



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



DOKTORA TEZİ

HASTANELERDE SAĞLIK ÇALIŞANLARININ İSRAFA İLİŞKİN
GÖRÜŞLERİNİN NİTEL OLARAK İNCELENMESİ VE İSRAFA İLİŞKİN
TUTUM ÖLÇEĞİNİN GELİŞTİRİLMESİ

SEDA TUĞBA BAYKARA MAT

PROF. DR. ÜLKÜ BAYKAL
TEZ DANIŞMANI

HEMŞİRELİKTE YÖNETİM ANA BİLİM DALI
HEMŞİRELİKTE YÖNETİM DOKTORA PROGRAMI

İSTANBUL-2020

TEZ ONAYI

Bu çalışma 10.07.2020 Tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, Hemşirelikte Yönetim Doktora Programı Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

TEZ JÜRİSİ

Prof. Dr. Ülkü BAYKAL
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Hemşirelik Fakültesi

Prof. Dr. Aytolan YILDIRIM
Atlas Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi

Dr.Öğr.Üyesi Nilgün GÖKTEPE
Koç Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi

Prof. Dr. Nevin ŞAHİN
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Hemşirelik Fakültesi

Dr.Öğr.Üyesi Handan ALAN
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Hemşirelik Fakültesi

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Seda Tuğba Baykara MAT



İTHAF

Oğlum Rüzgar Mete Mat'a ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Lisansüstü eğitimime başladığım andan bu yana hayatımı değiştiren, bana yepyeni ufuklar açan, aldığım her kararda danışmanlık eden, bana güvenen, destekleyen, yeri geldiğinde eleştiren ve geliştiren, yaşadığım zorluklar beni yıldırduğunda benden vazgeçmeyen, bana cesaret veren, bu çalışmanın başından sonuna her satırında emeği geçen, hayatım boyunca öğrencisi olacağım sevgili hocam, değerli danışmanım Sayın Prof. Dr. Ülkü Baykal'a,

Yüksek Lisans ve Doktora eğitimim boyunca sonsuz bilgi ve deneyiminden yararlanma fırsatı bulmaktan gurur duyduğum Sayın Prof. Dr. Aytolan Yıldırım'a,

Tez izlem sürecinde her zaman desteği ve ilgisini hissettiğim çok değerli hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi Nilgün Göktepe'ye,

Tez yazım süreci boyunca her ihtiyacım olduğunda yanımda olan değerli arkadaşım Sayın Dr. Oya Çelebi Çakıroğlu'na,

Her zorlandığımda bana destek olan, varlığını gönülden hissettiren arkadaşım Dr. Nurdan Sancak Aklar'a

Bu araştırmaya katılarak değerli görüş ve düşüncelerini benimle paylaşan tüm sağlık çalışanlarına,

Her koşulda bana güç ve destek veren, çok kıymetli annem, babam, ablam ve oğluma,

Tez yazım sürecim boyunca beni her konuda destekleyen ve bana inanan sevgili eşim Onur Mat'a teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	İİ
BEYAN.....	İİİ
İTHAF.....	İV
TEŞEKKÜR.....	V
İÇİNDEKİLER	VI
TABLolar LİSTESİ.....	İX
ŞEKİLLER LİSTESİ	X
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ	Xİ
ÖZET	Xİİ
ABSTRACT.....	Xİİİ
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Sağlık Hizmetleri ve Hastaneler	4
2.1.1. Sağlık Hizmeti Kavramı ve Özellikleri.....	4
2.2. Sağlık Harcamaları.....	5
2.2.1. Sağlık Harcamalarının Sınıflandırılması.....	6
2.2.2. Sağlık Harcamalarını Etkileyen Etmenler.....	8
2.3. İsrâf (Savurganlık) Kavramı ve Hastanelerde İsrâf	8
2.3.1. Hastanelerde Gerçekleştirilen Gereksiz Uygulamalar	12
2.4. Hastanelerde İsrâfa Yönelik Yapılan Çalışmalar.....	14
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	17
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi	17
3.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	18
3.2.1. Nitel Aşamanın Evren ve Örneklemi	18
3.2.2. Nicel Aşamanın Evren ve Örneklemi	18
3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	19
3.4. Veri Toplama Aracı	19
3.4.1. “Sağlık Çalışanlarının İsrâfa İlişkin Tutumu” Ölçeği Taslağı	20
3.5. Verilerin Toplanması	21
3.5.1. Nitel Verilerin Toplanması	21
3.5.2. Nicel Verilerin Toplanması.....	21

3.6. Verilerin Analizi	22
3.7. Araştırmanın Etik Yönü	25
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	25
4. BULGULAR.....	27
4.1. Araştırmanın Nitel Aşamasına İlişkin Bulgular.....	27
4.1.1. Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının Kişisel ve Mesleki Özellikleri.....	27
4.1.2. Derinlemesine Görüşmeler Sonucu Elde Edilen Bulgular.....	30
4.1.2.1. İsraf Algısına İlişkin Bulgular.....	31
4.1.2.2. İsraf Edilen Kaynaklara İlişkin Bulgular	35
4.1.2.3. İsraf Nedenleri.....	62
4.1.2.4. İsrafa Karşı Alınacak Önlemler	94
4.2. Araştırmanın Nicel Aşamasına İlişkin Bulgular	128
4.2.1. Sağlık Çalışanlarının Kişisel ve Mesleki Özellikleri	129
4.2.2. Sağlık Çalışanlarının İsrafa İlişkin Tutumu Ölçeğinin Geçerliliği	130
4.2.2.1. Kapsam Geçerliliği.....	130
4.2.2.2. Ön/Pilot Uygulama.....	132
4.2.2.3. Madde Analizi.....	132
4.2.2.4. Yapı Geçerliliği	133
4.2.3. Sağlık Çalışanlarının İsrafa İlişkin Tutumu Ölçeğinin Güvenirliği.....	138
4.2.3.1. Test Tekrar Test Uygulaması	139
4.2.3.2. İç Tutarlılık Analizi.....	139
4.2.4. Sağlık Çalışanlarının İsrafa İlişkin Tutum Ölçeği Toplamı ve Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi.....	140
5. TARTIŞMA	142
5.1. Araştırmanın Nitel Aşamasına İlişkin Bulguların Tartışması.....	142
5.1.1. İsraf Algısına İlişkin Görüşler.....	142
5.1.2. İsraf Edilen Kaynaklara İlişkin Görüşler	143
5.1.3. İsraf Nedenlerine İlişkin Görüşler.....	148
5.1.4. İsrafa Karşı Alınacak Önlemlere İlişkin Görüşler	152
5.2. Araştırmanın Nicel Aşamasına İlişkin Bulguların Tartışması	158
5.2.1. Sağlık Çalışanlarının İsrafa İlişkin Tutumu Ölçeğinin Geçerliliği	159
5.2.2. Sağlık Çalışanlarının İsrafa İlişkin Tutumu Ölçeği' nin Güvenirliği	161
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	163

KAYNAKLAR	166
FORMLAR	178
ETİK KURUL KARARI	196
PATENT HAKKI İZİNİ	199
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI.....	200
ÖZGEÇMİŞ	201



TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 3-1: Oluşturulan ana tema, alt tema ve kodlar.....	23
Tablo 3-2: Araştırmada kullanılan istatistik yöntemler	24
Tablo 4-1: Katılımcıların kişisel ve mesleki özellikleri.....	27
Tablo 4-2: Sağlık çalışanlarının israf algısına ilişkin görüşlerinin dağılımı.....	32
Tablo 4-3: Sağlık çalışanlarının sarf malzeme - kaynaklar alt temasına ilişkin görüşlerinin dağılımı	37
Tablo 4-4: Sağlık çalışanlarının insan kaynakları alt temasına ilişkin görüşlerinin dağılımı	47
Tablo 4-5: Sağlık çalışanlarının finans-maliyet-bütçeleme alt temasına ilişkin görüşlerinin dağılımı.....	57
Tablo 4-6: Sağlık çalışanlarının kurum kaynaklı israf nedenlerine ilişkin görüşlerinin dağılımı	75
Tablo 4-7: Sağlık çalışanlarının bireysel önlemler alt temasına ilişkin görüşlerinin dağılımı	96
Tablo 4-8: Sağlık çalışanlarının kurumsal önlemler alt temasına ilişkin görüşlerinin dağılımı	111
Tablo 4-9: Sağlık çalışanlarının sağlık sistemi alt temasına ilişkin görüşlerinin dağılımı	127
Tablo 4-10: Katılımcıların kişisel ve mesleki özelliklerinin dağılımı	129
Tablo 4-11: Uzman görüşleri doğrultusunda aday ölçek maddelerine ait kapsam geçerlik oranı ve kapsam geçerlik indeksi değerleri.....	131
Tablo 4-12: Ölçek taslağının madde analizi sonuçları.....	132
Tablo 4-13: Kaiser-Meyer-Olkin katsayısı ve Bartlett anlamlılık testi	134
Tablo 4-14: Açımlayıcı faktör analizi sonuçları	137
Tablo 4-15: Ölçek toplamı ve alt boyutların özdeğer ve açıklanan toplam varyans oranları	138
Tablo 4-16: Test-retest uygulaması Pearson korelasyon analizi sonuçları.....	139
Tablo 4-17: Test-retest uygulaması eşleştirilmiş gruplar t-testi sonuçları.....	139
Tablo 4-18: Ölçek ve alt boyutlarının Cronbach alfa katsayısı ile eski ve yeni madde numaraları	140

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 4-1: Sağlık çalışanlarının israfa ilişkin görüşlerinden oluşan ana temalar	30
Şekil 4-2: Katılımcıların israfa ilişkin görüşleri doğrultusunda oluşturulan tema, alt tema ve kodlar	31
Şekil 4-3: İsrif edilen kaynaklara ilişkin oluşturulan alt tema ve kodlar	35
Şekil 4-4: Sarf malzeme - kaynaklar alt temasına ilişkin oluşturulan kodlar	36
Şekil 4-5: İnsan kaynakları alt temasına ilişkin oluşturulan kodlar	46
Şekil 4-6: Zaman israfı koduna ilişkin oluşturulan alt başlıklar	51
Şekil 4-7: İsrif nedenleri ana temasına ilişkin oluşturulan alt tema ve kodlar	62
Şekil 4-8: Çalışan kaynaklı israf nedenleri alt temasına ilişkin oluşturulan kodlar.....	63
Şekil 4-9: Hizmet alan kaynaklı israf nedenleri alt temasına ilişkin oluşturulan kodlar	69
Şekil 4-10: Kurum kaynaklı israf nedenleri alt temasına ilişkin oluşturulan kodlar	74
Şekil 4-11: Kurum kültürü koduna ilişkin oluşturulan alt başlıklar	76
Şekil 4-12: Satın alma koduna ilişkin oluşturulan alt başlıklar	86
Şekil 4-13: İsrif önleme ana temasına ilişkin oluşturulan alt tema ve kodlar	94
Şekil 4-14: Bireysel önlemler alt temasına ilişkin oluşturulan kodlar	95
Şekil 4-15: Uyarıda bulunma koduna ilişkin oluşturulan alt başlıklar	98
Şekil 4-16: Kurumsal önlemler alt temasına ilişkin oluşturulan kodlar	110
Şekil 4-17: Malzeme yönetimi koduna ilişkin oluşturulan alt başlıklar	120
Şekil 4-18: Özdeğer kriterine göre faktör sayısının değerlendirilmesi.....	135
Şekil 4-19: Yamaç birikinti grafiği	136

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

KMO: Kaiser-Meyer-Olkin

KGO: Kapsam Geçerlik Oranı

KGİ: Kapsam Geçerlik İndeksi

Min: Minimum

Max: Maksimum

Ort: Ortalama

SS: Standart Sapma

SÇİİTÖ: Sağlık Çalışanlarının İsrafa İlişkin Tutumu Ölçeği

SB: Sağlık Bakanlığı

SBH: Sağlık Bakanlığı Hastanesi

ÜH: Üniversite Hastanesi

ÖH: Özel Hastane

SML: Sağlık Meslek Lisesi

JCI: Joint Commision International

ÖZET

Baykara Mat, S. (2020). Hastanelerde Sağlık Çalışanlarının İsrafa İlişkin Görüşlerinin Nitel Olarak İncelenmesi ve İsrafa İlişkin Tutum Ölçeğinin Geliştirilmesi. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı. Doktora Tezi. İstanbul.

Araştırma, hastanelerde görev yapan sağlık çalışanlarının israfa ilişkin görüşlerinin belirlenmesi amacıyla nitel tasarım, “Sağlık Çalışanlarının İsrafa İlişkin Tutumu” ölçeğinin geliştirilmesi amacıyla nicel tasarım kullanılarak iki aşamada gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın örneklemini, İstanbul ilinde bulunan üç farklı sektörden (özel, üniversite ve Sağlık Bakanlığı) beş hastanede görevli sağlık çalışanları oluşturmuştur. Nitel aşama için bu kurumlarda görevli 60 sağlık çalışanı örnekleme alınırken; nicel aşama için ölçek madde sayısının 5- 10 katı hesabıyla 409 sağlık çalışanı katılmıştır. Araştırmaya katılan sağlık çalışanları ile yapılan derinlemesine görüşmelerde 14 sorudan oluşan “Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu” kullanılmış, bu veriler içerik analizi ve Nvivo12 programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Ölçek geliştirme aşamasında nitel verilerden yararlanılarak oluşturulan ve 56 maddeden oluşan “Sağlık Çalışanlarının İsrafa İlişkin Tutumu” ölçeği taslağı ve katılımcıların kişisel ve mesleki özelliklerini belirlemeye yönelik sosyo-demografik özellikler bilgi formu (12 soru) kullanılmıştır. Nicel veriler SPSS 24 paket programı kullanılarak analiz edilmiştir.

Araştırmanın nitel aşamasında elde edilen bulgular; “israf algısı”, “israf edilen kaynaklar”, “israf nedenleri” ve “israfa karşı alınacak önlemler” başlıkları altında dört ana tema, bu ana temalara bağlı alt temalar ve kodlar şeklinde değerlendirilmiştir. Sağlık çalışanlarının görüşleri doğrultusunda; israf kavramının toplumsal ve dini örüntülerin etkileri sonucu şekillendiği, “günah”, “yazık”, “kul hakkı” kavramlarıyla ifade edildiği, farkında olunmadığında alışkanlığa dönüşmesinin israf davranışlarının artmasının en büyük nedenlerinden biri olduğu belirtilmiştir.

Nitel verilerin analizi kapsamında 84 maddelik taslak ölçek oluşturularak, konu ile ilgili 12 uzmanın görüşüne sunulmuş ve alınan dönüşler doğrultusunda taslak ölçeğin 28 maddesi ölçekten çıkarılmış, kapsam geçerliliği 0,92 olarak bulunmuştur. Çalışmanın devamında ölçek maddelerinin, madde-toplam korelasyonları 0,30’un altında kalanlar ölçekten çıkarılarak, madde-toplam korelasyon değerlerinin 0,30-0,78 arasında değiştiği ortaya konmuştur. Açımlayıcı faktör analizi sonucunda beş boyut (çalışanların israf algısı, israf nedenleri, bireysel önlemler, değer katmayan süreçler, kurumsal tutum) ve 24 maddeden oluşan ölçek yapısı ortaya konmuştur. Ölçeğin güvenilirliğinin incelenmesi amacıyla; zamana göre değişmezliği test-tekerrar test yöntemiyle değerlendirilmiş, her iki uygulamadan elde edilen puanlar arasında anlamlı bir fark bulunmadığı (t:1,102, p: ,227) ve pozitif yönde, güçlü ve anlamlı ilişki olduğu ortaya konmuştur (r: ,996, p<,001). Geliştirilen ölçeğin iç tutarlılığının belirlenmesi amacıyla, ölçek toplamının Cronbach alfa katsayısı 0,90 olduğu, alt boyutlarının Cronbach alfa katsayısının 0,71-0,88 arasında değiştiği saptanmıştır.

Araştırma sonucunda; çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının hastanelerdeki israf nedenlerinin belirlenip ortadan kaldırılmasının israfı azaltabileceğini düşündükleri saptanmıştır. Çalışmada, ‘Sağlık Çalışanlarının İsrafa İlişkin Tutumu’ ölçeğinin geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Hastanelerde İsrif, Sağlık çalışanları, Ölçek Geliştirme, Tutum Ölçeği, Hemşirelikte Yönetim.

ABSTRACT

Baykara Mat, S. (2020). Qualitative Analysis of the Opinions of the Health Care Professionals about the Waste in Hospitals and Development of the Attitude Scale for Wastage. Istanbul University-Cerrahpasa Institute of Graduate Studies, Department of Nursing Management. Doctoral Thesis. Istanbul.

The aim of this study is to determine the attitudes towards wastage of healthcare professionals working in the hospital and additionally to develop “The Attitude Scale Towards Healthcare Professionals”.

The research was carried out in two stages. The sample of the study consisted of healthcare professionals working in 5 hospitals that can be divided into 3 sectors (private, university and Ministry of Health) in Istanbul. For the qualitative stage, 60 healthcare professionals working in these institutions were sampled and for quantitative part of the study 409 healthcare professionals were participated. In the in-depth interviews with the healthcare workers participating in the research, the "Semi-Structured Interview Form" consisting of 14 questions was used and the data was evaluated using content analysis and Nvivo12 program. In the development phase of the scale, the draft version of the “Attitudes Towards Wastefulness of Health Workers” scale containing 56 items and the socio-demographic information form containing 12 questions are used to determine the personal and professional characteristics of the participants. The data was analyzed using SPSS 24 package program.

Findings obtained at the qualitative stage of the research were evaluated as four main themes which were divided into sub-themes and codes. These four main themes are waste perception, wasted resources, causes of waste and measures to be taken against waste. It was emphasized that waste in hospitals is mostly related to disposable materials and institutional precautions would be more significant rather than individuals’ in order to prevent waste.

As a result of the analysis of qualitative data, a draft scale containing 84 items was created. After presenting the draft scale to 12 experts for the feedback, 28 items were removed from the scale in line with the comments received. After that content validity was calculated as 0.92. The items whose scale-item correlations were below 0.30 were excluded from the scale. Item-total correlation values were between 0.30-0.78.

As a result of exploratory factor analysis, the scale structure consisting of five (employees' perception of waste, reasons for waste, individual measures, processes that do not add value, corporate attitude) dimensions and 24 items were reached. In order to examine the reliability of the scale against time was evaluated by test-retest method. There is no significant difference between the scores obtained from both applications ($t: 1.102, p: .227$) and there was a positive, strong and significant relationship ($r: .996, p < .001$) between them. Cronbach's alpine coefficient of the developed scale is 0.90 and Cronbach alpha value of sub-dimensions ranged from 0.71 to 0.88.

As a result of the research; it was concluded that the healthcare professionals working in the hospitals think that the causes of wastage in hospitals can be reduced by revealing the causes. In the study, it was determined that the scale of Attitude of Healthcare Professionals towards Waste is a valid and reliable scale.

Keywords: Waste in Hospitals, Healthcare Workers, Scale Development, Attitude Scale, Nursing Management.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Tüm dünyada ve ülkemizde gelişen teknoloji, nüfus artışı, toplumun gelir düzeyinde meydana gelen değişimler toplumun sağlık hizmetlerinden beklentilerinin artmasına neden olmaktadır. Toplumun beklentileri doğrultusunda sağlık hizmetleri sunumunun yapıldığı hastanelerin daha kapsamlı hizmet vermesi kaçınılmaz olmuştur. Hastanelerin multidisipliner bir yapıya sahip karmaşık sistemler olması toplum beklentilerine uygun hizmet sunmanın yanında etkin bir maliyet yönetimine de sahip olmalarını gerektirmektedir (Trebble ve Hydes 2011). Bu bağlamda hizmetin sürekliliğinin sağlanması için hastanelerin hasta memnuniyeti yanında kaynakların etkin ve verimli kullanılmasına da önem vermeleri gerektiği belirtilmektedir (Şimşir 2013).

Günümüzde birçok hastanenin işletme olarak hizmet vermesi sağlık hizmetlerini ulaşılabilir hale getirirken, yüksek teknolojili tıbbi cihazların kullanımı, otelcilik gibi hizmetlerin hastane giderlerine eklenmesine neden olmuştur. Sağlık hizmetlerinin sunumunda meydana gelen bu değişim sonucunda hastanelerden alınan sağlık hizmeti, toplumda sosyal konum belirleyici olarak görülmeye başlanmıştır. Bu bağlamda ülkelerin sağlık için ayırdığı finansman artarken, hizmet sunumlarının bedelleri de artmış, bu durum sağlıkta israf konusunu gündeme getirmiştir (Tosun 2018).

Sağlık sistemleri; ülke ekonomisi, gelişmişlik düzeyi, sağlık arama davranışı gibi özelliklere göre şekillenmekte olup her ülke için farklılıklar göstermektedir. Bununla beraber karşı karşıya kalınan kaynakların hızla tüketilmesi sorunu küresel bir problemdir. Son 20 yıldır sağlık sektöründe israfı önlemeye yönelik farkındalık oluşturma çabaları hız kazanmış olup, tüm işletmelerde olduğu gibi sağlık kurumlarında da maliyetlerin düşürülmesi, kalitenin artırılması, müşteri doyumu gibi terimler ön plana çıkmaktadır (Tanyıldızı ve Demir 2019).

İsraf; alan yazında eldeki kaynakların hiçbir değer ortaya koymaksızın harcanmasına neden olan ve hizmet alan kişinin fazladan ödeme yapmayı kabul etmeyeceği her şey olarak tanımlanmaktadır (Womack ve Jones 2012). Ayrıca sağlık kuruluşlarında yaşanan değer yaratmayan beklentiler, gereksiz tetkikler, insan gücü yönetiminde yaşanan yetersizlikler, malzeme yönetim süreçlerinde karşılaşılan fazla stok, gereksiz depolama, değer yaratmayan hizmet üretimi gibi durumlar, hizmete değer katmayan faktörler olarak görülmektedir. Bu faktörlerdeki aksamalar diğer süreçlerin

beklemesine yol açarak hizmetin aksamasına neden olduğundan hastanelerde yaşanan israfın nedenleri arasında sayılmaktadır (Womack ve Jones 2012).

Hastanelerde hizmet üretim sürecinde meydana gelen hatalar ve değer yaratmayan süreçler, verilen hizmetin maliyetini yükseltmektedir. Bu bağlamda hastanelerde verilen hizmete değer katmayan süreçlerin tespit edilmesi ve bu süreçlerin ortadan kaldırılmasının, gereksinimden fazla stoklama yapılmasını, gereksiz depolama yapılmasını ve bekleme sürelerini azaltarak hasta bakımına ayrılan sürenin artmasını sağlayacağı belirtilmektedir (McFadden ve ark. 2015). Bu doğrultuda sağlık sektöründe verimliliği sağlamak için israfın önlenmesi ve kaynakların etkin kullanılması zorunlu hale gelmektedir (Fullerton ve ark. 2014). Aynı zamanda sürekli iyileştirilmeler yapılarak, kullanılan kaynakların takip edilip uygun zamanda, uygun miktarda temin edilmesini sağlamaya yönelik teknolojilerin kullanımı israfı önlemenin yanında maliyetlerin düşmesini de sağlayacaktır (Can ve Güneşlik 2013).

Hastanelerde israfın önlenmesi için alınacak önlemler olarak bakım uygulamalarının standart hale gelmesi, hastane çalışanlarının israfı önlemeye yönelik uygulanan süreçlere gönüllü olarak katılımının sağlanması, çalışan için güvenli bir çalışma ortamı sunulması, çalışanların kurum için alınan kararlara katılımının sağlanması, sağlık hizmeti sürecinde oluşabilecek hataların azalması, alanında uzman insan gücü istihdamı sağlanarak çalışanların iş yüklerinin azaltılması sayılabilmektedir (Bıkmaz 2019).

Hastanelerin israfa neden olan süreçleri fark ederek önüne geçebilmesi için, hastanede çalışan sağlık profesyonelleri, hastane yöneticileri, sağlık hizmeti veren diğer ekip üyelerinin hastanede israfa neden olan süreçleri fark etmesi, bu süreçlerin nasıl en aza indirilebileceği konusunda ortak bir bilince sahip olması gerektiği, bu bağlamda hastane içinde günlük tekrarlanan işlerin kanıksanması ve alışkanlık haline gelmesinin önüne geçilmesi gerekmektedir (Magalhães ve ark. 2016). Hastane içinde; hasta kabul, tedavi ve taburculuk süreçleri gibi birçok alanda görev alan sağlık çalışanlarının, doğru, zamanında ve hızlı hizmet vermesinin sağlanması açısından güdülenmesi ve israfı önlemeye yönelik atılacak adımların bir örgüt kültürü haline gelmesi büyük önem taşımaktadır (Magalhães ve ark. 2016).

Sağlık alanında ciddi miktarlarda kaynak israfı yapıldığının bilinmesine karşın, sağlık çalışanlarının hastanelerdeki israfa ilişkin algılarını ortaya koyan bir çalışmaya

rastlanmamıştır. Bu araştırmada hastanelerde görev yapan sağlık çalışanlarının israfa ilişkin görüşleri bireysel ve derinlemesine görüşmeler yapılarak, ayrıntılı şekilde ortaya konması ve sağlık çalışanlarının israfa ilişkin görüşlerinin belirlenmesi amacıyla tutum leği geliştirilmesi amaçlanmıştır. Elde edilen sonuçların bu konudaki alan yazına katkı sağlayacağı ve israfa ilişkin yapılacak çalışmalar açısından yol gösterici olacağı öngörülmüştür.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık Hizmetleri ve Hastaneler

2.1.1. Sağlık Hizmeti Kavramı ve Özellikleri

Türk Dil Kurumu tarafından **sağlık** “bireyin fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden tam bir iyilik durumunda olması, esenlik, sıhhat, afiyet” şeklinde tanımlanmaktadır (TDK 2019). Dünya Sağlık Örgütü sağlık kavramını, “sadece hastalık veya sakatlık durumunun olmaması değil, beden, ruhen ve sosyal anlamda tam bir iyilik hali” olarak tanımlamaktadır (WHO 1999). Sağlık kavramı tanımlanırken sadece fiziksel sağlık değil, sosyal alanın da altı çizilmekte ve sağlıklı çevre, bireyin yaşadığı ortam ve toplumdaki sağlık algısı son derece önemli bulunmaktadır. Bu amaçla sağlığın korunması ve geliştirilmesi, hastalıkların iyileştirilmesi, amacıyla yürütülen hizmetler **Sağlık Hizmetleri** olarak tanımlanmaktadır (Özdemir 2001). Diğer bir tanımda ise sağlık hizmetleri, “toplumdaki hastalıkların teşhis, tedavi ve rehabilitasyonunu üstlenirken aynı zamanda, bilimsel veriler ışığında hastalık ve sakatlıkların önlenmesi, toplum refahının sağlanması” olarak ele alınmaktadır (Rosenstock 2005).

Toplumun en önemli gereksinimlerinden biri olan sağlık hizmetini diğer sektörlerden ayıran bazı özellikler ve ayrıcalıklar bulunmaktadır. Bu özelliklerin en başında, hizmet gereksiniminin ve niteliğinin ortaya çıkmasındaki belirsizlik, ertelenemezlik ve hizmet gereksiniminin yaşamsal öneme sahip olması gelmektedir (Aslan 2019). Ayrıca, sağlık hizmetlerini diğer hizmet sektörlerinden ayıran bir çok özellik belirtilmektedir (Şenatalar 2003). Bu özellikler aşağıdaki gibi sıralanabilir (Sargutan 2004; Tokat 2001; Akbelen 2007; Aslan 2019).

- Sağlık, hizmet yönü kadar sosyal yönü de olan, toplumsal bir olgudur
- Sağlık hizmetlerine niteliksel açıdan bakıldığında, hizmetlerin kâr amacı gütmeksizin sunulması, insani bir hak olarak görülmektedir
- Sağlık hizmetleri sürekli ve hızlı bir gelişim gösterdiğinden, talebin belirsizliği söz konusudur
- Sağlık hizmetlerinde tüketiciler olarak belirtilen hastalar, satın aldıkları hizmet hakkında yeterli bilgiye sahip olmadığından hizmetin kalite ve niteliğini ölçememekte ve bu nedenle bireyin gereksinimini sağlık profesyonelleri belirlemektedir

- Sağlık hizmetleri multidisipliner ve karmaşık bir süreci gerektirmektedir
- Sağlık hizmetlerinde yapılacak faaliyetler ertelenemediğinden, sağlık kurumları 24 saat hizmete açık olmak zorundadır
- Sağlık hizmetlerinin talep edilmesinin nedeni sadece hizmetten doyum sağlamak değil, sağlıklı olma gereksinimi ve sağlık arayışıdır.

Hastaneler, “hasta ya da hastalık şüphesi olanların yatarak veya ayakta tanı, tedavi ve bakım hizmetlerinin, uzman sağlık profesyonelleri tarafından yürütüldüğü, sağlık hizmeti üreten kuruluşlar” olarak tanımlanmaktadır (Yataklı Tedavi İşletme Yönetmeliği 2019) . Hastaneler, sağlık sisteminin, harcamaları en yüksek olan hizmet birimini oluşturmaktadır. Hastaneler yapıları gereği, birçok sağlık meslek üyesininin görev aldığı ve birçok alt sisteme sahip olup içlerinde girdi- hizmet- çıktı sürecini barındıran, çevreleri ile aktif bir ilişki içinde olan karmaşık sistemler olarak kabul edilmektedir (Uzunay 2011).

Açık sistemli yapılar olarak tanımlanan hastanelerin girdilerini büyük ölçüde alanında uzman personel ve sağlık harcamaları oluştururken toplum sağlığının korunup geliştirilmesi, araştırmalar ve verilen eğitimler çıktılarını oluşturmaktadır (Tengilimoğlu ve Akbolat 2012). Bu bağlamda hastanelerin sadece hastanın tanı, tedavi ve bakım hizmetlerini değil, hastanenin yönetimi, gelir ve giderlerin finanse edilmesi, toplum sağlığının geliştirilmesi ve sürdürülebilmesi gibi hizmetleri de yürütmesi gerekmektedir (Seçim 2001).

Hastaneler çeşitli şekillerde sınıflandırılabilirle birlikte, mülkiyetine yönelik olarak üç grupta ele alınmaktadır (Seçim 2001). Bu gruplamaya göre hastaneler; Sağlık Bakanlığı’na bağlı olan kamu hastaneleri, devlete dolaylı yoldan bağlı bulunan üniversite hastaneleri ve “Özel Hastaneler Yönetmeliği”ne uygun şekilde işletilen özel hastaneler olarak sıralanmaktadır (Seçim 2001).

2.2. Sağlık Harcamaları

Toplumun sağlık hizmetine ulaşması ve bunun sürdürülebilir bir hizmet olması, devletlerin bu alanda bazı harcama ve yatırımlar gerçekleştirmesini zorunlu kılmaktadır. Her ülke kendi ekonomik kalkınma düzeyi, toplumun eğitim durumu, sağlık bilinci, sağlığı arama davranışları gibi değişkenleri göz önünde bulundurarak, sağlık harcamaları

için kaynak ayırmakta ve bu kaynakların ulusal büyümeye katkı sağlaması beklenmektedir (Atasever ve ark. 2017). Ulusal büyüme; belirlenmiş bir zaman diliminde, ülkelerin üretim miktarında ve para kaynaklarında meydana gelen artış olarak tanımlanmakta ve Gayrı Safi Yurt İçi Hasıla (GSYİH) artış oranı yüzdeleriyle ölçülmektedir. GSYİH, bir ülkenin ekonomik büyüme göstergelerinden biridir. Ekonomik büyüme ise gelişmekte olan ülkeler için kalkınma ve finansmanın sağlanması, gelişmiş ülkeler için ise ülkede var olan refah seviyesinin kalıcı ve sürdürülebilir olması anlamına gelmektedir (Akdur 2008). Bu anlamda, ülkelerin toplumsal eğitim seviyesi, sağlık arama davranışları, sağlık alanındaki örgütlenmesi ve sağlık hizmetleri finansmanı, sağlık alanına ayrılacak finansal payın belirlenmesinde rol oynamaktadır (Akdur 2008).

Türkiye, tüm dünyada olduğu gibi, gelişen teknolojinin sağlık hizmetlerinde kullanımı, toplumsal gelir düzeyindeki artışa bağlı olarak artan hasta beklentileri, hizmet verilecek nüfus sayısının artması ve sağlık hizmetlerine ulaşımın kolaylaşması gibi nedenlerle sağlık harcamalarında artışlar yaşamaktadır (Mullen ve Spurgeon 2018).

Bu bağlamda Türkiye İstatik Kurumu verileri incelendiğinde Türkiye’de kişi başı sağlık harcaması, 2017’de 1751 TL iken 2018 yılında %15,9 artarak 2 bin 30 liraya yükseldiği görülmektedir (TÜİK 2018).

2.2.1. Sağlık Harcamalarının Sınıflandırılması

Sağlık harcamaları en genel anlamda; kamusal harcamalar ve özel sektör harcamaları olarak iki ana başlıkta ele alınmaktadır. TÜİK tarafından oluşturulan diğer bir sınıflandırmaya göre ise toplam sağlık harcamaları; geçici mal ve hizmetler için yapılan sağlık harcamaları olarak tanımlanan cari harcamalar ve uzun süreli yarar sağlamaya yönelik yatırım harcamaları olarak iki başlık altında incelenmektedir (TÜİK 2018).

Cari harcama doğrudan üretim artışına yönelik olmayan, bir defada kullanılıp tüketilen mal ve hizmetler için yapılan giderler anlamını taşımaktadır. Cari harcamalar değerlendirilirken; hastane harcamaları, evde bakım hizmetlerine ayrılan kaynaklar, ayakta bakım hizmetleri harcamaları, halk sağlığı hizmetlerine ayrılan kaynaklar, sigorta ve sınıflandırılmayan diğer giderler ele alınmaktadır. Cari harcamalar içinde en büyük payın hastanelere ait olduğu ve hastane harcamalarının büyük bir bölümünün devlet harcamaları içinde yer aldığı belirtilmektedir. İktisadi İşbirliği ve Gelişme Teşkilatı (OECD) ülkelerinin kişi başına düşen ortalama sağlık harcamasını 3.813 USD olarak

belirtilmiş olup Türkiye'nin sağlık harcamaları incelendiğinde 2015 yılında, kişi başına düşen sağlık harcamasının 1.064 USD olduğu görülmektedir (TUİK 2015).

Türkiye'de sağlık harcamalarının çok büyük bir bölümü devlet harcamaları içerisinde yer aldığından kamu hastanelerine kaynak ayrılması ve hizmet sunumunda hastaneler arası rekabetin desteklenmesi, bu bağlamda hastane seçimlerinin hasta bireylere bırakılması gibi stratejiler kamu hastanelerinin finansmanlarına katkı sağlarken, yatırımların ve harcamaların artmasına da neden olduğu belirtilmektedir (Hayran 2019).

Üniversite hastaneleri (ÜH), hasta bireylere teşhis ve tedavi hizmeti sunmakla birlikte, eğitim ve araştırma gibi akademik süreçleri bünyesinde bulunduran kuruluşlar olması nedeniyle, bu hastanelere ayrılan kaynak miktarının da yüksek olması beklenmektedir. Ancak günümüzde kar amacı gütmeyen bu kuruluşların finansal sürdürülebilirlik ile ilgili yetersizlikler yaşadığı görülmekle birlikte, var olan kısıtlı kaynakların da verimli kullanılmadığı belirtilmektedir (Chandra 2011). Bu bağlamda üniversite hastaneleri için gelir ve gider eşitliği sağlamak amacıyla 2017 yılından başlayarak önlemler alındığı vurgulanmaktadır (Yiğit ve Yiğit 2016).

Türkiye'de son yıllarda yaşanan politik gelişmeler ışığında kurumsal kaynakların özel sektöre yönlendirilmesi, özel sektör hizmetlerinin özendirilerek öncelenmesi ve ulaşılabilir hale gelmesi gibi desteklerin, özel hastanelerin ülke genelinde yaygınlaşmasına ve yatak kapasitelerini arttırmasına neden olduğu belirtilmektedir. Bu bağlamda, hastaların istek ve beklentilerini karşılamada eldeki kaynakların etkili ve verimli kullanımı özel hastaneler için de büyük önem taşımaktadır (Yiğit ve Ağırbaş 2004).

Toplam sağlık harcamalarını oluşturan ana etkenlerden bir diğeri yatırım harcamaları olup bu harcamalar uzun dönemde kullanılabilir bina, demirbaş malzeme gibi üretim araçlarına yapılan harcamaları ifade etmektedir. Tıbbi teknolojinin gelişmesi ve özellikle bu teknolojilerin tanı ve tedavi süreçlerinde sıkça kullanılması, sağlık harcamaları içinde tıbbi teknolojilere ayrılan payın artmasına yol açmıştır (Türkiye Teknoloji Geliştirme Vakfı 2013).

Türkiye'de toplumun sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesi bireylerin ödediği veya işverenleri tarafından karşılanan primlerle sağlanmaktadır. Bu anlamda oluşturulan sosyal güvenlik sisteminden yararlanamayanlar, sağlık hizmetlerine cepten ödemelerle ulaşabilmektedirler. Bu yüksek maliyetle sunulan sağlık hizmetinin bedelini ödemeyi

gerçekleştirecek geliri olmayanlar için devletin oluşturduğu bazı destek fonları; sigortalar, yerel yönetimler, özel sektör harcamaları, cepten yapılan harcamalar, kullanılmaktadır(Yurdağ 2007). Türkiye’de 2019 yılında sağlığa 156,9 milyar TL kaynak ayrıldığı belirtilmektedir (Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı 2019).

2.2.2. Sağlık Harcamalarını Etkileyen Etmenler

Günümüz dünyasında sağlık hizmetlerinin metalaşarak, kendi anlamı dışında toplumsal anlamlar yüklenmesi sağlık harcamalarını arttıran birçok etmenin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. The World Economic Forum, (WEF) bu etmenleri sağlık hizmetlerinde arz ve talep şeklinde sınıflandırmaktadır (WEF 2012).

Arz; sunulan mal ve hizmetlerin, sunucu tarafından uygun bulunan edeler karşılığında satılması, sağlık hizmetlerinde arz ise sunulan hizmetin sağlık hizmeti olması anlamını taşımaktadır (Pindyck ve Rubinfeld 2009). Sağlık hizmetinin sunumunu etkileyen etmenlere bakıldığında kaynakların yetersizliği göze çarpmaktadır. Burada sağlık hizmetine ayrılan finansal paydan çok ‘talebin arza bağlı’ olması görüşü ön plana çıkmaktadır (Pindyck ve Rubinfeld 2009).

Sağlık hizmetlerinde talebin oluşması; toplumdaki gelir düzeyi, yaş, eğitim düzeyi, gelir artışı, hasta beklentilerinin artması, yaşlı nüfusun artışına bağlı gerçekleşen hastalık durumları, teknolojik tanı ve tedavi yöntemlerindeki gelişmeler gibi birçok değişkenden etkilenmektedir (Schulz 2005). Sağlık hizmeti sunumunda, hekimin belirleyici olması, sağlık hizmetlerindeki gerçek gereksiniminin saptanmasını zorlaştırmaktadır. Bu durumun değer yaratmayan sağlık hizmeti kullanımına ve sonuç olarak da israfa neden olduğu belirtilmektedir (Pindyck ve Rubinfeld 2009).

2.3. İsrif (Savurganlık) Kavramı ve Hastanelerde İsrif

İsrif kavramı TDK’ya göre; gereksiz yere para, zaman, emek vb. harcanması, savurganlık şeklinde tanımlanmakta ve Arapça kökenli bir terim olarak açıklanmaktadır (TDK 2019). İsrifin Türkçe karşılığı ‘savurganlık’ şeklinde belirtilmekle birlikte, bu çalışmada terimin daha doğru ve açık şekilde anlaşılabilmesi açısından israf kavramının kullanılmasına karar verilmiştir.

Hızlı nüfus artışı, ilerleyen tıbbi teknolojinin sağlık alanında kullanılması, küreselleşme gibi etkenler, sağlık hizmetlerinin sunulmasında bir rekabet ortamının oluşmasına neden olmaktadır. Son yıllarda hızla artan sınırsız tüketim anlayışı, mal ve

hizmetlere ulaşımın kolay olması, düşünmeden tüketme alışkanlığının ortaya çıkmasına yol açmıştır. Toplumda israfa dayalı tüketim anlayışının yerleştirilmiş olması, var olan doğal kaynakların hızla tüketmesine neden olmakta ve çevreye kalıcı zararlar verilmektedir. Doğal kaynaklarının hızla yok edildiği bu yeni dünyaya, uyum sağlamak ve finans kaynaklarını arttırmak isteyen işletmeler, maliyet etkin politikalar yoluyla kurumlarındaki israfı azaltmaya yönelik adımlar atmaktadır (Özer 2001).

Örgütler açısından israf; işletmede mevcut kaynakların, hizmet süreçlerine değer katmadan kullanılması olarak tanımlanmaktadır. Örgütlerin, israf ve israfa neden olan etmenleri belirlemesinin, sürece değer katmayan işlevleri ortaya koymasının, israfın önlenmesi yolunda atılacak en önemli adım olduğu vurgulanmaktadır (Seth ve Gupta 2005). İsraf, çoğu zaman basit uygulama değişiklikleri ile ortadan kaldırılabildiğinden, burada en önemli etmen israfın fark edilmesi ve ortadan kaldırılması yolunda planlamaların yapılması olmaktadır. Örgütteki gereksiz beklentiler, artan mazlemeler, son kullanma tarihi geçmiş ürünler vb. durumlar israfa örnek olarak verilebilmektedir (Seth ve Gupta 2005)

Ohno, yalın yönetim felsefesinde israfı (muda) “süreçlerde değer yaratmayan etmenler” olarak tanımlamış olup bu etmenler, fazla üretim, fazla stok, gereksiz işlem, taşıma, bekleme, hatalı - kusurlu ürünler, gereksiz hareket, ekipman güvenliği şeklinde sıralanmıştır (Ohno 1988).

Yalın yönetim felsefesi en etkin üretim sistemine ulaşmak için süreçlerdeki tüm israfın ortadan kaldırılması üzerine oluşturulmuş bir yönetim sistemidir (Türkan 2010). Yalın felsefe israfı tanımlarken; süreçlere değer katmadığı halde hizmet akışını bozarak hasta çıktılarına olumsuz yansıyan işlevler olarak ele almaktadır. Burada olumsuz durumların belirlenip ortadan kaldırılması gerektiği belirtilmektedir. Bu bağlamda sağlık kurumları açısından bakıldığında israfın hizmetin her sürecine yayıldığı görülmekte ve gerçek boyutunun net olarak bilinmediği belirtilmektedir (Grabau 2011).

İsraf ve yalın kavramlarını birbirlerinden ayırmak ne kadar zorsa, israf ve değer kavramı da taban tabana zıt kavramlardır. Değer; üreticiler tarafından yaratılabilen ama sadece müşteriler tarafından tanımlanıp, onaylanabilen ve o hizmetin alıcının gözündeki değerini belirten bir kavram olarak ele alınmaktadır (Marchwinski ve Shook, 2007). Bu bağlamda süreçlerin, değer katan işlevler olarak tanımlanabilmesi için, müşterinin bu

süreçlere bedel ödemeyi kabul etmesi ve süreç sonunda elde edilen çıktının, hizmet alıcısı tarafından istenlik ve hatasız bulunması gerekmektedir (Flinchbaugh ve Carlino 2006).

Hastanelerde hangi süreçlerin ve işlemlerin hizmet üretimine değer sağlamadığının, hangi süreçlerin olumlu katkı sağladığının belirlenmesi, kaynak israfının önlenmesinde büyük önem taşımaktadır. Bu işlevlerin belirlenmesi sonrasında, değer katmayan süreçlerin, uygun planlamalar yapılarak ortadan kaldırılması gerekmektedir. Ortadan kaldırılması olanaksız olan süreçler için, iyileştirmeler yapılarak uygulamanın sürdürülmesine çalışılması istenen yararın sağlanması açısından önemli olmaktadır (Sarkar 2007).

Hastanelerde gerçekleştirilen süreçlere değer katmayan etmenler aşağıdaki gibi sıralanabilmektedir (Rich ve ark. 2006).

- **Değer Katmayan Beklemeler**

Hastanede değer katmayan işlevlerden biri, gereksiz bekleme süreçleri olmaktadır. Hastaneye değer katmayan bekleme kavramı, sağlık kuruluşlarına başvuran hizmet alıcıların bekleme sürelerini belirtmesinin yanında, hastane çalışanlarının da hizmet vermek adına beklemek zorunda kaldıkları süreleri de vurgulamaktadır. Bu bekleme nedenleri incelendiğinde; gereksiz prosedürler, kulanıma hazır olmayan malzemeler, iletişim sorunları, çalışanlar arasında işbirliği ve eşgüdümün sağlanmaması, görev tanımı dışında iş yükü ile görevlendirilme, kullanılan tıbbi cihazlarda meydana gelen arızalar göze çarpmaktadır (Rich ve ark. 2006).

- **Değer Katmayan ve Gereksiz Süreçler**

Değer katmayan ve gereğinden fazla sürecin uygulanması, gerçekleştirilmek istenen işleme katkı sağlamayacağı gibi sürenin gereksiz uygulamalarla uzatılmasına da yol açabilmektedir. Burada gerçekleştirilmek istenen sürece, çeşitli nedenlerle gereksiz işlemlerin eklenmesi söz konusu olmaktadır. Sağlık kurumunda görev yapan insan gücü ve hizmet alıcılar, çalışanlar ve yönetim arasındaki iletişim sorunları, malzeme istemindeki gereksiz süreçler, arz- talep dengesizliğinden kaynaklanan gereksiz tanı ve tedavi uygulamaları olarak vurgulanmaktadır (Rich ve ark. 2006).

- **İnsan Gücünün Değer Katmayan Hareketleri**

Sağlık çalışanlarının değer katmayan hareketleri incelendiğinde bu durumun genellikle hastanenin mimari yapısı ve ergonomik olmayan tasarımından kaynaklandığı sonucuna ulaşılmaktadır. Birimler ya da odalar arasındaki uzun mesafeler, sağlık çalışanlarının sıklıkla yer değiştirmesine neden olmakta, hastaya ayrılması gereken zaman ve iş gücünün israfı gibi olumsuz durumlarla sonuçlanmaktadır. Bu gereksiz hareketlerin ortadan kaldırılması, hastane mimarisinin daha ergonomik şekilde planlanması ile önlenebilmektedir (Uzunay 2011).

- **Değer Katmayan Taşımlar**

Hastanelerde değer katmayan taşımlar; tıbbi malzemelerin, hasta sonuçlarının veya hastaların gereksiz şekilde hastane içerisinde yer değiştirmesinin bir sonucu olarak görülmektedir. Bu durum hasta açısından bakıldığında, hizmetin hızlı ve ekonomik olmasını beklenirken; yöneticiler açısından malzemelerin tedarik ve dağıtım süreçlerinde kırılma, bozulma, çalınma gibi maliyet kayıplarından korunmasını sağlamak açısından son derece önemli görülmektedir (Taşdemir 2004). Hastanelerde görüntüleme sonuçlarının hekime iletilmesinde elektronik ortamın kullanılması yerine, sağlık personelinin görevlendirilmesi, görüntüleme işlemlerinin ve malzeme depolarının uygun olmayan şekilde planlanması değer katmayan taşımalara örnek olarak gösterilebilir. Sağlık kurumlarında, depolarda stoklanan malzemelerin kullanıma hazır olması, hastanelerin maliyet etkin yönetimi açısından büyük önem taşıdığından, etkili stok yönetiminin israfi önleme yönünde büyük etkisi olduğu belirtilmektedir (Töz 2007).

- **Gereğinden Fazla Stok**

Gereğinden fazla stok, malzeme ve stok yönetiminin başarılı olmadığı ve sonuçların öngörülemediği durumlarda, gereksinim duyulan malzemelerden gereğinden fazla alım yapılması ve stoklanan malzemelerin son kullanım tarihlerinin geçmesi, bozulması, depoların gereksiz kullanılması gibi ek maliyetlere neden olmaktadır. Bu bağlamda, hastaneler kesintisiz hizmet sunabilmek adına çeşitli yöntemler izlemektedir. Sağlık hizmetlerinde stok kontrolü amacıyla en sık kullanılan sistem barkod sistemi olarak belirtilmektedir. Bu sistem kullanılarak olası hataların ortadan kaldırılması planlanmaktadır (Uygun 2016).

- **Gereğinden Fazla Hizmet Üretimi**

Hastanelerde gereğinden fazla üretim, hastaların gereksinim duymadığı ve sonuçta sürece değer katmayacak hizmetlerin sunulması olarak tanımlanmaktadır. Bu durum sağlık kuruluşlarında, gereğinden fazla tetkik istenmesi, gereksinim duyulmayan ilaçların reçete edilmesi ya da gereksiz tanı işlemlerinin yapılması şeklinde görülmektedir. Sağlık kurumlarında yaşanan israfın birçok nedeni bulunmakla birlikte, özellikle hasta yoğunluğuna bağlı gereksiz tanı tetkiklerinin istenmesinin önemli israf kaynağı olduğu belirtilmektedir (Guinness ve Wiseman 2011).

2.3.1. Hastanelerde Gerçekleştirilen Gereksiz Uygulamalar

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de sağlık hizmeti sunumunda bir artış söz konusu olup, toplumun yaş ortalamasının artması, tanı ve tedavide kullanılan teknolojinin pahalı olması gibi durumlar bu artışın nedenleri olarak belirtilmektedir. Aynı zamanda sağlıkta hizmet gereksiniminin artmasına neden olan bu durum sonucu oluşan gereksiz talep ise sağlık hizmetlerinde artan bir ‘tıbbi israf’ sorununu kaçınılmaz hale getirmektedir (Guinness ve Wiseman 2011).

Sağlık hizmetlerinde israf; aşırı ilaç kullanımı, laboratuvar ve görüntüleme işlemlerinin gereğinden fazla kullanımı, hasta yatış sürelerinin uzun olması, acil servis hizmetlerine gereksiz başvuruların yapılması ve tekrarlayan yatışlar gibi sebeplerle kaynakların kullanılması olarak nitelendirilmektedir (Guinness ve Wiseman 2011).

- **Gereksiz Tetkik ve Görüntüleme İşlemleri**

Günümüzde hekimlerin yaşadığı hukuki kaygıların, daha savunmacı/koruyucu bir tıp anlayışını pekiştirmesinin yanı sıra laboratuvar ve radyoloji testlerinin kolay ulaşılabilir olması, artan hasta sayısının özellikle laboratuvar ve radyoloji testlerinin aşırı ve gereksiz kullanımı sorununu gündeme getirmektedir. Gereksiz testlerin tekrarlanması, hem hizmet alanların sağlıkları açısından bir risk olmakta, hem de sağlık giderleri açısından yük oluşturmaktadır (Ünal ve Bilgener 2019).

Bu bağlamda, hekimlere tetkik istemi konusunda eğitimlerinin verilmesi, testlere sınırlama getirilmesi, ceza ve ödül yöntemlerinin uygulanması, idari değişiklikler yapılması ve test istemlerinde yararlanılacak karar destek sistemleri kullanılması gibi süreçlerin kullanılması önerilebilmektedir (Aslan 2019).

- **Gereksiz İlaç Kullanımı**

Günümüzde özellikle yaşlı nüfusun artması, teknolojinin gelişmesiyle önceden ilaçla tedavisi olanaklı olmayan hastalıklar için ilaçların geliştirilmesi, ilaçların eczane dışından ve hekim kararına gerek duyulmadan sağlanabilmesi gibi etmenlerin toplumun ilaçları bilinçsiz kullanmasına neden olmaktadır (Ünal ve Bilgener 2019). Özellikle hekimlerden gereksiz antibiyotik isteğinde bulunulmasının, hekimleri zor durumda bıraktığı belirtilmekle birlikte, kullanım yönergeleri ve saklanma koşulları konusundaki bilgi eksikliği, bilinçsiz antibiyotik kullanımı gibi toplum sağlığına zarar verecek durumların oluşmasına neden olduğu vurgulanmaktadır. Bilinçsiz ilaç kullanımı sonucunda hastaların sağlık durumlarının tehlikeye girdiği, ilaç bağımlılığı oluşturduğu ve ülke ekonomisini ciddi düzeyde etkilediği belirtilmektedir (Yılmaztürk 2013).

- **Tekrarlanan Yatışlar**

Hastaların taburcu olduktan sonra geçen 30 gün içinde çeşitli sebeplerle tekrar hastaneye yatırılması, tekrarlanan yatışlar şeklinde ifade edilmektedir. Hastaların hastaneye yeniden yatışı, hastanedeki bakım ve tedavi süreçlerinin kalitesindeki bazı sorunların belirleyicisi olabilmektedir. Bununla birlikte aynı hastanın hastaneye yeniden yatması, aynı hasta için tekrar dosya oluşturulması, gerekli tanılama formlarının tekrar doldurulması gibi hizmet tekrarlarına neden olduğundan, maliyeti arttırıcı bir neden olarak kabul edilmektedir (Dinçer ve Kahveci 2017).

- **Uzun Süreli Yoğun Bakım Kullanımı**

Yoğun bakım üniteleri (YBÜ) kalış sürelerinin uzun, ölüm oranının yüksek olduğu ve yaşamı risk altında olan hastalara yüksek maliyetli ve oldukça karmaşık bir sağlık hizmetinin sunulduğu birimlerdir. Gelişen teknoloji ve bu teknolojilerin sağlık alanında kullanılması birçok riskli hastanın hayatını kurtarıırken, bu hastaların uzun süre yaşam destek ünitesine bağlı olarak hayatta kalması ve özel bakım gerektiren bir hasta grubunun oluşmasına neden olduğu belirtilmektedir (Dinçer ve Kahveci 2017).

1980' li yıllarda Amerika Birleşik Devlet'lerinde akut yaşam desteğine gereksinim duymayan ve kronik hastalığı gelişen hastaların, uzun süreli yoğun bakım hastanelerinde tedavi görmesinin maliyetleri düşürdüğü belirtilmiştir (Liu ve ark. 2001).

Ülkemizde de 2010 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından, palyatif bakım projesi uygulama konmuştur. Bu proje koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetleri kapsamında oluşturulmuş olup, yoğun bakımların yükünü azaltma konusunda önemli katkıları olduğu görülmüştür (Uslu ve Terzioğlu 2015).

- **Ödeme Yöntemlerinin Gereksiz Kullanıma Etkisi**

Sağlık hizmet sunumundaki artışının hizmet gereksinimini arttırması bağlamında, bazı ödeme yöntemlerinin sağlık hizmeti sunucularının hastaları daha fazla hizmet satın alma konusunda yönlendirdiği belirtilmektedir (Legarde 2011). Özellikle sağlık hizmetlerinde, hizmet başına ödeme yöntemi ve performans dayalı ödeme yöntemi olarak bilinen bağzı sistemlerin gereksiz sağlık hizmeti kullanımına bağlı israfı yarattığı vurgulanmaktadır. Buna karşın, belirlenen tanıya göre oluşturulan ve her hasta için aynı bedelin ödendiği “kişi başı ödeme yöntemi”nin sağlığa ayrılan kaynakların daha etkin kullanılması ve israfın önlenmesi açısından uygun yaklaşımlar olduğu belirtilmektedir (Durmaz ve Erdem 2017).

2.4. Hastanelerde İsrafa Yönelik Yapılan Çalışmalar

Hastanelerde israfı önlemeye yönelik yaklaşımlar uygularken; çalışanların işbirliği ve aidiyet duygusu içinde kalite grupları oluşturması, bu grupların hastanedeki süreçleri ayrıntılı şekilde analiz ederek, bir akış şeması oluşturarak israf alanlarını tespit etmesi ve çözümler üretilmesi gibi uygulamalara rastlanmaktadır (Grabani 2011). Çalışanların; sürekli iyileştirmeyi gerçekleştirmesi ve aynı zamanda bunları günlük olarak kullanacak olmaları, örgüt üyelerinin süreç iyileştirme çalışmalarına ürettikten sonra değil, üretim sırasında dahil olmaları organizasyonların maliyet etkin politikalar yürütmesini sağlamaktadır (Grabani 2011).

Değer akışı hastanelerde israfı önleme amaçlı maliyet hesaplamalarında kullanılan yöntemlerden biri olup bu yöntemi, hizmet akışını açıkça göstererek israfa neden olan faaliyetlerin ortaya çıkmasını sağlamaktadır (Baggaley 2003; Birgün 2006).

Hastanelerde israfı önlemek için kullanılan yöntemlerden; sıfır stok yönteminde hastane içinde haberleşmeyi hızlandırması, stok sayısını azaltması ve kalitenin arttırılması vurgulanmaktadır. Hastanelerde israfın ortadan kaldırılması için uygulanan bir diğer yöntem ise 5S yöntemidir Bu yöntemde ilk adım malzemenin uygun gruplara

ayrılarak sınıflandırılması, ikinci adım kullanım düzenine göre sıralanması, üçüncü adımda, anında kullanılacak şekilde temizlenerek silinmesi, dördüncü adım standardizasyon sağlanarak son adım olan süreklilik uygulanmasına geçilmesidir (Dudek-Burlikowska 2006).

Hastanelerde hizmet süreçleri yönetilirken, değer katmayan işlemlerin süreçten çıkarılmasının ve sağlık çalışanlarının uygun şekilde görevlendirilmesinin büyük yarar sağlayacağı belirtilmektedir. Prosedürlerin standartlaştırılmasının hastanelerin en karmaşık birimleri olan acil sesrvislerde dahi hizmet kalitesinin gelişmesi ve bekleme sürelerinin azalmasını sağladığı belirtilmiştir (Cookson ve ark. 2011).

Hastanelerde gereksiz beklemelemlere yol açan bazı işlemler belirlenerek bu süreçler için yapılan kaizen çalışmaları sonucunda, süreçlerde %36,6 oranında iyileştirmeler görüldüğü iletilmektedir (Efe ve Engin 2012). Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir çalışmada israfı önleme amaçlı süreç akış şemaları oluşturulmuş ve bu şemalar doğrultusunda planlanan süreçlerin hastaya ayrılan süreyi kısalttığı ve zaman israfını ortadan kaldırdığı ortaya konmuştur (Skeldon ve ark. 2014). Benzer şekilde hastanelerde performans geliştirilmesi ve değer yaratmayan süreçlerin ortadan kaldırılmasına ilişkin yapılan çalışmaların olumlu sonuçlar verdiği ortaya konmuştur. Stapleton ve ark. (2009). Winsconsin'nde 6100 çalışanı ile hizmet veren bir hastanede ekonomik kazanımların artması ve hasta bakımına yansımalarını ortaya koymak amacıyla hataların ortaya konması ve düzeltme konusunda stratejiler uygulanmış ve süreç sonunda 27 milyon USD tasarruf sağlandığı ortaya konmuştur (Malkoç 2019).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada; ilaç ve hasta kayıtlarının elektronik ortamda takip edilmesinin, bu bilgilere ulaşılması sırasında harcanan zamanı yarıya indirildiği ortaya konmuş, bu durumun hastane çalışanları ve hizmet alanların memnuniyet oranlarını arttırdığını göstermiştir (Malkoç 2019). Samsun'da hizmet veren bir hastanede bir ay içinde hastaneye başvuran hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada, cerrahi işlemler için gelen her hastanın, hastaneye girişinden taburculuğuna kadar olan süreç incelenmiş, değer yaratmayan süreçler ortaya konmuştur. Çalışma sonucunda, süreçlerde standardizasyonun sağlanması, sağlık çalışanları arasında iş akışının düzenlenmesinin zaman ve maliyet açısından verimliliği arttırdığı ve hasta doyumuna olumlu etki ettiği ortaya konmuştur (İklım ve Derin 2016).

