



KKTC SAĞLIK BAKANLIĞI VE YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ İŞBİRLİĞİ İLE
WITH THE COLLABORATION OF THE TRNC MINISTRY OF HEALTH & NEAR EAST UNIVERSITY



1988

Uluslararası Sağlık ve Hastane Yönetimi Kongresi International Health and Hospital Administration Congress



01-03 Haziran 2007 YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ - LEFKOŞA - KKTC
01-03 June 2007 NEAR EAST UNIVERSITY - NICOSIA - TRNC

BİLDİRİLER PROCEEDINGS

Editörler/Editors

Prof.Dr. Hüseyin Gökçekuş & Prof.Dr. Tansu Arasil

VOL. III

ISBN 978-975-8359-45-5 / 978-975-8359-49-3



Uluslararası Sağlık ve Hastane Yönetimi Kongresi
International Health and Hospital Administration Congress
01-03 June 2007 Near East University - Nicosia - TRNC - Mersin 10 Turkey



Uluslararası Sağlık ve Hastane Yönetimi Kongresi

International Health &
Hospital Administration Congress



BİLDİRİLER **PROCEEDINGS**

Editörler / Editors
Prof. Dr. Hüseyin Gökçekuş & Prof. Dr. Tansu Arasil

VOL. III

ISBN 978-975-8359-45-5 / 978-975-8359-49-3



Uluslararası Sağlık ve Hastane Yönetimi Kongresi
International Health and Hospital Administration Congress
01-03 June 2007 *Near East University - Nicosia - TRNC - Mersin 10 Turkey*





Uluslararası Sağlık ve Hastane Yönetimi Kongresi
International Health and Hospital Administration Congress
01-03 June 2007 Near East University - Nicosia - TRNC - Mersin 10 Turkey



Yayımlayan: YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM VAKFI, Yakın Doğu Üniversitesi, Lefkoşa, Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti
Tel/Fax: +90 392 223 54 27
Tel: +90 392 223 64 64
Fax: +90 392 223 64 61
e-posta: ghuseyin@neu.edu.tr

Telif Hakkı: **SHY2007**
Copyright sahibinin izni olmaksızın eğitimsel veya diğer ticari olmayan amaçlarla bu yayının çoğaltılmasına izin verilmiştir. Copyright sahibinin yazılı izni olmaksızın satış ve ticari amaçlarla çoğaltılması yasaktır.

İktibas: **Gökçekuş, H., Arasil, T. 2008 (Editörler), Uluslararası Sağlık ve Hastane Yönetimi Kongresi Bildiriler Kitabı**, Lefkoşa, Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti: Yakın Doğu Üniversitesi Eğitim Vakfı, 1545 sayfa

ISBN: 978-975-8359-45-5
978-975-8359-49-3

Feragatname Bu yayındaki bilgilerin doğruluğunu garantilemek için gerçekleştirilen her çabaya rağmen, YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM VAKFI, herhangi bir ülke, bölge veya alandan meşru statü ile katılan kuruluşların veya onların yetkili kişilerinin yaptığı bildiri ve sunumlarda veya onların sınırları veya limitleri aşması durumunda herhangi bir sorumluluk üstlenmeyecektir.

Baskı: KKTC Devlet Basımevi, +90 392 228 22 61



Uluslararası Sağlık ve Hastane Yönetimi Kongresi
International Health and Hospital Administration Congress
01-03 June 2007 Near East University - Nicosia - TRNC - Mersin 10 Turkey



Published By: EDUCATIONAL FOUNDATION OF NEAR EAST UNIVERSITY, Near East University, Nicosia, Turkish Republic of Northern Cyprus
Tel/Fax: +90 392 223 54 27
Tel: +90 392 223 64 64
Fax: +90 392 223 64 61
e-mail: ghuseyin@neu.edu.tr

Copyright: **SHY2007**
Reproduction of this Publication for Educational or other non-commercial purposes is authorized without prior permission from the copyright holder. Reproduction for resale or other commercial purposes prohibited without prior written permission of the copyright holder.

Citation: **Gökçekuş, H., Arasil, T. 2008 (Editors), Proceedings Book of the International Health and Hospital Administration Congress.** Nicosia Turkish Republic of Northern Cyprus: Educational Foundation of Near East University, 1545 pages

ISBN: 978-975-8359-45-5
978-975-8359-49-3

Disclaimer: While every effort has been made to ensure the accuracy of the information, contained in this publication, the EDUCATIONAL FOUNDATION of the NEAR EAST UNIVERSITY will not assume liability for any use made of the proceedings and the presentation of the participating organisations concerning the legal status of any country, territory, or area, or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries.

Printed By: TRNC State Printing Office, +90 392 228 22 61



KKTC Sağlık Bakanı'nın Mesajı;

Çağımızın en hızlı değişen ve gelişen teknolojilerinin uygulandığı sağlık alanında yaşanan değişimlerin, gerek sağlık hizmeti sunanlar ve gerekse sağlık hizmeti talep edenler tarafından en geniş ölçüde özümsemesi gerekir. Sağlık alanda nitelikli iş gücünün sürekli eğitimine ve bilgilenmesine ihtiyaç vardır.

Bakanlığımızın, Yakın Doğu Üniversitesi'nin işbirliği ile 1-3 Haziran 2007 tarihlerinde düzenleyeceği "Sağlık ve Hastahane Yönetimi Kongresi", bir yandan ülkemizin sağlık sistemini tüm boyutları ile tartışma olanağı bulacak, bir yandan da katılımcı değerli bilim insanlarının katkılarıyla sağlık yönetimi alanında yaşanan son gelişmeler ve teknolojik yeniliklerden haberdar olma şansı yakalanmış olacaktır.

Ülkemizde nitelikli sağlık bilgilerini üretme ve onlara ulaşma konusunda büyük sıkıntılar yaşanmaktadır. Eksikliği hissedilen bu alanda nasıl bir sistem oluşturması gerektiği, Kongre sırasında tartışılması beklenen konuların başında gelmektedir. Özellikle e-Sağlık uygulamaları ve sağlık bilişimiyle ilgili Avrupa Birliği ve gelişmiş ülkelerin deneyimlerinin katılımcılarla paylaşılması, bu açıdan önemlidir. Paylaşılacak bu değerli bilgilerle, Bakanlığımız tarafından yürütülmekte olan yasal çalışmaların birleştirilmesi sonucunda, sağlık hizmeti sunumunda kalitenin yükseltileceği ve ulusal düzeyde çağdaş sağlık örgütlenmesine erişileceği kanaatindeyim.

Bilgi, iletişim ve tıp teknolojilerinde yaşanan başdöndürücü gelişmeler, nüfus yapısında ve beklentiler konusunda yaşanan değişimlerle paralel bir seyir izlemektedir. Başta koruyucu hekimlik olmak üzere değişen hasta beklentileri, giderek uzayan insan ömrü ve bunun getirdiği kronik hastalıklar, organ yetmezliklerinin daha sık görüldüğü hastalıklar gibi hususlar, sağlık sektörüne yeni bir stratejik yaklaşım dahilinde bakmamız zorunluluğunu da doğurmaktadır. Bu amaçla ülke genelinde sağlık konusunda sektörler arası işbirliğinin nasıl geliştirilebileceği konusu, gerek kamu ve gerekse özel sağlık kuruluşları, üniversiteler ve sivil toplum sektöründen değerli temsilcilerimizin katılımıyla Kongre boyunca tartışılma olanağı bulacaktır.

Kongre boyunca bildirilerde sunulacak ve tartışma olanağı bulunacak, mevcut durumun tespitine ve geliştirilmesine ilişkin çok boyutlu çalışmaların, çağdaş demokrasilerde dördüncü kuvvet olarak kabul edilen medyamız aracılığı ile geniş bir toplumsal tabana yayılması mümkün olabilecektir.

Günümüzde ülkelerin gelişmişlik düzeylerinin vazgeçilmez göstergesi haline gelen sağlık hizmetinin kalitesinin yükseltilmesi ile, sağlık hizmetlerinden yararlananlar ile her düzeyde sağlık çalışanları arasında, yaşanan ve çeşitlenen sorunların çözümü kolaylaşacak ve güçlü bir sinerji yaratılacak, ülkenin makro düzeyde sosyo-ekonomik kalkınmasına katkıda bulunulacaktır.

Sağlık ve Hastahane Yönetimi Kongresi'nin yüksek bilimsel düzeyde ve çok verimli geçeceğine inanıyor, çok değerli katılımcılarına ve bilim insanlarına bu inançla şimdiden teşekkür ediyor, sevgi ve saygılar sunuyorum.

Dt. Eşref VAİZ
KKTC Sağlık Bakanı



Message from the T.R.N.C. Health Minister;

In an area with the most rapidly changing and developing technologies, changes in the health sector should be assimilated both by the officials who work in the health sector and those who gain from these services. There is a necessity for the training of the work strength to be of the highest quality. During the congress “International Health and Hospital Administration” (HHA 2007) organised by The Ministry of Health of the Turkish Republic of Northern Cyprus (TRNC) together with Near East University between 1-3 June, 2007, and with the contribution of worthy scientists, not only will the health system of our country be discussed, but also the congress will be informed about technological developments in the health administration sector.

Production and the reaching of high quality health data is a problem in our country; therefore, development of a system in this field is to be the first topic that we expect to be discussed in this conference. I feel it is extremely important to share the experiences of the European Association and other developed countries regarding e-health applications and health informatics with the participants. It is my belief that by joining this worthy information with that of legal studies being carried out in our ministry, it would be possible to reach a national contemporary health organisation which will increase the submission of health services.

Developments in communication and medical science technologies are parallel with the changes in population character and expectations. Patient expectations, especially preventive medicine, extended human life and chronic diseases caused by extended human life, and diseases that cause organ insufficiency makes us pay attention to the health sector with a new strategic approach. With the participation of delegates from public and private health organisations, universities, and civilian public organisations, we are going to discuss how to develop inter-sector relations.

During the congress, papers will be presented, discussions will be made and multidimensional studies about determination and development of present conditions will be disseminated to a wide public base through the media.

By increasing the quality of health sectors, which shows the development of countries, it would help to solve the problems between the officials who work in the health sector and those who gain from these services and create a great synergy, and at macro levels, it would help the social and economical improvement of our country.

I believe that the “International Health and Hospital Administration” Congress will go on with a high yield in a high scientific rank, and with this belief, I would like to thank all worthy scientists and participants right now.

Very truly yours.

Dt. Eşref VAİZ
Honorary President of Conference/ Organizing Committee
T.R.N.C. Health Minister



YDÜ Kurucu Rektörü'nün mesajı;

Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı ve Yakın Doğu Üniversitesi işbirliği ile gerçekleştirmekte olduğumuz Uluslararası Sağlık ve Hastane Yönetimi Kongresi'nin, gerek ele alınacak konuların önemi açısından gerekse Sağlık Hizmetleri'nin teori ve pratikte ilerlemesinin K.K.T.C.'nin bütün platformlarının ortak moral alanını geliştirmesi bakımından özel bir önemi olduğu açıktır.

Halkımızın, tıbbın bütün dallarına ilişkin istemlerini projelendirme ve realize etmeyi başta gelen bir görev olarak gören Üniversitemiz, Kanunî'nin "Olmaya devlet cihanda bir nefes sıhhat gibi" özdeyişiyle tasvîr ettiği ruh hâlini, çağdaş tıp ve sağlık hizmetleri perspektifleri içerisinde yeniden yaşatma azmini sürdürmektedir.

Sağlık hizmetlerinin yaygınlığı ve kalitesi bağlamında, K.K.T.C. Sağlık Bakanlığı'nın, hizmetlerin bilimsel-akademik platformda irdelenmesi ve çözümlenmesinde ortak çaba içerisinde ivmeyi artırıcı faaliyetleri takdir edilmelidir.

Kongre'de, Sağlık Hizmetleri'nin Yönetim, Eğitim, Sağlık Politikası, Finans, Hukuk, İletişim, Donanım ve Altyapı gibi bütün boyutlarıyla ve disiplinlerarası bir yaklaşımla değerlendirilmekte oluşu; "örgütsel davranış"tan "tıbbî etik"e, "stratejik yönetim"den "bilgi teknolojisi"ne ve otuz'un üzerindeki diğer bütün alan ve başlıklara uzanan bilimsel yelpazenin mevcudiyeti, ilerideki kongrelere ışık tutacak bir rehberin benimsenmiş olduğunu göstermektedir.

"Yaşam boyu eğitim" yaklaşımını öteden beri savunan ve bu arayışı hayata geçirmede, Büyük Kütüphane'si yanısıra her tür kurumlaşma ile canlı tutan Yakın Doğu Üniversitesi, bu kez, Kongre'nin bütün birimlerinin özenli ve bilgili ellerinde, yeni mecrasında da halkıyla bütünleşmeye devam etmektedir.

Yarın'ın üstün başarılarına giden yolda hızlanıyor olmanın heyecan ve kıvancını paylaşarak Bilim Kurulu'ndaki seçkin bilim insanlarını, Kongre/Organizasyon Komitesi'ni ve Kongre Başkanlığı'nı, çok değerli uzmanlarımızı ve katılımcıları en içten duygularla kutluyorum.

Dr. Suat İ. GÜNSEL

Yakın Doğu Üniversitesi Kurucu Rektörü



Message from the Honorary President of the Conference;

This International Healthcare and Hospital Administration Congress organized in conjunction with the Ministry of Health in TRNC is of special significance not only because of the importance of the topics that are to be discussed, but also, because any improvement, in theory and in practice, that will be generated in Healthcare Services, will of necessity help to improve the common moral principles in all other platforms.

Our university looks upon generating and realizing projects covering all aspects of medicine as the top priority among its duties and is determined to re-ignite the spirit set forth by Kanuni's saying "No amount of wealth is ever worth as much as good health," among our people.

The speeded up concerted efforts of the Ministry of Health to discuss and try to find a solution to problems in Healthcare Services on scientific-academic platforms, especially where expansion and improving the quality of the services is concerned, are to be applauded.

Included in this programme of the Congress are topics such as Administration of Healthcare Services, Training of Personnel, Health Policies, Financial and Legal Aspects in Healthcare, Communication, Equipment and infrastructure; topics from Organizational Behaviour to Medical Ethics, from Administrative strategies to Technology... Topics extending well over thirty headings and areas. This, undoubtedly, is a clear indication that this Congress will be looked upon as an illuminating example for future Congresses.

The Near East University, which heretofore has been advocating "Education throughout life" and supporting this ideology with its Grand Library and other institutions now, with this Congress, where painstakingly and diligently prepared studies will be discussed in all its units, is once again at one with the public on the way to better and brighter tomorrows.

Today, as I share with you the excitement of this impetus towards bigger and more significant successes, I heartily congratulate all the outstanding members of the Scientific Society, the Organizing Committee, the Presidency, the Eminent Experts and, of course, all the participants in this Congress.

Thank you.

Dr. Suat İ. GÜNSEL;
Honorary President of Conference/ Organizing Committee
Founding Rector of the Near East University



Kongre Başkanı'nın Mesajı;

Değerli Katılımcılar,

Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti (KKTC) Sağlık Bakanlığı ve Yakın Doğu Üniversitesi işbirliğiyle 01-03 Haziran 2007 tarihleri arasında "Sağlık ve Hastane Yönetimi" konulu bir kongre (SHY2007) düzenliyoruz.

Kongrenin dili Türkçe'dir. İngilizce sunumlar için simultane çeviri yapılacaktır.

1988'de kurulan Yakın Doğu Üniversitesi, şimdiye kadar birçok yerel ve bölgesel konferans ve seminer düzenlemiştir; bunlara ilâveten, su, deprem, eğitim, çevre ve Kıbrıs meseleleri gibi çeşitli konularda 10'dan fazla uluslararası konferansın düzenlenmesini de başarıyla gerçekleştirmiştir. Üniversitemiz, kurulduğu tarihten bugüne kadar uluslararası konferans/kongre organizasyonu ile ilgili altyapısını daha da geliştirmiş ve mükemmel düzeye getirmiştir.

Kongreye, sağlık ve hastane yönetimiyle ilgili meseleleri değişik bakış açıları çerçevesinde tartışmak üzere çok sayıda ülkeden yerli ve yabancı bilim insanı ve uzman davet edilecektir. Bu arada, çeşitli ulusal/uluslararası kuruluşların, kongreye sponsor olarak veya teknik yahut organizasyon açısından katkıda bulunmalarını da sağlamaya çalışacağız.

Kongrenin amaç ve hedefleri şunlardır:

*Sağlık ve hastane yönetimi alanında ulusal ve uluslararası çapta yeni fikirler ve başarılı uygulamaları açıklamak, tartışmak ve değerlendirmek,

*Her düzeydeki sağlık çalışanları ile sağlık hizmetlerinden yararlanan toplum üyelerinin, sağlık sorunları ve çözümleri konusundaki farkındalık ve bilinç düzeylerini geliştirmeye katkıda bulunacak bilgi ve öneriler sunmak,

*Sağlık yöneticileri ve uzmanları ile toplumun diğer kesimleri arasında, sağlık ve hastane yönetimiyle ilgili dünya çapında geliştirilmiş bilgi ve deneyim birikiminin paylaşılması için gerekli işbirliğini ve koordinasyonu teşvik etmek,

*Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanacak bir sağlık eylem planına katkıda bulunmak üzere, sağlık ve hastane yönetiminin mevcut düzeyinin geliştirilmesi, sağlık hizmetlerinde kalitenin artırılması ve sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması konularında somut ve uygulanabilir nitelikte önerilerin ortaya çıkmasını sağlamaktır.

Günümüzde bir ülkede verilen sağlık hizmetinin yaygınlığı ve kalitesi, o ülkenin gelişme düzeyinin önemli bir göstergesidir. Topluma sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesini, sadece sağlık çalışanları, hastane binaları ve teknolojileri değil, sağlık hizmetlerinin yönetimi ve sağlık hizmetlerinden yararlanacak kişilerin davranışları da etkilemektedir. Sağlık sektörü, ülke ekonomilerinde geniş bir yer tutmakta ve ülkelerin sosyo-ekonomik kalkınmalarında büyük etki yaratmaktadır. Buna karşılık, sağlık sektöründeki sorunlar da artmakta ve çeşitlenmektedir. Sağlık ve hastane yönetimiyle ilgili sorunların çözümü, sağlıkla ilgili tüm kesimler arasında sürekli işbirliğini, bilgi paylaşımını ve sağlık hizmetlerinde verimliliğin artırılması konusunda yeni arayışları gerektirmektedir.

Sağlık ve Hastane Yönetimi Kongresi; konuyla ilgili ulusal ve evrensel çaptaki bilgi birikimini, konunun ilgili tarafıyla tartışmaya imkan sağlayacağı gibi uygulanabilir önerilerin yaşama geçirilmesini de teşvik edici bir zemin yaratacaktır. Toplumumuzun sağlık sorunları ve çözümleri konusundaki farkındalık ve bilinç düzeyinin de yükseltilmesine katkıda bulunacağına inandığım bu kongre'ye katılmanızı bekler saygılar sunarım.

Prof. Dr. Hüseyin GÖKÇEKUŞ
Kongre/ Organizasyon Komitesi Başkanı
YDÜ Rektör Yardımcısı



Message from the Congress President;

Dear Colleagues,

The Ministry of Health of the Turkish Republic of Northern Cyprus (TRNC) together with Near East University, are organising a congress titled “International Health and Hospital Administration (HHA 2007) between 1-3 June, 2007. The language of the congress will be Turkish. For English presentations, simultaneous translation will be provided.

Near East University was founded in 1988, and since then has organised many local and regional conferences and seminars. Near East University has also successfully organised more than 10 International Conferences including Water, Earthquake, Education, Environment and Cyprus. Near East University has developed its infrastructure to be perfect in International Congress and Conference organisation.

Scientists and experts from all over the world will be invited to HHA 2007 to discuss health and hospital administration issues. We will also be inviting national and international sponsors. The prevalence and quality of health services shows the degree of development of countries. Thus, the aims and objectives of HHA 2007 are as follows:

- * To explain, discuss and evaluate new ideas and effective applications in health and hospital administration on a national and international level.
- * To present information and put forward suggestions regarding health problems and solutions for these problems that would help to develop the awareness and the conscious rank of those who work in the Health Sector and help the community benefit from health services.
- * To encourage the co-ordination and co-operation between the health administrators and the community so that the experience and the information developed worldwide on health and hospital administration can be shared.
- * To support the “health action plan” that is to be prepared by the Ministry of Health by introducing practical suggestions for the development of health and hospital administration, upgrading the quality of health services and increasing prevalence of health services.

The quality of health service in a community is determined not only by the officials who work in the health sector but also by the administration of the health service and the behaviour of those who gain from these services. Health is an important component of economies and has a great impact on the socio-economic development of countries. However, problems encountered in health and hospital administration are also growing in number and variety, necessitating co-operation, information sharing of all units and new searches to increase the yield of health services.

The Health and Hospital Administration Congress will provide the opportunity to discuss and evaluate new ideas and effective applications in health and hospital administration on a national and international level. Also, I would like to invite you to participate in our congress in which suggestions will be put forward regarding health problems and solutions for these problems with the purpose to develop the awareness and the conscious rank of those who work in the Health Sector and help the community benefit from health services.

Sincerely yours,

Prof. Dr. Hüseyin GÖKÇEKUŞ
Congress/Organizing Committee President
Vice-Rector of the Near East University



Kongre Eş Başkanı'nın Mesajı;

Son çeyrek yüzyıldır dünyanın hemen hemen tümünde sağlık reformu gündeme gelmiş ve uygulanan ve uygulanması önerilen sağlık politikaları gittikçe artan bir şekilde tartışılmaya başlamıştır. Sağlık teknolojisinde yaşanan başdöndürücü gelişme, sağlık teşhis, tedavi ve bakım maliyetlerinin artışı, nüfusun yaşlanması, kronik hastalıkların artması ile hastalık tür ve tedavi sürelerindeki değişim, yeni tedavi yöntemlerinin ortaya çıkması ve toplumun bilinç düzeyi artması, toplumsal algı ve beklentilerdeki değişim, hasta haklarının gelişimi, daha demokratik şekilde sağlık politikaların belirlenmesi istemlerinin güçlenmesi, sağlık politikalarını, hükümet programlarının birincil öneme sahip konuları arasına sokmaktadır. Artık sağlık politikalarının oluşumunda ve önceliklerin belirlenmesinde gerek yazılı ve gerekse görsel basın eskisine oranla çok daha fazla etkin hale gelmiştir.

Tüm dünyada sosyo-ekonomik tercihler, toplumun genel refah düzeyi beklentileri ve istikrarlı hizmet alımı ile de bütünleşmiş bulunmaktadır. Çeşitli ülkelerde sağlık alanında yapılmaya çalışılan reformların, yurttaş memnuniyeti temel almadıkça başarı kazandıkları da görülmemiştir.

Ülkemizde de dünyada sağlık reformları konusunda yaşanan deneyimleri dikkate alarak, ülkemizin somut koşullarına uygulamada bir yeniden yapılanma sürecine girilmiş bulunmaktadır. Sağlık maliyetlerini, verimlilik ve performans artırımı ile düşürmek, sağlık hizmetlerinin kalitesini yükselterek, yurttaşlarımıza çağdaş ve ulaşılabilir bir hizmet sunmak, yaşanan eşitsizlikleri ve ayrımcı yaklaşımları bütünü ile ortadan kaldırmak, nüfusunun tümünün sağlık güvencesi şemsiyesi altında, mali krizler yaşamayan bir sistemle bütünleştirmek, sağlık turizmi ve eğitimi gibi potansiyel kaynakları devreye sokarak ülkemizin ekonomik ve sosyal gelişmişliğine katkıda bulunmak sağlıkta yeniden yapılanma politikalarımızın temel bileşenleri arasındadır.

Bakanlığımız ile Yakın Doğu Üniversitesi'nin işbirliği ile 1-3 Haziran 2007 tarihlerinde düzenlenecek "Sağlık ve Hastahane Yönetimi Kongresi", uluslararası ve ülkesel bazda çok değerli biliminsanlarını ve politika yapıcı ve uygulayıcılarını, yazılı ve görsel basını, sivil toplum örgütlerinin temsilcilerini biraraya getirerek, gerek dünyada yaşanan sağlık reformlarını eğrisi ve doğrusu ile tartışma olanağı sağlayacak ve gerekse ülkemizde yaşanan yeniden yapılanma sürecine çok değerli katkılar koyacak, eşsiz bir fırsat niteliği taşıyacaktır. Ayrıca Kongre boyunca sunulacak bildiriler ve yaşanacak tartışmalarla daha çağdaş sağlık politikalarını uygulayabilmemizde güçlü bir toplumsal sinerji yaratılacaktır.

Bu bağlamda, Sağlık ve Hastahane Yönetimi Kongresi'nin toplanmasında emeği geçen başta Yakın Doğu Üniversitesi Kurucu Rektörü Dr. Suat Günsel olmak üzere, bildirileri ile veya bildirisiz Kongreye katkı koyan ve oturumlara katılarak ortak sinerjiden pay almaya çalışacak tüm katılımcılara şimdiden içtenlikle teşekkür eder, saygılar sunarım.

İsmet SALİHOĞLU

Sağlık Bakanlığı Bakanlık Müdürü

Sağlık ve Hastahane Yönetimi Kongresi Eş Başkanı



Message from the Congress Partner Presidents;

In the past quarter century reforms in health have been on the top of the agenda and has lead to many debates on issues such as adapted health policies and health policies that should be implemented.

The revolution in technology used in treatment, the increase in treatment and care fees, an increase in the number of elderly in the overall population, an increase in the number of chronic deseases and change in treatment periods, the general population becoming more sensitive to health issues and thus causing change in expectations, and the emergence of patient rights have all played an important role in bringing health issues into top priority in Government policies.

Socio-economic trends throughout the world, have merged to incorporate society's expectations in living standards and stable capability of purchasing services. We can see that in countries where health reforms are undertaken without any consideration given to satisfy the needs of citizens has ended with failure.

The T.R.N.C. has begun its own re-organisation phase in health based on reforms implemented globally. As part of this new re-organisation phase, decrease in health expenses through the increase in output and performance, increase in the quality of services given, providing civil and increased availability in services, total abolishment of unfare practises, embracing the whole population under the health umbrella, and providing a health system free of financial crisis are all main priorities.

The Health and Hospital Management Congress to be held during 1-3 June with the joint cooperation of the T.R.N.C. Ministry of Health and the Near East University will bring together both international and local intellectuals, policy makers, press and media, and civil society groups, to evaluate not only global health reforms but also evaluate the re-organisation phase in health reforms in the T.R.N.C. Furthermore debates to be conducted during the congress will help create a greater cynergy in implemeting new policies.

In this context I would first of all like to thank The Near East University Founding Rector Dr. Suat Günsel for his efforts in making this Congress possible, and all who participated in the Congress and played a part in forming a common synergy during this Congress.

İsmet SALİHOĞLU
Director of Health Minister
Congress Partner President



BİLİM KURULU / SCIENTIFIC COMMITTEE

Prof. Dr. ALPER Behnan
Prof. Dr. AYDIN İneyet
Prof. Dr. BASKAN Semih
Prof. Dr. BİLGİN Kamil Ufuk
Prof. Dr. BUMİN M. Ali
Prof. Dr. COYNE Joseph
Prof. Dr. ÇETİNKAYA Fevziye
Prof. Dr. EGE Rıdvan
Prof. Dr. ERSOY Korkut
Prof. Dr. GİDENER Sedef
Prof. Dr. HASSAN Ümit
Prof. Dr. KARABULUT Muhittin
Prof. Dr. KAYA Sıdika
Prof. Dr. KİPER Nural
Prof. Dr. ONUR Rüştü
Prof. Dr. ÖZKAĞNICI Ahmet
Prof. Dr. SALEK Sam
Prof. Dr. SEYHAN Nesrin
Prof. Dr. TAVLI Lema
Prof. Dr. TENGİLİMOĞLU Dilaver
Prof. Dr. ULUĞ Feyzi
Prof. Dr. ÜLKER Halil
Prof. Dr. YAŞAR Doğan
Prof. Dr. YÜCECAN Sevinç
Doç. Dr. AKINCI Fevzi
Doç. Dr. DORUK Hasan Erdal
Doç. Dr. ERAY Oktay
Doç. Dr. HALICI Ali
Dr. TAHENY Geraldine

Prof. Dr. ARASIL Tansu
Prof. Dr. AYDIN Erdem
Prof. Dr. AYDIN Sabahattin
Prof. Dr. BEŞER Erdal
Prof. Dr. BİRCAN İsmail
Prof. Dr. BODUROĞLU Koray
Prof. Dr. ÇAKMAKÇI Metin
Prof. Dr. DEMİRDAMAR Rumeysa
Prof. Dr. ERSOY Fevzi
Prof. Dr. FONT Joan Costa
Prof. Dr. GÜLER Çağatay
Prof. Dr. İKİZLER Can
Prof. Dr. KAVUNCUBAŞI Şahin
Prof. Dr. KISA Adnan
Prof. Dr. KUŞTİMUR Semra
Prof. Dr. ORHON Derin
Prof. Dr. Ring Haim
Prof. Dr. SEÇİM Hikmet
Prof. Dr. SUR Haydar
Prof. Dr. TATAR Mehtap
Prof. Dr. TOKAT Mehmet
Prof. Dr. UPWICH Guus van der
Prof. Dr. YALÇIN Peyman
Prof. Dr. YONTAR Aysel
Prof. Dr. YÜCEL Ayşen
Doç. Dr. ATEŞ Metin
Doç. Dr. ELÇİ Ömür Çınar
Doç. Dr. ERİGÜÇ Gülsün
Doç. Dr. YILDIRIM Aytolan
Doç. Dr. THOMECEK Christian



ONUR KURULU / HONORARY PRESIDENTS

Dr. Eşref Vaiz (Minister of Health of T.R.N.C.)
Dr. Suat Günsel (Founding Rector of Near East University)

KONGRE BAŞKANI / CONGRESS PRESIDENT

Prof. Dr. Hüseyin Gökçekuş (Vice Rector of the Near East University)

KONGRE EŞ BAŞKANI / CONGRESS PARTNER PRESIDENT

İsmet Salihoğlu (Head of Ministry of Health of T.R.N.C.)

ORGANİZASYON KOMİTESİ / ORGANIZING COMMITTEE

Dr. Rifat Siber (M.D.)
Dr. Gülgün Vaiz (M.D.)
Dr. Hatice Gökçekuş (M.D.)
Dr. Sıla Usar (M.D.)
Dr. Özlem Gürkut (M.D.)
Dr. Tacan Öncül (M.D.)
Asst. Prof. Dr. Mesut Yalvaç
Asst. Prof. Dr. Hatice Ataçağ Erkurt
Asst. Prof. Dr. Dudu Özkum
Erdoğan Ergün
Tuncer Kutluhan
Alp Özerk
Tümer Garip
Ahmet Savaşan
Temel Rızza
Timur Cengiz
Mustafa Ufuk Çelik
Helen Beyzade
Özden Nurluöz
Nesrin Menemenci
Emel Tozlu Aslan
Gürsel Tavukçuoğlu
Fatoş Akmergiz



AÇILIŞ KONUŞMALARI

Yakın Doğu Üniversitesi Rektörü Prof. Dr. Ümit Hassan

Sayın Cumhurbaşkanım;

Bu kadar güzel beste seçimi, orkestrasyon ve tabii çok güzel bir icradan, ruhun gıdası şöleninden sonra çekilebilecek miyim bilmiyorum. Sayın Cumhurbaşkanım, çok değerli bilim insanlarıyla birlikteyiz, yine mutlu, heyecanlı ve amaçlı bir gün içerisinde bulunuyoruz.

Cumhurbaşkanım,

Sayın Meclis Başkanım,

Sayın Kurucu Rektörüm,

Sayın Sağlık Bakanım, ki himmetleriyle birlikte bu kongremiz oluşuyor.

Çok değerli bakanlarım, teker teker hepsini saygıyla selamlıyorum

Teşrifleri ve ilgileriyle bize güç katan Kıbrıs Türk Barış Kuvvetleri Askeri Hastane Başhekimi Komutanımı selamlıyorum

ve yine

İdare Müdürlüğünü,

İdare müdürünü

Tabii ülkemiz için çok büyük emekleri olan, herbiri ayrı değer taşıyan Sağlık Eski Bakanlarımızı selamlıyorum.

Sayın Milletvekillerimiz de buradalar, hoşgeldiler.

Ana muhalefet partisinin değerli temsilcileri, keza onları da selamlıyorum ve

Sivil Savunma Başkanlığımı'nın değerli temsilcisini, başkan yardımcısını selamlıyorum.

Sağlık dünyamızın üst düzey yöneticileri buradalar, hoşgeldiler. Herbiri en kritik görevlerdeki bu değerli yönetici personeli de selamlıyorum.

Baskı ve menfaat gruplarının, yani Kamu-Sen'nin, Kamu-İş'in değerli genel başkanlarına da hoşgeldiniz diyorum.

Belediye Başkanlarımızı ve basınımızın değerli mensuplarını da selamlıyorum, onlara da hoşgeldiniz diyorum.

Sayın Cumhurbaşkanım,

Ünlü Walter firmasının baş ekspertizi konumundaki sayın Mihail Maor dünya çapında büyük bir uzmandır. Kendisi Walter firmasının satış müdürlüğü görevini de yürütüyor. Kendisi sadece bir ekonomist, bir pazarlama uzmanı olarak değil, sağlık teknik hizmetlerinden, organizasyonuna kadar dünya çapında bir uzman. Dün üniversitemizdeydi. Yakın Doğu Üniversitesi'nin Eczacılık ve Dişçilik Fakültelerini baştan aşağıya inceleyen Mr. Maor, şimdiye kadar bu derece üst düzeyde teknik, teknolojik, yatırım ve organizasyon planına rastlamadığını belirtmiştir. Kendisi bunu, bir nezaket söylemi dışında, fevkalade önemli teknik ayrıntılara ve organizasyon özelliklerine değinerek, raporuna alarak deklare etmiş bulunuyor. Ayrıntıya girmeyeyim, ama mesela bir çeker ocak teknolojisinin bulunduğu bu aşamanın Yakın Doğu'da konumlandırılmasının enternasyonel bir olay olduğunu belirtmiştir. Mr.Maor üniversitemizden ayrılırken, sevgili ve değerli Adem Aköl -ki onun emeklerini



şimdi teker teker saymayayım- onun vedalaşmadan birdenbire ayrılmasının nedenini merak etmiş olmalı. Ama Mr.Maor'un veda yerine "Kayıt nerede yapılıyor ?" diye sorması da hoş bir nüktedir. Bunları sizlerle paylaşmak ihtiyacından sonra, meselelerimizin özüne değinmeye çalışalım.

Kurucu Rektörümüz Dr. Suat Günsel, Suat Hoca, mesai arkadaşlarına uzun yıllardır sorar şunu sorar: (şahsen bende bir mesai arkadaşı olarak bu soruya onbeş yıldır muhatabım)

"Umut verebiliyor muyuz? Hedef, umut, amaç, insandır" der. Bu bir nevi motto olmuş durumda. Tıp dünyasına girdiğimizden beri "Umut verebiliyor muyuz?" sorusu biraz daha sıklaştı. Bu soru, "Umulanların mutlaka gerçekleşeceğini gösterebiliyor muyuz?" sorusuyla pekiştirilmeye başlandı. Bugün artık bu amaçla sınırsız bir bütünüz, bütünleşmiş, azimli ve güçlü bir Yakın Doğu Üniversitesi daha da yükselmekte.

Devletin -kavram olarak ve Devletimiz olarak Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti olarak- varlığı tartışılmaz şüphesiz. Ayrıca bu varlığın bütün dünya tarafından tartışılmaz kılınmasını tabii ki düşünmek gerek. Bunun şüphesiz başlıca üç temeli var. Bu üç temel olmazsa olmaz temeller. Malum, birazdan zikir edince daha da belirginleştirme fırsatı bulacağım, bunlar birer temel, ama üzerinde yükselen inşaatlar maddi ve manevi inşaatlar istiyor.

Birincisi güvenlik. Güvenlik tabii halkımızın, ulusumuzun bütünün güvenliği ki bu 1974'den beri sağlanmıştır, sağlanmaya devam ediyor, sağlanmaya devam edecektir. Böylece birinci temel, yerli yerinde bütün gücüyle duruyor. Bu temel sayesinde koruma ve kollama işlem ve güvenceleri kayıt ettiğim gibi yerli yerinde duruyor ve duracak. İkincisi, besbelli, hep biliyoruz, katılacağınızı umuyorum, eğitim, bütünsel olarak eğitim. Eğitimin şekillenmesi ve tabii asıl yüksek öğrenime varması, bu da 1980'den beri devlet varlığının bir temeli halinde yüksek öğrenim bazında ortada yetkinliğe hergün biraz daha ulaşarak bütün üniversiteler itibarıyla duruyor. Üçüncüsü ve olmazsa olmazın bir tanesi bu üçlememizin, bu zeminlere tutunan saç ayağın üçüncüsü, yine şüphesiz sağlık. Sağlık şimdi tüm boyutlarıyla devletin, halkın, K.K.T.C.'nin insanının tamlayıcısı konumunda.

Yakın Doğu Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi ile, Dış Hekimliği Fakültesi ile, Sağlık bilimleri Fakültesi ile ve tabii Hemşireliğin Fakülte Statüsüyle, Beslenme ve Diyetetik uzmanlığının bir üst düzeye çıkmasıyla ve tabii tabii bütünsel olarak tıbbın asıl büyük gerekliliklerini oluşturmak ve bunu yükseltmek görevini yerine getirmektedir, getirecektir hiç şüphesiz olmasın. Bu kongremiz çok önemli bir bilimsel üretimi üstleniyor. Şu sırada kongredeki temaları, bildirimleri, abstraktları , hatta sadece temaları keşke vakit baskısı olmasaydı da size sunabilseydim. İlgilenen basın mesuplarımız olursa bunları- abstraktların, bildirimlerin, tebliğlerin isimleri değil sadece temalarını-çok ufak harfler ile müsaadenizle sizlerle paylaşayım. On sayfa tutan kayıtlarıma göre, burada konuyla ilgili değişik temaların gözden geçirileceğini ve bilimsel incelemeye tabi tutulacağını görmekteyiz. Bütün sağlık camiamıza, Sağlık Bakanlığımıza ve onu çevreleyen oluşumlara dönersek, Yakın Doğu Üniversitesi hayat kurtarmak istiyor. Hayat kurtarmak deyince, tabiiyle bunu, ortada vahim bir hastalık bulunduğu anlamında kullanmıyoruz. Hayat kurtarmak, sadece aktüel tıbbi anlamda ele alınmaz, şüphesiz. Tıp tabii ki teşhis ve tedavi demek, bilhassa tedavi demek. Ama Yakın Doğu Üniversitesi beyinlerimizdeki esareti kaldırmak istiyor. Beyinlerimizdeki esareti kaldıracak. Ne olur bana? Ne oldu bana? Ne oldu şu yakınım, evladım? Nereye gitmeliyim? Hangi yöne koşmalıyım? Kuzeye mi? Güneye mi? Doğuya mı? Batıya mı? Burada mı kalmalıyım? Şansımı denemeli miyim? Bütün bunlardan oluşan zihinsel esaret halkalarını yok edecek Yakın Doğu Üniversitesi. Beyinlerden temizleyecek bu halkaları. Hastalık, değerli bilim insanları, sizleri bunu söylemek zaid ve tabii hadsiz



konuşmak istemiyorum ama, bir ruh halini beraberce paylaşmak eğilimindeyim. Hastalık bir bireyi sardı mı, ailenin, dostların umut pencerelerine nasıl koştuğunu hep biliyoruz. Nerede o pencerelerden var, o umut pencerelerinden var diye. Ve yakınları için, hastam için, anam, babam, çocuğum, yakınım, arkadaşım, dostum için yapılması mümkün herşeyi yaptım düşüncesi, bireyi, aileyi ve belki daha da önemlisi, toplumu yiyip bitiren endişe değil midir? Herhangi bir sonuçtan sonra tabii ve inşaallah tedavilerden, başarılarından sonra duyulan bir rahatlık vardır. Ama, şu düşünceler de olabilir: Acaba bundan sonra ne olacak? Belki de başarısızlık halinde duyulan endişenin, kemirilmenin, geride kalanların hayata dönüşünün tek çaresi olan gerekenleri acaba yapabildim mi? gibi düşünceleri kastediyorum. “Gerekeni acaba yapabildim mi?” kemirilmesi, K.K.T.C.’de yok edilecek. Onu yok etmek için yola çıktı Yakın Doğu Üniversitesi.. Önce kendimizle barışalım. Barışalım, ama önce kendimizle. Özgüvenli olmadan, yıkma içgüdülerini arıtmadan, hiç birşey olmaz. Bu arada şu akla geliyor : Üniversiteler konusunda iki ana eğilim vardır. Üniversiteler öyle olsun, böyle olsun, içinde işte bir, iki tane fakülte olsun, onlar prestij fakültesi, önde gelen fakülte olsun. Falanca üniversite – falanca batı üniversitesi, falanca doğu üniversitesi- o fakültelerin prestiji dolayısıyla anılsın ve diğerlerini de lokomotif gibi çeksın. Birinci görüş budur. İkinci görüş, bütünsellikçi üniversite görüşüdür. Neyin nereye uygun düştüğü, zamana, mekana bağlı bir husus şüphesiz. O üniversite veya üniversitelerin dünyanın hangi yerinde olduğuna bağlı, gelişmişlik endeksine bağlı, içinde bulunduğu sosyal, siyasal, düşünsel ortama bağlı bir şey. Ama K.K.T.C.’de şüphesiz bir bütünsel anlayışlı üniversite gerekiyor. Her kurumuyla, her fakültesiyle bütünleşecek ve böylece deminden beri ortaya koymaya çalıştığım hissiyat yönünde toplum modelini yüksek tutacak bir oluşum gerekiyor. Bu sadece ve tabii bir UNUS artı VERSUS yani unus tek, versus ona dönüşmüş, bire dönüşmüş, bütünlüğe dönüşmüş demek üniversite. Pek çoğunun zannettiği gibi universal falan demek değil. Üniversite, bütünlük demek, bire dönüşme demek olan ‘unus’ ve ‘versus’ sözcüklerinden geliyor. İşte bu anlamdaki aslımı hakkedecektir Yakın Doğu Üniversitesi. Üniversite kavramının oluşumundaki tarihi realiteye uygun özellikteki gelişimini bir kez daha ortaya koyacaktır. Sayın Cumhurbaşkanım, Değerli Konukla, Aziz bilim insanları, bu aynı zamanda bir ulusal duruş demektir. Tıp dünyası, tıba ilişkin bilim ve eğitim hedefleri, bunun için de önemlidir. Eksik kalmamak için önemlidir. “Acaba güneye mi gitmeli?” düşüncesini izale etmek için önemlidir. Demek ki birey, aile açısından beyinsel rahatlık, toplumsal açıdan güven ortamı, bu süreçle oluşacaktır. Tıp dünyası dışından bir kişi olarak ve gönül borcu olarak iki cümleyle de hemşirelerimize değinmek istiyorum. Fakülte düzeyinde hemşire yetiştirmemiz de çok olumlu sonuçlar verecek. Belki koruyucu hemşirelik figürü ki bu da tartışılacak kongremizde, daha kolaylıkla meydana getirilebilecek. Hemşire sözü, belki güzel bir mısra, bir beyit okunduğunda insana hoş bir ürperti veren bir söz. Zaten kelimenin kendisi de güzel değil mi? Hemşire, ananın ak sütü, aynı süttten gelme demek. Aynı süttten emmişler, kızkardeşler demek. Hemşirelerimiz için çok şey söylenecek kongremizde. Her boyut ve anlamda onlar şefkatin icracısı ve tanıklarındır. Demek ki Türk dünyasında halkın maddi, manevi -moral sağlığı içte ve dışda bu karanlık savaş sürerken, bu ortamda övünme, çalışma ve güvenmenin teminatı olacaktır. Kongremizde olacakları görmek ve önlemek fikrinin teori ve pratiği çok hakim bütün bildirilere bakıldığında. Kongreler tabii elzem, Sağlık Bakanlığımıza ve Bilim Kurulu Üyelerimize ve Organizasyon Komitesi Başkanı’na teşekkürleri bir daha sunmak gerekiyor gönülden. Ancak kongreler, yapılacakların Yakın Doğu ve Tıp aleminin bir zorunluluğu, bir aşaması, bir ön koşulu, bir momentumu olarak görülmelidir. Asıl yapılacaklar, maddi ve manevi inşaalardır hiç şüphesiz. Hayatın kendisi, canlı hayat ve pratiğidir.



Yakın Doğu Üniversitesi Rektör Yardımcısı
Kongre Başkanı
Prof. Dr. Hüseyin Gökçekuş

Sayın Cumhurbaşkanım,
Meclis Başkanım,
Bakanlarım,
Kurucu Rektörüm,
Rektörüm,
Değerli Bilim İnsanları,
Değerli Katılımcılar,
Basınıımızın Güzide Temsilcileri,

Uluslararası Sağlık ve Hastane Yönetimi Kongresi, KKTC’de sağlık alanında bugüne kadar düzenlenen en büyük ve ilk uluslararası kongredir. Öncelikle, Yakın Doğu Üniversitesi ve KKTC Sağlık Bakanlığı’nın iş birliği ile yürütülen bu düzeyde bir kongreye ev sahipliği yapmaktan YDÜ olarak büyük onur duyduğumuzu belirtmek isterim. Aynı zamanda, bu kongrenin, tüm katılımcıların değerli katkılarıyla KKTC’de sağlık ve hastane yönetimi alanındaki bilgi ve deneyim birikimini zenginleştireceğine inanıyor; katılımınız için hepimize tekrardan teşekkür ediyorum.

Kurucu Rektörümüz Dr. Suat Günsel ile Sağlık Bakanımız Dr. Eşref Vaiz’in onursal başkanlıklarında gerçekleşen kongremizin, organizasyon komitesi sağlık bakanlığımız tarafından görevlendirilen doktorlarımız ile, Yakın Doğu Üniversitesi çalışanlarından oluşmaktadır. Kongre Organizasyon Komitesi Başkanlığını Ben, Eş Başkanlığını ise Sağlık Bakanlığının Bakanlık Müdürü yürütmektedir. Kongreye katılan bilim insanların yarısının Profesör ünvanı taşıyan Rektörlük mensubu, Dekan, Bölüm Başkanı, Anabilim Dalı Başkanı, Başhekim gibi görevleri icra ediyor oluşları kongrenin nicelik kadar, nitelik yönünden de ne denli güçlü olduğunu göstermesi bakımından büyük önem taşımaktadır. Bu kongrenin akıllarda kalacak bir diğer özelliğide bildiri sunacak 318 bilim insanınının 30’u hekim olmak üzere, 12’si diğer sağlık mensubu, toplam 78 bilim insanının KKTC’den katılıyor oluşudur. Diğer bir deyişle kongrede sunulacak bildirilerin %25’i KKTC, 208 bildiri ile %66’sı T.C.’den, %9’luk geriye kalan kısmı ise Almanya, ABD, Danimarka, İngiltere, İran, İrlanda, İsrail, İsveç, Libya, Mısır, Suriye gibi ülkelerin bilim insanlarından oluşmaktadır.

Kongrenin genel amacı, sağlık ve hastane yönetimi alanında ulusal ve uluslararası düzeydeki bilim insanlarını, uzmanları ve yöneticileri bir araya getirerek, konuyla ilgili yerel ve dünya çapındaki bilgileri, yeni fikirleri ve başarılı uygulamaları tartışma, değerlendirme ve paylaşma imkânı yaratmaktır.

Bilindiği gibi, sağlık konusu, yeryüzünde insanın ilk varoluşundan bugüne kadar, tüm toplumların en çok ilgilendiği konulardan biridir. Çünkü sağlık, sadece her bireyin hayatını, bu hayatın süresini ve işlevselliğini doğrudan etkileyen ve değişik toplumsal boyutları da olan bir konudur.

Yine bilindiği gibi, insanlık tarihinin başlangıcından günümüze, insan hastalıkları gittikçe çeşitlenmiş; bilim öncesi dönemin tanı ve tedavi yöntemleri yerine, modern bilime dayalı yöntemlerden yararlanma aşamasına geçilmiş; bilim dünyası, çeşitlenen hastalıklar için sayısız yeni tedavi yöntemleri geliştirmeyi başarmıştır. Ancak, küreselleşen dünyada sosyo-kültürel, ekonomik ve teknolojik



değişimlerin artması ve hızlanması, bir yandan yeni hastalık türlerini ortaya çıkardığı gibi, diğer yandan ulaşım ve iletişim imkânlarındaki büyük gelişmeler, birey ve toplumların daha önce görülmemiş düzeyde karşılıklı etkileşimini de hızlandırmıştır. Bu durum, yeryüzünde hastalıkların da daha hızla yayılmasına yol açtığı gibi, onların tedavisiyle ilgili yeni bilgi ve fikirlerin iletilmesini de hızlandırmış ve kolaylaştırmıştır. Kısacası, sağlık sorunları ve bunların çözümleri, gittikçe daha fazla küreselleşmektedir. Bu durum, her tür ve düzeydeki sağlık sorunları ve onların çözümleri konusunda sadece yerel ve ulusal çapta olduğu kadar, küresel çapta bilgi paylaşımını ve işbirliğini de zorunlu kılmaktadır.

Sağlık konusunun başka bir boyutu da, sağlık konusundaki tanımlarda yeni arayışların ortaya çıkmasıdır. Dünya Sağlık Örgütü'nün 1946'da önerdiği ve sağlık camiasının da genelde benimsediği bir tanıma göre **sağlık, “sadece, hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik halidir.”** Bu tanım, hastalıkların tedavisinin sosyal boyutuna dikkat çekmektedir. Diğer taraftan, sağlığın daha yeni tanımları ise, ‘sağlık açısından ‘iyi’ olma halinin, her bireyin kendi ‘iyilik durumunu’ algılamasındaki farklılıkların önemini gündeme getirmektedir. ‘**Sağlıkta yaşam kalitesi**’ kavramının ortaya çıkmasıyla birlikte, günümüzde sağlık, “**yaşamın iyi ve doyum sağlayan karakterinin bir bütün olarak öznel biçimde algılanması**” veya “**hastanın beklentileri ile erişebildikleri arasındaki mesafenin azaltılması**” şeklinde de tanımlanabilmektedir.

Bu tanımlardan hareketle, 21. yüzyılın, sağlık ve yaşam kalitesinin bir arada kavrandığı bir yüzyıl olacağı açıktır. Dolayısıyla birey sağlığı, bireyin fiziksel, ruhsal ve toplumsal çevresi kapsamında ele alınmasını zorunlu kılmakta; aynı zamanda, bir toplumun genel gelişme düzeyi ile o toplumun sağlık alanındaki gelişmesi arasında doğrudan bağlantı kurulmaktadır. Örneğin, **25-28 Mayıs 2007’de Malezya’da** düzenlenen “**Uluslararası Tıp ve Sağlık Kongresi’nin ana teması, “Sağlık, sürdürülebilir gelişmedir”** şeklinde belirlenmiştir. Böylece, sağlık konusunun çok boyutlu özelliği, gittikçe daha fazla kavranmakta; Yakın Doğu Üniversitesi’nde düzenlenen kongre de, konu kapsamı itibariyle bu kavrayışı yansıtmaktadır.

Günümüzde, bireysel ve toplumsal gelişimin değişik boyutlarıyla ilgilenen uluslararası ve küresel çaptaki çeşitli kuruluşlar, hem sağlık alanıyla ilgili kapsamlı araştırma ve geleceğe dönük projeksiyonlar gerçekleştirmekte; hem de tüm ülkeleri ilgilendiren karar ve hedefler oluşturmaktadırlar.

Dünya Sağlık Örgütü’nün yayınladığı başlıca projeksiyonlar ve istatistikler incelendiğinde, örneğin 2030 yılına kadar HIV/AIDS hariç, bulaşıcı hastalıklardan ölen insan sayısında önemli ölçüde azalma olacağı öngörülmektedir.

Ancak, dünyada sağlığa ayrılan ayrılan pay ve kişi başına sağlık harcaması konularında, gelişmiş ülkelerle diğer ülkeler arasında önemli bir farklılığın, hatta uçurumun olduğu anlaşılmaktadır. Örneğin, sadece OECD’ye üye olan 30 ülke, dünya nüfusunun toplam %20’sine sahip olduğu halde, dünya sağlık kaynaklarının %90’ını harcamaktadır. Yine OECD ülkelerinde sağlığa ayrılan ortalama pay, gayri safi milli hasılanın %11’i iken, Afrika ile Güneydoğu Asya’da bu oran, ortalama %4.7’dir. OECD ülkelerinde kişi başına düşen yıllık sağlık harcaması ortalama 3170 ABD doları, Afrika ile Güneydoğu Asya’da ise kişi başına yıllık sadece 36 ABD dolarıdır.



Dünya çapındaki bu gibi eşitsizliklere rağmen, günümüzde sağlık alanında daha fazla gelişmenin ve işbirliğinin sağlanması amacıyla yapılan önemli girişimler de vardır.

Örneğin, **Birleşmiş Milletler'in 2000'de hazırladığı 'BM Binyıl Bildirgesi'** uyarınca, BM'ye üye ülkeler için belirlenen bazı hedefler şunlardır:

- ▶2015 yılına kadar, sağlıklı içme suyuna ulaşamayan nüfusun yarıya indirilmesi; anne-ölüm oranının dörtte üç, 5 yaş altındaki çocuk ölüm oranının üçte iki oranında azaltılması.
- ▶HIV/AIDS dahil, insanlığı tehdit eden önemli hastalıkların yayılması, önce durdurulmalı, sonra geriletilmeli.
- ▶yoksulluk, açlık ve hastalıkla mücadelenin etkin bir aracı olarak kadın-erkek eşitliği ve kadının etkinliği artırılmalı.
- ▶ilaç sanayii, zorunlu ilaçları geliştirmekte olan ülkelerdeki insanların ulaşabileceği ve satın alabileceği şekilde üretmeye özendirilmeli.
- ▶insan geniyile ilgili bilgiye karşılıksız ulaşma sağlanmalı.

Dünya Sağlık Örgütü, Avrupa alanına yönelik olarak "21.Yüzyılda Herkes İçin Sağlık: 21 Hedef" başlığını taşıyan ve Avrupa Birliği ülkelerinin onayladığı bir belge hazırlamıştır. Bu belgede, Avrupa Bölgesi'nde sağlık alanında dayanışmadan başlayarak, ülkeler arasında sağlık imkânlarındaki farklılıkların azaltılması, sağlıklı yaşam ve çevre, sağlık sektörünün entegrasyonu ve finansmanı, sağlık hizmetleri konusunda insan kaynaklarının, araştırmanın ve bilginin geliştirilmesi, 'herkes için sağlık' konulu politika ve stratejilerin oluşturulması gibi birçok başlık altında, ulaşılması istenen hedefler ortaya konmuştur. Ulaşılması güç olsa da, bu hedeflerin hepsi, sadece Avrupa'yı değil, bütün dünyayı ve KKTC'yi de ilgilendirmektedir. Tüm bu hedeflere ulaşabilmenin yolu ise ülkede güçlü bir sağlık altyapısı ile, güçlü bir sağlık sisteminden geçer.

Sayın Cumhurbaşkanım,
Değerli Katılımcılar,

Yakın Doğu Üniversitesi olarak bizler başda Kurucu Rektörümüz Dr. Suat Günsel olmak üzere, son dönemde sağlık bilimleri konusunda önemli mesai harcıyoruz. Bugün için fakülte sayısı 13'e, bölüm sayısı ise 50'ye ulaştığı Yakın Doğu Üniversitesi'nde, bu yıl yeni açılan bölüm ve fakültelerimize öğrenci alıyoruz. Bu bağlamda yni öğretim yılında ilk kez ÖSYM yoluyla öğrenci alacağımız bölüm ve fakülteler arasından 40 öğrenci ile Eczacılık Fakültesi, 30 öğrenci ile Dişhekimliği Fakültesi bulunmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin, yönetim, eğitim ve politika, finans, hukuk, iletişim, donanım ve altyapı gibi çeşitli boyutlarıyla ele alınacağı bu Kongre'nin, sağlık ve hastane yönetimi konusunda bilgi paylaşımına olduğu kadar, sağlık çalışanlarının ve sağlık hizmetlerinden yararlananların farkındalık ve bilinç düzeylerinin geliştirilmesine de önemli katkılar sağlayacağına inanıyorum.



Sağlık Bakanı
Dt. Eşref Vaiz

Sayın Cumhurbaşkanım,
Değerli Katılımcı Bilim İnsanları,
Derğerli Konuklar,

Sağlık alanının yaşanan değişimler ve buna bağlı meydana gelen gelişmeler, gerek sağlık hizmetleri sunanlar gerekse, sağlık hizmeti talep edenler tarafından en geniş şekilde özümsemesi gereken bir olgudur. Uluslararası Sağlık ve Hastane Yönetimi Kongresi'nde dünyadaki sağlık sistemleri ile birlikte ülkemizdeki sağlık sisteminde irdeleme fırsatı bulacağız. Kongredeki bilim insanlarının katkılarıyla sağlık yönetimi alanında yaşanan son gelişmeler ve teknolojik yeniliklerdende haberdar olma imkanı elde edilebilecektir. K.K.T.C.'de nitelikli sağlık bilgileri üretme ve ulaşma konusunda büyük sıkıntılar yaşıyor. Eksikliği hissedilen bu alanda nasıl bir sistem oluşturulması gerektiği uluslararası bir nitelik taşıyan kongre sırasında tartışılması beklenen konuların başında gelmektedir. Sağlık hizmetlerinde yönetim, eğitim, politika, finans, hukuk, iletişim, donanım ve altyapı olarak toplam yedi başlık altında gerçekleşecek olan Uluslararası Sağlık ve Hastane Yönetimi Kongresi'ne K.K.T.C.'nin yanısıra Türkiye, A.B.D., İran, İsrail, Suriye, Almanya, İrlanda, Mısır, Libya, İsveç gibi ülkelerdende bilim insanlarının katılımı ikiyüzden fazla bildiri sunacak olması kongreye ayrı bir renk ve zenginlik veriyor. İnaniyorum ki kongre yüksek düzeyde verimli geçecektir. Ayrıca bişeye daha içtenlikle inaniyorum ki o da şudur, kongrede çıkacak bilimsel sonuçlar sağlık alanında gerçekleşecek olan yeniden yapılanmaya ülkemizdeki yeniden yapılanmaya ışık tutacaktır. Bu vesile ile çok değerli katılımcılara bilim insanlarına ve böylesi bir uluslararası kongre katkı koyan herkese teşekkür eder, sevgi ve saygılarımı sunarım.



K.K.T.C. Meclis Başkanı
Dr. Fatma Ekenoğlu

Sayın Cumhurbaşkanım,
Sayın Konuklar,
Değerli Bilim İnsanları,
ve
Pek Kıymetli Sağlık Çalışanları,
Değerli Basın Mensupları,

Ülkemizde siyasal sorunlarla boğuşurken, çıkış noktaları ararken, her alanda, sağlıkta, eğitimde, turizmde, kamu yönetiminde, dünyadaki kalite standartlarını yakalamak da en büyük görevimiz, sorumluluğumuzdur, diye düşünüyorum ve bu çerçevede Uluslararası Sağlık ve Hastane Yönetimi Kongresi'nde sizlerle bulunmaktan mutluyum, hepinize sevgi ve saygılarımı iletiyorum. Evet, sağlıkta kalite dedik ve sağlık kongresindeki başlıklara baktığım zaman her konuya değinilmesi ve çıkış noktası aranması da beni ayrıca mutlu kılmıştır. Burada çevreden, sağlıklı gıda denetiminden, beslenmeye ve koruyucu hekimlik alanına kadar değişen her konuya değinilmesi , daha en başından insanımızı her yönüyle beden, ruhen, sağlıklı bireyi yetiştirmek te, bütün bunların ne kadar önemli olduğu da hepimizin bilincinde. Sağlıktaki sorunlarımızı hep birlikte yaşıyoruz ve çıkış noktası arıyoruz. Daha önceki sağlık bakanlarımızla da bunu değişik platformlarda tartıştık; yeni sağlık bakanımızla, sağlık çalışanlarımızla, sivil toplum örgütlerimizle de geniş bir şekilde konular tartışıldı. Artık sağlıkta sorunun teşhisi konulmuştur ,diye düşünüyorum. Reçetesi de yazıldı. Bu kongrede bu reçetede eksikliklerin de yerine getirileceğine ve artık her kesimin elini taşın altına koyacağına inanıyorum. Elli kişilik milletvekilimiz var meclisimizde, bunların on sekiz tanesi doktor, bir tanesi sağlık çalışanı, üç tane de sendikamız var. Dolayısıyla bu dönemde sağlık yasalarının da en erken zamanda bu meclise gelmesini ve hepimizin katkılarıyla geçmesini bekliyorum, arzuluyorum. Bu dönemde sağlık yasaları geçmezse, başka bir dönem geçemez, diye düşünüyorum ve bu kongrenin bütün eksiklikleri gidermesini dilerken, kongrede emeği geçen Sağlık Bakanlığı ve ekibine, Yakın Doğu Üniversitesi ve ekibine, ayrıca Sayın Prof. Dr. Hüseyin Gökçekuş'a , ki pozitif yaklaşımından dolayı beni her zaman bu yönü etkiliyor, çevresindekileri de etkilediğine inanıyorum. Kutluyorum kendisini ve bu yönünün devam etmesini diliyorum.



K.K.T.C. Cumhurbaşkanı
Mehmet Ali Talat

Doktorlar meclisinin, doktor başkanından sonra bu kürsüden sizlere hitap etmek çok kolay değil. Ben sadece sağlık hizmeti alan birisiyim, dolayısıyla benim bakış açım bütün Kıbrıslı Türklerin bakış açısı ile benzer bir şekilde, sağlık sisteminden kaliteli, iyi hizmet almaktır. Bizim beklentimiz budur. Yani demek istiyorum ki, sağlığın sağlık sisteminin odağı, hasta olmalıdır. Hastaların ihtiyaçları olmalıdır. Hastaların talepleri olmalıdır. Yani sağlık sistemini değerlendirirken, insanı, sağlık hizmetini alacak olanları göz önüne almak gerekiyor. Bu böyle mi oluyor ülkemizde? Bu tabii tartışma konusudur. Bu sadece burada değil, bir çok başka alanda da söz konusu olmaktadır. Fakat sanıyorum özellikle sağlık alanında, bu husus son derece önemli olmaktadır. Çünkü hasta olan bir insan, hani insanın neresi ağrırsa canı oradadır, hasta olan bir insan her bakımdan hasta olur, psikolojik anlamda da hasta olur ve doktorun ona verdiği veya sistemin ona sadece doktorun değil, tabii ki sistemin ona cesaretlendirici bir şekilde yaklaşması gerekir. Bu bakımdan sağlık sistemi çok boyutlu bir sistem olarak, daha doğrusu çok boyutlu bir değerlendirmeye tabi tutulması gereken bir sistemdir. Ülkemizde bizim son yıllarda iyice tartışma konusu olan sağlık hizmetlerinin bir sisteme oturtulması, bir sisteme kavuşması meselesine bu kongrenin katkı yapacağına, önemli bir katkı yapacağına inanıyorum. Ben konunun uzmanı elbette ki değilim, konuyla ilgili geniş bilgi sahibi de değilim. Ancak ülkede tartışılan, ülkede her zaman için gündemde olan bir alandır sağlık sorunu, sağlık alanı. Dolayısıyla bu alanın çok iyi irdelenmesi ve bu fırsat bulunmuşken uluslararası bilgi ve deneyimin paylaşılması da söz konusu olabileceken, burada bundan azami yararı elde etmek gerekmektedir. Değerli katılımcılar, tabii ki hemen hepimiz Kıbrıs sorununu biliyorsunuz. Ben size Kıbrıs sorununu anlatacak değilim, ama Kıbrıs sorunundan kaynaklanan sağlıkla ilgili bir başka sıkıntımızdan söz etmek istiyorum. Kıbrıs sorununun varlığı nedeniyle tabii ki çok ciddi bir tecrit ile karşı karşıyayız. Bu kongrenin katılımcıları, hele de yabancılar, yani Türkiye ve K.K.T.C. katılımcıları dışında olanlar bir şekilde tespit edilseydi önceden veya edilmişlerse önceden, Rum tarafının çok büyük bir baskısıyla karşılaşarak bu kongreye katılmaları caydırılmak istenecektir. Böylesine her yönlü bir tecrit kampanyasıyla karşı karşıya bulunuyoruz ve Kıbrıs Türk insanının bundan kaynaklanan nedenlerle yaşadığı sıkıntılara yeni sıkıntılar eklenmektedir. İşte özellikle Kıbrıs Türk sağlık sisteminin her yönüyle yeterli hale gelmesi ve her yönüyle her türlü sıkıntıya cevap verir hale gelmesi, bu bakımdan da hayati önemi haizdir. İnsanlarımızın bu ülkede yeterli sağlık hizmeti alması ve başka yerlerde asgari ölçüde arama yoluna gitmes, bizim siyasi duruşumuz açısından da son derece önemlidir. Çok sık olarak karşılaştığımız uluslararası bir kampanya haline gelen Rum tarafının eleştirileri veya Kıbrıslı Türklere yönelik yürüttükleri tecrit kampanyasını yoğunlaştırma açısından başvurdukları sağlık meselelerini de çok iyi değerlendirmek gerekmektedir. Bugün dünyanın neresinde olursa olsun Kıbrıslı Türkler'in izolasyonu ile ilgili en ufak bir kolaylaştırma çalışması yapılacak olsa, anında Rum tarafının tepkisi "Biz onlara sağlık hizmeti sunuyoruz" şeklinde olmaktadır. Durum öyle hale gelmiştir ki, adeta Kuzey Kıbrıs'ta sağlık hizmeti yoktur; Kuzey Kıbrıs'da sağlık hizmeti sunulmamaktadır; Kıbrıslı Türklere sağlık hizmeti, sadece Kıbrıs Rum tarafınca sunulmaktadır. Böyle bir kampanya yürütülüyor. Bu nedenle, çok titiz bir şekilde Kıbrıs Türk insanının ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetinin burada verilmeye çalışılması, burada sağlanmaya çalışılması bu bakımdan da son derece önemlidir. Tabii ki K.K.T.C. her alanda sağlık servisleri yeterli olmayabilir. Bu da son derece doğaldır. Ama bunu da aşmanın yolunu Sağlık Bakanlığımız zaten bulmuştur. Yaptığı anlaşmalarla Türkiye'de uygun kurumlar ile işbirliği içerisinde sağlık hizmetini insanımıza aldırabilmektedir. Bunu daha da



Uluslararası Sağlık ve Hastane Yönetimi Kongresi
International Health and Hospital Administration Congress
01-03 June 2007 Near East University - Nicosia - TRNC - Mersin 10 Turkey



yaygınlaştırmak, bunu koordineli bir şekilde gerçekleştirmek ve dünyaya Kıbrıs Türkü'nün yeterli sağlık hizmetini Kuzey Kıbrıs'da aldığıın da gösterilmesi, ispat edilmesi bu anlamda çok önemlidir. Ben bu kongrenin buna da katkıda bulunacağını düşünüyorum ve umuyorum. Tabii ki bu noktada ben de emeği geçen herkese teşekkür ederek konuşmamı bitirmek istiyorum. Çünkü sanıyorum açılış konuşmalarından sonra, artık Kongre'nin gerçek bilimsel çalışma kısmına geçilecek. Bunun için Sağlık Bakanlığına, bunun için Yakın Doğu Üniversitesi'ne, bunun için tabii ki Bilim Kurulu'na ve bütün çalışmaları yürüten organizatörlere içtenlikle teşekkür ediyorum. Kongreye sonuçları bakımından ve yürütülmesi bakımından, başarılar diliyorum. Hepinize sevgiler ve saygılar sunuyorum.



SAĞLIK VE HASTANE YÖNETİMİ KONGRESİ SONUÇ BİLDİRGESİ

KKTC’de Yakın Doğu Üniversitesi ve Sağlık Bakanlığı’nın işbirliğiyle 01-03 Haziran 2007 tarihleri arasında düzenlenen Sağlık ve Hastane Yönetimi Kongresi, KKTC’de sağlık alanında bugüne kadar düzenlenen en büyük ve ilk uluslararası kongredir.

Yakın Doğu Üniversitesi Kurucu Rektörü Dr.Suat Günsel ile KKTC Sağlık Bakanı Dr.Eşref Vaiz’in onursal başkanlıklarıyla gerçekleşen bu Kongre’nin Organizasyon Komitesi, Prof.Dr.Hüseyin Gökçekuş ile Sağlık Bakanlığı Bakanlık Müdürü İsmet Salihoğlu’nun eş başkanlığından oluşmuştur.

Kongreye katılan bilim insanlarının yarısının; Profesör ünvanı taşıyan, “rektörlük mensubu”, “dekan”, “bölüm başkanı”, “anabilim dalı başkanı”, “başhekim” gibi görevleri icra ediyor oluşları, kongrenin nicelik kadar, nitelik yönünden de nedenli güçlü olduğunu göstermesi bakımından büyük önem taşımaktadır.

Bu kongrenin akıllarda kalacak bir diğer özelliği de, bildiri sunan 318 bilim insanı arasında 30’u hekim, 12’si diğer sağlık mensubu, toplam 78 bilim insanının KKTC’den katılmış olmasıdır.

Diğer bir deyişle, kongrede sunulan bildirilerin yüzde yirmi beşi KKTC, 208 bildiri ile yüzde atmış altısı Türkiye Cumhuriyeti’nden, yüzde dokuzluk geriye kalan kısmı ise, Almanya, Amerika, Danimarka; İngiltere, İran, İrlanda, İsrail, İsveç, Libya, Mısır, Suriye, gibi ülkelerin bilim insanlarından oluşmaktadır.

Kongrenin genel amacı; sağlık ve hastane yönetimi alanında ulusal ve uluslararası düzeydeki “bilim insanlarını”, “uzmanları” ve “yöneticileri” bir araya getirerek, konuyla ilgili yerel ve dünya çapındaki bilgileri, yeni fikirleri ve başarılı uygulamaları tartışma, değerlendirme ve paylaşma imkânı yaratmaktır.

Sağlık, insan yaşamının sürdürülmesinde, yaşam kalitesinin oluşturulması ve korunmasında özel bir öneme sahiptir. Sağlık hizmetlerindeki gelişmeler, bireysel ve toplumsal refah ve gelişmeyi doğrudan etkiler.

Temelde sağlık bilimlerindeki alanındaki bilimsel bilgi, deneyim ve uygulamalarla desteklenen sağlık teorisi ve pratiği, sağlık alanının bireysel olduğu kadar, sosyo-ekonomik, siyasal ve kültürel boyutlarının bulunması nedeniyle, günümüzde diğer bilim alanlarının bilgi birikimiyle de desteklenmek durumundadır. Bu nedenle, sağlık bilimleri ve hizmetlerinde niceliksel ve niteliksel gelişim, meselelere çok disiplinli yaklaşımları gerektirmektedir.

Sağlık hizmetlerinde başarının sürekliliği, hızlı değişme ve gelişmeler karşısında stratejik yaklaşımlar üretmeye bağlıdır.

Sağlık hizmetinin örgütlenme ve finansmanında, sosyal devletin veya bireysel yükümlülüğün ön planda tutulması, sağlık hizmetleri politikasındaki farklı tercihleri belirleyen yaklaşımlardır. Ancak, bu



yaklaşımlardan hangisi tercih edilirse edilsin, bir sağlık hizmeti politikasının başarısı, sağlık hizmetinde çalışan insan kaynaklarının performans başarısına bağlı olacaktır.

Hastanelerde çalışan insan kaynaklarının performanslarının ölçülmesinde, performanslara uygun değerlendirmenin yapılması gereklidir. Bu değerlendirmelerde, sağlık iş tanımlarının da yer alması ve performans yönetiminde kaliteden ödün verilmemesi de önemlidir.

Bu konudaki tüm güçlükler rağmen, hastane yönetimi, hem hekimlerin, hem de diğer çalışanların performansını değerlendirmek ve bu konuda yapılan performans değerlendirmesi araştırma ve uygulamalarından yararlanmak durumundadır.

Yerel yönetimler, ihtiyaçların tesbiti, hizmet üretimi, bürokrasinin azaltılması ve yerel yönetimlerin harekete geçirilmesi açısından, kamu yönetimlerine göre ciddi üstünlüğe sahiptir. Bu nedenle, sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılmasında, yerel yönetimlerin katkıları araştırılmalıdır.

Düzenli sağlık taramaları ve daha sağlıklı yaşamayla ilgili davranış değişikliklerine adaptasyon, bir çok kronik hastalık riskini azaltabilir ve sağlık bakım giderlerinin azaltılmasına imkân verebilir.

Aktif ve üretken yaşlılık süreci, gelişmiş ülkelerde temel bir ilke olarak benimsenmiştir.

Günümüzde tüm ülkeler, uzun ve sağlıklı yaşam için gerekli değişimleri değerlendirmek ve bunun için yeni yapılanmalara gitmek zorundadır.

Bilgi sistemlerinin doğru kullanımı, hizmet sunumunda kolaylık ve hız sağlayacak; bu da hasta ve hizmet sunanların memnuniyetini etkileyecektir.

Hastanelerde iyi sağlık hizmeti üretiminde, hastane bilgi sistemi önemlidir. Bu sistem, amaca uygun bilgilerin standart şekilde üretilmesini, toplanmasını, kullanılmasını ve paylaşılmasını kolaylaştırır ve hızlandırır.

Hastanelerde bilgi sisteminden beklenen, sadece günlük işlemleri kaydetmek değil, aynı zamanda bu bilgi sisteminin, yönetim, denetim ve planlama işlevlerine de yardımcı olmasıdır.

Hasta güvenliği konusunda dünyada harcanan pek çok çabaya rağmen, bu konuda köklü gelişme sağlanamamıştır. Bunun temel nedeni, hasta güvenliği girişimlerinin çoğunun 'kültür' gibi makro sorunlar yerine, medikasyon hataları veya yanlış taraf cerrahisi gibi mikro sorunlara odaklanmasıdır. Günümüzde hasta güvenliğini sağlamadaki asıl engellerinin, teknik değil, kültürel engeller olduğu kabul edilmektedir. Bu nedenle, hasta güvenliğinde istenen iyileştirmeler, sağlık hizmetlerinde kültür değişimini gerektirmektedir.

Halk sağlığı eğitimi: Toplum katılımını hedefleyen, toplum tabanlı bir halk sağlığı eğitimi, toplumun sağlık sorunları önceliklerini belirlemede rol almasını ve sağlık sorunlarını sahiplenmesini sağlar. Halk sağlığı eğitimi, multi disiplinler bir alandır.

Sağlık eğitim sisteminin geliştirilmesinde, sağlık eğitimi veren kişilerin iş tatmininin ve işle ilgili pozitif tutumlarının sağlanması önemlidir.



Hasta hakları, temel insan haklarının sağlık hizmetleri alanında benimsenmesi ve uygulanmasıdır. Çağdaş anlamda ilk hasta hakları belgesi, 1981’de tarihli Lizbon Bildirgesi’dir. Bunu başka bildireler izlemiştir.

Basınla ilişkiler ve kurumsal imajın geliştirilmesi için, kurumlarda basın ve halkla ilişkiler için birim ayrılmalıdır.

KKTC’de sağlık yönetimi alanında en olumlu nokta şudur: İlgili konuda eğitim alan profesyonellerin sağlık hizmetine atanması, kamu görevlileri yasası ile korunmaktadır. Ama bu yeterli değildir. Hastane yöneticiliği mesleğinin güç alanlarının belirlenmemiş olması, bu konuda çalışan profesyonellerin güç alanını etkili şekilde kullanmasını engellemektedir.

Tüm dünyada olduğu gibi, ülkemizin de çok ciddi bir sağlık ve çevre sorunu olarak karşısında duran tıbbi atıkların kontroluyla ilgili yasa, yönetmelik ve tüzükler tamamlanmalı; mevcut yasalarda gerekli değişiklikler süratle yapılmalıdır.

Sağlık konusunun başka bir boyutu da, sağlık konusundaki tanımlarda yeni arayışların ortaya çıkmasıdır.

Dünya Sağlık Örgütü’nün 1946’da önerdiği ve sağlık camiasının da genelde benimsediği bir tanıma göre sağlık, “sadece, hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik halidir.” Bu tanım, hastalıkların tedavisinin sosyal boyutuna dikkat çekmektedir.

Diğer taraftan, sağlığın daha yeni tanımları ise, ‘sağlık açısından ‘iyi’ olma halinin, her bireyin kendi ‘iyilik durumunu’ algılamasındaki farklılıkların önemini gündeme getirmektedir.

‘Sağlıkta yaşam kalitesi’ kavramının ortaya çıkmasıyla birlikte, günümüzde sağlık, “yaşamın iyi ve doyum sağlayan karakterinin bir bütün olarak öznel biçimde algılanması” veya “hastanın beklentileri ile erişebildikleri arasındaki mesafenin azaltılması” şeklinde de tanımlanabilmektedir.

Bu tanımlardan hareketle, 21. yüzyılın, sağlık ve yaşam kalitesinin bir arada kavrandığı bir yüzyıl olacağı açıktır. Dolayısıyla birey sağlığı, bireyin fiziksel, ruhsal ve toplumsal çevresi kapsamında ele alınmasını zorunlu kılmakta; aynı zamanda, bir toplumun genel gelişme düzeyi ile o toplumun sağlık alanındaki gelişmesi arasında doğrudan bağlantı kurulmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü, Avrupa alanına yönelik olarak “21.Yüzyılda Herkes İçin Sağlık: 21 Ayrı Hedef” başlığını taşıyan ve Avrupa Birliği ülkelerinin onayladığı bir belge hazırlamıştır. Bu belgede, Avrupa Bölgesi’nde sağlık alanında dayanışmadan başlayarak, ülkeler arasında sağlık imkânlarındaki farklılıkların azaltılması, sağlıklı yaşam ve çevre, sağlık sektörünün entegrasyonu ve finansmanı, sağlık hizmetleri konusunda insan kaynaklarının, araştırmanın ve bilginin geliştirilmesi, ‘herkes için sağlık’ konulu politika ve stratejilerin oluşturulması gibi birçok başlık altında, ulaşılmaya istenen hedefler ortaya konmuştur.



Uluslararası Sağlık ve Hastane Yönetimi Kongresi
International Health and Hospital Administration Congress
01-03 June 2007 Near East University - Nicosia - TRNC - Mersin 10 Turkey



Ulaşılması güç olsa da, bu hedeflerin hepsi, sadece Avrupa'yı değil, bütün dünyayı ve KKTC'yi de ilgilendirmektedir.

Tüm bu hedeflere ulaşabilmenin yolu, ülkede güçlü bir sağlık altyapısı ile güçlü bir sağlık sisteminden geçer.

Sağlık hizmetlerinin, yönetim, eğitim, politika, finans, hukuk, iletişim, donanım ve altyapı gibi çeşitli boyutlarıyla ele alınacağı bu Kongre'nin, sağlık ve hastane yönetimi konusunda bilgi paylaşımına olduğu kadar, sağlık çalışanlarının ve sağlık hizmetlerinden yararlananların farkındalık ve bilinç düzeylerinin geliştirilmesine de önemli katkılar sağlayacağına inanıyorum.

Saygılarımızla. (03 Haziran 2007)

Kongre Eş Başkanları

Prof. Dr. Hüseyin GÖKÇEKUŞ
Yakın Doğu Üniversitesi Rektör Yardımcısı

İsmet SALİHOĞLU
KKTC Sağlık Bakanlığı Bakanlık Müdürü



İÇİNDEKİLER / TABLE OF CONTENTS

BİLDİRİLER / PROCEEDINGS

VOL. I

MT1

Sağlık Hizmetlerinde Yönetim / Health Services Administration

SAĞLIK VE YAŞLILIK <i>Tansu ARASIL / Ankara – TÜRKİYE</i>	1
SAĞLIKTA İNSAN KAYNAKLARI YÖNETİMİNE PERFORMANS YAKLAŞIMI <i>Kamil Ufuk BİLGİN / Ankara – TÜRKİYE</i>	5
TÜRKİYE’DEKİ HASTANELERDE HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ <i>Sıdıka KAYA / Ankara- TÜRKİYE</i>	13
HEKİMLERİN SEÇİMİ <i>Ayşen YÜCEL / Kocaeli - TÜRKİYE</i>	21
HEKİM PERFORMANSININ ÖLÇÜMÜ VE YÖNETİMİ <i>Ayşen YÜCEL / Kocaeli - TÜRKİYE</i>	25
SAĞLIKTA TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ <i>Elçin YOLDAŞCAN / Adana – TÜRKİYE</i>	29
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ HASTANELERİ GECE İDARECİLERİNİN HASTANE HİZMETLERİNİN KALİTESİNE İLİŞKİN DEĞERLENDİRMELERİ <i>Çağdaş Erkan AKYÜREK, Sıdıka KAYA / Ankara – TÜRKİYE</i>	33
SAĞLIK ve HASTANE HİZMETLERİNDE STRATEJİK YÖNETİM PLANLAMA <i>İsmail BİRCAN / Ankara – TÜRKİYE</i>	39
REHABİLİTASYON MERKEZİ ORGANİZASYONU <i>Oktay ARPACIOĞLU / Ankara - TÜRKİYE</i>	47
AMERICA, THE LAND OF THE FREE AND THE HOME OF THE UNINSURED? <i>John H. MORROW/ U.S.A.</i>	61
BİLGİ, KLİNİK ve OFİS TEKNOLOJİLERİNİN HASTANELERİN KALİTE ve FİNANSAL PERFORMANSI ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ <i>Ayşe TANSEL ÇETİN , Gökhan ÖZER , Metin ATEŞ / Kocaeli-TÜRKİYE</i>	63



SAĞLIK KURUMLARINDA İNSAN KAYNAKLARI YÖNETİMİ VE ÖRGÜTSEL DAVRANIŞ <i>Gülsün ERİGÜÇ /Ankara-TÜRKİYE</i>	81
K.K.T.C .KAMU HASTANELERİNDE AYAKTAN HASTALARIN HALKLA İLİŞKİLER FAALİYETLERİNİ DEĞERLEMELERİ ARAŞTIRMASI <i>Hikmet SEÇİM /Lefkoşa-K.K.T.C.</i>	93
TIPTA DİSİPLİNLER ARASI İLİŞKİLERDE YAŞANAN SORUNLAR <i>Semih BASKAN / TÜRKİYE</i>	99
HASTANELERİN HASTANE İNFORMASYON SİSTEMİNDEN BEKLENTİLERİ <i>Ayşen ÖZKUL / İstanbul – TÜRKİYE</i>	109
SAĞLIKTA KALİTE YÖNETİMİ VE AKREDİTASYON <i>Mücella TOKATLIOĞLU / Ankara-TÜRKİYE</i>	111
KAMU SAĞLIK KURULUŞLARINDA PERFORMANS ÖLÇÜMÜ VE KALİTE GELİŞTİRME ÇALIŞMALARI <i>Beyhan USLU, Sabahattin AYDIN / Ankara - TÜRKİYE</i>	115
HASTANELERİN BİLGİ SİSTEMİNDEN BEKLENTİLERİ <i>Meral USTAOĞLU / İstanbul-TÜRKİYE</i>	131
SAĞLIK HİZMETLERİNDE PAZARLAMA İLETİŞİMİ ARAÇLARININ KULLANIMI <i>H. Özlem YALAZ SEÇİM / Antalya - TÜRKİYE</i>	143
HASTANE YÖNETİCİLERİNİN PAZARLAMA FAALİYETLERİNE VE BU FAALİYETLERİN ETKİLİLİĞİNE BAKIŞ AÇILARININ DEĞERLENDİRİLMESİ <i>Mehmet TOP , Ercan SAPMAZ Yusuf ÇELİK / Ankara - TÜRKİYE</i>	155
SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE VE YEREL YÖNETİMLER <i>Fatih YÜKSEL, Hümevra SADAKLIOĞLU / Tokat – TÜRKİYE</i>	187
İL BAZINDA VERİLEN SAĞLIK HİZMETLERİNİN ETKİNLİK ANALİZİ <i>Ömer BİLEN, İbrahim DEMİR, Ali Hakan BÜYÜKLÜ / İstanbul - TÜRKİYE</i>	199
TEŞHİS VE TEDAVİ TEKNOLOJİLERİNİN HASTANE ÇIKTILARINI ARTTIRMADA ÖNEMİ <i>Musa ÖZATA ,Şebnem ASLAN, Mustafa METE / Konya – TÜRKİYE</i>	209



DEVLET HASTANELERİNDE HALKLA İLİŞKİLER PROFİLİNİN TOPLUM VE ÇALIŞAN ÜZERİNDE ETKİSİ <i>Figen EKMEKÇİ / Rize - TÜRKİYE</i>	221
SAĞLIK HİZMETLERİNDE AFET YÖNETİMİ <i>Ertan KARA / Adana - TÜRKİYE</i>	223
SAĞLIK PERSONELİNİN İŞ TATMİNİ DÜZEYİNİN ÖLÇÜMÜNE YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA <i>Ayşe DEMİRHAN, Ceren ERDİN, Serdar BOZKURT, Altan DOĞAN / İstanbul - TÜRKİYE</i>	229
HASTANE ÇALIŞANLARINDA ÖRGÜTSEL BAĞLILIK ÜZERİNDE BİR ÇALIŞMA: BOLU DEVLET HASTANESİ ÖRNEĞİ <i>Ramazan ERDEM, Bayram GÖKTAŞ, İbrahim YÜCEER / TÜRKİYE</i>	235
BİR YÖNETİM STRATEJİSİ OLARAK HASTANELERDE OUTSOURCING YÖNTEMİ VE AFYONKARAHİSAR ŞEHİR MERKEZİNDEKİ ÖZEL-KAMU HASTANELERİNDEKİ OUTSOURCING UYGULAMALARI <i>Özlem TUNA, Mehmet Akif ÇAKIRER / Afyonkarahisar - TÜRKİYE</i>	241
TÜRK ÜNİVERSİTELERİNDE SAĞLIK KURUMLARINDA İNSAN KAYNAKLARI YÖNETİMİ ALANINA İLİŞKİN TEZLER ÜZERİNE BİR DEĞERLENDİRME <i>Serap BENLİGİRAY / Eskişehir - TÜRKİYE</i>	253
BİR ASKERİ HASTANEDE HİZMET KALİTESİNİN İÇ MÜŞTERİLERİN BAKIŞ AÇISIYLA DEĞERLENDİRİLMESİ <i>A.Çetin YİĞİT, Suat PEKER, İ.Halil CANKUL, A.Kadir GÜÇLÜ, Cesim DEMİR, Sıdıka KAYA. Ankara-TÜRKİYE</i>	267
SAĞLIK HİZMETİ SUNAN PERSONEL GRUPLARININ HASTA İLETİŞİMLERİNİN FARKLILIKLARININ ALGILANAN HİZMET KALİTESİ AÇISINDAN ANALİZİ <i>Yusuf KARACA, Cevahir UZKURT, Şuayıp ÖZDEMİR, Selma ALTINDIŞ / Afyonkarahisar - TÜRKİYE</i>	279
ÇAĞDAŞ SAĞLIK YÖNETİMİNDE KANSER HASTALIĞI İLE MÜCADELE <i>Kudret ÇAĞLAR / Lefkoşa- K.K.T.C.</i>	295
K.K.T.C.' DE SAĞLIK YÖNETİCİLİĞİNİN DÜNÜ, BUGÜNÜ, YARINI <i>Osman ÇELEBİ / Lefkoşa - K.K.T.C.</i>	299
KANSER KAYITÇILIĞI <i>Mine Çağlar / K.K.T.C.</i>	303



HASTANE BİLGİ YÖNETİM SİSTEMLERİ <i>Metin MORRIS / Lefkoşa-K.K.T.C.</i>	307
HASTANE ÇALIŞANLARININ ÖRGÜTE BAĞLILIĞI: TÜRKİYE KARADENİZ BÖLGESİ'NDEKİ BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE UYGULAMA <i>Elif DİKMETAŞ, Ramazan ERDEM, Bayram GÖKTAŞ / TÜRKİYE</i>	311
HİZMET SEKTÖRÜNDE İŞ GÖREN VE TÜKETİCİ TATMİNİNİN İLİŞKİLENDİRİLMESİ: BİR VAKIF ÜNİVERSİTESİ HASTANESİNDE PİLOT UYGULAMA <i>Gülten YURTSEVEN, Ali HALICI / TÜRKİYE</i>	319
KIBRIS TÜRK TOPLUMUNDA HASTAHANELERİN DÜNÜ VE BUGÜNÜ <i>İsmet SALİHOĞLU, Turgay SALİHOĞLU / Lefkoşa-K.K.T.C.</i>	329
SAĞLIKTA AFET YÖNETİMİ <i>Baykan KÜÇÜKSÖNMEZ / Lefkoşa - K.K.T.C.</i>	343
SİVİL TOPLUM-SAĞLIKLI TOPLUM İLİŞKİLERİ <i>Simge Kahvecioğlu ZEKİCAN / Lefkoşa - K.K.T.C.</i>	349
“PRENATAL BAKIM MEMNUNİYET ÖLÇEĞİ”NİN GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI <i>Filiz ASLANTEKİN, Bayram GÖKTAŞ, Neriman SOĞUKPINAR / TÜRKİYE</i>	353
HASTANELERDE ÖRGÜT KÜLTÜRÜ ANALİZİ <i>Filiz KANTEK / Antalya - TÜRKİYE</i>	365
TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ <i>Aynur ÖZKUM İZVEREN / Lefkoşa – K.K.T.C.</i>	371
İŞLETMELERDE ÖRGÜT KÜLTÜRÜNÜN GELİŞMESİNDE BAŞARI FAKTÖRLERİ VE BİR HASTANADE ÖRGÜT KÜLTÜRÜNÜN İNCELENMESİ <i>Kerime KUVVETLİOĞLU / Lefkoşa - K.K.T.C.</i>	377



VOL. II

MT2

Sağlık Hizmetlerinde Eğitim / Education in Health Services

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ HİZMET İÇİ EĞİTİMİNDE ÇAĞDAŞ YAKLAŞIMLAR <i>İnayet AYDIN Ankara - TÜRKİYE</i>	385
OPTİMAL BESLENME <i>Sevinç YÜCECAN / Ankara - TÜRKİYE</i>	391
KLİNİK ECZACILIK <i>Rümeysa DEMİRDAMAR / Lefkoşa – K.K.T.C.</i>	399
SAĞLIK DAVRANIŞI GELİŞTİRMEDE PROTOTİPLERİN ROLÜ <i>Ruhi Selçuk TABAK, H. CAN İKİZLER ,Yeliz ERDUR, Casim ATAY / İstanbul - TÜRKİYE</i>	403
DETERMINANTS OF SEEKING HELP FOR CHILDREN WITH PERCEIVED EMOTIONAL, CONCENTRATION, AND BEHAVIORAL PROBLEMS: A SECONDARY ANALYSIS OF THE 2005 NATIONAL HEALTH INTERVIEW SURVEY <i>Fevzi AKINCI, Becky LITKE, Jae KENNEDY, Winsor SCHMIDT / Washington - USA</i>	411
TOPLUM KALKINMASI VE SAĞLIK DÜZEYİNİN YÜKSELTİLMESİNDE SEKTÖRLERARASI İŞBİRLİĞİ <i>Erdal BEŞER / TÜRKİYE</i>	419
TIPTA UZMANLIK EĞİTİMİNDE YETERLİK KURULLARI VE AKREDİTASYON <i>Semih BASKAN / Ankara-TÜRKİYE</i>	425
İNSAN KAYNAKLARININ EĞİTİMİ: BİR HASTANEDE SEKRETERLERE YÖNELİK EĞİTİM MODELİ UYGULANMASI <i>Ali HALICI, Yılmaz DELİL / TÜRKİYE</i>	433
ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN SAĞLIK PROFİLLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ <i>Leman KUTLU, Aytolan YILDIRI M / İstanbul - TÜRKİYE</i>	447
ACİL KONTRASEPSİYON EĞİTİM PROGRAMI <i>PINAR T., PINAR G. / TÜRKİYE</i>	457
ANALYSIS OF JOB SATISFACTION, ORGANIZATIONAL COMMITMENT, ORGANIZATIONAL CITIZENSHIP BEHAVIORS AND TURNOVER INTENTIONS OF HEALTH EDUCATORS IN NORTH CYPRUS <i>Ceren PARALIK, Zafer BEKİROĞULLARI / Lefkoşa – K.K.T.C.</i>	467



GÖZ SAĞLIĞI HİZMETLERİNİN YAYGINLAŞTIRILMASI İÇİN TAMAMLAYICI MESLEKLERİN UYGULANMASI STRATEJİSİ: TÜRKİYE'DE OPTOMETRİ EĞİTİMİNİN BAŞLATILMASI <i>Murat KAYALAR / Isparta - TÜRKİYE</i>	477
HASTA TATMİNİ VE TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ'NDE BİR ARAŞTIRMA <i>Nevin ALTUĞ , Şeniz ERDEM / TÜRKİYE</i>	485
SAĞLIKLI BİR TOPLUM İÇİN ETKİLİ ANABABALIK EĞİTİMİ <i>Gülcem SALA RAZI / Lefkoşa - K.K.T.C.</i>	497
ÖĞRENEN ORGANİZASYON: AFYONKARAHİSAR KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ, AHMET NECDET SEZER UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ'NİN ÖĞRENEN ORGANİZASYON OLABİLME POTANSİYELİNİN İNCELENMESİ <i>Özlem TUNA , Mehmet Akif ÇAKIRER / TÜRKİYE</i>	507
HASTANE ÇALIŞANLARININ KOLEKTİVİST VE BİREYCİLİK EĞİLİMLERİNİN İNCELENMESİ <i>Ramazan ERDEM, Bayram GÖKTAŞ, Elif DİKMETAŞ / TÜRKİYE</i>	517
BOŞANMANIN ÇOCUKLAR ÜZERİNDEKİ RUHSAL ETKİLERİ VE PSİKİYATRİ HEMŞİRESİNİN ROLÜ <i>Berna ARİFOĞLU / Lefkoşa - K.K.T.C.</i>	523
“CEREBRAL PALSY” Lİ ÖZÜRLÜLERE EVDE BAKIM HİZMETİ VERENLERİN KARŞILAŞTIKLARI SORUNLAR: BURSA İLİ ÖRNEĞİ <i>Derya YÜCEL, Esin SELİMOĞLU, Kemal SUNER / Bursa – TÜRKİYE</i>	531
K.K.T.C.'DE DEVLET HASTANELERİ İLE ÖZEL HASTANELERDE ÇALIŞAN DOKTORLARIN ÇALIŞMA KOŞULLARIYLA İLGİLİ ALGILARININ KARŞILAŞTIRMALI İSTATİSTİKSEL ANALİZİ <i>Zafer AĞDELEN , Burcu Toker ERSÖZ / Girne – K.K.T.C.</i>	539
ÇANAKKALE İL MERKEZİNDE BULUNAN YAŞLILARIN BİREYSEL, DEMOGRAFİK, EV YAŞAMI, AİLE İÇİ İLİŞKİLERİ VE SOSYAL YAŞAMLARI <i>R. Cengiz AKÇAY, Rebiye ÜNÜVAR / Çanakkale -TÜRKİYE</i>	547
AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASINDA AİLE HEKİMİNİN ÖZELLİKLERİNİN HASTA MEMNUNİYETİNE ETKİSİ <i>Zennure KARADAĞ, Belgin AYDINTAN, Sabahattin AYDIN / Ankara – TÜRKİYE</i>	561



TÜRKİYE'DE SAĞLIK PLANLAMASININ TIP FAKÜLTESİ HASTANELERİNİN KAPASİTESİNE ETKİLERİNİN İRDELENMESİ <i>Sare SAHİL , Çiğdem Belgin DİKMEN / Ankara – TÜRKİYE</i>	571
TIP FAKÜLTESİ HASTANELERİNDE KULLANICI MEMNUNİYETİ <i>Sare SAHİL , Çiğdem Belgin DİKMEN / TÜRKİYE</i>	581
TÜRKİYE EVDE BAKIMA HAZIR MI <i>Sema OĞLAK , Mehmet ONARCAN / İzmir - TÜRKİYE</i>	589
KUZEY KIBRIS TÜRK CUMHURİYETİ HEMŞİRELİK SİSTEMİNİN ULUSLARARASI HEMŞİRELİK SİSTEMLERİ İLE KARŞILAŞTIRILMASI <i>Yeşim KUBİLAY , Ülkü BAYKAL / Lefkoşa – K.K.T.C.</i>	599
İZMİR İLİ BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK KURUMLARINDAN SAĞLIK OCAKLARININ ETKİNLİK VE VERİMLİLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ <i>Levent Bekir KIDAK, Banu KARAMAN, Cevdet KAYALI, Ayşe YERELİ / TÜRKİYE</i>	613
TOPLUM ÜYELERİ VE SAĞLIK ÇALIŞANLARININ RADYASYON GÜVENLİĞİ <i>Fuat ÇİNER , Yılmaz ALDAĞ / K.K.T.C.</i>	637
SAĞLIK ve EĞİTİM KURUMLARININ TOPLUMSAL ALGILANMASI <i>Mustafa Aydın BAŞAR, Elmaziye TEMİZ /Çanakkale-TÜRKİYE</i>	641
ÜNİVERSİTE HASTANESİ ÇALIŞANLARININ MEMNUNİYETİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ <i>Elif DİKMETAŞ, Ramazan ERDEM, Suat SUBAŞI, Uğur YAZGAN, Bayram GÖKTAŞ /Samsun-TÜRKİYE</i>	661
SAĞLIKTA YAŞAM KALİTESİ <i>Berkiye KIRMIZIGİL , Cevdet TINAZCI / Lefkoşa-K.K.T.C.</i>	677
KUZEY KIBRIS'TA DEMANS- EPİDEMİYOLOJİK BİR ÇALIŞMA <i>Sıla Usar İNCİRLİ / Lefkoşa-K.K.T.C.</i>	681
BİLİMSEL MAKALE YAZIMI VE YAYIN ETİĞİ <i>Hasan BESİM / Lefkoşa -K.K.T.C.</i>	685
HASTAHANELERDE YENİ AÇILAN BÖLÜMLERİN SAĞLIK HİZMETLERİNİN GELİŞİMİ, DONANIMI VE FİNANSMANI ÜZERİNE OLAN ETKİLERİ <i>Ertan DOĞAN / Lefkoşa - KKTC</i>	695



BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDEN HİZMET ALAN HASTALARIN HASTANE HİZMETLERİNE YÖNELİK ŞİKAYETLERİ <i>Mehmet Ali BUMİN / Ankara-TÜRKİYE</i>	703
HASTANE ÇALIŞANLARININ ZAMANA İLİŞKİN ALGILAMALARININ MONOKRONİK-POLİKRONİK AYIRIMI İLE İNCELENMESİ <i>Ramazan ERDEM, Süheyla RAHMAN / Elazığ-TÜRKİYE</i>	711
SAĞLIK KURUMLARINDA KLİNİKLER ARASINDA İŞBİRLİĞİ: DERİN STERNAL YARA ENFEKSİYONLARINDA KOMBİNE TEDAVİ <i>Ozan EMİROĞLU, Mehmet ARIKBUKA, Tarık İZBUL, Gülgün VAİZ, Ramadan KAMILOĞLU /Lefkoşa- K.K.T.C.</i>	721
SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA TÜKENMİŞLİK VE İŞ DOYUMU <i>Zihniye Okray KOCABIYIK, Ebru ÇAKICI / Lefkoşa- K.K.T.C.</i>	737
RADYASYON İNSAN VE ÇEVRE <i>Şebnem AYDIN / Lefkoşa - K.K.T.C</i>	747
ALGILANAN SAĞLIK, ETKİLEYEN FAKTÖRLER VE SAĞLIK HİZMETLERİ KULLANIMI ÜZERİNE ETKİSİ <i>V. ŞENOL, F. ÇETİNKAYA, A.ÖZTÜRK / Kayseri-TÜRKİYE</i>	751
K.K.T.C.'DE KARDİYOLOJİNİN ULUSLARARASI SEVİYEYE GETİRİLMESİ <i>Cenk CONKBAYIR / Lefkoşa – K.K.T.C.</i>	769
K.K.T.C. KAMU KURUMLARI HEMŞİRELİĞİNDE SÜREKLİ EĞİTİM YAPILANDIRILMASI VE SÜRDÜRÜLMESİ <i>Mine BAHÇECİ / Lefkoşa – K.K.T.C.</i>	771
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ HEMŞİRELİK HİZMETLERİ MÜDÜRLÜĞÜ ÇALIŞANLARININ İŞ MEMNUNİYETİNİN BELİRLENMESİ <i>Safiye TEMEL, Halime HACİHİMMETOĞLU / Isparta – TÜRKİYE</i>	781
K.K.T.C.'DE HEMŞİRELERİN TÜKENMİŞLİK DÜZEYLERİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ <i>Güley Bilgi ABATAY, Aynur Özkum İZVEREN, Zihniye O. KOCABIYIK /Lefkoşa-K.K.T.C.</i>	793
KAS İSKELET SİSTEMİ HASTALIKLARINA BAĞLI KRONİK AĞRILI KİŞİLERİN ÖZELLİKLERİ <i>Ünal ARAS, Ender ANGIN, E.Handan TÜZÜN / Ankara – TÜRKİYE</i>	801



SİGARASIZ HASTANE <i>Haydar EFLATUN / Malatya-TÜRKİYE</i>	809
PRIMARY PERCUTANEOUS BALOON ANJIOPLASTI AND STENT PROCEDURE IN ACUTE MIYOCARDIAL INFARCTION IN NORTHERN CYPRUS <i>Cenk CONKBAYIR / Lefkoşa – T.R.N.C.</i>	811

MT3

Sağlık Hizmetlerinde Politika / Health Service Policies

RESOURCE ALLOCATION IN HEALTH SECTOR: ESSENTIAL SERVICE PACKAGE APPROACH <i>Adnan KISA / Ankara-TURKEY</i>	813
KÜRESELLEŞME KARŞISINDA ULUSAL SAĞLIK POLİTİKALARININ TEPKİSİ <i>Cengiz MORDENİZ, Selçuk YÜCESAN / Şanlıurfa – TÜRKİYE</i>	827
ALMANYA SAĞLIK SİSTEMİ VE REFORMLAR <i>Fikriye TOKER-KAYA / Dusseldorf – ALMANYA</i>	837
TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİNDE REFORM ÇALIŞMALARININ ANALİZİ <i>Asuman ALTAY / İzmir – TÜRKİYE</i>	843
K.K.T.C.'DE ÖZEL HASTANELERİN SUNDUĞU SAĞLIK HİZMETLERİNİN HASTA TATMİNİ AÇISINDAN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ <i>Burcu Toker ERSÖZ, Zafer AĞDELEN, Ali HAYDAR / Girne- K.K.T.C.</i>	855
SAĞLIK ALANINDA REFORM İHTİYACI <i>Mehmet İNAN / Mağusa – K.K.T.C.</i>	863
SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMINDA İNSAN KAYNAKLARI POLİTİKALARININ YENİ KAMU YÖNETİMİ ANLAYIŞI ÇERÇEVESİNDE DEĞERLENDİRİLMESİ <i>Harun KIRILMAZ / TÜRKİYE</i>	867
SAĞLIK HİZMETLERİNDE POLİTİKA <i>Ali SEYLANI / Lefkoşa - K.K.T.C.</i>	881
SAĞLIKTA GERÇEK BİR REFORM İÇİN UYGULANABİLİR ÇÖZÜM ÖNERİLERİ <i>Mustafa ARABACIOĞLU, Ahmet SAVAŞAN / Lefkoşa – K.K.T.C.</i>	885



HASTANE HİZMETLERİNDE HEMŞİRELİK BAKIM FELSEFESİ <i>Kamile KUKULU , Hikmet Öznur KÖRÜKÇÜ / Antalya - TÜRKİYE</i>	893
--	-----

MT4

Sağlık Hizmetlerinde Finans / Finance in Health Services

DÜNYA'DA VE TÜRKİYE'DE SAĞLIK HARCAMALARI VE FİNANSMANI <i>Mehmet TOKAT / Ankara – TÜRKİYE</i>	897
SAĞLIK BAKANLIĞINA BAĞLI KURULUŞLARDA PERFORMANSA DAYALI EK ÖDEME SİSTEMİ <i>Hasan GÜLER, Sabahattin AYDIN / Ankara – TÜRKİYE</i>	909
TÜRKİYE'DE SAĞLIK EKONOMİSİ VE DEVLETİN ROLÜNÜN GELİŞMİŞ ÜLKELERLE KARŞILAŞTIRILMASI <i>Zahide Ayyıldız ONARAN / İstanbul – TÜRKİYE</i>	921
ÜNİVERSİTE HASTANELERİNDE DOĞRUDAN GELİR GETİRİCİ KATKI PAYI DAĞITIMI İLKELERİ <i>Murat Cem MİMAN / Malatya-TÜRKİYE</i>	931
KAMU HASTANELERİNDE HASTANE BİRLİKLERİ MODELİ <i>Hüseyin DEMİREL, Sabahattin AYDIN, Necdet ÜNÜVAR / Aydın –TÜRKİYE</i>	937
HASTANELERDE HİZMET MALİYETLERİNİN TESPİTİ: BİR KAMU HASTANESİNDE ÖRNEK UYGULAMA <i>Taylan ALTINTAŞ / İstanbul – TÜRKİYE</i>	945
SOSYAL PAZARLAMA YAKLAŞIMIYLA ORGAN BAĞIŞINA YÖNELİK BİR TUTUM ARAŞTIRMASI <i>Sevgi ÖZTÜRK , Mehpere TOKAY ARGAN / Eskişehir – TÜRKİYE</i>	957
İLAÇ PAZARLAMA STRATEJİLERİNDE TIBBİ SATIŞ TEMSİLCİSİNİN ROLÜ VE ÖNEMİ <i>Mehmet FİDAN, Makbule Evrim GÜLSÜNLER / Konya - TÜRKİYE</i>	975
TÜRKİYE'DE SAĞLIK İKLİMİNİN YATIRIMLAR AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ <i>E.Yasemin YEGİNBOY / İzmir – TÜRKİYE</i>	983



YAŞAM KALİTESİ ANALİZİ İLE OSTEOARTRİT TEDAVİ MALİYETİ <i>Simten MALHAN, Ergün ÖKSÜZ, Korkut ERSOY /Ankara - TÜRKİYE</i>	999
SAĞLIK HİZMETLERİ PİYASASINDA ASİMETRİK BİLGİYE BAĞLI PROBLEMLER VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ <i>Emine BİLGİLİ, Eyyup ECEVİT / TÜRKİYE</i>	1003
HASTANELERDE ETKİNLİĞİN FİNANSAL BENCHMARKING TEKNİĞİ İLE ARTIRILMASI <i>Aysun BAYRAM, Nermin ÖZGÜLBAŞ, Ali Serhan KOYUNCUGİL / Ankara-TÜRKİYE</i>	1021
K.K.T.C.'DE KALP HASTALIKLARI RİSK FAKTÖRLERİ VE FİNANSMAN <i>Cenk CONKBAYIR / Lefkoşa – K.K.T.C.</i>	1029
HASTANELERDE UYGULANAN YÖNETİM BİLGİ SİSTEMİNİN BİR ALT SİSTEMİ OLARAK FİNANSAL BİLGİ SİSTEMİNİN YERİ VE ÖNEMİNİN 2000 VE 2007 YILLARI ARASINDAKİ KARŞILAŞTIRILMASI <i>Özdem NURLUÖZ / Lefkoşa - K.K.T.C.</i>	1033

VOL. III

MT5

Sağlık Hizmetlerinde Hukuk / Law in Health Services

HEMŞİRELERİN ÇALIŞMA ORTAMINDA PSİKOLOJİK ŞİDDETLE (MOBBİNG) KARŞILAŞMA URUMLARI VE GÖSTERDİKLERİ TEPKİLERİN BELİRLENMESİ <i>Aytolan YILDIRIM, Dilek YILDIRIM / TÜRKİYE</i>	1039
HASTANE ORTAMINDA HASTA HAKLARI <i>Erdem AYDIN / Ankara - TÜRKİYE</i>	1055
GENEL SAĞLIK SİGORTASI YASASI HAKKINDA HASTANE YÖNETİCİLERİNİN VE HASTALARIN GÖRÜŞLERİNİN BELİRLENMESİNE YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA <i>Dilaver TENGİLİMOĞLU, Oğuz IŞIK, E. Asuman ATILLA / TÜRKİYE</i>	1061
SAĞLIK HİZMETLERİNDE HALKLA İLİŞKİLER <i>Halil İ. ÜLKER / Ankara - TÜRKİYE</i>	1077
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ DENEYSEL TIP VE ARAŞTIRMA UYGULAMA MERKEZİ HAYVAN DENEYLERİ ETİK KURULU ÇALIŞMA USÛL VE ESASLARI: <i>Leman TAVLI. HH. ESEN / Konya - TÜRKİYE</i>	1081



HASTA GÜVENLİĞİ VE HASTA HAKLARI <i>Semih BASKAN / Ankara - TÜRKİYE</i>	1087
FİZİK TEDAVİ ALANI İLE İLGİLİ HİZMETLERİN SUNULMASINDA K.K.T.C., T.C., A.B. VE ÇAĞDAŞ DÜNYADAKİ KURALLARA VE SÖZLEŞMELERLE BELRİLENEN STANDARTLARA UYULMASI GEREĞİ <i>Hatice GÖKÇEKUŞ , Aykut ÜRETİCİ, Hüseyin ERTUNGA, İlker YILDIZ, Tansu ARASIL, / Ankara – TÜRKİYE & Lefkoşa-K.K.T.C.</i>	1099
HASTA HAKLARI <i>Nazmi ZENGİN / Konya - TÜRKİYE</i>	1109
MALPRACTİSE SORUMLULUK VE MESLEKİ SORUMLULUK SİGORTASI <i>Mertol CAN / Ankara - TÜRKİYE</i>	1115
DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLER AÇISINDAN DUYGUSAL ZEKANIN SAĞLIK PERSONELİ ÜZERİNDE İNCELENMESİNE YÖNELİK BİR ÇALIŞMA <i>Ceren ERDİN, Ayşe DEMİRHAN, Altan DOĞAN, Serdar BOZKURT / İstanbul - TÜRKİYE</i>	1139
HEMŞİRELERİN HASTANELERDE YENİDEN YAPILANDIRMA VE İŞLERİ İLE İLGİLİ BAZI DEĞERLENDİRMELERİ: ERCİYES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANELERİ ARAŞTIRMASI <i>Demet ÜNALAN, Mehmet TOP, Menderes TARCAN / TÜRKİYE</i>	1145
INVESTIGATION OF THE EFFECTS OF JUSTICE AND TRUST PERCEPTION OF HEALTH WORKERS ON JOB SATISFACTION AND ORGANISATIONAL LOYALTY <i>Şebnem ASLAN, Musa ÖZATA , Mustafa METE / TÜRKİYE</i>	1153
HASTA HAKLARI <i>Senal GÜRSOY / Lefkoşa - K.K.T.C.</i>	1171
KAYSERİ DEVLET HASTANESİNDE GÖREV YAPAN HEKİMLERİN HASTA HAKLARI KONUSUNDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ <i>Şule ŞİMŞEK, Demet ÜNALAN, Sevgi ORHAN, Tayfur ŞİMŞEK, Ahmet ÖZTÜRK / Kayseri - TÜRKİYE</i>	1173
HASTA HAKLARI <i>Özdem NURLUÖZ / Lefkoşa - K.K.T.C.</i>	1187



MT6

Sağlık Hizmetlerinde İletişim / Communication in Health Services

SAĞLIK HİZMETLERİNDE DEĞİŞİM VE YÖNETİCİLERİN ARTAN BİLGİ GEREKSİNİMİ <i>Korkut ERSOY / Ankara – TÜRKİYE</i>	1193
SAĞLIK HABERCİLİĞİNDE YAZILI BASININ ROLÜ <i>Meriç ÇOLAK, Korkut ERSOY / Ankara - TÜRKİYE</i>	1203
SAĞLIK HABERCİLİĞİ VE TÜRKİYE BASININDA SAĞLIK HABERLERİNİN ANALİZİ <i>F. Sevil BANAR, Barış GÜNAYDIN / Eskişehir - TÜRKİYE</i>	1213
SAĞLIK HİZMETLERİ PAZARLAMASINDA SANAL TOPLULUKLAR: ÖRNEK BİR SİTE ÜZERİNDE İNCELEME <i>Metin ARGAN, Mehpare TOKAY ARGAN / Eskişehir - TÜRKİYE</i>	1225
MANİPULATİF ŞEKİLDE YAPILAN HALKLA İLİŞKİLER UYGULAMALARININ HASTANE YÖNETİMİNE OLUMSUZ ETKİLERİ <i>Emel TOZLU ASLAN / Lefkoşa – K.K.T.C.</i>	1241

MT7

Sağlık Hizmetlerinde Donanım ve Altyapı / Equipment and Infrastructure in Health Services

TÜRKİYE'DE HASTANE İNFEKSİYONLARI, SORUNLARI VE GELİŞMELER <i>Semra KUŞTİMUR / Ankara - TÜRKİYE</i>	1251
HASTANE, TIBBİ ATIK VE PERSONEL SAĞLIĞININ KORUNMASI <i>Çağatay GÜLER / Ankara - TÜRKİYE</i>	1257
KKTC'DEKİ TIBBİ ATIKLARIN İNSAN SAĞLIĞI VE ÇEVRE AÇISINDAN ÖNEMİ <i>Hüseyin GÖKÇEKUŞ, Hatice GÖKÇEKUŞ / Lefkoşa - K.K.T.C.</i>	1275
RISKS AND REWARDS IN DEVELOPING AN INTERNATIONAL HEALTH ADMINISTRATION GRADUATE PROGRAM: ASSESSING FACULTY SURVEY RESULTS <i>Joseph COYNE, Eric MCLAUGHLIN, Lorenzo CANTONI / USA</i>	1303



GÖRÜNTÜLEME MERKEZLERİ BİLGİ İŞLEM BİRİMLERİNDEN NE BEKLER ? <i>Alper DEMİRARSLAN / İstanbul – TÜRKİYE</i>	1319
LABORATUVARIN IT SİSTEMİNDEN BEKLENTİLERİ <i>Can COŞKUN / İstanbul - TÜRKİYE</i>	1323
THE HOSPITAL FOR THE NEXT DECADE DESINING FOR SPECIAL PATIENT POPULATION <i>Fahire SAATÇI / TÜRKİYE</i>	1327
DEVLET HASTANELERİNDEKİ BİLGİ SİSTEMLERİ VE DIŞ KAYNAK KULLANIMI <i>Mustafa Mahir ÜLGÜ, F. Tahir DARDENİZ, Bayram GÖKTAŞ, Filiz ASLANTEKİN, Birdal ŞENOĞLU / Ankara - TÜRKİYE</i>	1337
HASTA YAKINLARININ BARINMA SORUNU <i>Rahmiye GÜLTEKİN, Betül IŞIKLAR, Erhan KILINÇ / Sivas - TÜRKİYE</i>	1345
HASTANELERDE KULLANILAN YAPI ÜRÜNLERİNİN ÇEVRESEL PERFORMANSLARINA YÖNELİK STANDARDLARIN İRDELENMESİ <i>Çiğdem Belgin DİKMEN, Arzuhan Burcu GÜLTEKİN / TÜRKİYE</i>	1357
THE ANALYSIS OF INTERIOR ARCHITECTURAL DESIGN OF HOSPITALS IN ANKARA FROM THE PUBLIC RELATIONS POINT OF VIEW <i>Meriç ÇOLAK , Didem Erhat KIZILBAYRAKTAR , Korkut ERSOY / Ankara - TÜRKİYE</i>	1363
HASTANE BİNALARININ PLANLANMASI ve TOPLAM KALİTE YÖNETİM İLİŞKİSİ <i>Enis Faik ARCAN , Tuğşad TÜLBENTÇİ , Ariz QURIESH / Lefkoşa - K.K.T.C.</i>	1371
AMELİYATHANELERİN PLANLANMASI <i>Enis Faik ARCAN , Tuğşad TÜLBENTÇİ / Lefkoşa - K.K.T.C.</i>	1397
HASTA HAKLARI-SAĞLIK ÇALIŞANLARI HAKLARI-TIBBİ ETİK <i>Sonuç BÜYÜK / Lefkoşa - K.K.T.C.</i>	1415
TÜRKİYE'DE HASTANE ATIKLARININ UZAKLAŞTIRILMASI <i>Şükrü ASLAN, Ayşen TÜRKMAN / TÜRKİYE & K.K.T.C.</i>	1423
SAĞLIK KURUMLARINDA ULUSAL AKREDİTASYON ve MİMARİ TASARIM <i>Aslı Sungur ERGENOĞLU, Ayfer AYTUĞ / İstanbul-TÜRKİYE</i>	1431



DÜNYADA VE KKTC'DE DİYETİSYENLİK MESLEĞİ <i>Müjgan ÖZTÜRK / KKTC</i>	1435
HASTANELERDE ARŞİV DÜZENLEMESİ YAPACAK MOBİL ROBOT UYGULAMASI <i>Yasin BEKTAŞ, Hüseyin CANBOLAT / TÜRKİYE</i>	1443
APPLICATION OF FUZZY-NEURAL SYSTEM IN THE ANALYSIS OF THE RELATIONSHIP BETWEEN PATIENT SATISFACTION AND SERVICE QUALITY OF GOVERNMENTAL HOSPITALS IN TRNC <i>Ali HAYDAR, Zafer AĞDELEN, Burcu TOKER ERSÖZ / Girne – K.K.T.C.</i>	1459
İSTANBUL ÖRNEĞİNDE HASTANE ETKİNLİK ANALİZİ <i>Ömer BİLEN, İbrahim DEMİR, Ali Hakan BÜYÜKLÜ / İstanbul - TÜRKİYE</i>	1467
SAĞLIK SEKTÖRÜNDE YAPI ÜRETİMİ VE ORGANİZASYONU <i>Turgay SALİHOĞLU , Enis Faik ARCAN / Lefkoşa – K.K.T.C.</i>	1487



MT5

Sağlık Hizmetlerinde Hukuk Law in Health Services

HEMŞİRELERİN ÇALIŞMA ORTAMINDA PSİKOLOJİK ŞİDDETLE (MOBBİNG) KARŞILAŞMA DURUMLARI VE GÖSTERDİKLERİ TEPKİLERİN BELİRLENMESİ

¹Aytolan YILDIRIM, ²Dilek YILDIRIM

¹*İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu / İstanbul - TÜRKİYE*

²*Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü / Ankara - TÜRKİYE*

İş yerinde yıldırma, bastırma, sindirme, yok sayma, psiko-terör gibi anlamlara gelen “mobbing” terimi, bir yabda birkaç kişinin tek bir kişiye sistemli olarak yönelttikleri, etik dışı iletişim ile düşmanca davranışlarda bulunulması olarak tanımlanmaktadır (Leymann,1996). Sık sık uygulanan ve uzun süre devam ettirilen bu eylemler, işyerindeki stres türleri içinde en ciddi ve etkin olanıdır. Psikolojik şiddete maruz kalan bireyler, yoğun stres ve kaygıya bağlı olarak çeşitli fizyolojik, psikolojik ve sosyal sorunlar yaşamaktadırlar. Mobbing’in en çok görüldüğü iş yerleri sosyal yardım kurumları, sağlık kurumları ve yüksek öğretim kurumlarıdır (Chappell Di Martino 1999). Yönetimde “kapalı kapı” politikası, yetersiz liderlik, adil olmayan başarı değerlendirme ve ücretleme, karar verme ve yönetimde otokratik yaklaşım, yetersiz iletişim mobbing davranışlarının kurumsal yaygınlaşma nedenleri içinde gösterilmektedir (Davenport et al. 1999; Tutar 2004, Tınaz 2006).

Çalışma I

Çalışmanın Amacı

Bu çalışma Türkiye’de sağlık sektöründe, hemşirelerin yaşadığı psikolojik şiddet ve bunun hemşireler üzerine emosyonel, sosyal, fizyolojik etkisini ve bireylerin mobbing’ten kurtulmak için yaptıkları girişimleri belirlemek amacı ile tanımlayıcı olarak gerçekleştirilmiştir.

Gereç ve Yöntem

Araştırmaya katılan 505 hemşirenin 325’i (%64) kamuda, 180’i (%36) özel hastanede çalışmaktadır. Araştırmada, katılımcıların demografik özellikleri ile mobbing davranışları (33 madde), mobbinge tepki (34 madde) ve mobbing’den kurtulmak için yapılanların (8 madde) sorgulandığı, 4 bölümden oluşan soru formu kullanılmıştır. Verilerin istatistiksel analizinde (SPSS 11,5) frekans, yüzde, ortalama, standart sapma, korelasyon ve çoklu regresyon ile independent sample t-testi kullanılmıştır.

Bulgular ve Tartışma

Araştırmaya katılan hemşirelerin büyük kısmının (%86,5) son 12 ay içinde işyerinde mobbing davranışı ile karşılaştığı ve en sık yaşadıkları mobbing davranışları olarak, “başkalarının yanında aşağılanma” (%55,2), “sorumlu olmadığı konulardan suçlanma” (%50,5) ve “yaptığı işin hissettirilmeden kontrol edilmesi” (%50) olduğu ve bu davranışları en yüksek oranda yöneticileri tarafından gördüklerini belirtmişlerdir. Mobbing davranışları ile karşılaşan hemşirelerin tepki olarak, “kendisini yorgun ve stresli hissetme” (%72,9), baş ağrısı (%69,5), “aşırı yemek yeme ya da iştahta



azalma” (%53,5), “mide-bağırsak şikâyetleri” (%52,9) belirtilmiştir. Hemşirelerin mobbing davranışlarından kurtulmak için daha planlı ve çok çalıştıkları (%70.1), eleştiri almamak için işe daha

çok özen gösterdikleri (%70,5), çözüme ilişkin girişim olarak, uğradığı haksızlığı ilgili kişiyle yüz yüze konuşmayı (%67,3) ve durumu üst makama bildirmeyi (%54,9) denediklerini belirtmişlerdir. Katılımcıların %10’u mobbing davranışları nedeniyle zaman zaman intihar etmeyi düşündüklerini de belirtmişlerdir.

Sonuç.

Araştırmamız hemşirenin çalışma ortamında mobbing davranışı ile karşılaşabileceğini göstermiştir. Dünyada her işyerlerinde görülebilen, işyerinde yıldırma davranışlarını engellemek, hem çalışanlar hem de kurumlar açısından oldukça önemlidir. Bu nedenle uzun süreli çözülmeyen kişilerarası çatışmaların, uygun çatışma çözme stratejileri ile çözülmesi, işyerinde tacizin gelişimini azaltmaya yardımcı olacaktır

Çalışma II.

Kavram olarak pek bilinmeyen ama çalışma yaşamında yabancı olunmayan “mobbing”, iş yerinde yıldırma, bastırma, sindirme, yok sayma, psiko-terör veya soyut şiddet uygulama gibi anlamlara gelmektedir. Dünyanın hemen her tarafındaki işyerlerinde mobbing eylemlerinin bulunduğu kabul edilmektedir. Ancak çalışanların işyerlerinde karşı karşıya kaldıkları bu eylemlerin etkilerini ortaya çıkarmak oldukça güçtür. Bu güçlüğün nedeni, üzerinde tam olarak anlaşılmış bir “mobbing” tanımı yapılamamış olmasıdır.

İşyerlerinde düşmanca tutumların sergilendiği süreci tanımlamada kullanılan sözcük, literatürde farklı terminolojide kullanılmıştır. Örneğin psikolojik terör (Leymann, 1990), bullying (Adams, 1992), İşyeri travması (Wilson, 1991), scapegoating (Thylefors, 1987), İşyeri terörü (Bassmann, 1992), victimization (Olweus, 1994). Mobbing terimini insan davranışlarında ilk defa kullanan Heinz Leymann, 1984’te İsveç’teki işyerlerinde görülen benzer davranışların bir çeşit “işyeri terörü” olduğuna dikkat çekmiştir. Bu terörü ise şöyle tanımlamıştır : “Bir ya da birkaç kişinin tek bir kişiye sistemli olarak yönelttikleri etik dışı iletişim ile düşmanca davranışlarda bulunulmasıdır”(Leymann, 1990).

Yasal düzenlemeler nedeniyle özellikle kamu kurumlarında fiziksel şiddetin ciddi yaptırımları olması nedeni ile psikolojik şiddet yaygınlaşmaktadır. Bu nedenle mobbing mağdurları, yıldırma, biktırma, dışlama, parantez içine alma, küçük düşürme, örgütsel bazı olanaklardan mahrum bırakma, izolasyon, örgütsel kaynakların kullanımında adaletsizlik, haklardan yararlanmayı engelleme veya geciktirme gibi psikolojik şiddete neden olabilecek tutum ve davranışlara maruz kalmaktadırlar (Einarsen, 2000; Cowie et al. 2002 ; Leymann, 1990) . Bu davranışlar kişiye, kurum yöneticisi, üstleri, aynı pozisyondaki çalışma arkadaşları veya astları tarafından yapılabilir (Einarsen, 2000; Fox &Stalloworth,2004). Kurumda psikolojik şiddet uygulayan kişi veya kişiler, diğerlerini de etkileyerek uzun süreli, sistemli ve sıklıkla zorbaca davranışlar için örgütleyerek, kişiye karşı bir cephe oluşturulması söz konusudur. Kurumda çalışan diğer kişiler bu davranışları görmezden geldiği, göz yumduğu, hatta kışkırttığı sürece kurban, çok sayıda güçlü kişi karşısında kendini çaresiz görür ve mobbing gerçekleşmiş olur (Einarsen, 2000; Cowie et al. 2002 ; Leymann, 1990).



Sık sık uygulanan ve uzun süre devam ettirilen bu eylemler, işyerindeki stres türleri içinde en ciddi ve etkin olanıdır. Mobbing sürecine hedef olan kişi ise işyerinde yardımsız, korunmasız ve tek başına bırakılmaktadır (Leymann, 1990). Psikolojik şiddete maruz kalan bireyler, yoğun stres ve kaygıya bağlı olarak çeşitli fizyolojik, psikolojik ve sosyal sorunlar yaşamaktadırlar. Mağdurların yaşam ve iş kaliteleri düşmekte sağlıkları bozulmakta, sosyal ilişkileri zedelenmektedir. Bu süreçte işini ve her şeyden önemlisi sağlığını da kaybeden mağdurlar ekonomik, fiziksel ve duygusal olarak etkilenmektedir (Einarsen, 2000; Cowie et al. 2002; Björk vist, 2001; Fox Stalloworth, 2004).

Yıldırma süreci sonrası hastalanan kişilerin topluma maliyetinin yıllık gelirinden fazla olduğu uzmanlarca ileri sürülmektedir. Öte yandan yıldırma eylemleriyle karşılaşan pek çok kişi ise yaşadığı gerilimi bir hastalık olarak görmediği için tedavi yoluna da gitmemektedir (Fox Stalloworth, 2004).

Ülkemizde de işyerinde gördükleri baskı sonucu sağlıkları bozulan hastalar üzerinde inceleme yapan Samancı, hastalarının çoğunu kadınların oluşturduğunu belirtmektedir (Tutar 2004). Samancı, özellikle ekonomik krizin yaşandığı dönemlerde işyerlerindeki ruhsal tacizin arttığına dikkat çekmektedir. Bu sayede çalışanlar, karşı karşıya kaldıkları psikolojik baskı ve zorbaca eylemler sonucu istifaya zorlanmaktadır. Bu durum çalışanlarca da kanıksanmakta, şikâyet konusu yapılmamaktadır. Böylece, yıldırma eylemleri “işten çıkarma tazminatı”ndan kurtulmanın bir aracı olarak görülmekte ve işten çıkarma, ülkemizde yıldırma sürecinin ilk amacı durumuna gelmektedir. Doç. Dr. Samancı, ruhsal tacizi uygulayanların çoğunlukla üst düzey yönetim kademesinde çalışanlar olduğunu ifade etmektedir. Türkiye’deki hiyerarşik düzenin aileye, otomatik olarak da işyerindeki gruplara yansıdığına ifade eden Samancı, kadınların hep anlayışlı ve taviz veren bir konumda görülmek istendiğini belirtmektedir. Bununla birlikte Samancı Özellikle de ekonomik krizin yaşandığı Türkiye şartlarında işyerlerindeki ruhsal tacizin gittikçe arttığını, ancak bu durumun çalışanlarca kanıksandığını ve şikâyet konusu olmadığını, herkesin bu duruma katlandığını vurgulamaktadır. İşyerinde psikolojik şiddet uygulayan tarafın da bunu kullandığını belirterek, hayatın pek çoğumuz için kolayca bir kaos haline dönüşverdiğini ifade etmektedir (Tutar 2004).

Genel olarak hemşireler, buldukları çalışma ortamının doğasından dolayı sadece ülkemizde değil, tüm dünyada fiziksel, emosyonel ve sözel şiddetin esas mağdurları olmuşlardır. Hemşirelerin maruz kaldıkları şiddet ile ilgili çalışmalarda, hemşirelerin işyerinde şiddete maruz kalma riskinin diğer sağlık çalışanlarından daha fazla olduğu ve şiddetin esas kaynağının hastalar, hasta yakınları, doktorlar ve diğer sağlık çalışanları olduğu görülmektedir (Alçelik et al. 2005; Ayrancı 2005; Yeşildal 2005; Rowe and Sherlock, 2005; ackson et al. 2002). Bununla birlikte hemşirelerin birbirlerine karşı uyguladıkları şiddet ile ilgili uluslar arası literatürde çok az çalışma bulunurken; ülkemizde bu konuda hiç çalışma bulunmamaktadır.

Sağlık kurumlarında da iş yerinde taciz konusu üzerinde önemle durulmaya başlanmıştır. Matthiesen et al. (1989), yaptığı çalışmada hemşirelerin %10’unun iş yerinde tacize (bullying) maruz kaldığını belirtmiştir. Niedle (1996), %26,6 hemşirenin haftada bir veya daha fazla, işyerinde düşmanca davranışla (hostile actions) karşılaştığını belirtmektedir. Portekiz’de sağlık sektöründe yapılan bir çalışmada, geçen 12 ay içinde sağlık profesyonellerinin %51’inin sözel tacize (verbal abuse) uğrarken, %60’ının işyerinde bullying’e maruz kaldığını göstermiştir (Ferinho et al. 2003). Hemşireler arasında şiddet veya taciz (violence or abuse) algıları ile ilgili bir çalışmada, %64 ile %82 oranında hemşirenin hekim ve kendi yöneticilerinden sözel şiddete maruz kaldıkları raporlanmıştır (Cox, 1987; Diaz McMillin, 1991). Rutherford Rissel (2004) Avustralya’da yaptığı çalışmada son 12 ay içinde, hemşirelerin %50’sinin bir veya birden fazla kez bullying davranışına



maruz kaldığını belirlemiştir. Mayhew Chappel (2001), hemşirelerin çoğunluğunun kadın olması nedeniyle diğer sağlık çalışanlarından daha fazla işyerinde tacize maruz kalabileceklerini belirtmiştir.

Bu çalışma, Türkiye’de sağlık sektöründe, hemşirelerin yaşadığı psikolojik şiddet ve bunun hemşireler üzerine emosyonel, sosyal, fizyolojik ve organizasyonel etkisini belirlemek amacı ile kesitsel ve tanımlayıcı olarak gerçekleştirilmiştir. Çalışma ile ilgili araştırma sorularımız şunlardır:

1. Hemşirelerin çalışma alanlarında yöneticileri/ çalışma arkadaşları (peers) tarafından karşılaştıkları mobbing davranışları nelerdir? Kamu ve özel hastanelerde çalışan hemşireler arasında mobbing davranışlarına maruz kalma açısından fark var mıdır?
2. Hemşirelerin mobbinge tepki olarak yaşadıkları emosyonel, sosyal, fizyolojik ve organizasyonel tutum ve davranışlar nelerdir?
3. Hemşireler mobbing davranışları ile karşılaştıklarında , mobbingden kurtulmak için neler yapmaktadırlar?
4. Hemşirelerin çalıştığı kurum (özel- kamu), yaşı, eğitim durumu, toplam hizmet yılı, kurumdaki hizmet yılı ve buldukları pozisyonun maruz kaldıkları mobbing davranışları arasında ilişki var mıdır? Yaşanan mobbing davranışları ile en çok ilişkili olan durumlar nelerdir?

Gereç ve Yöntem.

Araştırmanın evrenini, İstanbul ilinin Avrupa yakasında bulunan 200 ve üzerinde yatak sayısı olan 2 kamu ve 4 özel hastanede çalışan hemşireler oluşmaktadır (n 1463). Tabakalı örnekleme (Stratified Sampling) yöntemi ile 1 kamu ve 2 özel hastanede çalışan hemşireler örnekleme alınmıştır (n=710).

Araştırmanın yürütülmesi planlanan hastanelere, çalışmanın amaç ve yöntemi belirtilerek başvurulmuş, ilgili kurumlardan onay ve izin alındıktan sonra veriler toplanmaya başlanmıştır. Örnekleme alınan hastanelerde çalışan hemşirelere veri toplama formları dağıtılmış olup, 505 hemşireden cevap alınmıştır. Cevaplanma oranı %71’dir. Araştırmaya katılan hemşirelerin 325’i (%64) kamuda, 180’i (%36) özel hastanede çalışmaktadır. Veriler, Ekim-Aralık 2005 tarihler arasında araştırmacılar (academic staff) tarafından toplanmıştır. Veri toplarken, çalışmanın amacı açıklanarak hemşirelerin sözlü onamları alınmıştır. Ayrıca katılımcılara elde edilen verilerin gizli kalacağı açıklanarak, isim belirtmemeleri ve formları doldurduktan sonra zarf içinde ağzı kapalı bir şekilde yine araştırmacıya verilmeleri istenmiştir. Türkiye’de yasal olarak hemşirelik mesleğini sadece kadınlar icra edebildikleri için, katılımcıların tümü kadındır.

Veri toplama araçları

Veri toplamada, literatür taraması ile hazırlanmış 4 bölümden oluşan soru formu kullanılmıştır. Birinci bölümde katılımcıların demografik bilgileri (yaşı, eğitimi, hemşirelik mesleğindeki toplam çalışma süresi, şu anki kurumdaki çalışma süresi ve pozisyonu) sorgulanmıştır. İkinci bölümde mobbing davranışları, üçüncü mobbing’e tepki olarak yaşanan emosyonel, fizyolojik ve organizasyonel davranışlar, dördüncü bölümde ise katılımcıların mobbing’den kurtulmak için yaptıkları sorgulanmıştır.

a. Mobbing davranışları

Hemşirelerin mobbing davranışları ile karşılaşmış ve karşılaşmadıklarını belirlemek amacı ile bu davranışların listesi hazırlanmıştır. Mobbing davranışları listesini hazırlarken hem daha önce bu konuda yapılan araştırmalardan ve geliştirilen ölçeklerden (Leymann 1990; Niedl 1996; Zapf ve ark.



1996; Fox and Stallworth 2005; Davenport et al. 1999), hem de araştırmacıların kişisel deneyimlerinden yararlanmışlardır. Mobbing davranışları listesi, izolasyon, iş yükü, kişiliğe saldırı ve mesleki statüye saldırı alt başlıklarında bulunan davranışlardan oluşmaktadır. Hazırlanan “mobbing davranışları” listesi, 6 uzmanın görüşüne sunularak onların görüş ve önerileri doğrultusunda gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra mobbing davranışları listesi son halini almıştır. Katılımcılardan son 12 ay boyunca mobbing davranışları ile karşılaşma durumlarının sıklığını ve kim tarafından bu davranışların gerçekleştirildiğini belirtmeleri istenmiştir. Davranışların sıklığını belirlemede, 0 hiç karşılaşmadım, 1 bir kez karşılaştım, 2 birkaç kez karşılaştım, 3 bazen karşılaşıyorum, 4 sık sık karşılaşıyorum, 5 her zaman şeklinde derecelendirilerek, 6’lı likert yöntemi kullanılmıştır. Katılımcıların 1 ve üzerindeki cevapları, hemşirelerin bu davranışlarla son 12 ay içinde en az bir ve daha fazla karşılaştıklarını gösterdiğinden, bir ve üzerindeki cevaplar değerlendirmeye alınmıştır.

b. Mobbinge Tepki

İşyerinde mobbing davranışları karşısında yaşanan emosyonel, sosyal, fizyolojik ve organizasyonel tutum ve davranışlar, literatür incelemesi sonucu belirlenmiştir. “Mobbing’e tepki davranışları” listesi, yine aynı 6 uzmanın görüşüne sunulmuştur. Uzmanların görüş ve önerileri doğrultusunda gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra “mobbing’e tepki davranışları” listesi son halini almıştır. Katılımcılardan, son 12 ay boyunca yaşadıkları mobbing davranışları karşısında verdikleri emosyonel, sosyal, fizyolojik ve organizasyonel tepkileri 0 hiçbir zaman yaşamadım, 1 ender olarak, 2 ara sıra, 3 sık sık, 4 çoğunlukla, 5 her zaman yaşıyorum şeklinde değerlendirerek formda işaretlemeleri istenmiş ve bir ve üzerindeki cevapları mobbing davranışları karşısında verilen tepkiyi gösterdiğinden, bir ve üzerindeki cevaplar değerlendirilmiştir.

c. Mobbing’ den kurtulmak için ne yaptı

Hemşirelerin mobbing davranışı ile karşılaştıklarında ne yaptıkları 8 soru ile sorulmuş ve 0 hiçbir zaman yapmadım/ düşünmedim, 1 bir kez yaptım/düşündüm, 2 birkaç kez yaptım/düşündüm, 3 bazen yapıyorum/düşünüyorum, 4 sık sık yapıyorum/düşünüyorum ve 5 her zaman yapıyorum/ düşünüyorum şeklinde 6’lı likert yöntemine göre işaretlemeleri istenmiştir. Katılımcıların bir ve üzerindeki cevapları değerlendirmeye alınmıştır.

Hazırlanan veri toplama aracının anlaşılabilirliği 30 hemşire üzerinde pilot çalışma ile test edilmiştir. Hemşireler tüm maddeleri ortalama 15-20 dakikada yanıtlayabildi ve değişiklik önermediler. Daha sonra araştırma 505 hemşire üzerinde uygulandı.

Verilerin Analizi

Verilerin istatistiksel analizi SPSS Programı ile yapılmıştır (SPSS 11,5 versiyonu, İstanbul Üniversitesi). Öncelikle verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler (frekans, yüzde, ortalama, standart sapma) kullanılmıştır. “Mobbing davranışları” listesi ile “Mobbing’e tepki davranışları” listesinin toplam ve alt gruplarının iç tutarlılığı cronbach - katsayısı ile tanımlanmıştır. Mobbing davranışları ile hemşirelerin demografik özellikleri arasındaki ilişki, korelasyon ve çoklu regresyon ile



incelenmiştir. Son olarak özel hastane ile kamu hastaneleri arasında mobbing davranışları açısından bir fark olup olmadığı independent sample t-testi ile analiz edilmiştir.

Bulgular

Katılımcıların demografik özellikleri şöyledir. Hemşirelerin yaş ortalaması 30,56 (6,83), toplam hizmet yılı 10,55 (7,00), kurumdaki hizmet yılı 8,48 (6,58) olarak belirlenmiştir. Hemşirelerin çoğunluğunu (%40,0) lisans mezunu hemşireler ile ön lisans mezunu hemşireler (%31,7) oluşturmaktadır. Araştırmaya katılan hemşirelerin büyük kısmı, servis hemşireleri (%45,9) ile özel alanlarda çalışan (yoğun bakım, ameliyathane gibi) hemşireler (%24) dir.

Mobbing davranışları

Hemşirelerin “mobbing davranışları” deneyimlemeleri ile ilgi yüzde, ortalama, sd ve madde toplam puan korelasyonları Tablo 1’de verilmiştir. Buna göre madde toplam puan korelasyonlarının 0,44-0,65 arasında değişmekte olduğu ve tüm maddelerin istatistiksel olarak anlamlı korelasyon gösterdiği (p 0,01) saptanmıştır. Tüm maddelerin cronbach alfa iç tutarlılık katsayısının .93 olduğu belirlenmiştir.

Tablo 1. Hemşirelerin Raporladıkları “Mobbing Davranışları”nın Frekansı, Ortalaması, SD ve Item Total Correlation (Madde Toplam Puan Korelasyonu)

	% experienced at all (N=505)	M	SD	r	p
1. Başkalarının yanında sizinle aşağılayıcı ve onur kırıcı konuşulması	55,2	1,31	1,37	0,64	0,000
2. Sizinle ilgili asılsız söylemlerde bulunulması	45,7	1,06	1,33	0,59	0,000
3. Başkalarının yanında sizi küçük düşürücü davranılması (beden dili kullanılması)	40,4	0,93	1,30	0,63	0,000
4. Ruh sağlığınızın yerinde olmadığını ima edilmesi	15,8	0,32	0,84	0,53	0,000
5. Özgüveninizi olumsuz etkileyecek bir iş yapmaya zorlanılması	30,5	0,70	1,21	0,58	0,000
6. Dürüstlüğünüzün ve güvenilirliğinizin sorgulanması	31,1	0,71	1,21	0,58	0,000
7. Özel yaşantınızla ilgili asılsız söylentiler	23,6	0,52	1,07	0,49	0,000
8. Sözlü tehdit edilme	35,8	0,72	1,15	0,46	0,000
9. Masaya yumruk vurulması gibi davranışlar	21,8	0,46	1,01	0,45	0,000
10. Performansınızla ilgili sürekli olumsuz değerlendirmeler yapılması	31,3	0,69	1,16	0,61	0,000
11. Sorumlu olduğunuz konularda suçlanmanız	50,5	1,20	1,40	0,57	0,000
12. Ortak yapılan işlerin olumsuz sonuçlarından yalnızca sizin sorumlu	42,6	0,96	1,27	0,50	0,000



tutulmanız					
13. Yaptığınız iş ve işin sonuçları ile ilgili sürekli kusur/hata bulunması	46,1	1,12	1,62	0,47	0,000
14. Yaptığınız her işte mesleki yeterliliğinizin sorgulanması	30,5	0,66	1,21	0,55	0,000
15. Sizinle ilgili haksız gerekçelerle yazışmalar yapılması/ rapor tutulması	17,0	0,30	0,77	0,44	0,000
16. Sizin ve yaptığınız işin hissettirilmeden (dolaylı) kontrol edilmesi	50,1	1,36	1,59	0,38	0,000
17. Kendinizi göstermenize fırsat verilmemesi	31,3	0,85	1,40	0,61	0,000
18. Verdiğiniz karar ve önerilerinizin eleştirilerek, reddedilmesi	41,4	1,01	1,38	0,65	0,000
19. Sorumluluğunuzda olan işlerin sizden alınarak, sizden daha düşük pozisyonda kişilere verilmesi	14,5	0,33	0,92	0,56	0,000
20. Daha düşük pozisyonda kişiler ile denetim,	19,4	0,46	1,09	0,51	0,000
21. Yaptığınız işin değersiz ve önemsiz görülmesi	40,8	1,20	1,60	0,52	0,000
22. Düzenlenen sosyal toplantılardan haberdar edilmeme	24,6	0,61	1,20	0,56	0,000
23. Görüşme ve konuşma isteğinize yanıt alamama	19,4	0,48	1,11	0,56	0,000
24. Bulduğunuz ortamda görmezden gelinerek, yokmuşsunuz gibi davranılması	27,7	0,73	1,31	0,63	0,000
25. Konuşurken sık sık sözünüzün kesilmesi	32,1	0,81	1,29	0,63	0,000
26. Gönderdiğiniz elektronik posta ve telefonlara yanıt verilmemesi	13,5	0,34	0,92	0,60	0,000
27. İş arkadaşlarınızın sizinle konuşmasının engellenmesi ya da yasaklanması	11,1	0,26	0,83	0,54	0,000
28. Bir ortama girdiğinizde, bulunduğunuz ortamın bilerek terk edilmesi	15,5	0,31	0,82	0,52	0,000
29. Kapasitenizin üstünde işten sorumlu tutulma	37,5	0,93	1,41	0,48	0,000
30. İşten ayrılmanız ya da yer değiştirmeniz için ba	14,7	0,33	0,94	0,50	0,000
31. İşiniz için gerekli olan bilgi, doküman ve materyallerin sizden saklanması	13,1	0,33	0,95	0,59	0,000
32. Şahsi eşyalarınıza zarar verilmesi	7,9	0,16	0,59	0,44	0,000
33. Fiziksel şiddet uygulanması	7,3	0,14	0,54	0,46	0,000
Toplam mobbing davranışları	86,5	22,25	21,95	Toplam -0,93	



Katılımcıların en sık yaşadıkları mobbing davranışları (Tablo 1, “başkalarının yanında sizinle aşağılayıcı konuşulması” (%55,2) olarak belirlenmiştir. Bu davranışı en sık kimden gördükleri ile ilgili olarak, katılımcılar %75,8 oranında yöneticilerinden, %17,1 oranında kendi çalışma arkadaşlarından, %4,1 oranında hekimlerden ve %3 oranında kendinden daha düşük pozisyondaki astlarından gördüklerini raporlamışlardır.

Hemşirelerin ikinci derecede sık yaşadıkları mobbing davranışı ise “sorumlusu olmadığınız konularda suçlanma” (%50,5) olarak belirlenmiştir. Bu davranışı %29,4 oranında yöneticilerinden, %25,8 oranında doktorlardan, %16,7 kendi çalışma arkadaşlarından, %5,8 kendinden daha düşük pozisyondaki astlarından gördüklerini belirtmişlerdir.

Hemşirelerin üçüncü derecede sık yaşadıkları mobbing davranışı ise “sizin ve yaptığınız işin hissettirilmeden kontrol edilmesi” (%50,1)’dir. Bu davranışı en çok (%26,8) kendi yöneticilerinden, (%12,6) ardından kendi çalışma arkadaşlarından gördüklerini belirtmişlerdir.

Kamu ve Özel Hastane Arasındaki Fark

Özel hastanede çalışan hemşirelerin (20,65 22,77), kamu hastanesinde çalışan hemşirelere (25,12 20,14) göre iş yerinde mobbing davranışları ile karşılaşma durumlarının daha yüksek olduğu ve bunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (t:-2,20; p 0,02).

Mobbing’e tepki

Hemşirelerin mobbing davranışları karşısında verdikleri tepki ile ilgili yüzde, ortalama, sd ve madde toplam puan korelasyonları Tablo 2’de verilmiştir. Buna göre madde toplam puan korelasyonlarının 0.36-0.77 arasında değişmekte olduğu ve maddelerin istatistiksel olarak anlamlı korelasyon gösterdiği (p 0,01) saptanmıştır. Tüm maddelerin cronbach alfa iç tutarlılık katsayısının . **olduğu belirlenmiştir.**

Tablo 2. Hemşirelerin Raporladıkları “Mobbing’e Tepki Davranışları”nın Frekansı, Ortalaması, SD ve Item Total Correlation (madde toplam puan korelasyonu)

	% experienced at all (N=505)	M	SD	r	p
1. Bana yapılan düşmanca davranışları hatırladığımda şiddetli üzüntü duyuyorum	58,8	1,43	1,58	0,64	0,000
2. Yapılan davranışları tekrar tekrar hatırlıyorum/ yaşıyorum	56,2	1,24	1,43	0,75	0,000
3. İşe gelirken korkuyor, işyerinde bulunmak istemiyorum	40,1	0,79	1,22	0,70	0,000
4. Kendimi yalnız hissediyorum	44,0	0,94	1,32	0,68	0,000
5. İş yerimde kimseye güvenmiyorum	48,6	1,10	1,43	0,65	0,000
6. Kendime olan güvenim ve saygımın azaldığını hissediyorum	33,7	0,66	1,12	0,63	0,000
7. İşime karşı bağlılığımın azaldığını	46,2	1,00	1,34	0,70	0,000



hissediyorum					
8. İş dışındaki hayatım (evliliğimin ve ailemin) bundan olumsuz olarak etkileniyor	54,7	1,36	1,68	0,67	0,000
9. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum	36,6	0,56	0,88	0,58	0,000
10. İçimden ağlama isteği geliyor	52,5	1,00	1,26	0,77	0,000
11. Kendimi ihanete uğramış gibi hissediyorum	36,0	0,75	1,20	0,70	0,000
12. Görünür bir neden yokken kötü bir şey olacakmış korkusu yaşıyorum	43,6	0,90	1,30	0,74	0,000
13. Aşırı tedirginim ve kolayca ürküyorum	35,8	0,70	1,18	0,69	0,000
14. Uyku düzenim bozuldu	48,5	1,27	2,43	0,50	0,000
15. Zamanımın büyük kısmını doğrudan işimle ilgili olmayan konularla geçiriyorum	45,3	1,02	1,39	0,49	0,000
16. Hiçbir şey yapmadığım halde çok meşgul görüntüsü veriyorum	13,7	0,26	0,76	0,45	0,000
17. Bir şeyler yapılması gerektiğinde yavaş hareket ediyorum	15,3	0,27	0,76	0,38	0,000
18. Yaşadıklarımın acısını başka birini aşağılayarak çıkarıyorum	7,5	0,14	0,59	0,36	0,000
19. İş ortamında çalışma arkadaşlarımla çatışma yaşıyorum	36,9	0,58	0,90	0,55	0,000
20. Bir işe konsantre olmada güçlük yaşamak	38,4	0,66	1,01	0,66	0,000
21. İş yerindeyken hiçbir iş yapamıyorum	16,8	0,27	0,70	0,51	0,000
22. İşle ilgili hatalar yapıyorum	32,1	0,46	0,79	0,45	0,000
23. Bazen bana karşı davranış sergileyen kişilerden öç almayı düşünüyorum	31,1	0,52	0,93	0,53	0,000
24. Maruz kaldığım davranışlar nedeniyle, bir psikolojik danışmanın desteğini alıyorum	14,3	0,27	0,76	0,38	0,000
25. Bana bu davranışları yapanlara beddua ediyorum	31,2	0,71	1,30	0,52	0,000
26. Kontrol dışı hareketlerim/tiklerim gelişti	16,0	0,33	0,88	0,45	0,000
27. Kan basıncımda değişiklikler yaşıyorum	39,4	0,89	1,32	0,54	0,000
28. Mide bağırsak şikayetlerim oluyor	52,9	1,38	1,62	0,65	0,000
29. Aşırı yemek yeme isteği ya da iştahta azalma oluyor	53,5	1,42	1,63	0,70	0,000
30. Alkol, sigara ya da ilaç (madde) kullanımı	36,2	1,03	1,60	0,48	0,000
31. Kendimi stresli ve yorgun hissediyorum	72,9	2,13	1,69	0,69	0,000
32. Baş ağrılarım oluyor	69,5	1,84	1,61	0,64	0,000
33. Göğüs ağrısı, kalp çarpıntısı oluyor	44,0	1,01	1,45	0,66	0,000
34. Depresyonda olduğumu düşünüyorum	50,1	1,19	1,50	0,73	0,000
Toplam mobbing' e tepki davranışları	85,1	42,06	32,88	Toplam -0,95	



Hemşirelerin yaşadıkları mobbing davranışları karşısında verdikleri tepkinin sıklıkla fizyolojik olduğu söylenebilir. Kendisini yorgun ve stresli hissetme (%72,9), baş ağrılarının olması (%69,5), aşırı yemek yeme ya da iştahta azalma (%53,5), mide-bağırsak şikâyetlerinin olması (%52,9) gösterilebilir. Bununla beraber kendisine yapılan düşmanca davranışları hatırladığında şiddetli üzüntü duyma (%58,8), yapılan davranışları tekrar tekrar hatırlama (%56,2), iş dışındaki hayatının bundan olumsuz etkilenmesi (%54,7), içinden ağlama isteğinin gelmesi (%52,5) de sıklıkla verilen emosyonel tepkilerden sayılabilir.

Mobbingden kurtulmak için ne yaptı

Hemşirelerin mobbing davranışlarından kurtulmak için en sık yaptıkları davranışlar ise %72,1 oranında “daha planlı ve çok çalışıyorum” ile %70,5 oranında “eleştiri almamak için işime daha çok özen gösteriyorum”. Ayrıca hemşirelerin uğradığı haksızlığı, ilgili kişiyle yüz yüze konuşması (%67,3) ve maruz kaldığı olumsuz davranışları üst makama bildirmeleri (%54,9) diğer bir çözüm yöntemleri olduğu söylenebilir (Tablo 3).

Ancak katılımcıların %10'unun mobbing davranışları nedeniyle zaman zaman intihar etmeyi düşündüklerini raporladıkları da görülmüştür. Bunların %5,4 'ü (1 ve 2) ara sıra düşündüklerini, 2,6'sı (3 ve 4) sık sık düşündüklerini ve %2'si de hemen her zaman bu düşüncede olduklarını belirtmişlerdir.

Tablo 3. Katılımcıların Mobbing'den Kurtulmak İçin Yaptıkları

	%	M	SD
A1. Ciddi olarak işten ayrılmayı düşünüyorum	41,6	0,92	1,34
A2. Kurum içinde görev yerimi değiştirmeyi düşünüyorum	35,0	0,80	1,34
A3. Uğradığım haksızlığı, ilgili kişiyle yüz yüze konuşarak çözmeye çalışıyorum	67,3	1,85	1,71
A4. Maruz kaldığım olumsuz davranışları üst makama bildiriyorum	54,9	1,12	1,33
A5. İş yerinde olumsuz davranış sergileyen kişilere karşı yargıya başvurmayı düşünüyorum	23,4	0,42	0,91
A6. Eleştiri almamak için işime daha çok özen gösteriyorum	70,5	2,66	2,71
A7. Daha planlı ve daha çok çalışıyorum	72,1	2,67	1,94
A8. Zaman zaman intihar etmeyi düşünüyorum	10,0	0,22	0,82

Mobbing Davranışları ile hemşirelerin çalıştıkları kurum, yaş, eğitim, toplam hizmet yılı, kurumdaki hizmet yılı ve hemşirelerin pozisyonu arasındaki ilişki

Hemşirelerin karşılaştıkları mobbing davranışları ile çalıştıkları kurum (p 0,001)ve hemşirelerin pozisyonu (p 0,05) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki belirlenmiştir. Hemşirelerin yaşı, eğitimi, hemşirelik mesleğindeki toplam hizmet yılı ve kurumdaki hizmet yılı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p 0,05).



Hemşirelerin çalıştığı kurum ve pozisyonun mobbing davranışlarına maruz kalma durumları regresyon analiz ile incelenmiştir ($\beta = 0.16$; $F = 6,38$; $P = 0,002$). Hemşirelerin mobbing davranışları ile karşılaşmalarına %12 (p 0,005) oranında özel kurumda çalışmaları etki ederken; %11 (p 0,05) oranında daha düşük pozisyonda bulunmalarının etki ettiği belirlenmiştir.

Tartışma.

Literatürde de işyerinde şiddet konusunda, içinde hemşirelerinde bulunduğu bazı meslek gruplarının, risk altında olduğu ifade edilmektedir (Einarsen 2000; Beech & Leather 2004). Bu çalışmada, araştırmaya katılan hemşirelerin büyük kısmının (%86 hemşire) geçen 12 ay içinde bir veya birden fazla kez, bullying davranışlarıyla karşılaştığını ve bu davranışların büyük kısmının kendi yöneticilerinden kaynaklandığı belirlenmiştir. Ülkemizde işyerinde mobbing konusu 2000'li yıllardan sonra, gündeme gelmeye başlamış olup, ulusal literatürde bu konuda yapılmış bir çalışma bulunmamaktadır. Bununla birlikte, Rutherford ve Rissel (2004)'in yaptıkları çalışmada hemşirelerin %50'sinin bir yıl içinde bullying davranışının herhangi bir çeşidi ile karşılaştıklarını belirlemiştir.

Cox (1987), 1100 hemşire üzerinde yaptığı çalışmada, hemşirelerin %97'sinin sözel şiddete maruz kaldığını belirtmiştir. Norveç'te yapılan bir çalışmada da hemşirelerin %20'sinin işyerinde bullying davranışlarına maruz kaldığını ve bu davranışlara sıklıkla kendi departmanlarında nurse, assistant nurse ve head nurse'ler tarafından maruz kaldıklarını belirtmiştir (Einarsen et al. 1998). Niedle (1996), %26,6 hemşirenin haftada bir veya daha fazla, işyerinde düşmanca davranışla (hostile actions) karşılaştığını belirtmektedir. uine (1999) ise yaptığı çalışmada sağlık çalışanlarının geçen 1 yıl içinde %38'inin bir veya birden fazla bullying tipi ile karşılaştıklarını ve bu davranışları, bizim çalışmamızda da belirlediğimiz gibi, sıklıkla kendi yöneticilerinden gördüklerini saptamıştır. Portekiz'de sağlık sektöründe yapılan bir çalışmada bizim sonuçlarımıza benzer olarak, geçen 12 ay içinde sağlık profesyonellerinin %60'ının işyerinde bullying'e maruz kaldığını göstermiştir (Ferinho ve ark.1. 2003). Görüldüğü gibi, sağlık çalışanları ve hemşirelerin 1 yıl içinde mobbing davranışları ile karşılaşmaları, oldukça olası bir durumdur ve sıklıkla yöneticiler tarafından bu davranışlar sergilenmektedir. Bununla birlikte sağlık çalışanlarının mobbing sonuçlarındaki farklılıkların nedeni, veri toplamada kullanılan araç kadar, veri toplama zamanı, veri toplanan ülke, uluslar arası karşılaştırmalarda güçlüğe neden olmasıdır (Einarsen 2000; Cowie ve ark.1. 1999).

Ülkemizde yasal düzenlemelerden dolayı hemşirelik mesleğinde sadece kadınlar icra edebilmektedirler (Hemşirelik kanunu). Bu nedenle çalışmamızda cinsiyete dayalı bir fark olup olmadığı araştırılmamıştır. Ferrinho ve ark.1. (2003), sağlık kurumlarında yaşanan her tür şiddet davranışlarını, kadınların erkeklerden daha fazla yaşadığını belirtmektedir. Björk vist (2001)'e göre kadınların sıklıkla kadınlardan mobbing gördüğünü ve kadınların düşmanlarına fiziksel zarardan çok, psikolojik zarar vermeye çalıştıklarını belirtmektedir. Buna ilave olarak mobbing de, olumsuz davranışlar karşısında kurbanın, güç dengeleri (power imbalance between parties) açısından, kendini savunmayacak durumda olması söz konusudur (Leymann 1996, Einarsen 2000; Cowie ve ark.1. 2000). Bu da, bizim regresyon analizi ile hemşirelerin pozisyonunun mobbing davranışlarına maruz kalmada etkili olduğu sonucunu, desteklemektedir. Salin (2003), güç dengesinin sadece formal güç dengesi (formal power difference) olmayıp, situational ve contextual characteristics içerdiğini vurgulamaktadır. Bu durum, bu çalışmada sadece kadınların bulunduğu hemşirelerin neden sıklıkla



kendi yöneticilerinden ve kendi çalışma arkadaşlarından mobbing davranışlarına maruz kaldıklarını desteklemektedir.

Ferrinho ve ark.1. (2003), sağlık çalışanlarının maruz kaldığı şiddet türleri arasında ilk sırada verbal violence geldiğini, ardından da bullying/ mobbing geldiğini belirtmiştir. uine (1999), en sık raporlanan bullying davranışlarının “shifting the goal posts, withholding necessary information, undue pressure to produce work, and freezing out, ignoring, or excluding” olduğunu ve bu davranışları katılımcıların %32 oranında deneyimle diklerini belirtmiştir. Rutherford ve Rissel (2004) ise en sık karşılaşılan mobbing davranışlarının, bizim davranışlara benzer olarak, “belittling, sneering, shouting or ordering (%32), followed by tones of voice or facial expressions that leave you feeling putdown (%26) olduğunu saptamıştır. Bizim çalışmamızda katılımcıların yarısından fazlasının yaşadığı mobbing davranışının “başkalarının yanında sizinle aşağılayıcı konuşulması” davranışı hem verbal hem de personal standing’e saldırı davranışını içermektedir.

Araştırmalar, yeniden yapılanma, küçülme ve diğer kriz durumlarının, iş güvenliğinin az olması, kurum içi yarışmaların (internal competition) olması da kurumlarda bullying davranışlarını arttırdığını göstermektedir (Salin 2003; Einarsen 2000). Bununla ilişkili olarak çalışmamızda, özel hastanelerde çalışan hemşirelerin kamuda çalışanlardan daha fazla oranda mobbing’e maruz kaldıkları belirlenmiştir. Ülkemizde son yıllarda yaşanan ekonomik krizler nedeniyle başta özel hastaneler, ciddi olarak kademe azaltma ve yeniden yapılanma sürecine girmişlerdir. Bununla birlikte özel hastanelerde çalışan hemşirelerin iş güvenliğinin daha az olması (iş kanunu ve DMK) mobbing davranışlarının fazla olmasına katkıda bulunan diğer bir faktör olarak ifade edilebilir.

Literatürde uzun süreli, periyodik olarak işyerinde negatif, düşmanca davranışlara maruz kalan bireylerde yoğun stres ve kaygıya bağlı olarak çeşitli fizyolojik, psikolojik ve sosyal sorunlar yaşadıkları belirtilmektedir. Bu konudaki çalışmalar, bizim çalışmamızda da saptadığımız gibi, işyerinde psikolojik şiddete maruz kalan bireyler ile bu kişilerin hem psikolojik hem de somatik sağlık şikayetleri arasında güçlü ilişki olduğunu göstermektedir (Einarsen 2000; Leymann1996; Hansen et al. 2006; Zapf, 1999; Björk vist 2001).

Bununla birlikte mobbing’e maruz kalan kişilerin, benzer davranışları algılama şekilleri ve bu davranışların kişiler üzerindeki etkileri kişiden kişiye farklılık gösterdiği de sıklıkla vurgulanmaktadır (Leymann1996; Davenport et al.1999; Hansen et al. 2006; Björkvist 2001). Yine de mobbing’in derecesini belirlemede kişilerin maruz kaldıkları davranışların ne olduğu ve sıklığının yanında, kişilerin mobbing davranışlarına verdikleri tepkiler de bize yol göstermektedir (Einarsen 2000). (Davenport et al. 1999), birinci derecede mobbing yaşayan kişilerin sıklıkla ağlama, uyku bozuklukları, konsantrasyon güçlüğü yaşadıklarını belirtmektedir. Bizim çalışmamızda da katılımcıların %52,5’inin içinden ağlama isteğinin geldiği; %48,5’ünü uyku düzeninin bozulduğu ve %38,4’ü bir işe konsantre olmakta güçlük çektiklerini ifade etmişlerdir. İkinci derece mobbing yaşayan kişilerin yukarıdakine ek olarak, sıklıkla yüksek tansiyon, mide-bağırsak sorunları, aşırı kilo alma veya verme, depresyon, alkol yada ilaç bağımlılığı, işyerinden kaçma, alışılmadık korkular yaşama gibi semptomların görüldüğü belirtilmektedir. Bizim çalışmamızda da hemşirelerin yarısından fazlasının kendilerini stresli ve yorgun hissettiği, kendilerinin depresyonda olduğunu düşündükleri, mide-bağırsak problemleri yaşadıkları, aşırı yemek yeme ya da iştahta azalma olduğunu, alkol, sigara ya da ilaç kullanımının arttığını ifade ettikleri saptanmıştır. Üçüncü derecede mobbing yaşayan



kişilerin ise, bu davranışlara ilaveten, işe gelirken korku yaşadıkları, işyerinde duramadıkları, göğüs ağrısı, kalp çarpıntıları yaşadıkları, üçüncü kişilere yönelik şiddet ve/veya intihar girişimlerinin olabileceği ifade edilmektedir. Bizim çalışmamızda da hemşirelerin %43,6'sı görünür bir neden yokken, kötü bir şey olacakmış korkusu yaşadıklarını; %35,8'inin aşırı tedirgin ve kolay ürktüklerini; %40,1'inin işe gelirken korktuğunu ve işyerinde bulunmak istemediğini; %44'ünün göğüs ağrısı, kalp çarpıntısı yaşadığını, %31,1'inin kendisine karşı davranış sergileyen kişilerden öç almayı düşündüğünü ve hemşirelerin %10'unun zaman zaman intihar etmeyi dahi düşündüklerini belirttikleri saptanmıştır. Görüldüğü gibi çalışmamıza katılan hemşirelerin büyük kısmının (%86,5) işyerinde mobbing davranışlarına maruz kaldığı ve bu davranışların da mobbing'in 3 derecesini de içerdiği söylenebilir. Yukarıda belirtildiği gibi mobbing mağdurlarının psikolojileri ve fizyolojileri bozulmakta, sosyal hayatları olumsuz etkilenmektedir. Çalışmalar mobbing mağdurlarının ciddi ve olumsuz sağlık sorunları yaşamamaları için, mümkün olduğu kadar erken aşamada uzman yardımı almalarını önermektedirler. Bununla birlikte çalışmamızda hemşirelerin oldukça azı (%14,3) maruz kaldığı mobbing davranışları nedeniyle bir psikolojik danışmanın desteğini aldıklarını ifade etmişlerdir. Bunun nedeni hemşirelerin yaşadığı iş gerilimini bir hastalık olarak görmemeleri olabilir. Ayrıca ülkemizde psikolojik açıdan yardım isteme, yeni bir anlayış olduğundan, uzman yardımı alma oranının düşük olduğu ifade edilebilir (Hasan Tutar, 2005). Bununla birlikte mobbing'ten kurtulmak için hemşirelerin %10'unun zaman zaman intihar etmeyi düşündüklerini ifade etmeleri de yukarıdaki verileri, zamanında uzman desteğine başvurmamış olmalarını destekleyen önemli bir bulgu olduğu söylenebilir.

Hemşirelerin karşılaştıkları mobbing davranışlarını azaltmak ya da bu davranışlardan kurtulmak için yaptıkları incelendiğinde, hemşirelerin yarısından fazlası maruz kaldıkları davranışları ilgili kişiyle konuşarak çözmeye çalışıyor ya da bir üst makama bildiriyor. Bunun yanında hemşirelerin büyük çoğunluğu eleştiri almamak için işine daha çok özen gösteriyor ve daha planlı ve daha çok çalışıyor. Bazı hemşireler ise buldukları ortamdan uzaklaşmak amacıyla iş ya da bölüm değiştirmeyi düşünmektedir. Katılımcıların %23,4'ü yasal yollara başvurmayı düşünmektedir. Ülkemizde işyerinde psikolojik şiddetin henüz açıkça tanımlanmamış olması ve bu konuda uygun yasal düzenlemeler bulunmaması nedeniyle (TCK-2005) bu kadar az kişinin bu yola başvurduğu düşünülmektedir. Einarsen (2000), bizim çalışma sonuçlarımızla benzer olarak, mobbing kurbanlarının aktif olarak problem çözme sürecini kullandıklarını, problemin çözülmemesi durumunda da kurumdan ayrıldıklarını ifade etmiştir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Literatürde mobbing davranışlarının kesin olarak belirlenmesinin oldukça güç olduğu belirtilmektedir (Einarsen 2000; Cowie et al. 2002). Bunun nedeni, iş ortamında sürekli ve periyodik olarak negatif davranışlara maruz kalma, bu davranışların grup tarafından da yapılması nedeniyle bu taktiğin kesin olarak saptanmasının güç olduğudur (Tutar 2005; Cowie et al. 2002). Çalışmanın self-report uestionnaires yöntemi ile yapılması, mobbing'in, negatif davranışlara maruz kalan hemşirelerin algılarına göre saptanması, araştırmanın sınırlılıklarından biridir. Ayrıca katılımcılardan bu davranışlara son 12 ay içinde ne sıklıkla maruz kaldıklarını hatırlamaları, araştırma verilerini sınırlandıran diğer bir etkidir. Cowie et al. (2002), uestionnaire formatlarının, mobbing durumunun dinamiği ve sürecini belirlemede yeterli olmadığını belirtmektedir.



Sonuç ve Öneriler.

Sağlık kurumlarında karşılaşılan mobbing durumlarının varlığı ve sıklığı; insan kaynağının, kurumların en değerli varlığı olduğu bilincinin ne yazık ki hala gelişmemiş olduğunun bir göstergesidir. Araştırmamız yaşı, eğitim düzeyi ve pozisyonu ne olursa olsun her hemşirenin çalışma ortamında mobbing davranışı ile karşılaşabileceğini göstermiştir. Dünyada her işyerlerinde görülebilen, kimi zaman zorbaca kimi zaman özel taktiklerle gerçekleşen işyerinde yıldırma davranışlarını engellemek, hem çalışanlar hem de kurumlar açısından oldukça önemlidir. Bu nedenle uzun süreli çözülmeyen kişilerarası çatışmaların, uygun çatışma çözme stratejileri ile çözülmesi, işyerinde tacizin gelişimini azaltmaya yardımcı olabilir (Einarsen 2000; Salin 2003).

Sağlık kurumlarında mobbing'in oluşum sürecini, mobbing davranışlarının gelişmesine etki eden faktörlerin ayrıntılı belirlenmesi amacıyla nicel çalışmaların yanında nitel çalışmaların da yapılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

- 1-Yeşildal N. Sağlık hizmetlerinde iş kazaları ve şiddetin değerlendirilmesi TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2005, 4(5); 280-302.
- 2-Alçelik A, Deniz F, Yeşildal N, Mayda AS, Şerifi BA (2005) AİBÜ Tıp Fakültesi Hastanesinde görev yapan hemşirelerin sağlık sorunları ve yaşam alışkanlıklarının değerlendirilmesi TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2005, 4(2); 55-66.
- 3-Beech B, Leather P. Workplace violence in the health care sector: A review of staff training and integration of training evaluation models, *Aggression and Violent Behavior*, 2005, 11 27-43.
- 4-Björk vist K. Social defeat as a stressor in humans, *Physiology Behavior*, 2000, 73, 435-442.
- 5-Cowie H, Naylor P, Rivers I, Smith PK, Pereira B. (2002) Measuring workplace bullying, *Aggression and Violent Behavior*, 2002, 7, 33-51.
- 6-Davenport N, Schwartz RD, Elliott GP. (1999) *Mobbing: Emotional Abuse in the American Workplace*, Civil Society Publishing, Iowa.
- 7-Einarsen S. Harassment and bullying at work: a review of the Scandinavian approach, *Aggression and Violent Behavior* 5, (2000) 379-401.
- 8-Ferrinho P, Biscaia A, Fronteira I, Craveiro I, Antunes AR, Conceição C, Flores I, Santos O. *Human Resources for Health* 1, 2003, 1-11.
- 9-Fox S, Stallworth LE. Racial/ethnic bullying: Exploring links between bullying and racism in the US workplace, *Journal of Vocational Behavior*, 2003, 66, 438-456.



- 10-Hansen AM, Hogh A, Persson R, Karlson B, Gadre AH, Orbeak P. Bullying at work, health outcomes, and physiological stress response, *Journal of Psychosomatic Research*, 2006, 60, 63-72.
- 11-Leymann H, The content and development of mobbing at work, *European Journal of Work and Organizational Psychology* ,1996, 5(2), 165-184.
- 12-Mayhew C, Chappell D, Occupational Violence types, reporting patterns and variations between health sectors. Taskforce on the Prevention and Management of Violence in the Workplace . Discussion Paper No. 1 University of NSW, Kensington. (2001)
- 13-Quine L. Workplace bullying in NHS community trust: staff questionnaire survey, *BMJ*, 1999, 318, 228-232,
- 14-Tutar H. İşyerinde Psikolojik Şiddet, 3.Baskı, BRC, Ankara, 2004.
- 15-Rutherford A, Rissel C. A survey of workplace bullying in a health sector organisation, *Australian Health Review* ,2004, 28, 65-72.
- 16-Salin D. Ways of explaining workplace bullying: A review of enabling, motivating and precipitating structures and processes in the work environment, *Human Relations* ,2003, 56 (10), 1213-1232.



Uluslararası Sağlık ve Hastane Yönetimi Kongresi
International Health and Hospital Administration Congress
01-03 June 2007 *Near East University - Nicosia - TRNC - Mersin 10 Turkey*





HASTANE ORTAMINDA HASTA HAKLARI

Erdem AYDIN

Hacettepe Üniv. Tıp Fak. Deontoloji, Tıp Etiği ve Tarihi Anabilim Dalı / Ankara - TÜRKİYE
eraydin@hacettepe.edu.tr

Özet

Sağlık hizmetine ulaşabilmek, hastaların elde edebilecekleri fiziksel ve yaşamsal faydalar çerçevesinde değerlendirilemez. Hasta olmak, ağrı-acı duymakla sınırlı değildir ve aynı zamanda hasta hakları dediğimiz kavramın yaşama geçirilmesi sürecini de kapsar. En azından günümüzde bu böyle görülmektedir. Sağlık şikayeti nedeniyle hastane gibi bir sağlık kurumuna başvuran hasta yabancı bir dünya ile karşı karşıya kalır. Karşısına çıkan her sağlık görevlisi farklı hizmet türü ve farklı görevlerle kendisine yardım etmek istemektedir. Hastane yönetiminden, hekim ve hizmetliye kadar geniş bir yelpazedeki hastane çalışanı hastanın değerlerine saygı göstermek yükümlülüğündedir. Bu yükümlülükler hastayı korumak anlamını da taşımaktadır. Hasta hakları adına belirlenmiş ilke ve değerleri yerine getirmek; hastaya o imkanları sunmak, hastane personelinin etik yükümlülüklerindedir. Tıp etiğinin güncel ilke ve değerleri, hasta hakları kavramının ortaya çıkmasına sağlamıştır. Bu ilke ve değerler hasta haklarının temin edilmesinde yönlendirici bir etken olarak varlıklarını sürdürmektedirler. Hastaya yararlı olmak gibi geleneksel bir yükümlülükle birlikte onun bireysel/özerk kimliğine saygı gösterici ve koruyucu yaklaşım artık olağan hasta beklentileri arasındadır. Hasta haklarının hastane hizmetleri açısından varlığı, hasta değerlerine saygı göstermekle sınırlı değildir. Bu hakların hastane ortamında uygulanması, hizmet kalitesinin bir unsuru olarak da görülmelidir. Hasta, sağlık kuruluşunda öngörülen asgari düzey hizmet imkanlarına erişebilmelidir. Bunun yanında hastalığının getirdiği güçlükleri aşabilecekleri olanaklarının da sunulması gerekir ve hastane ortamında yaşamı kolaylaştıran pratik çözümler hastaya sağlanmalıdır. Hasta, hastane koşullarında kendisine sağlanan hak ve imkanlardan haberdar olmalıdır.

Anahtar Kelimeler: hasta hakları, mahremiyet, tıp etiği, hastane.

Bugün uygarlığın geldiği nokta, insan ilişkilerinin açıklanması ve tanımlanmasına yeni açınımlar getirmektedir. İnsanlar “toplum” halinde yaşamakta ve o toplum içerisinde belli davranış ve alışkanlıklar ortaya çıkmaktadır. Toplum-içi ilişkilerdeki tutum ve davranışların nitelik ve biçimleri bir açıdan uygarlığımızı tanımlamaktadır. Yaşadığımız günlerin “uygarlık” göstergeleri tutum ve davranışlarımızın niteliğiyle yakından ilişkilidir. Bir toplumdaki insan ilişkileri zaman sürecinde yenilenmekte ve farklı şekillere dönüşmektedir. “Hak” kavramı da bu sürecin nispeten yeni ürünlerinden birisidir. Bireyler, kendilerini sahip oldukları haklar çerçevesinde de tanımlamaktadırlar. Toplumsal hayat aynı zamanda bazı hak talep alanları haline gelmektedir.

Hasta hakları toplumsal hayatımızda daha fazla yer edinmeye başlayan evrensel değerler içerisindeki bir olgudur. Hastanın, sağlık hizmetlerinden yararlanırken “koruyucu” bir şemsiye altına girmesi, hasta hakları hareketinin bir sonucudur. Buradaki “koruyucu şemsiye” nedir? Korunması gereken kimdir ve kimden korunmalıdır? Ayrıca, ortada korunması gereken biri varsa onu nasıl koruyacağız? “Hasta hakları”ndan söz ederken açıkça anlaşılıyor ki korunması gereken, ifadenin öznesi, yani hastadır. Birey, hasta olmasından dolayı bir hakka sahip olmaktadır. Bunun anlamı, tıbbi



hizmet sırasında hastalığın bireye pozitif katkı getirmesidir. Sağlığını kaybetmiş olmak ve ağrı-acıdan kurtulmak arzusu karşısında görece daha avantajlı bir basamağa çıkma olgusudur bu...

Bilinir ki hastalar hasta olmak adına dezavantajlıdırlar ve aynı zamanda hastalıklarına çözüm bulabilme adına çaresizdirler. Hastalar, hekime ya da bir sağlık kuruluşuna başvurduklarında daha etkin bir konumda olan mesleki bir uzmanlığın ilgi alanının içerisine girmektedirler. Hastalığın bilinemezliğine, tedavi aktörlerinin de bilinemezliği ve gücü ilave olmaktadır. Sağlık şikayetinin nedeni, kaynağı, şekli, belirtileri, etkisi tam ayrıştırılamazken bunlara çözüm olsun diye başvuru olan sağlık faktörlerinin etkileri de hastanın ıstırap ve çaresizlik dünyasına ilave olmaktadır. Bir başka anlatımla ağrı ve acının çözümsüzlüğüne karşı, buna çalışan ve hizmet üniteleri ile sağlık sektörü ilave olmaktadır.

Şunu belirtmek gerekir ki, hasta sağlık hizmetinde “hekim” tanınmaktadır. Sağlık hizmeti bir hekimlik hizmeti şeklinde algılanmaktadır. Yüzlerce yıldır bu durum bu böyle süregelmiştir. Hasta “şifa” için hekime başvurur. Hekimin yanında çalışan başka sağlık personeli ve hekimin işini yaptığı ortam hasta için çok fazla anlam ifade etmez. Bu en azından yüzyılımızın başlarına hatta, son 30-40 yıla kadar böyledir. Ancak bunu günümüz için tekrarlamak biraz güçtür. Hastaların, tedavi için “hekime” gittikleri şeklinde genel bir algılama olmakla birlikte, artık bu fazla doğru değildir. Hasta bir sağlık kuruluşuna gitmekte ya da tanı ve tedavisinde ergeç birden fazla sağlık personeli ile muhatap olup, çeşitli tıbbi teknolojilerle karşı karşıya kalmaktadır.

Elbette tanı ve tedavinin sorumluluğu hekimdedir. Ancak, hastalığın teşhis ve tedavi süreci yalnızca hekimle kotarılan çok sınırlı bir konu değildir. Hemşire, ebe, laborant, teknisyen, sosyal hizmet uzmanı, diyetisyen, fizyoterapist gibi sağlık personelinin yanısıra hastane yöneticisi, yönetim kadrosu, bilgisayar uzmanı, hizmetli gibi personel kadrosu da tanı ve tedavi sürecinde ekip olarak görev almaktadırlar (Tall, 2000). “Hastane” aslında bir mekandır. Bu mekân insanların “karıncalar” gibi gelip gittikleri bir yerdir. Yoğun çalışma temposu hastanelerin genel özelliğidir. Bu tempo yalnızca niceliksel bir büyüklükle değil, yani hastaların çokluğundan değil, onlara gösterilmesi gereken ilgi ve yakınlıkla da bağlantılıdır.

Hastaneler, hastaların bazen kişilik ve değerlerinin rencide olabileceği bir ortam oluşturmaktadırlar. Özellikle, günümüzün büyük ve kapsamlı hastaneleri bir alışveriş merkezi dinamik ve yoğunluğuyla hizmet vermektedirler. Hastalar acılarını dindirme arayışı içerisinde hastane koridorlarında oradan oraya savrulmaktadırlar. Tanımadığı, bilmediği hizmet sağlayıcılar, tanımadığı bilmediği teknolojik araç-gereç ve tanıyıp bilmediği sayısız insanlar hastanın karşısındadır. Öyleyse hastayı daha ilk başta “kaotik” olarak görünebilecek bu ortamdan kurtarmamız gerekir. Sağlığına çözüm amacıyla gelmiş kişiye bir de sağlık kuruluşu sıkıntısı yüklenmemelidir (Annas, 1992).

Anlaşıyor ki, hastalar daha ilk başta, hastanede buldukları süre içerisinde sahip oldukları haklarının neler olduklarını bilmek durumundadırlar. Hastalar hem tıp etiğinin kendilerine tanıdığı değerlerin korunmasından hem de hastaneye özel kural ve işleyiş karşısındaki haklarından haberdar edilmelidirler. Bu haklar demeti hastane yönetimi tarafından bir şekilde hastaya duyurulmak zorundadır. Hastanın haklarından haberdar olması yetmez. Bizzat hastane yönetimi tarafından gerekli önlemlerin alınması da gerekir.

Kim olursa olsun bir hasta hastaneye başvurduğunda herkes ile aynı düzeyde bakım ve tedavi hizmeti alacağı konusunda şüphe içinde olmamalıdır. Hastalar dil, din, ırk, millet, cinsiyet gibi hiçbir nedenle hastane hizmetinde ayrımcılıkla karşılaşmamalıdır. Hastaneye başvuran hasta, şahsiyetine ve kimliğine hiçbir zarar görmeksizin tedavisine başlanma ve sürdürme hakkına sahiptir. Hastanın tedavi süreciyle ilgili bilgi alma hakkı sınırsızdır. Bilmediği, anlamadığı, kafasına takılan her konuda



sorular sorabilmelidir. Tıbbi kararlarda, kendisinin de söz sahibi olduğu hatırdan çıkartılmamalıdır. Tanı ve tedavisinin yeterliliği konusunda emin olmayan hastanın bir başka hekim tarafından görölmeye ya da bir başka sağlık kurumuna sevkini istemeye hakkı bulunmaktadır. Hastalar kendileriyle ilgilenen ve tıbbi işlemlerden sorumlu hekim ve diğer sağlık personelinin kimliklerini ve mesleki düzeylerini bilmek konusunda hak sahibidirler. Hastanelerde gerçekleştirilen tıbbi araştırma ve eğitim çalışmaları hastalar için bir zorunluluk unsuru olmamalıdır. Bu faaliyetlere karşı çıkılması halinde de hastaların bakım ve tedavileri eksiksiz sürdürülmelidir.

Hastanede Mahremiyetin Korunması

Burada, tek tek hasta haklarını analiz etmek ve listeler vermek fırsatına sahip değiliz. Fakat, kavramın niteliği açısından bazı önemli noktalardan biri olduğu halde ölkemizde fazla tartışılmayan mahremiyet konusunu kısaca incelemek istiyoruz. Hastane ortamında hastanın bireysel ve ruhsal halini tanımladığımızda özet olarak ortaya çıkan nokta onun sıkıntı, zorluk ve istismar edilebilir bir pozisyonda olduğudur. Fiziksel acıya iştirak eden ruhsal çaresizliğe ilaveten konumuz çerçevesinde bir de bireysel değerlerin aşındırılması olgusu karşımıza çıkmaktadır. Halbuki o konuda bireyin hiç kimseyle paylaşmak istemeyebileceği bir özelliği ya da dünyası bulunmaktadır.

Büyük dikkat ve itina ile koruduğunuz mahrem bilgilerimizi birden bire o güne kadar hiç tanımadığımız birisi ile, yani hekimle paylaşmak zorunda kalırız. Bedensel olsun, ruhsal olsun, kişiliğinizle ilgili olsun ya da özel yönlerinizle ilgili olsun, sizinle irtibatla olan kişilerle olsun koruduğunuz, itina gösterdiğiniz mahremiyet dünyanız birden açığa çıkmakta ve kayıtlara geçmektedir.

Üstelik mahremiyetinizin ortaya çıkması hekimle sınırlı kalmamakta, kimi zaman kaçınılmaz olarak hastanenin diğer sağlık personeli hatta sağlık personeli dışındaki çalışanlarına kadar ulaşmaktadır. Bu kaçınılmaz bir süreçtir. Görev ve hizmet paylaşımının yoğun olduğu bir ortamda erişilen sonuç bu olmaktadır. Hastanın mahrem bilgilerine erişme açısından iki durumu ayırt etmeliyiz: 1) Kaçınılmaz erişim, 2) İstismar edici erişim.

Birinci durumda nemli olan konu, hastaya ait mahremiyetin ister istemez değişik sağlık görevlileri tarafından paylaşılacağı gerçeğidir. Hastalık teşhisinin konması, tedavinin başlaması ve sürdürülmesi için gerekli tıbbi müdahale ve işlemlerin yapılabilmesi için bu kaçınılmazdır. Hemşireden, teknisyene fizyoterapistten, diyetisyene kadar kişinin mahrem bilgileri ortaya çıkmaktadır. Hatta idari ve hizmetli personel de buna dahil olmaktadır.

İkinci durumda ise hastaya ait mahremiyet unsuru içeren bilgilerin, hiç gerekmediği halde hekim dahil diğer personelle yerli yersiz paylaşılmasıdır. Hastanın korunabilecek olan mahremiyeti özensiz, saygısız ve ciddiyetsiz şekildeki tavır ve davranışlarla kolayca ihlal edilmesidir, ki bunun etik yönden gerektirmemek mümkün değildir.

Aslında günümüzde mahremiyetin korunmasını isteme hakkına karşı en büyük darbe elektronik bilgi ortamlarının gelişmesinden gelmiştir. Bilgisayar kullanımının, hasta kayıtlarının tutulmasında vazgeçilemeyecek bir araç haline gelmesi ve bunda zorunlu bağlılık, hasta mahremiyetinin korunmasındaki en büyük güçlüklerden birisidir. Klasik dosyalama sisteminin bilgisayar kayıtlarına geçilmesi ile hastaların karşısına yepyeni sonuçlarla çıkmaktadır (Alpert, 1998).

Elektronik ortamların yarattığı fırsatlar karşısında tıbbi verilerin başkaları tarafından elde edilmesi ve paylaşılması her geçen gün daha kolaylaşmaktadır. Bilgisayar kullanımının artması ve oluşturan iletişim ağları hastaların kayıtlarının korunmasında ciddi sıkıntılar yaratmaktadır. Böyle bir konuda sorun yalnızca mahremiyetin kaybı da değildir. Hastaya ait mahrem bilgiler bir başkasının eline



geçtiğinde bizzat hastanın kendisine karşı kullanılabilir. Kişinin iş ve sosyal hayatı mahremiyet ihlali sonucundan çok fazla etkilenebilir. Buradaki sorulardan birisi de “uygun ve yerinde kararlarla kayıtlı hasta bilgilerine nasıl erişilebilir?” sorusudur. Diğer soru aksi yöndedir ve “b uygun olmayan kişilerin bilgilere girişlerini nasıl azaltabiliriz” şeklindedir. Söz konusu bilgiler yalnızca o hastaya ait olanlar değil hekim, hemşire ve diğer sağlık çalışanları ile kurumun verilerini de kapsamaktadır.

Bilgisayarlaşma ve elektronik bilgi depolanmasının hasta ile hizmet verici ve ödeme kaynakları arasında iletişimi kolaylaştırdığı kesindir. Bazılarına göre tıbbi bilgilerin elektronik alanda depolanması, yazılı kağıtlarla saklandığı eskiye kıyasla daha güvenli bir sistemdir. Ancak dikkatsiz ve istismar edici bir şekilde kullanılmak istendiğinde hasta ve hizmet verenlerin mahremiyetine ve gizliliklerine son derece zarar verici olabilir. Bugün için elektronik iletişim içerisinde mahremiyet ve gizliliği garanti edecek standard bir sistemden çok fazla söz edemeyiz.

Mahremiyet, hak kavramları açısından negatif ve pozitif hak niteliklerini içinde barındırır. Negatif bir haktır, çünkü başkalarının müdahalesiyle karşı karşıya kalması ya da kişiye dokunulmaması anlamlarını kapsar. Öte yandan pozitif bir haktır, bu açıdan kendisine ait bilgilere girme çabalarının ve bunun başkalarıyla paylaşımının kontrolünü elinde tutar. Tıptaki son gelişmeler mahremiyetin korunması olgusuna yepyeni açılımlar getirmektedir. Genetik çalışmalar, infeksiyon hastalıkları, ilaç denemeleri gibi tıbbi alanlar bireyin mahremiyetini daha fazla ortaya serici bilgileri içermektedir (Marshall, 1997).

Hastane gibi sağlık kuruluşları orada hizmet veren çalışanlarının ve hastaların mahremiyetleri konusunda önlemler almak zorundadır. Bir hastane ortamında mahremiyetin korunması için aşağıdaki konularda kurumsal politikaların geliştirilmesinden söz edilebilir (Marshall, 1997):

- 1- Hasta bilgilerinin açıklanması
- 2- Hasta bilgilerinin gizliliği
- 3- Bilgisayardaki tıbbi kayıtlara erişim
- 4- Kurumsal veri tabanlarına erişim
- 5- Tıbbi bilgi sistemlerine erişmek için giriş kodlarının kullanılması
- 6- Denetleme ya da bilgilerin korunması gibi güvenlik tedbirleri
- 7- Gizlilik ihlali şüphesi, olasılığı ya da gerçekleşmesi durumunda raporlaştırma mekanizmaları
- 8- Kurumun gizlilik politikalarına uyulmaması halindeki disiplin önlemleri.

Örnek olaylar kavramları daha iyi kavramamıza fırsat vermektedir: Bay , HIV pozitif, böbrek hastasıdır. Buna ilaveten psiko-sosyal durumu da son derece karmaşık bir görüntü sergilemektedir. İlaçlarını almak gibi sağlığı konusunda dikkatli olmasına rağmen sigara kullanmaya devam etmekte ve günde 3 şişe şarap içmektedir. Hemşiresi bu vakayı bir dergiye yazar. Yayınlandığında Bay ’nin sağlık durumu, yaşamı ve ailesiyle ilgili konular yazıya dökülmüş ve kamuoyuna mal olmuş olur. Adı yazılı değildir, fakat makaleyi okuyan tanıdıkları, tanımlanan kişinin dostları Bay olduğunu düşünmeye başlarlar (Horn, 1999).

Bu örnek olay, mahremiyetin sağlık çalışanları tarafından çeşitli amaçlarla kullanılabilirliğinin güzel bir örneğini oluşturmaktadır. Hemşire vakanın tıbbi boyutlarını tıp ve meslek çevresiyle paylaşmak istemektedir. Bu konuda etik açıdan sorumsuz da davranmamaktadır. Makalede hastanın ismine yer vermemiştir, ama bu yetmemektedir. Hastanın, kimliğini gizli tutulmasını beklemesi onun en doğal mahremiyet haklarından biridir. Koruma işlemi, her vakanın özeline göre yapılmalıdır.



Bilimsel yayınlarda hasta kimliğini gizli tutmak genel bir kuraldır. Fakat her vakanın kendi özel koşulları içerisinde genel ilke ve kurallar yetersiz kalabilir. Bu olayda da hemşirenin söz konusu şekildeki davranışı yeterli değildir. Çünkü hastanın çok özel bilgileri belli bir kişiyi tarif etmekte ve onu tanıyan çevresi makalede söz edilen kişinin kim olduğunu hemen fark etmektedir. Olayın geçtiği yerin küçük bir kasaba olması, hastanedeki hastanın herkesçe bilinen biri olması gibi durumlarda teşhir edilme olasılığı artabilir. Hastanın mahrem bilgilerinin istemeden de olsa bu şekilde ortalığa dökülmesi muhtemelen onun yaşamını etkileyebilecek bir dizi gelişmeye yol açabilecektir. Bu, hastanın yalnızca psiko-sosyal yaşamıyla da sınırlı kalmayacaktır. Hasta ile sağlık personeli ve kurum arasındaki ilişki de zedelenecektir. Hasta sağlıklı kurumuna güvenini kaybedecektir. Belki tedavi süresi aksayacak ve hastaya tıp hizmeti ulaştırılamayacaktır.

Oysa ki, hasta hakları açısından yapılması gereken kolaydır. Hastadan aydınlatılmış onam alınmasıyla bu konu çözümlenebilirdi. Hasta bazı olasılıkları kabul göze alarak evet diyebilirdi. Ya da tıbbi durumunun bir yazıya konu edilmesini her şekilde kabul etmeyebilirdi. O zaman yapılacak fazla bir şey yoktur ve hastanın bu isteğine saygı göstermek zorundayız. Mesleki ve bilimsel amaçlara yönelik kaygılarla tıbbi yardım istemeye gelen hastaları kamu önünde deşifre etmek artık onaylanabilir bir durum yaklaşım değildir.

Hasta haklarının hastane ortamında korunmaya çalışılması özel önlemleri gerektirmektedir. Tıp etiğinin değerlerinin hastane hizmeti sırasında hasta adına korunmasına ilaveten, hastane yönetimlerinin de alması gereken özel önlemler bulunmaktadır.

KAYNAKLAR

- 1-Alpert SA. Health care information: acces, confidentiality, and good practice. In Ethics, Computing, and Medicine. Goodman, Kenneth W, ed. Ed. Goodmann KW. Cambridge University Press 1998. p. 76-7.
- 2-Annas GJ. The Rights of Patient. 2nd ed.; New Jersey: Humana Press. 1992. p.2-3.
- 3-Horn P. Clinical Ethics Casebook. New York: Wadsworth Pub. Com. 1999. p. 88.
- 4-Marshall MF. Respecting Privacy and Confidentiality. In Introduction to Clinical Ethics 2nd ed.; Fletcher, John C, ve ark., eds. University Pub. Group. Hagerstown, Maryland 1997. p. 41-3.
- 5-Tall, RT. An Introduction to Healthcare Organizational Ethics. New York: Oxford Uni. Press 2000. p. 133-4.



Uluslararası Sağlık ve Hastane Yönetimi Kongresi
International Health and Hospital Administration Congress
01-03 June 2007 Near East University - Nicosia - TRNC - Mersin 10 Turkey





GENEL SAĞLIK SİGORTASI KANUNU HAKKINDA HASTANE YÖNETİCİLERİNİN VE HASTALARIN GÖRÜŞLERİNİN BELİRLENMESİNE YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA

Dilaver TENGİLİMOĞLU¹, Oğuz IŞIK², E. Asuman ATILLA³

¹ Gazi Üniversitesi Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Öğretim Üyesi,

¹ Sakarya Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğretim Görevlisi

¹ Gazi Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Araştırma Görevlisi

dilaver@gazi.edu.tr

Özet

Kişilerin öncelikle sağlıklarının korunmasını, sağlık riskleri ile karşılaşmaları halinde ise oluşan harcamaların finansmanını sağlayan Genel Sağlık Sigortası konusunda Türkiye de geçmişte farklı sosyal güvenlik kurumları tarafından sağlık harcamaları finanse edilmekteydi. Ancak sağlıkta dönüşüm projesi kapsamında sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında toplanmasını sağlayan Sosyal Sigortalar Ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu 31.05.2006 tarihinde TBMM tarafından kabul edilmiş, ancak uygulama iki kez ertelenerek 2008 yılı Ocak ayına bırakılmıştır.

