

# QPS 2015

## 9. Uluslararası Sağlıkta Kalite, Akreditasyon Ve Hasta Güvenliği Kongresi

### Ana Tema;

*“Dünyada ve Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinde Akreditasyonun yararları,  
Hasta, Çalışan Güvenliği ve Klinik Risk Yönetiminde kazanılan deneyimler”*

**13-16 Mayıs 2015**

Letoonia Golf Resort Hotels  
Belek - Antalya – TÜRKİYE

[www.qps-antalya.org](http://www.qps-antalya.org)

### **BİLİMSEL ÖZET KİTAP**

#### EDİTÖRLER

- Prof. Dr. Seval AKGÜN
- Prof. Dr. A.F. AL-ASSAF
- Müzeyyen BAYDOĞRUL

#### SUNUM ÖZETLERİ

- ✓ KONFERANSLAR,
- ✓ PANELLER,
- ✓ SÖZLÜ BİLDİRİLER,  
POSTERLER VE SUNUM ÖZETLERİ



AIHQ

American  
Institute for  
Healthcare  
Quality



WorldCongress  
Congress, Tourism & Organization Company  
DÜNYA KONGRE, TURİZM VE ORGANİZASYON LTD. STİ.

**BİLİMSEL KURUL**

- Prof. Dr. Seval **AKGÜN** *Kongre Başkanı*, Sağlık Akademisyenleri Derneği Başkanı, St. John International Üniversitesi İTALYA, Baskent Üniversitesi Hastaneleri ve Bağlı Sağlık Kuruluşları Kalite Koordinatörü, **TÜRKİYE**
- Prof. Dr. Al **AL-ASSAF**, *Kongre Es- Başkanı*, Amerika Sağlıkta Kalite Enstitüsü, **ABD**
- Prof. Dr. Abdella **ABADDI**, Kanser Hastanesi Başhekimi, Ürdün Üniversite Hastanesi, Amman **ÜRDÜN**
- Prof. Dr. Allen C. **MEADORS**, St. John International Üniversitesi, Şansölye, **AB.D**
- Prof. Dr. Antonio **CHIARENZA**, Koordinatör, Dünya Sağlık Örgütü, Hasta Odaklı Hastaneler Projesi, Başkan, HPH Emilia-Romagna Bölgesel Ağı, **İTALYA**
- Prof. Dr. Bakr **NOUR**, Weil Cornell Üniversitesi Tıp Fakültesi, New York, **ABD**
- Prof. Dr. Çağatay **GÜLER** Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, **TÜRKİYE**
- Prof. Dr. Erdal **AKALIN** Türk İç Hastalıkları Uzmanlar Derneği Başkanı, **TÜRKİYE**
- Prof. Dr. Haydar **SUR** İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri fakültesi, Dekan, **TÜRKİYE**
- Prof. Dr. Hesham **NEGM**, Cairo University, School of Medicine, **EGYPT**
- Prof. Dr. İsmail **ÜSTEL** Serbest danışman, **TÜRKİYE**
- Prof. Dr. Khalid **AL-AIBAN**, Suudi Arabistan, Sağlık Bakanlığı, Bakan Yardımcısı, **SUUDİ ARABİSTAN**
- Prof. Dr. Martin **RUSNÁK** Trnava Üniversitesi Halk Sağlığı Okul, Dekan, Slovakya, Uluslararası Nöro travma Araştırma Derneği Mütevelli Heyeti Başkanlığı, **AVUSTURYA**
- Prof. Dr. Mustafa Kemal **BALCI** Akdeniz Üniversitesi, Tıp Fakültesi, **TÜRKİYE**
- Prof. Dr. Nevzat **KAHVECİ**, Uludağ Üniversitesi Fizyoloji A.D., **TÜRKİYE**
- Prof. Dr. Oliver **RAZUM** Dekan, Bielefeld Üniversitesi Halk Sağlığı Okulu, **ALMANYA**
- Prof. Dr. Osman **SAKA** Akdeniz Üniversitesi, Tıp Fakültesi / **TÜRKİYE**
- Prof. Dr. Robert **BROYLES** Oklahoma Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Ve Politikaları Bölüm Başkanı, **ABD**
- Prof. Dr. Viera **RUSNAKOVA** Slovakya Bratislava'da Slovak Tıp Üniversitesi Halk Sağlığı Fakültesi Tıbbi Bilim Bölüm Başkanı, **SLOVAKYA**
- Prof. Dr. Yannis **SKALKIDIS**, Atina Üniversitesi, Tıp Fakültesi Tıbbi Dökümantasyon ve Kalite Birimi, **YUNANISTAN**
- Prof. Dr. Zarema **OBRADOVÍC** Sağlık Bakanlığı, Sarejova Halk Sağlığı Enstitüsü, **BOSNA HERSEK**
- Doç Dr. Ahmed **Al-Kuwaiti**, Dekan, Kalite ve Akademik Akreditasyon Bölüm Başkanı, Dammam Üniversitesi, **SUUDİ ARABİSTAN KRALLIĞI**
- Doç. Dr. Nefise **BAHÇECİK**, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü Öğretim Üyesi, **TÜRKİYE**
- Doç. Dr. Yaman **ZORLUTUNA** Bayındır Hastaneleri Tıbbi Direktörü ve Kalite Koordinatörü, **TÜRKİYE**
- Yrd. Doç. Dr. Birkan **TAPAN**, İstanbul Bilim Üniversitesi, **TÜRKİYE**
- Yrd. Doç. Dr. D.Cem **DİKMEN**, Uluslararası Kıbrıs Üniversitesi S.H.M.Y.O.Müdürü, **KIBRIS**
- Dr. Abdallah **EDDAAL**, CEO, Tıbbi Direktör. M.S. Basharahil Hastanesi, Mekke, **SUUDİ ARABİSTAN**
- Dr. Adem **SEZEN**, İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, **TÜRKİYE**
- Dr. Arild **AAMBØ**, Nakmi, Norveç Azınlıklar Sağlık Araştırmaları Derneği, Ullevaal Üniversite Hastanesi, **NORVEÇ**
- Dr. Bülent **Kutluca**, Türkiye Büyük Millet Meclisi, **TÜRKİYE**
- Dr. Dina **BAURODI** Başkan, Anesteziyoloji, Kalite ve Hasta Güvenliği Departmanları M.S. Baharahil Hastanesi, Mekke, **SUUDİ ARABİSTAN**
- Dr. Khaled **AL-HUSSEIN** Suudi Arabistan, İlaç ve Eczacılık Bölüm Direktörü, Sağlık Bakanlığı, **SUUDİ ARABİSTAN**,
- Dr. Khalid **ESKANDER**, Suudi Arabistan / Sağlık Bakanlığı / Saudi Babtain cardiac Center Başhekimi, **SUUDİ ARABİSTAN**
- Dr. Maimunah **HAMID** Sağlık Bakanlığı, Kuala Lumpur, **MALEZYA**
- Dr. Moza **AL-ISHAQ** -Ph.D, MSc, DipIC, DipHM, RN, BSN, Hamad Tıp Kompleksi, **KATAR**
- Dr. Rashid bin Khalfan **AL ABRI**, Kalite ve Gelişim Bölüm Başkanı, Sultan Qaboos Üniversitesi, **UMMAN SULTANLIĞI**
- Uzm. Ali **ARSLANOĞLU**, Uluslararası Kalite Uzmanı, Gölcük Asker Hastanesi, **TÜRKİYE**
- Uzm. Fatih **ORHAN**, GATA SAMYO, Öğretim Görevlisi, Ankara, **TÜRKİYE**
- Uzm. Süleyman **YILMAZ**, İş Güvenliği Uzmanı, Sağlık Yönetimi Başteknikçisi, Özel Optimed Hastanesi, **TÜRKİYE**



# KONGRE PROGRAMI

## 13 Mayıs 2015 – Çarşamba

08:00 Kayıt ve Otele Yerleşme

18:00 – 19:30 **Resmi Açılış Töreni ( Salon 1 ) ve Resmi Açılış Konferansı; SAĞLIKLI YAŞAM İÇİN “KALİTE VE HASTA GÜVENLİĞİ”**

Konuşmacılar **Prof. Dr. Seval AKGÜN, Kongre Başkanı**, Başkent Üniversitesi Hastaneleri ve Bağlı Sağlık ve Eğitim Kuruluşları Kalite Koordinatörü, Misafir Profesör St. John International Üniversitesi, İtalya, Sağlık Akademisyenleri Derneği Başkanı, **TÜRKİYE**  
**Prof. Dr. Al-ASSAF, Kongre Eş- Başkanı**, Amerika Sağlıkta Kalite Enstitüsü Başkanı – ABD

19:30 **Akşam Yemeği**

## 14 Mayıs 2015 – Perşembe

09:30 – 10:45 **Salon I – Konferans 1: SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTEDE MEGA TRENDLER**

Oturum Başkanı **Prof. Dr. Al-ASSAF, Kongre Eş- Başkanı**, Amerika Sağlıkta Kalite Enstitüsü Başkanı – ABD

Konuşmacılar **Dr. Charles D Shaw PhD, MB BS, FFPH**, İngiltere, Sağlık Bakanlıklarında Ülke Düzeyinde Bireysel Danışman, **İNGİLTERE**  
**Dr. Şuayip BİRİNCİ**, T.C. Sağlık Bakanlığı, Müsteşar Yardımcısı, **TÜRKİYE**

10:45 – 11:15 **Salon I – Konferans 2: SAĞLIKTA HAKKANİYETİ SAĞLAMADA VE HASTA BAKIM ODAKLI YAKLAŞIMDA KALİTE YÖNTEMLERİNİN KULLANIMI**

Oturum Başkanı **Prof. Dr. Seval AKGÜN, Kongre Başkanı**, Başkent Üniversitesi Hastaneleri ve Bağlı Sağlık ve Eğitim Kuruluşları Kalite Koordinatörü, Misafir Profesör St. John International Üniversitesi, İtalya, Sağlık Akademisyenleri Derneği Başkanı, **Türkiye**

Konuşmacılar **Dr. Charles D Shaw PhD, MB BS, FFPH**, İngiltere, Sağlık Bakanlıklarında Ülke Düzeyinde Bireysel Danışman, **İNGİLTERE**

11:15 – 11:30 **Kahve Arası**

11:30 – 12:45 **Paralel Oturumlar 1**

**Salon I** **ÖZEL GRUPLARDA KALİTE VE HASTA GÜVENLİĞİ**

Oturum Başkanı **Prof. Dr. David Ingleby**, Amsterdam Üniversitesi, **HOLLANDA**

**Standartlar farklılıklara nasıl cevap verebilir? Göçmen Sağlığı MIPEX araştırmasından kazanılan deneyimler**

Konuşmacılar **Prof. Dr. David Ingleby**, Amsterdam Üniversitesi, **HOLLANDA**

**Sağlık Okuryazarlığı ve Göç**

**Prof. Dr. Ursula Trummer**, Danube Üniversitesi, Krems, **AVUSTURYA**

**Salon II** **SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE YÖNETİMİ, YÖNETİŞİM VE LİDERLİK**

Oturum Başkanı **Gıda Yük. Müh. Betül Faika SÖNMEZ**, Bakanlık Müşaviri, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, **TÜRKİYE**

**Türkiye Halk Sağlığı Kurumu TS EN ISO 9001:2008 Kalite Yönetim Sistem Belgesi ile Tescillendi**

**Gıda Yük. Müh. Betül Faika SÖNMEZ**, Bakanlık Müşaviri, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, **TÜRKİYE**

**Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetim ve Organizasyon Yapısı Nasıl Olmalı? MPHG Kalite Yönetim Modeli**

**ÜNLÜTÜRK Nihal**, Medicalpark Hastaneler Grubu, İstanbul/Türkiye

**Sağlık Organizasyonlarında Balanced Scorecard' ın Önemi**

**Öğr. Gör. Ayşe Dost1, İskender Dost2, Doç.Dr. Nefise BAHÇECİK3**

1 Hemşirelik Bölümü, Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul Medipol Üniversitesi, İstanbul, Türkiye.

2 Yüksek Lisans Öğrencisi, İnsan Kaynakları Yönetimi Bölümü, Marmara Üniversitesi, İstanbul, Türkiye.

3 Hemşirelik Bölümü, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Marmara Üniversitesi, İstanbul, **Türkiye**

**Hastanelerde Kurumsal Yönetişim Uygulamaları**

**Mine Demet GÜNGÖR1**, Arzu Ebru ALTINOK1, Gamze TEMİZ2

1İstanbul Bilim Üniversitesi SHMY, 2Haliç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, **Türkiye**

12:45 – 14:00 **Öğle Yemeği**

14:00 – 15:00 **Paralel Oturumlar 2**

**Salon I** **KALİTE VE AKREDİTASYON SİSTEMLERİNİN SAĞLIK POLİTİKALARINA ETKİLERİ**

Oturum Başkanı **Dr. Charles D Shaw PhD, MB BS, FFPH**, İngiltere, Sağlık Bakanlıklarında Ülke Düzeyinde Bireysel Danışman, **İNGİLTERE**

**Hastane Anahtar Performans Göstergelerinde En İyi Uygulama- Veri Analizi İçin Bir Model**

Konuşmacılar **Yrd. Doç. Dr. Ahmed Al-Kuwaiti**, Başkan, Dammam Üniversitesi Sağlık ve Eğitimde Kalite ve Akreditasyon Departmanı, **SUUDİ ARABİSTAN**

**Hastane Standartları İçin Akreditasyon**

**Dr. Minhaj A. Qidwai ,MBBS,MPH (USA), CMC(Canada)**, Program Direktörü, Sağlık Hizmetleri Yönetimi, İşletme Yönetimi ve İktisat Enstitüsü, **PAKİSTAN**

**Salon II** **KURUM KÜLTÜRÜNÜ, KALİTE, GÜVENLİK VE MULTİDİPLİNER PROGRAMLAR YOLUYLA DEĞİŞTİRMEK MÜMKÜN MÜDÜR?**

Oturum Başkanı **Yrd. Doç. Dr. D.Cem DİKMEN**, Uluslararası Kıbrıs Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Müdürü, **KIBRIS**

		<p><b>Akredite Hastanelerde ve Kamu Hastanelerinde Hemşirelikte İşgücü Planlaması</b>  <b>BİNGÖL Arife</b> İstanbul Aydın Üniversitesi-Türkiye  SEZEN Adem, İstanbul Bilim Üniversitesi-Türkiye  <b>Özel Hastanelerde Kalite, Maliyet Ve Memnuniyet İlişkisi</b>  (1)Behiye SAĞDIÇ TEKEŞ - İl Sağlık Müdürlüğü- Van, Türkiye  <b>(2) Dr Ömer BLİCİ</b> - Edremit İlçe Sağlık Müdürü - Van, Türkiye  (3)Ömer ÇİÇEKSAY - Özel İstanbul Hastanesi - Van, Türkiye  (4)Soner ERKAN - Çorlu Özel Vatan Hastanesi - Tekirdağ, Türkiye  <b>Anadolu Sağlık Merkezi Kemik İliği Transplantasyon (Kit) Ünitesi'nde İntravenöz İlaç Hazırlama ve Uygulama Süreçlerinin İyileştirilmesi</b>  Alahdab Hişam<sup>1</sup>, Arkuran Fırat<sup>2</sup>, İnce Ayşegül<sup>3</sup>, Kahraman Senem Özgür<sup>4</sup>, <b>Yerlikaya İslil<sup>5</sup></b>  Özel Anadolu Sağlık Merkezi Hastanesi/Kocaeli - Türkiye  <b>Akılıcı İlaç Kullanımı Farkındalık Araştırması</b>  <b>1)Behiye SAĞDIÇ TEKEŞ</b> - (2) Dr. Mehpere Altay - (3) Uzm.Dr.Ferhat Ekinci - (4) Uzm.Dr.İzzet Çeleğin  İl Sağlık Müdürlüğü, Van - Türkiye  <b>Yaşlı (65 Yaş Ve Üstü) Toplulukta Doğru İlaç Kullanımı ve Yaşam Kalitesi</b>  Önen, Cihan; <b>Avcı, Emrullah</b>; Şahbaz, Emine  Bitlis Eren Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Bitlis- Türkiye</p>
15:00 – 16:00		<b>Paralel Oturumlar 3</b>
	<b>Salon I</b>	<b>SAĞLIK KURULUŞLARINDA PERFORMANS İYİLEŞTİRME FAALİYETLERİ</b>
	Oturum Başkanı	<b>Doç. Dr. Güldem Ökem</b> , TOBB Üniversitesi, Türkiye <b>Sağlıkta Kalitenin Geleceği</b> <b>Doç. Dr. Güldem Ökem</b> , TOBB Üniversitesi, Türkiye <b>Küreselleşmenin Türkiye' deki Sağlık Hizmetlerine Etkisi</b> Adem ÖZMEN(1), Fatih ORHAN(2), <b>Bünyamin ÖZGÜLEŞ(3)</b> 1-Bilim Uzmanı, Sarıkamış Asker Hastanesi, Kars, Türkiye 2-Öğretim Görevlisi, GATA Sağlık Astsubay Meslek Yüksek Okulu, Ankara, Türkiye 3-Bilim Uzmanı, Uçucu Sağlık Eğitimi ve Araştırma Merkezi Başkanlığı, Eskişehir, Türkiye <b>Türk Sağlık Politikalarının Oluşturulmasında Kalite ve Akreditasyon Çalışmalarının Etkileri</b> <b>Hakan AKIN</b> , Gülhane Askeri Tıp Fakültesi Dek.Bştbp.Yrdç.İği, , Personel Yarbay, Ankara, Türkiye <b>Tekirdağ İli Sağlık Hizmetleri Sektörünün M.Porter Kuvvet Modeline Göre Analizi</b> <b>Yolcu Nazan<sup>1</sup></b> , YıldırımZeynep <sup>2</sup> , DönmezMustafa <sup>3</sup> <sup>123</sup> Tekirdağ İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği, Türkiye <b>Üniversite Hastanelerinde Kalite Sistemlerinin Sürdürülebilirliği; Dicle Üniversitesi Hastaneleri Uygulamaları</b> Yrd.Doç.Dr.İsmail YILDIZ (1), <b>Eylem Can ÖZDEMİR (2)</b> , Funda KAYMAZ (2), Yrd.Doç.Dr.Velat ŞEN (3) (1)Dicle Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı, DİYARBAKIR (2)Dicle Üniversiteleri Hastaneleri, Kalite ve Strateji Geliştirme Koordinatörlüğü, DİYARBAKIR (3)Dicle Üniversiteleri Hastaneleri, Başhekim Yardımcısı, Kalite Koordinatörü, DİYARBAKIR
	Konuşmacılar	
	<b>Salon II</b>	<b>KALİTE MALİYETLERİ VE KLİNİK UYGULAMALARDA HASTA GÜVENLİĞİ</b>
	Oturum Başkanı	<b>Prof. Dr. Seval AKGÜN, Kongre Başkanı</b> , Başkent Üniversitesi Hastaneleri ve Bağlı Sağlık ve Eğitim Kuruluşları Kalite Koordinatörü, Mısır Profesör St. John International Üniversitesi, İtalya, Sağlık Akademisyenleri Derneği Başkanı, Türkiye <b>Yoğunbakım Ünitelerine Tekrar Yatışların Maliyet-Fayda Analizine Göre Değerlendirmeleri</b> <b>Ertenü M.</b> , Timioğlu İper.S., Boz.E.S, Özgültekin A.Kabadayı.M,Tay.S, Yekeler.İ <b>Hemşire Hasta İlişkilerinde Karşılıklı Farkındalıkların Sorgulanması ve Algı Yönetimi</b> <b>Boz.E.S</b> , Timioğlu İper.S, Ayna .E, Ertenü.M, Tay.S, Kabadayı, Yekeler.İ <b>Sağlık Kurumları İnsan Kaynakları Yönetiminde Eğitim Uygulamaları</b> *SÖNMEZ Ayşe, * <b>ORALALP Kumral</b> , *TER Nergiz, *TANIL Vildan * Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Merkezi, İzmir, Türkiye <b>Koagülometre Cihazı ile İlgili Maliyet Verimlilik Çalışması</b> <b>Uzm. Gülnaz KANTAR(1)</b> Uzm. Erdoğan IŞIK(2), Uzm. Dr. Elif TUNÇ(1) (1)İzmir Asker Hastanesi, (2)Konya Selçuklu İlçe Sağlık Müdürlüğü, (1) İzmir Asker Hastanesi <b>Adıyaman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yara Bakım Merkezi Hizmetleri</b> DOĞAN, Fatih, Adıyaman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Hastane Yöneticisi <b>YILDIRIM, Binnur</b> , Adıyaman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yara Bakım Merkezi Hizmetleri, Türkiye
	Konuşmacılar	
16:00 – 16:15		<b>Kahve Arası</b>
16:15 – 17:15		<b>Salon I – Konferans 3:</b>
	Oturum Başkanı	<b>Angela LIEBKE</b> , Anestezi ve Yoğun Bakım Departmanı Başkanı, AMEOS Sağlık Ağında Hastane Yönetim Kurulu Üyesi, ALMANYA <b>Kalite Ve Hasta Güvenliği Uygulaması "Almanya' dan Bir Model"</b> <b>Dr. Dina Baroudi</b> , Ameos Sağlık Ağı, ALMANYA <b>Pakistan'daki Kadın Mahkumlar ve Cezaevlerinde Kalite Yönetimi</b> <b>Dr. Minhaj Qidwai</b> - MBBS, MPH, MBA, CMC, Kanada, Program Direktörü, Sağlık Hizmetleri Yönetimi, İşletme Yönetimi ve İktisat Enstitüsü, PAKİSTAN <b>Yrd. Doç. Dr. Sarosh Siddiqui</b> - MBBS, MPH, MBA, Toplum Hekimliği Anabilim Dalı, Jinnah Sind Tıp Fakültesi, PAKİSTAN
	Konuşmacılar	
17:15 – 18:30		<b>Paralel Oturumlar 4</b>
	<b>Salon I</b>	<b>İŞ SAĞLIĞI GÜVENLİĞİ VE TESİS GÜVENLİĞİ UYGULAMALARI</b>
	Oturum Başkanı	<b>Süleyman YILMAZ</b> , İşletme Direktör Yardımcısı/İş Güvenliği Uzmanı, Özel Optimed Hastanesi, Türkiye <b>Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Merkezi' nde Çevreyle Dost Sistem Tasarımı ve Bu Kapsamda Yapılan Çalışmalar</b> <b>*BÜYÜKTOPÇU Cihadem</b> , *ÇETİNKAYA Yurdanur, *TANIL Vildan *Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Merkezi, İzmir, Türkiye <b>Özel Bir Hastanede Tesis Güvenliği Alanında Yapılan Çalışmalar ve Hastane</b> <b>YILMAZ Süleyman</b> *, SEZEN Adem **, ERGÜL Ceren *** * İşletme Direktör Yardımcısı/İş Güvenliği Uzmanı, Özel Optimed Hastanesi, Türkiye ** İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Türkiye *** B Sınıfı İş Güvenliği Uzmanı, Türkiye <b>Sağlık Hizmetlerinde Kişisel Koruyucu Ekipman Kullanma Davranışını Etkileyen Faktörler</b> <b>ÇALIŞKAN Havva</b> , Edirne Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği, Türkiye
	Konuşmacılar	

Salon II	<b>HASTA DÜŞMELERİ</b>
Oturum Başkanı	<b>Yrd. Doç. Dr. Ali Erdoğan</b> , Haliç Üniversitesi Meslek Yüksek Okulu Sosyal Programlar Başkanı, İstanbul, <b>Türkiye</b>
Konuşmacılar	<b>Bir Devlet Hastanesinde Çalışanların Hasta ve Çalışan Güvenliği Algılarının İncelenmesi</b> <b>OLUT, Dilek</b> , Alsancağ Newvar Salih İşgören Devlet Hastanesi, İzmir, <b>Türkiye</b> <b>İtali Düşme Ölçeğinin Morse Düşme Ölçeği ve Hendrich İ Düşme Ölçeği İle Kıyaslanması</b> <b>Barış OĞUZ(1)</b> , Bilal SALIM(2) Hakan SAĞLAM(1), Ayla BAYAR(1), Berna SONGÜR(1), Yasemin ÜSTÜNER BULUT(1) (1) Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Sakarya, <b>Türkiye</b> (2) Sakarya İl Sağlık Müdürlüğü, Sakarya, <b>Türkiye</b> <b>Hastalarda Düşme Riskinin Önlenmesi Ve Bir Hastane Uygulaması</b> <b>ALICI Selin</b> , TAPAN Birkan, GAYEF Albena, İstanbul Bilim Üniversitesi, İstanbul, <b>Türkiye</b> <b>Bir Özel Hastanede İki Yıl İçinde Gerçekleşen Hasta Düşmelerinin Değerlendirilmesi</b> <b>Devrez Nilgün*</b> , İşeri Alev* *Özel TOBB ETÜ Hastanesi, Ankara, <b>Türkiye</b>

## 15 Mayıs 2015 - Cuma

09:30 – 10:30	<b>Salon I – Konferans 4:</b>	<b>RUHSATLANDIRMA, AKREDİTASYON VE DIŞ DEĞERLENDİRME SİSTEMLERİ</b>
Oturum Başkanı	<b>Prof. Dr. Seval AKGÜN, Kongre Başkanı</b> , Başkent Üniversitesi Hastaneleri ve Bağlı Sağlık ve Eğitim Kuruluşları Kalite Koordinatörü, Misafir Profesör St. John International Üniversitesi, İtalya, Sağlık Akademisyenleri Derneği Başkanı, <b>TÜRKİYE</b>	
Konuşmacılar	<b>ACHS (Sağlık Standartları Avustralya Konseyi) Akreditasyonu ve Zorlu Ortaklığı: Bir Yetkilinin Yaklaşımı</b> <b>Prof. Dr. Yannis Skalkidis</b> , Atina Üniversitesi, Tıp Fakültesi Tıbbi Dökümantasyon ve Kalite Birimi, <b>YUNANISTAN</b>	
10:30 – 11:30	<b>Paralel Oturumlar 5</b>	
Salon I	<b>SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE VE AKREDİTASYON UYGULAMA ÖRNEKLERİ</b>	
Oturum Başkanı	<b>Prof. Dr. Al-Assaf, Kongre Eş- Başkanı</b> , Amerika Sağlıkta Kalite Enstitüsü Başkanı – <b>ABD</b>	
Konuşmacılar	<b>Dr. Abdallah EDDAAL</b> CEO, Tıbbi Direktör. M.S. Basharahil Hastanesi, Mekke, <b>SUUDİ ARABİSTAN</b> <b>Hemşireler Arasında Aşının Önemi ve Etkinliği Hakkında Anketler</b> <b>Prof. Dr. Kvetoslava Rimarova</b> , Pj Safarik Üniversitesi Tıp Fakültesi, <b>SLOVAKYA</b> <b>Suudi Arabistan' da Ruh Sağlığı ve Hasta Kimliğinin Belirlenmesi</b> <b>Dr. Hatim Abdulaziz Banjar</b> , Al-Amal Hastanesi, Cidde, <b>SUUDİ ARABİSTAN</b> <b>Sağlık Kuruluşlarında Hasta Güvenliği Ve ROP Sonuçları</b> <b>Dr. Razia Suntana</b> , Medical Center Hastanesi, Riyad, <b>SUUDİ ARABİSTAN</b>	
Salon II	<b>SAĞLIK ÇALIŞANLARININ KALİTE VE HASTA GÜVENLİĞİ ALGILARI</b>	
Oturum Başkanı	<b>Prof. Dr. Aysun YILMAZLAR</b> , Özel Medicabil Hastanesi, Anestezi ve Reanimasyon Uzmanı- Kalite Danışmanı, <b>TÜRKİYE</b>	
Konuşmacılar	<b>Çalışma Ortamı Güvenliğinin Hemşirelerin Stres Algı Düzeylerine Etkisi</b> <b>*ÇETİNKAYA Yurdanur</b> , *ISKİT Yeliz, *KARADENİZ Deniz, *TANIL Vildan *Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Merkezi, İzmir, <b>Türkiye</b> <b>Hemşirelerin Hasta Güvenliği Konusundaki Tutumları, Bilgi Düzeylerinin Ve Uygulamalarının Değerlendirilmesi</b> <b>YILDIRIM Merve</b> , ÇETİN Ayşe; Akşehir İlçe Devlet Hastanesi, Konya, <b>Türkiye</b> <b>Hastane Yöneticilerinin Çatışmayı Yönetme Düzeylerinin İncelenmesi</b> <b>AKAR Derya</b> SEZEN Adem, İstanbul Bilim Üniversitesi- <b>Türkiye</b> <b>Çalışan Memnuniyeti "Bolu İzzet Baysal Ağız Diş Sağlığı Merkezi Örneği"</b> <b>1.KUZHAN Ayşe</b> , 2.YORGUN Songül, 3.BAŞARAN Muhammet, 4. L.AÇIN Taner (1)Bolu İzzet Baysal Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi, <b>Türkiye</b> <b>Farklı Meslek Gruplarındaki Sağlık Çalışanlarının Çalışma Memnuniyetleri Düzeylerinin İncelenmesi</b> <b>DÜZGÜN Jale</b> , AKKAN Gülden Avrupa Şafak Hastanesi/ İstanbul, <b>Türkiye</b> <b>Hasta Güvenliği Kültürü; "Hasta Güvenliği Benimle Başlar!" Projesi</b> <b>ÜNLÜTÜRK Nihal</b> , COŞKUN Müge <sup>1</sup> , AKSÖZ Merve <sup>1</sup> , BAĞCI Osman <sup>2</sup> , (1) Medicalpark Hastaneler Grubu, İstanbul/ <b>Türkiye</b> (2) Medicalpark Göztepe Hastane Kompleksi, İstanbul/ <b>Türkiye</b>	
11:30 – 11:45	<b>Kahve Arası</b>	
11:45 – 12:45	<b>Paralel Oturumlar 6</b>	
Salon I	<b>SAĞLIK KURULUŞLARINDA RISK YÖNETİMİ</b>	
Oturum Başkanı	<b>Prof. Dr. Seval AKGÜN, Kongre Başkanı</b> , Başkent Üniversitesi Hastaneleri ve Bağlı Sağlık ve Eğitim Kuruluşları Kalite Koordinatörü, Misafir Profesör St. John International Üniversitesi, İtalya, Sağlık Akademisyenleri Derneği Başkanı, <b>TÜRKİYE</b>	
Konuşmacılar	<b>Aşı Hakkında Ebeveyn Görüşleri Anketi ve Sosyo Ekonomik Durum Arasındaki İlişki</b> <b>Prof. Dr. Kvetoslava Rimarova</b> , Pj Safarik Üniversitesi Tıp Fakültesi, <b>SLOVAKYA</b> <b>A.B.D ve Türkiye' deki Hastanede Komiteler ve İşleyişleri</b> BALCI Yüksel, Florence Nightingale Hastanesi, İstanbul <b>TÜRKİYE</b> <b>SEZEN Adem</b> , İstanbul Bilim Üniversitesi, İstanbul <b>Türkiye</b> DİKMEN A. Cenk, Institute of Management, Business and Law-Rostov-Rusya <b>İlaç Güvenliği Ramak Kala Bildirimlerimiz Ve Kazanımlarımız</b> <b>OPSAZ SOLMAZ Figen</b> -TUNÇMAN Gökçe- SERBEST Nesrin-YILDIRIM Ayşe-YILMAZLAR Aysun Özel Medicabil Hastanesi, Bursa, <b>Türkiye</b> <b>Özel Bir Hastanede Laboratuvar Risk Değerlendirme Sonuçları Ve Yapılan İyileştirmeler</b> <b>YILMAZ Süleyman</b> *, SEZEN Adem**, ERGÜL Ceren*** * İşletme Direktör Yardımcısı/İş Güvenliği Uzmanı, Özel Optimed Hastanesi, <b>Türkiye</b> ** İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, <b>Türkiye</b> *** B Sınıfı İş Güvenliği Uzmanı, <b>Türkiye</b>	



	<b>Salon II</b>	<b>SAĞLIK HİZMETLERİNDE ALTI SİGMA VE YALIN YÖNETİM</b>
	Oturum Başkanı	<b>Prof. Dr. Aysun YILMAZLAR</b> , Özel Medicabil Hastanesi, Anestezi ve Reanimasyon Uzmanı- Kalite Danışmanı, <b>TÜRKİYE</b> <i>Akredite, Yalın Ve Dijital Anestezi</i>
	Konuşmacılar	<b>Prof. Dr. Aysun YILMAZLAR</b> , Özel Medicabil Hastanesi, Anestezi ve Reanimasyon Uzmanı- Kalite Danışmanı, <b>Türkiye</b> <i>Ameliyat Sarf Malzemelerinin Yalınlaştırılması</i> <b>AĞAOĞLU Halime</b> -YILDIRIM Ayşe-YIL MAZLAR Aysun Özel Medicabil Hastanesi, Bursa, <b>Türkiye</b> <i>Adıyaman Üniversitesi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Başarılı Yönetimde İletişim-Hastane İletişim Platformu</i> AYDIN, Osman, Adıyaman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İdari ve Mali Hizmetler <b>SELÇUK, Nevin</b> , Adıyaman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Sağlık Bakım Hizmetleri, <b>Türkiye</b> <i>Sağlık Turizmi Açısından Rize İli'nin Pazarlanabilirliği Konusunda Sağlık Çalışanlarının Görüşlerinin Belirlenmesi Üzerine Bir Araştırma</i> <b>DAŞTAN Seyhan</b> , Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Rize, <b>Türkiye</b> <i>Koronar Stent Yerleştirilmesi Süreci İçin Altı Sigma Altyapısının Oluşturulması</i> Mehmet Tolga Taner1, <b>Gamze KAĞAN (2)</b> , Sezai Çelik3, Engin Erbaş4, Mehmet Kemal Kağan5 1 Sağlık Kurumları İşletmeciliği Bölümü, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Üsküdar Üniversitesi, İstanbul, Türkiye. 2 İş Sağlığı ve Güvenliği Bölümü, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu, Üsküdar Üniversitesi, İstanbul, <b>Türkiye</b> 3 Göğüs, Kalp ve Damar Cerrahisi Departmanı, Medicana Sağlık Grubu, İstanbul, Türkiye. 4 Hastane İşletmeciliği Programı, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Üsküdar Üniversitesi, İstanbul, Türkiye. 5 Radyoloji Departmanı, Siyami Ersek Göğüs, Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, Türkiye.
12:45 – 14:00	<b>Öğle Yemeği</b>	
14:00 – 15:00	<b>Paralel Oturumlar 7</b>	
	<b>Salon I</b>	<b>ÇALIŞAN VE HASTA MEMNUNİYETİ ÖLÇÜM VE İYİLEŞTİRME YÖNTEMLERİ</b>
	Oturum Başkanı	<b>Yrd. Doç. Dr. Birkan TAPAN</b> , İstanbul Bilim Üniversitesi, İstanbul, <b>TÜRKİYE</b> <i>Sağlık Çalışanlarında İş Yükünün Örgütsel Bağlılık Ve İş Tatmini Üzerindeki Etkisi: Diyarbakır İl Örneği</i> AKSOY Mustafa, <b>Aseha Tuğba EVREN SUBAŞI</b> South Russian University Institute of Management, Business and Law Rostov/ <b>RUSYA</b> <i>Hasta Ve Çalışan Güvenliği Uygulamalarında Sağlık Personellerinin, Fiziksel Şiddete Maruz Kalınma Risklerinin Azaltılması</i> <b>Serap Yılmaz(1)</b> Hacer Canatan(2), Uğur Genç(3) (1) Özel Memorial Hizmet Hastanesi, Ayaktan Tanı ve Tedavi Bölümü Sorumlusu İstanbul, <b>Türkiye</b> (2) ERA Teknik Koleji ATT Bölümü, Okan Üniversitesi Sağlık MYO Acil Durum ve Afet Yönetimi Bölümü, İstanbul, (3) Özel Memorial Hizmet Hastanesi CEO, Türkiye
	Konuşmacılar	<i>Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlamlık Düzeyleri Ve Psikometrik Özellikleri</i> <b>DAŞTAN Seyhan</b> , Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Rize, <b>Türkiye</b> <i>Üniversite Öğrencilerinin Sürekli Kaygı Düzeyleri İle Sosyodemografik Özellikleri Arasındaki İlişkinin Analizi</i> <b>UZUNTARLA, Yasin</b> /Gülhane Askeri Tıp Akademisi/ Ankara/ Türkiye CEYHAN, Sümeyle / Bingöl Üniversitesi/ Bingöl/ Türkiye EROĞLU, Merve / Bingöl Üniversitesi/ Bingöl/ Türkiye ÇİHANGİROĞLU, Necmettin /Gülhane Askeri Tıp Akademisi- Ankara, Türkiye <i>Hasta Memnuniyeti " Bolu İzzet Baysal Ağz ve Diş Sağlığı Merkezi"</i> <b>1.KUZHAN Ayşe</b> , 2.YORGUN Songül, 3.DEMİREL Oğuzhan, 4. BAŞARAN Muhammet, 5.LAÇIN Taner Bolu İzzet Baysal Ağz ve Diş Sağlığı Merkezi, <b>Türkiye</b>
	<b>Salon II</b>	<b>KLİNİK KALİTE İYİLEŞTİRMEDE PROBLEM ÇÖZME YÖNTEMLERİ</b>
	Oturum Başkanı	<b>Prof. Dr. Nevzat KAHVECİ</b> , Uludağ Üniversitesi Fizyoloji A.D., <b>TÜRKİYE</b> <i>Yalın Araçlar ve Problem Çözme Yöntemleri</i>
	Konuşmacılar	<b>Prof. Dr. Nevzat KAHVECİ</b> , Uludağ Üniversitesi Fizyoloji A.D., <b>Türkiye</b> <i>Kanıt Dayalı Klinik Kalite Süreç Modellemesi: EHU ONAY MODÜLÜ Geliştirme Projesi</i> ÜNLÜTÜRK Nihal, <b>AKSÖZ Merve</b> , COŞKUN Müge Medicalpark Hastaneler Grubu, İstanbul/ <b>Türkiye</b> <i>Sağlık Hizmetleri Pazarlaması ve Bütünleşik Hizmet Yönetimi Açısından Kalite ve Verimlilik Kavramına Bütüncül Bir Bakış</i> <b>Serdar KEÇELİ*</b> , Fatih ORHAN**, Selahattin TUNCER**, Şemsettin VAROL**, Yasin UZUNTARLA*** *Haliç Üniversitesi İşletme Doktora Öğrencisi, Hava Harp Okulu Komutanlığı/İSTANBUL/ <b>Türkiye</b> **GATA SAMYO Öğretim Görevlisi, Ankara, Türkiye ***GATA Sağlık Hizmetleri Yönetimi Doktora Öğrencisi, Ankara, Türkiye <i>Sağlık Kurumlarında Hasta Diyet Hatalarının Belirlenmesi Ve Buna Yönelik İyileştirmeler Kapsamında Özel Bir Hastane Örneği</i> <b>ÖZDEMİR Hüseyin(1)</b> , GAYEF Albena(1), TAPAN Birkan(1), BAKIM Sevgi Neylan(2), (1) İstanbul Bilim Üniversitesi, İstanbul, <b>Türkiye</b> (2) Gayrettepe Florence Nightingale Hastanesi, İstanbul, Türkiye <i>Hastaların Hasta Güvenliği Konusundaki Görüşlerinin İncelenmesi</i> (1) TANIL Vildan <b>(1)COŞAR BAYKAL Fatma</b> , (1)SARSILMAZ Münevver, (2)SOLAK KABATAŞ Müjgan (2)YAVUZ Meryem (1)Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, (2) Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İzmir, <b>Türkiye</b>
15:00 – 16:00	<b>Paralel Oturumlar 8</b>	
	<b>Salon I</b>	<b>KLİNİK REHBERLER VE KLİNİK YOLLAR</b>
	Oturum Başkanı	<b>Prof. Dr. Yannis Skalkidis</b> , Atina Üniversitesi, Tıp Fakültesi Tıbbi Dökümantasyon ve Kalite Birimi, <b>YUNANISTAN</b> <i>Klinik Yol Haritaları; Klinik Performansı Artırmak İçin Güçlü Bir Araç</i>
	Konuşmacılar	<b>Prof. Dr. Yannis Skalkidis</b> , Atina Üniversitesi, Tıp Fakültesi Tıbbi Dökümantasyon ve Kalite Birimi, <b>YUNANISTAN</b> <i>Klinik Rehberler ve Klinik Yollar:</i> <b>Doç. Dr. Güldem Ökem</b> , TOBB Üniversitesi, <b>Türkiye</b> <i>Klinik Bakım Haritalarının Planlanan Standart Bakım Sürecinde Meydana Gelebilecek Sapmalara Olan Etkisinin İncelenmesi ve Bir Hastane Örneği</i> TAPAN Birkan, <b>YILDIRIM Nurdan</b> , GAYEF Albena, ALICI Selin, İstanbul Bilim Üniversitesi, İstanbul, <b>Türkiye</b>
	<b>Salon II</b>	<b>SAĞLIKTA BİLİŞİM SİSTEMLERİ VE YÖNETİMİ</b>
	Oturum Başkanı	<b>Yard. Doç. Dr. Gürbüz AKÇAY</b> , Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, <b>TÜRKİYE</b> <i>Bilgi Yönetimi</i>
	Konuşmacılar	<b>Prof. Dr. Nevzat KAHVECİ</b> , Uludağ Üniversitesi Fizyoloji A.D., <b>Türkiye</b> <i>Tıbbi Cihaz Yönetiminde RFID Teknolojisi</i> <b>BAĞCI Osman</b> , DEMİRSOY Uğur, KAYA Oğuz Medicalpark Göztepe Hastane Kompleksi, İstanbul, <b>Türkiye</b>

### Tıbbi Dijital Veri Kayıt Sisteminin Hemşirelik Kayıtlarında Kullanımı

**FERGER İNANÇ, Gülcin\***, YIL MAZ YÖYLER, Filiz\*. ÖZ, Feriha\*. YALNIZ, Enver\*. ERBAYCU, Ahmet Emin\*  
Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, **Türkiye**

### Veri Zarflama Yöntemi İle Hastane Etkinliği Ve Kalitesinin Kıyaslanması

**Timlioğlu İper.S**, Boz E.S., Ertenu.M, Kabadayı.M, Tay.S, Yekeler.I

### İlaç Hatalarına Karşı Önleyici Yaklaşım: Elektronik Order Projesi

ÜNLÜTÜRK Nihal<sup>1</sup>, **COSKUN Müge<sup>1</sup>**, AKSÖZ Merve<sup>1</sup>, BAĞCI Osman<sup>2</sup>,

(1) Medicalpark Hastaneler Grubu, İstanbul/Türkiye

(2) Medicalpark Göztepe Hastane Kompleksi, İstanbul/Türkiye

16:00 – 16:15

**Kahve Arası**

16:15 – 17:00

**Salon I –  
Konferans 5**

### KALİTELİ SAĞLIK HİZMETİNDE KARİŞİKLİĞE NEDEN OLAN FAKTÖRLER VE ZORLUKLAR İLE BAŞA ÇIKMAK

Oturum Başkanı

**Prof. Dr. Seval AKGÜN, Kongre Başkanı**, Başkent Üniversitesi Hastaneleri ve Bağlı Sağlık ve Eğitim Kuruluşları Kalite Koordinatörü, Misafir Profesör St. John International Üniversitesi, İtalya, Sağlık Akademisyenleri Derneği Başkanı, **TÜRKİYE**

Konuşmacılar

**Kaliteli Sağlık Hizmetinde Karşılığa Neden Olan Faktörler ve Zorluklar İle Başa Çıkmak**

**Dr. Arild Aambø, Nakmi**, Norveç Azınlıklar Sağlık Araştırmaları Derneği, Ullevaal Üniversite Hastanesi, **NORVEÇ**

17:00 – 18:00

**Paralel Oturumlar 9**

**Salon I**

### HASTANELERDE KALİTE VE AKREDİTASYON SİSTEMLERİ KURULMASI, YARARLARI, KAZANIMLAR, ELDE EDİLEN DERSLER

Oturum Başkanı

**Prof. Dr. Al-ASSAF, Kongre Es- Başkanı**, Amerika Sağlıkta Kalite Enstitüsü Başkanı – ABD

Konuşmacılar

**Hasta Bakım Kalitesinde Akreditasyonun Etkisi**

**Prof. Dr. Al-ASSAF, Kongre Es- Başkanı**, Amerika Sağlıkta Kalite Enstitüsü Başkanı – ABD

**Prof. Dr. Seval AKGÜN, Kongre Başkanı**, Başkent Üniversitesi Hastaneleri ve Bağlı Sağlık ve Eğitim Kuruluşları Kalite Koordinatörü, Misafir Profesör St. John International Üniversitesi, İtalya, Sağlık Akademisyenleri Derneği Başkanı, **TÜRKİYE**

**Salon II**

### HASTA GÜVENLİĞİ PROGRAMLARINDA YENİLİKLER VE SAĞLIKTA KALİTE İYİLEŞTİRME'DE İNNOVATİF YAKLAŞIMLAR

Oturum Başkanı

**Nihal ÜNLÜTÜRK**, Medical Park Hastaneler Grubu, Kalite Grup Müdürü, İstanbul, **TÜRKİYE**

Konuşmacılar

**Çocuk Hasta Radyasyon Güvenliği**

**Yard. Doç. Dr. Gürbüz AKÇAY**, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, **Türkiye**

**Çocuk Hasta Güvenliği**

**Yard. Doç. Dr. Gürbüz AKÇAY**, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, **Türkiye**

**Hemşirelerin Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Uygulama Deneyimleri**

Van GİER SBERGEN YAVUZ Meryem\*, SOYER Özlem\*, KAYMAKÇI Şenay\*, AKSOY Fatma\*\*, TANIL Vildan\*\*, **ÇETİNKAYA Yurdanur\*\***

\*Ege Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, **Türkiye**.

\*\*Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, İzmir, **Türkiye**

**Sağlık Hizmeti İle İlişkili Enfeksiyonların Kontrolünde Yatak Yıkama Ünitelerinin Kullanımı**

Sevim Şen<sup>1</sup>, **Nihan ÖZTÜRK<sup>2</sup>**, Onur Deryahanoğlu<sup>3</sup>, Sibel Afacan<sup>1</sup>, Meral Sönmezoglu<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Ege Hemşirelik Hizm. Direktörlüğü, <sup>2</sup> Kalite Geliştirme Direktörlüğü, <sup>3</sup> Biyomedikal Sistemler Müdürlüğü, <sup>4</sup> Enfeksiyon Hastalıkları Ab, Yeditepe Üniversitesi Hastanesi, İstanbul, **Türkiye**

**Farklı Gruplardaki Hastane Enfeksiyon Hızlarının İncelenmesi Enfeksiyon Önlemek İçin Yapılan Uygulamalar**

**YILDIRIM Nurdan(1)**, GAYEF Albena(1), TAPAN Birkan(1), KOCATÜRK GÖK Fatma(2),

(1) İstanbul Bilim Üniversitesi, İstanbul, (2) Özel Gayrettepe Florence Nightingale Hastanesi, İstanbul, **Türkiye**

**Hastane Çalışanlarının Cerrahi Alan Enfeksiyonlarının Önlenmesi ve Kontrolüne Yönelik Bilgi Durumunun Değerlendirilmesi**

**GÜREŞÇİ, Nevin**, Ordu Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği, Tıbbi Hizmetler Başkanlığı, Ordu - **Türkiye**

21:30 – 23:30

Gala Gecesi Etkinliği

## 16 Mayıs 2015 – Cumartesi

09:30 – 10:30

**Salon I –  
Konferans 6:**

### AMELYATHANELERDE VE KRİTİK ALANLARDA PERFORMANS İYİLEŞTİRME YÖNTEMLERİ

Oturum Başkanı

**Dr. Rashid Bin Khalfan AL ABRI**, Kalite ve Gelişim Bölüm Başkanı, Sultan Qaboos Üniversitesi, **UMMAN SULTANLIĞI**

Konuşmacılar

**Klinik Denetim Nasıl Yürütülür?**

**Prof. Dr. Hesham NEGM**, Kahire Üniversitesi, Tıp Fakültesi, **MISIR**

**Farklı Kültürlerde Hasta Güvenliği ve İnsan Kaynakları**

**Dr. Bernadetta KUMAR**, Başkan, Norveç Azınlıklar Sağlık Araştırmaları Derneği, Ullevaal Üniversite Hastanesi, **NORVEÇ**

10:30 – 11:30

**Paralel Oturumlar 10**

**Salon I**

### İLAÇ GÜVENLİĞİ

Oturum Başkanı

**Dr. Hakan AKIN**, Gülhane Askeri Tıp Fakültesi Dek.Bştpb.Yrđc.lđđ, Personel Yarbay, Ankara, **TÜRKİYE**

Konuşmacılar

**Türkiye’de İlaç, Kozmetik Ve Tıbbi Cihazlarda “Kalite Kontrol Analizleri”**

**DEMİRTAŞ, Ayşegül** / Sağlık Bakanlığı, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu, Analiz ve Kontrol Laboratuvarları Dairesi Başkanlığı, Kalite Yönetim ve Arge Laboratuvar Birimi Sıhhiye/Ankara/Türkiye

**Antineoplastik İlaçların Güvenli Uygulanmasına Yönelik Uşak Devlet Hastanesi Örneği**

Ebru Fidan<sup>1</sup>, Hakkı Özçeltik<sup>2</sup>, **Alev KÖKSAL<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Uşak Devlet Hastanesi, <sup>2</sup> Uşak Devlet Hastanesi, <sup>3</sup> Uşak KHB Genel Sekreterliği,

**Hemşirelerin Akılcı İlaç Kullanımı İle Kişilik Özellikleri Arasındaki İlişkinin Analizi**

**UZUNTARLA, Yasin** / Gülhane Askeri Tıp Akademisi- Ankara, **Türkiye**

ÇİHANGİROĞLU, Necmettin / Gülhane Askeri Tıp Akademisi-Ankara, **Türkiye**

**Klinik Karar Destek Sistemi İle Bütünsel Elektronik Hemşirelik Bakım Ve Tedavi Kayıtlarının İlaç Hatalarını Önlemedeki Rolü**

**Gülnur GÜL**, Pınar BOL, Nurdan ÇAMLİBEL, Feriha Öz, Ahmet Emin ERBAYCU

İzmir Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği, İzmir, **Türkiye**

**Salon II**

### HASTA VE YAKINLARININ MEMNUNİYET VE BEKLENTİLERİNİN SAĞLIKTA KALİTE ÜZERİNE ETKİLERİ

Oturum Başkanı

**Dr. Adem SEZEN**, İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, **TÜRKİYE**

Konuşmacılar

**Hizmet Sunumunda Memnuniyet Algısının Değerlendirilmesi Çanakkale İli Genel Sekreterliği**

Aşkın MERT(1), **Seven KAZAN(2)**, 3. Kivılcım DAĞTEKİN

(1) İdari Hizmetler Başkanı, (2) Uzman, (3) Başhekim Yardımcısı

Çanakkale Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği (1,2), Çanakkale Devlet Hastanesi(3), **Türkiye**

### **Hasta Ve Hasta Yakını Memnuniyet Algısı**

**YILDIRIM Ayşe** -DEMİR GEN Huriye-GÜNAL TAN Sennur-ÇETİN Sevinç-BİL GEN Yasemin-YILMAZLAR Aysun  
Özel Medicabil Hastanesi, Bursa, **Türkiye**

### **Edirne Devlet Hastanesi'nden Hizmet Alan Hastaların Hizmet Kalite Algılarının Değerlendirilmesi**

Çelik Gürhan<sup>1</sup>, **SEN Ayla**<sup>1</sup>, Altınok Hatice<sup>2</sup>, Akçan Çete Şule<sup>2</sup>  
1-Edirne Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği, Edirne, **Türkiye**

2-Edirne Devlet Hastanesi, Edirne, **Türkiye**

### **Hemşirelerin Çalışma Ortamı Algılarının Değerlendirilmesi: Edirne İli Örneği**

**Sevgi AKSU(1)** Emine AYDIN ÖZGÜR(2)

Edirne Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği, **Türkiye**

### **Sağlık Tesislerindeki Kalite Uygulamaları Doğrultusunda Kurumlarında Yapılan Uygulamalar ile İlgili; Çalışan Personelin Bilgi, Algı ve Düşünceleri**

**Emre EREN**<sup>1</sup>, Meltem YILMAZ<sup>2</sup>, Şebnem BAĞRIYANIK<sup>3</sup>

Yerköy Devlet Hastanesi, Yozgat KHB Genel Sekreterliği, Yozgat Devlet Hastanesi, **Türkiye**

11:30 – 11:45

**Kahve Arası**

11:45 – 12:45

**Paralel Oturumlar 11**

**Salon I**

### **TIBBİ HATALARI ÖNLEMEK İÇİN MULTİDİSİPLİNER UYGULAMALAR**

Oturum Başkanı

**Doç. Dr. Nefise BAHÇECİK**, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü Öğretim Üyesi, **TÜRKİYE**

### **Adıyaman Üniversitesi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Poliklinik Danışmanlığı Hizmetleri**

DOĞAN, Fatih, Adıyaman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Hastane Yöneticisi

**BOZAN, Rukiye**, Adıyaman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Sağlık Bakım Hizmetleri, **Türkiye**

YENİGÜN, Yeliz, Adıyaman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Poliklinik Hizmetleri

### **Hastanelerde Yapılan Tıbbi Hataların Türleri ve Nedenleri Üzerine Bir Araştırma: İstanbul İlinde Özel Bir Hastane İle İlgili Anket Çalışması Ve Konuya İlişkin Çözüm Önerileri**

**Hacer CANATAN\***, Ali Erdoğan\*\*, Serap Yılmaz\*\*\*

\* ERA Teknik Koleji ATT Bölümü, Okan Üniversitesi Sağlık MYO Acil Durum ve Afet Yönetimi Bölümü, **Türkiye**

\*\* Haliç Üniversitesi İşletme Fakültesi, İşletme Bölümü,

\*\*\* Özel Memorial Hizmet Hastanesi, Ayakta Tanı ve Tedavi Bölümü Sorumlusu,

### **Tokat İlinde Beyaz Kod Kaynaklı Açılan Davaların Değerlendirilmesi**

Gülpinar, Serhat<sup>1</sup>; Bulut, Yunus Emre<sup>2</sup>; Çıtıl, Rıza<sup>2</sup>; **GÜL, Hüseyin**<sup>2</sup>; Yazı, Sadettin<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Tokat, **Türkiye**

<sup>2</sup> Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Tokat, **Türkiye**

<sup>3</sup> Tokat Halk Sağlığı Müdürlüğü, **Türkiye**, <sup>4</sup> Tokat İl Sağlık Müdürlüğü, **Türkiye**

### **Sağlık Sektöründe Kalite Yönetimi, Sağlık Yöneticilerinin Kalite Anlayışı (Ankara İli Örneği)**

**AKAR Yeşim**<sup>1</sup>, Gülhan Yıldırım Beyazıt<sup>2</sup>, Acar Pınar<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara, **Türkiye**

<sup>2</sup> Okan Üniversitesi İİBF Sağlık Yönetimi bölümü, İstanbul, **Türkiye**

**Salon II**

### **AİLE HEKİMLİĞİ VE BİRİNCİ BASMAK HİZMETLERDE KALİTE VE AKREDİTASYON**

Oturum Başkanı

**Uzm. Ali ARSLANOĞLU**, Uluslararası Kalite Uzmanı, Gölcük Asker Hastanesi, **TÜRKİYE**

### **Sağlık Kurumlarında Değişim Mühendisliği Uygulamaları: Kazanımlar Ve Sorun Alanları**

Hakan BEKCAN<sup>1</sup>, Fatih ORHAN<sup>2</sup>, Kadir AKSA<sup>3</sup>, Yasin UZUNTARLA<sup>4</sup>, **Ali ARSLANOĞLU**<sup>5</sup>

<sup>1</sup> GATA, Anadolu Üniversitesi Yönetim ve Organizasyon Bilim Dalı Doktora Öğrencisi, Ankara, **Türkiye**

<sup>2</sup> GATA SAM YO Öğretim Görevlisi, Ankara, **Türkiye**

<sup>3</sup> Yardımcı Doçent, Ordu Üniversitesi Öğretim Üyesi, Ordu, **Türkiye**

<sup>4</sup> GATA Sağlık Hizmetleri Yönetimi Doktora Öğrencisi, Ankara, **Türkiye**

<sup>5</sup> Gölcük Askeri Hastanesi, Haliç Üniversitesi İşletme Doktora Öğrencisi, İstanbul, **Türkiye**

### **Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarında Yaşam Doyumu, İş Doyumu Ve Tükenmişlik Durumu**

Önder Yalçın<sup>1</sup>, Çıtıl Rıza<sup>1</sup>, Eğri Mücahit<sup>1</sup>, Emekdar Gizem<sup>1</sup>, Yaşayan Özkan<sup>1</sup>, **GÜL Hüseyin**<sup>2</sup>, Acar Fatih<sup>2</sup>, Zülfiyoğulları Cihat<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Tokat, **Türkiye**

<sup>2</sup> Tokat Halk Sağlığı Müdürlüğü, **Türkiye**

Konuşmacılar

**Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi'nde Mavi Kod Bildirimlerin İncelenmesi Ve İyileştirme Çalışmaları**

**ÖLÇERLER GÖNEN Zeynep**<sup>1</sup>, Kebabçı Fatma<sup>2</sup>, Yıldız İlkay<sup>2</sup>, Başoğlu Hacer<sup>2</sup>, Yılmaz İsmail<sup>3</sup>, Köylüoğlu Gökhan<sup>4</sup>

(1) Kalite Yönetim Direktörü, (2) Kalite Yönetim Birimi, (3) Başhekim Yardımcısı, (4) Hastane Yöneticisi

Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir, **Türkiye**

### **Aile Sağlığı Merkezlerinin Değişen Yapısı Ve Verdiği Hizmetler**

**Yıldırım Bayezit DELDAL(1)** Hacer Canatan(2) Serap Yılmaz(3)

(1) Gelişim Üniversitesi Sağlık Kuruluşları Yöneticiliği Bölümü, İstanbul, **Türkiye**

(2) ERA Teknik Koleji ATT Bölümü, Okan Üniversitesi Sağlık MYO Acil Durum ve Afet Yönetimi Bölümü, İstanbul,

(3) Özel Memorial Hizmet Hastanesi, Ayaktan Tanı ve Tedavi Bölümü Sorumlusu İstanbul,

### **Tekirdağ İli Kamu Hastanelerindeki Sağlık Çalışanlarının İş Doyum Düzeylerinin Değerlendirilmesi**

**YILDIRIM Zeynep**, YOLCU Nazan, YİĞİT Yunus, DÖNMEZ M, TOPÇU Birol

Tekirdağ İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği, **Türkiye**

12:45 – 13:30

**Kapanış Oturumu**

### **KAPANIŞ KONUŞMALAR**

Konuşmacılar

**Prof. Dr. Seval AKGÜN, Kongre Başkanı**, Başkent Üniversitesi Hastaneleri ve Bağlı Sağlık ve Eğitim Kuruluşları Kalite Koordinatörü,

Misafir Profesör St. John International Üniversitesi, **İtalya** / Sağlık Akademisyenleri Derneği Başkanı, **TÜRKİYE**

**Prof. Dr. Al-Assaf, Kongre Eş- Başkanı**, Amerika Sağlıkta Kalite Enstitüsü Başkanı – **ABD**



## **POSTER SUNUMLAR**

### **Merzifon Kara Mustafa Paşa Devlet Hastanesi El Hijyeni Uyumu Çalışması**

İşıl Deniz Alırcı<sup>1</sup>, Züleyha Ünlü<sup>2</sup>, Sema KAYA<sup>3</sup>, F. Rüya Akbulut<sup>4</sup>, **Emrah Hızırbaş**<sup>5</sup>

1. Enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji uzmanı, 2. Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi, 3. Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü, 4. Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi, 5. Kalite birim sorumlusu ( Tıbbi Sekreter ) / Amasya, **Türkiye**

### **Hastane Enfeksiyonlarının Hastaların Bakım-Tedavi Maliyetlerine Etkisi**

**AKKAN Gülden**, DÜZGÜN Jale

Avrupa Şafak Hastanesi/ İstanbul / **Türkiye**

### **Sağlık Bakımında Kalite Ve Halkla İlişkilerin Etkinliği**

<sup>1</sup>Arzu ALTINOK, **Mine Demet GÜNGÖR**

<sup>1</sup>İstanbul Bilim Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, **Türkiye**

### **Bir Asker Hastanesinde Hemşirelerin Nöbet Tipi Ve Sosyodemografik Verilerinin Kopenhag Tükenmişlik Ölçeği Sonuçlarına Etkisi**

**AYAS Özlem**, SAL MAN Necati, ÇEVİK Erdem, TEZEL Onur, TUTLU Sema

Etimesgut Asker Hastanesi /Ankara / **Türkiye**

### **Bir Asker Hastanesinde Hemşirelerin Nöbet Tipi Ve Sosyodemografik Verilerinin Maslach Tükenmişlik Ölçeği Sonuçlarına Etkisi**

**AKKAŞ Berna**, SAL MAN Necati, ÇEVİK Erdem, TEZEL Onur, TUTLU Sema

Etimesgut Asker Hastanesi /Ankara / **Türkiye**

### **Adms Lerde Acil Uygulamalar Ve Gerekliliği "Bolu Adsm Uygulamaları"**

**1.KUZHAN Ayşe**, 2. YORGUN Songül, 3. DEMİREL Oğuzhan, 4. KESKİN Özlem, 5. BAŞARAN Muhammet, 6. LAÇİN Taner

Bolu Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi, Bolu, **Türkiye**

### **Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Hekimlerde Yaşam Doyumu, İş Doyumu Ve Tükenmişlik Durumu**

Çiftli, Rıza<sup>1</sup>; Önder, Yalçın<sup>1</sup>; Eğri, Mücahit<sup>1</sup>; Bulut, Yunus Emre<sup>1</sup>; **Gül, Hüseyin**<sup>2</sup>; Yalın, Alper<sup>2</sup>; Zülfüoğulları, Cihat<sup>2</sup>

(1) Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Tokat, Türkiye, (2) Tokat Halk Sağlığı Müdürlüğü, **Türkiye**

### **Ankara Atatürk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi'nde Çalışan Memnuniyeti Ölçüm Ve İyileştirme Çalışmaları**

ÖZTAŞ Dilek, FIRAT Hicran, YILDIZBAŞI Esra, BOZCUK GÜZELDEMİR Gamze, YÜKSEL Selcen, MOLLAHALİLOĞLU Salih, **ÖZTÜRK Levent**, AKÇAY Murat.

\*\*\*Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi/**Türkiye**

### **Ankara Atatürk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi'nde Hasta Memnuniyeti Ölçüm Ve İyileştirme Çalışmaları**

ÖZTAŞ Dilek, YILDIZBAŞI Esra, FIRAT Hicran, BOZCUK GÜZELDEMİR Gamze, YÜKSEL Selcen, MOLLAHALİLOĞLU Salih, **ÖZTÜRK Levent**, AKÇAY Murat.

Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi/**Türkiye**

### **Bir Kamu Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Hemşirelik Mesleği İle İlgili Düşünceleri Ve Mesleğe Bakış Açılarının Değerlendirilmesi**

**ÇEVİRME Gülçin**, T. S.K. Etimesgut Asker Hastanesi /Ankara / **Türkiye**

### **Ab Ve Türkiye'de İş Sağlığı Ve Güvenliği**

**METİN, Bayram**, UZUNTARLA, Yasin

Gülhane Askeri Tıp Akademisi/ Ankara/ **Türkiye**

### **Hastanelerde Malzeme Yönetimi Ve Çağdaş Yöntemler**

**TEKSOY, Murat**, UZUNTARLA, Yasin, TUNCER, Selahattin

\*\*\*Gülhane Askeri Tıp Akademisi/ Ankara/ **Türkiye**

### **Hastanelerde İş Güvenliği Bağlamında Risk Analizi**

**UZUNTARLA, Yasin** / Gülhane Askeri Tıp Akademisi/ Ankara/ **Türkiye**

UZUNTARLA, Fatma / C Sınıfı İş Güvenliği Uzmanı ve Çevre Mühendisi/ Ankara/ **Türkiye**

VAROL, Şemsettin / Gülhane Askeri Tıp Akademisi/ Ankara/ **Türkiye**

### **Yatan Hastalarda İlaç Güvenliğini Sağlamada İlaçların Hastaya Özgü Paketlenmesi: Konya Seydişehir Devlet Hastanesi Örneği**

**Emrullah İNCESU**<sup>1</sup>, Yakup ÇAPACI<sup>2</sup>, Serhat YEDEKİ<sup>3</sup>, Mehmet ELMAS<sup>4</sup>, Sadi TEKE<sup>5</sup>, Beyazıt MUT<sup>6</sup>, Salim SAYIN<sup>7</sup>, Mustafa ÇİFTÇİ<sup>8</sup>

1A Sınıfı İş Güvenliği Uzmanı, Biyolog, Kalite Yönetim Direktörü, 2İdari ve Mali İşler Müdürü, 3Eczacı, 4Eczacı, 5, 6, 7, 8 Konya Seydişehir Devlet Hastanesi, Konya, **Türkiye**

### **Acil Servise Tekrar Başvuru Oranı**

**Efif ÖZ YURTI**<sup>1</sup>, İlhan AYDIN<sup>2</sup>, Seyhan ERDURAN İMANCI<sup>3</sup>, Ebruhan ULUSAL<sup>4</sup>

Sağlık Bakanlığı Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Ankara/ **Türkiye**

### **İzmir Alsancak Devlet Hastanesinde Hasta Güvenliği Kültürü Düzeyi Ve Güvenlik Raporlamasının İncelenmesi**

**TURASAN, Banu**<sup>1</sup>; KARAGÖZ, Arif<sup>2</sup>; KARAGÖZ, Burcu<sup>3</sup>; OLU, Dilek<sup>4</sup>; ZEYBEK, Kezban<sup>5</sup>.

1. İzmir Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği. 2. İzmir Karsiyaka Devlet Hastanesi. 3. İzmir Buca Seyfi De mirsoy Devlet Hastanesi. 4. İzmir Alsancak Devlet Hastanesi., **Türkiye**

### **Hasta Odaklı Bakım**

**Öğr. Gör. Ayşe Dost**<sup>1</sup>, Hem. Hatice Buğday<sup>2</sup>, Doç. Dr. Nefise Bahçecik<sup>3</sup>

1 Hemşirelik Bölümü, Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul Medipol Üniversitesi, İstanbul, **Türkiye**.

2 Göğüs Cerrahisi Kliniği, Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, **Türkiye**.

3 Hemşirelik Bölümü, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Marmara Üniversitesi, İstanbul, **Türkiye**.

### Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Moral Ve Etik Davranışlar

**Öğr. Gör. Ayşe Dost<sup>1</sup>**, Doç. Dr. Nefise Bahçekçi<sup>2</sup>

1 Hemşirelik Bölümü, Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul Medipol Üniversitesi, İstanbul, **Türkiye**  
2 Hemşirelik Bölümü, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Marmara Üniversitesi, İstanbul, **Türkiye**

### Tavşan Pirojen Testine Alternatif İn Vitro Bakteriyel Endotoksin Testi Metot Validasyonu

**Demirtaş, Ayşeğül**, Güler Meral, Tatcı Ergin

Sağlık Bakanlığı, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu, Analiz ve Kontrol Laboratuvarları Dairesi Başkanlığı,  
Kalite Yönetim ve Arge Laboratuvar Birimi Sıhhiye/Ankara/**Türkiye**

### Çocuk Hastanesinde Mavi Kod Kullanımı

**Nilgün ERGİN<sup>1</sup>**, Ali İRAVUL<sup>2</sup>, Fatma DAŞDEMİR<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Kalite Yönetim Direktörü, <sup>2</sup> Başhekim Yardımcısı, <sup>3</sup> Verimlilik İzleme Değerlendirme

**\*\*\* Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalite Yönetim Birimi, **Türkiye****

### Hasta Güvenliği & Hasta Memnuniyeti

\* **TEMİZ Gamze**, \*\* GÜNGÖR Mine Demet, \*\* SEZEN Adem

\* Haliç Üniversitesi HYO İstanbul \*\* İstanbul Bilim Üniversitesi SHMYO İstanbul, **Türkiye**

### Yoğun Bakım Ünitelerinde Görev Yapan Sağlık Çalışanlarının Kişisel Koruyucu Ekipman Kullanımı

Sevinç Ganime, Tekin Asiye, Gürbüz Yunus, Tütüncü E. Ediz, Kuzi Se manur, Şendağ Esengül, Acun Aysun, **Aydın İhan**, Şencan İrfan  
Sağlık Bakanlığı Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Kontrol Komitesi, Ankara, **Türkiye**

### Öz Değerlendirme Süreci Sonrası Yapılan Düzeltici Önleyici Faaliyetlerin Etkinliği

**FERGER İNANÇ, Gülcin\***, YIL MAZ YÖYLER, Filiz\*, YALNIZ, Enver\*. ÖZ, Feriha\*. GÜL, Gülnur. BOL, Pınar. ERBAYCU, Ahmet Emin\*.

\*Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

### JCI Tarafından Akredite Edilmiş Bir Hastanede Yüksek Riskli Hasta Popülasyonunun Belirlenmesi Bakım Uygulamalarının Değerlendirilmesi

**YILDIRIM Nurdan**, GAYEF Albena, TAPAN Birkan,

İstanbul Bilim Üniversitesi, İstanbul, **TÜRKİYE**

### Kamu Hastanelerinde Sağlıkta Dönüşüm Programı İle Ortaya Çıkan Kalite Algısının Değerlendirilmesi

**Bıyık, Erhan**, Ankara Mevki Asker Hastanesi, Ankara, **Türkiye**

Tekin, Kemal, Türk Hava Kurumu Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, **Türkiye**

### Güvenlik Raporlama Eğitimleri Eğitim Etkinliği Değerlendirmesi

TAY Sibel<sup>1</sup>, KABADAYI ARSLAN Mesude<sup>2</sup>, **İPER TİMLİOĞLU Semrin<sup>3</sup>**, ERTENÜ Mehmet<sup>4</sup>, BOZ Efe Serkan<sup>4</sup>, YEKELER İbrahim<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Hemşire, Kalite Birimi, <sup>2</sup>Hemşire, Kalite Birim Sorumlusu, <sup>3</sup>Uzman Doktor, Kalite Direktörü, <sup>4</sup>Başhekim Yardımcısı, <sup>5</sup>Prof. Doktor, Hastane Yöneticisi  
İstanbul Anadolu Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, **Türkiye**

### Acil Servislerde Hasta Ve Yakınları İle Güvenli İletişim

ALPTEKİN Zeynep\*, **ARSLANOĞLU Ali\***

\*Gölcük Asker Hastanesi, Kocaeli, **Türkiye**

### Nevşehir İli Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Sağlık Personellerinin Kadına Yönelik Şiddetle İlgili Bilgi Tutum Ve Davranış Düzeyleri

**İNAN CEVİZ Ayşeğül<sup>1</sup>**, ÖZCAN Ayşeğül<sup>2</sup>

Nevşehir Halk Sağlığı Müdürlüğü, **Türkiye**

### Hasta Güvenliği İçin Dezenfeksiyon Ve Sterilizasyon

**ÇALIŞIR, Sibel**, Gölcük Asker Hastanesi, Kocaeli, **Türkiye**

### Çalışan Güvenliğini Tehdit Eden Olayların Tespiti Ve Bu Tehditlere Karşı Kullanılmak Üzere Uygun Kişisel Koruyucu Donanımların Belirlenmesi

\***TURKÇU Cihan**, \*BÜYÜKTOPÇU Çiğdem, \*SEZER Özgür, \*ÇETİNKAYA Yurdanur, \*TANIL Vildan

\*Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Merkezi, İZMİR, **Türkiye**

### Çalışan Risk Analizi Değerlendirmesi Ve İyileştirme Çalışmaları : Bir Devlet Hastanesi Örneği

\***KÖKSAL, Alev**, \*\*CIVDI, Mustafa

\* Uşak Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği, Uzman, **Türkiye**

\*\* TKHK Ankara 3. Bölge Genel Sekreterliği, Uzman, **Türkiye**

### Hemşirelerin Pedagojik Formasyon Eğitimine Yönelik Görüşleri

**Yard.Doç Dr.Serhat ARSLAN**, Sakarya Üniversitesi Eğitim Fakültesi, Eğitim Programları ve Öğretimi Abd, **Türkiye**

### Uluslararası Hasta Güvenliği Hedeflerinin Türkiye'de Uygulanabilirlik Düzeyi

**Emrullah İNCESU<sup>1</sup>**, Hatice BULUT<sup>2</sup>

1A Sınıfı İş Güvenliği Uzmanı, Biyolog, Konya Seydişehir Devlet Hastanesi Kalite Yönetim Direktörü, Ankara Üniversitesi Adli Bilimler Enstitüsü Doktora,

2 Eğitim Hemşire, İzmir Karşıyaka Devlet Hastanesi,

### Riskli Girişimsel İşlemler Öncesi Hastalardan Aydınlatılmış Onam Alma: Bir Kamu Hastanesinde Yatan Hastalar Üzerine Bir Araştırma

**Emrullah İNCESU\***, A Sınıfı İş Güvenliği Uzmanı, Biyolog, Konya Seydişehir Devlet Hastanesi Kalite Yönetim Direktörü, Ankara Üniversitesi Adli Bilimler Enstitüsü Doktora, **Türkiye**

### Hastanemizde Çalışan Doktor Ve Hemşirelerin El Hijyenine Uyumu

**Burcu Üstün<sup>1</sup>**, Turhan Togan<sup>2</sup>, Emine Soylu<sup>3</sup>

(1)Başkent Üniversitesi, Konya Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Konya

(2)Başkent Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı, Konya

(3)Başkent Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi, Konya

**KONUŞMACI ÖZGEÇMİŞLERİ**

**Prof. Dr. H. Seval AKGÜN**



**Kongre Başkanı**

**Prof. Dr. Seval Akgün, Kongre Başkanı, Sağlık Akademisyenleri Derneği Başkanı, Türkiye**

Halk Sağlığı Profesörü olan Dr. Seval Akgün, Başkent Üniversitesi'ne bağlı Sağlık ve Eğitim Kuruluşları Kalite Koordinatörü, Çevre, İş Sağlığı ve Güvenliği ve Kalibrasyon laboratuvarı Başkanı ve St. John International Üniversitesinde misafiri profesör olarak görev yapmaktadır. Epidemiyoloji, veri yönetimi, sağlık hizmetlerinde ve eğitimde kalite ve akreditasyon, hasta güvenliği, hastalık yükü, toplum beslenmesi gibi pek çok alanda 30 yıldan fazla deneyime sahip olan Dr. Akgün aynı zamanda sağlık hizmetlerinde kalite alanında uzun yıllardır teorisyen ve uygulayıcı olarak çalışmaktadır. Prof. Akgün'ün yürüttüğü uluslararası işbirliği ve teknik destek çalışmaları, Sağlıkta Kalite ve Halk Sağlığı alanlarında bütüncül yaklaşımını yansıtmakta olup halk sağlığı ve sağlıkta kalite alanlarında pek çok genç araştırmacıyı eğitmiş, motive etmiş ve desteklemiştir. Tıbbi hizmetlerde sürekli kalite iyileştirme, akreditasyon, hasta güvenliği ve toplam kalite yönetiminin değişik konularında ulusal ve uluslararası düzeyde konferans ve /veya ders vermek üzere davetli konuşmacı olarak katılan Akgün ayrıca Orta Doğu ve Akdeniz ülkelerinde Orta Asya Cumhuriyetlerinde ve Avrupa'da, Avrupa Birliği, Dünya Sağlık Örgütü, UNICEF ve Dünya Bankası destekli sağlık reformları ve alternatif hizmet sunum modellerinin değerlendirilmesi, performans değerlendirme, hastane denetlemeleri, hasta çıktılarının değerlendirilmesi, göçmen sağlığı, hastalık yükü ve benzeri birçok projede proje yöneticisi ve/veya danışman olarak görev yapmıştır.

Dr. Akgün aynı zamanda Hindistan, Azerbaycan, Suudi Arabistan, Kazakistan, Ürdün, Kuveyt, Almanya ve bazı diğer ülkelerde sağlık profesyonellerine yönelik sistem geliştirme, sürekli kalite iyileştirme prensip-model ve teknikleri, sağlık hizmetlerinde akreditasyon, halk sağlığı, epidemiyoloji, araştırma yöntemleri, ve biyoistatistik konularında eğitim vermektedir. 2000 yılından beri Avrupa Komisyonu tarafından Çerçeve programlar, Horizon 2020, Marie Curie gibi programlarda hakemlik görevi yapan Dr. Akgün her yıl pek çok projeyi değerlendirmektedir. Prof. Dr. Seval Akgün, bu özelliklerinin yanı sıra şu deneyimlere de sahiptir. Nicel ikisel araştırma tasarımı, uygulama ve analiz, Hastalık yükü metodolojisi, AB proje izlemi, İhtiyaç değerlendirme çalışmaları (özel gruplarda sağlık ihtiyaçları ve sağlık hizmet talebi vb), Sağlık kuruluşu denetim sertifikası, Toplam kalite yönetimi konularında eğitici: ISO 9001 2000 versiyonu gibi SKI modellerinin sağlık ve eğitim kurumlarında kurulması ve yerleştirilmesi; EFQM modülü ve JCI akreditasyon standartları konusunda uzman, ISO 22000 Gıda güvenliği yönetimi sistemi, OHSAS 18001 İş sağlığı ve güvenliği, Sağlıkta Akreditasyon sistemi değerlendirme, Hasta ve çalışan güvenliği, iç ve dış müşteri memnuniyet araştırmaları metodolojisi, sağlık personeli için problem çözme teknikleri, Prof. Dr. Akgün'ün yayınlanmış 6 (4'ü İngilizce) kitabı, 11 kitap bölümü ve 250 den fazla ulusal ve uluslararası makalesi mevcuttur.