Hastaneler gelişen ve değişen çevreye uyum sağlamakta olan açık sistemlerdir. Bu nedenle hastanelerde geliştirilmeye ve iyileştirmeye açık bir çok süreç mevcuttur. Bu bağlamda doğru politika ve yönlendirmelerle hastane çalışanlarının israfı önlemeye yönelik süreçlere katılımı ve değişime gösterilebilecek olası dirençlerin önlenmesi adına uygun liderlerin seçilerek israfı karşı oluşturulan farkındalığın bir örgüt kültürü haline gelmesi önmsenmektedir (Turan ve Turan 2015).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Araştırma, sağlık çalışanlarının israfa ilişkin algıları, israf etme nedenleri, israf ettikleri kaynaklar ve israfı önlemeye yönelik alınan önlemlere ilişkin görüşlerini belirlemek ve bu verilerden yararlanarak “Sağlık Çalışanlarının İsrafa İlişkin Tutumu” ölçeğini geliştirmek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Araştırma iki aşamada gerçekleşmiş olup ilk aşaması sağlık çalışanlarının israfa yönelik görüşlerinin ortaya konduğu ve fenomenolojik araştırma yönteminin kullanıldığı nitel aşamayı içermektedir. Araştırmanın ikinci aşaması olan “Sağlık Çalışanlarının İsrafa İlişkin Tutumu” ölçeği geliştirilmesi aşamasında ise nicel araştırma tasarımlarından metodolojik yöntem kullanılmıştır.

Araştırmada aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır:

- Sağlık çalışanlarının israfa ilişkin algıları, israf kaynakları ve israfı önlemeye ilişkin görüşleri nelerdir?
- “Sağlık Çalışanlarının İsrafa İlişkin Tutumu” ölçeği geçerli ve güvenilir bir ölçek midir?

Fenomenoloji (Olgu Bilim); bireyin deneyimleri, var olan inanç ve kabulleri, varsayımları ve toplumsal kabullerden kaçınarak, olayların bireyler tarafından algılanış şekillerini ve deneyimlerini incelemeyi amaçlamaktadır (Wallace ve Wolf 2004).

Fenomenolojik araştırmalar bireylerin, dünyayı sahip olduğu değerler doğrultusunda yorumladığını savunurken,

- Bireyin olaylara bakışının sadece kendi deneyimleri ile değil toplumdan aktarılan bilgiler doğrultusunda da gerçekleştiği,
- Her bireyin olguları tanımlarken, diğerlerinin de olguları aynı şekilde algıladığını kabul ederek, günlük hayatın kodlarını ortaya koymayı hedeflemektedir (Bal 2013).

Fenomenolojik araştırmalar yapılırken araştırılan olguyu deneyimlemekte olan gruplar seçilerek, derinlemesine görüşmeler gerçekleştirilebilmek için, araştırmacının bu gruplarla doğrudan etkileşim içinde bulunması gerektiği belirtilmektedir. Fenomenolojik

araştırmalarda elde edilen bulgular raporlanırken, araştırılan olguyu en iyi şekilde ortaya koymak amacıyla doğrudan alıntılar kullanılmaktadır (Yıldırım ve Şimşek 2008).

3.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırma iki aşamada gerçekleştirilmiş olup, nitel ve nicel kısımlarının evreni ve örneklemini aşağıda belirtilmiştir.

3.2.1. Nitel Aşamının Evren ve Örneklemi

Araştırmanın nitel kısmının evrenini; İstanbul ili Avrupa bölgesi sınırları içinde yer alan en fazla yatak kapasitesine sahip üç Sağlık Bakanlığı Hastanesi (SBH), bir Üniversite Hastanesi (ÜH) ve bir Özel Hastane (ÖH) olmak üzere beş hastane oluşturmuştur.

Nitel araştırmalarda evren oluşturulurken amaç, evrenin tamamını temsil etmesi olmadığından, seçilen konu hakkında en fazla bilgi sağlanabilecek örneklere ulaşılması ve zengin bir veri elde edilmesi önerilmektedir (Kümbetoğlu 2005). Nitel araştırmalar istatistiki çıkarım yapmayı amaçlamadığından araştırılan konuya ilişkin çeşitli deneyimler elde edilebilecek şekilde yanlı olarak seçilmesi uygun görülmektedir (Black 2002). Nitel aşamada, herhangi bir genelleme amacı olmaması ve israf olgusuyla ilgili görüşleri en üst düzeyde yansıtmak adına amaçlı örnekleme yöntemlerinden, maksimum çeşitlilik örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Bu nedenle Üniversite Hastanesi (ÜH), Sağlık Bakanlığı Hastanesi (SBH) ve Özel Hastane (ÖH) olmak üzere üç hastane grubundan, farklı pozisyonlarda görev alan, farklı deneyim ve eğitime sahip, yedi temizlik personeli, yedi sorumlu hemşire, dokuz sekreter, yirmi hemşire, oniki hekim, dört hasta bakım personeli ve bir acil tıp teknisyeti ile görüşme sağlanmıştır. Toplam 60 sağlık çalışanı ile yapılan görüşmeden sonra görüşmede yöneltile sorulara katılımcılardan yeni görüşlerin gelmediği, aynı yanıtların tekrar alındığı fark edilmiş ve veri doygunluğuna ulaşıldığına karar verilerek, araştırma sonlandırılmıştır.

3.2.2. Nicel Aşamının Evren ve Örneklemi

Araştırmanın nicel aşamasında “Sağlık Çalışanlarının İsrafa İlişkin Tutumu” ölçeğinin geçerlik güvenirlik çalışmasını gerçekleştirmek amacıyla, önerilen örneklem büyüklüğü konusunda çeşitli görüşler bulunmaktadır (Tabachnick ve Fidell 2013).

Araştırmanın nicel ve nitel aşamasında aynı evrene başvurulmuş olup bu evreni İstanbul’da özel, üniversite ve sağlık bakanlığı hastanelerinde görev yapan sağlık

çalışanları oluşturmaktadır. Ölçek geliştirme çalışmaları için uygun bulunan örneklem sayısının taslak ölçek madde sayısının 5-10 katı olması dikkate alınarak, 560 sağlık çalışanına ulaşılmaya çalışılmış ancak veri toplama aracının eksik, hatalı doldurulması, birden fazla seçeneğin işaretlenmesi gibi özellikleri yönünden incelenerek elenmiş, 408 kişiden elde edilen veri analize sokulmuştur. Araştırmada geri dönüş oranı %73 bulunmuştur.

3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma; İstanbul ili Avrupa bölgesinde yer alan 400, 750 ve 560 yataklı üç Sağlık Bakanlığı hastanesi, yatarak tedavi olan hasta sayısı 45 bin olan 3000 yataklı bir üniversite hastanesi ve 228 yataklı 3. basamak sağlık hizmeti veren, SGK anlaşmalı bir özel hastanede gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın nitel aşamasındaki yarı yapılandırılmış bireysel görüşmeler Mayıs 2019 – Eylül 2019 tarihleri arasında gerçekleştirilmiş olup, nicel aşamasında ölçek geliştirme çalışmasına ilişkin veriler ise Ocak 2020 – Mart 2020 tarihleri arasında toplanmıştır.

3.4. Veri Toplama Aracı

Araştırmanın iki aşamada gerçekleşmesi nedeniyle, araştırmanın nitel ve nicel kısımları için iki ayrı veri toplama aracı oluşturulmuştur. Araştırmanın nitel aşamasında “Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu” kullanılırken (EK-1), nicel aşamada “Sağlık Çalışanlarının İsrafa İlişkin Tutumu Ölçeği Taslağı” (EK-2) kullanılmıştır.

Araştırmanın nitel aşamasında, katılımcıların görüşlerini elde etmek amacıyla konu ile ilgili alan yazın incelenerek oluşturulan “Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu” kullanılmıştır (Baykal ve ark.2008; Holliday 2002). Görüşme formu oluşturulurken araştırmanın amacına bağlı kalınarak, görüşmecilerden ayrıntılı veri elde edilmesi hedeflenmiştir. Bu bağlamda; görüşme formu; demografik özellikler, duygu ve davranışlar, katılımcıların bilgi-inançları, ve deneyimlerini (Patton 1987) yansıtabilecek şekilde; “kişisel ve kurumsal özellikler (2 soru)”, “israf kavramına ilişkin görüşler (4 soru)”, “israf edilen kaynaklar (2 soru)”, “israfı önlemeye yönelik görüşler (4 soru)”, “yönetimin bakışı (2 soru)” olmak üzere beş alt bölüm ve 14 açık uçlu sorudan oluşmaktadır.

Görüşme soruları daha sonra tez izlem jürisi tarafından bir hafta arayla iki oturumda değerlendirilerek son haline getirilmiştir (EK-1).

3.4.1. “Sağlık Çalışanlarının İsrafa İlişkin Tutumu” Ölçeği Taslağı

Araştırmanın ikinci aşamasını oluşturan nicel aşamada kullanılan “Sağlık Çalışanlarının İsrafa İlişkin Tutumu” ölçeği taslağı kullanılmıştır. Bu ölçek taslağı, araştırmanın nitel aşamasında sağlık çalışanları ile yapılan bireysel derinlemesine görüşmeler doğrultusunda elde edilen veriler kapsamında oluşturulmuştur. Nitel verilerin analizi sonucunda, 97 soruluk bir madde havuzu oluşturulmuş ve tez izlem jürisiyle yapılan görüşmeler doğrultusunda, ölçekte bulunmasının uygun olmadığına karar verilen 13 madde çıkarılmıştır. Elde edilen 84 soruluk madde havuzu dil ve kapsam geçerliliği yönünden değerlendirilmek üzere 12 uzmanın görüşüne sunulmuştur. Uzmanların, maddelerin uygunluğunu değerlendirmeleri için 1-Uygun değil, 2-Biraz uygun, 3-Uygun ve 4- Çok uygun şeklinde puanlamaları ve her bir maddeye ilişkin görüşlerini, önerilerini bildirmeleri istenmiştir. Her bir maddenin kabul edilebilir puan ortalaması iki ve üzeri olarak kabul edilmiştir. Uzman görüşlerine uygun şekilde yapılan düzenlemelerden sonra hazırlanan taslaktan 28 madde çıkarılmış, yapılan değişikliklerle birlikte taslak ölçek madde sayısı 56’ya indirgenmiştir.

Oluşturulan taslak ölçek anlaşılabilirliğin sorgulanması amacıyla ulaşılması hedeflenen örneklem grubu ile benzer özelliklere sahip 20 kişilik bir gruba pilot uygulama yapılarak değerlendirilmiş ve katılımcılardan gelen geri bildirimler doğrultusunda gözden geçirilerek taslak ölçeğin son hali oluşturulmuştur (EK-2).

Oluşturulan taslak ölçek, 5’li Likert tipinde hazırlanmış olup, “1-Kesinlikle katılmıyorum, 2-Katılmıyorum, 3-Kısmen katılıyorum, 4-Katılıyorum ve 5-Kesinlikle katılıyorum” şeklinde puanlanmıştır. Ölçekte yer alan ters maddeler (1, 2, 4. maddeler) tersine çevrilerek puanlanmaktadır. Bu bağlamda, ölçek değerlendirilirken elde edilen puanın düşmesi olumsuz tutumu, yükselmesi ise olumlu tutumu göstermektedir. Nicel aşamanın verilerini toplarken ölçek taslağının önünde katılımcıların kişisel ve mesleki özelliklerini belirlemeye yönelik 11 sorudan oluşan (yaşı, mesleği, çalışma yılı, kurumu, kurumda çalışma süresi, medeni durumu, çocuk sayısı, çalışma şekli vb.) Sosyo-demografik Özellikler Bilgi Formu konulmuştur (EK-3).

3.5. Verilerin Toplanması

Araştırmanın iki aşamada gerçekleşmesi nedeniyle veriler nitel ve nicel olmak üzere iki aşamada toplanmıştır.

Etik kurul ve kurum izinleri alındıktan sonra farklı pozisyonlarda görev alan hastane çalışanlarıyla görüşmeler yapmak üzere hastanelere başvurularak yöneticileri ile ön görüşme sağlanmış, planlanan çalışmanın amacı ve aşamaları anlatılarak, olası görüşmecilerin isimleri belirlenmiştir.

3.5.1. Nitel Verilerin Toplanması

Araştırmanın nitel aşamasında; katılımcılar ile ön görüşmeler yapılarak araştırmacı, kendini ve çalışmayı tanıtmış, katılımcıların endişelerini gidermek adına soruları yanıtlanmış, görüşmenin ayrıntıları ve süresi ile ilgili güven kazanmaya yönelik açıklamalarda bulunmuştur. Katılıma gönüllü olanlarla uygun oldukları tarih ve saatte, kendi kurumlarında görüşme yapılabilmesi için randevular oluşturulmuştur.

Görüşmeler katılımcıların belirlediği tarihte ve saatte, sakin ve görüşmeye uygun bir ortamda gerçekleştirilmiştir. Görüşmeye başlamadan önce görüşülen kişiye çalışmanın amacıyla, araştırmayı yürüten kurumla, araştırmanın devamında yayınlanma süreci ile ilgili bilgiler vererek bilgilendirilmiş onam formunu doldurmaları istenmiştir. Bireysel derinlemesine görüşmeler, katılımcıların izinleri alınarak ses kayıt cihazı kullanılarak kaydedilmiş, kayıt alınmasını istemeyen (34 kişi) katılımcıların görüşmeleri ise not alınarak gerçekleştirilmiştir. Alınan notlara ilişkin ayrıntılı defterler tutularak veri güvenliği sağlanmıştır. Görüşmeler öncelikle araştırmacının kendini tanıtmayı ve katılımcı ile tanışması, katılımcının kurumu tanıtmayı ile başlamış, ısındırma sürecinin devamında görüşme sorularına geçilmiştir. Görüşme sürecinde, katılımcıların endişeli, duygusal ya da öfkeli tepkileri ve mimikleri gözlemlenmiş ve yaşanan sessizlikler, durup düşünme davranışları gibi gelişmeler kayıt altına alınarak değerlendirilmede kullanılmıştır. Yapılan en kısa görüşme 22 dakika en uzun görüşme ise iki saat 40 dakika sürmüş olup ortalama 52,8 dk görüşülmüştür. Araştırmada toplam 60 kişiden 52 saat 47 dakikalık görüşme kaydı elde edilmiştir.

3.5.2. Nicel Verilerin Toplanması

Araştırmanın ikinci aşamasının verilerinin toplanması amacıyla örnekleme oluşturan hastanelere gidilerek, hastane yöneticileriyle görüşmeler sağlanmış, bu

doğrultuda planlanan günlerde, kurumlara gidilerek katılımcılara araştırmanın amacı, verilerin gizliliği açıklanmış ve soruları yanıtlanmıştır. Katılıma gönüllü olan sağlık çalışanlarından bilgilendirilmiş onam alınarak veri toplama aracı dağıtılmış ve bir hafta sonra kurumlara tekrar gidilerek doldurulan formlar elden toplanmıştır. Formların doldurulma süresi sekiz dakika olarak belirlenmiştir (EK- 4-5).

3.6. Verilerin Analizi

Araştırma iki aşamada gerçekleştiğinden nitel analiz ve nicel analiz şeklinde iki aşamada gerçekleştirilmiştir.

Nitel verilerin analizinde içerik analizi yöntemi kullanılmıştır. İçerik analizi, kodlama ve temaların oluşturulması temeline dayanmakta olup, analiz sürecinde elde edilen verilerin anlamlı bütünler haline getirilerek kodlanması, kodların uygun şekilde gruplandırılarak alt temalar ve temalar oluşturulması şeklinde gerçekleştirilmiştir. Bu temaların neye göre bir araya getirildiği araştırmanın kapsamını ortaya koymaktadır.

Bu araştırmanın nitel aşamasının veri analizi aşamalarında Zhang ve Wildemuth (2009) tarafından oluşturulan;

- Verilerin analize hazırlanması
- Kodlama planı oluşturulması
- Metnin kodlanması
- Kodlanmış veriler doğrultusunda temalar oluşturulması
- Bilgisayardan analiz desteği alınması
- Elde edilen bulguların raporlanması adımları izlenmiştir (Zhang ve Wildemuth 2009).

İçerik analizinin başlangıcında ses kayıt cihazı ile toplanan ve not alınan veriler bilgisayar ortamına aktarılarak, toplam 987 sayfalık görüşme raporu oluşturulmuştur. Elde edilen kayıtlar en az üç kez dinlendikten sonra tez izlem jürisi ile birlikte katılımcıların söylemlerinin anlamına ilişkin kodlar oluşturulmaya çalışılmıştır. Metin içinde tekrarlandığı fark edilen kavramlar aynı kodların altında gruplandırılmış ve anlamlı bütünler elde edilmiştir. Araştırmanın nitel aşamasında elde edilen veriler; alt başlıklar, kodlar, alt tema ve ana temalar şeklinde gruplandırılmıştır (Tablo 3-1).

Tablo 3-1: Oluşturulan ana tema, alt tema ve kodlar

	Ana Temalar	Alt Temalar	Kodlar/ Alt Başlıklar		
İsraf	İsraf Algısı				
	İsraf Edilen Kaynaklar	Sarf Malzeme-Kaynaklar	Eldiven		
			Peçete		
			Elektrik - Su		
			Yemek		
			Kağıt - Kırtasiye		
			Tıbbi Ekipman		
		İnsan Kaynakları	Güvenlik Kaygısı		
			İnsan Gücü Gereksinimi		
			Zaman İsrafı	Hekim Kaynaklı Görev Tanımı Dışı İş Yükü Kaynaklı	
		Finans Maliyet Bütçeleme			
	Fizik Donanım				
	İsraf Nedenleri	Çalışan Kaynaklı İsraf Nedenleri	Bilgi ve Deneyim Eksikliği		
			Gereksiz İşlemler		
		Hizmet Alan Kaynaklı İsraf Nedenleri	Eğitim Eksikliği		
			Farkındalık Yoksunluğu		
			Hasta Yakınları		
		Kurum Kaynaklı İsraf Nedenleri	Kurum Kültürü	Geleneksel Bakış	
				Kamu ve Özel Algısı	
				Kurum Çıkarlarının Önceliği	
				Yönetim Davranışları	
			Satın Alma	Kalitesiz Malzeme	
	Malzemenin Doğru Yönetilmemesi				
	Malzemenin Zamanında Sağlanmaması				
	Öğrenci Kaynaklı Nedenler				
	İsrafa Karşı Alınacak Önlemler	Bireysel Önlemler	Çocuk Eğitimi		
			Uyarda Bulunma	Hasta ve Hasta Yakınlarını Uyarma Hekimleri Uyarma	
			Elektrik Su Kırtasiye Konusunda Önlemler		
Sarf Malzemenin Sisteme Girişi					
Son Kullanma Tarihine Uygun Tüketim					
Çalışan Buluş ve Önerileri					
Atık Ayrıştırma					

		Kurumsal Önlemler	Farkındalık Oluşturma Girişimleri	
			Yönetim Uyarıları	
			Ödül - Ceza Sistemleri	
			Öğrencilere Yönelik Önlemler	
			Fizik Donanım	
			E- İşlem Sistemi	
			İnsan Kaynakları	
			Malzeme Yönetimi	Barkod Sistemi
				Sarf Malzeme Sağlama
			Atık Depolama	
		Atık Gönderimi		
Sağlık Sistemi				

Görüşmelerin içerik analizleri sonucunda elde edilen kodlar listelenerek, birbiriyle ortak yönleri bulunarak ilişkilendirilmiş ve tümevarım yöntemi kullanılarak temalar oluşturulmuştur. Sürecin devamında tez izlem jürisi ile gerçekleştirilen oturumlarda gözden geçirilerek ve son şekline getirilmiştir (Tablo 3-1).

Araştırmanın nicel aşamasından elde edilen veriler IBM SPSS 24 paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Nicel verilerin analizinde kullanılan istatistiksel yöntemler Tablo 3-2’de özetlenmiştir.

Tablo 3-2: Araştırmada kullanılan istatistik yöntemler

İncelenen Özellik	İstatistiksel Yöntemler
Taslak ölçeğin kapsam geçerliği; uzman görüşlerinin değerlendirilmesi	Kapsam Geçerlik İndeksi Kapsam Geçerlik Oranı
Madde kalitesinin değerlendirilmesi	Madde toplam korelasyonu
Faktör analizi için veri setinin değerlendirilmesi	KMO katsayısı Bartlett anlamlılık testi
Ölçeğin faktör sayısının belirlenmesi	Özdeğer kriteri Yamaç birikinti grafiği
Taslak ölçeğin yapı geçerliliği: ölçek alt boyutlarının belirlenmesi	Açımlayıcı faktör analizi
Taslak ölçeğin test-tekrar test güvenilirlik analizleri	Pearson korelasyon analizi Eşleştirilmiş gruplar t testi
Taslak ölçek ve alt boyutlarının güvenilirlik için iç tutarlılığı	Cronbach Alfa katsayısı

Taslak ölçekte yer alan maddelerin kalitesini değerlendirmek amacıyla madde toplam korelasyonları değerlendirilmiştir (Tablo 3-2).

Araştırma verisini faktör analizi yapmaya uygun olması yönünde değerlendirmek amacıyla Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) katsayısı kullanılmış ve değişkenler arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla Bartlett anlamlılık testi kullanılmıştır. Ölçeğin faktör sayısını belirlemek amacıyla özdeğer kriteri, yamaç birikintiği grafiği (scree plot)'den yararlanılmıştır. Taslak ölçek maddelerin boyutlarının belirlenmesi amacıyla açıklayıcı faktör analizi uygulanmıştır.

Ölçeğin zamana karşı güvenilirliğini test etmek amacıyla test-tekrar test uygulaması yapılmış, elde edilen veriler Pearson korelasyon analizi, eşleştirilmiş gruplar t testi kullanılarak değerlendirilmiştir. (Tablo 3-2).

Ölçek alt boyutlarının iç tutarlılığını incelemek için Cronbach alfa iç tutarlılık analizi yapılmıştır (Tablo 3-2).

3.7. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın gerçekleştirilmesi için İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 13022260-300-55078 sayılı etik kurul izni alınmıştır. Görüşme yapılacak sağlık çalışanlarının çalıştıkları kurumlardan gerekli olan yazılı izinler alınmıştır (EK 6-7-8-9-10-11). Ayrıca her katılımcıya araştırmanın amacı, yapılış yöntemi, görüşmelerin ses kaydı şeklinde yapılacağı, kendisinden elde edilen verilerin sadece bu çalışma için kullanılacağı, kişisel bilgilerin gizli tutulacağına ilişkin açıklamalar yapılarak bilgilendirilmiş onamları yazılı ve ses kaydında sözlü olarak alınmıştır. Görüşmecilerin adları gizli tutularak numara verilmiş ve bulgular bu şekilde raporlandırılmıştır. Nicel verilerin toplanması sürecinde benzer şekilde bilgilendirme yapılarak, bilgilendirilmiş onam formunun doldurulması sonucu veriler toplanmıştır.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

- Elde edilen niteliksel veriler, katılımcıların bakış açılarını yansıtması nedeniyle genellenmemekte, görüşmelerin yapıldığı dönem ve görüşme yapılan kişilerle sınırlı bulunmaktadır.

- Kişisel bilgilerin gizli kalacağı sözünün verilmesine karşın, bazı görüşmecilerin kendi kurumlarını değerlendirirken çekince yaşadıkları ve görüşlerini aktarırken kendilerini sınırladıkları gözlenmiştir.

- Ses kaydı alınamayan görüşmelerde veriler, araştırmacının deftere görüşmeyle ilgili ayrıntılı notlar almasına karşın, olası veri kayıpları çalışmanın sınırlılıklarını oluşturmuştur.



4. BULGULAR

İki aşamada gerçekleştirilen araştırmanın bulguları;

- Araştırmanın nitel aşamasında gerçekleştirilen bireysel derinlemesine görüşmelerden elde edilen bulgular ve
- Araştırmanın nicel aşaması olan ölçek geliştirme çalışması sonucu elde edilen bulgular şeklinde incelenmiştir.

4.1. Araştırmanın Nitel Aşamasına İlişkin Bulgular

Nitel araştırma sürecinde elde edilen bulgular, katılımcıların kişisel ve mesleki özellikleri ile bireysel derinlemesine görüşmelerden elde edilen bulgular olmak üzere iki alt başlıkta ele alınmıştır.

4.1.1. Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının Kişisel ve Mesleki Özellikleri

Araştırmanın ilk aşaması olan nitel bölümde derinlemesine görüşmelerin gerçekleştirildiği sağlık çalışanlarının kişisel (cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim) ve mesleki (mesleği, çalıştığı kurum, çalıştığı birim, mesleki deneyim süresi, kurumda çalışma süresi çalışma şekli) özelliklerine ilişkin bilgiler Tablo 4-1’de görülmektedir.

Tablo 4-1: Katılımcıların kişisel ve mesleki özellikleri

Kod	Cinsiyet	Yaş	Medeni Durum	Eğitim	Meslek	Çalıştığı Kurum	Çalıştığı Birim	Mesleki Deneyim	Kurumda Çalışma Süresi	Çalışma Şekli
K1	Kadın	30	Evli	Meslek Lisesi	ATT	Sağlık Bakanlığı	Acil	10	5	8-24
K2	Erkek	40	Evli	İlkokul	Hasta Bakım	Üniversite Hastanesi	Genel Cerrahi	18	8	12-12
K3	Erkek	54	Evli	İlkokul	Hasta Bakım	Üniversite Hastanesi	Cerrahi	34	34	Sürekli gündüz
K4	Erkek	36	Evli	İlkokul	Hasta Bakım	Sağlık Bakanlığı	Acil	4	2	8-16
K5	Kadın	50	Evli	İlkokul	Hasta Bakım	Üniversite Hastanesi	Dahiliye	18	18	12-12
K6	Erkek	35	Evli	Üniversite	Hekim	Sağlık Bakanlığı	Acil	4	2	8-24
K7	Erkek	35	Evli	Üniversite	Hekim	Üniversite Hastanesi	Cerrahi- Hepato	4	4	8-24
K8	Kadın	35	Evli	Üniversite	Hekim	Sağlık Bakanlığı	Acil	5	5	8-16
K9	Kadın	34	Evli	Üniversite	Hekim	Üniversite Hastanesi	Cerrahi	6	6	8-24
K10	Erkek	33	Bekar	Üniversite	Hekim	Sağlık Bakanlığı	Cerrahi	3	2	Sürekli gündüz

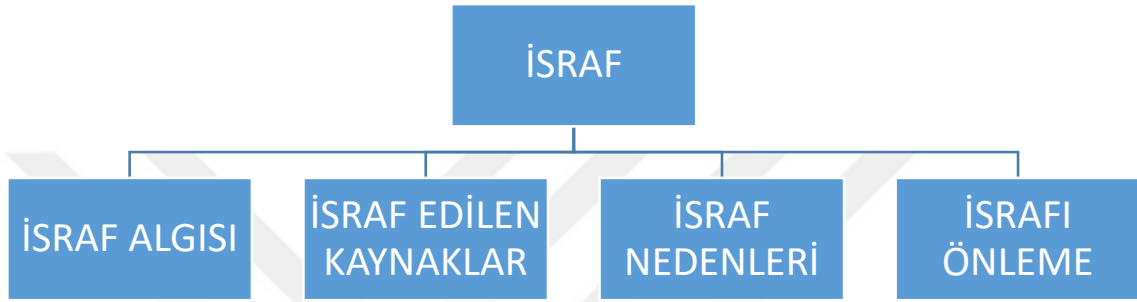
K11	Kadın	31	Bekar	Üniversite	Hekim	Sağlık Bakanlığı	Aile Hekimliği	6	6	Sürekli gündüz
K12	Erkek	33	Evli	Üniversite	Hekim	Sağlık Bakanlığı	Acil	5	5	8-24
K13	Kadın	35	Evli	Üniversite	Hekim	Sağlık Bakanlığı	Çocuk Sağlığı	2	1	8-24
K14	Erkek	30	Evli	Üniversite	Hekim	Üniversite Hastanesi	Cerrahi- Hepato	5	5	8-24
K15	Erkek	48	Evli	Üniversite	Hekim	Üniversite Hastanesi	Genel Cerrahi	18	18	Sürekli gündüz
K16	Kadın	32	Bekar	Üniversite	Hekim	Sağlık Bakanlığı	Çocuk Sağlığı	2	2	8-24
K17	Kadın	47	Evli	Üniversite	Hekim	Sağlık Bakanlığı	Anestezi- Yoğun Bakım	18	14	Sürekli gündüz
K18	Kadın	30	Evli	Üniversite	Hemşire	Üniversite Hastanesi	Cerrahi- Hepato	8	8	12-12
K19	Kadın	25	Bekar	Üniversite	Hemşire	Özel Hastane	VIP	5	5	12-12
K20	Kadın	25	Evli	Üniversite	Hemşire	Özel Hastane	Dahiliye	4	4	12-12
K21	Kadın	34	Evli	Üniversite	Hemşire	Sağlık Bakanlığı	Acil	6	4	12-12
K22	Kadın	33	Evli	Üniversite	Hemşire	Üniversite Hastanesi	Cerrahi- Hepato	9	9	12-12
K23	Kadın	26	Bekar	Üniversite	Hemşire	Sağlık Bakanlığı	Hematoloji- Romatoloji	3	3	8-24
K24	Kadın	24	Bekar	Üniversite	Hemşire	Özel Hastane	VIP	2	2	12-12
K25	Erkek	25	Bekar	Meslek Lisesi	Hemşire	Özel Hastane	Dahiliye	8	4.5	12-12
K26	Erkek	22	Bekar	Meslek Lisesi	Hemşire	Özel Hastane	Koroner Yoğun Bakım	3	2	12-12
K27	Kadın	24	Bekar	Üniversite	Hemşire	Sağlık Bakanlığı	Cerrahi	2	2	8-24
K28	Erkek	25	Bekar	Önlisans	Hemşire	Özel Hastane	Acil	10	4	8-24
K29	Kadın	33	Evli	Yüksek lisans	Hemşire	Sağlık Bakanlığı	Cerrahi	4	2	8-24
K30	Kadın	28	Bekar	Üniversite	Hemşire	Sağlık Bakanlığı	Cerrahi	1	1	8-24
K31	Kadın	32	Evli	Üniversite	Hemşire	Üniversite Hastanesi	Dahiliye	5	5	12-12
K32	Kadın	28	Bekar	Üniversite	Hemşire	Sağlık Bakanlığı	Dahiliye	5	2	8-24
K33	Erkek	22	Bekar	Üniversite	Hemşire	Üniversite Hastanesi	Cerrahi	2	1	12-12
K34	Kadın	26	Bekar	Meslek Lisesi	Hemşire	Özel Hastane	Süpervizör	7	7	8-12
K35	Kadın	26	Bekar	Meslek Lisesi	Hemşire	Özel Hastane	Karaciğer Nakil	5	5	8-24
K36	Kadın	32	Evli	Üniversite	Hemşire	Üniversite Hastanesi	Cerrahi	6	3	12-12
K37	Kadın	40	Evli	Yüksek lisans	Hemşire	Üniversite Hastanesi	Cerrahi	16	16	12-12
K38	Kadın	30	Evli	Önlisans	Sekreter	Özel Hastane	VIP	4	4	Sürekli gündüz
K39	Kadın	31	Evli	Üniversite	Sekreter	Üniversite Hastanesi	Cerrahi	10	7	Sürekli gündüz
K40	Kadın	30	Evli	Üniversite	Sekreter	Üniversite Hastanesi	Cerrahi- Hepato	6	6	Sürekli gündüz
K41	Erkek	28	Bekar	Üniversite	Sekreter	Özel Hastane	Hasta Hizmetleri	3	2	Sürekli gündüz

K42	Kadın	29	Evli	Üniversite	Sekreter	Üniversite Hastanesi	Dahiliye	11	5	Sürekli gündüz
K43	Kadın	36	Evli	Üniversite	Sekreter	Sağlık Bakanlığı	Dahiliye	10	10	Sürekli gündüz
K44	Kadın	40	Evli	Üniversite	Sekreter	Sağlık Bakanlığı	Yoğun Bakım	15	15	Sürekli gündüz
K45	Erkek	25	Bekar	Meslek Lisesi	Sekreter	Özel Hastane	Danışma	2	2	Sürekli gündüz
K46	Erkek	33	Bekar	Meslek Lisesi	Sekreter	Özel Hastane	Danışma	8	8	Sürekli gündüz
K47	Kadın	40	Bekar	Doktora	Sorumlu Hemşire	Üniversite Hastanesi	Cerrahi	20	20	Sürekli gündüz
K48	Kadın	23	Bekar	Üniversite	Sorumlu Hemşire	Özel Hastane	Acil	4	4	Sürekli gündüz
K49	Kadın	34	Bekar	Yüksek lisans	Sorumlu Hemşire	Sağlık Bakanlığı	Hematoloji-Romatoloji	12	10	Sürekli gündüz
K50	Kadın	44	Evli	Doktora	Sorumlu Hemşire	Üniversite Hastanesi	Yeni doğan yoğun bakım	26	24	Sürekli gündüz
K51	Kadın	55	Evli	Yüksek lisans	Sorumlu Hemşire	Sağlık Bakanlığı	Dahiliye	28	28	Sürekli gündüz
K52	Kadın	39	Evli	Üniversite	Sorumlu Hemşire	Üniversite Hastanesi	Cerrahi- Hepato	19	16	Sürekli gündüz
K53	Erkek	33	Evli	Önlisans	Sorumlu Hemşire	Özel Hastane	Yoğun Bakım	13	13	Sürekli gündüz
K54	Erkek	35	Evli	İlkokul	Temizlik Personeli	Sağlık Bakanlığı	Acil	4	4	8-24
K55	Kadın	45	Evli	İlkokul	Temizlik Personeli	Özel Hastane	Dahiliye	5	4	12-12
K56	Kadın	38	Evli	İlkokul	Temizlik Personeli	Sağlık Bakanlığı	Hematoloji-Romatoloji	8	5	12-12
K57	Kadın	40	Evli	İlkokul	Temizlik Personeli	Üniversite Hastanesi	Cerrahi- Hepato	15	18	12-12
K58	Kadın	44	Evli	İlkokul	Temizlik Personeli	Sağlık Bakanlığı	Acil	14	14	Sürekli gündüz
K59	Kadın	48	Evli	İlkokul	Temizlik Personeli	Üniversite Hastanesi	Yeni doğan yoğun bakım	16	16	Sürekli gündüz
K60	Erkek	46	Evli	İlkokul	Temizlik Personeli	Sağlık Bakanlığı	Yoğun Bakım	11	8	12-12

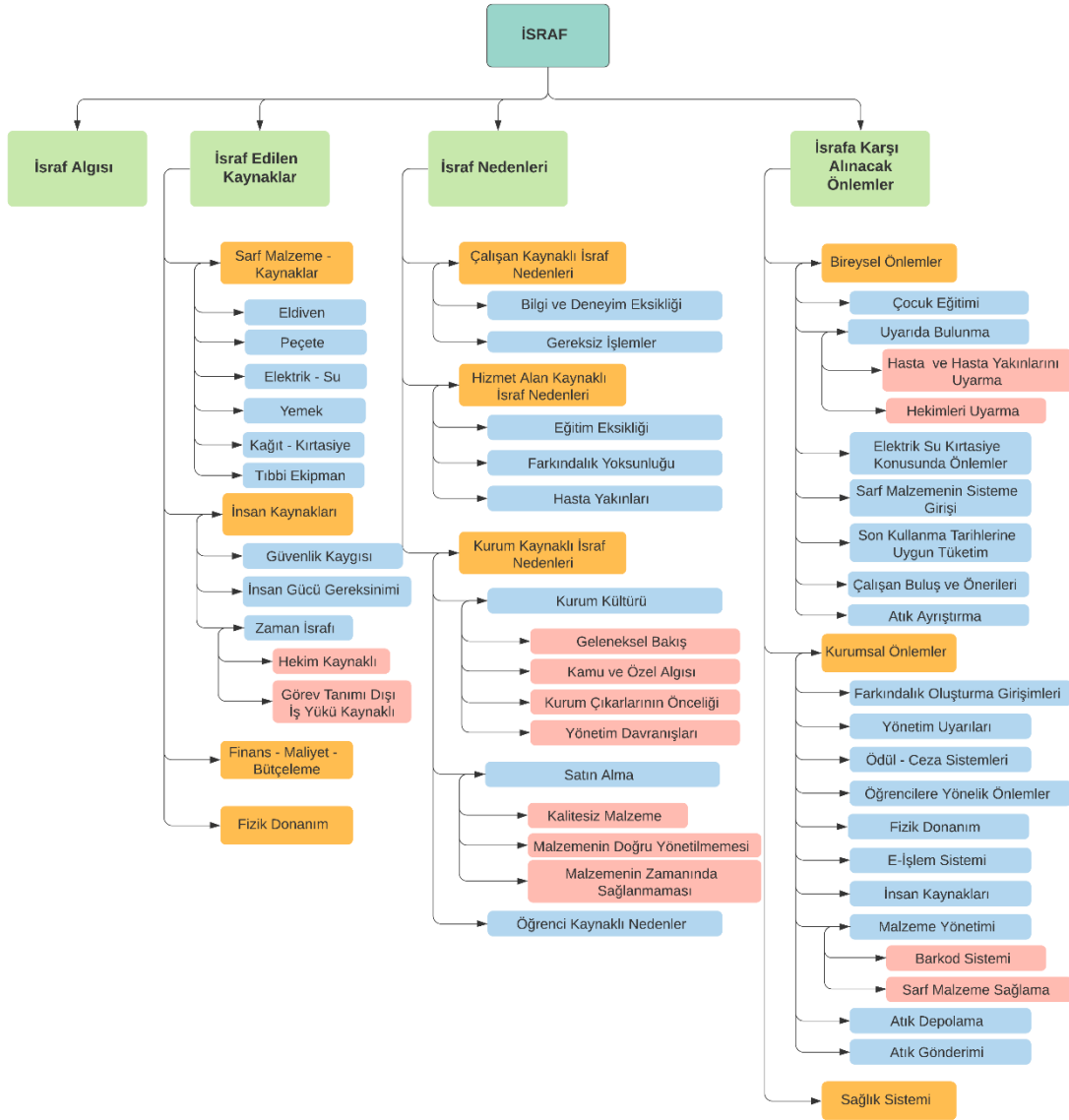
Araştırmaya katılan 60 sağlık çalışanın 19'u erkek olup, yaşlarının 22 ile 60 arasında değiştiği; 39'unun evli, 11'inin ilk okul, 7'sinin lise, 3'ünün ön lisans, 33'ünün lisans, 6'sının lisansüstü mezunu olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların, 12'si hekim, 7'si sorumlu hemşire, 20'si hemşire, 4'ü hasta bakım personeli, 9'u sekreter, 1'i acil tıp teknisyeni, 7'si temizlik personeli olarak görev yapmaktadır. Katılımcılardan 24 kişi SB, 21 kişi ÜH, 15 kişinin ise ÖH görev yaptığı; 24'ünün SB, 12'sinin ÜH, 15'inin ÖH' de çalıştığı; 23 personelin sadece gündüz, 18 personelinin 24 saatlik vardiyalar, 16 personelinin 16 saatlik vardiyalar, 3 personelin ise 8 saatlik vardiyalar halinde görev yaptığı görülmüştür. Mesleki deneyimlerinin 1 ile 34 yıl arasında değiştiği, kurumdaki görev sürelerinin ise 1 ile 34 yıl arasında değiştiği görülmektedir (Tablo 4-1).

4.1.2. Derinlemesine Görüşmeler Sonucu Elde Edilen Bulgular

Araştırmanın nitel bölümünde elde edilen veriler, “israf algısı”, “israf edilen kaynaklar”, “israf nedenleri”, “israfa karşı alınacak önlemler” olmak üzere dört ana tema şeklinde gruplandırılmıştır (Şekil 4-1). İsrafa İlişkin oluşturulan ana temalar ve bu ana temalara bağlı alt tema ve kodlar aşağıda (Şekil 4-2) ayrıntılı olarak gösterilmektedir.



Şekil 4-1: Sağlık çalışanlarının israfa ilişkin görüşlerinden oluşan ana temalar



Şekil 4-2: Katılımcıların israfa ilişkin görüşleri doğrultusunda oluşturulan tema, alt tema ve kodlar

4.1.2.1. İsraf Algısına İlişkin Bulgular

Hastane çalışanlarının israf davranışlarına ilişkin algıları, görüşleri ve israfı ifade ediş biçimleri tek başlık altında incelenmiştir. Görüşmelere katılan sağlık çalışanlarının israf algısı konusundaki görüşlerinin dağılımı Tablo 4-2' de ayrıntılı olarak verilmiştir.

Tablo 4-2: Sağlık çalışanlarının israf algısına ilişkin görüşlerinin dağılımı

İSRAF ALGISI	SAĞLIK BAKANLIĞI																												
	DOKTOR								S. H.			HEMŞİRE						H.BAKIM			TEMİZLİK P.				SEKRETER				
	1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	-	1	2	3	4	5	6	7	1	2	-	1	2	3	4	1	2	-	-
	*											*										*	*			*			
	ÜNİVERSİTE HASTANESİ																												
	DOKTOR								S. H.			HEMŞİRE						H.BAKIM			TEMİZLİK P.				SEKRETER				
	1	2	3	4	-	-	-	-	1	2	3	1	2	3	4	5	6	-	1	2	3	1	2	-	-	1	2	3	-
	*	*							*	*		*	*	*												*	*		
	ÖZEL HASTANE																												
	DOKTOR								S. H.			HEMŞİRE						H.BAKIM			TEMİZLİK P.				SEKRETER				
-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	2	3	4	5	6	-	-	-	-	1	-	-	-	1	2	3	4	
											*														*				

Özellikle üniversite hastanesinde görev yapmakta olan sağlık çalışanları israfı kaçınılmaz ve önlenemez olarak nitelendirmiş, alınacak önlemlerin sadece israfı azaltmaya yönelik olabileceğinin, özellikle hastane, alışveriş merkezi gibi toplu hizmet verilen kuruluşlarda israfın sonlandırılmasının olanaklı olmayacağını belirtmişlerdir (Tablo 4-2). İsrif davranışlarının çoğu zaman karakter ve vicdan sorunu olduğu savunulurken, israf davranışı “günah”, “yazık”, “kul hakkı”, “milli servet” ve “vicdan” gibi kavramlarla tanımlanmıştır. İsrafa neden olan davranışların yokluk görmekten kaynaklandığı, ayrıca aileden ve yakın çevreden öğrenildiği, alışkanlık haline geldiği, zamanla kanıksandığı ve sonuç olarak bir yaşam tarzı şekline dönüştüğü, bu nedenle farkedilmediği üzerinde durulmuştur. Ayrıca, israf davranışları fark edilse bile tutumlu olmaya yönelik önlemlerin neler olduğu, israfı engellemek için neler yapılabileceği konusunda toplumda bilgi ve farkındalık eksikliği olduğu belirtilmiştir. Özellikle malzeme sağlama konusunda sıkıntı yaşayan hastanelerde çalışanların israf konusunda daha duyarlı davrandığı görülmüştür. Katılımcıların aktarımlarından seçilen alıntılara aşağıda yer verilmiştir.

“... İsrif tabii ki olumsuz şeyler uyandırıyor ilk etapta. Ama şöyle bir düşününce de kaçınılmaz olduğunu ifade edebilirim... Yapmak istemesem de oluyor yani. Kaçarı yok bence en fazla azaltılabilir ama tamamen yok edilemez bir olgu...” (33-SB-Hekim).

“...İsraf kötü bir şey... Müsriflik bizim örfümüzde, adetimizde olan bir şey değil. Öyle öğretiler yani nedir; tabağını sıyr dediler, yere ekmek düşünce al dediler. Biz böyle gördük...” (36-SB-Hasta bakım personeli).

“...İsrafın ben kaçınılmaz olduğunu düşünüyorum çünkü geçmişten gelen, yetiştirilme tarzımızdan gelen bir durum ve bence ülkelerle de alakalı. Bu babalarımızın, anneanne, dedelerimizin belki o işte ‘Ye bitir, yemezsen ben yiyeyim demelerinin de o tutumlulukla yani yokluk zamanlarını gördükleri için olduğunu düşünüyorum ve yokluk görmeyen neslin bunu anlamasının zor olduğunu düşünüyorum. Kaçınılmaz bence israf...” (35-SB-Hekim).

“...Ben, dediğim gibi bu yetişme tarzı ile alakalı... Yani insanlar hani evde nasıl görmüşse öyle davranır... Sen kafanı çevirirsin o yine yapacağını yapar o yüzden...” (40-ÜH-Hemşire).

“...İsraf her yerde... Bence israf kaçınılmaz. Yani ben israf etmiyorum diyen yalan söyler. Özellikle de böyle hastanelerde alışveriş merkezlerinde falan...” (28-SB-Hemşire).

“...Ben israfi sevmem, tutumluyumdur. Tasarrufluyumdur aile içinde de öyle... Çocuklarıma da o şekilde öğretirim. ‘Aman evladım yemeğinizi bitirin, tabağınızı sünnnetleyin, atılmasın bir tane pirinç bile’ bu kadar, bize öyle öğretiler. Hastane gibi düşündüğüm zaman buralar çok büyük meblağlar döndüğü için oluyordur illaki israf, oluyordur...” (35-SB-Temizlik Personeli).

“...Her türlüünden kaçınmalıyız. Milli servet, dikkat etmeliyiz. Hani derler ya yetimin hakkı var. İnsanlar bunu bilir aslında... Hatırlasa...” (32-ÜH-Hemşire).

“...Ben tabii ki dikkat ederim. Aslında eminim kimse kötü niyetle yapmaz israf, bazıları böyle alışmış, bazıları ne yapacağını bilmiyor, kimisinin akli ermez...” (29-ÜH-Sekreter).

“...Bizim toplumumuz da israfı çok seviyor, çok fazla seviyor. Sadece devlette de değil yani kişisel olarak herkes israfı çok seviyor...” (40-SB-Sekreter).

“...Bence çok şey ifade ediyor. Hatta bence Türkiye, dünyada en fazla israf buradadır. İlk sıradayızdır kesin, böyle bir sıralama olsa. Çünkü biz yemeyi - içmeyi ve bir şeyleri israf etmeyi çok seven bir milletiz, ben öyle düşünüyorum açıkçası...” (25-ÖH-Hemşire).

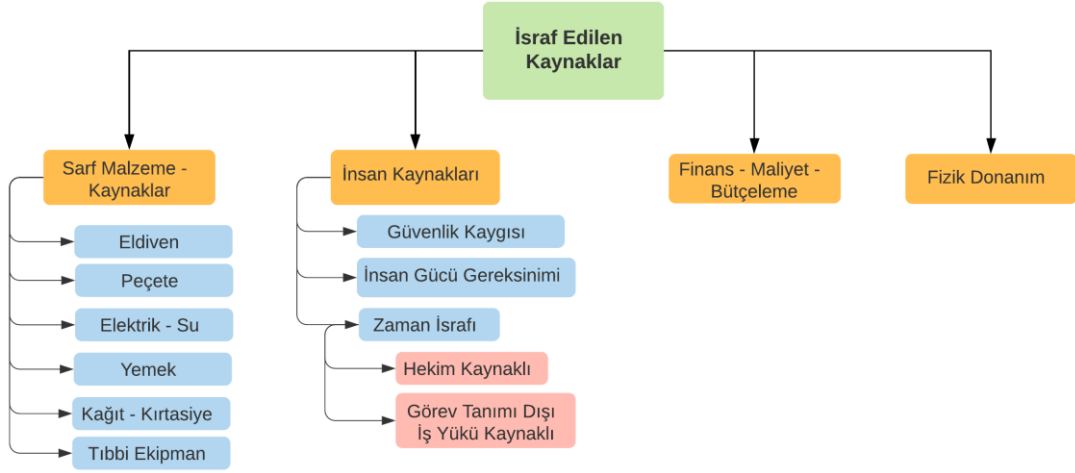
“...Yani bu insanın karakteri var ya... Ama sonuçta sıkıntıyı yine o çekiyor. Çünkü yenisi gelmiyor. Sonuçta yok işte yani, israf etmemek bizim için şey yani normal davranışımız olmalı aslında, hele bu şartlarda...” (40-ÜH-Sorumlu Hemşire).

“...İsraf fazla fazla, gereksiz kullanımı ifade ediyor. Bizim için mümkün olmayan bir durum bizim hastanemizde çok imkan yok, israf yapılamaz, mümkün değil...” (35-ÜH-Hekim).

“...Olması gereken kullanımının dışında kullanılması olduğunu düşünüyorum israfın. Bizim için de çok önemli bir kavram. Çünkü sonuçta o an gereksiz kullandıysan o malzemeyi ihtiyacın olduğunda o kaynak, o malzeme daha sonra sahip olamıyorsun. Yani dolayısıyla bir şey yaparken hem planlı davranmak; ‘Gerçekten ona ihtiyaç var mı? O olmadan yapılabilir mi? Yapılmıyorsa ne ile yapılır?’ ya da ‘Elde o varsa bununla ne yapılabilir?’ çok iyi düşünmek, ‘Bence israfıla ilgili atılabilecek en önemli adım fark etmek. Şu an bu sizin sorduğunuz sorular bile farkındalık. Siz sorunca düşünüyoruz. Yoksa ne yaptığımızı bilmiyoruz, ezberimizi yaşıyoruz...” (29-ÜH-Sekreter).

4.1.2.2. İsrif Edilen Kaynaklara İlişkin Bulgular

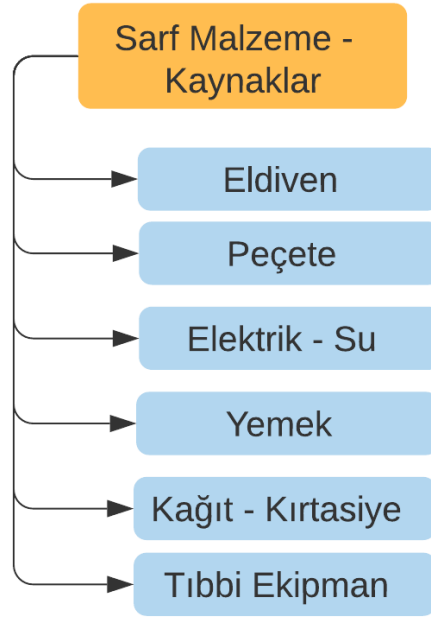
Hastane çalışanlarının israf edilen kaynaklara ilişkin görüşleri incelenerek; “sarf malzeme - kaynak”, “insan kaynakları”, “finans – maliyet – bütçeleme”, “fizik donanım” olarak dört alt tema ve bu alt temalara bağlı kodlar oluşturulmuştur (Şekil 4-3).



Şekil 4-3: İsrif edilen kaynaklara ilişkin oluşturulan alt tema ve kodlar

➤ Sarf Malzeme

Sağlık çalışanlarının görüşleri doğrultusunda “sarf malzeme - kaynak alt” teması altında şekillenen altı kod; “eldiven”, “peçete”, “elektrik- su”, “yemek”, “kırtasiye” ve “tıbbi ekipman” şeklinde oluşturulmuştur (Şekil 4-4).



Şekil 4-4: Sarf malzeme - kaynaklar alt temasına ilişkin oluşturulan kodlar

Yapılan derinlemesine görüşmelerde katılımcıların görüşleri doğrultusunda elde edilen veriler kapsamında oluşturulan “sarf malzeme – kaynaklar” alt temasına ilişkin görüşlerinin dağılımı Tablo 4-3’te ayrıntılı olarak sunulmuştur.

durarak, bunu bir israf olarak değerlendirmemiştir. Katılımcıların eldiven kullanımına ilişkin görüşlerinden elde edilen alıntılara aşağıda yer verilmiştir.

“...Bizim katımızda en çok ne israf ediliyordur? Eldiven, aslında bütün tek kullanımlık malzemeler israf ediliyor... şöyle ki eldiven yani çok israf edilen bir şey ama eldiven yani onun tek kullanımlık olması zaten onu israfa açık kılıyor diye düşünüyorum...” (24-SB-Hemşire).

“...şimdi aklıma gelmiyor ama bize eldiven olabilir eldiven çok fazla kullanıyoruz. Bir de sadece biz değil mesela hekimler de kullanıyor, personel de kullanıyor...” (28-SB-Hemşire).

“...Eldiven... Bence herkesin en çok kullandığı... Hemşiresi, doktor, biz personel herkes gerekli gereksiz sormadan alır... Yeni başlayanlar, hani onlar çok alışamıyor ya hastaya dokunmaya falan, onlar mesela çok eldiven kullanıyor bence...” (40-H-Hasta Bakım Personeli).

“...en çok eldiven... Peynir, ekmek gibi gidiyor. Biz burada çoğu malzemeyi disposable kullanıyoruz. Açılınca kontaminasyon çok oluyor, o israf bence...” (34-H-Hekim).

“...Eldiven diyeyim sana, devamlı değişiyor herkes. Yeri geliyor temizlik için takıyor, eldiven çok gidiyor...” (54-H-Hasta Bakıcı).

“...Bir de mesela eldivenler olabilir. Hekim mesela katatere giriyor bir eldiven değiştiriyor, olmuyor 2 değiştiriyor, olmuyor...” (44-H-Sorumlu Hemşire).

“...Eldiven mesela çok kullanırız. Her gelen giden kullanır...” (50-H- Hasta Bakıcı).

“...Eldiven gidiyor, eldiven çok gidiyor bence... Sürekli değiştiriyoruz, bazen giyiliyor işte vazgeçiliyor o işi yapmaktan bu sefer eldiven temiz de olsa çöpe gidiyor... Çatır çatır gidiyor yırtılıyor bazen. Temizken eldivenle yeri geliyor yazı yazman gerekiyor... Mecbur yine çıkarıyorsun temiz bu böyle yazayım diyemezsin... Yani gidiyor da gidiyor...” (30-ÜH-Hekim).

“...bir de işte eldiven meselesi var. Boşu boşuna medium beden getiriyorlar, kullanılmıyor o da israf bence...” (22-ÜH-Hemşire).

“...O yüzden saf malzemeden ziyade israf edildiğini düşündüğüm eldiven çok gidiyor...” (39-ÜH-Sorumlu Hemşire).

“...Onun dışında elimizdekilerden en çok tek kullanımlık malzemeler, belki eldiven israf ediliyordur...” (48-ÜH-Hekim).

“...Acilde eldiveni zaten değiştiriyoruz. Özellikle kanamalı hastalar geldiğinde eldiven çok kullanılıyor. Fakat bunun israf olduğunu düşünmüyorum...” (35-SB-Hekim).

- **Peçete**

Hastanelerde görevli sağlık çalışanlarının, kendilerini ve hastalarını korumak adına sık el yıkamaları ne kadar gerekli olsa da bu durumun kaçınılmaz olarak peçete/kağıt havlu kullanımını artırdığı üzerinde durulmuştur. Katılımcılar el yıkama sonrası gereğinden fazla peçete kullanımının hastanenin israf kaynaklarından biri olduğunu belirtmişlerdir. Katılımcıların peçete/kağıt havlu kullanımına ilişkin görüşlerinden elde edilen alıntılara aşağıda yer verilmiştir.

“...Benim en sinir olduğüm şey şu peçeteler var ya; 5 tane, 6 tane çekiyorlar. Yahu iki tane maksimum yetiyor çat çat çat hepsi çöpe... Deli oluyorum ...” (40-ÜH-Sorumlu Hemşire).

“...Aslında biz çok elimizi yıkarız. Oradan peçete alır kurularız. Hep çöpe gider onlar tabii hızlı bitiyor, herkes beş altı tane çekiyor...” (45-ÖH-Temizlik Personeli).

“... peçeteyi gördüğüm zaman ama çok kıl oluyorum onu söyleyeyim. O peçeteyi 5 tane aldığı zaman gerçekten kıl oluyorum... Biraz sonra bitecek yine ben dolduracağım. Çünkü yeni doldurdum, sinirleniyorum...” (36-SB-Hasta Bakım Personeli).

- **Elektrik – Su**

Hastanede görevli sağlık çalışanları, özellikle tuvaletler gibi temiz kalması gereken alanlarda musluk ve ışıkların bilerek açık bırakıldığını, hasta odalarında televizyon ve ışıkların kullanılmadığında dahi çalışmaya devam ettiğini iletmışlerdir. Özel hastanelerde ise kimi yöneticilerin, geceleri servisin ana ışıklarının kapanması ya da kısılması yönünde alınan israf önleyici önlemleri hastane politikasına uygun bulmadığı iletilmiştir. Katılımcıların hastanede elektrik- su kullanımına ilişkin görüşlerinden elde edilen alıntılara aşağıda yer verilmiştir.

“...Mesela tuvaletin ışığı hep açıktır, kimse kapatmaz, hep açık kalır... Sifon mesela kaçırıyor. Yani onu bilerek öyle açık bırakmışlar. O hep akıyor hep. Yani gece gündüz, çünkü hastalar girince sifonu çekmiyormuş, çözümü böyle bulmuşlar. Bu çözüm mü? Bu israf...” (38-SB-Temizlik Personeli).

“...hasta yakını tuvalete gidiyor, atıyorum suyu kapatmıyor. Açık bırakıyor, orayı su basıyor, sonra temizlik personeli işte toplamaya çalışıyor. Yine elektrik su gibi kaynaklar çok fazla israf ediliyordur, genel olarak hastaneyi düşünüyorum onlar en fazla israf ediliyordur. Çünkü çok büyük bir kısmının ışıkları sürekli yanıyor...” (23- SB-Hemşire).

“...Bir de elektrik israfı olduğunu düşünüyorum yani ben kendi açımdan. Bazen diyorum ki; şu an lambaların üç tanesi niye yanıyor, bir tanesi yansa yeter diyorum yani...” (40-SB-Sekreter).

“...en çok ne israf ediliyor biliyor musun? Hastalar lavaboya girdikten sonra özellikle hasta yakınları ne lambayı kapatır ne sifonu, takıldıysa mesela düzeltmez ya da zaten hiç çekmez, arkalarından bizim gidip temizlememiz gerekir. Ellerini yıkadığı suyu kapatmaz, arkadan bizim kapatmamız gerekir. Hasta odalarında gece gündüz fark etmez ışık yanar. Televizyon açık, hasta bazen aşağıya iner ya da görüntülemeye gider, hiç kapatmaz yani biz gidip kapatıyoruz ya da temizlediğimizde kapatıyoruz. Mesela hemşire odasında 4 tane bilgisayar var onlar hep açık. Hemşireler ‘giriş yapıyoruz elleme’ diyor...” (46-SB-Temizlik Personeli).

“...Tuvaletten çıktuktan sonra tuvaletin ışığını bile kapatmıyor, suyu kapatmıyor en basitinden...” (47-SB-Hekim)

“...Yani ne televizyonu kapatır, ne temiz bırakır... Yani ışıklar, tuvaletler, sular hiç dikkat eden olmaz. Bak bedava gibi yani harcar. Sen evinde televizyonu açık mı bırakıyorsun? O zaman burada da kapa...” (40-ÜH-Hasta Bakım Personeli).

“...bizim herhalde su diyebilirim. Su çok israf ediliyor çünkü onlar çok açık bırakılıyor. Yani bilerek isteyerek onun farkındayım. Hani hem koku olmasın, temiz olsun diye diyorlar ama böyle su şırıl şırıl akıp gidiyor. Biraz beni rahatsız ediyor. İlk aklıma o geldi o yüzden...” (35-ÜH-Hekim).

“...ışıklara sulara falan dikkat ederiz. Evde falan nasılsa burada da öyle...” (34-ÜH-Hekim).

“...en çok elektrik gider. Hasta odaları özellikle ışıklar açık, televizyonlar hep açık, hiç kapatmıyorlar... Yani gece gündüz ışıklar açık. Biz kapatıyoruz odasında yok Televizyon açık sabaha kadar açık olduğu oluyor. Hastalar da dikkat etmiyor, hastalar, hasta yakınları da yani çalışanlarda... Kimse sahiplenmiyor. Nasıl olsa benim cebimden çıkmıyor mantığı yerleşmiş. O yüzden dikkat etmeden musluğu açık bırakıp gidiyor, şarıl şarıl akıyor, insanın içi sızlar yani...” (39-ÜH-Sorumlu Hemşire).

“...Elektrik mesela süpervizorlar kapatmayın diyor, açık kalması gerekiyormuş. Ben ışıkları kapattım ama uyarı yedim. Yasakmış. Ama yalan yok son 1- 2 aydır yine kapatıyorum bir şey demiyorlar. Yayın vardı geçen gün bu konuda. Işık, dosya kağıdına bile dikkat edin diye uyarı geldi...” (25-ÖH-Hemşire).

“...Yok yok, tabi tabi kapatmıyor bazen, dokunmayım diye kapatmıyorum diyor, dokunmuyor açık bırakıyorlar muslukları. Biz takip ediyoruz mesela kapatıyoruz sürekli biz demiyoruz yani kapat kapatmıyor dokunmamak için musluğu kapatmıyor...” (44-SB-Temizlik Personeli).

