

T.C
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
HASTANE VE SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI

**SAĞLIK SEKTÖRÜNDE AMELİYATHANELERDE
ÇALIŞANLARIN MEMNUNİYETLERİNİN
ÖLÇÜLMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan:
Zerrin ÖZKAN

İstanbul, 2016

T.C
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
HASTANE VE SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI

**SAĞLIK SEKTÖRÜNDE AMELİYATHANELERDE
ÇALIŞANLARIN MEMNUNİYETLERİNİN
ÖLÇÜLMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan:
Zerrin ÖZKAN

Öğrenci No:
1307460156

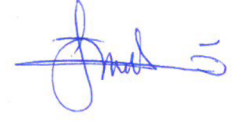
Danışman:
Yrd. Doç. Dr. Sefer GÜMÜŞ

İstanbul, 2016

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum **“Sağlık Sektöründe Ameliyathanelerde Çalışanların Memnuniyetlerinin Ölçülmesi”** başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmamın içinde kullanıldıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım. 24/01/2016

Aday: **Zerrin ÖZKAN**



T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
TEZLİ YÜKSEK LİSANS SINAV TUTANAĞI

24.01.2016

Enstitümüz *İşletme Yönetimi* Anabilim dalı *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi* Programı yüksek lisans öğrencilerinden 1307460156 numaralı **Zerrin ÖZKAN**'ın "*Beykent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim - Öğretim Yönetmeliği*"nin ilgili maddesine göre hazırlayarak, Enstitümüze teslim ettiği "*Sağlık Sektöründe Ameliyathanelerde Çalışanların Memnuniyetlerinin Ölçülmesi*" konulu tezini, Yönetim Kurulumuzun 15.09.2015 tarih ve 2015/37 sayılı toplantısında seçilen ve Taksim Yerleşkesinde toplanan biz jüri üyeleri huzurunda, ilgili yönetmeliğin (c) bendi gereğince (60) dakika süre ile aday tarafından savunulmuş ve sonuçta adayın tezi hakkında ~~oyçokluğu/oybirliği~~ ile ~~Kabul/Red veya Düzeltme~~ kararı verilmiştir.

İşbu tutanak, 4 nüsha olarak hazırlanmış ve Enstitü Müdürlüğü'ne sunulmak üzere tarafımızdan düzenlenmiştir.

Danışman
Yrd.Doç.Dr. Sefer GÜMÜŞ
(Beykent Üniversitesi)

Üye
Doç.Dr. Kamil USLU
(Marmara Üniversitesi)

ÜYE

Prof.Dr. Mehmet Fikret GEZGİN
(Beykent Üniversitesi)

Adı ve Soyadı : Zerrin ÖZKAN
Danışmanı : Yrd. Doç. Dr. Sefer GÜMÜŞ
Türü ve Tarihi : Yüksek Lisans, 2016
Alanı : Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi
Anahtar Kelimeler : Ameliyathane, Ameliyathane Çalışanları, Memnuniyet

ÖZ

SAĞLIK SEKTÖRÜNDE AMELİYATHANELERDE ÇALIŞANLARIN MEMNUNİYETLERİNİN ÖLÇÜLMESİ

Hasta memnuniyetinin esas alındığı hastanelerde hizmetin kaliteli ve sürdürülebilir olması için çalışan memnuniyetine de önem verilmesi gerekmektedir. Hastanelerde çalışanlar uzun bir zaman diliminde ve stresli bir ortamda görevlerini yerine getirmektedir. Sağlık personelinin en yoğun çalıştığı alanlardan biri ameliyathanelerdir. Ameliyathaneler fiziksel, kimyasal, psikolojik ve biyolojik birçok etkeni içinde barındıran, insan sağlığı ve ergonomisini etkileyen bir çalışma ortamıdır. Çalışmamız tanımlayıcı tipte olup; ameliyathanelerde çalışan doktor, hemşire, anestezi teknisyeni ve ameliyathane personelinin memnun olup-olmama durumunun yedi değişkene göre incelenmiştir. Literatür taramasından sonra 25 soruluk bir anket hazırlanmış ve Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kağıthane Devlet Hastanesi ameliyathane çalışanlarına uygulanmıştır. Toplam 125 kişi planlanmış, fakat nöbet usulü çalışılması, izinli olunması gibi sebeplerden dolayı 100 kişiye uygulanmıştır.. Verilerin analizinde SPSS 22.0 programı kullanılıp, değişkenlerin dağılımı kolmogorow simirow test ile ölçülmüştür. Nicel verilerin analizinde man-whitney u testi, nitel verilerin analizinde ki-kare ve fischer test kullanılmıştır.

Çalışmamıza göre çalışanların %75'i ameliyathanede çalışmaktan memnundur. Ameliyathane çalışanlarının havalandırma, araç, gereç ve malzeme sıkıntıları yaşadıkları ve bu durumdan memnun olmadıkları saptandı($p<0,05$). Cerrahi alet yaralanması ve ameliyat süresi arasında bağlantı olduğunu çalışanların

%75'i kabul etmiş, ameliyathanede çalışmaktan memnun olmayanlarda bu durum olanlara göre anlamlı bulundu($p=0,023$). Ameliyathanede çalışmaktan memnun olmayanlarda psikolojik baskı, atık gazlara maruz kalmaya bağlı bulantı, sinirlilik, baş ağrısı, radyasyona bağlı olarak kurumların bu duruma önem göstermediği düşüncesi anlamlı olarak yüksek bulunmuştur($p<0,05$). Ameliyathanede çalışmaktan memnun olanlarda ise yönetsel sorunlar ile ilgili sorunları ameliyathanede çalışmaktan memnun olanlardan düşük bulunmuştur($p<0,05$).

Name and Surname : Zerrin ÖZKAN
Supervisor : Asist. Prof. Sefer GÜMÜŞ
Degree and Date : Master's Degree, 2016
Major : Hospital & Health Care Management
Keywords : Operation Room, Operation Room Staff, Contentment

ABSTRACT

EVALUATING THE SATISFACTION OF THE OPERATING ROOM PERSONEL IN THE HEALTH SECTOR

Workers contentment has great importance in the hospital and healthcare industries that need a sustainable and high quality patient pleasure. Health care workers face under stress for a long time period. Operating rooms are one of such hard working zones of health care professionals. These are working environment facilities including physical, chemical, psychological and biological factors with effect human health and comfort. In the present prospective study, there are seven different parameters were investigated for doctors, nurses, anesthesia technicians and staff for their working contentment level. A survey prepared after extensive literature review. It includes 25 questions for operation room workers in Okmeydanı Training and Research Hospital with Kağıthane State Hospital. 100 workers were completed questionnaire. SPSS 22.0 software was used for statistical analysis, Kolmogrow-Smirow test was used for variants. Man-Whitney u test used for numerical analyses, Ki square and Fischer were used for quality analyses.

There are 75% of the operation rooms workers have gratified on their working environment. They mainly suffer low quality of equipment and air condition in the working area ($p<0.05$). 75% of workers accept that injury by surgical tools is increasing by time of the surgery. The 25% of the workers they non-favored to working in the operation theatre thought surgical tool injury and its relation with operation time is more meaningful ($p<0.05$). This group has a higher incidence of the thinking there is no radiation-protection policy against x-ray tools by the hospital management, also they have increased higher psychological side effects, headache, anxiety and nausea ($p<0.05$). The gratified group was found a less problematic with the hospital management ($p<0.05$).

İÇİNDEKİLER

Sayfa No.

ÖZ	i
ABSTRACT	iii
İÇİNDEKİLER	iv
TABLolar LİSTESİ	vii
ŞEKİLLER LİSTESİ	viii
KISALTMALAR	ix
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK SİSTEMİ VE SAĞLIK SEKTÖRÜ

1. SAĞLIK SEKTÖRÜ	4
1.1.Özel Sağlık Sektörü	5
1.2.Kamu Sağlık Sektörü	7
2. SAĞLIK SİSTEMİ	8
2.1.Sağlık Sisteminin Tanımı Ve Amaçları	8
2.2.Sağlık Sistemlerinin Sınıflandırılması	11
2.3.Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması	14
2.3.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	14
2.3.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	15
2.3.3. Rehabilite Edici Sağlık Hizmetleri	16

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK SİSTEMİNDE HASTANELER VE YÖNETİM KAYNAKLARI

1. SAĞLIK SİSTEMİNDE HASTANELER	17
1.1.Hastanelerin Sınıflandırılması	17
1.2.Hastanelerin Özellikleri	18
2. HASTANELERDE YÖNETİM KAYNAKLARI	19
2.1. Nitelikli ve Sağlıklı İnsan Gücü	20
2.2. Mali Kaynaklar	22
2.3. Zaman	23

2.4. Malzemeler	24
2.4.1. İlaçlar	25
2.4.2. Tıbbi Malzemeler	25
2.4.3. Tıbbi Olmayan Malzemeler	26
2.5. Makineler	27
2.6. Kuruluş Yeri ve Bina Özellikleri	28

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

HASTANELERDE AMELİYATHANE YÖNETİMİ VE ÖZELLİKLERİ

1. HASTANELERDE AMELİYATHANE YÖNETİMİ	30
1.1. Hastane Yöneticileri	30
1.2. Ameliyathane Yöneticileri	31
2. AMELİYATHANE TANIMI VE ÖZELLİKLERİ	31
2.1. Fiziksel Çevre	32
2.1.1. Aydınlatma	32
2.1.2. Gürültü	33
2.1.3. Havalandırma, Isı ve Nem	34
2.1.4. Radyasyon	36
2.2. Kimyasal Çevre	39
2.2.1. Sabun ve Deterjanlar	39
2.2.2. Lateks	40
2.2.3. Sterilizasyon Amaçlı Kullanılan Maddeler	40
2.2.4. Atık Gazlar	41
2.2.5. Cerrahi Duman	43
2.3. Biyolojik Çevre	44
2.4. Psikososyal Çevre	45

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

AMELİYATHANE ÇALIŞANLARININ AMELİYATHANEDE OLAN BAZI FAKTÖRLERE GÖRE MEMNUNİYETLERİNİN ÖLÇÜLMESİ

1. ARAŞTIRMA SÜRECİ	49
1.1. Araştırmanın Tipi	49

1.2.Araştırmanın Evreni.....	49
1.3.Araştırmanın Örneklemi	49
1.4.Araştırmanın Sınırlılıkları	50
1.5.Verilerin Toplanması	50
1.6.Veri Toplama Araçları	50
1.7.Veri Toplama Araçlarının Uygulanması.....	51
1.8.Verilerin Değerlendirilmesi.....	51
2. BULGULAR VE TARTIŞMA	52
2.1.Ameliyathane Çalışanlarının Sosyo-demografik Özellikleri	52
2.2.Ameliyathane Çalışanlarının Ameliyathanedeki Koşullara Bağlı Memnuniyet Durumları.....	55
2.2.1.Ameliyathane Çalışanlarının Fiziksel Ortam İle İlgili Tutumları.....	55
2.2.2.Ameliyathane Çalışanlarının Çalışan Güvenliği İle İlgili Tutumları....	57
2.2.3. Kesici Delici Alet Yaralanmasına Bağlı Memnuniyet Düzeyleri.....	58
2.2.4. Ameliyathane Çalışanlarının Radyasyona Bağlı Memnuniyet Durumları	59
2.2.5. Ameliyathane Çalışanlarının Atık Gazlara Maruz Kalmaya Bağlı Memnuniyet Durumları.....	61
2.2.6. Ameliyathane Çalışanları Yöneticilerinin Görevlerini Yerine Getirmesine Yönelik Memnuniyet Durumları	62
2.2.7. Ameliyathane Çalışanlarının Psikolojik ve Ruhsal Yönden Ameliyathane de Çalışmaktan Memnun Olma Durumları.....	64
SONUÇ	66
KAYNAKÇA	71
EKLER	84
Ek 1. Anket Formu.....	84
ÖZGEÇMİŞ	87

TABLÖLAR LİSTESİ

<u>Tablo No.</u>	<u>Sayfa No.</u>
Tablo 1: Ameliyathane Çalışanlarının Sosyodemografik Özellikleri ve Memnuniyet Durumlar	53
Tablo 2: Ameliyathane Çalışanlarının Fiziksel Ortam ile İlgili Tutumları	55
Tablo 3: Ameliyathane Çalışanlarının Çalışan Güvenliğine Bağlı Tutumları.....	57
Tablo 4: Ameliyathane Çalışanlarının Ameliyathanede Kesici-delici Alet Yaralanmalarına Maruz Kalma Durumlarına Bağlı Tutumları	58
Tablo 5: Ameliyathane Çalışanlarının Radyasyona Yönelik Tutumları	59
Tablo 6: Ameliyathane Çalışanlarının Skopi Kullanımına Yönelik Tutumları	60
Tablo 7: Ameliyathane Çalışanlarının Atık Gazlara Maruz Kalma Durumları.....	61
Tablo 8: Ameliyathane Çalışanlarının Sık Yaşadığı Sağlık Durumları	61
Tablo 9: Ameliyathane Çalışanlarının Yöneticilerinin Görevlerine Yönelik Tutumları ve Memnuniyetleri	62
Tablo 10: Ameliyathane Çalışanlarının Psikolojik ve Ruhsal Yönden Ameliyathanede Çalışmaktan Memnun Olma Durumları	64
Tablo11: Hipotezlerin Değerlendirilmesi.....	69

ŞEKİLLER LİSTESİ

<u>Sekil No.</u>	<u>Sayfa No.</u>
Şekil 1. Meslek Gruplarına Göre Ameliyathanede Çalışan Kişi Sayısı.....	52
Şekil 2. Fiziksel Çevreye Bağlı Memnuniyet Düzeyleri.....	56
Şekil 3. Ameliyathanede Çalışanların Sık Yaşadıkları Sağlık Sorunları	62
Şekil 4. Ameliyathane Çalışanlarının, Yöneticilerinin Görevlerini Yapıp Yapmadığına Yönelik Tutumları.....	64

KISALTMALAR

CTF	: Cerrahpaşa Tıp Fakültesi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EEG	: Elektroensefalografi
EKG	: Elektrokardiyografi
EMG	: Elektromiyografi
GSMH	: Gayrı Safi Milli Hasıla
KÖİ	:Kamu Özel İşbirliği
MEB	: Milli Eğitim Bakanlığı
MR	: Manyetik Rönenans
OECD	: Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü
RGK	: Radyasyon Güvenliği Kurulu
SB	: Sağlık Bakanlığı
TAEK	: Türkiye Atom Enerjisi Kurumu
TDK	: Türk Dil Kurumu
TTB	: Türk Tabipler Birliği
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu

GİRİŞ

Çalışma Konusunun Seçimi: Hastaneler sağlık sektöründe en yoğun hasta ve çalışan potansiyelinin olduğu kurumlardır. Hastaneler tek bir kurum olmakla birlikte içerisinde çok fazla birim ve bu birimlere bağlı çalışan personel barındırmaktadır. Hastalar hastaneye geldiğinde güler yüzlü, kendilerine acıyı ve ölümü hatırlatmayacak insanlar ve ortamlarda tedavi görmek istemektedir. Çalışanlar ise daha sağlıklı, temel hak ve hürriyetlerinin korunduğu, çalışan sağlığına önem verildiği, temiz, düzenli ortamlarda çalışmak istemektedir. Hasta memnuniyetinin öncelikli tutulduğu sağlık sisteminde, hastaya hizmet veren sağlık personelinin de memnuniyeti öncelikli tutulmalıdır.

Hastaneler birçok birim ve bu birimlere bağlı alt birimlerden oluşmaktadır. Hastanelerin her birimi yoğun olmakla birlikte ameliyathaneler 24 saat hizmet veren, psikolojik, fizyolojik, kimyasal çok fazla etmenin bir arada olduğu ortamlardır. Bu nedenle çalışmamız ameliyathanede çalışan tüm çalışanların ameliyathanede bulunan bazı faktörlere göre ameliyathane çalışmaktan memnun olup olmama durumlarını ölçmeyi hedeflemektedir. Aynı zamanda ameliyathanelerdeki var olan durumların saptanması ve bunların yönetmelikle uyumlu olup olmadığı hakkında durum saptanması açısından önem taşımaktadır.

Çalışmanın Amacı: Ameliyathaneler sağlık sisteminde riskli birim olarak kabul edilmektedir. Riskli birim olmasına neden olan faktörler insan sağlığına olumsuz etkisi olan patojenlerle aynı ortamlarda bulunmaktır. Bu kadar risk faktörünün olduğu bir ortamda çalışanların hizmet vermesi zor olmakla birlikte hasta içinde risk faktörü oluşturmaktadır. Yapılan araştırmalarda ameliyathanede bulunan bazı patojenlerin kanser gibi tedavisi güç hastalıklara neden olduğunu görülmekte, hasta sağlığı gibi çalışan sağlığına da önem verilmesi gerekmektedir. Bu nedenle çalışmamızın amacı mevcut olan durumu saptayarak, çalışanların memnuniyet düzeyini ölçmektir.

Çalışmanın Önemi: Hastaneler sağlık sektörünün en önemli hizmet sunucusudur. Ameliyathaneler hastane işletmelerinin en büyük ve karmaşık birimlerinden birisidir. Teknolojik aletlerin, yeni gelişmelere bağlı olarak hızlı ve

etkin kullanıldığı birimlerdir. Çalışan personelin etkin ve verimli olması, sürekli eğitimlerden geçmesi gerekmektedir. Mevcut durumun tespiti, ameliyathanelerin çalışanlara yönelik risk faktörlerine göre dizayn edilmesi, ergonomiye uygun ortamların yaratılması çalışan memnuniyetini önemli ölçüde etkileyecektir. Çalışanların hangi konu ve konulardan memnun olmadıklarını bilmek mevcut ve olağan durumu bilip, düzenlemek için önemlidir.

Çalışmanın Planı: Araştırmamızda ilk olarak sağlık sektörü ve sisteminden, hastanelerden bahsedilmiştir. Sonrasında ise ameliyathanelere değinilmiş, olması gerekenler ve risk faktörleri anlatılmıştır. Sağlık sektörü, sektör sıralamasında önde olan sektörlerden biridir. Yeniliklere açık, sürekli gelişen ve gelişen teknolojiyle birlikte girdisini yükselten aynı zamanda karmaşık ve hataların kötü sonuçlara neden olabileceği, insan sağlığıyla doğrudan ilişkili olan bir yapıdadır. Birçok sağlık sistemi incelenmiş ve en uygun sistemi ülkeler kendileri için seçmiştir.

Sistem içerisinde hastaneler devlet, tıp fakültesi, eğitim ve araştırma olarak ayrılmakta, ameliyathaneler her hastanede bulunmaktadır. Her hastanenin kendi ameliyathanesi var olmakla birlikte kullandıkları teknoloji arasında farklılıklar vardır. Eğitim ve araştırma, tıp fakültesi hastanelerinde yeni teknikler sıklıkla uygulanmakta, büyük ve karmaşık operasyonlar gerçekleştirilmektedir. Buna bağlı olarak çalışanlara sağlanan koşullar ve karşılaştıkları riskler açısından farklılıklar olmakta fakat genel olarak bakıldığında yaşanan sıkıntılar aynı olmaktadır. Memnuniyetlerini etkileyen durumlarda ortak olarak incelenmiştir, sonuçlara bağlı olarak mevcut durum saptanmıştır.

Çalışmada Kullanılan Yöntem ve Teknikler: Araştırmamızda bazı kütüphanelerden veri toplama yöntemiyle yazılı kaynaklar değerlendirilmiştir. Yayınlanan dergilerden makaleler okunmuş, internet kaynakları incelendi, konuyla alakalı tezler incelenmiştir. Ayrıca mesleksen deneyimler ve bilgilerde kullanılmıştır.

Karşılaşılan Zorluk ve Sınırlamalar: Anketler uygulanırken bir hastanenin ameliyathanesine girilememiş, kişilere anketler başkası aracılığıyla ulaştırılmıştır. Anket yapılması gereken kişi sayısı daha fazla düşünülürken nöbet usulü çalışmak, yıllık izinde olunması, ameliyatta olma gibi nedenlerden dolayı bazı kişilere

ulaşılamamıştır. Sınırlama olarak da sadece ameliyathane çalışanlarına anketler uygulanmıştır.

Çalışmanın Varsayımları: Çalışmamda ameliyathanede çalışanların memnuniyetini etkileyen toplam yedi varsayımın test edilmesi amaçlanmıştır.

H₁. Ameliyathanelerde uygulanan çalışan güvenliği talimatı ve memnuniyet arasında anlamlı bir fark vardır.

H₂. Ameliyathane ortamı ve çalışanların ruhsal durumunu arasında anlamlı bir fark vardır.

H₃. Ameliyathanede var olan radyasyon ve çalışan memnuniyeti arasında anlamlı bir fark vardır.

H₄. Atık gazlar ve çalışan memnuniyeti arasında anlamlı bir fark vardır.

H₅.Yönetsel sıkıntılar ve çalışan memnuniyeti arasında anlamlı bir fark vardır.

H₆.Çalışanların maruz kaldıkları kesici-delici alet yaralanmaları ve memnuniyetleri arasında anlamlı bir fark vardır.

H₇.Ameliyathanenin fiziksel çevresi, dinlenme olanakları ve çalışan memnuniyeti arasında anlamlı bir fark vardır.

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK SİSTEMİ VE SAĞLIK SEKTÖRÜ

1. SAĞLIK SEKTÖRÜ

“Dünya ekonomisindeki en büyük sektörlerden biri sağlık sektörüdür. Sağlık sektörü sağlığa doğrudan ya da dolaylı etkileri olan mal ve hizmetlerin tümünü üretmek/ arz etmek üzere kurulan sistemlerden oluşan, bu sistemlerin içerdiği kurum, kuruluş, statü, ürün ve benzerlerinin tümünü belirtmek için kullanılan genel ve kapsayıcı bir kavramdır”(Sargutan, 2005a:402-403).

Sağlık sektöründe kişiler sağlık ihtiyaçlarını önceden bilemez, tahmin edemez. Sağlık ihtiyacı kaza ya da hastalıklarla bir anda oluşabileceği gibi kişinin sağlıklı olma durumunun devamlılığını sürdürebilmesi, geliştirebilmesi amacıyla ortaya çıkan ihtiyaçları karşılayan bir sistemler bütünüdür. Sağlık sektöründe verilen hizmetler toplanamaz, depolanamaz ve biriktirilemez. Bu nedenle sektörde çalışanlar sürekli çalışmakta ve hazır bulunmaktadır. İnsan gücü tüm alanda gerekli olduğu gibi, bilgi bunun yanı sıra teknolojinin de kullanılması uzmanlaşmayı gerektirmektedir. Her geçen gün yapılan araştırmalar, buluşlar sayesinde bilgiler yenilenmekte ve güncellenmektedir. Bu duruma paralel olarak kullanılan araç-gereçler, cihazlar, malzemelerde değişmekte; değişimin adaptasyonunu sağlamak amacıyla uzmanlaşma alanları artmaktadır. Sektörde hizmet vericiler bir ekip ve birbirini tamamlayan bir bütünün yapıtaşları gibidir. Hasta bir bireyin hastaneye geldikten sonra doğru basamaklardan geçip, çıktı olarak topluma katılması, arada var olan hizmet üreticilerin bilgi ve becerilerine göre şekillenmektedir. Sektördeki temel çıktı; sağlıklı, topluma yararı olan, kendi kendine yetebilen insanlardır.

“Bir toplumun sağlıklı olabilmesi için o toplumu oluşturan bireylerin de sağlıklı olması gerekmektedir. Bu şartın sağlanması için de sağlık hizmetinin kamu hizmeti olarak kabul edilmesi gerekmektedir. Fakat bu devletin tüm talepleri karşılaması gerektiği anlamına gelmemekte, bakanlık eliyle hizmet vericileri düzenlemekte, denetlemekte, sağlık hizmetini üretmekte ya da özel, kamu, özel

teşebbüslerle üretimini sürdürülmesini gerekmektedir”(Sargutan, 2005:403). Kişilerin sağlıklı olma hakkı temel hakkı olmasına rağmen bunu algılamaları toplumdan topluma farklılıklar göstermektedir. Bazı toplumlarda hastalıklardan korunma, hastalık durumunda bir kuruma başvurma, aşılama ve diğer sağlığa yönelik fiziksel etkenler göz ardı edilebilmektedir. Ülkemizde koruyucu sağlık hizmetlerinin yeterince gelişmiş olmaması kişilerin hastalık durumunda hastaneye geç başvurmalarına ve hastalığın ilerleyerek daha fazla maddi manevi kayıplarla tedavi sürecine başlanılmasına neden olmaktadır. Bu sürecin bu şekilde gelişmesi bilgi yetersizliğinden kaynaklanmakla birlikte, sistemsal hatalar da göz ardı edilmemektedir.

1.1. Özel Sağlık Sektörü

“Türkiye’de son yıllarda devletin aldığı kararlara bağlı olarak sağlık sektöründe özel reformlar yaşanmış, sağlık hizmetleri arasında olumsuz etkilere neden olmuştur. Bu olumsuzluklardan en çok etkilenen kesim hastalar ve sağlık çalışanlarıdır. Sağlık çalışanların bu durumdan iki yönde etkilenmektedir. Bunlardan ilki; kamu hizmetlerinin özel sektör eliyle verilmesiyle oluşan ve hızla büyüyen özel sağlık sektörüdür”(Etiler,2015:4). Sağlık sektöründe birçok iş kolu ve buna bağlı olarak da özelleştirmenin uygulandığı alanlar oluşmuştur.

“1970’lerin ortalarından sonra kar oranlarının düşmesiyle başlayan daralma sonrasında mülkiyetin özele devri ile özelleştirme politikalarının uygulanmaya başladığı görülmektedir. 1980 sonrasında ise Türkiye’de birçok özel hastane açılmış, böylelikle özel sektör payını arttırmıştır. Özel sağlık sektörü yani sağlık alanında özelleştirme diğer sektörlerdeki gibi kamu sağlık kuruluşlarının özele satılması değil özel sağlık kuruluşlarının desteklenmesi olarak görülmektedir”(Karabulut, 2001:2).

“Özelleştirme 1961 yılında başlamasına rağmen 1980 sonrasında gelişmeler hız kazanmıştır. 1985- 1997 yılları arasında yatak sayılarında artış kıyaslandığında kamu hastanelerindeki yatak sayısı %35 artarken, özel sektördeki yatak sayısında %131 bir artış görülmüştür. Görülmektedir ki 1985 sonrası özel sektör kamu sektöründen daha fazla yol almıştır”(Karabulut,2001:34). Bu yıllar arasında özel

sektör desteklenmiş hastaneler merkezi yerlere açılmış buna bağlı olarak yatak sayıları arasında ciddi bir artış farkı görülmüştür.

