçirin; aday niteliklerini geliştirin. Eğitimi artırın. Bilgi akışını artırın. İncelenmekte olan tekliflere daha etkili alternatifler sunun. Çalışma kurulunu etkin boyuta indirmek için daha büyük bir grup tarafından desteklenen bir yürütme komitesi kullanın. Geçmiş hizmeti cömertçe ödüllendirin. Vakıf panoları ve benzeri cihazlar, iş başkaları tarafından yapılırken onur ve tanınma sağlar.

#### *Finansal Planlama*

Uzun vadeli finansal plan, stratejik iş planlarını bütünleştiren ve gerçekliğini test eden karmaşık bir finansal tahmin modelidir. Ayrıca finansal ihtiyaçları ve finansman fırsatlarını belirlemek için de kullanılır. Alternatiflerin dikkatli bir şekilde araştırılması, iyileştirme potansiyelini artırır ve gelecekteki mali zorluklara karşı korur.

Dönüşümsel yönetim ve sürekli iyileştirme modeli, yönetilemez mali yükler gerektirmez. Bakım süreçlerindeki iyileştirmeler, klinik komplikasyon insidansını azaltır, kalış süresini kısaltır ve daha yüksek karlara izin verir. Düzgün yürütülen süreç kartopu etkisi yaratarak daha fazla iyileştirme, yatırım için fonları artırır.

#### *Denetim*

Denetimlerin amacı yalnızca dolandırıcılığa karşı daha fazla koruma sağlamak değil, aynı zamanda raporlamada daha fazla doğruluk ve kuruluş genelinde sayılara daha fazla güvenmektir. İyi uygulama artık tüm denetim faaliyetlerinin, genellikle bir denetim komitesi aracılığıyla doğrudan yönetim kuruluna rapor edilmesini gerektiriyor. Denetim

komitesi, iç denetçilerin, dış denetçilerin ve denetçilerin raporlarını seçer, talimat verir ve alır.

### *Ortak Komisyon*

Düzenleyici, denetleyici ve uyum kurumlarından herhangi bir rapor alır. Bu raporların her biri için beklenti, “standarttan esaslı bir sapma olmaksızın” şeklindedir. Diğer herhangi bir bulgu, gecikmeden ele alınması gereken acil bir iyileştirme alanıdır.

### *İç Yönetim Kurulu Üyeleri*

Tepe yönetici, üst düzey yönetim ve klinik liderler, çoğu yönetim kurulu tartışmasına katkıda bulunabilir. Böylece bu iç liderler de yönetim oturumuna gidebilir ve özgürce katkılarını verebilir. Kuruldaki tıbbi ve hemşirelik personeli, klinik personeli “temsil etmez”. Diğer yönetim kurulu üyelerine rehberlik etmek için klinik bakış açısı sağlarlar.

### *Temsil*

Sağlık personeli ve hemşirelik personeli de dahil olmak üzere tüm çalışanların temsili; hedef belirleme ve planlama için kullanılan altyapı ve karar süreçleri için yetkilendirilmiş süreç iyileştirme ekipleri ile sağlanır. Temsil ölçüsü, anket yanıtlarında ve dinleme etkinliklerindedir. Amaç, her çalışanın görev başarısını artırmak için çalışma ortamını değiştirebileceğinden emin olmasıdır. Gerçekte bu, çalışanın soru sormak ve duyarlı yanıtlar almak için nereye başvuracağını bildiği anlamına gelir.

Benzer bir yaklaşım dış paydaşlara da uygulanabilir. Küçük yönetim kuruluna hem topluluk görüşünün çeşitliliğini yansıtması hem de gündemi gereken özenle tamamlaması istenmektedir. Bu sorunların çözümü, komitelerin ve alt komitelerin yaygın kullanımı ve topluluk dinleme etkinlikleridir. Düzgün kullanıldığında, bu mekanizmalar oldukça etkilidir. İdeal olarak, bir gündemi olan herhangi bir grup, gündeminin adil bir şekilde duyulduğundan ve tüm makul yanıtların verildiğinden emin olmalıdır.

Sonuç olarak, yönetim kurulu, paydaşlar arasındaki anlaşmazlıkları çözmek yerine tüm paydaşların çıkarlarını destekleyen kararlar alarak bütünü temsil etmekte özgürdür.

### *Stratejik Konumlandırma*

Odaklanmış gündemin amacı, kurulun işlevlerini yerine getirmesini sağlamaktır, ancak aynı zamanda daha az merkezi bir ortamda tamamlanabilecek tartışmaları da teşvik eder. Yönetim kurulu tartışmasında ortaya çıkan birçok konu, daimi veya geçici komitelere ve bu komiteler içinde alt komitelere veya daha az resmi tartışmalara yönlendirilir. Konuyu toplantı odasından uzaklaştırmak, daha fazla sesin duyulmasını, daha fazla alternatifin keşfedilmesini ve daha samimi bakış açılarının ifade edilmesini sağlar. Üst yönetim bu süreçte kritik bir rol oynamaktadır. Çıkarları olan paydaşları belirler ve komitelere getirir. Başkalarının sorunları nasıl çözdüğünü gösteren en iyi uygulamaları arar. Çözümleri müzakere etmenin ilk aşaması olan yaygın anlayışı geliştirerek, konuları özenle araştırır.

### *Aşırı Erişim*

Kurulun yıllık stratejik hedeflere ilişkin kararları dikkatle tartılmalıdır. Hedefler, gelecekteki ihtiyaçları yansıtacak “geniş hedefler” ile mümkün olduğunca küçük olmalıdır. Bir hedefi aşmanın üstesinden gelmek kolaydır; karşılayamamak ciddi zorluklar yaratabilir. Çok fazla ve çok hızlı beklemek gelişmeyi tehlikeye atabilir. Mükemmel sağlık kurumları tarafından kullanılan yaklaşım, kurulması zaman alan yeni alışkanlıkların eğitimini gerektirir. Kutlama ve ödüller üzerine kuruludur, yani neredeyse tüm hedeflere ulaşılır ve ödüller dağıtılır. Daha hızlı kazanımlar peşinde koşmak ihtiyatlı olmayabilir.

### *Durum Tespit Süreci*

Hedef belirleme süreci de görüldüğünden daha kırılgandır. İlerleme genellikle, paydaş ihtiyaçlarının çoğunu veya tamamını karşılayan ve herhangi birinin özel ihtiyaçlarını bozmayan teklifler tasarlamayı içerir.

Güçlü direnç oluşturabilecek tekliflerden kaçınılır. Uzlaşma kuraldır; radikal reform nadirdir. Bu gerçekçilik, güçlendirme kültürünün ve saygının değerinin doğasında vardır.

Bu modeli kullanan sağlık kurumlarının başarılı olması, önemli ilerlemelerin kaydedilebileceği yollar olduğunu gösteriyor. Bunları bulmak için genellikle kapsamlı müzakere gerekir. Bireysel toplantılardan büyük komitelere kadar tüm seviyelerde

gerçekleşir, ancak nadiren yönetim kurulu toplantısında gerçekleşir. Üst düzey yöneticiler, fikir birliğine varacak teklifleri şekillendirmek için genellikle doğrudan müzakere ederler. Konsensüs tekliflerini şekillendirme ve ardından bunları "reklamı yapıldığı gibi" uygulama becerileri, paydaş sadakatini korumada önemli bir faktördür.

### *Başarısızlık Durumları*

Bu durumlarda genellikle aşağıdaki birkaç adım uygulanır:

- ✓ Yönetim kurulu, başarısızlığa katkıda bulunan üyeleri uzaklaştırmak için yeniden yapılandırıldı.
- ✓ Kurumsal yapı, genellikle kanıtlanmış bir sicile sahip bir sağlık sistemine katılarak revize edilir.
- ✓ Üst yönetimin çoğu değiştirilir.
- ✓ İstikrarlı nakit akışları elde etmek için gerekli maliyet indirimleri belirlenir ve uygulanır.
- ✓ Yeni ekip, kısmen tutulan yöneticileri yeniden eğiterek kültürü ve altyapıyı gözden geçirir.

Bu yaklaşım, sadık, etkili ortaklardan oluşan bir çekirdek ekip belirlenip korunabiliyorsa ve yeni ekip yeniden inşa etme konusunda gayretliyse başarılı olur. Edinilen tecrübeler pek çok geri dönüşün başarısız olduğudur. Çünkü maliyet indirimleri yeniden inşayı gerçekleştirebilecek bir ekibi koruyamadı ve yönetim kurulu kültür ve altyapıda temel revizyonlara duyulan ihtiyacı fark edemedi.

### **Sonuç**

Sağlık hizmeti talep edenlerin istek, ihtiyaç ve beklentilerinin artması ile sağlık sektöründeki rekabetin de yükselmesi nedenleriyle mükemmellik konusuna yaklaşım geleceğin vazgeçilmez konusu olarak yoğunlaşarak gündeme gelecektir. Bu kapsamda halihazırda küresel, uluslararası, bölgesel ve ulusal kuruluşların sağlıkta kalitenin yükseltilmesine veya standardizasyonuna yönelik çalışmalar da artarak devam etmektedir. Sağlık kurumlarının ve yönetimlerin gelişen teknoloji ve erişilebilirliği dikkate alarak yönetim yaklaşımlarını da bir rekabet avantajı sağlamak başta olmak üzere mükemmelliğe ulaşma konusunda sürekli geliştirmeleri gerekmektedir. Mükemmellik sağlık hizmetlerinde ideal olan olup ona ulaşmak için



bitmeyen bir yolculuğa çıkmak, kendini yenileyebilmek ve güçlüklerle baş etmek ve fırsatları değerlendirmek sağlık yönetimi ve yöneticilerinin dikkate alması gereken konular arasındadır. Bu kapsamda sağlık hizmetlerinde mükemmellik çalışmalarının belirlenmiş yönetim bölümlerinin görev yetki ve sorumluluğundan ziyade kurumun tamamının görev yetki ve sorumluluğunda olması gerektiği unutulmamalıdır. Keza bu çalışmalarda başarıya ulaşmanın da anahtar noktasının bu husus olduğunu da söyleyebiliriz.

## Kaynakça

- Budak, G. (1995). Mükemmel Yönetim Stratejileri, Kapital Yayınları, İstanbul.
- Buzlu, H.B., (2011), Kalite Yönetim Sistemleri, İzmir, s.194
- Buzlu, V., (2014), Stratejik Yönetim, Planlama ve Sağlık Sektörü, Beykent Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Candan, M. A., (2015), Kalite Yönetim Uygulamalarının Örgütsel Kurumsallaşmaya Etkisi: İnşaat Sektöründe Bir Araştırma, THK Üniversitesi SBE Yüksek Lisans Tezi.
- Cihangiroğlu N, Teke A, Uzuntarla Y. Hastanelerde Klinik Yönetişim İkliminin Değerlendirilmesi: Bir Eğitim Hastanesi Örneği, Gülhane Tıp Dergisi. 2016; 58: 1-5.
- Çelebi, K.K., (2019), Kalite Yönetim Uygulamalarının Kurumsallaşma Sürecine Etkisi: Mekanik Tesisat Sektöründe Bir Uygulama, Bahçeşehir Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Dinçer, Ö., (2007), Stratejik Yönetim ve İşletme Politikası, İstanbul.
- Drucker, P. F., (1996), Gelecek İçin Yönetim, 4. Baskı. Üçcan, F. (Çev.), İstanbul: Türkiye İş Bankası.
- Eren E., (2001), Yönetim ve Organizasyon (Çağdaş ve Küresel Yaklaşımlar), İstanbul.
- Eren, E., (2010), Stratejik Yönetim ve İşletme Politikası, İstanbul.
- Ersoy, K. ve Kavuncubaşı, Ş., (1996), "Hastane Yönetimi: Nereden Başlamalı?" Toplum ve Hekim Dergisi, Cilt: 13, Sayı: 69: 16.
- Ertaş, G., (2014), Sağlık Kurumlarında Stratejik Yönetim, Beykent Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi.
- Freeman T., (2003), Measuring progress in clinical governance: Assessing there liability and validty of the clinical governance climate question naire, Health Services Management Research. 16(4): 234-250.
- Gauld R., Hoursburg S., (2014), Measuring progress with clinical governance development in New Zealand: perceptions of senior doctors in 2010 and 2012. Health Serv Manage Res. 14(4):547-554.
- Griffith J.R. and White K.R., (2010), Reaching Excellence in Healthcare Management, ACHE Management Series, Health Administration Press, Chicago.

- Gürdoğan E.P., (2012), Bir Üniversite Hastanesinde Klinik Yönetişim İkliminin Hemşirelerin İş Doyumu Üzerine Etkisi, Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Halligan A., Donaldson L., (2001), Implementing clinical governance: Turning vision into reality, *BMJ Clinical Research* Ed. 322: 1413-1417.
- Henderson B., (1998), *Corporate Strategy*, Abt. Boks, Boston, s.36
- Karaca, O., (2016), Türkiye Kamu Hastanelerinde Yönetim Organizasyon Yapısı ve Sorunları, Beykent Üniversitesi, Yüksek Lisans, İstanbul.
- Karpuzoğlu, E., (2004), Büyüyen ve Gelişen Aile Şirketlerinde Kurumsallaşma, 4. Baskı, İstanbul: Hayat Yayınları.
- Köse, S., Tetik, S. ve Ercan, C., (2001), Örgüt Kültürünü Oluşturan Faktörler, Celal Bayar Üniversitesi İ.İ.B.F. Yönetim ve Ekonomi Dergisi. 7(1): s.219-242.
- Lale, B.M., (2019), Hemşirelerin Çalışma Ortamına İlişkin Tutumları ve Klinik Yönetişim İklimi Düzeyleri, Marmara Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Mete, B., Şimşir, İ., & Kırılmaz, H. (2022). COVID-19 Pandemisinde Sağlık Sistemlerinin Performansı Üzerine Geleneksel Bir Derleme. *Türkiye Klinikleri J Health Sci*, 7(3), 919-30.
- Saruhan Ş.C., Yıldız M.L., (2017), Çağdaş Yönetim Bilimi, Beta Basım, s.35.
- Solmaz İ., Eraslan R., Öğer C. (2023). Evaluation of Clinical Practice in Anesthesia Technician Departments. *International Journal of Recent Advances in Multidisciplinary Research* Vol. 10, Issue 08, pp. 8733-8738, August, 2023
- Selznick, P., (1996), Institutionalism “Old” and “New, *Administrative Science Quarterly*, 41(2), s.270–277.
- Şahin Ü., (2005), Ülkemiz Hastane İşletmeciliğinde Kalite: Sorunlar ve Öneriler.
- Toftoy, C. N.-Chatterjee, J., (2004), Mission Statement and the Small Business, *Business Strategy Review*, 2004.

## BÖLÜM 7

### HASTANE MİMARİSİ VE TASARIMI: HASTA GÜVENLİĞİ UYGULAMALARI

Öğr. Gör. Dr. Fatih ORHAN<sup>7</sup>  
Doç. Dr. C. Gökhan OSMANOĞLU<sup>8</sup>

DOI: <https://dx.doi.org/10.5281/zenodo.10050183>

#### Giriş

Bu bölümde hastane mimarisinde hasta güvenliği açısından dikkat edilmesi gereken noktalar ortaya konulmaya çalışılacaktır. Geleneksel ve çağdaş yaklaşımlar ışığında dünyada uzunca bir süredir tartışılan ve Türkiye’de ise son yıllarda sağlık kampüsleri ile birlikte yeniden gündeme gelmeye başlamış bir konu olan “*Hasta Güvenliği Açısından Hastane Mimarisi ve Tasarımı*” çok önemli ve keşfedilmemiş bir çalışma alanı olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu konuda bütün paydaşların (hasta, çalışan, yönetici, mimar, politikacı, tedarikçi ve konu ile ilgili eğitim verilen tüm okullar ile diğer tüm paydaşlar) yararlanabileceği bir metin hazırlamak ise bu çalışmanın temel amacını oluşturmaktadır. Bu bölüm, derleme metodolojisi kullanılarak düzenlenmiştir. Yazarlar tarafından, sosyal, sağlık ve fen bilimleri konularını ilgilendiren ve keşfedilmeyi bekleyen bir alan olarak karşımıza çıkan bu konu ile ilgili olarak, temel bir metin olması yönüyle daha görsel ve anlaşılır bir çalışma yapılmaya gayret edilmiştir.

Hastane mimarisi ve hasta güvenliği konusunda sorunlara çözüm bulmak isteyenlerin öncelikle aşağıdaki sorulara açık bir şekilde cevap vermesi gerekmektedir. Konu ana başlıkları ile ilgili en önemli sorular ise şunlardır:

1. Hastane mimarisi ve hasta güvenliği konusunda küresel ve yerel yaklaşımlar nelerdir?
2. Hasta güvenliği yaklaşımlarından hangisine göre konu değerlendirilmelidir?
3. Geleneksel mimari prensipler ile hasta güvenliğine dayalı mimari tasarım prensipleri ilişkilendirilebilir mi? Bu konudaki kurgu nasıl yapılmalıdır?
4. Yurt dışında yapılmış olan en önemli saha çalışmaları nelerdir?

<sup>7</sup> Öğr. Gör. Dr., Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Sağlık Meslek Yüksek Okulu, fatih.orhan@sbu.edu.tr  
ORCID:0000-0002-3562-1961

<sup>8</sup> Girne American University Faculty of Medicine Head of General Surgery, celalgokhanosmanoglu@gau.edu.tr,  
ORCID: 0009-0006-8988-9628

5. Kanıta dayalı tasarım prensipleri ile ekolojik tıbbın konu ile ilgili ön plan çıkarttığı prensipler nelerdir?
6. Mimari ve hasta güvenliği konusu hangi sağlık düzeylerinde (poliklinik, hastane, evde bakım merkezleri, uzun dönem bakım merkezleri, psikiyatri ve gününbirlik cerrahi merkezler gibi) kurgulanmalıdır? Öncelik hastanelere mi verilmelidir?
7. Hastalık düzeyleri veya yaş ve engelli popülasyonuna (65 yaş üstü ve çocuk hasta gibi) özgü çözümler ayrıca mı geliştirilmelidir?
8. Geleceğin hastane konseptleri ve inovasyon ekosistemi açısından belirlenmesi gereken temel prensipler nelerdir?

Bu bölümün yukarıdaki bütün sorulara cevap vermesi elbette çok zor olacaktır. Temel bir başlangıç düzeyi olan bu çalışma yukarıdaki ilk dört soruya cevap vermeye odaklanacaktır. Ancak konunun bütüncül açıdan ele alınabilmesi ve resmin tamamının görülebilmesi açısından tüm sorular bölüm başında verilmiştir. Ayrıca konuya meraklı olan kişileri teşvik etmek amacı ile konunun diğer sorun alanları ya da iyileştirmeye açık alanlarının da bilinmesinde fayda olacağı değerlendirilmektedir.

## 1. Hastane Mimarisi ve Hasta Güvenliği

Hastanelerde meydana gelen ve hasta güvenliğini tehdit eden olayların büyük bir kısmı, insan hatasından kaynaklanmaktadır. Ancak insan ve emek unsurunu hataya sevk edebilen başka faktörler de vardır. Bu faktörler, hastanenin fiziksel koşulları, mimari yapısı ve tasarım hataları olabilmektedir. Bu açıdan hastane mimari tasarımındaki hatalı yapılar ve süreçler hasta ve çalışan güvenliği açısından tartışılması ve üzerinde çalışılması gerekli güncel konulardandır. Bu hatalı tasarımlar hastanelerde yangın, düşme, enfeksiyon, aydınlatma sorunları, yerleşim planı hataları, iş akış şemaları, radyasyon, gürültü ve yönlendirme eksiklikleri vb. şekilde ortaya çıkabilmekte ve hasta ve çalışan güvenliğini tehdit edebilmektedir.

Bu bağlamda konu iki ayrı başlık şeklinde değerlendirilmiş ve her iki başlık verildikten sonra da genel bir değerlendirme yapılmıştır. Mikro ve makro planda konunun ele alınabilmesi açısından öncelikle ilk olarak küresel çapta ön plana çıkan yaklaşımlar ele alınmıştır. İkinci başlıkta ise yerel bakış açısından konu ile ilgili çalışmaların ön plana çıkartılması amaçlanmıştır.

### 1.1. Küresel Yaklaşımlar ve Hasta Güvenliği Açısından Hastane Mimarisi

Hastane mimarisi ve hasta güvenliği ilişkisi çok iyi anlaşılan, araştırılan ve düzenlenen bir alan değildir. Buna rağmen konu ile ilgili yayınların sayısı yıllar içinde birikerek artmaktadır. Bunun birkaç sebebi bulunmaktadır: Konu multidisipliner bir alandır. Dolayısı ile her iki konuyu derinlemesine bilmek gerekmektedir. Araştırılan konu çok kapsamlı ve birbirini etkileyen değişken sayısı oldukça fazladır. Ayrıca yapılan ilgili literatür taraması yapıldığında bu konuyu inceleyen kapsamlı bir veri tabanı bulunmadığı görülmüştür. Son olarak ise yüksek kalite düzeyine sahip araştırma sayısı oldukça yetersizdir. Bütün bu olumsuz koşullara rağmen artan çalışmalar, hastane tasarımının hasta güvenliğini en azından belli başlıklarda doğrudan etkilediğini göstermiştir (Joseph ve Rashid, 2007).

### 1.2. Hastane mimarisi ve tasarımının hasta güvenliği üzerine etkisi

Hasta güvenliği, sağlık hizmetlerindeki riskleri düzenli ve sürdürülebilir bir şekilde azaltmayı, önlenebilir zararları en aza indirmeyi, hataları daha az olası hale getirmeyi ve meydana geldiğinde zararın etkisini azaltmayı amaçlayan düzenlemeler, prosedürler, davranışlar, teknolojiler ve çevrelerin bir araya geldiği bir girişimler bütünüdür (World Health Organization, 2021).

Hasta güvenliği konusunun bir disiplin haline gelmesini sağlayan Reason (1990, 2000) ve Leap'e (1995) göre, hasta güvenliği ana çatısı altında aktif başarısızlıkların altında çok fazla ön planda olmasalar bile örtük veya gizli bazı koşullar bulunmaktadır. Bu örtük koşullar hatanın, kusurun ve advers olayların gerçekleşebilmesi için gerekli olan ortamın oluşmasına zemin hazırlar. Aslında bu gizli koşullar, sistemde hali hazırda mevcut olan koşullar olup, aktif başarısızlıklara katkıda bulunan veya bunlarla kombine olan işlemler zincirinin de bir halkasıdır. Aktif başarısızlıklar, genellikle hekimlerin, hemşirelerin ve teknisyenlerin kendi yapmaları gereken iş ve eylemlerde gerçekleşen, arzu edilmeyen ve çoğu zaman önlenebilir olan olaylardır. Yani bu tür hatalar, hastalara doğrudan bakım hizmeti verenler tarafından yapılan eylemlerdir. Sağlık işletmelerinde hem çalışan hem de hastalar açısından, hasta güvenliği ve çalışan güvenliğinin temel ilgi alanlarından birisinin hastane mimarisi olmasının en temel nedenlerinden birisi bu örtük koşullarla doğrudan ilgisi bulunmasından kaynaklanmaktadır. Bu açıdan mimari konusu iyi tasarlanmış bir sağlık tesisinin özellikle bu sebeple hasta güvenliğine katkısı olacaktır.

Capolongo ve diğ. (2020) nin yapmış oldukları çalışma, hastane mimarisi ve tasarımının hasta güvenliği açısından kritik önemini ele almaktadır. Yazarlar, hastanelerin acil bakım kapasitesini artırmak ve sağlık tesislerinin dayanıklılığını artırmak için kullanabilecekleri stratejileri detaylı bir şekilde sunmaktadırlar. Bu stratejiler, tasarım ve işletme olmak üzere iki ana kategoride düzenlenmiştir. Tasarım aşamasındaki stratejiler, stratejik site seçiminden başlayarak, tipoloji konfigürasyonuna, esneklik ve işlevsel programlamaya odaklanmaktadır. Ayrıca, kullanıcı odaklılığının önemini vurgulamaktadırlar. İşletme aşamasında ise, sağlık ağlarının genişletilmesinden, hasta güvenliğine ve iç hava kalitesinden, yenilikçi malzeme ve mobilya kullanımına kadar çeşitli stratejiler sunulmaktadır. Bu çalışma, sağlık kurumlarının kaynaklarını ve operasyonlarını değerlendirmelerine, darboğazları tanımlamalarına ve dayanıklı hastane tesislerini oluşturmak için gerekli stratejileri belirlemelerine yardımcı olacak önemli bir kaynak sunmaktadır.

Hasta güvenliği açısından, mevcut sağlık tesislerinin performanslarını değerlendirmek kritik bir öneme sahiptir. Bu değerlendirme, bir binanın iyileştirilmesi için gerekli olan yenileme ve ayarlama ihtiyaçlarını tanımlamak için güvenilir bir metodoloji gerektirir. Özellikle sağlık binalarının incelenmesi, farklı faaliyet düzenleri, özel tesisler ve çeşitli güvenlik seviyeleri gerektiren faaliyet alanlarını bir arada barındırdığı için bu değerlendirme, hasta güvenliği açısından hayati bir öneme sahiptir (Berto ve diğ. 2022).

Bu konuda yapılan araştırmalar incelendiğinde, makale bazında yayınlanan yüksek kaliteye sahip çalışmaların çoğunun Reiling (2004, 2005, 2006, 2007 ve 2008), Ulrich ve diğerleri (2007) ile Joseph ve Rashid'e (2007) ait olduğu görülmektedir. En çok yayına sahip olan kişi Reiling olarak görülmesine rağmen, konu ile ilgili mutlaka incelenmesi gereken bilimsel araştırma Ulrich ve diğerlerine (2007) aittir. Çünkü derleme çalışmalarını, mimarinin hasta güvenliğine etkisi, hasta çıktılarına etkisi ve çalışan performansına etkisi şeklinde düzenleyerek meseleye daha bir bütüncül bakabilmişlerdir.

Health design<sup>9</sup> sitesinde; tıbbi-cerrahi hasta odası, yoğun bakım ünitesi hasta odası, anne bakım odası ve birinci basamak muayene odası şeklinde dört ayrı odanın kritik kontrol alanları belirlenmiş ve bu alanlara özgü çözüm önerileri geliştirilmiştir. Bu özellikler aşağıda maddeler halinde verilmiştir (The Center for Health Design, 2017):

- Yoğun Bakım Ünitesi (YBÜ) hasta odalarında kritik hastalar bulunmaktadır. Yakın izleme ve gözlem gereksinimleri ile birlikte, uzmanlaşmış ekipman ve teknoloji, fiziki ortam aileler için korkutucu olabilir ve personelin verimliliğini optimize etmek, kaliteli bakım ve hastaların güvenliğini arttırmak ve sevdiklerini desteklemek için özel önlemler gerektirir.
- Anne bakım odaları, büyük bir beklenti, heyecan, ayrıca acı ve kaygının yaşandığı mekânlardır. Tüm doğum süreci uzmanlık, bilgi ve dikkat gerektiren özel bir tasarım alanını gerektirmektedir.
- Birinci basamak muayene odaları sağlık bakım deneyiminin merkezi haline gelmekte ve hastaların aldıkları hizmet kalitesini değerlendirdikleri bir alan olarak görülmektedir. Teknolojik gelişmelerin yansımaları ile yeniden yapılanma çalışmaları ve iyileştirilmiş örgütsel akış modelleri ile hasta deneyimi ve hasta konforu her geçen gün daha da artırılmaktadır. Yani muayene odasını daha hasta odaklı olacak şekilde tasarladığımızda, sadece hastanın değil, hizmet sağlayıcıların ve bakım ekiplerinin de etkinlik, verimlilik, konfor, güvenlik ve kalitesi önemli ölçüde artabilir.

Hasta bakımının sağlanması açısından özellikle yatan hastaların tıbbi teşhis ve tedavi sürecinin devam ettiği hasta bakım odalarının tasarımı da hasta güvenliği açısından çok önemlidir. Hasta güvenliği açısından kritik hasta güvenliği noktaları ayrı ayrı bir şekilde bilimsel literatürden yararlanılarak Tablo 1’de verilmiştir. Hasta odası, kabaca personel bölgesi, hasta bölgesi ve hasta ailesi bölgesi olmak üzere üç ayrı alana ayrılmalıdır. Hasta odasındaki kritik kontrol noktaları ve dikkate edilmesi gerekenler incelendiğinde ise, yer döşemesi, duvar, tavan, pencereler, kapıların tasarımından; ısıtma, havalandırma ve klima sistemlerinin özellikleri ile lavaboların, hasta taşıma araçlarının ve ses maskeleyme donanımına kadar birçok farklı bileşenin hasta güvenliği için ne kadar önemli olduğu görülmektedir.

<sup>9</sup> **İnternet siteleri** açısından konu değerlendirildiğinde ise [www.healthdesign.org](http://www.healthdesign.org) ile [www.worldhealthdesign.com](http://www.worldhealthdesign.com) siteleri en çok materyal barındıran ve incelemeye değer sitelerdir. Programların ayrıntılı olması ve bilimsel kanıt düzeyi açısından en doyurucu site ise [www.healthdesign.org](http://www.healthdesign.org)’tur. <http://www.designandhealth.com> sitesi de incelenmeye değer diğer bir sitedir. Özellikle dergi kısmı görselliğe önem verenler için birer hazine olma özelliği taşımaktadır.



Hasta güvenliği açısından iç mekan hava kalitesi son derece kritik bir faktördür. Sağlık tesislerinin tasarımı ve yönetimi, hastaların ve sağlık çalışanlarının sağlığını koruma amacıyla büyük önem taşır. İç mekan hava kalitesini iyileştirmek için havalandırma sistemlerinin etkin bir şekilde çalışması ve iç hava kalitesinin sürekli olarak izlenmesi gerekmektedir. Bu, hastanelerde bulaşıcı hastalıkların yayılmasını önlemek ve hasta güvenliğini artırmak için kritik bir önlemdir. Ayrıca, kimyasal kirlilik ve diğer zararlı maddelerin iç mekana sızmasını önlemek için uygun malzemelerin ve tasarım stratejilerinin kullanılması gerekmektedir. Bu nedenle, iç mekan hava kalitesinin gözetilmesi ve geliştirilmesi, hasta güvenliği açısından hayati bir öneme sahiptir. Bu alandaki sistematik incelemeler, mevcut bilgiyi derinleştirerek ve yeni araştırma alanlarını belirleyerek bu konunun daha da ilerlemesine katkıda bulunmaktadır (Gola ve diğ. 2019; Fonseca ve diğ. 2022; Fonseca ve diğ. 2018).

Sağlık kuruluşlarının, hastane ortamlarında risk kontrolü ve hasta güvenliği için düzenli olarak protokoller oluşturduğu iyi bilinmektedir. Özellikle pandemi sırasında, sağlık hizmetleri liderliğinin, kullanıcıların davranışlarını ve sağlık hizmeti protokollerini COVID-19 kontrolü için en iyi uygulamalar doğrultusunda yeniden düzenlemesi gerekmektedir. Sağlık hizmetleri tasarımı, hizmet sağlayıcıların tüm toplum için profesyonel, güvenilir ve saygılı bir şekilde hareket etmelerini destekleyen fiziksel ortamlar yaratmalıdır (Brambilla ve diğ. 2019).