Genel Sağlık Sigortası sisteminin mevcut sistemden farklı yönlerini ve uygulama hakkında sağlık kuruluşları yöneticilerinin ve hastaların görüşlerini belirlemek amacıyla planlanan bu çalışmada, Ankara'da faaliyet gösteren toplam 23 hastanede görev yapan 90 yönetici ve Sakarya İl merkezinde görev yapan 41 yönetici olmak üzere toplam 131 yöneticiye, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde muayene olan 420, Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesinde muayene olan 300 ve Sakarya'da faaliyet gösteren ADA Tıp Sağlık Merkezinde muayene olan 120 hasta olmak üzere toplam 840 hastaya anket uygulanmıştır.

Araştırma sonucunda, Genel Sağlık Sigortasının toplumun sağlık düzeyini nasıl etkileyeceği sorusuna yöneticilerin %41'i, hastaların %36'sı "Genel Sağlık Sigortası uygulamalarının toplumun genel sağlık düzeyini etkilemeyeceği, yöneticilerin %48'i, hastaların ise %46'sı "toplumun genel sağlık düzeyini yükselteceği", yöneticilerin %11'i, hastaların ise %18'i "toplumun genel sağlık düzeyini olumsuz yönde etkileyeceği" şeklinde cevap vermiştir. Ayrıca araştırmadan elde edilen önemli bir bulgu da, yöneticilerin %47'si Türkiye'de sağlık hizmetlerinin finansmanının karma sigortayla karşılanması gerektiği görüşüne katılırken, hastaların %44'ünün ise genel bütçe yoluyla karşılanması gerektiği görüşüne katılmasıdır. Hem yöneticiler (%88), hem de hastalar (%74) uygulamaya geçecek olan Genel Sağlık Sigortası Sisteminin işleyişinde sorunlar veya engellerle karşılaşabileceğini düşünmektedir.

Anahtar Kelimeler: Genel Sağlık Sigortası Kanunu, Hastane, Hastane yöneticisi, Hasta.



1. Giriş

Sağlık hizmetleri maliyetlerinde görülen artışlar, arz-talep dengesizliği gibi nedenlerle, sağlık hizmetlerinin finansmanında kolektif sorumluluk zorunluluğu ortaya çıkmıştır. Güçlü ekonomilere ve adaletli vergileme sistemine sahip kimi ülkeler sağlık hizmetlerindeki bu kolektif sorumluluğu genel vergiler yoluyla karşılamaya çalışırken, kimi ülkeler de bu sorumluluğu “zorunlu sosyal sağlık sigortasını” kurarak primlere yüklemişlerdir. Kısacası sağlığın doğasındaki maliyetlerin yüksekliği ve riski, kolektif sorumluluğu, kolektif sorumluluk da sosyal sigortayı doğurmuştur. Türkiye’de bu kolektif sorumluluğu ve sosyal devlet olmanın gereğini yerine getirebilmek için; SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı ve Yeşil Kart gibi farklı kesimleri kapsayan sosyal güvenlik mekanizmaları kurulmuştur. Kapsam dışında kalan ve sağlık sigortası güvencesi olmayan kesimi de kapsayan etkin bir sosyal güvenlik sisteminin oluşturulmasına yönelik çözümler arayışları Türkiye’de 1990’ların başından itibaren başlamıştır. Nihayet, tüm sağlık sigorta sistemlerinin tek çatı altında toplamayı amaçlayan Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu 31.05.2006 tarihinde Türkiye Büyük Millet Meclisince kabul edilmiş ve 2007 yılından itibaren uygulamaya konulması planlanmış ancak çeşitli nedenlerden dolayı 2008 Ocak ayına bırakılmıştır.

Genel sağlık sigortası, kişilerin öncelikle sağlıklarının korunmasını, sağlık riskleri ile karşılaşmaları halinde ise oluşan harcamaların finansmanını sağlayan sigortayı ifade etmektedir (Sosyal Sigortalar Ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, 2006).

Türkiye’de uygulanmak istenen Genel Sağlık Sigortasının özellikleri incelendiğinde, sistemin arz ve finansman yapısı itibariyle değişik gelişmiş ülke modellerinden yararlandığı görülmektedir. Bu haliyle Genel Sağlık Sigortası sistemi modern anlamda bir risk yönetimi anlayışı getirmemektedir. Sağlığın öncelikle bireysel ve toplumsal bir sorumluluk olduğu açıktır. Bu anlamda sistem, sağlık hizmetlerini arz ve finansman yönüyle ele almakta ve bireyler ile toplumlara çeşitli sorumluluklar ve ödevler getirmemektedir (Balbay, 1997: 200).

Bu çalışma kapsamında, Genel Sağlık Sigortası ile ilgili kavramlar açıklığa kavuşturularak, Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu’nun uygulanabilirliği, olumlu ve olumsuz yönleri hakkında sağlık kuruluşları yöneticilerinin ve hizmet alan hastaların görüşleri belirlenmeye çalışılmıştır.

2. Genel Sağlık Sigortası Konusunda Türkiye’de Yapılan Çalışmalar

Genel Sağlık Sigortası veya benzeri sosyal amaçlı sağlık sigortaları 19. yüzyılın ilk yarısında Avrupa ülkeleri başta olmak üzere gelişmiş ülkeler arasında yaygın bir uygulama alanı bulmuş, ancak son 30-40 yıllık süreçte aynı başarı geliştirmekte olan ülkelerde gösterilememiştir. Sağlık sigortasının ortaya çıkış nedeni, temelde hastalanma riskine ve bunun sonuçlarına karşı bir önlem alma gereksinimidir. Sağlık sigortası, birey ve grubun taşıdığı sağlık hizmetlerinin yüksek maliyetlerini karşılayamama riskini topluma veya diğer sigortalılara yayan bir uygulamadır.

Tarihsel gelişim açısından incelendiğinde, sağlık sigortasının ortaya çıkışı 19. yüzyılın ikinci yarısından sonraya rastlamaktadır. Sağlık sigortası kavramının gelişmesinde sanayi devrimi ve bunun işçi sağlığı açısından ortaya çıkardığı sorunlar bir dönüm noktası olarak kabul edilebilir. İlk zorunlu sağlık sigortası planı 1883 yılında Almanya’da uygulanmaya başlanmış ve daha sonra bu örnek diğer Avrupa ülkeleri tarafından izlenmiştir. Avrupa’da loncalarda başlayan ve daha sonra isteğe bağlı ve zorunlu sağlık sigortası ile gelişmeye devam eden sağlık sigortası planları II. Dünya Savaşı’ndan sonra sosyal sigortanın ortaya çıkışıyla yeni bir boyut kazanmıştır. Bu dönemde Avrupa’daki bir çok ülke toplumdaki sigortalılara ve bağımlılarına sağlık hizmeti sağlamak amacıyla harekete geçmiş, sosyal



sigorta sağlık bakımı ve diğer sosyal hizmetlerin sağlanmasında önemli bir yöntem olarak gelişmiştir (Tiryaki, Tatar, 2000: 125-126).

Türkiye’de ilk kez 1945 yılında dönemin Sağlık Bakanı Dr. Behçet Uz tarafından 1. On Yıllık Milli Sağlık Planı içinde bir sağlık sigortası önerilmiştir. Cumhuriyet döneminde ilk sağlık sigortası uygulaması ise, 1946 yılında işçilere yönelik olarak çıkarılan “İş Kazası, Meslek Hastalıkları ve Analık Sigortası Kanunu” ile başlamıştır. 1951 yılında bu sigortalara hastalık sigortası da eklenmiş ve bu uygulamalar 1965 yılında Sosyal Sigortalar Kanunu ile tek çatı altında toplanmıştır. Fakat SSK uygulamasındaki sigorta sistemi toplumun tamamını değil, sadece işçi kesimini kapsadığı için bir genel sağlık sigortası değildir. Sağlık sigortasının genelleştirilmesi ve Genel Sağlık Sigortası sisteminin kurulması için değişik tarihlerde çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Ancak, bu çalışmalardan bazıları düşünce olmaktan çıkamamış, bazıları taslak haline getirilebilmiş ve bazıları da TBMM’ye sunulduğu halde kanunlaşamamıştır.

T.C. Emekli Sandığı Genel Müdürlüğü 1950 yılında 5434 sayılı Kanunla kamu kesiminde çalışan memurlarla, askeri personelin emekliliklerinde ve maluliyetlerinde kendilerinin, ölümleri halinde ise dul ve yetimlerinin sosyal güvenliklerini sağlamak amacıyla kurulmuştur.

Bağ-Kur ise belirli bir prim karşılığında devlet eliyle esnaf ve sanatkârlar ve bağımsız çalışan vatandaşların sosyal güvenliklerini sağlamak üzere 1479 sayılı kanunla kurulmuş bir sosyal güvenlik kuruluşudur. 1479 sayılı kanunla Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Bağ-Kur ile sosyal güvenlik şemsiyesi altına alınmış ve tüm yurttaki 01.10.1972 tarihinden itibaren uygulamaya başlanmıştır.

3816 sayılı Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun’da değişiklik yapan 5222 sayılı Kanun 21.07.2004 tarihli ve 25529 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. 5222 sayılı Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanunda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun , Yeşil Kart sahiplerinin ayaktan tedavi ve ilaç bedelleri ile bebeklerinin tedavi giderlerinin de devlet tarafından karşılanmasını öngörmektedir. Kanunla, halen Türkiye’deki yataklı tedavi kurumlarında yatarak tedavi hizmetleri ve her türlü masrafları devlet tarafından karşılanan yeşil kartlılara kanun ile ek imkânlar getirilmektedir. Buna göre, hiçbir sosyal güvenlik kurumunun güvencesi altında bulunmayan ve bu kanunun öngördüğü usul ve esaslar çerçevesinde belirlenecek aylık geliri veya aile içindeki gelir payı asgari ücretin üçte birinden az olan ve Türkiye’de ikamet eden Türk vatandaşlarının sağlığa ilişkin giderleri devlet tarafından karşılanacaktır (Kısa, 2005: 4).

. Genel Sağlık Sigortası Kanunu Üzerine Eleştiriler

19.04.2006 tarihinde TBMM tarafından kabul ve Sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında toplanmasını sağlayan Sosyal Sigortalar Ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu mevcut sistemle karşılaştırıldığında bir takım avantaj ve dezavantajlar içermektedir. Sistemin avantaj ve dezavantajları aşağıda özetlenmeye çalışılmıştır.

Avantajları:

- Genel sağlık sigortası ile toplumun tüm fertleri sağlık hizmetlerinden faydalanacaktır. Böylelikle tıbbi bakım ve tedavi garantisini bütün ülke nüfusuna sağlayan aponya, İngiltere, İsveç, Avustralya vb. ülkeler arasında Türkiye’de yer alacaktır.



- Genel sağlık sigortası ile sağlık hizmetlerine olan talep, büyük kentlerdeki sağlık tesislerine kaymayacak, her il ve ilçede aile hekimleri gerek görmezse hastaları hastaneye sevk etmeyecektir.
- Sağlık hizmeti sunan sağlık kurumları işletmecilik anlayışına uygun olarak, daha verimli çalışacak, bunun için sağlık kurumları rekabete önem vereceklerdir. Rekabet ortamında, her sağlık kurumunun, teknolojiye, hizmet kalitesine, kaynak kullanımına, fiyata, nitelikli iş gücü ve ücret durumuna vb. önem vermesi gerekecektir.
- Genel sağlık sigortası ile nüfusun tümüne asgari sağlık hizmeti verileceğinden daha fazla, daha iyi, daha kaliteli hizmet bekleyen kişilerin özel sağlık sigortalarına talebi artacaktır. Özel sağlık sigortasının gelişmesi, sigorta sektöründe mali kaynağın artması, aynı zamanda kaliteli sağlık hizmeti veren özel sağlık kuruluşlarının da yurt genelinde artması ve yaygınlaşması anlamına gelecektir. Dolayısıyla özel kesimin sağlık yatırımlarını artıracığı, sağlık arzında daha fazla söz sahibi olacağı söylenebilir.
- Ülkemizde temel sağlık göstergeleri uluslararası standartlara daha uygun hale gelecektir. Aile hekimliği sistemi yerleştiğinde, hastaları takip etmek, hastanın, hastalığı ilerlemeden aile hekimini daha sık ziyaret etmesi mümkün olacaktır.
- Bu sigorta ile devletin sağlık hizmetlerinin üretimini daha fazla yerel yönetimlere bırakması da mümkün olabilecektir. Böylelikle merkezi yönetim, sadece denetim işini sürdürerek, bulunulan mahallin sağlık ihtiyacını yerel yönetimlerin yerine getirmesini bekleyecektir (Orhaner, 2006: 17).

Genel sağlık sigortası uygulamasının ortaya çıkarabileceği dezavantajlar ise aşağıda kısaca özetlenmiştir. Buna göre:

- Genel sağlık sigortası uygulamaya girdiğinde, kısa vadede getireceği en önemli sorun kargaşadır. Hastaların daha önceki alışkanlıklarından vazgeçip aile hekimine gitmeleri kolay olmayacaktır. Kaldı ki aile hekimliği konusunda çalışmaların hemen başlaması, kişilerin aile hekimini tanıması gerekmektedir. Bunun için aile hekimliğinin yeri, araç gereçleri, idari personeli, teknik donanımı vb. belirlenmeli, bunun için şimdiden finansman kaynakları bulunmalıdır. Kısa vadede sağlık kurumları ve sağlık personelini sayıca artırmak zordur. Örneğin, hekim sayısının artması bilindiği gibi en az altı yılı gerektirmektedir (Orhaner, 2006: 18). Ayrıca şu an ülke genelinde ihtiyacı karşılayacak sayıda aile hekimliği alanında uzmanlığını almış hekim bulunmamaktadır.
- Genel sağlık sigortası uygulaması için de devletin finansman kaynağına ihtiyacı vardır. Halen sağlık harcamalarında en önemli finansman kaynağı devlet bütçesidir. Genel sağlık sigortası ile devlet yine en önemli finansman kaynağıdır. Ancak prim ödeme gücü olan Bağ-Kur'ludan destek almaktadır. T.C. Emekli Sandığı sağlık primi olarak prim almazken, bu uygulamayla çalışandan %6, işverenden (devlet) %6,5 prim alacaktır. Dolayısıyla T.C. Emekli Sandığında sigortalı, sağlık primi olarak %6 katkı verecektir. Sosyal Sigortalar Kurumu'na bağlı sigortalılar ise %5 prim öderken %6, işveren %6 öderken %6,5 prim ödeyecektir. Genel olarak sağlık primi artmış görünmektedir. Sigortalılar bunun farkında olarak daha kaliteli sağlık hizmeti bekleyeceklerdir.
- Yıllardır üç ana sosyal güvenlik kuruluşunun (Bağ-Kur, SSK, Emekli Sandığı) aynı çatı altında belirli bir standartta ve normda hizmet sunması sağlanamamıştır. Genel sağlık sigortası ile herhangi bir sosyal güvencesi olmayan vatandaşlar da sağlık güvencesine alınacağından, bu yeni kapsama alınan kişilerin sunulan sağlık hizmetinin hangi sosyal güvenlik kuruluşuna yakın



olacağı bilinmemektedir. Kaldı ki hangi sağlık hizmetlerinin genel sağlık sigortası kapsamına alınacağı (estetik operasyonlar vb.) tartışma konusu olacaktır.

- Ülkemizde sağlık hizmetleri arzı yetersiz olduğu gibi, şehirlerarasında da büyük farklılıklar bulunmaktadır. Birçok şehrimizde hekim, araç gereç yetersizdir. Bunların ihtiyaca cevap verebilir hale gelmesi orta ve uzun vadede mümkün görünmektedir.
- Genel sağlık sigortası sistemi, ulaşım, haberleşme, otomasyon ve kentleşme vb. alanlarda sağlam bir alt yapı gerektirmektedir. Oysa bu alanlarda eksiklikler bulunmaktadır. Elektrik kesintisi, haberleşmede tıkanıklıklar, bilgisayar sistemlerinde geçici duraksamalar, özellikle doğu bölgelerimizde kış aylarında kapalı yollar vb., sağlık hizmetlerinden yararlanmayı güçleştirmektedir.
- Özel sağlık sigortası şirketlerinin prim tespitinde daha gerçekçi olması, zamanında ödeme ya da hizmet yapması ya da güven yaratması gerekmektedir. Bugünkü şartlar devam ettiği sürece genel sağlık sigortası uygulamaya girdiğinde özel sağlık sigortasına olan talep artışı sigorta şirketlerinin tutumu nedeniyle tersine dönebilir. Özel sağlık sigortası yaptırmak yerine kişiler sağlık hizmetini doğrudan satın almayı tercih edebilirler.

. Genel Sağlık Sigortası Kanunu Hakkında Hastane Yöneticilerinin ve Hastaların Görüşlerinin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma

.1. Araştırmanın Amacı

Araştırmanın amacı, Ankara ve Sakarya illerinde faaliyet gösteren hastane yöneticilerinin ve hizmet alan poliklinik hastalarının Genel Sağlık Sigortası Kanunu ve uygulanabilirliği hakkında görüşlerinin tespit edilmesi ve karşılaştırılmasıdır.

4.2. Araştırmanın Sınırlılıkları

Zaman ve mali kısıtlılıklar nedeniyle araştırma kapsamı iki ilde görevli sağlık kuruluşları yöneticileri ve 3 hastanede muayene olan poliklinik hastalarıyla sınırlı tutulmuştur.

. . Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Ankara metropol il sınırlarında ve Sakarya'da il sınırları içerisinde faaliyet gösteren Sağlık Bakanlığı, Üniversite ve Özel Hastanelerde görevli hastane yöneticileri ve Ankara'da bir üniversite hastanesi ve Sakarya'da bir devlet ve bir özel hastanede muayene olan poliklinik hastaları oluşturmaktadır.

Araştırmanın örnekleme seçilirken, yönetici örnekleme alınmamış olup tamamına ulaşılmaya çalışılmış ancak Ankara'da 90, Sakarya'da ise 41 yönetici anketi cevaplandırmıştır. Hastalara ilişkin örneklem sayısı ise haftalık poliklinik sayılarından yola çıkarak, örneklem hesaplama formülü ile belirlenmiştir ($n = \frac{Nz^2 * pq}{Nd^2 + z^2 * p}$) (Yamane, 2001:116). Buna göre, Ankara'da faaliyet gösteren üniversite hastanesinden seçilecek minimum örneklem sayısı 387, Sakarya ili minimum poliklinik hasta sayısı ise 391 bulunmuştur. Araştırmada ise her iki ildeki hastanelerden 420'şer hastaya anket uygulanmıştır.



Tablo 1. Evren ve Örneklem Sayıları

	ANKARA	SAKARYA
Toplam hastane sayısı	68	9
Anket uygulanan hastane sayısı	23	6
Haftalık poliklinik hasta sayısı	11.699	16.126
Minimum örneklem (hasta)	387	391
Yönetici sayısı (anket uygulanan)	90	41
Hasta sayısı (anket uygulanan)	420	420

. . Veri Toplama Yöntemi

Konuyla ilgili görüşleri saptamak için basit tesadüfi örnekleme yöntemi ile seçilen hastalara yüz yüze görüşmelerle anket uygulanmıştır. Anket soruları, Kanunda öngörülen bilgiler ışığında ve uzman görüşleri alınarak, çoktan seçmeli ve 5'li Likert yöntemine göre hazırlanmıştır. Likert ölçeğinde 1: kesinlikle katılmıyorum . . . u, 5: kesinlikle katılıyorum ifade etmektedir. Oluşturulan soruların güvenilirliğini test etmek için Crobach güvenilirlik katsayısı 0, 84 olarak bulunmuştur. Cronbach güvenilirlik katsayısı 80-100 arası olduğu için yüksek güvenilirlik olduğu şeklinde yorumlanabilir (Alpar, 2001: 284).

4.5. Bulgular

Araştırma bulguları, ankete katılan yönetici ve hastalara ait sosyo-demografik özellikler ve Genel Sağlık Sigortası Kanununa ilişkin görüşlerin belirlenmesine yönelik bulgular olmak üzere iki başlık halinde aşağıda incelenmiştir.

. .1. Ankete katılan yöneticilerin kişisel bilgilerine ilişkin bulgular

Ankete katılan yöneticilerin ve hastaların kişisel bilgilerine ilişkin bulgular aşağıda Tablo 2' de verilmiştir.

Tablo 2. Araştırmaya katılan yöneticilerin sosyo-demografik özellikleri

Görev	SAYI	YÜZDE
Başhekim	12	9,1
Başhekim Yardımcısı	35	26,8
Hastane Müdürü	18	13,8
Hastane Müdür Yardımcısı	56	42,7
Başhemşire	4	3,1
Başhemşire Yardımcısı	6	4,6
Toplam	131	100
Cinsiyet		
Kadın	35	26,7
Erkek	96	73,3



Toplam	131	100
Medeni Durum		
Evli	108	82,4
Bekar	23	17,6
Toplam	131	100
Eğitim		
Lise	9	6,9
Önlisans	15	11,5
Lisans	50	38,2
Yüksek Lisans	21	16
Doktora	36	27,5
Toplam	131	100
Görev Süresi		
1 Yıldan Az	10	7,6
1-5 Yıl	59	45
6-10 Yıl	17	13
11-15 Yıl	13	9,9
16 Yıl ve Üzeri	32	24,4
Toplam	131	100

Araştırmaya katılan yöneticilerin büyük bir çoğunluğunu hastane müdür yardımcısı ve başhekim yardımcıları, cinsiyetleri erkek, yine büyük çoğunluğu evli, lisans mezunu, 16 yıldan fazla süredir görev yapan kişilerden oluşmaktadır.

Araştırmaya katılan hastaların ise büyük çoğunluğunu 26-35 yaş grubunda, evli, memur ve çalışmayan grubunda ve sosyal güvenceleri SSK ve Emekli Sandığı olan hastalar oluşturmaktadır (tablo 3).

Tablo 3. Araştırmaya Katılan Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri

Yaş	SAYI	YÜZDE
15-25 Yaş Arası	196	23,3
26-35 Yaş Arası	207	24,6
36-45 Yaş Arası	175	20,8
46-55 Yaş Arası	146	17,4
56 Yaş ve Üzeri	116	13,8
Toplam	840	100
Medeni Durum		
Evli	605	72
Bekar	235	28
Toplam	840	100



Meslek		
Memur	173	20,6
Serbest Meslek	81	9,6
İşçi	126	15
Emekli	106	12,6
Öğrenci	99	11,8
Çalışmıyor	172	20,5
Diğer	83	9,9
Toplam	840	100
Sosyal Güvencesi		
Emekli Sandığı	305	36,3
SSK	340	40,5
Bağ-Kur	113	13,5
Yeşil Kart	32	3,8
Özel Sigorta	15	1,8
Ücretli	35	4,2
Toplam	840	100

. .2. Genel Sağlık Sigortası Kanununa İlişkin Görüşlerin Belirlenmesine Yönelik Bulgular

Genel Sağlık Sigortası Kanununa ilişkin hastaların görüşleri incelendiğinde, yapılan istatistiksel analizler doğrultusunda anlamlı bazı farklılıklar çıkmıştır. Buna göre, bu kanunun hak ve yükümlülüklerde eşitsizlikleri ve sosyal güvenlik kuruluşları arasındaki dağılımı ve adaletsizliği ortadan kaldıracığı, bürokrasiyi azaltacağı, sağlık kuruluşlarıyla yaşanan sorunların çözümünü (hizmet bedellerinin tahsili v.b.) kolaylaştıracağı, izleme ve değerlendirmede yetersizlikler ortadan kalkacağı, ülkemizdeki temel sağlık göstergeleri uluslararası standartlara daha uygun hale geleceği, ihtiyaca göre sağlık yardımı yapılacağı ve genel olarak, sağlık ortamına olumlu yönde katkıda bulunacağı yargılarına Ankara'da faaliyet gösteren Üniversite hastanesinden hizmet alan hastalar bu yargılara ortalama olarak daha düşük katılım gösterirken, Sakarya ilinde faaliyet gösteren Devlet hastanesinden hizmet alan hastalar bu yargılara daha yüksek katılım göstermişlerdir. Ayrıca, "Alt yapıdaki eksiklikler (ulaşım, haberleşme, bilgisayar sistemleri v.b.) genel sağlık sigortası uygulamalarında engel teşkil edecektir." yargısına ise Ankara'daki hastalar Sakarya'da ankete katılan hastalara oranla daha yüksek katılım göstermişlerdir.



Tablo . İllere Göre Hastaların Genel Sağlık Sigortası Hakkındaki Görüşlerinin Karşılaştırılması

İfadeler	Ankara (n=420)		Sakarya (n=420)		t	P
	Ort.	SS	Ort.	SS		
Hak ve yükümlülüklerde eşitsizlikleri ve sosyal güvenlik kuruluşları arasındaki dağılımı ve adaletsizliği ortadan kaldıracaktır.	2,94	1,235	3,41	1,122	-5,787	0,000*
Bürokrasiyi azaltacaktır.	2,85	1,169	3,04	1,029	-2,474	0,000*
Finansmanda eşitsizliklerin giderilmesini sağlayacaktır.	3,04	2,439	3,23	1,050	-1,450	0,093
Sağlık kuruluşlarıyla yaşanan sorunların çözümünü (hizmet bedellerinin tahsili v.b.) kolaylaştıracaktır.	2,99	1,191	3,30	1,121	-3,934	0,033*
İzleme ve değerlendirmede yetersizlikler ortadan kalkacaktır.	2,88	1,098	3,14	1,030	-3,631	0,008*
Sağlık hizmetlerinin kalitesini artıracaktır.	2,94	1,161	3,40	1,138	-5,908	0,624
Sağlık hizmetlerine olan talebin büyük kentlerdeki sağlık kuruluşlarına kaymasını önleyecektir.	3,04	1,141	3,33	1,112	-3,733	0,473
Kaliteli hizmet bekleyen kişilerin özel sağlık sigortalarına talebi artacaktır.	3,48	1,073	3,43	1,051	0,682	0,734
Ülkemizdeki temel sağlık göstergeleri uluslararası standartlara daha uygun hale gelecektir.	2,84	1,143	3,32	1,046	-6,423	0,002*
Sevk zincirine uyma zorunluluğu getirecektir.	3,30	,980	3,28	,926	0,264	0,891
Kamu ve özel sektörden rekabet içinde hizmet satın alınacaktır.	3,26	,975	3,38	,903	-1,924	0,107
Sağlığa ayrılacak fonu garanti edecektir.	3,05	1,048	3,34	,982	-4,071	0,715
Gelir düzeyine göre prim alınacaktır.	3,10	1,020	3,29	1,026	-2,730	0,307
İhtiyaca göre sağlık yardımı yapılacaktır.	2,99	1,135	3,39	,992	-5,430	0,003*
Koruyucu sağlık önem ve öncelik kazanacaktır.	3,11	1,037	3,50	,987	-5,682	0,301
Maliyet kontrolü ve kalite birlikte ele alınacaktır.	2,94	1,046	3,22	,987	-4,034	0,448
Farklı ödeme yöntemleri gündeme gelecektir.	3,39	,914	3,27	,92	1,879	0,598
Farklı kurumlarca sunulan kamu sigortacılığında standart birlik sağlanacaktır.	3,11	1,021	3,25	,977	-2,065	0,256
Kişi bazında kontrol mekanizmaları kurulacaktır.	2,96	1,336	3,12	,994	-1,933	0,259
Finansman sorunları güncelliğini koruyacaktır.	3,49	,965	3,54	,965	-0,643	0,792
Alt yapıdaki eksiklikler (ulaşım, haberleşme, bilgisayar sistemleri v.b.) genel sağlık sigortası	3,61	1,008	3,43	1,067	2,478	0,010*



uygulamalarında engel teşkil edecektir.						
Sağlık giderlerini artıracaktır.	3,51	,987	3,43	1,049	1,185	0,135
Gelir düzeyi yüksek, ancak daha az sağlık hizmeti kullanacak olan bireyler daha fazla prim ödemek durumunda kalacaktır.	3,35	,967	3,20	,946	2,199	0,070
Genel olarak, sağlık ortamına olumlu yönde katkıda bulunacaktır.	3,07	1,210	3,46	1,133	-4,855	0,021*

Ortalama: 1,0-2,33 Düşük Katılım; 2,34-3,66 Orta Düzeyde Katılım; 3,67-5,0 Yüksek Katılım

İllere göre sağlık yöneticilerinin görüşlerini karşılaştırdığımızda ise, Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun hak ve yükümlülüklerde eşitsizlikleri ve sosyal güvenlik kuruluşları arasındaki dağılımı ve adaletsizliği ortadan kaldıracığı, sevk zincirine uyma zorunluluğu getireceği, kamu ve özel sektörden rekabet içinde hizmet satın alınacağı ve genel olarak, sağlık ortamına olumlu yönde katkıda bulunacağı yargılarına Ankara'da faaliyet gösteren hastane yöneticileri Sakarya'da faaliyet gösteren hastane yöneticilerine kıyasla daha düşük katılım gösterdikleri tablo 5 de görülmektedir.

Tablo . İllere Göre Yöneticilerin Genel Sağlık Sigortası Hakkındaki Görüşlerinin Karşılaştırılması

İfadeler	Ankara (n=90)		Sakarya (n=41)		t	P
	Ort.	SS	Ort.	SS		
Hak ve yükümlülüklerde eşitsizlikleri ve sosyal güvenlik kuruluşları arasındaki dağılımı ve adaletsizliği ortadan kaldıracaktır.	3,38	1,269	3,92	,9846	-2,403	0,000*
Bürokrasiyi azaltacaktır.	3,14	1,328	3,73	1,183	-2,425	0,053
Finansmanda eşitsizliklerin giderilmesini sağlayacaktır.	3,11	1,210	3,31	1,149	-0,910	0,405
Sağlık kuruluşlarıyla yaşanan sorunların çözümünü (hizmet bedellerinin tahsili v.b.) kolaylaştıracaktır.	3,16	1,201	3,31	1,149	-0,673	0,770
İzleme ve değerlendirmede yetersizlikler ortadan kalkacaktır.	3,15	1,137	3,21	1,012	-0,300	0,199
Sağlık hizmetlerinin kalitesini artıracaktır.	2,85	1,117	3,41	1,094	-2,672	0,996
Sağlık hizmetlerine olan talebin büyük kentlerdeki sağlık kuruluşlarına kaymasını önleyecektir.	2,71	1,220	3,19	1,166	-2,134	0,835
Kaliteli hizmet bekleyen kişilerin özel sağlık sigortalarına talebi artacaktır.	3,67	1,079	3,85	1,013	-0,881	0,079
Ülkemizdeki temel sağlık göstergeleri uluslararası standartlara daha uygun hale gelecektir.	3,00	1,101	3,26	1,096	-1,295	0,661
Sevk zincirine uyma zorunluluğu	3,56	1,039	3,90	0,888	-1,899	0,006*



getirecektir.						
Kamu ve özel sektörden rekabet içinde hizmet satın alınacaktır.	3,38	1,081	3,80	0,900	-2,330	0,001*
Sağlığa ayrılacak fonu garanti edecektir.	3,07	1,019	3,34	1,131	-1,326	0,140
Gelir düzeyine göre prim alınacaktır.	3,17	1,117	3,46	1,074	-1,373	0,533
İhtiyaca göre sağlık yardımı yapılacaktır.	2,90	1,081	3,34	1,015	-2,208	0,675
Koruyucu sağlık önem ve öncelik kazanacaktır.	3,28	1,173	3,53	1,226	-1,121	0,887
Maliyet kontrolü ve kalite birlikte ele alınacaktır.	3,08	1,138	3,41	0,999	-1,576	0,141
Farklı ödeme yöntemleri gündeme gelecektir.	3,34	0,984	3,36	0,887	-0,119	0,220
Farklı kurumlarca sunulan kamu sigortacılığında standart birlik sağlanacaktır.	3,41	1,048	3,58	0,974	-0,902	0,291
Kişi bazında kontrol mekanizmaları kurulacaktır.	3,23	1,049	3,43	1,096	-1,025	0,613
Finansman sorunları güncelliğini koruyacaktır.	3,92	0,950	3,68	0,788	1,405	0,514
Alt yapıdaki eksiklikler (ulaşım, haberleşme, bilgisayar sistemleri v.b.) genel sağlık sigortası uygulamalarında engel teşkil edecektir.	3,88	1,106	3,34	0,938	2,749	0,806
Sağlık giderlerini artıracaktır.	3,48	1,159	3,31	1,171	0,757	0,835
Gelir düzeyi yüksek, ancak daha az sağlık hizmeti kullanan bireyler daha fazla prim ödemek durumunda kalacaktır.	3,48	1,051	3,19	1,100	1,461	0,426
Genel olarak, sağlık ortamına olumlu yönde katkıda bulunacaktır.	3,17	1,241	3,75	1,043	-2,767	0,003*

Ortalama: 1,0-2,33 Düşük Katılım; 2,34-3,66 Orta Düzeyde Katılım; 3,67-5,0 Yüksek Katılım

Tablo 6'da hasta ve yöneticilerin genel sağlık sigortasının finansmanının nasıl karşılanması ile ilgili görüşler verilmiştir. Tablo dan da görüleceği üzere hasta ve yöneticilerin finansman kaynağına ilişkin görüşleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Hastaların (%43,8) genel bütçeden karşılanmasını isterken, yöneticilerin (% 46,9'u) karma bütçeden karşılanması görüşünü savunmaktadır.

Tablo . Hasta ve Yöneticilerin Sağlık Sigortası Finansmanının Nasıl Karşılanması Gerektiğine İlişkin Görüşleri

		Genel Sağlık Sigortası'nın Finansmanı						Toplam
		Genel Bütçe	Bireysel Harcama	Kamu Sigortasıyla	Özel Sigortayla	Karma	Diğer	
Hastalar	Sayı	367	34	154	65	194	24	838
	Yüzde	44	4	18	8	23	3	100
Yöneticiler	Sayı	34	6	24	5	61	0	130
	Yüzde	26	5	19	4	47	0	100
Toplam	Sayı	401	40	178	70	255	24	968
	Yüzde	41	4	18	7	26	3	100



Yöneticilere ve hastalara “sağlık hizmetlerinin finansmanının tek elde toplanıp yönetilmesi gerektiği fikrine katılıyor musunuz?” sorusunu sordüğümüzda hastalarla yönetici görüşleri arasında anlamlı bir farklılık ortaya çıkmıştır (tablo 7). Buna göre, ortalama olarak hastalar sağlık hizmetleri finansmanının tek elde toplanıp yönetilmesi fikrine daha düşük katılım gösterirken, yöneticiler bu görüşe daha fazla katılım göstermişlerdir.

Tablo 7. Sağlık Hizmetleri Finansmanının Tek Elde Toplanıp Yönetilmesi Fikrine Yönetici ve Hastaların Katılım Düzeyleri

	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	t	p
Hastalar	839	2,96	1,283	-3,533	0,016*
Yöneticiler	130	3,40	1,400		

Ankete katılan hastalara ve yöneticilere “Uygulamaya geçecek olan Genel Sağlık Sigortası sisteminin işleyişinde karşılaşılabilecek sorunlar veya engeller olduğunu düşünüyor musunuz?” sorusunu yönelttiğimizde istatistiksel olarak değişkenler arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Buna göre, hem hastalar, hem de yöneticiler uygulamaya geçecek olan Genel Sağlık Sigortası sisteminin işleyişinde engeller olduğu görüşündedirler.

Tablo 8. Uygulamaya Gececek Olan Genel Sağlık Sigortası Sisteminin İşleyişinde Karşılaşılabilecek Sorunlar Olup Olmayacağı Görüşünün Hasta ve Yöneticilere Göre Dağılımı

		Engeller var mı		Toplam
		Evet	Hayır	
Hastalar	Sayı	618	221	839
	Yüzde	74	26	100
Yöneticiler	Sayı	115	15	130
	Yüzde	89	12	100
Toplam	Sayı	733	236	969
	Yüzde	76	24	100

Her iki ilde de sağlık yöneticilerinin görüşleri ile hastaların görüşlerini karşılaştırdığımızda ise (Tablo 9), Genel Sağlık Sigortası Kanunu’nun bürokrasiyi azaltacağı, kamu ve özel sektörden rekabet içinde hizmet satın alınacağı, gelir düzeyine göre prim alınacağı, koruyucu sağlığın önem ve öncelik kazanacağı, maliyet kontrolü ve kalitenin birlikte ele alınacağı, finansman sorunları güncelliğini koruyacağı, gelir düzeyi yüksek, ancak daha az sağlık hizmeti kullanacak olan bireyler daha fazla prim ödemek durumunda kalacağı yargılarına yöneticiler hastalara kıyasla daha yüksek katılım gösterirken, sağlık hizmetlerine olan talebin büyük kentlerdeki sağlık kuruluşlarına kaymasını önleyeceği ve sağlık giderlerini artıracığı yargılarına hastalar yöneticilere kıyasla daha yüksek katılım göstermişlerdir. Yukarıda belirtilen görüşlere katılım açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur(p 0.05).



Tablo . Yönetici ve Hastaların Kanuna Bakış Açılarının Karşılaştırılması

İfadeler	Yönetici (n=131)		Hasta (n=840)		t	p
	Ort.	SS	Ort.	SS		
Hak ve yükümlülüklerde eşitsizlikleri ve sosyal güvenlik kuruluşları arasındaki dağılımı ve adaletsizliği ortadan kaldıracaktır.	3,55	1,214	3,18	1,203	-3,284	0,641
Bürokrasiyi azaltacaktır.	3,55	1,313	3,18	1,105	-3,065	0,000
Finansmanda eşitsizliklerin giderilmesini sağlayacaktır.	3,17	1,193	3,14	1,879	-0,196	0,649
Sağlık kuruluşlarıyla yaşanan sorunların çözümünü (hizmet bedellerinin tahsili v.b.) kolaylaştıracaktır.	3,21	1,186	3,15	1,167	-0,522	0,734
İzleme ve değerlendirmede yetersizlikler ortadan kalkacaktır.	3,17	1,098	3,01	1,072	-1,536	0,157
Sağlık hizmetlerinin kalitesini artıracaktır.	3,03	1,141	3,18	1,173	1,309	0,304
Sağlık hizmetlerine olan talebin büyük kentlerdeki sağlık kuruluşlarına kaymasını önleyecektir.	2,85	1,221	3,19	1,136	2,911	0,023
Kaliteli hizmet bekleyen kişilerin özel sağlık sigortalarına talebi artacaktır.	3,73	1,062	3,46	1,062	-2,673	0,417
Ülkemizdeki temel sağlık göstergeleri uluslararası standartlara daha uygun hale gelecektir.	3,08	1,104	3,09	1,122	0,083	0,989
Sevk zincirine uyma zorunluluğu getirecektir.	3,67	1,007	3,29	0,953	-4,166	0,573
Kamu ve özel sektörden rekabet içinde hizmet satın alınacaktır.	3,51	1,047	3,33	0,942	-1,902	0,035
Sağlığa ayrılacak fonu garanti edecektir.	3,15	1,060	3,20	1,025	0,453	0,300
Gelir düzeyine göre prim alınacaktır.	3,26	1,111	3,20	1,028	-0,605	0,008
İhtiyaca göre sağlık yardımı yapılacaktır.	3,03	1,078	3,20	1,084	1,615	0,496
Koruyucu sağlık önem ve öncelik kazanacaktır.	3,36	1,195	3,31	1,032	-0,433	0,001
Maliyet kontrolü ve kalite birlikte ele alınacaktır.	3,18	1,105	3,08	1,027	-0,990	0,005
Farklı ödeme yöntemleri gündeme gelecektir.	3,35	0,954	3,34	0,919	-0,120	0,348
Farklı kurumlarca sunulan kamu sigortacılığında standart birlik sağlanacaktır.	3,46	1,028	3,19	1,002	-2,909	0,278
Kişi bazında kontrol mekanizmaları kurulacaktır.	3,29	1,067	3,05	1,180	-2,227	0,104
Finansman sorunları güncelliğini koruyacaktır.	3,85	0,910	3,52	0,965	-3,780	0,000



Alt yapıdaki eksiklikler (ulaşım, haberleşme, bilgisayar sistemleri v.b.) genel sağlık sigortası uygulamalarında engel teşkil edecektir.	3,72	1,086	3,52	1,042	-2,012	0,863
Sağlık giderlerini artıracaktır.	3,44	1,159	3,48	1,019	0,307	0,002
Gelir düzeyi yüksek, ancak daha az sağlık hizmeti kullanacak olan bireyler daha fazla prim ödemek durumunda kalacaktır.	3,41	1,069	3,28	0,959	-1,263	0,019
Genel olarak, sağlık ortamına olumlu yönde katkıda bulunacaktır.	3,35	1,213	3,27	1,188	-0,766	0,645

Ortalama: 1,0-2,33 Düşük Katılım; 2,34-3,66 Orta Düzeyde Katılım; 3,67-5,0 Yüksek Katılım

Sonuçlar.

Genel Sağlık Sigortası Kanunu'na ilişkin hastaların görüşleri incelendiğinde, yapılan istatistiksel analizler doğrultusunda anlamlı bazı farklılıklar çıkmıştır. Ancak verilen fikirlere orta düzeyde bir katılım olduğu görülmektedir.

Genel olarak, kanunun sağlık ortamına olumlu yönde katkıda bulunacağı yargılarına; Ankara'da faaliyet gösteren hastanelerin yöneticileri Sakarya'da faaliyet gösteren hastane yöneticilerine kıyasla daha düşük katılım gösterdikleri görülmektedir. Ancak, "Alt yapıdaki eksiklikler (ulaşım, haberleşme, bilgisayar sistemleri v.b.) genel sağlık sigortası uygulamalarında engel teşkil edecektir" yargısına ise Ankara'daki hastalar Sakarya'da ankete katılan hastalara oranla daha yüksek katılım göstermişlerdir.

Genel Sağlık Sigortası Finansmanının Hastaların önemli bir kısmı genel bütçeden karşılanması gerektiğini düşünürken, yöneticilerin çoğunluğu Karma (prim + bütçe) yöntem ile karşılanması gerektiğini düşmektedirler. Hastalar sağlık hizmetleri finansmanının tek elde toplanıp yönetilmesi fikrine daha düşük katılım gösterirken, yöneticiler bu görüşe daha fazla katılım göstermişlerdir.

Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun bürokrasiyi azaltacağı, kamu ve özel sektörden rekabet içinde hizmet satın alınacağı, gelir düzeyine göre prim alınacağı, koruyucu sağlığın önem ve öncelik kazanacağı, maliyet kontrolü ve kalitenin birlikte ele alınacağı, finansman sorunları güncelliğini koruyacağı, gelir düzeyi yüksek, ancak daha az sağlık hizmeti kullanacak olan bireyler daha fazla prim ödemek durumunda kalacağı yargılarına yöneticiler hastalara kıyasla daha yüksek katılım gösterirken, sağlık hizmetlerine olan talebin büyük kentlerdeki sağlık kuruluşlarına kaymasını önleyeceği ve sağlık giderlerini artıracığı yargılarına hastalar yöneticilere kıyasla daha yüksek katılım göstermişlerdir.

Sağlık yöneticilerinin yeni çıkan kanuna rağmen sağlık hizmetlerinde Finansman sorunları güncelliğini koruyacağı fikrine yüksek düzeyde katıldıkları görülmektedir. Prime dayalı bu finans kaynağı kayıtlı ekonomi varsa ve yaygınsa başarılı olabilir. Bunun için kayıt dışı istihdam ve çalışma önlenmelidir.



Öneriler.

Elde edilen sonuçlardan yola çıkarak, bütün ülke nüfusunu sigorta kapsamına almayı amaçlayan bu kanunla ilgili projelerin bir an önce hayata geçirilmesi ve özellikle mevcut sosyal güvenlik kuruluşlarının bir çatı altında toplanması gerekmektedir.

Ancak, Genel Sağlık Sigortasının başarıyla uygulanabilmesi için Sağlıkta Dönüşüm Projesi nin üç önemli ayağı olan;

1. Birinci basamak sağlık sisteminin sorunlarının çözümü bakımından, Aile Hekimliği İşletmesi Modelinin eksiklerinin giderilerek uygulanmasının ülke geneline yaygınlaştırılması ve yeterli sayıda aile hekiminin yetiştirilmesi,

2. Piyasa ekonomisine uygun olarak, hastanelerin sağlık işletmeleri haline getirilmeleri (tüm devlet hastaneleri için finansal ve yönetsel özerklik sağlanması) ,

3. Sağlık ve sosyal güvenlik sistemine ilişkin “bilgi yapısının” tasarlanması ve uygulamaya geçilmesi ile ilgili dönüşüm projelerinin bir an önce gerçekleştirilmesi gerekmektedir.

Bununla birlikte, Portekiz, İtalya, Yunanistan, İspanya gibi kişi başı gelir düzeyi Türkiye’den daha yüksek olan ülkelerde bile toplumun tümünü sigorta kapsamına alan sistemler finansal açıdan zorluk çekmektedir.

Benzer şekilde, Almanya’da da finansal güçlükler nedeniyle, sağlık sunumu teminat paketlerinin kapsamının daraltılmasına çalışılmaktadır. Bu nedenle, Genel Sağlık Sigortası uygulamalarında diğer ülkelerin deneyimlerinden yararlanılmalı ve finansal zorluklar da göz önünde bulundurulmalıdır. Ayrıca ülkenin her sağlık kuruluşunda eşit standard ve kalitede sağlık hizmeti sunulması pratik olarak mümkün değildir. Bu nedenle, hizmet sunumunda farklılık olabileceğini göz önüne alarak, hastanın hekimini ve sağlık kurumunu seçme özgürlüğünü sistemin güvence altına alması gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. ALPAR, Reha, Spor Bilimlerinde Uygulamalı İstatistik, (2.Baskı), Ankara, Nobel Yayınevi, 2001.
2. BALBAY, Yücel, Sağlık Sisteminin Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, sosyal Bilimler Enstitüsü (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), 1997.
3. KISA, Adnan, Sosyal Güvenlik Ders Notları, Başkent Üniversitesi, Ankara, 2005.
4. ORHANER, Emine, “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası”, Gazi Üniversitesi, Ticaret Turizm ve Eğitim Fakültesi Dergisi, Yıl: 2006, Sayı: 1.
5. Sosyal Sigortalar Ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, Kanun No: 5510, Kabul Tarihi: 31.05.2006
6. TİRYAKİ, Derya, TATAR, Mehtap, “Sağlık Sigortası: Teori ve Uygulama”, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt:5, 2000.
7. YAMANE, Taro, Temel Örneklem Yöntemleri, Çeviren: Alptekin Esin, M. Akif Bodur, Celal Aydın, Esen Gürbüzselsel, Literatür Yayıncılık, İstanbul 2001.



Uluslararası Sağlık ve Hastane Yönetimi Kongresi
International Health and Hospital Administration Congress
01-03 June 2007 Near East University - Nicosia - TRNC - Mersin 10 Turkey





SAĞLIK HİZMETLERİNDE HALKLA İLİŞKİLER

Halil İ. ÜLKER

Atılım Üniversitesi

İşletme Fakültesi Dekanı

Özet.

Yönetimi demokratik ve katılımcı, ayrıca hizmetin kalite beklentisine uygun olması, halkla ilişkiler uygulamalarının başarısına bağlıdır. Bu başarı ise yönetim, halk ve halkla ilişkiler mekanizması öğelerinin niteliğine bağlıdır. Bildiride sunulan araştırmada en azından vatandaş (hasta) tarafının bu sağlıklı ilişki için hazır olmadığı görülmüştür.

Sağlık hizmetlerinin toplum ve birey açısından önemi nedeniyle, anılan hizmetler modern devletin doğuşundan beri ya devlet tarafından üstlenilmiş ya da denetlenmiştir. Bu nedenle sağlık hizmetleri kim tarafından üstlenilirse üstlenilsin hep kamusal alan içerisinde tanımlanmıştır.

Bütün ülkelerde kamu hizmetlerinin sunulması bağlamında kimi sorunlar yaşanır. Ama kamu bürokrasisi hedef kitle nazarında hantallık ve kırtasiyecilikle eş anlamlıdır. Gerçekten de bürokratik hizmetler hız, kalite ve etkililik açısından genellikle standardı düşük bir performans içindedir. Ayrıca karmaşıklaşan hizmet alanları ile vatandaşın ilişki kurması ve ondan yararlanması giderek zorlaşmaktadır.

Devlet-vatandaş ilişkisi, siyaset biliminde açıklandığı gibi; sözleşme kuramları (J. Lock, J.J. Rousseau, T. Hobbes) çerçevesinde kusursuz işleyen bir ilişki değildir. (Kapani, 1992,22) Devlet, kamu maliyesine paralel olarak, kamu hizmetlerini daraltırken; vatandaş da daha kapsamlı ve kaliteli hizmet beklentisi içine girmektedir. Küreselleşme ve enformasyon çağında devlet ve vatandaşın konumu ayrıca ilişkileri ve beklentileri değişmiş bulunmaktadır. (Kazancı, 1995) Bu bağlamda sağlık sektörü, işleyişi, hizmet sunum biçimi ve halkla olan ilişkilerini de yeniden gözden geçirmek zorundadır. Örneğin Türkiye’de sağlık bakanlığı, Halkla İlişkiler etkinlikleri kapsamında “SABİM 84” projesini oluşturarak, sağlık sektöründeki bu dönüşüme cevap verme çabası içindedir. Bu proje, vatandaşın sesine kulak vermeyi, yaşanan sorunları bizzat dinlemeyi ve çözüm bulmayı hedefler. Sistemin işleyişindeki aksaklıkları yönetim bazında yeniden gözden geçirmeyi ve sağlık bakanlığının uygulama ve faaliyetleri hakkında da gerekli bilgileri vatandaşa vermeyi hedefleyen bir uygulamadır. (Atabaş, 2007, 33)

Anahtar Kelimeler: *Halkla ilişkiler, Sağlık sektörü.*

Halkla İlişkiler.

Halkla ilişkiler POSDCORB+P.R yönetim fonksiyonlarının sonucusu, açık örgüt kuramının kabulünden sonra önemi fark edilen bir yönetsel etkinliktir (Ülker, 1998, 16). Kısaca, yönetimin izlemekte olduğu politikanın halka benimsetilmesi (personel ve hedef kitle) çalışmaların sürekli ve tam olarak halka duyurulması, yönetime karşı olumlu bir hava yaratılması, halkın yönetim hakkında ne düşündüğünün ve yönetimden ne istediğinin bilinmesi ve halkla işbirliği sağlanmasıdır (Tortop, 1975, 4). Halkla ilişkiler faaliyeti hem özel hem de kamu kesimi için geçerli bir faaliyet alanıdır. Ancak uygulamada kimi farklılıklar ortaya çıkmaktadır (Yalçındağ, 1986, 5). Sağlık kuruluşları



açısından halkla ilişkiler, sağlık kuruluşunun ilişki içinde olduğu iç ve dış hizmet grupları ve kuruluşlarla karşılıklı olarak sağlıklı doğru ve güvenilir ilişkiler kurmak, geliştirmek ve halkla bütünleşmek amacıyla yapılan programlı çabaların tamamıdır (Tengilimoğlu, 2001, 5). Burada amaç, sağlık hizmeti sunan kuruluşların kaliteli ve hızlı hizmet sunmaları, hasta memnuniyeti, işgören doyumu, uygun fiyat-maliyet dengesi, toplumla bütünleşme gibi şeylerdir. Kısaca kurumla hedef kitlenin, işbirliği ve karşılıklı memnuniyetin oluşturulmasıdır. Yeni yönetim anlayışının ifadesiyle bir tür yönetim işlevidir.

Sağlık sektöründe halkla ilişkiler, bakanlık, hastane, hekim düzeyinde düşünülebilir. Hiyerarşik olarak bakanlığın Halkla İlişkiler faaliyetleri, öncelikli konumdadır. Çünkü makro düzeyde halkla ilişkilerin düzenlenmesi, ilke ve kurallarının koyulması bu düzeyde yapılır.

Kurumsal düzeyde (hastane, sağlık ocağı, v.b.) ise, halka en iyi ve hızlı hizmeti sunmak için gerekli iletişim ağını yeniden yapılandırarak işlerlik kazandırmaktır. Bu çalışmaların sonucunda bakanlık için kullanılabilir bilgilere de (uygulama sonuçlarına) ulaşılır.

Hekim-hasta ilişkileri ise, doğrudan yüz yüze halkla ilişkiler uygulamasıdır. Psikolojik ve bireysel iletişimin egemen olduğu bu aşama hizmetle hastanın bulunduğu son noktadır.

Günümüzde sağlık alanında gerçekleştirilen halkla ilişkiler çalışmaları, kurumların sosyal sorumluluk uygulamaları çerçevesinde aşı kampanyaları, diş sağlığını korumaya yönelik kampanyalar, aile planlaması kampanyaları, sigarayı bırakma kampanyaları gibi değişik alanları kapsamaktadır.

Halkla ilişkilerin sağlık sektöründeki uygulamaları hizmetin özellikleri nedeniyle kimi farklılıkları gündeme getirir. Çünkü sağlık hizmetleri, elle tutulmazlık-birbirinden ayrılmazlık-dayanıksızlık-insan yoğunluğu-dalgalandan talep gibi kendine özgü niteliklere sahiptir. (Hayran, Sur, 1997, 323)

Sağlık sektöründe icra organları, öncelikle hastanelerdir. Bu nedenle hastanelerin halkla ilişkileri özenle planlanmak zorundadır. Hastanelerdeki halkla ilişkiler biriminin muhatapları ise şunlar olmalıdır: Kurum çalışanları, kurumun yönetim kadrosu, doktorlar, hastalar, hasta sahipleri, tedavi kurumları, basın, kamu kuruluşları ve tüm kamuoyu.

Hastanelerde Halkla İlişkiler Uygulamasına İlişkin Bir Çalışma.

Kendine özgü nitelikleriyle hastanelerde de, bir halkla ilişkiler uygulaması söz konusudur. Kurum-hedef kitle bağlamında bu ilişki esas itibarıyla hizmeti sunan personel ile hastalar arasında geçmektedir. Anılan ilişkinin istenilen nitelikte olması, hem tarafların bilinç, eğitim ve farkındalık düzeyine; hem de sağlıklı bir sistemin kurulmuş olmasına bağlıdır. İşte bu araştırmada halkın, hastanelerde etkili bir halkla ilişkiler sisteminin işletilmesi için, hangi hazırlık düzeyinde olduğu irdelenmeye çalışılmıştır. Doğal olarak bu tür çalışmalar kurum personelinin hazırlık düzeyi ve kurumlar sistemi içinde yapılmaktadır. Böylece ortaya çıkacak fotoğraf, yeni öneriler geliştirebilmek için temel verileri oluşturacaktır.

Araştırma Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans öğrencilerinden 100 kişi üzerinde yapılmıştır. Değişik yaş, cinsiyet, meslek, gelir ve donanım düzeylerinde bulunan bu insanlara 2007 Mayıs ayında aşağıdaki sorular sorulmuş ve şu yanıtlar alınmıştır.

1. soru: Hastanelerden aldığınız hizmetten memnun musunuz? Şeklinde idi. Deneklerin 78'i bu soruya olumsuz cevap vermiştir.



2. soru: Hastanelerde karşılaştığımız en büyük sorun nedir? Şeklinde düzenlenmişti. Verilen cevaplar arasında ilk sırada %81 ile doktora ulaşmak, ikinci sırada %12'lik bir oranla çok beklemek ve daha küçük oranlarla başka sorunlar sıralanmıştır.
3. soru: Aracı olmadan (birisinin yardım sözü olmadan) hastanelere gönül rahatlığıyla baş vurabiliyor musunuz? Şeklindeydi. Yine deneklerin %71'i bu soruya hayır cevabını vermiştir.
4. Bir sağlık kuruluşuna başvurmadan, kuruluşla ilgili bilgi almak için telefon, internet v.b. yollarla bilgi toplar mısınız? Sorusuna deneklerin %96'sı hayır cevabı vermiştir.
5. Hastaneye başvuru ve onu takip eden işlemlerden haberdar mısınız? Sorusu yine %90'lara varan oranlarda olumsuz yanıtlanmıştır.
6. Deneklerin hemen tamamı hasta haklarını bilmediklerini, doktor ve tedavi şeklini değiştirme şanslarının bulunup bulunmadığından haberdar olmadıklarını ifade etmişlerdir.
7. ve 8. sorulara verilen yanıtlar ise, deneklerin hemen hepsinin, doktorların reçete dışında bilgi vermedikleri, doktorların ve diğer yardımcı personelin kendilerine çok da yakın davranmadıkları şeklindeydi.
9. soruda, hasta olarak memnuniyetsizliklerini yazılı ya da sözlü, ilgili makamlara ulaştırıp ulaştırmadıkları sorulmuştu. Ancak yanıtlar yine (%94) olumsuzdu. Böyle bir başvurudan umutlu olmadıkları için denekler en fazla tepkilerini münakaşa düzeyinde dile getirmekte idiler.
10. soru: Hekimler başta olmak üzere, sağlık personelinin iş yükleriyle ilgili idi. Deneklerin %42'si bilmiyorum, %37'si normal cevabını vermiş, geriye kalan %21'lik grup ise soruyu yanıtlamamıştır.
11. soru: Hastanelerdeki hekim-hasta ilişkilerinin düzenlenmesi için, deneklerin önerileriyle ilgili idi. Bu soruya 100 denekten 19'u yanıt vermiş, yapılan öneriler ise daha çok hastane yönetiminin daha özenli yaklaşması, personelin kontrol etmesi gibi genel ifadeler düzeyinde kalmıştır.
12. Hasta-hekim ilişkilerinin düzenlenmesi konusunda, aktif görev almayı isteyip istemedikleri sorusuna ise; denekler genelde soğuk bakmışlardır.

Bu yanıtların topluca yorumu ise şöyle yapılabilir: Bir tutum araştırması olarak bu çalışmanın sonucu tam bir pasif vatandaş klasiğidir. Yani durumdan şikayetçi olan, bunu açık etmeyip mızırdanma ile geçiştiren, durumun düzeltilmesiyle ilgili bir katkı vermek istemeyen insan tutumu. Oysa deneklerin hepsi, yükseköğretim mezunu ve topluma göre farkındalığı, bilinç ve eğitim düzeyi çok daha yüksek bireylerdir.

Yukarıdaki genel yorum ve değerlendirmeyi biraz daha açacak olursak şunlar söylenebilir: Vatandaşlar, ağırlık olarak aldığı sağlık hizmetlerinden memnun değillerdir. Bu memnuniyetsizliğin neden ve biçimi belirtilmemiştir. Hangi ölçütlere göre ve nasıl bir karşılaştırma ile böyle bir sonuca varılmıştır? Deneklere bunlar yeterince açıklanmamıştır.

Deneklerin çok büyük bölümü, %81'i hekime ulaşmak en büyük sorun diyorsa, burada önemle durmak gerekir. Demek ki kurulan sistem, doktorun saklandığı, zor ulaşıldığı, hastadan esirgendiği bir sistem. 7. ve 8. sorularla birlikte düşünülürse hasta süreçte özne olarak görülüyor. Hekim hastaya bilgi vermek yerine eczacıya bilgi vermekle yetiniyor.



İşlerin çok da iyi gitmediği, deneklerin %71'inin hastaneye gönül rahatlığıyla başvuramamalarından da belli. Ayrıca hastalar kendilerine çok içten ve şefkatli davranılmadığı kanaatindedirler.

Diğer taraftan hastalar, hastanelerin nasıl çalıştığından (temel kural ve işleyişten), doktorların iş yükünden ve hasta haklarından yeterince haberdar değiller. Bunu telafi etme gibi bir çaba içinde oldukları da söylenemez.

En önemli saptamalardan biri ise, memnuniyetsizliklerin resmîyete dökülmemesi (resmî şikayette bulunmama) ve aksaklıkların düzeltilmesi konusunda bir katkı verme eğiliminin taşınmamasıdır. Oysa yerel inisiyatif ve çağdaş yönetim olarak ifade edilen *gouvernance* (yönetişim), vatandaş aktif bir öge olarak tanımlanmaktadır. Demek ki bu konuda yöneten-yönetilen ilişkisinde önce vatandaşın kamusal sorumluluk ve inisiyatif alacak şekilde eğitilmesi gerekmektedir.

Sonuç olarak, etkin bir halkla ilişkilerin oluşturulabilmesi için taraflardan biri olarak halk, henüz böylesi bir ilişkiye hazır bilinçte gözükmemektedir.

KAYNAKLAR

1. Metin Kazancı, Kamu ve Özel Sektörde Halkla İlişkiler, Turhan Kitabevi, Ankara 1995.
2. Nuri Tortop, Halkla İlişkiler, Yargı yayınları 1998.
3. Selçuk Yalçındağ, "Kamu Yönetiminde Halkla İlişkiler" O.D.A.İ.E. Dergisi cilt 19, sayı 1.
4. Dilaver Tengilimoğlu, Sağlık Kuruluşlarında Halkla İlişkiler, Gazi Kitabevi, Ankara 2001.
5. Halil Ülker, Yönetim Süreçleri, Bolu 1998.
6. Münci Kapani, Politika Bilimine Giriş, Bilgi Yay., s.38, 1988.
7. Osman Hayran, Haydar Sur, Hastane Yöneticiliği, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul 1997.
8. İbrahim Murat Atabaş, Sağlık Bakanlığı Merkez ve Taşra Teşkilatında Halkla İlişkiler, Atılım Üniversitesi, Ankara 2007.



SELÇUK ÜNİVERSİTESİ DENEYSEL TIP ARAŞTIRMA UYGULAMA MERKEZİ HAYVAN DENEYLERİ ETİK KURULU ÇALIŞMA USUL VE ESASLARI

Leman TAVLI, HH. ESEN

*Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı / Konya - TÜRKİYE
lema_tavli@hotmail.com*

ÖZET

Hayvan deneyleri etik kurullarının oluşturulmasındaki amaç deney hayvanları ile yapılacak olan bilimsel araştırma, test, sağlık hizmetleri uygulamaları, eğitim öğretim ve yayın gibi temel etkinliklerde kullanılan yöntem ve materyallerle ilgili asgari etik standartları saptamak, etik ilkeler doğrultusunda görüş bildirmek, araştırmaları bu bakış açısından incelemek üzere Çevre ve Orman Bakanlığı'nın 6 Temmuz 2006 tarihli merkezi etik kurulu yönergesi çerçevesinde yerel etik kurullar oluşturulabilmektedir. Fakültemizde bu amaca yönelik olarak, Selçuk Üniversitesi Deneysel Tıp ve Araştırma Uygulama Merkezi (SÜDEM) Deney Hayvanları etik kurulu yönergesi hazırlanmıştır. Bu yönerge SÜDEM'de deneysel test ve eğitim amaçlı olarak kullanılacak hayvanların barındırılması, üretilmesi, nakledilmesi, deneylerde kullanılması ve üzerlerinde gözlem yapılması ile ilgili tüm süreçlerde etik bakımdan kabul edilebilir uygulamaların sınırlarını saptamak ve araştırma önerilerini bu açıdan incelemek üzere oluşturulacak deney hayvanları etik kurulunun kuruluş ve çalışmasına, yapılması planlanan işlemlerin sunulmasına, araştırma önerilerinin incelenmesi ve uygulanması için izin verilmesine, uygulamaların izlenmesi ve gerektiğinde sonlandırılmasına ilişkin esasları belirler. Bu yönerge hazırlanırken, Hayvan Hakları Evrensel Bildirgesi, Deneysel ve Diğer Bilimsel Amaçlarla Kullanılacak Vertebralı Hayvanların Korunması (Avrupa Konseyi ETS 123), Laboratuvar Hayvanlarının Bakımı ve Kullanılması El Kitabı (National Research Council, A:B:D), 5199 sayılı Hayvanları Koruma Kanunu'nun 9. ve 17. maddeleri, Hayvan Deneyleri Etik Kurullarının çalışma usul ve esaslarına dair yönetmelik (Sayı: 26220, Yıl: 2006). Deneysel ve diğer bilimsel amaçlar için kullanılan deney hayvanlarının korunması, deney hayvanlarının üretim yerleri ile deney yapacak olan laboratuvarların kuruluş, çalışma, denetleme, usul ve esaslarına dair yönetmelikten (Sayı: 2546 Yıl: 2004) yararlanılmıştır.

Selçuk Üniversitesi Deneysel Tıp Araştırma ve Uygulama Merkezi

1997 yılında Tıp Fakültesi kampüs alanında 4 katlı bir bina ve onun yanında ek bir bina olarak inşa edilmiş ve iç donanımı temin edilmiştir. Merkezimizin kuruluş amacına uygun olarak, Selçuk Üniversitesi Deneysel araştırma ve uygulama deney hayvanları etik kurulu oluşturulmuştur.

Yerel Etik Kurullar

Çevre ve orman bakanlığının belirlediği, etik kurulların çalışma usul ve esaslarına dair yönetmelik çerçevesinde, merkezi etik kurulun izni ile oluşturulurlar.

Selçuk Üniversitesi Deneysel Tıp Araştırma ve Uygulama Merkezi Deney Hayvanları Etik Kurulu Çalışma Usul ve Esasları



Selçuk Üniversitesi Deneysel Tıp Araştırma ve Uygulama Merkezi (SÜDAM)

Deneysel, test ve eğitim amaçlı olarak kullanılacak hayvanların barındırılması, üretilmesi, nakledilmesi, deneylerde kullanılması ve üzerlerinde gözlem yapılması ile ilgili tüm süreçlerde etik bakımdan kabul edilebilir uygulamaların sınırlarını saptamak ve araştırma önerilerini bu açıdan incelemek üzere oluşturulacak Deney Hayvanları Etik Kurulu nun (DHEK) kuruluş ve çalışması,

- Yapılması planlanan işlemlerin sunulması,
- Araştırma önerilerinin incelenmesi ve uygulanması için izin verilmesi,
- Uygulamaların izlenmesi ve gerektiğinde sonlandırılması konusuna ilişkin esasları belirler.

Deney Hayvanları Etik Kurulunu Oluşturan Üyeler

- S.Ü. Deneysel Tıp Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürü,
- S.Ü. Deneysel Tıp Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdür Yardımcılarından biri,
- Meram Tıp Fakültesinin Temel Tıp Bilimleri, Dahili Tıp Bilimleri ve Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümlerinden birer öğretim üyesi,
- Diş Hekimliği Fakültesinden bir öğretim üyesi,
- Bir farmakolog ve bir patoloğ veya tıp etiği uzmanı (tercihan öğretim üyesi),
- Hayvan deneyleri konusunda en az bir yıl deneyimli, Merkez bünyesinde deney hayvanı üretilmesi ve bakımından sorumlu bir veteriner hekim,
- Selçuk Üniversitesi ile çıkar ilişkisi olmayan ve deney hayvanları ile çalışmayan T.C. vatandaşı sivil bir üye,
- Sivil toplum kuruluşuna kayıtlı Selçuk Üniversitesi ile çıkar ilişkisi olmayan T.C. vatandaşı bir üye olmak üzere, toplam 11 üyeden oluşur.
- Kurul üyelerinden en az biri in vivo hayvan deneylerinde en az bir yıl deneyimli ve aynı zamanda doktora/tıpta uzmanlık derecesine sahip olmalıdır.
- Kurul üyeleri Merkez Yönetim Kurulu tarafından önerilir ve Rektör tarafından atanır. Gerekli hallerde DHEK'ü araştırma konusu ile ilgili bilimin uzmanlarından görüş alır ve toplantılara davet eder.
- DHEK üyelerinin görev süreleri 4 yıldır.
- Görev süresi dolan üye yeniden seçilebilir.
- Bir takvim yılı içerisinde izinsiz ve mazeretsiz olarak üst üste üç toplantıya katılmayan üyenin üyeliği düşer.
- Üyelik sıfatının ölüm, emeklilik ayrılma gibi herhangi bir nedenle sona ermesi veya üyeliğin düşmesi halinde, üyenin yerine aynı usulle ve kalan süreyi tamamlamak üzere, ayrılan üyenin niteliklerini taşıyan yeni bir üye seçilir.
- Kurula Müdür başkanlık eder.
- Kurul ilk toplantısında bir başkan vekili seçer.
- Başkanın olmadığı hallerde başkan vekili başkana vekalet eder.
- Deney Hayvanları Etik Kurulu, başkanın daveti üzerine en az ayda bir defa ve salt çoğunlukla toplanır.
- Kararlar, kurul üye tam sayısının yarısından bir fazlası ile alınır. Oy eşitliği halinde başkanın oyu yönünde karar verilir.



Etik Kurulun Yetkileri ve Çalışma İlkeleri

Selçuk Üniversitesi Deneysel Tıp Araştırma ve Uygulama Merkezinde deney hayvanları üzerinde yapılacak tüm uygulamaların DHEK'u tarafından onaylanmış olması zorunludur. Bu kurul tarafından uygun bulunmayan çalışmalar üniversitemiz bünyesinde yapılamaz.

- İnsan ve hayvan sağlığına katkı sağlayacak, ilgiyi artıracak ya da toplumun iyiliğine olacak uygulamalar tasarlamayı, ve bunları icra etmeyi cesaretlendirmek.
- Her türlü hayvan türü için geçerli kabul edilen yaşama saygı ilkesi çerçevesinde, bilimsel araştırmalarda kullanılması zorunlu olan deney hayvanlarına kötü uygulamalardan kaçınılmasını sağlamak.
- Ağır acı, stres ya da buna denk eziyet veren deneylerde, bir hayvanın bir defadan fazla kullanılmamasını sağlamak.
- Eğitim için, sunum amacıyla kongre, konferans ve seminerlerde ağırlı deneylerin yapılmamasını sağlamak.
- Hayvanlara mümkün olduğu kadar az acı çektirerek ve en az strese sokarak bilimsel açıdan güvenilir veri elde edilmesini sağlamak.
- Araştırmalar süresince kullanılan deney hayvanlarına, türüne uygun şartlar hazırlamak ve en iyi fizyolojik, davranışsal ve çevresel koşulların teminini sağlamak
- Özel eğitilmiş personel tarafından uygun koşullarda deney hayvanı bakımını sağlamak.
- Canlı hayvanlarda yapılacak deneysel çalışmaların veteriner hekim tarafından ya da ehil kişilerin denetiminde yapılmasını sağlamak.
- Araştırmacılar tarafından deneysel hedef noktaların belirlenmesini sağlamak
- Araştırılan bilginin elde edilmesinde geçerliliği kanıtlanmış alternatif yöntemler varsa, hayvan deneylerini etik olarak uygun görmemek ve daha önceden ayrıntılı olarak yapılmış deneylerin tekrar edilmesinin önlenmesini sağlamak.
- Deney için en uygun hayvanın ve yöntemin seçilmesini ve bilimsel sonucu verebilecek en az sayıda hayvan kullanılmasını sağlamak,
- Deney hayvanlarına gereksiz acı ve ağrı verecek deneylerde, uygun bir anestezi yöntemi uygulanmasını ve araştırmalarda uygun ağrı kesici ve anestezi kullanılmasını sağlamak,
- Anestezinin, hayvan için deneyin kendisinden daha fazla travmatik olması ve deneyin amacına uygun olmaması durumunda deneyin yapılmasını engellemek,
- Deneyin etik ilkeler çerçevesinde yapılması ve amacına uygun olması için; anesteziden çıktığında önemli oranda acıya maruz kalacak olan hayvanın ağrı kesici araçlarla tedavi edilmesini, bu mümkün değilse insancıl bir metotla öldürülmesini sağlamak,
- Deney hayvanının araştırma sürecinde ya da sonunda yaşamına son verilmesi işlemlerinin, uygun gerekçelerle yapılmasını sağlamak,
- Şiddetli ve sürekli ağrı çeken veya normal yaşamını sürdüremeyecek duruma gelen deney hayvanları ile kamu sağlığı ve çevresi için risk oluşturabilecek deney hayvanlarının en uygun yöntemle acı duymayacak şekilde yaşamlarına veteriner hekimin kararından sonra son verilmesini sağlamak,
- Hayvan hayatta bırakılacaksa sağlığının yeniden kazandırılması için geçen süre boyunca uygun bakımını sağlamak,
- Sorumlu veteriner hekim gözetiminde, deney hayvanlarının yetiştirilmesi, üretilmesi ve bakımını sağlamak,



- Deneyin insan veya hayvanların hayati ihtiyaçlarının karşılanması için yeterli önem taşımadığı kanaatine varıldığında, hayvanın uzun süre ağır acı yaşayacağı ya da yaşayabileceği bir deneye tabi tutulmasının önlenmesini sağlamak,
- Araştırmada kullanılan ve yaşamlarını sürdüren deney hayvanlarına, deney sonunda sağlıklı yaşam koşullarının teminini sağlamak,
- Hayvanları ağır ve uzun süreli acıya maruz bırakacak deneylerin, etik kurul tarafından uygun görülmesinden sonra yapılmasını sağlamak (1,3,4,5)

Etik Kurulun Görevleri

- Deney hayvanları üzerinde yapılacak tüm işlemlerin etik yönden kabul edilebilir sınırlarını belirleyerek çalışma protokollerini onaylamak veya gerekçeli olarak kabul etmemek,
- Merkez bünyesinde deney hayvanı kullanılması sürecinin etik kurallara uygun olarak sürdürülmesini denetlemek, bu amaçla gerekli düzenlemeleri yapmak,
- Deney hayvanları üzerinde yapılacak işlemlerin, onaylanmış protokole uygun olarak yapılmasını sağlamak, gerektiğinde sonlandırmasına karar vermek,
- Deney hayvanları ile uğraşan personelin iş koşullarını işyeri sağlık kurallarına uygunluk yönünden denetlemek.
- Personelin gerekli eğitimi almasını sağlamak. Bu amaçla sertifika programları düzenlemek. deney hayvanları kullanım sertifikası olmayanların hayvan deneyleri yapmasını engellemek.
- Deney hayvanlarının üretim, yetiştirme, barındırma ve nakil koşulları ile deneylerin yapıldığı laboratuvar koşullarının ve ekipmanının etik yönden uygun olup olmadığını denetlemek, uygun görmediği durumlarda deney hayvanı kullanılmasını engellemek.
- Hayvan kullanımı ile ilgili her türlü veriyi toplamak ve deney hayvanları kullanımı yıllık raporunu hazırlamak.
- Deneysel çalışmalar sonunda ortaya çıkan atıklar, ölü hayvanlar ve tıbbi atıkların 2872 sayılı Çevre Kanunu ve ilgili mevzuat çerçevesince bertarafını sağlamak.
- Oluşacak gelişmeler ışığında kurallarda güncelleştirmeler yapmak (2,6).

Deney Hayvanı İle Uğraşacak Personel Eğitimi

- Deney Hayvanları Etik Kurulu, deney hayvanı üretilmesi ve yetiştirilmesi ile sorumlu personelin asgari olarak bilgilendirilmesi ve uyulması gereken usul ve esasları içeren bir meslek içi eğitim programı hazırlar ve periyodik olarak uygulanmasını denetler.
- Deney hayvanı ile uğraşacak araştırmacıların eğitilmesi için eğitim programları düzenler, hayvan deneyleri etik kurullarının çalışma usul ve esaslarına dair yönetmeliğe uygun deney hayvanları kullanım sertifikaları programı açar (6).

Selçuk Üniversitesi Deneysel Tıp Araştırma ve Uygulama Merkezinde yapılacak olan çalışmalarda etik kurulun onayının alınması zorunlu durumlar

1. Her türlü araştırma projesi, tez (uzmanlık ve doktora) çalışmasına yönelik hayvan deneyleri ve gözlemleri,
2. Eğitim amacıyla yapılacak öğrenci uygulamaları ve tanıtım gösterileri,
3. Bir yöntem öğrenilmesi ve el alıştırmaları için yapılacak testler ve çalışmalar,
4. Selçuk Üniversitesi personeli olmamakla birlikte Selçuk Üniversitesi Deneysel Tıp Araştırma ve Uygulama Merkezi bünyesinde deney hayvanı kullanacakları yapacakları çalışmalar.



Başvuru İşlemleri

- Etik Kurul başvuruları, Deney Hayvanları Etik Kurulu Başvuru Formu nun doldurularak Selçuk Üniversitesi Deneysel Tıp Araştırma ve Uygulama Merkezi Sekreterliğine teslimi ile gerçekleştirilir.
- Başvuruların, tez çalışmalarında Yürütücü sıfatıyla Danışman Öğretim Üyesi tarafından,
- Diğer araştırma projelerinde, Öğretim Üyesi statüsündeki Araştırma Yürütücüsü tarafından yapılması gereklidir.

Etik Kuruluna yapılacak başvurularda kişisel beyan esas olup, başvuru sahipleri aşağıdaki hususları kabul etmiş sayılırlar.

1. Başvuru formundaki bilgilerin doğruluğunu teyit etmişlerdir.
2. Etik Kurul onayı almadan çalışmaya başlamayacaklarını taahhüt etmişlerdir.
3. Deney hayvanlarına yapılacak işlemleri başvuru formunda belirtilen hususlara uygun şekilde yapmayı ve Etik Kurulun çalışmayı izlemek istemesi halinde çalışma düzenlerini Etik Kurula açmayı kabul etmişlerdir.
4. Araştırma esnasında sonradan planlanan değişikliklerin Etik Kurula yazılı olarak bildirildikten sonra ve gerekli onay alındıktan sonra yapılmasını kabul etmişlerdir.
5. Çalışma sonucunda herhangi bir ulusal veya uluslar arası bilimsel etkinlikte yayınlanan makale, sözlü/poster bildiri vb.nin bir kopyası en geç iki ay içinde Merkez Müdürlüğüne teslim edilmelidir.
6. Etik kuruldan onay almış ve tamamlanmış tüm araştırmacıların ulusal ve uluslar arası tüm periyodiklerde yayımlanacak tüm makale, sunu, poster, kongre tebliğlerinde ‘‘Deney Hayvanları Etik Kurulu Onayı Alınmıştır’’ veya ‘Deney Hayvanları İlkelerine Uyulmuştur’’ ifadesi yer almalıdır, bu beyandan doğacak tüm sorumluluklar yazara aittir (6).

Başvuruların Değerlendirilmesi ve Karar

- Usulüne uygun olarak yapıldığı saptanan başvurular, gerektiğinde incelenmek üzere Etik Kurulca belirlenen raportör(ler)e iletilir.
- Raportörün görüşünü hazırlamasını takiben, ilk Etik Kurul toplantısında başvuru gündeme alınarak değerlendirilir.
- Raportör çalışmayı yapmak isteyenle mülakat yapılmasını isteme hakkına da sahiptir.
- Kurul, yaptığı değerlendirme neticesinde uygun , düzeltilmesi gerekir koşullu olarak uygun ya da uygun değildir şeklinde karar verir.
- Etik Kurul üyelerine ait başvurular görüşülürken ilgili Kurul üyesi görüşmelere katılamaz ve oy kullanamaz.
- Düzeltilmesi gerekir kararı verilen başvurular, başvuru sahibi tarafından düzeltildikten sonra, Etik Kurulda tekrar değerlendirilir.
- Koşullu olarak uygun kararı verilen projeler Etik Kurul tarafından saptanacak belli bir süre boyunca izlenip istenen koşulların yerine getirilip getirilmediği değerlendirildikten sonra uygun ya da uygun değildir şeklinde karara bağlanır.
- Bütün başvurular ve alınan kararlar tarih ve sayı numarası verilerek kayıt altına alınır.
- Başvurular ve alınan kararlar, en az beş yıl süreyle bir veri tabanında saklanılır.
- Kayıtlar Hayvan Deneyleri Merkezi Etik Kurulunun ve Çevre ve Orman Bakanlığının denetimine açık tutulur.



- Kurul, gerektiğinde konusunda deneyimli uzmanların yazılı görüşlerini alabilir veya etik kurul toplantısına davet ederek sözlü görüş isteyebilir.
- Etik Kurul kararları gizli olup, başvuru sahiplerinden başkasına bilgi verilmez.
- SÜDAM, ülkemizdeki benzer araştırma merkezleri içerisinde seçkin bir yere sahiptir.
- Yılda yaklaşık 45 çalışma etik kurulumuzdan onay almaktadır.

Merkezimizde deneysel tıp araştırma ve uygulamalarda kullanılmak üzere fare, sıçan ve tavşan üretimi ve bakımı yürütülmekle beraber mikro ve makro cerrahi ameliyathaneleriyle de hizmet sunulmaktadır. Merkezimize başvuruda bulunan üniversitenizin tüm birimlerine ve üniversitemiz dışı araştırmacılara gereken alt yapı oluşturularak çalışmalarına ortam sağlanmaktadır. Ayrıca Sprague Dawley cinsi sıçan ve Yeni Zelanda cinsi tavşanların araştırmacılara satışları yapılmaktadır. Merkezimizde deneyimli Veteriner Hekim gözetiminde 6 bakım personeli çalışmaktadır. S.Ü. Meram Tıp Fakültesi Dekanlığı'nın desteği ile Merkezimizde Tıp Fakültesi öğretim üyelerine bilimsel amaçlarla (bilimsel sunu ve ders) kullanılmak üzere slayt çekim hizmeti verilmektedir. Öğretim üyelerinin her yıl için 100 adet slayt çekimi tamamen Meram Tıp Fakültesi Dekanlığı'nın desteği ile ücretsiz olarak gerçekleşmektedir. Slayt hazırlama işlemlerinden Meram Tıp Fakültesi dışındaki öğretim üyeleri de ücretli olarak yararlanabilmektedir (6).

KAYNAKLAR

1. Hayvan Hakları Evrensel Bildirgesi,
2. Deneysel ve Diğer Bilimsel Amaçlarla Kullanılacak Vertebralı Hayvanların Korunması Hakkındaki Avrupa Kullanılması Konvansiyonu (Avrupa Konseyi ETS 123),
3. Laboratuvar Hayvanlarının Bakım ve Elkitabı (National Research Council, A.B.D.),
4. 5199 sayılı Hayvanları Koruma Kanununun 9 ve 17. maddeleri,
5. Hayvan Deneyleri Etik Kurullarının çalışma usul ve esaslarına dair yönetmelik (Sayı: 26220, Yıl: 2006),
6. Deneysel ve diğer bilimsel amaçlar için kullanılan deney hayvanlarının korunması, deney hayvanlarının üretim yerleri ile deney yapacak olan laboratuvarların kuruluş, çalışma, denetleme, usul ve esaslarına dair yönetmelik (Sayı: 25464, Yıl:2004) den yararlanılmıştır.



HASTA GÜVENLİĞİ VE HASTA HAKLARI

Semih BASKAN

Türk Cerrahi Derneği / Ankara - TÜRKİYE

Önce Zarar Verme

Tıp eğitiminin ilk öğretilen ve hepimizce en iyi bilinen ülkelerden biri bu özdeyiştir.2000 yılında The Institute of Medicine 'de yayınlanan ayrıntılı bir raporda ABD hastahaneleriyle yılda 98000 kişinin doğrudan tıbbi hatalar nedeniyle öldüklerine dikkat çekilmişti. Tıbbi hatalar olarak yanlış ilaç kullanımı , hastane enfeksiyonları , ameliyat komplikasyonları , kimlik bilgilerinin hataları , hastanın yatağından veya sedyeden düşmesi ve yanlış kişinin veya bölgenin ameliyat edilmesi gibi sorunları sıralamamız mümkündür.

Sağlık hizmetlerinin kalitesi için önemli olduğu gibi maliyetler açısından da tıbbi hataların oldukça yüksek rakamlara ulaşması sonucu hataların önlenmesi konusunda yapılacakların bir sistem içerisine yerleştirilmesi dünyadaki sağlık sektörü uygulayıcılarının gündeminde yerini aldı.Ülkeler bu konuda ulusal programlar oluşturmaya başladılar.Lüksemburg'un AB Dönem Başkanlığı esnasında 2005 yılında gerçekleştirilen Hasta Güvenliği Zirvesi 'Lüksemburg Deklarasyonu ' ile sonuçlandı.

1 Haziran 2005 tarihinde yürürlüğe giren 5236 sayılı Türk Ceza Kanunu'nun hekimler ve hekimlik uygulamaları ile ilgili önemli maddeler içermektedir.Bunları 22, 83, 85, 89, 90, 195, 210 ve 287 numaralı maddelerde toplamamız mümkündür.Özellikle 85 ve 89. maddelerin yorumlanması hekimler açısından önemli sorunlar yaratmaktadır.Önümüzdeki günlerde bu konunun sağlık kamuoyunu daha yakından ilgilendireceği ve meşgul edeceği inancındayız.

Tıbbi Hatalar

Önce zarar verme

- *Tıp eğitiminde ilk öğretilen ve hepimizce en iyi bilinen ilkelerinden biridir.*
- *Yılında The Institute of Medicine de yayınlanan ayrıntılı bir raporda ABD hastanelerinde yılda . kişinin doğrudan tıbbi hatalar nedeniyle öldüklerine dikkat çekilmişti.*

Tıbbi Hatalar

- Yanlış ilaç kullanımı,
- Hastane enfeksiyonları
- Ameliyat komplikasyonları
- Kimlik bilgileri hataları
- Hastanın yatağından veya sedyeden düşmesi,
- Tedavinin geciktirilmesi
- Transfüzyon hataları
- Yanlış kişinin veya bölgenin / tarafın ameliyat edilmesi gibi sorunlar sıralanmaktadır
 - *Tıbbi hataların kişisel veya toplumsal maliyetleri açısından*
 - Doğrudan artmış sağlık harcamaları
 - Dolaylı olarak üretim ve verim kaybı



- Sakatlık maliyetleri
- Gelir azalması gibi nedenlerle de önemli bir oranda sağlık giderlerinde de artışa neden olmaktadır.

Hataların maliyeti:

Topluma doğrudan (artmış sağlık harcamaları) ya da dolaylı (üretim ve verim kaybı, sakatlık maliyetleri, gelir azalması) olarak yüklenen önemli ek giderler

1992 Colorado/Utah araştırmasında toplam ek maliyet 662 milyon USD'dir. Bu hesap A.B.D. deki yıllık bütün yatışlar için yapıldığında, yan etki maliyetinin en az 37.6 milyar USD, önlenebilir hatalara bağlı miktarın da 17 milyar USD olabileceği ortaya çıkmaktadır

Tıbbi Hatalar ayrıca:

- *Sağlık hizmetlerinin kalitesi için önemli olduğu gibi maliyetler açısından da tıbbi hataların oldukça yüksek rakamlara ulaşması sonucu hataların önlenmesi konusunda yapılacakların bir sistem içine yerleştirilmesi dünyanın her yerindeki sağlık sektörü uygulayıcılarının gündeminde yerini aldı.*
- *Ülkeler bu konuda ulusal programlar oluşturmaya başladılar. Lüksemburg un AB dönem başkanlığı esnasında yılında yapılan Hasta Güvenliği Zirvesi Lüksemburg Deklarasyonu ile sonuçlandı.*

European Commission DG Health and Consumer Protection

Luxembourg , 5 April 2005

Luxembourg Declaration on Patient Safety

Tıbbi Hatalar

- *Bildirilen bu sayılar tıbbi hataların önemli bir halk sağlığı sorunu olduğu ve ABD de ölüm nedenleri arasında . sırada yer aldığını göstermektedir. Tablo*
- *Bunu sonucu olarak tıbbi hataların trafik kazaları, meme kanserleri, AIDS ve diyabetten daha fazla ölüme yol açtığı görülmektedir.*

Tıbbi hata çeşitleri Tablo 2'de sıralanmaktadır.



Tablo 1. Önde gelen ölüm nedenleri (ABD)

Kalp hastalıkları	726'974
Kanser	539'577
Serebrovasküler hastalıklar	159'79
Kr.Obstrüktif Akciğer Hst.	109'029
Tıbbi hatalar	44'000-98'000
Kazalar	95'644
(Motorlu taşıt kazaları	43'458
Pnömoni ve influenza	86'449
Diabet	62'636



Tanı hataları	Yanlış tanı
	Tanının gecikmesi
	Gereken testlerin uygulanmaması
	Yanlış ya da değeri kalmamış, bilimsel olmayan testlerin uygulanması
	Testin uygulanmasında hata yapılması
	Monitorizasyon ya da testlerin sonuçlarına uygun hareket edilmemesi / bunların dikkate alınmaması
Tedavi hataları	Ameliyat ya da işlemin uygulanmasında hata
	İlaç uygulamasında doz ya da yöntem hatası
	Tedavinin geciktirilmesi
	Tedavi seçiminde yöntem hatası
	Gereksiz / aşırı tedavi
	Uygun olmayan tedavi
Profilaksi hataları ve diğer tıbbi hatalar	Gereken profilaksinın yapılmaması
	Yanlış ya da eksik profilaksi uygulanması
	Yetersiz monitorizasyon
	Tedavi izleminin uygunsuz / yetersiz yapılması
	İletişim hatası
	Ekipman / sistem hatası

Tablo 2. Tıbbi hata çeşitleri.



Türkiye’de tıbbi hataların sıklığı:

Tıbbi hataların boyutu ve yaygınlığı, basına yansıyan dramatik olgular ya da adli/resmi kurullarda seyrek olarak incelenen olayların dışında bilinmemektedir.

ABD’de tıbbi hataların sıklığı :

(*Harvard Medical Practice Study*)

Hastaneye yatışların % 3,7’inde yatış süresini uzatan ve / veya taburculuk sırasında bir ek soruna neden olan, sonuçta zarar veren bir tıbbi yan etki vardır. Bu yan etkilerin % 58 i tıbbi bir hataya ikincildir *önlenbilir yan etki* . Toplam olayların % 13.6 sı ölümlle, % 2.6 sı da kalıcı bir sakatlık ile sonuçlanmaktadır. En sık karşılaşılan sorunlar:

- ilaç komplikasyonları (%19)
- Yara infeksiyonları (%14)
- Teknik komplikasyonlar (%13)

(*Colorado & Utah Study*)

Hastaneye yatışların % 2.9 unda bir yan etki saptanmıştır. Bunların % 53 ü tıbbi bir hataya ikincildir ve % 6.6 sı ölümlle sonuçlanmaktadır. Yan etkilerin % 44.9 u ameliyatlara bağlıdır Bu olaylardan en çok sorumlu olanlar;

-Cerrahlar (%46.1)

-Dahiliyeciler (% 23.2) olarak belirlenmiştir.

Hastane içi komplikasyonlar; ayrıca transfüzyon hataları, yanlış taraf cerrahileri (Doğru hastada yanlış tarafa yapılan cerrahi işlem olarak yalnızca New York eyaletinde 2000 yılında belgelenmiş 28 olay bilinmektedir)

Kimlik hataları

Cerrahi yaralanmalar Düşmeler

Bası yaraları

Hastane infeksiyonları bu bölümde sayılmaktadır.

Tıbbi Hatalar

“*Hospital Medication Errors*”

- *The Institute of Medicine Temmuz tarihinde yayınladığı raporunda ABD de yılda , milyon yanlış ilaç kullanımı olgusu saptandığını açıklamıştır.*
- *Bu rapora göre ortalama olarak hastanede yatan her hastada bir yanlış ilaç kullanımı olduğu tahmin edilmektedir.*



Ameliyathanede ilaç hataları:

Anesteziye 71/1089 (7%) enjektör ya da ampul karışması

İlaçla ilgili 58 olayın % 71 i kas gevşeticilerle ilişkili

Nedenler:

- Enjektörlerin etiketlenmemesi
- Ampul ve enjektör etiketlerinin eşleştirilmemesi
- Ampul ya da flakonun etiketinin okunmaması
- Sıfır ya da ondalık noktanın yanlış okunması
- Yanlış kısaltmaların kullanılması şeklinde belirlenmiştir.

Yanlış taraf / Yanlış hasta / Yanlış girişim uygulamaları:

- Ortopedi % 41
- Genel cerrahi % 20
- Nöroşirurji % 14
- Üroloji % 11 olarak sıralanmaktadır.

Yanlış taraf / Yanlış hasta / Yanlış girişim hataları;

Yanlış vücut bölgesi ya da tarafı % 76

Yanlış hasta % 13

Yanlış ameliyat/girişim % 11 şeklinde belirlenmiştir.

Riskler:

Acil ameliyatlara/girişimler

Morbid obezite, fiziksel deformite gibi kural dışı fiziksel özellikler

Girişimin başlanması ya da tamamlanması için zaman baskısı

Alışık olunmayan ekipman ya da ameliyathane kurgusu

Aynı girişime birden çok cerrahın katılımı

Tek bir seferde birden çok cerrahi girişimin yapılması şeklinde sıralanmaktadır.



Öneriler:

- Cerrahi işlemin yapılacağı yerin işaretlenmesi ve bu sürece hastanın da katılması
- Gerekli belgelerle birlikte kullanılacak doğrulama listesi ve kurallarının belirlenmesi
- Cerrahi ekibin her üyesinin hasta, taraf ve işlemi ameliyathane odasında sözlü olarak karşılıklı doğrulaması bu kuralların monitorizasyonu olarak sıralanmaktadır.

Güvenli Cerrahi Hayat Kurtarır

- Genel anlamda cerrahi sağlık hizmetleri, tıbbi hataların en fazla olduğu alanlardan biridir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), ilk olarak 2005-2006 yıllarını "Temiz Bakım Güvenli Bakımdır" yılı ilan ettikten sonra, 2007-2008 yıllarını ise, "Güvenli Cerrahi Hayat Kurtarır" yılı ilan etmiştir.
- DSÖ, "Güvenli Cerrahi Hayat Kurtarır" kampanyasında 5 konuya odaklanmıştır.

1 Temiz Cerrahi

2 Güvenli Anestezi

3 Eğitimli Tedarikçi

4 Cerrahi Kaynaklar

5 İzleme ve Kalite Güvence ekanizmaları



JCI 2007 ULUSLARARASI HASTA GÜVENLİĞİ HEDEFLERİ

Gereklilik 1: Hastaya ilaç verirken, kan ve kan ürünü uygularken, kan ve diğer klinik test örnekleri alınırken ve her türlü tedavi ve prosedürün uygulanmasında hastaya ait en az iki kimlik bilgisinin kullanılması. Hastanın oda numarası asla hasta tanımlamada kullanılmaz.

Hedef: Etkin İletişimin Geliştirilmesi

Gereklilik 2: Sözel ya da telefon direktiflerinin alınmasına ya da kritik test sonuçlarının raporlanmasına yönelik bir süreç/ prosedür ve bu kapsamda bilgiyi alan kişi tarafından tamamlanan test sonucunun ya da orderin geri okunarak bir doğrulama yapılması gerekliliğinin oluşturulmasına yönelik bir politikanın belirlenmesi.

Hedef: Yüksek Riskli İlaçların Güvenliğinin Geliştirilmesi

Gereklilik 3: Konsantre elektrolitlerin hasta bakım alanlarından kaldırılması (sınırlı olmakla beraber potasyum klorid, potasyum fosfat, sodyum klorid >0.9%)

Hedef: Yanlış-taraf, yanlış- hasta, yanlış - işlem cerrahisinin ortadan kaldırılması.

Gereklilik 4: Cerrahi uygulamaya başlamadan hemen önce, doğru uygulamanın, doğru hastaya ve doğru tarafa yapılmasını sağlamak için son kontrol ü içeren bir kontrol listesinin kullanılması.

Gereklilik 5: Cerrahi uygulamalara başlamadan önce, cerrahi işlemde ihtiyaç duyulan tüm dokümanların ve ekipmanın mevcut olduğunun, doğruluğunun, fonksiyonel uygunluğunun kontrol edilmesi

Gereklilik 6: Ameliyat edilecek tarafın işaretlenmesi. Bu işaretlemenin kolay anlaşılır şekilde yapılması ve hastanın bu sürece dahil edilmesi.

Hedef: İnfeksiyona Bağlı Risklerin Azaltılması

Gereklilik 7: Güncel yayınlanmış ve genel olarak kabul görmüş el hijyeni konusundaki rehberlere uyulması.

Hedef: Düşmelere Bağlı Hastaların Zarar Görme Riskinin Azaltılması.

Gereklilik 8: Hastaların düşme açısından taşıdığı riskin, almış olduğu ilaçlara bağlı olarak taşıdıkları potansiyel risk göz önünde bulundurularak değerlendirilmesi ve yeniden değerlendirilmesi ve belirlenen riskleri azaltacak veya ortadan kaldıracak önlemlerin alınması.



TC Anayasası

- *MADDE 17. – Herkes, yaşama, madd ve manev varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir.*
- *Tıbb zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında, kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz rızası olmadan bilimsel ve tıbb deneylere t bi tutulamaz.*

HEKİMLİK MESLEK ETİĞİ KURALLARI

Bilgilendirilmiş Onam

- *Madde 26 - Hekim hastasını, hastanın sağlık durumu ve konulan tanı, önerilen tedavi yönteminin türü, başarı şansı ve süresi, tedavi yönteminin hastanın sağlığı için taşıdığı riskler, verilen ilaçların kullanılışı ve olası yan etkileri, hastanın önerilen tedaviyi kabul etmemesi durumunda hastalığın yaratacağı sonuçlar, olası tedavi seçenekleri ve riskleri konularında aydınlatır.*
- *Yapılacak aydınlatma hastanın kültürel, toplumsal ve ruhsal durumuna özen gösteren bir uygunlukta olmalıdır. Bilgiler hasta tarafından anlaşılabilir biçimde verilmelidir.*
- *Hastanın dışında bilgilendirilecek kişileri, hasta kendisi belirler.*
- *Sağlıkla ilgili her türlü girişim, kişinin özgür ve aydınlatılmış onamı ile yapılabilir. Alınan onam, baskı, tehdit, eksik aydınlatma ya da kandırma yoluyla alındıysa geçersizdir.*
- *Acil durumlar ile, hastanın reşit olmaması veya bilincinin kapalı olduğu ya da karar veremeyeceği durumlarda yasal temsilcisinin izni alınır.*
- *Hasta vermiş olduğu aydınlatılmış onamı dilediği zaman geri alabilir.*

Yeni Türk Ceza Kanunu

- *sayılı yeni TCK Haziran ten itibaren yürürlüğe girmiştir. Bu yeni yasa da hekim ve hasta ile ilgili 22, 83, 85, 89, 90, 195, 210, 287 nolu maddeler bulunmaktadır.*
- *Özellikle ve maddelerin yorumlanması hekimler açısından önemli sorunlar yaratmaktadır.*
- *Hekimlerin meslek icraları esnasında oluşan suçlar eski TCK da taksirli suçlar kapsamında ele alınmaktaydı.*
- *Taksirli suç, kişi eyleminden sonucu doğan bilmekte fakat bu sonucu arzu etmemektedir; bununla birlikte gerekli önlemleri almamakta veya yetersiz almaktadır.*
- *Yeni TCK nın ilişkili . madde . fıkrasında ise taksir şöyle tarif edilmektedir*
- *Taksir, dikkat ve özen yükümlülüğüne aykırılık dolayısıyla, bir davranışın suçun kanuni tanımında belirtilen neticesi öngörülmeyerek gerçekleştirilmesidir*
- *Yeni TCK taksiri bir istisna olmaktan çıkarıp adeta bir kural haline getirmiştir. Taksirli suç kapsamında dikkatsizlik, tedbirsizlik, meslekte acemilik ve yetersizlik, özen eksikliği, emir ve yönetmeliklere uymamak söz konusudur.*



Malpraktis Komplikasyon

- *Soru Komplikasyon ile malpraktis ayrımı nasıl yapılacak*
- *Cevap her tıbbi girişim kendi içerisinde arzettiği bir risk vardır. Bu risk tıbbi terminolojide komplikasyon, hukuki terminolojide de izin verilen risk olarak tarif edilmektedir.*
- *Malpraktis ise hekimin kötü uygulamasından ortaya çıkan istenmeyen durumdur. Malpraktisin ortaya çıkmasında hekimin dikkatsizliği, tedbirsizliği veya bilgi eksikliği söz konusudur.*

BAZI KANUN VE KANUN HÜKMÜNDE KARARNAMELERDE DEĞİŞİKLİK YAPILMASINA DAİR KANUN

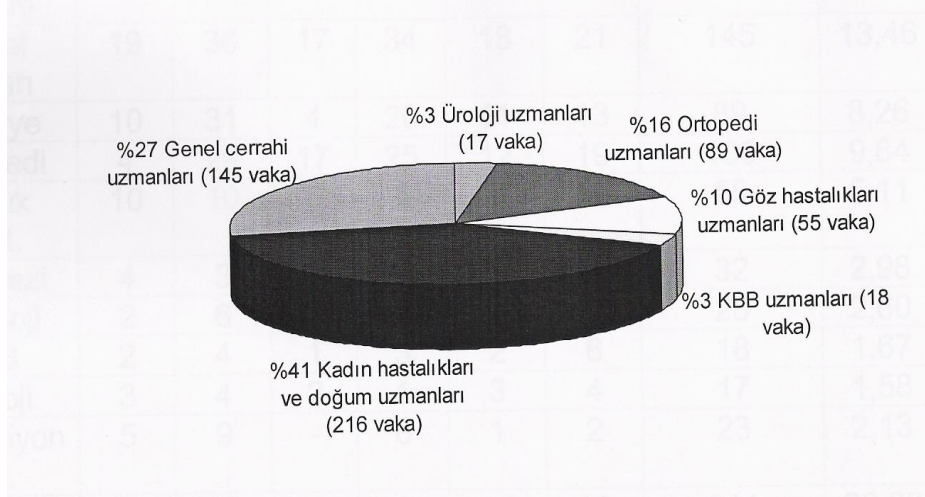
Kanun No. 5581 Kabul Tarihi: 15/2/2007

- *MADDE 1- / / tarihli ve sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa aşağıdaki ek madde eklenmiştir.*
- *Zorunlu mal sorumluluk sigortası*
- *EK MADDE 9- Tıbb hizmetlerden kaynaklanan her türlü tazminat taleplerinin karşılanmasını teminen;*
- *Serbest olarak mesleğini icra eden tabipler kendileri için,*
- *Personelin katkısıyla elde edilen döner sermaye gelirlerinden personele ödeme yapılan kamu ya ait döner sermayeli sağlık kurum ve kuruluşları ile özel hukuk kişilerine ait sağlık kurum ve kuruluşları çalıştırdıkları tabipler için, zorunlu mal sorumluluk sigortası yaptırmak zorundadır.*
- *b bendi kapsamındaki kamu kurum ve kuruluşlarında görev yapan tabipler için çalıştıkları kurum ve kuruluşça yaptırılan sigorta, ilgili tabibin mesleğini serbest olarak icra etmesi h line kapsamaz.*
- *Sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan tabiplerin zorunlu mal sorumluluk sigortasının yaptırılma sından, ilgilinin çalıştığı sağlık kurum ve kuruluşunun amiri birinci derecede sorumludur.*
- *Bu Kanunla getirilen zorunlu sigorta kapsamındaki bilfiil veya h l sebebi ile sigorta yaptırmanın tazminata mahk m edilmesi h linde sigorta yapan, zorunlu mal sorumluluk sigortasında öngörülen sınırlar içinde tazminatı doğrudan zarar görene öder.*



1995 -2000 tarihleri arasında Yüksek Sağlık Şurasına gelen cerrahi vakaların oranları

İstanbul Tabip Odası Raporu (1982 – 2002) (Tablo 3).



- 1. hekimle ilgili şikayet başvurusu yapılmıştır.
- inde . tıbbi hata veya ihmal tespit edilmiştir.
- hekim bu nedenle ceza almıştır.
- yıllık dönemde yıllık ortalama şikayet başvurusu iken son yılda kat artarak ulaşmıştır.
- Başlangıçta şikayetten tanesi doğrulanırken
- yılında şikayetten tanesi doğrulanırken
- yılında şikayetten tanesi doğrulanır hale gelmiştir.
- En fazla şikayet Kadın Hastalıkları ve Doğum ve Genel Cerrahi uzmanlık alanlarından gelmektedir.

(Dr. Nedim Şendağ – İstanbul Tabip Odası)

Türk Cerrahi Derneği Onur ve Etik Kurulu

- Türk Cerrahi Derneği Onur ve Etik Kurulu' nun Genel Cerrahi Uygulamaları ile İlgili Kuralları:
- Bu metin İngiliz ve Amerikan Cerrahi derneklerinin değişik tarihlerde uygulamaya koydukları Prensipler ve kurallardan yararlanarak Türk Cerrahi Derneği Onur ve Etik Kurulu tarafından hazırlanmıştır.

Sonuç olarak hasta güvenliği açısından tüm dünyada olduğu gibi bizim de ülkemizde yapacağımız bir dizi görevler bulunmaktadır.



Uluslararası Sağlık ve Hastane Yönetimi Kongresi
International Health and Hospital Administration Congress
01-03 June 2007 Near East University - Nicosia - TRNC - Mersin 10 Turkey





FİZİK TEDAVİ ve REHABİLİTASYON ALANI İLE İLGİLİ HİZMETLERİN SUNULMASINDA K.K.T.C., T.C., A.B. VE ÇAĞDAŞ DÜNYADAKİ KURALLARA VE SÖZLEŞMELERLE BELİRLENEN STANDARTLARA UYULMASI GEREĞİ

Hatice GÖKÇEKUŞ¹, Aykut ÜRETİCİ²
Hüseyin ERTUNGA³, İlker YILDIZ⁴,
Tansu ARASIL⁵

^{1,2,3,4}Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi

Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Servisi /Lefkoşa-K.K.T.C.

⁵Ankara Üniveristesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı
Emekli Öğretim Üyesi / Ankara - TÜRKİYE

Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon hizmetleri bir ekip çalışması ile sunulmaktadır. Rehabilitasyon ekibinin lideri de Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon uzmanı hekimdir (4). Bu ekip aşağıdaki elemanlardan oluşmaktadır:

- Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Uzman Hekimi
- Rehabilitasyon hemşiresi
- Fizyoterapist, fizik tedavi ve rehabilitasyon teknikeri / teknisyeni
- İş-Uğraşı terapisti
- Ruhsal Sağlık Ekibi (Psikiyatrist, Klinik Psikolog, Psikolog)
- Sosyal Hizmet Uzmanı
- Ortez-protez teknikeri
- Konuşma terapisti
- Çocuk gelişimi ve eğitimi uzmanı (2)
- Ve gerektiğinde diğer tıp dallarının uzmanları (Nörolog, Ürolog, Ortopedist, vb. gibi), vb.

K.T.T.B.(Kıbrıs Türk Tabipler Birliği) Yasası'nın 6. (1) (A) (Ç) maddesinde "K.T.T.B.'nin, hekim-hasta haklarının çağdaş dünyada kabul edilen standartlara getirilmesi için çaba harcama görev ve yetkisi vardır" (3). 43. maddede "K.T.T.B.'nin, Evrensel Tıp Meslek (Tıbbi Deontoloji) Kurallarının hayata geçirilmesi; üyelerin bu kurallara uyup uymadıklarının denetlenmesi konularında tüzük yapma yetkisi vardır" (3). denilmektedir. Bunların bir an önce yapılması gerekmektedir. Bilindiği üzere "Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyeti'nin Korunması Sözleşmesi(5) vardır ve Türkiye Cumhuriyeti'nde (T.C.) İnsan Hakları ve Biotıp Sözleşmesi'nin Onaylanması'nın Uygun Bulunduğu'na Dair Kanun 09.12.2003 günlü Resmi Gazete'de yayımlanarak 5013 Kanun numarası ile yürürlüğe girmiştir. Bu kanun, biyoloji ve tıp alanında gittikçe artan ve hızla ortaya çıkan gelişmeleri göstererek toplumun tüm üyelerinin tıbbi bakımdan hak ve sorumluluklarını belirlemek amacıyla düzenlenmiştir. Sözleşmenin 4. maddesi, Mesleki Standartlar başlığı adı altında, "Araştırma dahil, sağlık alanında herhangi bir müdahalenin, ilgili mesleki yükümlülüklerle ve standartlara uygun olarak yapılması gerekir."(5) düzenlemesini içermektedir ve tıbbi girişimlerin belirlenmiş mesleki standartlara uygun yapılmasını zorunlu kılmıştır.



Bu nedenle bireylere Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon alanında yapılan girişimlerin de idareyi hukuken bağlayan mesleki standartlar ve mesleki yükümlülükler uygun olması gerekir. T.C. iç hukukunda yer alan 1219 sayılı yasa, Tıpta Uzmanlık Tüzüğü, 3153 Sayılı Yasa ve 9326 Numaralı Tüzük ile Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nde yer alan hükümler dışında, bu alandaki mesleki yükümlülükleri ve standartların belirlendiği uluslararası düzenlemeler de önem taşımaktadır.

Avrupa Birliği(A.B.) tarafından bütün ülkelerde eğitim içerikleri, mesleki yükümlülük ve standartları ortak belirlenmiş ve bu nedenle otomatik tanıma listesi içerisinde yer alan yedi adet meslek bulunmaktadır. Bu meslekler, hekimlik, diş hekimliği, veteriner hekimlik, hemşirelik, ebelik, eczacılık ve mimarlık meslekleridir. (Recognition Professional Qualifications – CPME 2002 / 108). Nitekim 2005 yılında bu alandaki 5 adet direktif tek bir direktif haline getirilerek kabul edilmiştir. Avrupa Birliği'nin daimi bir konseyi olan Union of European Medical Society (ATUB – UEMS: Avrupa Tıp Uzmanları Birliği) tarafından sorumlulukları tanımlanmıştır. (EK1) Bunun dışında UEMS tarafından, Avrupa Birliği'ne üye tüm ülkelerde mesleki standartları ve yükümlülükleri ortak tanımlanmış bir meslek olan hekimlikte, her branşın görev ve yetkileri ile çalışma koşullarını tanımlayan bir yazılı kitap oluşturulması istenmiştir. Bu kapsamda Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Bilim Alanı'nın Avrupa Birliği'ne üye ülkelerde görev ve yetkileri ile çalışma koşullarını düzenleyen White Book (Eylül 2006) adlı kitap yayımlanmıştır (EK2).

Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon(F.T.R.) Uzman Hekimleri'nin kas-iskelet sistemi problemleri, nörolojik hastalıklar, amputasyonlar, pelvik organ fonksiyon bozuklukları, kardiyopulmoner yetmezlik, koroner ağrı ve kansere bağlı özürülük, akut ve kronik problemler, vb. gibi rehabilitasyon gerektiren pek çok hastalık ve duruma bütünsel olarak yaklaştıkları, akut bakım ünitelerinden toplumsal kurumlara kadar değişen farklı faaliyet alanları olduğu; kapsamlı eğitimlerinden dolayı en iyi sonucun alınması için pek çok profesyonelden oluşan bir ekibin aktivitelerinden sorumlu oldukları; Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon alanında tam ve tedavi sorumluluğunun Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Uzman Hekimi'ne ait olduğu, düzenli ekip toplantılarında ekibin diğer üyelerinin tavsiye ve önerilerini de göz önüne alarak hastası ile profesyonel düzeyde olan ilişkisini de gözeterek tedaviyi veya uygulama yolunu değiştirebileceği tüm durumlarda son karar ve sorumluluğun medikal bakımdan sorumlu ve bu konuda uzman Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Uzman Hekimi'ne ait olduğu belirtilerek, rehabilitasyon ekibindeki hekim dışı personelin çalışmalarında Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Uzman Hekimi'ne bağlı oldukları ve bağımsız çalışamayacakları ifade edilmiştir.

Fizyoterapistler Derneği kendilerine ait yeni bir düzenleme yapılmasını istemektedirler ve Avrupa'nın kimi ülkelerinden görüşler sunarak fizyoterapistlerin tek başlarına tedavi düzenleyebileceklerini veya diğer branşlardan uzman hekimlerle çalışabileceklerini belirtmişlerdir. Avrupa Birliği'ne üye ülkelerde fizyoterapist, iş-uğraşı terapisti, konuşma terapisti, ortez-protez uzmanı, v.b. gibi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon entegre ekibinde yer alan meslek gruplarının görev, yetki ve sorumlulukları ve eğitimlerine ilişkin ortak ve üzerinde uzlaşma sağlanmış bir durum olmadığı gibi, bu konuda ortak hukuksal bir metin de bulunmamaktadır. Yani bu meslekler otomatik tanıma listesinde yer almamaktadır ve serbest dolaşım hakları bulunmamaktadır. Bu profesyoneller; Avrupa Birliği'ne üye ülkelerde paramedikal personel (hekim dışı sağlık personeli) olarak ifade edilmektedir. Avrupa Konseyi, tüm üye ülkelerde kendi iç şartlarına göre bu mesleklerle ilgili düzenlemeler yaparak, paramedikal personeli çalıştırmalarını önermiştir. Sonuç olarak Avrupa Birliği üye ülkelerinde bu meslek grupları hakkında değişik çalışma koşulları vardır. Türkiye'de de bu kişilerin çalışma koşulları aşağıda değindiğimiz yasa, tüzük ve yönetmelik metinlerinde yer almaktadır.



T.C.'de Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Tıp alanı uygulamalarını hukuksal olarak tanımlayan ilgili kanunlar ve maddeleri aşağıda sunulmuştur:

3151 Sayılı Radyoloji, Radyom ve Elektirle Tedavi ve Diğer Fizyoterapi Müesseseleri Hakkında Kanun'un 1. maddesinde; "Her türlü elektrik aletleri ile tedavi yapmak için müessese açma Sağlık Bakanlığı'nın iznine bağlıdır." denilmektedir.

2. maddesinde; "Birinci maddede adı geçen müesseseler yalnız ihtisas vesikası almış tabibler tarafından açılabilir" denilmektedir.

6. maddesinde ise, "... Her nevi elektrik aletleri ile tedavi ancak müessese mesul mütehasısı tarafından veya nezareti altında yapıp ve her tedavi seansının bitiminden sonra her hasta için ayrı olarak tutulacak bir müşahade varakasına yapılan tedavinin nevi ve devam müddeti ve cereyanın kuvveti veya şekli ve tedavi yapılan nahiyenin genişliği ve sair tafsilat kaydedilerek mütehasısı tarafından imza edilir. Bu müşahade kağıtları en az üç sene muhafaza edilir" denilmektedir.

4/9326 Sayılı Fizyoterapi ve Bunlara Benzer Müesseseler Hakkında Nizamname'nin 6. maddesinde: "Fizik Tedavi Müesseseleri bu sahada ihtisas yapmış etibba (Tıp Hekimi) tarafından açılabilir" denilmektedir.

Ayrıca bu konuda Danıştay 10. Dairesinin çok sayıda verilmiş kararlarında (Karar No: 2005/1516, 2006/3656, 2006/5487) "Anılan mevzuat uyarınca hastayı muayane etme, tedavisini bizzat veya nezaretinde yaptırma yetkisinin doktorlara tanınmış olması nedeniyle, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon hizmetlerinde Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Uzman Hekimi'nin bulunması zorunluluk arz etmektedir."denilmektedir.

Bu kararda ayrıca, "Tıp alanındaki uygulamaların bilimsel olarak o dalda gerekli ve yeterli eğitimi almayı gerektirdiği, dolayısıyla her uzman hekim yalnızca kendi uzmanlık alanında uygulama yapma yetkisindedir." denilmiştir. (EK:3)

Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon alanında kullanılan tüm cihazlar (faradi, galvani, diadinami, tens, enterferans, kısıdalga ve mikrodalga diyatermi, manyetik alan, ultrason, ultraviyole, infraruj, lazer, FES, v.b.) ICNIRP standartlarına göre mesleki maruziyet ve genel halk maruziyeti için belirlenmiş frekans ve güç yoğunluğu limitleri içinde yer alan ve noniyonizan radyasyon yayan aletlerdir. Avrupa Birliği üye ülkeleri tarafından bu cihazların kullanımında uyulması gerekli standartlar belirtilmiştir. Bu nedenle, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon cihazlarının kullanıldığı alanlar ve kullanıcılar; hasta, uygulayıcı ve çevre sağlığı açısından özel şartlar taşımak ve yukarıda sayılan ilgili mevzuata göre ruhsatlandırılmak zorundadır. Eğitimini almadıkları için Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Uzman Hekimi dışında diğer tıp branşlarının bu cihazları hasta tedavisinde reçeteleme ve uygulama yetkileri bulunmamaktadır.(2)

K.K.T.C.'de fizyoterapistlerin çalışma koşulları K.T.T.B. Yasası'nda(3), Y.T.K.D.(Yataklı Tedavi Kurumları Dairesi) 2007 Teşkilat Yasası'nda(6) belirlenmiştir.

K.K.T.B. Yasası'nda, 29. maddede "Bu yasa uyarınca K.K.T.B.'ne kayıtlı ve Birlik Üyesi olan bir tabib, tıp, cerrahi ve doğum alanında tababet icra edebilir ve tıbbi hizmet, tavsiye, dinlenme raporu ve vizitelerine karşı ücret almaya ve hastasına uyguladığı ilaç veya tıbbi veya cerrahi araç ve gereç bedelini talep etmeye, almaya ve almak için mahkemeye başvurmaya hak kazanır"(3) denilmektedir.

30. (1) maddede "Bu yasa uyarınca üye olarak kayıt yaptırmayan hiç kimse, Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde tabib olarak belli bir ücret karşılığında veya ücretsiz olarak hiçbir şekilde meslek icra edemez, herhangi bir tıbbi müdahalede bulunamaz ve reçete yazamaz."(3) denilmektedir. Fizik Tedavi uygulamaları da K.T.T.B. yasasına göre tıbbi bir müdahaledir. Bu durumda Fizik Tedavi uygulamaları için kullanılan araç, gerecin de Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Uzman Hekimi tarafından uygulanabileceği ve diğer elemanlarca yapılacak uygulamaların denetimini ve sorumluluğunu da



üstlenmesi zorunluluğu da açıkça anlaşılmaktadır. K.T.T.B. yasaının 30. (2) maddesinde: “Laborant, diyetisyen, fizyoterapist, diş teknisyeni, eczacı ve benzeri sağlık hizmetleri veren paramedikal hizmetler, ilgili tababet hizmetlerindeki sorumlu tabib veya diş tabibinin talepleri doğrultusunda yapılabilir”.(3) denilmektedir. K.K.T.C.’deki Özel Hastane, Özel Klinik, Özel Dispanser ve Özel Muayenehaneler (Denetim) Yasası’nda (38/2002 sayılı Değişiklik Yasası’yla değiştirilmiş ve birleştirilmiş şekliyle) “Uzman” tanımı şöyledir: “İlgili tıp alanında gerekli eğitimi görerek uzmanlaşmış ve bunu da bir belge ile belgelemiş kişiyi anlatır” denilmektedir (7). Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon alanıyla ilgili uzmanlaşmış tıp mensubu Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Uzman Hekimi’dir ve bunu da aldığı “Uzmanlık Belgesi” ile belgelemektedir.

K.T.T.B. 31. 1. Maddesinde “K.T.T.B.’ne üye tüm tabib ve diş tabipleri aşağıdaki 4’üncü, 5’inci, 6’ıncı ve 7’inci fıkralarda öngörülen esaslar çerçevesinde reçete ve laboratuvar tetkik formu ve rapor düzenlemeye, yazmaya, istemeye ve okumaya yetkilidirler.”(3) ibaresi vardır ve 31. Maddeye göre “K.T.T.B.’ne üye olmayanlar reçete ve laboratuvar tetkik formu ve rapor yazamazlar, isteyemezler, okuyamazlar ve dinlenme raporu düzenleyemezler ve bu belgeler ışığında tedavi planlama ve uygulama yetkisine sahip değildirler.”(3) denilmektedir. Tabiblerin dışında, bunları yapmaya yetkili olmayan kişiler nasıl hasta kabul edip, tedavi planlayabilir, nasıl hasta takibi yapabilir, gerektiğinde nasıl tedavi şeklini değiştirebilir, gerektiğinde nasıl medikal tedavi veya başka tıbbi müdahaleye karar verebilir veya tedaviyi sonlandırabilir? Yasalarda da belirtildiği şekilde elbette ki tabib olmayan kişilerin böyle yetkileri, ayrıca da eğitimleri yoktur. Halbuki bugüne kadar K.K.T.C.’de zaman zaman bunlar yaşanmıştır. Hatta fizyoterapistler özel sağlık kuruluşu açmaya ve çalıştırmaya yetkili olmadıkları halde bunları yapmaktadırlar, üstelik de Fizik Tedavi alanında, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Uzmanı Tıp Hekimi’nin muayenesi, bu hekimlerin kendi dallarına yönelik tedavi reçeteleri olan yazılı Fizik tedavi ve Rehabilitasyon Programları olmaksızın kendi planladıkları tedavileri hastalara uygulamaktadırlar, ayrıca çalıştırdıkları bu gibi yerlerin hiçbir çalışma izni de yoktur; oysa ki bu uygulamaların nasıl olacağı yasalarımızda gayet açık olarak mevcuttur.

K.T.T.B. yasaınının 37. maddesinde “Her türlü cerrahi girişim, doğum, fizik tedavi, radyoterapi, ortodontik ve protektik tedavi gibi sürekliliği olan tıbbi işlemler için hastalardan K.T.T.B. tarafından belirlenip Bakanlar Kurulu’nca onaylanan miktarda maktu ücret alınabilir. Başka durumlarda maktu ücret ile hasta tedavisi yapılamaz.”(3) denilmektedir; yasaının bu maddesine göre (İlgili alandaki doktor dışında, ki bu; fizik tedavi hizmetlerinin sunumunda Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Uzman Hekimidir) hasta tedavisinin yapılamayacağı gayet açıktır.

Y.T.K.D. 2007 yasaındaki fizyoterapist kadrosu hizmet şemasının 2. maddesindeki “İlgili doktor”(6)’da ancak Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Uzman Hekimi’ni anlatmaktadır. Yani, yasada aynı maddede “F.T.R. Uzmanı ve İlgili Doktor”(6) denilerek F.T.R. Uzmanı anlatımına dublikasyon yapılmıştır.

Yine Özel Hastaneler, Özel Klinik, Özel Dispanser ve Özel Muayenehaneler (Denetim) Yasası’na göre: “Özel Dal Hastanesi, Özel Dispanser, Özel Hastane, Özel Klinik, Özel Muayenehane” isimleri adı altında tıbbi hizmetlerin sunulacağı sağlık kuruluşları anlatılmaktadır (7). Bu sağlık kuruluşlarının hepsinde de mutlaka tabib bulunması zorunluluğu vardır. Aynı yasadaki “Özel Klinik” tanımında: “En fazla beş müşahade yatağı bulunan, gerektiğinde 24 saat kesintisiz hizmet verebilecek donanımı olan, tek uzmanlık dalında yatılı veya poliklinik hizmeti veren ve küçük müdahaleler dışında



ameliyat yapılmayan bir sağlık kuruluşunu anlatır. “Özel muayenehane: En fazla bir müşahade yatağı bulunan, günün belirli saatlerinde ve bir tek uzmanlık dalında sadece poliklinik hizmeti veren bir sağlık kuruluşunu anlatır.” “Özel dal hastanesi: Tek bir uzmanlık dalında hizmet veren bir özel sağlık kuruluşunu anlatır”(7). Yasadaki maddelerden de anlaşılacağı üzere, ilgili dalda Uzman Hekim’in olmadığı, sağlık hizmeti veren bir sağlık kuruluşuna yasamızda yer yoktur.

Özel hastaneler yasasının 1. maddesinde: “Hiçbir gerçek veya tüzel kişi, bu yasada ve bu yasa kuralları uyarınca yapılan tüzüklerde belirtilen koşulları tamamlayıp, gerekli izni almadan özel hastane; özel klinik, özel dispensar veya özel muayahane açamaz ve çalıştıramaz.”(7) denilmektedir. Halbuki K.K.T.C.’de bu yasaya göre yetkisi olmayan bazı elemanlar, örneğin fizyoterapistler bu gibi uygulamaları yapmaktadırlar. Bu yasaya (7) ve K.T.T.B. yasasına göre (3) fizyoterapistler yukarıda saydığımız sağlık kuruluşlarını hem açamazlar, çalıştıramazlar, hem de Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon uygulamaları yasalarımıza göre de bir tıbbi işlem olduğu için ve ilgili uzmanlık dalındaki Uzman Hekim F.T.R. Uzman Hekimi olduğu için, fizyoterapistler tek başlarına bağımsız fizik tedavi uygulayamazlar, sağlık kuruluşu çalıştıramazlar ve buna karşılık para da talep edemezler, aksi taktirde yasalar ihlal edilmiş demektir. F.T.R. uygulamalarını yapma veya nezaretinde yaptırma yetkisi F.T.R. Uzman Hekimleri’ nindir.

Yine Özel Hastaneler Yasası’nın 7. Maddesine göre “Özel Hastaneler’de, Özel Klinik, Özel Dispanserler’de sorumlu müdürün ilgili dalda uzman olduğunu belgelendirmesi koşuldur (1). Sorumlu Müdür, Özel Hastane, Özel Klinik, Özel Dispanserler’in tabib olması koşuluyla, hukuki, teknik ve her türlü idari yönden sorumlu yöneticisini anlatır.”(7) denilmektedir. Açıkça anlaşılacağı üzere, yasada Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon alanında hizmet sunulabilmesi için Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Uzmanı Hekim olması koşulu vardır. Bunun dışındaki herhangi uygulama Ulusal, T.C., A.B. ve Uluslararası uygulamalara ve yasalara aykırıdır.

K.T.T.B. Yasası’ndaki 31. (4) (A) maddesinde reçete tanımlanmaktadır: “Reçete, tedavinin bir parçasıdır ve tedavinin devamı için, ev ve klinik ortamlarında, hasta hamiline uygun olarak, müdavi hekim tarafından düzenlenir ve gerekli görüldüğü takdirde değiştirilebilir.” 31.(4) (B) maddesinde “Reçete, hasta hakları ile ilgili mevzuat uyarınca ve hastanın rahatsızlığının ve uygulanan tedavinin gizliliği açısından, gizlilik ilkelerini bozacak şekilde tasnif edilemez, değerlendirme ölçüsü olamaz ve doktor ile eczacı arasında, hasta haklarına hanel getirmeyecek şekilde muhafaza edilir.”(3) denilmektedir. Bundan da anlaşılacağı üzere yasada anlatılan “reçete”, eczacı için yazılan ilaç reçetesidir.

Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon hizmetlerinin sunumunda hastaya “sürekliliği olan tıbbi bir işlem”(3) olan Fizik Tedavi planlama ve uygulamasını Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Uzman Hekimi yapar, bunu eğer nezaretinde yaptıracaksa hastanın teşhisine göre uygulatacağı tedavinin şiddetini; dozunu, şeklini ve tedavi yapılan bölgenin genişliği ve diğer ayrıntıların yazılı olduğu bir fizik tedavi fişini, (fizik tedavi kartını), yeni adıyla **fizik tedavi reçetesini** yazar ve imzalar. K.K.T.C.’de yeni çıkan Y.T.K.D. 2007 Yasası’na(6) ve yukarıda anlatılan tüm yasal dayanaklara rağmen muhalefet yapan gruplar nedeniyle yasal hiçbir dayanağı olmamasına rağmen, “K.K.T.C. Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları Dairesi, Sayı. Y.T.K. 0.00-9/84-07/909, Lefkoşa 17.04.2007 sayı ve tarihli genelge”(8) yayımlanmıştır. Bu genelgedeki maddeler yine yasaya muhalif gruplar tarafından beğenilmeyip K.K.T.C Sağlık Bakanlığı, Sayı: SAB. 0.00.11/94/2-07/1122, Lefkoşa: 03.05.2007 tarihli Yataklı Tedavi Kurumları Dairesi Müdürlüğü Lefkoşa olarak yeni genelge yayımlanmıştır.(9)

Sağlık Bakanı imzasıyla yayınlanan bu genelge metninde: “Dairenize bağlı sağlık kurumlarında görev yapan fizyoterapistler aşağıda belirtilen kurallar çerçevesinde görevlerini yerine getireceklerdir. Bilginize ve aşağıda belirtilen hususa riayet edilmesi için gereğini saygı ile rica



ederim. Fizyoterapistler, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Uzmanları veya diğer uzman doktorlar tarafından teşhisi konulmuş ve yeterli tıbbi bilgiyi içeren Fizik Tedavi veya Rehabilitasyon reçeteleri düzenlenmiş hastalara gerekli fizyoterapi ve rehabilitasyon uygulamaları ve uygulamaya yardımcı değerlendirme testlerini yapılabilecektir.” denilmektedir (9). K.K.T.C. Sağlık Bakanlığı, Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi, Lefkoşa, Sayı: Y.T.K.1.01/23-07-916,Tarih: 11 Mayıs,2007 tarihli Başhekim’in duyuru metninde: “Hastanemizde verilmekte olan Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon (F.T.R.) hizmetleri, Sağlık Bakanlığının 3.5.2007 tarihli yazısı gereğince, şu şekilde yürütülecektir: Fizik Tedavi Rehabilitasyon hizmetleri iki şekilde talep edilecektir. Hekimler, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Uzmanı Hekimleri’nden konsültasyon isteyecek, F.T.R. Uzmanı Hekimler’in düzenleyecekleri Fizik Tedavi Reçetesi’ni, F.T.R. Uzmanı Hekimler’in tıbbi sorumluluğunda,başfizyoterapistin görevlendireceği fizyoterapist uygulayacaktır. Hastası için Fizik Tedavi talep eden hekim tarafından Fizik Tedavi Reçetesi yazılı olarak verilmek koşulu ile de, başfizyoterapistten F.T.R. uygulaması istenebilecektir. Bu durumda, hastanın F.T.R. uygulamasının tıbbi sorumluluğu, uygulanması sırasında ve sonrasında ortaya çıkabilecek komplikasyonları, fizik tedavi reçetesini düzenleyen hekime ait olacaktır. Fizyoterapistlerden, fizyoterapi ve rehabilitasyon uygulamaları talep edilirken, hastaların teşhisi ve yeterli tıbbi bilginin de Fizik Tedavi Reçetesi ile birlikte belirtilmesine özen gösterilmesi gerekmektedir (10). K.K.T.C. Hükümeti ile T.C. Hükümeti arasında sağlık alanında işbirliğine ilişkin anlaşma, 10 Şubat 1998’de imzalanmıştır.Bu anlaşmadaki maddelerde “Sağlık mevzuatlarının karşılıklı olarak uygunluğunun sağlanması; tıbbi ve teknik bilgilerin teati edilmesi; her iki ülkenin tecrübesinin bilim ve teknolojinin öğrenilmesi için karşılıklı heyet ve uzman ziyaretlerinin temini; sağlık alanında her iki ülkenin bilimsel kuruluşları arasında doğrudan temas kurularak yardımlaşma sağlanması; müşterek bilimsel araştırma programlarının uygulanması”(11) ifadeleri vardır. Açıkçası mevcut tüm yasalar, etik kurallar; sözleşmeler ve çağdaş uluslararası standartlar ve uygulamalar Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon hizmetlerinin sunumunda, özel sektörde ve devlet kurumlarında ihlal edilmiştir.

K.K.T.C.’deki Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon hizmetlerinin sunulmasında; K.K.T.C., T.C., A.B. ve çağdaş dünyadaki kurallara uyulması gerektiği açıkça ortadadır. Yetkili makamlara ve kurumlara, yanlışlıkları düzelterek bunları uygulamak ve uygulatmak, gerektiğinde yasal yaptırımları da (ceza gibi) gündeme getirmek ve uygulamak görevleri düşmektedir.

Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Uzman Hekimi, gerekli gördüğünde diğer tedavilerine ek olarak hastaya fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamalarını da yapar. Bunu eğer nezaretinde yaptıracaksa hastanın teşhisine göre yaptıracığı tedavinin cinsi, devam süresi, tedavinin şiddeti, dozu, şekli ve tedavi yapılan bölgenin genişliği ve diğer ayrıntıların yazılı olduğu bir fizik tedavi reçetesini yazar ve imzalar. Bu fizik tedavi reçetesini, yazma, uygulama ve uygulatma hakkı sadece aldığı eğitim ve ihtisas diplomasından dolayı F.T.R. Uzman Hekimi’nindir. “F.T.R. hizmetleri, ulusal ve uluslararası mevzuat, Avrupa Uzmanlar Birliği kararları ve çağdaş bilimsel bilgiler gereğince, F.T.R. Uzman Hekimi’nin doğrudan veya konsültasyon sonrası lüzum görmesi ile hastalara reçete ettiği hizmetlerdir. (White Book)” denilerek bu açıkça anlatılmaktadır (4).

Olaylara etik açıdan bakarsak: Yürürlükteki K.T.T.B. yasamızın 6.(1) (A) (Ç) maddesinde belirtilen “K.T.T.B., ilgili yasaların uygulanmasında mesleğin ve meslektaşlarının hak ve çıkarlarını korumaya ve her türlü iş dağılımının adilane bir şekilde düzenlenmesine çalışmalı”(3)ş ekinde görev ve yetkisi vardır. “K.T.T.B., halk sağlığı ve tıp mesleği ile ilgili sorunlar için resmi makamlarla işbirliği yapmalı,halk sağlığı ile tıp mesleğini ilgilendiren işlerde resmi makamlardan yardım sağlamalı.” denilmektedir (3). K.T.T.B. Yasası’ndaki bu maddelerde belirtilenlerin F.T.R. hizmetlerinin sunumunda da hayata geçirilmesi gerekmektedir.



K.T.T.B. yasası 6.(2)(B) maddesinde “K.T.T.B.’nin, üyelerinin hak ve çıkarlarını korumak ve geliştirmek”,(3) ibaresi konulmuştur; bu maddenin hem diğer tıp mensuplarına, hem paramedikal gruplara, hem de gereken tüm durumlarda uygulanması gerekir. Aynı yasanın 6.(2)(Ç) maddesinde “K.T.T.B.’nin üyelerarası veya üyelerin hastaları ile olan ilişkilerini düzenlemek ve meslek disiplini ile meslek ahlakını korumak.” (3) görev ve yetkisi vardır. Ayrıca 6.(2)(D) maddesi ile belirlenen, “Üyelerinin şeref ve haysiyetini korumak”(3); görev ve yetkisi vardır; ancak son zamanlarda özellikle fizyoterapistlerin son dönemde yaptığı grev esnasında, biz Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Uzmanları’na “aracı doktor” ismi bile takıldığı ve meslek uygulamalarımız hakkında haksız yere aşağılanmak şeklinde davranışlara maruz kalınmasına rağmen bu konuda bir müdahale yapılmamıştır.

K.T.T.B. yasasının 24. maddelerinde “Üyelerini; gereğinde ilgili kuruluşlara karşı temsil etmek, bu yasalardaki meslek icrası hakkındaki kuralların gereği gibi uygulanmasına yardım etmek, üyeler arasında doğacak anlaşmazlıkları gidermek, çözümlenemeyen anlaşmazlıkları gidermek, çözümlenemeyen anlaşmazlıklar ile deontolojiye ve meslek haysiyetine uymayan davranışların soruşturmasını tamamlamak ve hazırlanan dosyaları onur kuruluna vermek, üyeler ile hastalar arasında aracılık yapmayı meslek edinenler ve tıp mesleklerini yetkisiz olarak icra etmek isteyenlerle mücadele etmek ve bu hususları önlemek, gerekli gördüğü konularda hukuki ve teknik konularda danışman atamak kavramları yer almaktadır. K.T.T.B. Yasası’nın 24. A maddesine göre: “Üyeler arasında doğacak anlaşmazlıkları gidermek ve meslek haysiyeti ile bağdaşmayan davranışlar hakkında soruşturma yapmak ve hazırladığı soruşturma dosyalarını Birlik Yönetim Kurulu’na aktarmak, Özel Hastahane, Özel Klinik, Özel Dispanser ve Özel Muayanehane gibi Özel Sağlık Kuruluşları’nın çalışmalarını yasalara uygun standart duruma getirmek için çalışmalar yapmak; “tıp mesleklerini yetkisiz olarak icra etmek isteyenlerle mücadele etmek ve bu konuda birlik organları ile ortak faaliyetlerde bulunmak (örneğin sahte dişçi için K.T.T.B. hemen baskın yapıp işlem yaptırmıştı) gereklidir.”(3) denilmesine karşı, yıllardan beri fizyoterapistlerin yasaya uygun olmayan uygulamaları için girişim yapılmamıştır.

K.T.T.B.’nin 38. maddesi “Halkı bilgilendirme” ile ilgilidir. “K.T.T.B.’nin halkın sağlığı konusunda olumlu bilgi ve davranışların kazandırılabilmesi için yapılan çalışmalara mümkün olan her türlü katkıyı yapmak görevi de vardır, bu her tabibin mesleki görevidir.”(3). Ve yine, K.T.T.B. Yasası’nın 39. maddesinde: “Bir tabib veya diş tabibi dolaylı veya dolaysız olarak hasta sağlamak için veya mesleki ünvanını arttırmak için reklam yapamaz, diğer meslektaşları için zararlı olan veya kendi hizmetlerini, niteliklerini, bilgisini veya mesleki yeteneğini öven veya dikkati çeken ilan veya yayın yaptıramaz bu işleri yapanlarla işbirliği yapamaz veya onlar tarafından çalıştırılmaz.”(3) denilmektedir. Geçmişte ve halen bu maddeler ihlal edilirken, özellikle fizyoterapistlerin geçtiğimiz aylarda yaptıkları grevlerinde bazı tıp mensupları da diğer gruplara katılarak bu maddeleri ihlal etmişlerdir.

K.T.T.B.Yasası 40. maddede “Tabib veya diş tabibi ünvanı takınan veya başka isim veya ünvanı tabib veya diş tabibi olarak tanıtmak için kullanan, herhangi bir nedenle tabib veya diş tabibliği yapan veya yaptığını iddia eden, tıbbi fikir veya tavsiye veren veya reçete yazan veya tıbbi veya cerrahi müdahalede bulunan herhangi bir kişi suç işlemiş olur” denilmektedir. Fizyoterapistlerden bazıları geçmişte ve günümüzde bu maddeye de aykırı hareketlerde bulunmaktadırlar.



Sonuç olarak; Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon hizmetleri; Ulusal ve Uluslararası Mevzuat, Avrupa Uzmanlar Birliği Kararları ve çağdaş bilimsel bilgiler gereğince Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Uzman Hekimi'nin, doğrudan veya konsültasyon sonrası lüzum görmesi ile hastalara reçete ettiği hizmetlerdir (4).

Fizyoterapistler, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon ekibinin bir üyesi olup, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Uzman Hekimi tarafından 3153 sayılı kanunun 6. maddesine göre reçetelenen tedavileri yine Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Uzman Hekimi nezaretinde hastalara uygulama yapmaları gereken elemanlardır (2). K.K.T.C.'de de K.T.T.B. Yasası,(3) Yataklı Tedavi Kurumları 2007 Teşkilat Yasası (6), Özel Hastaneler Yasası (7) da aynı doğrultularda maddeler içermektedirler. Fizyoterapistler, hekim olmadıkları için tanı koyma, fizik tedavi reçetesi oluşturma ve bağımsız fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulama yetkileri yoktur. Ayrıca F.T.R. alanında yeterliliğe sahip olmadıkları için, diğer branşlara mensup uzman hekimlerin de fizik tedavi reçetesi yazma ve nezaret ederek uygulattırma yetkileri yoktur. Böylesi bir durumun yaratacağı büyük kaos, diğer tıp alanlarının da yetkilerine müdahale edilmesi sonucunu doğuracak, hem hasta, hem hekim hem de tıp etiği açısından çözümlenemez yasal ve yönetsel, bilimsel sonuçlara yol açacaktır.

Bu nedenle, Fizik tedavi ve Rehabilitasyon hizmetlerinin bütünlüğü bozulmamalı, hastalar açısından oluşabilecek tıbbi sorumluluk gözardı edilmemelidir. Hastaya sunulan sağlık hizmetleri normal hizmet zinciri dışına çıkmamalı, fizyoterapistlerin mevzuata uygun olarak Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon kliniklerinde ve/veya Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Uzman hekimleri denetiminde çalışması sağlanarak ileride doğabilecek malpraktis tartışmaları ve hukuki sorunlar; faturalandırma ve ödeme sorunları engellenmelidir.

Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon ekibinin bir üyesi olan fizyoterapistlerin, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon uygulamalarında bağımsız çalışamayacakları ve bu uygulamaların Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Uzman Hekimi nezaretinde yapılması gerektiğine dair bilgilerin ilgili makamlara belirtilerek durumun mevzuata uygun halde tutulması, hastaların ve kurumların menfaatlerinin korunması için yapılması şarttır.

K.K.T.C.'de de K.T.T.B. Yasası(3), Y.T.K.D. 2007 Teşkilat Yasası (6), Özel Hastaneler, Özel Klinik, Özel Dispanser ve Özel Muayenehanalar (Denetim) Yasası (7) da aynı doğrultularda maddeler içerdiklerinden bu yasalar ve T.C.'deki ve çağdaş dünyadaki uygulamalar doğrultusunda uygulamaların yapılması, yanlışlıkların düzeltilmesi, etik kurallara uyulması gerekmektedir.”

KAYNAKLAR

1. T.C. Tababet Uzmanlık Tüzüğü
2. Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Uzman Hekimler Derneği 24.04.2007/309 sayılı raporu (ekleri ile birlikte)
3. Değişmiş şekli ile 13/1976 sayılı Kıbrıs Türk Tabipler Birliği Yasası
4. White Book on PRM in Europe, (September 2006)
5. Biyoloji ve Tıbbın uygulanması Bakımından İnsan Hakları, ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi (T.C. de İnsan hakları ve Biyotıp Sözleşmesinin Onaylanmasının Uygun Bulduğuna Dair Kanun 09.12.2003 günlü resmi gazetede yayınlanarak 5013 kanun numarası ile yürürlüğe girmiştir).
6. Yataklı Tedavi Kurumları Dairesi (Kuruluş, Görev ve Çalışma Esasları) Yasası Sayı:34/2007
7. Özel Hastane, Özel Klinik, Özel Dispanser ve Özel Muayenehanalar (Denetim) Yasası, (38-2002 sayılı değişiklik yasasıyla değiştirilmiş ve birleştirilmiş şekliyle), K.K.T.C.



8. K.K.T.C. sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları Dairesi, sayı: Y.T.K. 0.00-9/84-07/909, Lefkoşa 17.04.2007 sayı ve tarihli genelge.
9. K.K.T.C. Sağlık Bakanlığı, sayı: SAB 0.00. 11/94/2-07/1122, Lefkoşa 03.05.2007 tarihli Yataklı Tedavi Kurumları Dairesi Müdürlüğü'nün Genelgesi.
10. K.K.T.C. Sağlık Bakanlığı Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi Lefkoşa, sayı: Y.T.K..1.01/23-07-916, 11 Mayıs 2007 tarihli duyuru.
11. K.K.T.C. Hükümeti ile T.C. Hükümeti arasında işbirliğine ilişkin anlaşma, 10 Şubat 1998.



Uluslararası Sağlık ve Hastane Yönetimi Kongresi
International Health and Hospital Administration Congress
01-03 June 2007 Near East University - Nicosia - TRNC - Mersin 10 Turkey





HASTA HAKLARI

Nazmi ZENGİN

Selçuk Üniversitesi. Meram Tıp Fakültesi / Konya - TÜRKİYE
nzengindr@yahoo.com

“Hasta hakları” kavramı gelişmekte olan ülkelerin çoğunda yeni sayılabilecek bir kavram olmasına karşın bu konudaki ilk belgenin Hipokrat Yemini olduğunu söylemek hiç de abartı olmaz. Çeşitli ortamlarda bu durumu açıklandığında hiç de nadir olmayarak “Nasıl olur, Hipokrat bir hekim değil mi? Hasta haklarıyla hekimlerin, hekimlik yeminin ne ilgisi var?” tepkiler alınmaktadır. Bu tepkiler bilgisizlikten kaynaklanmaktadır. Genellikle Hipokrat Yemini’ni ya da diğer hekim antlarını okumamış kişilerin gözünde hasta hakları hastaları hekimlerin yapabileceği haksızlıklardan ve yanlışlıklardan korumak üzere geliştirilmiş bir haklar dizisidir. Oysa bu gerçekle uyuşmamaktadır. Hipokrat’tan bu yana hasta haklarının en büyük savunucuları hekimler olagelmışlerdir. Bunun en büyük belgelerinden biri çağdaş anlamdaki hasta hakları konusundaki ilk belgelerden biri olan 1981 tarihli Lizbon Bildirgesi’dir. İzleyen belgelere temel kaynak olma özelliğini taşıyan bu belge Dünya Tabipler Birliği’nce yayınlanmıştır. Hekimlerin hasta hakları konusunda bu derece duyarlı olmalarının nedeni hekimliğin her hangi bir iş (job) değil bir meslek (profession) olmasında yatmaktadır. Bu nedenle her hekim, hekim hakları ile hasta haklarının kardeş olduğu, bunların etle tırnak gibi ayrılmaz olduğu bilincine sahiptir. Artık hekimliğin tek başına yapılan bir faaliyet değil bir ekip çalışması olduğu göz önüne alındığında hemşiresinden hasta bakıcısına, eczacısından diyetisyenine kadar ekibin tüm üyelerinin aynı duyarlılığı paylaşmalarının kaçınılmaz olduğu açıktır. Hasta hakları temel insan haklarının sağlık hizmetleri alanındaki yansımasıdır. Hasta hakları terimi her ne kadar salt kelimelere bakıldığında sadece hastalık sürecinde karşılaşılan sorunlara özgü hakları kapsıyormuş gibi anlaşılabilir da gerçek böyle değildir. Aslında sağlıklı olma ve yaşama hakkı da hasta hakları içinde değerlendirilmelidir. Avrupa Birliği ülkelerindeki hekim ve hasta örgütlerince kabul edildiği çerçevede on dört temel hasta hakkı şunlardır: Önleyici Tedbirlerin Alınması Hakkı, Yararlanma Hakkı, Bilgilendirme Hakkı, Onam (Rıza) Hakkı, Özgür Seçim Hakkı, Mahremiyet ve Gizlilik Hakkı, Hastaların Vaktine Saygı, Kalite Standartları Uyulması Hakkı, Güvenlik Hakkı, Yenilik Hakkı, Gereksiz Ağrı ve Sıkıntıdan Kaçınma Hakkı, Tedavinin Kişiselleştirilmesi Hakkı, Şikayet Hakkı, Tazminat Hakkı.

Önleyici Tedbirlerin Alınması Hakkı

Her birey hastalıkların önlenmesi için uygun koruyucu sağlık hizmeti alma hakkına sahiptir. Sağlık kurum ve kuruluşları, bu amaca ulaşmak için toplumun bilinç düzeyini yükseltmek, toplumdaki çeşitli riskli gruplarına düzenli aralıklarla ücretsiz olarak sağlık hizmetleri sunmak ve bilimsel araştırma sonuçları ile teknolojik yeniliklerden herkesin yararlanmasını sağlamakla görevlidir.

Yararlanma Hakkı

Her birey sağlık ihtiyaçlarının karşılanması için sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkına sahiptir. Sağlık kurum ve kuruluşları hastalığın türü, zamanı, ikamet yeri veya mali kaynaklar konusunda ayırım yapılmaksızın herkese eşit olarak yararlanma hakkını garantilemelidir.

Tedavi ihtiyacı olan ancak giderlerini karşılayamayan bir birey ücretsiz olarak tedavi görme hakkına sahiptir. Başvurduğu hastane veya klinik ister küçük ister büyük olsun her bireyin yeterli hizmeti alma hakkı vardır. Gerekli oturma izni olmasa bile acil ya da gerekli durumlarda her birey ayaktan ya da yataklı tedavi alma hakkına sahiptir. Az rastlanan bir hastalığı olan birey, aynen sık görülen bir hastalığı olan birey gibi gerekli tedavi ve ilaç alma hakkına sahiptir.



Bilgilendirme Hakkı

Her birey kendi sağlık durumu, sağlık kurum ve kuruluşları ve onlardan nasıl yararlanabileceği hakkında ve bu konularla ilgili tüm bilimsel araştırma ve teknolojik yenilikler ile ilgili bilgi alma hakkına sahiptir. Sağlık kurum ve kuruluşları, sağlık hizmeti sunucuları ve sağlık çalışanları, hastayı dini, etnik ve dil özelliklerini göz önünde bulundurarak anlayacağı biçimde bilgilendirmelidir. Sağlık kurum ve kuruluşları bürokratik engelleri kaldırarak, sağlık çalışanlarını eğiterek ve bilgilendirici materyalleri hazırlayıp dağıtılarak tüm bilgilerin kolay ulaşılır olmasını sağlamakla görevlidir.

Hasta klinik dosyalarına ve tıbbi kayıtlarına doğrudan ulaşma, fotokopi etme, içerikleri hakkında sorular sorma ve herhangi bir hata varsa düzeltilmesini isteme hakkına sahiptir. Hastanede yatan hasta sürekli ve kapsamlı bilgi alma hakkına sahiptir, bu hakkın kullanılmasında gerektiğinde bir "bilgilendirme elemanı" ile garanti edilebilir. Her birey, bilimsel araştırma, farmasötik tedavi ve teknolojik yenilikler bilgiye doğrudan ulaşma hakkına sahiptir. Doğruluk, güvenilirlik ve saydamlık kriterlerini karşılamak kaydıyla bu bilgi kamusal ya da özel kaynaklardan edinilebilir.

Onam Hakkı

Her birey sağlığı ile ilgili kararlara aktif olarak katılabilmesini mümkün kılacak tüm bilgileri alma hakkına sahiptir. Bu bilgiler bilimsel araştırmalar katılım da dahil olmak üzere tüm işlem ve tedaviler için önkoşuldur. Sağlık çalışanları ve diğer meslek mensupları hastalara uygulanacak herhangi bir tedavi veya ameliyat hakkında -riskleri, sıkıntılarını, yan etkileri ve alternatifleri de dahil tüm bilgileri vermek zorundadır. Bu bilgi hastaya sağlık durumuyla ilgili tedavinin belirlenmesine aktif olarak katılımını sağlamasına yetecek kadar süre tanıyacak biçimde (en az 24 saat önce) verilmelidir.

Sağlık çalışanları ve diğer meslek mensupları hastanın bildiği bir dili kullanmalı ve teknik bilgileri olmayanların anlayabileceği bir biçimde iletişim kurmalıdır. Aydınlatılmış onam vermek için yasal bir temsilcinin gerektiği tüm durumlarda, hasta çocuk ya da erişkin olsun, anlayacak veya karar verecek durumda olsun ya da olmasın yine de kendisi ile ilgili kararlara olabildiğince katılımı sağlanmalıdır. Hastanın aydınlatılmış onamı bu temelde alınmalıdır.

Hastanın tedavi veya tıbbi girişimi reddetme ve tedavi sırasında kararını değiştirip devam edilmesini reddetme hakkı vardır. Hasta sağlık durumu ile ilgili bilgilendirilmeyi reddetme hakkına sahiptir.

Özgür Seçim Hakkı

Yeterli bilgiye sahip her birey farklı tedavi işlemleri ve tedavi verecek kişiler arasında özgürce seçim yapma hakkına sahiptir. Hastanın, hangi teşhis ve tedavi yönteminin uygulanacağına ve hangi birinci basamak hekimi, uzman veya hastanenin kullanılacağına karar verme hakkı vardır. Sağlık kurum ve kuruluşları, hastaları belli tedavileri uygulayan çeşitli merkezler ve hekimler ile bunların tedavi sonuçları hakkında bilgilendirerek bu hakkın kullanılmasını garanti etmekle yükümlüdürler. Sağlık kurum ve kuruluşları bu hakkın kullanımını kısıtlayan tüm engeller kaldırmalıdır. Doktoruna güvenmeyen bir kişi başka bir doktor seçebilir.

Mahremiyet ve Gizlilik Hakkı

Her birey sağlık durumu ve olası tanı ve tedavi işlemlerine ilişkin bilgiler dahil kişisel bilgilerinin gizli tutulması; ayrıca tanınış muayeneler, uzman vizitleri ve tıbbi ya da cerrahi tedaviler sırasında mahremiyetin korunması hakkına sahiptir.

Bir bireyin sağlık durumuna ve uygulanan tıbbi/cerrahi tedavilere ilişkin veri ve bilgiler mahrem kabul edilmeli ve bu nedenle yeterince korunmalıdır. Uygun çevresel koşullarda ve (hastanın özel onayı ya da isteği olmadıkça) sadece mutlaka orada bulunması gerekli kişiler nezdinde yapılması gereken



tıbbi/cerrahi tedaviler (tanısal muayeneler, uzman vizitleri, ilaç uygulamaları vb.) sırasında dahi kişisel mahremiyete saygı gösterilmelidir.

Hastaların Vaktine Saygı

Her birey hızlı ve önceden belirtilen süre içerisinde gerekli tedaviyi alma hakkına sahiptir. Bu hak tedavinin her aşaması için geçerlidir. Sağlık kurum ve kuruluşları olgunun aciliyet derecesi ve spesifik standartlar temelinde belli bir süre içinde verilmesi gereken hizmetleri dikkate alarak bekleme sürelerini belirlemekle yükümlüdür. Sağlık kurum ve kuruluşları her bireye hizmetten yararlanma konusunda garanti verilmeli ve bekleme listesi varsa hemen bu listeye dahil edilmesini temin etmelidir. Mahremiyete saygı ilkesiyle sınırlı olmak kaydıyla her birey isterse bekleme listelerine bakabilir.

Sağlık kurum ve kuruluşları önceden belirlenen maksimum süre içerisinde hizmet veremediklerinde aynı kalitedeki alternatif kurum ve kuruluşları kullanım olanağını garanti etmeli ve bundan kaynaklanan harcamaları makul bir süre içerisinde hastalara geri ödemelidir. Hekimler hastalarına bilgilendirme süresi de dahil olmak üzere yeterli zaman ayırmalıdır. Dünya Sağlık Örgütü bu süreyi her hasta için ortalama 20 dakika olarak belirlemiştir.

Kalite Standartlarına Uyulması Hakkı

Kusursuz standartların tanımlanması ve bunlara uyulması temelinde her birey yüksek kalitede sağlık hizmetinden yararlanma hakkına sahiptir. Kaliteli sağlık hizmeti hakkı, sağlık kurumlarının ve sağlık meslek mensuplarının teknik performans, konfor ve insan ilişkileri açısından tatmin edici düzeylerde sunum yapmasını gerektirir. Bu kamusal ve konsültatif işlemlerle belirlenen ve düzenli aralıklarla gözden geçirilen ve sorgulanan kusursuz kalite standartlarının tanımlanması ve bunlara anlamına gelir.

Güvenlik Hakkı

Her bireyin kötü işleyen sağlık hizmetlerinden, tıbbi kötü uygulama ve hataların yol açtığı zararlardan korunma ve yüksek güvenlik standartları sağlayan sağlık hizmetleri ve tedavilerden yararlanma hakkı vardır. Bu hakkı garantilemek için hastaneler ve diğer sağlık kurum ve kuruluşları risk faktörlerini sürekli izlemeli ve elektronik tıbbi cihazların uygun bir şekilde korunmasını ve bu cihazları kullananların iyi eğitilmiş olmasını sağlamaları gereklidir. Tüm sağlık mesleği mensupları tıbbi tedavinin bütün aşamalarının ve unsurlarının güvenliğinden tam olarak sorumludurlar. Hekimler sürekli eğitim alarak ve örnekleri inceleyerek hata riskini azaltmalıdırlar. Amirlerine ya da iş arkadaşlarına mevcut riskleri bildiren sağlık çalışanları olası olumsuz sonuçlardan korunmalıdır.

Yenilik Hakkı

Her birey ekonomik ya da finansal kaygılardan bağımsız olarak uluslararası standartlara göre, –tanısal işlemler de dahil olmak üzere- yeniliklerden yararlanma hakkına sahiptir. Sağlık kurum ve kuruluşları, az rastlanan hastalıklara özel önem vererek, biomedikal alanda araştırmalar yapmak ve yapılan araştırmaları desteklemekle yükümlüdür. Araştırma sonuçları kamuoyuna yeterince duyurulmalıdır.

Gereksiz Ağrı ve Sıkıntıdan Kaçınma Hakkı

Her birey hastalığının her evresinde, acı ve sıkıntıdan olabildiğince korunma hakkına sahiptir. Sağlık kurum ve kuruluşları, bu amacın gerçekleşmesi için, örneğin palyatif tedavilerin yapılması ve bunlara hastaların kolayca ulaşabilmesi gibi, tüm önlemleri almayı üstlenmelidirler.

Tedavinin Kişiselleştirilmesi Hakkı



Her birey tanı ve tedavi programlarının olabildiğince kendi kişisel ihtiyaçlarına göre ayarlanmasını isteme hakkına sahiptir. Sağlık kurum ve kuruluşları, bu amacı gerçekleştirmek için ekonomik kazançlılık kriterini sağlık hakkının önüne geçirmedikçe gösterecek biçimde olabildiğince bireye uygun esnek programlar sağlamalıdır.

Şikayet Hakkı

Her birey bir zarara uğradığında şikayet etme ve cevap isteme ya da başka bir geribildirim alma hakkına sahiptir. Sağlık kurum ve kuruluşları, hastaların hakları konusunda bilgilendirmelerini ve herhangi bir ihlal ya da haksızlıkla karşılaştıklarında bunun yanlış olduğunu fark edip şikayette bulunabilmelerini sağlayarak bu hakkın işleyişini garanti etmelidirler.

Şikayet, belli bir süre içerisinde sağlık kurum ve kuruluşu yetkililerince ayrıntılı biçimde ve yazılı olarak cevaplandırılmalıdır. Şikayetler standart işlemler izlenerek yapılmalı ve bağımsız kurumlar ve/veya sivil toplum kuruluşlarıncaya kolaylaşmalı ve hastayı mahkemelere başvurma da alternatif çözümler konusunda hastayı engellememelidir.

Tazminat Hakkı

Tedavisi sırasında maddi, manevi ya da ruhi zarar gören bireyin makul olan kısa bir sürede yeterli bir tazminat alma hakkı vardır. Sağlık kurum ve kuruluşları, sorumluluğun gerçekte kimde olduğunun kesin olarak saptanamadığı hallerde dahi, zararın nedeni ve ağırlığı ne olursa olsun (uzun süre bekletmeden malpraktise kadar) tazminat vermeyi mutlaka garanti etmelidir.

Türkiye’de Hasta Hakları Uygulamaları

Ülkemizde Hasta Hakları Yönetmeliği 1998 yılında yürürlüğe girmiş ancak hükümleri yeterince hayata geçirilememiştir. Sağlık Bakanlığınca 15.10.2003 tarihinde yayımlanan ‘Sağlık Tesislerinde Hasta Uygulamalarına İlişkin Yönerge’ hasta haklarının ülke çapında uygulamaya geçirilmesi açısından önemli bir dönüm noktası olmuştur.

Yönerge doğrultusunda Sağlık Bakanlığı bünyesinde Hasta Hakları Şube Müdürlüğü, hastanelerde Hasta Hakları Birimleri ve Hasta Hakları Kurulları oluşturulmuştur. Hastane Hasta Hakları Kurulu’nu oluşturan üyeler şunlardır: hastane toplam kalite uygulamalarından sorumlu başhekim yardımcısı, hasta hakları birimi sorumlusu, şikayet edilen personelin birim sorumlusu, sosyal hizmet uzmanı veya psikolog, hasta hakları konusunda faaliyet gösteren sivil toplum kuruluşu temsilcisi, varsa hastanın yasal savunucusu, 4688 Sayılı Kamu Sendikaları Kanunu’na göre o kurumda yetki almış sendika temsilcisi.

Hemen fark edileceği gibi Kurul personele yönelik şikayetlerin değerlendirileceği bir makamın gerekliliği var sayımına dayanmaktadır. Kuşkusuz hasta hakları ihlallerinin personelden kaynaklanmış olanları da vardır, ancak bunlar azınlıktadır. Hasta hakları ihlallerinin çoğu sistem kaynaklıdır ve bunların çözümü Kurul’ları aşmaktadır.

Yönerge ile Kurul’larda sivil toplum temsilcilerinin görevlendirilmesi gerçekten önemli bir ilerlemedir. Ancak toplantıya katılanların oy çokluğu ile karar veren bu Kurul’ların vereceği kararlarda memurların daima belirleyici olacağı, sivil toplum temsilcilerinin ve hasta temsilcilerinin daima azınlıkta kalacağı açıktır. Tüm bunlara rağmen hasta hakları konusunda Sağlık Bakanlığı’nın başlattığı çalışmalar önemlidir ve populizme alet edilmediği sürece desteklenmelidir. Ancak hasta haklarıyla ilgili çalışmalar yapan sivil toplum kuruluşlarının rolünün artarak Hasta Hakları Kurullarında belirleyicilik açısından memur üyelerle eşit konuma gelmelerinin sağlanması şarttır.



Hasta Sorumlulukları

Her hak bir sorumluluğu da beraberinde getirir. Başka bir deyişe sorumluluk olmadan hak olmaz. Maalesef ülkemizde bazen kişi ya da kurumların hep haklardan dem vurduklarını, sorumluluklarından söz edilmesine içerlediklerini müşahade ediyoruz. Yine benzer bir tutumla haklardan bahsedildiğinde hemen “ önce sen şu şu sorumluluklarını yerine getir ondan sonra haklarından bahset!” gibi sorumlulukları öne çıkararak hakları arka plana itici söylemlerin dillendirildiğini de görmekteyiz. Bu yaklaşımların her ikisi de sakıncalıdır. Hakları ve sorumlulukları birbirinin ardına ya da önüne koyamayız: onlar aynı düzlemde, yan yana olduklarında bir anlam ifade eden kavramlardır. Hasta ve yakınlarının sorumluluklarının içeriği ve kapsamı hasta haklarında olduğu gibi ortaya konmuş değildir; ancak, hastanın bir sağlık kuruluşuna başvurmadan ve başvurduktan sonraki süreçte yerine getirmesi gereken ödev ve yükümlülükler olarak tanımlanabilir. Bunları kısaca şöyle sıralayabiliriz:

- **Bilgi Verme** 1) Hasta, mevcut şikayetleri, geçirdiği hastalıklar, daha önce hastaneye yatırılıp yatırılmadığı, uygulanan tedaviler, kullandığı ilaçlar ve sağlığı ile ilgili tüm konularda doğru ve tam bilgi vermelidir. 2) Hasta, tedavi esnasında ve sonrasında durumunda meydana gelen, beklenilmeyen değişiklikleri doktoruna bildirmelidir. 3) Hasta; tedavisi ve ilaçlarla ilgili tavsiyeleri dikkatle dinlemeli ve anlayamadığı yerleri sormalıdır. 4) Hastanın; tedavisiyle ilgili önerilere uyum sağlayamama durumu söz konusu ise bunu sağlık çalışanlarına bildirmesi gerekir. 5) Hasta yapılacak işlemlerle ilgili olarak kendisinden beklenenleri doğru olarak anlayıp anlamadığını bildirmelidir.
- **Önerilere Uyuma:** Hasta, ilke olarak, doktoru tarafından önerilen tedavi planına uymakla, ayrıca doktorunun talimatları doğrultusunda hemşireler ve ilgili sağlık personelinin bakım planını yerine getirmesini kabullenmekle de yükümlüdür.
- **Planlanan Tedaviyi Reddetme:** Hasta, tedaviyi reddetmesi veya doktorunun talimatlarına uymaması halinde doğacak sonuçlardan kendisi sorumludur.
- **Tetkik ve Tedavi Giderleri:** Hasta, sağlık kuruluşuna müracaat aşamasında, sağlık giderlerinin ne şekilde ve hangi kurum veya kuruluştan karşılanacağını bildirmelidir. Hasta tedavi nedeni ile yapılan uygulamalar için ödemesi gereken miktarı, kurumun belirlediği süre içerisinde ödemekle yükümlüdür. Tedavi giderleri, devlet, kamu iktisadi teşekkülleri, bankalar, sağlık sigortaları, SSK, Emekli Sandığı, Bağ-Kur gibi üçüncü şahıslarca karşılananlar, tahakkuk edilecek her türlü ücretin ödeneceğini bildiren ve ilgilinin yatmayı hak ettiği sınıfı belirten, bağlı olduğu daireler veya kurumlarca ilgili sağlık kuruluşlarına yazılmış bir yazı veya sevk kağıdını getirmelidirler. Acil tedavi gerektiren durumlarda hasta veya kanunen yetkili temsilcisi, hastanın kurumundan alacağı yazıyı sonradan getirmelidir. Ücretsiz tedavi hakkı olanlar, bu haklarını belgelerle kesinleştirmelidirler.
- **Sağlık Kuruluşu Kural ve Uygulamaları:** Hasta, tedavi ve davranışı ile ilgili, bulunduğu sağlık kuruluşu kural ve uygulamalarına uymalıdır. Hasta Sağlık Bakanlığı ve diğer sosyal güvenlik kurumlarınca belirlenen sevk zincirine uymalıdır. Hasta; randevulu hizmet veren bir sağlık tesisinden yararlanıyorsa randevunun tarih ve saatine uyması ve değişiklikleri ilgili yere bildirmesi gerekir. Hasta, sağlık kurum ya da kuruluşu tarafından belirlenen kural ve uygulamalara uymaması, yapılan uyarıları dinlememesi, gereken tetkik ve tedaviyi yaptırmaması (hastalığının verdiği bilinç kaybı ve ıstırap halleri hariç) ve diğer hastaların şikayet ve rahatsızlığına sebep olması halinde, yetkili doktorun teklifi ve kurum amirinin onayı ile, sağlık kuruluşundan çıkarılabileceği hususunda, sağlık kuruluşuna yatış aşamasında bilgilendirilmeli ve kendisi de uyacağını yazılı olarak taahhüt etmeli ve imzalamalıdır.



- Saygı Gösterme: Hasta, diğer hastalar ve ziyaretçileri ile hastane personelinin haklarına saygı göstermek zorundadır. Hasta, sağlık kurum ya da kuruluşu içindeki hastaları tehlikeye sokan gürültü, ve ziyaretçi sayısının fazlalığı gibi durumlarda sağlık kuruluşu yönetiminin alacağı tedbirlere uymalıdır. Hasta ve yakınları hastane yönetiminin belirlediği yerler dışında hastane ve eklentilerinde sigara vb. ürünleri kullanamaz.
- Bulaşıcı Hastalık Hali: Bulaşıcı hastalık şüphesi veya teşhisi olan hasta, doktorunun sakınca olmadığını belirtir izni olmadıkça, taburcu olmayı istememelidir.
- Uygunsuz İstek: Hasta, doktoru tarafından uygun görülmeyen ve tedavi planında bulunmayan herhangi bir ilacın verilmesini ya da uygulama yapılmasını istememelidir.
- Hasta Ziyaretçisi: Hastalar ziyaretçilerini, sağlık kuruluşu tarafından belirlenen kurallar çerçevesinde kabul etmelidir. Bilinci yerinde olan hasta, aşağıdaki konularda sağlık kurum ya da kuruluşu görevlilerine yardımcı olmalıdır:
 - a- Ziyaretçisinden, herhangi bir şekilde, yiyecek ve içecek getirilmesini istememeli ve getirilene de kabul etmemelidir.
 - b- Aynı anda mümkün olduğu kadar az ziyaretçi kabul etmelidir.
 - c- Ziyaretçilerine, gereğinden fazla kalmamaları konusunda uyarıda bulunmalıdır.
 - d- Ziyaretçilerinin kendisine ya da diğer hastalara ait eşyaları kullanmaması ve hasta yataklarına oturmasının engellenmesi konusunda yardımcı olmalıdır.
- Tazmin Sorumluluğu: Hasta, kusurlu kullanım veya kasıtlı olarak sağlık kuruluşunun demirbaş veya sarf malzemelerine verdiği zarar ve ziyanı tazmin etmelidir.

Sonuç ve Öneriler

Tüm insanlar gibi hastaların da hakları ve sorumlulukları vardır. Sağlıklı bir toplum olma yolunda çağdaş seviyeyi yakalayabilmemiz için gerek bireysel olarak gerekse kurumsal olarak tüm paydaşların hak ve sorumluluklarının bilincinde olarak hareket etmesi gereklidir. Kısa vadede resmi otoritelerin hastaların sadece haklarını değil sorumluluklarını da vurgulamaları ve hak ihlallerinin çoğu kez kişilerden değil içinde bulunulan sağlık sistemi ve sağlık kurum ve kuruluşlarının özelliklerinden kaynaklandığını göz ardı etmemeleri, dolayısıyla öncelikle bunları çözmeleri gerekmektedir. Uzun vadede ise başta tıp fakülteleri olmak üzere tüm sağlık eğitimi kurumlarında müfredatın sağlık çalışanlarının eğitimi sırasında hasta ve sağlık çalışanlarının hak ve sorumluluklarının da öğretildiği biçimde değiştirilmesi, hasta ve yakınlarına örgütlenme ve bu örgütlerin sağlık kurum ve kuruluşlarında temsil edilme kolaylığı tanınması da yararlı olacaktır.



MALPRACTİSE SORUMLULUK VE MESLEKİ SORUMLULUK SİGORTASI

MERTOL CAN

Gazi Üniversitesi Hukuk Fakültesi

1. SAĞLIK HİZMETLERİNİN VERİLMESİNİN DAYANAĞINI TEŞKİL EDEN İLİŞKİLER VE UĞRANILAN ZARARLARIN TAZMİNİNİN HANGİ HÜKÜMLERE İSTİNADEN TALEP EDİLEBİLECEĞİ MESELESİ

I. ÖZEL MUAYENEHANESİNDE SAĞLIK HİZMETİ VEREN HEKİM BAKIMINDAN

Bir hekimin özel muayenehanesinde sağlık hizmeti vermesi; çoğu zaman onun vekil sıfatıyla tarafı olduğu ve ivazlı olarak akdolunan vekâlet akdine (BK 386 vd.) dayanır. Ancak, bu hukukî ilişki nadiren karşımıza hekimin müteahhit mevkiinde olduğu istisna akdi (BK 355 vd) niteliğinde de çıkabilir.

Kural bir sözleşme ile borç altına girenlerin her türlü kusurlu davranışlarından sorumlu olmalarıdır. Ancak; sorumluluğun kapsamının, işin özellikleri de dikkate alınarak genişletilmesi mümkün olduğu gibi; daraltılması da mümkündür. (BK 98, I)

Mezkr akdi ilişkilerin karşı tarafı da (müvekkil veya iş sahibi) bir çok halde sağlık hizmeti alan hastadır. Sınırlı ehliyetsiz durumundaki mümeyyiz küçük ve kısıtlıların da bu akdi ilişkileri kuran sözleşmelerin tarafı olması mümkündür. Ancak; bu taktirde yapılan sözleşmenin geçerli olması; mümeyyiz küçük veya kısıtlının kanunî temsilcisinin (velisinin veya vasisinin) izin yahut icazet vermesine bağlıdır (MK 16, I; 342, I).

Sağlık hizmeti verilen kişi, gayrimümeyyiz veya mümeyyiz olmakla beraber yapılacak tıbbî müdahale bakımından tek başına karar verebilecek durumda değil ise; sağlık hizmetinin alınması için yapılacak olan sözleşmelerin yapılması velâyet veya vesayet görevinin gereği olan işlemler (MK 339, I; 403, I) mahiyetinde karşımıza çıkar. Eğer; velâyet veya vesayet görevinin yerine getirilmesi bu sözleşmelerin akdedilmesini gerektiriyorsa; âkit (taraf) sıfatı kanunî temsilciye ait olur. Sağlık hizmeti alan kişi ise; sözleşme yararına akdolunan kişi (BK 111) konumundadır.

II. BİR ÖZEL HASTANE VEYA DİĞER BİR SAĞLIK KURULUŞU İŞLETEN KİŞİNİN ÇALIŞANI OLARAK SAĞLIK HİZMETİ VEREN HEKİM BAKIMINDAN

Bu ihtimalin söz konusu olduğu hallerde ise; yukarıda zikrolunan akdi ilişkilerin tarafı; hastane veya diğer bir sağlık kuruluşu şeklinde işletilen ticarî işletmenin işleteni konumundaki gerçek veya tüzel kişidir. Yani; bu işletmenin çalışanı konumundaki hekim; yapılan sözleşmenin tarafı olmayıp; o bu sözleşme ilişkisi ile taahhüt olunan borcun ifasında kullanılan ifa yardımcısı (Muavin Şahıs) / (BK 100, I) konumundadır.

Sözleşmeden doğan akdi vecibeler ve bunların gereği gibi yerine getirilmemesinden doğan akdi sorumluluk; işleten konumundaki kişiye ait olup; o kendisinin ifa yardımcısı konumundaki hekimin kusurundan da kendi kusuru gibi sorumlu olur (BK 100, I). Ancak; özel hastane veya



diğer bir sağlık kuruluşunun çalışanı konumundaki hekimin tıbbî uygulamalarından zarar gören kişiler; ona akit dışı sorumluluk hükümlerine (BK 41 vd.) dayanarak başvurabilirler.

Bu arada; nadiren işletenin; istihdam edenlerin müstahdemlerinin fiillerinden doğan sorumluluğun düzenlendiği Borçlar Kanunu'nun 55'inci maddesi gereğince de akit dışı (Haksız Fiil) sorumluluğu söz konusu olabilir.

III. BİR ÖZEL HASTANE VEYA DİĞER BİR SAĞLIK KURULUŞU İŞLETEN KİŞİNİN TAHSİS ETTİĞİ YER VE HİZMETLERİ DE KULLANARAK SAĞLIK HİZMETİ VEREN HEKİM BAKIMINDAN

Bu ihtimalin söz konusu olduğu hallerde; hastaya tıbbî müdahalede bulunacak olan hekim; bu müdahale için gerekli donanım ve personele sahip olan bir işletmenin kendisine tahsis ettiği yer ve hizmetleri kullanarak sağlık hizmetini sunar. Hastaya sunulacak sağlık hizmetinin taahhüt edildiği sözleşmenin tarafı sadece hekim olabileceği gibi; imkânları tahsis edilen işletmenin işleteni de bu sözleşmede taraf olarak yer alabilir. Son olarak; her biri ayrı ayrı sözleşmeler de akdedebilir. İlk ihtimalin söz konusu olduğu durumlarda; imkânları kullanılan işletmenin işleteni olan kişiye ancak akit dışı sorumluluk (BK 41 vd.) hükümlerine dayanarak müracaat mümkünken; ikinci ve üçüncü ihtimallerin söz konusu olduğu hallerde ise bu işletmeyi işleten kişi de akdi sorumluluk hükümleri dairesinde meydana gelen zarardan sorumlu olur.

IV. DEVLET VEYA DİĞER BİR KAMU TÜZEL KİŞİSİ TARAFINDAN İŞLETİLEN HASTANE VEYA DİĞER BİR SAĞLIK KURULUŞUNDA SAĞLIK HİZMETİ VEREN HEKİM BAKIMINDAN

Devlet veya diğer bir kamu tüzel kişisi (Meselâ; üniversite, belediye gibi) tarafından işletilen hastane veya sağlık kuruluşunda kamu görevlisi olarak çalışarak sağlık hizmeti veren hekimlerin tıbbî müdahalede bulunduğu hastaların bir kısmı; ülkedeki sosyal güvenlik kurumlarının sigortalısı olarak sahip olduğu sağlık güvencesinden istifade edenler; bir kısmı da böyle bir sağlık güvencesi olmayıp sağlık hizmetini, verilen hizmetler için ilân edilen bedelleri ödeyerek alanlardır. Sosyal sigortası olmadığı için sağlık hizmetlerini bedelini ödeyerek alanlar ile ilgili kamu tüzel kişisi arasında da bir özel hukuk ilişkisinin kurulduğunu kabul etmek gerekir.

Ancak; hasta ister sosyal sigortalı olsun; isterse bedelini ödeyerek sağlık hizmeti alan olsun; herhalde uğranılan zararlar için dava; Anayasanın 129'uncu maddesinin beşinci fıkrasında yer alan sarıh hüküm uyarınca hekime değil; kamu tüzel kişisine karşı açılır. Hizmet kusuru sebebiyle açılacak olan bu dava idarî yargıda görülür. Anayasa'nın zikrolunan hükmü dolayısıyla; her ne kadar aksi yönde Yargıtay kararları olsa da; sağlık hizmetini veren hekime; hizmet kusuru dışında kalan kişisel kusur isnat edilemiyorsa; haksız fiil hükümlerine istinaden dahi dava açılması mümkün değildir.

Tam yargı davası sonucunda tazminat ödemek durumunda kalan kamu tüzel kişisinin; çalışanı olan hekime ödediği tazminat dolayısıyla ona kusuru nisbetinde rücu etmesi mümkündür. Adli yargıda açılacak olan rücu davasının dayanağı ise; yapılan ödemenin 10.12.2003 tarihli ve 5018 sayılı Kamu Malî Yönetimi ve Kontrol Kanunu'nun 71'inci maddesinin birinci fıkrasında tarif edilmiş olan KAMU ZARARI nı ortaya çıkarmış olmasıdır.



V. ACİL DURUMLARDA MUAYENEHANESİ VEYA ÇALIŞANI OLDUĞU HASTANE VEYA SAĞLIK KURULUŞU DIŞINDA TIBBÎ MÜDAHALEDE BULUNAN HEKİM BAKIMINDAN

Bir hekimin muayenehanesi veya çalışanı olduğu hastane veya sağlık kuruluşu dışında bulunduğu yerde aniden rahatsızlananlara veya meydana gelen kazadan yaralı olarak kurtulanlara tıbbî müdahalede bulunduğu hallerde; bu hekim kamu görevlisi olsun olmasın; taraflar arasındaki ilişkinin hukukî mahiyeti itibarıyla vekâletsiz iş görme niteliğinde olduğu kabul (BK 410 – 415) edilmelidir. Bu yüzden; acil müdahalede bulunan hekimin neden olduğu zararlardan doğan sorumluluğu; Borçlar Kanunu'nun 411'inci maddesine göre tayin edilmelidir. Anılan maddenin birinci fıkrasına göre; vekâletsiz iş gören kimse her türlü ihmal ve ihtiyatsızlıktan sorumlu olur. Ancak, aynı maddenin ikinci fıkrasına göre, ilgili kişinin uğrayacağı zararı önlemek için müdahalede bulunmuş ise; sorumluluk da indirime gidilir. Yine aynı maddenin üçüncü fıkrası gereğince; ilgili kişinin muhalefeti olmuş ve bu muhalefete karşı konulması hukuka aykırı ise (caiz olmayan vekâletsiz iş görme); hekim yapmayı gerekli gördüğü müdahaleden vazgeçmelidir. Aksi takdirde; yapılan müdahalenin neticesi olsun olmasın; meydana gelen her türlü zarardan sorumlu olur. Kanun Koyucu; bunu “kazadan da sorumlu olur” şeklinde ifade etmiştir. Ancak; müdahale olmasaydı bile kazanın meydana geleceği ispatlanırsa; muhalefete rağmen müdahalede bulunan hekim; sorumluluktan kurtulur.

2 SAĞLIK HİZMETİNİN VERİLMESİNİN DAYANAĞINI TEŞKİL EDEN SÖZLEŞMELERE KONULAN SORUMSUZLUK KAYITLARININ GEÇERLİĞİ

Borçlar Kanunu'nun 99'uncu maddesine göre; bir sözleşmenin taraflarının, hafif kusurun neticesi olan zararlardan dolayı sorumluluğun doğmayacağını aralarındaki sözleşmede geçerli bir şekilde kararlaştırmaları mümkündür (BK 99, II). Ancak; hiçbir şekilde kasıttan ve ağır kusurdan doğacak sorumluluğun bertaraf edilmesi mümkün olmadığı gibi; alacaklı borçlunun hizmetinde ise veya hekimlikte olduğu gibi sorumluluk hükümet tarafından imtiyaz şeklinde verilen bir sanatın icrasından kaynaklanıyorsa; hakim kararlaştırılan sorumsuzluk şartını geçersiz sayabilir (BK 99, I ve II).

Borcunu ifa yardımcıları ile ifa edecek olan taraf da; ifa yardımcılarının fiillerinden doğacak sorumluluğunu kısmen veya tamamen bertaraf edebilir (BK 100, II). Bununla beraber; alacaklı borçlunun hizmetinde ise veya hekimlikte olduğu gibi sorumluluk hükümet tarafından verilen imtiyaz şeklinde verilen bir sanatın icrasından kaynaklanıyorsa; sadece ifa yardımcılarının hafif kusurundan doğan sorumluluğu kaldıran şartlar geçerli sayılır (BK 100, III).

. AÇILABİLECEK OLAN SORUMLULUK DAVALARININ TABİ OLDUĞU ZAMANAŞIMI SÜRELERİ

Sağlık hizmet verilmesinin dayanağını teşkil eden ilişkinin vekâlet veya istisna akdi niteliğinde olduğu hallerde; tazminat davasının 5 yıl içerisinde açılması gerekir (BK 126, nr. (4)). Bununla beraber; ilişkinin istisna akdi niteliğinde olduğu hallerde; şayet müteahhit mevkiindeki hekimin kastı veya ağır kusuru söz konusu ise, özellikle ayıplı malzeme kullanmışsa; 5 yıllık zamanaşımı süresi, 10 yıla çıkar (BK 126, nr. (4)).

Eğer; tıbbî müdahale vekâletsiz iş görme niteliğinde ise; onun caiz olan vekâletsiz iş görme mi; yoksa caiz olmayan vekâletsiz iş görme mi olduğuna bakılmalıdır. Uğranılan zararlar için tazminat davası, caiz olmayan vekâletsiz iş görme söz konusu ise 10 yıl (BK 125); caiz olmayan



vekâletsiz iş görme ise zarar ve failinin öğrenilmesi tarihinden itibaren 1 ve her halde 10 yıl içerisinde açılması gerekir. Ancak; caiz olmayan vekâletsiz iş görmede; fiil aynı zamanda cezayı müstelzim fiil ise ve bu fiil için daha uzun ceza davası zamanaşımı süresi öngörülmüşse; tazminat davasının da ceza davası zamanaşımı süresi içerisinde açılması mümkündür (BK 60, I ve II).

Hekimin hizmet kusuru teşkil eden yanlış veya hatalı tıbbî uygulaması sebebiyle idareye karşı idarî yargıda tam yargı davası açılabilmesi için; önce zararın ve sorumlusunun öğrenilmesi tarihinden itibaren 1 yıl ve her halde 5 yıl içerisinde idareye başvurularak; tazminat talebinin yerine getirilmesi yazılı olarak istenmelidir. Bu talebin reddedildiği günden veya 60 gün içerisinde cevap verilmeyerek zımnen reddedilmiş sayıldığı tarihten itibaren 60 gün içerisinde tam yargı davası açılabilir (İYUK 7, I.; 10, II; 13, D).

Tazminat ödemek durumunda kalan idare ise; kusuru bulunduğu tespit olunan hekime; idarî başvuru üzerine veya tam yargı davasında verilen hükme istinaden tazminatın ödendiği yılı takip eden malî yılın başından itibaren 10 yıl içerisinde rücu davası açılabilir (5018 s.lı K, 74).

. MALPRACTİCE SORUMLULUĞUN ORTAYA ÇIKIŞINDA MÜESSİR OLAN SEBEPLER VE KARŞILAŞILAN SORUMLULUK HALLERİNİN İKTİSADÎ AÇIDAN KATLANILABİLİR KILINMASININ ÇARESİ

Beşerî hayatın gerektirdiği sosyal dayanışma; toplum içerisinde yer alan bireylerin önemli bir kısmının az ya da çok belli vazife ve sorumlulukları üstlenmesini intaç etmiştir. Toplum içerisindeki bireylerden belli bir bilgi birikimi ve tecrübeyi gerektiren vazife veya meslekleri icra edenlerin; sosyal dayanışma içerisindeki rollerinin toplumunun diğer bireyelerine nazaran daha önemli olduğunu kabul etmek gerekir. Sahibi oldukları bilgi ve tecrübe birikimleri dolayısıyla uzmanı oldukları kabul edilen meslekleri icra eden bu nitelikli bireylerin gelirlerinin; çalışma ve yaşam şartlarının iyileştirilmesinin, onların daha başarılı ve verimli olmalarını sağlayacağı açıktır. Zaten; bu yüzden toplumun diğer bireyleri belli bir bilgi birikimi ve tecrübeyi gerektiren vazife veya meslekleri onun uzmanı sıfatıyla icra eden bireylerin bazen ayrıcalık niteliğindeki imkânlarla kavuşturulmalarını; onların bazen birer baskı grubu da oluşturarak belli karar mercileri önünde dile getirdikleri isteklerinin mümkün olduğu nisbette yerine getirilmesini desteklerler veya en azından bunlara menfi bir tavır göstermezler.

Uzmanlık gerektiren bazı vazife ve meslekleri icra eden kişilerin; icra ettikleri faaliyetler bakımından bir ölçüde dokunulmaz sayılmalarının onların daha özgür çalışmalarını sağlayacağı da açıktır. Nitekim bu mülâhazanın ışığı altında; uzmanlık gerektiren belli vazife ve meslekleri icra eden kişilerden oluşan bazı çevrelerde; onların icra ettikleri faaliyetler bakımından belli bir sorumsuzluk alanına sahip kılınmalarına yönelik beklentilerin dahi dile getirildiğini görmekteyiz. Hatta; meselâ hekimlik gibi gerçekten bazen çok küçük bir yanlış veya eksikliğin istenmeyen zararlı sonuçları ortaya çıkarabildiği vazife veya meslekleri icra eden kişilerin dahil olduğu benzer çevrelerde; onlara böyle bir ayrıcalık tanınmamasının; kendilerini icra ettikleri vazife veya meslekleri terk etmek zorunda dahi bırakabileceği de belirtilmektedir. Zira, bu türden vazife veya meslekleri icra eden kişilerin en azından bir kısmı; o vazife veya mesleği icra ederken neden oldukları zararlardan doğabilecek olan sorumlulukları dolayısıyla ödemek zorunda kalacakları tazminatların belki de onların o ana kadar elde ettiği maddî birikimin önemli bir kısmının; hatta tamamının ellerinden çıkmasına neden olabileceğini düşünür ve bunu göze alınması çok kolay olmayan bir risk olarak görürler. Ancak; uzmanlık gerektiren vazife ve meslekleri icra eden kişilerin vazife ve mesleklerini gereği gibi icra etmemelerinden; bir başka deyişle onların mesleklerini yanlış veya eksik uygulamalarından (**Malpractice**) dolayı zarar görenlerin de himayeye mazhar oldukları ve uğradıkları zararların



tazmininin zarurî olduğu da uzun izahatı gerektirmeyecek kadar açıktır. Sözlük anlamı hatalı, kötü veya fena uygulama olan *malpractice* terimi artık lisanımızda da bazı müellifler tarafından İngilizce orijinal hali Türkçe yazılışa da uyarlanmış surette (**malpraktis**) kullanılmaktadır. Mezkûr terim; batı ülkelerinin hukukunda hekimlik de dahil olmak üzere belli profesyonel bilgi ve uzmanlığı gerektiren meslekleri icra eden kişilerin mesleklerini gereği gibi ifa etmemelerinden doğabilecek hukukî; cezaî ve disiplin sorumluluklarının sebebini teşkil eden davranışlarını ifade etmek üzere kullanılmaktadır. Ancak, çok isabetli olmasa da; ülkemizde bu terimin daha ziyade hekimlerin sorumlulukları dolayısıyla kullanıldığını söyleyebiliriz.

Buraya kadar yapılan izahattan da istidlâl olunacağı üzere; uzmanlık gerektiren vazife ve meslekleri icra eden kişilerin; icra ettikleri vazife veya mesleğin mahiyeti ve türü ne olursa olsun; onlara belli bir hata marjının tanınması suretiyle bir sorumsuzluk alanına kavuşturulmaları; sorumluluk hukukunun prensipleri ile asla bağdaştırılamayacak bir uygulama olur. Yani; icra edilen vazife veya mesleğin türü ve mahiyeti ne olursa olsun; o vazife veya mesleği icra edenlerin bazı kusurlu davranışlarının mazûr görülebileceği bir sorumluluk sisteminin oluşturulmasına matûf girişimler; bir yerde sorumluluk hukukunun inkârı anlamına geleceğinden kabulü kabil bir çözüm yolu değildir.

Belirtelim ki; burada çözümü imkânsız veya zor olan paradoksal bir meseleyle de karşı karşıya olduğumuz söylenemez. Zira, **sigorta müessesesi** sayesinde bir vazife veya mesleğin icrası sırasında neden olunan zararlardan doğabilecek olan sorumluluklar dolayısıyla tazminat ödenmesi riskinin; bir çok batı ülkesinde yapıldığı gibi sorumluluk hukukunun prensiplerinden taviz vermeksizin; hatta gerektiği takdirde daha da katı sorumluluk esasları getiren uygulamaları hayata geçirerek o vazife veya mesleği icra eden kişiler bakımından göze alınabilecek bir risk haline getirilmesi mümkündür. Nitekim; bir süredir ülkemizde de sigorta şirketleri bazı meslekleri icra eden kişilere onların mesleklerini icra ederken vermiş oldukları zararlardan doğabilecek sorumlulukları için sigorta himayesi bahşeden poliçeler düzenlemeye başlamışlardır.

. SORUMLULUK SİGORTASININ ÖZEL SİGORTALAR İÇERİSİNDEKİ YERİ

Özel sigortaların değişik kriterlere nazaran muhtelif tasniflere tabi tutulması mümkündür. Meselâ; sigortalar yapılmasının *isteğe bağlı olup olmamasına göre*, zorunlu (mecburî) sigorta ve ihtiyarî (iradî) sigorta olmak üzere ikiye; keza ödenecek primin değişken olup olmasına göre sabit primli sigorta ve değişken primli sigorta olmak üzere yine ikiye; kendisine karşı sigorta himayesi bahşedilen riskin doğduğu veya meydana gelmesi mümkün olan ortama göre de kara sigortası ; hava sigortası ve deniz sigortası olmak üzere de üçe ayrılır.

Özel sigortalar hakkında yapılan ve pratik açıdan da önemli olan bir diğer tasnifte ise *sigortalanan riskin malvarlığını veya şahısvarlığını tehdit etmesi* esas alınır ve bu tasnifte şahısvarlığı değerlerine ilişkin sigorta ve şahısvarlığı değerleri dışındaki değerlere (malvarlığı değerlerine) ilişkin sigorta türleri karşımıza çıkar. Şahıs sigortası diye de tesmiye olunan şahısvarlığı değerlerine ilişkin sigortada, sigortalanan risk bu sigorta türünün adından da istidlâl olunduğu üzere, sigortalının hayatı, sağlığı, vücut tamlığı gibi onun şahısvarlığına ilişkin değerleri tehdit eder. Ticaret Kanunu'nda **Can Sigortası** başlığı altında düzenlenmiş olan **Hayat Sigortası** (TK 1321 - 1333) ve **Kazaya Karşı Sigorta** (TK 1334 - 1338), şahıs sigortası grubuna giren sigorta türleri olup, bunlarla esas itibarıyla sigortalının **şahısvarlığını** tehdit eden rizikolar sigorta himayesi altına alınır. Şahısvarlığı dışındaki değerlere ilişkin sigortada ise, sigortalanan risk sigortalının şahısvarlığını değil; malvarlığını tehdit eder.



Şahısvarlığı değerlerine ilişkin sigorta - şahısvarlığı dışındaki değerlere ilişkin sigorta ayrımının bir yerde tamamlayıcısı olan meblâğ sigortası - zarar sigortası ayrımı nda ise, kriter olarak *sigortacı tarafından yapılan ödemenin, uğranılan somut bir zararın karşılığı olup olmadığı* esas alınır. Sigorta sözleşmesinde öngörülen riskin gerçekleşmesi halinde, sigortalının bu yüzden uğradığı zarar hakkında herhangi bir değerlendirme yapılmaksızın, doğrudan doğruya sigorta sözleşmesinde kararlaştırılan sigorta bedelinin ödendiği sigorta türlerine, meblâğ sigortası adı verilir. Meblâğ sigortası olarak yapılan sigorta türlerinin başında, sigortalının sağlığını veya vücut tamamıyetini bozan bir kazaya uğraması (TK 1334, I) yahut ölümü veya belli bir süre yaşaması (TK 1322) hallerinde, sigortacı tarafından belli bir meblâğın ödenmesinin öngörüldüğü can sigortaları gelir. Can sigortalarında sigortalanan husus, yukarıda da belirttiğimiz gibi sigortalının hayatı, vücut tamlığı veya sağlığı gibi onun şahısvarlığına ait değerlerdir. Bu değerlerin objektif bir şekilde ölçülmesi ve dolayısıyla risk gerçekleştiğinde sigorta himayesinden istifade eden kişinin ne kadar zarara uğradığının parasal olarak kesin surette tesbiti mümkün değildir. Bu yüzden, can sigortalarında risk gerçekleştiğinde uğranılan zarar hakkında herhangi bir değerlendirme yapılmaksızın sigortadan istifade eden kişiye doğrudan doğruya sözleşmedeki sigorta bedelinin ödenmesi esası benimsenmiştir. Yani, meblâğ sigortası olarak uygulanan can sigortalarında sigortanın bir zenginleşme aracı teşkil edip etmediği araştırılmaz.

Sigorta himayesinden istifade eden kişiye; risk gerçekleştiğinde sigorta sözleşmesinde öngörülen sigorta bedelinin değil de; sigorta bedelinin sınırları içerisinde kalmak şartıyla sadece onun somut olarak uğramış olduğu zarara tekabül eden miktarın tazminat olarak ödendiği sigorta türleri ise, *zarar sigortası* diye tesmiye olunur. Zarar sigortasında, sigortacının sigorta sözleşmesi ile üstlendiği riskin gerçekleşmesi halinde, sigortalıya ödeyeceği tazminatın miktarının, sigortalının somut olarak uğradığı zarara göre tayin edilmesi, bu sigorta türünü meblâğ sigortalarından ayıran en önemli özelliğidir. Yani, zarar sigortalarında sigortalı sigorta tazminatı olarak sadece uğradığı zarara tekabül eden miktarı sigorta şirketinden talep edebilir.

Görüldüğü gibi, ahlâki (etik) bir yönü de bulunan sigortanın bir zenginleşme aracı olarak kullanılmamasına dair kural (Zenginleşme Yasağı), zarar sigortalarında katı olarak tatbik olunur.

Zarar sigortası ile teminat altına alınan zararlar, sigortalının malvarlığının aktif kısmında azalma veya artışın engellenmesi ya da pasif kısmının artması şeklinde ortaya çıkar. Bu yüzden, zarar sigortaları sigorta zararının sigortalının malvarlığının aktif veya pasif kısmında gerçekleşmesine göre de aktif sigortası ve pasif sigortası olmak üzere ikiye ayrılır.