“Diğer yandan çalışan gruplar düşünüldükçe 1986 ve sonrası yani kuralsızlaştırma dönemi ile sağlık çalışanlarının itibarsızlaştığı görülmektedir. Kuralsızlaştırma döneminde kamu sağlık kuruluşlarının desteklenmediği ve bütçelerinin azaltıldığı, kamu sağlık hizmetlerinin kötülendiği buna bağlı olarak kamuda çalışanların önemsizleştiği görülmüştür. Bu dönemde özel sektörün ise devlet tarafından desteklendiği görülmektedir”(Etiler,2015:3). Böylelikle kamu hastanelerinin yapması gereken işlerin bir kısmını özel desteklenerek devralması sağlanmıştır. Yıllarca nöbet usulü çalışmış, insan sağlığına ve sağlığın devamlılığına önem vermiş sağlık emekçileri bu dönemde değersiz görülerek yaptıkları iş değersizleştirilmiştir.

“Aynı zamanda ülkemizde özelleştirmeye gitmeye karşı çıkanların önemseydiği konular mevcuttur. Bunlardan ilki sağlık alanında eşitsizliklere neden olacağı düşüncesidir. Ülkemizde işsizlik oranının her gün arttığı kabul edilen bir gerçektir. Toplumun genelinin gelir seviyesinin düşük olması, insanların temel ihtiyaçlarını bile tam karşılayamadığı bilinmekte sağlıklı olma hakkı için ekstra bir para ödemeyeceği, bu durumda eşitsizliklere neden olduğu görülmektedir. Bir diğer konu ise sağlık çalışanlarını bekleyen işsizlik tehlikesidir. Özel sektörün devreye girmesiyle çoğu yerde küçük ve büyük hastaneler açılmış sağlık çalışanlarına iş olanakları sağlanmıştır. İş olanakları sağlanması çalışanların niteliksizleşmesine, üniversite mezunu yerine düşük maaşla lise mezunları çalıştırılmasına ve işin niteliğinin düşürülmesine neden olmuştur”(Yıldız,1994:8).

Özelleştirmenin olumsuzlukları sadece bunlarla sınırlı kalmayıp özel sektörün amacının kar elde etmek olduğu bu bağlamda kullanılan malzemenin de kalitesizleştiğidir. Hastanelerde kullanılan malzeme daha ucuza alınarak yapılan işlemlerin kalitesinin düşük, geri dönüşümünün fazla olduğu, hastalara gereksiz yere işlem uygulandığı böylelikle girdinin fazlalaştığı görülmektedir. Özel sektör toplumun tüm kesimine hizmet veremez çünkü hizmet parayla gerçekleşir. Hizmetin parayla gerçekleşmesi tüm kesimin özel hastanelerden yararlanmasını güçleştirmektedir. Verilen hizmetlerin ücretleri hastaneden hastaneye farklılaşmakta,

daha merkezi ve kadrosu güçlü hastanelerde yapılan tüm işlemler iki ya da üç katı ücretlerle gerçekleştirilmektedir. Bu da hastaların aldıkları hizmetlerde adaletsizliğe neden olmaktadır. Özel sektörde çalışan personel daimi değildir, istediği yerde çalışabilir ya da çalıştırılabilir. Bu durumda hizmetin kalitesini ve devamlılığını olumsuz etkilemektedir. Çalışan personelin eleman eksikliği ya da işverenin çalışma politikaları nedeniyle fazla mesai ile çalışmakta, az ücretle hizmet vermektedir. Çalışanlara işveren tarafından mobing uygulanmakta, kişilerin çalışma istekleri ve azmi köreltilmektedir.

Sosyal devlet anlayışının olduğu ülkemizde amaç tüm halka en temel sağlık hizmetini sunmaktır. Özelleştirme ile birlikte sermaye özelin en fazla kar elde edeceği alana ve yerleşkelere yatırım yapmasıyla sonuçlanmıştır. Bunun nedenlerinden biri gelişmekte olan ya da gelişmemiş ülkelerde gelir seviyesinin düşük olması, gelir dağılımındaki eşitsizliklerdir. Tüm insanların sağlık olma hakkının yaşama hakkı gibi evrensel bir hak olduğu bunun devamlılığının da devlet eliyle sürdürülmesi gerektiği bilinmektedir. Fakat kamu hastanelerinin yetersiz olduğu ve tüm topluma hizmet veremeyeceği durumlarda özelin desteklenerek kamunun yükünün azaltması doğru olacaktır.

1.2.Kamu Sağlık Sektörü

“İktisadi düşünce tarihinde topluma istenilen şekli vermek(toplumu kurallar çerçevesinde yaşanılır kılmak) için devletin her yönden güçlü olması gerektiğini düşünenler vardır. Bu düşünceyi bu şekilde kabul edenler olduğu gibi aksini düşünenlerde mevcuttur. Kamunun aslında temel görevi toplumun dış ve iç güvenliğini sağlamak, adalet sistemi oluşturarak toplumun hak ve hürriyetlerini korumaktır”(Ener ve Demircan,2008:62). Küreselleşme ile birlikte özelleşmeye gidilse de özelin yetersiz kaldığı ve bazen sisteme müdahil olamadığı durumlarda mevcuttur.

Küreselleşme ile birlikte tüm dünyada devlet anlayışında farklılaşmalar ve değişiklikler ortaya çıkmış devlet kavramına farklı anlamlar yüklenmiştir. Yine küreselleşme ile birlikte toplumda, ekonomide ve siyasal konularda köklü değişiklikler olmuştur. “Devletin işlevselliğinde, mal ve hizmet sunumunda, bu

hizmetlerin niteliğinde değişiklikler olmuştur. 21. yüzyıla birlikte kamu hizmetlerinin birçoğu piyasa ekonomisi ile ortaklaşa sunulmaya başlamıştır. Bu bağlamda gelişmekte olan çoğu ülkede kamu tarafından sunulan hizmetlerde reformlar, özelleştirmeler ve yenilikler oluşmuştur”(Ener ve Demircan, 2008:58).

Sağlık sektöründe kamunun payı özellikle alt kesim toplum için önem arz etmektedir. Sağlık giderlerinin ciddi anlamda fazla ve külfetli olduğu, sürecin bazı zamanlar çok uzadığı buna bağlı olarak da maddi giderlerin arttığı bilinmektedir. Sistemin amacı özelleştirme ile birlikte kamu sağlık kuruluşlarının özele satılması ya da devredilmesi değil özel sağlık kurumlarının desteklenmesidir.

Ülkemizde kamu özel işbirliği(KÖİ) ile kamunun yatırım ve hizmetlerini özel ile bir araya getirerek büyük ölçekli projeler hazırlanmaktadır. Bu uygulama dünya üzerinde ilk olarak Amerika da uygulanmıştır. Amerika’da da olduğu gibi KÖİ sadece altyapı, eğitim, savunma sanayisinde değil sağlıkta da teşebbüslerde bulunmuştur. KÖİ aynı zamanda: “ devlet ile özel arasında uzun vadeli esnek bir sözleşme temeline dayanan ve kamu hizmetlerinin görülmesine ve/veya finansmanına devlet ile özel sektörün bir arada katılmasını öngören, finansman, altyapı ve hizmet sağlama için kullanılan bir kavramdır” (Tunç ve Özaraç,2015). Yani kamu ve özel ortak hareket etmektedir.

2. SAĞLIK SİSTEMİ

2.1. Sağlık Sisteminin Tanımı Ve Amaçları

Var olan tüm sistemlerin iyi tanımlanması sistem anlayışını kabul etmek için çok önemlidir. ”Sağlığın teşviki ve geliştirilmesine yönelik Ottawa Sözleşmesi’nde de olduğu gibi, DSÖ’nün 1948 yılındaki tanımına göre sağlık; yalnızca sakatlık veya hastalığın olmaması durumu değil, sosyal ve ruhsal yönden tam bir refah durumu olarak tanımlanmaktadır” (Sağlık Bakanlığı Genelge, 2011). Sağlık sosyal ve ruhsal yönden tam bir iyilik hali olmasıyla birlikte bu şartları sağlayan bileşenlerinde kabul edilmesi kaçınılmaz bir sonuçtur. Her ülkede olduğu gibi ülkemizde de bir sistem anlayışı mevcuttur. Sağlık sistemi sağlığı geliştirmek, yenilemek ve sürdürmek üzere

tüm aktiviteleri içine alan kapsamlı bir oluşumdur. Bireylerin sağlığını yükseltmeyi amaçlarken aynı zamanda finansmanı da ilgilenmektedir. İnsanlar sağlığa yönelik beklentilerinin acilen karşılanmasını beklerken aynı zamanda saygınlıklarının korunmasını ve tercihin kendilerine bırakılmasını da sistemden beklemektedir. Sistemin içerisinde hizmete yönelik emek harcayan kurum ve kuruluşlar; amacın odak noktasını oluşturan bireyler vardır.

Hizmet sunumu Sağlık Bakanlığı tarafından planlanır, sunulur, denetlenir ve adil bir şekilde finansmanı yapılır. Kısacası yapılan tüm bu hizmetler sağlık hizmetine girer ve sağlık sektörünün merkezinde yer alır.

“ Genel olarak sistemin amacı;

- Hizmet edilen toplumun sağlığını yükseltmek,
- Beklentilere yanıt vermek,
- Hastalık durumunda ya da sağlığın korunması amacı ile oluşan maliyetin finansmanını sağlayıp koruma altına almaktır” (Uğurluoğlu ve Çelik, 2005:7).

“Dünya Sağlık Raporu 2000’de bu üç amacı; sağlık seviyesinin yükseltilmesi, yeterlilik ve finansmanda adalet olarak belirlemiştir. Sistem içerisinde istenilen işin devamlılığını ve kalitesini sağlamak amacıyla bir takım şartların yerine getirilmesi gerekmektedir. 2000 raporunda 21 hedef konulmuştur ve buna bağlı olarak gelişmeler takip edilmiştir. Kişiler için sağlıklı çevre, hakkaniyetli hizmet alımı ve sunumu, sağlıklı bir çevrede yaşama, genç ve yaşlıların sağlığını geliştirmek amacı ile hedefler konulmuştur” (Aktan ve Işık, b.t:2-5). Bazı durumlarda kendine haksızlık yapıldığını hisseden hasta ya da çalışan yasal düzenlemelerle bu durumu hukuksal bir boyuta taşıyabilmektedir. Bu düzenlemeler ile aynı zamanda gençlerin alkol, uyuşturucu gibi zararlı maddelerden korunması, bireyin ve toplumun sağlığını doğrudan etkileyen etkenlerin giderilmesi, sağlık seviyesinin yükseltilmesi yasal düzenlemeler ile sağlanmıştır. Bunlar aynı zamanda koruyucu sağlık hizmetlerinin amaçları olup toplumun sağlıklı olma durumunu yüksek tutmak, farkındalık yaratmaktır.

“Bir kurumun ya da kuruluşun devamlılığının sağlanması için finansman açısından desteklenmesi; duruma paralel olarak da bir getirisinin olması gerekmektedir. Türk sağlık sisteminde finansmanı genel itibariyle devlet sağlamaktadır. Vergilerden ve sigortalardan toplanan para ile bir bütçe oluşturulmuş olur. Fakat bazı durumlarda kişiler özel sigortalarla özel hastanelerde yatabilir ya da ücreti direk hastaneye ödeyebilir” (Orhaner, 2006:4). Sistemde finansmanın iyi olması demek kullanılan malzeme ve teknolojinin de kalite yönünden iyi olmasını, ulaşılabilirliğinin de fazla olmasını gerektirmektedir. Harcanan bütçe ne kadar fazlaysa ve doğru yere harcanıyorsa bu toplumun yaşam kalitesini de yükseltmektedir.

Temel yapıtaşı olmakla birlikte ön şartlardan biri de kabul edilen personel sistemdeki çoğu işi yapan ve devamlılığını sağlayan güçtür. Personel istihdamının doğru planlanıp yapılması, güncel bilgilere göre eğitimlerinin planlaması, temel hak ve hürriyetlerinin korunması sistemin görevlerinden biridir. Değişen ve güncellenen bilgilere paralel olarak her geçen gün kullanılan alet ve malzemelerde yenilikler meydana gelmektedir. Bu durumun hızla atlatılabilmesi için personelin malzeme ve cihaza adapte olması gerekmektedir. En önemli şartlardan biri de toplumun her kesiminin bu malzemelere rahatça ulaşabilmesini sağlamaktır. Örneğin; bir cihaz A şehrinde varken B şehrinde olamaması B şehrindeki kişilerin cihazı kullanabilmesi için sürekli A şehrine gitmesine neden olmaktadır. Bu durum ulaşım güçlüklerine, ihmellere, kişilerin maddi güçlüklerden dolayı bu hizmeti kullanamamalarına neden olmaktadır. Sağlık sisteminin performansının ölçülebilmesi için sistemin sınırlarının da belirlenmesi gerekmektedir. Sistem amacı olan toplumun sağlığını geliştirme-koruma, hastalık durumunda tedavilerini ve bakımını sağlama, bunun yanı sıra finansmanı sağlamak için maddi ve beşeri tüm kaynakları kullanmaktadır.

“DSÖ 2000 yılında sistemin sınırını en dar anlamıyla Sağlık Bakanlığı’nın doğrudan kontrolü altındaki tüm faaliyetleri içerecek şekilde tanımlamaktadır. Fakat bu tanım dışında birkaç tanımda mevcuttur. Bu tanımlar incelendiğinde sistemin insan yaşamını etkileyen tüm faktörleri kapsamadığı, sadece bir tanımın tam anlamıyla insan sağlığını geliştirmeye ve korumaya katkı veren tüm aktiviteleri kapsadığı görülmüştür. Toplum sağlığını yükseltmeyi amaçlayan beslenme, tütün

kullanımı, yol güvenliği gibi sağlığı tehdit edebilecek unsurları içine alan sektörler arası faaliyetleri içeren geniş bir tanımdır. İnsanlar hastalanmadıkları süre boyunca sağlık sistemiyle ya da onun alt kuruluşu olan hastanelerle karşılaşmazlar. Hastanelerle ilişkileri ise tedavi amaçlı olup muayene olduktan sonra eczaneye gitmeleri ile son bulmaktadır. ‘Hastaların birçoğu da farkında olmadan gereken finansmanı sağlamış bulunmaktadır. Bireylerin sistemden beklediği, sistemin amaı olan sağlık seviyesini yükseltmek, hastalık durumunu düzeltmek, finansmanı sağlamak, kişinin hak ve hürriyetlerine, mahremiyetine saygının devamlılığını sağlamaktır.’(Uğurluoğlu ve elik, 2005:5).

2.2. Sağlık Sistemlerinin Sınıflandırılması

Her sistemin bir amaç doğrultusunda kurulduğu ve bu amaçları gerçekleştirmenin sistemin odak noktası olduğu kabul edilebilir bir gerçektir. Sağlık sistemlerinin sınıflandırılmasında her ülke kendine göre farklılıklar göstermektedir. Tüm dünya ülkelerinde uygulanan sistemlere bakıldığında; bazı ülkeler sağlığın girdi ve çıktısını tamamen özel sermayeye bırakmış ya da tamamen hizmeti devlet eliyle yrtmştir. Bununla birlikte bazı ülkeler de hem devlet hem özel birlikte çalışmıştır. Nedenine bakıldığında ülkeler arası kültürel, ekonomik ve ideolojik farklılıklar bu uygulamaları kabul etmelerine neden olmuştur.

“İlk ulusal sağlık sistemi incelemesi 1931 yılında Arthur Newsholme tarafından yapılmış, sonraki yıllarda sınıflandırma da eksiklikler olduğu gözlenmiştir. Ayrıca farklı düşünceler ortaya çıkmıştır. Milton I. Roomer 1956, 1960, 1984, 1991 ve 1993 yıllarında çalışmalar yapmış devletin sağlık sistemine müdahalesini göz önüne alarak azdan çoğa olacak şekilde sınıflandırmayı gerçekleştirmiştir” (Ateş, 2012:107) ;

•**Serbest piyasa tipi sağlık sistemi:** Bu sistemde özel sektör üstünlüğü sağlanmıştır. İnsanlar zel sigorta yaptırarak sağlık hizmetlerinden yararlanmaktadır. İsteğe bağlı sigortacılık anlayışı mevcut olup; maddi durumu iyi olmayan kişiler ya da ödeme yapamayan kişiler sağlık sigortası yaptıramaz. Hizmet vericiye ücret sigorta şirketi tarafından ya da bireyin sigortası yoksa doğrudan doktora verilerek gerçekleşir. Bu tür sağlık sistemlerinde talep edenin bilgi yetersizliği, hizmet verici

tarafından kötüye kullanılabilir. “Serbest piyasa tipi sağlık sistemi ekonomik geliri yüksek, yoksulluğun az, bilgi seviyesi yüksek, toplum sağlığı hizmetlerinin yeterli, güçlü, adil ve denetimi yapılabilen ülkelerde uygulanması hizmet alan ve sunanlar açısından daha doğru olacaktır “(Sargutan, 2005b:416-417). Bu nedenle bu sağlık sistemi gelir düzeyi yüksek, kişi başına düşen milli hasılanın yüksek olduğu ülkelerde uygulanması daha doğrudur.

Sistemde sağlık güvencesi olmayan ve hizmet için para ödeyemeyen kişiler sağlık hizmetlerinden yararlanamaz. Bu durum toplumda kişiler arası adaletsizliğe neden olmaktadır. Paran kadar sağlık mantığı bu sisteme uygundur. Sermaye genellikle tedavi edici sağlık hizmetleri üzerine odaklanır, koruyucu sağlık hizmetleri gibi getirisi olmayan hizmetlere bütçe fazla ayrılmamaktadır.

•**Refah yönelimli tip sağlık sistemi:** “Bu sistemde hastalık hallerini kapsayan, çalışan ve işveren primi ödemeli sağlık sigortası mevcuttur. Hizmetin arzında kamu ve özel sektör birlikte çalışmaktadır. Hastalık durumunda tedavi amaçlı hizmetler çalışan ya da işveren primleri ile yapılan hastalık sigortasından karşılanmıştır. Refah yönelimli sağlık sistemi olan ülkelerde koruyucu sağlık hizmetleri ile zorunlu sigorta kapsamı dışında kalan hizmetler, kamunun görevi sayılmış kamu kaynaklarından ya da vergilerden finanse edilmiştir. Kamunun görevi özel sektöre göre daha fazladır”(Belek ,2001).

Kamu ve özel birlikte hareket etmelerine rağmen kamunun üstünlüğü kabul görmüştür. Özeli koruyucu sağlık hizmetleri gibi getirisi olmayan ya da toplum tarafından ihtiyacı çok duyulmayan alanlardan uzak durması, bu noktada da kamunun duruma müdahil olması kamu özel ortaklığının bir göstergesidir.

•**Kapsayıcı tip sağlık sistemi:** “Sağlık hizmetinin talebi ve arzında kamu ön plandadır. Kamu kaynakları kullanılarak kişiler hiçbir prim ödemedi sağlık hizmetinden yararlanmaktadır. Kişiler doğrudan ya da yarı doğrudan hiçbir ödeme yapmamakta, tüm ihtiyaçları kamu sağlık kurumlarınca ücretsiz karşılanmakta, özel sigorta yaptırma zorunluluğu bulunmamaktadır. Hizmetin arzında kamu ön planda olmakla birlikte özel sektör de dahil olabilmektedir”(Sezer ve Yıldız, 2009:73). Özel

sektörde oluşabilecek sorunlar karşısında özel sık sık denetlenmektedir. Bu sistemde çok iyi koruyucu ve geliştirici sağlık faaliyetleri hizmeti verilmektedir.

Sistem özelin payını yok ederek tüm sağlık giderlerini devlete mal etmiş, sağlık ihtiyacının karşılanmasında devlet ön planda olmuştur. Kişilerin hastalık giderleri devlet tarafından karşılanmakta böylelikle tüm bireylere adaletli bir şekilde hizmet sunulmaktadır. Bu sistemde koruyucu sağlık uygulamalarının gelişmesi tamamen devletin tek elden sağlığa müdahalesi ile olmuştur.

•**Sosyalist tip sağlık sistemi:** “Ücretsiz talep ve arz olarak nitelendirilmektedir. Sağlık hizmetlerinin talep ve arzında toplumun ortaklaşa sahip oldukları kaynaklar kullanılmaktadır ve tüm kesim zorunlu olarak sağlık güvencesi altına alınmaktadır. Bireyler koruyucu, geliştirici ve tedavi edici sağlık hizmetleri için doğrudan ya da yarı doğrudan hiçbir ödeme yapmak zorunda değildirler. İnsanlar sağlık hizmetlerinden hiçbir ücret ödmeden yararlanmaktadır. Bu sistemin amacı sağlığı geliştirmek için tüm toplum kuruluşlarının katılımını ve koruyucu – tedavi edici sağlık hizmetlerinin bütün olarak entegrasyonunu sağlamaktır. Bu uygulamanın yer aldığı ülkelerde GSMH yüksek, koruyucu sağlık hizmetleri gelişmiş düzeydedir. Bu ülkelere en önemli örnek Küba’dır. Küba anayasasına göre toplumun sağlığı bir hak ve hükümet için bu bir zorunluluktur”(Ateş, 2012:142).

Sosyalist tip sağlık sisteminde devlet tamamen sağlığı tekelinde tutar ve tüm kişiler zoraki olarak güvence altına alınır. Sistem sağlığa ciddi anlamda önem vermekte, bu bağlamda koruyucu sağlık hizmetlerine tedavi edici sağlık hizmetlerinden daha fazla önem vermektedir. Aşılma , gebe takipleri, toplumsal eğitimler bu sistemin uygulandığı ülkelerde gelişmişlik düzeyindedir. Bu ülkelerde sağlığa ayrılan pay yüksek olup toplumun eğitim düzeyi de yüksektir.

Tüm bu sağlık sistemlerinin uygulanabilirliği ve başarısı bazı sağlık göstergelerine bakılarak anlaşılmaktadır. Özel sektörün aktif bir şekilde rol aldığı ülkelerin göstergelerinin düşük olması, sermayenin koruyucu sağlık hizmetleri yerine tamamen tedavi edici sağlık hizmetlerine harcanmasından kaynaklandığı görülmektedir.

2.3. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

“Sağlık hizmetlerinin amacı kişinin sağlığının devamlılığını sağlamak, sürdürmek, bozulması durumunda tedavi etmek ve rehabilitasyonu sağlamaktır. Bu amaçla hizmetler üçe ayrılmaktadır:

- Koruyucu sağlık hizmetleri
- Tedavi edici sağlık hizmetleri
- Rehabilitate edici sağlık hizmetleri”(Altay, 2007:34).

2.3.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

“Hastalıkların önlenmesi, sağlıklı durumun devamlılığının sağlanması için aşılama, sağlıklı birey ve toplum için eğitimler verme, erken tanı ve teşhis için periyodik muayeneleri gerçekleştirme gibi yapılan tüm hizmetlere koruyucu sağlık hizmetleri denir. Toplumun sağlıklı olma durumunun yükseltilmesi için gereken en önemli etken; sağlıklı olma durumunun devamlılığını sağlama ve koruyucu sağlık hizmetleri ile yükseltilmesini amaçlamaktır. Birkaç kişinin sağlıklı olmaya çalışmak amacıyla koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanması çevresindeki bireylere örnek teşkil edebilmektedir. Asıl görev yapan; işin devamlılığını sağlayan hekimler olmakla birlikte ebe, hemşire ve diğer meslek grupları da koruyucu sağlık hizmetleri için çalışmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetleri kişiye ve çevreye yönelik hizmetler olarak ikiye ayrılmaktadır” (Ateş, 2012:10).

“Çevre sağlığını etkileyen faktörleri ortadan kaldırmak ya da önlemek için yapılan tüm çalışmalara çevre sağlığı hizmetleri denmektedir. İnsanların çevresinde bulunan ve toplumun sağlığını etkileyebilecek fiziksel, kimyasal ve biyolojik tüm etkenlerin ortadan kaldırılması çalışmalarının tümü çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerine girmektedir. Katı atıkların yönetimi, hava kirliliğinin önlenmesi, iş sağlığı ve güvenliği, besin sanitasyonu gibi çevre sağlığını olumsuz etkileyebilecek etkenlerin denetimi çevre sağlığını içermekle birlikte; çevre sağlığını geliştirmeye yönelik tüm çalışmalar diğer sektörleri ve hizmet gruplarını da ilgilendirmektedir”

(Fişek, 1974:9-10). Sağlık çalışanlarının buradaki görevi, eğitim, danışmanlık ve denetimdir. Yukarıda saydığımız çoğu işlev koruyucu sağlık hizmetlerinin değil gibi görünse de aslında koruyucu sağlık hizmetleri toplumu her yönden etkileyebilecek tüm etkenlere göre koruyucu, eğitici, yönlendirici ve denetleyici olarak rol almaktadır. Gebe takibi gibi önemli ve takibi güç durumlarda takipleri, aşıları, kontrollerini yaparak yeni doğan bebeklerin aşı takvimi dahil tüm işlemlerin uygulanması ve takibi koruyucu sağlık hizmetlerinin görevlerindendir.

“Kişinin hastalanma durumundan en az şekilde etkilenmesini sağlamak ya da erken dönemde tanı koymak, toplumu hastalık etkenlerine karşı dirençlerini sağlamak kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin görevidir. Kişiye yönelik koruyucu hizmetler hekim, hemşire, ebe gibi sağlık profesyonelleri tarafından yürütülmektedir” (Akdur ve diğ.,1998:12). Bağışıklama, beslenme, erken tanı, kişisel hijyen, aile planlaması, ilaçla korunma, zararlı alışkanlıklarla mücadele ve ruh sağlığı kişiye yönelik sağlık hizmetleri kapsamına girmektedir.

2.3.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

“Hastalık, kaza ve sakatlanma durumunda tedavinin yapılması, sakatlık durumunun giderilmesi, ölümlerin engellenmesi için yapılan tüm hizmetler tedavi edici sağlık hizmetlerine girmektedir. Bu hizmetler üç basamakta gerçekleşir. Birinci basamak da tedavi evde ya da ayakta olacak şekilde yapılmaktadır. Hizmet alınan yer sağlık ocakları, özel muayenahaneler, hemşirelik bakım merkezleridir. İkinci basamak da birinci basamak da tedavi edilemeyen ya da doğrudan hastaneye başvuru yapılarak oluşan, hastane ve kliniklerde verilen hizmetlerdir. Üçüncü basamak ise yüksek teknolojinin kullanıldığı onkoloji, kalp ve damar hastalıkları, ruh ve sinir hastalıkları gibi özel dal hastanelerinin içinde bulunduğu uzmanlaşmış hastane hizmetleridir”(Ateş, 2012:12).