Azzopardi-Muscat, ve diğ. nin (2020) çalışmasında hastane tasarımının hastaların güvenliği açısından kritik bir öneme sahip olduğu vurgulanmıştır. Bu çalışma, hastane tasarımının hastaların güvenliğini artırmada oynadığı kritik rolü ele almış ve küresel sağlık eğilimleri ile hastane tasarımının önemini vurgulamıştır. Ayrıca, hastane tasarımında hastaların güvenliği odaklı stratejilerin benimsenmesinin gerekliliğine vurgu yapmış ve sağlık hizmetlerinin gelecekteki başarısı için bu alandaki işbirliği ve eğitimin önemini vurgulamıştır (Azzopardi-Muscat ve diğ, 2020). Bu bağlamda, hastaların güvenliği perspektifinden bakıldığında hastane tasarımının ve planlamasının hastane içi riskleri azaltmada kritik bir rol oynadığına dikkat çekmiştir.

Tüm bu alt bileşenlerin hasta güvenliği ve mimari tasarımlar çerçevesinde mutlaka detaylandırılması gerekmektedir. Bu detaylar ile ilgili tüm hususlar Tablo 1’de hasta odası özelinde açıklanmıştır (The Center for Health Design, 2017).

**Tablo 1:** Kritik kontrol noktaları ve dikkate edilmesi gerekenler (Kaynak: The Center for Health Design, 2017)

<b>Bölgeler</b>	<b>Dikkat Edilmesi Gerekenler</b>
<b>İlaç Güvenlik Bölgesi</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Hasta odasında İlaç Güvenlik Bölgesi (Medication Safety Zone - MSZ) tespit edilmeli</li><li>MSZ personelin işini en az kesintiye uğratacak yerde konumlandırılmalı</li><li>MSZ alanında barkod okuyucu olmalı ve hekim order sistemine izin vermeli</li><li>Taşınabilir ilaç sepeti için yer olmalı (eğer kullanılıyorsa)</li><li>Erişimi kolay olan sharp konteyner olmalı</li></ul>
<b>Hasta Bölgesi</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Koridor veya hemşire istasyonundan hastanın görülmesini sağlayan yerleşim</li><li>Hemşire istasyonundan hasta yatağına olan yürütme mesafesini en kısaya düşüren yerleşim</li><li>Hasta başını görmeyi engelleyen cam kapı ve kapılardaki pencerelerin ortadan kaldırılması</li></ul>
<b>Hasta Yakınları Bölgesi</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Aile alanının personel görüş alanında yer alması, böylece konuşmaya dâhil olabilmesi</li><li>İletişim kolaylaştırmak için yapılandırılmış mobilya</li><li>Hastanın konforunu bozmadan hasta yakınlarının dinlenmesi için mobilya</li></ul>
<b>Yer Döşemesi</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Enerji emici özelliklere sahip zemin döşemesi (yaralanmaya neden olan darbe kuvvetini absorbe etmek için, örneğin; kauçuk)</li><li>Geçiş bölgelerinde çıkıntısız özel kesim döşeme</li><li>Özellikle su kullanımı alanı çevresinde (örneğin; banyo, duş sağılam ve kaymaya karşı dayanıklı) döşeme sabit olmalı</li><li>Bıçak veya topuk gibi keskin kenarlı nesnelere zarar vermesini engellemek için minimum eklemeler ve dikişler</li><li>Parlamayı engelleyen düşük yansıtma değerine sahip döşemeler</li><li>Döşeme desenlerinde düşük kontrast seçilmeli</li><li>Islak silinebilir, yıkanabilir, kolay temizlenebilir ve minimal eklem yerleri olan duvarlar olmalı ve yüksek temas yüzeyler dezenfekte edilebilmeli</li></ul>
<b>Duvar</b>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Centers for Disease Control and Prevention (CDC) tavsiyelerine uygun seçilmiş yüzey ve cila malzemeleri için imalatçının tavsiye ettiği temizlik protokolleri olmalı<sup>10</sup></li> <li>Asgari delikler ve aralıklarla pürüzsüz yüzeyler</li> <li>Toz toplayıcı olarak hizmet edebilecek minimum sırt veya çıkıntılar olmalı</li> <li>CDC tavsiyelerine uygun seçilmiş yüzey ve cila malzemeleri için imalatçının tavsiye ettiği temizlik protokolleri olmalı</li> <li>Kolay temizlenebilen ve bakımı kolay olan eklem ve katmanlar</li> <li>Genel ses seviyesini azaltmak için ses emici kaplama malzemeleri kullanılmalı</li> <li>Doğal gün ışığından yararlanmak için pencereler geniş olmalı</li> <li>Gözün kamaşmasına yol açmamalı</li> <li>Dış sesleri engellemeli ses geçirmez olmalı</li> <li>Banyo kapısı hasta yatağından görünür olmalı</li> <li>Obez hastaların geçişini sağlayacak genişlikte olmalı (taşıma aparatları ile içeri girilebilmeli)</li> <li>Nem tutmayan, küflenmeyen malzemeden yapılmalı</li> <li>Hemşirelik istasyonları ile hasta başı arasındaki minimum görsel engeller (örneğin; cam kapılar, kapılardaki pencereler)</li> <li>Kolay temizlenen HVAC donanımı olmalı</li> <li>Ultraviyole mikrop öldürücü ışınlama filtreleri olmalı</li> <li>Yüksek verimli partikül emme filtreleri olmalı</li> <li>Bulaşıcı hastalar için negatif basınçlı odalarda kullanılmalı</li> <li>Bağışıklık sistemi baskılanmış hastalar için pozitif basınçlı odalarda kullanılmalı</li> </ul>
<b>Tavan</b>	
<b>Pencere</b>	
<b>Kapı</b>	
<b>HVAC<sup>11</sup> (Isıtma, Havalandırma ve Klima Sistemleri)</b>	
<b>Lavabo/Alkol Bazlı Dezenfektan</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kesintisiz tezgâh yüzeyi ile gömme bulaşık tekneleri olmalı</li> <li>Drenaj sızdırmasını önlemek için lavabolar derin lavabo olmalı</li> <li>Su basıncı sızdırmayı önleyecek düzeyde olmalı</li> <li>Hasta ile lavabo arasında biyofilmin sızdırmasını önleyecek kadar mesafe olmalı ve lavabo tıkanıklarına karşı koruyucu önlemler alınmalı</li> </ul>

<sup>10</sup> Centers for Disease Control and Prevention (CDC) ile ilgili tüm verilere <https://www.cdc.gov/> adresinden ulaşılabilir.

<sup>11</sup> HVAC, İngilizce: Heating, Ventilating and Air Conditioning kelimelerinin baş harflerinden oluşturulmuş kısaltmadır. Havalandırma sektörünün tüm dallarını kapsar.

	<ul style="list-style-type: none"><li>•</li></ul>
<b>Hasta Taşıma Araçları</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Banyo için hasta yatağından hasta taşıma/hareket ekipmanları (örneğin; tavan-lift) kullanımı için açık yol</li><li>• Ambulasyon kapasitesiyle ayakta duran yardımcı asistanlar/asansörler</li><li>• Obez hastalar için özel olarak tasarlanmış hasta taşıma/hareket cihazları</li></ul>
<b>Ses Maskeleme Donatımı</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Gürültüden kaynaklanan kesintileri azaltmak için beyaz gürültünün/ses maskelemesinin kullanılması (beyaz gürültü makineleri gibi)</li></ul>

Hasta güvenliği ve mimari konusunun daha derinlemesine incelenmesi ve özellikle makro planda dünya uygulamaları değerlendirilmek istendiğinde ise karşımıza bazı rehberler çıkmaktadır. “Mimari Tasarım Rehberleri” başlığı altında inceleyebileceğimiz bu bölümde dünyada ön plana çıkan bazı rehberler ve ülkeleri verilmiştir (Facility Guidelines Institute, 2017):

- Facilities Guidelines Institute (2014) “Guidelines for the Design and Construction of Health Care Facilities” (Amerika Birleşik Devletleri-ABD Kaynaklı)
- Facilities Guidelines Institute (2014) “Guidelines for Design and Construction of Residential Health, Care, and Support Facilities” (ABD Kaynaklı)
- Facilities Guidelines Institute (2014) “Guidelines for Design and Construction of Hospitals and Outpatient Facilities” (ABD Kaynaklı)
- National Patient Safety Agency-NPSA (2010) “National Reporting and Learning Service Design for Patient Safety User Testing in The Development of Medical Devices” (İngiltere Kaynaklı)<sup>12</sup>
- More Patient Safety by Design: Systemic Solutions for Hospitals (İsviçre Kaynaklı)<sup>13</sup>
- The Center for Health Design (2013) “Designing for Patient Safety: Developing Methods to Integrate Patient Safety Concerns in the Design Process” (ABD Kaynaklı)<sup>14</sup>
- Design for Patient Safety: A Scoping Study to Identify How the Effective Use of Design Could Help to Reduce Medical Accidents” (2004) (İngiltere Kaynaklı)
- The Center for Health Design (2011) “Furniture Design Features and Healthcare Outcomes, Concord, CA” (ABD Kaynaklı)<sup>15</sup>

### 1.3. Konu ile ilgili öncü çalışmalar

2001 yılında gerçekleşen Voelker’in Çakıltaş (Pebbles) projesi literatürde tespit edilen ilk yayınlanmış çalışma olma özelliğini göstermektedir. Bu çalışmada mekânsal tasarım değişiklikleri ile hem hasta hem de çalışanların daha çok memnun olacağı bir hastane iç

<sup>12</sup> İngiltere kaynaklı bu rehberin 33 ve 34. sayfalarında tasarım ilkeleri bulunmaktadır.

<sup>13</sup> Reiling’in 2006 yılında yayınlamış olduğu modelden yararlanılarak hazırlanmıştır. Yazar Aydınlatma, Sessizlik, Kesintiler, Standardizasyon ve Kurallara Uyuma ile tasarımın hasta güvenliğine dönüşebileceği iddiasındadır.

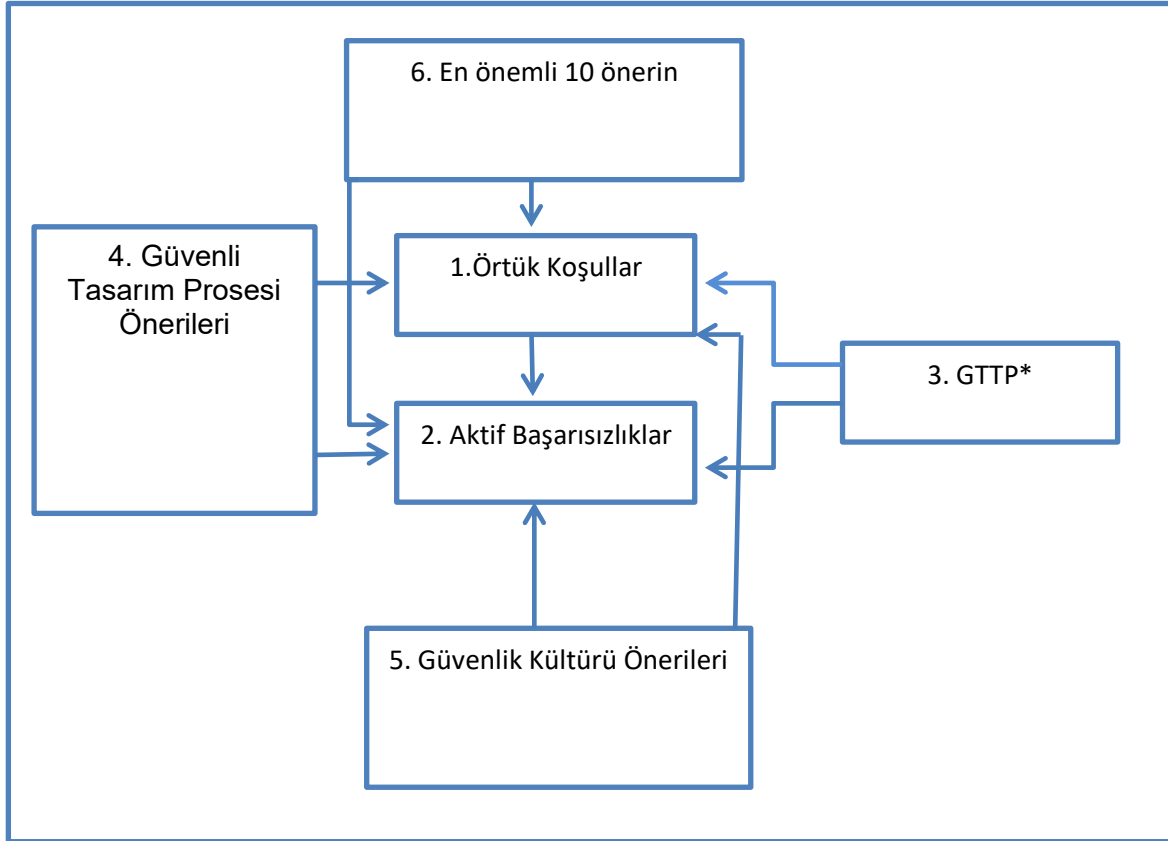
<sup>14</sup> On konuda tasarıma gidilmesi gerektiği ifade edilmektedir. Örtük koşulların hastaya zarar verme potansiyeline karşı neler yapılması gerektiğine odaklanan bir rehberdir.

<sup>15</sup> Bu rehberde kanıta dayalı tasarım ilkeleri için bazı kontrol listeleri bulunmaktadır. Sekiz kontrol alanı bulunmaktadır.

mimarisi hedeflenmiştir. Özellikle hasta odaları ve hemşire ünitelerinde gözle görülen bazı değişiklikler olmuştur (Voelker, 2001).

Hastane mimarisinin hasta güvenliği ile ilişkisi bağlamında ilk farkındalık çalışması ise, Joseph's Hospital ile Minnesota Sağlık Hizmetleri İdaresi ile yapılan işbirliği sonucu ortaya çıkan "The National Learning Lab" adlı çalışmadır. Bu çalışmanın temel amacı tasarım açısından güvenlik ve güvenli tasarım prensipleri ile hasta güvenliği kültürü ile zenginleştirilmiş tesis yönetim tasarımıdır (Reiling, 2007).

Bu projenin ana çıktıları ise; geleneksel tasarım ilkelerinin tespiti (6 tane), güvenli tasarım süreci için öneriler (8 tane), hastanın zarar görmesine yol açma ihtimali olan latent (gizli) koşullar (9 tane), hastanelerde gerçekleşen adet aktif başarısızlık koşulları (10 tane), güvenlik kültürü için öneriler (11 tane) ve son olarak en önemli on öneri şeklindedir (Reiling, 2007). Reiling'in 2006 yılında yayınlamış olduğu kitaptan esinlenerek aşağıdaki şekil hazırlanmıştır.



**Şekil 1:** Hasta güvenliği kültürü ile zenginleştirilmiş tesis yönetim tasarımı (Şekil yazarlar tarafından Reiling'in (2006) çalışmalarından esinlenerek hazırlanılmıştır.) \*GTTP: Geleneksel Tesis Tasarım Prosesleri

Şekil 1’de hasta güvenliği kültürü ile zenginleştirilmiş tesis yönetim tasarımı incelendiğinde, tesislerin tasarım aşamasında aktif başarısızlıklar ve örtük koşullardan korunabilmesi için güvenlik kültürünün önemine işaret edilmiştir. Çünkü tasarım hataları ve örtük koşulların bir gün hastanın zarara uğrayabileceği ciddi hataların ortaya çıkmasına neden olabileceği kaçınılmaz bir gerçektir. Bu nedenle, sistemin insanların hata yapabilirliği ve tehlikelerin olası etkilerine karşı dirençli olması gerekmektedir. Yani yeni sistemler oluştururken ve hatanın en sık görülebileceği yerlerle ilgili önemli bazı kararları alırken, olası hataların tasarımla devre dışı bırakabileceği bir sistem kurgulanması gerekmektedir. Yani sistem ve süreçler personelin hata yapmasını zorlaştırmalı ve çalışanların doğru şeyleri yapmasını kolaylaştırmalıdır. Başka bir deyişle, sistemlerimiz "insan kusuru geçirmez" şekilde tasarlanmalıdır (Reason, 1994).

#### 1.4. Hasta güvenliği ve hastane mimarisinde örtük koşullar<sup>16</sup>

Örtük koşullar aktif başarısızlıkları besleyen en önemli kaynaklardan biridir. O yüzden tasarım işi ile ilgilenenlerin örtük koşullara yönelik önleyici yaklaşımlarda bulunması gerekmektedir. Bu açıdan bakıldığında, önce örtük koşulların hata, kusur ve istenmeyen olaylara nasıl yol açtığına iyi ifade edilmesi gerekir. Bu açıdan önce örtük koşullar ve güvenlik ilişkisi üzerinde durulması gerekmektedir. Bu açıdan aşağıda konunun alt başlıkları maddeler halinde açıklanmıştır:

- Gürültüyü azaltma
- Ölçeklenebilirlik, uyarlanabilirlik, esneklik
- Hastaların çalışanlar tarafından görülebilmesi
- Hasta ve hasta yakınlarının sürece dâhil edilmesi
- Standardizasyon
- Uygun olduğu yerlerde otomatik sistemlere geçme
- Yorgunluğu en aza indirmek
- Hizmetin verildiği noktada bilgiye hızlı erişim
- Hasta transferleri/hasta devirlerini en aza indirmek

**1.4.1. Gürültüyü azaltma:** Tarihi süreç içerisinde gürültü konusu incelendiğinde, bir sağlık tehlikesinden daha çok, bir rahatsızlık unsuru olarak görülmekte olduğu söylenebilir. Ancak

<sup>16</sup> Bu çalışmada örtük, gizil ve latent kelimeleri aynı anlamda kullanılmıştır. Yazarlar daha çok örtük koşullar tabirini tercih etmiştir.

son zamanlarda gürültü ana başlığı altında yapılan çalışmalar incelendiğinde, konunun giderek ciddi bir sağlık tehlikesi, güvenlik sorunu ve çalışanların performansını olumsuz yönde etkileyen bir tehdit olarak görülmeye başlandığı söylenebilir (Reling, 2005). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün yayımladığı bir rapora göre, gürültü iletişimi azaltmakta, dikkati dağıtmakta, kavramayı güçleştirmekte, konsantrasyonu etkilemekte, rahatsızlık vermekte ve stres ve yorgunluğu artırmaktadır. Ayrıca hafıza kullanımı gerektiren zihni faaliyetler, gürültüye karşı duyarlılık göstermekte ve iş verimliliği de ciddi oranda azalmaktadır (Morrison ve diğerleri, 2003).

Yapılan araştırmalarda vasıfsız ve vasıflı fiziksel işlerin ortaya çıkaracağı gürültü düzeyi yüksek iken, zihinsel içerikli işlerde ise gürültü düzeyinin düşük olduğu görülmektedir. Gürültü hastaların iyileşme ortamlarının kalitesini olumsuz yönde etkilemekte, kan basıncını yükseltmekte, ağrıyı artırabilmekte, uyku kalitesini etkileyebilmekte tüm bu durumlarda hasta tarafından algılanan genel memnuniyet düzeyini azaltabilmektedir. Örneğin; pediatri yoğun bakım birimlerinde yapılan bir incelemede gürültünün, hastanın konforu ve iyileşmesi için gerekli olan uykuyu düzenli olarak böldüğünü göstermiştir (Berrens, 1998; Topf, 2000).

Gürültüyü azaltmak için birçok tasarım özelliğinden söz edilebilir. Gürültüyü azaltmak için uygun olabilecek bazı tasarım özellikleri ve önlemleri aşağıda maddeler halinde sıralanmıştır (Yıldırım, 2008):

- Tavanda anons sisteminin bulunmaması,
- Sessiz zemin kaplamaları (halı, lastik),
- Sessiz ısıtma, havalandırma ve klima sistemleri,
- Odalar arasında ses yalıtımı,
- Sesi emici özellikte tavan malzemesi,
- Sessiz cihazlar ile sistemler.

**1.4.2. Ölçeklendirilebilirlik, Uyarlanabilirlik, Esneklik:** Ölçeklendirilebilirlik, tasarımdaki oluşabilecek ve hasta güvenliğini de tehdit edebilecek hataların tespit edilebilmesi amacıyla, binanın bölümlerini genişletme veya yeniden modelleme yeteneğidir. Uyarlanabilirlik ise oluşabilecek gizli hataların tasarıma dâhil olmasını önlemek amacıyla farklı veya gelişen hizmetler için alan uyarlama yeteneği olarak tanımlanabilir (Reling, 2006). Değişen teknolojik ve fiziksel şartlar sebebiyle mimari yapıların, bu değişikliklere en hızlı şekilde uyum sağlayabileceği şekilde esneklik şartlarına sahip olacak bir mimari altyapıyla tasarlanması



önemlidir. Ölçeklendirilebilir, uyarlanabilir ve esnek bir sağlık hizmeti tesisi elde etmek için, modüler sistemli açık alanlardan altyapı gereksinimlerine, ölçeklendirilebilir ve uyarlanabilir binaları destekleyen genişletme bölümlerine kadar birçok tasarım ve inşaat uygulaması akla gelebilir (Reling, 2005). Örneğin; St. Joseph’s Medical Center’da, genişletme veya değiştirme uygulamalarına izin veren tavan yükseklikleri çok dikkat çekicidir. Ayrıca teknoloji alanındaki gelişmelere uyum sağlamak üzere yeni kablo tesis alanlarının oluşturulması ve kablosuz teknolojiye çok hızlı adaptasyon yeteneği gibi, tesis tasarımına entegre esnek tasarım uygulamaları merkezin güçlü yönlerindedir (Yıldırım, 2008). Bu konuda bir basketbol sahasındaki potaların farklı yaş ve boy aralığındaki gruplar için yüksekliğinin ayarlanabilmesi örnek olarak verilebilir. Her bir grup için yeni bir basketbol sahası yapmak yerine, ölçeklendirilebilir, uyarlanabilir ve esnek bir basketbol sahası ve pota sisteminin mimari ve fiziki alt yapı ile desteklenmesi daha az maliyetli olabilir.

**1.4.3. Hastaların çalışanlar tarafından görülebilmesi:** Bakım ortamında hastaların çalışanlar tarafından görülebilir olmasının hasta güvenliği üzerine olumlu etkileri olduğu söylenebilir. 19. yüzyılda tasarımın fonksiyonu izlediği anlayışı benimsenirken, 21. yüzyılda tasarımın fonksiyonu şekillendirdiği anlayışının benimsendiği görülebilir. İyi tasarım, hizmetlerin verimli ve maliyet etkin bir şekilde sunulmasını sağlamalıdır (Drake, 2001). Birimlerin tasarımları, hizmeti sunanların hastaları görebilecek yakınlıkta olması ve hastalarını izleyebilmelerine izin verebilecek şekilde yapılmalıdır. Buna örnek olarak birim içinde birçok küçük hemşire istasyonu tasarlanması verilebilir. Buna ek olarak bazı özellikli hasta bakım odalarında görülebilirlik, ayna görüntüsü verecek şekilde tasarlanmış hasta odaları ve odalardaki kamera sistemleri sayesinde elde edilebilir. Yapılacak tüm uygulamalarda evrensel etik ilkeleri mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır.

#### **1.4.4. Hasta ve hasta yakınlarının sürece dâhil edilmesi**

Joint Commission International (JCI) kaynaklarına göre Speak up programı olarak (Siewert ve diğerleri, 2016) şekillendirilen hastanın katılım süreci hasta güvenliği konusunun en önemli yapı taşlarından biridir. DSÖ bu süreci “Hasta Katılımı ve Şampiyon Hasta”<sup>17</sup> diye adlandırmakta iken (Gruman ve diğerleri, 2010); Roizen ve Öz ise; aynı kavramı “Akıllı Hasta” kavramı ile şekillendirmiştir (Roizen ve Öz, 2007).

<sup>17</sup> Hasta Katılımı ve Şampiyon Hasta “Patient Engagement ve Schampion Patient” diye adlandırmakta iken Akıllı Hasta “Smart Patient” şeklinde yabancı kaynaklardan aratılabilir.

Amerikan Tıp Enstitüsüne göre, hastaların çoğunun bakım sistemleri içinde yer alma, karar verme, bilgilendirilme ve bakım sunan kişiler tarafından dinlenmeleri konusunda sıkıntı yaşadıkları müşahede edilmiştir. Gerteis, hasta odaklı bakımın boyutlarını tıbbi cihazlar ve ekipmanları da kapsayacak şekilde tesis ve bakım ortamı ile ilişkili bileşenler ile tanımlar. Bu bileşenler şunlardır (Yıldırım, 2008):

- Hastaların değerleri, seçenekleri ve gereksinimlerine saygı gösterilmesi,
- Bakımın koordine ve entegre edilmesi,
- Bilgi, iletişim ve eğitim,
- Fiziki konfor,
- Duygusal destek (korku ve endişenin giderilmesi),
- Hasta yakınlarının bakım sürecine dâhil edilmesidir.

Carayon (2009), özellikle sağlık bilgi teknolojisi bağlamında, hasta güvenliğini ve bakım kalitesini iyileştirmek için odağı izole görevlerden bakım süreçlerine kaydırma ihtiyacını tespit etmiştir. Faydalı olmakla birlikte, bakım süreci analizleri genellikle sağlık hizmeti sunumuna ve doktor ve hemşirelerin çalışmalarına odaklanmaktadır (Carayon ve Wooldridge, 2020). Ancak, bakım "hastaların kendileri, aileleri ve arkadaşları gibi çeşitli bireyler arasındaki sayısız etkileşim yoluyla sağlandığı zaman daha etkili hale gelmektedir (Carayon ve diğ. 2020).

**1.4.5. Standardizasyon:** Tesislerin insan davranışları üzerindeki etkileri ticari havacılık, bilgi ve iletişim teknolojileri de dâhil olmak üzere bir takım alanlarda incelenmeye başlanmıştır. Bununla birlikte tesis standardizasyonunun, insan davranışları üzerine etkisi ve bunun tıbbi hata oranlarını ve bakım kalitesini nasıl etkilediğine ilişkin literatürde çok az çalışma mevcuttur. Özellikle bakımın standardize edilmesi yoluyla büyük ölçüde tıbbi hataların azaltılması sağlanabilir ve sağlık hizmetlerinin kalitesini de artırabilir (Reiling, 2005). Sağlık bakımındaki hatalar, başka herhangi bir alanda insanların başarısızlığı gibi, sadece izole nedenlere bağlı değildir. Bu tür hatalar, üst düzey örgütsel ve sistemsel faktörlerden kaynaklanabileceğinden, yapılan her türlü iş ve sürecin standardize edilmesi büyük bir öneme sahiptir (Reason, 1997).

Standardizasyon, diğer alanlarda olduğu gibi sağlık sistemi içerisinde de, tasarımda ve özellikle de hastane mimarisinde önemli bir stratejik adım olarak karşımıza çıkmaktadır. Kurumlarda bir kültür ve kurumsal hafıza oluşmasını sağlayarak, belirli bir süreç ya da tasarım ile güvenli ve

etkin bir tesis kullanımına izin vermektedir. Zaten ergonomi çalışmalarının çoğu daha iyi sistem ve süreçleri tasarlayarak insan-sistem ara yüzünün geliştirilmesi üzerinde durmaktadır (Reiling, 2005). Tesisin standardizasyonuna ilişkin örnekler aşağıdaki şekilde sıralanabilir (Reiling, 2006a):

- Standart hasta odaları,
- Standart poliklinik tedavi odaları,
- Gazlar ve ekipmanlarda standardizasyon,
- İntravenöz ekipmanlar, yataklar ve monitörlerde standardizasyon,
- İlaç sistemleri ve diğer bakım süreçlerinde standardizasyon.

Yıldırım (2008)'a göre; tesis ve oda tasarımları, prizlerin ve yatak kumandalarının konumları, lateks eldivenlerin hangi dolaba yerleştirildiği ve aydınlatma armatürlerinin düğmelerine kadar, tesis veya oda tasarımının standardizasyonunun insan davranışları üzerinde etkisi olabilir ve bu durum bakım ortamının daha güvenli olmasını sağlayabilir.

Ayrıca; sağlık çalışanlarının standart bir oda, tasarım ya da malzeme sayesinde; dikey, yatay ya da matris bir yapılanma içerisinde görev yeri değişimlerinde adaptasyonun hızlı şekilde sağlanması ve bu şekilde de hasta güvenliği ihlallerinin en aza indirilmesi sağlanabilir.

**1.4.6. Uygun olduğu yerlerde otomatik sistemlere geçme:** Hasta güvenliğinin iyileştirilmesinde bilgi teknolojileri de kullanılan araçlardan biridir. Yeni bir sağlık kuruluşu planlanırken planlamanın başında teknoloji planlaması da dikkate alınmalıdır. Örneğin, bilgisayar destekli hale getirilmesi planlanan bu sistemlerin birbirleri ile ilişkileri, hasta güvenliği, sistemlerin bakım çerçevesi ve bunların tesis tasarımı üzerindeki etkisinin bir arada düşünülmesini zorunlu kılmaktadır. Bütün bu faktörler değerlendirildikten sonra uygun olan alanlarda otomatik sistemlere geçilmesi bakım ortamının güvenliğini arttırabilir (Reiling, 2006; Yıldırım, 2008). Örnek olarak, laboratuvar örnekleri, kan ürünleri veya tıbbi malzemelerin elle teslim edilmesinde insan gereksinimini ortadan kaldıran veya büyük ölçüde azaltan bilgisayar kumandalı tüplü taşıma sistemleri önemli ölçüde insan kaynaklı hataların önüne geçmiştir. Tüp barkotlama sistemi, pnömatik sistem ve laboratuvara ürün kabulünde otomatik sistemler, numune güvenliği ve zaman tasarrufu gibi birçok önemli avantajlar sağlayabilmektedir.

**1.4.7. Yorulmayı en aza indirme:** Yorgunluk ile ilişkili problemlerin, ABD'de, yılda 18 milyar dolarlık işgücü kaybına ve kaza maliyetine yol açtığı hesap edilmektedir. Yorgunluk

yılda 1500'den fazla ölüm, 100 bin kaza ve 76 bin kişiden fazla insanın yaralanmasına yol açmaktadır (Rogers, 2008). Yani insan hatalarına ve advers olaylara neden olan önemli faktörden biri de yorgunluktur. Yorgunluğun hasta güvenliği üzerindeki etkileri araştırmalarla ispatlanmamış olmasına rağmen, incelemeler yorgunluğun zihin açıklığı, ruhsal durum, psikomotor ve kavrama performansı üzerinde olumsuz etkileri olduğunu göstermektedir. Bunlar hasta güvenliğini olumsuz yönde etkileyecek parametreler olarak ele alınabilir. Cerrahlar üzerinde yapılan araştırmalar, uykusuzluk ve yorgunluk sonucunda el kullanma yeteneğinin ve hassas motor kabiliyetlerinin olumsuz yönde etkilenebileceğini göstermektedir (Yıldırım, 2008).