**Prof. Dr. A.F AL-ASSAF**



**Kongre Eş – Başkanı**

**Prof. Dr. Al Al-Assaf, Kongre Eş-Başkanı, Amerika Sağlık Hizmetleri Kalite Enstitüsü, Başkan, ABD**

Dr. Al-Assaf halk sağlığı uzmanı ve kalite yönetimi danışmanıdır. Oklahoma Üniversitesi Sağlık Bilimleri Merkezi Uluslararası Sağlık bölümü dekan yardımcısı, Amerika Sağlıkta Kalite Enstitüsü Başkanı, Presbiteryen Sağlık Vakfı bölüm başkanı ve Halk Sağlığı Fakültesi Sağlık Yönetimi ve Politikaları bölümü öğretim üyesidir.

Amerikan Hava Kuvvetleri, USAID, Amerikan Uluslar Arası Gelişme Dairesi, Amerika Hastane Şirketleri, pek çok meslek birlikleri, Dünya Bankası, UNDP, UNICEF, Dünya Sağlık Örgütü ve Amerikan Dünya Sağlık Birliği sürekli danışmanlıklarını yapmaktadır. Ortadoğu, Kuzey Amerika, Kuzey Afrika, Güney Doku ve orta Asya ile Doğu Avrupa'da pek çok ülkede çeşitli organizasyonlara sağlık hizmetlerinde kalite ve koruyucu hekimlik danışmanlığı vermiştir. Dr. Al Assaf bugüne kadar çalışmalarından dolayı 50 ödül almıştır.

Araştırmacı ve konuşmacı olarak, 10 kitap yayınlamış, 5 kitapta bölüm yazmış, ulusal ve uluslararası dergilerde 120 bilimsel ve mesleki yazısı yayınlamış, ulusal ve uluslararası pek çok organizasyonda ve gruplara yönelik 200'ün üzerinde konuşma yapmış, seminer vermiş ve workshop yönetmiştir.

**Prof. Dr. David Ingleby**



**Prof. Dr. David Ingleby, Sosyal Bilimler ve Global Sağlık Bölümü, Amsterdam Üniversitesi, Amsterdam, Emeritus Profesör Kültürlerarası Psikoloji Bölümü, Utrecht, Hollanda**

David Ingleby Amsterdam Üniversitesinde Sosyal Bilimler ve Evrensel Sağlık Bölümünde araştırmacı, Utrecht Üniversitesi Kültürlerarası Psikoloji Bölümünde emeritus profesördür. 1982 yılında Hollanda'ya taşınmadan önce Londra Cambridge Tıp Fakültesinde görev yapmış, 2007 de Uluslar arası Göçmenlik ve Etnik İlişkiler Okulunda Willy Brandt profesörü olarak bulunmuştur.

David'in ana konuları çoklu kültürlerde sağlık ve sosyal bakım, zorunlu göçmenlik ve sağlık ve değişik sosyal ve kültürler kapsamında çocuk gelişimidir. Kendisi göçmen sağlığı konusunda Avrupa çapında pek çok ortak projelerde rol almış, Avrupa Komisyonunda Göç hareketlilik ve sağlık bakımına erişim uzman komitelerinde görev yapmış aynı zamanda DSÖ Avrupa bölge ofisine, göçmenlik ve etnisite bağlantılı sağlıkta eşitsizlikler ve irregüler göçmenler konusunda danışmanlık yapmıştır.

Web page: <http://www.uva.nl/profelf.d.ingleby>

**Prof. Dr. Charles D Shaw PhD, MB BS, FFPH,**

**Prof. Dr. Charles D Shaw PhD, MB BS, FFPH, İngiltere, Sağlık Bakanlıklarında Ülke Düzeyinde Bireysel Danışman, İNGİLTERE**

**Prof. Hesham Mohamed Ahmed Negm**



**Prof. Dr. Hesham Mohamed Ahmed Negm Kahire Üniversitesi Tıp Fakültesi, MISIR**

23/10/1954 Mısır, Giza doğumludur, evli ve 2 çocuk sahibi, Kahire Üniversitesi Tıp fakültesi mezunu, MB B CH1977 Aralık 1977 Kahire Üniversitesinden iyi derece ile mezun olmuştur.

1994 den beri Otorinoloji Profesörü, Tıp fakültesi, Kahire Üniversitesi ORL Mısır Toplumu ve yabancı bilimler kurul üyesi Mısır ORL Toplumu uluslar arası koordinatörü, Kulak burun boğaz, baş ve boğaz cerrahisi ( IAO-H&NS) uluslar arası akademi üyesi

ELS üyesi ( Avrupa boğaz hastalıkları bilimi topluluğu ), Fotobiyojoloji Avrupa Topluluğu Üyesi

Philips Üniversitesi, Marburg, Almanya Ziyaretçi Prof., OHNSI genel sekreterleri için Otolaryngology, kafa ve boğaz cerrahisi ünitesi

Acta Oto-boğaz hastalıkları dergisi uluslar arası kurul üyesi, ENT haberleri uluslararası komitesi yayın kurulu üyesi

Folia oblataryngology danışma kurulu üyesi, Bulgaristan dergisi uluslararası kurulu üyesi

Ürdün, Royal Medikal hizmetler uluslararası danışma kurulu üyesi, Laryngology ve Ses dergisi uluslar arası yayın kurulu üyesi

Kazakistan burun hastalıkları topluluğu onur üyesi, Hindistan Ses cemiyeti onur üyesi

Gizada Mısır Kızılay kurul üyesi, 46 belgenin yazarı farklı dergilerde yayımlandı

Kahire Üniversitesi, tıp fakültesi konferans merkezi ve müze direktörü, Birçok devlet ve özel hastane danışmanı

Tüm dünyada birçok konferans, sempozyum, toplantı ve kursa misafiri konuşmacı, fakülte üyesi, jüri üyesi, başkan ve organiza tör olarak katıldı.

Gezira spor kulübü üyesi, Ulusal spor kulübü üyesi

**Prof. Dr. Antonio Chiarenza**



**Dr. Antonio Chiarenza,**  
**Koordinatör, ,WHO-HPH task force on MCCH, HPH Bölgesel Network,**  
**Başkan, Reggio Emilia „ Ausl Of Reggio Emilia , İtalya**

Antonio Chiarenza Reggio Emilia, İtalyada lokal sağlık otoritesi ile birlikte araştırma ve inovasyon departmanlarından sorumlu olarak çalışmaktadır. Antonio'nun ilgi alanları; sağlığın güçlendirilmesi, göçmen sağlığı ve toplum sağlığıdır. Antonio DSÖ hastanelerde sağlığın geliştirilmesi, göçmen arkadaşları hastaneler yürütme kurulunda ve kültürel açıdan donanımlı sağlık bakımı programlarını ve emilia romagnadaki bölgesel sağlığı geliştirme hastaneler ağı yönetim merkezinin yönetimini gerçekleştirmektedir. Aynı zamanda ADAPT projesi core grubu ve yönetim kurulunda yer almaktadır. Pek çok yayınlanmış makaleleri ve göçmen sağlığı konusunda ulusal ve uluslararası alanda gerçekleştirdiği pek çok sunumu mevcuttur. Halen Göçmenler ve ihtiyacı olan hassas gruplarda sağlık bakımında eşitlik standartları ile ilgili pek çok projeyi koordine etmektedir. Antonio doktorasını İngiltere leicester de sosyoloji alanında yapmıştır.

**Prof. Dr. Yannis SKALKIDIS**



**Prof. Dr. Yannis SKALKIDIS**  
**Atina Üniversitesi, Tıp Fakültesi Tıbbi Dökümantasyon ve Kalite Birimi, Yunanistan**

Yannis Skalkidis Atina Üniversitesi cerrahidir ve Harvard toplum sağlığı okulu, sağlık politikası ve yönetiminden mezundur. Şu an Atina Üniversitesi Tıp Fakültesinde Medikal İnfomatik- Yardımcı Doçent Doktordur.. Ayrıca devlet hastanelerinde Kalite üzerine ulusal komite başkanı vekilidir. Sağlıkta kalite ve teknoloji ulusal gelişim merkezi idare heyeti üyesidir. IT sistemi ve kalite gelişim sistemleri kalite uygulamaları ile ilişkili Avrupa Birliği destekli projelere katıldı/koordine etti ve sağlık hizmetleri dağıtımda klinik tesislilik, hasta güvenliği, ve ekonomik verimlilik değerlendirmesi yaptı. Ayrıca American College of Surgeons , International College of Surgeons, Sağlık hizmetlerinde kalite için Helenik topluluk akademisi üyesi, uzun süredir Avrupa halk sağlığı projeleri eleştirmen ve değerlendirisidir.

**Prof. Dr. Kvetoslava RIMAROVA**

**Prof. Dr. Kvetoslava Rimarova,**  
**Pj Safarik Üniversitesi Tıp Fakültesi, SLOVAKYA**

**Prof. Dr. Ursula Karl-Trummer, MSc**



**Prof. Dr. Ursula Karl-Trummer, MSc,**  
**Sağlık ve Göç Merkezi, Danube Üniversitesi, Krems, AVUSTURYA**

1967 avusturya doğumlu olan Dr Ursula Karl- Trummer siyaset bilimi ve sosyoloji eğitimi aldı. Doktora tezini, "Yeni paradigmalarda geleneksel rol modelleri" ve "Hasta sağlığına olanak sağlayan, engel teskil eden faktörler" alanında yapan Dr Karl Trummer Kurumsal gelişim ve danışman alanında yüksek lisans yapmıştır. 1993-1996 yılları arasında Viyana uygulamalı sosyoloji Enstitüsünde görev alan genç bilimci Dr Ursula, 1995-1996 yılları arasında almanya Erlangen Nürnberg Üniversitesi sosyoloji ve sosyal antropoloji bölümünde görev aldı. 2008-2011 yılları arasında Donube(tuna) Üniversitesi, Krems Avusturya sağlık ve göç merkezinin yönetimini üstlendi. 1996 dan bu yana Trummer&Novak- Zezula OG (SME) idari yöneticiliğini üstlenen Dr Ursula, sürdürülebilir sağlık sistemi ve örgütsel gelişimi alanında araştırmacı ve danışman olarak görev aldı. Cesitli Üniversitelerde öğretim görevlisi, avrupa komisyonu uzmanı, Almanya eğitim ve bilim bakanlığı ve norvec araştırma konseyi danışmanı olarak görev aldı. Sağlık ve göç, sağlık sisteminin örgütsel ve sürdürülebilir gelişimi ve transdisipliner araştırmalar, başlıca araştırma alanları içerisinde.

**Dr. Bernadette Kumar**



**Dr. Bernadette KUMAR**  
**Başkan, Norveç Azınlıklar Sağlık Araştırmaları Derneği, Ullevaal Üniversite Hastanesi, NORVEÇ**

**Yrd. Doç. Dr. Ahmed AL-KUWAITI**



**Yrd. Doç. Dr. Ahmed AL-KUWAITI**  
**Genel Supervizer, Dekan, Kalite ve Akreditasyon Tıp Fakültesi, Kalite bölümü , Dammam, Suudi Arabistan**

Dr. Ahmed Kuwaiti, sağlık hizmetlerinde medikal eğitim ve kalite üzerinde duran bir kalite danışmanıdır. Suudi Arabistan , Dammam Üniversitesi kalite ve akademik akreditasyon dekanlığı genel supervizer, araştırmacı ve yardımcı doçent olarak çalışmaktadır. Lisanslı Hastane organizasyonu ve yüksek Eğitim araştırmacıdır, liderlik ve mesleki gelişimin yanı sıra, yüksek eğitim için NCAAA, JCI akreditasyon standartlarına akreditasyon, performans gelişimi ve teknikleri gibi çeşitli konularda eğitmiştir. Dr Ahmed Al- Kuwaiti birçok organizasyon kurulumu ve yüksek eğitim enstitüleri ile çeşitli sağlık hizmetleri organizasyon kuruluşlarında deneyimli bir liderdir. Sağlık hizmetleri profesyonelleri topluluğu Orta Doğu Bölge Başkanı ve uluslararası tıp dergisi, temel sağlık hizmetleri dergisi ve temel sağlık hizmetleri uluslararası Londra dergisi isminde üç uluslararası derginin kurul üyesidir. Araştırmacı ve sözcük olarak, Dr. Kuwaiti üç ders kitabı ve 10'un üzerinde bilimsel yazı yayınlamıştır. Ayrıca Profesyonel Gelişim ve liderlik, Akreditasyon sistemleri, kalite üzerine seminerler, konuşma ve konferanslar sunmuştur.

**Dr. Rashid bin Khalfan Al Abri**



**Dr. Rashid bin Khalfan Al Abri, Tıp Doktoru, FRSC, MBA**  
**Kalite ve Gelişim Bölüm Başkanı, Sultan Qaboos Üniversitesi, Umman Sultanlığı**

Şu anki pozisyonu: Kulak Burun Boğaz Uzmanı, Sultan Qaboos Üniversitesi, Kalite ve Gelişim Bölüm Başkanı, Ayrıca; Kulak Burun Boğaz Mezuniyet Sonrası Program Başkanı, Umman Tıp Uzmanlar Boardı, Planlama Ve Araştırmalar Başkanı, Sultan Qaboos Üniversitesi Tıp Dergisi Yardımcı Editör Umman Tıp Dergisi, Editörler Kurulu Üyesi, Pan-Arab Rinoloji Derneği Dergisi Editör Yardımcısı, Umman Tabipler Birliği Başkan Yardımcısı Umman Otolaringoloji Derneği Başkan Yardımcısı

**Dr. Abdallah EDDAAL**








**Dr. Abdallah EDDAAL**  
**Tabip Subay Amiri, Mohamad Saleh Basharahi Hastanesi, Mekke, SUUDİ ARABİSTAN**

Morocco da tıp eğitimini tamamladıktan sonra, Dr Eddaal Paris Üniversitesine katıldı ve Hematoloji yüksek lisansı yaptı. Suudi Arabistan Mekke de M.S. Basharahil hastanesinde tıbbi direktördür, Dr Eddaal baş danışman olmanın yanı sıra, kalite ve hasta güvenliği programı için danışmandır, kalite ve akreditasyonda çeşitli ek sertifikalar edinmiştir, liderlik yeteneği ile hastaneyi ulusal akreditasyon ve tasdikler çerçevesinde yönetti, ve hastanede ulusal ve uluslararası organizasyonlar ile kalite yönetimini sürdürdü.

**Dr. Christoph Haase**

**Dr. Christoph Haase**  
**Başkanvekil ve enfeksiyon kontrol bölümü yöneticisi, AMEOS Sağlık ağı, Almanya**

Tıp eğitimini tamamladıktan sonra, Dr Hasse kalp cerrahisi alanında yüksek lisansa başladı ve insan kalbi fizyolojisi ile ilgili enin bilgiler elde etti ki bu da Almanya'da tanınmış bir kalp cerrahisi anestezi uzmanı için sağlam bir arkaplan oluşturdu. Dr, Hasse enfeksiyon kontrolü, kalite yönetimi, tıbbi kontrolör ve acil tıp alanında sertifikalar almıştır. Almanya'da iyi bilinen birçok kurumun yanı sıra serbest anestezi olarak çalıştı. Şu an AMEOS sağlık ağında anestezi ve yoğun bakım bölümlerinde başkan yardımcısı. Tıp alanındaki başarıları ise oldukça takdir edilmektedir.

<p><b>Angela LIEBKE</b></p> 	<p><b>Angela LIEBKE,</b>  <b>Anestezi ve Yoğun bakım Departmanı Başkanı, AMEOS sağlık ağında hastane yönetim kurulu üyesi, ALMANYA</b></p> <p>Angela Liebke Anestezi ve Yoğun Bakım Bölümü başkanı. AMEOS Sağlık Ağı'nda hastane yönetim kurulu üyesi. Baltık bölgesinde Acil ve Afet Yönetiminde yönetici üye. Rostock Üniversitesi'nde tıp eğitimini tamamladıktan sonra Dr. Liebke Brandenburg'da cerrahi departmana katıldı ve 1992'de Uzmanlık ehliyetini aldı. Daha sonra Anestezi departmanına katılma kararı aldı ve 1998'de Anestezi ve Yoğun bakım alanında yüksek lisansını bitirdi. 2008'den beri Anklam'da Anestezi departmanını yönetiyor. Tıp alanında uzun yıllarda elde ettiği deneyimleriyle Almanya'da tanınmıştır. Yönetici üye olarak, kendi departmanında sağlıkta kaliteyi uygulamıştır.</p>
<p><b>Dr. Arild Aambø</b></p> 	<p><b>Dr. Arild Aambø</b>  <b>NAKMI, Soesterhjemmet , Ullevaal Üniversite Hastanesi, NORVEÇ</b></p> <p>2004 yılından itibaren Norveç, Azınlık Sağlık Araştırma Merkezi'nin (NAKMI) yöneticilik görevinde bulunan Dr. Aambø, sağlık güvence çalışanları ile kronik hastaların ilişkisi üzerine niteliksel bir çalışma olan "sosyal güvenlik kuruluşunda iletişim yeterliliği", çok kültürlü alanda anlamlı sağlık geliştirme yöntemleri geliştirmeyi amaçlayan bir proje olan "temel sağlık hizmetleri çalışmaları"nda kurucu ve yönetici olarak, ayrıca Norveç Azınlık Sağlık Araştırma Merkezi'nin müdür yardımcısı olarak çalışmıştır ve tedavi hizmetleri ulusal stratejileri alanında çalışmıştır. 1987-1996 yılları arasında örgütlerde psikolog ve fizyoterapist olarak görev yapan Dr. Aambø 2000 yılı IFTA Dünya Kongresi, 2002 Klinik ve Deneysel Hipnoz Dünya Kongresi ile 2008 Nordic Aile Terapisi Konferansı'nda bilimsel komite üyesi olarak yer almıştır. 1975 yılında Tıp'ta onur derecesi alan Dr. Aambø Oslo Üniversitesi'nde Tıp Fakültesinde eğitimlik yapmış, Norveç ve dış ülkelerde (Moskova, Sofya, Singapur, Brezilya) çözüm odaklı terapi ve hipnoz ders ve çalışmaları düzenlemiştir.</p>
<p><b>Dr. Dina BAROUDI</b></p>	<p><b>Dr. Dina BAROUDI</b>  <b>Ameos Sağlık Ağı, ALMANYA</b></p>
<p><b>Dr. Minhaj A. Qidwai, MBBS, MPH</b></p>	<p><b>Dr. Minhaj A. Qidwai, MBBS, MPH, MBA, CMC,</b>  <b>Kanada, Program Direktörü, Sağlık Hizmetleri Yönetimi, İşletme Yönetimi ve İktisat Enstitüsü, PAKISTAN</b></p>
<p><b>Dr. Sarosh SIDDIQUI</b></p>	<p><b>Yrd. Doç. Dr. Sarosh SIDDIQUI, MBBS, MPH, MBA,</b>  <b>Toplum Hekimliği Anabilim Dalı, Jinnah Sind Tıp Fakültesi, PAKISTAN</b></p>
<p><b>Dr. Razia SUNTANA</b></p>	<p><b>Dr. Razia SUNTANA</b>  <b>Medical Center Hastanesi, Riyad, SUUDİ ARABİSTAN</b></p>
<p><b>Hatim Abdulaziz Banjar</b></p> 	<p><b>Hatim Abdulaziz Banjar</b>  <b>Al-Amal Hastanesi, Cidde, Suudi Arabistan</b></p> <p>Şuan Bulunduğu Pozisyon: Hasta Güvenliği Bölüm Başkanı  Suudi Arabistan Krallığı, Sağlık Bakanlığı, Al Amal Hastanesi</p> <p><b>Eğitim:</b>  Haziran 2006 Ürdün Üniversitesi Amman, Ürdün  Hemşirelik, Lisans(BSc/BA), GPA 2.85  Aralık 1999 Sağlık Bilimleri Akademisi Cidde, Suudi Arabistan  Ameliyathane, GPA 4.75  Şubat 2002 İşletme Enstitüsü, Cidde, Suudi Arabistan  Sağlık Yönetimi,, GPA 3.67</p>
<p><b>Prof. Dr. Nevzat KAHVECİ</b></p> 	<p><b>Prof. Dr. Nevzat KAHVECİ</b>  <b>Uludağ Üniversitesi, Bursa, Türkiye</b></p> <p>Eğitim Durumu:  1981-1989 Ankara - Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi  2010- Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı (Prof. Dr.)</p> <p>Yönetimsel Görevler  2001-2004 UÜ Tıp Fakültesi Akreditasyon Alt Komisyonu üyesi  2003-2004 UÜ Tıp Fakültesi Akreditasyon Kurulu üyesi  2003-2008 UÜ Tıp Fakültesi Mezuniyet Sonrası Eğitimi Yürütme Komisyonu üyesi  2005-2008 UÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu üyesi  2006-2008 UÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdür Yardımcılığı  2006-2008 UÜ-SK Kalite ve Akreditasyon Üst Kurulu üyesi  2006-2008 UÜ-SK Kalite İyileştirme ve Hasta Güvenliği Komitesi üyesi  2006-2008 UÜ-SK Yönetişim, Liderlik ve Yönlendirme Takım üyesi  2006-2007 UÜ-SK Tesis Yönetimi ve Güvenliği Komitesi üyesi  2007-2008 UÜ-SK Tesis Yönetimi ve Güvenliği Takımı sorumlusu  2007-UÜ Hayvan Deneyleri Yerel Etik Kurulu üyesi  2008-UÜ Tıp Fakültesi Deney Hayvanları Yetiştirme Uygulama ve Araştırma Merkezi Yönetim Kurulu üyesi  2011-UÜ Tıp Fakültesi Yönetim Kurulu Üyesi</p>
<p><b>Prof. Dr. Aysun YILMAZLAR</b></p> 	<p><b>Prof. Dr. Aysun Yilmazlar</b>  <b>Özel Medicabil Hastanesi Anesteziyoloji ve Yoğun Bakım Direktörlüğü ve Kalite Danışmanlığı, Türkiye</b></p> <p>Bursa, Özel Medicabil Hastanesi Anesteziyoloji ve Yoğun Bakım Direktörlüğü ve Kalite Danışmanlığı, Yalın Yönetim ve Uluslararası hasta bölümü, Özel Medicabil Hastanesi Dergisi Editörlüğü görevini sürdürmektedir. Anesteziyoloji ve Reanimasyon alanında Ortopedi Anestezisi konusunda özellikle Ortopedinin başta Atroplasti ve Omurga cerrahisine yönelik alanlara eğildi. Postoperatif analjezi teknikleri, multimodal analjezi, erken ambulasyon, omurga cerrahisine wake-up ve nöromonitorizasyon ve regional anestezi konusunda bir çok yayın, bildiri, kitap bölümü yazarlığı ve ulusal uluslararası toplantılarda konferanslar gerçekleştirdi. Aynı zamanda Ortopedi Anestezisi Komite Başkanlığını yürütmektedir. Ayrıca Sağlıkta Kalite Yönetimi konusunda İç Tetkikçi, ISO 9001 ve Baş Tetkikçi sertifikalarına sahip olup; Yalın Yönetim ve Digital sağlık konularında da çalışmaları olup, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi ve Özel Medicabil Hastanesinde Joint Commission International (JCI) belgelendirme çalışmalarında bulunmuştur. Ulusal ve uluslararası sağlık turizmi kongre ve fuarlarına katılmış olup, aynı zamanda Bursa Sağlık Turizmi Derneği Yönetim Kurulu üyesidir. İyi derecede İngilizce bilmektedir.</p>



Doç. Dr. Nefise  
BAHÇEÇİK



**Doç. Dr. Nefise BAHÇEÇİK**

**Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı Başkanı, Türkiye**

Nefise Bahçecik, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümünde Öğretim Üyesi olarak görev yapmaktadır. Liderlik, çağdaş yönetim bilimi, örgüt kültürü, örgütsel davranış, hasta ve çalışan güvenliği, etik ve değerler, hemşirelik tarihi gibi pek çok alanda uzun yıllar teorisyen ve uygulayıcı olarak çalışmaktadır. Hemşirelikte yönetim alanında pek çok genç hemşireler eğitmiş, desteklemiş, ayrıca lisans düzeyinde proje çalışmalarında ve yüksek lisans programlarında bir çok tez danışmanlığı yapmış ve yapmaktadır. Liderlik yönetimi, performans değerlendirme, itibar yönetimi, değişim yönetimi ve etik konularında konferans, sempozyum, toplantı, kursa ve ders vermek üzere davetli konuşması olarak katılmıştır. Nefise Bahçecik'in yayınlanmış kitapları ve kitap bölümü, etik konusunda uluslararası kitap çeviri editörlüğü, ulusal ve uluslararası dergilerde bilimsel ve mesleki makalesi mevcuttur.

Yrd. Doç. Dr.  
Gürbüz AKÇAY

**Yrd. Doç. Dr. Gürbüz AKÇAY**

**Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı, Muğla Kamu Hastaneleri Birliği, Genel Sekreter**

Dr. Gürbüz Akçay, 2005 yılından beri Denizli Servergazi Devlet Hastanesi Baştabibi olarak çalışmaktadır. 1991 yılında İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun olan Akçay, 1999 yılında Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanlığını alarak özel sektör ve kamu hastanelerinde Uzman hekim ve Hastane yöneticisi olarak çalışmıştır. Göreve başladığı ilk günden bu yana Toplam Kalite kültürünün ve mükemmelliğin tüm hastane de yapısı ve düzenli biçimde iyileşme ve gelişmeler sağlayarak hasta odaklı, güvenilir bakım ve tedavi hizmeti sunulması için çalışmalar yapmaktadır. 2011 Kasım ayından beri Muğla Kamu Hastaneleri Birliğinde Genel Sekreter olarak çalışmaya başlamıştır. PATH Projesi Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi tarafından 2003 yılından bu yana yürütülmektedir. 2009 yılında T.C. Sağlık Bakanlığı da projeye katılmıştır. Dr. Gürbüz Akçay, Denizli Servergazi Devlet Hastanesinin projeye seçilen 14 hastane içinde yer alması için gerekli çalışmaları yaparak Sağlık Bakanlığı tarafından PATH Projesine katılmıştır. Şu anda baştabipliğini yaptığı hastanede Kalite Yönetim Sistemi olarak hastane Entegre Yönetim Sistemi oluşturulmuş ve uygulanmasını sağlamaktadır. Bu sistemler, TS EN ISO 9001:2008 Kalite Yönetim Sistemi, TS 18001:2008 İş Sağlığı ve Güvenliği (İSG) Yönetim Sistemi ve TS ISO 10002:2006 Müşteri Memnuniyeti Yönetim Sistemi standartlarının şartlarına uygun olarak kurulmuş ve EYS-Entegre Yönetim Sistemi olarak tanımlanmıştır. Dr. Gürbüz Akçay, halen kurumda ISO 27001 Bilgi Güvenliği Yönetim Sistemi alt yapısını hazırlamaktadır. JCI ve EFQM modelleri ile ilgili kurumsal altyapı hazırlanmış, ekiplerin eğitimleri tamamlanmıştır. Dr. Gürbüz AKÇAY bunun yanında Sağlık Bilişimi alanında da faaliyet göstermektedir. İlk olarak 2007 yılında bir hastane PACS sisteminin yerel yazılımlarla geliştirilmesine danışmanlık yapmıştır. Bu çalışma sonrası PACS sistemleri ülkemizde içe cihazlarının bile ulaşabileceği düzeye gelmiştir. Şu sıralarda kurumda doküman yönetimi, teletip ve mobil tıp alanında proje faaliyetlerini yürütmektedir. Kalite ve Akreditasyon ile ilgili aldığı eğitimler: Toplam Kalite Yönetimi, EFQM ve Özdeğerlendirme, Hata Türleri ve Etki Analizi Eğitimi, İş Sağlığı ve Güvenliği (OHSAS) Risk Derecelendirme ve Değerlendirme Eğitimi, TS ISO 10002:2006 Müşteri Memnuniyeti Yönetim Sistemi, TS 18001:2008 İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetim Sistemi Temel ve İç Tetkik Eğitimi, TS ISO IEC Bilgi Güvenliği Yönetim Sistemi Temel ve İç Tetkik Eğitimi, Ekipte Mükemmellik Modeli Eğitimi.

Yrd. Doç. Dr. Birkan  
TAPAN



**Yrd. Doç. Dr. Birkan TAPAN**

**İstanbul Bilim Üniversitesi, İstanbul, Türkiye**

Yard. Doç. Dr. Birkan TAPAN 1980 İstanbul doğumludur. Lise eğitimini Kabataş Erkek Lisesi'nde tamamladıktan sonra Marmara Üniversitesi Sağlık Yönetimi bölümünden lisans, Uluslararası Kalite Yönetimi bölümünden Yüksek lisans derecelerini almıştır. 2009 yılında ise Kadir Has Üniversitesi Finans Bankacılık Anabilim Dalı'nda doktora eğitimini tamamlamıştır. 2004 - 2009 tarihleri arasında Acıbadem Sağlık Grubu ve Florence Nightingale Hastanelerinde Bütçe Planlama ve Kalite departmanlarında uzman olarak görev yapan TAPAN, 2010 yılında beri İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Kurumları İşletmeciliği Programında öğretim üyesi olarak görev yapmaktadır. Yard. Doç. Dr. Birkan TAPAN aynı zamanda İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Müdür Yardımcılığı ve üniversitenin Kalite Yönetim Koordinatörlüğü görevlerini sürdürmektedir.

Yrd. Doç. Dr. Cem  
DİKMEN



**Yrd. Doç. Dr. Cem DİKMEN**

**Uluslararası Kıbrıs Üniversitesi, Kıbrıs**

1960 yılında İstanbul'da doğdu. 1981 yılında İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi'ni bitirdi. 1982 yılında İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi, Yönetim ve Organizasyon Bölümü'nde araştırma görevlisi olarak göreve başladı. Aynı yıl İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Yönetim ve Organizasyon bölümünde Yüksek Lisans eğitimini tamamladı. 1984 yılında İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü bünyesinde yürütülen Hastane Yönetimi ve Organizasyon Bölümü Ana Bilim Dalı başkanlığı görevine başladı. 1990 yılında İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Yönetim ve Organizasyon bölümünde doktor unvanını aldı. 1992 yılında İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi'nde yardımcı doçent oldu. 2003-2006 yılları arasında İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi İşletme İktisadi Enstitüsü'nde Enstitü Sekreteri olarak görev yaptı. 2005-2006 yılları arasında İstanbul Üniversitesi Ulaştırma Lojistik Yüksek Okulu Lojistik Anabilim Dalı Başkanı olarak görev yaptı. 2009 yılında İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Sağlık Kurumları Yöneticiliği Bölüm Başkanı olarak göreve başladı. 2009-2011 yılları arasında İstanbul Bilim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdür Yardımcısı olarak görev yaptı. 2009 yılında İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Müdürü görevini de üstlendi. 2011 yılında İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Vekil Müdürü olarak görev yaptı. 2011 yılı Kasım ayında İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Müdür Yardımcılığı görevini üstlendi. 2009-2014 (Temmuz) yılları arasında İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Sağlık Kurumları Yöneticiliği Bölüm Başkanı, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Müdürü ve Sağlık Yüksekokulu Müdür Yardımcısı olarak görev yaptı. 2014 Ekim ayından itibaren Uluslararası Kıbrıs Üniversitesinde Sağlık Bilimleri Meslek Yüksekokulu Müdürlüğü görevine atandı ve halen bu göreve devam etmektedir.

Dr. Şuayip BİRİNCİ

**Dr. Şuayip BİRİNCİ**

**Müsteşar Yardımcısı / T.C Sağlık Bakanlığı, Sağlık Yönetimi Uzmanı, Ankara, Türkiye**

1973 yılında Rize'de doğdu. İlk ve Orta öğrenimini Rize ve Trabzon illerinde tamamladı. 1992 yılında kazandığı Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 1998 yılında mezun oldu. Memleketi Rize'de meslek hayatına başladı ve 2001 yılına kadar Sağlık Ocağı, 112 Acil ve Rize Devlet Hastanesi'nde görev yaptı. 2001 yılında İstanbul'a tayin olup çeşitli kamu kuruluşlarında hekimlik yaptı. 2005 ve 2009 yılları arasında Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Başhekim Yardımcısı, 2009 ve 2012 yılları arasında İstanbul İl Sağlık Müdür Yardımcısı olarak görev yaptı. Kasım 2012 tarihinde Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu İstanbul Anadolu Kuzey Bölgesi Genel Sekreteri olarak göreve başladı. 2014 Mayıs ayında Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcılığına atanan birinci, 2010 yılında Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi yüksek lisans programını, 2013 yılında Liderlik ve Küresel Girişimcilik Yüksek Lisans Programını tamamlamıştır. 2013 yılında başladığı Sağlık Kurumları yönetimi doktora programına halen devam etmektedir. Sağlık teknolojileri, Sağlık bilişimi, iletişim teknolojileri, sağlık yönetimi ve bilişimle yönetim, konularında çalışmaları olan Birinci bölgesel ve ulusal bazda çok sayıda kamu e-sağlık projeleri kurgulamış ve başarıyla hizmete alınmasına liderlik etmiştir. (Sağlık Bakanlığı e-Nabız, Tele-Tıp ve Sağlık Yönetim Sistemi vb.)

Dr. Güldem OKEM



**Doç. Dr. Zeynep Güldem Ökem PhD,**

**TOBB ETÜ Üniversitesi, Türkiye**

Zeynep Güldem Ökem TOBB-Ekonomi ve Teknoloji Üniversitesi'nde öğretim üyesidir. ODTÜ İktisat Bölümü'nden lisans (1989), Hacettepe Üniversitesi (1993) ve Londra Üniversitesi'nden (LSHTM, 1994) yüksek lisans, Marmara Üniversitesi İngilizce İktisat Bölümü'nden doktora (2007) derecelerini almıştır. Türkiye ve İngiltere'de sağlık ekonomisi, politika araştırmaları ve reform projelerinde çalışmıştır. 2008 yılından bu yana Brüksel'de Centre for European Policy Studies - CEPS'de araştırmacıdır. CEPS Ekonomi Politikaları, Sosyal Refah Araştırmaları Birimi'nin sosyal güvenlik ve sağlık sektörü çalışmalarından sorumludur. Avrupa Birliği 7. Çerçeve Programı (FP7) ve Avrupa Komisyonu (Directorate-General for Employment, Social Affairs & Inclusion, DG Enterprise & Industry, DG Research & Innovation, DG Health & Consumers) projelerini yürütmektedir. The European Network of Economic Policy Research Institutes (ENEPRI) yürütücü üyesidir. Araştırma konuları: sağlık sektöründe uygulamalı makroekonomik politikalar, ilaç ekonomisi, karşılaştırmalı sağlık sistemleri, girişimcilik ve inovatif süreçler (ilaç, tıbbi teknoloji ve eSağlık), uzun dönemli sağlık ve sosyal bakım hizmetleridir. "Equity in Health Care and Economic Growth: An analysis of health sector in Turkey" (2010), "Türkiye'nin Avrupa Birliği'ne Üyelik sürecinde Sağlıkta İnovasyon (2011)", "Avrupa Birliği Ülkelerinde Yaşlılara Yönelik Uzun Süreli Bakım Sistemleri ve Uygulamaları" (Mustafa Can ile), "Palliative Care for Older People: A Public Health Perspective (in Long-term Care Systems. Van den Block L, Albers G, Martins Pereira S, Onwuteaka-Philipsen B, Pasman R, Deliens L (Eds), basımda) başlıklı kitapları ve sağlık ve uzun süreli bakım sistemleri ile ilgili makaleleri bulunmaktadır.

Dr. Adem Sezen



**Dr. Adem SEZEN**  
İstanbul Bilim Üniversitesi, İstanbul, Türkiye

1995 yılında Karadeniz Teknik Üniversitesinden mezun oldu; Sağlık bakanlığında Ardahan, Rize ve İstanbul (Bakırköy Eğitim Araştırma Hastanesi) illerinde İl sağlık müdür yardımcılığı ve Hemodiyaliz sorumlu hekimliği yaptı. Beykent Üniversitesinde Hastane ve Sağlık Kurumları Yöneticiliği yüksek lisansı yaptı(2007). Özel sektörde; Özel Doğan hastanesinde Tıbbi Koordinatör(2004-2005), Özgözükara Grupda Genel Müdür(2006-2009)olarak çalıştı.2006 yılında kurulan Diyaliz Hekimleri Demeyinin kurucularından olup, kuruluşundan itibaren Genel Başkanlığı'nı sürdürmektedir. İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Meslek Yüksek Okulu Hemodiyaliz bölümünde 2011 yılından itibaren Öğretim görevlisi olarak çalışmaktadır.Hemodiyaliz ile ilgili iki adet basılı kitabı vardır.Evli ve bir kız babasıdır.

Uzm. Ali  
ARSLANOĞLU



**Uzm. Ali ARSLANOĞLU**  
Gölcük Asker Hastanesi, Türkiye

1973 yılında Çankırı da doğdu. İlk, orta ve lise eğitimini Ankara da tamamladı. GATA Sağlık Astsb. Hazırlama ve Sınıf okulunu bitirmiştir. Anadolu üniversitesini iktisat fakültesinden 1998 yılında mezun oldu. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme ABD. Ulu slar arası Kalite Yönetimi bilim dalında yüksek lisansı yaptı. Haliç Üniversitesi İşletme doktorası yapmaktadır. Çeşitli kongre, sempozyum ve dergilerde çalışmaları vardır. Yayınlanmış 2 ilkyardımkı kitabı bulunmaktadır.

Süleyman YILMAZ



**Süleyman YILMAZ**  
Özel Optimed Hastanesi/TEKİRDAĞ

1975 yılında Amasya'nın Taşova ilçesinde doğdu. İlk öğrenimini Diyarbakır' da , orta ve lise eğitimini Malatya'da tamamladı. Üniversite öğrenimini ise Dokuz Eylül Üniversitesinde sürdürdü. 2006-2007 yılları arasında Ankara' da Özel Ada Hastanesi'nde ve 2008 yılında ise Gaziantep' te Teknoloji Özel Sağlık Hizmetleri bünyesinde insan kaynakları müdürlüğü görevini yürüttü. 2008 yılı Ekim ayından itibaren Özel Optimed Hastanesi' nde işletme direktör yardımcılığı görevini yürütmektedir. Aynı zamanda iş güvenliği uzmanı ve hastane afet planları konusunda eğitimci olarak eğitimler vermektedir. Sağlık kuruluşlarında kalite, insan kaynakları, iş güvenliği ve çevre yönetimi konusunda çeşitli kongrelerde ve dergilerde çalışmaları bulunmaktadır.

Gıda Yüksek Müh.  
Betül Faika Sonmez



**Betül Faika SÖNMEZ, Gıda Yüksek Mühendisi**  
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye

Gıda Yük. Müh. Betül Faika SÖNMEZ, 1963 Kayseri doğumlu, 1985 Ank.Üniv. Gıda Müh. Lisans, 1990 A.Ü.Z.F Gıda Mühendisliğinde Yüksek Lisans yaptı. Sağlık Bakanlığı THSGM, 1985-1992 Mühendis, 1992-1997 Şube Müdürü, 1997-2003 Gıda Kontrol Beslenme ve Laboratuvarlar Daire Başkanı; 2003-2007 APK Uzmanı ve Sağlıkta Dönüşüm Programı Koor.Yrd ; 2007-2012 D Kalite Eğitim ve Koordinasyon, İdari İşler, AR-GE Birimi ve Çevre Sağlığı Dairesi Başkanları olarak görev yapmış olup halen Kasım 2012 663 sayılı KHK Bakanlık Yapılandırılması sonrası Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Bakanlık Müşaviri ve Kalite Yönetim Temsilcisi olarak görevine devam etmektedir. Yurtiçi ve yurtdışı ulusal ve uluslararası kongre, çalıştay, toplantı gibi çalışmalarda aktif olarak mesleki ve hizmet alanları ile ilgili grup çalışmalarında yer almış ayrıca konuşmacı ve eğitimci, olarak görev almıştır.

Uzmanlık alanları ; Gıda Kontrol Sistemi, Gıda Denetçiliği , HACCP (WHO), Avrupa Birliği (EU), Ar-Ge Mühendisliği ( TÜBİTAK), C sınıfı İş Güvenliği (ÇSGB), Strateji Yönetimi (Imperial College Tanaka Business School İngiltere); Sağlık Yöneticiliği USES, Proje Döngüsü Mantıksal Çerçeve, EU DIS Proje Yönetimi TOT(Eğitici Eğitimi) ; Yönetici Eğitimi (ODTÜ), Değişim Yönetimi, İç kontrol, Sağlık Okuryazarlığı, TS EN ISO 9001:2008 Kalite Yönetim Sistem Kurucusu, ISO 9001:2008 KYS Baş Denetçiliği vb. Yabancı dili İngilizcedir.

Kasım 2014 yılında Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Merkez Teşkilatı Bünyesinde kapsam TS EN ISO 9001:2008 Kalite Yönetim Sistemini Kalite Ekibi ile birlikte kurarak , K-Q TSE-ISO-EN 9000 Belgesi ile IQ Net Sertifikasını THSK na kazandırmış olup Sağlık Bakanlığı genelinde ilk KYS Belgesi olma özelliği taşımaktadır.



**QPS 2015**



## KONUŞMACI ÖZETLERİ

### 13 Mayıs 2015 – Çarşamba

<b>Resmi Açılış Töreni ( Salon 1 ) ve Resmi Açılış Konferansı ; SAĞLIKLI YAŞAM İÇİN "KALİTE VE HASTA GÜVENLİĞİ"</b>	
Konuşmacılar	<p><b><u>Prof. Dr. Seval AKGÜN, Kongre Başkanı,</u></b> Başkent Üniversitesi Hastaneleri ve Bağlı Sağlık ve Eğitim Kuruluşları Kalite Koordinatörü, Mısır Profesör St. John International Üniversitesi, İtalya, Sağlık Akademisyenleri Derneği Başkanı, <b>TÜRKİYE</b></p> <p><b><u>Prof. Dr. Al-ASSAF, Kongre Es- Başkanı,</u></b> Amerika Sağlıkta Kalite Enstitüsü Başkanı – <b>ABD</b></p>

### 14 Mayıs 2015 – Perşembe

<b>Salon I – Konferans 1:</b>	<b>SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTEDE MEGA TRENDLER</b>
Oturum Başkanı	<p><b><u>Prof. Dr. Al-ASSAF, Kongre Es- Başkanı,</u></b> Amerika Sağlıkta Kalite Enstitüsü Başkanı <b>ABD</b></p>
Konuşmacılar	<p><b>SAĞLIKTA KALİTEDE MEGA TRENDLER</b></p> <p><b><u>Prof. Dr. Al-ASSAF, Kongre Es- Başkanı,</u></b> Amerika Sağlıkta Kalite Enstitüsü Başkanı <b>ABD</b></p> <p><b>ÖZET</b> En az 10 ana trend ve değişiklik sağlıkta kalite ve performans iyileştirme açısından ana hatlarıyla belirtilip tartışıldı. Trendler yapısal değişiklikler, kurumların davranış değişikliği, teşvik edici gelişmeler ve yeni ölçütler ile ilgili meseleler içermektedir. Sorumluluk, hasta güvenliği akreditasyon ve klinik sonuçlar ile ilgili meseleler analiz edilmiştir.</p>
Konuşmacılar	<p><b><u>Dr. Charles D Shaw PhD, MB BS, FFPH,</u></b> İngiltere, Sağlık Bakanlıklarında Ülke Düzeyinde Bireysel Danışman, <b>İNGİLTERE</b></p>
Konuşmacılar	<p><b><u>Dr. Suayip BİRİNCİ,</u></b> T.C. Sağlık Bakanlığı, Müsteşar Yardımcısı, <b>TÜRKİYE</b></p>
<b>Salon I – Konferans 2:</b>	<b>SAĞLIKTA HAKKANIYETİ SAĞLAMADA VE HASTA BAKIM ODAKLI YAKLAŞIMDA KALİTE YÖNTEMLERİNİN KULLANIMI</b>
Oturum Başkanı	<p><b><u>Prof. Dr. Seval AKGÜN, Kongre Başkanı,</u></b> Başkent Üniversitesi Hastaneleri ve Bağlı Sağlık ve Eğitim Kuruluşları Kalite Koordinatörü, Mısır Profesör St. John International Üniversitesi, İtalya, Sağlık Akademisyenleri Derneği Başkanı, <b>Türkiye</b></p>
Konuşmacılar	<p><b><u>Dr. Charles D Shaw PhD, MB BS, FFPH,</u></b> İngiltere, Sağlık Bakanlıklarında Ülke Düzeyinde Bireysel Danışman, <b>İNGİLTERE</b></p>
<b>Paralel Oturumlar 1</b>	
<b>Salon I</b>	<b>ÖZEL GRUPLARDA KALİTE VE HASTA GÜVENLİĞİ</b>
Oturum Başkanı	<p><b><u>Prof. Dr. David Ingleby,</u></b> Amsterdam Üniversitesi, <b>HOLLANDA</b></p>

<p>Konuşmacılar</p>	<p><b>ÇEŞİTLİLİĞE CEVAP VERİLEBİLİRLİK NE DERECEDE PROFESYONEL STANDARTLAR SORUNUDUR? MIPEX GÖÇMEN SAĞLIK POLİTİKALARI ARAŞTIRMALARINDAN ÇIKARILAN DERSLER</b></p> <p><b>Professor David Ingleby</b> Toplum Bilimi ve Küresel Sağlık Merkezi Amsterdam Üniversitesi <b>HOLLANDA</b></p> <p><b>ÖZET</b></p> <p>Büyük ölçüde göç sebebiyle ortaya çıkan sosyal ve kültürel çeşitliliğin artışıyla sağlık hizmeti sağlayıcıları 'herkese tek beden elbise' yaklaşımını terk ederek, uygulamalarını bu çeşitli popülasyonun ihtiyaçlarına adapte etmek zorunda kaldılar. Bu durum diğer şeylerin yanında iletişim, karşılıklı anlaşma ve güven de içermelidir ki daha iyi teşhis ve tedaviye uyum sağlanabilsin ve yanlış anlaşılmalardan doğan kazalar önlenabilsin. Profesyonel normlar da bilgilendirilmiş hasta rızası almak için iyi bir iletişim gerektirir. Bu tür cevaplanabilirlikler akreditasyon standartları içinde de yer alır.</p> <p>Avrupa Birliği COST Action ADAPT (Avrupa sağlık sistemini çeşitliliğe uyarlamak) a göre profesyonel normlar ve standartlar bu alanda değişikliğin sürücülerinde kabul edilir. Şu an ADAPT, MIPEX (Göçmen Entegrasyon Politikası Endeksi) i yayınlayan Uluslararası Göç ve Göç Politikaları Örgütü ile birlikte 40 ülkede bir proje yürütüyor. MIPEX' in yeni yayını sağlık politikalarında yeni bir aşama kaydedecek.</p> <p>Bu çalışmanın ön sonuçları göçmenlerin ihtiyaçlarını hangi sağlık sisteminin karşıladığı konusuna işaret ediyor. Aynı zamanda profesyonel standartların bu alanda değişiklikler yaratılmasında ki rolüyle ilgili de bazı çıkarımlar yapılabilir.</p>
<p>Konuşmacılar</p>	<p><b>SAĞLIK OKURYAZARLIĞI VE GÖÇ - GLOBAL DÜNYADA HABERDAR KALMAK</b></p> <p><b>Prof. Dr. Ursula Trummer,</b> Danube Üniversitesi, Krens, <b>AVUSTURYA</b></p> <p><b>ÖZET</b></p> <p>Dünya Sağlık Örgütü'nün yaptığı tanıma göre Sağlık okuryazarlığı, kişinin sağlıkla ilgili etkin ve uygun kararları verebilmesi için sağlık bilgilerini okuma, anlama ve kullanma kabiliyetidir. (WHO, HPG 1998) Literatürde anlatılan düşük seviyede sağlık okuryazarlığının tıbbi bilgilerin anlaşılmasında azalma, (örneğin, taburcu işlemleri, ilaç alım talimatları) koruyucu sağlık servislerini anlayamamak ve kullanamamak, hastaneye yatırılmada artış ve daha zayıf sağlık durumları gibi sonuçları vardır.</p> <p>Kavramın gelişmesiyle 'Sağlık Bilgisi Okuryazarlığı' terimi (örneğin, Eriksson-Backa 2011) i) sağlık bilgisi ihtiyacını farketmek ii) muhtemel bilgi kaynaklarını belirlemek ve doğru bilgi almak için bunları kullanmak iii) belirli bir durumda bilgilerin kalitesini ve uygulanabilirliğini değerlendirmek iv) analiz etmek, anlamak ve bilgiyi doğru karar almak adına kullanmak için gerekli olan beceriler olarak tanımlanmıştır. Sağlık bilgisi okuryazarlığı sağlık hizmetlerinin uygun kullanımını sağlamak için önemli bir ön koşuldur.</p> <p>Göç sürecinin sağlık okuryazarlığı seviyesi üzerinde büyük bir etkisi olabilir. Yaşanılan ülkenin ortamına göre inşa edilen sağlık okuryazarlığı sınırlı kullanımın kanıtı olmakla birlikte sağlık bilgisi ve uygun tedavi arayan ve daha önce yaşadığı ülkenin halk sağlığı sistemi farklı bir mantık ve yapıyı takip eden göçmenler için engel teşkil eder. Göç sürecinin karşılıklı etkileşimi, sağlık okuryazarlığının kaybı ve kazancı, göçmenlerin hizmet kullanımı ve muhtemel etkileri bu konuşmanın ana konuları olacaktır.</p>
<p><b>Salon II</b></p>	<p><b>SAGLIK HİZMETLERİNDE KALİTE YÖNETİMİ, YÖNETİŞİM VE LİDERLİK</b></p>
<p>Oturum Başkanı</p>	<p><b>Gıda Yük. Müh. Betül Faika SÖNMEZ,</b> Bakanlık Müşaviri, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, <b>TÜRKİYE</b></p>
<p>Konuşmacılar</p>	<p><b>Türkiye Halk Sağlığı Kurumu TS EN ISO 9001:2008 Kalite Yönetim Sistem Belgesi ile Tescillendi</b></p> <p><b>Gıda Yük. Müh. Betül Faika SÖNMEZ,</b> Bakanlık Müşaviri, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, <b>TÜRKİYE</b></p> <p><b>ÖZET</b></p> <p>T. C Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (THSK) Merkez Teşkilatı olarak kapsam dahilinde tüm birimlerimiz 24 Aralık 2014- 24 Aralık 2017 geçerlilik tarihlerini kapsayan K-Q TSE-ISO-EN 9000 Kalite Yönetim Sistem Belgesi ile IQ Net Sertifikasını almış ve 2014 Kurum Kalite Hedefine; Haziran 2012 - Kasım 2014 tarihleri arası çalışmalar ile ulaşmıştır. TS EN ISO 9001-2008 Kalite Yönetim Sisteminin Kurulması ile elde edilen belgenin devamlılığı ve sürdürülebilirliği noktasında belirli dönemlerde de sistemin kontrolü, ilgili kuruluş tarafından gerçekleştirilecektir.</p> <p>Kurum adına yürütülen ve büyük oranda gönüllülük ve özveri esasına dayanan bu çalışmalar ile sistem devamlılığı ve iyileşme adına kurumun dinamik tutulması, kurumsal kimliğin güçlendirilmesi, çalışanların kalite bilincinin geliştirilmesi, ekip ruhunun kazanılması, "kaliteli halk sağlığı hizmet sunumu ilkesinden hareketle belirlenen" kalite politikası, hedef, misyon ve vizyonun sürdürülebilmesi, diğer yönetim standartlarına temel teşkil etmesi, iç ve dış memnuniyet, işbirliği ve iletişim kanallarının artması gibi birçok yarar sağlanacaktır.</p> <p>Ayrıca Türkiye Halk Sağlığı Kurumu yönetici ve çalışanları olarak kalite çalışmalarımızın; yürüttüğümüz halk sağlığı politikamızı sürdürmek, güncellemek, iyileştirmek ve uygulamada başarıyla yakalamamızda önemli katkılarının olacağına inanmaktayız.</p>

**ÜNLÜTÜRK NİHAİ**

Medicalpark Hastaneler Grubu, İstanbul/Türkiye

**ÖZET**

**AMAÇ:** Sağlık hizmeti sunan kurum ve kuruluşların, referans alından standartlar (ISO, JCI, SKS vb.) doğrultusunda kalite faaliyetleri ve belgelendirmeleri planlarken kalite yönetim departmanlarının sistemik boyutta yönetsel ve organizasyonel yapısının nasıl ele alındığı önem taşımaktadır. Bu çalışma ile; MPH G Kalite Yönetim Modeli yapısını inceleyerek sağlık sektöründeki kalite organizasyon yapılarına ışık tutmak amaçlanmıştır.

**UYGULAMA:** Kalite departmanlarının var oluş sebebi sağlık hizmetlerindeki ulusal ve uluslararası düzeyde kabul görmüş sağlık hizmet standartlarının ve sağlık uygulamalarının sistemsel entegrasyonunu sağlamak ve sistemi dinamik tutmaktır.

**MPHG'de kalite yönetim modeli 6 yapıda ele alınmaktadır:**

**Kalite Yönetim Yapısı:** Etkin ve verimli bir yönetim için öncelikle iyi bir planlama ve takip sistemi gereklidir. Bu doğrultuda oluşturulan "Kalite Yönetim Planı" (komite, kurul ve konseylerin toplanması, eğitim, denetim, tatbikat, raporlama, tedarik performansı,) süreçlerin takibi ve koordinasyonu açısından yol göstericidir.

Şüphesizdir ki; doğru kararlar almak, doğru ve etkin işler yapmak Kalite yönetim sistemi araçlarının sistematik olarak kullanılması ile olur. Bu açıdan bakıldığında kalite yönetim sistemi araçlarını çok iyi kurgulamak ve tüm çalışanların katılımı ve desteği ile uygulamak hizmet kalitesini arttıran en önemli faktördür. Kalite yöneticilerinin de tüm çalışanları kalite süreçlerine dahil edebileceği sistemleri hayata geçirmek temel hedefi olmalıdır.

MPHG'de çalışanların bildirim yapabileceği sistemler hastane otomasyon sistemine entegre edilmiştir. Böylece hem bildirimci hem de sonuçların takibini görev ilmek mümkündür. Bu da çalışanlar üzerinde sisteme olan güveni artırmaktadır. İşleyiş ve saha uygunsuzluklarının takibi, düzeltici ve önleyici faaliyetlerin planlanması için hastane otomasyonu üzerinden Düzeltici ve Önleyici Faaliyet Takip Sistemi, (DÖF modülü), hastaya yansıyan ya da olası tıbbi hataların raporlanması için Güvenlik Raporlama (Olay Bildirim) Sistemi uygulanmaktadır. Her iki sisteminde etkinliğinin artırılması için personele yönelik sürekli teşvik edici bilgilendirmeler ve eğitimler yapılmaktadır.

**Kalite Dokümantasyon Yapısı:** Grup genelinde (23 hastane) klinik ve idari yapıda standart hizmet sunumu benimsenmiştir. Bu nedenle grup içinde mevcut belgelendirmeler dikkate alınarak JCI Akreditasyon Standartları, ISO 9001:2008 TSE Standartları, Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) ve Bakanlıkça yayınlanan mevzuata uygun doküman alt yapısı oluşturulmuştur. Her bölümün temel ve alt süreçleri tanımlanmış olup, klinik uygulamalar protokoller, rehberler ve algoritmalar ile detaylandırılmıştır. 51 bölüm, 11 doküman tipi (prosedür, talimat, form, yardımcı doküman, görev tanımı, organizasyon şeması, dış kaynaklı doküman, broşür, bilgilendirme onam, hekim yetkilendirme) olmak üzere toplam 4.366 adet doküman sistem içinde mevcuttur.

Kalite Performans Takip Süreci: Ölçemediğinizi iyileştiremezsiniz. Bu nedenle büyük değişimleri sağlayabilmek ve sürekli iyileştirmeyi gerçekleştirebilmek; sağlıklı veriler ve sistemlik ölçümlerle mümkündür. Bu doğrultuda; MPH G'de kalite çıktılarını ölçümler için performans ölçüm sistemi geliştirilmiştir. Klinik kalite ve süreç ölçüm göstergeleri belirlenerek grup genelinde hastaneler arası kıyaslama yapılmakta ve sistemik analizler gerçekleştirilmektedir. Bu indikatörler belirlenirken; hasta güvenliği beklentileri, hastalar için yüksek risk taşıyan büyük hacimli süreçler, problem çıkması olası süreçlere odaklanılmıştır. Bu alanlardan elde edilen verilerin sistemik analizi ile mevcut durum tespiti, politikaların belirlenmesi, gerekli kaynakların sağlanması, önceliklere yer verilmesi, sorunların ve çözümlerinin ortaya konulması ve tüm kalite faaliyetlerinin takibi sağlanmaktadır.

**Kalite Geliştirme ve İyileştirme Yapısı:** Standartlara uyumun takibi ve süreçlerdeki uygunsuzlukların giderilerek sürekli iyileştirilmenin sağlanması kurumun sürekli hedefidir. Kalite yönetim sistemi araçlarından (DÖF, Olay bildirimci, klinik kalite ve süreç ölçüm göstergeleri) elde edilen sistemik veriler ve analizler gerçek bilgilerdir. Bu doğrultuda problem çözüme teknikleri kullanılarak sorunların çözümü ve süreçlerin iyileştirilmesine odaklanılmaktadır.

Kalite Eğitim Yapısı: Kalite yönetim sistemlerinin ve hasta güvenliği beklentilerinin tüm çalışanlar tarafından bilinmesi çok önemlidir. Bu nedenle işe başlayan herkes oryantasyon eğitiminden geçmekte ve temel bilgiler aktarılmaktadır. Akabinde belirli periyotlarda eğitimler düzenlenmektedir. Standartlara uyum, hasta ve çalışan güvenliği, risk yönetimi gibi konulara odaklanılır. Bunların yanında kalite eğitim programları düzenlenir. Bu eğitim programında; kalite yönetim sistemi yapısı, kalite otomasyon sisteminin kullanımı (DÖF, Olay bildirimci), kalite indikatör takip sistemi, süreç yönetimi ve iyileştirme yöntemleri (Kök Neden Analizi, Hata Türleri Etki Analizi, PUKÖ) anlatılır.

**Kalite Denetim Yapısı:** Çalışanlar arasında Öz- Değerlendirme/İç tetkik Ekibi oluşturulmuştur. Bu kişiler, özel eğitime tabi tutularak sertifikalandırılmaktadırlar. Yılda 2 kez belirlenen ekipler kendi bölümlerinin dışında farklı bölümlere giderek JCI-SKS standartlarına ve prosedürlere uygunluğu değerlendirirler. Tespit edilen bulgular kalite konseyinde üst yönetime sunulur. İyileştirmeler için kararlar alınır. Periyodik olarak Bina Turları yapılarak saha kalite yönetim sistemleri açısından dinamik tutulmaya çalışılır. Elde edilen uygunsuzluklar saha denetim uygunsuzlukları olarak DÖF sistemine girilir ve sorunlar giderilinceye kadar takip edilir.

**SONUÇ:** Standartların sistemsel entegrasyonu, pratiğe dönüştürülmesi, çalışanlar tarafından benimsenmesi ve sürdürülebilir olması şüphesizdir ki; sistemsel açıdan doğru organizasyon yapısı ve iyi bir planlama ile mümkündür.

Öğr. Gör. Ayşe Dost<sup>1</sup>, İskender Dost<sup>2</sup>, **Doç.Dr. Nefise Bahçecik**<sup>3</sup>

1 Hemşirelik Bölümü, Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul Medipol Üniversitesi, İstanbul, Türkiye.

2 Yüksek Lisans Öğrencisi, İnsan Kaynakları Yönetimi Bölümü, Marmara Üniversitesi, İstanbul, Türkiye.

3 Hemşirelik Bölümü, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Marmara Üniversitesi, İstanbul, Türkiye.

**ÖZET**

Balanced Scorecard, organizasyonun vizyonunu ve stratejisini, başarılı stratejik ölçüm ve yönetim için teşkil eden performans ve eylem ölçümlerine dönüşüren bütüncül bir performans ölçüm yöntemidir. Balanced Scorecard yöntemi, yeni ve sistemli bir yaklaşım olup, her büyüklükteki organizasyonda kullanılabilir bir performans yönetim sistemidir. "Balanced Scorecard" kavramı "Dengeli Not Defteri", "Denge Kontrol Paneli", "Dengeli Puan Cetveli" şeklinde Türkçe'ye çevrilmiştir. Balanced Scorecard'ın temel özelliği kurumsal stratejik amaçlar ile performans ölçümleri arasında bir bağ kurması ve bu bağı ön plana çıkarmasıdır.

Bilgi toplumunda işletmelerin karşı karşıya kaldığı sorun etkili bir performans yöntemine duyulan ihtiyaçtır. Geleneksel muhasebe tabanlı performans ölçme yöntemleri sadece geçmişe yönelik bilgiler sunması, kısa döneme fazla odaklanması ve çok özet bilgiler içermesinden dolayı uzun zamandır eleştirilmekte ve yetersiz bulunmaktadır. Dengeli Ölçüm Kartı, işletmelerde kararların alınması, hedeflerin belirlenmesi ve sonuçların değerlendirilmesine yönelik olarak Finansal Boyut, Müşteri Boyutu, İçsel Süreç Boyutu ve Öğrenme ve Gelişim Boyutu olmak üzere dört farklı boyuttan oluşan işletme performansını ölçmektedir. Bu boyutlar, yöneticilere, işletmeyi dört farklı boyuttan değerlendirme imkânı vermektedir. Sağlık işletmelerinin performansının ölçümünde, finansal analizlerin yanında, hizmet kalitesi, verimlilik, etkinlik ve etkililik, müşteri memnuniyeti gibi finansal olmayan unsurların ölçümü ile ilgili yöntemler de kullanılabilir. Performans ölçümünü yöneten işletmeler temelde kendi kendini yönetme, organizasyonda daha iyi iletişim, tepede daha iyi takım çalışmasını yönetmiş olurlar.

İşletme yönetimi noktasından hastane işletmeleri diğer işletmeler kadar olgunlaşmış değildir. Hastane işletmeleri Dengeli Ölçüm Kartını hayata geçirmede sanayi endüstrisine göre geri kalmıştır. Hastane işletmelerinde yatakların etkili kullanımı, hekim-hemşire etkililiği, poliklinik sayısının artırılması, taburcu olan hasta sayısı, mali göstergeler oranları önemli performans göstergeleridir. Hastane performans, çok boyutlu bir yapıdır; hastanenin ayrıntılı performansını kapsayan tek bir ölçüt yoktur. Geçmişte yapılan çalışmalarda hastane performansını tanımlamak için maliyet göstergeleri, çıktı oranları ve çok sayıda finansal ölçüt kullanılmıştır.

Dengeli ölçüm kartının kullanılabilmesi için stratejik hedeflerinin belirlenmesi, vizyon ve misyon tanımlarının yapılması, tüm çalışanlarının bu konularda eğitilmesi, performans boyutlarının ve ölçüm kriterlerinin tespit edilmesi gerekmektedir. Literatürde özel hastaneler, kamu hastaneleri, üniversite hastaneleri, uzun süreli bakım merkezleri, psikiyatri merkezleri, sigorta şirketleri, ilaç firmaları gibi farklı yapıda sağlık organizasyonlarında Dengeli Puan Cetveli uygulamaları görülmektedir. Daha sadık müşteri yaratan ve bir hastaneyi diğerinden ayırtan unsur hizmet kalitesidir. Kalite ise bir performans boyutudur. Rekabet ortamında başarılı olmayı isteyen



	<p>bir organizasyon için performans ölçümü hayati önem taşır. Sağlık bakımı üç kategoride birbirine bağlı değerlerden etkilenir. Bunlar işletme değeri, çalışan değeri ve hasta değeridir. Sağlık organizasyonları, hastalar devamlı müşterileri olduğu zaman işletme değeri kazanırlar. Hastanelerin işletme yöneticileri, müşteri tatminini hedefler. Dolayısıyla klinik çıktılar ve maliyetler onlar için önemlidir. Klinik ve idari personel hastalara hizmet sunduğu ve ihtiyaçlarına cevap verdiği zaman değer yaratılmış olur. Çalışanlara organizasyonları iş, kariyer ve gelişme fırsatı verdiği zaman değer yaratılır. Çeşitli büyüklükte ve klinik özellikte sağlık kuruluşlarında kullanılabilen ideal bir ölçek olan Dengeli Puan Cetveli ile sağlık kuruluşlarının finansal, müşteri, iç işlemler ve öğrenme ve gelişme boyutları temel olarak ölçülmektedir.</p> <p>Dengeli Puan Cetveli hızlı değişimlerin yaşandığı sağlık sektöründe, sağlık kurumlarının stratejilerini değerlendirmesi ve kontrol etmesi, stratejik hedeflere ulaşabilmek ve çevresel değişimler karşısında doğru hareket edebilmek, hastanelerin daha verimli ve etkin çalışması, kaliteli hizmet sunabilmesi için büyük önem taşımaktadır.</p>
--	--

	<p><b>HASTANELERDE KURUMSAL YÖNETİŞİM UYGULAMALARI</b></p> <p><b>Mine Demet GÜNGÖR<sup>1</sup></b>, Arzu Ebru ALTINOK<sup>1</sup>, Gamze TEMİZ<sup>2</sup>  <sup>1</sup>Istanbul Bilim Üniversitesi SHMY, <sup>2</sup>Haliç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu</p> <p><b>Özet</b></p> <p>Son yıllarda yaşanan ekonomik krizler, küresel ekonomilerin durgunluğu, işletmelerin büyümesi, gelişen teknoloji ve rekabet koşullarının ağırlaşması nedeniyle yönetim uygulamalarının önemi artmaktadır. Kurumsal yönetim, kuruma katma değer sağlamak nedeniyle gerçekleştirilen birbiri ile ilişkili faaliyet ve işlemler dizisini (mal ve hizmet satışı, üretim planlama vb.) etkileyen tüm faktörleri belirlemektedir. Bu nedenle kurumsal yönetim halka açık, özel, kar amacı güden ya da gütmeyen her çeşit işletmeyi ilgilendirmektedir.</p> <p>Ülgen ve Mirze kurumsal yönetimi; işletmenin stratejik yönetiminden sorumlu üst yönetimin, sorumluluklarını yerine getirmesini sağlayan ayrıca üst yönetimin işletmede kendilerini hak sahibi gören hissedarlar, çalışanlar, tedarikçiler, müşteriler ve diğer toplumsal kurumlarla olan ilişkilerini düzenleyen bir yönetim sistemi olarak ifade etmektedir.</p> <p>Kurumsal yönetim anlayışına göre hastanelerde; yönetim kurullarının görevi eşitlik, sorumluluk, hesap verebilirlik, şeffaflık ilkeleri çerçevesinde hastanenin tüm paydaşları ile olan ilişkilerinin düzenlenmesi ve yürütülmesi olduğundan, yönetim kurulu, yönetim kurulu işleyişi, ilişkileri, yönetim kurulu değerlendirmesi ve bu kararların yazılı olarak tutulması büyük önem taşımaktadır.</p> <p>Hastanelerde kurumsal yönetim modelinin uygulanmasının nedenleri arasında, bu modelin idare ve yönetim ilişkilerini geliştirerek birbirine daha uyumlu hale getirmesi ve böylece karar oluşturma süreçlerinin daha iyi bir yönetim sağlaması, rekabetçi sağlık hizmetleri sektörünün değişken pazar koşullarında hastanelerin varlığını uzun yıllar sürdürebilmesi için yön gösterici olmasıdır. Günümüzde hastaneler, hastaneler arası rekabette öne geçerek kalıcılığını sürdürebilmek amacıyla çağdaş hastane yönetimini ve değişimini esas alan kurumsal yönetim modelini kendi yapılarına uygun bir şekilde uygulamaya başlamalıdır.</p> <p>Bu çalışmanın amacı; hastanelerde kurumsal yönetim ilkeleri temel alınarak kurumsal yönetim uygulamalarının uygulanış biçimi, kurumsal yönetim kavramı ve önemine dikkati çekmektir.</p> <p><b>Anahtar Kelimeler:</b> Hastane, yönetim, yönetim</p>
--	---

**Paralel Oturumlar 2**

<b>Salon I</b>	<b>KALİTE VE AKREDİTASYON SİSTEMLERİNİN SAĞLIK POLİTİKALARINA ETKİLERİ</b>
----------------	--

Oturum Başkanı	<p><b>Dr. Charles D Shaw PhD, MB BS, FFPH</b>  İngiltere, Sağlık Bakanlıklarında Ülke Düzeyinde Bireysel Danışman,  <b>İNGİLTERE</b></p>
----------------	--

Konuşmacılar	<p><b>RISK YÖNETİCİSİNİN ROLÜ NE OLMALI?</b></p> <p><b>Prof. Dr. Al-Assaf, Kongre Eş-Başkanı,</b>  Amerika Sağlıkta Kalite Enstitüsü Başkanı – ABD</p> <p>Sağlıkta risk yönetiminin uygulama ve geliştirme açısından bir çok yolu vardır. Bir risk yöneticisinin müdahale ve etki için birden fazla seçeneği olabilir. Risk yönetiminin sağlık servisi ve yönetimine dahil olması ile ilgili sorular cevaplanmıştır. Bir klinikte risk yöneticisi doktor mu, hemşire mi, avukat mı ya da ne olmalı? Hasta güvenliği faaliyetleri ile ilgilenmeli mi? Sorumluluk ve görevi kötiye kullanma? Tüm bu soruların cevabı ve risk yöneticisinin ideal iş tanımları verilmiştir.</p>
--------------	--

Konuşmacılar	<p><b>HASTANE ANAHTAR PERFORMANS GÖSTERGELERİNDE EN İYİ UYGULAMA- VERİ ANALİZİ İÇİN BİR MODEL</b></p> <p><b>Yrd. Doç. Dr. Ahmed Al-Kuwaiti</b>  Başkan, Dammam Üniversitesi Sağlık ve Eğitimde Kalite ve Akreditasyon Departmanı, ,  <b>SUUDİ ARABİSTAN</b></p> <p><b>Özet</b></p> <p><b>Background:</b> Sağlık hizmetlerinde performans göstergelerinin ölçümü, klinik ya da değil en uygun sonuçları almak için büyük önem arz etmektedir. Aynı zamanda hastane yönetimi için de hastaya verilen hizmetin kalitesini, hasta güvenliğini, ve hasta memnuniyetini sağlamak için gereklidir.</p> <p>Performans göstergelerini geliştirmek için belirli ölçüm ve analiz yöntemlerini bilmek gerekir.</p> <p><b>Amaç:</b> Bu çalışmanın amacı sağlık hizmetlerinde anahtar performans göstergelerinin analizi için bir model yaratmaktır.</p> <p><b>Yöntem:</b> Bu çalışma, istatistiksel işlem kontrolü tabanlı performans ölçümü analizi için yeni bir model tanıtmaktadır. Bu model (DMCIB, Define data, Monitor variation, Control Variation, Develop internal threshold and compare with Benchmark) beş adımda uygulanır yani <b>Da</b>ta<b>y</b>ı tanımla, Varyasyonları izle, Varyasyonları kontrol et, İç eşiği geliştir ve Benchmark ile karşılaştır.</p> <p><b>Sonuç:</b> Bu çalışma hedef ya da benchmark ile karşılaştırılmadan önce ilk olarak varyasyonları izlemenin daha önemli olduğunu vurgulamaktadır ve DMCIB adlı bir model öne sürmüştür.</p> <p><b>Anahtar Kelimeler:</b> Varyasyon, Kontrol çizelgeleri, Hedef, Benchmark, DMCIB, Hastalar.</p>
--------------	--

Konusmacılar	<p><b>HASTANE STANDARTLARI İÇİN AKREDİTASYON</b></p> <p><b>Dr. Minhaj A. Qidwai</b>  <b>MBBS, MPH, MBA, CMC</b>  <b>Program Direktörü , Sağlık Yönetimi , İşletme Enstitüsü -Karachi-Pakistan</b></p> <p><b>ÖZET</b></p> <p>Sağlık kuruluşları, akreditasyonu tanınmış bir varlığın parçası olmak, standartları karşılamak, operasyonel süreçlerde mükemmellik , stratejik yönetim ve iyileşme elde etmek ve rakipleri arasında öne çıkabilmek için tercih eder. Ayrıca akreditasyonu kendi standartlarını yükseltmek, daha iyi bir pazar payı elde etmek, sigorta şirketleri tarafından tanınmak ve diğer amaçlar için yararlı bulurlar. Ama akreditasyonun avantajlarının yanında uygulama sürecinde sayısız engeller ile karşılaşılabilir. Son yıllarda Pakistan Standartlar ve Kalite Kontrol Otoritesi (PSQCA) tarafından Hastane Standartları uygulaması önündeki engeller konusunda bir araştırma yapılmıştır. Çalışma yapılırken Karachi-Pakistan hastane yöneticilerinden veri toplamak için yarı - yapılandırılmış nitel anket kullanılmıştır. Çalışma analizi ankete cevap verenlerin PSQCA hastane standartlarını bilmediğini göstermiştir. Bu durum gösteriyor ki Pakistan'da sağlıkta kalitenin gelişimi için kalite güvencesi ve akreditasyon konusunda farkındalık kampanyası ihtiyacı vardır. Dahası bu çalışma dünya ile karşılaştırıldığında liderlik , siyaset , uygun olmayan örgüt kültürü ve politikaları, mali ve diğer kısıtlamalar, altyapı eksikliği, hasta donanımı işgücü, farkındalık, uyum ve izleme eksikliği dahil olmak üzere aynı engellere dikkat çekmiştir. Bu engelleri ortadan kaldırmak için çalışma analizinde ortaya çıkarılan çözümler ise hastanelere kalite bilinci getirmek, kalite iyileştirmesi için bilgilendirme kampanyaları ve yeterli kaynak sağlamaktır. Hastane standartlarını iyileştirmeye yönelik bu potansiyel çözümler Pakistan'da kalite standartlarını uygulayan yetkililer ve sağlık bakanlığı tarafından göz önüne alınabilir.</p> <p><b>Anahtar Kelimeler:</b> PSQCA (Pakistan Standartlar ve Kalite Kontrol Otoritesi), Hastane Standartları, Uygulama engelleri ve bu engeller için çözümler.</p>
Salon II	<p><b>KURUM KÜLTÜRÜNÜ, KALİTE, GÜVENLİK VE MULTİDİPLİNER PROGRAMLAR YOLUYLA DEĞİŞTİRMEK MÜMKÜN MÜDÜR?</b></p>
Oturum Başkanı	<p><b>Yrd. Doç. Dr. D.Cem DİKMEN,</b>  Uluslararası Kıbrıs Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Müdürü,  <b>KIBRIS</b></p>
Konusmacılar	<p><b>AKREDİTE HA STANELERDE VE KAMU HASTANELERİNDE HEM ŞİRELİKTE İŞGÜCÜ PLANLAMASI</b></p> <p><b>BİNGÖL Arife</b> İstanbul Aydın Üniversitesi-Türkiye  <b>SEZEN Adem,</b> İstanbul Bilim Üniversitesi-Türkiye</p> <p><b>ÖZET</b></p> <p><b>Amaç:</b> Hemşirelikte iş gücü planlamasının hizmet sunumuna katkısı ile hemşirelerin insangücü planlamasının önemini kamu ve özel hastaneler arasındaki farklılıkları araştırmak amacı ile yapılmıştır.</p> <p><b>Metot ve Yöntem:</b> Araştırmanın evrenini İstanbul İli Üsküdar ve Ümraniye ilçelerindeki hastanelerde çalışan hemşireler oluşturmakta olup, örneklemini akredite olmuş iki özel hastane ve iki kamu hastanesinde çalışan toplam 345 hemşire oluşturmuştur. Veriler; 20 soruluk 5'li Likert tarzındaki "İş Gücü Planlamasının Hizmet Sunumuna Etkisi" ölçeği anketi ile yüz yüze görüşme yapılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesi ve analizinde SPSS 18.0 istatistik paket programı kullanılmıştır. Hipotezlerle ilişkin bulgular için ise ANOVA ve İki Bağımsız Grup Parametrik T testinden yararlanılmıştır.</p> <p><b>Bulgular:</b> Çalışmada akredite olan özel hastaneler ve kamu hastanelerde çalışan hemşirelerin görüşleri arasında ilişkiler incelenmekte ve karşılaştırmalar yapılmaktadır. Çalışmada yer alan hemşirelerin iş gücü planlaması üzerinde etkili olmadığı düşünüldüğü önermelerde; Kamu hastaneleri eldeki mevcut hemşire sayısına göre planlama yapmaktadır, Hemşirelerin % 39'u kamu hastanelerinin eldeki mevcut hemşire sayısına göre planlama yaptığı görüşüne katıldığını, % 16'sı bu görüşe kesinlikle katıldığını, hemşirelerin % 16'sı ise bu konuda kararsız kaldığını dile getirmiştir. Özel hastaneler, hemşirenin iş gücüne göre planlama yapmaktadır, hemşirelerin % 31'i özel hastanelerin, hemşirenin iş gücüne göre planlama yaptığı görüşüne katıldığını, % 15'i bu görüşe kesinlikle katıldığını ifade ederken, hemşirelerin % 25'i bu konuda kararsız kaldığını belirtmiştir. Bu durum göz önüne alındığında kamu ve özel hastanelerde iş gücü planlaması konusunda farklılıklar olduğu, hemşirelerin kamu hastanelerinde mevcut hemşire sayısına göre planlama yapıldığı, özel hastanelerde ise hemşirelerin iş gücüne göre planlama yapıldığı görüşünde olduğu belirlenmiştir. "Hemşirelerin iş gücü planlamasının hizmet sunumuna etkisine ilişkin görüşleri çalıştıkları hastanenin akreditasyon belgesi olup olmamasına göre farklılıklar göstermektedir." hipotezine ilişkin analiz sonucunda hemşirelerin iş gücü planlamasının hizmet sunumuna etkisine ilişkin görüşlerinin, çalıştıkları hastanenin akreditasyon belgesi olup olmamasına göre farklılık gösterdiği (p=0,046&lt;0,05 olduğundan dolayı) belirlenmiştir. Bu duruma bakıldığında; akreditasyon belgesine sahip hastanelerde çalışan hemşireler ile akreditasyon belgesine sahip olmayan hastanelerde çalışan hemşirelerin iş gücü planlamasının hizmet sunumuna katkısına ilişkin görüşlerini farklılaştığı, akreditasyon belgesi olan hastaneler çalışan hemşirelerin bu konuya ilişkin görüşlerinin daha olumlu olduğu saptanmıştır.</p> <p><b>Sonuç ve tartışma;</b> Hemşirelerin büyük çoğunluğunun iş gücü planlamasının hemşirelerin ihtiyaçlarını belirlemede yardımcı olduğu ve kamu ve özel hastanelerde iş gücü planlaması konusunda farklılıklar olduğu, hemşirelerin kamu hastanelerinde mevcut hemşire sayısına göre planlama yapıldığı, özel hastanelerde ise hemşirelerin iş gücüne göre planlama yapıldığı görüşünde olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmamız Çırpı ve ark.(2009) Öztürk ve ark.(2011) çalışmaları ile paralellik göstermektedir.</p> <p><b>Anahtar Kelimeler:</b> Hemşire, hemşire işgücü planlaması</p>
Konusmacılar	<p><b>ÖZEL HASTANELERDE KALİTE, MALİYET VE MEMNUNİYET İLİŞKİSİ</b></p> <p>(1) Behiye SAĞDIÇ TEKEŞ/İli Sağlık Müdürlüğü- VAN  <b>(2) Dr Ömer BİLİCİ / Edremit İlçe Sağlık Müdürü -VAN</b>  (3) Ömer ÇİÇEKSAĞ/Özel İstanbul Hastanesi -VAN  (4) Soner ERKAN/ Çorlu Özel Vatan Hastanesi -TEKİRDAĞ</p> <p><b>Özet</b></p> <p>29.01.2010 tarihinde Özel Hastanelerin puanlandırılması ve ilave ücret alınması hakkında yayınlanan yönergeyle hastaneler toplam 1000 puan üzerinden değerlendirilmeye tabi tutulurken, bu puanlamada Hizmet Kalite Standartları 250 puan ile katkı sunmaktaydı. Sonuç olarak geri ödemelerde %25 gibi ciddi bir yüzdeyle etkili olmaktadır. Tüm bu değerlendirmeler sonucunda ilgili yönergeye bağlı olarak özel hastaneler kalite standartlarını geliştirmek amacıyla yoğun bir çalışma içine girdi ve kalite standartlarını yakalamak adına bir çok hizmet ve ek maliyet ortaya çıktı.</p> <p><b>Çalışmanın amacı,</b> 2010 yılı sonrasında Özel hastanemizde SGK ödemelerinde etkili olan Sağlıkta Hizmet Kalite Standartları için yapılan maliyetlerin hesaplanması, bu ek maliyetlerin hasta ve çalışan memnuniyet göstergelerine etkilerini incelemektir.</p>

2010 tarihli yönergenin 2013 tarihli olur ile yürürlükten kaldırılması ve yerini yeni yönergenin alması ile mevcut değerlendirmelerimizde etkin olan kalite standartlarının kapsam dışı bırakılması ile sonrasında ortaya çıkabilecek durumlara ışık tutması açısından çalışmamız önem taşımaktadır. Çalışmada yer alan gruplandırılmış maliyet tabloları ve memnuniyet anket verileri Van ilinde hizmet veren Özel İstanbul Hastanesini kapsamaktadır. **Materyal metot**, bu çalışma için Özel İstanbul Hastanesi ile ön görüşme yapıldı ve işbirliği sağlandı. Bu ön görüşme sonrasında içinde Kalite Yönetim Direktörü, Mali İşler Sorumlusu ve ilgili Yöneticilerden oluşan bir çalışma komisyonu oluşturuldu. Komisyon 2011 yılı itibarıyla kalite süreçleri doğrultusunda yapılan harcamaların ayrıntılı raporunu ortaya koydu. Bu çalışma ile hastanenin kalite maliyeti ortaya çıktı. Yine aynı komisyon tarafından memnuniyet anket verileri hazırlandı. Maliyet giderleri ve memnuniyet düzeyleri bu çalışmada değerlendirildi. **Sonuç**, maliyet tablolarına baktığımızda toplamda 5.124.533,86 TL gibi büyük bir harcama gerçekleştirildiği görüldü. Bu maliyet ayrıntılı gruplara indirildiğinde; hasta-çalışan güvenliği, zorunlu maliyetler, memnuniyet giderleri ve sadece Hizmet Kalite Standartları giderleri şeklinde incelenip sonuçlar değerlendirilmiştir. Çalışan memnuniyeti açısından 2013 ve 2014 yılı verileri değerlendirildiğinde, hasta hizmetlerinde, destek hizmetlerinde artışlar sağlanırken, Hemşirelik hizmetlerinde ve idari hizmetlerde memnuniyet oranları düşmüştür. Bu düşüş SKS ile doğru orantılı bir düşüş olmayabilir. Fakat SKS'nin personele getirdiği ek yükler sebebiyle değerlendirilirse, ekstra yoğunluk, memnuniyet oranlarındaki düşüşün sebebi olarak algılanabilir. Çalışan memnuniyeti düşerken, Hasta memnuniyet oranlarında artış sağlanmıştır. Bu sonuçların oransal ifadelerine çalışmada yer verilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Kalite, Maliyet, Memnuniyet

Konuşmacılar

**ANADOLU SAĞLIK MERKEZİ KEMİK İLİĞİ TRANSPLANTASYON (KİT) ÜNİTESİ'NDE INTRAVENÖZ İLAÇ HAZIRLAMA VE UYGULAMA SÜREÇLERİNİN İYİLEŞTİRİLMESİ**

Alahdab Hişam<sup>1</sup>, Arkuran Fırat<sup>2</sup>, İnce Ayşegül<sup>3</sup>, Kahraman Senem Özgür<sup>4</sup>, Yerlikaya Işıl<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Alahdab Hişam, Özel Anadolu Sağlık Merkezi Hastanesi/Kocaeli/TÜRKİYE

<sup>2</sup> Arkuran Fırat, Özel Anadolu Sağlık Merkezi Hastanesi/Kocaeli/TÜRKİYE

<sup>3</sup> İnce Ayşegül, Özel Anadolu Sağlık Merkezi Hastanesi/Kocaeli/TÜRKİYE

<sup>4</sup> Kahraman Senem Özgür, Özel Anadolu Sağlık Merkezi Hastanesi/Kocaeli/TÜRKİYE

<sup>5</sup> Yerlikaya Işıl, Özel Anadolu Sağlık Merkezi Hastanesi/Kocaeli/TÜRKİYE

## ÖZET

**KURUM:** Özel Anadolu Sağlık Merkezi Hastanesi

**GİRİŞ:** Kemik iliği Transplantasyon Ünitesi ilaç hazırlama ve uygulama süreçlerinde, hasta ve ilaç güvenliği açısından karşılaşılan problemlerin giderilmesi amacıyla bir çalışma ekibi kurulmuş süreç analiz edildi, aksiyonlar planlandı ve iyileştirme sağlandı.