Tedavi edici sağlık hizmetleri ayaktan tedavinin imkansız olduğu şartlarda uzun ve kısa süreli yatışların olduğu ve aynı zamanda maliyetin yüksek olduğu hizmetler bütünüdür. Sevk sisteminin iyi gelişmediği ülkemizde hastalar direk istekleri üzerine hastaneye başvurmaktadır. Bu sürecin birinci basamaktan başlayarak sırayla ilerlemesi gerekirken toplumda kişiler istedikleri hastaneye başvurarak

gereksiz hasta yoğunluğuna ve maliyetin artmasına neden olmaktadır. Branşlaşmış hastanelere ya da tıp fakültesi, eğitim-araştırma gibi büyük hastanelere direk başvurarak gereksiz işlem fazlalığına, daha kötü durumdaki hastaların zaman kaybetmesine hatta tedavi olasılıklarının azaltılmasına neden olan hastalar uygun bir sevk sistemi geliştirilerek yoğunluğu daha az küçük hastanelere yönlendirilmesi gerekmektedir.

2.3.3. Rehabilite Edici Sağlık Hizmetleri

“Kaza ve hastalıklar sonucunda bedensel ya da ruhsal yönden sakat kalmış kişilerin başkalarına bağımsız kalacak şekilde hayatlarını idame edebilmelerini sağlamak amacıyla verilen hizmetlerin tümüne rehabilite edici hizmetler denir. Tıbbi rehabilitasyon bedensel açıdan kayıp yaşayan bireylerin arazlarının azaltılmasını amaçlamaktadır” (Demirbilek ve Çolak, 2008:95). Sosyal rehabilitasyon ise kişilere yeni iş öğretme, beceriler kazandırma, engelli bireylere yönelik tüm merkezler bu kuruluşlara örnektir. “Sağlık hizmetleri temel kanununa göre: rehabilite edici sağlık hizmetlerinde çalışacak personel standartı, kurum ve kuruluşların denetim ve esasları, bu kurumların kamu ya da tüzel kişiler tarafından kurulması ve bununla ilgili tüm izinler Sağlık Bakanlığı’na bağlıdır, kanunlar ve yönetmelikler ile denetlenmektedir” (SB Temel Kanunu, 1987).

Rehabilite edici sağlık hizmetleri kaza ya da hastalık sonucu hayatını idame etmekte zorlanan, psikolojik yönden desteklenmesi gereken bireylerin bazen uzun süreli bazen de kısa süreli olarak desteklenmesi amacıyla oluşturulmuştur. Amaç aslında kişiyi desteklemek, topluma faydalı, kendine yetebilen kişiler, hayata daha bağlı bireyler olmasını sağlamaktır. Bu hizmetlerde uzun vadeli ve maliyeti yüksek hizmetlerdir.

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK SİSTEMİNDE HASTANELER VE YÖNETİM KAYNAKLARI

1. SAĞLIK SİSTEMİNDE HASTANELER

TDK'nın tanımına göre hastane: “hastalara yatarak veya ayakta tanı, tedavi ve bakım hizmetlerinin hekim, hemşire ve diğer sağlık çalışanları tarafından verildiği kurumdur.” Başka bir deyişle; “gözlem, tanı, tedavi ve rehabilitasyon gibi sağlık hizmetleri veren, bunun yanında koruyucu sağlık hizmetleri ve doğum hizmetleri ile öne çıkan, hastaların uzun ya da kısa süreli yatırıldıkları kuruluşlardır” (Erbaş, 2013:13).

Hastaneler toplumun her kesimine ihtiyaç dahilinde hizmet veren, yirmi dört saat kesintisiz şekilde hizmetin devam ettiği, sağlığa yönelik üretimin hep var olduğu yerlerdir. Hastaneler düşük maliyet gözeterek hastaya ve topluma iyi hizmet sunan, hedef odaklı olan kuruluşlardır. Hastalar ilgi, alaka ve sağlıklarına yönelik yüksek beklentiler ile hastaneye başvurmaktadır. Bu nedenle alıcının beklentisini karşılamak hastanenin amaçlarından biridir. Hasta haklarının gelişmesi, eğitim oranının artması sağlık alanındaki beklentileri ve farkındalığı da arttırmıştır. Bu duruma paralel olarak da hastanın beklentisine ya da ihtiyacına göre hizmet verme sağlanmıştır.

1.1. Hastanelerin Sınıflandırılması

Hastaneler;

- “•Halk kullanımına açık olup – olmamasına
- Mülkiyetine
- Kalış süresine
- Yatak sayısına
- Eğitim verme durumuna
- Dikey entegrasyonuna (birincil, ikincil, üçüncül bakım)

- Akreditasyon durumlarına sınıflandırılmaktadır.” (SB, 2001:4).

Sağlık bakanlığı tarafından sınıflandırılması yapılan hastanelerin aşağıdaki sınıflandırılması esas alınır;

- “•Verilen tedavi ve hizmetin türüne
- Hastaların hastane de yatış süresine
- Finansal kaynakların türüne
- Büyükliklerine göre sınıflandırma” (Ak, 1990).

1.2. Hastanelerin Özellikleri

“Psikiyatri hastalarının, tüberküloz gibi uzun tedavi gerektiren hastaların yattığı hastaneler özel dal hastaneleridir ve uzun süreli hastaların yattıkları hastane kategorisine girer. Yine ülkemizde de var olduğu gibi hastaneler mülkiyet esasına göre; belediye, TIP fakültesi hastaneleri, yabancılara ait olan hastaneler, özel kesime, bakanlıklara ait olan hastaneler olarak bu gruba girmektedir”(Kertiş, 2005:12).

Ülkemizde hastaneler aynı zamanda özel dal hastaneleri(kalp ve damar hastalıkları, göğüs hastalıkları, göz hastanesi, çocuk ve kadın hastalıkları hastanesi), eğitim ve araştırma hastanesi, rehabilitasyon merkezleri olarak da ayrılmaktadır. Özel dal hastaneleri belli bir grup hastaların ya da belli bir türde hastalıkların tedavi edildiği hastanelerdir. Bu hastaneler branş hastaneleri olup, bazen farklı hastanelerden sevk sistemi ile başvuru alan hastanelerdir. Çalışan ekip kurumun adını aldığı branşa göre eğitim almış ve ona göre uzmanlaşmış bir ekiptir. Eğitim amaçlı olan hastaneler tıp fakülteleri, eğitim ve araştırma hastaneleri, özel dal hastaneleri eğitim, öğretim ve araştırma yapılan uzman, doçent ve profesör yetiştiren yerlerdir. Yatak kapasiteleri, yoğun bakım sayıları fazla teknolojik açıdan gelişmiş hastanelerdir. Genellikle yeni teknolojiler, farklı operasyon tekniklerinin bir hoca eşliğinde denilen yerler eğitim ve araştırma amacıyla olan hastanelerdir. Aynı zamanda bu hastanelerde hemşire, ebe ve sağlık personellerinin eğitimleri de verilmektedir. Hastaneler büyüklüklerine göre ayrılırken esas alınan kuruluşların

yatak sayılarıdır. Hastanelerin yatak sayıları arttıkça istihdam ettiği hekim, hemşire, diğer sağlık çalışanlarının sayısı ve ekipmanı da fazlalaşmaktadır.

“Sektörde kullanılan malzemelerin maliyetinin ve çalışanların ücretinin diğer sektörlere göre fazla olması hastane maliyetini arttırmaktadır” (Kavuncubaşı ve Kısa, 2002:68). Yapılan araştırmalar sonucunda ortaya çıkan yeni teknolojik aletler ve yöntemler, hastanelerin ergonomisini ve çalışanların bilgi düzeylerinin sürekli yenilenmesine neden olmakla birlikte kullanılan tüm malzeme ve aletlerin ciddi anlamda yüksek maliyetli oluşu hastane ve çalışan içinde sıkıntı ve kaygılara neden olmaktadır. Çalışan hemşire, doktor ve diğer sağlık çalışanları teknolojik gelişmelere bağlı olarak sürekli eğitime alınmaktadır. Kullanılan malzemelerin genellikle yanlış kullanım nedeniyle bozulduğu ve bu durumda hastanedeki giderleri arttırdığı bilinmektedir.

“Sanayinin gelişmesi, eğitim düzeyinin artması, farkındalığın artması, kronik hastalıkların gün geçtikçe fazlalaşması, nüfusun artması, kentleşme sağlık ihtiyacının da artmasına neden olmaktadır. Türkiye’nin 2012 yılındaki nüfus artışı %12 iken bu oran 2013 de %13,7 olmuş, bu oranlar adrese dayalı tespitlerden elde edilmiştir. Dış göç alınması, kayıtsız bireylerin varlığı artan nüfusu daha da fazlalaştırmaktadır. Hastaneler kapasite ve çalışan sayısı her geçen gün bu istihdama göre güncellenmektedir”(TÜİK 2012,2013).

2. HASTANELERDE YÖNETİM KAYNAKLARI

Hastaneler tüm dünyada sağlık sisteminin hizmet verdiği en önemli alandır. Kişilerin sağlık ihtiyacının sürekli olması, acil durumların var olması, hastalık durumunda hizmetin devamlılığını sağlamak, kesintiye uğratmamak için sağlık hizmetinin sürekli olması gerekmektedir. Hastaneler ise sağlık kaynaklarının sürekli tüketildiği aynı zamanda üretildiği yerdir. “Hastanelerin dört önemli işlevi vardır;

- Eğitim
- Tedavi

- Araştırma

- Koruyucu sağlık hizmetleri ile toplumun sağlık seviyesini yükseltmek”(Seçim, 1985:1-2). Bu hizmetler ise sağlık hizmetlerinin devamlılığı için önemli olmakla birlikte tüketilen kaynak açısından da büyük öneme sahiptir. Hizmetlerin devamlılığını sağlamak için bu kaynakların devamlılığına ihtiyaç duyulmakta, bunların öneminin bilinmesi gerekmektedir.

2.1. Nitelikli ve Sağlıklı İnsan Gücü

Sağlık hizmetlerinin doğru, sistem içerisindeki işlerin eksiksiz-tam yürütülebilmesi için temel unsurlarında iyi tanımlanması gerekmektedir. Sağlık insan gücü, sistemin en önemli unsurudur. Sistem içerisinde kaynakları kullanan, hizmeti sunan ve alan kişilerinde insan olması yaşamın kutsallığı açısından büyük önem taşımaktadır. İnsan gücü ve verilen emeğin sürekli ve aynı zamanda yoğun olması sıkıntılara neden olmaktadır. Nitelikli ve sağlıklı insan gücünün iyi tanımlanıp, planlanması sıkıntıları ortadan kaldırmak ya da engellemekte önem arz etmektedir. “Sağlık insan gücü kamu ya da özel sektörde hizmeti yürüten personelin tamamına verilen addır. DSÖ’nün yayınladığı insan gücü istatistiklerinde, sağlık insan gücü 29 başlık altında toplanmıştır. Sağlık sistemi içerisinde hizmeti yürüten hekim, hemşire, ebe, teknisyen vs. tüm bu branşlar sağlık insan gücünü oluşturmaktadır. Sağlık çalışanları çeşitli gruplara ayrılmakta, kişiye yönelik hizmet verenleri hekim, hemşire, ebe, diş hekimi, eczacı, fizyoterapist ve laboratuvar teknisyeni; çevreye yönelik hizmet verenleri de sağlık mühendisi, çevre mühendisi, veteriner vs. oluşturmaktadır”(İşlek, 2005:12).

“Doğru bir sağlık insan gücü planlamasının yapılabilmesi için nicelik, nitelik, dağılım, zamanlama, istihdam, gereksinim, hedef ve olanaklar gibi sekiz bileşenin tam olarak tanımlanması ve sisteme entegre edilmesi gerekmektedir. DSÖ 1950’lerde sağlık insan gücünü sistemin “köşe taşı” olarak tanımlamıştır” (Kılıç, 2007:501). İnsan emeğinin maliyeti, kurumlardaki personelin nitelik ve nicelik bakımından yeterliliği, tıp alanındaki ilerlemeler ve buna bağlı olarak bilgi üretimindeki artış ve gelişmeler sağlık insan gücü planlamasını zorunlu kılan

nedenlerdir. Sağlıklı insan gücü planlaması sağlık hizmetlerini toplumun her kesimine eşit bir şekilde ulaştırmayı hedeflemektedir. ‘Bu nedenle kaynakların doğru kullanılması, gelecekteki ihtiyaçların önceden tahmin edilip planlanması ve personel istihdamının buna göre yapılması gerekmektedir’(Şantaş ve diğ., 2012:46-47). İnsan gücü planlaması ve denetimi Sağlık Bakanlığı’nın elinde olmakla birlikte, özel sektördeki sağlık insan gücü planlaması bakanlık ve özeline elinde bulunmaktadır. Bakanlık yıllara göre ihtiyaç duyulan hekim, hemşire, ebe, laborant sayılarını belirlerken bunu sadece kamu hastaneleri bazında hesaplamaz. Ülkemizde yaşayan tüm bireyler ele alınarak kişi başına düşen sağlık personeli ihtiyacı hesaplanır.

Sağlık insan gücü nicelik açısından ölçülmek istendiğinde en önemli ölçütlerden biri olan nüfus başına düşen hekim hemşire sayısı baz alınarak ölçülebilmektedir. “2002 OECD verilerine bakıldığında 1000 kişiye düşen hemşire sayısı 1.0 iken bu oran 2013 de 1.8’e yükselmiştir. Yine 1000 kişiye düşen doktor sayısı 2002 de 1.3 iken, bu oran 2013 de 1.8’ye yükselmiş; bu veriler ile Türkiye 34 OECD ülkesi arasından son sıralarda yer almasını engellememiştir”(OECD, 2013). Sağlık çalışanlarının eğitim düzeyi sağlık insan gücünü etkileyen faktörler arasındadır. Açılan okulların niteliksel özellikleri, eğitime ulaşım, okuyan bireylerin stajlarının fiziksel engellere takılması(staj yaparken hastanelerde yer bulamama ya da öğrenci sayısının fazlalığı yüzünden tesislerin yetersiz kalışı) aradaki eğitim bağının kopmasına yol açmaktadır.

Yine illerdeki hekim ve hemşire başına düşen kişi sayısının fazlalığı, hekim ve hemşirelerin bazı bölgelerde adaletsiz şekilde, ihtiyaç fazlası olacak şekilde dağıtılması sağlık insan gücünü etkileyen faktörlerden biridir. Burada dikkat edilmesi gereken nokta iş dağılımı ve iş yüküne göre çalışan istihdamıdır. Sistemin amacı sağlık personeli sayısını fazla tutarak hedef olan kitleye hizmet verilmesini sağlamak değildir. Sağlık insan gücü yeterli sayıda hekim, hemşire kısacası sağlık profesyonelleri tarafından hedef alınan kitleye gereksinimleri doğrultusunda, gerekli bilgi ve donanımla, gerekirse teknolojik yeniliklerle hizmet vermeyi hedeflemektedir.

2.2. Mali Kaynaklar

Hastane yönetim kaynakları içerisinde önemli bir yere sahip olmakla birlikte insan gücü, tıbbi malzeme ve tüm kullanılan aletlerin işletmeye alınabilmesi için gerekli olan paranın sağlanması çok önemlidir. “Hastanelerin mali kaynakları elde edebilmesi için nitelikli personel ile nitelikli iş çıkarması ve kalitelinin artırılması gerekmektedir. İyi bir girdinin yeterli olmayıp bunun etkili bir şekilde yönetilmesi de önem arz etmektedir”(Erbaş,2013:16). Sağlık sistemi her türlü yeniliğe muhtaç, araştırmaların sürekli yapıldığı, bilgilerin güncellendiği buna bağlı olarak yeni uygulamaların, cihazların ve malzemelerin kullanıldığı gelişime açık bir sistemdir. Bu duruma bağlı olarak yeni uygulamalar yeni cihazları sürekli kılmaktadır. Maliyetin iyi hesaplanıp, sisteme yeniyi dahil etmek mali açıdan sorunlara neden olabilmektedir. Yeni cihazların ya da uygulamaların kullanımını sağlayarak hastanın isteği gerçekleştirilerek, tercihi fazlalaştırıp mali açığı kapatmak ya da yeni cihazlar için bütçe oluşturmak çok önemlidir. Sağlık hizmet sunucularına para aktarımı hükümetten, sigorta şirketlerinden, kurumsal ve bireysel boyutta hizmet sunucularından gerçekleşmektedir. Kurumsal boyutta aktarım hastane, sağlık merkezi, teşhis üniteleri, eczane ve medikal firmalardan; bireysel boyutta aktarım da, hekimler, diş hekimleri, hemşirelerden olmaktadır.

“Hastane ödeme mekanizmalarını etkileyen dört ana faktör vardır;

- Sağlık kurumları
- Sağlık çalışanları(hekim, hemşire)
- Hasta
- Ödeme yapan kurum ve kuruluşlar.

Etkili hastane hizmetlerinin dağılımını sağlayan, hastaların talep ve ihtiyaçlarına yönelik ideal bir ödeme yönetimi bulunamamakla birlikte, hangi ödeme yönteminin tercih edileceği devletin sağlık sektörü ile ilgili kısa ve uzun vadeli planları, kurumsal desteğin mevcudatı ile ilişkilidir”(Top ve Tarcan, 2007:171).

2.3. Zaman

“Zaman tüm insanlar için eşit olan, eşit şartlarda sahip oldukları bir kaynaktır. Depolanması, biriktirilmesi, ertelenmesi imkansız olan bir kavramdır. Zamanı iyi ve etkili bir şekilde kullanmak çok önemlidir” (Yılmaz ve Aslan,2002:26). ‘Bir bireyin toplumun, örgütün vb. kurumların hangi meslekten olursa olsun, başarılı olmasında zaman anlayışının büyük bir önemi vardır’ (Gürbüz ve Aydın, 2012:1). Zamanın etkili bir şekilde kullanılması ‘zaman yönetimi’ kavramını ortaya çıkarmış, bu kavram adı altında üniversitelerde dersler verilmeye başlanmıştır.

Zaman yönetiminin amacı zamanı arttırmak değil, planlanan zamanın etkinlik ve niceliğini arttırmaktır. Çok iş yapmanın önemli olmadığı, planlı ve verimli çalışmanın doğru olduğu kabul edilmektedir. Zamanın etkili kullanması için yöneticilerin dikkat etmesi gereken bazı kurallar olmakla birlikte, çalışanında zamanının etkinliğini sağlamak yöneticiye düşen görevlerden biridir. Yöneticinin faaliyetlerini yerine getirebilmesi için uygun bir çalışma ortamının olması, faaliyetlerinin listelenmesi, bu faaliyetlere uygun zaman ve planlamanın yapılması gerekmektedir. Yönetici yapılacak olan işlerin listesini yapmalı boşa zaman kaybını önleyerek, yapılacak işler yani faaliyetler astlara devredilmelidir. “En önemli noktalardan biri de yöneticilerde işlerin planlanandan fazla zaman almasının nedenini kendinden kaynaklandığı farkındalığının olması gerekmektedir. Zaman kaybı sebebiyle yöneticiler genellikle plan yapmaya karşı çıkmaktadır. Fakat en iyi yöneticiler önceden plan yapıp, bu plan doğrultusunda işlerini yerine getiren yöneticilerdir” (Yılmaz ve Aslan,2002:26-31).

Artan rekabet ortamı ve taleplerin hızlı karşılanabilmesi için zamanın doğru planlanıp, yönetilmesi gerekmektedir. Bu durum sadece sağlık alanında değil, ülkelerin gelişmişlik düzeylerini yüksek olmasında da, zamanı doğru kullanıp yönlendirilmesin, doğru çalışıp, etkili kullanılmasından kaynaklandığı öne sürülmektedir. Zamanın doğru kullanılabilmesi için kişilerin fiziksel, biyolojik gereksinimlerine, dinlenme ve eğlenme gibi faaliyetler için geçen zamana dikkat etmesi gerekmekte ve aradaki dengeyi kurması gerekmektedir. “İşletmelerin başında olan yöneticilerin etkin bir performans göstermesi için zamanı etkili kullanması

gerekmektedir. Zamanın etkili kullanılması çoğu sektörde iyi çıktı elde edilmesine ve az zamanda çok verim elde edilmesini sağlamaktadır”(Kıdak, 2011:161). Hastanelerde tüm branşlardaki yöneticiler zamanı etkin ve efektif kullanmanın önemini bilmeli, uygulama aşamasında zaman zaman değerlendirme yapılmalı, eksiklikler tespit edilip müdahale edilmelidir. Burada yönetici kendi eksikliklerinin de farkında olarak hareket etmelidir.

Hastanelerde özellikle devlet hastanelerinde az çalışanla çok hasta bakılan ortamlarda zamanın iyi planlanması, tüm hastalara gereksinimi boyutunda etkili, verimli ve zamanında hizmet verilmesi çok önemlidir. Bu ortamlarda işlemlerin hızlı bir şekilde akması için ortamın uygunluğunun sağlanıp, iş plan ve disiplinin yöneticiler tarafından uygulanması önemlidir. Özel hastanelerde rekabet ortamının olması zaman yönetimini etkili kılmaktadır. Bu nedenle sağlık sektöründe zaman yönetimi diğer sektörlerde olduğu gibi önemli olmakla birlikte, sektörde insan hayatını tehlikeye atacak, iyileşmesini geciktirecek sapmalara neden olabilmektedir.

2.4. Malzemeler

“Hastanelerde rasyonel işleyen bir malzeme yönetimi elde var olan kısıtlı kaynakların optimum kullanımını ve eksiklik veya bozulmaların yarattığı olumsuz sonuçların en aza indirilmesini sağlamaktır”(Sayıştay, 2005).

“Sağlık hizmetlerinin eksiksiz ve tam bir şekilde yürütülebilmesi için malzemelerin eksiksiz bir şekilde sürekli hazır olması gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinde kullanılan tüm alet, araç, kısacası her şey bu kapsama girmektedir. Hastanelerde sağlıkla ilgili olabildiği gibi sağlıkla ilgisi olmayan malzemelerde teşhis, tedavi ve müdahalelerde kullanılmaktadır. Kullanılan tüm malzemeler yönetmeliklere göre hastaneye temin edilip, yine malzeme kullanım yönetmeliğine uygun olarak hastanelerde bulundurulup, muhafaza edilmektedir.Genel olarak hastanelerde kullanılan malzemeler üç ana başlık altında toplanmaktadır”. (Erbaş, 2013:58).

2.4.1. İlaçlar

“Tedavi, tetkik, müdahale gibi her türlü işlemlerde kullanılan tablet, kapsül, merhem, solüsyon, şurup vb. her türlü malzeme bu gruba girmektedir. Büyük bir sektöre de sahip olan ilaç sanayisi, ilaçların etken maddelerine göre farklı isimlerde ilaçlar piyasaya sürmektedir. İhaleler yoluyla bu ilaçların hastaneye alımı sağlanmakta, devamlılığının sağlanması da Sayıştay’a göre işletme yöneticisi tarafından sağlanmaktadır. Bütçe uygulama talimatına göre; yatarak tedavi gören hastaların ilaçları hastane eczanesinde bulundurulmak zorundadır”(SB Genelge,2001).

İlaçlar sağlık sektöründe ciddi bir paya sahip olan bir alandır. Aynı zamanda kullanılan malzemeler büyük bir pazara ve sektör için öneme sahiptir. Her ikisinin olmaması ya da yetersizliği tedavide aksamalara, işlerin yürütülememesine neden olmaktadır. Özellikle ilaçların devamlılığının sağlanmaması kanser gibi ölümcül hastalıkların tedavisinde geriye dönüşü olmayan hatalara neden olmaktadır. Bu nedenle ilaçların teminini sağlamak gibi devamlılığında sağlanması önem taşımaktadır.

2.4.2. Tıbbi Malzemeler

“Hastanelerde özellikle yoğun olarak ameliyathanelerde kullanılan gazlı bez, kompres, cerrahi dikişler(süturlar), eldivenler, laboratuvar malzemeleri, enjektörler, maske, bone, önlük gibi malzemeler bu gruba girmektedir. Tıbbi malzeme yönetiminin idari ve mali alanda eğitimli, uzman bir kişi tarafından yürütülmesi gerekmektedir. Donanımlı kişiler tarafından yönetilmemesi, bu duruma uygun görevlendirme ya da atama yapılmaması iş gücü kaybına ve mali kaynakların verimsiz kullanılmasına neden olmaktadır. Malzemelerin olmayışı ya da eksik olması hizmetin devamlılığını etkilemektedir. ‘Bunu önlemek için malzeme stoklarının sürekli kontrol edilip, eksikliklerin zamanında fark edilip giderilmesi gerekmektedir” (Sayıştay, 2005).

“ Hastanelerde çalışan sağlık personelinin güvenliğine yönelik olarak koruyucu malzemelerin yetersiz olduğu, yine malzeme, araç ve gereç yetersizliğinin

alıřan iř doyumunu dūřūrdūęu saptanmıřtır". (Öztürk ve dię., 2015:264). Saęlık alıřanları her an bulařıcı hastalık kapma riski ile karřı karřıyadır. Bu durumun önlenmesi imkansız olduęu gibi bu durumdan da korunmak bazen imkansızlařabilmektedir. Nedenine bakıldıęında saęlık alıřanlarında görülen eęitim eksiklięinin yanı sıra en önemli nedenlerden biri de koruyucu ekipman eksiklięidir. Koruyucu ekipmanların maliyetinin çok dūřük olmasına raęmen hastaneler tarafından temin edilememesi çalıřan memnuniyetini dūřūrdūęu gibi çalıřan saęlığını tehlikeye atarak geri dōnūřu olmayan durumlara neden olmaktadır.

2.4.3. Tıbbi Olmayan Malzemeler

"Yemekhanelerde, amaşırhanelerde kullanılan malzemeler, çarşaflar, kırtasiye malzemeleri, yastıklar bu gruba girmektedir. Kısacası tedavi ve teşhiste birinci dereceden önemi olmayıp, insani koşulların ve ihtiyaçlar bağlamında ortaya çıkan ihtiyaçlara yönelik oluşan malzemelerdir" (Erbaş,2013:58).

Hastaneler kaliteli ve ucuz malzeme kullanmaktadır. 'Yönetim bu malzemelerin uygun ve amacına yönelik olarak kullanılmasını sağlamalıdır' (Yaşar, 2001:83). Türkiye'deki hastanelerin depoları fiziki açıdan küçük ve yetersizdir. Depoların kullanım standartlarının olmaması ve onarımlarının zamanında yapılmaması malzemelerin temininde ve muhafazasında sıkıntılara neden olmaktadır. "Var olan depoların ergonomik, malzeme ulaşımının kolay, miat takibinin kolayca yapılabileceği ortamlar olmalıdır. Yeni yapılan hastanelerin bu özellikler esas alınarak planlanması gerekmektedir"(Sayıştay,2005:5). Sayıştay'ın esaslarına göre yeni yapılan hastanelerde medikal büyük bir depo, servislerin ve birimlerin kendilerine ait bir adet malzeme depoları vardır. Bu depolar hastane yöneticilerinin belirlediği sorumlular tarafından denetlenmekte ve alım satımlar gerçekleştirilmektedir. Yine hastanelerde pahalı malzemelerin olması nedeniyle kaybolması, alınması, bozulması durumuna yönelik gerekli önlemlerin alınması gerekmektedir.