Aktif sigortalarının da sigorta sözleşmesinin konusunu oluşturan malvarlığının aktif kısmındaki değerlerin nevine göre, mal sigortası; alacak sigortası; malvarlığına girmesi muhtemel değerlerin sigortası (kazanç sigortası) gibi değişik türleri mevcuttur.

Bir kimsenin malvarlığının pasif kısmındaki artışlar da, onun zarara uğraması neticesini doğurur. Bu tür zararlar karşı sigorta himayesi ise, zarar sigortalarının diğer türü olan pasif sigortası ile sağlanır. Buna göre, pasif sigortasının konusunu, sigortalının malvarlığının pasif kısmındaki artışlar teşkil eder.

Malvarlığının pasif kısmında bir artış şeklinde ortaya çıkan zararlar içerisinde sigorta hukuku tarafında himaye altına alınmış olanlar, bazı yapılması zorunlu masraflar ile borçlardır. Bu yüzden, pasif sigortalarının zorunlu masraflara karşı sigorta ve borç sigortası olmak üzere iki ana türe ayrılması mümkündür.



Pasif sigortası türlerinden borç sigortasında bir borçtan doğacak olan sorumluluk teminat altına alınır. Bu yüzden, borç sigortası, **sorumluluk sigortası** olarak da anılır.

Sorumluluk sigortaları, kendisinden doğan sorumluluğun sigortalandığı borcun, bir akit veya kanun hükmüne istinat etmesine göre de ikiye ayrılır. Görüldüğü gibi, kişiler, tarafı oldukları akitlerden doğabilecek olan sorumluluklarının da, sigorta ile teminat altına alınmasını sağlayabilirler. Ancak, akitden doğabilecek bütün borçlara ilişkin sorumluluklar sigortalanamaz. Bir akdi ilişkiden neşet eden borca ilişkin sorumluluğun sigortalanabilmesi için, onun doğumunun tesadüfi nitelikte olması gerekir. Zira, sigorta sadece tesadüfi nitelikte olan olaylar hakkında yapılabilir. Buna göre, doğumuna tesadüf nazarı ile bakılmayan sorumlulukların sigortalanması kabil değildir. Meselâ, kefalet sözleşmesinde kefilin; garanti sözleşmesinde ise garanti verenin (garantörün) sorumlulukları bakımından bu tesadüflük unsurunun mevcut olduğu kabul edilebilir. Sigortacının sorumluluğu bakımından da aynı durum söz konusudur. Bu yüzden, bir sigortacının yapmış olduğu sigorta sözleşmeleri ile üzerine almış olduğu riskleri bir başka sigortacıya sigorta ettirdiği mükerrer sigorta (reasürans) (TK 1276) da, bu kategoriye giren bir sigorta türü olarak kabul edilir. Keza, yolcu veya yük taşıma sözleşmesi ile yolcu veya yük taşımayı taahhüt edenlerin; yolcuların ölmesi veya yaralanması yahut onlara ait bagajın veya taşınan yükün ziyaa veya hasara uğraması yüzünden taşıyıcının doğabilecek sorumluluğu bakımından da sigorta hukukunun aradığı tesadüflük mevcuttur. Sağlık hizmeti verdiği hastası ile veya onun temsilcisi ile akdi ilişkiye giren hekimin bu akit gereğince doğabilecek sorumluluğu bakımından da; sigorta hukukunun aradığı tesadüflüğün mevcut olduğunu kabul etmek gerekir.

Kanunî borçlara ilişkin sorumluluk sigortasında teminat altına alınan borçlar, bir kanun hükmüne dayanan sorumluluktan kaynaklanır. Değişik haksız fiil sorumluluğu halleri için geliştirilmiş olan sorumluluk sigortaları, akla ilk gelen kanunî borçların sigortası ile ilgili uygulamalardır. Kanunî borçların sigortalandığı sorumluluk sigortaları, sorumluluk hukukunun gelişimini de etkilemiş ve özellikle şehir hayatına geçmiş sanayi ve teknoloji toplumları bakımından ayrı bir önemi bulunan kusursuz sorumluluk hallerinin kabulünü kolaylaştırmıştır.

Görüldüğü gibi, sigorta hukuku ile modern sorumluluk hukuku arasında yakın bir ilişki mevcuttur. Bununla beraber, borçlar hukuku ile daha yakından ilgilenen müellifler de, sigorta hukuku ile sorumluluk hukuku arasındaki yakın ilişkiye ve sigortanın yeni kusursuz sorumluluk hallerinin kabul edilmesinde müessir olduğuna işaret etmekle beraber, sigortanın bir gün sorumluluk hukuku yerine geçebileceği mülâhazasına da şiddetle itiraz etmektedirler. Bu şekilde düşünen müellifler, sigortanın kişileri ihmalkâr ve dikkatsiz veya kötüniyetli davranışlara sürükleyebileceği yönündeki endişelerinin yanında zarara kendisinin katlanması gereken hallerde, mağdura tazminat ödenmesinin de eşitsizlik ve haksızlık yarattığını belirtmektedirler. Sorumluluk sigortaları; yapılmalarının isteğe bağlı olup olmadığına göre; isteğe bağlı sorumlu sigortaları ve zorunlu sorumluluk sigortaları olmak üzere ikiye ayrılır. Kural, diğer özel sigortalar gibi sorumluluk sigortalarının da ihtiyarî olmasıdır. Bugün için Türk Hukukunda hekimlerin meslekî sorumluluk sigortası yaptırmaları onların isteğine bağlıdır. İsteğe bağlı sorumluluk sigortalarının yapılıp yapılması; çoğu zaman sigorta himayesinden istifade edebilecek kişilerin ihtiyarında olup; kişilerin böyle bir sigortayı yaptırıp yaptırmamaları onların aldıkları eğitim ve edindikleri hayat tecrübelerine göre taayyün eden bilgi ve bilinç düzeylerine bağlıdır. Hemen belirtelim ki; bir sözleşme ilişkisinde taraflardan birinin diğer tarafı böyle bir sigortayı yaptırmaya icbar eden bir hükmün aralarındaki sözleşmede kararlaştırılmasını sağlaması yüzünden yapılması zorunlu kılınmış bir sorumluluk sigortasının yaptırılmamış olması; sadece sözleşme ilişkisinin tarafları arasında ileri sürülebilen akde mugayir bir davranış teşkil eder. Oysa;



gerçek anlamda zorunlu sorumluluk sigortalarının yaptırılmaması; cezaî sorumluluğu da gerektiren hukuka aykırı bir davranmış olarak karşımıza çıkar.

Ülkemizde uygulanan zorunlu sorumluluk sigortalarının bir kısmı doğrudan doğruya Kanun Koyucu tarafından ihdas edilmiştir. Ancak, Sigorta Murakabe Kanunu'nun 29 uncu maddesinin dördüncü fıkrası uyarınca bakanlar kurulu da kamu yararı açısından gerekli gördüğü hallerde zorunlu sorumluluk sigortalarını ihdas etmeye yetkilidir.

Zorunlu sorumluluk sigortalarının amacı sigortalıların fiil ve davranışları veya araç ve işletmeleri yüzünden mağdur olan kişilerin fazla bir zahmet ve hukukî sorunla karşılaşmadan tazminat alacaklarına kavuşmalarıdır. Yani, zorunlu sorumluluk sigortalarında teknik olarak sigorta himayesinden istifade eden kişiler; yani sigortalılar; zahiren sanki bu sigortalardan istifade eden kişilermiş gibi gözükseler de; zorunlu sorumluluk sigortaları ile asıl korunmak istenen kişiler; sigortalıların zarar vermiş olduğu mağdurlardır.

Hal böyle olmakla birlikte, bir sorumluluk sigortasının ihdas edilirken her ne kadar mağdurların korunması amacı her zaman ikna edici bir argüman olsa da; yegâne dayanak bu olmamalı; mutlaka Sigorta Murakabe Kanunu'nun 29'uncu maddesinin dördüncü fıkrasında da işaret olunan zorunlu hale getirilen sorumluluk sigortasının ihdasına ilişkin **kamusal yararın** bulunup bulunmadığına dikkat edilmelidir.

Eğer, bir sorumluluk sigortasının konusunu oluşturan sorumluluklar dolayısıyla mağdur olabilecek kişilerin sayısı azımsanmayacak kadar fazla ise veya hakkında sigorta sözleşmesi yapılacak olan kişilerin fiil ve davranışları veya araç ve işletmeleri sıklıkla veya kaçınılmaz surete üçüncü kişilerin zarara uğramasına neden olabilecek bir tehlikeyi barındırıyorsa kamusal yararın mevcut olduğu söylenebilir. Bu yüzden, zorunlu sigortaların sırf belli bir fonun tesisi amacıyla ihdas edilmemesi gerekir. Buna göre, Millî servetin korunması ve toplumunun genelini ilgilendiren bir sosyal faydanın yaratılması zaruretinin bulunmadığı ahvalde zorunlu sigorta ihdası yoluna gidilmemelidir.

MESLEKİ SORUMLULUK SİGORTASI GENEL ŞARTLARI'NIN HAZIRLANMASINI ZARURİ KILAN GELİŞMELER VE HAZIRLANAN METNİN UYGULANMASI İLE İLGİLİ GENEL ESASLAR

A. MESLEK SORUMLULUK SİGORTASI GENEL ŞARTLARI'NIN HAZIRLANMASINI ZARUR KILAN GELİŞMELER

Ülkemizde meslekî sorumluluk sigortası tatbikatının yaygınlaşmaya başlaması artık doğrudan doğruya bu özel sigorta türüne mahsus bir **sigorta poliçesi genel şartlarının** oluşturulması gerektiğine dair mülâhazayı hakim kılmıştır. Nitekim; Anadolu Anonim Türk Sigorta Şirketi takriben 15 yıl kadar önce meslekî sorumluluk sigortasına ilişkin bir genel şartname tasarısı hazırlamış; ancak o günkü tasdik makamı T.C. Başbakanlık Hazine ve Dış Ticaret Müsteşarlığı bu tasarıya ilişkin bir çalışmayı ya başlatmamış; ya da başlattığı çalışmayı neticelendirememiştir.

Bununla beraber, tatbikattaki ihtiyaç ve özellikle bazı meslek türleri bakımından malpractise teşkil eden meslekî uygulamalardan doğan sorumluluk ile ilgili özel düzenlemelerin yapılabilmesine zemin hazırlamak için nihayet 2004 yılının Eylül ayında Hazine Müsteşarlığı nezdinde meslekî sorumluluk sigortası genel şartlarını hazırlamak üzere bir ihtisas komitesi kurulmuştur. Başlangıçta davet olunan üyelerinin bir kısmının üyelikten ayrılmaları sebebiyle sonradan üye olarak davet



edilerek son dönemlerdeki toplantılarına benim de iştirak ettiğim merkez komitenin çalışmalarının tamamlanmasından sonra ortaya çıkan tasarı taslağı metni Hazine Müsteşarlığı bünyesinde tekrar gözden geçirilmiş ve müsteşarlıkça gerekli görülen bazı değişiklikler ve ilâveler yapıldıktan sonra ortaya çıkan son şekliyle **MESLEKİ SORUMLULUK SİGORTASI GENEL ŞARTLARI** adı altında 16.03.2006 tarihli ve 26110 sayılı Resmî Gazetede yayınlanarak yürürlüğe girmiştir.

B. MESLEK SORUMLULUK SİGORTASI GENEL ŞARTLARININ UYGULANMASI İLE İLGİLİ GENEL ESASLAR

Meslekî Sorumluluk Sigortası Genel Şartları, onun C.10 maddesinde “**KLOZ**” adıyla zikrolunan ve değişik bazı meslek grupları için gerekli olduğu takdirde yürürlüğe sokulacak **EK ŞARTLARI** da muhtevi olarak uygulanabilecek bir genel düzenlemedir.

Aslında, meslekî sorumluluk sigortası ile ilgili **genel** şartların bütün meslek türlerine şamil olacak surette tek bir düzenleme içerisinde toplanması en ideal çözüm şekli olmakla beraber; bazı meslekler dolayısıyla ortaya çıkabilecek özel ihtiyaçların karşılanması zaruretinin hasıl olabileceği düşünülerek sevk edilen anılan maddenin ilk fıkrasında genel şartların eki niteliğindeki klozların bu genel şartlara nazaran farklı hükümler içerebileceği öngörülmüştür. Eğer, belli bir meslek türü için ayrıca kloz hazırlanmış ve yayınlanmışsa; ki hekimlik mesleği için bir kloz hazırlanmış olup uygulanmaya başlamıştır, - ve bu kloz genel şartlara nazaran farklı hükümleri muhteviye; ilgili meslek mensupları için yapılan sigortalarda genel şartlarda yer alan hükümler değil; klozda yer alan hükümler uygulanacaktır. Ayrıca, aynı maddenin ikinci fıkrasına göre; sigorta ettiren ve sigortalının aleyhine olmamak şartıyla sözleşmenin tarafları genel şartlar ve varsa klozlardaki (ek şartlardaki) hükümlere nazaran özel hükümleri de aralarında kararlaştırabilirler. Yani, C. 10 maddesinin ikinci fıkrası ile Meslekî Sorumluluk Sigortası Genel Şartları'nın ve varsa onun eki niteliğindeki klozların muhtevi olduğu hükümlerin taraflar arasında yapılan sözleşme ile sigortacı lehine değiştirilmesi yolu mutlak surette kapatılmıştır.

7. MESLEKİ SORUMLULUK SİGORTASININ BAHŞETTİĞİ SİGORTA HİMAYESİNİN KAPSAMINI TAYİN EDEN ESASLAR

I. SİGORTA HİMAYESİ MÜNHASIRAN MESLEKİ FAALİYETLERDEN DOĞAN SORUMLULUK İÇİNDİR

A. POLİÇEDE MESLEK FAALİYETİN SINIRLARININ KESİN OLARAK TAYİN EDİLMESİ ZORUNLULUĞU

Meslekî sorumluluk sigortası, sigortalının sadece mesleğinin icabı olan faaliyetlerinden doğan zararlara ilişkin tazminat talepleri için sigorta himayesi bahşeder (m. A1; A3 (a)). Meselâ; göz hastalıkları konusunda mütehassıs olan bir hekimin; acil durumlar haricinde ihtisas sahası dışındaki hastalara bakmasından doğan zararlara ilişkin tazminat taleplerini, onu sigortalamış sigortacının karşılaması gerekmez.

Sigortalının hangi faaliyetlerinin onun mesleğinin icabı faaliyetlerden olduğu hususunda yaşanabilecek tereddütlerin ve ihtilâfların bertaraf edilmesini teminen ise; genel şartların A1 maddesinde, poliçede sigortalının mesleğinin sadece ismen değil; onun hangi faaliyetlerinin bu mesleğin icrası dolayısıyla yapılmış sayılacağını ortaya koyacak surette tespiti aranmıştır.



B. SİGORTALININ MESLEK FAALİYETİNE SON VERMESİNE TERETTÜP EDEN HÜKÜM VE SONUÇLAR

1. Sigortalının Mesleğini Bırakmış Olmasının Sigorta Sözleşmesine Etkisi

Sigorta sözleşmesi yapıldıktan sonra sigorta himayesi bahşedilen risk ve risklerin gerçekleşme ihtimalinin ortadan kalkması; taraflar arasındaki sözleşmenin kendiliğinden sona ermesini mucip olur. Zira, böyle bir durumda tarafların sözleşmenin devam etmesinde hiç bir hukukî yararı kalmaz.

Meslekî sorumluluk sigortası yaptırmış bir sigortalının meslekî faaliyetine son vermesinin de; bu sigorta bakımından rizikonun gerçekleşme ihtimalini ortadan kaldıracakı açıktır. Nitekim genel şartların C.6 maddesinde de bu husus dikkate alınmış ve sigortalının meslekî faaliyetine son vermesinin; sigorta sözleşmesini sona erdireceği öngörülmüştür.

2. Sigortalının Mesleğini Bırakmış Olması Sebebiyle Sözleşmenin Sona Ermesinin Sigortacının Prim Alacağına Olan Etkisi

a) Ticaret Kanunu'ndaki Düzenleme

Kanun Koyucu böyle bir durumda sigortacının prim alacağına akıbeti bakımından ortaya çıkabilecek tereddütleri bertaraf etmek için zarar (mal) sigortaları bakımından bu hale mahsus bir hüküm sevk etme ihtiyacını duymuştur. Ticaret Kanunu'nun 1280'inci maddesine göre, *sigortacının sorumluluğu başlamazdan önce sigorta ettiren veya sigortadan faydalanan kimsenin fiil ve tesiri olmaksızın rizikonun gerçekleşmesine imk n kalmazsa sigortacı prime hak kazanamaz. Yani, sigorta sözleşmesi akdolunduktan sonra riskin gerçekleşme ihtimalinin ortadan kalkmasının sigortacının prim alacağı bakımından hangi hukukî sonucu doğuracağı, bu durumun hem ne zaman ortaya çıktığına; hem de sigorta ettirenin veya sigortalının fiil ve tesiri ile ortaya çıkmış olup olmamasına göre değişir. Eğer, sigortacının sorumluluğu başladıktan sonra riskin gerçekleşme ihtimali ortadan kalkmışsa, sebebi ne olursa olsun sigortacı prim alacağını talep edebilir. Buna karşılık, riskin gerçekleşme ihtimali henüz sigortacının sorumluluğu başlamadan önce ortadan kalkmışsa, bu taktirde mezk r durumun sigorta ettirenin veya sigortalının fiil ve tesiri ile hasıl olup olmadığına bakılır. Eğer, riskin gerçekleşme ihtimali sigorta ettirenin veya sigortalının fiil ve davranışları ile imkânsız hale gelmişse, sigortacının sorumluluğu henüz başlamamış olsa bile, o prim alacağını talep edebilir.*

Bununla beraber, Ticaret Kanunu nun mal sigortaları hakkında sevk edilmiş olan 1298 inci maddesinin ikinci fıkrasında, sigorta sözleşmesinin **kanun sebeplerle** sona erdiği hallerde, kanunda aksine bir hüküm bulunmadıkça sona erme gününden sonraki zamana ait olan primlerin onu ödemiş olana geri verileceği emredici surette öngörülmüştür. Burada halli gereken en önemli mesele, sigorta sözleşmelerinin Ticaret Kanunu'nun 1280'inci maddesi mucibince sona erdiği hallerde sona erme zamanından sonraki primlerin iadesinin talep edilip edilemeyeceğidir. Ticaret Kanunu'nun 1280'inci maddesindeki sarahat karşısında Ticaret Kanunu'nun 1298'inci maddesinin ikinci fıkrasının; sigorta sözleşmesinin rizikonun gerçekleşme ihtimalinin ortadan kalkması sebebiyle sona erdiği hallerde tatbik olunmayacağını kabul etmek gerekir. Zira, aksi takdirde Kanun Koyucu 1280'inci maddede rizikonun gerçekleşme ihtimalinin ortadan kalktığı ana ve bu durumun hangi sebeple ortaya çıktığına göre bir tefriğe gitmeksizin hükmünü sevk ederdi.

b) Genel Şartlardaki Düzenleme

Genel şartların C.6 maddesinde; sigortacının sorumluluğunun başlamış olup olmadığına dair bir tefriğe gidilmeksizin sigortalının meslekî faaliyetine son vermesi sebebiyle sözleşmenin sona ermesi



durumunda; Ticaret Kanunu'nun 1298'inci maddesinin ikinci fıkrasından mülhem şekilde sona erme gününden sonraki günlere ait primlerin ödenmesinin gerekmeyeceği; ödenmişse de; iadesinin gerektiği yönünde bir hüküm sevk edilmiştir.

Genel şartların Ticaret Kanunu'nun 1280'inci maddesinden sigorta ettiren lehine ayrılan bir düzenleme getiren C. 6 maddesi, sadece sigortacının sorumluluğunun başlamasından sonra sigortalının mesleğini bırakması bakımından meseleyi düzenlemektedir. Şayet sigortalı sigortacının sorumluluğu başlamadan önce mesleğini bırakacak olursa; aslında rizikonun gerçekleşmesi ihtimalinin ortadan kalkması sigortalıdan kaynaklanıyor olsa da; yine genel şartların bu maddesinin ışığı altında Ticaret Kanunu'nun 1280'inci maddesinin sigorta ettiren lehine bertaraf edildiğini dikkate alarak sigortacıya hiç prim ödenmesinin gerekmeyeceği kabul edilmelidir.

II. SİGORTA HİMAYESİ KURAL OLARAK SADECE TÜRKİYE'DE İCRA OLUNAN MESLEKİ FAALİYETLERDEN DOĞAN SORUMLULUK İÇİNDİR

Bu sigorta türünde belli bir mesleği icra eden kişiler bakımından söz konusu olabilecek hukukî sorumluluk halleri dolayısıyla teminat verecek olan sigortacıların; Türk Hukuku dışında başka devletlerin hukukunu da dikkate alarak risk hesabı yapmaları bazen imkânsız veya çok zor olabilir. Zira, aynı hukuk sistemine mensup olsalar bile; her devletin hukuku diğer devletlerin hukukuna nazaran bazı farklılıklar arzeder. Öte yandan; sigortacının sigortalıya karşı hukukunu çok iyi bilmediği bir yabancı devlet ülkesinde açılan davayı veya girişilen takibi izlemesi; gerektiğinde ona iştirak etmesi bazen coğrafi uzaklık yüzünden dahi çok kolay olmayabilir. Bu yüzden genel şartların A.2 maddesinde sigortacıların vereceği teminatın sigortalının Türkiye Cumhuriyeti sınırları içerisinde yürüttüğü meslekî faaliyetler ile sınırlandırılması cihetine gidilmiştir. Ancak, gerekiyorsa; sigortacının Türkiye Cumhuriyeti sınırları dışında da mesleğini icra eden bir kişi için teminat vereceğinin taraflar arasındaki sözleşmede kararlaştırılması kabildir. Tabii; böyle bir sözleşme şartının hüküm ifade edebilmesi için, mesleğin icra edildiği devletin hukukunun da buna cevaz vermesi gerekir. Zira; biz de olduğu gibi o devletin hukukunda da; o devlet ülkesinde mukim olan kişilerin sigortalarını o devlet ülkesinde sigortacılıkla uğraşan sigortacılar yaptırılmaları zarurî kılan bir imtiyaz (SMK 29, I) mevcut olabilir.

III. SİGORTA HİMAYESİNİN GEÇMİŞE VEYA GELECEĞE ETKİLİ YAHUT HEM GEÇMİŞE; HEM DE GELECEĞE ETKİLİ OLMASI SAĞLANABİLİR

A. YAPILAN SİGORTANIN SİGORTA SÖZLEŞMESİNİN AKDOLUNMASINDAN ÖNCE MEYDANA GELEN OLAYLARA İLİŞKİN TAZMİNAT TALEPLERİ İÇİN DE HİMAYE VERMESİ (SİGORTA HİMAYESİNİN GEÇMİŞE DE ETKİLİ OLMASI)

Kendisi için meslekî sorumluluk sigortası yaptırmış olan bir kişinin sorumluluğunu doğuran olayın vukuu ile bu olaya bağlı olan ve sigorta teminatına giren tazminat taleplerinin onun taraf olduğu sigorta sözleşmesi devam ederken ileri sürülmesi halinde; bu tazminat taleplerinin onun sigortacısı tarafından karşılanacağında şüphe yoktur. Ancak, kendisi için meslekî sorumluluk sigortası yaptırmadan önce mesleğini icra etmeye başlamış olan sigortalıların; henüz sigortalı sıfatını taşımadıkları dönemde meydana gelen olaylardan kaynaklanan tazminat talepleri ile de karşılaşmaları kabildir. Meslekî sorumluluk sigortası yaptırmaya karar veren kişilerin; bu yönde bir endişeleri mevcutsa; onların sigorta sözleşmesini genel şartların (b) bendi uyarınca düzenlenmiş bir poliçenin (**claims made basis policy**) kendilerine verilmesini temin edecek surette akdolanmasını sağlayarak bu endişelerini bertaraf etmeleri mümkündür. Zira, poliçenin anılan bent uyarınca düzenlenmiş olması



durumunda; sigortacı sigortalıya sigorta sözleşmesi süresi içerisinde ileri sürülmesi şartıyla sigorta sözleşmesinin akdolanmasından belli bir müddet öncesinde meydana gelmiş olaylardan kaynaklanan zararlara ilişkin tazminat taleplerini de karşılar. Ancak, tarafların sigortanın geçmişe dönük olarak hangi müddetle sigorta himayesi bahşedeceğini; B1 maddesinde öngörülen asgarî 1 yıllık sürenin altında olmayacak surette kararlaştırmaları zorunludur. Yani, sigorta poliçesinin genel şartların A.1 maddesinin (b) bendi uyarınca düzenlendiği hallerde; sigortanın geçmişe etkili olarak himaye bahşedeceği sürenin 1 yıldan kısa olarak kararlaştırılması mümkün değildir.

Belirtmek gerekir ki; B1 maddesinde asgarî 1 yıl şartının öngörülmesi yerine bu sürenin tayininin sözleşmenin taraflarına bırakılması daha uygun olurdu. Zira, bir kere asgarî süre olarak 1 yılın öngörülmesi; sigortacıları riziko hesabı yapmakta bazı sıkıntılarla karşı karşıya bırakabilir. Ayrıca, bir çok sigortacının 1 yıl gibi uzun bir süre için geçmişe etkili olarak himaye bahşeden poliçeler dolayısıyla kendilerine reasürör bulmakta da zorlanacakları uzun izahatı gerektirmeyecek kadar açıktır. Buna göre, genel şartların A.1 maddesinin (b) bendine göre düzenlenen poliçeler için asgarî 1 yıl süreyle geçmişe dönük olarak sigorta himayesi bahşetmelerinin aranması; muhtemelen bir çok sigortacının “claims made basis policy” uygulamasını tercih etmemesine neden olacaktır.

B. YAPILAN SİGORTANIN SİGORTA SÖZLEŞMESİ SONA ERDİKTEN SONRA İLERİ SÜRÜLEN TAZMİNAT TALEPLERİ İÇİN DE HİMAYE VERMESİ (SİGORTA HİMAYESİNİN GELECEĞE DE ETKİLİ OLMASI)

Bir kimsenin sorumluluğunu mucip olan olayın vuku bulduğu anda her zaman o olaya bağlı zararlı sonuçlar hemen ortaya çıkmayabilir. Bir başka deyişle; o olayın zararlı sonuçlarının olayın vukuunun üzerinden belli bir süre geçtikten sonra ortaya çıkması da mümkündür. Doğaldır ki; böyle bir durumda; o kişinin neden olduğu zararlara ilişkin tazminat talepleri ile karşılaşması da bu zararlar ortaya çıkana kadar söz konusu olmayacaktır. Eğer, taraflar arasındaki sigorta sözleşmesi; genel şartların A.1 maddesinin (a) bendinde öngörülen himayeyi bahşeden bir sigorta poliçesinin (**occurrence basis policy**) düzenlenmesini temin edecek şekilde yapılırsa; sigortacı; sorumluluğu gerektiren zararı doğuran olayın sözleşme devam ederken meydana gelmesi şartıyla, sigorta sözleşmesi sona erdikten sonra ileri sürülen tazminat taleplerini de belli bir süreyle karşılar. Bu süre; genel şartların B1 maddesinde 2 yıl olarak tespit edilmiştir. Taraflar arasındaki sözleşmede bu 2 yıllık süre kısaltılamaz; ancak uzatılabilir. Pazarlık gücü bulunan sigorta ettirenler; bu sürenin haklarında söz konusu olabilecek sorumluluk halleri dolayısıyla ileri sürülecek talepler hakkında öngörülmüş bulunan zamanaşımı süresi kadar kararlaştırılmasını sağlayacak olurlarsa; yaptıkları sigortayla kendilerini tamamen güvence altına alan sigorta himayesini temin etmiş olacakları açıktır.

Buna göre; sigortalı sigorta sözleşmesi sona erdikten sonra 2 yıl içinde kendisine ileri sürülen tazminat taleplerini; bu tazminat talebinin ilişkin olduğu zararı doğuran olayın sigorta sözleşmesinin devam ettiği süre içerisinde gerçekleşmesi şartıyla sigortacısının karşılamasını isteyebilir. Görüldüğü gibi; taraflar arasındaki sigorta sözleşmesi; A.1 maddesinin (a) bendinde öngörülen himayeyi bahşeden bir sigorta poliçesinin (occurrence basis policy) düzenlenmesini temin edecek şekilde yapılırsa; sigortalı sigorta sözleşmesi sona erdikten sonra 2 yıl içinde kendisine ileri sürülen tazminat taleplerini; bu tazminat talebinin ilişkin olduğu zararı doğuran olayın sigorta sözleşmesinin devam ettiği süre içerisinde gerçekleşmesi şartıyla tazminat talebini öğrendiği andan itibaren 2 yıllık zamanaşımı süresi (TK 1268; MSSGS, C.9) içerisinde sigortacısının karşılamasını isteyebilir. Yani; sigortacıya sigorta sözleşmesi sona erdikten sonra azamî 4 yıl içerisinde müracaat etmek teorik olarak mümkündür. Ama, bu ihtimalin; yani bir yerde (2 yıl + 2 yıl) şeklinde ifade edebileceğimiz



formülünün gerçekleştirilmesi için; sigortalıya sigorta tazminatı talebinin ilk iki yıllık sürenin en geç son gününde ileri sürülmüş olması gerekir.

C. YAPILAN SİGORTANIN SİGORTA SÖZLEŞMESİNİN AKDOLUNMASINDAN ÖNCE MEYDANA GELEN OLAYLARA İLİŞKİN TAZMİNAT TALEPLERİ İLE SİGORTA SÖZLEŞMESİ SONA ERDİKTEN SONRA İLERİ SÜRÜLEN TAZMİNAT TALEPLERİ İÇİN BİRLİKTE HİMAYE VERMESİ (SİGORTA HİMAYESİNİN HEM; GEÇMİŞE HEM DE GELECEĞE ETKİLİ OLMASI)

Sigortalı olmadan önce meslekî faaliyetini icra etmeye başlamış olan kişiler için azamî sigorta himayesinin “claims basis policy” ile “occurrence basis policy” uygulamasını birleştiren poliçeler ile olacağı açıktır. Genel şartların A.1 maddesi ile de taraflara bu imkân verilmiştir.

Belirtelim ki; bu genel şartların uygulanacağı sigorta türü bakımından; her ikisi birden olmasa bile en azından “occurrence basis policy” uygulamasının tercihinin bir çok halde sigortalıların menfaatine daha uygun olacağı gözden kaçırılmamalıdır. Zaten, bu yüzden; bir yerde sigortalıların “occurrence basis policy” uygulamasından kaçmalarını zorlaştırmak için B1 maddesinde “claims basis policy” uygulamasının en az 1 yılla sınırlandırılması bir çare olarak görülmüştür. Ancak, mezkûr gayeyi temin için “claims made basis policy” uygulaması bakımından B1 maddesinde asgarî 1 yıl şartının öngörülmesi yerine; “occurrence basis policy” uygulamasını her halde zorunlu hale getiren bir düzenleme; amaca daha uygun olurdu. Bu surette; sigortalıların “claims made basis policy” uygulamasını da tercih etmeleri gereksiz yere zorlaştırılmamış olurdu ve o da ülkede sıklıkla düzenlenebilen bir poliçe haline getirilebilirdi.

IV. MESLEKİ SORUMLULUK SİGORTASI YAPILIRKEN SİGORTA BEDELİ SERBESTÇE TAYİN OLUNABİLİR

Tüm sigorta türlerinde, *kural olarak* sigorta poliçesinde mutlaka yer alması gereken hususlardan biri olan *sigorta bedeli* (TK 1264, IV; 1266, I, nr. (4)), rizikonun gerçekleşmesi halinde sigortalının ödeyeceği **azamî tazminat miktarını** ifade eder. Sigorta bedeli, sigortalıya ödenecek olan primlerin tayininde de rol oynar.

Aktif sigortalılarında kararlaştırılabilecek azamî sigorta bedeli, ancak sigorta edilen menfaatin değeri kadar olabilir (TK 1283). Buna karşılık, sorumluluk sigortası gibi pasif sigortalıların yapıldığı hallerde, sigortalanan hususun somut olarak tespit edilmesi bir çok halde mümkün değildir. Çünkü, malvarlığının aktif kısmındaki değerlerde olduğu gibi, pasif sigortası ile sigortalanan malvarlığının pasif kısmındaki artışlar ile sigortalı arasındaki menfaat ilişkisinin, artışın ne kadar olacağı kesin değilse, önceden objektif olarak tesbiti mümkün değildir. Ancak, belirtelim ki; sigortalının malvarlığının pasif kısmında meydana gelebilecek artışın azamî miktarının belli olduğu haller de vardır. Meselâ, sorumluluğunun miktar veya konu itibarıyla sınırlı olduğu hallerde durum böyle olup; yapılacak sorumluluk sigortasında sigorta bedelî; bu azamî sorumluluk miktarını aşmamalıdır.

Görüldüğü gibi, istisnaî bazı haller haricinde pasif sigortalılarında sigorta değeri yoktur. Dolayısıyla, pasif sigortalıların sigorta tazminatı hesaplanırken, çoğu zaman sadece sigorta bedeli ile sigorta zararı dikkate alınır. Bir pasif sigortalıların sigorta değerinin olmamasının en önemli sonucu ise, yapılan sigorta bakımından aşkın sigorta (TK 1283), eksik sigorta (TK 1288) ve birden çok sigorta (TK 1285-1286) hükümlerinin uygulanamayacak olmasıdır.



Buna göre, zorunlu sorumluluk sigortalarında karşımıza çıkan asgarî hadde dahil düzenlemeleri bir kenara bırakacak olursak; sorumluluk sigortası yapılırken sigorta bedeli serbestçe tayin edilebilir. Sigorta sözleşmesi devam ederken sigortacının sigorta bedelinin altında bir tazminat ödemesi de; eksik sigortayı ortaya çıkarmaz. Ama, unutulmamalıdır ki; yapılan ödeme nisbetinde sigorta bedeli azalır ve eksilen kısım sonradan tamamlanmamışsa; sonraki tazminat ödemeleri ancak kalan bedelle sınırlı olarak karşılanabilir.

Hekimlerin yaptıracağı meslekî sorumluluk sigortalarında **madd tazminat** talepleri sigorta bedeli içerisinde **tamamen; manev tazminat** talepleri ise, **sigorta bedelinin 0'sine kadar** karşılanır (Kloz I, f.II; III) karşılanır.

V. HEKİMLERİN YAPTIRACAĞI MESLEKÎ SORUMLULUK SİGORTASI BAZI TAZMİNAT TALEPLERİ HAKKINDA SİGORTA HİMAYESİ BAHŞETMEZ

A. MUTLAK SURETTE TEMİNAT DIŞINDA BIRAKILMIŞ TAZMİNAT TALEPLERİ

Sigortalının, poliçede belirlenmiş ve sınırları hukuk kuralları ve etik kurallar ile tespit edilen mesleki faaliyeti dışındaki faaliyetlerinden kaynaklanan tazminat talepleri (GŞ, A.1; A. (a); Kloz I)

Mesleki faaliyetin ifası sırasında sigortalı tarafından kasten sebep olunan her tür olay ile davranışları (TK 1278; GŞ, A. (b))

Sigortalı veya çalıştırdığı kişilerin, poliçede belirtilen mesleki faaliyeti ifa ederken alkol, uyuşturucu ya da narkotik maddelerin tesiri altında bulunması sonucunda meydana gelen olaylar (GŞ, A. (c)).

Ruhsatlı bir sağlık kurum veya kuruluşunda ve acil haller dışında yapılmadığı ve usulünce yetki verilmiş bir anestezi uzmanı gözetimi altında olmadığı sürece, dış hekimleri ve cerrahlar tarafından genel anestezi uygulanmasından kaynaklanan tazminat talepleri (Kloz, II, nr. (1)).

İlk yardım ve acil müdahale hariç olmak üzere, meslekten geçici yasaklanılan dönem içinde verilen her tür tedavi ve sağlık hizmetlerinden kaynaklanan tazminat talepleri (Kloz, II, nr. (2)).

İlk yardım veya acil yardım hizmetlerinin sunulduğu yerlerde, yeterli ve gerekli ekipman ile teçhizatın sigortalının kişisel kusuru ile bulundurulmamasından kaynaklanan tazminat talepleri (Kloz, II, nr. (3)).

Tıbbi amaçlı kullanım dışında, radyoaktif, zehirli, patlayıcı veya herhangi bir patlayıcı nükleer bileşim veya bunun nükleer bir parçasının tehlikeli özellikleri sebebiyle talep edilen tazminat talepleri (GŞ. A. .2, (d) / (aa) ve (bb); Kloz, II, nr. ()). / (Sözleşmede kararlaştırılmamış olsa bile; tıbb amaçlı kullanımlarında sigorta teminatı var.)

Tıbbi amaçlı kullanım dışında, diethylstibesterol (DES), dioxin, urea formaldehyde, asbest, asbestli ürünler veya asbest içeren ürünlerin kullanımından kaynaklanan her tür hastalık (kanser dahil) veya asbestten kaynaklanan bütün tazminat talepleri (GŞ. A. .2, (d) / (cc)Kloz, II, nr. ()). / (Sözleşmede kararlaştırılmamış olsa bile; tıbb amaçlı kullanımlarında sigorta teminatı var.)



B. AKSİ KARARLAŞTIRILMADIKÇA TEMİNAT DIŞINDA KALAN TAZMİNAT TALEPLERİ

Yurt dışında icra olunan meslek faaliyet dolayısıyla doğan tazminat talepleri (GŞ, A.2)

Herhangi bir bilgisayar esaslı veya elektronik ortamda saklanabilir, yazılı, basılmış veya herhangi bir yöntem ile (veya benzer bir şekilde) tekrar çoğaltılmış olsun veya olmasın her tür belge kaybı veya sigortalının bakım, gözetim ve kontrolüne verilmiş bilgi ve malzemenin kaybı veya imha edilmesi (GŞ. A. .1, (a)).

Türkiye Cumhuriyeti mahkemeleri haricinde bir mahkemede açılan tazminat davaları ve tahkim; (GŞ. A. .1, (b)).

Her türlü haksız rekabet (GŞ. A. .1, (c)).

Her tür patent, telif hakkı ile ticaret unvanı, marka ve benzeri fikr mülkiyet hak ihlallerinden kaynaklanan tazminat talepleri (GŞ. A. .2, (a)).

Sigortalının mesleki faaliyeti ifası sırasında anne, baba, kardeş, eş ve çocuklarına karşı sorumluluğundan doğan tazminat talepleri (GŞ. A. .2, (b)).

Her türlü çevre kirliliğinden doğrudan veya dolaylı olarak doğan sorumluluklar nedeniyle yapılan tazminat talepleri (GŞ. A. .2, (c)).

Bir sözleşmenin ifasına veya özel bir anlaşmaya dayanıp, sigortalının yasal sorumluluk ölçüsünü aşan her tür talepleri (GŞ. A. .2, (e)).

İdar ve adl para cezaları dahil her tür ceza ve cezai şartlar (GŞ. A. . , (a)).

Sigortalının iflasına bağlı olarak ortaya çıkabilecek her tür zarar (GŞ. A. . , (b)).

Sigortalının aleyhine cezai takibata geçilmesi h linde, bu takibattan doğan diğer bilumum masraflar (GŞ. A. . , (c)).

Genetik mühendisliği uygulamalarından kaynaklanan tazminat talepleri (Kloz III, nr. (1)).

Her türlü deney veya araştırmalardan doğan tazminat talepleri (Kloz III, nr. (2)).

Her tür kan bankası faaliyeti neticesinde doğrudan veya dolaylı olarak meydana gelen tazminat talepleri (Kloz III, nr. (3)).

Tanı veya tedavi amacı olmaksızın yapılan bütün tıbbi müdahaleler ile plastik cerrahların güzelleştirme amaçlı yaptıkları her tür estetik ameliyattan kaynaklanan tazminat talepleri (Kloz III, nr. (4)).

Üremeye yardımcı (kısırlık tedavisi) ya da üremeyi önleyici (kısırlaştırıcı tedavi) her tür sağlık hizmetinden kaynaklanan tazminat talepleri (Kloz III, nr. (5)).

Sigortalının fiillerinden sorumlu olduğu kişilerin kasıtlı hareketlerinden kaynaklanabilecek tazminat talepleri (Kloz III, nr. (6)).

AIDS veya onun patojenleri ya da hepatit A, B veya C'ye bağlı olabilecek yahut onlardan kaynaklanan veya onların katkıları ile oluşan her türlü zarar ile bunlar sonucu ortaya çıkan ruhsal rahatsızlıklara bağlı tazminat talepleri (Kloz III, nr. (7)).

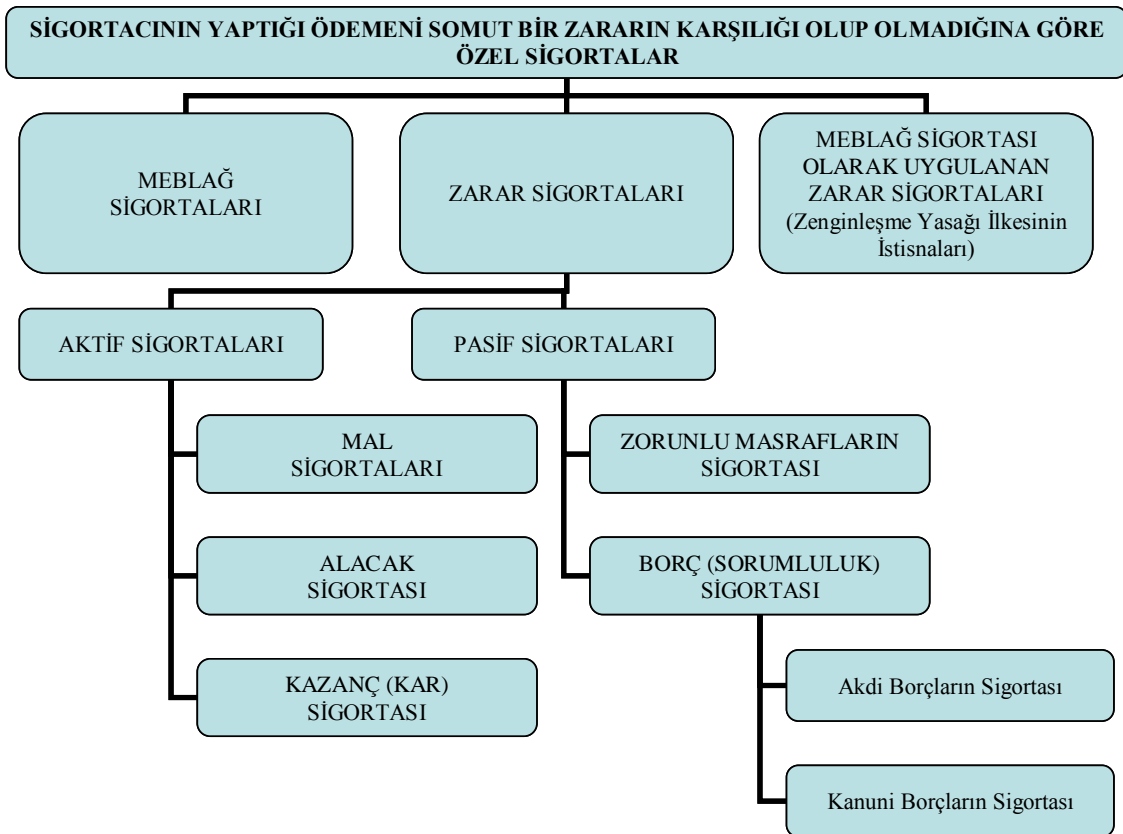


İnsan ve hayvan organları, kanları, hücreleri, her türlü ifrazatı, türevleri, genleri, biosentez ve ilgili mamüllerin denenmesi, değiştirilmesi, elde edilmesi, kazanılması, hazırlanması, işlenmesi, elden geçirilmesi, dağıtımı, depolanması, ikame edilmesi, kullanılmasından kaynaklanan tazminat talepleri (Kloz III, nr. (8)).

Sigortalıya, bir sağlık kurumunda yönetici veya işletici olması nedeniyle yöneltilen tazminat talepleri (Kloz III, nr. (9))

(TABLO 1)

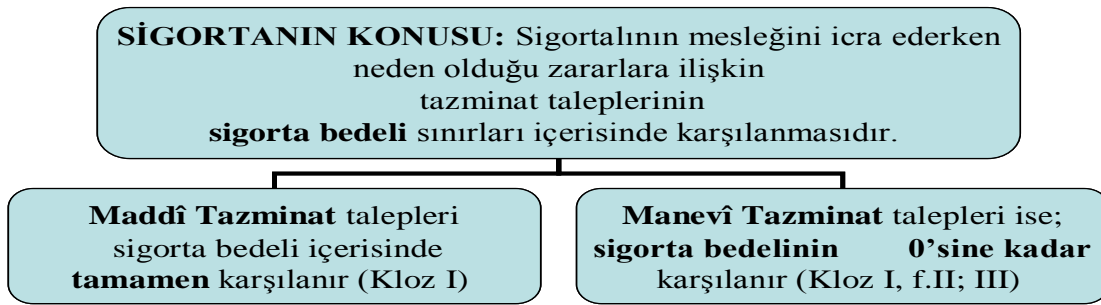
SORUMLULUK SİGORTASININ ÖZEL SİGORTALAR İÇERİSİNDEKİ YERİ





(TABLO 2)

MESLEKÎ SORUMLULUK SİGORTASI GENEL ŞARTLARI İLE HEKİMLER İÇİN YAYINLANMIŞ KLOZ DAİRESİNDE YAPILAN SİGORTA SÖZLEŞMELERİNE İSTİNADEN DÜZENLENEN POLİÇELERİN BAŞETTİĞİ SİGORTA HİMAYESİ



(TABLO 3)

DÜZENLENEBİLECEK POLİÇE TÜRLERİ VE BAŞETTİKLERİ SİGORTA HİMAYESİNİN KAPSAMI





GELECEĞE ETKİLİ POLİÇE / SORUMLULUĞU DOĞURAN OLAYIN MEYDANA GELDİĞİ ANI ESAS ALAN POLİÇE (OCCURANCE BASIS POLICY): Sorumluluğu doğuran olay; sözleşme devam ederken meydana gelmiş olması şartıyla; sözleşme sona erdikten sonra ileri sürülen tazminat talepleri de sigortacı tarafından karşılanır. Sözleşme sona erdikten sonraki tazminat taleplerinin de karşılanacağı süre; en az iki yıldır. Ancak; taraflar bu süreyi uzatabilirler (GŞ, A1; B.1)

GEÇMİŞE ETKİLİ POLİÇE / SORUMLULUĞU GEREKTİREN TALEBİN İLERİ SÜRÜLDÜĞÜ ANI ESAS ALAN POLİÇE (CLAIMS MADE BASIS POLICY): Tazminat talebinin sözleşme devam ederken ileri sürülmesi şartıyla; sigortacı sözleşme akdoldunmadan önce meydana gelen olayların neticesi olan tazminat taleplerini de karşılar. Sigortanın geçmişteki olaylar için de teminat bahşedeceği süre; en az 1 yıl olarak kararlaştırılabilir (GŞ, A1; B.1)

HEM GELECEĞE; HEM DE GEÇMİŞE ETKİLİ POLİÇE: Poliçenin hem geleceğe etkili olarak; hem de geçmişe etkili olarak himaye bahşedecek surette düzenlenmesi mümkündür (GŞ A.1).

EK 1

MESLEKİ SORUMLULUK SİGORTASI GENEL ŞARTLARI

A. SİGORTANIN KAPSAMI

A.1. Sigortanın Konusu

Bu sigorta sözleşmesi ile sigortalının poliçede belirtilen ve ilgili taraflarca konusu tarif edilerek sınırları çizilen mesleki faaliyeti ifa ederken;

a) Sözleşme süresi içinde meydana gelen olay sonucu doğan ve sorumluluk hükümleri uyarınca tazmini sözleşme süresi içinde ya da sonrasında talep edilen zararlara karşı veya

b) Sözleşme yapılmadan önce veya sözleşme yürürlükteyken meydana gelen bir olay nedeniyle, sadece sözleşme süresi içinde sigortalıya karşı doğabilecek taleplere karşı

sözleşmede belirtilen miktara kadar teminat verilir. Taraflar, (a) ve (b) bendlerinden birini içerecek şekilde sözleşme yapabilecekleri gibi, her ikisini içerecek şekilde de sözleşme yapabilir.

A.2. Sigortanın Coğrafi Sınırı

Bu sigorta, sigortalının Türkiye Cumhuriyeti sınırları içinde ifa ettiği mesleki faaliyetler için geçerlidir; Ancak, taraflar sigortalının yurtdışında yürüteceği mesleki faaliyetlerin de sigorta kapsamına alınmasını kararlaştırabilir.

A. . Teminat Dışında Kalan H İler

Aşağıdaki hâller teminat kapsamı dışındadır:

a) Sigortalının poliçede belirtilen mesleki faaliyetlerinin kapsamını aşan her türlü faaliyeti;



b) Mesleki faaliyetin ifası sırasında sigortalı tarafından kasten sebep olunan her tür olay ile davranışları;

c) Sigortalı veya çalıştırdığı kişilerin, poliçede belirtilen mesleki faaliyeti ifa ederken alkol, uyuşturucu ya da narkotik maddelerin tesiri altında bulunması sonucunda meydana gelen olaylar.

A. Aksine Sözleşme Yoksa Teminat Dışında Kalan Haller, Tazminat Talepleri ve Ödemeler

A. .1 Aksine Sözleşme Yoksa Teminat Dışında Kalan Haller

a) Herhangi bir bilgisayar esaslı veya elektronik ortamda saklanabilir, yazılı, basılmış veya herhangi bir yöntem ile (veya benzer bir şekilde) tekrar çoğaltılmış olsun veya olmasın her tür belge kaybı veya sigortalının bakım, gözetim ve kontrolüne verilmiş bilgi ve malzemenin kaybı, suistimali veya imha edilmesi;

b) Türkiye Cumhuriyeti mahkemeleri haricinde bir mahkemede açılan tazminat davaları ve tahkim;

c) Her türlü haksız rekabet.

A. .2 Aksine Sözleşme Yoksa Teminat Dışında Kalan Tazminat Talepleri

a) Her tür patent, telif hakkı ile ticaret unvanı, marka ve benzeri fikrî mülkiyet hak ihlallerinden kaynaklanan tazminat talepleri;

b) Sigortalının mesleki faaliyeti ifası sırasında anne, baba, kardeş, eş ve çocuklarına karşı sorumluluğundan doğan tazminat talepleri;

c) Her türlü çevre kirliliğinden doğrudan veya dolaylı olarak doğan sorumluluklar nedeniyle yapılan tazminat talepleri;

d) Niteliği ne olursa olsun aşağıdaki hâllerden doğrudan veya dolaylı olarak kaynaklanacak tazminat talepleri:

aa) Herhangi bir nükleer yakıttan veya nükleer yakıtın yanması sonucu meydana gelen nükleer atıklardan kaynaklanan iyonize ışınım veya kirlilik,

bb) Radyoaktif, zehirli, patlayıcı veya herhangi bir patlayıcı nükleer bileşim veya bunun nükleer bir parçasının tehlikeli özellikleri,

cc) Diethylstilbesterol (DES), dioxin, urea formaldehide, asbest, asbestli ürünler veya asbest içeren ürünlerin varlığından, üretiminden, elleçlenmesinden, işlenmesinden, satış, dağıtım, depolama, bırakılma veya kullanımından kaynaklanan her tür hastalık (kanser dahil) veya asbestten kaynaklanan bütün tazminat talepleri.

e) Bir sözleşmenin ifasına veya özel bir anlaşmaya dayanıp, sigortalının yasal sorumluluk ölçüsünü aşan her tür talepleri;

f) Manevi tazminat talepleri.



A. . Aksine Sözleşme Yoksa Teminat Dışında Kalan Ödemeler

- a) İdarî ve adlî para cezaları dahil her tür ceza ve cezai şartlar;
- b) Sigortalının iflasına bağlı olarak ortaya çıkabilecek her tür zarar;
- c) Sigortalının aleyhine cezai takibata geçilmesi hâlinde, bu takibattan doğan diğer bilimum masraflar.

A. . Sigortanın Başlangıcı ve Sonu

Sigorta, poliçede başlama ve sona erme tarihleri olarak yazılan günlerde, aksi kararlaştırılmadıkça, Türkiye saati ile öğlen saat 12.00'de başlar ve öğlen saat 12.00'de sona erer.

B. ZARAR VE TAZMİNAT

B.1. Rizikonun Gerçekleşmesi

Sözleşmenin;

A.1.'in (a) bendinde belirtilen şekilde yapılması hâlinde, sigortalının, sözleşme süresi içinde yürüttüğü mesleki faaliyeti dolayısıyla, gerek sözleşme dönemi gerekse sözleşmenin bitiminden itibaren iki yıl içinde başkalarının zarara uğraması sonucunda,

A.1.'in (b) bendinde belirtilen şekilde yapılması hâlinde bir yıldan az olmamak kaydıyla sözleşme yapılmasından önce veya sözleşme yürürlükteyken meydana gelen olaya bağlı olarak;

a) Sigortacının bilgisi ve yazılı muvafakatı dahilinde olmak koşuluyla sigortalı tarafından ödeme yapılması veya,

b) Sigortacının, sigortalıya ayrıca hukuki yardımda bulunmayı da üstlendiği mesleki sorumluluk sigortalarında, tebligat ile davanın veya hukuki takibin öğrenilmesiyle,

c) Zararın gerçekleştiğinin ve bu zararın sigortalının sorumluluğundan kaynaklandığının mahkeme tarafından karar altına alınması hallerinde

riziko gerçekleşmiş olur.

B.2. Rizikoya İlişkin Olarak Sigorta Ettirenin ve Sigortalının Yükümlülükleri

Sigortalı ve sigorta ettiren, aşağıdaki hususları yerine getirmekle yükümlüdür:

a) Haberdar olduğu andan itibaren rizikonun gerçekleştiğini, beş gün içinde sigortacıya ihbar etmek,

b) Sigorta sözleşmesi yokmuş gibi gerekli kurtarma ve koruma önlemlerini almak ve bu amaçla sigortacı tarafından verilecek makul talimatlara uymak,

c) Sigortacının talebi üzerine, olayın ve zararın nedeni ile hangi hâl ve şartlar altında gerçekleştiğini ve sonuçlarını tespiti, tazminat yükümlülüğü ve miktarı ile rücu hakkının kullanılmasına yararlı, elde edilmesi mümkün bilgi ve belgeleri gecikmeksizin vermek,

d) Sigortacının yazılı onayı olmadıkça, sorumluluğu veya tazminat talebini kısmen veya tamamen kabul etmemek, ödeme taahhüdünde bulunmamak, zarar görenlere herhangi bir tazminat ödemesinde bulunmamak;



e) Zarardan dolayı, dava yolu ile veya başka yollarla bir tazminat talebi karşısında kaldığı veya aleyhine cezai kovuşturmayla geçildiği hâllerde, durumdan sigortacıyı derhal haberdar etmek ve zarar ziyan talebine ve cezai kovuşturmayla ilişkin olarak almış olduğu ihbarname, davetiye ve benzeri tüm belgeleri gecikmeksizin sigortacıya vermek,

f) Sigorta konusu ile ilgili başka sigorta sözleşmesi varsa bunları sigortacıya bildirmek.

B. . Tazminat ve Ödenmesi

Rizikonun gerçekleşmesi hâlinde, özel durumlar hariç olmak üzere, hangi belgelerin istenileceği poliçe ekinde açık ve anlaşılır şekilde yer almak zorundadır. Sigortacı, talep edilen tazminat ve giderleri, hak sahibinin tazminata konu olay ve zarara ilişkin tespit tutanağını veya bilirkişi raporunu ve poliçe ekinde de yer alan diğer gerekli belgeleri eksiksiz olarak şirketin merkez veya kuruluşlarına ilettiği tarihten itibaren on beş iş günü içinde gerekli incelemeleri tamamlayıp sözleşmeye aykırı olmayan zararlara ilişkin tazminatı öder.

B.4. Halefiyet

Sigortacı, ödediği tazminat tutarınca, hukuken sigortalının yerine geçer.

C. ÇEŞİTLİ HÜKÜMLER

C.1. Sigorta Priminin Ödenmesi ve Sigortacının Sorumluluğunun Başlaması

Sigortacının sorumluluğu, primin tamamının veya taksitle ödenmesi kararlaştırılmış ise ilk taksidin poliçenin tesliminde ödenmesi ile başlar. Aksi kararlaştırılmadıkça, primin tamamının veya ilk taksidin ödenmemesi hâlinde, poliçe teslim edilmiş olsa dahi sigortacının sorumluluğu başlamaz ve bu şart poliçeye yazılır.

Prim ödemede temerrüde düşülmesi hâlinde Borçlar Kanunu hükümleri uygulanır.

C.2. Sigortalı ve Sigorta Ettirenin Sözleşme Yapıldığı Sırada Beyan Yükümlülüğü

Sigortacı sigorta sözleşmesini, sigorta ettirenin veya bilgisinin olması durumunda sigortalının beyanı ve varsa teklifname ve eklerinde yazılı sorulara verdiği cevaplara dayanarak yapar.

Sigortalı ve sigorta ettirenin beyanı yanlış veya eksik ise ve bu durum, sigortacının sözleşmeyi yapmaması veya daha ağır şartlarla yapmasına neden oluyorsa, sigortacı durumu öğrendiği tarihten itibaren bir ay içinde sözleşmeden cayabilir veya sözleşmeyi yürürlükte tutarak aynı süre içinde prim farkını talep edebilir.

Sigorta ettiren, talep edilen prim farkını kabul ettiğini sekiz gün içinde bildirmediği takdirde sözleşmeden cayılmış olur. Ancak, prim farkının kabul edilmemesi nedeniyle sözleşmeden cayılması, sigortacının gerçeğe aykırı veya eksik beyanı öğrendiği tarihten itibaren bir aylık süre içinde gerçekleşmek durumundadır.

Sigortalı ve sigorta ettirenin kasıtlı davrandığının anlaşılması hâlinde sigortacı, sözleşmeden cayabilir ve gün esasına dayanarak hesap edilen prime hak kazanır.



C. . Sözleşmenin Devamı Sırasındaki Beyan Yükümlülüğü

Sözleşmenin devamı sırasında sigortacının izni olmadan rizikoya etki edici nitelikte değişiklik yapılması hâlinde sigorta ettiren veya sigortalı durumu sekiz gün içinde sigortacıya bildirmekle yükümlüdür.

Durumun sigortacı tarafından öğrenilmesinden sonra, değişiklik, sigortacının sözleşmeyi yapmamasını veya daha ağır şartlarla yapmasını gerektiren hâllerden ise sigortacı, sekiz gün içinde sözleşmeyi fesheder veya prim farkını talep etmek suretiyle sözleşmeyi yürürlükte tutar. Sigorta ettiren, talep edilen prim farkını kabul ettiğini sekiz gün içinde bildirmediği takdirde sözleşme feshedilmiş olur.

Feshin hüküm ifade ettiği tarihe kadar geçen sürenin primi, gün esası üzerinden hesap edilir ve fazlası geri verilir.

Süresinde kullanılmayan fesih veya prim farkını talep etme hakkı düşer.

Rizikodaki değişikliği öğrenen sigortacı, sigorta hükmünün devamına razı olduğunu gösteren bir harekette bulunursa fesih ve prim talep hakkı düşer.

Değişiklik, rizikoyu hafifletici nitelikte ve daha az prim uygulamasını gerektirir hâllerden ise; sigortacı, bu değişikliğin yapıldığı tarihten sözleşmenin sona ermesine kadar geçecek süre için gün esasına göre hesap edilecek prim farkını sigorta ettirene geri verir.

Sigortacının sözleşmeyi bu değişikliklere göre yapmamasını veya daha ağır şartlarla yapmasını gerektiren hâllerde:

- a) Sigortacı durumu öğrenmeden önce,
- b) Sigortacının fesih ihbarında bulunabileceği süre içinde,
- c) Fesih ihbarının hüküm ifade etmesi için geçecek süre içinde, riziko gerçekleşirse, sigortacı, tazminatı tahakkuk ettirilen prim ile tahakkuk ettirilmesi gereken prim arasındaki orana göre öder.

C. . Sigorta Ettirenin ve Sigortalının Durumu

Bu genel şartlarda düzenlenen sigorta ettirenin borç ve yükümlülüklerinin sigortalı tarafından veya sigortalıya yüklenen yükümlülüklerin sigorta ettiren tarafından yerine getirilmesi hâllerinde, borç ve yükümlülükler, ifa edilmiş sayılır. Ancak sigortacının sırf bu nedenle durumunun ağırlaştığını ileri sürerek itiraz etme hakkı saklıdır.

C. . Tebliğ ve İhbarlar

Sigortalının ve sigorta ettirenin bildirimleri, sigorta şirketinin merkezine veya sigorta sözleşmesine aracılık eden acenteye yapılır.

Sigortacının bildirimleri de sigortalıya karşı yapılacaksa sigortalının, sigorta ettirene karşı yapılacaksa sigorta ettirenin son bildirilen adresine noter eliyle veya taahhütlü mektupla yapılır.

Taraflara imza karşılığı elden verilen mektup veya telgrafla yapılan bildirimler de taahhütlü mektup hükmündedir.

Güvenli elektronik imza kullanılarak elektronik ortamda yapılan ve sigortacıya, sigortalıya ve sigorta ettirene ulaştığı kanıtlanabilen bildirimler de geçerli sayılır.



C.6. Mesleki Faaliyete Son Verilmesi

Poliçede tanımlanan mesleki faaliyete son verilmesi hâlinde sigorta sözleşmesi sona erer ve işlemeyen günlere ait prim sigorta ettirene iade edilir.

C.7. Ticari ve Mesleki Sırların Saklı Tutulması

Sigortacı ve sigortacı adına hareket edenler bu sözleşmenin yapılması dolayısıyla sigortalıya ve sigorta ettirene ilişkin öğreneceği sırların saklı tutulmamasından doğacak zararlardan sorumludur.

C.8. Yetkili Mahkeme

Sigorta sözleşmesinden doğan anlaşmazlıklar nedeniyle sigortacı aleyhine açılacak davalarda yetkili mahkeme, sigorta şirketinin merkezine veya sigorta sözleşmesine aracılık yapan acentenin ikametgahının bulunduğu yerdeki, sigortalı veya sigorta ettiren aleyhine açılacak davalarda ise davalının ikametgahının bulunduğu yerdeki mahkemedir.

C. . Zaman aşımı

Sigorta sözleşmesinden doğan bütün talepler iki yılda zaman aşımına uğrar.

C.10. Kızlar ve Özel Şartlar

Bu genel şartların eki niteliğindeki kızlar genel şartlara göre özel düzenlemeler içerebilir.

Taraflar, sigorta ettiren ve sigortalının aleyhine olmamak üzere özel şartlar kararlaştırabilir.

EK 2

MESLEKİ SORUMLULUK SİGORTASI GENEL ŞARTLARI HEKİM MESLEKİ SORUMLULUK SİGORTASI KLOZU

I. Kapsam

16 Mart 2006 tarih ve 26110 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Mesleki Sorumluluk Sigortası Genel Şartlarına bağlı olarak verilen bu kloz ile sigortacı, sözleşmedeki şartlara tabi olmak kaydı ile sigortalının poliçede konusu belirlenmiş mesleki faaliyeti ifa ederken neden olduğu zarar dolayısıyla ödemek zorunda kaldığı veya kalacağı tazminat tutarları ile kararlaştırılmışsa yargılama giderleri ve avukatlık ücretlerini poliçede yazılı limitler dahilinde temin eder.

Her tür manevi tazminat talepleri, poliçede belirlenen teminat limitlerinin içinde kalmak ve bu teminat limitinin en fazla % 50’si ile sınırlı olmak kaydıyla teminat kapsamındadır.

Sigortacının, teminat verdiği dönem içinde karşılaştığı tüm taleplerle ilgili sorumluluğu poliçede belirtilen tazminat limitini aşamaz.

II. Teminat Dışında Kalan Tazminat Talepleri

Mesleki Sorumluluk Sigortası Genel Şartları’nın “A.3. Teminat dışında Kalan Haller” maddesinde yer alan düzenlemeler saklı kalmak kaydıyla;

1. Ruhsatlı bir sağlık kurum veya kuruluşunda ve acil haller dışında yapılmadığı ve usulünce yetki verilmiş bir anestezi uzmanı gözetimi altında olmadığı sürece, dış hekimleri ve cerrahlar tarafından genel anestezi uygulanmasından kaynaklanan tazminat talepleri,



2. İlk yardım ve acil müdahale hariç olmak üzere, meslekten geçici yasaklanılan dönem içinde verilen her tür tedavi ve sağlık hizmetlerinden kaynaklanan tazminat talepleri,
3. İlk yardım veya acil yardım hizmetlerinin sunulduğu yerlerde, yeterli ve gerekli ekipman ile teçhizatın sigortalının kişisel kusuru ile bulundurulmamasından kaynaklanan tazminat talepleri,
4. Tıbbi amaçlı kullanım dışında, radyoaktif, zehirli, patlayıcı veya herhangi bir patlayıcı nükleer bileşim veya bunun nükleer bir parçasının tehlikeli özellikleri sebebiyle talep edilen tazminat talepleri,
5. Tıbbi amaçlı kullanım dışında, diethylstibesterol (DES), dioxin, urea formaldehide, asbest, asbestli ürünler veya asbest içeren ürünlerin kullanımından kaynaklanan her tür hastalık (kanser dahil) veya asbestten kaynaklanan bütün tazminat talepleri,

teminat dışındadır.

III. Ek Sözleşme ile Teminat Altına Alınabilecek Tazminat Talepleri ve Ödemeler

Manevi tazminata ilişkin düzenleme haricinde Mesleki Sorumluluk sigortası Genel Şartları'nın "A.4. Aksine Sözleşme Yoksa Teminat Dışında Kalan Haller, Tazminat Talepleri ve Ödemeler" maddesi saklı kalmak kaydıyla;

1. Genetik mühendisliği uygulamalarından kaynaklanan tazminat talepleri,
2. Her türlü deney veya araştırmalardan doğan tazminat talepleri,
3. Her tür kan bankası faaliyeti neticesinde doğrudan veya dolaylı olarak meydana gelen tazminat talepleri,
4. Tanı veya tedavi amacı olmaksızın yapılan bütün tıbbi müdahaleler ile plastik cerrahların güzelleştirme amaçlı yaptıkları her tür estetik ameliyattan kaynaklanan tazminat talepleri,
5. Üremeye yardımcı (kısırlık tedavisi) ya da üremeyi önleyici (kısırlaştırıcı tedavi) her tür sağlık hizmetinden kaynaklanan tazminat talepleri,
6. Sigortalının fiillerinden sorumlu olduğu kişilerin kasıtlı hareketlerinden kaynaklanabilecek tazminat talepleri,
7. AIDS veya onun patojenleri ya da hepatit A, B veya C'ye bağlı olabilecek yahut onlardan kaynaklanan veya onların katkıları ile oluşan her türlü zarar ile bunlar sonucu ortaya çıkan ruhsal rahatsızlıklara bağlı tazminat talepleri,
8. İnsan ve hayvan organları, kanları, hücreleri, her türlü ifrazatı, türevleri, genleri, biosentez ve ilgili mamüllerin denenmesi, değiştirilmesi, elde edilmesi, kazanılması, hazırlanması, işlenmesi, elden geçirilmesi, dağıtımı, depolanması, ikame edilmesi, kullanılmasından kaynaklanan tazminat talepleri,
9. Sigortalıya, bir sağlık kurumunda yönetici veya işletici olması nedeniyle yöneltilen tazminat talepleri, aksine sözleşme yoksa teminat dışındadır



DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLER AÇISINDAN DUYGUSAL ZEKANIN SAĞLIK PERSONELİ ÜZERİNDE İNCELENMESİNE YÖNELİK BİR ÇALIŞMA

Ceren ERDİN¹;Ayşe DEMİRHAN²;Altan DOĞAN³;Serdar BOZKURT⁴

¹Araştırma Görevlisi, Yıldız Teknik Üniv., İşletme Bölümü, Sayısal Yöntemler Anabilim Dalı,
emetin@yildiz.edu.tr

²Araştırma Görevlisi, Yıldız Teknik Üniv., İşletme Bölümü, Sayısal Yöntemler Anabilim Dalı,
aysed@yildiz.edu.tr

³Araştırma Görevlisi, İstanbul Üniv., İşletme Fakültesi, İnsan Kaynakları Yönetimi Anabilim Dalı
altand@istanbul.edu.tr

Araştırma Görevlisi, Yıldız Teknik Üniv., İşletme Bölümü, Örgütsel Davranış Anabilim Dalı
sbozkurt@yildiz.edu.tr

Özet

Bu çalışmada amaç, beş özel hastane ve bir mediko sosyal merkez çalışanlarının duygusal zeka düzeylerinin demografik değişkenler (cinsiyet, yaş, çalışılan pozisyon, kıdem) açısından incelenmesidir. Bu amaç doğrultusunda, duygusal zeka ölçeğinden elde edilen veriler ile çalışanların demografik özellikleri karşılaştırılmıştır. Çalışmaya, özel ve resmi kurumlardan 101 kişi katılmıştır. Katılımcılara, duygusal zeka ölçümü için anket uygulanmıştır. Araştırma verilerinin incelenmesinde t testinden, tek yönlü Anova (one-Way Anova) testinden ve tanımlayıcı istatistiklerden (aritmetik ortalama, standart sapma) yararlanılmıştır. Araştırma sonucunda elde edilen veriler, SPSS for Windows istatistik programı ile değerlendirilmiştir.

Araştırma sonucunda, sağlık personelinin duygusal zeka düzeyleri iyi olarak görülmektedir. Sağlık personelinin, demografik değişkenler açısından duygusal zekaları anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

Anahtar Kelimeler: *Duygusal Zeka, Hastane Çalışanları, Sağlık Personeli*

Giriş

İşletmecilik alanında son 15-20 yıllık dönemde gelişmekte olan kavramlardan biri duygusal zeka olarak görülmektedir. Duygusal zeka; yöneticilere alacakları kararlarda duyguların algılanıp değerlendirilmesi, yorumlanması ve yönetimi konusunda fikir vermektedir. Duygusal zeka sayesinde, yöneticiler aldıkları kararları değerlendirebilmede kendilerine yeni bir araç geliştirmişlerdir.

Çalışmada, sağlık sektöründe faaliyet gösteren özel ve resmi kurumlarda çalışan personelin duygusal zekaları çeşitli demografik değişkenler açısından incelenmiştir. Bu amaçla önce duygusal zeka kavramı açıklanmış ve sonra İstanbul ilinde çalışan sağlık personelinin duygusal zeka ölçümünü tespit etmek amacıyla gerçekleştirilen anket sonucu elde edilen veriler ortaya konmuştur.

Duygusal Zeka Kavramı

Duygusal zeka kavramı, psikolog John Mayer ve Peter Salovey tarafından ilk kez 1990 yılında kullanılmıştır (Yelkikalan, 2006). Salovey ve Mayer'e göre duygusal zeka; bir kişinin kendisinin ya da başkalarının hislerini ve duygularını yansıtabilmesi, onları ayırt edebilmesi ve kişinin düşüncesi ve eyleminde bu bilgileri kullanabilmesidir. Goleman (1995)'a göre ise duygusal zeka; kişinin kendi



duygularını anlaması, başkalarının duygularına empati beslemesi ve duygularını yaşamı zenginleştirecek biçimde düzenleyebilmesi yetisidir (Becerren, 2007).

Duygusal zeka kavramına 1990'lar boyunca ilginin artması sonucu bu kavramın iki farklı bakış açısı ortaya konulmuştur. İlk bakış açısı, karışık model (mixed-model) olarak adlandırılmış ve Goleman ve arkadaşları tarafından ortaya konulmuştur. Bu model, duygusal zeka tanımını daha geniş açıdan ele almaktadır. İkinci bakış açısı ise Salovey ve Mayer tarafından belirtilen yetenek modelini ifade etmektedir. Bu model, duygusal zekanın tanımının daha kısıtlayıcı açıklamasını içermektedir (Weinberger, 2002).

Duygusal zeka; duyguların düşüncüyü arttırması için, duyguların ve duyguyu ifade eden nedenlerin kapasitesi olarak da tanımlanabilmektedir. Bu doğrultuda duygusal zeka; doğru bir şekilde duyguların algılanması, duygulara erişim ve duyguların ortaya çıkarılmasına yardımcı olma, duyguların anlaşılması ve duygusal bilgi ile duyguların düzenlenmesinin yansıtılması yeteneklerini içerir (Mayer, Salovey ve Caruso, 2004).

Mayer ve Salovey tarafından yapılan duygusal zeka tanımı üç ana başlığı içermektedir (Yelkikalan, 2006). Bunlar:

- Duyguları ifade etmek: Bir kimsenin, kendisinin ve başkalarının duygularını tanımasına ilişkin yetenektir.
- Duyguları kullanmak: Duygulara ve duyguların nedenlerine ulaşmaya ilişkin yeteneklerdir.
- Duyguları anlamak: Duygusal bilgi terimi ile ifade edilmeye çalışılmıştır.

Goleman'a göre duygusal zeka boyutları şunlardır (Goleman, 2000):

- Özbilinç: Bireyin içinde bulunduğu anda neler hissettiğini bilmesi, kendi yetilerine yönelik gerçekçi bir değerlendirmeye ve sağlam temellere dayanan bir özgüven hissine sahip olması.
- Kendine çeki düzen vermek: Bireyin duygularını, uğraştığı işi engellemek yerine kolaylaştıracak şekilde idare etmesi, vicdanlı olması ve hedeflere ulaşmak için bir zevkin tatminini ertelemesi; duygusal sıkıntıdan kendi kendini kurtarıp toparlaması.
- Motivasyon: Bireyi hedeflerine yöneltmesi ve yol göstermesi; inisiyatif kullanmaya ve gelişmesi için çaba harcamaya, yenilgiler ve engellenmişlik hissi karşısında sebat etmeye yardımcı olacak şekilde en derindeki duygularını kullanması.
- Empati: Bireyin diğer insanların neler hissettiğini sezmesi, onların gözüyle bakabilmesi ve çok farklı insanlarla dostluk geliştirip uyum sağlayabilmesi.
- Sosyal beceriler: Bireyin ilişkilerinde duygularını idare edebilmesi, sosyal durumları ve ilişki ağlarını doğru algılaması, etkileşim içinde olması; bu becerileri ikna ve liderlik etmede, anlaşmazlıklarda uzlaşma ve çözüm sağlamada, işbirliği ve ekip çalışmasında kullanması.

Literatür İncelemesi

Duygusal zeka ile demografik değişkenler arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaların sayısı günümüzde gittikçe artmaktadır. Bu çalışmalarda özellikle cinsiyet ve yaş değişkenleri üzerine odaklandığı görülmektedir. Ülkemizde, Serin ve Özbek tarafından (2007) okul yöneticilerine yönelik yapılan çalışmada cinsiyet ile duygusal zeka arasında anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir. Çıbıkcı'nın (2004) okul öncesi öğretmenleri ile yapmış olduğu çalışmasında cinsiyet ile duygusal zeka arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Tunca'nın (2004) meslek lisesi öğretmenlerine yönelik



yaptığı çalışmasında da duygusal zeka ile cinsiyet arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Serin ve Özbek: 2007). Girgin'in (2007) üniversite öğrencilerine yönelik yaptığı çalışmada da duygusal zeka ile cinsiyet arasında önemli bir farklılık saptanmamıştır (Girgin, 2007).

Kadınların duygusal zekalarının erkeklerden daha fazla olduğu yönündeki genel yargıya rağmen, Bar-on ve arkadaşları (2000) 166 kişi üzerinde yaptıkları çalışmalarında da erkekler ve kadınlar arasında duygusal zeka açısından önemli bir fark olmadığını iddia etmişlerdir. Çalışmada kadınlar ile erkekler arasında ortaya çıkan önemli farklar, kadınların kişiler arası ilişkilerde erkeklerden daha iyi oldukları, erkeklerin ise, stresi tolere etmede kadınlara nazaran daha başarılı oldukları sonucudur.(Aşan ve Özyer: 2003)

Araştırmanın Yöntemi

Çalışma, beş özel hastane ve bir mediko-sosyal merkez çalışanları arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırma, çalışmanın gerçekleştirildiği kurumlardaki sağlık personelinin duygusal zeka düzeylerinin tespiti ve demografik değişkenler açısından farklılıklarının incelenmesine yönelik olarak tasarlanmıştır. Araştırma hipotezlerinin geliştirilmesi bu yönde yapılmıştır.

Araştırmanın Amacı ve Önemi

Bu çalışmanın temel amacı, sağlık personelinin duygusal zeka düzeylerinin demografik değişkenler (cinsiyet, yaş, çalışılan pozisyon, kıdem) açısından incelenmesidir. Bu bağlamda çalışmanın önemi ise; sağlık personelinin duygusal zeka düzeyleri üzerinde ampirik veriler elde edilmesine olanak sağlaması, araştırma yapılan işletmelere duygusal zekanın değerini vurgulaması ve duygusal zeka ölçeğinin farklı sektörlerde de uygulanabilirliğini gösterebilmesidir.

Veri Toplama Aracı ve Analiz Tekniği

Araştırmada veri toplama aracı olarak anket kullanılmıştır. Anket formu oluşturulurken, duygusal zeka için Schutte ve ark.1. (1998) tarafından geliştirilen ve 33 ifadeden oluşan ölçekten yararlanılmıştır. Schutte ve arkadaşlarının geliştirdikleri ölçek, Salovey ve Mayer tarafından geliştirilen duygusal zeka modeline dayalı olarak geliştirilmiştir. Schutte ve arkadaşları 62 maddelik bir ifade havuzundan faktör analizi sonucunda 33 maddelik bir ölçek geliştirmişlerdir (Schutte vd. 1998). Anketteki ifadeler beş dereceli Likert tipi ölçeğe göre değerlendirilmiştir (1:Kesinlikle Katılmıyorum 5:Kesinlikle Katılıyorum). Veriler, *SPSS for Windows 11.5* paket programında analiz edilmiştir. Duygusal zekanın ölçümünde tanımlayıcı istatistiklerden; aritmetik ortalama ve standart sapmadan yararlanılmıştır. Ayrıca araştırma verilerinin normal dağıldığı yapılan K-S testi sonucunda belirlenmiş ve çalışanların duygusal zeka düzeylerinin demografik değişkenlere göre farklılıklarını incelemek amacıyla parametrik analiz tekniklerinden, t testi ve One-Way ANOVA testleri kullanılmıştır.

Araştırmada Kullanılan Ölçeğin Güvenilirlik Analizi

Araştırmada kullanılan duygusal zeka ölçeğine ait güvenilirlik analizi sonucunda Cronbach Alpha: 0,8775 olarak hesaplanmıştır. Bu sonuç, anket formunu oluşturan ifadelerin içsel tutarlılığının sosyal bilimlere yönelik bir araştırma için yüksek derecede güvenilir olduğunu göstermektedir (Akgül ve Çevik, 2005).



Bulgular ve Yorumlar

Araştırmadaki sağlık çalışanlarına ait genel bilgiler şöyledir: Araştırmaya katılanların 15'i erkek (%14,9) ve 86'sı (%85,1) kadındır. Katılımcıların daha çok 18 ile 27 yaş aralığındaki çalışanlar olduğu görülmektedir (%64,4). Yine katılımcıların eğitim durumlarının lise ile üniversite mezunu seviyesinde yoğunlaştığı görülmektedir. Lise mezunu %49,5 ve üniversite mezunu %36,6 olarak belirlenmiştir. Çalışanların organizasyon içindeki pozisyonları ise daha çok idari-teknik personel olarak belirlenmiştir (%80,2). Araştırmaya katılanların demografik özellikleri Tablo1.'de yer almaktadır.

Tablo 1. Araştırma Katılımcılarının Sosyo-Demografik Özellikleri

		Frekans	Yüzde (%)
Cinsiyet	Erkek	15	14,9
	Kadın	86	85,1
Yaş	18-27 yaş	65	64,4
	28-37 yaş	26	25,7
	38-47 yaş	10	9,9
Eğitim	İlköğretim	9	8,9
	Lise	50	49,5
	Üniversite	37	36,6
	Lisansüstü	5	5
Çalışılan Pozisyon	Doktor	7	6,9
	Hemşire	13	12,9
	Diğer (idari ve teknik personel, hastabakıcı vb.)	81	80,2

Araştırmada, duygusal zekaya ait tanımlayıcı istatistik sonuçları incelendiğinde; ortalama 4,08 (Std. Sapma 0,413) olarak çıkmış ve "iyi" olarak değerlendirilmiştir.

Araştırma Hipotezleri

H₁: Sağlık personelinin duygusal zekası, cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

Yapılan "t testi" sonucunda cinsiyete göre anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. H₁ hipotezi reddedilmiştir. (p=0,06>0,05)

H₂: Sağlık personelinin duygusal zekası, çalışılan pozisyon değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

Yapılan "One-Way ANOVA" testi sonucunda pozisyona göre anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. H₂ hipotezi reddedilmiştir. (p=0,334>0,05)

H₃: Sağlık personelinin duygusal zekası, eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.



Yapılan “One-Way ANOVA” testi sonucunda eğitime göre anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. H₃ hipotezi reddedilmiştir. (p 0,258>0,05)

H₄: Sağlık personelinin duygusal zekası, yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

Yapılan “One-Way ANOVA” testi sonucunda yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. H₄ hipotezi reddedilmiştir. (p 0,457 0,05)

Sonuç

Araştırma sonucunda, literatür açısından duygusal zeka ölçeğinin sağlık sektöründe de uygulanabilirliğine ilişkin veriler elde edilmiştir. Uygulamada sağlık personeline duyguların algılanması, anlaşılması ve yönetimi konusunda gerekli bilgiler sağlanmıştır.

Araştırma sonucunda, sağlık personelinin duygusal zeka düzeyleri iyi olarak görülmektedir. Ancak sağlık personelinin duygusal zeka ölçümü demografik değişkenler açısından anlamlı bir farklılık göstermemektedir. Bu durumun da özellikle çalışanların benzer düzeyde duygusal zekaya sahip olmasından ve örneklem sayısından kaynaklandığı düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

- 1-Akgül, Aziz; Çevik, Osman. İstatistiksel Analiz Teknikleri: SPSS’te İşletme Yönetimi Uygulamaları. Ankara: Emek Ofset: 2005.
- 2-Aşan, Özyer; Özyer, Kubilay. Duygusal Zekaya Etki Eden Demografik Faktörlerin Saptanmasına Yönelik Ampirik Bir Çalışma, H.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Cilt 21, Sayı 1, 2003, 151-167
- 3-Beceren, Eray. <http://www.duygusalzeka.com/BolumGoster.asp?AnaKonu=genel>, [14.05.2007].
- 4-Girgin, Günseli. Öğretmen Adaylarında Duygusal Zeka Düzeyi Ve Etki Eden Faktörlerin Araştırılması, International Symposium Emotional Intelligence and Communication, İzmir-Türkiye, May 7-9, 2007;163-171.
- 5-Goleman, Daniel. çev.Handan Balkara. İşbaşında Duygusal Zeka. İstanbul: Varlık Yayınları, 2000.
- Mayer, John D.; Salovey, Peter; Caruso, David R. Emotional Intelligence: Theory, Findings, and Implications. Psychological Inquiry. 2004, 15(3), 197-215.
- 6-Schutte, Nicola S.; v.d. Development And Validation of a Measure of Emotional Intelligence. Personality and Individual Differences. 1998, Vol.25,167-177.
- 7-Serin, Nergüz Bulut; Özbulak, Berrin. Okul İdarecilerinin Duygusal Zeka Beceri Düzeyleri ve Yaşam Doyumunun, Yöneticilik Deneyimleri ve Cinsiyet Açısından İncelenmesi, International
- 8-Symposium Emotional Intelligence and Communication, İzmir-Türkiye, May 7-9, 2007; 23-30.
- 9-Weinberger, Lisa A. Emotional Intelligence: Its Connection to HRD Theory and Practice. Human Resource Development Review. 2002, Vol 1, 215-242.
- 10-Yelkikalan, Nazan. 21.Yüzyılda Girişimcinin Yeni Özelliği: Duygusal Zeka. Girişimcilik ve Kalkınma Dergisi. 2006, 1(2), 39-51.



Uluslararası Sağlık ve Hastane Yönetimi Kongresi
International Health and Hospital Administration Congress
01-03 June 2007 Near East University - Nicosia - TRNC - Mersin 10 Turkey





HEMŞİRELERİN HASTANELERDE YENİDEN YAPILANDIRMA ve İŞLERİ İLE İLGİLİ BAZI DEĞERLENDİRMELERİ: ERCİYES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANELERİ ARAŞTIRMASI

Demet ÜNALAN*, Mehmet TOP**, Menderes TARCAN***

* Erciyes Üniversitesi Halil Bayraktar Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu

** Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık İdaresi Bölümü

*** T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü

ÖZET

Bu çalışmada bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin hastanede yapılmakta olan ve yeniden yapılandırma denebilecek bazı uygulamalar ve bunların sonuçları ile ilgili bazı noktalardaki tutumları ve işle ilgili problemleri ele alışlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Araştırma Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri'nde çalışan 220 hemşireleri üzerinde yapılmıştır. Araştırmada veri toplama tekniği olarak anket yöntemi kullanılmıştır. Hemşireler özellikle hastanelerinde personel işine son verme ve bütçe sınırlamasının olduğunu kabul etmektedir. Ayrıca personel alımında başarısızlık, erken emekliliğe teşvik ve hasta yatağını ve birim kapatma gibi değişikliklerin olduğunu da belirtmektedirler. Hemşireler son bir yıl içinde hastanede başta personel güvenliği olmak üzere, yemek kalitesi ve çeşitliliği, personel arabası için park, hasta tuvaletleri, hastane temizliği gibi konularda gelişmeler ve değişiklikler olduğunu belirtmektedir. Yapılmakta olan yeniden yapılandırma veya değişim çalışmalarının sağlık hizmetlerinde kalite azalması, hasta-sağlık personeli iletişiminin bozulması, çalışma koşullarının kötüleşmesi ve yönetsel iş yükü artışı gibi negatif sonuçlara neden olduğu yönündeki görüşlere önemli sayılabilecek derecede katılım söz konusudur.

Anahtar kelimeler: Hemşireler, Hastane, Yeniden yapılandırma

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Hastanelerde yeniden yapılandırma (re-engineering) önemli bir alternatif değişim sürecidir. Bu süreçte hastane hizmetlerinin hızı, kalitesi, maliyeti gibi performans göstergelerinde radikal ve yeniden düşünmeyi esas alan hastane yönetim ve işleyişinde yeniden yapılanmaları ön plana çıkarılmaktadır (Appelbaum ve Wohl 2000).

Geçen on yıl içinde gelişmiş ve sanayileşmiş ülkeler başta olmak üzere tüm dünyada hastane sektöründe ve hastane yönetimlerinde önemli yeniden yapılandırma çalışmaları yapılmıştır. Yeniden yapılandırma çalışmaları hastanelerin performans ve finansal yapıları başta olmak üzere bir çok fonksiyonuna olumlu katkılar sağlamıştır. Hastane sektöründe kapatma, hasta yatağı sayısını azaltma, birleşme, hastane idari ve klinik birimlerinin yeniden organizasyonu gibi yeniden yapılandırma uygulamaları yapılmaktadır. Bu uygulamalarda belirleyici personel hekimler olmakla birlikte hemşirelerin de önemli katkılar sağladığı unutulmamalıdır (Burke 2003a, Burke 2003b).

Hastaneler yeniden yapılandırma çalışmalarında başarılı olmak için çalışanların desteğini almak zorundadır. Dünyada hastane yeniden yapılandırmanın ilk uygulanmaya alındığı yıllarda tüm yöneticilerin desteği alınmadığından bazen başarısızlıklar yaşanmıştır. Sağlık sektöründe değişim ve



yeniden yapılandırma ihtiyacını sektörün içindeki tarafların ve yapılanmaların farkında olarak birlikte hareket etmeleri gerekmektedir (Appelbaum ve Wohl 2000, Waltston 1997).

Bu çalışmada bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin hastanede yapılmakta olan ve yeniden yapılandırma denebilecek bazı uygulamalar ve bunların sonuçları ile ilgili bazı noktalardaki tutumları ve işle ilgili problemleri ele alışlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

2. MATERYAL VE METOD

Kesitsel nitelikteki bu çalışmada; Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri'nde çalışan 507 hemşireden sistematik örnekleme yöntemi ile seçilen 254 hemşire araştırma kapsamına alınmıştır. Seçilen hemşirelerden 220 (%86.6)'sine ulaşılmış olup; % 13.4'üne senelik izinde olma, raporlu olma, araştırmaya katılmayı reddetme gibi nedenlerle ulaşılamamıştır. Araştırmada veri toplama tekniği olarak anket yöntemi kullanılmıştır. Araştırma anketinde üç bölüm bulunmaktadır. Birinci bölümde hemşirelerin mesleki ve demografik özelliklerine ait sorular yer almaktadır. İkinci bölümde hastanede yeniden yapılandırma kapsamında ele alınabilecek bazı uygulamaların son bir yıl içinde hastanelerinde yapılıp yapılmadığı ve hastane yeniden yapılandırmasının etkileri sorgulanmaktadır. Son bölümde işe hemşirelerin işleri ile ilgili problemlere yaklaşımlarına yer verilmektedir. Veri analizi SPSS 11.00 ile yapılmıştır. Veriler bilgisayara aktarılmış ve bazı ifadeler için gerekli olan skoru tersine çevirme işlemleri yapılmıştır. İstatistiksel analizler olarak aritmetik ortalama, yüzde, frekans, standart sapma gibi tanımlayıcı istatistikler ile karşılaştırma yapılırken bağımsız gruplarda iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi ("t" testi) uygulanmıştır.

3. BULGULAR

Tablo 1. Hastanede Son Bir Yıl İçinde Yapılan Bazı Değişikliklere Ait Düşünceler

Değişiklikler	Evet		Hayır	
	Sayı	%	Sayı	%
Personel işine son verme	58	26,24	162	73,76
Hasta yatağını hizmete kapatma	9	4,07	211	95,93
Birimi hizmete kapatma	14	6,33	206	93,67
Ücret dondurma	12	5,43	208	94,57
Bütçe sınırlaması	57	25,79	163	74,21
Erken emekliliğe teşvik	8	3,62	212	96,38
İş paylaşımı	76	34,39	144	65,61
Vardiya azaltma	8	3,62	212	96,38
Personel alımında başarısızlık	82	37,10	138	62,90

Tablo 1, hastanede son bir yıl içinde yapılan değişikliklere hemşirelerin oldu olmadı şeklinde verdiği yanıtların dağılımı gösterilmektedir. Buna göre hemşireler özellikle personel alım politikasında başarısızlık ve personel işine son verme ile bütçe sınırlamasının olduğunu belirtmektedirler.



Tablo 2. Hastane Gelişimine İlişkin Değerlendirmelerin Dağılımı (n 220); (1 çok gelişti, daha kötü)

Kalemler	Ortalama	Std. Sapma
Personel Güvenliği	3,70	0,99
Yemek Kalitesi	3,48	0,88
Yemek Çeşitliliği	3,46	0,87
Personel Arabası İçin Park	3,15	0,98
Hasta Tuvaletleri	3,11	0,88
Hasta Kafeteryası	3,01	0,73
Kafeterya Personeli	2,95	0,74
Tuvaletlerden Sorumlu Personel	2,92	0,83
Tıbbi Araç Gerecin Devamlılığı	2,73	0,94
Hastane Temizliği	2,64	0,87
Hastane Binasının Tamir Ve Bakımı	2,45	0,82

Tablo 2, hastanenin bazı unsurlarında yapılan değişim ve gelişmelerin olduğuna katılma derecelerinin dağılımını göstermektedir. Buna göre hemşireler personel güvenliği, yemek kalitesi ve çeşitliliği, araç parkı, hasta tuvaletlerinde gelişmelerin olduğunu yüksek seviyede kabul etmektedir. Ancak hastane binasının bakım ve onarımında gelişme olduğuna dair kabul düzeyi oldukça düşüktür.

Tablo . Hastane Değişim Yaklaşımına İlişkin Değerlendirmelerin Dağılımı (n 220); (1 hiç katılmıyorum, tamamen katılıyorum)

Hastane değişimlerine yaklaşım	Ort.	Std. Sapma
Hastanede yapılan personel azaltma uygulamasından memnunum.	4,42	0,827
Hastane yönetimi yeniden yapılandırma çalışmaları için tüm personelin düşüncelerinden yararlanmaya çalışmaktadır.	4,12	1,122
Yönetici personel bilgilerini toplamakta ve düzenli aralıklarla personeli destekleyici toplantılar yapmaktadırlar.	3,72	1,233
Hastane dergisi, internet sitesi yeniden yapılandırma hakkında yeterli bilgi sunmaktadır	3,39	1,255
Hastanede yapılan değişikliklerden memnunum.	3,28	1,211
Hastane yeniden yapılandırılması tepeden-aşağıya doğru yaklaşımla yapılmakta ve yöneticiler tüm kararları almaktadırlar.	3,13	1,427
Bu yapılandırma çalışmalarından sonra hastanemiz önemli bir gelişme sağlayacaktır.	3,11	1,293



Tablo 3, hastane personelinin hastanede yapılan değişikliklere ilişkin değerlendirmelerini göstermektedir. Tablo incelendiğinde hemşireler en çok personel azaltma uygulamasından memnun olmaları oldukça yüksektir.

Tablo . Hastane Yeniden Yapılandırılmasının Olumsuz Etkileri Üzerine Değerlendirmelerin Dağılımı (n 220); (1 hiç katılmıyorum, tamamen katılıyorum)

Olumsuz etkiler	Ort.	Std. Sapma
Hastalarımıza sunulan sağlık bakım ve hizmeti kalitesinde azalma	3,51	1,10
Önemli hizmet ve programlar için gerekli beceri ve bilimde azalma.	3,30	1,22
Kalifiye personel yerine daha az kalifiye personelin hastaneye alınması.	3,12	1,45
Personel ve hastalar arasındaki iletişimde azalma ve bozulma.	2,94	1,27
Çalışma koşullarımıza negatif etki.	2,74	1,23
Yönetimsel iş yükünde artış	2,71	1,31
Standartlarıma uygun işimi yapma zorluğu	2,62	1,21
Hastaların bekleme sürelerinde artış.	2,62	1,35
Hizmetlere ulaşma süzersinde azalma	2,61	1,22
Hasta departmanları arasında iletişim eksikliği.	2,55	1,23
Personel moraline negatif etki.	2,54	1,25
Hemşirelerin daha çok ev idaresi gibi destek hizmetlerini yapmak zorunda kalması.	2,33	1,35

Tablo 4 incelendiğinde değişikliklerin sunulan hizmetlerin kalitesinde azalma yarattığı görüşü en yüksek derecede kabul görmüştür. Ayrıca personel bilgi becerisinde azalma, kalifiye olmayan personel alımı, çalışma koşullarının bozulması, yönetimsel iş yükü artışları gibi olumsuzluklarda yüksek derecede kabul görmüştür.

Tablo . Hemşirelerin İşleriyle İlgili Algılamalar (n 220); (1 asla, her gün)

İşle İlgili Algılamalar	A. Ort.	Std. Sapma
İşimde başarılı ve iyi olduğumu düşünüyorum	4,42	,93
İşimde benden bekleneni yaptığımda kendimi güvende hissediyorum	4,37	1,24
İşimde bir başarı elde ettiğimde kendimi mutlu hissediyorum	4,21	1,29
İşimden dolayı kendimi kendimi duygusal olarak tükenmiş hissediyorum	2,63	1,83
İşimde kendimi gergin hissediyorum.	2,48	1,78
İşimle ilgili problemler uyku düzenimi etkilemektedir.	2,46	1,96
İşimle ilgili problemler normalden daha çok endişeli ve üzgün olmam sebep olmaktadır	2,37	1,79
İşimde kendimi hayal kırıklığına uğramış hissediyorum.	2,09	1,86



İş dışında kendimi tükenmiş hissediyorum	2,08	1,87
İşimle ilgili problemler iştahımı olumsuz etkilemektedir.	1,85	1,89
İşimle ilgili problemler mide ağrılarımı arttırmaktadır.	1,85	1,88

Tablo 5, hemşirelerin işleriyle ilgili bazı algılama durumlarının dağılımı göstermektedir. Buna göre hemşireler en çok işlerinde başarı ve iyi oldukları düşüncesine katılmaktadır.

Tablo 5. Hemşirelerin İşle İlgili Problemlere Yaklaşımları ve Ele Alışları (n = 220); (1 = asla, hergün)

İşle ilgili problemlere yaklaşım	A. Ort.	Std. Sapma
Benim için problem olan işi çözerim	4,16	0,91
Problemden kurtulmaya ve yok etmeye çalışırım	4,04	0,97
Probleme verdiğim tepkiyi/yaklaşımı analiz ederim	3,94	0,85
Alternatiflerimi gözden geçiririm.	3,88	0,86
Problemin kaynağını tanımlarım.	3,86	0,94
Çözüm için görüşmelerde bulunmaya çalışırım	3,84	0,88
Durumla ilgili daha çok bilgi elde et	3,81	0,91
Problemin nedenini kendime sorarım	3,77	0,99
İşlerin yolunda gitmesini dilerim	3,64	1,09
Yetkili birisini bildiririm	3,46	1,06
Kontrolü ele alırım	3,33	1,10
Diğerlerine anlatırım	3,26	1,09
Keyfim kaçmış/mutsuz hissedirim	3,13	1,05
Bir çözümün bulunması için umut dilerim	3,11	1,17
Problemin yok olması için dua ederim	3,01	1,35
Diğerlerinden yardım ararım	2,99	1,01
Diğerlerinden tavsiye beklerim.	2,84	0,98
Pozitif bir yaklaşımda bulunur ve bunu meydan okuma olarak görürüm	2,82	1,12
İş arkadaşlarımla tartışırım.	2,46	1,12

Tablo 6, hemşirelerin işle ilgili problemlere yaklaşımları ve ele alış dağılımlarını göstermektedir. Tablo incelendiğinde hemşirelerin literatürdeki problem çözme aşamalarına dikkat ettiği görülmektedir.



Tablo 7. Hemşirelerin Yaşlarına Göre Hastane Tesislerinin Gelişimine İlişkin Değerlendirmelerin Dağılımı

Hastane tesislerinin gelişimine ilişkin bazı değerlendirmeler	21-2 Yaş (n=120)		29- 7 Yaş (n=100)		t	p
	A. Ort.	S. Sapma	A. Ort.	S. Sapma		
Personel Güvenliği	3,65	0,93	3,76	1,06	-0,767	0,444
Yemek Kalitesi	3,56	0,83	3,38	0,94	1,465	0,144
Yemek Çeşitliliği	3,52	0,75	3,38	0,95	1,117	0,265
Personel Arabası İçin Park	3,19	0,90	3,11	1,06	0,563	0,574
Hasta Tuvaletleri	3,08	0,86	3,15	0,92	-0,578	0,564
Hasta Kafeteryası	2,97	0,68	3,07	0,79	-0,870	0,385
Kafeterya Personeli	2,93	0,88	2,95	0,78	-0,072	0,943
Tuvaletlerden Sorumlu Personel	2,93	0,78	2,93	0,88	0,032	0,974
Tıbbi Araç Gerecin Devamlılığı	2,90	0,89	2,53	0,96	2,911	0,004*
Hastane Temizliği	2,71	0,78	2,58	0,97	1,043	0,298
Hastane Binasının Tamir Ve Bakımı	2,58	0,86	2,30	0,74	2,627	0,009*

Tablo 7 incelendiğinde tıbbi araç gereç devamlılığı ve hastane binasının bakım ve onarımına ilişkin değişiklikler noktasında hemşirelerin yaşa göre değerlendirmeleri arasında anlamlı farklılık bulunmuştur.



Tablo 8. Hemşirelerin Yaşlarına Göre İşe İlişkin Algılamalarının Dağılımı

İşle ilgili bazı algılamalar	21-2 Yaş (n=120)		30- 7 Yaş (n=100)		t	p
	A. Ort.	S. Sapma	A. Ort.	S. Sapma		
İşimde başarılı ve iyi olduğumu düşünüyorum	4,35	0,96	4,53	0,82	-1,461	0,145
İşimde benden bekleneni yaptığımda kendimi güvende hissediyorum	4,19	1,38	4,60	1,02	-2,528	0,012*
İşimde bir başarı elde ettiğimde kendimi mutlu hissediyorum	4,11	1,35	4,36	1,16	-1,450	0,148
İşimden dolayı kendimi kendimi duygusal olarak tükenmiş hissediyorum	2,98	1,67	2,23	1,92	3,005	0,003*
İşimde kendimi gergin hissediyorum.	2,57	1,66	2,37	1,93	0,798	0,426
İşimle ilgili problemler uyku düzenimi etkilemektedir.	3,00	1,91	1,82	1,83	4,617	0,000*
İşimle ilgili problemler normalden daha çok endişeli ve üzgün olmam sebep olmaktadır	2,73	1,71	1,93	1,81	3,320	0,001*
İşimde kendimi hayal kırıklığına uğramış hissediyorum.	2,45	1,79	1,63	1,87	3,253	0,001*
İş dışında kendimi tükenmiş hissediyorum	2,24	1,82	1,85	1,93	1,528	0,128
İşimle ilgili problemler iştahımı olumsuz etkilemektedir.	2,16	1,49	1,88	1,84	2,652	0,009*
İşimle ilgili problemler mide ağrılarımı arttırmaktadır.	2,08	1,92	1,67	1,89	1,294	0,197

Tablo 8 incelendiğinde işten bekleneni yaptığında kendini güvende hissetme, işinden dolayı kendisini duygusal olarak tükenmiş hissetme, işle ilgili problemlerin uyku düzenini bozması, işinde kendisini hayal kırıklığına uğramış hissetme ve iş problemlerinin iştahsızlık yapması gibi ifadelerle katılma dereceleri arasında anlamlı farklılıklar bulunmuştur.

. TARTIŞMA VE SONUÇ

Çalışmamızda hemşireler, özellikle hastanelerinde personel işine son verme (sözleşmeli personel açısından) ve bütçe sınırlamasının olduğunu kabul etmektedirler. Ayrıca personel alımında başarısızlık, erken emekliliğe teşvik (emekliliği gelenlerin emekli olmaya teşvik anlamında), hasta yatağını ve birimi kapatma gibi değişikliklerin olduğunu da belirtmektedirler. Hemşireler son bir yıl içinde hastanede başta personel güvenliği olmak üzere, yemek kalitesi, yemek çeşitliliği, personel arabası için park, hasta tuvaletleri, hastane temizliği gibi konularda da gelişmeler ve değişiklikler olduğunu belirtmektedir. Hemşirelerin çoğu hastanede yeniden yapılandırma olabilecek çalışmalar veya uygulamalardan memnun olmakla birlikte, bu çalışmaların düşünce aşamasında gerekli katılımın ve bilgi alışverişinin olmamasından yakınmaktadır. Yapılmakta olan yeniden yapılandırma veya değişim çalışmalarının sağlık hizmetlerinde kalite azalması, hasta-sağlık personeli iletişiminin



bozulması, çalışma koşullarının kötüleşmesi ve yönetsel iş yükü artışı gibi negatif sonuçlara neden olduğu yönündeki görüşlere önemli sayılabilecek derecede katılım söz konusudur.

Araştırmada hemşirelerin işleri ilgili bazı algılamaları ve iş problemlerini ele alışları veya bunlara yaklaşımları incelenmiştir. Bu anlamda hemşireler çoğunlukla işlerinden başarılı olduklarını hissetmekle birlikte, işten dolayı gerginlik yaşayanlar ve duygusal olarak işlerinden etkilenenler de vardır. Hemşireler işleri ile ilgili karşılaştıkları problemleri ise genellikle normal bir problem çözme mantığı içinde ele almakta ve o yönde çözümler üretmeye çalışmaktadırlar. Ancak burada problemlerin diğer iş arkadaşları ile paylaşma ve tartışarak çözümler üretme noktasında bazı eksikliklerin olduğu söylenebilir.

Araştırmadan elde edilen sonuçlardan hareketle, hastanelerde yeniden yapılandırma çalışmalarının düşünce veya proje aşamasına başta hekimler ve hemşireler olmak üzere ilgili personel katılımının sağlanması, yapılmakta olan değişikliklerden personelin yeterince haberdar edilmesi, yapılan değişikliklerin personel ve hastalar üzerindeki etkilerinin iyi değerlendirilmesi önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Appelbaum SH, Wohl L. Transformation or Change: Some Prescriptions for Health Care Organizations. *Managing Service Quality*,2000;10 (5): 279-298.
2. Burke RJ. Hospital Restructing, Workload and Nursing Staff Satisfaction and Work Experiences. *Health Care Manager*, Arpril-June 2003a;22 (2):99-107.
3. Burke RJ. Hospital Restructing Stressors: Support and Nursing Staff Perceptions of Unit Functioning. *Health Care Manager*, July-September 2003b;22 (3):241-248.
4. Waltston SL. The Impact of Institutional and Technical Forces on Internal Organizational Restructuring: An Examination of The Motivators, Content and Outcomes of Hospital Reengineering Programs. University of Pennsylvania 1997 (Unpublished Doctorate Dissertation).



INVESTIGATION OF THE EFFECTS OF JUSTICE AND TRUST PERCEPTION OF HEALTH WORKERS ON JOB SATISFACTION AND ORGANIZATIONAL COMMITMENT

Şebnem ASLAN¹, Musa ÖZATA², Mustafa METE³

¹Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksek Okulu / Konya - TÜRKİYE

²Selçuk Üniversitesi Konya Sağlık Yüksek Okulu / Konya - TÜRKİYE

³Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi / Konya - TÜRKİYE

mustafamete@selcuk.edu.tr, sebnemas@hotmail.com, musaozata@gmail.com

Abstract

The aim of this study is to investigate the effects of perception of organizational justice and trust of health workers on their organizational commitment and job satisfaction. The study was carried out on 283 health workers working at Meram Medical Faculty Research Hospital of Selçuk University in Konya, Turkey. The data were evaluated by the packet programme of SPSS 10.0; The Descriptive Statistics, T test, ANOVA, Factor Analysis, Regression and Correlation Analyses were also carried out. As a result, it was found that there was a significant relation between the perception of justice and trust; job satisfaction and commitment. The only difference is that there is no significant relation between interaction justice and continuance commitment. There is a weak relation between continuance commitment and all variables. It was found that the trust is a factor that affects both commitment and job satisfaction. The procedural justice determines the affective commitment, continuance commitment, and job satisfaction. Furthermore, the interaction justice affects affective commitment, whereas distributive justice affects the normative commitment, and job satisfaction affects the distributive justice in reverse direction. Regarding organizational commitment, justice, trust, and job satisfaction; there were some differences in demographic variables.

Key words: Commitment (affective, continuance, normative), justice (distributive, procedural, interactional), trust, job satisfaction.

The organizational justice and trust have been the substantial interest among management researches. The researches have proved that there is strong relation between the individuals' perception of justice and their behaviours such as job satisfaction and commitment (Ambrose et al., 2007; Cohen et al. 2001). Besides, it has been proved that the trust is the most important indicator of organizational results such as organizational commitment. In fact, there is strong relation between the interrelated organizational justice, trust, and commitment (Wong et al. 2006). It is stated that trust is effective in many areas such as communication, leadership, the management suitable for the aims, performance evaluation, relations between the staff and management, and organizing the teams administering themselves (Mayer et al., 1995). The health staffs mostly carry out team work in accordance with their job. The team in health service consists of people educated in various areas with various skills, so the whole of the health service comes into being when the services of the team members are unified (Hojat and Herman, 1985). As the process of care is patient-centred, it concerns a great number of professionals interacting and cooperating with each other who have different skills and work in different units. Among the personal properties of the members of effective health workers; assistance, trust, open-mindedness, and mutual understanding that supports the primary goals of the team are especially important for the team in the clinic. Trust is compulsory for a healthy team work. It is important to support the team and put the idea of "we" instead of "I" into effect among the members in order to develop the trust in the organization (Aslan et al., 2004).



Owing to the difficulty for the high manager to observe the workers directly and continuously, it is imperative that the control be replaced with trust (Mayer et al., 1995). Trust has an important role in establishing an effective cooperation (Lewicki et al., 1998). Establishing the relationship based on trust in the team and providing a cultural atmosphere about the presence of justice in the organization will provide with loyal workers satisfied with their jobs. Commitment to the organization means being a member believing in the aims and values of the organization and working eagerly for it (Drummond, 2000).

1. Literature review.

The term organizational justice, which expresses the fair distribution of earnings acquired through the relations in the organization came into use just after the social justice had been adopted to the organization (İşbaşı, 2001). Organizational justice consists of the perceptions of individuals and groups about the justness of the behaviours caused by the organization and reactions of workers. Organizational justice is an evaluation about the suitability of the condition and behaviour of the individuals by the others. (Lee et al., 1999). In fact, the studies on equity are based on Adams's work on equity theory (Adams, 1963; Lee et al., 1999). According to Adams's equity theory, people compare their contribution and the results they get such as the rewards with their co-workers. If the rate is not equal, the group that get higher feel guilty, and get lower feel angry. If the rate is equal, the workers will be satisfied with their job (Greenberg, 1990). This theory accentuates the distributive equity connected with the perception of the output (Lee et al., 1999). Organizational justice was initially evaluated in two dimensions. One of them was the distributive justice, defined as the perception of the workers that the output are distributed equally (Ambrose et al., 2007). This concept generally concerns with a specific event such as wage, promotion or performance (Ambrose et al., 2007). As the distributive justice is focused on the results, it includes some cognitive, emotional, and behavioural results connected with certain results. The perception of injustice about certain results affects the individual's feelings such as anger and guiltiness. Comparing cognitively what he contributes and gets with the others, he may infer different meanings. As a behavioural result, he may show withdrawal or low performance (Cohen, et al., 2001).

The second sub-dimension of justice, procedural justice, is related with the justice in the decisions about the results the workers get. In other words, it is the perception of justice about the process through which the decisions are taken. Procedural justice is multidimensional, and it consists of formal procedures (that is, the rate of justice in the procedures) (Pillai et al., 1999). Procedural justice is the perception of justice that informs about the rules of the relations in the organization. It is related with the institution and organization rather than a specific event. It determines the organizational commitment, trust, and job satisfaction. It consists of long term evaluation of the individuals in the group. This perception of justice provides with the information about the quality of long term relations (Ambrose et al., 2007). Procedural justice, defined as the fairness of the process by which outcomes are determined, is considered to exist when procedures embody certain types of normatively accepted principles (Cohen et al., 2001).

The recent researchers have suggested interactional justice as the third dimension of justice (Pillai et al., 1999). The method in following the procedure in the perception of justice is important. The recent studies have shown that the interactional justice is more important than the formal procedures that decide on the behaviours of the workers in the organization (Barling and Philips, 1993). Interactional justice has the same form with larger dimension as procedural justice. It is the behaviour of management connected with



administration of the sources and rewards to the workers. It is related with behaviours related with communication process such as courtesy, honesty, and respect between the source and the receiver (Cohen et al., 2001). Interactional justice is the perception of justice about behaviors during administration of the procedures. It is related with behaviours such as sensitivity between individual and giving explanations for the decisions taken by decision maker (Ambrose et al., 2007). In another classification related with interactional justice, it is determined that there are two other subdimensions: “informative justice,” and “interpersonal justice.” Informative justice provides us with knowledge about the procedures that demonstrate regards for people’s concerns while interpersonal justice shows concern for individuals regarding the distributive outcome they receive (Greenberg, 1993).

Another concept related with organizational justice is trust. In the first studies it was defined as the workers’ trust in the intention, sincerity, and motive of the other people in the organization (Lewicki et al., 1998). Lack of trust in the work place causes harm both to the workers and the organization. It is likely that the workers who trust less contribute less to the business and aims of the organization than the ones who trust more (Laschinger and Finegan, 2005). Trust is defined as the basis to ensure stable social interaction (Hosmer, 1995). Trust is to feel sure that the other people’s behaviours will develop in the way that provides the person with what he expects without the enforcement of control (Mayer et al. 1995). Although it consists of complex psychological statements in different dimensions, there is another definition for trust that a great number of views agree on: trust is to rely on the behaviours and statements of another person or to believe that he has good intention for him (Cook and Wall, 1980; Dirks and Ferrin, 2001). Trust consists of five elements: integrity, competence, consistency, loyalty, openness (Hosmer, 1995). The real effects of trust are seen as more positive behaviours, cooperation in a higher level, and more performance (Dirks and Ferrin, 2001). Trust provides with cooperation, lessens the disagreement, and lowers the cost (Wong et al. 2006). There is a strong relation between trust and justice (Konovsky and Pugh, 1994; Pillai et al., 1999; Brockner et al., 1997; Laschinger and Finegan, 2005).

Another organizational behaviour that relates with organizational justice and trust is commitment behaviour. A high level positive relation is found between organizational trust and organizational commitment (Cook and Wall, 1980; Pillai et al., 1995) and between the organizational commitment and justice (Pillai et al., 1999). It is said that the pleased working groups are the groups that the money is justly distributed to (Cherniss, 2000). In most of the studies on organizational commitment, commitment is defined as a psychological statement and it is thought to be related with individual’s continuance in the job (Allen and Grisaffe, 2001). Mowday, Porter, and Steers state that the organizational commitment is a concept related with the individuals’ identification of their aims with the aims of the organization (Brooks and Zeits, 1999; Becker, 1992). Porter and others define the organizational commitment as the hearty acceptance of the aims and values of the organization, a strong belief in them, eagerness to put forth an effort for the benefits of the organization, and strong desire to continue as a member of the organization (Meyer and Allen, 1984). Buchanan (1974) establishes that the elements of organizational commitment are the internalization of the organization's goals and values in short pride in the organization; psychological absorption in the activities of one's role; adopting his behaviours to the principles of the organization, feeling loyalty, and eagerness to the organization; and a desire to stay in the organization (Cook and Wall, 1980). There have been different ideas about the quality of the psychological behaviours that connect the individual to the organization, and organizational commitment has been tackled with in multidimensional aspect. Allen and Mayer (1990) and Mayer and Allen’s (1991 and 1997) three dimensional approach is a model that has been handled in a great number of studies. In this approach, the relations of the workers with the organization are studied with three elements different from each other. The first is affective commitment. Affective commitment is the commitment that displays the worker’s emotional interest (Powel and Meyer, 2002). In Allen and Meyer’s



study, it is defined as the individual's feeling of commitment to the organization and his identification himself with his organization. The reason why the ones with higher feeling of affective commitment go on working is that they want to stay in the organization. The second type commitment is the continuance commitment. It is a kind of commitment that relates with the perception that the cost of leaving the organization will be higher. The members with higher continuance commitment intend to go on working for the organization owing to the fact that they have to stay in the organization. The third dimension, the normative commitment, is caused by the fact that the workers feel ethically obliged to stay in the organization in return for the benefits he gets from organization. The reasons why they go on working is that they think that it is the right (best) thing to do (Allen and Grisaffe, 2001; Jenkins, 2005). Continuance commitment is also explained with Side-bet theory by Becker. In side-bet theory, Becker relates the commitment with the cost of leaving the organization (Shore et al., 2000). According to Becker, commitment comes into being depending on side-bets such as effort, time, and money spent earlier in case of leaving the organization, and it develops depending on the lack of alternatives (Meyer and Allen, 1984).

The last dimension of research is job satisfaction. The job satisfaction, a concept related with the pleasure the workers feel in the work places, is one of the subjects studied most, and it is also one of the oldest concepts of industrial psychology (Parsons, 1998; Bell and Weaver, 1987). Job satisfaction is an emotional focusing directed to the job, and when the worker has positive feeling, he is considered as satisfied with the job; when he has negative feeling, he is considered as unsatisfied with his job (Zondag, 2004). In the studies carried out so far, it has been determined that there is a positive relation between procedural and distributive dimensions of organizational justice and job satisfaction (Pillai et al., 1999). Furthermore, it has been concluded that the organizational commitment increases job satisfaction (Brooks and Zeits, 1999; Becker, 1992). Becker (1992) found that normative commitment to the organization is related with job satisfaction. In the studies carried out so far it has been found that there is highly positive relation between organizational trust and job satisfaction (Cook and Wall, 1980; Driscoll, 1978), and organizational commitment and job satisfaction (Pillai et al. 1999; Laschinger and Finegan, 2005). It was found that there is a high relation between the perception of justice and salary satisfaction (Lee et al., 1999).

In last phase of the study, it was investigated if there is any difference between perception of trust, justice and commitment in demographic differences. It was determined that the level of income positively affects affective commitment (Wallece, 1997). Age, gender, race, education, and tenure were not strongly related to justice perceptions. Salary was related to procedural justice to a significantly larger extent than to distributive justice (Cohen et al. 2001). Depending on these studies, the relation between internal dimension of justice perception and trust, and three dimensions of commitment and job satisfaction has been investigated. The model of the study is shown in Figure 1.

The following hypothesis were investigated in the study:

Hypothesis 1. Organizational justice (distributive-procedural-interactional) is positively related with (affective-continuance-normative) commitment

Hypothesis 2. Organizational justice (distributive-procedural-interactional) is positively related with job satisfaction.

Hypothesis 3. Organizational trust and organizational justice (distributive-procedural-interactional) are positively related.

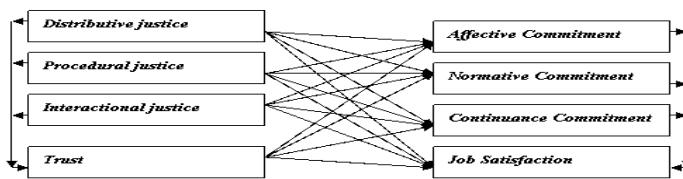
Hypothesis 4. Organizational trust is positively related with commitment (affective-continuance-normative).



Hypothesis 5. Organizational trust is positively related with job satisfaction.

Hypothesis 6. Organizational commitment, trust, justice, and job satisfaction may display difference depending on age, gender, education, kind of work, civil status, income level, tenure, the time spent working in the job, social security and whether the worker has experienced problems with the management.

Figure 1. The Research Model



2. Method

2.1. Procedure and sample.

The example of the study consists of 283 health personnel working in Selcuk University Meram Faculty of Medicine in the province of Konya, Turkey. The data were evaluated by the packet programme of SPSS 10.0; The Descriptive Statistics, T test, ANOVA, Factor Analysis, Regression and Correlation Analyses were also carried out. 73.5% of the subjects were female, and 26.5% were male. The majority of the scope (52.7%) is made up of single employees. 45.9% of the subjects in the scope were married and 1.4% were the nurses who divorced or lost her spouse. In terms of the subjects' age categories, 18–24 age group is 38.2%, 24–31 age group is 43.8%, 32–38 age group is 14.5% and 39–45 age group is 3.5%. In terms of education level, 18% of the subjects were graduates of elementary school, 61.1% high school, 31.4% higher education, 3.9% faculty and 1.8% were post-graduate. Regarding the job variable, 0.4% of the subjects were expert doctors, 1.1% were managers, 2.5% were vice managers, 69.3% were nurses, 0.7% were midwives, 21.6% were health civil servants, 0.7% were laboratory technicians, 1.1% were X-ray technicians, 2.8% were health service staff such as technolog, pharmacist and dietician. Regarding the income levels, 55.8% of the subjects earn between YTL. (New Turkish Lira) 400–690 and 21.6% of them earn between YTL.1000–1290 Those who earn between YTL.700–990 were 13.4%, and who earn YTL.1300–1690 was 8.5% and YTL.1700–2500 was 0.7%. With regard to the social security of the subjects, 42.8% of them were associated with retirement fund and 56.5% of them were associated with SSK. In terms of the year of working in the institution, 68.2% of the subjects had worked for 1–5 years, 17% of them for 6–10 years, 10.2% worked for 12–17 years, 4.2% worked for 18–23 years and 0.4% of them worked for 24–29 years. As for the working year of the subjects in their jobs, the biggest part (55.8%) was composed of the employees working between 1–5 years. The next group (25.4%) was the group working between 6–10 years. While the rate of those who work between 12–17 years was 13.1%, the rate of those who work between 18–23 years was 5.3% and the rate of those who work between 24–29 years was 0.42%. When asked about the problems about the management, 6.72% of the subjects accepted that they encountered problems, 46.6% said they sometimes encountered problems and 46.6% stated that they had never encountered problems.



2.2. Measures.

Distributive Justice Questions; The questions about Distributive Justice are made up of 7 questions. 5 of these questions have been taken from the inventories developed by DeConink and Bachman (2005), and 2 of them have been taken from Brashear et al. (2005) DeConink and Bachman's (2005) Alpha reliability quotient is 0.93 and Brashear et al.'s (2005) Alpha reliability quotient is 0.86.

Procedural Justice; In the study of De Conink and Bachman (2005) the inventory with A-5 point likert was applied (1=extremely unjust; 5= extremely just). Reliability of the measure (Alpha:0.93) is very high. It consists of seven questions six of which were used in this study. One question with quite high reliability was taken from the studies of Brashear et al (2005). It was reverse coded and added to these questions. The measure applied in this study consists of seven.

Interactional Justice measure; interactional Justice questions were taken from Niehoff, Moorman's (1993) study. The inventory is composed of 9 questions. The inventory was originally applied with seven scale likert. In the study of Roberts, Markel, (2001) four questions were applied and Cronbach Alpha value was 0.90. A-5 point likert was applied (1=extremely unjust; 5= extremely just). In our study. A-5 point likert was applied, too.

Trust measure; trust questions were taken from Brashear et al's (2005) study. The inventory is composed of 5 questions and cronbach alfa value was found 0.87. A-7 point likert was applied (1=never agree, 7=completely agree).

Job satisfaction measure; job satisfaction 12 questions were taken from Warr, Cook and Wall's study. A-7 point likert was applied (1=extremely unsatisfied; 7= extremely satisfied).

Organizational commitment questions; 12 questions that include a three dimensional (affective, continuance, and normative) were taken from Meyer and Allen's (1997) study. It has been graded with 7 likert (1=never agree, 7=completely agree).

In order to determine the main components of the measurement, Component Factor Analysis was done. In order to determine whether the data are suitable for factor analysis, KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) and Barlett tests were applied. Since the results of KMO and Barlett tests can be used for factor analysing, factor analysis was done. KMO values of the measurements were close to 1, and Barlett tests were close to 0. Eigen values 1 were used in calculating the factors. Cronbach Alpha Coefficient was considered in reliability check. The internal reliability coefficients of the measurements are given in Table 1. In tables 2.1-2.2. and 2-3 below, factor charges related with the measurements are shown. The declared variances of the measurements vary between 0.50 and 0.80. The intersection point of factor charges was taken as 0.50 in the measurements.

Table 1. The Number of Questions and The Reliability of The Measurements

	N	Cronbach Alpha
Affective commitment	4	0.6677
Continuance commitment	3	0.7021
Normative commitment	5	0.7737
Trust	5	0.8560
Distributive Justice	7	0.9509



Procedural justice	7	0.9146
Interactional justice	9	0.9705
Job Satisfaction	12	0.9078

Table 2.1. The Results of Factor Analysis Related with Organizational Commitment and Organizational Trust.

Commitment to the Organization	Affective commitment to the organization	Continuance commitment to the Organization	Normative commitment to the Organization
It pleases me to spend the remaining part of my professional life in this organization.	,736		
I consider the problems of the organization as my own problem.	,714		
This organization has a unique speciality for me	,698		
I like talking with people about the organization	,692		
I feel that I have only few choices besides this organization if I leave it.		,843	
One of the negative results of my leaving this organization is lack of alternatives.		,824	
It is an obligation for me to stay in this organization rather than being voluntary.		,706	
This organization deserves my loyalty.			,781
I feel guilty if I leave the organization now.			,761
I do not want to leave the organization because I have some responsibilities to other people.			,742
I owe a great number of things to this organization			,686
I think that it is not right to leave the organization now although it is an advantage for me.			,653
Trust			
My seniors are honest.	,874		
My seniors are trustable.	,852		
I am sure that the seniors do their best for me whenever they advise me,	,799		
I am sure that the seniors tell the truth even if they say something I do not like.	,742		
My seniors are trustable.	,722		

Extraction Method: Principal Component Analysis Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalisation.



3. Results.

In order to determine the direction and power of the relation between the variables, we benefitted from the Pearson correlation analysis. The correlation matrix was given in Table 8. As seen in Table 8, there is significantly positive relation between affective commitment and justice perceptions. While continuance commitment and justice have a positive and low relation, interactional justice has a positive but not meaningful relation. Continuance commitment has a weak relation with all variables. Normative commitment has a positive and high relation with the perceptions of justice. Hypothesis 1 can be accepted. The fact that there is a positive but not meaningful relation is its exception. Job satisfaction has a positive and meaningful relation with the perceptions of justice. Hypothesis 2 can be accepted. Organizational trust and organizational justice (distributive-procedural-interactional) have positive relations. Hypothesis 3 can be accepted. Organizational trust and commitments (affective, continuance, normative) have positive relations. Hypothesis 4 can be accepted. Organizational trust and job satisfaction have positive relations. Hypothesis 5 can be accepted.



Table 2.2. Factor Analysis Results of Organizational Justice
Extraction Method: Principal Component Analysis, Rotation Method: Warimax with Kaiser
Normalization R: reversed coded

	Distributive justice	Procedural justice	Interactional justice
How just do you think your organization is in the rewards considering the efforts you spend?	,916		
How just do you think your organization is in the rewards considering the work that you have done well?	,911		
How just do you think your institution is in the rewards considering the role of yours in the institution?	,908		
How just do you think your organization is in the rewards considering the stress and tension in you?	,900		
How just do you think your organization is in the rewards considering the time and energy you spend?	,889		
How just do you think your organization is in the rewards considering the educational level and education of yours?	,831		
How just do you think your organization is in the rewards considering the responsibilities of yours?	,809		
My seniors share their plans and aims to increase my performance.		,865	
My seniors are completely sincere and candid with me.		,862	
My seniors are just and effective regarding my behaviors.		,823	
My seniors provide feedback (information) whether my work is good or not.		,819	
My seniors and I look for solutions regarding the difficulties of mine and my responsibilities.		,817	
My seniors use consistent standards in my performance.		,793	
My seniors make use of different rules for different employees (R)		,715	
My seniors are candid and honest when decisions regarding my job are taken.			,916
My seniors show respect and consideration when decisions regarding my job are taken.			,908
My seniors discuss my opinions while making decisions regarding my job.			,905
My seniors are interested in my rights as an employee when decisions affecting my job are taken.			,903
My seniors are polite and they consider me important.			,901
My seniors provide explanations to make me understand the decisions taken regarding my job.			,894
My seniors explain the decisions regarding my job with very clearly.			,894
In the decisions regarding my job my seniors make sufficiently just propositions.			,888
When decisions regarding my job are taken, they are sensitive to my personal needs.			,888



Table 2.3 Factor Analysis Results of Job Satisfaction

The management structure of the organization	,844
The importance given to your proposals	,812
The Freedom to choose your own methods at work	,780
The relations between the employees and the administration	,755
The rewards that are taken for good jobs	,754
Your feelings on your job if you consider everything, your job as a whole	,714
Your present manager	,713
Career opportunities	,704
Options to use your skills	,686
Physical work conditions (hygiene, ventilation, sufficient tools and devices, etc.)	,592
Payment level	,585
Work hours	,519

Extraction Method: Principal Component Analysis, Rotation Method: Warimax with Kaiser Normalization

In Table 3 in order to evaluate the effects of justice perception and trust on affective commitment together, the multiple regression analysis was determined to be statistically significant ($p < .01$). If all the variables are subjected to multiple regression analysis, the variables make up 35,4% of affective commitment. Trust ($\beta = 0.41$) and procedural justice ($\beta = 0.23$) affect affective commitment. The effects other variables on affective commitment to the organization were not found statistically significant.

Table 3. Multiple Regression Analysis: Affective Commitment to the Organization

Variables	R ²	B	Standard error	T	F
	35.4				38,025
Trust		,442	,064	,410	6,948
Distributive justice		,116	,087	,079	1,338
Procedural justice		,355	,136	,237	2,610
Interactional justice		,004	,120	-,035	-,398

Dependent variable: Affective Commitment

In table 4 the multiple regression analysis on the effects of the perception of justice and trust to continuance commitment has been determined to be statistically significant ($p < .01$). If all the variables are conducted to multiple regression analysis, the variables explain 10.3% of continuance commitment. The continuance commitment is effected by trust ($\beta = 0.26$), and by procedural justice ($\beta = 0.26$) and interaction justice ($\beta = -0.25$) oppositely directed. The effects of other variables on continuance commitment to the organization were not found statistically significant.



Table 4. Multiple Regression Analysis: Continuance Commitment to the Organization

Variables	R ²	B	Standard error		T	F
	10.3					8,008
Trust		,299	,079	,264	3,797	
Distributive justice		,002	,107	,016	,230	
Procedural justice		,413	,168	,263	2,461	
Interactional justice		-,359	,149	-,250	-2,416	

Dependent variable: Continuance Commitment

In Table 5 the multiple regression analysis on the effects of the perception of justice to normative commitment has been determined to be statistically significant ($p < .01$). If all the variables are conducted to multiple regression analysis, the variables explain 28.6% of normative commitment. The normative commitment is affected by trust ($\beta = 0.23$) and by distributive justice ($\beta = 0.18$). The effects of other variables on normative commitment to the organization were not found statistically significant.

Table 5. Multiple Regression Analysis: Normative Commitment to the Organization

Variables	R ²	B	Standard error		T	F
	28.6					27,873
Trust		,246	,066	,232	3,738	
Distributive justice		,267	,090	,185	2,972	
Procedural justice		,218	,141	,148	1,553	
Interactional justice		,126	,124	,094	1,014	

Dependent variable: Normative Commitment

In table 6 the multiple regression analysis on the effects of the perception of justice and trust to job satisfaction has been determined to be statistically significant ($p < .01$). If all the variables are conducted to multiple regression analysis, the variables explain 55.5% of job satisfaction. Job satisfaction is affected by trust ($\beta = 0.16$), by distributive justice ($\beta = 0.42$), and procedural justice ($\beta = 0.21$). The effect of the other variable on job satisfaction was not found statistically significant.

Table 6. Multiple Regression Analysis: Job Satisfaction

Variables: justice, trust	R ²	B	Standart hata		T	F
	55.					86,743
Trust		,163	,050	,162	3,297	
Distributive justice		,585	,068	,424	8,633	
Procedural justice		,304	,106	,216	2,870	
Interactional justice		,129	,094	,100	1,374	



Dependent variable: Job Satisfaction

The variables are investigated from demographic point of view. As seen in table 8, there are counter-direction relations between age and interactional justice.

There are counter-direction relations between income level, and affective commitment, normative commitment, procedural justice, and interactional justice, and trust variables.

A counter-direction relation was found between the working periods in the organization and interactional justice. A counter relation was found between working periods and procedural justice and interactional justice.

The gender variable investigation was done with t test. As seen in Table 7, there is difference regarding the gender. The rate in males (M:5.23) is higher than females (M:4.38) regarding the affective commitment. Males (M:4.11) are higher than females (M:3.65) regarding continuance commitment. Males (M:4.68) are higher than females (M:3.99) regarding normative commitment. Males (M:3.45) are higher than females (M:2.93) regarding procedural justice. Males (M:3.52) are higher than females (M:2.92) regarding interactional justice. In trust dimension, males (M:5.13) are higher than females (M:4.68).

Whether there was any difference regarding the education level was analysed through one-way variance analysis (ANOVA), and it was found that affective commitment, normative commitment, procedural justice, and interactional justice were different. In Scheffe test, through which the source of difference was investigated, only the interactional justice was considered significant. Thus, perception of interactional justice of high school graduates (M:3.20) was higher than college graduates (M:2.78). Marital status variable was not significantly different ($P<.05$) among other variables according to one-way variance analysis.

With regard to social security variables investigation, the average of affective commitment of the members of the Retirement Fund (M:4.18) was lower than the members of Social Security Organization (M:3.21). The normative commitment average of the Retirement Fund members (M:3.82) was lower than Social Security Organization members (M:4.43). Procedural justice perception in the members of the Retirement Fund (M:2.88) was lower than Social Security Organization members (M:3.25), and perception of trust in the Retirement Fund members (M:4.52) was lower than the Social Security Organization members (M:5.03).

With regard to the problems with the management, the average of affective commitment perception of the workers who have never had any problems with the management (M:5.07) is higher than those who often have (M:3.58) and who rarely have (M:4.30). The normative commitment of the workers who have problems with the management (M:2.89) is lower than those who never have (M:4.58) and who rarely have (M:3.95). The average of distributive justice perception of the workers who have problems with the management (M:1.74) is lower than those who never have (M:2.45) and who rarely have (M:2.02). The average of interactional justice perception of the workers who have never had any problems with the management (M:3.39) is higher than those who often have (M:2.21) and who rarely have (M:2.89). The trust average of the workers who have problems with the management (M:3.42) is lower than those who never have (M:5.24) and who rarely have (M:4.56). The average of job satisfaction of the workers who have problems with the management (M:2.58) is higher than those who never have (M:4.34) and who rarely have (M:3.61). According to these differences seen from demographic point of view, hypothesis 6 can be accepted.



Table 7. Demographic Variables Differences

Measurement	Gender t	Education F	Marital status F	Social security F	Problems with management F
Affective Commitment	4,508*	2,567*	,800	9,926*	16,462*
Continuance Commitment	2,275*	1,627	,107	,127	1,943
Normative Commitment	3,736*	3,148*	,262	7,001*	16,488*
Distributive justice	1,193	,516	1,749	2,264	22,055*
Procedural justice	4,151*	3,194*	2,790	4,568*	9,341*
Interactional justice	4,395*	3,068*	1,134	5,130*	18,174*
Trust	2,540*	2,204	,245	5,488*	15,719*
Job satisfaction	1,478	1,345	,107	1,425	22,670*

P<0.5.

4. Discussions and Conclusions.

As a result of the study, it was found that there was high relation between justice perceptions and commitments. The only difference was that there was positive but not significant relation between interactional justice and continuance commitment. Therefore, continuance commitment is related with all other variables in a low level. It was found that job satisfaction was positively related with justice perception. Organizational trust was related with organizational justice, organizational commitment, and job satisfaction. This result shows that we need a perception of justice in the processes in order to feel affective and continuance commitment to the organization and to satisfy with our job. Furthermore, it shows that we will be normatively more committed and get higher job satisfaction when we certainly believe that the rights and rewards are distributed equally. Another interesting result is that our obligation to work for the organization regarding our economy our the reasons that force us to go on working for the organization will decrease as long as the feeling of interaction justice related with the behaviours such as the explanations of the decision makers about the decisions, and being sensitive in the interactions increase.

As a result of multiple regression analysis made to evaluate the effects of justice perception and trust on commitments together, it was found that trust affected both commitments and job satisfaction, and procedural justice determined affective commitment, continuance commitment, and job satisfaction. It was also found that interaction justice determined continuance commitment cross directionally, distributive justice affected normative commitment, and distributive justice affected job satisfaction.

As the age increases, interactional justice perception negatively develops. As the income level increases; affective and normative commitment, procedural and interactional justice, and trust decrease. As tenure increase, interaction justice perception negatively increases. As the working period in the job increases, procedural justice and interaction justice perceptions develop positively. In the three types of commitment, it was found that males were higher than females in procedural justice, interactional justice and trust dimensions. With regard to education level, justice perception of high school graduates was higher than college graduates. With regard to social security variables; affective commitment, normative commitment, procedural justice, interactional justice, and trust perception were lower in the members of Retirement Fund than the members of Social Security Organization.



Table 8. Arithmetical Average, Standard Deviation and The Matris of Correlation Analysis

It was found that the average of affective commitment and interactional justice was higher in the workers who never have problems with the management than the workers who usually or seldom have problems. The normative commitment, distributive justice, trust, and job satisfaction averages of the workers who have problems with the management were lower than the workers who never or seldom have problems. In this respect, the workers who has never had problems with the management are expected to have higher commitment, justice, trust, and job satisfaction.



	M	SD	Age	Income level	Tenure	Periods spent in the job	Affective Commitment	Continuance Commitment	Normative Commitment	Distributive justice	Procedural justice
Age	26,72	5,65	-								
Income level	807,05	298,78	,580**								
Tenure	5,13	5,26	,778**	,499**	-						
Periods spent in the job	6,37	5,38	,831**	,568**	,866**	-					
Affective Commitment	4,61	1,43	-,065	-,160**	-,028	-,074	0.6677				
Continuance Commitment	3,77	1,50	-,019	-,034	-,034	-,008	-,155**	0.7021			
Normative Commitment	4,17	1,41	-,068	-,166**	-,028	-,081	-,562**	-,274**	0.7737		
Distributive justice	2,20	,98	-,075	-,107	-,073	-,078	-,377**	-,153**	-,418**	0.9509	
Procedural justice	3,07	,96	-,103	-,139*	-,110	-,119*	-,467**	-,203**	-,448**	-,535**	0.9146
Interactional justice	3,08	1,05	-,121*	-,187**	-,145*	-,155**	-,409**	-,110	-,427**	-,501**	-,831**
Trust	4,80	1,33	-,069	-,152**	-,057	-,079	-,554**	-,284**	-,443**	-,461**	-,529**
Job satisfaction	3,88	1,35	-,009	-,076	-,005	-,014	-,428**	-,207**	-,473**	-,664**	-,612**

REFERENCES

- 1-Adams, J. S. Toward an understanding of inequity. Journal of Abnormal and Social Psychology 1963, 67, 422-436.
- 2-Ambrose, M.; Hess R.L.; Ganesan, S. The Relationship between justice and attitudes: an examination of justice effects on event and system-related attitudes. Organizational Behavior and Human Decision Processes In Press, Corrected Proof, Available online 26 February 2007, 1-16.
- 3-Aslan, Ş.; Özata, M.; Atayeter, C. Sağlık işletmelerinde ekip yönetimi: fırsatlar ve sınırlılıklar. Standard 2004, 43, 516, 17-23.



- 4-Barling, J.; Phillips, M. Interactional, formal, and distributive justice in the workplace: an exploratory study. *Journal of Psychology* 1993,127:6 (Nov),649-656.
- 5-Becker, T. E., Foci and bases of commitment: are they distinctions worth making?. *Academy of Management Journal* 1992, 35(1), 232-244.
- 6-Bell R.C.;Weaver J.R. The dimesionality and scaling of job satisfaction: an internal validation of the worker opinion survey. *Journal of Occupational Psychology* 1987,60, 147-155.
- 7-Brashear, T. G.; Manolis, C.; Brooks, C. M., The effects of control, trust, and justice on salesperson turnover. *Journal of Business Research* 2005, 58, 241-249.
- 8-Brockner, J.; Siegel, P. A.; Daly, J. P.;Tyler, T.; Martin, C. When trust matters: the moderating effect of outcome favorability. *Administrative Science Quarterly* 1997,42,558-583.
- 9-Brooks, A.; Zeitz, G. The effects of total quality management and perceived justice on organizational commitment of hospital nursing staff. *Journal of Quality Management* 1999,4(1), 69-93.
- 10-Buchanan, B. Building organizational commitment: the socialization of managers in work organizations. *Administrative Science Quarterly* 1974, 19, 533-546.
- 11-Cherniss, C. Emotional intelligence: what it is and why it matters, the annual meeting of the society for industrial and organizational psychology. New Orleans 2000, April 15,1-14.
- 12-Cook, J., Wall, T.D. New work attitude measures of trust, organizational commitment and personal need non-fulfillment. *Journal of Occupational Psychology* 1980, 53, 39-52.
- 13-DeConink, J.; Bachman, D. An analysis of turnover among retail buyers. *Journal of Business Research* 2005,58,874-882.
- 14-Driscoll, J.W., Trust and participation in organizational decision making as predictors of satisfaction. *Academy of Management Journal* 1978, 21,44-56.
- 15-Dirks, K.T.; Ferin, D. L., The role of trust in organizational settings. *Organization Science* 2001, July-August, 12(4), 450-467.
- 16-Drummond, H., Introduction to organizational behaviour. New York: Oxford University Press: 2000.
- 17-Greenberg, J. The social side of fairness: interpersonal and informational classes of organizational justice. In R. Cropanzano (Ed.), *Justice in the workplace: Approaching fairness in human resource management* Hillsdale, NJ: Erlbaum. 1993, 79-103.
- 18-Hojat M.; Herman M.W. Developing an instrument to measure attitudes toward nurses: preliminary psychometric findings. *Psychological reports* 1985,56: 571-579.
- 19-İşbaşı, . Ö. Çalışanların yöneticilerine duydukları güvenin ve örgütsel adalete ilişkin algılamalarının vatandaşlık davranışının oluşumundaki rolü. *Yönetim Araştırmaları Dergisi* 2001, 1(1), 51-73.
- 20-Jasovsky, D. A. The effect of occupational image on the relationship between citizenship behavior, job satisfaction and organizational commitment among hospital staff nurses. A Nonpublished Doctoral Dissertation The Graduate School-Newark Rutgers, New Jersey. 2001.
- 21-Jenkins, D. Examining the relationships between the satisfaction of basic psychological needs, employee well-being,&commitment. Unpublished Master Dissertation Carleton University, Ottawa, Ontario, 2005.
- 22-Konovsky, M. E.; Pugh, D. S. Citizenship behavior and social exchange. *Academy of Management Journal* 1994, 37 656-669.
- 23-Laschinger, H. K. S.; Finegan, J. Using empowerment to build trust and respect in the workplace: a strategy for adressing the nursing shortage. *Nursing Economics* Jan/Feb 2005, 23(1), 6-13.



- 24-Lee, C.; Law, K. S.; Bobko, P. The importance of justice perceptions on pay effectiveness: a two-year study of a skill-based pay plan. *Journal of Management* 1999, 25(6),851-873.
- 25-Lewicki, R. J.; Mcallister, D. J.; Bies R.J. Trust and distrust: new relationships and realities *Academy of Management Review* 1998, 23(3),438-458.
- 26-Mayer, R. C.; Davis, J. H.; Schoorman F. D. An integrative model of organizational trust, *Academy of Management Review*, 1995, 20(3), 709-734.
- 27-Meyer, J. P.; Allen, N. J. Testing the “side-bet theory” of organizational commitment: some methodological considerations. *Journal of Applied Psychology* 1984, 69(3), 372-378.
- 28-Meyer, J. P.; Allen, N. J. *Commitment in the workplace, theory, research, and application*. London, New Delhi: Sage Publications: 1997.
- 29-Muchinsky, P. Organizational communication: relationships to organizational climate and job satisfaction. *Academy of Management Journal* 1977, 20, 592–607.
- 30-Niehoff, B. P.; Moorman, R. H. justice as a mediator of the relationship between methods of monitoring and organizational citizenship behaviour. *Academy of Management Journal* 1993, 36(3), 527-556.
- 31-Parsons, L. C. Delegation skills and nurse job satisfaction. *Nursing Economics* January-February, 1998,16(1),18-26.
- 32-Pillai, R.; Schriesheim, C. A.; Williams E. S. fairness perceptions and trust as mediators for transformational and transactional leadership: a two-sample study. *Journal of Management* 1999, 25(6), 897-933.
- 33-Roberts, K.; Markel, K. S. Claiming in the name of fairness: organizational justice and the decision to file for workplace injury compensation. *Journal of Occupational Health Psychology* 2001, 6(4),332-347.
- 34-Shore, L. M.; Tetrick, L. E.; Shore, T. H.; Barksdale, K. Construct validity of measures of becker’s side bet theory. *Journal of Vocational Behavior* 2000, 57, 428-444.
- 35-Wallace, . E. Becker’s side-bet theory of commitment revisited: is it time for a moratorium or a resurrection. *Human Relations*, 1997, 50(6), 727-749.
- 36-Warr, P.; Cook, J.; Wall, T. Scales for the measurement of some work attitudes and aspects of psychological well-being. *Journal of Occupational Psychology*, 1979, 52, 129-148.
- 37-Wong, Y-T.; Ngo H-Y.; Wong, C-S. Perceived organizational justice, trust, and ocb: a study of chinese workers in joint ventures and state-owned enterprises. *Journal of World Business* 2006, 41,344–355.
- 38-Zondag, H. J. Knowing you make a difference: result awareness and satisfaction in the pastoral profession, *Review of Religious Research*, 2004, 45 (3), 254-269.



Uluslararası Sağlık ve Hastane Yönetimi Kongresi
International Health and Hospital Administration Congress
01-03 June 2007 Near East University - Nicosia - TRNC - Mersin 10 Turkey





HASTA HAKLARI

Senal GÜRSOY

*K.K.T.C. Sağlık Bakanlığı / Lefkoşa - K.K.T.C.
sennovember@hotmail.com*

Hasta, adalet ve hakkaniyet ilkeleri çerçevesinde sağlıklı yaşamının teşvik edilmesine yönelik faaliyetler ve koruyucu sağlık hizmetleri de dahil olmak üzere, sağlık hizmetlerinden ihtiyaçlarına uygun olarak faydalanma hakkına sahiptir. Bu hak, sağlık hizmeti veren bütün kurum ve kuruluşlar ile sağlık hizmetinde görev alan personelin adalet ve hakkaniyet ilkelerine uygun hizmet verme yükümlülüklerini de içerir.

Temel İnsan Haklarının bir bölümü olan “Hasta Hakları” konusunda Hekim kendi vicdanına ve hastanın yararına hareket ederken, aynı zamanda hastanın özerkliğini ve haklarını da garanti etmelidir. Sağlık Hizmetlerinin sunulmasında Hasta Hakları konusu büyük bir önem teşkil etmektedir. Hastanın doktor seçme hakkı, hasta haklarının temel kurallarından biri.

Anayasa Milletlerarası Antlaşmalar yasalar ve diğer mevzuattan kaynaklanan Hasta Haklarından insan onuruna yaraşır bir şekilde yararlanabilmesi, hak ihlallerinden korunabilmesi ve gerektiğinde hukuki koruma yollarını da fiilen kullanabilmesi için bazı temel hasta hakları tanımlanmıştır. Bu konuya eğilinilmesi İlk olarak 1981 yılında Lizbon Hasta Hakları Bildirgesi ile başlatılmıştır. Dünya Tabipler Birliğince Lizbon Hasta hakları bildirgesi'nin gözden geçirilmiş şekli Eylül 1995 tarihinde, Bali, Endonezya'da yapılan toplantıda kabul edilmiştir.

Hasta Hakları ile ilgili olarak Uluslararası mevzuatlar ve çeşitli bildireler yayınlanmıştır. Türkiye Cumhuriyetinde de 01.09.1998 tarihinde “Hasta Hakları Yönetmeliği” mevzuatı yayınlanmıştır.

DÜNYADAKİ HASTA HAKLARI İLE İLGİLİ YAYIMLANAN BİLDİRGELER:

1- LİZBON BİLDİRGESİ

2- BALİ BİLDİRGESİ

3-AMSTERDAM BİLDİRGESİ

LİZBON HASTA HAKLARI BİLDİRGESİ

Lizbon Hasta Hakları Bildirgesi 1981 Yılında Dünya Tabipler Birliği tarafından yayınlanmıştır. Bu bildirge 6 maddeden oluşmaktadır. Bunlar şöyle sıralanabilir:

1. Hasta, hekimini özgürce seçme hakkına sahiptir.
2. Hasta, bir dış baskı altında kalmadan özgürce çalışabilen bir hekim tarafından bakılma hakkına sahiptir.
3. Hasta, yeterli ölçüde bilgilendirildikten sonra tedaviyi kabul ya da ret etme hakkına sahiptir.
4. Hasta, kendisiyle ilgili tüm tıbbi ve kişisel bilgilerin gizliliğine gereken saygıyı göstermesini hekiminden bekleme hakkına sahiptir.
5. Hasta, onurlu bir biçimde ölme hakkına sahiptir.



6. Hasta, dini temsilci de dahil olmak üzere, ruhsal ve manevi yönden teselli edilmeyi isteme ya da reddetme hakkına sahiptir.

BALİ BİLDİRGESİ

Dünya Tabipler Birliği tarafından Eylül 1995 tarihinde Endonezya'nın Bali kentinde yapılan toplantıda Lizbon Hasta Hakları Bildirgesi gözden geçirilerek Bali Bildirgesi yayımlanmıştır.

Bu bildirgenin başlıklarını şöyle sıralayabiliriz:

1. Kaliteli tıbbi bakım hakkı
2. Seçim yapma özgürlüğü
3. Kendi Kaderini Belirleme Hakkı
4. Bilinci Kapalı Hasta
5. Yasal ehliyeti olmayan hasta
6. Hastanın isteğine karşın yapılan girişimler
7. Bilgilendirme hakkı
8. Gizlilik Hakkı
9. Sağlık Eğitimi Hakkı
10. Onur Hakkı
11. Dini destek hakkı

AMSTERDAM BİLDİRGESİ

Amsterdam bildirgesi, Avrupa hasta haklarının geliştirilmesi bildirgesi olarak 28-30 Mart 1994 tarihinde kabul edilmiştir. Avrupa ülkelerinin sağlık bakanları 7-8 Kasım 1996 tarihlerinde Varşova'da bir araya gelerek hasta hakları konusunu tartışarak, ne yapılması gerektiğini ortaya koymuşlardır.

Bu sözleşme, hızla gelişen Biyoloji ve tıp alanında insana saygı duyulmasını ve onurunun güvence altına alınmasını, önlenmesini ,uygulamada ortaya çıkacak sorunların çözümü için kamuoyu oluşturulmasını, toplum üyelerine haklarını ve sorumluluklarının hatırlatılmasını amaçlamaktadır.

K.K.T.C'DE HASTA HAKLARI

K.K.T.C Sağlık Bakanlığı'nın gündeminde olan "Hasta Hakları Yasa Taslağı" hazırlanmakta olup bu taslağın ana amacı:

- Temel insan haklarının bir bölümü olan "Hasta Hakları"ni somut olarak göstermek, sağlık hizmeti sunan resmi, yarı resmi veya özel kurum ve kuruluşlardan, sağlık hizmeti alanların Anayasa, milletlerarası antlaşmalar, yasalar ve diğer mevzuattan kaynaklanan hasta haklarından, İnsan onuruna yaraşır bir şekilde yararlanabilmesi,
- Hak ihlallerinden korunabilmesi ve gerektiğinde hukuki korunma yollarını fiilen kullanabilmesini sağlamaktır.

Elektronik kaynak

Mehmet Kaynakçı. "Dünyada Hasta Hakları". www.sbu.saglik.gov.tr/extras/hastahaklari/haksor.htm



KAYSERİ DEVLET HASTANESİ'NDE GÖREV YAPAN HEKİMLERİN HASTA HAKLARI KONUSUNDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Şule ŞİMŞEK, Demet ÜNALAN*, Sevgi ORHAN, Tayfur ŞİMŞEK ,
Ahmet ÖZTÜRK

Erciyes Üniversitesi Halil Bayraktar Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu / Kayseri - TÜRKİYE
dunalan@erciyes.edu.tr*

Özet

Bu çalışma, Kayseri Devlet Hastanesi'nde görev yapan hekimlerin 1998 tarihli Hasta Hakları Yönetmeliğinde belirtilen hasta hakları konusundaki bilgi durumlarını değerlendirmek için yapılan bir anket çalışmasıdır.

Sağlık Bakanlığı'nın Sağlık Tesislerinde Hasta Hakları Uygulamalarına İlişkin Yönergesi gereği Kayseri Devlet Hastanesi, pilot hastane seçilmiştir. Bu nedenle Kayseri Devlet Hastanesi'nde çalışan hekimler, hasta hakları konusundaki bilgi durumlarını değerlendirmek üzere çalışma kapsamına alındı.

1998 yılında yürürlüğe giren Hasta Hakları Yönetmeliğinde belirtilen konular soru haline getirilerek anket formu hazırlandı ve hekimlere görev yerlerinde ziyaret edilerek anket formu uygulandı. Veriler ki-kare testi ve Kolmogorov-Smirnov Z testi ile analiz edildi. P = 0.05 anlamlı kabul edildi.

Çalışmamızda hekimlerin % 52'si ülkemizde hasta hakları ile ilgili bir mevzuatın olduğunu ve okuduğunu, % 39.9'u olduğunu ve okumadığını, % 8.1'i de olmadığını bildirmiştir. Çalışmamızda hekimlerin sadece % 19.7'si hasta haklarıyla ilgili olarak mezuniyet öncesi veya sonrası bir eğitim aldığını belirtmiştir. Hasta haklarıyla ilgili olarak hekimlerin % 89.6'sı mezuniyet öncesi veya sonrası eğitim almaları gerektiğini belirtirken, hekimlerin % 96.0'sı topluma hasta hakları konusunda bilgi ya da eğitim verilmesi gerektiğini belirtmiştir.

Sonuç olarak hasta hakları konusunda hekimlerin büyük çoğunluğunun genel bilgi sahibi olduğu anlaşılmıştır. Hekimlerin hasta hakları konusunda mezuniyet öncesi ve sonrası yeterince eğitim almadıkları, kendi çabaları ile bilgilendikleri anlaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: hekim, hasta hakları, hasta hakları mevzuatı.

1. Giriş ve Amaç.

Hasta hakları, temel olarak insan haklarının ve değerlerinin sağlık hizmetlerine uygulanmasını ifade etmekte ve dayanağını insan haklarıyla ilgili temel belgelerden almaktadır. Hasta hakları, sağlık hizmetlerinden faydalanma ihtiyacı bulunan fertlerin, sırf insan olmaları sebebiyle sahip buldukları ve Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, milletlerarası antlaşmalar, kanunlar ve diğer mevzuatlarla teminat



altına alınmış bulunan haklarını ifade eder. Diğer bir deyişle insan olarak saygı görme, kendi yaşamını belirleme, güvenli bir yaşam sürdürme, özel yaşamda saygı görme gibi ilkeler, hasta haklarının temelini oluşturmaktadır. Hasta hakları, tıbbi bakım alma, bilgilendirilme, onay (rıza), mahremiyet ve özel hayata saygı, tıbbi araştırmalarda hasta hakları ve başvuru hakkı olmak üzere altı başlık altında incelenmektedir (Topçu ve Korucu 2001, Köküöz 1995, Kalaça 1996, Hatun Ş 1995).

Hasta haklarına temel olan ve sağlık hizmetlerinde insan hakları olarak tanımlanan altı ilke bulunmaktadır. Bu ilkeler şunlardır:

1. Kadın veya erkek herkesin insan olması dolayısıyla saygı görmeye hakkı vardır,
2. Herkes kendi yaşamını belirleme hakkına sahiptir,
3. Herkes fiziksel ve zihinsel bütünlüğe sahip olmaya ve kişi olarak güvenli bir yaşam sürdürme hakkına sahiptir,
4. Herkesin özel yaşamına saygı gösterilmelidir,
5. Herkes kendi ahlaki ve kültürel değerlerine, dinsel ve felsefi inançlarına sahip olma ve bunlara saygı gösterilme hakkına sahiptir,
6. Herkes hastalıkların önlenmesi ve sağlık bakımı için yeterli ölçüde çabalar ile sağlığının korunması ve kendisi için edinilebilir en yüksek sağlık seviyesine kavuşma hakkına sahiptir (www.kocaelitabip.org.tr (Hatun Ş).

Hasta haklarının korunması ve uygulanması, başta hekimler olmak üzere sağlık personelinin ve hastaların bu hakların varlığından haberdar olmaları ve benimsemeleri ile ilgilidir. Çalışmamızın amacı, Kayseri Devlet Hastanesi'nde görev yapan hekimlerin 1998 tarihli Hasta Hakları Yönetmeliğinde belirtilen hasta hakları konusundaki bilgi düzeylerini değerlendirmektir.

2. Materyal ve Metod

Kesitsel nitelikteki bu araştırma, Kayseri Devlet Hastanesi'nde çalışan 231 hekimden %74.9'una ulaşılarak yapılmıştır. Araştırma anket yöntemiyle yapılmıştır. Araştırmacı tarafından geliştirilen anket formu dört açık uçlu, otuzdört kapalı uçlu olmak üzere toplam 38 sorudan ve iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde, yaş, cinsiyet, hekimlik süresi, branş gibi tanımlayıcı bilgiler, ikinci bölümde ise 1998 yılında yürürlüğe giren hasta hakları yönetmeliği çerçevesinde hazırlanan ve hekimlerin hasta hakları konusundaki bilgi durumlarını değerlendirmeye yönelik sorular yer almaktadır. Verilerin denetimi yapıldıktan sonra bilgisayarda SPSS programına aktarılarak değerlendirme yapılmıştır. İki grup arasındaki farkın anlamlılık durumu ki-kare testi ile değerlendirildi.

3. Bulgular

Araştırmaya 117'si uzman, 56'sı pratisyen olmak üzere toplam 173 hekim katılmıştır. Hekimlerin; % 49.7'si 27-39 yaş grubunda, % 75'i erkek, % 34.1'i dahili bilimler, % 33.5'i cerrahi bilimler çalışmakta, % 64.2'ünün çalışma süresi 10-19 yıldır.

Hekimlerin % 52'si ülkemizde hasta hakları ile ilgili bir mevzuatın olduğunu ve okuduğunu, % 39.9'u olduğunu ve okumadığını bildirmiştir.



Tablo 1. Araştırma Grubundaki Hekimlerin Çeşitli Değişkenlere Göre Ülkemizdeki Hasta Hakları Mevzuatını Bilme Durumları

Değişken	Ülkemizde hasta hakları ile ilgili yazılı bir mevzuat var mı?			İstatistiki değerlendirme
	Var		Yok	
	Okudum	Okumadım		
Cinsiyet				
Erkek (%)	74 (56.9)	44 (33.8)	12 (9.2)	$\chi^2=8.03$ $p<0.05$
Kadın (%)	16 (37.2)	25 (58.1)	2 (4.7)	
Hekimlik süresi				
0-9 yıl (%)	7 (50.0)	6 (42.9)	1 (7.1)	$\chi^2=0.67$ $p>0.05$
10-19 yıl (%)	56 (50.5)	45 (40.5)	10 (9.0)	
20 ve ↑ (%)	27 (56.3)	18 (37.5)	3 (6.3)	
Uzmanlık alanı				
Dahili bilimler (%)	27(45.8)	29(49.2)	3(5.1)	$\chi^2=3.82$ $p>0.05$
Cerrahi bilimler (%)	33 (56.9)	20 (34.5)	5 (8.6)	
Pratisyen (%)	30 (53.6)	20 (35.7)	6 (10.7)	

.1. Tıbbi Bakım Alma (Sağlık Hizmetlerinden Faydalanma) Hakkı.

“Hastanın sağlık kurum ve kuruluşlarında verilen hizmetlerin neler olduğunu ve bunlardan faydalanma usulünü bilmeye hakkı var mıdır” sorusuna araştırmaya katılan hekimlerin % 99.4’ü,

“Hastaların sağlık kuruluşunu seçme ve seçtiği sağlık kuruluşunda verilen sağlık hizmetinden faydalanma hakları var mıdır” sorusuna araştırmaya katılan hekimlerin % 97.7’si,

“Hastanın kendisine sağlık hizmeti verecek olan doktoru serbestçe seçme, tedavisi ile ilgilenen doktoru değiştirme ve başka doktorların konsültasyonunu isteme hakkı var mıdır” sorusuna araştırmaya katılan hekimlerin % 91.3’ü,

“Hastanın kimlik, görev ve unvanı ile birlikte hekimini tanıma hakkı var mıdır” sorusuna araştırmaya katılan hekimlerin % 93.6’sı doğru cevap vermiştir.



Tablo 2. Araştırmaya Katılan Hekimlerin Tıbbi Bakım Alma (Sağlık Hizmetlerinden Faydalanma) Hakkını Bilme Durumlarının Branş Gruplarına Göre Dağılımı

Sağlık hizmetlerinden faydalanma (tıbbi bakım alma) hakkı	Uzmanlık alanı						Toplam	İstatistik
	Dahili Bilim		Cerrahi Bilim		Pratisyen			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Sağlık hizmetlerinin neler olduğunu ve faydalanma usulünü bilme hakkı								
Var	59	100	57	98.3	56	100	172	99.4
Yok	0	0	1	1.7	0	0	1	0.6
Sağlık kuruluşunu seçme ve verilen hizmetlerden faydalanabilme hakkı								
Var	59	100	54	93.1	56	100	169	97.7
Yok	0	0	4	6.9	0	0	4	2.3
Hekim seçebilme, değiştirebilme ve konsültasyon isteyebilme hakkı								
Var	55	93.2	47	81.0	56	100	158	91.3
Yok	4	6.8	11	19.0	0	0	15	8.7
Kimlik, görev ve unvanı ile hekimini tanıyabilme hakkı								
Var	56	94.9	52	89.7	54	96.4	162	93.6
Yok	3	5.1	6	10.3	2	3.6	11	6.4
Toplam	59	100	58	100	56	100	173	100

“Hastanın kendisine sağlık hizmeti verecek olan doktoru serbestçe seçme, tedavisi ile ilgilenen doktoru değiştirme ve başka doktorların konsültasyonunu isteme hakkı var mıdır” sorusuna dahili branştaki hekimler %93.2, cerrahi branştakiler %81.0, pratisyen hekimler %100 oranı ile doğru cevap vermişlerdir, uzmanlık alanına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur.

.2. Bilgilendirilme Hakkı.

“Hastanın, sağlık durumunu, kendisine uygulanacak tıbbi işlemleri, bunların faydaları ve muhtemel sakıncalarını, alternatif tıbbi müdahale usullerini doktorundan öğrenme hakkı var mıdır” sorusuna araştırmaya katılan hekimlerin %98.3’ü,

“Hastanın durumuyla ilgili tıbbi bilgiler, hastanın anlayabileceği şekilde ve tıbbi terimler mümkün olduğunca kullanılmadan verilmesi gerekir mi” sorusuna araştırmaya katılan hekimlerin %96.0’sı,

“Hastaların sağlık durumları ile ilgili bilgileri ihtiva eden dosya ve kayıtları incelemeye, gerekirse bir suretini almaya hakları var mıdır” sorusuna araştırmaya katılan hekimlerin %73.4’ü,



“Hastalar kendi sağlık durumları hakkında bilgi almak üzere bir başkasını tayin edebilirler mi” sorusuna araştırmaya katılan hekimlerin %71.1’i doğru cevap vermiştir.

“Hastaların sağlık durumları ile ilgili bilgileri ihtiva eden dosya ve kayıtları incelemeye, gerekirse bir suretini almaya hakları var mıdır” sorusunu bilme bakımından araştırmaya katılan hekimler arasında hekimlik süresine göre anlamlı bir farklılık bulunmuştur. 0-9 yıl hekimlik süresine sahip olanlar %85.7 oranı ile en fazla bilirken, 20 ve üzeri yıl hekimlik süresine sahip olanlar %58.3 oranı ile en az bilmıştır.

Tablo . Araştırmaya Katılan Hekimlerin Bilgilendirilme Hakkını Bilme Durumlarının Branş Gruplarına Göre Dağılımı

Bilgilendirilme hakkı	Uzmanlık alanı						Toplam		İstatistik
	Dahili Bilim		Cerrahi Bilim		Pratisyen				
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Sağlık durumunu, uygulanacak tedavilerin fayda ve zararlarını, varsa alternatif tedavileri bilme hakkı									
Var	58	98.3	57	98.3	55	98.2	170	98.3	Z=0.01
Yok	1	1.7	1	1.7	1	1.8	3	1.7	p>0.05
Tıbbi bilgiler hastanın anlayacağı dilde verilmesi gerekir mi?									
Evet	56	94.9	55	94.8	55	98.2	166	96.0	Z=0.48
Hayır	3	5.1	3	5.2	1	1.8	7	4.0	p>0.05
Hastanın kendisine ait tıbbi bilgileri inceleme ve kopya edebilme hakkı									
Var	45	76.3	37	63.8	45	80.4	127	73.4	$\chi^2=4.38$ p>0.05
Yok	14	23.7	21	36.2	11	19.6	46	26.6	
Sağlık durumunu öğrenmek üzere bir başkasını tayin edebilme hakkı									
Var	40	67.8	36	62.1	47	83.9	123	71.1	$\chi^2=7.10$ p<0.05
Yok	19	32.2	22	37.9	9	16.1	50	28.9	
Toplam	59	100	58	100	56	100	173	100	

“Hastalar kendi sağlık durumları hakkında bilgi almak üzere bir başkasını tayin edebilirler mi” sorusunu bilme bakımından araştırmaya katılan hekimler arasında branş gruplarına göre anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Pratisyen hekimler % 83.9 oranı ile en fazla bilirken, cerrahi branştaki hekimler % 62.1 oranı ile en az bilmıştır.



. . Mahremiyet Hakkı.

“Hastanın, sağlık durumu ile ilgili muayene, tedavi ve tıbbi değerlendirmelerin gizlilik içerisinde yürütülmesini isteme hakkı var mıdır” sorusuna araştırmaya katılan hekimlerin %98.8’i,

“Tıbben sakıncalı olmayan hallerde muayene ve tıbbi müdahale esnasında hasta, yanında bir yakınının bulunmasını isteyebilir mi” sorusuna araştırmaya katılan hekimlerin %92.5’i ,

“Hasta tedavisi ile doğrudan ilgisi olmayan kimselerin, tıbbi müdahale esnasında yanında bulunmamasını isteyebilir mi” sorusuna araştırmaya katılan hekimlerin %79.2’si,

“Hastaların sağlık harcamalarının kaynağı gizli tutulmalı mıdır” sorusuna araştırmaya katılan hekimlerin %51.4’ü doğru cevap vermiştir.

Tablo . Araştırmaya Katılan Hekimlerin Mahremiyet Hakkını Bilme Durumlarının Branş Grubuna Göre Dağılımı

Mahremiyet hakkı	Uzmanlık alanı						Toplam	İstatistik
	Dahili bilim		Cerrahi bilim		Pratisyen			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Muayene, tedavi ve tıbbi değerlendirmelerin gizlilik içerisinde yürütülmesini isteme hakkı								
Var	59	100	57	98.3	55	98.2	171	98.8
Yok	0	0	1	1.7	1	1.8	2	1.2
Tıbben sakınca yoksa muayene ve tıbbi müdahale esnasında bir yakınının bulunmasını isteme hakkı								
Var	57	96.6	48	82.8	55	98.2	160	92.5
Yok	2	3.4	10	17.2	1	1.8	13	7.5
Hastanın tedavisi ile ilgisi olmayan kimselerin tıbbi müdahale esnasında bulunmamasını isteme hakkı								
Var	45	76.3	48	82.8	44	78.6	137	79.2
Yok	14	23.7	10	17.2	12	21.4	36	20.8
Hastanın sağlık harcamalarının kaynağının gizli tutulmasını isteme hakkı								
Var	33	55.9	22	37.9	34	60.7	89	51.4
Yok	26	44.1	36	62.1	22	39.3	84	48.6
Toplam	59	100	58	100	56	100	173	100

“Hastaların sağlık harcamalarının kaynağı gizli tutulmalı mıdır” sorusunu bilme bakımından araştırmaya katılan hekimler arasında mezun oldukları tıp fakültesine göre anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Diğer illerden mezun olanlar %70.6 oranı ile en fazla bilirken, üç büyük ilden mezun olanlar %45.9 oranı ile en az bilmıştır.



. . **Aydınlatılmış Onam (Rıza) Hakkı.** “Hastaya hastalığı ile ilgili herhangi bir tıbbi müdahale yapılmadan önce müdahale hakkında bilgi verilmesi ve izin alınması gerekir mi” sorusuna araştırmaya katılan hekimlerin %100’ü,

“Tıbbi müdahaleye karar veren hasta, sorumluluğu kendisine ait olmak üzere, müdahalenin herhangi bir döneminde bu kararından vazgeçebilir mi” sorusuna araştırmaya katılan hekimlerin %93.1’i,

“Hasta, kanuni zorunluluk halleri dışında doktorunun önerdiği tedaviyi reddedebilir mi” sorusuna araştırmaya katılan hekimlerin %97.1’i,

“Sterilizasyon ve gebeliğin sona erdirilebilmesi için hastanın rızası yeterli midir” sorusuna araştırmaya katılan hekimlerin %89.6’sı doğru cevap vermiştir.

Tablo . Araştırmaya Katılan Hekimlerin Aydınlatılmış Onam Hakkını Bilme Durumlarının Branş Gruplarına Göre Dağılımı

Aydınlatılmış onam (rıza) hakkı	Branş grubu						Toplam	İstatistik	
	Dahili bilim		Cerrahi bilim		Pratisyen				
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%			
Tıbbi müdahaleden önce bilgi verilmesi ve izin alınması gerekir mi?									
Evet	59	100	58	100	56	100	173	100	-
Hayır	0	0	0	0	0	0	0	0	-
Tıbbi müdahalenin herhangi bir döneminde hastanın onamdan vazgeçebilme hakkı									
Var	55	93.2	52	89.7	54	96.4	161	93.1	Z=0.56
Yok	4	6.8	6	10.3	2	3.6	12	6.9	p>0.05
Hastanın önerilen tedaviyi reddedebilme hakkı									
Var	58	98.3	54	93.1	56	100	168	97.1	Z =0.73
Yok	1	1.7	4	6.9	0	0	5	2.9	p>0.05
Sterilizasyon ve gebeliğin sonlandırılabilmesi için hastanın rızası yeterli midir?									
Yeterlidir	8	13.6	6	10.3	4	7.1	18	10.4	$\chi^2=1.26$
Eşinin de rızası gerekir	51	86.4	52	89.7	52	92.9	155	89.6	p>0.05
Toplam	59	100	58	100	56	100	173	100	



. . Tıbbi Araştırmalarda Hasta Hakkı. “Tıbbi araştırmalarda toplum menfaati mi, yoksa üzerinde araştırma yapılan hastanın menfaati mi daha önemlidir” sorusuna araştırmaya katılan hekimlerin %63.0’ü ,

“Tıbbi araştırmalar, sadece araştırma yapmaya yetkili, yeterli tıbbi bilgi ve tecrübeye sahip olan personel tarafından, mevzuat ile belirlenmiş yerlerde mi yürütülebilir” sorusuna araştırmaya katılan hekimlerin %98.3’ü,

“Gönüllünün tıbbi araştırmaya rıza göstermiş olması, bu araştırmada görev alan personelin sorumluluğunu ortadan kaldırır mı” sorusuna araştırmaya katılan hekimlerin %89.6’sı ,

“Reşit ve mümeyyiz olmayanlara, kendilerine faydası olmadan, sırf tıbbi araştırma amacı güden tıbbi müdahaleler yapılabilir mi” sorusuna araştırmaya katılan hekimlerin %96.5’i doğru cevap vermiştir.

Tablo . Araştırmaya Katılan Hekimlerin Tıbbi Araştırmalarda Hasta Hakkını Bilme Durumlarının branş Gruplarına Göre Dağılımı

Tıbbi araştırmalarda hasta hakları	Branş grubu						Toplam		
	Dahili bilim		Cerrahi bilim		Pratisyen		Sayı	%	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%			Sayı
Tıbbi araştırmalarda toplum menfaati mi, yoksa hasta menfaati mi daha önemlidir?									
Toplum	21	35.6	19	32.8	24	42.9	64	37.0	$\chi^2=1.32$
Hasta	38	64.4	39	67.2	32	57.1	109	63.0	$p>0.05$
Tıbbi araştırmalar sadece araştırma yapmaya yetkili personel tarafından, mevzuat ile belirlenmiş yerlerde mi yürütülebilir?									
Evet	59	100	55	94.8	56	100	170	98.3	$Z=0.59$
Hayır	0	0	3	5.2	0	0	3	1.7	$p>0.05$
Gönüllünün araştırmaya rıza göstermesi, personelin sorumluluğunu kaldırır mı?									
Evet	6	10.2	8	13.8	4	7.1	18	10.4	$\chi^2=1.35$
Hayır	53	89.8	50	86.2	52	92.9	155	89.6	$p>0.05$
Reşit-mümeyyiz olmayanlara sırf tıbbi araştırma amacıyla müdahale yapılabilir mi?									
Evet	1	1.7	1	1.7	4	7.1	6	3.5	$Z=0.85$
Hayır	58	98.3	57	98.3	52	92.9	167	96.5	$p>0.05$
Toplam	59	100	58	100	56	100	173	100	



. . **Başvuru Hakkı.** “Hastaların, hasta haklarının ihlali halinde, mevzuat çerçevesinde müracaat, şikayet ve dava hakları var mıdır” sorusuna araştırmaya katılan hekimlerin %96.5’i,

“Sizce hastaların tedavisi esnasında ve sonrasında doğabilecek sorunlardan dolayı doktorların hukuki sorumlulukları var mıdır” sorusuna araştırmaya katılan hekimlerin %97.1’i,

“Hastalarınızla ilgili bir problemden dolayı hakkınızda hiç idari soruşturma veya dava açıldı mı” sorusuna araştırmaya katılan hekimlerin %24.9’u evet demiştir.

Tablo 7. Araştırmaya Katılan Hekimlerin Başvuru Hakkını Bilme Durumlarının Branş Gruplarına Göre Dağılımı

Başvuru hakkı	Branş grubu						Toplam		
	Dahili bilimler		Cerrahi bilimler		Pratisyen		Sayı	%	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Hastaların haklarının ihlali halinde müracaat, şikayet ve dava hakları var mı?									
Var	58	98.3	53	91.4	56	100	167	96.5	
Yok	1	1.7	5	8.6	0	0	6	3.5	
Hastaların tedavisi esnasında ve sonrasında doğabilecek sorunlardan dolayı doktorların hukuki sorumlulukları var mı?									
Var	59	100	55	94.8	54	96.4	168	97.1	
Yok	0	0	3	5.2	2	3.6	5	2.9	
Hastalarınızla ilgili bir problemden dolayı hakkınızda idari soruşturma veya dava açıldı mı?									
Evet	7	11.9	17	29.3	19	33.9	43	24.9	
Hayır	52	88.1	41	70.7	37	66.1	130	75.1	
Toplam	59	100	58	100	56	100	173	100	

“Hastalarınızla ilgili bir problemden dolayı hakkınızda hiç idari soruşturma veya dava açıldı mı” sorusuna verilen cevap bakımından araştırmaya katılan hekimler arasında branş gruplarına göre anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Pratisyen hekimler %33.9 oranıyla en fazla evet cevabı verirken, dahili branştaki hekimler %11.9 oranıyla en az evet cevabı vermiştir.

.7. Hasta Hakları Eğitimi. “Hasta haklarıyla ilgili olarak mezuniyet öncesi veya sonrası bir eğitim aldınız mı” sorusuna araştırmaya katılan hekimlerin %19.7’si ,

“Sizce hasta hakları ile ilgili mezuniyet öncesi veya sonrası eğitime gerek var mı” sorusuna araştırmaya katılan hekimlerin %89.6’sı,



“Sizce topluma hasta hakları konusunda bilgi ya da eğitim verilmeli mi” sorusuna araştırmaya katılan hekimlerin %96.0’sı evet cevabı vermiştir.

Tablo 8. Araştırmaya Katılan Hekimlerin Hasta Hakları Eğitimi Konusundaki Görüşlerinin Branş Gruplarına Göre Dağılımı

Hasta hakları eğitimi	Branş grubu						Toplam		
	Dahili bilim		Cerrahi bilim		Pratisyen		Sayı	%	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Hasta haklarıyla ilgili olarak mezuniyet öncesi veya sonrası eğitim aldınız mı?									
Evet	8	13.6	11	19.0	15	26.8	34	19.7	$\chi^2=3.20$
Hayır	51	86.4	47	81.0	41	73.2	139	80.3	$p>0.05$
Hasta haklarıyla ilgili olarak mezuniyet öncesi veya sonrası eğitime gerek var mı?									
Evet	52	88.1	49	84.5	54	96.4	155	89.6	$\chi^2=4.56$
Hayır	7	11.9	9	15.5	2	3.6	18	10.4	$p>0.05$
Topluma hasta hakları konusunda bilgi ya da eğitim verilmeli mi?									
Evet	55	93.2	57	98.3	54	96.4	166	96.0	$Z=0.62$
Hayır	4	6.8	1	1.7	2	3.6	7	4.0	$p>0.05$
Toplam	59	100	58	100	56	100	173	100	

.8. Hasta Hakları Birimi. “Hastanenizde bulunan hasta hakları biriminden haberdar mısınız ?” sorusuna araştırmaya katılan hekimlerin %58.4’ü evet cevabı vermiştir. Hekimler arasında cinsiyete göre anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Erkekler %63.8 oranıyla daha fazla evet cevabı vermiştir.

“Hasta hakları biriminin işleyişi hakkında bilginiz var mı” sorusuna araştırmaya katılan hekimlerin %25.4’ü evet cevabı vermiştir. Erkek hekimlerin %27.7’si, kadın hekimlerin %18.6’sı evet cevabı vermiştir, cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Tartışma.

Çalışmamızda hekimlerin ülkemizdeki hasta hakları mevzuatından haberdar olmaları açısından yaş, hekimlik süresi, branş ve mezun olunan fakülteye göre anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Özer’in (2003) yaptığı çalışmada da hekimlerin %56.1’i, ülkemizde hasta hakları mevzuatının olduğunu bilmektedir. Bu çalışmada erkek hekimler, ülkemizde hasta hakları mevzuatı olduğunu, kadın hekimlerden daha fazla bilmıştır. Bu sonuçlar, bizim çalışmamıza paralellik göstermektedir.

Çalışmamızda “hastanın sağlık kurum ve kuruluşlarında verilen hizmetlerin neler olduğunu ve bunlardan faydalanma usulünü bilmeye hakkı var mıdır” sorusuna araştırmaya katılan hekimlerin %99.4’ü doğru cevap vermiştir. Özer (2003) çalışmasında hekimlerin %98.2’sinin hastaların sağlık kuruluşunda verilen hizmetleri bilme hakkının olduğunu, Vural (1993) hastaların sadece %26’sına hastane kurallarına ilişkin bilgilendirme yapıldığını, Zencir (1996) ise hekimlerin %49.4’ünün



hastalara hastanenin çalışma düzeni hakkında bilgi verilmesi gerektiği görüşünde olduklarını belirtmişlerdir. Özer'in (2003) bulguları, bizim çalışmamıza paralellik göstermesine rağmen, diğer çalışmaların bulguları farklılık göstermektedir. Hasta hakları yönetmeliğinin diğer çalışmalardan sonra gündeme gelmiş olması ve hasta hakları konusundaki duyarlılığın son yıllarda artmış olması bu farklılığı açıklayabilir.

Çalışmamızda “hastanın kimlik, görev ve unvanı ile birlikte hekimini tanıma hakkı var mıdır?” sorusuna araştırmaya katılan hekimlerin %93.6’sı doğru cevap vermiştir. Özer (2003) yaptığı çalışmada hekimlerin %92.3’ü hastanın hekimini tanıma hakkının olduğunu Zencir (1996) hekimlerin %94.4’ü, hemşirelerin %90’ı hastaların hekim ve hemşireleri ismen tanıması gerektiğini, Bozkuş (1997) hekimlerin %56.3’ü, kendilerini hastalarına tanıttıklarını belirtmiştir. Bilgi düzeyini inceleyen çalışmalarda yeterlilik söz konusu iken, uygulamaları inceleyen çalışmalarda yetersizlik gözlenmektedir. Neden olarak da hasta sayısının fazla oluşu, hastalardan bu konuda talep gelmemesi ileri sürülmektedir.

Çalışmamızda “hastanın kendisine sağlık hizmeti verecek olan doktoru serbestçe seçme, tedavisi ile ilgilenen doktoru değiştirme ve başka doktorların konsültasyonunu isteme hakkı var mıdır” sorusuna araştırmaya katılan hekimlerin %91.3’ü doğru cevap vermiştir. Hekimler arasında yaş grubu ve branşlara göre anlamlı farklılık bulunmuştur. 50 ve üzeri yaş grubundaki hekimler %76.7 oranıyla diğer yaş gruplarına göre daha az bilmişlerdir. Cerrahi branştaki hekimler %81.0 oranıyla en az bilirken, pratisyen hekimler %100 oranı ile en fazla bilmiştir. Pratisyen hekimler, kendi tecrübelerini aşan hastalık durumlarında, hastalarını zaten ilgili uzmana sevk etmektedirler ve bu durum pratisyenlerin daha fazla bilmesini etkilemiş olabilir. Ayrıca hasta hakları yönetmeliğinin son yıllarda gündeme gelmiş olması ve yaşlı hekimlerin içerikten haberdar olmaması etkili olabilir. Burada mezuniyet sonrası hasta hakları eğitiminin önemi anlaşılmaktadır. Özer'in (2003) yaptığı çalışmada hekimlerin %52.1’i, hastanın bir başka doktora konsülte edilmeyi istemesini kabul edebileceklerini, Bozkuş (1997) hekimlerin %97.1’i, hastalarının başka hekimlerce konsülte edilmeyi isteyebileceklerini, Zülfikar (1999) hastaların %86’sının sağlık personelini ve sağlık kurumunu seçme, değiştirme hakkını gerektiğinde talep edebilecek durumda olduklarını belirtmişlerdir. Bu sonuçlardan, hastaların başka hekimlerce konsülte edilmeyi isteme hakkının varlığını hasta ve hekimlerin çoğunluğu bilmesine rağmen, uygulamada hekimlerin buna riayet etmeme eğiliminin olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda “hastanın, sağlık durumunu, kendisine uygulanacak tıbbi işlemleri, bunların faydaları ve muhtemel sakıncalarını, alternatif tıbbi müdahale usullerini doktorundan öğrenme hakkı var mıdır” sorusuna araştırmaya katılan hekimlerin %98.3’ü doğru cevap vermiştir. Özer'in (2003) yaptığı çalışmada hekimlerin %84.1’i hastalara hastalıkları hakkında bilgi verilmesi gerektiğini söylemişlerdir. Zülfikar'ın (1999) yaptığı çalışmada hastaların %38.3’ü tanısının ne olduğunu bilmezken, ameliyat olan hastaların %63.4’ü de ne ameliyatı olduğunu bilmemektedir. Vural'ın (1993) yaptığı çalışmada hastaların %67’sine teşhisin açıklandığı, hastaların %53’üne tedavi ve uygulamalara ilişkin bilgi verilmediği belirlenmiştir. Bilgi düzeyini inceleyen çalışmalarda yeterlilik söz konusu iken, uygulamaları inceleyen çalışmalarda yetersizlik olduğu ve hastaların haklarını talep etmede yeterli olmadığı gözlenmektedir.

Çalışmamızda “hastanın durumuyla ilgili tıbbi bilgiler, hastanın anlayabileceği şekilde ve tıbbi terimler mümkün olduğunca kullanılmadan verilmesi gerekir mi” sorusuna araştırmaya katılan hekimlerin %96.0’sı doğru cevap vermiştir. Hekimler arasında yaş grubuna göre anlamlı farklılık



bulunmuştur. 27-39 yaş grubundaki hekimler %100 oranı ile en fazla bilirken, 50 ve üzeri yaş grubundaki hekimler %86.7 oranı ile en az bilmıştır. Hasta hakları yönetmeliğinin son yıllarda gündeme gelmiş olması ve 50 ve üzeri yaş grubundaki hekimlerin içerikten haberdar olmaması etkili olabilir. Ayrıca mezuniyet sonrası hasta hakları eğitiminin önemi anlaşılmaktadır. Özer'in (2003) yaptığı çalışmada hekimlerin %30.9'u hastayı halk dili ile, %68.7'si halk dili ve tıbbi dili birlikte kullanarak bilgilendirmek gerektiğini söylemişlerdir. Bilgi düzeyini inceleyen çalışmalarda yeterlilik söz konusu iken, uygulamaları inceleyen çalışmalarda yetersizlik olduğu ve hastaların haklarını talep etmede yeterli olamadığı gözlenmektedir.

Çalışmamızda “hastaların sağlık durumları ile ilgili bilgileri ihtiva eden dosya ve kayıtları incelemeye, gerekirse bir suretini almaya hakları var mıdır” sorusuna araştırmaya katılan hekimlerin %73.4'ü doğru cevap vermiştir. Hekimler arasında yaş grubu ve hekimlik süresine göre anlamlı farklılık bulunmuştur. 27-39 yaş grubundaki hekimler %83.7 oranı ile diğer yaş gruplarına göre daha fazla bilmıştır. 0-9 yıl hekimlik süresine sahip olanlar %85.7 oranı ile en fazla bilirken, 20 ve üzeri yıl hekimlik süresine sahip olanlar %58.3 oranı ile en az bilmıştır. Yaş ve hekimlik süresi arttıkça doğru bilme oranı azalmaktadır. Hasta hakları yönetmeliğinin son yıllarda gündeme gelmiş olması ve yaşlı hekimlerin içerikten haberdar olmaması etkili olabilir. Ayrıca mezuniyet sonrası hasta hakları eğitiminin önemi anlaşılmaktadır. Özer'in (2003) yaptığı çalışmada hekimlerin %56.3'ü hastaların dosyalarının bir örneğini alma hakkının olduğunu, Bozkuş (1997) hekimlerin %52.8'i hasta dosyalarının incelenebileceğini, Zülfikar (1999) hastaların %62.5'inin kendi tanı, tedavi ve bakımını içeren yazılı özet alma ve isteme hakkını talep edebilecek durumda olduklarını saptamışlardır. Bu çalışma sonuçları, çalışmamızın sonuçları ile uyumlu gözükmemektedir. Bunda da hasta hakları duyarlılığının son yıllarda ortaya çıkmış olması etkili olabilir.

Çalışmamızda “hastalar kendi sağlık durumları hakkında bilgi almak üzere bir başkasını tayin edebilirler mi” sorusuna araştırmaya katılan hekimlerin %71.1'i doğru cevap vermiştir. Branş grubuna göre anlamlı farklılık bulunmuştur. Pratisyen hekimler, %83.9 oranı ile en fazla bilirken, cerrahi branştaki hekimler %62.1 oranı ile en az bilmıştır. Burada cerrahi müdahalede hasta ile karşılıklı görüşmenin önemli oluşu, diğer branşlarda bunun her zaman gerekli olmaması etkili olmuş olabilir.

Çalışmamızda “hastanın, sağlık durumu ile ilgili muayene, tedavi ve tıbbi değerlendirmelerin gizlilik içerisinde yürütülmesini isteme hakkı var mıdır” sorusuna araştırmaya katılan hekimlerin %98.8'i doğru cevap vermiştir. Özer'in (2003) yaptığı çalışmada hekimlerin %90.7'si, hasta kayıtlarının gizli tutulması gerektiğini belirtmiştir. Zencir'in (1996) yaptığı çalışmada hekimlerin %10.2'si, hemşirelerin %81.4'ü hastaların mahremiyetinin korunması gerektiğini ifade etmiştir. Bozkuş'un (1997) yaptığı çalışmada, hekimlerin % 85'i hastaların tedavisi ile bilgilerin gizli tutulmasına özen gösterdiklerini bildirmiştir. Bilgi düzeyini inceleyen çalışmalarda yeterlilik söz konusu iken, uygulamaları inceleyen çalışmalarda yetersizlik olduğu ve hastaların haklarını talep etmede yeterli olamadığı gözlenmektedir.

Çalışmamızda “tıbben sakıncalı olmayan hallerde muayene ve tıbbi müdahale esnasında hasta, yanında bir yakınının bulunmasını isteyebilir mi” sorusuna araştırmaya katılan hekimlerin %92.5'i doğru cevap vermiştir. Özer'in (2003) yaptığı çalışmada hekimlerin %95.2'si tıbbi müdahale esnasında hasta yakınının bulunmasına izin vereceğini ifade etmiştir.

Çalışmamızda “hastaların sağlık harcamalarının kaynağı gizli tutulmalı mıdır” sorusuna araştırmaya katılan hekimlerin %51.4'ü doğru cevap vermiştir. Hekimler arasında yaş grubu, branş grubu ve mezun oldukları tıp fakültesine göre anlamlı farklılık bulunmuştur. 27-39 yaş grubundakiler



%61.6 oranı ile en fazla bilirken, 50 ve üzeri yaş grubundakiler %36.7 oranı ile en az bilmiştir; yaş grubu arttıkça doğru bilme oranı azalmaktadır. Cerrahi branşta kiler %37.9 oranı ile en az bilirken, pratisyen hekimler %60.7 oranı ile en fazla bilmişlerdir. Diğer illerden mezun olanlar %70.6 oranı ile en fazla bilirken, üç büyük ilden mezun olanlar %45.9 oranı ile en az bilmişlerdir. Bilgi yetersizliğinin nedeni, hastaların sağlık güvencesinin olması ve bu sağlık güvencelerinin sır olarak görülmemesi olabilir.

Çalışmamızda “hastaya hastalığı ile ilgili herhangi bir tıbbi müdahale yapılmadan önce müdahale hakkında bilgi verilmesi ve izin alınması gerekir mi” sorusuna araştırmaya katılan hekimlerin %100’ü doğru cevap vermiştir. Özer’in (2003) yaptığı çalışmada hekimlerin %88.1’inin tıbbi müdahaleye başlamadan önce, Zencir (1996) hekimlerin %80.9’unun, hemşirelerin %85.5’inin tedavi ve uygulamalardan önce hastadan izin alınması gerektiğini belirtmişlerdir. Bilgi düzeyini inceleyen çalışmalarda genelde yeterlilik söz konusu iken, uygulamaları inceleyen çalışmalarda yetersizlik gözlenmektedir.

Çalışmamızda “hasta, kanuni zorunluluk halleri dışında doktorunun önerdiği tedaviyi reddedebilir mi” sorusuna araştırmaya katılan hekimlerin %97.1’i doğru cevap vermiştir. Özer’in (2003) yaptığı çalışmada hekimlerin %95.2’sinin, Bozkuş’un (1997) hekimlerin %95.1’inin, Zencir (1996) hekimlerin %53.9’u, hemşirelerin %61.4’ü hastanın tedavi ve uygulamaları reddetme hakkının olduğunu belirtmişlerdir.

Çalışmamızda “tıbbi araştırmalarda toplum menfaati mi, yoksa üzerinde araştırma yapılan hastanın menfaati mi daha önemlidir” sorusuna araştırmaya katılan hekimlerin %63.0’ü doğru cevap vermiştir. Hekimler arasında cinsiyete göre anlamlı bir farklılık bulunmuştur; erkekler %68.5 oranı ile daha fazla bilmişlerdir. Özer’in (2003) yaptığı çalışmada hekimlerin %35’i, tıbbi araştırmalarda hasta yararının toplum yararından daha önemli olduğunu belirtmişlerdir.

Çalışmamızda “hastaların, hasta haklarının ihlali halinde, mevzuat çerçevesinde müracaat, şikayet ve dava hakları var mıdır” sorusuna araştırmaya katılan hekimlerin %96.5’i doğru cevap vermiştir. Hekimler arasında hekimlik süresine göre anlamlı bir farklılık bulunmuştur. 20 yıl ve üzerinde hekimlik süresine sahip olan hekimler, %89.6 oranı ile en az bilirken, 0-9 yıl hekimlik süresine sahip olan hekimler %100 oranı ile en fazla bilmiştir. Hasta hakları duyarlılığının son yıllarda ortaya çıkması, yaşlı hekimlerin bundan yeterince haberdar olamaması ve mezuniyet sonrası hasta hakları eğitiminin önemi anlaşılmaktadır.

Özer’in (2003) yaptığı çalışmada hekimlerin %94.4’ü, hastaların haklarının korunması için yargıya başvurabileceğini ifade etmiştir. Bozkuş’un (1997) yaptığı çalışmada, hekimlerin %98.5’i hastaların hukuksal haklarının korunması için yargıya başvurabileceklerini belirtmiştir. Zülfikar’ın (1999) yaptığı çalışmada, hastaların %81.3’ünün şikayet için gerektiğinde başvuru hakkını talep edebilecek durumda oldukları saptanmıştır.

Çalışmamızda “sıze hastaların tedavisi esnasında ve sonrasında doğabilecek sorunlardan dolayı doktorların hukuki sorumlulukları var mıdır” sorusuna araştırmaya katılan hekimlerin %97.1’i doğru cevap vermiştir. Özer’in (2003) yaptığı çalışmada hekimlerin %89.7’sinin, Bozkuş (1997) hekimlerin %97.5’inin hastaların tedavileri esnasında çıkabilecek problemlerden dolayı hukuki sorumluluklarının olduğunu belirtmişlerdir.



Çalışmamızda “hastalarınızla ilgili bir problemden dolayı hakkınızda hiç idari soruşturma veya dava açıldı mı” sorusuna araştırmaya katılan hekimlerin %24.9’u evet demiştir. Hekimler arasında cinsiyet ve branş grubuna göre anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Erkek hekimler %29.2 ve pratisyen hekimler %33.9 oranıyla en fazla evet cevabı vermiştir. Burada pratisyen hekimlerin ve erkek hekimlerin daha fazla acil hastalarla karşılaşmaları, bunun sonucu olarak daha fazla şikayet ve dava konusu olmaları etkili olmuş olabilir. Özer’in (2003) yaptığı çalışmada hekimlerin %7.4’ü hakkında idari soruşturma açıldığı, %4.8’i hakkında ise dava açıldığı tespit edilmiştir.

Çalışmamızda “sizce hasta hakları ile ilgili mezuniyet öncesi veya sonrası eğitime gerek var mı” sorusuna araştırmaya katılan hekimlerin %89.6’sı evet cevabı vermiştir. Özer’in (2003) yaptığı çalışmada hekimlerin %94.4’ü, mezuniyet öncesi veya sonrası hasta hakları eğitiminin hekimler için gerekli olduğunu belirtmiştir.

Çalışmamızda “sizce topluma hasta hakları konusunda bilgi ya da eğitim verilmeli mi” sorusuna araştırmaya katılan hekimlerin %96.0’sı evet cevabı vermiştir. Özer’in (2003) yaptığı çalışmada hekimlerin %93.6’sı, topluma hasta hakları eğitimi verilmesi gerektiğini bildirmişlerdir. Bu bulgular, hasta ve hekimlerin hasta hakları konusunda eğitilmelerinin gerekli olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda “hasta hakları biriminin işleyişi hakkında bilginiz var mı” sorusuna araştırmaya katılan hekimlerin %25.4’ü evet cevabı vermiştir. Hekimler arasında yaş grubuna göre anlamlı bir farklılık bulunmuştur; 27-39 yaş grubundaki hekimler %17.4 oranıyla en az evet cevabı vermiştir. Buradaki bilgi yetersizliğinin nedeni, hasta hakları biriminin henüz yeni kurulmuş olması ve yeterli aktivite gösterememesi ile ilişkili olabilir.