**AMAÇ:** KİT Ünitesi'nde ilaç hazırlama ve uygulama sürecinin hasta güvenliğini (sekiz doğru ilkesi-doğru ilaç, doğru hasta, doğru doz, doğru zaman, doğru yol, doğru kayıt, doğru yanıt, doğru ilaç formu) destekleyecek şekilde düzenlenmesi.

**YÖNTEM:** KİT Ünitesi'nde yaşanan ilaç hatası sonrası yapılan reaktif risk analizinde (Kök Neden Analizi) ilaç hazırlama ve uygulama süreçlerine ait potansiyel farklı risklerin olduğu görülerek proaktif risk analizi (hata türleri ve etkileri analizi) çalışması yapıldı. Çalışma sonucunda belirlenen problemlere yönelik aksiyonlar alındı, çalışmanın tümü "Hızlı İyileştirme Çalışması" olarak kaydedildi.

**BULGULAR:** Olay bildirim sistemine dayanan ilaç hatası verilerinin analizi yapılarak, aşama bazında kategorize edildi. İlaç hazırlama sürecinde ilaç hazırlama ve uygulama sürecindeki hataların nedenleri belirlendi. Bunların başlıcaları:

IV solüsyonlar için ilaç hazırlama hemşirelerinin ikinci manuel bir forma kayıt yapması

İlaç hazırlama hemşiresi tarafından toplu halde ilaç etiketlerinin hazırlanması

Tüm hasta ilaçlarının toplu halde pyxistanda çekilmesi

Hasta bazında ilaçların ard arda hazırlanması

**SONUÇ:** Kontrol adımları eklenmiş yeni bir süreç oluşturuldu, tıbbi personel eğitildi, klinik alan gözlemleri ve olay bildirimleri ile yeni süreç değerlendirilmeye ve takip edilmeye başlandı.

Konuşmacılar

**AKILCI İLAÇ KULLANIMI FARKINDALIK ARAŞTIRMASI**

(1) **Behiye SAĞDIÇ TEKES** - İl Sağlık Müdürlüğü, Van - Türkiye

(2) Dr. Mehpere Altay - İl Sağlık Müdürlüğü, Van - Türkiye

(3) Uzm.Dr.Ferhat Ekinci - İl Sağlık Müdürlüğü, Van - Türkiye

(4) Uzm.Dr.İzzet Çeleğen - İl Sağlık Müdürlüğü, Van - Türkiye

## ÖZET

Çalışmanın amacı: İlimizde görev yapan hekimlerimizin Akılcı İlaç Kullanımı konusundaki farkındalıklarını arttırmaktır. İleriye yönelik Akılcı İlaç Kullanımı faaliyetlerini geliştirmek ve bilimsel veriler oluşturmasını sağlamaktır.

**Materyal Metot:** İlimizde Akılcı İlaç Kullanımı farkındalığını ölçmek için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumunun Akılcı İlaç Kullanımı sayfasında yer alan 'Hekim Anketi' uygulanmıştır. Anketler internet üzerinden 1. Basamakta görev yapan 550 hekime iletilmiştir. Çalışmaya katılımda gönüllülük esas alınmıştır. Toplam 80 hekim anketimizi doldurmuştur. Anketimiz toplam 39 sorudan oluşmaktadır. İletilen anketlere ait sonuçlar değerlendirilmiş ve SPSS analizleri ile yorumlanmıştır.

Dünyada ve Ülkemizde Akılcı İlaç Kullanımının her geçen gün önemi artmaktadır. Yerel düzeyde yapılan bu çalışma da bu konuda farkındalık yaratması açısından önem taşımaktadır.

Bazı sonuçlara değinmek gerekirse, Advers etki bildirim hekimlerimizde % 51.2 oranında hiç yapılmamıştır. İlaçla ilgili bilgi verme düzeyine baktığımızda, hekimlerin kısıtlı zaman ve yoğun çalışma tempoları nedeniyle, özellikle olası ilaç etkileri konusunda, hastalara yeterli bilgiyi veremedikleri anlaşılmıştır. Kadın hekimler reçete yazarken % 46.3 oranında kaynak kullanımı yapıyor. Erkek hekimlerde bu oran %17.5'tir.

Akılcı İlaç Kullanımı ile ilgili genel bilgiler verildikten sonra, anket değerlendirme sonuçlarına ayrıntılı olarak yer verilecektir.

**Anahtar Kelimeler:** 1-Akılcı İlaç Kullanımı, 2-Antibiyotik Kullanımı, 3-Hekim Değerlendirme.

	<p><b>YAŞLI(65 YAŞ VE ÜSTÜ) TOPLULUKTA DOĞRU İLAÇ KULLANIMI VE YAŞAM KALİTESİ</b></p> <p><b>Önen, Cihan; Avcı, Emrullah; Şahbaz, Emine</b>  <b>Bitlis Eren Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Bitlis/Merkez</b></p> <p><b>ÖZET</b></p> <p><b>Giriş:</b> Akıllı ilaç kullanımı, ekonomik, sağlık, eğitim vb. birçok boyutu olan önemli konulardan biridir. Son yıllarda önemi daha da anlaşılmalıya başlanmış ve konuyla ilgili çalışmalara ağırlık verilmiştir. Yaşlı nüfusta kronik hastalıklar yaygın olduğundan ilaç kullanımı da yaygın olmaktadır. Bu nedenle, yaşlılar üzerinde akıllı ilaç kullanımının ciddiyeti öne çıkmaktadır.</p> <p><b>Amaç:</b> Çalışmada, yaşlı(65 yaş ve üstü) toplulukta doğru ilaç kullanımı ve yaşam kalitesi incelenmektedir.</p> <p><b>Yöntem:</b> Tanımlayıcı nitelikteki çalışmanın evrenini Adıyaman ili Çelikhani ilçesindeki 65 yaş üstü 1259 kişi oluşturmaktadır. Basit rastgele yöntemle çalışmaya alınan 210 kişiden, 2015 Ocak ayında aydınlatılmış olurları alındıktan sonra veriler toplanmıştır. Veri toplama aracı olarak, 28 soruluk anket ve 24 likert tipi sorudan oluşan WHOQOL-OLD Türkçe yaşam kalitesi ölçeği kullanılmıştır. Ölçeğin toplam puanı en fazla 120 ve temel alan puanları en fazla 20 puan olarak hesaplanmaktadır. İstatistiksel değerlendirilmede; Mann-Whitney U testi ve Kruskal Wallis-H Testi kullanılmıştır. P&lt;0.05 istatistiksel olarak anlamlı fark kabul edilmiştir.</p> <p><b>Bulgular:</b> Katılımcıların yaş ortalaması 72,73(Min 65; Max 96) yıldır. Katılımcılardan 194'ü evli, 124'ü erkek, 119'u okuryazar değil ve 51'i en az bir kronik hastalığı olduğunu belirtmiştir. Çalışmada ilaç kullanan kişi sayısı 61 (% 29) ve 32 kişi 3≥ ilaç kullandığını belirtmiştir. İlaç kullananların kendi ifadeleriyle; 53'ü doktor reçetesiyle ilaçlarını aldı, 43'ü ilaçlarını düzenli kullandığını(ilaçlarını düzenli kullanmama sebebi olarak çoğunluğu unuttuklarını), 58'i kullandığı ilacın amacını bildiğini, 40'i ilaçlarını kendi çabasıyla içtiğini, 32'si ilaç bilgilerini eczacıdan öğrendiğini, 8'i hekimin ilaç dışı önerilerini dikkate aldığını, sadece 4'ü ilacın yan etkisini bildiğini ve 1'i tedavinin yan etkisini bildiğini, 31'i ilaçlarını kapalı dolap ve buzdolabında güvenli sakladığını, 11 kişi son kullanma tarihine dikkat ettiğini ve sadece 3'ü ilaç tanıtım kağıdını okuduğunu(47'si anlamadığından okumamakta) belirtmiştir.</p> <p>Kişilerin cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, kronik hastalık mevcudiyeti ve ilaç kullanımı ile toplam yaşam kalitesi pu anı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur(p&lt;0.05). Katılımcıların yaşam kalitesi temel alan puan ortalamaları sırasıyla; ölüm ve ölümlülük 17,81, duyuşsal yetenek 16,93, yakınlık 15,93, geçmiş bugün gelecek aktiviteleri 15,05 ve sosyal katılım 14,43 olarak saptanmıştır. Toplam puan ortalaması ise 94,77'dir.</p> <p><b>Sonuç:</b> Çalışmada kişilerin ilaç ve kullanımı konusunda sağlık eğitim gereksinimi olduğu görülmektedir. Ayrıca, yaşlıların yaşam kalitesi puan ortalamaları yüksek ve bazı sosyodemografik özelliklerle yaşam kalitesi toplam puanı arasında anlamlı fark vardır.</p> <p><b>Anahtar Kelimeler:</b> Yaşlılar, İlaç kullanımı, Yaşam kalitesi</p>
<p><b>Paralel Oturumlar 3</b></p>	
<p><b>Salon I</b></p>	<p><b>SAĞLIK KURULUŞLARINDA PERFORMANS İYİLEŞTİRME FAALİYETLERİ</b></p>
<p>Oturum Başkanı</p>	<p><b>Doç. Dr. Güldem Ökem,</b>  TOBB Üniversitesi,  Türkiye</p>
<p>Konuşmacılar</p>	<p><b>2003 YILINDAN BERİ YAPILAN SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMINDAN SONRA TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTESİNE NE OLDU?</b></p> <p><b>Zeynep Güldem Ökem, PhD</b>  TOBB Ekonomi ve Teknoloji Üniversitesi, Uluslararası Girişimcilik Bölümü  Türkiye</p> <p><b>ÖZET</b></p> <p>Türkiye 2003'den bu yana yönetim, verimlilik, hakkaniyet, kullanıcı ve hizmet sunucu tatmini ve uzun dönem mali sürdürülebilirliği geliştirmek amacıyla sağlık sisteminde kökten değişikliği içeren Sağlıkta Dönüşüm Programını (SDP) başlatmıştır. Bu bildiri SDP uygulamalarından sonra sağlık hizmetlerinde kalitenin kapsamlı bir değerlendirmesini içermektedir. SDP uygulamalarının sağlık bakımında kaliteyi ne derece geliştirdiğine ilişkin kanıt dayalı sonuçlar sistematik literatür çalışması ile elde edilmiştir.</p> <p>Kanıtlar, SDP uygulamalarından sonra hastalara seçim özgürlüğü getirilmesi, sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliğin gelişmesi ve kamu hastanelerinde teknolojik yatırımların artmasıyla hasta memnuniyetinin arttığına işaret etmektedir. Bununla birlikte bu gelişmeler, sağlık personelinin ve sağlık altyapısının bölgeler arasında dengeli dağılımından dolayı, hasta memnuniyetinde de bölgeler arasında farklılıklar gözlemlenmektedir. Diğer yandan, performans dayalı ödeme sistemi nedeniyle artan iş yükü ve hekim maaşları arasındaki farklar hekim memnuniyetinde düşüşe neden olmuştur. Kalitenin önemli boyutları arasında gösterilen bakımın etkililiği ve uygunluğu konusunda ampirik bir araştırmaya rastlanmamıştır.</p> <p>Tek alıcı olarak sosyal Güvenlik Kurumu ödeme kararlarının sunulan hizmetlerin yüksek kaliteli olması ile ilişkilendirebilir ve belirli kalite kriterleri sağlayan hizmet sunuculara fonları dağıtabilir. Sağlık Bakanlığı Kalite Endeksini bakım süreci veya bakım çıktılarına yönelik kalite kriterlerini de göz önüne alarak geliştirebilir. Personel politikası hekimlerin görüşleri ve memnuniyet düzeylerini de dikkate almalıdır. Hekimlerin memnuniyet düzeyleri kapsamlı araştırmalarla elde edilebilir.</p>
<p>Konuşmacılar</p>	<p><b>KÜRESELLEŞMENİN TÜRKİYE'DEKİ SAĞLIK HİZMETLERİNE ETKİSİ</b></p> <p>Adem ÖZMEN(1), Fatih ORHAN(2), <b>Bünyamin ÖZGÜLEŞ(3)</b></p> <p>1-Bilim Uzmanı, Sarıkamış Asker Hastanesi, Kars, Türkiye  2-Öğretim Görevlisi, GATA Sağlık Astsubay Meslek Yüksek Okulu, Ankara, Türkiye  3-Bilim Uzmanı, Uçucu Sağlık Eğitim ve Araştırma Merkezi Başkanlığı, Eskişehir, Türkiye</p> <p><b>ÖZET</b></p> <p>Küreselleşme terimi, dünya çapında ekonomi, siyaset, kültür, sağlık, sosyal hayat, vb. birçok konuda büyük bir değişimi ifade etmektedir. Teknolojik gelişmeler, politik etkiler, ekonomik baskılar, değişen fikirler, sosyal ve çevresel sorunlardaki artış gibi çok sayıda itici ve zorlayıcı güç küreselleşmeyi etkilemektedir. Küreselleşmenin gelişimi iki farklı dönemde ele alınmıştır. Birinci dönemde uluslararası mal ticareti anlaşmalarına ağırlık verilirken, ikinci dönemde daha çok hizmet ticaretine ağırlık verilmeye başlanmıştır. Bunun sonucu olarak, hizmet sektörünün bir parçası olan sağlık sektöründe de küreselleşme hareketleri başlamıştır. Bu araştırmada küreselleşme ve sağlık arasındaki ilişkiler, küreselleşmenin sağlığa direkt ve endirekt etkileri, sağlık hizmeti maliyetinin kim tarafından karşılanacağı, sağlık sistem ve politikaları, sağlık sektöründe istihdam, iletişim ve teknolojik gelişmelerin dağılımı gibi konular tartışılmaktadır.</p> <p><b>Anahtar Kelime:</b> Sağlık, Küreselleşme, Sağlık Hizmetleri</p>

Konusmacılar	<p><b>TÜRK SAĞLIK POLİTİKALARININ OLUŞTURULMASINDA KALİTE VE AKREDİTASYON ÇALIŞMALARININ ETKİLERİ</b></p> <p><b>Hakan AKIN</b> Gülhane Askeri Tıp Fakültesi Dr. Personel Yarıbay, Ankara, Türkiye</p> <p><b>Özet:</b></p> <p>Bu çalışmanın amacı Türkiye’de uygulanan sağlık politikalarının oluşturulmasında, kalite ve akreditasyon çabalarının etkisini incelemektir. Günümüzde toplam kalite yönetiminin (TKY), işletme yönetiminin yanı sıra kamu yönetiminde de mutlaka kullanılması gereken bir yöntem, teknik, süreç veya felsefe şeklinde tanımlandığı görülmektedir. 1980’li yıllardan itibaren “Japon kültürü” kaynaklı yönetim modeli olarak sunulan TKY, aslında Batı’ya özgü yö netsel modellerin yeni aktarım biçimi olduğu yönünde eleştirilere maruz kalmaktadır. Sağlık politikalarının oluşturulması süreci, işletme yönetiminde uygulanan karar analizlerinden daha karmaşıktır. Bunu n en temel nedeni sağlık politikalarının içeriğinde işletmelerde kullanılan yasal-rasyonel karar süreçlerinin dışında siyasal süreçleri barındırmasıdır. Bir başka ifadeyle sağlık işletmeciliğinde belirleyici olan “verimlilik, birey çıkarı, karlılık, girişimcilik” gibi öncelikler, kamu politikalarının oluşturulmasında yerini “kamu yararı, kamu hizmeti, etkililik ve toplum çıkarı” gibi önceliklere bırakmaktadır. Çalışmada söz konusu kavramlar çerçevesinde sağlık hizmetlerinde kalite ve akreditasyon çalışmaları bağımsız değişken olarak ele alınarak, kamusal sağlık politikalarının oluşturulmasında ne gibi etkileri olduğu incelenecektir .</p> <p><b>Anahtar Kelimeler:</b> Toplam Kalite Yönetimi, Akreditasyon, Yönetim Bilimi, Sağlık Politikaları.</p>
Konusmacılar	<p><b>TEKİRDAĞ İLİ SAĞLIK HİZMETLERİ SEKTÖRÜNÜN M.PORTER KU VVET MODELİNE GÖRE ANALIZI</b></p> <p><b>Yolcu Nazan<sup>1</sup>, Yıldırım Zevnem<sup>2</sup>, Dönmez Mustafa<sup>3</sup></b> <sup>123</sup>Tekirdağ İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği, Türkiye</p> <p><b>ÖZET</b></p> <p>Günümüzde değişen teknoloji ve hizmet sunumundaki gelişmeler nedeniyle tedavi hizmetlerine harcanan kavnaön toplam sağlık hizmetleri içindeki payı artmakta ve sosyal güvenlik kurumları ödeme problemleri ile karşı karşıya kalmaktadır. Bu durum tüm dünyada ve ülkemizde tedavi maliyetlerinin düşürülmesini ve kaynakların verimli kullanılmasını gerektirmektedir. Bu doğrultuda kamu hastanelerinin bağımsızlaştırılarak, özel hastanelerle birlikte rekabetçi bir ortamda hizmet sunma çalışmaları sürdürülmektedir. Rekabet kavramı içerisinde, işletmelerin varlıklarını sürdürülebilmelerinin temel kosalu, değişim olgusunu anlamaya ve uygun stratejiler oluşturulmasına bağlıdır. Yöneticiler cenelde rekabeti sadece rakipler arasında yaşanan bir durum gibi ele almaktadırlar. Fakat kar rekabeti diğer dört rekabet kuvvetini de kapsar: müşteriler, tedarikçiler, potansiyel girişimciler ve ikame ürünler. Bu beş kuvvetten kaynaklanan rekabet, bir sektörün yapısını tanımlar ve sektördeki rekabet etkilesiminin doğasını sekillendirir. Bu çalışmada Tekirdağ ili sağlık sektörünün M.Porter Kuvvet Modeline göre rekabet analizi yapılmıştır. Uluslararası Rekabet Araştırmaları Kurumu Derneği (URAK)’ nin 2009-2010 raporuna göre ülke genelinde Tekirdağ: İller Arası Rekabetçilik Endeksi 7. sırada (% 29.71); beşeri sermaye ve yaşam kalitesi alt endeksi 35. sırada (% 21.40), markalaşma becerisi ve yenilikçilik alt endeksi 20. sırada (0,8923), ticaret becerisi ve üretim potansiyeli alanında 10. sıradadır (%20.77). Genellikle kamu yatırımlarına ihtiyacı duvan ve coğrafi konuma davanan Erisilebilirlik Alt Endeksi 3. sıradadır (%75.79). EDAM’ın “İl bazında rekabetçilik endeksi” 2009-2010 verilerine göre; Tekirdağ ili rekabet endeksinde 100 üzerinden 73.5 endeks değeri ile 9. sırada yer almaktadır. Yine aynı raporda: emek piyasası endeksi 4. sırada (%88.0); fiziki alt yapı endeksi 10. sırada (%71.6) yer almaktadır. Bu nedenle sağlık sektöründe de rekabetçilik potansiyeli oldukça yüksektir.</p> <p>Sosyal gelişimsellik açısından belirleyici olan eğitim ve sağlık istatistikleri incelendiğinde: bölge illeri arasında eğitim sektöründe önemli bir farklılaşma olmamakla birlikte, sağlık sektöründe Edime il ön plana çıkmakta ve Tekirdağ ili ise geride kalmaktadır. Çok göç almasına rağmen, eğitim sektöründe başarılı olan Tekirdağ İli, sağlık sektöründe bu başarıyı yakalayamamıştır. Bu nedenle Tekirdağ ilinde sağlık sektöründe yatırım ve gelişime önem verilmesi gerekmektedir. Tekirdağ ilinde sanayi nedeniyile göç alması, tedarik sağlamada İstanbul’un yakın olması ve Üniversite Hastanesinin faaliyete geçmesi sebebiyle sağlık sektöründeki rekabet artmıştır. Bundan dolayı daha fazla sağlık yatırımlarına gereksinim vardır.</p> <p>Sağlık Bakanlığı tarafından ilçe hastanelerinin yenilenmesi, Tekirdağ devlet hastanesinin yenilenme projesi, Ağız ve Diş Sağlığı Merkezinin açılması bölgeye canlılık kazandırmıştır. Ayrıca özelliikli hizmetler içerisinde ver alan Kemoterapi ve Radyoterapi merkezlerinin mevcut olması kanser hastalarının tedavilerini il dışına çıkmadan tamamlamalarına olanak tanımıştır. Rop tanı merkezinin, nükleer tıp ve pet CT bulunuyor olması, inme merkezinin açılacak olması il dışına sevki azaltılmaktadır. Sonuç olarak, dünyada yaşanan teknolojik gelişmelerin sağlık teknolojilerine yansımaları, hastaların gereksinimlerinin değişmesi, sağlık işletmelerinin farklılaşması ve sürdürülebilir kalite standartlarına ihtiyaç duyulması rekabetin düzeyini belirlemektedir.</p>
Konusmacılar	<p><b>ÜNİVERSİTE HASTANELERİNDE KALİTE SİSTEMLERİNİN SÜRDÜRÜLEBİLİRLİĞİ; DICLE ÜNİVERSİTESİ HASTANELERİ UYGULAMALARI</b></p> <p>Yrd.Doç.Dr.İsmail YILDIZ (1), <b>Eylem Can ÖZDEMİR (2)</b>, Funda KAYMAZ (2), Yrd.Doç.Dr.Velat ŞEN (3) (1)Dicle Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı, DİYARBAKIR (2)Dicle Üniversiteleri Hastaneleri, Kalite ve Strateji Geliştirme Koordinatörlüğü, DİYARBAKIR (3)Dicle Üniversiteleri Hastaneleri, Başhekim Yardımcısı, Kalite Koordinatörü, DİYARBAKIR</p> <p><b>ÖZET</b></p> <p>Sağlık hizmeti sunumunda; hasta ve yakınlarının haklarına saygı gösterilmesi, hastaların bilgilendirilmesi ve eğitilmesi, çalışanlarımızın niteliklerinin geliştirilmesi, hizmet sunum sürecinde bilginin doğru yönetilmesi, Sağlık kuruluşunun etkililiği ve verimliliği, sağlık tesisinin doğru ve güvenli bir biçimde çalışması, hasta ve çalışan güvenliği, hasta ve çalışan memnuniyeti, hastane enfeksiyonlarının önlenmesi ve kontrol altına alınması sağlıkta kaliteyi doğurmaktadır. Sağlıkta Kalite; Vatandaşlara ve Çalışanlara doğru ve iyi hizmet verebilmelerini sağlamak için atılan tüm adımlardır.</p> <p>Hastanelerde Kaliteli bir sağlık hizmeti sunmak için Sağlık Bakanlığının önderliğinde 1994 yılında ISO9001 Kalite Yönetim Sistemiyle(KYS) başlatılan süreç, Sağlık Hizmetlerinin yeniden yapılandırılmasıyla Sağlık Hizmet Kalite Standartları(SHKS) geliştirildi ve son olarakta 2014 yılında Sağlık Hizmetlerinde Akreditasyon süreciyle de taçlandırıldı.</p> <p>Sağlık bakanlığına bağlı hastanelerde bu standartların gereğini yapmak ve sürdürülebilirliğini sağlamak zor değildir. Çünkü süreci bakanlık denetçi ekibiyle merkezden takip etmekte ve aksamlarda kurduğu performans sistemiyle de gereğini yapmaktadır. Ancak Üniversite hastanelerinde kurulan sistemi sürdürmek kolay değildir. Özellikle hekimleri sürece dahil etmek çok zordur. Süreç hemşireler üzerinde yürütülmekte, Üst Yöneticinin Kaliteye bakış açısıyla süreç ilerlemektedir. Kalite Süreci başta hekimler olmak üzere tüm sağlık çalışanların dahil edilmesi sağlanmalıdır. Bunun için de kendi içinde Kaliteli bir ortamı sağlayacak ödül sistemi kurulmalıdır.</p> <p>Yukarıda sunulan kaygılar dikkate alınarak, Dicle Üniversitesi Hastanelerinde uygulanan ISO9001:2008 KYS ve SHKS ile desteklenen Sağlık Hizmetlerinde işlevselliğin devamını, çalışanlara moral ve motivasyonunu desbkeyerek sağlamak amaçlandı. Dicle Üniversiteleri Hastanelerinde ISO9001:2008 Kalite Yönetim Sistemleri Standardı çerçevesinde yapılan iç tetkikler ve Sağlık Bakanlığı Hizmet Kalite Standartları kapsamında yapılan Özdeğerlendirmeler sonucunda bir puanlama sistemine geçildi. İlk Pilot Uygulama 2014 yılında yapıldı. 2015 yılında yapılan uygulamayla aşağıdaki bulgular bulundu; SHKS ve ISO standartlarının uygulamalı devam ettirilebilmesi ve sürekliliğini sağlayabilmek için Üst yönetim desteği de alınarak, SHKS puanı 85 ve üstü olan birimlere %5 Döner sermaye ek katkı payı verileceği kararlaştırıldı. 2014 yılında yapılan tetkiklerde 185 birimden sadece 5 birim bu puanı alabildi. 2015 yılında yapılan tetkiklerde ise SHKS puanı 85 ve üstü olan birim sayısının 27 olduğu görüldü.</p> <p>Sonuç olarak, Üniversite Hastanelerinde başta hekimler olmak üzere tüm çalışanların sürece dahil edilmesini sağlamak için; Sağlık çalışanlarına para ödülü verilmesi, işleyişe daha çok özen gösterildiği ve işlevselliğin daha verimli hale geldiği sonucuna varıldı.</p> <p><b>Anahtar Kelimeler:</b> Sürdürülebilirlik, Sağlıkta Kalite, Ödül,Sistem</p>



Salon II	<b>KALİTE MALİYETLERİ VE KLİNİK UYGULAMALARDA HASTA GÜVENLİĞİ</b>
Oturum Başkanı	<b>Prof. Dr. Seval AKGÜN, Kongre Başkanı,</b> Başkent Üniversitesi Hastaneleri ve Bağlı Sağlık ve Eğitim Kuruluşları Kalite Koordinatörü, Misafir Profesör St. John International Üniversitesi, İtalya, Sağlık Akademisyenleri Demeği Başkanı, <b>Türkiye</b>
Konuşmacılar	<b>YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİNE TEKRAR YATIŞLARIN MALİYET-FA YDA ANALİZİNE GÖRE D EGERL ENDİRİLMELERİ</b> <b>Ertenü.M.</b> , Timlioğlu İper.S., Boz.E.S, Özgültekin.A,Kabadayı.M,Tay.S,Yekeler.İ Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, <b>Türkiye</b>  <b>Özet</b> Kalite standartlarına göre bir eğitim araştırma hastanesinde yatak sayısının %5 i oranında 3.düzye yoğun bakım yatağı ve ayrıca postoperatif Yoğun Bakım ve yakın bakım ünitelerinde bulunması uygundur .Bunların olmaması durumunda hastalar” weaning” son rasında ilgili servise gönderilmekte ve bu hastalardan bazıları da erken veya geç dönemde Yoğun bakım ünitesine geri gelmektedir.Yapılan çalışmalar bu geri gelişte yoğun bakımdan erken taburculuk,yeterli bakımın sağlanamaması vb faktörlerin etkili olduğunu göstermiştir. Çalışmamızda Kalite indikatörleri arasında bulunan yoğun bakım ünitelerine 24 saat içinde tekrar yatış oranlarından farklı olarak geç tekrar yatış oranları(48 saatten sonra) ve bu hastaların maliyetleri incelendi ve marjinal ikame maliyetleri ile karşılaştırıldı.
Konuşmacılar	<b>HEMŞİRE HASTA İLİŞKİLERİNDE KARŞILIKLI FARKINDALIKLARIN SORGULANMASI VE ALGI YÖNETİMİ</b> <b>Boz.E.S.</b> ,Timlioğlu İper.S,Ayna .E,Ertenü.M,Tay.S,Kabaday,Yekeler.İ Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, <b>Türkiye</b>  <b>Özet</b> Tüm kalite <b>sistemlerinde paydaş</b> memnuniyeti sistemin işleminde esas olan ve bu nedenle dikkatle takip edilen bir ölçüttür. Hastanelerde yapılan memnuniyet anketleri kalite sisteminde yol gösterici olmakla birlikte çalışanlara yönelik iş doyum anketleri zaten nitelikli personeli seçme şansını çok az olan kamu hastanelerinde yönetimin nitelikli personelin kaybını önlemek için sorunu alanları tespit etmesi yönünden önemlidir. Hasta ve sağlık çalışanı arasında kurulabilen etkili iletişim hem hasta hem de çalışan memnuniyetini olumlu yönde etkilemektedir. Çalışmada Hastanemiz hemşirelerine Minnesota iş doyum anketi uygulandı ancak Newcastle hasta memnuniyet ölçeğinden ilaveler yapıldı.Aynı şekilde hasta memnuniyet anketlerine Minnesota iş doyum anketlerinden eklenerek onlardan hemşirelerin iş doyumunu değerlendirmeleri istendi. Bu iki parametre birbirleri ile ve bölümlerin memnuniyet oranları ile ilişkilendirildi.Bu pilot çalışma daha sonra ilave edilecek algı değişikliği ölçümüne bir ön hazırlık olarak planlandı ve uygulandı.
Konuşmacılar	<b>Sağlık Kurumları İnsan Kaynakları Yönetiminde Eğitim Uygulamaları</b> *SÖNMEZ Ayşe, * <b>ORALALP Kumral</b> , *TER Nergiz, *TANIL Vildan * Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Merkezi, İZMİR, <b>TÜRKİYE</b>  <b>ÖZET</b> Bir kurum ya da kuruluşun beklenen veriminde elde edilmesini belirleyen temel faktörlerin başında kurumda çalışanlar gelmektedir. Bu bağlamda insan kaynakları bir kuruluşun en değerli varlığıdır. Kamu kurum ve kuruluşlarının verimli olması öncelikle insan kaynaklarından yararlanabilme ölçüsüne bağlıdır. Bir örgütün fiziki yapısı, maddi kaynakları ne kadar iyi olursa olsun, eğer bu yapıyı çalıştırabilecek, maddi kaynakları etkin bir şekilde kullanabilecek insan kaynaklarına sahip değilse, amacını gerçekleştirmesi mümkün değildir. Bu nedenle çalışanların kurum içinde eğitimleri, uzmanlık alanları, nitelikleri doğrultusunda görevlendirilmesi, yeni başlayan çalışanlara, uyum eğitimlerinin verilmesi, hizmet içi eğitimlerle de çalışanların niteliğinin iyileştirilmesi sağlanmalıdır. Hastaların teşhis, tedavi ve bakım uygulamalarını gerçekleştirmek amacıyla birçok sağlık çalışanının bir arada hizmet sunduğu hastanelerde de verilen hizmetin kolay kullanılabilir, kaliteli, sürekli ve verimli olması için kurum ve insan kaynakları yöneticilerine büyük görevler düşmektedir. Kuruma yeni başlayan, yer değiştiren veya kurumda yapılan güncellemeler doğrultusunda tüm çalışanlara verilen uyum eğitimleri, iş sağlığı ve çalışan güvenliği eğitimleri kurumsal başarının önemli bir parçasını oluşturmaktadır. Uyum eğitimleri ile öncelikle kurumsal kültür, değerler ve kurum politikaları çalışanlara aktarılmaktadır. İyi hazırlanmış ve organize edilmiş eğitimler kurumsal performansı olumlu yönde etkileyecektir.  <b>Amaç:</b> Bu çalışma ile yeni işe başlayan ve bölüm değiştiren çalışanlara uyum eğitimi, çalışmaya devam edenlere de hizmet içi eğitimler vererek 1720' si sözleşmeli olmak üzere toplam 5601 çalışanı olan Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde hizmet kalite ve verimliliğinin artırılması amaçlanmıştır.  <b>Yöntem:</b> Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Merkezi Kalite Konseyi'nin 18 Nisan 2013 tarihinde yaptığı toplantıda hastanemiz çalışanlarına yönelik eğitim çalışmalarını planlamak, yürütmek ve değerlendirmek üzere Başhekim, Kalite Yönetim Direktörü, Eğitim Uzmanı, Hastane İdari Temsilcileri ( Hastane Müdürü ve Yard.), Hemşirelik Hizmetleri Yöneticileri, Çalışan Niteliği ve Eğitimi Komite Başkanı, İnsan Kaynakları büro sorumlusu, hekim ve hemşire temsilcisinin yer aldığı Eğitim Etkinlikleri Yürütme Kurulu oluşturulmuştur. Öncelikle hazırlanan işleyiş doğrultusunda eğitim konularına ve programlarına ilişkin çalışmalar yapıldı. İşe yeni başlayan tüm sağlık çalışanlarına verilmek üzere Genel Uyum ve çalışacakları bölüme uyumlarını sağlamak amacıyla de mesleklerle özgü Bölüm Uyum Eğitim konuları belirlendi. Uyum ve çalışan sağlığı eğitimleri için eğitim alan ve eğitim veren kişilerin bir arada olduğu yüz yüze eğitim programı hazırlandı. 12 Mart 2014 tarihinde başlayan ve devam eden Genel Uyum eğitimlerini bugüne kadar 123 hekim, 202 hemşire ve diğer sağlık hizmetlerinde görev alan 30 eğitimli tamamlanmıştır. Yapılan organizasyonlar ve planlamalar doğrultusunda verilen hizmetin sürekliliği sağlanarak, 7105 çalışmamız çalışan sağlığı ve güvenliği, 381 çalışmamız temel afet ve yangın güvenliği, 117 çalışmamız temel iletişim becerileri ve zor durumlarda baş etme, 71 öğretim üyesi ileri yaşam desteği, yaklaşık 1340 hemşire temel ilk yardım eğitimi almıştır.  <b>Sonuç:</b> Bir örgütün bilgi, beceri ve motivasyon düzeyi yüksek ve mesleki gelişime yakın iş görenlere sahip olması hizmet kalitesi ve verimliliğini arttıracaktır. <b>Konu:</b> Sağlıkta Kalite ve Akreditasyonda İnsan Gücü

**Uzm. Gülnaz KANTAR(1)** Uzm. Erdoğan IŞIK(2), Uzm. Dr. Elif TUNÇ(1)  
(1)İzmir Asker Hastanesi, (2)Konya Selçuklu İlçe Sağlık Müdürlüğü, (1) İzmir Asker Hastanesi

**Özet**

Antikoagülan ilaçları yurtdışında hasta güvenliği kapsamında birinci derecede incelenmektedir. Günümüzde kalp hastalıklarında belirgin artış, beraberinde çoklu takip ve çoklu tedavi maliyetleri ile karşımıza çıkmaktadır. Değişik endikasyonlarda hastaların protrombin (kanama) zamanı belirli aralıklarla ölçülmekte ve izlenmektedir. Bu çalışmada; oral antikoagülan kullanan hastalarda sık kontrol edilen protrombin zamanı ölçümünün, kişisel takibi ile komplikasyonlar ve tedavi masrafları üzerine etkileri incelenecektir.

Kişisel takip ile hemorajik vakalarda %59, tromboembolik vakalarda %68 iyileşme görülmüştür. Kişisel koagülasyon takibi, hastaları tedavi aralığında tutarak ve komplikasyon risklerini azaltarak, toplam sağlık hizmeti masraflarını azaltmaya yardımcı olur. Kanamalı ve tromboembolik komplikasyonlarının azalması ile hastane kabulü ve tedavi masraflarında bir düşüşe, böylelikle sağlık hizmetinin toplam maliyetinde bir düşüşe sebep olur.

Yapay kalp uygulamaları, mekanik protez kalp kapakları, atrial fibrilasyon, pulmoner emboli, kronik kalp yetersizliği, tekrarlayan sistemik tromboembolizm protrombin zamanı izlemine en çok gerek duyulan endikasyonlardır.

Kişisel takip ile hastaların ulaşım ve venöz kan alımı zorluğunu en aza indirme, farklı laboratuvarlarda farklı sonuçlar ile oluşabilecek komplikasyonları önleyebilme, zaman ve maliyette azalma hedeflenmektedir.

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı, Üniversite ve Özel Hastaneler dahil 2011 yılında toplam 196.000 bypass, 63 kalp nakli ameliyatı yapılmıştır. Yılda yaklaşık 7000 civarında da kalp kapak ameliyatının yapıldığı tahmin edilmektedir. Koagülometre cihazın tanınmaması, fiyatının yüksek olması ve sosyal güvenlik kurumu tarafından karşılanmaması nedeni ile Türkiye’de kendi imkânlarıyla yaklaşık 3000 hastanın bu cihazı kullandığı tahmin edilmektedir.

Güvenli test sonucu ve doğru doz ayarlaması için; hasta ve ailesine eğitim, cihaz servisinin belirli aralıklarla kalibrasyon kontrolü ve hekimin test sonucu ile bilgilendirilmesi gerekmektedir.

Kişisel takip uygulamasının; kuruma tekrarlı yatışları ve stresi azaltma, hasta memnuniyeti ve yaşam kalitesini artırma gibi pek çok yararları bulunmaktadır. Kişisel takibin uygun maliyetliliği üzerine yapılan araştırmalar incelendiğinde, doğrudan tıbbi masraflar, hastalar ve onların bakıcıları tarafından oluşturulan masraflar arasında, hastaların kendilerini takip etmelerinin en ekonomik alternatif olduğunu kanıtlamıştır.

Protrombin zamanının kişisel takibi ile komplikasyonların azaltılarak Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Güvenlik Kurumu’larına olan ekonomik maliyetlerin düşürülebileceği kanısındayız.

**Anahtar Kelimeler:** Maliyet etkinliği, Kişisel takip, Oral anti koagülasyon

**ADIYAMAN ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ YARA BAKIM MERKEZİ HİZMETLERİ**

**DOĞAN, Fatih**, Adıyaman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Hastane Yöneticisi  
**YILDIRIM, Binnur**, Adıyaman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yara Bakım Merkezi Hizmetleri

**ÖZET**

**Amaç:** Adıyaman limizde, Adıyaman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi bünyesinde açılan Kronik Yara Bakım Merkezi ile ülkemizde hakkında toplantılar, sempozyumlar ve kongreler düzenlenen kronik yara problemi ve hastalarına, verilecek hizmet seviye sini bir üst aşamaya çıkararak yeni açılacak merkezlere örnek ve öncü olmak amaçlanmaktadır.

**Yöntem:** Sağlık sisteminde kaliteli hizmet sunumunda aktif rol oynayan sağlık tesisleri, sağlık hizmetlerinin her açıdan daha iyi bir noktaya taşınması için kendine özgü uygulamalar geliştirmektedir. Adıyaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi olarak, vizyonumuza hitaben, sağlık hizmetlerinde yeni uygulamalarda öncü olmak, birincil hedefimizdir. Bundan hareketle hem ilimizde ve çevre illerimizde vatandaşlarımızın kronik yara bakım hizmeti ile ilgili mağduriyetlerinin giderilmesi, kronik yara bakımı ve tedavisi ile yaşam kalitelerinin artırılması amacıyla bir dizi çalışma başlattık. Öncelikle, Kronik Yara Bakım Merkezlerinin ruhsatlandırılması için, resmî düzenlemeleri hazırlayarak, Sağlık Bakanlığı’na sunulması için bir dosya hazırladık. Dosya içeriğinde yer alan belgeler şunlardır:

Kronik Yara Bakım Merkezi Hizmetlerinin kurulması ve işleyişi ile ilgili uygulama usul ve esasları hakkında yönerge,

Kronik Yara Bakım Merkezinde bulunması gereken alan birim yatak personel asgari standardı,

Kronik Yara Bakım Merkezi Kalite Standartları Rehberi,

Adıyaman EAH Kronik Yara Bakım Merkezi fiziksel özellikleri,

Kullanılan ve yeni oluşturulan ilgili dokümanlar listesi

**Bulgular:** Gelişmiş ülkelerde sağlık harcamalarının önemli bir kısmını kronik yarası olan hastaların maliyeti oluşturmaktadır. Yara bakım birimlerinin sağlık hizmetlerinin maliyetini azaltması ve dolayısı ile ekonomiye katkısı aşikardır. Örnek verecek olursak; şeker hastalığı olan bir hastada ayak ülserini önlemenin maliyeti 2000 TL iken, ayak yarası olan bir hastanın tedavisi (tetkik, pansuman ve antibiyotik tedavisi) 11000 TL, şeker hastalığına bağlı olarak bacağı kesilen bir hastanın maliyeti ise yaklaşık 68 000 TL dir. Hem iyileşmeyen yara hem de uzuvlardan birinin kaybı hastanın hayatını olumsuz yönde etkilemekte, sosyal izolasyona neden olmakta ve çevresine bağımlı kılmaktadır. Oysa uygun organizasyon, yakın takip, hastanın ve sağlık personelinin eğitimi ile amputasyon oranlarını % 85’e kadar azaltılabilmektedir. Hastanemizde Sağlık Personelleri arasında Kronik yara ile ilgili bilgi düzeyi ve farkındalığın oluşması için Hemşireler yönelik anket çalışması yapılmıştır. Anket 173 sağlık çalışanına (Hemşire ve Sağlık Memuru) uygulanmış ve soru bazında şu sonuçlar elde edilmiştir. Hastanemiz yardımcı sağlık personeli ve hekimlerinin yer aldığı gönüllü 174 kişi tarafından doldurulmuştur. Ankete katılanların %86,7’si kadın, % 13,3’ü ise erkekti. Anketteki çalışanların %25,2’si lise mezunu iken geriye kalanlar fakülte, yüksek lisans ve yüksek okul mezunuydu. Ankete katılan çalışanların hemen hepsi aktif hasta bakımı ve tedavisine katılanlardan oluşmaktaydı. Anket değerlendirildiğinde çalışmaya katılanların %95,81 kronik yarayı doğru şekilde tanımlayabildiği görüldü. Çalışmadaki sağlık personelinin büyük çoğunluğu kronik yaraların bakımının hangi kliniklerde değerlendirildiğini bilmektedir. Ankete katılan sağlık personelinin %95’i kronik yaranın değerlendirildiği kliniği yara bakım kliniği olarak, %96’sı yara bakım prosedürünü sorumlu hekim tarafından belirlendiğini, %91’i yara bakım protokollerinin yara bakım konsültan hekim tarafından yapıldığını ve %92’si kronik yara bakımının yara bakım hemşiresi tarafından yapıldığını bildirmiştir. Bu değerlendirmeler ışığında Adıyaman Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi’nde kronik yara bakım ile ilgili gerekli farkındalığın oluştuğu görülmektedir. Bunun en önemli nedeni hastane bünyesinde açılan Kronik Yara Bakım Merkezi, verilen eğitimler ve oluşan yara bakım bilincidir.

**Sonuç:** AEH Hastanesinde açılan Yara Bakım Ünitesinde Ocak 2014 ten bu yana faaliyet göstermektedir.75 hasta taburcu edilmiş olup memnuniyet anketlerinde % 99.9 memnun ayrılmış, 75 hastanın 67 si teşekkür mektubu yazmış,75 hastanın 75 ine telefon ile dönülerek(hastalıklarına özel diyabet, beslenme, enfeksiyon v.s)konularında eğitim tekrarı yapılmıştır.Multidisipliner bir yaklaşım ile tedavileri yapılan hastaların memnuniyetlerinin yüksek olması ekip ruhunun olması ve hastalara her anlamda (psikolojik,sosyal)desteğin tam olması ve deneyimli yara bakım hemşirelerinin rolü çok büyüktür

**Anahtar Kelimeler:** Kronik yara, Sağlık hizmeti, özel birimler, Plastik Cerrah, multidisipliner yaklaşım

Salon I – Konferans 3:	<b>KLİNİKTE KALİTE UYGULAMALARINDA KRİTİK NOKTALAR</b>
Oturum Başkanı	<b>ANGELA LIEBKE</b> Anestezi ve Yoğun Bakım Departmanı Başkanı, AMEOS Sağlık Ağında Hastane Yönetim Kurulu Üyesi, <b>ALMANYA</b>
	<b><u>KALİTE VE HASTA GÜVENLİĞİ UYGULAMALARI “ALMANYA’DAN BİR MODEL”</u></b>  <b>Liebke,A ; Hasse ,C ; Baroudi,D</b> Ameos Sağlık Ağı, <b>ALMANYA</b>  <b>Giriş</b> Sağlıkta kalite ve hasta güvenliği uygulaması günümüzde Avrupa gündeminde yer tutan ve tartışılan bir konu. Kalite ve hasta güvenliği Amerika’da ve birçok ülkede Akreditasyon altında uygulanır ve yürütülürken (1) Almanya’da ise sağlık bakanlığı gözetimi altında Federal ortak komite (G-BA) tarafından ülke çapında denetlenir. (2) <b>Amaçlar ve Hedefler</b> Almanya’da kalite ve hasta güvenliğinin nasıl yönetildiğini anlatmak (3) ve AMEOS sağlık sistemi derneğine (4) bağlı bir hastanenin anestezi ve yoğun bakım departmanlarında uygulanan bir model sunarak liderliğin ve çalışan katkısının önemini vurgulamak. (5) <b>Yöntemler</b> Kalite ve hasta güvenliğinin günlük olarak uygulanması ve nasıl farklı alanlara (kanıta dayalı tıp, enfeksiyon kontrol esasları, ilaç güvenliği, bina güvenliği, çalışan eğitimi, hasta hakları ve memnuniyeti, performans göstergeleri ve geliştirme projeleri) yerleştirildiği konusunda bir sunum. <b>Sonuç ve alınan mesaj</b> Bütün bunlara rağmen dünyanın bazı yerlerinde Akreditasyon sağlık kuruluşlarını iyileştirmede yetkin bir araçtır. (6) Sağlık kuruluşlarını iyileştirmenin kalıcı çözümü uygulamaları günlük aktivitelere yerleştirmek ve çalışanı motive etmekte liderliğin çok büyük bir önemi vardır. <b>Anahtar kelimeler:</b> AMEOS, Kalite ve hasta güvenliği, Uygulama, Liderlik, Akreditasyon <b>Çıkar çatışması:</b> Bahsedilen kurumlarla hiç bir çıkar çatışmamız yoktur. <b>Fon</b> : Bu çalışma çalışma yapılırken harici bir fon kullanılmamıştır.
Konuşmacılar	<b><u>Pakistan’daki Kadın Mahkumlar ve Cezaevlerinde Kalite Yönetimi</u></b>  <b><u>Dr. Minhaj Qidwai</u></b> - MBBS, MPH, MBA, CMC, Kanada, Program Direktörü, Sağlık Hizmetleri Yönetimi, İşletme Yönetimi ve İktisat Enstitüsü, <b>PAKİSTAN</b>  <b><u>Yrd. Doç. Dr. Sarosh Siddiqui</u></b> - MBBS, MPH, MBA, Toplum Hekimliği Anabilim Dalı, Jinnah Sind Tıp Fakültesi, <b>PAKİSTAN</b>  <b>Özet</b> Dünya genelinde cezaevi kuralları vardır ve bu kurallar uygulanır. Cezaevindeki kadınlar, içeride ya da dışarıda, Pakistan toplumunda bir tabudur. Bir kadının hapsedilmesi, cezaevindeyken yaşam kalitesinin temini ve yönetimi çalışmamızın konusudur. Alta yatan gerçekleri ve kadın mahkumların durumunun iyileştirilmesi ve cezaevi yönetiminin eksik yönlerini değerlendirmek için yarı yapılandırılmış bir anket kullanılmıştır. Pakistan’da kadın mahkumların birçoğu haklarının farkında değil ve çoğu zamanda bu durum hayat boyu böyle. Parmaklıkların arkasında ruh sağlığı sorunlarıyla baş etmeye çalışırlar. Birçoğu çocuklarıyla birlikte oradadırlar ve neredeyse hiçbiri eğitim alamaz ve düzgün bir kariyer şansı yakalayamaz. Çalışmamız gösteriyor ki Pakistanlı kadın mahkumların bir çoğu eğitimsiz. Cezaevi çalışanlarının muameleleri ile ilgili problemleri var ve sosyal ve psikolojik ihtiyaçları açısından özgürlükleri yok. Pakistan’da kadın mahkum sayısı az ama cezaevi yönetiminin kadın mahkumlara yaklaşımı insani değil ve disiplinden yoksun. Sonuç olarak, mahkum oldukları süre boyunca aldıkları hizmet kalitesi, yiyecekler, yönetimin muamelesi, ruh sağlığı için bir danışmanın olmaması cezaevi yönetiminin kadın mahkumlara karşı olan kayıtsızlığını gösteriyor. <b>Anahtar Kelimeler:</b> Kadın mahkumlar, Cezaevi Yönetimi ve mahkumlara yönelik hizmet kalitesi.
<b>Paralel Oturumlar 4</b>	
Salon I	<b>İŞ SAĞLIĞI GÜVENLİĞİ VE TESİS GÜVENLİĞİ UYGULAMALARI</b>
Oturum Başkanı	<b>Süleyman YILMAZ</b> İşletme Direktör Yardımcısı/İş Güvenliği Uzmanı, Özel Optimed Hastanesi, <b>Türkiye</b>
Konuşmacılar	<b><u>EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ’NDE ÇEVREYLE DOST SİSTEM TASARIMI VE BU KAPSAMDA YAPILAN ÇALIŞMALAR</u></b>  <b>*BÜYÜKTOPÇU Çiğdem, *ÇETİNKAYA Yurdanur, *TANIL Vildan</b> <b>*Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Merkezi, İZMİR, TÜRKİYE</b>  <b>ÖZET</b> <b>Giriş:</b> Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Merkezi tarafından 1995 yılında hastane kaynaklı atıkların bertaraf edilmesi ana amacıyla Türkiye’deki hastaneler arasında ilk defa Çevre Sağlığı Hizmetleri Birimi kurulmuş ve bu konuda çalışmalar yapmaya başlamıştır. 29/04/2009 tarih ve 27214 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan “Çevre Kanununda Alınması Gereken İzin ve Lisanslar Hakkında Yönetmeliğin” ekli listesindeki tesisler içinde yer alan sağlık tesislerinden, yatak kapasitesi 20 ve üzerinde olanlar en az bir çevre görevlisi çalıştırmak veya çevre birimi kurmak ya da yetkilendirilmiş çevre danışmanlık firmalarından hizmet almakla yükümlüdürler hükmü gereğince mevcut birime yeni bir çevre görevlisi eklenerek adı “Çevre Yönetim Birimi” olarak değiştirilmiştir. Sağlık kuruluşları verdikleri hizmet sonucu çevre ve insan sağlığını tehdit eden başta tıbbi atıklar olmak üzere çeşitli atıklar üretmektedir. Bunun yanında hastanemizde kullanılan tehlikeli kimyasallar, sitotoksik ve sitotoksik ilaçlar, farmasötik atıklar ve ağır metal içeren atıklar için de çevreyle dost sistem tasarımı anlamında özel çözümler üretilmeye başlanmıştır. Atıkların oluşumlarının önlenmesi, zararsızlaştırılması, yeniden kullanım veya geri kazanımlarının sağlanması nihayetinde uygun teknoloji ve yöntemlerle bertarafının yapılması atık yönetiminin esasını oluşturmaktadır. Hastanemizde bu anlamda atıkların kirlenmesini azaltma ya yönelik atık su önlem tesisi, patoloji laboratuvarımızda tehlikeli atık olarak nitelendirilen ve kullanılan solventlerin geri kazanımının yapılması ve uygun atık depolama koşullarının oluşturularak depolanması gibi çevre dostu uygulamalara büyük önem verilmektedir. <b>Amaç:</b> Hastanemizde kullanmış olduğumuz çevreyle dost sistemlerin mevzuata ve bu konudaki standartlara uygun şekilde sayısını artırarak sürekli geliştirmek ve çevreye verilecek zararı en az indirmek. <b>Sonuç:</b> Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Merkezi, 1995 yılından beri çevreyle dost uygulamalar geliştirmekte ve kurmuş olduğu bu sistemi yasal mevzuatlar ve standartlar dahilinde sürekli olarak genişletmektedir. <b>Konu:</b> Teşvik yöntemleri, ödüller ve tasdikler ve kalite ödülleri Sağlık hizmetleri sistemi altyapısında yenilikler. Sistem tasarımı, tasarım vasıtasıyla güvenlik, <b>çevreyle dost tesis</b> , yapısal değişikliklere hasta katılımı.

<p>Konuşmacılar</p>	<p><b>ÖZEL BİR HASTANEDE TESİS GÜVENLİĞİ ALANINDA YAPILAN ÇALIşMALAR VE HASTANE</b></p> <p><b>YILMAZ Süleyman *</b>, SEZEN Adem **, ERGÜL Ceren ***</p> <p>* İşletme Direktör Yardımcısı/İş Güvenliği Uzmanı, Özel Optimed Hastanesi, Türkiye  ** İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Türkiye  *** B Sınıfı İş Güvenliği Uzmanı, Türkiye</p> <p><b>ÖZET</b></p> <p><b>Giriş</b> ; Sağlık kuruluşlarına her gün yüzlerce hasta, ziyaretçi ve firma çalışanı gelmektedir. Ayrıca çalışanları da göz önüne alındığı zaman sağlık kuruluşlarındaki insan sayısının ufak bir ilçe nüfusuna ulaştığını görülmektedir. Hipokrat'ın "Primum non nocere" sözüne dikkat ettiğimiz zaman hastaya zarar vermemenin yolu, hasta güvenliği sağlanması kadar tesis güvenliği ile gerekli önlemlerin alınmasından geçmektedir. 2012 yılında yayınlanan ve 2013 yılında yürürlüğe giren "6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu" ile tüm sağlık kuruluşları iş sağlığı ve güvenliği kapsamına girmiştir. İş sağlığı ve güvenliğinin temel amaçlarından birisi de "işletme –tesis güvenliğinin" sağlanması olup, 6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu ve bu kapsamda çıkan bir çok yönetmelikle, özel sağlık kuruluşları tesis güvenliği konusunda bir çok adım atmıştır.</p> <p><b>Amaç</b>: Bu çalışma sonucunda özel bir hastanede tesis güvenliği alanında yapılan çalışmaların sonuçları ile birlikte ifade etmek ve yapılan bu çalışmaların hastane genel gider bütçesindeki oranını göstermektir.</p> <p><b>Yöntem</b>: Bu çalışma yapılırken tesis güvenliği bazında tüm yasal mevzuat taranmıştır. Bu mevzuat taraması sonucunda tesis güvenliği kapsamında yapılması gereken periyodik kontroller, bakımlar ve eğitim ihtiyaçları saptanmıştır. Eğitim ihtiyaçları gerek dış eğitimlerle gerekse hizmet içi eğitimlerle giderilirken, kontroller ve bakımlar hazırlanan tesis güvenliği planı kapsamında yapılmıştır. Yapılan kontrollerin sonuçları teknik servis sorumlusu ve hastane iş güvenliği uzmanı tarafından düzenli olarak kontrol edilerek, yaşanan uygunsuzluklar ise alınan önlemlerle giderilmiştir.</p> <p><b>Bulgular</b>: Özel Optimed Hastanesi'nin 2014 yılı bütçesinde 22.355.246,74 TL'lik giderinin içinde 396.913,57 TL'lik bir kalem Bakım ve Onarım giderleri olarak hesap edilmiştir. Bu oran olarak genel giderler içinde % 1,78'lik bir oran oluşturmuştur. 396.913,57 TL'lik bakım onarım giderinin, 174.733,42 TL'lik tutarı tesis güvenliği kapsamında yapılan giderler olarak genel giderler içinde %0,78 oranında olduğu tespit edilmiştir.</p> <p><b>Sonuç</b>: Yapılan bu çalışma ile özel bir sağlık kuruluşunda tesis güvenliği kapsamında riskler azaltılmış ve güvenli bir hastane ortamı yaratılmıştır. Ayrıca tesis güvenliği kapsamında yapılan giderler izlenerek, bundan sonraki yıllar için referans olarak alınması sağlanmış ve gider bütçesinin oluşturulmasında büyük katkı sağlamıştır.</p> <p><b>Anahtar Kelimeler</b>; Tesis güvenliği, mevzuat, iş güvenliği</p>
<p>Konuşmacılar</p>	<p><b>SAGLIK HIZMETLERİNDE KİŞİSEL KORUYUCU EKİPMAN KULLANMA DAVRANIŞINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER</b></p> <p><b>ÇALIŞKAN Havva</b>  Edirne Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği</p> <p><b>ÖZET</b></p> <p><b>GİRİŞ</b>: Sağlık hizmetlerinde sağlık ve güvenlik uygulamalarının etkinliği çalışanların güvenlik konusundaki temel yaklaşımı ile yakından ilgilidir. Bu nedenle sağlık kurumlarında iş sağlığı ve güvenliği uygulamaları konusunda çalışanların tutumları, güvenlik davranışı, güvenlik ihtiyacı belirlenmelidir. Sağlık hizmetlerinde çalışan güvenliğinin temel bileşeni kişisel koruyucu ekipman (KKE) kullanma davranışdır. Hastane yöneticileri tarafından KKE kullanma davranışını etkileyen faktörlerin bilinmesi, hazırlanacak iyileştirme programlarının etkinliğini arttırabileceği ve bu konuda temel veri oluşturacağı düşünülmüştür.</p> <p><b>AMAÇ</b>: Araştırma, sağlık personelinin KKE'ye yönelik bilgi ve kullanma durumlarını saptamak ve KKE kullanma davranışını etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır. Tanımlayıcı tipte bir araştırma dır. KKE kullanma davranışının, demografik özellikler, sağlığı koruma farkındalığı, kesici-delici alet yaralanması ile kan ve vücut sıvıları bulaş geçmişi, KKE konfor ve kullanım rahatlığı, uyarıcılar, iş arkadaşlarının kullanması, kurumsal fayda sağlama, yönetimin yaklaşımı, KKE sağlama ve ulaşılabilirlik, iş sağlığı ve güvenliği eğitimleri ve bilgi düzeyinden etkilendiği varsayılmaktadır. Araştırma, bu varsayımlar ile KKE kullanma davranışını etkileyen değişkenleri saptamayı esas almaktadır.</p> <p><b>YÖNTEM</b>: Araştırmada, 06.05.2014 – 16.07.2014 tarihleri arasında 2. basamak sağlık hizmeti sunan bir il devlet hastanesinde (n=656) ve bir ağız ve diş sağlığı merkezinde (n=57) çalışan 253 sağlık personeli incelenmiştir. Veriler, araştırmacı tarafından geliştirilen "Kişisel Koruyucu Ekipman Kullanımına Yönelik Tutum Ölçeği" ile toplanmıştır. Ölçeğin kapsam geçerliği, var olan alan yazına göre oluşturulmuştur. Değerliliği için Cronbach's Alpha katsayısı ölçülmüş ve 0,895 olarak hesaplanmıştır. Veriler SPSS 16,0 paket programı ile istatistiksel olarak değerlendirilmiştir. Değerlendirmede tanımlayıcı istatistikler yüzde (%) ve ortalama, Kruskal-Wallis H testi ve Mann Whitney U testi, korelasyon ve aşamalı regresyon analizi kullanılmıştır.</p> <p><b>BULGULAR</b>: Katılımcıların % 38,3'ü 36-45 yaş grubunda, %67,6'sı kadın, %75,52'si evli, %40,3'ü lisans mezunu, % 45,8'i ebe-hemşiredir. %37,9'u 1-10 yıl arasında hizmet yılında, %59,7'si 1-5 yıl arasında ilgili kurumda çalışandır. %80,5'i devlet hastanesi, %19,4'ü ağız ve diş sağlığı merkezi çalışandır. %34,8'i çalışma yaşamında kan ya da vücut sıvıları ile bulaş yaşamamış, %40,7'si kesici-delici alet ile yaralanmış, %78,7'si koruyucu ekipman eğitimi almıştır. KKE kullanma oranı %86,6 olarak tespit edilmiştir. Mann Whitney U testi sonucunda; cinsiyet (U=5,69; p=0,007; p&lt;0,05), KKE eğitim alma durumu (U=3,61; p=0,000; p&lt;0,05) ve çalıştığı kurum (U=3,16; p=0,000; p&lt;0,05) değişkenleri ile Kruskal-Wallis H testi sonucunda yaş (X<sup>2</sup> = 10,204; p=,017; p&lt;0,05) ve meslek (X<sup>2</sup> = 23,253; p=,000; p&lt;0,05) değişkenleri ile KKE kullanma davranış arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Korelasyon analizinde, KKE kullanım davranış ile sırasıyla; sağlığını koruma farkındalığı (r=0,782; p&lt;0,000), ulaşılabilirlik (r=0,680; p&lt;0,000), kurumsal fayda (r=0,627; p&lt;0,000), eğitim (r=0,611; p&lt;0,000), temin edilmesi (r=0,610; p&lt;0,000), kullanım rahatlığı (r=0,587; p&lt;0,000), fiziksel uygunluk (r=0,563; p&lt;0,000), bilgi düzeyi (r=0,525; p&lt;0,000) değişkenleriyle pozitif yönlü ve orta kuvvette ilişki olduğu, iş arkadaşlarının kullanması (r=0,525; p&lt;0,000), uyarıcılar (r=0,392; p&lt;0,000), yönetimin tutumu (r=0,388; p&lt;0,000) değişkenleri ile pozitif yönlü ve zayıf bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Aşamalı regresyon analizinde ise, çalışanın sağlığını koruma farkındalığı (R=.731, R<sup>2</sup>=,534), ulaşılabilirlik (R=.780, R<sup>2</sup>=,608), fiziksel uygunluk (R=.784, R<sup>2</sup>=,615) değişkenlerinin KKE kullanma davranışını etkilediği tespit edilmiştir.</p> <p><b>SONUÇ</b>: Sağlık hizmetlerinde KKE davranışının; cinsiyet, yaş, meslek, çalışılan kurum, eğitim, sağlığı koruma farkındalığı, KKE ulaşılabilirliği, KKE fiziksel uygunluğu değişkenlerinden etkilendiği bulunmuştur. Dolayısıyla çalışanların sağlığını koruma ihtiyacı hissetmeleri durumunda, ulaşılabilir ve fiziksel olarak uygun bir koruyucu malzemenin bulunması, çalışan güvenliğinin temelini oluşturmaktadır.</p>
<p>Salon II</p>	<p><b>HASTA DÜşMELERİ</b></p>
<p>Oturum Başkanı</p>	<p><b>Yrd. Doç. Dr. Ali Erdoğan,</b>  Haliç Üniversitesi Meslek Yüksek Okulu Sosyal Programlar Başkanı, İstanbul, Türkiye</p>

## BİR DEVLET HASTANESİNDE ÇALIŞANLARIN HASTA VE ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ ALGILARININ İNCELENMESİ

**OLUT,Dilek,**  
Alsancak Nevvar Salih İşgören Devlet Hastanesi,  
İzmir, Türkiye

### Özet

**Giriş:** Güvenli ve etkili sağlık hizmeti sunumunda ilk hedef güvenli bir çalışma ortamı yaratarak bu ortamda hasta ve çalışanların güvenliğini ön planda tutulduğu bir sağlık hizmeti sunmaktır.

**Amaç:** Bu çalışmada, bir devlet hastanesinde çalışan hekimler, yardımcı sağlık personelleri ve idari personellerin hastanedeki hasta ve çalışan güvenliğine ilişkin uygulamaları algılama düzeylerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** İzmir'deki bir devlet hastanesinde yapılan tanımlayıcı nitelikteki bu çalışmaya, araştırmaya katılmayı kabul eden 120 personel dahil edilerek, geçerlilik ve güvenilirlik analizleri yapılmış, 21 ifadeden oluşan çalışan güvenliği ölçeğiyle 53 ifadeden oluşan hasta güvenliği ölçeği uygulanmıştır.

**Bulgular:** Çalışmaya katılanların %46,7'sinin yardımcı sağlık personeli, %20,8'inin doktor, %32,5'inin idari personel olduğu, bununla birlikte; %52,5'inin evli, %53,4'ünün lisans ve yüksek lisans mezunu, %35,8'inin kurumda çalışma yılının 11 yıl ve üzeri olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılanların son 1 yıl içerisinde maruz kaldıkları iş kazaları değerlendirme sonuçlarına göre; katılımcıların %17,5'inin son 1 yıl içerisinde enfeksiyona, %6,7'sinin fiziksel şiddete, %15,0'nin kimyasal ajanlara maruz kaldığı, %13,3'ünün Son 1 yıl içerisinde kaygan zeminde kaydığı, %22,5'inin ise kesici delici aletle yaralandığı belirlenmiştir

Çalışan güvenliği uygulamalarının etkinliğiyle ilgili en yüksek algı düzeyinin çalışan güvenliği komitesi boyutu; son ra sırasıyla çalışanların ve yönetimin sorumluluğu boyutları olduğu görülmüştür.

Çalışan sorumluluğu davranışının %63 oranında çalışan güvenliği komitesi ve yönetimin sorumluluğuna bağlı olarak şekillendiği, hasta güvenliği uygulamalarının etkinliğiyle ilgili en yüksek algı düzeyinin çalışanların eğitimi boyutu, sonra sırasıyla çalışan davranışı, bakım ortamı, yönetim ve liderlik ile beklemedik olay hata raporlama boyutları olduğu görülmüştür.

Çalışan davranışlarının %81 oranında bakım ortamı, beklemedik olay ve raporlama, Yönetim ve liderlik ve çalışanların eğitime bağlı olarak şekillendiği, Çalışanların eğitiminin ise çalışan davranışlarına anlamlı bir katkı sağlamadığı görülmüştür.

**Sonuç:** Birçok görüşe göre hastanelerdeki uygulamaların daha çok hasta güvenliği üzerine kurulu olduğu görüşü hakikaten çalışmamız sonucunda bu hipotezin tam tersi bir sonuç ortaya çıkmıştır. Çalışanların çalışan güvenliği algılarıyla hasta güvenliği algıları karşılaştırılması sonucunda; çalışan güvenliği faaliyetlerinin etkinliğinin hasta güvenliği uygulamaları etkinliğinden daha yüksek olduğu görüşünü taşıdıkları belirlenmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Hasta Güvenliği, Çalışan Güvenliği, Hasta ve Çalışan Güvenliği Algısı

Konuşmacılar

## İTAKİ DÜŞME RİSKİ ÖLÇEĞİNİN MORSE DÜŞME RİSKİ ÖLÇEĞİ ve HENDRICH II DÜŞME RİSKİ ÖLÇEĞİ İLE KIYASLANMASI

**Barış OĞUZ(1), Bilal SALIM(2) Hakan SAĞLAM(1), Ayla BAYAR(1), Berna SONGÜR(1), Yasemin ÜSTÜNER BULUT(1)**

(1)Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Sakarya  
(2)Sakarya İl Sağlık Müdürlüğü, Sakarya

### ÖZET

**Giriş:** Hasta güvenliğinin önemli bir unsuru olan hasta düşmeleri, aynı zamanda bakım kalitesini yansıtmakta ve hemşirelik hizmetlerinin yeterli olmaması ile ilgili kuşakları da beraberinde getirmektedir. Dolayısıyla oluşturulan/oluşturulacak risk tanılama araçları, sorunların belirlenmesi ve gerekli önlemlerin alınması açısından uygulamalarda önemli yer tutmaktadır.

Ülkemizde İtaki Düşme Riski Ölçeği, Morse Düşme Riski Ölçeği ve Hendrich II Düşme Riski Ölçeği en sık kullanılan risk tanılama araçları olarak karşımıza çıkmaktadır. Sağlık Bakanlığı Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı tarafından geliştirilen ve 09.06.2012 tarihinde yayımlanan İtaki Düşme Ölçeği ülkemizde sağlık kurumlarının çoğunda kullanılan bir ölçek haline gelmiştir. Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı tarafından ülkemize özgü, anlaşılır, kullanımı kolay ve basit bir ölçek olarak tanımlanan İtaki Düşme Ölçeği 11 tanesi majör, 8 tanesi minör olmak üzere toplam 19 risk faktörünü değerlendirir. Düşme risk faktörleri hakkında oldukça kapsamlı bir literatür üzerine temellenen Hendrich II Düşme Riski Tanılama Ölçeği, 1995 yılında Hendrich ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Ölçekte alınabilecek en yüksek puan 16 olup, 5 ve üzeri puan yüksek risk varlığını göstermektedir. Janica Morse tarafından 1987 yılında yaşlılarda düşme riskini belirlemek amacıyla geliştirilen Morse Ölçeğinde ise 0-24 puan arası riski olmayan grup, 25-50 puan düşük riskli grup, 51 ve üzeri puan ise yüksek riskli grup olarak değerlendirilmektedir. Ölçekte alınabilecek en yüksek puan 130 olabilmektedir.

**Yöntem:** Çalışma Sağlık Bakanlığı Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 1 Temmuz 2014 - 30 Eylül 2014 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Çalışmada veriler hastanın demografik bilgileri ile İtaki Düşme Riski Ölçeği, Morse Düşme Riski Ölçeği ve Hendrich II Düşme Riski Ölçeği bilgilerini içeren bir form ile elde edilmiştir. Elde edilen veriler SPSS 21.0 programı ve Microsoft Office Excel 2007 programı ile analiz edilmiştir. Araştırmaya başlamadan önce Üniversite hastanesinden yazılı izin alınmış, araştırmaya katılmayı kabul eden 83 hastaya çalışma hakkında bilgi verilip sözel izinleri alındıktan sonra formlar uygulanmıştır.

**Bulgular:** Çalışmaya katılan hastaların yaş ortalaması 53,41±2,27 olup, % 53'ü erkektir. Çalışmada yapılan değerlendirmelerde İtaki Düşme Riski Ölçeği'nde 5 puan ve üzeri, Hendrich II Düşme Riski Ölçeği'nde 5 puan ve üzeri, Morse Düşme Riski Ölçeği'nde 51 puan ve üzeri alan hastalar yüksek riskli olarak, İtaki Düşme Riski Ölçeği'nde 5 puan altı, Hendrich II Düşme Riski Ölçeği'nde 5 puan altı ve Morse Düşme Riski Ölçeği'nde 0-50 puan arası düşük riskli olarak değerlendirilmiştir. Çalışmada ölçeklerin risk değerlendirme düzeylerine göre hastaların dağılımı incelendiğinde 83 hastada İtaki Düşme Riski Ölçeği'nin 41'ini (% 49,4), Hendrich II Düşme Riski Ölçeği'nin 24'ünü (%28,9), Morse Düşme Riski Ölçeği'nin 20'sini (%24,1) yüksek riskli gruba değerlendirdiği gözlemlenmiştir.

Çalışmada ölçeklerin ortak olarak risk belirledikleri hastaların dağılımına bakıldığında ise; İtaki Düşme Riski Ölçeği'nin Hendrich II Düşme Riski Ölçeği ile beraber yüksek risk belirlediği hasta sayısının 19 (%22,9), Morse Düşme Riski Ölçeği ile beraber yüksek risk belirlediği hasta sayısının ise 18 (%21,7) olduğu görülmüştür. Hendrich II Düşme Riski Ölçeği ve Morse Düşme Riski Ölçeği'nin ortak olarak yüksek riskli değerlendirdiği hasta sayısında ise bu rakam 12 (%13,26) olarak belirlenmiştir. Araştırma esnasında hastaların düşmeleri de takip edilmiş ancak herhangi bir düşme olayı bildirimi yapılmamıştır.