Alınan malzemelerin hastaneyi zarar uğratmayacak şekilde alınması, ihtiyaca yönelik planlanıp alımının gerçekleştirilmesi, uygun miktarda alınarak, yeni gelişmeler ile piyasaya çıkan yeni cihazların takibi sağlanmalı, depoların planlaması

doğru yapılarak miad kontrolünde hatalar önlenmeli ve kontrol kolaylaştırılmalı, depoların eksiklikleri zamanında temin edilerek hizmet sekteye uğratılmamalıdır.

2.5. Makineler

“Sağlık teknolojisinin hızlı gelişmesine paralel olarak, sağlık hizmetlerinde kalitenin artması, bu teknolojinin ürünü olan tıbbi cihazların sağlık kuruluşlarında kullanılabilmesine bağlıdır”(Sayıştay, 2005:55). Hastanelerde sağlık hizmetlerinin hızlı bir şekilde sürdürülebilmesi için bazı tıbbi cihaz ve makinelerden yararlanılması gerekmektedir. Artan nüfus, sağlığa olan ihtiyacın artması, hastalıkların çoğalması hastanelerin yoğunluğunu arttırmaktadır. Bu durum gelişen teknoloji ile birleşerek farklı alanlarda sağlık personelinin görevini yerine getiren cihazların alınmasına neden olmaktadır. Sağlık personelinin görevini yerine getiren cihazlar sağlık sisteminde hem zaman tasarrufuna hem de maddi kazançlar sağlamasında etkilidir. Hastanelerde kullanılan tıbbi cihazlar ya da makineler, solunum cihazları, koter makineleri, ultrason, mr, tomografi, EKG, EEG, EMG makineleri, bilgisayarlar daha birçok cihaz bu gruba girmektedir. Bu cihazlar yüksek teknolojik yenilikler ile ihtiyaca uygun, verimli makineler olarak icat edilmiştir.

“Personel istihdamının azaltılması makineleşme ile mümkün iken bu cihazların kullanımı, bakımı, onarımını yapacak donanımlı ve eğitimli personele ihtiyaç doğru orantılı olarak artmaktadır. Makinelerin avantajları olduğu gibi dezavantajları da olmaktadır. Makinelerin bozulması hizmetin aksamasına yol açmaktadır. Bir emarın ya da tomografinin çekilememesi hastanın takip ve tedavisini engelleyebilmektedir. Bu nedenle cihazların kalibrasyonunun zamanında yapılması, bozulması durumunda onarımının en kısa zaman içerisinde yapılması gerekmektedir.”(Erbaş, 2013:59).

“WHO’nun yayınlamış olduğu bir bildiri de hasta güvenliğini tehlikeye sokan risk faktörleri arasında standartlara uygun olmayan malzeme ve yetersizliği de vardır”(2004). “Yapılan hemşire hatalarının ya da anestezi ölümlerine neden olan hataların arasında cihaz ve malzeme hatalı kullanımı, cihazların yapılış özelliklerine bağlı olan hatalar mevcuttur”(Saygın ve Ökten, 1990:53). Ameliyathanelerde ameliyatları gerçekleştirebilmek için cerrahi ekibin hem kendisi için hem de hasta için

kullanacakları birtakım malzemeler mevcuttur. Genel olarak bakıldığında malzeme yetersizliğinin dışında kalitesiz ve standartlara uygun olmayan malzeme kullanımı çalışan sağlığını bozarken aynı zamanda hastalarında sağlığında olumsuzluklara neden olmaktadır. Malzemelerin uygun olmaması işlemlerin uzamasına, memnuniyetin her iki taraf için düşmesine, bazı işlemlerin gerçekleştirilememesine neden olmaktadır.

“Sayıştay’ın 2005 raporuna göre hastanelere alına tıbbi cihazların ihtiyaca yönelik olmadığı, gereksinimden tamamen uzak, hastane yöneticileri ile yeterli işbirliği gerçekleşmeden alımı yapılan cihazlardır. Tıbbi cihaz ve malzemelerin kayıtlarının tutulması amacıyla her yıl şubat ayı sonuna kadar Tıbbi Cihaz Envantar Formlarının düzenlenerek bakanlığa gönderilmesi gerekmektedir”.

2.6. Kuruluş Yeri ve Bina Özellikleri

“Hastanelerin verdiği hizmetlerin kalitesinin ölçülmesi için yapılan araştırmalarda bina yönetimiyle ilgili değişkenler de ölçüt olarak kullanılmaktadır.” (Tarcan ve diğ., 2000:97). Hastaneler ulaşımı kolay, bina kalitesi yüksek, ergonomik ve hastalar açısından kullanımı rahat ve kolay olmalıdır. Acil durumlar için ulaşım açık, ihtiyaca hemen cevap verebilecek yapıda olmalıdır. Hastanelerin yerleşim yerleri önemli olduğu gibi hastane içi yerleşimde önemlidir. Servislerin, yemekhanenin, laboratuvarın, röntgenin, ameliyathanenin nerede ve ne şekilde olacağı planlanmalıdır.

Hastalar hastaneye geldiklerinde kendilerine hastalığı ya da ölümü hatırlatan, moral bozan ortamları görmektense, temiz, ferah, düzenli ortamları görmeyi tercih etmektedir. Aynı zamanda iş yeri yöneticisi çalışanlar üzerindeki stresi azaltmak, motivasyonu sağlamak amacıyla bina özelliklerini belirlemelidir. Çalışanların birbiri ile iletişimi ve çalışma koşullarını engelleyecek bina özelliklerinin olmaması gerekmektedir. Çalışanların çalışma şartlarını düzenlemenin önemli olduğu kadar fiziksel ortamında güzelleştirilip, ergonomik hale getirilmesinin de önemi büyüktür. Isınmanın, aydınlatmanın, en çok gitmek zorunda olduğu yerlere ulaşımın kolay ve kısa olmasının, temizliğinin, bakımının önemli olduğu bilinmektedir. Aynı zamanda çalışanların ve hastaların sağlığını olumsuz etkileyebilecek tüm yapı bozukluklarının

giderilmesi gerekmektedir. Hastanelerde temizliği kolay malzemeler tercih edilmeli, bakteri oluşumunu destekleyecek girinti ve çıkıntılardan uzak olacak, yalıtım açısından sıcaklığı ve soğukluğu geçirmeyecek, radyasyon açısından güvenli, nem olmayacak, kaymayan zeminler tercih edilecek, havalandırması iyi olacak, yangına dirençli ya da yangın anında güvenli ortamlara ulaşımın kolay olacağı ortamlar, hastaneler dizayn edilmelidir. “Tüm bu bilgilere bağlı olarak hastane yapımında kullanılan malzemelerin TSE uygun malzemeler olması gerekmektedir” (SB, 2010).

“Günümüzde hastaneler yeniden yapılmak yerine gereken değişikliklerin var olan bina üzerinde yapılarak hizmete devam etmesi sağlanmaktadır. Bir işyeri toplam varlıklarından %3,5’u kadarını işyerinin bakım bütçesi olarak ayırmakta, bu durum hastaneler içinde kabul edilmektedir.”(Tarcan ve diğ., 2000:96). “Sağlık alanında hastane inşası konusunda bilgili insanların olmaması, mimar ve mühendislerin bu talebi karşılayacak sayıda olmaması nedeniyle bu konu hakkında yetkili merci hastane yöneticilerinin olmasına neden olmaktadır. Bu nedenle hastane yöneticilerinin hastane binası özellikleri hakkında yeterli bilgiye sahip olması gerekmektedir” (Erbaş, 2013:61). Hastane yöneticilerinin tıp fakóltesi ve doktor kökenli olmaları bu konu hakkında bilgi düzeylerinin yetersiz olmasına neden olmaktadır. Genellikle yeni yapılan hastanelerde ihale yoluyla inşaatlar başlamakta, projeyi yapan firma kendi mühendislerini çalıştırmaktadır. Bu projeler bakanlığın koymuş oldukları esaslara bağlı olarak oluşturulmakta ve onay alınarak başlanmaktadır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

HASTANELERDE AMELİYATHANE YÖNETİMİ VE ÖZELLİKLERİ

1. HASTANELERDE AMELİYATHANE YÖNETİMİ

“Ameliyathane yönetimi; planlama, örgütleme, danışma bilimleri, yönetme, eş güdüm, rapor verme, bütçe ve finans gibi yönetim süreçlerinde gerçekleştirilecek, kaynak israfına yer vermeden elinde bulunan olanakları en iyi biçimde kullanarak işlerin daha ucuz, daha basit ve daha iyi yapılmasını sağlamaktır.” (Yalçinkaya, 2010:38).

Ameliyathaneler farklı disiplinlerin bir arada çalıştığı, amaç birliğinin var olduğu, çok sayıda kişiyle iş yapılan ortamlardır. Kişi sayısının çok olması, farklı branşların olması yönetim açısından sıkıntılara neden olabilmektedir.

1.1. Hastane Yöneticileri

Tüm işletmelerde olduğu gibi hastanelerde de hedeflere ulaşabilmek için çalışanlara yön veren kişiler mevcuttur. Sağlık sektörü içerisindeki yöneticiler sağlıkla ilgili amaçları başka insanlar yoluyla yapılmasını sağlayan kişilerdir. “Yöneticilerin iyi yönlendirici olmalı, liderlik özelliğinin yanı sıra personele motivasyonda aşılmalıdır”(Yıldız, 2008:94). Özellikle ameliyathaneler gibi yoğun iş gücünün olduğu tüm yerlerde yöneticiler çalışanları motive edici programlar ve etkinlikler hazırlamalıdır.

Özellikle yeni hastanelerde başhekim yerine hastane yöneticileri adı altında yeni yöneticiler atanmıştır. Bu kişilerin sadece sağlık sektöründen olması ya da doktor kökenli olması şartı ortadan kalkmış, hastane ve sağlık kurumu yönetimi mezunu ya da bu alanda yüksek öğrenim görmüş, alanında deneyimli kişiler hastane yöneticisi olarak hastanelerin başına getirilmiştir.

1.2. Ameliyathane Yöneticileri

“Ameliyathanelerde her iş kolunun kendi yöneticileri bulunmaktadır. ‘Yapılan bir çalışmada liderleri tarafından astlarına değer veren, problem çözen ve karar verme sürecinde astlarına danışan, düzenli ve kurallara uygun çalışan, liderlik özellikleri olan, astlarını takdir eden ve yeni gelişmeleri destekleyen yöneticiler ve iş doyumunu arasında pozitif yönlü bir ilişki saptanmıştır”(Tengilimoğlu ve Yiğit, 2005:395).

Ameliyathane de yöneticilik yapan tüm iş kollarının yöneticileri astlarıyla sıkıntıları paylaşmalı, gerektiği durumlarda astlarından yardım da almalıdırlar. Her birimin kendine göre farklı zorlukları ve sıkıntıları mevcut olmakla birlikte bunların üstesinden gelmek ekip ruhuyla olmaktadır. Eğer bireyler kendilerini bir ekibe ait hissetmezse sıkıntılar ortaya çıkacaktır.

2. AMELİYATHANE TANIMI VE ÖZELLİKLERİ

“Ameliyathane yeni ve gelişmiş bilgilerin eşliğinde ileri teknoloji ve araçların kullanıldığı, doğru kararların hızlı bir şekilde alındığı, profesyonel bir ekip tarafından cerrahi teknikler kullanılarak yapılan tüm işlemlerin uygulandığı yerdir. Hastanelerde ameliyatların yapıldığı farklı bir mimarı yapıya ve özelliklere sahip olan özel bir bölüm olarak da tanımlanmaktadır” (Alver, 2011:6).

Ameliyathaneler hasta, anestezi ekibi ve cerrahi ekip üzerinde risk oluşturacak her türlü etkenden uzak olmalıdır. “Tasarımı MEB’e göre; ‘ biyomedikal tasarımcılar ya da hekim tarafından verilecek bir karar olmadığı, Sağlık Bakanlığı’nın belirlemiş olduğu kurallar doğrultusunda uzman bir komisyon tarafından karar verilmeli, ulusal ve uluslararası standartlara bağlı olarak oluşturulması gereken tasarımlardır’”. Ameliyathaneler hastanenin tüm birimleri gibi belirli özelliklere sahip olan birimleridir. Fakat özellikli birim olduğu MEB ve Sağlık Bakanlığı tarafından kabul görmüş, yapım ve özellikleri belli esaslara göre tasarlanmıştır.

Ameliyathaneler de birçok karmaşık sistem bir aradadır. Kullanılan malzemelerin yeterlilikleri, ekibin malzeme hakkında bilgi sahibi olup-olmaması, ameliyatın süreci ya da sonucu hakkında olumlu-olumsuz etkilere neden olabilmektedir. “Bu nedenle ameliyathanelerde kullanılan teknik cihazlar, ameliyathane ortamı, havalandırma, aydınlatma, anestezi gazları, kullanılan tüm cerrahi ekipmanın neler olduğu tam olarak bilinmeli ve tanımına uygun özelliklere sahip olmalıdır. (Baskan, 2003). Sağlıklı ve güvenli bir çalışma ortamının yaratılması çalışanların motivasyonunu arttırabileceği gibi aynı zamanda performansı da arttırmaktadır. “Bu özelliklere göre: ameliyathane ortamı fiziksel, kimyasal, biyolojik ve psikososyal çevreden oluşmaktadır”(Alver, 2011:6).

2.1. Fiziksel Çevre

Ameliyathaneler insan ergonomisine uygun ve elverişli ortamlar olmak zorundadır. Hasta ve çalışan ekibin herhangi bir durumdan rahatsız olmaması ve ameliyat sürecini etkileyebilecek herhangi bir aksilik yaşanmaması gerekmektedir. Ameliyathane ortamının fiziksel çevresini aydınlatma, gürültü, havalandırma, sıcaklık, nem kontrolü ve radyasyon gibi faktörler oluşturmaktadır.

2.1.1. Aydınlatma

Gün ışığından yararlanma, enerji açısından önemli noktalardan biridir. Fakat ameliyathaneler kapalı birimler oldukları için gün ışığından yararlanmak imkansızdır. Bu nedenle ekibin konforunu düşünerek iyi bir aydınlatma sağlanmalı ve planlanmalıdır. “İyi bir aydınlatma ekibin ve cerrahın konforunu olumlu etkileyebileceği gibi, aydınlatmanın kötü ve yetersiz olması yorgunluk ve strese neden olmaktadır” (Aslan ve Öntürk, 2011:138). Cerrahi operasyonlarda aydınlatma, cerrahi alanın görüntülenmesi açısından son derece önemlidir. Fazla ve parlak ışık yorgunluğa neden olabileceğinden lambaların ayarlanabilir ve ekip tarafından derecelerine müdahale edilebilir olması gerekmektedir.

“Aydınlatmanın cerrahi alana ve ortama ısı vermemesi gerekmektedir. Aynı zamanda kötü aydınlatma çalışanların görme yetilerini engelleyebilmekte ve istenmeyen kazalara neden olmaktadır”(Parlar, 2008:549). Özellikle kötü aydınlatma

cerrahın görme alanını etkilenmesine bağılı olarak ameliyatın gidişatını olumsuz etkileyebilmekte, aynı zamanda diğeri çalışanlara da kazayla bistiiri, suture gibi kesici-delici alet batmasına ya da yaralanmalara neden olabilmektedir. Bu durum çalışanların endişe duymasına, vakaya adapte olamamalarına, iletişim bozukluklarına yol açmaktadır. Elektrik kesintisi esnasında jeneratörler 10 saniye de devreye girmelidir. Ameliyathane lambaları gölge yaratmamalı, her pozisyon ve açıya göre ayarlanabilir olmalı, kolay temizlenmelidir. Cerrahi operasyonlarda etkili bir aydınlatmanın olmaması ekibin psikolojik ve fiziksel yönden zarar görmesine neden olabileceğı gibi aynı zamanda hasta içinde sıkıntılara neden olmaktadır.

2.1.2. Gürültü

“Gürültünün insan sağığı üzerindeki etkileri, işitme hasarları, ileriki seviyede işitme kayıplarına, iştahsızlık, adaptasyon sorunlarına, sinirlilik gibi psikolojik sorunlara ve iş performansını etkileyebilecek durumlara neden olmaktadır”(Güner, 2000). Gürültü Kontrol Yönetmeliğı’ne göre gürültü kontrolü; herhangi bir ses kaynağından yayılan sesin insanların kabul edebileceğı düzeye indirgenmesi, daha az rahatsız edici başka bir sesle engellenmesi, insanları etkileyecek sürenin kısaltılması olarak tanımlanmaktadır.

Cerrahi ekibin ameliyat esnasında dikkatini dağıtabilecek her türlü ses, gürültü ortamda olmaması gereken etkenlerden biridir. Ameliyathanelerde var olan sesler çalışanlar arasında iletişimden kaynaklanan yüksek sesler, cihazların ve araçların sesleridir. “Bu sesler ekibin birbirini algılamasını zorlaştırmakta, iş performansının azalmasına, iş kazalarının artmasına neden olmaktadır. En önemlisi de çalışanlarda işitme kaybı gibi ciddi durumlara neden olmaktadır”(Aslan ve Öntürk, 2011:138). “Bu nedenle ameliyathanelerde konuşmaların cerrahi ekibi etkilemeyecek düzeye indirilmesi, cihaz ve monitör ayarlarının yapılarak sesi alçaltmak, duvarların ses geçirmeyen özellikte olması, eğer gürültü önlenemezse kulak tıkaçları kullanılması önerilmektedir”. (Parlar, 2008:549). Ameliyathanelerde bulunan her türlü ses stres altında ameliyat yapan ekibi daha da strese sokarak, ekibin vakaya adaptasyonunu engellemekte, kişilerin birbirini algılamasını güçlendirmekte, gereksiz gerilim yaratmaktadır. Cerrahi ekip dışında bulunan kişilerin sesli konuşmaları, şakalaşmaları ekibin dikkatini dağıtarak adaptasyonu güçleştirmektedir.

Bu nedenle ameliyathanede bulunan cihaz, alet ve malzemelerin sesleri alçak seviye de tutulmalı, hatta bazı sesler engellenebiliyorsa engellenmelidir. Cerrahi ekip dışında bulunan kişiler sessiz olmalı ve ekibin dikkatini dağıtmamalıdır.

2.1.3. Havalandırma, Isı ve Nem

Hastanenin tüm yerlerinde olduğu gibi ameliyathanelerde de etkin bir havalandırma, ısı ve nem önemlidir. İyi bir havalandırma sisteminin olmaması tozların, anestezi gazlarının, kötü kokuların ortamda hapsolmasına neden olmaktadır. Uygun klima tesisatlarının olması bazı mikroorganizmaların veya bakterilerin hava akımıyla ortamdan uzaklaşmasını sağlamakta, ortamdaki mikroorganizma standardını uygun seviyelerde tutmayı amaçlamaktadır. Böylelikle enfeksiyon riski de en aza indirilmiş olacaktır. Sağlık çalışanları ameliyat esnasında birbirlerine çok yakın mesafelerde durmakta bu da solunum yoluyla bulaşan hastalıkların riskini arttırmaktadır. “Yaz aylarında odalarda uygun ısının sağlanmaması sıvı-elektrolit dengesinin aşırı terlemeye bağlı olarak bozulmasına, konsantrasyon sağlanamamasına neden olmaktadır. Kışın ise ortam ısının düşük olması üşümeye neden olmakta çalışanları olumsuz etkilemektedir”(Parlar, 2008:550). Havalandırmanın yetersiz olduğu yerlerde çalışanlar atık gazlara daha fazla maruz kalmakta, dezenfektanların toksit etkilerini de temas ve solunum yoluyla almaktadırlar.

Ameliyathanelerde sıcaklık ve nem oranını ayarlamak, havada asılı kalan toz partiküllerinin ortamdan uzaklaşmasını, ortama taze havanın verilmesi klimalarla sağlanmaktadır. “Klimalar mikroorganizma üremeyecek yapıda olmaktadır. Ortamın havalanmasını ve atık gazlardan kurtulmak için kullanılan klimalarda en önemli etmenlerden biri filtrelerdir.”(Anıl ve diğ.,2007:505). Bakteri yayılma ihtimali olan odalarda hassas hava filtreleri kullanılması gerekmektedir. “Bu filtreler kullanım talimatlarına göre değiştirilmekte ya da yenilenmektedir. Bu filtrelerin değişimi esnasında odaya hasta alınmamakta ve değişimden hemen sonra odanın temizlenmesi gerekmektedir”(Altındış ve Karaaslan, 2001:30-34). Ameliyathanelerde bulunan klimaların bakım ve onarımları zamanında yapılmakla birlikte filtrelerin uygun ve etkili zamanlarda değişiminin yapılması gerekmektedir. Uygun filtrelerin tercih

edilip kullanılması bakterilerin yayılmasını engellemekle birlikte hastalık patojenlerinin yok edilmesini de sağlamaktadır.

“Ameliyathanelerde uygun hava akımını sağlamak için akımın pozitif basınçlı olması, temiz bölgelerden daha az temiz ve kirli bölgelere olacak şekilde olması gerekmektedir. Temiz hava akımı veren sistemin yerden en az 3 metre yüksekte, akımının da yukarıdan aşağıya olacak şekilde olması gerekmektedir. Uygun akımın sağlanması için ameliyat odaların giriş çıkışların azaltılması, bu konu hakkında çalışanların bilgilendirilmesi, kapıların kapalı tutulması, sistemin sürekli çalışır durumda olması gerekmektedir”(Alver, 2011:11). Sadece uygun havalandırma sisteminin olması ameliyathanelerde yeterli değildir. Çalışanlarında uyması gereken havalandırma kuralları mevcuttur. Bu kuralların uygulanması etkin bir havalandırma oluşmasına ve kullanılan sistemin daha etkili ve uzun süre kullanılmasını sağlamaktadır. Aşırı sıcak ve soğuk havalarda uygun ısı sağlanmalı, bunun ısı ve nemölçerler ile kontrol altına alınmalı, çalışanların vaka aralarında uygun sıcaklıkta ki ortamlarda dinlenmeleri sağlanmalıdır.

Hastanelerde ameliyathanelerin fiziksel ortamları tam bir bütünlük sağlamak zorundadır. Fiziksel ortam tek bir özelliklerle sınırlı kalmayıp birçok bileşeni de içermektedir. “Ameliyathanelerde fiziksel ortamın yetersiz olması yorgunluğa, fizyolojik olarak yıpranmaya, terleme gibi nedenlerle yorulmaya, bıkkınlıklara neden olmaktadır”(Aslan ve Öntürk, 2011:137). İş yerindeki fiziksel olanaklar arttıkça işten alınan doyuma artmaktadır. ‘Çalışma ortamının yetersiz fiziki koşulları kişilerin işten memnuniyetini etkileyebileceği gibi sağlığı ve sosyal yaşantıyı da etkileyebilmektedir’ (Tözün ve diğ.,2008:382). Ameliyathaneler kapalı ve kompleks birimlerdir. “Vural ve Oflaz yaptıkları bir çalışmada ameliyathane hemşirelerinin memnun olmama nedenlerinin ameliyathanenin kapalı olmasından ve yeterli gün ışığı alınmamasından kaynaklanan iş doyumunun azalması olarak saptamıştır”(Vural ve Oflaz, 1996:129). “Bir çalışmada fiziksel koşullar sırayla incelenmiş ısıtma, soğutma, havalandırma, ses düzeyi, çalışanlara sağlanan sosyal imkanlar, dinlenme koşullarının yetersiz olduğu ve sağlık çalışanlarının üzerinde olumsuz etkilere neden olduğunu saptamıştır” (Alver, 2011:58). “Ameliyathanelerde

havalandırmanın etkili ve yeterli olmaması sağlık personeli üzerinde olumsuz etkilere neden olmaktadır”(Karayemişoğlu, 2010:249).

Ameliyathanelerin aşırı sıcak ya da soğuk oluşu çalışanların fiziksel açıdan kendilerini kötü hissetmelerine neden olmaktadır. Aşırı sıcak uzun süren ameliyatlarda cerrahi ekibin sıvısız kalarak sıvı elektrolit dengesinin bozulmasına, aşırı soğuk ise vakaya adapte olunamamasına, hastalanmalarına neden olmaktadır. Yine ameliyathanelerin kapalı alanlar olması kişilerin çalışma isteklerini köreltmekte, iş doyumunu da olumsuz etkilemektedir.

“Hastanelerin fiziki yapıları sürekli değiştirilip yeni teknolojiye göre dizayn edilmektedir. Sağlık çalışanları yeni yapılan ve değiştirilen yeni hastanelere rağmen çalışma ortamlarına ilişkin binların sağlıksız, bakımsız, mimari açıdan yetersiz olduğunu düşünmektedir. Yeni yapılan hastanelerde fiziki sorunlar yaşanmaktadır. Yapılan çalışmalara göre sağlık çalışanlarının bu tip fiziki koşullardan dolayı çalışma yerlerinden memnun olmadıklarını ortaya çıkarmıştır”(Alagöz ve diğ.,2010:373). Hastanelerde çalışan tüm personel gibi ameliyathane de çalışan sağlık çalışanları da temiz, düzenli, ergonomik alanlarda çalışmak istemektedir. Diğer alanların yanı sıra ameliyathanelerde yoğun iş gücüne bağlı olarak çalışanlar boş oldukları zaman dinlenmek istemektedir. Bazen vaka sırasında yemek yiyememekte bu nedenle de bu tür ihtiyaçlarının giderilebileceği alanların yakınlarında ve ulaşılabilir olmasını istemektedir. Bu ihtiyaçlarının karşılanmaması kişilerde memnuniyetsizliğe ve bu birimlerde çalışmayı istememelerine neden olmaktadır.

2.1.4. Radyasyon

Hastaların tedavi ve takibine yön vermek için gerekli olan radyolojik testlerin yapımı sonucunda ortaya çıkan, aynı zamanda ameliyathanelerde süreci kısaltmak, plak, vida gibi ortopedi ameliyatlarında uygulamanın doğruluğunu kanıtlamak için kullanılan cihazlar ortama radyoaktif maddeler yaymaktadır. Radyasyon ameliyathanelerde karşılaşılan ve sağlığın üzerinde fazlasıyla zararı bulunan bir etkidir. Ameliyathanelerde fazlasıyla x ışınlarına maruz kalındığı bilinmekte, insan sağlığı üzerinde olumsuz etkileri olduğu kabul edilmektedir. “Radyoaktif maddeler kişilerde görme bozuklukları, deride renk değişimi, kuruma, tırnaklarda bozulma ve

kanser gibi ciddi hastalıklara neden olmaktadır. Ameliyathanelerde skopi cihazının ortama yaydığı radyasyona hekim, hemşire, anestezi teknisyeni en çok maruz kalan grubu oluşturmaktadır”(Parlar, 2008:550).