Tesis tasarımı açısından durum değerlendirildiğinde, çalışanların, hasta odaları, hemşire istasyonları ve tedavi alanları arasında kat etmesi gereken mesafelerin en aza indirilmesi yoluyla yorgunluk azaltılabilir. Bu durum sadece katlardaki hasta odalarının sayısını değil, servislerin yatay ve dikey komşuluklarını da etkileyebilir. Teknolojinin etkin olarak kullanılması da iş yükünü azaltacağından yorulmayı azaltmada etkili olabilir. Literatürde önerilen ilave stratejiler ise şunlardır (Reiling, 2006):

- Çalışma ve nöbet saatlerinin sınırlandırılması,
- Vardiyalı çalışmada vardiyanın ileri yönde kaydırılması (sabah vardiyalarından akşam ve gece vardiyalarına doğru),
- Hasta bakım hizmetlerinde dikkatin azalmasını en az düzeyde tutan çalışma istasyonu ortamlarının geliştirilmesi,
- Kısa süreli uyku ve kafein gibi zinde kalma stratejileri,
- Uykusuzluğun ve yorgunluğun olumsuz etkileri ve iyi uyku alışkanlıklarının önemi konusuna doktorların ve çalışanların eğitilmesi.

**1.4.8. Hizmetin verildiği noktada bilgiye hızlı erişim:** Doğru tanı ve doğru tedavinin sunumunda doktorların, hasta, şüphelenilen hastalık ve tedavi seçenekleri konusunda tam ve gerçek zamanlı bilgiye sahip olmaları bakım ortamındaki güvenliğin sağlanmasında önemli bir konu olarak ele alınabilir. Araştırmalar bilgi ve bilgi birikimi eksikliğinin hatalara neden olabileceğini göstermiştir (Yıldırım, 2008). Gerçek zamanlı tıbbi bilgi sağlayan teknolojilere örnek olarak internet, bilgisayar destekli hasta kayıtları ve klinik karar destek sistemleri verilebilir. Cerrahide, doktor istemleri ve talimatlarının hastanın çizelgesi ve tıbbi kayıtlarıyla karşılaştırabileceği, hasta bilgileri ve planlı prosedürleri gösteren büyük tahtalar veya akıllı monitör sistemlerinin ameliyathanelerde bulunması bilgiye erişimi kolaylaştıracak ve bu

şekilde de hasta güvenliği kusurlarının önüne geçilebilecektir. Yani bilgiye erişim altyapısının varlığı sayesinde oluşabilecek olası hata ve kusurlar ile hasta arasına bir bariyer daha konulmuş olacaktır.

**1.4.9. Hasta transferleri / hasta devirlerini en aza indirmek:** Hasta güvenliği ihlal ve hatalarının yoğun şekilde yaşandığı alanlardan birisi de hastaların transferi esnasında yaşanan olumsuzluklardır. Hastaların transferleri için kullanılan araçların tasarımı çok önemlidir. Çünkü gereksiz transferler ve hasta devirleri arttıkça hasta düşmeleri ve enfeksiyon riskleri de o oranda artabilmektedir. Bu sebeple hastalar için gereksiz yer değiştirmelerinden kaçınmak, hastaların bazı teşhis ve tedavi uygulamalarını yataktan takip altına alınabileceği sistemler kurmak ve transfer esnasında uygun malzeme ve ekipmanlar bulundurmak ve en önemlisi çok iyi bir planlama ile hastanın en baştan en doğru birime, odaya ve yatağa alınması gibi uygulamalar ile hasta güvenliğinde oluşabilecek bazı hata ve ihmallerin önüne geçilebilir.

## 2. Hastanelerde Aktif Başarısızlıklar

İşi yapan hasta bakım uzmanlarının en çok hata ve istenmeyen (sentinel) olaylar ile yüz yüze kaldığı durum ve koşullar, aktif başarısızlıkların en çok yaşandığı durumlardır. Bu durumları Reiling (2005, 2006a, 2006b, 2008) bütün çalışmalarında dile getirmiş ve bu durumlar ile başa çıkma yollarını da anlatmaya çalışmıştır. İstenmeyen olaylar ve aktif başarısızlıklar<sup>18</sup> genel hatlarıyla aşağıdaki şekilde ortaya çıkmaktadır:

- Operatif/operasyon sonrası komplikasyonlar/enfeksiyonlar,
- İlaç hataları ile ilgili olaylar,
- Hastaların kısıtlamalar altındaki ölümleri,
- Yatarak tedavi esnasındaki intiharlar,
- Transfüzyonla ilgili olaylar,
- Hasta düşmeleri,
- Yanlış taraf cerrahisi,
- Radyasyondan kaynaklanan tehlikeler.

Bir başka çarpıcı çalışma ise, Joseph'in 2013 yılında editörlüğünü yapmış olduğu "Designing for Patient Safety: Developing Methods to Integrate Patient Safety Concerns in the Design Process" adlı çalışmadır. Örtük başarısızlıkların hastane savunma sistemlerindeki gizli

<sup>18</sup> Her bir aktif başarısızlık durumu ile başa çıkmak için uluslararası kuruluşlar, rehberler, kılavuzlar ve örnek yol gösterici kitaplar yayınlamışlardır. İlgilenenlerin her bir başlık için çeşitli kaynaklardan araştırma yapması önerilebilir.

koşulları etkilemesi ile aktif başarısızlıkların hatayı teşvik eden koşullarla birleşmesi sonucu advers olayların veya kazaların oluştuğunu belirterek konuyu derinlemesine analiz etmişlerdir (Joseph, 2013).

Bir başka ilginç çalışma da Lawton ve arkadaşları tarafından 2012 yılında hazırlanmıştır. Saha çalışmasına dayanan bu çalışmada ise aktif başarısızlıklara yol açan yirmi temel alan tespit edilmiş ve tanımlanmıştır. Bu alanlar birbirini çevreleyen dört kümeden oluşmakta olup, bu dört aşamada oluşan faktörler aktif başarısızlık ve hataları oluşturabilmektedir. Birbirini sarmalayan bu faktörler dairesel olarak birbirinin içine geçmiştir ve bu faktörler iyi kurgulanmazsa aktif başarısızlıklar ve hatalar oluşabilmektedir. Bunlar dışarıdan içeriye doğru aşağıdaki gibi sıralanmaktadır:

- Örtük dışsal faktörler
- Organizasyonel faktörler
- Mekânsal çalışma koşulları
- Durumsal faktörler

Aktif başarısızlıkları ve hataları engelleme mekanizmaları ise tüm boyutları etkileyecek olan iki temel unsurdur: İletişim sistemleri ve güvenlik kültürüdür (Lawton ve diğerleri, 2012). Hastane tasarımında başarılı olmak ve aktif başarısızlıkların önüne geçebilmek ve hataları minimize edebilmek için -yukarıda da bahsedildiği gibi- en önemli unsur ise hastanelerde güvenlik kültürünün inşa edilmesi zorunluluğudur. Güvenlik kültürü oluşturmak öncelikle yönetimin sorumluluğunda gibi görülse de tüm çalışanların sürece katılımının sağlanması ve uzun süreli ve kalıcı bir kurumsal hafıza oluşturulabilmesi, başarı için çok önemli bir unsurdur. Bu unsurlar aşağıda maddeler halinde verilmiştir:

- Kurum içindeki güvenlikle ilgili paylaşılan değerler ve inançlar,
- Güvencesiz olayları her zaman öngörmek,
- Bilgilendirilmiş çalışanlar ve tıbbi personel,
- Raporlama kültürü,
- Öğrenme kültürü,
- Adalet kültürü,
- Suçlayıcı dil kullanılmayan bir ortam,
- Hekimlerin ekip çalışmasına uyumu,
- Sürekli gelişim kültürü,

- Ailelerin hastaların bakımına katılımının sağlanması,
- Bilgilendirilmiş ve aktive edilmiş hasta.

### 3. Mimari Tasarım Göstergeleri ve Hasta Güvenliği

Hasta güvenliği ve sağlık hizmetleri kalitesi ile ilgili bir diğer unsur ise mobilya tasarımları ve konaklama alanlarıdır. Mobilyaların sağlık sistemi içerisinde uygun yere, uygun şartlarda, uygun niteliklerde ve uygun şekilde yerleştirilmesi hasta güvenliğini sağlama açısından çok önemli bir yere sahiptir. Bu konuda hazırlanan en önemli çalışmalardan birisi, Mallone ve Dellinger (2011) tarafından “Furniture design features and healthcare outcomes” başlığıyla sunulmuştur. Aynı zamanda ilgili tüm çalışanların ve birimlerin dikkatini çekebilmek için bir rehber ve kontrol listesi yayınlanmışlardır. Aşağıda Kanıta Dayalı Tasarım İlkeleri (Evidence-Based Design) ışığında hazırlanmış bir örnek kontrol ve öz değerlendirme listesi bulunmaktadır. Sağlıkla ilişkili enfeksiyonların azaltılması, hasta düşmelerinin engellenmesi, sağlıklı iletişimin sağlanması ve ilaç hatalarının azaltılması gibi çok hayati konular ile mobilya tasarımı arasındaki ilişkiler konusunda bir farkındalık oluşturulabilmesi açısından Tablo 2’nin irdelenmesi gerekmektedir.

**Tablo 2:** Kanıta dayalı tasarım ilkeleri ile mobilyaların taşınması gereken özellikler (Kaynak: Mallone ve Dellinger, 2011)

1. Sağlıkla ilişkili enfeksiyonlar ile bağlantılı olan yüzey kirlenmesini azaltmak
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Yüzeyler, yüzey derzleri veya dikişler olmadan daha kolay temizlenir olmalı</li> <li>• Döşeme malzemeleri geçirimsiz olmalı (gözeneksiz).</li> <li>• Yüzeyler gözeneksiz ve pürüzsüz olmalı</li> </ul>
2. Hasta düşmeleri ve ilgili yaralanmaları azaltmak
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Koltuk yüksekliği ayarlanabilir olmalı</li> <li>• Koltukların kol dayama yeri olmalı</li> <li>• Sandalyenin altında yer alan ayak yer değişikliklerini desteklemeli</li> <li>• Sandalye arka eğim açısı ve koltuk sırt dayaması hasta çıkışını kolaylaştırmalı</li> <li>• Sandalyeler sağlam, istikrarlı ve kolaylıkla eğilmemeli</li> <li>• Haddeme mobilya kilitleme makaraları veya tekerlekler içermeli</li> <li>• Sandalyelerin hem düşme sırasında hem de hasta taşıma sırasında hastalara zarar verebilecek keskin veya sert kenarları olmamalı</li> </ul>
3. İlaç hatalarını azaltmak
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aydınlatma armatürleri 90-150 mm ayak uzaklığı aydınlatmalı</li> <li>• Bir ilaç güvenlik bölgesinde ayarlanabilen 50 wattlık bir mum aydınlatması sağlamalı</li> <li>• Mobilya, mahremiyeti sağlamak adına görsel karışıklığı en aza indirmeli ve ilaç yönetiminin bütün aşamalarında ses ve gürültüyü en aza indirmeli</li> </ul>
4. Hastalar ve aile üyeleri için iletişim ve sosyal destek geliştirmek
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mobilya kolayca ayarlanabilen küçük esnek gruplamalar halinde yapılandırılabilir olmalı. Çeşitli sağlık hizmetleri ortamlarında değişen sayıda kişiyi barındırabilmeli</li> <li>• Geniş boyutlu insanlara hizmet edebilmeli ve yaş varyasyonlarını desteklemeli</li> <li>• Akustığı ve görsel hasta mahremiyetini desteklemeli</li> </ul>

5. Hasta, hasta yakını ve personelin stres ve yorgunluğunu azaltmak
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Malzemeler doğaya zarar vermeyen özelliği olmalı</li> <li>• Görünüşü cazip olmalı ama kurumsal kimlik taşınamalı</li> <li>• Mobilyalı obez bireyler de dâhil olmak üzere, herkes tarafından güvenli ve rahat kullanım için test edilmeli</li> </ul>
6. Personelin etkinliğini, etkililiğini ve iletişimini iyileştirmek
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mobilya hasta ve çalışanın ergonomik ihtiyaçlarına kolaylıkla uyarlanabilmeli</li> <li>• Tasarım, bakım koordinasyonunu ve bilgi paylaşımı sağlanmalı</li> <li>• Malzemeler ses emici olmalı</li> </ul>
7. Çevrenin güvenliğini geliştirmek
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Malzemeler, formaldehit ve benzen gibi uçucu organik bileşikler içermemeli</li> </ul>
8. En iyi yatırım için temsil sorumluluğu
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organizasyon misyonunu, stratejik hedeflerini ve markayı yansıtmalı ve güçlendirmeli</li> <li>• Yeni tesis yenileme projeleri için mevcut mobilya ve objelerle entegre olmalı</li> <li>• Parçalar esnek olarak yeniden konfigüre edilebilir ve değişen ve ortaya çıkan yeni ihtiyaçları desteklemeli</li> <li>• Zemin hasarını azaltmak için tekerlekli veya kaymayı sağlayın düzenekler olmalı</li> <li>• Duvarlara zarar verebilecek herhangi bir çıkıntısının olmadığı kontrol edilmeli; Sandalye ray yükseklikleri kontrol edilmeli</li> <li>• Üretici, güvenlik ve dayanıklılık testi sonuçlarını sunmalı</li> <li>• Üretici, ürünü tasarlamak için kullanılan spesifik kanıtları açıklamalı</li> <li>• Üretici, her gün kullanılan mobilya gibi uygun süreli garanti vermeli</li> <li>• Değiştirilebilir parçalar rahat temin edilebilmeli</li> <li>• Onarımlar sağlık kuruluşunda yapılabilmesi</li> <li>• İmalatçı veya yerel satıcı, mobilya tamirati ve yenilemesi konusunda yardımcı olmalı</li> <li>• Çevresel hizmetler (temizlik) personeli, mobilyaları kolayca koruyabilmeli</li> <li>• Mobilya satın alırken bir Grup Satın Alma Organizasyonu (GPO) kullanılmalı</li> </ul>

Zhao ve Mourshed ise, 2014 yılında, yatan hastaların algılarına göre, daha iyi konaklama ortamları için tasarım göstergelerinin neler olması gerektiğine dair bir çalışma yapmışlardır. Bu çalışmada anket soruları literatürden yararlanarak hazırlanmış ve faktör analizi uygulanmıştır. Analiz sonucunda, “Mimari”, “Duyusal ve hijyen”, “Aydınlatma ve ısınma”, “Mahremiyet” ve “Güvenlik” olmak üzere beş boyut belirlenmiştir. Çalışmanın sonucuna göre, ankete katılan katılımcıların tasarım göstergelerinden en fazla önem verdiği unsurlar önem sırasına göre aşağıda şöyle sıralanmıştır:

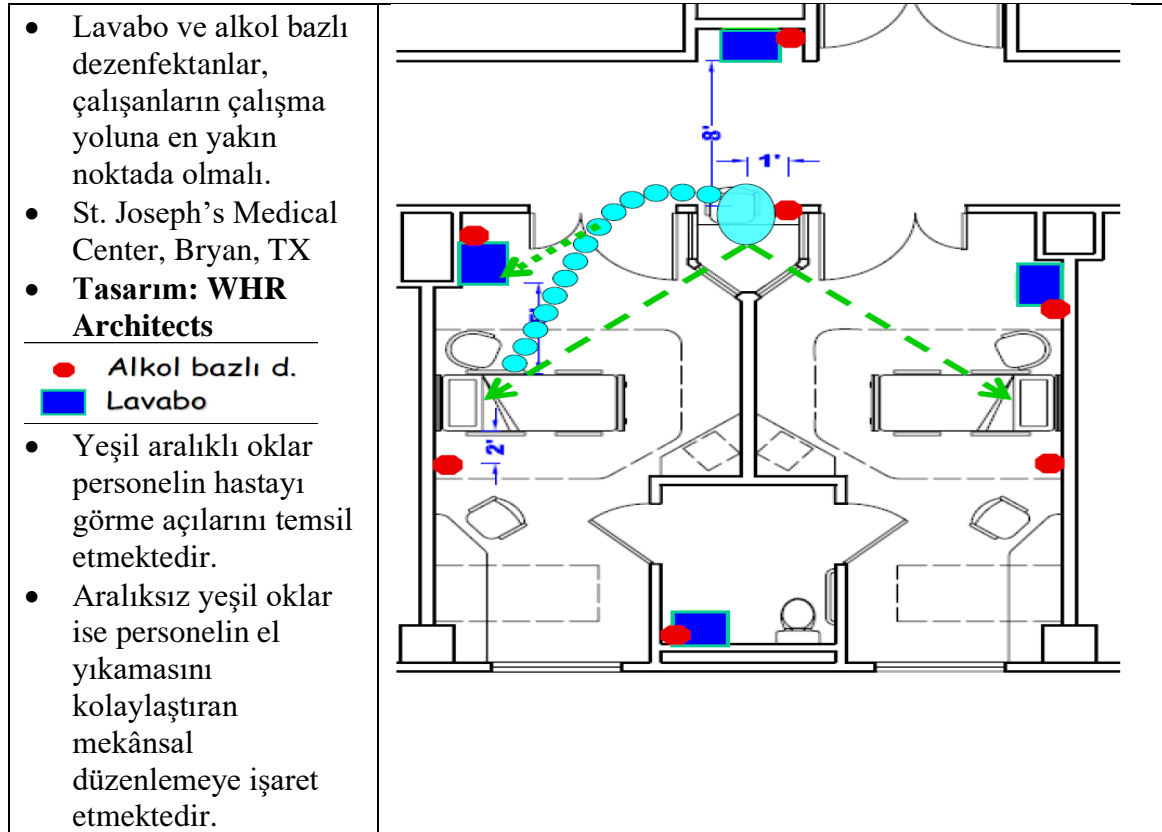
- Hijyen
- İç mekân sıcaklığı
- Düşmeleri engelleyen önlemler
- Hoş olmayan kokunun engelleneceği sistemler
- Aydınlatmanın yeterli olması
- Gürültünün engellenmesi



Katılımcıların en az önem verdiği tasarım ilkeleri ise eğlence tesislerinin varlığı, hoş bir dış görünüş ve mekânı özelleştirilebilme yeteneğidir (Zhao ve Mourshed'in, 2014).

Hastane mimarisi ve hasta güvenliği konularıyla ilgili çok önemli araştırmalar yapan kuruluşlardan biri olan Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)<sup>19</sup> tarafından 2007 yılında yapılan bir konferans bildirilerinden özellikle hastane tasarımı ile ilgili olan bazı örnek çalışmalar ve görselleri aşağıda verilmiştir.

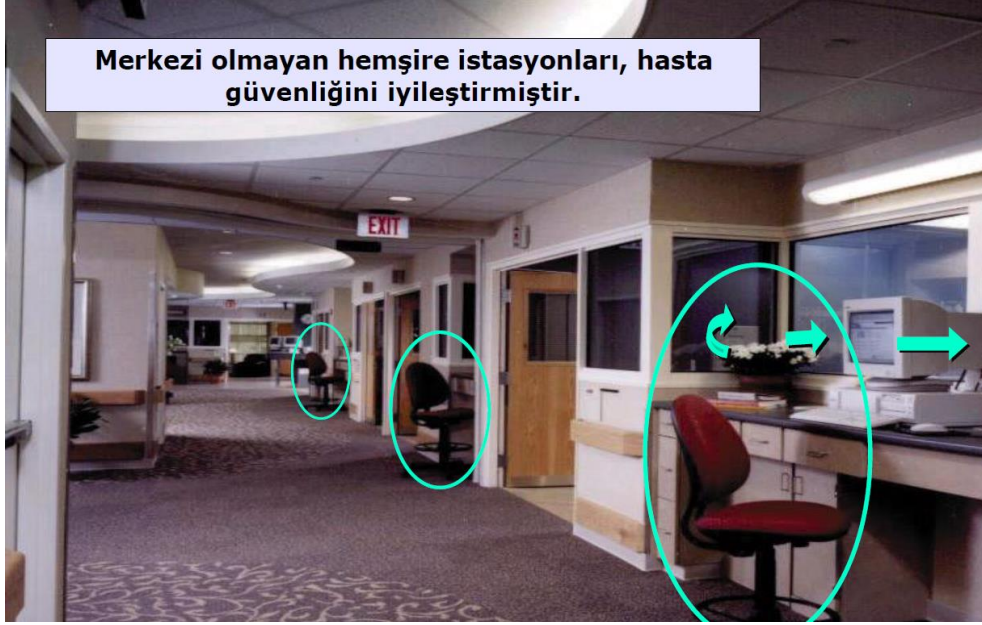
Birnbach ve arkadaşlarının (2010) yaptıkları çalışmada yeni yoğun bakım ünitesi tasarımında (Şekil 2) özellikle el hijyeni konusuna vurgu yapılmış ve dezenfektanların ameliyathane çalışanlarının en kolay şekilde ulaşabilecekleri yerlerde tasarımının önemi vurgulanmıştır. Yine aynı çalışmada, el dezenfektanı hekimlerin hastayı gözlemledikleri ortamda dikkat çeken bir yerleşimde ise % 53.8 oranında ellerini dezenfekte ettikleri, yoksa bu oranın % 11.5'e kadar düştüğü saptanmıştır. El hijyeni konusunun en önemli hasta güvenliği indikatörlerinden biri olduğu düşünüldüğünde Şekil 2'deki tasarım daha bir önem kazanmaktadır (Ulrich, 2007):



**Şekil 2:** Yeni Yoğun Bakım Ünitesi

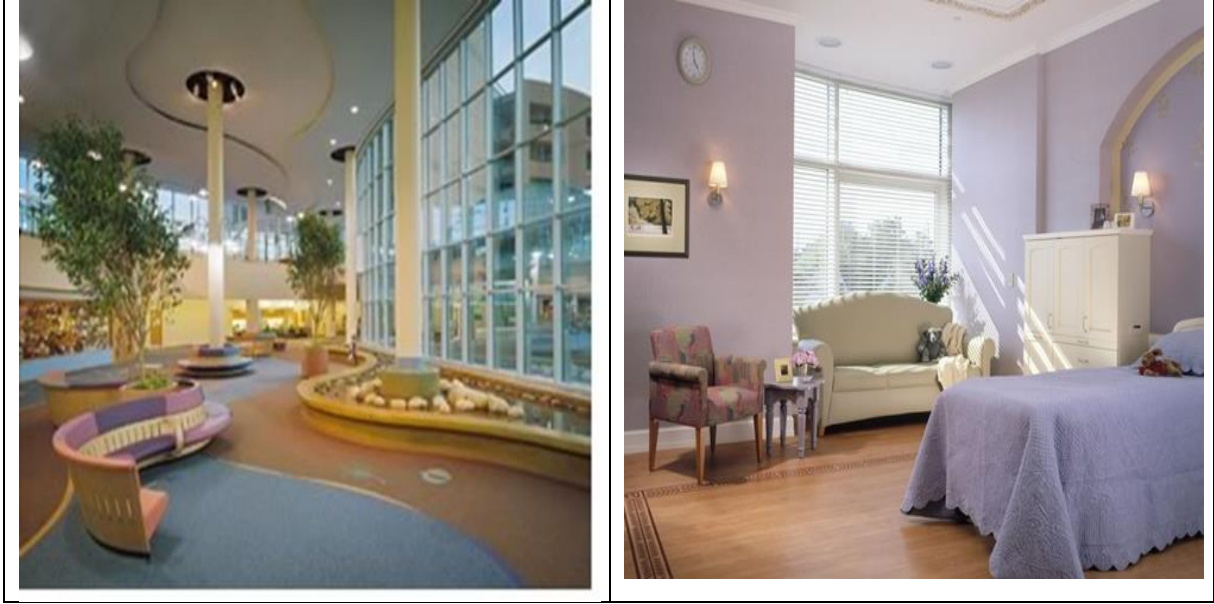
<sup>19</sup> Bu başlıkta verilen görsellerin tamamı, AHRQ 2007 Annual Conference sunumlarından yararlanılarak hazırlanmıştır.

Bir diğer çalışmada ise merkezi olmayan hemşire istasyonlarının çalışanların hasta ile daha fazla iletişim halinde olmalarını, yorulmayı engellediği ve bu şekilde de hasta güvenliğini iyileştiren unsurlardan biri olduğu sonuçlarına ulaşılmıştır. Bu çalışma ile ilgili görsel ise aşağıda Resim 1’de verilmiştir. Ancak personel sıkıntısı çekilen birimlerde bu uygulamanın yapılması zor olabilir. Özellikle yeni acil servis tasarımları oval şekilde yapılmakta ve hemşire ve hekim istasyonu bunun tam ortasında bulunmaktadır.



**Resim 1:** Hemşire istasyonları ve hasta güvenliği (Kaynak: Ulrich, 2007)

Diğer bir çalışmada ise doğal gün ışığı ve hasta güvenliği ilişkisi incelenmiş ve gün ışığının depresyonun azalmasına yardımcı olduğu, bozuk sirkadian ritimleri restore ettiği, stresi ve ağrıyı azaltabildiği ve bu sayede daha az ağrı kesici kullanılabileceği ve daha kısa yatış süresi ile hasta güvenliği üzerinde çok olumlu sonuçlar doğurabileceği vurgulanmıştır (Henriksen, 2007). Konu ile ilgili görseller Resim 2’de sunulmuştur.



**Resim 2:** Doğal gün ışığı ve hasta güvenliği (Kaynak: Henriksen, Kerm et al.(2007), AHRQ Annual Conferance)

Hasta yataklarındaki şekiller, renkler ve tasarımın da hasta güvenliği ile ilişkisi vardır (Grout, 2007). Örneğin, ventilatörle ilişkili pnömoniye engellemek için hasta yataklarında yapılan tasarıma ait görseller aşağıda Resim 3’te verilmiştir. Resim incelendiğinde görüleceği üzere hasta yatağı sağdaki resimde 30 derecelik açı ile ayarlandığında “HOB 30” yazısı düz bir hal almakta ve çalışanlara hasta başını ayarlama da görsellik ile yardımcı olabilmektedir.



**Resim 3:** Hasta yataklarında tasarım ve hasta güvenliği (Kaynak: Grout, John, AHRQ, 2007)

Daha güvenli ve daha temiz sağlık tesislerinin dikkate alması gereken en önemli parametreleri daha önceki bilimsel çalışmalardan yararlanarak elde eden başka kayda değer bir çalışma da

Bartley ve arkadaşlarına (2010) aittir. On bir tasarım stratejisi ve bunların hasta bakım çıktılarına olan etkisinin incelendiği bu araştırmada aşağıdaki iki temel unsur esas alınmış olup, veriler Tablo 3'te sunulmuştur.

- İncelenen ampirik çalışmaların sonuçlarına göre tasarım ilkeleri ile sağlık hizmetlerinin sonuçları arasındaki direkt veya dolaylı bir ilişki olan unsurlar incelenmiş,
- Bir tasarım müdahalesinin bir sağlık hizmetinin sonucunu iyileştirdiğini gösteren güçlü kanıtların (çoklu çok titiz çalışmalardan elde edilen bulgulara göre) olduğunu gösteren kanıt temelli araştırma sonuçları belirtilmiştir.

Tasarım faktörleri ve sağlık sonuçları arasındaki ilişkilerin özeti incelendiğinde, örneğin tek yataklı hasta odası tasarımının (Tablo 3); hastane enfeksiyonlarını azalttığı, hasta uykusu ve konforunu artırdığı, hasta mahremiyetini geliştirdiği, hasta ve yakınları ile iletişimi güçlendirdiği ve artan hasta memnuniyeti ile birlikte hasta güvenliğine katkı sağladığı gibi çok önemli sonuçlara ulaşılmıştır. Yine aynı çalışmada dikkat çeken bir diğer unsur ise tıbbi hatalar konusudur. Tıbbi hataların azaltılabilmesi için uygun aydınlatma, gürültü azaltan duvar malzemeleri, akıllı uyarlanabilir ve tek kişilik odaların önemine vurgu yapılmıştır. Çok merkezli ve çok titiz çalışmalardan elde edilen kanıta dayalı bu tür çalışmalar da göstermektedir ki, mimari tasarımlar hasta güvenliği için olmazsa olmaz unsurlardır (Bartley ve diğerleri, 2010).

**Tablo 3: Tasarım Faktörleri ve Sağlık Sonuçları Arasındaki İlişkilerin Özeti (Kaynak: Bartley ve diğerleri, 2010)**

Tasarım stratejileri veya çevresel müdahaleler	Tek yataklı odalar	Gün ışığına erişim	Uygun aydınlatma	Doğal manzara	Hasta odasında hasta yakını için alan	Hali	Gürültü azaltan duvar malzemeleri	Hasta taşıma aparatları	Hemşire ünitelerinin düzenlenmesi	Malzemelerin desantralizasyonu	Akıllı uyarılabilir odalar
<b>Sağlık Sonuçları</b>											
Azaltılmış hastane enfeksiyonları	**										
Tıbbi hataların azaltılması	*		*				*				*
Azalan hasta kuyrukları	*		*		*	*			*		*
Azaltılmış ağrı		*	*	**			*				
Geliştirilmiş hasta uykusu	**	*	*				*				
Azaltılmış hasta stresi	*	*	*	**	*	*	**				
Depresyonda azalma		**	**	*	*						
Konaklama süresinin kısaltılması		*	*	*							*
Gelişmiş hasta mahremiyeti	**				*	*	*				
Hasta ve aileleri ile Geliştirilmiş iletişim	**				*	*	*				
Geliştirilmiş sosyal destek	*				*	*					
Artan hasta memnuniyeti	**	*	*	*	*	*	*				
Personel yaralanmalarında azalma								**			*
Personel stresinin azalması	*	*	*	*	*	*	*				
Artan personel etkinliği	*		*				*		*	*	*
Personel memnuniyetinde artış	*	*	*	*	*	*	*				

\* Bu çalışmada incelenen ampirik çalışmaların sonuçlarına göre tasarım ilkeleri ile sağlık hizmetlerinin sonuçları arasında direkt veya dolaylı bir ilişki vardır.

\*\* Bir tasarım müdahalesinin bir sağlık hizmetinin sonucunu iyileştirdiğini gösteren güçlü kanıtların (çoklu çok titiz çalışmalardan elde edilen bulgulara göre) olduğunu gösterir.

#### 4.Yerel Yaklaşımlar ve Hasta Güvenliği Açısından Hastane Mimarisi

Hasta güvenliği ve hastane mimarisi ile ilgili olarak dikkat çekilmesi gereken bir diğer yaklaşım Türkiye'deki durumun incelenmesi ve verilerle ortaya konulmasıdır. Bu bağlamda yazarlar tarafından, Google Akademik, YÖK Tez Merkezi, ULAKBİM ve EBSCO veri tabanlarında “hastane mimarisi” ve “hasta güvenliği” başlıkları ile makale ve tez araştırmaları, yayımlanan kitaplar ve kamusal düzenlemeler bu bölümde açıklanmıştır.

##### 4.1. Hastane mimarisi ve hasta güvenliği konulu tez ve makaleler

Yapılan ilgili alan yazın incelemelerinde ülkemizde “hastane mimarisi ve hasta güvenliği” konularını beraber inceleyen ve kanıta dayalı mimari tasarım ilkelerine değinen çok az sayıda tez çalışmasına ulaşılabilmektedir. Aşağıda bu araştırmalardan bazıları kısaca açıklanmıştır.