KAYNAKLAR

1. Bozkuş A. Türkiye’de ve Dünyada Hasta Hakları. Yüksek Lisans Tezi, Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Deontoloji Anabilim Dalı, Eskişehir 1997.
2. Hatun Ş. Hasta Hakları Hepimizin Hakkı. Bilim ve Teknik, Kasım 1995, sayı 336, ss 54.
3. Kalaça Ç. Sağlık Hakkından Hasta Haklarına. Bilim ve Teknik, Ocak 1996, sayı 338, ss 38-41.
4. Hatun Ş. Hasta Hakları. www.kocaelitabip.org.tr (2 Haziran 2004)
5. Köküöz AN. Etikten Hukuka Hasta Hakları. Bilim ve Teknik, Kasım 1995, sayı 336, ss 50-55
6. Özer A. Kayseri İl Merkezinde Çalışan Hekimlerin Hasta Hakları Konusundaki Bilgi-Tutum ve Davranışları. Uzmanlık Tezi, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Kayseri 2003
7. Şahbudak Ü.K. Hastanede Yatan Hastaların Hasta Hakları Konusundaki Görüşleri. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, Ankara 1992
8. Topçu Ö, Korucu B. Hasta ve Hekim Hakları. Ankara Cerrahi Dergisi 2001; 3(9): 29-37.
9. Vural G.T. Hasta Hakları. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, Ankara 1993
10. Yılmaz M. Hasta Haklarının Hemşire, Doktor ve Yatan Yetişkin Hasta Açısından İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, Sivas 1991
11. Zencir G.G. Hekim ve Hemşirelerin Hasta Hakları Konusunda Tutumlarının İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, İzmir 1996
12. Zülfikar F. Hastaların Hasta Haklarını Talep Etme Durumları. Bilim Uzmanlığı Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, Ankara 1999.



HASTA HAKLARI

Özdem NURLUÖZ
HEMŞİRELİK YÜKSEK OKULU KKTC
ozdem_nurluoz@yahoo.com.tr.

ÖZET

Hasta Hakları evrensel olarak dünyada kazanılmaya çalışılan haklardır .Bu konuda birçok ülkede önemli adımlar atılmış olmasına rağmen KKTC’de halen yasası yürürlüğe girmediği için sorunlar yaşanmaktadır. Bu çalışmada sağlık hizmetlerinden yararlanan kişilerin haklarını ne derecede bildiklerini tespit etmeye çalışıldı. KKTC’de en büyük hastane olması nedeniyle Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi seçilerek Dahiliye servisinde hastalarla ve hemşirelerle görüşme yapılarak soru yöneltilerek cevap alınmaya çalışılmıştır. Elde edilen veriler ışığında hastaların birçoğunun haklarını bilmediği ve bu nedenle talep etmediği ortaya çıkmıştır .

GİRİŞ

Hasta Hakları temel insan haklarının bir alt başlığı olarak hasta sağlıklı bireyin tıbbi müdahale ve tedavi gibi hayati alanda “hak”larını tanımlar. Başta genetik olmak üzere tıp ile doğrudan ilgili alanlarda, teknoloji olanaklarının artması ile uygulamalara sağladığı yeni tedavi imkanları insanların beklentilerini arttırmıştır. Dünya’da olan gelişmelerin yakından takip edebilme imkanlarının artması, rekabet ortamının varlığı ve insanların bilinçlenerek sağlık hizmetlerinden en iyi şekilde yararlanma talepleri ile yapılan etik hataların farkına varılması hasta hakları konularının büyümesine ve hak arama çalışmalarına hız vermiştir.

Hasta Hakları kavramı dünyada ve başta Avrupa ülkelerinde önemini hızla arttırırken, ülkemiz hala hasta hakları yasasını meclisten geçirme mücadelesi vermektedir. Bilindiği gibi İnsan Hakları evrensel bildirgesinin kabul edilmesiyle insanlık 50 yılını haklar mücadelesi dönemi olarak geçirmiştir. Hak kavramı esas olarak kişilerin girdikleri ilişkilerde ve yaşadıkları toplumda başta devlet olmak üzere kendileri üzerinde baskı uygulayabilecek ve/veya olumsuz girişimde bulunabilecek kurumlar veya kişiler karşısında korunmayı amaçlamaktadır. Bu nedenle ancak eşitsiz bir ilişki söz konusu olduğunda hak kavramından söz edilebilir (Hatun, Şükrü 1999). Hastalar ihtiyacı olduğu için tıbbi bakım hizmeti talep ederek bir sağlık kurumunun kapısından içeriye girdiği andan itibaren hiç bilmediği bir uygulamalar dünyasına adım atmış olurlar. Hasta açısından son derece korkutucu ve kendi bedeni üzerindeki dokunulmazlığının kalktığı bir ortam olan hastanelerde çalışan her kişi hasta için inanılmaz önemli bir duruma girmiş olur. Hasta, hastanede tamamen güçsüz bir konumdadır. Sağlıktaki bürokrasi, tıbbi ve teknolojik cihazların karmaşıklığı, aile bütünlüğünü ve bağımsızlığı kaybetme, beden bütünlüğünün bozulma tehlikesi hastalar için büyük endişe faktörüdür. Hastaların bilinmeyen bir ortamda ve bilinmeyen uygulamalarla karşılaşmaları hasta haklarının önemini ön plana çıkarmaktadır.

Hasta Hakları Bildirgelerinin Amaçları

Hasta haklarının geliştirilmesinin temel gereği, hastaların desteklenmesi ve mağdur olmaları halinde haklarını arayabilmelerinin sağlanmasıdır. Hasta hakları hekim ve hemşirelerle hastaları karşı karşıya getirme amacı taşımamaktadır .



Yanlış anlaşılmasını önlemek için amaçlar aşağıda görüldüğü gibi sıralanmıştır:

- 1-Hastanın bir kişi olarak gelişmesi ve kişinin bütünlük ve itibarının korunması, sağlık hizmetlerinde temel insan haklarının yeniden onaylanması,
- 2-Hastalara sağlık hizmetlerinden en iyi şekilde yararlanmaları ve sistemle ilgili sorunların ve zorlukların en aza indirilebilmesi için yardım etmek,
- 3-Hastaların sağlık hizmeti sürecine aktif katılımını sağlayacak tedbirler almak,
- 4-Sağlık personelinin mesleki uygulamalarından doğacak hataları en aza indirmek,
- 5-Hastaların sağlık hizmetlerinin işleyişi ve sağlığı koruma ile ilgili programlara katılımını sağlamak
- 6-Hasta hakları ile ilgili başvuru merkezleri oluşturarak insanların bu merkezlere başvurmalarını sağlamak (Hatun Şükrü 1999).

Uluslararası Bildirgeler ve Hasta Hakları

Günümüzde hasta haklarını düzenleyen bildirgeler Dünya Tabipler Birliği ve Dünya Sağlık Örgütü tarafından düzenlenmiştir. Daha sonra ülkeler kendi koşullarına uygun metinler yayınlamışlardır. Hasta Hakları ile ilgili ilk temel metin Dünya Tabipler Birliği'nin 1981 tarihli Lizbon bildirgesidir. Bu bildirgeye göre :

- Hastanın hekimini özgürce seçme hakkı,
- Hiçbir baskı altında kalmadan karar verebilen hekim tarafından bakılabilmek,
- Kendisine önerilen tedaviyi kabul etme veya red hakkına sahip olabilen,
- Kendisi ile ilgili tıbbi veya özel bilgilerin gizliliğine saygı duyulmasını beklemeye hakkı olan Onurlu bir şekilde ölmeye ,ruhi veya ahlaki teselliye kabul veya ret etmeye hakkı vardır (Hatun ,Şükrü 1999).

PROBLEM

Sağlık Hizmetlerinden yararlanmak durumunda kalan hastalar çok sık olarak hizmet alımında sıkıntı yaşamaktadır. Mağdur durumunda kaldıkları zaman müracaat edecekleri yasal bir kurum olmadığı için sorunlarını çözmek için hukuk yolu ile tek başlarına mücadele etmek durumunda kalmaktadırlar.

Sağlıklı bir durumda kişi kendi hakkını koruyup arayabiliyorken, en zayıf ve bağımlı olduğu bir durum olan hastalık anında haklarını koruması ortadan kalkar. Ayrıca psikiyatri ve çocuk hastalarda ve zihin engellilerde değerlendirme yapabilme ve haklarını arayabilme olmadığı için savunuculuğa ihtiyacı olan özel bir durumları mevcuttur. Benim de içinde bulunduğum ve Eğitim sorumluluğunu üstlendiğim kurum olan Evrensel Hasta Hakları Derneğine gelen şikayetler ve toplantıda elde edilen bilgiler "Hasta Hakları" ile ilgili birçok sorun olduğunu göstermektedir. Özellikle hastalar kendi hakları ile ilgili olarak fazla bilgi sahibi değildirler. KKTC'de yaşayan kişilerin bu ülkede sağlık hizmeti alırken ne gibi haklara sahip olduklarını bilememeleri bu araştırmanın problemi oluşturmaktadır .

ARAŞTIRMANIN AMACI

Hasta Haklarının korunması birinci olarak hekim ve hemşirelerin sorumluluğundadır. Tüm dünyada böyle kabul edilmesine rağmen ülkemizde halen hasta hakları ile ilgili yasaların geçirilememesi üzücüdür. Hasta Haklarına yönelik uygulamaları belirlemek, hasta haklarının uygulanma derecesini ve uygulanamama nedenlerini saptayarak sağlık ekibi üyelerinin ve hastaların görüşlerini ortaya koymak bu araştırmanın amacını oluşturmaktadır.



MATERYAL VE YÖNTEM

Araştırma KKTC’de en fazla hasta kapasitesine sahip, yapı olarak en büyük ve merkez hastane olan Dr. B. N. D Hastanesinde yapılmıştır. Servis olarak Dahiliye servisi ve Cerrahi servisi seçilmiştir. Dahiliye hastalıkları tedavisi ve bakımı uzun zaman alan, genellikle kronik vaka olan kalp, diyabet gibi hastalıkların tedavisiyle uğraşan ve en yoğun servisler, cerrahi servis ise hasta yoğunluğu fazla ancak hasta akışı hızlı bir servis olması nedeniyle araştırmaya dahil edilmiştir. Burada hastalar uzun süre yattığı için haklarını ne derecede bildikleri, kendilerine ne kadar bilgi verildiği ve kendilerini ne kadar savunabildikleri araştırmaya katkı sağlayacağı düşünülerek, hastalar ve hasta ile en fazla muhatap olan hemşirelerle görüşme yapılmıştır. Hasta Hakları ile ilgili sorular sorularak cevap alınmaya çalışılmıştır. Ayrıca Hasta Haklarını korumaya yönelik 12 hasta derneğinin ve Tabipler Birliğinin birlikte kurduğu Evrensel Hasta Hakları Derneği Yönetim Kurulu Başkanı ile de görüşme yapılarak veri toplanması planlanmıştır .

Araştırmanın Evreni

Dr.B.N.D.Hastanesi Dahiliye ve Cerrahi servislerinde yatmakta olan şuuru açık hastalar, hastalar ile en fazla muhatap olan hemşireler ve Evrensel Hasta Hakları Derneği Yönetim Kurulu Başkanı oluşturmaktadır .

Örneklem Seçimi

Dahiliye servisinde yatmakta olan hastalardan şuuru açık ve yetişkin kişiler olmasına dikkat edildi, cinsiyet ayrımı yapılmadı. Dahiliye ve cerrahi servislerinde çalışan hemşirelerden veri toplanması planlandı

Verilerin Toplanması

Veriler gözlem ve görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Hazırlanan sorular bire bir görüşme yapılarak araştırmacı ve Hemşirelik Yüksek Okulu öğrencileri tarafından toplanmıştır. Sorular objektif yanıt alınabilmesi için hasta haklarını ne derecede bildiklerine yönelik olarak ve serviste kendilerine hangi konularda bilgi verildiğine yöneliktir. Aynı sorular Evrensel Hasta Hakları Derneği Yönetim Kurulu Başkanına da yöneltildi.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmada elde edilen verilerin değerlendirilmesi sonucunda Hasta Hekim Hemşire ve Evrensel Hasta Hakları Derneği Başkanının görüşlerine göre hasta haklarının yeterli olarak uygulanmadığını göstermektedir. Araştırma sonucunda elde edilen veriler değerlendirildiğinde hasta hakları ile ilgili olarak fazla bir gelişme olmadığı ortaya çıkmıştır. KKTC’de yasal olarak Hasta Hakları Derneği ve Evrensel Hasta Hakları Derneği olmasına rağmen yasaları meclisten geçmediği için, etkin olarak hasta haklarına yönelik bir faaliyetleri yoktur. Hekim kendini ismen tanıtmaya gereğini duymamaktadır. Hastalar doktorlarının ismini kendi olanakları ile öğrenmektedirler. Hemşirelerin çoğunluğu kendini tanıttığını ifade etmiştir. Bir grup hemşire hastalara bilgi vermelerinin doktorlar tarafından kısıtlandığından dolayı, bir grup hemşire ise çok fazla hastaya baktıklarını ve yeterli zamanları olmadığı için hastalara bilgi veremediklerini söylemişlerdir. Soru yöneltilen tüm hemşireler mezuniyetten sonra hasta hakları ile ilgili olarak eğitim almadıklarını belirtmişlerdir. Hastalar hakları ile ne gibi uygulamalar olduğuna yönelik soruya, uygulama olmadığını belirtmişlerdir. Hastalığı hakkında bilgilendirme konusunda “olumlu” cevap vermişlerdir. İlgili ve saygı içinde bakım veriliyor mu sorusuna çoğunlukla “evet” cevabı verilmiştir. Hastalık teşhisinin hastaya söylenmesi “genellikle doktor tarafından söylendi” olarak yanıtlandı. Hastanın tedaviyi reddetme hakkının olup olmadığı tüm hastalar tarafından “evet” olarak cevaplandı.



Hastalara hizmet verilirken mahremiyetlerine genellikle dikkat edildiği söylenmiştir. Hastanın doktor seçme özgürlüğü olup olmadığı sorusuna, hastaneye yatmadan önce seçme özgürlüğü olduğu fakat hastaneye yattıktan sonra değiştirilemediği söylenmiştir. Hastalar ve Hemşireler çoğunlukla hastalığın ve tedavisinin riskleri konusunda hastalara bilgilendirilme yapılmadığı cevabını vermişlerdir. Hastalar yapılan tetkikler hakkında yeterince bilgilendirilmediklerini ifade etmişlerdir. Hastalar Taburculuk aşamasında doktorlarından veya asistanlardan bilgi alabildiklerini belirtmişlerdir. Tedavi ve bakımdan önce hastaların onayı alındığı ve hastanın kabul etmemesi durumunda tedavi veya ameliyatın yapılmadığı görülmüştür. Hemşireler ise hastaların bu konuda fazla seçeneği olmadığı yönünde görüş belirtmişlerdir. Hastalar hastalıkları hakkında nasıl bir gelişme olacağını ve ileriki aşamalardan fazla bilgilendirilmediğini belirtmişlerdir. Hastalar hastane kuralları hakkında yeterince bilgili olmadıklarını, hemşireler ise bu konuda arşivin bilgilendirme yaptığını söylemişlerdir. Hastaların hakkını yeterince savunmadığı ve çekindiği için haklarıyla ilgili talepte bulunamadığı görülmüştür.

Yapılan çalışmada Hasta Hakları konusunda en olumlu olarak verilen cevaplarda hastaların tedaviyi reddetme haklarının olduğu, fakat bu konuda da fazla seçenekleri olmadığı için genellikle kabul ettikleri sonucuna ulaşıldı. Hastaların mahremiyetine dikkat edilmesi memnuniyet vericidir. Hastaya ilgili ve saygılı bakım verildiği çok olumlu bulundu. Hastaya taburcu olurken açıklama yapılması memnuniyet vericidir. Bunun yanında hasta hakları konusunda önemli adımların atılmadığı görülmektedir. Hastaların kurallar hakkında fazla bilgisi olmadığı anlaşılmıştır. Tedavi ve uygulamalar hakkında yeterince bilgi verilmediği ve hemşirelerin açıklama yapma konusunda sıkıntı duydukları belirtilmektedir. Doktor ve hemşirelerin kendini tanıtmadığı hastalar tarafından çoğunlukla belirtilmiştir. Hastalar hastalıkları hakkında yeterince bilgilendirilmediklerini söylemişlerdir. Hastaneye müracaat eden hasta, ilgili servisteki nöbetçi doktor tarafından servise yatırılmışsa onun sorumluluğuna verildiğinden doktor seçme özgürlüğü kısıtlanmaktadır. Hastanın doktorunu seçme özgürlüğünün sağlanmasının güven açısından daha doğru olacaktır kanaatindeyim. Sağlık personeli bakmakla yükümlü oldukları hastaları bilgilendirdikleri zaman hastayı rahatlatmış olacakları için, hastanın stresinin azalacağı ve güven duygusunun artacağı konusunda bilgilendirilmeleri gerekmektedir. Hekim ve Hemşireler eğitimleri süresince ve çalıştıkları sürelerde Hizmet içi eğitimlerle hasta hakları konusunda sürekli eğitim almaları gerekmektedir.

Evrensel Hasta Hakları Dernek Başkanı, Hasta Hakları konusunda KKTC’de fazla bir yaptırım bulunmadığını, Hasta Hakları Yasasının geçmesinin önemle üzerinde durdu. Hastane etik kurulları oluşturulmalıdır. Bu kurullar hastaların şikayetleri, çocukların sorunları, bilinçsiz hastalara ve ciddi vakalarda tedavilerin değerlendirilmesi, beklenmeyen ölüm durumlarında olayın araştırılması gibi konuların incelenmesi görevini üstlendiği ve değerlendirildiği kuruldur. Ülkemizde böyle bir etik kurul olmaması birçok sıkıntının yaşanmasına neden olmaktadır. Halk sağlığı hizmetlerinde Sağlık Bakanlığı halkı bilinçlendirecek hasta hakları eğitimleri verilmesini sağlamalıdır. Kitle iletişim araçlarından yararlanılarak herkes bilinçlendirilmelidir. Hasta Hakları ile ilgili yasalar ivedi olarak meclisten geçirilmeli ve yürürlüğe girmelidir.



KAYNAKLAR

- 1-Hatun, Şükrü Hasta Hakları 1999.
- 2-Velioğlu, Perihan “Hemşirelikte Kişilerarası İlişkiler” 1994.
- 3-Velioğlu, Perihan “Hemşireliğin Düşünsel Temelleri” 1994.
- 4-“İnsan Hakları Evrensel Beyanamesi” Birleşmiş Milletler yayını.
- 5-KKTC. Anayasası.
- Terrakye , Gülşen “ Ölüm Halindeki Hastaya Yaklaşım”
Deontoloji Ders Kitabı



Uluslararası Sağlık ve Hastane Yönetimi Kongresi
International Health and Hospital Administration Congress
01-03 June 2007 Near East University - Nicosia - TRNC - Mersin 10 Turkey





MT6

Sağlık Hizmetlerinde İletişim

Communication in Health Services

SAĞLIK HİZMETLERİNDE DEĞİŞİM VE YÖNETİCİLERİN ARTAN BİLGİ GEREKSİNİMİ

Korkut ERSOY¹, Meriç ÇOLAK²

Başkent Üniversitesi, Sağlık Kurumları İşletmeciliği / Ankara - TÜRKİYE

korkut@baskent.edu.tr¹, meric@baskent.edu.tr²

Sağlık hizmetleri, hızla değişen çevresel koşullar, teknoloji ve artan tüketici talepleri karşısında kendisini sürekli yenilemek ve iyileştirmek zorunda kalmaktadır. Hizmet verdiği toplumun sağlık seviyesini yükseltmek isteyen kamu ve özel sağlık örgütlenmeleri, son elli yılda gittikçe artan bilgi patlaması karşısında bilgiyi ürüne dönüştürecek yeni yöntemler geliştirme çabası içindedirler. En iyi, en kaliteli ve en düşük maliyetle sağlık hizmetini nasıl sunarım? Hizmet sağlayıcıları ve hizmet alanları nasıl tatmin edebilirim? soruları sağlık işletmecilerinin uykularını kaçırmaktadır.

Bu çalışmanın amacı, stratejik, taktik ve operasyonel yönetsel pozisyonlarda çalışanların, karar mekanizmalarındaki temel bilgi gereksinimlerine dikkat çekerek, daha doğru kararlar vermesine yardımcı olmaktır.

Sağlık yöneticilerinin, sağlık hizmetlerine olan talebin incelemesinden başlayarak örgütsel amacın belirlenmesi, örgütün planlanması, işletilmesi ve değerlendirilmesi süreçlerinin tümünde rasyonel bilgiye gereksinimleri vardır. Bu rasyonel bilgiye nasıl ulaşılacak ve nasıl kullanılacaktır? Bunun yolunu bilim gösterir. Tüm örgüt çalışanları, yani sağlık hizmetini sunmak üzere bir araya gelmiş sağlık çalışanları takımın üyeleri olarak rol alırlar. Takımın kaptanının başarısı tüm çalışanların başarısıdır ve sistemin çıktısı, sağlık hizmetini talep edenlerin, sağlık hizmetini sunanların ve dolayısı ile toplumun yaşam kalitesinin yükseltilmesidir.

Bilgi teknolojilerinin ivme kazandırdığı “bilgi çağı ve bilgi devrimi” dünya ticaretini hızla büyüyen boyutlara ulaştırırken, serbest pazar politikalarını da giderek yaygınlaştırmaktadır. Ekonomik, politik ve kültürel engeller yıkılmakta, rekabet günden güne artmaktadır. Küreselleşme ile ortaya çıkan köklü yapısal değişimde, endüstri toplumu yerini tamamen yapısal farklar gösteren bilgi toplumuna bırakmakta ve nitelik farkları gösteren yeni yapılar oluşmaktadır. Farklı paradigmalara dayanan yeni toplumda, fabrika ve maddi üretim, toplumun temel özelliği olma niteliğini yitirmekte, yerine sembolik unsurlar, bilgi ve hizmet üretimi önem kazanmaktadır.

İşletmelerin varlıklarını sürdürüp aşama yapmaları, kendileri ile ilgili bilgileri üretme, saklama, paylaşma ve değiştirme işlemlerini hızlı ve sağlıklı bir şekilde oluşturmaları ile doğru orantılıdır. Yönetici düzeyindeki karar verici kişiler bu bilgi fazlalığı arasından sadece gerekli olanların seçilip, işlenip, çok hızlı bir biçimde istenilen şekilde raporlanmasına ihtiyaç duymaktadır.

Günümüzde bilginin çağdaş yöntemler ve araçlar ile işlenmesini zorunlu kılan, daha yüksek bir hacime ve karmaşık bir yapıya sahip olmasıdır. Son yıllarda önemi giderek artan “bilgi sistemleri” yönetim biliminde de vazgeçilmez olmaktadır. Sanayi toplumu için makineleşme ne kadar önemli ise bilgi toplumu için de bilgi sistemleri o kadar önemlidir. Etkin bilgi sistemleri kullanılmadan herhangi bir işletmenin rakip işletmeler ile rekabet edebilmesi artık imkânsız hale gelmiştir. Bu nedenle işletme



yöneticilerinin bilgi sistemlerinden kendi alanlarında etkin bir şekilde yararlanabilmeleri beklenmektedir. Bilgi teknolojileri ve bu teknolojinin günümüz iş yaşamı üzerindeki etkileri konusunda fikir sahibi yöneticilere günümüzde her zamankinden daha çok ihtiyaç duyulmaktadır. Küresel rekabet, sürekli yenilik yapmayı zorunlu kılmaktadır. Bundan dolayı bilgi işçileri, yaratıcılık ve hayal güçleri ile bilgi tabanlı mal ve hizmetler ortaya koymalıdır. Bilgi çağında varolabilmek için işletmeler, öğrenen ve öğreten örgütler haline gelmek zorundadır.

Günümüzde bilgi sistemlerinin, örgütler için öneminin artmasında tüm dünyada yaşanan üç temel güçlü değişim neden olarak gösterilmektedir. Bunlar;

- Küreselleşme
- Endüstriyel ekonomilerin dönüşümü
- Örgütsel yapıların dönüşümüdür.

Küreselleşme ile beraber yaşanan hızlı teknolojik gelişmeler ve sosyo-kültürel dönüşümlerle ürün ve sermaye değişimi anlamında sınırların ortadan kalktığı düşünülürse, işletmelerin içinde bulunduğu yoğun rekabet ortamı daha net anlaşılmaktadır. İşletmelerin, bu hızlı değişim ortamında küresel anlamda rekabet edebilmek ve varlıklarını devam ettirebilmek için, açık sistem şeklinde örgütlenmeleri, yapılarını bu değişime göre organize etmeleri ve alt sistemleriyle etkin bir iletişim içinde bulunmaları gerekmektedir.

Bilgi sistemleri, yöneticilerin ve çalışanların aldıkları kararların desteklenmesi amacı ile kullanılacak bilgilerin sistemli bir şekilde ortaya konulmasını sağlamaktadır. Yönetimi planlama, kontrol, koordinasyon ve karar alma konularında desteklemek için kullanılacak bilgilerin elde edilmesi amacı ile verilen toplandığı, işlendiği, raporlandığı ve saklandığı sistemlerdir. Hızla değişen pazar koşulları ve küreselleşme süreci içinde; bilgi akışını sağlıklı, doğru ve kapsamlı bir şekilde alabilen, bu bilgiyi doğru ve zamanında kullanabilen işletmeler rekabette üstünlük sağlamak ve fırsatları kullanarak kriz ortamlarında dahi varlıklarını devam ettirebilmektedir.

Bilgi yer değiştirdikçe ve kanıta dayalı karar verme, problemleri çözmeye bir yol olarak kullanıldığı sürece, bilgi bankerleri (knowledge broker) devrinin gelişimine tanık olunacaktır. Bu durum, bilgiye sahip olan ve bilgiye ihtiyacı olan kişiler arasında bilginin değişimi ve aktarımının bir sonucudur. Bilgi bankerlerinin bir diğer görevi de halk sağlığı çalışanının ihtiyacını karşılayacak şekilde araştırmacıların bilgilerini düzenlemektir.

Bilgi ulaşıldığı sürece etkilidir ve ulaşım çok yönlü bir konudur. Bilgiyi meydana çıkarma ise, önemli bir diğer konudur. Karar verici konumundaki bir kişi, gerekli bilginin var olup olmadığını ve onu nerede bulacağını bilmelidir. Bağlantı bir diğer unsurdur. Kullanıcı bilgiye ihtiyacı olduğu yerde ve zamanda ulaşabilme ihtiyacını hisseder.

Dünya genelinde sağlık sektörü, işletmelerde bilgi sistemleri kullanımında önemli bir yere sahiptir. Sağlık bilgi sistemi, bilgi ve iletişim teknolojilerinin tüm fonksiyonlarının halkın, hastaların sağlığının iyileştirilmesinde, sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliği artırmak ve sağlık sektöründe yer alan tüm paydaşlara kaliteli, verimli ve etkili hizmetlerin sunumu için oluşturulan bir enformasyon sistemidir.

Sağlık bilgi sistemi, bilgi ve iletişim teknolojilerinin tüm fonksiyonlarının halkın, hastaların sağlığının iyileştirilmesinde, sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliği arttırmak ve sağlık sektöründe yer alan tüm paydaşlara kaliteli, verimli ve etkili hizmetlerin sunumu için oluşturulan bir enformasyon sistemidir.



Sağlık bilgi sistemlerinin gelişimi ve bu konudaki eğitim ve öğretimi sağlayacak birimlere duyulan ihtiyaçtaki yavaş ilerlemenin nedenlerinden bir tanesi de, problemin büyüklüğü ve önemidir. Bir diğer neden ise, sağlık enformasyonunda kullanılan kavramlar arasındaki karmaşadır. Bu kavramlara örnek olarak, medikal enformatik, sağlık enformasyon yönetimi, sağlık enformasyonu, sağlık yönetimi bilgi sistemleri, sağlık bilişimi verilebilir. Medikal enformatik, klinik amaçlar için enformasyon; sağlık enformasyon yönetimi, sağlık hizmetlerinin yönetimi için enformasyon; ve sağlık enformasyonu, sağlık alanındaki genel eğilimi incelemek için enformasyon olarak kullanılmaktadır. Son 25 yıldır bilgisayarlar ve iletişim teknolojileri bu uygulamalar için enformasyon yönetiminde yer almaktadır. Son zamanlarda, klinik ve sağlık hizmetlerinin yönetiminde kullanılan enformasyon, sağlık bakım enformasyonu, diğer sağlık bilgilerini içeren sağlık enformasyonu da sağlık enformasyonu olarak kullanılmaktadır. Sağlık bakım enformasyonu ve medikal enformasyon arasındaki karışıklık problem yaratmaya devam etmektedir. Sağlık bakım enformasyonundan daha uzun bir geçmişe sahip olan medikal enformasyon, enformasyon teknolojilerinin medikal tanı ve tedavi yöntemleri süreçlerine uygulanmasıdır. Sağlık bakımı ise, kişilerin mevcut sağlık düzeylerini iyi bir düzeyde korumak ve sağlığı geliştirmenin hem koruyucu (halk sağlığı) hem de tedavi edici iyileştirici (klinik) yönlerini kapsar. Sağlık bilişimi, bilgi teknolojilerini kullanarak sağlık alanında yapılan tanı, tedavi, eğitim, iletişim, veri ve bilgi toplama, veri ve bilgi işleme, bilgi yönetme, tıbbi karar verme ve bilimsel çözümlenme yöntemlerini içeren bir bilim dalıdır. Sağlık Bilişimi sağlık, bilişim teknolojileri ve farklı disiplinlerinin kesiştiği bir yerde bulunmaktadır.

Sağlık sektörünün en önemli eksikliklerinden birisi ulaşılamayan veya kalitesi yetersiz görülen veri ve bilgidir. Veri kaybı, yetersiz dokümantasyon, elde edilebilir bilgiye ulaşamama, yüksek kaliteli sağlık hizmet sunumuna engel olmaktadır. Halk sağlığı kuruluşları, önemli bilgilerin hızlı paylaşımında yeterli olamamaktadırlar ve bu yüzden mevcut verileri birleştirme gerekliliği duyulduğunda önemli sıkıntılarla karşılaşmaktadır. Tıbbi bilgi ve tedavi yenilikleri ile ilgili gelişmelerin hastalara ulaşması genellikle yıllar almaktadır; kullandığı bir çok tedaviye yönelik müdahale etkililik açısından desteklenmemektedir. Sağlık sonuçları ve tedavi maliyetlerinin farklı olmasına neden olan uygulama modelleri kurumlar ve bölgeler arasında farklılaşmaktadır. Sağlıkla ilgili kararları daha bilgili olarak almak isteyen hastalar genellikle kalite düzeyinin farklı olduğu, birbiriyle uyumsuz bilgi ile karşılaşmaktadırlar.

Gelişmiş her ülke sağlık hizmetlerinin dağıtımında ciddi zorluklarla yüzyüzedir. Problemler evrenseldir; bakım gerektiren yaşlı popülasyondaki artış, tıbbi teknolojideki maliyetlerin artışı, kişilerin sağlık bakım hizmetlerinden beklentilerinin artması ve hükümetlerce sağlık bakım hizmetlerine ayrılan fon miktarının azalmasına neden olan sosyal değişimler bu problemler arasında sayılabilir. Tüm bu faktörler maliyetlerin artmasına ve sağlık hizmetlerine ulaşımındaki eşitsizliklere neden olmaktadır. Hükümetler ve yöneticiler bu problemleri göz önünde bulundurarak, sağlık bakım hizmetlerini daha maliyet etkili kılabilecek yöntemler arayışı içerisine girmişlerdir. Enformasyon, bu bağlamda hayati bir bileşendir ve politika yapımcılar ve sağlık bakım profesyonelleri için talep ve maliyeti dengeleyecek bir fırsattır.

Yüksek kaliteli ve maliyet etkili sağlık bakım hizmetlerinin planlanması ve sunumu için, bilgi yönetimi ve teknolojilerinin sistematik uygulaması olarak ele alınan sağlık enformasyonu, bu süreç içerisinde güçlü bir araçtır.

Sağlık hizmetleri, hızla değişen çevresel koşullar, teknoloji ve artan tüketici talepleri karşısında kendini sürekli yenilemek ve iyileştirmek zorunda kalmaktadır. Hizmet verdiği toplumun sağlık seviyesini yükseltmek isteyen kamu ve özel sağlık örgütlenmeleri son elli yılda gittikçe artan bilgi patlaması karşısında, bilgiyi ürüne dönüştürecek yeni yöntemler geliştirme çabası içindedirler. En iyi,



en kaliteli ve en düşük maliyetle sağlık hizmetini nasıl sunarım?, Hizmet sağlayıcıları ve hizmet alanlarını nasıl temin edebilirim? Soruları, sağlık işletmecilerinin uykularını kaçırmaktadır. Stratejik, taktik ve operasyonel yönetsel pozisyonlarda çalışanların, karar mekanizmalarındaki temel bilgi gereksinimlerine dikkat çekilerek daha doğru karar vermeleri ne olanak sağlanacaktır.

Sağlık yöneticilerinin, sağlık hizmetlerine olan talebin incelenmesinden başlayarak örgütsel amacın belirlenmesi, örgütün planlanması, işletilmesi ve değerlendirilmesi süreçlerinin tümünde rasyonel bilgiye gereksinimleri vardır. Bu rasyonel bilgiye nasıl ulaşılacak ve nasıl kullanılacak?, Bunun yolunu kim gösterir?.

Tüm örgüt çalışmalarında, sağlık hizmetini sunmak üzere bir araya gelmiş sağlık çalışanları takımın üyeleri olarak rol alırlar. Takımın kaptanının başarısı, tüm çalışanların başarısıdır ve sistemin çıktısı, sağlık hizmetlerini talep edenlerin, sağlık hizmetini sunanların ve dolayısıyla toplumun, yaşam kalitesinin yükselmesidir.

Sağlık yönetimi, sağlık hizmetleri üretimi yoluyla toplumun sağlık düzeyini korumak ve geliştirmek için maddi kaynakların ve insan kaynaklarının planlanması, örgütlenmesi, harekete geçirilmesi ve denetlenmesi süreci olarak tanımlanabilir. Rakich ve arkadaşları hastane yönetimini “insan ve diğer kaynaklar aracılığıyla önceden belirlenmiş amaçların başarılması için belirli bir formal örgütlenme içinde ortaya çıkan birbirleriyle ilişkili soysal ve teknik işlev ve faaliyetleri içeren bir süreçtir” biçiminde tanımlamaktadır.

Günümüz Türkiye’inde sağlık ve hastane sisteminin, arzulanan sonuçları sağlamakta yetersiz olduğu ileri sürülebilir. Sağlık ve hastane sisteminin karşılaştığı temel sorunların kökeninde yönetim sorunlarının yattığı, genel kabul gören bir önermedir. Hastane örgütlerinin yapısal ve görevsel açıdan karmaşık hale geldiği, önemli derecede yönetsel sorunların ortaya çıktığı ve bunlara bağlı olarak hastane yönetiminin ayrı bir yönetim disiplini olarak kabul gördüğü söylenebilir. Türkiye’de sağlık ve hastane sistemiyle ilgili olarak araştırma yapan kurum ve kişilerin ortak bulgusu, sağlık ve hastane bilgi sisteminin iyi işlemediği şeklinde özetlenebilir.

Sağlık sistemlerinin giderek büyümesinin ve karmaşık hale gelmesinin yanında, sağlık harcamalarının artışı, yükselen maliyetler, sağlık kurumlarının işleyişinde görülen aksamalar; devlet ve toplumsal grupları harekete geçirerek, sağlığın bilimsel yönetim ilkelerine dayalı olarak yönetilmesi yönünde baskılara yol açmıştır. Bu makalede, ülkemiz sağlık ve hastane sistemlerinin yönetiminde karar verme süreci ve bu süreç içerisinde verilecek kararlarda bilginin rolü üzerinde durulacaktır.

Sağlık Bilgi Sistemlerinde Amaçlar

Daha iyi hasta bakım hizmetleri ve toplum sağlığının geliştirilmesini hedefleyen sağlık bilgi sistemleri, doğru enformasyonun ihtiyaç duyulduğu zaman elde edilebilirliği ve uygunluğuna bağlıdır. Bu zorunluluk bilgi sistemlerinin daha ciddi bir şekilde değerlendirilmesi gereğini ortaya koyar. Sağlık bilgi sistemlerinde amaç, bilgi ve iletişim teknolojilerinin sağlık alanında etkin ve verimli bir şekilde kullanımını sağlayarak, erişim hakları tanımlanmış yetkili kişi ve kuruluşlarca ulaşılabilir, tüm vatandaşları kapsayan, her bireyin sağlıkla ilgili güncel ve doğru bilgiler ile kendi bilgilerine erişebildiği, doğum ile başlayıp tüm yaşam süresince oluşan sağlıkla ilgili verilerin tüm ülkeyi kapsayacak sağlık özel ağı üzerinden paylaşılmasıdır. Sağlık bilgi sistemi, sağlık statüsü ve sağlık hizmeti dağıtımı ile ilgili olan olaylar ve gözlemler hakkında bilgi toplamak için kullanılır. Sağlık bilgi sistemi:

- Sağlık hizmetlerinin yönetiminde stratejik planları yapmak ve takip etmek için, devletin bilgi gereksinimlerini desteklemeye yardımcı olur



- Raporlanabilir hastalıklar hakkında veri toplamak gibi, bir nüfusun sağlık statüsünü gözlemlemeye yardımcı olur
- Kaynakların ve finansal sonuçlarının kullanımı için devlete ve hizmet verilen nüfusa yardımcı olur
- Hizmet alan veya alması gereken hastaları izlemeye yardımcı olur.

Sağlık bilgi sisteminin genel ve alt amaçları ise şöyle sıralanabilir:

- Hasta bakım hizmetlerini geliştirmek
 - Hastanın sağlık tedavisini aldığı sağlık kurumundan bilgilerin diğer kurumlara ulaşımının sağlanması
 - Hasta ile ilgili bilgilerin sağlık profesyonellerine ulaşımın iyileştirilmesi ile tanı sürecinin daha hızlandırılması ve tıbbi kayıtların iyileştirilmesi
 - Hasta kayıt işlem sürelerinin kısaltılmasıyla, bekleme sürelerinin azaltılması ve daha iyi hizmetlerin verilmesi
- Daha geniş kalite geliştirme programlarının ayrılmaz parçasının oluşturulması
 - Hastaneler arasında hasta kabul işlemlerinin ve yönetsel prosedürlerin standartlaştırılması
 - Performans değerlendirmeleri için gerekli bilgiye izin verilmesi ve sağlık bakımının denetlenmesine olanak tanınması
- Hastanelerin yönetsel verimliliğinin geliştirilmesi
 - Hastanelere kendi finans kaynaklarını yönetme yetkisinin verilmesi
 - Gelir kaynaklarının geliştirilmesi
 - Yönetsel bilgilerin ulaşılabilirliği ile ilgili yönetsel kararların iyileştirilmesi

Veri ve Bilgi

Yaşamımızın hemen hemen her anında veri elde ederiz. Bu anlamda veri, olgular, imgeler, görüntüler ve sesler olabilir. Verinin tek başına bilgilendirici özelliği bulunmamaktadır. Bilgi ise, bilgilendirici bir sonuçtur. Bilgi de bir veridir, ancak bilgi, belirli bir görev veya amaç için, biçim ve içeriği uygun olan veridir. Biçimleme, süzgeçten geçirme ve özetleme, veriden bilgi üretmede kullanılan yaklaşımlardır. Biçimlemede, verilen belli bir kalıba veya düzene sokulur; süzgeçten geçirmede, gereksiz veriler ayıklanır; özetlemede ise, bilgiler daha sade ve anlaşılır hale getirilir.

İnsanoğlu dünyada varolduğundan bu yana, günlük yaşantısını sürdürebilmek, sağlık, endüstri ve benzeri alanlardaki organizasyonları yönetmek için kendisine yardımcı olacak her türlü veriyi derlemiş ve bilgiye dönüştürerek kullanmıştır. Eski devirlerde mağara duvarlarına, kil tabletlere, parşömene ve benzeri maddelere yazılarak tutulan sağlık kayıtları, bugünkü modern kayıt sistemine ve hekimliğe büyük hizmet sağlamıştır. Günümüzde bilgiye en çok gereksinim duyulan sektörlerin başında sağlık sektörü gelmektedir. Bilgi sisteminin eski tarihlerden günümüze kadar süratli ve teknolojik olarak gelişmesini, teknolojik buluşlar ve faktörler ile, sosyal, ekonomik ve politik yapının değişimi etkilemiştir. Hükümetlerin sağlık, sosyal, eğitim, çevre, ekonomi ve güvenlik gibi konularda yeniden yapılanmaya gitmeleri için, daha kapsamlı bir veri ve bilgiye sahip olma gerekliliği doğmuştur. Bilgisayar teknolojisini gelişmesi ve yaygınlaşması, veri ve bilgi sistemlerinde en büyük devrimi gerçekleştirmiştir.

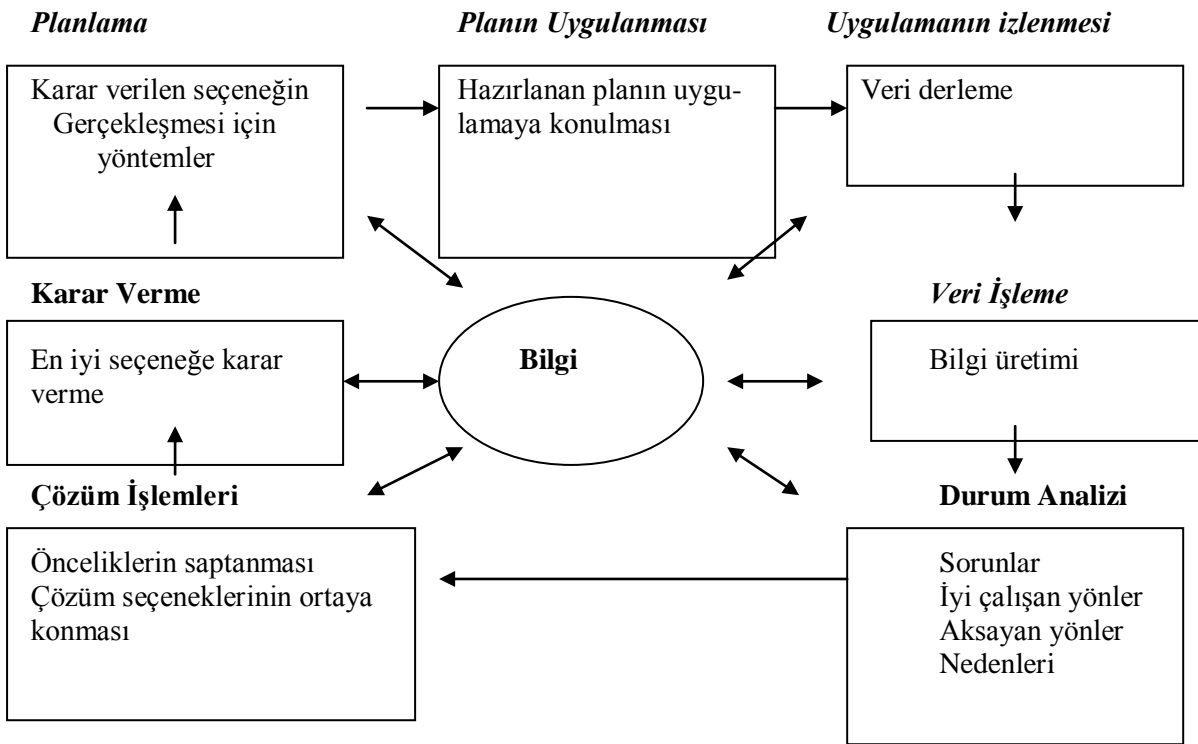
Yöneticiye;

- Yönetim Bilgisi ve



- Operasyonel Bilgi, olmak üzere iki çeşit bilgi gerekmektedir.

Bunlardan yönetim bilgisi, politikaları belirleyebilmek ve hedefleri saptayabilmek, etkinlikleri izleyebilmek, eylemlerde bulunabilmek ve kaynakları uygun bir biçimde kullanabilmek yöneticiye gerekli olan bilgiler iken; operasyonel bilgi, günlük işlerin yapılması ve izlenmesi sırasında gereksinim duyulan bilgilerdir. Yönetim biliminde planlama, karar verme, organizasyon, denetim ve değerlendirme temel işlevlerdir ve bunların gereği gibi yerine getirilebilmesi için sağlık yöneticisinin etkin bir sağlık bilgi sistemine sahip olması gerekir.



Yönetimsel Karar Verme

Sağlık işletmelerinin büyümeleri ve karmaşık hale gelmeleriyle çevresel belirsizliğin artması, yöneticilerin karar vermek etkinliğini güçleştirmektedir. Bir yöneticinin uygun, doğru ve etkili karar verebilmesi, çeşitli örgüt faaliyetlerine ilişkin çok sayıda değişik bilgileri almasına ve bu bilgileri iyi bir şekilde değerlendirmesine bağlıdır.

Çağdaş yönetim biliminin temel bileşeni arasında planlama, örgütlenme, organizasyon, yönetim ve kontrol işlevleri bulunmaktadır. Etkili ve yeterli bir sağlık hizmeti içinde, bu işlevler yaşamsal önem taşımaktadır. Her düzeydeki sağlık yöneticisi, tüm bu yönetim işlevlerini yaparken, en doğru kararı vermek durumundadır. Bunun için yöneticiye, doğru, güvenilir, zamanında, kapsamlı ve tam bilgi gerekir. Yönetimsel karar verme, çeşitli davranış biçimleri arasından kurumsal amaçlara en fazla katkıyı sağlayabilecek olanın belirlenmesi ve seçilmesi sürecidir.

Karar alma sürecinin tüm evrelerinde yönetici bilgiye gereksinim duyar. Bu nedendir ki, yöneticinin verdiği kararın etkililiği, eldeki bilgilerin nitelik ve miktarına bağlıdır. Yöneticiler, her an



sorunlarla karşılaşmakta ve karar vermek durumunda kalmaktadır. Bu sorunların çözüme ulaşması ise kurumun performansını önemli derecede etkilemektedir. Yöneticiler karşılaştıkları rutin sorunları standard yöntemlerle programlanmış kararlar vererek çözerken, rutin olmayan sorunlarda ise programlanmamış kararlar alacaklardır. Programlanmamış kararlar, yeni bir sorunu gidermek için yaratıcı düşüncüyü gerektiren kararlardır. Yöneticiler karar vermek için bilgiye gereksinim duymaktadır. Bilgiye dayalı iyi kararlar, kurumsal hedeflerde başarıyı sağlayacaktır. Öncelikle yöneticinin, hangi karar için hangi bilgiye ihtiyaç duyacağı saptanmalı, daha sonra bu bilgi için hangi verilerin derleneceğine karar verilmelidir. Daha sonra derlenen bu veriler bilgiye dönüşerek, çeşitli düzeylerdeki yöneticilerin kendi sorumluluk alanlarıyla ilgili kararları almaları için kullanıma hazır hale getirilmelidir. Şekil 1’de yönetim döngüsü ve bilgiyle ilişkiler verilmektedir.

Karar alma süreci;

- Sorunun saptanması,
- Sorunun tanımlanması,
- Çözüme yönelik seçeneklerin belirlenmesi
- Seçeneklerin değerlendirilmesi
- En uygun seçeneğin belirlenmesi,
- Uygulama,

evrelerini içermektedir.

Sağlık işletmelerinde yönetimin geliştirilmesi, etkili hale getirilmesi ve düşük maliyetle kaliteli hizmet sunulabilmesi için bilgi sisteminin akılcı kullanımı gereklidir. Yönetim bilim midir, sanat mıdır? sorusuna bilimin insan hayatı içindeki yerinin artması ile yönetimin sanat olduğu görüşünü tercih eden yöneticiler, artık tarih sahnesinden çekilmektedirler. Sağlık alanında yönetsel bilginin formal ve sistematik bir şekilde oluşumunu sağlayacak olanlar sağlık yönetim ekipleridir.

Temel sağlık yönetim kararları ve bilgi ihtiyaçları aşağıdaki beş boyutta incelenebilir:

- Örgütsel amaç ve hedeflerin tespiti,
- Hizmetler için talep tahmini,
- Talebi karşılayacak kaynakların tahsisi,
- Performans kalitesinde sürekli iyileştirme,
- Program değerlendirmesi.

Örgütsel amaç ve hedeflerin tespitinde, sorun göstergeleri ve bunları etkileyen dolaylı ve dolaysız faktörler ile mevcut kaynaklar kullanılmaktadır. Hizmetler için talep tahmininde sağlık hizmetlerinin kullanımına ilişkin geçmiş veriler, demografik veriler ve toplumsal öngörüler, bilgi ihtiyacını karşılamaktadır. Talebi karşılayacak kaynakların tahsisinde, insan gücü verileri, mali veriler, sermaye ve teknoloji, bilgi üretiminde kullanılmaktadır.

Performans kalitesinin sürekli iyileştirilmesinde kalite kontrol verileri, iş örnekleme ve ölçümleri ile tıbbi kontrol, bilgiye ulaşımında kolaylık sağlamaktadır. Program değerlendirmede, sorun göstergelerindeki dolaylı ve dolaysız değişimler, maliyet/yarar analizleri, toplumun sağlık hizmeti sağlama gücündeki değişimler bilgiye dönüşerek değerlendirmede yöneticiye vereceği kararlarda destek olacaktır.

İyi nitelikli bilginin ve bu bilginin etkin bir biçimde kullanımının yararları aşağıda özetlenmiştir:



- Sorunları çabuk öğrenme ve çabuk önlem alma,
- Hata yapma olasılığının azalması,
- Doğru karar verme olasılığının artması,
- Kaliteli ve düşük maliyetli mal ve hizmet üretimi,
- Daha nitelikli sağlık hizmeti ve hasta bakımı,
- İç ve dış kaynaklarda daha iyi iletişim kurma,
- Fırsatların daha iyi değerlendirilmesi,
- Rekabette avantaj,
- Etkin bir yönetim,
- Daha az insan gücü ile daha verimli bir çalışma,
- İsabetli finans kararlarının alınması,
- Kurum işletimi ve işleri üzerinde etkin bir denetim,
- Nitelikli yönetsel kararların alınması,
- Kurumun güvenlik önlemlerinin alınmasında çabukluk ve etkinlik.

Yönetim Sürecinde Kullanılacak Veri Kaynakları

Sağlık hizmetlerinde gerekli olan veriler, öncelikle, sistematik veri kaynakları olan sağlık kayıtlarından elde edilmektedir. Sağlık kayıtları, genelde; nüfus, ölüm, doğum, göç, evlenme, boşanma, çevre koşulları, hastalık vb. durumlar ile sağlık kurumları, sağlık personeli ve hastalarla ilgili rutin kayıtlar biçiminde tutulmaktadır.

Ülkemizde, sağlık sektöründe veri kaynakları, özellikle sağlık kayıtları içerik ve doğruluk yönünden yeterli değildir. Sağlık düzeyi en basit ve temel yoldan iki türlü yükseltilebilir:

- Ölüm nedenlerini ortadan kaldırarak ya da azaltarak,
- Hastalık nedenlerini ortadan kaldırarak ya da azaltarak.

Sağlıklı bilgiye ölüm, doğum ve hastalıkların tüm ülkeyi kapsar şekilde düzenli ve uluslar arası sınıflara uygun kodlanarak kaydedilmeleri ile ulaşılabileceği, bir gerçektir. Ülkemizde özellikle ölüm kayıtlarının tutulmasında büyük bir özensizlik göze çarpmaktadır. Doğumlar ve ölümlerin yasal süre içerisinde ilgililer tarafından bildirilmesi, kayıtların bir merkez bünyesinde tutulması ve bilgilere kolay ulaşma imkânı sağlanması, kararların hızlı ve sağlıklı alınmasını kolaylaştıracaktır.

Hastalık kayıtlarında da benzer sıkıntılar göze çarpmaktadır. Bugün Türkiye’de yataklı tedavi kurumlarında poliklinik muayenesinden geçen hastaların hiçbirisinin hastalık tanısı yazılmamaktadır. Hizmet vereceğimiz insanların hangi hastalıklara yakalandığını bilmeden, onlara hizmet planlayamayız ve hizmet sunamayız. Mikro düzeyde hasta dosyalarının, arşivlerin yetersizliği, sağlığı iyileştirme çabalarını imkânsız hale getirmektedir.

Özetle, sağlık kayıtları, bilgiye ulaşmada en önemli araç olarak görülmektedir. Sağlık kurumlarının yöneticileri ve personeli bu kayıtları doğru, tam, güvenilir ve zamanında tutmalı, düzenlenmeli ve saklanmalıdır. Her sağlık personeli, veri derleme ilkelerini, yöntemlerini ve veri derlemede kendisine düşen görev ve sorumlulukları çok iyi bilmeli ve kavramalıdır. Gelişen bilgisayar teknolojisiyle birlikte daha ileriye, daha doğruya ve daha geniş alanlara ulaşarak bilgi-sistem ağının geliştirilmesi, sağlık sektöründe çalışanların kademe kademe bu konuda eğitilmesine bağlı olacaktır.

Önce doğru, güvenilir, zamanında, tam ve ekonomik bilgi, sonra Türkiye’de sağlıklı bir gelecek için sağlık yönetiminin her düzeyinde rasyonel kararlar alınması gereklidir.

Yönetim biliminin dört işlevinde; planlama, karar verme, organizasyon-denetim ve değerlendirmesinde yöneticiye doğru, güvenilir, tam, kapsamlı ve zamanında veri gerekmektedir. İyi



bir yönetim için ön koşul iyi bir enformasyondur. Yeterli bir enformasyon, yöneticinin; görmesini, duymasını, algılamasını, hissetmesini sağlayan duyu organları ve kendisini arzulanan hedefe taşıyan bir araçtır. Sorunları çabuk öğrenme, çabuk önlem alma olanağı sağlar. Hata yapma olasılığını azaltır. Doğru karar verme olasılığını artırır. Kaliteli ve düşük maliyetli mal ve hizmet üretimi sağlar. Daha iyi sağlık hizmeti ve hasta bakımı sağlar. İç ve dış kaynaklarla daha iyi bir iletişim sağlar. Fırsatların daha iyi değerlendirilmesini, rekabette avantajı, etkin bir yönetim ve daha az insan gücü ile daha verimli bir çalışmayı sağlar. Ayrıca, isabetli finans kararlarının alınmasını, kurumun işletimi ve işleri üzerinde etkin bir denetim imkanını, kurumun güvenlik önlemlerinin alınmasında çabukluğu ve etkinliği sağlar.

Yeterli ve etkin bir enformasyon sistemi, yöneticiye gerekli her türlü enformasyonu; doğru, tam, güvenilir, yararlı, kullanılabilir, çeşit yönünden zengin, basit, güncel, zamanında, denetlenebilir ve kapsamlı biçimde verebilen sistemdir. Yönetim enformasyonu, politikaları belirleyebilmek, hedefleri saptayabilmek, etkinlikleri izleyebilmek, eylemlerde bulunabilmek ve kaynakları uygun biçimde kullanabilmek için yöneticiye gerekli enformasyondur.



Uluslararası Sağlık ve Hastane Yönetimi Kongresi
International Health and Hospital Administration Congress
01-03 June 2007 Near East University - Nicosia - TRNC - Mersin 10 Turkey





SAĞLIK HABERCİLİĞİNDE YAZILI BASININ ROLÜ

Meriç ÇOLAK, Korkut ERSOY

Sağlık Kurumları İşletmeciliği Bölümü, Başkent Üniversitesi Ankara, TÜRKİYE

meric@baskent.edu.tr

Özet

Kitle iletişim araçları toplumu sağlık alanında bilgilendirmek ve bilinçlendirmek için kullanılabilir en etkin yoldur. Çalışmanın amacı, Türkiye'deki gazetelerde yer alan sağlıkla ilgili haberlerin analiz edilmesidir. Bu kapsamda, Türkiye'de gazetelerden hangi sağlık haberleri tüketilmektedir? ne şekilde ve ne sıklıkta sağlık haberleri yer almaktadır? gazetelerde yer alan sağlık haberlerinin temel karakteristik özellikleri nelerdir?, basında sağlıkla ilgili haberlere yeterince yer ayrılmakta mıdır?, sağlıkla ilgili haberlerin kaynakları nelerdir?, bu haberler yetkili kişiler tarafından mı yazılmaktadır?, sağlık haberlerinin konulara göre dağılımı nasıldır?, sağlık haberlerinin haber niteliği taşıyıp taşımadığı? Soruları araştırmanın problem cümlelerini oluşturmuştur. Çalışma gözlemsel, tanımlayıcı türde kesitsel bir nicel araştırmadır. Araştırma, Haziran 2006-Mayıs 2007 tarihleri arasında Türkiye'de tirajı yüksek yedi gazetenin (Hürriyet, Milliyet, Cumhuriyet, Sabah, Vatan, Radikal, Zaman) araştırma süresince incelenmesi ile gerçekleştirilmiştir. Araştırma evrenini, onbir aylık süre içinde yedi gazetenin günlük baskıları olmak üzere toplam 2,310 günlük gazete oluşturmuştur. Sağlıkla ilgili her tür metin, grafik, tablo, reklâm vb. materyaller analiz birimi olarak çalışmada incelenmiştir. Çalışmanın değişkenleri olarak, gazete ismi, haber tarihi, gazetenin toplam sayfa sayısı, haber ana başlığı, alt başlık, haberin yazarı, haberin yer aldığı bölüm, sayfa numarası, manşetten verilip verilmediği, haberin konusu, özelliği, haber türü, haber kaynağı gibi değişkenler araştırma değişkenleri olarak ele alınmıştır. Çalışma, geriye dönük ve ileriye yönelik olarak iki aşamada yürütülmüştür. Elde edilen bilgilerden Excel veri tabanı oluşturularak, SPSS 11.5 paket programı ile istatistiksel analizler yapılmıştır. Çalışma bulgularından bazıları şöyle verilebilir; Gazetelerde sağlıkla ilgili haberlerin yaklaşık olarak %10'u manşetten verilmiştir, %20'si ise dördüncü sayfada yer almıştır. Mod sayfa yine 4 olup, medyan sayfa 7 olarak elde edilmiştir. Sağlıkla ilgili haberlerin yaklaşık %75'inde yazar belirtilirken, bu yazarlardan sadece yaklaşık %10'unun sağlık personeli olduğu saptanmıştır. Haberlerin %60'ına yakını ana gazetede yer alırken, %40'ı gazete eklerinde yer almıştır. Ana gazetede yer alan haberlerin yaklaşık %20'si ise, gazetenin sağlık bölümü başlıklı yerinde yer almıştır. Eklerde yer alan sağlık haberlerinin yaklaşık %5'inin eklerin içerisinde sağlık bölümünde yer aldığı gözlenmiştir. Haberlerin %20'sine yakını reklâm amaçlı haberler oluşturmaktadır. Yazılı basın, halkı sağlık konusunda bilgilendirmekte başarılı performans göstermediği söylenebilir.

Anahtar kelimeler: Sağlık haberleri, sağlık, yazılı basın, gazeteler, içerik analizi, iletişim



Giriş

Kitle iletişim araçları toplumu sağlık alanında bilgilendirmek ve bilinçlendirmek için kullanılabilir en etkin yoldur. Sağlık geliştirilmesi için toplumun sağlık bilgi düzeyinin artırılması gerekir. Bilgilendirme medyanın en temel hedefidir. Aynı anda birçok kişiye ulaşabilmektedir. Medya halk sağlığı üzerinde olumlu olduğu kadar olumsuz bir etkiye de sahip olabilmektedir. Sağlık haberleri, kitle iletişim araçlarında yer alışı özelliklerine göre habercilik açısından sağlık haberleri ve daha çok halkı sağlık konularında bilgilendirmeye ve eğitmeye yönelik sağlık haberleri olarak ikiye ayrılabilir.

İletişim ve sağlık halk sağlığının artan bir şekilde bir bileşeni olarak ele alınmaktadır (National Cancer Institute, 1989; Piatrow, Kincaid, Rimon 1997; Jackson, Duffy, 1998). Sağlık iletişiminin hastalıkların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesi yönünde katkısı büyüktür. Aynı zamanda doktor hasta ilişkisi, sağlık bilgilerinin taranması ve kullanılması, halk sağlığı mesajlarının ve kampanyaların oluşturulması, sağlık riski bilgisi, risk iletişimi, basında sağlık imajı ve kültürle ilişkisi, sağlık hizmetlerine ulaşım konusunda halkın bilinçlendirilmesi ve tele health gibi uygulamalarda yakından ilgilidir (Geller, 2003; Atkin, 1990; Brittle, 2003).

Kitle Amaçları	İletişimin Amaçları	Halk Sağlığı'nın Amaçları
Eğlendirmek, inandırmak, bilgilendirmek		Eğitmek
Kar etmek		Halkın sağlığını geliştirmek
Toplumu yansıtmak		Toplumu değiştirmek
Kişisel ilgilere işaret etmek	İşaret etmek	Toplumsal ilgilere işaret etmek
Kısa süreli olayları içerir		Uzun süreli kampanyalar yürütür
Halkın dikkatini çekecek olayları sunmak		Karmaşık bilgilerin anlaşılmasını sağlamak

İletişim alanında UNESCO komisyonunca hazırlanan Macbride Raporu olarak bilinen çalışmada kitle iletişim araçlarının işlevleri haber ve bilgi sağlama, toplumsallaştırma, güdüleme, tartışma ortamı hazırlama, kültürün gelişmesine katkı, eğlendirme ve bütünleştirme olarak ele alınmaktadır. Kitle iletişimi ve halk sağlığının amaçları karşılaştırmalı olarak Çizelge 1'de verilmektedir (Matamoros, 2006).



Çizelge 1. Kitle İletişimi ve Halk Sağlığı Amaçları

Türkiye’de sağlık konusu incelenmek istendiğinde bunu farklı açılardan ele almak gerekmektedir. Çünkü sağlık konusu kitle iletişim araçlarında değişik şekillerde ele alınmaktadır. Bu bağlamda sağlık haberleri kitle iletişim araçlarında yer alış özelliklerine göre iki ana başlık altında toplanabilir. Bunlardan ilki habercilik açısından sağlık haberleri diğeri ise halkı daha çok sağlık konularında bilgilendirmeye eğitmeye yönelik eğitim ağırlıklı sağlık haberidir. Sağlık haberciliği kitle iletişim araçlarında günlük olarak yer alan, duruma göre o günün popüler bir sağlık konusundan, hükümetin sağlık politikasına kadar her konuyu içeren sağlık haberleri sağlık haberi olarak adlandırılır. Burada önemli olan konunun haber niteliği taşıyıp taşımadığı ve güncelliğidir. Eğitim ağırlıklı sağlık haberleri ise daha çok günlük, haftalık veya aylık basında sağlık köşeleri, sayfaları olarak karşımıza çıkmaktadır. Sürekli aynı kişi tarafından yayınlandığından her türlü sağlık haberi olabilir ve uzmanlık gerektirir (Sağlık Bakanlığı, 2001).

Halk sağlığının tanımında hastalıkların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesi temel amaç olarak bulunmaktadır. Bunları gerçekleştirebilmek için sağlık bilgisi, sağlık enformasyonu gerekmektedir. Diğer bir taraftan, temel amacı halkı bilgilendirmek ve aynı anda toplumun büyük bir kısmına ulaşabilmektir. Bu nedenledir ki, ana amaçların kesişim noktasında halkı sağlık konusunda bilgilendirmek ve duyarlılıklarını arttırmak adına gazetelere büyük pay düşmektedir. Toplumun ihtiyaçlarının karşılanması, sağlık risklerinin öğrenilmesinde yazılı basın en etkili yöntem olup gazetelerde sağlık haberlerine ayrılan yerin analiz edilmesi oldukça önemlidir. Yazılı basında yer alan sağlık haberlerinin toplumu bilinçlendirmede ve duyarlılıklarını arttırmada avantajları olduğu kadar yanlış yönde bilimsel geçerliliği olmayan haberlerin verilmesi gibi dezavantajlarda bulunmaktadır.

Türkiye Basın İlan Kurumu verilerine göre; Türkiye genelinde 521 i yerel günlük gazete, 122 si ilçelerde olmak üzere toplam 821 günlük gazete hizmet vermektedir. İstanbul, 43 günlük gazete ile birinci sırada, Muğla, 32 günlük gazete ile ikinci sırada, 26 günlük gazete ile Antalya üçüncü sırada yer almaktadır. Gazete okuryazarlığı %22 (15 milyon) olarak verilmektedir. Türkiye yetişkin nüfusunun 38 milyon olduğu düşünülürse, yaklaşık her 500 yetişkinde birinin günlük gazeteleri takip ettiği söylenebilir. Türkiye’de gazete satışları son yirmi yıla göre %100 oranında artmış bulunmaktadır. Gazete satışları artmakta, fakat gazete başına tiraj düşmektedir. Sektörde dikey büyüme gözlenmektedir. Bir gazetenin yüksek tirajlara ulaşması yerine yatay bir hareketlilik yaşanmaktadır.

Çalışmanın amacı, Türkiye’deki gazetelerde yer alan sağlıkla ilgili haberlerin analiz edilmesidir. Türkiye’de gazetelerden hangi sağlık haberleri tüketilmektedir?, Sağlık haberleri ne şekilde ve ne sıklıkta yer almaktadır?, Gazetelerde yer alan sağlık haberlerinin temel karakteristik özellikleri nelerdir?, Basında sağlıkla ilgili haberlere yeterince yer ayrılmakta mıdır?, Sağlıkla ilgili haberlerin kaynakları nelerdir?, Bu haberler yetkili kişiler tarafından mı yazılmaktadır?, Sağlık haberlerinin konulara göre dağılımı nasıldır?, Sağlık haberlerinin haber niteliği taşıyıp taşımadığı? soruları araştırmanın problem cümleleridir.

Yöntem

Araştırma, gözlemsel, tanımlayıcı türde kesitsel bir nicel araştırma olup, Haziran 2006 – Mayıs 2007 tarihlerinde gerçekleştirilmiştir. Araştırma evrenini 11 ay süre içindeki Hürriyet, Milliyet, Cumhuriyet, Sabah, Vatan, Radikal, Zaman gazetelerinden oluşan toplam 2,040 gazete oluşturmuştur. Analiz Birimi olarak gazetelerde yer alan sağlıkla ilgili her tür metin, grafik, tablo, reklâm vb.



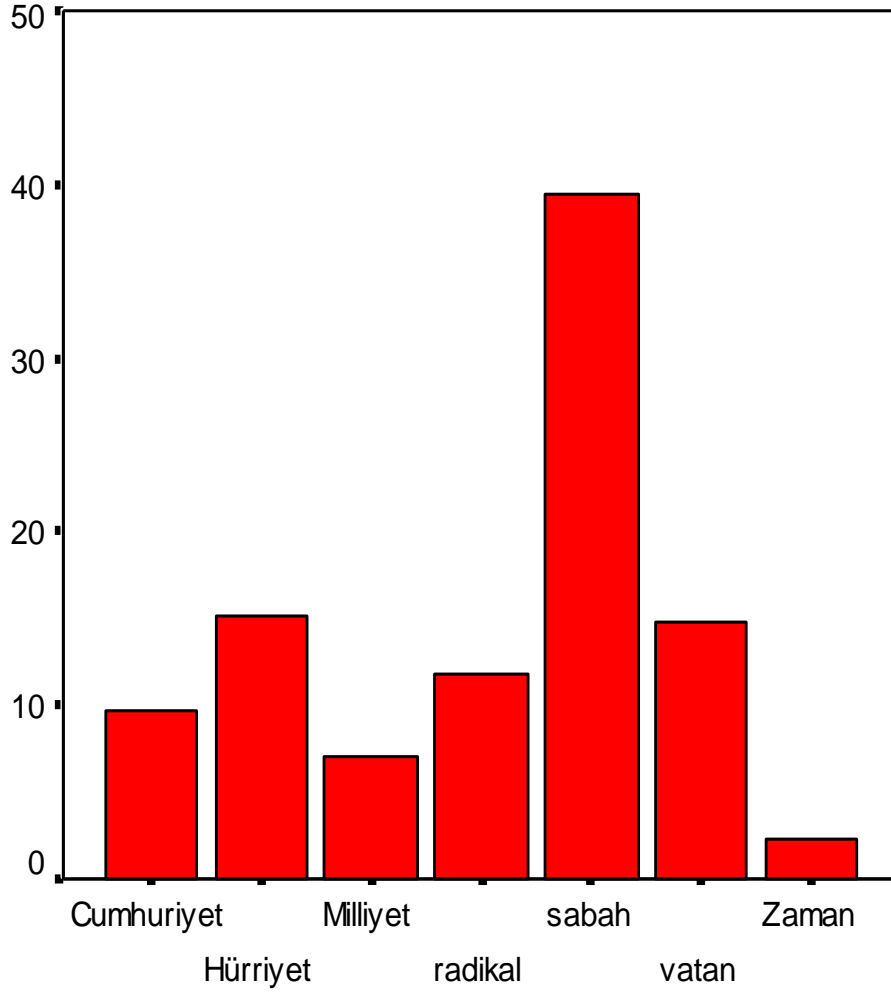
materyaller oluşturmuştur. Araştırma değişkenleri olarak gazete ismi, haber tarihi, gazetenin toplam sayfa sayısı, haber ana başlığı, alt başlık, haberin yazarı, haberin yer aldığı bölüm, sayfa numarası, manşetten verilip verilmediği, haberin konusu, özelliği, haber türü, haber kaynağı incelenmiştir. Araştırma 7 kişilik araştırma grubu tarafından Başkent Üniversitesi Kütüphanesi Arşivinde yer alan gazeteler geriye dönük olarak incelenmiştir. Her kişi bir gazeteden sorumlu olup, bu yedi kişi ileriye yönelik olarak 45 gün araştırma bitiş tarihine kadar günlük gazeteleri incelemişlerdir. Elde edilen tüm verilerden Excel veri tabanı oluşturulmuş ve SPSS 13.0 programı ile veriler analiz edilmiştir.

Bulgular

Toplam 2,040 gazete olmak üzere 50,700 sayfa incelenmiştir. Zaman gazetesi haricinde diğer gazetelerden 330 baskı incelenmiştir. Zaman gazetesi arşivlerde yer almaması nedeni ile sadece ileriye yönelik olarak incelenmiştir. Toplam 50,700 sayfa içerisinde ise 3,494 sağlık haberi belirlenmiştir. Sağlık haberi yüzdesi %6,9'dur. Gazetelere göre incelenen sayfa sayıları ve sağlık haberi sayı ve yüzdeleri tablo 1'de verilmektedir. İncelenen sayfa sayılarına göre en yüksek oranda Hürriyet ve Milliyet gazeteleri incelenmiştir (%19,5). İncelenen sayfalarda sağlık haberi bulundurma yüzdelerine bakıldığında, en yüksek sağlık haberi yüzdesi %19,9 ile Sabah gazetesinde gözlenmiştir. Gazetelere göre sağlık haberlerinin dağılımı Şekil 1'de verilmektedir. En yüksek oranda sağlık haberi yüzdesi Sabah gazetesinde (%40), daha sonra %15 ile Hürriyet ve Vatan gazetelerinde belirlenmiştir. Sağlık haberlerinin tamamında ana başlık olup, %43,4'ünde alt başlık da

Gazeteler	İncelenen Baskı Sayısı	İncelenen Sayfa Sayısı ()	Sağlık Haberi Sayısı ()	bulunmaktadır . Sağlık haberlerinin ana gazetede ise yer almıştır. Sağlık haberlerinin an gazetede ve eklerde yer alma durumlarına göre dağılımı Tablo 2'de verilmiştir
Hürriyet	330	9900 (19,5)	530 (5,6)	
Milliyet	330	9900 (19,5)	248 (2,5)	
Vatan	330	8580 (16,9)	516 (6,0)	
Cumhuriyet	330	6930 (13,7)	336 (4,9)	
Sabah	330	6930 (13,7)	1376 (19,9)	
Radikal	330	6600 (13,0)	410 (6,2)	
Zaman	60	1860 (3,4)	78 (4,2)	

Tablo 1. Gazetelere Göre İncelenen Sayfalar ve Sağlık Haberi Sayılarının Dağılımı



GAZETEYİS



Tablo 2. Sağlık Haberlerinin Ana Sayfa ve Ek’de yer Alma Durumları

Gazeteler	Ana sayfada yer alan Haber sayısı (%)	Eklerde yer alan Haber sayısı (%)	Toplam Sağlık Haberi Sayısı
Hürriyet	243 (45,9)	287 (54,2)	530 (15,2)
Milliyet	228 (92,0)	20 (8,0)	248 (7,1)
Vatan	482 (93,4)	34 (6,6)	516 (14,8)
Cumhuriyet	248 (73,8)	88 (26,2)	336 (9,6)
Sabah	411 (35,7)	965 (70,1)	1376 (39,4)
Radikal	320 (78,1)	90 (22,0)	410 (11,8)
Zaman	72 (92,3)	6 (7,7)	78 (2,2)
TOPLAM	2004 (58,4)	1490 (42,7)	3494 (100,0)

Sağlık haberlerine ana gazetede en çok Vatan gazetesi (%93,4) daha sonra Milliyet (% 92) ve Zaman (%92,3) gazeteleri yer verirken, en düşük oranda %35,7 ile Sabah gazetesi yer vermiştir. Sabah gazetesi sağlık haberi bulundurma açısından en yüksek yüzdeye sahip olmasına karşın bu haberlerin % 70’inin eklerde yer aldığı belirlenmiştir. Sağlık haberleri ana gazetede birinci sırada %18 ile sağlık bölümünde daha sonra %13,4 ile günün içinden bölümlerinde eklerde ise birinci sırada %2 ile yine sağlık bölümünde ikinci sırada %9,4 ile yaşam bölümünde yer almıştır. Sağlık haberlerinin ana gazetede yer aldığı diğer bölümler Tablo 3’de, eklerde yer aldığı bölümler Tablo 4’de görülmektedir

Tablo 3. Ana Gazetede Sağlık Haberinin Yer Aldığı Bazı Bölümler

Bölümler	Sağlık Haberi Sayısı
Sağlık	361 (18,0)
Güncel	110 (5,5)
Ekonomi	117 (5,9)
Günün içinden	268 (13,4)
Spor	15 (0,8)
Dünya	20 (1,0)

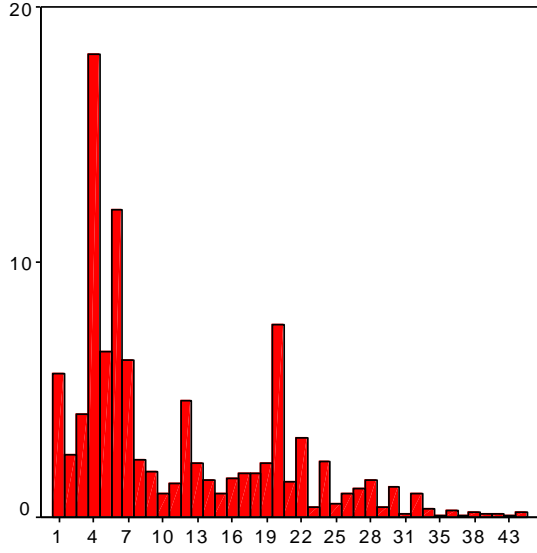


İnsan	42	(2,1)
Dizi	56	(2,8)
Haber	72	(3,6)
Türkiye	80	(4,0)
Yaşam	165	(8,2)
TOPLAM	2004	(100,0)

Tablo . Eklere Sağlık Haberinin Yer Aldığı Bazı Bölümler

Bölümler	Sağlık Haberi Sayısı
Güncel, gündem	117 (7,8)
Sağlık	477 (32,0)
Yaşam	140 (9,4)
Güzellik	45 (3,2)
Yaşam Rehberi	38 (2,6)
Önce Sağlık	44 (3,0)
TOPLAM	1490 (100,0)

Sağlık haberlerinin gazetelerin hangi sayfalarında yer aldıkları Şekil 2’de görülebilir. 113 (%5,6) sağlık haberi gazetelerde manşetten verilmiştir. Medyan sayfa 7.sayfa, mod Sayfa 4.sayfa olup, sağlık haberlerinin bulunduğu ortalama sayfa sayısı 11.sayfa olarak belirlenmiştir. Gazetelerde manşet haricinde verilen sağlık haberleri 2. sayfa ile 44. sayfalar arasında verilmiştir. Şekil’den de görüleceği üzere, sağlık haberleri daha çok ilk kısımlarda yer almıştır. Haberlerin %75,2’sinin yazarı belli olup, sadece %7,5’inin yazarı sağlık profesyoneldir. Muhabirler tarafından verilen sağlık haberlerinin yüzdesi %38,5 olup, sağlık muhabiri tarafından verilen sağlık haberi bulunmamaktadır (Tablo 5).



BULSAYFA

Tablo 6. Sağlık Haberlerinin Yazarlarına Göre Dağılımı

Yazarlar	İmzalı Haber sayısı (%)
Muhabirler	1001 (38,5)
Sağlık muhabirleri	-
Sağlık profesyonelleri	195 (7,5)
İnternet siteleri	28 (1,1)
Basın ajansları	210 (8,1)
Diğer	1169 (45,0)
TOPLAM (İmzalı)	2603 (75,2)

Sağlık haberlerinin haber türlerine göre dağılımları Tablo 6'da verilmektedir. Haberlerin % 64,1'i bilgi amaçlı olup, % 14'ü reklâm amaçlıdır. Haberlerin % 87,4'ünde görüntü olup, bu görüntülerin % 80'i fotoğraf, % 20'side bilgilendirici şekil, grafik, tablo, vb.'dir.



Tablo . Sağlık Haberlerinin Haber Türlerine Göre Dağılımı

Haber Türü	Haber Sayısı (%)
Bilgi	1902 (64,1)
Reklâm	415 (14,0)
Açıklama	195 (7,5)
Araştırma	197 (6,6)
Görüş	149 (5,0)
Diğer	79 (2,7)
Magazin	32 (1,1)
TOPLAM	2969 (85,7)

Sonuç ve Öneriler

Çalışma bulgularına göre, yazılı basının, halkı sağlık konusunda bilgilendirmekte başarılı performans göstermediği söylenebilir. Sağlık haberleri sağlık muhabirleri tarafından verilmelidir. Sağlık Bakanlığı, basın yayın kuruluşlarına halkın sağlık konusunda eğitilmesini sağlamak amacıyla bilgi aktarmalıdır. Sağlık Bakanlığı dışındaki sağlıkla ilgili kuruluşlar, basın yayın kuruluşları ile iletişim kurmalı ve materyal ve bilimsel danışmanlık açısından desteklemelidir. Halkın sağlık eğitimine ve bilgilendirilmesine yönelik olarak hazırlanan haberlerde doğruluk, doyuruculuk sağlanmalıdır. Gazeteler, kişi haklarına saygı ve halka doğru bilgi verme temel ilkelerinden hareketle, araştırmalara dayalı, basın ahlak yasası ve etik kurallara uygun haber yapmalıdır. Halkın basında çıkan sağlık haberlerinden yararlanma durumları ve düşünceleri takip edilmelidir.

KAYNAKLAR

- 1-Atkin C,L, eds. Wallack L, eds. Mass Communications and Public health. Newbury Park, CA:Sage publications, 1990.
- 2-Brittle C, Zint M. Do newspapers lead with lead? A content analysis of how lead health risks to children are covered. Journal of environmental health 2003;65(10):17-22.
- 3-Geller G, Tambor ES. Houseofficer's reactions to media coverage about the se uencing of the human genome. Social scientific medicine 2003; 56(10): 2211-20.
- 4-Jackson L,D, Duffy BK. Health communication research. Westport, CT: Greenwood, 1998.
- 5-Kitle iletişim araçlarında sağlık haberciliği ve halkın sağlık eğitiminde yararlanma, T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi genel Koordinatörlüğü, 2001.
- 6-Making Health communications. Washington, DC: Work National Cancer Institute, 1989. Pub. No. NIH 89-1493.



Uluslararası Sağlık ve Hastane Yönetimi Kongresi
International Health and Hospital Administration Congress
01-03 June 2007 Near East University - Nicosia - TRNC - Mersin 10 Turkey



- 7-Matamaros Daniel J.C. Health communication- A health content analysis of the main Swedish newspapers from a public health perspective. Master of Nordic school of public health, 2006.
8-Piatrow PT, Kincaid DL, Rimon JG. Health communication. Westport, CT: Praeger 1997.



SAĞLIK HABERCİLİĞİ VE TÜRKİYE BASININDA SAĞLIK HABERLERİNİN ANALİZİ

F. Seçil BANAR , Barış GÜNAYDIN

Anadolu Üniversitesi İletişim Bilimleri Fakültesi Basın ve Yayın Bölümü / Eskişehir - TÜRKİYE
barisg@anadolu.edu.tr, staner@anadolu.edu.tr

Gazetelerde, sağlık sayfalarına veya sağlıkla ilgili haberlere sıklıkla rastlanmaktadır. İnsan yaşamının ayrılmaz bir parçası olan sağlık kavramına ilişkin haberler, kişilerin bu konu hakkında bilgilenmesini sağlamak açısından da büyük önem taşımaktadır.

Bu çalışmada, 5-12 Nisan 2007 tarihlerinde yayınlanan, en yüksek tiraja sahip, Hürriyet, Posta, Sabah, Zaman, Milliyet ve Takvim gazetelerinin Türkiye baskıları incelenmiştir. 7 Nisan Dünya Sağlık Günü'nü, Kanser ve Sağlık Haftasını da içine alması sebebiyle araştırma, bu tarih aralığı tercih edilmiştir. Bu tarihlerin belirlenmesinde temel ölçüt gazetelerde kamuoyunu bilgilendirmeye yönelik sağlıkla ilgili daha fazla haber verileceği varsayımdır. Çalışmanın bir başka varsayımı ise sağlık haberlerinin daha çok beslenme diyet konusu ile ilgili olduğudur. Sağlık haberlerinde verilen bilgilerin, sağlıkla ilgili sorunu olan okurlara umut verici üslupla aktarıldığı bir diğer varsayımdır.

İçerik analizi yöntemi ile gerçekleştirilen bu çalışmada, gazetelerde yer verilen haberlerin, yayımlandığı sayfa ve konumu ile haberin içeriği ve sunuluş biçimi üzerinde durulmuştur. Ayrıca gazetelerde yer alan sağlıkla ilgili metinlerin kimler tarafından üretildiği incelenmiş ve haber kaynakları açısından da ele alınmıştır. Analiz edilen haberlerin niteliği ve okura etkisi tartışılmıştır.

Araştırmada cevap aranan soruları şöyle özetlemek mümkündür. Sağlık haberlerinin kaynakları kimler ve nelerdir? Haberlerde daha çok hangi sağlık alanına ilişkin konular ele alınmaktadır? Haberlerin niteliği, kapsamı ve umut vericiliği ne düzeydedir? Hasta hakları konusunda gazetelerde yeterli bilgi verilmekte midir? Sağlık haberleri başlığı altında gizli reklâmlara yer verilmiş midir?

Anahtar Sözcükler: Sağlık Haberleri, Sağlık Haberciliği, Gazeteci Hak ve Sorumlulukları,



Giriş

Bu çalışmanın temel amacı sağlık haberlerinin gazetelerde nasıl sunulduğunun ve sağlık haberciliğinde basın rolünün ortaya konmasıdır. Daha önce literatürde doğrudan sağlık haberciliğine yönelik bir analiz çalışmasına rastlanmamıştır. Dolayısıyla bu araştırma bulgularının daha sonra yapılacak sağlık haberleri alanındaki çalışmalar için örnek olacağı düşünülmektedir.

Kitle iletişim araçlarının işlevleri büyük ölçüde toplumun yapısı ve yönetim düzeni ile yakından ilişkilidir. Bu nedenle işlevler ülkeden ülkeye ve yerine getirme derecelerine göre farklılıklar göstermektedir. Bununla birlikte, iletişim alanında UNESCO Komisyonu tarafından hazırlanan raporda kitle iletişim araçlarının işlevleri 8 başlık altında toplanmıştır. Bunlar; haber bilgi sağlama, toplumsallaştırma, güdüleme, tartışma ortamları yaratma, eğitim, kültürel gelişime katkı, eğlendirme, bütünleştirmedir. (Mac Bride, 1993:23) Sağlık haberlerini veren bir kitle iletişim aracı olarak gazeteler, sağlıkla ilgili konularda toplumu eğitip, bilgilendirerek tartışma ortamları yaratma işlevlerini yerine getirmektedirler. (Hoşgeçin, Tozkoparan, 1995:12)

Bu kapsamda Türkiye’de yayınlanan gazetelerdeki sağlık haberlerin analizini içeren araştırmanın bulgularına geçmeden önce sağlık haberciliği ve gazetecilerin sorumlulukları hakkındaki bazı temel kavramlara ve uygulamalara değinilecektir.

1.Sağlık Haberciliği ve Temel İlkeleri

Bir haber türü olarak sağlık haberi, sağlık alanındaki her türlü gelişmeyi aktaran olayları kapsamaktadır. Sağlık habercisi ise medya kuruluşlarında sağlık haberleri konusunda uzman basın mensubunu ifade etmektedir. Türkiye’nin ciddi sorunları arasında yer alan sağlık konusunda kamuoyunun tarafsız ve doğru bilgilendirilmesi büyük önem taşımaktadır. Bu nedenle sağlık haberlerinin, iletişim fakültelerinde eğitim almış ve sağlık alanında uzmanlaşmış gazeteciler tarafından üretilmesi gerekmektedir.

Mesleklerin yerine getirilmesinde bazı temel ilke ve kurallar yer almaktadır. Doktorluk mesleğinin de temel ilkelerin biri olarak kabul edilen “Önce zarar verme!” prensibi gazetecilik mesleğinin sorumluluk ilkesi ile birlikte değerlendirilmelidir. Hastasına bu ilke sınırları içinde müdahale eden doktorun ona zarar vermemesi onu sağlığına kavuşturmadan önce gelmelidir. Aynı nedenden dolayı sağlık alanında haber yapan gazeteciler için benzer ilkeler de geçerli olmalıdır. Hiçbir şey insan yaşamından daha değerli olamaz ve gazetecinin “iyi haber” yapma kaygısı, insanların bu haberden nasıl etkileneceği sorgulamasının önüne geçmemelidir. (İSTABİP,2007)

Basının kamuoyunu bilgilendirme ve okur üzerinde davranış değişikliklerine neden olma işlevi göz önüne alındığında, sağlık haberlerinin toplum üzerindeki etkisi ve bu tür haberlerin veriliş biçimi sağlık haberlerini daha da önemli hale getirmektedir. Türkiye Gazeteciler Cemiyeti tarafından imzaya açılmış olan Hak ve Sorumluluk Bildirgesinde sağlıkla ilgili olarak gazetecinin doğru davranış kuralları arasında şu hükme yer verilmiştir: “Gazeteci sağlık konusunda sansasyondan kaçınmalı, insanları umutsuzluk veya sahte umut verecek yayın yapılmamalıdır. Tıbbi alandaki araştırmalar kesinleşmiş sonuçlar gibi yayınlanmamalıdır. İlaç tavsiyesinde mutlaka uzmana danışılmalıdır. Hastanelerde araştırmalar yapan, bilgi ve görüntü almaya çalışan gazeteci, kimliğini belirtmeli ve girilmesi yasak bölümlere ancak yetkililerin izniyle girmelidir. Yetkilinin, hastanın veya yakınının izni olmaksızın hastane ve benzeri kurumlarda hiç bir yolla ses ve görüntü alınmamalıdır.”

Ayrıca, Türk Tabipleri Birliği ve Eğitim Sağlık Muhabirleri Derneği nce (ESAM) 27–29 Temmuz 2001 tarihlerinde düzenlenen Sağlık Bilinci ve Medya toplantısının sonuç bildirgesinde, görevlerini basın ahlakının ve sağlık muhabirleri etik kurallarına uygun yapan sağlık habercileri, sağlık hizmetini bütünleyen temel bir unsur olarak görülmektedir. Sağlık alanında haber üretenlerin de



verdikleri hizmetin toplumsal boyutu nedeniyle; işlerini mesleklerinin temel ilke ve etik kurallarına uygun yapmalarının önemi vurgulanmıştır.

2. Basının İşlevleri Açısından Gazetecilerin Hak ve Sorumlulukları

Demokratik, çoğulcu bir toplumun gelişmesinde temel değerlerden biri de etik ilkelerdir. Demokratik eylemlerin, demokratik hassasiyetlerin ortaya konulması içinde toplumda sağlıklı bir bilgi akışının olması gerekir. Bu sağlıklı bilgi akışını da sağlayacak olan özgür basındır. Gazeteciler kamuoyunun bağımsız temsilcileri olma görevini üstlendikleri için bir takım sorumluluklar da taşımaktadırlar. (Tokgöz, 2003:56)

Gazetecilerin hak ve sorumluluklarının düzenlenmesine ilişkin olarak başvuru niteliği taşıyan en önemli belge Türkiye Gazeteciler Cemiyeti tarafından hazırlanan Gazeteciler Hak ve Sorumluluk Bildirgesi'dir. (TGC,2007) Bu bildirme, Türkiye Barolar Birliği, Türk Tabipler Odası gibi diğer sivil toplum örgütlerinin de katılımı ile geniş bir tartışma zemininden sonra oluşturulmuştur. Etik değerler bu bildirme çerçevesinde dört ana başlıkta toplanmıştır. Birincisi gazetecinin hakları, ikincisi sorumlulukları, üçüncüsü gazetecinin temel görevleri ve ilkeleri dördüncüsü de doğru davranış kurallarıdır. Bildirgeye göre gazetecilere tanınan bazı haklar mevcuttur. Bu haklar gazetecilik mesleğinin yapısından kaynaklanmaktadır. Bir başka ifadeyle gazetecilik mesleğini diğer mesleklerden ayıran haklar olma özelliğini taşımaktadırlar.

Dünyanın neresinde olursa olsun gazeteci bütün olayları araştırma, inceleme hakkına sahiptir. Halkın bilgi edinme hakkı uyarınca, gazeteci, kendi açısından sonuçları ne olursa olsun, gerçeklere ve doğrulara saygı duymak ve uymak zorundadır. Gazeteci; temel bilgileri yok edemez, görmezlikten gelemes ve metinlerle belgeleri değiştiremez, tahrif edemez. Yanlış, yanıltıcı ve tahrif edilmiş yayın malzemesi kullanmaktan uzak durur. Gazetecinin halka karşı sorumluluğu, başta işverenine ve kamu otoritelerine karşı olmak üzere, öteki tüm sorumluluklardan önce gelir. Bilgi ve haber ile özgür düşünce, herhangi bir ticari mal ve hizmetten farklı olarak toplumsal bir nitelik taşır. Gazeteci, ilettiği haber ve bilginin sorumluluğunu üstlenir ve paylaşır. Gazetecinin özgürlüğünün içeriğini ve sınırlarını, öncelikle sorumlulukları ile meslek ilkeleri belirler.

2.1 Sağlık Haberleri açısından Gazeteci Sorumluluğuna İlişkin Etik İlkeler

Sağlık ve tıbbın etik değerleri ile habercilik ve yayıncılığın etik değerleri göz ardı edildiği durumlarda sağlık haberciliğinde ciddi sorunların yaşanması kaçınılmaz olacaktır. Buna çözüm olarak sağlık çalışanı ya da hekim, kendi etik kuralını, gazeteci de kendi etik kuralını öncelikle korumalıdır. Aynı zamanda taraflar diğerinin etik kurallarını bilmek ve onun bu etik kurallarına uygun davranıp davranmadığını da gözlemelidir. Bu kuralların birbiriyle kesişen noktalarında sorun yaşanmayacaktır. (Sütlaş, 2007:145)

Gazetecinin hakları ve sorumluluklarının yanı sıra doğru davranış kurallarına da Türkiye Gazetecileri Hak ve Sorumlulukları Bildirgesinde yer verilmiştir. Buna göre özellikle sağlık konusunda yapılacak haberlerde sansasyondan kaçınılmasının gerektiği, insanlara umutsuzluk veya sahte umut verecek yayım yapılmamasının altı çizilmiştir. Bildirgeye göre tıp alanındaki araştırmalar, kesinleşmiş sonuçlar gibi yayımlanmamalıdır. Gazeteci, hastanelerde araştırma yapmak ya da bilgi ve görüntü almak istediğinde kimliğini belirtmeli ve girilmesi yasak bölümlere ancak yetkililerin izniyle girmelidir. Yetkilinin hastanın veya yakınının izni olmaksızın hastane ve benzeri kurumlarda hiçbir yolla ses ve görüntü almamalıdır.

Benzer düzenlemeler ESAM'ın etik ilkelerinde de rastlanmaktadır. (ESAM,2007) Bu ilkeler arasında yalan, taraflı, kamuoyunu yanıltıcı, yönlendirici, umut tacirliğine yönelik haber



yapılamayacağı, ilaç alanındaki yenilikleri ilaçların ticari ismini belirtilmeden verileceği, haber yapılan kişi ve kuruluşlardan hediye kabul edilemeyeceği gibi ilkeler yer almaktadır.

Ayrıca, ESAM tarafından 18–20 Haziran 1999 tarihinde gerçekleştirilen toplantıda Halkın Yararı İçin Sağlık Haberciliği Bildirgesi yayınlanmıştır. Bildirgede daha sağlıklı bir toplum için iyi hekimlik ve iyi gazetecilik yapmanın gerekliliği vurgulanmıştır. Medya kuruluşlarında sağlık haberciliği konusunda sıkıntıların yaşandığı dile getirilen toplantıda sağlıkta uzmanlaşmanın desteklenmesinin önemi belirtilmiştir. Bu amaçla da medya kuruluşlarında sağlık muhabirlerinin istihdam edilmesi ve sağlık haberinin sorumluluğunun da bu gazetecilere verilmesi istenmektedir. Toplantıda sağlık haberi yapan gazeteciler için sağlık konusunda uzman kişilerle işbirliğinin sağlanmasının önemini altı çizilmiştir. Bunun için, sağlık habercilerine bir bilimsel danışma havuzu oluşturulması gerektiği belirtilmiştir. Böylece gazeteci-bilim adamı-hekim işbirliğini sağlayacak mekanizmalar geliştirilmesi mümkün kılınabilecektir. Haber kaynağı olarak tıbbi dergilerdeki araştırmalar, yöneticiler, hekimler ve çoğunluğu dış basından olmak üzere çeviri yayınlarla internet kullanılmaktadır. Bu anlamda yazıları denetlenmiş Türkiye de çıkan pek çok tıbbi dergideki bilimsel yayınların halkın yararına kullanılması için basın bültenleri hazırlanması gerekmektedir. Halk sağlığı açısından öncelikli, güncel ve çoğunluğu ilgilendirecek konular hakkında en doğru bilgilendirme bu yolla gerçekleşecektir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün 28–30 Mayıs 1998 tarihleri arasında Moskova'da bir toplantı gerçekleştirmiştir. Toplantı sonunda oluşturulan sağlık ve tıp alanında gazetecilik yapanlar için bir temel rehber oluşturulmuştur. Buna göre ilk kural “Öncelikle zarar verme ilkesidir” bu kuralın yalnızca sağlık alanında düşünülmemesi gerekip, haberi yapan eğer insanı anlatıyorsa her haberinde aynı kuralı göz önünde bulundurması gerekmektedir. (Sütlaş, 2007:164) İkinci kural “Doğruları bulun ve mutlaka araştırın”. Bu kural da haberin yayına yetiştirilme sıkıntısı olsa bile doğruların bulunup mutlaka araştırılarak verilmesini belirtmektedir. Üçüncü kural ise “Umut vermeyin, özellikle mucize tedavileri haber yaparken dikkatli olun” kuralıdır. Dördüncü kural ise “Haberi yaparken, kendinize haberden kimler yararlanır sorusunu mutlaka sorun”. Son olarak yer verilen beşinci kural ise haber kaynağının gizliliği ilkesine yöneliktir.

. Yöntem Örneklem ve Varsayımlar

Araştırma içerik analizi yöntemi kullanılarak gerçekleştirilmiştir. İçerik analizinin amacı araştırma sorusu doğrultusunda metinlerin içerikleri hakkında sistematik veriler elde etmek ve bu verilerden hareketle tekrarlanabilir çıkarımlar yapmaktır.(Gökçe, 2006:23). İçerik analizi yöntemi kullanılarak yapılan bu çalışmada da araştırma soruları doğrultusunda haber içerikleri hakkında veriler elde edilmiş sonra bulgularda yer verilen çıkarımlara ulaşılmıştır.

Bu çalışmada, daha önce yapılan medya araştırmalarının genel bulgularından hareketle aşağıdaki varsayımlar sınanmıştır:

- 1.Sağlık alanındaki haberler, önemli haberler olarak nitelenen siyaset, ekonomi, spor gibi konulara göre basında daha az yer almaktadır.
- 2.Sağlık haberleri içinde beslenme ve diyet haberleri önemli yer tutmaktadır.
- 3.Sağlık haberlerine gazetenin kendi sayfalarından daha çok eklerinde yer verilmektedir.
- 4.Sağlık haberleri genelde tam sayfa olarak verilmektedir.
5. Sağlık haberlerini üretenler sağlık konusunda uzman gazetecilerdir.
- 6.Sağlık haberlerinin kaynakları uzman doktorlardan oluşmaktadır.
7. Sağlık haberlerinde görsel öğelere yer verilmektedir.
8. Sağlık haberleri umut verici nitelik taşımaktadır.



9. Sağlık haberlerinde gizli reklama yer verilmiştir.

Bu varsayımların sınanmasında nicel içerik analizi temel yöntem olarak seçilmiştir. İletişim araştırmalarında haber metinlerinin nicel analizi önemli bir yer tutmaktadır. Nicel içerik analizinin en önemli amacı, araştırma konusu olarak belirlenen sorunun basında nasıl sunulduğunu ortaya koymaktır. (İrvan, 2000)

Çalışmanın varsayımları da göz önünde bulundurularak araştırma örneklemini dört gazete seçilmiştir: Hürriyet, Sabah, Zaman, Posta, Takvim ve Milliyet gazeteleri iki büyük medya grubunun en yüksek tirajlı gazeteleri olmalarının yanında, popüler olarak nitelenebilecek bir habercilik anlayışını benimsemeleri de örnekleme dahil edilmiştir. Araştırma çerçevesinde bu altı gazetede 5–12 Nisan 2007 tarihlerinde yayımlanan tüm sağlık haberleri kodlanmış ve sayısal analizleri yapılmıştır.

4. Bulgular ve Yorumlar

Çalışmaya dâhil edilen altı gazete ve eklerinde yer alan sağlık haberleri analiz edilmiştir. Haber sayıları açısından bakıldığında 5–12 Nisan 2007 tarihleri arasında yayınlanmış 267 haberin, 156'sının gazetenin kendi sayfalarında, 111'nin ise gazete eklerinde yayımlandığı görülmüştür. Araştırma kapsamında incelenen altı gazeteden eki olan gazeteler Hürriyet, Sabah ve Takvimdir. Milliyet, Posta, Zaman gazeteleri ise sağlık haberlerinin yer aldığı ek vermemektedir. Dolayısıyla 111 sağlık haberine Hürriyet'in Kelebek, Sabah'ın Günaydın, Takvim'in Saklambaç eklerinde rastlanmıştır. Bu çalışmada, sağlık haberlerinin basında oransal olarak daha az yer aldığına ilişkin varsayımı doğrudan sınavacak bir kodlama yapılmamıştır. İrvan ve Çınarbaş tarafından yapılan trafik haberlerinin analizi çalışmasında bir yıllık sürede dört gazetede (Milliyet, Zaman, Cumhuriyet, Sabah) toplam 859 haberin yer aldığı görülmüştür. (İrvan, Çınarbaş, 2002:5) Ayrıca İrvan'ın dış haberlere ilişkin üç aylık sürede üç gazetede (Milliyet, Zaman, Cumhuriyet) toplam 1896 haberin yayımlandığı belirlenmiştir (İrvan, 1997). Bu iki farklı çalışma sonuçlarına bakıldığında sağlık haberleri ile ilgili ilk varsayımın büyük ölçüde desteklendiğine ilişkin bir ipucu vermektedir.

Sağlık haberlerinde ele alınan konular sağlık alanlarına göre tasnif edilmiştir. Buna göre oluşturulan haber kategorileri ve haber sayıları Tablo 1'de görülmektedir. Haber kategorileri oluşturulurken uzman doktorların görüşlerinden yararlanılmıştır. Doğrudan bir kategoride yer alamayan (uçuş korkusu, ötenazi gibi) ya da birden fazla alana ilişkin olduğu düşünülen haberlere diğer kategorisinde yer verilmiştir. Haber kategorilerine göre oluşturulan tabloda beslenme ve diyet haberlerinin toplam haberleri içerisinde %32'lik bir orana sahip olduğu görülmektedir. Ruh sağlığı, cinsel sağlık ve çocuk sağlığına ilişkin haberlerin de nispeten yüksek olduğu buna karşın Aids, Alerji ve Cilt Hastalıklarına ilişkin haberlere çok az yer verildiği gözlenmiştir.

Haber İçeriği	Gazete Eki Haber sayıları	Gazete Haber Sayıları	Toplam Haber Sayısı	%
Beslenme ve Diyet	35	51	86	32%
Ruh sağlığı	20	11	31	12%
Cinsel sağlık	7	16	23	9%
Çocuk sağlığı	8	8	16	6%
İlaçlar	2	11	13	5%
Kanser	3	10	13	5%



Diğer	4	9	13	5%
Gebelik	7	3	10	4%
Kadın sağlığı	1	9	10	4%
Dâhiliye	5	4	9	3%
Estetik	6	2	8	3%
Hasta Hakları	4	4	8	3%
Sigara	0	7	7	3%
Ağız ve Diş Sağlığı	3	2	5	2%
Diyabet	2	3	5	2%
Aids	1	3	4	1%
Alerji	2	2	4	1%
Cilt hastalıkları	1	1	2	1%
Genel Toplam	111	156	267	100%

Tablo 1. Haber Kategorilerine Göre Haber Sayıları ve Yüzdeleri

Sağlık haberlerine genelde gazetelerde sağlık sayfası adı altında yer verilen özel sayfalar ya da iç sayfalarda rastlanmaktadır(Tablo 2). İlk sayfadan devam niteliğinde olan haberlerin oranı ise %11'dir. Arka sayfada yer verilen haber sayısı yok denecek kadar azdır. Özel sayfa olarak belirtilen sağlık sayfaları ise gazetenin ya da eklerinin iç sayfalarında yer almaktadır.

Haberlerin Gazetede Yeri	Haber Sayısı	%
İç sayfa	119	45%
Özel sayfa	117	44%
İlk sayfadan devam	30	11%
Arka sayfa	1	0%
Genel Toplam	267	100%

Tablo 2. Haberlerin Gazetede Yer Aldığı Sayfaya Göre Sayıları

Sağlık haberlerinin sayfadaki konumları dikkate alındığında ise tam sayfa şeklinde verilen haber sayısının oranının %18 olduğu görülmektedir. Sağlık haberlerine daha çok gazete sayfalarının üst yarısında yer verildiği belirlenmiştir. Sayfanın alt yarısında yer alan sağlık haberlerin oranı ise %26'dır. Araştırma kapsamında analiz edilen toplam 267 haber içerisinde sayfanın ortasındaki haberlerin oranı ise %16'dır(Tablo3).



Haberlerin Sayfadaki Konumu	Haber Sayısı	%
Sayfanın üst kısmında	109	41%
Sayfanın alt kısmında	69	26%
Sayfayı komple işgal ediyor	47	18%
Sayfanın tam ortasında	42	16%
Genel Toplam	267	100%

Tablo 3. Haberlerin Sayfada Yer Aldıkları Konuma Göre Sayıları

Haberin okunmasında haber başlığı ve metnin ilgi çekici olmasının yanı sıra fotoğraf, grafik, tablo gibi görsellerin kullanılması da önemli yer tutmaktadır. Bu bağlamda sağlık haberlerinin sunumuna ilişkin olarak toplam 267 haberin 220'sinde metinler görsellerle desteklenmiştir. Sadece 47 haberde ise yalnız metin kullanımı tercih edilmiştir. Haber kategorilerine göre metni destekleyici görsellerin kullanımında bazı sağlık alanları daha çok göze çarpmaktadır. Örneğin 86 beslenme ve diyet haberinin 78'inde görseller kullanılmıştır. Aynı şekilde araştırma kapsamında analiz edilen ağız ve diş sağlığı, cilt hastalıkları ve estetik ile ilgili sağlık haberlerinin tümünde görseller metni destekleyici olarak kullanılmıştır (Tablo 4.).

İçerik	Metin görsel	Yalnız metin	Genel Toplam
Ağız ve Diş Sağlığı	5	0	5
Aids	2	2	4
Alerji	3	1	4
Beslenme ve Diyet	78	8	86
Cilt hastalıkları	2		2
Cinsel sağlık	18	5	23
Çocuk sağlığı	12	4	16
Dâhiliye	6	3	9
Diğer	10	3	13
Diyabet	2	3	5
Estetik	8	0	8
Gebelik	8	2	10
Hasta Hakları	7	1	8
İlaçlar	10	3	13
Kadın sağlığı	9	1	10
Kanser	10	3	13
Ruh sağlığı	26	5	31
Sigara	4	3	7
Genel Toplam	220	47	267

Tablo 4. Haberlerin İçeriklerine Göre Sunum Biçimleri



Araştırmanın varsayımlarından biri de sağlık haberlerinin sağlık alanında uzman gazeteciler tarafından yazıldığıdır. Ancak incelenen altı gazetede toplam 267 haberin %39'unun sağlık alanında uzman olup olmadıkları belirlenemeyen muhabirler tarafından yapıldığı görülmüştür. 95 haberin ise uzman doktorlar tarafından yazıldığı belirlenmiştir. Haber içerikleri dikkate alındığında toplam 86 beslenme-diyet haberinin 46'sı, 23 cinsel sağlık haberinin 17'si, 31 ruh sağlığı haberinin 14'ü, çocuk sağlığı ile ilgili 16 haberin 1'i uzman doktor tarafından yazılmıştır. Ayrıca ilaçlarla ilgili toplam 13 haberin sadece 2'si, kanser ile ilgili toplam 13 haberin ise sadece bir tanesi uzman doktor tarafından yapılmıştır (Tablo 5.).

İçerik	Ajans	Dış Haberler	Diğer	Diyetisyen	Köşe Yazarı	Muhabir	Uzman	Uzman Doktor	Genel Toplam
Ağız ve Diş Sağlığı		2	2			1			5
Aids		1	1			2			4
Alerji	1	1				1		1	4
Beslenme ve Diyet		1	7	15	2	14	1	46	86
Cilt hastalıkları		1						1	2
Cinsel sağlık					3	3		17	23
Çocuk sağlığı		1	1			13		1	16
Dâhiliye			1			4		4	9
Diğer		1			2	9		1	13
Diyabet	1			1		2		1	5
Estetik			1		3	4			8
Gebelik						6		4	10
Hasta Hakları						7		1	8
İlaçlar		3	1			5	2	2	13
Kadın sağlığı	1	1				1		7	10
Kanser	1					11		1	13
Ruh sağlığı		4	2	1	2	14	1	7	31
Sigara						6		1	7
Genel Toplam	4	16	16	17	12	103	4	95	267

Tablo 5. Haber İçeriklerinin Haberleri Yazanlara Göre Dağılımı

İncelenen sağlık haberleri haber kaynağı açısından değerlendirildiğinde toplam 267 haberin 122'sinin haberi yapan kişinin kendisi tarafından oluşturulduğu belirlenmiştir. Bu durum Tablo 5'deki veriler göz önüne alındığında, haberi yapan uzman doktor sayısı 95 iken haber kaynağı olarak kendi bilgilerinin kullananların sayısının 122 olduğu görülmektedir. Ayrıca haber kaynaklarının %16'sının



Türk Uzman Doktor, %9'unun yabancı bilim adamı, %6'sının Türk bilim adamı olduğu belirlenmiştir. Buna karşın haberlerin %13'ünde ise haber kaynağı hiç belirtilmemiştir. (Tablo 6)

Haber Kaynağı	Toplam	%
Kendisi	122	46%
Türk Uzman Doktor	43	16%
Belirtilmemiş	34	13%
Yabancı Bilim Adamları	24	9%
Türk Bilim Adamları	16	6%
Uluslararası Araştırma Raporları	9	3%
Yabancı Uzman Doktor	9	3%
Sağlık Bakanlığı	7	3%
Resmi Kurumlar	2	1%
Ulusal Araştırma Raporları	1	0%
Genel Toplam	267	100%

Tablo 6. Haber Kaynaklarına Göre Haber Sayıları

Sağlık haberciliğinde, etik kurallarla da altı çizilen en önemli noktalardan birisi sağlık konusunda sansasyondan kaçınmak ve insanlara umutsuzluk veya sahte umut verecek yayın yapmamaktır. Bu açıdan araştırmanın sonuçlarına bakıldığında toplam 267'i haberin 170'inin umut vericilik özelliği taşıdığı belirlenirken, 87 haberde umut verici ifadeler rastlanmamıştır. Araştırmada dikkat çeken noktalardan biri Posta gazetesinde incelenen 69 haberin 65'i umut verici özellik taşımıştır. Milliyet gazetesi en az sağlık haberine rastlanan gazete olarak incelenen 13 haberin 7'sinde umut verici özelliğe rastlanmış 6'sında rastlanmamıştır (Tablo 7).

Gazete-Umut Vericilik	Evet	Hayır	Kararsız	Genel Toplam
Hürriyet	24	4	7	35
Milliyet	7	6		13
Posta	65	3	1	69
Sabah	41	10		51
Takvim	23	61		84
Zaman	10	3	2	15
Genel Toplam	170	87	10	267

Tablo 7. Haberlerin Umud Verici Oluş Olmasına Göre Gazetelerdeki Dağılımı

Araştırma kapsamında sağlık haberlerinin gizli reklam unsuru taşıyıp taşımadığı sorusuna yanıt aranmıştır. İncelenen toplam 267 haberin %86'sında gizli reklama rastlanmazken sadece 38 haberde gizli reklam unsurunun bulunduğu belirlenmiştir (Tablo 8).



Gizli Reklam Var mı	Haber Sayısı	%
Evet	38	14,23
Hayır	229	85,76
Genel Toplam	267	100%

Tablo 8. Haberlerde Gizli Reklam Unsuruna Göre Dağılım

Sonuç ve Öneriler

Bu çalışmada, Türkiye basınında sağlık haberciliği ve sağlık haberlerinin nasıl ele alındığı sınırlı bir zaman aralığında araştırılmıştır. Araştırmanın daha anlamlı olabilmesi ve bulgulardan hareketle kapsamlı çözüm önerilerinde bulunulabilmesi için haberlerin incelendiği zaman aralığının geniş döneme yayılmasına ve tamamlayıcı iki çalışmaya gereksinim duyulmaktadır. Bunlardan ilki haberlerin hazırlanması aşamasına ilişkin nitel analizlerin, ikincisi de okurların sağlık haberlerine ilişkin bakışları ve tutumlarına yönelik, niceliksel analizlerin yapılmasıdır.

Mevcut verilerden hareketle aşağıdaki önerilerin yapılması da mümkündür: Sağlık haberlerinin toplumsal önemi dikkate alındığında kitle iletişim araçları yoluyla halkın bilgilendirilmesini sağlama işlevi birlikte düşünüldüğünde, sağlık haberlerinin diğer haberlerle karşılaştırıldığına anlaşılır, doğru ve gerçek olması gerekmektedir. Ayrıca sağlık haberlerinde halka gereksiz umut veren ya da umutsuzluğa sevk eden ifade ve bilgilerden kaçınılmalıdır.

Sağlık haberciliği mutlaka bu alanda uzmanlaşmış gazetecilerce ve onların tıp çevrelerinden uzman kişi ve kurumlarla ilişkisi temelinde yapılmalıdır. Bu konuda uzmanlaşma gazetecilerin diğer alanlarında uzmanlaşmalarından çok daha önemlidir. Hem gazetecinin uzmanlığı hem de haber kaynağının yeterliliği birlikte olduğu takdirde, gazetecilik mesleği ve hekimlik mesleğin ortak ilkesi olarak kabul edilmesi gereken “Önce Zarar Verme” ilkesine uygun hareket edilmiş olacaktır.

İnsan hayatını yakından ilgilendiren sağlık konularını haber yapan gazetecilerin sağlık haberciliği konusunda donanımlı olmaları beklenmektedir. Bu nedenle İletişim Fakültelerinde çeşitli alanlara ilişkin uzman gazetecilik derslerinin yanında “sağlık haberciliği” de ayrı bir ders olarak programlarda yer almalıdır.

Sağlık haberciliğinden ayrı düşünülmemeyen, genellikle haber kaynağı olan hekimlere ve hekimlerin meslek örgütlerine de önemli görevler ve sorumluluklar düşmektedir. Bunların en başında haber kaynağı olarak gazetecilere sağlık alanına ilişkin doğru ve anlaşılır bilgi sağlamaları beklenmektedir. Ayrıca meslek örgütlerinin çeşitli periyotlarda hazırlayacakları bültenlerle haberi yapacak muhabirlere sağlıklı bilgi aktarmaları mümkün olacaktır.

Sonuç olarak sağlık alanında haber yapılırken, TGC Gazetecilerin Hak ve Sorumlulukları Bildirgesi’nde belirtilen, sağlık konusunda sansasyondan kaçınma, umutsuzluk veya sahte umut verecek yayın yapmama, tıbbi alandaki araştırmaları kesinleşmiş sonuçlar gibi yayınlama, ilaç tavsiyesinde mutlaka uzmana danışma, hastanelerde araştırma yaparken bilgi ve görüntü almaya çalışırken gazeteci, kimliğini belirtilme ve girilmesi yasak bölümlere ancak yetkililerin izniyle girme, yetkilinin, hastanın yahut yakınının izni olmaksızın hastane ve benzeri kurumlarda hiçbir yolla ses ve görüntü almama ilkeleri üzerinde dikkatle durulmalıdır. Bu ilkeler, sağlık haberi yapan gazetecilerin içselleştirmesi gereken temel kavramlar olmalıdır. Ayrıca sansasyondan uzak, sağlıklı sağlık haberciliğinin yapılabilmesi için tüm yayın kuruluşlarında, alanında uzman sağlık muhabirlerin bulundurulması da bir ihtiyaç olarak görülmektedir.



KAYNAKLAR

1. Gökçe, Orhan (2006). **İçerik Analizi Kuramsal ve Pratik Bilgiler** Ankara:Siyasal Kitabevi
2. İrvan, Süleyman (2000). “Metin Çözümlerinde Yöntem Sorunu.” **Medya ve Kültür**, der., Süleyman İrvan. Ankara: Gazi Üniversitesi İletişim Fakültesi Yayını (Sempozyum bildirileri).
3. İrvan,Süleyman Çınarbaş Senem (2002) **Türk Basınında Yer Alan Trafik Haberlerinin Analizi** <http://www.trafik.gov.tr/icerik/bildiriler/C13-47.doc> (Erişim 12 Nisan 2007)
4. Tokgöz, Oya (2003). **Temel Gazetecilik**. 5. baskı. Ankara: İmge Kitabevi
5. Sütlaş, Mustafa (2007) **Sağlık için Medya, Medya için Sağlık** İstanbul: Bas-haş Türkiye Gazeteciler Cemiyeti
6. Macbride, Sean,(1993) **Bir Çok Ses Tek Bir Dünya-İletişim ve Toplum-Bugün ve Yarın**, UNESCO Raporu, Ankara: UNESCO Türkiye Milli Komisyonu
7. ESAM (2007) <http://www.esamder.org.tr/profil.asp> (Erişim 24 Nisan 2007)
8. ISTABIP (2007) <http://www.istabip.org.tr/bg/2004/042.html> (Erişim 24 Nisan 2007)
9. TGC (2007) <http://www.tgc.org.tr/bildirge.html> (Erişim 25 Nisan 2007)
10. Hoşgeçin Kemal Tozkoparan Gülseren (1995) **Kitle İletişim Araçlarında Sağlık Haberciliği ve Halkın Sağlık Eğitiminde Kullanımı** Ankara: TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü İletişim ve Dokümantasyon Kurulu



Uluslararası Sağlık ve Hastane Yönetimi Kongresi
International Health and Hospital Administration Congress
01-03 June 2007 Near East University - Nicosia - TRNC - Mersin 10 Turkey





SAĞLIK HİZMETLERİ PAZARLAMASINDA SANAL TOPLULUKLAR: ÖRNEK BİR SİTE ÜZERİNDE İNCELEME

¹Metin ARGAN; ²Mehpare TOKAY ARGAN

¹Anadolu Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu Eskişehir/ Türkiye

²Anadolu Üniversitesi Bozüyük M.Y.O. Bozüyük-Bilecik/ Türkiye

margan@anadolu.edu.tr; mtargan@anadolu.edu.tr

Özet

Sanal topluluklar sağlık alanında önemli rolleri yerine getirmektedir. Sağlık alanında başarılı sanal topluluk örneklerine rastlamak mümkündür. Sanal topluluklar grup üyelerinin birbirleri ile iletişim kurmalarına olanak tanır. Sanal topluluklar forum, web sitesi üzerindeki tartışma alanları, mail listeleri, sohbet odaları veya haber gruplarını kapsamaktadır. Bu bildiri, sağlık alanındaki sanal topluluklar konusunda kuramsal bir açıklama ve tartışma sunmaktadır. Bu bildiride sağlık sektöründeki sanal topluluklarda yer alan pazarlama uygulamalarının durumu değerlendirilmiştir. Çalışmada örnek olay yöntemi kullanılmıştır. Veriler içerik analizi ile sağlık ile ilgili bir web sitesinden toplanmıştır. Pazarlama yöntemleri olarak sanal toplulukta müşteri ilişkileri yönetimi (CRM), kişiselleştirme, pazarlama araştırması ve veritabanı, elektronik ağızdan ağıza iletişim (e-WOM), elektronik hizmet ve promosyon kullanılmıştır. Bulgular, incelenen web site üyelerinin sağlıkla ilgili bilgileri elde etmede ve interaktiviteyi sağlamada forumları yaygın olarak kullandığını işaret etmektedir.

Anahtar Kelimeler: *Internet, Topluluklar, Sanal Topluluklar, Sağlık.*

GİRİŞ

Bilgi sağlama ve ağızdan ağıza iletişim aracı olarak kullanılan sanal topluluklar son yıllarda sağlık hizmetleri alanında yaygın bir biçimde kullanılan bir pazarlama aracı olarak ortaya çıkmıştır. Sanal topluluk; aralarında oluşan ortak bir amacı, bağı veya ilgiyi paylaşan grup katılımını, yakınlığını sürdürmek için mekan ve zamana bağlı olmayan, internet ortamı iletişime dayanan ve üyeliğin özgür iradeye bağlı olduğu gruptur. Üyelik sistemine dayalı olarak yararlanan bu tür topluluklarda üyelere farklı düzeylerde sağlık hizmeti sunulmaktadır.

Sanal topluluklarda üyelerin kendi aralarında kurmuş oldukları sanal interaktif iletişim; ürün, hizmet ve doktor seçiminde oldukça belirleyici olabilmektedir. Geleneksel ağızdan ağıza iletişimde olduğu gibi sanal topluluklara üye olan kişiler uzun bir süredir iletişim kurdukları ürün konusunda deneyim sahibi oldukları için yapmış oldukları öneriler diğer üyeler üzerinde kayda değer bir değere sahip olabilmektedir. Bu yapısı ile sanal topluluklar sağlık hizmetleri pazarlamasında her geçen gün ağırlıklı bir biçimde yerini almaya başlamıştır.

Pek çok insan sağlıklı kalmak veya hastalığı ile ilgili bilgi toplamakta interneti yaygın bir biçimde kullanmaktadır. Daha önceleri bu gibi bilgiler sağlık hizmeti sunan profesyonellerce ve sadece gerekli olduğu zamanlarda karşılanmakta idi. 1990'lı yılların sonlarından itibaren durum değişmeye başlamış ve dijital sağlık bilgisi giderek yaygınlık kazanmaya başlamıştır. Dijital sağlık bilgilerinin yaygınlık göstermesindeki en büyük güç internet olmuştur (Homewood, 2004). İnternet ve özellikle de web,



sağlık ve hastalıkla ilgili önemli bir bilgi mecrası olmasına karşın, bilgilerin kalitesine ilişkin tartışmalar günümüzde devam etmektedir (Wallace, 1997).

Sağlık hizmeti tüketicileri kendilerine sunulanın ötesinde bilgileri talep ederek interaktif mecraları kullanmaya başlamıştır. İnteraktiviteyi sağlayan en önemli araç olarak sanal topluluklar dikkat çekmektedir. İnternet sitesi üzerinde etkileşimde bulunan tüketiciler sağlıkla ilgili bilgileri üç yöntem ile elde etmektedir. Bunlar; basılı online bilgi kaynakları, sanal topluluk üyelerinden elde edilen informal bilgiler ve sağlık profesyonelleriyle kurulan etkileşimler sonucu elde edilen bilgilerdir. Örneğin, İngiltere’de MedicDirect (medicdirect.co.uk) üyelerine interaktif sağlık hizmeti sunmaktadır. Site kullanıcıları uzman sağlık profesyonellerine e-posta, ücretsiz telefon hatları aracılığı ile sorular sormakta ve sorularına yanıtlar almaktadır.

SANAL TOPLULUK KAVRAMI

İlişki kurma ve bilgi paylaşımı sağlamada sanal topluluklar yaşam standardını etkileyebilen bir çerçeve çizmektedir. Sanal topluluklar özellikle benzer aktiviteler ile ilgilenen kişiler arasında ikna edici iletişim bakımından yaygınlık göstermektedir. Belli aktiviteler ile ilgilenim; duygu, görüş ve bilgi paylaşma olgusu sanal toplulukların en ayırt edici özellikleri arasında yer alır. Mevcut uygulamalar bir web sitesi kurulması ve insanların bu siteye üye olup fikir, görüş ve deneyimlerini paylaşması temelinde şekillenmektedir. Sanal topluluklar popüler bir hale gelmeye başladıkça farklı disiplinler bu alanları ayrıntılı bir biçimde analiz edip, yönetsel çıkarımlar elde etmeye çalışmaya başlamıştır (Lee, Vogel ve Limayem, 2003).

Geleneksel olarak topluluk kavramı kapalı bir sistem olarak düşünülür. Bilgi teknolojisinin gelişimi ile topluluk kavramında da değişimler yaşanmış ve kapalı bir sistem olan topluluklar açık bir sistem haline dönüşmeye başlamıştır. Sanal topluluklar ile ilgili çok sayıda tanıma rastlamak mümkündür. Ancak bu tanımların ortaya koyduğu öğeler birbiri ile benzerlik taşımaktadır.

Gerçek topluluklar yer temelli olup, üyelik normlara göre oluşur. Sanal topluluklarda ise yer ve zaman sınırlaması olmamakla birlikte, fikir ve göreve göre konum belirlenir. Sanal topluluklar ihtiyaçlar temelinde oluşum göstermektedir (ohnson, 2001). Sanal topluluklar eğilim, ortak ilgi, profesyonel disiplinin genel uygulamalar ve değerler kapsamında varlıklarını ortaya koymaktadır. Web tabanlı forumlar, mail listeleri gibi siber topluluklar sosyal etkileşim, doğal paylaşım, üyelik ve arkadaşlık, taahhüt ve bağlılık aracılığıyla kendilerini açığı vururlar (Nguyen ve ark.1, 2006).

Ericson’a (1997) göre sanal topluluk, büyük gruplar arasında uzun dönemli bilgisayar destekli görüşme ortamı olarak tanımlanmaktadır. Carver (1999), sanal topluluğu insanların bir araya gelmesini, güven içerisinde oluşturulmuş bir çevrede gerçek görüşlerin paylaşılarak etkileşim kurulması şeklinde tanımlamıştır.

Sanal topluluk, üyeleri bağımsız yer ve zamanda genel ilgi, problem ve görev nedeniyle bir araya gelip etkileşimde bulunan insan topluluğu olarak da tanımlanabilir (Leimeister, Daum ve Krcmar, 2002). Bu tanım sanal toplulukların zaman ve yer sınırsızlığına vurgu yapmaktadır. Bu bakımdan sanal topluluk her zaman ve her yerde etkileşimde bulunma olanağı tanır.

Bu açıklamaların da doğrultusunda amacı, konusu ya da bulunduğu yer göz önüne alınmaksızın, sanal toplulukların ortak özellikleri aşağıdaki başlıklar altında toplamak mümkündür (Bagozzi ve Holakia, 2002; Odabaşı, 2005):

1. Sanal toplulukların çoğu farklı bir ilgi etrafında organize olurlar,
2. Gerçek sosyal topluluklarda olduğu gibi, sanal topluluk üyeleri yakınlık bilincine sahiptir ve diğer üyelere karşı içten-derin duygular beslerler,



3. Sanal toplulukların çoğu paylaşılan kurallar ve bir iletişim dili oluşturularak bunları kullanıma sokarlar,
4. Geleneksel iletişim araçlarının sunduğu içerikleri edilgen biçimde tüketen bireylerin aksine, sanal topluluklarda içerik üyelerin aktif katkılarıyla oluşturulur.
5. Sanal toplulukların çoğu web temelli sohbet odaları, haber grupları, bülten tahtaları ya da e-posta listelerini kullandıklarından iletişim çoğunlukla yazılı metinler üzerinde gerçekleşir.

Howard'a (1993) göre bir sanal topluluktan söz edebilmek için üç faktörün olması gerektiğine vurgu yapmaktadır. Bunlar; (1) ağ veya siber alan, (2) kamu tartışması ve (3) kişisel ilişkidir. Ağ veya siber alan daha çok internet veya web sitesini işaret etmekte, kamu tartışması gerçek topluluktan farklı olarak deneyim, ilgi, görüş ve bilginin sanal ortamda paylaşılmasını işaret etmekte, kişisel ilişki ise üye veya katılımcıların kendi aralarında ilişki kurup geliştirmesine karşılık gelmektedir.

Sanal topluluklar farklı şekillerde sınıflandırılmaktadır. En yaygın biçimde yararlanılan sınıflandırma Hagel ve Armstrong (1997) tarafından ortaya konulandır. Bu sınıflandırma ihtiyaçlar temelinde şekillenmiş olup; ilgi, ilişki, fantezi ve işlem şeklinde dört gruba ayrılmıştır. İlgi ihtiyacı, özel bir konuda ilgi ve deneyimini paylaşan insan topluluğunun bir araya gelmesini işaret eder. İlişki ihtiyacı, anlamlı kişisel ilişkiler kurma ve bir araya gelme fırsatını ortaya koyan deneyimle ilgilidir. Fantezi ihtiyacı, bir araya gelen insanların yeni fantezi ve eğlence dünyasını keşfederek bir araya gelmelerini sembolize eder. İşlem ihtiyacı ise, katılımcılar arasında bilginin değişimi nedeniyle toplanmayı işaret eder (Lee, Vogel ve Limayem, 2003).

Carver (1999)'ın yaptığı sınıflandırmaya göre ilgi, ilişki, eğlence ve ticaret şeklinde bir ayırım yapılmıştır. Jones ve Rafaeli (2000) ise kullanım amacı, sosyal yapı ve teknoloji temeli bağlamında ayrıntılı bir sınıflandırmaya giderek sanal toplulukları Hagel ve Armstrong (1997)'un ortaya koyduğu şekilde sınıflandırmıştır.

Tablo 1. Sanal Toplulukların Sınıflandırılma Tipleri

Yazar	Kriter	Sanal Topluluk Tipi
Hagel ve Armstrong (1997)	İnsanların temel ihtiyaçları	-İlgi, İlişki, Fantezi ve İşlem
Carver (1999)	-	-İlgi, İlişki, Eğlence ve Ticaret
Jones ve Rafaeli (2000)	Kullanım Sosyal Yapı Teknoloji Tabanı	-İşlem, İlgi, İlişki ve Fantezi -Örnekler: Sanal yapılar, siber bağlantılar, sanal havalimanı engeli, sanal gönüllülük bağlantıları, diğer sosyal yapı formları. -Web-BBS, Web dönüşüm toplantı yeri, Usanet grup, 3 boyutlu dünya, Metin üretmeli alan, İnternet canlı chat ve diğer CMC teknolojileri.

Kaynak: Lee, Vogel ve Limayem, 2003, s. 51.



Bireyler sanal toplulukları ortak ilgilerini tartışmak (ilgi toplulukları), sosyal ilişki geliştirmek (ilişki toplulukları), yeni kimlik ve görüşleri keşfetmek (fantezi toplulukları) ve değişimde bulunmak amacıyla (işlem) kullanmaktadır (Hagel ve Armstrong, 1997).

SAĞLIK TEMELLİ SANAL TOPLULUKLAR

Sağlık hizmetleri alanında günümüzde daha fazla ilgi ve dikkatin internet temelli sağlık iletişim çalışmalarına verildiğini görmek mümkündür. Halk sağlığı alanında faaliyet gösteren profesyoneller bu konudaki bilgi ve hizmet sunumunda internetin sağladığı avantajları görmüş ve bunu yaygın bir biçimde kullanmaya başlamıştır. Sağlık ile ilgili istatistikler ve hastalıklarla ilgili bilgiler hem sağlık alanında çalışan profesyoneller hem de geniş halk kitleleri için elverişli bilgi kaynakları sunmaktadır. Bu anlamda sanal topluluklar da sağlık eğitiminde organizasyonların hedef kitlelere ulaşmada önemli bir internet kaynağıdır (Cassel, 1998).

Sanal topluluklar elektronik medya aracılığıyla oluşturulmuş veya kolaylaştırılmış sosyal ağlardır. P2P (Peer to Peer) bilgi ve dosya paylaşımı kapsamında değerlendirilen sanal topluluklar sosyal destek ve ruhsal sağlık ağları olarak da görülebilir. Sanal topluluklar elektronik destek grup olarak da ifade edilmektedirler. Elektronik sağlık hizmetlerinin en büyük etkilerinden biri P2P topluluk alanlarının elektronik olarak yaygınlık göstermesi ve sanal topluluklardır. İnsanlar belirli özel ilgileri doğrultusunda deneyim paylaşmak, soru sormak, duygusal destek sağlamak, kendine yardımcı olmak ve yararlı bilgiler elde etmek aracılığıyla sağlıkla ilgili sanal toplulukları kullanırlar (Eysenbach ve ark.1. 2004).

İnternet teknolojilerini kullanmaya dayalı interaktif sağlık iletişimi, önleyici tıp bakımından esnek ve yaygın seçenekleri kapsamaktadır. Bu gibi teknolojiler doktorlar ile ilgili taraflar arasındaki oda danışmanlık hizmetlerini de etkileyecektir. Bu gibi online interaktif alanlar sayesinde sağlık profesyonelleri çok daha geniş halk kitlelerine hizmet sunacaktır. İnteraktif sağlık iletişim alanı sağlıkta son yıllarda büyük gelişim gösteren bir alan olup sanal toplulukları da kapsamaktadır. İnternet temelli teknolojilere dayanan interaktif sağlık iletişimi sanal topluluklar ile yeni düzeylere ulaşmaktadır. Hastaları bilgilendirme, yönlendirme, sosyal ve psikolojik destek aracı olarak da işlev gören sanal topluluklar işletme ve pazarlama perspektifinden de organizasyonlara eşsiz fırsatlar sunmaktadır (Fotheringham ve ark.1, 2000) .

İnteraktif sağlık iletişimi, önleyici tıp ve sağlık geliştirme programları bakımından geleneksel yüz yüze iletişime göre daha fazla potansiyel avantajlara sahiptir. Bu avantajların başında yeni internet temelli teknolojiyi kullanmanın getirdiği maliyet etkinliği gelmektedir. İnteraktif teknoloji milyonlarca insanın sağlık materyal, uygulama ve bilgilerine aynı anda ulaşmasına olanak tanımaktadır. İletişimin açıklığı ve erişimdeki hız ise diğer önemli avantajlardır. Ayrıca, anlık etkileşim, kişiselleştirme olanağı tanınması ve dağıtımın son derece düşük maliyetli olması ise interaktif sağlık iletişiminin diğer önemli yararlarını temsil eder (Fatherington ve ark.1, 2000).

Uygulama bakımından en çok vurgu yapılan ve ilk niteliği taşıyan pek çok sanal topluluk sağlık alanında ortaya çıkmıştır. Concerforum olarak ifade edilen forum, literatürdeki sanal toplulukların en popüler olanlarından biridir (Hagel ve Armstrong, 1997). Sağlık hizmetleri sektöründe günümüzde pek çok sanal topluluk bulunmaktadır. Örneğin, Almanya'da 60 dan fazla farklı kanser türüyle ilgili sanal topluluk bulunmaktadır (Dannecker ve Lechner, 2004). Her gün sağlıkla ilgili 12.5 milyon arama World Wide Web üzerinden gerçekleştirilmektedir (Eysenbach, 2003). 2004 yılı itibariyle Yahoo Groups sağlık alanında 25.000 elektronik destek grup listesine sahiptir (Eysenbach ve ark.1, 2004).



SANAL TOPLULUKLARDAKİ PAZARLAMA UYGULAMALARI

İnternet, dünya üzerindeki tüm sanal topluluklarının emsalsiz bir biçimde artmasına neden olan bir gelişme olmayı sürdürmektedir. Sanal topluluklardaki bilgi paylaşımı özel ilgi sahibi olan veya olmayan herkesin yaşamını etkilemektedir. Günümüzde bilgi üyeden üyeye doğrudan gönderilmekte ve herhangi bir üye hiyerarşik kanallar olmaksızın bilgiyi elektronik olarak yaymaktadır. Sanal topluluk bilgisayar destekli iletişim aracılığıyla bilgi paylaşımı topluluğu olarak da görülebilir. Ticari anlamda bakıldığında en başarılı ticari girişimler, topluluk temelli olmaya doğru kaymaya başlamıştır. İnternet müzayedesini veya grup satın alma buna örnek teşkil eder. Örneğin, eBay 2001 yılının ocak ayında 14 milyon kayıtlı üyenin olduğu bir sanal ortamda müzayede oluşturmuştur.

Elektronik ticaret satışlarının 2003 yılında 1.3 trilyon dolar olduğu tahmin edilmektedir. İşletmeden tüketiciye ticaret (B2C) %13'lük paya sahip iken, işletmeden işletmeye ticaret (B2B) ise %87'lik paya sahiptir. B2C'de ilerdeki işlemlerin çoğunun sanal topluluklar aracılığı ile yapılacağı öngörülmektedir (Rothaermel ve Sugiyama, 2001). Sanal topluluklar farklı sektörlerdeki işletmelere ekonomik değer ve üyelerinde sosyal değer yaratmada büyük fırsatlar sunar. Sanal topluluklar farklı sektörlerdeki işletmelerin önemli bir iş modeli parçalarından biri haline gelmektedir. Sağlık alanında da başarılı sanal topluluk örneklerine rastlamak mümkündür. Kanseri hastaları, meme kanseri hastaları, kronik hastalıklar ile mücadele eden topluluklar bilimsel literatürde üzerinde çalışma yapılmış topluluklardır (Leimeister, Daum ve Krcmer, 2004). Topluluk üyelerinin karşılıklı desteği en önemli değerdir (Dannecker ve Lechner, 2004).

Kozinets (2002) 2000 yılı itibarıyla dünya çapında 40 milyon kişinin sanal topluluğa katıldığını ifade etmiştir. Hagel ve Armstrong (1997) doğrudan müşteri ile ilişki kurmada pazarlama ve satış gibi aktiviteler ile geleneksel işletme fonksiyonlarının sanal topluluk çerçevesinde değişime uğradığını ortaya koymaktadır.

Zamanla sanal toplulukların algılanması değişmiş ve sosyal kavramdan işletme modeline doğru eğilim göstermiştir. Sanal toplulukların geçerli bir işletme modeli haline gelmesi Hagel ve Armstrong (1997) aracılığı ile olmuştur. Hagel ve Armstrong yaptıkları tanımlamada sosyolojik kavramın ötesine geçerek bir iş modelinin parçası olarak konuyu ele almışlardır. Ürünün kalitesi, fiyatı gibi bilgi paylaşımının yanı sıra satın alma gücü bakımından bir değerlendirme ele alınmıştır. Sanal toplulukların çeşitli işletme amaçları analiz edildiğinde sanal ağların tasarım ve hizmet sunumunu etkin bir unsur olduğu görülür. İşletme bakış açısıyla sanal toplulukların dört boyutu dikkat çekmektedir.

- 1- Açıkça tanımlanmış hedef grup
- 2- Etkileşim
- 3- Birleştirme
- 4- Yaygınlık

Sanal topluluğun başarısı tipik olarak üye sayısı, etkileşim sıklığı, gelişim, katkıların dağılımı, düzenli ve uzun dönemli katılım gibi göstergeler ile ölçülmektedir (Dannecker ve Lechner, 2004)

Sanal topluluklar, hem organizasyonlar hem de kullanıcılar için büyük fırsatları ortaya çıkarmakta ve bilgi çağındaki etkili iş modellerinden biri olarak kabul edilmektedir. Organizasyonlar, yeni hizmetleri yaratmada ve kapasiteleri ortaya çıkarmada sanal toplulukları kullanır. Sanal topluluklardaki pazarlama uygulamaları olarak marka oluşturma, ilişki kurma, kategori oluşturma, maliyetleri düşürme, gelir elde etme ve topluluk tasarımı ön plana çıkmaktadır. Hagel ve Armstrong (1997) online toplulukların dört tür tüketici ihtiyacını karşıladığını işaret etmektedir. Bunlar; ilgi, ilişki kurma, işlem ve fantezidir. Sanal toplulukların sağladığı önemli avantajlardan biri işlem maliyetlerinin



azaltılmasıdır. Bununla birlikte sunular, e-hizmetler gerçekte zaman alıcı olan hizmetleri tamamlayıcı ve maliyet düşürücü bir etkiye sahiptir (Schubert ve Gnsburg, 2000). Sanal topluluk ve bilgiler aracılığı ile bilgi arama maliyetinde önemli düşüşler sağlanabilmektedir.

Sanal toplulukların üyelerine sağladığı bu yararların yanı sıra firmalara da bir takım yararlar sunmaktadır. Günümüzde bu yararlardan dolayı pek çok firma sanal toplulukları online stratejileri arasına dahil etmektedir. Sanal topluluklar ile ilgili yapılan çalışmaların ortaya koyduğu organizasyonel yararları şu şekilde sınıflandırmak mümkündür:

- Müşteri ilişkilerini geliştirme,
- Satışları artırma,
- Olumlu ağızdan ağıza iletişim kurma,
- Etkin pazar bölümlenme,
- Web sitesi trafiğini artırma,
- Güçlü markalar oluşturma,
- Reklam ve işlem geliri elde etme,
- Daha iyi ürün desteği ve hizmet dağıtımı,
- Pazar araştırma verileri sağlama,
- Yeni ürün geliştirme sürecine katkı sağlama,

Bu yararların yanı sıra sanal topluluklar tüketici ile ilgili verileri sağlamada fırsatlar sunmaktadır (Kozinets, 2002). Yeni ürün geliştirme sürecinde deneyim sahibi tüketicilerden gelen öneriler doğrultusunda ürün tasarım ve içeriğinin belirlenmesi mümkün hale gelebilmektedir. Sanal topluluklar müşteri ilişkilerinin geliştirilmesinde eşsiz bir araç özelliği taşır (Bagozzi ve Dholakia, 2002).

-e-WOM (Electronic Word of Mouth): e-WOM iletişim, internet aracılığı ile potansiyel, gerçek veya eski tüketiciler tarafından bir ürün veya firma ile ilgili pozitif veya negatif ifadeler şeklinde tanımlanmaktadır. e-WOM iletişimi web tabanlı fikir platformlarını, tartışma forumlarını, web sitesi boykotlarını, haber gruplarını ve e-posta gibi formlarda ortaya çıkabilmektedir. Dünya çapında yaklaşık 9-10 milyon ürün hakkında yorum bulunmaktadır. Örneğin, oppinions.com, consumerreview.com, rateitall.com gibi online platformlar mal ve hizmetler hakkındaki görüşlerin dile getirildiği yaygın sitelerden bazılarıdır. Tüketiciler ürünlerle ilgili yaşadıkları deneyimleri bu alanlarda sergilemekte ve milyonlarca insan da bu yorumları okumaktadır (Hennig-Thurau ve ark., 2004).

Web temelli tüketici görüş platformları aracılığı ile internet; insanların görüş, deneyim, bilgilerini paylaşmalarına olanak tanımaktadır. Tıpkı geleneksel ağızdan ağıza iletişimde olduğu gibi elektronik ortamdaki iletişim de kullanıcılar üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Offline ağızdan ağıza iletişim çoğu zaman deneyime dayalı referans gruplarını teşkil ettiğinden dolayı ikna edicilik ve satın alma kararı üzerinde büyük bir etkiye sahiptir (Richins ve Root-Shaffer, 1998). İnternetin ortaya çıkışı ve yaygınlaşması ile birlikte bilgisini paylaşan tüketici sayısında büyük bir artış olmuştur. Günümüzde yaygınlık gösteren bloglar bunun en büyük göstergeleri arasında yer alır. İnternetteki gelişim e-WOM kavramını ortaya çıkarmıştır. Tıpkı offline WOM'da olduğu gibi e-WOM da satın alma kararı, bilgi düzeyi ve referans üzerinde etkiye sahiptir. Tıpkı geleneksel WOM'da olduğu gibi elektronik WOM da olumsuz iletişimde daha büyük etkiler gösterebilmektedir. Offline WOM'da memnun tüketici bu memnuniyetini daha az kişiye iletirken, memnuniyetsizlik durumunda ise durum daha fazla kişiye aktarılmaktadır. e-WOM üzerinde yapılan araştırmalar sınırlı olmakla birlikte, pazarlama ile ilgili çalışmalarda bir artış olduğu görülmektedir.



CR **Customer Relationship Management** Müşteri ilişkileri yönetimi (CRM), internetin devrimsel avantajını kullanarak insan, süreç ve teknolojiyi birleştirip, pazarlama, satış, müşteri ve saha desteği olarak isimlendirilen araçları kullanarak müşterilerle temas sağlayan, işletmenin her alanda bütünleşme sağlamasını ortaya koyan geniş kapsamlı bir yaklaşımdır (Kenyon ve Vokala, 2003). CRM’de hizmet sunumu, müşteri tatmini ve sadakati, müşteri değeri, müşteri şikayet yönetimi gibi uygulamalar ele alınıp uygulanmaktadır. Durum sanal topluluklar bakımından incelendiğinde sayılan tüm uygulamaların ele alınıp sanal ortamda uygulanma olanağı bulunmakta ve bu ilgili organizasyona maliyet tasarrufu sağlarken, faaliyetlerde etkinlik ve verimlilik kazandıracaktır.

Pazarlama Araştırması ve Veri Tabanı. Sanal toplulukların sunduğu imkanlardan biri de pazarlama ile ilgili veri toplamaya olanak sağlamaktır. Binlerce ve bazı sitelerde ise milyonlarca üyenin kayıtlı bilgileri gerek ilgili organizasyon, gerekse diğer kurumlarca etkin bir biçimde kullanılabilir. Burada veri tabanının kapsamlı bilgi ile oluşturulmasının önemi büyüktür. Sanal topluluklar ile ilgilenen pazarlamacılar veri tabanlarının ve veri madenciliğinin gücünden de yararlanmaktadır. Bu vesile ile kişiye özel bilgiler sunulmaktadır. Yüz binlerce kişiye özel ilgi ve özelliklerine göre kişiselleştirilmiş mesajları yönlendirme güç ve kapasitesinde olan yazılımlar aracılığı ile kişiselleştirilmiş mesajlar gönderilmektedir.

Kişiselleştirme. Mal ve hizmetler müşteri veya kullanıcıların özelliklerine göre sunulmasını ifade eder. Kullanıcı tatmin ve bağlılığının yaratılması, kişiyi özel kılma izlenimi gibi nedenlerle mal veya hizmetler her bir müşteriye göre uygunlaştırılır.

E-Hizmet. Elektronik hizmet, elektronik veya internet gibi teknolojik ortamlar aracılığı ile kullanıcılara sunulan işlem, süreç ve performansları ifade eder. Durum sanal topluluklar bakımından ele alındığında; web sitesi aracılığı ile üyelere sunulan hizmetler bu kapsam altında değerlendirilir. Tetkik, teşhis ve tedavi gibi uygulamaların yanı sıra hastalık hakkındaki her tür bilgi ve uygulamaların sanal ortamda sunulması e-hizmet içeriği olarak ortaya çıkar.

Tutundurma. Tutundurma kavramı reklam, halkla ilişkiler, kişisel satış ve satış tutundurmaya kapsar. Sanal topluluklarda sponsorluk uygulamasından yaygın bir biçimde yararlandığı görülmektedir. Benzer şekilde sitenin aldığı trafiğe veya ziyaretçi akımına göre ilgili sanal topluluk konusu ile örtüşen reklamları ya bir link olarak ya da bilgilendirici sanal markalar olarak yer vermektedir. Oyun, sanal topluluğu organize etmede temel güdüleyici etmenlerden biridir (Hagel ve Armstrong, 1997). Sosyal ilişki kurmada, site trafiğinde ve tekrarlanmış ziyaretlerde oyunların etkisi büyüktür. Anne ve bebek ile ilgili sanal topluluklarda ziyareti artırmak veya ziyaretçiyi ilgili sitede tutmak amacıyla oyunlardan, yarışmalardan ve çekilişlerden yaygın bir biçimde yararlanılabilmektedir.

ÖRNEK OLAY: bebekkokusu.com

Örnek olay uygulaması kapsamında incelenen sanal toplulukta pazarlama uygulamalarının belirlenmesi, forumlardaki mesajlara ilişkin, tema düzeyinde betimsel içerik çözümlemesi yapmak amacıyla örnek olay olarak www.bebekkokusu.com adlı web sitesi sanal topluluk bağlamında incelenmiştir. Yöntem olarak örnek olay tekniği bağlamında, site incelemesi, betimsel içerik çözümlemesi ve forumlarla ilgili metriklerden yararlanılmıştır.

Örnek olay kapsamında incelenmek üzere ele alınan ilgili sitenin seçilmesinin nedenleri olarak; sağlık alanında olması, popüler olması, farkındalık düzeyinin yüksek olması, algılanan bilgi ve site imajının kapsamlı ve iyi olması, üye sayısı ve site hizmet kategorileri ve kapsamı etkili olmuştur. Örnek olarak incelenen sitenin 15 Mayıs 2007 tarihi itibarıyla toplam üye sayısı 58.965 ve günlük



ortalama ziyaretçi sayısı 450-500 arasındadır. Sanal topluluk kapsamında incelenecek site kararında annelerin yoğun eğilim gösterdiği sitelerin baz alınması hedeflenmiş, bu anlamda sanal ortamı kullanan 14 anne ile yapılan görüşme sonucunda www.bebekkokusu.com'da karar kılınmıştır.

SANAL TOPLULUĞUN SUNDUĞU HİZMET KATEGORİLERİ

Site incelemesi sonucunda hizmetler Leimeister, Daum ve Krcmar'ın (2002) ortaya koyduğu sınıflandırmaya göre ele alınmış ve bilgi hizmetleri ve etkileşim hizmetleri şeklinde kategorize edilmiştir. Bilgi hizmetleri de genel ve kişiselleştirilmiş olarak iki kategori altında incelenmiştir. Genel bilgi hizmeti olarak incelenen sitede bilgi düzeyindeki haber ve raporlara yer verildiği diğer sitelere de linklerle bağlantı olanağı olduğu görülmektedir. Bülten ve etkinlikler genel bilgi hizmetleri altında incelenen sitede de mevcuttur.

Kişiselleştirilmiş bilgi kapsamında üye adının sağda yer aldığı site, e-posta hatırlatma servisi, diğer üyelerin listesi gibi bilgiler sunulabilmektedir. Ayarlar linki sayesinde kişi istediği değişiklikleri yaparak kişisel özel bilgi ve e-postalar alabilmektedir.

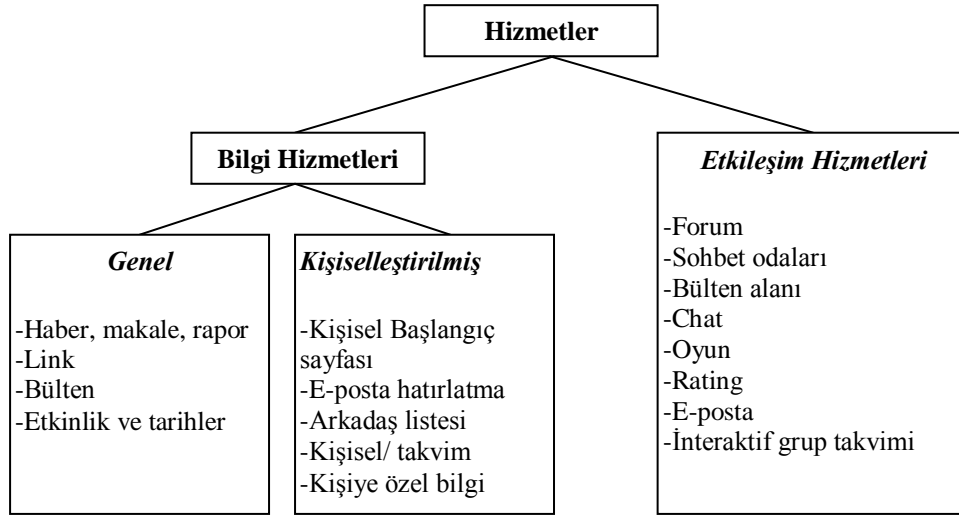
Şekil 1. Sitenin Genel Görünümü ve Bilgi Linkleri

The screenshot shows the website interface for Bebek Kokusu. At the top, there is a banner for Nissan Note with the text "NISSAN NOTE. GENİŞ DÜŞÜNÜN." and the Nissan logo. Below the banner, there is a navigation menu with links: Ana Sayfa, Forumlar, Çocuk Sağlığı, Psikoloji, Beslenme, Gelişim, Gebelik&Doğum, and Yazarlar. The main content area is divided into three columns: Çocuk Sağlığı, Psikolojisi, and Beslenmesi. The Çocuk Sağlığı section features an article titled "Flor Diş ve kemiklerin kristal" with a list of bullet points: "• Çocuklarda Olumsuz Yeme Davranış", "• Anne Sütü Biberona Karşı", "• B2 Vitamini", and "• Besin Grupları ve Porsiyonlar". The Psikolojisi section has a large graphic with the text "meviOzon Ozonla Gelen Sağlık". The Beslenmesi section has a list of links: "Anne Sütü", "Formül Mama", "Ek Besinler", "Vitaminler - Mineraller", and "Beslenme Sorunları ve Çözümleri". On the right side, there is a section titled "Sizin için seçtiklerimiz" with a list of links: "• Lütfen Konuş Benimle", "• Down Sendromu Tıbbi Kontrol Listesi", "• Down Sendromu - Sağlık Kontrol Listelerinin Önemi", "• Büyüme ve Gelişim Gerliği", "• Alla Beni, Pulla Beni, Al Koyunna Cini", and "• Kansere Saygı Göstermek".

Etkileşim hizmetleri olarak panel ve forumlar bulunmaktadır. Bunun yanı sıra üyeler sohbet odaları aracılığı ile e-sohbet edebilmekte ve bülten alanından gelişmeleri takip edebilmektedir. Siteye ilgi çekmede çok kullanıcıya veya tek kullanıcıya oyunlar ile ziyaretçilere deneyim sunulmaktadır. Verilen bilgilerin kalitesini ve güveninin temsil eden yıldızlı puanlama sistemi ile ratingler belirlenmektedir. Üyeler ile veya site yönetimine e-posta ile etkileşim kurma olanağı bulunmaktadır.



Şekil 2. Sanal Topluluklar İçin Hizmet Kategorileri



Kaynak: Leimeister, Daum ve Kremer, 2002, s. 1630'dan uyarlanmıştır.

Üye olanlara ve sitenin diğer katılımcılarına yönelik olarak beş ana kategoride ayrıntılı bilgiler sunulmaktadır. Bu ana kategoriler; beslenme, çocuk sağlığı, psikoloji, gelişim ve gebelik ve doğumdur. Her bir ana kategorinin altında ayrıntılı alt kategorik bilgiler mevcuttur. Örneğin, beslenme bilgi kategorisinin altında; genel çocuk beslenmesi, çocukta zeka gelişiminde beslenmenin etkisi, anne sütü ve formül mama, bebek beslenmesi ve ek besinler, vitaminler ve mineraller bulunmaktadır. Her bir bilgi kategorisine tıklandığında siteye katılanların ratingleri (yıldız oylama) dikkat çekmektedir.

PAZARLAMA UYGULAMALARI

Bebekkokusu.com adlı siteye bağlı olarak sanal topluluk üzerinde yapılan incelemede; sitenin veri tabanına sahip olduğu ve veri tabanında yer alan üyelere ilişkin memleket, isim, takma isim, gönderdiği mesaj sayısı, üyelik kategorisi, gönderdiği son mesajlar bulunmaktadır. Üye adı, bulunduğu yer, mesaj sayısı, üye olunan tarih ve son giriş tarihi gibi bilgilere ulaşmak mümkündür. Veri tabanında kullanıcıların siteye katmış oldukları değere göre de sınıflandırıldığını görmek mümkündür. Bu anlamda üyeler aktivite yoğunluklarına göre kategorize edilmiştir. Bu kategoriler yarattıkları katma değere göre sırası ile: Üye, yeni üye, asıl üye, faal üye, kıdemli üye, uzman üye ve onur üyesidir. Her bir üyenin üzerine tıklandığında üyeye ilişkin daha ayrıntılı bilgilere, gönderdiği mesajlara, son yazdığı on mesaja ulaşmak mümkündür. Müşteri ilişkileri yönetimi kapsamında bu kategorizasyonun yapıldığı söylenebilir. Örneğin, bir üyenin sohbet odalarına girebilmesi için en azından 10 adet mesaj göndermiş olma veya bir haftalık üyeliği gereklidir.



Şekil . Site Kullanıcılarının Profiline İlişkin Sayfa

Üye Adı	Rank	Bulunduğu yer	Mesaj sayısı	Üye oluş tarihi	Son giriş
1 *	Yeni Üye		0	10/4/2006	10/4/2006
2 MshkA	Yeni Üye		0	27/1/2006	27/1/2006
54 ***gülcin***	Uzman Üye	Istanbuldayimm :)	1150	2/6/2006	20/4/2007
55 ***irem***	Üye		5	15/3/2007	8/4/2007
56 ***Keremcem***	Yeni Üye		0	13/9/2006	13/9/2006
57 ***KONTES***	Yeni Üye		0	15/8/2006	15/8/2006
58 ***KUBRA***	Yeni Üye		0	9/1/2007	9/1/2007
59 ***MER***	Yeni Üye		0	29/8/2006	29/8/2006
60 ***ny***	Yeni Üye		0	9/12/2006	9/12/2006
61 ***kovkun***	Yeni Üye		0	20/1/2007	20/1/2007
62 ***peşin***	Yeni Üye		0	18/2/2007	18/2/2007
63 ***gölcüjji***	Yeni Üye		0	14/2/2004	14/2/2004
64 ***MUT UTKU***	Onur Üyesi	Almanya/Stuttgart	3401	28/11/2004	23/5/2007
97 Hanımeli	Yeni Üye	Çengelköy-Istanbul / TÜRKİYE	0	7/2/2003	7/2/2003
98 tamay	Yeni Üye		0	28/1/2003	7/2/2003
99 paradiz	Yeni Üye	almanya	0	7/2/2003	7/2/2003
100 bayva	Yeni Üye	Istanbul	0	7/2/2003	7/2/2003

Forumlarda veya site yönetimi tarafından sunulan bilgilerin diğer üyeler üzerindeki etkisi ağızdan ağıza iletişim ve referans grubu düşüncesinden hareketle önemlidir. Bu bakımdan deneyim sahibi annelerin diğer anneler ile farklı düzeydeki bilgi paylaşımına duyulan güvenin yüksek olduğu söylenebilir. Şüpheli mesajlar üyeler tarafından siteden kaldırılabilir, uyarı yazılabilir veya moderatöre durum bildirilebilir.

Gerek veri tabanında yer alan kişilere ilişkin bilgiler, gerekse 60 bine yakın üye sayısı ile sanal topluluğa üye olan kişilerden veri elde etmek olanaklı olarak değerlendirilebilir.

Elektronik hizmet kapsamında sunulan bilgilerden, mama hazırlamaya kadar sunulan uygulamalar site yönetiminin hizmeti kapsamında değerlendirilebilir. Sunulan hizmete verilen önem ve değer, puanlama ile ortaya konmakta, bu da algılanan hizmet kalitesi hakkında ipucu vermektedir.

Tutundurma kapsamında bir değerlendirme yapıldığında; sitenin sahipliğini yapan şirketin yanı sıra, sponsor desteğinden (e-kolay net) yararlandığı görülmektedir. Bunun yanı sıra sitede reklam uygulamalarına (Mediozon, Nissan ve linklerde yer alan diğer markalar) da rastlanmaktadır. Satış tutundurma tekniği olarak hediye, çekiliş ve oyun gibi uygulamalardan yararlandığı görülmektedir.

FORUMLAR

İncelemenin yapıldığı 15 Mayıs 2005 tarihi itibarıyla toplam dört ana forum bulunmaktadır. Bu forumlar; “Doktor Forumları”, “Biz Bize Forumları”, “Candan Cana Forumları” ve “Çok Gizli Forumları”dır. İnceleme kapsamında incelenen doktor forumları dışında kalan forumlara gönderilen mesaj sayısı ve oranı Tablo 2’de verilmiştir. Biz bize forumlarına bağlı 37 alt forum bulunmakta olup toplam 856.401 (% 92.7) adet mesaj gönderilmiştir. Bu forum kategorisi içerisinde bulunan



“Eğlencelik Forumlar-Benimle Oynar mısın” adlı foruma 16.5859 adet mesaj gönderilmiştir. Candan cana forumuna gönderilen mesaj sayısı 15.495 (% 1.7) olup, bu foruma bağlı 9 alt forum bulunmaktadır. Bu kategori altındaki “Yaşamın İçinden Forumu”na gönderilen mesaj sayısı 6265’dir. Çok gizli forumu iki alt forumdan oluşmakta olup, bunlara bağlı toplam 5 forum bulunmaktadır. Bu forumlara gönderilen toplam mesaj sayısı 23.547 (% 2.6) olup, bu kategoriye bağlı “Açık-Açık, Gizli Gizli” formuna gönderilen mesaj sayısı en büyük paya sahiptir.

Tablo 2. Ana Forumlara İlişkin Mesaj ve Konu Sayısı

Forum Adı	Mesaj Sayısı	Mesaj 'si
Doktor Forumları	28.574	3.0
Biz Bize Forumları	856.401	92.7
Candan Cana Forumları	15.495	1.7
Çok Gizli Forumları	23.547	2.6
Toplam	924.017	100

Sağlık ile ilgili bilgi edinme kapsamında “Doktor Forumu”na bağlı alt kategorilerdeki forumlara gönderilen mesaj sayı ve oranları baz alınmıştır. Doktor forumu altında ise 11 alt forum ile üyeler etkileşimde bulunmaktadır. Ana forumlara gönderilen mesajlar ve konuları değerlendirildiğinde; toplam 12,242 konuda 28,574 mesaj gönderilmiştir. Doktor forumuna gönderilen mesajların tüm forumlar içindeki payı %3’tür. Doktor forumu altındaki forumlara gönderilen mesajların %87’si çocuk sağlığı ve bakımı üzerinde, %8.1’i ise iç hastalıklar üzerinde odaklanmıştır.

Tablo . Ana Forumlara İlişkin Mesaj ve Konu Sayısı

Forum Adı	Konu	Kategori İçindeki %	Mesaj	Kategori İçindeki %
Çocuk Sağlığı ve Bakımı	10.650	87.0	24.733	86.5
İç Hastalıklar	933	7.6	2.250	8.1
Çocuk Gelişimi ve Eğitimi	360	2.9	917	3.2
Ağız ve Dış Sağlığı	299	2.5	674	2.2
Toplam	12.242	100	28.574	100

Çocuk sağlığı ve bakımı formunun altında beş alt forumun varlığı dikkat çekmektedir. Bu alt forumlar çocuk hastalıkları, beslenme, aşı, çocuğa yaklaşım ve diğer şeklindedir. Çocuk sağlığı ve bakımı forumu altındaki alt forumlara gönderilen mesajların yüzde dağılımı incelendiğinde % 45.5 ile “çocuk hastalıkları” ilk sırayı alırken, “beslenme” ise % 25.9 ile ikinci sırada yer almaktadır (Tablo 4).



Tablo 5. Çocuk Sağlığı ve Bakımı İle İlgili Alt Forumlar

Forum Adı	Konu	Kategori İçindeki %	Tüm Kat. İçindeki %	Mesaj	Kategori İçindeki %	Tüm Kat. İçindeki %
Çocuk Hastalıkları	4.722	44.4	38.6	11.255	45.5	39.4
Beslenme	2.800	26.3	22.9	6.413	25.9	22.4
Aşı	656	6.1	5.4	1.531	6.1	5.3
Çocuğa Yaklaşım	872	8.2	7.1	1.910	7.8	6.7
Diğer	1.600	15.0	13.0	3.624	14.7	12.7
Toplam	10.650	100	87.0	24.733	100	86.5

İç hastalıklar ile ilgili üç alt forum bulunmaktadır. Bunlar; “sindirim, kalp, kan, endokrin forumu”, “solunum sistemi, alerji, nefroloji forumu” ve “genel dahiliye, enfeksiyon, romatoloji” forumudur. Bu forumlara gönderilen mesajların yüzde dağılımı incelendiğinde %44.1’i genel dahiliye, enfeksiyon ve romatoloji ile ilgili iken, %31.9’u ise sindirim, kalp, kan ve endokrin ile ilgilidir (Tablo 5).

Tablo 6. İç Hastalıkları İle İlgili Alt Forumlar

Forum Adı	Konu	Kategori İçindeki %	Tüm Kat. İçindeki %	Mesaj	Kategori İçindeki %	Tüm Kat. İçindeki %
Sindirim, Kalp, Kan, Endokrin	287	30.8	2.3	718	31.9	2.6
Solunum Sistemi, Alerji, Nefroloji	239	25.6	1.9	540	24.0	1.9
Genel Dahiliye, Enfeksiyon, Romatoloji	407	43.6	3.4	992	44.1	3.6
Toplam	933	100	7.6	2.250	100	8.1

Çocuk gelişimi ve eğitimi ile ilgili iki alt forum bulunmaktadır. Bunlar; “normal gelişim gösteren çocuklar” ve “özel eğitim gereksinen çocuklar”dır. Bu forumlardaki mesajların büyük bir kısmı (% 90.5) normal gelişim gösteren çocuklar ile ilgilidir (Tablo 6).



Tablo 6. Çocuk Gelişimi ve Eğitimi İlgili Alt Forumlar

Forum Adı	Konu	Kategori İçindeki %	Tüm Kat. İçindeki %	Mesaj	Kategori İçindeki %	Tüm Kat. İçindeki %
Normal Gelişim Gösteren Çocuklar	328	91.1	2.6	830	90.5	2.9
Özel Eğitim Gereksinen Çocuklar	32	8.9	0.3	87	9.5	0.3
Toplam	360	100	2.9	917	100	3.2

Son olarak da ağız ve diş sağlığı adlı forumun altında ise tek bir forum mevcut olup, bunun tüm kategori içindeki payı % 2.2'dir.

Tablo 7. Ağız ve Diş Sağlığı İlgili Alt Forumlar

Forum Adı	Konu	Kategori İçindeki %	Tüm Kat. İçindeki %	Mesaj	Kategori İçindeki %	Tüm Kat. İçindeki %
Ağız ve diş sağlığı	299	100	2.5	674	100	2.2
Toplam	299	100	2.5	674	100	2.2

SONUÇ

Sağlık alanında güçlü teknoloji ve trendler ortaya çıkmaya devam etmektedir. İleri teknolojiler (zaman ve coğrafik alan sınırı olmaksızın) sanal olarak insanların bir araya gelmelerini sağlamaktadır. Bu paradigma değişimi kurum merkezli olmaktan hasta merkezli olmaya doğru dönüşümü işaret etmektedir. Sağlık tabanlı sanal topluluklar ile ilgili politik, etik ve yasal konuların ele alınıp değerlendirilmesi gerekmektedir. Dahası sanal sağlık topluluklarının klinik sonuçlar üzerindeki etkisini ortaya koyacak yoğun araştırmalara ihtiyaç vardır. Bu gibi çalışmaların hastalara ve sağlık hizmeti sunanlara nasıl destek olduğunun ötesinde araştırmalar ile ele alınması gerekir. Sanal topluluklarla ilgili uygulayıcıların iletişimi geliştirmede sosyallik ve kullanışlılığı ortaya koyacak uygulamaların ele alınması gerekir.

Ele alınan örnek uygulama kapsamında bir değerlendirme yapıldığında pazarlama uygulamalarının (sponsorluk, banner reklam, e-hizmet, promosyon) sitede kullanıldığı dikkat çekmektedir. Site kullanıcılarına ait bir veri tabanı oluşturmuş, ancak üyelik esnasında sorulan soruların sınırlı ve dar kapsamlı olduğu ifade edilebilir. Site başlangıcında, e-posta hatırlatma düzeyinde kişiselleştirmenin yapıldığı ancak üyelik esnasında üyeye ait çocuk bilgileri sorulmadığından üyeye ait özel hizmetlerin sunulmasında güçlük yaşanabileceği söylenebilir.

Gönderilen mesaj sayısı ve konuların çokluğu etkileşim bakımından sitenin etkin bir biçimde kullanıldığı görülmektedir. CRM uygulamalarına temel oluşturacak bazı bilgilerin bulunduğu, ancak tam etkin bir biçimde kullanılmadığı görülmektedir.

Sitenin daha iyi sonuç almada; üyelerine ilişkin pazarlama araştırmalarını etkin bir biçimde kullanması, CRM'i daha kapsamlı bir biçimde uygulanması, daha yaygın reklam almaya yönelik



çalışmaların yapılması yararlı olabilecektir. Sözelimi, eğitim teması kapsamında reklamlara veya sponsorlara yer verilmesi daha etkin sonuçlar verecektir. Mama firmalarınca sağlıklı mama hazırlama tarifleri, çocuk bezi markalarında etkin ve sağlıklı bez bağlama teknikleri şeklinde eğitimlerin verilmesi markaya yönelik sıcak duyguların ortaya çıkmasına neden olabilecektir.

Veri tabanının daha kapsamlı bilgiler doğrultusunda oluşturulmasına dikkat edilmesi ve etik kurallar ve gerekli izinler kapsamında bu veri tabanının ticari amaçlı kullanımı site yönetimine ve üyelere katkı sağlayacaktır.

SINIRLILIKLAR VE İLERİ ARAŞTIRMALAR

Betimsel analiz kapsamında forumlara ilişkin incelenen mesaj ve konu sayıları ve bunlara ilişkin yüzde dağılımı, araştırmanın yapıldığı tarih itibariyle ele alınmıştır. Dört ana forum kategorisinden sadece “Doktor Formu”na ait mesaj ve konu sayı ve oranlarına ilişkin metrik hesaplamalar yapılmıştır. Bu çalışma kapsamında ele alınan sanal topluluk genelleme yapmak için yeterli değildir. Bu anlamda benzer kategorilere sahip siteler üzerinde çalışma kapsamının genişletilmesi daha genellenebilir ve faydalı sonuçlar verecektir. Betimsel çalışmayı tamamlayıcı olarak, gelecekte mesajlar üzerinde etnografik çalışmaların yapılması daha faydalı sonuçlar verecektir. Kuramsal çerçeveye bağlı olarak ve incelenen konu bağlamından belirlenecek temalara yönelik etnografik çalışmalar hem sosyolojik hem de tüketim topluluğu olarak sanal topluluklar hakkında daha detaylı bilgi sunacaktır. Karşılaştırmalı kültürel çalışmalar da sanal toplulukları kullanan gruplar hakkında derin bilgi verecektir.

KAYNAKLAR

- 1-Bagozzi, R. P.; Dholakia. U. M. Intentional social action in virtual communities. Journal of Interactive Marketing 2002, 16(2), 2-21.
- 2-Carver, C. Building a virtual community for a tele-learning environment. IEEE Communications Magazine, 1999, 37 (3), 114-118.
- 3-Cassell, M.M.; Jackson, C.; Chevront, B. Health communication on the internet: an effective channel for health behavior change?. Journal of Health Communication 1998, 3, 71-79.
- 4-Dannecker, A.; Lechner, U. Virtual communities with a mission in the health care sector. 2004, http://emma.informatik.unibwmuenden.de/_portal/_content/professorships/informationSystems/publications/RSEEM2004__DanneckerLechner__040824.pdf [03.04.2007].
- 5-Erickson, T. *In Social interaction on the Net: virtual community as participatory genre*, 30th Hawaii International Conference on System Sciences, Hawaii, 1997, 13-21.
- 6-Eysenbach, G.; Powell, J.; Englesakis, M.; Rizo, C.; Stern, A. Health related virtual communities and electronic support groups: systematic review of the effects of online peer to peer interactions. BMJ 2004, 328, 1-6. <http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/328/7449/1166> [10.12.2006].
- 7-Eysenbach, G. The Impact of the Internet on Cancer Outcomes. CA Cancer J Clin 2003, 53, 356-371.
- 8-Fotheringham, M.J.; Owies D.; Leslie, E.; Owen, N. Interactive health communication in preventive medicine: Internet-based strategies in teaching and research. American Journal of Preventive Medicine 2000, 19 (2), 113-120.
- 9-Hagel, J.; Armstrong, A. Net Gain: Expanding Markets through Virtual Communities, Mass: Harvard Business School Press:1997.



- 10-Hennig-Thurau, T.; Gwinner, K.P.; Walsh, G.; Gremler, D.D. Electronic word-of-mouth via consumer opinion Platforms: What motives consumers to articulate themselves on the Internet?. *Journal of Interactive Marketing* 2004, 18 (1), 38-52.
- 11-Homewood, J. Consumer health information e-mails: content, metrics and issues. *Aslib Proceedings: New Information Perspectives* 2004, 56 (3), 166-179.
- 12-Howard, R. *The Virtual Community: Homesteading on the Electronic Frontier*. Mass: Addison Wesley:1993.
- 13-Johnson, C. M. A survey of current research on online communities of practice. *Internet and Higher Education* 2001, 4, 45-60.
- 14-Jones, Q.; Rafaeli, S. Time to split, virtually: 'discourse architecture' and 'community building' as means to creating vibrant virtual metropolises. *International Journal of Electronic Commerce & Business Media* 2000, 10 (4), 214-223.
- 15-Kenyon, J.; Vakola, M. Customer Relationship Management: a viable Strategy for the retail industry?. *International Journal of Organization Theory and Behavior* 2003, 6 (3), 329-353.
- 16-Kozinets, R. V. The field behind the screen: Using netnography for marketing research in Online Communities", *Journal of Marketing Research* 2002, 39 (1), 61-72.
- 17-Lee, F.S.L.; Vogel, D.; Limayem, M. Virtual community informatics: A review and research agenda. *JITTA : Journal of Information Technology Theory and Application* 2003, 5 (1), 47-61.
- 18-Leimeister, J.M.; Daum, M.; Krcmar, H. Towards mobile communities for can-cer patients: the case of krebsgemeinschaft.de. *International Journal of Web Based Communities* 2004, 1(1), 58-70.
- 19-Nguyen, L.; Torlina, L.; Peszynski, K.; Corbitt, B. Power relations in virtual communities: An ethnographic study. *Electron Commerce Res* 2006, 6, 21-37.
- 20-Odabaşı, Y. Sanal tüketici toplulukları", *Pİ (Pazarlama ve İletişim Kültürü Dergisi)* 2005, 4(13), 48-57.
- 21-Richins, M.L; Root-Shaffer, T. The role of involvement and opinion Leadership in consumer word of mouth: An implicit model made explicit. *Advances in Consumer Reseach* 1988, 15, 32-36.
- 22-Rothaermel, F.T.; Sugiyama, S. Virtual internet communities and commercial success: individual and community-level theory grounded in the atypical case of TimeZone.com. *Journal of Management* 2001, 27, 297-312.
- 23-Schubert, P.; Ginsburg, M. Virtual communities of transaction: The role of personalization in electronic commerce. *Electronic Markets* 2000, 10(1), 45-55.
- 24-Wallace, S. Health information in the new millennium and beyond: the role of computers and the Internet. *Health Education* 1997, 3, 88-95.



Uluslararası Sağlık ve Hastane Yönetimi Kongresi
International Health and Hospital Administration Congress
01-03 June 2007 Near East University - Nicosia - TRNC - Mersin 10 Turkey





MANİPÜLATİF ŞEKİLDE YAPILAN HALKLA İLİŞKİLER UYGULAMALARININ HASTANE YÖNETİMİNE OLUMSUZ ETKİLERİ

Emel TOZLU ASLAN

Yakın Doğu Üniversitesi, İletişim Fakültesi / Lefkoşa – K.K.T.C.

eamslan@neu.edu.tr, emeltozlu@yahoo.com

Özet

Türkiye’de gün geçtikçe hastane tanıtım uygulamalarının çoğaldığı yadsınamaz bir gerçektir. Bu uygulamaların amacına ne kadar ulaştığı, ne kadarının ters tepki yaratmadığı, ne kadarının inandırıcı olduğu, cevaplanması zor soruları oluşturmaktadır. Özellikle hastane tanıtımlarının tamamıyla profesyonel halkla ilişkiler uzmanları tarafından, en ince ayrıntısına kadar düşünülmüş olarak gerçekleştirilmesi gereklidir. Bu çalışmanın amacı, halkla ilişkiler uygulamalarının hastane yönetimi üzerindeki yoğun etkisini vurgulayarak örneklerle açıklamaktır. Halkla ilişkiler bir örgütün kendi amaç ve politika faaliyetlerini tanıtmak, buna karşılık ilgili kişi ve grupların güç ve desteğini sağlamak amacıyla, çevresiyle karşılıklı ilişki kurması ve bu ilişkiyi geliştirerek sürekli ve planlı çabaların dikkatle uygulanması sürecidir. Plansız ve saptanmış bir programdan uzak şekilde, dürüst halkla ilişkiler mantığı dışında yapılan uygulamalar hedefe ulaşmakta sorun yaşatacağı gibi aynı zamanda ters tepkiye de yol açmaktadır. Bu tanımı şu örnekle en güzel şekilde anlatılmaktadır: 08/05/2005 tarihinde İzmir’deki Central Hospital tarafından medya kuruluşlarına gönderilen basın bülteninde, yedizlerin öldüğü duyuruldu. Basın bülteninin üstünde ise “Basın toplantısı 11.00 de Central Hospital de yapılacak ve yedizler basına gösterilecektir.” cümlesi yer aldı. Op.Dr. Gürbüz, basın toplantısında konuşmasının ardından, isteyen basın mensuplarının yedizlerden görüntü alabileceğini söylemiş, tekerlekli sehpa üzerinde yer alan “Central Hospital” yazılı beyaz örtüye sıralanmış 7 cenini göstermiştir. Bu eylemin amacının tanıtım olduğu ve son derece yanlış bir halkla ilişkiler uygulaması olduğu açık şekilde gözükmektedir. Bu mantıkla manipülatif şekilde yapılan halkla ilişkiler çalışmaları, hastaneye kötü imaj sağlamanın yanı sıra, toplumu adı geçen hastaneye karşı da güvensiz kılmaktadır.

Anahtar sözcükler: Manipülatif, Halkla İlişkiler, Yönetim

1. Giriş

1-1. Halkla İlişkiler

Toplumsal, ekonomik ve teknolojik değişimlerin hızlı bir şekilde yaşandığı, yoğun rekabetin görüldüğü günümüzde, örgütlerin varlıklarını sürdürebilmeleri için çevre ile ilişki kurmaları, çevreden gelen etkilere açık olmaları ve kendilerini çevresel etkilere ve değişikliklere göre düzenlemeleri gerekmektedir. Bu anlamda halkla ilişkiler, sağlık kuruluşlarının toplumsal isteklerine cevap vermelerini kolaylaştıran yöntemlerden biri olarak görülmektedir. Halkla ilişkiler, tüm yöntemlerde olduğu gibi, hastane yönetimi için de örgütsel değişimi kolaylaştıran, örgüt felsefesinin tanımlanmasına ve örgütsel amaçlara ulaşılmasına yardım eden yönetimsel bir fonksiyondur. Halkla ilişkiler birimi, toplum beklentileri ile örgüt amaçları arasında ahenk sağlayarak ve pozitif ilişkileri



geliştirerek, örgütün ilişki içinde olduğu örgüt çalışanları ve dış çevre arasında olumlu ilişkiler kurulmasını sağlamaktadır (1).

Halkla ilişkilerin diğer bir işlevi ise, yönetimin bilme-tanım eksikliğini gidermek, halkla sorumluluğu bölüşmek, yapılan işleri halka ya da tüketiciye anlatmaktır. Toplumun değişik kesimlerinin isteklerinin yönetimce öğrenilmesi ve bu isteklerin değerlendirildikten sonra yönetsel eylem ve işleme dönüştürülmesi gibi bir süreci içermesi, halkla ilişkilerin uygulanmasını ister istemez bir sağlık kurumu yönetim süreci haline getirmiştir. Halkla ilişkiler uygulaması ile yönetim, toplumun bilgi ve aydınlanma gereksimini karşılayabilmekte ve ön bilgiye sahip olan halkın sağlık hizmetlerinden etkin bir şekilde faydalanmasını sağlamış olmaktadır. Böylece, yönetimin işi de büyük ölçüde kolaylaşmaktadır (3).

Hastaneler birer hizmet işletmesi olmasına rağmen, genel işletmelerden bazı yönleriyle ayrılmaktadır. Sosyal bir kuruluş niteliğinde olan bu kurumların halkla ilişkiler uygulamalarını planlarken ana amaçları kar gütmek olmamalıdır. Bu bize hastanelerin genel işletmecilik kuralları ile yönetilemeyeceğini açıkça göstermektedir. Sosyal bir kuruluş niteliği taşıyan sağlık kurumlarının halkla ilişkiler uygulamaları yaparken halkla ilişkilerin temel ilkelerine sadık kalmaları son derecede önemlidir (5).

1-2. Halkla İlişkilerin Temel İlkeleri

Halkla ilişkilerin temeli sevgi ve saygı üzerine kurulmuştur. Bu görüş insanca yaklaşımı yansıtmaktadır. Etik kuralların özünü de sevgi ve saygı oluşturmaktadır. Ancak günlük yaşamdaki çıkar ilişkileri, sapmalar ve toplumdaki yozlaşmalar halkla ilişkilerin de etik ilke ve kurallarının olması gerekliliğini su üstüne çıkarmıştır (2).

a) □ *esleki Etik Kurallara Uyma.* Halkla ilişkilerde etik, halkla ilişkiler uygulamasında neyin doğru neyin yanlış olduğunu belirleyen standartlar bütünüdür. Kesinlikle tüm halkla ilişkiler uzmanları tarafından uygulanmalıdır. Uluslararası Halkla İlişkiler Derneği (International Public Relations Association) tarafından 1965 yılında Yunanistan'ın Atina kentinde yapılan genel oturumda bir halkla ilişkiler mesleki etik yasası oluşturulmuştur. Bu yasaya göre özetle halkla ilişkiler görevlisi, dürüst olmalı, yalan ve aldatıcı bilgiler vermekten kaçınmalı, sosyal sorumluluk duygusuyla hareket etmeli, insan haklarına saygı duymalı ve müşterilerinin gizlilik haklarını koruma yükümlülüğünü taşımalıdır (2-5).

b) *Halkla İlişkiler Uygulamaları Gerçekleri Yansıtmalı ve Dürüst Olmalıdır.* Halkla ilişkiler gerçekleri örtmek veya olduğundan farklı göstermek, hataları örtbas etmek amacıyla kullanıldığında, mesleki amaç ve etik kurallar çiğnenmiş olur (5).

c) *İnandırıcılık.* Mesajın inandırıcı olması için verilen bilgi ile elde edilen sonucun tutarlı olması, mesajın hazırlanmasında kullanılan sözcüklerin itina ile seçilmesi gereklidir (5).

d) *Halkla İlişkiler Uygulamalarını Sürekliliği Olması Gereklidir.* Halkla ilişkiler planlı ve programlı bir çalışmadır. Birbiri ardından birçok faaliyeti gerçekleştirmeyi zorunlu kılar. Reklam gibi kısa sürede sonuç almak mümkün olmadığı için sabırlı olunması gereklidir. Halkla ilişkiler uzun dönemlerde sonucu alınan bir çalışma türüdür (5).



e) **Halkla İlişkiler Uygulamaları Uzmanlar Tarafından Gerçekleştirilmelidir.** Her mesleğin sorumluluk ve yeterlilik açısından kendine göre bir çizgisi vardır. Halkla ilişkiler uygulamaları mutlaka halkla ilişkiler ile ilgili mesleki eğitim almış profesyonellerce gerçekleştirilmelidir (5).

f) **Yaygın Sorumluluk.** Halkla ilişkilerin önemi tüm kurum çalışanları tarafından benimsenmeli ve birlikte hareket edilmelidir (5).

g) **Yineleme.** Verilmek istenen mesaj hedef kitleye amaca ulaşılncaya kadar, farklı halkla ilişkiler uygulamaları ile tekrarlanmalıdır (5).

h) **Halkla İlişkiler Uygulamalarının İki Yönlü İlişkiye Dayalı Bir İletişim Süreci Olması Gereklidir.** Toplum ve işletme arasında oluşturulan sağlıklı iletişim kanallarıyla iki tarafın birbirini tanınması ve etkileşimi sağlanmalıdır (5).

j) **Bütçe Kullanımı.** Tüm ayrıntıların düşünüldüğü, bütçe taslağı çıkartılmalı, bundan hareketle yola çıkılmalıdır (5).

2. Araştırma Alanı ve Yöntemi

Görsel medyada çok ses getiren, yanlış şekilde yapılmış olan bir halkla ilişkiler uygulaması ele alınarak, uygulamanın başladığı tarih itibariyle, ilgili haberler Hürriyet Gazetesi arşivi taranarak belirlenmiştir. Arşiv taraması yapıldıktan sonra elde edilen veriler birbirleriyle karşılaştırılmış ve örnekler seçilerek yorumlanmıştır

3. Elde Edilen Bulgular ve Yorumlar

Bir halkla ilişkiler uygulamasında, halkla ilişkilerin temel ilkelerine uyulmaması durumunda bir hastane yönetimi nelerle karşı karşıya kalabilir? Bu sorunun cevabı en güzel şekilde halkla ilişkilerin temel ilkelerine uyulmadan yapılmış olan bir halkla ilişkiler uygulaması incelenerek verilebilir. Eklerde sunulmuş, arşiv taraması sonucu elde edilmiş olan örnek haberler bize halkla ilişkilerin temel ilkelerine uyulmadan yapılan bir halkla ilişkiler uygulamasının, gerçekleştirildiği sağlık kurumunun imajının nasıl kötüleştirilebileceğini net bir şekilde göstermektedir. Eklerde verilmiş olan örnek haberler çeşitli zaman dilimlerinde Hürriyet Gazetesi'nde yer almış olan, yanlış biçimde yapılmış bir halkla ilişkiler uygulamasına aittir.

Hürriyet Gazetesi arşivinden elde edilmiş eklerde yer alan halkla ilişkiler uygulaması, Türkiye'nin İzmir ilinde Central Hospital Başhekimisi Özer Gürbüz tarafından gerçekleştirilmiş olan, içinde bir çok halkla ilişkilerin temel ilkelerine ters unsurlar yer alan bir uygulamadır (Bkz. Ek-1,2,3,4).



3-1. Verilen örnekleme halkla ilişkilerin temel ilkelerine uyulmayan noktalar:

3-1,1. “Mesleki Etik Kurallara Uyma” ilkesine uyulmamıştır.

Yukarıda halkla ilişkilerin temel ilkeleri başlığı altında dile getirilen “Halkla İlişkilerin Mesleki Etik Yasası” örnek verilen halkla ilişkiler uygulamasında tümüyle ihlal edilmiştir. Bu yasaya göre özetle halkla ilişkiler görevlisi, dürüst olmalı, yalan ve aldatıcı bilgiler vermekten kaçınmalı, sosyal sorumluluk duygusuyla hareket etmeli, insan haklarına saygı duymalı ve müşterilerinin gizlilik haklarını koruma yükümlülüğünü taşımalıdır (2). Sosyal sorumluluk duygusu dışında hareket edilen bu halkla ilişkiler uygulamasında 7 adet ceninin teşhir edilmiş olması, insan haklarına aykırı bir durum teşkil etmektedir. Teşhir edilen yediz bebeklerin ailesinin gizlilik hakkı hiç bir şekilde korunmamıştır (Bkz.Ek-2).

3-1,2. “Halkla İlişkiler Uygulamaları Gerçekleri Yansıtmalı ve Dürüst Olmalıdır” ilkesine uyulmamıştır.

08/05/2005 tarihinde İzmir’deki Central Hospital tarafından medya kuruluşlarına gönderilen basın bülteninde, yedizlerin öldüğü duyurulmuştur. Basın bülteninin üstünde ise “Basın toplantısı 11.00 de Central Hospital de yapılacak ve yedizler basına gösterilecektir” cümlesi yer almıştır. Op.Dr. Gürbüz, basın toplantısında konuşmasının ardından, isteyen basın mensuplarının yedizlerden görüntü alabileceğini söylemiştir. Gürbüz, tekerlekli sehpa üzerinde yer alan “Central Hospital” yazılı beyaz örtüye sıralanmış 7 cenini göstermiş, ceninlerin basın mensuplarına gösterilmesine gelen tepkiler üzerine Op. Dr. Özer Gürbüz, kendisini şöyle savunmuştur: “Bebeklerin gösterilmesi reklam amaçlı değil. Hem tıbbi etiğe sığmaz, hem de R.T.Ü.K. tarafından yayınlanması mümkün değil. Arşiv amaçlı kullanılabilmesini, dosyalarında saklayabileceklerini basın mensuplarına söyledim. Ben, ‘isteyen çeksin, istemeyen çekmesin dedim.”(Bkz. Ek-2, 3)

Bu eylemin amacının tanıtım olduğu ve son derecede yanlış yapılan bir halkla ilişkiler uygulaması olarak gerçekleştirildiği bariz şekilde gözükmektedir. Bu durum, “Halkla İlişkiler Uygulamaları gerçekleri yansıtmalı ve dürüst olmalıdır” ilkesine tamamiyle ters düşmektedir. Öncelikle 7 adet ceninin başhekim tarafından kurumun isimi yazılı bir sehpanın üzerinde basın mensuplarının karşısına çıkarılma amacı arşiv amaçlı olamaz. Arşiv amaçlı kullanıma tabi tutulacak özel resimler basın bildirisi ile özellikle basın çağırılarak sergilenemez. Bu durumun tümüyle insanları kandırmaya yönelik bir durum olduğu açıkça gözükmektedir.

3-1, . “Halkla İlişkiler Uygulamalarının İki Yönlü İlişkiye Dayalı Bir İletişim Süreci Olması Gereklidir” ilkesine uyulmamıştır.

Toplum ve işletme arasında oluşturulan sağlıklı iletişim kanallarıyla iki tarafın birbirini tanıması ve etkileşimi sağlanmalıdır (5). Fakat örnekteki yanlış şekilde yapılan halkla ilişkiler uygulamasında bu durum geçerli olamamıştır. Bunun nedeni ilkeler çiğnenerek yapılmış olan uygulamanın işletme ile toplum arasında uçurumlara sebebiyet vermesidir. Hastaneler birer hizmet işletmesi olmasına rağmen, genel işletmelerden bazı yönleriyle ayrılmaktadır. Sosyal bir kuruluş niteliğinde olan bu kurumların halkla ilişkiler uygulamalarını planlarken ana amaçları kar gütmek olmamalıdır. Bu bize hastanelerin genel işletmecilik kuralları ile yönetilemeyeceğini açıkça göstermektedir (5). Sosyal bir kuruluş niteliği taşıyan sağlık kurumları halkla ilişkiler uygulamaları



yaparken, halkla ilişkilerin temel amaç ve ilkelerine sadık kalmaları son derecede önemlidir. Sağlık kuruluşlarında, ön planda ticari mantık güdülerken yapılan halkla ilişkiler uygulamaları sosyal sorumluluk bağlamında yansıma yaratmayacağı için, topluma karşı sağlık kurumunu negatif şekilde etkilemesi söz konusudur. Eklerde verilmiş olan örnekte bu durum gerçekleşmiştir. Eklerde örneği verilmiş olan yanlış şekilde yapılmış olan halkla ilişkiler uygulamasında ön planda ticari mantık güdülmüştür. Halkla İlişkiler uygulamasının niteliği arka plana atılarak niceliksel anlamda ses getirmesi planlanmıştır, fakat bu durum adı geçen hastanenin imajını tümüyle kötü etkilemiştir. Toplumun adı geçen hastaneye karşı olan güveni sarsılmıştır. Reklamın iyisi, kötüsü olmaz mantığı ile planlanmış olan örnek uygulamada, hastane yönetimi tarafından yapılan yanlışlıklar zinciri daha sonra sosyal sorumluluk dahilinde hareket etseler dahi işe yaramaz bir hal almıştır. Hastane yönetimi tarafından olaylar sonrasında basına yansıtılan 14.12.2005 tarihli haberde, adı geçen hastane tarafından yediz bebeklerini kayıp etmiş ailenin tekrar bebeklerinin olacağı haberi verilmiştir. Basına bu haber yansımış, fakat her şeyi unutturamamıştır. Örneğin 14.12.2005 tarihli haber metnin alt kısmında şu cümle yer almaktadır: “Hasta, doktorların önerilerine uymadığı, doktorlar ise hastanenin reklamını yaptıkları iddiasıyla basın ve kamuoyu tarafından eleştirilmiştir. İlgili kurumlar tarafından yapılan soruşturmalar tamamlanmış, Sağlık Bakanlığı Sanayi ve Ticaret Bakanlığı, Reklam Üst Kurulu ve Cumhuriyet Başsavcılığı soruşturmaları sonucu doktor ve hastanenin reklam kastı ve amacının olmadığı ve teşhir fiilinin suç unsuru taşımadığına karar vermişti. Konuyla ilgili İzmir Tabip Odası'nın soruşturması ise halen devam ediyor” (Bkz.Ek-4). Bu örnekte, olayın üzerinden zaman geçmesine rağmen yanlış yapılan halkla ilişkiler uygulamasının izlerinin silinmediğini bariz şekilde görmekteyiz. Bu durum bize manipülatif şekilde yapılan halkla ilişkiler uygulamalarının hastane yönetimine ve kurumsal imajına ne kadar kötü şekilde izler bıraktığını açık şekilde göstermektedir.

. Sonuç ve Öneriler

Örnekte de açıkça görüldüğü gibi, yanlış şekilde sosyal sorumluluk kavramı dışında, kâr gütmek amacıyla yapılan halkla ilişkiler uygulamaları, sağlık kuruluşlarında geriye dönülmez, tamiri çok güç hasarlara sebep olmaktadır. Halkla ilişkilerin uzmanlık alanlarından birisi de kriz yönetimidir. Günümüzde birçok kuruluşun kurumsal itibarlarına, ürün ve kurum imajlarını yükseltmek için çeşitli çalışmalarda buldukları ve bu faaliyetlere harcanan paralara karşılık kuruluşların hala büyük bir çoğunluğunun bir kriz anında etkin bir iletişim kurmak ve krizi en az hasarla atlattık, hatta krizi bir fırsat olarak görüp değerlendirebilecek çok az kriz yönetimi planının olduğunu tespit etmek, kuruluşların itibarlarına harcadıkları miktarın ve zamanın bir kısmını da bunları korumak amacıyla kriz yönetimine ve iletişimine harcamak zorunda olduklarını ortaya koymaktadır. Aksi halde yıllar boyunca yapılan başarılı faaliyetler ve hizmetlerden elde edilen itibar, olumlu imaj ve hatta kuruluşun varlığı bir krizle bir anda ortadan kayıp olabilir (4). Bu gibi kurum hatasına dayalı yanlış uygulamaların olabilme olasılığına karşı, mutlaka bir kriz yönetimi ekibinin varlığı gereklidir. Verilen örnekteki halkla ilişkiler uygulamasında, adı geçen başhekimin “Bebeklerin gösterilmesi reklam amaçlı değildir, hem tıbbi etiğe sığmaz, hem de RTÜK tarafından yayınlanması mümkün değildir, arşiv amaçlı kullanılabileceğini, dosyalarında saklayabileceklerini basın mensuplarına söyledim. Ben, isteyen çeksın, istemeyen çekmesın dedim” (Bkz. Ek-2) şeklinde açıklama yapması durumu daha içinden çıkılmaz bir hale çevirmiştir. Adı geçen başhekimin konuşmasında resimleri arşiv amaçlı verdiğini söylemesi durumun inanılabilirliğini tamamen kaybettirmiş ve olayı içinden daha da çıkılmaz bir hale sokmuştur. Çünkü arşiv amaçlı kullanıma tabi tutulacak özel resimler, basın bildirisini ile, özellikle basın çağırılarak sergilenemez. Başhekimin böyle bir kriz sonrasında yapılan hatayı



kabullenerek kendi ve kurumu adına özür dilemesi en azından kriz sonrasında topluma karşı olumlu bir davranış göstergesi olabilirdi.

Örnekteki halkla ilişkiler uygulamasını olumluya çevirebilecek durumlar düşünüldüğünde, aslında kurum imajını da zedelemeyen, toplumu da göz önüne alarak gayet güzel uygulamalar ortaya çıkarılabildi. Örneğin, adı geçen hastane başhekimisi tarafından, yedizlerin kayıp edildiği haberi, yediz bebeklerin yerine, yedi adet çiçek koyarak basına gösterme biçimi ile uygulanabilirdi. Bu durum, hastanenin olumsuz tepki almasının tam tersine, toplumda takdir görmesine dahi yol açabilirdi.