“Sağlık Bakanlığı’nın 2012 yılında çalışan güvenliği ile ilgili genelge yayınlamış, çalışanların motivasyonu yüksek ve güvenli ortamlarda çalışması hedeflenmiştir. Çalışan güvenliği denildiğinde ilk akla gelen sağlık çalışanlarına uygulanan şiddet gelirken aslında çalışan güvenliği birçok etmenden meydana gelmektedir. Kişisel koruyucu önlemler, radyasyon güvenliği, enfeksiyonlardan korunma ve önlenmesidir”(SB 2012).

Çalışanların bulundukları kurumların bu duruma özen göstermesi ve gerekli önlemleri alması gerekmektedir. “Çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilmekle birlikte bir çalışma da katılımcıların %60,8’i kurumunun koruyucu önlem aldığını belirttiği görülmüştür”(Helvacı, 2011:37). ‘Radyasyondan Korunma Derneği’nin yayınladığı bir çalışmada çalışanların %86’sı kurumlarının gerekli önlemleri aldığını belirtmiştir’ (Songur, 2012). Yapılan araştırmalarda iki farklı sonuç elde edilmiş özellikle Helvacı’nın yaptığı çalışmada sağlık çalışanlarının çok fazla koruyucu önlemler almadığı görülmüştür. Özellikle hastaneler içinde ameliyathanelerin riskli birim olmasına neden olan durum kişilerin sağlığını tehdit eden çok fazla etkenin birarada olmasıdır. Radyasyon hasta ve çalışan için çok önemli bir risk faktörü olmakla birlikte, havada belli süre asılı kalması nedeniyle anlık alınan önlemler etkili olmamaktadır. Havada asılı kalması nedeniyle çekimden sonra odaya giren başka hasta ve çalışanlarında sağlığını tehdit etmektedir.

“Ameliyathane çalışanlarının özellikle radyolojide çalışanların aldığı radyasyon miktarını ölçmek için kullanılan cihazlara dozimetre denmektedir. Dozimetreler kurumlarca çalışanlara belli esaslara bağlı olarak sağlanmaktadır. TAEK’e göre dozimetre ölçümleri kurumların belirlemiş olduğu her iki ayda bir yapılmaktadır”(TAEK, 2009). Çalışanların radyasyona maruz kalma miktarlarını ölçmek için dozimetre kullanımı önemlidir.

“Radyoaktif ışınlarla maruz kalan ameliyathane çalışanlarının ve ameliyathane yöneticilerinin dikkat etmesi gereken kurallar;

- Radyoaktif ışınlarla maruz kalan ameliyathane çalışanları işe başlamadan önce konu hakkında bilgilendirilmelidir.

- Radyasyona maruz kalan bireylerin rutin olarak iki ayda bir dozimetreleri kontrol edilip kayıtları tutulmalıdır.

- Ameliyat odasında gonad koruyucu, kurşun yelek, tiroid koruyucu, kurşun gözlük, x-ray önleyici eldiven bulunmalıdır.

- Bulunan koruyucu ekipmanların denetimleri yıllık olarak kontrol edilip, hasar gören ekipmanların yerine yenileri sağlanmalıdır.

- Radyasyon güvenliği sorumlusu geçici olarak ameliyathanelerde bulunan kişileri konu hakkında bilgilendirmelidir.

- Çalışanların sağlık izlenimleri yılda bir kez Radyasyon Güvenliği Kurulu (RGK) tarafından oluşturulan kurallar çerçevesinde gerçekleştirilerek, kayıtları saklanmalıdır.

- Radyasyon kaynaklarının olduğu ortamlarda radyasyon düzeyleri izlenmeli ve kayıtları tutulmalıdır”(Tosun ve Ofluoğlu, 2013:10).

‘Önemli noktalardan biri de radyasyonun var olduğu alandan ne durulabiliyorsa o kadar uzak durulmasıdır. Radyasyon var olan odanın girişine ışıklı levha konulmalı çevredeki insanların bu şekilde haberdar olması sağlanmalıdır. Odalar arası duvarların, kapıların, tavanların kurşun kaplama olması gerekmektedir’(Vural ve diğ., 2012:129).

Yukarıda radyasyondan korunmak için alınan tedbirler verilmiştir. Özellikle RGK’nın koyduğu kurallar tüm ülkede geçerliliği olan ve esas alınan kurallardır. Radyoaktif maddeler kişi sağlığını ciddi anlamda tehdit eden ve geri dönüşü olmayan hastalıkları tetikleyen elementlerdir. Bu nedenle radyoaktif maddelerin bulunduğu ortamlarda çalışan sağlık çalışanları bu kuralları uymak zorundadır. Özellikle yeni hastanelerde kurşun kapı ve duvarlar mevcut iken eski hastanelerde bu özellikler olmamakla birlikte, kişilerin kullanacağı koruyucu ekipmanlarda da sıkıntı yaşanmaktadır. İşe yeni başlayan kişiler radyasyonun etkileri ve koruyucu tedbirler hakkında bilgilendirilmeli, bu kişiler sağlık kontrolünden geçirilerek sonrasında oluşabilecek sıkıntılar için baştan tedbir alınmalıdır.

2.2. Kimyasal Çevre

Ameliyathaneler daima temiz olması gereken steril ve yarı steril alanlardan oluşmaktadır. “Bu alanların ve ameliyatta kullanılan aletlerin temizliğini sağlamak için gerekse ameliyat esnasında ortama çok fazla kimyasal ajan yayılmaktadır. Bunlar sabun ve deterjanlar, sterilizasyon amaçlı maddeler(etilen oksit), cerrahi duman, lateks alerjisi, civa, anestezi gazlar, lazer, ağır metaller, sitotoksik maddeler olarak sayılmaktadır”(Aslan ve Öntürk, 2011:134). Hastanelerde kullanılan bu maddeler sağlık çalışanları üzerinde önemli hastalıklar açısından risk faktörü oluşturmaktadır. Özellikle alerjik bünyeye sahip kişilerde ciddi sağlık sıkıntıları yaşanmakta, bu maddeler solunum yoluyla alındığı zaman ciddi akciğer rahatsızlıkları yaratmaktadır. Bu maddelerin sağlık çalışanları tarafından vücutlarına alınması farklı yollardan olmaktadır. Çalışanlara bulaş yolu bozulmuş doku, kesici-delici alet yaralanması, inhalasyon, ağız ve göz yoluyla olmaktadır. Çok fazla bulaş yolunun olması koruyucu önlemlerin iyi bilinip ve tedbirlerin alınmasını gerektirmektedir.

2.2.1. Sabun ve Deterjanlar

Ameliyathanelerde her gün ameliyata giren ekip su, sabun, antiseptik solüsyonlar(antimikrobiyal ajan içeren solüsyon) ile el yıkamaktadır. Aynı zamanda ortam temizliğinde ve aletlerin ön temizliğinde deterjanlar kullanılmaktadır. “El yıkama da kullanılan sabun ve solüsyonlar mekanik olarak mikroorganizmaların uzaklaştırılmasını sağlarken aynı zamanda elin florasında da değişikliklere neden olmaktadır. Elin koruyucu etkinliğini azaltmaya, deride kuruluğa, çatlama, egzama hatta kontakt dermatite neden olmaktadır”(Dindar ve diğ.,2004:59).

Ameliyathaneler hastane enfeksiyonunun sık rastlandığı birimlerden biridir. Genellikle patojenin hastanın vücuduna yerleştiği yer olarak karşımıza çıkar. Özellikle cerrahi enfeksiyonun önlenmesi için el yıkama önemlidir, cerrahi el yıkama her ameliyatta tekrarlanır ve kullanılan maddelerin antimikrobiyal ajan içeren solüsyonlar olması elin florasında sıkıntılara neden olmaktadır. Bu durumun engellenmesi için suyun ılık olması, ellerin iyice durulanması, sık aralıklarla nemlendirilmesi, ele uygun eldiven seçilmesi gerekmektedir.

2.2.2. Lateks

“Ameliyathanelerde en çok karşılaşılan durumlardan biri de çalışanlarda oluşan lateks alerjisidir. Lateks özelliklerde eldivenlerde kullanılan aynı zamanda birçok tıbbi malzemenin yapımında kullanılan bir maddedir. Yapılan bir araştırma da lateks alerjisi her yüz kişiden 13,6’sında bulunmuştur”(Özkan, 2005). Lateks alerjisi sadece alerjik bünyeye sahip olan kişilerde görülmemekle birlikte, çalışanların ellerinde ciddi dermatitlere neden olmaktadır. Özellikle ellerde yara oluşumuna bağlı olarak yanma ve acı hissi oluşmaktadır. Kaşıntı ve yanma kişilerin ameliyatta performanslarını etkileyebilmekte, bu nedenle kurumun çalışanın ihtiyacına yönelik malzeme bulundurması gerekmektedir.

“Lateks çalışanlarda kaşıntı, kızarıklık, ödem, ölümcül anafilaksilere neden olabilecek bir maddedir. Son yıllarda yapılan bir araştırmalara göre lateks alerjisi görülme sıklığı %3-17 arasında değişiklik göstermektedir”(Aslan ve Öntürk, 2011:136). Lateks eldivenlerin kesici-delici alet yaralanmalarından ve temas yoluyla geçen hastalıklardan koruduğu bilinmekle birlikte neden olduğu alerjik reaksiyonlarında önemli olduğu bilinmelidir. Lateks olmayan eldivenler tercih edilerek, çalışanlara bu imkan sağlanmalıdır.

2.2.3. Sterilizasyon Amaçlı Kullanılan Maddeler

“Ameliyathanelerde kullanılan sterilizasyon amaçlı formaldehit, etilen oksit gibi maddeler solunum sistemi üzerinde önemli yan etkileri olduğu kısa süreli kullanımlarda boğazda tahriş, uzun ve sık kullanımlarda nefes darlığı, öksürük, astım, akciğer ödemi gibi önemli hastalıklara neden olmaktadır”(Demir, 2014:42).

“Yine ameliyathanelerde sterilizasyon amaçlı kullanılan gluteraldehit sağlık çalışanlarında burun kanaması, nefes zorluğu, astım, baş ağrısı ve bulantılara neden olmaktadır”(TTB, 2008). Türk Tabipler Birliği’nin yayınladığı bildiride görüldüğü gibi sterilizasyon amaçlı kullanılan tüm maddeler çalışan sağlığını ciddi anlamda etkilemektedir. Sterilizasyon amaçlı kullanılan tüm maddeler ameliyathanelerde bulundurulmak zorundadır. Enfeksiyonların önlenmesi, ortamın ve aletlerin temizlenmesinde önemli olduğu bilinmekte, kişi sağlığını tehdit eden etkenlere

yönelikte önlemler alınmalıdır. Özellikle akciğer hastalığı bulunan kişiler bu maddelerin kullanıldığı ortamlarda çok fazla bulunmamalı, koruyucu maskeler kullanmalıdırlar.

2.2.4. Atık Gazlar

Anestezi ekibinin hastayı uyutmak için kullandıkları anestezi gazları, ameliyathanenin kimyasal çevresi içinde var olan etkenlerden biridir. Anestezi gazlarının yanı sıra narkotik ilaçlarda ameliyathane içerisinde var olmaktadır. “Ameliyathanelerde anestezi gazları sürekli kullanılmakta, vaporizatörlerin kilitlenmesinden, hastaların ekspiryum havalarından çıkan anestezi gazları sağlık çalışanları üzerinde önemli risk faktörü oluşturmaktadır”(Öğün ve Çuhruk, 2001:83).

“Atık gazların sağlık çalışanları üzerine etkileri 1967 yılında Waisman tarafından ilk kez bildirilmiştir”(Aslan ve Öntürk, 2011:135). ‘Ameliyathanede çalışan tüm personel atık gazlara maruz kalmaktadır. Bir çalışmaya göre ameliyathane çalışanlarının %75’i atık gazlara maruz kalmaktadır’(Erkan, 2014:70). Yapılan epidemiyolojik çalışmalar anestezi gazlara maruz kalan sağlık çalışanlarında abortus, kanser, karaciğer, böbrek, rahatsızlıklarına neden olduğunu, aynı zamanda kişilerde mental reaksiyonların gerilemesine, baş ağrısı, yorgunluk ve sinirliliğe neden olduğuna; bu sonuçlar da gazların mesleki hastalıklara neden olduğunu göstermektedir. ‘Anestezi ekibinin kullandığı ilaçların ortamda taşınma, dökülme, uygulama, depolanma sırasında inhalasyon, temas, yanlışlıkla enjektörü batırma sonucunda çalışan ekip de ilaçlara ve yan etkilerine maruz kalmaktadır’(TTB, 2008). Bu nedenle bu ortamlarda çalışan kişilerin eğitimleri sık aralıklarla tekrarlanmalı ve denetimi iyi yapılmalıdır. Anestezi cihazlarının bakımları yapılmalı, gaz kaçaqları önlenmeli, cihazlar kullanılmadıkları zaman kapatılmalıdır.

“Anestezi uygulanan ortamlarda özellikle en çok ameliyathanelerde ameliyathane ortamına, ekipmana, hastalara ve uygulayan kişilere bağlı problemler yaşanmaktadır. Anestezi ekipmanlarına bağlı olarak yaşanan atık gaz problemi ameliyathane çalışanlarında hem fizyolojik hem de psikolojik rahatsızlıklara neden olmaktadır. Ameliyathanenin havalandırması ve atık gaz sistemlerindeki sıkıntılar

ciddi problemlere neden olmaktadır”(MEB, 2011). ‘Anestezi gazlarına maruz kalanlarda en çok rastlanan durumlar baş ağrısı, yorgunluk, sinirlilik, bulantıdır’ (Aslan ve Öntürk, 2011:136). Özellikle ameliyathanelerde havalandırma sisteminin yetersiz çalışması atık gazların ortamdan uzaklaştırılmasında ciddi sıkıntılara neden olmaktadır. Bu ortamlarda çalışan kişilerde yorgunluk, halsizlik, mide bulantısı gibi rahatsızlıklar görülmekte, çalışanların sağlık kalitelerini de olumsuz etkilemektedir.

‘Eser düzeyde anestezi gazlarına maruz kalan ameliyathane çalışanlarında spontan düşük, konjenital malfarmasyon, nörolojik hastalıklar, kanser, karaciğer hastalıkları gibi ciddi hastalıklar meydana geldiği ileri sürülmektedir. Günümüzde de halen kullanılan azotun gaz partiyon sayısı düşük olduğu için emilimi ve alımı diğer inhalasyonlara göre yüksektir. Azot renksiz, kokusuz ve oda ısısında gaz halinde kalabilir’(Günel, 2012:7).

“Natarajan’a göre: ‘anestezi gazlarına maruz kalmanın sonucunu kullanan anestezi gaz ya da ilacın ne olduğu, bu maddeye maruz kalma miktarı, süresi, anestezi ekipman, ailesel yatkınlık, kişinin kendi sağlık durumu ve uygulanan havalandırma sistemi etkilemektedir’. (Natarajan, 1999). Anestezi gazlarının kişi üzerinde nasıl bir etkiye sahip olduğunu anlayabilmek için kişinin mesleğe başlamadan önceki sağlık durumunu iyi bilmesi gerekmektedir. “Mesleğe başlayan bireylerde başlangıçtan sonra sağlık durumlarında değişiklikler saptandığı görülmüştür”(Öztun ve Cuhruk 2001). “Bu durumun engellenmesi ya da en aza indirilmesi için;

- İyi bir atık gaz toplama ve havalandırma sistemi olmalı.
- Anestezi cihazlarının düzenli olarak kontrol ve bakımı yapılmış olmalı.
- Düzenli kaçak monitarizasyonu yapılmalı.
- Solunum devreleri kontrol edilip kaçak olması engellenmeli.
- Anestezi cihazları kullanılmadığı zaman kapatılmalı.
- Atık gazları tahliye borularında herhangi bir kıvrılma, kırılma, bükülme olmamalı.
- Ameliyathane çalışanları bu konuda bilgilendirilmeli”.(MEB, 2011).

“Başka bir kaynağa göre ise anestezi gazlarının ameliyathane ortamında sürekli ölçümünü yapan cihazların rutin olarak kullanılması gerektiğini, bu atık gazların gelişmiş ülkelerdeki atık gaz limitinin Türkiye’de uygulanması gerektiğini ileri sürmüştür”(Öğün ve Çuhruk, 2001:92). Bu şekilde odadaki atık gaz limiti sürekli kontrol edilebilecek, kişi üzerinde etkileri diğer önlemlerde uygulanarak en aza indirilmesi sağlanacaktır. Fakat ülkemizde bir gaz limiti uygulanmamakla birlikte, gazların kişi sağlığını etkilediğine yönelik tutulan bir veri kaynağı da mevcut değildir. Yine ameliyathanelerde çalışmaya başlayan bireyler çalışmadan önceki sağlık durumları ile ilgili tam bilgi sahibi olmaları gerekmektedir. Böylece kişilerin atık gazlardan nasıl ve ne oranda etkilendiği ortaya çıkacaktır.

2.2.5. Cerrahi Duman

Atık gazların yanı sıra ameliyat esnasında ortama yayılan cerrahi dumandan cerrahi ekip etkilendiği gibi anestezi ekibini de olumsuz etkileyebilmektedir. “Ameliyatlarda kullanılan lazer ya da elektrokoter karsinojen, DNA Human Papilloma Virüs gibi dumanla havada kalabilen virüslerin bulaşına neden olmaktadır” (Aslan ve Öntürk, 2011:136)

Böbrek taşı tedavisinde olduğu gibi birçok boyun ve prostat ameliyatlarında kullanılan lazerin ana amacı hızlı ve kansız ameliyat gerçekleştirebilmektir. Bunların kullanımı günümüzde yaygınlaşmakla birlikte beraberinde bazı önlemlerinde alınması gerekmektedir. Lazer kullanırken cerrahın ya da ekibin dikkat etmesi gereken bazı kuralları vardır. Eğitim almış kişiler tarafından bilinçli olarak kullanılması gerekmektedir. Lazer kullanımı esnasında en riskli alanlardan biri gözlerdir. Retina hasarına neden olabileceği gibi çok az bir ihtimalde olsa %1 oranında hızlı ve ağrısız körlüğe neden olabilmektedir. Sağlık çalışanları özel gözlükler kullanarak lazerin tehlikeli etkilerinden korunmalıdırlar. Lazer ışınları yangınlara neden olabilmektedir. Bu nedenle yanıcı nitelikte solüsyonlar bulundurulmamalı, cerrahi örtülere, kağıtlara lazer ışınları denk getirilmemelidir. Bunun yanı sıra lazer pedalla çalıştırılıyorsa pedal kullanan kişinin önüne konulmalı diğer çalışanların yanlışlıkla basmaları önlenmelidir.

“Tüm bu lazer, elektrokoter kullanımından ortaya çıkabilecek cerrahi dumanın engellenmesi ya da kişiye etkilerini azaltabilmek için yüksek filtrasyon özelliği olan maske kullanımına özen gösterilmesi, duman uzaklaştırma ünitelerinin kullanılması, duvara monteli hava emme üniteleri olması bunların filtrelerinin uygun talimatlara göre değiştirilip yenilenmesi gerekmektedir”.(Ünver ve Yıldırım, 2014:94). Böylece cerrahi dumanın ortamdan uzaklaştırılması sağlanacak cerrahi duman ile bulaş yolu en aza indirilmiş olacaktır.

2.3. Biyolojik Çevre

İş ortamlarında iş kazalarının olduğu bilinen bir gerçektir. Sağlık sektöründe her alanda iş kazaları meydana gelmekte, bu kazaların kişilere ciddi hastalıkların bulaşmasına neden olduğu bilinmektedir. Hastanelerin her alanında bu tip kazalar meydana gelebilmekte en fazla kazanın ya da yaralanmanın olduğu yerin ameliyathane olduğu; bununda kesici ve delici alet yaralanmalarından, cerrahi ekibin dikkat ve koordinasyon bozukluğundan, sıçrama dolayısıyla göze gelmesinden enfekte vücut sıvıları veya kan ile sağlık çalışanının temasıyla gerçekleşmektedir. Kesici delici alet yaralanmaları genellikle cerrah ve hemşire elden ele alet geçirirken, iğneye iplik takılırken, cerrah dikiş atarken kendine ya da asiste eden kişiye ve kullanılan iğnenin ameliyat masasına ya da hastanın üzerine rastgele atılması sonucunda iğne ile yaralanmalar meydana gelmektedir.

“Türk Tabipler Birliği’nin 2014 yılında yayınladığı bir bildiriye göre kesici ve delici alet yaralanmalarında en çok yaralanma birinci asistanda olurken, cerrahi ekibin dışında bulunan anestezi uzmanlarının da %6,2 oranında yaralanmalara maruz kaldığı saptanmıştır. Yine cerrahi alet yaralanmalarından biri olan bisturi ile yaralanmadır. Bunun kaynağı ise elden bisturi geçirirken, bisturi sapına bisturi yerleştirirken ya da çıkarırken, bisturinin ameliyat alanına rastgele bırakılması, sapında unutulurak temizleme esnasında sterilizasyon çalışanlarına zarar vermesi gibi nedenlerle bu tip yaralanmalara maruz kalılabilmektedir’ (Türk Tabipler Birliği 2014, 22-23).

“İş kazalarının çok yaşandığı ülkemizde sektör sıralamasında sağlık sektörü 2. sırayı almaktadır. Biyolojik etken kabul ettiğimiz kontamine aletler ile ya da sıçrama ile vücuda temas eden, doku bütünlüğünü zedeleyen aletlerle bulaş sonucunda Hepatit-B virüsü başta olmak üzere, HCV ve HIV de kişilere bulaşabilmektedir” (Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, 2007). Bulaşan hastalıklara bakıldığında hastalıkların ciddi anlamda hayati değer taşıyan hastalıklar olduğu, yaşam kalitesi ve standardını zorladığı görülmektedir.

“Çalışan güvenliği komitesinin görev alanlarından biri de kesici-delici alet yaralanmalarına yönelik eğitim ve duruma maruz kalan personelin takibidir”(SB, 2012). Her hastane de enfeksiyon kontrol komitesi bulunmakta, bu komite bulaş anında kişilerin takiplerini yaparak, belirli aralarla kontrolleri gerçekleştirmektedir. ‘Çünkü her yıl 5000 kişi kesici-delici alet yaralanmaları ile Hepatit-B, Hepatit-C ve HIV gibi hastalıklara maruz kalmaktadır’(Aren, 2008:143). Bu rakam tedbir alınarak engellenebilecek hastalıkların bulaşı için ciddi anlamda fazla bir rakamdır. Ameliyathanelerdeki yaralanmalara sadece cerrahi ekip maruz ameliyathane personeli de yaralanmalara maruz kalabilmektedir.

Ameliyathanelerde kontamine aletler ile bulaş olduğu gibi hastanenin diğer alanlarında bu risk kesici delici aletler ile olabilmektedir. Bulaş ile kapılan hastalıklar uzun süreler sonucunda ortaya çıkmakta, ciddi hastalıklara neden olmakta ve ölümlerle sonuçlanabilmektedir. Sağlık çalışanları özellikle ameliyathanelerde yoğun şartlarda yorgun, sürekli fiziksel açıdan kişiyi yorabilecek ortamlarda çalışmakta bu durumda hata yapma oranını arttırmaktadır. Özellikle uzun gece nöbetlerinde acil koşullarda gelen hastaların aciliyet durumlarından ötürü hızlı hareket edilmekte, çalışanların seri hareketler yaparken birbirlerine iğneler, cerrahi aletler ile yaralanmaları gerçekleşmektedir.

2.4. Psikososyal Çevre

Sağlık sektörü yirmi dört saat kesintisiz hizmet veren, vardiya sistemi ile çalışan bireylerin olduğu; kişiye birebir hizmet sunan ve insan odaklı çalışan bir sistemdir. Ameliyathanelerde çalışanlar uzun süreli çalışma saatlerine, uygun olmayan koşullarda fiziksel, kimyasal, biyolojik ajanlara maruz kalarak aşırı dikkat

ve hassasiyet isteyen bir ortamda çalışmaktadır. İnsan hayatının önemli, ölüm tehlikesinin olduğu, mesai saatleri dışına çıkılarak çalışıldığı, yemek, dinlenme, kişisel ihtiyaçların aciliyet sırasında giderilemediği kapalı bir ortamdır. Ameliyathanelerin kapalı ortamlar olması ameliyatların uzun sürmesi, çalışan ekibin motivasyonu, çalışanların yemek yeme zamanlarında yemeklerini yiyememesi ya da kantin, yemekhane gibi ortamların olmaması, bireylerin oturacak bir dinlenme odalarının olmaması, buna bağlı olarak dinlenememeleri, ihtiyaçlarını belli aralıklarla giderememeleri kişileri strese sokmaktadır.

“Akçalı ve arkadaşlarının 2010 yılında yaptıkları çalışma da kişinin yaşının genç olması ve mesleki deneyimin az olması kişide strese ve ilerleyen dönemlerde tükenmişlik sendromuna neden olduğu sonucu ortaya çıkmaktadır. “Maslach’a göre tükenmişlik sendromu işe gitme isteğinin olmaması, aşırı yorgunluk, çaresizlik, ümitsizlik gibi birçok psikolojik ve fiziksel etkeni içine alan bir kavramdır. Mesleki stresin sonucu olarak ortaya çıkmaktadır” (Ardıç ve Polatçı, 2008:70-71).

Tüm sektörlerde olduğu gibi özelleştirme ile birlikte sağlık sektöründe de rekabet ortamında artma, ödül sisteminde adaletsizlik, çatışma örgütlerde mobbingi meydana çıkarmıştır. “Çalışma ortamında psikolojik taciz olarak tanımlanan mobbing üstlerin astlara yada aynı kademedeki bireylerin birbirlerine yaptıkları kötü muamele, tehdit, şiddet ve aşağılama gibi davranışlar olarak görülmektedir” (Tınaz, 2006:11). “Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde yapılan bir çalışmada çalışanların kendilerine mobbing uygulanmadığını ifade ettikleri, aynı çalışmada en çok kimlerin mobbing uyguladığı sorulduğunda yönetici cevabının en fazla verildiği görülmüştür” (Çarıkçı ve Yavuz, 2009:59). Çalışanların yoğun iş temposu arasında takdir mekanizmalarının olmaması, ödüllendirilmemeleri iş performansında düşüşe ve yaptıkları işi yapma isteklerinin azalmasına neden olmaktadır. Özellikle yöneticiler tarafından çalışanların strese ve sözlü tacizlere maruz bırakılması, çalışanların benlik saygısında azalamaya neden olmaktadır.

“Kişilerin çalıştıkları yerden mutlu olmamaları, aşırı stres yaşamaları, aynı zamanda tükenmişlik sendromu gibi psikolojik etmenlerin ortaya çıkması aşırı dikkatsizliğe, iş performansında azalmaya, kişiler arası iletişimde bozulmaya, kendini değersiz hissetme gibi nedenlere neden olmaktadır”(Akçalı ve diğ.,2010:80). Sadece sağlık sektöründe değil tüm alanlarda yapılan işi severek yapmak beraberinde başarıyı da getirmektedir. Özellikle iş ortamında kendini mutlu hissetmeyen bireylerin iş performansının düşük ve hata yapma olasılıklarının yüksek olduğu, adaptasyon sorunları yaşadığı görülmektedir.