Şalgam (2010) tarafından yapılan ve iyileştiren mimari tasarım bağlamında hasta bakım odalarının değerlendirildiği tez çalışmasında, 21.yüzyılda hastane mimarisi açısından iyileştiren mimari tasarımlarının önemi vurgulanmıştır. Bu araştırmada, hasta bakım odalarının tasarımında konfor ve mahremiyet gibi psiko-sosyal parametreler ile güvenlik, kullanım, enfeksiyon kontrolü gibi fiziksel parametrelerin birlikte düşünülmesi gerektiği sonucuna ulaşılmıştır.

Selçuk (2012) ise tez çalışmasında, sağlık yapılarında tasarım yönetimine yönelik bir model önerisi sunmuş, bu model ile hastane tasarımı yapan mimarlar için hasta merkezli ve kanıta dayalı tasarımda dikkat edilmesi gereken hususları açıklamıştır.

Poyraz (2015) tarafından yapılan bir diğer tez çalışmasında ise, konu daha spesifik şekilde akıl hastaneleri özelinde hasta-mekân etkileşimi şeklinde ele alınmıştır. Akıl hastaları için uygun fizyolojik ve psikolojik yeterliliklerin tartışıldığı çalışmada, uygun çevre ve tasarım koşullarının oluşturulmasında kullanıcı-mekân etkileşimi açıklanmıştır.

Hastanelerde tesis yönetimi ve güvenliği konusunda yöneticilerin algılarının belirlenmesi amacıyla yapılan bir diğer çalışmada ise kamu ve özel sektör karşılaştırması yapılarak hastanelerde güvenlik kültürü oluşturmanın önemi vurgulanmıştır (Karakuş, 2015).

Konu ile ilgili makaleler incelendiğinde ise, “hasta odalarında mimari mekân kalitesinin irdelendiği” alan çalışmasında; hasta odalarının erişilebilir olmadığı, estetik ve sanatsal öğelerin

kullanımıyla ilgili ölçütlerin yeterince göz önünde bulundurulmadığı gibi eksiklikler ortaya konulmuştur. Hastalar için hasta odalarında, güvenlik ve işlev faktörleri öne çıkmıştır. Alan çalışmasının sonucunda elde edilen veriler göz önüne alınarak, hasta odalarında kullanıcı memnuniyeti açısından mimari mekân kalitesi bağlamında dikkat edilmesi gereken tasarım ölçütleri; işlev, estetik ve güvenlik başlıkları altında toplanmıştır. Hasta odalarındaki kullanım alanlarının tasarım sorunları, hastabakıcıların mesleki stres etkenlerini ve hata oranını da artırmaktadır. Bu sorunlar, aydınlatma, gün ışığı, gürültü, odalardaki yatak sayısı, materyaller ve yerleşim düzeni dâhil, pek çok faktöre bağlıdır (Ergenoğlu ve Tanrıtanır, 2013; Tengilimoğlu ve Ergenoğlu, 2010).

Ergenoğlu ve Aytuğ tarafından yapılan diğer bir çalışmada ise hastane tasarımı etkileyen paradigmaların, yeni yaklaşım ve anlayışların neler olduğu ve bunların hastane tasarımlarına olası yansımaları incelenmiştir. Bu çalışmada hastane binaları ve çevrelerinin hasta sağlığına etkileri anlatılarak, hastanelerin, iyileşmeye fiziksel yapılarıyla katkı sağlayan birer yapı olmaları için sahip olmaları gereken özellikler ortaya konulmuştur. Bu bağlamda, gerek fiziksel özellikleriyle iyileşme sürecine katkıda bulunabilen, gerekse toplumu sağlıklı zamanlarında da kendilerine yönlendirebilme becerisiyle donatılmış olan ‘iyileştiren hastane’ kavramı, iyileştiren hastanelerde kullanıcı katılımı ve günümüzde oldukça önemli bir kavram olan hasta-merkezli tasarımın özellikleri ve hastanelerde kalite kavramının önemine değinilmiştir. Hastane binaları, hasta-merkezli bir anlayışla, yaşam ve bakım kalitesini yükseltmeli, hasta sağlığını doğrudan ve olumlu etkileyecek çözümler sunmalı ve kabul görmüş akreditasyon standartlarına uygunluğuyla güvenilir olmalıdır (Ergenoğlu ve Aytuğ, 2007).

Konunun daha geniş bir bakış açısıyla değerlendirilmesi yapıldığında ise, hasta güvenliği ile ilgili olarak 30 makale ve Ulusal Tez Merkezinde ise 46 tez çalışması bulunmuştur. Tez çalışmalarında en eski tarihli araştırma 2007 yılına aittir. Tezlerden yalnızca bir tanesi İngilizce, geri kalanı ise Türkçe yazılmıştır. Tezlerden dördünde erişim kısıtlılığı bulunmaktadır. Kısıtlı olan tezlerin hiçbirinde hastane mimarisi ile ilgili içerik bulunmamaktadır. Çalışmaya konu olan 42 tezin konuları kullanılan anahtar kelimeler dikkate alınarak incelenmiştir. Tablo 4’te tezlerin konu dağılımları verilmiştir. Buna göre en sık çalışılan konu %50 (21 tez) ile Hasta güvenliği kültürü olmuştur. Bunu % 21,4 (9 tez) ile tıbbi hatalar izlemiştir. En az çalışılan konular ise % 2,4 (1 tez) ile değişim ve hasta eğitimi konularıdır.

**Tablo 4.** Türkiye’de yazılan hasta güvenliği tezlerinin konu dağılımı

Konu	N	%
Hasta Güvenliği Kültürü	21	50,0
Tıbbi hata	9	21,4
Çalışanların bilgi düzeyi ve tutumu	6	14,3
Kalite ve akreditasyon	4	9,5
Değişim	1	2,4
Hasta Eğitimi	1	2,4
<b>Toplam</b>	<b>42</b>	<b>100</b>

Ayrıca konu ile ilgili alan yazın incelendiğinde, 30 adet hasta güvenliği konulu makale tespit edilmiştir. Hasta güvenliği konusunda incelenen makalelerde en sık çalışılan konu % 33,3 (10 makale) ile tıbbi hatalar olmuştur. Bu oranı % 30 (9 makale) ile hasta güvenliği kültürü takip etmekte olup, en az çalışılan konu ise % 3,3 (1 makale) ile hijyen ve bilgi yönetimi konuları olmuştur (Tablo 5):

**Tablo 5.** Türkiye’de yazılan hasta güvenliği makalelerinin konu dağılımı

Konu	N	%
Tıbbi Hata	10	33,3
Hasta Güvenliği Kültürü	9	30,0
Çalışanların Bilgi Düzeyi ve Tutumu	4	13,4
Güvenlik	3	10,0
Hijyen	1	3,3
Bilgi Yönetimi	1	3,3
Diğer	2	6,7
<b>Toplam</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

#### 4.2.Yayımlanan kitaplar

Türkiye’de hasta güvenliği ile ilgili alan yazın incelendiğinde, ilk yazılan önemli eserin, Haydar Sur’un 2008 yılında editörlüğünü yaptığı “Hasta Güvenliği Yaklaşımları” adlı kitap olduğu söylenebilir. Bu kitapta konu ile ilgili temel bir bölüm bulunmamasına rağmen konu ile ilişkili görülebilecek “hasta bina sendromu” konusunun işlenmiş olması literatüre katkı açısından önemli bulunmuştur. Kurutkan’ın ise hasta güvenliğini ilgilendiren dört kitabı (2009a, 2009b, 2012a, 2012b) bulunmaktadır. Fakat bu kitaplarda da üst başlık olarak hastane mimarisi ya da tasarımı ile ilgili bir metin bulunmamaktadır. Ali Seyyar ile Kurutkan’ın birlikte yazdığı “Evde Bakım Güvenliği” (2012) ile ilgili kitapta sadece düşmeler ile ilgili mekânsal tasarım



değişikliklerine dayalı birkaç öneri bulunmaktadır. Türk Tabipler Birliği tarafından Ekim 2011 yılında yayınlanan “Hasta Güvenliği: Türkiye ve Dünya” adlı kitapta da konu ile ilgili bir bölüm bulunmamaktadır. Son olarak 2012 yılında Alcan ve arkadaşları tarafından yayımlanmış olan “Hasta Güvenliği: Beklenmedik Olaylarda Hemşirenin Rolü” adlı kitapta da konu incelenmediği söylenebilir. Tüm bu eserler Türkiye’de hasta güvenliği kültürünün oluşmasında ve artırılmasında çok önemli bir farkındalık oluşturmuşlardır. Ancak Türkiye’de hastane mimarisi ve hasta güvenliği konusunu derinlemesine analiz eden bir kitap çalışması yazarlar tarafından bulunamamıştır. Bu açıdan yazarlar tarafından oluşturulmaya çalışılan bu bölümün literatüre önemli bir katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

### 4.3.Kamusal düzenlemeler

Türkiye’de konu ile ilgili olarak gerek kalite çalışmalarında gerekse akreditasyon faaliyetleri çerçevesinde Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) ve Sağlıkta Akreditasyon Standartları (SAS) kitapları mutlaka incelenmesi gerekli kaynaklardır. Konuya ilgi duyanlar ve ilgili kaynaklara erişmek isteyenler Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı (<http://kalite.saglik.gov.tr>) ve TÜSEB Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü (<http://tuseb.gov.tr/tuska/index.php>) sitelerindeki birçok kaynağa ve sunuma erişebilirler. Ancak ilgili kitap ve siteler incelendiğinde de konunun kalite, hasta güvenliği, çalışan güvenliği ve akreditasyon standartları açısından derinlemesine analiz edildiği ancak hastane mimari ve hasta güvenliği ilişkisi ile ilgili standart ya da indikatörlerin ise iyileştirmeye açık bir alan olduğu söylenebilir.

Sağlıkta Akreditasyon Standartları (SAS) ile hasta bakım kalitesinin optimal düzeyde geliştirilmesi, güvenli bir hasta bakım çevresinin yaratılması, hasta ve çalışanlara yönelik risklerin en aza indirilmesi, kalite iyileştirme ve hasta güvenliğinin sürekliliğinin sağlanması amacıyla bir dizi hasta ve organizasyonel yapı odaklı akreditasyon sistemi geliştirilmiş ve bu sistemler aracılığı ile sağlık kurumlarının performansları değerlendirilmeye başlanmıştır. SAS acil servislerin mimarisinde güvenlik, gözlenebilirlik, sadelik, esnek modüler yapı, gizlilik ve mahremiyetin sağlanması gibi hasta güvenliği ilkelerini önermektedir. İlgili maddeler aşağıda verilmiştir (Sağlık Bakanlığı, SAS, 2015).

Mimari yapı düzenlenirken asgari aşağıda yer alan düzenlemeler yapılmalıdır:

- Acil servisler de ambulans ve ayaktan hasta girişleri ayrı olmalıdır.
- Diğer servisler/bölmeler ile hızlı ve rahat bağlantı olanağı olmalıdır.

- Tanısal destek birimlerine kolay ulaşılabilir mümkünse aynı katta olması sağlanmalıdır.
- İhtiyaç halinde (afet vb. durumlar da) genişleyebilen bir yapıda olmalıdır.
- Engelli vatandaşlar için erişimi kolaylaştırıcı uygun şartları taşınmalıdır.
- Acil servis alanları hasta ve personel açısından uygun iklimlendirme, havalandırma ve aydınlatma şartlarını taşınmalıdır.
- Hasta yakınları için acil servis kapasitesine uygun genişlikte bekleme salonu bulunmalı, bu alanlar konforlu ve ergonomik olmalıdır.

Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) açısından konu değerlendirildiğinde “Tesis Güvenliği” bölümü konu ile ilgili aşağıdaki hususları ön plana çıkarmaktadır. Tesis güvenliğinin temel amacı hasta, hasta yakınları ve çalışanlar için sürekli, güvenli ve kolay ulaşılabilir nitelikte hastane fiziki koşulları ve teknik altyapısını oluşturmaktır. Konu ile ilgili bazı indikatörler aşağıda verilmiştir:

- Tesis kaynaklı düşmeleri engellemek için önlemler alınmalıdır.
- Tesis kaynaklı düşme olaylarına yönelik risk değerlendirmesi yapılmalıdır.
- Tespit edilen risklere yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.
- Tesis kaynaklı düşme risklerini önlemeye yönelik çalışmalarda hasta kullanım alanlarında tutunma barlarının bulunması, o merdivenlerde korkuluk bulunması, alçak tavan uyarılarının kullanılması, ıslak zemin uyarı levhalarının kullanılması ve o zeminde bulunan engellere karşı önlemler alınması sağlanmalıdır.
- Hastaneye ve hastane içindeki bölümlere ulaşımı kolaylaştırıcı düzenlemeler yapılmalıdır.
- Yaşlı ve engelli kişiler için işlevsel düzenlemeler bulunmalıdır. Otopark alanı, lavabo, tuvalet ve banyolar engelli kişilerin kullanımına yönelik düzenlenmelidir.
- Çıkış rampaları, tutunma barları, asansörler, sesli uyarı sistemleri olmalıdır.
- Havalandırma sisteminin kontrolü ve bakımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.
- Aydınlatma sistemleri, hasta, hasta yakını ve çalışanlar için kaza riski oluşturmayacak nitelikte ve yeterli aydınlatma gücünde olmalıdır.

Konu ile ilgili olarak yapılan kaynak incelemesinde, mevzuat açısından Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan “Türkiye Sağlık Yapıları Asgari Tasarım Standartları 2010 Yılı Kılavuzu” nun önemli bir yere sahip olduğu söylenebilir. Eserde mimari tasarım ve hasta

güvenliği konuları 20. ve 95. sayfalarda geçmektedir. Konu ile ilgili maddeler şu şekildedir (Sağlık Bakanlığı Tasarım Standartları Kılavuzu, 2010):

- Sağlık tesisinin planlaması, yapımı ve çalıştırılmasında hasta güvenliği ön planda tutulmalı ve hasta güvenliğinin sağlanmasına yönelik önlemler alınmalıdır. Bu konuda ilgili mevzuat dikkate alınmalıdır.
- Tesisin yenilenme, onarım ve ek tesis yapımı kapsamında planlama, yapım ve çalıştırılması aşamalarında hasta güvenliği ön planda tutulmalı ve hasta güvenliğinin sağlanmasına yönelik önlemler alınmalıdır.
- Bir odanın azami kapasitesi iki hasta olmakla birlikte odaların tek kişilik olarak planlanması enfeksiyon kontrolü, hasta mahremiyeti, hasta güvenliği ve uzun dönemde ekonomik olması nedeni ile tavsiye edilmektedir. Yenileme çalışmasının yapıldığı durumlarda azami oda kapasitesi 2 hastadan fazla olmamalıdır<sup>20</sup>.

Bir hastanenin yapımı aşamasında ise, Sağlık Bakanlığı ile anlaşmayı yapan proje şirketleri ile inşaatı gerçekleştirecek müteahhit alt yüklenici arasında “*Kalite kapsam ve karmaşıklık açısından bu projeye benzer ulusal ve/veya uluslararası proje ve projelerde çalışmış veya çalışmakta olan tasarımcıdan gerekli dikkat özen ve yeteneği göstererek çalışmalarını yürütmesi talep edilmelidir. Dahası bu işler için alanında kalifiye ve uzmanlaşmış tasarımcıları istihdam etmelidir*” ibarelerini içeren ara sözleşmeler yapılmak zorundadır. Bu konuda en kusursuz tasarım ve senaryo çalışmalarını yaparak sağlık tesisini çalışır hale getirmek ise temel amaçtır.

Son yıllarda çok fazla gündemde olan Kamu-Özel Ortaklığı (PPP) ve Sağlık Kampüsleri açısından konu değerlendirildiğinde ise, Sağlık Bakanlığı içinde PPP hastanelerinin tasarım ve oluşturulması ile ilgili temel sorumluluğu olan birimler;

TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü, TC Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü ve son düzenlemelerle İl Sağlık Müdürlükleri'dir. Gerektiğinde Sağlık Bakanlığı ayrı birimlerinden ve diğer devlet kurumlarından lisanslama ve ruhsat gibi

<sup>20</sup> Ayrıca bu kılavuza ek olarak, TC. Sağlık Bakanlığı İnşaat ve Onarım Daire Başkanlığı'nın 2011 Yılında yayınladığı 2012'de güncellediği B.10.0.İOD.0.07.00.00.-10-6 Numaralı “Mevcut ve Yeni Yapılacak Sağlık Tesislerinde Uyulması Gereken Asgari Teknik Standartlar” başlıklı genelge büyük bir öneme sahiptir. Ancak genel olarak değerlendirildiğinde, sağlık tesislerinde özellikli tüm alanlara ait Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlamış yönetmelik ve genelgeler mevcuttur.

zorunluluklar gereği (Türkiye Atom Enerjisi Kurumu gibi) görüş ve onay da alınmak zorundadır. Tüm bu süreçler ve amaçlanan hedefler ise hasta güvenliğini tesis etmektir.

### **Sonuç ve Öneriler**

Hasta güvenliğine ilişkin küresel yaklaşımlar içinde bilinirliği yüksek ve sık kullanılan beş yaklaşım bulunmaktadır. Bunlar:

1. AHRQ Hasta Güvenliği İndikatörleri
2. DSÖ PATH İndikatörleri
3. NQF Güvenli Uygulamaları
4. CMS Hastane Kaynaklı Durumlar (Hospital Acquired Conditions-HACs)
5. JCI Hasta Güvenliği Hedefleri

Bunların haricinde Leapfrog Survey ve National Health Patient Safety gibi uygulamalarda mevcuttur. Küresel ölçekte çok yaygın kullanılmaması nedeniyle temel yaklaşımlar içine bu uygulamalar alınmamışlardır. Türkiye’de ise Sağlıkta Akreditasyon Standartları (SAS) bu yaklaşımlar açısından incelemeye değer bir eserdir.

Özellikle Türkiye’de hastane mimarisi ve hasta güvenliği konusunda mevcut literatürden farklı bir yol izlemeye ihtiyaç bulunmaktadır. Reiling, Ulrich ve Joseph’in çalışmalarına atıfta bulunarak yeni delillerle desteklenmeye dayalı modelden, önceliği hasta güvenliği pratiklerine, yaklaşımlarına, hedeflerine ve standartlarına dayalı bir modele ihtiyaç duyulmaktadır. Çünkü diğer modeller daha üstün özelliklere sahiptir. Her bir alt bileşenin mimarlara, tasarımcılara ve mühendislere ayrıntılı bir şekilde anlatılması gerekmektedir. Hastane mimarisi ve hasta güvenliği konularında sorunlar ve iyileştirmeye açık alanlar bellidir. Bu sorunlara tıbbi, hukuki, mimari ve mühendislik alanlarının ortak şekilde çözüm geliştirmeleri gerekmektedir. Maalesef mevcut durumda mimarlar hasta güvenliği yaklaşımlarını, hekimler ve hastane yöneticileri ise mimari ve mühendislik yaklaşımlarını, hedeflerini, standartlarını ve pratiklerini çok az bilmektedir. Bu konudaki mevcut bilgi boşluğu giderildikten sonra yukarıdaki beş yaklaşımdan birinden işe başlamak gerekmektedir. Ayrıntılı çalışmak isteyen firma ve hastanelerin NQF’in “Güvenli Uygulamaları” ile başlamasında fayda vardır. NQF’in güvenli uygulamalarından sonra önerebileceğimiz model ise CMS Hastane Kaynaklı Durumlar’dır (Hospital Acquired Conditions-HACs). En az çaba ile ise Joint Commission’un hasta güvenliği hedefleri diğerlerine göre daha çabuk şekilde kurgulanabilir. Hangi model seçilirse seçilsin önceliğin mutlaka hastane kaynaklı enfeksiyonlara (bütün çeşitleri için ayrı ayrı çalışılmalı) verilmesi

gerektiği düşünülmektedir. Bu bağlamda hem iç mimari hem de dış mimari açısından tasarım konusunda hava, temas ve su olmak üzere üç ana nakil güzergâhı hastane kaynaklı enfeksiyonlar açısından kontrole tabi tutulmalı ve hastane bünyesinde özellikle ameliyathane ve yoğun bakımlara öncelik verilmelidir.

Aşağıdaki Tablo 6’da ise hasta güvenliği konusunda öncü olan ve yukarıda bahsedilen uluslararası kuruluşların geliştirmiş olduğu hasta güvenliği pratiklerinin güvenli uygulamalar özelinde karşılaştırmalı olarak incelendiği önemli bir tablo verilmiştir.

**Tablo 6:** Güvenli uygulamalar ile uyum ortağı girişimlerinin ilişkisel yapı incelemesi (Kaynak: National Quality Forum (NQF), Safe Practices for Better Healthcare, 2009)

NQF Güvenli Uygulamalar	AHRQ	CMS	IHI	LFG	NQF	TJC
GU 1: Liderlik Yapıları ve Sistemleri	•	•	•	•	•	•
GU 2: Kültür Ölçümü, Geribildirim ve Girişim	•	VY	•	•	•	•
GU 3: Ekip Çalışması Eğitimi ve Beceri Kazandırma	•	VY	•	•	•	•
GU 4: Risklerin ve Olası Olumsuzlukların Ortaya Konulup Azaltılması	•	•	•	•	•	•
GU 5: Bilgilendirilmiş Onam	•	•	•	•	•	•
GU 6: Yaşam Destek Tedavisi	•	•	•	•	•	•
GU 7: Olumsuz Sonuçların Açıklanması	•	VY	•	VY	•	•
GU 8: Bakım verenler Üzerindeki Olumsuz Etkilerin Azaltılması	VY	VY	VY	VY	VY	VY
GU 9: Hemşirelik İşgücü	•	VY	•	•	•	•
GU 10: Doğrudan Sağlık Hizmeti Verenler	VY	VY	•	VY	•	VY
GU 11: Yoğun Bakım Birimindeki Sağlık Hizmeti	•	VY	•	VY	•	•
GU 12: Hasta Bakım Bilgileri	•	VY	•	•	•	•
GU 13: Alınan Talimatların, Gönderene Geri Okunarak Doğrulanması ve Kısaltmalar	•	•	•	VY	•	•
GU 14: Tam İçin Yollanan Malzemelerin Hatasız Etiketlenmesi	•	VY	•	•	•	•
GU 15: Taburculuk Sistemleri	•	•	•	•	•	•
GU 16: Bilgisayarla İlaç Bilgisi Verilmesinin Güvenli Bir Şekilde Benimsenmesi	•	•	•	•	•	•
GU 17: Medikasyon Uyumlaştırma	•	•	•	•	•	•
GU 18 Eczacı Liderlik Yapıları ve Sistemleri	•	•	•	VY	•	•
GU 19: El Hijyeni	•	•	•	•	•	•
GU 20: İnflüzanın Önlenmesi	•	•	•	VY	•	•
GU 21: Santral Hatla İlişkili Kan Dolaşımı İnfeksiyonlarının Önlenmesi	•	•	•	•	•	•
GU 22: Ameliyat Yeri İnfeksiyonlarının Önlenmesi	•	•	•	VY	•	•
GU 23: Ventilatöre Bağlı Hastaların Bakımı	•	•	•	•	•	•
GU 24: Çok Sayıda İlaça Dirençli Organizmaların Önlenmesi	•	•	•	VY	•	•
GU 25: Kateter ile İlişkili İdrar Yolu İnfeksiyonunun Önlenmesi	•	•	•	•	•	•
GU 26: Vücudun Yanlış Yerinde, Yanlış Prosedürle, Yanlış Hasta Üzerinde Yapılan Ameliyatların Önlenmesi	•	•	•	VY	•	•
GU 27 Bası Ülserinin Önlenmesi:	•	•	•	VY	•	•
GU 28: Venöz Tromboembolizmin Önlenmesi	•	•	•	•	•	•
GU 29: Antikoagülan Terapisi	•	•	•	•	•	•

GU 30: Kontrast Madde Kullanılmasına Bağlı Böbrek Yetmezliğinin Önlenmesi	•	VY	VY	VY	•	VY
GU 31: Organ Bağışı	•	•	•	VY	VY	•
GU 32: Glisemi Kontrolü	•	•	•	VY	VY	VY
GU 33: Düşme Olaylarının Önlenmesi	•	•	•	VY	VY	•
GU 34: Pediatrik Görüntüleme	VY	•	•	VY	VY	VY

**Kısaltmalar:** **AHRQ** - Agency for Healthcare Research and Quality (Sağlık Araştırma ve Kalite Ajansı); **CMS** - Centers for Medicare & Medicaid Services (Medicare ve Medicaid Hizmetlerine Yönelik Merkezler); **IHI** - Institute for Healthcare Improvement (Sağlıkta İyileştirme Enstitüsü) **LFG** - The Leapfrog Group (Leapfrog Grubu) **NQF** - National Quality Forum (Ulusal Kalite Forumu); **TJC** - The Joint Commission (Birleşik Komisyon); **VY**- Veri Yok

Sağlık hizmetlerine erişim, sosyal faktörler, sağlık politikaları ve ekonomik koşullar gibi bir dizi etken tarafından etkilenirken, hastaneler sağlık sistemlerinin en karmaşık ve vazgeçilmez bileşenlerindedir. Hastaneler, sosyal toplumun ve sosyo-kültürel bağlamın temel değerlerini yansıtarak toplumun ihtiyaçlarına yanıt verirler. Ayrıca, hastane tasarımı günümüzde sadece bakım alanları değil, aynı zamanda araştırma, eğitim, iş ve kamusal alanları içeren çok yönlü mekanlara dönüşmüştür. Örneğin Solmaz ve arkadaşları anestezi birimlerinin riskli ortamları sebebiyle özellikle tıp eğitiminde risklerin minimize edilmesi ve hasta güvenliğinin sağlanabilmesi için eğitimde standardizasyon sağlanması ve öğrenci eğitim kontrol formları ile niteliğin artırılabilmesine vurgu yapmışlardır (Solmaz, Eraslan ve Öger, 2023). Bu nedenle, sadece hastane tasarımında değil tıp eğitiminde de hasta güvenliği göz önünde bulundurulmalıdır. İyileştirici mekanlar olarak tasarlandıkları için hastaneler, hastaların konforunu artırmalı, hasta güvenliğini garanti altına almalı, endişeleri hafifletmeli ve sağlığı teşvik etmelidirler (Gola ve Capolongo, 2022).

Özellikle son yıllarda hastane altyapısına yapılan büyük yatırımlar, kamu özel ortaklığı projeleri ve sağlık kampüsleri yapımı konuya olan ilgiyi artırmaya başlamıştır. Ancak multidisipliner bir alan olan hastane mimarisi ve hasta güvenliği konusunda yeterince çalışma ve araştırma yapılamadığı aşikârdır. Konunun önemi, birçok boyut ve alt boyuttan oluşması, teknik hususları içermesi, disiplinler arası bir yaklaşımla incelenme zorunluluğu olması gibi sebeplerle konunun bütüncül ve makro planda ele alınması önemlidir. Ülkelerarası karşılaştırmaların yapılması, iyi uygulama örneklerinin sistem entegrasyonunun sağlanması, hastanelerdeki kalite birimlerinin ve tüm ilgililerin konu ile ilgili eğitim almaları, araştırmacıların teşviki ve ödüllendirilmesi ise sürecin daha hızlı etkin ve verimli şekilde iyileştirilmesini sağlayabilir.