**Sonuç:** İtaki Düşme Riski Ölçeği diğer ölçeklerle kıyaslandığında sorguladığı risk faktörlerinin sayısının fazla olduğu görülmektedir. Sağlık kurumlarında düşmelere neden olan tüm faktörlerin (kişisel ve çevresel) değerlendirildiği İtaki Düşme Riski Ölçeği'nin risk değerlendirmesi açısından doğru sorgulamalar yaptığı söylenebilir. Ancak araştırma bulguları değerlendirildiğinde İtaki Düşme Riski Ölçeği'nin diğer ölçeklere göre "Yüksek Risk" belirleme oranının daha yüksek olduğu görülmüştür. Araştırmada, ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmış diğer iki düşme riski ölçeğine göre neredeyse iki katı fazla Yüksek Risk grubunda hasta belirlenmiştir. Bunun nedeninin İtaki Düşme Riski Ölçeği'nin puanlama sisteminin uygunsuzluğu olduğu düşünülmektedir. Morse Düşme Riski Ölçeği'nde alınabilecek maksimum puan 130 olup, 51 ve üzeri puan alan hastalar yüksek riskli gruba dahil edilirken (% 39,23), Hendrich II Düşme Riski Ölçeği'nde maksimum puan 16 iken 5 puan ve üzeri (% 31,25) alan hastalar yüksek riskli hasta sayılmaktadır. İtaki Düşme Ölçeği'nde ise maksimum puan (51), yüksek risk puanı (5 ve üzeri) oranı % 9,80 olarak belirlenmiştir. Bu durum kliniklerde çalışan sağlık personelinin sağlık bakımı hizmetini sunarken özellikle düşme riski bulunan hastalarının takibi nedeniyle iş yükünü arttırmasına neden olacaktır. Bu durumda beraberinde sağlık bakım kalitesinin düşmesine neden olabilecektir.

Konuşmacılar



<p>Konuşmacılar</p>	<p><b>HASTALARDA DÜŞME RİSKİNİN ÖNLENMESİ VE BİR HASTANE UYGULAMASI</b></p> <p><b>ALICI Selin</b>, İstanbul Bilim Üniversitesi, İstanbul, TÜRKİYE  <b>TAPAN Birkan</b>, İstanbul Bilim Üniversitesi, İstanbul, TÜRKİYE  <b>GAYEF Albena</b>, İstanbul Bilim Üniversitesi, İstanbul, TÜRKİYE</p> <p><b>ÖZET:</b>  Hasta düşmeleri, tüm Dünya'da sağlık bakım kurumlarında önemli bir hasta güvenliği problemi olarak belirtilmekte, hastanelerde en sık görülen ikincil yaralanma nedenleri arasında önemli bir yer tutmaktadır. Düşmeler, hastada ciddi hasarlar oluşturabilmekte, daha uzun süre hastanede yatma, buna bağlı güçlükler, yoksunluklar ve daha fazla sağlık harcamasına neden olabilmektedir. Düşmeleri önlemeye yönelik yaklaşımda sağlık çalışanlarının öncelikli olarak hastanın düşme öyküsünü ve risk faktörlerini belirlemesi, düşme risk faktörleri açısından çevreyi uygun olarak değerlendirmesi gerekir.</p> <p><b>AMAÇ:</b> Bu çalışma ile yatan ve ayakta hastalarda, düşme ve düşme yüzünden zarar görme riskinin önlenmesi, takip ve önlemlerin alınması, hasta güvenliğinin sağlanması amaçlanmıştır.</p> <p><b>YÖNTEM:</b> Vakıf hastanesinin düşme riski hastalarının indikatör ve prosedürlerinin incelenmesi.</p> <p><b>BULGULAR:</b> Her hasta için düşme risk değerlendirme yapılır. Temel güvenlik önlemleri olarak hasta bilekliği takılır, hasta odasındaki kullanılmayan malzemeler alınır, hemşire çağrı zili kolayca ulaşabileceği yere bırakılır, yatak en düşük seviyede tutulur, yatak kenarları kaldırılır, yerlerin ıslak ve kaygan olmamasına dikkat edilir, merdiven ve koridorlar yeterli aydınlatılmaktadır.</p> <p>Düşme riski düşük hastalar için güvenlik önlemleri; Hasta en az 2 saatte bir ziyaret edilir, tekerlekli sandalyeye alınırken sandalye kilitlenir, transfer sırasında sedye kemerleri bağlanır, dört yapraklı yonca figürü asılır, hasta ve ailesi düşme riskinin önlenmesi konusunda eğitilir.</p> <p>Düşme riski yüksek hastalar için güvenlik önlemleri; Saat başı hasta ziyaret edilir, hasta hemşire bankosuna yakın bir odaya alınır, banyoda ve yatak kenarında kesinlikle yalnız bırakılmaz, yalnız ise oda kapısı açık tutulur. İncelediğimiz vakıf hastanesinde 2014 senesinde düşen hasta sayısı 12 olup bu hastaların %65'i hasta hatası,%35'i kurum (ekipman, personel, sistem, fiziki çevre) hatasıdır. Bu düşmelerin %58 gündüz,%42'si gece görülmüştür.</p> <p>Düşme Risk Değerlendirmesi yapılan hasta, durumunda değişiklik olduğunda, ilaçlarında değişiklik olduğunda, bölüm değişikliğinde düşme riski açısından yeniden değerlendirilir. Hastaneye muayene olmak için gelen tüm hasta ve hasta yakınlarının, poliklinik, acil hizmetlerinden yararlanma sürecinde düşmelerinin önlenmesi, hastanede kliniklerde, yoğun bakımlarda yatan ameliyathanede ameliyat olan hastaların hastanede yatıştan çıkışa kadar geçen süreçte düşmelerini önleyerek düşmeye bağlı daha uzun süre hastanede yatışları, sakat kalmaları hatta ölümleri engellemek adımlarını kapsar.</p> <p><b>SONUÇ:</b>Hastane ortamındaki hasta düşmelerini tamamen önleyemeyeceği fakat uygulanacak etkin koruyucu önlemler ile en aza indirilebileceği belirtilmektedir. Sağlık hizmeti veren tüm kamu kurum ve kuruluşlarında hasta güvenliği çalışmalarının artırılması, hasta güvenliğinin önemli bir parçası olan düşmelerin önlenmesi için yeni stratejilerin geliştirilmesi, hastane personelinin, hastaların ve hasta yakınlarının bilgilendirilmesi, düşme olmuşsa bunun tespiti yapılması ve kayıt altına alınması gereklidir.</p>
<p>Konuşmacılar</p>	<p><b>BİR ÖZEL HASTANED E İKİ YIL İÇİNDE GERÇEKLEŞEN HA STA DÜŞMELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ</b></p> <p><b>Devrez Nilgün*</b>, İşeri Alev*  *Özel TOBB ETÜ Hastanesi, Ankara, Türkiye</p> <p><b>ÖZET</b></p> <p><b>Amaç:</b> Çalışma özel bir hastanede yatışları sırasında düşen hastaların özelliklerinin ve düşmeden etkilenme düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.</p> <p><b>Yöntem:</b> Çalışma 01.04.2013-01.04.2015 tarihleri arasında özel bir hastanede yatarak tedavi gördüğü sürede düşen 25 hastanın verilerinin retrospektif olarak değerlendirilmesi yoluyla yapılmıştır. Veriler SPSS 18.0 programında sayı ve yüzdelik hesabı ile değerlendirilmiştir. Araştırmanın gerçekleştirilmesi için ilgili kurumdan yazılı izin alınmıştır.</p> <p><b>Bulgular:</b> Belirlenen tarihler arasında ilgili hastanede toplam 14606 hasta yatarak tedavi görmüştür. Hastaların 2864'ü yaşları nedeniyle düşmeler açısından yüksek risklidir. İki yıllık sürede toplam 25 düşme olayı gerçekleşmiştir. Düşen hastaların %64'ünün erkek, %36'sının kadın olduğu, %56'sının 65 yaş ve üstü olduğu belirlenmiştir. Hastaların %76'sının Hendrich II Düşme Riski Değerlendirme Ölçeğine göre yüksek riskli olduğu, %96'sının son bir yılda düşme öyküsünün olmadığı saptanmıştır. Düşen hastaların %32' sinin tedavisinde düşme riskini artıran ilaçların bulunduğu, %44'ünün yardımla yürüyebildiği belirlenmiştir. Düşmelerin %48'inin 02:00-06:00 saatleri arasında gerçekleştiği tespit edilmiştir. Hastaların düşme şekilleri değerlendirildiğinde %24'ünün banyo/tuvalette, %20'sinin ise refakat ile yürürken gerçekleştiği saptanmıştır. Düşen hastaların; %72'sinde düşme sonrası yaralanma olmadığı, %28'inde ise ANAANDNQI skorlamasına göre 2. Düzey -hafif minör yaralanma tespit edilmiştir. Düşen hastalarda alınan önlemler incelendiğinde; tüm hastalarda, hastanenin belirlediği standart önlemlerin alınmış olduğu belirlenmiştir.</p> <p><b>Sonuç:</b> Çalışmanın sonuçları incelendiğinde; düşme açısından yüksek riskli olan hastalarda, düşmelerin sıklıkla gerçekleştiği gece saatlerinde, alınan standart önlemlere ek tedbirlerin alınması, düşme riskini artıran ilaçlar uygulandığında, hasta ve yakınlarına bu konuda detaylı bilgi verilmesi düşmelerin azaltılması açısından yararlı olacaktır. Çalışma verileri düşmelerin önlenmesi için alınabilecek önlemlerin geliştirilmesine ve bu konuda yapılacak çalışmalara katkı sağlayacaktır.</p> <p><b>Anahtar Kelimeler:</b> Hasta Güvenliği, Düşme, Hasta Bakımı, Hendrich II Düşme Riski Değerlendirme Ölçeği</p>

## 15 Mayıs 2015 - Cuma

<p>Salon I – Konferans 4:</p>	<p><b>RUHSATLANDIRMA, AKREDİTASYON VE DIŞ DEĞERLENDİRME SİSTEMLERİ</b></p>
<p>Oturum Başkanı</p>	<p><b>Prof. Dr. Seval AKGÜN, Kongre Başkanı,</b>  Başkent Üniversitesi Hastaneleri ve Bağlı Sağlık ve Eğitim Kuruluşları Kalite Koordinatörü, Misafir Profesör St. John International Üniversitesi, İtalya, Sağlık Akademisyenleri Derneği Başkanı, TÜRKİYE</p>
<p>Konuşmacılar</p>	<p><b>ACHS (SAĞLIK STANDARTLARI AVU STRALYA KONSEYİ) AKREDİTASYONU VE ZORLU ORTAKLIĞI: BİR YETKİLİNİN YAKLAŞIMI</b></p> <p><b>Prof. Dr. Yannis Skalkidis,</b>  Atina Üniversitesi, Tıp Fakültesi Tıbbi Dökümantasyon ve Kalite Birimi, YUNANISTAN</p> <p><b>ACHS (Avustralya Sağlık Standartları Konseyi) Sunumları</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ACHS ye genel bir bakış (vizyon, strateji, uluslararası aktifteiler)</li> <li>2. ACHS nin akreditasyon bakışı (prensipler, felsefe)</li> <li>3. The EQUIP akreditasyon programı <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fark analizi</li> <li>• EQUIP Üyelik Programı</li> <li>• Standartların Yapısı</li> <li>• Değerlendirme Sistemi</li> <li>• Zorunlu Kriterler</li> </ul> </li> <li>4. Sonuç Tespitleri</li> </ol>

## Paralel Oturumlar 5

Salon I

### SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE VE AKREDİTASYON UYGULAMA ÖRNEKLERİ

Oturum Başkanı

**Prof. Dr. Al-ASSAF, Kongre Es- Başkanı,**  
Amerika Sağlıkta Kalite Enstitüsü Başkanı – ABD

Konuşmacılar

**Dr. Abdallah EDDAAL**  
CEO, Tıbbi Direktör.  
M.S. Basharahil Hastanesi,  
Mekke, SUUDİ ARABİSTAN

Konuşmacılar

#### **KAP- HEŞİRELER ARASINDA AŞILAMANIN ETKİSİ VE ÖNEMİNE YÖNELİK ANKETLER**

**K. Rimarova<sup>1</sup>, E.Dorko<sup>1</sup>, M. Stebnický Jr. <sup>1</sup>, J. Diabekova<sup>1</sup>, J. Bakova<sup>2</sup>, T. Uhrin<sup>3</sup> T. Ostrihoňová<sup>4</sup>**

1 Institute of Public Health, University of P.J. Safarik, Faculty of Medicine, Kosice, Slovak republic

2 University hospital Kosice, I. Surgery clinic, Košice, Slovak republic

3 Faculty hospital Prešov J. A. Reimana, FN sP J. A. Reimana, Prešov, Slovak Republic

4 General hospital Rimavská Sobota, Všeobecná nemocnica, Rimavská Sobota, Slovak Republic

#### **ÖZET**

**Amaçlar:** Son yıllarda yazılı ve görsel medya aşı karşıtı gruplar tarafından işgal edilmiş durumda ki bu gruplar oldukça aktif ve faali yetlerini etik, politik, tıbbi güvenlik, dini sebeplere dayandırarak açıklamaya çalışıyorlar. Bizim çalışmamızın amacı ise KAP (bilgi, tutum ve uygulama) metodunu kullanarak verilen cevaplara göre bir değerlendirme yapmaktır.

**Materyaller ve Yöntemler:** %93'lük bir cevap oranıyla, 300 hemşire ankete katıldı ve 280'i (%93.7) analiz edildi. Anketler anonimdi, sonuçlar ve istatistikler SPSS programı kullanılarak hesaplandı aynı zamanda ki-kare testi ve çok değişkenli regresyon analizi yöntemleriyle karşılaştırma yapıldı.

**Sonuçlar:** Sonuçlar gösteriyor ki, hemşireler aşılamaya ve zorunlu aşı hakkında iyi derecede bilgiye sahipler ama ankete katılanların %21.5 i aşılamaya karşı yan etkiler, yasal, manevi, felsefi ve etik meselelere dayalı farklı bir negatif tutum sergiliyorlar. %85 i aşı karşıtı faaliyetlerle ilgili bir deneyim yaşamış ve bu kişilerin %69.5 i bu faaliyetlerden etkilenmemiş. Sağlık çalışanlarının %70 inden fazlası ebeveynlere ve yetişkinlere aşılamamın önemi hakkında bilgi veriyor. Katılımcılar sigorta şirketleri tarafından karşılanmayan aşının yüksek fiyatlarını dile getiriyor. Çoklu regresyon modeli, KAP testinde hemşirelerin aşı uygulamasında yüksek derecede eğitim seviyesine sahip olduğunu doğruladı.

**Çıkarımlar:** Aşı yanlısı aktiviteler ile ilgili bilgilendirme stratejileri yoğunlaştırılmalı ve birinci basamak sağlık profesyonellerini yani pratisyen hekimleri, hemşireleri, pediatriyenleri ve diğer ilgili grupları da içermelidir. Sağlık önemi çerçevesinde aşı karşıtı gruplar tarafından oluşturulan engelleri ortadan kaldırmak için aşılamamın önemi ve etkisi hakkında eğitimin desteklenmesi tavsiye edilir.

**Bu çalışma VEGA-MŞ 1/0011/14, VEGA-MŞ VEGA 1/0198/13 a NFP OPVaV-2009/2.1/03 SORO-CEMIO-ITMS 26220120058 tarafından desteklenmiştir.**

Konuşmacılar

#### **Suudi Arabistan' da Ruh Sağlığı ve Hasta Kimliğinin Belirlenmesi**

**Dr. Hatim Abdulaziz Banjar,**  
Al-Amal Hastanesi,  
Cidde, SUUDİ ARABİSTAN

#### **ÖZET**

**Alan:** Ruh Sağlığında kalite ve hasta güvenliği

**Giriş:** Hasta tanımlama uluslararası düzeyde yüksek risk seviyesine sahiptir. Bu kaygıya cevap olarak Dünya Sağlık Örgütü hasta kimlik tanımlamasını 1 numaralı amaç olarak belirledi ve tüm akreditasyon organları hasta kimlik tanımlaması standartlarına üst seviyede öncelik verdi.

Yanlış hasta hataları neredeyse tüm teşhis ve tedavi süreçlerinde ortaya çıkar.

Hastalar uyuşturulmuş, kafası karışmış ya da kurum içerisinde yatak, oda ve yer değiştirmiş olabilir, duyuşsal becerilerini kaybetmiş olabilirler ki bu durumlar da yanlış kimlik tanımlamasına yol açabilir.

(JCIA – 4. Basım, 2011)

Bu hedefin gerçekleştirilebilmesi için tıp ve güvenlik profesyonelleri standart bir uygulamada karar kılmışlardır. Bu uygulamalar aşağıdaki noktaları sağlamalıdır.

Hasta kimlik tanımlaması yaparken en az 2 yol kullanmak; hasta ismi ve tıbbi kayıt numarası

Hasta sorgulanmalı ve tanımlayanlar çapraz kontrol edilmeli

Hasta oda numarası kimlik tanımlaması için kullanılmamalı.

Hastaların kimlik tanımlaması;

1. İlaç ya da kan verilirken

2. Kan alınırken ya da klinik testler uygulanırken.

3. Tedavi sağlanırken yapılır.

**Ruh Hastalıkları ve Hasta Kimlik Tanımlaması:** Ruh hastalıkları sektöründe malesef genel yöntemler yani tanımlayıcı kol bantları kullanılamaz çünkü bu kol bantları hasta gizliliği ve onuru açısından ters bir etki yaratabilir. Ayrıca kolayca da çıkarılabilir ve hasta güvenliğini tehlikeye atabilir. Bu sebeple de alternative yöntemler kullanılmaktadır.

Due to the inefficiency of the application of wrist band method in the mental health sector alternative methods had to be used.

**Tavsiye edilen çözüm:** Yapılan araştırmalardan sonra ruh sağlığı merkezlerinde en iyi yöntemin parmak izi yöntemi olduğu kanısına varılmıştır.

Konuşmacılar	<p><b>Sağlık Kuruluşlarında Hasta Güvenliği Ve ROP Sonuçları</b></p> <p><b>Dr. Razia Sultana,</b> Medical Center Hastanesi, Riyad, SUUDİ ARABİSTAN</p> <p><b>ÖZET:</b></p> <p>Akreditasyon uluslararası tanınmış yeterli ve etkili hasta bakımı ve güvenliğini garanti etmek ve desteklemek amacıyla kullanılan bir değerlendirme sürecidir. Bu sürecin püf noktası kurumun ROP uygulamalarını karşılayıp karşılamadığına karar vermektir. Bu uygulamalar kanıta dayalı, riskleri azaltan ve sağlık hizmetlerinde kaliteyi ve güvenliği geliştiren uygulamalardır. Bu uygulamalar altı ayrı kategoriye ayrılır: güvenlik kültürü, iletişim, ilaç kullanımı, iş hayatı/ iş gücü, enfeksiyon kontrolü, risk değerlendirmesi. Bu çalışmanın amacı, ROP uygulamalarının hasta güvenliğine pozitif bir etkisi olup olmadığını belirlemektir. Beş yıllık geriye dönük bir çalışma modeli kullanılmıştır. Toplam 9 ROP uygulaması ve 13 performans ölçütü sağlıkta hasta güvenliği için son derece değerli olduğunu göstermiştir.</p> <p><b>AMAÇ:</b> Özel Tıp Merkezlerinde sağlık hizmetlerine olan talep arttıkça hasta güvenliğine olan talepte artmıştır. Bu çalışmanın amacı, hasta güvenliğinde ROP uygulamalarının sonuçlarını değerlendirmektir.</p> <p><b>YÖNTEM:</b> Hasta güvenliği üzerindeki sonuçlarını değerlendirmek için her ROP uygulamasının uyum oranı geriye dönük olarak gerçekleştirildi. Aylık veri toplanmıştır ve üç aylık uyum oranı raporları sistematik olarak analiz edilmiş ve yorumlanmıştır.</p> <p><b>SONUÇ :</b> Toplam 13 performans ölçütü değerlendirildi. Tüm ölçütler, sağlık sağlayıcıları tarafından sağlanan hasta bakımı, tedavi ve hizmet süreçlerinin iyileştirmesinin uyum oranında genel bir artış gösterdi. Aynı zamanda ROP uygulamalarıyla bakım kalitesinde artış ve hasta ve yakınları açısından pozitif bir geri bildirim gözlemlenmiştir.</p>
Salon II	<p><b>SAĞLIK ÇALIŞANLARININ KALİTE VE HASTA GÜVENLİĞİ ALGILARI</b></p>
Oturma Başkanı	<p><b>Prof. Dr. Aysun YILMAZLAR,</b> Özel Medicabil Hastanesi, Anestezi ve Reanimasyon Uzmanı- Kalite Danışmanı, TÜRKİYE</p>
Konuşmacılar	<p><b>ÇALIŞMA ORTAMI GÜVENLİĞİNİN HEMŞİRELERİN STRES ALGI DÜZEYLERİNE ETKİSİ</b></p> <p><b>*ÇETİNKAYA Yurdanur, *İSKİT Yeliz, *KARADENİZ Deniz, *TANIL Vildan</b> * Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Merkezi, İZMİR, TÜRKİYE</p> <p><b>Giriş</b></p> <p>Toplumsal bir sorumluluk olarak algılanması gereken çalışan sağlığı ve güvenliği konusu; çalışma koşullarının iyileştirilmesi, çalışanların sağlığına duyarlılık gösterilmesi ve güvenlik önlemlerinin bütünüdür. İşe alınıştan itibaren, işten ayrılına kadar olan sürede alınacak olan çalışanın sağlık koşullarını tehlikeye atmayacak ve işin yapılış şeklini güvenli kılacak tüm önlemler ve risk değerlendirmeleri çalışan sağlığı ve güvenliğini ifade eder. İş güvenliği ve çalışan sağlığı, işyerinde çalışanların güvensiz davranışlarının ve/veya güvensiz ortamın neden olabileceği iş kazalarının önlenmesi ve güvenli bir çalışma ortamının yaratılmasını amaçlar. Sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde hemşirelerin çalışma yaşamında karşılaştıkları olumsuz etmenler, hemşirelerin iş verimini, ruhsal ve bedensel sağlığını ve sosyal yaşantısını etkilemektedir. Kurum açısından bakıldığında ise olumsuz etmenler iş veriminin düşmesine, kurumun ekonomik kaybına, iş kazalarının artmasına ve hemşirelerin bakım verdiği kişilerin doğrudan risk altında kalmasına neden olmaktadır.</p> <p><b>Amaç:</b> Bu çalışma Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde çalışan hemşirelerin iş güvenliği için yapılan faaliyetleri değerlendirmek ve bu durumun hemşirelerin algıladıkları stres üzerindeki etkisini saptamak ve amacı ile planlanmıştır.</p> <p><b>Yöntem:</b> Çalışma verilerinin, hemşirelerin sosyo demografik özellikleri (18 soru), Algılanan Stres Ölçeği (14 madde) ve Sağlık Çalışanı Güvenliği Ölçeği'ni içeren (45 madde) Kişisel Bilgi Formu ile birebir görüşme tekniği ile toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS for Windows 18.0 programı kullanılarak sayı, yüzde dağılımları ve ki-kare testi analizleri yapılmıştır.</p> <p><b>Bulgular ve Sonuç:</b> Araştırmaya 494 hemşire katılmıştır. Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ortalamasının 35,22±7,2 yaş ve %50,5'inin 20-34 yaş grubunda olduğu görülmüştür. Hemşirelerin %43,1'inin (n=201) serviste, %24,3'ünün (n=119) yoğun bakımda çalıştığı tespit edilmiştir. %75 (n=364) oranında hemşirelerin çalıştıkları bölümden memnun oldukları ve kendilerini %25,2 (n=122) oranında çok sık stresli hissettikleri saptanmıştır. Yapılan araştırma sonucu çalıştıkları bölümlerde kişisel koruyucu malzemeye rahat ulaşabildiklerini belirten hemşirelerin %52 (n=252) olduğu ve kurumda işe başlama sürelerinden itibaren %52,8'inin (n=256) iş kazası geçirdiklerini belirttikleri görülmüştür.</p> <p><b>Konu:</b> Sağlık Bakım Kaynaklı Hasta Ve Çalışan Güvenliğini Tehdit Eden Olayların Önlenmesinde Mevcut Yöntemlerin Gözden Geçirilmesi, Kanıta Dayalı Uygulamaların Önemi, Mevcut Uygulamalar ve Uygulamadaki Güçlükler</p>
Konuşmacılar	<p><b>HEMŞİRELERİN HASTA GÜVENLİĞİ KONUSUNDAKİ TUTUMLARI, BİLGİ DÜZEYLERİNİN VE UYGULAMALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ</b></p> <p><b>YILDIRIM Merve, ÇETİN Ayşe;</b> Akşehir İlçe Devlet Hastanesi, Konya, TÜRKİYE</p> <p><b>ÖZET</b></p> <p>Hizmet Kalite Standartları (HKS) doğrultusunda sunulan hizmetler çerçevesinde hasta güvenliği büyük önem taşımaktadır. HKS rehberleri örnek alınarak hazırlanan hizmet içi eğitimlerle hasta güvenliği desteklenmektedir. Servislerde çalışan hemşirelere bu konuda büyük görev düşmektedir.</p> <p><b>Amaç:</b> Hemşirelerin hasta güvenliği konusundaki tutumlarının, bu konudaki bilgi düzeylerinin ve çalışmalarında uygulamaya nasıl yansıdığını değerlendirmektir.</p> <p><b>Yöntem:</b> Çalışma tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın evrenini; Akşehir İlçe Devlet Hastanesi'nde çalışan hemşireler oluşturmuştur. Araştırma 50 kişi üzerinde yapılmıştır. Veriler; demografik özellikler, HKS rehberlerinde hasta güvenliğinin alt başlıkları değerlendirilerek likert anket soruları araştırmacılar tarafından hazırlanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 20,0 programı kullanılmış, tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerden (sayı, yüzde) yararlanılmıştır.</p> <p><b>Bulgular:</b> Çalışmaya katılan hemşirelerin %86'sı bayandır. %50'si 26-35 yaş grubundadır. Mezuniyet durumu: %36'sı ön lisans, %6'sı yüksek lisans, %2'si lise mezunudur. Medeni durumu: %72'si evlidir. Kurumda çalışma süresi 1-5 yıl arasında olan %42'dir. Hemşirelerin hasta güvenliği konusundaki tutumu değerlendirildiğinde; bu konuda meslektaşlarıyla koordineli ve uyumlu çalışması gerektiğine inanan %96, bu konudaki çalışmalara gönüllü olarak katılmayı isteyen %70'dir. Bilgi düzeyinin uygulama düzeyiyle karşılaştırılması yapıldığında; tedavi işlemler öncesi %86'sı biliyor ve uyguluyor, %12'si bildiği halde bazen uyguluyor. Hasta transferinin sağlık personeli tarafından yapılması %72'si biliyor ve uyguluyor, %10'u bildiği halde bazen uygulayabiliyor. Renkli kodlar ve olay bildirim formunun doldurulması %72' biliyor ve uyguluyor, %20'si bildiği halde bazen uyguluyor. İlaç güvenliği konusunda advers etki bildirim formu ve farmakovijlans</p>

sorumlusuna bildirim %72'si biliyor ve uyguluyor, %20'si bildiği halde bazen uyguluyor, %8'si bilmiyor ve uygulamıyor. Hekim günlük order doğrultusunda tedavi konusunda %46'ü biliyor ve uyguluyor, %38'i bildiği halde bazen uygulayabiliyor, %16'sı biliyor fakat hekimine göre değişen yöntemler, hasta yoğunluğu, iş yürütmek amaçlı günlük order uygulanmıyor. Yüksek riskli ilaçların sözel order alınmaması gerektiğini %44'ü biliyor ve uyguluyor, %32'si bildiği halde bazen uyguluyor, %8'i bildiği halde uygulamıyor, %14'ü bilmiyor. Güvenli cerrahi kontrol listesinin doldurulması %72'si biliyor ve uyguluyor, %22'si bildiği halde bazen uyguluyor, sebebi ise lokal ameliyatlarda ve art arda gelen ameliyat yoğunluğu olduğu ifade edilmiş. Güvenlik Raporlama Bildirim formu doldurulması konusu %50'si biliyor ve uyguluyor, %26'sı biliyor ve fakat bazen uyguluyor, %10'u bildiği halde uygulamıyor, %10'u kısmen biliyor. Soruları eğitim durumuna göre değerlendirirsek; yüksek lisans mezunu olan kişiler %100 biliyor ve uyguluyor, lisans mezunu olanlar ön lisans mezunlarına göre bilgi ve uygulama düzeyi daha yüksek.

**Sonuç:** Hemşirelerin hasta güvenliği konusundaki tutumu; büyük çoğunluğu bu konunun öneminin farkındadır. Bilgi düzeyleri hasta güvenliği alt başlıklarının çoğunluğunda yüksek, fakat uygulama düzeyleri bazı sebeplerden dolayı yeterli değil. Sebep olarak da; yorumlarda belirttiklerine göre; hasta yoğunluğu, hekimlerin günlük order yazmamaları, sözel order almak zorunda kalmaları ve hemşire yetersizliği. Buna göre de; hemşire ve hekim sayısının artırılması, order konusunda daha pratik yöntemlerin uygulamaya geçirilmesi, hizmet içi eğitimlerin artırılması önerilebilir.

#### **HASTANE YÖNETİCİLERİNİN ÇATIŞMAYI YÖNETME DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ**

**AKAR Derya** İstanbul Aydın Üniversitesi-Türkiye,  
**SEZEN Adem**, İstanbul Bilim Üniversitesi-Türkiye

**AMAÇ:** Çalışma hastane yöneticilerinin çatışmayı yönetebilme düzeylerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

#### **ÖZET**

**YÖNTEM:** Çalışmada, hastane yöneticilerinin çatışmayı yönetme düzeyleri araştırılmakta, hastane çalışanlarının yöneticilerinin çatışma yönetiminde başarılı olup olmadıkları ve nelere dikkat etmeleri gerektiğine ilişkin görüşleri ile hastane çalışanlarının demografik özelliklerine göre çalıştıkları hastanede yöneticinin çatışmayı yönetme düzeyiyle ilgili görüşlerinde hangi faktörlerin etkili olabileceği incelenmiştir. 25 soruluk anket yüz yüze anket tekniği ile uygulanmıştır. Bu konuyla ilgili olarak ankete katılım gösteren İstanbul İli Ümraniye İlçesindeki özel bir sağlık kuruluşu çalışanları arasından 100 tane hastane çalışanının konu ile ilgili görüşlerine başvurulmuştur. Çalışma kapsamında hazırlanan ankette, hastane çalışanlarına cinsiyeti, medeni durumları, yaşları, eğitim düzeyi, meslekleri, mesleki çalışma süreleri, çalıştıkları hastanedeki görev süreleriyle ilişkili sorular yöneltilmiştir. Toplanan verilerin değerlendirilmesi ve analizinde SPSS 18.0 istatistik paket programı kullanılmıştır.

**BULGULAR:** Çalışmada yer alan kişilerin demografik özellikleri doğrultusunda (%63'ünü) kadın çalışanlar, (%37'sini) erkek çalışanlar, (%57'sini) bekar çalışanlar, (%39'unu) evli çalışanlar, (%42'sini) 20-24 yaşları arasında, (%13'ünü) 25-29 yaşları arasında, (%21'ini) 30-34 yaş arası, (%8'ini) 35-45 yaş ve üzeri çalışanlar, (%38'inin) lisans mezunu, (%28'inin) yüksek okul mezunu, (%9'unun) yüksek lisans mezunu çalışanların oluşturduğu, (%51'inin) hemşirelerden oluştuğu, (%43'ünü) ebe, sağlık memuru, doktor ve eczacı sorumlularının oluşturduğu, (%37'nin) 1 ile 5 yıl arasında, (%17'nin) 5-10 yıl, (%20'nin) 10-15 yıl, (%12'nin) 15 yıldan fazla bir kidede sahip olduğu, (%14'ünün) şuan da çalıştıkları kurumda 1 yıldan az bir süredir görev yapan çalışanlar olduğu tespit edilmiştir.

**SONUÇ ve TARTIŞMA:** Hastane çalışanlarından mesleki kdem süreleri (%37) 1-5 yıl arasında olanlar yöneticilerinin çatışmayı yönetme becerilerini başarısız bulduklarını ifade etmişlerdir. Çalışmada hastane çalışanları yöneticilerinin çatışmayı yönetmede uzlaştırıcı, yapıcı ve liderlikle ilgili kişilik özelliklerine sahip olmasının çatışmayı çözmede etkili olduğunu. Ayrıca hastane yöneticisinin görüş ayrılıklarını dikkate alması ve bu doğrultuda çözüm üretmesini istedikleri saptanmıştır. Hastane çalışanlarının, yöneticilerin çatışmayı yönetme düzeylerine ilişkin görüşlerinin mesleki kdem sürelerine göre farklılık gösterdiği görülmüştür. Çalışanların (%37) 1-5 kidede sahip olmaları kurumun yeni olmasından. (%37) 1-5 yıl arasında mesleki kidede olan çalışanların, (%12) 15 yıldan fazla bir sürelik kidede olan çalışanlara göre, yöneticilerin çatışmayı yönetme düzeylerine ilişkin daha olumsuz düşündükleri sonucuna varılmıştır. Bu noktada, literatür ile uyumlu bir sonuç alındığı görülmüştür. Kıdık, Demir, Çeber ve Turgay'n (2011) yapmış oldukları çalışmada da yaş kadar çalışma süresinin oldukça gözle görülür bir farklılaşma yarattığı görülmüştür. Bu açıdan iki çalışma bulgularının birbirini desteklediği söylenebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık İşletmeleri, Hastane Yöneticileri, Çatışma.

#### **ÇALIŞAN MEMNUNİYETİ "BOLU İZZET BAYSAL AĞIZ DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ ÖRNEĞİ"**

**1.KUZHAN Ayşel**, 2.YORGUN Songül, 3.BAŞARAN Muhammet, 4. LAÇIN Taner  
(1)Bolu İzzet Baysal Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi, Türkiye

#### **Özet:**

Sağlık hizmetlerinin insanı konu alması ve bu yüzden daha fazla dikkat ve hassasiyet gerektirmesi sebebiyle, sağlık çalışanlarında memnuniyet daha da önem kazanmaktadır. (Aydın ve Kutlu, 2001:37). Sağlık hizmeti sunan örgütler yapısal ve işlevsel açıdan en karmaşık örgütler arasında yer almaktadır (Aslan vd., 2004:17). Böyle karmaşık bir örgütte, çalışan memnuniyetinin kurumsal bazda ele alınması da kurumsal hedeflerin gerçekleştirilmesi noktasındaki önemiyle doğru orantılıdır. Zira kurumsal başarılar, personel yönetimi ve dolayısıyla, memnuniyeti ile ilgilidir. Bununla birlikte kalite ile ilgili tüm yaklaşımların temel elementlerinden birisi de müşterinin tam memnuniyetidir. İç müşteri olarak kabul edilen personelin gerek yaptığı işten, gerek hasta ve hasta yakınları ile ilişkilerinden gerekse diğer çalışma arkadaşlarıyla olan ilişkilerinden memnun olması çok önemlidir. (Unalın, 2006). Bu bağlamda çalışanların memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi ve gerekli iyileştirme faaliyetlerinde bulunulması kaçınılmazdır.

Bu çalışma bir Ağız Dış Sağlığı Merkezinde çalışan memnuniyetinde mevcut durumu belirlemek ve yıl içi değişimleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Tanımlayıcı tipteki bu çalışmanın evrenini, Bolu İzzet Baysal Ağız ve Diş Sağlığı Merkezinde çalışan toplam 94 çalışan oluşturmuştur. Araştırmanın örnekleminde ise iznini, raporu ve çalışmaya katılmak istemeyenler dışında 72 çalışan yer almıştır. Araştırmanın verileri, Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı "Memnuniyet Anketleri Uygulama Rehberi" esas alınarak yapılmıştır. Veriler: 01/01/2014 - 31/12/2014 arası kapsamaktadır. Uygulama rehberi doğrultusunda anketler Mart ve Eylül aylarında yapılmıştır. Araştırmaya katılım konusunda çalışanlardan sözlü onamları alınmıştır. Mart ve Eylül döneminde Yönetim "Sağlıkta Hizmet Kalite Standartları (SHKS)" konusunda tüm çalışanları bilgilendirir. Sorusu 2,91 ortalaması (%97) ile en yüksek puanı almıştır. Bu dönemde Yönetim tarafından çalışanları ödüllendirme (teşekkür yazıları, ek ödeme ilave puanı, vb.) mekanizmaları işletilmektedir sorusu: Mart 2014'te 1,86 ortalaması (%62), Eylül dönemi ortalaması 1,80 (%60) en düşük puanı almıştır. Genel ortalamalara bakıldığında Mart ortalaması %94, Eylül ortalaması %86 olarak saptanmıştır.

Çalışmaya katılanların %92'si aldığı eğitime uygun bir bölümde çalıştığını, %9'i yöneticilere sorunlarını iletme imkânı bulduğunu, %81'i kurumdan ayrılmayı düşünmediğini belirtmişlerdir. Bununla birlikte %7'si yönetim, hasta ve çalışan güvenliği konusunda düzenli ve önleyici faaliyetler yapılmadığını, %12'si yönetim, hasta ve çalışan güvenliği konusunda aksaklıklar için ilgili personel ile birlikte çözümler üretmekte ve gerekli önlemleri almadığını belirtmişlerdir.

Sonuçta hizmetin niteliğinin ve kalitesinin yükseltilmesinde çalışan memnuniyeti son derece önemlidir. Kurumların bu konuda ciddi çalışmalar yapması açısından görüşler önemlidir.

Çalışma sonrası üst yönetime rapor sunulmuş ve gerekli çalışmalar, eğitim, fiziksel düzenlemeler şeklinde planlanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Çalışan, Memnuniyet,

## FARKLI MESLEK GRUPLARINDAKİ SAĞLIK ÇALIŞANLARININ ÇALIŞMA MEMNUNİYETLERİ DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ

**DÜZGÜN Jale / Avrupa Şafak Hastanesi/ İstanbul / Türkiye**  
AKKAN Gülden / Avrupa Şafak Hastanesi/ İstanbul / Türkiye

### ÖZET

**Giriş:** Örgütün en önemli kaynağı çalışanlardır, çalışanların performansı ve verimi işletmelerin başarısını etkileyen faktörlerin başında gelmektedir. Çalışanların yüksek performans gösterebilmeleri ve verimli bir şekilde çalışabilmeleri ise, onların işlerinde yeterince tatmin olmalarına bağlıdır.

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı farklı meslek gruplarındaki çalışanların çalışma memnuniyeti düzeylerinin belirlenmesidir.

**Yöntem:** Araştırmada Çalışma Memnuniyeti Anketi kullanılmıştır. X Özel Hastanesinde çalışan 470 çalışandan rastgele seçilmiş olan toplam 104 çalışana anket uygulanmış ve anketin verileri kullanarak istatistiksel analizler yapılmıştır.

**Bulgular:** Araştırma sonuçlarında çalışanların "Aidiyet", "Yönetici" ve "Çalışma Ortamı ve Güvenliği" bölümlerinde çalışma memnuniyetleri açısından anlamlı bir fark içermektedir. Öte yandan farklı meslek gruplarındaki çalışanların çalışma memnuniyet düzeylerinde, "Gelişim ve Değişime Uyum", "İnsan Kaynakları ve Uygulamaları", "İş Sağlığı ve Güvenliği" ve "Diğer" bölümleri arasında ise istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir.

**Sonuç:** Araştırma sonuçlarında çalışma memnuniyeti en yüksek meslek grubunun hasta danışmanları olduğu görülürken, ikinci sırada idari kadro, üçüncü sırada hemşireler, dördüncü sırada hekimler, beşinci sırada destek hizmetleri, altıncı sırada teknisyenler gelirken, en az çalışma memnuniyeti gösteren meslek grubu ise teknik hizmetler meslek grubunda çalışanların olduğu görülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Çalışan Memnuniyeti, Sağlık İşgörenleri, Meslek Grupları

Konuşmacılar

## HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ; "HASTA GÜVENLİĞİ BENİMLE BAŞLAR!" PROJESİ

**ÜNLÜTÜRK Nihal<sup>1</sup>, COŞKUN Müge<sup>1</sup>, AKSÖZ Merve<sup>1</sup>, BAĞCI Osman<sup>2</sup>,**

(1)Medicalpark Hastaneler Grubu, İstanbul/Türkiye

(2)Medicalpark Göztepe Hastane Kompleksi, İstanbul/Türkiye

### ÖZET

**AMAÇ:** Hasta güvenlik kültürü, hasta güvenliğinin kurumdan öncelikli konu ve ortak değer olarak kabul edilmesidir. Hasta güvenliği ile ilgili nelerin önemli olduğunu ve hasta güvenliği ile ilgili nasıl davranılacağını kapsayan değer yargılarını, inançları ve kuralları kapsamaktadır. Medicalpark Hastaneler Grubunda tıbbın ilk kuralı olan "Önce zarar verme" ilkesinden yola çıkarak;

- Hasta güvenliği konusunun herkesin sahiplenmesi gereken bir konu olduğunun ilan edilmesi,
- Hasta güvenliği konusunda liderler, çalışanlar ve hastalar arasında açık iletişimin teşvik edilmesi,
- Çalışanlara hasta güvenliğini tehdit eden işlemleri belirleme ve azaltma konusunda sorumluluk devredilmesi,
- Tüm çalışanların hasta güvenliği konusunda sürekli eğitimlerinin sağlanması.

amacıyla "Hasta Güvenlik Kültürü: "Hasta Güvenliği Benimle Başlar!" hareketi başlatılmıştır.

Bu kapsamda bu çalışma; kurumdaki sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürünü algılama düzeyini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

**YÖNTEM:** Tanımlayıcı tipteki bu çalışmada örnekleme seçimine gidilmeyip, araştırma kapsamına Medical Park Hastaneler grubunun 17 hastanesinin otomasyon sistemi üzerinden belirli tarih aralığında ankete katılan hemşireler (n=1720) ve doktorlar (n=608) alındı. Veri toplama aracı olarak "Agency for Healthcare Research and Quality" için 2004 yılında Joann Sorra ve Veronica Nieva tarafından geliştirilen Hastanelerde Hasta Güvenliği Kültürünü Ölçmeye Olanak Sağlayan ve Türkiye'de 2009 yılında Emel Filiz ve Said Bodur tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış 0.87 güvenilirliğe sahip Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi (Hospital Survey on Patient Safety) kullanıldı. Güvenlik kültürü ile ilgili skorlar anketin orijinalinin yönergesine göre yüzdeye dönüştürüldü.

**BULGULAR:** Grup genelinde sağlık çalışanlarının %30'u birimlerindeki hasta güvenliği derecesini "mükemmel"; %41'inin de "çok iyi" düzeyde algıladığı, %36'sının son 12 ayda hiç olay raporu yazmadığı saptandı. Hasta güvenliği alt boyutlarına hekim ve hemşirelerin verdiği olumlu cevap yüzdeleri "üniteler içinde ekip çalışması" (%83), "güvenliğin kapsamlı algılanması" (%73) için yüksek bulunurken, "hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt" (%37) ve "personel sağlama" (%36) alt boyutları için düşük bulundu.

**SONUÇ VE ÖNERİLER:** Bu sonuçlar doğrultusunda; hataların raporlanması, hatalara karşı cezalandırıcı olmayan yaklaşım ve personel sağlama önceliklerle geliştirilmesi gereken alanlar olarak belirlendi.

Hata raporlamayı destekleyecek ortamlar oluşturulması, yöneticilerin hataların raporlanmasını destekleyen bir tutum sergilemesi, yeterli ve eğitilmiş personelin kuruma kazandırılması ile kurum içinde hasta güvenliği kültürü geliştirilmesinde faydalı olacağı söylenebilir. Bununla birlikte Hasta Güvenliği Liderleri (tıbbi hizmet yöneticileri, kalite yöneticileri) tarafından klinik uygulama alanları ziyaret edilerek, çalışanları hasta güvenliği uygulamaları hakkında bilinçlendirmek ve hasta güvenliğini riske sokacak uygulamaların tespit edilerek önlem alınması amacıyla haftada bir Güvenlik Kültürü Viziti yapılmasının yararlı olabileceği söylenebilir.

**ANAHTAR KELİMELEER:** Hasta Güvenliği, Hasta Güvenliği Kültürü, Tıbbi Hata

**REFERANSLAR:** Filiz, E. "Hastanede Hasta Güvenliği Kültürü Algılamasının Ve Sağlık Çalışanları İle Toplumun Hasta Güvenliği Hakkındaki Tutumunun Belirlenmesi" Yüksek Lisans Tezi, Danışman: Prof.Dr.Said BODUR, Konya, 2009.

Konuşmacılar

## Paralel Oturumlar 6

Salon I

### SAĞLIK KURULUŞLARINDA RİSK YÖNETİMİ

Oturum Başkanı

**Prof. Dr. Seval AKGÜN, Kongre Başkanı,**  
Başkent Üniversitesi Hastaneleri ve Bağlı Sağlık ve Eğitim Kuruluşları Kalite Koordinatörü, Misafir Profesör St. John International Üniversitesi, İtalya,  
Sağlık Akademisyenleri Demeği Başkanı, TÜRKİYE



## AŞI HAKKINDA EBEBEYN GÖRÜŞLERİ ANKETİ VE SOSYO EKONOMİK DURUM ARASINDAKİ İLİŞKİ

K. Rimarova<sup>1</sup>, E.Dorko<sup>1</sup>, M. Stebnický Jr. <sup>1</sup>, J. Diabekova<sup>1</sup>, J. Bakova<sup>2</sup>, T. Uhrin<sup>3</sup> T. Ostrihoňová<sup>4</sup>

1 Institute of Public Health, University of P.J. Safarik, Faculty of Medicine, Kosice, Slovak republic

2 University hospital Kosice, I. Surgery clinic, Košice, Slovak republic

3 Faculty hospital Prešov J. A. Reimana, FN sP J. A. Reimana, Prešov, Slovak Republic

4 General hospital Rimavská Sobota, Všeobecná nemocnica, Rimavská Sobota, Slovak Republic

**Arkaplan ve amaçlar:** Aşılama çok sayıda ölümün önüne geçen temel ve önleyici bir yöntemdir. Son yıllarda aşı karşıtı gruplar medyada çok fazla yer ediniyor ki bu gruplar oldukça aktif ve aşının yan etkilerini vurgulayarak faaliyet amaçlarını açıklamaya çalışıyorlar. Bizim çalışmamızın amacı ise KAP (Bilgi, Tutum ve Uygulama) metoduyla aşılanmış çocukların aileleri arasında bir anket yaparak sonuçları değerlendirmek.

**Yöntemler:** %98.7 cevap oranıyla 395 birey (aşılanmış çocukların ebeveynleri) ankete katıldı ve 370 (93.7) kişi eksiksiz veri sağladı. Bu kesitsel araştırmada (2010) anketler sağlık ocaklarında, aşılanmış çocukların ebeveynlerine dağıtıldı. Sosyo-ekonomik seviyeleri düşük olan Roman ebeveynler anketin %20 sini oluşturmaktadır.

Anketler anonim ve aynı zamanda sosyo-demografik veriler de toplandı. Sonuçlar ve istatistikler SPSS programı kullanılarak hesaplandı aynı zamanda ki-kare testi ve çok değişkenli regresyon analizi yöntemleriyle karşılaştırma yapıldı.

**Sonuç:** Sosyo-demografik analizler, Roman ailelerin düşük sosyo-ekonomik ve eğitim seviyelerini, yüksek işsizlik seviyesini, kötü ev koşullarını ve kişi başına düşen gelirin çok düşük olduğunu gösterdi ( $p < 0.001$ ). Roman olmayan ebeveynlerin çoğunluğu hangi hastalıkların aşısı olduğu hakkında çok az bilgiye sahip. Sonuçlar yaş aralığı hakkında istatistiksel bir sonuç vermedi. Çoğu ebeveynin aşılama katılmamasının temel sebebi (%94.7) aşı zamanında çocuklarının hasta olması. Aşıya karşı ebeveynlerin temel şikayeti ise aşı tutarları ve zorunlu olmayan ama tavsiye edilen aşılardan yüksek fiyatları (rotavirüs, viral hepatit A). Çoklu regresyon modeli eğitimin yüksek etkisini ve sosyo-ekonomik faktörlerin etkisini doğruladı.

**Çıkarımlar:** Risk algılaması ve sigorta tarafından rapor edilen aşılardan Roman ebeveynler çoğunluktan daha düşük seviyede olduğunu gösterdi. Roman olmayan ebeveynler ise Roman'lara göre aşı konusunda daha bilgili ve daha iyi bir tutuma sahip. Anket sonucunda etnik ve sosyo-ekonomik farklılıklar tespit edildi ama yaş aralığı ile ilgili bir veriye ulaşılmadı. Daha önceden aşının önemi hakkında verilen temel bilgiler tüm gruplarda aşı oranlarını önemli derecede arttırdı. Aşılamanın yararları hakkındaki bilgilendirme stratejileri yoğunlaştırılmalı ve sağlık personelleri, örneğin, aile hekimleri Roman sağlık hakemleri, bağımsız gruplar da buna dahil olmalı. Sağlığın önemi çerçevesinde aşı karşıtı gruplar tarafından oluşturulan engelleri ortadan kaldırmak için aşılamanın önemi ve etkisi hakkında eğitimin desteklenmesi tavsiye edilir.

**Bu çalışma VEGA-MŠ 1/0011/14, VEGA-MŠ VEGA 1/0198/13 a NFP OPVaV-2009/2.1/03 SORO-CEMIO-ITMS 26220120058. tarafından desteklenmiştir.**

Konuşmacılar

## A.B.D VE TÜRKİYEDEKİ HASTANEDE KOMİTELER VE İŞLEYİŞLERİ

BALCI Yüksel, Florence Nightingale Hastanesi, İstanbul TÜRKİYE

**SEZEN Adem**, İstanbul Bilim Üniversitesi, İstanbul TÜRKİYE

DİKMEN A. Cenk, Institute of Management, Business and Law-Rostov-Rusya

### ÖZET

**AMAÇ:** Türkiye'de ve A.B.D'de faaliyet gösteren iki özel hastanede oluşturulmuş komiteler ve faaliyetlerini karşılaştırmak.

**YÖNTEM:** Türkiye'de faaliyet gösteren JCAH ve Sağlık Bakanlığı denetimine bağlı hastanede oluşturulmuş komiteler ve görev tanımları ile A.B.D faaliyet gösteren JCAH ve PRO denetimine bağlı hastanede oluşturulmuş komiteler ve görev tanımları, hastanelerin Kalite Departmanlarının Prosedürlerinde oluşturulan kalite dökümanları baz alınarak birebir karşılaştırıldı.

**BULGULAR:** Türkiye'de faaliyet gösteren JCAH ve Sağlık Bakanlığı denetimine bağlı hastanede 14 tane komite mevcut iken A.B.D faaliyet gösteren JCAH ve PRO denetimine bağlı hastanede 17 tane komite mevcut. Türkiye'de bulunan hastanede JCAH ve Sağlık Bakanlığı denetimine sahip olmasına rağmen Klinik, Liyakat, Kullanım-İnceleme ve Sigarayı Bırakma komiteleri oluşturulmamış, oluşturulan eğitim komitesi, çalışan hakları ve güvenliği ve çalışan önerileri komiteleri de A.B.D hastanesinde oluşturulan komitelerden görev tanımı olarak, karar alma yetkilerinin uygulamaya geçmemesi, sadece öneride bulunabilmeleri ve alınan karar ve önerilerin genel olarak uygulanmaması eksikleri mevcut. Ayrıca her iki hastanede de özel amaçlı komitelere rastlanmamıştır.

**SONUÇ ve TARTIŞMA:** Hasta bakımı ile ilgili faaliyetleri destekleyen komiteler ve kuralları Türkiye'deki hastanede tam olarak karşılığı yok. Mevcut olan komite ve kurallarında fiili uygulamada karşılıkları mevcut değildir. Bu çalışma sadece birer hastane üzerinden yapıldığı için daha güvenilir veriler elde etmek için daha çok hastaneyi içine alan çalışmalar yapılmalıdır.

Bu sorunların çözümünde ise; Hastanelerde bakım hizmetlerinin etkin ve kaliteli yürütülebilmesi için her bölüm için görev sınırları iyi belirlenmiş komiteler oluşturulmalı, hastane yönetiminin profesyonel kişilerce yapılması, İdari şemada düzenlemeler yapılarak görev ve yetki alanları efektif olarak belirlenmeli, hastanelerdeki her türlü kayıt-arşiv ve istatistik bilgilerin profesyonel kişilerce

Yapıtılmalı, bağımsız denetim kurumlarının nitelik ve nicelik olarak sayılarının artırılması gerekmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Hastane, Komiteler, Kalite Sağlama, Akreditasyon,

Konuşmacılar

## İLAÇ GÜVENLİĞİ RAMAK KALA BİLDİRİMLERİMİZ VE KAZANIMLARIMIZ

**OPSAR SOLMAZ Figen** -TUNÇMAN Gökçe- SERBEST Nesrin-YILDIRIM Ayşe-YILMAZLAR Aysun

**Özel Medicabil Hastanesi, BURSA**

### ÖZET

**AMAÇ:** Sağlık çalışanları ilaç uygulama hatalarını azaltma çalışmalarında mutlaka bulunmalıdırlar (1). Bu çalışmada amacımız ilaç güvenliğinin sağlanmasında olası hataları önlemektir.

**YÖNTEM:** HBYS Güvenlik Raporlama Bildirim Sistemi üzerinden 3 aylık İlaç Güvenliği Ramak Kala hata bildirimleri incelenmiş ve bunlar Gemba'da Kök Neden Analizi ve Beyin Fırtınası ile analiz edilmiştir.

**BULGULAR:** Yapılan araştırma sonucunda 43 adet ilaç güvenliği ramak kala hata bildirimi yapılmış olup, bunların % 49'unun yanlış ilaç, % 26' inin yanlış doz, % 23' ünün yanlış yol, % 2'sinin yanlış hasta ramak kala hata bildirimi olduğu saptanmıştır. Hataların oluşma nedenleri fiziksel, personel ve sistem kaynaklı olduğu saptanmıştır.

Personel eğitimi tamamlanmadan order giriş sorumluluğunun verilmemesi, ilaç girişleri yapıldıktan sonra kaydın kontrol edilmesi, eczanede değişen ilaç durumunda manuel order kaydının yeniden düzenlenmesi, birimler arasında hasta değişiminde transfer personelinin yer değişikliği ile ilgili bilgilendirilmesi, stokta olmayan ilaçların Hastane Bilgi Yönetim Sisteminden ayıklanması, elektronik order uygulamasına geçilmesi, sistemde değişen ilaçlardan kaynaklı hataları önlemek için iletişimin güçlendirilmesi çözüm önerileri olarak ele alındı. Personel ve fiziksel nedenler giderilmiş, ancak sistem ile ilgili nedenlerin iyileştirilmesi devam etmektedir.

**SONUÇ:** İlaç güvenliği ile ilgili ramak bildirimlerin ve analizlerinin hastalar üzerine oluşacak olası ilaç hatalarını elimine etme de etkin olduğu kanaatine varılmıştır.

**KAYNAKLAR:** 1- Good Practice Guidance, NHS, Oxfordshire Clinical Commissioning Group, 2015

Konuşmacılar

Konusmacılar	<p><b>ÖZEL BİR HASTANEDE LABORATUAR RISK DEĞERLENDİRME SONUÇLARI VE YAPILAN İYİLEŞTİRMELER</b></p> <p><b>YILMAZ Süleyman *</b>, SEZEN Adem **, ERGÜL Ceren ***</p> <p>* İşletme Direktör Yardımcısı/İş Güvenliği Uzmanı, Özel Optimed Hastanesi, Türkiye  ** İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Türkiye  *** B Sınıfı İş Güvenliği Uzmanı, Türkiye</p> <p><b>Giriş ;</b></p> <p>Hastalıkların tespitinde ve tedavisinde laboratuvar tetkikleri büyük önem taşımaktadır. Hastaya uygulanacak tedavinin başarılı olması, güvenilir laboratuvar verileriyle başlar. Laboratuvar verileri, tedavinin başarısı için taşıdığı önemin yanı sıra tıbbi gelişmelerin de temel taşlarından biridir. Bu açıdan yaklaşıldığında da riskleri tespit edilmiş ve gerekli iyileştirmeler yapılarak risklerin azaltıldığı laboratuvar ortamı ile sadece hasta güvenliği değil aynı zamanda çalışan güvenliği ve tesis güvenliği de sağlanmış olmaktadır.</p> <p><b>Amaç:</b> Bu çalışmanın amacı 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu ile İş Sağlığı ve Güvenliği Risk Değerlendirmesi Yönetmeliği' ne göre laboratuvar bölümünde yapılan risk değerlendirmesi sonuçlarının ele alınması, tespit edilen yüksek derece risk ve orta derece riskler ile ilgili yapılan iyileştirmelerle sonuçlarının değerlendirilmesidir.</p> <p><b>Yöntem:</b> Bu çalışma yapılırken Risk Değerlendirme Risk Değerlendirme Metodolojilerinden Kalitatif Risk Analizi Metotlarından birisi olan 5X5 Matris Yöntemi seçilmiştir. Laboratuvar bölümünde tespit edilen riskler hasta güvenliği, çalışan güvenliği, tesis güvenliği ve çevre güvenliği bakımından ele alınarak değerlendirilmiştir. Değerlendirilen riskler derecesine göre düşük derecede risk, orta derecede risk ve yüksek derecede risk olarak sınıflandırılmıştır.</p> <p><b>Bulgular:</b> 20.06.2012 tarihinde laboratuvar bölümünde yapılan risk değerlendirmesinde 47 adet riskin analizi yapılmış olup, bu riskler hasta güvenliği, çalışan güvenliği, tesis güvenliği ve çevre güvenliği açısından değerlendirilmiştir. Yapılan risk değerlendirmesinde 47 adet riskin 13 tanesi yüksek derece risk içerirken, 24 tanesi orta derece risk ve 7 tanesi ise düşük derece risk olarak tespit edilmiştir. 10.06.2014 tarihinde yapılan risk değerlendirmesinde ise 47 adet risk ile ilgili olarak, 13 tane yüksek derecede riskten 11 tanesi ile ilgili iyileştirmeler yapıldığı, sadece 2 adet yüksek derecede risk kaldığı tespit edilmiştir. Aynı risk değerlendirmesi sonucuna göre 2 yıl önce yapılan risk değerlendirmesinde 7 tane olan düşük derecede riskin 21 taneye çıktığı da saptanmıştır.</p> <p><b>Sonuç:</b> Laboratuvar bölümünde yapılan değerlendirme sonucu ortaya çıkan yüksek risk ve orta risklerle ilgili iyileştirme planları yapılmış olup, uygulanmaya başlanmıştır. İki yıl sonra yenilen risk değerlendirmesi ile aynı riskler yeniden değerlendirilmiş ve yüksek derecede risk içeren parametrelerin sayısında % 84 oranında azalma olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışma ile hem hasta güvenliği açısından güvenli bir laboratuvar sağlanırken, aynı zamanda çalışan açısından güvenli bir çalışma ortamı ve tesis güvenliği bakımından daha güvenli bir ortam sağlanmıştır.</p> <p><b>Anahtar Kelimeler;</b> İş Sağlığı ve Güvenliği, Risk, Risk Değerlendirme</p>
Salon II	<p><b>SAĞLIK HİZMETLERİNDE ALTI SİGMA VE YALIN YÖNETİM</b></p>
Oturma Başkanı	<p><b>Prof. Dr. Aysun YILMAZLAR,</b>  Özel Medicabil Hastanesi, Anestezi ve Reanimasyon Uzmanı- Kalite Danışmanı,  <b>TÜRKİYE</b></p>
Konusmacılar	<p><b>AKREDİTE, YALIN VE DİJİTAL ANESTEZİ</b></p> <p><b>Prof. Dr. Aysun Yılmazlar</b>  <b>Özel Medicabil Hastanesi,</b>  <b>Bursa, Türkiye</b></p> <p><b>ÖZET</b></p> <p>Yüksek riskli bir tıp alanı olan Anesteziyolojinin bir mensubu olarak meslek hayatımda ilerlerken, 2004 yılında Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde "Kalite Yönetimi Çalışmaları"na katıldığım gün işime bakışımın değiştiği gün oldu. Çünkü; o gün katıldığım toplantı salonunda "Bir sağlık kurumunda gerçekleştirilecek Kalite Yönetim Sistemi ile Sıfır stok, Sıfır hata, Sıfır çelişki, Sıfır ölü zaman, Sıfır bekleme süresi, Sıfır bürokrasi ve en önemlisi hasta, hasta yakını ve çalışanın güvenliğinin ve memnuniyetinin sağlanabileceği" konuşuluyordu ve bu konuşulanlar bir anesteziist ve o anesteziistin çalıştığı kurum için mükemmel şeylerdi.</p> <p>2004'den bugüne son 10 yıldır kalite ve akreditasyon sistemini kullanarak, yalın araçlar ile süreçleri iyileştirerek ve dijital sistemleri kullanarak yukarıda konuşulanların gerçekleştirilebileceğini gördüm.</p> <p>Ancak önemle şunu belirtmek isterim ki; bir hastanede tek başına Anesteziyoloji akredite, yalın ve dijital olamaz, çünkü hizmet bir zincirdir, Anesteziyoloji ise bu zincirin önemli bir halkası olduğu unutulmamalıdır. Sağlam bir zincir için tüm halkaların sağlam olması gerekir. Bu nedenle bu yolculuğa çıkan hastanelerde Anesteziistlere büyük iş düşmektedir. Çünkü sağlık kurumlarının çoğu bu yolculuğa çıktı veya çıkmak üzere...</p> <p>Akredite, yalın ve dijital olma yolculuğuna çıkan sağlık kuruluşlarında Anesteziyolojide tüm çalışanların "Akreditasyon, yalın ve dijital yaklaşıma gönülden inanmaları gerekmektedir.</p> <p>Hastanızı, kurumunuzu ve kendinizi güvence altına almanız için "akredite, yalın ve dijital anestezi yolculuğuna" inanmak gerek.</p> <p>Dile getirilen bu üç kavram tek başlarına değil, birbirlerinin içine geçerek hayat bulan kavramlardır. Akreditasyon güvenli ve kaliteli süreçleri işaret ederken, yalın yaklaşım bu süreçlerde uygulayabileceğiniz problem çözme araçlarını öğretir, dijital sistemler ise yaşadığınız bu süreçleri güvenli bir şekilde takip ve kayıt altına almayı sağlar. Akreditasyon ile kaliteyi yakalarsınız, kendinize, hastanıza ve kurumunuza güvene sağlarsınız, o kuruma çalışmaktan onur duyarsınız, diğer kurumlardan seçiliğiniz ve ayrıcalığınız olur, sürekli iyileşme süreçleri yaşatacağınız için her zaman yenilikçi olursunuz.</p> <p>Yalın yaklaşım ile israflarınız azalır, problemleri çözerek süreçleri düzeltirsiniz, ekip üyesi ve aidiyet duygunuz yükselir.</p> <p>Dijital yaklaşım ile kayıtlarınızı güvence altına alırsınız, arşiv alanlarınızdan kazanırsınız, ağaçlarımızı korumuş olursunuz.</p> <p>Sonuç olarak meslek hayatınızda "çok iyi bir yolculuk" yapmış olursunuz.</p> <p>Ancak; başta tıp fakültesi olmak üzere tüm sağlık hizmeti sunucularının mezuniyet öncesi eğitim programlarına er veya geç mutlaka "Kalite Yönetimi" derslerinin konması gerekmektedir.</p> <p>Yolculuğa çıkmadan önce tavsiyeler: 1-Yolculuğun başlangıç noktası kurumun lideridir. Kalite yönetimine inmiş, yalın araçlarla süreç iyileştirmeyi sağlayabilen ve dijital sistemle bu çalışmayı hızlandıran ve kazanç sağlayan bir lider ile bu yolculuğa çıkın. 2- Bu yolculukta iyi bir yolcu olmak için, ekip ve takım çalışması, iletişim, yöneticilik eğitimleri alın. 3- Görmeyi öğrenin. Bu çok önemli, çünkü: Sahada bir hastayı veya bir işlemi izlediğiniz zaman, hasta veya çalışanın çok fazla a dim attığını, gereksiz tekrarlayan işlemler yapıldığını, çok zaman harcadığını, bir sonraki işlemin belirsiz olduğunu, hasta, hasta yakınlarının, çalışanların memnuniyetsizliğini görmüş olacaksınız.4- Kalite Yönetimi, Yalın Araçlar eğitimlerini alın ve problem çözme becerilerinizi geliştirin.5- Sağlık çalışanları dışında Endüstri mühendisliği, İşletme, Bilgisayar Mühendisliği, Sağlık Yönetimi mezunları ve üretim sektörü yöneticileri ile de çalışın.6- Fabrika ziyaret edin, 7-Diğer kurumlara kendinizi kıyaslayın.8- Bu yolculuk sırasında bu süreç uyumlu çalışanlar kadar uyumsuz çalışanlarla karşılaşmaya hazır olun.</p> <p><b>KAYNAK:</b>  Yılmazlar A. Akredite, Yalın ve Dijital Anestezi, 2014, İntertı Kitapevi, İzmir.</p>

## AMELİYAT SARF MALZEMELERİNİN YALINLAŞTIRILMASI

**AĞAOĞLU Halime**-YILDIRIM Ayşe-YIL MAZLAR Aysun  
Özel Medicabil Hastanesi, BURSA

### ÖZET

**AMAÇ :** 5S; israfi azaltan, görsel, optimum çalışma sahası sağlayan bir yalın yöntemdir(1). Bu çalışmada, bu yöntemle ameliyat sarf malzeme listelerindeki miktarları azaltarak, maliyeti iyileştirmeyi ve çalışan memnuniyetini artırmayı amaçladık.

**YÖNTEM :** HBYS ve Gemba'da ameliyat sarf malzemelerinin hareketleri kaydedildi.

Eczanede malzeme hazırlık ve geri teslim aşamasında gecikme, transfer sırasında non steril olma riski, fazla yerleştirme iş yükü, fazla depodan çıkış sayıları ve satın alma sayıları, kayıplar ve fazla çalışan iş yükü saptandı.

Beyin fırtınası ile fazla ve gereksiz yüklerin nedenleri saptandı, 5S ile yalın düzenleme gerçekleştirildi.

**BÜLGULAR :** 9 cerrahi branş, 136 malzeme listesi incelendi ve takibe alındı. 8160 adet sarf malzemesi incelendi. Aylık 1500 adet malzemeden 585 adet eksiltildi (%39). Sonuçta %39 yalınlaşma sağlandı. Eczanede malzeme hazırlık ve geri teslim aşamasında zaman tasarrufu, transfer sırasında non steril olma riskinin azalması, yerleştirme işi yükünün, depodan çıkış sayılarının ve satın alma sayılarının azalması; ameliyathanedeki kullanımda yalınlık, kayıpların engellenmesi; çalışanların iş yükünün azalması dolayısıyla tüm süreçte birbirini tetikleyen iyileşmeler saptandı.

**SONUÇ :** Sağlıkta malzemelerde yapılacak yalın çalışmaların, sürecin her adımına başta maliyet olmak üzere olumlu yansıtıcı kanaatindeyiz.

### KAYNAKLAR:

1 – www.leanmanufacturingtools.org

Konuşmacılar

## ADIYAMAN ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ BAŞARILI YÖNETİMDE İLETİŞİM-HASTANE İLETİŞİM PLATFORMU

AYDIN, Osman, Adıyaman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İdari ve Mali Hizmetler  
**SELÇUK, Nevin**, Adıyaman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Sağlık Bakım Hizmetleri

### ÖZET

**Amaç:** İnsan sosyal bir varlıktır. Tüm kurumlarda yönetici, hedeflere insan ögesinin yardımıyla ulaşır. Hiçbir yönetici, kurumda çalışan insanların veya işbirliği yaptığı kişilerin yetenek ve arzularının ötesinde bir başarı sağlayamaz. Bu nedenle yöneticilerin, insanları motive etmesi, davranışını kurumun yararına göre değiştirmesi, çaba ve faaliyetlerini işe ve amaca doğru yönetmesi gerekir. Bunun içinde yerine ve zamanına göre onları inandırması, ödüllendirmesi ve gerektiğinde cezalandırması gerekir. Son dönemlerde, yönetimde insan ilişkilerinin başında gelen İnsan faktörünün önemi giderek artmış ve değer kazanmıştır. Çalışanın tutum ve davranışına etki eden faktörler, çalışanın ilişkilerini etkileyen yönetici tutum ve davranışları, çalışan ile yönetim arasındaki iletişim konuları da önem kazanmıştır. Sağlık Kurumlarının inovasyon çalışmaları ile geliştiği son zamanlarda, Hastane olarak Çalışan memnuniyetini artırmak için, çalışanlar ile yöneticilerimiz arasındaki iletişimi güçlendirmek amacı ile HİP uygulamasına başladık. Şunun farkına varılmalıdır ki; Çalışanlarını memnun edemeyen hiçbir kurum başarı elde edemez.

**Yöntem:** İnsana verilen değer arttıkça işgücünün verimi, yaptığı işin kalitesi ve kurum için yaptığı özveriler de artacaktır. Zaten sağlık kurumlarında insanların özveri ile çalışması kaçınılmaz bir beklentidir. Bu da insanların daha fazla önemsendiği, görüşlerine değer verildiği, beklentilerinin karşılandığı bir yönetim anlayışı ile sağlanabilecektir.

Çalışanların Yönetimden beklentilerinin, yöneticilerle yeterli düzeyde iletişim kuramamak olduğu, bu beklentilerinin yeterli düzeyde karşılanamadığı tespit edilmiştir. Bunu karşılamak için Hastane web sitesi üzerinden, hastane iletişim platformu oluşturulmuştur. Bu platform, Adıyaman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi çalışanları ile yöneticileri buluşturan online bir platformdur. Adıyaman EAH Hastane İletişim Platformu hizmeti, Adıyaman Eğitim Araştırma Hastanesi WEB sitesi Hastane İletişim Platformu ağı üzerinden yönetilir.

**Bulgular:** Hastanemizin fiziki olarak, tüm Adıyaman genelinde dağınık bir yerleşime sahip olmasından ve çalışan personel sayımızın çok fazla olması sebebiyle, çalışanlarımızın yöneticilerimizle iletişimlerinin güçlü tutulması amacı ile böyle bir uygulama başlatılmıştır.

HİP Uygulaması 16/04/2014 Tarihinde kullanılmaya başlanmıştır. Tüm personele bizzat Hastane Yöneticisi tarafından, birimler bazında yapılan toplantılarda duyurusu yapılmış, personelin platformu kullanması yönünde gerekli teşviklerde bulunmuştur. Hastanede görevli tüm sözleşmeli TKHK İdari yöneticilerine bildirim yapılabilmektedir. Yani, Hastane Yöneticisine, İdari ve Mali Hizmetler Müdürü ve Yardımcılarına, Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü ve Yardımcılarına, Hasta Hizmetleri Sağlık Otelcilik Müdürüne, Başhekim ve Yardımcılarına bildirim yapılmıştır.

Hastane Yöneticisine 442, Başhekim Yardımcılarına 92, Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürüne 24, Sağlık Bakım Hizmetleri Müdür Yardımcılarına 7, İdari ve Mali Hizmetler Müdürüne 59, İdari ve Mali Hizmetler Müdür Yardımcılarına 17, Sağlık Otelcilik Müdürüne 77, Toplamda 718 adet bildirim yapılmıştır. Bu bildirimlerden 686 adetini geri bildirim yapılmış, 645 adeti de çözümlenmiştir. Yapılan bildirimlerin % 26 sı öneri ve görüş şeklinde, % 24 talep şeklinde, % 12 si şikayet şeklinde, % 36 sı teşekkür olarak yapılmıştır.

**Sonuç:** Hastane Yönetimi Olarak, tüm hastane çalışanlarımızla sağlıklı ve reel bir iletişim ortamı sağlayabilmek için Hastane İletişim platformunu kurduk. Aslında, çalışanların talepleri doğrultusunda, onların yönlendirmesi ile böyle bir uygulamanın gerekliliğini hissettik. Türkiye Kamu Hastaneler Birliği Oluşumu ve yeni açılan Tıp Fakültesi ile gerçekleşen afilyasyondan sonra, dört ayrı binada, yaklaşık 3000 personel ile iş yükünü üstlendik. Hem fiziki olarak dağınık yerleşimin, hem de çok sayıda çalışan personelin, yöneticilerimizle olan iletişimlerinin kesintisiz devam etmesi için, hem çalışanlarımız açısından, hem de Yöneticilerimiz açısından faydalı ve memnuniyeti yükseltici bir uygulama olduğu da yukarıda belirtilen sayısal verilerden de anlaşılmaktadır. Çalışanlarımızın görüşleri, bizim için değerlidir. Hastane Yöneticisi olarak, çalışan memnuniyetini artırabilmek için gerekli çalışmaları yapmak, öncelikli görevlerim arasında yer almaktadır. Şunun farkına varılmalıdır ki; Çalışanlarını memnun edemeyen hiçbir kurum başarı elde edemez.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık Kurumları, İnovasyon, Yönetici, Çalışan, Hastane İletişim Platformu

Konuşmacılar

## SAĞLIK TURİZMİ AÇISINDAN RİZE İLİNİN PAZARLANABİLİRLİĞİ KONUSUNDA SAĞLIK ÇALIŞANLARININ GÖRÜŞLERİNİN BELİRLENMESİ ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA

**DAŞTAN Seyhan**  
Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Rize, TÜRKİYE

### Giriş

Rize İli konaklama, sağlık ve termal imkanlar bakımından bakıldığında, tedavi ve şifa bulma amaçlı yerli ve yabancı turist ya da hasta ağırlayabilecek durumdadır. Bu durumda sağlık turizmi potansiyeli yaratmaktadır.

Bu çalışmada turizmin çeşitlendirilmesinde gittikçe artan bir öneme sahip olan Sağlık Turizminin Rize ilindeki mevcut durumu ortaya koymak, Rize'nin bu sektördeki payını arttırmak için yapılması gerekenleri belirlemek ve Rize İli potansiyellerinin, Sağlık Turizmine etkisini aynı zamanda bu potansiyellerin nasıl pazarlanabileceğini ortaya koymaktır.