Ameliyathane yirmi dört saat kesintisiz hizmet veren, sürekli iş akışının mevcut olduğu bu nedenle çalışanların nöbet usulü ya da vardiyalı çalıştığı alandır. Sağlık çalışanlarının sürekli vardiya ya da nöbet usulü çalışmaları uykuya ilgili sıkıntıları da beraberinde getirmektedir. Maslow’un temel ihtiyaçlar piramidinden de bilindiği üzere uyku; beslenme, nefes alma gibi önemli ve vazgeçilmez gereksinimlerden biridir. Uyku bilinçsizlik hali ile vücudun dinlenmesi ya da ertesi gün işe- hayata hazır olunması için fizyolojik bir gereksinimdir. Gürültü, soğuk, sıcak, kullanılan ilaçlar, kişide var olan hastalıklar, aktivite, egzersiz, ameliyathanelerde özellikle ortama yayılan anestezi gazları, stres uykuyu olumsuz etkileyebilmektedir. Tosunoğlu’nun (1997) yatan hastalar üzerine yaptığı bir araştırma da kişilerin kendi evlerinde, alışkın oldukları ortamlarda daha rahat ve kaliteli uyuduğunu ortaya çıkarmıştır. Özellikle strese maruz kalan kişilerin, depresyonu olan bireylerin uykuya dalmakta güçlükler yaşadığı ortaya çıkmıştır” (Tosunoğlu, 1997:74). Yapılan çalışmalar gece-gündüz mesai ya da nöbet usulü çalışan hemşirelerin uyku düzenlerinin kötü olduğunu, uykularının kalitesiz olduğunu göstermiştir. Sağlık çalışanlarının çalışma saatlerinin uzun olması tükenmişliğe neden olan etkenlerden biridir.”Ülkemizde yapılan bazı çalışmalarda uyku kalitesi ve tükenmişlik arasında önemli bir ilişki bulunamazken, vardiyalı çalışanların uyku kalitesinin kötü olduğu ortaya çıkmıştır”(Komşuk, 2013:58).

Vardiya usulü ya da nöbet usulü çalışan hemşirelerde gündüz uyku halinin %15,4 olduğu saptanmıştır. Gündüz uyku halinin ya da uykusuzluğun iş kazaları veya diğer kaza ihtimallerini arttırdığı saptanmıştır. Gold ve arkadaşlarının 1997

yılında yaptığı çalışmada vardiyalı çalışan hemşirelerin vardiyasız çalışan hemşirelere göre hata yapma oranının iki kat daha fazla olduğu saptanmıştır. 'Sağlık çalışanlarının vardiya çalışması beraberinde uyku sorununu da getirmektedir. Uyku sorunu yaşayan sağlık personelinin hata yapma olasılıkları yüksektir. "Uykulu çalışan hemşirelerde yanlış alet seçme, yanlış ilaç uygulama, yanlışlıkla iğne batırma gibi hatalar yaptıkları ortaya çıkmıştır".(Sönmez ve diğ., 2009:107). Hastanelerin 24 saat hizmet vermesi nedeniyle vardiya usulü çalışan personelin uyku sorunları dikkate alınmalı, yapılan hataların nedenleri araştırılmalıdır. Fazla mesai ile çalıştırılma durumu ortadan kaldırılarak, dinlenme imkanları sağlık çalışanlarına sağlanmalıdır.

Ameliyathanelerin çalışma koşullarının zor olduğu, vaka aralarında ya da dinlenme sıralarında oturup dinlenebilecekleri, bir şeyler yiyebileceği, içebilecekleri alanların olması gerekmektedir. Yorgunluğu ve uykuyu tetikleyen çok fazla etkenin olduğu ameliyathanelerde gece uykusu ve dinlenmenin önemi büyüktür. Tıbbi hataların yapılmaması için kişilerin dinlenmiş ve uykusunu almış olmaları gerekmektedir. İş doyumunun zaman zaman azaldığı, buna bağlı olarak da diğer etkenlerinde etkisiyle tükenmişliklerinin engellenmesi için çalışanların motivasyonunun yüksek tutulması gerekmektedir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

AMELİYATHANE ÇALIŞANLARININ AMELİYATHANEDE OLAN BAZI FAKTÖRLERE GÖRE MEMNUNİYETLERİNİN ÖLÇÜLMESİ

1. ARAŞTIRMA SÜRECİ

1.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma ameliyathanelerde çalışan tüm personelin(ameliyathane personeli, doktor, hemşire, anestezi teknisyeni) ameliyathane de bulunan yedi faktöre göre ameliyathane de çalışmaktan memnun olup olmama durumunu ve mevcut şartların değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

1.2. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini Kağıthane Devlet Hastanesi ve Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi ameliyathanesinde çalışan tüm ameliyathane çalışanları oluşturmuştur. Ameliyathane de çalışan her branşa ait doktorlar, hemşireler, anestezi teknisyenleri, ameliyathane personelleri gruba dahil edilmiştir.

1.3. Araştırmanın Örneklemi

Her iki hastane de görev yapmakta olan ameliyathane çalışanları örnekleme dahil edilmiştir. Toplamda anketin 125 kişiye uygulanması planlanmıştır. Fakat araştırmaya dahil olmak istemeyen kişilere anket uygulanamamıştır. Toplamda 100 kişiye gönüllülük şartı ile anketler uygulanmıştır. Örneklemenin fazla olması planlanmış fakat özellikli birim olması, çalışan sayısının az olması, kişilerin sürekli hastane de bulunmaması (nöbet usulü ile çalışmak, raporlu olmak, izinli olmak) nedeniyle 100 kişiye uygulanmıştır. Anketler 15 Nisan 2015 ve 15 Mayıs 2015 tarihinde her iki hastane de görev yapan doktor, hemşire, anestezi teknisyeni ve ameliyathane personeline uygulanmıştır. Bu dönemde izinde olan, çalışma vardiyası nedeniyle ulaşılamayan, raporlu olan ve gönüllü olamayan kişilere anket uygulanmamıştır.

1.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma kapsamına alınan tüm çalışanların bu tarihler arasında bu kurumlarda görev yapmaları esas alınmıştır. Araştırmanın amacı anlatılmış kabul edenlere anketler uygulanmıştır. Araştırmanın amacı anlatıldıktan sonra katılmak istemeyenlere anket uygulanmamıştır.

1.5. Verilerin Toplanması

Araştırma konusu hakkında yeterli literatür taraması gerçekleştirildikten sonra, araştırma kapsamına alınan ameliyathane çalışanlarının sosyo-demografik özelliklerini, mesleki deneyim durumlarını, ameliyathane fiziksel durumunu, çalışan güvenliği eğitimleri ve uygulanma durumları, kesici- delici alet yaralanmasına maruz kalma durumlarını, radyasyona, atık gazlara, psikolojik baskılara maruz kalma durumlarına bağlı olarak ameliyathane de çalışmaktan memnun olup olmama durumlarını belirlemeye yönelik olarak toplamda 25 sorudan oluşan bir anket hazırlanmıştır.

1.6. Veri Toplama Araçları

Araştırma konusu ile ilgili literatür taraması gerçekleştirildikten sonra benzer çalışmalar da incelenerek anket formu hazırlanmıştır. Bu form ameliyathane hemşirelerinin, personelin, doktorun ve anestezi teknisyenlerinin sosyodemografik özelliklerini içeren yaş, cinsiyet, çalışma statüsü, eğitim durumu sorgulamaya yönelik hazırlanmıştır. Ne kadar süredir bu işi yaptıkları, fazla mesai yapma durumları, ameliyathaneye gelmeden önce eğitim alıp almama durumları, ameliyathane de çalışmaktan memnun olma durumlarını etkileyebilecek yedi durum hakkında sorular hazırlanmıştır. Bu yedi değişken ruhsal durum, çalışan güvenliği, radyasyon, atık gazlar, iş hayatlarında yönetime bağlı olarak gerçekleşen sıkıntılar, kesici-delici alet yaralanması ve ameliyathane fiziksel çevresidir. Tüm bu durumları irdelleyecek sorular hazırlanmış ve anketler uygulanmıştır.

1.7. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Çalışmanın yapılabilmesi için enstitünün etik kurulundan izin alınmış daha sonrasında her iki hastanenin bağlı olduğu Beyoğlu Kamu Hastaneleri Birliği'nden yazılı izinler alınmıştır. Çalışma hakkında her iki hastanenin ameliyathane sorumluları ile görüşülmüş anket içeriği, kapsam ve amacı hakkında bilgilendirme yapılmıştır. Anketler araştırma amacına uygun olan kişilere gönüllü olmaları şartı ile yüz yüze ya da zaman kısıtlılığı yüzünden çalışma koşulları uygun olmayanlara anketler verilerek doldurmaları istenmiştir.

1.8. Verilerin Değerlendirilmesi

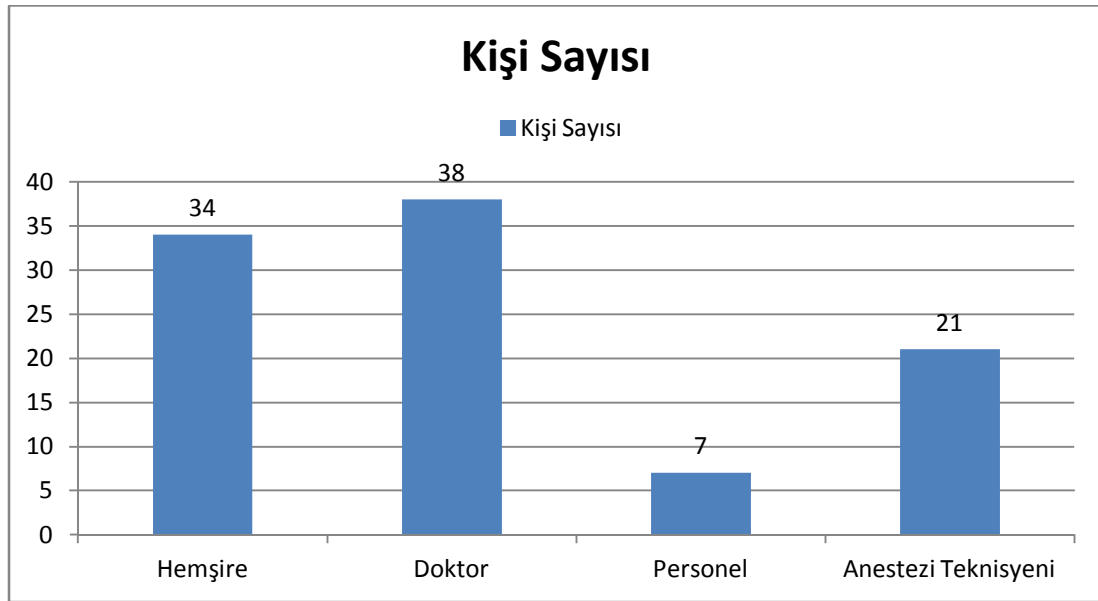
Verilerin tanımlayıcı istatistiklerinde ortalama, standart sapma, medyan en düşük, en yüksek, frekans ve oran değerleri kullanılmıştır. Değişkenlerin dağılımı kolmogorov simirnov test ile ölçüldü. Nicel verilerin analizinde mann-whitney u testi kullanıldı. Nitel verilerin analizinde ki-kare testi, ki-kare test koşulları sağlanmadığında fischer test kullanıldı. Analizlerde SPSS 22.0 programı kullanılmıştır.

2. BULGULAR VE TARTIŞMA

Bu bölümde sırayla araştırma kapsamına alınan hemşire, doktor, ameliyathane personelinin sosyodemografik özellikleri, araştırmanın amacını oluşturan yedi değişkene göre ameliyathane de çalışmaktan memnun olup olmama durumlarını, ameliyathane de var olan mevcut durum hakkındaki düşüncelerine ilişkin bulgular yer almaktadır.

2.1. Ameliyathane Çalışanlarının Sosyo-demografik Özellikleri

Araştırma kapsamına alınan sağlık çalışanlarının şekil.1’de de görüleceği gibi %38’ini doktorlar, %34’ünü hemşireler, %21’ini anestezi teknisyenleri, %7’sini ise ameliyathane personeli oluşturmaktadır.



Şekil 1. Meslek Gruplarına Göre Ameliyathanede Çalışan Kişi Sayısı

Tablo 1. Ameliyathane Çalışanlarının Sosyodemografik Özellikleri ve Memnuniyet Durumları

		Ameliyathanede Çalışmaktan				p
		Memnun		Memnun Değil		
		Ort.±s.s./n-%		Ort.±s.s./n-%		
Yaş		33.3 ± 8.5		30.8 ± 6.1		0.254
Cinsiyet	Kadın	41	55%	17	71%	0.242
	Erkek	34	45%	8	33%	
Meslek	Doktor	31	41%	7	29%	0.268
	Hemşire	26	35%	8	33%	
	An. Tek-Personel	18	24%	10	42%	
Çalışma Süresi		8.8 ± 7.9		7.3 ± 6.4		0.475
Haftalık Çalışma Süresi		48.2 ± 16.7		51.5 ± 21.2		0.424
Eğitim Durumu	Ortaokul-Lise	9	12%	5	21%	0.480
	Yüksekokul-Ün.	44	59%	15	63%	
	Lisans Üstü	22	29%	5	21%	
Ameliyathane de çalışmaya başlamadan önce herhangi bir eğitim	Almış	43	57%	14	58%	0.931
	Almamış	32	43%	10	42%	
Fazla Mesai	Yapıyor	39	52%	16	67%	0.326
	Yapmıyor	35	47%	9	38%	
Fazla Mesai Süresi		34.4 ± 29.4		31.7 ± 25.7		0.874

Ki-kare test / Mann-whitney u test

Tablo 1’de de görüldüğü gibi ameliyathane çalışanlarının %57’si ameliyathaneye başlamadan önce eğitim almıştır. Eğitim aldığını ifade eden ameliyathane çalışanları sözel olarak sorgulandığında bu eğitimi okuldayken aldıklarını, hastane de herhangi bir eğitim almadıklarını ifade etmiştir.

Tablo 1’e göre, ameliyathanede çalışmaktan memnun olan ve olmayanlarda, yaş, cinsiyet, meslek grupları, çalışma yılı, haftalık çalışma saati, eğitim durumu, ameliyathanede çalışmaya başlamadan önce eğitim alma durumları, fazla mesai yapıp yapmama durumu ve fazla mesai süreleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı ($p > 0.05$) bir farklılık görülmemiştir. ‘Duran ve arkadaşlarının 2014 yılında yaptıkları sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeylerinin incelediği çalışmada cinsiyet faktöründe herhangi bir farklılık saptanmamıştır.’ Aynı bulgu çalışmada da görülmüş, cinsiyet değişkeninin memnuniyet durumları hakkında farklılık oluşturmadığı saptanmıştır.

“Çalışanların mesleğini isteyerek seçmesi ve görevini yerini getirmesi memnuniyet durumunu etkileyen önemli noktalardan biridir”(Uzun, 2010:7). Çalışmada dört meslek grubu değerlendirilmiş memnuniyet durumlarını etkileyen

anlamlı($p>0,05$) bir sonuç bulunmamıştır. ‘Fakat Sağlık Bakanlığının 2010 yılında yaptığı sağlık, çalışanlarının memnuniyeti çalışmasında bu durum farklı saptanmıştır. Çalışmaya göre doktorlarda iş doyumunu yüksek hemşirelerde düşük çıkmıştır’ (Mollahaliloğlu ve diğ., 2010:16). ‘Malatya’da sağlık kuruluşlarında yapılan bir çalışmada toplumsal açıdan yüksek statülü meslek gruplarında iş tatmini ve memnuniyet yüksek iken vasıfsız veya yarıvasıflı işlerde bu ölçüt daha düşük olduğu görülmüştür’ (Çalışkan, 2005:10).

“Sosyodemografik özelliklerden biri olan yaşın iş hayatında doyum ve memnuniyette belirleyici etkenlerden biri olup, yaş arttıkça beklentilerde artmaktadır. Hemşirelerle ilgili yapılan bir çalışma da 21-25 yaş aralığında memnuniyetin düşük olduğu saptanmıştır” (Gümüş, 2007:51). ‘Aynı sonuç elde edilen başka bir çalışma da yaşın memnuniyet ve iş doyumunu üzerine etkili olmadığını gösteren sonuçlar mevcuttur’ (Adams ve Bond, 2000:536). Bu durum göstermektedir ki; yaşın bazı çalışmalarda belirleyici etken olarak karşımıza çıktığı, bazı çalışmalarda ise memnuniyet düzeyini etkileyen önemli bir faktör olmadığıdır.

Kişilerin mevcut iş yerlerinde geçen çalışma süreleri çalıştıkları kurumdan aldıkları doyumları etkilemektedir. ‘Hekimler üzerine yapılan bir çalışmada meslekte geçirdikleri yıl arttıkça iş doyum ve memnuniyetleri azalmıştır’ (Öztürk ve diğ.,2012:244). “Hemşireler üzerine yapılan bir çalışmada ise çalışılan yıl ve alınan doyum, memnuniyet arasında anlamlı bir fark oluşmamaktadır.”(Aksoy ve Polat, 2013:50). Bu çalışmada aynı sonuçlar görülmüş ameliyathane de çalışılan sürenin memnuniyet düzeylerini etkilemediği sonucu elde edilmiştir, istatistiksel olarak anlamlı($p>0,05$) bir sonuç elde edilmemiştir.

Sağlık sektöründe iyi eğitim almış bir grup çalışırken, aynı zamanda eğitim durumu daha alt seviyede olan kişilerde mevcuttur. “Çalışanların aldıkları eğitime uygun iş yapmaları memnuniyetlerini arttırmaktadır”.(Yıldırım, 2007:269). Piyal ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada sağlık çalışanlarına uygulanan iş doyum ölçeğinde eğitim düzeyi arttıkça kişilerin işten aldıkları doyumda azalmıştır(Piyal ve diğ., 2000:249). Çalışma da ise eğitim durumu ve memnuniyet arasında anlamlı($p>0,05$) bir fark görülmemiştir.

Sağlık sektörü 24 saat hizmet veren, verilen hizmetin biriktirilip, depolanması mümkün olmayan, sürekliliği olan bir sektördür. Bu nedenle çalışanlar vardiya ya da nöbet usulü ile çalışmaktadır. “Aylık ve günlük çalışma saatinin artması kişilerde duygusal ve fiziksel tükenmelere yol açıp, dinlenmeye ayırdıkları zamanı azaltmıştır.” (Duran ve diğ., 2015:31). “Nöbet usulü çalışan sağlık çalışanlarının iş doyumları, nöbet tutmadan çalışanlara göre daha yüksektir”(Gümüş, 2007:55). ‘Yine hekimler ile yapılan bir çalışmada yoğun ve uzun çalışma saatleri tükenmişliği arttırmaktadır. (Oray ve diğ.,2013:71). Tükenmişliğin artması memnuniyet durumunu etkileyebileceği gibi fazla mesai ile memnuniyet durumu arasında istatistiksel bir anlam bulunmamıştır.

2.2. Ameliyathane Çalışanlarının Ameliyathanedeki Koşullara Bağlı Memnuniyet Durumları

2.2.1. Ameliyathane Çalışanlarının Fiziksel Ortam İle İlgili Tutumları

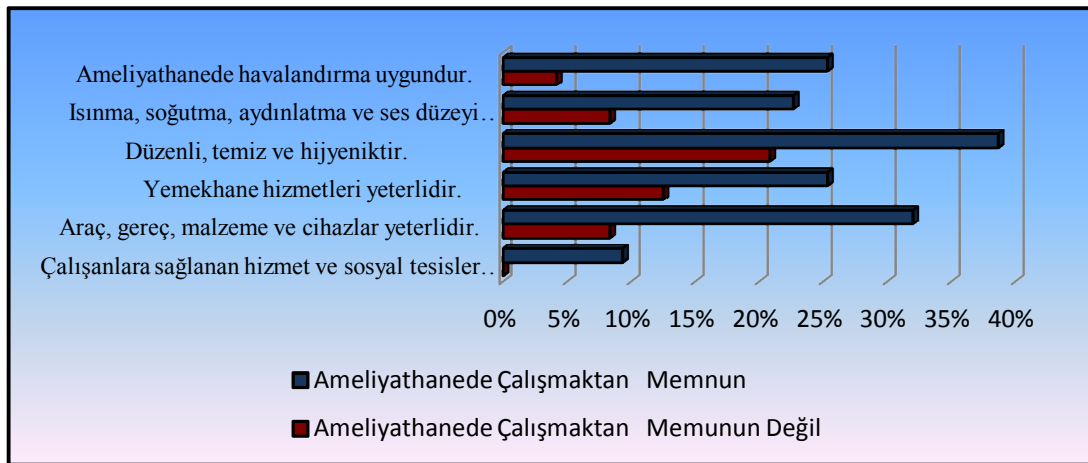
Tablo 2. Ameliyathane Çalışanlarının Fiziksel Ortam ile İlgili Tutumları

		Ameliyathanede Çalışmaktan				p
		Memnun		Memnun Değil		
		n	%	n	%	
Ameliyathanenin fiziksel çevresi ile ilgili olarak düşünceler						
Ameliyathanede havalandırma uygundur.	Evet	19	25%	1	4%	0.021
	Hayır	56	75%	24	100%	
Isınma, soğutma, aydınlatma ve ses düzeyi uygundur.	Evet	17	23%	2	8%	0.105
	Hayır	58	77%	23	96%	
Düzenli, temiz ve hijyeniktir.	Evet	29	39%	5	21%	0.880
	Hayır	46	61%	20	83%	
Yemekhane hizmetleri yeterlidir.	Evet	19	25%	3	13%	0.163
	Hayır	56	75%	22	92%	
Araç, gereç, malzeme ve cihazlar yeterlidir.	Evet	24	32%	2	8%	0.018
	Hayır	51	68%	23	96%	
Çalışanlara sağlanan hizmet ve sosyal tesisler yeterlidir.	Evet	7	9%	0	0%	0.187
	Hayır	68	91%	25	104%	

Ki-kare test

Ameliyathane çalışanlarının ameliyathanenin fiziksel ortamı ile ilgili tutumları tablo 2’de verilmiştir. Çalışanların %20’i havalandırmanın uygun olduğunu düşünürken, %80’si havalandırmayı uygun görmemiştir. Ameliyathanede çalışmaktan memnun olan ve olmayanlarda; “Ameliyathane ısınma, soğutma, aydınlatma, ses düzeyi uygundur”, “Ameliyathane düzenli, temiz ve hijyeniktir”, “Ameliyathanede yemekhane hizmetleri yeterlidir”, “Ameliyathanede çalışanlara sağlanan hizmet ve sosyal tesisler yeterlidir”; düşüncesine sahip olma oranı, istatistiksel açıdan anlamlı ($p > 0.05$) bir farklılık göstermemiştir. Ameliyathanede çalışmaktan memnun olmayanlarda, “Ameliyathanede havalandırma uygundur” düşüncesine sahip olanların oranı, ameliyathanede çalışmaktan memnun olanlardan anlamlı ($p < 0.05$) olarak daha düşüktür. Ameliyathanede çalışmaktan memnun olmayanlarda “Ameliyathanede araç, gereç, malzeme ve cihazlar yeterlidir” düşüncesine sahip olanların oranı, ameliyathanede çalışmaktan memnun olanlardan anlamlı ($p < 0.05$) olarak daha düşüktür. (Tablo 2)

“Benzer çalışmalara bakıldığında sağlık çalışanlarının bu tip fiziki koşullardan dolayı çalışma yerlerinden memnun olmadıkları ortaya çıkmıştır”.(Topçu, 2009:51).



Şekil 2. Fiziksel Çevreye Bağlı Memnuniyet Düzeyleri

2.2.2. Ameliyathane Çalışanlarının Çalışan Güvenliği İle İlgili Tutumları

Tablo 3. Ameliyathane Çalışanlarının Çalışan Güvenliğine Bağlı Tutumları

		Ameliyathanede Çalışmaktan				p
		Memnun		Memnun Değil		
		n	%	n	%	
İşe başladıktan sonra çalışan güvenliği ile ilgili eğitim	Almış	41	55%	12	50%	0.563
	Almamış	34	45%	13	54%	
Çalışan güvenliği talimatı, hastanenede	Uygulanıyor	8	11%	1	4%	0.455
	Uygulanmıyor	25	33%	11	46%	
	Eksik Uygulanıyor	42	56%	13	54%	
Ki-kare test						

İşe başladıktan sonra çalışan güvenliği ile ilgili eğitim alma durumu, ameliyathanede çalışmaktan memnun olan ve olmayanlarda istatistiksel açıdan anlamlı ($p > 0.05$) farklılık göstermemiştir. Ameliyathanede çalışmaktan memnun olan ve olmayanlarda, çalışan güvenlik talimatının hastanelerinde uygulanma oranı anlamlı ($p > 0.05$) farklılık göstermemiştir. (Tablo 3)

“Devlet hastanelerinde çalışan güvenliğinin sağlandığı, yönetsel düzeyde iş güvenliğinin yetersiz ve çalışanların bu durumdan memnun olmadıkları saptanmıştır”(Öztürk ve diğ., 2012:264). ‘İş kazaları ve çalışan güvenliğine yönelik yapılan farklı bir çalışmada ise çalışan güvenliği komitesinin eğitim vermek gibi yapması gereken işlevleri yapmadığı, çalışan güvenliği tedbirleriyle ilgili değerlendirmelerinin olumsuz olduğu saptanmıştır”(Cebeci, 2013:74).

2.2.3. Kesici Delici Alet Yaralanmasına Bağlı Memnuniyet Düzeyleri

Tablo 4. Ameliyathane Çalışanlarının Ameliyathanede Kesici-delici Alet Yaralanmalarına Maruz Kalma Durumlarına Bağlı Tutumları

		Ameliyathanede Çalışmaktan				p
		Memnun		Memnun Değil		
		n	%	n	%	
Daha önce kesici – delici alet yaralanmasına	Maruz Kalmış	45	60%	17	71%	0.475
	Maruz Kalmamış	30	40%	8	33%	
Ameliyat süresi ve cerrahi alet yaralanması arasında bir bağlantı olduğunu düşünüyor musunuz?	Evet	52	69%	23	96%	0.023
	Hayır	23	31%	2	8%	

Ameliyathanede kesici delici alet yaralanması oranı, memnun olan ve olmayanlarda anlamlı ($p > 0.05$) farklılık göstermemiştir. Ameliyat süresi ve cerrahi alet yaralanması arasında bir bağlantı olduğu düşüncesi, ameliyathanede çalışmaktan memnun olmayanlarda, çalışmaktan memnun olanlara göre, anlamlı ($p < 0.05$) olarak daha yüksektir(Tablo 4).