Halkla ilişkilerin temel ilkelerine sadık kalınmadığı için kurum kötü imaj oluşumu dışında dışsal anlamda da zarar görmüştür. Örneğin, İzmir Tabip Odası Başkanı Dr. Zeki Gül, Op. Dr. Özer Gürbüz'ün 7 cenini teşhir etmekte suçlandığını ve olayla ilgili soruşturma açılması için çalışmalarına başladıklarını açıklamıştır (Bkz. Ek-2). Bu durum, tıbbi etik konusunda da hastane yönetiminin hukuki bağlamda karşılaştığı sorunları karşımıza çıkarmaktadır.



EK 1 - [6]

17.03.2005 Hürriyet Gazetesi

Yediz bebekler 7 cm oldu

Yediz bebek bekleyen Sibel Deniz in doktoru, 13 haftalık olan bebeklerin her birinin 7 santimetre boyunda olduğunu ve normal gelişimlerini sürdürdüklerini bildirdi.

Aşılama yöntemiyle yediz bebek bekleyen Sibel Deniz in doktoru ve Central Hospital Başhekimi Özer Gürbüz, 13 haftalık olan bebeklerin her birinin 7 santimetre boyunda olduğunu ve normal gelişimlerini sürdürdüklerini bildirdi.

Gürbüz, anne karnındaki bebeklerin son durumu hakkında bilgi verdi. Anne Sibel Deniz in 13. gebelik haftasında bulunduğunu ve sağlığı açısından olumsuzluk yaşamadığını ifade eden Gürbüz, yapılan incelemelerde bebeklerin hepsinin canlı olduğunu ve normal gelişimlerini sürdürdüğünü belirtti. 13. haftalarına ulaşan bebeklerin her birinin boyunun 7 santimetreye ulaştığını bildiren Gürbüz, bebeklerin plasentalarının ayrı ayrı olduğunu, bunun da bebeklerin gelişimi açısından büyük şans olduğunu kaydetti.

Yedi bebeğin her birinin kalbinin ortalama dakikada 170 kez düzenli attığına işaret eden Gürbüz, açıklamasında şu bilgilere verdi: “Bebeklerin hiç birinde ultrasonografiyle tespit edilen anomali yoktur. Fakat bu iyi gidiş her an tersine dönebilir. Anne ve bebeklerin sağlık açısından riski halen çok yüksektir. İstanbul da 10 Nisan da Türk Perinatoloji Derneği nin düzenlediği Uluslararası Çoğul Gebelikler Kongresi ne tüm dünyadan katılacak bilimadamlarıyla Prof. Dr. Cihat Şen in oluşturacağı bir kurul tarafından anne Sibel Deniz ile yedizlerin sağlığı ve gelişimi değerlendirilecektir. Annenin bebeklerle ilgili nihai kararı 11 Nisan da düzenlenecek bir basın toplantısıyla bildirilecektir.”





EK 2-[7]

08.05.2005 Hürriyet Gazetesi

Reklamınız Batsın

Yedizlerini kaybeden Sibel Deniz'in tedavi gördüğü hastanede reklam uğruna yapılanlar tepki yarattı

ANNELER Günü'nden bir gece önce, yedizlerini kaybeden Sibel Deniz'in tarifi imkansız acı yaşadığı İzmir Central Hospital'da reklam uğruna yapılanlar büyük tepki yarattı. Sibel Deniz'le ilgili günlerce haber yaptıran, genç kadının sponsoru olan hastanenin Başhekim'i, Kadın Doğum Uzmanı Op. Dr. Özer Gürbüz, ölü bebekleri, hastanenin adı yazılı bir örtünün üzerine yan yana koyarak fotoğraf çekilmesine izin verdi. Hastaneden dün sabah erken saatlerde medya kuruluşlarına gönderilen basın bülteninde, yedizlerin kaybedildiği duyuruldu. Basın bülteninin üstünde ise "Basın toplantısı 11.00'de Central Hospital'de yapılacak ve yedizler basına gösterilecektir" cümlesi yer aldı. Op. Dr. Gürbüz, basın toplantısında konuşmasının ardından, isteyen basın mensuplarının yedizlerden görüntü alabileceğini söyledi. Gürbüz, tekerlekli sehpa üzerinde yer alan 'Central Hospital' yazılı beyaz örtüye sıralanmış 7 cenini gösterdi.





EK 3 -[8]

08.05.2005 Hürriyet Gazetesi

TABİP ODASINDAN SORUŞTURMA

İzmir Tabip Odası Başkanı Dr. Zeki Gül, Op. Dr. Özer Gürbüz'ün 7 cenini teşhir etmekle suçlandığını ve olayla ilgili soruşturma açılması için çalışmalar başladıklarını açıkladı. Dr. Zeki Gül, Op. Dr. Gürbüz'ün 7 ceninden basın mensuplarının görüntü almasına izin vermesine tepki gösterildiğini belirterek, şöyle konuştu: "Bir çok telefon aldık. Kamuoyu hastanenin konuyu reklam olarak kullandığı görüşünde. İzmir Tabip Odası olarak bilimsel ve etik anlamda soruşturma açılması için çalışmalara başladık. Ölüye saygı, hele bebek ölümlerine saygı dünyada var. Reklamın alınmadığı tek yer kefen belki de. Bu ceninlerin bir reklam unsuru olarak kullanılması kabul edilemez. Yayınlanan fotoğraflar ülkemiz tahripkar tıp ortamının fotoğrafı. Basına bebeklerin yerine çiçek, hastanenin adının olduğu yere siyah bant yapıştırıp kapatarak, o utancın içinde bulunan yönetici ise gösterilerek fotoğraflar yayımlanabilirdi."

"Arşiv amaçlı izin verdim"

CENİNLERİN basın mensuplarına gösterilmesine gelen tepkiler üzerine Op. Dr. Özer Gürbüz, kendisini şöyle savundu: "Bebeklerin gösterilmesi reklam amaçlı değil. Hem tıbbi etiğe sığmaz, hem de RTÜK tarafından yayınlanması mümkün değil. Arşiv amaçlı kullanılabileceğini, dosyalarında saklayabileceklerini basın mensuplarına söyledim. Ben, "isteyen çeksin, istemeyen çekmesin" dedim.

EK4 [9]

14.12.2005 Hürriyet Gazetesi

YEDİZLERİN ANNESİ BU KEZ ERKEK BEBEK BEKLİYOR

Doktorların uyarılarına uymayarak yedi bebeğini dünyaya getirmeye çalışırken düşük yaparak yedisinin de ölümü ile sarsılan, ancak tekrar hamile olan Sibel Deniz'in erkek bebek beklediği bildirildi. Central Hospital Başhekimisi Dr. Özer Gürbüz, yaptığı yazılı açıklamada, 21 haftalık hamile Sibel Deniz'in tekil gebeliğinin söz konusu olduğunu bildirdi. Dr. Özer Gürbüz, Sibel Deniz'in yediz gebelikten sonra kendiliğinden mucize eseri hamile kalmasının önceki tedavi sırasında kullanılan yumurtalık uyarıcı ilaçlar ve yedizlerin sezaryeni sırasında yumurtalıktaki kistlerin alınmasına bağlı olabileceğini belirtti. Yaklaşık 8 yıl önce aşılama yöntemiyle bir erkek çocuğu sahibi olan Sibel Deniz, yediz bebeklere hamileliğinde, doktorların bebek sayısının azaltılması önerilerine uymadığı için 7 Mayıs'ta hamileliğinin 19. haftasında yedizlerini düşük yaparak kaybetmişti.

Hasta, doktorların önerilerine uymadığı, doktorlar ise hastanenin reklamını yaptıkları iddiasıyla basın ve kamuoyu tarafından eleştirilmişti. İlgili kurumlar tarafından yapılan soruşturmalar tamamlanmış, Sağlık Bakanlığı Sanayi ve Ticaret Bakanlığı, Reklam Üst Kurulu ve Cumhuriyet Başsavcılığı soruşturmaları sonucu doktor ve hastanenin reklam kastı ve amacının olmadığı ve teşhir fiilinin suç unsuru taşımadığına karar vermişti. Konuyla ilgili İzmir Tabip Odası'nın soruşturması ise halen devam ediyor.



KAYNAKLAR

Kitaplar:

- 1- Baskin, O., Aronoff, C. & Lattimore, D. (1997) Public Relations: The Profession and the Practice. Boston: Mc Graw Hill
- 2- Bülbül, R. A. (2001). İletişim ve Etik. Ankara: Nobel Yayınları.
- 3- Kazancı, M. (1995). Kamuda ve Özal Sektörde Halkla İlişkiler. Ankara: Turhan Kitapevi
- 4- Okay, A. ve Okay, A. (2005). Halkla İlişkiler, Kavram, Strateji ve Uygulamaları. İstanbul: Der Yayınları.
- 5- Tengilimoğlu, D. (2001). Sağlık Kuruluşlarında Halkla İlişkiler. Ankara: Gazi Kitapevi Yayınları.

Web Siteleri:

- 6- Anadolu Ajansı (17 Mart 2005). “Yediz bebekler 7 cm oldu”, Hürriyet Gazetesi Çevrimiçi Elektronik adres: <http://webarsiv.hurriyet.com.tr/2005/03/17/614777.asp>
- 7- Doğan Haber Ajansı (08 Mayıs 2005) “Reklamınız Batsın”, Hürriyet Gazetesi Çevrimiçi Elektronik adres: <http://webarsiv.hurriyet.com.tr/2005/05/08/639479.asp>
- 8- Doğan Haber Ajansı (08 Mayıs 2005) “Tabip Odasından Soruşturma”, Hürriyet Gazetesi Çevrimiçi Elektronik adres: <http://webarsiv.hurriyet.com.tr/2005/05/08/639479.asp>
- 9- Anadolu Ajansı (14 Aralık 2005) “Yedizlerin Annesi Bu Kez Erkek Bebek Bekliyor”, Hürriyet Gazetesi Çevrimiçi Elektronik adres: <http://hurarsiv.hurriyet.com.tr/goster/haber.aspx?id=3650129&tarih=2005-12-14>



MT7

Sağlık Hizmetlerinde Donanım ve Altyapı

Equipment and Infrastructure in Health Services

TÜRKİYE'DE HASTANE İNFEKSİYONLARI, SORUNLARI VE GELİŞMELER

Semra KUŞTİMUR

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı / Ankara - TÜRKİYE

kustimur@gazi.edu.tr

Hastaneye başvuran hastalarda hastanedeyken meydana gelen veya hastanede gelişmesine rağmen taburcu olduktan sonra ortaya çıkabilen infeksiyonlara “Hastane İnfeksiyonları (Hİ)” veya diğer adıyla “Nozokomiyal İnfeksiyonlar” denilir. Bu infeksiyonlar genellikle hastaneye yattıktan 48-72 saat sonra ve taburcu olduktan sonra ilk 10 gün içinde ortaya çıkmaktadır.

Son yıllarda Hİ tanımının kapsamı genişletilmiştir. Sadece yataklı sağlık hizmeti veren hastaneler değil, tüm sağlık kuruluşlarının hizmetleriyle ilişkisi olan infeksiyonlar da bu tanıma katılmış ve “Sağlık Hizmetiyle İlişkili İnfeksiyonlar” olarak belirlenmiştir.

Tüm dünyada ölümlerin en sık görülen ikinci nedeni olan Hİ yalnızca hastalar için değil sağlık çalışanlarının kendileri için de risk oluşturmaktadır. Hastanede hasta yatış süresinin uzamasına neden olduğu gibi hastaya ve sağlık sistemine maliyeti de çok yüksektir. Bu infeksiyonların görülme sıklığı (infeksiyon hızı) sağlık hizmetlerinin en önemli kalite göstergelerinden biridir. Türkiye’de yapılan çalışmalara göre, sürveyans yöntemine bağlı olarak HE hızları %1-%8,6 arasında değişmektedir. Hastane infeksiyonlarının en fazla görüldüğü birimler yoğun bakım üniteleridir. Daha sonra yeni doğan üniteleri, cerrahi birimler ve dahili birimler gelmektedir. Ülkemizde yoğun bakım ünitelerinde gelişen infeksiyonların başında ventilatör ile ilişkili pnömoni (%6-50) gelmekte ve ikinci sırada kan dolaşımı infeksiyonları (%15-30), üçüncü sırada ise idrar yolu infeksiyonları (%20) görülmektedir. Üniversitemiz hastanesi (Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Gazi Hastanesi) 2006 yılı Hastane İnfeksiyonları Sürveyansı Sonuçlarına göre, Hİ hızı %3,59 dur (bir yıl içinde saptanan hastane infeksiyonlu hasta sayısı / aynı dönemde yatan toplam hasta sayısı x 100) ve yoğun bakım ünitelerinde gelişen infeksiyonlar ülkemiz geneli ile aynı olup cerrahi bölümlerde ilk sırayı cerrahi alan infeksiyonları, dahili bölümlerde ise ilk sırayı kan dolaşımı infeksiyonları almaktadır.



Gazi hastanesinde 2006 yılında izole edilen mikroorganizmaların yoğun bakımlar , cerrahi ve dahili servislere göre yüzde dağılımı

	Yoğun Bakımlar n=627	Dahili Servisler n=512	Cerrahi Servisler n=394	Hastane Geneli n=1534
Gram negatif bakteriler	67,0	58,8	70,8	65,2
Gram pozitif bakteriler	18,0	31,3	23,6	23,9
Funguslar	15,0	9,9	5,6	10,9

AltınF, BaşS, Meral I ve ark Gazi Hastanesi İnfeksiyon Kontrol Komitesi.

Hastane İnfeksiyonlarının Kontrolünde Devam Eden Problemler ve Çözüm Önerileri :

Hastanelerde İnfeksiyon Kontrol Komitesi'nin (İKK) bulunmaması. Hastane infeksiyonu ile sistemli bir mücadele için her hastanenin bir İKK bulunmalı ve hastane yönetiminin desteği ile önlemleri uygulamalıdır.

Aktif ve esnek bir sürveyans sisteminin uygulanmaması. İnfeksiyon kontrol programının ilk basamağı iyi bir sürveyans sistemi olmalıdır. Aktif sürveyans sisteminde belirli bir dönem boyunca verilerin toplanması, analiz edilmesi ve değerlendirilmesi sistematik olarak yapılmalı ve sonuçlar bildirilmelidir. Üniversitemiz hastanesinde 2003 yılından itibaren sürveyans çalışmaları düzenli olarak yapılmaktadır.

Salgınların önlenememesi. Bakteriyemiler (özellikle Gram negatif bakteriler ile gelişen) salgınların önemli bir kısmını oluştururlar. Özellikle infüzyon sıvıları verilirken gelişmiş hemşirelik standartlarının konması, zorunlu olmadıkça damar içi tedavi ve beslenme yapılmaması, bu tür uygulama için hazır karıştırılmış sıvıların kullanılması, santral kateter yerine periferik kateter kullanılması ve bir kere kullanılacak malzemelerin birden fazla kullanılmaması ile salgınlar önenebilir.

Kateter uygulama nozokomiyal infeksiyonlar açısından çok önemli bir konudur. Hastanelerde kateter ekibi oluşturulması ve kateterin takıldığı yerde ameliyathane koşullarının sağlanması önerilmektedir. Ventilatöre bağlı pnömonilerin görülmesi, dirençli bakterilerin yayılması ve rotavirus, *Clostridium difficile* gibi bazı mikroorganizmaların neden olduğu bağırsak infeksiyonları bariyerlerin ve izolasyonların kullanılması ile kontrol edilebilir.

El yıkama veya el dezenfeksiyonu. Nozokomiyal infeksiyonların en önemli sorumlusu olan geçici el florası el yıkama ile kolayca uzaklaştırılabilir. Ignaz Semmelweis el yıkamanın önemini 150 yıl önce vurgulamıştır. Ancak zaman yetersizliği, ortamın uygun olmaması veya unutkanlık nedeniyle el yıkama tam anlamıyla uygulanamamakta ve hastane personelinin bu konuda motivasyonu başarılı olamamaktadır.



Alkol içeren el dezenfektanlarının kullanılması el yıkamaya iyi bir alternatiftir. Uygulaması hızlı ve kolaydır. Hastanelerde her yatak başında bulunması önerilmektedir. Ayrıca steril olmayan eldivenlerin sürekli kullanımı ve hastalar arasında değiştirilmesi de infeksiyonların kontrolü için gereklidir.

Hastanelerdeki su ve yiyeceklerin kontrolünün düzenli olarak yapılmaması. Musluk suyu nozokomiyal patojenler için kaynaktır (fokal kirlenme). Musluk suyunun fekal kaynaklı olmayan Gram negatif basiller veya tüberküloz dışı mikobakterilerle kontamine olması bakteriyemi, yanık infeksiyonları ve cerrahi alan infeksiyonları ile ilişkili bulunmuştur. Gram negatif bakterilerin ıslak ortamlarda uzun süre canlı kalabilmesi suların el yıkanması sırasında sağlık personeline ve onlardan da hastalara bulaşmalarına neden olmaktadır.

Gelişmiş ülkelerde su kaynakları gelişmiş ve kesin hijyenik standartlar nedeniyle hastane infeksiyonları için önemli bir kaynak olarak düşünülmez. Birçok ülkede düşük kalitede suyu kullanmak polisiye bir suç olarak kabul edilmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde ise bu standartların olmaması nedeniyle lavoboların, muslukların dezenfeksiyonu ve suların uygun şekilde klorlanması sağlanmalıdır.

Hastanelerin çoğu satın aldıkları yiyeceklerin kontrolünü düzenli olarak yapmamaktadır. Ayrıca pişirme yanlışları, yiyeceğin saklanma ısısının uygun olmaması veya mikroorganizmanın etten çığ yenen sebzelere bulaşması gibi nedenlerde hastane infeksiyonlarına yol açabilir. Nozokomiyal diyarenin sıklığı ve komplikasyonları bilinenden çok daha fazladır. İnfeksiyon Kontrol Komiteleri programlarına besin hazırlama, depolama, mutfak gibi ünitelerin düzenli kontrolünü mutlaka ilave etmelidirler. Ayrıca dezenfektan seçimi, kullanılan dezenfektanların değerlendirilmesi, uygulama hatalarının kontrolü, merkezi siterilizasyon ünitelerinin kurulması gibi konuları da ele almalıdırlar.

Kalite kontrolüne geliştirilmiş infeksiyon kontrol programlarının dahil edilmemesi. Hastaların hastaneyi sağ olarak terk etmeleri ve mümkün olan en kısa sürede hastanede kalmaları kalite kontrolünde öncelik olmalıdır. Bunun için ilk iş salgınların önlenmesidir.

Hastanelerin yenilenmesi, yeni ünitelerin eklenmesi sırasında yapılan inşaatların özellikle riskli hastaları etkilemesi nedeniyle inşaatla başlamadan önce mutlaka EKK 'ne danışılmalıdır.

Mikrobiyoloji laboratuvarlarının gerekliliği ve öneminin anlaşılabilmesi. Nozokomiyal infeksiyon etkenlerinin üretilmesi, tür düzeyinde tanımlanması, kemotörapatiklere duyarlılıklarının ölçülmesi, sonuçların düzenli olarak bildirilmesi, kayıtların tutulması gibi görevleri ve sürveyans çalışmalarının sağlanmasındaki rolü nedeniyle hastane infeksiyonlarının kontrolünde bu laboratuvarların önemi büyüktür.

Sağlık çalışanlarının da risk altında olduğunun göz ardı edilmesi. Özellikle tüberküloz, hepatit, HIV/AIDS riski altındadırlar. Düzenli sağlık kontrollerinin yapılması, aşılama programlarının olması, bilgilendirme ve eğitime önem verilmesi hastane yönetiminin ve İKK 'nin amaçlarından olmalıdır.

İnfeksiyon kontrolünü geliştirecek ve organize edecek programların el kitaplarının (rehber kitap) olmaması. Rehber program kitapları gerçekçi, okunması kolay ve anlaşılabilir, kurumun yapısına uygun olmalıdır.



Hastane İnfeksiyonlarının Kontrolünde Karşılaşılabilecek Yeni Problemler :

Bağışıklık sistemi baskılanmış hasta sayısının artması. Bu grup hastalar ölümcül olabilen fırsatçı bakteri, virus ve özellikle mantar infeksiyonlarına duyarlıdırlar. Bu nedenle temel kontrol önlemlerinin alınması, uygun profilaktik ilaçların kullanılması, uygun tedaviye erken başlanması ve hızlı tanı tekniklerinin geliştirilmesi gereklidir.

Gelişen teknoloji ve süratle değişen tedavi alanları. Yüksek risk taşıyan işlemleri içerdikleri için infeksiyon kontrolleri düzenli bir şekilde yapılmalıdır. Yüksek riskli işlemlerin uygulandığı kurumlarda eğitilmiş personelin, yeterli laboratuvarların ve korunma şartlarının bulunmaması ciddi problemler ortaya çıkaracaktır.

Gen terapisi. Gelişmiş ülkelerde monogenik hastalıklardan, neoplastik, dejeneratif ve infeksiyon hastalıklarına kadar pek çok hastalık gen tedavisinin hedefidir. Hastalar bu tedavide viral vektörler ile karşılaşmaktadırlar. İnfeksiyon Kontrol Komiteleri gen terapisiyle alınan virusların infektivitelerini ve patojenik potansiyellerini araştırmayı enfeksiyon kontrol programlarının içine almalıdırlar.

Türkiye’de Hastane İnfeksiyonları Çalışmaları :

Ülkemizde ilk önemli yasal dayanak Sağlık Bakanlığı tarafından çıkarılan ve 22.05.1974 gün ve 17927 sayılı resmi gazetede yayınlanan Tababet Uzmanlık Yönetmeliği olmuştur. Ancak sistematik yaklaşım 1980’lerde başlamış ve 1984 yılında Hacettepe Üniversitesi’nin (Ankara) başı çekmesiyle artan yoğun çalışmalar birçok üniversite ve devlet hastanelerine yayılmış ve buralarda İnfeksiyon Kontrol Komiteleri kurulmuştur. Daha sonra 1996 yılında Hacettepe Üniversitesi ülke çapında hastane infeksiyonu surveyansı ve hastaneler arası değerlendirmeyi sağlayan NosoLINE projesini başlatmıştır. Bu projenin amacı ülke çapında standard surveyans sistemi ve bilgisayar programlarını, EKK için ağ çalışmalarını geliştirme ve sağlık çalışanları için eğitim programlarını hazırlamak olmuştur. Projeye 60 dan fazla üniversite ve eğitim hastaneleri katılmıştır. Standard olmayan veri toplama yöntemleri nedeniyle, geçerli ulusal nozokomiyal infeksiyon sonuçları elde edilememişse de, bu proje tüm ülkede infeksiyon kontrol bilgilerinin artmasına ve surveyans aktivitelerinin genişlemesine katkıda bulunmuştur. Ancak ülkemizde hastane infeksiyonlarının takibinde, hastane infeksiyonu kontrolünün gerekliliği bilincinin yerleşmemiş olması, eğitim ve alt yapı eksikliği, hastane infeksiyonları ile ilgili politika eksikliği, sağlık sistemimiz içinde İKK’nin ana elemanlarından olan infeksiyon kontrol hemşiresi adı altında kadrolaşma olmaması gibi nedenlerle bazı zorluklarla karşılaşmaktadır.

Ülkemizde 2000 yılında Hastane İnfeksiyonları Derneği kurularak simpozyum, eğitim toplantıları ve kongreler düzenlenmiş, hastane infeksiyonları konusunda bilgi ve deneyimler paylaşılmış, uluslar arası düzeyde bilim adamlarıyla işbirliğinde bulunulmuştur. Derneğin bilimsel olarak desteklediği Hastane İnfeksiyonları Dergisi bu konudaki çalışmaları ilgililere ulaştırmaktadır.

T.C. Sağlık Bakanlığı 11.8.2005 tarihinde “Yataklı Tedavi Kurumları İnfeksiyon Kontrol Yönetmeliği”ni yayınlamakla bu kurumlarda infeksiyon hastalıklarını önlemek ve kontrol altına almak, konu ile ilgili sorunları saptamak, çözüm faaliyetleri düzenleyip yürütmek ve İKK teşkili ile bu komitenin çalışma şeklini, görev ve sorumluluklarını belirlemeyi amaçlamıştır. İnfeksiyon Kontrol Komitesi bu yönetmelik kapsamında belirtilen faaliyetlerin yürütülmesinden sorumludur.

İnfeksiyon Kontrol Komitesi’nin faaliyet alanları içine surveyans ve kayıt, antibiyotik kullanımının kontrolü, dezenfeksiyon-antisepsi-sterilizasyon, sağlık çalışanlarının meslek



infeksiyonları, hastane temizliği-çamaşırhane-mutfak-atık yönetimi gibi destek hizmetlerinin Hİ yönünden kontrolü girmektedir.

Ülkemiz için Hİ kontrolünde sorun olan infeksiyon kontrol hemşiresi konusu bu yönetmelikle “her 250 yatak için bir infeksiyon kontrol hemşiresi görevlendirilmesi zorunludur” maddesine göre çözümlenebilecektir.

Ancak, yasal bir zorlama önemli olmakla birlikte, bu yönetmeliğin uygulamada etkili olabilmesi için yataklı tedavi kurumlarına ayrılan kaynakların artırılması, hastaya hizmet veren sağlık personelinin niteliğinin yeterli olması, hızlı el antiseptiği kullanılmasının ve/veya el yıkamanın fizik koşullarının sağlanması gibi önlemlerin alınması gereklidir.

KAYNAKLAR

1. Çetinkaya Şardan Y. Kısıtlı kaynaklarla infeksiyon kontrolü. Hastane İnfeksiyonları Dergisi 2004;8(1):21-26.
2. Macias AE, Ponce-de-Leon S. Infection control:old problems and new challenges. Archives of Medical Research 2005;36:637-645.
3. Raza MW, Kazi BM, Mustafa M, Gould FK. Developing countries have their own characteristic problems with infection control. Journal of Hospital Infection 2004;57:294-299.
4. Türk Tabipler Birliği. Yenidoğan yoğun bakım birimlerinde bebek ölümleriyle ilgili komisyon raporu. 2 Aralık 2005.
5. Türkyılmaz FR. Türkiye’de hastane infeksiyonları ve kontrolü. Türkiye Klinikleri Mikrobiyoloji İnfeksiyon Dergisi 2003;2:61-62.
6. Yalçın AN. İnfeksiyon kontrol programlarının maliyet- yarar analizi. Hastane İnfeksiyonları Dergisi 2002;6(4):168-172.
7. Yataklı Tedavi Kurumları İnfeksiyon Kontrol Yönetmeliği. Resmi Gazete. No.25903. 11.08.2005.
8. Aktaş F, Baş S, Maral I ve ark. Gazi Hastanesi Enfeksiyon Kontrol Komitesi 2006 yılı hastane enfeksiyonları sürveyansı ve invaziv alet günü ilişkili hastane enfeksiyonları sürveyansı sonuçları. Rehber Kitabı, 2007. s. 4 ve 27.
9. Karabey S. Current situation of infection control and surveillance in Turkey. IFIC 2006; 2:62-63.



Uluslararası Sağlık ve Hastane Yönetimi Kongresi
International Health and Hospital Administration Congress
01-03 June 2007 *Near East University - Nicosia - TRNC - Mersin 10 Turkey*





HASTANE, TIBBİ ATIK VE PERSONEL SAĞLIĞININ KORUNMASI

Çağatay GÜLER

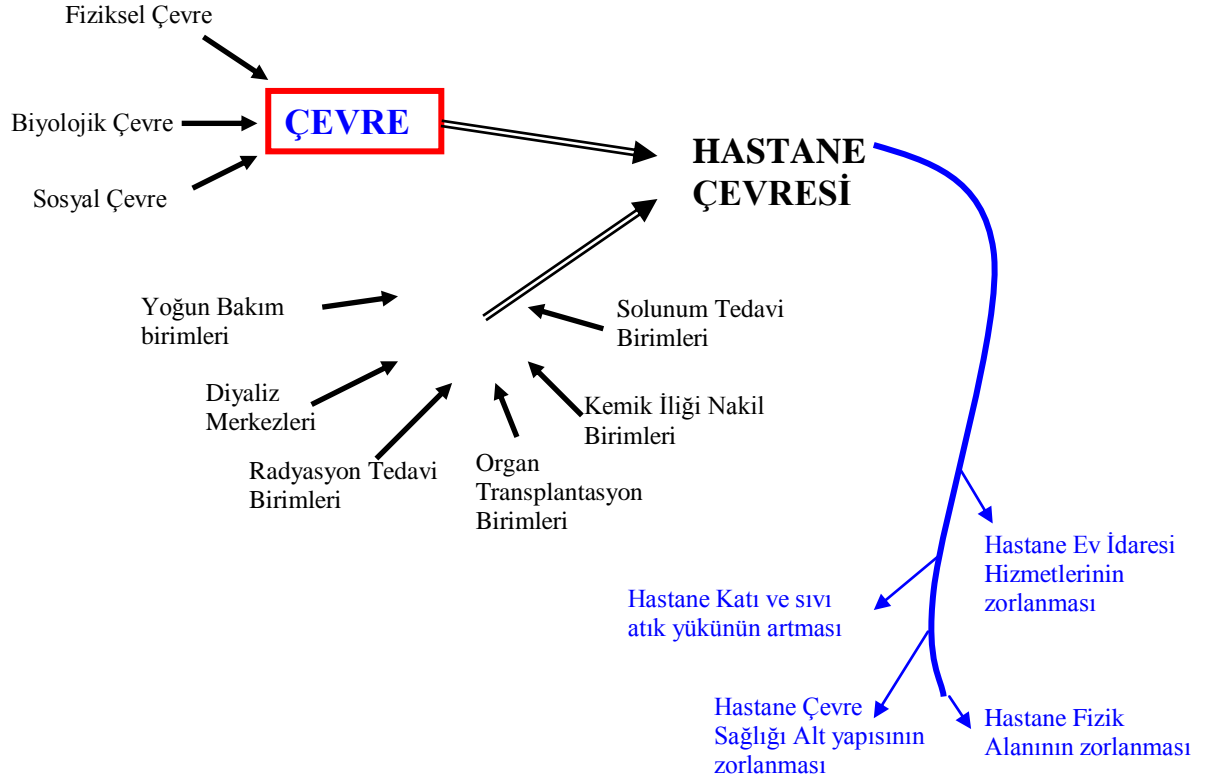
*Hacettepe Üniversitesi / Ankara - TÜRKİYE
cguler@hacettepe.edu.tr*

Kuruluş bazında çevresel sağlık ve güvenlik önlemlerinin alınması, tasarımdan başlayarak her aşamada göz önüne alınması gereken temel konulardandır. Bu uygulama hemen hemen her alanda çok geniş bir mesleki işbirliğini gerektirmektedir. Bu işbirliği sadece söz konusu önlemlerin teknik esaslarına uygun olarak alınması açısından değil, aynı zamanda eldeki kaynakların akılcı kullanılması, hizmet ikilemlerinin ortadan kaldırılması, geri dönüşlerle daha önceden yapılmış olan teknik alt yapıya yeniden müdahale zorunluluğunun olmaması açısından da çok önemlidir. Sağlık personelinin kuruluşlarla ilgili çevre sağlığı ve güvenlik önlemleri ile ilgili ayrıntılı bilgiye sahip olması bu açıdan çok önemlidir Çünkü sağlık personelinin varlığı kuruluşlar arası rekabet, iletişim yetersizliği, vb. gibi sorunların çözümünde en önemli faktörlerden birisidir.

Gelişmekte olan ülkelerde diğer ülkelerdeki bazı uygulamaların tam olarak kavranamamasına bağlı olarak hatalı yaklaşımlarla mevzuat düzenlemeleri dahi yapılabilmektedir. Soruna abartılı yaklaşıma bağlı olarak oldukça yüksek maliyetli gereksiz uygulamalar zorunlu hale getirilebilmektedir. Nitekim tıbbi atıklar yönetmeliği bu yaklaşımın tipik bir örneğidir. Daha çok hastanede çalışanlar açısından önemli bir sorun olan hastane atıkları toplum açısından riskli bir sorun olarak ele alındığında, hastane kapısına bırakılan atığın hala tehlikeli olmasının çalışanlara yönelik zararlı etkiyi yapmış olacağı anlamına geldiği göz ardı edilmiştir.

Hastaneler

Günümüzde hastaneler özellikle terminal hastaların, özel bakım gerektiren hastaların yatarak tedavisinin yapıldığı kuruluşlar haline gelmektedir. Yoğun bakım birimleri, diyaliz merkezleri, radyasyon tedavi birimleri, organ transplantasyon birimleri, kemik iliği nakil birimleri, solunum tedavisi alması gerekenlerle ilgili birimler hastanelerin Tanı ve tedavi teknolojisi hızla değişmektedir. Bu değişikliklerin çoğunun başlangıçtan öngörülmesi mümkün olmadığından sadece teknolojinin değişmesi bile fizik yapının ileri derecede zorlanmasını getirmektedir. Hastane alanlarının kısıtlı bölgelerde seçilmesi, tip proje zorlaması nedeniyle modüler sistemlere geçilememesi, bu zorlamanın karşılanmasını oldukça güçleştirmektedir. Hastanelerde fiziksel rehabilitasyon talep artımı ve diğer bazı zorlamalarla oldukça kısıtlı sürede çoğu kez standart düşüklüğü göze alınarak yapılabilmektedir. Hastanelerin işlevleri hasta ve travmalılara gerekli tıbbi bakımın yapılması, sağlık eğitimi, realistik araştırma ve toplum sağlığının geliştirilmesi gibi amaçları gerçekleştirilmesi olarak özetlenebilir. Hastane çevresi genel çevrenin küçük bir birimi olmasına karşın kendisine özel yapay koşulların yarattığı, dikkatle analiz edilmesi gereken bir çevredir.



Şekil 1. Hastane çevresi genel çevresini küçük bir birimi olmasına karşın kendisine özel yapay koşulların yarattığı, dikkatle analiz edilmesi gereken bir çevredir.

Ülkemizde hastanelerin büyük çoğunluğu Sağlık Bakanlığına bağlı olarak çalışmaktadır. Yüksek teknoloji hastaneleri büyük oranda üniversite ve özel kurumlarla bağlı olarak açılmaktadır. Yüksek teknoloji kavramında hızla değişiklik olmaktadır. Ulaşılmayacak derecede maliyeti yüksek olan bir teknoloji kısa sürede rutin teknoloji haline gelebilmektedir.

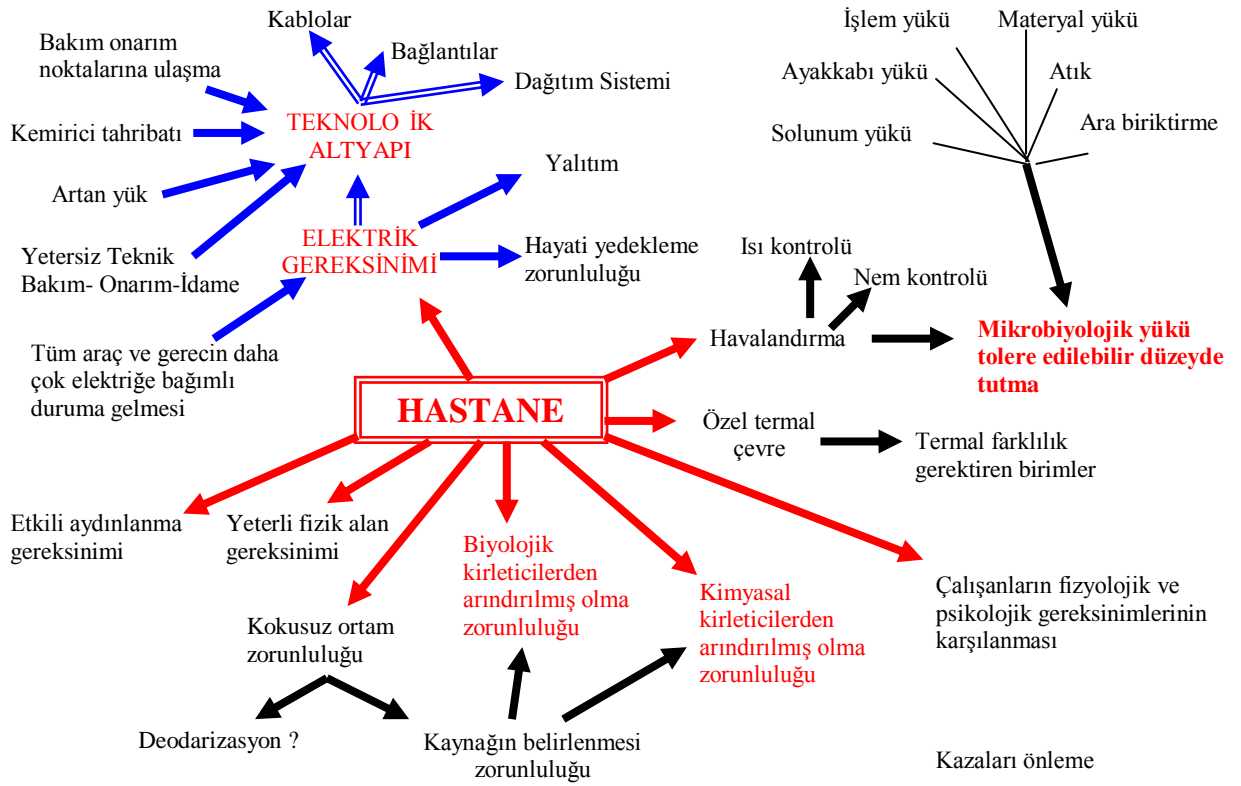
Hastanede tüm araç ve gereç elektriksel enerjiye bağlı olarak çalışmaktadır. Elektriksel alt yapı ve donanımının uygun ve yeni gelişmelere imkan verecek özellikte olması gerekmektedir. Buna kablo standardı gibi ayrıntılar da dahildir. Bakım ve idame için gerekli sistem noktalarına kolayca ulaşılabilir. Diğer alt yapı yetersizliklerinden etkilenmeyecek bir uzanımda yerleştirilmelidir. Sistemik elektrikte kesilme olduğunda bunu otomatik olarak yedekleyecek biçimde devreye giren destek sistemler zorunludur. Ameliyathaneler dahil bir çok hastane birimi için bu durum hayati önem taşımaktadır. Hastanede elektrik 24 saat süre ile bulunmak zorundadır.

Hastane ortamı özel termal çevre olarak ele alınmalıdır. Özellikle insan vücudunun olumsuz fizyolojik koşullarda en uygun sıcaklığı sürdürmesini sağlayacak termal düzenlemeler yapılmalıdır. Özel koşullarda gerekli termal farklılıkları sağlayacak birimler ve sistemler bulunmalıdır. Hastane kapalı ortamının biyolojik ve kimyasal kirlenmelerden arındırılmış olması, koku faktörünün ortadan kaldırılması gerekmektedir. Tüm fizik yapılarında olduğu gibi hastanelerde de kokunun deodorizasyon yöntemiyle giderilmeye kalkışılması önemli riskler yaratır. Kokunun kaynağı en kısa zamanda belirlenerek ortadan kaldırılmak zorundadır. Sonuçta hastanede bakımı yapılanların ve çalışanların



fizyolojik ve psikolojik rahatını sağlayacak en ideal koşullar amaçlanmak zorundadır.

Hastane havalandırma sistemi sadece uygun ısı ve nem kontrolünün sağlanması değil, aynı zamanda hastane havasındaki mikrobiyolojik yükün de tolere edilebilir veya kabul edilebilir sınırlarda tutulmasını sağlamaktır. Bu mikroorganizmalar hastaneye çok değişik kaynaklardan uzaklaşabilir. Hastane deposuna taşınan malzemeden, dışarıdan gelenlerin ayakkabı ve solunum yüküne kadar, hemen hemen yüzlerce etmen hastane mikrobiyolojik yükünün artmasına neden olabilir. Bu yükün artmasını sağlayacak bir çok faktör bulunmaktadır. Bunlardan en önemlisi ara biriktirme yerleridir. Hastane çöpleri bekletilemez ve hastaneden günlük olarak uzaklaştırılır.



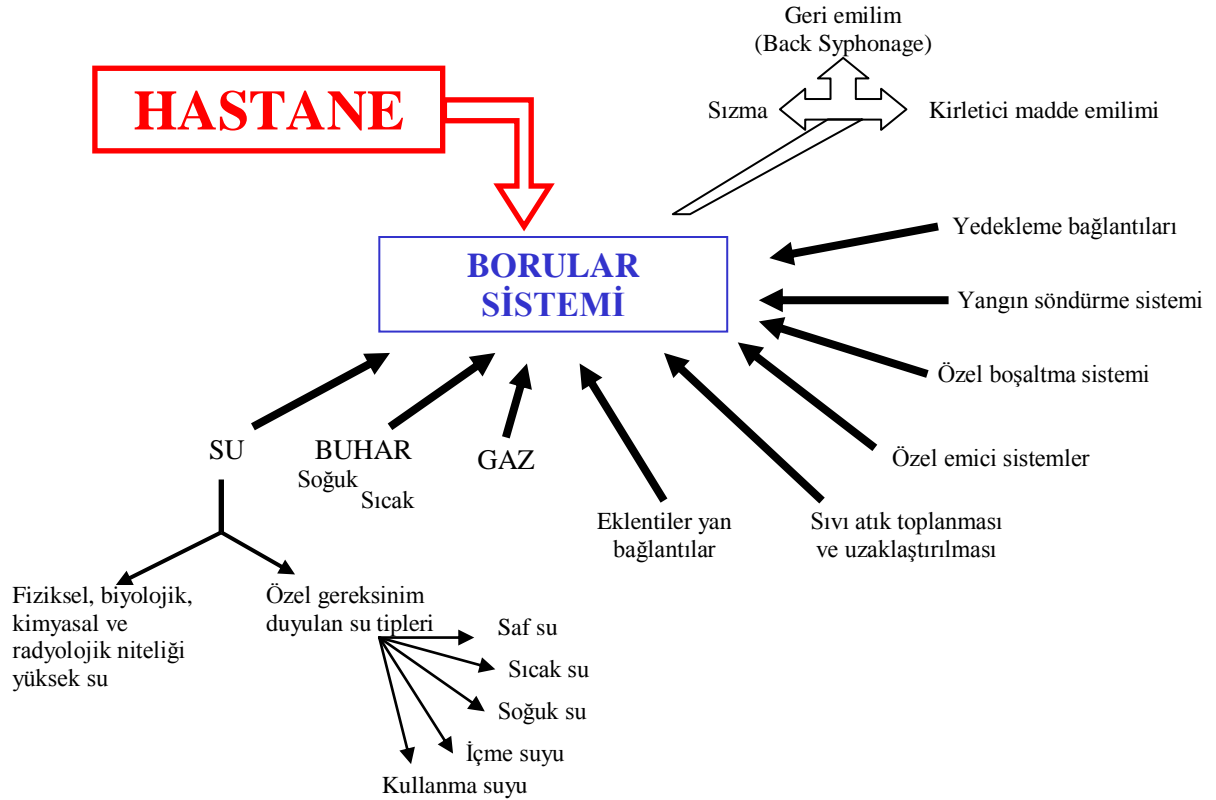
Şekil 2. Hastanelerde oluşan çevre kirliliği ile teknik alt yapı zorlamasının çok yakın ilişkisi bulunmaktadır. Bu koşullar doğrudan hastanede çalışanların sağlığı üzerinde tehlike yaratmaktadır. Bu nedenle atıklar dahil her türlü çevre kirliliği sorununu hastane içerisinde çözümlenmek zorundadır. (1, 2, 4)

Hastanelerde ev idaresi hizmetlerinin görevi hastalık ve kazaların önlenmesi, sağlığın geliştirilmesine yardımcı olacak biçimde temiz, güvenli ve düzenli bir çevre sağlanması ve sürdürülmesidir. Güzel görümlü bir çevre daima etkileyici ve istenir bir özelliktir. Bütün alanların temiz tutulması daha doğrusu kazaları ve istenilmeyen durumları önleyecek biçimde temiz tutulması gerekmektedir. Uygun prosedür ve teknikler kullanılarak amaca uygun deterjanlar ve dezenfektanlar seçerek, uygun araç ve gereç kullanarak bu amaç gerçekleştirilmeye çalışılır. Amaca uygun kimyasal seçimi, işlevin etkin olarak sağlanması ve gereksiz kimyasal kirliliğine neden olunmaması bakımından özellikle önem taşımaktadır.



Bölmelerin büyüklüğü hastanenin ve bölümün işlevlerine göre değişiklik gösterir. Bakım ve idame işlemleri elektrik ve su tesisatı dahil tüm işlevsel alt yapı için önemli bir uygulamadır. Bu nedenle bir hastane biriminde tüm bakım ve idame işlemlerini yapacak, gereğinde tekniğine uygun biçimde yaptıracak teknik birime gereksinim vardır. Bir hastane çevresinin idamesini sağlayacak en önemli kaynak teknik personel kaynağıdır. Söz konusu teknik personelin temel araç ve gerecin bakım ve onarımını yapabilecek yeterlikte olması gerekmektedir.

Hastanelerde boru sistemleri diğer tüm kurum ve kuruluşlara göre daha fazladır. Değişik birimlerin gereksinimi olan buhar, gaz ve su gereksiniminin sağlanması, atıkların uzaklaştırılması, buhar ve su esaslı ısıtma sistemleri boru sisteminin büyümesine ve daha karmaşık hale gelmesine neden olabilir. Gerektiğinde soğutulmuş ve ısıtılmış su boruları da binanın çok değişik bölümlerine iletilmek zorundadır. Ayrıca özel emici sistemler, özel boşaltma sistemleri, yangın söndürme sistemleri, gerektiğinde hastane süs ve sulama birimlerinin su gereksinimini sağlayacak, ancak ana sistemi olumsuz etkilemeyecek bağlantılar dahil bütün boru sisteminin teknik özellikleri iyi planlanmalı, gerektiğinde meydana gelen bozukluğun belirlenmesini ve onarımını sağlayacak biçimde ulaşılabilir olmalıdır.



Şekil . Hastaneler giderek daha çok karmaşık bir boru ve bağlantılar sistem haline gelmektedir.

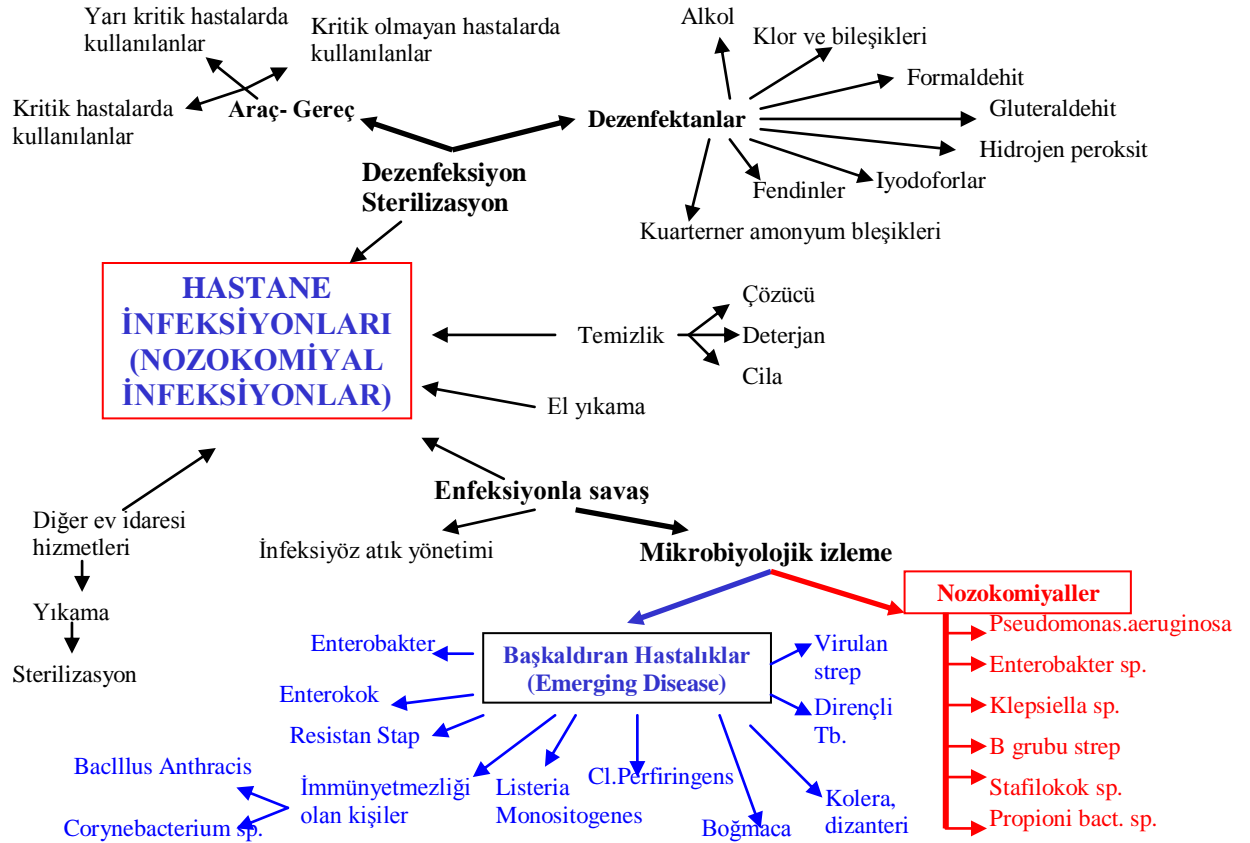


Son elli senedir hastanelerde radyoaktif materyalin kullanılma oranı artmıştır. Bunların kullanımı, radyoaktif atıkların toplanması, saklanması ve uzaklaştırılmasıyla ilgili tüm kurallara uyulmalı, hiç bir nedenle bu kuralların ihmal edilmesine yol açabilecek ihmale imkan vermemelidir. Bunu sağlamak üzere hastanenin etkin bir radyoaktif madde izleme sistemi olmalı, değişik aşamalarda kontrolü ve ihmalleri belirleyecek denetim mekanizmaları bulunmalıdır.

Hastane suyunun tek bir tanımı yapılmaktadır: Hastane suyu fiziksel, biyolojik, kimyasal ve radyolojik olarak yüksek kaliteli su olmalıdır. Hastaneye içme suyu standardındaki su uygun miktar ve basınç altında iletilmeli, gereğinde hastanenin özel koşullarına uygun olarak hastane içi arıtım yapılmalıdır. Bu yolla, buhar için, distile su elde etmek için gerekli su sağlanabilir. Hastane içindeki kaliteli su hiç bir geri emilim ve çapraz bağlantı imkanı olmayacak bir boru sistemi ile taşınmalıdır. Klasik su bakım ve onarım uygulamalarında görülen hatalı bağlantılar bütün hastane için tahmin edilemeyecek sorunlar yaratabileceği unutulmamalıdır. Hastane suyunun bakım ve onarımından sorumlu teknik ekip elemanları hastane su tesisatı konusunda deneyimli ve eğitilmiş olmak zorundadır.

Hastanede yangın önleme ve söndürme sistemleri çok önemli birimlerdir. Hastanenin en etkin programlarından birisi yangın müdahale ve korunma ekibiyle ilgili eğitim çalışmaları ve deneme uygulamalarıdır. Her büyük hastanenin yangın konusunda özel eğitim görmüş tercihen uzmanlaşmış bir elemanı olmak zorundadır. Yerel yangın söndürme birimi hastane yangınıyla ilgili özel müdahale programına ve gerektiğinde özel iletişim ağına sahip olmak zorundadır. Hastanede ki en küçük yangına dahi en büyük kapasite ile müdahale edebilecek biçimde hazır olunmalıdır.

ABD'de akut bakım amacıyla hastaneye başvuran hastaların %6'sında nozokomiyal infeksiyonlar (hastane infeksiyonları) meydana gelmektedir.



Şekil . Hastane infeksiyonu; hastane temizliği, personel davranışları, fizik yapı gibi etmenlerle yakından ilişkilidir.

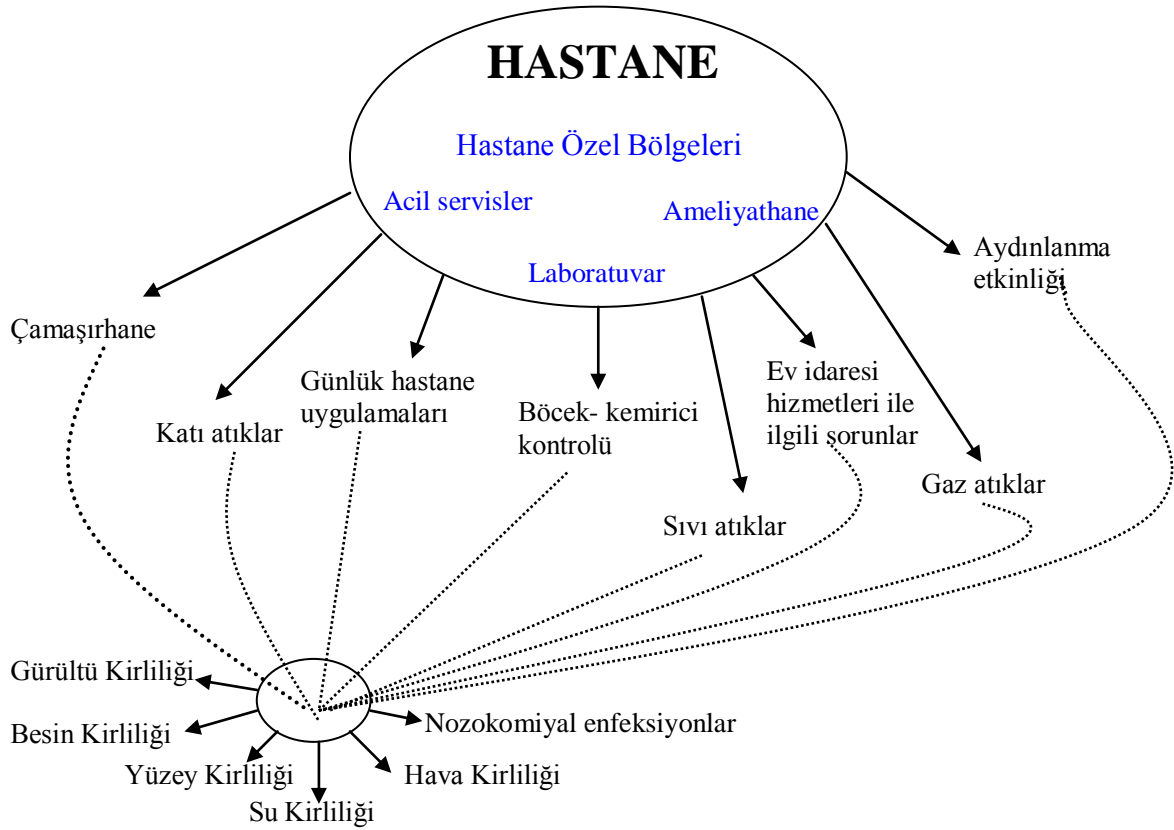
Bu infeksiyonların maliyetinin milyarlarca dolara ulaştığı tahmin edilmektedir. Hastane infeksiyonlarıyla savaşta iki önemli uygulama vardır:

- 1.El yıkama
- 2.Hastane çevresinin kontrolü

CDC tarafından bu amaçla yayınlanmış olan el kitabında konuyla ilgili altı bölüm bulunmaktadır (1):

- 1.El yıkama
- 2.Temizlik
- 3.Dezenfeksiyon ve hasta bakım araç gerecinin sterilizasyonu
- 4.Mikrobiyolojik örnek alma
- 5.Enfeksiyöz atıklar
- 6.Ev idaresi ve çamaşır yıkama.

Hastane infeksiyonlarının yayılımında en önemli etkenin doğrudan temas olduğu kabul edilmektedir. Bu nedenle el yıkama söz konusu infeksiyonların önlenmesinde en temel uygulama sayılmaktadır.



Hastane kirliliğine yol açan her türlü etkenin birbiriyle bağlantısı dikkatli biçimde araştırılmalıdır.

Taban ve yatay tüm yüzeylerin temizliği nozokomiyal enfeksiyonların önlenmesinde önemli bir uygulamadır. Uygun temizleme tekniği mikrobiyal kirleticilerin tutunmasını ve havaya yayılmasını önlemektedir. Bütün bu nedenlerle ev idaresi hizmetleri hastane enfeksiyonlarının önlenmesi açısından temel uygulamadır.

Hastanede çamaşırhane mikrobiyal kirliliğin azaltılmasında en önemli bölümlerden birisidir. Mikrobiyal olarak kirlenmiş olan malzemenin yıkanmasından sonra sterilize edilmelidir.

Hastanelerde enfeksiyon yayılımıyla ilgili sorunlar:

- 1.Hastanede enfeksiyonların yayılımıyla ilgili eğitim ve denetim eksikliği
- 2.Etkenlerin yayılımına neden olabilecek personelin hareketi
- 3.Habersiz kişilerin hastane enfeksiyon riski olan durumlarda uyarılmasını sağlayacak uyarıların ihmal edilmesi.
- 4.Steril araç ve gerecin sterilitesine dikkat edilmeksizin kullanılması ve taşınması
- 5.İnfeksiyöz atıkların hatalı toplanması ve yetersiz uygulamalar.
- 6.Yatak örtülerinin yıkanma ve dezenfeksiyonunun yetersiz olması
- 7.Patojenik organizma içeren herhangi bir atıkla ilgili temizleme ve dezenfeksiyon şileminin



yetersiz teknikle yapılması.

8.Öğütülmüş, çekilmiş, dövülmüş, bulamaç haline getirilmiş her türlü yiyecek maddesinin çok miktarda hazırlanması, yetersiz koşullarda bekletilmesi ve saklanması.

9.Oturak ve ördeklerin temizliğinin ve boşaltılmasının hatalı yapılması.

10.Araç ,gereç ve donanımın doğrudan veya dolaylı olarak hastaları kontamine etmesi

11.İzolasyon,ayırma uygulamalarının yetersiz olması.

12.Hastane ziyaretçilerine ve hastane ziyaretçilerince etkenin yayılması.

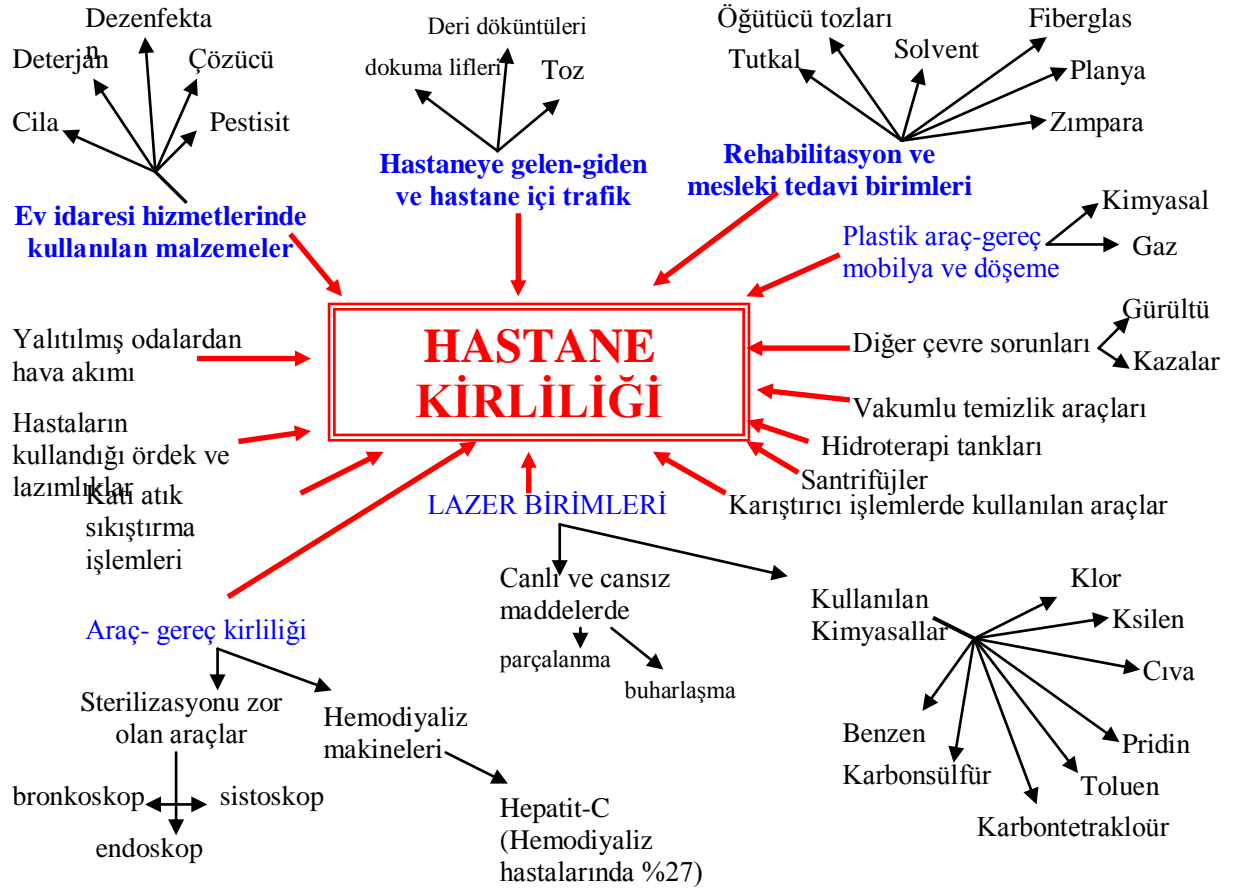
13.İnhalasyon tedavisi, cut-down uygulamalarının söz konusu infeksiyonların yayılışını ve oluşumunu kolaylaştırması

14.Gereksiz trafik akışı.

15.Dirençli mikroorganizmaların deride kolonizasyonu ve hatalı tedaviye bağlı olarak üremeleri ve infeksiyona yol açmaları.

Diğer hastane çevresi sorunları.

Daha önceden vurguladığımız gibi bir kuruluş toplumun küçük bir örneği olarak toplumda sorun aratan tüm çevresel faktörler hastane içinde geçerlidir. Bunlar arasında hava kirliliği, gıda kirliliği, ev idaresi sorunları, böcek ve kemirici kontrolü, çamaşır yıkama, aydınlatma, gürültü, katı atıklar, sıvı atıklar ve su kirliliği sayılabilir. Ayrıca kuruluş olarak hastanelerin özelliği nedeniyle laboratuvarlar, ameliyathaneler ve acil servisler özel bölgeler oluşturmaktadır. Kuruluşlarda çevre sağlığı ile ilgili olarak alınan önlemlerin yetersizliği sadece kuruluşta çalışanları değil toplumu da tehlikeye düşürebilir. Kuruluşta çalışanlar aracılığıyla hastalığın toplum bireyelerine taşınması, özellikle kuruluşta çalışanların dirençli mikroorganizmaların taşıyıcısı durumuna geçmeleri önemli örneklerdir.



Hastanede özel birimler hem özel çevre kirliliği sorununa hem de özel tıbbi atıkların oluşumuna neden olmaktadır.

Bütün bu kirlenici etmenler bir oranda personel etkinliğine veya araçların çalışmasına bağlı olarak meydana gelmektedir. Hastane infeksiyonlarının kaynağında daima araç gereç etkinliği ve personel davranışları dikkatle gözden geçirilmelidir. Bu kirleniciler bir takım mikroorganizmaların taşıyıcısı, koruyucusu veya yayıcısı olabilir. Nemlendirici araçlarda, havalandırma ve soğutma sistemlerinde üreyen mikroorganizmalar buna örnek verilebilir. Ayrıca deri döküntüleri, dokuma lifleri ve toz parçacıkları da başlıca kirleniciler arasında sayılmalıdır.

Hastanelerde lazer kullanılması önemli bir tehlike kaynağıdır. Lazer ışınları zararlı canlı veya cansız maddelerin parçalanmasına veya buharlaşmasına, böylece dokulara doğrudan veya hava yoluyla yayılan zararlara yol açar. Aracın kullanılması için kullanılan solventlerle araçta kullanılan gaz ve sıvılar temel kirleniciler olarak dolaylı zararlı etkiler arasında sayılmalıdır. Lazer birimlerinde kullanılan toksik maddelerin bazıları benzen, karbon-di-sülfür, karbontetraklorür, sikloheksan, nitrobenzen, pridin, toluen, ksilen, cıva ve klordur. Doğrudan kirlilik kaynağı kullanılan lazerin tipine göre değişmektedir. Karbondioksit lazerlerinin hava kirlenme potansiyeli daha yüksektir. Işın bir çok maddenin buharlaşması, erimesi ve yanmasına yol açar Bu gücün yoğunluğuna ve maddenin söz konusu gücü absorbe edebilme yeteneğine bağlıdır. Meydana gelen zarar kaynak uygulamalarında



veya ergitme işlemlerdekine benzemektedir. Ayrıca nitrojen oksit veya ozon meydana getirerek de kirlenmeye neden olabilir.

Diğer bazı çevre sağlığı sorunları şöyle sıralanabilir:

1. Vakum temizleyicilerinden atılan havanın süzülme derecesi
2. Katı atık sıkıştırıcılarından yayılan aerosoller
3. Hasta lazımlık boşaltıcılarından yayılan aerosoller (hastane teknolojisinde lazımlıkların doğrudan herhangi bir tuvalete boşaltılması olasılığı söz konusu edilmemektedir)
4. Santrifüjlerden, karıştırıcılardan ve diğer laboratuvar araçlarından yayılan aerosoller
5. Hidroterapi tanklarından yayılan aerosoller
6. Yalıtılmış odalardan hava akımı
7. Ev idaresi materyallerinden yayılan hava yayımlı kirleticiler (cilalar, çözücüler, deterjanlar, dezenfektanlar ve pestisitler)
8. Rehabilitasyon ve mesleki tedavi bölgelerinden yayılan hava yayımlı materyaller (zambak, solvent, fiberglas, öğütücü tozları, zımparalar ve planyalar vb)

Araç gerecin hastalar, hastane çalışanları ve diğer sağlık elemanlarınca kirlenilebilmesi mümkündür. Kirlenen araç gereç daha sonra diğer personel için infeksiyon kaynağı haline gelir. Araç gerecin temizliğini engelleyen ve zorlaştıran bir takım yerleşim ve teknik sorunlara bağlı olarak ta kirlilik ortaya çıkar. Bu durumda araç gereç temizlenemez, dezenfekte ve sterilize edemez. Bazen seçilen araç gerecin yapısı da söz konusu işlemlere engel olabilir. Hatalı tasarlanmış araç gereç personelin de zarar görmesine neden olabilir. Hastanede bulunan araç gereç o kadar çok çeşitlidir ki bunların neden olabileceği her türlü zarar olasılığının ayrıntılı dökümü ancak özel araç gereçlerle ilgili ayrıntılı değerlendirmelerle mümkündür.

Hemodializ makineleri hastalara ve sağlık personeline hepatit C yayılımına neden olabilir. Tüm dünyada hemodiyaliz hastalarında hepatit C virüs antikor prevalansı ortalama %27, sınır değerler olarak ise %1-47 dir.

Bronkoscoplar, sistoskoplar ve endoskoplar kolayca temizlenemeyen ve sterilize edilemeyen diğer araç grubunu oluşturmaktadır.

Elektronik araç ve gerecin uzun süre hastaya uygulanmasıyla ilgili sorunlar tartışılmaktadır. Plastik malzemeden yapılan bir takım mobilyalar ve araç gereç hastanede giderek daha yaygın kullanılır hale gelmektedir. Bu plastik materyalden ortama daha büyük oranda gaz ve kimyasal yayılması olabilmektedir. Bu içten yanmaya benzeyen bir durumdur. Bunların üzerine sıcak malzeme (demlik, sıcak yemek kabı), vb. kullanılması ortama yayılımı artırır. Bunun sonucunda hasta odasının havasındaki kimyasal konsantrasyonu artar. Hidroterapi tankları potansiyel infeksiyon problemi yaratabilecek kaynaklardır. Türbin pompaları ve ajitatörlerin yerleştirilmesi gerektiğinden söz konusu tankların temizliğinin yapılabilmesi çok güçtür.

Yatak lazımlıkları ve ördeklerin temizliği ve sterilizasyonu ile ilgili sorunlar da önemli bir kirlilik kaynağıdır. Temizleme veya boşaltma birimine giden ördek veya lazımlıklar gittiği zamandakinden daha kirli olarak geri dönebilmektedir.

Katı atık sıkıştırıcıları bir diğer sorundur. Hastanelerde kesinlikle çöp bacaları yapılmamalıdır. Söz konusu sıkıştırıcı birimlerden çevreye çok tehlikeli kirleticilerin yayılabileceği unutulmamalıdır. Fiber optik araçlar kolayca sterilize edilmelerini engelleyecek biçimde yapılmaktadır.

Hastane ve diğer kuruluşlardaki hatalı uygulamalara bağlı gıda kirliliği önemli sağlık sorunlarına neden olabilir. Bunlar şöyle sıralanabilir:

1. Yetersiz aydınlatma: Hastane yemekhanesinin yetersiz aydınlatılmasına bağlı kontaminasyon riski yüksektir.



2. Personel nöbet yorgunluğu: Hastane yemekhanesinde veya kurum yemekhanesinde çalışan hiç kimse nöbet arkası devam etmek üzere bir başkasıyla nöbet değiştiremez.

3. Katı ve sıvı atıkların yetersiz uzaklaştırılması: ABD’de CDC (Center for Disease Control) ile Occupational Safety and Health Administration (OSHA) sıvı atık yayılım, damlaması, sıçraması vb nedenlerle hastane çalışanları ve hastanede yatmakta olan hastaların önemli sağlık riskleri ile karşılaşacağını belirtmektedir. Hastanede sağlık çalışanları ve hastalar arasındaki çapraz infeksiyonlar sorunun büyümesinde en önemli etken olmaktadır. Bağırsakta 27 farklı türde gram negatif veya gram pozitif bakteri, mantar bulunmakta, kanla yayılabilen HIV ve hepatitis-B gibi etkenler de buna eklenebilmektedir. Ayrıca normal boğaz florasında da 27 farklı tür bulunmaktadır. Bütün bu mikroorganizmalar kendi normal yaşama alanlarının dışına yayılabilme olanağına sahiptir. Bir emme kanülüne bulaşık mikroorganizma ortama yayıldıktan sonra her 20 dakikada bir kez bölünerek çoğalmaktadır. Pseudomonas aeruginosa bakterileri sadece 10 saat içerisinde 1 milyara ulaşmaktadır. Yapılan bazı çalışmalar emici araçların kanüllerinde 8 saat sonra 8,900,000 bakterinin koloni yapabildiğini göstermektedir. 48 saat sonra kanül içerisinde 190,000,000 CFU/ml ye ulaşmaktadır ki bu 21,2 kat artım anlamına gelir. Aynı üreme hastane çalışanının derisinde veya saçında da söz konusudur. CDC hastane sıvı atıklarını zararsız hale getirmeye yönelik alışlagelen yöntemlerin (lağım verme vb) sıvı atıkların toplumda herhangi bir infeksiyona neden olduğunu gösteren herhangi bir belirti bulunmadığını belirtmektedir. Ancak aynı durum nozokomiyal infeksiyonlar açısından doğru değildir. Çünkü bu alanda çalışanların belirlediklerine göre hastane drenlerine dökülen sıvı atıklar en sık nedenler arasındadır ve mikroorganizmaların hastane ortamına, yüzeylere ve havasına yayılımında etkin olabilmektedir. Üstelik bunların dökülmesi, taşınması, vb. uygulamalarda da bulaşma söz konusudur. Bu nedenle söz konusu sıvı atıkların uygun arıtım veya dezenfeksiyon işlemlerinden sonra lağım sistemine verilmesi önerilmektedir.

4. Araç gereç ve malzeme bozukluklarının zamanında giderilmemesi

5. Hastane yemekhanesinde böcek ve kemirici bulunması

6. Yetersiz ev idaresi hizmetleri: Hastanelerde ev idaresi hizmetleriyle ilgili en ufak aksama hastanenin bütünü ilgilendirebilecek sorunu yaratabilir. Gece idareleri genellikle hastane ev idaresi ile ilgili uygulamaları lokal temizlik bazında ele aldıklarından sorun yaratabilmektedir. Bu nedenle özelleşmiş bulunan hastane ev idaresi yönetiminin en az 12 saat kimi durumlarda zorunlu olarak 24 saat görevde bulunması gerekmektedir. Hastane ev idaresinin işlevlerini gece nöbeti süresince dahi olsa genel idare elemanlarına emaneti mümkün değildir.

7. Yiyecek parçacıkları, kir ve diğer kalıntıların mutfak araç gereci, yiyecek depolama bölgeleri, su tesisatı, zemin, kap kacak vb de birikmesi.

8. Lastikleri aşınmış, kirli ve erozyona buzdolapları.

9. Kap kacak, malzeme yıkama odalarının havalandırmasının yetersiz olması.

10. Kap kacak yıkama evyelerinin ve su duşlarının aşınmış olması.

11. Yıkama, durulama, ve temizleme işlemlerinde kullanılan buhar basıncının yetersiz olması.

12. Kimyasallar, insektisitler, temizleme materyali, ve diğer zehirli maddelerin hatalı depolanmasına bağlı olarak meydana gelen kimyasal kirlenme.

13. El yıkama düzeneğinin yetersiz olması ve hatalı yerleşimi.

14. Mutfak çalışanlarının çift el yıkama düzenine dikkat etmemesi: “Tırnağın kısa olsun, tuvaletten sonra tuvalet lavabosunda elini yıka, mutfak kapıya elini dokunmadan gir ve kapının yanındaki sıcak sulu el yıkama biriminde elini yıka” kuralına uyulmaması.

15. İshali, kusması, üst solunum yolu infeksiyonu, deri infeksiyonu olanların yiyecek işleme işlerinde çalıştırılması.



16. Artıkların bir yemekten diğerine aktarılması (başkası dokunmamış dahi olsa)
 17. Buzdolabının dışındaki hindi, tavuk, et, vb. nin hatalı çözündürülmesi.
 18. Öğütücü ve dilimleyici araç gerecin hatalı ve yetersiz temizlenmesi.
 19. Tek kullanımlık su sürahi ve diğer cam eşyanın yeniden kullanılması., bu amaçla temizlenebilir olmayan materyalden yapılmış malzeme.
 20. Üzerinde soğutucu ve ısıtıcı düzeni bulunan yiyecek arabalarının yetersiz temizliği.
- Diğer sorunlar arasında bebek mamalarının ve tüp besleme materyalinin hatalı hazırlanması sayılabilir.
- Doğrudan ilgisi olmayan durumlarda bile hastanedeki salgınlarda yiyecek kaynaklı olması olasılığı göz önüne alınmalıdır.

Hastanede kullanılan tehlikeli kimyasallar. Günümüzde endüstride binlerce kimyasal üretilmekte ve kullanılmaktadır. Bu kimyasallar ya ürün ya da ara madde olarak, yada emisyon veya deşarj halinde ortaya çıkmaktadır. Günümüzde toksik olarak tanımlanan 8000 madde vardır. Hastanede aşağı yukarı 630 farklı kimyasal kullanılmaktadır. Bunların 300 tanesinin toksisitesi bilinmemektedir. Bu kimyasallar toksik veya karsinogenik, yanıcı, parlayıcı ve patlayıcı olabilir. Bunlar arasında asitler, alkaliler, amonyak, oksitleyiciler, organik ve inorganik peroksitler, oksitler, permanganatlar, nitratlar, tolüen, eter, lityum, potasyum, sodyum, vb. sayılabilir.

Gürültü

Hastanede gürültü önlenmesi gereken bir diğer kirlilik ögesidir. Çevresel gürültü:

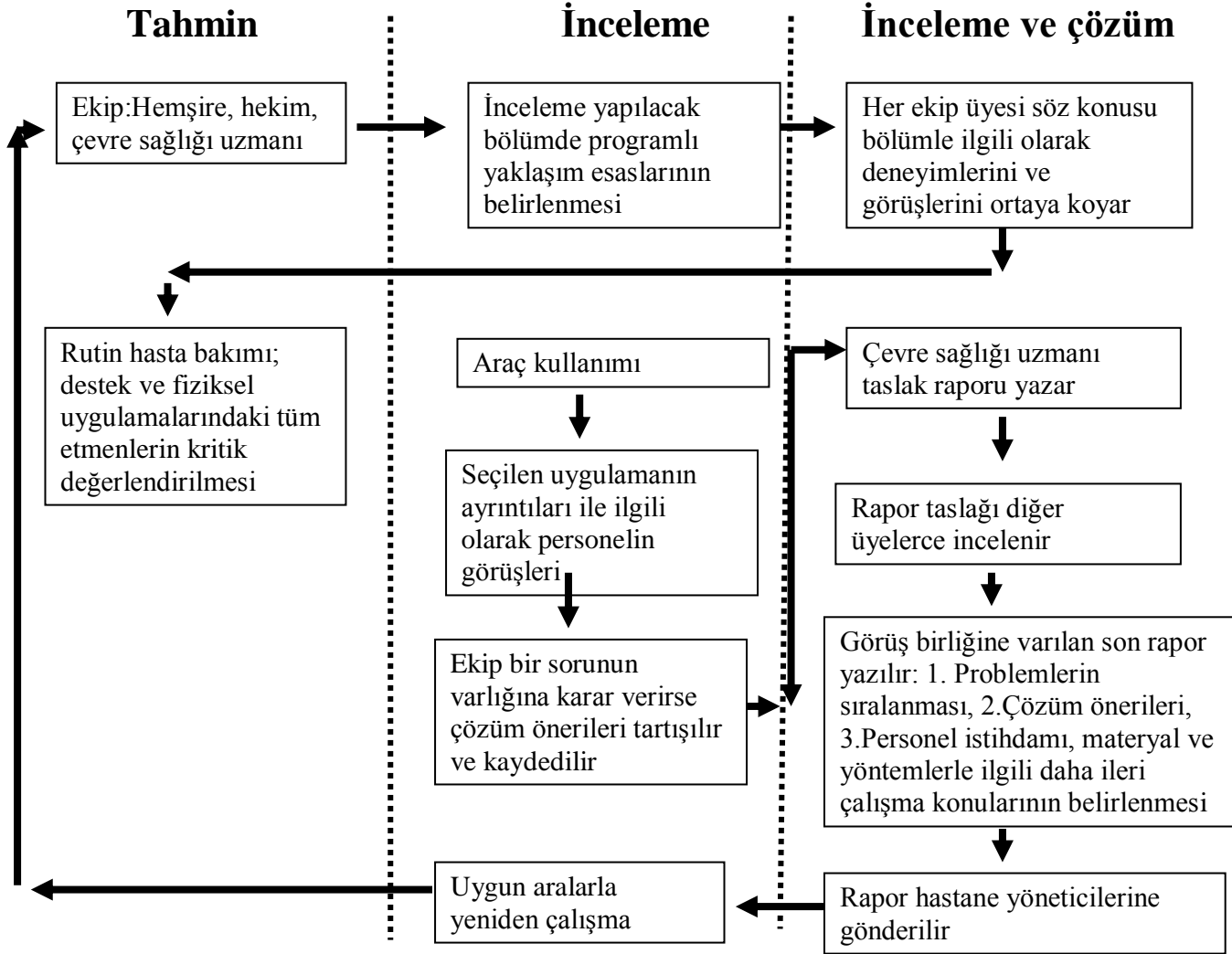
1. Geçici veya kalıcı işitme kayıpları
2. Fiziksel hastalıklar
3. Psikolojik hastalıklar
4. Sesli iletişimin bozulması
5. İş performansının düşmesi

6. Dinlenme, rahatlama ve uykuda bölünme dahil olmak üzere bir çok olumsuz etkiye neden olmaktadır. Bakım ve idamesi yetersiz mekanik ve elektrikli araçlar, insan etkinlikleri gürültü nedenidir. Hastane dışarısından gelen gürültünün eklenmesiyle oldukça yoğun bir gürültü kirliliği sorunu ortaya çıkmaktadır.

Hastanelerde ihmal edilen bir diğer sorun ise hasta kazalarıdır. Hastanelerde hasta kazalarıyla ilgili bir kayıt sistemine gerek vardır. Her kazadan sonra ayrıntılı bir kaza analizi yapılmalı, daha sonra söz konusu kazaların yinelenmemesi için gerekli önlemler sıralanmalıdır.

Bütün hastane infeksiyonlarının:

1. Çevre sağlığı
2. İnfeksiyon kontrolü
3. İş sağlığı ve güvenliği boyutlarının bulunduğu unutulmamalıdır. Hastanede infeksiyon kontrolü ile ilgili programlı yaklaşım şekilde verilmiştir:



Bu boyutlar ihmal edilerek tek bir boyutun ön plana çıkartılması hastane infeksiyonlarını önlemeyecektir.

HASTANE ATIKLARI

Sağlık bakım atıkları ile ilgili birincil sağlık riskleri, genel toplum için değil mesleki olarak bunların etkisinde kalanlar için söz konusudur (22). Ancak uygun biçimde yapılmamış, idamesi sağlanamayan atık yerlerine atıldığında bu atık yerindeki diğer atıklarına benzer etkilere sahip olabilir (22).

Sağlık bakım atıklarının yakılması havaya önemli miktarda dioksin ve furan atılmasına neden olur. ABD’de bu atıkların yakılmasının üçüncü büyük dioksin ve furan kirliliği nedenleri arasında bulunduğu belirtilmektedir (22). Sağlık bakım atıkları içerisinde PVC yüksekliği bunun en önemli nedenidir.



Hepatit B ve HIV yayılımı en önemli korku nedenleri arasında belirtilmektedir. HIV virüsünün canlı vücudu dışında yaşama potansiyeli sınırlı olduğundan, bunların HIV bulaşma kaynağı olması çok uzak bir olasılıktır. HBV virüsü HIV göre biraz daha uzun süreli kalıcıdır. Bunların yayılması esas olarak sivri ve kesici uçların deriyi yaralamasına bağlı olduğundan söz konusu araçlarla ilgili olarak kuruluş içinde alınacak önlemler bunu zaten ortadan kaldırmaktadır (22).

Hastane atıkları öteden beri “sağlık bakım atıkları” veya hatalı bir kullanımla “tıbbi atıklar” terimlerinin yerine kullanılmıştır. Doğrusu tıbbi bakım atıklarıdır. Değişik sağlık bakım kuruluşlarından kaynaklanabilecek enfeksiyöz, bulaşıcı veya diğer zararlı atıkların tanımlanması amacıyla kullanılmaktadır. Tıbbi atık aşağıdaki etkinliklerden birisinde ortaya çıkan atıklardır.

1. İnsan veya hayvanların tanı, tedavi ve bağışıklama uygulamaları
2. Enfeksiyon ajanları, serumlar, aşılar, antijen ve antitoksinlerle ilgili araştırmalar
3. Canlılara zarar verebilecek atıklar, veya sivri sert köşeleri, kenarları veya kabarıklıkları olması nedeniyle kesebilecek, delebilecek atıklar (iğneler, enjektörler, bisturiler ve cam kırıkları)

Sağlık bakımı ile ilgili bir çok kurum ve kuruluştan bu tip atıkların çıkması mümkündür.

Gelişmiş ülkelerde tıbbi kuruluşlardan her yıl yarım milyon ton atık üretimine yol açmakta hastaneler atık üretimine neden olan kuruluşların sadece %2'sini oluştururken tıbbi atıkların %77'sini üretmektedir. Hekimlik uygulamalarının tek kullanımlık malzemeye bağımlı kalması oranında bu atık miktarı artmaktadır.

Atık hastaneden kaynaklanan tüm atıkları kapsayıcı biçimde alındığında evsel atıklarla karşılaştırılabilir özellikteki tüm atıklarda buna dahil edilmektedir. Tablo 1'deki sıralama bu açıdan fikir verebilecektir:

Tablo 1.Evsel ve Hastane atıkları

Evsel atıklar	Hastane atıkları
Yemek artıkları	Yemek artıkları
Basit tamirat artıkları	Tamirat artıkları
Çocuk bezleri veya kirli kağıtlar	Kirli kağıtlar
Tuvalet kağıtları	Tuvalet kağıtları
Değişik kümes hayvanlarının iç organları	Pansuman malzemeleri
Fare, böcek ölüleri	Serum şişesi,
Kağıt vb	Kağıt vb
Ev süprüntüleri	Hastane süprüntüleri (Evden az)
Sakatat artığı	Sondalar, plastik malzeme
Kırık cam vb	Kırık cam vb

Bir çok kaynak hastane atıklarını okul, hastane, hapisane, vb'nin atıkları ile bir arada gruplandırmakta ve tehlike riskini ticari atıklarla aynı olarak almaktadır.(6)

Hastane atıklarının temel sağlık riski genel toplum için değil, hastanede bunları kullanan ve ilişkili olan sağlık meslek mensuplarının riskidir. İşlenmiş tıbbi atıkların diğer atıklarla aynı riske sahip olduğu, herhangi bir işleme tabi tutulmaksızın bırakılan tıbbi atıkların ise olası çok az risk taşıdığı bir çok bilimsel kaynakta belirtilmektedir. Çünkü patojen etkenlerin toprakta ve doğal ortamda yaşamaları olası değildir. Tıbbi atıkların yakılmasıyla ilgili çevresel kirlilik riski eğer tekniğine uygun yakma işlemi sağlanmayacak olursa çok daha yüksektir.



Toplumun büyük endişelerinden birisi hepatitis-B virusu ve insan immünyetmezlik virusunun (HIV) tıbbi atıklarla yayılmasıdır. Ancak iş sağlığı ve çevre hekimliği ile ilgili kaynaklar bunun çok uzak bir olasılık kabul edilmesini gerektirdiğini belirtmektedir.

1987 yılının yaz sonlarına doğru Long Island ve New ersey sahilinde sahile vuran atıklar nedeniyle büyük bir endişe dönemi yaşanmıştır. Özellikle atıklar arasınd şırıngaların ve diğer tıbbi atıkların görülmesi bunun en önemli nedenlerinden birisidir Bu bazı sahillerin hemen kapatılması sonucunu vermiştir. Ancak EPA, National Institute of Health (NIH), Cenüters for Disease Cohtrol nad Prevention (CDC) tıbbi atıkların kentsel atıkların tehlikesinden fazla bir tehlikeye sahip olmadığını ısrarla vurgulamalarına rağmen ABD “Medical Waste Tracking Act” 1988 ABD Kongresinden iki aydan kısa sürede geçmiştir. Yasa tıbbi atıkların çok yüksek tıbbi atık üreten kuruluşların atıklarının izlenmesini amaçlamaktadır. Ancak evde ya da illegal olarak kullanılan enjektörlerde olduğu gibi daha tehlikeli sonuç verme olasılığı olan atıklarla ilgili herhangi bir düzenleme getirmemiştir.

Hastane atıklarının değerlendirilmesinde:

- 1.Sağlık kuruluşunda çalışan personelin ve yatan hastaların sağlığı
- 2.İnfeksiyöz ve tehlikeli maddelerin taşınması ve zararsız hale getirilmesiyle ilgili uygulamalara bağlı olarak kamuya zarar verilmemesi
- 3.Atıkların zararsız hale getirilmesi işlemlerinin çevresel ve ekonomik yönleri esas alınmaktadır.

Dikkat edilirse birinci temel hastane çalışanlarının ve hastanede yatanlarının sağlığının korunmasıdır. Ülkemizde mevzuatın değişik kuruluşların önceliklerine göre düzenlenmesi nedeniyle hastane atıklarının uzaklaştırılmasıyla ilgili bazı düzenlemeler diğer mevzuatta vardır. Sözelimi radyoaktif maddeler söz konusu ise çok daha önceden hazırlanmış olan radyoaktif maddelerle ilgili mevzuata tabidir ve bu mevzuat yeterlidir. Hastanede kullanılan radyoaktif maddelerin tek kaynaktan sağlanması, kaynak tarafından söz konusu atıkların yönlendirilmesi imkanını vermektedir.

Söz konusu komite sağlık bakım atıklarını sekiz grupta toplamaktadır:

- 1.Genel atıklar
- 2.Patolojik atıklar:Doku, organ, vücut parçaları, fetüs ve hayvan karkasları.: Ülkemizde tüm insan vücut parçaları gömülmektedir. (Bir çok kentimizde sokaklarda bulunan ve dünyanın en tehlikeli atıkları olarak tanımlanan ölü köpek., kedi ,fare karkasları genel çöplüklere herhangi bir işleme tabi tutulmaksızın götürülmektedir.
- 3.Radyoaktif atıklar: Vücut doku ve sıvılarının in vitro analizlerinde kullanılan katı, sıvı ve gaz atıklardır.Vücut ve organ görüntülemesi, tümör lokalizasyonu veya tedavi amacıyla kullanılmaktadır. Özel yönetmelikleri bulunmaktadır.
- 4.Kimyasal atıklar:Tanısal ve deneysel amaçlı olarak kullanılan, temizlik ve ev idaresi hizmetlerinde dezenfeksiyon amacıyla yararlanılan maddelerdir. Komiteye göre bunlar tehlikeli veya tehlikesiz olabilir. Bu nedenle en uygun zararsız hale getirme uygulamasını seçebilmek için tehlikeli atıklar toksik, korozif,reaktif, genotoksik, yanabilir maddeler olarak nitelendirilmelidir. Genotoksik ilaçlar arasında sitotoksik ilaçlar örnek verilmektedir. Korozif maddeler pH 2 ve altındaki asitler ve pH 12, 0 nin üzerindeki bazlardır. Bunların dışındaki tüm kimyasallar zararsız kimyasal olarak kabul edilmektedir.

5.İnfeksiyöz veya potansiyel olarak infeksiyöz atıklar: Hastalığa yol açabilecek miktar veya derişimde patojen içeren atıklar infeksiyöz atıklar olarak tanımlanmaktadır. Laboratuvar kültürleri,



infeksiyonlu hastaların cerrahi ve otopsi uygulamalarından çıkan materyel, izolasyon odalarındaki hastaların atıkları, hemodiyaliz olan hastalarda kullanılan malzeme, enfeksiyöz etkenlerin aşılacağı veya bunlarla temas etmiş olan hayvanlarla ilgili atıkları tanımlamaktadır.

6.Kesici ve batıcı atıklar: Batma ve kesme tehlikesi olan her türlü araç ve gereç tanımlanmaktadır.

7.Farmasötik atıklar: Hastanede kullanılan, artmış veya günü geçmiş her türlü ilaç vb bu gruptadır.

8.Basınçlı kaplar: Evlerde kullanılan raf üstü enjektör kapları, tıraş köpüğü, vb. kutuları tipinde olan kaplardır.

Komite raporunda en büyük ağırlığı mesleki tehlike ve sağlık riski açısından vermekte ve raporda bu yaklaşıma çok geniş yer ayrılmaktadır. Sağlık bakım atıklarına bağlı risk altındaki kişiler şöyle sıralanmaktadır:

1.Sağlık bakım kuruluşlarında çalışan personel ve yatan hastalar

2.Hastanenin destek personeli (çamaşırhane,büro vb)

3.Evde veya temel sağlık hizmeti uygulamalarında görev alan personel.

Görülüyor ki sağlık bakım atıkları söz konusu olduğunda evde bakımdan alandaki hizmet atıklarına kadar geniş bir atık grubu tanımlanmaktadır.

Komite daha sonra hastane atıklarının çevresel etkilerini kısıtlamaktadır ki bunlar hava, su ve toprak kirliliği ile ilgili risklerdir. Kimyasal atıkların yeterli sulandırılması ve hastanenin kanalizasyon sistemine bağlanmış olması durumunda yeterince sulandırılabilme imkanı varsa sisteme verilebileceğini, yoğun olarak sisteme verilmemesi gerektiğini belirtmektedir. Hasta atıklarının boşaltılması ve dökülmesiyle ilgili riskler üzerinde durulmaktadır. Sonuçta hastane içerisinde personelin korunmasına yönelik olarak alınması gereken önlemler azında toplumun ve çevrenin korunmasına yönelik önlemlerin aynısıdır. Bu önlemlerin hastane kapısından sonra alınması hastane personelinin korunması açısından hiç yarar sağlamayacakken hastane personelinin korunmasına yönelik yaklaşım, atığın hastane kapısına bırakıldığında zararsız hale gelmesini de sağlamaktadır.

Raporda değişik atıklar için öneriler şöyle sıralanmaktadır:

1.Genel atıklar (Hastane atıklarının büyük bir bölümünü oluşturmaktadır. Raporda bu atıkların kentsel atıklarla birlikte toplanabileceği belirtilmektedir.)

2.Patolojik atıklar: Sterilizasyon, yakma veya gömme önerilmektedir.

3.İnfeksiyöz atıklar: Yakma veya diğer yöntemlerle zararsız hale getirme.

4.Kesici ve delicilerin uygun kaplarda toplanarak zararsız hale getirilmeleri önerilmektedir.

5.Farmasötik atıklar: Hastane farmasötik birimine iletilerek tipine göre yakma veya üreticiye iadesi önerilmektedir.

6.Sıvılar: Uygun arıtım işlemine tabi tutulmaları önerilmektedir.

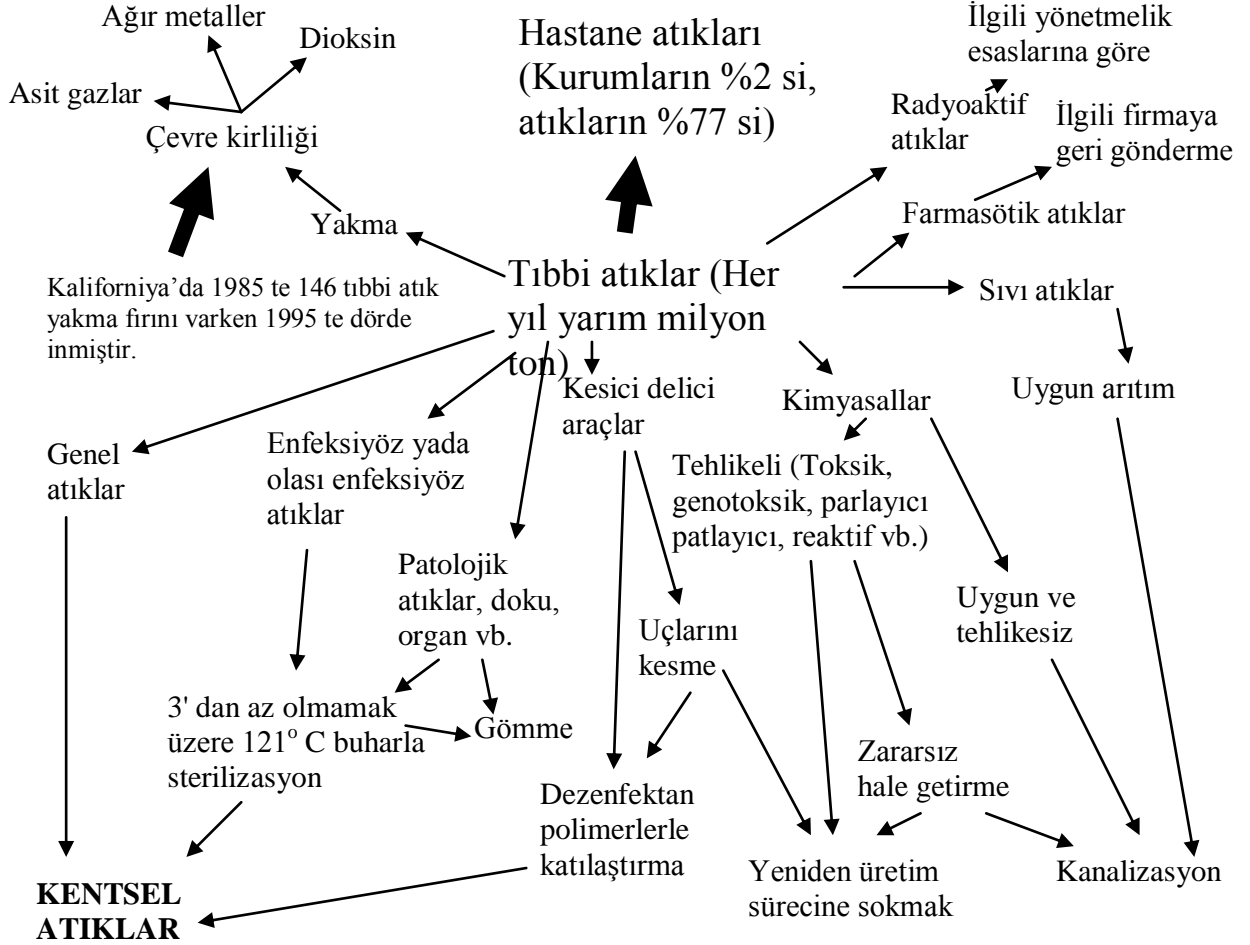
7.Tehlikeli olarak gruplandırılmayan kimyasalların normal kanalizasyon sistemine, tehlikeli olanların ise verimli olduğunda yeniden üretim sürecine sokulması, tehlikelilerin ise uygun yöntemlerle zararsız hale getirilmesi önerilmektedir.

Hastane atık yönetimiyle ilgili sistem kurulurken atık izlenmesinin temel uygulama olduğu vurgulanmaktadır.

Gelişmiş olan ülkelerde daha önceleri her hastanenin kendi yakım sisteminin olması önerilmekteydi. Buraıda amaç hastanede üretilen enfeksiyöz ve non-enfeksiyöz materyalin yakılmasıydı, ancak küçük insineratörlerin veya yakma fırınlarının hava kirliliğini önleyebilecek sistem kapasiteleri çok sınırlı olduğundan çevreye yüksek oranda ağır metaller, asit gazlar ve dioksin salınımına yol açmaktaydı. ABD’de oldukça katı kuralları olan hava kirliliği yönetmeliğinin çıkmasından sonra bir çok hastane yakma sisteminden vazgeçerek , tıbbi atıkların buhar sterilizasyon



sistemleri kurdular. California da 1985 yılında 146 tıbbi atık yakım firmı varken, 1995 yılında dörde inmiştir. Bu sistemlerde tıbbi atıklar yarım saatten az olmayan süre 121 santigrat derecede buhara tabi tutulmaktadır. Bir diğer uygulama batma, delme, kesme riski olan tıbbi araçların dezenfektan bir polimer içerisinde solidifikasyonudur. Daha sonra normal atıklarla birlikte uzaklaştırılmaktadır.



Günümüz çevre mühendisliği ve halk sağlığı kaynaklarında tıbbi atıkların zararsız hale getirilmesine yönelik olarak yapılan öneriler.

KAYNAKLAR

1. Koren, H. ; Bisesi, M., Handbook of Environmental Health and Safety, Lewis Publishers, Florida, 1996.
2. Güler, Ç. Çobanoğlu, Z., Kapalı ortam hava kirlenmesi, Sağlık bakanlığı Sağlık Projesi genel Müdürlüğü, ve SB TSH Genel Müdürlüğü, Çevre Sağlığı Temel Kaynak Dizisi, Birinci Baskı, Ankara 1994.
3. Güler, Ç. , Çobanoğlu, Z. Kamuya Açık Yer ve Kuruluşlar, Çevre Sağlığı Temel Kaynak Dizisi No. 22, TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, TC Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık



- Hizmetleri Genel Müdürlüğü, ISBN 975-7572-47-0, Ankara 1994.
4. Addison, Lois Anne, Fischer, P.M. , The Office Laboratory, Appleton & Lange, Second ed., East Norwalk, 1990.
 5. WHO Regional Office for Europe, Management of Waste from Hospital, EURO Report and Studies 97, (Report on a WHO meeting), Copenhagen, 1983 (Bergen 28 Jun-1 July 1983)
 6. Tchobanoglous, G.; Theisen, H., Vigil, S. Integrated Solid Waste Management, McGraw Hill Inc., New York, 1993.
 7. Cleaning, Disinfection and Sterilization: A guide for Hospitals and Related Facilities”, California Department of Public Health, Berkeley Calif., 1962.
 8. Haldeman, J.C. Design features Affecting asepsis in the Hospital, Public Health Service Pub. 930-D-9, 1963.
 9. Hospital Sanitation, Sanitarian Vol.23 ,September-October 1960.
 10. Ehlers V.M., Steel, E.W. Municipal and Rural Sanitation, McGraw Hill Book Co., New York, 1965.
 11. Department of Labor, Occupational Safety and Health Administration, Occupational Exposure to Blood borne pathogens; Proposed Rule and Notice of Hearing, Federal Register, May 30, 1989.
 12. Garner, J.S., Favero, M.S., guidelines for handwashing and Hospital environmental Control, Centers for Disease control, Atlanta, 1985.
 13. Neblett, T.R., Rossmore, H.W., Wireman J.W. Characteristics of Medical and Surgical Suction systems: The Microbiology of nosocomial hazards of Collection vessels, Annual Meeting of the American Society of Microbiology, Abstract, No.1091, 1983.
 14. Kovach, T. Break the infection chain, Controlling infection Potential prior to Disposal of liquid Infectious Waste, Executive Housekeeping today, 12,6,12-15, 1991.
 15. Mikat, D.M., Mikat, K.W., A clinician’s Dictionary to Bacteria and Fungi, 4th ed, East Lansing, Michigan State university Michigan, 61-62, 1981.
 16. Neblett, T.R., Rossmore, H.W., Wireman, J. W. Characteristics of Medical and Surgical Suction Systems, The Microbiology and Nosocomial Hazards of Collection Vessels, annual Meeting of the American Society of Microbiology, abstract 1091, 1983.
 17. Wenzel, R.P., Prevention and Control of Nosocomial Infections, Williams and Wilkins Baltimore 207, 368-369, 1987.
 18. O’Donnel, M.F. Save The Surface With Proper Cleaning, The Modern Hospital, 94, Apr., 184, 136-140, 1960.
 19. LaDou, J. Occupational and Environmental Medicine, Prentice Hall Int., Inc., II. Ed. Stamford, 1997.
 20. McKnight KT: The problems of medical and infectious waste, environ Law, 199:23, 785.
 21. Uzych, L., Medical Waste Management, Regulatory issues and current legal requirements, J. Environ Health, 52, 233, 1990.
 22. Ladou, J. (ed); Current Occupational Environmental medicine (pg.693); fourth edition, McGraw Hill Medical, New York, 2007.



KKTC'DEKİ TIBBİ ATIKLARIN İNSAN SAĞLIĞI VE ÇEVRE AÇISINDAN ÖNEMİ

Hüseyin GÖKÇEKUŞ¹; Hatice GÖKÇEKUŞ²

¹Yakın Doğu Üniversitesi İnşaat Mühendisliği Bölümü-Lefkoşa-KKTC

²Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi

Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Servisi-Lefkoşa-KKTC

ÖZET

Dünyadaki hızlı nüfus artışı, sanayileşme ve yaşam standartındaki gelişmenin bir sonucu olarak ortaya çıkan ürün çeşitliliği yanında üretim miktarındaki artışa paralel tüketimin adeta çılgınlık düzeyine ulaşması ortaya akıl almaz miktarda atık çıkmasına neden olmuştur. Atık miktarındaki bu korkunç artış ve çeşitlilik zamanla insan sağlığını ve çevreyi ciddi biçimde tehdit eder hale gelmiş, günümüzde ise bu etki artarak devam etmektedir.

Evsel katı atıkların dışında, havada, suda ve toprakta kalıcı etki yaratarak insan sağlığını ciddi biçimde olumsuz yönde etkileyen, ve ekolojik dengeyi bozan “tıbbi atıklar” tehlikeli ve zararlı atık sınıfına girmekte ve bu tür atıkların üretim, taşıma, depolama ve bertarafına ilişkin özel önlemlerin alınması gerekmektedir.

Çalışma sırasında, gerek Türkiyede gerekse dünyanın gelişmiş ülkelerinde tıbbi atık konusuyla ilgili gerçekleştirilen çok sayıda araştırma ve uygulama irdelenmiş elde edilen bulgular ile KKTC'deki tıbbi atık konusu altyapı-donanım ile eğitim ve yönetim bakımından karşılaştırılarak konuyla ilgili eksik ve yanlış uygulamalar saptanmaya çalışılmıştır. Ayrıca, Avrupa Birliği ülkeleri ile Türkiye'deki tıbbi atık konusuyla ilgili yasal mevzuat gözden geçirilmiş, yasal mevzuat açısından tıbbi atık üreticileri, yerel yönetimler ve ilgili bakanlığın görev yetki ve sorumlulukları irdelenmiştir.

Günümüzde dünyadaki çağdaş ve gelişmiş ülkelerde çevre sorunlarının çözümünde yönetim prensiplerinin belirlenmesi yoluna gidilmiştir. Süreç içerisinde yapılan bilimsel çalışmalarda ise sağlık kuruluşlarından kaynaklanan atıklar “özel atık” sınıfına sokulmuş olup bunların yönetiminde ise; a) atığın oluşmasının önlenmesi; b) tekrar kullanım ve geri kazanım yoluyla bertaraf edilecek atık miktarının azaltılması; ve c) kalan atıkların da güvenli bertarafının sağlanması prensipleri üzerinde durulmuştur.

Sonuç olarak, KKTC'de bir taraftan devlet hastaneleri, özel hastane ve dispanserler ile benzeri sağlık kuruluşlarından kaynaklanan tıbbi atıkların; kaynağında ayrı toplanması, uygun koşullarda geçici alanlarda depolanmasına, geçici atık depolarından alınarak taşınması, sterilizasyon işlemine tabi tutulması ve nihai olarak bertaraf edilmesiyle ilgili ciddi sorunların olduğu tespit edilmiştir. Bunun yanında, ilgili Bakanlığın ve Belediyelerin tıbbi atıklar konusundaki politikaların belirlenmesi, uygulamaların denetlenmesi, bertaraf tesislerine izin verilmesine ilişkin görev yetki ve yükümlülüklerini de kapsayan bir yetki karmaşasının olduğu; aynı zamanda ciddi altyapı eğitim ve yönetim eksikliklerinin de bulunduğu anlaşılmıştır. Bu durumun, büyük ölçüde KKTC'de tıbbi atıklarla ilgili Türkiye'dekine benzer AB yasalarına uyumlu ayrı bir yasa veya tüzüğün bulunmamasından kaynaklandığı sonucuna varılmıştır.

KKTC'deki tıbbi atıkların insan sağlığı ve çevre açısından son derece önemli bir sorun oluşturduğu açıktır. Bu ciddi tehlikenin ortadan kaldırılabilmesi için mevcut, teknik altyapı eksikliklerinin tamamlanması bunun yanında eğitim ve yasal mevzuat noksanlıklarının da hızla giderilmesi gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Tıbbi atık, çevre ve sağlık, K.K.T.C.



1.GİRİŞ

Dünyadaki hızlı nüfus artışı, gelişen sanayileşme ve hayat standartının yükselmesi sonucunda üretilen katı atıkların kompozisyonlarındaki değişim yanında atıkların miktarlarında da artış gözlenmiştir. Çevrenin atıklarla önemli ölçüde kirlenmesi 1890'lı yıllarda sanayi devrimine geçişle başlamış, zaman içerisinde insan sağlığını ciddi anlamda tehdit eden boyutlara ulaşmıştır. Süreç içerisinde katı atıkların aşırı biçimde artması dünya üzerinde önemli çevre sorunlarını da beraberinde getirmiştir.

Katı atıklar arasında çevre kirliliğine neden olan ve en çok önem taşıyan atıklar tıbbi atıklardır. Çünkü tıbbi atıklar, konutlardan ve diğer kuruluşlardan çıkan atıklardan çok daha tehlikeli olan atıklardır. Tıbbi atıklar üretildikleri andan yokedilme işlemi sona erinceye kadar geçen süre içinde insanlarla ve çevre ile doğrudan ya da dolaylı etkileşim içindedir. Tıbbi atıkların çevreye etkileri, biyolojik, kimyasal, fiziksel nitelikte olabilmektedir. Tıbbi atıklar, gerek içeriklerindeki hastalık yapıcı veya bulaştırıcı maddelerle doğrudan; bazende fare, sinek vb. diğer canlılar için beslenme ve üreme kaynağı olması nedeniyle, insan ve çevre sağlığını dolaylı olarak olumsuz etkileyebilmektedir. Doğrudan veya aracı hayvanlarla bulaşabilen cüzzam, veba, kolera, dizanteri, tüberküloz, kuduz, sıtma gibi hastalıklar biyolojik olumsuzluklara örnek olurken, çöp depolama alanlarında oluşan sızıntı suları ve gazlar, kimyasal ve biyolojik olumsuzluklara neden olmakta; çevreye sorumsuzca bırakılan atıklar ise insanlara fiziksel zararlar verebilmektedir.

Kalkınmamış ve/veya kalkınmakta olan ülkelerde, temizlik konusundaki eksiklik yanında atık yönetimi uygulamalarındaki başarısızlık çevre ve insan sağlığı arasındaki olumsuz ilişkiyi açıkça ortaya koymaktadır. Tıbbi atıklar; evsek katı atıkların dışında havada, suda ve toprakta kalıcı olumsuz etki yaratan ve ekolojik dengeyi bozan atıklar olduğundan tehlikeli ve zararlı atık sınıfına girmekete ve bu tür atıkların üretim, taşıma, depolama ve bertarafına ilişkin özel önlemler alınması gerekmektedir. Özellikle 1962-1965 yılları arasında hastane kaynaklı infeksiyonların yaygın bir şekilde görülmesiyle tıbbi atık konusu dünya genelinde dikkatleri üzerine çekmiştir. Tıbbi atıkların risk oluşturduğu anlaşılınca ilk olarak aponya'da ve İngiltere'de konuyla ilgili bir takım önemli tepkiler başlamış ve WHO (World Health Organization - Dünya Sağlık Örgütü), CDC (Centers for Disease Control – Hastalık Kontrol Merkezi), EPA (Environmental Protection Agency – Çevre Koruma Kurumu), OSHA (Occupational Safety and Health Administration - Avrupa İş Sağlığı ve Güvenliği Ajansı), NNTS (National Nosocomial Infections Surveillance System – Ulusal Bulaşıcı Hastalık Takip Sistemi) gibi birçok uluslararası kuruluş, sorunun çözümü yönünde harekete geçmiştir.

Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde (K.K.T.C.) mevcut en önemli çevre sorunlarından birisi hiç kuşkusuz tıbbi atık sorunudur ve insan sağlığını ciddi biçimde tehdit etmektedir. Sorunun bu denli ciddi ve büyük olmasının bir çok sebebi bulunmakla birlikte, tıbbi atık sorununun kısaca; teknik donanım ve altyapı eksikliği yanında atık üreticileri olan sağlık kurumlarındaki atıkların ayrı toplanması, kurum içinde taşınması ve geçici depolanmasında yaşanan yanlış ve eksik uygulamalar yanında, atıkların kurumlardan özel donanımlı araçlarla alınarak nihai imha alanlarına taşınması ve buralarda en uygun yöntemle bertaraf edilmesi hususlarında da ciddi yanlışlık ve eksiklikler bulunmasından kaynaklandığını söyleyebiliriz. Konuyla ilgili ciddi altyapı ve donanım eksiklikleri yanında, uygulama sırasında yaşanan eğitilmiş personel eksikliği, bunun yanında ciddi bir sistemin, ciddi bir yönetim planının olmaması, problemin boyutlarını arttırıcı en önemli unsurlar olarak karşımıza çıkmaktadır. Diğer önemli bir husus ise konunun hukuksal boyutudur. Henüz K.K.T.C.'de tıbbi atık konusunu doğrudan ve ayrıntılı biçimde ele alan bir yasa ve bunlara bağlı tüzük ve yönetmeliklerin olmayışı, ilgili Bakanlık, Belediyeler ve diğer ilgili kurumlar arasında ciddi bir kavram ve yetki karmaşasının ortaya çıkmasına neden olmaktadır.



Bu denli önemli bir sağlık ve çevre sorununun en doğru yöntemlerle ve en hızlı biçimde çözümlenebilmesinin ülke açısından taşıdığı önem göz önünde bulundurularak tıbbi atık konusunda çok geniş bir literatür çalışması gerçekleştirilmiş, konuyla ilgili Türkiye yanında Avrupa ve diğer gelişmiş ülkelerdeki teknik uygulamalar araştırılmıştır. Aynı zamanda bu ülkelerdeki mevcut yasal mevzuat ile KKTC'deki mevzuat karşılaştırılarak ülkede yeni yasal düzenlemelerin gerekliliği üzerinde durulmuştur.

Yukarda belirtilen tüm hususların ayrıntılı olarak ortaya konabilmesi ve soruna kalıcı çözüm üretilmesi için, tıbbi atık konusu; 1) Tıbbi atıkların, çevre ve sağlık açısından önemi; 2) Sağlık birimlerinde tıbbi atıkların yönetimi; 3) Yasal durum: mevcut yasa, tüzük ve yönetmelikler 4) Tıbbi atık konusunda KKTC'deki Teknik Altyapı Ve Yönetmelik Uygulama olmak üzere 4 ana başlık altında ele alınarak irdelenmiştir. Ortaya çıkan bulgular; tıbbi atık konusunun tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de insan sağlığı ve çevre açısından son derece önemli olduğunu birkez daha ortaya çıkarmıştır.

Sonuç olarak, tıbbi atıkların insan ve çevreye verdiği zararı en aza indirmek ve zaman içinde ortadan kaldırmak için; tıbbi atık üreticileri, belediyeler ve ilgili bakanlığın görev ve yetkilerini belirleyen yasa, tüzük ve yönetmeliklerin AB normlarına uygun olarak süratle çıkarılıp; yasaların öngördüğü uygulamaların büyük bir titizlikle ilgili kurumlarca yerine getirilmesi sağlanmalıdır. Bu şekilde, bugün için çok ciddi bir sağlık ve çevre sorunu olan tıbbi atık konusu medeni ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de çözümlenmiş olacaktır.

2.TIBBİ ATIKLARIN, ÇEVRE VE SAĞLIK AÇISINDAN ÖNEMİ

2.1.Tıbbi Atık Tanımı

Dünya Sağlık Örgütü (WHO), sağlık kuruluşları, araştırma kuruluşları ve laboratuvarlar tarafından oluşturulan tüm atıkları “tıbbi atık” olarak tanımlamış, ayrıca evde yapılan tıbbi bakım (diyaliz, insülin enjeksiyonları) esnasında üretilen atıklar gibi küçük veya dağınık durumlarda bulunan kaynaklardan çıkan atıkları da “tıbbi atık” kavramı içerisinde nitelendirmiştir.

2.2.Tıbbi Atıkların Sınıflandırılması

Dünya Sağlık Örgütü tıbbi atıkları 9 ayrı başlık altında sınıflandırmıştır:

- Bulaşıcı atıklar: Patojen içerdiğinden kuşku duyulan atıklar. Örneğin; laboratuvar kültürleri; karantinallardan oluşan atıklar; bulaşıcı hastalık taşıyan kişilere temas etmiş olan peçeteler (temizlik bezleri), malzeme veya ekipmanlar; dışkı, ürin vb.
- Patolojik atıklar: İnsan dokusu veya sıvısı. Örneğin; vücut parçaları, kan ve diğer vücut sıvıları; ceninler.
- Kesiciler: Kesici atıklar. Örneğin; iğneler, aşı setleri, bistüriler, bıçaklar, jiletler, kırık camlar.
- Ecza atıkları: Ecza içeren atıklar. Örneğin; günü geçmiş ilaçlar, eczanelerde kirlenmiş eşyalar (şişeler)
- Genotoksik atıklar: Genotoksik özellikli malzemeler içeren atıklar. Örneğin: sitostatik ilaçlar içeren atıklar (sıkça kanser korumasında kullanılır), genotoksik kimyasallar.
- Kimyasal atıklar: Kimyasal malzeme içeren atıklar. Örneğin: laboratuvar ayıraçları, film banyoları, vakti geçmiş veya kullanılmayan dezenfektanlar, çözücüler.



- g) Yüksek miktarda ağır metaller içeren atıklar: Piller, kırık termometreler, tansiyon ölçme aletleri, vb.
- h) Basınçlı konteynerler: Gaz silindirleri, gaz kartuşları, aerosol kutuları
- i) Radyoaktif atıklar: Radyoaktif malzeme içeren atıklar. Örneğin: radyoterapi veya laboratuvar araştırmalarından arta kalan (kullanılmamış) sıvılar, kirlenmiş cam eşyalar, ambalaj veya emici kağıtlar, korunması (ambalajı) olmayan radyo aktif kaynaklar veya hastalardan alınan ve korumalı (ambalajlı) saklanan ürün/dışkı türü atıklar, benzeri diğer kaynaklar.

2. Tıbbi Atık Üretim Alanları

Genellikle tıbbi faaliyetler esnasında oluşan atık kaynakları atık miktarlarına bağlı olarak az (küçük) veya çok (büyük) atıklar olarak sınıflandırılmaktadırlar. Ancak bu sınıflamayı;

- a) Büyük miktarda atık üreten tesisler, b) Orta miktarda atık üreten sağlık kuruluşları,
- c) Küçük miktarda atık üreten sağlık kuruluşları şeklinde de yapmak mümkündür.

a) Büyük Miktarda Atık Üreten Tesisler:

- Üniversite hastaneeleri ve klinikleri
- Genel maksatlı hastaneler ve klinikleri
- Doğum hastaneleri ve klinikleri
- Askeri hastaneler ve klinikleri

b) Orta Miktarda Atık Üreten Sağlık Kuruluşları:

- Sağlık merkezleri, tıp merkezleri, dispanserler
- Ayakta tedavi merkezleri
- Morglar ve otopsi merkezleri
- Hayvanlar üzerinde araştırma ve test yapan kuruluşlar
- Bakımevleri ve huzurevleri
- Tıbbi ve biyomedikal laboratuvarlar
- Hayvan hastaneleri
- Kan bankaları ve transfüzyon merkezleri
- Acil yardım ve ilk yardım merkezleri
- Diyaliz merkezleri
- Rehabilitasyon merkezleri
- Biyoteknoloji laboratuvarları ve enstitüleri
- Tıbbi araştırma merkezleri

c) Küçük Miktarda Atık Üreten Sağlık Kuruluşları:

- Sağlık hizmeti verilen diğer üniteler (doktor muayenehaneleri, diş ve ağız sağlığı muayenehaneleri ve benzerleri)
- Veteriner muayenehaneleri
- Akupunktur merkezleri
- Fizik tedavi merkezleri
- Evde yapılan tedavi ve hemşire hizmetleri
- Güzellik, kulak delme ve dövme merkezleri
- Eczaneler



- Ambulans hizmetleri
- Hayvanat bahçeleri

2. Tıbbi Atık Üretim Miktarı

Tıbbi atık üretimi sadece ülkeden ülkeye değil, aynı zamanda sağlık kuruluşunun atık yönetim metodu, sağlık tesisinin türü, hastanenin uzmanlıkları, tıbbi bakımda kullanılan yeniden kullanılabilir malzeme oranı ve günlük tedavi edilen hasta sayısı gibi birçok faktöre bağlı olarak, bir ülkenin kendi içinde de farklılıklar göstermektedir. Bu farklılığı irdelemek amacıyla; a) Ulusal gelir düzeyine göre (Tablo 1); b) Kaynak büyüklüğüne göre (Tablo 2); c) Yatak sayısına göre (Tablo 3) tıbbi atık üretim miktarları aşağıda sunulmuştur.

Tablo 1: Ulusal Gelir Düzeyine Göre Tıbbi Atık Üretimi

Ulusal gelir düzeyi	Yıllık atık üretimi (kg/kışı)
Yüksek gelirli ülkeler	
-tüm tıbbi atıklar	1.1-12.0
-tehlikeli tıbbi atıklar	0.4-5.5
Orta gelirli ülkeler	
-tüm tıbbi atıklar	0.8-6.0
-tehlikeli tıbbi atıklar	0.3-0.4
Düşük gelirli ülkeler	
-tüm tıbbi atıklar	0.5-3.0

Tablo 2: Kaynak Büyüklüğüne Göre Tıbbi Atık Üretimi

Kaynak	Günlük atık üretimi ^b (kg/yatak)
Üniversite Hastanesi	4.10-8.7
Genel Hastane	2.10-4.2
Bölge Hastanesi	0.50-1.8
Birinci Basamak Sağlık Merkezi	0.05-0.2

^a Kaynak : Economopoulos(1993)

^b Yüksek gelirli ülkelerin verileri

Tablo 3: Yatak Sayısına Göre Tıbbi Atık Üretimi

Yatak Sayısı	Günlük atık üretimi ^a (kg/yatak)
<100	2.59
100-299	4.70
300-499	5.67
>500	5.83
Ortalama	4.18

^a Kaynak : W.A.Rutala,1989,Infectious Waste Management



2. .Tıbbi Atıkların Kompozisyonu

Dünya Sağlık Örgütü'nün gelişmiş ülkelerde yapmış olduğu bir diğer çalışma sonucuna göre, sağlık kuruluşlarında oluşan atıkların kompozisyonu ile ilgili olarak şu bulgulara ulaşılmıştır; %80'i evsel atık yönetim sistemi ile işlenebilen genel tıbbi atıklar; % 15 patolojik ve enfekte atıklar; %1 kesici atıklar; % 3 kimyasal ve farmakolojik atıklar; % 1'den daha azı radyoaktif veya sitotoksik atık, basınçlı kaplar veya kırık termometreler ve kullanılmış piller gibi özel atıklar.

Hastane atıklarının ağırlık bazında yüzde olarak kompozisyonuna bakılınca, ilk sırayı; plastik (% 46), kağıt (% 34), sıvı (%12), cam (% 7.5), metal (% 0.4), maromik (% 0.1) ve diğer (%0.1) atıkların izlediği görülmektedir.

2. .Tıbbi Atık-Hasta-İnfeksiyon İlişkisi

Tıbbi atık oluşumunu etkileyici en önemli neden nosokomial infeksiyonlardır. Nosokomial infeksiyonlar; bir hastanede bulunmayla sebep ilişkisi gösteren; yatan hasta, sağlık personeli veya ziyaretçilerde oluşan infeksiyonlardır. Hastane infeksiyonları genellikle hasta hastaneye yattıktan 48-72 saat sonra ile taburcu olduktan sonraki 10 gün içinde ortaya çıkar.

Değişik çalışmalardan elde edilen bulgular; yatan hastaların %3-4'ünde hastane infeksiyonu geliştiğini göstermiştir. Hastane infeksiyonlarının büyük önem taşımalarının altında yatan nedenler ise şöyle sıralanabilir:

- İnfeksiyonların mortalite ve morbiditesi çok yüksektir (Bazı temel uygulamalarla %20 – 30'u önlenabilir).
- Tıbbi atık oluşumunun artmasını sağlar.
- Ekonomik yüklerinin çok fazla olmasına neden olur.

Türkiyede yapılan çeşitli çalışmalarda; infeksiyonların hastanedeki yatış sürecini ortalama iki hafta uzattığı, hasta başına yaklaşık 2000 – 4500 Amerikan doları ek maliyete neden olduğu saptanmıştır.

Hastane infeksiyonları ile ilgili yapılan sörveyans çalışmalarında sıklıkla saptanan infeksiyonların; a)Üriner sistem infeksiyonları (İdrar yolları infeksiyonu), b)Cerrahi alan infeksiyonları, c)Pnömoniler (Akciğer infeksiyonları), d)Bakteriyemiler (Kana mikrobun geçmesi) olduğu sonucuna varılmıştır.

En sık rastlanan hasta infeksiyonları lokalizasyonunun üriner sistemle ilişkilendirildiği ve ortaya çıkan infeksiyonların yaklaşık %40'ından sorumlu olduğu bilinmektedir. Hastane kaynaklı üriner sistem infeksiyonlarının; Kateter ilişkili (%85), sistoskopi (% 5-10) gibi ürolojik girişimler sonrası görülüyor olması bu oranı doğrular niteliktedir.

Tıbbi atıkların risk altına aldığı gruplar, 8 ana başlık altında incelemek mümkündür: a)Çevre: İnsanların fiziksel, kimyasal ve biyolojik olarak alış veriş içinde bulunduğu ortam; b)Hekimler (Tıp doktorları, diş hekimleri, adli tıp kritik alan çalışmaları, veterinerler); c)Hemşireler; d)Hastabakıcılar; e)Diğer hastane personeli; f)Hastanede yatan veya evde tedavi olan hastalar; g)Hasta ziyaretine gelenler; h)Hastane atıkları ile teması olanlar (Örneğin; çamaşırhane, temizlik ve taşıma işçileri ile atıkları bertaraf eden işçiler, çöpçü ve firmalar, çöp karıştırıcılar ve buralara gelen hayvanlar).



.SAĞLIK BİRİMLERİNDE TIBBİ ATIKLARIN YÖNETİMİ

Günümüz dünyasında çevre sorunlarının çözümünde yönetim prensiplerinin belirlenmesi yoluna gidilmektedir. Bu süreçte yapılan bilimsel çalışmalarda sağlık kuruluşlarından kaynaklanan atıkların “özel atık” sınıfına sokulması ve bunların yönetiminde bu prensiplerin kullanılması gerektiği anlaşılmıştır. Bu yönetim prensipleri genel olarak atığın oluşumunun önlenmesi, tekrar kullanımı ve geri kazanım yoluyla bertaraf edilecek atık miktarının azaltılması ve kalan atıkların da güvenli bertarafının sağlanmasıdır.

Tıbbi atıklar en yaygın biçimde; düzenli depolanarak, yakılarak veya sterilizasyon işlemine tabi tutularak zararsız hale getirilirler. Bunların dışında kimyasal dezenfektasyon, ıslak ve kuru termal işlemler, mikro dalga ile ısıtılma teknolojisi ve inert hale getirme işlemi gibi yöntemlerden de yararlanılmaktadır.

3.1.Tıbbi Atıkların Azaltılması Geri Dönüşümü ve Tekrar Kullanımı

Sağlık kuruluşlarında üretilen atıkların en aza indirilmesi ve etkili biçimde yönetilebilmesinin yolu öncelikle atıkların doğru tanımlanması, uygun ve etkili şekilde ayrıştırılmasından geçer. Atıkların tiplerine uygun işlemden geçirilmesi, arıtma ve bertaraf maliyetlerini azaltacağı gibi, halk sağlığının korunmasını da artırır.

Hastane içerisinde atık azaltma işleminin başarılı bir şekilde gerçekleştirilebilmesi için hastane yönetimi ve çalışanların tümü hazırlanacak plana dahil edilmelidir (Başhekim, Hastane Müdür, Enfeksiyon kontrol sorumlusu, Hastane bölümlerinin başkanları, Atık yönetim sorumlusu, Eczane sorumlusu, Başhemşire, İdari mali işler sorumlusu).

Tıbbi kuruluşlar ve araştırma tesislerinde oluşan atıkların azaltılması belli politikaların titizlikle uygulanması ile mümkün olabilir. Örneğin; daha az atık oluşmasını sağlayacak metodların bulunması, kullanılan ürünlerin kaynakta yada dışarda geri dönüştürülebilir olması, ilçaların veya kimyasalların satın alınmasının ve kullanımının kontrollü olması, tıbbi atıkların mümkün olduğunca evsel atıklardan ayrı toplanması gibi. Sağlık kuruluşlarında kullanılan tıbbi ve diğer ekipmanların tekrar kullanımı ancak sterilizasyon kurallarına kesin olarak uyulması koşulu ile mümkündür.

Hastane atıkları daima tıbbi atıklar ve evsel nitelikteki atıklar olmak üzere ayrılmalıdır. Atık yönetiminin hedefi, özel işlem ve bertaraf gerektiren atıkların miktarının azaltılmasıdır. Bu atık sınıflarının emniyetli şekilde işlenmesi ve bertarafı normal olarak, genel atık sınıfından 10 kat daha fazla maliyetli olduğundan, tehlikeli olmayan atıklar evsel atık gibi düşünülmeli ve mavi ve siyah torbalarda toplanmalıdır. Kesici ve delici aletler dışında hiç bir tıbbi atık enjektör kutularında biriktirilmemelidir. Zira bu kutuların hacimleri küçük ve satın alma maliyetleri enfekte atıklar için öngörülen kırmızı torbalardan daha yüksektir. Konteynerlerin dörtte üçü dolduğunda boşaltılmalıdır. Torba ve enfekte atık kutularının yanabilir özellikte ve halojenik bileşikler içermeyen plastiklerden üretilmesi tavsiye edilmektedir. Örneğin evsel nitelikteki atıklar ile tehlikeli veya enfekte atığın yanlışlıkla karışması durumunda, bu atık tehlikeli atık olarak işlem görmelidir. Hasta odalarında kesinlikle atık kutusu bulundurulmamalıdır.



.2.Tıbbi Atıkların Kaynağında Ayrı Toplanması

Atıkların ayrıştırılması daima atık üreticilerinin sorumluluğunda olmalıdır ve atığın oluştuğu yere mümkün olduğu kadar en yakın yerde gerçekleşmelidir. Hastanelerde üretilen atıkların sınıflarına göre ayrılmasında en etkili yol atığın farklı renklerde plastik torba veya konteynerlerde biriktirilmesi ile elde edilmektedir. Atık kutularının üzerinde ait oldukları atık sınıfı ve hangi atıkların biriktirebileceği büyük harflerle yazılı olmalıdır.

Sağlık ve benzeri kuruluşlardan kaynaklanan tüm atıkları; a) Eysel nitelikli atıklar, b) Ambalaj atıkları, c) Tıbbi atıklar, d) Tehlikeli atıklar, e) Radyoaktif atıklar, olarak kendi içlerinde ayrıştırmak suretiyle sınıflandırarak ayrı toplamak gerekir.

a) Eysel Nitelikli Atıklar

Eysel nitelikli atıklar, tıbbi, tehlikeli ve ambalaj atıklarından ayrı olarak siyah renkli plastik torbalarda toplanırlar. Ayrı toplanan evsel nitelikli atıklar, ünite içinde sadece bu iş için ayrılmış taşıma araçları ile taşınarak geçici atık deposuna veya konteynerine götürülür ve ayrı olarak geçici depolanırlar. Eysel nitelikli atıklar toplanmaları sırasında tıbbi atıklar ile karıştırılmazlar. Karıştırılmaları durumunda tıbbi atık olarak kabul edilirler.

b) Ambalaj Atıkları

Kağıt, karton, plastik ve metal türünden ambalaj atıkları, kontamine olmamaları şartıyla diğer atıklardan ayrı olarak mavi renkli plastik torbalarda toplanırlar. Serum ve ilaç şişeleri gibi cam ambalaj atıkları ise yine kontamine olmamaları şartıyla cam ambalaj kumbaralarında, kumbara olmaması halinde ise diğer ambalaj atıkları ile birlikte mavi renkli plastik torbalarda toplanırlar. Kullanılmış serum şişeleri ayrı toplanmadan önce, uçlarındaki lastik, hortum, iğne gibi hasta ile temas eden kontamine olmuş materyallerden ayrılır.

c) Tıbbi Atıklar

Tıbbi atıklar, başta doktor, hemşire, ebe, veteriner, diş hekimi, laboratuvar teknik elemanı olmak üzere ilgili sağlık personeli tarafından oluşumları sırasında kaynağında diğer atıklar ile karıştırılmadan ayrı olarak biriktirilir. Toplama ekipmanı, atığın niteliğine uygun ve atığın oluştuğu kaynağa en yakın noktada bulunur. Tıbbi atıklar hiçbir suretle evsel atıklar, ambalaj atıkları ve tehlikeli atıklar ile karıştırılmaz.

Tıbbi atıkların toplanmasında; yırtılmaya, delinmeye, patlamaya ve taşımaya dayanıklı; orijinal orta yoğunluklu polietilen hammaddeden sızdırmaz, çift taban dikişli ve körüksüz olarak üretilen, çift kat kalınlığı 100 mikron olan, en az 10 kilogram kaldırma kapasiteli, her iki yüzünde görülebilecek büyüklükte “Uluslararası Biyotehlike” amblemi ile “DİKKAT TIBBİ ATIK” ibaresi taşıyan kırmızı renkli plastik torbalar kullanılır. (**Şekil**)

Torbalar en fazla oranında doldurulur, ağızları sıkıca bağlanır ve gerekli görüldüğü hallerde her bir torba yine aynı özelliklere sahip diğer bir torbaya konularak kesin sızdırmazlık sağlanır. Bu torbalar hiçbir şekilde geri kazanılmaz ve tekrar kullanılmaz. Tıbbi atık torbalarının içeriği hiçbir suretle sıkıştırılmaz, torbasından çıkarılmaz, boşaltılmaz ve başka bir kaba aktarılmaz.

Kesici ve delici özelliği olan atıklar diğer tıbbi atıklardan ayrı olarak delinmeye, yırtılmaya, kırılmaya ve patlamaya dayanıklı, su geçirmez ve sızdırmaz, açılması ve karıştırılması mümkün olmayan, üzerinde “Uluslararası Biyotehlike” amblemi ile “DİKKAT! KESİCİ ve DELİCİ TIBBİ ATIK” ibaresi taşıyan plastik veya aynı özelliklere sahip lamine kartondan yapılmış kutu veya konteynerler içinde toplanır. Bu biriktirme kapları, en fazla oranında doldurulur, ağızları kapatılır ve



kırmızı plastik torbalara konur. Kesici-delici atık kapları dolduktan sonra kesinlikle sıkıştırılmaz, açılmaz, boşaltılmaz ve geri kazanılmaz. Tıbbi atık torbaları ve kesici-delici atık kapları oranında doldukları zaman derhal yenileri ile değiştirilirler.

d) Tehlikeli Atıklar

Genotoksik atıklar, farmasötik atıklar, ağır metal içeren atıklar, kimyasal atıklar ve basınçlı kaplar diğer atıklardan ayrı olarak toplanırlar. Bu grupta yer alan kimyasal atıklar, toksik, korozif (pH 2 ve pH 12), yanıcı ve reaktif (su ile reaksiyon verebilen, şoklara hassas) özelliklerinin en az birine sahip olmaları durumunda tehlikeli atık olarak kabul edilirler. Bu özelliklerden hiçbirine sahip olmayan tehlikesiz kimyasal atıklardan katı olanlar evsel atıklar ile birlikte toplanırlar, sıvı olanlar ise kanalizasyon sistemi ile uzaklaştırılırlar. Ünitelerde oluşan röntgen banyo suları, Türkiye’de “Tehlikeli Atıkların Kontrolü Yönetmeliği” hükümleri doğrultusunda geri kazanılır veya bertaraf edilirler. Tehlikeli atıklar kesinlikle kanalizasyon sistemine boşaltılmaz, doğrudan havaya verilmez, düşük sıcaklıklarda yakılmaz, evsel atıklarla karıştırılmaz ve depolanarak bertaraf edilmezler.

e) Radyoaktif Atıklar

İyonlar halindeki radyasyonlar hiçbir duyu ile hissedilemezler. Bunlara maruz kalan bölgelerde oluşan yanıklardan başka genellikle çok yüksek dozda radyasyona maruz kalınmadıkça ani etkileri yoktur. Tıbbın ilgilendiği iyonlaşmış radyasyon, radyoaktif malzemelerden yayılan ışınları, ve partiküllerini, ışınlarını içerir. Bu tip radyasyonlardaki en önemli pratik fark ışınlarının ışınması tüplerinden ancak bu cihazların açık olmaları zamanlarda yayılabilir olması, oysa radyonüklidlerden yayılan diğer ışınımın hiçbir şekilde durmaması ve bunlardan ancak bir siperle korunulabilmesidir.

Tıbbi faaliyet amacı ile kullanılan ve atık oluşturan radyoaktif malzemeler radyoaktif atıklar radyonüklidlerle kirlenmiş katı, sıvı ve gaz malzemeler içerir. Bunlar birtakım işlemlerin sonucu olarak ortaya çıkmaktadırlar. Örneğin, vücut dokularının ve sıvılarının in-vitro analizi, in-vivo organ görüntüleme, tümör lokalizasyonu, çeşitli araştırma ve terapötik çalışmalara yönelik işlemler gibi faaliyetler sırasında oluşurlar.

Tıbbi Faaliyetlerde kullanılan radyonüklidler, açık veya kapalı olarak muhafaza edilirler. Açıkta muhafaza edilen kaynaklar genel olarak tıbbi faaliyet sırasında doğrudan uygulanan sıvılardır ve kullanımları esnasında bunları muhafaza eden (çevreleyen) bir kapsül yoktur. Kapalı olarak muhafaza edilen kaynaklar ise bir ekipman veya bir aparatın içinde muhafaza edilir veya kırılmaz / su geçirmez nesnelere korunurlar.

Türkiye’de bu atıkların bertarafı Türkiye Atom Enerjisi Kurumu mevzuatı doğrultusunda yapılır.

. Tıbbi Atıkların Kurum İçerisinde Taşınması

Servis hemşireleri ve diğer klinik personeli, kırmızı renkli atık torbalarının, dörtte üçü dolduktan sonra, iyi bir şekilde kapatıldığından emin olmalıdır. Hafif olan torbaların ağızları düğümlemeli, daha ağır olanların ağızları plastik şeritler ile kapatılmalıdır. Kesici delici atıkların biriktirildiği kutular da kırmızı renkli atık torbalarına yerleştirilmelidir. Bu atıkların üretildikleri noktalarda biriktirilmesine ise izin verilmelidir. Servislerde bu atıklar için ayrılmış olan yerde bulunan tekerlekli ağız kapaklı konteynerlerde biriktirilen atıklar her gün, bu atıkların taşınmasında görevli olan personel tarafından hastanenin zemin veya bodrum katında, yönetmeliğe uygun şekilde inşa edilen geçici atık depolarına taşıma işlemi tekerlekli, kapaklı, paslanmaz metal, plastik veya benzeri



malzemeden yapılmış, yükleme-boşaltma esnasında torbaların hasarlanmasına veya delinmesine yol açabilecek keskin kenarları olmayan, yüklenmesi, boşaltılması, temizlenmesi ve dezenfeksiyonu kolay ve sadece bu iş için ayrılmış araçlar ile toplanır ve taşınırlar. Tıbbi atıkların ünite içinde taşınmasında kullanılan araçlar turuncu renkli olacak, üzerlerinde “Uluslararası Biyotehlike” amblemi ile “Dikkat! Tıbbi Atık” ibaresi bulunacaktır.

Ünite içinde uygulanan toplama programı ve atık taşıma araçlarının izleyeceği güzergah, hastaların tedavi olduğu yerler ile diğer temiz alanlardan, ziyaret, hastane personeli ve hasta trafiğinin yoğun olduğu bölgelerden mümkün olduğunca uzak olacak şekilde belirlenmelidir. Kişisel korunma önlemleri mutlaka alınmalıdır. Atıklar günlük toplanmalı ve belirlenen geçici atık depolama yerine taşınmalıdır. Tüm atık üretim noktalarında yeterli sayıda torba ve konteyner bulundurulmalıdır

. . Tıbbi Atıkların Geçici Depolanması

Ünitelerden toplanan atıklar sınıflarına göre ayrı depolarda depolanırlar. 20 yatak kapasitesine sahip üniteler geçici atık deposu inşa etmekle, daha az yatağa sahip üniteler ise aynı işlevi görecektir. Konteyner bulundurmaya yükümlüdürler. Atıklar, bertaraf sahasına taşınmadan önce 48 saatten fazla olmamak üzere bu depolarda veya konteynerlerde bekletilebilir. Bekleme süresi, geçici atık deposu içindeki sıcaklığın 4 C nin altında olması koşuluyla bir haftaya kadar uzatılabilir.

Geçici atık deposunda aranılan özellikler şunlardır:

- a)Geçici atık deposu iki bölmeli kapalı bir mekan olarak inşa edilir. Birinci bölmede tıbbi atıklar, ikinci bölmede ise evsel nitelikli atıklar depolanır.
- b)Geçici atık deposunun hacmi en az iki günlük atığı alabilecek boyutlarda olmalıdır.
- c)Deponun tabanı ve duvarları sağlam, geçirimsiz, mikroorganizma ve kir tutmayan, temizlenmesi ve dezenfeksiyonu kolay bir malzeme ile kaplanmalıdır.
- d)Depolarda yeterli bir aydınlatma ve pasif havalandırma sistemi bulunmalı ve sıcak bölgelerde depo özel olarak soğutulmalıdır.
- e)Depo kapıları dışarıya doğru açılmalı veya sürgülü olmalıdır.
- f)Depo kapıları kullanımları dışında daima kapalı ve kilitli tutulmalı, depo ve kapıları içeriye herhangi bir hayvan/haşarat girmeyecek şekilde inşa edilmelidir.
- g)Geçici atık deposu, atık taşıma araçlarının kolaylıkla ulaşabileceği ve yanaşabileceği yerlerde ve şekilde inşa edilmelidir.
- h)Geçici atık deposu, hastane giriş ve çıkışı ve otopark gibi yoğun insan ve hasta trafiğinin olduğu yerler ile gıda depolama, hazırlama ve satış yerlerinin yakınına inşa edilmemelidir.

. .Tıbbi Atıkların Bertaraf Alanına Taşınması Sağlık kuruluşlarındaki geçici atık depolarında biriktirilen atıkların toplanması Türkiye’de ve birçok Avrupa ülkesinde yerel yönetimlerin sorumluluğuna verilmiştir. Atıklardan “kırmızı” torbalarda biriktirilmiş olanların nihai bertaraf alanına, özel araçlarla taşınması gerekmektedir. **Şekil** Araçta arana, özellikler ise şunlardır:

- a) Araçlar Turuncu renkte olmalıdır.
- b) Aracın yan tarafında “TEHLİKELİ-TIBBİ ATIK” yazısı (20 cm yüksekliğinde, siyah renkte) olmalıdır.
- c) Atık yükleme kısmı tamamen kapalı olmalıdır.



- d) Araçlar sıkıştırılmalı olmamalıdır.
e) Şöför kabini, diğer taşıma ünitesinden ayrı olmalıdır.

. Tıbbi Atıkların İşleme Ve Bertaraf Etme Yöntemleri

Tıbbi hizmetlerde ortaya çıkan tehlikeli pek çok atığın fırınlarda yakılarak bertaraf edilmesi dünyadaki pek çok ülkede alışılmış bir metot olup halen oldukça yaygın bir şekilde kullanılmaktadır. Ancak, son zamanlarda geliştirilmiş alternatif atık işleme metodları giderek daha popüler hale gelmiştir.

Tıbbi atıkların işleme ve bertaraf etme yöntemlerinin seçimi, pek çoğu yerel durumlara bağlı olan çeşitli faktörlere göre çok dikkatli olarak yapılmalıdır. Örneğin; dezenfektasyon verimliliği; sağlık ve çevresel hususlar; hacimsel ve kütsel azaltma; işçi sağlığı ve iş güvenliği hususları; sistemin işleme ve bertaraf etme kapasitesi için atık miktarları; işleme ve bertaraf etme için atık tipleri; altyapı sistemi gereksinimleri; yerel olarak mevcut işleme seçenekleri ve teknolojiler; nihai bertaraf için seçenekler; metodun çalışması için eğitim gereksinimleri; işletme ve bakım ile ilgili hususlar; kullanım için mevcut saha /alan durumu; atıkların işleneceği saha ve bertaraf tesisinin bulunduğu yerin konumu ve çevresi; yatırım ve işletme maliyetleri; toplumun kabulü; düzenleyici (yasal ve yönetmeliklerden kaynaklanan) hususları dikkatle gözönünde bulundurulmalıdır.

Bu bölümde anlatılan belirli işleme seçenekleri tıbbi atıkların bulaşıcı tehlikelerini etkin bir şekilde azaltıp diğer çöplerle karıştırılmasını engelleyebilir. Ancak bunların bazıları aynı zamanda, diğer sağlık ve çevresel zararlara da yol açabilir. Örneğin, belirli tipteki özellikle klor veya ağır metaller içeren tıbbi atıkların fırınlarda yakılmaları, yine belirli durumlarda (örneğin yeterince yüksek olmayan fırın sıcaklıklarında, emisyonları yeterince kontrol edilemeyen ortamlarda) atmosfere zehirli gazların çıkmasına neden olabilirler. Toprağa gömerek bertaraf etme, eğer depolama alanları mevcut mevzuat açısından yetersiz olarak tasarlanmışsa ve/veya işletilmekteyse, yer altı sularının kirlenmesine yol açabilir. tıbbi atıkların işleme veya bertaraf etme metodunun seçiminde, özellikle zehirli emisyonlar veya diğer tehlikeli sonuçlar oluşacaksa, ayrıntılı bir atık stratejisinin yapılması yanında kullanılacak yöntemlerin riskleri yerel gerçekler göz önüne alınarak dikkatlice değerlendirilmelidir.

Bu çalışmada tıbbi atıkları işleme ve bertaraf etme yöntemleri 6 ayrı başlık altında a) düzenli depolama; b) yakma; c) kimyasal dezenfektasyon; d) ıslak ve kuru termal işlemler; e) mikrodalga ile ışınlama teknolojisi; f) inert hale getirme işlemi olmak üzere 6 ayrı başlık altında irdelenmiştir.

a) Düzenli Depolama

Düzenli depolama, ister evsel, ister tıbbi atık olsun, katı atıkların çevre sağlığına uygun şekilde depolandığı bir tesisi ifade eder. Bir düzenli depoda dikkat edilmesi gereken hususlar şunlardır:

- 1-Taban, mineral olan kil ve geomembranla (plastik pestille, muşamba ile) geçirimsiz hale getirilmelidir.
- 2-Oluşacak muhtelif gazlar gaz derleme bacaları ile derlenip toplanmalıdır.
- 3-Katı atıklardan ve çevreden gelen sızıntı ve süzüntü suları toplanıp arıtılmalıdır.



- 4-Katı atıklar bir geçirimsiz taban üzerine serilmelidir.
- 5-Katı atıklar depolandıktan sonra üzerleri yağış sularının atıklara ulaşmasını engelleyecek sızdırmaz tabakalar ile örtülmelidir.
- 6-Depo son halini aldıktan sonra üzeri toprak tabakası ile örtülüp yeşillendirilmeli ve peyzaj çalışmaları yapılmalıdır.

Tıbbi atıkların düzenli depolanması üç şekilde gerçekleştirilebilir:

- 1-Tıbbi atık depolama alanı olarak hazırlanmış alanların özel bir bölümünde diğer tehlikeli atıklardan ayrı olarak, veya
- 2-Evsel atıkların bertaraf alanı olarak hazırlanmış tesislerin tıbbi atık depolanmasına, depo tabanı katmanları ile çevresi uygun hale getirilmiş özel bir bölümünde diğer evsel atıklardan ayrı olarak, veya
- 3-Sadece tıbbi atıklar için hazırlanmış bir düzenli depolama tesisinde depolanırlar.

Tıbbi atıkların depolanma alanının yer seçimine ait kriterler ise şöyledir:

1.Karstik bölgelerde; içme ve kullanma suyu ile sulama suyunun temin edildiği havzalarda; su taşkın tehlikesinin yüksek olduğu yerlerde; heyelan yani toprak kayması, çığ ve erozyon tehlikesi bulunan yerlerde düzenli depolama tesisi kurulması uygun değildir.

2.Depo yeri seçiminde alanın jeolojik, hidrojeolojik, jeoteknik özellikleri, yeraltı suyunun derinliği ve akış yönleri, mevcut ve planlanmış bulunan yerleşim bölgeleri, diğer yapılaşmalar, deprem kuşakları, tektonik koruma bölgeleri, hâkim rüzgârın etkilediği bölgeler, trafik durumu dikkate alınmalıdır.

3.Depolama tesisi en yakın yerleşim bölgesine 1000 metreden yakın olamamalıdır. Bu mesafe tesis ile yerleşim bölgesi arasında “ tepe, yığın ve ağaçlandırma” gibi engeller bulunuyorsa daha az olabilir.

Geçirimsiz zemin üzerinde tıbbi atıklar sıkıştırılmadan doldurulmalı, dolgu işlemleri sırasında günlük olarak atıkların üstü önce kireç, sonra da en az 30 cm. toprak ile örtülmelidir. Depo tesisi dolduktan sonra ise, deponun üstü yine mineral sızdırmazlık tabakası (kil) ve plastik geçirimsizlik tabakası kullanılarak depo gövdesine yüzeysel su girmeyecek şekilde sızdırmaz hale getirilmelidir. Depo üst yüzeyine nihai eğimi %5'ten küçük olmayacak şekilde eğim verilmeli ve kalınlığı en az 1 metre olan tarım toprağı serilerek yeşillendirilmelidir.

Tıbbi atık düzenli depo tesisi, bir fabrika veya bir arıtma tesisi gibi 24 saat denetim altında tutulan, kapısı dışında başka bir noktadan içeriye insan ve hayvanların giremeyeceği bir tesis niteliğinde olduğundan işletilmesinde de aynı özen sürdürülmelidir.

Tıbbi atık düzenli depolama tesisi için bir işletme planı hazırlanmalı ve bu planda aşağıdaki hususlar yer almalıdır:

- 1-İşletme planının uygulanmasından sorumlu personelin adı, soyadı, görevi, unvanı,
- 2-Tesisin kapasitesi
- 3-Atıklara uygulanacak işlemler ve bertaraf metotları,



- 4-Atık taşıyan araçların park edileceği, boşaltılacağı, temizleneceği ve dezenfekte edileceği sahalar ile ilgili bilgiler,
- 5-Acil durum planları, ilgili sorumlu personel,
- 6-Tesisin çalışma saatleri.

Tesiste çalışanların baret (miğfer) ile tabanı takviyeli ayakkabı giymelerinin ve depolama tesis çıkışında, kirlenen araç tekerleklerinin yolları kirletmemesi için tekerlekleri temizleyecek ve yıkayacak tedbirler alınmasının zorunlu olduğu belirtilmelidir.

Türkiye’de halen tıbbi atıkların yaklaşık %15’i düzenli depolanmak suretiyle bertaraf edilmekte, bunun dışında kalan toplam tıbbi atığın %72’si (59248 ton tıbbi atık) ise evsel atık depolama sahalarının ayrı bir yerinde açılan çukurlarda üzerleri sönmemiş kireç ile kaplanmak suretiyle gömülmektedir.

Tıbbi atıkların düzenli depolama sahalarında bertarafının açık çöplüklere göre en az dört avantajı vardır. Bunlar: Atıkların çevreden jeolojik olarak izole edilmeleri, sahanın atıkları kabulünden önce gerekli mühendislik çalışmalarının yapılmış olması, işletmelerin kontrol ve denetimleri için gerekli personelin hazır olması ve atıkların üzerlerinin her gün örtülmek üzere bir organizasyonun bulunmasıdır. Tıbbi atıklarının belirli tiplerinin düzenli depolama ile bertarafı (bulaşıcı atık ve az miktarlardaki ecza atıkları) kabul edilebilir. Düzenli depolar, toprağın, yüzey ve yer altı sularının kirlenmesini engeller ve hava kirlenmesini, kokuları ve halkın atıklarla doğrudan temasını sınırlar.

Tıbbi atıkların depolama sahalarında bertaraf işlemi ön işlemden geçmemiş atıklar için pek tavsiye edilmez. Ön işlem için kullanılan seçeneklerden biri de **enkapsülasyon** işlemidir. Bu işlemde, atıklar konteynerlere doldurulur, burada tıbbi atıkları bağlayan bir madde ilavesi yapılır ve konteynerler sıkıca kapatılır. Bu işlemde ya yüksek yoğunluklu polietilen kullanılarak yapılan kübik kutular veya metal fiçı gibi konteynerler kullanılır. Bu konteynerlerin dörtte üçü kesici türü atıklar, kimyasal malzemeler veya ecza artık/kalıntıları ile doldurulur. Konteynerler veya kutular daha sonra plastik köpük, bitümen, çimento harcı veya kil gibi malzemelerle doldurulur. Bu malzemeler kuruduktan sonra, konteynerler sıkıca kapatılır ve dolma sahalarına gönderilerek bertaraf edilir.

Bu işlem oldukça ucuz, güvenilir ve özellikle de kesici ve kimyasal veya ecza artık/kalıntılarını bertaraf etmek için düşük miktarda atık yönetimi yapan (minimal tıbbi atık programı uygulayan) tesisler için geçerlidir. Kesici olmayan bulaşıcı atıklar için ise sadece “enkapsülasyon” önerilmez. Bu atıklar için enkapsülasyon yanında bu tür atıkların yakılması da önerilir. İşlemin temel avantajı, insan veya hayvanların tehlikeli tıbbi atıklara ulaşma risklerini etkin bir şekilde azaltmaya yönelik olmasıdır.

Eğer belediye veya tıbbi otoritelerin, tıbbi atıkları depolamadan önce işleyebilmeleri için gerekli alt yapıları yok ise, bu durumlarda tıbbi atıkların depolama sahalarında gömülerek bertaraf edilmeleri kabul edilebilir bir yöntem olarak karşımıza çıkmaktadır. Tıbbi atıkların hastanelerde veya başka bir yerde toplanmasına müsaade etmek bunların bulaşıcı hastalıkları taşıması açısından depolama sahalarında, (bu sahalar yüksek gelirli ülkelerdeki standartlarda yapılmış olmasalar da) depolanarak bertaraf edilmelerinden çok daha yüksek bir risk taşır. Tehlikeli tıbbi atıkların depolanarak bertaraf edilmelerine karşı temel itirazlar, (özellikle işleme tabi tutulmamış tıbbi atıklar için) kültürel veya dini nedenlerden dolayı olabildiği gibi bunların havaya ve suya patojen yaymasından dolayı da olabilir. Bu itirazlar ayrıca çöplüklerde çalışan hurdacılar veya buralarda başıboş olarak dolaşan hayvanların patojenleri yayma tehlikesinden dolayı da yapılabilmektedir.



Türkiye’de halen tıbbi atıklar (çok büyük bir oranda) vahşi depolama sahalarına gömülerek bertaraf edilmektedir. Oysa, vahşi depolama sahalarında (açık çöplüklerde) tıbbi atıkların dağınık ve kontrolsüz olmaları nedeni ile buralarda akut kirlenme problemleri, yangınlar, hastalıkların yayılması ile ilgili riskler vardır. Buraları ayrıca leş yiyen hayvanlara ve çöplerle yaşantısını sürdüren insanlara da açıktır. Tıbbi atıklar açık çöplüklerde veya çevrelerinde bertaraf edilmemelidir. İnsan ve hayvanların bulaşıcı patojenlerle temas riski açık olarak ortadadır. Buralarda yaralardan, solunum veya sindirim yollarından, doğrudan veya gıda zinciri ile veya pek çok patojenik türlerle indirekt olarak temaslardan dolayı hastalıkların ortaya çıkma riski kaçınılmazdır.

b) Yakma

Yakma, tıbbi atıkların bertarafında en güvenli yöntem olmakla birlikte, yeterli teknik kapasiteye sahip ve ileri teknoloji ürünü yakma tesislerinin kurulması ve baca gazı emisyonlarının gerektiği gibi arıtılarak kontrol altında tutulabilmesi için bu tesislerin kurulması aşamasında belli standartlara uyulması gerekmektedir. Tıbbi atıkların yakılarak bertaraf edilmesi halinde, yakılacak tıbbi atıklar içinde; kırılmış termometreler, kullanılmış piller/bataryalar gibi yüksek düzeyde civa ve kadmiyum içeren atıkların, radyolojik atıkların, ağır metaller içeren ampullerin ve basınçlı kapların bulunmaması gerekmektedir. Yakılacak tıbbi atıklar içinde büyük miktarlarda genotoksik atık bulunması halinde ise, yanma sıcaklığının en az 1100 C olması zorunludur.

Özel durumlarda tıbbi atıkların, baca gazı emisyonlarının Dünyanın çeşitli ülkelerinde öngörülen standartların sağlanması şartıyla çimento fabrikalarında da yakılabilmesine izin verilmektedir. Ancak bu durum sürekli bir bertaraf işleminden ziyade, doğal afet, salgın hastalıklar gibi beklenmeyen ve acil durumlarda oluşan, insan ve çevre sağlığı açısından ivedilikle ve güvenli bir şekilde bertaraf edilmesi gereken tıbbi atıkları kapsamaktadır. Yakma, tıbbi atıkların bertarafında en güvenli yöntem olmakla birlikte, yatırım ve işletme maliyetlerinin yüksekliği ve ileri teknoloji gerektirmesi nedeniyle kurulması ve işletilmesi oldukça zor bir bertaraf yöntemidir.

Türkiye’de İzmit Büyükşehir Belediyesi İzmit Atık ve Artıkları Arıtma ve Yakma Değerlendirme A.Ş. (İZAYDAŞ) ile İstanbul Büyükşehir Belediyesi İstanbul Çevre Koruma ve Atık Maddeleri Değerlendirme Sanayi ve Ticaret Anonim Şirketi (İSTAÇ A.Ş.) Tıbbi Atık Yakma Tesisi dışında tıbbi atıkların yakılarak bertaraf edilebileceği bir tesis bulunmamaktadır. Çeşitli hastanelerin bünyesinde daha önceki yıllarda kurulan sınırlı sayıdaki eski teknoloji ve küçük kapasiteli yakma fırınları ise işletme problemlerinin de etkisiyle kullanım dışı bırakılmışlardır.

Fırında yakma, yüksek sıcaklıkta gerçekleşen bir kuru oksidasyon işlemi olup organik ve diğer yanabilen atıkları inorganik, yanamayan maddelere dönüştürür. Sonuçta atıkların hacim ve ağırlıkları büyük oranda azaltılmış olur. Bu işlem genelde yeniden işleyip kullanılabilir hale getirilemeyen, yeniden kullanılamayan veya depolama sahalarında bertaraf edilmeyen atıkların işlenmesinde kullanılır.

Organik bileşenlerin yakılması sonunda, su buharı, karbon dioksit, azot oksitleri vb gaz emisyonları, belirli bazı zehirli maddeler (örneğin: metaller, halojenik asitler), partiküler maddeler ve kül şeklinde katı artıklar/kalıntılar oluşur. Eğer yakma koşulları uygun olarak kontrol edilmiyorsa, zehirli bir gaz olan karbon monoksit de açığa çıkacaktır. Yakma işleminde açığa çıkan küller ve atıksu, zehirli bileşikler de içerebilmektedir. Bunların insan sağlığına ve çevreye ters etkisi oluşturmamaları için tekrar işleme tabi tutulmaları gerekebilir.

Günümüzde bu amaç için kullanılan pek çok büyük ve modern yakma fırını enerji geri kazanma sistemlerini de içermektedir. Soğuk iklimlerde, yakma fırınlarında oluşan buhar ve/veya sıcak su bu tesislerin buldukları bölgelerin ısıtma sistemlerini beslemek amacıyla



kullanılabilmektedir. Sıcak iklimlerde ise yakma fırınlarında oluşan buhar elektrik üretiminde kullanılmaktadır. Küçük hastane yakma fırınlarında oluşan ısı enerjisi ise yakılacak atıkların ön ısıtılmalarında kullanılmaktadır.

Yakma fırınları, oldukça gelişmiş, yüksek sıcaklıkta çalışan fabrikalardır. Tıbbi atıkların belirli tipleri, örneğin, ecza veya kimyasal atıklar, tamamen yok edilmeleri için daha yüksek sıcaklıklara gereksinim vardır. Fırınlardaki yakma işleminin yüksek sıcaklıklarda gerçekleşmesi ve egzoz gazlarının temizlenmesi ile atmosferik kirlenme ve açığa çıkan kokular azaltılabilmektedir.

Tıbbi atıkların fırınlarda yakmada günümüzde yaygın olarak kullanılan üç çeşit yakma teknolojisi vardır:

- 1) Bulaşıcı tıbbi atıkları yakmak için özel olarak tasarlanan çift-odalı pirolitik yakma fırınları;
- 2) Pirolitik yakma fırınlarının elverişli olmadığı durumlarda kullanılabilen statik ızgaralı tek-odalı fırınlar;
- 3) Yüksek sıcaklıkta çalışan ısıya karşı dayanıklı kimyasal madde ve gen zehirleyici maddelerin parçalanmasını sağlayabilen döner fırınlar.

Tıbbi atıklar için en güvenilir ve çoğunlukla kullanılmakta olan yöntem bu atıkların pirolitik fırınlarda yakılmasıdır. Atık kaynağının uzağında kurulan bölgesel tesisler, kapasiteleri 1-8 ton/gün olan büyük-çaplı yakma fırınlarına sahiptir ve bunlar otomatik doldurma ve kül temizleme sistemleri ile donatılmış olup sürekli çalışan işletmelerdir.

Döner fırınlı yakma tesisler, bir döner fırın ve bir yakma sonrası odasından oluşan tesislerdir. Bunlar özellikle kimyasal atıkların yakılarak bertarafında kullanılırlar ve bölgesel tıbbi atıkların bertarafı için uygundur.

Yakma süreci sonrasında oluşan küller (artıklar /kalıntılar), uçuşan küllerden daha az tehlikelidir. Bunlar geçmişte inşaat işlerinde yeniden değerlendirilmişlerdir. Ancak, yakın geçmişte bu küllerden zehirli maddelerin sızıntı yapabileceği gerçeği anlaşılmıştır. Bu sızıntılardan da yer altı sularının kirlenmesi üzerine pek çok ülke bu küllerin özel olarak yapılan depolama sahalarında bertarafını tercih etmektedir.

c) Sterilizasyon

Bakteri sporları dahil her türlü mikrobiyal yaşamın fiziksel, kimyasal, mekanik metotlar veya radyasyon yoluyla tamamen yok edilmesi veya bu mikroorganizmaların seviyesinin 99,9999% oranında azaltılmasını, bir başka ifade ile, tıbbi atıkların enfektelilik özelliklerinin yok edilerek evsel atık haline dönüştürülmesini ifade eder.

Buna göre enfeksiyöz atıklar ile kesici delici atıklar, sterilizasyon işlemine tabi tutularak zararsız hale getirilebilmekte ve risksiz hale gelen bu atıklar, evsel atık depolama alanlarında depolanarak bertaraf edilebilmektedir.

Sterilizasyon tesislerinin kurulması ve işletilmesi oldukça sıkı kurallara bağlanmış olup, sterilizasyon sistemlerinin, mekanik güvenlik (yüksek kabin içi basınç, sıcaklığa dayanıklılık ve benzeri) ve sterilizasyon performansı açısından uluslararası kabul edilmiş standartlara (ISO, CE ve benzeri) uygun olduğu belgelendirilmesi gerekmektedir. Ayrıca sterilizasyon tesislerinde bir geçici atık deposunun bulunması, sistemin atık parçalama mekanizmasına sahip olması, işlem sırasında ve sonrasında hava ve su ortamında hiçbir kontaminasyon ve toksisite olmaması, miktar, basınç, sıcaklık ve atığın işleme maruz kalma süresi olmak üzere bütün işlem elektronik olarak kayıtlı altına alınması ve



sterilizasyon işlemine tabi tutulan enfeksiyöz atıkların zararsız hale getirilip getirilmediğinin kimyasal ve biyolojik indikatörler kullanılarak test edilmesi gerekmektedir.

Türkiye şartlarına göre en uygun ara işlem yöntemi olarak sterilizasyona öncelik verilmesi, sterilizasyon yöntemi ile zararsız hale getirilen ve evsel atık karakteri kazandırılan tıbbi atıkların evsel katı atık düzenli depolama sahalarında depolanarak bertarafının sağlanması hususlarında belediyeler görevlendirilmiştir.

d) Kimyasal Dezenfektasyon

Tıbbi faaliyetlerde kullanılan ve tıbbi ekipmanların, yerlerin ve duvarlardaki mikroorganizmaların öldürülmesi amacıyla sık olarak kullanılmakta olan kimyasal dezenfektanlar son zamanlarda tıbbi atıkların bertarafında da kullanılmaktadır. Bu yöntemle tıbbi atıklara kimyasallar ilave edilerek içerdikleri patojenler etkisiz hale getirilir veya öldürülür. Bu işlem genellikle sterilizasyondan ziyade bir dezenfektasyon işlemidir. Kimyasal dezenfektasyon daha çok kan, sidik, dışkı veya hastane lağımı gibi sıvı atıkların işlenmesi için uygundur. Buna rağmen, katı-ve hatta az tehlikeli- mikrobiyolojik kültürler, kesiciler vb. tıbbi atıklar, kimyasal olarak dezenfekte edilebilirler. Ancak aşağıdaki hususlara uyulması gereği vardır:

- 1) Dezenfektasyondan önce atıkları parçalama ve/veya öğütme genellikle lüzumludur. Kullanılan parçalayıcıların çok sık mekanik arızalanması sebebiyle bu işlem zincirin hemen hemen en zayıf halkasıdır.
- 2) İyi eğitilmiş ve yeterli olarak korunmuş şahıslarca kullanılması gereken güçlü dezenfektanlara ihtiyaç vardır.
- 3) Dezenfektasyon verimi işletme şartlarına bağlıdır.
- 4) Tüm katı atığın sadece temas edilen yüzeyi dezenfekte edilmektedir.

Normal olarak insan vücudu parçaları ve hayvan leşleri kimyasallarla dezenfekte edilmez. Eğer alternatif bertaraf işlemleri henüz mevcut değilse bunlar küçük parçalara bölündükten sonra kimyasal dezenfektasyona tabi tutulabilir. Kimyasal dezenfektasyon işlemlerinin planlanmasında artık/kalıntıları bertaraf etme gereksinimi dikkatlice gözden geçirilmelidir. Uygun olmayan bir bertaraf ciddi boyutlu çevresel problemlerin oluşmasına sebep olabilir. Dezenfektasyonun etkinliği standart mikrobiyolojik testlerde indikatör olarak kullanılan organizmaların hayatta kalma oranları ile değerlendirilmektedir. Tıbbi atıkların dezenfeksiyonunda yaygın olarak kullanılan kimyasal maddeler ve bunların etkinlikleri aşağıda özetlenmiştir:

-Formaldehid (HCHO): Bütün mikroorganizmalara (bakteri, virüs, sporlu bakteri) karşı etkindir. 80 °C sıcaklıkta buhar ile birlikte kuru katı atıklara karşı uygulanır. Temas süresi: 45 dakikadır.

-Etilen oksit (CH₂OCH₂): Bütün mikroorganizmalara (bakteri, virüs, sporlu bakteri) karşı etkindir. Katı atıkların dezenfeksiyonunda uygulama sıcaklığı 37 – 55 °C ve nem % 60 – 80 mertebesinde olmalıdır. Temas süresi: 4–12 saattir.

-Glutaraldehit (CHO-(CH₂)₃-CHO): Bakterilere ve parazitlerin yumurtalarına karşı etkindir. % 25 – 50'lik solüsyon olarak ve %2'lik asetat tamponu ile birlikte uygulanır. Temas süresi: (tıbbi ekipmanlar için), 5 dakika (sporları yok etmek için)10 saattir. Atıkların dezenfeksiyonu için bakteriyolojik testler yapılarak karar verilir.



-Sodyumhipoklorit (NaOCl): Hemen bütün bakteriler, virüslere ve sporlara karşı etkindir. Kan ve benzeri yüksek organik madde içeren sıvılar için fazla etkin değildir. Yaygın olarak suyun dezenfeksiyonu için kullanılır. Atıklar için temas süresi bakteriyolojik testlere göre tayin edilir.

-Klordioksit (ClO₂): Hemen tüm bakterilere, virüslere ve sporlara karşı etkindir. Yaygın olarak içme suyu hazırlanmasında, sanitasyon işlemlerinde ve su arıtılmasında kullanılır. Zamanımızda, endüstrileşmiş ülkelerde tıbbi atıkların kimyasal dezenfektasyonu sınırlandırılmıştır. Buna rağmen bu yöntem, gelişmekte olan ülkelerde kolera hadiseleri sonucu hasta dışkıları gibi fizyolojik sıvıların ve çok bulaşıcı maddelerin bertarafında cazibesini hala korumaktadır.

Kimyasal dezenfektasyon genellikle hastanelerde gerçekleştirilir. Son zamanlarda, tıbbi atıkların bertarafında da ticari amaçlı ve tam otomatik sistemler geliştirilmiş olup bunlar endüstriyel bölgelerde kullanılmaktadır. Dezenfekte edilmiş atıklar risk taşımayan tıbbi atık olarak bertaraf edilebilirler. Ancak kimyasal dezenfektanlar sızıntı yoluyla ciddi çevresel problemler yaratabilirler.

e) Islak Ve Kuru Termal İşlemler

Islak termal veya buhar ile dezenfektasyon işlemi parçalanmış bulaşıcı atıkların yüksek sıcaklık, yüksek basınçlı buhara tabi tutulma işlemidir ve otoklav sterilizasyon işlemine benzerdir. Eğer sıcaklık ve temas süresi yeterli ise bu işlem pek çok çeşit mikroorganizmayı etkisiz hale getirir. Sporlu bakteriler için minimum 121 °C sıcaklık gerekir. Bu işlemle, mikroorganizmaların yaklaşık olarak % 99.99 kadarı etkisiz hale getirilir. Otoklavlama sterilizasyonund ise bu değer % 99.9999 seviyesine ulaşmaktadır.

Islak termal işlem atıkların işlenmeden önce parçalanmasını gerektirir. Dezenfektasyon verimliliğini artırmak için kesici ve delici türü atıkların öğütülmesi veya ezerek parçalanması önerilir. Bu işlem anatomik atıklar ve hayvan leşlerinin işlenmesinde uygun değildir ve kimyasal veya ecza atıkları için de verimli olmaz.

Dünyada tıbbi atıkları bertaraf etmek gayesi ile ıslak termal işlemler giderek artmaktadır. Islak termal işlemler genellikle düşük atık miktarları için önerilmez. Islak termal işlemin dezavantajları şunlardır:

- a) parçalayıcı ekipmanlar mekanik bozukluklar ve hasarlara maruz kalmaktadır;
- b) dezenfektasyon verimliliği işletme şartlarına çok duyarlıdır.

Ancak oldukça düşük yatırım ve işletme masrafları ve düşük çevresel etkileri ıslak termal işlemin belirgin avantajlarıdır ve bu bertaraf yöntemi fırında yakmanın pratik olmadığı durumlarda dikkati nazara alınabilir. Tıbbi atıklar dezenfekte edildikten sonra (dezenfekte edilen atıklar artık evsel atık niteliğine dönüşmüş olacağından) evsel çöplerle birlikte toplanıp bertaraf edilebilir. Ancak bu atıklar (uygun ortam şartlarında kolaylıkla) yeniden enfekte olabilirler. Bu durumda dezenfeksiyon işlemi tekrarlanmalıdır. Bu (ikinci dezenfeksiyon) işleminden sonra, bu atıklar, yukarıda belirtildiği gibi, diğer evsel atıklarla birlikte düzenli depolama sahalarında bertaraf edilebilirler.

Otoklavlama verimli bir ıslak ısı işlem ile dezenfektasyon yapma işlemidir. Tipik olarak, otoklavlar hastanelerde yeniden kullanılan tıbbi ekipmanların sterilizasyonu için kullanılmaktadır. Bunlar az miktardaki atıkların işlenmesine izin verirler ve bu yüzden de mikrobiyal kültürler veya kesiciler gibi çok bulaşıcı atıkların bertarafında sık olarak kullanılırlar.

Vidalı besleme (screw-feed) teknolojisi yakılmamış atığın küçük parçalara bölünerek daha sonra dönen bir ortamda (rotating auger) ısıtılması ile yapılan bir kuru termal dezenfektasyon



işlemdir. Bu işlem bulaşıcı atık ve kesicilerin bertarafı için uygundur. Ancak söz konusu teknoloji patalojik, sitozehirli veya radyoaktif atıkların bertarafında kullanılamamaktadır.

f) Mikrodalga İle Işınlama Teknolojisi

Pek çok mikroorganizma 2450 MHz frekanslı ve 12.24 cm dalga boylu mikrodalgalarla yok edilmektedir. Atıklar içindeki su mikrodalgalarla hızlı bir şekilde ısıtılmış olur ve bulaşıcı bileşenler ısı iletimi ile yok edilirler.

Mikrodalgalarla çalışan bertaraf ünitelerinde, atıkları küçük parçalara bölen bir yükleme sistemi mevcuttur. Atıklar daha sonra nemlendirilir ve mikrodalga jeneratörleri ile donanımlı ışınlama odasına gönderilirler. Atıklar burada 20 dakika kadar ışınlama tabi tutulurlar. Işınlamadan sonra, atıklar bir konteyner içinde toplanır ve diğer evsel atıklarla birlikte belediye atık sistemine gönderilir.

Mikrodalga ışınlama ekipmanları, besleme sistemleri, parçalayıcılar, buhar nemlendirme tankları, ışınlama odası ve mikrodalga jeneratörleri ile atık kompaktörlerinden oluşan ve 250 kg/saat (3000 ton/yıl) kapasiteli bir sistemin yatırım maliyeti yaklaşık 0.5 milyon ABD Dolar seviyesini bulmaktadır. Son zamanlarda tıbbi atıkların oluştuğu yerde bertarafı için daha kompakt sistemler de geliştirilmiştir. Bunlar oldukça düşük kapasiteli sistemler olup maliyetleri oldukça uygundur.

Mikrodalga teknolojisi pek çok ülkede oldukça yaygın olarak kullanılmaktadır ve gittikçe daha da popüler olmaktadır. Ancak, potansiyel işletme ve cihazların bakım sorunlarından oluşan yüksek maliyetler nedeni ile bu teknolojinin henüz gelişmekte olan ülkelerdeki kullanımı fazlaca önerilmemektedir. Daha farklı dalga boyları veya elektron ışınları kullanılan benzer teknolojiler de geliştirilmiş bulunmaktadır.

g) İnert Hale Getirme İşlemi

Atıkların inert hale getirilmesi işlemi, atıkların bertarafından önce bunların çimento veya diğer maddelerle karıştırılarak içindeki zehirli maddelerin, yüzey veya yer altı sularına karışma riskini en aza indirmek için uygulanan bir işlemdir. Ecza atıkları ve yüksek dozda (ağır) metal içeren yanma külleri bu işlem için genelde uygundur (bu durumda, işlem stabilizasyon olarak da adlandırılır).

Ecza atıklarının inert hale getirilmesi için, bunlar ambalajlarından çıkartılmalı, ve ecza atıkları öğütülmeli ve su, kireç ve çimentodan oluşan bir karışım ilave edilmelidir. Böylelikle elde edilen homojen katı kütle uygun bir depolama sahasına nakledilir. Alternatif olarak bu karışım sıvı olarak da elde edilebilir ve bu sıvı karışım depolama sahalarına taşınarak evsel atıkların üzerine dökülür.

Buraya kadar açıklananların ışığı altında değinilen tüm tıbbi atık işleme ve bertaraf işlemlerinin, avantaj ve dezavantajları Tablo 4'de özetlenmiştir.



Tablo Tıbbi Atıkları İşleme Ve Bertaraf Etme Seçeneklerinin Temel Avantaj Ve Dezavantajlarının Özeti

İşleme / bertaraf metodu	Avantajlar	Dezavantajlar
Döner fırın	Tüm bulaşıcı atıklar, pek çok kimyasal atık ve ecza atıkları için uygundur.	Yüksek yatırım ve işletme masrafları
Pirolitik yakma	Çok yüksek oranda dezenfektan verimlilik, Tüm bulaşıcı atıklara, pek çok kimyasal atıklara ve ecza atıklarına uygundur.	Sitozehirlilerin yetersiz imhası. Oldukça yüksek yatırım ve işletme masrafları.
Kimyasal dezenfektasyon	İyi işletildiği takdirde yüksek verimde dezenfektasyon, Bazı kimyasal dezenfektanlar ucuzdur Atığın ağırlığı ve hacminde çok büyük derecede azalma	Sistemin işletimini sağlayacak kalifiye teknisyen ihtiyacı, Ciddi önlemler gerektiren kimyasalların kullanımı, Farmakolojik, kimyasal ve bazı tür bulaşıcı atıklar için yetersiz.
Islak termal arıtma (<i>Gelişmiş, kendine yeterli, ticari yöntemlere uygulanamaz</i>)	Atığın ve hacminde çok büyük derecede azalma, Oldukça düşük yatırım ve işletme masrafları	Parçalayıcılar sıkça bozulmakta veya verimsiz çalışmakta, Kalifiye teknisyen ihtiyacı, Anatomik, farmakolojik ve kimyasal atıklar ve buhar geçirmeyen atıklar için yetersiz.
Mikrodalga ile ışınlama	İyi işletilme koşulları altında verimli dezenfektasyon. Atığın ve hacminde çok büyük derecede azalma	Karşılaştırıldığında yüksek yatırım ve işletim masrafı Potansiyel işletme ve bakım problemleri.
Enkapsülasyon	Basit, ucuz ve güvenli, Farmakolojik ürünlerde uygulanabilir.	Keskin olmayan bulaşıcı atık için tavsiye edilmez.
Düzenli depolama	Düşük maliyet, Sahaya ulaşım ve doğal sızıntı sınırlandırılmış ise güvenli.	Sadece sahaya ulaşım kontrol altında ise ve bazı özel önlemler alındıysa avantajlıdır.
İnert hale getirme	Düşük maliyet.	Bulaşıcı hastalıklar için etkisiz.



4. YASAL DURUM: MEVCUT YASA, TÜZÜK VE YÖNETMELİKLER

.1.AB Mevzuatı

Avrupa Birliği'nin 99/31/EC sayılı “ Atıkların Düzenli Depolanması Direktifi” nin 5. maddesi enfekte atıkların doğrudan düzenli depolama sahalarına gömülmesini yasaklamaktadır.

AB mevzuatında tıbbi atıklarla ilgili bir direktif bulunmamaktadır. Tıbbi atıklar, tehlikeli atıkların, özel bir bölümünü oluşturmaktadır.

Avrupa atık katoloğunda “(18) İnsan ve Hayvan sağlığına ve/veya bu konulardaki araştırmalara ilişkin atıklar” başlığı altında yer almaktadır. Bertarafında 2000/76 sayılı yakma direktifi ile 1999/31 sayılı düzenli depolama direktifi esas alınmaktadır.

.2.Türkiyedeki Yasal Mevzuat

Türkiye Cumhuriyeti'nde; tıbbi atıkların yönetiminde; 20.05.1993 tarih ve 21586 Sayılı Resmi Gazete'de yayınlanarak yürürlüğe giren “Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği” hukuki dayanak oluşturmaktadır. Tıbbi atık yönetimi ile ilgili olarak uygulamada karşılaşılan eksikliklerin ve sorunların giderilmesi, bu atıkların bertarafı konusundaki yeni teknolojilerin uygulanabilmesinin temin edilmesi ve AB mevzuatına uyum çalışmaları kapsamında “Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği” yeniden düzenlenmiş ve 22 Temmuz 2005 tarihinde 25883 sayılı Resmi Gazetede yayınlanarak yürürlüğe girmiştir.

Tıbbi atıkların üretiminden bertarafına kadar; a) Çevreye ve insan sağlığına zarar verecek şekilde doğrudan veya dolaylı bir biçimde alıcı ortama verilmesinin önlenmesine, b) Çevreye ve insan sağlığına zarar vermeden kaynağında ayrı olarak toplanması, ünite içinde taşınması, geçici depolanması, taşınması ve bertaraf edilmesine, yönelik prensip, politika ve programlar ile hukuki, idari ve teknik esasların belirlenerek uygulanmasına ilişkin usul ve esasları düzenlemek amacıyla hazırlanan bu yönetmelik 6 bölümden oluşur.

Birinci Bölüm: Amaç, kapsam, dayanak ve tanımlar;

İkinci Bölüm: Genel ilkeler, görev, yetki ve yükümlülükler;

Üçüncü Bölüm: Atıkların ünite içinde ayrılması, toplanması ve taşınması;

Dördüncü Bölüm: Atıkların geçici depolanması;

Beşinci Bölüm: Tıbbi atıkların bertaraf alanına taşınması;

Altıncı Bölüm: Tıbbi atıkların bertaraf edilmesi; konularını içerir.

Bu çalışmada Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği'nin tüm bölümlerini ayrı ayrı irdelemek yerine ikinci bölümde yer alan; genel ilkeler ile görev yetki ve yükümlülükler (a)Bakanlığın görev ve yetkileri; b)Mülki amirler görev ve yetkileri; c)Tıbbi atık üreticilerinin yükümlülükleri; d)Belediyelerin yükümlülükleri konuları üzerinde durulmuştur.

Tıbbi atıkların yönetimine ilişkin genel ilkeler şunlardır:

- Tıbbi atıkların çevre ve insan sağlığına zarar verecek şekilde doğrudan veya dolaylı olarak alıcı ortama verilmesi yasaktır.



- b) Tıbbi, tehlikeli ve evsel atıkların oluşumunun ve miktarının kaynağında en aza indirilmesi esastır.
- c) Tıbbi atıkların, tehlikeli ve evsel atıklar ile karıştırılmaması esastır.
- d) Tıbbi atıkların kaynağında diğer atıklardan ayrı olarak toplanması, biriktirilmesi, taşınması ve bertarafı esastır.
- e) Tıbbi atıkların yarattığı çevresel kirlenme ve bozulmadan doğan zararlardan dolayı tıbbi atık üreticileri, taşıyıcıları ve bertarafçıları kusur şartı olmaksızın sorumludurlar.
- f) Tıbbi atıkların yönetiminden sorumlu kişi, kurum/kuruluşlar, bu atıkların çevre ve insan sağlığına olabilecek zararlı etkilerinin azaltılması için gerekli tedbirleri almakla yükümlüdürler.
- g) Tıbbi atık üreticileri atıklarının bertarafı için gerekli harcamaları karşılamakla yükümlüdürler.
- h) Tıbbi atık üreten sağlık kuruluşları ile bu atıkların taşınması ve bertarafından sorumlu belediyelerin/özel sektör firmalarının tıbbi atık yönetimiyle ilgili personelinin periyodik olarak eğitimden ve sağlık kontrolünden geçirilmesi ve tıbbi atık yönetimi kapsamındaki faaliyetlerin bu personel tarafından yapılması esastır.

Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliğinde yer alan görev, yetki ve yükümlülükler konusu aşağıda irdelenmiştir.

a) Bakanlığın görev ve yetkileri:

Madde 6- Bakanlık;

- a) Tıbbi atıkların çevreyle uyumlu bir şekilde yönetimine ilişkin program ve politikaları saptamak, bu yönetmeliğin uygulanmasına yönelik işbirliği ve koordinasyonu sağlamak ve gerekli idari tedbirleri almakla,
- b) Tıbbi atıkların oluşumundan bertarafına kadar yönetimlerini kapsayan bütün faaliyetlerin kontrolünü ve periyodik denetimlerini yapmakla,
- c) Tıbbi atıkların çevreyle uyumlu yönetimine ilişkin en yeni sistem ve teknolojilerin uygulanmasında ulusal ve uluslar arası koordinasyonu sağlamakla,
- d) Tıbbi atık bertaraf tesisleri ile sterilizasyon tesislerine ön lisans ve lisans vermekle, yükümlüdür.

b) Mülki amirlerin görev ve yetkileri:

Madde 7- Mahallin en büyük mülki amiri;

- a) Tıbbi atıkların oluşumundan bertarafına kadar yönetimlerini kapsayan bütün faaliyetlerin kontrolünü ve periyodik denetimini yapmak, ilgili mevzuata aykırılık halinde gerekli yaptırımın uygulanmasını sağlamakla,
- b) İl sınırları içinde oluşan, toplanan ve bertaraf edilen tıbbi atıkların miktarı ile ilgili bilgileri sağlık kuruluşlarından ve belediyelerden temin etmek, değerlendirmek ve yıl sonunda rapor halinde Bakanlığa göndermekle,
- c) Tıbbi atık taşıma araçlarına taşıma lisansı vermekle ve faaliyetlerini denetlemekle, lisans verilen araç, belediye ve firmalarla ilgili bilgileri yıl sonunda Bakanlığa göndermekle,



- d) Tıbbi atıkların toplanması, taşınması ve bertarafında uygulanacak ücreti mahalli çevre kurulu aracılığıyla belirlemekle,
- e) Lisans verilen tıbbi atık bertaraf tesisleri ile sterilizasyon tesislerinin faaliyetlerini izlemek, denetlemek, ilgili mevzuata aykırılık halinde gerekli yaptırımın uygulanmasını sağlamakla, görevli ve yetkilidir.

c) Tıbbi atık üreticilerinin yükümlülükleri:

Madde 8- Tıbbi atık üreticileri;

- a) Atıkları kaynağında en aza indirecek sistemi kurmakla,
- b) Atıkların ayrı toplanması, taşınması ve geçici depolanması ile bir kaza anında alınacak tedbirleri içeren ünite içi atık yönetim planını hazırlamak ve uygulamakla,
- c) Tıbbi, tehlikeli ve evsel nitelikli atıklar ile ambalaj atıklarını birbirleri ile karışmadan kaynağında ayrı olarak toplamakla,
- d) Tıbbi atıklar ile kesici-delici atıkları toplarken teknik özellikleri bu Yönetmelikte belirtilen torbaları ve kapları kullanmakla,
- e) Ayrı toplanan tıbbi ve evsel nitelikli atıkları sadece bu iş için tahsis edilmiş araçlar ile ayrı ayrı taşımakla,
- f) Atıkları geçici depolamak amacıyla geçici atık deposu inşa etmek veya konteyner bulundurmamakla, yataksız ünite olması durumunda ise atıklarını en yakındaki geçici atık deposuna/konteynerine götürmek veya bu atıkları toplama aracına vermekle,
- g) Tıbbi atıkların yönetimiyle görevli personelini periyodik olarak eğitmekle/eğitimini sağlamakla,
- h) Tıbbi atıkların yönetimiyle görevli personelinin özel giysilerini sağlamakla,
- i) Tıbbi atıkların toplanması, taşınması ve bertarafı için gereken harcamaları atık bertarafçısına ödemekle,
- j) Oluşan tıbbi atık miktarı ile ilgili bilgileri düzenli olarak kayıt altına almak, yıl sonu itibari ile valiliğe göndermek, bu bilgileri en az üç yıl süre ile muhafaza etmek ve talep edilmesi halinde Bakanlığın incelemesine açık tutmakla, yükümlüdürler.

d) Belediyelerin yükümlülükleri

Madde 9- Belediyeler;

- a) Tıbbi atıkların geçici atık depolarından veya konteynerlerinden alınarak toplanması, taşınması, sterilizasyon işlemine tabi tutulması ve bertarafı ile ilgili detayları içeren Tıbbi Atık Yönetim Planı'nı hazırlamak, uygulamak ve halkın bilgilendirilmesini sağlamakla,
- b) Tıbbi atıkları geçici atık depolarından alarak bertaraf sahasına taşımak/taşıttırmakla,
- c) Tıbbi atık bertaraf/sterilizasyon tesislerini kurmak/kurdurmak, işletmek/işlettirmekle,
- d) Kuracakları tıbbi atık bertaraf tesisleri ile sterilizasyon tesisleri için ön lisans/lisans almakla,
- e) Tıbbi atık taşıma araçları için taşıma lisansı almakla,
- f) Geçici atık depolarına yapı ruhsatı vermekle,
- g) Tıbbi atıkların yönetimiyle görevli personelini periyodik olarak eğitmekle/eğitimini sağlamakla,



- h) Tıbbi atıkların yönetimiyle görevli personelin özel giysilerini sağlamakta,
- i) Sağlık kuruluşlarından toplanan, taşınan ve bertaraf edilen tıbbi atık miktarlarını kayıt altına almak, bu bilgileri yıl sonu itibari ile valiliğe göndermek ve talep edilmesi halinde Bakanlığın incelemesine açık tutmakla, yükümlüdürler.

Türkiye’de mevcut tıbbi atıkların kontrolü yönetmeliği’nin uygulanması sırasında tespit edilen sorunlar ise şöyle sıralanabilir:

- 1-Atıklar kaynağında ayrı toplanmakta, ancak, yönetmelikte belirtilen kalınlıkta torba kullanılmadığı için atık taşınması sırasında torbalar yırtılabilmektedir.
- 2-Yönetmelikteki teknik şartlara uygun geçici atık depoları çoğu sağlık kuruluşlarında bulunmamaktadır. Bu depolar ya inşa ya da proje aşamasında bulunmaktadır. Mevcut depolarda ise evsel ve tıbbi atıklar depolanmaktadır.
- 3-Özel tıbbi atık taşıma araçları, çoğu belediyede bulunmamakta, taşıma işlemi sıkıştırımlı çöp kamyonları aracılığıyla yapılmaktadır.
- 4-Tıbbi atıkların nihai bertaraf tesisleri, genellikle inşa edilmemiştir. Çok az yerde bu atıklar özel olarak yakılmakta veya evsel çöp döküm alanlarının ayrı bir yerinde gömülmektedir. Genelde ise, toplanan tıbbi atıklar evsel çöp gibi değerlendirilip belediye çöplüklerine dökülmektedir.

Çeşitli sağlık kuruluşlarında yapılan incelemeler sonucunda tespit edilen eksiklikler ise şunlardır:

- 1-Yönetmelik tam olarak bilinmemekte, yeterli hizmetiçi eğitim yapılmamakta ve genel olarak tıbbi sorumlusu bulunmamaktadır.
- 2-Ayrı toplama çalışmaları zaman zaman aksayabilmektedir. Ayrı toplanan atıklar evsel atıklar ile birlikte taşınabilmektedir.
- 3-Temizlik hizmetleri genellikle özel sektör tarafından bilinçsiz ve bu konuda eğitimi olmayan kişilere yaptırılmaktadır.
- 4-Tıbbi atık torba kalınlığı yönetmelikle belirtilen şartlara uygun değildir.
- 5-Çoğu hastanede geçici atık deposu bulunmamakta; geçici atık deposu bulunan hastanelerde ise yönetmelikle belirtilen teknik şartlara uyulmamaktadır.

. . KKTC’de Yasal Mevzuat

Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti’nde (KKTC); Tıbbi Atıklar ile ilgili Türkiye’dekine benzer bir yasa veya tüzük bulunmamaktadır. Bu konuda gerek A.B. gerekse Türkiye’deki mevcut yasalar gözden geçirilerek bir yasa oluşturulmaya çalışılmaktadır.

KKTC’deki Mevcut yasalar incelendiğinde çevreyle ilgili; Çevre Yasası (21/1997, 36/2001 ve 24/2004 sayılı yasalar) ve bu yasanın 23. Maddesinde “Katı Atıklar ile İlgili Kurallar” yer almaktadır. KKTC’deki mevcut çevre yasası on bir kısımdan oluşmaktadır. Altıncı kısım altında yer alan “katı atıklar ile çöplere ilişkin kurallar” dikkat çekicidir.

Burada katı atıklar ile kuralın yer aldığı 23. maddenin 1., 2., 3. ve 4. fıkralarında;

- 1) Her türlü alıcı ortama katı atık atmak yasaktır.



- 2) Çevrenin olumsuz şekilde etkilenmesini önlemek amacıyla Bakanlık katı atıkların kullanımının ve üretiminin her alanda en aza indirmesi, bunların geri kazanımları ve yok edilmesi için gerekli önlemleri alır.
- 3) Bu madde amaçları bakımından katı atık, doğada ayrışması uzun süren plastik, alüminyum, pet, cam ve benzeri maddeleri anlatır.
- 4) Katı atıkların en aza indirilmesi için alınması gereken önlemler, konulması gereken sınırlamalar ile bu tür atıkların toplanmasına, depolanmasına, taşınmasına, yeniden kazanılmasına, değerlendirilmesine, zararsız hal getirilmesine, yok edilmesine ilişkin usul ve esaslar ile katı atıkların ithaline ve transit geçişine ilişkin izin ve koşullar, katı atıkların türleri de dikkate alınarak, Bakanlıkça hazırlanıp Bakanlar Kurulunca onaylanacak bir tüzükle belirlenir şeklinde görüşlere yer verilmiştir.

Aynı şekilde, çöplere ilişkin kuralların yer aldığı 24. maddenin 1., 2., 3., 4., 5., ve 6.fikralarında ise;

- 1) Her türlü yerleşim bölgelerinde çöpler ilgili belediyeler, muhtarlıklar veya onların görevlendirdiği gerçek veya tüzel kişiler tarafından toplanır. Bunlar dışında kalan hiçbir kişi çöp toplayamaz, taşıyamaz veya çöpleri ortadan kaldıramaz. Ancak inşaat artığı, her çeşit hurda ve benzeri artıkları yaratan kişiler, belediye veya muhtarlık tarafından gösterilecek çöp alanlarına dökmek koşuluyla çöplerini ortadan kaldırabilirler.
- 2) Yukarıdaki 1. fıkra uyarınca toplanan çöpler, düzenli çöp depo alanlarına gömülme suretiyle ortadan kaldırılır. Çöplerin yakılması ve herhangi bir alıcı ortama atılması yasaktır.
- 3) Kişiler her türlü çöplerini üstü kapalı bidonlarda biriktirmekle yükümlüdürler. Her ne sebep için olursa olsun başka bir şekilde veya yerde çöpler biriktirilemez. Ancak geriye kazanımı mümkün olan çöpler ilgili belediyenin veya muhtarlığın öngöreceği kaplarda biriktirilebilir. Çöpün bidonlarda veya kaplarda biriktirilemeyecek şekilde olması durumunda, bu şekildeki çöpler hakkında ilgili belediye veya muhtarlıklara haber verilir. Bu madde amaçları bakımından çöp, çakıl, sıva, moloz gibi her çeşit inşaat artığı, hurda, demir, kırık şişe, cam, kül, boş kutu, boş metal kutu ve tüm diğer başka eşya ve kuyu ve kanalizasyon boşaltılması dışındaki çevre kirlenmesine veya pisliğine sebep olacak şeyleri veya çevre konforuna zarar verecek unsurlar ile evsel ve endüstriyel katı atıkları anlatır.
- 4) Septik kuyu, kanalizasyon ve diğer kuyu atıkları sadece Çevre Koruma Dairesi'nin, ilgili belediye ve muhtarlıkların görüşleri doğrultusunda belirleyeceği alanlara boşaltılabilir. Bunun dışında hiçbir yere boşaltılamaz.
- 5) Çöp depolama alanları, bu alanların özellikleri ve depolanmaya ilişkin teknik detaylar, bakanlıkça hazırlanıp Bakanlar Kurulunca onaylanacak tüzükle belirlenir, denilmektedir.



Çevre Yasasının 23. maddenin 4. fıkrasında belirtilen Katı Atık Kontrol Tüzüğü (Çevre yasası, 21/97 sayılı yasa; 23. madde altındaki tüzük) 10 kısımdan oluşmaktadır.

1. Kısım: Genel Hükümler
2. Kısım: Üretim Bertaraf Etme Özendirmeye İlişkin Esaslar
3. Kısım: Ambalaj Atıklarının En Aza İndirilmesi ve Geri Kazanımı
4. Kısım: Katı Atıkların Toplanması ve Taşınması
5. Kısım: Katı Atıkların Depolanması
6. Kısım: Katı Atıkların Komposlaştırılması
7. Kısım: Katı Atıkların Yakılması
8. Kısım: Katı Atık İşleme Tesislerine İnşaat ve İşleme Ruhsatı Verilmesi
9. Kısım: Arıtma Çamurlarının Tarımda Kullanılması
10. Kısım: Çeşitli Hükümler başlıklarından oluşur.