**Kaynakça**

- Alcan, Z., D. E. Tekin, ve S. O. Civil. (2012), "Hasta Güvenliği-Beklenmedik Olaylarda Hemşirenin Rolü.", Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara ss 169-183.
- Azzopardi-Muscat, N., Brambilla, A., Caracci, F., & Capolongo, S. (2020). Synergies in design and health. The role of architects and urban health planners in tackling key contemporary public health challenges. *Acta Bio Medica: Atenei Parmensis*, 91(Suppl 3), 9.
- Bartley, Judene M., Russell N. Olmsted, and Janet Haas. (2010), "Current views of health care design and construction: Practical implications for safer, cleaner environments." *American Journal of Infection Control*, Vol 38, Issue 5, Supplement, pp 1-12.
- Berens, Richard J. (1999), "Noise in the pediatric intensive care unit." *Journal of Intensive Care Medicine*, Vol 14, Issue 3, ss 118-129.
- Berto, R., Rosato, P., Stival, C. A., Berto, R., Rosato, P., & Stival, C. A. (2022). Quick Requirement Assessment of Healthcare Buildings. *Technical and Economic Valuation of Healthcare Building Upgrade*, 7-36.
- Brambilla, A., Rebecchi, A., & Capolongo, S. (2019). Evidence based hospital design. A literature review of the recent publications about the EBD impact of built environment on hospital occupants' and organizational outcomes. *Annali di Igiene Medicina Preventiva e di Comunita*, 31(2), 165-180.
- Capolongo, S., Gola, M., Brambilla, A., Morganti, A., Mosca, E. I., & Barach, P. (2020). COVID-19 and healthcare facilities: a decalogue of design strategies for resilient hospitals. *Acta Bio Medica: Atenei Parmensis*, 91(9-S), 50.
- Carayon, P., Wooldridge, A., Hoonakker, P., Hundt, A. S., & Kelly, M. M. (2020). SEIPS 3.0: Human-centered design of the patient journey for patient safety. *Applied ergonomics*, 84, 103033.
- Carayon, P. (2009). The balance theory and the work system model... Twenty years later. *Intl. Journal of Human-Computer Interaction*, 25(5), 313-327.
- Carayon, P., & Wooldridge, A. R. (2020). Improving patient safety in the patient journey: contributions from human factors engineering. *Women in industrial and systems engineering: Key advances and perspectives on emerging topics*, 275-299.
- Clarkson, P. J., et al. (2004), "Design for patient safety: A scoping study to identify how the effective use of design could help to reduce medical accidents.". Erişim Tarihi: 15.06.2017, <https://www-edc.eng.cam.ac.uk/downloads/bloodbag.pdf>
- Drake, R. (2001), "Hospital design can help make the bottom line better.", Erişim Tarihi: 15.06.2017, <http://www.bizjournals.com/washington/stories/2001/09/03/focus4.html>

- D J Birnbach, I Nevo, S R Scheinman, M Fitzpatrick I Shekhter, J L Lombard (2010), “Patient safety begins with proper planning: a quantitative method to improve hospital design.” *Qual Saf Health Care*. Vol 19, Issue 5, pp 462-5. doi: 10.1136/qshc.2008.031013.
- Ergenoğlu, A.S., Tanrıtanır, A. (2013), “Genel Hastanelerde Kullanıcı Memnuniyeti Açısından Hasta Odalarında Mimari Mekân Kalitesinin İrdelenmesi: Gaziantep İlinde Bir Alan Çalışması”, *Megaron YTÜ Mim. Fak. E-Dergisi*, Cilt 8, Sayı 2, ss 61-75
- Ergenoğlu, A.S., Aytuğ, A. (2007), “Sağlık kurumlarında değişen paradigmlar ve iyileştiren hastane kavramının mimari tasarım açısından irdelenmesi”, *Megaron YTÜ Mim. Fak. E-Dergisi*, Cilt 2, Sayı 1, ss 44-63
- Facility Guidelines Institute, Erişim tarihi 15 Haziran 2017, [https://www.fgiguilines.org/#product\\_modal\\_2](https://www.fgiguilines.org/#product_modal_2)
- Fonseca, A., Abreu, I., Guerreiro, M. J., Abreu, C., Silva, R., & Barros, N. (2018). Indoor air quality and sustainability management—Case study in three Portuguese healthcare units. *Sustainability*, 11(1), 101.
- Fonseca, A., Abreu, I., Guerreiro, M. J., & Barros, N. (2022). Indoor Air Quality in Healthcare Units—A Systematic Literature Review Focusing Recent Research. *Sustainability*, 14(2), 967.
- Gola, M., Settimo, G., & Capolongo, S. (2019). Indoor air quality in inpatient environments: a systematic review on factors that influence chemical pollution in inpatient wards. *Journal of Healthcare Engineering*, 2019.
- Gola, M., & Capolongo, S. (2022). Who Says Hospitals Are Ugly? Evolution and Trends of Architectures for Health. In *The City of Care: Strategies to Design Healthier Places* (pp. 95-107). Cham: Springer International Publishing.
- Grout, John R. (2007), “Mistake-proofing: Improving the Design of Tools and Tasks”, *AHRQ 2007 Annual Conferance*, Erişim Tarihi: 15.06.2017, <https://archive.ahrq.gov/about/annualmtg07/#sysdesign>
- Gruman, Jessie, et al. (2010), "From patient education to patient engagement: implications for the field of patient education.", *Patient Education and Counseling*, Vol 78, Issue 3, pp 350-356.
- Henriksen, Kerm et al. (2007), “Safety by Design Initiatives at AHRQ” *AHRQ 2007 Annual Conferance*, Erişim Tarihi: 15 Haziran 2017 <https://archive.ahrq.gov/about/annualmtg07/#sysdesign>.
- Joseph, Anjali, ve Mahbub Rashid. (2007), "The architecture of safety: hospital design." *Current Opinion in Critical Care*, Vol 13, Issue 6, pp 714-719.
- Joseph, Anjali. (2013). "Designing for patient safety: Developing methods to integrate patient safety concerns in the design process." Erişim Tarihi: 15 Haziran 2017 [https://www.healthdesign.org/sites/default/files/chd416\\_ahrqreport\\_final.pdf](https://www.healthdesign.org/sites/default/files/chd416_ahrqreport_final.pdf), ss: 1-106
- Kobler, Irene and Schwappach David (2017), “More patient safety by design: Systemic solutions for hospitals”, Foundation for Patient Safety, Switzerland



- Karakuş, Mehmet, (2015), “Hastanelerde Tesis Yönetimi ve Güvenliği Konusunda Yöneticilerin Algılarının Belirlenmesi – Kamu ve Özel Sektör Karşılaştırması”, *Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Ana Bilim Dalı Hastane İşletmeciliği Yüksek Lisans Tezi*, Ankara
- Kurutkan, MN ve Bulun, M. (2012a), *Global Hasta Güvenliği Endeksi*, Sageya Yayınevi, Ankara
- Kurutkan, MN ve Şimşir, İ. (2012b), *Yatak Güvenliği Standardı*, Sageya Yayınevi, Ankara,
- Kurutkan, MN (2009a), *Hasta Güvenliği Çözümleri 1, Bir Uygulama Rehberi Denemesi* (Kitap), Editör ve Yazar, Sageya Yayınları, Ankara
- Kurutkan, MN (2009b), *Ölümcül Hataları Engelleme Programı, Sentinel Olaylara Yaklaşım* (Kitap), Sageya Yayınevi, Ankara
- Lawton, Rebecca, et al (2012). "Development of an evidence-based framework of factors contributing to patient safety incidents in hospital settings: a systematic review." *BMJ Quality & Safety*, Vol 21, Issue 5, pp 369-380
- Leape, LL., et al. (1995). "Systems analysis of adverse drug events." *Jama*, Vol 274, Issue 1, pp 35-43.
- Malone, EB., and Barbara A. Dellinger. (2011). "Furniture design features and healthcare outcomes." *The Center for Health Design*, Erişim Tarihi: 15 Haziran 2017 [https://www.healthdesign.org/sites/default/files/FurnitureOutcomes\\_2011.pdf](https://www.healthdesign.org/sites/default/files/FurnitureOutcomes_2011.pdf)
- Morrison, Wynne E., et al. (2003), "Noise, stress, and annoyance in a pediatric intensive care unit." *Critical care medicine* Vol 31, Issue 1, pp 113-119.
- National Patient Safety Agency-NPSA (2010), *National Reporting and Learning Service Design for Patient Safety User Testing in The Development of Medical Devices*, Erişim Tarihi: 15 Haziran 2017, <http://www.multicarebed.com/documents/Slips-trips-falls.pdf>
- National Quality Forum (NQF). (2010), *Safe Practices for Better Healthcare-2010 Update: A Consensus Report*. Washington, DC: NQF, Erişim Tarihi: 15 Haziran 2017, <https://www.qualityforum.org/WorkArea/linkit.aspx?LinkIdentifier=id&ItemID=25689>
- Poyraz, A. (2015). “Akıl Hastanelerinde Hasta-Mekân Etkileşimi.” *Hacettepe Üniversitesi Güzel Sanatlar Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, Ankara.
- Reason J. Foreword. (1994). “Human Error in Medicine.” (Editor: Bogner MS.), Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, NJ Hove UK, pp vii–xv.
- Reason J. (1997). “Managing the risks of organizational accidents”. Ashgate Publishing Limited, United Kingdom.
- Reason, J. (2000). "Human error: models and management." *Western Journal of Medicine*, Vol 172, Issue 6, p 393.
- Reason, J. (1990). “Human error.” Cambridge University Press,, UK.
- Reiling, John G. (2005). "Creating a culture of patient safety through innovative hospital design.". In *Advances in Patient Safety: From Research to Implementation (Volume 2: Concepts and methodology)* Editors: Kerm Henriksen, James B Battles, Eric S Marks, and David I Lewin.
- Reiling, J., Ronda G. H. and Mike R. M. (2008). "The impact of facility design on patient safety." in Hughes RG (ed.). *Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses*. (Prepared with support from the Robert Wood Johnson Foundation). AHRQ

- Publication No. 08-0043. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, US
- Reiling, J. (2004) "Facility design focused on patient safety." *Frontiers of health services management*, Vol 21, Issue 1, pp 41-46.
- Reiling, J. (2006). "Safe design of healthcare facilities." *Quality and Safety in Health Care* , Vopl 15, Suppl 1. pp34-40.
- Reiling, J. (2007). "Safe by design: Designing safety in health care facilities, processes, and culture", Joint Commission Resources, USA
- Rogers, Ann E. (2008). "The Effects of Fatigue and Sleepiness on Nurse Performance and Patient Safety." Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses. (Prepared with support from the Robert Wood Johnson Foundation). AHRQ Publication No. 08-0043. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; March 2008.
- Sayek, F. (2011). "Hasta güvenliği: Türkiye ve dünya", Birinci baskı, Ankara Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara
- Selçuk, E. (2012). "Sağlık Yapılarında Tasarım Yönetimine Yönelik Bir Model Önerisi", Mimar Sinan Güzel Sanatlar Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Sağlık Bakanlığı (2010), Türkiye Sağlık Yapıları Asgari Tasarım Standartları 2010 Yılı Kılavuzu, Ankara
- Sağlık Bakanlığı (2015), TÜSEB, Sağlıkta Akreditasyon Standartları (SAS) Hastane Seti–v1.1/2015, Pozitif Matbaa, Ankara
- Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı (2016), SKS-Hastane (Versiyon-5; Revizyon-01) 1. Revizyon - 2. Baskı, Pozitif Matbaa, Ankara.
- Siewert, B. et al. (2016). "Impact of communication errors in radiology on patient care, customer satisfaction, and work-flow efficiency." *American Journal of Roentgenology*, Vol 206, Issue3, pp 573-579.
- Solmaz İ., Eraslan R., Öğer C. (2023). Evaluation of Clinical Practice in Anesthesia Technician Departments. *International Journal of Recent Advances in Multidisciplinary Research* Vol. 10, Issue 08, pp. 8733-8738, August, 2023
- Sur, Haydar (2008). "Hasta Güvenliği Yaklaşımları" (Editör Haydar Sur), Medipolitan Yayınları, İstanbul.
- Şalgam, D.F. (2010) "İyileştirilen Mimari Tasarım Bağlamında Hasta Bakım Odalarının Değerlendirilmesi" İstanbul Teknik Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Tengilimoğlu, D., Ergenoğlu, A.S. (2010). "Hastane Binalarının Mimari Tasarımı ve Bina Yönetimi", SAYED- Hastane Yönetimi ve Eğitimi Dergisi, Yıl 3 sayı 23, ss.32- 36.
- The Centers for Disease Control (2017), Erişim Tarihi: 10.09.2017, <https://www.cdc.gov>
- The Center for Health Design (2017); Erişim Tarihi: 28.08.2017, <https://www.healthdesign.org>
- Ulrich, Roger S. (2007). AHRQ 2007 Annual Conference Evidence-Based Design for Safety and Quality, Director of the Center for Health Systems and Design, College of Architecture, Texas A&M University Strategies and Tools for Patient Safety/Quality Improvement Oturumu, Erişim Tarihi: 15 Haziran 2017, <https://archive.ahrq.gov/about/annualmtg07/#sysdesign>

- Ulrich, Roger S., et al. (2008). "A review of the research literature on evidence-based healthcare design." *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, Vol 1, Issue 3, pp 61-125.
- Voelker, Rebecca. (2001). "Pebbles Cast Ripples in Health Care Design." *JAMA* Vol 286, Issue 14, pp 1701-1702.
- World Health Organization. (2021). *Global Patient Safety Action Plan 2021-2030: Towards Eliminating Avoidable Harm In Health Care*. World Health Organization.
- Yıldırım, Özlem (2008). "Sağlık Kuruluşlarında İnsan Faktörü Mühendisliğinin Önemi ve Hasta Güvenliği Alanında Uygulama Örnekleri", Yayınlanmamış Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul
- Zhao, Yisong, and Monjur Mourshed (2012). "Design indicators for better accommodation environments in hospitals: inpatients' perceptions." *Intelligent Buildings International* , Vol 4, Issue 4, pp 199-215.

## BÖLÜM 8

### HASTANE İŞLETMELERİNDE KALİTE VE AKREDİTASYON

Öğr. Gör. Dr. Şafak ÇINAR<sup>21</sup>

DOI: <https://dx.doi.org/10.5281/zenodo.10050187>

#### Giriş

Endüstriyel ve teknolojik gelişmeler, baş döndürücü bir rekabeti de beraberinde getirmektedir. İnsan sağlığının önemi, sağlık hizmet sunucularını daha iyi bir sağlık hizmeti sunma yarışına itmektedir. Hastalar, iyi hizmet, başka deyişle kaliteli hizmet alma teminatı beklemektedirler. Rekabet yarışında olan sağlık kuruluşları bu teminatın, garantisi için akredite edilmeyi istemektedirler (Avcıl ve Özkan, 2020). İnsan hayatının söz konusu olduğu, klinik ve idari pek çok farklı alanda hizmet sunumu gerektiren sağlık hizmetleri, hasta güvenliğinin sağlanması ve risklerin önlenmesini gerektirmektedir (Kayral, 2018).

Uluslararası alanda kaliteli sağlık hizmetinin sunulması sürdürülebilir kalkınma hedefleri arasında gösterilmektedir (Busse vd., 2019). Dünya Sağlık Örgütüne (WHO) göre sağlık kuruluşlarının kalitesini iyileştirmede en önemli yaklaşım akreditasyondur. Akreditasyon yalnızca amaç değil kalitenin iyileştirmesi için bir araçtır (Shaikh, Al-Towyan ve Khan, 2016). Global sağlık sistemleri sağlık hizmetlerinde kalite artışı için akreditasyonu geçerli bir araç olarak tercih etmektedirler. Kalitenin sağlanması, performansı yüksek sağlık sistemlerinin önemli bileşenlerindedir (Jha ,2018). Bu bağlamda bu bölümde kalite ve akreditasyon açısından ulusal ve uluslararası yaklaşımlar açıklanmaya çalışılacaktır.

#### 1. Kalite ve Akreditasyon Konusuna Uluslararası Bakış

1900'lü yılların ikinci yarısından itibaren özel, yarı özel nitelikteki bazı akreditasyon kuruluşları, uluslararası alanda, sağlık hizmetlerinin akredite edilmesini amaç edinmiştir. Hasta güvenliğini esas alan WHO, bu oluşumun şekillenmesinde rol oynamıştır (Beylik, 2018). OECD (Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü), 2003 yılında, ülkelerin sağlık bakım kalitesini artırmaya yönelik sağlık politikalarını desteklediğini açıklamıştır (Busse vd., 2019).

<sup>21</sup> Öğretim görevlisi Dr., Sağlık Bilimleri üniversitesi, Gülhane Sağlık Meslek Yüksekokulu ,  
safak.cinar@sbu.edu.tr, orcid: 0000-0003-1472-3931

Kaliteli sağlık hizmetleri: Avrupa Konseyi tarafından (1997) istenilen sonuçlara ulaşma şansının artırılması ve istenilmeyen sonuçların olma olasılığının azaltılması, Avrupa Komisyonu tarafından (2010) hasta ihtiyaçlarına cevap veren etkili ve güvenli sağlık hizmetleri olarak açıklanmıştır. WHO, 2018 çalışmasında evrensel, kaliteli sağlık hizmetini üç yapıda açıklamıştır: etkili (ihtiyaca yönelik, kanıta dayalı), güvenli (insana zarar verilmesini önleyen) ve insan odaklı (bireysel ihtiyaç, tercih ve değerlere yönelik) sağlık hizmeti (Busse vd., 2019).

Kaliteli sağlık hizmeti beklenen kazanç için meşru araçları kullanarak hasta refahının en üst seviyeye çıkarılmasıdır (Donabedian, 1980 akt.Busse vd.,2019). Sağlık hizmetlerinde kalitenin ölçülmesi, Donabedian çalışmasında üç aşamada açıklanmıştır: yapı, süreç ve sonuç. Buna göre ilk aşama yapının kalitesi ile sağlık kuruluşunun insan kaynağının ve niteliğinin değerlendirildiği ekipman ve donanımı içermektedir. Süreç kalitesinde hastaya yapılan teşhis ve tedavi işlemlerinin kalitesi değerlendirilir. Sonuç kalitesi ile hastanın sağlık durumundaki faydalı değişiklikler ve memnuniyeti değerlendirilir (Donabedian,1988).

Sağlık hizmetlerinde genellikle lisans, akreditasyon ve sertifikasyon bir arada kullanılan kavramlardır. Sağlık hizmetlerinin akreditasyonu, bu hizmetlerin kaliteli olmasını amaçlamaktadır. Kalitenin nasıl gerçekleşeceği ve nasıl ölçüleceğine dair sorularla akreditasyon süreci ilgilenmektedir. Akreditasyon, dışardan bir kurumun, hizmet veren kuruluşlara belirlenen standartlara uyum sağlaması gerektiğini bildirmesi ile başlayan ve bu standartların ne ölçüde yerine getirildiğini belirli aralıklarla belgelendirerek ölçmesi ile devam eden bir süreçtir (Beylik, 2018). Lisanslama/ruhsatlandırma ise, hükümet kuruluşlarınca sağlık personeli ya da sağlık kuruluşuna verilen yeterlilik iznidir. Sertifikasyon, bir hükümet ya da hükümet dışı yetkili bir kuruluşun bireyleri ya da kurumları gerekli kriterleri karşıladığına dair değerlendirmesidir. Akreditasyon ise yasal bir zorunluluk gerektirmeyen, çoğunlukla gönüllü olarak başvuru alan hükümet dışı bir kuruluşun standartlarına optimal düzeyde uyulmasına dair bir iyileşme programıdır (Rooney ve Ostenberg, 1999). Akreditasyon süreci bağımsız bir dış denetçi kurum, bu kurumun belirlediği standartlar, standartlara uyumun ölçülmesi ve son olarak bu düzeyin sürdürülebilirliğine dair sunulan destek olmak üzere dört adımda özetlenmektedir (Kavak, 2018).

Sağlık hizmetlerinde kalite uygulamaları çerçevesinde akreditasyon ve sertifika uygulamalarının kullanıldığı bilinmektedir. Uluslararası Standartlar Teşkilatı (ISO) sertifikalı ve akredite olan hastanelerin kalite yönetimi arasındaki farkları belirlemeye yönelik Avrupa’da 89 hastanede yapılan çalışmada (Shaw vd., 2010) ISO sertifikalı ya da akreditasyonu olan hastanelerin olmayanlara göre daha iyi ve güvenli olduğu belirlenmiş ve akreditasyonun, ISO

uygulamasından hastane yönetimi, hasta güvenliği ve klinik uygulama alanları üzerinde daha etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

İlk hastane akreditasyonuna yönelik çalışmalar 1917'de Amerika Cerrahlar Birliğince belirlenen hastane standardizasyon programı ile başlamıştır. 1951'de bu birlik diğer meslek kuruluşlarına katılarak Joint Commission on Accreditation of Hospitals (JCAH) adında bir yapıya dönüşmüştür. Sonrasında sağlık hizmeti sunan kuruluşların akreditasyonuna odaklanan JCAH, 1986'da Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations(JCAHO) adını almıştır (Bohıgas,vd,1996). Bu kuruluş, hastanelerin akreditasyonunda özellikle hasta bakımı ve klinik performansın iyileştirilmesinde etkililik ve etkinliği amaçlanmıştır. Bu amaçla hastanelerde kalite standartlarının iyileştirilmesi, var olan standartların koordine edilmesi ve entegrasyona dikkat çekmiştir (Affeldt, 1980). 1998 yılında JCAHO'nun birliğinde JCI (Joint Commission International) kurulmuştur (WHO, 2003).

JCI, dünyada akreditasyon alanında en köklü kuruluştur. Sağlık hizmet kuruluşlarında sürekli iyileştirmeler için belirlenen hasta ve kuruma yönelik standartların sürdürülmesine dair hedefler dahilinde yönetim ilkeleri belirlemiştir (Kavak, 2018). Kuruluşların, hasta güvenliğinin temin edilmesi niteliğini, kamuoyuna bildirmeyi amaçlamaktadır (Avcıl ve Özkan, 2020). JCI, 2000 yılında, sağlık kuruluşlarının kendi ulusal bakanlıklarının da kullanabileceği, ISO uygulamalarının da katkısı bulunan standartları, uluslararası kullanıma sunmuştur (WHO, 2003). JCI, 2023 yılında, etkili hasta güvenliği hastane programında, doğru tedavinin, doğru hastaya, doğru yöntemle verilmesi, sağlık hizmetine erişimde eşitlik, tıbbi ürünlerin kullanılmasında güvenlik, alarm sistemleri, enfeksiyonların önlenmesi, özellikle psikiyatri alanında olmak üzere hasta güvenliği ve sağlık personeli arasında iletişimi etkinleştirme çerçevesinde ilkeler belirlemiştir (The Joint Commission, 2023).

Uluslararası alanda akreditasyona yönelik olarak literatürde ve kamuoyunda sıklıkla akla gelen kuruluş JCI olsa da bu kuruluş, daha üst düzey bir çatı kuruluşu olan ISQua tarafından akredite edilmiştir. WHO ile birlikte çalışmalar yürüten ISQua, 1985 yılında kurulmuş kâr amacı gütmeyen akredite edenleri akredite eden kuruluştur (Kavak, 2018). Öncelikle ISQA (The International Society for Quality Assurance in Health Care) ismiyle bilinen kuruluş, 1993'ten bu yana ISQua (The International Society for Quality in Health Care) olarak bilinmektedir (Kayral, 2018).

Amerika'da akreditasyonun önce olmasına karşın Avrupa'da ilk ulusal akreditasyon programları 1989'da İngiltere'de başlatılmıştır. 1990'lar boyunca Çek Cumhuriyeti,

Finlandiya, Fransa, Hollanda, Polonya, Portekiz İspanya ve İsviçre bu programları takip etmiştir. Almanya, Fransa, Lüksemburg ve Polonya’da ulusal akreditasyon programlarınca akredite olan hastanelerin sayısı artmaktadır. ISQua, akreditasyon programları, İspanya, Danimarka, Fransa, Hollanda, Norveç, Romanya ve İngiltere’de uygulanmaya başlamıştır (Buuse vd,2019). Akreditasyon Kanada ise dünyada sağlık hizmetlerinde akreditasyon standartlarına sahip olan en eski ikinci ülkedir. Avustralya da sağlık hizmetlerinde akreditasyon konusunda Bakanlık düzeyinde çalışmalar yapan önemli ülkeler arasında gösterilmektedir (Kavak, 2018).

Hastanelerin sundukları hizmetlere dair farklı yönde uygulamalar olabilmektedir. Ancak bu noktada her hastane ve sağlık çalışanlarının öncelikleri hastaya sunulan sağlık hizmetlerinde kalitenin sağlamasıdır. Hastanede çalışan personelin JCI tarafından yapılan hastane akreditasyon uygulamalarına yönelik algılarının araştırıldığı (Algahtani, vd., 2017) çalışmada, bu uygulamaların, hasta bakımı ve diğer sağlık hizmetlerinde gelişme ve değişim üzerinde pozitif bir etkisi olduğu tespit edilmiştir. Benzer bir çalışmada (Maimaitireyimu ve Arslanoğlu, 2019) akreditasyonun iyileşmeyi hızlandırdığı ve hastane setlerinin iyileşmede sürekliliği sağladığı belirtilmiştir. Özellikle devlet kurumlarının akreditasyonun, güvenilirliği artırdığına dikkat çekilmiş ve hastane setlerinin uygulanmasında gönüllük esasına vurgu yapılmıştır.

Sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması için akreditasyon programlarının desteklenmesi gerekmektedir. Akreditasyonun, sağlık hizmet kalitesine etkisinin araştırıldığı çalışmada (Alkhenizan ve Shaw, 2011) sağlıkta akreditasyon programlarının klinik uygulamanın sonuçlarını iyileştirdiği tespit edilmiştir. Hastane akreditasyonunun, bakım kalitesine etkisine yönelik diğer bir çalışmada (El-Jardali vd., 2008), Lübnan sağlık personelinin akreditasyonu bakım kalitesini iyileştirmek için iyi bir araç olarak gördükleri belirtilmiştir. Akreditasyonla birlikte etkili, kaliteli uygulamaların beraberinde görüldüğü vurgulanmıştır. Benzer çalışmada (Pasinringi, vd., 2021) hizmet kalitesi algısı ile hastane akreditasyonu arasında anlamlı bir ilişki olduğu, hastane akreditasyonunun kalite geliştirme üzerinde olumlu etkisi olduğu açıklanmaktadır. Kalite uygulamalarının, hastaneye etkisinin araştırıldığı çalışmalarda (Hussein vd.,2021; Melo, 2016), akreditasyon, hastanelerin performanslarını iyileştirmeye katkı sunması açısından tavsiye edilmektedir. Ancak (Brubakk, vd., 2015) çalışmasında akreditasyon programların hasta güvenliğini iyileştirdiğine dair tanımlamaların büyük ölçüde yetersizliğini ve bu programların maliyet etkinliğine dair çok az çalışma olduğunu açıklamıştır.

## 2. Kalite ve Akreditasyon Konusuna Ulusal Bakış

Toplam Kalite Yönetiminin sürekli iyileştirme yaklaşımlarının etkisiyle kaliteye olan ilgi ve kurumsal çalışmalar artmaktadır. Türkiye’de, 1998’de, Sağlık Bakanlığında Kalite Yönetimi Şubesi kurulmuştur. Kalite konulu yönerge ile hastanelerde kalite konseyi yapılanmasına geçilmiştir. Ayrıca bu dönemde 13 tane kamu hastanesinin ISO 9001,9002 belgesi olduğu görülmektedir (Doğan ve Kaya, 2004). Türkiye’de, Sağlıkta Dönüşüm Programının ana bileşenleri arasında sağlık hizmetlerinin kalite ve akreditasyonu yer almaktadır. Bu program, sağlık hizmetlerinin etkin, etkili, zamanında ve hakkaniyetli olmasını gerektirmekte ve hizmet alanlar ile hizmet sağlayıcıların güvenliği ve memnuniyetinin artmasına önem vermektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2021). 2012 yılında ISQua ile işbirliği kapsamında sağlık hizmetlerinin akreditasyonuna yönelik çalışmalar başlatılmış ve 2015 yılında ISQua akreditasyonu elde edilmiştir (Kavak, 2018).

Hastane klinik rehberlerinin, kalite odaklı olması önemlidir. Türkiye’de 2003 yılında başlayan Sağlıkta Dönüşüm Programı dahilinde belirlenen hedeflerden birisi, vatandaşların kaliteli sağlık hizmetlerine erişim sağlamasıdır. Kaliteli sağlık hizmetinin sunulması için gerekli çalışmalar, Sağlık Bakanlığı tarafından yapılmıştır. Sunulan sağlık hizmetlerinin, alanında uzman kişilerce kanıta dayalı olarak belirlenmesi, rehber oluşturulması, oluşturulan rehber ve protokollerin erişilebilir bir ortamda kaynak olarak sunulması sağlanmıştır (Dilmaç Artun vd., 2021). Sağlık Bakanlığı bünyesinde, 2012 yılında, 663 sayılı Kararname ile Sağlıkta Kalite Akreditasyon Dairesi kurulmuştur (Güdük ve Kılıç, 2017). Daire tarafından belirlenen kalite göstergeleri, kalite ölçüm rehberi doğrultusunda saha verileri zemininde izlenmektedir. Bu çerçevede bir rehber niteliğinde, klinik hastalıklara dair belirli protokoller bulunmaktadır (Dilmaç Artun vd., 2021).

Yüksek kalite bakım için yapılan ölçütün net olarak belirlenmesi adına iyi sonuçlar ve deneyimin bir rehber olarak hazırlanması önerilmektedir (Jha, 2018). Klinik kalite kavramı teşhis ve tedavinin doğru yapılması, hataların önlenmesi, hasta bakım sürecinin iyileştirilmesi, üst düzey sağlık sonucu elde edilmesi ve böylelikle hasta ve çalışan memnuniyetinin sağlanmasını ifade etmektedir (Gürsöz vd., 2017).

Kalite zincirinin halkaları olarak kurumsal yapı, sağlıkta hizmetin kalitesi ve klinik kalite belirlenmiştir. Klinik kalite kapsamında belirlenen kalite göstergeleri, belirli kalite standartları ölçüsünde hizmet veren sağlık kurumlarının yapısı zemininde ölçme ve değerlendirmeye tutulmuştur (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2021).



Şekil 1: Türkiye'nin Sağlıkta Kalite Sistemi

Türkiye Sağlık Kalite Sistemi						
Sağlık Hizmet Kalitesi				Klinik Kalite		
Sağlıkta Kalite Standartları (SKS)	SKS Göstergeleri	Sağlıkta Kalite Değerlendirmeleri	Klinik Kalite Standartları	Klinik Kalite Göstergeleri	Klinik Ölçme ve Değerlendirme Sistemi	
Merkez ve Taşra Teşkilatı Kurumsal Yapısı						

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, (2021).

Bir sistem dahilinde kaliteli sağlık hizmet sunulmasının hedeflendiği çalışmalarda, standart setlerin amacı, sağlık kuruluşlarında kalite kültürü oluşturmaktır. Sağlıkta kalite standartları tüm faaliyet gösteren hastanelerce uyulması gerekli standartları ifade etmektedir. 2005 yılında 100 kalite standardının oluşturulmasıyla sistem haline gelen kalite çalışmaları, 2011 yılında 621 standart ile revize edilmiştir (Kayral, 2018). Sağlık Bakanlığınca, 2012 yılında sağlıkta yaşam kalitesini düşüren sağlık olgularının süreç ve sonuç itibarıyla izlenmesini gerektirecek klinik kalite programı başlatılmıştır. En üst yönetimden başlamak üzere tüm sağlık alanında, kaliteye ilişkin sorumluluklar verilmiştir. Belirlenen sağlık olgularının ve kalite göstergelerinin izlenmesi amacıyla merkez ve taşraya yönelik, eğitim, denetim ve klinik kalite sürecine dair adımlar belirlenmiştir.

Şekil 2: Klinik Kalite Süreçleri

Tanımlama	Ölçme	Değerlendirme	İyileştirme	Düzenleme
Sağlık olgusu ↓	Veri Toplama ↓	Verilerin analizi ↓	Veri Kalitesinin İyileştirilmesi ↓	Eğitim ↓
Standartlar ↓	Veri Doğrulama	Raporlama ve Geri bildirim	Kalite İyileştirme Faaliyetlerinin İzlenmesi ↓	Teşvik ↓
Göstergeler ↓			Rehberlik	Yaptırım ↓
Ölçme ve Değerlendirme Rehberleri				Paydaş Roller ve Sorumlulukları

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, (2021).

Klinik kalite süreçleri tanımlama, ölçme, değerlendirilme, iyileştirme ve düzenleme olmak üzere beş adımda takip edilmektedir. Sağlık olgusu belirlenirken ulusal hastalık yükü dikkate

alınmaktadır. Hastalıkların yaşam kalitesini etkileme hızı sağlık ve hastalık olgularının tanımlanmasında ölçüt olarak alınmıştır. Koroner kalp hastalığı, tansiyon, kronik böbrek yetmezliği, göz hastalıkları, kanser, şeker hastalığı (diabetes mellitus), diz protezi, inme, diş hastalıkları ve tedavisi ve gebelik ile doğum süreci için olgular belirlenmekte ve bunlara yönelik kanıta dayalı klinik protokoller ve rehberler düzenlenmektedir. Oluşturulan standartlar belirli göstergelerle niceliksel ve niteliksel olarak tanımlanmakta ve sonrasında toplanan veriler kurumsal yapı dahilinde oluşturulan mevzuat çerçevesinde, bilgi sistemleri ve karar destek sistemleri yardımıyla ölçme değerlendirme ve izlemeye tabi tutulmaktadır (T.C.Sağlık Bakanlığı, 2021).

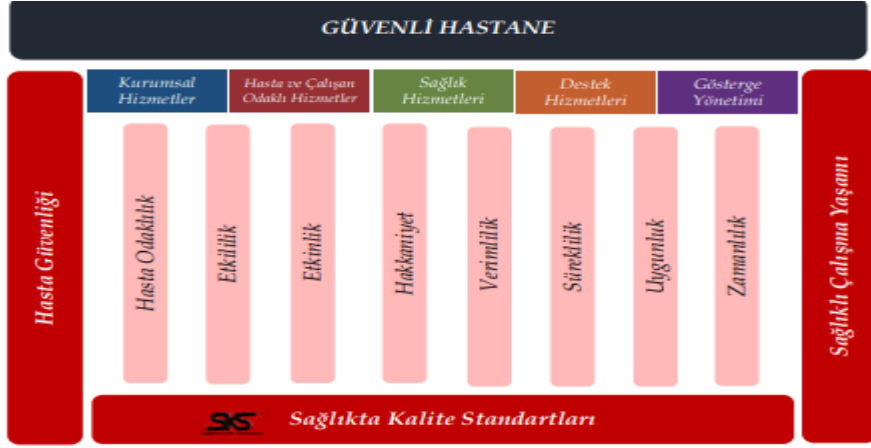
Hastane akreditasyonuna yönelik, 73 hastane, 37000 hasta ile yapılan akreditasyon ve hasta memnuniyetinin ilişkisini araştıran çalışmada, bu ilişkiye dair anlamlı bir farklılık bulunamadığı ancak akreditasyon öncesinde hastanenin kanıta dayalı uygulamaları, ilkeleri ve rehberlerinin karar verme mekanizmasında kullanılmasının makul olduğu açıklanmıştır (Sack vd., 2011). Bu doğrultuda hastanelerde belirli standartların ve ilkelerin olması önemlidir. Sağlık hizmetlerinde klinik kalite sürecinin uygulanması belirli standartlar temelinde hizmetin kaliteli olarak sunulmasını sağlamakta, mortalite oranlarının azaltılmasına ve hasta memnuniyetini artırmaya yardımcı olmaktadır (Doğanyigit, 2022).