- **Yemek**

Katılımcılar, hastane ve alışveriş merkezi gibi kalabalık alanlarda yenen toplu yemeklerde kesinlikle israf yapıldığını savunurken, hastane yemeklerinin çoğu zaman yiyebileceğinden fazlasını almak, yemeği beğenmediği için yememek gibi nedenlerle israf edildiği bilgisini paylaşmışlardır. Katılımcıların yemek israfına ilişkin görüşlerinden elde edilen alıntılara aşağıda yer verilmiştir.

“...yemekler israf ediliyor acayip derecede. Kimse de aldığını yemiyor. O günkü yemeği beğenmediysen, alma kardeşim. Kimse seni zorla yemekhaneye götürmüyor...” (36-SB-Sekreter).

“...Yemek alıyorsun kalıyor, almayacak mısın yani? Zaten almak zorundasın o an yemeği beğenmeyebilirsin. Ama almadan da beğenip beğenmediğini nereden bileceksin hem mesela ekmek almayabilirsin, ekmek yemiyorsan...” (28-SB-Hemşire).

“...ekmek, yemek zaten çok israf ediliyor ama paket paket ekmekler. Yazık hep küfleniyor, atılıyor hepsi yani...” (31-ÜH-Sekreter).

“...Yemek, ekmek çok bırakıyorum, herkes de bırakıyor çünkü yemekler kötü. Kimse yemiyor...” (50-ÜH-Hasta Bakıcı).

“...yani yönetim takip etse mesela ‘ekmek çok israf ediliyor’ . Dikkat ederseniz en çok israf bence ekmektir, günah yani mesela ben gerekmiyorsa almıyorum. Ama bu bir o kadar şey değildir. Mesela yemek çok kalıyor, çünkü güzel değildir. İnsanlar yemiyordur mesela o da bir israftır hastane için...” (48-ÜH-Temizlik Personeli).

“...Yemek olabilir, çoğu zaman insanlar aldıkları gibi geri veriyorlar. Daha az konulabilir. Bence zaten toplu yemek yenen her yerde çok israf oluyor...” (25-ÖH-Hemşire).

“...Dikkat ediyorum ekmekleri çöpe atmamaya bir de burada hastane yemeklerini de öyle. Gerçekten çok israf ediliyor. Gerçekten tabakta çok fazla kalıyor...” (35-SB-Hekim).

- **Kağıt – Kırtasiye**

Hastane çalışanları ile yapılan görüşmelerde, bazı hastane prosedürlerinin sadece bilgisayar otomasyon sistemlerinde kayıtlı olması ve sistemler üzerinden izlenmesi olanaklı olmasına karşın, yazıcılardan çıktı alınması ve sayfalarca dosyaların oluşturduğu arşivlerin kullanılması israf olarak nitelendirilmiştir. Dosyaların bilgisayardan çıktı alınması sürecinde meydana gelen hatalar, kağıtların yırtılması, eksik basılması, yenilenmesi, raporların kaybedilmesi, formların kısa zaman aralıkları ile değişmesi gibi nedenlerle-kağıt, toner ve elektrik israfının yüksek olduğu belirtilmiştir. Bununla beraber gününbirlik hastaların değerlendirilmesi için oluşturulan kabarık dosyalar, bozuk yazıcılardan birçok kez aynı çıktının alınması, imza süreçlerinde kullanılan kalemlerin sık aralıklarla kaybedilmesi vb. sorunların kırtasiye israfına yol açtığı belirtilmiştir. Katılımcıların kağıt - kırtasiye israfı ile ilgili aktarımlarından seçilen alıntılara aşağıda yer verilmiştir.

“...Sekreteryada kağıt israfının çok olduğunu düşünüyorum. Gereksiz çıktı veriyoruz hastaya dolaşüyor dolaşıyor anlamıyor geliyor tekrar soruyor. Sistemde göreceğimiz şeyi niye yazıyoruz o zaman... (40-SB-Sekreter).

“...Sonra kağıt, kağıt çok gidiyor. Zırt pırt onu yazdır, bunu yazdır... Olmadı, bir daha yazdır...” (40-ÜH- Sorumlu Hemşire).

“...Kağıt, kağıt çok gider, en çok kağıt gider... Hekimler özellikle bilgisayarda kayıtlı olsa bile sonuçlar diyelim, yine de elinde ya da hasta dosyasında görmek ister. Birbirlerinden öğreniyorlar bence zaten, pek umurlarında olmaz israf falan...” (33-ÜH-Cerrahi Hemşiresi).

“...Kağıt diyebilirim... Tabii tonerde gidiyor... Tahlil dosyaları, şunlar bunlar bak böyle ortada duruyor. Kimse sahiplenmiyor, kim bilir neden basıldı... Kağıtlar çok ziyan oluyor yani sadece arşiv ve ıslak imzalı olsa tamam sisteme de güvenmiyorlar, her şey yazdırılıyor... Onlar gereksiz...” (30-ÜH-Sekreter).

“...Mesela kağıt çok gider. Formlarda mesela çok gidiyor ya ve sürekli değişiyor. Artık bunlar kullanılmayacak deniyor. Hooop tekrar yenileri geliyor. Biz mesela eski formların arkasını kullanıyoruz yazıcı da falan...” (25-ÖH-Hemşire).

“...Bir de kalem, kalem en çok kalem... Çünkü kayboluyor hasta alıyor, vermiyor, yere düşüyor, biri basıyor, kırılıyor sürekli kalem sıkıntısı oluyor. Şu arşiv konusunda ıslak imza olmaması için bilgisayarda kayıtlı kalabilir mesela...” (33-ÖH-Sekreter).

“...Bence burada en çok kağıt, dosya çok fazla israf ediliyor. Sabah ameliyat edilip akşam taburcu edebilecek hastalar bunlar... Bütün o, düşme riskine kadar formları dolduruyoruz, hiç gerek yok o formlara... Bütün onların hepsi çöpe gidiyor. Hiç kullanılmıyor ...” (28-SB-Hemşire).

- **Tıbbi Ekipman**

Çalışmaya katılan hastane çalışanları, gereksiz hastane başvurularının gereksiz girişimler ve tıbbi malzemelerin gereksiz kullanımına neden olduğunu belirtmişlerdir.

Ayrıca hastane çalışanları kullanılan tıbbi malzemelerin, ilaçların ve görüntüleme işlemlerinin gereksiz kullanımının, bu işlemler esnasında kullanılan malzemelerin israf edilmesinin yanı sıra hasta sağlığına verdiği zararların üzerinde de durmuşlardır. Yaşlı hastaların yoğun bakım yataklarında uzun süreli yatışlarını israf olarak değerlendiren katılımcıların yanı sıra bunun etik boyutunun tartışıldığı görüşmeler sonucunda, hastanelerin yüksek fiyatlı malzeme kullanımı ve tıbbi kaynakların israfı konusunun önemine vurgu yapmışlardır. Katılımcıların tıbbi ekipman kullanımına ilişkin görüşlerinden elde edilen alıntılara aşağıda yer verilmiştir.

“...yoğun bakım yatakları, çok kıymetli yataklardır. Başka hastalara şans verelim hayatını değiştirebileceğiniz dokunabileceğiniz hastalar varken onun yerine başka 98 yaşındaki hastayı tedavi etmeye devam ediyorsunuz. Yoğun bakımda en büyük israfı, mesela acil serviste bir travma hastası var travma hastasına hayatını değiştirebilecekken 98 yaşındaki terminal hastaya burada solunum desteği vermeye devam ediyorsunuz. Bu kaynakların düzgün kullanılması ile alakalı, bu Tanrıçılık oynamak değil...” (43-SB-Hekim).

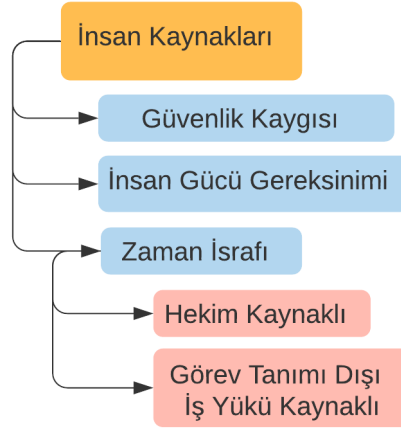
“ ...pahalı ürünler hastabaşı düşüyor plazmaferez seti var mesela 1200 lira falan hastabaşı düşüyor...” (55-SB-Hemşire).

“ ...Bunlar çok pahalı malzemeler, bunları alıyorsan personeline güvenmen lazım. Bi yerden bi yere taşımaya korkuyoruz...” (48-ÜH-Temizlik Personeli).

“...Bu devletin malı da olsa kendim de öyleyim, bozulmadan değiştirmem. Her şeyin bir son modeli çıkıyor, hasta için ciddi bir fark yoksa, sırf sadece isimden dolayı malzeme alınması, 10 tane varken 25 tane alması, 10 TL'lik varken 100 TL'lik alınması çok büyük israf...” (44-ÜH-Sorumlu Hemşire).

➤ **İnsan Kaynakları:**

Sağlık çalışanları ile yapılan görüşmelerde “insan kaynakları” alt temasından elde edilen bulgular (Şekil 4-5); “güvenlik kaygısı”, “insan gücü gereksinimi” ve “zaman israfı” şeklinde ele alınmıştır.



Şekil 4-5: İnsan kaynakları alt temasına ilişkin oluşturulan kodlar

Yapılan derinlemesine görüşmelerde katılımcıların görüşleri doğrultusunda elde edilen veriler kapsamında oluşturulan “insan kaynakları” alt temasına ilişkin görüşlerin dağılımı Tablo 4-4’de ayrıntılı olarak sunulmuştur.

değil ama biz de arada gidiyoruz... Genelde doktorlara, hemşirelere sataşıyorlar, beğenmiyorlar...” (36-SB-Hasta Bakım Personeli).

“...İşte hayatımız israf ediliyor daha ne diyeyim ki yani... 3 tane enjektör 5 tane sargı bezinden çok daha fazlası var burada. Sistemi değiştiriyorlar, bunlar hep politik hastaya ya da hastaneye sorun. Ama çözüm bulmak için değil. Gerçekten hiç bir sistem olmamıştı bu kadar kötü... Hayatımız hiç bu kadar ucuz olmamıştı... Adam buraya eli kolu dolu geliyor. “Hastamı kurtarmazsanız sizde ölürsünüz” diyor. Canımızla tehdit ediliyor ya olacak iş mi bir düşünsene, ne kadar korkar insan... Peçete, enjektör demeyeceğim. Ben canımız diyeceğim.. İsraf ediliyor, harcanıyor... Güvenliğimiz çok zayıf. Hasta buraya silahla, tabancayla, bıçakla geliyor. Bu ne demek? Bu gece ölebilirim...” (34-SB-Hemşire).

“...Bana adam diyebilir ki atıyorum 40 tane hastadan görüntüleme isteyebilirsin. Ben de zaten gerekli hastalardan istiyorum. Bilsem ki gerçekten burada hasta çıkartıp benim topuğuma sıkmayacak, o zaman ben tabii ki dikkat ederim...” (35-SB-Hekim).

- **İnsan Gücü Gereksinimi**

Katılımcılar, insan gücü eksikliği ve uzmanlık alanı dışı görevlendirmelerin önemli israf kaynağı olduğunu belirtmişlerdir. Çalışanlar aşırı iş yükü nedeniyle görevlerini istedikleri titizlikte yerine getiremediklerini ve isteseler de yüksek performans göstermelerinin olanaklı olmadığını vurgulamışlardır. Özel hastane çalışanları ise bu durumu, “olamayanı öldürmek” şeklinde tanımlarken, nöbet listelerinin yoğunluğu ve kendi servisleri dışında çalıştırılmak, ek nöbete çağrılmak ve özel birimlerde hizmet alan hastalara özel ilgi gösterilmesinin beklenmesini “insangücü israfı” olarak nitelendirmişlerdir. Katılımcıların insangücü eksikliğine ilişkin görüşlerinden elde edilen alıntılara aşağıda yer verilmiştir.

“...Bizim bak beş tane endokrin var. İki tane yükümlü hastamız var. Geri kalan da bir 28 tane falan dahiliye hastamız var ve günde beş hemşire çalışıyoruz. Yedi ya da sekiz hasta düşüyor kişi başına. Hemşirenin iş yükü çok ağır...” (55-SB-Hemşire).

“...Türkiye geneli hemşirelere bakıyorum asıl onlar israf ediliyor yani. Adam gelmiş okumuş etmiş, staj yapmış, yüksek lisans yapmış, şunu yapmış bunu yapmış. İngilizce öğrenmiş bilmem ne... Bir bakıyorsun yanında çalışan adam lise mezunu staja gelmiş. Kaç yaşında? Yani daha lisede öğrenci. Sen diyorsun ki bu hastaya bakım yap. Nasıl, nasıl yapsın? Yapamaz...” (36-SB-Sekreter).

“...devamlı senden gidiyor işte yani... İsfraf olan sen oluyorsun. Bunu yaz oraya; malzeme değil adamı harcıyorlar burada.” (54-ÜH-Hasta Bakıcı).

“Mesela yönetim iki haftalık yıllık iznini almana izin vermez üst üste. O benim hakkım sonuçta ama en fazla bir hafta izin alabilirsin... Bildiğini de söylemek çok sıkıntı. Ben daha önce entübe hasta baktım mesela ama söylemiyorum. Her gece sürekli nöbet, özelden hemşirelik bakımı bildiğini söylersen çok zor...” (22-ÖH-Hemşire).

“...özelde hemşireler dört dörtlük değil. Her köşe başında yeni bir hastanesi var adamlar büyüyor. Ama ben hemşireler diğer hastanelere göre daha kötü diyebilirim. Çünkü inanılmaz bir devirhızı var. Yani kurumla dikleşemiyorsun. Sen kaybedersin orada. Bence israf dediniz ya, bence en büyük israfı hemşirelerden yapıyor hastaneler... Orası da burası da kaliteli ve tutulması gereken insanları kurumda tutmuyor, sahip çıkmıyorlar hemşireye. Az çok tecrübesi var ya da yok zaten tecrübesiz, şöyle bir şey var; 5 yıl başka yerde çalışmış adamın davranışını değiştirmesi daha zor, yeni mezunu alıp kendi eğitiyor istediği gibi...” (25-ÖH-Hemşire).

“...Görev tanımım poliklinik hizmeti, hasta takibi olarak geçer ama yani hemşirelerin kayıtlarına, depo isteklerine işte doktorların işlerine yardım ederim. Benden geçer her şey köprü gibi. Mesela hemşireler çok yoğun ve sayısı az olduğu için, mesela tek personel,

tek hemşire çalışıyor, 25-30 hastaya bakıyor. O kız o gün sadece hasta takibi yapsa öğlen oluyor. İlacı var, doktorlar, pansumanı var, girişleri yapamıyor...” (31-ÜH-Sekreter).

“...durum yani şu sıralar her şey çok zor, her şey çok ama çok sıkıntılı. İnsan yok, malzeme yok, o yok, bu yok işte hastane olarak idare etmeye çalışıyoruz. Hepimiz fedakârlıklar yapıyoruz, fazladan çalışıyoruz...” (40-ÜH-Sorumlu Hemşire).

“...Mesela iyi çalışacağım desem; koşturmaktan, mümkün değil, daha çok personel olsa diyorsun. Burası insanı yiyip bitiriyor...” (54-ÜH-Hasta Bakım Personeli).

“... ne var biliyor musun personel israfı var bu hastanede. Ben sana söyleyeyim.Bu hastanede kesinlikle en büyük israf personel. Hemşire de öyle devamlı başka başka işlerle uğraşiyor. Yok, adam yok yani. Ondan sonra hep aksaklıklar... Personel zaten dedim ya çok yetersiz. Ne oluyor kavga sürekli, kavga hır gür...” (30-ÜH-Hekim).

“...Özel kat hemşiresi tek hastaya bakmış oluyor, diğer hemşire de diğer hastalara bakıyor. Yani orada hastalar teke tek hemşire hizmeti alsın diye burada 6 hastaya tek hemşire veriyorlar ya bu çok oluyor, çok sık oluyor...” (30-ÖH-Sekreter).

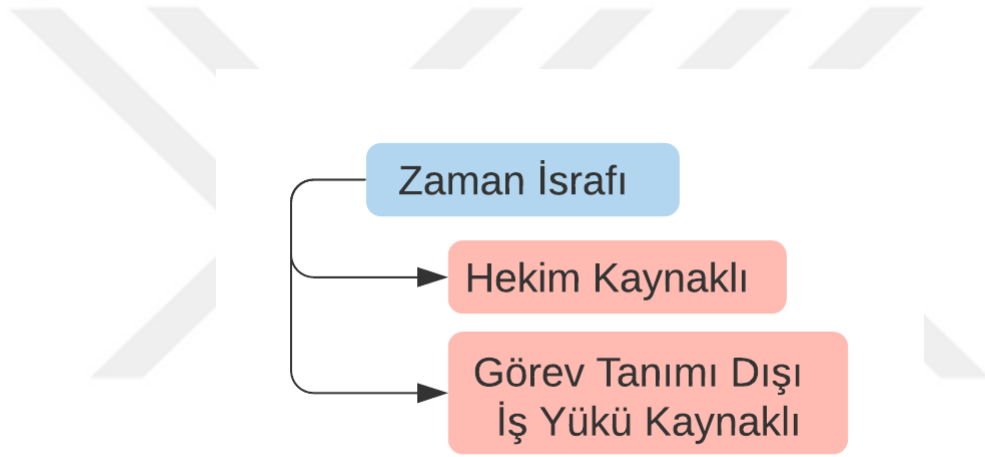
“...Şu son bir yıl için hastanenin politikası, katlarda hemşire eksik ya da az hasta olursa... Listemiz mesela +50'im var hastane offlamıyor... Buraya gelip geri git oluyor saçma sapan. Az insanla çok iş yapmak istiyorlar. Hasta az olunca da yolluyor ama çağırabilir öyle bir dengesizlik... Bence dışarıdan görüntü için her şeyi yaparlar ama iç yüzü böyle... 6 hemşire ile gece gündüz çalış...” (25-ÖH-Hemşire).

“...kendi servisiniz dışında çalışmak, tabii ki hemşire az diye böyle oluyor. Aslında hemşireye yazık değil mi? Yani onlar için önemli olan ne hemşireleri ne israf... Profil güzel olsun, sorunsuz olsun yeter. Başka da söyleyecek bir şeyim yok...” (22-ÖH-Hemşire).

“...bunların amacı olmayanı öldürmek. Şimdi bir de JCI yaklaşıyor ya. Daha telaşı başlamadı. Ağustos'ta daha neler olur... 8 hemşire ile nöbet listesi çevirmeye çalışıyorum. 12 saatlik vardiya olmaz, olamıyor. Ne olur biraz hemşire alsan?...” (33-ÖH-Sorumlu Hemşire).

- **Zaman İsrafı**

Katılımcıların görüşleri doğrultusunda oluşan zaman israfı koduna ilişkin bulgular incelenirken, “hekim kaynaklı zaman israfı” ve “görev tanımı dışında iş yükü” şeklinde iki alt başlık oluşturulmuştur (Şekil 4-6).



Şekil 4-6: Zaman israfı koduna ilişkin oluşturulan alt başlıklar

Hekim kaynaklı zaman israfı

Katılımcılar zaman israfının nedenlerini belirtirken, özellikle hastanede yönetici konumunda bulunan hekimlerin, malzeme yönetimi konusu ile yeterince ilgilenmediği ve sorumluluk alma konusunda çekimser oldukları üzerinde durmuşlardır. Bunun yanında hekimlerin, hastane otomasyon sistemlerini (e-order, e-reçete) kullanma konusunda direnç gösterdiklerini, hasta sonuçlarını ve raporlarını çıktı şeklinde görmek konusunda ısrarcı olduklarını vurgulamışlardır. Hekimlerin malzeme temini ve yönetimi konusunda duyarsız davrandığı, epkiriz, rapor, reçete gibi birincil görevlerini yerine getirme konusunda gecikmeler yaşadığı, ilaçların sisteme girişlerini ve stoplama işlemlerini zamanında yapmamaları sonucu, ilaçların imhasına neden oldukları hastane çalışanları

tarafından iletilmiştir. Hekimleri, israfa neden olan davranışları konusunda uyarmak deneyimli hastane çalışanları tarafından iş yükü ve zaman israfı olarak görülürken, işe yeni başlayan çalışanlar için bu durum stres kaynağı olarak yorumlanmaktadır. Katılımcıların hekim kaynaklı zaman israfına ilişkin görüşlerinden elde edilen alıntılara aşağıda yer verilmiştir.

“...şöyle, israf maalesef çok fazla... Örneğin yeşil alanımızda çok fazla hasta, hasta yakını ve doktoru etkiliyor. Doktor kısa sürede hasta bakmaya çalışıyor. Bu yüzden hastayı muayene etmek yerine daha çok kan sonuçlarını değerlendirmeyi tercih ediyor. Bu israfa sebep oluyor...” (33-SB-Hekim).

“...Doktor işini güzel yapmadığı zaman yine hemşireye yansıyor. Bu hemşire durumu kurtarmaya çalışıyor. Yani personelin eksik bıraktığı şeyi kimse gidip doktordan sormaz ama kim eksik bırakırsa bıraksın bunun hesabı hemşireden soruluyor...” (26-SB-Hemşire).

“...Rapolar sistemde var tabii... Hadi güvence olsun diyeceğim ama asıl vallahi işlerine öyle geliyor doktorların. Öyle geliyor diye basılmış istiyorlar her şeyi. Görüntülemeye gidecek hasta, ben zaten sistemden giriş yapıyorum, bir de elinde yazı olması gerekiyor. Böyle nasıl ilerler ki? Yazıyor işte aç sistemi bak! Ama dedim ya zor geliyor...” (31-ÜH-Sekreter).

“...Ben hiç duymadım mesela bir doktor gelip ‘öyle yaparsak yazık olur, böyle yapalım’ desin... Ona nasıl daha kolay olur hekim ona bakar, hemşire kendini düşünmez malzemeyi düşünür, servisi düşünür...” (33-ÜH-Hemşire).

“...doktorlar e- order yapmıyor ki... Yapsa olacak ama alıştikları şeyden vazgeçmiyorlar. Kolayına geliyor, işlerine gelse yani olsa bir yolu, sözlü yaparlar...” (32-ÜH-Hemşire).

“...Söyleyince kan tetkiklerini, gerek yok diyor doktor. Zaten adamın haberi de yok. Ben biliyorum, arıyorum ama yeni hemşire oluyor mesela. Her gün de aranmıyor. Zaten o da bir iş. Gece mesela uyandırırırsun doktoru. Doktor ajite oluyor. Bunun için mi aradın diyor...” (25-ÖH-Hemşire).

“...Eskiden ilacı da biz giriş yapıyorduk o değişti. Şimdi doktor giriş yapıyor, eczane kontrol ediyor en son hemşireye geliyor ama doktor doğru düzgün girmiyor ki... Şimdi doktor geliyor sabahtan 4 kutu giriyor. Biz her gün 2 kutu iade yapıyoruz. Girme işte kaç kere söylendi. Doktorlar çok zorlaştırıyor gerçekten işimizi. Sonra mesela doktor birlikte gidiyorum hastaya diyor ki taburcusun. Sonra gidiyor. Bir daha haber yok, kat kat doktor ara ki bulasın. Sonra da bunun için mi aradın... Bunlar doktorun görevi ama yapmıyorsun, dosyada eksik çıkıyor, yönetim bize dönüş yapıyor... Doktoru uyarın diyor kendi uyarıyor. Neden? Çünkü o şey ya... Yani bizi uyarıyor doktorda yine bize neden hatırlatmadan diyor... Sanki mecburuz...” (33-ÖH-Sorumlu Hemşire).

“Yani ben israfı nasıl önleyeceğim... Bana fark eden bir şey yok... Bana ne!” (30-ÜH-Hekim).

Görev tanımı dışı iş yükü kaynaklı zaman israfı

Hastane çalışanları, görev tanımı dışı işlerle görevlendirilmelerinin zaman israfına neden olan en büyük etken olduğunu belirtmişlerdir. Özellikle diğer meslek üyeleri ile ortak yürüyen işlerin tamamlanması, öğrencilerin desteklenmesi ve bütüncül hasta bakımının sağlanabilmesi için her basamakta çalışan sağlık meslek üyelerinin birbiri ile kaçınılmaz şekilde bağlı olmasının zaman israfına yol açtığı vurgulanmıştır. Çalışanların işlevsel bağlılığının aksaması durumunda, herkesin her işi yaptığına ve işlerin eksik yapılması durumunda bir kaos ortamının oluştuğuna, aynı zamanda çalışan güdülenmesinin ve hasta bakım kalitesinin de olumsuz şekilde etkilediğine değinilmiştir. Katılımcıların görev tanımı dışı iş yüklenmesi kaynaklı zaman israfına ilişkin görüşlerinden elde edilen alıntılara aşağıda yer verilmiştir.

“...Mesela bugün yapmam gereken bir sürü işim varken, hasta odaklı yapacağım işler varken, oturup işte ben saymak, tek tek enjektör saymak istemiyorum. Yani benim işim değil aslında çok zaman alıcı... Sabah benim ekibim bir saat eczaneden ilaçlarını gelmesini bekledi. Sabah yaklaşık 45 50 dakika ilaçların kliniğe gelmesini bekledik...” (55-SB-Hemşire).

“...Zaman. Hemşirelerin zamanı hep boşa gidiyor. Malzeme mesela geceleri çarşaf sıkıntısı oluyor. Hemşireler hep boş işlerle uğraşılıyor...” (25-ÖH-Hemşire).

“...Zaten bir sürü görevi olmayan iş yapıyor, bunların girişleri, barkod okutmaları, şunlar bunlar... Bunların ne hemşirelik bakımı ile alakası var, ne de bizim mesleğimizle ama en çok yaptığımız şeyler bunlar. Sonra tabii doğal olarak hastaya yeteri kadar vakit ayırmıyorsun... Ben çok hemşirenin zamanının ve emeğinin israf edildiğini düşünüyorum...” (26-SB-Hemşire).

“...Bu malzeme temini hemşirenin çok zamanını çalıyor. Burada görevli 4 hemşire var bir de ben, 52 personel 72 şey Hoca, bir uzman, 14 asistan, 14 şu an. İçeride 14 kişi var. Her bebeğe dokunmadan önce ve sonra yıkamak zorundayız ellerimizi ve bize deniyor ki ‘Siz her gün kutu kutu havluyu ne yapıyorsunuz? Göndermiyorum!’ Biz her gün bunun kavgasını veriyoruz. Bizim onları bunu gerçekten kullandığımıza ikna etmemiz bile zamanımızı harcamaktır...” (44-ÜH-Sorumlu Hemşire).

“...Bence personelin zamanının israf edildiği çok fazla şey var. O biraz organizasyondan kaynaklı, biraz hasta potansiyelimizden kaynaklı. Çok fazla gelen giden, yoğun bir hastane olduğu için. Hastalar sürekli kayboluyor, bir şeyler oluyor, sürekli bir şeyler açıklamak zorunda kalıyoruz. Öyle bir kaybımız oluyor...” (34-SB-Sorumlu Hemşire).

“...Mesela bugün yapmam gereken bir sürü işim varken, hasta bazlı yapacağım işler varken, oturup işte ben saymak, tek tek enjektör saymak istemiyorum. Yani benim işim değil aslında çok zaman alıcı... Sabah benim ekibim bir saat eczaneden ilaçlarını

gelmesini bekledi. Sabah yaklaşık 45 50 dakika ilaçların kliniğe gelmesini bekledik...”
(55-SB-Hemşire).

“...Bence en çok kayıtlara ayrılan zaman israf. Yani elimizde, bilgisayarda yaz yaz kaydet. Kayıt kayıt, hasta dosyası, kayıt ben biraz daha kolaylaştırılabilir diye düşünüyorum...” (30-ÜH-Hemşire).

“...Aslında insanın aklına ilk malzeme israfı geliyor ama bir düşününce, malzeme dışında zaman ve beyin yorgunluğu, gereksiz beyin hücrelerini çalıştırmak da israf bence...” (25-ÖH-Hemşire).

“...Zaman. Hemşirelerin zamanı hep boşa gidiyor. Malzeme mesela geceleri çarşaf sıkıntısı oluyor. Hemşireler hep boş işlerle uğraşılıyor...” (25-ÖH-Hemşire).

“...boşu boşuna aynı şeyi defalarca tekrar tekrar temizliyorsun. Tuvaleti bir saat temizliyorsun. Ondan sonra biri giriyor çıkıyor bütün servis koku işte dediğim gibi... Kirletmiş tekrardan temizliyorsun...” (35-SB-Hasta Bakım Personeli).

“...Yani biraz da yeni mezun olmamın verdiği, böyle şey hastaya daha çok dokunmak, hasta ile birebir ilgilenmek isteği içinde olduğum için bana öyle malzeme girişleri, malzeme çıkışları, barkod okuyucuları falan çok angarya geliyor. Çalışmanızda bunu anlatırsanız çok sevinirim; hemşirelik bakımına ayrı ayırabileceğimiz süreyi biz neden malzeme saymaya ayırıyoruz?...” (24-SB-Hemşire).

“...Aslında ben bunun bizim işimiz olduğunu düşünmüyorum ama bunu sorumlu hemşireler yapıyor. Neden bizim sorumluluğumuzda olmasın? Olabilir. Hem onların yükünü paylaşıyoruz. Ama genel olarak kurumlarda bu şekilde...” (36-SB-Sekreter).

“...Yani aslında sarf malzeme girişleri tabii iş yükü ama öncesinde sürekli karışıklıklar olduğu için o karışıklıkları toparlamak çok zaman alıyordu. Şimdi böyle olunca en azından problem çıkmıyor...” (28-SB-Hemşire).

“...Dosya düzenleme yani surf işler yürüsün babında. Sırf yürüsün. Yani bizi ilgilendirmeyen bir sürü gereksiz iş yapıyoruz. Bunlar zaman israfı yani çözümçüyüz. Çözüm istiyoruz...” (40-SB-Sekreter).

“...Ben reçete yazıyorum, epikriz yazıyorum eksik kalıyor tamamlıyorum. Taburculuk, yatış bende, hizmet girişleri bende... Hastayı arayıp çağırıyorum. Asistan bana soruyor onun işi de ben de, PET istiyorum, özel muayene randevusunu takip ediyorum...” (30-ÜH-Sekreter).

“...Mesela ben tampon değilim, kendi işimi yapmak istiyorum. Bu sadece benim için değil hemşire de aynı... Hemşirenin işi olmayan o kadar çok şey var ki... Mesela malzeme peşinde koşmak hemşirenin işi mi? Bence en büyük israf bu ...” (29-ÜH-Sekreter).

“...Masraf girişleri, masraf formu çok zamanımı alıyor yani yaptığımız işleri hasta üzerine giriyoruz. Ücretine yansıyor tamamen sekreterin işi aslında ama onu da biz yapıyoruz. Yok mu? Var ama onlar yapmıyor, biz yapıyoruz...” (24-ÖH-Hemşire).

“...Zamanımız harcanıyor en çok hemşire bir sürü şey, görevi olmayan şeyler yapıyor. Bak bir saattir anlatıyorum şu malzeme mevzusu işte yok giriş yap, eksik bildir, geri gönder hele hele neydi o ya masraf kayıtları ya bizim işimiz mi? Ben oturup masraf mı yazacağım yani yazıyorsun işte sonuçta...” (33-ÖH-Sorumlu Hemşire).

➤ **Finans - Maliyet – Bütçeleme**

Hastane çalışanlarının “finans- maliyet- bütçeleme” alt temasına ilişkin görüşleri tek başlık altında incelenmiş olup, katılımcıların görüşlerinin dağılımı Tablo 4-5’ te ayrıntılı olarak sunulmuştur.

Tablo 4-5: Sağlık çalışanlarının finans-maliyet-bütçeleme alt temasına ilişkin görüşlerinin dağılımı

	SAĞLIK BAKANLIĞI																															
	DOKTOR								S. H.			HEMŞİRE							H.BAKIM			TEMİZLİK P.				SEKRETER						
	1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	-	1	2	3	4	5	6	7	1	2	-	1	2	3	4	1	2	-	-			
Finans-Maliyet-Bütçeleme	*										*																					
	ÜNİVERSİTE HASTANESİ																															
	DOKTOR								S. H.			HEMŞİRE							H.BAKIM			TEMİZLİK P.				SEKRETER						
	1	2	3	4	-	-	-	-	1	2	3	1	2	3	4	5	6	-	1	2	3	1	2	-	-	1	2	3	-			
Finans-Maliyet-Bütçeleme	*	*						*	*	*	*																		*	*		
	ÖZEL HASTANE																															
	DOKTOR								S. H.			HEMŞİRE							H.BAKIM			TEMİZLİK P.				SEKRETER						
	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	2	3	4	5	6	-	-	-	-	1	-	-	-	1	2	3	4			
Finans-Maliyet-Bütçeleme											*	*	*														*	*				

Yapılan görüşmelerde, maliyetler ve bütçeleme sistemlerine ilişkin kayıtların büyük ölçüde barkot sistemleri ve otomasyon sistemine bağlı olarak yürütüldüğü belirtilmiştir. Özel hastanelerde hastanın taburculuk sürecinde ödemesi istenen ücretin fazla çıkması ve istenmesi halinde dahi ayrıntılı fatura hazırlanmaması, masraf girişlerinin hastaya bildirilmemesi, refakatçi yemeklerinden alınan ücretler, kullanılan malzemelerin yüksek fiyatlardan sağlanması ve 112 acil sistemiyle gelen hastadan ücret istenmesi gibi konuların üzerinde durulmuştur. Bu durum özellikle özel hastanede görev yapan hemşireler tarafından dile getirilmiştir (Tablo 4-5).

Katılımcılar ile yapılan derinlemesine görüşmelerde üniversite hastanelerinde kullanılan malzeme, cihaz ve donanımın satın alındığı ihalelerin önemi üzerinde durmuştur. Bu ihalelere katılımın olmaması nedeniyle malzeme ve ilaç sıkıntısının yaşandığını belirtmişlerdir. Ayrıca, üniversite hastanelerinin kullandıkları kaynakların vakıflar, bağışlar yoluyla elde edilmeye çalışıldığından bahsederken ihtiyaç duyulan ilaç ve malzemenin bulunamamasının, bu konuda beklemeler yaşanmasının yarattığı stresin ve bu malzemelerin hastalara reçete edilerek sağlanmaya çalışılması sırasında yaşanan sorunlardan söz etmişlerdir. Özellikle üniversite hastanesinde görev yapan sorumlu hemşireler, hastane çalışanlarının kendi ceplerinden ödeme yaparak malzeme alımına katkı sağladıkları bilgisine değinmişlerdir (Tablo 4-5). Katılımcıların ihalelere ilişkin görüşlerinden elde edilen alıntılara aşağıda yer verilmiştir.

“...ama burada sonuçta takip bile bir ücrete tabii işte sonuçta 4 x 1 yapıyorsa hemşire... Bunu biz buraya giriş yapıyoruz masraf girişi yapıyoruz. Ayrıca da malzeme giriş yapıyoruz. Hemşire arkadaşlar yaptıkları bütün işleri ve kullandıkları bütün malzemeleri barkod okutarak sisteme giriyorlar. Okuttukları her barkod ve girdikleri her masraf hastanın ücretine yansıyor, bu SGK varsa SGK'nın ödediği meblayı ödüyor, kalan ödemediği kısımları biz hastadan talep ediyoruz yani biz etmiyoruz onu vezneye gönderiyoruz ama biz burada hesaplayıp vezneye gönderiyoruz. O tahsil ediyor. En pahalı malzemeler bile dediğim gibi ücreti hastaya yansıtılacak şekilde de olsa temin ediliyor bir şekilde yani sonuçta hastada özel hastane olduğu için tercih ediyor. Yani hasta malzeme sıkıntısı yaşamayacağını düşündüğü için buraya geliyor... “ (30-ÖH-Sekreter).

“...Masraf kayıtlarını tutuyoruz mesela, yaptığımız işi masraf olarak giriyoruz; EKG, monitör, infüzyon, enjeksiyon, hepsi ayrı... Aslında madem öyle hemşirelik bakımı da olması gerek ya...” (22-ÖH-Hemşire).

“... Şimdi onu mu soruyorsun bilmiyorum ama bazen hastalar taburcu olurken ayrıntılı fatura istiyor. Biz bir fatura veriyoruz ama ayrıntısını istiyor o da mali işlere bağlı. Döküm veriyorlar orada ama ayrıntılı fatura vermiyor hastane, bu yani. Bayağı sıkıntılı oluyor. Neden vermiyor bilmem (gülüyor, imalı konuşuyor). Özel hastane yani vermiyor adam...” (33-ÖH-Sekreter).

“...eğer hasta taburcu olmuşsa ve o giriş yapılmadı, unutulduysa böyle bir problem oluyor bu israf olabilir. Yatan başka bir hastaya giriş yapılabilir ama çok pahalı bir kaleme yapılmıyor tabii ki. Çünkü o fark edilir daha fark edilmeyecek şekilde... Ama hasta kalkıp daha ayrıntılı bir döküm isterse, çıktıktan sonra ‘sigortam ayrıntılı döküm istedi’ derse o zaman mesela sıkıntı...” (28-SB-Hemşire).

“...Malzeme de sıkıntı var hastane genelinde böyle bir problem var, ihalelerden kaynaklı. İhaleler, bundan kaynaklı sorunlar var. Ameliyat hastaları birçoğu, zaten hastalar

kendileri temin ediyorlar ya da buradan işte şirketlerle temin ediyorlar. Bunun da sebebi ihaleler... İhalelere girilemiyor olması. İnsanlar hastanenin borçlarını ödeyebileceğine inanmıyorlar...” (35-ÜH-Hekim).

“...Bizim ne ihaleimize katılan oluyor var ya... Bize adam normalin iki katı fiyat çekiyor. Hastane zaten alamıyor, hastalara reçeteyle falan aldırıyoruz, ameliyathane falan hep bomboş. Normalde malzemeler 1 yıllık, ne bileyim 2 aylık, 3 aylık gelirdi, yemin ediyorum o yeşilleri falan günlük temin ediyoruz ihtiyaca göre, günlük. O yüzden istesek bile yok savurganlık yapacak durumumuz...” (40-ÜH-Sorumlu Hemşire).

“...Malzeme konusunda sıkıntı olmadığı olmuyor yani...3 tane kalem istiyorum ya 1 tane gelirse sevin. Yok, ne malzeme ne kırtasiye yok hastanede, bunu herkes biliyor. Malzeme ihaleleri oluyor normalde ihalelerle alınıyor ama bizim hastane ihale olsa da katılım olmuyor...” (30-ÜH-Sekreter).

“...Şimdi yaşadığımız sıkıntı şu an hastanemiz mali bir kriz yaşadığı için istedikleri prosedürleri gerçekleştirsek bile, ihaleye katılanlara sunulan ödeme şartları işlerine gelmediği için işte... Bizim sorunumuz mesela atıyorum %10 dekstroz yok, primer elementler, eser elementler işte yok bir sürü malzeme yok. D vitamini bile yok hastanın babasına reçete yazılıyor, hasta bildiğin eczaneden alıyor. Nasıl aile hekimliğinden ilaç yazılıyor... Bu hastaneden de çocuğa ilaç yazılıyor aile gidip alıyor. Bir de tedaviye başlamak için ailenin ilacını getirmesini bekliyoruz...” (44-ÜH-Sorumlu Hemşire).

“...Burada israf değil, en büyük sıkıntı malzeme. İhaleye adam girmiyor malzemeler bomboş, ne diyeyim...” (30-ÜH-Hekim).

“Malzemeler yıl sonlarında ihaleler beklediği için, yıl sonlarında daha çok malzeme sıkıntısı yaşıyoruz. İlaç sıkıntısı çekebiliyoruz. Çünkü acildeki ilaçlar bazen ödeme kapsamı dışında kalıyorlar.” (33-SB-Hekim).

➤ **Fizik Donanım**

Hastane çalışanlarının hastanelerdeki “fizik donanım” yapısına ilişkin algıları, görüşleri ve israfı ifade ediş biçimleri tek başlık altında incelenmiş olup, sağlık çalışanlarının “fizik donanım” alt temasına ilişkin görüşlerinin dağılımı Tablo 4-6’da ayrıntılı olarak sunulmuştur.

Tablo 4-6: Sağlık çalışanlarının fizik donanım alt temasına ilişkin görüşlerinin dağılımı

	SAĞLIK BAKANLIĞI																											
	DOKTOR								S. H.		HEMŞİRE							H.BAKIM			TEMİZLİK P.				SEKRETER			
	1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	1	2	3	4	5	6	7	1	2	-	1	2	3	4	1	2	-	-
Fizik Donanım										*	*									*								
	ÜNİVERSİTE HASTANESİ																											
	DOKTOR								S. H.		HEMŞİRE							H.BAKIM			TEMİZLİK P.				SEKRETER			
	1	2	3	4	-	-	-	-	1	2	3	1	2	3	4	5	6	-	1	2	3	1	2	-	-	1	2	3
Fizik Donanım	*							*																				
	ÖZEL HASTANE																											
	DOKTOR								S. H.		HEMŞİRE							H.BAKIM			TEMİZLİK P.				SEKRETER			
	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	2	3	4	5	6	-	-	-	-	1	-	-	-	1	2	3
Fizik Donanım								*																				

Görüşmelerden elde edilen bulgular incelendiğinde; Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastaneler ile üniversite hastanelerinde çalışanların bina yapısının, donanımının ve alt yapısının eski oluşunun yarattığı sorunlar, ısınma sistemleri, oda yerleşiminin hastane yapılanmasına uygun olmaması gibi fiziki yapıya ilişkin sorunlara değinildiği görülürken, özel hastanelerin fiziki koşullar ile ilgili düzenlemeleri JCI öncesinde yaptıkları iletilmiştir Katılımcıların bina, fizik yapı ve donanımına ilişkin görüşlerinden elde edilen alıntılara aşağıda yer verilmiştir.

“...bunun da sebebi pratik olarak bazı ambargo demeyeceğim ama desteklenmeyen bir hastane olduğumuz aşikar zaten biliyorsunuzdur eminim. Tüm bunlar bir araya geldiğinde hastanenin duvarları dökülüyor, hastanenin çatısı akıyor. Aslında o hasta odalarında televizyon falan da yok ama bunlar hepsi bağış yani esasen bunlar hep bağışla yapılan şeyler yani... Hasta geliyor odada perde yok gidiyor perde alıyor, takıyor

ve onu geri götürmüyor, buraya hibe diyor, bağış yapıyor. Yani gel de israf et, neyi israf edeceksin...” (35-ÜH-Hekim).

“...bir de bazen oluyor, geçen sifon bozuldu iki gün bekledik. Lavabo bozuldu bekliyorsun. Bazı şeyler hemen öyle anında olmuyor. Bunlar eski, borular eski bozuluyor, patlıyor (duvarları göstererek) akıyor bak! Yakında mantar olacağız burada hepimiz. Kalorifer sistemi düzgün çalışmıyor, ısıtıcı ve klima kullanılıyor. Bunlar inanılmaz yük getiriyor. Bence o yüzden sürekli sigortalar atıyor, parçalar yanıyor. Hastane sistemi eski çünkü. Merkezi bir klima sistemi olsa daha konforlu çalışırsın...” (44-ÜH-Sorumlu Hemşire).

“...yönetimin en büyük yapacağı, bu musluklardaki paslar... Biz temizlese de yine oluyor. Malzeme mi kötü neyse, musluk paslanınca akıtıyor. Devamlı çağırıyoruz biz tekniği onlar da bakıyor, çabuk yine bozuluyor, yine damlatıyor, akıtıyor altına bir şey koyuyoruz. Ama tabi ziyan oluyor...” (46-SB-Temizlik Personeli).

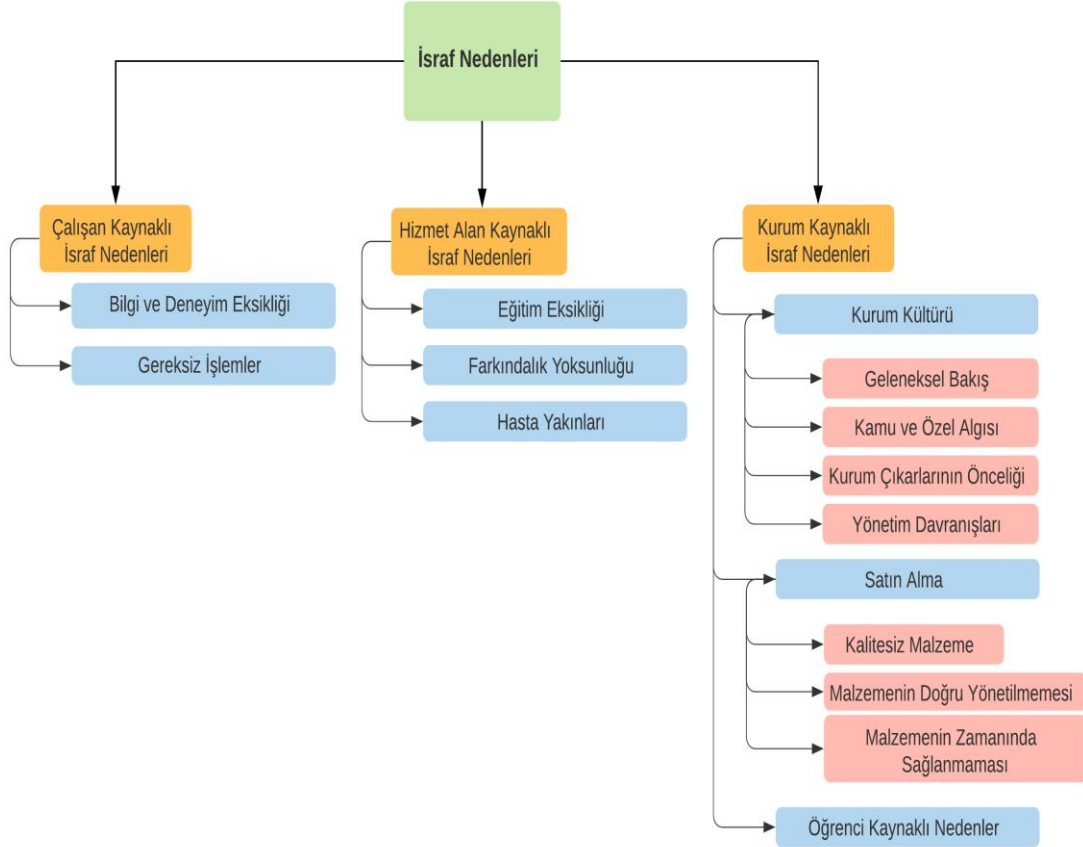
“...servis çok büyük zaten görmüşsünüzdür. 8. odadaki hastaya gidene kadar ben ben israf oluyorum, bacaklarım israf oluyor. Bu hastanelerin belli bir planı falan yok mu yani değil mi? Çok saçma bu kadar uzak olması.10 dakika geçiyor ya oraya gidip gelene kadar...” (28-SB-Hemşire).

“...Odalar çok uzak. Mesela bu klinikte şu koridorun en başında oda var. Yani fiziki şart olarak planlanırken bence zaman israfına sebep olmuş, ergonomik düşünülmemiş sanırım. En baştaki oda, bir gece boyunca bir hemşirenin.Yani orada üç dört oda var. Yaklaşık 8 tane hasta var 8-10 hastaya ulaşılabilirliği bir hemşirenin sabaha kadar sürekli oraya gidip gelmesi dünya kadar zaman israfına sebep oluyor...” (55-SB-Hemşire).

“...şu yoğun bakıma baksana dökülüyor... Şimdi JCI öncesi bir bakıma alırlar mesela...” (33-ÖH-Sorumlu Hemşire).

4.1.2.3. İsrâf Nedenleri

Hastane çalışanları ile yapılan görüşmeler sonucunda oluşturulan “israf nedenleri” kategorisi üç alt tema ve bu alt temalara bağlı olarak oluşturulan kodlar şeklinde incelenmiştir (Şekil 4-7).

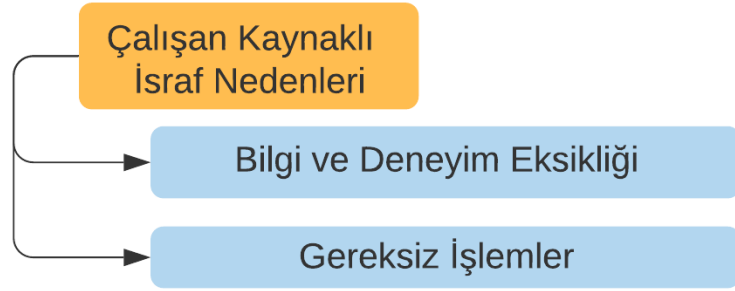


Şekil 4-7: İsrâf nedenleri ana temasına ilişkin oluşturulan alt tema ve kodlar

Katılımcıların israf nedenleri ile ilgili görüşleri incelendiğinde “israf nedenleri” ana temasının “çalışan kaynaklı israf nedenleri”, “hizmet alan kaynaklı israf nedenleri”, “kurum kaynaklı israf nedenleri” alt temalarına ayrılması uygun görülmüştür.

➤ Çalışan Kaynaklı İsrâf Nedenleri

Çalışan kaynaklı israf nedenleri Şekil 4-8’ da görüldüğü gibi “bilgi ve deneyim eksikliği” ve “gereksiz işlemler” olmak üzere iki kod şeklinde incelenmiştir.



Şekil 4-8: Çalışan kaynaklı israf nedenleri alt temasına ilişkin oluşturulan kodlar

Yapılan derinlemesine görüşmelerde, katılımcıların görüşleri doğrultusunda elde edilen veriler kapsamında oluşturulan “çalışan kaynaklı israf nedenleri” alt temasına ilişkin görüşlerinin dağılımı Tablo 4-7’ de ayrıntılı olarak sunulmuştur.

Tablo 4-7: Sağlık çalışanlarının çalışan kaynaklı israf nedenlerine ilişkin görüşlerinin dağılımı

		SAĞLIK BAKANLIĞI																											
		DOKTOR								S. H.		HEMŞİRE							H.BAKIM			TEMİZLİK P.				SEKRETER			
		1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	1	2	3	4	5	6	7	1	2	-	1	2	3	4	1	2	-	-
Çalışan Kaynaklı İsrif Nedenleri	Bilgi ve Deneyim Eksikliğine Bağlı	*	*						*																				
	Gereksiz İşlemlere Bağlı	*	*	*	*	*	*	*	*			*	*																
		ÜNİVERSİTE HASTANESİ																											
		DOKTOR								S. H.		HEMŞİRE							H.BAKIM			TEMİZLİK P.				SEKRETER			
		1	2	3	4	-	-	-	-	1	2	3	1	2	3	4	5	6	-	1	2	3	1	2	-	-	1	2	3
Çalışan Kaynaklı İsrif Nedenleri	Bilgi ve Deneyim Eksikliğine Bağlı								*			*																	
	Gereksiz İşlemlere Bağlı	*							*		*																	*	
		ÖZEL HASTANE																											
		DOKTOR								S. H.		HEMŞİRE							H.BAKIM			TEMİZLİK P.				SEKRETER			
		-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	2	3	4	5	6	-	-	-	-	1	-	-	-	1	2	3
Çalışan Kaynaklı İsrif Nedenleri	Bilgi ve Deneyim Eksikliğine Bağlı										*																		
	Gereksiz İşlemlere Bağlı								*		*	*	*														*		

Tablo 4-7 incelendiğinde Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerde görev yapan hekimlerin ve özel hastanede görev yapan hemşirelerin uygulanan gereksiz işlemlere bağlı israf konusunda yoğun olarak görüş bildirdikleri görülmektedir.

- **Bilgi ve Deneyim Eksikliği**

Görüşmeler sonucunda elde edilen bulgular incelendiğinde; hastane çalışanlarının tecrübeli olmasının israf davranışlarının önlenmesi konusunda belirleyici rol oynadığını göstermektedir. Hijyen kurallarının yeterince bilinmemesi ya da bu konuya gereken önemin verilmemesi sonucu hastane enfeksiyonlarının yayılması ve hastanede yatış sürelerinin uzamasının söz konusu olduğu iletilmektedir. Hastanelerde gerçekleşen devir hızı sonucunda deneyimsiz personel ile çalışmanın neden olduğu israf davranışları, kar amacı güderek alanında uzman olmayan sağlık çalışanlarının istihdam edilmesi ve bu nedenle tanı koymada muayene yerine tetkiklere öncelik verilmesinin neden olduğu gereksiz uygulamalar sonucu hastaların gereksiz işlemlere maruz kalmasına neden olduğu şeklinde yorumlanmıştır. Katılımcıların “bilgi ve deneyim eksikliğine bağlı israf nedenleri”ne ilişkin görüşlerinden elde edilen alıntılara aşağıda yer verilmiştir.

“... Üç gün geçmesine rağmen kan alınmadan antibiyotik yazılması israftır ve 3 gün geçmeden kan almakta... Bence mesela hasta geldi ateşlenmiş, boğazı kırmızı burada doktor hemen kan isteyebiliyor ama crp yükselmiş olmadığı için bu yanıtıcı oluyor... Sadece laboratuvar, oradaki laborantın zamanı, hemşire arkadaşın zamanı... Bu hastanın ajitasyonundan da kaynaklanıyor, hekimin bilgi yetersizliğinden de kaynaklanıyor, deneyimsizliğinden de kaynaklanıyor...” (31-SB-Hekim).

“...Buraya gelen doktor arkadaşlar daha yeni başlıyorlar, öğrenme sürecinde oluyorlar, stajyerler. Öyle olunca hani ister istemez fazladan gelen tetkikler vesaire bakılıyor. Bunlar da sonuçta bir kayıp...” (34-SB-Sorumlu Hemşire).

“...İşe doğru kişilerin seçilmediği düşünüyorum. İşe doğru kişi seçilse dinlerdi... Yani alakasız. Şöyle söyleyeyim siz beslenme uzmanı diye gittiğiniz bir kişi kardioloji çıkarsa ne hissedersiniz? O zaman o kişilerin o iş için seçilmediği düşünüyorum. Seçilmemiş ama makam sahibi olmuş. Ama o makam için hiçbir şey yapmıyor. Söylenecek çok şey var da...” (40-SB-Sekreter).

“...Mesela bir seferde tek kateterle de işi bitirebilirsin, 5 taneyle de bitirirsin. Bir buçuk metre dikmeyeceksen altını keser bağlarsın... Yetmesi lazım değil mi ama bağlamak için ayrı ‘Ay bu malzeme değildi ya’ lafını duyduğu zaman hadi artık hemşire kendini kessin! Yani ama işte kapatmaya çalışıyoruz, öğrensin, iyi hekim olsun ama gelenekten bir şey zorla olmuyor. Bak işte daha kötüsü ben ‘yüzüğünüzü çıkartır mısınız?’ deyince... ‘O kaç para biliyor musun nereye koyayım?’ diyor...” (44-ÜH-Sorumlu Hemşire).

“...Aslında biz serum setlerini 72 saatte bir değiştiriyoruz. Ama mesela yeni gelenler hep yeni takıyor. O zaman söylüyoruz, uyarıyoruz yani israf yazık diye...” (26-ÖH-Hemşire).

“...Bu da yine hem hekimin tecrübesi ile hem de insanlığı ile alakalı bir şey olduğunu düşünüyorum. Kendini korumak için yaralanmış bir halde gelen bir çocuktan fizik muayenesinde bir şey bulamasa bile kendini korumak için, hani ben bu çocuğun görüntülemesini yaptırmıştım demek için...” (35-SB-Hekim).

- **Gereksiz İşlemler**

Çalışanlarda bilgi ve deneyim eksikliğinin neden olduğu sonuçlardan biri gereksiz tıbbi işlemler olarak tanımlanmıştır. Her sabah, her hastadan rutin şekilde alınan kan tetkikleri ve bu tetkiklerin neden olduğu; zaman, malzeme, iş gücü, laboratuvar israfının üzerinde durulmuştur. Acil birimlere başvuran her hastadan, başvuru sebebi sorgulanmaksızın rutin şekilde alınan kanlar ve muayene sonrası gereksinim duyulan yeni tetkiklerin istenmesi şeklinde devam eden sürecin israfa neden olduğu bildirilmiştir. Dış merkezde yapılan tetkiklerin, yakın zamanlı da olsa başvuru kurumunda tekrar edilmesinin neden olduğu israf ve hastanelerce düzenlenen sağlık tarama kampanyalarının neden olduğu gereksiz görüntüleme işlemleri hastanelerde yapıldığı iletilen gereksiz uygulamalardan bir kaçını oluşturmaktadır. Bunun yanında yabancı hastalardan anamnez alınamaması, ailelerin ajite olması ve hastaneye başvuran hastaların talepleri karşılanmadığında, saldırgan davranması hastane çalışanlarını gereksiz işlem uygulamaya mecbur ettiği iletilmiştir. Ayrıca özel hastanelerde kurum adını “lekelememek” adına gereksiz işlemlerin tekrarlanması kaynak israfına neden olduğu

belirtilmiştir.

Bazı hekimler yüksek ateşle gelen çocukların ailelerinin gergin olduğunu, bu ailelerin antibiyotik talepleri halinde, gereksiz antibiyotik kullanımının zararlarını anlatmayı ve buna göre davranmayı akıllıca bulduklarını iletmişlerdir. Ne var ki bu davranışların uygulanmasında da israf davranışlarından kaçılmadığını eklemiştir.

Hastanelerde hekimlerin hem hizmetin talep edilmesi konusunda hastayı yönlendiren hem de hizmeti sunan konumunda olması hastane çalışanlarınca suistimale açık bir konu olarak yorumlanmıştır. Hekim kararları ve istemlerini değerlendirecek kolay ve hızlı bir mekanizmanın olmadığını söyleyen çalışanlar hangi istemin, ne zaman gerekli, ne zaman gereksiz olduğunun takibini yapmanın ve kanıt sunmanın mümkün olmadığını iletmişlerdir.

Hastaneye başvuranlara gereksiz de olsa tahlil, görüntüleme, sevk gibi işlemlerin yapılması halinde hasta ve ailelerinin memnun olmasının nedeni ise kendileri ile ilgilenildiğini düşünmeleri şeklinde yorumlanmıştır.

Hasta devir hızı fazla olan yoğun hastanelerde çalışan personel, hastalara hızlıca ve hatasız tanı koymanın, her gelen hastadan rutin tetkikler istenmesi olduğunu eklerken, bu tutumun zamanla hastanede kurum kültürü haline geldiğini ve çoğu zaman hastanın anamnezi dahi alınmadan tetkik istendiğini eklemektedir.

Katılımcıların gereksiz işlemlere bağlı israf davranışlarına ilişkin görüşlerinden elde edilen alıntılara aşağıda yer verilmiştir.

“...Bir de gelen hastalardan şimdi rutin kan alıyoruz mesela. Hasta geliyor sadece karnum ağrıyor diyor, başka bir şey tariflemiyor, hasta hikayesini güzel anlatamıyor. Mesela yabancı hastalar geldiği zaman anamnezi düzgün alamıyoruz, dolayısıyla bir sürü kan istiyoruz. Hastanın da hayatı söz konusu ama, bir yandan da doktor kendinde korumak zorunda. Mesela kafa travması geldiği zaman, biz muayene ile bir sorun olmadığına karar verebiliyoruz ama o şekilde göndermiyoruz. Görüntüleme yapmadan göndermiyoruz. Çünkü sonrasında bir şey gerçekleşebilir bunun bize dönüşü olabilir de... Evet bunun bir israf olduğunu, zaman israfı olduğunu kabul etmekle birlikte esas israfın hastaların bilinçsizce acile başvuru yapması olduğunu düşünüyorum, çeşit çeşit sebeplerle...” (35-SB-Hekim).

“...Gereksiz... Bazı rutin işlemler oluyor mesela, hani her sabah kan alımı gibi laboratuvar israfı. Bizde de var şöyle çok gereksiz tetkik isteniyor, stabil olan hastadan...” (55-SB-Hemşire).

“...hasta burada her şeyden önce gelir o şekilde gereksiz bir durum olmaz üniversitede. Özellerde oluyor ama gereksiz işlemler yapıldığı söyleniyor, mesleki olarak da hoş değil kabul edilemez. Burada yok olmaz...” (34-ÜH-Hekim).