Daha sonra Katı Atık Kontrol Tüzüğü'nde 18. maddesinin 2. fıkrası kaldırılmış; yeni 2. fıkrada aşağıdaki değişiklik yapılmıştır..

“(2) Depo tabanına; sıkıştırılmış kalınlığı en az 60 cm olan kil veya aynı geçirimsizliği sağlayan doğal ya da yapay malzeme serilir. Bu malzemelerin geçirimsizlik katsayısı (Coefficient of Permeability) 1.10 m/sn'den büyük olamaz. Depo tabanının, en az 3 metre kalınlığında doğal kil ve benzeri 1.10 m/sn geçirimsizlik katsayısını sağlayan bir malzeme olması durumunda, depo tabanı tekrar geçirimsizlik malzemesi ile kaplanmaz. Bu durumda geçirimsizlik katsayısının sahanın (katı atık deposunun) her yerinde 1.10 m/sn olması sağlanır.

Yasanın bu maddesine istinaden hazırlanmış olan “Katı Atık Kontrol Tüzüğü” bulunmaktadır. Daha sonra tüzüğün 18. maddesinin (2)'nci fıkrasında değişiklik yapılmıştır. KKTC'de Tıbbi atık konusundaki durumu irdelemek amacıyla KKTC'deki tıbbi atık sorunu, çevreye verdiği zarar tüm yönleriyle ele alınmıştır. Ayrıca, KKTC, Türkiye Cumhuriyeti ve AB yasaları da göz önünde bulundurularak Tıbbi Atık Üreticilerinin, (sağlık kuruluşlarının) yükümlülükleri; Belediyelerin yükümlülükleri ile Çevre ve Doğal Kaynaklar Bakanlığının görev ve yetkileri gözden geçirilmiştir.

. TIBBİ ATIK KONUSUNDA KKTC'DEKİ TEKNİK ALTYAPI VE YÖNETSEL UYGULAMA

KKTC'de hiçbir ilçede tıbbi atıklar (hastane ve klinik atıkları) kaynağında evsel atıklardan ayrı olarak depolanmamaktadır. Bunun yanında, hiçbir Belediye ve Devlet Kurumu da tıbbi atıkların toplanmasında kullanılan özel donanımlı araç ve ekipmana sahip değildir.

Gerek Lefkoşa Türk Belediyesi'nin de diğer tüm Belediyelerde olduğu gibi, bünyesinde böyle bir özel donanımlı araç bulunmamasından dolayı, tıbbi atıklar hastahane ve kliniklerden ayrı olarak toplanmamaktadır.

Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi dışında Lefkoşa sınırları içerisindeki özel hastahane ve kliniklerde bulunan tıbbi atıklar, evsel atıklarla birlikte çöp kamyonu ile toplanıp Dikmen Çöplük Alanı'na götürülmektedir. Dikmen Çöplüğü'nde evsel atıklara uygulanan işlemlerden geçmek zorunda kalan bu atıklar, orada elle ayrıştırılma yapan işçiler için de tehlike arz etmektedir.



Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi'nde ise atıklar için ayrı bir bölüm bulunmakta fakat bu bölümde evsel atıklarla tıbbi atıklar birlikte karışık olarak depolanmaktadır. Bu bölümde LTB'ye ait 3 adet skip kovası bulunmakta ve hergün kapasitesini dolduran bu skip kovaları düzenli olarak skip aracı ile taşınarak Dikmen Çöplüğü'ne götürülmektedir. Dikmen Çöplüğü'nde eski depolama alanının olduğu bölümde kabul edilen bu atıkların üzeri toprakla örtülmektedir.

Bunun dışında Sağlık Bakanlığı yetkililerinin talimatları sonucu, Bakanlık tarafından Dikmen Çöplük Alanı'na getirilen, zamanı geçmiş ilaçlar ve diğer tehlikeli olduğu düşünülen malzeme ve atıklar, hazırlanan döküm sahasına boşaltılıp üzeri toprakla örtülerek bertaraf edilmektedir.

Lefkoşa dışında bulunan diğer hastanelerden çıkan tıbbi atıkların nasıl bertaraf edildiği ile ilgili çok az bilgimiz bulunmaktadır. Örneğin; Girne Akçiçek Hastanesi'nde daha önceleri tıbbi atıklar kerpiçten yapılmış fırında yakılarak imha edilmekteydi. Fakat, bu fırın daha sonra çevreye verdiği büyük zarar nedeniyle Çevre Koruma Dairesi tarafından faaliyetten çıkarılmıştır. Bilindiği kadarıyla bundan böyle toplanan bu atıklar Askeri Hastane'den gelen atıklarla birlikte ayrı bir yerde yakılarak bertaraf edilmektedir. Diğer bölgelerde ise tıbbi atıkların nasıl bertaraf edildiği hakkında herhangi bir bilgimiz bulunmamaktadır.

SONUÇ VE ÖNERİLER:

Bu çalışmada, KKTC'de tıbbi atık yönetimi konusunda çeşitli sorunların bulunduğu saptanmıştır. Vardır. Bu sorunlar, genel olarak iki grupta toplanabilir.

- 1) Tıbbi atıkların kaynağında ayrı toplanmasından, geçici depolanmasına, (sağlık kuruluşlarının sorumluluğu) tıbbi atıkların geçici atık depolarında alınarak taşınması, sterilizasyon işlemine tabi tutulması ve bertaraf edilmesi hususları (Belediyelerin Sorumluluğu) hususlarıyla ilgili sorunlar.
- 2) İlgili Bakanlığın (Çevre ve Doğal Kaynaklar Bakanlığı) tıbbi atıklara ilişkin politikaları belirleme, uygulamaların denetleme, bertaraf tesislerine izin vermeyi kapsayan görev yetki ve yükümlülükleri çerçevesindeki ciddi eksiklikler.

Bu nedenle, tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde çok ciddi bir sağlık ve çevre sorunu olarak ortaya çıkan tıbbi atık probleminin çözümlenebilmesi için, öncelikle

- 1) Tıbbi atıkların kontrolü ile ilgili, eksik yasa, yönetmelik ve tüzükler tamamlanmalıdır,
- 2) Mevcut yasa ve tüzüklerde gerekli değişiklikler de süratle tamamlanmalıdır.

Belirtilen yasal düzenlemelerin tamamlanması ve uygulanması sonucunda,

-Gerek sağlık kuruluşlarında görev yapan, sağlık personelinin gerekse toplumun farklı kesimlerinde görev yapan insanların belli risklere maruz kalmaları önlenilecektir.



-Tıbbi atıkların doğru sınıflandırılarak ayrıştırılmasıyla gereksiz bertaraf masraflarında tasarruf edileceği gibi, geri kazanılabilecek maddelerle belli bir ekonomik kazancın elde edilmesi de mümkün olabilecektir.

Yapılacak düzenlemelerle, sağlanacak en önemli kazanç ise, gelişmiş ülkelerde olduğu gibi ülkemizde yaşayan insanlarımıza da daha sağlıklı ve daha güzel bir çevrede yaşama hak ve olanağı sunulması olacaktır.

KAYNAKLAR:

- “Atıklar ve Çevre” Türkiye Çevre Atlası, s.418-437, T.C. Çevre ve Orman Bakanlığı, (1997).
- “Tıbbi Atık Nedir?”, Antalya Büyükşehir Belediyesi Çevre Koruma Daire Başkanlığı, Temizlik İşleri Şube Müdürlüğü, Makale, Aralık (2006)
- .”Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği”- Çevre ve Orman Bakanlığı, T.C. Resmi Gazete, Temmuz (2005)
- Ayvaz, Z. “Bozulan Doğal Denge Sonucunda Avrupa’daki Katı Atık Sorunlarına Çözüm Projeleri”, Ekoloji Magazin, Sayı4, Ekim-Aralık (2004).
- Borat, M., Yıldız, Ş., “Tıbbi Atıkların Düzenli Depolanması”, Sunum, (2005)
- Economopoulos, A.P., “Rapid Inventory Techniques in Environmental Pollution” Assessment of Sources of Air, Water, and Land Pollution. Part One. World Health Organization, Geneva, (1993).
- Güler, Ç. “Katı Atıklar”, Hacettepe Üniversitesi-Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D. Sunum, (2006)
- Karaca, Y. “Tıbbi Atıkların Yönetimi ve Eğitimcilerin Eğitimi Programı”, T.C. Çevre ve Orman Bakanlığı- Çevre Yönetimi Genel Müdürlüğü, Sunum, Kasım (2006)
- Özgen N. “Hastane Atıkları”, Klinik Dergisi, Cilt13, S.49 (2000)
- Özyurt M. “Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon Yöntemleri”, Klinik Dergisi, Cilt 13, S-41-48 (2000)
- Rutala WA, Odette RL, Samsa GP, “Management of infectious waste by US hospitals. AMA. 262:1635-1640 (1989).
- Şamet, H., “Tıbbi Atıkların Yakılarak Bertaraf Edilmesi”, Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği, Tıbbi Atıkların Yönetimi ve Eğitimcilerin Eğitim Programı, Sunum, Kasım (2006)
- Topkaya, B., “AB Çevre Mevzuatı ile Uyum-Aday Ülkeler Açısından Önemi”, Sunum, YDÜ, Haziran (2006)
- Yılmaz, A., “Çevre Sorunları Araştırma Merkezi”, Cumhuriyet Üniversitesi Bülteni, Temmuz (2000)
- Rahman, M.H., Ahmed S.N., Ulah M.S., “A Study on hospital waste management in Dhaka City”, 25th WEDC Conference, Addis Ababa-Ethiopia, (1999).
- Thi S.D., Digrigorio, M.R., Thanh B.N., “Hospital waste in Hanoi” 23rd WEDC Conference-Water and Sanitation for all: partnerships and innovations”, Durban South Africa, (1997).
- Davis G. Johnson G. Bonta D.M., “Hospital Pollution Prevention Strategies” Technical Report, California Dept. of Health Services.
- Adsavakulchai S., “Study on waste from hospital and clinics in Phitsanulok, Online Journal of Health & Allied Sciences, Volume1, Issue3, (2002).
- “Hospital waste profile – Hospital Waste Products Elimination” Hospital Medrets: A medical search engine and health portal.
- Getkin C. “Hazardous Materials Waste Management Plan” Hospital Support Services Department, UMDNJ, (2002).



- Konheim C.S., Hasselris F. "Characterization of hospital waste emissions", Energy Citations Database Jan. (1988).
- "Guides to pollution prevention selected hospital waste streams", EPA/625/-20/009 Technical Report by, Risk Reduction Engineering Laboratory, Center for Environmental Research Information, Cincinnati, Ohio, June (1990).
- Nasr S. "Disposing of a health problem", Al- Ahram Weekly On-line, Issue No:378, (1998).
- Kapek ., Bencko V., "Hygiene Basics for Maitaining the uality of the Indoor Environment in Hospitals: A General University Hospital Experience", Indoor and Built Environment, <http://ibe.sagepub.com>
- "Best Management Practices for Hospital Waste", Report, publication no: 05-07-013, Spokane Aquifer Joint Board Washington State Dept. of Ecology, (2005).
- "Tehlikeli Atıkların Kontrolü Yönetmeliği" Sayı 22387, T.C. Çevre Bakanlığı, (1995).
- Topkaya B., "Tıbbi Atık Bertaraf Yöntemleri" Akdeniz Üniversitesi Çevre Mühendisliği Bölümü, Sunum, Ekim (2004).
- Alkan U., Cindoruk S.S., Odaman Y., Kargı İ.D., "Bursa ili'nde Tıbbi Atıkların Kontrolü", Çev-Kor, Cilt9, Sayı33, (1999).
- Güler Ç., Çobanoğlu Z., "Tehlikeli Atıklar", Çevre Sağlığı Temel Kaynak Dizisi, No:30, (1994).
- Kıbrıs Türk Belediyeler Birliği "Belediye Yasası", (51/1995-33/2001), Şubat (2003).



RISKS AND REWARDS IN DEVELOPING AN INTERNATIONAL HEALTH ADMINISTRATION GRADUATE PROGRAM: ASSESSING FACULTY SURVEY RESULTS

¹Joseph S. COYNE, ²Eric McLAUGHLIN, ³Lorenzo CANTONI,

¹*Center for International Health Services Research & Policy*

Department of Health Policy & Administration

Washington State University

²*College of Business Administration*

California State Polytechnic University

Research Professor, WSU Center for International Health Services Research & Policy

³*Institute of Institutional and Educational Communication*

School of Communication Sciences

University of Lugano

Research Professor, WSU Center for International Health Services Research & Policy

jsc@wsu.edu; ejmclaughlin@csupomona.edu; Lorenzo.Cantoni@lu.unisi.ch

ABSTRACT

Background: To pursue the development of an international health administration graduate program requires all parties to conduct a thorough risk and reward analysis. To accomplish this, three critical questions must be answered. First, what are the host university investment requirements? Second, what is the degree of enhancement of educational outcomes for the host university? Third, what is the contribution to the international reputations of the host university?

Objectives: This paper explores the result of a survey about these three questions of international educators. The authors' experience with international educational programs in health administration is considered as well to answer these three critical questions.

Methods: A survey is conducted about these three questions of international educators attending the Third International Conference on Healthcare Systems meeting in Charleston, West Virginia.

Results: The results of the faculty survey indicated that there is much to be gained in the educational outcomes and international reputation for the host campus as well as the international campus, yet the investment is significant. Thus, a careful assessment of all risks and rewards must be conducted.

Conclusions In order to attract both high quality students and faculty, external funding is advised in advance of launching the program. Further, no single model can maximize the educational outcomes and international reputation while minimizing the degree of investment simultaneously. Finally, all parties should enter into international collaborative efforts with a full understanding of the potential risks and rewards, and not be under the false impression of rapid return on their investment.

INTRODUCTION

Students from American campuses today reflect the internationalization of the student population as well as the immigration/naturalization between and among various cultures around the globe. Faculty must have international experience to relate to their continually changing audiences and/or require assistance to adjust to the cultural transformations occurring with each entering class.



The launching of an international program requires thorough analysis, awareness of the risks involved, and attention to the constraints unique to a particular institution. A critical step is in determining the type of international program to be offered. A rational approach is needed to first identify the full spectrum of program types and then to determine the optimal program type for each host university.

Toward such an end, this paper presents six comparative models from which to evaluate appropriate designs for campus settings. The conceptualization of these six models is derived from the experience of the authors at their respective institutions that include: two public institutions in the Western United States: Washington State University, Spokane and California State Polytechnic University, Pomona and one international institution in Lugano, Switzerland. After articulating the elements of the six comparative models, a survey instrument was developed to obtain answers to the above three critical questions. A formal survey was then conducted of international educators attending the Third International Conference on Healthcare Systems in Charleston, West Virginia have been surveyed. Strategies are suggested for pursuing the development of international programs.

MODEL CONCEPTUALIZATION: SIX VARIATIONS

The six models discussed in this article have a similar condition of a “win-win” scenario for the two (or more) partner campuses. The six models differ by the nature of what each campus considers as its specific goal(s) in the partnership. If each institution sees parity in the relationship, the international program has a greater chance of success. If, however, only one partner achieves their stated objectives, then the program will be short-lived, if it ever is actually officially launched. Thus, the first criteria for program design selection is to determine the specific requirements of your institution and then find an international partnering campus that has requirements you are able to fulfill. The model designed presented are categorized by who is physically being transported (students or faculty) and how the delivery of instruction is undertaken. Combinations of more than one program model are possible with synergy obtained by the efficiencies of transportation and program administration. Each category is illustrated with examples from the three campuses of the authors.

Model A: Faculty Exchange

The program model is simply an agreement between two institutions, one from the United States and one from another country in the world, wherein the details of time, salary, housing, teaching load, and transportation expenses are specified. The advantage to an individual faculty member (from either institution) is that there are minimal risks associated with the unknown. If the program continues for multiple exchanges, returning faculty members can campaign and communicate the experience to colleagues and thus further risks of the unknown are eliminated (or significantly reduced). The benefits to both institutions are obvious: faculty obtain an international experience that they can bring back to their home institution. If particular degrees are sought, this complicates the matching time requirements considerably as parity will only be achieved when reasonable time matches are obtained.

An unusual example is currently occurring at Cal Poly Pomona in which a seven-hundred year old Italian university is seeking to transfer its language of instruction from Italian to English (ostensibly to attract a broader base of incoming students). The Italian institution is funding two faculty members to participate for one academic quarter at Cal Poly Pomona: one is teaching in the College of Business Administration in the capacity of lecturer (earning a US salary) and the other is



fully funded to simply audit classes in his discipline (both graduate and undergraduate) to assimilate both the English business vocabulary and also the “Western” pedagogy of the faculty in California. Campuses within the California State University system continue to be challenged to recruit qualified faculty with doctoral degrees. The CSU system provides funding at the rate of \$30,000 in a “Forgivable Loan Program” but this often does not fund programs available in the Southern California area. The name is derived from the contract wherein a faculty member who borrows the money from the CSU system is obligated to teach for five years in the CSU system upon obtaining the doctoral degree and then all of the principal (and interest) is “forgiven”.

The Italian university is providing Cal Poly Pomona with two scholarships for qualified faculty candidates to pursue, tuition free, their doctoral degree. The lost revenues of the Italian university are insignificant relative to the availability of faculty talent from the United States to assist in development of the institution and broaden its alumni world base. The funds from the CSU should be sufficient to cover all of the expenses of transportation, lodging, and books for these two prospective doctoral candidates. The Italian university achieves its goal of English literate business faculty and Cal Poly Pomona achieves its needs for doctoral qualified faculty for future tenure-track hiring.

Model B: Student Exchange - Reciprocal

This is, by far, the most common model of international program design. Courses are identified and contracted prior to a student leaving their home campus. Tuition is typically paid at the rate of the home campus and the two campuses must have equal (or approximately equal over multiple years) numbers of student exchanges to achieve parity. This typically breaks down when students from one campus want to go to the other campus but the reciprocal pool of students is not available. At Cal Poly Pomona, a student exchange program was designed with an agreement between the Southern California campus and a private college in Northern Mexico. The first year exchange went well with US students of primarily Hispanic origins interested in experiencing an academic quarter of intensive Spanish instruction. There were numerous Mexican students seeking the opportunity to study in the United States. After two quarters, the balance was tipped strongly in favor of the students in Mexico wanting to attend in California and few students from Pomona desiring to experience Mexico. Thus, after a brief three quarters, the program was terminated.

At WSU, student exchanges occur with universities from 35 countries. There are universities in 70 countries that WSU has collaborated with in a “Study Abroad” type of program. In the 2001/2002 academic year, 244 students studied abroad in 32 different countries. Internships may accompany the “Study Abroad” program in the student’s major area of study.

Model C: Program Delivery in US

This model provides for the bringing of a particular subset of qualified students to the United States to achieve program content that is unavailable in a foreign country.

In the case of the WSU-Peking University (WSU-PKU) Program, there is much to be gained by each party. At WSU, the University gains a highly significant source of students to augment their enrollment base; in addition, they win the affiliation with a prestigious Asian university, known by some as “the Harvard of Asia.” PKU gains the foothold in the US with an accredited Program that is growing and can train the Chinese student in the management of healthcare facilities.



Model D: Program Delivery in a Foreign Country

Many institutions throughout the world find it politically advantageous to pair up with an American university to offer a degree program (especially graduate degrees) to complement the degrees offered and/or fulfill unmet demand for current degree programs. At the National Economics University in Ho Chi Minh City, Vietnam, approximately 150 students are accommodated in their MBA degree program with almost 1,000 students applying each year. While many of the students cannot afford the differential tuition (the Vietnam Masters degree is federally funded and costs the student about \$200 US) for a United States degree, some can. Additionally, many individuals are working professionals and they simply cannot afford the time away from their careers to earn a graduate degree in the United States.

The situation encountered marketing MBA programs throughout the world is a frequent conundrum of those students recently out of school have the English skills to qualify for admission but they don't have the financial wherewithal to pay the increased tuition. The working professionals have the financial ability to pay but they often lack the English skills as they have been out of the academic environment for a number of years and their current position does not require the use of English. Obtaining a critical mass of academically qualified students who can afford to pay the tuition of an international degree program is the primary obstacle to overcome.

A recent modification to the program design provided a break-through for Cal Poly Pomona. To provide a forum for business English use and to provide faculty with an international teaching experience, a certificate program was offered in Vietnam with six classes, taught in English by business faculty with no translators, was reasonably priced as a package to business professionals. Upon the completion of the certificate program (six classes over six months), the Institutional "Test of English as a Foreign Language" (TOEFL) was administered to the students to determine if a sufficient critical mass was academically qualified to enter the first cohort of MBA students. Of thirty-eight students participating in the certificate program, over half achieved a TOEFL score above the minimum necessary to enter the MBA program. With the addition of other students who were academically qualified but did not participate in the certificate program, a sufficient critical mass of academically qualified, financially able students was obtained.

Model E: Program Delivery in a Foreign Country US Partnerships

If the available pool of faculty does not exist in one institution, partnering is one available option. In Moscow, California State University, Hayward has been delivering an MBA program for over a decade. The pool of available faculty is starting to dwindle due to factors such as retirement, increasing grant buy-outs, "been there, done that" attitudes, and conflicting demands upon faculty time. CSU Hayward and Cal Poly Pomona have teamed up to form an informal consortium wherein faculty from Pomona are augmenting the Hayward faculty pool to provide teaching opportunities in Russia.

WSU, CPP and UL are interested in the same objective of developing international programs. Collaboration to offer some type of international program is indeed a possibility between the two schools, since there is much to be gained through collaborative efforts to offer international education. Such collaboration can assume a variety of forms, including: faculty sharing, working together to offer programs, and intelligence sharing about the process of offering these programs. As the climate for offering these programs increases in difficulty, perhaps it is the last point on sharing intelligence that is the most vital.



Model F: Program Delivery via technology in a Foreign Country

WebCT, Blackboard, and other electronic delivery platforms provide faculty new tools for delivery of instruction that theoretically could be utilized worldwide by some of the most prestigious universities (Editor 2000) (Chan 2000). Indeed, numerous articles have addressed the area of the use of technology as a tool in education programs (Bear and Bear 2000; Carnevale 2000b) (Evans 2000) (Karaim 1999), and not without some debate and controversy (Merisotis 1999) (Steinberg and Wyatt 2000). The reality is that the access to efficient World Wide Web material is often based on both bandwidth and transfer rates. While campuses throughout the world (especially third-world and developing countries) can and do invest in backbone architectures to accommodate their campus needs, the pipeline to link an individual student workstation to the web presents a real problem. If an international student requires hours to download simple PowerPoint presentations from the web site of a faculty member located in the United States, the use of WebCT is problematic. Efficient access to the web is the problem. With time and increased technology, distance learning may be a more viable international delivery mode. Case studies (Ricketts et al. 2000) and critical analyses (Coyne 2002) as conducted earlier are an important part in advancing the learning about this subject.

Currently, “web assisted” course work is used for graduate business classes at Cal Poly Pomona wherein the length of time required to download material is not relevant for student participation in the classroom. Likewise, at WSU, there has been a long history of web-based courses (Coyne and Schmidt 2001). As an accredited program by the Commission on Accreditation of Healthcare Management Education (CAHME), the WSU Program is one of only four such accredited programs in 14 Western states and the only accredited program admitted to the Western Interstate Commission for Higher Education (WICHE) Western Regional Graduate Program (WRGP). Many of these states in WICHE may appear to be candidates for distance learning with all the debate about quality of education and intellectual property (American Association of University Professors (AAUP) 1998) (American Association of University Professors (AAUP) 1999) (Carnevale 2000a) (Carr 2000). Through a reciprocity agreement, students from any of the WICHE states may attend member WICHE universities at the in-state tuition rate.

Certainly this is a big challenge for partnerships between the US universities and countries without developed information systems. Perhaps the safest course of action would be to build the international program around traditional educational approaches rather than any dependence on web-based learning.

SURVEY DESIGN

The survey was administered through the WSU Center for International Health Services Research and Policy and sent by email to approximately 124 academic professionals attending the Third International Conference on Healthcare Systems meeting at Marshall University in Charleston, West Virginia during October 2004. To document the characteristics of the international conference attendees, they were from 20 states in the US, 9 countries, and 50 institutions.

The survey was sent by the WSU Center to all attendees by email following the conference with a formal letter of instructions and detailed definitions [see Appendix A]. There were 82 respondents to the survey of the approximate 124 attendees for a 66% response rate.



The respondents were asked to provide their opinions about each of the six types of international programs using a 5 point Likert scale to answer each of the following three questions:

- What are the investment requirements of the international program?
- What is the marketing potential of the international program?
- What is the contribution to the international reputations of the host university?

SURVEY RESULTS

The survey results are shown in Exhibits I – III as the percentile distribution of responses by category of response with 1 equal to low extent or significance and 5 equal to high extent or significance see Appendix B for the raw scores . The “Total” column is equal to 100 in all cases or 100% of the responses, which may not always represent 82, given the variability in actual responses. “Mean” scores are a weighted average of all responses to the questions for each of the six model types; for example, Exhibit I indicates that the weighted average of all responses about the extent of host university investment for Model A –Faculty Exchanges - is equal to 3.52 [out of 5.0 for the highest rating possible]. As a reference point, if the weighted average or mean equals 2.5 then that would be at the mid-point or 50% level for the range of 1 to 5 points. Hence, the mean of 3.52 indicates that respondents view the extent of investment for Faculty Exchanges to be high. This result can then be compared to the other mean values by model type for each of the three questions to identify the range of opinions about the model type. Such a methodology is used in the following report of the results.

Parameter 1: Extent of Host University Operating and Capital Investment

A comparison of the degree of investment requirements, as constructed in this study, scores the first three domestically delivered programs (A, B and C model types) with lower scores than the latter three foreign delivered programs (D, E, and F model types) indicating an expectation that programs delivered overseas have a greater investment requirement than domestic programs. When examining just the survey results for the domestic programs (model types A-C), the respondents indicated their opinion that bringing students to the US (model type C) requires a bigger investment (with a mean score of 3.91) than the two exchange programs, as reflected in the lower scores of 3.52 for model type A (faculty exchanges) and 3.33 for model type B (student exchanges). This could be further explained by investment requirements associated with model type C for lodging, hosting events, and other duties of a hosting campus to accommodate a group of international students for an extended period of time.

The three program designs (D-F) delivered in a foreign institution have much greater investment requirements than domestic programs, as perceived by the survey respondents, indicating greater costs and potentially greater degrees of difficulty in managing a program for a cohort of students overseas. All three of these programs delivered in a foreign institution received a mean score that is higher than any of the domestic programs.

Parameter 2. Degree of Enhancement of Host University Educational Outcomes

A comparison of the educational outcomes survey results demonstrate a relatively high perception of value and opportunities in all six of the models with Program B, “Student Exchange – Reciprocal” receiving the highest number of responses in the column of greatest value, “High” with



60% (see column 5 of Exhibit 2). Clearly, the respondents identified the value of the educational outcomes for the host university to be much higher for the two exchange programs (model types A and B) than alternatives (model types C – F).

When we compare the Exhibits 1 and 2 for extent of investment and educational outcomes, respectively, it is important to note that the investment requirements for programs delivered in a foreign country (for model types D-F) are higher relatively to the alternative model types, while the two exchange programs (model types A and B) excelled in terms of perceived educational outcomes (with scores of 4.04 and 4.40), and not the programs delivered in a foreign country.

Parameter 3. Significance of Contribution to Host University International Reputation

The perceived marketing potential from the perspective of the host domestic university indicates minimal value-added by the hosting of international students, with a mean score of 1.78 (for model type C), the lowest mean score of all responses. Conversely, the delivery in person (for model types D and E) is perceived to have significant benefits in terms of the international reputation of the host university.

Indeed, the results show that the most powerful marketing potential is derived from the physical delivery of a graduate program at a foreign university (for model type E) with 60% of the respondents indicating the highest value of a rating of 5 (see column 5 for model type E of Exhibit 3). Overall, the domestic programs of model type A-C were perceived as generating very little for the international reputation of the host university as compared to the programs offered overseas in model types D-F.

DISCUSSION

Program A, Faculty Exchange, is the easiest to initiate, and can be accomplished with minimal legal entanglements. The time duration can be specified to be as short as one academic term, such as a quarter or semester, and as long as multiple academic years. Housing, travel and other living arrangements such as transportation can be facilitated by the two faculty personally versus a third-party intermediary. Indeed, the benefits to the individual faculty members are great in terms of educational outcomes, as reflected in the survey results for Parameter 2 on Education Outcome, with a mean score of 4.04; however, the overall impact on the college or institution is perhaps relatively small as reflected in the survey results here for Parameter 3- on the Significance of the Contribution to the Host University., with only a mean score of 2.51.

Program B, Student Exchange, looks good on paper but is a much bigger challenge as administrators of these programs soon learn. The primary challenge is to balance the number of students who want to go to each institution at the same academic period. A typical scenario is that students would pay their tuition fees of the “home” campus while visiting the “host” campus. If this relationship becomes one-sided, then the “hosting” institution soon loses interest in its continued subsidization of international students. For example, an exchange program was enacted in the undergraduate business program at Cal Poly Pomona in the 1980’s with a private campus in Mexico. There was a long list of interested students from Mexico who wanted to experience a public institution in the Los Angeles area but the reciprocal relationship was about 10:1 for California students wanting to attend classes in Mexico.



We see similarities to the faculty exchange here. The survey results here show that the outcomes are rated highly with a mean score of 4.4 but the contribution to the international reputation is viewed as minimal, as reflected in the mean score of 2.28.

Program C, Program Delivery in the United States, is the importing of international students onto campus either as a cohort or the intermingling of international and domestic students. Enrollment potential is perceived by academic administrators to have much upside potential but payoffs to the home institution continues to be low as many graduate programs currently offer the opportunity for international students to study domestically. This is reflected in the survey results that show the lowest mean score of all – 1.78 for the significance of contribution to the host university international reputation.

Program D, Program Delivery in a Foreign Country, has a greater degree of investment requirements. Investment requirements by the host university are extremely high for Program D compared with the other two international delivery programs, E and F, as reflected in the survey results shown for Parameter 1 where Program D has a mean score of 4.28 compared with 4.10 and 3.99 for Programs E and F, respectively.

International program design can take many forms and certainly those presented in this article are not mutually exclusive. The potential for the administrative team of two universities to find value-added features with an international program for the faculty of their institution is great. There are specific issues that are of relevance to the development of an international program that warrant discussion: accreditation, visa issuances, and the international environment relative to the United States international policies. All of these issues became quite relevant in the negotiations between WSU and Peking University, particularly on the satisfaction of course requirements as dictated by the accreditation commission.

Program E, Program Delivery in a Foreign Country US Partnerships, has a greater degree of investment required than the domestically delivered program (C), as reflected in the survey results. The perceived high investment requirements are similar for all three international delivery models, D, E and F, with minimum of 44% of respondents ranking these programs as high cost (with a score of 5). Further, survey respondents characterized educational outcomes in Parameter 2 as lower, but they gave a mean score of 4.50 for Parameter 3 – on the contribution to the host university international reputation, which was the highest mean score of all.

Program F, Program Delivery via Technology in a Foreign Country, does not involve transporting students or faculty, it transports material electronically. While there are no lodging and travel expenses involved with this model, the survey respondents identified this model as having a high degree of investment requirements, with 50% of the respondents scoring “High” of 5. Educational outcomes were spread across a range of 3 to 5 suggesting the varied belief among educators that the pedagogy of distance learning is successful for only a certain population of learners, those with extremely good self-motivation learning skills already established. The respondents gave a mean score of 3.33 for Parameter 3 – on the contribution to the host university international reputation, which was the lowest of the 3 foreign delivery programs (model types D-F).



CONCLUSIONS AND IMPLICATIONS FOR CURRICULUM DESIGN

The international graduate program delivery models examined in this paper are analyzed using the survey tool about three critical dimensions of investment requirements, educational outcomes, and marketing potential. In the evaluation of an optimal strategy for the development of such programs, the product itself must be clearly defined and evaluated considering the international implications. Curricular comparisons, faculty compatibilities, and accreditation maintenance are all critical components for evaluating partners for international joint education ventures.

Programs that have achieved accreditation through the Commission on Accreditation of Healthcare Management Education (CAHME) are required to maintain both academic standards and the qualifications of the faculty teaching in their programs. Delivering a program internationally does not excuse the institution from the domestic requirements of accrediting agencies such as CAHME. Thus the curriculum taken by students involved in exchange programs must be evaluated prior to the departure of the students so that they will receive no “surprises” when articulation of the classes they have taken internationally is done for their program evaluation. If two academic institutions are both accredited by the identical agencies, such as CAHME through its accreditation of programs outside of North America, then the articulation issues are minimized. If the two institutions being considered for a joint venture are different in their accreditation achievements, then the institution with the highest level of accreditation would determine the minimal standards required by the “lesser” institution in terms of faculty qualifications and curriculum coverage.

The selection of faculty requires not only academic professional qualifications based on publications but it also requires another dimension: faculty success with international audiences. While an individual may be successful as a faculty member in an undergraduate classroom, it is an entirely different milieu to put that identical faculty member in a classroom 10,000 miles from home with a homogenous group of students all “different” from that of their home campus. This culture shock added to the travel time lag can severely impact the ability of a faculty member to successfully perform in the international classroom. For example through the Faculty Exchange Program (model type A) at Cal Poly Pomona, one faculty member was sent to Ho Chi Minh City, Vietnam and upon transiting the airport and arriving at the city, the faculty member experienced tremendous shock. He was physically/mentally unable to continue to serve in the role of faculty member and he was returned to the US immediately. The delivery of international programs is filled with such uncertainties and risks in delivering the product.

There are numerous marketing considerations in offering and managing an international program. Most definitely there are risks, but if there is a well-thought out plan with incentives for both parties to perform, then the program should succeed. Perhaps of greatest importance is funding, and if possible, external funding is advised. This will attract both high quality students and faculty to participate and/or enroll, thus strengthening the program.

The results of this survey suggest that there is much to be gained in the educational outcomes and international reputation for both the host campus and the international campus yet the investment is significant. There appears to be no optimal strategy or single model that can maximize the educational outcomes and international reputation while minimizing the degree of investment simultaneously.

As we move forward in the higher risk international education market, it is important to consider all aspects of the education program, as studied here. Further research is needed on what is successful and what is not, in terms of investment of time and effort. Hopefully, such research will contribute to higher quality international health management graduate programs that achieve the stated



business and educational goals of all parties to reduce the risk of investing both time and money in a new educational venture.

REFERENCES

- 1-Accrediting Commission on Education for Health Services Administration (ACEHSA) (1998), Handbook of Accreditation Policies and Procedures.
- 2-American Association of University Professors (AAUP) (1999), "Distance Education and Intellectual Property," *Academe* 85, 41-45.
- 3-Bear, J. and M. Bear (2000), "Social Science Computer Review 18," 132-46.
- 4-Carnevale, D. (2000a), "Assessing the Quality of Online Courses Remains a Challenge, Educators Agree.," in *The Chronicle of Higher Education* Vol. A59.
- (2000b), "A University President Bemoans Roadblocks to the Growth of Distance Education," in *The Chronicle of Higher Education* Vol. A39.
- 5-Carr, S. (2000), "As Distance Education Comes of Age, the Challenge is Keeping the Students.," in *The Chronicle of Higher Education* Vol. A39.
- 6-Chan, Viva (2000), "Largest MBA Programs in the Bay Area," in *San Francisco Business Times*. 27 ed. San Francisco.
- 7-Coyne, Joseph and Schmidt, Winsor (2001), "Distance Learning in Graduate Health Administration Education: A Case Study from Washington State University," *Journal Of Health Administration Education*, 19 (1), 1-20.
- 8-Coyne, Joseph S (2002), "Distance Learning in Health Administration: A Critical Analysis,". Lugano, Switzerland: The University of Lugano.
- 9-Editor (2000), "Prestigious Institutions To Sell Knowledge Online," in *San Francisco Chronicle*. San Francisco, CA.
- 10-Evans, Sandra (2000), "Net-Based Training Goes the Distance: Employers Find E-Learning Saves Costs, Time.," in *The Washington Post*. Washington, DC.
- 11-Karaim, R. (1999), "Way, Way-Off Campus Learning.," in *Washington Post National Weekly Edition*. Washington, DC.
- 12-Merisotis, J. (1999), "The "What's-The-Difference?" Debate.," *Academe* 85, 47-51.
- 13-Ricketts, J., F.H. Wolfe, E. Norvelle, and E.H. Carpenter (2000), "Multimedia:Asynchronous Distributed Education--A Review and Case Study.," *Social Science Computer Review* 18, 132-46.
- 14-Steinberg, J. and E. Wyatt (2000), "Boola, Boola: E-Commerce Comes to the Quad," in *The New York Times*. New York, NY.



Exhibit 1- Parameter 1
Extent of Host University Operating and Capital Investment

	1	2	3	4	5	Total	Mean
A	0	6	42	46	6	100	3.52
B	6	10	44	25	15	100	3.33
C	0	6	22	47	25	100	3.91
D	0	0	16	40	44	100	4.28
E	0	10	15	30	45	100	4.10
F	5	8	20	17	50	100	3.99

Model Definitions

A. **Faculty Exchange** – An agreement between two institutions, one from the United States and one from another country in the world, wherein the details of time, salary, housing, teaching load, and transportation expenses are specified.

B. **Student Exchange – Reciprocal** – Courses are identified and contracted prior to a student leaving their home campus. Tuition is typically paid at the rate of the home campus and the two campuses must have equal (or approximately equal over multiple years) numbers of student exchanges to achieve parity.

C. **Program Delivery in US** – Bringing a particular subset of qualified students to the United States to achieve program content that is unavailable in a foreign country.

D. **Program Delivery in a Foreign Country** – The pairing up of an American university and an International university to offer a degree program (especially graduate degrees) to complement the degrees offered and/or fulfill unmet demand for current degree programs.

E. **Program Delivery in a Foreign Country – US Partnerships** – If the available pool of faculty does not exist in one institution, then partnering with a US institution to meet/fill the need.

F. **Program Delivery via Technology in a Foreign Country** – Using WebCT, Blackboard, and other electronic delivery mechanisms.

Exhibit 2 - Parameter 2
Degree of Enhancement of Host University Educational Outcomes.

	1	2	3	4	5	Total	Mean
A	0	9	19	31	41	100	4.04
B	0	5	10	25	60	100	4.40
C	0	19	17	43	21	100	3.66
D	0	5	32	45	18	100	3.76
E	0	2	28	45	25	100	3.93
F	5	8	20	40	27	100	3.76



Model Definitions

A. **Faculty Exchange** – An agreement between two institutions, one from the United States and one from another country in the world, wherein the details of time, salary, housing, teaching load, and transportation expenses are specified.

B. **Student Exchange – Reciprocal** – Courses are identified and contracted prior to a student leaving their home campus. Tuition is typically paid at the rate of the home campus and the two campuses must have equal (or approximately equal over multiple years) numbers of student exchanges to achieve parity.

C. **Program Delivery in US** – Bringing a particular subset of qualified students to the United States to achieve program content that is unavailable in a foreign country.

D. **Program Delivery in a Foreign Country** – The pairing up of an American university and an International university to offer a degree program (especially graduate degrees) to complement the degrees offered and/or fulfill unmet demand for current degree programs.

E. **Program Delivery in a Foreign Country – US Partnerships** – If the available pool of faculty does not exist in one institution, then partnering with a US institution to meet/fill the need.

F. **Program Delivery via Technology in a Foreign Country** – Using WebCT, Blackboard, and other electronic delivery mechanisms.

Exhibit 3. Parameter Significance of Contribution to Host University International Reputation.

	1	2	3	4	5	Total	Mean
A	20	35	26	12	7	100	2.51
B	22	41	26	9	2	100	2.28
C	45	36	15	4	0	100	1.78
D	0	5	32	45	18	100	3.76
E	0	2	6	32	60	100	4.50
F	6	10	44	25	15	100	3.33

Model Definitions

A. **Faculty Exchange** – An agreement between two institutions, one from the United States and one from another country in the world, wherein the details of time, salary, housing, teaching load, and transportation expenses are specified.

B. **Student Exchange – Reciprocal** – Courses are identified and contracted prior to a student leaving their home campus. Tuition is typically paid at the rate of the home campus and the two campuses must have equal (or approximately equal over multiple years) numbers of student exchanges to achieve parity.

C. **Program Delivery in US** – Bringing a particular subset of qualified students to the United States to achieve program content that is unavailable in a foreign country.

D. **Program Delivery in a Foreign Country** – The pairing up of an American university and an International university to offer a degree program (especially graduate degrees) to complement the degrees offered and/or fulfill unmet demand for current degree programs.



E. **Program Delivery in a Foreign Country – US Partnerships** – If the available pool of faculty does not exist in one institution, then partnering with a US institution to meet/fill the need.

F. **Program Delivery via Technology in a Foreign Country** – Using WebCT, Blackboard, and other electronic delivery mechanisms.

APPENDIX A

November 25, 2004

To: All 3rd International Health Care Conference Attendees

From: Eric J. McLaughlin, Ph.D

Re: International Education Design Survey

Cc: David P. Paul, III, DDS, PhD

Dear 3rd International Health Care Conference Attendee:

As an attendee at the 3rd International Health Care Conference meeting in Charleston, West Virginia, I would like to invite you to participate in a follow-up survey to the conference. Some of you attended the presentation that we made at the conference that appears in the Proceedings as:

McLaughlin, Eric J., Cantoni, Lorenzo, and Coyne, Joseph S. What Are The Optimal Strategies For Development Of An International Health Management Graduate Curriculum in Proceedings of the Third International Conference on Healthcare Systems (peer reviewed), David P. Paul, III, Editor, Charleston, West Virginia (October 2004) pp. 399-406.

Please find attached the survey form that we would like you to complete for this continuing research. The survey will take 4-5 minutes to complete as it is designed to allow you to simply "fill in the boxes". Please follow the instructions and just email it back to me as an attachment. In exchange for your time in doing so, we will provide you a summary of the results of this International Graduate Educational Programs 2004 Survey.

We look forward to receiving your response to this follow-up survey to the 3rd International Health Care Conference and we look forward to seeing you in Slovakia at the 4th International Health Care Conference in 2006 with the results!

INTERNATIONAL GRADUATE EDUCATIONAL PROGRAMS 2004 SURVEY

Instructions: Please mark the box (with an **X**) that most appropriately indicates your opinion using a 5 point Likert scale (with the first column to indicate "low" and the 5th column to indicate "high". Please provide your opinions regarding each of the six types of international programs in Exhibit 1 -3. That is indicate with a check of the level for each of the three following parameters included in Exhibit 1-3:

- **Parameter 1- Extent of Host University Operating and Capital Investment** is your assessment of the relative amount of the combined operating and capital investment in a given international graduate program
- **Parameter 2 - Degree of Enhancement of Host University Educational Outcomes** is your assessment of relative results measured in educational outcomes for both faculty and students in a given international graduate program
- **Parameter 3 - Significance of Contributions to Host University International Reputation** is your assessment of degree to which a particular program contributes to the host/domestic university's international reputation.

The ratings you provide should indicate your perceptions of the 6 programs with respect to the three parameters as defined above and as shown in Exhibits 1-3. Please note that all three parameters



should be judged from the host/domestic university's perspective rather than the foreign institutional partner perspective.

The results of this survey of you as a participant will provide important information regarding international program administration and policies.

Please save this file as "BHAA 200 Survey" after you complete the survey. Then email it back by reply email to Dr. Eric McLaughlin at California State Polytechnic University at the following email address: EJMCLAUGHLIN@csupomona.edu.

We look forward to sending you the summary results of this survey on international educational program design. Thank you for your assistance with this important international research.

**Joseph S. Coyne, Dr.P.H., Washington State University, Spokane
& Director, Center for International Health Services Research and Policy
Eric J. McLaughlin, Ph.D., California State Polytechnic University, Pomona
& Research Professor, Center for International Health Services Research and Policy
Lorenzo Cantoni, Ph.D., University of Lugano, Lugano, Switzerland
& Research Professor, Center for International Health Services Research and Policy**

**Exhibit 1. Parameter 1
Extent of Host University Operating and Capital Investment.
Degree of Investment**

<i>Type of International Program</i>	Low	---	---	---	High
	1	2	3	4	5
A. Faculty Exchange					
B. Reciprocal Student Exchange					
C. Delivery at Host/Domestic University					
D. Delivery at Foreign University					
E. Delivery at Domestic and Foreign University					
F. Delivery via Technology in a Foreign Country					

**Exhibit 2. Parameter 2
Degree of Enhancement of Host University Educational Outcomes.
Educational Outcomes**

<i>Type of International Program</i>	Low	---	---	---	High
	1	2	3	4	5
A. Faculty Exchange					
B. Reciprocal Student Exchange					
C. Delivery at Host/Domestic University					
D. Delivery at Foreign University					
E. Delivery at Domestic and Foreign University					
F. Delivery via Technology in a Foreign Country					



**Exhibit 3. Parameter 3 Significance of Contribution to Host University International Reputation.
Marketing Potential**

Type of International Program	Low	---	---	---	High
	1	2	3	4	5
A. Faculty Exchange					
B. Reciprocal Student Exchange					
C. Delivery at Host/Domestic University					
D. Delivery at Foreign University					
E. Delivery at Domestic and Foreign University					
F. Delivery via Technology in a Foreign Country					

Model Definitions

Program A, Faculty Exchange – An agreement between two institutions, one from the host/domestic university and one from another country, wherein the details of time, salary, housing, teaching load, and transportation expenses are specified.

Program B, Reciprocal Student Exchange - Courses are identified and contracted prior to a student leaving their home campus. Tuition is typically paid at the rate of the home campus and the two campuses must have equal (or approximately equal over multiple years) numbers of student exchanges to achieve parity.

Program C, Delivery at Host/Domestic University – Bringing a particular subset of qualified students to the host/domestic university is pursued through this model to offer program content that is unavailable in a foreign country.

Program D, Delivery at Foreign University – The pairing of a host/domestic university with a foreign university occurs here to offer a graduate degree at the foreign university to complement the degrees offered and/or fulfill unmet demand for current degree programs at the foreign university.

Program E, Delivery at Both the Host/Domestic University and Foreign University – This partnership model is pursued when the available pool of faculty does not exist in the foreign institution, thus requiring a partnership with a host/domestic institution to meet the need of the foreign university. The degree offered is that of the host/domestic university.

Program F, Delivery via Technology in a Foreign Country – WebCT, Blackboard, and other electronic delivery platforms provide faculty new tools for delivery of instruction that theoretically could be utilized worldwide

Thank you again for your participation in this important continuing research from:

The Center for International Health Services Research and Policy

Washington State University

Spokane Washington

For more information about the Center, please visit our Website at www.chip.wsu.edu.



APPENDIX B: Results as Raw Scores N= 82

Exhibit 1. Parameter 1

Extent of Host University Operating and Capital Investment.

Degree of Investment

<i>Type of International Program</i>		Low	---	---	---	High
		1	2	3	4	5
A.	Faculty Exchange	0	5	34	38	5
B.	Reciprocal Student Exchange	5	8	36	21	12
C.	Delivery at Host/Domestic University	0	5	17	39	21
D.	Delivery at Foreign University	0	0	13	33	36
E.	Delivery at Domestic and Foreign University	0	8	12	25	37
F.	Delivery via Technology in a Foreign Country	4	7	16	14	41

Exhibit 2. Parameter 2

Degree of Enhancement of Host University Educational Outcomes.

Educational Outcomes

<i>Type of International Program</i>		Low	---	---	---	High
		1	2	3	4	5
A.	Faculty Exchange	0	7	15	25	35
B.	Reciprocal Student Exchange	0	4	8	21	49
C.	Delivery at Host/Domestic University	0	15	14	35	18
D.	Delivery at Foreign University	0	4	25	37	16
E.	Delivery at Domestic and Foreign University	0	2	22	37	21
F.	Delivery via Technology in a Foreign Country	4	7	16	33	22

Exhibit 3. Parameter 3 Significance of Contribution to Host University International Reputation.

Marketing Potential

<i>Type of International Program</i>		Low	---	---	---	High
		1	2	3	4	5
A.	Faculty Exchange	16	29	21	11	5
B.	Reciprocal Student Exchange	17	34	21	8	2
C.	Delivery at Host/Domestic University	36	30	12	4	0
D.	Delivery at Foreign University	0	4	26	37	15
E.	Delivery at Domestic and Foreign University	0	2	5	25	50
F.	Delivery via Technology in a Foreign Country	5	8	36	21	12



GÖRÜNTÜLEME MERKEZLERİ BİLGİ İŞLEM BİRİMLERİNDEN NE BEKLER

Alper DEMİRARSLAN

Life-Med İleri Görüntüleme ve Tıp Merkezi / İstanbul – TÜRKİYE
meral.ustaoglu@anadolusaglik.org

Görüntüleme Merkezlerinin bilgi işlem birimlerinden beklentilerini irdelemeye, sağlık bilişiminin tanımı ile başlamalıyız.

Bilgi teknolojilerini kullanarak sağlık alanında yapılan tanı, tedavi, eğitim, iletişim, veri ve bilgi toplama, veri ve bilgi işleme, bilgi yönetme, tıbbi karar verme ve bilimsel çözümleme yöntemlerini içeren bilim dalına Sağlık Bilişimi denir. Diğer bir tanımla Sağlık Bilişimi bireylerin sağlıklarını geliştirmek ve sağlık, bakım hizmetlerini verebilmek için gerekli olan sağlık bilgisinin oluşturulması, paylaşımı ve kullanımını sağlayan kavramlar, yöntemler, beceriler ve araçların oluşturduğu bilim ve mühendislik dalıdır.

Peki sağlıkta bilişime neden ihtiyaç duyuyoruz? Bu sorunun cevabı sanırım şu maddelerle ifade edilebilir:

- Günümüzde dünya küresel bir bilgi toplumu olmaya gitmektedir.
- Bilgi ve teknolojinin en yoğun kullanıldığı sektörlerden biri sağlıktır.
- İnternetteki bilgilerin % 40 ının bu sektörü kapsadığı tahmin edilmektedir.
- Modern bilgi ve iletişim teknolojilerinin sağlık hizmetlerinin niteliğini, etkinliğini ve verimliliğini büyük ölçüde arttırabildiği açıktır.

Sağlık bilişim teknolojilerinin sektörlerle bütünleşme ve etkileşme süreçleri yönünden irdelendiğinde 2000’li yıllarda tam entegre hale gelmiş bir finans sektörüne göre ya da 90’ların başında oldukça yol almış sanayi üretim sektörüne göre oldukça geridir. Sağlık sektörü şu anda gelişim sürecinin 2. basamağında network yapısı içinde etkileşimli haldedir. Yani sağlık kuruluşları kendi networkleri içindeki ünitelerle etkin olarak bilgi alışverişi yaparken diğer kuruluşlarla ya da aynı kuruluşun diğer merkezleriyle sağlam bir ağ yapısı oluşturamamışlar yada var olan yapıyı kullanamamaktadırlar.

İşin teoriğinden çıkıp biraz da pratiğine bakalım.

Lifemed ileri görüntüleme ve tıp merkezi olarak biz neler kullanıyoruz

- Teleradyoloji
- Dijital arşivleme , PACS(picture archiving and communication system)
- Otomatik analiz ve raporlama
- CRM
- HIS
- RIS
- Doküman yönetim sistemi

Teleradyoloji nedir?

Radyolojik görüntülerin bir coğrafi lokalizasyondan bir diğerine yorumlama ve görüş alışverişi amaçlarıyla elektronik olarak gönderilmesidir.

Avrupa Birliğinin Teleradyoloji hakkında görüşü şudur:



Life Med İleri Görüntüleme ve Tıp Merkezi Medikal Direktörü

Teleradyoloji hizmetlerinin uluslar arası platformlarda değişik büyüklüklerde şirketler tarafından reklâmı yapılmaktadır. Bu hizmetlerin kontrolü yapılamamaktadır ve uluslar arası standartlar mevcut değildir. AB vatandaşlarına verilen hizmetin kalitesi yeterli şekilde izlenmiyor olabilir. Uygun şekilde verilen hizmete ilişkin kriterler EAR/UEMS tarafından hazırlanan belgede tanımlanmıştır. AB komisyonu ve milli otoritelerin bu kriterleri daha fazla kuvvetlendirmeleri, özellikle pan-Avrupa sağlık provizyonunun artması nedeniyle çok önemlidir. Önemli olan nokta, teleradyolojinin esas olarak hasta yararına bir servis olarak anlaşılmasıdır. Bu hizmet radyolog azlığını telafi edecek ya da masrafları kısacak bir yöntem olarak görülmemelidir. Aksi takdirde hasta güvenliği ve verilen bakımın standartları tehlike altına girebilecektir.

Amerika Birleşik Devletlerinin konuya bakış açısını Başkanları Sayın Bush'un şu cümlesi gayet iyi özetliyor.

"We will make wider use of electronic records and other health information technology to help control costs and reduce dangerous medical errors." President Bush, January 31, 2006

Dijital Arşivleme (PACS)

Görüntülerin dijital olarak saklanmasıdır:

- Dijital olmayan görüntülerin dijital hale getirilmesi ve saklanması
- Dijital görüntülerin doğrudan saklanması
- DICOM (digital imaging and communications in medicine)
- HL7.
- On-line kapasite
- Off-line metodlar (tape, DVD Rom .) gibi ilişkili konuları içerir.

Otomatik Analiz ve Raporlama

- Mammografi taramaları ve bağ dokusu değişikliklerinin otomatik işaretlenmesi.
- Kemik yoğunluğu ölçümlerinin otomatik raporlanması işlemleri kurumumuzda standard olarak uygulanmaktadır ve son derece kullanışlıdır.

CRM (Customer Relations Management)

- Hasta yönlendiren hekimlere ait tüm istatistikler.
- Hastane bazında yapılan görüntüleme talepleri.
- Hastaların ödeyici kırılımları.
- Tanıtım ekibinin performansı(Ziyaret sayıları, ziyaretin içeriği v.b)
- Hastalara ait tüm CRM uygulamaları

İhtiyaç duyulabilecek hemen her şey CRM programı üzerinden yapılmaktadır ve etkin olarak kullanılmaktadır.

RIS (Radiology Information System)

- Kendi içinde etkin ancak HIS ile entegrasyonunda sıkıntılar var
- Gelişmiş ses tanıma programlarına ihtiyaç var.(Raportör ihtiyacı ortadan kalkmalı)



- Zaman zaman okunmuş raporlar sistemden kayboluyor.

Özet olarak,

UYGULAMA	MEMNUNİYET	NE BEKLİYORUZ
TELERADYOLOJİ	Kurum içinde etkin kullanılıyor	Kurumlar arası yaygın kullanım .Güvenlik kısıtlamaları sıkıntı yaratıyor.
DİJİTAL ARŞİVLEME	Kurum içinde etkin kullanılıyor	Depolama süreleri giderek kısalıyor depolama maliyetleri artıyor.
OTOMATİK ANALİZ RAPORLAMA	VE kurum içinde etkin kullanılıyor	Daha fazla cihazda ihtiyaç duyuyoruz.
CRM	kurum içinde etkin kullanılıyor	Çok memnunuz
HIS	kurum içinde etkin kullanılıyor	Biz mi çok şey istiyoruz
RIS	kurum içinde etkin kullanılıyor	Biz mi çok şey istiyoruz
DOKÜMAN YÖNETİM SİSTEMİ	Kurum içinde etkin kullanılıyor	Çok memnunuz

Neler İstiyoruz

- HIS PACS ve muhasebe entegrasyonlarının (HL7) doğru kurulması,
- Güvenli ve çökmeyen yada çöktürülmeyen bir sistem,
- Software upgrade leri hızla ve etkin olarak kullanıcıya ulaşmalı,
- Muhasebeleştirmede kaprislerimize dayanıklı bir sistem,
- Uzaktan erişim ile daha fazla problemin çözülmesi.



Uluslararası Sağlık ve Hastane Yönetimi Kongresi
International Health and Hospital Administration Congress
01-03 June 2007 *Near East University - Nicosia - TRNC - Mersin 10 Turkey*





LABORATUVARIN “IT” SİSTEMİNDE BEKLENTİLERİ

Can COŞKUN
Biruni Laboratuvarı

Özet

- Sağlık Sektöründe IT Gelişimi
- Bir adım önce yaşanan zorluklar
- Laboratuvar süreçleri ve IT Beklentileri
- Bilgi Sistemlerinin Getirdiği Avantajlar
- İleriye dönük beklentiler

Sağlık Sektöründe IT Gelişimi

- Mezar ve tapınak duvarlarına kazılan veya uzun papirüs rulolarına yazılan hiyerogliflerden, insanoğlunun tarihin başlangıcından beri hasta ve yaralılara ait çeşitli bilgi ve tedavi metotlarını kayıt altına alma ihtiyacı duyduklarını biliyoruz.
- 18. yy ortalarında hastane kavramının ortaya çıkması ile kurumsal anlamda ilk hasta kayıtları tutulmaya başlandı. Kayıtlar hekimlerin kişisel hasta defterlerinde tutuluyordu. Hasta ile ilgilenen birden çok doktor olduğu durumlarda kayıtlar ayrı defterlerde tutuluyor, bir araya getirilmesi zorlaşıyordu.
- 20.yy başında hasta merkezli tıbbi kayıtların oluşturulmasına başlandı. Artık doktor defterleri değil, hasta dosyaları vardı.
- 1980’li yıllarda finansal amaçlı kullanılan bilgisayar sistemleri yanında, klinik enformasyon sistemlerini içeren entegre hasta kayıt sistemleri, dijital görüntüleme sistemleri kullanılmaya başlanmıştır. Öncelikli olarak idari amaçlı olarak geliştirile bilgi sistemleri, klinik uygulamalar için de kullanılmaya başlanmıştır.
- Tüm sağlık kuruluşlarında olduğu gibi Laboratuvarların Bilgi Sistemleri’nden beklentileri de güncel ihtiyaçlar ve teknolojinin gelişim hızına paralel olarak değişmektedir.

Bir adım önce yaşanan zorluklar

Elle veya bir bilgisayar aracılığıyla manuel yazılan raporlar (insan hatası)
Dolaplar ve arşivler dolusu kayıt içinde istenilen bilgiye ulaşma zorlukları
Standard olmayan kayıt ve bilgilerin girişi ve saklanması
İzleme ve Ölçme konusunda sıkıntılar ve zaman kayıpları
Sistem üzerinde kontrol zorlukları



Laboratuvar Süreçleri ve IT Beklentileri

Bir sağlık kuruluşu olarak laboratuvarın IT ihtiyaçları genel olarak aşağıdaki süreçlerle ilgilidir :

1. Operasyonel süreçler
2. Medikal süreçler
3. Finansal süreçler
4. Veri Analizi (Data Mining)

Operasyon Müdürü, Biruni Laboratuvarı

1. Operasyonel Süreçler:

- *Sistem güvenliğinin sağlanması* Sistemin herhangi bir güvenlik sorunu yaşamaması için her türlü teknik altyapının hazırlanması ve önlemin alınması,
- *Rol ve yetki tanımlaması ile sistemde etkin kontrol:* Sistem üzerinde kullanıcı profillerinin tanımlanarak, çalıştıkları pozisyon ve yetkilerine göre sistemde ulaşabilecekleri bilgilerin belirlenmesi / kısıtlanması,
- *Örnek takibinin yapılabilmesi* Örneklerin barkodlanarak sistemde takip edilebilmesi ve örneğin durumunun takibi,
- *Kullanıcı takibinin sağlanabilmesi* Sistemdeki her bir kullanıcının sistemde hangi işlemleri yaptığının takibi ve kontrolü,
- *Çalışma hızı ve verimliliğin artışı* Kullanıcıya ihtiyacı olan tüm bilgilere sistem üzerinden ulaşma kolaylığı sağlayarak işlem sürelerinin kısılmasının sağlanması,
- *Kurum ve kuruluşlar ile sistem paylaşımının yapılabilmesi* İhtiyaç durumunda organizasyon dışından olan kurum ve kuruluşlara sistemin kısmi olarak açılabilmesi, sistemin internet üzerinden kullanılabilmesi,
- *Sistemin kullanıcı dostu olması* Sistemin kolay anlaşılır bir yapıya sahip olması, kullanıcıyı yönlendirebilmesi.

2. Medikal Süreçler:

- *Hasta kayıtlarında sisteme standart bilgi girişinin sağlanması* Sistemin kullanıcıyı girecek veri konusunda yönlendirmesi, eksik girilen veri durumunda kullanıcının uyarılması.
- *Hasta kayıtlarının eksiksiz ve hızlı ulaşılabilir bir şekilde tutulması,*
- *Test , örnek tipi, referans aralıkları hakkındaki bilgilere sistem üzerinden ulaşılabilmesi,*
- *Sistem ve cihazlar arasındaki entegrasyonun sağlanması* Cihaz sonuçlarının otomatik olarak sisteme aktarılabilmesi,
- *Raporlama standardı ve kolaylığı* Sonuç raporlarının standart bir şablon ile hastaya ulaştırılması, sistemden direkt çıktı alınabildiği gibi sonuçların dijital ortamda da hastaya ulaştırılabilmesi



- *Hastaların geçmişe dönük sonuçlarına ulaşılabilirliği* Analiz sonuçlarının eş zamanlı olarak hastanın geçmiş sonuçları ile karşılaştırılabilmesi,
- *Sistemin uyarıcı bir yapıya sahip olması* Analiz sonuçlarının referans değerlerinden sapması (yüksek yada düşük çıkması) durumunda sistemin uyarıcı rol oynaması.

3. Finansal Süreçler:

- Tüm ödeme ve fatura bilgilerinin sistem üzerinden takip edilebilmesi,
- Kurumdaki finansal kontrolün sistem üzerinden yapılabilmesi.

4. Veri Analizi (Data Mining)

- Sistemdeki tüm verilerin geriye dönük ulaşılabilirliği,
- Veri bankasından çekilecek verilerin ihtiyaca göre raporlanabilmesi,
- Sistem ile ofis programları arasındaki veri aktarımının sağlanabilmesi.

Bilgi Sistemlerinin getirdiği avantajlar:

ÖNCE	SONRA
Dolaplar ve arşivler dolusu kayıt, bilgi kaybı riski, zaman kaybı	*Arşive hızlı ulaşım, zaman ve insan gücü tasarrufu *Kağıt, yer ve personel maliyetlerin azalması *Bilgiye hızlı ulaşım ile teşhis ve tedavide süresinin azalması
Elle veya bilgisayar aracılığı ile manuel yazılan raporlar	*İnsan hatasının minimuma indirilmesi *Sekreteryaya işinin azalması-verimliliğin artması
Sistem üzerinde kontrol zorlukları	*Tüm süreç ve kullanıcı hareketlerinin sistem üzerinden takibi *Hata durumunda hızlı farkındalık ve müdahale yeteneği *Bilgi güvenliğinin artması
Standart olmayan kayıt, bilgilerin kayıt altına alacak kişilerin inisiyatifinde olması	*Sisteme girilen bilgilerin standart hale getirilmesi *Bilginin sadece kurum içinde değil kurum dışında da anlaşılabilir olması
Paylaşılamayan, paylaşımında güçlük yaşanan bilgi	*Kurumlar arasındaki bilgi alışverişinin hızlı ve anlaşılabilir olması *Acil durumlarda hızlı müdahale ve hayat standardının artması *Bilgi ve deneyim paylaşımı ile ilerleyen tıp ve büyüyen ekonomi



İleriye dönük beklentiler

- Kodlama standartlarının genele yayılması (ICD-10),
- Sağlık kuruluşları arasındaki entegrasyon,
- Hasta ve muayenehane doktorlarının dijital çıktı taleplerinin artışı,
- Mevzuattaki düzenlemeler ile dijital kayıt ve çıktıların kanuni geçerliliğinin artması,
- Sağlık kuruluşları ile entegre olmuş provizyon sistemlerinin kullanılması.



THE HOSPITAL FOR THE NEXT DECADE DESIGNING FOR SPECIAL PATIENT POPULATION

Fahire SAATCI

Medcon Consultants-ANKARA-TURKEY

fs@medcon.net

MORPHOLOGY

Since Nightingale's "Notes on Hospitals"(1856), the morphology of health facilities has undergone a tremendous and dynamic change.

The end of 19th century saw, on the one hand, a first medical revolution, for that time new technologies. For the first time in hospital design, medical quarters were introduced, the patient had become mobile. (As the bed side care was seconded by diagnostic and treatment procedures).The hospital traffic of patients, on trolleys or beds became an issue in layout considerations.

By the end of the last century, new building technology seemed to give the answer to another rising problem that of land use. Vertical construction was implemented. (*The Monobloc structures.*)

The complexity of the inner traffic could no longer cope with the limited possibilities of vertical elevation traffic. The explosion of medical specialists and thus medical departments suffocated the concept of a vertically organized hospital.

The main turn came in 1957 by the proposal of Isadore Rosenfield for the new medical premises at Stanford University, Palo Alto, where he could convince the faculty that it is better "to go out than up". The design philosophy of open ended and indeterminate lay-out for unpredictable growth and change led to the actual third generation of hospitals.(Village type design).

Apart from the dendrite or grid-type horizontal hospital traffic-patterns, allowing a nearby clustering of highly inter dependent hospital departments, a further morphological breakthrough was introduced by the LEUVEN concept of nursing-floors, a lay-out integration of 4 or more nursing units on one floor, allowing a better management of nursing costs. Two former prototypes - the MONOBLOC type and the TITANIC type - have disappeared or will soon disappear from all hospital drawing tables.

The third revolution, semantically called the VILLAGE-type might survive the dynamic evolution in medical and technical, in economic and social matters.

NEW FACTORS INFLUENCING THE DESIGN

New factors can be classified in six broad categories:

- A. New Technologies
- B. Efficiency and Productivity
 1. The nursing wards
 2. Intelligent buildings:
 - a) Energy and comfort
 - b) Information
 - c) Security and dependability
- C. Safety
- D. Flexibility
- E. Patient Concentrated Care(designing for special patient population)



F. Creating Healing Environment

A. New Technologies

Most new technologies originate from industries outside the medical field, but find rapidly a fructuous application in diagnosis or treatment. A general feature of those new technologies is that they are more patient-friendly than the previous technology they might replace.

The most influencing new technology is in the field of *Medical Imaging*. The traditional X-ray, based on X-ray absorption measurement and direct imaging on film, developed into the central diagnostic tool in the period 1900 - 1950.

The decade 1950 - 1960 saw a trend to general purpose X-ray, followed in the sixties by X-ray technologies for special procedures. All those imaging techniques relied on the film as carrier of information. Storing, developing, viewing and archiving of the X-ray film was the underlying element of the lay-out of the X-ray department, urging a central location in the master plan, with good access for patients, both in- and out-patients, and for staff as well.

The arise of *Digital Imaging*, first duplicating but gradually replacing the old X-ray plate technique because of its superior quality and improved information, changes the rules completely.

Today several techniques allow for indirect imaging, such as ultra sound (US), radioactive isotopes (NM), X-ray attenuation (CT) or excitation and relaxation of nuclear spins (NMR). Nobody can predict the techniques of tomorrow.

Telemedicine: increasing data transfer speed boosts evolution in telemedicine to near real time communication & interventions from around the globe. Several other new-technologies can be denominated as *Non-Invasive* diagnostic and treatment *Techniques*, replacing gradually older methods that very often requested the hospitalization of the patients.

Nowadays, and in a foreseeable pace, patients can arrive in the morning at the hospital, avoid deep anesthesia, getting diagnosis and cure on a one-day basis. Of course this trend will ask for innovation and inventivity in the departmental lay-out.

B. Efficiency and Productivity

In order to keep medical care accessible and affordable for the population at large, a lot of attention is to be paid in order to increase the efficiency and the productivity of all our health facilities, but of the hospitals especially. No doubt, hospitals are the most costly components of a health care system.

About all regions or countries have a variety of existing premises, and no nation developed or developing can afford economically to replace them at a high pace by new appropriate constructions. Therefore good care, after careful investigation, is to be taken during the realizing of a new facility or during the process of renovation and re-use of the existing facilities.

1. The nursing wards

At the ore of this century, the open Nightingale ward was the almost common feature of hospitals. Still now, the merits of this form of care are recognized. Later on, the separation into sick-rooms of 6, 4, 2 and 1 bed became common practice. The first by now "classic" nursing unit, with all basic provisions as dirty and clean utilities, and treatment room as well, is due to the Scandinavian Architects Cederstrom and Lindgren (1932).

The double-corridor lay-out (1942, Neergard) in American practice, has never shown real advantages over a single corridor lay-out. But it presupposes full air-conditioning, and enables the superposition of wards under and over medical departments in high rise construction.

As for the future, one can notice the following trends:



With the arise of one-day clinic activities, the number of beds in a region will diminish, and the level of nursing care requested will rise, the in-patients being thus on an average more seriously sick.

The number of beds in a comprehensive modern hospital will, on the contrary, not be lower if the hospital wants to follow the technological evolution.

Already, in a limited number of implementations, the concept of nursing floors, grouping and systematizing e.g. 4 nursing units of about 30 beds each, has proven to be the innovative idea in ward planning for the nineties and probably beyond.

Several time- and cost consuming functions, as e.g. supply, paramedic provisions, night-supervision, are shared by the four or two-by-two nursing units on the same floor. At the University Hospital Gasthuisberg (Leuven, Belgium) an assessment of direct nursing costs proved thus a decrease of 20 to 25 % at ward-level after moving to the new facilities.

Nursing floors contain mainly de-specialized or standard wards merging there the medical specialties more and more, whereas an increasing number of small special-care wards cope with the very specialized level, e.g. coronary care, burns unit etc. The special-care wards are kept in the vicinity of the supporting medical departments.

Here, an important remark is to be made as far as the relation between nursing professionalism and hospital morphology is concerned.

The *Monobloc* hospital of the fifties knew the segregation of nursing activities at ward level from the medical departments on other floors. The Palo-Alto scheme by Rosenfield, and later application as Greenwich St. Alphage, or Veterans Administration hospitals in the USA restored a link between given nursing wards and the related medical departments (e.g. surgical ward - operating theatres), but clearly presupposed the supervision of the physician over the nursing profession.

2. Intelligent buildings

Mainly developed outside the hospital again, one can find a variety of new computer aided and/or sensor-based technology that can transform our hospitals into so-called intelligent or smart buildings that can look after important features that ensure better value for less money.

a) Energy and comfort

Hospitals use a lot of energy. Surveys indicate that, per m³ built volume, they consume more than two times the energy for a 4-star hotel, more than six times the energy for condominiums, etc.

Patients, as sick persons, tend to be more sensitive to comfort parameters such as temperature, draught, cold radiations, etc.

The period hospitals presupposed full air conditioning (high rise mono block, titanic types) has proven the unforeseen disadvantages for health of artificial environments. This generation of so called Monobloc structures, adopting full air-conditioning to design, proved not only to be very expensive to built and run, they consume extremely high and meanwhile costly energy. In operation, they prove not to be as flexible as theoretically thought, and worst of all, they turned out to become even dangerous environments (nosocomial diseases, sick-building syndrome). Sometime, a critic gave the semantic name of Titanic's to this generation.

Apart from extreme, say special arctic or tropical conditions, the start-point at the early design stage should be: natural ventilation and as-natural-as possible inner climate in the hospital. Only where environmental or/and medical reasons prevail and request so, artificial climate should be installed but with good control on possible air-born infection. Good reasons could be the working condition for the surgeon in the operating theatre, the aseptic control in the burns unit, and the like.



Hospitals are special environments in which all conditions prevail for so-called sick-building syndromes and nosocomial diseases. Hospitals can not afford to become "dangerous for health" because of misuse, and thus abuse of so-called "advanced" engineering technologies.

One innovative idea that came into practice in most of new construction and renovation projects, as well, is the Atria, large glass-covered areas between "solid" building wings, improving efficiently the compactness, and thus saving lots of energy. at the same time creating interesting large inner spaces. This idea is extremely interesting in the context of hospitals.

Atria contribute, apart from energy saving at least in three ways:

- They create inexpensive large good-looking waiting spaces;
- They allow in-patients to leave their wards for a nice comfortable micro-climate in about every season;
- They allow for alternative circulation patterns.

2. Information

Hospitals certainly are complex buildings, from both functionality, and technology points of view. A tremendous progress in controlling this two-fold complexity can be implemented through the actual new information-technologies.

For instance in the technical field, sensors can detect any defective environmental condition, as well as the related mechanical component, allow for automatic steering from a computer the whole system, and indicate accurately where maintenance has to intervene.

In the functional field, as medical and nursing work is extremely dependent on up-to-date information, digitalization allows for instant access to data from the most distant corners in the hospital.

The technologies behind are more-and-more user friendly: smaller electronic and megaton components and lots of fiber-network need only a very discrete space in the building. Software programs more-and-more can help the layman to keep control over a growing complexity

3. Security and dependability

But one should, at the same time, be aware of the fact that, may be in the complex hospital more than in any other buildings, technological possibilities become in their applications very vulnerable, mostly because of human failures.

Since in hospitals human lives and quality of live is concerned, the price of technical failure is high. In many occasions - take a pre-natal case, a burn patient, a post-cardiac care old person, a kidney transplant - the dependency is very complex and high technology is very often in hands of non-technical professions.

This aspect will have to take a lot of attention of our hospital-engineers, since again new appropriate technologies are available at large, but have to find their correct implementation in the specific hospital context.

All the above aspects aim at keeping the hospital success-rate as high as possible, in normal operational conditions.

C. Safety

Hospitals and thus the population they serve, are furthermore threatened by special dangers. Special measures have to be taken to protect the patient and the population against hospital failures.

Hospitals as Life-Line functions

In case of catastrophes, it appears often that hospitals show to be more vulnerable than other buildings. Although, in most cases of catastrophes, the injured or threatened population relies on the hospital more than any other public building.



One can point at three dangers:

a. Fire:

The priority in case of fire for all public buildings is the evacuation. Fire regulations and fire design policies are all seen from that viewpoint. It doesn't make full sense in hospitals. One can not evacuate intensive care units suddenly, nor evacuate an orthopedic surgery ward the same way you evacuate say a class-room.

A better policy could be:

- To lower the patient load quickly, by evacuating the most mobile and most healthy portion of patients;
- To move the more critical portion of patients threatened by the fire across a fire barrier foreseen for in the master plan.

High rise buildings are dangerous and vulnerable in case of fire. Furthermore the mechanical transport, needed for beds and wheelchairs, generally fails.

In low-rise compact buildings, through zones, separate elevator groups can be kept safely in full operation and accessible for patients and fire brigades as well.

b. Earthquakes:

Specific areas near earthquake-belts are especially threatened, and recent history (San Fernandez, Mexico City) has proven how modern hospitals are not at all well protected. They have often completely failed on the moment the hidden area needed them most. In Mexico most of the earthquake casualties were patients killed in their own collapsed building, and injured people had no building to go for cure anymore.

The reasons behind this were:

- Hospitals tend to have, more than other buildings, complex building forms that behave badly during the earthquake.
- Their internal complexity of equipment and piping is more or less destroyed, even if the building could resist collapse.
- Engineers have up to today no full understanding of and thus no full control over the impact of an earthquake on buildings.

The foremost lesson is to keep building forms simple, and where needed to separate by seismic joints complex building aggregates into a sum of simple built volume. Furthermore, all networks (water, steam, gasses, etc.) should bridge the seismic joints with appropriate seismic connectors allowing for temporarily large deformations.

Seismicity is a risk: the higher the local risk, the better the protection should be. Hospitals in highly seismic endangered areas have to take all available measures, from initial concept (architect) to last detail (engineer). The new technique of base-isolation is worthwhile consideration: a little increase in investment costs (2-3 % of proper building costs) might save the utmost life-line building, its sophisticated equipment and most-of-all, human lives.

c. Nosocomial diseases

Most probably, the biggest threat to patients and population is the growing danger - in some so-called advanced hospitals at least - of nosocomial diseases: forms of sicknesses to occur in and because of buildings. Hospitals are especially threatened: they are the ideal environment to develop high-resistant micro-organisms, whereas they contain by definition the more vulnerable part of the population.



Engineers and architects will have to use all their talents to conceive appropriate technologies for future hospitals.

Two basic rules can be suggested here too in order to escape nosocomial diseases:

- Whenever possible, natural climate should prevail over artificial climates.
- When artificial climates are requested, adequate filter techniques should care for dust-free air, and return-ducts for air should be avoided as much as possible.

The large sized corridors themselves can often be the return way for used air, as for instance implemented in a 16-theatre quarter at Gasthuisberg-hospital in Leuven. There, by a range of design measures, the rate of per-operative infections has been diminished drastically, while the spread of septic organisms could be controlled efficiently.

D. Flexibility

Hospitals indeed are in a continuous and unpredictable change, at all levels, in the overall shape as well as at the level of department lay-outs and specific equipments.

Once constructed, few building types undergo the ravage of change as often as hospitals; buildings that were once architecturally legible may become a maze of twisted corridors that pose serious way finding challenges. The overall shape of a hospital building has to enable its adaptation over length of time to the unavoidable change and growth. While optimizing aesthetic and design opportunities, the design solution should focus on flexibility, ease of use and technological adaptability.

E. Patient Concentrated Care (designing for special patient population)

Due to the ever increasing sophistication of the technology, the medical profession inside hospitals shows an increasing tendency towards further specialization, hence necessarily towards a growing need of team-approach of complicated pathologies. More and more, one can notice a further merging of diagnostic and therapeutic activities by more specialized physicians.

Parallel to these, due to the underlying technology, in "hardware" and "software" as well, the need appears for hospital engineering capacities.

Being a generalist in healthcare design used to be sufficient. Understanding the general needs of patients, staff, and family members was adequate and all that health clients demanded. Presently most hospitals seem to be competently designed, if competently means reasonably functional appropriate for the community and patient populations served, and responsive to the hospital's mission statement.

This level is no longer acceptable. After years of generalist doctrine, the need is great for specialists who understand the unique requirements of special patient populations. This is the next step for health care architecture and interior designers who have spent years honing their skills of understanding hospitals as a building type, including the many options for patient room design, options for nursing unit layout, efficiencies in delivering support services to patient care areas, HVAC engineering strategies, the design of lobbies with atria to introduce natural lighting and views of the outdoors, designing for flexibility, and incorporating expansion without disrupting existing operations.

While this vast body of general knowledge was accumulating, the prevailing notion was that the physical environment or setting represented a passive background for human behavior. Early studies in man-environment research dealt with large issues such as cultural use of space, and territoriality. Within the past years, however, the emerging fields of architectural psychology and environmental psychology have directed attention to the impact of the interior environment on human behavior.



M. Powell Lawton states that “the less competent the individual, the greater the impact of environmental factors on that individual”. The impact of the environment is greatest on patient populations who are most vulnerable and who can exert limited control over changing it. It became increasingly evident, however, that specialized knowledge was required to meet the needs of special patient populations (e.g. psychiatric, neonatal, Alzheimer’s, cancer, rehabilitation, critical care, and labor and delivery).

F. Creating Healing Environment

Defining a healing environment is not easy, although the basic components include:

- air quality,
- thermal comfort,
- noise control ,
- privacy,
- light ,
- Views to nature, visual serenity for those who are very ill and visual stimulation for those who are recuperating.

No-one will argue about the central role of physicians in about all hospital departments, be it in variety of proportions.

Experience shows that design has a direct impact on the effectiveness of an environment. For instance, we know that people will function more effectively when the temperature and lighting are optimum, work spaces are comfortable and they feel at ease.

Architecture, when it is well executed, can express the spirit of an institution more powerfully than words. Central to the architectural expression of excellence is functional space planning that supports the goals of clinical programs and enables caregivers to execute their tasks efficiently.

Stress and illness

In 1936, Austrian physician and scientist Hans Selye pioneered a new frontier with revolutionary discoveries about stress. His research demonstrated that hormones released during stress participate in the development of many non-endocrine degenerative diseases, including brain hemorrhage, hardening of the arteries, and coronary thrombosis, certain type of blood pressure, kidney failure, arthritis, peptic ulcers, and cancer. He gave new definition to the word stress, which had been thought of as an external force. A reading of Selye’s classic “The Stress of Life” (1956) reveals the enormously complex series of interactions among almost all systems of the body as a reaction to stress.

Hospital stress factors

The experience of hospitalization itself is a source of psychological stress for most patients, regardless of the nature of the illness (Volicer and Isenberg 1977). A designer can better understand the sources of stress by better understanding the source of stress by viewing the facility through the patient’s eyes.

Given the body’s physiological reactions to stress, the patient’s maladaptation to the hospital environment can be expected to produce altered cardiovascular and endocrine responses associated with this anxiety, which can negatively affect the course of an illness or impede recovery. The hospitalized patient must of course accept the environment as a given, whereas healthy people can generally leave or change it to suit their needs. As new views evolve about the relationship between stress and illness and about the influence of positive attitudes on healing, more emphasis will be placed on design of the patient care environment. The physical environment or setting is often viewed as a stressor and linked with disease process.



A designer can better understand the sources of stress by viewing the facility through the patient's eyes. The potential of the environment to enhance therapeutic goals need to be emphasized.

Formal prescriptions for creating a healing environment are not likely in the near future, but general agreement exists on a board number of factors known to cause measurable physiological reactions in the body.

The new frontier for health care design will be the creation of healing environments. Few years from now hospital administrators will demand that their design consultants know how to design healing environments. The inherent potential of the physical setting to complement and enhance the healing effects of drugs and medical technology will be widely acknowledged.

Enhanced recovery and healing are certainly additional measures of success, as numerous studies have proven.

Visualization of the New Hospital

In matters of design, especially for the built environment it is very important, in order to progress in thinking, to visualize the architectural possibilities.

At this moment it is certainly possible to point at different facets of the future hospital form in a variety of interesting realizations in Europe and Middle East. An integral picture of the future health facility is, of course, not that easy to imagine. But at least a "Generic design" is worth while to be formulated.

Case Study Approach of New Hospitals:

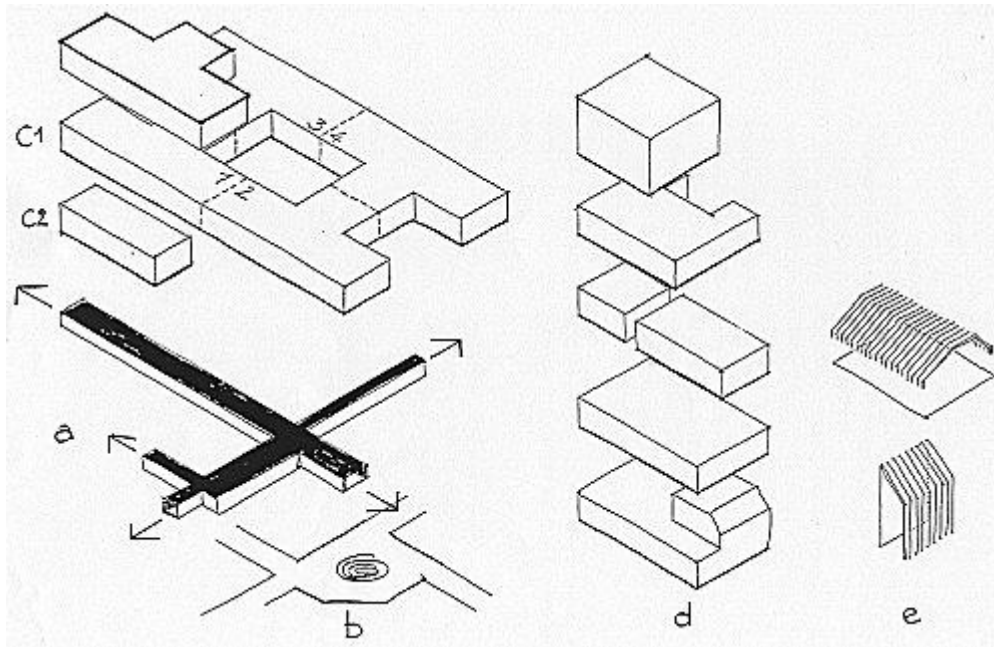
Some recently built hospitals of the nineties give us partial images of the future hospital environment.

Up to my opinion, the following cases will prove to have made a major contribution in innovative thinking in this matter.

- Ouluhospital, Finland (Erch, Koivula, senior) this large 1200 bed-hospital has successfully linked the outside vehicle-traffic pattern with the hospital inner traffic.
- Ninewell hospita, Dundee, Scotland (Arch. Matthew, Johnson-Marshall) this teaching hospital, attached to a medical school, illustrates an exemplary circulation lay-out on a rather accentuated sloping site.
- St-Jans hospital, Genk, Belgium (Arch. Archiduk) a medium sized 480-bed hospital with full implementation of the nursing-floor idea.
- Gasthuisberg, Leuven, Belgium (Arch. Weeks - Felix - Delrue) a medium sized 480-bed hospital with full implementation of the nursing-floor idea
- TSK Rehabilitation center, Ankara, Turkey (modified and upgraded by Medcon Consultants, Arch. Fahire Saatçi) a good example of design for special patient population.

Generic Design of the Coming Hospital

The design components are by now well known. Hence, it is possible to draw a "menu" of the different design features.



- a. The street system has to be preferably of the grid-type, no doubt so for larger hospitals. Smaller hospitals or initial hospitals phases can be organized along a dendrite corridor lay-out, which can evolve into a full grid gradually.

The degree of traffic separation is to be decided in function of the hospital size and type. Somewhat larger institutions should consider a segregation of three different types of traffic in three distinct streets.

- The "contact-street" for bulky groups such as visitors and out-patients, one-day-patients, staff and eventually students.
- The "treatment-street" for separate social-offensive or emergency traffics.
- The "supplies-street" which can cope eventually with the main piped services network.

The form the street-system will take is highly depending on the local site condition, such as topography, orientation, micro-climate.

Anyhow, the architect should be generous by designing and dimensioning this part: the communication network is the most determining factor for the longevity of the facility.

- b. A hospital, based on the village-type street system, needs a recognizable market-place: a central point in the circulation system, near the main entrance, that serves as referable point for journey's inside the hospital, and as main meeting-point for the different categories of people acting in the hospital.
- c. Nursing-units occur in two main types:
- The de-specialized standard nursing unit grouped in larger nursing floors of roughly 120 beds (4 nursing-units of 30 beds).
 - The overall lay-out of such floor might be the most determining factor for the overall architectural appearance of the hospital complex, since they form by far the largest physical entities in the design.
 - Specialized nursing units (intensive care, burns unit, neonatal, etc.) have to be closely linked with the cluster of related medical departments.

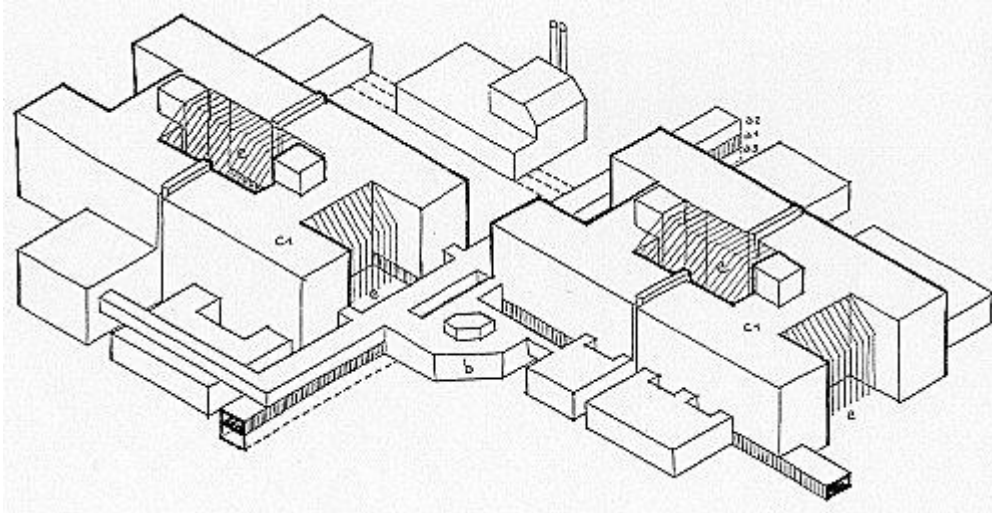


d. Medical and logistic departments:

All medical and logistic departments are relatively small in comparison to nursing floors. They occur in a variety of forms and sizes, and furthermore evolve at a very high pace with the new technologies. A typical design feature lays in the fact that those departments occur in functional clusters, preferably to be organized in horizontal layers (e.g. a hot-floor for all lifeline functions).

e. Energy-saving and comfort-increasing components:

Atria and conservatories are no doubt important in future hospital design, for energy and comfort. But furthermore they help tremendously, at about no extra costs, in organizing the contact-street related functions, such as large waiting spaces, cafeteria, play-grounds, etc. By combining all this design components together, one can picture the new hospital form, as for instance in the generic design for this 480 bed-hospital.



CONCLUSION

Hospitals, as instrument for human health care, are part and parcel, all over history, of the human culture and value.

The first instructions of Florence Nightingale: “The hospital should do patients no harm”
Is today still very actual

Hospital architects should diligently study how to apply modern technologies and new architecture insight in order to create a healing environment that further the traditional “care for people”.

Doing things well should not cost any more than doing things poorly.

The overall goal is to improve the quality of patient care.

REFERENCES

- 1-Beck, William and Ralph, Meyer, editors. 1982. The Health Care Environment: The User's Viewpoint. Boca Raton, FL: CRC Press
 - 2-Malkin, Jain. 1990. Medical and Dental Space Planning for the 1990s. New York: Van Nostrand Reinhold.
 - 3-Bobrow, M., and J.Thomas. 1990. Targeting treatment. Architectural Record JUNE 87-89.
- Methodologies developed in the research and by Prof. Dr. Jan Delrue founder of both Archiduc N.V and Meditex N.V, in the university town of Leuven, Belgium.



DEVLET HASTANELERİNDEKİ BİLGİ SİSTEMLERİ VE DIŞ KAYNAK KULLANIMI

Mustafa Mahir ÜLGÜ¹, F. Tahir DARDENİZ², Bayram GÖKTAŞ³, Filiz ASLANTEKİN⁴,
Birdal ŞENOĞLU⁵

¹ Sağlık Bakanlığı Bilgi İşlem Daire Başkanlığı

² Gazi Üniversitesi Endüstriyel Sanatlar Eğitim Fakültesi

³ Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

⁴ Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

⁵ Ankara Üniversitesi Fen Fakültesi İstatistik Bölümü

Özet

Son yıllarda dünyadaki gelişmelere paralel olarak hastanelerde de bilgisayar kullanımı giderek artmaktadır. Devlet hastaneleri özellikle son 10 yıl içerisinde Hastane Bilgi Sistemleri kullanımına büyük önem vermiş, gerek hastaya daha iyi hizmet verilmesi, gerekse hastanenin daha iyi yönetilebilmesinde bilgi sistemi kullanımının önemli rolü olduğu görülmüştür. Hastanelerde verilerin kullanımı ve bilgiye dönüştürülmesinde bilgisayar teknolojileri yoğun bir şekilde kullanılmaktadır. Sağlık hizmeti sunan tüm kurum ve kuruluşların kendi hizmet alanlarında başarılı olabilmeleri için, kendi alanlarına yönelmeleri ve bunun dışında kalan işleri ise o iş üzerinde uzman kuruluşlara vermeleri kalite ve verimliliği arttırmaktadır. Dış kaynaklardan yararlanmak yeni bir uygulama olmayıp özellikle son yıllarda hastanelerde de popülaritesinin arttığı görülmektedir. İleri teknoloji kullanan ve hizmet çeşitliliği fazla olan işletmeler için dış kaynaklardan yararlanma uygulamaları önemli bir yere sahiptir.

Araştırma betimsel nitelikte tarama modeli bir alan araştırmasıdır. 01.01.2004-31.08.2004 tarihleri arasında yapılan araştırma Sağlık Bakanlığına bağlı tüm hastanelerin Hastane Bilgi Sistemlerinde dış kaynaklardan ne ölçüde yararlandıklarını analiz etmek ve tanımlayıcı bir durum tespiti yapabilmek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın çalışma evrenini, Sağlık Bakanlığına bağlı yataklı tedavi kurumları oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem seçilmemiş olup evrenin tümü (N 669) araştırma kapsamına alınmıştır. Araştırma kapsamına alınan hastanelerin 655'ine anket uygulanabilmiş dolayısıyla evrenin %97,9'una ulaşılmıştır. Geri kalan 14 hastane ise ankete yanıt vermemiştir. Anketin güvenilirlik analizleri yapılmış olup internet üzerinden 01 Eylül 2004 – 15 Eylül 2004 tarihleri arasında uygulanmıştır.

Araştırma sonucunda ankete cevap veren Sağlık Bakanlığına bağlı 655 hastaneden 455'inde Hastane Bilgi Sistemi, 118 hastanede ise ayniyat ve muhasebe gibi daha düşük düzeylerde bilgi sistemi uygulamalarının olduğu; kısaca 573 hastanede değişik seviyelerde bilgi sistemi uygulamalarının bulunduğu, 82 hastane de ise sadece işletim sistemi ve ofis programları dışında hiçbir programın olmadığı tespit edilmiştir. 573 hastaneden dış kaynak kullanımı bir başka deyişle hizmet alımı yapan hastane sayısı 242 olarak tespit edilmiştir. Değişik seviyelerde bilgi sistemine sahip olan hastanelerin yaklaşık olarak %42,23'ü dış kaynak kullanımını benimsemiştir. Hastanelerin teknolojik gelişmeleri kendi iş süreçlerine uygulamaları kalite, etkinlik ve verimlilik açısından olumlu sonuçlar doğurmaktadır. Kullanılan teknolojinin sürekli güncellenme gerekliliği, teknolojik kaynaklı riskler ve günümüzde işletmelerin esnek olma zorunluluğu hastaneleri farklı arayışlara yöneltmekte ve dış kaynak kullanımı ile olumsuzluklar en aza indirilmeye çalışılmaktadır.

Anahtar Sözcükler: Outsourcing (Dış Kaynaklardan Yararlanma), Bilgi Sistemleri



GİRİŞ

Son yıllarda dünyadaki gelişmelere paralel olarak hastanelerde de bilgisayar kullanımı giderek artmaktadır. Sağlık Kurumlarında verilerin kullanımı ve bilgiye dönüştürülmesinde günümüzde yoğun olarak bilgisayar teknolojisinden yararlanılmaktadır (Esatoğlu ve ark.1,2001). Devlet Hastanelerinde kullanılmakta olan bilgisayar sayısı 2004 verilerine göre 20,000 civarındadır. Bu gün ise bu sayı 60,000'i geçmiş bulunmaktadır. Devlet hastaneleri özellikle son 10 yıl içerisinde Hastane Bilgi Sistemleri kullanımına büyük önem vermiş, gerek hastaya daha iyi hizmet verilmesi, gerekse hastanenin daha iyi yönetilebilmesinde bilgi sistemi kullanımının önemli rolü olduğu görülmüştür.

Sağlık hizmeti sunan tüm kurum ve kuruluşların kendi hizmet alanlarında başarılı olabilmeleri için, kendi alanlarına yönelmeleri ve bunun dışında kalan işleri ise o iş üzerinde uzman kuruluşlara vermeleri kaliteyi ve verimliliği arttırmaktadır (Çakırcı,2002). Dış kaynaklardan yararlanmak yeni bir uygulama olmayıp özellikle son yıllarda hastanelerde de popüleritesinin arttığı görülmektedir (İşçi, Yiğit, 2005). Özellikle hastaneler gibi ileri teknoloji kullanan ve hizmet çeşitliliği fazla olan işletmeler için dış kaynaklardan yararlanma uygulamaları önemli bir yere sahiptir (İşçi, Artan, 2005).

Hastanelerde sunulan sağlık hizmetinin en iyi şekilde verilebilmesi, gelir ve giderlerin izlenebilmesi, gelir kaçaklarının önlenmesi, kaynakların doğru yönlendirilmesi, hastane yönetimine stratejik kararlar vermek üzere bilgi sağlanması amacıyla hastanelerde bilgi sistemlerinin kurulmasına ihtiyaç vardır. (SPGK, 2007). Bilgi Sistemi; Bir kurum veya örgütün bilgi ihtiyacını karşılamak ve karar mekanizmalarını desteklemek için verilerin; toplanması, işlenmesi, saklanması ve paylaşımı işlevlerini yerine getiren birbiriyle ilişkilendirilmiş parçaların oluşturduğu bütündür (Ülgü, 2005, Günalay, 2002).

Hastanelerde bilgi sistemi kullanımı bir taraftan hızla yaygınlaşırken diğer taraftan bilgi sistemi tedarik sürecinde yaşanan bazı sorunlar vardır. Bunlar;

- Hastane ihtiyaçlarının iyi tanımlanamaması
- İhtiyaca uygun bilgi sisteminin iyi tanımlanamaması
- Şartname hazırlığında yaşanan zorluklar
- İhale değerlendirme aşamasında yaşanan problemler
- İhale kabulünde yaşanan problemler
- İşletim sırasında ortaya çıkan sorunlar
- Bakım onarım ve destek hizmetlerinde yaşanan sıkıntılar
- Uygulamaların yeni olması ve yetersiz deneyim olarak sıralanabilir (Ülgü, 2006).

Dış Kaynak Kullanımı (Outsourcing), 1990'lerden beri çok sık karşımıza çıkan bir kavramdır. Dış Kaynak Kullanımı, bir kurumun öz yeteneklerine odaklanıp, bu öz yetenek dışındaki konularda başka kişilerden (gerçek/tüzel) hizmet almasıdır (Ataman, 2001). Başka bir deyişle dış kaynaklardan yararlanma, işletmelerin kendilerine rekabet alanı sağlamak için öz yetenekleri ile ilgili işleri kendilerinin yapması, öz yetenekleri dışında kalan işleri, o konuda uzman işletmelerden tedarik etmeleridir (Yılmaz, 2007; Solak, 2002). Kendisine rekabet avantajı sağlayan faaliyetlere odaklanmasına, kendi uzmanlık alanına girmeyen faaliyetleri ise bu konuda uzmanlaşmış organizasyon dışındaki işletmeler aracılığıyla gerekli kalite standartlarına uygun bir biçimde sağlanmasına olanak sağlayan bir yönetim stratejisidir (Çakırcı,2007; wikipedia.org,2007).

“Dış Kaynak Kullanımı”nın bir kuruluş açısından amacı; Kuruluşun esas işlerine odaklanmasını sağlamak, sunulan ürün ve hizmetlerde kaliteyi arttırmak, hastaya etkin ve doğru çözümlerle ulaşmak, hasta memnuniyetini en üst düzeye getirmek ve son olarak işletmenin faaliyet giderlerini azaltmaktır.



General Motors (GM) Bilgi Teknolojilerinde 1980lerin ortasından beri %100 Dış kaynak kullanımına geçmiştir. Dış kaynak kullanımına başvuru alan sektörler;

- Bilgi Teknolojileri,
- İnsan Kaynakları,
- Güvenlik,
- Temizlik,
- Yemek,
- Ulaşım ve Taşıma,
- Pazarlama ve Satış Yönetimi'dir. (Tatari, 2005)

Dış kaynaklardan yararlanmanın hastanelere sağlayacağı bir çok avantaj bulunmaktadır. Bu avantajlar;

- Ana işe odaklanabilme ve diğer faaliyetler için öz kaynakların serbest kalması,
- Ürün ve hizmet kalitesindeki artışa paralel olarak rekabet gücünün artışı,
- Proje ve işletim maliyetlerinin kontrol altına alınabilmesi,
- Uzman insan kaynağına sürekli erişebilme,
- Yenilikleri izleme ve teknolojiye daha hızlı ayak uydurabilme,
- Proje risklerinin paylaşımı,
- İş sonuçlarının garanti altına alınması,
- Tüm iç birimlerin aynı kalitede hizmet alabilmesi,
- Destek süreçlerindeki yönetim ve kontrol zorluğunu aşabilmedir (Akdoğan,2001;Gökdere, Tarakçıoğlu,2001; Yılmaz, 2007).

Dış kaynaklardan yararlanma yaklaşımının yukarıda sözü edilen avantajlarının yanı sıra hastaneler açısından bazı sakınca ve riskleri de bulunmaktadır. Bu sakınca ve riskler;

- Hizmet sunan işletmeye aşırı bağımlılık,
- Hizmeti sunan işletmenin öne sürdüğü koşulları kabul etme zorunluluğu,
- Hizmet sunan işletmenin örgüt yapısı ve işleyişi ile hizmet sunan işletmenin kültürel farklılıklarından kaynaklanan uyumsuzluk ve çatışma,
- İşletme içinde dış kaynaklardan yararlanma uygulamasına yönelik direnç gelişimi,
- Hizmet sunan işletmenin hizmet boyutunda yetersiz kalması,
- Alınan hizmetin, zaman içinde hizmeti alan işletme açısından stratejik önem kazanması ve öz yeteneklerin kapsamına girme ihtimalinin varlığıdır (Bolat,2005; Seymen,2001; Yılmaz, 2007).

Dış kaynaklardan yararlanırken hastanelerin göz önünde bulundurması gereken bazı önemli noktalar vardır. Bu noktaları özetlemek gerekirse;

- İhtiyaçlar iyi tanımlanmalı,
- Güvenilirliği kanıtlanmış tedarikçilerden hizmet alınmalı,
- Tarafların sorumluluk alanları iyi tarif edilmeli,
- Hizmet sürecinde hizmeti sunan işletmenin etkinlikleri aktif olarak izlenmeli,
- Uzun süreli anlaşmalar yapılmamalı,
- Ölçülebilir beklentilere sözleşmelerde yer verilmeli,
- Süreç iyi yönetilmelidir.



Gereç ve Yöntem

Bu araştırma betimsel nitelikte tarama modeli bir alan araştırmasıdır. 01.01.2004-31.08.2004 tarihleri arasında yapılan araştırma Sağlık Bakanlığına bağlı tüm hastanelerin Hastane Bilgi Sistemlerinde dış kaynaklardan ne ölçüde yararlandıklarını analiz etmek ve tanımlayıcı bir durum tespiti yapabilmek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın çalışma evrenini, Sağlık Bakanlığına bağlı yataklı tedavi kurumları oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem seçilmemiş olup evrenin tümü (N 669) araştırma kapsamına alınmıştır. Araştırma kapsamına alınan hastanelerin 655'ine anket uygulanabilmiş dolayısıyla evrenin %97,9'una ulaşılmıştır. Geri kalan 14 hastane ise ankete yanıt vermemiştir. Anketin güvenilirlik analizleri yapılmış olup internet üzerinden 01 Eylül 2004 – 15 Eylül 2004 tarihleri arasında uygulanmıştır. Araştırma betimsel nitelikte tarama modeli bir alan araştırmasıdır. 01.01.2004-31.08.2004 tarihleri arasında yapılan bu araştırma, Sağlık Bakanlığına bağlı tüm devlet hastanelerinin hastane bilgi sistemlerinde dış kaynaklardan ne ölçüde yararlandıklarını analiz etmek ve tanımlayıcı bir durum tespiti yapabilmek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Bulgular

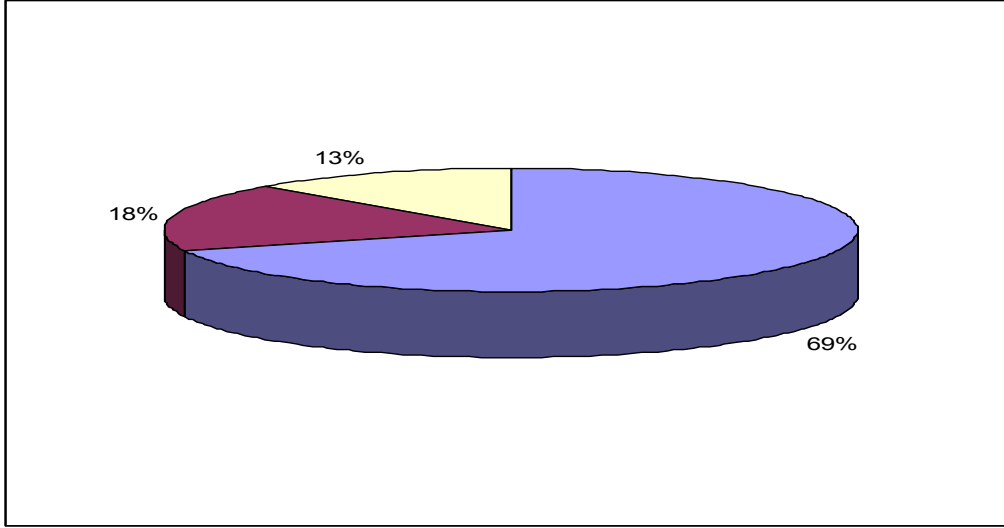
Tablo-1. Hastanelerde Hastane Bilgi Sistemi Kapsam ve Kullanımının Dağılımı

Hastane Bilgi Sistemi Kapsamı	Sayı
Tam otomasyon sistemine sahip olduğunu bildiren hastaneler (tıbbi kayıtlar ile idari ve mali kayıtların tutulduğu entegre bir otomasyon sistemi)	190
Kısmi otomasyon sistemine sahip olduğunu bildiren hastaneler (verilen hizmetlerin kaydedilip faturalandırıldığı bir otomasyon sistemi)	265
Bir ya da birkaç küçük program sahibi olan hastaneler (muhasabe, personel, ayniyat, demirbaş işlemleri gibi bazı işlemlerin yürütülebilmesi için kullanılan küçük kapsamlı birbirinden bağımsız programlar)	118
Hiçbir programı olmayan hastaneler	82
Toplam	655

Hastanelerde kullanılan hastane bilgi sistemlerinin dağılımı incelendiğinde (Tablo-1) 265 hastanede kısmi bir otomasyon sistemi olduğu, 82 hastanede hiçbir programın bulunmadığı, 118 hastanede bir ya da birkaç küçük programın bulunduğu, 190 hastanede ise tam otomasyon sisteminin olduğu tespit edilmiştir. Hastanelerin büyük çoğunluğunda tıbbi kayıtlar ile idari ve mali kayıtların tutulduğu entegre bir tam otomasyon sisteminin olmadığı görülmektedir.



Grafik-1. Hastane Bilgi Sistemi Bulunan Hastanelerin Dağılımı



%69'unda tam ya da kısmi bir hastane bilgi sisteminin bulunduğu, %18'inde bir ya da birkaç küçük uygulamanın bulunduğu, %13'ünde ise herhangi bir programın (uygulama yazılımının) olmadığı görülmüştür.

Tablo-2. Hastane Bilgi Sistemi Mevcudiyetine Göre Hastanelerin Dağılımı

Tam ya da kısmi HBS olan hastane sayısı	455
Bir ya da birkaç küçük uygulamaya sahip hastane sayısı	118
Herhangi bir uygulama yazılımına sahip olmayan hastane sayısı	82
Ankete katılan toplam hastane sayısı	655

Hastane bilgi sistemi bulunan hastanelerin dağılımı incelendiğinde (tablo-2), 455 hastane de çeşitli seviyelerde hastane bilgi sistemi bulunduğu, 118 hastanede bir ya da birkaç küçük uygulama bulunduğu belirtilmiştir. 82 hastane ise herhangi bir uygulama yazılımına sahip olmadıklarını belirtmişlerdir.

Tablo-3. Hastane Bilgi Sistemi Uygulama Yazılımının Tedarik Yöntemi

HBS Yazılımı Tedarik Metodu	Sayı	%
Dış Kaynak Kullanımı (Outsourcing) metoduyla HBS yazılımı tedarik eden hastane sayısı	242	42,23
Diğer metodlarla (satınalma, hibe vb.) HBS yazılımı tedarik eden hastane sayısı	331	57,77
TOPLAM	573	100,00



Araştırma kapsamına alınan hastanelerde hastane bilgi sistemi tedarik yöntemi olarak dış kaynak kullanımının daha az olduğu (%42.23), diğer metodlarla hastane bilgi sistemi tedarik edenlerin ise daha fazla olduğu (%57.77) görülmektedir.

Sonuç ve Öneriler

Araştırma sonucunda ankete cevap veren Sağlık Bakanlığına bağlı 655 hastaneden 455'inde bir hastane bilgi sistemi uygulama yazılımının bulunduğu, 118 hastanede ise ayniyat ve muhasebe gibi daha düşük düzeylerde bilgi sistemi uygulamalarının olduğu; kısaca 573 hastanede değişik seviyelerde bilgi sistemi uygulamalarının bulunduğu, 82 hastane de ise işletim sistemi ve ofis programları dışında hiçbir programın olmadığı tespit edilmiştir. 573 hastaneden dış kaynak kullanımı, bir başka deyişle hizmet alımı yapan hastane sayısı 242 olarak tespit edilmiştir. Değişik seviyelerde bilgi sistemine sahip olan hastanelerin yaklaşık olarak %42,23'ü dış kaynak kullanımını benimsemiştir.

Hastaneler için temel yetenek tıbbi hizmetlerdir. Hastanelerin bu temel yetenekleri ile doğrudan ilişkili iş ve faaliyetler hastane bünyesinde yürütülmeli, diğer tüm işler dış kaynaklardan yararlanılarak uzman firmalar tarafından gerçekleştirilmelidir. Hastaneler böylece hizmet kalitesini artırarak hasta ve çalışan personel tatmininin artmasını sağlayabilirler. Böylelikle hastanelerdeki karmaşık organizasyon yapısı yalınlaşacak, organizasyon kademeleri azalacak ve hastane temel yeteneklerine odaklanma fırsatı bulacaktır.

Hastanelerin teknolojik gelişmeleri kendi iş süreçlerine uygulamaları kalite, etkinlik ve verimlilik açısından olumlu sonuçlar doğurmaktadır. Kullanılan teknolojinin sürekli güncellenme gerekliliği, teknolojik kaynaklı riskler ve günümüzde işletmelerin esnek olma zorunluluğu, hastaneleri farklı arayışlara yöneltmektedir. Sonuç olarak hastaneler kendi ana hizmet alanına yönelerek daha iyi bir sağlık hizmeti sunmayı hedeflerken otelcilik, ulaşım, yemek, güvenlik ve temizlik gibi diğer yan alanlarda dış kaynak kullanımına başvurarak kendi işleyişlerindeki olumsuzlukları en aza indirmeye çalışmalıdır.

KAYNAKLAR

- 1-Akdoğan, A.A. Dış kaynaklardan yararlanma ve teknoloji ile ilgili dış kaynaklardan yararlanmanın Türkiye'de bankacılık sektöründe uygulamaları. Sosyal Bilimler Enstitüsü yayımlanmamış yüksek lisans tezi, Niğde. 2001.
- 2-Bolat, T. Çok Uluslu İşletmeler ve Şebeke Örgütlenme Modeli. Küreselleşme ve Çok Uluslu İşletmecilik. Nobel Yayın Dağıtım. Ankara. 2005.
- 3-Çakırer, M. A. Devlet Hastanelerinde dış kaynaklardan yararlanma (outsourcing) yönteminin uygulanabilirliği ve bir uygulama, Dumlupınar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, yayımlanmamış yüksek lisans tezi , 2002.
- 4-Çakırer, M. A. Sağlık hizmetlerinde toplam kalite yönetiminin başarıya ulaşmasında dış kaynaklardan yararlanma (outsourcing) yönteminin etkisi ve bir uygulama,<http://paribus.tr.googlepages.com/cakirer.doc> Mayıs,2007 .
- 5-Esatoğlu A. E. Köksal, A., Yiğit, V., Göktaş, B. Hastanelerde bilgisayar teknolojisi kullanımı. IV. Ulusal Sağlık ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, İstanbul. 27-28 Eylül 2001



- 6-Gökdere, H., Tarakçıoğlu, S. Bilgi sistemlerinde dış kaynaklardan yararlanma (outsourcing) süreci. Gazi Üniversitesi Vakfı Turizm Akademik Dergisi,2,2001.
- 7-Ataman, G. İşletme Yöneticiliği (Temel Kavramlar Yeni Yaklaşımlar), Beta yayınları, İstanbul, 2001
- 8-Günelay, Y. Sağlık Bakanlığı; *Sağlık Bakanlığı Yöneticilik Kursları, Bilgi Yönetim Sistemleri Ders Notları*. Ankara. 2002
- http://tr.wikipedia.org/wiki/Dış_kaynak_kullanımı
- 9-İşçi, E., Yiğit, İ. İstanbul ilindeki hastanelerin dış kaynak (outsourcing) kullanımına ilişkin bir araştırma http://www.sabem.saglik.gov.tr/Akademik_Metinler/linkdetail.aspx?id=1829 [14.05.2007].
- 10-İşçi, E., Artan, S. Hastanelerde teknoloji yönetiminde dış kaynak kullanımının önemi; Ankara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü Sağlık ve Hastane Yönetimi 2. Ulusal Kongresi (Uluslararası Katılımlı) Ankara. 28-30 Eylül 2005.
- 11-Seymen, O., A. Dış kaynaklardan yararlanma ve konaklama işletmelerinde işgören bulma sürecine uygulanması. Doğu Akdeniz Üniversitesi Turizm Araştırmaları Dergisi. 2(1), 2001.
- 12-Solak, M. Dış kaynaklardan yararlanma(outsourcing) ve insan kaynakları yönetimi alanında uygulanması. Basılmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2002.
- 13-SPGK, Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü. Hastane Bilgi Sistemleri Alımı Çerçeve İlkeleri. <http://www.merih.net/m1/hbsa.htm> Mayıs, 2007 .
- 14-Tatari, B. Etkili bir yönetim aracı: dış kaynak kullanımı. İzmir Ticaret Odası, Mart 2005. <http://www.izto.org.tr/NR/rdonlyres/B942DEAC-917E-4200-81F5-2D065174DF75/4103/diskaynak.pdf> Mayıs, 2007 .
- 15-Ülğü, M., M. Bilişim sistemlerinin devlet hastanelerinin döner sermaye gelirlerindeki artışa etkisi. T.C Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Hastane İşletmeciliği Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ankara. 2005,
- 16-Ülğü, M., M. Hastane yönetim bilgi sistemlerinde standartlar ve uygulamalar. 2006, <http://www.vsm.gov.tr/docs/hastbilgisistemleristd.pdf>
- 17-Yılmaz, Y. Dış kaynaklardan yararlanma (outsourcing) süreci ve konaklama işletmeleri açısından bir değerlendirme. MPM Verimlilik Dergisi, 2007/2.



Uluslararası Sağlık ve Hastane Yönetimi Kongresi
International Health and Hospital Administration Congress
01-03 June 2007 Near East University - Nicosia - TRNC - Mersin 10 Turkey





HASTA YAKINLARININ BARINMA SORUNU Bir Örnek Hastane Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi

¹Rahmiye GÜLTEKİN; ²Betül IŞIKLAR; ³Erhan KILINÇ

¹(Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi Başmüdürü

² Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi Halkla İlişkiler

³ Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi Klinik Sekreterlik Hizmetleri

I. Giriş

Hastalar, çeşitli sağlık sorunları nedeniyle, ayaktan veya yatarak tetkik ve tedavi hizmeti almak üzere sağlık kuruluşlarına başvurumaktadırlar. Alınan sağlık hizmetinin her aşamasında hastalar için istenen durum mümkün olan en kısa sürede tedavi olabilmek ve yüksek tatmin düzeyi ile taburcu olmaktır. Bu araştırmada hastaların yatarak tedavi hizmeti aldığı süreçte, yaşadığı sorunlar belirlenerek, bazı ihtiyaçları üzerinde durulmuştur.

- Ücret Sorunu (Özel oda, tıbbi zorunluluk olmayan refakatçi ücreti, tercih edilen öğretim üyesi ameliyat işlemleri, ödeme zorunluluğu olan ilaçlar, vb.)
- Hastaların yakınları ile bağlantı kurulması gerektiği acil durumlarda, hastanın yakınlarına ulaşamaması
- Hasta yatış ve taburculuk işlemleri sırasında karşılaşılan mali engeller ve bilgi eksikliğinden doğan sorunlar
- Hastanın taburculuk sonrası, hastaneye kontrol amaçlı gelmesi durumunda yaşanan benzer sorunlar
- Çevre il ve ilçelerden gelen hastaların yatarak tedavi gördüğü süre içerisinde hasta yakınlarının yaşadığı barınma sorunu.

Hastanelerde yaşanan sorunlar sadece hastaları değil, doğrudan veya dolaylı olarak hasta yakınlarını da etkilemektedir. Söz konusu hastaların yatarak tedavi alırken karşılaştığı sorunların yanında, hasta yakınları da kalacak yer sorununu çözmek durumundadır. Hasta yakınları, barınma sorununu çözmek için çeşitli yollara başvurumaktadırlar. Örneğin; tıbbi zorunluluğu olmamasına rağmen hasta yanında refakatçi olarak kalmak, hasta yakınları için çözüm yolu olmaktadır. Oysa ki tıbbi zorunluluk gerekmediği durumlarda refakatçi kalmak; bir yandan ödeme sıkıntısı yaratırken, diğer yandan refakatçi sayısının artmasıyla hastane infeksiyon riskini artırmaktadır. Aynı zamanda hasta yakınının barınma sorunu, hastanın erken taburcu olma isteğine neden olmaktadır. Taburculuk sonrası hastanın kontrol için yeniden gelmesi gerektiği durumlarda ise benzer sorunun yeniden yaşanacağını bilen hasta, kontrol amaçlı gelişini ertelemekte veya kontrole gelmeyerek tedavinin bütünlüğünü ve yeterlilik durumunu değiştirmektedir. Barınma sorununun neden olduğu bir başka durum da hastanın tedavi sürecinde, acil ihtiyaç durumunda yakınlarına ulaşmakta güçlük çekilmesidir. Özellikle, geniş coğrafi alana sağlık hizmeti sunan ve hasta yakınları için düzenlenmiş konaklama yeri olmayan hastanelerde, hastaların yataklı tedavi hizmeti aldığı durumlarda hasta yakınının barınma sorunu daha yoğun yaşanmaktadır. Barınma sorunu, hasta ve yakınlarının tedavi sürecinde memnuniyet düzeyini düşürmektedir. Bu konu özellikle kalite belgelendirme çalışmaları yürüten hastanelerin ilgilenmeleri gereken önemli bir başlık olmalıdır. Kamu sağlık hizmeti sunan Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi 923 yatak kapasitesi ile başta Sivas ve ilçeleri olmak üzere, Tokat, Erzincan, Yozgat, Giresun, Kayseri, Erzurum ve ilçelerinden başvuran hastalara bir bölge hastanesi hizmeti vermektedir. Tedavi için gelen hastaların çoğunun yanında kalabileceği bir yakını olmadığı gibi ekonomik nedenlerden dolayı otel vb. yerlerde de kalamamaktadırlar.



Yataklı tedavi hizmeti alan hastaların yakınları için barınma, hasta taburcu olana kadar çözülmesi gereken bir sorun olmaktadır. Bu durumda hasta yakınları, hastane koridorlarında, bekleme salonlarında ve hastane çevresinde konaklamaktadırlar. Aynı şekilde hasta taburcu olduktan sonra, hastanın kontrole gelmesi gerektiği durumlarda hasta yakınlarını aynı sorun beklemektedir. Bu araştırma, Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi'nde yatarak tedavi gören hastaların yakınlarının barınma sorununu ortaya çıkarmak, bu bulgular ışığında sorunu çözmeye yönelik öneriler geliştirebilmek ve hasta yakınlarını da önerileriyle sorunu çözmeye sürecine dahil etmek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın Evreni ve Yöntemi.

Araştırma, 2007 Yılı Mayıs Ayı içerisinde, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi'nde yatarak tedavi gören hastaların yakınları arasından, uygun örnekleme yöntemi ile tesadüfi seçilmiş 200 örneklem üzerinde yapılmıştır. Hastanede günlük ortalama yatan hasta sayısı 800'dür. Örneklem seçilirken hastanede günlük ortalama yatan hasta sayısının %25'i planlanmıştır. Araştırmanın amacına yönelik düzenlenen anket, anketör aracılığıyla bireylerle yüz yüze görüşülerek ve bireylerin gönüllü olmaları gözetilerek uygulanmıştır. Araştırma kapsamındaki toplam 200 hasta yakınına uygulanan anket 16 sorudan oluşturulmuştur. Cinsiyet, meslek, sosyal güvence, tercih nedeni, yaşadığı şehir, hastanın tedavi olduğu servis, hastanede kalış süresi, konaklama planı, konaklama yeri düzenleme sorumluluğu, konaklama yerinin bedel karşılığı olmasını onaylama durumu gibi demografik ve sosyo-ekonomik özelliklerine ait tanımlayıcı sorulara yer verilmiş ve açık-kapalı uçlu sorular kullanılmıştır. Anketlerden edinilen veriler toplanarak, SPSS (Statistical Package for the Science) istatistik paket programında değerlendirilmiştir. İstatistiksel analizlerle karşılaştırmalı tablolar oluşturulmuştur. Tablolarda barınma sorunu yüzdeler ve gruplararası farklılıklar ki-kare testi yöntemi ile test edilmiştir.

Bulgular ve Tartışma. Bu bölümde araştırma bulguları ve bulgulara ilişkin gerekli tartışmalara yer verilmiştir. Anket uygulamasından elde edilen bilgiler tablolarda sunulmuştur.

Tablo 1. Cinsiyete Göre Yatan Hastaların Barınma Sorunu

Cinsiyet	Sayı	%	Barınma Sorunu	
			Evet	Hayır
Kadın	102	51,00	Sayı:55 %53,90	Sayı:47 %46,10 Toplam:102
Erkek	98	49,00	Sayı: 52 %53,06	Sayı: 46 %46,94 Toplam: 98
Toplam	200	100		x 0,015 p>0,05

Araştırma grubuna alınan hasta yakınlarının %51'i kadın, %49'u erkektir. Ankete katılan kadınların %53,9'u barınma sorunu yaşarken, erkeklerin %53,06 barınma sorunu yaşamaktadır. Cinsiyete göre barınma sorunu yaşama oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (P=0,90).



Tablo 2. Hasta Yakınlarının Eğitim Durumuna Göre Dağılımı

Eğitim	Sayı	%
Okur yazar	19	9,50
İlkokul	75	37,50
Ortaokul	24	12,00
Lise	51	25,50
Üniversite	31	15,50
Toplam	200	100

Araştırma grubuna alınan hasta yakınlarının %9,5'i okur yazar, %37,5'i ilköğretim, %12'si ortaokul, %25,5'i lise, %15,5'i üniversite mezunudur. Ankete katılan hasta yakınlarının eğitim durumu ve barınma sorunu arasında anlamlı bir fark belirlenmemiştir.

Tablo 3. Hasta Yakınlarının, Hastaların Serviste Yatış Sürelerine Göre Barınma Sorunu

Yatış süresi	Sayı	%	Barınma Sorunu	
			Evet	Hayır
7gün↓	74	37,00	Sayı: 36 % 48,60	Sayı: 38 %51,40 Toplam: 74
7-14 gün arası	70	35,00	Sayı: 38 %54,30	Sayı: 32 %45,70 Toplam: 70
14-30 gün arası	22	11,00	Sayı: 12 %54,50	Sayı: 10 %45,50 Toplam: 22
30 gün↑	34	17,00	Sayı: 21 %61,80	Sayı: 13 %38,20 Toplam: 34
Toplam	200	100		x 70,6 p>0,05

Araştırmaya katılan örneklem incelendiğinde; %37'sinin 7 günden az, %35'inin 7-14 gün arası, %11'inin 14-30 gün arası ve %17'sinin 30 günden fazla hastanede yatarak tedavi gören hastaların yakınları olduğu tespit edilmiştir. Hasta yakınlarının hastanede kalış süreleri ile kalacak yer problemi karşılaştırıldığında; hastanede 7 günden daha az kalan hastaların yakınlarının %48,6'sı, 7-14 gün arası



kalan hastaların yakınlarının %54,3'ü, 14-30 gün arası kalan hastaların yakınlarının %54,5'i, 30 gün ve daha fazla süreyle kalan hastaların yakınlarının %61,8'i kalacak yer sorunu yaşamaktadır. Hastanede kalış süresi uzadıkça, kalacak yer sorununun daha fazla yaşanmakta olduğu görülse de, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir (P 0,10).

Tablo . Hasta Yakınlarının, Hastaların Sosyal Güvencelerine Göre Barınma Sorunu

Sosyal güvence	Sayı	%	Barınma Sorunu	
			Evet	Hayır
Bagkur	28	14,00	Sayı: 13 % 46,40	Sayı:15 % 53,60 Toplam: 28
Emekli sandığı	42	21,00	Sayı:22 %52,40	Sayı:20 %47,60 Toplam:42
Yeşilkart	47	23,50	Sayı: 33 % 70,20	Sayı:14 %29,80 Toplam: 47
SSK	77	38,50	Sayı: 36 %46,80	Sayı:41 %53,20 Toplam:77
Güvencesiz	6	3,00	Sayı: 3 %50,00	Sayı: 3 %50,00 Toplam: 6
Toplam	200	100		x 7,29 p>0,05

Sosyal Güvencesine göre sınıflandırmada örneklemin %38,5'inin SSK'lı, %23,5'inin Yeşilkart'lı, %21'inin ise Emekli Sandığı'na bağlı oldukları görülmüştür. Güvencesiz hastaların oranı ise %3'tür. Bu oranlar hasta yakınlarının barınma sorunu ile karşılaştırıldığında; Emekli Sandığı hastalarının yakınlarının %52,4'ü, Yeşil Kart'lı hastaların yakınlarının %70,2'si, SSK'lı hastaların yakınlarının %46,8'i, sosyal güvencesi olmayan hastaların yakınlarının ise %50'si barınma sorunu yaşamaktadır. Araştırma kapsamındaki Yeşilkartlı hastaların yakınlarının diğer sosyal güvenlik kurumlarına göre daha fazla barınma sorunu yaşadıkları görülse de istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir (P 0,12).

Tablo . Hasta Yakınlarının, Hastaların Hastaneyi Tercih Nedenine Göre Barınma Sorunu

Tercih nedeni	Sayı	%	Barınma Sorunu	
			Evet	Hayır
Sevk edildim	139	69,50	Sayı: 72 %51,80	Sayı:67 % 48,20 Toplam: 139
Acil başvuru	32	16,00	Sayı: 21 %65,60	Sayı: 11 %34,40 Toplam: 32



Tavsiye üzerine	17	8,50	Sayı:7 %41,20	Sayı:10 %58,80 Toplam: 17
Tanıdık personel	3	1,50	Sayı: 1 % 33,30	Sayı: 2 % 66,70 Toplam: 3
Diğer nedenler	9	4,50	Sayı: 6 %66,70	Sayı: 3 %33,30 Toplam: 9
Toplam	200	100		x 1,208 p>0,05

Araştırma kapsamındaki hasta yakınlarının, hastaları adına cevapladıkları soruda, Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi'ne başvuruda tercih nedeni olarak, %69,5'inin sevk edilme, %16'sının acil başvuru, %8,5'inin tavsiye ile, %1,5'inin tanıdık personel ve %4,5'inin diğer nedenlerle (güven duyması, hastane personeli olması, üniversite hastanesi olması v.b nedenler) başvurduğu görülmüştür. Hastaneye sevk ile gelenlerin %51,8'i, acil başvuru ile gelenlerin %65,6'sı, tavsiye üzerine gelenlerin %41,2'si, tanıdık personel nedeni ile gelenlerin %33,3'ü, diğer nedenlerle gelenlerin %66,7'si barınma sorunu yaşamaktadır. Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi'ni yatarak tedavi görmek için başvuran hastaların, hastaneyi tercih etme nedeni ile barınma sorunu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (P=0,38).

Tablo 6. Hasta Yakınlarının Yaşadığı Şehre Göre Barınma Sorunu

Şehir	Sayı	%	Barınma Sorunu	
			Evet	Hayır
Sivas Merkez	49	24,50	Sayı: 1 % 2,00	Sayı: 48 %98,00 Toplam: 49
Sivas ilçe	83	41,50	Sayı:65 %78,30	Sayı: 18 % 21,70 Toplam: 83
Diğer iller	68	34,00	Sayı: 41 % 60,30	Sayı:27 % 39,70 Toplam: 68
Toplam	200	100		x 73,961 p<0,05

Ankete katılanların %24,5'inin Sivas Merkez, %41,5'inin Sivas ilçeleri, %34'ünün de diğer illerden geldiği belirlenmiştir. Sivas Merkezdten gelenlerin %2'si, Sivas İlçelerinden gelenlerin %78,3'ü, diğer illerden gelenlerin %60,3'ü barınma sorunu yaşamaktadır. Sonuçlara göre Sivas ilçelerinden hastaneye başvuruda bulunan hastaların yakınlarının, diğer illerden gelenlere göre daha fazla barınma



sorunu yaşadıkları gözlenmektedir. Araştırma kapsamındaki hasta yakınlarının yaşadığı şehir ve barınma sorunu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (P=0,00).

Tablo 7. Hasta Yakınlarının Yatış Bilgisine Göre Barınma Sorunu

Yatış bilgisi	Sayı	%	Barınma Sorunu Evet	Barınma Sorunu Hayır
Evet	139	69,50	Sayı: 73 %52,50	Sayı:66 %47,50 Toplam: 139
Hayır	61	30,50	Sayı:34 %55,70	Sayı: 27 %44,30 Toplam: 61
Toplam	200	100		x 0,177 p>0,05

Araştırmamıza katılan hastaların %69,5'i yatarak tedavi göreceğini bilerek, %30,5'i de yatarak tedavi göreceğini bilmeden hastaneye başvuruda bulunmuştur. Yatarak tedavi olacağını bilenlerin %52,5'i barınma sorunu yaşarken, yatarak tedavi olacağını bilmeden hastaneye başvuruda bulunanların %55,7'si barınma sorunu yaşamaktadır. Araştırma kapsamındaki hastaların yakınlarının yatarak tedavi göreceğini bilme durumu ile barınma sorunu arasındaki ilişki incelenmiş ve anlamlı bir farklılık görülmemiştir (P 0,67).

Tablo 8. Hasta Yakınlarının, Konaklama Planına Göre Barınma Sorunu

Konaklama Planı	Sayı	%	Barınma Sorunu Evet	Barınma Sorunu Hayır
Yakınlarımızda	34	17,00	Sayı: 8 %23,50	Sayı:26 %76,50 Toplam: 34
Hastane koridorlarında	64	32,00	Sayı:59 %92,20	Sayı:5 %7,80 Toplam: 64
Hastane çevresi	26	13,00	Sayı: 20 %76,90	Sayı:6 %23,10 Toplam: 26
Otel, Misafirhane vb	11	5,50	Sayı: 6 %54,50	Sayı:5 %45,50 Toplam: 11
Diğer yerler	65	32,50	Sayı: 14 %21,50	Sayı:51 %78,50 Toplam:65



Toplam	200	100		x 83,211 p<0,05
--------	-----	-----	--	--------------------

Araştırma kapsamına alınan hasta yakınlarının konaklama planlarına göre; %17'si yakınlarında, %32'si hastane koridorlarında, %13'ü hastane çevresinde, %5,5'i otel, misafirhane vb. yerlerde, %32,5'i ise diğer seçeneği adı altında (refakatçi kalmak ya da Sivas İlçelerden gelen hasta ise her gün gidip gelmek şeklinde) konaklama planı yaptıkları belirlenmiştir. Hastaların yakınlarının barınma sorununu çözmek için yakınlarında kalmayı tercih edenlerin %23,5'i, hastane koridorlarında kalanların %92,2'si, hastane çevresinde konaklayanların %76,9'u, otel, misafirhane vb. yerlerde kalanların %54,5'i, diğer seçeneğini işaretleyenlerin %21,5'i barınma sorunu yaşamaktadır. Konaklamayı planladıkları yer ve barınma sorunu arasındaki ilişki analiz edilmiş ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmiştir (P=0,00).

Tablo . Hasta Yakınlarının Barınma Sorunu

Yer problemi	Sayı	%
Evet	107	53,50
Hayır	93	46,50
Toplam	200	100

Araştırma kapsamındaki hasta yakınlarının %53,5'i barınma sorunu yaşarken, %46,5'i barınma sorunu yaşamamaktadır.

Tablo-10. Hasta Yakınlarının, Konaklama Sorumluluğuna Dair Görüşüne Göre Barınma Sorunu

Konaklama Yeri Sorumluluğu	Sayı	%	Barınma Sorunu	
			Evet	Hayır
Hastane yönetimi	156	78,00	Sayı: 85 %54,50	Sayı:71 %45,50 Toplam:156
Hasta/hasta yakınları	5	2,50	Sayı: 4 %80,00	Sayı: 1 %20,00 Toplam: 5
Belediye	13	6,50	Sayı: 4 %30,80	Sayı: 9 %69,20 Toplam: 13
Valilik	14	7,00	Sayı:8 %57,10	Sayı: 6 %42,90 Toplam: 14



Diğer	12	6,00	Sayı: 6 %50,00	Sayı: 6 %50,00 Toplam: 12
Toplam	200	100		x 4,306 p>0,05

Araştırma kapsamındaki hasta yakınlarının, konaklama yeri düzenleme sorumluluğuna dair görüşü ile ilgili olarak yapılan değerlendirme sonucunda elde edilen bulgulara göre; %78'i bu sorumluluğu hastane yönetimine, %2,5'i hasta ve hasta yakınlarına, %6,5'i belediyeye, %7'si valiliğe, %6'sı diğer seçeneğiyle devlet vb. kuruluşlara ait bir sorumluluk olarak görmektedir. Konaklama sorumluluğunun hastane yönetimine ait olması gerektiğini düşünenlerin %54,5'i, hasta ve hasta yakınlarına ait olduğunu düşünenlerin %80'i, belediyeye ait olduğunu düşünenlerin %30,8'i, valiliğe ait olması gerektiğini düşünenlerin %57,1'i, diğer seçeneği ile cevaplayanların %50'si barınma sorunu yaşamaktadır. Konaklama yerinin düzenlenmesi sorumluluğu ile barınma sorunu yaşama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir (P 0,36).

Tablo 11. Hasta Yakınlarının, Bedel Karşılığı Konaklama Hizmetini Onaylama Durumuna Göre Barınma Sorunu

Bedel karşılığı konaklama hizmeti	Sayı	%	Barınma Sorunu	
			Evet	Hayır
Evet	50	25,00	Sayı: 27 % 54,00	Sayı:23 % 46,00 Toplam: 50
Hayır	150	75,00	Sayı: 80 %53,30	Sayı: 70 %46,70 Toplam: 150
Toplam	200	100		x 0,007 p>0,05

Konaklama yeri düzenlenmesi durumunda, ankete katılan hasta yakınlarının %25'i bedel karşılığı konaklama hizmetine onay vermekte, %75'i ise bedel karşılığı konaklama hizmetine onay vermemektedir. Konaklama hizmetinin bedel karşılığı olması gerektiğini düşünenlerinin %54'ü, konaklama hizmetinin bedel karşılığı olmaması gerektiğini düşünenlerin de %53,3'ü barınma sorunu yaşamaktadır. Barınma sorunu yaşayanlar ile bedel karşılığı konaklama hizmetini onaylama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (P 0,93) .



Tablo 12. Hasta Yakınlarının, Yaşadığı Şehre Göre Konaklama Planı

Şehir	Sayı	%	Yakınlarında	Hastane Koridorlarında	Hastane Çevresinde	Otel Misafirhane	Diğer
Sivas Merkez	49	24,50	Sayı: 1 %2,00	Sayı: 0 %0,00	Sayı: 0 %0,00	Sayı: 0 %0,00	Sayı: 48 %98,00 Toplam: 49
Sivas İlçe	83	41,50	Sayı:13 %15,70	Sayı:39 %47,00	Sayı:16 %19,30	Sayı:3 %3,60	Sayı: 12 %14,40 Toplam: 83
Diğer iller	68	34,00	Sayı: 20 %29,40	Sayı: 25 %36,80	Sayı: 10 %14,70	Sayı: 8 %11,80	Sayı:5 %7,30 Toplam: 68
Toplam	200	100					x 137,958 p<0,05

Araştırmaya Sivas İlçelerinden katılan hasta yakınlarının, %15,7'si yakınlarında, %47'si hastane koridorlarında, %19,3'ü hastane çevresinde, %3,6'sı otel ve misafirhanelerde, %14,5'i ise diğer seçeneği ile (tıbbi zorunluluk olmamasına rağmen, ücretli ya da özel odada refakatçi kalmak, günü birlik eve gidiş-geliş şeklinde) konaklama planı yaptıkları görülmektedir. Diğer illerden katılanların %29,4'ü yakınlarında, %36,8'i hastane koridorlarında, %14,7'si hastane çevresinde, %11,8'i ise otel misafirhane vb. yerlerde, %7,4'ü ise diğer seçeneği ile (refakatçi kalmak şeklinde) konaklama planı yaptıkları görülmektedir. Hasta yakınlarının yaşadıkları şehir ile konaklama planı arasında anlamlı bir farklılık belirlenmiştir (P=0,00).

Tablo 1 . Barınma Sorunu Yaşayan Hasta Yakınlarının, Yaşadığı Şehre Göre Konaklama Planı

Barınma sorunu	Şehir	Yakınlarında	Hastane Koridorlarında	Hastane Çevresinde	Otel Misafirhane	Diğer
Evet	Sivas merkez	Sayı: - %0,00	Sayı: - %0,00	Sayı: - %0,00	Sayı: - %0,00	Sayı: 1 %100 Toplam: 1
	Sivas İlçe	Sayı:4 %6,20	Sayı:36 %55,40	Sayı:15 %23,10	Sayı:1 %1,50	Sayı: 9 %13,80 Toplam:65
	Diğer iller	Sayı: 4 %9,80	Sayı: 23 %56,10	Sayı: 5 %12,20	Sayı:5 %12,20	Sayı:4 %9,7 Toplam:41
	Toplam	Sayı: 8 %7,50	Sayı: 59 %55,10	Sayı: 20 %18,70	Sayı:6 %5,60	Sayı:14 %13,10 Toplam: 107



Araştırma kapsamındaki barınma sorunu yaşayan hasta yakınları arasında Sivas İlçelerinden gelen hasta yakınlarının %6,2'si yakınlarında, %55,4'ü hastane koridorlarında, %12,2'si hastane çevresinde, %1,5'i otel, misafirhane vb. yerlerde konaklamaktadır. %13,8'i ise diğer seçeneği ile refakatçi kalma yolunu tercih etmekte veya aynı gün içerisinde ilçesine gidiş-geliş yapmaktadır. Barınma sorunu yaşayan hasta yakınları arasında diğer illerden gelenlerin %9,7'si yakınlarında, %56,1'i hastane koridorlarında, %12,2'si hastane çevresinde, %12,2'si otel, misafirhane vb. yerlerde konaklamaktadır. %9,8 'i ise diğer seçeneği ile refakatçi kalma yolunu tercih etmektedir.

Sonuç ve Özet. Hasta yakınlarının barınma sorununu ortaya koymak amacıyla yapılan analizler sonucunda elde edilen bulgulara göre;

- Araştırmaya katılanların %53,5'inin barınma sorunu yaşamakta olduğu belirlenmiştir.
- Hastaların cinsiyeti, eğitim durumu, yatarak tedavi gördüğü servis, yatış süresi, sosyal güvencesi, hastaneye başvuruda tercih nedeni, yatarak tedavi göreceğini önceden bilme durumu, konaklama yeri sorumluluğu ile ilgili görüşü, konaklama hizmetinin bedel karşılığı olmasını onaylama durumu ile barınma sorunu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.
- Yapılan araştırmaya katılan hasta yakınlarının %41,5'i Sivas İlçelerinden, %34'ü diğer illerden, %24,5'i Sivas Merkezden hastaneye başvuruda bulunmuştur. Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesine yatarak tedavi görmek üzere başvuruda bulunan hastaların %75,5'i Sivas merkez dışından gelmektedir. Hastaneye Sivas ilçeleri veya diğer illerden başvuruda bulunan hastaların %53'ü barınma sorunu yaşamaktadır.
- Hasta yakınlarının barınma sorunu ile yaşadığı şehir arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmektedir.
- Hasta yakınlarının yaşadıkları yer ile barınma sorununu çözme amaçlı konaklama planları arasında da istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gözlenmektedir.
- Sivas İlçelerinden gelen hasta yakınlarından barınma sorunu yaşayanların %55,4'ü hastane koridorlarında, diğer illerden hastaneye başvuruda bulunan hasta yakınlarından barınma sorunu yaşayanların %56,1'i hastane koridorlarında konaklamaktadır. Sivas ilçelerinden ve diğer illerden başvuruda bulunan hasta yakınları barınma sorununa çözüm olarak; refakatçi kalmayı ve ilçelerden başvuruda bulunan hasta yakınları ise her gün gidip gelmeyi tercih etmiştir.
- Yapılan karşılaştırmalarda açık uçlu sorular ayrıca değerlendirilmiştir. Açık uçlu sorularda barınma sorunu yaşayan hasta yakınlarının yaşadığı sıkıntıları ve çözüm önerilerini belirtmeleri istenmiştir. Barınma sorunu yaşayan hasta yakınlarının sıkıntıları genel olarak; refakatçi kalırken ücret problemi nedeniyle özel odada kalamayan hasta yakınlarının, sandalye üzerinde, bekleme salonlarında, hastane koridorlarında battaniye üzerinde ve boş olan hasta yataklarında kaldıkları belirlenmiştir. Hasta yakınlarının çözüm önerilerine dair açık uçlu sorularına verdikleri cevaplara göre, barınma sorunu yaşayan hasta yakınlarının çözüm önerileri bütün bu sıkıntıları giderebilecek, hastane içinde veya çevresinde konaklayabilecekleri yerin düzenlenmesi, düzenlenme sorumluluğunun hastane yönetimine yürütülmesi gibi öneriler getirdikleri belirlenmiştir.



Uluslararası Sağlık ve Hastane Yönetimi Kongresi

International Health and Hospital Administration Congress

01-03 June 2007 Near East University - Nicosia - TRNC - Mersin 10 Turkey



1988

- Araştırma sonucunda ulaşılan oranlar, Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi'ne başvuruda bulunan hastaların çoğunluğunun Sivas ilçelerinden ve diğer illerden geldikleri ve buna bağlı olarak tedavi süresince barınma sorunu yaşamakta olduğu tespit edilmiştir. Gerek hasta memnuniyeti, gerekse tedavinin verimliliği açısından önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır.
- Barınma sorunu yaşayan hasta yakınlarının kalacak yer sorumluluğunu hastane yönetiminde görmesi, Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi'nin bu konuda bir proje geliştirilmesi gereğini ortaya koymuştur.



Uluslararası Sağlık ve Hastane Yönetimi Kongresi
International Health and Hospital Administration Congress
01-03 June 2007 Near East University - Nicosia - TRNC - Mersin 10 Turkey





HASTANELERDE KULLANILAN YAPI ÜRÜNLERİNİN ÇEVRESEL PERFORMANSLARINA YÖNELİK STANDARDLARIN İRDELENMESİ

Çiğdem Belgin DİKMEN¹, Arzuhan Burcu GÜLTEKİN²,

¹Bozok Üniversitesi, Mühendislik Mimarlık Fakültesi, Mimarlık Bölümü, Yozgat, Türkiye

²Gazi Üniversitesi, Teknik Eğitim Fakültesi, Yapı Eğitimi Bölümü, Ankara, Türkiye

cigdembelgin@yahoo.com, arzuhanburcu@yahoo.com

ÖZET

Dünyada çevre kirliliği arttıkça sağlık sorunları artmakta, buna karşılık çevre bilinci gelişmektedir. Çevre bilincine koşut olarak tüm sektörlerin temel hedefi, insanların sağlıklı olarak yaşamını sürdürebilmesi ve çevre kalitesinin iyileştirilmesi olmuştur. Bu hedef kapsamında yapı sektöründe de yapıların, yapı malzemesi ve yapı bileşenlerinin çevresel performanslarının değerlendirilmesine yönelik çalışmalar başlamıştır. Fiziksel çevrenin niteliğini arttırmak amacıyla, yapıların uygulanmasından ve kullanıma sunulmasından sonra performanslarının ve tasarım ölçütlerine uygunluğunun değerlendirilmesi gerekebilir. Bu nedenle, özellikle hastaneler gibi toplum sağlığının korunmasına katkı sağlayan, sık tekrar eden büyük ve maliyeti yüksek yapı gruplarında çevresel performans değerlendirmesi önem kazanmaktadır. Hastanelerde yapının ve kaynakların verimli kullanımını sağlamak ve kullanıcı memnuniyetini arttırmak nedeniyle işlevsel, davranışsal, teknik, ekonomik ve çevresel performans değerlendirilmesi yapılabilir. Çevresel performans değerlendirmesiyle hastanelerin işlevsel ömrü uzayabilir, fiziksel ve toplumsal çevrenin niteliği artırılabilir, maddi kaynak, işgücü ve zaman açısından ekonomi sağlanabilir ve çevreyle dost yapı üretimine katkıda bulunulabilir. Çevresel performans değerlendirmesi, hastanelerin planlama, programlama, tasarım, uygulama ve kullanım evrelerinde yapılabilir. Kullanım evresini değerlendiren bir çalışmada mimari tasarım süreci kararları (planlama, programlama, tasarım, uygulama evresi çıktıları) dikkate alınarak yapıya, kullanıcıya, mekana, donatıya, standartlara ve işletmeye özgü veriler kullanılabilir. Çevresel performans değerlendirmesi; hastanelerin mimari tasarım sürecine girdi oluşturan nitel ve nicel verilerin toplanması, sınıflandırılması ve analiz edilmesini kapsar. Toplanacak veriler yapıya, kullanıcıya, mekana, donatıya, standartlara ve işletmeye özgü veriler olarak sınıflandırılabilir. *Standard*, hastanelerde işlevlerin gerçekleştirilmesine yönelik mekansal yapı, çevre, donatı ve hizmet koşulları olarak tanımlanmaktadır. Bu bildiride hastanelerde kullanılan yapı malzemelerinin fiziksel, teknik ve çevresel özelliklerini kapsayan standartlar çevresel performans kapsamında irdelenmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hastaneler, yapı malzemeleri, çevresel performans, standartlar

1. Giriş

Dünyada çevre kirliliği arttıkça sağlık sorunları artmakta, buna karşılık çevre bilinci gelişmektedir. Çevre bilincine koşut olarak tüm sektörlerin temel hedefi, insanların sağlıklı olarak yaşamını sürdürebilmesi ve çevre kalitesinin iyileştirilmesi olmuştur (Kremers, 1995). Bu hedef kapsamında yapı sektöründe de yapıların, yapı malzemesi ve yapı bileşenlerinin çevresel performanslarının değerlendirilmesine yönelik çalışmalar başlamıştır. Fiziksel çevrenin niteliğini arttırmak amacıyla, yapıların uygulanmasından ve kullanıma sunulmasından sonra performanslarının ve tasarım ölçütlerine uygunluğunun değerlendirilmesi gerekebilir. Bu nedenle, özellikle hastaneler gibi toplum sağlığının korunmasına katkı sağlayan, sık tekrar eden, büyük ve maliyeti yüksek yapı



gruplarında, yapının ve kaynakların verimli kullanımını sağlamak ve kullanıcı memnuniyetini arttırmak nedeniyle *işlevsel, davranışsal, teknik, ekonomik ve çevresel performans değerlendirmesi* önem kazanmaktadır.

2. Hastanelerde Performans Değerlendirilmesi.

Hastaneler, toplum sağlığını koruyan ve kullanıcılar tarafından yoğun olarak kullanılan yapılardır. Bu nedenle, hastanelerin ve hastanelerde kullanılan yapı malzemelerinin toplum sağlığını dikkate alması ve çevreyle dost olması gerekir. Hastanelerde performans değerlendirmesi, yapının ve yapıda kullanılan yapı malzemelerinin değerlendirilmesi olarak sınıflandırılabilir. Bu değerlendirmelerle tasarım sürecine ileri-geri besleme sağlayacak işlevsel, davranışsal, teknik, ekonomik ve çevresel performans verilerine ulaşılabilir. Performans değerlendirmesinde çeşitli yöntem ve standartlardan yararlanılmaktadır. Bu çalışma kapsamında, hastane yapılarında kullanılan yapı malzemelerinin performanslarına yönelik standartlar irdelenmektedir.

2.1. Hastane Yapılarında Performans Değerlendirmesi.

Mimari tasarım, tüm boyutları ile yapım kararlarının verildiği, alınan kararlar çerçevesinde yapı tasarımı ve uygulamasının gerçekleştirildiği ve yapının kullanıma sunulduğu süreçtir. Hastanelerin mimari tasarım sürecinin planlama, programlama, tasarım, uygulama ve kullanım evrelerinde performans değerlendirilmesi yapılabilir.

Kullanım evresinin değerlendirilmesiyle, hastane yapılarında erişebilirlik, kullanılabilirlik, kullanıcı memnuniyeti ve çevresel uygunluk sağlayan (Zimring ve Barans, 1990, Kantrowitz ve Norhaus, 1980, Kaplan, 1998) nitelikli fiziksel çevreler oluşturulmaya çalışılmaktadır. Bu evrede yapılan değerlendirmeler, tasarım sürecine ileri-geri besleme sağlayarak yapının işlevsel, davranışsal, teknik, ekonomik ve çevresel performansını arttırabilir.

Kullanım evresinde çeşitli nedenlerle yapıda değişiklikler görülmektedir. Bu nedenle, tasarım sürecinin yeniden planlanması, programlanması, tasarım ve uygulamanın yenilenmesi gerekebilir. İşlevsel, teknolojik, ekonomik, estetik uygunluk ölçütlerine göre yapılacak değişikliklerin tasarım bütünlüğünü bozmamasına da özen gösterilmelidir. Değerlendirmelerden elde edilen bilgilerin bir sistematik içinde ele alınması, dikkat ve özenle gözden geçirilmesi ve tasarım sürecine girdi olarak katılması sağlanmalıdır.

İşlevsel performans, tasarımcıların en çok ilgilendiği performans değerlendirmesidir. İşlevsel performans değerlendirilmesi, işlevsel uygunluk ölçütüne göre mekan, kullanıcı, donatı ve hizmeti kapsamaktadır. Bu kapsamda, mekanın nitel ve nicel özellikleri ve verilen hizmetle ilgili kullanıcı memnuniyeti sınımlanmaktadır. İşlevsel performans kullanıcı istek ve gereksinimleri, kapasite, fiziksel çevre verileri ve teknolojik gelişmeler dikkate alınarak tasarım sürecinin her evresinde tasarım ölçütleri ve ISO ve TSE standartları çerçevesinde (Bayazıt, 1979) yapılmalıdır. Ayrıca Bayındırlık ve İskan Bakanlığı (BİB) ve belediyeler tarafından bazı teknik konularla ilgili standardlaşmış bilgiler de tasarım sürecinde kullanılabilir.

Davranışsal performans değerlendirilmesi yapının/mekanın algılanması, fiziksel çevre ve insan davranışları, mekan büyüklükleri, kullanıcı sayısı, yapı imgesinin etkisi, yön bulma ve değişen koşullarda kullanıcı memnuniyetini kapsamaktadır. Davranışsal performans değerlendirmesinde, yapı ile kullanıcı davranış kalıpları arasındaki ilişki sınımlanmaktadır (Bayazıt, 1979). Bu değerlendirmeyle, tasarım sürecinde yapıda görülen değişikliklerin sebep olduğu sorunlar azaltılabilir, mekan kalitesi ve



kullanıcı memnuniyeti sağlanabilir, yapı hizmet ömrü uzatılabilir ve kaynaklar rasyonel kullanılabilir (Bechtel ve Marans, 1990). Davranışsal performans, kullanıcı istek ve gereksinimleri, kapasite, fiziksel çevre verileri ve teknolojik gelişmeler dikkate alınarak tasarım sürecinin her evresinde tasarım ölçütleri ve standartlar çerçevesinde (Bayazit, 1979) yapılmalıdır.

Teknik performans değerlendirmesi, tasarımı sınırlayan kısıtlar olarak görülmekte, genellikle mühendislik kapsamında değerlendirilmekte ve tasarımcılar tarafından benimsenmemektedir. Teknik performansın değerlendirilmesi yapıda strüktür, ince yapı ve bitirmeler, aydınlatma, havalandırma, ısıtma, iklimlendirme, yangın güvenliği, depreme dayanım, akustik ve çevresel kontrol sistemlerini kapsamaktadır (Akçalı, 2000, Preiser, 1991). Bu kapsamda, kullanıcı istek ve gereksinimlerine göre mekanın teknik özellikleri, donatı ve donanımlar sınanmaktadır. Teknik performans, kullanıcı istek ve gereksinimleri, kapasite, teknik donanım ve teknolojik gelişmeler dikkate alınarak tasarım sürecinin her evresinde tasarım ölçütleri ve standartlar çerçevesinde yapılmalıdır.

Ekonomik performans değerlendirmesi, yapı maliyeti ve işletmesinin işgücü, zaman ve maddi kaynak kontrolünü ve yapıların hizmet ömrünün sınanmasını kapsamaktadır. Bu kapsamda, kullanıcı istek ve gereksinimlerinin ekonomik olarak gerçekleşmesi için yapı teknolojisi, kullanılan yapı malzemeleri, yapı maliyeti ve işletmesi sınanmaktadır. Tasarımcıların en az ilgi duydukları konu, yapının ekonomik boyutudur. Tasarım zaman ve kaynak gerektiren bir süreçtir (Preiser, 1991, 1991a). Kullanım evresinde çeşitli nedenlerle yapıda değişiklikler görülmektedir. Bu durum, tasarım sürecinin yeniden planlanması, programlaması, tasarım ve uygulamanın yenilenmesini zorunlu kılmaktadır. Tasarım sürecinde, yatırımcının mali gücü kullanılarak, ülke ekonomisini de etkileyen kararlar alınmaktadır. Ekonomik performans, kullanıcı istek ve gereksinimleri, kapasite, teknik donanım, teknolojik gelişmeler ve maliyet dikkate alınarak tasarım sürecinin her evresinde tasarım ölçütleri ve standartlar çerçevesinde yapılmalıdır.

Son yıllarda artan çevre bilinciyle yapıların ve yapılarda kullanılan yapı malzemelerinin çevresel performans değerlendirmesi konusu önem kazanmış ve tasarımcıların ilgisini çekmiştir. Hastanelerin *çevresel performans* değerlendirmesi atıkların kontrolü, kaynakların kullanımı ve çevresel etkilere neden olmayacak biçim, teknoloji ve malzeme kullanımını gerektirir. Hastanelerde çevresel performans değerlendirmesi tasarım sürecinin her evresinde tasarım ölçütleri ve standartlar kapsamında yapılmalıdır. Çevresel performans değerlendirmesi; hastanelerin mimari tasarım sürecine girdi oluşturan nitel ve nicel verilerin toplanması, sınıflandırılması ve analiz edilmesini kapsar. Toplanacak veriler yapıya, mekana, yapı malzemesine, kullanıcıya, donatıya, standartlara ve işletmeye özgü veriler olarak sınıflandırılabilir. Standard, hastanelerde işlevlerin gerçekleştirilmesine yönelik mekansal yapı, çevre, malzeme, donatı ve hizmet koşulları olarak tanımlanmaktadır.

Tasarımcılar, işlevsel performans değerlendirmesinden elde ettikleri verileri davranışsal ve çevresel performans değerlendirmesi verilerinden daha ön planda tutmaktadır. Ancak davranışsal ve çevresel performans değerlendiren çalışmaların artması, bu tip değerlendirmelerin tasarımcılara uzun vadede en az işlevsel performans verileri kadar yarar sağladığını göstermektedir (Gür, 1996, Broadbent ve Bunt, 1980))

2.2. Hastanelerde Kullanılan Yapı Malzemelerinin Çevresel Performans Değerlendirmesi.

Yapı malzemelerinin yaşamları döngüsel bir süreçtir. Bu süreç, hammaddenin çıkarılması, üretim, yapım, kullanım, yıkım ve yıkım sonrası evreleri kapsar (Çelebi ve Aydın, 2001). Yapı malzemeleri, yaşam döngülerinin her evresinde farklı çevresel etkilere sebep olabilir. Bu evrelerdeki çevresel etkilerin değerlendirilmesi amacıyla yapılan çalışmalarda genellikle kullanım evresi dikkate alınmamaktadır (Fay ve Treloar, 2000, oan, 2001). Hastane yapıları diğer yapı gruplarına, yapı



malzemeleriye diğer endüstriyel malzemelere göre daha uzun hizmet ömrüne sahiptir (Paulsen, 1999). Bu nedenle, hastanelerde kullanılan yapı malzemeleri kullanım evreleri boyunca belirli yöntem ve aralıklarla bakım-onarım gerektirir (Paulsen, 2003). Bu nedenle, bu malzemeler kullanım evrelerinde insan sağlığını olumsuz etkileyen çevresel etkilere sebep olabilir (Gültekin, 2006). Yapı malzemelerinin çevresel performans değerlendirmesi, malzemelerin tüm yaşam döngüsü evrelerinde sebep olabileceği çevresel etkilerin değerlendirilmesini kapsamaktadır.

Yapı malzemesinin çevresel performansını değerlendirmek üzere çeşitli yöntem ve standartlardan yararlanılmaktadır. Bu yöntemler, kullanıcılarla yapılacak bireysel görüşmeler (anketler, soru-cevap formları), grafik çizimler, psikolojik testler, davranışsal ve bilişsel haritalar, gözlemler (açık uçlu/yapılanmış gözlemler, zaman-hata ve hareketli fotoğrafıma tekniklerini, maket ve maket fotoğrafı), araştırmalar (demografik veriler, arşiv verileri ve simülasyonlar) ve standartları kapsamaktadır (Gür, 1996).

Hastanelerde kullanılan yapı malzemelerinin çevresel performansının değerlendirilmesi için hastanelerde mimari tasarım sürecine girdi oluşturan nitel ve nicel verilerin toplanması, sınıflandırılması ve analiz edilmesi gerekir. Bu aşamada, hastaneyle ilgili verilere ulaşılabilirlik sorgulanmalıdır. Toplanan veriler, malzemenin kullanıldığı yapıya, yapı malzemesine, kaynak akışına, kullanıcıya, donatıya ve işletmeye özgü veriler olarak sınıflandırılabilir. Bu verilerin analizinde standartlardan yararlanılabilir (Gültekin, 2006).

Bu çalışma kapsamında standard, hastanelerde işlevlerin gerçekleştirilmesine ve çevresel performansın sağlanmasına yönelik mekansal yapı, donatı ve hizmet koşulları olarak tanımlanmaktadır. Hastanelerde kullanılan standartlar, mekanı oluşturan duvar, döşeme gibi yapı bileşenlerinin, malzemelerin ve donatıların fiziksel, teknik özelliklerini ve hizmet sunumunu kapsamaktadır.

Çevresel performans değerlendirmesi amacıyla hastanelerin tasarım, uygulama ve kullanılmasında yapıya özgü veriler ve standartlar dikkate alınmalıdır. Yapıya ve yapı malzemesine özgü verilere tasarımcı, yüklenici firma ve belediye yetkililerinden, hastanelerle ilgili yapı standartlarından ulaşılabilir. Bu standartlar, mekansal yapının nitel, nicel, teknik ve hizmet sunum özellikleriyle ilgili olarak hazırlanmış Uluslararası Standartlar Kuruluşu (ISO) ve Türk Standartları Enstitüsü (TSE) Standartları olabilir. Yapıya özgü verilerin toplanmasında hastanelere ilişkin yazılı kaynaklar, yetkililerle yapılan görüşmeler, yerinde yapılan araştırmalar, bireysel görüşmeler ve anketlerden yararlanılabilir. Kaynak akışlarına, donatıya ve işletmeye özgü verilere yapı malzemesi katalogları, üretici firma broşürleri, üretici firma yetkililerinden ve standartlardan, ulaşılabilir. Kullanıcıya özgü veriler ise görüşme, gözlem ve anketlerden temin edilmektedir.

Çevresel performans kapsamında farklı kuruluşlarca *ISO 1 Çevre Yönetim Sistemi ÇYS Standardları serisi ve ISO Kalite Yönetim Sistemi KYS* benimsenmiştir. ÇYS'nin amaçlarından biri, bir kuruluşun çevreyle ilgili hedeflerini belirleyerek kendisine uygun bir çevre politikası geliştirmesini sağlamaktır (EN-ISO 14001, TS-EN-ISO 14001). Çevre politikası, kuruluşun ulusal veya uluslararası yasa ve yönetmeliklere uyumu, maliyet denetimi ve üretilen malzeme ve hizmetlerin kaynak kullanımı ve kirlilik denetimini kapsayabilir. Kuruluşlara çevre yönetimi konusunda yol gösterici ve sınırlandırıcı özellikte olup küreselleşen dünyada çevre konusunda ortak bir dil oluşturmaya çalışan bu standartların hastanelerde kullanılması ile hastane yapılarında kullanılan yapı malzemelerinin hizmet sunum ve kullanıcı memnuniyetinin sağlanmasına katkıda bulunulacaktır (Gültekin, 2006).



. Sonuç.

Çevresel performans değerlendirmesi çalışmaları dünyada çevre duyarlılığı gösteren ülkelerde yaygınlaşmaktadır. Ancak Türkiye’de yapı sektöründe rol alan aktörler bu konuda yeterince bilgi sahibi değildir. Kaynakların sınırlı olması, kaynaklarda birbirinden farklı terminoloji kullanılması ve çevre bilincinin oluşmaması çevresel performansın yapı sektörü aktörleri tarafından benimsenmesini güçleştirmektedir. Ayrıca bu kaynakların amaçları birbirinden farklı olup; yapı malzemelerinin görsel, fiziksel, kimyasal, mekanik, teknik ve ekonomik özelliklerine veya yapıda uygulanmalarına ilişkin veriler içermektedir.

Çevreye duyarlı yapı malzemelerinin seçimi ve kullanımı için, bu malzemelerle ilgili nicel ve nitel verilere aynı anda ulaşılmasını sağlayan veri tabanlarına gereksinim vardır. Bu amaçla Türkiye’de, yapı malzemeleri için yerel ve bölgesel ölçekte veri tabanı çalışmaları yapılmalı ve çevresel performans çalışmaları desteklenmelidir. Değerlendirme çalışmaları, malzeme ve hizmetlerin dünya standartlarında belgelenmesine de yardımcı olabilir. Bu kapsamda, TSE EN ISO 9001 standardı, hizmetin uygunluğunu sağlamak için yapı, donanım ve donatı gibi alt yapının sağlanması ve sürdürülmesini gerekli görmektedir. Performans değerlendirme çalışmaları ve standartlar, ilk uygulamaların hatasız olarak gerçekleştirilmesi, eksik ve hatalı uygulamaların azaltılması ve nitelikli çevreler oluşturulmasında etkili olmaktadır.

Hastaneler, sağlık yapılarının anahtar elemanı konumundadır. Bu nedenle, hastanelerde kullanılan yapı malzemelerinin çevreyle dost olması ve insan sağlığını olumsuz etkileyen çevresel etkilerinin olmaması tercih edilmelidir. Çevresel performans değerlendirmesiyle hastanelerin işlevsel ömrü uzatılabilir, fiziksel ve toplumsal çevrenin niteliği artırılabilir, maddi kaynak, işgücü ve zaman açısından ekonomi sağlanabilir ve çevreyle dost yapı üretimine katkıda bulunulabilir. Kullanım evresinde yapılan değerlendirmelerle, hastaneler için tasarım sürecine ileri-geri besleme sağlayacak güncel bir veri tabanı oluşturulabilir. Hastane yapılarının mimari tasarım ölçütlerine uygunluğu sınanarak, fiziksel ve toplumsal çevreyi biçimlendiren yapıların niteliği artırılabilir.

KAYNAKLAR

1. Akçalı, İ. “Hastane hizmetlerinde kalite geliştirme ve uygulama”, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 14-17, 49-160, 2000.
2. Bayazıt, N. “Standard ve yönetmeliklerin bina programlarına etkileri”, Bina Programlama Seminer Bildirileri, TÜBİTAK, İstanbul, 81-87, 1979.
3. Bechtel, B. R.; Marans, W. R.; Mihelson, W. “Methods in environmental and behavioral research”, Krieger Publishing Company, Florida, 82-120, 162-191, 270-301, 1990.
4. Broadbent, G.; Bunt, R.; Llorens, T. “Meaning behaviour in the environment”, John Wiley Sons, New York, 1980.
5. Çelebi, G.; Aydın, A. B. “Sürdürülebilir mimarlık yaklaşımında yapı malzemelerinin irdelenmesi”, IV. Ulusal Ekoloji ve Çevre Kongresi, Bodrum, 457 - 464, 2001.
6. Fay, R.; Treloar, G.; Iyer-Raniga, U. “Life-cycle energy analysis of buildings: a case study”, Building Research and Information, 28 (1): 31 – 41, 2000.
7. Gültekin, A. B. “Yaşam Döngüsü Değerlendirme” yöntemi kapsamında yapı ürünlerinin çevresel etkilerinin değerlendirilmesine yönelik bir model önerisi”, Gazi Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 24, 2006.
8. Gür, Ş. Ö. “Mekan örgütlenmesi”, Gür Yayıncılık, Trabzon, 1996.



9. International Organization for Standardization (ISO), “Environmental management systems - specification with guidance for use: EN-ISO 14001”, Geneva, 1 – 15, 1997.
10. ohn, V. M. “Research & development methodology for recycling residues as building materials - a proposal”, Waste Management, 21 (3): 213 – 219, 2001.
11. Kantrowitz, M.; R. Nordhaus. “The impact of post occupancy evaluations research a case study”, Environment and Behaviour, 12: 4, 508-519, 1980.
12. Kaplan, H. “Redefining accessibility and space use in city centres as it regards responsive urban design” Doktora Tezi, Ortadoğu Teknik Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 1-4, 108-126, 196- 201, 1998.
13. Kremers, . A. “Defining sustainable architecture”, Architronic, 4 (3): 1 – 3, 1995.
14. Paulsen, . “Service life prediction for floor coverings”, Proceedings of the International 8dbmc Conference, Vancouver, 1467 – 1475, 1999.
15. Paulsen, . “The maintenance of linoleum and PVC floor coverings in Sweden: the significance of the usage phase in an LCA”, The International Journal of LCA, 8 (4): 357 – 364, 2003.
16. Preiser, W. F. E. “Design innovation and the challenge of change, design intervention:towards a more humane architecture”, Van Nostrand Reinhold, New York, 1991.
17. Preiser, W. F. E. “An introduction to design intervention”, Design intervention: toward a more human architecture, Van Nostrand Reinhold, New York, 1991a.
18. Türk Standardları Enstitüsü (TSE), “Çevre yönetimi - çevre yönetim sistemleri - özellikleri ve kullanım kılavuzu”, TS-EN-ISO 14001, Ankara, 1 – 32, 1997.
19. Türk Standardları Enstitüsü (TSE), “Çevre yönetimi - çevre ile ilgili etiketlenmenin temel prensipleri”, TS EN ISO 14020, Ankara, 1 – 10, 1995.
20. TSE, “Çevre etiketleri ve beyanlar - çevre ile ilgili iddiaların öz beyanı (Tip II çevre etiketleri)”, TS EN ISO 14021, Ankara, 1 – 28, 2006.
21. Zimring, M. C.; Bechtel, B. R.; Marans; Michelson. “Evaluation of design environments: methods for post-occupancy evaluation: methods in environmental and behavioral research, Robert E. Krieger Publishing Company, New York, 270-297, 1990.



THE ANALYSIS OF INTERIOR ARCHITECTURAL DESIGN OF HOSPITALS IN ANKARA FROM THE PUBLIC RELATIONS POINT OF VIEW

Meriç ÇOLAK; Didem Erhat KIZILBAYRAKTAR; Korkut ERSOY

Department of Public Relations, Başkent University

derhat@baskent.edu.tr

Summary

Hospitals must response to this rapidly changing environment by making appropriate arrangements regarding the society's needs. Harmony in interior design is important for all who are benefiting from health associations. Designing comfortable and peaceful interiors for patients and for their akin is an important subject. These can be provided by using the right materials and tools in structural and interior space design. The purpose of this research is observing the compatibility of buildings applications such as entrance hall floor, wall, ceiling, door, and signs for directions, cafeteria, information desk and waiting room to the ideal decoration structure from public relations point of view. The study is cross sectional descriptive study. The research universe is composed of 15 private hospitals in Ankara which are bounded to Ministry of Health. The harmony of architectural design elements such as the materials used, the colour choices and lightning are rated by a group of architects from the architectural office in Baskent University Bağlıca Campus by analyzing entrance halls, signs, information desks, waiting rooms and cafeterias. Research results clearly stated that almost half of the entrance doors are not wide enough. It is also seen that the signs and direction sheets are inadequate and unreadable too. It is confirmed that the information desks in most of the hospitals are not appropriately constructed for disabled people but are positioned in a good locate that can clearly be seen by patients. It is also confirmed that more than half of the variables related to waiting rooms are compatible with the required criteria. Differences are observed in using in-door lightning elements. It is specified that most of the walls are painted in hospitals entrances and entrance halls. Granite flooring materials are used in more than half of the hospitals. It is founded out that the use of carpet and pvc is not preffered in hospitals. Lastly it came out that nearly all hospitals provide ease in transportation, adequate and comfortably big areas for resting and sitting.

Key words: *Public Relations, Hospitals, Interior Architectural Designs*

Introduction:

Today's world, which has entered a super fast information exchange era as a result of globalization concept, is currently having a major transformation process. Improvements in health service and hospital development are extremely remarkable in our country's rapidly improving health sector. This change triggers making of new and updated decisions in health system while it affects all systems. Hospitals must response to this rapidly changing environment by making appropriate arrangements by regarding the society's needs. It should not be forgotten that the harmony in interior design is important for all who are benefiting from health associations.

We have two target audiences in health services. The first one is internal target which is the employees of the hospital, advisors of the hospital and the stake holders. Patients, patient's akins, their visitors and companions, legal/public authorities, local authorities, enterprises, pharmacies, media enterprises, social security/health insurance agencies, medical supplies and pharmaceutical companies are our external targets. From the modern hospital management point of view employee's and



patient's satisfaction is the most important output. Formerly only patients were seen as customers in health services but today in literal sense everyone taking part in health service process are seen as customers. The importance of first impression due to increasing numbers of private hospitals and competition among them and the lack of data in this area triggers the research in this topic.

The purpose of the research is observing the compatibility of private hospital buildings such as entrance hall, floor, wall, ceiling, door, and signs for directions, cafeteria, information desk and waiting rooms to the ideal decoration structure from the public relations point of view.

Method.

The type of study is cross sectional descriptive study. The study was conducted in between March-May 2007. Research universe was the 15 private hospitals in Ankara which are bound to Ministry of Health. Control check lists were introduced. The control sheet was rated by a group of architect from the architectural office of Başkent University and we also used the check list which American Hospital Association confirmed. Mr. Client method was used in private hospitals. We used role playing and we act as the patient and observe patients, their akins and employees In hospitals, entrance and entrance halls were examined. In entrance and entrance hall, stairs, doors, signs and signals for direction, hospital entrance hall, information desk, floor, wall, ceiling, waiting room, and cafeterias were observed. Two observers were trained by the architectural office of Başkent University before starting the research. We benefit from pre-observation, getting information from the information desk, observing in waiting room/cafeteria and also photographing. The difficulties in entering the hospitals, Mr. Client method, and the difficulties in taking photographs and the security problems in hospitals were the limitations of study.

Department of Public Relations, Başkent University

Our first observation area was the entrance doors. They must be wide, open easily and wide enough for passing, break proof glass, aluminum or laminated wooden materials must be used and a ramp must be used for disabled people if there is a stair at the entrance door. In Figure 1 the analysis of the 15 hospitals entrance doors was shown. We see that more than half of the hospital's entrance doors were inadequate in wideness and they prefer to use motion censored doors rather than flat or revolving doors.

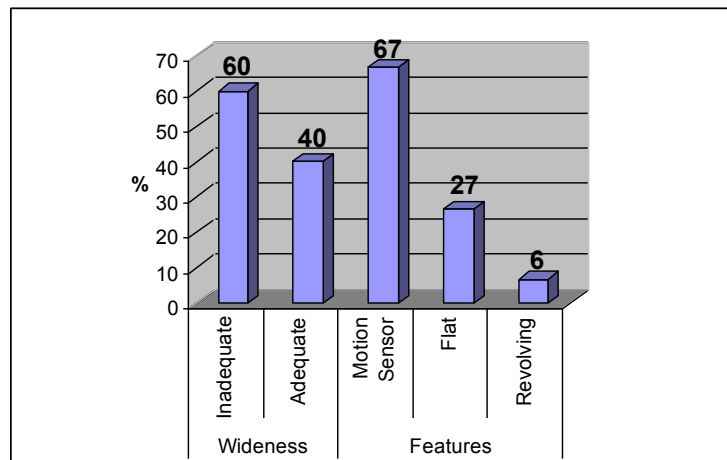




Figure 1. Entrance Doors Attributions

For signs and signals for direction they must be readable, must be designed in a way that attracts people, the colors of the sheets must be selected between blue, green, yellow, red and grey to easily take the attention of the people. In Figure 2 the analysis of the 15 hospitals signs and signals for direction was shown. We see that more than half of the hospitals signs and signals for direction were inadequate and also unreadable.

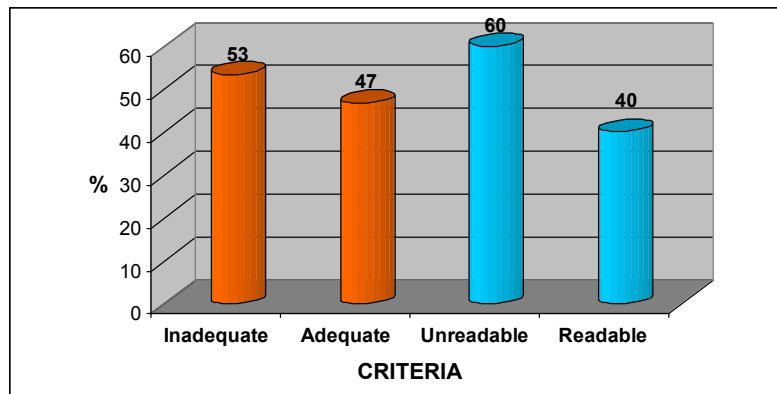


Figure 2. Signs and Signals for Direction Attributions

The information desk must be close to the entrance, must be in an easily seen location, it must be wide enough, must be placed in a position which the desk commissioners can watch people comfortably and control the whole area. In Figure 3 the analysis of the 15 hospitals information desks was shown. We see that 53 percentage of the hospitals desk commissioners does not have the adequate viewing angle and 73 percentage of the hospitals information desks is not designed appropriately for disabled people but most of hospital's information desk is easily located.

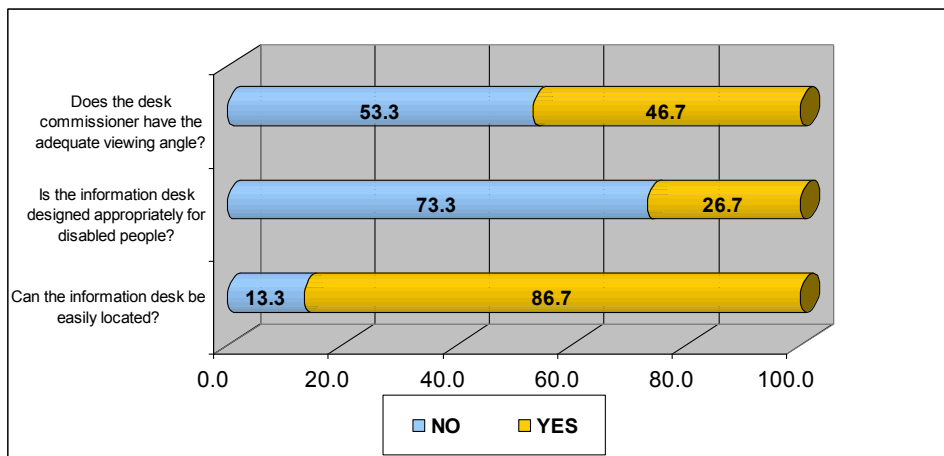




Figure 3. Information Desk Attributions

For waiting rooms it must be wide enough, must have written and visual communication items which will help people relax and get informed, decorative elements must be used, (painting, flower, a uarium) The place must be designed in pale colors. In Figure 4 the analysis of 15 hospitals waiting room was shown. We see that 60 percentages of the hospitals waiting rooms are not wide enough but color harmony, news papers, magazines and brochures and decorative elements are present in waiting rooms

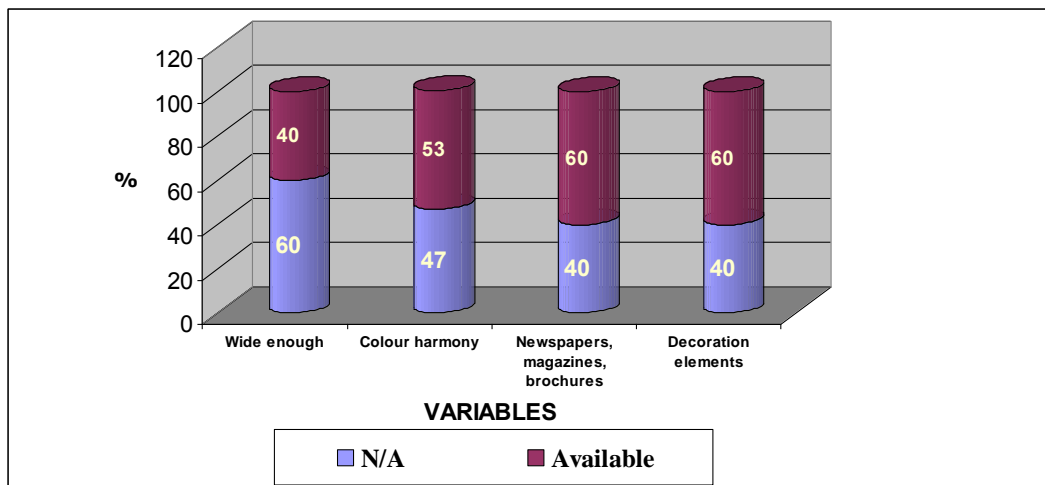


Figure 4. Waiting Room Attributions

The walls in hospitals must not be empty and white. It must be enriched by paintings, colorful paint or embossed wall papers must be used. In Figure 5 the analysis of 15 hospitals wall material was shown. We see that most of the hospitals prefer to use paint for wall material.

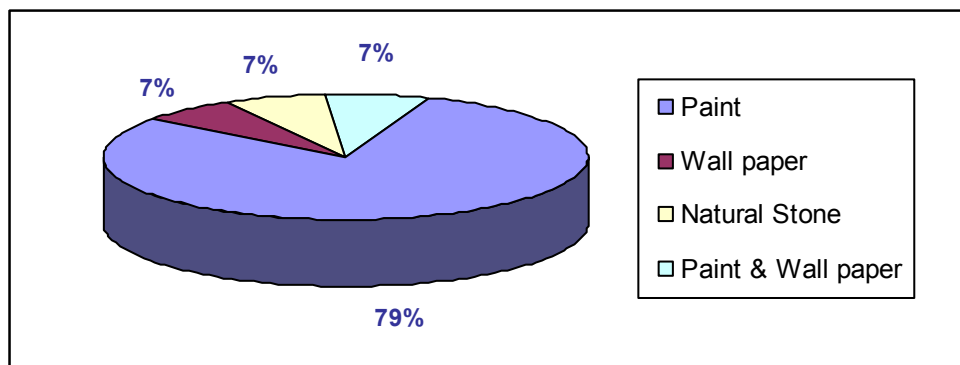




Figure 5. Wall material Attributions

The height of the ceiling and lightening features must be considered together, lightening must be natural not splashy. In Figure 6 the analysis of the 15 hospitals type of lightening was shown. We see that most of the hospitals used direct lightening.

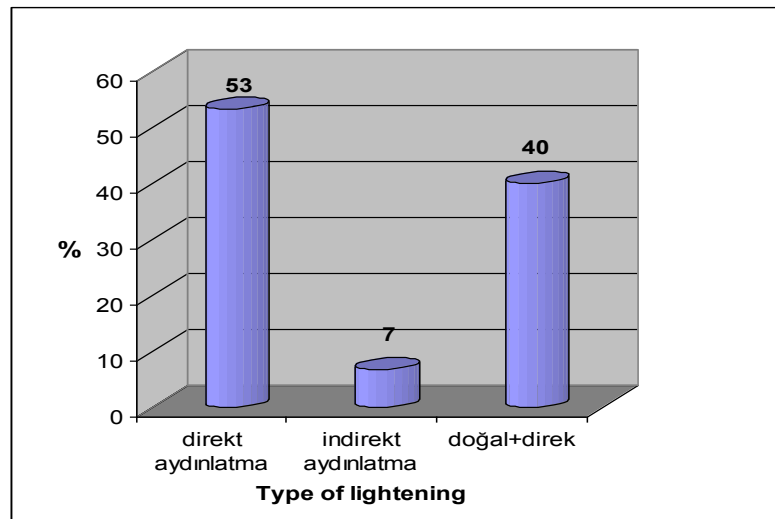


Figure 6. Ceiling and Lightening Elements Attributions

For floor the selected wall and other decorative elements must be in color scheme, must be easy to clean, carpet must be used to avoid sound for floor in hospitals. In Figure 7 the analysis of 15 hospitals floor material was shown. Most of the hospitals prefer to use granite for floor material rather than marble

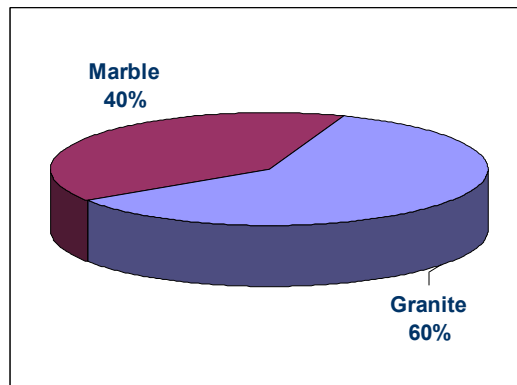


Figure 7. Floor Material Attributions



The cafeteria must be close to the waiting room, it must be wide enough, and furniture must be comfortable and appropriate for long usage. In Table 1, the analysis of 15 hospitals cafeteria conditions was shown. We see that 7 out of 15 hospitals are available in ease of reach, again 7 out of 15 hospitals are adequate in wideness and again 7 out of 15 hospitals are available in sitting area comfort.

Table 1. Cafeteria Service Attributions

Variables		Number (n)	Percentage (%)
Ease of Reach	N/A	7	47
	Avaliable	7	47
	Unnkown	1	7
Wideness	Inadequate	5	33
	Adequate	7	47
	Unknown	3	20
Sitting Area Comfort	N/A	5	33
	Avaliable	7	47
	Unknown	3	20

Results and Suggestions

At the end of the research we see that the entrance doors are not wide enough. Especially doors with motion sensors were preferred. More than half of the signs and signals for direction are not enough and also unreadable, and again more than half of the hospitals waiting rooms are compatible with the required criteria. It is seen that pale colors are used in waiting rooms (pale yellow, green, and beige, blue, orange). The usage of direct lightening is used rather than indirect lightening in ceiling lightening. We found out that mostly paint is used as wall material in observed hospitals. As it is known that, hospitals which are at the center of health system must response to social and technical changes by making appropriate arrangements that meets public's health needs. It is observed that environment has a big effect on human health. Positive first impression is not bound to the excellence of service but also with the quality of interior design. Decorative elements can be used as stress eliminators.

It should not be forgotten that interior decoration is at least as important as quality of services provided in hospitals. As a result, it will be wise to tell that an environment, which can make people feel comfortable and in peace and which would also regard their physical and mental integrity as one, shall be designed for happier patients and their akin. Harmony and compatibility of interior design is



extremely important for everyone benefiting from health facilities. Positive first impression is not only provided by the excellence of service but also with the quality and harmony of interior decoration elements.

Decorative elements can be used as stress eliminators in hospital environment. Only a rightfully integrated interior design can help human psychology. Regarding all of these it should not be forgotten that interior decoration is at least as important as quality of services provided in hospitals. As a result, it will be wise to tell that an environment, which can make people feel comfortable and in peace and which would also regard their physical and mental integrity as one, shall be designed for happier patients and their akin.



Uluslararası Sağlık ve Hastane Yönetimi Kongresi
International Health and Hospital Administration Congress
01-03 June 2007 Near East University - Nicosia - TRNC - Mersin 10 Turkey





HASTANE BİNALARININ PLANLANMASI VE TOPLAM KALİTE YÖNETİM İLİŞKİSİ

Enis Faik ARCAN , Tuğşad TÜLBENTÇİ , Ariz URIESH
Yakın Doğu Üniversitesi, Mimarlık Fakültesi / Lefkoşa - K.K.T.C.
efaican@neu.edu.tr , ttulbentci@yahoo.com , aquriesh@neu.edu.tr

Özet

Sağlık Hizmetleri Donanım ve Altyapı-Sağlık Kurumlarında Yerleşim ve Mimari Tasarım Konusu Endüstri devriminden sonra, küreselleşme kavramıyla birlikte hızlı bir bilgi iletişimine giren günümüz toplumları, büyük bir değişim süreci yaşamaktadır. Bu değişim, bütün sistemleri etkilemekte ve sağlık sisteminde de konulara, disiplinler arası işbirliği içinde yeniden bakmayı, güncel gelişmeleri dikkatle izlemeyi ve yeni kararlar üretmeyi zorunlu kılmaktadır.

Sağlık sisteminin odak noktasındaki hastaneler, sosyal değişimlerin oluşturduğu yeni verilere göre toplumun sağlık gereksinimlerine uygun düzenlemelerle cevap vermek durumundadırlar.

Burada, sağlık sistemi içinde hastanelerin geleceğine karar verme eylemi olan hastane planlama yaklaşımları doğrultusunda yer alan gereksinim belirleme, fiziksel belirleme (tasarım), finansman ve işletme kararlarıyla olabirlik etütleri kapsamında başlatılarak programlama, tasarlama, uygulama ve kullanım evreleriyle süreci oluşturmaktadır.

Kamu ve özel kuruluşların oluşturduğu hastaneler, yoğun bir çalışma ile üretilmekte ve bitmiş bir yapı olarak kullanıma sunulmaktadır. Kullanıcı katılımlarının yetersizliği nedeniyle, işletmeye açılan binanın kullanımında, genellikle uyumsuzluklar ortaya çıkmakta, etkin ve verimli kullanım sağlanamamaktadır.

Bunun için planlama konularına sistematik bir yaklaşım önerilmekte, planlama hata ve eksiklerinden doğacak zaman ve maddi kayıpların bu düzenlemelerle önlenmesi amaçlanmakta, uzmanlar yanında bilgi ve deneyimlerinden yararlanılmak üzere, kullanıcıların da katılımı vurgulanmaktadır.

Planlama ekibini oluşturan yönetici, tıp personeli, mimarlar ve planlayıcılar arasında dil birliği için ortak bir terminoloji gerektiğinden, planlama ve kavramları ve oluşumu hastane planlaması süreci içinde tanımlanmaktadır.

Yazının sonunda da, planlama süreci ve Toplam Kalite Yönetimi amaçları, benzerlikleriyle açıklanmaktadır

Planlama.

Planlama, çok çeşitli anlamları olan bir kelimedir. Genel olarak; belli bir amaç veya kullanım gözönünde tutularak, elverişli ve metotlu bir biçimde düzenlemek eylemi olarak tanımlanırken, bir başka kaynaktan Tasar anlamında dilimizde kullanılan, bir yapının genel düzenini dile getiren plan (Latince; planum) sözcüğünden türetilmiş bir kelimedir şeklinde tanımlanmaktadır (1).

Planlama, gelecekte yer alacak etkinliklerle ilgili bulunan ve istenilen amaçlar olumlu araçlarla varmaya yönelmiş olan bir kararlar dizisinin hazırlanması sürecidir (2). Planlama kararları ise, amaçlanan hedeflere varmak için ileriye yönelik tahminlerin yapıldığı ve olası her yeni durumda verilen kararların tekrar düzenlenerek uygulandığı bir oluşumdur.

Görüleceği gibi planlama, gelecek için karar verme olarak da tanımlanabilir. Planlama, esasta tanımlayıcı olmaktan çok, düzen kurucu bir etkinlik sürecidir. En genel deyimle, planlamada sürekliliği açıklayabilmek için, planlamanın bir süreç olduğunun bilinmesi gerekir. Planlamada,



kavramsal açıdan gerçekler dünyasının geleceğine karar vermek için bir dizi kararların alınması, gerçek dünya sisteminden bağımsızmış gibi olan kuramsal niteliğini ortaya koymaktır. Bu da planlamanın, genel tanımlarındaki gibi soyut bir ilişkiler sistemi olduğu düşüncesini yaygınlaştırmaktadır (3).

Esas olarak planlama, düşünce düzeyinden başlayarak gelişme gösteren ve amaca ulaşmada yer alan eylemlere verilen kararlar doğrultusunda öncülük ederek, istenen düzenlemelerin gerçekleştirilmesi ile ürün veren bir oluşum-süreçtir.

Buradan mimari olarak planlama, amaçlara erişmeyi sağlamak üzere, araçların bir araya getirilmesi ve eylemlerin yönlendirilmesi kararları bütünüdür şeklinde tanımlanabilir. Planlamayı, Mc. Lean; bir amaca ulaşmak için, o amaç çerçevesinde ve amaca doğru yönelen birbirine bağımlı adımlar dizisi olarak tanımlarken, Gollaway ise, planlama bir koordinasyon süreci, araçlarla amaçları bağdaştırmak tekniğidir diye tanımlamaktadır. Burada sözü edilen araçlar, bir yönden yöntemler, teknikler, planlama ekibi olanakları, diğer yönden uygulamaya bağlı olarak işgücü, kaynaklar ve teknolojilerdir (4).

Sistem-Planlama Sistemi

Sistem denilince, genelde, elemanları arasında karşılıklı ilişkileri içeren, bileşenlerden oluşmuş işlevsel bir bütünü anlatılmaktadır (2).

Diğer bir anlatımla, sistemler, birimler ve birimler arası ilişkilerden oluşan bir işlevsel bütün veya karşılıklı bağlantı içinde bulunan bileşenlerin oluşturduğu bir bütündür. Planlama aralarında, karşılıklı ilişkilerin de var olduğu bir sistem olarak, istenilen hedefe varmak için amaçlar doğrultusunda geliştirilen kararların alınması sürecidir.

Yakın Doğu Üniversitesi, Mimarlık Fakültesi / Lefkoşa - K.K.T.C.

Sistem yaklaşımları; 20.yy. ın ikinci yarısında, insan etkinliklerini bir yöntem altına alabilmek, incelemek ve bilimler arası bir kuramsal yaklaşımı sağlamak amacıyla ele alınmıştır. Mimari planlamayı etkileyen etkenlerin çokluğu, değişkenliği, aralarındaki ilişkilerin karmaşıklığı nedeniyle, bütünü kavrama-açıklamada uygulamaya yönelik anlatımların daha kolay ve anlaşılır olması, mimarlıkta da sistem yaklaşımlarının seçilme nedenidir.



Sistemin ölçek düzeyleri	Sistem sembolü	Sağlık planlaması sistem açılımı	Sağlık sistemi elemanları
ÜLKE	S.1	Ülkenin tüm sağlık hizmetlerinin plan.	Ülkenin tüm sağ. yapıları dağılım ve organizasyonu
BÖLGE	S.2	Bölgesel sağlık hizm. planlaması	Bölgedeki sağlık yapıları ve ilişkileri
KENT	S.3	Kentsel sağlık hizm. planlaması	Kentteki sağlık yapıları ve ilişkileri
SEMT	S.4	Semtteki sağlık kuruluşlarının planlaması	Sağlık yapılarının ilişki amaç ve kapsamları
BİNA YERLEŞİMİ	S.5	Yataklı bakım kuruluşlarının planlaması	Genel, dal, eğitim hastaneleri
BİNA	S.6	Hastanenin planlaması	Hastane binası
ANA BÖLÜM	S.7	Hastane bölümlerinin	Dış hasta bölümü
ALT BÖLÜM	S.8	Bölümlerdeki ünitelerin planlaması	Poliklinik ünitesi
MEKAN	S.9	Ünitelerdeki mekanların planlaması	Muayene mekanı
EYLEM ALANI	S.10	Mekantardaki eylem alanlarının planlaması	Görüşme - muayene eylemi
TEK EYLEMLER	S.11	Eylem alanlarındaki tek eylemlerin planlaması	Drın hastaya şikayetini sorması

TABLO. 1 SAĞLIK YAPILARI PLANLAMASINDA SİSTEM AÇILIM DÜZEYLERİ

E.A. LOWE
1971

Tablo 1. Sağlık Yapıları Planlamasında Sistem Açılım Düzeyleri

çözümleme için bir bakıma ana öğelere inerek sadeleştirme ve anlaşılır kılma çalışmalarıdır (3).

Bu açılardan, planlama da bir sistemdir. Sağlık yapılarının planlanması, bir sistem açılımında, ülke düzeyinden başlayarak son kullanıcıya ve onun eylemlerinin planlanmasına kadar yaklaşan bir açılım gösterdiğinden, planlama, sistem bütünlüğünde ele alınmıştır. Tablo 1 de açıklanan sağlık sistemi, planlama düzeyleri; ülke, bölge, kent, semt ve bina yerleşimine kadar olan düzeylerde (makro ölçek) tüm sağlık hizmetlerinin planlanması, bina yerleşiminden başlayıp bina ana bölüm, alt bölüm, mekan, eylem alanı ve tek eylemlere kadar olan düzeylerde (mikro ölçek) hastane planlamasını kapsamaktadır (5).

Mimari Planlama Süreci ve Evreleri



Mimarlıkta planlama; işlevlere bağlı mimari verilerin oluşturularak yöntemli bir şekilde bir araya getirilmesi ve bütünleştirilmesi ile, istenen amaçlara varmak için, mimari etkinliklerin yönlendirilmesi ve değerlendirilmesi kararlarının tümüdür (5).

Planlamayı oluşturan etmenler; kullanılan yöntemler, teknikler, planlama ekibi olanakları ile uygulamaya bağlı işgücü, kaynaklar ve teknolojidir (3).

Burada anlatılan:

- **Yöntem ve teknikler;** planlamaya yaklaşım biçimlerini
- **Planlama ekibi olanakları;** planlamada çalışan kişilerin niteliklerini,
- **İşgücü;** uygulamanın gerçekleştirilmesinde çalışanlar ile araç-gereçleri,
- **Kaynaklar;** planlama için gerekli olan yatırım gücünü,
- **Teknoloji ise;** çalışmanın gerçekleştirilmesinde kullanılan teknoloji veya ileri uygulama teknikleridir.

Görüleceği gibi planlama, çok kapsamlı bir etkinliktir. Mimari planlama sürecini oluşturan ve planlama ön kararları doğrultusunda gelişen planlama aşamaları;

- Planlama kararları evresi
- Programlama evresi,
- Tasarlama evresi,
- Uygulama evresi,
- Kullanım evresi'nden oluşmaktadır (3).