Sağlıkta Kalite Standartlarının temel amacı hastaneler açısından güvenli hastane oluşturulmasıdır. Türkiye’de akreditasyon çalışmaları kapsamında ISQua tarafından akreditasyonu yapılan SAS (Sağlıkta Akreditasyon Standartları) (Hastane, Ağız Diş Sağlığı Merkezleri, Diyaliz ve Laboratuvar Setleri) bulunmaktadır. 2005, 2007, 2008, 2011 yıllarında büyük ölçüde revize edilen SAS Hastane seti, temel orta ve üst düzey ya da devlet veya özel, üniversite olması fark etmeksizin tüm hastanelerde sunulmak üzere kabul edilmiştir. 2015 yılında 5.versiyon yayınlanmıştır. 2017 yılında yeniden akreditasyona yönelik çalışmalar başlatılmış ve yenilenmiştir. Bu setler içerisinde verilecek hizmetlere ilişkin (kurumsal, hasta ve çalışan odaklı, sağlık hizmetleri, destek hizmetleri) süreç ve eylemlere yer verilmiştir (Kavak,2018; GÜDÜK ve KILIÇ 2017; T.C. Sağlık Bakanlığı, (2016).

2020 yılında ülkedeki tüm özel ve kamu hastanelerine yönelik olarak SKS Hastane (sürüm 6.0) rehberi yayınlanmıştır. Yeni rehberde standart geliştirme algoritması kullanılmıştır. SKS’nin bu sürümünde klinik kalite çalışmaları altında takip edilen klinik göstergeleri çıkarılmış ve kemoterapi, organ ve doku nakli, fiziksel tıp rehabilitasyon, palyatif bakım, verimlilik, kimyasal, nükleer, radyolojik ve biyolojik tehditler, ruh sağlığı, evde sağlık ve terapötik aferez hizmetleri olarak dokuz bölüm ilave edilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020). Güvenli Hastane

inşası için kalite standartları dahilinde hastane hizmetlerinin tüm bölümlerini kapsayacak şekilde bütüncül bir yaklaşım izlenmiştir.

Şekil 3: SKS – Hastane İlişki Matrisi



Kaynak: (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2016)

Bir akreditasyon kuruluşunun çıkar çatışmasından kaçınılması ve nesnel olabilmesi için bağımsız olması gerektiği vurgulanmaktadır (Montagu, 2003). Türkiye’de, sağlık hizmetlerinde akreditasyon için 2015 yılında kurulan ilk ve tek bağımsız denetçi Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsünün (TÜSKA) çalışma alanı, Sağlık Bakanlığının akreditasyon faaliyetleri kapsamında yürütülen her türlü bilgi, doküman, iş ve eylemler olarak belirlenmiştir. Buna göre ulusal ve uluslararası olarak akreditasyon alanında yapılacak çalışmalarda alanında uzman eğitimci, denetçi ve yöneticilerin TÜSKA rehberliğinde çalışmalar yapması hedeflenmiştir. Akreditasyon sürecinin ilk basamağını oluşturan bağımsız denetimi, ulusal alanda, TÜSKA üstlenmiştir. TÜSKA’nın belirlediği akreditasyona yönelik standartlar bu sürecin ikinci bileşenini oluşturmaktadır (Kavak, 2018). Türkiye Sağlık Enstitüleri kapsamında akreditasyon faaliyetleri için kurulan TÜSKA tarafından sağlıkta akreditasyon için eğitim ve denetimlere yönelik niteliksel ve niceliksel yöntemlerle kanıta dayalı belirli standartlar ve ilkeler belirlenmiştir (Beylik, 2018).

Şekil 4: Sağlıkta Akreditasyon Standartları



Kaynak: (Beylik, 2018)

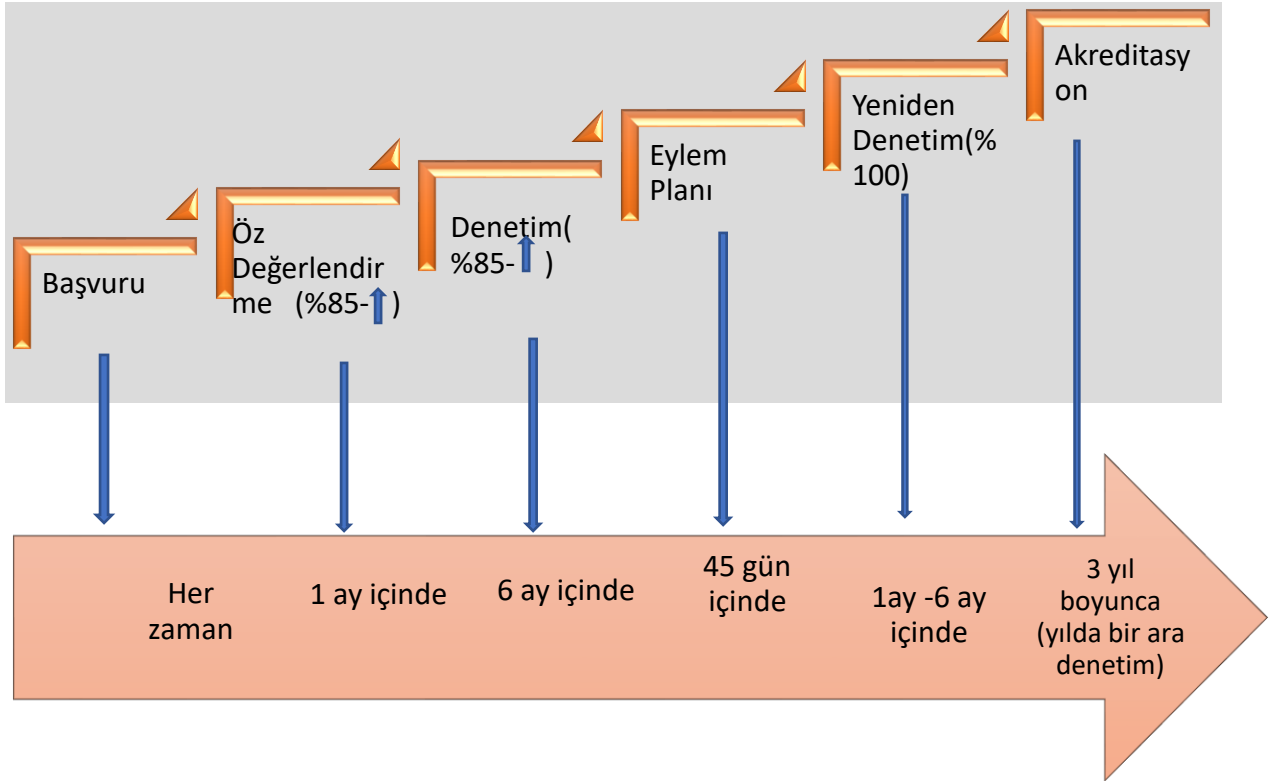
Yapılacak denetimleri anlatan bu şekilde standartların denetleme kriterlerinin, kanıta dayalı teknik ve ilkelerle ölçülmesi ve kriterlerin karşılama durumlarına göre varsa uygunsuzlukların etkisi belirlenmektedir (Beylik, 2018).

Uluslararası akreditasyon alanında marka olma ideali olan TÜSKA'nın ISQua'ya üyeliliği bulunmaktadır (Kayral, 2018). Bu doğrultuda Sağlık Bakanlığı Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığınca hazırlanan SKS setlerinin farklı versiyonu olarak TÜSKA tarafından sağlık kurumları için (hastane, laboratuvar, ağız ve diş sağlığı merkezleri) SAS olarak yayınlanmıştır. JCI kriterleriyle büyük ölçüde örtüşen revize kriterlere geçişte sağlık kurumlarının desteklenmesi önerilmiştir (Şahin, 2020).

TÜSKA, 2017 yılında ilk hastane akreditasyon programını açıklamıştır. Buna göre öncelikle akredite olmak isteyen sağlık kuruluşu TÜSKAnet akreditasyon yönetim sistemi üzerinden başvuru ve öz denetim yapabilmektedirler. Ayrıca sağlık kuruluşları bu sistem aracılığıyla akreditasyon süreçlerini (denetim, eylem planı, yeniden denetim ve ara denetim) izleyebilmektedirler. Bu süreçler sırasıyla başvuru yapılması, öz değerlendirme, denetimin yapılması, eylem planı, yeniden denetim ve akreditasyon başmaklarından oluşmaktadır. Bu süreçte öz denetim yapılması genellikle sağlık kuruluşundan beklenen bir adımdır. Denetim öncesinde kurumlara gerekli hazırlıkların yapılmasına olanak verir. Burada belirlenen oran

%85'dir. Bu yüzdenin altında sonuç çıkması sürecin bitmesine neden olurken, oranın %85-%99 arasında olması standartların karşılanamadığı durumlara özgü eylem planını gerektirir. Onaylanan eylem planı ile yeniden denetim yapılmaktadır. Akreditasyon için gerekli oran %100 olup, sonucun bu rakamın altında olması sürecin sonlanmasına neden olmaktadır (Cengiz vd., 2019).

Şekil 5: TÜSKA Akreditasyon Süreci Basamakları



Kaynak: (Cengiz vd. 2019)

Dünya Sağlık Asamblesinde herkes için sağlık anlayışı kabul edilmiştir (WHO, 2003). Sağlıkta kalitenin bütüncül bir yaklaşımla olmasını savunan toplam kalite yaklaşımlarının hedefleri de göz önüne alındığında kalite ile ilgili standartların kapsayıcılığı üzerine yapılan çalışmalar bu hedefleri destekler niteliktedir.

Hastane akreditasyonu bağımsız bir dış kuruluş tarafından önceden belirlenmiş optimum standartlar kullanarak hastanenin yapısı, işlemleri ve sonuçlarının değerlendirilmesidir. Bu noktada hastanelerin akreditasyonunun iyi bir şekilde yönetilmesinin hastane performansına katkı sağlayabileceği açıklanmıştır (Mosadeghrad, 2021).

## **Sonuç**

Yapılan çalışmalar ve ilgili alan yazın incelendiğinde, Türkiye’de hastanelerin sağlık hizmetlerinde kaliteye ilişkin çalışmalarla iç içe oldukları görülmektedir. Hastanelerin kalite standartlarına uyulması yönünde denetimlerin mecburiyeti bulunsa da akreditasyon almalarına ilişkin zorunlukları bulunmamaktadır. (Güdük ve Kılıç, 2017). Türkiye’deki yaklaşık 40 hastanenin JCI belgeli (Joint Commission International, 2023) olması göz önüne alınırsa, TÜSKA’nın açıklanan faaliyetleri ve Sağlık Bakanlığının klinik kaliteye ilişkin geçmiş deneyimleri ve çalışmaları dikkate alındığında ülke genelinde hastane hizmetlerinin kalite süreci yönetiminin uluslararası ölçüde yürütüldüğü görülmektedir. Türkiye’de, uluslararası akreditasyon kuruluşları ile yapılan iş birlikleri (ISQua, JCI) ve ulusal anlamda TÜSKA’nın kuruluşu, kalite ve akreditasyon konusunun sağlık hizmetlerinde birinci öncelik olduğunun kanıtıdır.

**Kaynakça**

- Affeldt, J. E. (1980). The new quality assurance standard of the joint commission on accreditation of hospitals. *Western Journal of Medicine*, 132(2), 166.
- Algahtani, H., Aldarmahi, A., Manlangit Jr, J., & Shirah, B. (2017). Perception of hospital accreditation among health professionals in Saudi Arabia. *Annals of Saudi medicine*, 37(4), 326-332.
- Alkhenizan, A., & Shaw, C. (2011). Impact of accreditation on the quality of healthcare services: a systematic review of the literature. *Annals of Saudi medicine*, 31(4), 407-416.
- Avcı, S., ve Özkan, T. (2020). İstanbul'daki JCI Akreditasyonuna Sahip Özel Hastanelerin Hizmet Kalitesi. *Yönetim Bilimleri Dergisi*, 18(36), 309-338.
- Beylik, U., (2018). Sağlıkta Akreditasyon Denetim Yöntemi: Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü Uygulaması. *Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dergisi*, 1(1), 6-13.
- Bohigas, L., Smith, D., Brooks, T., Donahue, T., Heidemann, E., Donaldson, B., & Shaw, C. (1996). Accreditation programs for hospitals: funding and operation. *International Journal for Quality in Health Care*, 8(6), 583-589.
- Brubakk, K., Vist, G. E., Bukholm, G., Barach, P., & Tjomsland, O. (2015). A systematic review of hospital accreditation: the challenges of measuring complex intervention effects. *BMC health services research*, 15, 1-10.
- Busse, R., Klazinga, N., Panteli, D., Quentin, W., & World Health Organization. (2019). Improving healthcare quality in Europe: Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies. World Health Organization. Regional Office for Europe.
- Cengiz, C., Beylik, U., Avcı, K., ve Kayral, İ. (2019). Öz Değerlendirmeden Denetime: Hastanelerin Akreditasyon Yolculuğu. *Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dergisi*, 2(2), 1-6.
- Dilmaç Artun, E., Acar, A. Sabuncuoğlu, İ. ve Tecirli, G.(2021). Türkiye’de Kanıta Dayalı Tıp Rehber ve Protokol Çalışmaları: Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü ve Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Örnekleri, *Eurasian Journal of Health Technology Assessment*, 5(1):45-54.
- Doğan, S., ve Kaya, S., (2004). Aksaray'daki Sağlık Bakanlığı Hastane Yöneticilerinin Toplam Kalite Yönetimi Konusundaki Algıları. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 7(1).
- Doğanyigit, P. B. (2022). Klinik Kalite. *Journal of Health and Management (Sağlık ve Yönetim Dergisi)*, 2(1), 11-21.
- Donabedian, A., (1988), The quality of care: how can it be assessed?. *Jama*, 260(12), 1743-1748.
- El-Jardali, F., Jamal, D., Dimassi, H., Ammar, W., & Tchaghchaghian, V. (2008). The impact of hospital accreditation on quality of care: perception of Lebanese nurses. *International journal for quality in health care*, 20(5), 363-371.
- Güdük, Ö., ve Kılıç, C. H. (2017). Sağlık hizmetleri akreditasyonu ve türkiye’de gelişimi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(2), 102-107.
- Gürsöz, H., Adil, M., L., Öztürk, A., Tarhan, D., Aksoy, H., Gündüz, Ş., ... & Avcı, B. (2017). Türkiye Klinik Kalite Programı; Sağlık Hizmet Sunucuları, Hasta ve Hasta Yakınlarının Kalite Algısı. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 14(2), 73-86.

- Hussein, M., Pavlova, M., Ghalwash, M., & Groot, W. (2021). The impact of hospital accreditation on the quality of healthcare: a systematic literature review. *BMC health services research*, 21(1), 1-12.
- Jha, A. K., (2018), Accreditation, Quality, and Making Hospital Care Better. *The Jama Forum*, 320(23), 2410-2411.
- Joint Commission International, 2023, [https://www.jointcommissioninternational.org/who-we-are/accredited-organizations/#sort=%40aoname%20ascending&numberOfResults=100&f:@aocountry=\[Turkey\]](https://www.jointcommissioninternational.org/who-we-are/accredited-organizations/#sort=%40aoname%20ascending&numberOfResults=100&f:@aocountry=[Turkey]) E.T.19.09.2023
- Kavak, D. G., (2018). Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü (TÜSKA) Sağlıkta Akreditasyon Standartları, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dergisi, 1(1), 14-20.
- Kayral, İ. H., (2018). Dünya'da ve Türkiye'de Sağlık Hizmetleri Akreditasyonu, *Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dergisi*, 1(1), 27-31.
- Maimaitireyimu, N., ve Arslanoğlu, A. (2019). Kalite Direktörlerinin Sağlıkta Akreditasyon Standartlarına Bakış Açısı Üzerine Nitel Bir Araştırma. *Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dergisi*, 2(1), 1-14.
- Melo, S. (2016). The impact of accreditation on healthcare quality improvement: a qualitative case study. *Journal of health organization and management*, 30(8), 1242-1258.
- Montagu, D. (2003). Accreditation and other external quality assessment systems for healthcare. *DFID Health Systems Resource Centre Working Paper*, 1(1), 1-38.
- Mosadeghrad, A. M. (2021). Hospital accreditation: The good, the bad, and the ugly. *International Journal of Healthcare Management*, 14(4), 1597-1601.
- Pasinringi, S. A., Rivai, F., Arifah, N., & Rezeki, S. F. (2021). The relationship between service quality perceptions and the level of hospital accreditation. *Gaceta Sanitaria*, 35, S116-S119.
- Rooney, A. L., & Van Ostenberg, P. R. (1999). *Licensure, accreditation, and certification: approaches to health services quality*. Bethesda, MD, USA: Center for Human Services, Quality Assurance Project.
- Sack, C., Scherag, A., Lütkes, P., Günther, W., Jöckel, K. H., & Holtmann, G. (2011). Is there an association between hospital accreditation and patient satisfaction with hospital care? A survey of 37 000 patients treated by 73 hospitals. *International Journal for Quality in Health Care*, 23(3), 278-283.
- Shaikh, Z. M., Al-Towyan, S., ve Khan, G., (2016). Critical Analysis of Patient and Family Education Standards In Jci Accreditation And Cbahi For Hospitals. *IMPACT: International Journal of Research in Business Management*, IMPACT, 4(3), 29-38.
- Shaw, C., Groene, O., Mora, N., & Sunol, R., (2010). Accreditation and ISO certification: do they explain differences in quality management in European hospitals?. *International Journal for Quality in Health Care*, 22(6), 445-451.
- Şahin, D. (2020). JCI akreditasyonu ile Türkiye'de sağlık hizmetlerinin kalite ve akreditasyonu ile ilgili kuruluşların çalışmalarına ilişkin araştırma. *Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dergisi*, 3(1), 16-26.
- T. C. Sağlık Bakanlığı, (2021). Klinik Kalite Ölçme ve Değerlendirme Rehberi, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı, Türkiye Klinik Kalite Programı, <https://shgmklinikkalite.saglik.gov.tr/TR-24726/klinik-kalite-olcme-ve-degerlendirme-rehberi.html#> E.T. 16.09.2023)
- T.C. Sağlık Bakanlığı, (2016), Sağlıkta Kalite Standartları Hastane, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, SKS-Hastane (Versiyon-



5; Revizyon-01), 1. Revizyon - 2. Baskı: Ankara, Mart 2016, <https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/TR-12681/arsiv.html#> E.T. 19.09.2023

T.C. Sağlık Bakanlığı, (2020), Sağlıkta Kalite Standartları Hastane, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, SKS Hastane (Sürüm 6.0); 1. Baskı: Ankara, Haziran 2020, ISBN: 978-975-590-766-6, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1156, <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/38654/0/skshastanesetiv62020revize29082020.pdf>

The Joint Commission, (2023), National Patient Safety Goals® Effective July 2023 for the Critical Access Hospital Program Page 11 of 11, Report Generated by DSSM Wednesday, Mar 29, 2023 [https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/standards/national-patient-safety-goals/2023/npsg\\_chapter\\_cah\\_jul2023.pdf](https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/standards/national-patient-safety-goals/2023/npsg_chapter_cah_jul2023.pdf) E.T. 14.09.2023

World Health Organization. (2003). Quality and accreditation in health care services: a global review. WHO/EIP/OSD/2003.1 Evidence and Information for Policy Department of Health Service Provision, Geneva

## BÖLÜM 9

### SAĞLIK HİZMETLERİNDE PERFORMANS

Dr. Gülsen TOPAKTAŞ<sup>22</sup>

DOI: <https://dx.doi.org/10.5281/zenodo.10050195>

#### 1.Giriş

Gelişen teknolojinin etkisinden tüm sektörler gibi sağlık hizmetleri sektörü de payını almaktadır. Her geçen gün yeni bir teknolojinin sisteme girmesi sağlık hizmet sunumunda rekabeti artırmakta performans kavramının önemini ortaya çıkarmaktadır. Genel olarak performans, işletmelerde planlı bir işin yerine getirilmesinde elde edilen nitel ve nicel çıktının daha önce belirlenmiş olan amaç ve hedeflere yönelik değerlendirilmesi olarak tanımlanmaktadır. Performans bireysel olarak değerlendirildiği gibi kurumsal olarak değerlendirilmektedir. Bireysel performans çalışanın işletmede tanımlanmış iş gereklerini daha önce belirlenmiş hedefler ölçüsünde gerçekleştirme düzeyi olarak değerlendirirken kurumsal performans ise işletmenin hedeflerine ne düzeyde ulaştığını ortaya koymasındır.

Performans kavramı sağlık hizmetleri sunumunun vazgeçilmez bir parametresidir. Sağlık sektöründeki gelişmeler kaliteli sağlık hizmeti sunumundaki beklentileri artırmaktadır. Dolayısıyla bireysel ve kurumsal performansın değerlendirilmesi ve hedeflere uygun sonuçlar elde edecek bir performans modelinin kullanılması gerekmektedir. Bu bölümde performans, performans değerlendirme, performans değerlendirme modelleri ve sağlık alanında kullanılan performans modellerine değinilmiştir.

#### 1.1.Performans Kavramı

Performans Fransızca'dan gelen batı kökenli bir sözcüktür. Türk Dil Kurumuna göre performans sözcüğünün sözlük anlamı, "1.Herhangi bir eseri, oyunu, işi vb.ni gerçekleştirme; 2.Kişinin yapabileceği en iyi derece; başarı, 3.Herhangi bir eseri,

<sup>22</sup> Dr. Gülsen Topaktaş, Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Eğitim ve Sertifikasyon Dairesi Başkanlığı, gulsentopaktass@gmail.com, ORCID: 0000-0001-8825-6737

oyunu, işi vb.ni ortaya koyarken gösterilen başarı; başarıım” olarak ifade edilmektedir (TDK).

Performans, bir amacı gerçekleştirmek için önceden belirlenmiş amaca uygun olarak çalışanın, grubun ya da işletmenin o işi yaparak hedeflere ne derecede ulaşabildiğini ortaya koyan mal, hizmet ya da düşünce olarak ifade edilir (Argon-Eren; 2004: 224). Çalışanın bir işin yapılması için göstermiş olduğu çabayı gösterir (Schuler, 1995). Aynı eğitimi alarak aynı bölümden mezun olmuş kişilerin çalışma hayatındaki başarı düzeylerinin birbirinden farklılık göstermesi, birisi daha başarılı ve üst kademelerde görev alırken diğerinin aynı düzeyde çalışmaya devam etmesi büyük oranda bireysel performansa bağlıdır (Bingöl, 2006). Performans bireysel olduğu gibi bir grubun veya bir örgütün planlanan zaman aralığında hedeflerine ne ölçüde varabildiğini ifade eden nicel ve nitel anlatıdır (Mayatürk Akyol, 2011). Tanımlara bakıldığında performansın bireysel ya da grubun daha önceden belirlenmiş zaman aralığında kendilerinden belirli düzeyde iş yapması beklendiği ve yapılan işle beklentinin kıyaslandığı görülmektedir. Dolayısıyla bu kıyaslanmanın sonucunda bireyin ya da grubun performansına ulaşılır (Uysal,2015).

Bireye verilen görev zamanında yerine getirilmiş ise yüksek performans gösterdiği anlamına gelmektedir. Ters durumda ise düşük performanstan söz edilir. Yüksek performans ya da başarı üzerinde farklı faktörlerin etkisi bulunmaktadır. Bu faktörler kişisel olduğu gibi çevresel ve örgütsel de olabilmektedir (Bingöl, 2006).

Bireysel performans, belirlenen amaçlara ulaşmada çalışanın sahip olduğu beceri, yetenek ve motivasyonu göstermiş olduğu çaba ve sonuçları gösterirken, örgütsel performans da ise örgütün elde ettiği karlılık durumu, gelir düzeyi gibi finansal sonuçlarını, satış oran, pazar payı, tüketicinin memnuniyeti gibi pazara yönelik sonuçları, kalite, verimlilik gibi yönetim sonuçlarını göstermektedir. Tüm bunlara bakıldığında çalışanın performans düzeyini anlamak için performansının ölçülmesi ve performansının değerlendirilmesi gerekmektedir (Uysal, 2015).

## 1.2. Performans Değerlendirme

Performans değerlendirme, standartları belirlenmiş bir ölçme metodu ile yöneticinin çalışanlarının iş performanslarını değerlendirilmesi olarak tanımlanmaktadır (Gürüz vd., 2004: 210). Performans yönetim sisteminin bir parçası olan performans değerlendirme, çalışanların önceden belirlenmiş hedeflere ulaşmak için göstermiş oldukları çabayı görmek ve gerektiğinde erken müdahalelere fırsat sağlamak için yapılan rutin denetimler olarak tanımlanmaktadır. Diğer bir ifadeyle performans değerlendirme, iş görenin iş başarısını, işe yönelik sergilemiş olduğu tutum, davranış ve kişisel özelliklerini bütünleştiren ve çalışanın örgütsel başarıya olan katkısının değerlendirildiği sistematik bir araçtır (Barutçugil; 2002:179). Yönetici açısından önemli bir araç niteliğinde olan performans değerlendirme, çalışanların yeteneklerinin, yaptıkları işin nitelik ve gereklerine ne ölçüde uyduğunu araştıran ya da işteki performans düzeylerini tespit etmeye çalışan objektif analizler bütünü olarak da tanımlanabilir (Fındıkçı; 1999: 297). Genel bir tanımla performans değerlendirme, çalışanın iş başarısı, tutumu, davranışları, ahlaki özelliklerini ayrıntılı olarak ortaya koyan, örgütsel başarıya olan katkı düzeyini kıymetlendiren planlı bir işlemdir. Fakat insanın karmaşık psikolojik yapıya ve sonsuz beceriye sahip olmasından dolayı değerlendirilmesi oldukça güç hatta ciddi bir sanattır (Sabuncuoğlu, 2013).

Ancak performans değerlendirme, kişilerarası ilişkiler sisteminin olumlu bir parçası olabildiği gibi yıkıcı bir tarafı da olabilir. Burada önemli olan amacının ne olduğu ve nasıl yürütülmesi gerektiğidir. Değerlendirme, çalışanın performansını yükseltmek amacıyla yapılıyor ise bu noktada faydalarından söz etmek mümkündür. Sadece ücret ve ilerlemede değerlendirilecek ise zarar verici olabilir. Olumlu bir performans değerlendirme sistemini oluştururken özellikle değerlendirmeyi yapacak yöneticilerin yetenekli olanlar arasından seçilmesi kritik öneme sahiptir. Değerlendirme sürecine başlamadan önce hem değerlendirmeyi yapacak olan yöneticilere hem de değerlendirilecek çalışanlara eğitim ve bilgilendirme yapılmalıdır (Çetin, 2013).

## 1.3. Performans Değerlendirmenin Amacı

Performans değerlendirmenin farklı amaçları vardır. Bu amaçları aşağıdaki şekilde sıralayabiliriz;

- a) Çalışana performansının hangi düzeyde olduğunu göstermek,
- b) Çalışanın işinde hangi yönlerinin yeterli hangi yönlerinin geliştirilmesi gerektiği ve bunu nasıl yapacağı konusunda yardımcı olmak,
- c) Çalışanın yaptığı işlere yönelik geri bildirimde bulunarak motive etmek ve alanında uzmanlaşmasını sağlamak,
- d) Çalışanı üst görevler için yetiştirmek,
- e) Performans değerlendirme sonucunu çalışana yapılacak ödeme, teşvik, eğitim, rehberlik gibi alanlarda kullanmak (Argon-Eren.; 2004: 224-225),
- f) Nitelikli çalışanları belirlemek ve seçmek,
- g) Çalışanlara ödenecek ücret seviyelerini tespit etmek ve başarılı olanları ödüllendirmek,
- h) Başarısız olanları belirlemek ve durumlarını yeniden değerlendirmek,
- i) Çalışanların eğitim ihtiyaçlarını tespit etmek,
- j) Kişilerarası ilişkileri gözden geçirmek ve ekip çalışmalarının gelişmesini sağlamak,
- k) Çalışan ve yönetici iletişimini arttırmak,
- l) Çalışanın işine yönelik duyduğu hususları belirlemek (Bulut, 2004) ,

Başarılı bir performans sisteminden söz edebilmek için;

- a) Ana hedefler tespit edilmeli,
- b) Herkes sistemde nasıl hareket edeceğini ve neler yapması gerektiğini bilmeli,
- c) Örgütsel hiyerarşiye ve faaliyetlerle uyumlu olmalı,
- d) Sınırları net ve anlaşılabilir olmalı,
- e) İşletme performansını değişik boyutlarda ölçebilmeli ve boyutlar arası ilişkileri de ölçebilecek nitelikte olmalı,
- f) Ölçüm sonuçlarının karşılaştırılabilmesi için standartlar tespit edilmeli,
- g) Geçmişte olan performans değerlendirilebilmeli, gelecekte olacak performansı planlayabilecek verileri kapsamalı,
- h) Objektif ve şeffaf kriterlere dayalı performans değerlendirmesinin yapılabilmesi için doğru ölçütlerin belirlenmelidir (Çoşkun, 2007: 4).

Yukarıda bahsedilen amaçlar doğrultusunda şekillenen performans değerlendirme sürecinde, konunun insan performansının değerlendirilmesi olduğunu göz ardı etmemek gerekmektedir. Bu da konunun ne kadar hassas olduğunu ve bazı ilkelere

dikkat edilmesi gerekliliğini ortaya koymaktadır. Bu nedenle performans değerlendirme sürecinde aşağıda yer alan ilkelere göre hareket edilmelidir (Argon-Eren; 2004: 225).

- a) Performans değerlendirme, çalışanı örgütsel amaçları gerçekleştirmeye yöneltmesi gerekir.
- b) Performans değerlendirme, çalışanın örgütsel güvencesini zedelememelidir.
- c) Performans değerlendirme, çalışanı ve örgütü bir bütün olacak şekilde ve bütünleştirici bir süreçte yapılmalıdır.
- d) Performans değerlendirme, çalışanın hangi sorumluluklara sahip olduğu noktasında yardımcı olmalıdır.
- e) Performans değerlendirme sistemi düzenli aralıklarla gözden geçirilerek örgüt içi ve örgüt dışı değişimlere uyarlanmalıdır.
- f) Çalışanın içinde bulunduğu grubun da performansını etkilediği göz önünde bulundurulmalıdır.
- g) Yönetim, performans değerlendirmeyi çalışan ve örgüt için bir gelişim aracı olarak kullanmalıdır (Argon-Eren.; 2004: 225).

Performans değerlendirme dinamik yapıda bir değerlendirme faaliyeti olarak ele alınması gerekir. Öncelikle performans planlamasının yapılması, değerlendirilmesi ve geliştirilmesi hedeflenmeli ve kapsamlı bir şekilde ele alınmalıdır. Bu süreç performans yönetim sistemi olarak ifade edilmektedir (Waxin & Bateman, 2009).