“Yapılan bir araştırmaya göre; hemşirelerin %68’i, doktorların %32’si, tüm personelin yarısından fazlasının en az bir kere kesici- delici alet yaralanmasına maruz kaldıkları görülmüştür”(Cebeci, 2013:71). “Hemşireler üzerine yapılan farklı bir çalışmada ise hemşirelerin %67,2’si son üç ay içerisinde kesici delici alet yaralanmasına maruz kaldığı, nedenleri sorgulandığında %53,8’i enjektörden kaynaklandığını ve %53.2’si enjeksiyon için ilaç hazırlarken gerçekleştiğini ifade etmiştir. Hemşirelerde cerrahi alet yaralanmasının daha fazla rastlandığı görülmüş, gece vardiyasında çalışan hemşirelerde yaralanmanın istatistiksel açıdan anlamlı bulunduğu görülmüştür.”Omaç 2006:36).

“Genel olarak yaralanmaların akşam saatlerinde yani nöbetlerde ve ameliyatların 3. saatlerinden sonra meydana geldiği görülmektedir”(Kutlu, 2007:69).

Ameliyat süresi ve alet yaralanması arasındaki ilişkiyi gösteren çok fazla çalışma olmamakla birlikte çalışmada da katılımcıların %75'i ameliyat süresi ve cerrahi alet yaralanması arasında bir ilişki olduğunu söylemiştir.

2.2.4. Ameliyathane Çalışanlarının Radyasyona Bağlı Memnuniyet Durumları

Tablo 5. Ameliyathane Çalışanlarının Radyasyona Yönelik Tutumları

		Ameliyathanede Çalışmaktan				p
		Memnun		Memnun Değil		
		n	%	n	%	
Ameliyathanede radyasyona maruz kalıyor musunuz?	Evet	65	87%	23	96%	0.567
	Hayır	9	12%	2	8%	
Kişisel dozimetre kullanıyor musunuz?	Evet	5	7%	2	8%	1.000
	Hayır	68	91%	23	96%	

Ki-kare test

Ameliyathanede çalışmaktan memnun olan ve olmayanlarda, radyasyona maruz kalma oranı ve kişisel dozimetre kullanma oranı anlamlı ($p > 0.05$) farklılık göstermemiştir. (Tablo 5)

Radyoloji çalışanları baz alınarak yapılan bir çalışmada çalışanların %95,5'i dozimetre kullandıklarını ifade etmiştir (Güden ve diğ., 2012:41). Benzer bir sonuç Özcan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ortaya çıkmış çalışanların hiçbiri kişisel dozimetre kullanmadıklarını ve radyasyona maruz kaldıkları halde radyasyon çalışanı kabul edilmediklerini ifade etmişlerdir (Özcan ve diğ., 2014:). Tablo 6' ya göre radyasyon güvenliği ile kurumunuz “kişisel dozimetreleri doğru ölçüyor “ düşüncesi ameliyathanede çalışmaktan memnun olanlarda olmayanlara göre daha yüksektir. Çalışanların %83'ü bu soruya hayır cevabı vermiş, özellikle ameliyathanede çalışmaktan memnun olmayanlar kurumlarının dozimetreleri doğru ölçtüğüne inanmamaktadır.

Tablo 6. Ameliyathane Çalışanlarının Skopi Kullanımına Yönelik Tutumları

		Ameliyathanede Çalışmaktan				p
		Memnun		Memnun Değil		
		n	%	n	%	
Ameliyathane fiziksel olarak skopi kullanımına uygun	Evet	19	25%	0	0%	0.005
	Hayır	56	75%	25	104%	
Kişisel dozimetreler doğru ölçülüyor	Evet	17	23%	0	0%	0.009
	Hayır	58	77%	25	104%	
Kurumumuz bu konuya önem gösteriyor	Evet	12	16%	0	0%	0.033
	Hayır	63	84%	25	104%	
Skopi kullanımında çalışanlar bu duruma özen gösteriyor	Evet	33	44%	7	29%	0.157
	Hayır	42	56%	18	75%	
Koruyucu donanımları kullanıyorum.	Evet	52	69%	14	58%	0.223
	Hayır	23	31%	11	46%	

Ki-kare test

Ameliyathanede çalışmaktan memnun olan ve olmayanlarda, skopiye yönelik koruyucu donanımlar kullanma oranı ve skopi kullananların bu duruma özen gösteriyor düşüncesi anlamlı ($p > 0.05$) farklılık göstermemiştir. (Tablo 6)

Ameliyathanede skopi kullanımının fiziksel olarak uygun olduğu düşüncesi, kurumların kişisel dozimetreyi doğru ölçtüğü ve kurumun skopi kullanımına özen gösterdiği düşüncesi ameliyathanede çalışmaktan memnun olmayanlarda, memnun olanlara göre anlamlı ($p < 0.05$) olarak daha düşüktür (Tablo 6).

“Kayseri’de radyoloji teknisyenleri ve doktorları arasında yapılan bir çalışmada ise çalışanların %42,7’si hastanelerinde radyasyon güvenliğine dair çalışma yapılmadığını hatta bu durumdan haberlerinin olmadığını belirtmiştir.”(Güden ve diğ., 2012:41). Benzer bir sonuç çalışmada da çıkmış, çalışanlar kurumun duruma önem göstermediğini belirtmiş, özellikle ameliyathanede çalışmaktan memnun olanlarda olmayanlara göre bu düşünce istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuş, aynı zamanda çalıştıkları ameliyathane odalarının skopi kullanımına uygun olmadığı düşüncesinin yine ameliyathane de çalışmaktan memnun olanlarda daha yüksek olduğu görülmüştür.

2.2.5. Ameliyathane Çalışanlarının Atık Gazlara Maruz Kalmaya Bağlı Memnuniyet Durumları

Tablo 7. Ameliyathane Çalışanlarının Atık Gazlara Maruz Kalma Durumları

		Ameliyathanede Çalışmaktan				p
		Memnun		Memnun Değil		
		n	%	n	%	
Hastane de atık gazlara maruz kalma	Evet	61	81%	23	96%	0.208
	Hayır	14	19%	2	8%	

Ki-kare test

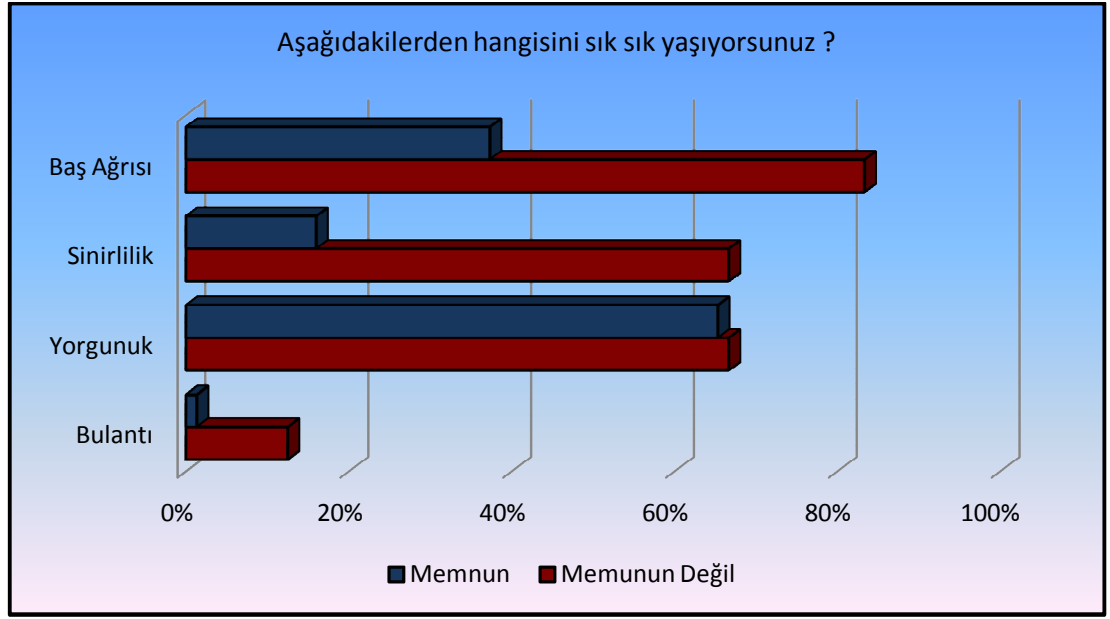
Ameliyathane çalışanlarına atık gazlara maruz kalma durumları sorgulandığında %84'ü atık gazlara maruz kaldıklarını, %16'sı ise atık gazlara maruz kalmadıklarını ifade etmiştir. Ameliyathanede çalışmaktan memnun olan ve olmayanlarda, atık gazlara maruz kalma oranı, anlamlı ($p > 0.05$) olarak farklılık göstermemiştir.(Tablo 7)

Tablo 8. Ameliyathane Çalışanlarının Sık Yaşadığı Sağlık Durumları

		Ameliyathanede Çalışmaktan				p
		Memnun		Memnun Değil		
		n	%	n	%	
Aşağıdakilerden hangisini sık sık yaşıyorsunuz ?						
Baş Ağrısı	Var	28	37%	20	83%	0.000
	Yok	47	63%	5	21%	
Sinirlilik	Var	12	16%	16	67%	0.000
	Yok	63	84%	9	38%	
Yorgunluk	Var	49	65%	16	67%	0.904
	Yok	26	35%	9	38%	
Bulantı	Var	1	1%	3	13%	0.018
	Yok	74	99%	22	92%	

Ki-kare test

Ameliyathanede çalışmaktan memnun olan ve olmayanlarda, yorgunluk oranı anlamlı ($p > 0.05$) farklılık göstermemiştir. Baş ağrısı, sinirlilik, bulantı durumları ise ameliyathanede çalışmaktan memnun olmayanlar, çalışmaktan memnun olanlardan anlamlı ($p < 0.05$) olarak daha yüksektir. (Tablo 8)



Şekil 3. Ameliyathanede Çalışanların Sık Yaşadıkları Sağlık Sorunları

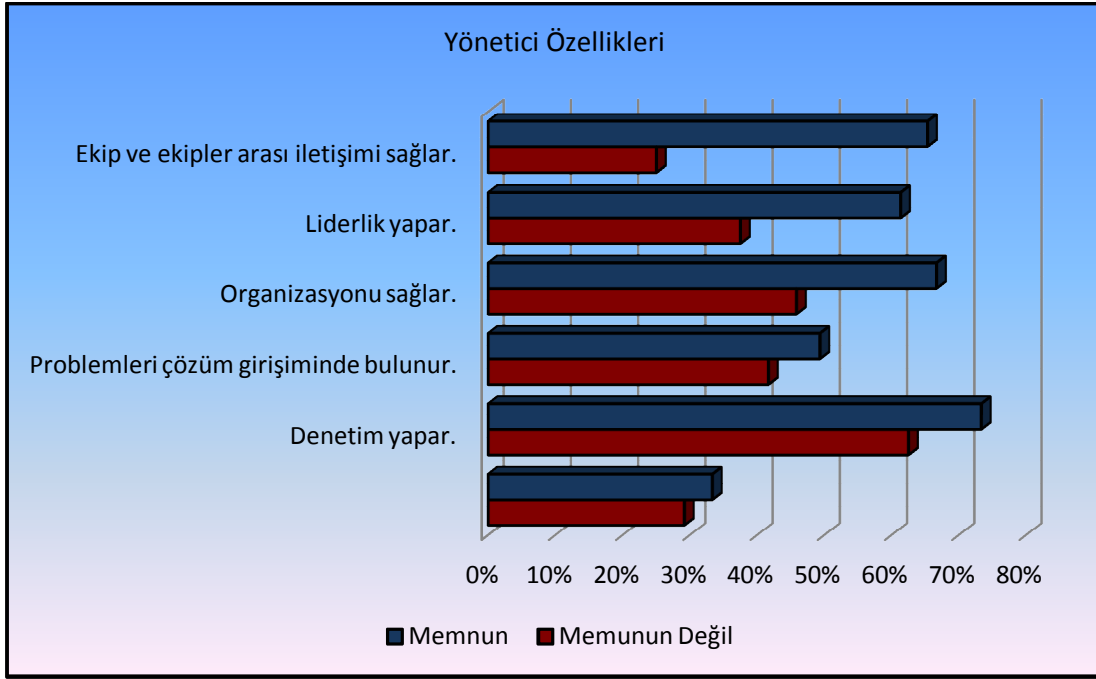
2.2.6. Ameliyathane Çalışanları Yöneticilerinin Görevlerini Yerine Getirmesine Yönelik Memnuniyet Durumları

Tablo 9. Ameliyathane Çalışanları Yöneticilerinin Görevlerine Yönelik Tutumları ve Memnuniyetleri

			Ameliyathanede Çalışmaktan				p
			Memnun		Memnun Değil		
			n	%	n	%	
Yönetici							
Ekip ve ekipler arası iletişimi sağlar.	Evet		49	65%	6	25%	0.000
	Hayır		26	35%	19	79%	
Liderlik yapar.	Evet		46	61%	9	38%	0.027
	Hayır		29	39%	16	67%	
Organizasyonu sağlar.	Evet		50	67%	11	46%	0.044
	Hayır		25	33%	14	58%	
Problemleri çözüm girişiminde bulunur.	Evet		37	49%	10	42%	0.418
	Hayır		38	51%	15	63%	
Denetim yapar.	Evet		55	73%	15	63%	0.208
	Hayır		20	27%	10	42%	
İyi ve aktif bir iletişimde bulunarak yapıcı kararlar verir.	Evet		25	33%	7	29%	0.621
	Hayır		50	67%	18	75%	
Ki-kare test							

Ameliyathanede çalışmaktan memnun olan ve olamayanlarda, yöneticilerinin problemlerine çözüm girişiminde bulunduğu, denetim yaptığı, iyi ve aktif bir iletişimde bulunarak yapıcı kararlar verdiği düşüncesine sahip olanların oranı istatistiksel açıdan anlamlı ($p > 0.05$) farklılık göstermemiştir. Yöneticilerinin ekip ve ekipler arası iletişimi sağladığı, liderlik yaptığı ve organizasyonu sağladığı düşüncesi, ameliyathanede çalışmaktan memnun olmayanlarda, memnun olanlara göre anlamlı ($p < 0.05$) olarak daha düşüktür (Tablo 9).

“Hemşireler üzerine yapılan bir çalışmada ise hemşireler yapılan denetimden memnundurlar fakat yönetime katılamamaktadır, bu durum memnuniyeti azaltarak iş doyumunu düşürmektedir”(Çalışkan, 2005:16). “Önderlerin yetersiz, denetimsiz olması, yönlendirmenin iyi omaması gibi yönetsel sorunlar çalışanlarda tükenmişliğe de neden olmaktadır”(Ersoy ve diğ., 2001). “Hastane yöneticileri ile ilgili yapılan çalışmalarda ise yöneticilik deneyimlerinin az olması, malzeme, araç ve gereç sıkıntısı yaşadıkları, iş birliği ve koordinasyon sıkıntısı, iş kolları arası yaşanan iletişim sıkıntıları, personel yeterlilik düzeylerinin düşük olması, denetim, iş yükü fazlalığı ve stresle baş etmede yetersizlikler yaşadıkları görülmüştür”(Acarer ve Beydağ, 2013:37).



Şekil 4. Ameliyathane Çalışanlarının, Yöneticilerinin Görevlerini Yapıp Yapmadığına Yönelik Tutumları

2.2.7. Ameliyathane Çalışanlarının Psikolojik ve Ruhsal Yönden Ameliyathane de Çalışmaktan Memnun Olma Durumları

Tablo 10. Ameliyathane Çalışanlarının Psikolojik ve Ruhsal Yönden Ameliyathanede Çalışmaktan Memnun Olma Durumları

		Ameliyathanede Çalışmaktan				p
		Memnun		Memnun Değil		
		n	%	n	%	
Ameliyathanede size psikolojik baskılar	Uygulanıyor	46	61%	21	88%	0.037
	Uygulanmıyor	29	39%	4	17%	
Çalışma durumu ve koşullar ruhsal durum üzerine etkili midir	Evet	57	76%	21	88%	0.487
	Hayır	12	16%	2	8%	
	Kararsızım	6	8%	1	4%	

Ki-kare test

Ameliyathanede çalışmaktan memnun olan ve olmayanlar, çalışma durumu ve koşullarının ruhsal durum üzerine etkili olduğu düşüncesi, anlamlı ($p > 0.05$) farklılık göstermemiştir. Ameliyathanede psikolojik baskılar uygulandığı düşüncesi, ameliyathanede çalışmaktan memnun olmayanlarda, memnun olanlardan anlamlı ($p < 0.05$) olarak daha yüksektir.(Tablo 10)

“Mobbing üzerine yapılan çalışmalara bakıldığında; Kocaeli’nde yapılan bir çalışmada çalışanların %72,6’sının herhangi bir şiddet türüne maruz kaldıkları, bunların %24’ünün mobbing olduğu görülmüştür”(Çamcı ve Kutlu, 2011:10). ‘Muğla ilinde özel ve kamu hastanelerinde yapılan bir çalışmada ise çalışanların %34,9’u psikolojik baskıya maruz kalmış, şiddeti uygulayanın ise yüksek öğrenim mezunu, doktor, idari personel ve yönetici hemşireler olduğu görülmüştür”(Çöl, 2008:127).

“Yine çalışma koşulları, fiziksel ortam çalışanların psikolojik durumlarını etkilemektedir”(Aslan ve Öntürk, 2011:139). Çalışanların iş memnuniyetini arttırmak için ergonominin olması, çalışan sağlığını arttırmak, güvenliği sağlamak, stresi azaltmak gibi etkenlerle mümkündür. ‘Hemşireler ile yapılan bir çalışmada ameliyathane hemşirelerinin iş doyumunun en düşük grup olduğu görülmüş, nöbet sayısı, haftalık çalışma saatinin fazla olmasından kaynaklandığı saptanmıştır ‘(Aksoy ve Polat, 2013:50). ‘Vural ve Oflaz’a göre hemşirelerin %81,6’sının fiziksel ortamdan,kapalı ve dağınık olmasından dolayı ameliyathanede çalışmaktan memnun değildir.”(Vural ve Oflaz, 1996:129).

Tüm bu durumlara göre çalışanlara ameliyathane de çalışmaktan memnun olup olmama durumu sorulduğunda %75’i evet diyerek memnun olduğunu belirtmiş, %25’i ise bazı nedenlerden dolayı memnun olmadıklarını söylemiştir. Çalışanlara ameliyathane de çalışmaktan neden memnun olmadıkları sorulduğunda; %4’i maaş sorunu yaşadığını, %32’i fiziki şartların yetersiz olduğunu, %36’unun çalışma koşullarının kötü olduğunu, %16’ünün malzeme sıkıntısı yaşadığını, %4’ünün yönetimle ilgili sıkıntı yaşadığı, %12’ünün psikolojik ve sosyal sorunlar yaşadığı görülmüştür.

SONUÇ

Sağlık sektöründe hasta memnuniyetinin esas alındığı hastanelerde, çalışan memnuniyetinin de önemli olduğu bilinmektedir. Diğer birimlere göre ameliyathanelerde çalışan ekibin(doktor, hemşire, anestezi teknisyeni ve ameliyathane personeli) daha dikkatli, temiz, düzenli, fiziksel açıdan yeterli yerlerde çalışması çalışan memnuniyetini etkileyebileceği gibi sunulan hizmetin de kalitesini arttırmaktadır. Yaptığımız çalışma da; ameliyathanede çalışan sağlık personelinin koşullara göre ameliyathanede çalışmaktan memnun olup olmama durumları değerlendirildi. Genel olarak bakıldığında çalışanların %75'i ameliyathanede çalışmaktan memnun olduğunu belirtti.

Ameliyathanede çalışan personelin ameliyathanede bulunan yedi faktöre göre ameliyathanede çalışmaktan memnun olup olmama durumu araştırmamızda incelendi. Çalışanların büyük bir çoğunluğu ameliyathanede çalışmaktan memnundu. Ameliyathane çalışanlarının bazı durumlara göre ameliyathanede çalışmaktan memnun kalmadıkları saptandı. Çalışmanın başında kurulan varsayımlara bağlı olarak;

H₁. Ameliyathanelerde uygulanan çalışan güvenliği talimatı ve memnuniyet arasında anlamlı bir fark vardır: DESTEKLENMEMİŞTİR.

Yapılan çalışmaya göre çalışanların yarısının iş güvenliği eğitimi aldıkları, hastanenin çalışan güvenliği talimatını uygulamadığı ya da eksikliklerle uyguladığı saptandı. Ameliyathane çalışanlarının ameliyathane de çalışmaktan memnun olup olmama durumu ve çalışan güvenliği arasında istatistiksel açıdan bir fark saptanmadı.

H₂ Ameliyathane ortamı ve çalışanların ruhsal durumunu arasında anlamlı bir fark vardır: DESTEKLENMEMİŞTİR.

Ameliyathane çalışanlarının psikolojik baskılara maruz kaldığı, ameliyathane de çalışmaktan memnun olmayanlarda psikolojik baskılara maruz kalma durumunun ameliyathane de çalışmaktan memnun olanlara göre yüksek olduğu görüldü. Çalışma durumu ve koşullarının ruhsal durum üzerine etkisi arasında bir fark saptanmadı.

H₃ Ameliyathane var olan radyasyon ve çalışan memnuniyeti arasında anlamlı bir fark vardır: DESTEKLENMEMİŞTİR.

Ameliyathane çalışanlarının büyük bir çoğunluğunun radyasyona maruz kaldığı görüldü. Fakat ameliyathane çalışmaktan memnun olan ve olmayanlarda, radyasyona maruz kalma ve dozimetre kullanma oranı arasında fark görülmedi. Ameliyathane çalışanlarının %91'inin kişisel dozimetresi olmadığı, ameliyathanede çalışmaktan memnun olmayanlarda ameliyathanenin fiziksel olarak skopi kullanımına uygun olduğu, kişisel dozimetrelerin doğru ölçüldüğü ve çalışılan kurumun konuya özen gösterdiği düşüncesi, memnun olanlara göre düşük olduğu görüldü.

H₄ Atık gazlar ve çalışan memnuniyeti arasında anlamlı bir fark vardır: DESTEKLENMEMİŞTİR.

Ameliyathane çalışanlarının %84'ü atık gazlara maruz kalmalarına rağmen, ameliyathanede çalışmaktan memnun olan ve olmayanlarda bir fark görülmedi. Ameliyathane de atık gazlara bağlı olarak oluşan bağlı sağlık sorunlarının (baş ağrısı, sinirlilik, bulantı) memnun olmayanlarda yüksek olduğu, kişilerin bu duruma bağlı olarak ameliyathane de çalışmaktan memnun olmadıkları görüldü.

H₅ Yönetmel sıkıntılar ve çalışan memnuniyeti arasında anlamlı bir fark vardır: DESTEKLENMİŞTİR.

Ameliyathane de çalışmaktan memnun olan ve olmayanlarda yöneticilerin görevlerini yerine getirmesi ile ilgili sıkıntılar yaşadıkları, özellikle ameliyathanede çalışmaktan memnun olmayanlarda ekip arası iletişim sağladığı, liderlik yaptığı ve organizasyonu sağladığı düşüncesi düşük çıktığı görüldü.

H₆ Çalışanların maruz kaldıkları kesici-delici alet yaralanmaları ve memnuniyetleri arasında anlamlı bir fark vardır: DESTEKLENMEMİŞTİR.

Çalışanların %62'sinin kesici delici alet yaralanmasına maruz kaldığı saptandı. Ameliyathane de çalışmaktan memnun olmayanlarda alet yaralanması ve süresi arasında bir bağlantı olduğu düşüncesi yüksek bulundu. Ameliyathanede çalışmaktan memnun olan ve olmayanlarda kesici alet yaralanması arasında bir bağ kurulmadı.

H₇ Ameliyathanenin fiziksel çevresi, dinlenme olanakları ve çalışan memnuniyeti arasında anlamlı bir fark vardır: DESTEKLENMİŞTİR.

Ameliyathane çalışanlarının büyük bir çoğunluğu fiziksel ortam ile ilgili özellikleri uygun görmemektedir. Ameliyathane de çalışmaktan memnun olmayanlarda havalandırma yeterlidir, araç, malzeme ve cihazlar yeterlidir düşüncesinin memnun olanlara göre düşük olduğu görüldü. Çalışanların malzeme sıkıntısı yaşadıkları, yemekhane hizmetlerinden memnun olmadıkları, kurumun çalışanlara sağladığı hizmetlerin yetersiz olduğu görüldü.

Tablo 11.Hipotezlerin Değerlendirilmesi

Hipotezler	Durum
H₁. Ameliyathanelerde uygulanan çalışan güvenliği talimatı ve memnuniyet arasında anlamlı bir fark vardır.	DESTEKLENMEMİŞTİR
H₂. Ameliyathane ortamı ve çalışanların ruhsal durumunu arasında anlamlı bir fark vardır.	DESTEKLENMEMİŞTİR
H₃. Ameliyathanede var olan radyasyon ve çalışan memnuniyeti arasında anlamlı bir fark vardır.	DESTEKLENMEMİŞTİR
H₄. Atık gazlar ve çalışan memnuniyeti arasında anlamlı bir fark vardır.	DESTEKLENMİŞTİR
H₅. Yönetsel sıkıntılar ve çalışan memnuniyeti arasında anlamlı bir fark vardır.	DESTEKLENMİŞTİR
H₆. Çalışanların maruz kaldıkları kesici-delici alet yaralanmaları ve memnuniyetleri arasında anlamlı bir fark vardır.	DESTEKLENMEMİŞTİR
H₇. Ameliyathanenin fiziksel çevresi, dinlenme olanakları ve çalışan memnuniyeti arasında anlamlı bir fark vardır.	DESTEKLENMİŞTİR

Tüm elde edilen bulgulara göre:

- Havalandırma sistemlerinin çalışanların çalışma koşullarını destekleyecek şekilde olması ve çalışanlara vakada kullanılacak malzemelerin kurum tarafından temin edilmesi gerekmektedir.

- Ameliyathanelerde güvenli malzeme kullanımı yaygınlaştırılıp, çalışan personelin vaka aralarında dinlenebileceği ortamlar sağlanmalıdır.

- Kurumlar radyasyona maruz kalan tüm personele kişisel dozimetre temin etmeli, dozimetrelerin ölçümleri belli aralıklarla yapılmalı, kurumlar sürekli denetlenmelidir.

- Anestezi cihazlarının bakımları yapılıp, atık gaz sistemleri sürekli kontrol edilmelidir.

- Kurum içi eğitimler düzenlenmeli, yönetsel sıkıntılar dile getirilmelidir.

- Ameliyathanenin riskli birim kabul edilip çalışanları motive edici eğitimler düzenlenmeli, kişilerarası iletişim desteklenmelidir.