Planlama evreleri arasında kesin sınırları çizmek oldukça zor olmasına karşın, amaçlar doğrultusunda bu evreler, planlama sürecinde, sıralı bir düzende birbirini tamamlayacak biçimde izleyerek planlamayı sonuçlandırır.

Tablo 2, planlamanın oluşumu, ölçeğe bağlı olarak planlama evrelerinin süreç aşamaları doğrultusundaki gelişimini açıklamaktadır.

Bu gelişmeler, planlama sürecinin evrelerindeki süreç ve ölçek düzenlemeleri ile bir sistem bütünlüğü oluşturmakta ve sistem için gerekli bilgileri çevre verilerinden geriye dönüşüm (geri besleme) yoluyla almaktadır.

Sağlık Planlaması

Günümüz sağlık bakımı ve kuruluşlarına ilişkin en önemli sorunlar, sağlık hizmet personel ve kuruluşlarının yetersizliği, parçalanmışlığı, tekrarı ve daha önemlisi kötü dağılımıdır. Bir ulusun en önemli sosyal kurumlarından birini oluşturan sağlık yapıları, birçok toplumda planlamadaki yetersizlikler nedeniyle, nüfus dağılımına uygun olmaksızın dağılmış ve yerleşmişlerdir (5).

Bütün ülkelerde sağlık hizmetlerinin sürekli bir şekilde arttığını, bu konunun bir insanlık ve şevkat sorunu olmayıp, ekonomik bir olay olarak ele alındığını bilmekteyiz. Nedenleri, toplumun sağlığındaki düzelmeler sonucunda ortaya çıkacak üretim artışları, ilerdeki tıbbi bakım giderlerinden ve olası kayıplardan tasarruflar, çalışma yaşının uzatılması ve işgücü kayıplarının azaltılması, toplumun sağlık standardının yükseltilmesi olan sağlık planlamasının yapılmasını zorunlu kılan etmenlerdir (5).

Sağlık planlamasının tanımı, Dünya Sağlık Teşkilatı (WHO) tarafından yapılmıştır (6). Buna göre Sağlık Planlaması: Sağlık hizmetlerinin düzenli gelişmesini sağlamak için yapılan, akılcı ve mantıklı bir şekilde, ülkenin sağlık hizmetlerini verilen kaynaklara karşılayarak tıbbi bakım alanındaki teknolojik gelişmeleri ve birikimleri göz önüne alan bir planlamadır. Buna göre sağlık planları,



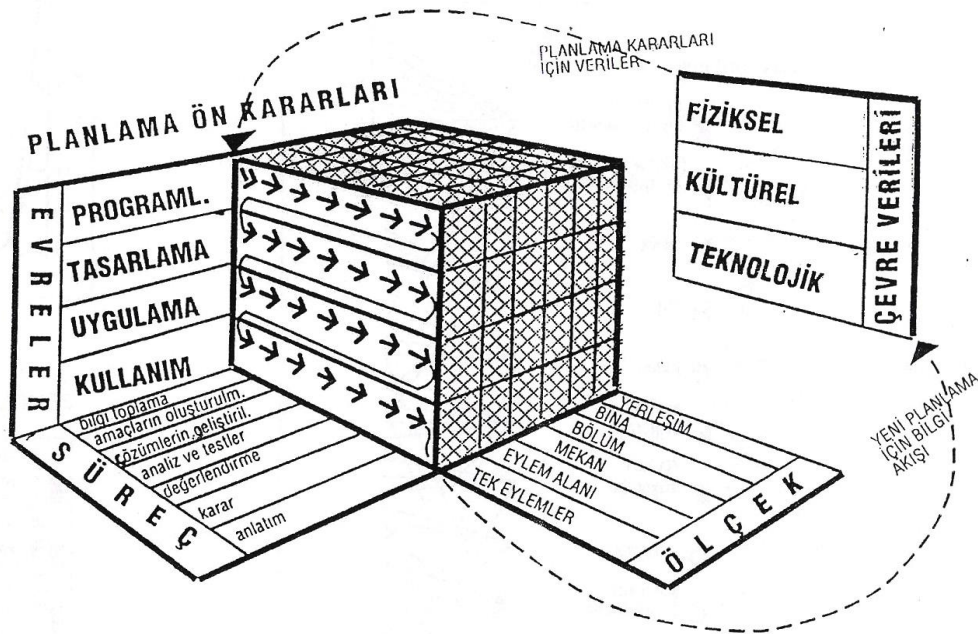
ülkenin ihtiyaçlarına göre özel şekiller alabilir. Ülkedeki kaynak ve ihtiyaçları belirleyen istatistiklere göre hazırlanan ulusal sağlık planı, sosyal ve ekonomik planın bir parçasıdır.

Sağlık Planlamasının Amacı

Sağlık planlamasının amacı ise, tıbbi hizmet arz ile talep durumunun saptanması, taleplerin, eldeki kaynaklara göre karşılanması ve ülkenin sosyo-ekonomik ihtiyaçlarına en uygun yatırım planına dönüştürülmesidir. Bunu yapabilmek için, realist bir sağlık planının kapsamını bilmek gerekir. Böyle bir plan sade, kapsamlı esnek ve kademeli olmalıdır. Her kademesi zamana bağlanmış, sosyo-kültürel yapıya uygun, geliştirmeye açık ve mali portresinin belirli olması gereklidir. Daha kesin olarak, şu şekilde sıralanabilir:

Planlama amacı, daha kesin olarak sıralanırsa (6);

1. Kapsamlı, dengeli ve öncelikleri saptanmış,
2. Esnek, gelişime açık,
3. Kaynakları ve stokları en iyi şekilde kullanan,
4. Fiili ve potansiyel personel ihtiyacının planlanmış olması gerekir.



Tablo 18- Planlama sürecinin oluşumu; Mekansal ölçeğe bağlı olarak planlama evrelerinin aşamalı bir düzende değerlendirilmesine ilişkin evre, süreç, ölçek ve çevre'den oluşan, üç boyutlu bir planlama süreci modeli

Tablo 2: Sağlık Yapılarında Planlama Süreci Oluşumu; Mekansal Ölçeğe Bağlı Olarak Planlama Evrelerinin Aşamalı Bir Düzende Değerlendirilmesine İlişkin Evre, Süreç, Ölçek ve Çevreden Oluşan Üç Boyutlu Bir Planlama Süreci Modeli



Sağlık Sistemi Kavramı

Bir ülkenin sağlık sistemi, tıp mesleği, sağlık planlama ve uygulaması, sağlık ile ilgili araştırmalar, koruyucu tıp ve sağlık hizmetlerini kapsamakla birlikte, daha ötede bir olgudur.

Sağlık ise, "sadece hastalık ve sakatlığın bulunmaması hali olmayıp, fiziksel, ruhsal ve sosyal tam bir iyilik halidir" (5)

Amacı yukarıdaki tanım içeriğinde, toplumun bireylerinin sağlıklı olarak doğma, çoğalma, yaşama, çalışma koşullarını düzenlemek olan sağlık sistemi; insanların sağlığını korumak, geliştirmek ve hastalıkları önlemek üzere birey ve birey gruplarına ve onların çevresine özel bilgi ve hizmetlerin uygulanabilmesi için örgütlenmiş personel ve kuruluşlardır şeklinde tanımlanmaktadır (5).

Sağlık sistemi; ana görevi girdileri çıktılara dönüştürmek olan bir sosyal sistem, bir strüktür, ya da bir süreç olarak da düşünülebilir. Amacı ise, verilen bir alan ya da toplumdaki tüm insanlara, en iyi nitelikli bir sağlık bakımına erişebilirlik sağlamaktır (7).

Her toplum, kendi sağlık sorunları, sağlık kuruluşları, sağlık bakımı uygulama ve uygulayıcıları ile kendine özgü bir sağlık kültürüne sahiptir. Bu kültür, her bir toplumun tüm kültürünün bir ögesi olarak, birçok sosyal, ekonomik ve teknik güçlerle sağlık sistemi içinde biçimlenir (5).

Amacı bir toplumun sağlığına katkıda bulunmak üzere teşhis, tedavi ve koruyucu hizmetleri içeren yapılara, sağlık kuruluşları denmektedir.

Bu kuruluşlar, nitelik ve niceliksel özellikleri yönünden, o topluma ait sağlık bakımı ve kalitesini belirler.

Hastane Tanımı

Sağlık sisteminin temelini oluşturan hastane binaları, sağlık bakımında uzmanları, yardımcı personeli, diğer elemanlar ile gerekli donatım ve malzemeyi bulunduran toplumun, gerek koruyucu, gerekse teşhis, tedavi ve bakım hizmetini yüklenen kuruluşlardır.

Hastane; binası, donatımı, doktoru, hastabakıcısı ile insanlığın acılarını azaltan, hastalıkları tedavi eden, bulaşıcı hastalıkların yayılmasını önleyen, çevre halkının sağlığını korumak için, onlarla sürekli ilişki kurarak önlemler alan, içinde hastalıklara karşı bilimsel araştırmalar ve incelemelerin yapıldığı, bir ülkenin sağlık sektörüne doktor ve hastabakıcı yetiştiren sosyal bir kurumdur (6).

Hastaneler, yalnızca hasta ve yaralının yaşama mekanları olmaktan çıkmış, çok karışık bir mekanizma olmuştur. Sağlık organizasyonunun bir parçası ve sosyal bir yapı olan hastanelerin, fonksiyonu insanlara hem tedavi edici, hem önleyici tam bir sağlık bakımı sağlamak olup, dış hasta hizmetleri ile hastanın evine kadar ulaşmış bir kuruluş ve aynı zamanda araştırma ve sağlıklı uğraşanların eğitimi için bir merkez olmuştur.

Bugünkü biçimiyle ise, toplumun gereksinimleri ile biçimlenmiş ve yalnızca onun davranış ve kültür değerlerini değil, aynı zamanda ekonomisini de yansıtır hale gelmiştir.

Tablo : Hastanelerin Kuruluş Yatak Sayısı ve Yüzde Oranları

Yatakların Kurumlara Göre Dağılımı		
Kuruluşlar	Yatak Sayısı	Yüzde
SSYB	55.635	52.9
Üniversiteler	6.929	6.6
Belediyeler	2.329	2.2
Diğer Bakanlıklar	742	0.7
K.İ.T.	2.513	2.4
S.S.K.	16.692	15.9
M.S.B.	15.100	14.4
Özel sektör	5.113	4.9
Toplam	105.053	100.0

* S.S.Y.B. (1970-D.P.T.)



Bilimsel gelişmelerin, uzmanlaşmayı ve çağdaş hastane duvarları içinde, ileri teknolojinin yerleşmesini olanaklı kıldığı bir gerçektir. Tıp bilimindeki ilerlemeler tıbbı, bireyden oluşmuş sosyal bir hizmete dönüştürmüştür ki, bu hizmetin kurumsal biçimi hastanedir (6).

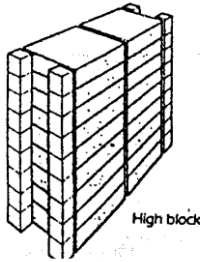
Hastane Türleri

Hastaneler arasında büyüklük, işletme ve sağladıkları hizmetler yönünden, çeşitli farklılıklar vardır. Fakat hepsinin ortak yönü, insanların sağlık problemleriyle uğraşmalarıdır. Büyüklüklerine, ait oldukları kuruluşlara, bir veya birçok hastalığın teşhis ve tedavisiyle ilgilenmelerine göre türlere ayrılırlar.

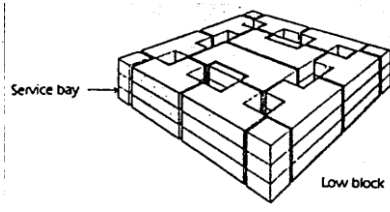
• Blok Tiplerine Göre

Hastane bölümleri ve hasta bakım ünitelerinin tipolojik açımları, hastane strüktürünü ve bundan kaynaklı bina tipolojisini de oluşturacağı için hasta bakım ünitelerinin biçimlenmesi hastanenin tüm alanıyla birlikte kitlesel açıdan blok düzeni ile açıklanabilmektedir.

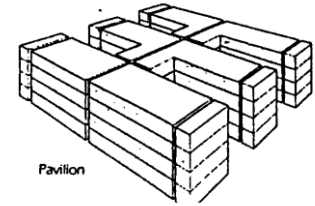
Hastane binaları, blok tiplerine göre; yüksek blok, alçak-yaygın blok, pavyon tipi, kule bazlı ve karma tip birleşimi blok olarak 5 tip blok özelliğinde kitleleşme tipolojisi göstermektedir.



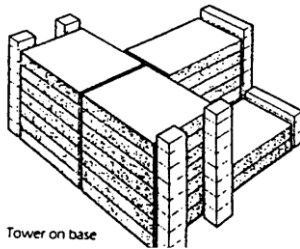
Yüksek Blok



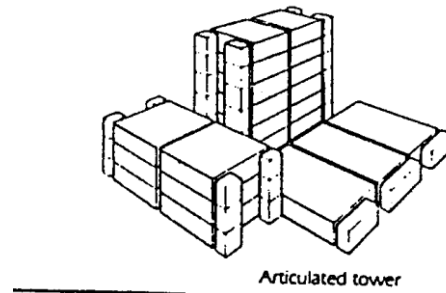
Alçak-Yaygın Tip Blok



Pavyon Tipi Blok



Kule Bazlı Blok



Karma-Tipler Bileşimi Blok

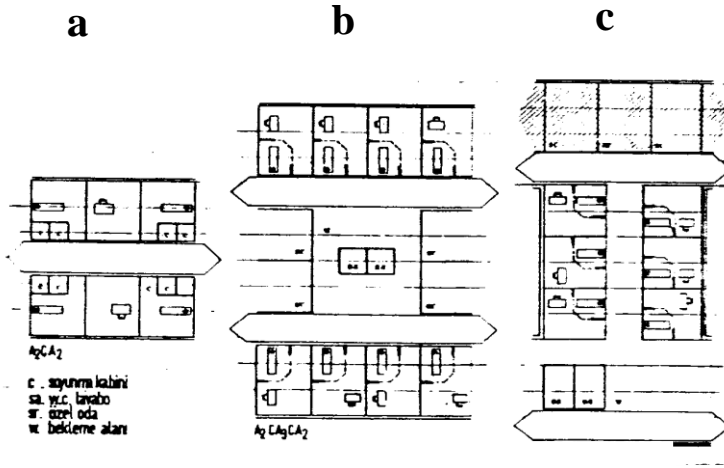
• Koridor Siste

Şekil 1: Hastane Blok Tipleri

Hastane planlama ana kararları bina programına uygun olarak verilirken, tasarımda karşılaşılan ana kararlar, koridor sistemi olarak adlandırılan hastane sirkülasyonuna uygun yerleşim

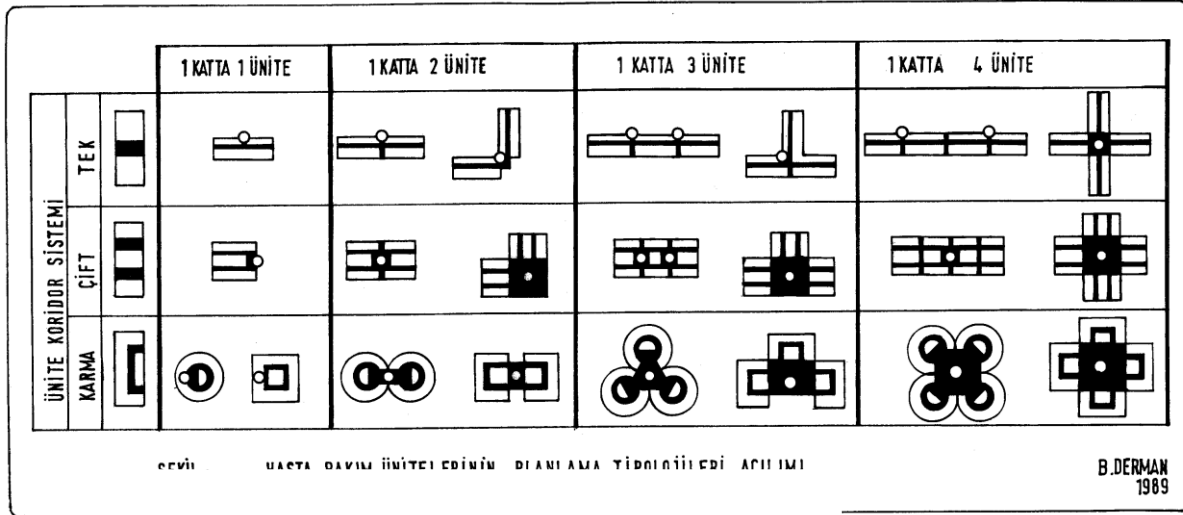


esalarına göre tasarlanmaktadır. Bu tasarım kararları, koridor sistemi olarak adlandırılan tek koridor, çift koridor ve karma (avlulu tip) olarak üç tip olarak ana planlama özelliklerini belirlemektedir.



Şekil 2 : Hastane Tasarımında Koridor Tipleri a: Tek Koridor b: Çift Koridor c: Karma Koridor (Avlulu)

Koridor sistemine göre planlanan hastaneler incelendiğinde, alttaki şekilde görüldüğü gibi plan özellikleri göstermektedir. Buradaki şemaa, hasta bakım üniteleri esas alınarak açıklanmaktadır.



Şekil . Hasta Bakım Ünitelerinin Tipolojik Açılımı: Tek, Çift ve Karma (Avlulu) Koridor Sistemine Göre Düzenlenişi



- **Büyükliklerine göre Hastaneler**

Hastaneler, çok farklı kapasitede olurlar. Çeşitli hastalıkların tedavileriyle uğraşan hastanelerin, yeterli yatağa sahip olmaları gereklidir. Tüm sağlık bakımını sağlayabilmeleri için, genel sağlık ve cerrahide gerekli uzmanlığın hizmete sunulabilmesinde, kapasite açısından, küçülmemelidir.

Büyükliklerine göre hastane tipleri sıralanırsa;

- Küçük (150 yatağa kadar)
- Normal (500 yatağa kadar)
- Büyük (1000 yataktan fazla) olan hastanelerdir.

Sağlık örgütlerinin varlığı ve büyüklüğü, nüfus ile orantılıdır. Amaç, en küçük nüfus grubuna sahip yerleşmede, sağlık yönünden çıkacak problemleri çözmektir. Planlama yönünden, sağlık hizmetlerinin nüfus ile orantılı ve kademeli bir sistem içinde gelişmeleri öngörülmektedir. Yeni şehir uygulamalarında bu temel araştırma ve bunlara dayanan uygulamalar yapılmaktadır. Hastane büyüklüğü, yerleşme büyüklüğü ile ilişkili olup, sağlık tesislerinin sayıları ve çeşitleri, nüfusa göre artar. Büyük şehirlerdeki sıkışıklık, yoğunlaşma, çevre problemi ve havanın kirlenmesi gibi olumsuz şartlar, sağlık yapılarına gösterilen önem derecesini ve genel hastanelere duyulan gereksinimleri arttırmıştır (6).

Hastane Bölümleri

Bir hastanede olabilecek olası tüm bölümler, aşağıda verilmiştir:

A. DIŞ HASTA BÖLÜMÜ

1. Poliklinik Üniteleri

- Ortak Mahaller
- Çocuk Polikliniği
- Bulaşıcı (İntaniye) Çocuk Hastalıkları
- Dahiliye Polikliniği
- Hariciye Polikliniği
- Kadın-Doğum ve Nisaiye Polikliniği
- Asabiye Polikliniği
- Göz Polikliniği
- Cildiye Polikliniği
- Beviye (Üroloji) Polikliniği
- Diş Polikliniği
- Ortopedi ve Travmatoloji Polikliniği
- Geriatri Polikliniği
- Dermatoloji (Cildiye) Polikliniği
- Nöroloji Polikliniği
- İntaniye (Bulaşıcı Hastalıklar) Polikliniği
- Kulak-Burun-Boğaz Polikliniği
- Onkoloji Bölümü



2. Teşhis Üniteleri

- Laboratuvarlar Servisi
 - Bakteriyoloji Laboratuvarı
 - Bio-Kimya Laboratuvarı
 - Elektrokardiyoloji-Seroloji Laboratuvarı
 - Hematoloji Laboratuvarı
 - Patoloji Laboratuvarı
 - Ortak Mahaller
- Röntgen, Bilgisayarlı Tomografi, M.R (Manyetik Rezonans), Tıbbi Görüntüleme Servisi

3. Tedavi- Rehabilitasyon Üniteleri

- Fizyoterapi (Fizik Tedavi)
- Mekanoterapi
- Elektroterapi
- Hidroterapi ve Sauna
- Masajla Terapi
- Ortak Alanlar

4. İlk Yardım (Acil Servis) Ünitesi

- Giriş, Danışma, Bekleme, Adli Kayıt
- Reanimasyon (Canlandırma)
- Acil Müdahale
- Acil Poliklinik
- Sedyeye Bekleme ve Ambulans Servisi
- Hasta Gözetim (Müşahade) Odası
- Yoğun Bakım Odası
 - Acil Görüntüleme ve Röntgen Odası
 - Acil Laboratuvarı

5. Kan Bankası

- Kan Alma, Kan Deposu, Kan Grubu ve Tahlil Laboratuvarı

6. Hastane Eczanesi

- İlaç Hazırlama
- Eczacı Deposu

7. Böbrek-Diyaliz Ünitesi

B. İÇ HASTA BÖLÜMÜ

1. Hasta Bakım Üniteleri

- Ortak Alanlar
- Dahiliye Servisi
- Genel Cerrahi Servisi
- Kadın Doğum Servisi
 - Kadın Hastalıkları (Nisaiye) Servisi
 - Doğum Servisi
- Göz Servisi
- Kulak-Burun-Boğaz Servisi
- Bevliye (Üroloji) Servisi



- Radyoterapi Servisi
 - Asabiye Servisi
 - Nöroloji Servisi
 - Dermatoloji (Cildiye) Servisi
 - Fizik Tedavi Servisi
 - Ortopedi ve Travmatoloji Servisi
 - Çocuk (Pediatri) Servisi
 - Prematüre
 - Küvöz Ünitesi
 - Süt Çocuğu
 - Küçük Çocuk İntaniye (Bulaşıcı Hastalıklar)
 - Büyük Çocuk İntaniye (Bulaşıcı Hastalıklar)
 - Mahkum Hasta Servisi
 - İntaniye (Bulaşıcı Hastalıklar) ve Kuduz Servisi
 - Onkoloji Servisi
- 2. Ameliyathane Ünitesi**
- Anestezi ve Hasta Hazırlama Bölümü
 - Doktor Hazırlık Bölümü
 - Doktor Dinlenme
 - Ameliyat Bölümü
 - Septik Ameliyathaneler (Ortopedik-Acil)
 - Aseptik Ameliyathaneler
- 3. Kadın Doğum Ünitesi**
- Doğumhane
 - Sezaryen Ameliyathanesi
 - Kürtaj
 - Bebek Tartı ve Kundaklama
- 4. Yoğun Bakım Ünitesi**
- 5. Morg-Otopsi Ünitesi**
- C. ORTAK BÖLÜMLER**
- 1. Hastane Esas Girişi, Danışma Ünitesi, Bekleme Salonu**
 - 2. Hastane Müdür-Müdür Muavin Ünitesi**
 - 3. Yatak Katları ve Genel Sirkülasyon (Hol-Koridor-Bekleme) Üniteleri**
 - 4. Düşey Sirkülasyon (Asansör-Merdiven-Rampa) Üniteleri**
 - 5. Hasta Kabul Ünitesi**
 - 6. İdare ve Personel Servisi**
 - Vezne
 - Kayıt
 - İdari İşlemler
 - Muhasebe
 - İdari Birimler
 - Satınalma



7. C, Lavabo ve Servis Üniteleri
8. Dükkan, Sağlık Sigortası, Banka ve Posta Hizmet Üniteleri
9. Personel-Hasta Yemek ve Kafeterya Üniteleri
10. Kütüphane, İnternet Ağı, Toplantı-Konferans Salonları ve Resepsiyon Üniteleri
11. Bina Dışı Doğal Çevre ve Dinlenme alanları
12. Otopark-Bekçi Odası ve Helikopter Pisti
13. Sağlık Kurulu ve Kurul Büroları
14. Personel Yatakhaneleri (Hemşire-Asistan-Müstahdem v.b.)

D. TEKNİK SERVİS BÖLÜMLERİ

Destek Hizmetleri

1. Mutfak Üniteleri
2. Çamaşırhane Üniteleri
3. Merkezi Sterilizasyon Üniteleri
4. İlaç-Eşya Depo Üniteleri
5. Arşiv Ünitesi
6. Personel Soyunma-Yatakhaneleri
7. Sığınak ve Yangın Merdivenleri

Teknik Hizmetler

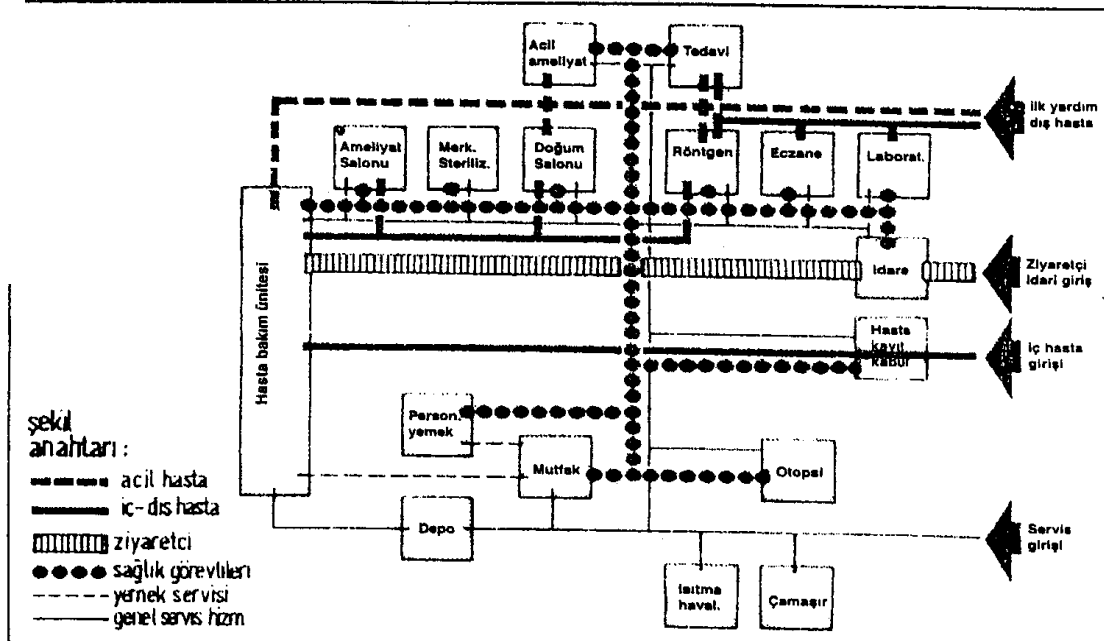
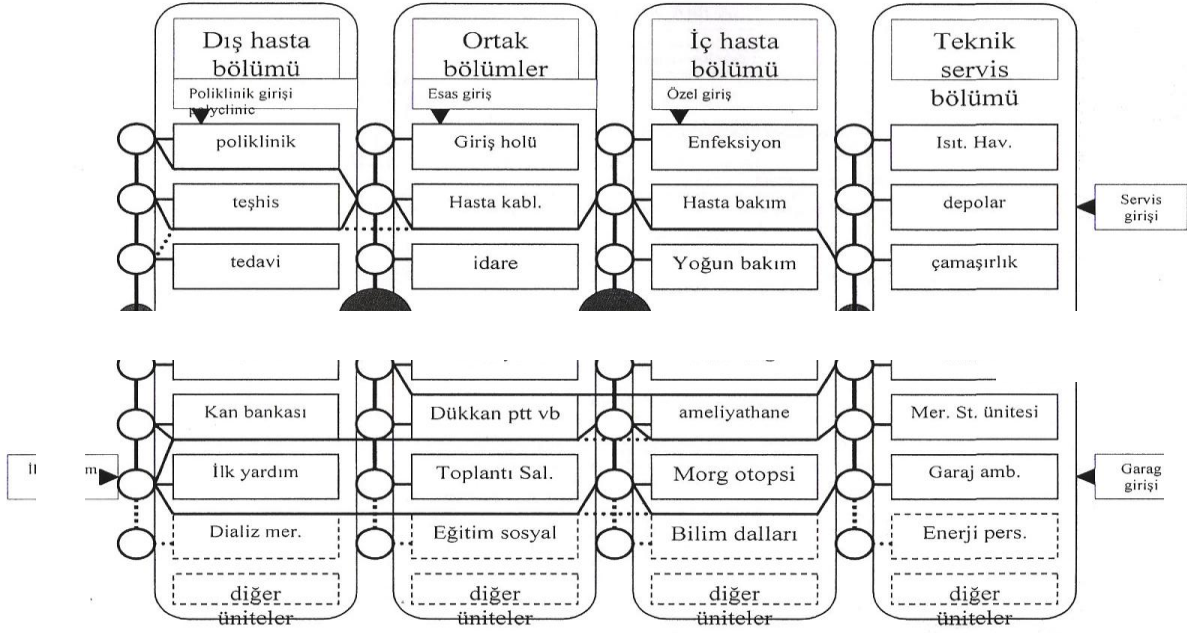
1. Isıtma, Havalandırma ve Klima Üniteleri
2. Ameliyathane Klimaları
3. Yoğun Bakım Klimaları
4. Merkezi Oksijen-Elektrojen-Vakum Üniteleri
5. Kapalı Garaj ve Ambulans Üniteleri
6. Eşya ve Alet Tamir-Bakım Atölyeleri
7. Merkezi Bilgisayar ve Hastane Otomasyon Merkezi
8. Trafo-Yedek Elektrojen ve Akü Üniteleri
9. Kompresör (Tazyikli Hava) Tesisatı Santrali
10. Su Arıtma Ünitesi
11. Merkezi Su Deposu
12. Çöp Toplama Sistemi
13. Tıbbi Atık İmha Sistemi
14. Umumi Depo ve Ambarlar
15. Cenaze Servisi ve Morg

Bu program açılışında görüldüğü gibi, genel olarak hastanelerin program açılışını, 4 ana bölümden oluşmaktadır.

- Dış hasta bölümü
- İç hasta bölümü
- Ortak bölümler
- Teknik hizmetler (servis) bölümüdür.



Tablo . Hastane Bölümleri ve Ünitelerinin İşlev Şeması





Şekil . Hastane Kullanıcı Tiplerine Bağlı Üniteler Arası Dolaşım Şeması

Hastane bölümleri programlanırken, hastane tipi ve büyüklüğüne bağlı olarak içinde yer alan, kapasiteye bağlı kullanıcıların sayısı ve kullanım alanları, donanım ve donatım özelliklerine göre düşünülmüş, alan ve kapasite büyüklükleri ve organizasyon sistemine göre düzenlenir.

Bu düzenlemede; hastanenin içinde yer alması öngörülen tüm işlevlerin tanımlanması, işlevsel olarak bölüm-ünite- mekanlar arası ilişkilerin belirlenmesi gerekir (8). Başka bir deyişle hastanenin planlama-programlama organizasyonunda; tipi, amacı, büyüklüğü, bölüm ve ünite büyüklükleri, konum ve ilişkileri, hastane iç organizasyondaki yerleri, mekansal gereksinimleri, içinde yer alan eylemler, doktor-hasta gibi kullanıcı ve tıbbi araç-gereçler belirlenerek, kuruluşun diğer sağlık hizmetleri ile bağlantıları ve gelişme olanaklarının saptanmasıyla gerçekleşir (9).

Genelde hastane programlarının yapılması, mevcut örnekler, dökümanlar ve standartlardan yararlanarak uzmanlardan oluşmuş ekip veya Sağlık Yapıları Planlama Enstitüleri ile Sağlık Bakanlığı uzmanlarının da işbirliğinde yapılmaktadır.

Hastane programlarının hazırlanması, planlama kapsamında ele alınmalı ve planlama kararları doğrultusunda hizmet edeceği çevrenin tıbbi gereksinim ve özelliklerine göre, zamana açık gelişmeler de gözönüne alınarak yapılmalı, tıptaki teknolojik gelişmeler de gözönüne alınarak hizmette atıl veya yetersiz kapasite oluşturacak sabit nitelikli esnekliği olmayan programlardan kaçınılmalıdır.

Hastane Planlaması

Hastane planlaması, sadece bir bina yapımından öte, ülkenin sağlık hizmetlerine katkısı ve diğer sağlık alt yapısını oluşturan kuruluşlarla ilişkileri yönünden de önemlidir. Yapılan her sağlık tesisi sağlık sistemindeki etkileşimi değiştireceğinden, yeni hastane planlamalarında çevresel-toplumsal gereksinimlerin yeniden değerlendirilerek güncelleştirilmesini gerektirmektedir. Esasta hastane planlaması, dinamik yapıda bir karar verme sürecidir. Tabloda açıklanan planlama süreci içinde, yapılacak her hastane için oluşturulan planlama kararları; gereksinim belirleme, yer belirleme, finansman ve işletme kararları olarak bir veri değerlendirme evresidir.

Mimari planlamada, planlama kararları evresi ile başlayan bu süreçte; programlama, tasarlama, uygulama ve kullanım evrelerinde birbirini izleyen ayrı adımlar olmakla birlikte, planlama eylemi içinde birbirlerine girişimleri söz konusudur. Bundan ötürü planlayıcı, tasarlayıcı, yönetici, işletmeci ve tıp personelinin birbiriyle yoğun bilgi alış-verişinde bulunarak planlama eylemine katılmaları önerilmektedir.

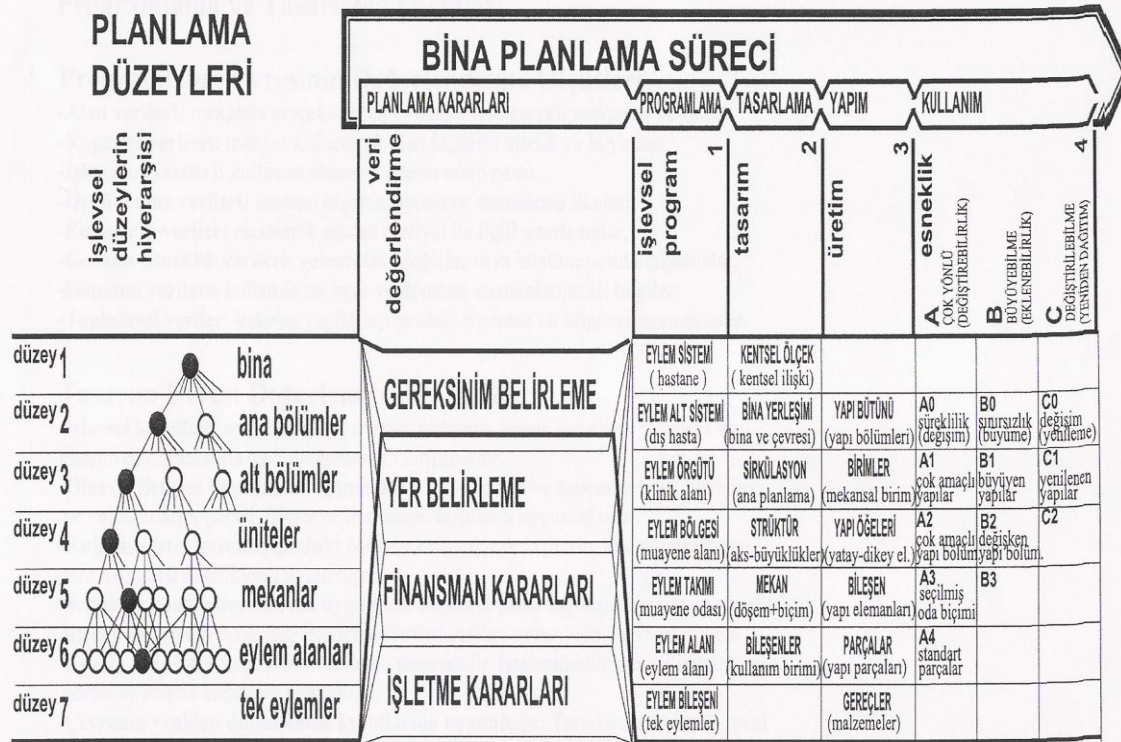
Planlama verilerinin değerlendirilmesinde planlama ekibince öncelikle yaklaşım yöntemi, içerikler, karar ölçütleri ve standartlar belirlenmeli, iletişim için ortak bir terminoloji oluşturulmalıdır. Böylece, kavram karmaşasına yol açmadan, düzenli bir biçimde dayanışma ve fikir birliği içinde, ekibin etkin ve verimli çalışması sağlanır (10).

Hastane binaları içinde yer alan işlevlerin çikluğu, farklılığı ve uzmanlığa yönelik disiplinler arası bilgi gereksinimleri, hekim, hemşire, yönetici hekim, işletmeci, hasta bakıcı, teknisyenler, hasta, refakatçi ve ziyaretçiler gibi çeşitli kullanıcılardan oluşması nedeniyle, planlama ekibinde mimar ve danışmanlar yanında tıp personelinin de geçmişteki bilgi ve deneyimlerinde yararlanılması, planlamaya katkıları açısından gerekmektedir.



Tablo . Hastane Planlama Sürecinde Oluşturulan Planlama Kararları

Hastane Planlama Sürecinde Oluşturulan Planlama Kararları



Hastaneler, birbirinden farklı nitelikte işlev ve ilişki sistemine sahip karmaşık yapıda binalardır. Planlama sorunları; planlama kararları evresinin (gereksinim belirleme, yer belirleme, finansman ve işletme) kararlarının planlama süreci içindeki evrelerinde de eş ve farklı zamanlı olarak yer alması, evreler arası bilgi dönüşümlerinin birbirine girişimli olamasından kaynaklanmaktadır. Planlama evrelerinde, planlama kararları evresi, kavramlarının gerçekte diğer evrelerin konu alanını oluşturduğu görülecektir. Bu kararlardan; gereksinimlerin belirlenmesi programlama evresinin, yer ve yerleşim belirleme tasarlama evresinin, finansman belirleme uygulama evresinin ve işletmenin belirlenmesinin de kullanım evresinin kavram ve sorumluluk alanlarıdır. Planlama kararları evresi esasında, karar ve tahminlerin yapıldığı olabilirlik ve temel kararlar evresidir ve bina düzeylerinin (bina, bölüm, ünite, mekan, eylem alanı ve eylemler) ölçeği doğrultusunda, değişik nitelik ve nicelikteki bilgileri diğer evrelere ilgi alanlarına göre göndermektedir. Bina programlarının hazırlanması, projelerin tasarlanması, binanın yapımı ve işletmeye açılarak kullanılması olarak bilinen bu çalışmalar, planlama sürecinin evreleri olarak ele alınabilmektedir. Mimarlık formasyonu içinde bu evrelerin herbiri ayrı bilim dallarının konusu olan uzmanlık alanlarıdır. Planlama sistemi bütününde, girdiler olarak her bir evreye gönderilen veriler farklı etkileşimlerle ve farklı ölçütlerle, bu evrelerde



işlenerek sonuçlandırılan kararlardır. Bu kararlar, bina yapımı öncesinde planlama-programlama-tasarlama zincirinde yoğunlaşarak mimari planlama sorunlarını oluşturur. Bu oluşum, neden-sonuç ilişkisi içinde analiz edildiğinde, mimari programlama ve tasarlama evrelerinin değerlendirme ölçütleriyle açıklanabilmektedir (Tablo-5) (3). Başka bir deyişle, planlama sorunlarını oluşturan problem alanları, bu evrelerin ölçüt kavramlarıyla anlatılabilmektedir. Mimari planlama sorunlarını, bu evrelerin ölçütleriyle değerlendirmekte ve böylece planlama çalışmalarını düzenlemektedirler.

Tablo . Mimari Planlama Sorunlarını Oluşturan Mimari Öğelerin Değerlendirilmesinde Programlama ve Tasarlama Ölçütleri

•Programlama Evresi Değerlendirme Ölçütleri:

- Alan verileri: mekanda gerçekleştirilecek eylemler için gerekli mekansal boyutlar
- Kapasite verileri: mekanı kullanacak olan kişilerin nitelik ve sayıları,
- İşlev akış verileri: kullanım anında işlevlerin takip sırası,
- Örgütlenme verileri: binanın organizasyonu ve düzenleme ilkeleri,
- Ekonomik veriler: ekonomik açıdan maliyet ile ilgili sınırlamalar,
- Gelişme-esneklik verileri: gelecekteki değişim veya büyümeye ait açıklamalar,
- Donatım verileri: kullanılacak eşya ve donatım elemanlarına ait bilgiler,
- Toplumsal veriler: binanın yapılacağı yerdeki topluma ait bilgileri içermektedir (3).

•Tasarım Evresi Değerlendirme Ölçütleri

- İşlevsel Koşullara Uygunluk: Tasarlanan mekânın, içinde yer alan eylemlere ve insanın davranışlarına uygunluğunun araştırılmasıdır.
- Olumlu İletişim Koşullarına Uygunluk: Mekan içinde ve mekânlar arası, iletişim ve bağlantıların, görsel, işitsel ve iletişimsel koşullara uygunluğudur.
- Kullanıcı İsteklerine Uygunluk: Mekanı kullanacak kişilerin, kişisel isteklerine göre mekansal özelliklerin uygunluğu.
- Sağlık ve konfor koşullarına uygunluk: Mekanın insan sağlığını korumaya yönelik fiziki koşullarının insan sağlığı ve konfor açılarından uygunluğunun incelenmesi.
- Estetik Koşullara Uygunluk: Mekanın yaşanabilir, hoşlanılabilir olması için uyumlu görsel ve estetik koşullara uygunluğu.
- Çevrenin Yeniden Düzenleme Koşullarına Uygunluğu: Tasarlanan mekânın, yeni işlevlere göre öncelikle iç mekân düzeni açısından esneklik-değiştirilebilirlik koşullarına uygunluğunun araştırılması.
- Ekonomik Koşullara Uygunluk: Ekonomik kararlar açısından, tasarılan mekânın, yapım ve kullanım maliyetlerinin ekonomik koşullara uygunluğunun araştırılmasıdır (3)



Hastane Planlamasındaki Evreler

Hastanelerin, hizmet edecekleri nüfusla ilişkilerinin daha rasyonel bir biçimde kurulmasını sağlamak ve hizmet edecekleri alanların kopukluğunu ve eksikliğini gidermek için, hastane planlama ve yapımında düzenli bir yol izlenmesi, gerekli çalışmaların dikkatli ve doğru bir biçimde yapılması gerekir. Planlamanın ilk adımlarında yeterli çalışmaların yapılması özellikle önemlidir. Hastane planlaması, birbirlerine girişimleri olan planlama-programlama-tasarlama-uygulama ve kullanım evrelerinden oluşur (11).

Bu evrelerde; hastane planlamasında deneyimli bir ekip tarafından yürütülmeli ve bu ekibin ilk işi, hastanenin hizmet edeceği alan ve nüfusu tanımlamak olmalıdır. Gelecekte hizmet edeceği nüfus tahmini de göz önünde bulundurulması gereken en önemli verilerden birisidir. Daha sonra hastane bakımına gereksinimi olacak hasta sayısı; bunları karşılayacak hastane bölümleri ve yatak kapasitesi belirlenir (2).

Planlama evresinde, herşeyden önce bir amaç oluşmuştur. Burada amaç, sağlık bakımı hizmetine katkıda bulunacak bir sağlık kuruluşunun yapımıdır. Planlama, amaçlara erişmeyi sağlamak üzere araçların bir araya getirilmesi ve eylemlerin yönlendirilmesi kararları bütünü veya en genel anlamda, “gelecek için karar verme” olarak tanımlanabilir (25).

Hastane planlama evresinde, özellikle gelecek için verilen kararların önemi büyüktür. Hastane binası, fonksiyon olarak sürekli değişme ve gelişmelere yönelik tıp tekniğinin bir uygulama alanı olduğundan, nüfusla artacak olan gereksinimlere uygun kapasiteye sahip olması gerektiğinden; planlaması her türlü gelişmelere açık, esneklik ve değişebilirliğe yer veren, gereken bölümlerde ise büyümelere olanak sağlayacak şekilde ele alınmalıdır. Burada, temelde insan sağlığını, mutluluğunu ve sağlık sisteminin daha etkin çalışmasını içeren amaçlar; ekonomik, sosyal, yönetsel ve fiziksel açılardan veya çok yönlü olarak meydana gelecek değişmelerin önceden belirlenerek en etkin, verimli veya optimumu sağlayacak bir sonuca ulaşma olarak ifade edilir (26).

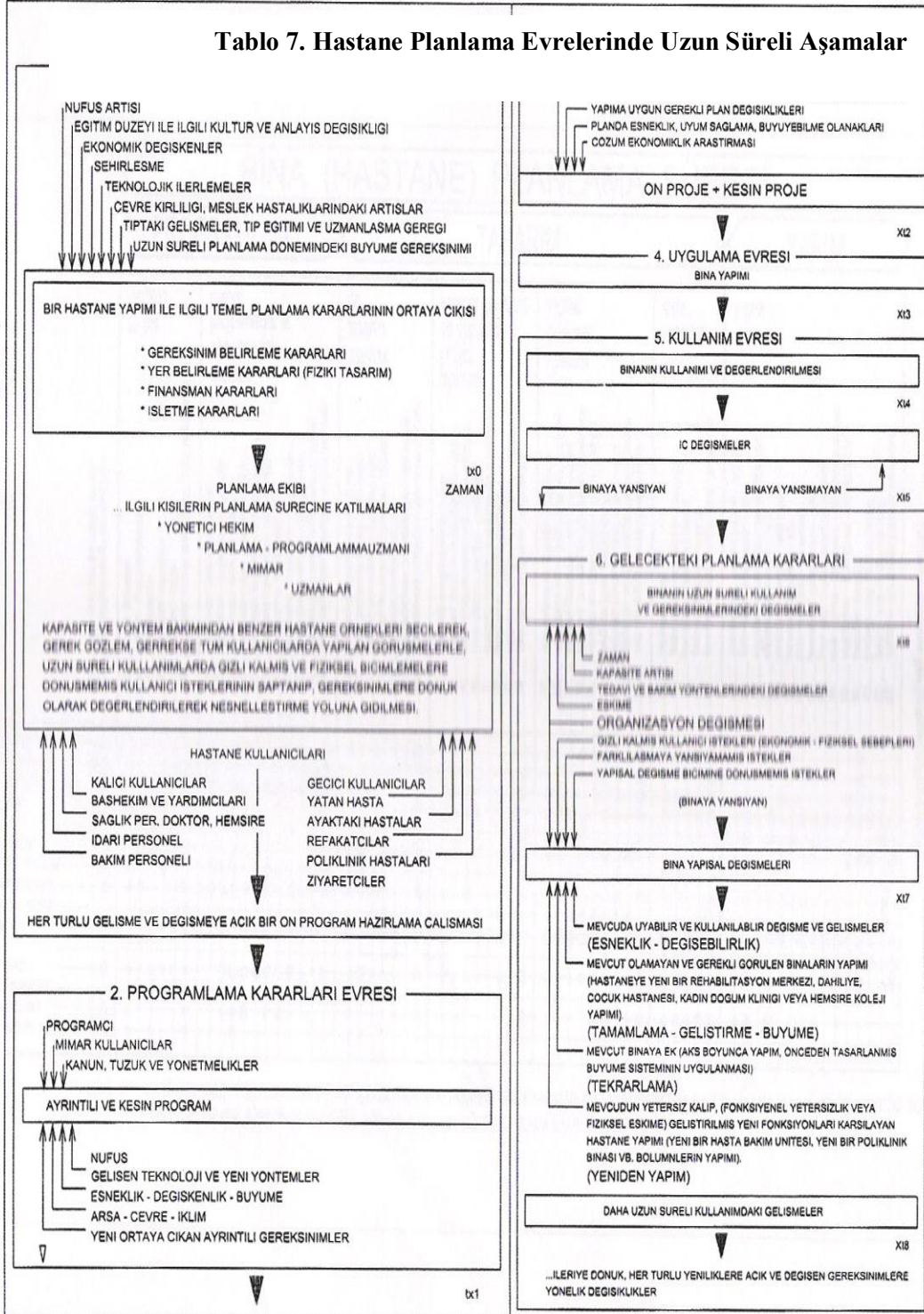
Yapılması kararlaştırılan hastanenin planlanması; yönetici, hekim, tıp görevlileri temsilcileri, mali danışman, sağlık yapıları planlama uzmanı, mimar ve ilgili danışmanlardan oluşan, konularında deneyimli bir planlama ekibi tarafından yürütülmeli ve gerektiğinde ilgili Planlama Enstitüleri ile kamu ve sivil toplum kuruluşlarının bilgilerine de başvurulmalıdır (5). Bu ekibin ilk işi, yeni hastanenin hizmet edeceği alan ve nüfusu tanımlamak olmalıdır. Nüfus ve etki alanlarının saptanmasından sonra, bölgedeki hastaneler ile toplumun sağlık bakımına olan gereksinimi saptanır. Hastanenin amaç ve özelliklerine göre, ayaktan ve yatakta tedavi olacak hasta sayısı verilerine bağlı, büyüklüğe temel olan yatak sayısı, yaklaşık olarak hesaplanarak ana bölümler ve ünitelerinin gereksinimleri, bina programı taslağı olarak belirlenir.

Bu evrede, sözkonusu alanda mevcut hastane ve sağlık kuruluşlarının dökümü de yapılarak hastane yerinin belirlenmesi gerekir. Yapım ve işleme biçimine ilişkin kararlar da, yine bu evrede verilir (7). Planlama çalışmalarında izlenecek yol için bir kontrol listesi oluşturmak amacıyla, planlama kararları; gereksinim belirleme, yer ve fiziksel belirleme, finansman belirleme ve işletme kararları olarak, dört farklı başlık altında toplanabilmektedir.



Hastane Planlama Evrelerinde Uzun Süreli Aşamalar

Tablo 7. Hastane Planlama Evrelerinde Uzun Süreli Aşamalar





a. Gereksinim Belirleme Kararları

Gereksinim belirleme, makro ve mikro ölçekteki planlama problemlerinin çözümü için gerekli olduğu kadar, yer belirlemede de etkisi büyüktür. Toplumun gereksinim duyduğu tıbbi bakım ya da hastane gereksinimi, sosyo-ekonomik durum, eğitim düzeyi, coğrafî, yer, yaş grupları v.b. çok sayıda etkenin bir fonksiyonudur. Yeni hastanenin gereksinimlerinin belirlenmesi, yedi başlık altında düzenlenmiştir. Şöyle ki;

- 1. Bölgedeki Sağlık Kuruluşları:** Bölgede bulunan mevcut sağlık kuruluşlarının dökümü, türlerine bağlı görev ve etki alanları ile makro ve mikro ölçekteki sayısal ve görevsel eksikliklerinin belirlenmesidir (5).
- 2. Hastanenin Türü:** Önerilen hastanenin görev, etki ve hizmet alanlarına göre türü, diğer bir deyişle, tesisin ulusal ve bölge sağlık planlamasındaki yeri, yapıma nedenleri, tıbbi bakım amaçları ve etki alanlarının belirlenmesidir (9).
- 3. Hastane Kullanım Öngörülleri:** Bölgede 1000 nüfus başına genel hastane öngörüsü ve bölgedeki tesislerde hasta-hastane kullanım oranlarıdır.
 - **Dış Hasta Öngörülleri:** Ortalama günlük hasta muayene sayıları, ortalama muayene süreleri ve türleri, yatak sayısına göre muayene oranları ve ortalama hasta başına muayene teşhis maliyetinin bulunmasıdır (9)
 - **İç Hasta Öngörülleri:** Hasta günü öngörülleri, ortalama yatma süreleri, hasta yatağı doluluk oranları, ek hasta yatağı gereksinimleri, poliklinikten gelen hasta sayısı ve oranları ile hasta günü maliyetleri tahminleridir.
- 4. Bölgenin Sosyo-Demografik Özellikleri:** Hastane etki alanındaki toplam nüfus ve nüfus hareketleri, yaş grupları, kadın-erkek oranları, eğitim düzeyleri, çalışma grupları ve saatleri, kentleşme derecesi, konut başına insan sayısı, kişisel sağlık alışkanlıkları ve yaşama biçimleri, sağlık istatistikleri ve doğum-ölüm oranları, toplumsal öngörüler ve sağlık sektöründe çalışanların belirlenmesini kapsamaktadır (11).
- 5. Ekonomik Veriler:** Bölgedeki toplumun çalışan nüfusu, gelir dağılımı, sigortalı nüfus oranı, kişi başına sağlık gereksinimi ve giderleridir (11).
- 6. Hastanenin Planlama-Programlama Özellikleri:** Önerilen hastanenin programı ve işlevsel özellikleriyle ilgili çalışmaları kapsar (5).
 - **Kapasite ve Büyüklükler:** Gelen hasta ve yatak sayısı öngörülerine göre tıp personeli, hasta sayıları ve toplam bina alanı büyüklükleri ve yatak kapasitesi ile değişim-gelişim özelliklerine bağlı kabul edilebilir planlama sınırlarıdır.
 - **Ana Bölüm ve İşlevler:** Hastanenin, dış hasta, iç hasta ortak bölümleri ve destek-teknik hizmet bölümleri v.b. gibi bina program açılımının, bölümsel büyüklükler, iç üniteler olarak mekansal kapsamı ile düzenlemedeki konum ve görevlerinin tanımlanmasıdır (5).
 - **İşlev Akış Verileri:** Bina iç işleyiş düzeni, bölümlerin birbirleriyle olan ilişkileri ile bölümler arası hasta, personel ve ziyaretçi dolaşımı özellikleridir.
 - **Tıbbi Bakım Düzeyleri:** Tesisin dal, genel ve eğitim hastanesi gibi görevsel özelliklerine uygun tıbbi işleyiş, organizasyon ve teknolojisine bağlı teşhis, tedavi ve bakım düzeylerinin belirlenmesidir.
 - **Yapım Teknolojisi ve Teknik Donanım:** Bina yapımı ve kullanımıyla ilgili teknolojisi ile mekansal alt yapısını oluşturan tıbbi ve teknik donanım-donatımın nicelik ve niteliksel özellikleridir.



- **Standart Ölçülere Uygunluk:** Hastanenin yasa, yönetmelik, istatistik değerler, ulusal ve uluslararası standartlara uygunluğunun değerlendirilmesi amacıyla, planlama verilerinin karşılaştırılması ve kontrol edilmesidir.

b. Yer ve Fiziksel Belirleme Kararları

Ülke sağlık planlama sistemi bütünlüğünde, belirlenen alanlardan yer seçiminde bir dizi etkenlerin incelenmesi, hastane yapımında uygunluk ölçütleri açısından gereklidir.

1. **Erişebilirlik ve Ulaşım:** Yer seçiminde en önemli etken, erişebilirliktir. Hastanelerin dengeli dağılımı ve sayısal yeterliliği, topluma eşit şartlarda tıbbi bakım hizmetlerinin götürülebilmesi için bir ön koşuldur. Şehir merkezine yakınlık ve ana ulaşım sistemi, çevresel yol veya araç dolaşımı, otopark ve helikopter alanı, diğer sağlık kuruluşları ile seçilen yerin tıp personeli ve çalışanlar için işgücü bulmaya uygun erişimde olması düşünülmelidir (7).
2. **Arazi Olanakları, Büyüklüğü ve Sınırları:** Arsanın hastane kapasitesine, tipi ve düzenlemesine, gerekli doğal ve yeşil alanları karşılayacak özellik ve büyüklükte, yerleşime ve gelişmeye uygun geometride, çevreyle ilişkileri açısından ise, yol ve olumlu giriş olanaklarına sahip olması önemlidir.
3. **Gelişme Olanığı:** Arsa ve arazinin gelecekteki değişim, gelişim ve kapasite artışlarına göre binanın yatay-düşey büyümesine olanak vermesi, doğal sınırları ve gelişme maliyeti özelliklerine uygunludur (5).
4. **Arazinin Ekonomik ve Yasal Değerleri:** Arsanın maliyet değeri, satın alma süresi, planlama-geliştirme maliyeti ve imar durumu ve yasal sınırlamaları açısından olumlu özelliklerdir. Yerin konumu ve biçimi, arsa değeri ve maliyetini büyük ölçüde etkiler (11).
5. **Çevredeki Zararlı Etkiler:** Hastanenin kullanımında iç-dış yaşantısını etkileyen gürültü, ses ve titreşim etkileri, çevre ve hava kirliliği, koku ve duman özellikleri açısından olumlu etki düzeyinde ve kirlenici kaynaklardan uzak olması istenir (7).
6. **Arazinin Teknik Altyapısı:** Hastane için gerekli olan yol, elektrik enerjisi, temiz su, kanalizasyon, telefon hattı ve doğalgaz enerji bağlantıları ve kirli atık atılma kolaylıkları ve çevre temizliği hizmetlerinin olduğu yerlerden seçilmesi daha uygundur (11).
7. **Mevcut Tesisleri:** Arsada korunacak ya da yıkılacak bina ve tesislerin varlığı ile yakın çevredeki sağlık hizmetlerinin altyapısı da, yer seçiminde etkendir.
8. **Arazi Topoğrafyası ve Özellikleri:** Arsanın yol-giriş ve kotu, üst zemin eğim ve yükseklikleri, zemin altı durumu ve jeolojik yapısı, zeminaltı suyu, zemin emniyet gerilmesi ile doğal afet ve deprem derecesi de planlamada bazı kolaylıklar ve güçlükler yaratması nedeniyle önemlidir.
9. **İklim ve Yönlendirme Koşulları:** Arsadaki iklimsel özelliklere bağlı, güneş ve güneşlenme etkenleri, ısı yağış değerleri ve nem oranları ile etkin rüzgar yönlerinin bilinmesi, yapılacak olan hastanenin bio-klimatik özellikleri açısından çok önemlidir.
10. **Çevredeki Doğal Güzellikler:** Arsanın doğal-yapay özelliklerini belirleyen, çevre değerleri ve manzara açılımı, su ve doğal unsurlar, bitki örtüsü, olumlu mimari doku, silüet ve güzellik öğelerinin varlığı, hastanede yaşayanlar üzerinde olumlu bir atmosfer yaratmakta ve dinlendirici özellikleriyle tedavi ve yaşantıya psikolojik katkı sağlamaktadır.



PLANLAMA KARARLARI	PLANLAMA DEĞİŞKENLERİ			
• hastanenin özellikleri :				
1. hastanenin türü	dal hastanesi	genel hastane	eğitim hastane.	diğer
2. organizasyon kesimi	özel hastane	devlet hastane.	sigorta hastane.	
3. yatak kapasitesi	50-100	100-300	300-500	
4. tıbbi bak.düzey.kapasitesi	ayaktan b.100h-	normal b. 30yt	yoğunbak.30yt.	
5. erişebilirlik	0.5 km	5-15 km	15-30 km	
6. sağlık kuruluşl. ilişkileri	0.5 km	5-15 km	15-30 km	
7. bölgenin nüfusu	100.000 kişi	200.000 kişi	300.000 kişi	
• bina düzenleme özellikleri :				
8. bina kürtlesi	az katlı	çok katlı	karma	diğer
9. plan geometrisi	dikdörtgen	üçgen	çokgen	
10. plan düzeni	dogrusal	ızgara	ışinsal	
11. koridor düzeni	tek koridorlu	çift koridorlu	karma koridor.	
12. iç boşluklar	avlusuz	iç avlulu	açık avlulu	
13. çekirdek yeri	ortada	yanda	köşede	
14. çekirdek sayısı	tek	çift	üç	
15. yangın merdiveni	tek	çift	üç	
16. hastane girişleri	bağımsız	ortak	karma	
17. bölümlerarası dolaşım	yatay	düşey	karma	
18. iskelet sistemi	çelik	betonarme	yigma	
19. büyüme - gelişim	yatay	düşey	karma	
20. iç değişim esnekliği	çok iyi	iyi	orta	
21. iç mekan özellikleri	konforlu	rahat	sıkıcı	
22. cephe durumu	giydirmе	balkonu	balkonsuz	karma
23. hazır eleman kullanımı	yüksek oranda	orta oranda	az oranda	
24. özür lülere uygunluk	çok uygun	uygun	uyumsuz	
25. tıbbi donanım teknolojisi	ileri teknol.	orta teknol.	geleneksel tek.	
26. ısıtma.havaland. düzeyi	mekanik sistem	karma sistem	kalorifer sist.	
• arsa yerleşim özellikleri :				
27. arsa topografyası	düz	eğimli	çok eğimli	diğer
28. iklim yönlenme	çok iyi	yeterli	yetersiz	
29. teknik altyapı	çok iyi	yeterli	yetersiz	
30. yol otopark durumu	çok iyi	yeterli	yetersiz	
31. doğal güzellikler	çok iyi	yeterli	yetersiz	
32. fiziksel etkiler	iyi	orta	olumsuz	
33. ulaşım biçimi	kitlesele ulaşım	toplu ulaşım	özel araç	
34. arsa alanı	1000-5000m ²	5000-10000m ²	10.000-20.000m ²	
35. bina alanı	5000-10000m ²	10000-20000m ²	20000-40.000m ²	3.930 m ²
36. imar düzeni	bitişik düzen	ayrık düzen	ada düzeni	
37. yatak başına bina alanı	25 m ²	50 m ²	75 m ²	
38. yatak başına arsa alanı	50 m ²	75 m ²	100 m ²	
• maliyet özellikleri :				
39. bina maliyeti	236 milyar tl	500 milyar tl	1 trilyon tl	diğer
40. hasta günü maliyeti	10 milyon tl	20 milyon tl	30 milyon tl	
41. bina yapım süresi	1 yıl	2 yıl	3 yıl	
42. kullanım bakım maliyeti	yüksek	orta	düşük	
• bina programı özellikleri :				
43. dış hasta bölümü	1000-2000m ²	2000-4000m ²	4000-8000m ²	1.040 m ²
44. iç hasta bölümü	2000-4000m ²	4000-6000m ²	8000-12000m ²	900 m ²
45. ortak bölümler	500-1000m ²	1000-2000m ²	2000-3000m ²	300 m ²
46. destek bölümler	500-1000	1000-2000	2000-3000	480 m ²
47. bölüm-ünite yerleri	çok iyi	iyi	kopuk	
48. yönetim-iletişim durumu	çok iyi	iyi	orta	EFARCAN
49. standartlara uygunluk	çok iyi	iyi	orta	1998

NOT: Bu tabloda Kartal Acil Yardım Hastanesi verileri örneklendirilmiştir. Hastane planlama ekibi her yeni oluşumda değişen ölçütlere göre yeniden değerlerini oluşturmalıdır.

TABLO. BİR HASTANE PLANLAMASINDA YERİ ÖRNEKLEME ÇALIŞMASI



Tablo 8. Bir Hastane Planlamasında, Veri Örneklemesi Çalışması

c. Finansman Kararları

Kuruluşun bina yapımı uygulaması için yatırım gücü, ödeme koşulları, işgücü kaynakları, bina kalitesi ve teknik uygulama koşulları, maliyet-etkinlik analizlerine göre yapım teknik ve tıbbi donatım sisteminin seçimi uygulama ve maliyetlere etkisi ve olası program değişimi, uygulamadaki revizyon maliyetleri ile binanın bitirilme süresi ve işe alınan personelin hizmet öncesi eğitimindeki maliyetler gibi yatırımın hizmete açılmasına kadar yapılan tüm harcamalar gibi maliyet kararlarıdır.

d. İşletme Kararları

Hastanenin işletim sistemi ve tıbbi bakım düzeyine bağlı organizasyonu; işgücü verileri, personel ve hasta maliyetleri, bina tıbbi donanım teknolojisi seçimi ve teknik donanımın kullanım ve bakımı, tıbbi donanım ve sarf malzemeleri maliyetleri gibi işletme maliyeti kararları ile verimlilik ve tıbbi kalite kontrolü çalışmaları etkinlik ve hizmet standartlarının yükseltilmesi, tıbbi istatistik tutma ve dökümlerinin değerlendirilmesi, toplumun sağlık sunum ve istemlerindeki değişim ve eğilimlerin izlenmesi gibi kullanımda işletmede performans etkinliğini artırma kararlarıdır.

Hastanelerde Programlama Evresi

İkinci evre, mimari programın hazırlanmasının içerir. Bu evrede planlama ekibi, hastanenin programını ve belki de tasarımı gerçekleştirecek mimarı da içermek üzere ekibi genişletmelidir. Hastanenin gerçekleştireceği hizmetlerin sağlanması ve hizmet gereksinmelerine temellenen bina programının hazırlanması, bu evrede yapılır.

Planlama kararlarının doğru, objektif bir biçimde saptanarak ve değerlendirilerek programa yansıtılması, daha sonraki evrelerdeki revizyon ve değişim gereğini büyük ölçüde ortadan kaldıracaktır (7).

Hastanelerde Tasarım Evresi

Üçüncü evre, programa göre, hastane tasarımının oluşturulmasını ele alır. Tasarlama evresinde, planlama ekibinin yönetici üyeleri, mimar ve mühendislerden oluşan tasarım ekibine, onların sorularını yanıtlarak, hastanenin gereksinimlerini ayrıntılı biçimde tanımlayarak, danışmanlık görevi yapacaklardır.

Hastanelerde Uygulama Evresi

Hastane ön planlama, programlama ve tasarlama evrelerini, yapım evresi izler. Bu evre, bir uygulayıcı ekip tarafından gerçekleştirilir ancak, çalışmaların tamamı, uygulama revizyonları v.b. tasarım ekibi fikri haklar ve meslek etiği doğrultusunda, uygulama mühendisleri, uzman ve diğer danışmanlar tarafından da kontrol edilerek yönetilir (7).

Hastanelerde Kullanım Evresi

Hastanenin yapım sonrası kullanım evresi ise, yapılacak yeni hastanelerin planlama ve programlama çalışmalarına veri sağlayan yeni hastanenin, işletmeye açılarak toplum sağlığına katkıda bulunmak amacıyla kullanıldığı bir evredir.

Hastane planlamasındaki planlama özellikleri, karar ve değişkenler olarak bir hastane örneğinde kolayca anlaşılır olması nedeniyle düzenlenerek üstteki tabloda sunulmuştur.



Planlama ve Toplam Kalite Yönetimi İlişkisi

Planlama ve Toplam Kalite Yönetimi (TKY) yaklaşımları; toplum-çevre etkileşimli sistemlerdir, girdilerini sosyal-kültürel, çevre ortamları ve teknolojik çevre özelliklerinden bilgi ve iletişim için karar verme süreçleridir.

TKY açısından, kaliteli ürün yani hastane üretimi ve hizmetin sunumu sanıldığı gibi aksine, organize edilmiş bir planlama sistemiyle, akılcı davranışlarla rastlantılara bırakılmadan, daha ucuza malolmaktadır.

Ülkede üretilen ulusal gelirler toplamı içinde sağlık giderlerine ayrılan harcamalar, ABD de %12, Almanya da %8, Türkiye de ise %5 dir. Bu paylar, bazen ulusal gelir artış hızını aşma eğilimi gösterdiğinden, hükümetleri hastane masraflarını kontrol altına almaya ve sağlık sistemlerinde reform yapmaya zorlamaktadır (13).

Tıbbi teknolojideki gelişme, teşhis, tedavi ve bakım süreçlerini olumlu yönde kısaltmakta, hastaların yatış sürelerini azaltmakta ve yatak devir hızlarında artışa neden olmaktadır. Hastanın teşhis, tedavi ve bakım işlevlerindeki bu değişim, hastane planlama sürecinde hastane işlevlerini, tasarım ve yapılmasını etkilemekte ve hastalara olabilen en kısa sürede, kaliteli bir sağlık hizmeti sunulmasını gerektirmektedir (13).

Akreditasyon kuruluşlarına, TKY de eşdeğerlik için yaklaşımlar, hizmetten yararlanan kullanıcıya odaklı performans değerlendirme yaklaşımlarıdır. Hasta tedavi ve bakımı, sağlık organizasyonu ve kalite sistemi ile yönetim ve mesleki işlevler gibi planlama verilerini oluşturan değerler; tıp personeli ve teknolojik olanakları, hastane binasının işlevsel ve uygun düzenlenmesi yoluyla planlanan kullanım-işletimi tüm performans özellikleriyle birlikte kapsamaktadır (13).

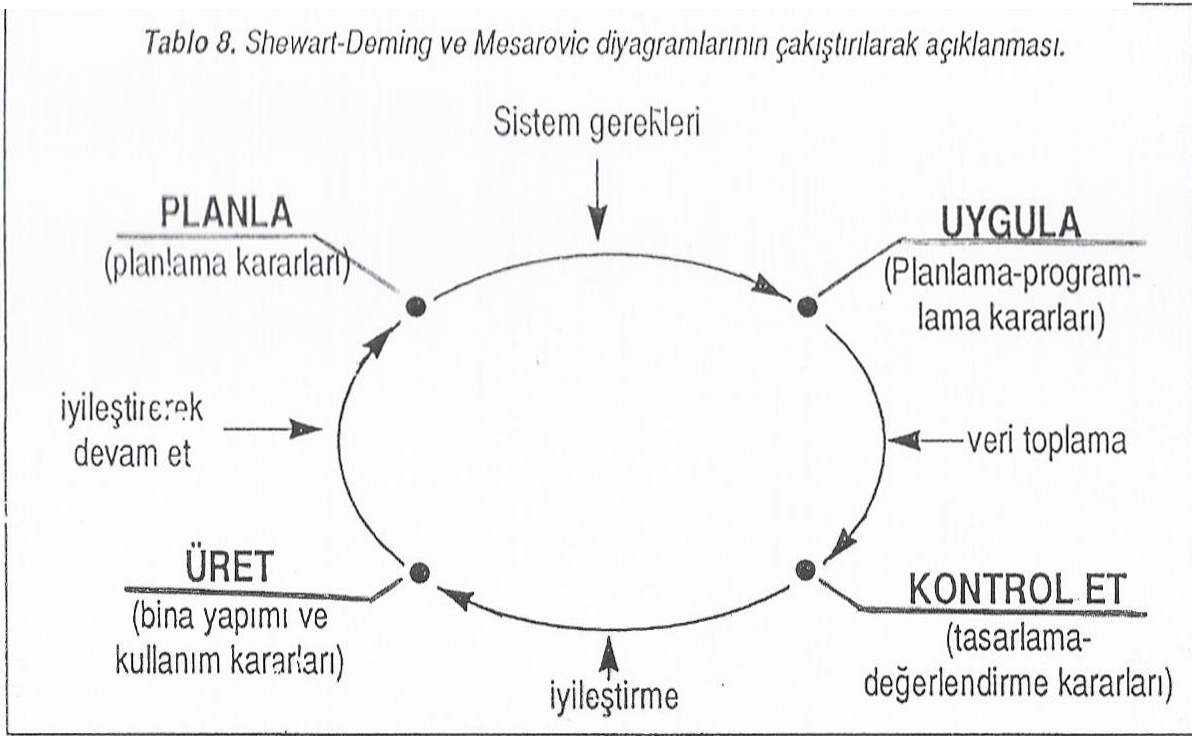
Mimarlıkta performans tanımı, kullanıcıyla ilgili olarak yapılmaktadır. Performans yaklaşımları, kullanıcı gereklilikleriyle ilgili olarak mekansal özelliklerin, istenen düzeyde olup olmadığını ölçer. Hastanelerdeki kullanıcılar tıp personeli, hizmet elemanları, yöneticiler, hastalar ve ziyaretçilerdir. Kullanıcıların gereksinimlerini mekanlardaki işlevlere bağlı olarak, kullanıcının yaşantısını sosyal, psikolojik ve fizyolojik rahatsızlıklara uğramadan sürdüreceği, yapılan işlerde de, etkin ve verimli olmasına yardım edecek olanakları veren konforlu ve kullanışlı çevre koşulları olarak tanımlamaktayız. TKY ile planlamanın hedefi, yatırımlarda, kullanışlılığa bağlı etkin ve verimli olarak fiziksel ortamların yapılması ve kullanımınıdır.

Planlama, bir sistem olarak Shewart-Deming döngüsünde, izdüşüm olarak anlatılan, zaman boyutlu gelişime açık, bir sarmal süreçtir. Zamana bağlı gelişimdeki değiştirilerek geliştirme süreci bilgi toplama, analiz, sentez ve değerlendirme adımlarıyla oluşturulur. Kurgudaki planla, planlama veri ve kararlarını uygula, planlama-programlamayı kontrol et, tasarlama-değerlendirmeyi üret ise, uygulamanın bina olarak gerçekleşmesini bir sistem olarak açıklamaktadır (14).

TKY ve planlama süreci evrelerini birlikte ele alarak; işletme anında hastanedeki yaşantının kendisini oluşturan kullanım değerlendirilmesi ile yeni gelişimlere bağlı bilgi edinme yolu yaklaşımıyla, bir bilgi uygulama ve değerlendirme çalışmalarını benzeştirerek Tablo 8 de açıklandı.



Tablo 9. Shewart-Deming ve Mesarovic Sarmal Diyagramının Çakıştırılarak Açıklanması



TKY ve Planlama-Programlama süreci amaçları, kullanıcı odaklı ve sürekli iyileştirme kavramlarında tam bir çakışma halindedir. S.A. Gregory'nin Planlama-Programlama amaçları (15) ile W. Edwards Deming'in (16) TKY prensipleri yukarıdaki tabloda açıklanmıştır.

TKY ve Planlama süreçleri, sürekli verilerin değerlendirilmesi ile iyileştirme amaçlı çalışmalardır. İkisi de süreçtir, bir sonuçtan çok dinamik oluşumlardır ve girdi-süreç-çıkı analitik yaklaşımlı geliştirme çalışmalarıdır. Gelecek için karar verme eylemleridir, sosyal süreçteki değişim ve hareketleri izler, onları veri olarak işleyerek geliştirir. Eşdeğerlilik (akreditasyon) kavramıyla özdeş değerlendirme ölçütleri ve standartları oluştururlar. Sistem içinde ve dışında, üst-sistemlerle ilişki kurup kavramlar yaratarak, takım çalışması birlikteliğinde, iletişim gerçekleştirirler. Açık sistemlerdir, sistem içinde ve dış sistemlerle alış-verişte bulunarak, gelişimlerini yenileyerek oluşturan süreçlerdir. Süreç içi değerlendirmelerinde karar verme adımlarını oluşturarak, sistemin kontrol ve gelişimini sağlarlar. Geleneksel yaklaşımlar değildirler, bilimsel, bilimlerle ilişki kuran, bilimler arası gelişime açık, yenilikçi ve akılcı yaklaşımlardır. Dökümanite edilebilen değerlerde tanımlanmış bilgilerle hareket ederler. Kaynak kullanımında verimlilik ve etkinlik ölçütlerine göre işletme önceliklerinde karar verirler. Sıradanlık ve savurganlık kavramlarına karşı düzenlemelerdir. Neden-sonuç ilişkileriyle, nedenleri oluşturan verileri anlaşılabilir, ölçülebilir, kabul edilebilir ve uygunluk esaslarına göre düzenleyerek, süreci alternatif sonuçlara ulaştırırlar. Olabilirlik (fizibilite) etütleri ile



bilimsel-önyargısız tahminler ve istatistik tekniklerinden yararlanarak, süreci başlatıp, devam ettiren süreçlerdir v.b. devam eden kavramlarda sistem-süreçlerdir.

TKY ve Planlama süreçlerini, anahtar kelimelerle açıklamak olanaklıdır. Bunlar; sistem, yöntem ve teknikler, süreç ve gelişim, neden ve içerikler, karar ve ölçütler, ölçme ve değerlendirme, bilgi ve iletişim, verimlilik ve etkinlik, iletişim ve yenilenme, eşdeğerlilik ve standartlar, dışa açılım ve uluslararası olma, kullanıcı ve kullanım, rekabet ve üretkenlik, özerklik ve bütünlük, maloluş ve kullanım değerleri, anahtar kelimelere örnek olarak verilebilir .

KAYNAKLAR

1. Hançerlioğlu O, Kavramlar ve Akımlar, Felsefe Ansiklopedisi, Remzi Kitabevi, İstanbul, 1977.
2. Aysu E., Eski Kent Mekanları Düzenleme İlkeleri, Y.T.Ü, Dr.Tezi, İstanbul, 1977.
3. Arcan E.F., Evcı F., Mimari Tasarıma Yaklaşım, Bina Bilgisi Çalışmaları, Y.T.Ü., İstanbul, 1987.
4. İnceoğlu N., Bina Programlama Yöntem ve Teknikleri, İ.T.Ü., İstanbul, 1978.
5. Arcan, E.F., Sağlık Merkezlerinin Planlanmasında Esas Olacak Verilerin Balirlenmesi için Bir Yöntem ve Bu Konuda Bilgi Bankası Oluşturulması, Dr. Tezi, M.S.Ü., İstanbul, 1983.
6. Akıncıtürk N.T., Genel Hastanelerde Yenileme ve Büyümeye Bağlı Değişmelerin Bina Programına Etkileri, İ.T.Ü., Dr. Tezi, İstanbul, 1985.
7. Karataş, B., Mimari Programlamaya Veri Sağlamak Üzere Genel Hastanelerin Gereksinim ve Yerlerinin Belirlenmesi için Bir Yöntem, İ.T.Ü., Dr. Tezi, İstanbul, 1979.
8. Birkan Ç., Kamu Kuruluşlarında Bina Programlarının Hazırlanmasında ve Kullanılmasında Karşılaşılan Sorunlar, TÜBİTAK-İ.T.Ü, Bina Programlama Semineri, İstanbul, 1979.
9. Umur, Ö., Sağlık Yapılarında Merkezi Radyodiagnostik Bölümleri Planlama ve Programlama Araştırması, İ.T.Ü., L.Ü. Tezi, İstanbul, 1979.
10. İnceoğlu M., Mimari Planlam-Programlama İlişkisi, TÜBİTAK-İ.T.Ü., Bina Programlama Semineri, İstanbul, 1979.
11. Öztoprak, T., Genel Hastanelerin Bina Programlamalarına Temel Olmak Üzere Bir Araştırma, İ.T.Ü. L.Ü. Tezi, İstanbul, 1982.
12. Ersoy N., Polikliniklerde Planlama ve Programlama Araştırması, İ.T.Ü. L.Ü. Tezi, İstanbul, 1981.
13. Çoruh M., Hastanelerde Kalite Yönetimine Nasıl Geçilebilir, Modern Hastane Yönetimi, Yıl 2, Sayı 4, İstanbul, 1998.
14. Çoruh M., Hastanelerde Kalite Yönetimine Nasıl Geçilebilir, Modern Hastane Yönetimi, Yıl 1, Sayı 3, İstanbul, 1997.
15. Gregory S.A., Design and Decision, The Design Method, Butterworth, London, 1966.
16. Çoruh M., Hastanelerde Kalite Yönetimine Nasıl Geçilmeli, Modern Hastane Yönetimi, Cilt 2, Sayı 2, İstanbul, 1996.



Uluslararası Sağlık ve Hastane Yönetimi Kongresi
International Health and Hospital Administration Congress
01-03 June 2007 Near East University - Nicosia - TRNC - Mersin 10 Turkey





AMELİYATHANELERİN PLANLANMASI

Enis Faik ARCAN , Tuğşad TÜLBENTÇİ

Yakın Doğu Üniversitesi, Mimarlık Fakültesi /Lefkoşa - K.K.T.C.

efaican@neu.edu.tr , ttulbentci@yahoo.com

Özet

Sağlık Hizmetleri Donanım ve Altyapı-Sağlık Kurumlarında Yerleşim ve Mimari Tasarım Konusu Genel hastanelerde ameliyathanelerin planlanması, hastane planlama ve amaç ve hedeflerinin bir parçasıdır ve hastanenin planlanmasından esinlenerek, ona göre düzenlenir.

Hastane planlaması; tüm çevresel faktörlerin (fiziksel, sosyal ve teknolojik) ve hastaneyi oluşturan (dış hasta, iç hasta, ortak ve teknik hizmet servis alanları) hastane bölümlerinin işlevlerine bağlı verilerinin yöntemli bir şekilde bir araya getirilmesi ve bütünleştirilmesiyle yapılan bir düzenleme sürecidir.

Burada planlama yaklaşımıyla elde edilmek istenen hedef; sağlık bakımı kullanım amaçlarına varmak için, mimari etkinliklerin yönlendirilmesi için, mekansal-hacimsel ve kullanım özelliklerinin saptanması, standart ve yönetmeliklere uygunluğun değerlendirilmesinin yapılması, mimarideki bina programının nitel ve nicel özelliklerine göre geliştirilerek, tasarım ve kriterlerinin, bina inşaatı ve bina kullanımının gerçekleştirilmesidir. Diğer bir deyişle, hastanenin tüm çevresel özellikleri ve kullanıcısı olan personel ve hastasıyla hizmete açılmasını sağlamaktadır.

Konuya mimari yaklaşım-hastane planlama, planlama araçları, planlamayı etkileyen veriler, planlama-programlama özellikleri, ameliyathane bölümü, mekan grupları, hasta, personel ve ekipman trafiği, ameliyathanenin mekansal-fiziksel çevre ve donanım özellikleri, ameliyathane ekibi ve planlamayı etkileyen kullanıcı gereksinimleri olarak özetlenebilir.

Mimarlıkta planlama, işlevlere bağlı verilerin oluşturularak, yöntemli bir şekilde bir araya getirilmesi ve bütünleştirilmesi ile istenen kullanım amaçlarına varmak için, mimari etkinliklerin yönlendirilmesi de değerlendirilmesi kararlarıdır.

Planlamayı oluşturan etmenler; kullanılan yöntemler, teknikler, planlama ekibi olanakları ile uygulamaya bağlı işgücü, kaynaklar ve teknolojidir. Burada anlatılan;

- **Yöntem ve teknikler;** planlamaya yaklaşım biçimleridir.
- **Planlama ekibi olanakları;** planlamada çalışan kişilerin nitelikleridir.
- **İşgücü;** uygulamanın gerçekleştirilmesinde çalışanlar ile araç-gereçleridir.
- **Kaynaklar;** planlama için gerekli olan yatırım gücüdür.
- **Teknoloji ise;** çalışmanın gerçekleştirilmesinde kullanılan teknoloji veya ileri uygulama teknikleridir.

Görüleceği gibi, planlama çok kapsamlı bir etkinliktir.

Planlamanın amacı ise:

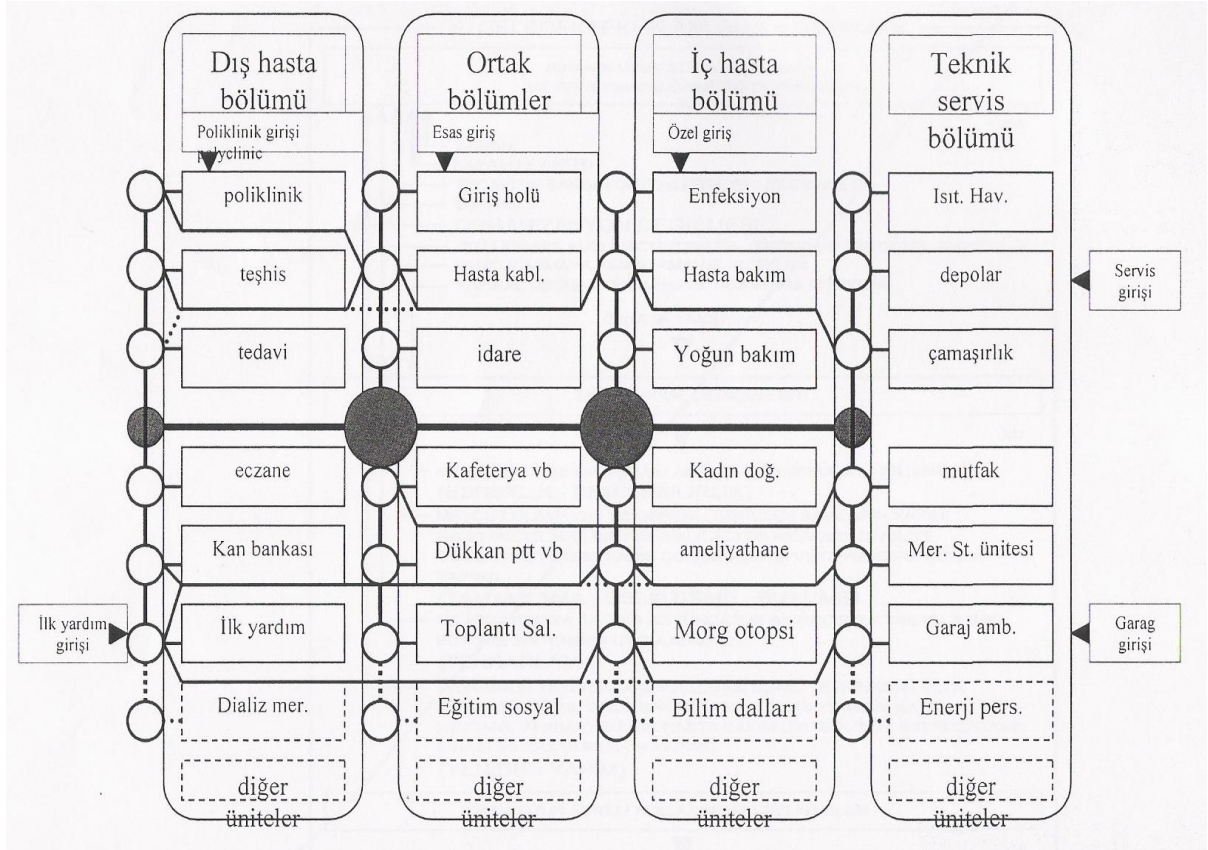
5. Kapsamlı, dengeli ve öncelikleri saptanmış,
6. Esnek, gelişime açık,
7. Kaynakları ve stokları en iyi şekilde kullanan,



8. Fiili ve potansiyel personel, mekan ve donatı ihtiyacının belirlenmiş olmasıdır.

Hastane bölümleri planlanırken; hastane tipi ve büyüklüğüne bağlı olarak, içinde yer alan kullanıcıların sayısı ve kullanım ve donatım-donanım özelliklerine göre düşünülerek, kapasite ve organizasyon sistemine göre düzenlenir. Bu düzenlemede, hastanenin içinde yer alması öngörülen tüm işlevlerin tanımlanması, işlevlerin yer alacağı mekanların özellikleri ve işlevsel olarak bölüm-ünite-ler-mekanlar arası ilişkilerin belirlenmesi gerekir. Diğer bir deyişle, hastanenin planlama organizasyonunda tipi, amacı, büyüklüğü, bölüm ve ünite büyüklükleri, konum ve ilişkileri, hastane iç organizasyonundaki yerleri, mekansal gereksinimleri, içinde yer alan eylemler, doktor, hasta gibi kullanıcı ve tıbbi araç-gereçler de belirlenmelidir. Genelde, hastane programlarının yapılması, mevcut örnekler, dökümanlar ve standartlardan yararlanarak, uzmanlardan oluşmuş ekip veya Sağlık Yapıları Planlama Enstitüleri ile Sağlık Bakanlığı uzmanlarının da işbirliğinde yapılmalıdır. Hastane programlarının hazırlanması, planlama kapsamında ele alınmalı ve planlama kararları doğrultusunda hizmet edeceği çevrenin tıbbi gereksinim ve özelliklerine göre düzenlenmelidir. Hastane bölümleri ve ilişkilerini gösteren şema, aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

Tablo 1. Hastane Bölümleri ve Ünitelerinin İşlev Şeması





Planlama verilerinin değerlendirilmesinde; planlama ekibi, öncelikle konuya yaklaşım yöntemi, içerikleri, ölçütleri ve standartları belirlenmeli, iletişim için ortak bir terminoloji oluşturulmalıdır. Böylece kavram kargaşasına yol açmayan düzenli bir dayanışma ve fikir birliği içinde, ekibin etkin ve verimli çalışması sağlanmalıdır. Hastane binaları içinde yer alan işlevlerin çokluğu ve farklılığı; hekim, hemşire, yönetici hekim, işletmeci, hasta bakıcı, teknisyen, hasta ve refakatçi gibi çeşitli kullanıcılardan oluşması, planlamaya katkıları ve son kullanıcıya uygunluk açısından mimar, yönetici ve danışmanların yanında tıp personelinin de bilgi ve deneyimlerinden yararlanılması gerekmektedir.

TABLO:2 HASTANE PLANLAMASINI ETKİLEYEN VERİLER

Dış Çevre Koşulları

- Toplumun sağlık gereksinimleri ve toplumsal kaynaklar
- Bölgesel düzeyde sağlanan sağlık hizmetleri
- İş gücü bulmada sıkıntı yaşanmayacak yerlerin seçimi

İç Çevre Koşulları

- Ünitenin yeri
- Hasta günü öngörüsü
- Hastaların ortalama kalış süreleri
- Hasta günü maliyeti
- Hastanın hastane içindeki seyri
- Yeni programın finansmanı
- Klinik ve destek hizmetleri için ayrılan alan
- Destek hizmetleri
- Personel kaynakları
- Bölümler arası mesafe, bölüm içinde olması gereken birimle
- Başvurulacak istatistik veriler

Hastane Planlama-Programlama Özellikleri

Önerilen hastanenin programı ve işlevsel özellikleriyle ilgili çalışmaları kapsar:

- **Kapasite ve Büyüklükler:** Gelen hasta ve yatak sayısı öngörülerine göre tıp personeli, hasta sayıları ve toplam bina alanı büyüklükleri ve yatak kapasitesi ile değişim-gelişim özelliklerine bağlı kabul edilebilir planlama sınırlarıdır.
- **Ana Bölüm ve İşlevler:** Hastanenin, dış hasta, iç hasta ortak bölümleri ve destek-teknik hizmet bölümleri v.b. gibi bina program açılımının, bölümsel büyüklükler, iç üniteler olarak mekansal kapsamı ile düzenlemedeki konum ve görevlerinin tanımlanmasıdır (5).



- **İşlev Akış Verileri:** Bina iç işleyiş düzeni, bölümlerin birbirleriyle olan ilişkileri ile bölümler arası hasta, personel ve ziyaretçi dolaşımı özellikleridir.
- **Tıbbi Bakım Düzeyleri:** Tesisin dal, genel ve eğitim hastanesi gibi görevsel özelliklerine uygun tıbbi işleyiş, organizasyon ve teknolojisine bağlı teşhis, tedavi ve bakım düzeylerinin belirlenmesidir.
- **Yapım Teknolojisi ve Teknik Donanım:** Bina yapımı ve kullanımıyla ilgili teknolojisi ile mekansal alt yapısını oluşturan tıbbi ve teknik donanım-donatımın nicelik ve niteliksel özellikleridir.
- **Standard Ölçülere Uygunluk:** Hastanenin yasa, yönetmelik, istatistik değerler, ulusal ve uluslararası standartlara uygunluğunun değerlendirilmesi amacıyla, planlama verilerinin karşılaştırılması ve kontrol edilmesidir.

Planlama yapılırken; sabit ve değişken verilerle, kapasite sorunları da göz önüne alınarak; bu verilerin mekan ihtiyaçlarına dönüştürülmesi amaçlanmaktadır.

Bina programlamada saptanması gereken kriterler, şu şekilde sıralanabilir:

- Tıbbi ve idari işlemler aralarındaki ilişkiler,
- Fonksiyonların birbirlerine göre yerleşmesi,
- Alan ihtiyaçları,
- Sabit ekipman ve mekanik ihtiyaçlar,
- İletişim ve dolaşım,
- Çevresel gereksinimler,
- İş yükleri ve iş akışı,
- Personel gereksinimleri,
- Gelecekte ortaya çıkması beklenen değişme ve büyümeler.

Bu kapsamda, hastane tasarımlarında önemli bir yeri olan ameliyathane bölümünün programlama süreci, şu şekilde ele alınabilir:

- Hastane kapasitesine göre, ameliyathane sayısının saptanması,
- Ameliyathane bölümünün, diğer bölümlerle ilişkisinin kurulması,
- Ameliyathane bölümünü oluşturan mekanların ilişkilendirilmesi,
- Yapılacak ameliyatlara göre donatı ve alan ihtiyaçlarının saptanması,
- Personel ve hasta ihtiyaçlarının saptanması,
- Personel ve hasta dolaşım organizasyonunun belirlenmesi,
- Gelecekteki değişmelere bağlı değişimlerin değerlendirilmesi.

Hastanenin ameliyathane bölümü, genel servisler, yoğun bakım ve acil servis birimleri ile ilişkilidir. Ameliyathane sayısı ise, hastane kapasitesine ve yatak sayısına göre saptanır. Ameliyathane bölümünün alanı, yapılacak ameliyatların cinsine, kullanılacak teknik ve gereçlere bağlı olarak hesaplanır. Ameliyathane bölümünü oluşturan mekanların ilişkisi ise hasta, personel sirkülasyonunu ve hazırlık bölümlerini içerir. Bu mekanların planlanmasında gelişen teknoloji ve mekan ihtiyaçları göz önünde bulundurulmalıdır.

Bu amaçla, tasarlanan ameliyathane bölümü, şu birimlerden oluşur:



- Doktor hemşire asepsi mahalli
- Doktor-hemşire dinlenme
- Personel son hazırlık birimi
- Hasta hazırlık
- Sterilizasyon birimi
- Laboratuvar birim
- Ameliyathaneler

1. Doktor-Hemşire Asepsi Alanı

Doktor ve hemşirelerin ameliyat için genel temizliklerinin yapıp elbiselerini değiştirdikleri mekandır. Burada gerekli temizlik eylemleri için klozet, lavabo, duş teknesi ve değiştirilen elbiselerin depolanması için elbise dolapları bulunmaktadır. Doktor ve hemşireler diğer servislerden gelip bu hazırlıklardan sonra ameliyathane bölümüne girerler.

2. Doktor-Hemşire Dinlenme Yeri

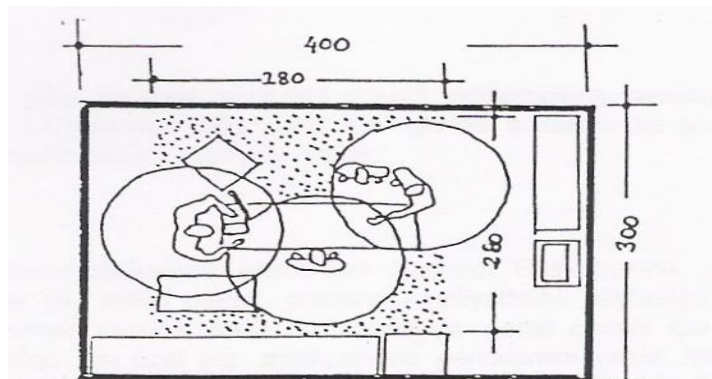
Doktor, hemşire, teknisyen ve ameliyathane personelinin, ameliyat bitiminde bir sonraki ameliyata kadar dinlendikleri veya uzun ameliyatlardaki görev değişimlerinde geçici olarak kaldıkları yerdir. Steril bölgede olan dinlenme odasının, personel asepsi mahallerine yakınlığı kullanım kolaylığı açısından istenir.

3. Personel Son Hazırlık Birimi

Ameliyata girecek olan tıbbi ve servis personelinin hazırlıklarını yaptığı, ameliyat önlüğünü giydiği, sterilizasyonu sağlamak için elini yıkadığı mekandır. Burada lavabolar bulunmakta ve ameliyathane ile doğrudan ilişkidir.

4. Hasta Hazırlık Birimi

Hastanın servislerden, acil servisten ya da yoğun bakımdan alınıp ameliyat için hazırlıkların yapıldığı, özel giysilerinin giydirildiği ve anestezisinin yapıldığı mekandır. Hazırlık mekanı, hastanın psikolojisini etkilememek için, ameliyathaneden farklı bir ortamda ameliyata hazırlanmasını amaçlar, bu mekanın ameliyathaneden ayrılması, steril açıdan da önemlidir. Bu amaçla, duvar ve döşeme kaplamaları, ameliyathane ile aynı özelliklerde olmalıdır. Bu mekanın ameliyathane ile direk ilişkisi anestezi süresinin kullanımı açısından daha olumludur. Ancak hastanın psikolojik durumu için ameliyathane ve diğer bölümlerden görsel olarak ayrılmalıdır. Hazırlık kısımlarının boyutları, ameliyatın cinsine göre değişir ancak, anestezi, masası, kullanılacak araç ve yeterli sirkülasyon için gerekli alanı sağlayan hazırlık odasının boyutları, 10-30 m arasında olabilir.



Şekil 1: Hasta Hazırlık Alanı Büyüklüğü



HASTA HAZIRLAMA KISMININ ÇEVRE ŞARTLARI FİZİKSEL ÇEVRE ŞARTLARI

Biyoklimatik Şartlar:

- Sıcaklık: 22 C
- Sıcaklık Değişimi: 2 C
- Nem Oranı: %60

Görsel Şartlar:

- Aydınlatma Seviyesi : 320-330 Lux
- Gün Işığı: Gereksiz (En direkt olabilir)

Ses Şartları:

- Gürültü (İstenmez)
- Ses Mahrumiyeti gerekli

GÜVENLİK ŞARTLARI

Kaza Güvenliği - Düşmeye karşı güvenli olma

Patlama Güvenliği - Anestezi gazları açısından iyi havalandırılmalıdır

Yangın Güvenliği - Gerekli

* **Destek Hizmetler** - Kesintisiz güç kaynağı gerekli

Enfeksiyon Güvenliği - Anti-bakteriyel (temizlenebilen döşeme)
(Kaymaz seramik veya PVC kaplama)

TESİSAT SİSTEMİ İLE İLGİLİ ŞARTLAR

Sıcak Su - Gerekli (2 m depo)

Soğuk Su - Gerekli (2 m depo)

* **Gaz** - Gerekli (Tıbbi gaz ve basınçlı hava)

* **Buhar** - Gereksiz

Çöp - Var

HABERLEŞME ŞARTLARI

İç Haberleşme - Gerekli

Kapalı Devre TV - Gerekli

* **Telsiz** - Gerekli

* **Telefon** - Gerekli

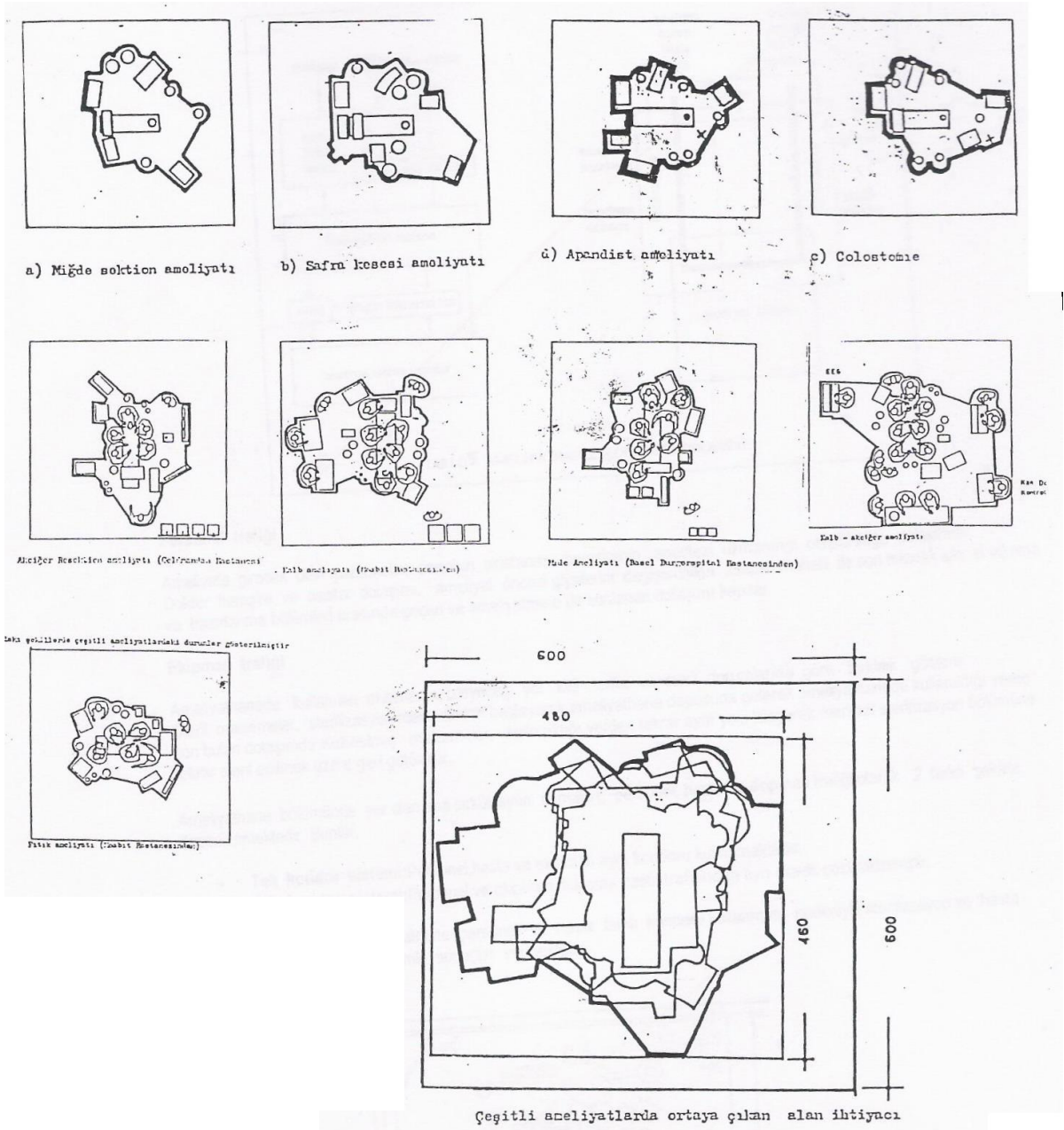
5. Sterilizasyon Birimi

Ameliyathanede kullanılacak olan malzemelerinin sterilizasyonunun yapıldığı, kullanılacak diğer malzemelerin depodan getirilerek ameliyata hazırlandığı mekandır. Sterilizasyon birimi ameliyathane ile doğrudan ilişkili olmalıdır. Mekanda lavabolar ve sterilizasyonu sağlayan fırınlar yer almaktadır. Merkezi sterilizasyon bölümüyle koridor bağlantıları sağlanmalıdır.



Ameliyathane Büyüklüklerinin Bulunması

Ameliyat salonunun büyüklüklerinin bulunması, değişik ameliyat yapılış biçimlerine bağlı olarak; tıbbi personel sayısına, kullanılan eşya ve makine cinslerine ve içinde yer alan dolaşım alanı gereksinimlerine göre olmaktadır. Bir ameliyathane biçimlenişinde, genel cerrahi işlemleri açısından 5.20 x 5.55 29 m den küçük olmamalıdır. Ortalama ameliyathane büyüklükleri 6 x 6 36 m olarak kabul edilmektedir. Ancak, son yıllarda meydana gelen gelişmelerle, cerrahi uzmanlık dallarının bir çoğu için uygun ameliyathane ölçüsü 40-42 m olmaktadır. Ameliyathanelerde tavan yükseklikleri en az 3.20 m veya 3.50 m olmaktadır.



Şekil 2: Çeşitli Ameliyatlara Göre Ameliyathane Eylem Alanı Büyüklükleri



6. Laboratuvar Birimi

Yapılacak ameliyatın cinsine göre, ameliyat sırasında gerekli incelemelerin yapılmasına olanak sağlayan, ameliyathaneye yakın birimdir. Laboratuvar çalışmaları için gerekli malzeme ve gereçlerin bulunduğu patolojik ve ameliyat ile ilgili diğer tıbbi incelemelerin yapıldığı yerdir.

7. Ameliyathane

Ameliyathane salonu, ameliyathane bölümünün çekirdeğini oluşturur. Hasta hazırlık, sterilizasyon kısmı, yatağa yatırma kısmı ile bir bütün olarak planlanır. Ameliyathane büyüklüğü, çalışacak personel sayısı, kullanılan eşya, cihaz ve ameliyat cinsine bağlı olarak değişir. Genel cerrahi için 30 m lik alan yeterlidir olabirirken, transplantasyon ameliyatları için özel ikiz ameliyathane gereksinimi vardır. Ameliyathane bölümünde, hastanenin yatak kapasitesine göre ameliyathane sayılarının hesaplanması önemlidir. Ameliyathaneler, her zaman %100 kullanılmayabilir. Ancak, en fazla günlük ameliyat sayısına göre planlanmalıdır. Bu mekanlar, tıptaki teknolojik ve diğer değişikliklere cevap verebilecek gelişmelere açık olmalıdır. Hastanelerdeki ameliyathane sayısı, Türkiyede 100 yatağa 1 ameliyathane olarak planlanmıştır. Batı ülkelerinde planlandığı gibi, 50 yatağa 1 ameliyathane olması, daha iyi sonuçlar vermektedir. Ameliyathanelerin programlanmasında hazırlık, ameliyathane ve servis bölümleri arasındaki dolaşım bağlantıları önemlidir. Ameliyathane bölümleri arasında üç ana dolaşım vardır.

- Hasta dolaşımı
- Personel dolaşımı
- Ekipman dolaşımı

Bu dolaşımın akışını olumlu olarak sağlamak, ameliyathanenin işleyişi açısından önemlidir.

AMELİYATHANENİN ÇEVRE ŞARTLARI

FİZİKSEL ÇEVRE ŞARTLARI

Biyoklimatik Şartlar:

- Sıcaklık: 18 C
- Sıcaklık Değişimi: 2 C
- Nem Oranı: %55 10
- Hava Değişimi: Mekanik 20-40 saat/defa

Görsel Şartlar:

- Aydınlatma Seviyesi : 480 Lux + özel ışıklandırma
- Gün Işığı: Gereksiz

Ses Şartları:

- Gürültü (İstenmez)
- Ses Mahrumiyeti gerekli

GÜVENLİK ŞARTLARI

Kaza Güvenliği

- Düşmeye karşı güvenli olma

Patlama Güvenliği

- Anestezi gazları açısından iyi havalandırılmalıdır

Yangın Güvenliği

- Gerekli

* Destek Hizmetler

- Kesintisiz güç kaynağı gerekli

İnfeksiyon Güvenliği

- Anti-bakteriyel (temizlenebilen döşeme)

(Kaymaz seramik veya PVC kaplama)



TESİSAT SİSTEMİ İLE İLGİLİ ŞARTLAR

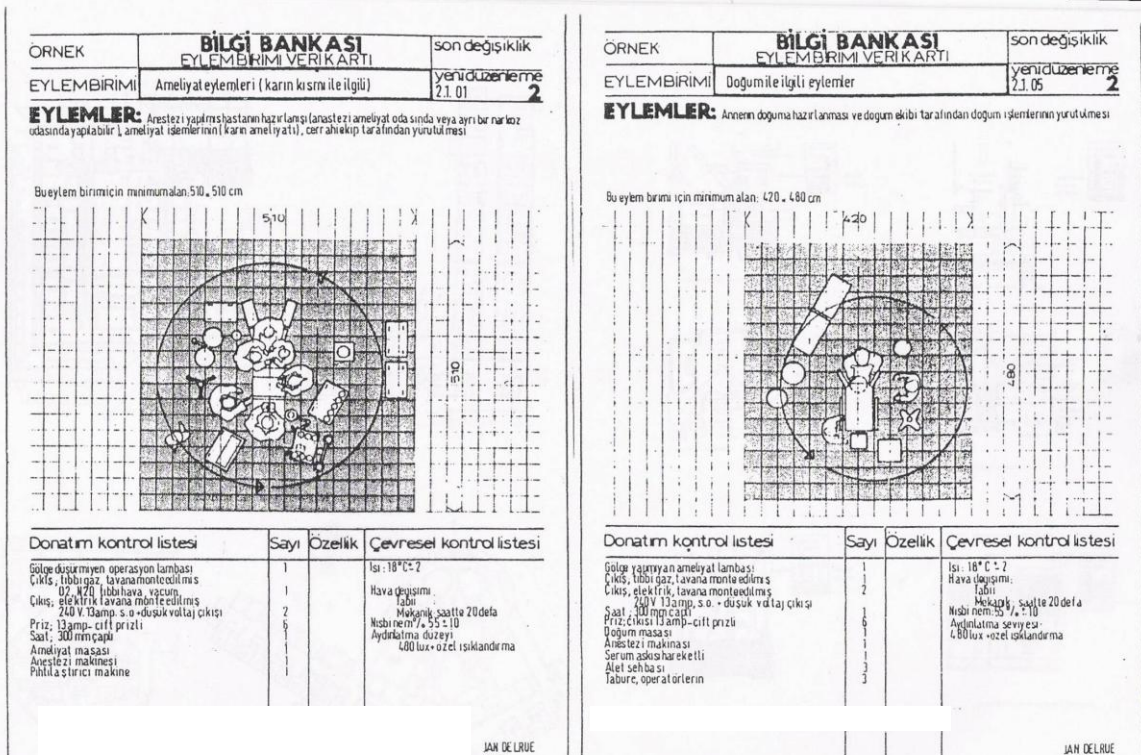
- Sıcak Su - Gerekli
- Soğuk Su - Gerekli
- * Gaz - Gerekli (Tıbbi gaz ve basınçlı hava)
- * Buhar - Gereksiz
- Çöp - Var (İzole edilmeli)

AMELİYATHANE DONATIMI

- * Operasyon lambası
- * Anestezi makinası - Mobil
- * Ameliyat masası - Hareketli
- * Pıhtılaştırıcı Makine
- * Saat
- * Priz ve duylar
- * Alet masaları - Mobil

HABERLEŞME ŞARTLARI

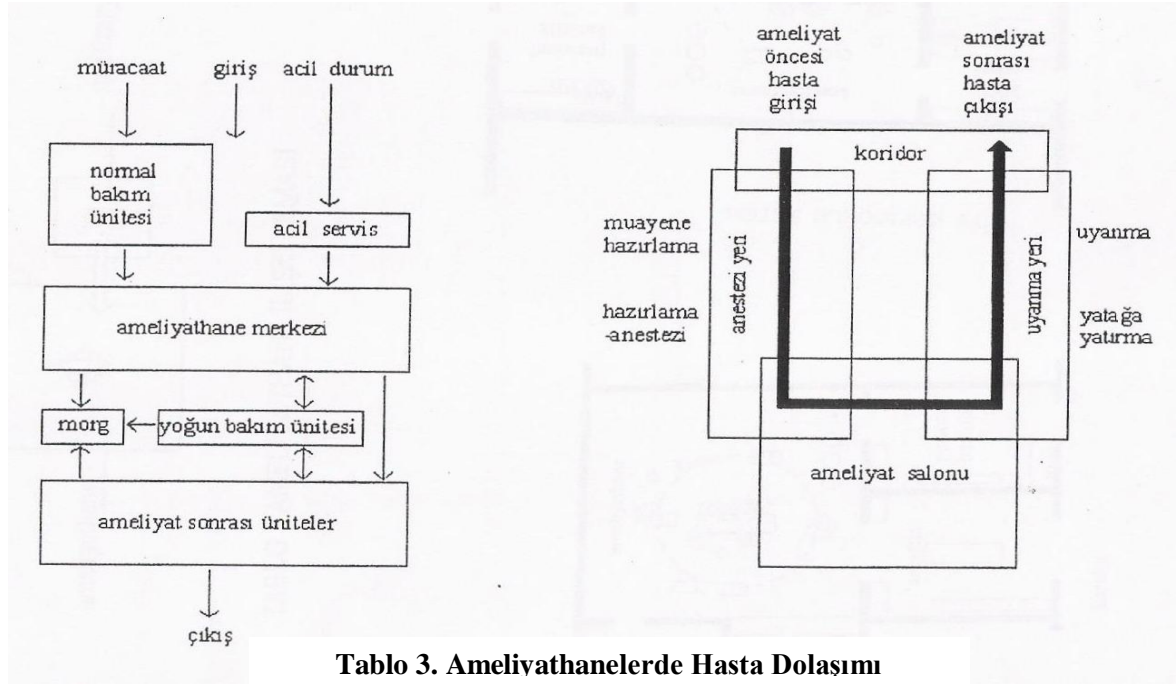
- * İç Haberleşme - Gerekli
- * Kapalı Devre TV - Gerekli
- * Telsiz - Gerekli
- * Telefon - Gerekli



Şekil : Ameliyathanede Eylem Alanları (Karın kısmı ameliyatı ve kadın doğum eylemleri) (Jan Delrue- 1976)



Hastaların, hastane servislerinden, yoğun bakım ünitelerinden ya da acil yardım servislerinden getirilerek, ameliyat kararı alındıktan sonra, hazırlık kısmına geçmeleri, hazırlık ve anesteziden sonra da ameliyata alınmaları, ameliyat sonrası ise uyanma bölümüne geçmeleri ve buradan da servislere ya da yoğun bakıma yatırılmalarını kapsayan dolaşım hasta trafiğini oluşturmaktadır. Bu dolaşım, aşağıdaki tabloda görülmektedir.



Tablo 3. Ameliyathanelerde Hasta Dolaşımı

Personel Trafiği

Ameliyata girecek olan personelin; cerrahın, asistanın, hemşirenin, anestezi uzmanının oluşturduğu dolaşımdır. Doktor, hemşire ve asistan dolaşımı, ameliyat öncesi giysilerini değiştirdikleri asepsi mahalli ile son hazırlık için el yıkama ve hazırlanma bölümleri arasında geçen ve ameliyathanede sonlanan dolaşımı kapsar.

Ekipman Trafiği

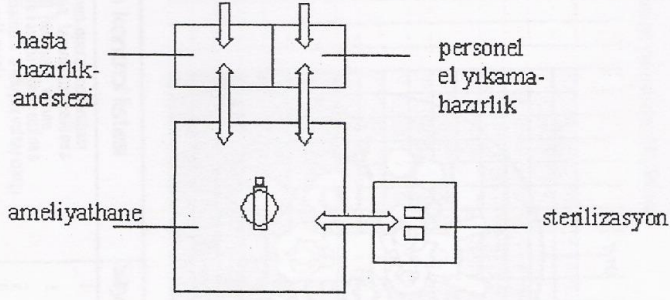
Ameliyathanede kullanılan ekipmanın izleyeceği yol, kirli, temiz ve steril durumlarına göre farklılık gösterir. Steril malzemeler, sterilizasyon merkezinden başlayarak, ameliyathane deposuna gelerek ameliyathanede kullanıldığı yerde son bulan dolaşımdır. Kullanılmış malzemeler, kullanıldığı yerden, tekrar aynı yolu izleyerek, merkezi sterilizasyon bölümüne, tekrar steril edilmek üzere geri götürülür.

Ameliyathane bölümünde yer alan ana sirkülasyon şemaları, personel, hasta ve ekipman trafiği olarak, 2 farklı şekilde düzenlenmektedir. Bunlar:

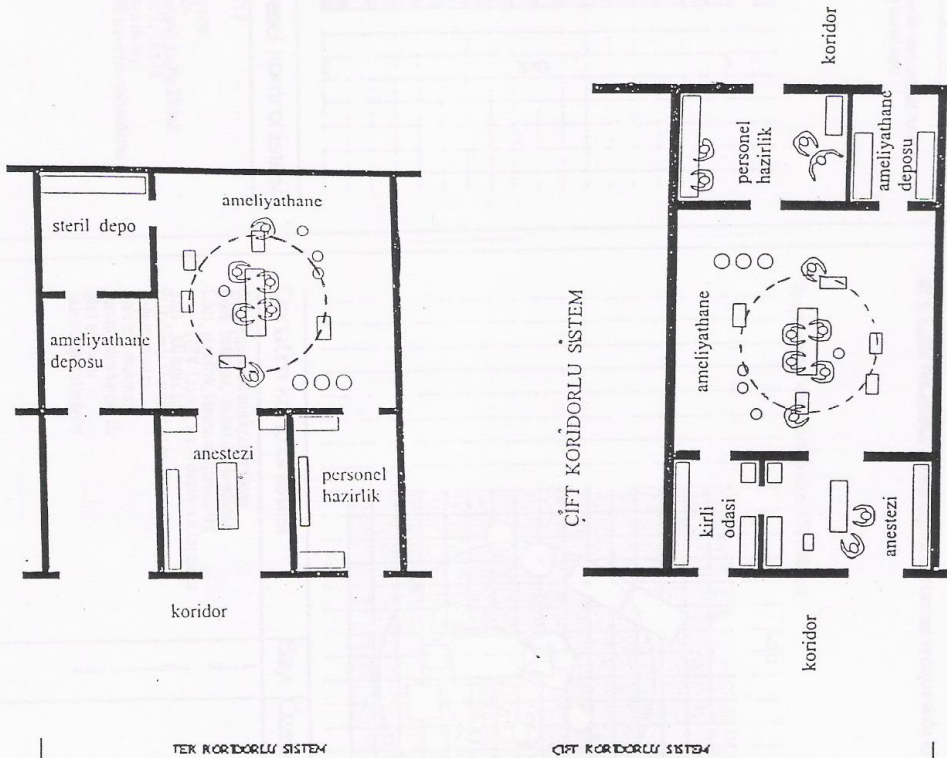
- **Tek Koridor Sistemi:** Personel ve ekipman, aynı koridoru kullanmaktadır.
- **Çift Koridor sistemi:** Personel ve ekipman dolaşımı, hasta trafiğinden ayrı olarak çözümlenmiştir.



Çift koridor sisteminde, ameliyathane personeli ve hasta, farklı koridoru kullanması nedeniyle sterilizasyon ve hasta psikolojisi açısından daha olumlu sonuçlar vermektedir.



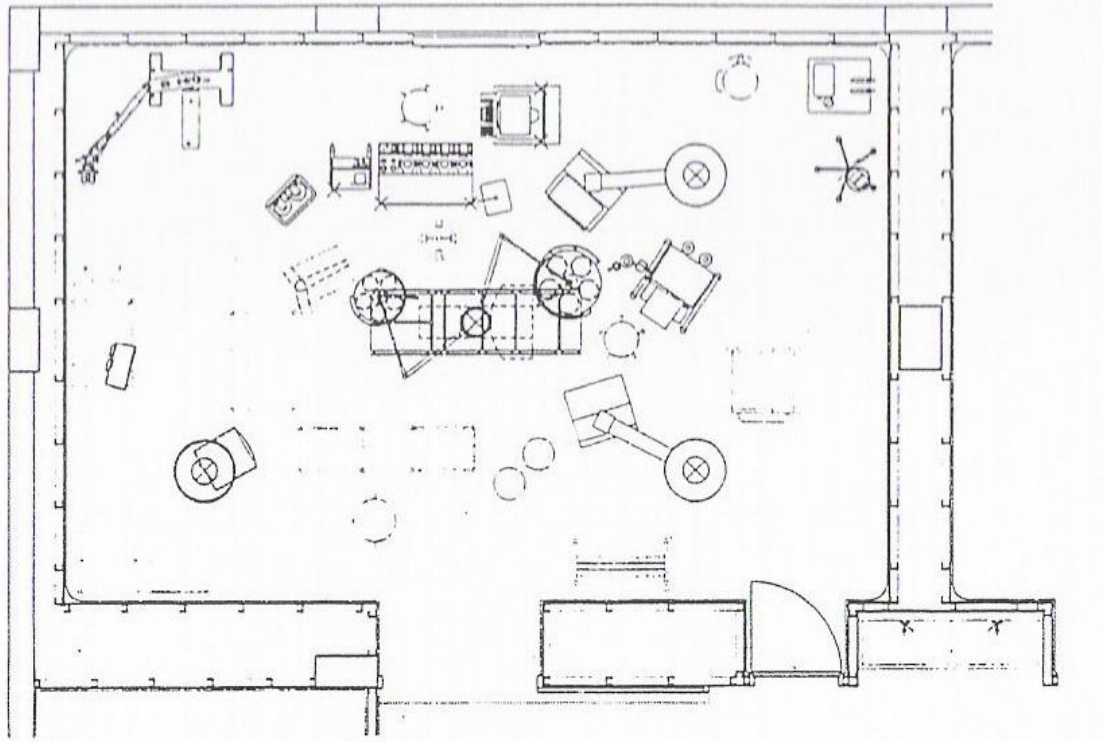
TABLO : AMELİYATHANE İLİŞKİ ŞEMASI



TABLO 6: AMELİYATHANELERDE KORİDOR SİSTEMLERİ



Ameliyathane Ekibi:



ORNEK AMELİYATHANE PLANI 1/50

Tek Koridor Sistemi

Çift Koridor Sistemi

Tablo : Ameliyathane Planlamasında Koridor Sistemleri

Asistan H

- Ay
- La
- Ameliyata yardımcı olur.
- Hastanın ameliyat sonrası takibini yaparak cerraha bilgi verir.

Cerrah

- Ameliyat konusunda hasta ve yakınlarını bilgilendirir. Hastadan, bilgilendirerek olurlu alır.
- Personeline görevlerinin bildirerek ameliyatı yapar.
- Olabilecek komplikasyonlar açısından yoğun bakım bilgilerini izler.

Anestezi Uzmanı

- Anestezi tipine karar vererek ameliyat süresince görevini yapar.
- Anestezi uygulaması sırasında ve sonrasında hastayı izler.



Hemşire

- Hastayı fiziki ve psikolojik yönden ameliyata hazırlar.
- Hasta muayenesi ve kontrollerinde bulunur.
- Hastanın ameliyata hazır olup olmadığını kontrol eder.

Ameliyat Hemşiresi

- Ameliyat öncesi, hastanın ameliyathanedeki hazırlıklarını yapar.
- Ameliyathanedeki steril-aseptik teknik şartları sağlar ve kontrol eder.

Ameliyathane Teknisyeni

- Ameliyathane klima ve ısıtma sistemlerini, ameliyat cinsine uygun olarak düzenler.
- Ameliyathane elektrik ve mekanik aletlerinin bakım ve ayarlarını yapar.
- Röntgen ve elektronik aletleri kullanır.

Buraya kadar açıkladığımız, ameliyathanelerdeki planlama yaklaşımımızı, kullanıcı kaynaklı performans kavramlarıyla da açıklayabiliriz. Mimarlıkta performans tanımı, kullanışla ilgili olarak yapılmaktadır. Performans yaklaşımları, kullanıcı gerekleriyle ilgili olarak mekansal özelliklerin istenen düzeyde olup olmadığını ölçer. Hastanelerdeki kullanıcılar, tıp personeli, hizmet elemanları, yöneticiler ve hastalar olmaktadır. Kullanıcı gereksinimlerini, mekanlardaki işlevlere bağlı olarak, kullanıcının yaşantısını sosyal, psikolojik ve fizyolojik rahatsızlıklara uğramadan, yaşantısını sürdürebileceği konforlu ve kullanışlı çevre koşulları olarak tanımlamaktayız. Çağdaş işletme anlayışı olarak, Toplam Kalite Yönetimi açısından, hastane planlaması ve yatırımlarının hedefi, kullanışlılığa bağlı etkin ve verimli olarak fiziksel ortamların yaratılmasıdır. Kullanıcı gereksinimlerini fiziksel (mekansal) düzeylerde tanımlayarak, planlama verilerimizi açıklamaktayız. Mimari açıdan standartlarımızı oluşturan bu kullanıcı verilerine göre, yaptığımız çalışmaları incelediğimizde, uygunluk koşulları, bir standartlar bütünlüğünü oluşturmaktadır. Burada standartlar, olması gerekli ölçütleri tanımladığından, örnek incelemelerinde de, bu kontrol listeleri ile mekana ve içinde yer alan eylemlere uygunlukları, daha açık bir şekilde görebilmekteyiz. Böylece, ameliyathane planlamasında bir eylem sistemi olarak, kullanıcıya uygunluk standartları oluşturulmakta, bina, bölüm ve mekanlarımızın olması gerekli niteliklerini belirleyerek, denetleyebilmekteyiz. Hastane planlamasında kullanılan bu ölçütler, tablo olarak aşağıda verilmektedir.

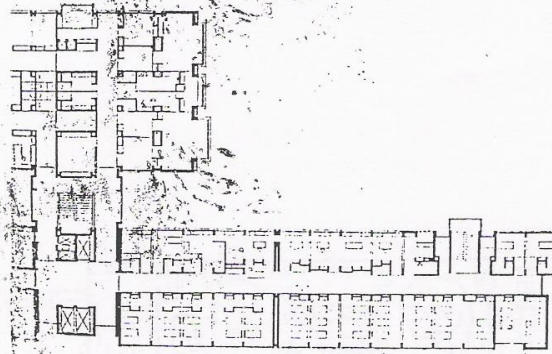
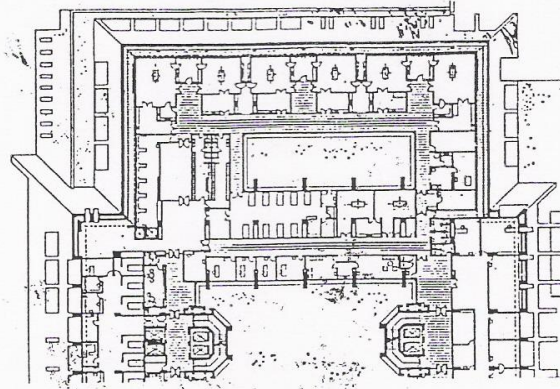
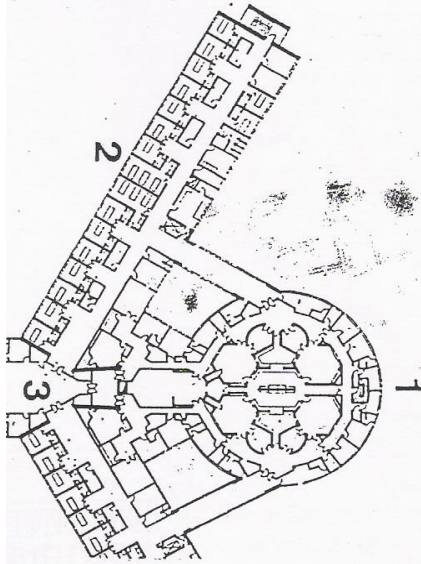
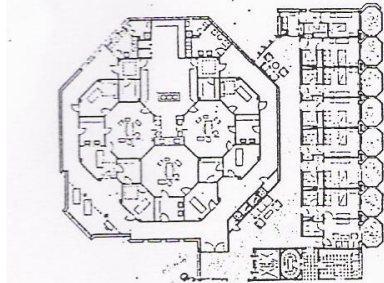
	FİZİKSEL MEKANSAL SİSTEMLER	UYGUNLUK		KULLANICI GEREKSİNİM ÖLÇÜTLERİ		EMNİYET VE GÜVENLİK		UYGUNLUK VE VERİMLİLİK		KONFOR		DİĞER KULLANIM ETKİMLERİ					
		YANGIN	FİZİKSEL	KİMYA, BİYOLOJİ, RADYASYON	ELEKTRİK	İÇ MEKAN	DIŞ MEKAN	EYLEMSİZ UYGUNLUK	PSKOLOJİK	SOBYAL	FİZİKSEL-MEKANSAL	SAĞLAMLIK	GÜVEN EDİBİLİRLİK	UYGULANABİLİRLİK	KONTROL EDİLEBİLİRLİK	ESNEKLİK-DEĞİŞTİRİLEBİLİRLİK	BAKIM VE DAYANIKLILIK
1	BİNA																
2	ANA BÖLÜMLER																
3	ALT BÖLÜMLER																
4	ÜNİTELER																
5	MEKANLAR																
6	EYLEM ALANI																
7	TEK EYLEMLER																

Tablo 7. Hastane Planlamasında Mekan Sistemini Etkileyen Kullanıcı Gereksinim Ölçütleri

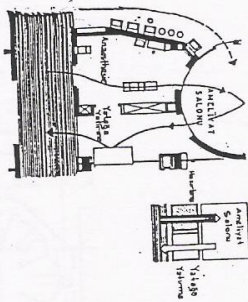


KAYNAKLAR

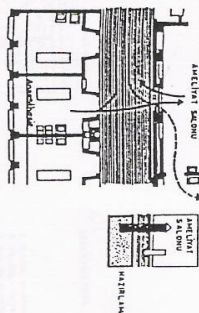
- 1-ARCAN, E.F., Sağlık Merkezlerinin Planlanmasında Esas Olacak Verilerin Belirlenmesinde Kullanılacak Bir Yöntem ve Bu Konuda Bilgi Bankası Oluşturulması , M.S.Ü., İstanbul, 1983.
 - 2-ARCAN, E.F., Hastane Binalarının Planlanması ve Toplam Kalite Yönetimi ile İlişkisi . Modern Hastane Yönetimi, Cilt 2 Sayı 6- Eylül, İstanbul, 1998
 - 3- KIYAK, K., "Ameliyathanelerde Planlama ve Programlama Araştırması , M.S.Ü., İstanbul, 1990.
 - 4- NEDEL KOF, G., Modern Hastane İnşaatında Ameliyathanelerin Planlanması , Ankara, 1966.
 - 5-ŞELİMEN, D., Cerrahi Merkezlerinde Hizmetlerin Yönetimi ve Organizasyonu , Modern Hastane Yönetimi, Cilt 2 Sayı 3, Nisan, İstanbul, 1998.
 6. PÜTSEP, E., Cerrahi Merkezlerin Planlanması , Mimarlar Odası, İstanbul, 1971
- Not: Ameliyathane örnekleri, ekte verilmiştir.



Merkezi merkezi binası (S0).

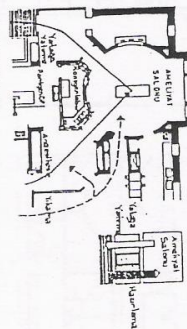


Merkezi merkezi binası (S0).

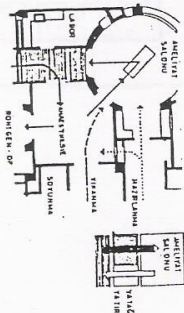


Merkezi merkezi binası (S0).

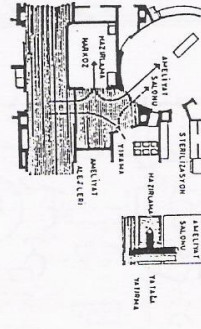
Merkezi merkezi binası (S1).



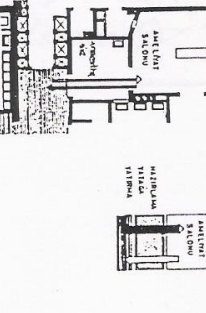
Merkezi merkezi binası (S1).

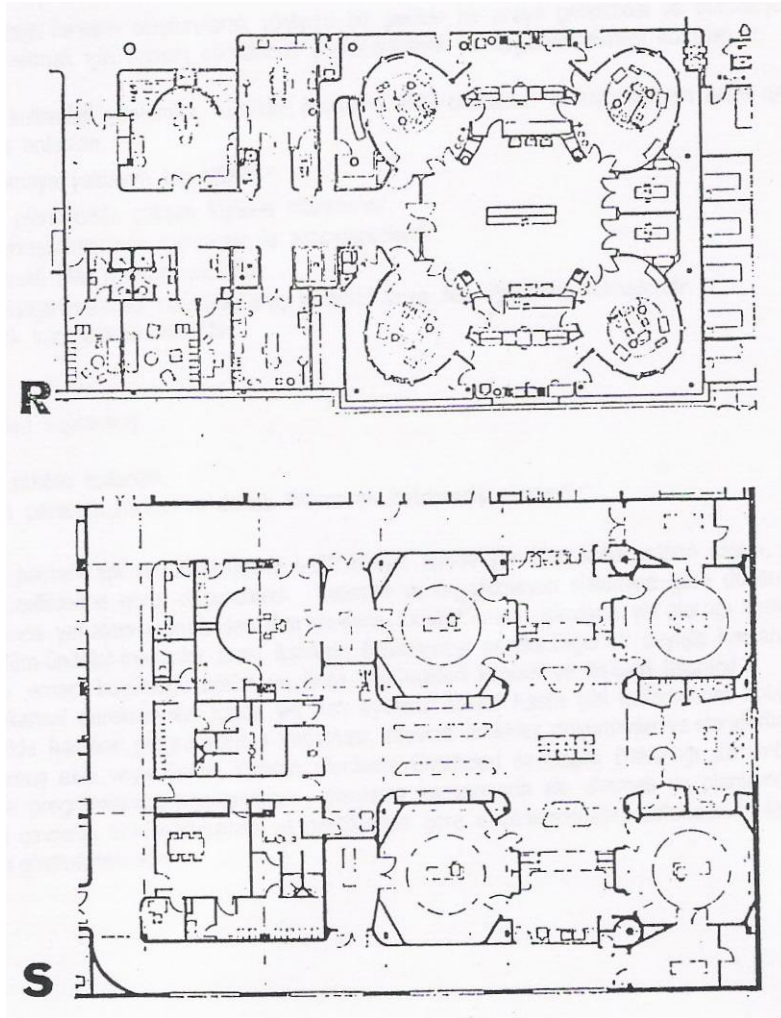


Merkezi merkezi binası (S2).



Merkezi merkezi binası (S2).







Uluslararası Sağlık ve Hastane Yönetimi Kongresi
International Health and Hospital Administration Congress
01-03 June 2007 Near East University - Nicosia - TRNC - Mersin 10 Turkey





HASTA HAKLARI , SAĞLIK ÇALIŞANLARI HAKLARI VE TIBBİ ETİK

Sonuç BÜYÜK

*Dr.Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi Patoloji Servisi / Lefkoşa - K.K.T.C.
sbuyuk@kibris.net*

ÖZET

Sağlık alanında sağlıklı bir sistemin oluşturulmasında ve sistemin yürütülmesinde hasta hakları, sağlık çalışanları hakları ve tıbbi etik son derece önemli olup, sağlık sisteminin çekirdeğini oluşturmaktadır. Aslında sağlık hizmetlerindeki yönetim, eğitim, politika, finansman, hukuk, iletişim, alt yapı ve donanım, hasta ve sağlık çalışanları haklarını gözetmeye yönelik olmalıdır. Başka bir deyimle insan haklarına yönelik olmalıdır. Bu haklar göz önüne alındığında hem sistemin kendisi ortaya çıkar hem de sistemden kaynaklanabilecek sorunlar minimal düzeye inmiş olur. Hasta ve sağlık personeli hakları aslında başarılı bir sağlık sisteminin oluşturulması ve yürütülmesine ışık tutmaktadır. Örneğin sağlık hizmetleri ile ilgili başarılı bir eğitim verildiği veya eğitim olanakları sağlandığı zaman, hem sağlık personelinin eğitim görme ve kendini geliştirme hakkı hem de bu eğitim neticesinde hastaların daha iyi bir tanı ve tedavi görme hakları sağlanmış olacaktır. Sağlık kurum ve kuruluşlarında sağlık personeline en iyi hizmetlerini sunabilecekleri ortamlar hazırlanmalı, herkesin insan haysiyetine yakışır şekilde tanı ve tedavi olanakları sağlanmalıdır. Hasta ve sağlık çalışanları haklarını birbirinden ayırmadan, herkesin hak ihlallerinden korunması ve gerektiğinde hukuki korunma yollarına başvurabilmesi, sağlık hizmetlerinin eşit, kaliteli ve etkin olarak sunumu sağlanmalıdır. Bu hizmetler de yasal bir zemine oturtulup uygulama yönergeleri hazırlanarak hayata geçirilmelidir. Yasal boyut olduğu zaman, sağlık sistemi içerisinde bulunan her kurum ve kuruluşlar ve tüm hasta ve sağlık çalışanları kendilerini buna göre hazırlayacaklarından, çağdaş ve ileri düzeyde bir hizmet verilmesi ve başarının yakalanması kaçınılmaz olacaktır.

HASTA VE SAĞLIK ÇALIŞANLARI HAKLARI,

Sağlıklı bir sistemin oluşturulmasında ve sistemin yürütülmesinde çok önemlidir.

- Sağlık sisteminin çekirdeğini oluşturur,
- Sağlık sisteminin düzenli bir şekilde uygulanmasına ışık tutar,
- Hasta ve sağlık çalışanlarının hakları güvence altına alınmış olur.
- Tabii ki bunlar ancak, hasta ve sağlık çalışanları hakları yasalaşmış bir zemine oturtulur ve belgeler üzerinde kalmayıp uygulanırsa etkili olacaktır.
- İnsan hakkını , insanın doğuştan getirdiği ve daha sonra hukuk düzeninin verdiği maddi-manevi yetkiler olarak tanımlamak mümkündür.
- Koruma altına alınmış çıkarlar olarak da tanımlanabilir.
- Hasta hakları esasta insan haklarının ve değerlerinin sağlık bakım hizmetlerine uygulanmasını ifade etmekte, dayanağını da insan haklarıyla ilgili temel belgelerden almaktadır.
- Bu hakkın sunumu kaliteli ve eşit olmalıdır. Bu durumda sağlık hizmetlerinin sunumu da eşitlik ilkesi çerçevesinde yapılması gereği ortaya çıkmaktadır.
- İnsan hakları, insanın bütün yönleriyle kişiliğini korumayı ve geliştirmeyi amaçlayan, evrensel ilke ve kurallar bütünü olarak tanımlanmaktadır. İnsan hakları bir bakıma insan onurunu güvence altına alan haklardır.



- İnsan hakları tarihi uzun ve özverili bir geçmişe sahiptir. Adım adım gerçekleşen gelişmelerin ürünüdür. İnsan haklarındaki gelişmeler, olması gereken hakların, olan haklara dönüşmeye yani yazılı ulusal ve uluslararası hukuka girerek güvenceye alınmasıyla devam etmektedir.
- İnsan haklarının tarihsel gelişimi temelde birbirini izleyen aşağıdaki 3 kuşak içinde gerçekleşmiş ve sürmektedir.
- 1. Kuşak insan hakları: Kişisel ve siyasi haklar (Yönetime katılma, mülkiyet hakkı, yurttaşlık vb.),
- 2. Kuşak insan hakları: Ekonomik sosyal ve kültürel haklar,
- 3. Kuşak insan hakları: Teknolojinin ve bilimsel ilerlemenin yarattığı sorunlar nedeniyle gelişen haklardır. Bu kuşak haklara eğitim, çocuk, kadın ve hasta hakları sayılabilir.
- 4. Kuşak insan hakları: İnsan kopyalanmasının engellenmesi

HASTA HAKLARININ TARİHSEL SÜRECİ

- İnsan hakları ilk kez 1215 yılında İngiltere’de tanınmıştır.
- Resmi olarak 18. yüzyılın sonlarında Amerikan Haklar Bildirgesi, 1789 Fransız İnsan ve Vatandaş Hakları Bildirgesi yayınlanmıştır.
- 1948-Birleşmiş milletler kurulduktan sonra birçok ülke genel insan hakları konusunda anlaşma yapıp İnsan Hakları Evrensel Beyannemesini yayınlamışlardır (Bu beyannemede yaşama hakkı, mülkiyet hakkı, seçme ve seçilme hakkı gibi temel haklar vardır). Bu haklar geliştikçe ayrıntılara gidilmiştir. İkinci aşamada sağlık ve hasta hakları devreye girip, 3. aşamada ise ayrıntı olarak geliştirilmiştir.
- 1949-Dünya Hekimler Birliğinin Londra’da kabul ettiği ‘Uluslararası Tıbbi Etik yasası’yla Hipokrat andında yer alan, özellikle hizmeti alana zarar vermeme ilkesine kapsamlı olarak yer verildi
- 1972-Amerika Hastane Birliği-Hasta Hakları Bildirgesi-“Hastanın hastalığının tanısına, tedavisine ve prognozuna ilişkin doğru eksiksiz ve anlayabileceği dilde bilgi almaya ve akla uygun karar verebilmesine olanak sağlanmasını beklemeye hakkı vardır” anlatımı vardır.
- 1981-Dünya Hekimler Birliği-Lizbon Bildirgesi.
- 1-Hastanın hekimini özgürce seçme hakkı
- 2-Hiçbir baskı altında kalmadan karar verebilen bir hekim tarafından bakılabilme hakkı
- 3-Kendisine önerilen tedaviyi kabul veya reddetme hakkı
- 4-Kendisi ile ilgili gizlilik hakkı
- 5-Onurlu bir şekilde ölme hakkı
- 6-Ruhi ve ahlaki tedaviyi kabul veya reddetme hakkı
- Sağlık hizmetleri ile ilgili birçok ayrıntılı sorun bu bildirmede yer almamıştır.
- 1994-Avrupa Hasta Hakları Bildirgesi (Amsterdam)
- 1995-Dünya Tabipler Birliği Hasta Hakları Bildirgesi
- 1-Tıbbi bakım hakkı



- 2-Bilgilendirme
- 3-Onur
- 4-Mahremiyet ve özel hayata saygı
- 5-Başvuru

AVRUPA'DA,

- 1999 yılında BM'nin organize ettiği Avrupa Birliği ülkelerinin toplantısı ile devam eden ve 2002 yılında oluşturulan Avrupa Hasta hakları 14 temel maddeye dayandırıldı.

AVRUPA BİRLİĞİ HASTA HAKLARI,

- Koruyucu tıp hizmetlerinden yararlanma
- Eşit bir şekilde, gelir düzeyi ne olursa olsun, nerede ikamet ederse etsin, başvuru zamanına ve hastalığına bakılmaksızın sağlık kuruluşlarından yararlanabilme
- Bilgi edinme (kendi hastalığı, sağlık kuruluşu, nasıl kullanacağı, araştırma ve yeni uygulamalar)
- Verilecek herhangi bir kararı kabul veya reddetme
- Değişik tedavi seçeneklerini seçme
- Hastalık ile ilgili bilgilerin gizli kalması
- Hastalara gerekli zamanın ayrılması, çabukluğun sağlanması ve buna saygı duyulması
- Yüksek kalitede hizmet alma
- Güvenli olarak hizmet satın alma (hatalar, malpraktis). Hizmetlerin standardize edilme şartı
- Yeni tedavi ve tanı yöntemlerini öğrenme ve hastanın ekonomik gücüne bakılmaksızın bunlardan yararlanması
- Hastalığın her döneminde ağrı ve diğer rahatsızlıklarının giderilmesi
- Diagnostik ve terapötik işlemleri kişiye özel yapılması
- Başvuru ve şikayet hakkının olması
- Fiziksel, moral ya da psikolojik zarar görenlerin desteklenme hakkı vardır.

TÜRKİYE'DE,

- 1960-Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi-Hasta ve hekim ilişkilerini düzenleyen ilk yazılı metin. 1998'de Hekimlik ve Meslek Etiği kuralları adı altında yeniden düzenlenerek Türk Tabipleri Birliği tarafından kabul edildi.
- 1998-Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan Hasta Hakları Yönetmeliği yürürlüğe girdi.
- Bununla ilgili olarak da uygulama yönergesi uygulamaya kondu.

UYGULAMA YÖNERGESİNDE,

- Sağlık tesislerinde yaşanan hasta hakları ihlalleri ve bunlara bağlı olarak ortaya çıkan sorunların önlenmesi
- Sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması
- Sağlık hizmetlerinin insan onuruna yakışır biçimde sunulması
- Hastaların hak ihlallerinden korunması
- Hukuki korunma yollarını fiilen kullanabilmesi
- Konularına dair esas ve usuller belirlenmiştir.



KUZEY KIBRIS TÜRK CUMHURİYETİ'NDE,

- 2002 Yılında 11 Sağlık örgütünün bir araya gelip Hasta Hakları Platformu ve Çağdaş Hasta Hakları Derneği kuruldu
- 2004 Yılında Evrensel Hasta Hakları Derneğine dönüştü.
- 2002 yılında tescil edilen başka bir dernek Hasta Hakları Derneği
- 2004 yılında iki dernek biraraya gelerek Hasta Haklarıyla ilgili yasa tasarısı hazırlandı. Bakanlar kurulundan geçen yasa şu anda Meclis Sosyal İşler Komitesinde beklemektedir. Meclise sunulmayı bekliyor.
- Her iki dernek de bugüne kadar hasta haklarıyla ilgili eğitim faaliyetlerinde ve halkı gerek broşür dağıtarak gerekse basın yolu ile bilinçlendirme yoluna gitmişlerdir. Ayrıca tasarımın yasalaşması için çaba harcamaktadırlar.

HASTA HAKLARI,

- Kaliteli tıbbi bakım hakkı
- Seçim yapma özgürlüğü
- Bilgilendirme hakkı
- Onay hakkı
- Özel yaşama ve gizliliğe saygı hakkı
- Sağlık eğitimi hakkı
- Dini destek hakkı
- Başvuru hakkı olarak özetlenebilir.

HEKİM HAKLARI,

- Güvenli bir ortam içinde mesleğini icra etme hakkı
- Nitelikli eğitim alma ve bilgiyi yenileme hakkı
- Baskı altında kalmadan mesleğini icra etme hakkı
- Çağdaş ve bilimsel olanaklardan yararlanma hakkı
- Hastayı reddetme hakkı
- Mesleki risklerden korunma hakkı
- Danışma hakkı
- Hekimin kendi değerlerine ters düşen durumlardan kaçınma hakkı
- İyileşme garantisi vermeme hakkı
- Yönetimsel süreçlere katılma hakkı
- Hastasına ve kendisine yeterli süre ayırma hakkı
- Tedavi yöntemini seçme hakkı
- Tanıklıktan çekilme hakkı
- Hekimlik becerilerini etik dışı taleplerin hizmetine sunmama hakkı
- Hekimlik mesleğini icra edebilmek için teknolojik gelişmeyi yakalama hakkı
- Aydın kimliğini oluşturabilme ve bunu sürdürebilme hakkı
- Yeterli çağdaş ücret edinme hakkı



HASTA SORUMLULUKLARI,

Genel sorumluluklar.

- Kişiler kendi sağlıklarına dikkat etmeli, verilen tavsiyelere uymalıdır.
- Kişi uygunsa kan verebilir ya da organ bağışlayabilir
- Basit durumlarda kişiler kendi bakımlarını yapmalıdır

Sosyal Güvenlik Durumu

- Hasta sağlık, sosyal güvenlik ve kişisel bilgilerindeki değişiklikleri zamanında bildirmek zorundadır
- Hasta sağlık karnesini zamanında yaptırmalıdır
- Sağlık çalışanlarını bilgilendirme. Daha önce geçirdiği hastalıklar,yatarak tedavi görüp görmediği, varsa kullandığı ilaçlar ve sağlığıyla ilgili bilgileri tam olarak eksiksiz vermelidir
- Hastane kurallarına uyulmalı
- Tedavi ile ilgili önerilere uyulmalı-Tedavi ve ilaçlarla ilgili tavsiyeleri dikkatle dinlemeli, anlamadığı yerleri sormalıdır
- Tedavisiyle ilgili önerilere uyum sağlayamadıysa sağlık çalışanlarını bilgilendirmeli
- Hastalar taburculuk sonrası bakımı anlayıp anlamadığını belirtmesi gerekir
- Tedaviyi reddettiysse doğacak sonuçlardan kendisinin sorumlu olduğunu bilmesi gerekir

HEKİM SORUMLULUKLARI,

- Hastalıkları önlemek
- Bilimsel gerekleri yerine getirmek
- Hastaya tanı koymaya ve iyileştirmeye çalışmak
- Görev ve uzmanlığa bakılmaksızın ilk yardımda bulunmak
- Tıbbi görevini yeterli ölçüdeki çaba ile yapmak
- İnsanları yanıltıcı, paniğe düşürücü, yanlış yönlendirici, meslektaşları arasında haksız rekabete yol açıcı davranışlarda bulunmamak
- Uzmanlık alanında gerekli beceri, bilgi ve tecrübe standartlarında olma
- “HEKİMLİKTE SADECE BİR KURAL VARDIR; KENDİNİZİ HASTANIN YERİNE KOYUNUZ” (OSEPH LISTER).

HASTA YAKINI HAKLARI,

- Hasta ile ilgili gerekli şekilde bilgilendirilme
- Gelişmeleri ve olabilecek komplikasyonları öğrenme

HASTA YAKINININ SORUMLUKLARI,

- Hekimin hasta ile ilgili önerilerine uymak
- Hekimin önerileri dışına çıkmamak
- Hastanın hastalığına zarar verecek davranışlarda bulunmamak
- Hekime saygılı davranmak

TIBBİ ETİK KURALLARI,

- Hastalıkları önleme ve bilimsel gerekleri yerine getirme
- Hastaya zarar vermeme,adaletli olma



- Tarafsız olma
- Mesleki ve vijdani kanaate göre hareket etme
- Sır saklama
- Acil yardımda bulunma
- Ticari araç ve reklam yasağı
- Bilimsel olmayan yöntemleri uygulamama
- Malpraktisten kaçınma
- Aracılık etme ve aracıdan yararlanma yasağı
- Endüstri ile olan ilişkilerde çıkar sağlama yasağı
- Meslektaşlar arasında saygının olması
- Mesleki dayanışmanın olması
- Konsültasyon ve ekip çalışmasının olması
- Tabip odasına bildirim yükümlülüğü (yanlış davranan meslektaşın kasıtlı devam etmesi durumunda)
- Muayenesiz tedavi yasağı
- Hasta haklarına saygı
- Hasta üzerindeki etkisini tıbbi amaçlar dışında kullanmama
- Aydınlatılmış onam sunma
- Terminal hastalara yardım
- Gereksiz harcama yaptırmama
- Hastayla ilgili bilgilerin hastaya verilmesi
- Rapor düzenle.gibi hekimin tıbbi etik kurallarına uyması gerekir.
- Hastanın tek güvencesi hekimin vijdanı ve ahlakı mı olmalı ?
- Sadece hasta hakları mı, yoksa hasta, hasta yakını ve hekim hakları ve sorumlulukları mı ?
 - Bütünüyle ele alınmalıdır.
 - Bu haklar birbirlerinden ayrılamaz. Aralarında fark yoktur.

Örnek: 1-Hasta kendisine yeterli süre ayrılmasını ister.Hekim de hastasına yeterli süre ayırmak ister.

- Hasta tıbbi gelişmeleri takip eden doktor ister. Hekim de bilimsel gelişmeleri takip etmek ister
- Hasta sevgi saygı ve şevkat ister. Hekim de kendisine saygılı davranılmasını ve güvenilmesini ister
- Hasta saatlerce poliklinik kapısında beklemek istemez.Hekim de hastaların yığılmasını istemez

ÖNERİLER

- Hasta,Hasta yakını ve sağlık çalışanları hakları ve sorumlulukları sürekli sorgulanmalıdır. Aksaklıklar giderilmelidir. Hastalar için,
- Hizmetlerden genel olarak eşit bir şekilde yararlanma var mı?
- Koruyucu hekimlikten herkes yararlanabiliyor mu ?
- Her türlü hizmet ve imkanlardan halkımız bilgilendiriliyor mu ?



- Reçeteye yazılan ilaçlar hastalar tarafından temin edilebiliyor mu ?
- Düşüncelerini belirtme şansları var mı ?
- Hastalar gerekli saygınlığı görüyorlar mı ?
- Hastalığın her döneminde bakım yapılıyor mu ?
- Hasta dosya bilgilerini alabiliyor mu ?
- Hekimler ve diğer sağlık çalışanları için,
 - Baskı altında kalmadan mesleğini uygulayabiliyor mu ?
 - Çağdaş ve bilimsel olanaklardan faydalanabiliyor mu ?
 - Hastasına yeterli zaman ayırabiliyor mu ?
 - Güvenli bir ortam içinde mesleğini icra edebiliyor mu ?
 - Hak ettiği ücreti alabiliyor mu ?

YAPILMASI GEREKENLER,

- Herkesin haklar konusunda eğitilmesi ve herkesin bu haklara saygı göstermesi gerekir,
- Tıp Fakültelerine Hasta hakları ile ilgili derslerin de konulması gerekir,
- Sağlık hizmetlerine yeterli kaynak ve olanak sağlanmalıdır,
- Hasta ve hekim hakları yasalaşmalı ve uygulama yönergeleri hazırlanmalıdır,
- Devletin denetim görevini tam olarak yerine getirmesi sağlanmalıdır,
- Toplumda hastaları para kazanma aracı gören zihniyetin önüne geçilerek sağlık kültürünün oluşturulmalıdır,
- Sağlık kuruluşları bünyesinde oluşturulacak hasta hakları biriminin etkin çalışması sağlanmalıdır, bu birime insan hakları, hasta hakları ve tüketici hakları alanında çalışma yapan toplum temsilcilerinin bulunması sağlanmalıdır,
- Sağlık personelinin mesleki uygulamalardan kaynaklanan hatalarının yol açtığı zararlar hızla tazmin edilmesi sağlanmalıdır,
- Her hastanın dosyası düzgün ve eksiksiz olarak doldurulması sağlanmalıdır,
- Hasta ve refakatçileri dini vecibelerini yerine getirebilmeleri için imkanlar hazırlanmalıdır.

DİKKAT

- Hekim ve diğer sağlık çalışanlarının hasta üzerindeki otoritesinde belirgin zayıflama var. Güvensizlik belirtisi. Tedaviye yansır.
- Özel sektörün gelişmesiyle, sağlık sektörüne büyük katkısı yanında ticari ilişkilerde artış var.
- Hastanın hastalığı ile ilgili konulara katılımı henüz çok az düzeydedir.

KAYNAKLAR

- 1-www.tyih.gov.tr-Hasta hakları kavramı ve tarihsel gelişimi
- 2-www.med.ege.edu.tr-Avrupa Hasta Haklarını Geliştirilmesi Bildirgesi (Amsterdam 1994)
- 3-www.gebelik-rehberi.com/hekim.asp-Hekim Hakları
- 4-www.med.ege.edu.tr-Hasta Hakları Yönetmeliği Kapsamında Hastalara Yönelik Yazılması Gereken Duyurular
- 5-www.istabip.org.tr/genel/yogunbakim.asp-Yoğun Bakım Ünitelerinde Hasta Hakları
- 6-www.medimagazin.com.tr-Prof.Dr.Gazi Özdemir-Hasta Hakları mı yoksa Hasta,Hasta yakını ve Hekim Hakları ve sorumlulukları mı ?
- 7-www.saglik.gov.tr-Hasta Hakları



- 8-www.edirnesm.gov.tr-Hekim Hakları
- 9-www.istabip.org.tr/yasa/etik.html-Hekimlik Meslek Etiği Kuralları
- 10-Hasta Hakları Platformu ve Çağdaş Hasta Hakları Derneği a)Basın Bildirisi b) İnsan Haklarıyla Bağlantılı Temel Değerler ve Hasta Hakları Bildirgesi-2002
- 11-Kıbrıs Türk Tabipleri Birliği-Hasta Hakları,Hekim Hakları Bildirgesi, 2005,Dr.Turgay Akalın
- 12-T.C Hasta Hakları Yönetmeliği-1998
- 13-Patients' Rights-2007,Dr.Androulla Eleftheriou.



TÜRKİYE'DE HASTANE ATIKLARININ UZAKLAŞTIRILMASI

Şükrü ASLAN¹;Ayşen TÜRKMAN²

Cumhuriyet Üniversitesi Çevre Mühendisliği Bölümü, Sivas, Türkiye

² Lefke Avrupa Üniversitesi Misafir Öğretim Üyesi Lefke KKTC

saslan@cumhuriyet.edu.tr; aysen.turkman@deu.edu.tr

ÖZET

Hastane atıkları bünyesinde radyoaktif, infekte ve kimyasal bileşenleri içerdiğinden tehlikeli atık kategorisine girmekte ve evsel atıklardan ayrı olarak uzaklaştırılması gerekmektedir. Hastane atıklarının toplanmasının sorumluluğu, sağlık kuruluşunu yönetiminde bulunmaktadır.

Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği hastaneler veya belediyeler tarafından yakma tesislerinin yapılması mecburiyetini getirdiğinden ülkemizde yakma uygulamasına başlanmıştır.

Bu çalışmada Türkiyede hastane atıklarının uzaklaştırılma uygulamaları, bu konuda yapılan planlamalar ve mevzuat hakkında bilgi verilmiştir.

1. GİRİŞ

Günümüzün en önemli sorunlarından biri sağlık hizmeti gören kuruluşlardan kaynaklanan katı ve sıvı atıkların bertarafıdır. Oluşan atıkların uzaklaştırılmasında uygun yöntemin seçilmesi çevre ve canlı sağlığı açısından oldukça önemlidir.

Tıbbi atıklar

Sağlık kuruluşlarında başlıca dört ana tipte atık oluşmaktadır:

- Evsel nitelikli katı atıklar
- İnfekte atıklar
- Kimyasal atıklar
- Radyoaktif atıklar

Evsel nitelikli atıklar hastane atıklarını büyük bir bölümünü oluşturmakta ve kentsel atıklarla birlikte uzaklaştırılabilmektedir.

İnfekte atıklar hastalık etkenleri bulaşmış veya bulaşması muhtemel atıkları içerdiğinden özel olarak uzaklaştırılmaları gerekmektedir.

Tıbbi atıklar, sağlık ile ilgili faaliyet gösteren, hastane, diş ve veteriner kliniklerinden, kan bankası ve aynı zamanda tıbbi araştırma ve diğer laboratuarlardan kaynaklanan atıklar olarak tanımlanabilir. Bu tür aktiviteler ile oluşan;



- Laboratuvar atıkların,
- Farmosötik atıkların, eski ilaçların,
- Eritici ve mikrop öldürücü temizlikte kullanılan maddelerin,
- Sterilizasyon için kullanılan gazların kalıntılarının,
- Mineral ve sentetik yağların,
- Pillerin atık olarak uzaklaştırılması gerekmektedir.

Radyoaktif atıklar: Nükleer tıptaki gelişmelere bağlı olarak radyoaktif atıkların miktarında büyük artışlar olmaktadır.

Ülkemizde atık uzaklaştırma konusunda yoğun çalışmalar yapılmasına ve kaynak ayrılmasına karşı, henüz yönetmeliklerin tam olarak uygulanabildiği noktaya gelinmemiştir.

2001 yılında katı atık hizmeti verilen 2,915 belediyeden toplanan 25,1 milyon ton katı atığın %40'ı (10,1 milyon ton) belediye çöplüğünde, %33'ü (8,3 milyon ton) düzenli depolama sahalarında, %15'i (3,7 milyon ton) Büyükşehir Belediyesi çöplüklerinde, %2'si (482 bin ton) gömülerek, %1'i (344 bin ton) açıkta yakılarak, %1'i (218 bin ton) kompost tesislerinde, %0,4'ü (101 bin ton) ise derelere dökülerek bertaraf edilmiştir. Aynı dönemde tıbbi atıkları ayrı toplanıp, taşınıp, bertaraf eden belediye sayısı 432, toplanan tıbbi atık miktarı ise 71 bin ton olarak tesbit edilmiştir. Toplanan tıbbi atıkların %18 i düzenli depolama sahalarında, %15 i yakma tesislerinde bertaraf edilmiştir (1).

Ancak son yıllarda tıbbi atıkların uzaklaştırılmasına ilişkin çok sayıda gelişme olmuştur. Çok sayıda yakma tesisinin kurulmasının yanı sıra, çevresel açıdan daha olumlu olarak değerlendirilen buharla sterilizasyon ve gömme gibi yeni uygulamalara geçiş olduğu gözlenmektedir.

2. TIBBİ ATIKLARIN UZAKLAŞTIRILMASINA İLİŞKİN MEVZUAT

Tıbbi atıkların evsel atıklardan ayrıştırılarak toplanması, geçici depolanması, taşınması ve yok edilmesi Çevre Bakanlığı tarafından yayımlanan 21 586 sayılı "Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği"ne göre yapılır. Ünite içinde atıkların ayrıştırılarak toplanması ve geçici depolanması görevi sağlık kuruluşlarına, bu atıkların taşınması ve yok edilmesi işi belediyelere verilmiştir. Denetim sorumluluğu ise Çevre Bakanlığınca yürütülmektedir.

Hastanelerden kaynaklanan kimyasal maddeler, özelliklerine göre tehlikeli atık kategorisine girebilmekte ve "Tehlikeli Atıkların Kontrolü Yönetmeliği"ne göre uzaklaştırılmaları gerekmektedir (2).



. TÜRKİYEDE TIBBİ ATIKLARIN UZAKLAŞTIRMA UYGULAMALARI

Ülkemizde ortalama olarak;

- 20.000.000 ton/yıl evsel atık,
- 2.000.000 ton/yıl tehlikeli atık,
- 30.000 ton/yıl klinik atık üretildiği tahmin edilmektedir (3).

Türkiye’de tıbbi atıklar;

- Yakma
- Düzenli deponi
- Vahşi deponi yöntemleriyle uzaklaştırılmaktadır.

DİE tarafından yapılan anket çalışmasının sonuçları mevcut yönetmeliklerin uygulanmasına yönelik aksaklıkları gözler önüne sermektedir. Ankete göre (2003) Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği hükümlerini yerine getirmeme gerekçeleri aşağıda verilmiştir (4).

- 7 Belediye: Yönetmeliği bilmiyor
- 18 7 Belediye: Maddi imkansızlık
- 12 0 Belediye: Personel yetersizliği
- 999 Belediye: Teknik sebepler
- 1,2 Belediye: Araç yetersizliği
- 18 Belediye: Kontrolsüz büyüme ve kentleşme

Türkiye’de oluşan tıbbi atıkların sağlık kuruluşlarına göre genel dağılımı Tablo 1’de sunulmuştur.

Tablo 1. Türkiye de Oluşan Tıbbi Atık Miktarı ()

TOPLAM TIBBİ ATIK MİKTARI		
	Tıbbi Atık Miktarı (kg/gün)	Tıbbi Atık Miktarı (kg/yıl)
Yataklı Tedavi Kurumları	205.540,3	75.022.227,9
Ayakta Tedavi Hizmetleri	20.939	7.642.562
TOPLAM	226.479,3	82.664.789,9



Devlet İstatistik Enstitüsü tarafından yapılan araştırmaya göre Türkiye’ de nüfus dağılımına göre, belediyelerin uyguladıkları tıbbi atıkların bertaraf yöntemleri Tablo 2’de sunulmuştur. Araştırmaya göre nüfusun yoğun olduğu yerleşim birimlerinde düzenli depolama yaygın olarak uygulanmasına rağmen, nüfus düşük olduğu yerleşim birimlerinde, tıbbi atıkların bertarafında yakma işlemi tercih edilmektedir.

Son yıllarda tıbbi atıkların bertarafında yakma uygulamaları giderek artmaktadır. Yakma işlemi uygun koşullar altında yapılmalıdır. Yakma işleminin düşük sıcaklıklarda veya atıkların PVC içerikli plastiklerin yakılması ile dioksinler, furanlar ve diğer hava kirleticileri emisyon edilebilmektedir. Dioksin, furan vd. kirleticilerin sağlık üzerinde olumsuz etkileri söz konusudur (6).

Ancak Tıbbi atıkların uzaklaştırılmasına yönelik mevcut çok sayıda tesis bulunmakta ve bu konuda yeni gelişmeler yaşanmaktadır. Aşağıda mevcut uygulamalar hakkında bilgi verilmiştir:

Tablo 2. Ayrı Toplanan Tıbbi Atıkların Bertaraf Yöntemine Göre Miktarı (7).

Nüfus grubu	Toplam belediye sayısı	Bertaraf yöntemi																					
		Toplam A ⁽¹⁾		Büyükşehir belediyesi çöplüğü				Belediye çöplüğü				Başka belediye çöplüğü				Düzenli depolama		Yakma tesisi		Gömerek Yakarak ⁽²⁾		Diğer ⁽²⁾	
		A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B		
Türkiye	3215	432	71095	29	6877	197	22057	13	351	11	12948	25	11011	71	12455	69	5354	5	42	-	-		
-2000	348	17	182	-	-	12	47	-	-	-	-	-	-	1	7	4	128	-	-	-	-		
2001-5000	1650	102	5645	2	184	53	3600	5	106	-	-	-	-	16	362	24	1361	2	32	-	-		
5001-10000	557	63	2004	3	15	32	1371	4	96	-	-	-	-	4	72	19	449	1	1	-	-		
10001-25000	323	75	5529	10	154	36	2964	1	104	-	-	2	107	16	1916	8	275	2	9	-	-		
25001-50000	132	56	6794	1	3	30	3987	2	8	1	292	1	60	16	2328	4	116	-	-	-	-		
50001-100000	83	39	8177	1	37	18	3866	-	-	1	91	1	73	10	2363	7	1747	-	-	-	-		
100001-500000	101	63	19902	8	3523	16	6222	1	37	3	566	18	3380	7	4896	3	1278	-	-	-	-		
500001-1000000	16	12	4540	3	1683	-	-	-	-	3	1890	2	456	1	511	-	-	-	-	-	-		
1000001-5000000	4	4	11387	1	1278	-	-	-	-	3	10109	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
5000000+	1	1	6935	-	-	-	-	-	-	-	-	1	6935	-	-	-	-	-	-	-	-		

(1) Büyükşehir belediyeleri tarafından hizmet verilen ilçe belediyeleri sayıya dahil edilmiştir.



(2) Sağlık ocağı çöplüğünü, kalorifer kazanında yakılarak, kömür işleme dekapaj sahasını kapsamaktadır. **A.** Belediye sayısı ; **B.** Tıbbi atık miktarı (ton/yıl)

A. İZAYDAŞ Klinik ve Tehlikeli Atık Yakma ve Enerji Üretim Tesisi: 05.04.1997 tarihinde açılan tesisin yakma kapasitesi 35.000 ton/yıl olup, tesise kuruluşundan 2005 yılı sonuna kadar; 110.582 ton tehlikeli atık kabul edilmiş, 103.861 tonu yakılarak bertaraf edilmiş, 57.007 MW elektrik enerjisi üretilerek 16.606 MW ulusal sisteme verilmiş olup kalanı tesiste kullanılmıştır.

B. İstanbul Tıbbi Atık Yakma Tesisi:

İl genelindeki hastanelerin tıbbi atıkları %99 oranında ayrı toplanmakta ve %81'i için taşıma araçları kullanılmaktadır. İstanbul'da günde 14.935 torba tıbbi atık toplanmaktadır. İSTAÇ A.Ş. (İstanbul Tehlikeli Atık), tarafından kurulan Tıbbi Atık Toplama ve Yakma Ünitesi, Odayeri/Göktürk'teki düzenli depolama alanı yanında 1995 yılında kurulmuş olup, 20 yatak ve üzeri 195 hastaneden 24 ton tıbbi atık toplanmakta ve yakma tesisinde 1,200 derecede yakılmaktadır. Yakma işlemi sonucunda elde edilen küller depolanmaktadır (8).**C. Akdeniz Üniversitesi Tıbbi Atıklar Yakma Fırını:**

1993 yılında Antalya Akdeniz Üniversitesi Kampüsünde, Türkiye'de ilk olarak, tıbbi atıkların yakılması amacıyla modüler bir insineratör hizmete alınmıştır. İnsineratörden çıkan gazların analiz sonuçları Tablo 3'de verilmiştir [9].

Tablo 3. Yakma Fırını Baca Gazı Emisyon Standartları ve Analiz Sonuçları

Madde	Emisyon Standartları, mg/m ³	A.Ü.Yakma Fırını Analiz Sonuçları g/m ³
Toplam Partikül	100	50
Ağır metal ve bileşikleri (Pb, Cr, Cu, Mn, Ni, As) Hg, Cd	5	(2)
HCl	100	(0,064)
HF	1	
Co	100	
SO ₂	300	5,5
NO ₂	100	95

D.Ankara Gülhane Askeri Tıp Akademisi Yakma Tesisi: 1995 yılında Ankara Gülhane Askeri Tıp Akademisinde bir tıbbi atık yakma tesisi devreye alınmıştır.



E. Sivas Suşehri Devlet Hastanesi Yakma Tesisi: 1998 yılında Sivas Suşehri Devlet Hastanesine bir yakma tesisi inşa edilmiştir.

F. Fethiye Devlet Hastanesi Yakma Tesisi: 1999 yılında Fethiye Devlet Hastanesine bir adet yakma tesisi inşa edilmiştir

G. Çorum: Çorumda AB desteği ile buharla sterilizasyon tesisi kurulması planlanmıştır.

H. Kırıkkale’de tıbbi atıkların uzaklaştırılması: Kırıkkale İlinde tıbbi atıklar kaynağında ayrı olarak toplanmakta ve Kırıkkale Belediyesinin Tıbbi Atık Toplama Aracı ile ayrı alınmaktadır. Kırıkkale Belediyesi verilerine göre, İl merkezinde bulunan sağlık ocakları ve hastanelerden aylık 4-4,5 ton tıbbi atık toplanmaktadır. Bu atıkların bir kısmı düzenli deponi sahasında, bir kısmı yakma tesisinde uzaklaştırılmaktadır

I. İzmir’de tıbbi atıkların uzaklaştırılması:

İzmir’de tehlikeli atık olarak nitelendirilen hastane infekte atıklarının diğer atıklardan ayrı olarak toplanması, taşınması ve bertarafı ile ilgili çalışmalar 1990 yılında başlatılmıştır. Büyük hastane ve küçük ölçekli sağlık kuruluşundan kaynaklanan tıbbi atıklar, “Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği” çerçevesinde, diğer evsel nitelikli atıklardan ayrı olarak toplanmakta, ayrı araç ile taşınmakta ve ayrı bertaraf edilmektedir.

Tıbbi atıklar 150 mikron kalınlığında kırmızı polietilen torbalarda biriktirilmekte olup, İzmir Büyükşehir Belediyesi’ne ait 4 adet özel sıkıştırmasız ve soğutmalı araçlar ile toplanmakta ve taşınmaktadır. Daha sonra Harmandalı Çöp deponi Alanına diğer atıklardan ayrı olarak, geçirimsizliği en az olan bölgede (10 m/sn) açılan çukurlarda sönmemiş kireç konarak depolanmakta ve üzeri toprak ile örtülmektedir [10] (İzmir Valiliği İl Çevre ve Orman Müdürlüğü,2004)

. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Türkiye’de henüz tıbbi atıkların uzaklaştırılmasına ait uygulamalar tam anlamıyla yönetmeliklere uygun biçimde gerçekleştirilemiyorsa da, ağırlıklı olarak yakma üzere yeni gelişmeler gözlemlenmektedir. Yakma tesisleri, çevre kirliliği yaratmamak koşuluyla uygun bir çözümdür. Bacadan çıkan gazların Dünya Sağlık Örgütü ve ülkemiz standartlarına uygun olup olmadığı denetlenmeli ve standartların sağlanmasına yönelik çalışmalar ön plana çıkmalıdır. Aksi takdirde hal sağlığı açısından olumsuz etkilerin çıkması riski vardır.

KAYNAKLAR

1-<http://www.turkishweekly.net/turkce/makale.php?id=104>

2-Resmi Gazete (1995): Tehlikeli Atıkların Kontrolü Yönetmeliği, 27 Ağustos 1995 tarih ve 22387 sayılı R.G.

3-Geri Dönüşüm Çevre Teknolojileri ve Atık Yönetimi Fuarı (2007), 21-24 Haziran
<http://www.recyclingistanbul.com/sunumlar2006/>



- 4-DİE, (2005), Hastane Çöpleri Toplanması, Dezenfeksiyonu ve Yakılması Haber Bülteni 29 Haziran 2005, sayı 105.
- 5-Karacif, A. (2007), Tıbbi Atıklar Hakkında Genel Bilgiler, Tıbbi Atık Yerel Eğitim Programı, T.C. Ankara Valiliği İl Çevre ve Orman Müdürlüğü, 09-10 Nisan.
- 6-WHO, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs281/en/index.html>
- 7-DİE, 2001, <http://www.die.gov.tr/TURKISH/SONIST/CEVRE/14052003t4.htm>
- 8-<http://www.ido.org.tr/default.asp?ID=1296>
- 9-Topkaya, B. ve Kalkanoğlu, Tıbbi Atıkların Yakılması Ve Ortaya Çıkan Sorunlar: Akdeniz Üniversitesi Tıbbi Atıklar Yakma Fırını <http://www.akdeniz.edu.tr/muhfak/cevre/topkaya/homepagearalik06/incinerator.pdf>
- 10-İzmir Valiliği İl Çevre ve Orman Müdürlüğü (2004), İzmir İli 2004 Yılı Çevre Durum Raporu, 379s.



Uluslararası Sağlık ve Hastane Yönetimi Kongresi
International Health and Hospital Administration Congress
01-03 June 2007 Near East University - Nicosia - TRNC - Mersin 10 Turkey





SAĞLIK KURUMLARINDA ULUSAL AKREDİTASYON VE MİMARİ TASARIM

Aslı Sungur ERGENOĞLU, Ayfer AYTUĞ
*Yıldız Teknik Üniversitesi Mimarlık Fakültesi Mimarlık Bölümü,
Mimari Tasarım Sorunları Bilim Dalı, İstanbul
asungur@gmail.com, ayferaytug@gmail.com*

Giriş

Son yıllarda, sağlık kurumlarında gelişen tıbbi teknoloji ve sağlık bakımı anlayışının da yeni bir biçim kazanmasıyla, gerek fiziksel, gerekse işlevsel açıdan önemli değişimler yaşanmaya başlanmıştır. Hastalıklardan korunmaya verilen önem artmış, hastaların yatış süreleri azalmış, hastaların teşhis ve tedavi planlamaları polikliniklere doğru kaymıştır. Hasta-odaklı bakım kavramı gittikçe daha fazla önem verilen ve gerekleri uygulanan bir konu haline gelmiş, bu konudaki çalışmalar hız kazanmıştır. Teknoloji ve zenginliğin sağlık için yeterli olmadığı, iyi çevresel koşullar ve yaşadığımız ortamın, iyi sağlık için temel olduğu fikri yaygınlaşmış, sağlıklı bir yaşam sürdürmek için yapay çevrenin önemi anlaşılmıştır.

Geleceğin tedavi merkezi olarak, ev hissi veren sağlık kurumlarına dönme konusunda giderek artan bir eğilim gözlenmektedir. Geleneksel hastane mimarisi, kurumun büyüklüğünü ve görkemini vurgulayarak hastayı göreceli önemsizliğiyle etkilemiştir. Yeni, kurumsal olmayan paradigma, kişiyi tasarım aracılığıyla güçlendirme yollarını aramaktır. Mimarlar geleneksel kurumsal modellerden, hasta-dostu olan ve korkutucu olmayan hastane çevreleri yaratmak için, konukseverliğe ve tasarımın konut ölçeğinde modellerine doğru dönmektedirler. Tasarımcılar, tıbbi mekanların ve yerleşimlerin eski steril imajını, rahatlatıcı, dostça karşılayan, hasta, personel ve ziyaretçi deneyimlerini iyileştiren ve geliştiren mekanlar tasarlayarak, değiştirme sürecine girmişlerdir.

Yeni olan bu kurumlarda, hasta seçimlerine saygı, hasta mahremiyeti, personel etkileşimi ve doğal ortamlara oldukça önem vermeye; hasta eğitim odaları ve toplumun kullanımına açık mekanlar gibi sağlıklı olmayı ve sosyal iletişimi geliştirecek mekanlar eklenmeye başlanmıştır. Birçok kurum, bugünün hızla değişen sağlık bakımı kavramına uygun olarak, esnek, adapte edilebilir mekanlar ve donatılara sahip olmalıdır. “Bakım-merkezli” bir sağlık sisteminden, “hasta-merkezli” bir sağlık sistemine dönüşüm, günümüzde geçerli olan, sosyal ve teknolojik ortamı biçimlendiren, birbiriyle bağlantılı birçok paradigma değişiminden sadece birisidir. Bu ortam içinde mimarlar, sağlık bakımı ve hastane yöneticileri, sağlık bakımı sağlayıcıları ve yasa koyucular, kaliteli, uygun maliyetli ve yeterli esnekliğe sahip hastaneler yapmak için işbirliği içinde olmalıdırlar.

Geleceğin binalarının iyileştirici bir çevre sağlamak üzere tasarlanması gerekmektedir. Amaç, esneklik, uzun kullanım ve görsel olarak tatmin edici çevreler oluşturmak üzere kaliteli tasarımın kullanılması aracılığıyla tedavi edici özellikler elde etmektir. Gelecek nesil sağlık binaları, tasarım felsefesinin büyük bölümünü oluşturan tasarım kalitesi kavramı üzerine kurulmuş, esnek, uzun ömürlü binalar olacaklardır.

Yakın gelecekte, “sağlıklı olma” kavramının yayılması, hastanelerin, herkes tarafından hergün başvuru alan kurumlar olmalarını gerektirecektir. Hastane binalarının hasta ve hastalık üzerindeki etkilerinin gücü de göz önüne alındığında, bu binaların, iyileşme sürecini hızlandırıp, hastaları hem fiziksel, hem de ruhsal yönden destekleyecek ortamlar haline gelmelerinin önemi büyüktür. Hastaneler aynı zamanda hergün kullanılan sağlıklı yaşama merkezleri olacaklardır. Sağlıklı yaşama merkezleri, “iyi yaşama danışmanlığı” için bir kaynak olacaktır. Toplumda, diyet, fitness, sağlık kontrolleri, sosyal hizmetler ve yaşadığımız yerde ‘iyi olma hissi’ni güçlendirip arttıracak bir dizi etkinlik ile ilgili



yardımın alınabileceği hasta-merkezli bir kurum, geleceğin ‘iyileştiren hastane’ profilini oluşturacaktır.

Hasta tedavi ve bakım işlevlerinde meydana gelen bu değişim, hastanelerin yapılanma, tasarım ve işlevlerini etkilemekte ve hastalara mümkün olan en kısa süre içerisinde kaliteli bir sağlık hizmeti sunulmasını gerektirmektedir. Günümüzde hastane binalarında tasarım kalitesi konusu ise, sadece mekan standardı ve maliyet konularının öne çıktığı tasarım anlayışına üstün gelmeye başlamıştır. Hastane kalitesinin ölçülmesi ve belgelenmesi, yaygın olarak, dünyada kabul görmüş akreditasyon sistemleri ile sağlanmaktadır. Sağlık kuruluşlarının akreditasyon yoluyla belirli bir kalite standardına ulaşması ve devamını sağlaması ülkemizde de yaygın bir konu haline gelmiştir.

Sağlık Kurumlarında Akreditasyonun Amacı ve İçeriği

Akreditasyonun amacı; hasta bakım süreçlerindeki ve sonuçlarındaki sürekli gelişimi uyarmak, halkın güvenini güçlendirmek, etkinliği arttırmak, maliyeti düşürmek, bir kalite ölçüm sistemi oluşturmak, kuruluşa kendi içinde, diğer kuruluşlarla ve sektörün ileri gelen kuruluşlarıyla karşılaştırma yapma imkanı sağlamak ve hasta memnuniyetini arttırmak için bir sistem yerleştirmeye çalışmaktır. Akreditasyon, dıştan, objektif bir değerlendirme sağlamakta, kuruluştaki kalite kültürünü geliştirmekte ve canlandırmaktadır.

Akreditasyon, kalite geliştirilmesi, tıbbi kayıtlar, enfeksiyon kontrol programları, hasta güvenliği, hasta ve aile hakları eğitimi, yangın güvenliği ve ağrı idaresi gibi gün geçtikçe sayısı artan birçok konuyla ilgilenmekte, bu konulardaki standartları sağlık kuruluşlarında yerleştirmeye ve geliştirmeye çalışmaktadır. Özellikle enfeksiyon kontrolü, hasta güvenliği, hasta hakları, kalite geliştirilmesi, bina yönetimi, güvenlik ve yangın güvenliği konularının bina tasarımıyla ilişkili yanları vardır. Akreditasyon standart ve politikaları, sağlık kuruluşunun dikkatinin, tıbbi hataların belirlenmesi, kökünde yatan sebeplerin analiz edilmesi ve bina güvenliğine odaklanması için, bu konuları yeniden daha ayrıntılı ve net biçimde ifade etmektedir. Akreditasyon standartlarının hasta güvenliğine yaklaşımı, tıbbi hataları bir ölçüde azaltmaya yardım etmektedir.

Türkiye’de Akreditasyona Bakış ve Akreditasyon Çalışmaları

Sağlık bakımını kaliteli ve tatmin edici bir düzeyde sunma çabaları, son yıllarda ülkemizde artış göstermektedir. Bu konuda sağlık kurumlarının çabaları da kendi içlerinde yürütülen çalışmalar olma düzeyinden, dışarıdan, tarafsız ve başka kurumlarca da kabul edilmiş, deneyimli kuruluşlar tarafından desteklenme ve kalite belgesi alma konumuna gelmiştir. Bu dış kuruluşlardan kalite onayı ve belgesi alma eğilimi özel hastanelerde başlamıştır ve yavaş da olsa, kamu hastanelerine de yayılmaktadır. Türkiye’de önümüzdeki yıllarda akreditasyona olan ilgi ve akredite olma çabaları artacaktır.

Türkiye’de henüz ulusal bir akreditasyon sistemi oluşturulmadığından, sağlık kurumlarının kalite ve akreditasyon ile ilgili çabaları, ABD kuruluşu olan CAHO’nun uluslararası kolu CI kurumundan akreditasyon belgesi alma çalışmalarını beraberinde getirmektedir. Türkiye’de CI kurumundan akreditasyon belgesi almış olan 15 adet sağlık kurumu mevcuttur.

Türkiye’de Akreditasyonun Mimari Açısından İrdelenmesi

Türkiye’de akreditasyon belgesi almış üç adet kurumda yapılan bir araştırmada (Sungur Ergenoğlu, 2006), akreditasyon belgesinin dünyaca kabul görmüş yabancı kuruluşlar tarafından verilmiş olsa dahi, sonuçların kullanıcı bağlamında değerlendirildiğinde farklı biçimde ortaya çıktığı gözlenmiştir.



Alan çalışmalarının değerlendirilmesi sürecinde elde edilen veriler analiz edilerek, istatistiki değerlendirmeler yardımıyla kesin sonuçlar elde edilmiştir. Alan çalışmasında, kontrol listesi ve bu kontrol listesinden türetilen anketler kullanılarak, gelecekteki tasarım kararlarını yönlendirme amaçlı bir tasarım değerlendirme çalışması yürütülmüştür.

Bu alan çalışmasının sonucu olarak, sağlık kurumlarının mekansal standartlarının akredite olmalarına rağmen, farklılaştığı ve kullanıcı gereksinimlerine tam olarak cevap vermekte yetersiz kaldığı belirlenmiştir. Bu amaçla, akreditasyon gereklilikleri yanı sıra kullanıcıların psiko-sosyal gereksinimlerini de gözönüne alan ve sağlık kurumlarının gerek tasarım süreçlerinde, gerekse mevcut kurumların reorganizasyonunda kullanılabilecek bir kontrol listesi oluşturulmuştur.

Yapılan araştırma, alan çalışmaları ve gözlemler sonucunda elde edilen bilgiler ışığında, akreditasyonun bu günkü haliyle hasta-merkezli hastane anlayışını yeterince karşılamadığı, akredite olmuş hastaneler arasında önemli farklar olduğu, eğer hasta odaklı iyileştiren hastane tasarımı yapılacaksa psiko-sosyal parametrelerin mutlaka göz önüne alınması gerektiği ortaya çıkmıştır.

Araştırmacı tarafından uygulanan kontrol listesinde de, alan çalışması yürütülen hastanelere ait fiziksel özelliklerin tespit edilmesinin yanı sıra, psiko-sosyal kriterlerin de değerlendirmesi yapılmıştır. Kontrol listesinin uygulanması sırasında, sonuç olarak, incelenen hastanelerin tasarımında psiko-sosyal kalitenin yeterince önemsenmediği ve dolayısıyla bu yetersizliklerin, sorun yarattığı ortaya çıkmıştır. Anket analizleri sonuçları da bu durumu desteklemektedir.

İyileştiren hastane kalitesini oluşturan yönetsel kalite, hasta bakım kalitesi ve bina kalitesini oluşturan parametrelerin tümünün birlikte ele alınarak tasarım yapılması gerekmektedir. Psiko-sosyal kriterleri önemsemeden, ekonomik ve fiziksel verilere tek başına önem verilmesi iyileştiren hastane mimarisine gerektiğinden az önem verilmesine neden olmaktadır. Tasarım açısından oldukça önemli olmalarına karşın, metrekare olarak alan tahsisleri, elektrik ve mekanik sistemlerin hesapları ile ilgili şartnameler, sadece sağlık, güvenlik ve teknik standartların karşılanmasını sağlamak için tasarımın ana noktalarını belirleyebilmektedir. Mekanların, kullanıcılarının psikolojik durumlarını nasıl etkilediğini, olumlu veya olumsuz yönlerini değerlendirmek bu konuların dışında kalmaktadır.

Türkiye'deki Akreditasyon Uygulamaları ve Sistemlerinin Değerlendirilmesi

Türkiye'deki önemli hastaneler tarafından kullanılan mevcut akreditasyon programlarının ulusal olmamalarının yanında, hasta-merkezli yaklaşımı ve psiko-sosyal gereksinimlerin mimari tasarımla yerine getirilmesini yeterli düzeyde sorgulamamaları, bir eleştiri konusu haline gelmektedir. Halen uygulanmakta olan akreditasyon sisteminin, yönetsel kaliteyi ve bir oranda da hasta bakım kalitesini hedefleyen standartlarının yanı sıra, kullanıcı ihtiyaçlarına daha fazla hassasiyet gösteren, bina kalitesini ve dolayısıyla da psiko-sosyal kaliteyi göz önüne alan akreditasyon sistemi şekline dönüştürülmesinin önemi ortaya çıkmıştır.

Ülkemizde giderek artan kalite belgesi alma çalışmalarının sağlık hizmeti kalitesini önemli ölçüde etkileyeceği açıktır. Ancak, akreditasyonun öncüsü olan ülkelerde uygulanan, sağlık kurumlarının mimarisine ilgili olan diğer destek yönetmeliklerin, kurum inşa edildikten sonra düzeltilmesi oldukça maliyetli ve zahmetli olacak birçok tadilatın tasarruf edilmesini ve kurumun belirli standartlarla, çoğu zaman açılıştan akreditasyona hazır hale gelmesini sağladığı görülmektedir.

Akreditasyonun ülkemizde uygulandığı haliyle yol göstericiliğinin belirli alanlarla sınırlı kalışı, ülkemizdeki sağlık kurumları yönetmeliklerinin yetersiz olmalarından kaynaklanmaktadır. Oysa ki, CI kurumunun anavatanı olan ABD'de, AIA ve ADA gibi yönetmeliklerin sağlık kurumlarına çeşitli standartlar getirmesi, sağlık kurumlarının mimari açıdan belirli standartlar dahilinde oluşturulmaları için birer gereç olarak ortaya çıkmaktadırlar.



Ülkemizde, en kısa zamanda kapsamlı bir ulusal akreditasyon programı oluşturulmalı ve standartları halihazırda kullanılan akreditasyon standartlarından daha geniş kapsamlı tutularak mevcut sistemlerin de bir adım önüne geçilmelidir. Çevresel kalite ve bunun sağlık bakımına olabilecek etkilerinin önemi hakkındaki bilgiler, bugüne kadar uygulamaya konmada yetersiz olmuştur, oluşturulacak ulusal akreditasyon sisteminde bu bilgi ve verilere yer verilmelidir. Ayrıca, kontrol listesine dahil edilen AEDET sisteminin de yeterince kapsamlı olmadığı görülmekle birlikte, bu sistemin varlığı, akreditasyon sisteminin uygulandığı ülkelerde, kalite geliştirilmesi için ek bazı sistemler geliştirildiğini göstermektedir. Ülkemiz için düşünülen akreditasyon sistemine bakış açısının da, sadece akreditasyonun öngördüğü standartlarla sınırlı kalmayarak, tasarım kalitesini yükseltecek araçların da geliştirilmesi yönünde olması gerekmektedir. Mekansal standartlar ve psiko-sosyal gereksinimleri karşılayan kontrol listeleri ve akreditasyonun birlikte yol gösterdiği bir ulusal sistemin oluşturulması ve standartların yoruma yer bırakmayacak şekilde tanımlanması gerekmektedir.

Bütün bunlar göz önüne alınarak, ülkemiz için uygun mekan standartlarının, hasta-merkezli ve psiko-sosyal gereksinimleri ve ülkemizdeki sağlık sisteminin işleyişini göz önüne alarak oluşturulmasının sağlık kurumlarının kalite geliştirme çabalarına büyük ölçüde katkı sağlayacağı açıktır.

Sağlık binalarının düzeltilmesi ve kalite eşiğinin yükseltilmesi için Sağlık Bakanlığı'nın bilimsel araştırmalara verdiği önemi arttırması, üniversitelerle daha yakın işbirliği içinde olunması ve ulusal bir akreditasyon programının önerilere uygun olarak hazırlanmasının gerektiği düşünülmektedir.

KAYNAK

1-Sungur Ergenoğlu, A., (2006), Sağlık Kurumlarının İyileştiren Hastane Anlayışı ve Akreditasyon Bağlamında Tasarımı ve Değerlendirilmesi, YTÜ, FBE, Basılmamış Doktora Tezi.



DIYETİSYEN MESLEĞİ ÇALIŞMA ALANLARI

Müjgan ÖZTÜRK

Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi / Lefkoşa – K.K.T.C.

mujgan_ozturk@yahoo.com

Diyetisyenlik, büyüme, gelişme ve ömür boyu tüm bireylerin sağlığının korunması, geliştirilmesi, yaşam kalitesinin artırılması için beslenme biliminin ilkeleri doğrultusunda bireysel ve toplu beslenmenin plân ve programlarını düzenleyen; besin ögesi, besin ve beslenmeden kaynaklanan sağlık sorunlarını araştırarak, değerlendiren, çözüm yolları bulan; var olan besin kaynaklarının ekonomi ve sağlık kurallarına uygun olarak kullanılmasını sağlayan, besin denetimini yapan, bu konularda fizyolojik, psikolojik ve sosyolojik olarak sağlıklı yaşam biçimlerinin benimsenmesi amacıyla bireyi ve toplumu bilgilendiren, bilinçlendiren, doğuştan ve sonradan oluşan hastalıklar ve diğer özel durumlarda tıbbî ve cerrahî tedavilere uygun, doğal ve tedavi edici besinlerin bileşimlerine göre diyet programı plânlayan, eğitim veren, eğitim programlarını plânlayan, uygulatan ve izleyen sağlık meslek alanıdır. Diyetisyen, sağlıkla ilgili herhangi bir yüksek öğretim kurumunun en az 4 yıllık (bir yıl hazırlık ile 5 yıl) beslenme ve diyetetik eğitim-öğretim programını tamamlayarak “Beslenme ve Diyetetik Lisans Diploması” ile “Diyetisyen” unvanı alarak diyetisyenlik mesleğini yapmaya ve uygulamaya hak kazanan kişidir. Diyetisyenlerin çalışma alanları genelde 4 başlık altında toplanır. Bu alanlar:

1. Besin ve Beslenme bilimleri :Bu alanda çalışan diyetisyenler gıda üretimi yapılan yerlerde danışmanlığın dışında, besin-besin, besin ögesi-ilaç, besin ögesi-besin ögesi etkileşimlerini inceler:
2. Diyetetik: Bu alanda çalışan diyetisyenler, hastalık ve sağlık durumlarında bireyler ve gruplar için beslenme biliminin ilkeleri doğrultusunda beslenme plânlarının yapılması, düzenlenmesi, uygulanması, denetlenmesi görevlerini üstlenir
3. Toplu Beslenme Sistemleri :Bu alanda çalışan diyetisyenler çeşitli kesimlerden ve yaş grubundan kişilerin ev dışında, birarada beslenme ilkelerine uygun olarak beslenmelerini sağlamakla yükümlü olan organizasyonlarda uygulanması gereken yönetim, denetim ve toplu beslenme ilkelerini ayrıntılı olarak inceler. Örnek: Hastahane, Üniversiteler, oteller vb) ve
4. Toplum Beslenmesi: Bu alanda çalışan diyetisyenler toplum sağlığının iyileştirilmesi, beslenme ile ilgili devlet plan ve politikalarının belirlenmesinde görev alır.

Avrupa’da Diyetisyenlerin bir arada toplanan en önemli çatı European Federation of the Association of Dietitians(EFAD), Türkiye’de Türkiye Diyetisyenler Derneği, KKTC’de ise Kıbrıs Türk Diyetisyenler Birliği’dir. Kıbrıs Türk Diyetisyenler Birliği Mayıs 2006’da 14 adet Kurucu üye tarafından kurulmuştur. Şu anda 25 Uyesi olan Birlik toplum sağlığını geliştirmek adına pek çok çalışmaya imza atmıştır. Bu faaliyetler içerisinde BRT’de 3 ay süren ve geniş kitlelere hitap eden beslenme ve sağlıkla ilgili bir televizyon programı, yurt çapında pek çok okulda verilen toplu beslenme eğitimleri, Diyabet Derneğinin düzenlediği Diyabet okulunda Lefkoşa’da ve Mağusa’da



verilen beslenme eğitimleri, ve Nisan 2007’de KKTC’deki tüm lkokullara dağıtılan (20,000 adet) ve birlik tarafından çocuklara yönelik hazırlanan beslenme broşürleri yer almaktadır.

Diyetisyen kimdir?

Diyetisyen;Sağlıkla ilgili bir yüksek öğretim kurumunun en az 4 yıllık (bir yıl hazırlık ile 5 yıl) beslenme ve diyetetik eğitim-öğretim programını tamamlayıp “Beslenme ve Diyetetik Lisans Diploması” olarak diyetisyenlik mesleğini yapmaya ve uygulamaya hak kazanan kişidir.

Beslenme ve Diyet uzmanı Kimdir

Beslenme ve diyet uzmanı; Diyetisyen ünvanını diploma ile aldıktan sonra besin, beslenme ve diyetetik alanında bilim uzmanlığı almış diyetisyendir.

Diyetisyenlerin çalışma alanları, günün gelişen koşulları ile birlikte oldukça genişlemiştir:

- Yataklı tedavi kurumlarında,
- Çocuk ve yaşlı bakımevlerinde,
- Spor eğitim merkezlerinde,
- Sağlık grup başkanlığı,
- Sağlık ocağı, ana-çocuk sağlığı merkezlerinde,
- Eğitim ve araştırma kurumlarında
- Gıda sanayi ve endüstrisinde,
- Özel zayıflama merkezleri,
- Spor ve güzellik salonlarında danışmanlık ve diyet ürünleri yöneticiliğinde
- Toplu beslenme yapılan kurumlarda:
 - Fabrikalar,
 - Okullar,
 - Yurtlar, üniversiteler,
 - Bankalar, resmi daireler,
 - İşçi ve memur çalıştıran diğer kuruluşlarda çalışmaktadırlar.

Eğitim Programları

Günümüzde Türkiye, Amerika ve Avrupada pek çok ülkede Beslenme eğitimi lisans düzeyinde verilmektedir.