Tablo 1. Performans Yönetimi ile Performans Değerlendirmenin Karşılaştırması

Performans Değerlendirme	Performans Yönetimi
Yukarıdan aşağıya değerlendirme	Karşılıklı görüşmelerle değerlendirme
Değerlendirme görüşmesi yılda bir kez yapılır	Bir ya da daha çok resmi değerlendirme görüşmesinin yanında devamlı görüşme
Değerlendirme notu kullanma	Değerlendirme notu daha az yaygın
Tek parça sistem	Esnek süreç
Sayısal hedeflere odaklanma	Hedeflere olduğu kadar değerlere ve davranışlara odaklanma
Genellikle ücretlendirme ile bağlantılı	Genellikle ücretlendirme ile direkt ilişkisi olmaması
Bürokratik ve karmaşık dokümantasyon	En az dokümantasyon içerir
İnsan kaynakları (İK) departmanının sorumluluğundadır.	Yöneticilerin sorumluluğu daha belirgindir

Kaynak: (Armstrong, 2006)

Performans değerlendirme ile performans yönetimi karşılaştırıldığında (Tablo 1), performans yönetiminde yöneticilerin üstlendiği sorumlulukların daha fazla olduğu ve performans yönetim faaliyetlerinin örgütün belirlemiş olduğu amaç ve hedeflerine erişebilmesine daha fazla katkı sağladığı görülmektedir. Başka bir ifadeyle performans yönetim sistemi performans değerlendirme çalışmalarını da kapsayan geniş işlevli bir yapıya sahiptir. Mevcut performans sistemini korumak yerine sürekli bir gelişim içinde olmayı da hedeflemektedir (Mayatürk Akyol, 2011). Performans değerlendirme performans yönetiminin sadece bir yönüdür. Uygulamada tek başına performans değerlendirmenin yapılması ve diğer aşamaların görmezden gelinmesi başarısızlığa neden olur (Dedehayır, 2002).

Performans yönetimi bireysel performans yönetimi, ekip performans yönetimi ve örgütsel performans yönetimi olarak üç başlıkta toplanmaktadır (Uysal, 2015).

**Bireysel performans yönetimi**, merkezde bireyin olduğu ve bireysel performansını geliştirmeyi hedefleyen bir yönetim modelidir. Bireyin çalışmalarını periyodik olarak notlandırmak yerine verimliliğini artırmak için performansını geliştirmeyi amaçlamaktadır. **Ekip performans yönetiminin** bireysel performanstan farkı ekibin bir bütün olarak değerlendirilerek yönetilmesi olarak ele alınmaktadır. Planlanmış bir işi ya da bir projeyi gerçekleştirmek için oluşturulan ekibin performans yönetimi, o proje ya da iş için belirlenen zamanda ve ayrılan bütçeyle gerçekleşmesi faaliyetlerini ifade eden unsurlardır.

**Örgütsel performans yönetiminde** örgüt ön plandadır. Örgütün stratejik planlarını hazırlarken öncelikli faaliyetlerin tespit edilmesi, örgütün tamamını kapsayacak şekilde en üst düzeyden en alt düzeye kadar yayılması ve belirlenmiş amaçlara ulaşma süreçlerinin yönetimi olarak ifade edilmektedir. Örgütsel performans yönetiminde hedeflenen performansın gerçekleştirilmesinde birtakım kriterler dikkate alınmalıdır. Kalite, maliyet, süre, işgücü gibi ölçütlerde etkinlik, etkililik, verimlilik, şeffaflık, ekonomik olma, hukukilik gibi parametrelerinde yerine getirilmesi gerekmektedir (Çevik vd., 2008).

#### 1.4. Performans Değerlendirme Yöntemlerinin Özellikleri

Bir kurumda çalışanların performansını değerlendirmek için farklı pek çok yöntem bulunmaktadır. Bu yöntemler seçilirken çalışanın ya da işin niteliğine bakılarak karar verilir (Barutçugil; 2002: 187). Bu süreçte kullanılacak yöntemin ne olacağından ziyade başarılı olmak için çalışanların hangi kritere göre değerlendirilmesi gerektiğinin doğru analiz edilmesi gerekir. Performans değerlendirme sürecinde kullanılacak metodun örgütsel amaç ve koşullara uygun seçilmesi kritik öneme sahiptir. Her duruma uyacak bir performans değerlendirme yönteminden söz edilmeyeceğinden her örgütün neye ihtiyacı olduğunu belirleyerek şartlarına göre farklı bir yöntem de kullanabilir. Hangi yöntem ya da yöntemler kullanılırsa kullanılsın aşağıda yer alan sorulara verdiği cevaplar göz önüne alınmalıdır (Argon-Eren; 2004: 226).

- a) Performans değerlendirme yöntemi, örgütün sahip olduğu değerleri ve amaçları kapsıyor mu?
- a) Performans değerlendirme yöntemi hem nicel hem nitel standartlara uygun mudur?
- b) Performans değerlendirme yöntemi hangi amaca yönelik hazırlanmış, açık ve net ortaya konulmuş mudur?
- c) Belirlenen performans standartları hem yöneticiler hem de çalışanlar tarafından kabul edilebilir nitelikte midir?
- d) Güvenilirlik ve geçerlilik ölçütlerine uygun mudur?
- e) Performans değerlendirme yöntemi hedeflenen davranışları pekiştirme niteliğine sahip midir?

Eğer performans değerlendirmek için kullanılacak yöntem yukarıda yer alan sorulara cevap verebiliyorsa seçilmiş olan yöntemin uygun olduğu söylenebilir. Dolayısıyla performans değerlendirme insan kaynakları politikasının önemli bir kısmını oluşturduğu gibi çalışanların tanınmasını, onların bilgi beceri ve yeteneklerinden en verimli şekilde yararlanılmasını da sağlayacaktır. Fakat burada önemli olan nokta yöntem uygun olsa bile uygulanmasında ciddi hassasiyet gösterilmesi gerektiğidir (Argon-Eren; 2004: 226).



## 1.5. Performans Ölçme ve Değerlendirme

Performans ölçümü, işletmelerin ya da iş görenin iş üretiminde sarf ettiği kaynakları, üretilen mal ve hizmetleri, bu sürecin sonunda elde ettiği çıktıları kontrol edebilmesi için sistemli olarak verilerin toplanması ve toplanan verilerin analizi yapılarak raporlanması şeklinde tanımlanmaktadır. Bu sayede daha önceden belirlenmiş olan stratejik amaç ve hedeflere yönelik ne ölçüde ilerleme kaydedildiği gerek çalışanın gerekse işletmenin güçlü ve zayıf yönlerinin tespit edilmesini sağlanmaktadır. Bu noktada önemli olan, değerlendirmede kullanılacak olan ölçüm aracı ya da yönteminin ölçülmek istenen amaca uygun, anlaşılabilir, somut ve objektif olması gerekmektedir. Ölçüm sonucunda elde edilen çıktı performans göstergesi olarak adlandırılır (Apan, 2008: 74).

### 1.5.1. Performans Ölçütleri ve Performans Ölçütlerinin Belirlenmesi

İşletmelerde performans değerlendirme sistemi kurulabilmesi için öncelikle performans ölçütlerinin tespit edilmesi gerekir. En önemli aşama budur. Güvenilir ve geçerli bir performans değerlendirmeden söz edebilmek için ölçüm aracının ve ölçme kriterlerinin doğru seçilmesi ve bunların da iş görenler tarafından kabul edilmesi gerekir. Bu nedenle yönetim performans ölçütlerini belirlerken amaç ve hedeflerini net bir şekilde ifade etmeli, çalışanlara konu hakkında bilgilendirme yapılmalı ve işin nasıl yapılması gerektiği ayrıntılı olarak anlatılmalıdır (Bakan ve Kelleroğlu, 2003: 110).

Performans ölçütleri; işin süreçleri hakkında çalışanı bilgilendirir ve iş denetimin yapılması, planlanması ve uygulamasını sağlar. Neyin ve ne şekilde yapılması gerektiği noktasında rehberlik eder. Bir diğeri, iş performansı en iyi olan yönetici ve çalışanı tespit ederek onların ödüllendirilmesi için bir araç olarak kullanılır (Kabadayı, 2002: 63).

Etkili bir performans değerlendirme sistemi için tespit edilen performans ölçütlerinin özellikleri aşağıdaki nitelikleri taşımalıdır (Akçakanat, 2009: 50)

- a) İşletme stratejisiyle uyumlu,
- a) İşletme hedefleriyle direk bağlantılı,

- b) Açıkça tanımlanmış,
- c) İstatistiki yönden güvenilir ve anlamlı,
- d) Daha önce yapılmış yıllara ait programlara benzer ve kıyaslanabilir,
- e) Açık ve net,
- f) Herkes tarafından kolayca anlaşılabilir.

Performans ölçütleri, girdi ölçütleri, çıktı ölçütleri, sonuç ölçütleri, verimlilik ölçütleri, kalite ölçütleri ve karlılık olarak sınıflandırılabilir.

- Girdi ölçütleri; mal ya da hizmet üretiminde kullanılan hammadde, iş gücü vb. kaynaklardır.
- Çıktı ölçütleri; bu ölçütler finansal ve finansal olmayan ölçütler olarak tanımlanmaktadır. Performans ölçümünde sürece yönelik sonuçların raporlanmasında ve kaynakların kontrolünün sağlanmasında üst yönetim tarafından kullanılmaktadır.
- Sonuç ölçütleri; iş süreci sonunda elde edilen çıktıların belirlenmiş hedeflere ne düzeyde ulaştığını gösteren bir ölçüttür.
- Verimlilik ölçütleri; üretilmiş mal ya da hizmetin çıktıları ile o hizmet ya da malın üretilmesinde kullanılan girdilerin birbirine olan oranı ile çıkan katsayıdır.
- Kalite ölçütleri; işlevsel boyutlarla işletme performansının ölçülmesi hedeflenmektedir.
- Karlılık; işletmenin finans performansı yönünden değerlendirildiğinde en önemli ölçüttür. Kar, işletmelerin kurulmasında en önemli amaçlar arasında yer alır ve süreklilik bakımından oldukça önemlidir (Akdal, 2013: 47).

Performans yönetim sürecinde sağlıklı bir performans sistemi oluşturulabilmesi bireysel ya da kurumsal performans ölçümünün amacına göre yapılabilmesi için ilk önce ölçütlerin tam ve doğru tespit edilmesi gerekmektedir. Bu nedenle işletmede iş analizi ve iş süreçlerinin neler olduğunun bilinmelidir.

Performans ölçütlerinin belirlenmesinde aşağıdaki noktalar göz önüne alınmalıdır.

- İşletmenin hedef ve amaçları açık bir şekilde ortaya konulmalıdır.
- İşletme faaliyet alanlarına yönelik iş tanımları yapılmalıdır.

- İş tanımından sonra oluşturulan performans ölçütünün tüm boyutlarla ilişkisi kurulmalıdır.
- Değerlendirme ölçütlerini oluşturabilmek için iş süreçleriyle ilgili hem nicel hem de nitel veriler toplanmalıdır.

Performans değerlendirme ölçütleri tespit edildikten sonra belirlenmiş olan ölçütler kullanılarak planlaması yapılan performans yöntemi uygulanır. Doğru performans ölçütleri kullanılmadığı sürece performans ölçümü doğru olmayacak ve arzu edilen sonucu vermeyecektir (Yüksel,2022).

## 2. Sağlık Hizmetlerinde Performans

Teknolojinin gelişmesi her alanda etkisini dinamik olarak göstermektedir. Hızla gelişen teknoloji sağlık hizmet sektöründe de değişime ve gelişmelere neden olmaktadır. Her sektörde olduğu gibi sağlık hizmet sektörü de hayatta kalabilmek ve faaliyetlerini ölçebilmek için bazı sistemler kullanmaktadır. Özellikle kamu sağlık sektöründe performans değerlendirme sistemleri sayesinde sağlık hizmeti sunan hastane ve sağlık tesislerinin ve orada çalışanların daha verimli ve etkili çalışmalarını sağlayacak yöntemler geliştirilmiştir (Ayanoğlu vd., 2010: 41). Sağlık hizmetlerinin etkililiği ve hasta beklentilerini karşılama düzeyi performans değerlendirilmesi ile sağlanmaktadır.

### 2.1.Sağlık Hizmetlerinde Performans Ölçme Kriterleri

Hastaneler hizmet kalitelerini her zaman yüksek tutarak hasta ve hasta yakınlarının memnuniyetini ve kurumsal bağlılıklarını artırmayı ve sürdürülebilir bir başarıya ulaşmak için sağlık çalışanlarının performansını hastane stratejileri ve hedefleri doğrultusunda kriterler ile tespit etmektedir (Tezeller, 2009). Yoğun teknoloji kullanımı, fazla sayıda insan gücü ihtiyacının olması ve yüksek kalitede sunulan sağlık hizmetlerinin varlığı sağlık harcamalarında artışı da beraberinde getirmektedir. Özellikle kamu hastanelerinde artan talebe mevcut kaynaklarla cevap verebilmesi her sektörde olduğu gibi sağlık sektöründe de güç hale gelmiş ve maliyetlerdeki hızlı artış finansal performans analizlerinin de yapılmasını zorunlu kılmıştır (Alparslan vd., 2015). Sağlık kurumlarının performansları değerlendirilirken farklı göstergeler

kullanılmaktadır. Bu göstergeler; hasta memnuniyeti, sağlık hizmetlerinin kalitesi, verimlilik, finansal performans, hakkaniyet, etkililik, etkinliktir (Karaman vd., 2019).

**Hasta memnuniyeti:** Hastane performansında oldukça ciddi bir etkisi bulunmaktadır. Hastaların sağlık hizmeti konusundaki deneyimlerinin bireysel değerlendirmeleri ve hasta beklentileri ile sahip oldukları algılarının karşılaştırılmasıyla ortaya çıkan çok boyutlu karışık bir süreçtir (Dereköy & Kalmış, 2013). Eğer hasta beklentisi ile aldığı sağlık hizmeti birbirini ile örtüşüyor ise hasta memnuniyetinden söz edilir ve bu oldukça kritik öneme sahiptir (Ejder Apay & Arslan, 2009).

Sağlık kurumlarında hasta memnuniyetinin artması beraberinde kar artışını, sağlıklı iletişimi ve hasta bağlılığı gibi pozitif sonuçları getirmektedir (Waxin & Bateman, 2009).

**Sağlıkta hizmet kalitesi:** Sunulan sağlık hizmetleri, daha önceden belirlenmiş olan sağlık gösterge hedeflerine ulaşabilecek düzeyde olmalıdır. Sağlık hizmet kalitesi, hastaların ve hasta yakınlarının aldıkları sağlık hizmeti ile sağlık hizmet sunucularından beklentileri arasında olan farklılıklar ile açıklanabilir. Kalite hasta ve hasta yakınının gözünde hastaneden beklentilerinin karşılanması ya da beklentilerinin üstünde olması anlamındadır (Karaman, 2019). Hekim ve hemşirelik hizmetleri, sağlık bakımı hizmet algısı, sağlık personelinin davranış tarzı, sağlık hizmetlerine erişim kolaylığı, tedavi için harcanan süre, yemek hizmetleri, hastane odalarının konforu, park alanları gibi pek çok faktör sağlıkta kalite kriterleri olarak adlandırılmaktadır (Bilgin, 2017).

**Sağlıkta verimlilik:** İşletme tarafından üretilen hizmet veya ürün süreçleriyle ilgili nicel veri sunan ve işletmenin hedeflediği başarıya ulaşıp ulaşmadığını, kaynakları optimum düzeyde kullanıp kullanmadığını, işletmelerin gelişimiyle ilgili en iyi fırsatların sağlanıp sağlanmadığını, işletmelerin gelişmeye ihtiyaç duyup duymadığını, nerede gereksinim duyulduğunu ve gereksinim duyulup duyulmadığının belirlenmesini sağlamaktadır (Rathore, 2005). Verimlilik, en az girdi ile maksimum kaliteli çıktının elde edilip edilmediği ile ilgilidir. Bir ürün ya da bir hizmet en az maliyetle en yüksek kalitede üretilip, piyasada üretim için harcanan giderlerden daha fazla fiyata satılıyorsa o mal ya da hizmetin yüksek kalitede olduğu söylenir (Göral, 2021).

**Finansal performans:** İşletmelerde sağlıklı karar alma, planlama ve denetim işlevlerinin etkin biçimde yürütülebilmesi için düzenli aralıklarla finansal analiz

yapılması gerekmektedir. Sağlık kurumlarının finansal durumunu, varlık ve kaynaklarının etkin kullanıp kullanılmadığını, alınmış olan yatırım kararlarının ve risk analizlerinin değerlendirilmesini kapsayan süreçler olarak ifade edilir. Hem geçmiş hem de mevcut durum bir arada değerlendirilerek sağlık kurumlarının gelecekte daha sağlıklı planlama yapmalarını ve yatırıma yönelik kararların alınmasında kullanılacak verilerin analizi yapılmış olur (Ekinci & Bakır, 2021).

**Etkililik:** Sağlık hizmetlerinin performans ölçümünde kullanılan önemli bir boyuttur. Daha önce belirlenmiş olan amaç ve hedeflere ulaşmak için yapılan tüm işlemleri ve bu işlemlerin uygunluğu olarak tanımlanmaktadır (Kassan & Ali, 2017). Hizmet ya da mal üretiminde kullanılan girdilerle çıktılar arasındaki ilişkiyi ifade eden bu kavram klinik bulgular ve klinik bulguların sağlık sonuçlarında yarattığı iyileştirme düzeyi ile açıklanmaktadır. Sağlık hizmet sunumu sonucunda ulaşılan en iyi fayda hastanın var olan tedavi yöntemleri kullanılarak en iyiye ulaşabilme düzeyidir (Yaşar, 2007).

**Hakkaniyet:** Sağlık hizmetlerinde yaygın olarak kullanılan bir diğer kavram da hakkaniyettir. Kişilerin ihtiyacı olan sağlık hizmetlerini herhangi bir koşula takılmadan kullanabilmesidir. Yatay ve dikey hakkaniyet olmak üzere iki boyuta sahiptir. Yatay hakkaniyet (horizontal, aynı derecede sağlık hizmetlerine ihtiyacı olan kişilerin ödeme gücünden bağımsız olarak aynı düzeyde sağlık bakımına ve tedaviye erişimi olarak ifade edilmektedir. (Braveman, 2006).

Dikey hakkaniyet (vertical), sağlık hizmet maliyetlerinin ve faydalarının farklı statüde olan gruplar arasındaki dağılımı şeklinde tanımlanmaktadır. Yani daha çok sağlık hizmetine ihtiyaç duyan kişilerin daha çok sağlık hizmetini kullanması aynı sağlık hizmetine ihtiyaç duyanların, sosyal statüsüne, zengin veya fakir, genç veya yaşlı olup olmadığına bakılmadan aynı nitelikteki sağlık bakım ve tedaviye erişimidir (Starfield, 2011).

**Etkinlik:** Hedeflenen düzeyde üretim yapabilme yeteneği şeklinde ifade edilmektedir. Arzu edilen veya istenilen düzeyde üretim yapabilme yeteneği olarak ifade etmektedir. Doğru işi yapabilmek için beklenen performans üzerinden mevcut performans başarısının kavramsal ifadesidir. Başka bir ifade ile belirlenen hedeflere ulaşabilmek için mevcut ve elde edilebilir kaynakları optimum seviyede kullanabilme yeteneği olarak tanımlanmaktadır (Tamer, 2019).

## 2.2.Sağlık Hizmetlerinde Performans Ölçüm Yöntemleri

Sağlık hizmet sunumuna ayrılan kaynakların nasıl kullanıldığını ve hangi sonuçların elde edildiğini sorgulayan yaklaşımlar ile sağlıktaki harcamaların artması önemli olmaya başlamıştır. Kaynakları verimli kullanarak sağlıklı bir toplumun oluşturulması yönünde her geçen gün artan baskılar nedeniyle pek çok ülkede sağlık sisteminin performansının geliştirilmesine ve ölçülmesine yönelik girişimler artmıştır. Son yıllarda bu tür çalışmalar ülkelerin kendi sınırlarında kalmamış uluslararası boyuta taşınmıştır. (Aydın vd., 2007: 151). C

### 2.2.1.Dünya Sağlık Örgütü Yaklaşımı

Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2000 yılında hastanelerin performans değerlendirilmesinin yapılması gerekliliği ön plana çıkarılmıştır. İlk kurumsal model olarak kabul edilen Avrupa Ofisi modelidir. Hastane performanslarının ölçümü ile ilgili 2003 yılında bazı çalıştaylar düzenlenmiştir. Amaç tüm hastanelerde uygulanabilecek bir performans ölçüm modeli geliştirmektir (Saluvan ve Kaya, 2010: 16). Bu çalıştay sonucunda alanın uzmanları özellikle kavramlar üzerinde durmuşlar hastane, performans ve değerlendirme terimlerini tanımlamış ve hastane performansının ölçülmesinde 6 boyut üzerinde anlaşmaya varmışlardır:

- Klinik Etkililik
- Hasta Merkezlilik
- Güvenlik
- Verimlilik
- Personel Oryantasyonu
- Duyarlı Yönetişim (World Health Organisation Regional Office For Europe; 2003:2).

Tablo 2. 2003 Yılında DSÖ Çalışma Grubu Tarafından Önerilen Anahtar Hastane Performans Boyutları

BOYUT	KAPSAM
<b>Klinik Etkililik</b>	Teknik Kalite, Kanıtı Dayalı Uygulama, Sağlık Kazancı, Sağlık Sonuçları (Bireysel ve Toplumsal)
<b>Hasta Merkezilik</b>	Hasta ihtiyaçlarına cevap verebilme, Hasta oryantasyonu, Hasta Memnuniyeti, Hasta Deneyimi (saygınlık, mahremiyet, özerklik, <u>iletişim</u> )
<b>Üretim Verimliliği</b>	Finansman (Finansal Sistem, Süreklilik, Kaynak İsrafı), Örgütlenme Oranı, Teknoloji
<b>Güvenlik</b>	Sunucular, Hastalar, Yapı, Süreç
<b>Personel Oryantasyonu</b>	Sağlık, Refah, Memnuniyet, Gelişim
<b>Duyarlı Yönetişim</b>	Toplumunu Yönlendirme, Başarı, Devamlılık, Sağlıktaki iyileşmeler, Hakkaniyet, Toplumun beklenti ve taleplerine adaptasyon kapasitesi

Kaynak: (World Health Organisation Regional Office For Europe; 2003: 9)

Bu çalıştaydan sonra 2004 yılında yeni bir çalıştay daha yapılmıştır. Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Ofisi hastanelerde kaliteyi geliştirmek amacıyla Performans Değerlendirme Araçları Olarak adlandırılan (PATH: Performance Assessment Tool For Quality Improvement In Hospital- Hastanelerde Kalite Geliştirmek İçin Performans Değerlendirme Yöntemleri) etkili bir model üzerinde durmuştur (World Health Organisation Regional Office For Europe; 2004: 1). Bu modelin amacı hastanelerin performans değerlendirme yöntemlerinin belirlenmesine yardımcı olarak kendi süreçlerini değerlendirmek ve klinik süreçleri geliştirmektir (Veillard, 2005: 487)

Klinik Etkinlik	Verimlilik	Personel Oryantasyonu	Duyarlı Yönetişim
<b>Güvenlik</b>			
<b>Hasta Merkezlilik</b>			

Şekil 1. Dünya Sağlık Örgütü Teorik Hastane Performansı Modeli

Kaynak: (World Health Organisation Regional Office For Europe; 2004: 5).

Model, dört dikey boyut (klinik etkililik, etkinlik, personel oryantasyonu ve duyarlı yönetim) ve bunları kesen iki yatay perspektifi (hasta merkezlilik ve güvenlik) içermektedir (34). Bu boyutlardan;

- Klinik etkililik; hastanenin sağlık hizmet sunumu sonucunda oluşan klinik sonuçların tıbbi bilgilerle uyumunu ve bu klinik sonuçların ihtiyacı olan tüm hastaların yararlanabilmesini sağlayabilme başarısını,
- Etkinlik: kaynakları verimli kullanarak en az girdiyle en fazla çıktının sağlanmasını, en iyi hizmeti sunabilmek için sağlık teknolojilerini kullanımını ve uygun müdahalelerin yapılmasını,
- Personel oryantasyonu; çalışanların işin gerektirdiği niteliklere sahip olması, sürekli öğrenme olanaklarının sağlanması, onları destekleyen bir çalışma ortamının olması ve iş memnuniyet derecesini,
- Duyarlı yönetim; hastane tarafından toplum sağlık ihtiyaçlarının karşılanması, sağlık bakım hizmetlerinde sürekliliğin sağlanması ve sağlık hizmetleri sunumunda etnik grup, fiziksel yapı, kültürel, sosyal demografik ve ekonomik özelliklere bakılmaksızın hizmet sunulmasını,
- Güvenlik; hastanede risklerin önlendiğini veya azaltıldığını gösteren kanıtların yer aldığı yapı ve süreçlerin uygulanması ve teşvik edilmesini kapsar. Güvenlik yalnızca hasta güvenliğiyle sınırlı olmayıp aynı zamanda personel ve çevre güvenliğiyle de ilgilidir.
- Hasta merkezlilik; hastayı hizmet sunumunun merkezine koymayı ve sunulan sağlık hizmetlerinin hasta, hasta yakınları ve hizmet sunucuların ihtiyaç ve beklentilerine yönelik değerlendirilmesini ifade eder. Bu, müşteri yönelimini



(hızlı ilgi, erişim destekleyici ağ çalışmaları, iletişim süreçleri) ve saygı (hasta özerkliği, mahremiyet, onur) (World Health Organisation; 2007: 6,7).

Tablo 3. Performans Boyut ve Alt Boyutları

<b>Klinik Etkinlik (Clinical effectiveness)</b>	Bakım sürelerinin standartlara uygunluğu Bakım süreci sonuçları Bakımın uygunluğu
<b>Verimlilik (Efficiency)</b>	Uygunluk Bakımın çıktıları ile ilişkili girdiler Muhtemel en iyi bakım için mevcut teknolojinin kullanımı
<b>Personel Oryantasyonu (Staff orientation)</b>	Çalışma ortamı Bireysel ihtiyaçların tanınması ve bunlara yönelik bakış açısı Sağlık düzeyini yükseltme aktiviteleri ve güvenlik girişimleri Davranışsal tepkiler ve sağlık statüsü
<b>Duyarlı Yönetişim (Responsive governance)</b>	Sistem toplum entegrasyonu Halk sağlığı oryantasyonu
<b>Güvenlik (Safety)</b>	Hasta güvenliği Personel güvenliği Çevre güvenliği
<b>Hasta Merkezlilik (Patient centeredness)</b>	Müşteri oryantasyonu Hastaya saygı

Kaynak: (World Health Organisation Regional Office For Europe; 2004: 5).

Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Ofisi tarafından yapılan çalışmalar pilot uygulamalarla pekişmiş ve PATH projesi 2007 yılından itibaren Avrupa'da yer alan tüm hastaneler tarafından gönüllü olarak katılabilecekleri bir proje haline gelmiştir (World Health Organisation; 2007: 4). Avrupa Ofisi iki farklı PATH göstergesi oluşturmuştur. Bu göstergeler Çekirdek Performans ve Uyumlaştırılmış Performans Seti olarak adlandırılmıştır. Çekirdek Performans 47 gösterge seti içinden seçilen 17 göstergeden, Uyumlaştırılmış Performans Seti ise 47 gösterge seti içinden seçilen 24 göstergeden oluşmaktadır (World Health Organisation; 2007: 8).

Tablo 4. Uyumlaştırılmış Performans Göstergeleri Seti

<b>Çekirdek Performans Göstergeleri (Ç)</b> <b>Klinik Etkililik ve Güvenlik (Clinical effectiveness &amp; safety)</b>	<p>Ç1. Sezaryen ameliyatı</p> <p>Ç2. Profilaktik antibiyotik kullanımı (planlanmış kolon kanseri ameliyatı, koroner arter ameliyatı, çıkık tedavisi, rahim ameliyatı)</p> <p>Ç3. Mortalite (Akut kalp krizi, pnömoni, kalça kırığı, koroner arter ameliyatı).</p> <p>Ç4. Tekrar yatış (Akut kalp krizi, çarpma, pnömoni, kalça kırığı, koroner arter ameliyatı, astım, diyabet)</p> <p>Ç5. Sekiz izlem için gününbirlik ameliyat (katarakt, diz atroskopisi, göbek fıtığı, rahim kürtajı, tonsillektomi/adenektomi, kolesistektomi, tüp ligasyonu, varikoz venlerin kapatılması).</p> <p>Ç6. Gününbirlik ameliyat sonrası yatış</p> <p>Ç7. Yoğun bakıma geri dönüş</p>
<b>Verimlilik (Efficiency)</b>	<p>Ç8. Yatış süresi</p> <p>Ç9. Ameliyathane kullanımı</p>
<b>Personel Oryantasyonu ve Güvenlik (Staff orientation &amp; safety)</b>	<p>Ç10. Eğitim harcamaları</p> <p>Ç11. İşe devamsızlık</p> <p>Ç12. Aşırı çalışma saatleri</p> <p>Ç13. Enjektör yaralanmaları</p> <p>Ç14. Personelin sigara içme prevalansı</p>
<b>Duyarlı Yönetişim (Responsive governance)</b>	<p>Ç15. Taburculukta emzirme eğitimi verilmesi</p> <p>Ç16. Sağlık hizmetlerinde süreklilik</p> <p>Ç15. Taburculukta emzirme eğitimi verilmesi</p> <p>Ç16. Sağlık hizmetlerinde süreklilik</p>
<b>Hasta Merkezilik (Patient centeredness)</b>	<p>Ç17. Hasta beklentileri</p>

Kaynak: (World Health Organisation Regional Office For Europe; 2007: 8,9).

Tablo 5. Uyumlaştırılmış Performans Göstergeleri

<b>Klinik Etkililik ve Güvenlik</b>	<p>U1. Müdahale için geçen sürenin uzunluğu</p> <p>U2. Felç sonrası bilgisayarlı tomografi taraması</p> <p>U3. Aspirin kullanımı ile akut miyokart enfarktüsü taburculuğu ilişkisi</p> <p>U4. Daha ileri düzeyde riske ayarlanmış mortalite göstergeleri</p> <p>U5. Daha ileri düzeyde riske ayarlanmış tekrar yatış göstergeleri</p> <p>U6. Kırık ve felçli hastalarda bası ülserleri</p> <p>U7. Hastane kaynaklı enfeksiyon oranı</p>
<b>Etkinlik</b>	<p>U8. Uygunluk değerlendirme protokolü skorları</p> <p>U9. Hasta başına antibiyotik maliyeti</p> <p>U10. Uyarlanmış hasta yatış süreleri</p> <p>U11. Nakit para akışı/ Borç</p> <p>U12. Hasta günü başına ortalama maliyet</p>
<b>Personel Oryantasyonu ve Güvenlik</b>	<p>U13. Ücretlerin zamanında ödenme oranı</p> <p>U14. Tükenmişlik araştırmaları</p> <p>U15. Risk değerlendirmesi yapılmış işlerin oranı</p> <p>U16. Personel devir oranı</p> <p>U17. Türlerine göre işle ilgili yaralanmalar</p>
<b>Duyarlı Yönetişim</b>	<p>U18. Taburculuk hazırlığının denetimi</p> <p>U19. Taburculuktan sonra gönderilen mektup oranı</p> <p>U20. Geriatri hastalarda uygunluk değerlendirme protokolü skorları</p> <p>U21. Gününbirlik ameliyatlarda bekleme süresi</p> <p>U22. Yaşam tarzı danışmanlığı verilen akut miyokart enfarktüsü ve koroner kalp hastaları</p>
<b>Hasta Merkezilik</b>	<p>U23. Hizmetlere ulaşmada hasta anket skorları</p> <p>U24. Hizmetten hoşnutluk üzerine hasta anket skoru</p>

Kaynak: (World Health Organisation; 2007: 8,9).