“...şöyle oluyor mesela ne diyeyim... Doktor bir sürü tetkik istiyor. Gerekli mi? Onu doktor biliyor, kimse bir şey diyemez...” (31-ÜH-Sekreter).

“...şöyle söyleyebilirim hasta dışarıdan geliyor, bir gün önce BT çekilmiş dış merkezde. Buraya geliyor. Hekim tekrar çekelim BT diyor. Bu hastaya zararlı, hastaneye israf... Bir günde ne değişecek? Ben onu doğru bulmuyorum...” (39-ÜH-Sorumlu Hemşire).

“...hiçbir hemşire kurum falan düşünmez. Orası kesin ama gerekli gereksiz bir sürü işlem yapılıyor. Bunlar zararsız gibi ama radyasyon oluyor mesela kim verecek hesabını...” (25-ÖH-Hemşire).

“...Yok, ben öyle bir şeye rastlamadım yani nasıl bir şey olmalı ki örnek olsun... Yani hasta mesela grip olmuş sen onunla tutup film çekersin, bir şey çıkartırsın, oradan kazanırsın. Check-up gibi. (gülüyor) Check up kampanyaları (gülüyor) tamamen hasta yararına...” (25-ÖH-Sekreter).

“...Hasta her zaman ön plandadır. Ama bazen ne olur ne olmaz diye bazı tetkikler istendiği oluyor. Onda da doktor için kendini koruma gibi... O MR dan elde ettiğin karın yani ‘kar’ demiyim de... Hastane sonuçta kar çok doğru olmadı belki... Yani davalarla uğraşarak edeceğin zararı karşılamaz ayrıca yıpranması var yani isim olarak hastane olarak yıpranması var ve işte gereksiz kısmını biz bilemeyiz ...” (26-ÖH-Süpervizör).

“...Hmmm mesela emin olmak için (duruyor) aslında her gün akciğer filmi çekiliyor. Aslında hasta için gereksiz ve zararlı ama rutin yapılıyor evet... Hasta bunu düşünmez ki, onun hoşuna gidiyor benimle ilgileniyorlar diye...” (26-ÖH-Hemşire).

“...Hasta yararı bizim için her şeyden önce. Doktorlar bazen, bana göre sanki gerek yok ama yani ben o kadar karışmam ama sadece yakın olduğum doktorları söylerim bu gerekli mi diye... O da yok der zaten ama yani hastanede olmuyor diyemem, başka bir şey söylemem...” (33-ÖH-Sorumlu Hemşire).

“...Biraz da şunu da söylemem gerek. Biraz da yoğunluktan dolayı fizik muayeneye çok ağırlık veremiyoruz. Dolayısıyla emin olmaya çalışıyoruz ve yani zaten gerekli olan hastanın mutlaka bakılıyor ama bazen gereksiz görüntülemeler, kan almalar, sevkler olabiliyor, bazen hasta isteyebiliyor. Belki bu israf olarak değerlendirilebilir. Yani kimse başına bela açmak istemiyor açıkçası...” (35-SB-Hekim).

“...Biraz defansif tıptan sebep oluyor, biraz zaman yetersizliğinden oluyor. Kısmaya çalışıyoruz, hepimiz kısma çalışıyoruz. Maalesef bir süre sonra zaten alışkanlığa dönüşüyor. Zaten hasta sayısı az olsa da, işler böyle işliyor gibi davranmaya başlıyoruz, artık böyle el alışkanlığı şeklinde oluyor. Reçete yazarken nasıl el alışkanlığı oluyor bizde de oluyor bazen her zaman değil... Tetkik istemi de çok fazla istendiğini düşünüyorum... Defansif tıp uygulaması bu, bütün dünyada var. Yazılmamışsa yapılmamıştır. Bence bu doğru bir kültürdür. Bu konuda kendimizi geri çekmiyoruz yaptığımız şeyler var...” (33-SB-Hekim).

“...Ama şu var ben isteyim kan, ben isteyeyim MR işte o çektirsin, ha bir şey çıkarsa ne ala... Çıkmazsa da ben yaptırdım. Burada bir israf bence söz konusu. Onu zaten hekimler de biliyor bunu yönetim de biliyor, bunu herkes biliyor. Ama hasta bundan rahatsız oluyor mu dersiniz hayır, hasta aksine memnun oluyor. İlgilendiğini düşünüyor zaten. Bunlar yapılıyor. Bunun en uç noktası gereksiz bir ameliyattır, ben öyle bir şeyle karşılaşmadım ama yapılabilir mi? Yapılabilir. Kitabına uydurulabilir...” (30-SB-Hemşire).

“...Vallahi hastayı iyileştiriyor muyuz işte orasını bilmiyorum... Yani gerçekten gerekli mi her yaptıkları? Onu da bilmiyorum. Bunlar da burada öğreniyor yani ne yapacaksınız...” (36-SB-Hasta Bakım Personeli).

“...Eğer şüphelendi ise yine bunu, israf sevmiyorum ama hiç şüphelenmemesine rağmen görüntüleme istediye de, herhangi bir tetkik istediye bu israf olabilir. Hekim işte burada etik değerler devreye giriyor ne kadar aslında ip üzerinde dans ettiğimiz ortaya çıkıyor. Vicdan ve karakter meselesi burada çok önemli diye düşünüyorum...” (35-SB-Hekim).

➤ Hizmet Alan Kaynaklı İsrif Nedenleri

Hastaneye başvuran hasta bireyler ve hasta yakınlarının neden olduğu israf davranışlarının incelendiği “hizmet alan kaynaklı israf nedenleri” alt teması Şekil 4-9 ‘da görüldüğü gibi “eğitim eksikliği”, “farkındalık yoksunluğu” ve “hasta yakınları” şeklinde oluşturulan üç kod halinde incelenmiştir.



Şekil 4-9: Hizmet alan kaynaklı israf nedenleri alt temasına ilişkin oluşturulan kodlar

Yapılan derinlemesine görüşmelerde katılımcıların görüşleri doğrultusunda elde edilen veriler kapsamında oluşturulan “hizmet alan kaynaklı israf nedenleri” alt temasına ilişkin görüşlerinin dağılımı Tablo 4-8’de ayrıntılı olarak sunulmuştur.

hastanenin kaynakların israf ediyor. Dolayısıyla hasta doğru düzgün kendi doktoruna ulaşabilse başında, hasta bir bilinçli olsa, da nereye hangi doktora hangi sıkıntı ile başvurması gerektiğini bilse... Aman ben gideyim acil de işimi görürüm kafasından çıksa... Tüm bu konuştuğumuz israfa zaten ortadan kalkmış olacak diye düşünüyorum...” (35-SB-Hekim).

“...Hastaların talepleri değişti belki israf azalır. Bu da ancak eğitimle mümkün olabilir yani şu anda yetişkin birinin birdenbire herhangi bir uyarı ile ya da broşürle davranış değiştireceğini açıkçası düşünmüyorum. Ayrıntılı bir biçimde böyle hani sıra olmadınız, işte doktorların kapısının önünde sıra olmuyorsunuz ama evde 3 ay bekliyorsunuz kafasıyla bu iş olmaz. Bu iş hala devam ediyor. Nasıl diyeyim toplumun bunu bilinçli bakma yeterli eğitimi yok bu konuda... Yani evet biz hastane kapısında beklemiyoruz derken evde 3 ay boyunca beklediğini anlayamıyor, fark edemiyor. Bu noktada en baştan eğitim, eğitim, eğitim...” (31-SB-Hekim).

“...Nasıl diyeyim şimdi acil olarak acil hizmeti vermiyorsunuz poliklinik hizmeti veriyorsunuz, saçma sapan tansiyon ölç, şeker baktırmaya geliyor adam acile... Bakmazsan kavga çıkarıyor burada biliyorsunuz ölümler oldu bizim hastanede... Hasta yakınları tarafından saldırıya uğradık, yani hemşire olarak ben değil de burası kapatıldı...” (34-SB-Hemşire).

- **Farkındalık Yoksunluğu**

Katılımcılar tarafından, hastaların hastaneye başvururken internet, televizyon programları gibi güvenilir olmayan bilgi kaynaklarını kullanarak kendi tanıılarını koymaları ve tedavi talep etmelerinin nedeni olarak farkındalık yoksunluğu öne sürülmektedir. Katılımcıların “farkındalık yoksunluğu”nun neden olduğu israfa ilişkin görüşlerinden elde edilen alıntılara aşağıda yer verilmiştir.

“...Bana gelen en tuhaf hastayı soracak oluyorsanız; gece başıma gelen en garip olay benim saçım beyazlıyor diye gelen hastaydı. Bilmiyorum benim de saçım beyazlıyor, kendimi değiştiremedim dedim. Mesela en çok duyduğum acil de neden buraya geliyorsunuz bu bizim işimiz değil. Randevu alamıyorum diyor. Randevu alamamasının

sebebini söyleyeyim; çünkü herkes bir şekilde randevu almaya çalışıyor. Daha fazla zaman öteye hastanın randevusu veriliyor. Dolayısıyla herkes israf ediyor. Hastalar da tetkik istemezseniz tepki veriyor, tetkik istensin istiyorlar. Bence günümüzün en büyük artışı da günümüzün en büyük eksisi de internet. Çünkü Google doktorları diye bir grup var. Acaba kanser miyim? Hadi hastaneye gideyim...” (33-SB-Hekim).

“...Hastaların gereksizce hastaneye başvurmasında da israf var. Mesela şöyle hasta geliyor, gebelik testi yaptırmak istiyor. Gebelik testi veriyoruz, elimizde varsa. Onlardan da negatif çıktığında diyor ki henüz adetime 6 gün vardı. Bu geçerli olur mu? Biz de olmayabileceğini söylüyoruz. Hani adetinin geçmiş olması gerekiyor gibisinden... Ve bu sefer de ‘yok yok kanda baksak çıkar’. Hani bu sefer tamam kanda da bak... Bunlar mesela israf... Bu hastalardan kaynaklanıyor...” (31-SB-Hekim).

- **Hasta Yakınları**

Hasta yakınlarının hastane kaynaklarını, sarf malzemelerini amacı dışında kullanması, hastaneyi temiz tutmak konusunda dikkatsiz ve umursamaz davranması hastane çalışanları tarafından israf olarak nitelendirilmiştir. Katılımcıların “hasta yakınları” kaynaklı israf nedenlerine ilişkin görüşlerinden elde edilen alıntılara aşağıda yer verilmiştir.

“... hasta yakınları hiç dikkat etmiyor. Yani bunların içinde inanır mısınız ekmek atığı içinde idrar torbası çıktı. (atık ayrıştırma kutularından, ekmek atık kutusunu işaret ediyor). Hastane bunları bir de parayla, atıkları para ile gönderiyor, bunun içinde ayrılan bir bütçe var para var yani ucunda. Biz bunları tekrardan alırız, eldivenlerimizi geçiriyoruz içine atıkları atıkları doğru yerlere atıyoruz. Yapıyoruz yani ne yalan söyleyeyim şimdi...” (35-SB-Temizlik Personeli).

“...Biz yapmıyoruz da mesela hasta yakınlarında bazen görüyorum amacı dışında malzemeyi kullandıklarını yani mesela alt bezlerini kullanıyorlar kurulama bezi olarak bizden istiyorlar. Sonra görüyoruz yani... Farklı farklı kullandıklarını...” (26-SB-Hemşire).

“...Çok saçma bir şekilde kullanabiliyorlar yani. Nedir mesela biz hastanın mesela altına sermek için bez getiriyoruz o mesela diyor ki kirlendi bir tane daha alabilir miyim? Hadi onu da veriyoruz. Sen bir bakıyorsun lavabonun yanına sermiş, üzerine bardakları koymuş suyu emsin diye...” (34-SB-Hemşire).

“...Çöp yapmışlar şimdi, onu dediler yapıyoruz ama hasta yakınları onu bile yapmaz...” (40-ÜH-Hasta Bakım Personeli).

“...Biz gereği kadar kullanıyoruz hasta yakınları mesela televizyona falan pek dikkat etmezler, o zaman da onları uyarıyoruz...” (30-ÜH-Hemşire).

“...çok dikkat etmiyorlar. Sabaha kadar su akmış tuvalette. Kimse mi duymadı? Duymadık dediler mümkün mü? Nasıl duymassın...” (54-ÜH-Hasta Bakım Personeli).

“...en çok elektrik gider hasta odaları özellikle... Nasıl olsa benim cebimden çıkmıyor mantığı yerleşmiş. O yüzden dikkat etmiyor, musluğu açık bırakıp gidiyor, şarıl şarıl akıyor insanın içi sızlar yani...” (39-ÜH-Sorumlu Hemşire).

“...Hasta yakınları bile oluyor. Su akıyor orda, aklı kesmiyor. Biz Türk halkı olduğumuz için. Açmışım dursun öyle işte...” (25-ÖH-Hemşire).

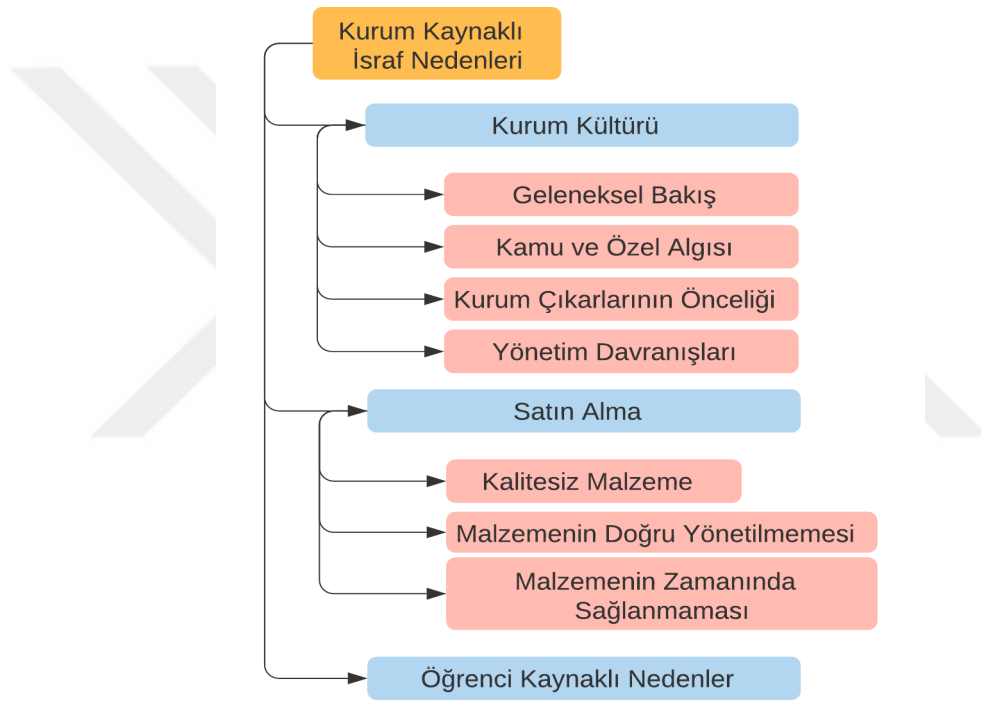
“...Hastane çalışanları evet ama hastalar da öyle, daha fena hastalar yani biraz parasını veriyoruz kafası var tabi özel hastane olduğu için bu daha baskın hissediliyor. Belki devlet hastanesinde böyle değildir bilmiyorum...” (26-ÖH-Supervizör).

“...Hasta yakınları hiç anlamıyor. Bulacaksın diyor, benim vergimle çalışıyorsun diyor. Önüne geçilebileceğini zannetmiyorum... En basitinden dün adam benden ördek istiyor hani idrarını yaptırmak için, elimden geleni şey yaptım yani yardımcı olayım diye; “abi yok” dedim, yani şu an hastanede yok. “İsterseniz kantinden alabilirsiniz” dedim,

yönlendirdim. Bana, üzerime yürüdü “bulacaksın” diyor...” (44-SB-Temizlik Personeli).

➤ Kurum Kaynaklı İsrif Nedenleri

Hastane çalışanları ile yapılan görüşmeler sonucunda “kurum kaynaklı israf nedenleri” teması Şekil 4-10’ da görüldüğü gibi ; “kurum kültürü”, “öğrenci kaynaklı nedenler” ve “satın alma” şeklinde kodlara ayrılarak incelenmiştir.



Şekil 4-10: Kurum kaynaklı israf nedenleri alt temasına ilişkin oluşturulan kodlar

Sağlık çalışanlarının “kurum kaynaklı israf nedenleri” alt temasına ilişkin görüşlerinin dağılımı Tablo 4-6’da ayrıntılı biçimde gösterilmektedir.

Tablo 4-6: Sağlık çalışanlarının kurum kaynaklı israf nedenlerine ilişkin görüşlerinin dağılımı

		SAĞLIK BAKANLIĞI																																		
		DOKTOR								S. H.			HEMŞİRE							H.BAKIM			TEMİZLİK P.				SEKRETER									
		1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	-	1	2	3	4	5	6	7	1	2	-	1	2	3	4	1	2	-	-						
Kurum Kaynaklı İsrif Nedenleri	Kurum Kültürü	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*				*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	Satın Alma														*	*	*	*	*	*	*	*	*	*									*	*	*	*
	Öğrenci Kaynaklı Nedenler								*				*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*					*	*	*	*	*	*	*	*	
		ÜNİVERSİTE HASTANESİ																																		
		DOKTOR								S. H.			HEMŞİRE							H.BAKIM			TEMİZLİK P.				SEKRETER									
		1	2	3	4	-	-	-	-	1	2	3	1	2	3	4	5	6	-	1	2	3	1	2	-	-	1	2	3	-						
Kurum Kaynaklı İsrif Nedenleri	Kurum Kültürü	*	*	*	*				*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	
	Satın Alma	*	*	*					*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	
	Öğrenci Kaynaklı Nedenler								*	*	*																									
		ÖZEL HASTANE																																		
		DOKTOR								S. H.			HEMŞİRE							H.BAKIM			TEMİZLİK P.				SEKRETER									
		-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	2	3	4	5	6	-	-	-	-	1	-	-	-	1	2	3	4						
Kurum Kaynaklı İsrif Nedenleri	Kurum Kültürü								*			*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	
	Satın Alma								*			*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*													
	Öğrenci Kaynaklı Nedenler																																			

Tablo 4-6 incelendiğinde kurum kaynaklı israf nedenleri konusunda sağlık çalışanlarının her hastane grubunda yoğun şekilde görüş belirttiği görülmektedir.

- **Kurum Kültürü**

Hastane çalışanları ile yapılan görüşmelerde israf davranışlarının oluşmasına neden olan etkenlerden birinin kurum kültürü olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu bağlamda konu ile ilgili görüşler incelendiğinde; kurum kültürü Şekil 4-11’de görülen “geleneksel bakış”, “kamu ve özel algısı”, “kurum çıkarlarının önceliği” ve “yönetim davranışları” şeklinde dört alt başlık altında değerlendirilmiştir.



Şekil 4-11: Kurum kültürü koduna ilişkin oluşturulan alt başlıklar

Geleneksel bakış

Hastane çalışanları sorunların üst yönetime iletilmesinde hiyerarşik bir yapının olduğunu, bu yapıda ilerlemenin hem zaman hem de süreç açısından zorlukları olduğunu ve bu anlamda israfa neden olduğunun altını çizmişlerdir. Üst yönetimin çalışanın görüşlerine önem vermemesi, yenilik ve gelişmelere dirençli davranması, hastane çalışanları tarafından atılan adımlar konusunda hayal kırıklığı yaşanmasına neden olduğu iletilmiştir. Bu durumun uzun dönemde hastanenin gelişmesi yolunda engel oluşturduğu ve hastane kaynaklarının israfını gündeme getirdiği belirtilmiştir. Katılımcıların “geleneksel bakış” kaynaklı israf nedenlerine ilişkin görüşlerinden elde edilen alıntılara aşağıda yer verilmiştir.

“...Yok, iletmedi kimseye öyle... Sorumlumuz da bazen konuşuyoruz o da zaten bizimle aynı fikirde maalesef... Böyle gelmiş böyle gidecek gibi görünüyor çok umudum yok yani bir şeylerin değişmesinden yana...” (26-SB-Hemşire).

“...Hastane içindeki bazı yazışmalar internet yoluyla da gereksiz. Buradan da yapılabilir ama elden oluyor. Bu durumun dolayı taa yukarıdan geldiğini düşünüyorum...” (40-SB-Sekreter).

“...Zor bence... Yani tekrar eskiye döner insan, kurum kültürü olursa belki uzun yıllar

içinde yerleşir tutumlu olmak... ” (30-ÜH-Hemşire).

“...Ben ilettim ama bundan bir şey çıkmaz, alkollü mendiller kullanılmasını önerdim. Artık alışagelmış burası çok yenilikçi bir hastane değil, benim eski çalıştığım kurum çok yenilikçiydi...” (25-ÖH-Hemşire).

“...israf önemli değil de normal yani giden kalemin peşine düşsen mesela... İstesen, geri alsan... Bu bir şeydir. Ama hoş karşılanmaz biliyor musun? Bu en basiti hastayla çok şey yapamazsın. Yönetimle sıkıntı olur o zaman, çok şey yapamazsın derken uyaramazsın, kalemi ver falan diyemezsin... Olmaz...” (25-ÖH-Sekreter).

Kamu ve özel algısı

Çalışmanın yürütüldüğü üç hastane grubu olan SB, ÖH ve ÜH’lerde görev yapan sağlık çalışanlarının iletildiği veriler incelendiğinde, üç hastane grubunda da ortak olarak kaynak kullanımını konusunda “devletin malı” ve “parasını ödüyorum” algısının yaygın olduğu görülmüştür.

Katılımcılar, özel hastanelerin kazanç kaygısından dolayı ucuz iş gücü ve kalitesiz malzeme kullanımına yöneldiğini ayrıca gereksiz tanı işlemlerinin kullanılabilirdiğini ve bu durumun kaynakların israfına neden olabileceğini düşündüklerini iletirken, diğer yandan özelleştirmeler olmadan sağlık alanındaki israfın önüne geçilemeyeceği yönünde görüşler iletmişlerdir.

Özel hastanelerin yüksek fiyatlı malzeme kullanımını arttırarak, belirli bir gelir düzeyinde hasta profili oluşturması kaynakların israfı olarak nitelendirilirken, diğer yandan özel hastaneye başvuran hastaların pahalı ve kaliteli malzeme ile sağlık hizmeti görme isteği içinde oldukları savunulmuştur. Ayrıca, özel hastanelerin her durumda kazanç sağlayacak şekilde hizmet vermesinin güven vermediği iletmiştir.

Hastanelerin doluluk oranlarının bir başarı göstergesi değil hasta bir nesil ve buna ayrılan kaynakların göstergesi olduğuna değinilirken, önlenebilir hastalıkların tedavisine harcanan payın koruyucu hekimlik sistemi ile geri kazanılabileceği de eklenmiştir.

Katılımcıların “kamu ve özel algısı” kaynaklı israf nedenlerine ilişkin görüşlerinden elde edilen alıntılara aşağıda yer verilmiştir.

“...Bizim için devlete zarar. Hasta yakınları ‘devlet verdi kullanılır’ mantığında olduğu için alıyor mesela...” (34-SB-Sorumlu Hemşire).

“...Biz de belki de o kadar sahiplenmemişiz ya da belki de devlet hastanesi diye bilmiyorum yani öyle bir kültür oluşmamış. Bu çok üzücü, yani. Çok güzel bir araştırma yapıyorsunuz gerçekten çok böyle beni düşündürdünüz yaptıklarımla ya da yapmadıklarımla...” (24-SB-Hemşire).

“...hastanelerin de işletmeye dönüştüğünü görüyoruz yavaş yavaş. Biraz takip ediyorum. Dolayısıyla onlar da ucuz işçi gözüyle bakıyorlar. Ama burası hastane, insan sağlığı söz konusu. İnsan sağlığı söz konusu olduğunda ucuzluk düşünülmemeli. İsraf da bir yere kadar düşünülmemeli... Malzemenin en iyisi alınmalı, çalışanın en bilgisi... Çünkü burada hayattan bahsediyoruz, annemizi, babamızı emanet ediyoruz. Ben 15- 16 yaşındaki çocuğa kimseyi emanet etmek istemem. Sen ister misin? Sen bırakır mısın...” (36-SB-Sekreter).

“...Evet, bizde hastanelerde öncelik yani kurum yararı değil, kurum çıkarı değil yok. Hemşireler için her zaman hasta ama hastanemiz içinde... Devlet hastaneleri, devlet kurumları... O dediğiniz özel hastanelerde olur diye düşünüyorum...” (55-SB-Hemşire).

“...Burada dikkat etmeye çalışıyorum çünkü devlet kurumundayız. Burada yapılan israf dolaylı yoldan milli sermayeden olduğu için biz de etkiliyor. Kendi paramızı harcıyoruz...” (40-SB-Sekreter).

“...O zaman hesabı tutulmadığı için net bir şey söylenemez...Kişinin vicdanına bağlı. Şimdi de gerçi bazen hastalar çıkarken hesap dökümü istiyor, özelde daha çok. Artık

insanlar gözünü açtı...” (32-ÜH-Hemşire).

“...Biz kurum olarak istemiyoruz enjeksiyon. Gelmez yani gelse burada kalabalık olur o yüzden istemiyor o görüntüyü yönetim. Nasıl önüne geçiyoruz? Ciddi fiyat farkı var diğer hastanelere göre... Gelmez zaten kimse...” (23-ÖH-Hemşire).

“...Tamamen kar amaçlı bence. Özel sektör olunca... Tabii bir de SGK olduğu için... SGK şimdi, eski hastanem full özeldi, öyle bir hastanede aldığımız ürünü... (Sessizlik) 5-6 katını hastaya nasıl diyeyim giriş yapıyorsun... Ama SGK olmaz...” (25-ÖH-Hemşire).

“...ya hasta ödüyor derken... Şimdi mesela ne yapılsa parası hastaneye giriyor, her şeyden kazanıyor. Tüm özeller böyle...” (28-ÖH-Sekreter).

“...Özel hastane olunca işletme yani. İşyeri aslında kendi çıkarını gözetir. Bu böyledir ama hastane olunca başka... İş yeri gibi hep benim çıkarım derse... Hastayı istese soyar yani. Yapıyor demedim, her hastane yapsa yapar...” (25-ÖH-Sekreter).

“...Hastane çalışanları evet ama hastalar da öyle, daha fena hastalar yani biraz parasını veriyoruz kafası var tabii özel hastane olduğu için bu daha baskın hissediliyor. Belki devlet hastanesinde böyle değildir, bilmiyorum...” (26-ÖH-Supervizör).

“...İnsanların kafalarının düzeltilmesi lazım. Devletin malı deniz yemeyen keriz. Af edersin kardeşim ama düşünürsen...” (36-SB-Hasta Bakı Personeli).

Kurum çıkarlarının önceliği

Katılımcılar, özellikle özel hastanelerde hastadan istenen tetkiklerin kurum çıkarı göz önüne alınarak yapılmasının söz konusu olduğu belirtilmiştir. Birçok sağlık çalışanı, bu konunun önemli israf nedenlerinden biri olduğunu iletmişlerdir. Katılımcıların “kurum çıkarlarının önceliği” kaynaklı israf nedenlerine ilişkin görüşlerinden elde edilen alıntılara aşağıda yer verilmiştir.

“...kurum çıkarı ile hasta yararı çatıştığında bu bana özel hastaneleri düşündürdü... Belki önyargılı davranıyor olabilirim. Ama hasta yararı ve kurum çıkarı neden çatışsın diye düşünüyorum. Kurumun tek çıkarının, hastanelerin tek çıkarının, hatta sağlık sisteminin tek çıkarının sağlıklı bir toplum olması gerektiğini düşünüyorum...” (35-SB-Hekim).

“...ben bu soruya sonuna kadar kurum çıkarı diye cevap vermek istiyorum. Kurumun çıkarı olmadığı bir şeyi kurum yapmıyor ama böyle yani direkt göstere göstere, aman hasta işte ölürse ölsün diye değil ama bütün bunlar ve küçük küçük şeyler birleştiğinde, alttan alttan bu sistemler birleştirildiğinde bunların hepsi patronların çıkarı için, kurumların çıkarı için, birilerinin cebini doldurmak için... Hiçbiri de hasta için değil...” (36-SB-Sekreter).

“...şöyle bizdeki mesela girişimsel radyoloji var. Yani bir 20 bin lira, 30 bin lira olan çok büyük robotik cerrahilerin yapıldığı bir hastanede israf edilmiyor ama hastaya yararlılığı 1. derece öyle söyleyeyim yani. Hastayı eğer felç geçiren bir hastayı 2 saatlik operasyonla ayağa kaldırırıyorsak biz oradaki 20 bin lira önemli mi? Neden önemli değil? Hasta ömür boyu yatalak veyatalak olan bir hastanın zaten giderleri çok daha fazla...” (55-SB-Hemşire).

“...yani kurum bizim ekmek kapımız. Biz kurumu da koruruz, hastayı da. Zaten burada hemşirelerimiz doktorlarımız iyi bakıyorlar...” (46-SB-Temizlik Personeli).

“...Her zaman ama her zaman her şeyde hasta önemli. Ne yapıyoruz kurum çıkarı diye bir şey bizim çalışma şeklimiz de söz konusu değil. Yani ne gerekiyorsa hastanın durumu yok ambulans arıyoruz, randevusu yok orayı arıyoruz, burayı arıyoruz, oraya rica minnet sıkıştırıyoruz. Ne gerekiyorsa... Yani tabii bizim de gücümüzün yettiği yere kadar, bizi de aşan çok şey var...” (40-ÜH-Sorumlu Hemşire).

“...Özel hastane olunca işletme yani, işyeri aslında kendi çıkarını gözetir. Bu böyledir ama hastane olunca başka... İş yeri gibi hep benim çıkarım derse... Hastayı istese soyar yani yapıyor demedim, her hastane yapsa yapar... Şimdi yapılmıyor da...” (25-ÖH-Sekreter).

“...Hasta ile aranda ne gerekirse yapılır, kurum çıkarı diye bir şey yok ya bizde...” (32-ÜH-Hemşire).

“...Hastane kar zarar hesabı yapıyordur diye düşünüyorum. Ona göre davranılıyordur...” (39-ÜH-Sorumlu Hemşire).

“...Siz bu hastaya iyi bakım verirsiniz, otelcilik hizmeti verirsiniz, bu hasta nüfuslu bir hastaysa, ne bileyim gazetecisi de tanıdığı varsa, bir şekilde sizin reklamınızı olumlu şekilde yapıyor. Sizde reklamı bedavaya geçirmiş oluyorsunuz. Böylece hem hastanın işi görülüyor hem de kurumun çıkarı gözetiliyor. Bu, hastanede çok oluyor o yüzden böyle devam ettiğini düşünüyorum...” (30-ÖH-Sekreter).

“...Kendimi hasta yerine koyarım o an. Bana nasıl davranılmasını istersem hastaya öyle davranırım. Önce hasta memnuniyeti. O an kurumu hiç düşünmem. Aklıma bile gelmez. Ben o şekilde çalışıyorum yani...” (25-ÖH-Hemşire).

“...Şimdi mesela ne yapılırsa parası hastaneye giriyor, her şeyden kazanıyor bu konuda, tüm özeller böyle. Hastane kendini korur. Yani bir şekilde hastane kazanır, hastane haklıysa da onu da şey yapar başhekim... Yani her şey başhekimlikte, onlar nasıl karar verirse o (gülüyor). Daha bir şey sorma...” (28-ÖH-Sekreter).

“...Benim ilk aklıma gelen oluyor kurum çıkarı şu ki; o malzeme pahalı da olsa kendi cebinden çıkmaması için başka hastaya giriş yapılır. Burada herhalde kurum çıkarı ön plandadır...” (28-SB-Hemşire).

“...kurum kendini korur tabi ki... Hastanın mağdur edilmediği hastane mi kaldı artık...”
(33-SB-Hemşire).

“...hastane bir yere kadar yani kendi zararına olmayacak yere kadar, hastaya kolaylık sağlar, sağlıyor... Ama bir yere kadar...” (29-ÜH-Sekreter).

“...bir şey anlatmak istiyorum. Benim eski çalıştığım hastanede ben yine yoğun bakımda çalışırken kardiyak arrest bir hasta geldi. Hastayı apar topar ameliyata aldılar. Ameliyathanede öğreniyorlar ki hastanın özel sigortası, SGK’sı yok. Hastayı ameliyat etmediler, kapattılar... Bize geldi hasta, yoğun bakıma... Sevk için beklerken 2 gün sonra vefat etti. Çok ciddi bir durum bu...” (22-ÖH-Hemşire).

“...Sevk olmuyor. Burası 3 basamak hastane olduğu için, hasta yatışı kabul etmediyse tedavi red imzalıyor. Reçete yazılmıyor, uyarılarda bulunuyoruz. Biz sizi taburcu edelim şeklinde ayakta ya da değilse özel ambulans çağırıyoruz, onu ödeyebilecek durumdaysa... İşte değilse çıkmaza giriyor o iş, bir şekilde biz taburcu ediyoruz yani kurumun çıkarı bu işte, çıkar deyince bu...” (25-ÖH-Hemşire).

Yönetim davranışları

Katılımcıların hastane yönetiminin israf konusundaki davranışları hakkındaki düşünceleri dikkate alındığında özellikle iletişimden kaynaklanan sorunlara odaklandıkları görülmüştür. Hastane çalışanlarının sorunlarını ya da önerilerini yönetim kademesine iletme konusunda zorluklar yaşadıkları görüşmeler esnasında sıklıkla belirtilmiştir. Ayrıca katılımcılardan bazıları yönetimin küçük israf kalemlerinin peşine düşme gereği hissetmediğini, hastane yöneticilerinin israfa ilişkin alınan önlemleri izlemediği, israf hakkında farkındalık yaratma adına her hangi bir çaba göstermediği vurgulanmıştır.

Hastane yönetiminin sağlık çalışanlarının görüş ve önerilerini dikkate almadığını düşünen katılımcılar, hekimlerin yöneticilerle olan iletişiminin daha yakın olduğunu iletmişlerdir. Yöneticilerin insan kaynakları yönetimi ve personel politikalarından kaynaklanan iş gücü israfı, çalışanlar tarafından iletişim eksikliğinin bir sonucu olarak

tanımlanmıştır. Özellikle ekip içindeki iletişimsizliklerin zaman israfına yol açtığı ve hekimlerin yöneticilerle daha yakın iletişiminin olduğu üzerinde durulmuştur. Katılımcıların konuya ilişkin görüşlerinden elde edilen alıntılara aşağıda yer verilmiştir.

“...Eğer servislerde, yoğun bakımda çalışanların, hemşirelerin söylediklerini dinlemiyorsa o zaman bence o işi doğru yapamıyor demektir. Onlar da dinlemiyor. Malzemeyi beğenmediğimizde ya da hemşire hanımlar sıkıntı yaşadığında yanlarında olduğunu ben görmedim...” (38-SB-Temizlik Personeli).

“...İsraf sadece malzeme bazında bazıları algılıyor, bizim kurumumuzda israfa neden olan birçok konu var. Bunlar işte ekip içerisindeki iletişimden kaynakların eksiklikler var...” (55-SB-Hemşire).

“...orada entübe hastası olan hemşire 6 hastaya bakıyor. Biz hiçbir şey olmayan ama birinin bir şeyi olan adama iki hemşire bakıyoruz. ‘Çay ister misin’ diye soracaksın diyor yönetim bana. Çok ağır geliyor bu ya! Neyim ben? Sana nasıl saygı duyacak sonra? Bazen üstten arayıp ‘ne yedi’ diye soruyorlar... Tamam, ilgilen hastane reklam yapacak ama benim meslek onurum hiçe sayılıyor. Diğer servisler diyordur rahatlar ama öyle değil, çok yoğun baskı var. Sürekli gül, sürekli konuşkan neşeli olmak zorundasın. Olmuyor ki...” (25-ÖH-Hemşire).

“...Mesela bir konu olduğu zaman önce ben sorumluma söylerim. O daha üste iletir. Sonra bana yine sorumlum cevap verir. Ben gidip üst yönetime iletmem yani. En son bana bilgi verir genellikle de cevap alırız...” (25-ÖH-Hemşire).

“...Yani aslında bizim servis içinde iletişimim çok çok iyi sorumlularıyla. Mesela yani pek çok şeyi o söylemeden kendim yapmak isterim ben, söyletmem o da sonuna kadar söylemez. Bir de üst yönetimdekiler çok uzaklar çalışanlarına. Yani bir sefer başhekim bizim kata geldi. Kapıdan baktı içeri, biz tam önündeyiz, bankodayız. Hiç bize bakmadı. Tam oradan bir doktor geçiyordu, hemen ona seslendi ‘Merhaba Doktor hanım’ diye. Biz

neyiz orada yani? Yok sayıyor, sanki biz yokuz ama sakalım uzun olsaydı görürdü bizi... Kat düzenli, biz düzenliyse görünmez oluyoruz...” (22-ÖH-Hemşire).

“...Bizim üst kademe biraz şey yani çok öyle bir iletişimimiz yok. Onlar daha çok doktorlarla gibi... Bir selam bile vermez. Sonra yönetim bize laf söyler. ‘Neden başhekime selam vermiyorsun’ diye... Yahu selam verilecek gibi bizden tarafa bakmıyor ki adam. Doktorlara bir şey söylenmez yani... Onlara laf edilmez ama biz onlar kadar olamadık. Ne bileyim her işi yapsak bile yine de ne yaptığınız görülmez ama yapmazsan hemen tutanak tutulur. Hiçbir şey yapmasa, ne olur böyle sizin gibi gelseler, arada bir... Deseler ki nasılsın bir derdin, sıkıntın var mı? Yok ama! Yüzümüze bakmıyorlar ki... Başhemşire, başhekim, yönetim çok uzak ve bizi desteklemiyor...” (33-ÖH-Sorumlu Hemşire).

“...Şöyle söylüyüm yönetim dinlemiyor. Dinlenmiyor yani gözardı ediliyor. Tamam çözeceğiz diyorlar. Ben 500 kere söylüyorum çözülmüyor çözümedi, kendim çözmeye çalıştım kimseyi göndermedim bu sefer tartışma çıktı...” (40-SB-Sekreter).

“...İsraf önlenemez ama ben derim ki eğitimlerle en aza indirilebilir, yönetime iş düşüyor böyle şeyler de onlarda top. Biz fikir söyleriz anca...” (34- ÜH-Hekim).

“...Mesela hadi bir şey yapıyor, mesela e-reçete, hep ama söylemde kalıyor yani kimse peşine düşmüyor, zorlamıyor ama kimse kullanmıyorsa bu ne işe yarar ki? Bence üstten biraz sıkı tutulması lazım, çok gevşek insanlar istedikleri gibi davranıyor...” (31-ÜH-Sekreter).

“...ya çok bilmiyorum ama öyle gördüğüm bir şey yok. Önemsenmiyor, hiç kimsenin umurunda değil. Genel olarak herkesin vicdanına bakıyor burada...” (33-ÜH-Cerrahi Hemşiresi).

“...Yönetim bu konuda işte eğitimler verebilir ya da çalışmalar yapabilir, bilmiyorum yönetim personelle birlikte çalışmalı bence. Şu an için bir şey yapmıyor...” (29-ÜH-Sekreter).

“...Yönetimden bir şey görmedim. Bilmem belki ben görmedim de, yönetim ne yapacak, ışıkları mı söndürecek? İnsanın çalıştığı yeri evi bilmesi lazım, olmadan çok zor...” (50-ÜH-Hasta Bakıcı).

“...Yönetim yani işte bu kutuları (atık) getirdi başka bir şey görmedik...” (22-ÜH-Hemşire).

“...Yönetim sarf malzemelerin hastaya giriş yapılmasını istedi işte, daha düzenli girişlerin olması için önlem alındı. Bunun dışında hemşirelik bakım girişimlerini de giriyoruz şöyle göstereyim (bilgisayarda gösteriyor) burada hasta adına açıyoruz. Bakım, ateş, nabız, tansiyon takibi sonda bakımı...” (39-ÜH-Sorumlu Hemşire).

“...Yönetim bize gerekmiyorsa elektrikleri kapatın diye uyarı yayınladı sistemden. İşte kalemlerinizi kaybetmeyin. Onlar temin ediyorlar çünkü. Bu top yekün mücadele olayına katılıyoruz diye yolladılar...” (25- ÖH-Hemşire).

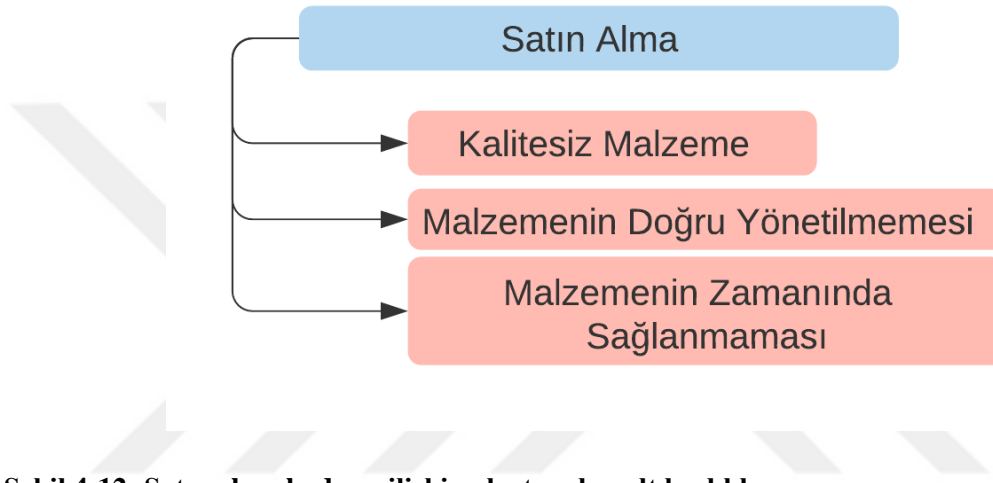
“...Biraz dinleseler işte... Mesela şu depo sayımı... Bizde depoda çok malzeme var ve bu depoyu haftada iki kere sayıyoruz. Keşke gelseler konuşsak. Haftada bir, iki haftada bir sayalım desek, denesek...” (22-ÖH-Hemşire).

“...İşte alan turuna çıkıyor enfeksiyon, eğitim hemşiresi, başhemşire... Kontrol ederler o zaman...” (25- ÖH-Hemşire).

“...Çok peşine düşmüyorlar ama bence bunlar küçük kalemler...” (28- ÖH- Sekreter).

- **Satın Alma**

Hastane çalışanları ile yapılan görüşmeler sonucunda kurum kaynaklı israf nedenlerinin son kodu “satın alma” şeklinde oluşturulmuş, yapılan görüşmelerin tekrar tekrar okunması sonucunda Şekil 4-12’de görüldüğü gibi “kalitesiz malzeme”, “malzemenin doğru yönetilmemesi” ve “malzemenin zamanında sağlanmaması” şeklinde üç alt başlık oluşturularak incelenmiştir.



Şekil 4-12: Satın alma koduna ilişkin oluşturulan alt başlıklar

Kalitesiz malzeme

Hastane çalışanları ucuza mal edilmiş kalitesiz malzeme ile hasta bakımı yapmanın hem zaman, hem malzeme israfına neden olduğunu iletmışlerdir. Katılımcıların kalitesiz malzeme alt başlığına ilişkin görüşlerinden elde edilen alıntılara aşağıda yer verilmiştir.

“...Bir ara şey oldu, gazlı bez steril gelmiyordu mesela. Onları keserek kullanmaya başladık. Ama çok verimli olmuyor. Tüyleneiyor falan. Mesela yazıcılar sıkıntılı. 5 tane aynı şeyi basıyor. Burda mesela malzemeyi ucuz almaya çalışıyorlar ama daha masraflı oluyor. Ama söylüyoruz değişiyor...” (26-ÖH-Hemşire).

“...yani her şeyin kalitesi düşük, ilaçların muadili geliyor. Hematolojik ilaçlar bunlar.

Hastalardan dönüş oluyor, iyi gelmedi diye. Yani ilaç da olmaz, olmamalı. Mesela malzeme diyorsun, bak al tegaderm (gösteriyor) bunları yapıştıralım ki damar yolu kızardı mı görebilelim dediler. Yapışmıyor bu malzeme. Ucuz ve kötü, yapışmıyor. Söylüyoruz bir şey değişmiyor. Hala bunlar geliyor. Biz başka malzeme kullanıyoruz, laf ediyorlar. Aldıkları yapışmıyor ki... İsrاف önemli ama israfı önlemek için neyden ödün verdiğin daha önemli...” (33-ÖH-Sorumlu Hemşire).

“...Belki kötü malzeme bazen geliyor olabilir ama bu da çok hasta hayatını tehdit edecek tarzda bir şey değil...” (24-SB-Hemşire).

“...Mesleki olarak çok etkiliyor. Hasta gözünde de öyle. Yaptığın pansumana yansıyor. İsrاف, hemşirelik mesleğinin israfı olsun yazınızın başlığı...” (32-ÜH-Hemşire).

“...şimdi çalışanlara da kulak vermeli mesela. Geçenlerde pumplar değişti. Yeni gelen pumplar akıttıyordu. Zaten o kadar kötü ve kalitesizdi ki... Artık hep kalitesiz malzeme geliyor. Eski pumplar daha güzeldi ama bize soran yok ki... Şimdi kullanılıyor ama zor ya... Bir de iki serumla çalışmıyor. İki serum varsa iki pump çekiyoruz. İşte bu israf değil mi?...” (22-ÖH-Hemşire).

“...Orada (özel bir hastane) her şey dört dörtlük. Olması gerektiği gibi malzemeler... Her şey A kalite. Burada malzemeler...(sadece kaşlarını kaldırıyor, sessizce) Değil...” (25-ÖH-Hemşire).

“...Bir de eskiden gelen malzemeler, şeyler güzel A kalite idi. Bayağıdır işte kötü malzeme gelince her şey aksıyor. Bak, kötü malzeme geliyor, bozuluyor sonra. Yazıcı mesela kağıtları yırtıyor. Kağıt ziyan, kartuş boşa gidiyor. Biz uğraşyoruz, depo ‘daha yeni kartuş yolladık’ diyor. Al doğru dürüst bir yazıcı, bir kere al...” (28-ÖH-Sekreter).

“...Mesela bomba direnler hava kaçırıyordu. Devamlı yenisini almakla uğraşyoruz.

Hem zaman hem emek hem malzeme hem de doktorda bize karşı güvensizlik oluyor. Bu neden sürekli bu şekilde diye. Her açıdan zarar...” (26-ÖH-Hemşire).

Malzemenin doğru yönetilmemesi

Malzeme yönetimi, hastane yönetimini doğrudan ilgilendiren bir konu olmakla beraber birim düzeyinde bu sorumluluğun yönetici hemşirelere verildiği katılımcılar tarafından iletilmiştir. Bu bağlamda, taburcu olan hastalardan kalan malzeme ve ilaçların değerlendirilmesi, ilaçların SKT’ne göre tüketilmesi, katlarda malzeme depolanmasının sakıncaları hastane çalışanları tarafından malzemenin doğru yönetilmemesinden kaynaklanan israf olarak belirtilmiştir.

Uygun boyutlarda ve istenen kalitede sağlanmayan malzemelerin çalışanlara danışılmadan toplu şekilde alım yapılması nedeniyle, tükenene kadar kullanılması için çaba gösterilmesinin israfı kaçınılmaz hale getirdiği iletilmiştir. Katılımcıların “malzemenin doğru yönetilmemesi”ne ilişkin görüşlerinden elde edilen alıntılara aşağıda yer verilmiştir.

“...Yani bazen bir hastaya girdiğimiz işte. Hastaya girdik diyelim ki ve hasta taburcu oldu. Daha sonra diğerinden eksik çıktı. Kalanı, ondan kalan barkodları diğer hastaya giriyoruz. Ya bu çok etik bir durum olmuyor. Hani israf oluyor ama yani orada durumu kurtarmaya çalışıyoruz...” (26-SB-Hemşire).

“...aslında katlarda malzemesi stoklanmasını çok fazla önermiyoruz. Çünkü bu malzemelerin son kullanma tarihleri var, belli kullanım talimatları var, tekli ürünler var tekli olmayan ürünler var, açıldığında tüketilmesi gereken hava ile temas ettiğinde bozulan ürünler var. Dolayısıyla biz bunları ihtiyaç halinde depodan istemeleri şeklinde öneriyoruz ama ne oluyor? Hemşirenin elinde kalıyor. Ya da fazla yüklenmiş oluyor veya o girişin iptal edilmiş oluyor ve ellerinde kalıyor. Bu durumda kendi ellerindeki malzemeleri önceden tüketip daha sonra bizden istemelerini söylüyor. Yani biz yani esasen tıbbi dökümantasyon dersleri de aldığımız için bunların kayıtlarının tutulması ve takip edilmesi hastanenin genelini etkiliyor yani sonuçları etkiliyor. Hastaneyi etkiliyor bir işletme olarak bakıldığında hem hastaneyi etkiliyor hem de hasta yönlü bakıldığında,

inanın hastayı da çok etkiliyor...” (36-SB-Sekreter).

“...baktroban, ölçerek eğer enfeksiyon varsa, gerekiyorsa. Hani o da yani 1 litre suya 10 cc koyup sulandırıyoruz. Onu da 48 saatte bir değiştiriyoruz. Değiştirmen gerekiyor onu sürekli kullanamıyorsun öyle. Bu enfeksiyonlu hastalar için. Çok şükür öyle çok olmuyor enfeksiyonlu, gerekmiyor fazla ama yine de gerektiği zaman öyle kullanıyorum. Tarih atarak, saat tutarak. Mesela bugün hazırladık. 30’u bugün değil mi?14:00 gibi hazırladım değil mi... İki gün sonra mesela ayın 2’sinde yine bir buçuk iki gibi değiştiriyorsun, yine suyu tutamıyorsun yani...” (48-ÜH-Temizlik Personeli).

“...Ben bugün kullandığım malzemeyi giriyorum, atıyorum bazı arkadaşlar girmiyor (gülüyor). Düşmüyor, atıyorum elimde 10 tane gözüküyor ama bende iki tane var. O zaman sorun yaşıyorsun işte. Herkesin düzenli bir şekilde girmesi gerekiyor. Her bölüm ayrı ayrı...” (24-ÖH-Hemşire).

“...Bak mesela geçen bize tablet bilgisayar getirdiler artık bunu kullanacaksın diye, sadece 2 tane. Bizim serviste, bazı servislerde 1 tane... Yani bunu hangimiz kullanalım ya... Herkese getir değil mi? Göstermelik...” (33-ÖH-Sorumlu Hemşire).

“...hangi hastaya kaç tane kullandığın çok önemli yani o kadar dikkat edilmiyor açıkçası ama bazı malzemeler gerçekten çok önemli ve pahalı oluyor. O yüzden önemli. Şöyle, mesela diyelim kızının pansumanında nasıl söylesem, enfekte olmaması için özel kremler bir şekilde gelen malzemeler var antibiyotikli gibi... Bu malzemeleri kullandığını zaman hastanın yarasını daha mesela uzun aralıklarla pansuman yapıyorsunuz... Bu malzemeyi sadece o hastaya giriş yapıyoruz. Servise giriş yapmıyoruz. Çünkü o hasta çıktıktan sonra serviste öyle bir malzeme depolamaya gerek yok...” (28-SB-Hemşire).

“...Malzeme eksik oluyor, bir malzeme fazla çıkıyor. O haftaya gireceğin malzemeyi öbür haftaya giriyorsun işte hasta taburcu olmuş oluyor, gitmiş oluyor, çıkış yapılmış oluyor bu sefer... Mecburen o malzemeyi de çıktı göstermek zorundasın, yoksa depodan düşemezsin. Dolayısıyla bunlara dikkat ediyoruz ama olmuyor yani. Çok acil

durumlarda, hızlı davranmamız gerektiği durumlarda duruma göre gerekeni yapmak zorunda kalıyoruz. Çok etik mi? Bazı durumlarda çok etik davrandığımız söylenemez...” (30-SB-Hemşire).

Malzemenin zamanında sağlanmaması

Hastane çalışanları gereksinim duyulan malzemelerin zamanında sağlanmaması durumunda, bu malzemeyi bulmanın iş gücü ve zaman israfına neden olduğunu iletirken, hasta ve hasta yakınları ile yaşanan çatışmalardan dolayı, aynı zamanda stres yaşandığını iletmişlerdir. Malzeme sıkıntısının ciddi boyutlara vardığı hastanelerde, bu malzemelerin dış reçete yoluyla hasta tarafından sağlandığı, bazı temel malzemelerin (yastık, çarşaf) bulunamadığı durumlarında hastanelerin vakıf bağışlarına başvurduklarına değinilmiştir. Ayrıca, bazı hastaların gereksinim duyduğu özel ve maliyetli malzemeler için de bu kurumlardan bağış sağlanması yoluna gidildiği ve gerektiğinde de çalışanlar tarafından cepten ödeme yapıldığı üzerinde durulmuştur. Katılımcıların “malzemenin zamanında sağlanması”na ilişkin görüşlerinden elde edilen alıntılara aşağıda yer verilmiştir.

“...Malzeme getir götür bizi de etkiliyor. Çünkü hemşireler de bizden istiyor oraya git, buradan al, o taraftan al. Başka servislerden istiyoruz. Oralara da biz gidip bulmaya çalışıyoruz, biz uğraşıyoruz yani... Biz de zorlanıyoruz hasta ellerinden istiyoruz. Onlar alıyor bez falan da genelde dışarıdan alınıyor bizim çok uzun yatan hastamız olmaz. Genelde ameliyattan sonra taburcu edilir...” (40-ÜH-Hasta Bakım Personeli).

“...Çünkü hastanede malzeme yok ve genelde hani şöyle bir şey oluyor, hastanede kullanılanırsa bile hasta onun yerine koyuyor. Çünkü onun yerine koyabilecek başka bir mekanizma yok. Uygun zamanda da yerine konmuyor. Başka türlü hastadan istiyoruz. Ya bunlar gerçekten şey de var yani içinde çok pahalı olanlar da var yani... Küçük bir stenti aldığı zaman 200 TL. Hani alan alıyor ama alamayan da alamıyor. İsraf da ediliyor. Yani en çok malzeme olarak bence spanç israf ediliyor. Pansumanlar esnasında. Bunun sebebi de uygun malzemenin temin edilemiyor olması...” (35-ÜH-Hekim).

“...Bir de stres sebebi zaten depoda da yok. Zaten malzeme sıkıntısı var çok ciddi... Her şey kısıtlı, her şey ya bitmek üzere ya da bitti...” (31-ÜH-Sekreter).

“...bizim hastanede o çok sıkıntı depolama olamıyor iş oralara veremiyor çünkü zaten malzeme yok... Burası hep böyle. Sürekli hastaya mı bakayım, malzeme peşinde mi koşayım? Herkese zor...” (31- ÜH-Hemşire).

“...bizim burada hastaya göre her şey. Ama malzeme yok. Ne olacak bu sefer hasta ailesi cebinden öder. O kötü oluyor, o kadar...” (50-ÜH-Hasta Bakıcısı).

“...şimdi bizim malzemelerimiz yani kremlerimiz bile özel. Yani özel olmalı ama olamıyor. O yüzden ailelerden istiyoruz. Onlardan gelen malzemeyi kullanıyoruz. Bir ya da iki tane... Mesela nasıl israf edeceksin ki yani olmayan bir şeyi. Böyle olunca en ufak bir kazada mesela iş kavgaya kadar varıyor. Sonra da o malzemeyi geri kazanmaya çalışıyoruz. Orası işte etik mi, sağlıklı mı? İşte ailenin durumu varsa neyse ama yoksa yani bizde çaresiziz cebimizden malzeme aldığımız oldu...” (32-ÜH-Hemşire).

“...malzeme depolama falan yok, malzemesiz çalışıyoruz valla nereden buluyorlar bilmiyorum. Bulup getiriyorlar personeller. Kullanıyoruz ama hep sıkıntılı süreçler, çok içeriğini bilemeyeceğim. Yani malzeme bulursan kullanıyorsun yoksa vallahi pansumandan artan malzemeleri steril ettiklerini duydum yokluktan hep...” (30-ÜH-Hekim).

“...bilemeyeceğim israf mı ama malzeme olmadığı için hastaların ya da oradan buradan malzeme temin etmesi çok sıkıntı zorluk böyle büyük bir hastanede... Onun dışında elimizdekilerden en çok tek kullanımlık malzemeler belki eldiven israf ediliyordur. Ondan sonra ne bileyim...” (48-ÜH-Hekim).

- **Öğrenci Kaynaklı Nedenler**

Hastanelerde uygulamalı eğitim almak üzere bulunan, intorn, hemşire yardımcısı, tıbbi dökümantasyon ve sekreterlik öğrencilerinin öğrenme ve deneme amaçlı kullandığı sarf

malzemelerinin büyük ölçüde israfa neden olduğu bildirilmiştir. Ayrıca öğrencilerin yanlarında görevli bir eğitimci olmadan uygulamalı eğitim almalarının ve hastane çalışanları tarafından kontrol edilmelerinin, çalışanların zamanının kötü kullanımına ve stres yaşamalarına yol açtığı üzerinde durulmuştur. Özellikle sağlık meslek lisesinde okuyan öğrencilerinin küçük yaşta hastanede bulunmaları nedeniyle hemşirelik mesleğinin imajına zarar verdiği vurgulanmıştır. Katılımcıların öğrenciler alt başlığına ilişkin görüşlerinden elde edilen alıntılara aşağıda yer verilmiştir.

“...Öğrenciye bağlı özellikle çöp konusunda çok eğitim veriyoruz, tıbbi atık konusunda. Çok yanlış yere atıyorlar dikkat ediyoruz. Yani onu yaptıkları zaman çok sıkıntı oluyor bizim için...” (34-SB-Sorumlu Hemşire).

“...Öğrenciler mesela açıyor sırf bakmak için mesela gri (enjektör) mi daha kalın mavi mi daha kalın? İşte görmek için ‘açabilir miyiz’ diyorlar. Bakmak için... Hani bir tane olduğu için onlar da öğrensin diye açın diyoruz ama sonuçta her zaman başka öğrenci geliyor... Yani mesela dikişler oluyor. İntörn öğrenciler çok başarılı olamıyor ilk denemelerinde ya da tekrar denemek isterse oradaki malzeme ziyan oluyor ya da düşürüyor yere spanç mesela... Açarken düşüyor... Eldivenleriyle bir yere dokunuyorlar, o eldiveni tekrar değişmesi gerekiyor. Mesela steril eldiven açıldıysa ya da açma kurallarını beceremiyorlar, o kontamine oluyor. Sadece Tıp öğrencileri de değil yani anlatıyorum gördüklerimi...” (28-SB-Hemşire).

“...öğrenciler malzeme israfına sebep oluyor, öğrenciler deneyimleri az olduğu için damar yolunu ben bir kanül ile açacakken o beş kanül kullanıyor. Her şeyde deneyimsiz olmasından kaynaklanan malzeme israfı artı tabii eldiven gibi, disposable önlükler gibi kullanılan malzeme yönünden de çok fazla. Özellikle benim zamanımı alıyor. Kışın 20-25 hemşirelik öğrencisi oluyor. Burada var 20'ye yakın hemşire var. Bu kadar kişinin çok olduğu bir klinikte hem malzeme kontrolü sağlamak çok zor hem de dağınıklık çok oluyor. O da benim için zaman israfı oluyor toplamak ya da toplatmak. Gün içerisinde çok böyle, saatlik izinler başka konular, hastalıkları; başım ağrıyor, doktora gideceğim, yakınım geldi, aşağı ineceğim 20-25 tane çocuk. Bunların sorumlusu sizsiniz. Hocalar alanda

yok...” (55-SB-Hemşire).

“...Bu öğrenciler çok geliyor... Onlar böyle liseliler küçük... Oraya buraya saldırıyorlar, dağıtıyorlar mesela. Bakıyoruz diyorlar. O gelen öğrenciler de çok dikkat etmiyor, küçükler zaten, daha yaşları küçük belli onların...” (46-SB-Temizlik Personeli).

“...öğrenciler bizim hastanede yani intörnler var hem öğrenci hemşireler var. Herkes öğrenmek istiyor, deniyor, serum seti, enjektör en basitinden kontamine oluyor, bir şeyler yere düşüyor, ediyor. İntörn kan almaya falan çalışıyor, olmuyor. Biz de işimizi bırakıp yardım ediyoruz. Bunlara zaman ayrılıyor, malzeme ayrılıyor yani... Ben demiyorum olmasın. Biz de bu şekilde öğrendik...” (33-ÜH-Hemşire).