### Yöntem

Konuşmacılar

	<p>Sağlık turizmi açısından Rize ilinin mevcut potansiyeli ve pazarlanabilirliğini belirtmek amacıyla, anket yardımıyla araştırma yapılmıştır. Ve son olarak da Rize'de Sağlık Turizmini geliştirmek adına neler yapılabileceği belirtilmiştir.</p> <p><b>Evren ve Örneklem</b> Araştırma Rize ili'ndeki tüm sağlık personelini kapsamaktadır. Tüm personele ulaşmak zor olduğundan örneklem alımı yoluna gidilmiştir. Sağlık turizmi açısından Rize'de faaliyet gösteren 2 tesis seçilmiş ve bu işletmelere toplam 150 anket dağıtılmıştır.</p> <p><b>Araştırmanın Hipotezleri</b> Araştırmada Rize ili'ndeki sağlık çalışanlarının Rize sağlık turizmi yapılıp yapılamayacağı konusuna olan düşünceleri öğrenilmeye çalışılmıştır. Araştırma Hipotezi şöyle belirtilebilir; H0: Rize'de sağlık turizmi yapılabilir.</p> <p><b>Bulgular ve sonuç</b> Sağlık çalışanlarına uyguladığımız anket formunun 1. Bölümünde demografik özelliklere yer verilmiştir. 50 kişinin yaş ortalamasının 25 – 30 yaş olduğunu görmekteyiz. Yani yaptığımız araştırma ağırlıklı olarak genç nesil sağlık çalışanlarının fikirlerini yansıtmaktadır. Eğitim durumuna baktığımızda katılımcılar % 45'lik oranlarla lisans ve yüksek lisans mezunudur. Bu oranı % 15'lik payla ön lisans mezunları izlemektedir.</p> <p>Anket formunun 2. Bölümünde Rize'deki Sağlık Turizmine hizmet eden işletmelerin mevcut durumu hakkındaki olumlu potansiyellerin ölçülmesi için katılımcılara yönelttiğimiz anket sorularına verilen cevaplara genel olarak bakmak gerekirse, "Tamamen Katılıyorum" ve "Kısmen Katılıyorum" fikirlerine verilen cevapların oranlarının toplamı "Kararsızım", "Kısmen Katılmıyorum" ve "Hiç Katılmıyorum" düşüncelerine verilen cevapların toplam oranından fazladır. Bu da Rize'deki sağlık çalışanlarının Rize'nin pazarlanabilecek bir sağlık turizmi potansiyelinin olduğuna inandıklarını göstermektedir.</p> <p>Analiz sonuçları incelendiğinde ise sektördeki çalışma süreleriyle, eğitim durumlarının Rize'deki sağlık turizminin yapılabilirliği üzerine olan fikirleri etkilediği görülmektedir. Lisansüstü mezunların daha az eğitim almış kişilere göre daha olumlu cevaplar vermektedir.</p> <p>Aynı zamanda sektörde çalışma sürelerinin de bu bakış açısını etkiledikleri görmekteyiz. Sektörde uzun süre çalışanlar bu işin olabileceğine daha sıcak bakmaktadırlar. Sektörde ki gelişmeleri daha fazla gören bu kişiler Rize ili'nde sağlık potansiyelinin farkına daha iyi varmaktadırlar. Sağlık çalışanlarının Rize'de sağlık turizminin yapılması konusunda olumlu baktıklarını görmekteyiz. Araştırmanın başında söylediğimiz Rize'de sağlık turizmi yapılabilir hipotezini böylece doğrulamış olmaktadır. Rize'deki sağlık sektörünün içindeki kişiler sağlık sektörünün dışına açılabilirliği konusunda hemfikirlerdir.</p> <p>Turizm sektöründe en iyi reklam türlerinden birinin bireysel memnuniyet ve bu memnuniyetin gidildiği yerlerde paylaşılması olduğunu düşünürsek, yabancı ziyaretçilerin ülkelerinde şehir açısından olumlu olarak yaptıkları yorumlar Rize'deki ki sağlık turizmi pazarlamasına yardımcı olacaktır.</p>
Konusmacılar	<p><b>KORONER STENT YERLEŞTİRİLMESİ SÜRECİ İÇİN ALTI SIGMA ALTYAPISININ OLUŞTURULMASI</b></p> <p>Mehmet Tolga Taner<sup>1</sup>, <b>Gamze Kağan<sup>2</sup></b>, Sezai Çelik<sup>3</sup>, Engin Erbaş<sup>4</sup>, Mehmet Kemal Kağan<sup>5</sup></p> <p>1 Sağlık Kurumları İşletmeciliği Bölümü, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Üsküdar Üniversitesi, İstanbul, Türkiye. 2 İş Sağlığı ve Güvenliği Bölümü, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu, Üsküdar Üniversitesi, İstanbul, Türkiye. 3 Göğüs, Kalp ve Damar Cerrahisi Departmanı, Medicana Sağlık Grubu, İstanbul, Türkiye. 4 Hastane İşletmeciliği Programı, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Üsküdar Üniversitesi, İstanbul, Türkiye. 5 Radyoloji Departmanı, Siyami Ersek Göğüs, Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, Türkiye.</p> <p><b>ÖZET</b></p> <p><b>Bu çalışmanın amacı;</b> Altı Sigma yöntemlerini Türkiye'de kardiyoloji alanında hizmet veren üçüncü basamak bir sağlık merkezinde yapılan koroner stent yerleştirme süreçlerinde ortaya çıkan komplikasyonların sayısını azaltmak için kullanılabilirliğini göstermektir. Bu amacı gerçekleştirmek için, Altı Sigma'nın Tanımla-Ölç-Analiz Et-Geliştir-Kontrol Et (TÖAGK) iyileştirme modeli önerilmektedir. Tedarikçi-Girdi-Süreç-Çıktı-Müşteri (TGSCM) Tablosu, Ishikawa (Kıçık) Diyagramı ile Hata Türü ve Etki Analizi kullanılmıştır. Bu çalışmada hem acil hem de elektif Perkütan Koroner Müdahale (PKM) süreçleri incelenmiştir. Toplamda 3975 stent yerleştirme verileri incelenmiş ve bu veriler 24 ayda toplanmıştır. Sürece bağlı toplam 13 çeşit komplikasyon türü ile; ölçüm, malzeme, personel, hasta, lazer ve ameliyat tekniğine bağlı olan 22 adet Kritik Kalite Faktörü (KKF) tespit edilmiştir. Komplikasyonların oluşum nedenleri olarak, hastanın geçmişindeki ameliyat(lar), deneyim, hastanın damar yapısı, hastanın damar çapı, takılacak olan stent ve balon çeşidi ve görüntü kalitesi bulunmuştur. Her iki PKM çeşidinde de, Sigma düzeyi en yüksek komplikasyon, radyasyona bağlı deri üzerinde yaralanma; Sigma düzeyi en düşük komplikasyon ise, boya maddesine olan alerjik reaksiyon bulunmuştur. Sonuç olarak, komplikasyonların oluşmaması için, alınması gereken önlemler verilmiştir.</p> <p><b>Anahtar Kelimeler:</b> Altı Sigma; Kardiyoloji; Stent; Komplikasyonlar</p>
<b>Paralel Oturumlar 7</b>	
<b>Salon I</b>	<b>ÇALIŞAN VE HASTA MEMNUNİYETİ ÖLÇÜM VE İYİLEŞTİRME YÖNTEMLERİ</b>
Oturum Başkanı	<p><b>Yrd. Doç. Dr. Birkan TAPAN,</b> İstanbul Bilim Üniversitesi, İstanbul, <b>TÜRKİYE</b></p>
Konusmacılar	<p><b>SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA İŞ YÜKÜNÜN ÖRGÜSEL BAĞLILIK VE İŞ TATMİNİ ÜZERİNDEKİ ETKİSİ: DIYARBAKIR İL ÖRNEĞİ</b></p> <p>AKSOY Mustafa, <b>Asena Tuğba EVREN SUBAŞI</b> South Russian University Institute of Management, Business and Law Rostov/ <b>RUSYA</b></p> <p><b>ÖZET</b></p> <p>2002 yılında başlatılan "Sağlıkta Dönüşüm" programından en fazla etkilenenler sağlık sektörü çalışanları olmuşlardır. Sağlık çalışanlarının sundukları hizmetin kalite düzeyi ile algıladıkları iş tatmini, çalıştıkları örgüte bağlılıkları arasında olumlu bir ilişki vardır. Bu ilişkinin niteliğini değiştirecek unsurlardan biri çalışanın iş yüküdür. Türkiye'de birçok ilde ve düzeyde örgütsel bağlılık araştırmaları yapılmıştır.</p> <p>Bu çalışmanın amacı sağlık çalışanlarının iş tatmini ve örgütsel bağlılık algılarının "hissettikleri" iş yükü arasındaki ilişki ve etkileşimi incelemektir. Bu amaç doğrultusunda, Diyarbakır'da faaliyette bulunan iki kamu, iki de özel hastane çalışanlarından iş tatmini, örgütsel bağlılık ve iş yükü ile ilgili anket yöntemiyle bilgiler toplanmıştır. Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarından elde edilen anket formlarından "kullanılmaz" olanlar çıkarıldıktan sonra yaklaşık 200 sağlık çalışanının sağladığı veriler analiz edilmiştir.</p> <p>Analiz sonuçları, cinsiyet, yaş, deneyim, örgüt türü (kamu-özel) vb. faktörlere bağlı olarak iş yükü, iş tatmini ve örgütsel bağlılık algılarından bazılarında farklılıklara işaret etmektedir. Sonuç olarak, sağlık çalışanlarının iş yükünün örgütsel hizmet kalitesini değiştirebileceği için, çalışanların iş yükünü daha etkili biçimde belirleyecek yöntemlerin araştırılması gerekmektedir. Gelecekte yapılacak araştırmalar bu durumu göz önüne alarak oluşturulabilir. Ayrıca, iş yükü iş tatmini ve örgütsel bağlılık haricindeki örgütsel çıktılarla da ilişkilendirilmelidir.</p> <p><b>Anahtar Kelimeler:</b> Sağlık Çalışanları, Örgütsel Bağlılık, İş Tatmini, İş Yükü, Diyarbakır</p>

Konusmacılar	<p><b>HASTA VE ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ UYGULAMALARINDA SAĞLIK PERSONELLERİNİN, FİZİKSEL ŞİDDETE MARUZ KALINMA RİSKLERİNİN AZALTILMASI</b></p> <p><b>Serap Yılmaz(1)</b>Hacer Canatan(2), Uğur Genç(3)</p> <p><b>1 Özel Memorial Hizmet Hastanesi,Ayaktan Tanı ve Tedavi Bölümü Sorumlusu İstanbul,</b>  <b>1 ERA Teknik Koleji ATT Bölümü,,Okan Üniversitesi Sağlık MYO Acil Durum ve Afet Yönetimi Bölümü ,İstanbul,</b>  <b>1 Özel Memorial Hizmet Hastanesi CEO</b></p> <p><b>ÖZET</b></p> <p><b>AMAÇ:</b> Sağlık hizmeti sunumunda hasta ve çalışanların zarar görmesine yol açabilecek her türlü işlem ve süreçler ile ilgili alınabilecek tedbir ve iyileştirme uygulamalarına yönelik faaliyetleri ifade eder.</p> <p><b>YÖNTEM :</b> Bu uygulama kapsamındaki sağlık kurumları belirlenen hükümler doğrultusunda, uygulama da bulunmak hasta ve çalışan güvenliğini sağlamaya yönelik gerekli faaliyetleri gerçekleştirmek amacıyla kendi iç düzenlemelerini yapmak ve tedbirleri almakla yükümlüdür.Hizmet içi eğitimler ile güvenli hizmet sunumu ve güvenli çalışma ortamının sürdürülebilirliğinin sağlanmasına yönelik usul ve esasları düzenlemektedir.</p> <p>Tüm sağlık kurumlarında, hasta ve çalışan güvenliği için güvenli hizmet sunumu ve güvenli ortamı sağlamasına, hizmet sunumunda kalitenin artırılmasına, sağlık kurumunda kalitenin artırılmasına Sağlık kurumunda hasta ve çalışanlar için muhtemel risklerin belirlenmesine ve hizmet içi eğitimler ile güvenli hizmet sunumu ve güvenli çalışma ortamının sürdürülebilirliğin sağlanmasına yönelik usul ve esasları düzenlemektedir.</p> <p>Hastane polikliniklerinde tüm sağlık çalışanlarının şiddetten korunmak amacıyla gerçekçi ve uygulanabilir tedbirler almak sağlık (BEYAZ KOD ) personelinin şiddet eğilimli hastalara karşı eğitimlerinin verilmesi gereklidir.</p> <p><b>SONUÇ:</b> Hasta ve çalışan güvenliği uygulamalarında sorunun asıl çözümü hizmet alan hastaların sağlık personeline karşı bakış açısının değiştirilmesi ve eğitilmesi olmalıdır.</p> <p><b>ANAHTAR KELİMELEER:</b> Hasta güvenliği, Çalışan güvenliği, şiddet ,Beyaz kod</p>
Konusmacılar	<p><b>SAGLIK YUKSEKOKULU ÖĞRENCİLERİNİN SAĞLAMLIK DÜZEYLERİ VE PSIKOMETRİK ÖZELLİKLERİ</b></p> <p><b>DASTAN Seyhan</b> Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Rize, Türkiye</p> <p><b>Giriş</b> Psikolojik sağlık, latince "resiliens" kelimesinden türetilmiştir ve bir maddenin esnek olması, elastiki olması ve eski haline kolay bir şekilde yeniden dönebilmesi anlamına gelmektedir. Alan yazın incelendiğinde, psikolojik sağlık kavramının farklı şekillerde tanımlandığı görülmektedir. Bu tanımlar arasında, stresli durumlara uyum sağlama, olumsuzluklara rağmen hasta olmama, stres ve zorluklara rağmen işlevsel olma ve stresli yaşantılardan sonra kendini toparlama ve iyileşme gibi tanımlar bulunmaktadır (Carver, 1998; Tusaie ve Dyer, 2004; Smith, Dalen, Wiggins, Tooley, Christoper ve Bernard, 2008). Tanımlar göz önüne alındığında, psikolojik sağlık, hastalıklardan, psikolojik sorunlardan, olumsuz yaşantılarda ya da stresten çabuk bir şekilde kurtulabilme, iyileşme ve kendini toparlayabilme gücü olarak tanımlanabilir. Bir başka deyişle, psikolojik sağlık, kişinin olumsuz koşulların üstesinden başarıyla gelebilme ve yeni duruma uyum sağlayabilme yeteneğidir.</p> <p><b>Amaçlar :</b> Bu çalışmanın temel amacı; Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Sağlık Yüksekokulunda 2014-2015 eğitim-öğretim yılında devam eden üniversite öğrencilerinin psikolojik sağlık düzeyini ve psikometrik özelliklerini incelemektir.</p> <p><b>Yöntem :</b> Çalışma grubunu, 2014-2015 eğitim-öğretim yılında, Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Sağlık Yüksekokulunda devam eden üniversite öğrencileri oluşturmaktadır.</p> <p>Araştırmanın verileri, öğrencilerin psikolojik sağlık düzeylerini etkilediği düşünülen faktörleri kapsayan ifadelerle ilişkin anket formu ve Gürkan (2006) tarafından bireylerin psikolojik sağlık düzeylerini ölçmek üzere geliştirilen "Yılmazlık Ölçeği" aracılığıyla öğrencilerin psikolojik sağlık (yılmazlık) düzeylerini belirleyen veriler toplanmıştır. Ölçeğin beşli likert formatında 50 maddesi bulunmaktadır. Ölçeğin güvenilirliği, iç tutarlık katsayılarına bakılarak hesaplanmış ve Cronbach Alfa değeri 0.87 olarak bulunmuştur.</p> <p><b>Bulgular ve Sonuç :</b> Anket formunda yer alan tanıtıcı bilgiler bağımsız değişken, psikolojik sağlık düzeyi ise bağımlı değişken olarak ele alınmıştır. Psikolojik Sağlık Ölçeğinden alınabilecek en yüksek puan 250.00 iken ilgili öğrencilerin psikolojik sağlık puan ortalamasının 146.00 olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlardan sağlık yüksekokulunda eğitim gören öğrencilerin psikolojik sağlık puanlarının yüksek olmadığı, oysa hasta veya sağlıklı bireylerle çalışacak olan bu öğrencilerin psikolojik sağlık düzeylerinin daha yüksek olması gerektiği söylenebilir.</p> <p>Araştırmada, sağlık yüksekokulunda devam eden öğrencilerin psikolojik sağlık puan ortalamalarının kızlarda, anne/baba eğitim düşük olanlarda ve yüksek olduğu, tedavi görmek zorunda kaldığı bir hastalık geçiren ve bundan dolayı hastaneye yatan öğrencilerde ve anne- babanın hayatta olma durumu annesi hayatta olmayan öğrencilerin ise düşük olduğu belirlenmiştir. Ancak, kardeş sayısı, kaçınıcı çocuk olduğu, evde yaşayan kişi sayısı, algılanan sosyo ekonomik durum, anne- babanın birliktelik durumu, çalışma ve madde kullanım durumu, duygusal paylaşımda bulunma durumu, ailede hastalığından dolayı sürekli tedavi görmek zorunda olan birinin olması gibi değişkenler öğrencilerin psikolojik sağlık puan ortalamalarını etkilememiştir.</p>
Konusmacılar	<p><b>ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN SÜREKLİ KAYGI DÜZEYLERİ İLE SOSYODEMOGRAFIK ÖZELLİKLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN ANALİZİ</b></p> <p><b>UZUNTARLA, Yasin /Gülhane Askeri Tıp Akademisi/ Ankara/ Türkiye</b>  <b>CEYHAN, Sümeysa / Bingöl Üniversitesi/ Bingöl/ Türkiye</b>  <b>EROĞLU, Merve / Bingöl Üniversitesi/ Bingöl/ Türkiye</b>  <b>ÇIHANGİROĞLU, Necmettin /Gülhane Askeri Tıp Akademisi/ Ankara/ Türkiye</b></p> <p><b>ÖZET</b></p> <p>Bu çalışma ile üniversite öğrencilerinin sürekli kaygı düzeyleri ile sosyodemografik özellikleri arasındaki ilişkinin analiz edilmesi amaçlanmıştır. Aralık 2014-Şubat 2015 döneminde Bingöl Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi'nde yapılan tanımlayıcı nitelikteki bu çalışmada 370 öğrenciye ulaşılmıştır. Verilerin toplanmasında; sosyo-demografik özellikleri belirlemeye yönelik sorular ile C. D. Spielberger ve arkadaşları tarafından (1970) geliştirilen ve Türkçe'ye uyarlaması Öner ve Le Compte tarafından (1985) yapılan "Sürekli Kaygı Envanteri" kullanılmıştır. Elde edilen verilerin analizi SPSS 15.0 istatistik paket programıyla, verilerin istatistiksel karşılaştırılması ise Bağımsız T-Testi, Tek Yönlü Varyans Analizi, Post-Hoc Tukey Testleri ile değerlendirilmiştir. Araştırma sonucunda öğrencilerin büyük çoğunluğunun (%68,1) yüksek kaygı seviyesinde olduğu bulunmuştur. Sürekli kaygı düzeyi ile sosyodemografik değişkenlerden sadece cinsiyet (p&lt;0,001) ile karşı cinsten arkadaşı olanlar (p&lt;0,004) arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır.</p> <p><b>Anahtar Kelimeler:</b> Kaygı, Sürekli kaygı, Üniversite öğrencileri.</p>



**HASTA MEMNUNİYETİ  
BOLU İZZET BAYSAL AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİ**

**1.KUZHAN Ayse**, 2.YORGUN Songül,3.DEMİREL Oğuzhan,4. BAŞARAN Muhammet,5.LAÇİN Taner

Bolu İzzet Baysal Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi, **Türkiye**

**Özet:**

Sağlık hizmetleri sürekli gelişen ve değişen bir yapı içermektedir. Bu değişim ve gelişim beklentilerdeki değişimleri de beraberinde getirmektedir. Beklentilerin karşılanma durumu yada eksikliklerin belirlenmesinde usulüne göre yapılan memnuniyet anketleri ve sonuçları son derece önemlidir. Hasta merkezli sağlık hizmeti sunumu için hasta memnuniyeti sağlık kurumlarının en önemli faaliyetlerinin başında gelmektedir. Günümüzde artan rekabet, teknoloji, eğitim düzeyi ve iletişim imkânları sağlık kurumlarında hasta memnuniyetini, faaliyetlerinin odağına almayı zorunlu hale getirmiştir. Hasta memnuniyeti çeşitli faktörlerden etkilenen karmaşık bir kavram olup kaliteli hasta bakımının en önemli göstergelerindedir. Hasta memnuniyeti, genel anlamda, verilen hizmetin hastanın beklentilerini karşılaması ya da hastanın verilen hizmeti algılamasına dayanmaktadır. Bu nedenle literatürde hasta memnuniyetinin temelini hasta beklentileri ve geniş ölçüde hasta ile sağlık çalışanı birlikteliğinin oluşturduğu vurgulanmaktadır. Hasta memnuniyeti ile ilgili yapılan çalışmalarda bu birlikteliğin odak noktasının iletişim ve hastayı bilgilendirme olduğu belirlenmiştir.

Bu çalışma Bolu İzzet Baysal Ağız ve Diş Sağlığı Merkezinde ayaktan hasta memnuniyetini değerlendirmek ve elde edilen veriler ışığında işleyişteki aksaklıkları görmek, hasta memnuniyetini etkileyen unsurları belirlemek ve bundan sonraki çalışmalarda yol gösterici olmasını sağlamak amacıyla yapılmıştır. Çalışma Ocak 2014 - Aralık 2014 tarihleri arasında Bolu İzzet Baysal Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi polikliniklerinde çalışmaya katılmayı kabul eden 300 hastaya uygulanmıştır. Sonuçlara bakıldığında "Beni muayene eden doktor kibar ve saygılıydı" "Diğer personel bana karşı kibar ve saygılıydı" "Tüm personel kişisel mahremiyetime saygı gösterdi" "ADSM'de verilen hizmet genel olarak iyiydi." cevapları % 99,67 ile en yüksek puanı aldı. 2014 yılı tüm ayların ortalaması % 96 üzeri idi. Ankete katılan hastalarımızın %99'u merkezin genel olarak temiz olduğunu tespit edilmiştir. En düşük soru "muayene olacağım doktoru kendim seçtim." % 90,33 idi. Bu durum merkezin randevu ve MHS sistemi ile çalışması hastanın her dakika istediği hekime hemen ulaşamaması ile açıklanabilir. Sonuçta merkezin verdiği hizmet hastalar tarafından algı düzeyi oldukça yüksektir. Anket sonuçları sürekli iyileşme açısından etkin olarak kullanılmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Hasta Memnuniyeti, Ağız ve Diş Sağlığı, Memnuniyet Oranı,

Konuşmacılar

Salon II

**KLİNİK KALİTE İYİLEŞTİRMEDE PROBLEM ÇÖZME YÖNTEMLERİ**

Oturum Başkanı

**Prof. Dr. Nevzat KAHVECİ**,  
Uludağ Üniversitesi Fizyoloji A.D.,  
**TÜRKİYE**

Konuşmacılar

**YALIN ARAÇLAR VE PROBLEM ÇÖZME YÖNTEMLERİ**

**Prof. Dr. Nevzat Kahveci**  
Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
Bursa, Türkiye

**YALIN ARAÇLAR**

**KAIZEN / SÜREKLİ İYİLEŞTİRME**

Yapılan her şeyde sürekli iyileşmeyi amaçlar ve "sürekli ve bitmeyen iyileşme" anlamına gelir.. Adını Japonca " KAI" (değişim, gelişim) ve "ZEN" (daha iyiye) sözcüklerden alır.

Ayrıca; iyileşme için büyük yatırımlar gerektirmeyen, tüm personel in yaratıcılıklarını ön plana çıkartan, çalışanlar tarafından uygulandığı için benimsemesi kolay olan bir yöntemdir.

**5S**

Adını Japoncada "S" ile başlayan "5" kelimedenden alan ve türkçeye Ayıkla (Seiri), Düzenle (Seiton), Temizle (Seiso), Standartlaştır (Seiketsu), ve Disiplin (Shitsuke) olarak çevrilen, "5S" bir işyeri organizasyonudur. Kuruluşlarda kaliteli bir çalışma ortamı oluşturmak ve sürekliliğini sağlamak için geliştirilen bir tekniktir.

**TAM ZAMANINDA ÜRETİM (JIT, Just In Time)**

Doğru ürünün/hizmetin istenen miktarda ve doğru zamanda üretilmesi için sistematik bir yaklaşımdır.

**DEĞER AKIŞ HARİTALAMA (VSM, Value Stream Mapping)**

Hizmetin tüm adımlarını tanımlar ve tam olarak anlaşılmasını sağlar.

**POKA YOKE**

"Poka" elde olmayan ya da dikkatsizce yapılan, "Yoke" ise önleme anlamına gelen Japonca sözcüklerdir. Dilimize kısaca "dikkatsizlikten kaynaklanan hataları önleme" olarak çevrilebilir. Düşük maliyetli araçlar ve/veya çözümler ile sistemin iyileştirilmesini hedeflemektedir.

**PROBLEM ÇÖZME YÖNTEMLERİ**

Sürekli olarak koşulların değiştiği ve küreselleşen dünyada kurumların rekabet edebilmeleri her geçen gün zorlaşmaktadır. Aynı zamanda sağlık hizmetlerinin kalitesini artırırken maliyetleri düşürmek için de daha hızlı hareket edilmelidir. Hızlı hareket etme için hizmet sürecinde ortaya çıkan problemler hızla çözülmelidir. Problemlerin çözümünde problemi tanımlamak, veri toplamak, analiz etmek ve yorumlamak için birçok yöntem kullanılır. Ancak problem çözme yöntemlerine geçmeden önce "problem" kelimesi iyi tanımlanmalıdır.

Problem; bireyin zihnini karıştırarak rahatsız edip ve mutluluğunu bozan olaylardır. Aynı zamanda bireyin ve kurumun etkinliğini bozarak amaca ulaşmasını engeller. Amaca yönelik çabaları engelleyen olaylar da kurum için problemdir. Bunların dışında üretim veya hizmet sürecinde müşteri ya da hizmet alanı memnun etmeyen her durumdur.

Problemin tanımı, problem çözmenin temel noktasını oluşturur. İyi tanımlanmış bir problem araştırmanın yarısını gerçekleştirme demektir. Bir problemin ancak % 15 i görünür diğer kısmı araştırıldıktan sonra ortaya çıkar. Tanımı yapıldıktan sonra uygun problem çözme yöntemleri, süreçleri görünümler ve herhangi bir süreçten kaynaklanan bir problemi çözmek için destek sağlar.

Sürekli iyileştirme kapsamında problem çözüm tekniklerinin çalışanlar tarafından başarılı bir şekilde uygulanması gerekir. Kurum içindeki tüm çalışanların katılımıyla, hizmet ve süreçlerde doğru kararlar alabilmek için ana sebeplerin ve çözümlerinin doğru olarak teşhis edilmesi kurumda kalitenin sürekliliğini sağlar.

Konuşmacılar

**KANITA DAYALI KLİNİK KALİTE SÜREÇ MODELLEMESİ: EHU ONAY MODÜLÜ GELİŞTİRME PROJESİ**

**ÜNLÜTÜRK Nihal, AKSÖZ Merve, COŞKUN Müge**  
Medicalpark Hastaneler Grubu, İstanbul/Türkiye

**ÖZET**

**AMAÇ:** Tüm dünyada **yanlış ve gereksiz** antibiyotik kullanımının neden olduğu bir çok olumsuz sonuçlar bulunmaktadır. Bunlar morbidite ve mortalite oranlarının artması, bakteriyel direnç gelişimi, hastalıkların tekrarlanması ya da uzaması, advers olay görölme sıklığının artması, tedavi maliyetlerinin hasta ve ülke ekonomisi açısından daha yüksek boyutlara çıkması olarak sıralanabilir. Toplam kalite yönetim anlayışıyla yönetilen organizasyonlarda kanita dayalı karar verme ve bu süreç sonunda inovasyon geliştirmelerinin planlanması modern organizasyon yönetiminin kaçınılmaz gerekliliklerindedir. Akılcı ilaç yönetiminin sağlanamamasından kaynaklı olumsuz sonuçları bertaraf etmek ya da minimum düzeye indirebilmek için MedicalPark Hastaneler Grubu olarak akılcı ilaç yönetimini otomasyon üzerinden izlenebilir ve yönetilebilir süreç algoritmasını oluşturarak aşamalı olarak uygulamaya konması planlanmaktadır.

**UYGULAMA:** Projenin 1.fazı olarak enfeksiyon hekimini onayı(EHU) gerektiren antibiyotiklerin kullanımının otomasyon üzerinden yönetilebilmesi için **"EHU Onay Otomasyon Süreç Algoritması"** oluşturulmuştur. Bu sayede her tür antibiyotik kullanımı **"Hastane Karar Destek Sistemlerinde"** önemli performans göstergeleri olarak kullanılmak üzere bilgi yönetim sistemleri ile kayıt altına alınması planlanmaktadır. Hangi tür hastalık tanılarında hangi tür etken maddede sahip antibiyotikler kullanılmakta, antibiyotik kullanım amacının ampirik mi enfeksiyona bağlı mı yoksa profilaktik amaçlı mı olduğu, eğer enfeksiyona bağlı ise direnç paternine uygun bir antibiyotik tercihi yapılmış mı gibi kalite-maliyet ekseninde değerlendirilmesi gereken bir çok soruya cevap verilebilmesine olanak sağlanması amaçlanmaktadır. EHU onay otomasyon süreç algoritmasına göre; öncelikle antibiyotikler etken maddelerine ve kısıtlı olup olmama durumuna göre gruplandırılarak otomasyon sistemine tanımlanır ve temel ilaç listesine eklenecek her yeni antibiyotik için bu tanımlamalar yapılarak sistemin sürekliliğinin sağlanması hedeflenmektedir. Primer hekim yatan hasta için elektronik ortamda order yazarken hastaya hangi antibiyotiği kullanacağını, hangi amaçla antibiyotik kullanımına başlandığını, tedavi süresinin ve dozunun ne kadar olacağıyla ilgili bilgilerinin girilmesiyle otomatik oluşan "Elektronik EHU Onay Formu" enfeksiyon hekiminin onayına düşer ve aynı zamanda enfeksiyon hekimine konsültasyon istemi gider. Enfeksiyon hekimini istemi yapılan antibiyotiği ya da tedavi süresini ya da dozu değiştiren yetkisine sahip olmakla birlikte en son primer hekimin yazdığı e-order üzerinden antibiyotik istemi eczacının ve hemşirenin ekranına düşer. Eczacı da hemşire de kendi ekranından istemi yapılan kısıtlı antibiyotiğin EHU onayının alınmış olduğunu görüntüleyebilmek hekim hemşire eczacı üçgenindeki iletişim bağlantısının doğru bir şekilde sağlanmış olması hedeflenmektedir.

**SONUÇ:** Sağlık hizmeti sunan organizasyonların karmaşık ve çok eksenli bir yönetim yapısına sahip olması karar verme sürecinin çoğu zaman sübjektif yöntemlerle yönetilmesine neden olmaktadır. Bilgi Teknoloji çağında kanita dayalı sağlık sistemleri yönetimi, kanita dayalı teşhis ve tedavi yöntemleri hükümetin sağlık politikaları başta olmak üzere inovasyonun organizasyonlara katma değer kattığı bilincini tüm organizasyonların öncelikleri arasındadır. Bu projeye kanita dayalı "Akılcı İlaç Yönetiminin" sağlanması hedeflenmektedir.

Konuşmacılar

**SAGLIK HİZMETLERİ PAZARLAMASI VE BÜTÜNLEŞİK HİZMET YÖNETİMİ AÇISINDAN KALİTE VE VERİMLİLİK KAVRAMINA BÜTÜNCÜL BİR BAKIŞ**

**Serdar KECELİ\***, Fatih ORHAN\*\*, Selahattin TUNCER\*\*, şemsettin VAROL\*\*, Yasin UZUNTARLA\*\*\*

\*Haliç Üniversitesi İşletme Doktora Öğrencisi, Hava Harp Okulu Komutanlığı/İSTANBUL/TÜRKİYE

\*\*GATA SAMYO Öğretim Görevlisi/ANKARA/TÜRKİYE

\*\*\*GATA Sağlık Hizmetleri Yönetimi Doktora Öğrencisi/ANKARA/TÜRKİYE

**Özet**

Son yıllarda hayal çağı olarak da adlandırılmaya başlayan gelişim ve değişimin çok hızlı yaşandığı günümüz dünyasında, teknoloji yoğun olduğu kadar emek yoğun olarak da faaliyet gösteren sağlık sektörü, bu hızlı değişim ve devinimden payına düşeni fazlasıyla almıştır. Bu hızlı değişim ve büyüme anaforu, her sektörde olduğu gibi sağlık sistemi oyuncularını arasında da büyük bir rekabete sahne olmaya başlamıştır. Bu açıdan sağlık hizmetleri pazarlama sı alt enştrümanlarını uyum içerisinde kullanabilen işletmeler, pazarda rekabet üstünlüğü yakalamaya başlamıştır. Uzun süreli ve dengeli büyüme stratejilerini "hizmet pazarlaması" anlayışıyla hayata geçirmeye başlayan işletmeler için 4-P yaklaşımı yerini 8-P olarak da adlandırılan "bütünleők hizmet yönetimi" yaklaşımına bırakmıştır. Sağlık kurumları için bu sekiz enştrümanın en önemlilerinden birisi de "verimlilik ve kalite" (productivity and quality) alt bileşenidir. Bu alt bileşeni iyi şekilde konumlandırabilen ve kullanabilen sağlık işletmeleri sektörel anlamda rakiplerine karşı çok güçlü bir rekabet üstünlüğü yakalamaktadır.

Bu açıdan hazırlanan bu çalışma ile, stratejik bir öneme sahip olan kalite ve verimlilik kavramlarına bütüncül bir açıdan değinilecek, sağlık hizmetleri endüstrisi, bütünleők hizmet pazarlaması, 8-P yaklaşımı, müşteri beklentileri ile müşteri memnuniyetsizliğine yol açan yedi kalite boşluğu gibi konular açıklanacaktır. Çalışmanın sektörün tüm paydaşları açısından önemli olduğu kadar, sektörel bir farkındalık oluşturabileceği değerlendirilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Kalite, Verimlilik, Pazarlama, Müşteri Memnuniyeti, Bütünleők Hizmet Yönetimi

Konuşmacılar

**SAGLIK KURUMLARINDA HASTA DİYET HATALARININ BELİRLENMESİ VE BUNA YÖNELİK İYİLEŞTİRMELER KAPSAMINDA ÖZEL BİR HASTANE ÖRNEĞİ**

**ÖZDEMİR Hüseyin**, İstanbul Bilim Üniversitesi, İstanbul, TÜRKİYE

**GAYEF Albena**, İstanbul Bilim Üniversitesi, İstanbul, TÜRKİYE

**TAPAN Birkan**, İstanbul Bilim Üniversitesi, İstanbul, TÜRKİYE

**BAKIM Sevgi Neylan**, Gayrettepe Florence Nightingale Hastanesi, İstanbul, TÜRKİYE

**ÖZET**

**AMAÇ :** Yanlış diyet verilen hastaları ve nedenlerini tespit edip iyileştirmenin sağlanması.

**YÖNTEM :** "Diyet Hatası Rapor Formu" oluşturulmuş ve formda diyet hatası tipleri ; diyetin verilmemesi, yanlış diyet verilmesi, yanlış hasta – odaya diyet verilmesi, istem edilmemiş diyet, yanlış zamanda verilmesi, besin alerjisi, diğer nedenler olarak belirlenmiştir. Yine formda diyet hata sı tiplerini etkileyen faktörler olarak ; sözel iletişim sorunu, istemin yanlış anlaşılması, okunaksız yazı, istemin gözden kaçırılması, bilgi eksikliği, hastanın transfer edilmesi ve diğer nedenler olarak belirlenmiştir. Çalışma doğrultusunda, ortaya çıkacak diyet hatalarında ilgili kişiler tarafından ( Diyetisyen , Diyet Teknikeri , Hemşire , Servis Personeli Garson , Sorumlu Hekim ) "Diyet Hatası Rapor Formu"nun doldurulması sağlanmıştır.

**BULGU :** Diyet Teknikerinin okunabilir olmayan yazısından kaynaklı 306 (üçyüzaltı) numaralı odadaki hasta yemeğinin 806 (sekizyüzaltı) numaralı odadaki hastaya verilmesiyle , " Yanlış hasta – odaya verilmesi " tipi diyet hatası, oluşturulmuş " Diyet Hatası Rapor Formu" na göre tespit edilmiştir. Ortaya çıkan durum nedeniyle hastanın tekrarını önlemek ve gerekli iyileştirmeyi sağlamak üzere ; ilgili Diyet Teknikeriyle görüşülmüş ve kendi el yazısı hususunda uyarılmış. "Hasta Yemek Sipariş Fişi"nde yer alan oda numarası kısmının hem rakamla hem de yazıyla belirtilmesi telkini kendisine bildirmiştir. Akabinde servis personeli garson ile de görüşülerek, yemeği odaya götürüldüğünde isim doğrulaması yapması istenmiştir. Bu sayede bu tip hasta diyet hatasından kaynaklı problemlerin tekrar ortaya çıkmayacağının sağlanacağı düşünölmüştür.

**SONUÇ :** Yapılan çalışma sonucunda, yatan hastaların karşılaştığı diyet hataları ve nedenleri etkileyici faktörleriyle birlikte, oluşturulan " Diyet Hatası Rapor Formu" ile tespit edilmiş, ortaya çıkan bulgular gözlemlenerek; oluşan diyet hatası tipi üzerinde ilgili personel ve sorumlular ile görüşülerek iyileştirme sağlanmıştır. Bu kapsamda çalışma amacına ulaşmış ve yeterli kanıt elde edilmiştir.

## HASTALARIN HASTA GÜVENLİĞİ KONUSUNDAKİ GÖRÜŞLERİNİN İNCELENMESİ

(1)TANIL Vildan (1)ÇOŞAR BAYKAL Fatma, (1)SARSILMAZ Münevver, (2)SOLAK KABATAŞ Müjgan (2)YAVUZ Meryem  
(1)Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, (2) Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İzmir, Türkiye

### ÖZET

**Amaç:** Bu Çalışma Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yatan hastaların hasta güvenliği konusundaki görüşlerinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Araştırma örneklemini 18 Mart 2015 tarihinde Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesinin servislerinde yatan, Araştırmayı katılmayı kabul eden 18 yaş ve üstü, Bilinci açık ve oryantasyonu yerinde, İletişim sorunu olmayan 540 hasta araştırma kapsamına alınmıştır. Verilerin toplanmasında, araştırmacılar tarafından literatür bilgileri doğrultusunda hazırlanan 32 sorudan oluşan Soru Formu kullanılmıştır. Soru Formu araştırmacılar tarafından bire bir görüşme tekniği ile uygulanmıştır. Veriler, 18 Mart 2015 tarihinde hastanede yatan araştırma kriterlerine uygun hastalardan gönüllü bir şekilde alınmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde, frekans, yüzde, aritmetik ortalama ve Ki-kare testi kullanılmıştır.

**Bulgular:** Çalışmaya katılan hastaların % 49,6'sının (n=268) erkek, % 50,4'unun (n=272) kadın, % 31,7'sinin (n=171) 48-62 yaş grubunda % 30,9' unun (n=167) 63 yaş ve üzeri yaş grubundadır. % 73,1 (n=395) daha önce hastaneye yatmış, % 96,1'inin (n=519) hastaneye yattığında kol bilekliğinin takıldığını, % 59,8' inin (n=323) tedavi öncesi kol bilekliğine bakıldığını ifade etmiş. % 88,1'inin (n=476) kendisinden hangi doktorun, % 54,4' ünün (n=294) kendisinden hangi hemşiresinin sorumlu olduğunu biliyor. % 78' i (n=421) bu hastanede hasta güvenliği açısından yeterli önlemler alındığını düşünüyor. % 78,1' i (n=422) bu hastanede yattığı süre içinde tetkik ve tedaviler hakkında bilgi verildiğini ifade etmiş. Hastaların % 94,8' inin (n=512) doktorunun, % 93,1' inin (n=503) hemşiresinin iletişiminden memnun olduğunu belirtmiş. Hastaların % 95,2' inin (n=514) kendisini bu hastanede güvende hissediyor, % 94,6' inin (n=511) kendisini bu klinikte güvende hissediyor. Hastaların % 45,7' inin (n=247) tıbbi hataları önlemede hastaların sorumluluğunun olduğunu ifade etmiş. Hastaların % 45,9' inin (n=248) tıbbi hatalardan kendisini biraz koruyabileceğini ifade etmiş. Hastaların % 49,6' inin (n=268) tıbbi hatalardan korunmak için kendi bilgisine biraz güvendiğini belirtmiş. Hastaların % 8,5' inin (n=46) kendisi ve yakın tıbbi hatalarla karşılaştığını belirtmiş. Karşılaşılan tıbbi hatalar % 34,58' inin (n=16) yanlış ilaç uygulaması, % 19,6' ın (n=9) yanlış teşhis, % 15,2' inin (n=7) yanlış cerrahi girişim, % 15,2' inin (n=7) ihmal, % 8,4' ünün (n=4) yanlış bölgeye enjeksiyon olduğu belirtilmiştir. Hastaların ve ya yakınlarının karşılaştıkları tıbbi hatalar sonucunda % 26,7' sinin (n=12) fiziksel sorunlar, % 15,6' sının (n=7) psikolojik sorunlar, % 8,9' unun (n=4) sakatlık, % 8,9' unun (n=4) işe yada okula gidememe gibi zararlar gördükleri ifade edilmiştir.

**Sonuç:** Daha önce hastaneye yatmış, Eğitim düzeyi yüksek, Hastaneye daha sık yatan, Kronik hastalığı olan hastaların; Hastaneye tanıma, Yapılan işlemlerin farkına varma Uygulamalardan haberdar olma, Tıbbi hatalardan kendini koruma sorumluluğu taşıma, Kimlik doğrulama, gibi uygulamalarda farkındalık düzeylerinin diğer hastalara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır

Konuşmacılar

### Paralel Oturumlar 8

Salon I

### KLİNİK REHBERLER VE KLİNİK YOLLAR

Oturum Başkanı

**Prof. Dr. Yannis Skalkidis,**  
Atina Üniversitesi, Tıp Fakültesi Tıbbi Dökümantasyon ve Kalite Birimi,  
YUNANISTAN

Konuşmacılar

### Klinik Yol Haritaları; Klinik Performansı Artırmak İçin Güçlü Bir Araç

**Prof. Dr. Yannis Skalkidis,**  
Atina Üniversitesi, Tıp Fakültesi Tıbbi Dökümantasyon ve Kalite Birimi,  
YUNANISTAN

### Özet

Klinik yollar, sağlık kuruluşlarının yükselen kalite iyileştirme ihtiyaçlarına değer tabanlı satınalma harcamalarının izlenip ve kontrol edildiği sürece etkili bir şekilde cevap veriyor. Buna ek olarak bakım hizmetinde varyasyonlar azaltılmalı ve bu da sonuç olarak bakımı iyileştirebilir, hastanede yatma süresini azaltabilir ve ölüm ve hastalık oranlarını azaltabilir.

Klinik yolların geliştirilmesi multidisipliner bir efor gerektir ve sağlık kuruluşlarına önemli avantajlar sunar. Yüksek beklentilerin aksine, yararlarını azaltan engeller de vardır. Bu engeller ve sınırlamalar kültürel, kurumsal, metodolojik ve bilimsel meselelere bile bağlı olabilir. Bu sunum klinik yolların uygulanmasındaki artı ve eksileri, kolaylaştırıcı etkenlere ve engellere dokunacaktır.

Konuşmacılar

### Seçilmiş Avrupa Ülkeleri ve Türkiye'de Diyabet II, Meme Kanseri ve Akut Miyokard Enfarktüsü Tedavi Yollarında Yer Alan Yeni Mesleklerin Rollerini. Sağlık Reformu: Sağlık Sisteminde Ortaya Çıkan Yeni Mesleklerin Uygulama, Çıktı ve Maliyetler Üzerindeki Etkileri (MUNROS) Projesinin İlk Sonuçları

**Zeynep Güldem Ökem, PhD**  
TOBB Ekonomi ve Teknoloji Üniversitesi, Uluslararası Girişimcilik Bölümü  
Türkiye

### ÖZET

MUNROS projesi ile seçilmiş bazı Avrupa ülkeleri (Almanya, Çek Cumhuriyeti, Hollanda, İngiltere, İtalya, Norveç, Polonya) ve Türkiye'nin sağlık sistemlerinde ortaya çıkan yeni mesleklerin uygulamada, sağlık çıktıları ve maliyetlerdeki etkilerinin sistematik bir biçimde değerlendirilmesi, yeni mesleklerin niteliği, kapsam ve katkıları detaylandırılarak entegre bakımın geliştirilmesi için bir kapsam oluşturulması ve klinik uygulamalar ve sonuçlar üzerindeki etkilerinin incelenmesi hedeflenmektedir.

Hastanelerde yapılan etnografik saha araştırmaları ile diyabet II, meme kanseri ve AML tedavi yollarında aşağıdaki bilgilerin elde edilmesi amaçlanmıştır:

- Tedavi yollarında yer alan tüm profesyonellerin görevleri ve nitelikleri,
- Tedavi yollarında yer alan yeni sağlık personelinin rolleri ve görevleri,
- Yeni profesyonellerin ve görevlerinin tedavi yollarına katılmasındaki zorluklar ve fırsatlar.

Üç tedavi yolunda yer alan yeni profesyonellerin görev ve sorumlulukları ülkeler arasında karşılaştırılmıştır. Karşılaştırma mali analiz sonucuna göre yeni roller tedavi yollarında iki yönde ortaya çıkmaktadır. Birincisi, spesifik bir disiplinde artan uzmanlaşma nedeniyle bu profesyonel grubun bazı rollerini belirli ünvan ve eğitimi almış yeni mesleklerle devredebildiği uzmanlaşma olarak ortaya çıkmaktadır. Yeni mesleklerin ortaya çıktığı diğer boyut, profesyonellerin giderek organizasyonlar içerisinde yer aldığı, temel işlerinde yönetim ve organizasyon rolünün ağırlıklı olduğu sağlık hizmetleri organizasyonudur.

Uzmanlaşma ile ilgili yeni roller personel yapısına adapte edilebildiğinden, yeni uzmanlaşma rollerinin gelişimi güçlüdür. Organizasyonel yeni rollerin gelişimi ise zayıftır, çünkü organizasyona ilişkin yeni roller yerel eğitim programlarına, yerel kılavuzlara ve yerel organizasyonlara bağlıdır. Bundan dolayı uzmanlaşmadaki yeni roller spesifik eğitim ve meslekleşme gerektirirken, organizasyon rolü ulusal otoritelerin ve kılavuzların desteği ile ilişkilidir.

Türkiye'de seçilen hastanelerde diyabet II ve meme kanseri bakım yolları incelenmiştir. Saha araştırması sonuçlarına göre iki yeni mesleki ünvan belirlenmiştir.

Diyabet hemşiresi ve tıbbi onkoloji hemşiresi diyabet II ve meme kanseri tedavi yollarının yönetiminde etkilidir. Bu iki personel uzmanlaşma ve bir dereceye kadar organizasyon rollerinde yer almaktadır. Tedavi yollarına katılmaları doktorların iş yükünü azaltmakta, hastaların durumları ve tedavileri konusunda daha bilgili olmalarını sağlamakta, diyabet II ve meme kanseri bakım yönetimi konusunda hastanede verilen hizmetlerin daha iyi yönetilmesini sağlamaktadır. Bu tedavi yollarında etkili rollerine rağmen, diyabet eğitimi hemşire ve tıbbi onkoloji hemşire sayısı fazla değildir. Bu hemşireler gerekli becerileri kısa süreli eğitimlerle alabilmektedir. Bu nedenle bu hemşirelerin kullanılması maliyet-etkili olabilir, ancak analitik çalışmalarla kanıtlanması gerekir. Buna ek olarak, eğer bu uzmanlıklar yasal olarak tanımlanabilirse, hastanelerde bu profesyonellere duyulan ihtiyaç artacak ve istihdam edilebileceklerdir. Hastanelere yapılan ödeme yöntemlerinde bu profesyonellerin katkıda bulunabileceği daha iyi entegrasyon ve hasta tatminini içeren teşvikler sağlanabilir.

## KLİNİK BAKIM HARİTALARININ PLANLANAN STANDART BAKIM SÜRECİNDE MEYDANA GELEBİLECEK SAPMALARLA OLAN ETKİSİNİN İNCELENMESİ VE BİR HASTANE ÖRNEĞİ

TAPAN Birkan, İstanbul Bilim Üniversitesi, İstanbul, TÜRKİYE  
YILDIRIM Nurdan, İstanbul Bilim Üniversitesi, İstanbul, TÜRKİYE  
GAYEF Albena, İstanbul Bilim Üniversitesi, İstanbul, TÜRKİYE  
ALICI Selin, İstanbul Bilim Üniversitesi, İstanbul, TÜRKİYE

### ÖZET :

Son yıllarda bilim ve teknolojiye paralel olarak sağlık hizmetlerinde de önemli gelişmeler yaşanmaktadır. Bu gelişmeler sağlık bakım harcamalarının giderek artmasına neden olmaktadır. Bakım haritaları bu amaca yönelik ortaya çıkan en güncel yöntemlerden biridir. Vaka yönetiminin uygulamaya aktarılma yolu olan bakım haritaları bakıma katılan tüm sağlık personelinin aktivitelerini ve beklenen hasta sonuçlarını belirli bir zaman çizelgesi üzerinde gösteren bir araçtır. (Daş, 1999). Yapılan araştırmada sezeryan klinik bakım haritalarının bir hastane örneği üzerinde yıllık pre-op ,operasyon ve post-op dönemdeki sapmaların önemli düzeyde farklılıkları olduğu gözlemlenmiştir.

**AMAÇ :** Bu çalışma ile 346 sezeryan klinik bakım haritasının planlanan standart bakım sürecinde meydana gelebilecek sapmalara olan etkisinin yıllık ve aylık sapmalar halinde incelenmesi ve bir hastane örneğinin verilmesi amaçlanmıştır.

**YÖNTEM:** Çalışmada bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS (Statistical package for Social Sciences) for Windows 20.0 programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken frekans, yüzde, ortalama gibi tanımlayıcı istatistiksel metodlar kullanılarak karşılaştırmalar yapılmıştır.

**BULGULAR :** Yıllık varyanslarda pre-op evrede; toplam hasta sayısının (346) (62)sinde eğitim bilgilendirme de olası komplikasyonlar adaptasyonda %18, hemşirelik girişimlerinde (59 hasta) doppler kontrolü %17, bakımda (70 hasta) onay alınması, dr anamnez %20, laboratuvar testlerinde (73 hasta) hemogram %21, operasyon evresinde ilaç ve tedavi de (118 hasta) profilaktik antibiyotik uygulamasında %34, beklenen çıktılar da (139 hasta) vaginal kanama normalliği %40, post-op 0 evresinde; beklenen çıktılar da %43 (148 hasta) laktasyonun varlığı, %19, hemşirelik girişimlerinde (55 hasta) ağrı takibi, emzirmenin ilk bir saatte başlatılması %16, ilaç tedavi (34 hasta) analjezik uygulamalarında %10, post-op 1 evresinde; beklenen çıktılarda (100 hasta) laktasyonun olması %29, eğitim bilgilendirmede (31 hasta) hemşirelik girişimlerinde (58 hasta), meme bakımında %17, bakımda (38 hasta) insizyon bakımında %11, post-op 2 evresinde; eğitim bilgilendirmede (69 hasta) lohusalık eğitiminde %20, ilaç ve tedavi de (44 hasta) laksatif ve analjezik uygulamaların da %13 varyans görülmüştür.

**SONUÇ :** Yapılan bu araştırmada pre op evrede test ve laboratuvar değerlerindeki sapmalar %21 iken post-op 1 evrede %4 olarak görülmüştür. Sapmalar beklenen çıktılarda pre-op evrede %6 iken operasyon evresinde %40, post-op 0 evrede %43 iken ,post-op 1 evrede %29 olarak görülmüştür. Bakım evresinde görülen sapmalar pre-op evresinde %20 iken, operasyon evresinde %25, post-op 0 da %4, post-op 1 de %11 olarak görülmüştür. İlaç ve tedavilerdeki sapmalarda ise pre-op %6 iken operasyon evresinde %34, post-op 0 da %10 , post-op 1 evresinde ise %19 olarak görülmüştür

Konuşmacılar

Salon II

## SAĞLIKTA BİLİŞİM SİSTEMLERİ VE YÖNETİMİ

Oturum Başkanı

**Yard. Doç. Dr. Gürbüz AKÇAY,**  
Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı,  
TÜRKİYE

Konuşmacılar

## BİLGİ YÖNETİMİ

**Prof. Dr. Nevzat Kahveci**  
Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
Bursa, TÜRKİYE

### ÖZET

Sağlık hizmetleri bilgiye bağımlı bir alandır ve düzenli olarak bilginin elde edilmesini gerektirir. Sağlık Kuruluşları; hizmetin sağlanması, sürdürülmesi, koordine ve entegre edilmesi için bu bilgiyi kullanır. Ayrıca bilgiler sunulan bakım, bakımın sonuçları ve kurum performansı hakkında veriyi de içerir.

Bir hasta hastaneye kabul edildiği zaman, sağlık çalışanı öncelikle hastanın geliş sebepleri ve hastanın geçmişi hakkında bilgiye ihtiyaç duyar. Takip eden dönemde klinik, laboratuvar ve radyoloji kaynaklı bilgiler kullanılır. Bu bilgiler zamanında elde edilmeli, güncel ve geçerli olmalıdır. Geç, eksik veya hatalı bilgiler hasta bakım kalitesini beklenen düzeye çıkaramaz hatta hatalı tedavilerle sonuçlanır. Ayrıca doğru bilgiye ulaşamamak zaman kaybına ve maliyet artışına neden olur.

Sağlık profesyonellerinin gerekli bilgiye ulaşmaları kurumun doğru yönetilmesi için önemlidir. Kurum çalışanları, maliyetler, mali kaynaklar ve gelişmeler hakkındaki güncel bilgi etkili bir şekilde izlenmesi gereken bir kaynaktır. Eğer bilgi doğru, zamanında veya tam olarak sağlanmazsa, hastane çalışmalarını tam olarak kontrol edilemez, yönetsel hatalar oluşması riski artar.

Sağlık Kuruluşları, etkili bir bilgi yönetimi için aşağıdaki süreçleri iyi tanımlamalıdır.

- Bilgi ihtiyaçlarının belirlenmesi,
- Bilgi yönetim sistemi tasarlanması,
- Verinin ve bilginin tanımlanması ve elde edilmesi,
- Verinin analiz edilmesi ve bilgiye dönüştürülmesi,
- Veri ve bilginin iletilmesi ve rapor edilmesi,
- Bilginin entegre edilmesi ve kullanılması,

**Sonuç olarak;** bilginin elde edilmesinden kullanılmasına kadar geçen süreç ister kağıt üzerinde isterse elektronik olsun, iyi bilgi yönetimi sağlık hizmetlerinde önemli bir kalite faktörüdür.

**BAĞCI Osman, DEMİR SOY Uğur, KAYA Oğuz**  
Medicalpark Göztepe Hastane Kompleksi, İstanbul/Türkiye

**ÖZET**

**GİRİŞ VE AMAÇ:** Tıbbi cihaz ve aletler, sağlık kuruluşlarının faaliyetlerini sürdürmesinde, kaliteli hizmet verilmesinde, hastaların teşhis ve tedavilerinde kullanılan vazgeçilmez araçlardır. Son yıllarda dünyada ve ülkemizde sağlık hizmetlerinin sunumu ve hizmet kalitesi ndeki değişimle birlikte gelişen teknolojiye bağlı olarak tıbbi cihaz ve aletlerin çeşitliliği ve kullanım sıklığı da önemli ölçüde artmıştır. Bu gelişmeler ışığında hastanelerde bütçenin büyük bir kısmını kapsayan ve hasta-çalışan güvenliği açısından önemli olan bu cihazların kontrolü ve takibi güç hale gelmiştir. Bu çalışmadaki temel amacımız hastanelerde kullanılan tıbbi cihazların kaybolma ve çalınmalarına engel olmak, cihaz yönetim sürecinde harcanan zamanı en aza indirerek personel verimliliği artırmak, bakım ve kalibrasyon takiplerinde yaşanan aksaklıkları ortadan kaldırarak cihaz güvenliğini sağlamaktır.

**YÖNTEM:** Tıbbi cihazlar maliyeti en yüksek demir başlar olduklarından sağlık kuruluşlarının temel amaçlarından birisi de tıbbi cihazların güvenli, etkin ve yüksek kapasitede kullanılmasıdır. Medicalpark Göztepe Hastanesi 33000 m2 kapalı alana, 300 hasta yatağına, 10 ameliyathaneye sahip kompleks hastane olması dolayısıyla 4000 adet cihaza sahiptir. Bu cihazların envanter sayımları, lokasyonları, bakım-kalibrasyon planları bilgisayar sistemi üzerinden takip edilmesine rağmen personel hatalarına ve bölümler arası devir teslimlerden kaynaklı hatalara bağlı olarak sağlıklı yapılamamaktaydı. Tıbbi cihaz sayımları çok sayıda personel ile uzun süreler almakta, envanter sayılarında uyumsuzluklar çıkmakta ve istenildiğinde aranan cihazlar kolay bulunamamaktaydı. Her şeyden önce insan sağlığı da göz önünde tutularak Tıbbi cihaz komitesinde alınan karar doğrultusunda tıbbi cihazların planlı ve programlı bir biçimde yürütülmesi için RFID sisteminin kurulması hedeflenmiştir.

RFID radyo frekans ile tanımlama teknolojisi olup, nesnelere ve kişileri tanımlamak, istenildiğinde uzaktan çağırabilmek için kullanılır. RFID sistemi anteni çipten yapılan bir etiket ve antenli bir okuyucudan oluşur. Okuyucu elektromanyetik dalgalar yayar. Pasif bir RFID etiketi, okuyucudan yayılan dalgaları algılar ve bunu mikroçipin devrelerini hareketle geçirmek için kullanır. Mikroçip bu dalgalardaki dijital bilgiyi değiştirir ve okuyucuya geri gönderir. RFID Etiketle sahip cihazlar bilgisayar ortamında gerçek zamanlı olarak cihazın konumu, en son görüldüğü alan gibi bilgilere internet erişimine sahip bir bilgisayara ile dünyanın her yerinden ulaşılabilmektedir.

**BULGULAR:** Hastanemizde 2013 yılında sistemin donanımsal alt yapıları olan anten kurulumları gerçekleştirilmiş ve alan sayımlarında tespit edilen tüm cihazlar etiketlenmiştir. Cihazlar için kullanım alanları belirlenmiş, izinsiz olarak kurum dışına çıkarması için alarm sistemi kurulmuş, hastane çıkışlarına yerleştirilmiş olan antenlere mail tanımlaması yapılmış ve cihazın hastane dışına çıktığı an Biyomedikal birimine uyarı maili gitmesi sağlanmıştır. Geleneksel sayım yöntemiyle üç biyomedikal personeli ile yaklaşık bir ay süren sayım, RFID teknolojisiyle tek personel ile beş günde tamamlandığı tespit edilmiştir. Geleneksel yöntemler ile sayım yapıldığında cihazın gözden kaçma ihtimali bulunmaktayken RFID teknolojisiyle gözden kaçan bir cihaz olsa bile sistem bunu saptayabilmektedir. RFID teknolojisiyle yapılmış olan sayım sonucunda konumu ve kullanım durumu bilinmeyen cihazlar lokasyon doğrulamaları yapılarak sisteme dahil edilmiştir.

**SONUÇ:** Sonuç olarak bu sistem sayesinde konumu bilinmeyen 100.000 TL lik cihaz kayıt altına alınarak olası bir maddi kaybın önüne geçilmiştir. 2014 yılı itibarıyla RFID sistemi kullanılmaya başlandıktan sonraki cihaz sayımları ile daha önce yapılan cihaz sayımları arasında anlamlı farklar ortaya çıkmıştır. Bu sistemin tıbbi cihaz takiplerindeki yararları sonrasında özellikle bebek/çocuk güvenliği başta olmak üzere hasta güvenliği için hasta kimlik bileklikleri üzerinde de pilot olarak kullanılmaya başlanmıştır.

**ANAHTAR KELİMELER:** RFID , Tıbbi Cihaz, Tıbbi Cihaz Yönetimi, Tıbbi Cihaz Envanteri

**FERGER İNANÇ, Gü İçin\*.** YIL MAZ YÖYLER, Filiz\*. ÖZ, Feriha\* YALNIZ, Enver\*. ERBAYCU, Ahmet Emin\*  
\*Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

**GİRİŞ**

Gelişen teknolojinin sağlık sektörünün her alanında kullanılmasıyla birlikte, tıbbi verilerin dijital ortamda kayıt altına alınması daha yaygın olarak kullanılmaktadır. Tıbbi verilerin dijital ortamda kayıt altına alınması ile ilgili uygulama kısa zamanda, daha düşük maliyetlerle daha hatasız tanı ve tedavi uygulamalarını mümkün kılmaktadır.

**AMAÇ**

Çalışma sağlığa kalitenin geliştirilmesi ve hemşirelik uygulamalarının daha pratik hale gelmesi amaçlanmıştır. Hasta bilgilerine ilişkin tüm formların dijital ortama aktarılması, yapılan işlemler bilgisayarda kayıt altına alınmıştır. Böylece daha güvenli ve daha az maliyetli bir hasta kayıt ve takip sistemi oluşturulmuştur. Gün içerisinde gerçekleştirilen tüm işlemler hem kullanıcılar hem de sağlık çalışanları açısından son derece verimlidir. Hastane açısından bakıldığında ise masrafların inanılmaz yüksek olduğu gözle çarpılmaktadır. Hasta verilerinin dijital formda depolandığı, güvenli bir şekilde iletildiği, kullanım yetkisi olan kullanıcılar tarafından ulaşılabilen kaynaklardır. Mevcut- geriye- ileriye dönük bilgileri içerir. Birincil amacı, bakımın sürekliliğini, verimliliği ve kalitesini desteklemektir.

**YÖNTEM :**Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Tıbbi Dijital Veri Sisteminin hemşirelik kayıtlarını tüm hastanede standartlaştırmak ve kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarını yaygınlaştırmak üzere HBYS üzerinden modül oluşturuldu.

Oluşturulan modül içeriği hemşirelik bakımı ve uygulamalarına ayrıca kullanıcı birimin kayıtlarına yönelik oluşturuldu. Bu ekran Tablet PC Ekran ismiyle tasarlandı. Proje bu ismi birçok yerde Tıbbi Dijital Veri Ekranı yerine kullanıldı. Bilgi işlem tarafından alt yapı oluşturuldu.

**BULGU:** Modülün içerisinde hasta bilgileri, düşme ölçeği formu, sistem tanımlama, hemşirelik bakım ve uygulamaları, ağrı skalası, bası yarısı derecelendirme formu, nabız- ödem takibi, günlük hemşirelik notu kayıt ekranı, hemşirelik bakım planı ekranı, hastaya verilen eğitimler ve taburculuk eğitimleri, hemşire ilaç uygulama kayıt ekranı, tedavi uygulama ekranları yer almaktadır. Bu formlar tamamen hastaya özgü olarak doldurulmaktadır. Ayrıca düşme ölçeği olarak itaki/ haizmi düşme ölçeği, bası yarısı formu olarak Braden Bası Yarısı Skalası, ağrı skalası olarak Numerical Rating Scale (sayısal değerlendirme skalası) kullanılmaktadır. Bakım planı olarak NANDA Hemşirelik Tanıları kullanılmaktadır. Hastanemiz dal hastanesi olması nedeniyle hastane ve hasta profiline uygun hemşirelik tanıları seçilerek etyoloji, hedefler, hemşirelik girişimleri ve değerlendirme parametreleri oluşturulmuştur. Oluşturulan modül ilk olarak pilot servis seçilerek sağlık çalışanlarına eğitim verildikten sonra uygulamaya geçildi. Daha sonra kullanıcıların görüşleri alınarak modül üzerinde eksiklikler saptandı ve geliştirmeler yapıldı.

**SONUÇ:** Tıbbi dijital veri kayıt sisteminin hemşirelikle kullanılması yararları; medikal hataların önlenmesi, elektronik sağlık kayıtlarının eş zamanlı ve hızlı olarak kayıt altına alınması, hemşirelerin konum ve zamandan bağımsız olarak çalışabilmesi, hastanın muayene bilgilerine mobil olarak ulaşılabilmesi, doğru hemşirelik tanısı, zaman kaybının önlenmesi ve yapılan uygulamaların tekrarlanmaması, disiplinlerarası veri paylaşımını, araştırma yapmayı destekler. Bu sistemi uygulamada yaşanan bazı dezavantajlar vardır. Bunlar mali sorunlar, iş akışlarında bozulma ve dijital tıbbi veri sistemine uyum zorluğu nedeniyle verimlilikte geçici kayıplar yaşanmaktadır. Hastanemizde ıslak imza gerektirmeyen tüm formlar sisteme entegre edilmiş olup hastanemiz HIMSS Stage 6 belgesi almıştır.

**ANA KONU**

- Eğitim ve iletişimdeki yenilik. Elektronik tıbbi kayıtların kullanımı



Konuşmacılar	<p><b>VERİ ZARFLAMA YÖNTEMİ İLE HASTANE ETKİNLİĞİ VE KALİTESİNİN KIYASLANMASI</b></p> <p><b>Timlioğlu İper.S.</b> Boz E.S., Ertenü.M, Kabadayı.M, Tay.S, Yekeler.İ Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi İstanbul, Türkiye</p> <p><b>Özet</b></p> <p>Veri zarflama yöntemi organizasyonel performansların ölçümünde kullanılan non parametrik bir ölçüm yöntemidir. Bu yöntemle girdilere göre çıktılar değerlendirilerek organizasyonun teknik etkinliği saptanır. Bugüne kadar yapılan çalışmalarda hastanelerin teknik etkinliği değerlendirilmiş ve kalite parametreleri ikincil ölçütler olarak kalmıştır.</p> <p>Oysa hastanelerde teknik etkinlik dikkatle değerlendirilmesi gereken bir konudur. Yüksek teknik etkinlik kaliteli hizmetin göstergesi olmadığı gibi aslında verimli bir hizmeti de işaretlemeyebilir. Sözel hasta aynı şikayete tekrar müracaat ediyorsa bu maliyeti yüksek ve verimi düşük bir hizmettir ama toplam poliklinik sayısı olarak değerlendirilirse teknik verimlilik yüksek olarak görülebilir. Hastanelerde girdi olarak doktor sayısı çıktı olarak bakılan hasta sayısı teknik etkinlik değerlendirmesinde kullanılan gelen ölçütlerdir ancak kalite değerlendirmesi toplam hekim sayısından çok uzman hekim sayısını veya konusunda özelleşmiş hekim sayısını ele alırken toplam hasta sayısı yerine tek müracaatta tedavisi tamamlanabilen hasta sayısını veya toplam ameliyat sayısı yerine özelliği ameliyat sayısını ele almalıdır.</p> <p>Bu çalışmada hastanemiz cerrahi kliniği ele alınmış ve Veri zarflama analizi parametreleri olarak kalite indikatörleri ve kalite puanları kullanılarak etkinlikleri kıyaslanmıştır.</p>
Konuşmacılar	<p><b>İLAÇ HATALARINA KARŞI ÖNLEYİCİ YAKLAŞIM: ELEKTRONİK ORDER PROJESİ</b></p> <p><b>ÜNLÜTÜRK Nihal<sup>1</sup>, COŞKUN Müge<sup>1</sup>, AKSÖZ Merve<sup>1</sup>, BAĞCI Osman<sup>2</sup>,</b></p> <p>(1) MedicaPark Hastaneler Grubu, İstanbul/Türkiye (2) MedicaPark Göztepe Hastane Kompleksi, İstanbul/Türkiye</p> <p><b>ÖZET</b></p> <p><b>AMAÇ:</b> Kalite yönetiminin en önemli sorunlarından birisi de sağlık kayıtlarının tutulmasında yaşanan aksaklıklardır. Bunların başında hasta anamnezleri, epikrizler ve hekim orderlerinin standartlara uygun yazılmaması nedeniyle hasta güvenliği olumsuz etkileyen durumlar gelmektedir. Bu çalışmanın amacı hekim istem ve yazım hatalarından kaynaklı ilaç hatalarını bertaraf etmek için elektronik order sisteminin gerekliliğini vurgulamaktır. Kuruma özgü geliştirilen "<b>Elektronik Order Sistemi</b>" ile ilaç hatalarının büyük bir oranını kapsayan hekim istem ve yazım hatalarına bağlı ilaç hatalarını ortadan kaldırmak.</p> <p><b>YÖNTEM:</b> Bu çalışmada 2014 yılında; hastane otomasyon sistemi üzerinde çalışanlar tarafından hastaya yansıyan veya olası tıbbi hataların raporlandığı <b>Güvenlik Raporlama (Olay Bildirim) Sisteminden "ilaç hataları" başlığı altında bildirim yapılan olaylar incelenmiştir.</b> Tanımlayıcı tipteki bu çalışmada örneklem seçimine gidilmeden, araştırma kapsamına sistem üzerinden bildirim yapılan "ilaç hataları" başlıklı tüm bildirimler alınmıştır. Bunlar ilaç hataları başlığı altında;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- İstem Hataları,</li> <li>- İlaçın Yanlış Dozda Uygulanması (aşırı doz),</li> <li>- İlaçın Yanlış Dozda Uygulanması (yetersiz doz),</li> <li>- İlaçın Yanlış Yoldan Uygulanması, İlaçın Yanlış Zamanda Uygulanması,</li> <li>- Yanlış İlaçın Uygulanması,</li> <li>- İlaçın Yanlış Hastaya Uygulanması,</li> <li>- Yanlış Uygulama Süresi (hfüzyon),</li> <li>- Yanlış Uygulama Süresi (Enjeksiyon),</li> <li>- Direktif Edilen Dozun Unutulması,</li> <li>- İlaç-ilaç ve İlaç-Besin etkileşimleri,</li> <li>- İlaçın Yanlış Etiketlenmesi,</li> <li>- İlaçın Farklı Farmasotik formunun kullanılması,</li> <li>- Eczaneden Yanlış ilaç gönderilmesi,</li> <li>- Miyadı dolan ilaç hatası,</li> <li>- Eczane kaynaklı uygunsuz süreç,</li> <li>- Mükerrer ilaç verme,</li> <li>- El Hijyeni Uygulanmaması,</li> <li>- Sterilizasyon/dezenfeksiyon kurallarına uyulmaması" hata alt başlıklarını içerir.</li> </ul> <p><b>BULGULAR:</b> Grup geneli 2014 yılında yapılan bildirimlerle ortaya çıkan istatistiklerde ilaç hatalarının %62'sinin istem hataları şeklinde olduğu tespit edilmiştir. İstem hatalarının da %94'ü ramak kala (near-miss), %6'sı ise istenmeyen hata (adverse event) kategorisindedir. İstem hatalarının da alt kırılımları incelenmiştir. Buna göre; %17,8 kullanılmaması gereken kısaltmaların kullanılması, %14,9'u orderda dozun belirtilmemesi veya yanlış yazılması, %14,9 orderda uygulama yolunun belirtilmemesi, %13,9 orderın eksik veya yanlış verilmesi, %13,9'u sözel order hatası, %11,9'u LH endikasyonunun belirtilmemesi, %3,0 orderda tarih ve saatin yazılmaması, %3,0 Yazılı benzer ilaç order edilmesi, %2,0 orderın imzalanmamış olması, %2'si orderın okunaksız olması, %1'i orderda verilmiş hızının belirtilmemesi şeklindedir.</p> <p><b>SONUÇ:</b> İlaç hataları'na yönelik grup geneline bakıldığında oldukça büyük bir oranın "<b>istem hataları</b>" ve buna bağlı "<b>order yazım kurallarına uyulmaması</b>" kaynaklı olduğu görülmüştür. Bu anlamda gerçekleşen hataların da önüne geçme amaçlı "<b>Elektronik Order</b>" kullanımına başlanmıştır. Elektronik order sisteminde order yazım kurallarına içerik olarak bulunması gereken tüm alanlar zorunlu alan haline getirilmiştir. Hekimin bu detayları girmeden order onaylaması engellenmiş ve insan faktörünün müdahil olmadığı sistemde order kayıtlarının kalitesinin arttığı gözlemlenmiştir. Elektronik order kullanımında geliştirilen sistemle hekim orderlarında okunaksız yazım, kural ihlali, doz ve verilmiş yollarının belirtilmemesi ve uygun olmayan kısaltmaların kullanımı gibi hataların ortadan kalktığı gözlemlenmiştir.</p>
Salon I – Konferans 5	<p><b>KALİTELİ SAĞLIK HİZMETİNDE KARIŞIKLIĞA NEDEN OLAN FAKTÖRLER VE ZORLUKLAR İLE BAŞA ÇIKMAK</b></p>
Oturma Başkanı	<p><b>Prof. Dr. Seval AKGÜN, Kongre Başkanı,</b> Başkent Üniversitesi Hastaneleri ve Bağlı Sağlık ve Eğitim Kuruluşları Kalite Koordinatörü, Misafir Profesör St. John International Üniversitesi, İtalya, Sağlık Akademisyenleri Demeği Başkanı, <b>TÜRKİYE</b></p>

Konusmacılar	<p><b>KALITELİ SAĞLIK HİZMETİNDE KARŞIKLIĞA NEDEN OLAN FAKTÖRLER VE ZORLUKLAR İLE BAŞA ÇIKMAK</b></p> <p><b><u>Dr. Arild Aambø, Nakmi,</u></b> Norveç Azınlıklar Sağlık Araştırmaları Demeyi, Ullevaal Üniversite Hastanesi, <b>NORVEÇ</b></p> <p><b>Özet</b></p> <p>Günümüzde sağlığın sosyal belirleyicileri yaygın olarak kabul edilen bir konsepttir. Standart yorumlamalara göre eğitim seviyesi, gelir düzeyi yüksek olan insanlar daha sağlıklı ve daha uzun ömürlü. Bazen yaşam tarzı da bir faktördür. Ama eğitim ve iyi bir ekonominin aslında sağlığı yaşam tarzı belirleyicileri yoluyla etkilediği tartışılabilir çünkü, bu gibi kaynakların eksikliği yaptığımız seçimleri, hatta sağlıkla ilgili tutumlarımızı bile etkileyebilir. Ayrıca, Norveç'teki göçmenler için, yoksulluk ve eğitimsizlik ne en kısıtlayıcı ne de en önemli faktör. Bu sunumda Norveç İstatistik tarafından sosyal eşitsizlik ve göçmen sağlığı ile ilgili yapılmış bazı araştırmaların sonuçlarını sunacağım ve sonuçlar önemli ölçüde çeşitli bağlamsal faktörlerin etkisini gösteriyor. Daha sonra, hastaların iyileşme süreci kadar sağlıkları ile de ilgili olabilecek toplumsal bir mekanizma tanıtacağım. Sonunda ise sağlık çalışanlarının hastalarının durumunu kolaylaştırmak için neler yapabileceği konusunda bir tartışmaya davet edeceğim.</p>
<b>Paralel Oturumlar 9</b>	
<b>Salon I</b>	<b>HASTANELERDE KALİTE VE AKREDİTASYON SİSTEMLERİ KURULMASI, YARARLARI, KAZANIMLAR, ELDE EDİLEN DERSLER</b>
Oturum Başkanı	<p><b><u>Prof. Dr. Al-ASSAF, Kongre Eş- Başkanı,</u></b> Amerika Sağlıkta Kalite Enstitüsü Başkanı – <b>ABD</b></p>
Konusmacılar	<p><b>SAGLIKTA KALİTEDE AKRESİTASYONUN ETKİSİ VE HASTALARDAN ALINAN SONUÇLAR</b></p> <p><b><u>Prof. Dr. Al-ASSAF, Kongre Eş- Başkanı,</u></b> Amerika Sağlıkta Kalite Enstitüsü Başkanı – ABD</p> <p><b>ÖZET</b></p> <p>Kanıt dayalı çalışmalara ve sonuçlarına göre akreditasyonun sağlıkta kalite, performans ve hastalardan alınan sonuçlara etkisinin tartışılması. Akreditasyon standartları ve yöntemlerine göre ne işe yaradı ne yaramadı ve hangi faktörlerin iyileşmeye ve gelişmeye etki ettiği konusunda derin bir analiz.</p>
Konusmacılar	<p><b><u>Prof. Dr. Seval AKGÜN, Kongre Başkanı,</u></b> Başkent Üniversitesi Hastaneleri ve Bağlı Sağlık ve Eğitim Kuruluşları Kalite Koordinatörü, Misafir Profesör St. John International Üniversitesi, İtalya, Sağlık Akademisyenleri Demeyi Başkanı, <b>TÜRKİYE</b></p> <p><b>ÖZET</b></p> <p>Sağlık hizmetlerinde akreditasyon hastanelerin ve diğer sağlık kuruluşlarının sağlıkta mükemmellik ve performansta iyileşme yolunda en önemli aktivitelerinden biri haline gelmiştir. Kalite iyileştirme ve optimum performansı yakalamada akreditasyonun temel kalite işaretidir. Bu süreç içerisinde planlama, iyileştirme, standartları yakalama, sağlık çıktılarının ve performansın sürekli ölçülmesi ve değerlendirilmesi bu bağlamda da iyileşme olanaklarının tespiti ve seçimi yer almaktadır. Bu yöntem bir kalite güvencesi, kontrolü, iyileştirilmesi ve yönetimi kapsar. Akreditasyon kuruluşları standartlar kümelerini belirler, sağlık kuruluşları bu standartlara uyumunu sistematik bir yöntemle kendi kendine değerlendirme ve dış değerlendirmelere kıyasama yöntemleri ile kanıtlar. Bu sunumda akreditasyonun tarihçesi, hali hazırdaki uygulamalar, akreditasyonun genel konsepti üzerine bir bakış ve global düzeyde farklı uygulamalar tartışılacaktır. Bu sistemin ve süreçlerin faydaları ve zorlukları tipik bir akreditasyon kuruluşu örneği yardımıyla tartışılacaktır.</p>
<b>Salon II</b>	<b>HASTA GÜVENLİĞİ PROGRAMLARINDA YENİLİKLER VE SAĞLIKTA KALİTE İYİLEŞTİRME' DE İNNOVATİF YAKLAŞIMLAR</b>
Oturum Başkanı	<p><b><u>Nihal UNLUTURK,</u></b> Medical Park Hastaneler Grubu, Kalite Grup Müdürü, İstanbul, <b>TÜRKİYE</b></p>
Konusmacılar	<p><b>ÇOCUK HASTA RADYASYON GÜVENLİĞİ</b></p> <p><b><u>Yard.Doç.Dr.Gürbüz AKÇAY</u></b> Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, <b>Türkiye</b></p> <p><b>ÖZET</b></p> <p>Radyasyon güvenliğinin sağlanması hasta güvenliğinin temel bileşenlerindedir. Başlıca radyasyon kaynağı olan tanı ve tedavi araçları çocukluk çağında da sıklıkla kullanılmaktadır. Bugün için radyasyona maruziyetten sonra etkilerini geri döndürebilecek bir tedavi yöntemi yoktur. Bu nedenle yapılacak işlem öncesi koruyucu tedbirler almak esastır. Radyasyonun temel prensiplerini bilmek, gerçek ve kanıt dayalı endikasyonlar koymak gereklidir. Rad yasyona maruziyeti asgariye indirmek bir ekip işi olmalıdır. Pediatrist, Radyolog, Teknisyen ve çocuğun ailesi birlikte karar vermelidir. Dünyada bu konuda bilinçlendirme için pek çok inisiyatif oluşmuştur; ALARA (As Low As Reasonably Achievable), Image Gently bunlardan bazılarıdır. Sunumumuzda radyasyonun temel ilkeleri, birimler arası iletişim ve güvenlik araçları çocuk hasta güvenliği kapsamında tartışılacaktır.</p>

Konuşmacılar

## ÇOCUK HASTA GÜVENLİĞİ

**Yard. Doç. Dr. Gürbüz AKÇAY**

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Türkiye

### ÖZET

"TO ERR IS HUMAN" yayınlanalı 15 yıl oldu. Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de hasta güvenliği üzerine epeyce mesai ve emek harlandı. Akredite syon ve kalite yönetim sistemleri de bazan az bazan da çok sıkıfki şekilde sisteme dahil oldu. Ancak çalışanların ve hastahasta yakınlarının sürece dahil olması zaman zaman kesintiye uğradı.