BESLENME ÜZERİNE ÜNİVERSİTE EĞİTİM VEREN ÜLKELER

- Avusturya,
- Danimarka,
- Yunanistan,
- İzlanda,
- İtalya,
- Hollanda,
- İspanya



- Türkiye,
- Belçika,
- Finlandiya,
- Macaristan,
- Norveç,
- İsveç,
- Birleşik Krallık

Avrupa’da beslenme eğitimi hangi alanlarda veriliyor

1. Yönetici Diyetisyen
2. Klinik Diyetisyen
3. Genel Diyetisyen

Yönetici, Klinik Ve Genel Diyetisyenlikle İlgili Eğitim Programları Veren Ülkeler:

Yönetici Diyetisyen	Klinik Diyetisyen	Genel Diyetisyen
Danimarka	Danimarka	Avusturya
Macaristan	Finlandiya	Belçika
İsveç	Yunanistan	Yunanistan
	Macaristan	Macaristan
	İrlanda	İtalya
	Norveç	Hollanda
	İsveç	İspanya
	Birleşik Krallık	Türkiye

Verilen Eğitimin Teorik ve Pratik Olarak Değerlendirilmesi:

Ülke	Pratik Eğitim’in Yüzdesi ()
Avusturya	51
İtalya	40
Türkiye	29
Yunanistan	26
Belçika, İrlanda	22
Macaristan, Hollanda	19
İngiltere	16
Finlandiya, İspanya	13
Danimarka	12
İsveç	8
Norveç	1.5



Tüm ülkelerde genel diyetisyenlik veren programlar klinik diyetisyenlik için daha fazla zaman harcanmaktadır. Sadece İsviçre’de yönetici diyetisyenlik öğrencileri pratik derslerinin pek çoğunu catering hizmetleri yönetimi harcamaktadırlar

Beslenme alanında MSc ve PhD eğitimi veren ülkeler:

- Belçika,
- Danimarka,
- Finlandiya,
- Yunanistan,
- Macaristan,
- İtalya,
- Hollanda,
- Norveç,
- İspanya,
- İsviçre,
- Türkiye
- İngiltere’de mevcuttur.

*Avusturya’da bu tür kurslar bulunmamaktadır

TÜRKİYE’DE BESLENME EĞİTİMİ VEREN OKULLAR

- Hacettepe Üniversitesi
- 1962 yılında Hacettepe Üniversitesi kurulmadan önce faaliyetine başlayan beslenme ve diyetetik bölümü Beslenme eğitimi vermeye başlayan ilk kurumdur. İngilizce hazırlık ile beraber eğitim süresi 5 yıldır.
- Başkent Üniversitesi
- 1999 kurulan beslenme ve diyetetik bölümünün Eğitim süresi 4 yıldır.
- Kayseri Erciyes Üniversitesi
- 1999 yılında öğrenci almaya başlayan beslenme ve diyetetik bölümünün İngilizce hazırlık ile beraber eğitim süresi 5 yıldır.

3 üniversitenin’de Eğitimi, pratik ve teorik olarak ikiye ayrılmaktadır. İlk 3 sene boyunca teorik ağırlıklı öğrenim gören öğrenciler, son sınıfta pek çok hastahane ve toplu beslenme hizmeti veren kurumda pratik eğitimleri dahilinde stajlarını gerçekleştirmektedirler.

Türkiye’de Beslenme Eğitimi Verilen Anabilim Dalları:

Genel Diyetisyenlik Çatısı Altında:

1. Beslenme Bilimleri, Besin ve Beslenme alanı: Besinin işlenmesi, hazırlanması, pişirilmesi, depolanması, vb. sırasında oluşan değişimlerin besin öğelerine etkilerinin incelenmesi



2. Diyetetik: Hastaya ve hastalığa özel diyetlerin geliştirilmesi, düzenlenmesi ve denetimi, Uygun olmayan beslenme alışkanlıklarının uygun olanlarla değiştirilmesi, bireylerin eğitimi ve izlenmesi gibi hususlardır.
3. Toplu beslenme alanı: Bireylerin ev dışında, birarada beslenme ilkelerine uygun olarak beslenmelerini sağlamak amacıyla hammadde girişinden, personel ve gıda hijyenine kadar herşeyi denetim altında tutulması.
4. Toplum beslenmesi alanı: Toplumun beslenme durumunun belirlenmesi ve aksaklıkların giderilmesi için çözüm yollarının aranması, besin plân ve politikalarının oluşturulması, uygulanması ve toplumun beslenme yönünden eğitilmesi

Avrupa Ve Türkiye'deki Diyetisyenler İle İlgili Veriler

Kaynak: European Federation of the Association of Dietitians (EFAD)

Avrupa'da ve Türkiye'de Her 100 000 Kişiye Düşen Çalışan Diyetisyen Sayısı

	Yönetici	Klinik	Genel
1-15	İzlanda	Finlandiya, Yunanistan, İzlanda, İrlanda, Norveç	Yunanistan, İtalya, Türkiye
6-10		Danimarka, İsveç, İngiltere	Fransa
11-15	Norveç	İsviçre	Avusturya, Macaristan, Lüksemburg
16-20			Hollanda
21-25	İsveç		
> 25	Danimarka		

Avrupada Diyetisyenler Nerelerde Çalışıyor:

Diyetisyenlerin %50'sinden fazlası hastanelerde çalışmaktadır

Yönetici diyetisyen % 35.5; % 25-40 arası

Klinik diyetisyen % 50, % 21-71 arasında;

Genel diyetisyen % 65, % 0-100 arasında.

Avrupada Diyetisyenler Nerelerde Çalışıyor:

Diğer ülkelerin aksine sadece Yunanistan'daki genel diyetisyenler hastanede çalışmamaktadır

Yönetici diyetisyenler için bakım evleri özellikle Danimarka'da % 55 ve Norveç'te % 40 en önemli çalışma alanlarıdır.

Klinik diyetisyenler için en yaygın çalışma alanları;

Hollanda, Finlandiya, İsviçre ve Yunanistan'da gıda endüstrisi

İrlanda, Norveç, Yunanistan ve İsviçre'de ise Farmasotik şirketlerdir.

Küçük fakat önemli, sayıda diyetisyen araştırmalarda, eğitim ve medya kuruluşlarında çalışmaktadır.



□ Bazı ülkelerde konsultanlık yapmak oldukça yaygındır. Yunanistan (Genel), Fransa, Belçika, İsviçre, Lüksemburg ve Danimarka (Yönet.)’da diyetisyenlerin % 40’ından fazlası bu yolla iş bulmaktadır. Yunanistanda diğer bir çalışma alanı güzellik merkezlerini kapsamaktadır ve fazla sayıda diyetisyen bu alanda çalışmaktadır.

Avrupa’da ve Türkiye’de Diyetisyenlerin İşsizlik Oranı

	Yönetici %	Klinik %	Genel %	Ulusal %
Avusturya			1	3.6
Belçika				Cevapsız
Danimarka	4.65	5.68		5.4
Finlandiya		Cevapsız		9.5
Fransa			20	10
Almanya			5	13
Yunanistan		1		Cevapsız
Macaristan	0	0	0	6
İzlanda	0	0		2.4
İrlanda		0		4.3
İtalya			Cevapsız	Cevapsız
Lüksemburg			0	3.3
Hollanda		1		3
Norveç	0	2		2-3
İspanya		Cevapsız	Cevapsız	12
İsveç	4	4		3.8
İsviçre		<1		2
Türkiye			0	13
İngiltere		0		5.1

KKTC’deki Diyetisyenler İle İlgili Veriler

Kıbrıs Türk Diyetisyenler Birliği (Ktdb) Verileri

□ Kıbrıs Türk Diyetisyenler Birliği 14 Kurucu üye tarafından, 24 Şubat 2006 tarihinde kurulmuştur. Yönetim, Denetleme ve Disiplin kurulları ile faaliyetlerini sürdüren birliğin toplum sağlığını geliştirmek adına yapmış olduğu pek çok faaliyet bulunmaktadır.

KTDB’nin amaçları:

- Tüm diyetisyenleri bir çatı altında toplamak ve sesimizi daha geniş kitlelere duyurmak.
- Toplumdaki yanlış beslenme alışkanlıklarını ve bu alışkanlıklardan kaynaklanan sağlık sorunlarını en aza indirmek ve halkımızı beslenme konusunda bilgilendirmek.
- Toplumumuzda çeşitli beslenme araştırmaları yapmak, sonuçlarını değerlendirmek ve elde edilen bilgiler doğrultusunda önlemler almaktır.
- Toplumdaki diğer dernek ve birliklerle beslenme ile ilgili eğitim ve çalışmalarda işbirliği yapmaktır.



KTDB'nin 2006-2007 yılı Faaliyetleri

1. 2006-2007 yılı içerisinde, Kıbrıs Türk Diyabet Derneği ve KTDB'nin işbirliği içerisinde Lefkoşa' da düzenlenen Diyabet Okulunda 4 dönem, Mağusa'da 2 dönem eğitim verilmiştir.
2. BRT'de 3 ay süren ve geniş kitlelere hitap eden beslenme ve sağlıkla ilgili bir televizyon programı yayınlanmıştır,
3. Yurt çapında pek çok okulda toplu beslenme eğitimleri verilmiştir,
4. KTDB'nin 2006-2007 yılı Faaliyetleri
5. KTDB tarafından ada çapında ilköğretimde okuyan çocuklara sağlıklı beslenme bilincini kazandırmak amacıyla broşür hazırlandı.
6. Broşür Kuzey Kıbrıs Turkcell'in maddi katkılarıyla basıldı ve KKTC Milli Eğitim ve Kültür Bakanlığı tarafından tüm özel ve devlet okulları dahil 98 okula ve 20,000 öğrenciye ulaştırıldı

Kıbrıs Türk Diyetisyenler Birliği Verileri

- Toplam Diyetisyen Sayısı: 31
- Birliğe Üye Olan Diyetisyen Sayısı:25
- Aktif Olarak Çalışan Diyetisyen Sayısı: 21
- Eğitim Bakanlığı Bünyesinde Ev Ekonomisi Öğretmeni Olarak Çalışan Diyetisyen Sayısı: 8
- Çalışmayan Diyetisyen Sayısı: 1
- Sağlık Bakanlığı Bünyesinde Hastahanelerde Çalışan Diyetisyen Sayısı:7
- Özel Hastahanelerde Çalışan diyetisyen Sayısı:2
- Kalite Kontrol Sorumlusu olarak çalışan diyetisyen sayısı: 1

KAYNAKLAR

1. EFAD tarafından hazırlanan Avrupa'da Diyetetik Eğitim ve Uygulama Standartları
2. KTDB Verileri



Uluslararası Sağlık ve Hastane Yönetimi Kongresi
International Health and Hospital Administration Congress
01-03 June 2007 *Near East University - Nicosia - TRNC - Mersin 10 Turkey*





HASTANELERDE ARŞİV DÜZENLEYECEK BİR ROBOT SİSTEMİ

¹Yasin BEKTAŞ; ²Hüseyin CANBOLAT

¹Mersin Üniversitesi Erdemli Meslek Yüksekokulu Bilgisayar Teknolojisi ve Programlama Programı

²Mersin Üniversitesi Mühendislik Fakültesi, Elektrik-Elektronik Mühendisliği,

yasinbektas@mersin.edu.tr;²huseyinc@mersin.edu.tr

ÖZET

Mobil robotlar yardımı ile oluşturulan arşiv düzenleme sistemi, hastanelerin arşiv düzeni ve işleyiş prensipleri temel alınarak tasarlanmıştır. Sistem temelde bir kullanıcı programı vasıtası ile kullanıcıdan alınan hasta numarasından dosyanın arşiv adresini getirmekte ve bu bilgiyi seri port üzerinden dış ortama yollayarak robot düzeneğine iletilmesini sağlamaktadır. Robottaki uç birimler sayesinde dosyadaki bazı bilgiler tekrar kullanıcı programına getirilerek rapor edilebilecektir. Robot hareketlerinin Macromedia Flash isimli animasyon programında simülasyonu hazırlanmıştır. EAGLE baskı devre çizim programı yardımıyla devre çizimleri yapılmıştır. Uygulama yazılımı için Microsoft VB.Net platformu ve Microsoft'un S L Server isimli veritabanı yönetim sistemi tercih edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Uygulama yazılımı, uç birim, seri port, veritabanı yönetim sistemi, mobil robot.

1. GİRİŞ

Sanayinin her alanında baş döndürücü bir hızla kullanılmaya başlanan robotlar, insanların yapabileceklerinin çok daha iyisini, kalitelisini ve hızlısını yapabilmektedirler. Üretimin bütün aşamalarında sanayi robotları kullanılmakta ve bu sayede büyük zaman ve para tasarrufu sağlanmaktadır (1).

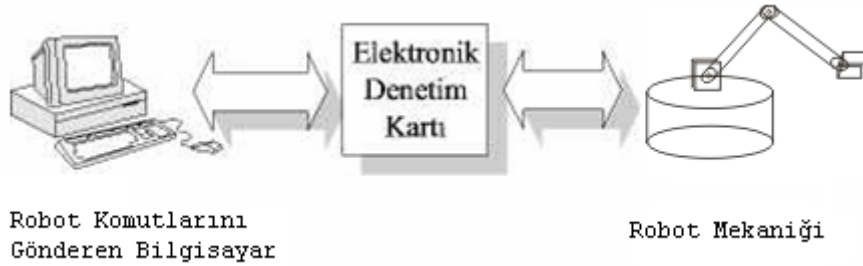
Bir makineye robot diyebilmek için, en önemli koşullardan biri algılamadır. Bir robot az veya çok dış dünyadan bir algılama yapabilmelidir. Bu algılamalar sensörler sayesinde olur. Isı, ışık, şekil, dokunma şeklinde olabilir. Daha sonra bu bilgileri otonom olarak yorumlamalı, algıya ne gibi tepkide bulunacağına karar vermelidir. Son olarak da robot verdiği kararı uygulamaya koyabilmelidir. Özetlenirse robot 3 ana kısımdan oluşmaktadır. Buna göre bir robotta; çevre hakkında gerçek zamanlı bilgi edinmek için kullanılan sensörler, karar vermeyi sağlayan mikroişlemci, verilen kararların uygulanmasını sağlayan eyleyiciler ve hareket sistemleri bulunur (2).

Günümüzde hastanelerde doktorları asiste eden, elektrik direklerinin kablolarını bağlama gibi işleri yapan servis robotları mevcuttur (3,4). Bunun yanında askeri robotlar, düşmanı yok etmeye veya keşif görevi görmeye yarayan uzaktan kumandalı aygıtlardır (5). Herşeye rağmen robotların büyük bir çoğunluğu endüstride kullanılmaktadır. Sanayi tipi robotlar boyama, sızdırmazlık, kaynak, montaj, makinelere parça yükleme, boşaltma işlerinde ve kimya, beyaz eşya, otomotiv endüstrilerinde kullanılmaktadır (6).

Robot tasarımı mekanik, elektronik, bilgisayar donanımı ve yazılımını içeren birden çok konuda uzmanlık gerektirir. Bu sistemler; elektronik denetleyici, iletişim sistemi, ortam algılayıcıları, hareket denetimi için ek devreler, yön bulucu ve bilgisayar programı ile operatör giriş/çıkış yazılımı ve donanımını içermektedir. Bu çalışmada bir arşiv robotu için elektronik denetim sistemi donanımının tasarımı ve uygulaması yapılmıştır. Tasarlanan gezgin robotun mekanik sistemi, diferansiyel sisteme sahip dört tekerlek üzerinde bulunan gezgin tabandan meydana gelmektedir. Mekanik sistem, elektronik denetim sistemiyle denetlenmektedir (7).



Elektronik denetim sisteminin donanımı, sırasıyla algılayıcıların bağlanabilmesi için sayısal ve örneksel giriş ve mekanik sistemdeki motorları denetlemek için servo motor sürücü çıkış arabirimlerine sahip bir mikro denetleyici temelli sistemden meydana gelmektedir. Bilgisayardaki RS-232 portu, robot ile bilgisayar arasındaki iletişimi sağlamaktadır. Gezgin robot sisteminin yazılımı, kişisel bilgisayar üzerinde çalışmakta olup robot programlama dili (RPL) olarak adlandırılır. Robot programlama dili kullanıcının kendi becerisine göre farklı dillerde yazılabilmektedir. Ayrıca Gezgin robot üzerindeki elektronik denetim donanımını oluşturan mikro denetleyici temelli sistem içindeki yazılım, bilgisayardan gelen komutları alan gezgin robotun fiziksel hareketini sağlayan makine dili yazılımdır 8,9 . Şekil 1’de gerçekleştirilen bu sistemin blok diyagramı görülmektedir.



Şekil 1 Tasarlanan Arşiv Robot Sistemi.

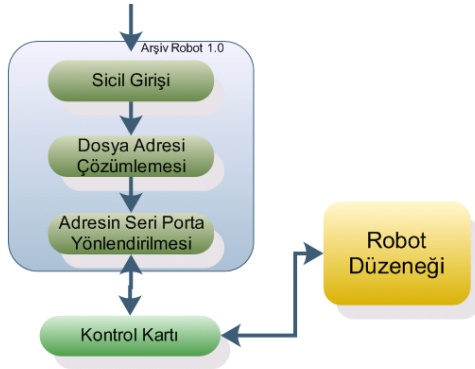
Hastane arşivleme sistemleri olarak günümüzde birkaç yöntem kullanılmaktadır. Bunların başında klasik dosyalama sistemleri gelmektedir. Bu yöntem tamamen insan yeteneklerine ve dikkatine bağlı olduğundan hataya oldukça meyilli bir yöntem olmaktadır. Bunun dışında çok kullanılan yöntemlerden bir tanesi de görüntü arşivleme yöntemidir. Bahsedilen yöntemde kâğıt belgelerin taranarak görüntülerinin elektronik ortama aktarılması ve belirli arama/sınıflandırma bilgileri ile indekslenmesidir. Günümüzde arşivleme için kullanılan mevcut sistemlerin sonucusu olarak doküman arşivlemeden bahsedebiliriz. Doküman arşivleme ise, kağıt belgelerin yanı sıra elektronik belgelerde indekslenerek saklanmasını içermektedir. Doküman yönetim sistemlerinin doküman arşiv sistemlerinden temel farkı, dokümanların dinamik (değişken) olmasıdır (10,11).

Gerek araştırma hastanelerinde gerekse birçok kamu kuruluşunda dosyaların fiziksel olarak arşivlenmesinin bir yasal zorunluluk olması üstte bahsedilen yöntemlerin hepsini yetersiz kılmaktadır. Bu noktada arşivdeki dosyaların buldukları yerden getirilip tekrar yerine konması istenmektedir. Bu sebeple oluşan ihtiyaç için tasarladığımız “Arşiv Robot”u çözüm olabilmektedir. Projenin avantajı insan dikkatsizliğini ortadan kaldırarak dosya yıpranmasını ve kaybolmasını en alt düzeye indirmektir. Bununla beraber robot sistemlerinin kurulum ve işletim maliyetleri böyle bir çözümün pratikte kullanılmasını zorlaştırmaktadır (12).

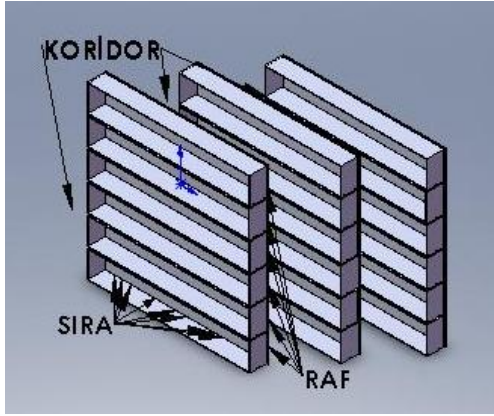
2. SİSTEM YAPISI VE GERÇEKLEŞTİRİLMESİ

2.1. Sistemin Genel Yapısı

Sistem üç bölümden oluşmaktadır. Bunlar robot düzeneği, kontrol kartı ve kullanıcı yazılımıdır. “Arşiv Robot 1.0” isimli kullanıcı yazılımından gelen talepler doğrultusunda tasarlanan kontrol kartı üzerinden robot ile gerekli iletişim sağlamaktadır. Sistemin blok yapısı Şekil 2’de gösterilmiştir.



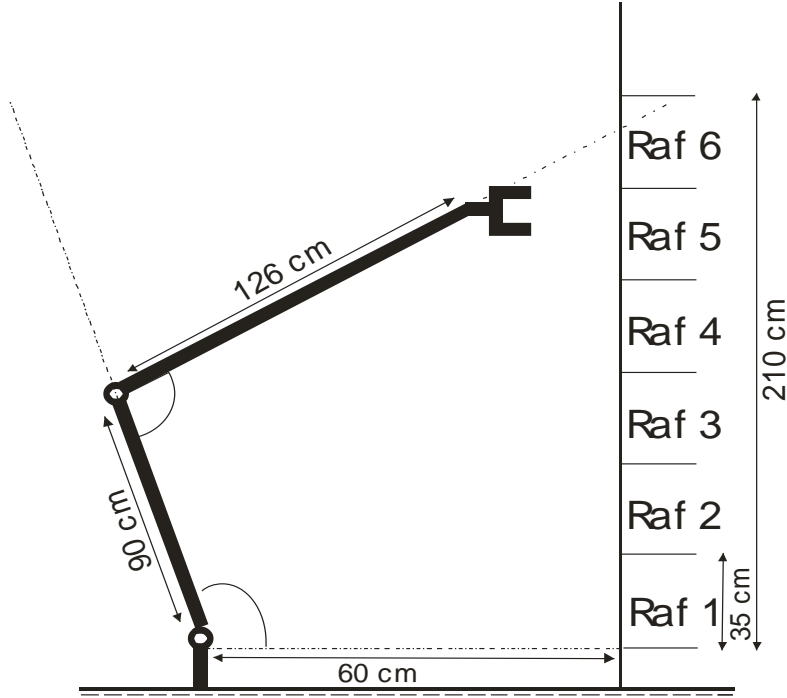
Şekil 2. Yapılması Düşünülen Arşiv Sisteminin Yapısal Gösterimi.



Şekil 3. İçinde Çalışılacak Arşiv Yapısı.

2.2. Robot Düzeneğinin Yapısı

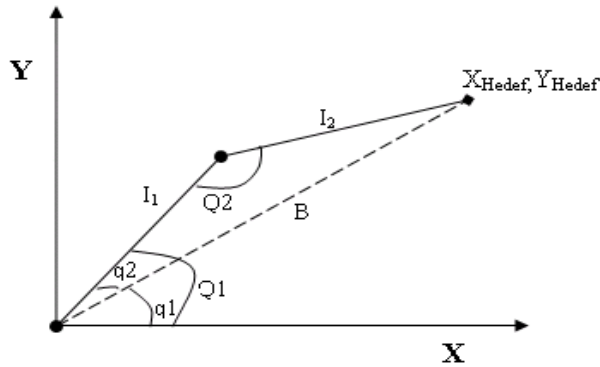
Tasarlanan robot düzeneği iki kol, bir uç birim ve yerde hareketi sağlayan ayak mekanizmasından oluşmaktadır. Hesaplamalarda kullanılmak üzere verilen ölçüler mümkün olabilecek bir arşiv boyutu temel alınarak hesaplanmıştır. Robotun yerde hareketini sağlayan ayak boyu 20cm, hareketli iki kolun uzunlukları da 90cm ve 126cm olarak belirlenmiştir. En son dosyayı tutacak olan bilek yapısının boyu ise 10cm olarak tasarlanmıştır. Bahsedilen değerlerin hesaplanmasında genelde arşiv için kullanılan dolap yüksekliği ve dosyaların boyları göz önünde bulundurularak karar verilmiştir. Dolaplar için her bir raf 35cm yerden yüksekliği ise 20cm olarak düşünülürse toplam dolap boyu 230cm olmaktadır. Robotun raflara ulaşmak için bulunduğu referans noktası ise raflardan daima 60cm açıkta olarak hesaplanmıştır (Şekil 4).



Şekil 5. Robot Düzeni Ve Raf Sisteminin Ölçüleri.

2.2.1. Tasarlanan robotun kinematiklerinin hesabı

Robotun açı istenilen raf yüksekliğine ulaşması için gerekli açı değerlerinin hesaplanmasında kinematik metotlardan geometrik yaklaşım yönetimi kullanılmıştır (Şekil 5).



Şekil 6. Kinematik Hesabın Kullanılan Açı Değerleri.

Verilen : X_{Hedef}, Y_{Hedef}

İstenenler : $Q1$ ve $Q2$

B : Sanal çizgi uzunluğu

l_1 : eksenini ve sanal çizgi arasındaki açı.



q2 :Koll ile sanal çizgi arasındaki açı

$$B^2 = X_{Hedef}^2 + Y_{Hedef}^2$$

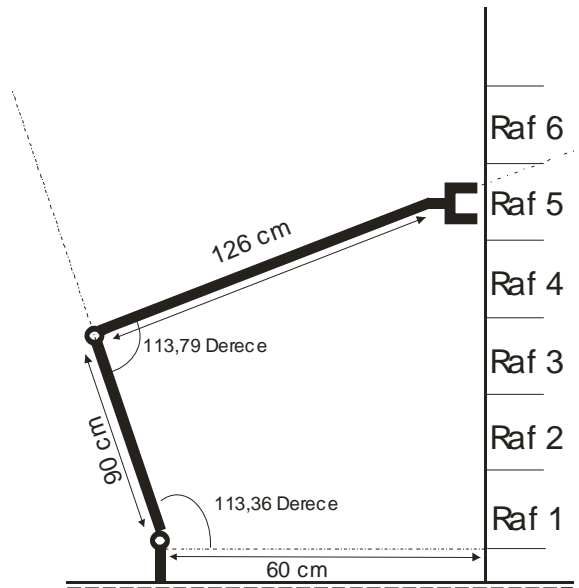
$$\theta = a \tan(Y_{Hedef} / X_{Hedef})$$

$$q_2 = a \cos[(I_1^2 - I_2^2 + B^2) / (2I_1 B)]$$

$$\theta_1 = q_1 + q_2$$

$$\theta_2 = a \cos[(I_1^2 + I_2^2 - B^2) / (2I_1 I_2)]$$

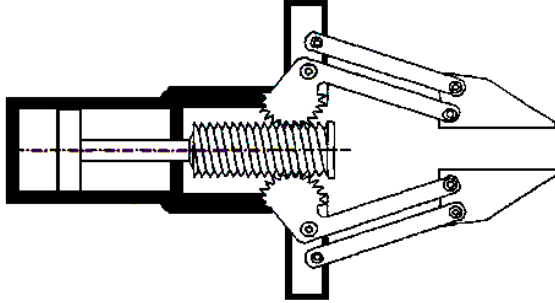
İki eklemlili bir robotun örnek olarak beş nolu rafa ulaşması için alması gereken açı değerleri hesaplanmasında önce hedef koordinatlarının hesaplanması gerekmektedir. Koordinatın değeri ayak mekanizmasının rafa olan uzaklığının sabit olduğu ve 10cm uç birimin olduğu düşünülürse değeri 50cm olacaktır. Buna karşın Y eksenindeki değer ise rafların her birinin 35cm olduğu bilgisinden yola çıkarak 175cm olarak hesaplanacaktır. Bu değerler yerlerine konduğunda ise elde edilen açı değerleri Şekil 6'da gösterildiği gibi hesaplanmış olur.



Şekil . Raf İçin Örnek Hesaplama Sonuçları.

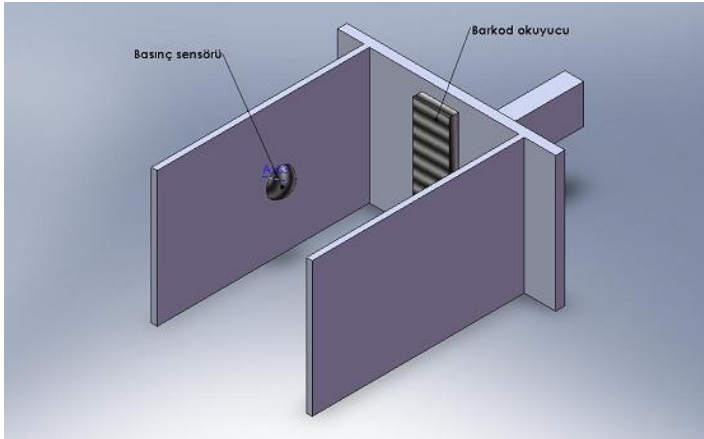
2.2.2. Robot düzeneğinin uç birim tasarımı

Tasarımı yapılan arşiv robotunun en hassas bölümlerinden biri olan uç birim tasarımında Şekil 7'de gösterilen pnömomatik güç ile çalışan iki parmaklı tutucu modelinden faydalanılmıştır.



Şekil 7. Genel Amaçlı Pnömatik Güçle Çalışan İki Parmaklı Tutucu.

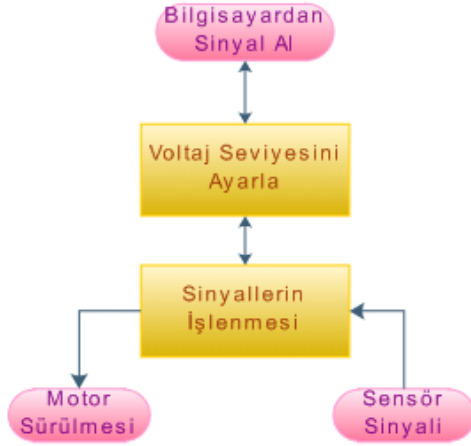
Tutucu işlevine sahip olan uç birim bazı işlemleri yaparken bir takım elektronik sensörlerden faydalanmaktadır. Bu sensörlerin başında optik barkod okuyucu gelmektedir. İki temel amaca sahip okuyucu öncelikle getirilecek dosyanın doğruluğunu kontrol için kullanılmaktadır. Diğer bir amacı ise arşive geri dönecek olan dosyaların adreslerini veritabanından çekmek amacıyla tasarlanmıştır. Okuyucu ikinci bir uç birim tasarımı gerektirmemesi için mevcut bileğin ortasına konulması düşünülmüştür. Uç birime yerleştirilmesi düşünülen bir diğer sensör çeşidi ise basınç sensörüdür. Basınç sensörü uç birimin parmak kısımlarına yerleştirilerek pnömatik sistemin parmakları ne kadarlık bir kuvvete kadar sıkıştıracağına karar vermek amacıyla düşünülmüştür. Bahsedilen iki sensöründe uç birime yerleşimleri Şekil 8’de gösterildiği gibi tasarlanmıştır.



Şekil 8. Sensör Konumlandırılmış Uç Birim Tasarımı.

2.3. Kontrol Devresi

Tasarlanan arşiv sisteminde yazılım ile robot düzeneği arasındaki anlaşmanın sağlayabilmesi amacıyla bir elektronik arabirim kartına ihtiyaç duyulmaktadır. Tasarlanan elektronik kartın çalışma prensibi Şekil 9’da gösterildiği gibidir.



Şekil . Elektronik Kart Çalışma Prensibi.

Sistemdeki bilgisayar yazılımının tasarlanan robot düzeneğini kontrol edebilmesi için bilgisayarın haberleşme portu olan seri port kullanılmaktadır. Seri portun sinyal voltaj aralığı 12V'dur. Fakat kontrol kartında bulunan mikro denetleyicinin seri portunun sinyal voltaj aralığı 0-5V'dur. Haberleşmenin gerçekleştirilebilmesi için öncelikle sinyal seviyelerinin eşitlenmesi gerekmektedir. Bu işlem için Dallas firmasının üretmiş olduğu MA 232C seviye dönüştürücü entegresi kullanılmaktadır.

Kontrol devresinde mikro denetleyici olarak PIC16F877A elemanı kullanılmıştır. Bu devrede mikro denetleyicinin kullanım amacı öncelikle seri porttan gelen komutları işleyerek çoğullamaktır. Bu sayede robot eklemlerinde bulunan motorların aynı anda kontrolü yapılmaktadır. Mikro denetleyicinin bir diğer önemli görevi ise sensörlerden alınan bilgileri anlamlı değerlere dönüştürerek seri port üzerinden bilgisayara göndermektir. Tasarlanan kontrol devresine ait şematik çizimi Şekil 18'de gösterildiği gibidir.

2.4. Kullanıcı Yazılımı

Projede robot ile insan arasındaki etkileşimi sağlayan kullanıcı programının adı "Arşiv Robot 1.0" olarak isimlendirilmiştir. Söz konusu yazılım Microsoft Visual Studio paketi içerisinde bulunan Visual Basic.NET programlama aracı kullanılarak hazırlanmıştır. Bu sayede tüm .NET dillerine otomatik dönüşüm sistem tarafından sağlanmaktadır. Program tarafından işlenmek üzere girilen bilgiler "ArşivRobot" ismi verilen Microsoft S L Server veri tabanı tarafından saklanmıştır. Programın robot düzeneğine veri yollamada kullandığı yöntem ise tüm sistemler tarafında desteklenen veri standardı olan ML sayesinde yapılmaktadır. Uygulama yazılımı ile kinematik hesaplamalarının uygulandığı animasyon arasındaki haberleşmede de yine aynı şekilde bir ML dosyası kullanılmaktadır.

"Arşiv Robot 1.0" ilk çalıştırıldığında karşımıza Şekil 10'da görülen kullanıcı giriş ekranı gelmektedir. Sisteme girişin sağlandığı bu ekran aynı zaman da giriş yapan kullanıcının birimine göre programda dosya hareketini sağlamaktadır. Sisteme daha önceden tanımlanmış kullanıcı isimlerinden biri ile giriş yapılabilmektedir. Yeni kullanıcı tanımlama veya diğer ayarların yapılabilmesi için sisteme sabit olan "Admin" isimli kullanıcı ile girilmesi gerekmektedir.



Arşiv Robot 1.0 Giriş

Kullanıcı Kontrolü

Kullanıcı Adı : <Kullanıcı Seç>

Şifre : <Kullanıcı Seç>

Yasin

Admin

Mustafa

Tamam

Şekil 10. Kullanıcı Giriş Ekranı.

Sisteme girildikten sonra karşımıza gelen ana ekranda “Sicil Seçimi”, “Dosya Oluştur”, “Raf Bilgileri”, “Dosya Sırası”, “Kullanıcılar” olmak üzere program menüleri bulunmaktadır.

Bahsedilen menülerden “Dosya Oluştur” menüsünün ekranı Şekil 11’de gösterilmiştir.

Arşiv Robot 1.0

Sicil Seçimi Dosya Oluştur Raf Bilgileri Dosya Sırası Kullanıcılar

Arşiv Robotu Dosya Kaydı

Sicil No : 32453

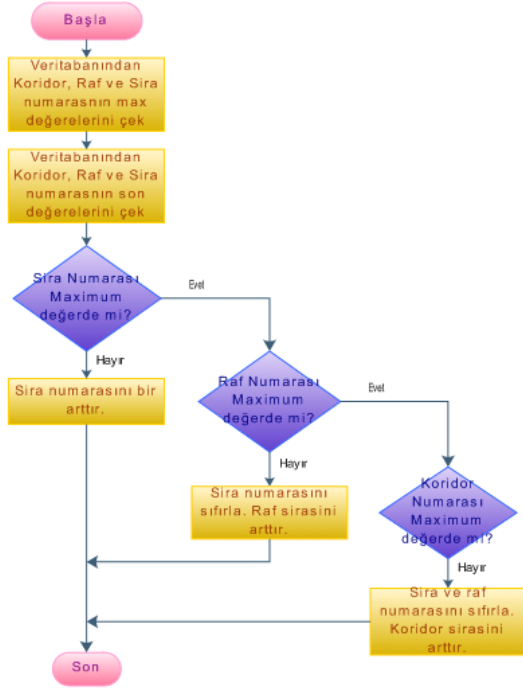
Barkod No : 38749590

Dosya Adresi : 0.0.7

Dosya Oluştur

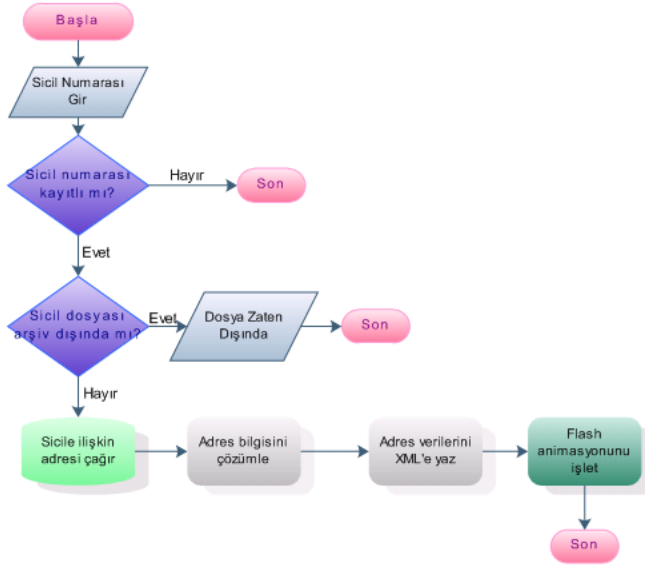
Şekil 11. Dosya Oluşturma Ekranı.

Dosya oluşturma işleminde amaçlanan, arşive yeni gelecek bir dosya için yapılacak işlemlerdir. Bu işlemlerin başında bu dosyaya verilecek olan barkod numarası oluşturulacak ve arşivde dosyanın konacağı adres hesaplanacaktır. Arşivde yeni oluşturulan dosya adresi için izlenecek olan yolun akış şeması Şekil 12’de gösterilmiştir.



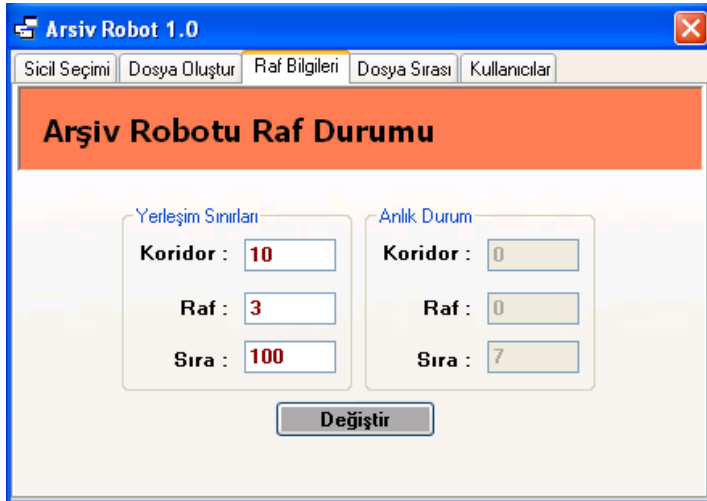
Şekil 12. Arşivde Dosya Oluşturma İşlemi Akışı.

Sicil seçimi bölümünde ise dış ortamdaki robot düzeneği ile yazılımın haberleşmesi sağlanır. Girilen sicil numarasından kişinin sahip olduğu dosyasının yolu bulunur ve bu bilgi robot düzeneğine aktarılır. Bu noktadan sonra ilgili işlemler robot tarafından sağlanır. Bu işlem ile ilgili akış şeması Şekil 13’de verilmiştir. Robot işlemlerini fiziksel olarak test etme şansımız olmadığı için arşivden dosya getirme işlemi yerine Macromedia Flash programı ile hazırladığımız animasyonumuz çalışmaktadır. Yazılım arabirimi ile animasyon arasındaki haberleşme ise “DosyaAdresi.xml” adındaki ML türündeki veri dosyası ile yapılmaktadır. Bahsedilen dosyada getirilecek dosyaya ilişkin koridor, raf ve sıra numaraları bulunmaktadır.



Şekil 1 . Arşivden Dosya Çağırma İşlemi Akış Şeması.

Yazılımda kullanılan diğer menülerinden arşivin fiziksel yerleşim bilgilerinin girildiği ve takip edildiği Şekil 14’de görülen “Raf Bilgileri” bölümüdür.



Şekil 1 . Raf Bilgileri Ekranı.

“Dosya Sırası” menüsünden arşivdeki dosya hareketleri kullanıcı bazında takip edilebilmektedir. Şekil 15’de görüntülenen menü elemanına da sadece admin isimli kullanıcının girmesine ve işlem yapmasına izin verilmektedir.



Şekil 1 . Kullanıcı Ayarları Ekranı.

2.5. Arşiv Animasyonu

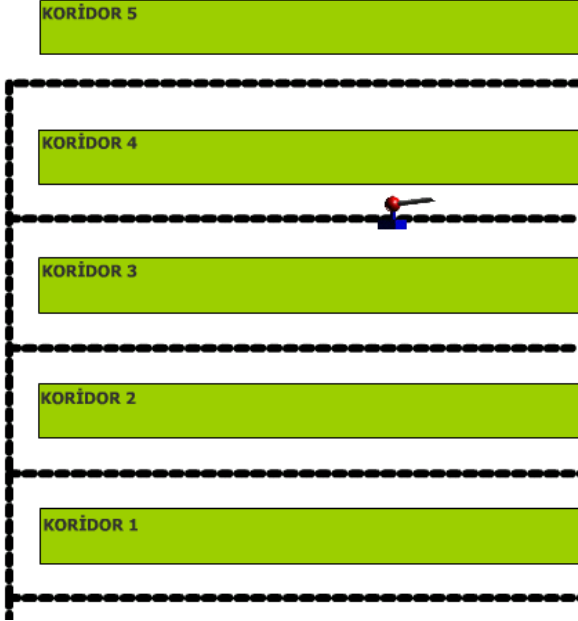
Oluşturulan proje çerçevesinde testler robot eşliğinde yapılamadığından dolayı çıktıyı görmek için izlenen yol animasyon oynatma olmuştur. Macromedia Flash programı ile oluşturulan animasyon “Arşiv Robot 1.0” programı içerisinde çağırılmaktadır. İki uygulama arasındaki veri transferi önceden bahsedilen ML dosyası üzerinden yapılmaktadır.

“Arşiv Robot 1.0” programından değişken olarak belirlenebilen koridor, raf ve sıra numarası animasyonda da kullanılmaktadır. Animasyon öncelikle Şekil 16’de görüldüğü gibi üstten bir görüntü ile robotun hareketi koridor ve sıra bazında takip edilmektedir. İstenen noktaya konumlandıktan sonra animasyon ilgili koridorun karşıdan görüntülediği bir şekle dönüşmektedir (Şekil 17). Artık ulaşılacak istenen dosyanın tam yeri görünmektedir. Robot bu noktaya belirlenen açılarla ulaşır ve dosyayı alıp tekrar referans noktasına dönmektedir.

Arşiv işleminde dosya boyutu sabit hesaplanmıştır ve bu oranda raf ve sıra numarası artırılıp azaltılabilir. Bunun sonucu arşiv boyutu değişmesine rağmen sistemin işleyişinde bir değişim olmayacaktır.

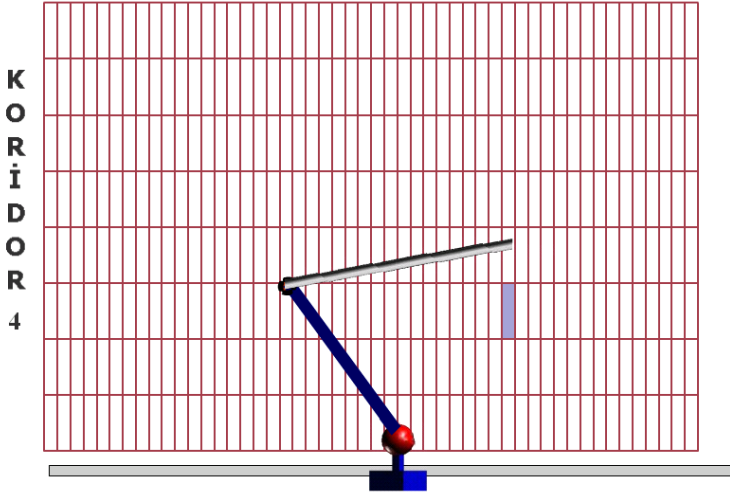


ARŞİV BULMA koridor -> 4 sıra -> 36 raf -> 3



Şekil 1 . Üstten Arşiv Görünümü.

ARŞİV BULMA koridor -> 4 sıra -> 36 raf -> 3



Şekil 17. Bir Rafın Karşından Görüntüsü.

. BULGULAR VE TARTIŞMA.

Yapılan çalışmada istenen dosyanın numarası “Arşiv Robot 1.0” isimli yazılıma girilerek işlem başlatılır. Bu işlemden sonra yazılım ilgili dosyanın koordinatlarını arşiv robotuna kontrol devresi aracılığı ile iletir. Fakat laboratuvar imkanlarının yetersizliğinden dolayı söz konusu işlemler



robot üzerinde test edilememiştir. Tasarlanılan kontrol kartına, yazılım aracılığı ile seri port üzerinden haberleşme sağlanmıştır. Bu haberleşmenin doğruluğunu ve verilen komutların sonuçlarını görebilmek için kontrol kartı çıkışına motor ve sensör yerine led ile buton bağlanmıştır. LEDler çıkış olarak motorları temsil etmektedir. Butonlar ise giriş sensörleri yerine kullanılmıştır.

Robot yerine Flash programı ile yapılan bir animasyon yapılmıştır. Bahsedilen animasyonda robotun kol hareketlerindeki kinematik fonksiyonlar kullanılarak test edilmiştir. Bunun sonucunda, robot kolunun üç konumu(en altta, tam ortada ve en üstte) ele alındığında raf yüksekliği 6*35cm temel alınarak kol boylarının en az 90cm ve 126cm olması gerektiği bulunmuştur. Robot kolunun yere paralel olması durumunda robot kolu dirseğinin arkaya çıkan maksimum mesafesi hesaplanarak iki raf arası boşluğu en az 136cm olması gerektiği sonucu çıkarılmıştır.

Tasarlanan robot sistemi iki eklemlidir. Bu sayede tasarımı kolay maliyeti ise düşüktür. Buna karşın raflar arası boşluk geniş seçilmesi gerekmektedir. Bu ise toplam arşiv alanını verimli kullanmamızı engellemiştir. Robotun eklem sayısı artırıldığında mevcut alan daha verimli kullanılabilir. Fakat buna karşın arşiv sisteminin robot maliyeti artmakla birlikte sistem daha karmaşık bir yapıya dönüşmektedir.

. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.

Yapılan çalışma ile hastanelerde kullanılan mevcut uygulama yazılımları ile tam entegre olabilecek bir arşiv düzenleme sistemi geliştirilmiştir. Sistem hasta dosyalarının daha sağlıklı ve daha düzgün arşivlenmesini sağlayarak insan müdahalesini en alt seviyeye çekmektedir. Bunun sonucunda da hata payları düşürülmüş olacaktır.

Arşiv düzenlemek amacı ile tasarlanan sistem, raf düzeneğini kullanan her türlü malzemede uygun uç birim seçilmek sureti ile kullanılabilir. Örnek olarak sanal alışverişlerde istenen ürünü ilgili raftan alıp paketleyerek kargoya hazır hale getirebilir. Bu sayede uzun vade de pratik ve ucuz bir sistem geliştirilmiş olur. Fakat bu tip sistemler ilk maliyetten dolayı işletmeler açısından cazip bulunmamaktadır. Gelişen teknoloji ve düşen maliyetler ile beraber robot sistemlerinin kullanımı her geçen gün yaygınlaşmaktadır.

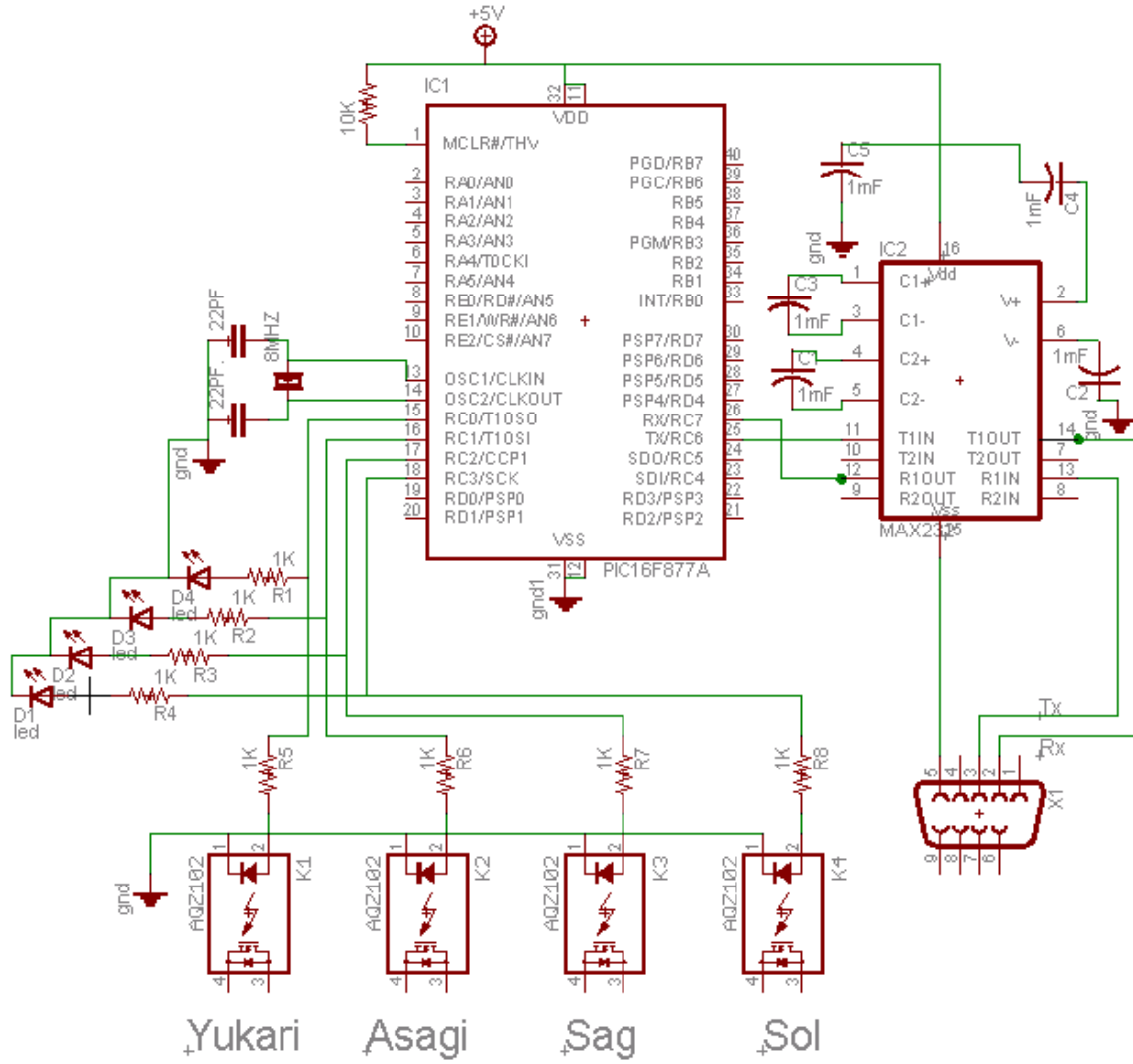
Hasta dosyalarının robot sistemi ile arşivlenmesinde ve bu arşivlemenin farklı alanlarda kullanılmasında yapılan çalışmanın en başta ülkemiz insanına ve daha sonra uluslar arası teknolojiye katkı yapması ümit edilmektedir.

KAYNAKLAR

- 1-Eren, İ. Gereğinden Çok Serbestlik Dereceli Robot Kolu Kontrol Sistemi Tasarımı ve Uygulaması. Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi-Fen Bilimleri Enstitüsü, Denizli, 2006, 1.
- 2-Shircliff, D. Build A Remote-Controlled Robot McGraw-Hill, USA, 2002, 1-11s.
- 3-Hayashibe, M., Suzuki, N., Hashizume, M., Konishi, K. Ve Hattori, A. Robotic Surgery Setup Simulation With The Integration Of Inverse-Kinematics Computation And Medical Imaging. Computer Methods and Programs in Biomedicine 2006, 83(1), 63-72.
- 4-Edwards, M. Robots In Industry An Overview Applied Ergonomics. 1984, 15(1), 45-53.
- 5-Narikiyo, T. Ve Ohmiya, M. Control Of A Planar Space Robot Theory And Experiments 2006 14(8), 875-883.
- 6-Ranch, R. (14 Şubat 2004) Type Of Robot, Erişim: <http://prime.jsc.nasa.gov/ROV/types.html>, [24 Aralık 2006 .
- 7-Brogardh, T. Present And Future Robot Control Development-An Industrial Perspective 2007, 31(1), 69-79.



- 8-Lin, F. Ve Levesque, H. What Robots Can Do:Robot Programs And Effective Achievability 1998
101(1-2), 201-226.
- 9-Zieli ski, C. Description Of Semantics Of Robot Programming Languages 1992 2(2), 171-198.
- 10-Ulaş, M. Ve Tatar, Y. *Medikal Görüntülerin Sayısal Ortamda Arşivlenmesi* National Symposium
on Biomedical Engineering, BİYOMUD İstanbul-Türkiye 2005; 242-247s.
- 11-Otonom (12 Eylül 2003) otoArchive, Erişim:
<http://www.otonom.com.tr/goster.asp?idarticle=109>, [06 Mart 2006].
- 12-Devlet Arşivleri Genel Müdürlüğü. *Devlet Arşiv Hizmetleri Hakkında Yönetmelik*, Ankara, 2005,
s:2.



Şekil 18. Kontrol Devresinin Şematik Gösterimi.



Uluslararası Sağlık ve Hastane Yönetimi Kongresi
International Health and Hospital Administration Congress
01-03 June 2007 Near East University - Nicosia - TRNC - Mersin 10 Turkey





APPLICATION OF FUZZY-NEURAL SYSTEM IN THE ANALYSIS OF THE RELATIONSHIP BETWEEN PATIENT SATISFACTION AND SERVICE QUALITY OF GOVERNMENTAL HOSPITALS IN TRNC

Ali HAYDAR, Zafer AĞDELEN, Burcu Toker ERSÖZ

Girne American University, Engineering & Architecture Faculty, Turkish Republic of Northern
Cyprus

ahaydar@gau.edu.tr, zagdelen@gau.edu.tr, bersoz@gau.edu.tr

ABSTRACT

A critical challenge for health services in developing countries is to find ways to make them more client-oriented. Assessing patient perspectives gives users a voice, which, if given systematic attention, offers the potential to make services more responsive to people's needs and expectations, important elements of making health systems more effective. Studies have shown that health care utilization, a long-standing concern for many developing countries, is sensitive to user perceptions of quality. For these reasons, patient perceptions of health services are now an important part of quality assessment in health care.

Clustering is one of the most fundamental issues in literature. Fuzzy clustering is one of the methods used in literature, especially when the requirement is to obtain a crisp partition of a finite set of data.

In this paper, the main aim is to apply fuzzy c-means clustering algorithm to health sector in Turkish Republic of Northern Cyprus (TRNC) and to cluster the patients' satisfaction according to the service quality provided by governmental hospitals. After this clustering process, artificial neural network is used for deciding whether this classification enable us to observe the relationship between the service quality and patient satisfaction or not. A questionnaire was structured as a result of literature survey and 150 data were collected from the patients. The experimental results show that this classification can efficiently be obtained through the use of Fuzzy-neural system.

Key words: *patient satisfaction, service quality, fuzzy c-means clustering, neural networks*

1. INTRODUCTION

Quality of care from the patient's perspective is an important aspect in the development of health services. Studies of patient satisfaction frequently comprise a vital part of the assessment of health care (Rahmqvist, 2001; Alden et al, 2004; Choi et al, 2004). Patient satisfaction has become well established as an important consideration in health care provision (Haddad et al, 1998). The last two decades have witnessed an unprecedented increase in the volume of patient satisfaction survey activity (Rao et al, 2006; Sitzia and Wood, 1998). There are many different methods such as regression, neural networks etc. in analyzing the patient satisfaction. One of the methods that can be used is the classification of patients using clustering algorithms.

The capability of classifying the objects is one of the most fundamental characteristics of human intelligence. It plays a key role in perception as well as the various levels of cognition. The classification of objects into categories is the subject of cluster analysis (Klir and Yuan, 1995). Clustering is one of the most fundamental issues in pattern recognition. It plays a key role in searching for structures in data.



Classical cluster algorithms executes a sharp classification, in which each object is either assigned to a class or not (Albayrak and Amasyalı, 2003). The application of fuzzy sets in classification function causes the class membership to become a relative one and an object can belong to several classes at the same time but with different degrees (Berks et all, 2000).

After obtaining the coefficients, that shows how much each element of the training data is corresponding to the centers of the fuzzy c-means clustering, these values are applied as an input to a neural network in order to classify them. In its most general form, a neural network is a machine that is designed to model the way in which the brain performs a particular task or a function of interest (Haykin, 1999). This model can be used in many different problem solutions including nonlinear modeling, classification, etc. Hence we decided to use one of the modeling technique of ANN approach which is called as back-propagation multilayer perceptron algorithm for classifying the coefficients obtained for each training data using fuzzy c-means clustering algorithm.

In this study, the main aim is to observe whether a relation between the patients' satisfaction and the service quality provided by governmental hospitals can be established or not through the use of nonlinear modeling technique. To achieve this goal, the fuzzy-neural system is constructed and used for the evaluation of the performance of this model for the establishment of the given relation.

2. MODEL DESCRIPTION

In order to classify the the patients' satisfaction according to the service uality provided by governmental hospitals, the fuzzy-neural system is used. First of all, fuzzy c-means clustering algorithm is used in order to cluster each element into crisp partition. After this clustering algorithm, the coefficients obtained for each data are used as an input to back-propagation multilayer perceptron (BPMLP) algorithm in order to classify the patients' satisfaction according to the service quality provided by governmental hospitals.

2.1. Fuzzy c-means clustering method

The problem of clustering the data is to find several cluster centers that can properly characterize relevant classes of a finite set of data, X , such that the degree of association is strong for data within blocks of the partition and weak for data in different blocks. However, this requirement is too strong in many practical applications, and it is thus desirable to replace it with a weaker requirement (Klir and Yuan, 1995).

The fuzzy c-means clustering algorithm employs fuzzy partitioning such that a data point can belong to all blocks with different membership grades between 0 and 1. This crisp partition is more realistic in many practical applications. Because of this reason, fuzzy c-means clustering method is a powerful tool and is used in many fields in literature.

Let $X = \{x_1, x_2, \dots, x_n\}$ be a set of given data. A fuzzy pseudopartition of X is a family of subsets of X , denoted by $P = \{B_1, B_2, \dots, B_c\}$, which satisfies

$$\sum_{i=1}^c B_i(x_j) = 1 \quad \forall j = 1, \dots, n \quad (1)$$

Let $u_{ij} = B_i(x_j)$, then the cn matrix U is the membership matrix associated with this fuzzy partitioning.

Given a set of data $X = \{x_1, x_2, \dots, x_n\}$, where x_j , in general, is a vector



$$x_j = [x_{j1}, x_{j2}, \dots, x_{jr}] \quad \forall j = 1, \dots, n \quad (2)$$

where r is the dimension of a vector. The problem of fuzzy clustering is to find a fuzzy pseudopartition and the associated cluster centers by which the structure of the data is represented as best as possible.

Given a pseudopartition $P = [A_1, B_2, \dots, B_c]$, the c cluster centers, $[v_1, v_2, \dots, v_c]$ associated with the partition are calculated by the formula

$$v_i = \frac{\sum_{j=1}^n u_{ij}^m x_j}{\sum_{j=1}^n u_{ij}^m} \quad \forall i = 1, \dots, c \quad (3)$$

where $m > 1$ is a real number that governs the influence of the membership grades.

To solve the problem of fuzzy clustering, the criterion that the related with the associations need to be formulated in terms of a performance index. The performance index of a fuzzy pseudopartition P , $J_m(P)$, is defined by the formula

$$J_m(P) = \sum_{i=1}^c \sum_{j=1}^n u_{ij}^m d_{ij}^2 \quad (4)$$

where $d_{ij} = \|x_j - v_i\|$ is the Euclidean distance between the input data x_j and the cluster center v_i . This performance index measures the weighted sum of distances between cluster centers and elements in the corresponding fuzzy clusters. The goal of the fuzzy c -means clustering method is to find a fuzzy pseudopartition P that minimizes the performance index $J_m(P)$. The fuzzy c -means algorithms was developed by Bezdek (1981).

This algorithm mainly performs the following steps (Klir and Yuan, 1995).

Step1. Let $t=0$. Select an initial fuzzy pseudopartition $P^{(0)}$ (randomly initialize the membership matrix U).

Step2. Calculate the c cluster centers $v_1^{(t)}, \dots, v_c^{(t)}$ by Eq.(3) for $P^{(t)}$ and the chosen value of m .

Step 3. Calculate $P^{(t+1)}$ using

$$u_{ij}^{(t+1)} = \left[\sum_{k=1}^c \left(\frac{d_{ij}^2}{d_{kj}^2} \right)^{\frac{1}{m-1}} \right]^{-1}, \quad i = 1, \dots, c \quad j = 1, \dots, n \quad 5$$

Step 4. Compare $P^{(t)}$ and $P^{(t+1)}$. If $|P^{(t+1)} - P^{(t)}| \leq \varepsilon$, then stop; otherwise, increase t by one and return to **Step 2**. ε is the predefined threshold.

The parameter m is selected according to the problem under consideration. When $m = 1$, the fuzzy c -means converges to a “generalized” classical c means. When $m \rightarrow \infty$, all cluster centers tend towards the centroid of the data set X . There is no theoretical basis for an optimal choice for the value of m . However, the algorithm converges for $m \in (1, \infty)$.



2.2 Back-Propagation Multilayer Perceptron (BPMLP) Algorithm

The BPMLP algorithm is a type of supervised, error correction learning that calculates an error on the output layer and propagates that error backwards through the network to determine how each individual weight factor contributes to the output error. In this paper, we used a BPMLP neural network with one hidden layers that consist of N_1 neurons. The steepest-descent gradient approach used by the BPMLP to minimize the mean square error function (Cichoclar and Unbehaven, 1993) defined as:

$$E_p = \frac{1}{2} \sum_{j=1}^n (d_{jp} - y_{jp})^2 = \frac{1}{2} \sum_{j=1}^n e_{jp}^2 \quad (6)$$

where, d_{jp} is the desired output signal of the j th output neuron for the p th example, n is the number of output neurons and y_{jp} is the actual output signal. The total error function is defined as:

$$E_T = \sum_p E_p = \frac{1}{2} \sum_p \sum_j (d_{jp} - y_{jp})^2 \quad (7)$$

For each learning example, the synaptic weights w_{ij} are changed by an amount of

$$\Delta w_{ij} = -\eta \frac{\partial E_p}{\partial w_{ij}}, \quad \eta > 0 \quad (8)$$

The general formula for updating the weights are

$$\Delta w_{ij} = \eta \delta_j o_i \quad (9)$$

where η is the learning rate, δ_j is the local gradient of the hidden neuron j and o_i is the function signal at the output neuron i .

The unipolar sigmoid activation function with its output in the range (0, 1) used in this study is as follows:

$$y_j = \varphi(u_j) = \frac{1}{1 + \exp(-u_j)} \quad (10)$$

where, φ is the unipolar sigmoid activation function and u_j is defined in equation 11 with its bias value θ_j . In addition to the weighted inputs to the neuron, a bias is included in order to shift the space of the nonlinearity.

$$u_j = \sum_{i=1}^n w_{ji} x_i + \theta_j \quad (11)$$



3. EXPERIMENTAL RESULTS

In this study, the main aim is to apply the fuzzy-neural system to health sector in TRNC and to check whether the patients' satisfaction can be classified according to the service quality provided by the governmental hospitals or not.

In order to achieve this goal, a questionnaire consisting of 2 sections was structured. The first section composed of 26 questions was prepared to measure the satisfaction of the patients according to the service quality provided by the hospitals. For the satisfaction level, the 6 points likert type scale changing from 1 to 6 were used. 1 corresponds to very low satisfaction and 6 corresponds to very high satisfaction. The second section of the questionnaire composed of 4 questions that aims to measure the patients' general satisfaction. Again the satisfaction levels are exactly same as the ones used in section

1. In this study, we used all 26 questions of section 1 that shows the service quality provided by the TRNC hospitals and only the first question of section 2 that shows the overall satisfaction of the patients for analyzing the data at hand. Since for the first question of section 2, none of the patients select choice 1, we classify the patients into 5 classes according to their overall satisfaction.

The questionnaire was filled without any mistakes or missing parts by 150 patients. For each class, 10 data are selected randomly for testing. Hence as a total of 50 data are used for testing and 100 data are used for training the fuzzy-neural system.

Table 1 shows the total number of wrongly classified test data as the number of centers selected for fuzzy c-means algorithm and the number of neurons in single layer back-propagation algorithm changes.

Table 1. Wrongly Classified Test Data

Number of centers for clustering	Number of Neurons in ANN	Total number of wrongly classified test data
6	3	11
8	3	8
10	3	9
6	4	12
8	4	9
10	4	11

From this table, 8 centers for fuzzy c-means clustering and 3 neurons for ANN seems to be adequate for the data at hand. For this selection a total of 8 wrongly classified data is obtained which is analyzed in detail in Table 2.

Table 2. The Distribution of Wrongly Classified Data For 8 Centers and 3 Neurons

Classes	Number of test data	Number of wrongly classified test data	To which class the wrong data is classified				
			C1	C2	C3	C4	C5
C1	10	1	-	0	1	0	0
C2	10	2	0	-	2	0	0
C3	10	2	0	1	-	1	0
C4	10	3	0	1	1	-	1
C5	10	0	0	0	0	0	-



4. CONCLUSION

Fuzzy clustering is one of the methods that is applied in different fields effectively in literature. Artificial neural networks are used in many different problem solutions including nonlinear modeling, classification, etc. in literature. In this paper, we combine these methods and used the obtained fuzzy-neural system in the classification of patients' satisfaction according to the service quality provided by the governmental hospitals in TRNC. Our conclusions can be summarized as follows;

- Fuzzy-neural system is an effective method of classifying the patient's satisfaction levels according to service provided by hospitals.
- In Table 1, the total number of wrongly classified test data, as the number of centers selected for fuzzy c-means algorithm and the number of neurons in single layer backpropagation algorithm changes, are tabulated. These results showed us that the performance of fuzzy-neural system depends on not only the number of centers used for fuzzy c-means algorithm but also the number of neurons used in back-propagation algorithm. Moreover it cannot be claimed that as the size of the structures increases, the error decreases. This is mainly because of an insufficient number of training data. From this table, 8 centers for fuzzy c-means clustering and 3 neurons for ANN seems to be adequate for the data at hand.
- In Table 2, we tabulated the wrongly classified testing data. From this table, one can observe that the wrongly classified test data goes mainly to the neighbour classes which shows us that fuzzy-neural system is a powerful algorithm for classification.

5. REFERENCES

- 1-Albayrak S. and Amasyalı F., Fuzzy c-means clustering on medical diagnostic systems, Turkish Symposium on Artificial Intelligence and Neural Networks,2003.
- 2-Alden D.L., Hoa D.M., Bhawuk D., Client satisfaction with reproductive health-care quality: integrating business approaches to modelling and measurement, Soc Sci Med, 2004, 59: 2219–2232.
- 3-Berks G. , Keyserlingk D.G. , Jantzen J., Dotoli M., and Axer H., *Fuzzy Clustering- a Versatile Mean to Explore Medical Database*, ESIT2000, 2000, Germany.
- 4-Bezdek J.C., Pattern Recognition with Fuzzy Objective Function Algorithm, Plenum Press, 1981, New York.
- 5-Choi K.S., Cho W.H., Lee S., Lee. H., Kim C., The relationships among quality, value, satisfaction and behavioral intention in health care provider choice: a South Korean study, Journal Bus Res, 2004, 5: 913–921.
- 6-Cichoclar A., Unbehaven R., Neural Networks for Optimization and Signal Processing, John Wiley & Sons, 1993.
- 7-Haddad S., Fournier P., Machouf N., Yatara F., What does quality mean to lay people? Community perceptions of primary care services in Guinea, Soc Sci Med, 1998, 47: 381–394.
- 8-Haykin S., Neural Networks, 1999, Prentice-Hall
- 9-Klir B., and Yuan B., Fuzzy sets and fuzzy logic, 1995, Prentice Hall.



- 10-Rahmqvist M., Patient Satisfaction in relation to age, health status and other background factors: a model for comparison of care units, *International Journal for Quality in Health Care*, 2001, Volume 13, Number 5, pp. 385-390.
- 11-Rao K. D., Peters D. H., Roche K. B., Towards patient-centered health services in India – a scale to measure patient perceptions of quality, *International Journal for Quality in Health Care*, 2006, Vol. 18 no. 6
- 12-Sitzia J., Wood N., Response rate in patient satisfaction research: an analysis of 210 published studies, *International Journal for Quality in Health Care*, 1998, Volume 10, Number 4, pp. 311-317.



Uluslararası Sağlık ve Hastane Yönetimi Kongresi
International Health and Hospital Administration Congress
01-03 June 2007 Near East University - Nicosia - TRNC - Mersin 10 Turkey





İSTANBUL ÖRNEĞİNDE HASTANE ETKİNLİK ANALİZİ

Ömer BİLEN ;İbrahim DEMİR ;Ali Hakan BÜYÜKLÜ*
Yıldız Teknik Üniversitesi İstatistik Bölümü

ÖZET

Bu çalışmada T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan 2006 yılı istatistikleri kullanılarak İstanbul ili bazında devlet hastanelerinin ve özel hastanelerin sağlık kaynaklarını kullanmadaki etkinlikleri veri zarflama analizi kullanılarak analiz edilmiştir. Sağlık kaynaklarını kullanmada etkin olan ve olmayan hastaneler hem kendi türleri içinde hem de bütün içerisinde değerlendirilmeye alınarak belirlenmiştir. Etkin olmayan hastanelerin etkin olan hastaneleri kıyas olarak ne biçimde sağlık kaynaklarını kullanma politikalarını düzenleyecekleri incelenmiştir. Bu analiz sonucunda özel hastanelerin devlet hastanelerine nazaran kaynaklarını daha verimli kullandıkları görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Veri Zarflama Analizi, Performans Ölçümü, Sağlık Politikaları, İstanbul Giriş

Sağlık bedenen, ruhen ve sosyal olarak bir bütün olarak iyi olma durumudur. 1947 yılında hazırlanan Dünya Sağlık Örgütü Anayasası'na göre sağlık herhangi bir din, dil, ırk, sosyal ve ekonomik ayırım gözetilmeksizin doğuştan kazanılan temel bir hakktır. Yönetimlerin en önemli görevi ise en temel insan haklarından bir tanesi olan sağlık hizmetlerinin topluma ulaştırılmasında etkin, verimli ve adil politikalar uygulamaktır. Sağlık hizmetlerinin topluma ulaştırılmasında etken rol oynayan unsurlardan bir tanesi de ülkede yürütülen ekonomi politikalarıdır. Türkiye'de 1980'li yıllarda etkisini göstermeye başlayan liberal ekonomik politikalar sağlık hizmetlerinin sunulmasında uygulanan politikaları etkilemiştir. Liberal politikalar, devletin sağlık hizmetlerine sağladığı sübvansiyonların azaltılması ve hizmetlerin aktarılmasında özel sektörün rolünün artırılması gibi çalışmaların gerçekleştirilmesine neden olmuştur. Refah devleti krizi tartışmalarının da en önemli konularından bir tanesini de bütçe içinde giderek ağırlığını artıran sağlık harcamaları oluşturmaktadır. Sağlık harcamalarının önemli ölçüde artması tek sorun değildir. Bu sorunun yanı sıra sağlık harcamalarının ülke içerisinde verimli olarak kullanılması da diğer bir sorun olarak ön plana çıkmaktadır. Verimli olarak kullanılmayan sağlık harcamaları elde bulunan kıt kaynakların da israf edilmesi olarak değerlendirilebilir. Bunun sonucu olarak da sağlık hizmetlerinin halka ulaşmasında sorunlar ortaya çıkar. Sağlık hizmetlerinin halka verimli olarak ulaştırılmasında analiz edilecek birimler ülkeler, bölgeler, kentler ya da hastaneler olabilir. Günümüzde şehir ve bölge planlamacılarının tartışmalarından bir tanesi de kent sağlığıdır. Kentte yaşayan insanlara sağlık hizmetlerinin ulaştırılması ve bu hizmetlerin adil, etkin ve verimli bir şekilde yürütülmesi ise tartışma konularından bir tanesidir. İstanbul, Türkiye'nin nüfusu ve ekonomide oynadığı rolü bakımından önemli kentlerden bir tanesidir. Türkiye'de yaşanan hızlı ve çarpık kentleşmenin en çok etkilediği şehirdir. Öktem (2007)'ye göre, hakim küresel kent söyleminin argümanları 1980'lerin başlarından itibaren İstanbul'a dair üretilen kentsel politikaların belirlenmesinde etkili söylem olup kentsel yapıdaki dönüşümlerde önemli rol oynamıştır. İzlenen kentsel dönüşüm politikaları sonucunda ise kentte gelir eşitsizliği, sosyal kutuplaşma, mekansal ayrışma gibi sorunlar ortaya çıkmıştır. Böyle bir ortamda sağlık hizmetlerinin halka arzı da önem kazanmaktadır. Kozmopolit bir yapıya sahip olan kentte sağlık hizmetlerinin en verimli şekilde halka ulaştırılması gereklidir. Bu çalışmanın temel



konusunu İstanbul ilinde bulunan yataklı tedavi kurumlarının 2006 yılında yapmış oldukları hizmetlerin verimliliklerini ölçmek oluşturmaktadır. Verimlilik kıyaslaması hastane bazında yapılmıştır. Hastaneler devlet ve özel hastaneler olmak üzere kendi içlerinde verimlilikleri analiz edilmişlerdir. Bunun yanı sıra uygulanan liberal politikaların bir amacını oluşturan özel sektör kurumlarının sağlık hizmetlerindeki rolünün arttırılması sonucunda ortaya çıkan durumda özel hastanelerin devlet hastanelerine nazaran durumlarının analiz edilmesi için tüm hastaneler bir havuz oluşturularak bütüncül bir analiz gerçekleştirilmiştir. Analiz sonucunda ise verimli hastaneler belirlenerek verimsiz hastaneler için referans olarak kullanılacak hastaneler ortaya konulmuştur. Verimlilik analizini gerçekleştirmek için kullanılan yöntem veri zarflama analizidir. Veri zarflama analizini uygulamak için Efficient Measurement System adlı yazılım kullanılmıştır.

Literatür Taraması

Sağlık hizmetlerinin sunumunda verimlilik, adalet, etkinlik gibi konularla literatürde sıklıkla karşılaşılmaktadır. Bu konular incelendiğinde birbirleri ile ilişkili oldukları görülmektedir. Smith (2002), Dünya sağlık örgütünün Dünya Sağlık Raporu 2000 raporunda sağlık sistemi performansını ölçme konusunda duyduğu kaygıyı dile getirmiştir. Retzlaff ve Chang (2004), sağlık kaynaklarını kullanmada OECD ülkelerinin teknik etkinliklerini OECD 2000 sağlık verisini kullanarak analiz etmişlerdir. Analizlerinde 2 çıktı değişkeni, 4 adedi sağlık ve 4 adedi de sosyal çevre girdileri olmak üzere 8 tane girdi değişkeni kullanmışlardır. Uygulama verimlilik ölçümü için veri zarflama analizi kullanılarak yapılmıştır. Bu çalışma sonucunda Türkiye sağlık kaynaklarını verimli kullanan ülkeler arasında yer almıştır. Bu çalışmadan esinlenerek Demir ve Bilen (2007) tüm dünya ülkeleri içerisinde Türkiye'nin sağlık hizmetlerindeki verimliliğini veri zarflama analizi kullanarak incelemişler ve bu analiz sonucunda Türkiye'nin etkin ülkeler arasında olmasına rağmen verimsiz ülkeler için referans ülke olmadığını tespit etmişlerdir. Sherman (1984) ise analizinde kıyaslanacak birimler olarak hastaneleri kullanmıştır. Analizde Massachusetts'de eğitim konusunda uzmanlaşmış olan 7 hastanenin etkinliğini incelemiştir. Grosskopf and Valdmanis (1987) benzer bir çalışmada California'da bulunan 82 hastanenin etkinliğini araştırmıştır. Ozcan ve Luke (1993), çoklu hastane sisteminde üyelik, sahiplik ve payer mix karakteristiklerinin ilişkisini ve hastane verimliliklerini analiz etmiştir. Ökten ve ark. (2007) neoliberal politikalar kapsamında sağlık hizmetlerinin sunumunda Türkiye'deki özel ve devlet hastanelerinin ülke içerisindeki dağılımını analiz ederek devlet kurumlarının özel sektör kurumlarından nüfus ve GSMH'a göre daha eşitlikçi dağıldığını tespit etmişlerdir. Analizlerinde ise gini katsayısı, lorenz eğrisi ve kartilleri kullanmışlardır. Doç. Dr. Kayıhan Pala 2006 yılında Milliyet Gazetesi yılın inceleme ödülü aldığı Türkiye İçin Nasıl Bir Sağlık Reformu? başlıklı çalışmasında sağlık hizmetlerinde performansa dayalı döner sermaye uygulamalarına değinmiştir. Bu uygulamalar sonucunda ;

- Daha fazla kişinin muayene edileceği
- Daha fazla ilacın yazılıp tüketileceği
- Daha fazla kişinin ameliyat edileceği
- Daha fazla tetkik yapılacağı
- Puanı yüksek olan tıbbi girişimlerin önceleneceği
- Hastanelerdeki tıbbi teknolojinin kullanımının artacağı
- Sağlık ocaklarına teknolojinin hızla gireceği
- Sağlık çalışanları arasında rekabetin artacağını ve bunun sonucu olarak da iş barışının bozulacağını vurgulamıştır.



Bu çalışma da her ne kadar muayene edilecek kişi sayısının artmasının olumlu görünmesinin yanı sıra bunun toplum sağlığına yapacağı katkının da araştırılması gerektiği vurgulanmıştır.

Tübitak Vizyon 2023 Teknoloji Öngörüsü Projesi Sağlık Ve İlaç Paneli Sağlık Hizmetleri Alt Grubu tarafından yapılan çalışma da Türkiye'deki sağlık hizmetleri konusunda politika belirleyicileri ve sağlık hizmeti sunan kurumları belirtmiştir. Bu sınıflama Tablo 1'de görülmektedir. Bu çalışma da kurumlar için kullanılacak tipoloji kamu ve özel olarak oluşturulacaktır. Kamuya bağlı kurumlar kamu özel sektöre bağlı olan kurumlar (özel üniversiteler dahil) özel hastane başlığı altında toplanacaktır. Literatürde yapılan çalışmalar incelendiğinde yukarıda verilen örnekler artırılabilir. Çalışmalardan da görüldüğü üzere sağlık hizmetlerinde verimlilik ölçümü önem kazanmaktadır.

Tablo 1. Türkiye'de Politika Belirleyiciler ve Sağlık Hizmeti Sunanlar

POLİTİKA BELİRLEYİCİLER	SAĞLIK HİZMETLERİ SUNANLAR
Türkiye Büyük Millet Meclisi	<u>KAMU</u>
Devlet Planlama Teşkilatı	Sağlık Bakanlığı
Sağlık Bakanlığı	Sosyal Sigortalar Kurumu
Yüksek Öğrenim Kurumu	Üniversite Hastaneleri
Anayasa Mahkemesi	Savunma Bakanlığı
İDARİ YÖNETİM	<u>ÖZEL</u>
Sağlık Bakanlığı	Özel Hastaneler
İl Sağlık Müdürlükleri	Vakıflar
SAĞLIK SEKTÖRÜ FİNANSMANI	Azımlık hastaneleri
Maliye Bakanlığı	Serbest pratisyen/uzmanlar
SSK	Poliklinikler
Bağ-Kur	Laboratuar ve tanı merkezleri
Emekli Sandığı	Eczaneler
Özel Sandıklar	<u>DERNEKLER</u>
Vakıflar	Kızılay
Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Fonu	Vakıflar
Özel Sigorta Şirketleri	
Döner sermayeler	
Uluslararası kuruluşlar	



Sağlık hizmetlerinde verimliliğin ölçümü için hem uluslar arası hem de ulusal çalışmalar söz konusudur. Türkiye sağlık hizmetlerinde verimli bir ülkedir. Ancak verimliliğin sürdürülebilmesi için hastane bazında analizlerin yapılması gereklidir. Bu çalışma da İstanbul ili bazında hastane verimliliği ölçülerek verimliliğin sürdürülmesine engel olabilecek birimler ortaya konulacak referans kümeleri belirlenecektir.

Gereç ve Yöntemler

VZA, birden fazla girdi ve çıktının bileşimlerine dayalı etkinlik ölçüm tekniği olarak doğrusal programlamayı kullanmaktadır. Doğrusal programlama belli bir amacı gerçekleştirmek için sınırlı kaynakların etkin kullanımını ve çeşitli seçenekler arasında en uygun dağılımını belirlemeye yarayan matematiksel bir tekniktir. Doğrusal programlama, optimal kaynak dağılım problemlerinin çözümünde yaygın olarak kullanılmaktadır. Doğrusal programlama problemi olarak ifade edilebilen bir problemde gerçekleştirilmesi arzu edilen amacın açık ve ölçülebilir biçimde bir doğrusal fonksiyon olarak tanımlanması, bu amacın gerçekleşme derecesini kısıtlayan sınırlı kaynakların (kısıtların) sınırlılık derecelerinin bilinmesi ve doğrusal eşitlik ya da eşitsizlikler olarak ifade edilmesi gerekmektedir (Charnes ve Cooper, 1978).

Veri zarflama analizinin kullanılabilmesi için öncelikle aynı kararların uygulandığı ve benzer organizasyona sahip olan karar verme birimlerinin seçilmesi gerekmektedir. Karar verme birimlerinin etkinliğinin ölçülebilmesi için bu birimlere ait girdi ve çıktı değişkenleri belirlenmelidir. Veri zarflama analizi modelinin ayrıştırma yeteneğinin çok olabilmesi için girdi ve çıktı sayısının çok olması arzulanır. Bu nedenle mümkün olduğunca çok sayıda girdi ve çıktı elemanı seçilmelidir. Ancak seçilen girdi ve çıktı elemanlarının her karar birimi için kullanılıyor olması gerekmektedir. Seçilen girdi sayısı m , çıktı sayısı da p ise en az $m + p + 1$ tane karar birimi araştırmanın güvenilirliği açısından gerekli bir kısıttır. Diğer bir kısıt ise değerlendirmeye alınan karar verme birimi sayısı, değişken sayısının en az 2 katı olmalıdır (Boussofianee ve Dyson, 1991).

Veri zarflama analizinin matematiksel modeli aşağıda görülmektedir.
Amaç fonksiyonu:

$$\max \frac{\sum_{k=1}^s v_k \cdot y_{kp}}{\sum_{j=1}^m u_j \cdot x_{jp}}$$

Kısıtlayıcılar:



$$\frac{\sum_{k=1}^s v_k y_{ki}}{m} \leq 1 \quad \forall_i \text{ için}$$
$$\sum_{j=1}^m u_j x_{ji}$$

Pozitif kısıtlama:

$$v_k, u_j \geq 0 \quad \forall k, j \text{ için}$$

Burada;

$K = 1, \dots, s,$

$j = 1, \dots, m,$

$i = 1, \dots, n,$

y_{ki} : i inci karar verme biriminin ürettiği çıktı miktarı

x_{ji} : i inci karar verme biriminin kullandığı girdi miktarı

u_j : j inci girdinin ağırlığı

$v_k = k$ inci çıktının ağırlığı

Analizde kullanılan veriler Sağlık Bakanlığı web sayfasında yayımlanan **Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yılı 200** kitabında yer alan yataklı tedavi kurumlarının illere göre 2006 yılı çalışmaları ve bazı temel göstergeler adlı bölümden elde edilmiştir. Analizde Girdi Yönelimli Sabit Getirili Ölçek yöntemi uygulanmıştır. Veri zarflama analizi toplam 3 girdi ve 5 çıktı olmak üzere 8 değişkenle gerçekleştirilmiştir. Bu değişkenler Tablo 2’de görülmektedir. Analize çok fazla veri kaybına neden olmamak için doğum sayısı ve küçük ameliyat sayısı değişkenleri dahil edilmemiştir. Aynı zamanda pratisyen hekim sayısı sıfır olan hastanelerin pratisyen hekim sayısı analizi gerçekleştirmek amacı ile 1 olarak kabul edilmiştir. Ortalama kalış süresi değişkeni, $1/(\text{Ortalama Kalış Süresi})$ formülü ile dönüştürülerek analize dahil edilmiştir. Analizde kullanılan değişkenlerde verisi bulunmayan hastaneler analiz dışı bırakılmıştır. Analize dahil edilen toplam hastane sayısı 173’tür. Hastane listesi Tablo 3’te görülmektedir.

Tablo 2. Değişken Listesi

Yatak Sayısı	Girdi
Uzman Sayısı	Girdi
Pratisyen Sayısı	Girdi
Poliklinik Sayısı	Çıktı
Taburcu Sayısı	Çıktı
Ortalama Kalış Günü (1/x)	Çıktı
Büyük ameliyat sayısı	Çıktı
Orta ameliyat sayısı	Çıktı



Tablo 3. Hastane Listesi

Haydarpaşa Numune Eğitim ve Arş. H.	Özel Amerikan H.(Vehbi Koç Vakfı)	Özel İren H.
Şişli Etfal Eğit. ve Araş. Hast.	Özel Anadolu Hast ve Melek Doğumevi	Özel İstanbul Cerrahi H.
Taksim Eğit ve Araşt Hast.	Özel Anadolu Çınar Hast.	Özel İstanbul Dünya Hast.
Prof. Dr. N. Reşat Belger Beyoğlu Göz Eğitim ve Arş. H.	Özel Arnavutköy Hast.	Özel İstanbul Göz Hast.
Haseki Eğit ve Araşt Hast.	Özel Ataköy H.	Özel İstanbul Hizmet Hast.
Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğit ve Araşt Hast.	Özel Atlas H.	Özel İstanbul Hospital
Beykoz Devlet Hast.	Özel Avcılar Anadolu Hast.	Özel İstanbul International Hospital
İstinye Devlet H.	Özel Avcılar Hospital	Özel İstanbul Medicine Hospital
Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Aras H.	Özel Avrasya H.	Özel İstanbul Medipol H.
Pendik Devlet H.	Özel Avrupa Şafak Hast.	Özel İstanbul Şafak Hast.
Bayrampaşa Devlet Hast.	Özel Avicenna Hospital	Özel İstanbul Vatan Hast.
Sarıyer İsmail Akgün D.H	Özel Bağcılar Yaşam Hast.	Özel ohn F.Kennedy Hospital
Tacirler Eğitim Vakfı Sultanbeyli Devlet H.	Özel Bahat Halk H.	Özel Kadıköy Şifa Hast.
Süleymaniye Doğum ve Kadın Has. Eğitim ve Arş. H.	Özel Bahat Hospital	Özel Kadioğlu Kliniği
Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Has. Eğitim ve Arş. H..	Özel Yenibosna Safa Hast.	Özel Kartal H.
Lutfiye Nuri Burat D.H	Özel Batı Bahat Hospital	Özel Levent H.
Dr.S.Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Arş. H.	Özel Bayrampaşa Göz Hast.	Özel Maltepe Dünya Hast.
Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Arş. H.	Özel Bayrampaşa Hast.	Özel Medical Park Hospital
Yedikule Göğüs Has ve Cer.Eğitim ve Arş H.	Özel Beyoğlu H.	Özel Mediana Hospitals Avcılar H.
Prof.Dr. Mazhar Osman Ruh Sağ ve Sinir Has Eğitim ve Arş H.	Özel Bilge H.	Özel Mediana Hospitals Bahçelievler H.
Metin Sabancı Baltalimanı Kemik Has Eğitim ve Araş. H.	Özel Büyükçekmece Hast.i	Özel Mediana Hospitals Çamlıca H.
70.Yıl Fizik Ted ve Rehabilitasyon Eğitim ve Arş.H.	Özel Central Hospital	Özel Meltem Hast. ve Doğ.evi
Bakırköy Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları EA H..	Özel Çağın H.	Özel Memorial H.
Eyüp Devlet H.	Özel Çamlıca Ömür Hast.	Özel Merter Vatan Üiversal



		Hospitals Group
Göztepe Eğitim ve Araştırma Hast.	Özel Çamlık H.	Özel Metropolitan Florence Nightingale H.
İstanbul Eğitim ve Araştırma Hast.	Özel Çapa H.	Özel Nene Hatun H.
Kartal Yavuz Selim D.H	Özel Çapa Millet Hast.	Özel Nisa H.
Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hast.	Özel Çengelköy Ülkü Hast.	Özel Okmeydanı Hast.
Paşabahçe Devlet Hast.	Özel Delta Hospital	Özel Onur H.
Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi EA H.	Özel Dentistanbul Dış Hast.	Özel Özkan H.
Şişli Devlet H.	Özel Derman H.	Özel Pendik Hospital
Yakacık Doğum ve Çocuk Hastalıkları H.	Özel Doğan H.	Özel Safa H.
Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hast.	Özel Dr.Osmanoğlu Kliniği	Özel Saygı H.
Üsküdar Devlet Hast.	Özel Dr.Sadık Ahmet Hast.	Özel Selimiye H.
Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hast.	Özel Dragos Şifa Hast.	Özel Sema H.
Validebağ Öğretmenler D.H	Özel Duygu H.	Özel Silivri Millet H.
Çatalca Devlet ve Bölge Trafik H.	Özel Dünya Göz Hast (Ataköy)	Özel Sultan H.
Silivri Prof. Dr. Necmi Ayanoglu Devlet Hast.	Özel Dünya Göz Hast (Beşiktaş)	Özel Şifa H.
Büyükcçekmece Dev. Hast.	Özel Ersoy H.	Özel Tem H.
Şile Devlet H.	Özel Esenler Ensar Hast.	Özel Türkiye Gazetesi Hast.
Tuzla Devlet H.	Özel Esenler Hayat Hast.	Özel Uğur H.
Cerrahpaşa Tıp Fak. Hast.	Özel Eyüp Haliç Hospital	Özel Umut H.
İstanbul Tıp Fak. H.	Özel Fatih H.	Özel Universal Hospitals Group (Alman)
İ.Ü. Onkoloji Enstitüsü	Özel Ferihan Laçın Hast.	Özel Universal Hospital
İ.Ü.Kardiyoloji Enstitüsü	Özel Florance Nightingale Hast.	Özel Yaşam H.
Marmara Üniversitesi Tıp Fak.H.	Özel Gazi H.	Özel Yaşar H.
Maltepe Üniv.Marmara Eğt.ve Arş.H.	Özel Gaziosmanpaşa Hast.	Özel Yeni Bosna Hast.
Yeditepe Üniv.Tıp Fak.Hastanei	Özel Gelişim H.	Özel Yeni İsviçre Hast.
Bezm-i Alem Valide Sultan Vakıf Gureba EA H.	Özel Göztepe H.	Özel Yeni Ufuk Hast.
Senjorj Hast (Avusturya)	Özel Göztepe Şafak Hast	Özel Yeni Umut Hast.



Tablo 3. Hastane Listesi Devam

Özel Balat Or-Ahayım Musevi H. Vakfı İktisadi İşletmesi	Özel Gültepe Ensar H.	Özel Yıldıztabya Bilge Hast.
Özel Balıklı Rum H.	Özel Güney H.	
Surp Agop Hast (Ermeni Vak)	Özel Güngören H.	
Özel Surp Pırgiç Yedikule Ermeni H.(Yedikule Ermeni Vakfı)	Özel Halkalı Kent H.	
Özel 29 Mayıs Hast.	Özel Hattat H.	
Özel Academic Hospital	Özel Haznedar Sağlık Hast.	
Özel Acıbadem Bakırköy Hast	Özel Hisar İntercontinental Hospital H.	
Özel Acıbadem H.	Özel Hospitaltürk Üsküdar Hast	
Özel Acıbadem Kozyatağı Hst.	Özel Huzur H.	
Özel Afiyet H.	Özel İlgi H.	
Özel Aksoy H.	Özel İncirli H.	

Sonuçlar

Veri zarflama analizi özel hastaneler, devlet hastaneleri ve toplam hastaneler genelinde olmak üzere uygulanmıştır. Analiz sonucunda elde edilen etkinlik skorları ve kıyas hastaneler her bir analiz için oluşturulan tabloda görülmektedir (Tablo 4-5-6). Devlet hastaneleri için yapılan uygulamaya toplam 47 adet hastane analize dahil edilmiştir. 47 hastaneden 8 tanesinin kaynaklarını verimli olarak kullandıkları görülmüştür. Tam verimli olmayan hastanelerden 24 hastanenin verimlilik skoru %50'nin üzerindeyken 15 hastanenin verimlilik skoru %50'nin altındadır. Hastanelerin genel verimlilik ortalaması %63.88 standart sapması ise %26.44'tür. Toplam 24 hastane ortalama verimlilik düzeyinin altındadır. %25 verimlilik düzeyinin altında olan 5 hastanenin 4 tanesinin üniversite hastanesi olması dikkat çekicidir.

Özel hastaneler için yapılan uygulamada ise 126 adet hastane incelenmiştir. 126 özel hastanenin toplam 16 tanesi kaynaklarını tam verimli olarak kullanmaktadır. Verimlilik skoru %50'nin üzerinde olan tam verimli olmayan hastane sayısı 72 iken verimlilik skoru %50'nin altında olan hastane sayısı 38'dir. Özel hastanelerin genel verimlilik ortalaması %60.68 iken standart sapması %26.32'dir. Toplam 64 özel hastane ortalama verimlilik skorunun altında verimlilik skoruna sahiptir. Verimlilik skoru %25'in altında olan hastane sayısı 14 iken devlet üniversite hastanelerine benzer şekilde özel üniversite hastanelerinin de bu grupta yer alması dikkat çekicidir.

Özel hastaneler ile devlet hastanelerinin verimlilik skorlarının ortalamaları (p 0.475) arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Yani özel hastanelerin ve devlet hastanelerinin performans ortalamaları aynıdır.

Özel ve devlet hastanelerinin tamamının analize dahil edilmesi sonucunda elde edilen sonuçlar 173 hastaneden 19 adedinin verimli olduğunu verimli olan hastanelerden ise 4 tanesi devlet



hastanesidir. Tüm hastaneler için ortalama verimlilik skoru %58.11 iken standart sapma değeri %26.26'dır. Ortalama verimlilik skorunun altında skora sahip hastane sayısı 85'dir. %50'den az verimli olan hastane sayısı ise 62'dir. Verimlilik skoru %25 ve altı olan hastane sayısı 23 iken bu hastanelerden 6 tanesi devlet hastanesidir. Üniversite hastaneleri diğer analizlere paralel olarak yine en verimsiz hastaneler arasında yer almışlardır. Tablo 4 ve Tablo 5'de koyu belirtilen hastaneler genel hastanelerle ilgili yapılan verimlilik analizinde de verimli çıkan hastanelerdir.

Tablo 4. Devlet Hastaneleri Verimlilik Analizi Sonuçları

No	Karar Verme Birimleri	Skor	Referans Kümesi
4	Prof. Dr. N. Reşat Belger Beyoğlu Göz Eğitim ve Araş. H.	100.00%	24
12	Sariyer İsmail Akgün D.H	100.00%	1
13	Tacirler Eğitim Vakfı Sultanbeyli Devlet H.	100.00%	3
23	Bakırköy Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları EA H..	100.00%	8
27	Kartal Yavuz Selim D.H	100.00%	11
37	Çatalca Devlet ve Bölge Trafik H.	100.00%	3
38	Silivri Prof. Dr. Necmi Ayanoğlu Devlet Hast.	100.00%	37
39	Büyükçekmece Dev. Hast.	100.00%	4
29	Paşabahçe Devlet Hast.	98.72%	4 (0.13) 13 (0.16) 27 (0.44) 38 (0.02)
32	Yakacık Doğum ve Çocuk Hastalıkları H.	95.07%	4 (0.06) 27 (0.04) 38 (0.65)
31	Şişli Devlet H.	91.12%	12 (0.14) 27 (0.13) 37 (0.12) 38 (0.15)
41	Tuzla Devlet H.	83.99%	38 (0.61)
36	Validebağ Öğretmenler D.H	83.62%	27 (0.30) 37 (0.40)
25	Göztepe Eğit ve Araşt Hast.	80.50%	4 (0.49) 38 (4.26)
11	Bayrampaşa Devlet Hast.	79.93%	27 (0.04) 38 (1.33)
6	Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğit ve Araşt Hast.	79.72%	4 (0.51) 38 (3.45)
26	İstanbul Eğit ve Araşt Hast.	79.17%	4 (0.69) 38 (4.35)
16	Lutfiye Nuri Burat D.H	75.29%	27 (0.01) 38 (0.60) 39 (0.04)
10	Pendik Devlet H.	70.03%	4 (0.00) 13 (0.23) 27 (0.11) 38 (0.15) 39 (0.38)
7	Beykoz Devlet Hast.	67.91%	4 (0.02) 13 (0.20) 27 (0.10) 38 (0.14) 39 (0.15)
15	Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Has. Eğitim ve Araştırma H..	67.51%	4 (0.28) 23 (0.57) 38 (0.24)
9	Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Aras H.	65.82%	4 (1.48) 38 (2.62)
5	Haseki Eğit ve Araşt Hast.	65.60%	4 (0.11) 38 (4.32)
1	Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma H.	61.68%	4 (1.37) 38 (2.70)
20	Prof.Dr. Mazhar Osman Ruh Sağ ve Sinir Has Eğitim ve Arş H.	61.60%	23 (0.01) 38 (1.45)
14	Süleymaniye Doğum ve Kadın Has. Eğitim ve Araştırma H.	61.04%	4 (0.08) 23 (0.04) 38 (0.40)
2	Şişli Etfal Eğit. ve Araş. Hast.	58.27%	4 (0.41) 38 (3.55)
40	Şile Devlet H.	56.57%	38 (0.21)



8	İstinye Devlet H.	56.52%	27 (0.07) 38 (1.30)
47	Bezm-i Alem Valide Sultan Vakıf Gureba EA H.	54.89%	4 (0.73) 38 (2.75)
21	Metin Sabancı Baltalimanı Kemik Has Eğitim ve Araş. H.	54.46%	4 (0.25) 38 (0.43)
35	Ümraniye Eğit ve Araşt Hast.	52.27%	38 (2.07)
24	Eyüp Devlet H.	50.81%	27 (0.14) 38 (0.43) 39 (0.01)
18	Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma H.	48.76%	4 (0.28) 23 (0.27)
45	İ.Ü.Kardiyoloji Enstitüsü	47.61%	23 (0.04) 38 (0.16)
28	Okmeydanı Eğit ve Araşt Hst.	44.46%	38 (6.55)
33	Fatih Sultan Mehmet Eğit ve Araşt Hast.	44.40%	4 (0.01) 38 (1.13)
19	Yedikule Göğüs Has ve Cer.Eğitim ve Arş H.	37.58%	23 (0.09) 38 (0.75)
22	70.Yıl Fizik Ted ve Rehabilitasyon Eğitim ve Arş.H.	35.39%	4 (0.02) 38 (0.43)
30	Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi EA H.	35.28%	23 (0.14) 38 (0.99)
3	Taksim Eğit ve Araşt Hast.	35.00%	4 (0.15) 38 (1.17)
17	Dr.S.Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araş. H.	33.47%	4 (0.82) 23 (0.19) 38 (0.08)
46	Marmara Üniversitesi Tıp Fak.H.	23.91%	4 (0.73) 38 (0.24)
34	Üsküdar Devlet Hast.	23.19%	27 (0.01) 37 (0.40) 38 (0.10)
43	İstanbul Tıp Fak. H.	14.96%	4 (1.64) 38 (0.74)
44	İ.Ü. Onkoloji Enstitüsü	13.69%	4 (0.00) 38 (0.14)
42	Cerrahpaşa Tıp Fak. Hast.	12.53%	4 (0.70) 38 (2.76)

Tablo 5. Özel Hastanelerin Verimlik Analizi Sonuçları

No	Karar Verme Birimleri	Skor	Referans Kümesi
8	Özel 2 Mayıs Hast.	100.00%	0
10	Özel Acıbadem Bakırköy Hast	100.00%	0
11	Özel Acıbadem Hastanesi	100.00%	5
12	Özel Acıbadem Kozyatağı Hst.	100.00%	15
22	Özel Avcılar Hospital	100.00%	27
23	Özel Avrasya Hastanesi	100.00%	0
31	Özel Bayrampaşa Göz Hast.	100.00%	0
44	Özel Dentistanbul Diş Hast.	100.00%	81
51	Özel Dünya Göz Hast (Ataköy)	100.00%	51
52	Özel Dünya Göz Hast (Beşiktaş)	100.00%	73
67	Özel Güngören Hastanesi	100.00%	6
74	Özel İlgi Hastanesi	100.00%	10
94	Özel Medica Hospitals Avcılar Hastanesi	100.00%	70
108	Özel Saygı Hastanesi	100.00%	0



112	Özel Sultan Hastanesi	100.00%	36
117	Özel Umut Hastanesi	100.00%	2
92	Özel Maltepe Dünya Hast.	96.86%	12 (0.40) 52 (0.25) 112 (0.13) 117 (0.19)
96	Özel Medicana Hospitals Çamlıca Hastanesi	96.72%	51 (0.78)
121	Özel Yaşar Hastanesi	94.70%	44 (0.89) 94 (0.06)
45	Özel Derman Hastanesi	94.51%	44 (0.22) 52 (0.26) 74 (0.39)
79	Özel İstanbul Göz Hast.	94.01%	44 (0.62) 51 (0.08) 52 (0.14) 94 (0.11)
13	Özel Afiyet Hastanesi	93.51%	52 (0.05) 74 (0.69)
106	Özel Pendik Hospital	92.98%	44 (0.10) 52 (0.22) 74 (0.66)
78	Özel İstanbul Dünya Hast.	91.97%	44 (0.04) 52 (0.54) 74 (0.18)
29	Özel Yenibosna Safa Hast.	90.17%	22 (0.52) 44 (0.06) 51 (0.04) 94 (0.28)
66	Özel Güney Hastanesi	88.63%	44 (0.19) 52 (0.05) 74 (0.28) 112 (0.28)
24	Özel Avrupa Şafak Hast.	88.46%	22 (0.39) 51 (0.60)
113	Özel Şifa Hastanesi	87.90%	22 (0.25) 44 (0.18) 52 (0.15) 94 (0.05) 112 (0.25)
91	Özel Levent Hastanesi	83.27%	44 (0.19) 52 (0.43) 94 (0.02) 112 (0.20)
69	Özel Hattat Hastanesi	82.50%	44 (0.80) 52 (0.01) 94 (0.02)
34	Özel Bilge Hastanesi	82.08%	12 (0.09) 52 (0.46) 94 (0.07) 112 (0.20)
97	Özel Meltem Hast. ve Doğ. evi	82.03%	22 (0.01) 44 (0.32) 52 (0.14) 94 (0.15) 112 (0.20)
105	Özel Özkan Hastanesi	80.95%	12 (0.30) 51 (0.07) 52 (0.05) 94 (0.25) 112 (0.14)
104	Özel Onur Hastanesi	80.49%	44 (0.12) 52 (0.36) 94 (0.06) 112 (0.26)
21	Özel Avcılar Anadolu Hast.	77.99%	44 (0.23) 51 (0.15) 52 (0.09) 94 (0.31)
68	Özel Halkalı Kent Hastanesi	75.98%	22 (0.09) 44 (0.23) 67 (0.24) 94 (0.14) 112 (0.07)
40	Özel Çapa Hastanesi	75.50%	12 (0.22) 52 (0.53)
95	Özel Medicana Hospitals Bahçelievler Hastanesi	75.39%	11 (0.04) 12 (0.20) 22 (0.03) 51 (0.36) 94 (0.12)
30	Özel Batı Bahat Hospital	74.45%	11 (0.18) 12 (0.06) 51 (0.06) 52 (0.17) 94 (0.27)
65	Özel Gültepe Ensar Hastanesi	73.67%	22 (0.02) 44 (0.37) 51 (0.08) 67 (0.14) 94 (0.05) 112 (0.08)
42	Özel Çengelköy Ülkü Hast.	73.53%	44 (0.02) 52 (0.11) 94 (0.43) 112 (0.17)
85	Özel İstanbul Şafak Hast.	73.13%	22 (0.03) 44 (0.24) 51 (0.07) 67 (0.11) 94 (0.29)
54	Özel Esenler Ensar Hast.	72.54%	44 (0.14) 52 (0.37) 94 (0.07) 112 (0.15)
103	Özel Okmeydanı Hast.	72.26%	44 (0.37) 52 (0.22) 94 (0.09) 112 (0.04)
18	Özel Arnavutköy Hast.	70.96%	22 (0.01) 44 (0.29) 51 (0.05) 67 (0.03) 94 (0.13) 112 (0.21)
107	Özel Safa Hastanesi	69.49%	44 (0.55) 51 (0.07) 52 (0.33) 112 (0.44)
124	Özel Yeni Ufuk Hast.	68.53%	44 (0.32) 51 (0.07) 52 (0.10) 94 (0.20)
20	Özel Atlas Hastanesi	67.94%	22 (0.00) 44 (0.10) 51 (0.07) 67 (0.36) 112 (0.15)
32	Özel Bayrampaşa Hast.	67.37%	44 (0.50) 52 (0.17)



90	Özel Kartal Hastanesi	67.28%	22 (0.21) 44 (0.09) 52 (0.25) 112 (0.12)
28	Özel Bahat Hospital	66.29%	11 (0.01) 12 (0.09) 22 (0.14) 51 (0.13) 94 (0.29)
72	Özel Hospitaltürk Üsküdar Hast	65.00%	22 (0.05) 44 (0.32) 52 (0.21) 94 (0.07)
84	Özel İstanbul Medipol Hastanesi	63.52%	12 (0.37) 51 (0.00) 52 (0.26)
58	Özel Ferihan Laçın Hast.	63.48%	44 (0.28) 51 (0.10) 52 (0.03) 94 (0.23)
122	Özel Yeni Bosna Hast.	63.01%	44 (0.38) 94 (0.25)
50	Özel Duygu Hastanesi	62.82%	44 (0.15) 51 (0.00) 52 (0.08) 94 (0.17) 112 (0.22)
38	Özel Çamlıca Ömür Hast.	62.42%	11 (0.12) 12 (0.06) 51 (0.06) 52 (0.30) 94 (0.08)
77	Özel İstanbul Cerrahi Hastanesi	62.33%	51 (0.03) 52 (0.34) 94 (0.25)
41	Özel Çapa Millet Hast.	61.82%	44 (0.48) 52 (0.01) 94 (0.12)
116	Özel Uğur Hastanesi	61.74%	44 (0.16) 52 (0.19) 94 (0.27)
102	Özel Nisa Hastanesi	60.91%	51 (0.24) 52 (0.10) 94 (0.26)
48	Özel Dr.Sadık Ahmet Hast.	60.74%	44 (0.36) 94 (0.24)
70	Özel Haznedar Sağlık Hast.	60.65%	12 (0.00) 52 (0.22) 94 (0.34) 112 (0.04)

Tablo 5 Devam Özel Hastanelerin Verimlik Analizi Sonuçları

No	Karar Verme Birimleri	Skor	Referans Kümesi
26	Özel Bağcılar Yaşam Hast.	59.96%	22 (0.14) 44 (0.03) 67 (0.07) 94 (0.13) 112 (0.24)
125	Özel Yeni Umut Hast.	59.94%	22 (0.02) 44 (0.10) 51 (0.14) 94 (0.05) 112 (0.29)
83	Özel İstanbul Medicine Hospital	59.83%	51 (0.57) 52 (0.03)
75	Özel İncirli Hastanesi	58.57%	44 (0.24) 52 (0.06) 94 (0.28)
49	Özel Dragos Şifa Hast.	58.46%	44 (0.27) 52 (0.08) 94 (0.23)
88	Özel Kadıköy Şifa Hast.	58.13%	22 (0.09) 44 (0.14) 51 (0.26) 112 (0.09)
101	Özel Nene Hatun Hastanesi	57.75%	44 (0.14) 52 (0.05) 94 (0.38)
120	Özel Yaşam Hastanesi	57.40%	44 (0.29) 52 (0.03) 94 (0.26)
62	Özel Gelişim Hastanesi	56.98%	44 (0.11) 51 (0.01) 52 (0.10) 112 (0.35)
27	Özel Bahat Halk Hastanesi	56.67%	44 (0.19) 52 (0.08) 94 (0.06) 112 (0.24)
115	Özel Türkiye Gazetesi Hast.	56.44%	44 (0.09) 52 (0.02) 94 (0.45)
63	Özel Göztepe Hastanesi	56.15%	12 (0.19) 22 (0.02) 51 (0.02) 52 (0.15) 94 (0.17)
81	Özel İstanbul Hospital	55.62%	12 (0.21) 51 (0.18) 112 (0.05) 117 (0.12)
60	Özel Gazi Hastanesi	55.52%	44 (0.28) 52 (0.14) 94 (0.13)
89	Özel Kadioğlu Kliniği	55.21%	44 (0.36) 51 (0.03) 52 (0.03) 94 (0.14)
16	Özel Anadolu Hast ve Melek Doğumevi	55.14%	44 (0.50) 52 (0.01) 94 (0.04)
111	Özel Silivri Millet Hastanesi	54.43%	44 (0.13) 94 (0.41)
35	Özel Büyükçekmece Hast.	53.82%	44 (0.07) 52 (0.03) 74 (0.69)
114	Özel Tem Hastanesi	53.48%	12 (0.07) 22 (0.05) 51 (0.06) 52 (0.14) 94 (0.16) 112 (0.05)
53	Özel Ersoy Hastanesi	52.93%	44 (0.26) 52 (0.25) 74 (0.30)
86	Özel İstanbul Vatan Hast.	51.73%	44 (0.12) 51 (0.03) 52 (0.06) 94 (0.31)
76	Özel İren Hastanesi	50.71%	44 (0.37) 51 (0.02) 52 (0.00) 94 (0.12)



25	Özel Avicenna Hospital	50.54%	51 (0.01) 52 (0.02) 94 (0.48)
87	Özel John F. Kennedy Hospital	50.52%	51 (0.26) 94 (0.24)
15	Özel Amerikan Hastanesi(Vehbi Koç Vakfı)	50.49%	51 (1.51)
33	Özel Beyoğlu Hastanesi	47.71%	44 (0.44) 52 (0.02) 94 (0.02)
109	Özel Selimiye Hastanesi	47.36%	44 (0.35) 52 (0.04) 94 (0.08)
126	Özel Yıldıztabya Bilge Hast.	45.52%	44 (0.76) 52 (0.13) 94 (0.02)
56	Özel Eyüp Haliç Hospital	44.92%	44 (0.45) 51 (0.06) 52 (0.13) 112 (0.26)
64	Özel Göztepe Şafak Hast	42.91%	22 (0.03) 44 (0.21) 51 (0.31)
123	Özel Yeni İsviçre Hast.	38.88%	51 (0.24) 94 (0.15)
39	Özel Çamlık Hastanesi	38.05%	44 (0.16) 52 (0.01) 94 (0.21)
98	Özel Memorial Hastanesi	38.01%	12 (0.01) 22 (0.16) 51 (0.32) 112 (0.65)
80	Özel İstanbul Hizmet Hast.	37.55%	44 (0.20) 51 (0.19)
118	Özel Universal Hospitals Group (Alman)	36.41%	22 (0.22) 44 (0.26) 51 (0.21) 94 (0.03)
61	Özel Gaziosmanpaşa Hast.	35.99%	51 (0.34) 94 (0.02)
73	Özel Huzur Hastanesi	35.97%	44 (0.52) 52 (0.14) 94 (0.05) 112 (0.01)
17	Özel Anadolu Çınar Hast.	35.68%	44 (0.05) 51 (0.27)
43	Özel Delta Hospital	34.99%	22 (0.01) 44 (0.05) 52 (0.08) 94 (0.21)
82	Özel İstanbul International Hospital	33.25%	52 (0.17) 74 (0.57) 112 (0.48)
47	Özel Dr.Osmanoğlu Kliniği	31.54%	11 (0.02) 12 (0.02) 52 (0.11) 94 (0.16)
3	Senjorj Hast (Avusturya)	31.25%	44 (0.09) 74 (0.06) 112 (0.21)
36	Özel Central Hospital	29.62%	44 (0.04) 52 (0.02) 94 (0.24)
100	Özel Metropolitan Florence Nightingale Hastanesi	28.98%	22 (0.12) 44 (0.19) 51 (0.24)
19	Özel Ataköy Hastanesi	28.74%	44 (0.39) 51 (0.06) 52 (0.09)
119	Özel Universal Hospital	28.25%	44 (0.01) 52 (0.15) 94 (0.12)
14	Özel Aksoy Hastanesi	28.21%	44 (0.19) 51 (0.02) 94 (0.07)
7	Özel Surp Pırgiç Yedikule Ermeni Hastanesi	26.80%	44 (2.09) 52 (0.15) 112 (0.23)
99	Özel Merter Vatan Universal Hospitals Group	25.82%	44 (0.67) 94 (0.11)
46	Özel Doğan Hastanesi	24.73%	44 (0.04) 52 (0.00) 94 (0.20)
57	Özel Fatih Hastanesi	24.26%	44 (0.43) 52 (0.01) 94 (0.05)
59	Özel Florence Nightingale Hast.	20.30%	51 (0.43)
93	Özel Medical Park Hospital	19.50%	22 (0.02) 44 (0.07) 51 (0.09) 112 (0.20)
6	Surp Agop Hast (Ermeni Vak)	19.11%	44 (0.06) 52 (0.00) 94 (0.13)
9	Özel Academic Hospital	18.76%	44 (0.55) 52 (0.26)
1	Maltepe Üniv.Marmara Eğt.ve Arş.Hastanesi	16.97%	22 (0.02) 44 (1.72) 51 (0.12)
110	Özel Sema Hastanesi	15.69%	44 (0.06) 52 (0.08) 94 (0.17)
55	Özel Esenler Hayat Hast.	15.65%	44 (0.32) 52 (0.07) 94 (0.07)
71	Özel Hisar Intercontinental Hospital Hastanesi	15.31%	44 (0.12) 52 (0.17) 74 (0.02) 112 (0.12)



37	Özel Çağın Hastanesi	15.23%	44 (0.08) 51 (0.05)
5	Özel Balıklı Rum Hastanesi	13.77%	22 (0.21) 51 (0.03)
4	Özel Balat Or-Ahayım Musevi Hast. Vakfı İkt. İşl.	8.20%	22 (0.02) 44 (0.36) 51 (0.01) 112 (0.03)
2	Yeditepe Ün.v.Tıp Fak.Hastanesi	6.99%	44 (0.54) 52 (0.22) 112 (0.09)

Tablo 6. Tüm hastanelerin Verimlilik Analizi Sonuçları

No	Karar Verme Birimleri	Skor	Referans Kümesi
4	Prof.Dr.N.R. Belger Beyoğlu Göz Eğt.ve Araş.H	100.00%	1
27	Kartal Yavuz Selim D.H	100.00%	22
38	Silivri Prof. Dr. Necmi Ayanoglu Devlet Hast.	100.00%	48
39	Büyükçekmece Dev. Hast.	100.00%	13
55	Özel 29 Mayıs Hast.	100.00%	0
57	Özel Acıbadem Bakırköy Hast	100.00%	1
58	Özel Acıbadem Hastanesi	100.00%	5
59	Özel Acıbadem Kozyatağı Hst.	100.00%	17
69	Özel Avcılar Hospital	100.00%	44
70	Özel Avrasya Hastanesi	100.00%	0
78	Özel Bayrampaşa Göz Hast.	100.00%	3
91	Özel Dentistanbul Diş Hast.	100.00%	109
98	Özel Dünya Göz Hast (Ataköy)	100.00%	78
99	Özel Dünya Göz Hast (Beşiktaş)	100.00%	89
114	Özel Güngören Hastanesi	100.00%	6
141	Özel Medicana Hospitals Avcılar Hastanesi	100.00%	70
155	Özel Saygı Hastanesi	100.00%	0
159	Özel Sultan Hastanesi	100.00%	34
164	Özel Umut Hastanesi	100.00%	0
121	Özel İlgi Hastanesi	99.47%	27 (0.03) 59 (0.03) 99 (0.38) 159 (0.39)
37	Çatalca Devlet ve Bölge Trafik Hastanesi	99.33%	27 (0.10) 59 (0.22) 99 (0.10)
139	Özel Maltepe Dünya Hast.	96.78%	27 (0.01) 59 (0.45) 99 (0.29) 159 (0.18)
143	Özel Medicana Hospitals Çamlıca Hastanesi	96.72%	98 (0.78)
168	Özel Yaşar Hastanesi	94.70%	91 (0.89) 99 (0.00) 141 (0.06)
126	Özel İstanbul Göz Hast.	94.01%	91 (0.62) 98 (0.08) 99 (0.14) 141 (0.11)
92	Özel Derman Hastanesi	90.45%	39 (0.01) 91 (0.20) 99 (0.35) 159 (0.26)
76	Özel Yenibosna Safa Hast.	90.17%	69 (0.52) 91 (0.06) 98 (0.04) 141 (0.28)
71	Özel Avrupa Şafak Hast.	88.46%	69 (0.39) 98 (0.60)
160	Özel Şifa Hastanesi	87.90%	69 (0.25) 91 (0.18) 99 (0.15) 141 (0.05) 159 (0.25)
13	Tacirler Eğitim Vakfı Sultanbeyli	85.64%	27 (0.11) 38 (1.07) 69 (0.17) 98 (0.14)



	Devlet Has.					
125	Özel İstanbul Dünya Hast.	85.55%	39 (0.02)	91 (0.10)	99 (0.54)	159 (0.08)
31	Şişli Devlet Hastanesi	85.47%	27 (0.15)	38 (0.21)	39 (0.01)	98 (0.01)
60	Özel Afiyet Hastanesi	84.90%	27 (0.01)	39 (0.03)	99 (0.22)	159 (0.36)
32	Yakacık Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hast.	83.55%	38 (0.49)	69 (0.25)	91 (2.88)	99 (0.13)
138	Özel Levent Hastanesi	83.27%	91 (0.19)	99 (0.43)	141 (0.02)	159 (0.20)
116	Özel Hattat Hastanesi	82.50%	91 (0.80)	99 (0.01)	141 (0.02)	
81	Özel Bilge Hastanesi	82.08%	59 (0.09)	99 (0.46)	141 (0.07)	159 (0.20)
144	Özel Meltem Hast. ve Doğ.evi	82.03%	69 (0.01)	91 (0.32)	99 (0.14)	141 (0.15) 159 (0.20)
152	Özel Özkan Hastanesi	80.95%	59 (0.30)	98 (0.07)	99 (0.05)	141 (0.25) 159 (0.14)
151	Özel Onur Hastanesi	80.49%	91 (0.12)	99 (0.36)	141 (0.06)	159 (0.26)
41	Tuzla Devlet Hastanesi	78.81%	38 (0.54)	91 (1.03)		
68	Özel Avcılar Anadolu Hast.	77.99%	91 (0.23)	98 (0.15)	99 (0.09)	141 (0.31)
11	Bayrampaşa Devlet Hast.	77.43%	38 (1.16)	69 (0.66)	91 (0.55)	
12	Sarıyer İsmail Akgün D.H	76.69%	27 (0.01)	38 (0.51)	69 (0.15)	98 (0.09)
29	Paşabahçe Devlet Hast.	75.98%	27 (0.05)	38 (0.92)	69 (1.51)	98 (0.09)
115	Özel Halkalı Kent Hastanesi	75.98%	69 (0.09)	91 (0.23)	114 (0.24)	141 (0.14) 159 (0.07)
142	Özel Medicana Hospitals Bahçelievler Hast.	75.39%	58 (0.04)	59 (0.20)	69 (0.03)	98 (0.36) 141 (0.12)
16	Lutfiye Nuri Burat D.H	75.29%	27 (0.01)	38 (0.60)	39 (0.04)	
77	Özel Batı Bahat Hospital	74.45%	58 (0.18)	59 (0.06)	98 (0.06)	99 (0.17) 141 (0.27)
112	Özel Gültepe Ensar Hastanesi	73.67%	69 (0.02)	91 (0.37)	98 (0.08)	114 (0.14) 141 (0.05) 159 (0.08)
89	Özel Çengelköy Ülkü Hast.	73.53%	91 (0.02)	99 (0.11)	141 (0.43)	159 (0.17)
132	Özel İstanbul Şafak Hast.	73.13%	69 (0.03)	91 (0.24)	98 (0.07)	114 (0.11) 141 (0.29)
87	Özel Çapa Hastanesi	73.03%	27 (0.04)	59 (0.06)	99 (0.36)	
101	Özel Esenler Ensar Hast.	72.54%	91 (0.14)	99 (0.37)	141 (0.07)	159 (0.15)
150	Özel Okmeydanı Hast.	72.26%	91 (0.37)	99 (0.22)	141 (0.09)	159 (0.04)
23	Bakırköy Kadın Doğum ve Çocuk Hast. EA Has.	71.22%	69 (1.53)	91 (10.80)	98 (0.71)	
65	Özel Arnavutköy Hast.	70.96%	69 (0.01)	91 (0.29)	98 (0.05)	114 (0.03) 141 (0.13) 159 (0.21)
26	İstanbul Eğitim ve Araştırma Hast.	70.05%	38 (3.11)	91 (21.99)	99 (1.04)	
171	Özel Yeni Ufuk Hast.	68.53%	91 (0.32)	98 (0.07)	99 (0.10)	141 (0.20)
67	Özel Atlas Hastanesi	67.94%	69 (0.00)	91 (0.10)	98 (0.07)	114 (0.36) 159 (0.15)
79	Özel Bayrampaşa Hast.	67.37%	91 (0.50)	99 (0.17)		
137	Özel Kartal Hastanesi	66.66%	27 (0.01)	69 (0.20)	91 (0.10)	99 (0.25) 159 (0.07)
75	Özel Bahat Hospital	66.29%	58 (0.01)	59 (0.09)	69 (0.14)	98 (0.13) 141 (0.29)



Tablo 6 Devam Tüm hastanelerin Verimlilik Analizi Sonuçları

No	Karar Verme Birimleri	Skor	Referans Kümesi
6	Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hast.	65.14%	38 (2.70) 39 (0.80) 99 (0.81)
119	Özel Hospitaltürk Üsküdar Hast.	65.00%	69 (0.05) 91 (0.32) 99 (0.21) 141 (0.07)
154	Özel Safa Hastanesi	63.81%	38 (0.09) 91 (0.05) 98 (0.19) 99 (0.11) 159 (0.27)
105	Özel Ferihan Laçın Hast.	63.48%	91 (0.28) 98 (0.10) 99 (0.03) 141 (0.23)
131	Özel İstanbul Medipol Hastanesi	63.29%	27 (0.01) 59 (0.32) 98 (0.02) 99 (0.21)
169	Özel Yeni Bosna Hast.	63.01%	91 (0.38) 141 (0.25)
97	Özel Duygu Hastanesi	62.82%	91 (0.15) 98 (0.00) 99 (0.08) 141 (0.17) 159 (0.22)
85	Özel Çamlıca Ömür Hast.	62.42%	58 (0.12) 59 (0.06) 98 (0.06) 99 (0.30) 141 (0.08)
124	Özel İstanbul Cerrahi Hastanesi	62.33%	98 (0.03) 99 (0.34) 141 (0.25)
88	Özel Çapa Millet Hast.	61.82%	91 (0.48) 99 (0.01) 141 (0.12)
163	Özel Uğur Hastanesi	61.74%	91 (0.16) 99 (0.19) 141 (0.27)
10	Pendik Devlet Hastanesi	61.70%	27 (0.14) 38 (0.12) 39 (0.62) 98 (0.03) 99 (0.02)
149	Özel Nisa Hastanesi	60.91%	98 (0.24) 99 (0.10) 141 (0.26)
95	Özel Dr.Sadık Ahmet Hast.	60.74%	91 (0.36) 141 (0.24)
117	Özel Haznedar Sağlık Hast.	60.65%	59 (0.00) 99 (0.22) 141 (0.34) 159 (0.04)
153	Özel Pendik Hospital	60.16%	38 (0.18) 78 (0.18) 91 (0.33) 99 (0.11)
73	Özel Bağcılar Yaşam Hast.	59.96%	69 (0.14) 91 (0.03) 114 (0.07) 141 (0.13) 159 (0.24)
172	Özel Yeni Umut Hast.	59.94%	69 (0.02) 91 (0.10) 98 (0.14) 141 (0.05) 159 (0.29)
130	Özel İstanbul Medicine Hospital	59.83%	98 (0.57) 99 (0.03)
7	Beykoz Devlet Hast.	59.62%	27 (0.11) 38 (0.45) 39 (0.11) 98 (0.05)
25	Göztepe Eğitim ve Araştırma Hast.	59.45%	38 (1.07) 91 (46.93) 99 (1.19)
5	Haseki Eğitim ve Araştırma Hast.	59.08%	38 (3.52) 91 (12.00) 98 (0.08)
36	Validebağ Öğretmenler D.H	58.98%	27 (0.12) 57 (0.01) 59 (0.80) 99 (0.13)
122	Özel İncirli Hastanesi	58.57%	91 (0.24) 99 (0.06) 141 (0.28)
96	Özel Dragos Şifa Hast.	58.46%	91 (0.27) 99 (0.08) 141 (0.23)
148	Özel Nene Hatun Hastanesi	57.75%	91 (0.14) 99 (0.05) 141 (0.38)
167	Özel Yaşam Hastanesi	57.40%	91 (0.29) 99 (0.03) 141 (0.26)
135	Özel Kadıköy Şifa Hast.	56.91%	38 (0.02) 69 (0.10) 91 (0.01) 98 (0.26) 159 (0.03)
74	Özel Bahat Halk Hastanesi	56.67%	91 (0.19) 99 (0.08) 141 (0.06) 159 (0.24)
162	Özel Türkiye Gazetesi Hast.	56.44%	91 (0.09) 99 (0.02) 141 (0.45)
8	İstinye Devlet Hastanesi	56.43%	27 (0.07) 38 (1.30) 69 (0.03)
109	Özel Gelişim Hastanesi	56.41%	38 (0.00) 91 (0.09) 98 (0.01) 99 (0.10) 159 (0.34)
110	Özel Göztepe Hastanesi	56.15%	59 (0.19) 69 (0.02) 98 (0.02) 99 (0.15) 141 (0.17)
107	Özel Gazi Hastanesi	55.52%	91 (0.28) 99 (0.14) 141 (0.13)
128	Özel İstanbul Hospital	55.37%	27 (0.01) 59 (0.24) 98 (0.18) 99 (0.03) 159 (0.07)
136	Özel Kadioğlu Kliniği	55.21%	91 (0.36) 98 (0.03) 99 (0.03) 141 (0.14)



63	Özel Anadolu Hast ve Melek Doğumevi	55.14%	91 (0.50) 99 (0.01) 141 (0.04)
113	Özel Güney Hastanesi	54.63%	38 (0.13) 39 (0.01) 78 (0.04) 91 (0.44) 99 (0.05)
158	Özel Silivri Millet Hastanesi	54.43%	91 (0.13) 141 (0.41)
9	Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Aras Hastanesi	54.26%	38 (1.26) 91 (29.51) 99 (1.99)
161	Özel Tem Hastanesi	53.48%	59 (0.07) 69 (0.05) 98 (0.06) 99 (0.14) 141 (0.16) 159 (0.05)
40	Şile Devlet Hastanesi	52.86%	38 (0.19) 91 (0.39)
133	Özel İstanbul Vatan Hast.	51.73%	91 (0.12) 98 (0.03) 99 (0.06) 141 (0.31)
1	Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Has.	51.49%	38 (1.53) 91 (25.60) 98 (1.20)
123	Özel İren Hastanesi	50.71%	91 (0.37) 98 (0.02) 99 (0.00) 141 (0.12)
72	Özel Avicenna Hospital	50.54%	98 (0.01) 99 (0.02) 141 (0.48)
134	Özel ohn F.Kennedy Hospital	50.52%	98 (0.26) 141 (0.24)
62	Özel Amerikan Hastanesi(Vehbi Koç Vakfı)	50.49%	98 (1.51)
24	Eyüp Devlet Hastanesi	47.84%	27 (0.13) 38 (0.18) 39 (0.21) 99 (0.17)
35	Ümraniye Eğit ve Araşt Hast.	47.82%	38 (1.73) 91 (4.84)
82	Özel Büyükçekmece Hast.i	47.78%	39 (0.04) 91 (0.09) 99 (0.18) 159 (0.40)
80	Özel Beyoğlu Hastanesi	47.71%	91 (0.44) 99 (0.02) 141 (0.02)
156	Özel Selimiye Hastanesi	47.36%	91 (0.35) 99 (0.04) 141 (0.08)
21	M.Sabancı Baltalimanı Kemik Has Eğ. ve A. H.	47.16%	38 (0.28) 91 (3.75) 98 (0.22)
20	Prof.Dr.M.Osman Ruh S.ve S.Has.Eğt.ve Arş.H.	46.66%	69 (1.39) 91 (12.69) 98 (0.05)
173	Özel Yıldıztabya Bilge Hast.	45.52%	91 (0.76) 99 (0.13) 141 (0.02)
2	Şişli Etfal Eğit. ve Araş. Hast.	45.37%	38 (1.95) 91 (25.42) 98 (0.32)
28	Okmeydanı Eğit ve Araşt Hst.	43.44%	38 (6.25) 91 (4.14)
49	Bezm-i Alem Valide Sultan Vakıf Gureba EA H.	43.34%	38 (1.04) 91 (28.65) 99 (1.18)
111	Özel Göztepe Şafak Hast	42.91%	69 (0.03) 91 (0.21) 98 (0.31)
103	Özel Eyüp Haliç Hospital	42.79%	38 (0.02) 91 (0.31) 98 (0.07) 99 (0.08) 159 (0.24)
15	Z.Kamil Kadın ve Çocuk Has.Eğt. ve Araş.Has.	42.26%	69 (1.51) 91 (1.92) 98 (0.51)
14	Süleymaniye Doğum ve Kadın Has. Eğt.ve A. H.	40.10%	69 (0.18) 91 (3.35) 98 (0.18)
100	Özel Ersoy Hastanesi	39.67%	38 (0.07) 39 (0.00) 78 (0.00) 91 (0.38) 99 (0.27)

Tablo 6 Devam Tüm hastanelerin Verimlilik Analizi Sonuçları

No	Karar Verme Birimleri	Skor	Referans Kümesi
33	Fatih Sultan Mehmet Eğit ve Araşt Hast.	39.21%	38 (0.88) 91 (3.55) 98 (0.01)
170	Özel Yeni İsviçre Hast.	38.88%	98 (0.24) 141 (0.15)



86	Özel Çamlık Hastanesi	38.05%	91 (0.16) 99 (0.01) 141 (0.21)
145	Özel Memorial Hastanesi	37.80%	27 (0.05) 38 (0.03) 69 (0.17) 98 (0.41)
127	Özel İstanbul Hizmet Hast.	37.55%	91 (0.20) 98 (0.19)
165	Özel Universal Hospitals Group (Alman)	36.41%	69 (0.22) 91 (0.26) 98 (0.21) 141 (0.03)
108	Özel Gaziosmanpaşa Hast.	35.99%	98 (0.34) 141 (0.02)
120	Özel Huzur Hastanesi	35.97%	91 (0.52) 99 (0.14) 141 (0.05) 159 (0.01)
64	Özel Anadolu Çınar Hast.	35.68%	91 (0.05) 98 (0.27)
90	Özel Delta Hospital	34.99%	69 (0.01) 91 (0.05) 99 (0.08) 141 (0.21)
18	Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Arş.H.	33.41%	69 (0.29) 91 (5.11) 98 (0.38)
3	Taksim Eğit ve Araşt Hast.	33.05%	4 (0.03) 38 (1.04) 91 (2.73) 99 (0.17)
94	Özel Dr.Osmanoğlu Kliniği	31.54%	58 (0.02) 59 (0.02) 99 (0.11) 141 (0.16)
83	Özel Central Hospital	29.62%	91 (0.04) 99 (0.02) 141 (0.24)
19	Yedikule Göğüs Has ve Cer.Eğitim ve Arş.Has.	29.60%	38 (0.04) 91 (10.64) 98 (0.30)
147	Özel Metropolitan Florence Nightingale Has.	28.98%	69 (0.12) 91 (0.19) 98 (0.24)
166	Özel Üiversal Hospital	28.25%	91 (0.01) 99 (0.15) 141 (0.12)
61	Özel Aksoy Hastanesi	28.21%	91 (0.19) 98 (0.02) 141 (0.07)
66	Özel Ataköy Hastanesi	28.10%	38 (0.00) 91 (0.35) 98 (0.06) 99 (0.07)
45	İ.Ü.Kardiyoloji Enstitüsü	26.51%	69 (0.14) 98 (0.08)
22	70.Yıl Fizik Ted. ve Reh.Eğitim ve Arş.Has.	26.09%	69 (0.08) 91 (5.43) 98 (0.09)
146	Özel Merter Vatan Üiversal Hospitals Group	25.82%	91 (0.67) 141 (0.11)
50	Senjorj Hast (Avusturya)	25.69%	38 (0.01) 39 (0.02) 91 (0.16) 99 (0.00) 159 (0.15)
93	Özel Doğan Hastanesi	24.73%	91 (0.04) 99 (0.00) 141 (0.20)
104	Özel Fatih Hastanesi	24.26%	91 (0.43) 99 (0.01) 141 (0.05)
54	Özel Surp Pırgıç Yedikule Ermeni Hastanesi	21.56%	38 (0.15) 69 (0.04) 91 (1.04) 98 (0.05)
129	Özel İstanbul İnternational Hospital	20.79%	27 (0.01) 38 (0.30) 98 (0.08) 99 (0.09)
106	Özel Florance Nightingale Hast.	20.30%	98 (0.43)
30	Süreyyapaşa Göğüs Has. ve Göğüs Cer. EA H.	20.28%	69 (1.30) 98 (0.17)
17	Dr.S.Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cer. EA.H.	19.88%	69 (0.35) 91 (3.04) 98 (0.65)
53	Surp Agop Hast (Ermeni Vak)	19.11%	91 (0.06) 99 (0.00) 141 (0.13)
140	Özel Medical Park Hospital	19.03%	27 (0.01) 38 (0.02) 69 (0.03) 98 (0.11) 159 (0.04)
56	Özel Academic Hospital	18.76%	91 (0.55) 99 (0.26)
46	Marmara Üniversitesi Tıp Fak.Hastanesi	17.95%	38 (0.47) 91 (2.41) 98 (0.34)
47	Maltepe Üniv.Marmara Eğt.ve Arş.Hastanesi	16.97%	69 (0.02) 91 (1.72) 98 (0.12)



34	Üsküdar Devlet Hast.	16.28%	27 (0.06)	38 (0.03)	69 (0.02)	91 (0.12)
157	Özel Sema Hastanesi	15.69%	91 (0.06)	99 (0.08)	141 (0.17)	
102	Özel Esenler Hayat Hast.	15.65%	91 (0.32)	99 (0.07)	141 (0.07)	
84	Özel Çağın Hastanesi	15.23%	91 (0.08)	98 (0.05)		
52	Özel Balıklı Rum Hastanesi	13.77%	69 (0.21)	98 (0.03)		
43	İstanbul Tıp Fak. Hastanesi	12.97%	38 (0.61)	91 (14.02)	99 (1.93)	
118	Özel Hisar Intercontinental Hospital Hastanesi	12.76%	38 (0.03)	91 (0.31)	99 (0.18)	
44	İ.Ü. Onkoloji Enstitüsü	11.02%	38 (0.09)	91 (0.04)	98 (0.02)	
51	Özel Balat Or-Ahayım Musevi Has. Vakfı İk.İşl.	7.80%	38 (0.01)	69 (0.02)	91 (0.28)	98 (0.01)
48	Yeditepe Üniv.Tıp Fak.Hastanesi	6.11%	38 (0.06)	91 (0.11)	98 (0.09)	99 (0.05)
42	Cerrahpaşa Tıp Fak. Hast.	5.61%	38 (0.89)	91 (2.25)	98 (0.32)	99 (1.02)

Tartışma

İstanbul'daki hastaneleri özel hastaneler ve devlet hastaneleri olarak incelediğimiz zaman özel hastanelerin kaynak kullanımı açısından ortalama verimlilik skorları istatistiksel olarak aynı da olsa devlet hastanelerine göre daha verimli olduğu görülmektedir. Zira çeşitli kaynaklarda kamusal nitelikli kurumlar olan hastanelerin, çağdaş hastane işletmeciliği bakımından verimli ve etkin hizmet üretmedikleri çeşitli platformlarda dile getirilmektedir. Devlet hastanelerin teknik açıdan da verimsiz olduğu birçok çalışmada da dile getirilmiştir. Bununla beraber pek çok hastanede verilen tedavi hizmetleri istenilen düzeyde değildir. Devlet hastanelerinin verimsiz olmasının bir sebebi de hastane yönetiminin son derece karmaşık bir yapıya sahip olmasıdır. Yapılan analiz sonucu üretime katılan fazla girdilerin atıl kapasiteyle kullanımı ve üretilen hizmetlerin yetersiz olmasıdır. Veri Zarflama Analizi kara verme birimlerinin etkin olanla olmayanları belirlemekle kalmaz aynı zamanda etkin olmayan birimler için etkin olabilmelerine ışık tutar. Verimlilikleri düşük olan hastanelerin referans alacakları hastaneler tablolarında Referans Kümesi sütunu altında yer almaktadır.

Kaynakça

- Bussofiane, A.; Dyson, R.;Rhodes, E. Applied Data Envelopment Analysis., **European Journal of Operational Research** 1991, Vol. 2, No: 6, 1 . 15.
- Charnes, A.; Cooper W.; Rhodes E. Measuring The Efficiency Of Decision Making Units. **European Journal of Operational Research**,1978 2: 429 – 444.
- Demir İ.; Bilen Ö.; Büyüklü A.H. Ülkelerin Sağlık Kaynaklarını Kullanmalarındaki Etkinliklerinin Ölçümü, **İAS** 2007,2007
- Grosskopf S.; Valdmanis V.; Measuring Hospital Performance: A Non-parametric Approach. **Journal of Health Economics** 1987;6:89–107.
- Ozcan YA.; Luke RD. A National Study Of The Efficiency Of Hospitals in Urban Markets. **Health services Research**. 1993;27:719–39.
- Öktem, B. Neo-Liberal Küreselleşme, Sosyal Adalet ve Kent Planlama:İstanbul Örneği. **II.Kent ve Sağlık Sempozyumu**, 2007
- Ökten A.; Şengezer B.;Evren Y.;Bilen Ö. Neo-Liberal Politikaların Sağlık Hizmetlerine Yansımaları. **II.Kent ve Sağlık Sempozyumu**, 2007
- Pala, K. Türkiye İçin Nasıl Bir Sağlık Reformu?,2007,http://saglik.nilufer.bel.tr/pdf_doc/saglik_reformu.pdf



- Retzlaff-Roberts D.; Chang C.F.; Rubin R.M. Technical Efficiency in The Use of Health Care Resources: A Comparison of OECD Countries, **Health Policy**,2004,55-72.
- Sherman HD. Hospital Efficiency Measurement and Evaluation: Empirical Test of a New Technique.**Medicine Care**. 1984;22:922-38
- Shiow-Yun Chang;_ Tien-Hui Chen. Discriminating Relative Workload Level By Data Envelopment Analysis. **International Journal of Industrial Ergonomics** 2006, 36, 773-778
- Coelli, T. R.; DS, Battese G. **An Introduction to efficiency and productivity analysis** 1998,Boston, Kluwer
- Smith PC. Measuring Health System Performance. **European Journal of Health Economics** 2002,3,145-8.
- Tatlises, N. **Hastanelerde Verimlilik İzleme Yöntemleri ve Üç büyük hastanenin Verimlilik Verilerinin ve Oranlarının Karşılaştırılmalı Analizi**. İ.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme fakültesi, hastane ve Sağlık kuruluşlarında Yönetim Bilim Dalı, İstanbul, 1994.
- Timor, M. Hastane Performansını Belirlemede veri zarflama Analizi. **İ.Ü. İşletme Fakültesi Dergisi** 2001, Cilt.30 , Sayı:1
- Üte, E. Veri zarflama analizi Tekniği ile sağlık sektörünün Operasyonel Etkinliğinin Araştırılması, **Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı** 2002, Yüksek lisans Tezi, Adana
- Yavuz, İ. **Sağlık Sektöründe Etkinlik ölçümü (Veri zarflama Analizine dayalı bir uygulama)**. MPM Yayınları No: 654, Ankara, 2001



SAĞLIK SEKTÖRÜNDE YAPI ÜRETİMİ ve ORGANİZASYONU

Turgay SALİHOĞLU , Enis Faik ARCAN

*Yakın Doğu Üniversitesi, Mimarlık Fakültesi / Lefkoşa – K.K.T.C.
tsalihoglu@ neu.edu.tr, efarcan@ neu.edu.tr*

Özet.

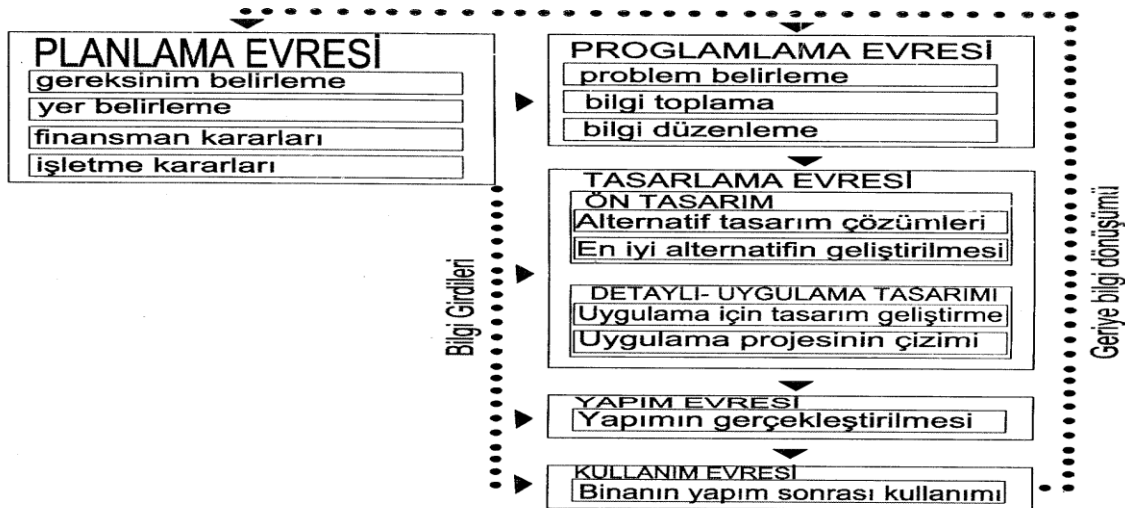
Günümüzde kamu kuruluşlarının yanı sıra özel sektör de sağlık alanında yatırım yapmaktadır. Ancak süreç içinde, yatırım yapılan sağlık binalarının planlama eksikliklerinden dolayı verimli düzeyde hizmet veremedikleri için tadilat veya ilave bina yapımına gidildiği gözlemlenmektedir.

Oysa ki dünyamız küreselleşmekte ve günümüz toplumları hızlı bir bilgi akışı ile değişim süreci yaşamaktadır. Bu değişim bütün sistemleri etkilemekte ve sağlık sistemindeki konulara disiplinler arası işbirliği içinde yeniden bakmayı, güncel gelişmeleri izlemeyi ve kararlar üretmeyi zorunlu kılmaktadır.

Maliyet açısından büyük yatırım gerektiren sağlık yapılarında da, Ülke planlama sistemi bütünlüğünde konulara kapsamlı olarak bakılmadığında , “Yapı Planlama Aşamaları” olan “Stratejik Aşama”, “Taktik Aşama” ve “ Bina Planlama Aşamaları” na uyulmadan hareket edildiği kanısındayız.

I-Yapı Üretimi.

Herhangi bir bina veya kompleks bir yapıya sahip bina topluluğunun hayata geçirilmesi için yapılan tüm çabalara yapı üretimi diyebiliriz. Mimar bu ürünün elde edilmesi için alınan stratejik kararlardan, taktik planlama ve planlamanın alt açılımları olan, tasarlama ve gerçekleştirme sürecinde tüm çabaların organizasyonunu yürüten durumundadır. O halde uzman mimar, bina yatırımlarında karar verici konumundadır. Burada mimar her ne kadar tasarımcı ise de zaman içindeki gelişimlere ve yeni bilgilere açık olmak ve projesini en son duruma göre yeniden geliştirmek durumundadır.



Şekil 1. Bina Planlama Aşamaları ve Planlama Evresi (Fizibilite Raporu) Bilgi İletişimi ile güncelleme çalışması açılımı.



Y.D.Ü. Mimarlık Fakültesi.

Planlamada Sistem Açılım Düzeyleri:	Planlama Verileri ve Aşamaları:
Stratejik Planlama Aşaması.	
1. Ülke Planlaması.	→ Ülke düzeyinde tüm sektörler.
2. Ülkenin sağlık hizmetleri planlaması.	→ Ülke düzeyinde tüm sağlık yapılarının dağılımı ve birbiri ile ilişkileri.
Taktik Planlama Aşaması.	
. Bölgesel sağlık hizmetlerinin planlaması.	→ Bölgesel düzeyde sağlık yapıları ve ilişkileri.
. Sağlık kuruluşlarının planlaması.	→ Sağlık yapılarının hiyerarşik düzeyde amaç ve kapsamı.
. Yataklı tedavi kuruluşlarının planlanması.	→ Eğitim hastaneleri, Genel Hastaneler, kasaba ve özel hastaneler.
Hastane Planlama Aşaması.	
6. Genel hastanelerin Planlanması.	→ Genel hastane.
7. Genel hastane alt sistemi planlaması.	→ Dış hasta bölümü.
8. Genel hastanenin eylem örgütü planlaması.	→ Poliklinik üniteleri.
9. Genel hastane eylem bölgesi planlaması.	→ Muayene mekan grubu.
10. Genel hastane eylem takımı planlaması.	→ Muayene mekanı.
11. Genel hastane eylem birimi planlaması.	→ Doktor-hasta görüşme eylemi.
12. Genel hastane eylem bileşenleri. (episode)	→ Doktorun hastayı muayene etme eylemi.

II.Yapı Üretimi Aşaması Çerçevesinde Sağlık Yapılarının Planlanması ve Üretimi.

II.1. Stratejik Planlama Aşaması :

Devletin tüm kamu kuruluşlarıyla birlikte yaptığı, makro ölçekte ülke ve bölgesel sağlık planlama düzeyidir. Bu aşamada alınacak ve uygulamaya konulacak kararlar stratejik kararlardır. Bu organizasyon içinde bir çok bilim disiplini yer almaktadır.

- Devletin finans kaynakları, yatırım ve işletme politikaları,
- Ülkenin sağlık bakımı gereksinimleri ve toplumsal kaynaklar,



- Ülkesel düzeyde topluma sağlanan sağlık hizmetleri ve alt yapısı,
- Ülke-bölge ulaşımında uygun sağlık kullanım ve rezerv alanları bulundurulması ve oluşturulması,
- Bakanlıklar ve diğer toplumsal sektörlerle ilişkiler.

II.2. Taktik Planlama Aşaması :

Mikro ölçekte, kent ve bina yerleşim düzeyinde planlama kararıdır. Bu aşamada yatırım kapasitesi, kriterlerin tesbiti, yasal zorunlulukların aşılması ve binanın veya bina gruplarının programlarının kesinleştirilmesidir.

Ülkesel olarak stratejik planlamayı etkileyen çevresel özelliklerin göz önünde bulundurulması gerekir.

- Fiziksel-coğrafi faktörler,
- Sosyo kültürel ve sosyo ekonomik faktörler,
- Bilim ve teknolojik faktörler (Tıp bilimindeki gelişmeler).

II. . Hastane Planlama Aşaması :Programlama ve Tasarım.

Bu aşama tüm bilgileri veri olarak kabul eden bir mimari tasarlama aşamasıdır. Mimar veya mimarlar grubu, teknik ve uzman meslek grupları “Sağlık Yapılarının Mimarisini” oluştururlar.

- Hastane Planlamasının Genel Amaçları,
- Kapsamlı, dengeli ve öncelikleri saplanmış,
- Esnek ve gelişime açık,
- Ülke kaynak ve stoklarını en iyi kullanan (Enerji tasarufu ve doğaya-coğrafyaya uygunluk),
- Etkinlik ve gelişime açık,
- Bölgeleştirme esaslı sektörel ilişkilere ve ulaşımına bağlı yer seçiminin (Lokasyon) doğru yapılması.

Günümüzde devlet eliyle Bölge Tıp Merkezleri, Devlet Hastaneleri, Sağlık Merkezleri, Sağlık Ocakları ve Sağlık Evleri ile özel sektörün de katılımı ile değişik bakım düzeylerinde yaygınlaştırılmaya çalışılan, çeşitli nitelik ve nicelikte olan sağlık tesisleri çok karmaşık bir yapılaşma süreci oluşturmakta ve bunun sonucu olarak teknik ve idari problemler ortaya çıkmaktadır.

Bu nedenle, bir çok ülke sağlık yapılarının her yönü üzerinde sistemli olarak yoğun ve devamlı çalışmalar yapan, halk sağlığı ve sağlık yapıları konularında uzmanlaşmış enstitüler kurmuşlardır (2).

“Hastane Planlama Organizasyonu Merkezi” veya Sağlık Yapıları Planlama Enstitüsü” ile hastanelerimiz ve sağlık tesislerimizin sorunlarının çözümlenmesinde sağlıklı ve kalıcı adımlar atılmış olacaktır (3).

Genel olarak ele aldığımızda, “Sağlık Yapıları Planlama Enstitüleri”nin araştırma alanları, şunlar olabilmektedir ;

- Ulusal, bölgesel veya özel düzeyde hastane sistemlerinin özelliklerini belirlemek için sağlık araştırmaları yapmak,
- Mimari, mühendislik ve her türlü donatımı da kapsamak üzere sağlık yapılarının programlanmasına ve projelendirilmesine yardımcı olmak,
- Sağlık yapıları organizasyonu ve yönetimi konusunda çalışmalar ve görüşmeler yapmak, tıbbi ve diğer hastane donanımlarının kullanım ve bakımı konusunda eleman yetiştirmektir.

Bu çalışmalar enstitü içinde görev alan doktor, mimar, mühendis, işletmeci ... vb. Meslek alanlarındaki uzmanlar denetiminde yapılmaktadır.



Burada “Sağlık Yapıları Planlama Enstitüsü”nün bir ögesi olan ve planlama verilerini saptayan “Bilgi Bankası”kuruluşu ve çalışma sistemi ele alınacaktır

Ancak uygulamada ortaya çıkan teknik ve sosyal problemlerin çözümü için ulusal düzeydeki kuruluşlar arasında, “planlama araç ve verilerini” saptayan yardımcı bir kuruluşa ihtiyaç vardır. Bu organizasyon sektörler arasında bilgi alış-verişi ve uygulama kararlarının sağlıklı olabilmesi için Bakanlıklar ve Planlama Grubu dışında “Sağlık Yapıları Planlama Enstitüsü” adıyla bir “Bilgi Bankası” sistemi olarak, uzmanları ve dökümantasyonu birlikte gerekmektedir.

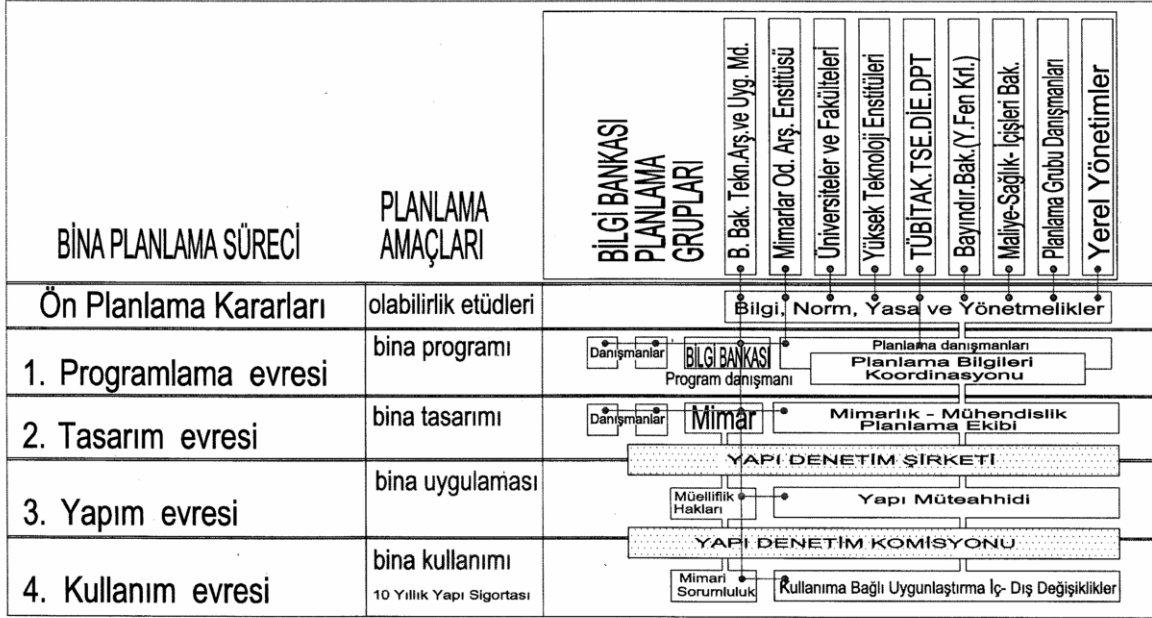
Genel olarak ele aldığımızda, “Sağlık Yapıları Planlama Enstitüleri” nin araştırma alanları, şunlar olabilmektedir.

- Ulusal, bölgesel veya özel düzeyde hastahane sistemleri özelliklerini belirlemek için sağlık araştırmaları yapmak,
- Mimari, mühendislik ve her türlü donatımı da kapsamak üzere sağlık yapılarının programlamasını ve projelendirmesini yapmak,
- Sağlık yapıları organizasyonu ve yönetimi konusunda çalışmalar ve görüşmeler yapmak, tıbbi ve diğer aygıtların bakımı konusunda eleman yetiştirmek.

Bu çalışmalar ensütü içinde görev alan doktor, mimar, mühendis, işletmeci gibi meslek alanlarındaki uzmanlar denetiminde yapılmaktadır.

Bilgi Bankası.

“Sağlık Yapıları Planlama Enstitüsü” nün bir ögesi olan ve planlama verilerini saplayan “Bilgi Bankası” planlama araçlarının bir bölümü olup, bir yönüyle “bilgilerin sistematik olarak toplanması”dır. Bu haliyle “Bilgi Bankası”, en iyi şekilde, ulusal düzeydeki kuruluşlar arasında, “planlama araç ve verilerini” saplayan yardımcı bir kuruluş olarak yer alır. Şekil 1’de görüldüğü gibi Bilgi Bankası “program danışmanı” olarak, pogramlama evresinde planlama ekibi ile doğrudan ilişkili olup, ilgili bakanlıklar ve bu konudaki diğer bilimsel kuruluşlar ile koordineli olarak veri toplayıp değerlendiren bir kuruluştur.

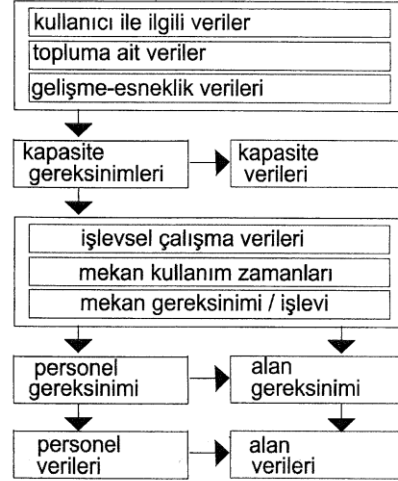
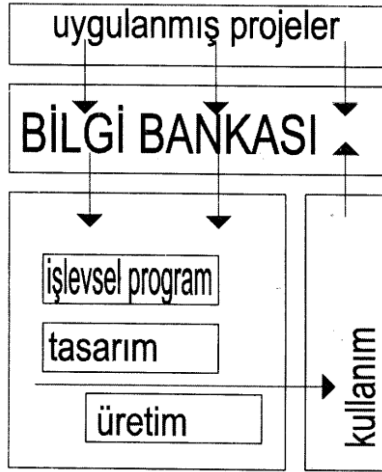


Şekil 2. Planlama süreci açılımında Bilgi Bankası, Planlama Sektörleri ve Planlama Gruplarıyla olan ilişkiler.

Bilgi Bankası, “genel” ve “ihtisaslaşmış” bilgi bankası olarak iki şekilde kurulabilir. “Genel Bilgi Bankası” sağlık sistemi kapsamında, tüm sağlık yapıları ile uğraşırken, “İhtisaslaşmış Bilgi Bankası” hastane gibi belirli bir konuda, planlama araçlarını oluşturarak detaylı veri toplama çalışmaları yapar.

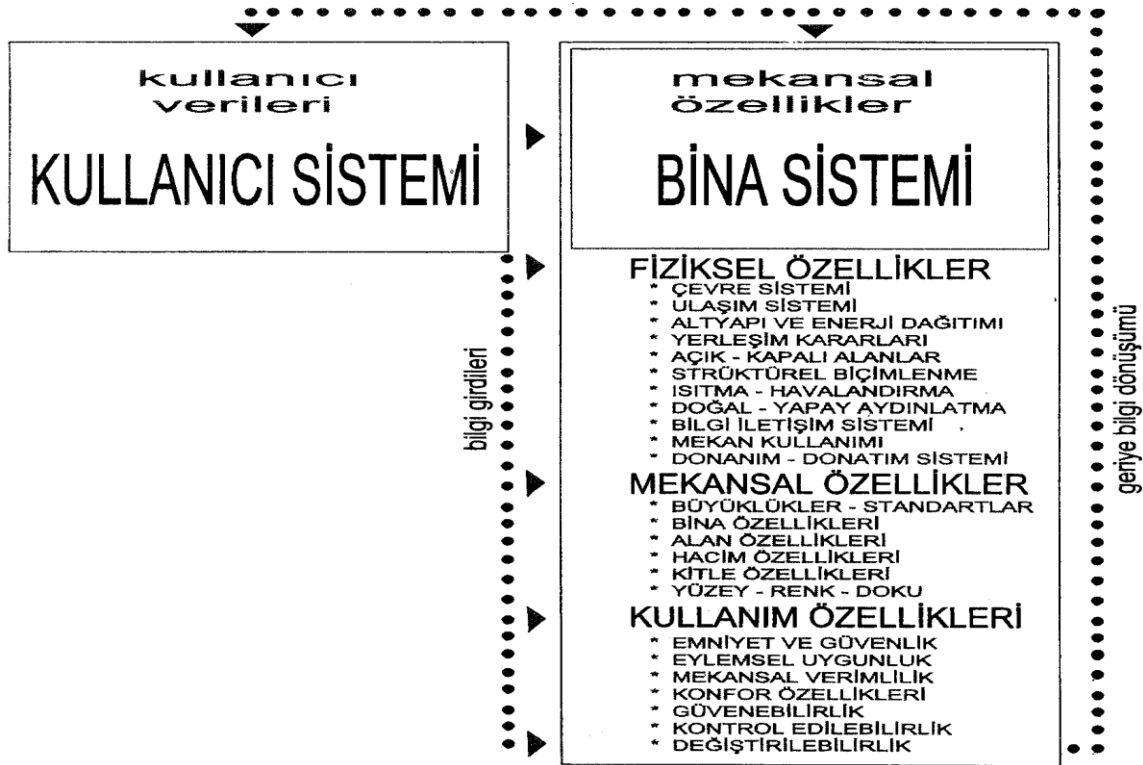
- Bunun yanı sıra gerçekleştirilmiş projelerden de faydalanarak, sistemli bir kodlama ile bilgileri toplayıp düzenler ve planlama verilerini kullanıma sunar,
- Sağlık tesisinin organizasyonu,
- Tedavi ve muayene esasları,
- Yapı durumu ve kullanım imkanı,
- Mevcut çalışma kapasitesi gibi.

Bilgi bankası gerçekleşmiş ve halen kullanımda olan tesislerden topladığı bu bilgileri, kullanımdan geri-besleme olarak alır ve bir değerlendirme süreci içinde kontrol ederek işler. Değerlendirilen bu bilgiler bundan sonraki projelere veri oluşturur (Şekil 2,3).



Şekil . Bilgi Bankası Sistemi

Şekil . Bilgi Bankası Sistemi' nin Yapılmış Projelerden de Faydalanarak Kapasite ve Buna Bağlı Personel İşlevsel Programları Oluşturması ve Alan Verilerini Belirlemesi.



Şekil . NTIS' in Oluşturduğu Bilgi Banka Sisteminin Kullanıcı Sisteminden Bina Sistemine



Bilgi Aktarması (Herly, 1 72).

Tasarım sürecinin analitik aşaması olan programlamada ise ;

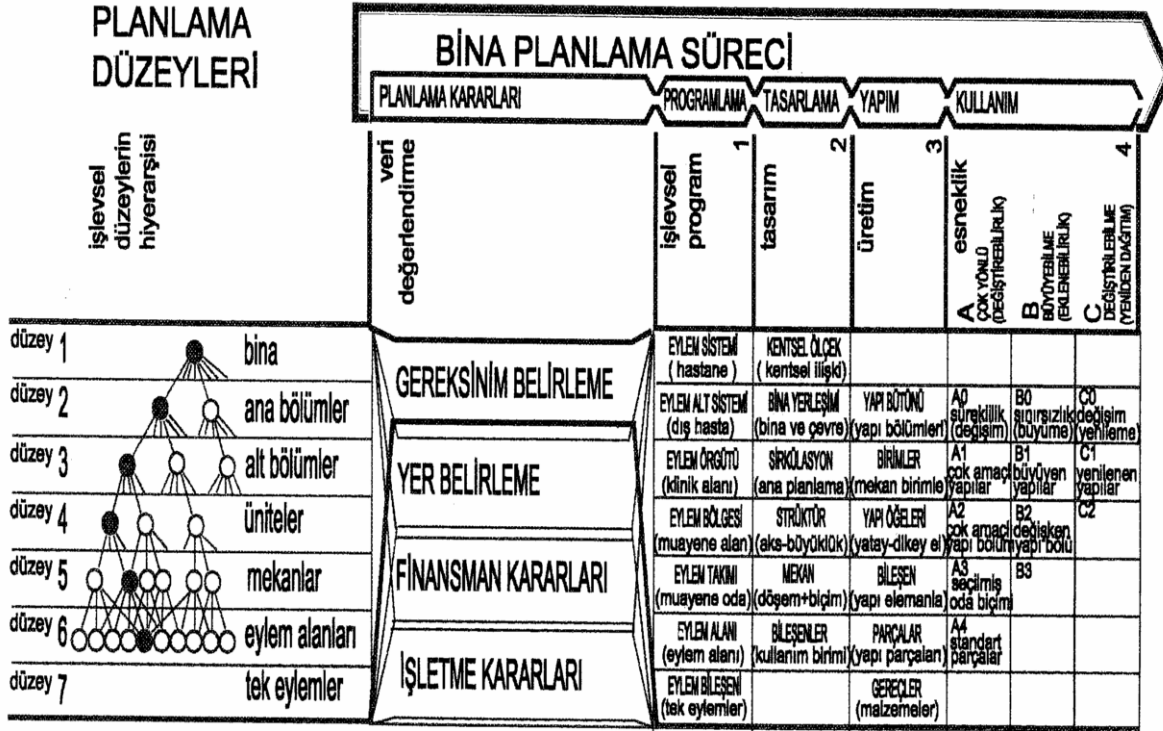
- Planlama problemine etki eden faktörler ayrı ayrı incenir,
- Tesisin tıbbi ileyişine göre, tesise ait fonksiyon şemaları ve süreç diyagramları hazırlanır,
- Bilimsel yönetim teknikleri doğrultusunda karar için objektif yöntemler önerilir,
- Tesisin iş akışı , işletme sistemi ve örgütsel biçimlenişi belirlenir,
- Mimar ve mühendislere uygulamaya yönelik tasarımlarına esas olacak bilgiler verilir. (4)

Hastane planlamasının mimari programlama aşamasında Bilgi Bankasının veri alanları:

- **Alan verileri:** Mekanın alan ihtiyaçları ve fiziksel nitelikleri, vb.,
- **Kapasite verileri:** Her mekan gurubunda gerçekleştirilen işlere ait bilgiler (gün/hasta, yıl / ameliyat , vb.),
- **İşlev akış verileri:** Çalışma alanlarının düzenlenmesi, işlev takip sırası, kullanımın iyileştirilmesi, zamana bağlı değişim ve gelişim ihtiyaçları vb.,
- **Örgütlenme verileri:** Kullanıma bağlı organizasyon biçimi ile ilgili verilerdir,
- **İşletme maliyeti verileri:** Kullanımda maliyet analizine göre sıralama, vb.,
- **Gelişme-esneklik verileri:** Gelecekteki büyüme ve değiştirilebilme olanakları, vb.,
- **Personel verileri:** Personel kullanımı ve sayılarını kapsar.
- **Ekipman verileri:** Tıbbi alet ve donanım- donatımın karakteristiklerini belirler,
- **Toplumsal veriler:** Belirli bir bölge üzerindeki topluma ait özellikleri içeren bilgiler gibidir.

Bilgi Bankası'nın bilgi alanlarına giren bu veriler, birleştirilip değerlendirilerek kullanıma sunulur. Şekil 5'te görüldüğü gibi toplumsal veriler ve gelişme-esneklik verilerinden "kapasite verileri", bu kapasite verilerinden işlev akış verileri yardımıyla, mekan gruplarının "alan" ve "personel" ihtiyaçları ortaya çıkmaktadır. Bilgi Bankası bu bilgileri değerlendirerek kullanıma sunar.

Bilgi Bankası'nın strüktürü, planlama sisteminin alt sistemi olarak düşünülebilir (Şekil 6). Bu durumda genel işlev verileri ve bölümsel işlev verileri şeklinde bilgileri sıralar ve sistem ağacı açılımı şeklinde eylemleri gruplayıp düzenleyerek değişik işlevsel düzeylerde gereksinimleri belirler (5). Bilgi Bankası, Şekil 6 ve 7'de belirtildiği gibi, standard kayıt yöntemleri ile tekrarlarla vakit kaybetmeyi önleyerek, kullanıcı gereksinimlerini sistemin bütününe kapsayacak şekilde inceler. Şekil 10-11'deki gibi sağlık yapılarına veya hastanelere ait işlevsel programlar oluşturur.

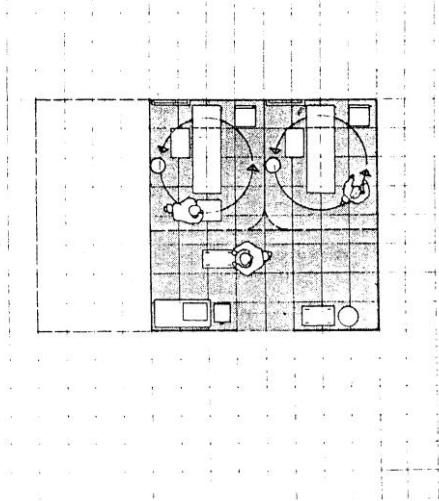


Şekil 7. Planlama Süreci Açılımlarının Bilgi Bankasıyla Kapsamlı Açılımı.
(Yatayda Süreç, Düşeyde Ölçek Olarak Sistemin Açıklanması).



ÖRNEK	BİLGİ BANKASI MEKAN VERİ KARTI	son değişiklik
MEKAN ADI	Alçı bölümü alçı değiştirme odası	yenidüzenleme

60 cm
60 cm



ÖRNEK	BİLGİ BANKASI MEKAN VERİ KARTI	son değişiklik
MEKAN ADI	Alçı bölümü : alçı değiştirme odası	yenidüzenleme
EYLEM	2) ledon için sarı alçı (görsel) yalıtımı	A06 B
BİRİMLERİ	1) hazırlama temize alçı için lavaba	A11 A
	1) çöp artıkları için çöp kovası	B02
	1) alçı için alçı ve sırtlar için	B07

1. MEKANIN İŞLEVİ

1. kük alçı ve tahtasının değiştirilmesi
2. değiştirilen alçına çapa atılması
3. duvarların temizlenmesi
4. personelin alçı yıkaması
5. hasta (teyakkü) tekerlekli sandalye veya tekerlekli sandalye kullanımı
6. ledon eşnasında hareketli rafların kullanılma
7. günlük kullanılan eşyaların depolanması

2. CEVRESSEL VERİLER (klinik tipi)

MEKANIN SICAKLIĞI C°	20° C ± 2
KİŞİ (min)	-
YERİ (maks)	-
Aydınlatma SEVİYESİ	genel 400 lux
göze	- yok
ermiyet	- yok
kiş	- yok
GÜNEŞİBİ	gerekli değil
MANZARA	gerekli değil
BÜZLÜK	isigim
HAVAYLA NDIRMA : HAVA DEĞİŞİMİ	tabii mekanik
	6 defa/saat

3. DONATIM KONTROL LİSTESİ

	sayı	özellik
Mutluklar : soğuk sıcak su karşıtılır	1	
Aski : tavandan	1	
Elektrik prizi : b.smp, tek düğmeli		
Ray : duvar tutturulmuş		
Aydınlatma donatısı : aydınlatma düğmeleri		
Çöp ve artıklar : çöp bidonu sarğı ve alçı için	1	
Maşa : alçı için	1	
Sandalye : ayakta kişiler için	1	
Maşa : küçük	1	
Tabure	1	

Şekil . Bilgi Bankasınca oluşturulan Mekan Veri Kartı Bilgi Kapsamı. (Jan Delrue, 1 7)

Bir ara planlayıcı olarak Bilgi Bankaları oluşturulmadığında programlamada ortaya çıkabilecek sorunlar aşağıda sıralanmıştır:

- Bir programın yapımında sağlık planlayıcıları yarı mimari kararlar almak zorundadır. Örneğin, mekanın en uygun ölçüsü. Bunda özel mimari bilgilerden yoksun olarak bu karara varılır,
- Bu programı yorumlayan tasarımcılar, yeterli tıbbi bilgiden yoksun olsundurlar. Örneğin, bir mekanı biçimlendirirken mekanla ilgili tıbbi bilgiye sahip değillerdir,
- Ne planlamacılar, ne de tasarımcılar yeterli sağlık binaları dökümanlarına sahip değillerdir,
- Bir programın düzenlenmesinin sadece varolan binalardan yararlanılarak çıkarılması sakıncalıdır. Program değerlendirilemediği için hem işletmede, hem de tasarımda hatalar devam edecektir.

Bu şekildeki yaklaşımlarla, sağlık yapıları ve hastanelerin planlanmasıyla ilgili bilgilerde bir ilerlemeye varmak beklenilemez.

Böylece, nitelik ve nicelik açısından en karmaşık fonksiyonlu bina grubuna giren hastanelerin planlanmasında, mimari programlamaya "Bilgi Bankası" ile, bir sistem yaklaşımının aşağıdaki amaçları korumak için gerekli olduğu açıktır:

- İşlevsel programların hızlı bir şekilde geçerliliğini kaybetmesi sorunu ile uğraşmak,
- Mimari programlama ve tasarım süresini azaltmak,
- Standardizasyona yönelik çalışmalarla endütrileşmeye önyak olmak,
- Sistematik tasarım gibi proje metotlarını kolaylaştırmak,



- **Sabit nitelikli tip plan ve programlar yerine, proje programlarını rasyonel bir şekilde geliştirmek için, bilimsel araştırmalar yaparak, standartlaşmanın sağladığı olanaklardan yararlanmak,**
- **Bilgi alış-verişinde bölgesel,ulusal ve özellikle, uluslararası işbirliğini kolaylaştırarak, bu yönden uzmanlaşmış insan gücü yokluğunun etkisini yoketmeye çalışmaktır.**

Programlama sürecinde sistemin amaçlarını belirlemeye çalışırsak; “Her insan yapısı, sistemin zorunlu olarak bir amacı vardır. Bunlar genel olarak, ulaşılmak istenilen bir ihtiyaçlar takımıdır. Amaç, tam anlamı ile *kullanıcı istekleri* ne bağlıdır ve bunlar tarafından kararlaştırılır. İnsan davranışları da, sistem tasarımlarının bütünleştirici bir yönüdür. Çünkü sistem kullanıcısı,yöneticisi ve bakıcısı, ondan faydalananlar ve sistem tasarlayıcıları insanlardır” diyebiliriz (7). Burada amaca ulaşmada, görevlerin başarıyla yerine getirilebilmesi için ihtiyaçların ortaya konması ve tasarımında bunları kapsayacak biçimde bu ihtiyaçlarla uyuşma halinde olacağı bir yol izlemesi gerekir.

Planlama verileri Bilgi Bankası’na düzenlenerek işlevsel açıdan daha dinamik bir yapı gösteren “**Kapsamlı Program**”lar geliştirilir. Bu esas alınarak, statik karakterdeki ve her zaman yöresel gereklere karşılık veremeyen, “**Tip programlar**” lar yerine, planlama açısından ülke düzeyinden başlayıp, yörekoşullarını değerlendiren, daha gerçekçi ve özel karakterli “**Uygulama programları**” oluşturulacaktır (8).

Bu “uygulama programları”nın hazırlanmasındaki ana etmenler, ülkenin tıbbi personel ve donanım-donatım olanakları olmaktadır. Ülke koşullarına göre, planlama önceliklerinin eldeki olanaklarla dengelenmesi sonucunda, teknik, sosyal ve mekansal veri ve tanımları kapsayan mimari programlar hazırlanarak sağlık bakımı ihtiyacı böylece karşılanmaktadır.

Ülkemizde; sağlık yapılarının planlanmasında verileri oluşturan programların geliştirilmesine sistemli bir yaklaşımda bulunmakla, sağlık hizmetleri ve bakımının hızla yaygınlaştırılması ve kontrollü bir şekilde geliştirilmesi amacıyla, “**Planlama Verileri**”ni bir “**Ara Planlayıcı**” olarak değerlendiren, “**BİLGİ BANKALARI**” kurulmalıdır.

Böylece; yatırım, işletme maliyetleri ve işgücü kullanımının optimum seviyede tutulabilmesi için statik karakterli ve her zaman yöresel koşullara cevap veremeyen “**Tip Programlar**” yerine işlevsel açıdan dinamik bir yapı gösteren, ihtiyaçların gelişimi doğrultusuna, yapısal büyüebilme ve değiştirilebilmeye elverişli olan, dinamik yapıda “**Kapsamlı Programlar**” geliştirilebilecektir.

Önerilen bu süreç doğrultusunda; ülkemiz açısından tekrarlarla vakit kaybına ve kaynak savurganlığına neden olan, kişisel hatalardan doğacak, sonradan düzeltilmesi olanaksız programlama hataları ve zararları önlenmiş olacaktır.

KAYNAKLAR :

- 1 – SALİHOĞLU, Turgay, K.K.T.C.’de Kırsal Alan Yerleşimlerine Dayalı Konut Üretimi İçin Bir Model.Y.D.Ü.,Mimarlık Ana Bilim Dalı, Doktora Tezi,Lefkoşa,2001.
- 2 – AKDUR, Recep, Sağlık Düzenimiz ve Politikasındaki Kargaşa,Toplum ve Hekim.Türk Tabipleri Birliği Yayını,Sayı 12,İstanbul, 1978.
- 3 – ARCAN, Enis Faik, Sağlık Yapıları Planlama Enstitüsü ve Bilgi Bankalarının Önemi.Toplum ve Hekim.Türk Tabipleri Birliği Yayını,Cilt 6,Sayı 33,İstanbul, 1984.
- 4 –LOHFERT, Peter, Zur Metodik der Krankenhause Planung. Werner Verlag,Düsseldorf ,1973.
- 5 – BAYAZIT,Nigan, Bina Programlama Usulü Olarak Planlamaya Katılma. Bina Programlama Semineri, TÜBİTAK,İstanbul,1976.



Uluslararası Sağlık ve Hastane Yönetimi Kongresi

International Health and Hospital Administration Congress

01-03 June 2007 Near East University - Nicosia - TRNC - Mersin 10 Turkey



1988

- 6 – KLECZKOWSKI, B., PİBOULEAU, R., DELRUE, an; Approaches to Planning and Design of Health Care Facilities in Developing Areas. WHO.,Cilt 1, Genova ,1976.
- 7 –İNCEOĞLU, Necati, Tek Katlı Endüstri Yapılarında İnsan Sirkülasyonu Problemlerinin Çözümünde Kullanılabilecek Sistematik Bir Metod. İTÜ., Doktora Tezi,İstanbul,1971
- 8 – ARCAN , Enis Faik, Sağlık Merkezlerinin Planlamasına Esas Olacak Verilerin Belirlenmesi İçin Bir Yöntem ve Bu Konuda Bilgi Bankası Oluşturulması. Doktora Tezi,MSÜ., Bina Bilgisi Anabilim Dalı, Doktora Tezi,İstanbul, 1983.
- 9 – ÖZER, Harun., SALİHOĞLU, Turgay;Turizmde Yapı Üretimi Alanya-Mağusa Sempozyum Bildirileri, KTMMOB Mimarlar Odası, Mağosa, 2005.



T.R.N.C. MINISTRY OF HEALTH

Mission of the Ministry:

To ensure everyone residing in the T.R.N.C. benefits from health services and to protect and maintain the quality of health overall.

In order to fulfil its mission, the Ministry plans on informing and advising precautions as seen necessary.

In cooperation with third parties in the private sector, to ensure all benefit from health services.

To ensure that both public and private health institutions conform to international health standards.

To further develop health infrastructure and complexes.

To ensure the quality of services given are at an international level.

Mission of the Department of Hospitals:

To make sure all health services provided in hospitals are at modern standards and equipped with the latest technological equipment.

In order to fulfil this mission, the department are to prepare all necessary legislations.

To plan all physical, scientific and technical infrastructure to meet the necessary requirements.

To manage all the departments administrative, financial and scientific resources.

To provide necessary training of staff.

To coordinate activities between other departments of the Ministry.

To conduct research and statistical studies, make sound projections for future projects and make necessary quality improvements.

Mission of the Department of Primary Healthcare Services:

To implement the General Healthcare Insurance legislation when it comes into action.

To provide a healthy environment for society and prevent contagious diseases/viruses spreading.

To routinely conduct vaccinations for children.

To conduct necessary informative seminars at schools in order to increase awareness regarding contagious diseases.

To ensure the Department is always on standby incase of an outburst of epidemic diseases.

To make sure all data is protected electronically.

To ensure all personnel are professionally capable of carrying out their duties and provide necessary training when necessary.

Perform routine inspections and make sure the health standards are kept at maximum level.



Mission of the Department of Pharmaceuticals:

To ensure all tax payers benefit from pharmaceutical services.

To carry out necessary reorganisations within the department in order to maximise functionality.

To make sure all pharmaceuticals with narcotic substances are under the control of the Department and prescribed according to WHO and E.U. standards.

To ensure all personnel are professionally capable of carrying out their duties and provide necessary training when necessary.

To conduct necessary inspections of local and import cosmetics and make sure they meet EU standards.

Mission of the Department of State Laboratory:

To ensure all procedures comply with E.U. Standards.

To ensure all personnel are professionally capable of carrying out their duties and provide necessary training when necessary.

An overview of the Ministry's Accomplishments:

The T.R.N.C. Ministry of Health has always taken pride in not only developing and improving its current infrastructure, but also in being the first to introduce new innovative procedures into the health sector and ensuring that they are successful.

Before May 2005, work permits, health scans and laboratory services were a serious concern. To remedy this situation, the Ministry has benefitted from private institutions. Thus within this three year period, the quality of service within this field has improved dramatically.

Queues and unsatisfied patients were at their peak due to lengthy waiting periods and unorganised waiting procedures. In December 2005 with the introduction of 'automatic' machines to the Dr. Burhan Nalbantoglu Public Hospital, patients were no longer subjected to chaotic waiting periods and now wait to be treated in an organised and orderly manner.

Security and cleaning and maintenance issues were other issues which had to be tackled prior to September 2005. The security of hospitals and health centres is now provided and maintained by a private company. The same method of benefitting from 3rd party services was implemented in cleaning and maintenance which has proven to be very successful. Furthermore, food catering has begun whereby meals are served in heat preserving containers and under the strict control of dietitians.

Necessary pressure treatments for diabetic patients with sores on their bodies, injuries sustained in aqua sports, and other related injuries have now been provided with the new constructed pressure chamber (Hyperbaric Oxygen) as of February 2006.



The T.R.N.C.'s first DNA Laboratory was constructed in the Dr. Burhan Nalbantoglu Public Hospital in February 2006. This facility not only provides critical support to criminal investigations but also plays a major role in genetic research.

Emergency services were boosted in order to provided emergency services at international standards and expectations. This was achieved by adding eighteen ambulances to the emergency service as well as providing training to emergency staff enabling high quality service at the same standard nationwide.

The "Treatment at Home" project was widely appreciated by senior citizens. Senior citizens in the Yeni Erenkoy-Dip Karpaz region, consisting of 886 Turkish Cypriots and 140 Greek Cypriots (Total 1026), were treated and cared for at their homes at European Standards. A further twenty senior citizens were cared and treated in the same manner in Lefkosa.

The construction of the Outpatient Diagnosis Centre was completed in June 2007.

With the commencement of patient acceptance through prior appointments, queues and waiting periods were further reduced thus increasing overall patient satisfaction.

In June 2007, the first vertebrae surgery was successfully conducted at the Dr. Burhan Nalbantoglu Public Hospital Orthopedic and Traumatology Department.

In March 2006, the Cardiac Surgery Facility was ready for service. After rigid inspections by specialists from Turkey's Siyami Ersek Hospital, the first open heart surgery took place in June 2007 by a team of specialists from Siyami Ersek Hospital and T.R.N.C.

The first ERCP (Endoscopic Retrograd Colongio Pancreatography) was performed at the Magusa Public Hospital.

With the aging of the Magusa Public Hospitals' building, there was a need for a new hospital complex. The new Magusa hospital was constructed, completed and fully operational in November 2007.

Cold storage facilities were built in order to securely preserve medicine and necessary material in the proper environment.

In 2006, medical secretaries were trained and deployed.

In cooperation with the Near East University, the Nursing Highschool was placed under the Health Studies Faculty thus increasing the course duration to four years with the aim of creating new fully qualified nurses.

Necessary legislation was passed and in order to successfully reform the health sector, consensus was achieved between the Ministry, interest group and health labour unions effective as of January 2008.

The thirty year old electric infrastructure at the Dr. Burhan Nalbantoglu Public Hospital was fully renovated. In addition to this, all medical equipment that had terminated their economic life cycle was discarded and replaced with new ones, and equipment lagging behind technological advancement was also renewed.

Agreements between the Ministry, 9 Eylul University, Arastirma Hospital and Ege University Faculty of Medicine paved way for patients to be treated at these institutions.

In June 2007, the first International Health and Hospital Management Congress was successfully conducted as a joint venture between the Ministry and Near East University.

Within the scope of the Ministry's short, middle and long term objectives lies the passing of legislation regarding patients rights, legislation regarding the inspection of private hospitals and clinics, Tobacco legislation, Legislation regarding drinking water, and implementing a fully automated health care system.



Uluslararası Sağlık ve Hastane Yönetimi Kongresi
International Health and Hospital Administration Congress
01-03 June 2007 *Near East University - Nicosia - TRNC - Mersin 10 Turkey*





SOME INFORMATION ABOUT NEAR EAST UNIVERSITY

Near East University was established in 1988 and since then has grown to become one of the fastest growing universities in the world setting itself the strategic goal of joining the “top 500 universities in the world”.

From 1988 until now, the University has managed to expand its physical infrastructure and improve its quality of education and scientific research to meet international standards. Near East University is a member of the European University Association, the International Association of Universities and the Federation of the Universities of the Islamic World. The University has over 3,000 staff, of which 1,000 are academic personnel. 17,000 students from 53 different countries are attending 14 faculties and 3 schools including a total of 60 departments. Graduate studies are carried out by 4 institutes at the university. It has luxury halls of different sizes which in total cover an area of 350,000m² and have the capacity to hold a total of 5,000 people. There are also 14 dormitories with a capacity of 5,000 students, but the construction of new dormitories are also planned.

Near East University has adopted life long education as its main mission. Thus, we begin with our Kindergarten, Junior College and Secondary High School which have a total number of 2,000 students. The faculties and departments giving B.A degrees are as follows:

Faculties

1. Faculty of Architecture
 - Architecture
 - Interior Design
2. Faculty of Arts and Sciences
 - English Language & Literature
 - Mathematics
 - Turkish Language & Literature
 - Psychology
3. Faculty of Economics & Administrative Sciences
 - Banking & Finance
 - Business Administration
 - Computer Information Systems
 - Economics
 - European Union Relations
 - Human Resources Management
 - International Business
 - International Relations
 - Marketing
 - Political Sciences
 - Information & Records Management
4. Faculty of Communication
 - Radio-Television-Cinema
 - Motion Picture Production
 - Journalism
 - Public Relations & Advertising



5. Atatürk Faculty of Education
 - English Language Teaching
 - Computer & Teaching Technologies
 - Pre-school Teaching
 - Elementary Teaching
 - Turkish Language Teaching
 - Guidance & Psychological Counselling
 - Human Resources
 - History Teaching
6. Faculty of Engineering
 - Civil Engineering
 - Computer Engineering
 - Electrical & Electronic Engineering
 - Mechanical Engineering
7. Faculty of Fine Art & Design
 - Graphic Design
 - Plastic Arts
8. Faculty of Maritime Studies
 - Department of Deck
 - Maritime Management
 - Marine Engineering
9. Faculty of Law
 - Law
10. Faculty of Performing Arts
 - Dramaturgy & Dramatic Authorship
 - Acting
11. Faculty of Pharmacy
 - Pharmacy
12. Faculty of Dentistry
 - Dentistry
13. Faculty of Health Sciences
 - Nutrition and Dietetics
 - Nursing
14. Faculty of Medicine



Uluslararası Sağlık ve Hastane Yönetimi Kongresi
International Health and Hospital Administration Congress
01-03 June 2007 Near East University - Nicosia - TRNC - Mersin 10 Turkey



Schools

School of Physical Education & Sports

- Coaching Education
- Physical Education & Sports Teaching
- Sports Administration

School of Tourism & Hotel Management

- Tourism & Hotel Management

School of Maritime

- Deck
- Marine Engineering
- Maritime Management

Institutes

- Institute of Education Sciences
- Institute of Sciences
- Institute of Social Sciences
- Institute of Health Sciences

With the opening of the NEU Grand Library in December 2005, the University has passed a new and critical milestone entering truly the information age. The Grand Library is fully computerized and linked to many major world libraries and research institutions throughout the world. The library has a collection of more than 600,000 printed materials and access to more than 110 million electronic articles. The library has recently been elected as the central library for the Turkic world and now serves universities of several different countries such as Azerbaijan, Kirghistan and Turkmenistan. The library is open 24 hours a day serving not only the university but the whole community.

The University has until now organized 14 International Conferences & Congresses and many local and regional conferences, seminars and panel discussions on a variety of subjects. Near East University believes that the role of the University is not merely to provide formal education but to establish close relations with the wider community. As such, it places special emphasis on strengthening and developing campus-community relations. The University set up a Lifelong Education Centre (YABEM) which provides a wide variety of adult education courses. The University also makes the use of its facilities for cultural, sports and recreation activities available to the public.

As you can see, NEU is one of the fastest growing Universities of the world. The last two years has been devoted towards Health Sciences. This year, we began education in the faculty of Dentistry, faculty of Pharmacy and faculty of Health Sciences. Another important improvement that has been made in our university regarding Health is that in September 2008, education will begin in the Faculty of Medicine and also the Faculty of Medicine Research Hospital will open. The Hospital will have a capacity of 500 beds with a 4,5000m² closed area. The faculty will be giving full service but a special emphasis will be given to researches on Oncology and Cardiology.

NEU does not have boundaries in development and therefore, a protocol was signed with IBM International in June 2007 for the construction of the NEU Innovation Centre. The closed area of the building which is being constructed at present is 8,500m². This building will consist of 3 sections: NEU-IBM Innovation Centre, NEU-IBM Advanced Research Centre and the NEU Technopark. The 'super computers' to be used are to have a capacity of 12 trillion processes per second. The research areas consist of Global Warming, Earthquake Stimulation, Defence Research (military), Space Research, High Physical Energy, Nano and Biotechnology research and product design, Medical Pharmaceutical, Microbiological Health Science and Social Sciences. The Innovation Centre is planned to start serving by the end of April 2008. This centre will be unique with its facilities in Eastern Europe, Middle East, Central Asia and Northern Africa.



BRIEF INFORMATION ABOUT TURKISH REPUBLIC OF NORTHERN CYPRUS

History: Cyprus has been occupied successively by Assyrians, Babylonians, Egyptians, Persians, Romans, Lusignans and Venetians who have sought the island's wealth of minerals and timber since the 8th century BC. The Ottoman Empire conquered the island in 1571 and ruled it until the island was leased to the British Empire in 1878. In 1963, the Republic of Cyprus was established by the Turkish Cypriot and Greek Cypriots, based on political equality. The Turkish Cypriots were forcefully ejected from the state mechanism in 1963. Intercommunal clashes which broke out in 1960 continued until 1974. A military coup by Greece in 1974 aiming to annex the island to Greece was aborted by the intervention of Turkey, which was one of the Guarantor Countries. Following the Exchange of Populations Agreement in 1975, Turkish Cypriots moved to the north and Greek Cypriots moved to the south of the island. Consequently, the Turkish Cypriots established their own administration and in 1983, the Turkish Republic of Northern Cyprus was proclaimed.

Negotiations between the two sides under the auspices of the UN started in 1968, with the aim of finding a comprehensive settlement in Cyprus. The latest negotiation process came to an end when the compromise plan, Annan Plan, prepared by the then UN Secretary General Kofi Annan, was overwhelmingly rejected by the Greek Cypriot people. During the referendum held on 24 April 2004, whilst 65% of the Turkish Cypriots voted "Yes", 75% of the Greek Cypriots voted against the plan; thus, eliminating the possibility of establishing a new partnership republic. Despite their obstructionist attitude, the Greek Cypriot administration unilaterally entered the European Union under the usurped title of the "Republic of Cyprus", on 1 May 2004. The then UN Secretary General Kofi Annan, expressed his regret and noted that *he hoped ways would be found to ease the plight in which the Turkish Cypriot people find themselves through no fault of their own* (24 April 2004). In his report to the Security Council, he called upon the international community to *cooperate both bi-laterally and in international bodies to eliminate unnecessary restrictions and barriers that have been the effect of isolating the Turkish Cypriots and impeding their development* (S/2004/437). The current UN Secretary General Ban Ki moon also referred to the economic and social isolation of the Turkish Cypriot people in his report to the UN Peacekeeping Force in Cyprus (UNFICYP) in December 2007, pointing out that promoting the development of the Turkish Cypriot people would make the reunification of the island "occur in as seamless a manner as possible."

Observing the injustice against the Turkish Cypriots, who have been experiencing all kinds of inhuman restrictions for years, the EU also expressed its will to enhance the economic development of Turkish Cypriots through an aid package. The EU Commission adopted a proposal, which had foreseen the transfer of 259 million Euros financial aid. However, the Turkish Cypriots have not been effectively benefiting from the EU aid due to Greek Cypriot administrations' pressures.

After the Presidential elections in February 2008 on the Greek Cypriot side, President Mehmet Ali Talat has reiterated once again his readiness for a new process of full-fledge negotiations and expressed his sincerity towards a solution.

Places to visit: In Lefkoşa (capital): Selmiye Mosque, Mevlevi Museum, Sultan Mahmut Library, Dervish Pasha Mansion and Lapidary Museum. In Gazimağusa: Antient Ruins of Salamis, Kantara Castle, Othello Castle, Lala Mustafa Paşa Mosque, Canbolat Museum, Ruins of Ayios Philion, St. Barnabas Icon Museum and Apostolos Andreas Monastery. In Girne: Kyrenia Castle, Bellapais Abbey, St. Hilarion Castle and Buffavento Castle, and in Güzelyurt: Soli Ruins, St. Mamas Monastery and Vouni Palace.



Uluslararası Sağlık ve Hastane Yönetimi Kongresi
International Health and Hospital Administration Congress
01-03 June 2007 Near East University - Nicosia - TRNC - Mersin 10 Turkey



Nature: North Cyprus hosts over 1,600 plant species (22 are endemic), 350 species of birds (7 are endemic), and there are 26 different species of reptiles and amphibians. Every year, 250 different kinds of birds, around 100 million, migrating from Europe to Egypt pass through North Cyprus. The country also became home to some 50 different varieties of butterflies. Visitors are amazed to see that there are 30 different varieties of orchids on the island, 7 of them unique to North Cyprus. Rich underwater plant life and 200 different types of fish are making the blue Mediterranean waters attractive for sea lovers. 30% of the turtles in the Mediterranean, amongst them Carretta Caretta, Chelonia Mydas (Green Turtle) and Dermachelys Corniacea, come to the coasts of North Cyprus for breeding.

Life-style, Culture: Turkish Cypriots are well-educated, social and hospitable people. North Cyprus is popular with its handicrafts, cuisine, traditional music and folk dancing. The Turkish Cypriot Cuisine is famous for its kebab dishes and starters called “mezes”. Daily fresh fish, meat, vegetables and fruit used in the Turkish Cypriot cuisine make the dishes both tasty and healthy. Local alcoholic drinks include rakı, brandy, red and white wine. Baklava, kadayıf and katmer are deserts favoured by most and Turkish Coffee is a must at the end of every dinner. The cultural and art facilities make the country attractive both for the tourists and foreign students. During the hot summer months, people prefer to relax by the sea whereas during the fall season, people go on picnics and long walks in the mountains and countryside. Indoor activities like exhibitions, cinemas, theatres and concerts are always available.

Electricity: 240 volts A/C. 50 Hz.

Traffic: Driving is on the left and international traffic and road signs are used. Maximum speed on highways is 100 km/hr. Vehicles entering North Cyprus must be insured upon arrival. Please refer to the Turkish Embassy or TRNC Representative Office in your country to check visa requirements.

Climate: North Cyprus enjoys a Mediterranean climate with long, dry summers and short wet winters. The average annual temperature is 19 C. The weather in winter is very mild with temperatures ranging between 9 C-12 C. Average annual rainfall is 500mm.

Emergency telephone numbers: Fire 199, Police 155, First Aid 112.