“...Sahiplenmiyor yani. O gittikten sonra ne olduğu önemli değil. Mesela hastanede şu an ambu yok. Elimde şu an sene sonuna kadar 20 adet ambu var. Burası 10 yataklı bir yoğun bakım. Her seferinde temizlemek zorunda kalıyoruz, deforme oluyor ve aynı malzeme sezeryanda da kullanılıyor ve adam orada bırakıyor, unutup, temizlemeye getirmiyor. Orada 4 tane ambu oluyor, burada bir tane kalmıyor. Adam çöpe atıyor...” (45-ÜH-Sorumlu Hemşire).

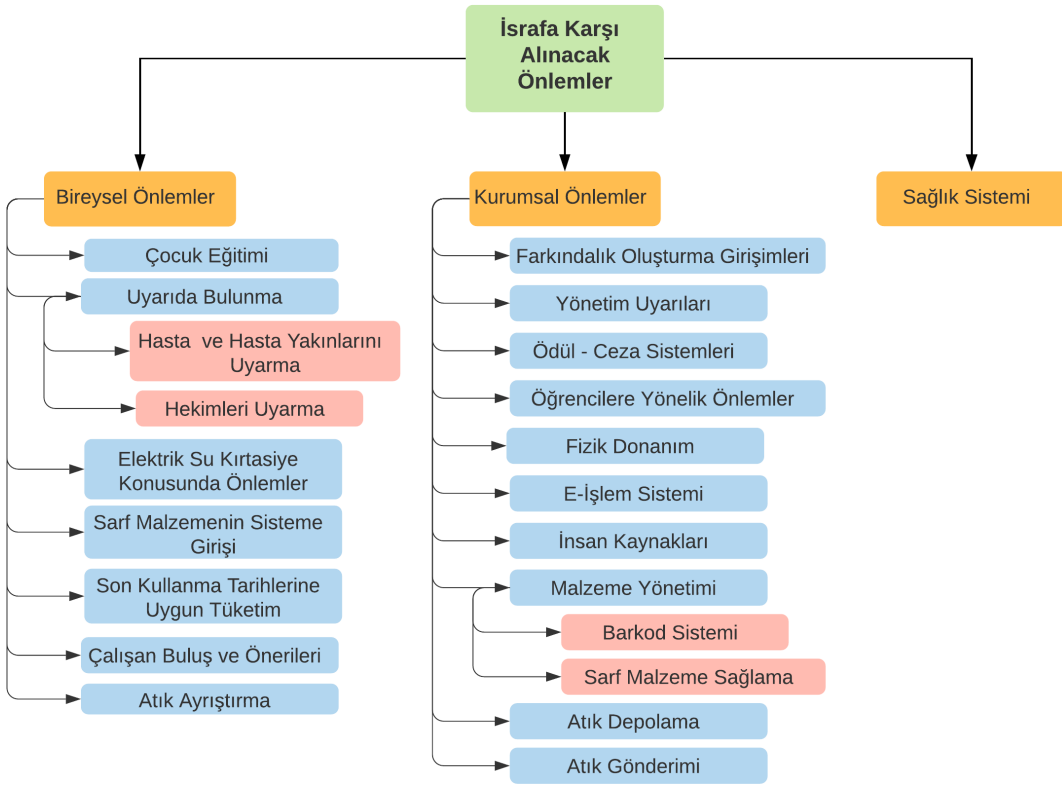
“...intörnler onlara özel olarak çıkışıyoruz zannediyorlar. Biz sadece hasta savunuculuğu rolümüzü yerine getiriyoruz. Hemşirelik öğrencileri daha dikkatli. Onlarda o kadar büyük ego yok. Nasıl olsun? Adamlar kaç sene okuyup geliyor. Bizimkiler liseli kıkır kıkır gülüyor, bilmem ne... Onlar da eziyor... Tabii hatalar var. Baştan buraya gelene kadar işte o uçurum oluşuyor. Sonra bizden bir şey öğrenmek zoruna gidiyor. Bu bence böyle...” (32-ÜH-Hemşire).

“... Kazalar oluyor. Sadece hemşire kaynaklı değil. Burada tıp öğrencileri de var. Özellikle onların kullandığı malzemeler de deneyimsiz oldukları için çok fazla oluyor, kontaminasyon oluyor. Bu durumda hastaya tekrar giriş yapılıyor. Dediğim gibi eğer hasta taburcu olmuşsa ve o giriş yapılmadı, unutulduysa böyle bir problem oluyor. Bu

israf olabilir... ” (28-SB-Hemşire).

4.1.2.4. İsrafa Karşı Alınacak Önlemler

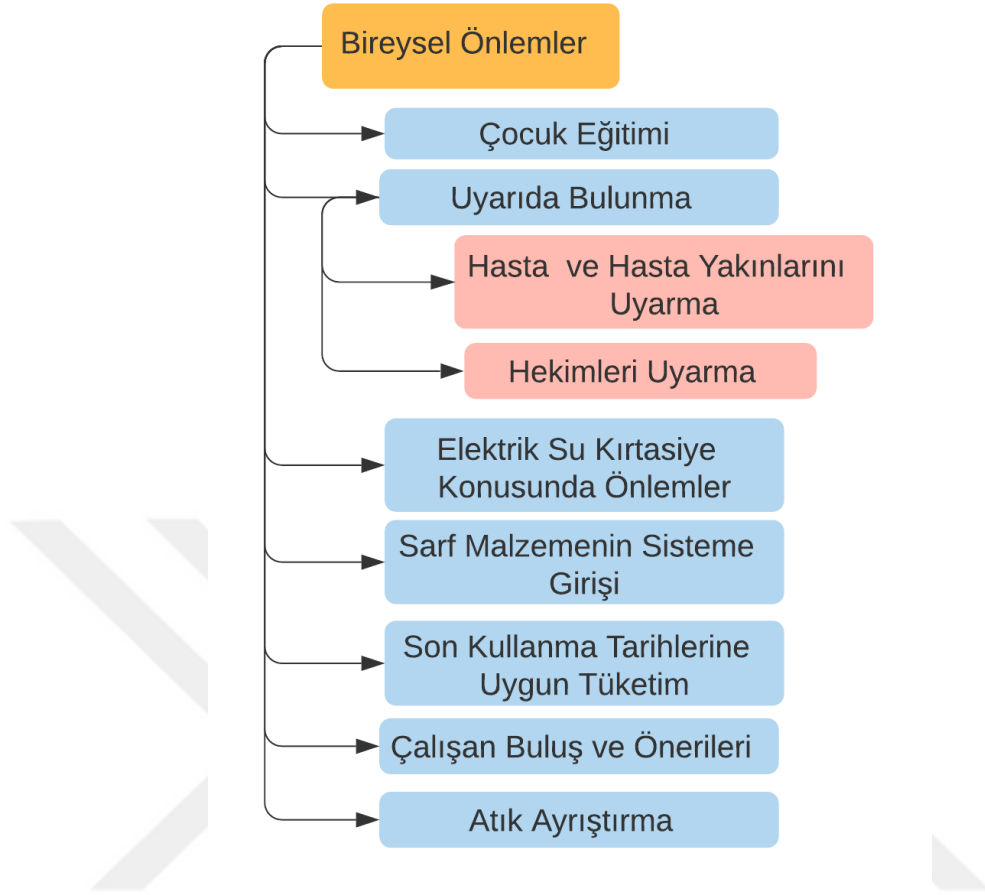
Hastane çalışanları ile yapılan görüşmeler sonucunda israfı önleme ana teması Şekil 4-13'te görüldüğü gibi “bireysel önlemler”, “kurumsal önlemler” ve “sağlık sistemi” şeklinde oluşturulan üç alt tema ve bu alt temalara bağlı kodlar şeklinde incelenmiştir.



Şekil 4-13: İsrar önleme ana temasına ilişkin oluşturulan alt tema ve kodlar

➤ Bireysel Önlemler

Yapılan görüşmeler incelendiğinde israfı önleme konusunda alınan bireysel önlemler “çocuk eğitimi”, “uyarıda bulunma”, “elektrik -su- kırtasiye konusunda önlemler”, “sarf malzemenin sisteme girişi”, “son kullanma tarihleri”, “çalışan buluşları ve önerileri”, “atık ayrıştırma”, şeklinde yedi koda ayrılmıştır (Şekil 4-14).



Şekil 4-14: Bireysel önlemler alt temasına ilişkin oluşturulan kodlar

Yapılan derinlemesine görüşmelerde katılımcıların aktardığı görüşler doğrultusunda oluşturulan “bireysel önlemler” alt temasına ilişkin bulguların dağılımı Tablo 4-7’ de ayrıntılı olarak sunulmuştur.

Tablo 4-7: Sağlık çalışanlarının bireysel önlemler alt temasına ilişkin görüşlerinin dağılımı

		SAĞLIK BAKANLIĞI																												
		DOKTOR								S. H.			HEMŞİRE							H.BAKIM			TEMİZLİK P.				SEKRETER			
		1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	-	1	2	3	4	5	6	7	1	2	-	1	2	3	4	1	2	-	-
Bireysel Önlemler	Çocuk Eğitimi	*	*	*								*							*							*				
	Uyarıda Bulunma	*	*						*													*	*	*	*					
	Elektrik- Su- Kırtasiye Konusunda Önlemler								*										*			*				*				
	Sarf Malzemenin Sisteme Girişi								*			*	*	*	*	*														
	Son Kullanma Tarihlerine Uygun Tüketim								*													*								
	Çalışan Buluşları ve Önerileri	*	*						*			*	*	*												*				
	Atık Ayrıştırma																		*			*	*	*	*	*				
		ÜNİVERSİTE HASTANESİ																												
		DOKTOR								S. H.			HEMŞİRE							H.BAKIM			TEMİZLİK P.				SEKRETER			
		1	2	3	4	-	-	-	-	1	2	3	1	2	3	4	5	6	-	1	2	3	1	2	-	-	1	2	3	-
Bireysel Önlemler	Çocuk Eğitimi																													
	Uyarıda Bulunma	*							*	*	*	*	*	*	*	*			*	*	*	*	*			*				
	Elektrik- Su- Kırtasiye Konusunda Önlemler	*							*													*				*	*			
	Sarf Malzemenin Sisteme Girişi	*							*	*																				
	Son Kullanma Tarihlerine Uygun Tüketim																		*			*								
	Çalışan Buluşları ve Önerileri	*	*						*	*		*	*	*	*				*			*								
	Atık Ayrıştırma																													
		ÖZEL HASTANE																												
		DOKTOR								S. H.			HEMŞİRE							H.BAKIM			TEMİZLİK P.				SEKRETER			
		-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	2	3	4	5	6	-	-	-	-	1	-	-	-	1	2	3	4
Bireysel Önlemler	Çocuk Eğitimi																													
	Uyarıda Bulunma								*			*	*	*	*	*						*				*				
	Elektrik- Su- Kırtasiye Konusunda Önlemler											*																		
	Sarf Malzemenin Sisteme Girişi											*														*	*			
	Son Kullanma Tarihlerine Uygun Tüketim																													
	Çalışan Buluşları ve Önerileri								*			*	*	*	*	*	*									*				
	Atık Ayrıştırma																													

Tablo 4-7 incelendiğinde bireysel önlemler konusunda her kurumdan sağlık çalışanının görüş bildirdiği, özel hastanelerden iletilen görüşler arasında hemşirelerin yoğunlukta olduğu görülmektedir.

- **Çocuk Eğitimi**

Araştırmaya katılan hastane çalışanlarından birçoğu yetişkin eğitiminin uzun dönemde davranış değişikliği yaratmayacağı görüşünü paylaşmıştır. Bu konuda çocukların kaynakların kısıtlı olduğu konusunda eğitilmesi gerektiğinin altı çizilerek, bu eğitimin etkinliği açısından öncelikle ailelerin bilinçlenmesi gerektiği dolayısıyla bu

çözümün birkaç nesil sonra kalıcı olarak sonuç verebileceği üzerinde durulmuştur. Yetişkinlerde israf davranışlarında değişiklik oluşturmada, önerilen çözümün ise para cezası olduğu görülmüştür. Katılıcıların, çocuk eğitimi alt başlığına ilişkin görüşlerine ilişkin alıntılara aşağıda yer verilmiştir.

“...Bu da ancak eğitimle mümkün olabilir yani, şu anda yetişkin birinin birdenbire herhangi bir uyarı ile ya da broşür ile davranış değiştireceğini açıkçası düşünmüyorum. Bir çocuklarımız israf etmeyecek ya da bilinçli bir şekilde yetiştirirsek ileride belki birkaç sene sonra gereksiz başvurularda bulunmayacaktır...” (31-SB-Hekim).

“...Bu insanların akıllarını çalıştırmaları lazım, eğitim almaları lazım, hastaneye doktora nasıl davranılır, dünyada bir tek kendini yaşamadığını anlamaları lazım... Onun için de çok uzun zaman lazım yani kolay kolay olmaz hadi kendi insanımıza eğittik diyelim, hep yabancı Suriyeli, Afgan... Onları ne yapacaksın alırken doldururken düşünmedin. Biz canımızla ödüyoruz. Bizim de çoluğumuz çocuğumuz var...” (34- SB-Hemşire).

“...Çözüm çocuklarda, çocuklara düzgün eğitim vermediğimiz sürece yaptığımız her uygulama bir yerde kısır döngüye girecek. Çünkü biraz önce de söyledim baştaki ilk söylediğim kısım kısa süreli çözüm... Uzun vadeli çözüm maalesef eğitim ama eğitimden kastım küçük çocuklara vereceğimiz düzgün ahlaki eğitimden bahsediyorum. İnsanlara bir yere gitmeyin demek değil de ne zaman gideceğini öğretmek, bu zor bunun için 250 yıl lazım. Bunun için çocukları yetiştiren ailelerin yani ilkokul, anasınıfı belki ortaokul ve aile... Biz görmeyeceğiz. Siz ne sorarsanız sorun çocuk eğitimi diye cevap vereceğim size...” (33-SB-Hekim).

“...o kafa düzelmez. Bu yaştan sonra... Bence daha çocukluktan öğreteceksin okulda mı artık hemen o kadarını ben bilemem güzel kardeşim. Ama bu yaşa gelmiş insanın kafasına artık düzelmez küçükken demiş atalarımız, ağaç yaşken eğilir...” (36-SB-Hasta Bakım Personeli).

- **Uyarıda Bulunma**

Hastane çalışanlarının, sadece yapılan davranıştan çok rahatsız oldukları durumda, yakın çevrelerine ve sadece bir kere uyarıda buldukları belirlenmiştir. Uyarıda bulunma davranışı Şekil 4-15’de görüldüğü gibi “hasta - hasta yakınına uyarma” ve “hekimleri uyarma” şeklinde iki alt başlık oluşturularak incelenmiştir.



Şekil 4-15: Uyarıda bulunma koduna ilişkin oluşturulan alt başlıklar

Hasta ve Hasta Yakınlarını Uyarma

Hastane çalışanları hasta ve hasta yakınlarının en fazla uyarılan grup olduğunu, birçok kez uyarılmalarına rağmen davranış değişikliği oluşturmada başarısız olduğunu iletmektedirler. Katılımcıların “hasta ve hasta yakınlarını uyarma” konusunda görüşlerinden elde edilen alıntılara aşağıda yer verilmiştir.

“...tabii biz söyleriz, hemşire söyler, yok. Bu saatten sonra kimse değişmez...” (40-ÜH-Hasta Bakım Personeli).

“...Yok. (gülüyor) hasta yakınlarına söylüyorum sadece...” (40-ÜH-Temizlik Personeli).

“...uyarırım hasta yakınları mesela suyu, ışığı, hiç dikkat etmez, uyarırım onları...” (50-ÜH-Hasta Bakıcı).

“... Evet ‘oraya atma diyorum mesela çöpleri’ diye. Hasta yakınları da hepten karıştırdı

bu kutulardan sonra... Eskiden bir evsel atık vardı bir tıbbi atık vardı. Şimdi hastalarda karıştırdı...” (22-ÜH-Hemşire).

“...uyarıyorum, uyarıyoruz söylüyoruz... Öğrenciler hadi öğrenme aşamasında... Ama hasta ve hasta yakınları, onları sürekli uyarıyoruz...” (39-ÜH-Sorumlu Hemşire).

“... Hayır, çok çok ciddi bir problem yaşanmıyorsa uyarı yapılmaz...”(gülüyor). (26-ÖH-Süpervizör).

“...Tabii tabii burada o zaten dediğim gibi bütün hasta yakınları, acısı olduğu için en ufak bir şeyde vallahi üstüne atlarlar adamın. Sen bana mı dedin? Kime dedin? Bir de geliyor zaten çoğu da Suriyeli anlaşıyor...” (35-SB-Temizlik Personeli).

“...beni gerçekten rahatsız etmesi gerekiyor uyarmam için diye düşünüyorum yaptığı şeyin...” (31-SB-Hekim).

“...söylüyorum ya ‘yazıktır günahtır’ diyorum hiç... Bir kulağından giriyor diğerinden çıkıyor, kimsenin umurunda değil...” (40-ÜH-Sorumlu Hemşire).

“...rol model olmak insanları yönlendirmek diyeyim... Aha geliyor... Yine kesin bir şey diyecek diyorlar ama iletişim kötü değil. Yine sorunu ben çözeceğim için, derdim hasta olduğu için, bir süre sonra şakalaşmaya dönüyor aramızdaki sorunlar karşılıklı anlayışla ve ikna etme çabalarım çok var yani... Beni biraz sevmiyorlar...” (44-ÜH-Sorumlu Hemşire).

“...Hemşireler uyarır genelde onlar sağlam durur. Bu konularla onlar ilgilenir. Vallahi paralarlar adamı...” (gülüyor). (48-ÜH-Hekim).

“...Ama hemşire malzemeyi falan düşünmez, hastaya kullanır yani. Para düşünmez. Hemşire zaten aslında iki kere malzeme kullanmak istemez. Zaten kendine sıkıntı en çok. Hemşireye dikkatli ol demek bile saçma...” (25-ÖH-Hemşire).

“...ya kapatıyorum ya da arkadaşlar kapatalım o tarafın ışıklarını diyorum. Bir diyorsun, iki diyorsun ertesi gece yine öyle. Antipatik oluyor devamlı da...” (32-SB-Hekim).

Hekimleri uyarmak

Sağlık çalışanlarının hekimleri uyarma davranışından kaçındıkları görülmüş olup bunu tepki almaktan çekinmelerinden kaynaklandığı görülmüştür. Hekimlerin uyarılmasını, uzun yıllar hastanede çalışmış deneyimli sağlık çalışanları zaman, iş gücü israfı ve iş yükü olarak belirtirken, genç, deneyimsiz çalışanların bu durumu stres kaynağı olarak tanımladığı ve her iki grubunda hekimleri israf konusunda uyarmaktan kaçındığı belirlenmiştir. Katılımcıların hekimleri uyarmak konusundaki görüşlerinden elde edilen alıntılar aşağıda belirtilmiştir.

“...Tabii tabii, dediğim gibi gereksiz tetkik istedi mi biz bunu sorguluyoruz. Yani hematoloji hastaları uzun yatıyor. Biz çok bilinçli oluyoruz. Bu hastanın atıyorum kan gazı daha yeni alınmış. ‘Yine alacak mıyız’ ya da ‘hemoglobün bir saat önce bakılmış, bir daha almanıza gerek var mı?’ diye tekrar uyarıyoruz ve onlar da bizi dinliyorlar. Yardımcı oluyoruz...” (34-SB-Sorumlu Hemşire).

“...eğer zaten tepki alırsam bir daha söylemem. Babanın mı? ‘Dünyanın parası kazanıyorlar, sana ne sen ne düşünüyorsun’ gibi tepkiler oluyor...” (23-ÖH-Hemşire).

“...Yok, ben kimseye bir şey söylemem. Çünkü çok yanlış anlaşılabilirsin. Döner sana ‘babanın malı mı’ der, bir şey der. Şimdi durup dururken, ben kendime bakarım...” (25-ÖH-Sekreter).

“... ne bilim sen karışma derler bimesin derler. Doğrudur da yanlış bir şey yaparım diye, ben kendim de ellemem zaten. Burada bankoda da bak say 5 tane bilgisayar var. Bunlara da doktorlar bakıyor işte, bunlar da hep açık doktor gidince kapatmıyor yani... Onlara da bir şey denmiyor. Biz bir tek hasta yakınına söylüyoruz. Çeşme'yi kapat, ışığı kapat diye...” (46-SB-Temizlik Personeli).

“...yakınlığıma göre uyarırım. Biri çıkar adamı bozar, istemem öyle. Doktor çocuklar çok geliyor gidiyor değişiyor, böyle anladın mı Kimin ne diyeceğini bilmiyorsun. Kimisini azarlasan güler, kimine azıcık ileri git desen eyvaaah. Karışmam öylesine yani işime bakarım...” (54-ÜH-Hasta Bakıcı).

“...hekimleri uyarmam da hasta yakını belki. Yani o da yanımda yapamaz belki ama, arkadan yapar...” (30-ÜH-Sekreter).

“...yok onlara demem hemşireler zaten kapatır. Yani ben hiç hemşireyi uyarmaya gerek duymadım ama doktorlar pek dikkat etmez...” (50-ÜH-Hasta Bakıcı).

“...yok hekimler, onlar yani... Ben özel bir şey yaptıklarını görmedim ama uyarmam da yani onlar tersleyebilirler. Sonuçta tahmin edemiyorum ben onları uyarmıyorum da, hemşire arkadaşlara söyleyebiliyorum...” (30-ÖH-Sekreter).

“...ben kendi arkadaşlarıma söylerim. Ama doktora falan söylemem, ya bir şey der...” (25-ÖH-Hemşire).

“...Doktora da söyleyebiliyoruz, onlar da bir sorun yok. Buralarda şu şöyle olsa daha iyi olur diye. Yani dinliyorlar bizi de dediklerimizi de yapıyorlar. Mesela işte hocam çıkarken kapatalım bilgisayarı diyoruz ya da temizliğe girdiğimde ‘hocam biraz müsaade eder misiniz’ diyorum. Tabii abla diyor. Buyur diyor, müsaade ediyor. Çünkü genellikle söylüyoruz...” (44-SB-Temizlik Personeli).

- **Elektrik – Su - Kırtasiye Konusunda Önlemler**

Hastane çalışanları genel olarak kırtasiye malzemeleri ve hastane kaynaklarını dikkatli kullandıklarını iletmekle beraber alınan önlemlerden bir kaç tane atılacak kağıtların arkasını kullanmak, atık ayrıştırma konusunda duyarlı olmak, geceleri ışık ve televizyonların kapanması olarak iletilmiştir. Katılımcıların “elektrik – su - kırtasiye konusunda önlemler”e ilişkin görüşlerinden elde edilen alıntılara aşağıda yer verilmiştir.

“... Yani genel olarak baktığımda çok fazla yok gibi yani nedir, ışığı kapatabiliriz, bilgisayarını kapatabiliriz. Hasta anlamında çok fazla yaptığımız bir şey olduğunu düşünmüyorum...” (34-SB-Sorumlu Hemşire).

“...Öncelikle yazıları gerçekten çok dikkatli yazıyorum, yazdırmadan 40 kere kontrol ediyorum çünkü yoksa tekrar basmam gerekecek, zaten toner yok. Ne zaman gelir belli değil yani israf edecek bir imkan da yok bu hastanede...” (32-ÜH-Tıbbi Sekreter).

“...Doktorlar da önemsemez. Malzemeyi bulamazsan da bağırır çağırır. Bulmaya çalışan hemşire olduğu için herhalde... Zaten sadece o önemsiyor. Her şey o zaten buranın annesi gibi. Mesela tahlil sonuçları diyelim hasta kendisi ister, doktor ister, intörn gelir ister, 40 tane basılır sonra dosyasına bak olmaz, kaybolur yine ister, iste, ister... Hemşire ne yapar? Açar bilgisayardan bakar. Görüyoruz yani ne yalan söyleyeyim...” (30-ÜH-Sekreter).

“...O kadar çok malzeme yok ki... Ben en çok elektrik diye düşünüyorum. Hep açık kalıyor, unutuluyor... Gün ortasında bakıyorum hala açık mesela... Koridorlar da öyle.” (44-ÜH-Sorumlu Hemşire).

“...Evet hem hayır yani. Işıkları falan söndürürsün ama büyük ölçekte çok baştan düzenlenmesi gerekir. Bazı şeylerin... Hani küçük ölçekli, basit kalır faydası olur mu olur ama başka? Valla dediğim gibi en baştan personel sayısına kadar yeniden düzenlenmesi

gerek. Ben ne yapacağım yani suyu kapatırım en fazla kullandıktan sonra yani. Herkes en az evindeki kadar yapsa bir fark olur...” (48-ÜH-Hekim).

“...Ben ışıkları kapattım ama uyarı yedim. Yasakmış. Ama yalan yok son 1 2 aydır yine kapatıyorum bir şey demiyorlar. Elektrik için mesela supervizorla tartışma içindeyim devamlı. Hepsi değil de bir kişi. O kapatma diyor...” (25-ÖH-Hemşire).

“...Işıkları kapatıyorum, görürsek bilgisayarı kapatıyoruz, klimaları, suları kapatıyoruz hepsini kapatıyoruz...” (44-SB-Temizlik Personeli).

- **Sarf Malzemenin Sisteme Girişi**

Malzeme israfını en aza indiren önlemler arasında sağlık çalışanlarının hastaya kullanılan sarf malzemelerinin sisteme girişinin çok fazla zaman alması nedeniyle zaman israfına yol açtığı belirtilmiştir. Katılımcıların sarf malzemelerin sisteme girişleri ile ilgili görüşlerinden elde edilen alıntılara aşağıda yer verilmektedir.

“...Tabii bizim depomuz var ama bunun içinde belli başlı malzemeleri stoklandı. Her malzemeyi stok alamayız çünkü... Bence mesela orada iki tane enjektör varsa bir tanesini açacaksan gelmesi gerek. Yoksa ‘açmayayım çünkü iki tane var zaten’ diyeceksin ve isteyeceksin tekrardan malzeme gelecek o anda acil bir şey olabilir gibi düşünüp... Hani işimi böyle tek malzemeyle de çabuk bitirmeye çalışıyorum, çabuk değil de kullanmamaya çalışıyorum hep...” (24-SB-Hemşire).

“...bizim depo sayımlarımız oluyor. Bu sayımları Sorumlu Hemşiremiz yapıyor. Malzeme eksik olduğu zaman o istem yapıyor, her hastanın da sarf malzemesi kendine giriliyor daha böyle enjektör falan gibi ufak tefek şeyleri zaten toplu giriyoruz ama bazı hastaların özel kullanması gereken malzemeler oluyor. Onların fiyatları da zaten farklı onları hastaya giriş yapıyoruz, işte kime kullandıysan ona...” (28-SB-Hemşire).

“... Biz dahiliye kliniği hasta başı ilaç çekiyoruz, malzemelerin bir kısmını da toplu çektiğim malzemeler var bütün kliniğe gerekli olan, sarf malzemeleri alıyoruz. Hastaların üzerine düşüyoruz toplu düşündüklerimiz ayrı. Örnek vermek gerekirse enjektör, hasta alt bezi insülin enjektörü, strip, lanset, idrar torbası gibi malzemeleri toplu düşüş ama haftalık 1 haftalık geçmeyecek şekilde stoklarımızda düzenliyoruz. Birebir 212'de yatan filanca isimli hastanın altı bezleniyorsa, gerçekten günlük 2 bez mi harcadık iki tane bağlama bezi hastanın üzerine bu sonda mı taktık foley sonda hastanın üzerine ama idrar torbası mesela haftalık kliniğin ihtiyacı sayısınca toplu düşünen bir şey. Onun dışında depolar ile ilgili sayımlarımızı yapıyoruz...” (55-SB-Hemşire).

“...Çocuk kliniği mesela bistüriler, şeffaf örtüler, kanüller için. İşte ben bu hafta şuna şu kadar kullanacağım, diye bir liste gönderiyorum o çıkış yapıyor bana. Artarsa buradaki depoya koyuyorum. Artı demirbaşlar var. Demirbaş bağlı tasarruflar var bir de bağışlar var... Onları da bir yerde depoluyoruz öyle ama kapsamlı bir depo değil. Öyle servise alınanlardan koyduğumuz bir yer olarak düşünme...” (44-ÜH-Sorumlu Hemşire).

“... Yine de sorun çıkıyor ve bu bize kadar geri dönüyor. Hasta ilişkilerine, maliye ilişkileri bize geliyor illaki... Biz hastaya açıklamamızı yapabilecek durumda oluyoruz her zaman. Çünkü dediğim gibi hemşireler özellikle. Bunun için zaten sistemler getirildi, barkod sistemi getirildi. Mesela ben de yardımcı oluyorum hemşirelere ama sonuçta kime ne kullandıklarını onlar bildiği için, yine girişleri onlar yapmak zorunda kalıyorlar... Ama zaten malzeme girişi yapmadan da hemşireler boşu boşuna bir malzemeyi açtığını ben görmedim, açmaz yani. Bu barkod sistemi daha çok hastaya bir hesap dökümü çıkarabilmek için getirildi. Hangi malzeme hangi hastaya kullanıldı onun hesabına giriş yapıyor. Yani daha çok israf için değil de ve fiş çıkarmak için gibi düşünebilirsiniz. Hani hasta sonuçta bu malzemeyi kullandığı için ödemek durumunda kalıyor. Hasta ya da SGK hastanenin para kazanması açısından. Yani sonuçta burası da bir işletme baktığımız zaman. Özel bir işletme ve büyük bir işletme ve tabii dışarıdaki ücretlerle aynı şekilde ücretlenmiyor ama hastalarda buraya zaten bunu bilerek geliyor...” (30-ÖH-Sekreter).

“... Mesela biz hastaya ne kullandıysak giriyoruz. O şekilde yani toplu olmuyor. Gündüz

şifti gece şifti ayrı giriyor. O yüzden bence bu iyi yani. Hem hastaların bir birine şeyi geçmiyor. Ama israftabii ki oluyor o da şöyle: diyelim ki bir ilaç hazırlamaya 3 4 enjektör gidebiliyor bazen ama o da normal yani. Çok maliyetli bir şey değil zaten...” (25-ÖH-Hemşire).

“...Biz direkt konuşmayız başkasıyla malzeme depolama gibi yine yazıları yazar, depoda kırtasiye yani isteriz. Bizim öyle kendi depomuz yok, bittikçe kırtasiyeden gelir, istek yaparız o şekilde...” (25-ÖH-Sekreter).

- **Son Kullanma Tarihlerine Uygun Tüketim**

Sağlık çalışanları, birimlerde malzeme ve ilaç depolama şeklinde stok oluşturulmasının bir israf davranışı olduğunu vurgulayarak, elde bulunan malzeme ve ilaçların son kullanım tarihine göre dizilmesi ve bu tarihlerden önce tüketilmesinin, tüketilmediği durumda gerekli prosedürün uygulanarak ilgili birimlere yönlendirilmesinin alınacak önlemlerin başında geldiğine değinmişlerdir. Hastanelerin özellikle yoğun bakım birimlerinde kullanılan özel temizlik ürünlerinin açıldıktan sonra belirlenmiş bir sürede tüketilmesi gerektiğinden, hazırlandığı anda üzerine hazırlanma tarihinin yazılmasının son derece önemli olduğu vurgulanmıştır. Katılımcıların, malzeme, ilaç vb. kaynakların “son kullanma tarihlerine uygun tüketim”ine ilişkin görüşlerinden elde edilen alıntılara aşağıda yer verilmektedir.

“Bizim depomuz var temizlik malzemelerini koyduğumuz nedir? Bezimiz, sabunumuz, çamaşır suyumuz, baktrobanımız... Bunların bir de hazırlanma usulleri var yani öyle ayarlıyorsun işte... Ona göre biz yapıyoruz. Onun bir de kullanma süresi var, 3 gün üzerine tarihi yazıyoruz o tarihten önce de onu kullanıyoruz bitirmeye çalışıyoruz...” (38-SB-Temizlik Personeli).

“...Bizim için devlete zarar. Yani onun önlemek amaçlı biz israfı önlemeye çalışıyoruz nedir eğitim veriyoruz bol bol hasta yakınlarına, hemşire, personellere malzemelerin kullanım tarihlerini çok iyi kontrol etmeye çalışıyoruz ki miadı geçmesin. Bir an önce kullanalım ya da kullanmassak daha çabuk kullanacak bir yere geçsin veya mesela acil

arabalarımız var mecburen oradaki miatları biz sürekli kontrol ediyoruz. 3 ay kala ben onu eczaneye gönderiyorum. Onlar yeni miatlarıyla gönderiyorlar o şekilde değerlendirmeye çalışıyoruz. Pediatrik hasta yok mesela ben de ama bizde de yine pediatrik ambu tutuyoruz, ne olur ne olmaz diye...” (34-SB-Sorumlu Hemşire).

“...mesela mesela, malzemeyi dikkatli yani istek yapma tarihine göre kullanırım ya da ne bileyim dikkat ederim yani...” (50-ÜH-Hasta Bakıcısı).

“... Baktroban ölçerek eğer enfeksiyon varsa, gerekiyorsa... Hani o da yani 1 litre suya 10 cc sulandırıyoruz. Onu da 48 saatte bir değiştiriyoruz. Değiştirmen gerekiyor onu, sürekli kullanamıyorsun öyle. Bu enfeksiyonlu hastalar için çok şükür öyle çok olmuyor, enfeksiyonlu gerekmiyor fazla ama yine de gerektiği zaman öyle kullanıyorum Tarih atarak saat tutarak. Mesela bugün hazırladık 30 bugün değil mi 2.00 gibi hazırladım değil mi iki gün sonra mesela ikisinde yine bir buçuk iki gibi değiştiriyorsun yine suyu tutamıyorsun yani...” (48-ÜH-Temizlik Personeli).

“...Son kullanma tarihlerine dikkat ediyoruz onları daha öne koyuyoruz mesela ya da acil müdahalede yapılacak olanları daha öne koyuyoruz ulaşması kolay olsun diye, ilaçlara bakıyoruz ilaçları kontrol ediyoruz son kullanma tarihlerine göre son kullanma tarihi geçenleri eczaneye geri gönderiyoruz bu...” (30-SB-Hemşire).

- **Çalışan Buluş ve Önerileri**

Katılımcılar pansuman için büyük olacak şekilde alınmış malzemelerin kesilerek küçültülmesi şeklinde kullanılması, ilaçların saklama koşullarına uygun şekilde saklanması ve eksik malzeme bulunamadığında eldeki malzemelerin amacı dışında değerlendirilmesi gibi yaratıcı çözümler üretildiğini ve bunun kaynak israfını önlemede önemli olduğunu vurgulamışlardır. Ayrıca, sekreterlerin, formları kağıt israfı olmayacak şekilde yeniden düzenlemesi, epikrizleri özet şeklinde yazıcıdan alması ve kalemlerin bankoya iple bağlanması gibi çaba gösterdiği ve bunun sağlık kurumlarında israf davranışını önleme yolunda atılan adımlardan sadece birkaçı olduğu üzerinde durulmuştur. Hastanelerde malzeme eksikliğinin çoğu zaman çalışanları yaratıcı

çözümler üretmeye zorladığı ve özellikle hastane prosedürlerinin isradı önleme açısından gözden geçirilerek yeniden düzenlenmesi gerektiği belirtilmiştir. Katılımcıların çalışanların buluş ve önerilerine ilişkin görüşlerinden elde edilen alıntılara aşağıda yer verilmiştir.

“...Şöyle mesela küçük bir yarayı büyük bir malzeme ile kapatmak istemezsin. Hani onun küçüğü yoksa kestiğimiz oluyor ama çok nadir. Çünkü küçük malzeme olmadığını görünce istek yapıyoruz ve geliyor. Genelde de geliyor yani hızlı bir şekilde. Sterilizasyonunu da bozmamak gerektiğini düşünüyorum. Tutumlu olacağım diye hastadan malzeme saklamak da olmaz...” (26-SB-Hemşire).

“...Bunun dışında şeyde oluyor ilaçlar ile alakalı atıyorum buzdolabında sulandırarak 24 Saat saklayabiliyorsun. Bu akşam uygulanacaksa eğer ben bunun saklandığında biliyorsam sabah, bilmiyorsam iki filakon açıyorum, kalanı atıyorum akşamı bir daha açıyorum. Çünkü atıyorum ama biz bildiğimiz için tek flakon açıyoruz. Yarısını kullanıp saklıyorlar, uygun koşullar sağlanırsa akşam da kullanıyoruz. Aynı hasta olunca böyle... Bir filakon israf etmemiş oluyoruz. Bunları biz takip etmeye başladık yani takip etmeye çalışıyoruz özellikle, çünkü bunlar çok pahalı ilaçlar...” (34-SB-Hemşire).

“...şöyle parasentez için mesela kullanıyoruz. Arkasına da 50cc enjektörle torasentez veya şey gibi spinal iğne yerine...” (55-SB-Hemşire).

“...En azından bizim sekreteryamızda çok olmuyor. Biz çok dikkat ediyoruz. Gereksizse vermiyoruz, gerekiyorsa veriyoruz. Mesela epikriz isteniyor sadece bir doktor okuyacaksa onları da birine sadece gösterecek ders, biz özet yazıp çıkarıyoruz...” (40-SB-Sekreter).

“...mesela şu geldi aklıma çarşaf sıkıntısı çok oluyor. Biz de ne yapıyoruz eski yıpranmış çarşafı kesip yastık kılıfı ya da bez olarak kullanıyoruz, personel toz neyin alıyor...” (40-ÜH-Hasta Bakım Personeli).

“...Evet, şimdi yine aynı şeyleri söylemiş olmak istemiyorum. Ama malzeme olmayınca kendimiz üretiyoruz. Ne yapıyoruz o gün elimizde serum seti varsa ucunu kesiyoruz, burun yıkama da kullanıyoruz ya hani sterilliği bozulmadan mesela hasta yararlı gözeterek...” (33-ÜH-Cerrahi Hemşiresi).

“...Aşırı stok yapmam, aşırı ilaç çekmem depoları ilk geldiğimde ben erittim zor stoklama konusu son kullanma tarihi yoksa... Sonu zarar onu sevmiyorum. Ara ara girer boşaltırım, dış reçete alıyorsa mesela bir sana bir ona sıraya koyarım, o şekilde kendi stratejilerin var veya çalışıyorum bunları konuşup yanıyoruz en son mesela kuvöz içi bez yok onları vakıflardan yardım istedik. Kaynak yaratmak adına. Ne oldu hasta eski çarşafı kestik koyduk hani böylece israf edilmeyip çocuğun ihtiyacına yönelik. Burası büyük bir kurum... Güzel Sanatlar öğrencileri gelsin duvarları rengarenk boyası neler mesela. Millette bir mesaj atsın mesela dönem Projesi olarak bilgisayarlı gelsin kadın doğuma bir program yazsın işimizi kolaylaştırsın ve böylece not alsın bunu yap olabilir kendi kaynaklarımızla...” (44-ÜH-Sorumlu Hemşire).

“...Bir de şey mesela çam uçlu enjektör var. Onların ucu olmadığı zaman serum setini kauçuk ucunu takıyoruz, orada amaç dışı kullanıyoruz ama işimize o şekilde yarıyor öyle kapatıyoruz...” (39-ÜH-Sorumlu Hemşire).

“...Mesela bir denetçi olabilir. Dikkat ediyor muyuz diye uyarabilir bizi. Aslında rahatsız da olunabilir bundan, sürekli olursa. Yani sadece bir fikir olarak söyledim. O şöyle oluyor mesela sonda stopperi yoksa ampul kapağı takıyoruz. Hızlı olsun diye. O an yani geçici olarak. Önermiyorum da...” (25-ÖH-Hemşire).

“...Bilmiyorum kurşun kalemle yazılabilir, silinebilir sonra hastanın adını yazmadan dosyasında tutmaya çalışıyorum bazen, sorumlu hemşiremiz gördüğü zaman eksik olarak nitelendirilebilir bu dosyayı ama...” (28-SB-Hemşire).

“...gereksiz kullanımı oluyor diyemem ama amacı dışında bazen görüyorum çocuklarımın burnundan sekresyonları çekerken falan... Farklı nazogastrikler kullanıyorlar hemşire hanımlar işlerini kolaylaştırmak için ya da hemen elinin altında o malzeme varsa, hastaya da zarar vermediğimiz müddetçe ben bir sıkıntı oluşturduğunu düşünmüyorum. Bunun israf olduğunu da düşünmüyorum. Eğer ihtiyacı karşılıyorsa ve o anda o varsa yaratıcılık olarak bakıyorum. Eğer çok aşırı pahalı bir malzeme kullanılmadıysa... Bence sıkıntı değil...” (35-SB-Hekim).

- **Atık Ayırıştırma**

Hastane çalışanları, atık ayırıştırma konusunda oldukça duyarlı olduklarını iletirken, hasta yakınları için aynı şeyi söylemenin zor olduğunu iletmişlerdir. Hastane çalışanları, atık ayırıştırma kutularının içindeki uygun olmayan atıkları elleriyle ayırmak zorunda kaldıklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların “atık ayırıştırma” konusundaki görüşlerinden elde edilen alıntılara aşağıda yer verilmektedir.

“...bir dakika en çok israf edilen ne biliyor musun? Biz atıkları ayırıştırıyoruz; evsel atık, tıbbi atık diye... Kutulara sürekli saçma sapan şeyler atılıyor, hemşireler yani... Hastane çalışanı da yapıyor bunu...” (25-ÖH-Hemşire).

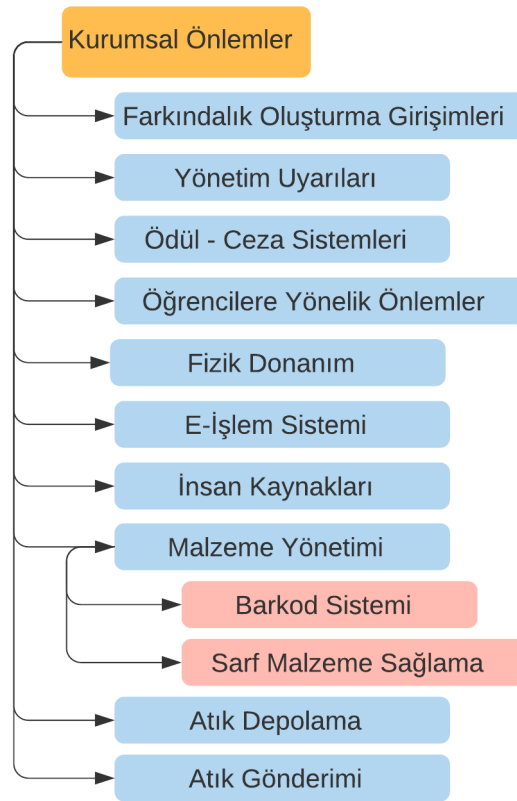
“...Ben burada, bir de arkadaşımınla birlikte çalışıyoruz. O da bana sorar zaten. Biz çok dikkat ederiz. Çöpleri bile ayrı ayrı atarız ona da gösteriyorum. “Bu kolileri tek tek katlayacağız. Kağıt atığa götüreceğiz”. Biz çok dikkat ederiz biz de olmaz ama...” (38-SB-Temizlik Personeli).

“... Yani benim bildiğim artık atıklar var. Tıbbi atıkları yapıyoruz, şimdi sıfır atık projesi geldi. O mesela olur mu bilmiyorum. Bunlar da şey, bu kullanılan çöpleri tekrardan geri kazandırılması şeklinde. Bizim burada ayırştırmamız gerekiyor. Buraya dizdik işte camlar bir yerde, kağıtlar bir yerde gibi bunu hasta yakınlarına anlatamıyorsun ama hastane personeli yapıyor...” (35- SB-Temizlik Personeli).

“...buralarda bakmıyor hangisi diye kesinlikle bakmıyor ve çöp konusunda da yani ekmek içinde idrar tüpü var, her şey var camın içinde işte, başka şeyler var yani karışık hepsi karışık bir de...” (44-SB-Temizlik Personeli).

➤ Kurumsal Önlemler

Yapılan görüşmeler incelendiğinde israfı önleme konusunda alınan kurumsal önlemler alt teması “farkındalık oluşturma”, “yönetimin uyarıları”, “ödül- ceza sistemleri”, “öğrencilere yönelik önlemler”, “fiziki yapı ve donanım”, “e-order sistemleri”, “insan kaynakları”, “malzeme yönetimi”, “atık depolama”, “atık gönderimi”ve “yapı- donanım önlemleri” şeklinde 10 koda ayrılmıştır (Şekil 4-16).



Şekil 4-16: Kurumsal önlemler alt temasına ilişkin oluşturulan kodlar

Yapılan derinlemesine görüşmelerde katılımcıların görüşleri doğrultusunda elde edilen veriler kapsamında oluşturulan “Kurumsal önlemler” alt temasına ilişkin görüşlerinin dağılımı Tablo 4-18’de ayrıntılı olarak sunulmuştur.

Tablo 4-8 incelendiğinde kurumsal önlemler alt temasına ilişkin görüşlerin özellikle insan kaynaklarına ilişkin önlemler ve malzeme yönetimi kodlarında yoğunlaştığı ve Sağlık Bakanlığı hastanelerinde görev yapan sağlık çalışanları tarafından yoğun olarak değinildiği görülmektedir.

- **Farkındalık Oluşturma Girişimleri**

Yapılan görüşmelerde sağlık çalışanları tarafından, hastalar ve hasta yakınlarının israf davranışları konusunda farkındalık kazanmaya gereksinimleri olduğu belirtilirken, hastane yönetiminin bu konuda yetersiz kaldığı iletilmiştir. Uyarılar, çarpıcı resimler, eğitimler, gün içerisinde farkına varılmayan israf davranışlarının azaltılması amacıyla atılacak bir adım olarak tanımlanmaktadır. Atılacak bir diğer adım olarak ise sosyal medyanın bu amaçla kullanımı önerilmiştir. Katılımcıların “farkındalık oluşturma girişimleri”ne ilişkin görüşlerinden elde edilen alıntılara aşağıda yer verilmiştir.

“...Sadece eğitim, hasta yakınlarına eğitim, hastalara eğitim, denetim. Aynı zamanda da bilinç kazandırmak.Bence personele özellikle...” (34-SB-Sorumlu Hemşire).

“...Benim de yani şimdi siz söyleyince, bütün hareketlerimi gözümün önünden geçiriyorum. Hiçbir şey dikkat ederek, şöyle çok aşırı derecede ‘suyu açık bırakayım’ işte şey ‘açık bırakayım de gideyim’ öyle biri değilim ama ekstradan dikkat ettiğim hiçbir şey yok. Gerçekten yok...” (24-SB-Hemşire).

“...Ben burada çalıştığım dan beri hiç karşılaşmadım. Ama mesela şimdi siz sorduktan sonra düşünüyorum ki. Bu konu daha önce açılmış olsaydı, belki size daha farklı cevaplar verirdim. Benim farkındalığım da olurdu...” (28-SB-Hemşire).

“...biraz daha farkındalık kazanması lazım hem çalışanların, hem hasta yakınlarının...” (30-ÜH-Sekreter).

“...farkındalık için müdürlere de söyledim, hastane sisteminden kritik konularda uyarı gelebilir. Mesela şu an el yıkamak hayat kurtarır, işte mesajlar gelebilir sosyal medyadan, cep telefonları ya da farkındalık günleri oluşturulabilir...” (44-ÜH-Sorumlu Hemşire).

“...Önce farkındalık, sonra görev tanımına uygun iş. Bunu nasıl yaparız bilmem, yani malzemeymiş, şuymuş. Bunlar da önemli, bu tabii benim görüşüm...” (29-ÜH-Sekreter).

“...Bence bilinçlenerek önlenabilir. Bence üstlere bildirilmeli böyle durumlar. Bazı düzenlemeler gelebilir. Geçen gelmişti elektrik için falan. O yazıda sadece elektrik hatırlıyorum. Faydası oldu bence fark ettik. Sonuçta burada kimse dikkat etmiyor...” (23- ÖH-Hemşire).

“...Farkında değilim, yaptıklarımın da farkında değilim. Şu an birçoğunun farkına varıyorum. Bu konu hakkında daha uzun konuşmak isterim. Daha uzun düşünmek isterim burada yaptıklarımızı...” (35-SB-Hekim).

“...Kamu Spotu çok işe yarayabilir. Acil böyle bir şeydir, acile gitmeniz gerektiren durumlar, acil dediğin hasta budur şeklinde. Çünkü şu an insanlara ulaşmanın en iyi yolu sosyal medya ve televizyon buradan insanların eğitim verilmeli...” (33-SB-Hekim).

“... Belki de biz hiç bu gözle bakmadık yaptığımız çalışmalara. Aslında daha çok vardır ama bu da bir dikkat oldu. Bize bir farkındalık olsun, tekrar gelirsiniz...” (44-SB-Temizlik Personeli).

“...Vallahi ne yalan söyleyeyim şimdi siz sorunca bir düşündüm ‘dikkat ediyor muyum’ diye o kadar alışmışız ki har vurup harman savurmaya...” (36-SB-Hasta Bakım Personeli).

- **Yönetim Uyarıları**

Hastane çalışanları israf konusunda en fazla uyarıyı, depo sorumlularından fazla malzeme istediklerinde aldıklarını iletmişlerdir. Bunun yanında yönetim toplantıları, alınan kararlar, kalite biriminin çabaları üzerinde durulmuştur. Katılımcıların “yönetim uyarıları”na ilişkin görüşlerinden elde edilen alıntılara aşağıda yer verilmektedir.

“...bu zaten hastanemizin yönetiminde, toplantılarda konuştuğu ilk konu. Başhekimlik, direk konuştuğuna şahit oldum birkaç kere. Lütfen hastada gereksiz tetkik istemeyin tarzında...” (55-SB-Hemşire).

“... Biz genel olarak zaten pasif agresifiz. Bizim ülkemizin sorunu bu ve bu düzelmiyor, uyarılar işe yaramaz. Hayır...” (47-SB-Hekim).

“...ondan yazı falan yolluyorlar, dikkat edelim diyorlar. Çok peşine düşmüyorlar ama bence... Bunlar küçük kalemler, öyle baskı bir şey yok...” (28-ÖH-Sekreter).

“...Bazen o kadar da gelmez. Biz 5 isteriz 3 gelir. Bir ara kısıtlamaya gidildi, yazılar yollandı, elektrikler, sular, ziyan etmeyin diye, o ara mesela hep az malzeme geldi...” (25-ÖH-Sekreter).

“...Özellikle doktorların bilgisayarları hep açık. Hatta bunun için genel bir uyarı yayınlandı geçenlerde...” (26-ÖH-Süpervizör).

“Mesela eldiven çok fazla istersek, depo ya da satın alma arayıp ‘neden bu kadar çok istediniz’ diye soruyor. Atıyorum kalem, ‘neden bu kadar gidiyor’ diye açıklama istiyorlar bizden. Takip ediyorlar...” (26-ÖH-Hemşire).

“...yani hastanenin bu konu ile ilgili özel bir şey yaptığımı düşünmüyorum. Ama bu doktorların gereksiz tetkik istemesi ile ilgili konuşulduğunu, hata kalite biriminin de bu

konu ile ilgili çalışmalar yapacağını duydum, daha bir şey görmedim...” (30-SB-Hemşire).

- **Ödül-Ceza Sistemleri**

Hastane çalışanları israfın önüne geçilmesi konusunda yetişkin eğitiminin yararlı olmayacağını ve para cezası gibi caydırıcıların kullanımının uygun olduğu görüşünü iletmektedirler. Aynı şekilde daha az kaynak israf eden servislerin ödüllendirildiği bir sistem akıllara gelse de suistimal edilebilir olması yönünden değerlendirilmesi gerektiği iletilmiştir. Katılımcıların “ödül-ceza sistemleri”ne ilişkin görüşlerinden elde edilen alıntılara aşağıda yer verilmiştir.

“...Dediğim gibi en baştan çözülmesi gereken temel problemler var. Bu nedir? Eğitimdir, ahlakıdır... Sonra sonrasında sistemdir, bilinçtir, farkındalıktır. Bunlar olmadığında yönetim en fazla yasak getirir, sınır koyar. Bu sınırlar yeni hataları doğurur...” (35-SB-Hekim).

“...Biraz benimki sert oluyor bence ama insanlardan parasını keserseniz insanlar yapmazlar. Erişkini eğitmenin tek yolunun para cezası olduğunu düşünüyorum çünkü eğitim maalesef biz de çok işe yaramıyor. Eğitim işe yaramıyor. Eğitimin işe yarayabilmesi bireylerin bunu içselleştirmesi gerekiyor...” (47-SB-Hekim).

“...İlla sen git cebinden 5000 ver mi demem gerek mübarek. O yüzden demirbaşlar kişilere geçildi. Seviyor muyum? Olması gereken bu değil ama insanlara bunun kurumsal olduğunu, kurumdan çıkan paranın senden benden çıktığını anlatamayınca işte... Ödül olabilir. Küçük şeyler, büyük yük getirmeyecek. İnsanların hoşuna gider ya...” (44-ÜH-Sorumlu Hemşire).

“...Cezalar işe yarar mı? Ya şu anda sesli düşünüyorum. Belki bir yere kadar ama ‘cezası neyse öderiz’ diyen tipler de çıkmaz mı? Çıkabilir...” (33-SB-Hekim).

“...Ama bunlar kısa vadeli uyarı, kınama, ceza. Bunlar kısa vadeli, sadece ceza ile

çözülecek olsaydı ceza hukukundan sonra kimse suç işlemezdi ama dünya suçla kaynıyor...” (33-SB-Hekim).

“...Bu da ancak eğitimle mümkün olabilir. Bu yaştan sonra kimseyi değiştiremessin. Ceza olabilir, para cezası olabilir, acile gelenlerden ücret alınabilir, ama insanlar isyan eder. Ne bileyim işte ya politikalarla, siyasetle...” (30-SB-Hemşire).

- **Öğrencilere Yönelik Önlemler**

Hastane çalışanları genel olarak öğrencilerin kontamine ettiği malzeme israfını kabul edilebilir bulduklarını ama simülasyon ve farkındalık eğitimlerinin düzenlenerek, bu süreçte yapılan israfın da önüne geçilebileceği iletilmişlerdir. Ayrıca, sağlık çalışanlarının iş yükü ve zaman israfını önlemek açısından öğrencilerin yanlarında görevli bir eğitmen ile beraber uygulamalı eğitimlere katılmaları üzerinde durulmuştur. Katılımcıların “öğrencilere yönelik önlemler” ile ilgili görüşlerinden elde edilen alıntılara aşağıda yer verilmektedir.

“...Yani öğrencilerin malzeme harcamasının önüne geçilebileceğini düşünmüyorum, enjektör harcamasının önüne geçilebileceğini düşünmüyorum...” (28-SB-Hemşire).

“...öğrencilerin hocaları başlarında değil, eskiye dönüp gitmek istemiyorum ama alanda öğrenci ile birlikte olurdu deneyimli biri... Ama şu an öyle değil...” (55-SB-Hemşire).

“...Özel hastanede falan simülasyonlar var diyorlar, burada nerde işte... Öyle olunca israf oluyor. Yanlış malzemeyi açıyor, bazen incelemek için ölçüyor. Hadi onlar tekrar sterilizasyona gitmesi, gelmesi...” (33-ÜH-Cerrahi Hemşiresi).

- **Fizik Donanım**

Hastane çalışanları ile yapılan görüşmeler incelendiğinde, bina ve fizik yapıya ilişkin olarak, kullanılmadığında kendini kapatan bina sistemleri ve akıllı binaların

yaygınlaşması şeklinde önerilerin olduğu görülmüştür. Ayrıca hastane çalışanlarının bu sistemleri kullanmak konusunda eğitilmiş olması etkin ve verimli kullanım açısından son derece önemli olduğu vurgulanmıştır. Katılımcıların “fizik donanım” konusundaki görüşlerinden elde edilen alıntılara aşağıda yer verilmektedir.

“...Şimdi mesela X Hastanesi'nde şöyle bir sistem varmış saat 20.30 da tüm bilgisayarlar otomatik olarak kapanıyormuş. Çalışanlar bunun olacağını bildiği için kaydediyormuş yaptıklarını. Nöbetçi tekrar açıp çalışmaya devam ediyor. Boş bilgisayarlar kapalı kalıyor. Ne oluyor böyle olunca? Bilgisayar da yavaşlamıyor. Şu bilgisayar belki bir haftadır açıktır, hiç bilen yok. Kimsenin umrunda olmaz. Burda mümkün değil öyle şeyler, nasıl önleyeceksin, önüne geçemessin...” (30-ÜH-Hekim).

“...Mesela X Hastanesi'nde çalıştım. Orada üst düzeydeydi malzeme, yani burada minimal. Orada hemşire bir sürü şeye zaman ayırıyordu öyle zaman olarak israf ama orada kolayını bulmuştu birçok şeyin burada manuel olduğu için çok yavaş. Burada yani geçiliyor, orada e-depo var parmak izi ile çalışıyor ve kayıt ediyor hastaya düşüyor burada elle giriyoruz, açıkta duruyor ilaçlar. Takip ediyoruz elle yazıyoruz, elle sisteme giriyoruz.. Zamani gelince hatırlatıyor sistem, düşüyor eczane onaylıyor, hemşire çekip ilacı yapıyor, her şey otomatik kayıtlı. Tabletlerle çalışıyorlar, hemşire sadece anamnezi giriyor bitti, herkes kendi işini giriyor. Doktor mesela her şeyini yazmadan sisteme ilaç düşmüyor. O yüzden mecbur oturup yazmak zorunda doktor da yani koşmuyorsunuz peşinden...” (25-ÖH-Hemşire).

“...Şimdi bu tıbbi atıkta hasta da yapsa, bunların getirisiyle hastane bir dinlenme alanı yapsa, bir bunu muslukları dokunmatik yapsa mesela, mesela öyleleri var. Işıklar var, dokunmadan yanan, çıktığın zaman kapanan...” (35-SB-Temizlik Personeli).

“...Evet, dokunmalı olandan değil. Belki onlardan olsa daha iyi olur. Mesela o lavabodaki şeylerde sensörlü olsa, belki daha girişinde olsa, hiç olmazsa mesela kapıdan girdiğinde yansa...” (44-SB-Temizlik Personeli).

“...Her hemşirenin üzerine tablet olabilir, bu tabletlerle hemşire bakım planları ve işte orada düzenleme her şey tablet üzerinden... Hem iletişim daha rahat olur hekimle, eczane ile hem de kağıt israfı azalır Biraz masraflı olabilir ilk etapta ama genel olarak ben daha çevreye duyarlı bir uygulama olacağını düşünüyorum...” (33-SB-Hemşire).

“...bu kısır döngüye dur denmesi lazım... Işıklar reseptörlü olabilir mesela, bir fikir sadece...” (32-SB-Hekim).

- **E-İşlem Sistemleri**

Katılımcılar, hastanelerde e-işlem sistemlerinin kullanılarak ilaç istemi yapılmasının, genel israf davranışlarının engellenmesi konusunda büyük yarar sağlayacağı görüşünü iletmışlerdir. Ancak hekimlerin elektronik sistemleri kullanma konusunda direnç göstermeleri nedeniyle e-işlem sistemlerinin etkin kullanılmadığı üzerinde durulmuştur. Katılımcıların “e-işlem sistemleri”ne ilişkin görüşlerinden elde edilen alıntılara aşağıda yer verilmektedir.

“...Doktorlar tedavi düzenliyor. Şimdi e-order’a geçildi diğer servislerde yok. Sadece bizim serviste doktor kendi düzenliyor, reçetesini sistem üzerinden. Biz de sistemden görüyoruz. Eczane de görüyor eczane onay verirse bizim sistemimize düşüyor. Yani biz de çekip kullanıyoruz. İşte dozuna göre falan, böyle iyi oldu önceden doktorun giriş yapmasını bekliyordun. Yazdırıyordun, imzalatyordun. Ondan sonra eczaneye yolluyordun, eczane ilaçları yolluyor. Şimdi hemen hemen hepimiz aynı anda görüyoruz...” (28-SB-Hemşire).

“...Biz normalde her gün doktorun orderını basıyorduk. Yazıcı, toner israfı, zaman israfı imzalayıp, doktora kaşeletip... Order da her gün hastanın dosyasında, her günü ayrı olmak şartıyla koyuyorduk. Elektronik orderda, doktor kendi şifresin, kendi girdiği için bizim onu basıp, kaşeletip, imzalı biriktirme gibi bir şeyimiz kalktı...” (55-SB-Hemşire).