Çocuk hasta güvenliği hamilelik döneminden önce başlamaktadır. Bebekler ülkemizde genellikle hastanede doğmaktadır. Bebek anneden önce ebeler, hemşireler ve hekimler tarafından kucaklanmaktadır. Rutin bebeklik takibi, çocukluk takibi, aşılama gibi etkinlikler çerçevesinde sağlık kuruluşlarıyla sık temas vardır. Bu temaslar çocuğun sağlığına yarar sağladığı gibi gerekli önlemler alınmadığında zarar da verebilmektedir. Örneğin iyi ayarlanmamış bekleme salonunda rutin takibe gelmiş sağlıklı bebek tüberküloz, toplum kökenli pnömoni ajanları, grip gibi damlacık yoluyla bulaşan hastalıklara maruz kalabilmektedir. Poliklinikte bulunan ölçüm araçlarının kalibrasyon eksikliği, sonuçları değerlendirmede çalışan tecrübesizliği yanlış tanı ve tedaviye yol açabilmektedir. Gittikçe kullanımı artan bilişim yazılım ve donanımlarının hasta güvenliğine etkileri artmaktadır.

Bu sunumumuzda hamilelik öncesinden başlayarak, bebeklik, çocukluk ve adölesan dönemde hastalarımızı tehdit eden konular ve çözüm yolları tartışılacaktır.

Konuşmacılar

## HEMŞİRELERİN GÜVENLİ CERRAHİ KONTROL LİSTESİ UYGULAMA DENEYİMLERİ

Van GİERSBERGEN YAVUZ Meryem\*, SOYER Özlem\*, KAYMAKÇI Şenay\*, AKSOY Fatma\*\*, TANIL Vildan\*\*, **ÇETİNKAYA Yurdanur\*\***

\*Ege Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye.

\*\*Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, İzmir, Türkiye.

### ÖZET

**Amaç:** Hemşireler tarafından kullanılan güvenli cerrahi kontrol listesinin uygulanmasında yaşanan zorluklar, stratejilerin açıklanması ve hemşirelerin uygulama deneyimlerinin tanımlanmasıdır.

**Yöntem:** Temellendirilmiş kuram kullanılarak yapılan niteliksel bir araştırmadır. Bir Üniversite Hastanesine yürülmüştür. Cerrahi kliniklerde çalışan 13 hemşire ve ameliyathanede çalışan 19 hemşire olmak üzere toplamda 32 hemşire çalışmanın örneklemini oluşturmuştur. Veriler 3 farklı grup oluşturulduktan sonra "yarı yapılandırılmış görüşme formu" kullanılarak "odak grup görüşme" yöntemi ile toplanmıştır. Görüşmelerin tamamı hemşirelerden yazılı ve sözlü izin alındıktan sonra ses kayıt cihazına kayıt edilerek yapılmıştır. Veriler içerik analizi yöntemi ile analiz edilmiştir.

**Bulgular:** Çalışmaya katılan hemşirelerin çalışma yılı ortalaması 14.76±4.80 yıldır. Çalışmada hemşirelerin güvenli cerrahi kontrol listesinin kullanımının olumlu yönleri, güvenli cerrahi kontrol listesinin kullanımında yaşanan zorluklar ve ekip iletişimi olmak üzere üç ana temanın ortaya çıktığı belirlenmiştir.

Güvenli cerrahi kontrol listesinin kullanımının olumlu yönleri ana teması altında; hataların önlenmesi, hasta algısı ve yasal sorumluluklar olduğu bulunmuştur.

Güvenli cerrahi kontrol listesinin kullanımında yaşanan zorluklar ana teması altında; zaman yetersizliği, çalışan sayısı yetersizliği, ekip üyelerinin direnci, hasta yoğunluğu ve iş yükünün artması olduğu bulunmuştur.

Ekip iletişimi ana teması altında; hemşire-hasta, hemşire-hemşire, hemşire-cerrah ve hemşire-anestezi uzmanı iletişimi olduğu bulunmuştur.

**Sonuç ve Öneriler:** Hemşirelerin tamamı güvenli cerrahi kontrol listesi kullanımının hasta güvenliği açısından önemli olduğunu ve tüm zorluklara rağmen tam olarak doldurulması için çaba gösterdiklerini belirtmişlerdir. Ancak güvenli cerrahi kontrol listesinin doldurulmasında ekip üyelerinin direnci hemşirelerin zorluklar yaşamasına neden olmaktadır. Hasta güvenliği açısından tüm ekip üyelerinin güvenli cerrahi kontrol listesinin uygulanmasında sorumluluklarını yerine getirmeleri önem kazanmaktadır. Bu doğrultuda güvenli cerrahi kontrol listesinin önemi ve uygulanmasına yönelik eğitimin, formun doldurulmasından sorumlu olan tüm ekip üyelerine verilmesi ve tekrarlanması, ayrıca güvenli cerrahi kontrol listesinin doldurulmasının denetlenmesi önerilebilir.

**Anahtar kelimeler:** Güvenli Cerrahi, Ameliyathane, Hemşirelik

Konuşmacılar

## SAGLIK HIZMETI İLE İLİŞKİLİ İNFEKSİYONLARIN KONTROLÜNDE YATAK YIKAMA ÜNİTELERİNİN KULLANIMI

Sevim Şen<sup>1</sup>, Nihan Öztürk<sup>2</sup>, Onur Deryahanoğlu<sup>3</sup>, Sibel Afacan<sup>1</sup>, Meral Sönmezoğlu<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Yeditepe Üniversitesi Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Direktörlüğü, İstanbul

<sup>2</sup>Yeditepe Üniversitesi Hastanesi Kalite Geliştirme Direktörlüğü, İstanbul

<sup>3</sup>Yeditepe Üniversitesi Hastanesi Biyomedikal Sistemler Müdürlüğü, İstanbul

<sup>4</sup>Yeditepe Üniversitesi Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

### ÖZET

Sağlık hizmeti ile ilişkili enfeksiyonlar, CDC ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından tüm dünyada en önemli mortalite ve morbidite kaynağı olarak tanımlanmaktadır. Sağlık hizmeti ile ilişkili enfeksiyonların hızı ülkeler arası, kurumlararası farklılıklar göstermekte, hastanede yatan hastaların %5-15'ini etkilemektedir. Bununla birlikte sağlık hizmeti ile ilişkili enfeksiyonlar hastanede yatış süresini uzatarak maliyetin artmasına yol açmaktadır. Sağlık hizmetiyle ilişkili enfeksiyonlar, bir hastanın hastanede veya sağlık kuruluşunda 48 saat veya daha uzun sürede gelişen (zaman kriteri), hasta sağlık kuruluşuna başvurduğu sırada var olmayan veya kuluçka döneminde olmayan, refakatçi ve ziyaretçilerde de görülebilen, bazen hasta hastaneden taburcu olduktan sonra ortaya çıkabilen enfeksiyonlar olarak tanımlanmaktadır. Aynı zamanda, hastanın hastaneye kabulü esnasında florasında mevcut olmayan ancak hastanede yattığı sürede patojen mikroorganizmaların tespit edilmesi (taşıma kriteri) sağlık hizmetiyle ilişkili enfeksiyonlar olarak da tanımlanmaktadır. Günümüzde sağlık hizmeti ile ilişkili enfeksiyonlar, sağlık kurumlarının çözmesi gereken en önemli sorunları arasında yer almaktadır. Hastane enfeksiyonlarının önlenmesinde etkin ve etkili enfeksiyon kontrol yöntemlerinin belirlenmesi kurum ve kuruluşlar tarafından vurgulanmaktadır.

Enfeksiyon kontrol programlarının önemli konularından biri hastaya kullanılan tıbbi ekipmanın dezenfeksiyonu ve sterilizasyonudur. Yatak yıkama üniteleri, hastane ekipmanları ile ilişkili enfeksiyon kontrolünde yakın zamanda ortaya çıkan teknolojilerden biridir. Hastanemizde standart enfeksiyon kontrol önlemlerinin yanı sıra var olan ya da var olması muhtemel enfeksiyonların aynı yatağı kullanacak bir sonraki hastaya bulaşını önlemek amacıyla yatak yıkama ünitesi oluşturulmuş ve kullanıma geçirilmiştir. Bu ünitenin kullanımı ve organizasyonu için standartlar oluşturulmuş ve kontrol yöntemleri belirlenmiştir. Yatış süresi 15 günü geçen, üremesi olan her hastanın taburculuk sonrası enfekte oda temizliğinin yanı sıra yatağı yıkanmakta ve bu süre içerisinde oda ve hasta yatağına yeni bir hasta kabulü yapılmamaktadır.

Yatak yıkama prosedürüne göre, karyola tüm ekipmanları ile yatak yıkama makinesini içine alınır. Özel dezenfeksiyon programı ile çalıştırılır. Öncelikle ön yıkama işlemi gerçekleştirilir. Daha sonra yüksek düzey dezenfektan dozajlama ünitesi ile yatak yıkama makinesi çevresinde bulunan ve aşağı yukarı hareket edebilen nozzle (püskürtme) lar yardımıyla tüm yatak yüzeyine ayrıntılı şekilde püskürtülerek dezenfekte edilir. Dezenfeksiyon işleminin ardından durulama işlemi gerçekleştirilir. Daha sonra vakum pompası devreye girerek kabin içi homojenizasyon sağlanır. Kurutma motorları ile kurutulmuş ekipmanlar çıkarılır.

Sonuç olarak; Yeditepe Üniversitesi Hastanesi Enfeksiyon Kontrol Komitesi tarafından hazırlanan 10 yıllık sürveyans verileri doğrultusunda temas yoluyla bulaşan herhangi bir salgın olmamıştır. O nedenle kalite standartları ve enfeksiyon kontrol programları çerçevesinde ek olarak uygulanan yatak yıkama işlemi başarıyla kullanılmaya devam edilmektedir.

Konusmacılar	<p><b>FARKLI GRUPLARDAKİ HA STANE ENFEKSİYON HIZLARININ İNCELENMESİ ENFEKSİYON ONLEMEK İÇİN YAPILAN UYGULAMALAR</b></p> <p><b>YILDIRIM Nurdan</b>, İstanbul Bilim Üniversitesi, İstanbul, TÜRKİYE  <b>GAYEF Albena</b>, İstanbul Bilim Üniversitesi, İstanbul, TÜRKİYE  <b>TAPAN Birkan</b>, İstanbul Bilim Üniversitesi, İstanbul, TÜRKİYE  <b>KOCATÜRK GÖK Fatma</b>, Özel Gayrettepe Florence Nightingale Hastanesi, İstanbul, TÜRKİYE</p> <p><b>ÖZET:</b></p> <p>Hastane enfeksiyonları gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde önemli bir sorundur.Hastane kaynaklı enfeksiyonlar hastalarda fonksiyonel bozukluklara, duyuşsal strese, yaşa kalitesinin düşmesine veya ölüme neden olabilmektedir. Ayrıca hastanede yatış süresinin uzaması, iş kaybının ortaya çıkması, ilaç kullanımının artması, izolasyon ihtiyacı olması, ekstra laboratuvar ya da diğer tanı yöntemlerinin kullanımı gibi nedenlerle ekonomik yükü de artırmaktadır.Bu çalışmada Vakıf hastanesinin enfeksiyon kontrol programı ve 2014 yılı enfeksiyon indikatörleri ile almış olduğu önlemler incelenmiştir.</p> <p><b>AMAÇ:</b> Bu çalışma ile vakıf hastanesinin farklı gruplardaki hastane enfeksiyon hızları ve almış oldukları önlemlerin incelenmesi amaçlanmıştır.</p> <p><b>YÖNTEM:</b> Vakıf hastanesinin enfeksiyon kontrol programı ve farklı gruplardaki hastane enfeksiyon indikatörlerinin ile almış olduğu önlemlerin incelenmesi.</p> <p><b>BULGULAR:</b> Takibi yapılan Enfeksiyon ilişkili indikatörler; Yoğunbakım ventilatör ilişkili pnömoni oranı, yoğunbakım üriner kateter ilişkili enfeksiyon oranı , yoğunbakım santral venöz kateter ilişkili enfeksiyon oranı, yoğunbakım kaba enfeksiyon oranı, hastane kaba enfeksiyon oranı , hastane cerrahi alan enfeksiyon oranı, enfekte kesici delici alet yaralanma oranı, kan ve vücut sıvılarının sıçramasına maruz kalan çalışan oranı , el hijyeni oranı, ortopedi bölümü cerrahi alan enfeksiyon oranı , genel cerrahi bölümü cerrahi alan enfeksiyon oranı, onkoloji bölümü kaba enfeksiyon oranı, diz/kalça protezi ameliyatlardan önce profilaktik antibiyotik tedavisi uygulanan hasta oranları olup 2014 yılı verileri incelenmiştir. Genel olarak incelendiğinde; yoğun bakım kaba enfeksiyon oranı önceki yıla göre artarak %8,6, hastane cerrahi alan enfeksiyon oranı artarak %0.2, kısıtlanan antibiyotik yüzdesi artarak %93.9, el hijyeni oranı azalarak %60.5, onkoloji bölümü kaba enfeksiyon oranında önceki yıla oranla azalma olup %0.1, ortopedi bölümü cerrahi alan enfeksiyon oranı azalarak %0.2 olarak görülmüştür. Vakıf hastanesinde önlem olarak enfeksiyon risk analizleri ve süreyans çalışmaları yapılarak risk azaltıcı çözümler üretilip, uygulanması sağlanmıştır.</p> <p><b>SONUÇ:</b> Vakıf hastanesinin farklı gruplardaki enfeksiyon hızlarının yıllara oranla genel olarak azalmalar gösterdiği görülmüş olup risk taşıyan alanlarda daha etkili çözüm önerileri üretilmesi konusunda daha etkili çalışmalar yapılması önerilmektedir.</p>
Konusmacılar	<p><b>HASTANE ÇALIŞANLARININ CERRAHI ALAN ENFEKSİYONLARININ ÖNLENMESİ VE KONTROLÜNE YÖNELİK BİLGİ DURUMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ</b></p> <p><b>* GÜREŞÇİ, Nevin</b>  Ordu Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği  Tıbbi Hizmetler Başkanlığı  Ordu/TÜRKİYE</p> <p><b>ÖZET</b></p> <p><b>AMAÇ:</b> Birliğimize bağlı hastanelerimizde cerrahi alan enfeksiyonlarının önlenmesi ve kontrolüne yönelik bilgi durumlarının belirlenmesi amacıyla oluşturulan anket Birliğimize bağlı Ordu Devlet Hastanesi, Ünye Devlet Hastanesi, Fatsa Devlet Hastanesi, Gököy Devlet Hastanesi ve Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde cerrahi servis, ameliyathane ve yoğun bakımda görev yapan hemşire, ebe, sağlık memurlarına uygulanmıştır.</p> <p><b>YÖNTEM:</b> nkette hazırlanan sorular 9 farklı kaynak kullanılarak Birliğimiz bünyesinde kurulan Enfeksiyon Kontrol Komitesi tarafından oluşturulmuş, Genel Sekreterlik Makamının 31.12.2014 tarih ve 2258 sayılı olurlarıyla, Birliğimize bağlı 5 Hastaneye 26.01.2015 ve 1066 sayılı resmi yazı ile gönderilmiştir. Ankette kullanılan ilk 5 soru demografik soru, diğer 15 soru çoktan seçmeli olarak cerrahi alan enfeksiyonları konusunda bilgi düzeyini ölçmeye yönelik hazırlanmış sorulardır. Hazırlanan ankete 110 adet cerrahi servis, 73 adet ameliyathane, 48 adet yoğun bakım katılmıştır.</p> <p><b>BULGULAR :</b> Katılımcılardan cerrahi alan enfeksiyonları konusunda eğitim alan kişi sayısı 199, eğitim almayan kişi sayısı 35 olup, 143 kişi meslek hayatı süresince cerrahi alan enfeksiyonu tanısı almış hasta ile karşılaşmış, 86 kişi karşılaşmadığını ifade etmiştir. Genel olarak sorulara verilen doğru cevapların yüzde ortalaması %60,8'dir</p> <p><b>SONUÇ:</b> nkette en yüksek doğru cevap %94 oranı ile cerrahi alan enfeksiyonları belirtileri hangisidir sorusuna verilmiştir. En düşük doğru cevap ise %28 oranı ile ameliyathane ile ilgili risk faktörlerinden hangisi yanlıştır sorusuna verilmiştir. Anket sorularına verilen cevaplar doğrultusunda cerrahi alan enfeksiyonları önlenmesi ve kontrolüne yönelik çalışanlara eğitim verilmesi önerilmektedir.</p> <p><b>Anahtar Kelimeler:</b> Cerrahi alan, Enfeksiyon.</p>

## 16 Mayıs 2015 – Cumartesi

Salon I – Konferans 6:	<b>AMELİYATHANELERDE VE KRİTİK ALANLARDA PERFORMANS İYİLEŞTİRME YÖNTEMLERİ</b>
Oturma Başkanı	<b>Dr. Rashid Bin Khalfan AL ABRI</b> , Kalite ve Gelişim Bölüm Başkanı, Sultan Qaboos Üniversitesi, UMMAN SULTANLIĞI
Konusmacılar	<p><b>KLİNİK DENETİMİ NASIL YONETİLİR</b></p> <p><b>Prof. Heham Negm</b>, Kahire Üniversitesi, Mısır</p> <p><b>Özet:</b> Denetim, hastaların sağlık ve yaşa kalitelerini arttırmak için sistematik bir şekilde hasta bakımının değerlendirildiği ve geliştirildiği bir süreçtir. Klinik denetimine aşağıdaki sebeplerden dolayı ihtiyaç duyulmaktadır:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hasta bakımını geliştirmek</li> <li>Hastaların mümkün olan en iyi bakımı aldığından emin olmak</li> <li>Multidisipliner çalışmayı geliştirmek</li> <li>Uygun kaynakların kullanımını ve alınan sonuçları maksimuma çıkarmak</li> <li>Sağlık sistemi tarafından oluşturulan standartları karşılamak</li> </ul> <p>Denetim süreci aşamaları:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Aşama 1: Klinik denetiminin başlıklarını tanımlamak</li> <li>Aşama 2: Veri toplama</li> <li>Aşama 3: Daha önceden belirlenmiş denetim standartlarına göre bu verileri kontrol etmek</li> <li>Aşama 4: Verilen fiili hizmetler ve daha önceden belirlenmiş standartlar arasında ortaya çıkan açığı gidermek için bir eylem ya da planı devreye sokmak</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>Bu eylemin etkilerini gözlemek</li> </ul>

Konusmaçılar	<p><b>Farklı Kültürlerde Hasta Güvenliği ve İnsan Kaynakları</b></p> <p><b>Dr. Bernadetta KUMAR,</b> Başkan, Norveç Azınlıklar Sağlık Araştırmaları Demeği, Ullevaal Üniversite Hastanesi, <b>NORVEÇ</b></p>
<p><b>Paralel Oturumlar 10</b></p>	
Salon I	<p><b>İLAÇ GÜVENLİĞİ</b></p>
Oturum Başkanı	<p><b>Dr. Hakan AKIN,</b> Gülhane Askeri Tıp Fakültesi Dek.Bştpb.Yrdcd.İğı, Personel Yarbay, Ankara, <b>TÜRKİYE</b></p>
Konusmaçılar	<p><b>TÜRKİYEDE İLAÇ, KOZMETİK VE TIBBİ CİHAZLARDA "KALİTE KONTROL ANALİZLERİ"</b></p> <p><b>Demirtas, Aysegül</b> / Sağlık Bakanlığı, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu, Analiz ve Kontrol Laboratuvarları Dairesi Başkanlığı, Kalite Yönetim ve Arge Laboratuvar Birimi Sıhhiye/Ankara/Türkiye</p> <p><b>ÖZET</b></p> <p>02.11.2011 tarih ve 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu bünyesinde Destek ve Laboratuvar Hizmetleri Başkan Yardımcılığı'na bağlı olarak hizmet veren ve Türkiye'nin tek referans ve otorite laboratuvarı olan Analiz ve Kontrol Laboratuvarları Dairesi;</p> <p>Piyasa gözetim ve denetimi, ruhsat, izin, piyasa kontrolü, şikayet, formül değişikliği ve uygunluk değerlendirme gibi çeşitli nedenlerle laboratuvarlarımıza gönderilen tüm beşeri ilaçların, bitkisel ürünlerin, ara ürünlerin, ilaç hammaddelerinin, enteral beslenme ürünleri, aşı ve seumların, Sınıf I, II, III kategorisindeki tıbbi cihazların ve kozmetik ürünlerin fiziksel, kimyasal, mekanik, farmasötik teknolojik, mikrobiyolojik ve farmakolojik analiz ve testlerle ulu sararası kabul görmüş literatür verilerine, bilimsel rehberler ve harmonize standartlara göre kalite kontroller analizlerini yapmak amacıyla kurulmuştur.</p> <p>Laboratuvarlarımıza yılda ortalama 6000 kadar ürün başvurusu olmakta, ve bu ürünlere ait görünüş, miktar tayini, tanı, potens, toksikolojik değerlendirme testleri, enstrümantal analiz, in vivo ve invitro analizler ile yapılmaktadır.</p> <p>Sahte kaçak ilaç şüphesi ile laboratuvarlarımıza gönderilen numunelerde kromatografik ve spektrometrik yöntemler ile ürünün ilaç etken maddelerinin kalitatif ve kantitatif analizleri yapılmaktadır. Ürünün kimyasal yapısının aydınlatılması ve bilinmeyen toksik maddelerin tespiti amacı ile sıvı kromatografisi/kütle spektroskopisi (LC/MS-MS), HPLC, UPLC, gaz kromatografisi/kütle spektroskopisi (GC/MS-MS), sıvı kromatografisi/uçuş zamanlı kütle spektroskopisi (LC/Q-TOFF), Nükleer Magnetik Rezonans Spektroskopisi gibi ileri analiz teknikleri kullanılmaktadır.</p> <p>Laboratuvarlarımızda uluslararası kabul görmüş standartları içeren, ISO 17025 kalite sistemi ve GLP normlarını kapsayan entegre bir kalite sistemi oluşturulmuş olup 6 parametrede akreditasyon çalışmaları tamamlanmış ve TÜRKAK başvurusu yapılmıştır.</p> <p>2014-2015 yılı içerisinde üç biyoteknolojik, bir konvansiyonel ilaç, bir enteral beslenme ürünü ve beş adet imünolojik ürüne ait toplam sekiz metod validasyonu tamamlanmıştır.</p> <p>2014 yılında tamamlanan IPA projesi ile laboratuvarımızın uluslararası akreditasyonu ve EDQM/OMCL (European Directorate for the Quality of Medicines &amp; HealthCare/ Oficial Medicines Control Laboratory) ağına katılması konusunda çalışmalar halen devam etmektedir.</p>
Konusmaçılar	<p><b>ANTINEOPLASTİK İLAÇLARIN GÜVENLİ UYGULANMASINA YÖNELİK UŞAK DEVLET HASTANESİ ÖRNEĞİ</b></p> <p>Ebru Fidan1, Hakkı Özçeltik2, <b>Alev KÖKSAL3</b> 1Uşak Devlet Hastanesi, 2Uşak Devlet Hastanesi, 3Uşak KHB Genel Sekreterliği, Uşak, <b>Türkiye</b></p> <p><b>Özet</b></p> <p>Tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'nin de en önemli sağlık sorunlarından biri olan kanser vakalarının artmasına paralel olarak g erek çalışan sağlığı ve güvenliği gerekse hasta ve çevre güvenliğinin sağlanması amacıyla antineoplastik ilaçların güvenli hazırlanması, uygulanması ve yönetilmesinde kullanılacak ekipman ve standartların düzenlenmesi gerekmektedir.</p> <p>Bu kapsamda hastanemizde yeni düzenlemeler yaparak kemoterapi ilaçlarının eczacı gözetiminde konuyla ilgili eğitim almış hemşireler tarafından ayrı bir odada, biyo güvenlik kabini hazırlanması, kapalı sistem olarak adlandırılan hazırlama ve uygulama ekipmanları kullanılması, kişisel koruyucu ekipmanların tam ve eksiksiz kullanımının sağlanması, taşıma ve depolama ile ilgili kurallar oluşturma, acil dökülme-bulaşma durumlarında yapılacaklarla ilgili alınacak önlemler ve düzeltici faaliyetler belirlenmesi, 6331 sayılı İş Sağlığı Ve Güvenliği Kanunu kapsamında gerekli eğitimler verilmesi ile hasta, çalışan ve çevre güvenliğinin optimal düzeyde sağlanması amaçlanmıştır.</p> <p><b>Sonuç Olarak;</b></p> <p><b>Hasta Güvenliği İçin;</b> Hazırlanan ilaçlar üzerine hasta bilgilerini, ilaçla ilgili dikkat edilecek noktaları içeren orderla uyumlu kemoterapi etiketleri ve uygulamaya ilgili uyarıcı etiketler hazırlanmıştır. Ayrıca hastaların tedavi protokollerinin belirlenmesiyle hastanemizde mevcut Klinik Eczacılık Birimi'niz tarafından kür öncesinde ve sonrasında hastaların ilaç ve diğer hastalık öykülerine göre kişisel eğitimler verilerek kemoterapi süresince yaşayacakları endişe ve yan etkilerin minimize edilmesi hedeflenmiştir.</p> <p><b>Çalışan Güvenliği İçin;</b> Antineoplastik ilaçların Güvenli Hazırlanması ve Uygulanması ile ilgili oluşturulan prosedür doğrultusunda çalışan personelin uygulama, hazırlama, kişisel koruyucu ekipmanların kullanımı, transfer, depolama ve acil kaza durumlarında alınması gereken önlemler yapılacak faaliyetler güncellenmiştir. Konu ile ilgili gerekli eğitimler kemoterapi ünitesinde çalışan tüm personele verilerek çalışan bilincinin ve farkındalık düzeyinin artırılması hedeflenmiştir. Kemoterapi Ünitesi dışında Merkez İlaç Hazırlama Ünitesi bünyesinde yer alan ayrı bir hazırlama odası düzenlenerek hazırlamayı yapmak üzere konuyla ilgili eğitim almış yeni hemşireler istihdam edilmiştir. Böylelikle hazırlama ve uygulama işlemi birbirinden ayrılarak hem kemoterapi hemşirelerinin iş yükünün azaltılması hem de hasta payının ortadan kaldırılması hedeflenmiştir. Biyo güvenlik kabini yenilenerek; kabinin çalışma, bakım ve temizlik talimatları revize edilmiş, kapalı sistemlerin ve luer-lock enjektörlerin tedariki yapılarak çalışan personelin hazırlama ve uygulama sırasında optimal düzeyde güvenliği sağlanmıştır. Kişisel Koruyucu Ekipmanların tam ve eksiksiz kullanımı ile çalışan sağlığı açısından risklerin ortadan kaldırılması hedeflenmiştir.</p> <p><b>Çevre güvenliği için;</b> Sitotoksik atıkların diğer tıbbi atıklardan ayrıştırılması için yapılan etiketleme ile bu atıkların ayrı imha edilmesine olanak sağlanmıştır. Acil dökülme-bulaşma durumlarında yapılacaklarla ilgili talimatlar ve eğitimler sayesinde çalışan sağlığı ve çevre güvenliğinin en kısa zamanda ve doğru şekilde korunması hedeflenmiştir. Taşıma çantalarının üzerine yapıştırılan etiketler (yellow hand) sayesinde kemoterapi ilaçlarının diğer ilaçlardan ayrılması ve tanımlanması sağlanmıştır. Antineoplastik ilaçların ayrı kilitli bir dolapta depolanmasıyla diğer ilaçlardan ayrılması ve kaza ihtimalinin azaltılması sağlanmıştır.</p> <p><b>Anahtar Kelimeler:</b> Antineoplastik ilaç, Çalışma Koşulları, Çalışan Güvenliği, Hasta Güvenliği, Çevre Güvenliği</p>



Konuşmacılar	<p><b>HEMŞİRELERİN AKILCI İLAÇ KULLANIMI İLE KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN ANALİZİ</b></p> <p><b>UZUNTARLA, Yasin</b> / Gülhane Askeri Tıp Akademisi/ Ankara/ Türkiye  <b>ÇIHANGİROĞLU, Necmettin</b> / Gülhane Askeri Tıp Akademisi/ Ankara/ Türkiye</p> <p><b>ÖZET</b></p> <p>Bu çalışma sağlık hizmetlerinin vazgeçilmez unsuru olan hemşirelerin akılcı ilaç kullanımına yönelik tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi ile kişilik özelliklerine göre bu tutum ve davranışların farklılık gösterme durumunun analiz edilmesi amacıyla yapılmıştır. Ankara ilinde faaliyet göstermekte olan 1200 yataklı bir eğitim hastanesinde Kasım 2014 - Ocak 2015 döneminde yapılan tanımlayıcı nitelikteki bu çalışmada 251 hemşireye ulaşılmıştır. Veri toplama yöntemi olarak kullanılan anket formunun birinci bölümünde sosyodemografik özellikler ile akılcı ilaç kullanımına yönelik tutum ve davranışları ölçmek amacıyla TC. Sağlık Bakanlığı İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu tarafından geliştirilen 17 maddeden oluşan "Hemşirelerin Akılcı İlaç Kullanımı Değerlendirme Formu" kullanılmıştır. İkinci bölümde ise Benet-Martinez ve John (1998) tarafından geliştirilen 44 maddeden oluşan "Beş Faktör Kişilik Envanteri" kullanılmıştır.</p> <p>Araştırmaya katılanların tamamı bayanlardan oluşmakta olup yaş ortalaması 33,53±4,21 yıldır. En sık karşılaşılan ilaç uygulama hatası ilacın yanlış zamanda uygulanması (%47,8), en çok yararlanılan farmakolojik bilgi kaynağı ise (%70,1) ilaç kaynak kitaplarıdır (vademecum vb.). Hemşirelerin %42,2'si ilaçların uygulama şeklinde çok iyi bilgi sahibi olduklarını, %82,9'u her zaman son kullanma tarihi takibinin yapıldığını, %84,9'u hastalara kullanacakları ilaçlar hakkında eğitim verdiklerini, %62,9'u advers etkilerin bildiriminde bulunmadığını ifade etmiştir. İlaç uygulaması öncesinde hastanın besin ve ilaç alerjisini sorgulama durumu ile dışa dönüklük ve gelişime açıklık boyutları arasında; advers etki bildiriimi ile gelişime açıklık boyutu arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur.</p> <p><b>Anahtar Kelimeler:</b> Hemşire, akılcı ilaç kullanımı, kişilik özellikleri.</p>
Konuşmacılar	<p><b>KLİNİK KARAR DESTEK SİSTEMİ İLE BÜTÜNLEŞİK ELEKTRONİK HEMŞİRELİK BAKIM VE TEDAVİ KAYITLARININ İLAÇ HATALARINI ÖNLEMEDEKİ ROLÜ</b></p> <p><b>Gülnur GÜL,</b> Pınar BOL, Nurdan ÇAMLIBEL, Feriha Öz, Ahmet Emin ERBAYCU  <b>İzmir Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği, İzmir</b></p> <p><b>ÖZET</b></p> <p>Sağlık hizmetinin "güvenli" olması, sunulan hizmetin hastaya yarar yerine zarar vermesinin, yaralanma, sakatlık ve ölüme yol açmasının, hata yapılmasının önüne geçilmesini ifade etmektedir. Bu nedenle bu sektörde hedeflenen başarı düzeyi "sıfır hata" olmalıdır. İlaç hata türleri hekim ve hemşirelerin görevlerini yerine getirirken en sık karşılaştıkları veya yol açtıkları hatalardır. Hata oranlarının azaltılabilmesi için önleyici sistemlerin sağlık kurumlarında kurulması büyük önem taşımaktadır. Hastanemizde oluşturulan klinik karar destek sistemi ile bütünleşik elektronik hemşirelik bakım ve tedavi sistemi sayesinde ilaç hatalarına yol açan etmenler engellenmektedir.</p> <p>Bu sistemde; hekim, hastane bilgi yönetim sisteminde ilaç/order ekranından istemini vermektedir. Hemşire ekranına istemler otomatik olarak gelmekte, hemşire ekranında ilacın tamamının, dozunun, varsa ilacın eczanede bulunan farklı ticari adının, ilacın stokta olup olmadığını, ilacın kaç gündür uygulandığını, uygulama zamanının, şeklinin, verilmiş süresinin görülmesi ile ilaç hataları azalmaktadır. Güvenli ilaç uygulaması yapılmaktadır.</p> <p>Bu sistem ile ilaç hatalarının oluşmasına zemin hazırlayan okuma hataları, kağıt ortamında bulunan hasta tabelaların kaybolması ya da ulaşılması için zaman harcanması, sözel order hataları, ilaç-ilaç ve ilaç-besin etkileşimi hataları kolaylıkla önlenmiş olmaktadır. Ayrıca hastaya ve hastanın ilacına ait bilgileri kolay ve hızlı ulaşım sağlanmaktadır. Hastanın order edilen ilaçları ile ilgili hekim ve hemşire tarafından yazılan ekstra notlar, ekip üyeleri arasındaki hasta teslim sürecinde unutulsa bile sistemde görülebilmektedir. Bu durumda nöbet tesliminde unutulmuş notlar ile ilgili ilaç hatalarının oluşumu engellenmektedir.</p> <p>İlaç uygulama aşamalarının dijital ortamda, düşük maliyet ve basit bir yöntem ile kayıt altına alınması hastanelerde sağlık ekibi üyeleri arasında etkin iletişimin kurulması ve ilaç uygulama hatalarının önlenmesini sağlamaktadır.</p> <p><b>Anahtar Kelimeler:</b> Sağlık Bilişim Sistemi, Elektronik Hemşirelik Kaydı, İlaç Uygulama Hatası</p>
Salon II	<p><b>HASTA VE YAKINLARININ MEMNUNİYET VE BEKLENTİLERİNİN SAĞLIKTA KALİTE ÜZERİNE ETKİLERİ</b></p>
Oturma Başkanı	<p><b>Dr. Adem SEZEN,</b>  İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu,  <b>TÜRKİYE</b></p>
Konuşmacılar	<p><b>HİZMET SUNUMUNDA MEMNUNİYET ALGISININ DEĞERLENDİRİLMESİ, ÇANAKKALELİ GENEL SEKRETERLİĞİ</b></p> <p>Aşkın MERT(1), <b>Seven KAZAN(2)</b>, 3. Kıvılcım DAĞTEKİN</p> <p>(1)İdari Hizmetler Başkanı, (2)Uzman, (3)Başhekim Yardımcısı  Çanakkale Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği (1,2), Çanakkale Devlet Hastanesi(3), Türkiye</p> <p><b>Özet</b></p> <p>1. Sağlık hizmet sunumunda hasta memnuniyet kavramı, son yıllarda önem kazanan bir konu olmuştur. Sağlık hizmeti sunulurken hasta memnuniyetini, hastanın beklemediği düzen ile algıladığı hizmet düzeyi arasındaki olumlu, olumsuz geri bildirimler olarak tanımlayabiliriz. Gelişen ve Değişen Sağlık Hizmetleri sunumunda hizmet götürülen hasta grubunun beklentileri de bu gelişmelerin karşılığında artmakta ve çeşitlilik göstermektedir. Beklentilerin karşılanma durumu, görüş önerilerin değerlendirilerek hizmetin kalitesinin belirlenmesinde kurum hizmet kalitesi politikasına göre yapılan memnuniyet anketleri, görüş öneri ve şikâyetlerin sonuçlarının değerlendirilmesi son derece önemlidir. Hasta memnuniyeti, genel anlamda, verilen hizmetin hastanın beklentilerini karşılaması ya da hastanın verilen hizmeti algılamasına dayanmaktadır. Hasta memnuniyeti sağlık hizmeti kalitesinin belirlendiği geribildirimlerin büyük bölümünü kapsamaktadır. Bu sebep anketlerin ciddi şekilde uygulanmasını ve geri bildirim toplantılarının yönetim başkanlığında yapılma gerekliliğini doğurmuştur. Hasta memnuniyeti iki faktör belirlemektedir. Birinci faktör; hasta beklentileridir. Hastaların sağlık kurumlarında aradıkları veya görmek istedikleri bilimsel, yönetsel ve davranışsal özellikler olarak tanımlanabilen beklentiler, hastaların yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, sosyo-kültürel özelliklerine, sağlık hizmetleri ile ilgili geçmiş deneyimlerine göre farklılaşmaktadır. İkinci faktör; hastaların aldıkları hizmetlere ilişkin algılamalarıdır (Aslan ve Özata, 2005: 554-558).</p> <p><b>2. GEREK VE YÖNTEM</b></p> <p>Bu çalışma Çanakkale ili Genel Sekreterliğine bağlı 11 adet Sağlık Tesisleri Ayvacköy Devlet Hastanesi, Bayramiç Devlet Hastanesi, Biga Devlet Hastanesi, Çan Devlet Hastanesi, Çanakkale Devlet Hastanesi Ezine Devlet Hastanesi, Gelibolu Devlet Hastanesi, Göçada Devlet Hastanesi, Lapseki Devlet Hastanesi, Yenice Devlet Hastanesi ve Çanakkale Ağız ve Diş Sağlığı Ayaktan Hasta memnuniyet anketleri, görüş öneri ve şikâyetlerin zamanında ve yerinde değerlendirilerek hasta güvenliğine, hasta memnuniyetine, etkisi gibi konularla alınarak etkili, verimli, ekonomik, hakkaniyetli, erişilebilir bir sağlık hizmet sunumunun sağlanmasına katkıda bulunulması amacıyla yapılmıştır. Çalışma Anket çalışması olarak Ocak 2014 -Aralık 2014 tarihleri arasında Çanakkale İli Genel Sekreterliği Bağlı Hastane ve Ağız Diş Sağlığı Merkezi'nde çalışmaya katılmayı kabul eden hasta grubuna uygulanmış olup, 2014 Yılı Yönetimle beraber yapılan görüş öneri ve şikâyetlerin değerlendirildiği toplantı tutanakları incelenerek yapılmıştır.</p>

**Anahtar Kelimeler:** Hasta Memnuniyeti, Sağlık Tesisleri Ağız ve Diş Sağlığı, Memnuniyet Oranı,

**Hastane anket sonuçlarına bakıldığında ( veriler ile açıklanacaktır )**

**Ağız ve Diş Sağlığı Sonuçlarına bakıldığında ( veriler ile açıklanacaktır )**

**Hastanelerin sayısal değerleri, iyileştirme çalışmaları, kurumlarda yapılan toplantılar, hasta görüş öneri ve şikâyetleri değerlendirmeleri sonucunda yönetsel analizler ve geri bildirimlerin açılımları da sunulacaktır.**

**Sonuç:** Bizim çalışma mız da Hasta memnuniyetine ilişkin tüm çalışmalarda olduğu gibi hasta beklentisinin odak noktasının hastayı dinlemek olduğunu göstermiştir Yeterince bilgilendirilen, değer verilen ve hizmet sunumunun içerisine düşünceleri ile dâhil edilen hasta grubunun memnuniyet artışı, sağlık çalışanına olan güveni ve değerinin artışı da beraberinde getirmektedir. Bununla birlikte, sağlık hizmetlerinin kalitesine önem verilmeli ve hasta memnuniyeti ölçümü rutin ve ciddi olarak yapılmalıdır. Hasta memnuniyeti, klinik sonuçlar kadar önemli olduğundan bu memnuniyet algısının bir indikatör yönetimine entegre edilerek ölçme ve iyileştirme çabalarının her sağlık kuruluşunun hedefleri arasında olması gerekmektedir.

**KAYNAK:** Aslan Ş, Özata M (2005), "Poliklinik Hastaların Müşteri Memnuniyetini Belirlemeye Yönelik Ampirik Bir Çalışma", 2. Ulusal Sağlık ve Hastane Yönetimi

Kongresi Bildiriler Kitabı, Ankara, sayfa 554-565

Hasta güvenliği sağlanmasında memnuniyet algısının değerlendirilmesi Yrd. Doç. Dr. Ayça Gürkan38, Yasemin Piri m39

Konuşmacılar

**HASTA VE HASTA YAKINI MEMNUNİYET ALGISI**

**YILDIRIM Ayşe -DEMİRGEN Huriye-GÜNAL TAN Sennur-ÇETİN Sevinç-BİLGEN Yasemin-YILMAZLAR Aysun  
Özel Medicabil Hastanesi, BURSA**

**ÖZET**

**AMAÇ :** Sağlıkta hasta memnuniyeti sık kullanılan ve önemli ölçülebilir önemli bir kalite indikatörüdür(1). Bu çalışmada amacımız, Sağlık Hizmetleri Kalite Standartları gereği kurumumuz da geliştirdiğimiz yöntemle Hasta ve yakınlarının memnuniyet düzeyini ölçerek, iyileştirme alanlarını tespit edip, gerekli düzenleme faaliyetlerini yapmaktır.

**METOD:** Yatan hastalar taburcu olduktan sonra ertesi gün telefonla aranarak 5 ana başlıkta (Hekim, Hemşire, Hasta Bakımı, Temizlik ve Yemek) memnuniyetsizlik soruldu ve alınan cevaplar kaydedildi.

**BULGULAR:** 2014 Ekim Kasım Aralık ayları yatan hasta ve yakınlarına toplam 1636 telefon edildi, 300'üne ulaşılmadı. 1336 telefon konuşmasından 58 hasta, 75 hasta yakını memnuniyetsizliği saptandı. Hastaların en çok (% 27si) hemşireden, hasta yakınlarını ise en çok (%38) yemekten memnuniyetsizliklerini vurguladı.

Bunun üzerine; çalışanlara ayakta bire bir eğitim verilerek memnuniyetsizlikler iletilti. Kök neden analizi ile katlarda hemşireliği ilgilendiren süreçlerde ve yemek servisinde düzenlemeler yapıldı.

2015 Ocak Şubat Mart yatan hasta ve yakınlarına toplam 2667 telefon edildi, 118'ine ulaşılmadı. 2549 telefon konuşmasından 25 hasta, 47 hasta yakını memnuniyetsizliği saptandı. Hastaların hemşire memnuniyetsizliği % 20'ye düşerken; hasta yakınlarının yemekten memnuniyetsizliği değişmedi (%40).

**SONUÇ:** Tedavi süreçlerinde, hastalar daha çok sağlık çalışanlarını, hasta yakınları ise özel hizmetlerini önemsendiği sonucuna varıldı.

**KAYNAKLAR:**

Prakash B. Patient satisfaction. J Cutan Asthet Surg 2010;3: 151-55.

Konuşmacılar

**EDİRNE DEVLET HASTANESİ'NDEN HİZMET ALAN HASTALARIN HİZMET KALİTE ALGILARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Çelik Gürhan<sup>1</sup>, Sen Ayla<sup>1</sup>, Altınok Hatice<sup>2</sup>, Akçan Çete Şule<sup>2</sup>**

1-Edime Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği, Edirne

2-Edime Devlet Hastanesi, Edirne

**ÖZET**

**GİRİŞ :** Sağlık, insan yaşamının sürdürülmesi, yaşam kalitesinin oluşturulması ve korunmasında önemli bir yere sahiptir. Her insanın h hayatında birçok kez başvurmak durumunda kaldığı sağlık hizmetleri ile topluma bu hizmetlerin sunumunda en önemli rolü oynayan hastanelerin ve sundukları hizmetlerin hastalar tarafından nasıl algılandığının belirlenmesi hem durum tespiti yapma hem de iyileştirmede öncelikli alanların belirlenmesinde büyük önem arz etmektedir.

**AMAÇ :** Çalışmanın amacı Edirne Devlet Hastanesi'nden yatarak hizmet alan hasta ve hasta yakınlarının hizmet kalite algılarının belirlenmesidir.

**YÖNTEM :** Hizmet işletmelerinin algılanan hizmet kalitesini ölçmeye yönelik olarak geliştirilen SERVQUAL (Service Quality) ölçeğinin günümüzde sağlık hizmetlerinin kalite düzeylerini belirlemede kullanıldığı görülmektedir. Anket formu SERVQUAL ölçeği esas alınarak hazırlanmış, hastanemizden hizmet alan 157 kişiye uygulanmıştır. Form üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm demografik özellikleri belirlemek için hazırlanmıştır. İkinci ve üçüncü bölüm beşer boyuttan (fiziksel özellikler, güvenilirlik, heveslilik, güven, empati), toplam 22'şer ifadeden oluşmaktadır. İkinci bölümde yer alan ifadeler, örneklemdaki kişinin konuya verdiği önemi belirlemek (beklenen hizmet kalitesini saptamak), üçüncü bölümde yer alan ifadeler ise hastanenin bu konudaki performansı nasıl bulduğunu ölçmek (algılanan hizmet kalitesini saptamak) amacıyla katılımcılara yöneltilmiştir. Elde edilen veriler SPSS 16.0 (Statistical Programme for Social Sciencies) programında, frekans analizi, T-testi ve tek yönlü varyans analizi yöntemleri ile değerlendirilmiştir.

**BULGULAR :** Katılımcıların %50,3'ü kadın, %49,7'si erkektir. İlköğretim mezunu olanların oranı %43'tür. %44'ünün aylık geliri 500-1000 TL'dir. Hastanemizden ilk kez hizmet alanların oranı %33'tür. İhtiyaç halinde tekrar hastanemizi seçeceğimi ve başkalarına tavsiye edeceğimi belirtenlerin oranı ise %76'dır.

Katılımcıların hastane hizmetlerine yönelik en yüksek beklenti düzeyi "heveslilik" boyutundadır. Hastalar, çalışanların her zaman yardım etmeye istekli olmalarını ve hizmetleri mümkün olan en kısa sürede vermelerini beklemektedirler. Algılanan hizmet kalite düzeyleri değerlendirildiğinde ise "güvenilirlik" boyutu en yüksek, "fiziksel özellikler" boyutu ise en düşük olarak tespit edilmiştir. Hastalar, uygulanan işlemlerin taahhüt edilen zamanda, ilk seferinde ve doğru olarak yapıldığını, kayıtların düzenli olarak tutulduğunu düşünmektedir. Diğer taraftan hastanenin modern araç-gereç ve donanımına sahip olma ile dekor, aydınlatma, mobilya gibi fiziksel imkânlarının yetersiz olduğunu belirtmişlerdir.

Cinsiyet değişkenine göre beklentiler düzeyinde anlamlı bir fark vardır (p<0.05). Erkeklerin kadınlara göre beklenti düzeyleri daha yüksektir. Katılımcılar eğitim durumlarına göre değerlendirildiğinde hizmet kalite algıları arasında anlamlı bir fark olduğu görülmektedir (p<0.05). Eğitim düzeyi yükseldikçe algılanan hizmet kalitesinin düştüğü sonucuna ulaşılmıştır. Meslek grupları değişkenine göre algılanan hizmet kalitesi düzeyinde anlamlı bir fark vardır (p<0.05). İşçi ve memurların hizmet kalite algıları emekli ve işi olmayanlara göre daha düşüktür. Gelir düzeyine göre değerlendirme yapıldığında algılanan hizmet kalitesi boyutunda anlamlı bir fark vardır (p<0.05). Gelir düzeyi arttıkça hizmet kalite algısının azaldığı sonucuna ulaşılmıştır.

**SONUÇ :** Boyutlar bazında SERVQUAL skorları değerlendirildiğinde hasta ve hasta yakınlarının, verilen sağlık hizmetleriyle ilgili beklentileri algılarından daha yüksektir. Bu nedenle algı beklenti farkı negatif çıkmakta ve beklentilerin tam olarak karşılanamadığı görülmektedir. Beklentilerin en az karşılandığı boyutun "fiziksel özellikler" olması nedeniyle hastane yönetiminin iyileştirmede öncelikli olarak bu alana yönelmesi önerilebilir.

**ANAHTAR KELİMELER :** Hastane, Hizmet Kalite Algısı, SERVQUAL

<p>Konuşmaçılar</p>	<p><b>HEMŞİRELERİN ÇALIŞMA ORTAMI ALGILARININ DEGERLENDIRILMESİ: EDİRNE İLİ ÖRNEĞİ</b></p> <p><b>Sevgi AKSU(1) Emine AYDIN ÖZGÜR(2)</b> <b>Edirne Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği</b></p> <p><b>ÖZET</b></p> <p>Hemşirelik; meslek risklerinin çok sık karőılaőıldıĐı, çalışma ortamlarında olumsuz faktörlerin çok olduğu, iş yükünün diğer mesleklere oranla daha ağır olduğu bir meslektir. Yapılan iş, hasta birey ve hasta yakınlarıyla tam gün kesintisiz birlikte olmayı ve sürekli iletiőimde bulunmayı gerektiren zorlu bir süreç yönetimini gerektirmektedir. Bu nedenle hata payı olmayan sağlık hizmeti, uygun Őartların ve düzenlemelerin sağlandığı ortamlarda sunulmalıdır.</p> <p><b>Amaç-</b>Çalışma, Edirne Kamu Hastaneler Birliği'ne (EKHB) bağlı yataklı sağlık tesislerinde çalışan hemşirelerin çalışma ortamı ve hemşirelik uygulamalarının hasta-çalışan güvenliği açasından değerlendirilmesi ve sonuçlar çerçevesinde, hizmet kalitesinin yükseltilmesi için gerekli faaliyetlerin planlanarak hayata geçirilmesi amacıyla yapılmıştır.</p> <p><b>Yöntem-</b>Araştırma örneklemini, Edirne, Keőan ve Uzunköprü Devlet Hastanesi'nden olmak üzere araştırmayı kabul eden 192 hemşire oluőturmυtur. Verilerin toplanmasında <b>Çalışma Ortamı Ölçeği ve Kişisel Bilgi Formu</b> kullanılmıştır.</p> <p><b>Bulgular.</b> Ölçeği oluşturan her bir alt boyut için elde edilen ortalamanın, ilgili alt boyuta ait madde sayısına bölünmesi sonucu, ebe ve hemşirelerin çalışma ortamı algılarını oluşturan alt boyutlar sırasıyla; Mesleki ilişkiler, İş Doymu, Kurum Kalite Yönetimi, Personel Korkuları ve Fiziksel Kaynaklar olarak sıralanmaktadır. Ölçeğin geneline iliőklin puan ortalaması 94.36 olarak bulunmuştur. Araştırma sonucunda, hizmet içi eğitilere katılan perőonelin iş doymularının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Çalıőman diğer alt faktörü olan kurum kalite yönetimi bulguları incelediğinde genel olarak puan ortalamasının yüksek olduğu fakat sorumlu ve klinik hemşiresi olarak çalışanların puanlarının geri hizmette çalışan hemşirelerin puanlarından düşük olduğu tespit edilmiştir. Çalışma süresi 11-15 yıl arasında olan hemşirelerin kurum kalite yönetimi ve mesleki ilişkiler ortalamalarının yüksek çıktığı saptanmıőtir. Çalışılan vardiya ile çalışma ortamı ölçeğinin alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında gece ya da yalnızca gündüz çalışanların kurum kalite yönetimi ve fiziksel kaynaklar alt boyutları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Yine sürekli gece çalışan grubun gece-gündüz karma çalışan gruba göre memnuniyet düzeylerinin yüksek olması anlamlıdır.</p> <p><b>Sonuç</b> –Yapılan hizmet içi eğitimlerin iş doymunu arttırdığı, iş yoğunluğu daha az olan hemşirelerin kurum kalite yönetimi sürecine daha fazla uyum sağladığı ve desteklediği, çalışma süresi ile mesleki ilişkiler ve kurum kalite yönetimine katılım arasında pozitif iliőklinin olduğu, sürekli aynı sistemde çalışanların kalite yönetimini daha iyi algıladığı süreç dahil olduğu ve fiziksel kaynaklara ulaőtında zorlanmadığını düşünebiliriz. Hemşirelerin çalışma ortamlarının ölçülmesi ve bu değerlendirmenin hasta- çalışan güvenliğine ait uygulamalara nasıl etkiye bulunulduğu tespit edilerek gerekli düzenlemelerin yapılması hasta ve çalışan güvenliğine katkı sağlayacağı düşünölmektedir. Ayrıca, sağlık tesislerinde yapılan hizmet içi eğitilere tüm perőonelin katılımını sağlamak için yöntem geliştirmek ve bu yöntemleri paylaőtılmak üzere ve kurumların etkililiğini arttıracacı söylebilir.</p> <p><b>Anahtar Kelimeler:</b> Hemşire, hastane, hasta çalışan güvenliği, çalışma ortamı</p>
<p>Konuşmaçılar</p>	<p><b>SAGLIK TESISLERİNDEKİ KALITE UYGULAMALARI DOĞRULTUSUNDA KURUMLARINDA YAPILAN UYGULAMALAR İLE İLGİLİ; ÇALIŞAN PERSONELİN BİLGİ, ALGI VE DÜŞÜNCELERİ</b></p> <p><b>Emre EREN<sup>1</sup>, Meltem YILMAZ<sup>2</sup>, Şebnem BAĞRIYANIK<sup>3</sup></b> Yerköy Devlet Hastanesi, Yozgat KHB Genel Sekreterliği, Yozgat Devlet Hastanesi</p> <p><b>Özet</b></p> <p>Bilim ve teknolojinin gelişmesi, kültür seviyesi ve insanlığa verilen önemin artması ile birlikte sağlık hizmetlerinin yüksek standartlarda verilmesi zorunlu hale gelmiştir. Günümüzde sağlık hizmetlerini iyileştirme çalışmaları sadece gelişmekte olan ölkelerin değil, geliőmiőt ölkelerin de temel ve öncelikli gündem maddesi olmaya devam etmektedir. Ayrıca kaliteyi sağlama, onu sürekli güvence altında tutma ve kaliteyi geliştirme rastlantılarla değil sistemli çalışmalarla gerçekteőir. Bu düşünceyle yola çıkan Bakanlığımız, sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir Şekilde; organize edilmesi, sunulması ve finansmanının sağlanması amacıyla Hizmet Sektörleri olan Hastanelerde Kalite Çalışmalarını sürdürmektedir.</p> <p>Bu çalışmada çalışanların Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite Standartları doğrultusunda kurumlarında yapılan uygulamalar ile ilgili bilgi, algı ve görüşlerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıőtir. Araştırma evrenini Mayıs 2014 ayı içerisinde Yozgat İli Kamu Hastaneleri Birliğine bağlı 11 sağlık tesisinde çalışan sağlık çalışanı oluşturmaktadır.Araştırma örneklemini 371 bayan, 201 erkek olmak üzere toplam 572 sağlık çalışanı oluşturmaktadır.Araştırma iki ayrı form kullanılmıőtir.Birinci form sağlık çalışanlarının sosyo demografik özelliklerini belirlemek amacıyla oluşturulan anket formudur. Çalışmada kullanılan ikinci form ise çalışanların kalite uygulamaları ile ilgili algı ve düşünölelerinin ölçülmesi amacıyla oluşturulan 33 sorudan oluşan anket soru seti kullanılmıőtir. Elde edilen verilerin analizi, SPSS-16 programı kullanılarak yapılmıőtir.</p> <p>Araştırma bulgularına göre sağlık çalışanlarının hizmet kalite standartları ile ilgili algı ve düşünöleleri cinsiyet, yaş,eğitim durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterirken, çalışanlar sağlık hizmetlerinde standartların uygulanması gerekliliğine inanmakta, kalitenin sadece kalite biriminin değil herkesin sorumluluğu olduğunu kabul etmektedirler.Çalışmada, sağlık çalışanları hizmet kalite standartlarının uygulamasının zaman ve enerji kaybı olduğunu belirtmiőt olsalarda, tüm zorluklara rağmen sağlık hizmetlerinde kalite standartlarının uygulanması gerektiğini ifade etmiőtlerdir.Bu çalışma sonucunda sağlık çalışanları kurumlarında yapılan kalite çalışmaları ile ilgili yöneticilerinin kendilerinin görüşlerini dikkate aldıklarını belirtmiőtlerdir. Kalite çalışmalarında periyodik olarak yapılan değerlendirmelerin kurumlarda iyileştirmeler sağladığını ifade etmiőtlerdir.Araştırma da çalışanların, kalite uygulamalarında yüksek performans gösteren kişilerin ödüllendirilmesi motivasyonunu arttıracacı saptanmıőtir.</p> <p>Hizmet kalite standartlarının sağlık kurumlarında uygulanması hasta ve çalışan memnuniyetinin artırılmasında önemli katkılar sağladığı bilinmektedir. Yöneticiler ve çalışanlar arasında periyodlarla toplantılar yapılarak, sağlık çalışanlarının görüşleri alınmalıdır. Ayrıca kurumların ödüllendirme politikaları sağlık çalışanlarının motivasyonunu olumlu etkileyeği bir gerçektir.</p> <p>Araştırmadan elde edilen bulgularda, birlik sağlık tesislerinin kaliteye önem verdiğini, bu doğrultuda bir takım çalışmalar gerçekteőtirdiĐini göstermiştir.Kuőkusuz, sağlık sistemimizde önemli bir yere sahip olan hastanelerin, sağlık hizmetlerinin etkinliğinin artırılabilmesi için kaliteye önem verilmesi sevindirci olmakla birlikte, bu çalışmaların sürekli ve geliőerek devam etmesi planmalıdır.</p> <p><b>Anahtar Kelimeler:</b> Hizmet Kalitesi, Sağlık Hizmetleri Hastane, Kalite Uygulamalar,Sağlık Çalışanları</p>
<p><b>Paralel Oturumlar 11</b></p>	
<p><b>Salon I</b></p>	<p><b>TIBBİ HATALARI ÖNEMEĞ İÇİN MULTİDISİPLİNER UYGULAMALAR</b></p>
<p>Oturum Başkanı</p>	<p><b>Doc. Dr. Nefise BAHÇECİK,</b> Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Faköltesi, Hemşirelik Bölümü ÖĞretim Üyesi, <b>TÖRKİYE</b></p>

**DOĞAN, Fatih**, Adıyaman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Hastane Yöneticisi  
**BOZAN, Rukiye**, Adıyaman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Sağlık Bakım Hizmetleri  
**YENİĞÜN, Yeliz**, Adıyaman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Poliklinik Hizmetleri

## ÖZET

**Amaç:** Çeşitli hastalıklar, herhangi bir canlının kendi istemiyle elde ettiği kazanım değildir. Zamanında farkına varılmayan hastalık belirtileri, her geçen gün büyür. Onarılması güç durumları beraberinde getirir. Zamanla insanları mutsuzlaştıran, psikolojik ve bedensel olumsuzluklar haline dönüşür. İnsan hayatının en önemli ve en değerli varlığı olan sağlık hakkında daha bilinçli hareket etmek gerekir. Doğru zaman da, hastalarımızın şikayetleri doğrultusunda, doğru yönlendirmeler yapmak gerekmektedir. Hastaların, doğru branş hekimleriyle tanışmasına aracı olmak durumundayız. Doğru teşhis ve tedavi yöntemleriyle, hastaların en kısa sürede iyileşmesi sağlanabilir. Böylece birey, aile ve toplumumuzun daha mutlu, huzurlu ve sağlıklı olması hedeflenmektedir.

Hastanemize başvuran hastalarımızın tam memnuniyetini sağlayarak, kurumumuzdan ayrılması olmazsa olmaz hedeflerimizdendir. Hastalarımızın, muayene öncesi ve muayene sonrasında danışmanlık yaparak, rahatsızlığı hakkında bilgi vererek, moral ve motivasyonunu üst seviyede tutmaya çalışarak, güler yüzü personellerimizle, kalite standartlarına uygun bir hizmet vermek amaçlanmaktadır. Gerekliğinde ruh ve beden sağlığının önemi anlatılarak koruyucu danışmanlık da yapmak gerekmektedir. Bu amaç doğrultusunda hastalarımızın rahatsızlığı ile ilgili branş hekimlerine yönlendirme sağlanarak; gereksiz maddi ve zaman kaybını en düşük seviyeye indirmek için poliklinik danışmanlığı hizmeti başlatılmıştır.

**Yöntem:** Öncelikle iki sağlık çalışanı eşliğinde gerekli ekipmanlar ayarlandı. Hastalarımızın sıra alabildikleri iki alana rahatlıkla iletişim kurabilecekleri düzenlemeler yapıldı. Bilgilendirme broşürleri, afişleri hazırlandı ve bu ekipmanlara kolay ulaşılabilişlik sağlanarak poliklinik danışmanlığı birimimiz tanıtıldı. Bundan sonraki hedefimiz kamu spotu hazırlanarak, hastanemizin web sitesinde, t.v. kanallarında, radyolarda ve ilimize ait turizm amaçlı kullanılan ulaşım firmalarında hizmetimizi tanıtmak olacaktır. Böylelikle daha geniş bir kitleye ulaşıp tüm hastalarımızın faydalanması sağlanacaktır.

Hastalarımızın mağduriyetleri derecesine göre, yaşlı hastalarımız, engelli, hamile ve acilieti ihtiva eden kişiler için tekerlekli sandalye, sedye ve yönlendirme ekibi eşliğinde muayene birimlerine götürülmesi sağlanarak öncelik tanınır. Muayene öncesi, muayene zamanı ve sonrasında mahremiyete dikkat edilerek hareket edilmektedir. Hastalarımıza hastanemizden ayrılmadan önce memnuniyet oranlarını belirlemek ve hangi konularda şikayet, önerileri olduğunu saptamak adına isterlerse anketlerimiz doldurulmaktadır. Yapılan Hasta memnuniyet anketinin, ilk beş sorusu kişisel özelliklere göre düzenlenmiş, sekiz soru ise uygulamaya ait sorulardan oluşmuştur. Böylece hizmetimizin memnuniyetini ölçüp sıkıntılı bölümler için düzeltici- önleyici faaliyetlerde bulunup geliştirmeyi hedeflemekteyiz.

**Bulgular:** Anket uygulamamız çok kısa bir zaman önce başlatılmıştır. Yapılan anket değerlendirmelerine göre Poliklinik Danışmanlık Hizmet birimimizden hizmet alan 29 hastamızdan aldığımız ortalama sonuca göre memnuniyet oranımız EVET % 60, HAYIR % 14, KISMEN % 26 olarak tespit edilmiştir. Öyle görünüyor ki birimiz doğru yolda gözükmektedir.

**Sonuç:** Poliklinik danışmanlık hizmetlerinin hastanemize ve hastalarımıza sağlayacağı faydaları şöyle sıralayabiliriz: Hastalarımızı doğru polikliniğe yönlendirilerek gereksiz muayene ücreti ödemeleri engellenmiş olacaktır. Hastanemizde hastaya ait gereksiz tetkiklerin yapılmasının önüne geçilmiş olacaktır. Gerek hastalarımız gerekse sağlık çalışanlarımız açısından zaman kaybı önlenmiş olacaktır.

Hastalık şikayetlerine göre uzman doktorlarla iletişime geçilmesinin sağlanması, muayene haricinde de destek alması, yönlendirme eşliğinde dolaşması sağlanarak kendini güven ve şefkat içerisinde hissetmesi, her türlü bürokratik işlemlerde yorulmadan ve kolay ulaşılabilişlik sağlanmasıyla ve mahremiyetine dikkat edilerek moral motivasyoncuları üst seviyede tutulmasını elde eden hastalarımız manevi açıdan da tam memnuniyet düzeyinde olacağı kaçınılmazdır. Tabi ki hizmetimiz daha da geliştirilerek, çalışanlar ile ekipmanlarımızın (Donanımlarımızın) sayısını, niteliğini artırarak daha yüksek memnuniyet oranlarına ulaşabilecektir. Poliklinik Danışmanlık Hizmet ekipleri Hekim-Hemşire grupları şeklinde çoğaltılarak uygulamanın aktivitesinin artırılması düşünülmektedir.

## HASTANELERDE YAPILAN TIBBİ HATALARIN TÜRLERİ VE NEDENLERİ ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA: İSTANBUL İLİNDE ÖZEL BİR HASTANE İLE İLGİLİ ANKET ÇALIŞMASI VE KONUYA İLİŞKİN ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

**Hacer Camalan\***, Ali Erdoğan\*\*, Serap Yılmaz\*\*\*

\* ERA Teknik Koleji ATT Bölümü, Okan Üniversitesi Sağlık MYO Acil Durum ve Afet Yönetimi Bölümü,

\*\* Haliç Üniversitesi İşletme Fakültesi, İşletme Bölümü,

\*\*\* Özel Memorial Hizmet Hastanesi, Ayakta Tanı ve Tedavi Bölümü Sorumlusu,

## ÖZET

Sağlık hizmetlerinin kalitesi, tüm dünyada en önemli konulardan biri haline almıştır. Sağlık sektöründe hizmet verilenler, in sandır ve bu sektörde yapılan hataların sonucunda; ölüm, sakatlık ya da tedavinin gecikmesi gibi durumlar ortaya çıkabilmektedir. Mesleki uygulamalarda yetersiz ve ihmalkar davranılması sonucunda, hastalar zarar görmektedir. Yine deneyimsizlik, bilgisizlik, teknolojiyi iyi kullanamama gibi noksanlar; hastanın daha uzun süre hastanede kalmasına, sağlığını yitirmesine, hatta ölümüne sebep olabilmektedir. Bu durumlarda sağlık alanında sürekli karşılıklı, konunun önemini gözler önüne sermektedir. Yapılan bu çalışmada, incelenen hastanede tıbbi hata nedenleri, hata türleri ve görülme sıklıkları değerlendirilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Tıbbi hata, hastane, hasta güvenliği, sağlık personeli.

**AMAÇ:** Bu çalışmanın amacı, sağlık çalışanlarının tıbbi hata türleri ve nedenleri ile ilgili deneyimlerinin belirlenmesidir.

**YÖNTEM:** Bu çalışma, İstanbul - Avrupa yakasında yer alan özel bir hastanede görev yapan 100 sağlık personeline uygulanmıştır. Verilerin toplanmasında, literatür doğrultusunda hazırlanan ve dört bölümden oluşan bilgi formu kullanılmıştır. Araştırma sürecinde, toplam 100 çalışana anket uygulaması yapılmıştır. Toplanan verilerin analizi, "SPSS 21.0 for Windows" (Statistical Package for Social Sciences) programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Analizlerde uygulanan istatistiksel yöntemler; güvenilirlik analizi, frekans analizleridir.

**BULGULAR:** Örneklemi oluşturan bireylerin; sırasıyla yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışılan klinik türü, çalışma durumu, unvanı ile ilgili demografik değişkenlere ait frekans dağılımları incelenmiştir.

Anketi cevaplayan 111 çalışan 25 yaş ve altı grubunda, 28 çalışan 26-30 yaş aralığında, 62 çalışan ise 31 yaş ve üstü grubunda bulunmaktadır. Ankete katılanların büyük çoğunluğunu, % 61 ile orta yaş üstü grubu oluştururken, bunu % 28 ile orta yaş grubu, son olarak da % 11 ile genç grubu takip etmektedir. Bu sonuç, araştırma örnekleminde yaş açısından bir farklılık olduğunu göstermektedir. Örneklemi meydana getiren çalışanların % 73'lük kısmını kadınların oluşturduğu görülmektedir. Bu sonuç, araştırma örnekleminde cinsiyet açısından bir farklılık olduğunu göstermektedir. Örneklemde % 29'luk pay ile ilk sırayı lisansüstü mezunları almaktadır. Lisansüstü mezunlarını; % 21 ile lisans mezunları, % 25 ile ön lisans eğitim düzeyindeki çalışanlar takip etmektedir. Son sırada, 25 kişiden oluşan sağlık meslek lisesi mezunları yer almaktadır. Sağlık çalışanlarının %32'si dahili bölümlerde %26'sı cerrahi birimlerde ve %42'si diğer birimlerde çalışmaktadır. Bununla birlikte; %95 oranında personelin tam zamanlı çalıştığı, dolayısıyla hastane çalışanlarının tecrübeli personelden oluştuğunu ve meslek hayatlarının büyük bölümünü aynı kurumda geçirdiklerini söylemek mümkündür. Bu da, kurumun yüksek oranda benimsendiğinin bir göstergesidir.

Araştırmada, ilk olarak personele yöneltilen "Çalışma hayatınız süresince hasta güvenliği tehlikeye sokacak en az bir hata tanınan oldu mu?" sorusuna; anket katılanların %58'i "hayır", %42'si ise "evet" cevabını vermiştir. Buna göre, kurumda özellikle invaziv işlemleri uygulayan grup, hasta güvenliği ve tıbbi hata konularında, hizmet içi eğitim programları sayesinde periyodik olarak eğitilmeli, böylece söz konusu konularda üst düzey bilgi sahibi olmaları sağlanmalıdır. Ayrıca, kurum intranet sistemi ile gerçekleştirilen değerlendirme yönteminin; dolayısıyla herkesin fikirlerini daha net açıklayabileceği, öneriler sunabileceği bir yöntem uygulamasının gerekli olduğu aşikardır.

Araştırmaya katılan sağlık personeline, görev yaptıkları hastanede en çok karşılaşılan tıbbi hataların hangileri olduğu ile ilgili sorular sorulmuş ve bu sorulara; "hiç karşılaşmıyorum, çok ender karşılaşıyorum, bazen karşılaşıyorum, genellikle karşılaşıyorum ve daima karşılaşıyorum" şeklinde cevap vermeleri istenmiştir. Cevaplar; 1-5 aralığında değerlendirilmiş ve en sık karşılaşılan hataların; "iğne/kesici alet yaralanması, hastanın tedaviyi reddi/tedavi den kaçınması, ilaç yan etkisi nedeniyle oluşan hatalar, ameliyat sonrası oluşan komplikasyonlar, tehlikeli kısıtlamalar, hastane ortamından kaynaklanan enfeksiyonlar, tedavi uygulamasında gecikme/yapmama, yatak yaraları, tıbbi malzeme hataları" şeklinde sıralandığı görülmüştür. En az karşılaşılan hataların ise; "elektrik şokuna bağlı ölüm, yanlış taraf cerrahisi, sıra

beklemeye bağı ölüm, hipoglisemiye bağı ölüm, kemoterapi hataları, miadi geçmiş ilaç" olduğu tespit edilmiştir. Sağlık personelinin tıbbi sebeplerine ilişkin bulgular ile ilgili olarak ise; puan ortalamasına göre, hataya neden olan ilk 7 neden sırasıyla; "yoğun iş yükü, tecrübe eksikliği, konsantrasyon eksikliği, fiziki yorgunluk, isteksiz yapılan meslek, yetersiz mesleki bilgi, hemşire sayısının azlığı" olarak belirlenmiştir. Sıralamada en alt seviyede kalan 7 neden ise; sırasıyla "fiziki ortam yetersizliği, hemşirelere verilen ek görevler, eksik prosedür/taahhütler, yöneticilerin yetersiz kalması, kural dışı nöbet değişimi, yetki ve sorumlulukların belirlenmemiş olması, mesleki hizmet-içi eğitim noksanlığı" olarak sıralanmıştır.

**SONUÇ:** Sağlık hizmeti veren kurumlar; farklı nitelik ve nicelikte personel bulundurması, hizmet sürecinin fazla sayıda değişken içermesi, teknolojinin yoğun olarak kullanılması nedeniyle karmaşık bir yapıya sahiptir. Bu yapı içerisinde, uygun yönetim sistemleri kurulamazsa, geri dönüşümü olmayan hayati hataları, eksiklikleri ve güven problemlerini beraberinde getirmektedir. Hasta güvenliği başlığında bakıldığında, sağlık kurumlarında farklı özellik ve oranlarda tıbbi hataların yapıldığı belirtilmiştir.

Bu çalışmada elde edilen bulgular, diğer çalışmalarda elde edilen bulgularla karşılaştırıldığında, sağlık personelinin bahsi geçen konularda eğitildiği ve bilinçlendirildiği; farkındalık seviyelerinin artarak daha az oranda hata yaptıkları izlenmiştir.

Sonuç olarak; hasta güvenliği kültürünün tam yerleşmemiş olması, hata yapılması durumunda cezai işlem yapılması ihtimali, sağlık sektöründe çalışanların, yaptıkları hataları bildirmekte istekli olmadıklarını ortaya çıkarmıştır. Yine de, çalışmadaki ankete katılanlar, ilk soruya yüksek oranda doğru cevap vererek en az bir kere olsun hata yaptıklarını belirtmişlerdir.

Çalışmadaki yöntem farklılığı ile ilgili olarak; ulusal ve uluslararası literatür incelendiğinde, bulgularda farklılıklar görüldüğü söylenebilir. Uluslararası literatürde, hasta kayıtlarından yola çıkılarak yorumlar yapıldığı görülmektedir. Hata raporlama sistemi ile ilgili olarak ise; gelişmiş ülkeler de gelişmiş hata raporlama sisteminin mevcut olduğu, ülkemizde ise hasta güvenliği sisteminin gelişmemiş olması nedeniyle etkin bir raporlama sisteminin henüz var olmadığı belirtilebilir. Bu raporlama sisteminin geliştirilmesi için, kişilerin iş kaygısı yaşamamaları, cezalandırılmamaları gerekmektedir. SHKS Versiyon 4'te, raporlama sistemi tanımlanmış ve yapılan kontrollerde bununla ilgili kurum kültürü oluşturulması hedeflenmiştir.

### **TOKAT İLİNDE BEYAZ KOD KA YNAKLI AÇILAN DAVALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Gülpinar, Serhat<sup>1</sup>; Bulut, Yunus Emre<sup>2</sup>; Çiftçi, Rıza<sup>2</sup>; Gül, Hüseyin<sup>3</sup>; Yazı, Sadettin<sup>4</sup>**

<sup>1</sup> Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Tokat, Türkiye

<sup>2</sup> Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Tokat, Türkiye

<sup>3</sup> Tokat Halk Sağlığı Müdürlüğü, Türkiye

<sup>4</sup> Tokat İl Sağlık Müdürlüğü, Türkiye

#### **ÖZET**

**Giriş ve Amaç:** Türkiye'de Sağlık Bakanlığı'nca, sağlık çalışanlarına yönelik şiddet önleme yönelik başlatılan çalışmalar kapsamında acil durum yönetim aracı olan Beyaz Kod sistemi oluşturulmuştur. Bu çalışmada Tokat ilinde 2012-2014 tarihleri arasında sağlık çalışanları adına Beyaz Kod kaynaklı açılan davaların değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Tanımlayıcı tipteki bu araştırma için Tokat Sağlık Müdürlüğü Hukuk Bürosu'nun Mart 2012-Aralık 2014 tarihleri arasında takip ettiği Beyaz Kod kaynaklı 145 dava dosyası incelenmiştir. Sağlık personeli olmayan çalışanlara ait 11 dosya araştırma dışı bırakılmıştır. Sağlık personelleri için açılan 134 dosya, gerekli yasal izinler alındıktan sonra ve mahremiyete özen gösterilerek "mağdur, saldırgan ve olaya ait özellikler" açısından değerlendirilmiştir. Veriler sayı, yüzdeleri ve ortalama±standart sapmaları ile gösterilmiştir.

**Bulgular:** Dava dosyalarında; mağdurların %64.2(n=86)'si hekim, %26.1(n=35)'i ebe-hemşire, %6.7(n=9)'si acil tıp teknisyeni, %3(n=4)'ü laboratuvar teknikeri olup, %50.7(n=68)'si erkek, yaş ortalaması 31.3±6.9 yaş(19-63 yaş), %85.8(n=115)'i hastanede çalışmaktadır. Saldırganların %60.4(n=81)'ü hasta, %39.6(n=53)'si hasta yakını, %76.1(n=102)'i erkek, yaş ortalaması 39.1±12.8 yaş(15-80 yaş), %42.6(n=57)'si lise ve üzeri mezunu, %70.2(n=94)'si kentte yaşamakta, %35(n=47)'i hiçbir geliri olmadığını bildirmiştir. Saldırı anında %68.7(n=92)'sinin yalnız olduğu, %7.5(n=10)'inin alkolü olduğu saptanmıştır. Olaylar en sık acil servis(%41.8), poliklinik(%29.9) ve yataklı serviste(%15.7) gerçekleşmiş; olayların %94.8(n=127)'inde hakaret, %39.6(n=53)'sında tehdit, %12.7(n=17)'sinde fiziksel şiddet, %0.7(n=1)'sinde ise yaralanma olduğu saptanmıştır. Olay sebeplerinin %29.9(n=40)'unda yetersiz ya da yanlış tedavi iddiası, %23.1(n=31)'inde muayene sırasında kargaşa iddiası, %22.4(n=30)'ünde görevi kötüye kullanma iddiası, %6(n=8)'sında rapor talebinin reddedilmesi, %18.6(n=25)'sinde ise diğer sebepler olduğu tespit edilmiştir. Olayların %79.1(n=106)'inde dava açılmış, bu davaların %77.4(n=82)'ü sonuçlanmıştır. Sonuçlanan davaların %45.1(n=37)'inde para cezası, %24.4(n=20)'ünde kovuşturmayla yer olmadığı, %14.6(n=12)'sında hapis cezası[ortalama 485 gün(30-1825gün)], %12.2(n=10)'sinde beraat ve %3.7(n=3)'sinde cezaya yer olmadığı kararı verilmiştir. Verilen cezaların %34.7(n=17)'sinin ertelenmediği, hapis cezalarının ise %66.7(n=8) paraya çevrildiği saptanmıştır.

**Sonuç:** Sağlık personeli içinde en sık hekimler şiddete uğramakta ve şiddet vakalarının çoğunluğu acil serviste gerçekleşmektedir. Saldırganların çoğunluğu erkek, orta yaş grubunda, eğitim seviyesi ortaokul ve altında, olay esnasında yalnızlardır. Olayların tamamına yakınında hakaret, ya da kışık yarısında tehdit, onda birinde fiziksel şiddet söz konusudur. Olayların en sık nedenleri yetersiz ya da yanlış tedavi, muayene sırasında kargaşa ve görevi kötüye kullanma iddialarıdır. Olayların büyük çoğunluğunda dava açılmış, en sık para cezasıyla sonuçlanmıştır. Verilen cezaların üçte biri ertelenmiş, hapis cezalarının ise üçte ikisi paraya çevrilmiştir. Sağlık çalışanlarına yönelik her türlü şiddetin önlenmesi için gerekli tüm müdahale yöntemlerinin yapılması sağlanmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Beyaz kod, dava, sağlık çalışanı, şiddet

### **SAGLIK SEKTÖRÜNDE KALİTE YÖNETİMİ, SAGLIK YÖNETİCİLERİNİN KALİTE ANLAYIŞI (ANKARA İLİ ÖRNEĞİ)**

**Akar Yeşim<sup>1</sup>, Gülhan Yıldırım Beyazıt<sup>2</sup>, Acar Pınar<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara Türkiye

<sup>2</sup>Okan Üniversitesi İİBF Sağlık Yönetimi bölümü, İstanbul, Türkiye

#### **ÖZET**

**GİRİŞ VE AMAÇ:** Sağlık hizmetlerinde sunulan hizmet güvenilir olmalıdır, dolayısıyla verilen hizmetin etkinlik düzeyi oldukça önemlidir ve ülkenin gelişmişlik düzeyini yansıtmaktadır. Araştırmanın amacı; hastane yöneticilerinin Kalite Yönetimi konusundaki görüşlerini saptayabilmek, başarıya ulaşabilmek için yönetici bilinç düzeyinin önemini vurgulayabilmek, sağlık sektöründe kalite çalışmalarının uygulanabilirliği düzeyinde hastane yöneticilerinin olumlu ya da olumsuz etkilerini ortaya koyabilmek ve Kalite Yönetiminin uygulanmasında yöneticilerden kaynaklı engeller var mı tespit edebilmek ve önerilerde bulunabilmektir.