Hastanelere iki setten birini kullanabilme olanağı tanınmış ve istedikleri zaman çekirdek performans setinden diğerine geçebilme imkânı da verilmiştir. (World Health Organisation; 2007: 8,9).

### **2.2.2.OECD Sağlık Hizmeti Kalite Göstergeleri**

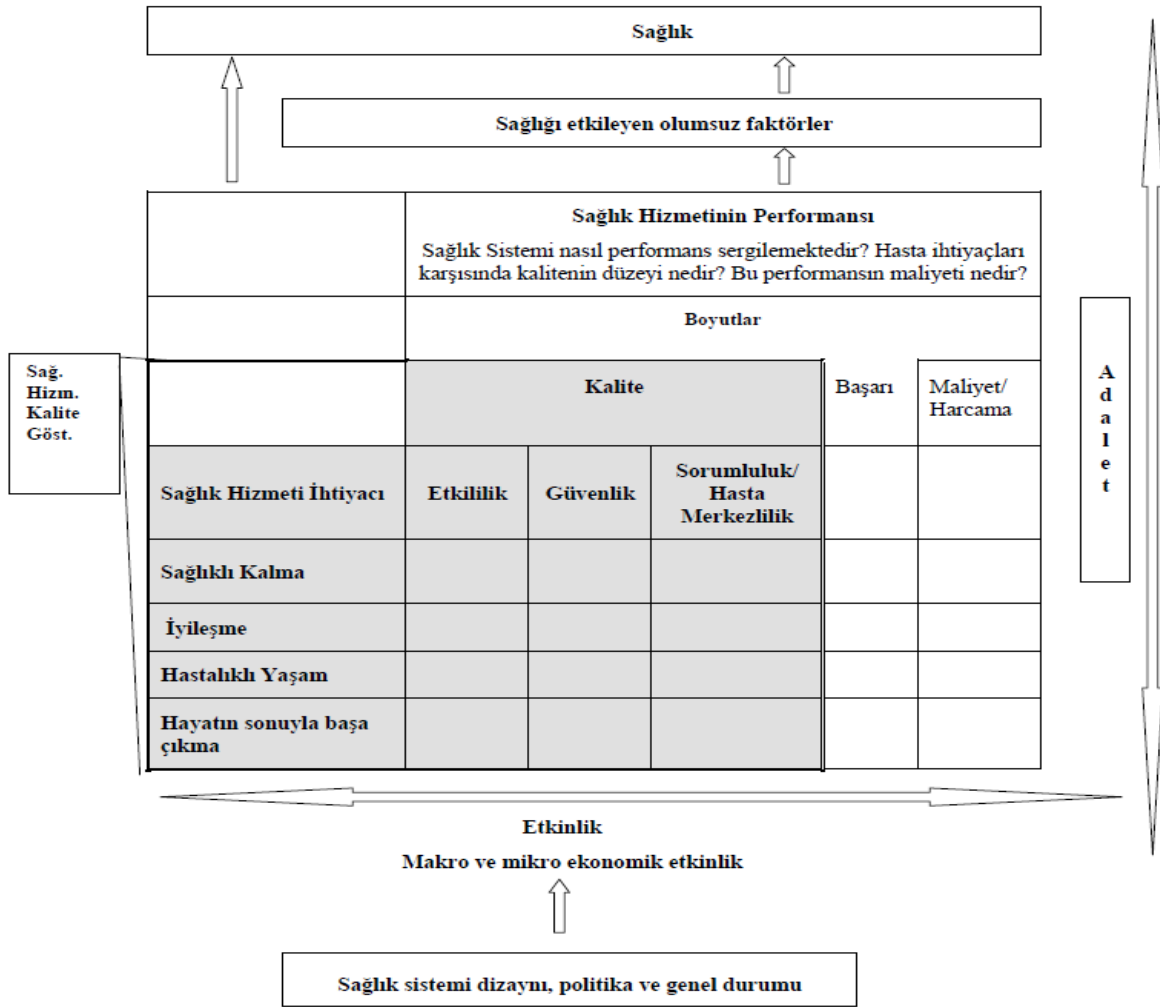
OECD ülkeleri tarafından sağlık hizmetleri kalite göstergelerine yönelik kavramsal bir çerçeve oluşturmak için 2001 yılında bir çalışma yapılmıştır. Bu çalışma daha önceden kurulmuş iki uluslararası grup tarafından organize edilmiştir. Her iki grup da beş ülkeden oluşmuştur. Birinci grup New York Halk Fonu olarak adlandırılırken diğeri de Kuzey Avrupa ülkeleridir (Kelley-Hurst; 2006:3). İki konunun öne çıktığı bu çalışmanın birincisinde, sağlık hizmetlerindeki kalite kavramının ve boyutlarının neler olduğu tartışılırken ikincisinde bunların ölçülebilirliği tartışılmıştır. Çalışmada yer alan ülkelerin üzerinde durduğu konu kavramsal çerçevenin oluşturulması gerektiği olmuştur (Kelley-Hurst; 2006:3). İki bölümden oluşan projede birinci aşama teknik kalite ve uluslararası sağlık hizmet kalitesini gösteren 17 göstergenin yer aldığı pilot uygulamanın gerçekleştirilmesini içerirken, diğeri aşama klinik durumların tamamını düzenlemek için yeni göstergelerle genel bir kavramsal çerçeve çizmek olmuştur (Kelley-Hurst; 2006:9). Çalışmaya katılan ülkeler tarafından kalitenin boyutlarından biri olan teknik kalite göstergelerini ortaya konulmuştur. Sağlık hizmetlerinin performanslarını ve kalite göstergeleri ölçerken farklı yönlerden değerlendirme olanağına sahip olacaklardır (Kelley-Hurst; 2006:3). Gösterge setlerinde göz önünde bulundurulması gereken noktalar neyin performansının ölçüldüğü, bilimsel açıdan gerçekliği ve elde edilen sonucun maliyet yönünden karşılanabilirliği (Kelley-Hurst; 2006:3).

Karşılaştıkları sorunlarla baş edebilmek için sağlık hizmeti sistemleri ciddi çaba harcamaktadırlar. Son zamanda üzerinde durulan konular performansın ölçülmesi, takip edilmesi ve geliştirilmesi yönünde olmuştur. Özellikle sağlık sistemlerinin verimliliğini artırmak için performans ölçümünü kullanmıştır. Burada önemli olan nokta hangi ölçümlerin neye göre önceliklendirileceğinin teorik çerçevesini oluşturmaktır (Kelley-Hurst; 2006:10).

Bazı ülkeler OECD çalışması kapsamında oluşturulan teorik çerçevede sağlık bakım sistemleri performansını hizmet kalitesi, erişim ve maliyet boyutları şeklinde

sınıflandırmışlardır. Özellikle bakım kalitesi ve boyutu üstünde durulmuş ve bakım kalitesinde bulunan alt boyutlar araştırılmıştır (Kelley-Hurst; 2006:10). Proje ekibi performans boyutlarının hangilerinin ve nasıl ölçüleceğini ele almışlar ve bunun sonucunda aşağıda verilen model üzerinde fikir birliğine varılmıştır (Kelley-Hurst; 2006:10).

Tablo 6. OECD Tarafından Sağlık Hizmeti Kalite Göstergeleri İçin 2006 Yılında Önerilen Kavramsal Çerçeve



Kaynak: (Kelley-Hurst; 2006:15, Korku,2010)

Yukarıda yer alan kavramsal çerçevede ilkinde sağlık, ikincisi sağlığı olumsuz etkileyen faktörler ve üçüncüsü sağlık sisteminin performansında yer alan boyutlar gösterilmiştir. Etkililik, hasta merkezlilik, güvenlik, kullanım ve maliyetin yer aldığı boyutlardan oluşmaktadır. Dikey ekseninde ise sağlık ihtiyaçlarını ifade etmektedir.

Dördüncüsü sağlık sisteminin dizaynı, politikası ve genel durumunu ifade etmektedir. Şekil genel olarak Donebedian tarafından kavramsallaştırılan yapı, süreç ve sonucu kapsamaktadır (Kelley-Hurst; 2006:16).

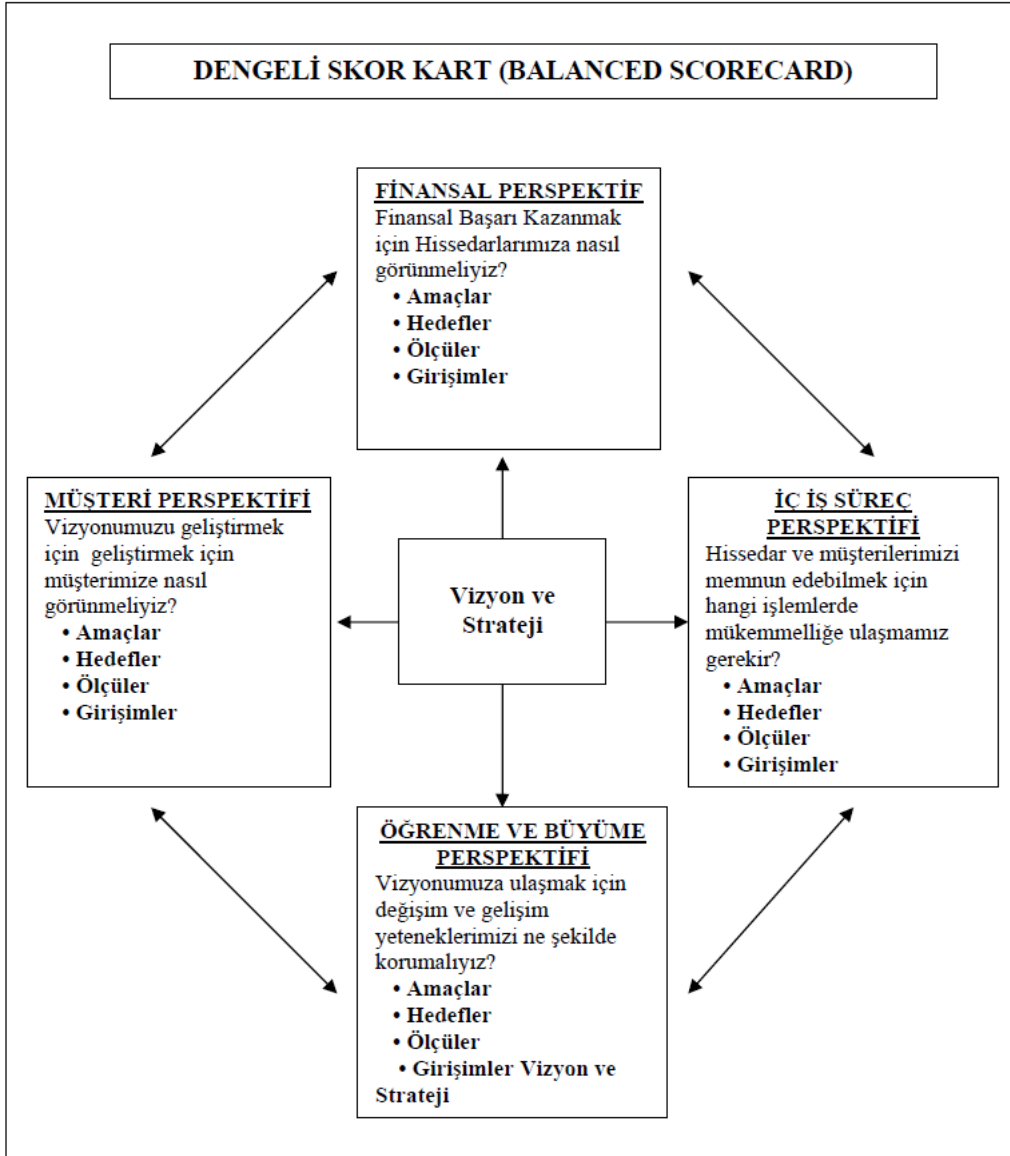
### **2.2.3. Dengeli Skor Kart-Dengeli Puan Cetveli (Balanced Scorecard)**

Hastanelerde bir performans ölçüm aracı olarak kullanılan Dengeli Puan Cetveli (DPC) ilk kez 1992 yılında Robert Kaplan ve David Norton tarafından bir makalede kullanılmıştır. Gerek finansal gerekse finansal olmayan performans ölçümlerini bütünleştiren bir ölçme aracı olarak ciddi önem kazanmıştır (Ensari, 2005). Dört boyuttan oluşan ve geleneksel performans ölçüm sistemlerinin bazı eksik yanlarını ortadan kaldırması beklenen bütünleştirici bir yapıya sahiptir (Kanji & Moura, 2001).

Stratejik amaçlar için kurumların vizyon ve stratejisine yönelik olarak işletmede ve işletmenin dışındaki iletişimi geliştiren kar amacı güden ya da gütmeyen tüm kuruluşlar tarafından kullanılan bir planlama ve yönetim sistemidir. Dengeli skor kart sadece vizyon ve misyonu belirlemek için kullanılan bir ölçüm aracı olmayıp aynı zamanda bu amaçların hayata geçirilmesi için de kullanılmaktadır (Korku & Kaya 2019). İşletmelerin şu anki performansını ölçmek ve gelecekteki performansını değerlendirebilmek için DPC dört farklı boyutta ele alınmaktadır. Bu boyutlar müşteri boyutu, finansal boyut, şirket içi işlemler, öğrenme ve büyüme boyutudur (Norton & Kaplan, 2003).

Kaplan ve Norton (1996b: 54) tarafından geliştirilen dört modele göre geliştirilen ve strateji haritası olarak adlandırılan araç, işletmedeki tüm çalışanlar ve birimler için genel ve anlaşılabilir bir yaklaşım oluşturmaktadır (1996b: 54). Strateji haritası, bir işletmenin hayati önem taşıyan faktörleri ve bunlar arasında var olan ilişkileri detaylı olarak göstermektedir. DPC bu haritanın temelini oluşturmaktadır (Yaşar, 2016).

Tablo 7. Dengeli Skor Kart (Balanced Scorecard)



Kaynak:<http://www.balancedscorecard.org/BSCResources/AbouttheBalancedScorecard/tabid/55/Default.aspx>. (Balanced Scorecard Institute) (Korku,2010)

**Müşteri Perspektifi:** Bu boyutta işletmenin müşteriler tarafından nasıl görüldüğü ile ilgilenilir. Müşteriler işletmelerin performansını değerlendirirken zaman, hizmet kalitesi, hizmet performansı ve maliyetine göre dört boyutta değerlendirir. Dengeli Puan Cetveli rekabette üstünlüğü sağlarken müşterilere yönelik stratejiler konusunda işletmeye rehberlik eder. Bu da yöneticilere müşteri bakış açısıyla işletme performansını değerlendirme olanağı sağlar. **Finansal Boyut:** Muhasebe verilerine dayanan finansal boyut örgütün stratejik hedeflerini gerçekleştirmede diğer üç boyutun başarı düzeylerini gösteren tarihsel ölçütleri kapsamaktadır. İşletme içinde diğer boyutlarla ilgili alınan her

bir karar finansal sonuç doğuracağından tüm boyutların en üstünde yer almaktadır (Bento vd., 2013: 51). DPK performans ölçme ve değerlendirme aracı olarak her işletmede kullanılabileceği gibi hastanelerde de kullanılabilir. Bu uygulamayı yapabilmek için öncelikle stratejik hedeflerin tespit edilmesi, vizyonun ve misyonun tanımlanması, çalışanların hepsine konuya yönelik eğitim verilmesi, performans boyutları ile birlikte ölçüm kriterlerinin belirlenmesi gerekmektedir. Tüm bu süreçler tamamlandıktan sonra Dengeli Puan Cetveli uygulamaya konulabilir (Tarım; 2003: 237). İşletme performansının ölçülmesinde Dengeli Puan Cetveli kullanıldığında işletme performansı finansal performansa dönüştürülemediği durumda işletme stratejisi ve stratejilerin uygulanması hususunun üst yönetim tarafından tekrar incelenmesi gerekmektedir (Korku, 2019).

**Öğrenme ve Büyüme Perspektifi:** İşletmelerin gelişme, yenilenme ve öğrenme becerileri değerlendirilerek daha ileriye odaklanmaya yöneltir. İşletmede hangi değerleri ve nasıl oluşturmamız sorusu ile bu gelişmenin sürekliliğini nasıl sağlarız sorusuna cevap arar (Korku,2010). Finansal boyut, müşteri ve içsel iş süreçleri boyutunda yer alan hedeflerin hayata geçirilmesi öğrenme ve büyüme becerilerine bağlıdır. Yöneticiler bu boyutta herhangi bir stratejiyi benimsemek ve desteklemek için işletmenin ihtiyacı olan çalışanın bilgi, beceri ve yeteneklerini, mevcut teknolojiyi ve örgütsel iklimi tanımlarlar (Yükçü, 2014: 667).

**İç İş Süreç Perspektifi:** Müşterilerin beklentilerini ve ihtiyaçlarını tatmin etmek için müşteri için değer yaratan süreçleri bulma konusunda destek olur. İçsel iş süreçleri, müşterileri işletmeye nasıl çekecekleri ve kalmalarını nasıl sağlayacakları konusunda değer önerilerini bildirmeli ve finansal başarı elde etmek için paydaşların işletmeden beklentilerini karşılamalıdır (Kaplan ve Norton, 1996: 26). İşletmenin, kendi bünyesinde bulunan iş süreçleriyle ilgili bazı faaliyetleri yapması gerekmektedir. Bunlar; yeni mamullerin üretilmesi, yeni pazarlara ulaşılmasının teşvik edilmesi, müşteri ilişkilerinin geliştirilmesi, dış paydaş ve çıkar gruplarıyla iyi ilişkiler tesis edilmesi, kaynakların kapasiteye göre yönetimi gibi gelişmeye yönelik konular olmalıdır (Yaşar, 2016).



## Sonuç ve Değerlendirme

Sağlık hizmeti sunan kuruluşların hayatta kalabilmesi için hem bireysel hem de kurumsal performans değerlendirmelerine önem vermesi ve kendi dinamiklerine uygun bir model kullanması gerekmektedir. Ülkemizde sağlık hizmetlerine erişimin kolay olması, kaliteli sağlık hizmet sunumunun yaygınlaştırılması, sağlık insan gücünün dağılımında dengeli bir sistemin kullanılması ve sağlık çalışanlarının motivasyonunun sağlanması gerekmektedir. Hizmetin kalitesi arttıkça elde edilen fayda da aynı oranda artacaktır. Dolayısıyla bu artışı sürekli kılabilecek bir sistemin kurulması, kayıt altına alınması ve değerlendirme ve düzenleme faaliyetleri için kullanılması önemlidir.

Hedeflenen çıktılara ulaşmak için yapılan performans değerlendirmesi hizmet sunumunda kaliteye ulaşmak ve hizmet sunum kalitesini sürdürülebilir kılmak için somut veriler ortaya koymaktadır. Ülkemizde sağlık alanında kullanılan performans değerlendirme yöntemleri kaliteli hizmet sunumu, kaynakların etkin ve verimli kullanımı ve nitelikli insan gücü ihtiyacını ortaya çıkardığı gibi gelişimin ve değişimin sağlanması için de fırsatlar sunmaktadır. Her kurumun kendine göre en uygun modelin hangisi olduğunu belirlemesi gerekmektedir.

Performans değerlendirilmesinde başarılı bir çıktı elde edebilmek için işletme yöneticilerinin eğitilmesi kritik öneme sahiptir. Sistemle ilgili yeterli düzeyde bilgi sahibi olması sağlanmalıdır. Aksi durumda sistemin değerlendirilmesinde ciddi sorunların ortaya çıkması kaçınılmaz olacaktır (Kestane, 2003:144).

İşletmeler performans değerlendirme yöntemine karar verirken, çalışan ve diğer paydaşların hiçbirini dışarda bırakmayacak şekilde görüşlerinin alınmasının sistemin daha sağlıklı işlemesi adına yararlı olacağı düşünülmektedir.

## Kaynakça

- Akçakanat, T. (2009). İnsan Kaynakları Yönetiminde Performans Değerlendirme: Isparta İli Emniyet Müdürlüğü'nde Bir Uygulama. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Isparta: Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Akdal, S. E. (2013). Sağlık Kurumlarında Performans Yönetimi ve Veri Zarflama Analizi Tekniği İle Bölgesel Etkinlik Analizi Uygulama. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul: Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Alparslan D, Gencturk M, Ozgulbaş N. (2015). Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde İşletme Sermayesi İle Finansal Performans Göstergeleri Arasındaki İlişkinin Analizi. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi;20(1):317–338.
- Apan, M. (2020). Bankaların Marka Değeri Performansları ile Finansal Performanslarının Karşılaştırmalı Analizi: Türk Mevduat Bankaları Üzerine Bir Uygulama. Iğdır Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi , (22) , 487-518 .
- Argon, T. ve Eren, A. (2004). İnsan Kaynakları Yönetimi. İstanbul: Nobel Yayınları.
- Armstrong, M. (2006). A Handbook of Human Resource Management Practice, London and Philadelphia: Kogan Page Limited.
- Bakan, Y. & Kelleroğlu, Ö. (2003). Performans Değerlendirme: Çalışanların Performans Değerlendirme Uygulamalarından Beklentileri Konusunda Bir Alan Çalışması . Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi , 8 (1) , - . Retrieved from <https://dergipark.org.tr/tr/pub/sduiibfd/issue/20846/223494>.
- Barutçugil, İ. (2002). Performans Yönetimi. İstanbul: Kariyer Yayıncılık.
- Bento, Al - Bento, Regina - White, Lourdes F. (2013), "Validating Cause-and-Effect Relationships in the Balanced Scorecard", Academy of Accounting and Financial Studies Journal, 17(3), pp. 45-55.
- Bilgin, Y. & Göral, M. (2017). Sağlık Kuruluşlarında Hizmet Kalitesinin Hasta Memnuniyetine Etkisi: Bartın Devlet Hastanesi Örneği . Bartın Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi , 8 (16) , 151-176 . Retrieved from <https://dergipark.org.tr/tr/pub/bartiniibf/issue/32570/361881>
- Bingöl, D. (2006). İnsan Kaynakları Yönetimi, Arıkan Basım Yayım Dağıtım Ltd. Şti., Denizli.

- Braveman, P. (2006). Health disparities and health equity: Concepts and measurement. *Annual Review of Public Health*, 27, 167–194. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.27.021405.102103>
- Bulut, Z.A. (2004) İşletmelerde Performans Değerlendirme Çalışmaları ve Uygulanan Yöntemler. *Mevzuat Dergisi*, 7 (7).
- Burches E, Burches M. (2020) Efficacy, Effectiveness and Efficiency in the Health Care: The Need for an Agreement to Clarify its Meaning. *International Archives of Public Health and Community Medicine* ;4(1). doi:10.23937/2643-4512/1710035.
- Çetin, C. (2013). *Toplam Kalite Yönetimi*, İstanbul: Beta Basım A.Ş.
- Çoşkun, A. (2007). *Stratejik Performans Yönetimi ve Performans Karnesi*. İstanbul: Literatür Yayınları.
- Dedehayır, H. (2002). Performans Yönetimi Ne İşe Yarar?, *Kaynak Dergisi*, S.12 Sıra 86, <http://www.baltas-baltas.com/kaynak/default.asp?sayi=12>.
- Dereköy, F. & Kalmış, H. (2013). Hastanelerde Performans Ölçümünün Muhasebe Bilgi Sistemiyle İlişkilendirilmesi . *Muhasebe ve Finansman Dergisi* , (58) , 139-160 . Retrieved from <https://dergipark.org.tr/tr/pub/mufad/issue/35643/396417>
- Ejder Apay S & ARSLAN S. (2009). Bir üniversite hastanesinde yatan hastaların tatmin olma düzeyleri. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 8(3), 239 - 244.
- Ekinci, G. & Bakır, İ. (2021). SAĞLIK KURUMLARINDA FİNANSAL PERFORMANS ANALİZİ A1 DAL HASTANESİ ÖRNEĞİ . *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi* , 7 (1) , 1-18 .
- Ensari, H. (2005) 21. y.y. Okulları İçin Etkili Bir Stratejik Yönetim Aracı: Balanced Scorecard, İstanbul, Sistem Yayıncılık A.S.,
- Fındıkçı, İ. (1999). *İnsan Kaynakları Yönetimi*, İstanbul: Alfa Yayınları.
- Goral R. (2021). Türkiye Sağlık Turizmi Endüstrisinin Toplam Faktor Verimliliği Analizi. *Selçuk Turizmi ve Bilişim Araştırmaları Dergisi*,1(1):24–31.
- Gözütok, G. (2006). İşletmelerde Performans Yönetimi Sistemi ve Hizmet İşletmesinden Bir Örnek. T.C. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Yönetim Ve Organizasyon Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Gürüz, D. & Yaylacı G. Ö. (2004). *İletişimci Gözüyle İnsan Kaynakları Yönetimi*. İstanbul: MediCat Yayınları.

- Kabadayı, E.T. (2002). İşletmelerdeki Üretim Performans Ölçütlerinin Gelişimi, Özellikleri ve Sürekli İyileştirme İli İlişkisi. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*. 2002/6: 61-75.
- KANJI, G.P., MOURA e SA, P. (2001). "Kanji's Business Scorecard", UK, *TotalQuality Management Magazine*, cilt 12, sayı 7-8, s.898-905
- Karaman M, Kuşcu Karatepe H, Nuray Kuşcu F. (2019). Sağlık İşletmelerinde Performans Değerlendirme ve Ölçme Yöntemleri Hakkında Bir Derleme Çalışması. *Yönetim Ekonomi Edebiyat İslami ve Politik Bilimler Dergisi*;4(1):153–171.
- Kassan AH, Ali AAM (2017). Efficiency Analysis of Healthcare Sector. *Engineering and Technology Journal*, 35(5):509–515.
- Kelley, E., and Hurst J. (2006). Health Care Quality Indicators Project Conceptual Framework Paper. <http://www.oecd.org/dataoecd/1/36/36262363.pdf>; (Erişim Tarihi: 15.09.2023).
- Kestane, D., (2003), "Performansa Dayalı Ücret Sistemi ve Kamu Kesiminde Uygulanabilirliği", *Maliye Dergisi*, Ocak-Nisan Sayısı, 142(144): 126-144.
- Korku, C. & Kaya, S. (2019). Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminin Hastane Hizmet Kalitesine Etkisi: Hastane Yöneticileri Ve Sağlık Personelinin Değerlendirmeleri. *Verimlilik Dergisi*, (3) , 83-113.
- Korku, C. (2010). Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminin Hastane Hizmet Kalitesine Etkisi, *Hacettepe Üniversitesi, Doktora Tezi*.
- Mayatürk Akyol, E. (2011). *Yetkinliğe Dayalı Performans Yönetimi*, Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık Ltd. Şti.
- Norton D, P. & Kaplan, R., S. (2003), *Balanced Scorecard*, (Çeviren: Serra Egeli). İstanbul: Sistem Yayıncılık.
- Özcan, Y. (2007). Health care benchmarking and performance evaluation. An assessment using data envelopment analysis (DEA). With CD-ROM. 10.1007/978-0-387-75448-2.
- Rathore A, Mohanty RP, Lyons AC, Barlow N. (2005). Performance Management Through Strategic Total Productivity Optimisation. *International Journal of Advanced Manufacturing Technology* ;25:1020–1028.
- Sabuncuoğlu, Z. (2013). *Uygulama Örnekleriyle İnsan Kaynakları Yönetimi*, İstanbul: Beta Basım Yayın Dağıtım A.Ş.

- Saluvan, M. & Kaya, S. (2010). Hastanelerde Performans Ölçümü. Verimlilik Dergisi, (4) , 0-0 . Retrieved from <https://dergipark.org.tr/tr/pub/verimlilik/issue/30542/330509>
- Schuler, R. S. (1995). Managing Human Resources, USA: West Publishing Company.
- Starfield, B. (2011). The hidden inequity in health care. International Journal for Equity in Health, 10(15), 1–3. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-10-15>
- Tamer, G. (2019). Sağlık Çalışanlarında Çalışma Stresinin İş Tatmini Üzerindeki Etkisi: Bakırköy İlçesinde Bir Araştırma . European Journal of Managerial Research (EUJMR) , 3 (5) , 162-186 .
- Tarım, M. (2003). Sağlık Organizasyonlarında Performans Ölçme ve Dengeli Puan Cetveli (Balanced Scorecard). Marmara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi.
- Tezeller, A. (2009). Hastanelerde Performans Değerleme ve İstanbul'da Faaliyet Gösteren Özel Hastanelere Yönelik Bir Araştırma. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Uyargil, C. (2013). Performans Yönetimi Sistemi Bireysel Performansın Planlanması Değerlendirilmesi ve Geliştirilmesi, İstanbul: Beta Basım A.Ş.
- Uysal, Ş. (2015). Performans Yönetimi Sisteminin Tanımı, Tarihçesi, Amaç ve Temel Unsurlarına Genel Bir Bakış. Ejoboc (Electronic Journal of Vocational Colleges) , 5 (2) , 32-39 . DOI: 10.17339/ejoboc.51537.
- Varinli, I., & Çakır, A., (2004). "Hizmet Kalitesi, Değer, Hasta Tatmini ve Davranışsal Niyetler Arasındaki İlişki: Kayseri'de Poliklinik Hastalarına Yönelik Bir Araştırma", Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, no.17
- Waxin, M. F. & Bateman, R. (2009). "Public Sector Human Resource Management Reform Across Countries: From Performance Appraisal to Performance Steering?", European J. International Management, C.3 S.4, s.495-511
- World Health Organisation Regional Office For Europe. (2003). Measuring Hospital Performance To Improve The Quality Of Care In Urope: A Need For Clarifying The Concepts And Defining The Main Dimensions. Report on a WHO Workshop Barcelona, Spain, 10-11 January 2003. Erişim tarihi: 20.09.2023.
- World Health Organization. (2007). Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals. <http://www.euro.who.int/document/E89742>; (Erişim Tarihi:19.09.2023).

- Yaşar, R. Ş. (2016). Dengeli Puan Kartıyla Performans Ölçümü: Bir Denetim Şirketi Uygulaması. Muhasebe ve Finansman Dergisi, (70), 193-212. DOI: 10.25095/mufad.396690.
- Yükçü, Süleyman. (2014), Herkes için Yönetim Muhasebesi, Altın Nokta Yayınevi, İzmir
- Yüksel, İ. (2022). Kamu hastanelerinde performansa dayalı ek ödeme model önerisi: Bir üniversite hastanesi örnek uygulama. Business Economics and Management Research Journal, 5 (3), 169-191.





**IKSAD**  
Publishing House



**ISBN: 978-625-367-381-9**