“...e-reçete de kullanıyoruz, yetişmediği zamanlarda düz şekilde kullanıyoruz. Reçetenin daha randımanlı olduğunu düşünüyorum. Ben aile hekimliği de yaptım. Sistem biraz daha hızlı olsa e-reçete ile daha kolay işlerimizi hallederiz. Aile Hekimliği yaptığım dönemde de e reçete kullanıyordum. O zaman kendi şablonlarımı oluşturup daha hızlı biçimde davranıyordum. Ama şu an neredeyse ikisi aynı süreyi aldığı için, eğer elimin altında bilgisayar varsa e-reçete, eğer yoksa elle yazmayı tercih ediyorum...” (33-SB-Hekim).

- **İnsan Kaynakları**

Katılımcılar, yetersiz işgücüyle çalışma ve görevin gerektirdiği özelliklerde çalışanların istihdam edilmemesi gibi olumsuz etkenlerin giderilerek, insan kaynakları israfının önlenmesi üzerinde durmuşlardır. Katılımcıların “İnsan kaynakları”na ilişkin görüş ve düşüncelerinden elde edilen alıntılara aşağıda yer verilmektedir.

“...Bakkal gibi, Market gibi iş yapmak ne kadar iyi bir şey bilmiyorum. Bu konuda tıbbi sekreterleri göreve çağırıyorum. Ne yapıyorlar? Tıbbi sekreter nedir, ne yapar?...” (24-SB-Hemşire).

“...Bir de tıbbi sekreter ya da klinik destek çıkacak atamalar yapıldı. Hemşire yardımcısı gibi klinik destek elemanları olabilir serviste, hemşire dışında. Tıbbi malzeme konusunda eğitim almış görevliler, bir kişi bile olsa, bütün servisin stok yönetimini yapabilir. İnşallah ileride, ileride demeyeyim en yakın zamanda böyle bir planlama Sağlık Bakanlığı yapar... (55-SB-Hemşire).

“...bence önce farkındalık, sonra görev tanımına uygun iş. Bunu nasıl yaparız bilmem. Yani malzemeymiş, şuymuş. Bunlar da önemli. Bu tabii benim görüşüm...” (29-ÜH-Sekreter).

“...Kat olarak böyle belki bir eleman alınsa... Ama o da dikkat edemez, ona da yine hemşirenin söylemesi lazım. Başka bir sekreter falan yapabilir mi diye düşünüyorum... Ama ona söyleyene kadar kendin yaparsın...” (25-ÖH-Hemşire).

“...Çok bildirdik biz. Ama kimse bir şey yapmıyor artık bu olay rutine bindi. Hadi malzeme falan hemşire kullandığını giriyor anlıyorum ama çarşaf ne, depo saymak ne? Ama her hastaya bakım yapsam. Bakım temizliktir. Keşke ihtiyacı olmayana da yapsam. Ama tedaviye zor vakit buluyorum...” (25-ÖH-Hemşire).

- **Malzeme Yönetimi**

Yapılan görüşmelerde sağlık çalışanlarının görüşleri doğrultusunda “malzeme yönetimi kodu”, “barkod sistemi kullanımı” ve “sarf malzeme sağlama önerileri” şeklinde incelenmiştir (Şekil 4-17).



Şekil 4-17: Malzeme yönetimi koduna ilişkin oluşturulan alt başlıklar

Barkod sistemi

Sağlık çalışanları, barkod girişlerini çoğu zaman “bakkal gibi” terimiyle yakıştırmakla birlikte, düzenin sağlanması, hataların önlenmesi ve daha az israf davranışı sergilenmesi adına caydırıcı olduğu görüşlerini iletmışlerdir. Katılımcıların “Barkod sistemi” konusundaki görüşlerinden elde edilen alıntılara aşağıda yer verilmektedir.

“...Yani aslında tabii iş yükü sarf girişleri ama öncesinde sürekli karışıklıklar olduğu için o karışıklıkları toparlamak lazım ve çok zaman alıyordu. Şimdi böyle olunca en azından problem çıkmıyor, boşu boşuna. Yönetim işte sarf malzemelerin girişlerini yapmamızı istiyor, malzemeleri saymamızı istiyor. Bu şekilde kendince önlemlerle önüne geçmeye çalışıyor diye düşünüyorum...” (28-SB-Hemşire).

“...Tabii ki de işte yani yapabilir stok yönetimi, depo ve stok yönetimi olması. Bence önceki hastane sistemleri ile arasında kıyaslanamayacak kadar şey var fark var...” (55-SB-Hemşire).

“...Yönetim sarf malzemelerin hastaya giriş yapılmasını istedi. Daha düzenli girişlerin olması için önlem alındı. Bunun dışında hemşirelik bakım girişimlerini de giriyoruz, şöyle göstereyim (bilgisayarda gösteriyor) burada hasta adını açıyoruz, hemşire, hemşirelik bakımını işaretliyorum, bakım. Ateş, nabız, tansiyon takibi, sonda bakımı ağız bakımı, mobilizasyon şeklinde...” (39-ÜH-Sorumlu Hemşire).

“...yani ama zaten yok. Olsa da dikkat ederim ben özelde de çalıştım, yani öyle har vurup harman savurmam... Orada da hastaya giriş yapılıyor sonuçta...” (32-ÜH-Hemşire).

“...Eskiden düzen yoktu. Daha iyi, daha mantıklı böyle. Şimdi iş yükü olsa da düzenli geliyor...” (25-ÖH-Hemşire).

“...ben pek malzeme israf edildiğini düşünmüyorum şimdi bu sistemde, barkod sisteminde her şey barkod okutarak giriyorsunuz, bayağı böyle bakkal gibi... Neden yapıyoruz? İsfraf olmasın malzeme diye, bunu önlemek için getirdiler aslında yani bu sistemi... Hayır yani yapan yine yapar...” (22-ÖH-Hemşire).

“...Şimdi hastaya giriş yaptığımız malzemeler de var. Normal ücretsiz kullandığımız, mesela elektrot... Mesela biz gireriz, vezneye yönlendiririz, orada ilaçların kodları var

yapılan işlemlerde masrafa girer, onları da yazıyoruz. Her şeyin kodu var. Serum takma, vital bulgu, alçı hepsinin ücreti var. Sigortaya göre oluyor...” (25-ÖH-Hemşire).

“...Bizde biz, barkod sistemi kullanıyoruz. O yüzden çok israf olmaz bizde. Gereksiz işlem yapılmaz. Sonuçta hastaya giriş yapılıyor...” (26-ÖH-Süpervizör).

“... Şimdi sistemimiz değişti bizim kurumda. Malzemede mesela alt yapı sistemine geçtik. Yatan hastaların üzerine ne kullandıysak, ne kadar kullandıysak onu giriş yapıyoruz. Sistem yeni yeni oturmaya başladı. Çok sorun olmuyor. Bazen yoğunluktan istenmediği durumlarda eksik çıkıyor. Onu da bir şekilde tamamlıyoruz. Yatan hasta üzerine tekrardan giriş yapıyoruz...” (26-ÖH-Hemşire).

“...Bunlar malzeme yönetimi olarak her işletmede olan şeyler, tutumluluk için yapıldığını düşünmüyorum genel olarak. Zaten yapılması gereken şeyler olduğunu düşünmüyorum...” (28-SB-Hemşire).

Sarf malzeme sağlama

Yapılan görüşmelerde katılımcılar; depo sayımları, denetimler, katlarda stoklanan malzemenin eritilmesi, günlük, haftalık toplu malzeme talepleri gibi yaklaşımların birimlerin düzeninin sağlanması açısından yararlı olduğu kadar zaman alıcı, süreçlerin malzeme türüne göre değişmesi açısından karmaşık, hataya açık ve uzun olduğu iletilmiştir. Ayrıca, malzeme yönetiminin etkin olmasının çalışılan birime ve bu birimde hizmet alan hastaların kullanımına en uygun malzemenin belirlenerek, uygun sayılarda sağlanmasında hemşirelerin bilgi ve deneyiminin önemli olduğu vurgulanmıştır. Katılımcıların “Sarf malzeme sağlama” konusundaki görüşlerinden elde edilen alıntılara aşağıda yer verilmektedir.

“... Yani yönetim çok katı bu konuda. Çok denetim yapıyorlar, kontrol ediyorlar depoları. Ana depo çok fazlaydı eskiden. Benim 2 bölüm vardı, 2 deposu vardı. Bir medikal deposu vardı, hepsinde birkaç malzeme hazır olurdu. Bayağı karışık. Onların hepsini kapatıp, tek depo yaptılar. Mesela buraya da öyle yaptılar bayağı ciddi ciddi ele

alıyorlar çünkü ekonomi çok kötü...” (34-SB-Sorumlu Hemşire).

“...Yani malzeme deposu var hastanede. O depodan ihtiyaca göre istek yapıyor hemşire arkadaşlar. Çok şey bir depo değil yani çok malzeme olmuyor, burada zaten depo çok kullanılmıyor. Tam da hakim değilim konuya. Ama genel durum bu yani, arkadaşlar malzemeyi bir şekilde bulup getiriyorlar, Bekliyoruz bazen, bazen hasta yakını alıyor depoda yoksa yani...” (34-ÜH-Hekim).

“...hastaya giriş yapıyoruz bittikçe, depodan istiyoruz hep ya tam tıki tıkına oluyor, ya da o da olmuyor zaten...” (40-ÜH-Sorumlu Hemşire).

“...depo sorumlusundan istiyorum, personel gidip getiriyor. Kırtasiyeyi de böyle istiyoruz. Ben herkes için istiyorum. Mesela kalem, toner, şu, bu herkes için tüm servis için istiyorum. Şimdi malzeme ve ilaç temininden ilaçlarla ilgili olarak eczane aslında temininden sorumlu senenin belli dönemlerinde genel olarak Eylül Ekim ayına denk gelir. Ben ilaç listelerini, atıyorum önceki yıl 10000 tane kullandıysa 2020'de 10000 kullanırım ya da yatak kapasitemi attıracağım, 15000 tane kullanırım bu listelerden yıllık ihtiyacımızı onlara resmi listelerle yolluyoruz. Onlar da hastane genelinin topluyorlar. Toplam rakam üzerinden...” (30-ÜH-Sorumlu Hemşire).

“...Mesela haftalık bize malzeme veriliyor. Neyse işte hani o malzemeyi ona göre kullanıyorsun. Mesela ne kadar poşet gideceğini biliyor, ne kadar hani çamaşır biliyorum. Haftada bir alıyorum hani o hafta fazla bile giderse, öbür hafta almamayı tercih ediyorum, çok depolamayı sevmiyorum...” (48-ÜH-Temizlik Personeli).

“...Zaten bizim altyapı bellidir. Hastaya göre giriş yaparız. İsteğe göre gelir. Şurada yan depoda saklarız biz, lazım oldukça oradan kullanırız. Hastaya diyelim oksijen ihtiyacı oldu, depodan hemen alırız. Orda durur yani...” (25-ÖH-Hemşire).

“...Bizim sistemlerimiz var çok dikkat ediliyor, depomuz her sabah, her akşam sayılır, eksikler tamamlanır ihtiyaca göre... Tabii hastaya girildiği için çok dikkat ediliyor, yeterli sayımı da haftada bir yaparız şimdi e-ordera geçeceğiz eğitim alıyoruz...” (23-ÖH-Hemşire).

“...Mesela eldiven çok fazla istersek, depo ya da satın alma arayıp neden bu kadar çok istediniz diye soruyor. Atıyorum kalem neden bu kadar gidiyor diye açıklama istiyorlar bizden. Takip ediyorlar. Çoğu malzeme toplu geldiği için, beğenmesek bile o malzemeyi bitene kadar hani stoğu eritene kadar kullanmak zorunda kalıyoruz. Ama böyle değil de her servise bir tane örnek malzeme yollasalar daha verimli olur...” (26-ÖH-Hemşire).

“...İsraf pek olmaz bu serviste. Depomuz var haftada iki sayım yapılır. Malzemeler hasta üstüne giriş yapılır, eskiden her malzeme karışık istenirdi. Bu daha derli toplu oldu. Yani baştan biraz zor geldi ama üstten baskı olduğu için malzemeler çok rahat oldu böyle...” (33-ÖH-Sorumlu Hemşire).

“...yönetim, israf konusunda bir şey yapmasın, yönetim malzeme konusunda bir şey yapsın. Doğru yatırımlar bulsun, doğru destekler bulsun ve biz de yapmayız yani, yeter ki bize ihtiyacımız versin. Biz israf yapmayız...” (35-ÜH-Hekim).

“...İki sene önce işte 20- 30 sayfa epikrizi alıyorduk biz hasta çıkışı yaparken... Bir hafta falan orada kalıyorsa kalıyor, sonra atılıyordu, her hasta için düşün. Neyse şimdi o kalktı en azından. Yani bu şekilde önlemler olursa, biraz kafa yorulsa önüne geçilebilir.” (31-ÜH-Tıbbi Sekreter).

“...Bence en kolay iş hasta bakmak. Evrak, depo, malzeme girişleri, evrak takibi çok önemli bizim için çünkü özel bir hastane sayıyoruz, haftalık. Çetele tutuyoruz...” (25-ÖH-Hemşire).

- **Atık Depolama**

Hastane çalışanları, atıkların ayrıştırılarak toplanması şeklinde yürütülen “Sıfır Atık Projesinden” doyumlu olduklarını ve etkili biçimde kullandıklarını iletmişlerdir. Bu girişimlerin israf davranışlarını önleme ve farkındalık sağlanması açısından önemli olduğu vurgulanmıştır. Katılımcıların “Atık depolama” konusundaki görüşlerinden elde edilen alıntılara aşağıda yer verilmektedir.

“...Ama dediğim gibi sürekli bir şekilde atıkların değerlendirilmesi olabilir yani. Yemeklerin nereye gittiği önemli. Önüne geçilemez de geri dönüşümle değerlendirilebilir diye düşünüyorum öyle söyleyeyim...” (28-SB-Hemşire).

“...bu atık projesini getirdi işte çöpleri ayrı ayrı atacaksın dedi, atıyoruz biz onu herkes atmıyor ama yanlış atıyorlar, dikkat etmiyorlar onu hemen öğrenemeyecekler...” (46-SB-Temizlik Personeli).

“... Şimdi sıfır atık projesi diye bir şey yapılıyor, bu çöp kovaları getirdiler, çöpü aldılar. Hiç bir şey çöp değil yani cam atık, tıbbi atık diye hepsini ayrı ayrı atın dediler. Onlar da israfı önlemeye böyle çalışıyorlar diyeyim işte, işe yarar mı bilmiyorum...” (33-ÜH-Cerrahi Hemşiresi).

“...Rehberlik programı olabilir. Hemşire, personel... Yani bazen tasarruf etmemesi gereken şeyden tasarruf ediyor, ne yapıyor çok fazla poşet gitmesin içinden poşetin al başka poşete koy. Kardeşim sen tıbbi atık içine elini neden sokuyorsun? Onu da yapma...” (44-ÜH-Sorumlu Hemşire).

“...Biz de öyleyiz israf olacak bir malzeme yok ama benim aklıma gelen sıfır atık proje var. Şimdi bir sürü çöp kutusu getirdiler, darmadağınık duruyor. Hiç kullanışlı değil, hiç dağıtılmıyor. Hepsi birbirine karışıyor. Ne zamandır fark ediyorum. Ben dikkat ediyorum, atıkları ayırıyorum. Ama kimse, vakitte yok zaten. Zaten herkes koşturuyor Ama yerleri de bence dağınık oldu...” (22-ÜH-Hemşire).

“...Yani benim bildiğim yok bu atık atıklar var tıbbi atıkları yapıyoruz. Şimdi sıfır atık projesi geldi o mesela olur mu bilmiyorum. Bunlar da şey bu kullanılan çöpleri tekrardan geri kazandırılması şeklinde. Bizim burada ayrıştırmamız gerekiyor. Buraya dizdik işte camlar bir yerde, kağıtlar bir yerde gibi. Bunu hasta yakınlarına anlatamıyorsun ama hastane personeli yapıyor...” (35-SB-Temizlik Personeli).

- **Atık Gönderimi**

Katılımcılar, hastanede ayrıştırılarak depolanan atıkların uygun şekilde bertarafı gönderimi de saklanması kadar önem taşıdığını iletmişlerdir. Sağlık çalışanlarından bazıları atıkların uygun şekilde gönderildiği konusunda şüpheleri olduğunu iletirken, bazı hastanelerde çalışanlar servislerde bulunan atık depolarının numaralandırılmış olduğu ve bu şekilde hangi konteynırın içinden hangi atığın çıktığı, hangi birimden atıldığı konusunda geriye dönük bilgilerin elde edilebildiğini belirtmişlerdir. Katılımcıların “atık gönderimi” konusundaki görüşlerinden elde edilen alıntılara aşağıda yer verilmektedir.

“...Çok iyi takip ediyor diyebilirim. Atıkların üzerine dikkat ederseniz numaralar var. Burada 51 yazıyor. Bu poşetlendiği zamanda üzerinde 51 yazacak ve 51'in buraya ait olduğu bilinecek, tıbbi atık görevlileri tarafından. O 51'in içinden mesela meyve suyu kabı çıkarsa mesela, bilinecek. Çok güzel bir uygulama. Ben de ilk defa burada gördüm, çok güzel yani. Neredeyse kimin attığını bile bulacaklar. Amaç o zaten...” (34-SB-Sorumlu Hemşire).

“...Şimdi hastaneye sıfır atık projesi kapsamında çöp kovaları konuldu. Kağıt, cam, tıbbi atık ayrı ayrı... Ama sorun şu ki bu atıklarına kıymetini bilmiyoruz. Yani şöyle duyumlar alıyorum hepsi aynı kamyonla gidiyor diye. Yani eğer böyle bir şey varsa yazık günah. Benim içime bir kurt düştü bu konuda, dedikodu da olabilir...” (39-ÜH-Sorumlu Hemşire).

➤ Sağlık Sistemi

Sağlık çalışanlarının “sağlık sistemi” alt temasına ilişkin görüşlerinin dağılımı Tablo 4-9’ da ayrıntılı biçimde gösterilmiş olup hastanelerdeki israfın önüne geçmek için sağlık sisteminde bir takım değişikliklere gidilmesini önerilmiştir.

Tablo 4-9: Sağlık çalışanlarının sağlık sistemi alt temasına ilişkin görüşlerinin dağılımı

	SAĞLIK BAKANLIĞI																													
	DOKTOR								S. H.			HEMŞİRE							H.BAKIM			TEMİZLİK P.				SEKRETER				
	1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	-	1	2	3	4	5	6	7	1	2	-	1	2	3	4	1	2	-	-	
Sağlık Sistemi	*	*	*	*	*						*																*			
	ÜNİVERSİTE HASTANESİ																													
	DOKTOR								S. H.			HEMŞİRE							H.BAKIM			TEMİZLİK P.				SEKRETER				
	1	2	3	4	-	-	-	-	1	2	3	1	2	3	4	5	6	-	1	2	3	1	2	-	-	1	2	3	-	
Sağlık Sistemi								*			*																			
	ÖZEL HASTANE																													
	DOKTOR								S. H.			HEMŞİRE							H.BAKIM			TEMİZLİK P.				SEKRETER				
	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	2	3	4	5	6	-	-	-	-	1	-	-	-	1	2	3	4	
Sağlık Sistemi																														

Yapılan görüşmelerde, poliklinik şeklinde kullanılan acil birimlerin gereksiz uygulamaların en fazla yapıldığı birimler olduğu belirtilmiştir. Hasta yoğunluğu sonucunda hekimlerin kendilerini korumak adına yaptıkları ‘defansif tıp’ uygulamalarının, doğru bir koruyucu hekimlik ve sevk zinciri sisteminin uygulanmamasının israf yol açtığı belirtilerek, koruyucu sağlık hizmetlerine kaynak ayrılması, sosyal devlet anlayışının desteklenmesi, doğru sevk sisteminin oluşturulması ve hastane çalışanlarının can güvenliği konusunda endişe etmeden çalışabilmelerine olanak sağlanması gerektiği üzerinde durulmuştur. Bu durum Tablo 4-9’ da görüldüğü gibi özellikle Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerde görev yapan hekimler tarafından iletilmiştir. Katılımcıların “sağlık sistemi” konusundaki görüşlerinden elde edilen alıntılara aşağıda yer verilmektedir.

“...İlk olarak İnsanların bu konuda bilinçlendirilmesi, daha sonra bilinçli topluma uygun bir sağlık sistemi getirilmesi... Bu sağlık sisteminde çalışan hekimlerin de gerekli

hastadan, gerekli tetkik istemek suretiyle israftan kaçınmasını öneriyorum. Bu hemen olacak bir şey değil tabii ki...” (35-SB-Hekim).

“...Sebebi sadece ben ya da doktor arkadaşlarım, kendimizi korumamız ya da acele etmemiz değil. Bütün sistem olarak düzenlenmesi gerektiğini düşünüyorum ve ayrıntılı bir biçimde, böyle hani sıra olmadınız, doktorların kapısının önünde sıra olmuyorsunuz ama evde 3 ay bekliyorsunuz kafasıyla bu iş olmaz...” (35-SB-Hekim).

“...yani söyle düşünüyorum; insanın olduğu her yerde israf da olur, çünkü ne kadar dikkat etsen de, hiçbir şey olmasa da kazalar oluyor. Sadece dikkatli olmakla çözülemeyecek kazaları oluyor. Bu şekilde bir şeyler israf ediliyor. Bunun sürekliliğinin önüne geçilebilir mi? Sistematik bir israfın önüne geçilebilir mi? Geçilebilir. Bunun tamamen ülke politikası olarak yeniden planlanması gerektiğini düşünüyorum...” (33-SB-Hekim).

“...Bu sistemin değişmesi lazım ya da hasta yükünün azalması lazım şu anda zor gibi duruyor. Sevk kültürü bu işi çözer mi? kesinlikle çözmez bir süre sonra sevki yapan ilk basamak hekimi de aman bana bir şey olmasın diye sevki arttıracak ve o zincir yeniden kırılacak...” (33-SB-Hekim).

“...Koruyucu hekimliğe önem verilmesi gerektiğini düşünüyorum Biz hastane açıyoruz, açtığımız hastanelerin doluluk oranları ile de övünüyoruz. Hayır biz iyileştirmeye çalışıyoruz, buna ağırlık veriyoruz korumaktan ziyade. Ülkece bir israf içinde boğuluyoruz. Yeni hastaneler açmak israftır bence. Özel hastane israftır diye düşünüyorum...” (35-SB-Hekim).

4.2. Araştırmanın Nicel Aşamasına İlişkin Bulgular

Araştırmanın ikinci aşamasında, geliştirilen taslak ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliği değerlendirilmiştir. Ölçek geçerliliği değerlendirilirken; kapsam geçerliği, pilot uygulama yapılması ve maddelerin faktör dağılımlarının belirlenmesi amacıyla açımlayıcı faktör analizi yapılmış ve maddelerin korelasyon değerleri incelenmiştir. Ölçek güvenirliliğinin değerlendirildiği aşamada; madde analizi, test-tekrar test güvenilirlik analizi ve iç tutarlık analizi için Cronbach Alfa katsayısının belirlenmesi adımları uygulanmıştır.

4.2.1. Sağlık Çalışanlarının Kişisel ve Mesleki Özellikleri

Araştırmada yer alan katılımcıların kişisel ve mesleki özellikleri Tablo 4-18’de görülmektedir.

Tablo 4-10: Katılımcıların kişisel ve mesleki özelliklerinin dağılımı

Değişkenler		Sayı	Yüzde
Yaş		Min:21 Mak:62	Ort: 34,70 SS:9,93
Cinsiyet	Kadın	213	52,2
	Erkek	195	47,8
Medeni durum	Bekar	190	46,6
	Evli	218	53,4
Eğitim düzeyi	Okuma-yazması yok	3	,7
	İlkokul	87	21,3
	Sağlık meslek lisesi	60	14,7
	Ön lisans	95	23,3
	Lisans	82	20,1
Çalıştığı kurum	Lisansüstü	81	19,9
	SBH	227	55,6
	ÜH	37	9,1
Çalıştığı birim	ÖH	144	35,3
	Acil	57	14,0
	Cerrahi	75	18,4
	Dahiliye	166	40,7
	Çocuk	27	6,6
	Endokrin	26	6,4
	Yoğun bakım	16	3,9
Pozisyonu	Vip	41	10,0
	Hekim	63	15,4
	Sorumlu hemşire	49	12,0
	Hemşire	126	30,9
	Hasta bakım personeli	39	9,6

	Temizlik personeli	47	11,5
	Sekreter	84	20,6
Vardiya biçimi	Sürekli gündüz	156	38,2
	12 saatlik vardiya	252	61,8
Mesleki deneyim yılı		Min:1 Mak:34	Ort:11,00 SS:8,17
Kurum deneyim yılı		Min:1 Mak:32	Ort:7,62 SS:5,97

Min: Minimum, Mak: Maksimum, Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma

Ölçek geçerlik güvenirlik çalışmasına katılan sağlık çalışanlarının yaşlarının 21 ile 62 arasında değiştiği ve yaş ortalamalarının $\bar{x}32,33 \pm 8,37$ olduğu; çoğunluğunun kadın (%52,2), evli (%53,4) olup, 21,3 oranında ilkokul mezunu, %14,7 oranında Sağlık Meslek Lisesi mezunu, 23,3 oranında, ön lisans mezunu, 20,1 oranında lisans mezunu ve 19,9 oranında lisansüstü eğitimden mezun olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların %55,6 oranında Sağlık Bakanlığı, %9,1 oranında üniversite hastanesi ve % 35,3 oranında özel hastanede görev yaptıkları belirlenirken; %15,4'nün hekim, % 12'nin sorumlu hemşire, % 30'nun hemşire, %9,6'nın hasta bakım personeli, %11,5'nin temizlik personeli ve % 20,6'nın sekreter pozisyonunda çalıştıkları saptanmıştır. Katılımcıların % 38,2'si sürekli gündüz, %6 1,8'I 12 saatlik vardiyalar halinde görev yaptığı belirlenmiştir. Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının mesleki deneyim sürelerinin 1 ile 34 yıl arasında değiştiği ve mesleki deneyim ortalamasının $\bar{x}11,0 \pm 8,17$ olduğu ve çalıştıkları kurumdaki deneyimlerinin 1 ile 32 yıl arasında değiştiği ve kurumsal deneyim ortalamalarının $\bar{x}7,62 \pm 5,97$ olduğu saptanmıştır. (Tablo 4-10).

4.2.2. Sağlık Çalışanlarının İsrafa İlişkin Tutumu Ölçeğinin Geçerliliği

Sağlık çalışanlarının israfı ile ilgili tutumu ölçeğinin geçerliliğini belirlemek amacıyla yapılan, kapsam geçerliği, pilot uygulama, madde analizi ve yapı geçerliği analizleriyle ilgili bulgular aşağıda paylaşılmaktadır.

4.2.2.1. Kapsam Geçerliği

Araştırmanın nitel aşaması sonucunda elde edilen görüşme verilerinden yararlanılarak oluşturulan ölçek taslağında yer alan maddelerin, ölçülmek istenen olguyu

ölçme konusundaki uygunluğu ve maddelerin anlaşılabilirliği açısından incelenmek üzere 12 uzmanın görüşüne başvurulmuştur.

Uzmanlardan ölçek maddelerini “4: çok uygun”, “3: uygun”, “2: biraz uygun” ve “1: uygun değil” şeklinde değerlendirmeleri istenmiş, bu değerlendirmeler sonucunda bazı maddeler yeniden düzenlenmiş ya da ölçekten çıkarılmıştır.

Maddelerin Kapsam Geçerlilik Oranı (KGO) hesaplanırken maddelerin uygun olduğu görüşünü veren (4 ve 3) uzman sayısı hesaplanarak, toplam uzman sayısına (12) bölünmüş, bu yöntem sonunda Kapsam Geçerlilik İndeksi (KGİ) oluşturulmuştur.

Tablo 4-11: Uzman görüşleri doğrultusunda aday ölçek maddelerine ait kapsam geçerlik oranı ve kapsam geçerlik indeksi değerleri

Soru No	KGO	Soru No	KGO	Soru No	KGO	Soru No	KGO
1	0,92	22	0,75	43	0,83	64	0,83
2	0,92	23	0,83	44	0,92	65	1,00
3	0,83	24	1,00	45	1,00	66	1,00
4	0,83	25	0,83	46	0,83	67	0,92
5	0,75	26	0,75	47	0,83	68	0,92
6	1,00	27	0,92	48	0,92	69	0,83
7	0,83	28	1,00	49	1,00	70	0,92
8	0,92	29	0,75	50	1,00	71	0,92
9	0,92	30	0,92	51	0,83	72	1,00
10	1,00	31	0,92	52	0,83	73	1,00
11	1,00	32	0,92	53	1,00	74	0,92
12	1,00	33	0,92	54	1,00	75	0,92
13	1,00	34	0,92	55	0,92	76	0,92
14	1,00	35	1,00	56	1,00	77	0,92
15	1,00	36	0,92	57	0,83	78	0,92
16	0,75	37	0,83	58	0,92	79	1,00
17	0,92	38	1,00	59	0,92	80	1,00

18	0,75	39	0,83	60	0,83	81	1,00
19	0,75	40	0,83	61	0,92	82	0,83
20	0,75	41	0,92	62	0,83	83	0,92
21	0,67	42	0,92	63	1,00	84	0,92
KGI: 0,92							

Kapsam geçerlik analizi sonucunda, taslak ölçekteki maddelere ilişkin KGO'nun 0,67 ile 1 arasında değiştiği izlenmiştir (Tablo 4-11). KGO 0,80'nin altında olduğu belirlenen 9 madde (35, 16, 18, 19, 20, 21, 22, 26, 29) ile KGO'su 0,80 üzerinde olmasına karşın diğer maddelerle benzerlik gösteren veya ölçeğin geneliyle bütünlük sağlamadığı düşünülen 19 madde (37, 45, 46, 49, 54, 58, 60, 64, 65, 66, 72, 73, 76, 77, 78, 80, 81, 82, 83) ölçek taslağından çıkarılmıştır. Ölçek bütününe ait KGI'nin 0,92 olduğu sonuca ulaşılmıştır.

4.2.2.2. Ön/Pilot Uygulama

Oluşturulan taslak ölçekte bulunan maddeler anlaşılabilirliği yönünden değerlendirmek üzere 20 kişilik bir gruba, ön uygulama yapılmıştır. Taslak ölçek, bu ön uygulamayla anlaşılabilirliği yönünden incelenmiş ve olumsuz geri dönüşler olmaması sonucunda, değiştirilmesine gerek duyulmadan aynı şekilde uygulanmasına karar verilmiştir (EK-2).

4.2.2.3. Madde Analizi

Tablo 4-12: Ölçek taslağıının madde analizi sonuçları

Madde	Düzeltilmiş madde toplam puan korelasyonu	Madde silindiğindeki Cronbach alfa	Madde	Düzeltilmiş madde toplam puan korelasyonu	Madde silindiğindeki Cronbach alfa
1	,414	,950	26	,756	,948
5	,404	,950	27	,686	,948
6	,579	,950	28	,698	,948

7	,588	,949	29	,634	,949
8	,506	,949	30	,622	,949
9	,514	,950	31	,638	,949
10	,573	,949	32	,626	,949
11	,596	,949	33	,696	,948
12	,532	,949	34	,598	,949
13	,383	,950	35	,706	,948
14	,386	,950	37	,309	,950
15	,588	,949	41	,452	,950
16	,445	,950	42	,570	,949
17	,568	,950	43	,557	,949
18	,486	,950	44	,436	,950
19	,689	,948	45	,581	,949
20	,678	,948	46	,495	,950
21	,522	,949	47	,509	,949
23	,549	,949	48	,550	,949
24	,734	,948	50	,564	,950
25	,779	,947	53	,399	,950

Taslak ölçeğin, madde toplam puan korelasyon katsayısı negatif olan 2, 4, 49, 39, 22, 55, 52, 51, 40, 56 numaralı maddeler ve madde toplam korelasyon katsayısı 0,30 un altında olan 36, 38, 54 ve 3 numaralı maddeler ölçekten çıkartılmıştır. Kalan maddelerin madde toplam puan korelasyon değerleri 0,30-0,78 arasında değişmektedir (Tablo 4-12).

4.2.2.4. Yapı Geçerliği

Araştırma kapsamında oluşturulan ölçeğin yapı geçerliğini belirlemek ve ölçek maddelerinin kaç faktör altında toplandığını görmek amacıyla açımlayıcı faktör analizi yapılmıştır.

Açımlayıcı Faktör Analizi

Ölçek taslağının yapı geçerliği açımlayıcı faktör analizi ile değerlendirilmiştir.

Tablo 4-13: Kaiser-Meyer-Olkin katsayısı ve Bartlett anlamlılık testi

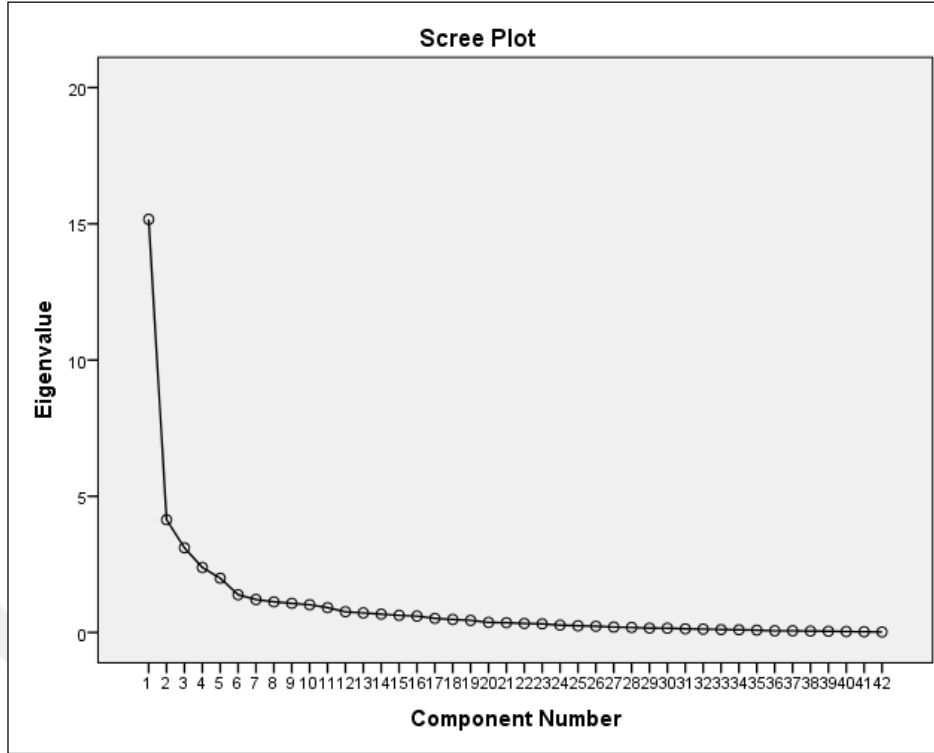
KMO katsayısı		,780
Bartlett anlamlılık testi	Ki kare	18007,102
	Df	861
	P	,000

Yapı geçerliğini test etmeden önce veri setinin faktör analizi yapmaya uygun olup olmadığı Kaiser Meyer Olkin (KMO) katsayı ve Bartlett anlamlılık testi ile değerlendirilmiş ve değerlendirmeler sonucunda, KMO katsayısı 0,780 olarak belirlenmiş ve Bartlett anlamlılık testi anlamlı bulunmuştur (Tablo 4-13).

Ölçek faktör sayısını belirlemek için özdeğer kriteri ve yamaç birikinti grafiği kriterleri kullanılmıştır. Özdeğeri birin üzerinde olan 10 boyut olduğu belirlenmiştir (Şekil 4-18).

Total Variance Explained								
	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings	
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	
1	15,163	36,102	36,102	15,163	36,102	36,102	10,424	
2	4,139	9,854	45,956	4,139	9,854	45,956	10,782	
3	3,108	7,400	53,356	3,108	7,400	53,356	7,552	
4	2,386	5,680	59,037	2,386	5,680	59,037	5,761	
5	1,994	4,749	63,785	1,994	4,749	63,785	3,167	
6	1,385	3,298	67,084	1,385	3,298	67,084	9,074	
7	1,210	2,882	69,965	1,210	2,882	69,965	4,816	
8	1,124	2,677	72,643	1,124	2,677	72,643	1,924	
9	1,069	2,546	75,189	1,069	2,546	75,189	1,907	
10	1,019	2,426	77,615	1,019	2,426	77,615	2,476	
11	,912	2,171	79,786					
12	,760	1,809	81,596					
13	,718	1,711	83,306					
14	,672	1,600	84,907					
15	,628	1,495	86,402					
16	,601	1,432	87,834					
17	,517	1,230	89,064					
18	,478	1,138	90,202					
19	,445	1,058	91,261					
20	,370	,881	92,141					
21	,359	,855	92,996					
22	,332	,790	93,786					
23	,316	,752	94,538					
24	,270	,642	95,180					
25	,246	,586	95,765					
26	,230	,549	96,314					
27	,197	,470	96,784					
28	,184	,439	97,223					
29	,162	,386	97,609					
30	,158	,377	97,986					
31	,134	,318	98,304					
32	,124	,294	98,598					
33	,108	,257	98,855					
34	,098	,233	99,088					
35	,086	,205	99,293					
36	,061	,145	99,439					
37	,061	,145	99,583					
38	,050	,119	99,703					
39	,045	,107	99,810					
40	,034	,081	99,891					
41	,027	,064	99,955					
42	,019	,045	100,000					

Şekil 4-18: Özdeğer kriterine göre faktör sayısının değerlendirilmesi



Şekil 4-19: Yamaç birikinti grafiği

Yamaç birikinti grafiğindeki eğim noktaları incelendiğinde ise ölçeğin beş alt boyuttan oluştuğuna karar verilerek analize bu şekilde devam edilmiştir (Şekil 4-19)

Taslak ölçekte kalan 43 maddeyi gruplandırmak ve gereksiz maddelerden arındırmak amacıyla, IBM SPSS 24 paket programı aracılığıyla açımlayıcı faktör analizi yöntemlerinden Temel Bileşenler Analizi ve Direct Oblimin rotasyon yöntemi seçilerek analiz yapılmıştır.

Tablo 4-14: Açıklayıcı faktör analizi sonuçları

Madde	Boyutlar				
	1	2	3	4	5
OL9	,810				
OL24	,805				
OL50	,745				
OL17	,727				
OL6	,625				
OL7	,618				
OL11		,848			
OL28		,797			
OL8		,756			
OL34		,668			
OL26		,629			
OL19		,603			
OL44			,862		
OL41			,823		
OL46			,813		
OL42			,688		
OL37			,598		
OL14				,815	
OL13				,804	
OL5				,599	
OL18					,777
OL47					,707
OL1					,701
OL53					,615

Ölçeğin yapısını ortaya koyabilmek için Temel Bileşenler Analizi (Principal Components Analysis) ve Promax rotasyon yöntemi kullanılarak açımlayıcı faktör analizi yapılmıştır. Faktör yük değerleri arasındaki fark 0,10'un altında olan ve birden fazla faktörde yük alan maddeler ile faktör yükü 0,50'nin altında olan maddeler sırasıyla teker teker atılmıştır. Bu doğrultuda 27, 35, 15, 43, 23, 48, 33, 21, 16, 31, 45, 25, 20, 10, 12, 32, 29, 30 maddeleri ölçekten çıkarılmış ve 24 maddeli, beş boyutlu bir yapı elde edilmiştir. Ölçek maddelerinin faktör yükleri 0,60 – 0,86 arasında değişmektedir (Tablo 4-14).

Tablo 4-15: Ölçek toplamı ve alt boyutların özdeğer ve açıklanan toplam varyans oranları

Alt boyut	Özdeğer	Açıklanan varyans	Açıklanan toplam varyans
1	7,968	33,199	33,199
2	2,986	12,443	45,642
3	2,501	10,420	56,062
4	1,898	7,907	63,970
5	1,330	5,543	69,513

Ölçek toplamının açıkladığı toplam varyans oranı %69,513 olup alt boyutlarının açıkladığı varyans oranları %5,543 - 33,199 arasında değişmiştir (Tablo 4-15).

4.2.3. Sağlık Çalışanlarının İsrafa İlişkin Tutumu Ölçeğinin Güvenirliği

Araştırmadan elde edilen veriler kapsamında oluşturulan ölçek taslağının güvenilirliğinin test edilmesi amacıyla gerçekleştirilen, test-tekrar test güvenilirlik analizi ve iç tutarlılık analizine ilişkin bulgulara aşağıda yer verilmiştir.

4.2.3.1. Test Tekrar Test Uygulaması

Ölçeğin zamana karşı güvenilirliğini değerlendirmek amacıyla, iki hafta ara verilerek örneklem ile benzer özelliklere sahip olan 41 kişiden oluşan bir gruba ölçek iki kez uygulanmıştır. Her iki uygulamadan elde edilen veriler, Pearson korelasyon analizi ve eşleştirilmiş gruplar t testi ile analiz edilmiştir.

Tablo 4-16: Test-retest uygulaması Pearson korelasyon analizi sonuçları

		Retest
Test	r	,996
	p	<,001

Her iki uygulamada ölçekten elde edilen ortalama puanlar arasında ilişki Pearson korelasyon analizi ile test edilmiş olup, istatistiksel olarak pozitif yönde, güçlü ve anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır (r: ,996, p<,001) (Tablo 4-16).

Tablo 4-17: Test-retest uygulaması eşleştirilmiş gruplar t-testi sonuçları

	n	Ort ± SS	t	P
Test	41	4,18 ± ,57	1,102	,227
Retest	41	4,17 ± ,56		

Her iki uygulama sonucu elde edilen ortalama puanlar arasındaki fark eşleştirilmiş gruplar t testi kullanılarak incelenmiş olup, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir (t:1,102, p: ,227) (Tablo 4-17).

4.2.3.2. İç Tutarlılık Analizi

Ölçek toplamı ve alt boyutlarının iç tutarlılığı Cronbach alfa katsayısı hesaplanarak değerlendirilmiştir.

Tablo 4-18: Ölçek ve alt boyutlarının Cronbach alfa katsayı ile eski ve yeni madde numaraları

	Ölçek maddelerinin eski numaraları	Ölçek maddelerinin yeni numaraları	Cronbach alfa katsayısı
1. Boyut: Çalışanların israf algısı	9, 24, 50, 17, 6, 7	1, 2, 3, 4, 5, 6	0,838
2. Boyut: İsrif nedenleri	11, 28, 8, 34, 26, 19	7, 8, 9, 10, 11, 12	0,879
3. Bireysel önlemler	44, 41, 46, 42, 37	13, 14, 15, 16, 17	0,849
4. Değer katmayan süreçler	14, 13, 5	18, 19, 20	0,722
5. Kurumsal tutum	18, 47, 1, 53	21, 22, 23, 24	0,714
Ölçek toplamı	24		0,899

Ölçek toplamının Cronbach alfa katsayısı 0,89 olduğu, alt boyutlarının Cronbach alfa katsayısının 0,71- 0,88 arasında değiştiği saptanmıştır (Tablo 4-18).

Tutum ölçeği ve alt boyutlarının güvenilirlik göstergelerinden biri olan iç tutarlılığı için yapılan analizde Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı tüm ölçek için Cronbach alfa ,89 bulunmuş; alt boyutların cronbach alfa katsayılarının ise en yüksek “2.boyut”, “Bireysel Önlemler” ,87, en düşük ise “5. Boyut”, “Kurumsal Tutum” alt boyutu ,71 olduğu belirlenmiştir (Tablo 4-18).

4.2.4. Sağlık Çalışanlarının İsrafa İlişkin Tutum Ölçeği Toplamı ve Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi

SÇİİT ölçeği; çalışanların israf algısı (6 madde), israf nedenleri (6 madde), bireysel önlemler (5 madde), değer katmayan süreçler (3 madde), kurumsal tutum (3 madde) olmak üzere 5 alt boyut ve 24 maddeden oluşmaktadır (Tablo 4-14). Ölçek, 5’li

Liket şeklinde 1-Kesinlikle katılmıyorum, 2-Katılmıyorum, 3-Fikrim yok, 4-Katılıyorum, 5-Kesinlikle katılıyorum arasında derecelendirilmektedir (EK-12).

Ölçeğin değerlendirilmesinde, 1.,2., ve 4. maddeler ters kodlanmış olup ölçek toplam puanının 0,90 olduğu, Ölçek genelinde elde edilen puanın düşük olması olumsuz tutumu, yükselmesi ise olumlu tutumu göstermektedir.



5. TARTIŞMA

Araştırma iki aşamada gerçekleştiğinden, nitel aşamada sağlık çalışanlarının israfa ilişkin görüşleri ele alınmış, elde edilen veriler araştırmanın ikinci aşaması olan SÇİİT ölçeği geliştirme çalışmasında kullanılmıştır. Çalışmadan elde edilen veriler, nitel aşama ve ölçek geliştirme aşaması şeklinde iki başlık altında tartışılmıştır.

5.1. Araştırmanın Nitel Aşamasına İlişkin Bulguların Tartışması

Araştırmanın nitel aşamasında, hastane çalışanlarının israf konusuna yönelik görüşleri belirlenmeye çalışılmış olup, görüşme sonucunda elde edilen bulgular; **genel israf algısı, israf edilen kaynaklar , israf nedenleri ve israfa karşı alınacak önlemler** olmak üzere dört ana tema ve alt temalar doğrultusunda değerlendirilmiştir.

5.1.1. İsraf Algısına İlişkin Görüşler

Günümüzde tüketim anlayışı, sadece kişinin temel gereksinimlerini karşılaması amacıyla kaynakların kullanılması kavramından çok daha geniş ele alınmaktadır. Coşgun'a (2012) göre bireyin düşünmeden yaptığı harcamalar, kişilerin sosyal statülerini belirleme, toplumda kabul görme gibi arzularını gerçekleştirme aracı haline gelmektedir. Ayrıca, bu yaklaşımın sosyal ilişkilerin şekillendiricisi olmasının yanı sıra toplumları sürekli tüketime yönlendirerek kaynakların hızlıca ve geri dönüşmez biçimde yok edilmesine neden olduğu belirtilmektedir (Kahvecioğlu 2004). Kaynakların sorumsuzca tüketilmesinin, toplumsal olarak kanıksanması sonucunda, oluşan israf algısı da yerini sınırsız tüketim anlayışına bırakmaktadır (Özer 2001).

Sağlık çalışanlarının israf algısına ilişkin görüşleri incelendiğinde, israfı önüne geçilemeyecek bir olgu olarak kabullendikleri görülmektedir. Bu bağlamda katılımcıların israfı, "azaltılabilir ama yok edilemez" olarak gördükleri, israfı kanıksamış ve normalleştirmiş oldukları söylenebilir.

Alan yazında israfın önüne geçilmesi gerektiği, kaynakların sadece kıt olduğu zamanda değil ulaşılabilir olduğu zamanda da tutumlu kullanılması gerektiği üzerinde durulmaktadır. Ayrıca, Türk toplumunda benimsenen birçok atasözü ve deyim de tutumlu olma anlayışını ve bireylerin israftan kaçınmasını öğütlediği belirtilmektedir

(Gündüz 2002). Yapılan bazı çalışmalarda israf, din, inanç sistemi ve erdemli olmakla ilişkilendirilmekte, israf yapan, gereksiz, pahalı harcamalarda bulunan ya da elindeki olanakları düşünmeden tüketen bireylerin erdemli olamayacağı savunulmaktadır (Çınar 2018).

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının, yıllar içinde yerleşmiş olan toplumsal örüntülerin izlerini taşıdığı ve israfı tanımlarken “yetimin hakkı”, “günah”, “örfümüze uygun değil”, “milli servet” gibi terimleri sıkça kullandıkları görülmüştür. Ayrıca israfı “hiç yokluk görmemek” olarak betimlerken, tutumluluğu “sünnet” gibi İslami terimlerle açıklayan katılımcılara da rastlanması alan yazınla uyum göstermektedir.

5.1.2. İsrif Edilen Kaynaklara İlişkin Görüşler

Sağlık çalışanları ile yapılan derinlemesine görüşmelerde israf edilen kaynaklara ilişkin bulgular; **sarf malzeme-kaynaklar**, **insan kaynakları**, **finans – maliyet – bütçeleme** ve **fizik donanım** olarak dört alt tema ve bu alt temalara bağlı kodlar doğrultusunda tartışılmıştır.

Katılımcıların, **sarf malzeme-kaynaklar alt temasına ilişkin** görüşleri; eldiven, peçete, elektrik- su, yemek, kağıt-kırtasiye ve tıbbi ekipman olmak üzere altı koda ayrılarak incelenmiştir. Yapılan derinlemesine görüşmelerde sağlık çalışanları, en fazla eldivenin israf edildiğini ancak bu israfın aynı zamanda kendini ve hastayı korumayı amaçlaması yönünden içgüdüsel bir eylem olduğu üzerinde durmuştur. Özellikle eldiven, peçete gibi tek kullanımlık malzemelerin kullan ve at şeklindeki hızlı tüketiminin kişileri israfa yönlendirdiği belirtilmiştir. Bu konu ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde; hemşirelerin eldiven kullanım oranı %89 bulunmakla birlikte, eldiven ile temas ettikleri alana çıplak elle dokunma durumlarının %80 olduğu saptanmıştır (Tel 2009). Bu durum eldivenlerin doğru şekilde kullanılmadığını ortaya koymaktadır.

Hastaneler, 24 saat kesintisiz hizmet veren kuruluşlar olup aydınlatmadan, karmaşık tıbbi cihazlara kadar tüm ekipmanların çalışabilir durumda olması için gerekli olan elektrik enerjisinin devamlılığına gereksinim duymaktadır. Bu bağlamda elektrik kullanımı, hastaneler için son derece önemli olmasının yanı sıra hastane maliyetlerinin artmasına neden olmakta ve hem hastane kaynaklarının hem de doğal kaynakların tüketimini kaçınılmaz hale getirmektedir. Amerika Birleşik Devletleri’nde konu ile ilgili

yapılan bir çalışmada, hastanede elektrik israfının azaltılması adına tıbbi görüntülemeler sonucu elde edilen kayıtlarının elektronik sistemler üzerinden hastaya ulaştırılması ve yine elektronik ortamda arşivlenmesinin verimli olduğu ortaya konmuştur (Phillips 2009).

Doğal kaynaklardan su, hayatımızın pek çok alanında olduğu gibi hastanelerde de çok fazla kullanılmaktadır. Hastanelerin hijyenik koşullarda bakım vermesi adına temizlik işlemlerinde, sağlık çalışanlarının el hijyeninde, lavabolarda ve daha pek çok alanda su israfına sıklıkla değinilmektedir (Roberts 2011). Bu çalışmada da nitel veriler incelendiğinde benzer şekilde, özellikle tuvaletlerin temiz kalması açısından muslukların açık bırakıldığı, hasta ve hasta yakınlarının su tüketimine gereken özeni göstermediği belirlenmiştir. Bu kapsamda; 2018 yılında yayınlanan Kamu binalarında enerji etüdünün incelendiği çalışmada 25 hastane binası incelenerek, hastanelerin doğal kaynakların kullanımını konusunda sahip olduğu tasarruf potansiyelinin %15 olduğu belirtilmiştir. (Enerji ve Tabii Kaynaklar Bakanlığı Yenilenebilir Enerji Genel Müdürlüğü 2018). Bu çalışmada da benzer şekilde hastanelerde doğal kaynakların kullanımında tasarrufun önemslenmediği ortaya konmuştur.

İstanbul'da bulunan dört çalışan yemekhanesinde yemek israfı üzerine yapılan bir araştırmada, kurumlarda öğle yemeği servisinde oluşan yemek artıkları incelenmiş ve artık yüzdeleri; %13.6 yan yemek, %13 çorba, %12.1 ana yemek %8.7 salata, ve %7.4 ekmek olarak belirlenmiştir (Tümer 2017). Bu çalışmada da benzer şekilde hastane yemeklerinin sağlık çalışanları tarafından beğenilmediği ve büyük oranda israf edildiği, özellikle ambalajlı halde gelen ekmeklerin tüketilmediği, küflendiği, bozulduğu üzerinde durulmuştur.

Hastaneler kağıt, kalem, kartuş gibi kırtasiye malzemelerinin sıklıkla tüketildiği kurumlar olup özellikle hasta raporları, sonuç çıktıları, hasta dosyaları ve epikrizler gibi kayıtlar kağıt israfına neden olmaktadır. Bu bağlamda gelişmiş teknoloji kullanımının, hasta raporları ve hasta kayıt sistemleri için uygun bir yapı oluşturduğu, ayrıca, hasta ve hekimlerin sonuçlara sistemler üzerinden ulaşabilmesine olanak sağlanmasının kağıt israfının ortadan kalkması ve tutumlu olunması açısından önemli yarar sağladığı belirtilmektedir (Bonnie ve ark. 2008).

Sağlık çalışanları ile yapılan israfa ilişkin derinlemesine bireysel görüşmeler; **insan kaynakları** alt teması altında, güvenlik kaygısı, insangücü gereksinimi ve zaman israfı şeklinde kodlanarak değerlendirilmiştir.

Katılımcılarla yapılan görüşmelerde, özel hastanelerdeki insan kaynakları yönetiminin iş gören devir hızını destekler nitelikte olduğu ve kısa dönemde kar amacı güdülmesi nedeniyle, deneyimli çalışanların kurumdan uzaklaştırıldığı belirlenmiştir. Katılımcılar, hastanenin ucuz iş gücü sağlamak adına, alanında yetkin ve deneyimi olmayan çalışanları istihdam etmeye yöneldiğini ve bunun diğer çalışanların motivasyonunu olumsuz yönde etkilediğini, ayrıca hasta bakım kalitesinin düşmesine neden olduğunu belirtmişlerdir.

Konuya ilişkin alan yazın incelendiğinde, insan kaynakları yönetiminde yapılan hataların insan kaynağı israfı şeklinde değerlendirildiği görülmektedir. Bu israf şeklinin genellikle, deneyimli ve donanımlı sağlık çalışanlarının istihdam edilmemesi ya da sağlık sisteminden dolayı eğitim aldığı alanda hizmet vermesinin sağlanamamasından kaynaklandığı savunulmaktadır (Dovlo 2005). Bu çalışmada, sağlık çalışanları arasındaki görüşün bu bilgiyi desteklediği belirtilebilir. Yapılan derinlemesine görüşmelerde profesyonel olmayan personelin istihdam edilmesinin bakım kalitesini düşürdüğü, özellikle bakım verici rolünde bulunan hemşirelik mesleği imajının bu durumdan zarar görmesine neden olduğu belirtilmiştir.

Sağlık çalışanlarının güvenlik gereksinimine ilişkin görüşleri incelendiğinde; hasta ve hasta yakınlarından sözel ve fiziksel şiddet gördükleri ve stres altında hizmet verdikleri belirlenmiştir. Konuya ilişkin yapılan bir çalışmada, benzer şekilde sağlık çalışanlarına yönelik sözel şiddetin fiziksel şiddetten %67,1 daha fazla olduğu, ayrıca özellikle hemşirelerin sağlık alanında yapılan hatalardan sorumlu tutularak psikolojik şiddet davranışı uygulandığı belirtilmektedir (Büyükbayram 2013). Sonuçların uyumlu olduğu farklı bir çalışmada da sağlık çalışanlarının şiddet görme nedenleri arasında çalışan yetersizliği ve iş yükü gibi etkenlerin yanında, hastanelerde yeterli güvenlik önlemlerinin alınmaması belirtilmiştir (Beech and Leather 2006).

Katılımcılar, insangücü sayısındaki yetersizliğin, çalışanları psikolojik yönden etkilediği, hastane kaynakları ve hastaya verilen hizmet bakımından olumsuz etkiler yarattığı üzerinde durmuşlardır. Rogers (2004) yaptığı çalışmada, günlük 8 saat veya daha az çalışan hemşirelerin hata yapma oranını %1,6 bulmasına karşın, günlük 12,5 saat veya

daha fazla çalışan hemşirelerde hata yapma oranını %6 olduğunu belirtmiştir (Rogers 2004). Yapılan derinlemesine görüşmelerden elde edilen bulgular, sağlık çalışanlarının yetersiz insan gücüyle çalışılmasının çoğu zaman bir hastanenin insan kaynağı politikası olduğunu ve hastanelerde yaşanan sorunlardan birçoğunun nedenini oluşturduğunu belirtmektedir.

Sağlık çalışanlarının zaman israfı konusundaki söylemleri incelendiğinde; özellikle acil birimlere yapılan gereksiz başvurulardan kaynaklanan gereksiz hastane başvuruları ve gereksiz tetkiklerin zaman ve malzeme israfına yol açtığı belirlenmiştir. Ayrıca, hastanelerde malzeme ve stok yönetimi gibi işlevleri çoğunlukla servis sorumlu hemşirelerinin üstlendiği, hemşirelerin günlük işlevlerini yerine getirirken kullandığı her malzemeyi sistemde göstermesinin, gereksiz iş yükü olarak algılandığı ve bunun hemşirenin zaman kullanımını açısından israf olarak görüldüğü vurgulanmıştır. Katılımcılar, kullanıma hazır olmayan malzemelerin değer katmayan bekleme neden olmasının zaman israfına ve endişeye neden olduğunu belirterek, hemşire ve sağlık çalışanları malzeme yönetimine ilişkin sorumluluğunun bir yere kadar kabul edilebilir olduğu üzerinde durulmuştur. Özel bir hastanede yapılan çalışmada, etkin stok kontrolü ve kaizen grupları gibi süreçlerin, ortaya çıkan zaman israfını önlediği sonucuna ulaşılmıştır (Çavmak 2018).

Hastane çalışanlarının verdiği hizmetlerin birbirine bağlı olarak gerçekleşmesinin bir sonucu olan gereksiz bekleme, en fazla zaman israfına neden olduğunun belirtilmiş olmasının yanı sıra özellikle süreçlerin aksamaması adına hemşirelerin görev tanımını dışında işlerle görevlendirilmelerinin kendi hizmet sunumlarını olumsuz yönde etkilediği üzerinde durulmuştur. Benzer bir çalışmada da sağlık çalışanlarının sayısı azaldığında hemşirelerin görev tanımını dışında işlerle görevlendirildiği belirtilmiştir (Yörükoğlu 2008). Hemşirelerin görev tanımları dışındaki işlerle görevlendirilme durumları ile ilgili yapılan bir araştırmada, hemşirelerin %5,37'sinin hemşirelik dışı birimlerde çalıştığının ortaya konması ve bu hemşirelerin %29'unun çalışan eksikliği nedeniyle hemşirelik dışı görev aldığını ve sıklıkla (%27,2) sekreterlik görevi üstlendiklerinin belirlenmiş (Ünal 2008) olması bu çalışmayla uyumlu bulunmuştur.

Yapılan görüşmelerde, gereksiz iş yüküne bağlı zaman israfının nedenleri arasında hekimlerin davranışları büyük bir yer tutarken, hekimlerin malzeme yönetimiyle ilgilenmesinin çalışanlar tarafından olumsuz algılandığı, bazı elektronik sistemlerin israfı

önlemede kullanılmasının desteklenmediği belirlenmiştir. Konuyla ilgili alan yazın incelendiğinde, 2006 yılında yapılan bir çalışmada hastanede kullanılan elektronik sistemlerin kullanım oranının hekim ve hemşirelerde benzer düzeyde olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Menachemi ve ark. 2006). Bu sonuçlara benzer bir çalışmada da e-order girişlerinin acil servilerde çalışan hekimler tarafından etkin bir şekilde kullanıldığı sonucunun elde edilmesi bu araştırmanın bulgularıyla uyum göstermemektedir (Mumcu 2013).

Sağlık çalışanları ile yapılan görüşmelerde, israf kaynakları teması altında yer alan **finans – maliyet – bütçeleme** alt temasından elde edilen bulgularda ışığında hastanelerde, masraf kayıtları büyük ölçüde barkod sistemleri ve otomasyon sistemine yapılan masraf girişleri şeklinde tutulduğu görülmektedir.