**GEREÇ VE YÖNTEM:** Hipotez test eden bu araştırmanın evrenini, Ankara ilinde bulunan, Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerde yöneticilik yapan Hastane Yöneticisi, Başhekim, Başhekim Yardımcısı, İdari ve Mali Hizmetler Müdürü ve Yardımcısı, Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü ve Yardımcısı, Hasta Hizmetleri ve Sağlık Otelciliği Müdürü ve Kalite Direktörleri oluşturur. Araştırmanın evreninde toplam 292 yönetici görev yapmaktadır. Örnekleme grubu olarak Ankara ilinde bulunan 10 tanesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 10 tanesi Hizmet Hastanesi olmak üzere toplam 20 Hastanenin üst düzey yöneticisine anket uygulanması planlanmıştır. Bu hastanelerde toplam 204 yönetici görev yapmaktadır. Örnek büyüklüğünü araştırmaya katılmayı kabul eden 182 yönetici oluşturmuştur. Bu şekilde evrende bulunan yöneticilerin %62,3'üne, örnekleme grubunda bulunan yöneticilerin ise % 89,2'sine anket uygulanmıştır. Veri toplama aracı, hastane yöneticilerine uygulanmak üzere hazırlanmış anket formudur, anket uygulaması Nisan-Ekim 2013 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.



	<p><b>BULGULAR:</b> Toplam 182 yöneticisi (116'sı erkek) anket uygulanmıştır. Yöneticilerin yaş ortalaması 42±6,61'dir. Ankete katılan yöneticilerimizin %41,8'i (76) Lisans mezunudur. Yöneticilerin kalite sistemlerinin uygulanmasına engel olarak gördükleri faktörlerden en çok tekrarlanan ilk üçü, "Fiziki koşulların uygunsuzluğu", "Bütçe yetersizliği" ve "Eğitim eksikliği" dir. Araştırma ile ilgili ilave yorumlarını yazmalarını istediğimiz soruda ise en çok tekrarlanan ilk üç cevap, "Kalite el kitabının herkes tarafından okunması gerekmektedir", "Kalite ile ilgili eğitimlere özellikle hekim boyutunda ağırlık verilmesi gerekir" ve " Sorumluluk tüm çalışanlara paylaştırılmalıdır" olmuştur. Araştırmada "Kalite sistemlerinin uygulanmasına yönelik algı ve tutumlar yöneticilerin unvanlarına, yaşlarına, cinsiyetlerine, eğitim durumlarına, çalışma sürelerine, kalite yönetimi eğitimi alıp almamalarına, Eğitim ve Araştırma Hastaneleri ile Hizmet Hastaneleri yöneticisi olmalarına göre değişiklikler gösterir" hipotezleri sorgulanmıştır. Yapılan analiz sonucunda unvan grupları arasında kalite prensiplerini algılama açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görüldü (p&lt;0,05). En düşük kalite yönetimi skoruna sahip unvanın İdari ve Mali Hizmetler Müdür ve Yardımcısı, en yüksek kalite yönetimi skoruna sahip unvan ise Kalite Direktörü olduğu görüldü. Ayrıca kalite yönetimi eğitimi alan-almayan gruplar arasında kalite yönetimi ilkelerinin algılanması bakımından, eğitim süresi arttıkça kalite yönetimi skorunun arttığı, istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu (p&lt;0,05), hiç kalite yönetimi eğitimi almayanların kalite yönetimi skoru 100,67±9,063 iken, 7 haftadan fazla kalite yönetimi eğitimi alanların kalite yönetimi skorunun 107,86±9,99 olduğu görüldü.</p> <p><b>SONUÇ:</b> Yöneticilerin %46,7'sinin (85) kalite yönetimi konusunda hiç eğitim almamıştır. Yöneticilerin %40,7'si (74) kalite sistemleri felsefeleri ve teknikleriyle ilgili şimdiki bilgi düzeylerini orta olarak değerlendirmektedirler. Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda kalite yönetimi hakkında eğitim almayan veya bu konudaki bilgi düzeylerini yeterli bulmayan veya göreve yeni başlayan hastane yöneticilerine yönelik eğitimler planlanmalı ve uygulanmalı, ayrıca yöneticilere, kalite yönetimi sürecine yönelik bilgilendirme toplantıları düzenlenmelidir.</p>
Salon II	<b>AİLE HEKİMLİĞİ VE BİRİNCİ BASAMAK HİZMETLERDE KALİTE VE AKREDİTASYON</b>
Oturma Başkanı	<p><b>Uzm. Ali ARSLANOĞLU,</b> Ulusalarası Kalite Uzmanı, Gölçük Asker Hastanesi, <b>TÜRKİYE</b></p>
Konuşmacılar	<p><b>SAGLIK KURUMLARINDA DEĞİŞİM MÜHENDİSLİĞİ UYGULAMALARI: KAZANIMLAR VE SORUN ALANLARI</b></p> <p>Hakan BEKCAN1, Fatih ORHAN2, Kadir AKSAY3, Yasin UZUNTARLA4, <b>Ali ARSLANOĞLU5</b></p> <p>1.GATA, Anadolu Üniversitesi Yönetim ve Organizasyon Bilim Dalı Doktora Öğrencisi, Ankara, Türkiye 2.GATA SAMYO Öğretim Görevlisi, Ankara, Türkiye 3.Yardımcı Doçent, Ordu Üniversitesi Öğretim Üyesi, Ordu, Türkiye 4.GATA Sağlık Hizmetleri Yönetimi Doktora Öğrencisi, Ankara, Türkiye 5. Gölçük Askeri Hastanesi, Haliç Üniversitesi İşletme Doktora Öğrencisi, İstanbul, Türkiye</p> <p><b>ÖZET</b></p> <p>Sağlık hizmetleri, uzmanlaşma seviyesinin çok yüksek olduğu, teknoloji ve emek yoğun olduğu kadar, yenilik ve değişim rüzgarının da çok fazla hissedildiği bütüncül hizmetler zinciri olarak adlandırılabilir. Sağlık sistemindeki bu değişim rüzgarına uyum sağlayabilecek ve rekabet edebilecek işletmeler kendilerini kurumsal olarak daha iyi şekilde konumlandırabilmektedir. Bu açıdan değişim mühendisliği uygulamaları sağlık kurumları açısından ayrı bir önem kazanmaktadır. Bu araştırmada, işletmelerin rekabet koşullarına uyabilmeleri ve müşterilerine daha iyi, daha kaliteli, daha çabuk ve daha ucuz hizmet sunabilmeleri için, işletme bünyesindeki tüm iş yapma usul ve süreçlerinin köklü bir şekilde gözden geçirilmesi ve yeniden yapılandırılması şeklinde açıklanabilecek "Değişim Mühendisliği" kavramı tüm yönleriyle ele alınmıştır. Özellikle son yıllarda, sağlık sistemi içerisinde, gerek kamu gerekse özel sektörün rekabet avantajı sağlamak için ortaya koydukları performansları düşünlüğünde, değişim mühendisliği uygulamalarının kurumsal bir itici güç olduğu görülmektedir. Bu bağlamda hazırlanan bu çalışmanın önemi, örgütlerin mikro, mezo ve makro çevresinde yaşanan değişim ve yenileşim rüzgarına nasıl uyum sağlayabilecekleri, nasıl ayakta kalabilecekleri ve değişimleri kurum kültürü haline getirebildiklerinde elde edebilecekleri kazanımlar ve bu süreçte yaşanabilecek sorun alanlarının tespitinin ortaya konulmasıdır. Ayrıca bu çalışmanın, sistemin tüm paydaşları açısından önemli olduğu ve sektörel farkındalığı artırabileceği değerlendirilmektedir.</p> <p><b>Anahtar Kelimeler:</b> Sağlık Hizmetleri, Değişim Mühendisliği, İnovasyon</p>
Konuşmacılar	<p><b>BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA YAŞAM DOYUMU, İŞ DOYUMU VE TÜKENMİŞLİK DURUMU</b></p> <p>Önder Yalçın<sup>1</sup>, Çıtlı Rıza<sup>1</sup>, Eğri Mücahit<sup>1</sup>, Emekdar Gizem<sup>1</sup>, Yaşayanca Özkan<sup>1</sup>, <b>Gül Hüseyin<sup>2</sup></b>, Acar Fatih<sup>2</sup>, Zülfiyoğulları Cihat<sup>2</sup></p> <p><sup>1</sup> Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Tokat, Türkiye <sup>2</sup> Tokat Halk Sağlığı Müdürlüğü, Türkiye</p> <p><b>ÖZET</b></p> <p><b>Amaç:</b> Bu çalışmada birinci basamak sağlık çalışanlarında yaşam doyumunu, iş doyumunu ve tükenmişlik durumu ile etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.</p> <p><b>Yöntem:</b> 2014 yılında Tokat Halk Sağlığı Müdürlüğüne bağlı 1.basamak sağlık kurumlarında çalışan hekim dışı sağlık personelinde (N:545) yürütülen kesitsel tipteki bu çalışmaya onam veren gönüllü 394 sağlık çalışanı (%72,3) katılmıştır. Katılımcılara tanımlayıcı ve mesleki özelliklerine yönelik soruları içeren anket formu ile genel yaşam doyumunu ölçmek için Yaşam Doyumu Ölçeği (YDÖ); işsel, dışsal ve genel iş doyumunu belirlemek için Minnesota İş Doyum Ölçeği (MİDÖ) ve tükenmişlik düzeyini ölçmek için duygusal tükenme, duyarsızlaşma, kişisel başarı alt boyutları olan Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ) yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulanmıştır. İstatistiksel analizde Kruskal Wallis, ANOVA, Mann-Whitney U ve Student-t-testleri kullanılmış, p&lt;0.05 anlamlılık düzeyi olarak kabul edilmiştir.</p> <p><b>Bulgular:</b> Katılımcıların %76.1'i kadın, yaş ortalaması 34.6±8.3 (19-58 yaş), %75.11 19-39 yaş, %24.9'u 40 yaş ve üzerinde, %78.9'u evli, öğrenim durumu %27.2'si sağlık meslek lisesi, %36.8'i ön lisans, %36'si lisans mezunu; %50.8'inin ekonomik durumu orta, %76.8'inin eşi çalışmakta, %48.7'si ebe, %24.4'ü hemşire, %14.7'si sağlık memuru, %12.2'si ise diğer sağlık personeli (çevre sağlığı teknisyeni ve acil tıp teknisyeni) idi. Katılımcıların %33.5'i Aile Sağlığı Merkezi'nde (ASM), %29.7'si Toplum Sağlığı Merkezi'nde (TSM), %18.8'i Halk Sağlığı Müdürlüğü'nde (HSM), %11.2'si entegre hastanede, %6.9'u ise sağlık evinde çalışmakta; %42.4'ü il merkezinde, %45.9'u ilçede, %11.7'si kasaba-köylerde görev yapmakta; çalıştıkları toplam hizmet süresi %27.5'i 5 yıl ve altında, %26'si 6-10 yıl, %25.7'si 11-20 yıl, %20.8'i 21 yıl ve üzerinde; %26.4'ü haftada 40 saatten fazla çalışmakta, %14.7'sinin kronik hastalığı vardır. Katılımcıların %48'i gezecek sağlık hizmetlerine katıldığını, %72.6'sı mesleğini kendi isteğiyle seçtiğini, %50.3'ü bir şans daha verilse aynı mesleği seçeceğini, %26.4'ü görev yerini değiştirmeyi düşündüğünü belirtmiştir. Katılımcılara göre çalıştıkları kurumda çalışan sağlığı ve güvenliği konusunda en öncelikli üç sorun sırasıyla; iş yükünün fazla olması (%70.3), çalıştığı yerin fiziki koşulları (%66.7) ve ücretlerin düşük olması (%59.7)'dir.</p> <p>Katılımcıların ölçeklerden aldıkları puan ortalamaları; YDÖ için 19.6±6.7; MİDÖ için 69.3±13.4 (işsel doyum: 3.6±0.6; dışsal doyum: 3.4±0.7; genel doyum: 3.5±0.6) ve MTÖ için ise duygusal tükenme boyutunda 13.4±6.8; duyarsızlaşma boyutunda 4.4±3.9; kişisel başarı boyutunda 11.0±6.2 olduğu saptanmıştır. Bekar olanlarda, görev yerini değiştirmeyi düşünenlerde, ekonomik durumu kötü olanlarda "yaşam doyumunu" anlamlı şekilde daha düşük; TSM'de çalışanlarda, eşi çalışanlarda, mesleğini kendi isteğiyle seçmeyenlerde, görev yerini değiştirmeyi düşünenlerde, ekonomik durumu kötü olanlarda "iş doyumunu" anlamlı şekilde daha düşük; tekrar seçme şansı olsa aynı mesleği seçmeyeceğini belirtenlerde ve ekonomik durumu kötü olanlarda ise "tükenmişlik düzeyi" anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur (p&lt;0.05).</p> <p><b>Sonuç:</b> Birinci basamak sağlık çalışanlarında memnuniyet düzeyinin istenilen seviyeye getirilebilmesi için, sağlık personelinde yaşam ve iş doyumunu ile tükenmişlik üzerine olumsuz etki gösteren faktörlerin önlenmesine çalışılmalıdır.</p> <p><b>Anahtar Kelimeler:</b> Sağlık çalışanları, birinci basamak, yaşam doyumunu, iş doyumunu, tükenmişlik</p>

**Ölçerler Gönen Zeynep<sup>1</sup>,Kebabçı Fatma<sup>2</sup>,Yıldız İlkay<sup>2</sup>, Başoğlu Hacer<sup>2</sup>, Yılmaz İsmail<sup>3</sup>,Köylüoğlu Gökhan<sup>4</sup>**

Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir, Kalite Yönetim Direktörü  
 Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir, Kalite Yönetim Birimi  
 Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir, Başhekim Yardımcısı  
 Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir, Hastane Yöneticisi

**ÖZET****GİRİŞ**

Mavi Kod, bir hastanın solunumsal veya kardiyak arrestisi durumunda, eldeki çok kısıtlı zamanı en iyi şekilde değerlendirerek, hastaya en hızlı ve verimli resusitasyonu sağlamaya yönelik çalışan iletişim sistemleridir. Başka bir ifadeyle temel yaşam desteği sürecinin güvence altına alınmasıdır. Mavi kod bildirimlerinin incelenmesi hem durum tespiti yapma hem de iyileştirme alanlarının belirlenmesinde büyük önem taşımaktadır.

**AMAÇ**

Çalışmanın amacı hastanemizde uygulanan Mavi Kod bildirimlerini incelemek ve uygulamayı etkileyen faktörleri belirlemek, mavi kod uygulamasının ölçülebilir bileşenlerinde iyileştirme çalışmaları yaparak hastalar için iyi bir sağlık hizmeti sunmaktır.

**YÖNTEM**

Bu çalışma Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi'nde Ocak 2014- Ocak 2015 tarihleri arasında aktif olarak uygulanmakta olan 85 adet Mavi Kod bildirim kayıtlarının retrospektif olarak incelenmesi ile gerçekleştirilmiştir. Mavi Kod bildirim formunda, olay yeri, çağrı-ulaşma zamanı, hastanın adı soyadı, olayı görüp müdahale eden ve bildirim yapan kişi, yaşam bulguları, ilk yardım, kullanılan ilaçlar ve miktarları ve olayın sonuçlanma durumu ifadeleri değerlendirilmiştir. Araştırmada toplanan veriler SPSS 16.0 (Statistical Programme for Social Sciences) programı kullanılarak oluşturulan veri tabanına kaydedilmiş, yüzde, ortalama frekans analizi yöntemleri ile değerlendirilmiştir.

**BULGULAR**

Mavi Kod bildirim yapılan bireylerin % 49'u kadın, % 51'i erkektir. Mavi kod bildirim yapıldıktan sonra olay yerine ulaşma süresi % 14'ünde 0-30 sn, % 47'sinde 31-60 sn, % 19'unda 61-90 sn, % 20'sinde 91-120 sn olarak tespit edilmiştir. Olay bildirim yeri % 59 klinik, % 38 yoğun bakım, % 2,4 acil servis, % 1,2 poliklinik olarak bildirilmiştir. Olayı % 69 doktor, % 31 hemşire görenek ilk yardım yapmıştır. Mavi kod çağrısını % 78 hemşire, % 22 doktor yapmıştır. Hastaların yaşam bulguları incelendiğinde, %67'sinde solunumun olmadığı % 58'inde kalp atışının olmadığı, % 89'unda bilinç kaybı olduğu tespit edilmiştir. İlk yardım aşamasında hastaların % 61'ine pozisyon verilerek, % 24'üne entübasyon yapılarak, % 11'ine airway takılarak % 4'üne aspirasyon yapılarak solunum yolunun açıldığı belirlenmiştir. İlk yardım yapılan hastaların % 61'ine kalp masajı yapılmıştır. Kullanılan ilaç ve malzemeler incelendiğinde ileri yaşam desteği uygulanan hastaların % 73'üne adrenalin 1 mg, % 9'una dornicüm 5 mg, % 5'ine atropin 0,5 mg uygulanmış, % 13'üne ilaç uygulaması yapılmamıştır. Kullanılan ilaç miktarları incelendiğinde her hastada ortalama 10 adet adrenalin 1 mg kullanıldığı tespit edilmiştir. Müdahale edilen hastaların % 60'ı yoğun bakım ünitesinde % 9'u klinikte izleme alınmıştır. Bildirimi yapılan hastaların % 31'i exitus olmuştur.

**SONUÇ**

Hastanemizde bildirim yapılan mavi kod uygulamaları incelendiğinde olay yerine ulaşma süresi standartlara uygun olarak değerlendirilmiştir. Mavi kod çantasında bulunan ilaçlardan adrenalin 1 mg'ın resusitasyon esnasında kullanım miktarları incelendiğinde ortalama 10 adet kullanıldığı belirlenmiştir. Mavi kod çantası dışında birimlerde bulunan acil müdahale setlerindeki adrenalin minimum stok seviyesinin 10 adet olarak belirlenmesinin uygun olacağı sonucuna varılmıştır. Böylece hastaya en hızlı ve verimli resusitasyonu sağlamak amacıyla, ek ilaç istemi için harcanacak zamandan tasarruf edilerek hasta güvenliğine katkıda bulunulmuştur.

**ANAHTAR KELİMELER**

Mavi Kod, Adrenalin, Hasta Güvenliği

**Yıldırım Bayezit Deldal(1), Hacer Canatan(2), Serap Yılmaz(3)**

Gelişim Üniversitesi Sağlık Kuruluşları Yöneticiliği Bölümü, İstanbul,  
 ERA Teknik Koleji ATT Bölümü, Okan Üniversitesi Sağlık MYO Acil Durum ve Afet Yönetimi Bölümü, İstanbul,  
 Özel Memorial Hizmet Hastanesi, Ayaktan Tanı ve Tedavi Bölümü Sorumlusu İstanbul,

**ÖZET**

**AMAÇ:** Bu çalışma Aile Sağlığı Merkezlerinin yapısal değişikliği ile hastalara sunduğu Hizmetlerin incelenmesi amaçlanmıştır.

**YÖNTEM:** Bu çalışma İstanbul-Bahçelievler ASM'lerinde çalışan doktorların verdiği bilgiler ve Literatürü ile sınırlıdır.

**BULGULAR:** Türkiye genelinde 13.11.2010 itibariyle 81 ilde Aile Hekimliği uygulamasına geçilmiştir. Yeni sisteme her aileye bir aile hekimi ve hemşire belirlenerek yapı düzene sokulmuştur. Sistemin oturtulması için yapılan çalışmalar; Doktorların iş yükünü hafifletmek, hastalara daha iyi ve kaliteli hizmet sunmak ve kolay ulaşılabilirlik hedeflenmiştir. Bu doğrultuda ASM'lerinde çalışmalar yapılmış ve yapısal olarak değişikliğe gidilmesi planlanmıştır. Bu bağlamda ASM'lerinde özelleştirmeler başlamıştır.

Yapısal Değişikliklerle beraber ASM'ler hizmet sınıflarına ayrılmıştır (A-B-C-D-E) Bundan böyle Devlet;

. ASM'den kısmen elini çekmiştir.

. ASM'ler randevu sistemine geçmiştir.

. ASM her bölgede hafta sonları nöbet sistemi getirilmiştir.

. Her türlü kira, sarf malzeme, İy yapı giderleri, stopaj, muhasebe, program giderleri ile görevli personel maaş ve sigorta giderleri (Hemşire hariç) ASM'lerinde görev yapan doktorlar tarafından karşılanacaktır.

. Her doktorun sabit bir maaşı ve devletin sınıflarına göre verdiği yardım ücreti bulunmaktadır. Bu ücret sınıflara ve hasta yoğunluğuna göre değişmektedir.

Aile Sağlığı Merkezlerinde verilen başlıca hizmetler: Basit yaralanmalarda ilk müdahale, pansuman, enjeksiyon, çeşitli testler, sağlık raporu, gebe izleme, yeni doğan aşı hizmetleri ve kontrol, doktor muayene hizmetleri ücretsiz olarak sağlanmaktadır. ( Yeni doğan aşısı ve gebe izlemede kontrol kaçması yaşanırsa doktorlara 600 tl ile hemşirelere 300 tl cezai işlem yapılabilmektedir)

**SONUÇ:** Sonuç olarak, Hasta açısından bakıldığında yeni yapıya ve sisteme geçen ASM'ler hasta odaklı kaliteli bir yapıya kavuşmuştur. Doktor ve çalışan açısından bakılırsa çalışma yoğunluğu azalmış bunun yanında ücretler iyileştirilmiş, cezai yaptırımlar getirilmiş, yapısal giderlerin tamamı doktorların üstüne devredilmiş olup hasta sayısına göre bu giderler devlet tarafından desteklenmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** ASM, Hasta, Doktor, Özelleştirme

KONUŞMACILAR	<p><b>TEKİRDAĞ İLİ KAMU HASTANELERİNDEKİ SAĞLIK ÇALIŞANLARININ İŞ DOYUM DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ</b></p> <p>YILDIRIM Zeynem, <b>YOLCU Nazan</b>, YİĞİT Yunus, DÖNMEZ M, TOPÇU Birol Tekirdağ İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği</p> <p><b>ÖZET:</b></p> <p><b>Amaç:</b> Bu araştırmada, Tekirdağ İli Kamu Hastanelerinde görevli sağlık çalışanlarının iş doyum düzeyleri ve iş doyumuna etki eden faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.</p> <p><b>Materyal-Metod:</b> Bu araştırma Şubat-Nisan 2014 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evrenini: güncel ÇKYS (Çekirdek Kaynak Yönetim Sistemi) verilerine göre belirlenmiş Tekirdağ İli Kamu Hastanelerindeki tüm sağlık personeli oluşturmuştur. Örneklem sayısı her hastane için (9 adet Devlet Hastanesi ve 3 adet Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi) "Tabakalı Rastgele Örneklem Yöntem" ile belirlenmiştir. Örneklemi çalışmayı kabul eden 1074 sağlık personeli oluşturmuştur. Demografik bilgiler formu (8 soru) ve Minnesota İş Doyum Ölçeği (20 soru) kullanılmıştır. Elde edilen veriler bilgisayar ortamında PASW® Statistics 18 for Windows istatistik paket programı ile değerlendirilmiştir. İstatistiksel olarak <math>p &lt; 0,05</math> değeri anlamlı olarak kabul edilmiştir.</p> <p><b>Bulgular:</b> İş doyumunu demografik veriler doğrultusunda değerlendirildiğinde; içsel, dışsal ve genel doyum düzeylerinde farklılıklar tespit edilmiş olup, ortalamann üstündedir.</p> <p><b>Sonuç:</b> İş doyumunu arttırmak için; ücretin artırılması, iş yükünün ve fazla çalışma mesailerinin azaltılması, özellikle ebe ve hemşirelerde mesleki bağımsızlığın ve karar verme olanaklarının artırılması önerilmektedir.</p> <p><b>Anahtar Kelimeler:</b> İş Doyumu, Sağlık Personeli, Hastane</p>
<b>Kapanış Oturumu</b>	<b>KAPANIŞ KONUŞMALARI</b>
KONUŞMACILAR	<p><b><u>Prof. Dr. Seval AKGÜN, Kongre Başkanı,</u></b> Başkent Üniversitesi Hastaneleri ve Bağlı Sağlık ve Eğitim Kuruluşları Kalite Koordinatörü, Misafir Profesör St. John International Üniversitesi, <b>İtalya</b> Sağlık Akademisyenleri Demeği Başkanı, <b>TÜRKİYE</b></p> <p><b><u>Prof. Dr. Al-ASSAF, Kongre Eş- Başkanı,</u></b> Amerika Sağlıkta Kalite Enstitüsü Başkanı – <b>ABD</b></p>

# POSTER ÖZETLERİ

## MERZIFON KARA MUSTAFA PAŞA DEVLET HASTANESİ EL HİJYENİ UYUMU ÇALIŞMASI

İşıl Deniz Alırcı<sup>1</sup>, Züleyha Ünlü<sup>2</sup>, Sema KAYA<sup>3</sup>, F.Rüya Akbulut<sup>4</sup>, Emrah Hızırbaş<sup>5</sup>

1.Enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji uzmanı, 2.Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi, 3.Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü, 4.Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi 5.Kalite birim sorumlusu ( Tıbbi Sekreter ) – Amasya -Türkiye

### ÖZET

**AMAÇ:** El hijyeni hastane kaynaklı enfeksiyonların kontrolünde en etkili, en basit yöntemdir. Bilindiği gibi bu enfeksiyonların %40-50'den fazlası el hijyeni ile önlenir. Bu çalışmanın amacı; Merzifon Kara Mustafa Paşa Devlet Hastanesinde, el hijyeni uyumunu olumsuz yönde etkileyen nedenleri tespit etmek ve bu tespit edilen olumsuz nedenleri ortadan kaldırmak için el hijyeni uyumuna yönelik çalışmalar planlamak ve uygulamaktır.

**GEREÇ-YÖNTEM:** 2011 yılı 1.dönem Kara Mustafa Paşa Devlet Hastanesi her biri acil servis, dahili klinikler, cerrahi klinikler ve yoğun bakım servislerinde görev yapan 15' er sağlık personeline diyaliz servisinde görevli 8 sağlık personeline önceden haber verilerek el hijyeni denetimi yapıldı. Veriler çalışma formuna işlenerek, birim ve unvan bazında analiz yapıldı. Veri sonuçları birim bazında; diyaliz servisinde %67.5; cerrahi kliniklerde %21.1, dahili kliniklerde %17.5, yoğun bakımda %16.9, acil serviste %2.7 ve unvan bazında, hemşirelerde %23, doktorlarda %19.7, diğer sağlık bakım personeline %19.2 ve sağlık memurlarında %14.3, olarak raporlandı. Uyum olumsuz etkileyen nedenleri tespit etmek ve uyumu arttırmaya yönelik çalışmaları planlamak amacı ile denetlemeden hemen sonra anket uygulandı.

**BULGULAR:** Anket sonuçları çalışma formuna işlendi ve analiz edildi. El hijyenine uyumsuzluğun nedenleri arasında en yüksek oran olarak %52 ile el hijyeni için kullanılan mevcut ürünlerin cilt irritasyonuna sebep olması gösterildi. Diğer nedenler: %24 ile el hijyeni için gerekli malzemeye ulaşmanın zorluğu, %9 alışkanlığın olmayışı, %1 el hijyeni öneminin farkında olmama, %0,03 kişisel olarak tercih etmeme olarak analiz edildi. Analiz sonuçları değerlendirildikten sonra kullanımda olan mevcut el hijyeni ürünleri gözden geçirildi. Alkol bazlı el antiseptiklerinin dermatolojik açıdan bağımsız laboratuvar çalışmaları tekrar incelendi ve değerlendirildi. Kullanılmakta olan deterjan içerikli sabun kalitesini yükseltmek amacı ile irritasyon çalışmaları dermatolojik testleri yapılmış medikal sabun alındı ve personelin kullanıma sunuldu.

**SONUÇ:** Nonallerjik sabunun kullanımından ve yapılan eğitimlerden iki ay sonra denetim tekrarlandı. Birim bazında el hijyeni uyumu cerrahi kliniklerde %21.1'den %50'ye, dahili kliniklerde %17.5'ten %45.9'a, yoğun bakımda %16.9'dan %43.8'e, acil serviste %2.7'den %16.5'e yükseldi. Diyaliz servisinde oran aynı kaldı. Unvan bazında en yüksek uyum %55 ile sağlık memuru grubunda izlendi. El hijyeni uyumu doktorlarda %19.7'den %23'e, hemşirelerde %23'ten %50,7'ye, diğer sağlık bakım personeline %19.2'den %22.5'e yükseldi. Sonuç olarak el hijyenine uyumu arttırmak amacıyla yapılan anketlerin mevcut sorunları tespit ettiği ve ihtiyaç duyulan değişikliklerin yapılmasına öncülük ettiği görüldü. Eğitimle desteklenen bu değişikliklerin yapılmasının personel motivasyonunu da olumlu yönde etkilediği görüldü.

## HASTANE ENFEKSİYONLARININ HASTALARIN BAKIM-TEDAVİ MALİYETLERİNE ETKİSİ

**AKKAN Gülden** / Avrupa Şafak Hastanesi/ İstanbul / Türkiye  
**DUZGÜN Jale** / Avrupa Şafak Hastanesi/ İstanbul / Türkiye

### Özet

**Giriş :** Sağlık kuruluşlarında konuyucu –önleyici uygulamalar maliyet açısından daha düşük olmakla birlikte daha fazla kişinin kaynaklardan istifade etmesini de sağlamaktır. Oysa çoğunlukla kaynaklar, hastane enfeksiyonların da olduğu gibi konuyucu uygulamalardan ziyade kişisel bakım- tedavilere harcanmaktadır.

**Amaç:** Hastane enfeksiyon tanısı konan hastaların bakım ve tedavi maliyetleri ile aynı tanıda ve yatış süresine sahip hastaların maliyet açısından karşılaştırılarak, hastane enfeksiyonlarının hasta bakım –tedavi maliyetlerine etkisini belirlemektir.

**Yöntem:** Çalışmamızda farklı nitelikte iki hasta grubu seçilerek, iki grup arası bakım- tedavi maliyetleri karşılaştırılmıştır.

**Bulgular:** Kıyaslama yapılan hasta gruplarında enfeksiyon tanısı konulan tüm hastaların bakım- tedavi maliyeti diğer hastalardan yüksektir. Bu hastaların bakım-tedavi maliyetleri diğer gruptaki hastaların bakım-tedavi maliyetlerinin 1,30 katı ( en düşük ) ile 5,78 katı ( en yüksek ) arasında değişmektedir.

**Sonuç:** Yapmış olduğumuz araştırma neticesinde enfeksiyon tanısı konulan hastaların bakım- tedavi masraflarının tanı konulmayan hastalara kıyasla yüksek olduğu görülmüştür. Bu sebeple enfeksiyon alanında konuyucu - önleyici faaliyetlerin artırılmasının kaynakların etkin kullanılması açısından önemli olduğu saptanmıştır. Böylelikle düşük maliyetle, daha fazla kişinin konuyucu uygulamalardan istifade etmesi sağlanabilecektir.

**Anahtar Kelimeler:** Hastane enfeksiyonları, enfeksiyon maliyetleri.

## BİR ASKER HASTANESİNDE HEMŞİRELERİN NÖBET TİPİ VE SOSYODEMOGRAFIK VERİLERİNİN KOPENHAG TÜKENMİŞLİK ÖLÇEĞİ SONUÇLARINA ETKİSİ

**AYAS Özlem**, SALMAN Necati, ÇEVİK Erdem, TEZEL Onur, TUTLU Sema  
Etimesgut Asker Hastanesi /Ankara / Türkiye

### ÖZET

**AMAÇ:** Bu çalışmada T.S.K. Etimesgut Asker Hastanesinde çalışan askeri hemşirelerin tükenmişlik düzeylerinin ölçümü ve nöbet çeşitleri (acil servis/yatan hasta kliniği), meslek yıllarının ve medeni durumlarının tükenmişlik düzeyleri üzerine etkisinin Kopenhag tükenmişlik ölçeği ile değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**YÖNTEM:** Tanımlayıcı ve kesitsel tipte olan araştırmanın evrenini Etimesgut Asker Hastanesi'nde çalışan hemşireler oluşturmaktadır (n=101). Toplam 19 sorudan oluşan Kopenhag tükenmişlik ölçeği ve sosyodemografik verileri içeren anket, yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulanarak veriler toplanmıştır. Veriler SPSS 15.0 programında analiz edilmiştir.

**BULGULAR:** Çalışmamızda 101 hemşireden 72 tanesine ulaşılabilmektedir. Çalışmaya katılan hemşirelerin ortalama yaşı 38,3 yıl (24-48), ortalama çalışma süresi 18,7 yıl (3-32) ve %83,3'ü (n:60) evliydi. Çalışmamıza katılan hemşirelerin %38,9'u (n:28) klinikte, %36,1'i (n:26) acilde nöbet tutmakta ve %25'i (n:18) nöbet tutmamaktadır. Hemşirelerin nöbet çeşitlerine göre Kopenhag tükenmişlik ölçeği alt parametrelerine göre karşılaştırıldıklarında medeni hal ve nöbet yerine göre anlamlı farklilik tespit edilmezken yaş ve görev sürelerine göre istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur.

**SONUÇ:** Katılımcıların Kopenhag Tükenmişlik Ölçeği sonuçları değerlendirildiğinde nöbet tipi ve medeni halin tükenmişlik durumuna etkisi olmadığı, yaş ve görev süresinin etkisinin olduğu sonucuna varılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Kopenhag Tükenmişlik Ölçeği, hemşirelerde tükenmişlik düzeyi, Acil Servis.

**AKKAŞ Berna**, SALMAN Necati, ÇEVİK Erdem, TEZEL Onur, TUTLU Sema  
Etimesgut Asker Hastanesi /Ankara / TÜRKİYE

## ÖZET

**AMAÇ:** Bu çalışma T.S.K. Etimesgut Asker Hastanesi'nde çalışan askeri hemşirelerin nöbet tuttukları yerlerin, meslek yıllarının ve aile yaşamlarının tükenmişlik düzeyleri üzerine etkisinin Maslach tükenmişlik ölçeği ile değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

**YÖNTEM:** Tanımlayıcı ve kesitsel tipte olan araştırmanın evrenini Etimesgut Asker Hastanesi'nde çalışan 101 hemşire oluşturmaktadır. Bu hemşirelere, toplam 22 sorudan oluşan Maslach tükenmişlik ölçeği ve sosyodemografik verileri içeren anket, yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulanarak veriler toplanmıştır. Veriler SPSS 15.0 programı ile analiz edilmiştir.

**BULGULAR:** Çalışmamızda 101 hemşireden 72 tanesine ulaşılabilmizdir. Çalışmaya katılan hemşirelerin ortalama yaşı 38,3 yıl (24-48), ortalama çalışma süresi 18,7 yıl (3-32) ve %83,3'ü (n:60) evliydi. Çalışmamıza katılan hemşirelerin %38,9'u (n:28) klinikte, %36,1'i (n:26) acilde nöbet tutmakta ve %25'i (n:18) nöbet tutmamaktadır. Hemşirelerin nöbet tuttukları yere göre Maslach tükenmişlik ölçeği alt parametrelerine göre karşılaştırıldıklarında nöbet yerine göre tükenmişlik açısından anlamlı bir farklılık tespit edilemezken yaş ve görev süreleri farklı bulunmuştur (Tablo 1). Medeni hale göre değerlendirildiğinde ise sadece duyarsızlaşma puanı evlilerde bekarlara göre daha yüksek (11,7 / 8,2) bulundu ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı (p=0,016).

## SONUÇ- ÖNERİLER:

Hemşireler üzerinde yapılan tükenmişlik anketinde nöbet tutulan yer veya nöbet tutmama ve görev süresi ile tükenmişlik alt parametreleri olan duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve azalan kişisel başarı duygusu açısından fark bulunmamakta olup bu faktörlerin tükenmişliği etkilemediği sonucuna varılmıştır. Beraberinde medeni durumun ölçeğin duyarsızlaşma altölçeği üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi bulunmamaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Maslach Tükenmişlik Ölçeği, hemşirelerde tükenmişlik düzeyi, Acil Servis.

## Sağlık Bakımında Kalite ve Halka İlişkilerin Etkinliği

<sup>1</sup>Arzu ALTINOK, <sup>1</sup>Mine Demet GÜNGÖR

<sup>1</sup>İstanbul Bilim Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu

## Özet:

Günümüzde kurum ve kuruluşların varlıklarını sürdürmeleri ve amaçlarını gerçekleştirebilmelerinin yolu kurum içi ve dışında etkili bir iletişim politikası izlemelerine bağlıdır. Kurum ile hedef kitle arasında sağlıklı iletişim kurulmasının temel yollarından biri de en önemlisi de şüphesiz halka ilişkililerdir. Sağlık personeli ile hastalar arasındaki ilişkiyi güçlendiren halka ilişkiler sağlık hizmetlerinde önemli olmaktadır. Güçlü iletişimle, sağlık hizmetlerinin etkinliği ve kalitesi artacak, sağlık çalışanlarının mesleki uygulamalarından doğan birtakım hatalarının önlenmesi mümkün olacaktır. Bu bağlamda, halka ilişkiler biriminin ve yönetimin uyumlu çalışmaları gerekmektedir. Bu çalışmanın amacı, etkin bir iletişim kurularak tedavisi hakkında bilgilendirilen hasta ve hasta yakınlarının, tedavi sürecine katılımı, tedaviden beklenen çıktıların elde edilmesinde önemli katkı sağlayacaktır. Böylece kaliteli çıktı elde edilecektir. Tüm bu özellikler etkin iletişimi sağlamakla görevli halka ilişkilerin sağlık sektörü için ne derece önemli olduğunu göstermektedir.

**Anahtar kelimeler:** Sağlık Hizmetleri, Kalite, Halka İlişkiler, İletişim

## Kaynaklar

- (1) Ayhan, B., Canöz, K. (2006), Hastaların Hastane Tercihinde Etkili Olan Halka İlişkiler Faaliyetleri, II. Ulusal Halka İlişkiler Sempozyumu, 27-28 Nisan; 71-90
- (2) Akdur, P. D. (2006). Sağlık Sektörü Temel Kavramlar Türkiye ve Avrupa Birliğinde Durum ve Türkiye'nin Uyumu. Ankara: Ankara Üniversitesi.
- (3) Tengilimoğlu, D., Işık, O., & Akbolat, M. (2009). Sağlık İşletmeleri Yönetimi. İstanbul: Nobel Yayınları.
- (4) Yüksel, F., Sadaklıoğlu, H. (2007). "Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Yerel Yönetimler", Uluslararası Sağlık ve Hastane Yönetimi Kongresi, 01-03 Haziran 2007 Yakın Doğu Üniversitesi Lefkoşa Kıbrıs.
- (5) Akgün, H.S., Öztürk, A. (2002). "Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Hasta Tatmini", Modern Hastane Yönetimi. Cilt 6 Sayı:2.
- (6) Kılıç M, Tunç Ş. İnsan kaynakları planlaması açısından Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgelerinde çalışan hekimlerin sorunları ve memnuniyet durumlarının değerlendirilmesi, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi 2004; 7(1): 39-64.
- (7) Yılmaz Taptık, Özgül Keles, Kalite Savaşı, Kalder Yayınları, İstanbul, 1998, s.176.
- (8) Koçel T., İşletme Yöneticiliği, Arıkan Basım, 11.Bası, İstanbul, 2007, s.289.
- (9) Aktan H.T., Toraman A.R., T.S.K. Sağlık Sistemlerinde Toplam Kalite Yönetimi Uygulamaları, GATA II. Baştabip Oryantasyon Kurs Kitabı, 17-21 Kasım 2003, Ankara.
- (10) Şahin, B., Yılmaz, F. (2007). "Sağlık Hizmetleri Kalitesinin Bir Göstergesi Olarak Hasta Tatmini: Bir Eğitim Hastanesinde Yatan Hastaların Tatmin Düzeylerini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi", MPM Verimlilik Dergisi.
- (11) Pala T, Saatlı G, Eser E. Hastanede yatan hastaların hastane hizmetleri ve hastane çalışanlarından memnuniyeti ve bunu oluşturan bileşenler. 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiriler Kitabı, Diyarbakır; 2003:538-541.
- (12) Aslan Ş, Özata M (2005), "Pbliklinik Hastaların Müşteri Memnuniyetini Belirlemeye Yönelik Ampirik Bir Çalışma", 2. Ulusal Sağlık ve Hastane Yönetimi Kongresi Bildiriler Kitabı, Ankara, sayfa 554-565.
- (13) Ecer, Ferhat vd., (2009), "Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetiminin Uygulanabilirliği Üzerine Bir Araştırma", [http://www.sabem.saglik.gov.tr/Akademik\\_Metinler](http://www.sabem.saglik.gov.tr/Akademik_Metinler), (05.02.2009)
- (14) Kathy Fitzpatrick, Candace Gauthier, "Toward a professional Responsibility Theory of public Relations Ethics", Journal of Mass Media Ethics 16, 2001, s.195.
- (15) Peltekoğlu, B.F., Halka İlişkiler Nedir?, Beta Yayıncılık, İstanbul, 1998, s.2.
- (16) Tengilimoğlu, D., (2001). Sağlık Kuruluşlarında Halka İlişkiler. Ankara: Gazi Kitabevi., s.5.
- (17) ŞAHİN, Ümit ve ODACIOĞLU, Yaşar (1998), "Hastane İşletmeciliğinde Örgütsel Performansı Artırıcı Bir Uygulama Olarak Halka İlişkilerin Önemi", <http://www.merih.net>.
- (18) Ahmet Yatkin, Halka İlişkiler ve İletişim, Ankara, Nobel Basımevi, 1. Baskı, 2003, s. 57.

## BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK KURUMLARINDA ÇALIŞAN HEKİMLERDE YAŞAM DOYUMU, İŞ DOYUMU VE TÜKENMİŞLİK DURUMU

Çıtıl, Rıza<sup>1</sup>; Önder, Yalçın<sup>1</sup>; Eğri, Mücahit<sup>1</sup>; Bulut, Yunus Emre<sup>1</sup>; **Gül, Hüseyin<sup>2</sup>**; Yalın, Alper<sup>2</sup>; Zülfiuoğulları, Cihat<sup>2</sup>

(1) Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, (2) Tokat Halk Sağlığı Müdürlüğü, Türkiye

## ÖZET

**Giriş ve Amaç:** Bireylerin hem yaşamları hem de yaptıkları işe bağlı doyumları ile tükenmişlik düzeyleri arasında ilişki olduğu bildirilmekte olup, sağlık hizmetlerinin etkili şekilde yürütülmesinde özellikle hekimler açısından bu durumun tespiti oldukça önemlidir. Bu çalışmada birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan hekimlerde yaşam doyumunu, iş doyumunu ve tükenmişlik durumu ile etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Eylül-Kasım 2014 tarihleri arasında Tokat Halk Sağlığı Müdürlüğü'ne bağlı 1.basamak sağlık kurumlarında çalışan hekimlerde (N216) yürütülen kesitsel tipteki bu çalışmada onam veren gönüllü 153 hekim (%70.1) katılmıştır. Katılımcılara tanımlayıcı ve mesleki özelliklerine yönelik soruları içeren anket formu ile Yaşam Doyumu Ölçeği (YDÖ), Minnesota İş Doyum Ölçeği (MİDÖ) ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTO) yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulanmıştır.

YDÖ algılanan genel yaşam doyumunu ölçen, beş sorudan oluşan yedili likert tipi (1:hiç uygun değil-7:çok uygun) ölçek olup alınan puanların artması algılanan genel yaşam doyumunun arttığını göstermektedir. MİDÖ içsel, dışsal ve genel iş doyumunu düzeyini belirleyen, 20 sorudan oluşan beşli likert tipi (1:Hiç memnun değilim-5:çok memnunun) ölçek olup yüzdellik değer olarak; %25 ve altı düşük, %26-74 arası orta, %75 ve üzeri yüksek iş doyumunu ifade etmektedir. MTO duygusal tükenme, duyarsızlaşma, kişisel başarı alt boyutları olan, 22 sorudan oluşan beşli likert tipi (1:Kesinlikle katılmıyorum- 5:kesinlikle katılıyorum) ölçek olup alt boyutlarından alınan puanlar arttıkça tükenmişlik düzeyi de yükselmektedir. Verilerin analizinde Kruskal Wallis, ANOVA, Mann-Whitney U ve Student-t testleri kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi p<0.05 olarak alınmıştır.

**Bulgular:** Katılımcıların %68'i erkek, yaş ortalaması 38.5±8.8(25-64 yaş); %61.4'ü 25-39 yaş, %38.6'sı 40 yaş ve üzerinde; %79.1'i evli, %71.8'inin ekonomik durumu iyi, %75.2'sinin eşi çalışmakta, %90.2'si pratisyen hekim; %78.4'ü aile sağlığı merkezinde, %11.8'i toplum sağlığı merkezinde, %52'si entegre hastanede, %4.6'sı halk sağlığı müdürlüğünde çalışmakta; %26.8'i il merkezinde, %65.4'ü ilçede, %7.8'i kasabada görev yapmakta; hekim olarak çalıştıkları toplam süre %19'u 5 yıl ve altında, %24.2'si 6-10 yıl, %36.6'sı 11-20 yıl, %20.3'ü 21 ve üzerinde; %82.4'ü gündüz, %17.6'sı nöbet usulü çalışmakta; %58.8'i haftada 40 saatten fazla çalışmakta, %24.2'sinin kronik hastalığı vardır.



Katılımcıların %61.4'ü gezece sağlık hizmetlerine katıldığını, %83'ü mesleğini kendi isteğiyle seçtiğini, %57.5'i bir şans daha verilse aynı mesleği seçeceğini, %43.8'i son bir yılda hasta/hasta yakınları tarafından sözlü/fiziki bir şiddete maruz kaldığını, %32'si görev yerini değiştirmeyi düşündüğünü, %30.7'si son bir yılda gerçekten istifayı düşündüğünü belirtmiştir. Katılımcılara göre çalıştıkları kurumda çalışan sağlığı ve güvenliği konusunda hekimler açısından en öncelikli üç sorun sırasıyla; iş yükünün fazla olması(%79.8), çalıştığı yerin fiziki koşulları(%68.4) ve ücretlerin düşük olması(%59.3)'dir.

Katılımcıların ölçeklerden aldıkları puan ortalamalarına bakıldığında; YDÖ için 20.0±6.3; MIDÖ için 69.3±13.4 (içsel doyum:3.6±0.7; dışsal doyum:3.3±0.7; genel doyum:3.5±0.7) ve MTÖ için orta düzeyde duygusal tükenme(15.2±6.3); düşük düzeyde duyarsızlaşma(4.4±3.5); düşük düzeyde kişisel başarıda azalma(9.0±5.4) olduğu saptanmıştır. Seçme şansı olsa aynı mesleği tekrar seçmeyi düşünmeyenlerde, son bir yılda şiddete maruz kalanlarda ve istifayı düşünenlerde yaşam doyum ve iş doyum anlamlı şekilde daha düşük iken tükenmişlik düzeyi anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur(p<0.05).

**Sonuç:** Temel sağlık hizmetleri sunumunda önemli yeri olan birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan hekimlerde yaşam ve iş doyum düzeylerinin istenilen düzeyde olmadığı, tükenmişlik açısından ise risk altında oldukları saptanmış olup hekimlerin yaşam ve iş doyumlarının artırılarak tükenmişlik yaşmalarının önlenmesine yönelik faaliyetlere ağırlık verilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Hekim, birinci basamak, yaşam doyum, iş doyum, tükenmişlik

## ADMS LERDE ACIL UYGULAMALAR VE GEREKLİLİĞİ "BOLU ADMS UYGULAMALARI"

1.KUZHAN Ayşel,2. YORGUN Songül,3.DEMİREL Oğuzhan,4.KESKİN Özlem,5.BAŞARAN Muhammet,6.LAÇİN Taner  
Bolu Ağz ve Diş Sağlığı Merkezi, Bolu, **Türkiye**

### ÖZET

Acil sağlık hizmetleri dünyadaki hızlı gelişimine paralel olarak son on beş yılda ülkemizde de büyük aşama kaydetmiştir. Modern tıptaki hızlı gelişim, teknolojik tıbbi cihaz olanaklarındaki artış ile birlikte, gelişen ve büyüyen toplumun acil sağlık ihtiyaçlarındaki beklentilerinin büyüklüğü, bu hizmetlerde sürekli bir iyileştirme ve geliştirme ihtiyacı doğurmaktadır. Ağz ve Diş Sağlığı Merkezi (ADSM) ayaktan hasta hizmeti vermekle birlikte diş şikayetleri ile devlet hastanelerine başvuran hastaların sayıları da azımsanmayacak orandadır. Özellikle 2012 yılından itibaren ADSM lerde 24 saat nöbet hizmetinin Verimlilik ve Kalite Yönetim Daire Başkanlığı tarafından zorunluluk haline getirilmesi özünde gerek hasta tedavisi gerekse devlet hastanelerinin acillerinin gereksiz meşgullüğünün önlenmesi açısından önemli olmuştur. Bu hizmet aynı zamanda Kritik verimlilik göstergesidir. Nöbet hizmetlerinin etkinliği TKHK Verimlilik Karnesi Gösterge Kartlarında RV.0.04'te I-AD-01 Nöbet Hizmetleri bölümünde yer almaktadır. Değerlendirme dönemi içerisinde sağlık tesisinin; Aktif hekim sayısı 20 ve daha fazla ise tam zamanlı nöbet, az ise 24:00 a kadar nöbet tutulması gerekmektedir.

Bu çalışma Bolu İzzet Baysal Ağz ve Diş Sağlığı Merkezi nöbet uygulamaları ve kapsamını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

En çok daimi diş çekimi (375) işlemi, süt diş çekimi (302) işlemi olmakla birlikte 18 üstü yaş daimi diş konservatif tedavi toplamda 9'dur. 2014 yılında aylık ortalama müdahale sayısı 56'dır. En az müdahale Nisan ve Aralık aylarında (n:44), en çok müdahaleli işlem sayısı Ekim (n:74), Mayıs ve Haziran aylarında (n: 67) olmuştur. Ortalama aylık acile başvuran hasta sayısı 220'dir.

ADSM lerde acil hizmeti verilmesi hastaların direk hizmet alması açısından önemli olmakla birlikte devlet hastanesi acillerinin gereksiz meşgullüğünü engellemesi açısından önemlidir. Buradaki önemli nokta acil hizmeti varlığının halka duyurulması ve bu konudaki bilgilendirmelerdir.

## ANKARA ATATURK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİNDE ÇALIŞAN MEMNUNİYETİ ÖLÇÜM VE İYİLEŞTİRME ÇALIŞMALARI

ÖZTAŞ Dilek, FIRAT Hicran, YILDIZBAŞI Esra, BOZCUK GÜZELDEMİR Gamze, YÜKSEL Selcen, MOLLAHALİLOĞLU Salih, **ÖZTÜRK Levent**, AKÇAY Murat.  
Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi/**Türkiye**

### ÖZET

**Giriş:** Müşteri memnuniyeti kavramının sağlık ortamına uyarlanması sonucunda ortaya çıkan sağlık alanında memnuniyet kavramı, sağlık hizmetleri üretimi sürecine katılan tüm birey ve kurumlar için değerlendirilmektedir. Sağlık kurumlarındaki bu geniş hedef kitle iki ana grupta incelenebilir. Bunlardan biri iç müşteri olarak adlandırılan sağlık kurumlarında çalışan ya da sağlık kurumlarıyla organik bağı bulunan kişi ya da gruplardır diğeri ise hastalardır. Bu bağlamda sağlık kurumlarıyla ilgili memnuniyeti inceleyen hizmet ağlarının birbirine bağlı zincirler şeklinde ilerlemekte olduğu bir gerçektir. Bu zincirlerden birinin işlevini yitirmesi ya da zayıflaması, hedef kitleye sunulan hizmetin aksamasına neden olmaktadır. Tüm bu bilgiler ışığında, sağlık sistemi performansının iyi kullanımı yönünde artan ihtiyaç, çalışan memnuniyeti araştırmalarını önemli kılmaktadır.

**Amaç:** Planlama sürecinin önemli bileşenlerinden biri olan strateji geliştirme aşamasında hastane çalışanlarının, mevcut hastane sisteminin işleyişi, hastalar ve diğer sağlık çalışanlarıyla iletişimi, sağlık kuruluşunun fiziki koşulları ve sağlık sistemine ilişkin genel memnuniyet durumlarının bilinmesinin gerekliliği açıktır. Bu çalışma ile; 484 yataklı, hizmet rolü A1 olan Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışan memnuniyet düzeylerinin ve beklentilerinin tespit edilmesi ve yöneticilere yol gösterici bilgiler sunulabilmesi amaçlanmaktadır.

**Yöntem:** 2013 ve 2014 yılları boyunca, "Çalışan Memnuniyeti Anketleri" İlk 6 ay ve ikinci 6 ay olmak üzere yılda iki defa yapılmış ve 2013 birinci yarısında 1006 kişi, ikinci yarısında 972 kişi, 2014 yılının ilk yarısında 931 kişi, ikinci yarısında 1116 kişi ankete katılmıştır. İstatistiksel hesaplamalar ve grafik çizimleri için Microsoft Office 2007 Excel programı kullanılmıştır.

**Bulgular:** Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 2013 yılı 1789 personel ve 2014 yılı 1734 personel çalışmaktadır. Çalışan memnuniyeti, 2013 birinci yarısında %66, ikinci yarısında ise %68 olarak bulunmuştur. 2014 yılının birinci yarısında %68, ikinci yarısında ise %71 olarak hesaplanmıştır. Çalışan memnuniyetine ilişkin 2013 yılı 1.dönem oranları ile 2014 yılı 2.dönem oranları arasında istatistiksel olarak fark anlamlıdır(p=0.013). Çalışan memnuniyetine ilişkin 2013 yılı 2.dönem oranları ile 2014 yılı 2.dönem oranları arasında istatistiksel olarak fark anlamlıdır(p<0.001).

**Sonuç:** Hastane çalışanlarına yönelik düzenlenen hizmet içi eğitimler, çalışma ortamı ve çalışma koşullarıyla ilgili olarak yapılan iyileştirmeler ve bu düzenlemelerin yapılmasında çalışanların görüşlerine başvurulması, çalışma mekanlarının rahat çalışılabilir bir şekilde düzenlenmesi, çalışanlara güven hissinin verilmesi, çalışan güvenliğine ilişkin koruyucu tedbirlerin alınması, ödüllendirme, hasta ve çalışan güvenliği konusunda düzeltici ve önleyici faaliyetler yapılması, hasta ve çalışan güvenliği konusundaki aksaklıklar için ilgili personel ile birlikte çözümler üretimi ve gerekli önlemlerin alınması, çalışanların yöneticilerine sorunlarını iletme imkanı bulabilmeleri, Hizmet Kalite Standartları konusunda tüm çalışanların bilgilendirilmesi, çalışanların kendi bölümlerinin işleyişi konusundaki önerilerinin dikkate alınması, çalışan memnuniyetindeki artışa katkı sağlayacaktır.

## ANKARA ATATURK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİNDE HASTA MEMNUNİYETİ ÖLÇÜM VE İYİLEŞTİRME ÇALIŞMALARI

ÖZTAŞ Dilek, YILDIZBAŞI Esra, FIRAT Hicran, BOZCUK GÜZELDEMİR Gamze, YÜKSEL Selcen, MOLLAHALİLOĞLU Salih, **ÖZTÜRK Levent**, AKÇAY Murat.  
Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi/**Türkiye**

### ÖZET

**Giriş:** Hastaneler için ön plana çıkan kalite ve verimlilik anlayışı, sağlık hizmeti bekleyen hedef kitle olan hastaların beklentilerini ve gereksinimlerini önceden belirleyerek memnun edilmesini gerektirmektedir. Bu bağlamda, hastaların sağlık hizmetiyle ilgili deneyimlerinden ortaya çıkan sağlık hizmetine yönelik tutumları, taleplerinin gerçekleştirildiğine inanmaları, müşteri memnuniyeti olarak tanımlanmaktadır. Hasta memnuniyetinin, sağlık hizmetinin farklı boyutlarına yönelik tutumların toplamından oluştuğu belirlenmiştir. Yapılan farklı araştırmalarda bu boyutlar; bilgi edinme, performans düzeyi, önceki deneyimler ve hizmete ulaşmada harcanan zaman olarak belirtilmiştir. Hasta memnuniyeti, hasta tarafından algılanan hizmet performansıyla hastanın hizmete yönelik beklentisi arasındaki farktır.

**Amaç:** Bu çalışma ile; 484 yataklı, hizmet rolü A1 olan Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde vatandaşların hastane hizmetine ilişkin memnuniyet düzeylerinin ve beklentilerinin tespit edilmesi ve yöneticilere yol gösterici bilgiler sunulabilmesi amaçlanmaktadır.

**Yöntem:** 2013 ve 2014 yılları boyunca, her ay, 25 acil servis hastasına, 50 poliklinik hastasına ve 25 yatan hastaya olmak üzere, toplam 100 hastaya uygulanmış olan "Hasta Memnuniyeti Anketi" sonuçları değerlendirmeye alınmıştır. 2013 ve 2014 yıllarına ait memnuniyet yüzdelerinin ay bazında yıllara göre ve her bir ay ve yıl için ayaktan hasta, yatan hasta ve acil servis hastalarına göre karşılaştırılması için iki oran testi kullanılmıştır. Ayaktan hasta, yatan hasta ve acil servis hastalarının memnuniyet oranları karşılaştırırken Bonferroni düzenlemesi yapılmıştır. İstatistiksel hesaplamalar ve grafik çizimleri için Microsoft Office 2007 Excel programı kullanılmıştır.

**Bulgular:** Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 2013 yılında acil servise başvuran hasta sayısı aylık ortalama 12410, poliklinik 92369 ve yatan 2850, 2014 yılı

acil 12045, poliklinik 94404 ve yatan 2927 hasta olmuştur. Genel olarak, 2013 ve 2014 yıllarında acil serviste tedavi gören hastaların aylara göre memnuniyet oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir ( $p>0.05$ ). 2013 yılı Nisan ayında ayakta tedavi gören hastaların memnuniyet oranlarının 2014 yılının aynı döneminde ayakta tedavi gören hastaların memnuniyet oranlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir ( $Z=2.353$ ,  $p=0.019$ ). 2013 ve 2014 yıllarının diğer aylarında memnuniyet oranlarının benzer olduğu tespit edilmiştir ( $p>0.05$ ). Yatan hastalarda da memnuniyet oranlarının 2013 ve 2014 yıllarının aynı dönemlerinde benzer olduğu belirlenmiştir ( $p>0.05$ ). 2013 yıl aylarında acil servis hastaları, yatarak tedavi gören ve ayakta tedavi gören hastaların memnuniyet oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ( $p>0.05$ ). 2014 yılı ayları için acil serviste tedavi gören, yatarak tedavi gören ve ayakta tedavi gören hastaların memnuniyet oranlarının benzer olduğu saptanmıştır ( $p>0.05$ ). 2013 ve 2014 yıllarında elde edilen hasta memnuniyeti sonuçlarının ortalamaları (%) acilde sırasıyla 86.77, 87.75, ayakta hastada 86.94, 85.82 ve yatan hasta da 92.07, 92.24 olmuştur.

**SONUÇ:** Acil, ayakta ve poliklinik hastaları için elde edilen memnuniyet yüzdeleri arasında anlamlı bir farkın olmayışı, genelde acil servisten beklenen düşük memnuniyetin, bu hastanede yaşanmadığını ve acil servis memnuniyetinin, poliklinik ve yataklı servislere ulaştığını göstermektedir. 2013 ve 2014 yılları arasında acil servis ve yataklı serviste rakamsal olarak bir artış elde edilmekle beraber, yıllar arasında anlamlı bir fark olmayışı, yüksek olan hasta memnuniyetinin zaman değişimiyle birlikte konulduğunun ve yüksekliğin devamının sağlandığının bir göstergesidir.

---

## BİR KAMU HASTANESİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN HEMŞİRELİK MESLEĞİ İLE İLGİLİ DÜŞÜNCELERİ VE MESLEĞE BAKIŞ AÇILARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

### **ÇEVİRME Gülçin**

T.S.K. Etimesgut Asker Hastanesi /Ankara / TÜRKİYE

### **ÖZET**

**AMAÇ:** Bir Kamu Hastanesinde çalışan hemşirelerin hemşirelik mesleği ile ilgili düşünceleri ve mesleğe bakış açılarının değerlendirilmesi.

**YÖNTEM:** Tanımlayıcı tipte planlanan bu araştırmanın evrenini Etimesgut Asker Hastanesinde çalışan 70 hemşire oluşturmaktadır. Veri toplama aracı olarak literatürden faydalanılarak oluşturulan anket formu kullanılmıştır. Toplam 28 soruluk anket, yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Anket askeri hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri, meslekle ilgili düşünceleri ve bakış açılarını sorgulamaktadır. Veriler SPSS 21.00 programında analiz edilmiş elde verilerin çapraz tablo ile ilişkilerine bakılmıştır.

**BULGULAR:** Hemşirelerin tanıtıcı özellikleri ile mesleği seçme nedenleri karşılaştırılmıştır. "Hemşirelik mesleğini seçme nedeniniz nedir?" Sorusuna aile isteği cevabını verenlerin çoğunluğu (%44,0); iş bulma kolaylığı cevabını verenlerin çoğunluğu (%54,5)'i 38-46 yaş aralığındadır. Ve yine hemşirelik mesleğinin kendisine uygun olmadığını düşünenlerin çoğunluğu (%71,4) 38-46 yaş arası katılımcılardır. Ankete cevap veren katılımcılardan hemşirelik mesleğinin toplumda yeteri kadar bilinen/tanınan bir meslek olduğunu düşünenlerin oranı %23,9; düşünenlerin oranı %76,1'dir. Ve yine hemşireliğin toplumda değer gören bir meslek olduğunu düşünenlerin oranı %10,3 iken düşünenlerin oranı %85,3; fikri olmayanların oranı %4,4'tür. Ankete cevap veren katılımcılardan hemşirelik mesleğini erkeklerinde yapabileceğini düşünenlerin oranı %91,3 ve bu cevabı verenler 37 yaş altıdır.

**SONUÇ- ÖNERİLER:** Toplumun hemşireliğe bakış açısından etkilenmiş olarak hemşirelik mesleğine başlayan hemşirelerin gerek eğitimleri sırasında gerekse iş yaşamında hemşireliğe ilişkin algılarının gerçek hemşirelik anlayışı ile yer değiştirmesi süreci oldukça önemlidir. Profesyonel sosyalizasyon olarak tanımlanan içselleştirme ve mesleki kimlik gelişimi okulda başlayıp çalışma hayatı boyunca devam etmektedir (17). Bu bağlamda profesyonel hemşireliğe yönelik eğitim programlarını geliştirmek eğitimcilerle düşen önemli bir sorumluluktur.

**Anahtar Kelimeler:** Hemşirelik, hemşirelik algısı, meslek seçimi

---

## AB VE TÜRKİYE'DE İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ

**METİN, Bayram** / Gülhane Askeri Tıp Akademisi/ Ankara/ Türkiye

**UZUNTARLA, Yasin** / Gülhane Askeri Tıp Akademisi/ Ankara/ Türkiye

### **Özet**

Bu çalışmanın amacı, ülkemizde ve Avrupa Birliği'nde iş sağlığı ve güvenliği konusunda mevcut yasal düzenlemelerin incelenmesidir. İş kazalarının ülkemizde yüksek oranda olması, iş sağlığı ve güvenliği konusundaki eksikliklerin gün yüzüne çıkmasına sebep olmuştur. Birçok konuda olduğu gibi iş sağlığı ve güvenliği alanında da en büyük yanılgımız, önlemlerin sadece devletin ortaya koyduğu kurallara ve kamusal faaliyetlerden oluştuğunu düşünmemizdir. Gelişmiş Avrupa Birliği ülkelerinde bile iş kazalarını azaltmanın uzun yıllar mümkün olmaması, iş kazalarıyla mücadelenin hiç de kolay bir iş olmadığını göstermektedir. Diğer taraftan, son yıllarda Avrupa Birliği ülkelerinde; iş kazalarında görülen azalma, alınan önlemlerin uygulama boyutunun da ne kadar önemli olduğuna işaret etmektedir. Bu nedenle ül kemiz açısından çıkarılacak sonuç; yasal düzenlemeleri bir anda değiştirip işveren ve çalışanlarımızın bu kurallara uymasını beklemek değil; işyeri düzeyindeki önlemleri desteklemek, teşvik sistemleri oluşturmak ve düzenli bir şekilde denetim faaliyetlerini gerçekleştirmektir.

---

## HASTANELERDE MALZEME YÖNETİMİ VE ÇAĞDAŞ YÖNTEMLER

**TEKSOY, Murat** / Gülhane Askeri Tıp Akademisi/ Ankara/ Türkiye

**UZUNTARLA, Yasin** / Gülhane Askeri Tıp Akademisi/ Ankara/ Türkiye

**TUNCER, Selahattin** / Gülhane Askeri Tıp Akademisi/ Ankara/ Türkiye

### **Özet**

Bu çalışma ile sağlık sektörü içerisinde en önemli kuruluş olan hastanelerin faaliyetlerini sürdürebilmesinde malzemelerin ve malzeme yönetiminin öneminin vurgulanması amaçlanmıştır. Malzeme ihtiyacının planlanmasından başlayarak, temin edilerek ihtiyacın giderilmesini de kapsayan bir süreci ifade eden malzeme yönetiminin etkin ve koordineli bir şekilde yürütülmesi sağlık hizmetlerinin devamlılığı açısından zorunludur. Malzeme İhtiyaç Planlama, Tam Zamanında Üretim, Barko d-Karekod, RFID ve Pyxis hastanelerde malzeme yönetiminde kullanılan çağdaş yöntemlerdir.

**Anahtar Kelimeler:** Hastane, Malzeme, Malzeme Yönetimi.

---

## HASTANELERDE İŞ GÜVENLİĞİ BAĞLAMINDA RISK ANALİZİ

**UZUNTARLA, Yasin** / Gülhane Askeri Tıp Akademisi/ Ankara/ Türkiye

**UZUNTARLA, Fatma** / C Sınıfı İş Güvenliği Uzmanı ve Çevre Mühendisi/ Ankara/ Türkiye

**VAROL, Şemsettin** / Gülhane Askeri Tıp Akademisi/ Ankara/ Türkiye

### **ÖZET**

**Amaç:** Bu çalışma ile sağlık çalışanlarına, hastalara ve yakınlarına yönelik hastanelerde meydana gelebilecek risklerin tespit edilmesi, kabul edilebilir düzeye indirilmesi ve risk yönetimi sistematizasyonunun sağlanması hususunda farkındalık oluşturulması amaçlanmıştır.

**Yöntem:** 6331 sayılı İş Güvenliği Kanunu kapsamında hastanelerde yapılması zorunlu olan risk analizi ve yöntemleri incelenmiştir.

**Bulgular:** İş Sağlığı ve Güvenliğine ilişkin İşyeri Tehlike Sınıfları Tebliği'ne göre "çok tehlikeli" gruba yer alan hastanelerde karşılaşılabilecek birçok tehlike bulunmakta olup risk yönetimi için öncelikli olarak tehlike tanımlanmakta, meydana gelme olasılığı (o) ve şiddeti (ş) belirlenerek riskin der ecesi tespit edilmektedir (Risk= Olasılık x Şiddet). Risk analizinde L matrisi, fine kinney metodu, X tipi matris, hata ağacı analizi (FTA), olay ağacı analizi (ETA), hata türleri ve etkileri analizi (FMEA) gibi çeşitli yöntemler kullanılmaktadır. Risk derecesinin yüksek olması durumunda riskin tamamen ortadan kaldırılması yada minimize edilebilmesi için gerekli tedbirlerin alınması ve önceliklendirilmesi gerekmektedir.

**Sonuç:** Toplumla güvenli sağlık hizmetinin sunulabilmesi için tehlikelerin meydana getireceği risklerin etkin bir risk dene timi ile belirlenmesi, risklere yönelik tedbirlerin alınması ve bu anlayışın kurum kültürü haline getirilerek hastanelerde risk yönetiminin devamlılığının sağlanması büyük önem taşımaktadır.

## YATAN HASTALARDA İLAÇ GÜVENLİĞİNİ SAĞLAMADA İLAÇLARIN HASTAYA ÖZGÜ PAKETLENMESİ: KONYA SEYDİŞEHİR DEVLET HASTANESİ ÖRNEĞİ

**Emrullah İNCESU<sup>1</sup>**, Yakup ÇAPACI<sup>2</sup>, Serhat YEDEKİ<sup>3</sup>, Mehmet ELMAS<sup>4</sup>, Sadi TEKE<sup>5</sup>, Beyazıt MUT<sup>6</sup>, Salim SAYIN<sup>7</sup>, Mustafa ÇİFTÇİ<sup>8</sup>

1A Sınıfı İş Güvenliği Uzmanı, Biyolog, Kalite Yönetim Direktörü, 2İdari ve Mali İşler Müdürü, 3Eczacı, 4Eczacı, 5, 6, 7, 8 Konya Seydişehir Devlet Hastanesi, Konya, **Türkiye**

### Özet

Hasta güvenliğinin sağlanmasında en önemli unsurlardan biri de ilaç güvenliğidir. İlaç güvenliğinin sağlanmasında ise ilaç istemi ve buna paralel olarak eczane sürecinde yaşanan hatalar önenebilir tıbbi hatalara bağlı ölümlerin önemli bir grubunu oluşturmaktadır.

Bu uygulamanın amacı: İlaç Güvenliği konusunda sıklıkla karşılaşılan ve ilaç hata kaynaklarından biri olan ilaç istemi ve buna paralel olarak eczane sürecinde yaşanan hataların minimize edilmesini sağlamak ve kurumsal olarak ilaç güvenliği kültürünü oluşturmaya katkıda bulunmaktır.

Bu amaca ulaşmak için hastanemiz Kalite Yönetim Direktörü, eczane çalışanları ve hastane bilgi yönetim sistemi ekibi tarafından multidisipliner bir yaklaşımla kliniklerde yatan hastalara ilaç istemlerinin kaydı ile başlayan sonra eczane işleyiş prosesine entegre olan oradan da tekrar kliniklere ilacın transferi ile sonuçlanan bir çalışma gerçekleştirildi. Çalışmanın her bir aşamasında kayıt ve kontrol mekanizması kurularak ilaç isteminden teminine ve transferine kadar ilgili süreçlerde ilaç güvenliği sağlanmaya çalışıldı.

Temel amacı ilaç güvenliğinin sağlanması ve kurumsal ilaç güvenliği kültürünün yerleşmesi olan bu çalışmanın amacına ulaşılmasını değerlendirmek için çalışanlara anket uygulaması yapıldı. Anket sonuçlarına göre; çalışanların %97'sini uygulama hakkında bilgisinin olduğu, %82,9'u uygulamanın ilaç güvenliğini sağlamada etkili olduğunu düşündüğü, %82,9'u ilaç güvenliği ile ilgili eğitim aldığı, önenebilir ilaç hatalarının oluşum nedenlerini sıklıkla % 70'i sağlık çalışanının bireysel hatalarından, %60'ı aşırı iş yükünden ve %58,6'sı da iletişim eksikliğinde kaynaklandığını düşünmektedir. Tüm bu bulgular ışığında hastanede uygulanan bu uygulama, çalışanlar arasında ilaç güvenliğini sağlamada tetikleyici rol oynadığı ve kurumsal olarak ilaç güvenliği kültürünün sağlanmasına katkıda bulunduğu sonucuna varıldı.

**Anahtar Kelimeler:** İlaç Güvenliği, İlaç Güvenliği Kültürü, İlaç Hataları, Önenebilir İlaç Hataları, İlaç İstemi

## ACIL SERVİSE TEKRAR BAŞVURU ORANI

**Elif ÖZYURT<sup>1</sup>**, İlhan AYDIN<sup>2</sup>, Seyhan ERDURAN İMANCI<sup>3</sup>, Ebruhan ULUSAL<sup>4</sup>

Sağlık Bakanlığı Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, **Ankara/ Türkiye**

### ÖZET

**Amaç:** Bu çalışma ile aynı şikayete başvuran hastaların sıklığını, başvuru tarihlerinin neler olduğunu ve bunlardan engellenebilenlerin tedavi uygulamalarını saptamaktır.

**Yöntem:** Bu çalışma 2013 yılının son 6 ayını kapsamaktadır. S.B. Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi acil servisine başvuran hastalar arasında seçilmiştir. 24 saat içerisinde aynı şikayete ile tekrar başvuru oranı takibi yapılmıştır. Araştırmada HBYS'den ve rastgele seçim yöntemi ile hasta belirlenmiştir. Microsoft Ofis işletim sistemlerinden Excel ile hesaplamalar yapılmıştır.

**Bulgular:** Katılımcıların %36'sı okur-yazar %64'ü okuma yazma bilmiyor,%54'ü mesai içinde %46'sı mesai dışında başvurmuştur. Tekrar başvuran hastaların tanı dağılım oranlarından en yüksek olan solunum yolu hastalıkları ve Gastrointestinal Sistem hastalıklarıdır ve ağrı çeşitleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür.

**Sonuç:** Tekrar başvurular iş yükünü ve yoğunluğunu arttırmaktadır. Hastanın tedavi süreci hakkında yeterli bilgilendirilmemesi ve eğitim durumunun düşük olmasından dolayı tedavi sürecinin devamlılığı sağlanamamaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Hasta Güvenliği, Sağlık Bakımı

## İZMİR ALSANCAK DEVLET HASTANESİNDE HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ DÜZEYİ VE GÜVENLİK RAPORLAMAMIN İNCELENMESİ

**TURASAN, Banu<sup>1</sup>**; KARAGÖZ, Arif<sup>2</sup>; KARAGÖZ, Burcu<sup>3</sup>; OLUT, Dilek<sup>4</sup>; ZEYBEK, Kezban<sup>3</sup>.

1. İzmir Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği.

2. İzmir Karşıyaka Devlet Hastanesi.

3. İzmir Buca Seyfi Demirsoy Devlet Hastanesi.

4. İzmir Alsancak Devlet Hastanesi.

### ÖZET

**GİRİŞ:** Sağlık hizmetinin sunumu sırasında yaşanan tıbbi hatalar sağlık çalışanlarını ve hastaları olumsuz şekilde etkilemektedir. Hasta güvenliği, sağlık hizmetlerinin kişilere vereceği zararı önlemek amacıyla sağlık kuruluşları ve çalışanları tarafından alınan önlemlerin tamamıdır (1). Hemşirelik hizmeti 24 saat aralıksız verilen bir bakımdır ve hasta güvenliğinin sağlanmasında önemli bir role sahiptir.

**AMAÇLAR:** Bu çalışmanın amacı, Alsancak Devlet Hastanesindeki hemşirelerin güvenlik raporlamaya karşı tutumları ve algılarının incelenmesi yoluyla güvenlik kültürü düzeyini tespit etmektir.

**YÖNTEM:** Bu çalışma, Alsancak Devlet Hastanesi'nde çalışan hemşireler arasında 1-31 Mart 2015 tarihleri arasında yürütülmüştür. Veri toplama aracı olarak Birey Tanıtım Formu ve Sexton ve Thomas tarafından geliştirilen ve Tütüncü ve Erbil tarafından Türkçeye adapte edilen Güvenlik Kültürü Ölçeği kullanılmıştır (2). Formlar doldurulurken yüz yüze görüşme tekniği kullanılmıştır. Hemşirelere çalışmanın içerik ve amacı anlatılmış ve gönüllü olanlardan görüşmeye katılmaları istenmiştir. Araştırma verileri bilgisayar ortamında değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 15.0 paket programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler için nitel verilerde sayı-yüzde, nicel verilerde ortalama standart sapma kullanılmıştır. Önemlilik düzeyi olarak 0.05 olarak kabul edilmiştir.

**BULGULAR:** Çalışmaya 56 gönüllü hemşire katılmıştır. Katılımcıların %9,3'ü 21-31 yaşında, %63'ü 32-41 yaşında, %27,7'si 42-51 yaşındadır. %15,1'i 10 yıldan az, %84,9'u 10 yıldan fazla çalışma tecrübesine sahiptir. Mezuniyet sonrası %37'si hasta güvenliği, %45,7'si kalite yönetimi konusunda eğitim almıştır. %92,7'si raporlamamın hasta güvenliğine olumlu etkisi olacağını, %94,6'sı bakım kalitesini arttıracığını düşünmektedirler. %71,4'ü son bir yıl içinde hiç güvenlik raporlama formu doldurmadığı, %12,5'i bir kere form doldurmuşlardır.