- Hastane yöneticileri, çalışan güvenliği komiteleri, enfeksiyon kontrol komiteleri ve çalışanlar alet yaralanmalarına yönelik sürekli iş birliği içinde olmalı, eğitimler yapılmalı, bulaşıcı hastalıklara yönelik aşılar kontrol edilip takibi yapılmalıdır. Koruyucu önlemlerin uygulanması ve kurumun koruyucu ekipmanları sağlaması gerekmektedir.

KAYNAKÇA

- Acar, A. "Ameliyathanede Hasta ve Çalışan Güvenliği". İstanbul Tıp Dergisi. Sayı: 3 2008: 143-144.
- Acarer, E.B., Beydağ, K.D. "Yönetici Hemşirelerin Yaşadıkları Sorunlar ve Bunları Etkileyen Faktörler" Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi.Cilt:2, Sayı:1,2013: 36-38.
- Adams, A.,Bond,S. "Hospital Nurses Job Satisfaction, İnvidual and Organizational Charecteristics" Journal Of Advanced Nursing, 2000: 536-543.
- Ak, B. "Hastane Yöneticiliği". Ankara: Özkan Matbaacılık, 1990.
- Akçalı, D. T.,Dayanır,H.,Babacan,A. "İç Anadolu Bölgesinde Anesteziyoloji ve Algoloji Çalışmalarında Tükenmişlik Durumu" Ağrı Dergisi Cilt:22, no. 2 2010: 80-81.
- Akçalı, D.T.,Dayanır,T.H.,İlhan,M.N.,Babacan,A. "Journal Agent" Journalagent Web Sitesi. Nisan 2010. http://www.journalagent.com/agri/pdfs/AGRI_22_2_79_85.pdf, Erişim Tarihi: 05 Nisan 2015
- Akdur, R., Çöl,M., Işık,A.(Eds). Halk Sağlığı. Ankara: Antıp, 1998:12
- Aksoy, N.,Polat,C. "Akdeniz Bölgesindeki Bir İlde Üç Farklı Hastanenin Cerrahi Birimlerinde Çalışan Hemşirelerin İş Doyumu ve Etkileyen Faktörler". Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi. Cilt:10, Sayı:2,2013: 50.

Aktan, C.C.,Işık,A.K.”Sağlık Değişim Çağında.” Can Aktan Web Sitesi <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/herkes-icin.pdf> Erişim Tarihi: 01 Temmuz 2015, 2-5.

Alagöz, U.Ö.,Tengilimoğlu, D., Ünalın,D. “Sağlık Çalışanları Bakış Açısı İle Sağlık Ocağından Aile Hekimliği Sistemine Geçiş: Kayseri İli Develi İlçesi Örneği”. 3. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı, Düzenleyen Harun Kırılmaz, Ankara, 2010: 345-358.

Altay, A. “Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi”. Sayıştay Dergisi, Sayı: 64,2007: 34-35.

Altındış, M., Karaaslan,D. “Ameliyathanelerde Sterilizasyon ve Havalandırma İlkeleri”. Kocatepe Tıp Dergisi,Sayı: 2, 2001: 30-34.

Alver, E. “Ameliyathane Hemşirelerinin Fiziksel Çevreden Etkilenme Durumlarının İncelenmesi”. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. 2011:6

Anıl,O.B., Mobedi, M., Özerdem,M.B. “Hastane Hijyenik Ortamlarının Klima ve Havalandırma Sistemleri”. VIII. Ulusal Tesisat Mühendisliği Kongresi. İzmir, 2007:505

Ardıç,K., Polatçı,S. “Tükenmişlik Sendromu Akademisyenler Üzerinde Bir Uygulama(GOÜ Örneği).” Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. Cilt:10, Sayı: 2, 2008: 70-71.

Aslan, E.A, Öntürk,Z.K. “Güvenli Ameliyathane Ortamı: Biyolojik, Kimyasal, Fiziksel ve Psikososyal Riskler, Etkileri ve Önlemler.” Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi. Cilt:4, Sayı:1, 2011: 134-137

Ateş, M. “Sağlık işletmeciliği.” Beta Basım, Ankara, 2012.

Baskan, S. “Cerrahi Alan Enfeksiyonlarının Önlenmesi; Ameliyathane Koşulların Nasıl Olmalı?” Hastane Enfeksiyonları Dergisi, Cilt:7, Sayı: 4, 2003.

Belek, İ. “Sosyal Devletin Çöküşü ve Sağlıkın Ekonomi Politikası” Sorun Yayınları, İstanbul, 2001.

Cebeci, H. “Hastanelerde İş Kazaları Ve Çalışan Güvenliği; Karabük Şehir Merkezi Örneği” Uluslararası İşletme ve Yönetim Dergisi. Cilt:3. Sayı:1. 2013:72-74

Cerrahpaşa Tıp Fakültesi. «Delici - Kesici Alet Yaralanmalarında Yapılması Gerekenler.» Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Web Sitesi. 2007. ,
<http://cerrahpasa.istanbul.edu.tr/wp-content/uploads/2013/11/hekk-delici-kesici.pdf>, Erişim Tarihi: 13 Temmuz 2015.

Çalışkan, Z. “İş Tatmini: Malatya'da Sağlık Kuruluşları Üzerine Bir Çalışma” Doğu Anadolu Bölgesi Araştırma ve Uygulama Merkezi Dergisi. Cilt:4, Sayı:1 ,2005:10-16

Çamcı, O., Kutlu, Y. “Kocaeli’nde Sağlık Çalışanlarına Yönelik İşyeri Şiddetinin Belirlenmesi” Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, Cilt:2, Sayı:1, 2011: 10-11.

Çarıkçı, İ.H., Yavuz, H. “Çalışanlarda Mobbing (Psikolojik Şiddet) Algısı: Sağlık Sektörü Çalışanları Üzerine Bir Araştırma.” Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. Cilt:2, Sayı:10, 2009: 59-60.

Çevre ve Orman Bakanlığı. “Çevresel Gürültünün Değerlendirilmesi ve Yönetimi Yönetmeliği (27601)” Ankara, 4 Haziran 2010.

Çöl,S.Ö. “İşyerinde Psikolojik Şiddet: Hastane Çalışanları Üzerine Bir Araştırma”
Çalışma ve Toplum Ekonomi ve Hukuk Dergisi, Cilt:4, 2008: 127-129.

Demir,T. “Sağlık Kurumlarında Çalışan Güvenliği.” Beykent Üniversitesi
Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. 2014:42

Demirbilek, S., Çolak,M. “Sağlık Hizmetlerinde Kalite: Manisa İli Örneği.” Sosyal
Bilimler Enstitüsü Dergisi, Sayı:2, .2008:95

Dindar, İ., İşsever,H.,Özen,M. “Edirne Merkezindeki Hastanelerde Görev Yapan
Hemşirelerde İş İle İlgili Rahatsızlıklar ve Konulan Tanılar.” Hemşirelik
Forumu Dergisi.Cilt:7,Sayı: 1, 2004: 59-63.

Duran, Ö., Duran,F.Y., Aydoğdu, G. “Acil Serviste Tükenmişlik Sendromu.” İzmir
Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi. Cilt:19, Sayı:1, 2015: 31.

Ener,M.,Demircan,E. ”Küreselleşme Sürecinde Değişen Devlet Anlayışından Kamu
Hizmetlerinin Dönüşümüne: Sağlık Hizmetlerinde Piyasa Mekanizmaları.”
Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi,
Cilt:13,Sayı:1,2008:1

Erbaş, A. “Hastane Yönetimi, Sorunları ve Çözüm Önerileri.” Beykent Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2013:13

Erkan, S. “Pamukkale Üniversite'si Hastanesi'nde Çalışan Hemşire ve Teknisyenlerin
Mesleki Risk Algısının Belirlenmesi.” Pamukkale Üniversitesi,
Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, 2014. 70.

Ersoy, F.,Yıldırım,R.C., Edirne, T. “Tükenmişlik(Staff Burnout) Sendromu” Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 2001. www.ttb.org.tr/STED/sted0201/1.html, Erişim Tarihi:12 Temmuz 2015

Etiler, N. ”Neoliberal Politikalar ve Sağlık Emekgücü Üzerindeki Etkileri.” Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi(TTB), Ekim-Kasım-Aralık Sayısı,2005

Fişek, N. “Koruyucu ve Tedavi Edici Hekimlik Hizmetlerinin Planlanmasında Örgütlenme Modelleri.” Türkiye Tıp Akademisi Mecmuası. Cilt:9,Sayı:3 1974: 9-10.

Güden, E.,Öksüzkaya, A.,Balcı,E.,Tuna,R.,Borlu,A.,Çetinkara,K. “Radyoloji Çalışanlarının Radyasyon Güvenliğine İlişkin Bilgi, Tutum ve Davranışı.” Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi.Sayı:3, 2012: 41.

Gümüş, N. “Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin İş Doyumlarını Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi.” İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek lisans Tezi, 2007:51-55.

Günel, M. “Genel Anestezik Maddelerin Kardiyovasküler Sistem Üzerine Etkileri.” İzmir Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Bitirme Tezi, 2012:7-9.

Güner, Ç. “Gürültünün Sağlık Üzerine Etkileri” Türk Tabipler Birliği Sitesi. 2000. <http://www.ttb.org.tr/STED/sted0700/5.html>, Erişim Tarihi :02 Mayıs 2015.

Gürbüz, M., Aydın,A.H. “Zaman Kavramı ve Yönetimi.” Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi.Cilt:9, Sayı:2, 2012: 1.

Helvacı, M. “Edirne’de İyonlaştırıcı Radyasyon Kaynakları İle Çalışan Sağlık Personelinin Radyasyon Güvenliği Konusunda Bilgi Düzeyleri ve Tutumları.” Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. 2011. 37-40.

İşlek, N. “Hemşirelik Hizmetlerine İlişkin İşyükü Analizine Dayalı İnsan Gücü Planlaması: Klinik Ölçeğinde Bir Uygulama.” Hacettepe Üniversitesi Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. 2005:12

Karabulut,K., “Sağlık Sektöründe Özelleştirme.” Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, e-dergi.atauni.edu.tr/atauniibd/article/view/1025003506 , Erişim Tarihi:03 ocak 2016

Karayemişoğlu,A.K.”Çalışan Güvenliği Açısından Hemşirelerin Çalışma Koşullarının Değerlendirilmesi.” İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2010:249

Kavuncubaşı, Ş.,Kısa,A. “Sağlık Kurumları Yönetimi.” Anadolu Üniversitesi. Sayı: 1429, 2002: 68.

Kertiş, S. “Hastane İşletmelerinde İç Kontrol Sistemi ve Özel Bir x Hastanesinde Uygulanması.” İstanbul Üniversitesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. 2005:12

Kıdak, L.B. “Hastane Yöneticilerinin Zaman Yönetimi Tutumunun Belirlenmesi: İzmir ili Eğitim ve Araştırma Hastaneleri Uygulaması.”Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. Cilt:25, 2011: 160-161.

Kılıç, B. “Türkiye İçin Sağlık İnsangücü Planlaması ve İstihdan Politikaları.” TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni .Cilt:6, Sayı:6, 2007: 501-510.

- Komşuk, D. “Ameliyathanelerde Çalışan Hemşirelerde, Uyku Sorunlarının Tükenmişlik Düzeyine Etkisinin İncelenmesi.” Eskişehir Osmangazi Üniversitesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. 2013:58
- Kutlu, D. “Ameliyathane Çalışanlarının Cerrahi Aletlerle Yaralanma Riski ve Bunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi.” Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2007:69-70.
- Milli Eğitim Bakanlığı. “Anestezi Uygulanan Ortamlarda Güvenlik Tedbirleri” Milli Eğitim Bakanlığı Sitesi . 2011. http://www.megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller_pdf/Anestezi%20Uygulanan%20Ortamlarda%20G%C3%BCvenlik%20Tedbirleri.pdf, Erişim Tarihi: 12 Temmuz 2015
- Mollahaliloğlu,S.,Kosdak,M.,Taşkaya,S. “Sağlık Personeli Memnuniyet Araştırması.” Ankara: Sağlık Bakanlığı, 2010:16
- Natarajan, D. “Cytogenetic Damage in Operation Theatre Personel.” Anaesthesia. Cilt:45, Sayı:7, 1999: 475-477.
- OECD. “OECD Health Data.” 2013. <https://data.oecd.org/healthres/doctors.htm>-data.oecd.org/healthres/nurses.htm#indicator-chart, Erişim Tarihi : 05 Ağustos 2015
- Omaç, M. “Malatya İl Merkezi Hastanelerinde Çalışmakta Olan Hemşirelerde Kesici-Delici Yaralanma Drumu ve Uyku Düzeyleriyle İlişkisinin İncelenmesi.”İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. 2006:36.

Oray,N.Ç.,,Balcı,B.,Özlem,E.N.,Özaçar,E.,Abalı,L.,İbış,M.A.,Öncel,T.”Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıpta Uzmanlık Öğrencilerinin Mesleki Tükenmişlik Düzeyleri.”Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi.Cilt:27, Sayı:2, 2013: 71.

Orhaner, E. “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası.” Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi. Sayı:1, 2006: 1-7.

Öğün, C.Ö.,Çuhruk, H. “Ameliyathane Ortamının Ameliyathane Personeli Üzerine Etkileri.” Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi. Cilt:21, Sayı:2, 2001: 83-92.

Özcan, S.,Ersoy, G., Işık, Ö.,Görgel, H.,Ergör ,A. “Ameliyathanede Çalışan Sağlık Personelinin Radyasyonla Karşılaşma Durumları ve Radyasyon Güvenliğine İlişkin Bilgileri.”17. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. Edirne, 2014.

Özkan, Ö. “Hastanelerde Çalışan Hemşirelerin İş ve Çalışma Ortamı Tehlike ve Riskleri ile Risk Algılarının Saptanması.” Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Doktora Tezi. 2005.

Öztürk, G., Çetin,M.,Yıldıran,N.,Türk, Y.Z., Fedai, T. “Hekimlerde Tükenmişlik ve İş Doyum Düzeyleri.” Anatol J Clin Investig .Cilt:6, Sayı:4, 2012: 244.

Öztürk,H.,Candaş,B.,Babacan,E. “Devlet Hastaneleri, Toplum ve Aile Sağlığı MERkezlerinde Çalışan Hemşirelerin Yaşadıkları Sorunların Belirlenmesi.” Sağlık Ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi.Cilt:2, Sayı:1, 2015: 32-33.

Öztürk, H.,Babacan,E.,Anahar,E.Ö. “Hastanede Çalışan Sağlık Personelinin İş Güvenliği.” Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. Cilt:1, Sayı:4 2012: 264-265.

Parlar, S. “Sağlık Çalışanlarında Göz Ardı Edilen Bir Durum: Sağlıklı Çalışma Ortamı.” TAF Preventive Medicine Bulletine. Cilt:7, Sayı:6, 2008: 549-552.

Piyal,B.,Çelen,Ü.,Şahin,N.,Piyal,B. “Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde Çalışanların İş Doyumu.” Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, Cilt:53, Sayı:4, 2000: 249.

Sağlık Bakanlığı. Hastane Hizmetleri Genelgesi. 2001.

—. Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü. 1. Ankara: Sağlık Bakanlığı, 2011.

—. “Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu.”1987.

—. “Türkiye Sağlık Yapılarının Asgari Tasarım Standartları 2010 yılı Kılavuzu.” no. 800. Ankara: Sağlık Bakanlığı, 2010.

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. “Sağlık Bakanlığı.” Sağlık Bakanlığı Web Sitesi. 14 Mayıs 2012. <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-75678/h/calisangenelgesi.pdf>, Erişim Tarihi: 10 Ağustos 2015

Sargutan, A.E. “Sağlık Sektörü ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı.” Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi .Cilt:8, Sayı: 3, 2005a: 402-405.

Sargutan, A.E. “Sağlık Sektöründe Hizmet Talebi.” Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi .Cilt:8, Sayı:3, 2005b: 432.

Saygın, B., Ökten, F. “Anestezi Kazaları.” Türkiye Klinikleri . Cilt:10, Sayı:1, 1990: 53.

Sayıştay.” Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Hastanelerde İlaç, Tıbbi Sarf Malzemesi ve Tıbbi Cihaz Yönetimi. Performans Denetim Raporu”, Sayıştay Başkanlığı, 2005: 38-39.

Seçim, H. “Hastane Yönetim ve Organizasyonu.” İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Yayını, 1985: 1-2.

Sezer,M.S., Yıldız.,M.”Türkiye'de Bir Kamu Politikası Sorunu Olarak Yabancı Doktor İstihdamı: Avustralya, Birleşik Krallık ve Kanada Örnekleri.” Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi.Cilt:11,Sayı:3, 2009:73

Songur, L. “Radyasyona Maruz Kalan Ameliyathane Çalışanlarının Güvenliği.” Radyasyondan Korunma Derneği. Van,

Sönmez, S.,Ursavaş, A.,Uzaslan, E., Ediger,D.,Karadağ,M.,Gözü,R.O.,Ege,E. “Vardiyalı Çalışan Hemşirelerde Horlama, Uyku Bozuklukları ve İş Kazaları.»”Toraks Dergisi,Ekim 2009: 107.

Şantaş, F.,Özer,Ö.,Çıraklı,Ü. “Türk Kalkınma Planlarında Sağlık İnsan Gücü Planlaması.”Çankırı Karatekin Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. Cilt:2, Sayı:2 ,2012: 46-47.

Tarcan, E.,Varol,E.S., Ateş,M. “Bina Kalitesi ve Sağlık İşletmelerinin Performansları Üzerine Etkileri.” Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi.Cilt:5, Sayı: 4, 2000: 95-97.

Tengilimoğlu, D.,Yiğit,A. “Hastanelerde Liderlik Davranışlarının Personel İş Doyumuna Etkisini Belirlemeye Yönelik Bir Alan Çalışması.” Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi .Cilt:8,Sayı:3, 2005: 391-395.

- Tınaz, P. “Mobbing: İş Yerinde Psikolojik Taciz.” Çalışma ve Toplum Ekonomi ve Hukuku Dergisi.Cilt:3, 2006: 11-12.
- Top, M.,Tarcan, M. “Hastane Sektöründe Kaynak Akışı: Hastane Ödeme Yöntemleri (Mekanizmaları)” Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. Cilt:9, Sayı:1, 2007: 171-187.
- Topçu, M.Ü. “Malatya İl Merkezinde Çalışan Sağlık Personelinin İş Doyumu ve Etkileyen Faktörler.” İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri, Doktora Tezi
- Tosun, F.C., Ofluğlu,T.Y. “Radyasyon Güvenliği El Kitabı.” Samsun, 2013:10
- Tosunoğlu, A. “Hastanede Yatan Yetişkin Hastaların Uyku Gereksinimlerini Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi.” İzmir Ege Üniversitesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 1997:74
- Tözün, M., Çulhacı,A.,Ünsal, A.”Aile Hekimliği Sisteminde Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Hekimlerin İş Doyumu.”TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni .Cilt:7, Sayı: 5, 2008: 382.
- TÜİK. “Sağlık Harcamaları İstatistikleri 2013.” Türkiye İstatistik Kurumu. 5 Kasım 2014. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=16161>, Erişim Tarihi: 05 Ağustos 2015
- Tunç,G.,Özsaraç,E. “Türkiye’deki Kamu-Özel İşbirliği Modelinin İyileştirilmesine Ait Öneriler.” 3.Türkiye Deprem Mühendisliği ve Sismoloji Konferansı, 14-15 Ekim 2015, İzmir
- Türk Tabipler Birliği. “Sağlık Çalışanlarının Meslek Riskleri.” Ankara, 2008

Türk Tabipler Birliği. «Sağlık alışanlarının Ameliyathanede Karşılaştıkları Riskler ve Korunma Yolları.» *Sağlık alışanı Sağlığı Web Sitesi*. 2014. <http://www.saglikcalisanisagligi.org/brosurler/ameliyatortamindariskler.pdf>, Erişim Tarihi: 13 Temmuz 2015

—.” Sağlık alışanlarının Mesleki Riskleri”. Ankara: Türk Tabipler Birliği Yayınları, 2008.

Türkiye Atom Enerjisi Kurumu. 09 14 2009. <http://www.taek.gov.tr/>, Erişim Tarihi : 15 Temmuz 2015

Uğurluoğlu, Ö.,elik, Y.”Sağlık Sistemleri Performans Ölçümü, Önemi ve Dünya Sağlık Örgütü Yaklaşımı.” Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi. Cilt:8, Sayı:1, 2005:5- 7.

Uzun, Ö. “Bir Üniversite Hastanesinde alışan Hemşirelerin İş Doyum Düzeyleri ve İş Doyumları İle İlgili Bazı Değişkenlerin İncelenmesi.” İstanbul Üniversitesi Florence Nigtingale Hemşirelik Dergisi, Cilt:18,Sayı:1,2010: 7.

Ünver, S.,Yıldırım,S. “Ameliyathanede Lazer Cerrahisine İlişkin Güvenlik Önlemleri.»” Anatol J Clin Investig. Cilt:8,Sayı: 2, 2014: 92-96.

Vural,F.,Fil,Ş.,ifti,S.,Dura,A.,Yıldırım,F.,Patan,R. “Ameliyathanelerde Radyasyon Güvenliği; alışan Personelin Bilgi, Tutum ve Davranışları.”Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi.Cilt:1, Sayı: 3,2012: 134-135.

Vural,H.,Ofraz,F. “Ameliyathane Hemşirelerinin Anksiyete Düzeylerinin İncelenmesi Poster Bildirisi.” İzmir, 1996. 129-134.

Yalçinkaya, A. “Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması.” Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. 2010: 37-38.

Yaşar, İ. “Sağlık Hizmetlerinde Yönetim.” Ankara, 2001.

Yıldırım, F. “İş Doyumu İle Örgütsel Adalet İlişkisi.” Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi, Cilt:62, Sayı: 1,2007: 269.

Yıldız, Y. “Yataklı Sağlık Kuruluşlarında Yönetimsel Sorunların İncelenmesi Edirne İlinde Örnek Bir Uygulama.” Edirne, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2008: 94.

Yılmaz, A., Aslan,S. “Örgütsel Zaman Yönetimi.” Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi. Cilt 3, Sayı:1, 2002: 26-31

Yüce, Z.E. “6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu'nun Sağlık Sektörü Açısından Değerlendirilmesi.”Yeni Yüzyıl Üniversitesi, Bitirme Projesi, 2014. 57-58.

9. Fazla mesai yapıyor musunuz ? a) Evet ise kaç saat (.....) b) Hayır

10. Ameliyathanenin fiziksel çevresi ile ilgili olarak düşünceleriniz nelerdir?

	<u>Katılıyorum</u>	<u>Katılmıyorum</u>
• Ameliyathanede havalandırma uygundur.	☐	☐
• Isınma, soğutma, aydınlatma ve ses düzeyi uygundur.	☐	☐
• Düzenli, temiz ve hijyeniktir.	☐	☐
• Yemekhane hizmetleri yeterlidir.	☐	☐
• Araç, gereç, malzeme ve cihazlar yeterlidir.	☐	☐
• Çalışanlara sağlanan hizmet ve sosyal tesisler yeterlidir.	☐	☐

11. İşe başladıktan sonra çalışan güvenliği ile ilgili eğitim aldınız mı?

a) Evet b) Hayır

12. Çalışan güvenliği talimatı, hastanenizde tam anlamıyla uygulanıyor mu?

a) Uygulanıyor b) Uygulanmıyor c) Eksiklerle Uygulanıyor

13. Daha önce esici – delici alet yaralanmasına maruz kaldınız mı ?

a) Evet b) Hayır (ise 15. Soruya geçiniz)

14. (13.) sorunun cevabı evet ise nedeni nedir ?

a) Dikkatsizlik b) Yorgunluk c) Deneyimsizlik d) Ekipman Eksikliği
d) Ameliyatın Uzun Sürmesi

15. Ameliyat süresi ve cerrahi alet yaralanması arasında bir bağlantı olduğunu düşünüyor musunuz?

a) Evet b) Hayır

16. Ameliyathanede radyasyona maruz kalıyor musunuz?

a) Evet b) Hayır

17. Kişisel dozimetre kullanıyor musunuz?

a) Evet b) Hayır

18. Aşağıda skopi kullanımı ile ilgili sorular mevcuttur. Size uygun olanı işaretleyiniz.

	<u>Evet</u>	<u>Hayır</u>
• Ameliyathane fiziksel olarak skopi kullanımına uygun	☐	☐
• Kişisel dozimetreler doğru ölçülüyor	☐	☐
• Kurumumuz bu konuya önem gösteriyor	☐	☐
• Skopi kullanımında çalışanlar bu duruma özen gösteriyor	☐	☐
• Koruyucu donanımları kullanıyorum.	☐	☐

19. Hastane de atık gazlara maruz kalıyor musunuz ?

- a) Evet b) Hayır

20. Aşağıdakilerden hangisini sık sık yaşıyorsunuz ?

- a) Baş Ağrısı b) Sinirlilik c) Yorgunluk d) Bulantı
e) Hiçbiri

21. Yönetici statüsündekilerin görev ve yetkileri aşağıda sıralanmaktadır. Siz kendi yöneticilerinizin görevlerini yapıp yapmadıklarını aşağıda cevaplayabilirsiniz?

	<u>Evet</u>	<u>Hayır</u>
• Ekip ve ekipler arası iletişimi sağlar.	☐	☐
• Liderlik yapar.	☐	☐
• Organizasyonu sağlar.	☐	☐
• Problemleri çözüm girişiminde bulunur.	☐	☐
• Denetim yapar.	☐	☐
• İyi ve aktif bir iletişimde bulunarak yapıcı kararlar verir.	☐	☐

22. Ameliyathanede size psikolojik baskılar uygulanıyor mu ?

- a) Evet b) Hayır

23. Çalışma durumu ve koşulları sizce ruhsal durum üzerine etkili midir?

- a) Evet b) Hayır c) Kararsızım

24. Ameliyathanede çalışmaktan memnun musunuz?

- a) Evet b) Hayır (ise 25. Soruyu cevaplayınız)

25. (24.) Soruda cevabınız “ Hayır” ise nedenini iki – üç kelimeyle açıklayınız?

ÖZGEÇMİŞ

3 Ekim 1986 Ankara ili Çubuk ilçesi doğumluyum. İlköğretim ve liseyi İstanbul'da, üniversiteyi Kocaeli'nde okudum. Mezun olduktan sonra kısa bir süre Amerikan Hastanesi'nde çalıştım. Daha sonrasında devlet memuru olarak Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne atandım. Üç yıl beyin cerrahi servis hemşireliği yaptıktan sonra beyin cerrahi ameliyathanesine geçtim. Dört yıla yakın bir süredir beyin cerrahisi ameliyathanesinde ameliyathane hemşiresi olarak çalışmaktayım. 2013 yılında Beykent Üniversitesi Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi'nde tezli yüksek lisans eğitimine başladım.

Özel ilgi alanlarım çalışanların çalışma şartları ve nörojiyurji hemşireliğidir.

Zerrin ÖZKAN