ABD’de yapılan çalışmada, sağlık alanına ayrılan finansmanın fazla olmasına karşın, sağlık hizmetlerinin maliyetinin yüksek olması nedeniyle giderlerin sağlık çıktılarına yansımadağı belirtilmektedir (Cutler ve ark. 2011). Bu çalışmada sağlık çalışanlarından elde edilen veriler ışığında özel hastanede çalışan personelin, malzeme ve hizmetlerin faturalandırılmasıyla birlikte, özel hastaneye başvuran hastaların bu şekilde hizmet almayı seçmesi ve memnuniyet faktörü olarak görmesinin altı çizilmektedir. Hastane maliyetleri incelendiğinde özellikle pahalı bir şekilde üretilmesine karşın, sağlığın korunması ve hastalıkların önlenmesi konusu ihmal edildiğinden gereken etkinliğin sağlanamamasının israfa neden olduğu ortaya konmaktadır (Sage 2017).

Üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin verildiği üniversite hastaneleri ülkemizde uygulanmakta olan politikalar sonucunda finansal yetersizlikler yaşamaktadır. Bu hastanelerin kar amacı gütmeyen kuruluşlar olması artan maliyetlerin karşılanmasını güçleştirmekte ve ekonomik sürdürülebilirlik noktasında sıkıntılar yaşanmasına neden olmaktadır. Üniversite hastanelerinin mali dengesini sürdürememelerindeki en büyük neden ihale ve ortak kaynak kullanımı gibi kolaylıklardan yararlanamaması olarak belirtilmektedir (Yiğit ve Yiğit 2016). Bu çalışmada da üniversite hastanelerine yönelik benzer bulgulara ulaşılmıştır.

Hastanelerin yürüttüğü hizmetler açısından bina mimarisi, **fiziki yapı ve donanımının**, değer katmayan beklemelemlere, değer katmayan çalışan gereksinim duyulmayacak şekilde planlanması gerekmektedir. Alan yazında, hastane binasının bulunduğu yer, ulaşım durumu, hasta kabul ve nakline uygun olup olmadığı gibi

konularda dikkatli tasarlanması gerektiği belirtilmektedir. Ayrıca hastanelerdeki koridorlar, hasta odaları, görüntüleme merkezleri ve depolar gibi kullanımının fazla olduğu alanların planlamasının, çalışan ve hasta giriş çıkışlarına uygun olarak yapılması, hastane alt yapı sistemleri, aydınlatma ve ısıtma gibi sistemlerin iyi tasarlanması gerektiği vurgulanmaktadır (Uzunay 2011). Bu çalışmada benzer şekilde katılımcılardan Sağlık Bakanlığı ve üniversite hastanelerinde çalışanların, hastane binalarının eski ve yıpranmış olmasından kaynaklanan yapısal sorunlarla karşı karşıya kaldıkları, koridor ve hasta odalarının uygun ve ulaşımı kolaylaştıracak şekilde tasarlanmadığı ve çalışanların gereksiz hareketlerine neden olduğunu belirttiği görülmüştür.

Türkiye’de 2000’li yıllarında başında sağlıkta rekabette öne geçmek ve diğer hastanelerden farklı olduklarını kanıtlamak isteyen özel hastanelerin, uluslararası akreditasyon kriterlerini yerine getirerek Joint Commission International’den (JCI) akreditasyon belgesi almaya başladığı görülmüştür. Bu bağlamda Pettersen ve Nyland’ın (2006) çalışmaları akreditasyonun klinik kalite göstergeleri ve çalışan performansında artışa neden olmadığını ortaya koymaktadır (Pettersen ve Nyland 2006). Bu durum akreditasyon bedellerine ödenen payın değer yaratmadığı algısını oluşturabilmektedir. Bu çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının, JCI ve benzeri kalite çalışmalarında sadece denetimin gerçekleşeceği zamanı kapsayacak önlemlerin alındığı ve bu belgelere ulaşıldığı görüşünde oldukları belirlenmiştir. Norveç’te 2011 yılında yapılan bir çalışmada, benzer bir sonuca ulaşılmış ve bu durum “yaparmış gibi görünme” şeklinde tanımlanmıştır (Sack ve ark. 2011). Benzer şekilde 2003 yapılan bir çalışmada, kalite çalışmalarının zaman ve emek kaybına neden olduğu, çalışmaların hizmet kalitesine katkı sağlamadığı ve gider kalemlerinde ciddi artışlara neden olduğu belirtilmiştir (Greenfield ve Braithwaite 2008). Türkiye’de yapılan bir söylem analizinde, performans ile akreditasyon gibi birlikte kullanılan birçok kavram incelenmiş ve kalite söylemi ile akreditasyon olgularının ilişkili olmadığı görülmüştür (Türkeli 2015). Bu bulgular, katılımcıların kalite çalışmalarının etkin olmadığı, emek, kaynak ve zaman israfına yol açtığına ilişkin görüşleri desteklemektedir.

5.1.3. İsrif Nedenlerine İlişkin Görüşler

Sağlık çalışanlarıyla yapılan derinlemesine bireysel görüşmeler sonucunda israf nedenleri; **çalışan kaynaklı israf**, **hizmet alan kaynaklı israf** ve **kurum kaynaklı israf** şeklinde üç alt temada ele alınarak incelenmiştir.

Katılımcıların **çalışan kaynaklı israf nedenlerine** ilişkin görüşleri; bilgi ve deneyim eksikliğine bağlı israf ve gereksiz işlemlere bağlı israf şeklinde incelenmiştir. Ayrıca görüşmelerde, çalışanların deneyimli olmasının israf davranışlarının azalması açısından büyük önem taşıdığı ve israfı önleme konusunda belirleyici rol oynadığı belirtilmiştir. Konuyla ilgili yapılan bir çalışmada, sağlık çalışanlarının eksik insan gücü nedeniyle fazla hastaya bakması, çalışma süresinin uzunluğu, bilgi ve deneyim eksikliği gibi nedenlerle hataların ve istenmeyen sonuçların israfı arttırdığı belirtilmiştir (Işık ve ark. 2012). Nardella ve arkadaşlarının (1995) ameliyat öncesi dönemde istenen gereksiz görüntüleme işlemlerinin ortadan kaldırılmasına yönelik yaptıkları çalışmada, hastaların sosyal ve tıbbi açıdan değerlendirilmesini içeren bir kılavuzun geliştirerek, uygulanmasının testlerin sayısında %50'den fazla düşmeye yol açtığı saptamışlardır (Nardella ve ark. 1995).

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının, hizmet alan bireyler ve hasta yakınlarının neden olduğu israf davranışlarına ilişkin görüşleri; hizmet alan bireylerin eğitim eksikliği, farkındalık yoksunluğu ve hasta yakınları kodlarıyla değerlendirilmiştir.

Hastane çalışanları ile yapılan görüşmelerde, hastaların internet yoluyla edinilen yanlış bilgiler yoluyla kendi tanılarını koyarak hastaneye başvurmaları ve tedavilerini kendi talepleriyle oluşturmak istedikleri bildirilmiştir. Günümüzde internet yoluyla birçok hastalık bilgisine ulaşılabilen, hatta cerrahi operasyonlar izlenebilmektedir. Bu durumun kişilerin hastalıklar ve tedaviler hakkında bilgi sahibi olmalarına neden olduğu ve internet üzerinden bilgi edinen bireylerin, kendi tedavi süreçlerine katılmak istediği belirtilmektedir (Günler 2015). Ancak internetten edinilen bilgilerin her zaman güvenilir olmadığı ve internet kaynaklarında çoğu zaman kişisel görüş ve deneyimlere yer verildiği görülmektedir (Conrad ve Stults 2010). Ayrıca kullanılan tıbbi terimlerin eksik ve yanlış anlaşılması gibi olumsuz durumların da toplum sağlığı açısından önemli risk oluşturduğu ve hastanelerin yoğunluğunu arttırdığı üzerinde durulmaktadır (Cline ve Haynes 2001).

Hastaneden hizmet alan bireylerin hastaneye başvururken internet, televizyon programları gibi güvenilir olmayan bilgi kaynaklarından edindikleri bilgiler doğrultusunda kendi tanı ve tedavi süreçlerine katılımı, sağlık çalışanları tarafından eğitim eksikliği ve farkındalık yoksunluğu şeklinde yorumlanmıştır. Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının acile başvuru nedenleri arasında bu durumla çok sık karşılaşıldığı bildirilmektedir. Bu durumun gereksiz hizmet süreçlerinin oluşmasına, hastanelerdeki

doluluk oranının artmasına neden olduğu iletilmektedir. Bir eğitim ve araştırma hastanesinin acil servisine başvuran olguların incelendiği bir araştırmada, kırmızı alana %0.4 (acil değerlendirilmesi gereken kritik hastalar), sarı %93.8 (hayati bir tehlikesi olmayan, bekleyebilir hastalar), yeşil %5.8 (poliklinik hastaları) şeklinde olduğu belirtilmiştir (Özdemir 2019). Sonuçlar bu araştırmada elde edilen bulguları desteklemektedir.

Çalışmada görüşmelerden elde edilen bulgular, **kurum kaynaklı israf nedenleri** alt teması altında **kurum kültürü, satın alma ve öğrenci kaynaklı nedenler** kodları ile değerlendirilmiştir.

Günümüzde değişen yönetim şekilleri, kalite çalışmaları, hasta doyumunu vb. gibi etkenler doğrultusunda hastanelerde daha çağdaş örgütsel yapılanmalara ve yönetim şekillerine geçilmesine yol açmaktadır (Madorran ve Pardo, 2004).

Bu çalışmada, sağlık çalışanlarının görev yaptıkları kurumda kaynakların kullanılması ile ilgili görüş ve önerilerinin yönetim tarafından değerli bulunmadığını düşündükleri görülmüştür. Katılımcılar çoğu zaman görünmez olduklarını hissettiklerini belirtmişlerdir. Bu durumun, hastanelerde otokratik yönetim yaklaşımının uygulanmasına bağlı olduğu belirtilmiştir. De Souza ve Pidd'in (2011) israfın önlenmesindeki engelleri, kurumların hiyerarşik yapılanması ve yönetimin değişime direnç göstermesi şeklinde belirttiği çalışması da bu çalışmanın bulgularıyla uyum göstermektedir. Güçlü ve yenilikçi bir liderlik anlayışının oluşmasında, örgütlerin çağdaş yönetim anlayışına sahip bir örgüt kültürü ve yönetim yaklaşımının etkili olduğu belirtilmektedir (Akbulut ve Durur 2019). Hastane yönetiminin çalışanlara uzak olması, iletişim sorunlarının yaşanması, çalışanların doğru alanlarda istihdam edilmemesi gibi nedenlerin iş gücü israfına neden olduğunun belirtilmesi beklenen bir durum olarak değerlendirilebilir.

Sağlık kuruluşları doğası gereği kar amacı gütmeyen kuruluşlar olarak görülmekle birlikte, son yıllarda sayıları giderek artan özel hastaneler bu konunun sorgulanmasına neden olmaktadır. Özel hastaneler finansal olarak var olabilmek için ürettikleri sağlık hizmetinin istenir olmasının yollarını aramaktadır. Bu bağlamda, özel hastaneler için müşteri doyumunun öncelikli olduğu belirtilmektedir (Köseoğlu ve Ocak 2010). Sağlık kurumlarında hasta doyumunun artması adına hekim tarafından gereksiz sevk, gereksiz tetkik vb. istemlerinin amacına uygun gerçekleşmemesinin kurum ve hekim için kazanç dönüştürebildiği belirtilmektedir (Hwa 2005). Çalışmada özellikle özel hastanelerde sağlık

çalışanları tarafından, hasta işlemleri gerçekleştirilirken kurum çıkarlarının göz önünde bulundurulduğu bilgisi iletilmiştir. Konu ile ilgili alan yazın incelendiğinde, hekimin hastaya en iyi şekilde rehberlik ettiği durumlarda gereksiz sağlık hizmetlerinin %160 oranında azaldığı ortaya konmaktadır (Leonard 2009). Nguyen (2011) özel ve kamu hastanelerinde gerçekleştirdiği çalışmasında, özel sağlık hizmeti veren kurumların, kamu hastanelerine göre daha fazla tetkik istediğini ortaya koymaktadır. Çalışmalardan elde edilen sonuçlar bu araştırmayı desteklemektedir.

Sağlık sektörünün yaşanan değişim ve sağlık hizmetlerinde pazar ekonomisinin geçerli olmasına nedeniyle, sağlık yöneticilerinin rekabet ortamında varlıklarını sürdürebilmek adına yeni atılımlar atmalarını zorunlu kılmaktadır (Schneller ve Smeltzer 2006). Hastaneler, hasta bakımı ve hastalıkların iyileştirilmesi gibi görevlerini yerine getirmek için çeşitli kaynaklara gereksinim duymakla birlikte, bu kaynaklar oldukça kısıtlı olmaktadır (Eren 2004). Hastane çalışanları gereksinim duyulan malzemelerin zamanında sağlanmaması durumunda bu malzemeyi bulmanın iş gücü ve zaman israfına sebep olacağını iletirken, taburcu olan hastalardan kalan malzeme ve ilaçların değerlendirilemediği ve ucuza mal edilmiş kalitesiz malzeme ile hasta bakımı yapmanın hem zaman, hem malzeme israfına neden olduğunu iletmişlerdir. Tabzon'da yönetici hemşirelerin yaşadıkları sorunlar konusunda yapılan bir çalışmada, hastane çalışanlarının malzeme araç ve gereçlerin sık bozulması ve malzeme alımında hemşirelerin görüşlerinin alınmamasından kaynaklanan sorunlar yaşadıkları ortaya konmuş olup bu çalışma ile benzerlik göstermektedir (Öztürk ve ark. 2009).

Yapılan görüşmelerden elde edilen bulgularda, hastanelerde uygulamalı eğitim alan öğrencilerin (hemşirelik, ebelik, tıp, sekreterlik, radyoloji vb.) öğrenme sürecinde sarf malzemeleri kullanırken israfa neden olduğu belirlenmiş olmakla birlikte, bu durum çoğunlukla kabul edilebilir bulunmuştur. Katılımcıların özellikle üstünde durdukları diğer bir konu ise sağlık meslek lisesinde okuyan öğrencilerinin hazır bulunuşluklarının mesleki deneyimler için yeterli olmadığı bu durumun “meslek israfı” olarak tanımladığı görülmüştür. Alan yazın incelendiğinde gençlik dönemlerinin benlik saygısının gelişmesinde son derece önemli olduğu görülmektedir. SML'de okuyan öğrenci hemşirelere verilen hemşirelik eğitiminin, hastane ortamında karşılaştıkları güçlükler ve yaşadıkları olumsuz deneyimlerin, benlik gelişimlerini etkileyerek duygusal tükenmişliğe

neden olabildiği ve bunun hemşirelerin mesleki imajlarını da olumsuz etkilediği belirtilmektedir (Yörükoğlu 2008).

5.1.4. İsrafa Karşı Alınacak Önlemlere İlişkin Görüşler

Hastane çalışanları ile yapılan derinlemesine görüşmeler sonucunda israfı önleme davranışı **bireysel önlemler, kurumsal önlemler ve sağlık sistemi** şeklinde tartışılmıştır. Yapılan görüşmeler incelendiğinde israfı önleme konusunda alınan **bireysel önlemler** çocuk eğitimi, uyarıda bulunma, elektrik -su- kırtasiye konusunda önlemler, sarf malzeme girişleri, son kullanma tarihine uygun tüketim, çalışan buluş ve önerileri, atık ayrıştırma şeklinde oluşturulan yedi koda ayrılmıştır.

Sağlık çalışanları ile yapılan derinlemesine görüşmelerde israf davranışlarının önlenmesi konusunda günümüz için çok geç kalındığı, ancak gelecekte, çevreyi koruma farkındalığı ile büyüyen bir yeni nesil ile israfı önlemenin mümkün olduğunu iletmişlerdir. Bu bağlamda alan yazın incelendiğinde gelecek nesillerin doğal kaynakları etkin ve verimli şekilde kullanmasına fırsat vermek bugünkü nesillerin farkındalığının yükselmesi ve yetiştirdikleri çocuklara israf etmeme bilincini yerleştirmiş olmalarının önemi vurgulanmaktadır (Baran ve ark. 2007).

Çalışanların altını çizdiği bir diğer konu ise israf davranışlarına yönelik yapılan uyarıların davranış değişikliğine değil, gerginliğe yol açması nedeniyle çalışanların çoğu zaman çevrelerini uarmaktan kaçındıkları şeklindedir. Bununla birlikte katılımcılar mecbur kalırlarsa hasta ve hasta yakınlarını uyaracaklarını iletmiş olup, hekimlerin uyarıldığında olumsuz tepki verebileceğini düşündüklerinden dolayı hekimleri uyarmak istemediklerini belirtmişlerdir. 550 hemşirenin katılımı ile gerçekleştirilen bir çalışmada, hemşirelerin çeşitli nedenlerle karşı karşıya kaldığı, hekim kaynaklı gerginliklerin oranı %96 bulunmuş, hemşirelerin %49'unun hekimlerle yaşadıkları bu deneyimden olumsuz şekilde etkilendiği ortaya konmuştur (Gezergün Ve ark. 2006). Bu durum katılımcıların hekimleri uarmaktan kaçınmalarının nedenini desteklemektedir.

Bütüncül hasta bakımı kapsamında hastaneye yatan hasta ve hasta yakınları, sağlık çalışanları tarafından iyileşme sürecinin bir parçası olarak kabul edilmektedir. Bu bağlamda ilgili alan yazın incelendiğinde hasta yakınlarının da sağlık çalışanlarını bilgi verici ve uyarıcı olarak gördükleri belirtilmektedir (Papastavrou ve ark. 2011). Bu

sonuçlar çalışmaya katılan hastane çalışanlarının da ilettiği gibi, israf konusunda uyarı yaparken hasta ve hasta yakınlarından çekinmedikleri, bunu mesleki bir rol olarak gördükleri şeklinde yorumlanmaktadır.

Hastane alışanları ile yapılan derinlemesine görüşmelerde katılımcılar, israfi önlemek adına hastane şartları içinde kendi önlemlerini aldıklarını iletmişlerdir. Açık gördükleri ışıkları kapatmak, muslukları sıkmak, televizyonların kapanması, kullanılmış kağıtların tekrar kullanılması gibi önlemler bunlardan birkaçını oluşturmaktadır. 2019 yılında bir üniversitede sağlık bilimlerinde okuyan 206 öğrenci ile gerçekleştirilen araştırmada katılımcıların %59,1'i su tüketimi konusunda alınan bireysel önlemlerin su kaynaklarının azalmasını etkileyeceğini inandığını belirtmektedir (Akın 2019). Bu sonuçlar doğal kaynakların kullanımında duyarlı davranılması konusunda çalışmamıza benzer sonuçlar ortaya koymaktadır. Katılımcılarla yapılan görüşmelerden elde edilen diğer bir yaklaşım ise bireysel önlemlerin hastanelerde yaşanan israf karşısında çok yetersiz olduğudur. Bu gibi konularda hastanenin yönetsel ve fiziki önlemler almasının daha yararlı olacağı düşünölmektedir.

İşletmenin etkin malzeme ve stok yönetimi politikaları izlerken, değer katmayan süreçleri ortadan kaldırmak ve giderlerin azaltılarak, kaynakların israfının önlenmesi amaçlanmaktadır (Tanrıverdi 2010). Bu bağlamda kullanılan her malzemenin sarf malzeme olarak kaydedilmesi, stoklardan düşmesi sağlanırken aynı zamanda bu malzemelerin hangi hasta için kullanıldığı da kaydedilmekte böylece faturalandırmaya yansımaları sağlanmaktadır. Bu durum çalışanlar tarafından hastaya ayrılması gereken zamanın israf edildiği ve sarf malzeme girişlerinin israfı önlemenin yanında hastanelerin hizmet bedeli alması amacıyla yapıldığı şeklinde yorumlanmıştır. Konu ile ilgili yapılan araştırmalar hemşirelerin hasta bakımı ile geçirdikleri zamanın %16,9 ile %26,9'unun uygulama alanında geçirildiğini, geri kalan zamanın hastane işlemleri ile ilgilenerak harcandığını ancak otomatik sistemlerin bu süreyi %50'ye varan oranlarda azalttığını göstermektedir (Tsai 2010).

Sağlık sistemlerinin itici gücü olan hemşireler, hasta bakımının her alanında görev alabilmektedir. Bu bağlamda malzeme ve ilaç stoklarının yönetimi de hemşirenin görev ve sorumlulukları arasında sayılmaktadır. Malzemelerin uygun şekilde temin edilmesi, saklanması ve son kullanma tarihlerine uygun olarak kullanılması sağlık çalışanları açısından sadece hastane kaynaklarının verimliliği açısından değil aynı zamanda

hastaların uygun bakım alması açısından önemli görülmüştür. Konu ile ilgili sağlık çalışanlarının son derece dikkatli olduğu ve özellikle katlarda depolama yapmaktan kaçındıkları iletilmiştir.

İlaç güvenliğini etkileyen etmenlere ilişkin 221 hemşire ile gerçekleştirilen çalışmada, ilaçların eczaneden personel tarafından taşınmasının değer yaratmayan personel hareketine neden olduğu ve ilaçların tek dozlar halinde kutularından ayrı getirilmesinin son kullanma tarihlerinin okunamamasına neden olduğu belirtilmektedir. Çalışma sonuçlarında ortaya konan, fazla ilaçların eczaneye gönderilmek yerine birimlerde depolanması, ilaç güvenliğini tehlikeye atmakla birlikte gereksiz stok sorununu gündeme getirerek ilaç israfına neden olabileceği şeklinde yorumlanmaktadır (Çoban ve ark 2015).

Özellikle üniversite hastanelerinde yaşanan malzeme eksikliği, malzemelerin zamanında temin edilememesi hem hastaların zor durumda kalmaları hem de çalışanların anlık çözümler üretmesi ile sonuçlanmaktadır. Sağlık çalışanları ile gerçekleştirilen derinlemesine görüşmelerde, kısıtlı hastane kaynaklarını hastaların etkin bakımı için kullanan sağlık çalışanları, çoğu zaman yaratıcılık, girişimcilik ve sorun çözme davranışlarını kullanarak buluşlar yaptıklarını iletmektedirler. Bu bazen hastanın ihtiyacı olan tıbbi malzemenin, başka bir ekipmanla giderilmesi olurken, bazen de eskimiş çarşaflardan yastık kılıfı, toz bezi üretilmesi şeklinde gerçekleştiği iletilmektedir. İstanbul’da bulunan bir grup hastanesinde çalışan hemşirelerle gerçekleştirilen çalışmada, hemşirelerin sorun çözme becerileri orta düzeyde ($93,03 \pm 20,794$) saptanırken, en yüksek puanı ($4,39 \pm 0,571$) “Başarı Gereksinimi”nin alması hemşirelerin kıt kaynakları kullanarak başarıya ulaşmaları anlamında bu çalışmayı desteklemektedir (Yıldırım 2016).

Çalışmaya katılan sağlık çalışanları atıkların ayrıştırılması konusunda son derece duyarlı oldukları iletilmektedir. Katılımcılar atık ayrıştırılması ile ‘çöp’ kavramının ortadan kalktığını ve bunun onları israfın önüne geçilmesi anlamında umutlandığını iletirken aynı hassasiyetin hasta ve hasta yakınları tarafından gösterilmediğini belirtmişlerdir. Hastanelerde verilen hizmetler arttıkça zararlı tıbbi atık oluşumu da artmaktadır. Hastanelerde bu yönde geliştirilen atık politikalarının çalışanlar tarafından etkin kullanılması büyük önem taşımaktadır. Bu noktada hastane personeli ve hastaların eğitim ve yönlendirmelerle atık ayrıştırma prosedürlerine uymaları israf konusunda alınacak önlemlerdir biri olarak belirtilmektedir (Yüksel 2005). Sakarya il merkezindeki

kamu hastanelerinde konu ile ilgili 497 kişinin katıldığı çalışmada sağlık çalışanlarının %69,6'sının atıkların ayrışması konusunda uygun davranışların gösterildiği ortaya konmuştur (Akbolat ve ark. 2011). Sonuçlar bu çalışma ile benzerlik göstermektedir.

Yapılan görüşmeler incelendiğinde israfı önleme konusunda alınan **kurumsal önlemler** alt teması farkındalık oluşturma, yönetimin uyarıları, ödül- ceza sistemleri, öğrencilere yönelik önlemler, fiziki yapı ve donanım, e-işlem sistemleri, insan kaynakları, malzeme yönetimi, atık depolama, atık gönderimi şeklinde on kod altında incelenmiştir.

Yapılan derinlemesine görüşmelerde sağlık çalışanları, israfın önüne geçmek için alınan önlemlerden hasta yakınlarının ve sağlık çalışanlarının dikkatlerinin bu alana yönltilmesi ve bu konuda farkındalık oluşturulmasını önemli bulduklarını belirtirken, hastanelerde kullanılan resimler ve afişler ile işgören eğitimlerini israf davranışının azaltılması yönünde atılacak önemli adımlar olarak gördükleri iletilmiştir. Bununla beraber sosyal medyanın bu amaçla kullanımının büyük ölçüde farkındalık oluşmasını sağlayacağı düşünülmektedir. Alan yazında bilinçli iş gücünün fazla atık üretilmesini engelleyeceği ve atıkların kaynağında ayrı toplanabilmesini sağlayacağı iletilmiştir (Tufaner 2019). Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarından bir bölümü yapılacak eğitimlerin, asılacak afişlerin ya da dağıtılacak broşürlerin her hangi bir farkındalık sağlamayacağı, bu bildirilerin hasta ve hasta yakınları tarafından okunmadığını iletmışlerdir aynı zamanda hastane tarafından sağlık çalışanlarının katılımıyla yapılan eğitimleri, israf konusuna yönelik farkındalığı arttırma noktasında yönetsel bir girişim olarak gördüklerini iletmışlerdir. Bu uyarı ve eğitimlerin çalışanlar tarafından desteklendiği ve çalışan memnuniyetini arttırdığı iletilmiştir. Karabük'te bir araştırma hastanesinde gerçekleştirilen çalışmada, hastane yönetimi tarafından düzenlenen personel eğitim süreçlerine sağlık çalışanlarının bakışı araştırılmış ve araştırma sonuçlarına göre çalışanların bu eğitimlere olumlu bakış açısına sahip oldukları ortaya konmuştur (Tan ve Koç 2014). Elde edilen sonuçlar bu çalışmayı destekler nitelikte olup, derinlemesine yapılan görüşmelerde sağlık çalışanlarının yönetim tarafından daha sık eğitimler düzenlemesini beklendiği anlaşılmaktadır.

Sağlık çalışanlarına yönelik eğitimlerin desteklenmesi ile beraber, katılımcılardan bazıları israf davranışında bulunan yetişkin bireylerin davranışlarını her hangi bir yolla değiştirilmesini imkansız bulurken, bazı katılımcılar bunun ancak ödül- ceza yöntemi ile mümkün olabileceği görüşünü iletmışlerdir. Bu bağlamda özellikle para cezasının israf

davranışları konusunda caydırıcı olacağı belirtilmiştir. Bu çalışmada ortaya konan görüşlere karşın, yetişkin eğitimi konusunda alan yazın incelendiğinde; yetişkin bireylerin belli bir işi yapmak için o işe ilgi ve istek duymasının, o işi yapmak için güdülenmesinin önemi üzerinde durulmaktadır. İlgili konudaki öğrenme ihtiyacının farkına varması ve iç güdülenmesi sağlanarak sorumluluk üstlenmesinin davranış değişikliğini kolaylaştırdığı savunulmaktadır (Mauk 2014).

Çalışmaya katılan sağlık çalışanları, bağlı buldukları hastanede uygulama eğitimine gelen öğrencilerin eğitim amaçlı kullandıkları malzemelerin kaynak israfına neden olduğunu belirtirken, hastane ziyaretlerinin bir öğretim elemanı ile yapılmadığında hemşirelerin öğrencilere çok fazla zaman ayırması gerektiği iletilmiştir. Hemşirelik mesleği eğitiminde, sadece teori ya da sadece pratik uygulamalardan söz edilmesi mümkün olmadığı göz önünde bulundurularak, bu israfı kabul edilebilir olarak değerlendirdikleri ancak bazı hastanelerde kullanılan simulasyon eğitimlerinin yaygınlaştırılması ve uygulama eğitimlerine mutlaka bir rehber öğretim elemanı eşliğinde katılmaları önerilmiştir. Bu çalışmayı destekler nitelikte, 100 hemşire ile gerçekleştirilen bir çalışmada, hemşirelerin %56'sı öğretim elemanlarının uygulama alanlarında bulunmasının gerekli olduğu görüşünü iletmıştır (Eskimez ve ark. 2005). Doğan ve arkadaşlarının (2008) gerçekleştirdiği çalışmada, serviste çalışan hemşirelerin uygulamalar konusunda öğrencilere eğitici olmak istedikleri ancak bu esnada öğretim elemanlarından destek almalarının uygun olacağını iletmektedir (Doğan ve ark. 2008).

Hastanelerin fizik donanımının güçlendirilmesi ve teknolojik hale getirilmesi, doğal kaynakların gereksiz kullanılmasının önüne geçerek hasta sonuçlarının sistemler üzerinde saklanması, hızlı ve güvenli bir şekilde saklanmasını ve kırtasiyecilik işlemlerinin azaltılmasını sağlamaktadır (Brandies ve ark. 2007). Bu çalışmaya katılan sağlık çalışanları bilgisayarlar üzerinden ilaç ve malzeme istemlerinin yapılmasının kağıt ve zaman israfının ortadan kaldırması yönünden işlevsel bulunmaktadır. Ayrıca e-işlem kullanımının, ilaçların eczaneden doğru dozda gönderildiği özel sistemler olarak kullanımının, hem çalışanların işini kolaylaştırdığı hem de istenmeyen durumların önlenmesi konusunda yarar sağladığı belirtilmektedir. Esatoğlu ve Köksal'ın yaptıkları çalışmada, hastaneler kullandıkları yazılım programlarını, %93.5 oranında hizmetleri faturalama, %92.6 eczane işlemleri, %87.1 hasta kayıt, %72.4 laboratuvar hizmetleri için

kullandıklarını ve sonuçta değer katmayan süreçlerin ortadan kaldırıldığını iletmektedirler (Esatoğlu ve Köksal 2002). Sonuçlar bu çalışmayı desteklemektedir.

Çalışmaya katılan hastane çalışanları tarafından “insan kaynakları israfı” olarak yorumlanan yetersiz iş gücü ile çalışmak uzun ve yorucu çalışma saatlerine neden olmakta ve hata payını arttırmaktadır. Bu konuda göreve uygun personelin istihdam edilmemesi gibi etkenler öncelikle önlem alınması gereken durumlar olarak belirtilmektedir. Sağlık Bakanlığı’nın personel istihdamına bakıldığında ataması yapılan personel sayısının yıllar içinde arttırdığı ve bu artışın hekim dışı sağlık personeli üzerinde yoğunlaştığı, alandaki çağrıya kulak verildiği şeklinde yorumlanmaktadır (Sayan ve ark. 2012).

Yapılan derinlemesine görüşmelerde elde edilen veriler ışığında malzeme yönetimi temasının; barkod girişleri, sarf malzeme sağlama başlıkları altında incelenmesi uygun bulunmuştur.

Sağlık çalışanları malzemelerin barkod okutma işleminden geçmesini “bakkal gibi” şeklinde tanımlamışlardır. Çoğu zaman sorumlu hemşirelerin üstlendiği bu görevi hemşireler, kendi görevleri olarak değil fazladan iş yükü olarak gördüklerini iletmektedir. Hastanelerde stok kontrolünün kolay, hızlı ve hatasız gerçekleşmesi için bazı sistemler oluşturulmuştur. Özellikle barkod sisteminin sağlık hizmetlerinde kullanılması, malzeme sağlama konusunda otomatik çağrı sisteminin olması, mevcut stok listelerinin sürekli güncellenmesi, eksilen malzemelerin en hızlı şekilde temin edilmesi ve uzun vadede malzeme planlaması adına tutarlı tahminler yapılmasını sağlayacağı belirtilmektedir (Töz 2007). Bu çalışmayı destekler nitelikte, İstanbul’da 2600 yataklı bir hastanede gerçekleştirilen bir araştırmada; eldiven, flaster, enjektör ve anjioket talep miktarları incelenerek geleceğe yönelik bir talep listesi oluşturulmasına çalışılmıştır. Seçilen yöntemle, bir sonraki yıl için tahminler gerçekleştirilmiştir. Elde edilen bulgular sonucunda hastanenin satın alma bölümünde gerekli güncellemelerin kolay ve hızlı şekilde yapılabildiği ortaya konulmuştur (Özdoğru ve ark. 2015).

Hastane çalışanları ile yapılan derinlemesine görüşmelerde atıkların ayrıştırılarak toplanması şeklinde yürütülen “Sıfır Atık Projesi”nden memnun olduklarını ve etkili biçimde kullandıklarını iletmekte olup bu tarz girişimlerin israf davranışlarını önleme ve farkındalık sağlama açısından önemi vurgulanmaktadır. Günümüzde, hastanelerin yılda yaklaşık 6 milyon ton atık ürettiği bilinmektedir. Hastanelerdeki atık depolanması ve

bertaraf edilmesi süreçlerinin pahalı hale geldiği belirtilmektedir (Terekli ve ark. 2013). Hastanelerin toplum sağlığını koruma ve geliştirmeye yönelik amaçlarını gerçekleştirirken ortaya çıkardıkları tıbbi atıkların uygun şekilde depolanması ve bertarafı önem kazanmaktadır. (Çevre ve Orman Bakanlığı ve Çevre Yönetimi Genel Müdürlüğü 2013). Adana kamu hastanelerinde yapılan bir çalışmada hastanelerin ürettikleri toplam atık miktarı 45.565.546 kg olarak tespit edilmiş, bunun %73'ünün evsel nitelikli, %23'ünün ise tıbbi atık olduğu belirtilmiştir (Topan 2017).

Son olarak hastane çalışanları hastanelerdeki israfın önüne geçmek için israf önleyici projelerin devlet tarafından desteklenmesi ve **sağlık sisteminde** bu yönde değişikliklere gidilmesini önermişlerdir. Poliklinik şeklinde kullanılan acil servislerin en fazla gereksiz uygulama yapıldığı birimler olduğu ve bu birimlerdeki hasta yoğunluğu sonucunda hekimlerin kendilerini korumak adına yaptıkları gereksiz işlemlerin doğru bir koruyucu hekimlik ve sevk zinciri sistemi ile ortadan kalkabileceği görüşünü iletmışlerdir.

Sağlıkta dönüşüm programı kapsamında yapılan yenilikler incelendiğinde Aile Hekimliği sistemi, katkı payı ödemeleri ve performans dayalı ödeme sistemleri gibi uygulamalar sonucu sağlık birimlerinde yatan hasta sayısında, yatak işgal oranlarında ve yatak devir hızında artış, hastanelerde ortalama kalış süresinde ise azalma saptanmıştır. Bu durum sağlık hizmetlerine hızlı ve kolay ulaşılmasını sağlamakla birlikte arzı artırarak israfa neden olma endişesi yaratmaktadır (Elbek 2009). Bu açıdan bakıldığında sağlık alanında israfın önüne geçilmesi, ve küresel rekabet ortamında var olabilmek için yeni teknolojilerin kullanılarak, kaynakların korunması ve kapsayıcı ekonominin desteklenmesi gerektiği savunulmaktadır (Acemoğlu ve Robinson 2016).

5.2. Araştırmanın Nicel Aşamasına İlişkin Bulguların Tartışması

Ölçek geliştirme çalışmaları yapılırken, geliştirilen ölçeklerin ölçülmek istenen olguya uygun olup olmadığı bazı analizler kullanılarak test edilmekte ve bu test sonuçlarının doğru ve güvenilir olması beklenmektedir. En genel tanımıyla bu analizler “geçerlik” ve “güvenirlilik” olarak belirtilmektedir (Ercan ve Kan 2004).

Araştırmanın ikinci aşamasında, sağlık çalışanlarının israfa ilişkin tutumlarının ölçülmesi amacıyla bir ölçek geliştirilme çalışması yapılmış, ölçeğin geçerlik ve

güvenirligi değerlendirilmiştir. Araştırmanın nicel aşamasında oluşturulan ölçeğe ilişkin geçerlik- güvenirlilik bulguları aşağıda tartişılmaktadır.

5.2.1. Sağlık alışanlarının İsrafa İlişkin Tutumu Ölçeğinin Geğerliği

Geçerlik, bir ölçeğin hangi yapıyı ölçölmek üzere geliştirilmişse, o yapıyı geręekten ölçöüp ölçmediğinin değerlendirilmesidir (Güngör 2016). Bir yapıyı ölçmek üzere geliştirilen çeşitli yöntemler olmakla birlikte, bu çalışmada geliştirilen SİİT ölçeğinin geğerliliğinin incelenmesinde “kapsam geğerliği”, “madde analizi” ve “yapı geğerliği” yöntemleri kullanılmıştır.

Kapsam geğerliği; oluşturulan ölçek maddelerinin değerlendirmek üzere, konu ile ilgili uzmanların görüşlerine başvurulması ve alınan dönüşler sonucunda ölçek maddelerinin uygun hale getirilmesi olarak belirtilmektedir (Yurdağül 2005). Bu konuda alan yazın incelendiğinde uzman sayısının en az üç olması gerektiği savunulurken, yirmiden fazla uzmanla da çalışılabileceği üzerinde durulmaktadır (Ercan 2004).

Taslak ölçek maddelerinin değerlendirilmesinde uzman görüşlerine başvurularak uygun ve biraz uygun şeklinde görüş veren (4 ve 3) uzman sayısının toplam uzman sayısına bölünmesi yöntemi ile KGO hesaplanmakta ve bu yöntem sonunda KGİ oluşturulmaktadır (Yeşilyurt ve apraz 2018).

Bu çalışmada kapsam geçerlik analizi doğrultusunda, taslak ölçekteki maddelere ilişkin KGO alışması sonucunda aday ölçek maddelerine ait KGO'nun 0,67 ile 1 arasında değiştiği belirlenmiştir. KGO değeri 0,80'nin altında olduğu belirlenen 9 madde ile KGO değeri 0,80 üzerinde olmasına karşın diğer maddelerle benzerlik gösteren veya bütönlük sağlamadığı düşünölen 19 madde ölçek taslağından çıkarılmıştır. Ölçek bütönlüne ait KGİ'nin 0,92 olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Kapsam geğerliği çalışmasından elde edilen bulgular doğrultusunda düzenlemeler yapılarak, çalışma grubuna benzer bir örnekleme üzerinde pilot uygulama yapılmış, maddelerin anlaşılır olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Ölçek maddelerinin istenen olguyu ölçmek için uygun olduğu ve kapsam geğerliliğinin sağlandığı belirtilebilmektedir.

Madde analizi; her bir madde ile ölçek puanı arasındaki korelasyonların hesaplanmasını içeren bir değerlendirme yöntemidir (Gözüm ve Aksayan 2003). Burada değerlendirme yapılırken, maddenin korelasyonunun düşük olmasının anlamı, ilgili maddenin ölçekte bulunan diğer maddelerle aynı özelliği ölçmemesi olarak

belirtilmektedir. Bu bağlamda ölçek incelenirken, eksi işaret almış ya da çok düşük korelasyon değerine sahip maddelerin ölçekten çıkarılması önerilmektedir (Gözüm ve Aksayan 2003). Korelasyon katsayısının ,20'nin üzerinde olması uygulamada kabul edilebilir bulunmaktadır (Kline 2011). Bu çalışmada korelasyon katsayısı ,30 olarak belirlenmiştir.

SÇİİT ölçeği geliştirilirken madde toplam korelasyon katsayısı negatif olan 2, 4, 49, 39, 22, 55, 52, 51, 40, 56 numaralı maddeler ve madde toplam korelasyon katsayısı 0,30 un altında olan 36, 38, 54 ve 3 numaralı maddeler ölçekten çıkartılmıştır. Kalan maddelerin madde toplam korelasyon değerleri 0,30-0,78 arasında değişmektedir.

Ölçek geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılırken ölçek yapılarının test edilmesi amacıyla kullanılan yöntemlerden biri faktör analizidir. Açımlayıcı faktör analizi, ölçek taslağında yer alan maddeleri, ölçtükleri özellikle ilgili anlamlı gruplandırmalar yaparak, bu maddeleri yüksek ilişki gösteren faktörlere ayırmak, birden fazla faktörü ölçen veya ölçüm yapılamayan maddelerin belirlenmesi amacıyla kullanılmaktadır (Aydemir 2004; Worthington ve Whittaker 2006).

Araştırmanın faktör analizi için uygun olup olmadığının değerlendirilmesi için Kaiser Meyer Olkin (KMO) katsayısı ve Bartlett anlamlılık testi uygulanmaktadır. Örneklemin faktör analizi uygulaması için yeterli büyüklükte olup olmadığını belirten KMO katsayısının 0,60 ve üzerinde olması uygun görülmektedir. Değişkenler arasındaki ilişkiyi ölçen Bartlett testinin ise istatistiksel olarak anlamlı olması ($p < 0,05$) maddelerin korelasyon matrisinin uygunluğunu belirtmektedir (Yurdagül 2005).

Araştırma kapsamında oluşturulan ölçeğin yapı geçerliliğini belirlemek ve ölçek maddelerinin kaç faktör altında toplandığını, dağılımını görmek amacıyla açımlayıcı faktör analizi ile incelenmiştir. Yapı geçerliliğini test etmeden önce veri setinin faktör analizi yapmaya uygun olup olmadığı KMO katsayısı ve Bartlett anlamlılık testi ile değerlendirilmiştir. Değerlendirmeler sonucunda KMO katsayısı 0,780 olarak tespit edilmiş ve Bartlett anlamlılık testi anlamlı bulunmuştur.

Araştırmada ölçek faktör sayısını belirlemek için özdeğer kriteri ve yamaç birikinti grafiği kriterleri kullanılmıştır. Özdeğeri birin üzerinde olan 10 boyut olduğu belirlenmiştir. Yamaç birikinti grafiğindeki eğim noktaları incelendiğinde ise, ölçeğin beş alt boyuttan oluştuğuna karar verilerek analize devam edilmiştir. Ölçeğin yapısını ortaya koyabilmek için Temel Bileşenler Analizi (Principal Components Analysis) Promax

rotasyon yöntemi kullanılarak açımlayıcı faktör analizi yapılmıştır (Corner 2009). Faktör yük değerleri arasındaki fark 0,10'un altında olan ve birden fazla faktörde yük alan maddeler ile faktör yükü 0,50'nin altında olan maddeler sırasıyla teker teker atılmıştır (Costello ve Osborne 2005). Bu doğrultuda 27, 35, 15, 43, 23, 48, 33, 21, 16, 31, 45, 25, 20, 10, 12, 32, 29, 30 maddeleri ölçekten çıkarılmış ve 24 maddeli beş boyutlu bir yapı elde edilmiştir. Ölçek maddelerinin faktör yükleri 0,60-0,86 arasında değişmektedir.

Bu çalışmada açımlayıcı faktör analizi sonucunda ölçek maddelerinin en uygun şekilde faktörlere ayrılmasıyla 24 maddeli, beş boyutlu bir yapı olan SÇİİT ölçeği elde edilmiştir. Alan yazında, faktör analizi sonucunda ortaya çıkan alt boyutların adlandırılmasının kuramsal yorumlamalarla şekilleneceği ve konu alanı ile ilgili uzmanların görüşlerinden yararlanılmasının uygun olacağı belirtilmektedir (Yurdagül 2005). Bu çalışmada ölçeğin alt boyutlarında yer alan maddeler tez izlem jürisi ve bu alanda uzman kişilerle toplantılar yapılarak anlam açısından değerlendirilmiş olup sırasıyla “Çalışanların israf algısı”, “İsraf nedenleri”, “Bireysel önlemler”, “Değer katmayan süreçler” ve “Kurumsal tutum” şeklinde isimlendirilmiştir.

5.2.2. Sağlık Çalışanlarının İsrafa İlişkin Tutumu Ölçeği' nin Güvenirliği

Olguların ölçülmesinde kullanılan ölçeklerin zamana göre tutarlı ve değişmez olup olmadığını belirlemek üzere yapılan test-tekrar test yönteminin güvenirliliğinin yüksek olması ölçek güvenilirliğini yansıtmaktadır (Aydemir 2004). Bir başka söylemle test-tekrar test analizi ölçeğin, aynı gruba yapılan iki uygulama arasında tutarlı sonuçlar verebilme özelliğini saptamaktadır (Gözüm ve Aksayan 2003).

Ölçek geliştirme çalışmalarında test-tekrar test uygulamalarının, aynı örneklem grubu üzerinde iki - dört hafta ara verilerek iki kere çalışılması önerilmektedir (Çam ve Baysan Arabacı 2010).

En az iki hafta ara ile toplanan iki veri eşleştirilmiş gruplara t testi ile incelenmesi sonrasında veriler arasındaki ilişki korelasyon analizi aracılığıyla değerlendirilmekte ve ölçeğin güvenilirlik katsayısına ulaşılmaktadır. Korelasyon katsayısı -1 ile +1 arasında değişmekte olup, ilişkinin yönü sonucun pozitif ya da negatif olması ile ifade edilmektedir. Elde edilen sonucun 0,70 ve üzerinde olması kabul edilebilir görülmektedir (Çam ve Baysan Arabacı 2010).

Bu çalışmada iki ölçüm arasında iki hafta beklenmiş olup, örneklem ile benzer özelliklere sahip olan 41 kişiden oluşan bir gruba uygulanmıştır. Test- tekrar test uygulamasından elde edilen ortalama puanlar arasında pozitif yönde, güçlü ve anlamlı ilişki olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda SÇİİT ölçeğinin zamana karşı güvenilir bir ölçek olduğu söylenebilir.

Ölçek geliştirme çalışmaları yapılırken özellikle Likert tipi ölçeklerde maddelerin iç tutarlılığının saptanması amacıyla Cronbach alfa katsayısı kullanılır. Cronbach Alfa katsayısının .40'ın altında olması ölçeğin güvenilir olmadığı şeklinde yorumlanırken, Cronbach Alfa katsayısı yüksek olan maddelerin birbiriyle aynı özelliği ölçtüğü ifade edilmektedir (Polit ve Beck 2010). Cronbach alfa katsayıları; 0,40'ın altında olduğu durumda güvenilir değil, 0,40-0,60 değerleri arasında ise düşük güvenilirlikte, 0,60-0,80 değerleri arasında oldukça güvenilir ve 0,80-1,00 değerleri arasında bulunması yüksek güvenilirlikte şeklinde değerlendirilmektedir (Uzunsakal ve Yıldız 2018).

Bu araştırmada, ölçek toplamı ve alt boyutlarının iç tutarlılığı Cronbach alfa katsayısı hesaplanarak değerlendirilmiştir. Ölçek toplamının Cronbach alfa katsayısı 0,90 olduğu, alt boyutlarının Cronbach alfa katsayısının 0,71-0,88 arasında değiştiği saptanmıştır. Tutum Ölçeği ve ölçeğin alt boyutlarının iç tutarlılığı için yapılan analizde Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı tüm ölçek için ,899 bulunmuştur.

Yapılan analizler sonucunda, ölçek alt boyutlarının orta ve yüksek güvenilirlik seviyesinde bulunurken, ölçek bütününe yüksek güvenilirliğe sahip olduğu ortaya konmuştur.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma, sağlık çalışanlarının israfa ilişkin görüşlerini keşfetmek amacıyla nitel tasarımda ve “Sağlık Çalışanlarının İsrafa İlişkin Tutumu” ölçeğini geliştirmek amacıyla nicel tasarımda olmak üzere iki aşamada gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın ilk aşaması olan nitel aşamada; hastanelerde görev yapan sağlık çalışanları ile derinlemesine yapılan görüşmelerden elde edilen bulgular; israf algısı, israf edilen kaynaklar, israf nedenleri ve israfa karşı alınacak önlemler şeklinde dört ana tema altında değerlendirilmiştir.

Sağlık çalışanları israf algısı ana temasında, israf hakkındaki fikirlerini, inançlarını ve günlük deneyimlerini paylaşarak, israfın önlenemeyeceğini ancak bazı önlemlerle azaltılabileceğini belirtmişlerdir. İsrafın toplumsal ve dini boyutunu ele alan katılımcılar israfı; “yazık”, “günah”, “yetim hakkı”, milli servet” gibi kavramlarla yorumlamışlardır.

Katılımcıların israf edilen kaynaklar ana temasına ilişkin görüşleri; sarf malzeme - kaynaklar, insan kaynakları, finans- maliyet ve fizik donanım alt tema başlıklarıyla incelenmiştir. İsrafın en fazla tek kullanımlık sarf malzemelerinin kullanımından kaynaklandığı belirtilirken, çalışan yetersizliğine bağlı gereksiz görevlendirmeler, aşırı iş yükü ve diğer meslek üyeleri ile ortak çalışma zorunluluğu sonucu oluşan zaman israfı üzerinde de durulmuştur.

Katılımcıların görüşleri doğrultusunda oluşturulan israf nedenleri ana teması, çalışan kaynaklı israf nedenleri, hizmet alan kaynaklı israf nedenleri ve kurum kaynaklı israf nedenleri olarak üç alt temada incelenmiştir. Bu doğrultuda sağlık çalışanları, bilgi eksikliğine bağlı yapılan hataların, tekrarlanan gereksiz süreçlerin neden olduğu israf davranışlarına vurgu yaparak, hastaneye başvuran bireylerin çoğu zaman ciddi bir sağlık sorunu yaşamaksızın, acil birimlere başvurarak gereksiz hizmet ve ilaç yazılmasını istemesinin israfa neden olduğunu bildirmişlerdir. Sağlık çalışanları, kurumların yeni teknoloji ve yeniliklere açık olmamasını israf olarak nitelendirirken, yöneticilerin israf edilen kaynaklara ilişkin gerekli duyarlılığı göstermediğine değinmişlerdir.

İsrafa karşı alınacak önlemler ana teması; bireysel önlemler, kurumsal önlemler ve sağlık sistemi şeklinde üç alt temada ele alınmıştır. Sağlık çalışanları, elektrik-su kullanımı, sarf malzeme girişlerinin yapılması, malzemelerin son kullanma tarihine göre

tüketilmesi ve mazleme yetersizliği durumlarında sorun çözme becerilerini kullanarak ellerindeki malzemeleri yaratıcı şekilde kullandıklarını iletmekle birlikte, bu önlemlerin hastanede yaşanan israfın yanında küçük ölçekli kaldığını ve tek başına bir önlem almanın anlamı olmadığını belirtmişlerdir. Bu bağlamda hastane binalarının, kaynakların verimli kullanımını destekleyen donanımlarla güçlendirilmesi, hastane sistemlerinin kağıt israfını önleyecek şekilde elektronik sistemlere geçişinin sağlanması, hastane çalışanlarının iş tanımlarına uygun görevlendirilmesi, malzeme sağlama ve yönetiminde kaynak verimliliğini destekleyici uygulamaların yapılması gerektiği vurgulanmıştır. Ayrıca oluşan atıkların uygun şekilde atık depolarına gönderilmesi ve bertaraf edilmesi de alınacak kurumsal önlemler arasında belirtilmiştir.

Araştırmanın nicel aşamasında geliştirilen SÇİİT ölçeğinin geçerlik ve güvenilirlik çalışmasından elde edilen sonuçlar aşağıdaki gibidir:

SÇİİT ölçeğinin geçerlik çalışması sonucunda; ölçek bütününe ait Kapsam Geçerlilik İndeksi'nin 0,92 olduğu sonuca ulaşılarak ölçeğin, ölçmek üzere oluşturulduğu yapıyı ölçme yeteneğine sahip olduğu bulunmuştur. Yapılan madde analizi sonucunda, maddelerin toplam korelasyon değerleri 0,30-0,78 arasında olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Yapı geçerliğini test etmeden önce veri setinin faktör analizi yapmaya uygun olup olmadığı Kaiser Meyer Olkin (KMO) katsayı ve Bartlett anlamlılık testi ile değerlendirilmiştir. Değerlendirmeler sonucunda KMO katsayısı 0,780 olarak belirlenmiş ve Bartlett anlamlılık testi anlamlı bulunmuştur. Ölçeğin açıklayıcı faktör analizi sonucunda; çalışanların israf algısı (6 madde), israf nedenleri (6 madde), bireysel önlemler (5 madde), değer katmayan süreçler (3 madde), kurumsal tutum (3 madde) olmak üzere beş alt boyut ve 24 maddeden oluştuğu saptanmıştır. Ölçek maddelerinin faktör yükleri 0,60-0,86 arasında değişmekte olup ölçek toplamının açıkladığı toplam varyans oranı %69,513 ve alt boyutlarının açıkladığı varyans oranları ise %5,54 ile %33,19 arasında değişmiştir.

Ölçeğin güvenilirliğini değerlendirmek amacıyla test-tekrar test analizi uygulanmıştır. Her iki uygulamada ölçekten elde edilen ortalama puanlar arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizi ile test edilmiş olup istatistiksel olarak pozitif yönde, güçlü ve anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($r: ,996$, $p < ,001$) Her iki uygulamadan elde edilen ortalama puanlar arasındaki fark, eşleştirilmiş gruplarda t testi kullanılarak incelenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($t:1,102$, $p: ,227$). Ölçek

toplamı ve alt boyutlarının iç tutarlılığını belirlemek üzere Cronbach alfa katsayısı hesaplanarak değerlendirilmiş, ölçek toplamının Cronbach alfa katsayısı 0,90 olduğu, alt boyutlarının Cronbach alfa katsayısının 0,71 ile 0,88 arasında değiştiği saptanmıştır.

Ölçeğin değerlendirilmesi, 5’li Liket şeklinde “1-Kesinlikle katılmıyorum ile 5-Kesinlikle katılıyorum” arasında yapılmakta olup, ölçeğin değerlendirilmesinde, 1.,2., ve 4. maddeler ters kodlanmıştır. Ölçekten elde edilen puanın düşmesi olumsuz tutumu, yükselmesi ise olumlu tutumu göstermektedir.

Araştırmanın geçerlik-güvenirlik bulguları doğrultusunda; sağlık çalışanlarının israfa ilişkin tutumunu ölçmeyi amaçlayan SÇİİT ölçeğinin geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu görülmüştür.

Araştırma sonucunda;

- Örgütsel açıdan; hastanelere alanında uzman çalışanların istihdam edilmesi ve güvenli bir çalışma ortamının sağlanması, dijital ve elektronik takip sistemleri kullanarak kâğıt israfının önüne geçilmesi,
- Bireysel açıdan; doğru malzeme yönetim teknikleri kullanarak gereksiz kaynak kullanımların ortadan kaldırılması, kaynakları amacı dışında ve gereksiz şekilde kullanmamaya özen gösterilmesi,
- Yönetimsel açıdan; sağlık çalışanlarına israfı önlemeye yönelik eğitim programları planlayarak bilgilenmesini sağlama, çalışanların alınacak önlemlere katılımının sağlanması konusunda güdülenmesi, sağlık çalışanlarının ve hizmet alan bireylerin kaynakların israf edilmemesi konusuna dikkatlerini çekmeye yönelik farkındalık oluşturucu etkinliklerin planlanması, hastanede kullanılan kaynakların etkin ve verimli şekilde yönetilmesi,
- Toplumsal açıdan; uygun sağlık politikaları geliştirilmesi ve toplumun sağlık harcamaları konusunda bilgilendirilmesi,
- SÇİİT ölçeğinin farklı ve daha büyük örneklem gruplarında çalışılarak, yeniden test edilmesi, özellikle farklı bir örneklem grubunda doğrulayıcı faktör analizinin tekrar uygulanması önerilebilir.

KAYNAKLAR

Acemoğlu, D., ve Robinson, J. A. (2016). *Diktatörlük ve demokrasinin ekonomik kökenleri*. İstanbul. Bağlam Yayıncılık.

Akdur, R. (2008). Sağlık harcamaları. *Bilim ve Ütopya Dergisi*, **14(170)**, 1-8.

Aslan, H. (2019). *Gereksiz Sağlık Harcamaları: Kolesistektomi İşleminde Tekrarlayan Tanı Testlerinin Değerlendirilmesi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Hacettepe Üniversitesi / Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Aydın, M. F. ve Argun, M. Ş. (2010). Bitlis Eren Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik bölümü öğrencilerinin hastane uygulamalarından beklentileri ve karşılaştıkları sorunlar. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, **1(4)**, 209-213.

Baggaley, B. (2003). Costing by Value Stream. *Journal of Cost Management*, **17(3)**, 24-30.

Baggaley, J. (2003). Blogging as a course management tool. *The Technology Source*, 55-61.

Bal, H. (2013). *Nitel Araştırma Yöntemi*. Isparta: Fakülte Yayınevi.

Baran, M., Yılmaz, A. ve Yıldırım, M. (2007). Okul öncesi eğitimin önemi ve okul öncesi eğitim yapılarındaki kullanıcı gereksinimleri, Diyarbakır huzurevleri anaokulu örneği. *Dicle Üniversitesi Ziya Gökalp Eğitim Fakültesi Dergisi*, **8**, 27-44.

Beech, B.ve Leather, P. (2006). Workplace violence in the health care sector: A review of staff training and integration of training evaluation models. *Aggression and Violent Behavior*, **11(1)**, 27-43.

Bıkmaz, Z. (2019). Hemşirelerin yalın yönetime ilişkin algı düzeyi ile örgütsel stres düzeyleri arasındaki ilişkisi. *Current Debates on Social Sciences Human Studies*, **3**, 421.

Birgün, S., Gülen, K. G. ve Özkan, K. (2006), Yalın üretime geçiş sürecinde değer akışı haritalama tekniğinin kullanılması: imalat sektöründe bir uygulama. *İstanbul Ticaret Üniversitesi Fen Bilimleri Dergisi*, **5(9)**, 47-59.

Bonnie, L. W., Delaney, C.W., Konicek, D. ve Kenan, G. (2008). Nursing standards to support the electronic health record. *Nursing Outlook*, **56(5)**, 258-266.

Brandies, G.H., Hogan, M., Murphy, M. ve Murray, S. (2007). Electronic health record implementation in community nursing homes. *Journal of the American Medical Directors Association*, **8**, 31-34.

Büyükbayram, A. ve Okçay, H. (2013). Sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti etkileyen sosyo-kültürel etmenler. *Journal of Psychiatric Nursing*, **4**, 46-53.

Can, A.V. ve Güneşlik, M. (2013). Yalın yönetim felsefesinin önemli bir boyutu olarak muhasebede yalınlaşma düşüncesi ve bir yalın muhasebe uygulaması örneği: kendine faturalama. *Muhasebe ve Finansman Dergisi*, **57**, 1-22.

Chandra, P. (2011). *Financial management*. New Delhi: Tata McGraw-Hill Education.

Cline, R. J. W. ve Haynes, K. M. (2001). Consumer health information seeking on the internet: the state of the art. *Health Education Research*, **16(6)**, 671-692.

Cookson, D., Read, C., Mukherjee, P., ve Cooke, M. (2011). Improving the quality of Emergency Department care by removing waste using lean value stream mapping. *The International Journal of Clinical Leadership*, **17**, 25-30.

Corner, S. (2009). Choosing the right type of rotation in PCA and EFA. JALT testing & evaluation SIG newsletter, 13(3), 20-25.

Costello, A. B., & Osborne, J. (2005). Best practices in exploratory factor analysis: Four recommendations for getting the most from your analysis. *Practical assessment, research, and evaluation*, 10(1), 7.

Conrad, P. ve Stults, C. (2010), The Internet and The Experience of Illness. In Chloe, E., Bird, P., Conrad, A., M. Fremont M. ve Timmermans S. (Eds.), *Handbook Of Medical Sociology*. Tennessee USA: Vanderbilt University Press: 179-191.

Coşgun, M. (2012). Popüler kültür ve tüketim toplumu. *Batman Üniversitesi Yaşam Bilimleri Dergisi*, **1(1)**, 837-850.

Cutler, D. M. ve Dan P. (2011). The (paper) work of medicine: understanding international medical costs. *Journal of Economic Perspectives*, **25**, 3-25.

Çam, M. O., ve Arabacı, L. (2010). Tutum Ölçeği Hazırlamada Nitel ve Nicel Adımlar. *Turkish Journal of Research & Development in Nursing*, **12(2)**.

Çavmak, D. (2018). Sağlık hizmetlerinde yalın yönetim: bir özel hastane koroner yoğun bakımı değerlendirmesi. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, **4**, 54-73.