Güvenlik kültürü ölçeğine verilen yanıtlara bakıldığında, 'yapılan tıbbi hatalardan ders çıkarırız' önermesine 'kesinlikle katılıyorum' ve 'katılıyorum' yanıtı verenlerin toplam oranı %84,8 iken, 'tıbbi hatalar uygun şekilde değerlendirilir' önermesi için bu oran %70,9'dur. 'Yöneticiler fikirlerimi dikkate alır' önermesi için oran %30,9'da kalmıştır. 'Hasta güvenliğini tehdit edici bir olayı rahatça rapor edebilirim' önermesi için oran %78,1'dir. 'Hasta olsaydım burada kendimi güvende hissedirdim' önermesi için oran %51,8'de kalmıştır. 'Vardiya değişimlerinde hasta güvenliği açısından bilgi paylaşıyoruz' önermesi için oran %100'dür. 'Kurumumuz hasta güvenliğinde geçen yıla göre daha iyidir' önermesi için oran %58 iken, Hastanemizde hasta güvenliği önceliklidir' önermesi için %82,1'dir.

**SONUÇ:** Çalışmaya katılan hemşireler, raporlamamın faydalı olduğuna inanmakla beraber raporlama oranlarının düşük olduğu görülmektedir. Mezuniyet sonrası hasta güvenliği eğitimi alanların oranı çok düşüktür. Raporlama konusunda herhangi bir zorluk yaşamadıklarını fakat yöneticilerin fikirlerini önemsemediklerini düşünmektedirler. Bu durum, raporlama sayısındaki düşüklüğü açıklayabilir. Bir önceki yıla göre düzelmeye olduğunu düşünenlerin oranı %58'de, 'Hasta olsaydım burada kendimi güvende hissedirdim' önermesine katılanların oranı %51,8'de kalmıştır.

Çalışmamız göstermektedir ki; hasta güvenliği konusunda yapılan hizmetçi eğitimler artırılmalı ve yöneticiler bu konuda çalışanlarla daha yakın diyalog kurmalıdır.

### REFERANSLAR:

1. Akalın, E. (2004) "Hasta Güvenliği Kültürü: Nasıl Geliştiriliriz?" Ankem Dergisi, 18 (Ek-2).12-13.

2. Tütüncü, Ö. ve H. Erbil., (2006). The Role of Quality Management System in Patient Safety Culture for Central Sterilization Units, Annual European Forum for Hospital Sterile Supply Conference, Lillehammer, Norway.

## HASTA ODAKLI BAKIM

**Öğr. Gör. Ayşe Dost<sup>1</sup>**, Hem. Hatice Buğday<sup>2</sup>, Doç. Dr. Nefise Bahçecik<sup>3</sup>

1 Hemşirelik Bölümü, Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul Medipol Üniversitesi, İstanbul, Türkiye.

2 Göğüs Cerrahisi Kliniği, Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, Türkiye.

3 Hemşirelik Bölümü, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Marmara Üniversitesi, İstanbul, Türkiye.

### ÖZET

"Hasta" sözcüğü Farsça "Haste" den dilimize yerleşmiştir. İyi olmama halinin yanı sıra kırılğan, yaralı gibi anlamları da vardır. Hasta halk arasında bedensel ya da ruhsal sağlığı bozulan, ağrısı bulunan, kişi olarak bilinir. Bu normalden sapma hali homeostatik dengeyi bozar ve oluşan fizyoloji bozukluğu psikolojik sosyal ve dolayısıyla ekonomik bozukluklara kadar giden bir süreç yaratır. Hasta odaklı sağlık hizmeti için ise, hasta hakları, hasta memnuniyeti, iletişim, doğru bilgilendirme, sunulan hizmetin kalitesi, hastanın algıladığı hizmet kalitesi gibi kavramları sıralamak mümkündür. Hasta odaklı bakım sunulan hizmetle algılanan hizmet arası farkın hasta tarafından tatmin olma düzeyidir. Bu fark ne kadar az ise sunulan hizmet o kadar hasta odaklıdır. Geçmiş dönem sağlık hizmetleri geleneksel olarak su nucu odaklı olup, hizmeti almak isteyen bir kişiye, sağlık hizmetinin nasıl olacağı, ne zaman ve ne şekilde verileceği konusundaki kararların büyük bir kısmı hizmeti sunanların yetkileri ve inisiyatifleri kapsamında olmuştur. Bunun yanı sıra hekimlerin hizmet veren diğer sağlık çalışanlarına nazaran belirgin bir baskınlığı gelişmiştir. Diğer sağlık personellerinin hastaya tanı koyma ve tedavi süreci hususunda katkısı yok denecek kadar az olmuştur. Bu durum hizmetin hasta odaklı olmasından daha ziyade hekim odaklı olma yoluna doğru gidişat kazanmıştır. Bu sisteme göre, hastanın istek ve tercihlerinden çok hekimin kararları, sağlık kuruluşunun imkanları, politikaları daima üstün olmuştur. Bu sistem beraberinde adaletsiz yaklaşım, hasta memnuniyetsizliği, tıbbi hatalar gibi sonuçları da doğurmuştur. Günümüzde ise gerek Kuzey Amerika ve Avrupa ülkelerinde yaygınlaşan hasta odaklı bakım anlayışı, sağlık hizmet sunumu ve algılanışında birçok olumlu özelliği beraberinde getirmektedir. Sağlık hizmeti alan veya yararlanana odağa koymayı belirten bu hizmet anlayışı yalnızca hastalıkların tanısı ve tedavi edilmesi hizmetleri olarak algılanmamalıdır. Bunlar sağlık hizmetinin sadece bir kısmıdır. Asıl büyük emek ve çabayı gerektiren sağlıklılık halinin korunması, geliştirilmesi, insanın ve toplumun sağlığı etkileyen olumsuzlukların giderilmesi gibi hizmetleri içerir. Hasta odaklı bakım; günümüz koşullarında, ülkenin sağlık sisteminde temel amacı haline gelse de, hasta deneyim anketleri bu anlayışın henüz sağlık sisteminden uzak, he nüz gelişmekte olan bir sağlık hizmet anlayışı olduğunu göstermektedir. Hasta odaklı bakım, hasta haklarıyla temellenir. Hasta haklarının başında insan olarak saygı görmek vardır. Bunu mahremiyet, doğru bilgilendirme, tıbbi işlemler için onay alınması, mümkün olan en yüksek düzeyde sağlık hizmeti alma, bakım ve tedavi devamlılığının sağlanması takip etmektedir. Hasta haklarının temel amacı hastanın desteklenmesi ve toplumsal açıdan güdündürülmesidir. Sağlık hizmet sunumunda istenilen kaliteye ulaşmak hasta hakları ve hasta odaklı bakımın ayrılmaz bir bütün olduğunu anlaşılmıştır. Sunucu odaklı hizmetten hasta odaklı hizmete geçiş ne ölçüde başarılı olduğunu anlamak ise hasta memnuniyeti ile ölçülebilir. Hasta memnuniyeti, genel anlamda, verilen hizmetin hastanın beklentilerini karşılama ya da hastanın verilen hizmeti algılamalarına dayanmaktadır. Literatürde ise hasta memnuniyetinin temelini hasta beklentileri ve hasta hemşire birlikteliğinin oluşturduğu vurgulanmaktadır. Bu durum sağlık hizmetinin sadece hekim tarafından planlanması gerektiğini gösterir. Hasta memnuniyeti ile ilgili yapılan çalışmalarda bu birlikteliğin temelinde iletişim ve hastayı bilgilendirme olduğu belirtilmiştir. İletişim ve bilgilendirme tedavi, bakım sürecine olumlu bir başlangıç sağlar ve bu süreç hastanın yararına ilerlemesinde çok önemli bir faktördür. Bilinen ilk hasta hakları bildirgesi, 1972 yılında yayınlanan Amerikan Hastane Birliğinin Hasta Hakları Bildirgesidir. Daha sonra 1981 yılında Lizbon'da 1. Dünya Tabipler Birliği Hasta Hakları Bildirgesi yayınlanmıştır. Dünyada yoğun şekilde gelişme gösteren hasta hakları konusuna ülkemiz özel kanun ile cevap vermese de, hasta haklarıyla ilgili hükümler içeren çok sayıda yasal düzenleme vardır. Gelişmiş beş ükneyi kapsayan bir çalışmada, görüldüğü her 2-3 hastadan birisine hastalığı ile ilgili ayrıntılı bilgi verilmeyi, tedavi seçenekleri konusunda fikrinin sorulmadığı tespit edilmiştir. Oysa hastaların ihtiyaçları ve tercihleri dikkate alınarak verilen sağlık hizmetleri, hem hasta memnuniyetinin artmasını, hem klinik açıdan daha başarılı sonuçları alınmasını, hem de sunulan hizmetlerin daha etkin ve verimli kullanılmasını sağladığı için sağlıkta kalite adına hasta odaklı bakımın vazgeçilmez olduğunu anlaşılmıştır. Sağlamak gerekir. Günümüzde 60 yaş üzerindeki her dört kişiden üçünün en az bir hastalığı, bunlardan ikisinin ise iki ve daha fazla kronik hastalığı bulunması ve bu nedenle uzun süreli bakıma ihtiyacı olan hastalara 7/24 hizmet sunumu, evde bakım gibi uygulamalar, tıp bilimi ve eğitim teknolojilerindeki hızlı gelişmeler, her türlü bilgiye daha rahat ulaşabilmek, ihtiyaç olunan sağlık hizmetleri konusunda daha fazla seçeneği değerlendirebilme imkanı hasta odaklı bakımın gerekliliğinin somut sebeplerindedir. Tüm bu nedenlerin sonucu olarak önem kazanmaya başlayan hasta odaklı sağlık hizmetlerinin anlaşılması ve verilen hasta odaklı hizmetin; iletişim, ihtiyaç ve değerlere öncelik, süreklilik, açıklık şeffaflık, hasta güvenliği, ekip çalışması, gibi nitelikleri barındırması günümüz sağlık hizmeti sürecinin başarısı için büyük önem arz etmektedir.

## SAGLIK HIZMETLERININ SUNUMUNDA MORAL VE ETIK DAVRANISLAR

**Öğr. Gör. Ayşe Dost<sup>1</sup>**, Doç. Dr. Nefise Bahçecik<sup>2</sup>

1 Hemşirelik Bölümü, Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul Medipol Üniversitesi, İstanbul, Türkiye.

2 Hemşirelik Bölümü, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Marmara Üniversitesi, İstanbul, Türkiye.

### ÖZET

Etik, toplumsal kalkınmayı amaçlayan, ahlaki davranışlara rehberlik eden bir düşünce sistemidir. Etiğin önemini veya rolünü açıklamak için ahlak kuramlarından da yararlanılmaktadır. Ahlak ve etik kavramları bazen birbirinin yerine de kullanılmaktadır ancak bilimsel açıdan bakıldığında, iyi huyların ve erdemli davranışların pratik hayatta tezahürü için ahlak, yaşanan bu ahlak ile ilgili teorik ve felsefi tartışmalar için ise, etik kavramının kullanılması daha doğrudur. Meslek ahlakının, meslek üyelerinin uygulamalarına ve davranışlarına yön vermek üzere kurallar kümesi şeklinde düzenlenmesi etik kodları oluşturmaktadır.

Mesleklerin varlığı ve gelişimi topluma sunduğu hizmete bağlıdır. Toplumun ihtiyaç duyduğu belirli hizmetleri sunabilen uğraşı alanları ya da meslek gruplarına, hizmetin karşılığı olarak toplum tarafından saygınlık, statü gibi birtakım değer ve ayrıcalıklar tanınır. Talep edilen hizmete gereksinim kalmaz ya da sunulan hizmet ihtiyaçları yeterli ve nitelikli karşılayamazsa, meslekler varlıklarını sürdürülemez. Bu anlamda herhangi bir meslekle toplum arasında bir tür sözleşme vardır. Bu sözleşmenin gereği olarak meslek, mesleğe özgü bilimsel bilgi yükünün oluşturulmasını, hizmetin belirli ilke ve kurallara uygun olarak sunulmasını, meslek üyelerinin eğitimine yön etik düzenlemeleri ve sunulan hizmetin mesleğin üyeleri tarafından denetlenmesini, yönetilmesini sağlamak zorundadır. Meslek üyeleri ise hem hizmet sundukları kişilere, gruplara ve topluma karşı hem de mesleklerine karşı sorumluluk üstlenir. Meslek üyeleri genellikle mesleklerine yemin ederek bağlıdır. Bu yemin metinleri, meslek üyelerinin uymaları beklenen etik ve profesyonel davranış kurallarıyla sorumluluklarını içeren ve taahhüt eden sözel ya da yazılı düzenlemelerdir.

Temel bir insan hakkı olan sağlığın korunması ve bu doğrultuda toplumu oluşturan herkes tarafından ulaşılabilir, eşit, sürekli ve nitelikli sağlık hizmeti sunulmasını sağlamak, hem devletin hem de sağlık meslek gruplarının profesyonel ve etik yükümlülüğüdür. Bu yükümlülük insan haklarına saygının ve sağlık mesleklerinin topluma karşı taahhüdünün bir gereğidir. Sağlık hizmetlerini talep eden ya da alan kişi ve grupları çoğunlukla hastalar oluşturduğundan, yardıma, tedavi ve bakıma muhtaçtır.

Bakım, ahlaki boyutu olan bir kavram olup bilişsel, duyuşsal ve psikomotor becerilerle birlikte, her bireyin eşsiz ve kendine özgü özelliklere sahip olduğu anlayışı doğrultusunda bütüncül bir yaklaşımla sunulması gereklidir. Hasta ve sağlık çalışanı arasındaki ilişkide dikkat edilmesi gereken temel kavramlar şunlardır: güven ilişkisini koruma, güdünün güçsüzü koruması tıbbin değerlerini koruma, etik ilkeleri gözetme ve ulusal ve uluslararası etik kodlara uygun davranmaktır. Etik ilkeler şöyledir; özerklik, yararlılık, zarar vermeme, dürüstlük, gizlilik, adalet ve sadakat. Etik kodlar/kurallar, ilkelere göre daha özel, somut olan ve etik ilkelere türetilen düzenlemelerdir. Etik kodlar genellikle bir meslek örgütü ya da mesleki düzenleme kurulu ya da çalışma örgütü tarafından oluşturulmaktadır.

Hemşireler için Uluslararası etik kod ilk kez 1953 yılında Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN) tarafından kabul edilmiştir. Yenileme ve düzeltmeyle en son güncelleme 2012 yılında tamamlanmıştır. Hemşirelerin dört temel sorumluluğu vardır; sağlığı geliştirmek, hastalıkları önlemek, sağlığa kavuşturmak ve ızdırabı hafifletmektir. Hemşirelik bakımı yaş, renk, dil, kültür, sakatlık ya da yetersizlik, cinsiyet, cinsel uyum, milliyet, politik görüş, ırk ya da sosyal duruma saygılıdır ve bu faktörler bakımını sınırlamaz. Hemşire bireyin bakım ve ilgilii tedaviyi kabul etmesine dayanak olan yeterli bilgi almasına sağlar. Hemşire kişisel bilgileri güvene altına alır ve bu bilgileri paylaşırken sağduyusunu kullanır. Halkın savunmasız kesiminin sağlık ve sosyal gereksinimlerini karşılamak için eylem başlatılması ve desteklemesi sorumluluğunu topluma paylaşıp. Hemşire bakımdan ödün verilmemesini sağlama yeterliliği gibi kişisel sağlık standartını sürdürür. Hemşire, tüketme, kirlilik, bozulma ve yok etmede doğal çevreyi korumak ve sürdürmek için sorumluluklarını paylaşır. Bakım sunumunda teknolojik ve bilimsel ilerlemelerin kullanılmasının insanların güvenliği, onuru ve haklarıyla uygun olmasını sağlar. Mesleğe olumlu yansıyan ve toplumun güvenliğini artıran kişisel davranış standartları her zaman sürdürülmelidir.

22 Mayıs 2014 tarihli Resmî Gazetede yayınlanan Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmeliğin 5. Maddesinde "Hasta ve çalışan güvenliğini sağlamak amacıyla; güvenli çalışma ortamının sağlanması ve sürdürülebilirliği ile muhtemel risklerin giderilmesine yönelik uygulamaları yapar veya yapılmasını sağlar. Mesleki risklere karşı kişisel koruma tedbirlerini alır veya alınmasını sağlar." ve "Mesleki uygulamalar sırasında edindiği kişisel verileri ve sağlık ile ilgili özel bilgileri, ilgili mevzuat gereği rapor düzenleme ve hastanın ya da diğer kişilerin hayatı tehlikesi söz konusu olduğu durumlar hariç, muhafaza eder ve üçüncü kişilerin eline geçmemesi için gerekli tedbirleri alır." gibi ibareleri ile de hizmet sunumunda göz önünde bulundurulması gereken etik davranış kuralları belirlenmiştir.

Çağdaş hemşirelik insanı merkeze koyarak aile ve toplumla etkileşim yaşayarak, insanın eşsizliğine ve onuruna, değerlerine, haklarına saygı duyarak evrensel değerlerle buluşturan ve gerçekleştiren bilim etiği ile sağlar. Bu doğrultuda hizmet sunumunda hemşirelerin etik ilkeleri, moral ve etik davranış standartlarını anlayabilmesi, bu ilkeleri anlamı ve tutarlı bir şekilde uygulama noktasında uzmanlaşması hayati önem taşımaktadır.

## TAVŞAN PİROJEN TESTİNE ALTERNATİF İN VİTRO BAKTERİYEL ENDOTOKSİN TESTİ METOT VALIDASYONU

**Demirtaş, Aysegül**, Güler Meral, Tatcı Ergin  
Sağlık Bakanlığı, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu, Analiz ve Kontrol Laboratuvarları Dairesi Başkanlığı,  
Kalite Yönetim ve Arge Laboratuvar Birimi Sıhhiye/Ankara/Türkiye

### ÖZET

**GİRİŞ ve AMAÇ:** Gram pozitif mikroorganizmaların saldırdığı ekzotoksinler ve gram negatif mikroorganizmaların endotoksin olarak adlandırılan hücre duvar polisakaritleri pirojen olarak rol oynayan yapılardır. Pirojenler monosit ve makrofajları uyarak endojen pirojenlerin (pirojeniksitokinlerin) salınmasına yol açarlar, bu durum insanlarda yüksek ateş ve 15 dk ile 8 saate kadar süren titreme, üşüme, sıcaklık ve nabızda artışı olarak gözlenen ve çoğu zaman kusmalar ve baş ağrıların eşlik ettiği klinik bulgular olarak gözlenir. Tavşan pirojen testi uzun yıllardır uygulanan hem gram pozitif hem de gram negatiflerin neden olduğu pirojeni tespit edebilen in vivo bir yöntemdir. Tavşan pirojen testine alternatif çok sayıda metodun validasyon çalışmaları devam etmektedir. Bakteriye Endotoksin Testi (BET) in vitro yöntemlerden biridir.

Bu çalışmanın amacı; Parenteral yolla uygulanacak biyolojik ürünleri de içeren ilaçlar ve tıbbi malzemelerdeki bakteriyel endotoksin miktarının, kinetik türbidimetrik yöntemle tayini için kullanılan test metodunun validasyonu ve ölçüm belirsizliği hesaplanmasıdır.

**YÖNTEM:** Kinetik Türbidimetrik Teknik, endojen substratın ayrılmasından sonra oluşan türbiditenin 340nm'de ışık geçirgenliğinin okutulmasına dayanır. Çalışmamızda, Avrupa Farmakopisinde yer alan Kinetik Türbidimetrik yöntemin TS EN ISO/EN 17025 akreditasyon sürecinde ICH klavuzlarına uygun olarak metod validasyonu esas alınmıştır.

Her çalışmada 5; 0,5; 0,05 EU/ml konsantrasyonlarında hazırlanmış olan kalibrasyon standartları ile kalibrasyon eğrisi oluşturulur. Kinetik analiz için R değeri 0,98 ile 1 aralığında olmalıdır. Doğrulama her 20 örnekte bir ara standart ile yapılarak % 25 sapma içinde olması sağlanır. Geri kazanım değeri %50 ile %200 arasında olmalıdır.

**BULGULAR:** Raporlanabilen en küçük sonuç; Lineer eğrinin oluşturulması için kullanılan en küçük değer olup sonuç olarak 0.005 EU/ml'dir. 0,005 EU/ml lik numuneler üzerinde yapılan çalışmalarda %100,52lik bir geri kazanım ile bu değer ölçülebilmektedir

Tekrarlanabilirlik Standart Sapması (Sr); Çalışmalarda 5EU/ml, 0,5EU/ml ve 0,05EU/ml standart kullanılmıştır. Tekrarlanabilirlik standart sapmasının belirlenmesi için laboratuvarında çalışan 3 personel aynı standart numunesi üstünde tekrarlanabilirlik koşulları altında bir dizi deney yaparak laboratuvarımızın tekrarlanabilirlik standart sapmaları bulunmuş ve sonuçlar istatistiksel olarak Cochran ve Anova Testleri yapılarak değerlendirilmiştir

Gerçek kazanım; Örneğin üzerine 0,5 EU/ml konsantrasyonda olacak şekilde CSE eklenerek geri kazanım %104,4 olarak hesaplanmıştır.

Bias; Referans standart madde kullanılarak 50 ;5 ;0,5 ;0,05 ;0,005EU/ml konsantrasyonlarında kalibrasyon eğrisi çizdirilmiş ve aynı konsantrasyonlarda okutulmuş ve bias hatası önemsiz bulunmuştur.

Eksternal Kalite Kontrol çalışmalarına katılım sağlanmış olup ve sonuçlar limite içinde uygun bulunmuştur

**SONUÇ:** Metot validasyonunu çalışması 3 farklı yeterliliği kanıtlanmış analist tarafından 60 günde tamamlanmış ve ölçüm belirsizliği 5EU/ml  $\pm$  1,547383EU/ml (k=2, %95) olarak hesaplanmıştır.

## ÇOCUK HASTANESİNDE MAVİ KOD KULLANIMI

**Nilgün ERGİN<sup>1</sup>, Ali İRAVUL<sup>2</sup>, Fatma DAŞDEMİR<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Kalite Yönetim Direktörü, <sup>2</sup> Başhekim Yardımcısı, <sup>3</sup> Verimlilik İzleme Değerlendirme

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu İzmir İli Güney Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalite Yönetim Birimi

### ÖZET

**GİRİŞ:** Bu çalışmanın amacı, İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Mavi Kod bildirimlerinin analiz edilerek, çağrı sebeplerinin tespit edilmesidir.

**YÖNTEM:** Hastanemizde bildirim sonrasında doldurulan Mavi Kod Bildirim Formu'nun 2014 yılına ait bildirimleri incelenerek, bildirim yerleri ve sebepleri tanımlayıcı pilot çalışması ile belirlenmiştir.

**BULGULAR:** Hastanemiz sekiz bölüme ayrıldığı için üç ayrı Mavi Kod ekibi oluşturulmuştur. Mavi Kod ekibinin olaylara ulaşım süresi ortalama 1,3 dakikadır. 2014 yılı verileri incelendiğinde en çok bildirim poliklinikler binasında olduğu görülmüştür. Bildirim teşhis dağılımlarına bakıldığında, en yüksek çağrı 62 olgu ile senkop-konversif vakalardır. Acil uzman müdahalesi gerektiren olayların sadece üç olgu olduğu tespit edilmiştir. Bu olgular klinikte kardiyak arrest, koma ve poliklinikte solunum arresti şeklinde gelişmiştir.

**SONUÇ:** Bu çalışma ile hastanemizde, toplam 169 vaka bildirim olduğu görülmektedir. En çok bildiri Poliklinik binasından ve Kan Alma Ünitesinden yapılmıştır. Polikliniklerdeki çağrı sebebi olarak % 27,7 ile Senkop teşhisi, Kan Alma Ünitesinde de yine % 66,7 ile Senkop teşhisi yer almaktadır. Çağrı yapılan vakaların % 18,34 'ü normal (Sağlıklı) olarak değerlendirilmiştir. Acil uzman müdahalesi gerektiren olayların oranı ise % 1,8 olduğu görülmektedir.

En çok bildirim Sağlık Çalışanı haricindeki personel tarafından yapıldığı tespit edilmiştir. Sağlık çalışanı haricindeki personelin acil uzman müdahalesi gerekli vakaları ayırt etmesi beklenmemelidir. Hastanemizin çocuk hastanesi olması ve çocukların kendilerini ifade edememesi nedeni ile sağlık dışı çalışan personelin bildirim yapmaları desteklenmektedir.

## HASTA GÜVENLİĞİ & HASTA MEMNUNİYETİ

\* **TEMİZ Gamze**, \*\* GÜNGÖR Mine Demet, \*\* SEZEN Adem

\* Haliç Üniversitesi HYO İstanbul \*\* İstanbul Bilim Üniversitesi SHMYO İstanbul

### ÖZET

Hasta güvenliği, sağlık hizmetlerinden kaynaklanan hatalar, bu hataların yarattığı sorunlar ve bu sorunların önlenmesi, raporlanması, değerlendirilmesi ve ortadan kaldırılması veya azaltılmasına yönelik alınan önlemlerin tamamı şeklinde tanımlanmaktadır. The Institute Of Medicine (IOM) hasta güvenliğini 'hastalara zararın önlenmesi' olarak tanımlamış ve kalitenin elde edilmesinde ayırt edilemez bir olgu olarak görmüştür.

Sağlık hizmeti verilen tüm alanlarda hasta güvenliği kültürü, hataların azaltılması ve önlenmesi öncelikli durumların başında gelmektedir.

Yanlış taraf cerrahisi, yanlış transfüzyon uygulamaları, ameliyat sırası ve ameliyat sonrası komplikasyonlar, düşmeler, ilaç hataları, kesici-delici alet yaralanmaları, ventilatör ilişkili pnömoni, tedavide gecikme, hastane enfeksiyonları, ameliyatlarda yabancı cisim unutulması, kontamine ilaç veya kan kullanımı, hava embolisi, basınç ülsörleri hasta güvenliğini tehdit eden durumlar arasında en önemileri olarak sayılmaktadır.

Hastaneler ve sağlık kuruluşlarında bu tıbbi hataların önlenilebilir hale gelmesi hasta güvenliği, dolayısıyla da hasta memnuniyeti için oldukça önemlidir. Bu amaçla ilk olarak hataların tespit edilmesini gerektirir. Hataları tespit etmenin başlıca yolu da hata bildirimidir. The Association Of Perioperative Registered Nurses (AORN) hasta güvenliği kültürünün oluşturulmasında hata bildirimini, esneklik, öğrenme, önlem ve adaletin mutlak yer almasını vurgulamıştır.

Oluşan tüm hatalar sadece hastaları etkilemekle kalmayıp, aynı zamanda sağlık bakım maliyetini artırmakta ve sağlık kurumuna olan güveni sarsmakta, hasta memnuniyetini azaltmaktadır.

Hasta memnuniyeti çeşitli faktörlerden etkilenen karmaşık bir kavram olup kaliteli hasta bakımının en önemli göstergelerindedir. Hasta memnuniyetinin temelini hasta beklentilerinin ve aldıkları hizmetin oluşturduğu bilinmektedir.

Bu nedenle sağlık kuruluşlarının, hasta güvenliği kültürünü çalışanlarına aşılamaları ve uygulanmasını sağlamaları birincil önceliklerinden olmalıdır. Kalite yönetim sistemlerini kullanarak denetimler, eğitimler, düzeltici-önleyici faaliyetler planlanmalı, alınan tüm sonuçlar personelle paylaşılmalıdır.

Unutulmamalıdır ki hasta güvenliği kültürünün sağlık bakımına yansımaları ve hasta güvenliğini tehdit eden durumların ortadan kaldırılması ile hasta bakım kalitesi artmaktadır.

**Anahtar Kelime:** Hasta Güvenliği, Kalite, Hemşirelik Bakım



## YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİNDE GÖREV YAPAN SAĞLIK ÇALIŞANLARININ KİŞİSEL KORUYUCU EKİPMAN KULLANIMI

Sevinç Ganime, Tekin Asiye, Gürbüz Yunus, Tütüncü E. Ediz, Kuzi Se manur, Şendağ Esengül, Acun Aysun, **Aydın İlhan**, Şencan İrfan  
Sağlık Bakanlığı Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Kontrol Komitesi, Ankara, TÜRKİYE

**Konu:** Sağlık Bakım Kaynaklı Hasta Ve Çalışan Güvenliğini Tehdit Eden Olayların Önlenmesinde Mevcut Yöntemlerin Gözden Geçirilmesi, Kanıt Dayalı Uygulamaların Önemi, Mevcut Uygulamalar ve Uygulamadaki Güçlükler

### ÖZET

**GİRİŞ:** Hastalara sağlık hizmeti ve bakımı veren sağlık çalışanlarının, başta Kırım Kongo kanamalı ateşi, insan immün yetmezlik virüsü (HIV), kuş gribi, domuz gribi ve mevsimsel influenza olmak üzere kan, vücut sıvıları, temas ve solunum yoluyla bulaşma riski taşıyan hastalıklara karşı sağlığının korunması; sağlık hizmetleriyle ilişkili enfeksiyonlar ve çapraz bulaşların önlenmesi bakımından kişisel koruyucu ekipman (KKE) kullanımı sağlık hizmetleri sunumunda önemli bir kalite kriterini oluşturmaktadır.

**AMAÇ:** Bu çalışma SB Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yoğun bakım ünitelerinde (YBÜ) sağlık çalışanlarının KKE kullanımı konusunda tutum ve bilgi düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

**YÖNTEM:** Araştırma, 69 YBÜ yatak kapasitesine sahip 3. Basamak bir sağlık kuruluşunda dahili, cerrahi ve anestezi reanimasyon yoğun bakım ünitelerinde görev yapan 230 YBÜ çalışanına 02.03.2015 ve 20.03.2015 tarihleri arasında 20 soruluk anket hazırlanarak uygulanmıştır. Araştırma sonuçları SPSS' de kayıt altına alınmış ve analiz edilmiştir.

**BULGULAR:** Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının demografik bilgilerine bakıldığında; %63,9'u kadın, %46,5'i 21-30 yaş grubunda, %54,3'ü evli, %56,1'i hemşire, %7,4'ü doktor, %17,4'ü öğrenci hemşire, %18,7'si temizlik personeli, %44,3'ü dahili yoğun bakım, %30,9'u cerrahi yoğun bakım, %24,8'i anestezi reanimasyon yoğun bakım ünitelerinde çalışmaktadırlar. YBÜ sağlık çalışanlarının %96,1'i KKE'lerin, çalışma ortamındaki enfeksiyon risklerine karşı çalışanlar tarafından kullanılması gereken giysi, araç ve malzemeler olduğunu, %93,5'i KKE'lerin sağlık çalışanlarını koruduğuna inandıklarını ve kullandıklarını ifade etmişlerdir. KKE kullanımı konulu eğitimi sağlık çalışanlarının %77'si birden fazla eğitim aldığını, %20,4'ünün bir kez aldıklarını, %2,6'sı eğitim almadıklarını belirtmişlerdir. Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının %93'ü eldivenin, %96,5'i steril eldivenin, %88,3'ü bariyerli eldivenin, %94,8'i koruyucu önlüğün, %91,3'ü steril önlüğün, %63,9'u cerrahi maskenin, %79,6'sı filitreli maskenin (N95 maske), %75,2'si korumalı enjektörün hangi durumlarda kullanılması gerektiğini doğru ifade etmişlerdir. YBÜ çalışanlarının %88,3'ü KKE'lerin giyme sırasını, %63,5'i çıkarma sırasında izlenmesi gereken yolu doğru tanımlamıştır.

**SONUÇ:** YBÜ çalışanlarının %93,5'i KKE'lerin koruduğuna inandıklarını ve kullandıklarını ifade etmişlerdir. Çalışanlar KKE kullanma gereksinimini algılasa, nasıl kullanacağını bilirse ve ekipmanın fayda ve sınırlılıkları hakkında bilgi sahibiyse, ekipman tam manasıyla koruyucu olarak kullanılabilir. KKE'lerin kullanılabilir ve kullanılabılır durumda olması, çalışanı ekipmanları kullanmaya sevk edecek ortamı hazırlamaktadır. Ayrıca YBÜ çalışanlarının %97,4'ünün KKE kullanımı konulu eğitimi aldığı saptanmıştır. Hasta ve çalışan güvenliği kapsamında KKE kullanımı konusunda eğitim çalışmalarının devam ettirilmesi önemlidir.

## ÖZ DEĞERLENDİRME SÜRECİ SONRASI YAPILAN DÜZELTİCİ ÖNLEYİCİ FAALİYETLERİN ETKİNLİĞİ

**FERGER İNANÇ, Gülcin\***, YILMAZ YÖYLER, Filiz\*. YALNIZ, Enver\*. ÖZ, Feriha\*. GÜL, Gülnur. BOL, Pınar. ERBAYCU, Ahmet Emin\*.

\*Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

### ÖZET

**AMAÇ :** Çalışmanın amacı, Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma hastanesinde yapılan öz değerlendirme sonuçlarına göre açılan düzeltici önleyici faaliyetlerin etkinliğini saptamaktır.

**YÖNTEM :** Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma hastanesinde 2013- 2014 yıllarında dönemde iki kez, toplamda dört kez yapılan öz değerlendirme sonrası hazırlanan raporlar doğrultusunda açılan düzeltici/önleyici faaliyetler incelendi. 2013 yılında yapılan 1. dönem öz değerlendirme süreci Genel Sekreterlik Ekibi başkanlığında 3'er kişilik toplam 10 ekip tarafından iki gün boyunca yapıldı. 2013 yılı 2. dönem öz değerlendirme süreci Birim Kalite Sorumluları ve Kalite Yönetim Birimi elemanları ile 2'er kişilik toplam 16 ekip tarafından yapıldı. 2014 yılında yapılan 1. dönem öz değerlendirme süreci Yönetim Ekibi ve Kalite Yönetim Birimi ile 5'er kişilik toplam 13 ekip ile 10 gün boyunca yapıldı. 2014 yılı 2. dönem öz değerlendirme süreci 5 kişilik Genel Sekreterlik Ekibi tarafından 2 gün boyunca yapıldı. Düzeltici/önleyici faaliyetleri inceleme parametreleri faaliyetin tamamlanma süreci, iyileştirme süreci ve faaliyet durumları incelenerek yapılan iyileştirme lerin Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) dört dikey boyutu olan Kurumsal, Sağlık, Destek Hizmeti, İndikatör Yönetimi doğrultusunda analizi yapıldı.

**BULGULAR:** 2013 yılında yapılan öz değerlendirme toplamda 21 düzeltici/önleyici faaliyet raporu hazırlandı. Bu faaliyetlerin 8'i tamamlandı, 13'ü tamamlanmadı. Tamamlanan 8 faaliyetten 1'i için iyileştirme başlatılırken, toplamda 20 faaliyet iyileştirme çalışmaları yapılmadan sonlandırıldı. SKS boyutlarına göre Kurumsal Hizmet 7, Sağlık Hizmeti 14, Destek Hizmeti yönetiminde 2 düzeltici/önleyici faaliyet raporu hazırlandı.

2014 yılında 71 düzeltici/önleyici faaliyet raporu hazırlandı. Bu faaliyetlerin 68'i tamamlandı, 3'ü tamamlanmadı. Tamamlanan 68 faaliyetten 63'ü için iyileştirme çalışması yapılırken toplamda 8 faaliyet iyileştirme çalışması yapılmadan sonlandırıldı. SKS boyutlarına göre Kurumsal Hizmet 6, Sağlık Hizmeti 61, Destek Hizmeti yönetiminde 5 düzeltici/önleyici faaliyet raporu hazırlandı.

**SONUÇ :** Her iki yılın verileri değerlendirildiğinde ekip sayıları, öz değerlendirme süresi ve ekibin niteliklerinin farklılığının değerlendirme süreci sonrasında hazırlanan düzeltici/önleyici faaliyet rapor sayısına olumlu olarak yansıtıldığı tespit edilmiştir. Artan faaliyet raporları doğrultusunda yapılan iyileştirme çalışmaları da doğru orantılı olarak artmıştır. İyileştirme çalışması yapılmayan düzeltici/önleyici faaliyet raporları incelendi. Fiziki alt yapı problemleri, maliyetin yüksek olması, personel yetersizliği nedeniyle iyileştirme çalışmalarının yapılamadığı tespit edildi.

Her iki yılda; hizmet alımı personellerinin sağlık taramaları düzenli olarak yapılması, acil müdahale setlerinin günlük kontrollerinin yapılması, yatan hastaların beraberinde getirdiği ilaçlara yönelik oluşturulan formlarla düzenli kayıt altına alınması, tüm birimlerdeki kişisel koruyucu ekipmanlarının bakımının sağlanması, tehlikeli atık envanterinin güncellenerek bilgi formlarının ilgili birimde tutulması, depo stok seviyelerinin Hastane Bilgi Sistemi üzerinden en düşük-en yüksek seviyelerinin takibinin yapılması, güvenlik cerrahi kontrol formlarının eksik doldurulmasını önlemek amacıyla ameliyathanelerde liste sorumluları belirlenmesi, ilaçların karışmasını önlemeye yönelik eczanede ilaçların hasta bazlı olarak hazırlanması ve miad sürelerinin tableter üzerine yazılması, onam formlarının revize edilmesi ve eksik olan tarih-saat kısmının eklenmesi, yeşil- kırmızı reçeteye tabi ilaçların hasta bazlı olarak kayıt altına alınmasına yönelik iyileştirme çalışmalarının yapıldığı görüldü.

Sağlıkta Kalite Geliştirme ve Akreditasyon çalışmaları etkin, verimli, güvenli, adil, söz verilen zamanda, sağlık çalışanı ve hasta/ hasta yakınına esas alan bir yaklaşımla yapılmaktadır. Hastanelerin düzenli olarak farklı ekiplerle farklı bakış açısıyla yaptığı Öz değerlendirme raporları bu anlamda oldukça önemlidir. Öz değerlendirme raporlarının yıllara göre değerlendirilmesi iyileştirme çalışmalarının sürekliliğini sağlayarak, kalite hedefleri konusunda da yol gösterici olacaktır.

**ANA KONU :** Sağlık hizmetlerinde kalite ve akreditasyon uygulamalarından kazanılan deneyimler

## JCI TARAFINDAN AKREDİTE EDİLMİŞ BİR HASTANEDE YÜKSEK RİSKLİ HASTA POPULASYONUNUN BELİRLENMESİ BAKIM UYGULAMALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

**YILDIRM Nurdan**, İstanbul Bilim Üniversitesi, İstanbul, TÜRKİYE

GAYEF Albena, İstanbul Bilim Üniversitesi, İstanbul, TÜRKİYE

TAPAN Birkan, İstanbul Bilim Üniversitesi, İstanbul, TÜRKİYE

### ÖZET:

Bir sağlık kuruluşunun temel hedefi hasta bakımındır. Hastaların benzersiz ihtiyaçlarını destekleyen ve bunlara cevap veren bir ortamda en uygun bakımı sağlanabilmesi için üst düzey planlama ve koordinasyon gerekmektedir. Yüksek riskli hastaların bakımını ve yüksek riskli hizmetlerin sunumunu yönlendiren politika ve prosedürler olmalıdır. Sağlık kuruluşları farklı sağlık ihtiyaçlarına sahip çok değişik hasta popülasyonlarına hizmet vermektedir. Acil hasta, resüsitasyon ihtiyacı doğan hasta, kan ve kan ürünleri transfüzyonu alan hasta, yaşam desteği alan hasta veya komadaki hasta, bulaşıcı hastalığı olan veya immün sistemi baskılanmış olan hasta, diyaliz hastası, kısıtlama uygulanan hasta, kemoterapi uygulanan hasta, yaşlı/engelli hasta, çocuk, istismar riski taşıyan hastalar bu grup içerisinde yer alırlar.

**AMAÇ:** Bu çalışma ile yüksek riskli hastaların tanımlanması ve bakımlarının uygun şekilde yapılabilmesi için standart bir yöntemin belirlenmesi ve bir hastane örneği verilmesi amaçlanmıştır.

**YÖNTEM:** Vakıf hastanesinin yüksek riskli hasta popülasyonunun ve bakım prosedürlerinin incelenmesi.

**BULGULAR:** Yapılan çalışmalarla vakif hastanesinin yüksek riskli hasta grupları aşağıdaki gibidir:

- Acil hasta
- Resüsitasyon ihtiyacı olan hasta
- Kan ve kan ürünleri transfüzyonu alan hasta
- Yaşam desteği alan veya komadaki hasta
- Bulaşıcı hastalığı olan veya immün sistemi baskılanmış hasta
- Diyaliz hastası
- Kısıtlı ma uygulanan hasta
- Kemoterapi uygulanan hasta
- Yaşlı/engelli hasta,çocuk,istismar riski taşıyan hasta

Hiçbir sosyal güvence ayırımı yapılmadan acil müdahalenin öncelikle ve önşartsız yapılması, Avrupa Resusitasyon Konseyi'nin kılavuzuna uygun resüsitasyon organize edilmesi,kan transfüzyonu işleminin bilimsel kriterlere uygun,komplikasyonsuz yapılması, ölümü beklenen hasta ve ailesinin ihtiyaçları olan bakım ve desteğin sağlanması, enfeksiyon kontrol programı ile hasta,hasta yakını,çalışanlar ve ziyaretçiler arasında enfeksiyon kapma ve bulaştırma risklerini saptayarak azaltmak buna bağlı maliyetleri azaltmak, hemofiltrasyon uygulamalarının yoğun bakım ünitesinde uygulanması, kısıtlamaların hastanın kendisine ve çevresine zarar verme tehlikesi varolduğu durumlarda uygulanması, kemoterapi/destek tedavilerin eksiksiz zamanında sağlanması, yaşlı ve çocuk hastaların bakım ve tedavilerinin özneli uygulanması, istismar riski taşıyan vakaların belirlenmesi,rapor edilmesi,tedavi bakım ve korumanın sağlanması uygulanmaktadır.

**SONUÇ:** Sağlık hizmeti veren tüm kamu kurum ve kuruluşlarda yüksek riskli hasta bakımının önemi için çalışmalar artırılmalı ,yeni stratejiler mutlaka geliştirilmelidir.Bu kültüre sahip olan liderler yüksek riskli hasta bakımı için kaynak ayırmalı ve tüm çalışanların yüksek riskli hasta bakımı konusunda sürekli eğitimleri sağlanmalıdır.

---

## KAMU HASTANELERİNDE SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI İLE ORTA YA ÇIKAN KALİTE ALGISININ DEĞERLENDİRİLMESİ

**Bryik, Erhan,** Ankara Mevki Asker Hastanesi, Ankara, Türkiye  
Tekin, Kemal, Türk Hava Kurumu Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, Türkiye

### Özet

**Amaç:** Bu çalışmada sağlıkta dönüşüm programı (SDP) kapsamındaki uygulamalar ile kamu hastanelerinde ortaya çıkan kalite algısının sağlık personeli bakış açısıyla değerlendirilmesi amaçlanmıştır

**Gereç ve Yöntem:** Tanımlayıcı tipte çalışmanın evrenini Ankara il merkezindeki dört kamu hastanesinde görevli sağlık personeli oluşturmaktadır. Tabakalı örneklem yöntemiyle, 335 sağlık personeline beşli likert tipinde anket uygulanmıştır. Verilerin analizinde frekans analizi, faktör analizi ve tanımlayıcı istatistiksel yöntemler kullanılmıştır.

**Bulgular :** Çalışmanın bulgularına göre; sağlık personeli, sağlık hizmeti sunumuna yönelik ifadeleri  $3,38 \pm 0,48$ , sağlık personeline yönelik ifadeleri  $2,14 \pm 0,68$ , ve sayısal bazı göstergelerin sorgulandığı ifadeleri ise  $2,67 \pm 0,67$  ortalama ile değerlendirmiştir.

**Sonuç:** Personelin SDP ile ilgili olarak görüşleri incelendiğinde; sağlık hizmet sunumu ve sayısal göstergelere yönelik ifadelerine bakışının genelde orta düzeyde olumlu, sağlık personeline yönelik ifadelerine bakışının ise düşük düzeyde olduğu görülmüştür. SDP kapsamındaki uygulamaların sağlık personeline etkilerinin kamu hastanelerine kıyasla daha olumsuz olduğu tespit edilmiştir.

**Anahtar Sözcükler:** Sağlıkta Dönüşüm Programı, Kalite, Sağlık Personeli,

---

## GÜVENLİK RAPORLAMA EĞİTİMLERİ EĞİTİM ETKİNLİĞİ DEĞERLENDİRMESİ

TAY Sibel1, KABADAYI ARSLAN Mesude2, **İPER TİMLİOĞLU Semrin3**, ERTENÜ Mehmet 4 , BOZ Efe Serkan 4, YEKELER İbrahim5  
1 Hemşire,Kalite Birimi,2Hemşire,Kalite Birim Sorumlusu,3Uzman Doktor,Kalite Direktörü, 4 Başhekim yardımcı,5Prof.Doktor,Hastane Yöneticisi  
İSTANBUL ANADOLU KUZEY KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ HAYDARPAŞA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

### ÖZET

Çalışmamızda Ocak-Aralık 2014 tarihleri arasında İstanbul Haydarpaşa Numune EAH' nde kalite yönetim birimine yapılan 50 Güvenlik raporlama bildirim incelendi.Bildirimler konularına, sonuçlarına,bildirimde bulunan meslek gruplarına göre ele alındı. Hastanede verilen hasta güvenliği eğitimleri ,güvenlik raporlamaları ve çalışan anketlerindeki hasta güvenliği cevapları ile korelasyonu yapılarak eğitim etkinliği değerlendirildi.Sonuçta verilen eğitimin etkinliğinin farklı meslek gruplarına göre değiştiği görüldü.

---

## ACIL SERVİSLERDE HASTA VE YAKINLARI İLE GÜVENLİ İLETİŞİM

ALPTEKİN Zeynep\*, **ARSLANOĞLU Ali\*\***  
\*Gölcük Asker Hastanesi, Kocaeli, TÜRKİYE  
\*\* Gölcük Asker Hastanesi, Kocaeli, TÜRKİYE

### ÖZET:

Acil servisler hızlı bir tedavi ile hastanın o anki durumunu kontrol altına almak ve hayatta kalmasını sağlamak için çeşitli tedavi metotlarının uygulandığı ve bunların güvenli bir iletişimle yapıldığı birimlerdir. Araştırmamızda; Acil servise müracaat eden hastalar ile iletişim performansını artırma, etkili iletişim stratejileri oluşturma, iletişimi tanımlayabilme, iletişimin sağlık sürecindeki gerekliliğini değerlendirebilme, hasta ve sağlık personeli arasındaki iletişim modellerini bilme, karşılaşılan sorunlar ve çözüm basamaklarını belirleme; sonuç olarak acil servis de etkin dinleme becerilerini geliştirmenin önemi vurgulanmıştır.

**AMAÇ :** Çalışmanın amacı; etkin, etkili, güvenli iletişimin gerekliliği ve bu bağlamda fiziksel ya da duygusal yönden tehlike içinde olduğuna inanan hastalarla karşılaştığımız acil servislerdeki önemini vurgulamaktır.

**YÖNTEM :** T.C. Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerin Acil servislerinde iletişimle ilgili yapılan çalışmalar incelenmiştir.

**BULGULAR:** İncelenen çalışmalarda, Acil servisteki çoğu hasta yakınının hasta hakkında bilgilendirme ve hastanın bakımına katılma ile ilgili gereksinimlerini kendi kişisel ve fiziksel gereksinimlerinden daha önemli bulduğundan; Acil servise başvuran kritik durumdaki hasta yakınlarının gereksinimlerinin belirlenmesi, sağlık çalışanlarının bu gereksinimlere yönelik farkındalıklarının artmasına ve karşılanması yönündeki hizmetlerinin geliştirilmesine katkı sağlayabilir. Bilgi gereksinimi, hasta aileleri tarafından tanımlanmış temel gereksinim olarak yer almakta ve sağlık personelinin bu gereksinimin karşılanmasında önemli rolleri olduğu belirtilmektedir. Hasta yakınlarının gereksinimleri doğrultusunda desteklenmeleri ise acil servislerdeki bakımın kalitesini ve hasta yakınlarının memnuniyetini arttırmakta, hasta yakınlarının sorularının yanıtlanması, hasta yakınlarının stresini, anksiyetesini, hastanın geçirdiği süreç ile ilgili belirsizlikleri azaltmaktadır. Bilgi gereksinimi, hasta yakınları tarafından tanımlanmış temel gereksinim olarak yer almakta ve sağlık personeli arasında hemşirelerin bu gereksinimin karşılanmasında önemli rolü olduğu belirlenmektedir.

**SONUÇ :** Acil servise başvuran hasta ve hasta yakınlarının en fazla bilgi gereksinimi adı altında 'kendilerini yeterli ifade edebilme' , 'dinlenme isteği' ve "açıklamaların anlaşılır ifadelerle yapılması" gereksinimini önemli bulmuşlardır. Hasta yakınlarına yapılan açıklamaların tıbbi dil olmadan basit terminoloji ile yapılması hasta yakınlarının verilen bilgiyi anlamasında yardımcı olacağından, bu gereksinim maddesi hasta yakınları tarafından en önemli gereksinim olarak belirlenmiştir. Acil servislerde hasta ve hasta yakınları ile güvenli iletişim tıbbi ve tedavi sürecine katkısının yanında ve memnuniyeti arttıran faktörlerin başında yer almaktadır.

## NEVŞEHİR İLİ BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNDE ÇALIŞAN SAĞLIK PERSONELLERİNİN KADINA YÖNELİK ŞİDDETLE İLGİLİ BİLGİ TUTUM VE DAVRANIŞ DÜZEYLERİ

**İNAN CEVİZ Aysegül<sup>1</sup>**, **ÖZCAN Aysegül<sup>2</sup>**  
Nevşehir Halk Sağlığı Müdürlüğü, Türkiye

### ÖZET

**GİRİŞ-AMAÇ** : Kadına yönelik şiddet dünyada ve Türkiye’de oldukça yaygın görülmekte ve önemli bir toplum sağlığı sorunu olmaktadır. Bu çalışma kadına yönelik şiddet tanımlama ve ortaya çıkarmada, şiddeti önlemede, şiddetin varlığını ve bu gerçeği kabul etmede, şiddeti sonlandırma ve şiddetten uzak güvenli bir ortam oluşturmada, kadının sağlığını korumasında ve kadının rehabilitasyonunda önemli rolü olan hemşire, ebe ve doktorların konuya ilişkin bilgi, tutum ve davranış düzeylerini belirlemek amacı ile yapılmıştır.

**YÖNTEM** : Araştırma Nevşehir’de bulunan 86 Aile Sağlığı Merkezi, 8 Toplum Sağlığı Merkezi ve Hacıbektaş İlçe Entegre Hastanesinde çalışan, 328 sağlık personelinin katılımıyla, 01.05.2014-01.06.2014 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Veri toplama aracı olarak 3 farklı anket formu kullanılmıştır.

**BULGULAR**: Sağlık çalışanlarının %41.8’erkek, %58.2’si kadın; %81.7’ evli; 35.1’i Aile Sağlığı Merkezinde, %46.3’ü Toplum Sağlığı Merkezinde, %18.6’sıda diğer kurumlarda çalışmakta; %52.8’i hemşire ve sağlık memuru, %25.6’sı ebe ve %21.6’sı doktordur. Sağlık çalışanlarının %58.5’i kadına yönelik şiddet konusunda eğitim almadıklarını ifade etmiştir. %53.7’si şiddete uğramış kadın ile karşılaşmış, %40.7’si rapor etme/ yasal süreçte yetersiz kaldıklarını belirtmişlerdir. Bildirim yapmama nedeni olarak katılımcıların %33.3’ü tarafından “kadını daha kötü duruma sokacağı düşüncesi”, %40.7’si tarafından “yasal süreçlere ait bilginin olmaması” şeklinde belirtilmiştir. Sağlık çalışanları, tutum sorgulayan sorulardan yedisine yüksek oranda olumlu tutum sergilerken, üçüne sergiledikleri olumlu tutum düşük orandadır.

**SONUÇ** : Hemşire, ebe ve doktorların kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımlamada bilgiye gereksinim duydukları, konuya ilişkin eğitim almadıkları, şiddet algusu ile karşılaştıklarında yetersiz kaldıkları görülmüştür.

**Anahtar Kelimeler**: Kadın, şiddet, bilgi, tutum, davranış.

## HASTA GÜVENLİĞİ İÇİN DEZENFEKSİYON VE STERİLİZASYON

**ÇALIŞIR, Sibel,**  
Gölcük Asker Hastanesi, Kocaeli, TÜRKİYE,

### Özet

**Giriş** : Bilgi çağı ile birlikte yönetim literatürüne birçok kavram girmiştir. Bunların başında Toplam Kalite Yönetimi gelmektedir. Tüm sektörleri saran bu kavram sağlık hizmetleri alanına da hızlı bir şekilde entegre olmuştur. Artık hastaneler için kalite vazgeçilmez bir kavramdır. Sağlık hizmetlerindeki kalitenin parametrelerinden birisi de hasta güvenliğidir. Hasta güvenliğinin göstergelerinden olan hastane enfeksiyonlarının önlenmesi hastane için olmazsa olmazları arasındadır. Hastane enfeksiyonlarının önlenmesi için kullanılan malzeme ve aletlerin çok iyi temizlenmesi, dezenfekte edilmesi ve sterilizasyonunun yapılması gerekmektedir.

**Amaç** : Bu çalışmadaki amaç hasta güvenliği için hastanelerdeki dezenfeksiyon ve sterilizasyon hizmetlerinin önemini ortaya koyabilmektir.

**Bulgular** : Hastane enfeksiyonları artık bir malpraktis olarak kabul edilmektedir. Hastane enfeksiyonları için sigorta şirketleri ödeme yapmamaktadır. Dünyadaki birçok kalite standartlarına ve Sağlık Bakanlığı hizmet kalite hizmetlerine göre hastane enfeksiyonları önlenmelidir. Hastane enfeksiyonları hedef % 0 olarak belirlenmelidir. Hastane enfeksiyonları önleyerek hem hastane güvenliğini sağlamak hem de çalışan güvenliğini sağlamak tüm hastanelerin görevleri arasındadır. Enfeksiyonların önlenmesi dezenfeksiyon ve sterilizasyon sürecinin çok iyi yönetilmesi gerekmektedir. Bu süreçlerde alet ve malzemelerin hazırlanması, paketlenmesi, steril edilmesi, steril edilmiş malzemelerin korunması, taşınması, indikatörlerle takip edilmesi ve hastaya kullanılması çok önemlidir. Bu süreçlerde yapılacak bir hata hasta güvenliği için çok büyük tehdit oluşturmaktadır.

**Sonuç** : Hasta güvenliği için; dezenfeksiyon ve sterilizasyon süreçlerinin her aşaması kontrol altında tutulmalıdır. Her aşamada süreçlerin doğruluğu kullanıcılar tarafından teyit edilmeli ve kayıt altına alınmalıdır. Prosedür ve talimatlara uygun olarak dezenfekte ve steril edilmeyen hiçbir malzeme kullanılmamalıdır.

**Anahtar kelimeler**; Hasta Güvenliği, Dezenfeksiyon, Sterilizasyon

## ÇALIŞAN GÜVENLİĞİNİ TEHDİT EDEN OLAYLARIN TESPİTİ VE BU TEHDİTLERE KARŞI KULLANILMAK ÜZERE UYGUN KİŞİSEL KORUYUCU DONANIMLARIN BELİRLENMESİ

\***TURKÇÜ Cihan**, \*BÜYÜKTOPÇU Çiğdem, \*SEZER Özgür, \*ÇETİNKAYA Yurdanur, \*TANIL Vildan  
\*Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Merkezi, İZMİR, TÜRKİYE

### ÖZET

**Giriş** : Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Merkezi olarak gerek akreditasyon çalışmaları kapsamında, gerekse 6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu kapsamında çalışanların sağlığını ve güvenliğini korumak amacıyla standartlara ve mevzuata uygun kişisel koruyucu donanımların tespiti istenmiş bu amaç için bir ekip oluşturulmuştur. Çalışan Sağlığı, Güvenliği ve Hakları birimi de bu ekip içerisinde gerekli çalışmaları yürütmüştür. Öncelikle çalışan sağlığı ve güvenliğini tehdit eden olaylar, tüm birimleri kapsayan yapılan risk değerlendirmeleri ve birimlerden gelen iş kazaları bildirim formlarıyla saptanmıştır. Bu çalışmalar yapılırken Dünya Sağlık Örgütü (WHO) nün de yapılan çalışmaya özel kullanılması gereken kişisel koruyucu donanım tavsiyeleri ve diğer sağlık kuruluşlarının da yaptığı çalışmalar göz önüne alınmıştır. Birimiz öncelikle bölümler bazında yapılan işleri de göz önünde bulundurarak taslak bir kişisel koruyucu donanım listesi hazırlanmış ve hazırlanan bu liste tüm bölümlere gönderilmiştir. Bölümlerden gönderilen listeleri kontrol etmeleri, mevcut kullanmakta oldukları kişisel koruyucu donanımlarda yaşadıkları zorluk veya güçlükleri belirtmeleri istenmiştir. Ayrıca ilave edilmesini istedikleri donanımlar konusunda tavsiyeleri ve yıllık ihtiyaç miktarlarını tespit etmeleri istenmiştir. Birimlerden gelen listelerle tüm birimler bazında ihtiyaçlar belirlenerek eksiklikleri tamamlanmış ve bu konudaki yasal mevzuata ve standartlara uygun ana kişisel koruyucu donanım listesi oluşturulmuştur.

**Amaç** : Yapılan bu çalışmayla, çalışan güvenliğini tehdit edebilecek bütün riskler belirlenerek, bu risklerden korunma amacıyla çalışan personele o riske uygun kişisel koruyucu donanım sağlanması amaçlanmıştır. Ayrıca çalışanlara verilen düzenli eğitimlerle kişisel koruyucu donanım farkındalığı yaratmak, kişisel koruyucu donanım kullanım alışkanlığını kazandırmak ve uygun olmayan kişisel koruyucu donanım kullanımlarından kaynaklanan iş kazalarının önüne geçilmesini amaçlanmıştır.

**Sonuç** : Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Merkezi’nde çalışan personelin güvenliğini tehdit eden olaylardan korunma yöntemlerinden birisi olan kişisel koruyucu donanımlarla ilgili olarak, bu çalışma öncesi durumun fotoğrafı çekilerek, bu çalışmayla tespit edilen eksiklikler, uygunsuzluklar ve alınması gereken tedbirler ortaya çıkarılıp buna uygun eylem planı hazırlanarak (ihtiyaçların en kısa sürede tespit edilerek temin edilmesi), dünya standartlarında kişisel koruyucu donanım kullanan bir sağlık kuruluşu olarak hizmet vermeye başlanacaktır.

**Konu** : Sağlık Bakım Kaynaklı Hasta Ve Çalışan Güvenliğini Tehdit Eden Olayların Önlenmesinde Mevcut Yöntemlerin Gözden Geçirilmesi, Kanıta Dayalı Uygulamaların Önemi, Mevcut Uygulamalar ve Uygulamadaki Güçlükler

## ÇALIŞAN RISK ANALİZİ DEĞERLENDİRMESİ VE İYİLEŞTİRME ÇALIŞMALARI : BİR DEVLET HASTANESİ ÖRNEĞİ

\*KÖKSAL, Alev, \*\*CİVDİ, Mustafa

\* Uşak Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği, Uzman, Türkiye

\*\* TKHK Ankara 3.Bölge Genel Sekreterliği, Uzman, Türkiye

### ÖZET:

**Amaç** : Sağlık işletmelerinde çalışanların sağlık ve güvenliklerini etkileyebilecek insan ve organizasyon hatalarından kaynaklanan olası tüm tehlikeleri belirleyerek, çalışanlara güvenli bir çalışma ortamı sağlamak, yürütülen faaliyetleri sürekli hale getirmek ve risklerin kontrol altına alınması için risk analizi çalışması yapmak ve bu analiz sonuçlarına göre düzeltici önleyici faaliyetlerin başlatılmasıdır.

**Yöntem** : Risk Analizi çalışması uygulanmadan önce bölüm kalite sorumluları ve çalışan güvenliği komite üyelerine konuyla ilgili eğitim verildikten sonra hastanede sürdürülen tüm faaliyetleri kapsayacak şekilde planlama yapılmış ve risk analizi çalışması başlatılmıştır. Riskler, hazırlanan çalışan risk analizi ve çalışan planı/programı formu kullanılarak belirlenmiştir. Riskler, oluşturulan risk derecelerine göre (risk=olasılık\*şiddet) L tipi risk değerlendirme karar matrisi kullanılarak sınıflandırılmıştır.

**Bulgular** : Risk analizi değerlendirmesinde tolere edilemez risk bulunmamıştır. Fiziksel ve sözel şiddete uğrama riski yüksek bulunmuş olup, enfeksiyon ve kesici delici aletlerle yaralanma riskleri de önemli riskler grubundadır.

**Sonuç** : Yapılan risk analizine göre yüksek risklere öncelik verilerek belirlenen tüm risk gruplarına yönelik düzeltici önleyici faaliyetler başlatılmıştır.

**Anahtar Kelimeler**: Risk Analizi, Risk Yönetimi, Çalışan Güvenliği

## HEMŞİRELERİN PEDAGOGİK FORMASYON EĞİTİMİNE YÖNELİK GÖRÜŞLERİ

**Yard.Doç.Dr.Serhat ARSLAN,**

Sakarya Üniversitesi Eğitim Fakültesi, Eğitim Programları ve Öğretimi ABD, Türkiye

### ÖZET

Hemşirelerin pedagojik formasyon almaları noktasındaki görüşlerinin alınması araştırmanın amacını oluşturmaktadır. Araştırmada nitel araştırma yöntemlerinden görüşme tekniği kullanılmıştır. Araştırmacılar tarafından yapılandırılmış görüşme formu hazırlanmıştır. Uzman görüşleri doğrultusunda görüşme formuna son şekli verilmiştir. Araştırmada, amaçlı örnekleme yöntemi ile Sakarya ilinde görev yapan 10 hemşire ile görüşmeler yapılmıştır. Hemşirelere formasyon almaktaki amaçları, meslek dersi veriyor iseler bu eğitimin etkisi, ders işlerken karşılaştıkları sorunlar, sınıf yönetimi, ölçme değerlendirme teknikleri, öğretim ilke ve yöntemleri ve hemşirelerin bu eğitimi alma noktasındaki düşüncelerine ilişkin sorular sorulmuştur. Görüşmelerden elde edilen veriler betimsel analiz yöntemiyle çözümlenmiştir. Araştırmada elde edilen sonuçlar:1. Hemşirelerin pedagojik formasyon almalarındaki amaçları; öğretmen olabilmek, kişisel gelişim ve nesillere bilgi aktarmaktır.2.Bu eğitimin ders verme konusunda olumlu etkisi olmuştur.3. Bu sayede dersi rahat işleyebildikleri noktasında görüş bildirmişlerdir.4.Motivasyon sağlama konusunda sıkıntı yaşadıklarını belirtmişlerdir.5.Sınıf yönetimi konusunda başarılı olduklarını belirtmişlerdir.6.Ölçme değerlendirmede daha çok klasik yazılıyı tercih etmişlerdir.7.Öğretim ilke ve yöntemlerinde derse etkin katılım sağladıklarını dönüt verme, teknolojiyi ve tecrübelerini kullandıkları görülmüştür.8.Bu eğitim hakkındaki düşünceleri meslek değiştirmek(öğretmen olabilmek),kişisel gelişim sağladığı ve eğitimin gerekliliği olmuştur.

**Anahtar Kelimeler**: Pedagojik formasyon, hemşirelik mesleği

## ULUSLARARASI HASTA GÜVENLİĞİ HEDEFLERİNİN TÜRKİYE'DE UYGULANABİLİRLİK DÜZEYİ

**Emrullah İNCESU<sup>1</sup>**, Hatice BULUT<sup>2</sup>

<sup>1</sup>A Sınıfı İş Güvenliği Uzmanı, Biyolog, Konya Seydişehir Devlet Hastanesi Kalite Yönetim Direktörü, Ankara Üniversitesi Adli Bilimler Enstitüsü Doktora, <sup>2</sup> Eğitim Hemşire, İzmir Karşıyaka Devlet Hastanesi,

### Özet

Sağlık hizmeti sunumunun her aşamasında, Hasta Güvenliğinin sağlanması ve tıbbi hataların önlenmesi, sağlık sisteminin öncelikleri arasında yer almaktadır. Sağlık Kurumları Hasta Güvenliğini sağlama adına sürekli iyileştirme faaliyetlerinde bulunmak zorundadırlar. Bu faaliyetleri gerçekleştirmek için bir sistematik kural dâhilinde Dünya Sağlık Örgütü ve Joint Commission International (JCI) tarafından oluşturulan Uluslararası Hasta Güvenliği Hedeflerinin uygulanması gerekmektedir. Uluslararası Hasta Güvenliğini Hedeflerinin sağlanmasında ülkemizde de bir dizi faaliyetler gerçekleştirilmektedir.

Bu çalışma, ülkemizde uygulanan Uluslararası Hasta Güvenliği Hedeflerinin yerini getirilmesinde yapılan faaliyetleri ve bu faaliyetlerin uygulanabilirliğini araştırmak amacıyla yapılmıştır.

Yapılan çalışma sonucunda ülkemizde Uluslararası Hasta Güvenliği Hedeflerine ulaşılmasında kurumsal olarak 2005 yılından günümüze kadar Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığının önderliği ve kontrolünde ciddi çalışmaların yapıldığı tespit edilmiştir.

**Anahtar Kelimeler**: Hasta Güvenliği, Uluslararası Hasta Güvenliği, Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri

## RİSKLİ GİRİŞİMSSEL İŞLEMLER ÖNCESİ HASTALARDAN AYDINLATILMIŞ ONAM ALMA: BİR KAMU HASTANESİNDE YATAN HASTALAR ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA

**Emrullah İNCESU\***

<sup>1</sup>A Sınıfı İş Güvenliği Uzmanı, Biyolog, Konya Seydişehir Devlet Hastanesi Kalite Yönetim Direktörü, Ankara Üniversitesi Adli Bilimler Enstitüsü Doktora, Türkiye

### Özet

Zaman içerisinde tıp ve teknoloji baş döndürücü bir şekilde kendini yenilerken hekim-hasta ilişkisinde de değişimler gözlenmektedir. Bu değişimlerin en başında hasta özerkliği gelmektedir. Hekim, hasta hakkında tıbbi kararlar alırken hastanın bireysel değerlerine de önem vermelidir. Hasta kendine yap ilacak müdahaleye karar verme ve müdahale konusunda bilgilendirme hakkına sahiptir. Hasta özerkliğinin yaşama geçirilmesini sağlamak için var olan en önemli araçlardan biri hastadan "aydınlatılmış onam" alınmasıdır.

**Amaç**: Bu çalışmada; hastalara yapılan tıbbi riskli girişimsel işlemler öncesi, alınması gereken "Aydınlatılmış Onam Alma Uygulaması"na karşı hastaların tutumlarını belirlemek, uygulama sürecinde yaşanan aksaklıkların neler olduğunu saptamak ve aydınlatılmış onam alma uygulamasının önemini vurgulamak amaçlandı.

**Gereç ve Yöntem**: Seydişehir Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Kliniğinde 1 Mayıs-31 Ağustos 2013 tarihleri arasında riskli girişimsel işlem uygulanan 70 hastaya, aydınlatılmış onam alma sürecinde yaşanan sorunları ve hastaların tutumlarını belirlemeye yönelik 32 sorudan oluşan ve 3'lü likert ölçeğine göre (evet, biraz, hayır) hazırlanmış anket formu uygulandı. Anket soruları literatür taraması ve saha çalışanları ile yapılan görüşmelerden yararlanılarak yazar tarafından oluşturuldu. Cronbach's Alpha sayısı  $\alpha=0.803$  olarak bulundu. Veriler SPSS 16.0 paket programında güvenilirlik, frekans sıklığı, yüzdelik ve ki kare bağımsızlık testleri ile analiz edildi.

**Bulgular**: Hastaların, aydınlatılmış onam hakkında bilgilerinin olduğu (%31,4), ameliyat öncesi aydınlatılmış onam alınmasının yasal bir hak olduğunu (%87,1), aydınlatılmış onam alınmasının kendileri için bir saygı göstergesi olduğu (%80), ameliyatta ilgili hekimin kendilerini bilgilendirmesini istedikleri (%97,1), her ameliyattan önce onam alınmasını doğru bulduğu (%87,1), onam belgesini tamamen okuduğu (31,4), onam belgesini okurken akl a takılanları hekime sorma fırsatı bulduğu (%34,3), hekim tarafından açıklanan bilgileri anlaşılır bulduğu (71,4) ve onam formunun anlayabileceği bir dille yazıldığı (%44,3) belirtildi. Aydınlatılmış onam alınma sürecinde, hekimin gerekli açıklamayı yapmak için zaman ayırdığı (%68,6) ve onam belgesinin hekim tarafından gereken açıklamaların yapılarak ancak hasta tarafından okunmadan hemşire tarafından imzalandığı (%42,9) tespit edildi. Hastaların, aydınlatılmış onam alınması bir saygının göstergesidir sorusu ile eğitim durumuna ( $x^2=16,945$ ,  $p=0.031$ ) verdikleri cevaplar

karşılaştırıldığı aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu.

**Sonuç:** Aydınlatılmış onam alma sürecinde olumsuzlukların yaşandığı; hekimin onam olma sürecinde yeterince aktif olmadığı, onamı çoğunlukla imzalatmadığı, imzalatma işleminin daha çok hemşireler tarafından gerçekleştirildiği, hazırlanmış onam belgesinin hasta tarafından okunması için uygun ortam ve süre verilmediği ve hastanın onam hakkında aklına takılanları sorma fırsatı bulmadığı, yaşanan olumsuzlukların giderilmesi için hekim-hasta ilişkisinde, hekimin daha aktif olması, hastaya yeterince zaman ayırması gerektiği ve hastaların onam alma uygulamasına yönelik tutumlarının ise olumlu yönde olduğu (ort=2,6460) tespit edildi.

**Anahtar Kelimeler:** Aydınlatılmış Onam Alma, Hasta Özerkliliği, Hekim-Hasta İlişkisi

## HASTANEMİZDE SON 2 YILDA GÖRÜLEN KESİCİ-DELİCİ ALET YARALANMALARIN DEĞERLENDİRLMESİ

**Burcu Üstün<sup>1</sup>**, Turhan Togan<sup>2</sup>, Emine Soylu<sup>3</sup>

(1)Başkent Üniversitesi, Konya Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Konya

(2)Başkent Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı, Konya

(3)Başkent Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi, Konya

### ÖZET

**Amaç :** Sağlık kuruluşlarında hizmet veren sağlık bakım profesyonelleri , delici kesici alet yaralanmaları ya da sıçrama nedeniyle He patit B, Hepatit C ve AIDS gibi çok sayıda enfeksiyonlarla karşı karşıya kalabilmektedir. Özellikle , kan yoluyla bulaşan bu hastalıklar, sağlık çalışanlarının meslek hastalığı haline gelmiştir. Kan yoluyla bulaş; hastalarda kullanılan enjektör iğnesinin yanlışlıkla kendisine batırılması, kan bulaşmış kesici aletlerle yaralanma, sıyrık, kesik, yara nedeniyle sağlamlığı ve bütünlüğü bozulmuş deriden bulaşma, enfekte kan ya da diğer sıvıların mukozaya sıçraması yoluyla olabilir. Özellikle kesici ve delici cisimlerle oluşan yaralanmalar , parenteral yolla enfeksiyon bulaşma riskini arttırmaları nedeniyle, sağlık çalışanları için önemli bir risk oluşturmaktadır. Bu çalışmada ; son iki yıl içerisinde görülen kan ve vücut sıvılarıyla ilişkili yaralanmaların değerlendirilmesi ve buna karşı alınabilecek önlemlerin araştırılması amaçlandı.

**Yöntem :** Başkent Üniversitesi Konya Uygulama ve Araştırma Merkezimizde çalışan ve 2013 ve 2014 yılları içerisinde hasta ve/veya hasta materyalleri ile temas olan sağlık personelinin geçirdiği (kesici-delici alet yaralanmaları ve bütünlüğü bozulmuş deriyle temas ve mukozaya sıçrama gibi ) kan ve vücut sıvılarıyla ilişkili 44 iş kazasına ait kayıtlar retrospektif olarak incelendi.

**Bulgular :** Çalışmamızda kesici delici yaralanma özellikleri değerlendirildiğinde; Tedavi ve işlem sırasında iğne batması %34,1, Tıbbi -Evsel atık poşetinden iğne batması % 22,73 , Temizlik Esnasında iğne batması % 18,18 , Kan alma işleminde-Damar Yolu Açmada iğne Batması % 18,18 , Kan şekereine bakarken iğne batması % 2,27 , iğne kapağı kapatırken iğne batması % 2,27 , Ameliyat Hazırlanırken % 2,27 olarak tespit edildi.

**Sonuç:** Sağlık hizmetleri iş kazaları açısından risk taşıyan hizmetlerdir. İnsan faktörünün iyileştirilmesi amacıyla; sağlık çalışanları mesleki temas riski, korunma yolları ve temas sonrası izlenimle ilgili olarak eğitilmelidirler. Sistem iyileştirilmesi amacıyla; personel sayısının artırılarak iş yoğunluğunun azaltılması, hasta ile ilgili işlem yaparken her zaman eldiven giyilmesi sağlanmalı ve riskli hastalarla ilgilenirken çift eldiven kullanımı yaygınlaştırılması önerilmektedir. İşbaşı denetimlerinin artırılması, enfeksiyon materyallerinin tamamlanması amacıyla; bulaşıcı hastalığı tespit edilen hasta hakkında uyarıcı levha ve dosya işaretleriyle tüm sağlık personelinin dikkati çekilebilecek şekilde dönüştürülmesi, enjektör başlıklarının tekrar takılmasını gerektirmeden atılabilir kutular temin edilmesi, kullanılan bu kutular sağlık personelinin rahat kullanabileceği özellikteki yerlerde olmasının sağlanması ve atık kutularının sayılarının artırılarak kullanım alanlarında daha uygun yerlere yerleştirilmesi ile kesici -delici alet yaralanmalarına bağlı iş kazalarının önlenilebileceği kanaatindeyiz

## HASTANEMİZDE ÇALIŞAN DOKTOR VE HEMŞİRELERİN EL HİJYENİNE UYUMU

**Burcu Üstün<sup>1</sup>**, Turhan Togan<sup>2</sup>, Emine Soylu<sup>3</sup>

(1)Başkent Üniversitesi, Konya Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Konya

(2)Başkent Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı, Konya

(3)Başkent Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi, Konya

### ÖZET

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı hastanemizde çalışan Doktor ve Hemşirelerin el hijyeni hakkında bilgi düzeyinin ölçülmesi , el hijyeni endikasyonlarına uyumunu ve el hijyenine verdikleri önemin gözlenmesidir

**Yöntem:** Bu çalışma Başkent Üniversitesi Konya Uygulama ve Araştırma Hastanesinde çalışan 10 Doktor ve 46 Hemşire olmak üzere toplam 56 kişi üzerinde gözleme dayalı yapılmıştır.

El Hijyenine uyum endikasyonuna göre iki grup arasında karşılaştırma yapılmıştır.

**Bulgular:** Gözlem yoluyla yapılan değerlendirme sonucunda yapılan hatalar ; Hasta ile temastan önce el hijyeni sağlanmaması : Hemşirelerde % 30,4 , Hekimlerde % 20 , Hasta ile temastan sonra el hijyeni sağlanmaması ; Hemşirelerde % 26,1, Hekimlerde % 30 , Hasta çevresi ile temas sonrası el hijyeni sağlanmaması ; Hemşirelerde % 34,8, Hekimlerde % 30 , Vücut sıvılarına maruz kalma riskinden sonra el hijyeni sağlanmaması ; Hemşirelerde % 4,3 , Hekimlerde % 20 , Aseptik işlemler öncesi Hemşirelerde % 4,3 , Hekimlerde % 0 olarak tespit edildi. Bilgi eksikliği , dikkatsizlik , yorgunluk, ihmal , dalgınlık , yoğunluk , acele etme , alışkanlık personel sirkülasyonu , el antiseptiklerinin kullanım alanlarında eksik olması , el antiseptik / sıvı sabunların cildi tahriş etmesinden dolayı kullanılmak istenmemesi , lavaboların yetersiz olması , sıvı sabun kaplarının temizlenmeden eskisinin üzerine yenilerinin eklenmesi yapılan hatalarda etkili olduğu gözlenmiştir.

**Sonuç:** Gözleme dayalı olarak gerçekleştirdiğimiz çalışmamız neticesinde ; Hastane enfeksiyonlarının önlenmesinde temel kuralardan biri olan el hijyeni konusunda , eğitim , bilgi eksikliği ve dikkatsizliklerin önlenmesi amacıyla ; hastanemizde çalışan doktor ve hemşirelerin el hijyeni konusunda bilgi düzeyinin artırılması ve el hijyenine uyumun sağlanmasına yönelik eğitimlerin periyodik olarak yapılması , ihmalin önlenmesi , alışkanlıkların artırılması amacıyla; klinik denetimlerin artırılması , personel sirkülasyonundan kaynaklanan sıkıntılardan çözülmesi amacıyla ; personel sayısının gözden geçirilmesi, yeni başlayan personellerin oryantasyon programında el hijyeni konusunun işlenmesi , el antiseptik / sıvı sabunların cildi tahriş etmesi sebebiyle kullanıcı memnuniyetinin sağlanması için değişik el antiseptik solüsyonlarının kullanıcılara denettilirip en uygun olanının tercih edilmesi , sıvı sabun kaplarının temizlenmeden eskisinin üzerine yenilerinin eklenmesinin önüne geçilmesi için kurum ev idaresi biriminin işbaşı denetim ve eğitimlerinin artırılması , el antiseptiklerinin kullanım alanlarında eksikliklerinin giderilmesi, sayısının artırılmasının , el hijyeni uyumunun artırılarak hastane enfeksiyonlarının azaltılma konusunda yararı olacağı kanaatine varılmıştır.