Çevre ve Orman Bakanlığı, (2008). *Güvenli Tıbbi Atık Yönetimi*. Çevre Yönetimi Genel Müdürlüğü. Erişim: 06.06.2020, <http://www.cygm.gov.tr/CYGM/Files/yayinlar/kitap/tibbiatikklavuz.pdf>.

Çınar, F. (2018). Din ve değer ilişkisi: israfa karşı farkındalık üzerine uygulamalı bir araştırma. *İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 39.

Çoban, G., Şirin, İ., Kavuran, E. ve Çiftçi, B. (2015). Üniversite hastanesinde hemşirelerin oral ilaç uygulama güvenliğini tehdit eden faktörlerin incelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, **4**, 28-43.

Dikleli, A. M. (2019). Sağlık Bilimleri Öğrencilerinde Tasarruflu Su Kullanımına İlişkin Bilgi, Tutum ve Davranış Düzeyinin Belirlenmesi. 3. Uluslararası - 21. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. Erişim: 06.06.2020. <https://acikerisim.iku.edu.tr/handle/11413/5536?show=full>.

Dinçer, M., ve Kahveci, K. (2017). Uzun süreli yoğun bakım, sağlık harcamalarının düşürülmesine katkı sağlar mı? *Çağdaş Tıp Dergisi*, **7(4)**, 378-384.

Dovlo, D. (2005). Wastage in the health workforce: some perspectives from African countries. *Human Resources for Health*, **3**, 6.

Dudek-Burlikowska, M. (2006). Quality research methods as a factor of improvement of preproduction sphere. *Journal of Achievements in Materials and Manufacturing Engineering*, **18**, 435-438.

Durmaz, T. ve Erdem, R. (2017). Hastanelerde arz kaynaklı gereksiz sağlık hizmeti kullanımının hasta algısı üzerinden değerlendirilmesi. *Journal of Suleyman Demirel University Institute of Social Sciences*, **29(4)**, 579-604.

Durur, F., ve Akbulut, Y. (2019). Lean Methodology for Pathology Laboratories: A Case Study from a Public Hospital. *Turkish Journal of Pathology*, **1(1)**.

Efe, Ö. F. ve Engin, O. (2012). Yalın hizmet - değer akış haritalama ve bir acil serviste uygulama. *Verimlilik Dergisi*, **4**, 79-107.

Elbek, O. ve Emin, B.A. (2009). Sağlıkta dönüşüm: eleştirel bir değerlendirme, *Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni*, **12**, 33-44.

Enerji ve Tabii Kaynaklar Bakanlığı. (2018). *Kamu binalarında enerji verimliliği etüdü uygulama izleme raporu – I. Yenilenebilir Enerji Genel Müdürlüğü Enerji Verimliliği Dairesi Başkanlığı*. Erişim: 06.06.2020, http://www.yegm.gov.tr/document/KamuBinalariRaporu_2018.pdf.

Ercan, İ., ve Kan, İ. (2004). Ölçeklerde güvenilirlik ve geçerlik. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*.**30(3)** 211-216.

Eren, U. (2010). Siemens'ten yeşil hastaneye. *Gelecek ve Trendler, Yenilikçilik ve Gelecek Araştırmaları Dergisi*, 6.

Ersoy, A. F. ve Demirci, A. (2007). Geçmişten günümüze Türk ailesinde tasarrufa ilişkin değişimler. *Uluslararası Asya ve Kuzey Afrika Çalışmaları Kongresi*, **10,15**.

Esatoğlu, A.E. ve Köksal, A. (2002). Hastanelerde bilgisayar teknolojisi kullanımı. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, **55**, 29-40.

Eskimez, Z., Alparslan, N., Öztunç, G. ve Torun, (2005). Hemşirelerin Adana Sağlık Yüksekokulu öğrencileri ve öğretim elemanlarının klinik uygulamalarına ilişkin görüşleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* **8(3)**, 30-39.

Fielding, N. (2001). *Ethnography*. Londra :Sage Publications.

Flinchbaugh, J. ve Carlino, A. (2006). The Hitchhiker's guide to lean: lessons from the road. *Society of Manufacturing Engineers*, **47**, 777-780.

Fullerton, R.R., Kennedy, F.A. ve Widener, S.K. (2014). Lean manufacturing and firm performance: the incremental contribution of lean management accounting practices. *Journal of Operations Management*, **32**, 414-428.

Gezergün, A., Bayram, Ş., Tengilimoğlu D., Demir, C. and Bayer, E. (2006). Hastaların bakış açısıyla hekim-hasta ilişkisi ve iletişimi: Bir eğitim hastanesi örneği. *Sosyal Bilimler Dergisi*, **1**, 129-144.

Gözüm, S., ve Aksayan, S. (2003). A guide for transcultural adaptation of the scale II: psychometric characteristics and cross-cultural comparison. *Turkish Journal of Research and Development in Nursing*, **5(1)**, 3-14.

Grabau, M. (2011). Statistics on healthcare quality and patient safety problems—errors & harm. Erişim: 08.06.2020, <http://www.downloads.imune.net/medicalbooks/Statistics%20on%20Healthcare%20Quality%20and%20Patient%20Safety%20Problems.pdf>.

Greenfield, D. ve Braithwaite, J.(2008). Health sector accreditation research: a systematic review. *Journal of the International Society for Quality in Health Care*, **20(3)**, 172-83.

Guinness, L. ve Wiseman, V. (2011). *Introduction to health economics*. United Kingdom: McGraw-Hill Education.

Günler, A. (2015). Bilgi toplumunda internetin önemi ve sağlık üzerindeki etkileri. *Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, **17 (29)**, 33-40.

Gündüz, O. (2002). Bursa’da Değişen Alışveriş Merkezleri ve Değişen Tüketim Kültürü. I. Bursa Halk Kültürü Sempozyumu 4-6 Nisan Bildiri Kitabı, **1**,143-154.

Güngör, D. (2016). Psikolojide ölçme araçlarının geliştirilmesi ve uyarlanması kılavuzu. *Türk Psikoloji Yazıları Dergisi*, **19(38)**, 104-112.

Hayran, O. (2019). Koruyucu hizmetler sağlık harcamalarını azaltabilir mi? *Journal of Biotechnology and Strategic Health Research*, **3(3)**, 170-175.

Hwa, Y.S. (2005). Principal-Agent Relationship in Medical Care: Eliciting Patients’ Preferences in Patient-Doctor Relationship. *Jurnal Ekonomi Malaysia*, **39**, 71-88.

İklim, N. Ş. ve Derin, N. (2016). Dünyadan ve Türkiye’den örneklerle sağlık hizmetlerinde yalın yönetim. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, **19(4)**, 465-479.

İşık, O., Akbolat, M., Çetin, M. ve Çimen, M. (2012). Hemşirelerin bakış açısıyla tıbbi hataların değerlendirilmesi. *Preventive Medicine Bulletin*, **11(4)**, 421-430.

Kahvecioğlu, Y. (2004). Tüketim Toplumu, Çevresel Risk ve Türkiye. (Yüksek Lisans Tezi). Uludağ Üniversitesi/ Sosyal Bilimler Enstitüsü, Bursa.

Konak, Ş., Dericioğulları, A. ve Kılınç, G. (2008). Burdur Devlet Hastanesi’nde çalışan hemşirelerin, öğrenci hemşirelerinin klinik uygulamalarına ve öğretim elemanlarıyla işbirliği yapmaya ilişkin görüşleri. *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, **15:1**, 1-5.

Köseoğlu, M. A. ve Ocak, S. (2010). Misyona ifadelerinde kullanılan öğeler işletmelerin mülkiyet yapısına göre değişir mi? Özel ve kamu hastaneleri üzerine bir araştırma. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, **13**, 63-82.

Legarde, M. (2011). Provider payments. *Introduction To Health Economics*, 148.

Leonard, K.L. (2009). The cost of imperfect agency in health care: evidence from rural cameroun. *Journal of Development Economics*, **88**, 282-91.

Liu, K., Baseggio, C., Wissoker, D., Maxwell, S., Haley, J. ve Long, S. (2001). Long-term care hospitals under Medicare: facility-level characteristics. *Health Care Financ Review*, **23(2)**, 1-18.

Madorrán, G. C. ve Val Pardo, I. (2004). Strategies and performance in hospitals. *Health Policy*, **67**, 1–13.

Magalhães, A. L. P., Erdmann, A. L., Silva, E. L. D. ve Santos, J. L. G. D. (2016). Lean thinking in health and nursing: an integrative literature review. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, **24**. Erişim: 07.06.2020, <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0979.2734>.

Malkoç, B. C. (2019). *Hastane hizmetlerinde yalın performans sistemi üzerine bir özel hastane uygulaması*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Çağ Üniversitesi/ Sosyal Bilimler Enstitüsü, Mersin.

Marchwinski, C. ve Shook, J.(2007). *Glossary of Lean Concepts*. İstanbul: Yalın Institute Publications.

Mauk, K. L. (2012). *Rehabilitation nursing: A contemporary approach to practice*. Jones & Bartlett Learning.

McFadden, K. L., Lee, J. Y. ve Gowen, C. (2015). Factors in the path from lean to patient safety: six sigma, goal specificity and responsiveness capability. *Quality Management Journal*, **22(4)**, 37-53.

Menachemi, N. ve Brooks, R. G. (2006). Reviewing the benefits and costs of electronic health records and associated patient safety technologies. *Journal of medical systems*, **30(3)**, 159-168.

Mumcu, G., Köksal, L., Şişman, N. ve Çatar, R. (2013). Özel hastane acil bakım kliniklerinde elektronik hekim orderlarının etkinliği ve çıktıları. *Clinical and Experimental Health Sciences*, **3**, 83-90

Nguyen, H. (2011). The principal-agent problems in health care: evidence from prescribing patterns of private providers in vietnam. *Health Policy and Planning*, **26**, 53-62.

Özdemir, L. (2014). *Rehabilitasyon Hemşireliği Uygulamaya Güncel Yaklaşım*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.

Özdemir, R. (2019). Karabük'te Acil Servis Hizmetlerinin Kullanımı: Başvuru Trendi Ve Özellikleri. In 3. International 21. National Public Health Congress.

Özer, M. A. (2001). Ekolojik Harekette Yol Ayrımı: Yeşiller ve Derin Ekoloji. *Yerel Yönetim ve Denetim*, **6 (9)**, 35-46.

Öztürk, H., Yılmaz, F. ve Demir, N. (2009). Hastanelerde çalışan yönetici hemşirelerin sorunları. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* **12**, 57-65.

Özüdoğru, A. G. ve Görener, A. (2015). Sağlık sektöründe talep tahmini üzerine bir uygulama. *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimleri Dergisi*, **14(27)**, 37-53.

Papastavrou, E., Efstathiou, G. ve Charalambous, A. (2011). Nurses' and patients' perceptions of caring behaviours: systematic review of comparative studies. *Journal of Advanced Nursing*, **67(6)**, 1191-1205.

Patton, M.Q. (2015). *Qualitative Research & Evaluation Methods: Integrating Theory and Practice*. (4th ed.). USA: Sage Publications.

Pindyck, R. R. ve Rubinfeld, D. D. (2009) *Microeconomics*. New Jersey: Pearson Education.

Polat, Ş., Erkan, H. A., Çınar, G. ve Doğrusöz, L. A. (2018). Bir üniversite hastanesinde klinik uygulama yapan öğrenci hemşirelerin uygulama alanlarına yönelik görüşleri. *Journal of Health and Nursing Management*, **5(2)**, 64-74.

Rich, N., Bateman, N., Esain, A., Massey, L. ve Samuel, D. (2006). *Lean evolution: lessons from the workplace*. United Kingdom: Cambridge University Press.

Roberts, G.L. (2011). Shades of green: the evolution of hospital sustainable design standards. *Health Facilities Management Magazine*, **24(11)**, 45-50.

Rogers, A. E., Hwang, W.T., Scott, L.D., Scott, L.D., Aiken, L.H. ve Dinges, D.F. (2004). The working hours of hospital staff nurses and patient safety. *Health Affairs*, **23**,202-12.

Rosenstock, I. M. (2005). Why people use health services. *The Milbank Quarterly*, **83.4**.

Sack, C., Scherag, A., Lutkes, P., Gunther, W., Jockel, K.H. ve Holtmann, G. (2011). Is there an association between hospital accreditation and patient satisfaction

with hospital care? A survey of 37,000 patients treated by 73 hospitals. *International Journal Quality Health Care*, **23(3)**, 278-83.

Sage, W. M. (2017). Poor Relations: Connecting Waste, Need, And Health Spending. *Health Affairs*, **36**, 379.

Sargutan, A. E. (2005). Sağlık sektörü ve sağlık sistemlerinin yapısı. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, **8(3)**, 400-428.

Sarkar, S. K., Basavaraju, T. G. ve Puttamadappa, C. (2007). *Ad hoc mobile wireless networks: principles, protocols and applications*. United Kingdom: CRC Press.

Sayan, İ., ve Küçük, A. (2012). Türkiye’de kamu personeli istihdamında dönüşüm: sağlık bakanlığı örneği, *Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, **67**, 171-203.

Schneller, E.S. ve Smeltzer, L. (2006). *Strategic Management of the Health Care Supply Chain*. San Francisco: Jossey-Bass.

Stapleton, F. B., Hendricks, J., Hagan, P. ve DelBeccaro, M. (2009). Modifying the Toyota Production System for continuous performance improvement in an academic children's hospital. *Pediatrics Clin North America*, **56(4)**, 799-813.

Seth, D. ve Gupta, V. (2005). Application of value stream mapping for lean operations and cycle time reduction: an Indian case study. *Production Planning & Control*, **16(1)**, 44-59.

Skeldon, S.C., Simmons, A. ve Hersey, K. (2014). Lean methodology improves efficiency in out patient academic uro-oncology clinics. *Urology*. **83(5)**, 992-7.

Souza, L. B. ve Pidd, M.(2011). Exploring the barriers to lean healthcare implementation. *Public Money & Management*. **31(1)**,59-66. Erişim: 06.06.2020, <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09540962.2011.545548>.

Şenatalar, B. (2003). Sağlık Ekonomisine Genel Bir Bakış. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, **25(4)**, 25-30.

Seçim, H. (2001). Hastane Yönetim ve Organizasyonu. *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Yayını*, 252.

Şimşir, İ., Bağış, M., Kurutkan, M. N. ve Oğuz, B. (2013). Sağlık Hizmetlerinde İsrar Yönetimi, 4. *Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Sözel Bildiriler*, **1**, 2-4.

T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı (2019). Vatandaş Bütçe Rehberi. Erişim: 06.06.2019, http://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2019/01/Vatanda%C5%9F-B%C3%BCt%C3%A7e-Rehberi-2019.BASKI_.pdf.

Tan, F. Z. ve Koç, Z. (2014). Karabük Eğitim Araştırma hastanesinde çalışan sağlık personelinin hizmet içi eğitimlere bakışı. *Business & Management Studies: An International Journal*, **2(3)**, 321-347.

Tanrıverdi, Yasemin. (2010). *Tedarik Zinciri ve Stok Yönetimi Üzerine Bir Uygulama*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Pamukkale Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Denizli.

Tanyıldızı, İ. ve Demir, Ö. (2019). Sağlık kurumlarında yalın yönetim. *Fırat Üniversitesi Uluslararası İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, **3(1)**, 13-40.

Taşdemir, M. A., Bayramov, F., Kocatürk, N. ve Yerlikaya, M. (2004). Betonun performansa göre tasarımında yeni gelişmeler. *Beton 2004 Kongresi Bildiriler*, 24-57.

Tel, H. (2009). Bir üniversite hastanesinde hemşirelerin eldiven kullanma ve el yıkama uygulamalarının incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, **12**, 49-58.

Terekli, G., Özkan, O. ve Bayın, G. (2013). Çevre dostu hastaneler: Hastaneden yeşil hastaneye. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, **12**, 37-54.

Tokat, B. ve Şerbetçi, D. (2001). *İşletmecilik Bilgisi*. İstanbul: Avcı Ofset.

Topan, L. (2017). *Tıbbi atık yönetimi, Adana Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği örneği*. (Yüksek Lisans Tezi). Toros Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Mersin.

Tosun, C. (2018). *Türkiye'de Sağlık Harcamalarının Belirleyicileri*. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Hacettepe Üniversitesi / Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Töz, İ. (2007). *Hastane İşletmelerinde Stok Yönetimi Ve Bir Uygulama Örneği*. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi / Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.

Treble, T.M. ve Hydes, T. (2011). Redesigning services around patients and their doctors: the continuing relevance of lean thinking transformation. *Clinical Medicine*, **11(4)**, 308-310.

Tsai, S., Sun Y. ve Taur, F.M. (2010). Comparing the working time between bar-code medication administration system and traditional medication administration system: An observational study. *International journal of medical informatics*, **79(10)**, 681-689.

Tufaner, F. (2019). Geri dönüşebilir atıkların toplanması konusunda yapılan bilgilendirme çalışmalarının toplama verimine katkısının araştırılması. *İklim Değişikliği ve Çevre*, **4**, 33-40.

Turan, H. ve Turan, G. (2015). Sağlık sisteminde yalın üretim uygulamaları. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, **2(3)**, 127-132.

Tümer, H., (2017). *Toplu beslenme servislerinde porsiyon kontrolü ve Türkiye'ye özgü ölçü kabı geliştirme*. (Yüksek Lisans Tezi). Başkent Üniversitesi, Ankara.

Türk Dil Kurumu Türkçe Sözlük (2005). Ankara, 10. Baskı. Atatürk Kültür, Dil ve Tarih Yüksek Kurumu Türk Dil Kurumu.

Türkan, Ö. U. (2010). Üretimde yalın dönüşümün temel performans kriterleri. *Balıkesir Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, **12**, 28-41.

Türkiye İstatistik Kurumu (2015). *Sağlık Harcamaları İstatistikleri*. Erişim: 07.08.2020, http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1084.

Türkiye İstatistik Kurumu (2018). *Sağlık Harcamaları İstatistikleri*. Erişim: 07.06.2020, http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1084.

Türkiye Teknoloji Geliştirme Vakfı (2013). *Yeşil Teknoloji Destek Programı*. Erişim: 06.06.2020, <https://www.ttg.gov.tr/tr>.

Türkeli, S. (2015). Standart belge ile farklılaşma mümkün mü? Akreditasyon söylem analizi. *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimleri Dergisi*, **14(27)**, 111-131

Uygun, S. ve Yiğit, V. (2016). *Hastane İşletmelerinde Etkin Stok Yönetimi: İlaç Stoklarına Yönelik Bir Uygulama*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Isparta.

Uzunay, S. (2011). *Hastane yapılarının planlanması ve hastanelerde sirkülasyon*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Haliç Üniversitesi/ Fen Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Uzunsakal, E., ve Yıldız, D. (2018). Alan araştırmalarında güvenilirlik testlerinin karşılaştırılması ve tarımsal veriler üzerine bir uygulama. *Uygulamalı Sosyal Bilimler Dergisi*, **2(1)**, 14-28.

Ünal, A. (2008). *Hastanelerde Çalışan Hemşirelerin Hemşirelik Dışı Birimlerde İstihdamı Ve Nedenlerinin İncelenmesi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi/ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

Ünal, A. ve Bilgener, E. (2019). Türkiye ilaç harcamaları üzerine bir değerlendirme. 2. Uluslararası 12. Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongres Kitabı: 21-26.

Wallace, A. R., ve Wolf, A. (2004), *Çağdaş Sosyoloji Kuramları*. İzmir. Punto Yayıncılık.

Womack, J. ve Jones, D. (2012), *Yalın Düşünce*. İstanbul. Optimist Yayınları.

World Economic Forum, (2012). *The Financial Sustainability of Health Systems A Case for Change*. In collaboration with McKinsey & Company Erişim: 07.06.2020, <https://www.weforum.org/reports/financial-sustainability-health-systems-case-change>.

World Health Organization. (1999). *The world health report: 1999: making a difference*. World Health Organization. Erişim: 06.06.2020, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42167/WHR_1999.pdf

Worthington, R.L. ve Whittaker, T.A. (2006). Scale development research: a content analysis and recommendations for best practices. *The Counseling Psychologist*, **34(6)**, 806-838.

Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği. (2005). *T.C. Resmi Gazete*, 8720.

Yeşilyurt, S. ve Çapraz, C. (2018). Ölçek geliştirme çalışmalarında kullanılan kapsam geçerliği için bir yol haritası. *Erzincan Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, **20(1)**, 251-264.

Yıldırım, N. (2016). *Hemşirelerin Girişimci Kişilik Özellikleri, Problem Çözme Becerileri Ve Etkili Faktörlerin Değerlendirilmesi*.(Yüksek Lisans Tezi). Bilim Üniversitesi /Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Yılmaztürk, A. (2013). Türkiye'de ve Dünyada Akılcı İlaç Kullanımı. *Kastamonu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, **2(2)**, 42-49.

Yiğit, V. ve Ağırbaş, İ. (2004). Hastane işletmelerinde kapasite kullanım oranının maliyetlere etkisi: Sağlık Bakanlığı Tokat Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesinde bir uygulama. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, **7(2)**,141-162.

Yiğit, V. ve Yiğit, A. (2016). Üniversite Hastanelerinin Finansal Sürdürülebilirliği. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, **8(16)**, 253-273.

Yörükoğlu, S. (2008). *Özel Bir Hastanede Çalışan Sağlık Personelinin Rol Çatışması, Rol Belirsizliği Ve Tükenmişlik Düzeylerinin Belirlenmesi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Haliç Üniversitesi / Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Yurdağ, V. (2007). Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Finansmanı ve Analizi. *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, **16(1)**, 591-610.

Yurdagül, H. (2006). Paralel, eşdeğer ve konjenerik ölçmelerde güvenilirlik katsayılarının karşılaştırılması. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, **39(1)**, 15-37.

Yüksel, U. (2005). *Hastanelerde Atık Yönetimi*. Ankara: Bilimsel Tıp Yayınevi.

Zhang, Y., ve Wildemuth, B. M. (2009). Qualitative analysis of content. *Applications of social research methods to questions in information and library science*, 308- 319.

FORMLAR

- Ek 1: Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu
- Ek 2: Sağlık Çalışanlarının İsrafa İlişkin Tutum Ölçeği Taslağı
- Ek 3: Sosyo- Demografik Özellikler Bilgi Formu
- Ek 4: Aydınlatılmış Onam Formu
- Ek 5: Anket Formu
- Ek 6: Kurum İzni (İl Sağlık Müdürlüğü)
- Ek 7: Kurum İzni (İl Sağlık Müdürlüğü)
- Ek 8: Kurum İzni (İl Sağlık Müdürlüğü)
- Ek 9: Kurum İzni (İl Sağlık Müdürlüğü)
- Ek 10: Kurum İzni (Üniversite Hastanesi)
- Ek 11: Kurum İzni (Özel Hastane)
- Ek 12: Sağlık Çalışanlarının İsrafa İlişkin Tutumu Ölçeği (SÇİİTÖ)

Ek 1: Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

Hastanenin Adı:

Görüşme tarih ve saat (Başlangıç Bitiş)

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Merhaba, benim adım Seda Tuğba Baykara Mat ve İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Hemşirelikte Yönetim Anabilim dalında doktora öğrencisiyim. Sağlık çalışanlarının israf ile ilgili düşüncelerinin neler olduğu ile ilgili bir çalışma yapmaktayım ve sizinle hastanelerde israf konusunda konuşmak istiyorum.

Bu görüşmede amacım, sağlık hizmetinin sunumunda çok önemli bir yere sahip olan sağlık çalışanlarının; israf, sağlık hizmetlerinde israf ve israfı etkileyen etmenler hakkında düşüncelerini, görüşlerini ortaya çıkarmaktır. Bu amaçla 750 sağlık çalışanına ulaşmayı amaçlıyorum. Bu nedenle, sizinle bu kapsamda yaklaşık 1-1,5 saat süren bir görüşme yapmayı planlıyorum.

Araştırma sırasında herhangi bir invazif yöntem, tedavi ya da materyal kullanılmayacak, biyolojik materyal alınmayacaktır.

Araştırmaya katılımda gönüllülük esas olup, istediğiniz zaman herhangi bir ceza ya da yaptırıma maruz kalmaksızın çalışmadan ayrılma hakkınız saklıdır.

Bana görüşme süresince söyleyeceklerinizin tamamı gizlidir ve araştırma sonuçlarını yazarken, görüştüğüm kişilerin isimleri kesinlikle araştırma raporunda yer almayacaktır.

Görüşmeye başlamadan önce, söylediklerimle ilgili belirtmek istediğiniz bir düşünce ya da sorunuz varsa lütfen iletiniz. İzin verirsiniz görüşmemizi kaydetmek istiyorum.

“Bilgilendirilmiş Onam Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla, gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum.”

Katılımcının;

Araştırmacının;

Ad- Soyad:

Ad- Soyad:

İmza:

İmza:

Tarih:

Tarih:

Görüşme Soruları

1. Kendinizi tanıtır mısınız? (Eğitiminiz, deneyiminiz, bu kurumda çalışma yılınız, pozisyonunuz, vb.)
2. Kurumunuzu kısaca tanıtır mısınız? (Örgüt yapısı, iletişim yapısı, karar alma şekli, teçhizat ve malzeme satın alma süreci, malzemelerin depolanma ve saklanma şekli, bu süreçte yaşanan sorunlar vb.)
3. İsraf kavramı sizin için ne ifade ediyor? İsraf konusundaki düşünceleriniz nelerdir?
4. Çalıştığınız birimde en fazla israf edildiğini düşündüğünüz kaynaklar nelerdir?
5. Kurumunuzda israfın nasıl önlenebileceğini düşünüyorsunuz?
6. Çalıştığınız kurumda yönetim kademesi israf konusunu nasıl ele almaktadır?
7. Yöneticilerin israfı önleme konusunda nasıl davranması gerektiğini düşünüyorsunuz?
8. Yaptığınız işi düşünecek olursak israf olarak niteleyebileceğiniz davranışlar neler?
9. Gereksiz veya amacı dışı teçhizat ve malzeme kullanımı hakkında ne düşünüyorsunuz?
10. İsrافی önlemeye yönelik ne tür davranışlar sergilemektесiniz?
11. Kurumunuzda hasta yararı temel alındığında israf konusu nasıl değerlendirilmekte? (Kurumsal çıkar ve ya beklentiler ile hasta yararının çeliştiği durumlarda kaynak israfını nasıl ele alırsınız?)
12. Çalışma arkadaşlarınızı israf konusunda uyarma gereksinimi hissediyor musunuz? Uyardığınızda nasıl tepkiler alıyorsunuz?
13. Çalışanların israfa önlemeye ilişkin davranışlarının pekiştirilmesi için sizce neler yapılabilir?
14. Konuya ilişkin değinilmesini düşündüğünüz ilave görüş ve önerilerinizi açıklar mısınız?

Ek 2: Sağlık Çalışanlarının İsrafa İlişkin Tutumu Ölçeği Taslağı

Sağlık Çalışanlarının İsrafa İlişkin Tutumu Ölçek Taslağı

SORU NO	SORULAR	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Fikrim Yok	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
1.	Çalışırken israf yaptığımı fark etmem					
2.	Çalışırken nasıl tutumlu olacağımı bilemiyorum					
3.	Hastanelerde gereksiz kullanılan kaynakların ülke ekonomisine zarar verdiğini düşünürüm					
4.	Hastanelerde israfın önüne geçilmeyeceğine inanıyorum.					
5.	Hastaların gereksiz ilaç kullanmasını israf olarak değerlendiririm					
6.	İsraf ettiğimde vicdanım sızlar					
7.	Çalışırken israfa yol açtığımı fark ettiğimde, davranışımı değiştiririm					
8.	İsrafın önüne geçilmediğinde alışkanlığa dönüşür					
9.	Eldiven, maske vb. malzemeleri sık değiştirirken israf yaptığım duygusu yaşarım					
10.	Yanlışlıkla kontamine ettiğim malzemeyi kullanmadığım için üzülürüm					
11.	Depolarda tarihi geçmiş malzemelerin olması, stok yönetiminin etkin olmadığını düşündürür					
12.	Hasta adına gereğinden fazla malzeme istenmesi, israfı açar					
13.	İyi planlanmamış hastane mimarisi, çalışırken zaman kaybına yol açar					
14.	Kullanıma hazır olmayan malzemeler performansımı azaltır					
15.	Hasta ile ilgili kayıt ve dökümantasyon sistemi zamanımı alır					
16.	Malzemelerin dağınık yerleştirilmesi zaman kaybetmeme neden olur					
17.	Hastanede pahalı malzeme ve donanım kullanılmasını israf olarak görürüm					
18.	Çalışan devir hızının yüksek olması insan kaynağı israfına yol açar					
19.	Çalışanların, istemediği birimde çalıştırılması verimsizliğe neden olur					
20.	Çalışan eksikliği nedeniyle görevim olmayan işleri yapmak performansımı azaltır					
21.	Çalışanlar arasında işbirliğinin sağlanamaması, işimi geciktirir					
22.	İş yükümün fazla olması, istediğim kalitede iş yapmamı engeller					
23.	Kalitesiz malzemelerin kullanımının hasta sonuçlarını olumsuz etkilediğine inanırım					

24.	Kalite süreçlerinin getirdiği iş yükü, bana zamanımı kaybettirir					
25.	Ekip çalışmasındaki eksiklikleri gidermeye çalışırken, kendi işimi aksatırım					
26.	Hastalarla yaşanan iletişim sorunları gereksiz tanı, tedavi ve bakım uygulanmalarına neden olur					
27.	İsraf davranışlarımızı yetiştirilme tarzımız belirler					
28.	Tekrarlanan görüntüleme, lab. vb. işlemleri israf olarak görürüm					
29.	Acile gereksiz ve tekrarlı başvuruları israf olarak değerlendiririm					
30.	Hastaların uyarı, tabela veya bilgilendirme formlarını yeterince okumayıp soru sormaları zamanımı kaybettirir					
31.	Hasta/ hasta yakınları hastane kaynaklarını dikkatli kullanmayarak israfa neden olur					
32.	Kalitesiz malzeme kullanımına bağlı hatalar hasta bakımını aksatır					
33.	Kalitesiz kırtasiye malzemelerinin (yazıcı, kağıt, toner) kullanılması tüketimi artırır					
34.	İsraf davranışı kaynakların tüketimine duyarsızlaşmanın bir sonucudur					
35.	Birimlerde gereksiz malzeme depolamak israfa neden olur					
36.	Demirbaş malzemelerin süresi içinde kalibrasyonu işlemlerin tekrarını önleyerek israfı azaltır					
37.	Talep edilen malzeme ve donanımın zamanında sağlanmaması, hizmet sunumumu geciktirir					
38.	Kullandığım malzeme azaldığında, dikkatli davranmam gerektiğini fark ederim					
39.	Hastanede israfı önlemeye yönelik bir kültürün olduğunu hissedirim					
40.	Hastaneye yatan her hastaya israfı önlemeye ilişkin bilgi vermeye özen gösteririm					
41.	Hastanede verilen yemekten yiyebileceğim kadar alırım					
42.	Ellerimi yıkarken tasarruf önlemlerine dikkat ederim					
43.	Tekrar kullanılabilir özellikteki malzemeleri kullanmaya özen gösteririm					
44.	Atıkları doğru ayrıştırmaya özen göstererek geri dönüşümü desteklerim					
45.	İsrafı önlemeye yönelik yaptırımlar davranışımı olumlu yönde değiştirir					
46.	Hastanedeki tüm kaynakları (ışıklar, su vb.) dikkatli kullanmaya özen gösteririm					
47.	Sevk zincirine uygun hasta akışının sağlanması, hastane kaynaklarının etkin kullanılmasını sağlar					
48.	Malzeme ve ilaç kullanırken son kullanma tarihi yakın olanları öncelikle kullanmaya dikkat ederim					
49.	İsrafa yönelik bir davranış gördüğümde uyarıda bulunurum					
50.	İnsanları israf konusunda uyarırken alacağım tepkiden çekinirim					
51.	Hastanede elektrik, su ve ısıtma gibi sistemlerin enerji tasarruflu olmasına dikkat edilir					

52.	Hastanede elektrik, su ve ısınma gibi sistemlerde görülen arızalar anında giderilerek israfın önüne geçilir					
53.	Hastanedeki elektronik kayıt sisteminin kullanımı israfı azalttığımı düşünürüm					
54.	Hastanede işe yeni başlayan çalışanların verimini arttırmak için eğitime önem verilir					
55.	Eğitim amaçlı uygulamalarda adayların gereği kadar malzeme kullanmasına dikkat edilir					
56.	Tasarrufla ilgili kararlarda çalışanların görüş ve düşüncelerine önem verilir					

Ek 3: Sosyo – Demografik Özellikler Bilgi Formu

Bu doktora tez çalışması, "Sağlık çalışanlarının israfına ilişkin tutum ve davranışlarını" belirlemek amacıyla planlanmıştır. Çalışmadan elde edilen veriler, yalnızca bilimsel amaçla kullanılacak, kurum ve kişi bilgilerine yer verilmeyecektir. Verilerin istatistiksel olarak değerlendirilebilmesi için, eksiksiz ve içtenlikle doldurmaya özen göstermenizi rica eder, çalışmamıza verdiğiniz katkı için çok teşekkür ederim.

Uzm. Hemşire: Seda Tuğba Baykara Mat

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa
Hemşirelikte Yönetim Doktora Öğrencisi

matsedatugba@gmail.com

Tel: 0537 4337365

1. Çalıştığınız kurum: () Üniversite Hastanesi

() Sağlık Bakanlığı Hastanesi

() Özel Hastane

2. Çalıştığınız birim:.....

3. Mesleğiniz: () Hekim

() Hemşire

() Laborant

() Ebe

() ATT

() Personel

() Diğer.....

4. Eğitim Durumunuz:

() Sağlık Meslek Lisesi

() Ön Lisans

() Lisans

() Lisans üstü (Master – Doktora)

5. Yaşınız:.....

6. Cinsiyetiniz: () Kadın () Erkek

7. Meslekte toplam çalışma süreniz:.....yıl

8. Bu kurumda toplam çalışılma süreniz:.....yıl

9. Medeni durumunuz: () Bekar () Evli

10. Hastanede çalıştığınız birim:.....

11.Çalışma Şekliniz:

- Sürekli gündüz
- Sürekli gece
- 12 saatlik vardiyalar Şeklinde
- 8'er saatlik vardiyalar Şeklinde
- 8 saat gündüz, 16 saat gece vardiyası Şeklinde
- 8 saat gündüz, 24 saat nöbet Şeklinde
- Diğer



Ek 4: Aydınlatılmış Onam Formu

Açıklama:

Merhaba, benim adım Seda Tuğba Baykara Mat. İstanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Hemşirelikte Yönetim Anabilim dalında doktora öğrencisiyim. Sağlık çalışanlarının israfa dair düşünce ve davranışlarının neler olduğu ile ilgili yaptığım doktora tezim kapsamında topladığımız nitel verileri ışığında geliştirdiğimiz “Sağlık çalışanlarının israfa ilişkin tutum ölçeği”nin geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yapmaktayım. Araştırmaya katılmanız isteğinize bağlıdır ve istediğiniz zaman, herhangi bir cezaya veya yaptırıma maruz kalmaksızın, hiçbir hakkınızı kaybetmeksizin araştırmaya katılmayı reddedebilir ya da araştırmadan çekilebilirsiniz. Verdiğiniz yanıtlar gizli kalmak kaydıyla sadece bilimsel çalışmada kullanılacak, başka kişi ve kurumlarla paylaşılmayacaktır. Tüm soruları atlamadan açık ve anlaşılır bir şekilde yanıtlamanızı rica ediyoruz.

Katılımınız ve desteğiniz için teşekkür ederiz.

Danışman

İstanbul Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı

Prof. Dr. Ülkü Baykal

Öğrenci

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelikte Yönetim Doktora Programı

Uzm. Hem. Seda Tuğba Baykara MAT

“Aydınlatılmış Onam Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama yukarıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla, gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum.”

Katılımcının;

Ad- Soyad:

İmza:

Tarih:

Ek 5: Anket Formu**1. Çalıştığınız kurum:**

Üniversite Hastanesi Sağlık Bakanlığı Hastanesi Özel Hastane

2. Çalıştığınız birim:.....**3 .Pozisyonunuz:**

Hekim Servis hemşiresi- Servis sorumlu hemşiresi Bölüm başhemşiresi Hasta bakım personeli
 Temizlik personeli Sekreter Diğer.....

4. Eğitim Durumunuz:

Okuma yazması yok ilk-orta okul Sağlık Meslek Lisesi Ön Lisans Lisans Lisans üstü (Master – Doktora)

5. Yaşınız:.....**6. Cinsiyetiniz: Kadın Erkek****7. Meslekte toplam çalışma süreniz:.....yıl****8. Bu kurumda toplam çalışma süreniz:.....yıl****9.Çalışma şekliniz:**

Sürekli gündüz Sürekli gece 12 saatlik vardiyalar şeklinde Diğer

10. Medeni durumunuz: Bekar Evli**10a. Kaç çocuğunuz var?.....****11. Sosyo-ekonomik durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?**

Çok düşük Düşük Orta Yüksek Çok yüksek

12. Yetiştığınız aile yapısı:

Çekirdek aile Büyük aile Diğer

13. Yetiştığınız bölge:

Köy Kasaba Küçük şehir Büyük şehir / Metropol

14. Annenizin eğitim durumu:

Okur- yazar değil İlkokul Orta- Lise Üniversite Diğer

Ek 6: Kurum İzni (İl Sağlık Müdürlüğü)

T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - İSTANBUL
SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ BİRİMİ
12/07/2019 14:28 - 16867222 - 604.01.01 - E.2428



00097153496

Sayı : 16867222-604.01.01
Konu : Seda Tuğba BAYKARA MAT'ın Tez
Çalışması İzni Hk.

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA REKTÖRLÜĞÜNE
(Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğü)
(Üniversite Mahallesi, İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa Avcılar Kampüsü, Avcılar)

İlgi : a) 22/06/2018 tarihli ve 71211201-179474 sayılı yazı.
b) 21/06/2019 tarihli ve 48270730-604.01.01-3700 sayılı yazı.
c) 02/07/2019 tarihli ve 74839299-604.01.01-10555 sayılı yazı.
d) 28/06/2019 tarihli ve 14679818-771-13313 sayılı yazı.
e) 10/07/2019 tarihli ve 48670771-771-15072 sayılı yazı.

İlgi a) sayılı yazıda yer alan Üniversiteniz Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı'nda Prof. Dr. Ülkü BAYKAL'ın danışmanlığında doktora eğitimine devam eden Seda Tuğba BAYKARA MAT'ın, "Hastanelerde Sağlık Çalışanlarının İsrafa İlişkin Görüşlerinin Nitel Olarak İncelenmesi ve İsrafa İlişkin Tutum Ölçeğinin Geliştirilmesi" başlıklı çalışmasını, Bayrampaşa Devlet Hastanesi, Sadi Konuk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, İstanbul Eğitim Ve Araştırma Hastanesi ve Okmeydanı Eğitim Ve Araştırma Hastanesinde yapma talebi birimimize iletilmiştir.

Söz konusu araştırma hastanelerin ilgi c), d) ve e) de kayıtlı yazıları ile uygun görülmüş olup, çalışmanın sonrasında elektronik ortamda ve döküman halinde müdürlüğümüze teslim edilmesi ve konunun çalışmada adı geçen kişiye tebliği hususunda;

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Permin GÖRECEK
İstanbul Sağlık Müdürlüğü
Sağlığın Geliştirilmesi Şubesi
Birim Sorumlusu Yerine

e-imzalıdır.
Op. Dr. Kemal TEKEŞİN
Müdür a.
Başkan

Ek: Bayrampaşa DH

GÜVENLİ ELEKTRONİK İMZALI
ASLI İLE AYNIYDIR
16/07/2019
Sinan KAVZAN

Seyitnizam Mah. Mevlana Cad.No:85 Zeytinburnu-İstanbul Sağlık Geliştirilmesi
Birimi
Telefon: Faks No:
e-Posta:sinan.kavzan@saglik.gov.tr İnt.Adresi: www.istanbul saglik.gov.tr

Bilgi için: Sinan KAVZAN
SÜREKLİ İŞÇİ
Telefon No:0212 638 33 99-3059

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 24f0958e-d437-4e40-b598-677dbd6f5ea1 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek 7: Kurum İzni (İl Sağlık Müdürlüğü)

T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü
S.B.Ü.İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi

BİLİMSEL KURUL TOPLANTI TUTANAĞI

Toplantı Tarihi :27.06.2019
Başhekim :Prof.Dr.Özgür YİĞİT
Üyeler :Op.Dr.Yusuf KARALI – Uz.Dr.Mehmet Emin PİŞKİNPASA – Mükerrer ALPAK
– Meral KURT DURMUŞ – Serpil KAYALI – Şaduman ÖZMAY

KARAR

İstanbul Valiliği İl Sağlık Müdürlüğünden alınan 18.06.2019 tarih ve E.2172 sayılı yazısı ekinde bulunan İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı'nda Prof. Dr. Ülkü BAYKAL'ın danışmanlığında doktora eğitimine devam eden Seda Tuğba BAYKARA MAT'ın, "Hastanelerde Sağlık Çalışanlarının İsrafa İlişkin Görüşlerinin Nitel Olarak İncelenmesi ve İsrafa İlişkin Tutum Ölçeğinin Geliştirilmesi" konulu tez çalışmasını, hastanemizde yapma talebi incelenmiştir.

Adı geçenin yapacağı çalışma bilgi güvenliği ile bilimsel çalışmanın etkinliği açısından değerlendirilerek hastanemizde gerçekleştirilmesi **uygun** bulunmuş olup, çalışmanın gelişim aşamalarının, değişiklik durumunun ve çalışmanın sonlanma zamanı ile ilgili Bilimsel Kurulu'na bilgi verilmesine karar verilmiştir.

Prof.Dr.Özgür YİĞİT
Başhekim

Op.Dr.Yusuf KARALI
Başhekim Yardımcısı

Uz.Dr.Mehmet Emin PİŞKİNPASA
İç Hast. Klin. Eğ. Gör.

Mükerrer ALPAK
İd.ve Mali İş. Mtd.

Şaduman ÖZMAY
Sağ. Bak. Hiz. Mtd.

Serpil KAYALI
İd. ve Mali İş. Mtd. Yar.

Meral KURT DURMUŞ
Müdür Yardımcısı

Eğ. Ar. Göz. Sor.
SAĞLIK BAKANLIĞI
İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü
S.B.Ü.İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Mehmet Mustafa ELEBİ
Müdür Yardımcısı

Ek 8: Kurum İzni (İl Sağlık Müdürlüğü)

T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Dr. Sadı Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI DR. SADİ KONUK EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ - T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI DR.
SADİ KONUK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
28/06/2019 12:25 - 14679818 - 771 - E.13313



Sayı : 14679818-771
Konu : Seda Tuğba BAYKARA MAT'ın Tez
Çalışma İzni Hk.

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ'NE

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Lisanüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı Doktora öğrencisi Seda Tuğba BAYKARA MAT'ın '**Hastanelerde Sağlık Çalışanlarının İsrafa İlişkin Görüşlerinin Nitel Olarak İncelenmesi ve İsrafa İlişkin Tutum Ölçeğinin Geliştirilmesi**' konulu tez çalışmasını hastanemizde yapma talebi incelenmiştir.

Adı geçenin talebi Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu kararı ile **uygun** görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır.
Prof. Dr. Gökhan Tolga ADAŞ
Başhekim

Ek: SEDA TUĞBA BAYKARA MAT

Ek 9: Kurum İzni (İl Sağlık Müdürlüğü)

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI İSTANBUL PROF. DR. CEMİL TAŞÇIOĞLU ŞEHİR HASTANESİ - T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI İSTANBUL PROF. DR. CEMİL TAŞÇIOĞLU ŞEHİR HASTANESİ

10/07/2019 10:56 - 48670771 - 771 - E.15072



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sayı : 48670771-771
Konu : Araştırma İzni (Seda BAYKARA MAT)

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa Lisanüstü Eğitim Enstitüsü, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı'nda Prof. Dr. Ülkü BAYKAL'ın danışmanlığında doktora eğitimine devam eden Seda Tuğba BAYKARA MAT'ın, "Hastanelerde Sağlık Çalışanlarının İsrafa İlişkin Görüşlerinin Nitel Olarak İncelenmesi ve İsrafa İlişkin Tutum Ölçeğinin Geliştirilmesi" konulu tez çalışmasını hastanemizde yapma talebi uygun görülmüştür.

Bilgilerinize ve gereğini arz ederim.

e-imzalıdır.
Prof. Dr. Hakan GÜRBÜZ
Başhekim

Ek 10: Kurum İzni (Üniversite Hastanesi)**İÜC Tarih ve Sayı: 23/05/2019-79069**

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı



Sayı :97248701-604.01.02-
 Konu :Tez Çalışma İzni-Seda Tuğba
 BAYKARA MAT

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi :Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dekanlığı'na 14/05/2019 tarihli ve 73862 sayılı yazınız.

Enstitünüz Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalında Prof. Dr. Ülkü BAYKAL'ın danışmanlığında doktora eğitimine devam eden Seda Tuğba BAYKARA MAT'ın "Hastanelerde Sağlık Çalışanlarının İsrafa İlişkin Görüşlerinin Nitel Olarak İncelenmesi ve İsrafa İlişkin Tutum Ölçeğinin Geliştirilmesi" başlıklı tez çalışmasını Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde yapmasının uygun görüldüğü hakkında; adı geçen Fakülte Dekanlığı'ndan alınan 22.05.2019 tarihli, 78307 sayılı yazı ve ekinde yer alan Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü'nün 20.05.2019 tarihli, 76300 sayılı yazısı ilişikte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-İmzalı
 Prof. Dr. Mehmet BİLGİN
 Rektör a.
 Rektör Yardımcısı

EK :
 Yazı (26 sayfa)

Doğrulamak için:<http://dogrulama.istanbulc.edu.tr/enVision.sorgula/belgedogrulama.aspx?V=BEKRE6072>

Ayrıntılı bilgi için irtibat : Nuray ÖZYER ATLI Dahili : 19051

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Rektörlüğü, 34320 Avcılar-İstanbul
 Tel : 0212 404 03 00 Faks : 0212 404 07 01
 Elektronik Ağ : www.istanbulc.edu.tr

İÜC Tarih ve Sayı: 22/05/2019-78307



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dekanlığı



Sayı :50200903-199-
Konu :Seda Tuğba Baykara Mat'ın tez
çalışması

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA REKTÖRLÜĞÜNE
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)

İÜC Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalında Prof.Dr.Ülktü BAYKAL'ın danışmanlığı altında doktora eğitimine devam eden Seda Tuğba BAYKARA MAT'ın "Hastanelerde Sağlık Çalışanlarının İsrafa İlişkin Görüşlerinin Nitel Olarak İncelenmesi ve İsrafa İlişkin Tutum Ölçeğinin Geliştirilmesi" başlıklı tez çalışmasını Fakültemizde yapmasında sakınca bulunmadığı hakkında Fakültemiz Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğünden alınan 20.05.2019 tarihli, 76300 sayılı yazı ile söz konusu enstitü müdürlüğünün 14.05.2019 tarihli, 73862 sayılı yazısı ve eklerinin bir fotokopisi ilişikte sunulmuş olup, konu Dekanlığımızca da uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

e-İmzalı
Prof. Dr. Mustafa Sait GÖNEN
Dekan

EK :
25

Doğrulamak için:<http://dogrulama.istanbulc.edu.tr/enVision.sorgula/belgedogrulama.aspx?V=BENNE6NL5>

Ayrıntılı bilgi için irtibat : Yıldız DEMİR Dahili : 22529

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi 34098 Cerrahpaşa/İstanbul

Tel : 0212 414 30 00 Faks : 0212 632 00 33

e-posta : ctfpersonel@istanbul.edu.tr Elektronik Ağ : www.istanbulc.edu.tr

Ek 11: Kurum İzni (Özel Hastane)

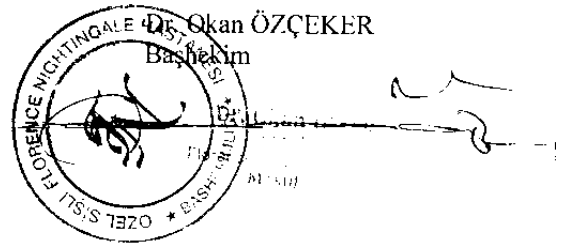
SAYI: IDR 2018-455
KONU: Seda Tuğba BAYKARA MAT- Tez Çalışması Hk.

TARİH: 30.06.2018

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı

İlgi: 53891476-302.08.01 sayılı, 22/06/2018 tarihli yazınız.

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalında başladığı doktora eğitimine Prof. Dr. Ülkü BAYKAL' ın danışmanlığında devam eden Seda Tuğba BAYKARA MAT' ın "Hastanelerde Sağlık Çalışanlarının İsrafa İlişkin Görüşlerinin Nitel Olarak İncelenmesi ve İsrafa İlişkin Tutum Ölçeğinin Geliştirilmesi" başlıklı tez çalışması ile ilgili anket formunu hastanemizde uygulayarak gerçekleştirmesi uygundur.
 Bilgilerinize saygılarımla arz ederim.



İST. Ü. REKTÖRLÜĞÜ

05.07.2018
 53891476/20

Yazı İşleri ve
 Genel Evrak Md.
 Gelen Evrak
 Sayı:



Ek 12: Sağlık Çalışanlarının İsrafa İlişkin Tutumu Ölçeği (SÇİİTÖ)

SORU NO	SORULAR	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Fikrim Yok	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
1.	Eldiven, maske vb. malzemeleri sık değiştirirken israf yaptığım duygusu yaşarım.					
2.	Kalite süreçlerinin getirdiği iş yükü zamanımı kaybettirir.					
3.	İnsanları israf konusunda uyarırken alacağım tepkiden çekinirim.					
4.	Hastanede pahalı malzeme ve donanım kullanılmasını israf olarak görürüm.					
5.	İsraf ettiğimde vicdanım sızlar.					
6.	Çalışırken israfa yol açtığımı fark ettiğimde davranışımı değiştiririm.					
7.	Depolarda tarihi geçmiş malzemelerin olması stok yönetiminin etkin olmadığını düşündürür.					
8.	Tekrarlanan görüntüleme, laboratuvar tetkikleri gibi işlemleri israf olarak görürüm.					
9.	İsraf, önüne geçilmediğinde alışkanlığa dönüşür.					
10.	İsraf davranışı kaynakların tüketimine duyarsızlaşmanın bir sonucudur.					
11.	Hastalarla yaşanan iletişim sorunları gereksiz tanı, tedavi ve bakım uygulanmalarına neden olur.					
12.	Çalışanların istemediği birimde çalıştırılması verimsizliğe neden olur.					
13.	Atıkları doğru ayrıştırmaya özen göstererek geri dönüşümü desteklerim.					
14.	Hastanede verilen yemekten yiyebileceğim kadar alırım.					
15.	Hastanedeki tüm kaynakları (ışıklar, su vb.) dikkatli kullanmaya özen gösteririm.					
16.	Ellerimi yıkarken tasarruf önlemlerine dikkat ederim.					
17.	Talep edilen malzeme ve donanımın zamanında sağlanmaması, hizmet sunumumu geciktirir.					
18.	Kullanıma hazır olmayan malzemeler performansımı azaltır.					
19.	İyi planlanmamış hastane mimarisi çalışırken zamanımı kaybettirir.					
20.	Hastaların gereksiz ilaç kullanmasını israf olarak değerlendiririm.					
21.	Çalışan devir hızının yüksek olması insan kaynağı israfına yol açar.					
22.	Sevk zincirine uygun hasta akışının sağlanması hastane kaynaklarının etkin kullanılmasını sağlar.					
23.	Çalışırken israf yaptığımı fark etmem.					
24.	Hastanede elektronik kayıt sisteminin kullanımının israfı azalttığımı düşünürüm.					

ETİK KURUL KARARI

İÜC Tarih ve Sayı: 09/05/2019-70984



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dekanlığı



Sayı :59491012-604.01.02-
Konu :Doktora Öğrencisi Seda Tuğba
Baykara MAT'ın etik kurul
kararı A-12

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi :08.04.2019 tarih, 13022260-300-55078 sayılı yazı

Enstitünüz Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı öğretim üyesi **Prof.Dr.Ülkü BAYKAL**'ın danışmanlığında **Doktora Öğrencisi Seda Tuğba Baykara MAT**'ın yürütücülüğünde "**Hastanelerde Sağlık Çalışanlarının İsrafa İlişkin Görüşlerinin Nitel Olarak İncelenmesi ve İsrafa İlişkin Tutum Ölçeğinin Geliştirilmesi**" başlıklı Doktora Tezi (ANKET) hakkında ilgi yazımız ve ekleri **07 Mayıs 2019** tarihinde toplanan Fakültemiz Klinik Araştırmalar Etik Kurulunca müzakere edilmiş olup,etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

e-İmzalı
Prof. Dr. Özgür KASAPÇOPUR
Başkan

e-İmzalı
Prof. Dr. Muhlis Cem AR
Dekan a.
Dekan Yardımcısı

NOT: Yönetmelik gereği Sonuç Raporunun Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna iletilmesi gerekmektedir.

EK :
1 dosya elden teslim edilecektir.

Doğrulamak için:<http://dogrulama.istanbulc.edu.tr/enViston.sorgula/belgedogrulama.aspx?V=BEA5EKL1N>

Ayrıntılı bilgi için irtibat : Güler SOYDANER Dahili : 22300

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi 34303 Cerrahpaşa/ İSTANBUL

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: A- 12	Tarih: 07 MAYIS 2019
	Prof.Dr.Ülkü BAYKAL'ın danışmanlığında Uzm.Hemş.Seda Tuğba Baykara MAT'ın sorumluluğunda yapılması tasarlanan ve yukarıda başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.	

ÇALIŞMA ESASI İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu

ETİK KURUL BAŞKANI UNVANI/ADI/SOYADI: Prof. Dr. Özgür KASAPÇOPUR

ETİK KURUL ÜYELERİ									
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
			E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Özgür KASAPÇOPUR (Başkan)	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	I.Ü.C.- Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Mehmet Faik ÖZÇELİK (Başkan Yard.)	Genel Cerrahi	I.Ü.C.- Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Muhlis Cem AR (Raportör)	İç Hastalıkları Hematoloji	I.Ü.C.- Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Zeki ÖNGEN	Kardiyoloji	I.Ü.C.- Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Mahmut Reha BAYAR	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	I.Ü.C.- Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Öner SÜZER	Tıbbi Farmakoloji	I.Ü.C.- Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Nurten Uzun ADATEPE	Nöroloji	I.Ü.C.- Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Hakkı Oktay SEYMEN	Fizyoloji	I.Ü.C.- Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Oktay DEMİRKIRAN	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	I.Ü.C.- Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Gülten DİNÇ	Tıp Tarihi ve Etik	I.Ü.C.- Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Suphi VEHİD	Halk Sağlığı	T.C. Demiroğlu Bilim Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Zeynep Hande TURNA	İç Hastalıkları Medikal Onkoloji	I.Ü.C.- Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Mutlu NİYAZOĞLU	İç Hastalıkları End./Metb./Diabet	Haydarpaşa Eğitim Araştırma Hast.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Avukat Ayfer DİKMEN	Ticaret ve Sağlık Hukuku	Serbest Hukuk Bürosu	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Zümrüt GAMLİ	Emekli	Sivil Hukuk	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

GİRİŞİMSEL OLMAYAN İLAÇ DIŞI KLİNİK ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ETİK KURUL DEĞERLENDİRME FORMU

ETİK KURULUN ADI	Istanbul Üniversitesi Cerrahpaşa-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
AÇIK ADRES	Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dekanlık Binası, 34303 Kocamustafapaşa Fatih İstanbul
TELEFON	+90 (212) 414 32 52; 414 30 00/22300
FAKS	+90 (212) 632 00 40
E-POSTA	ctfetik@istanbul.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Hastanelerde Sağlık Çalışanlarının İsrafa İlişkin Görüşlerinin Nitel Olarak İncelenmesi ve İsrafa İlişkin Tutum Ölçeğinin Geliştirilmesi		
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI	Uzman Hemşire / Seda Tuğba Baykara Mat		
	SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI			
	KOORDİNATÖRÜN ÜNVANI/ADI/SOYADI	Prof.Dr.Ülkü BAYKAL		
	KOORDİNATÖRÜN UZMANLIK ALANI			
	ARAŞTIRMA MERKEZİ			
	ARAŞTIRMA MERKEZİNİN AÇIK ADRESİ			
	BAŞVURULAN ETİK KURULUN ADI	Istanbul Üniversitesi Cerrahpaşa-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu		
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ			
UZMANLIK TEZİ/AKADEMİK AMAÇLI	UZMANLIK TEZİ <input type="checkbox"/>	AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/>	DOKTORA TEZİ <input checked="" type="checkbox"/>	YANDAL UZMANLIK TEZİ <input type="checkbox"/>
ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	<input checked="" type="checkbox"/> Anket çalışması <input type="checkbox"/> Retrospektif (geriye dönük) araştırma <input checked="" type="checkbox"/> Girişimsel (invaziv) olmayan klinik araştırma <input type="checkbox"/> Rutin tetkik ve tedavi işlemleri sırasında elde edilmiş materyallerle (kan, idrar, gayta, doku, görüntü gibi) yapılan çalışma <input type="checkbox"/> Hemşirelik faaliyetlerinin sınırı içerisinde yapılan araştırma <input type="checkbox"/> Vücut fizyolojisi çalışması <input type="checkbox"/> Antropometrik ölçümlere dayalı çalışma <input type="checkbox"/> Yaşam alışkanlıklarının değerlendirilmesi çalışması DİĞER <input type="checkbox"/> Diğer ise belirtiniz:			
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	DİĞER			Açıklama:

PATENT HAKKI İZİNİ



İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

HASTANELERDE SAĞLIK ÇALIŞANLARININ İSRAFA İLİŞKİN GÖRÜŞLERİNİN NİTEL OLARAK İNCELENMESİ VE İSRAFA İLİŞKİN TUTUM ÖLÇEĞİNİN GELİŞTİRİLMESİ

ORIJINALLIK RAPORU

%6	%4	%2	%5
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	Submitted to Istanbul University Öğrenci Ödevi	%1
2	toad.halileksi.net İnternet Kaynağı	<%1
3	Submitted to Uludag University Öğrenci Ödevi	<%1
4	Submitted to Ondokuz Mayıs Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<%1
5	Submitted to Beykent Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<%1
6	Submitted to TechKnowledge Turkey Öğrenci Ödevi	<%1
7	isletmecilik.org İnternet Kaynağı	<%1
8	Submitted to Cumhuriyet University Öğrenci Ödevi	<%1

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Seda Tuğba	Soyadı	Baykara Mat
Doğ.Yeri	Bakırköy	Doğ.Tar.	08.10.1989
Uyruğu	T.C.	TC Kim No	33106706668
Email	matsedatugba@gmail.com	Tel	+90 537 433 7365

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
Yük.Lis.	İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı	2016
Lisans	Zonguldak Karaelmas Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü	2011
Lise	Yenibosna Yabancı Dil Ağırlıklı Lisesi	2007

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Araştırma Görevlisi	Beykent Üniversitesi	2020- halen
2.	Hemşire	Cumhuriyet Aile Sağlığı Merkezi	2012-2015
3.	Hemşire	Memorial Sağlık Grubu	2011-2012

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	KPDS/ÜDS Puanı	(Diğer) Puanı
İngilizce	İyi	Orta	Orta	68	(YDS) 55
Almanca	Başlangıç	Başlangıç	Başlangıç		

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
LES Puanı			
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft Office Programları (Word,Excel, Power point)	İyi
SPSS	Orta

Tebliğleri

Mat, S. ve Baykal, Ü. (2019). Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinden Yararlananların Hemşirelik İmajı İle İlgili Algıları. 4. Uluslararası Sağlık Yönetimi Kongresi, İstanbul, Türkiye (sözel bildiri).

Sertifikaları

İ.Ü. Birinci Ulusal (Uluslararası Katılımlı) Hemşirelikte Yönetim Sempozyumu – 2013

2. Ulusal Hemşirelikte Yönetim Kongresi – 2016

Niteliksel Araştırma Yöntemleri – SANERK – 2017

Nitel Araştırma Eğitimi – SANERK – 2018

Özel İlgi Alanları (Hobileri): Resim yapmak.