

T.C.  
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**SAĞLIK ÇALIŞANLARININ HASTANE, HASTA,  
KALİTE, HASTA GÜVENLİĞİ VE RİSKE BAKIŞ  
AÇILARININ METAFOR ANALİZİ İLE  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Esengül GEDİKTAŞ BOZKURT

**Sağlıkta Kalite Geliştirme ve Akreditasyon  
Yüksek Lisans Programı  
Yüksek Lisans Tezi**

**İZMİR-2012**  
Tez Kodu: DEÜ.HSI.MSc/2008970042

T.C.  
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**SAĞLIK ÇALIŞANLARININ HASTANE, HASTA,  
KALİTE, HASTA GÜVENLİĞİ VE RİSKE BAKIŞ  
AÇILARININ METAFOR ANALİZİ İLE  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Sağlıkta Kalite Geliştirme ve Akreditasyon  
Yüksek Lisans Programı  
Yüksek Lisans Tezi**


**Esengül GEDİKTAŞ BOZKURT**

Danışman: Prof. Dr. Özkan Tütüncü

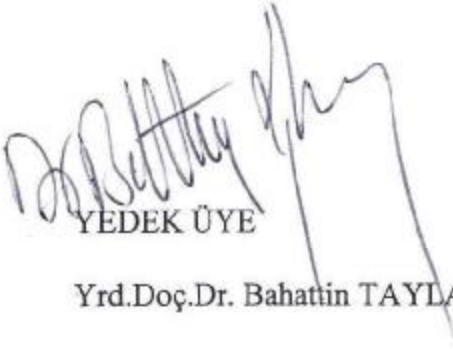
**Tez Kodu: DEÜ.HSI.MSc/2008970042**

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlıkta Kalite Geliştirme ve Akreditasyon Anabilim Dalı, Sağlıkta Kalite Geliştirme ve Akreditasyon Yüksek Lisans programı öğrencisi Esengül Gediktaş Bozkurt' un ' SAĞLIK ÇALIŞANLARININ HASTANE, HASTA, KALİTE, HASTA GÜVENLİĞİ VE RİSKE BAKIŞ AÇILARININ METAFOR ANALİZİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ' konulu Yüksek Lisans tezini 8.11.2012 tarihinde başarılı olarak tamamlamıştır.

  
BAŞKAN  
Prof. Dr. Özkan TÜTÜNCÜ

ÜYE  
  
Prof. Dr. Atalay ARKAN

ÜYE  
Doç. Dr. Şeyda SEREN İNTEPELER

  
YEDEK ÜYE  
Yrd. Doç. Dr. Bahattin TAYLAN

YEDEK ÜYE  
Yrd. Doç. Dr. Yavuz DOĞAN

## İÇİNDEKİLER

<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	<b>İ</b>
<b>TABLO DİZİNİ</b> .....	<b>V</b>
<b>ŞEKİL DİZİNİ</b> .....	<b>VI</b>
<b>KISALTMALAR</b> .....	<b>VII</b>
<b>ÖZET</b> .....	<b>VIII</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>X</b>
<b>1.GİRİŞ VE AMAÇ</b> .....	<b>1</b>
1.1. Problemin Tanımı .....	2
1.2.Araştırmanın Önemi.....	3
1.3. Araştırmanın Amacı.....	3
1.4. Araştırma Sorusu .....	4
<b>2.GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>5</b>
2.1.Tanımlar .....	5
2.2.Hastane Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi .....	9
2.2.1.Hizmet Kavramı.....	9
2.2.1.1.Hizmet Kavramının Özellikleri.....	9
2.2.1.2.Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri .....	10
2.2.1.3.Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması.....	12
2.2.1.4. Hastaneler ve Hastanelerin Özellikleri.....	13
2.2.1.5.Sağlıkta Paradigma Değişimi.....	14
2.2.1.6.Hasta-Sağlık Çalışanı İlişkisi .....	16
2.2.2.Sağlık Hizmetlerinde Kalite .....	17

2.2.2.1. Toplam Kalite Yönetimi ve İlkeleri .....	21
2.2.2.2.TKY Çalışmalarındaki kritik başarı etmenleri.....	22
2.2.2.3.OECD Ülkelerine Göre Sağlık Hizmetlerinin Boyutunun Ölçülmesi.....	23
2.2.2.4. OECD Kalite İndikatörleri.....	24
2.2.2.5. Ulusal ve Uluslararası Kalite Belgelendirme Sistemleri ve Kalite Ödülleri ....	25
2.2.2.6. ISO 9001 Kalite Yönetim Sistemi.....	25
2.3.Hasta Güvenliği .....	26
2.3.1. Hasta Güvenliği Kültürü .....	28
2.3.1.1.Hasta Güvenliği Kültürünün Elementleri.....	28
2.3.2. Hasta Güvenliğini Etkileyen Faktörler.....	29
2.3.3. JCJ Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri.....	34
2.3.4. Hasta güvenliği İhlaline / Olumsuz Olaya Neden Olabilecek Faktörlerin Çerçevesi.....	35
2.4.Risk Yönetimi.....	35
2.4.1.Risk Yönetimi .....	35
2.4.2. Risk Türleri.....	36
2.4.3. Risk Yönetimi Prosesleri.....	38
2.5.Metaforlar .....	43
2.5.1.Metaforlar .....	43
2.5.1.1. Çağdaş Metafor Teorisi .....	44
2.5.1.2. Metafor Türleri.....	44
2.5.1.3. Kültür, Tecrübe ve Değerlerle Metafor .....	45
2.5.1.4. Yeni Anlam.....	46
2.5.1.5.Metaforların İşlevleri.....	46
2.5.2.Örgüt Metaforları .....	47

2.5.2.1.Gareth Morgan'a Göre Örgüt Metaforları .....	47
2.5.2.1.1. Makine Olarak Örgüt Metaforları .....	47
2.5.2.1.2 Organizma Olarak Örgütler .....	48
2.5.2.1.3. Beyin Olarak Örgütler .....	49
2.5.2.1.4.Kültür Olarak Örgütler .....	50
2.5.2.1.5.Politik Sistem Olarak Örgütler (Çıkarlar, Çatışma ve İktidar) .....	51
2.5.2.1.6. Ruhların Hapishanesi Olarak Örgütler .....	51
2.5.2.1.7. Akış ve Dönüşüm Olarak Örgüt (Değişimin Mantığını Anlamak) .....	52
2.5.2.1.8. Tahakküm Aracı Olarak Örgütler.....	54
2.5.2.2.Douglas Mitchell ve Mary Jo Hatch'e Göre Örgüt Metaforları .....	55
2.5.2.3. Kültürel Değerler ve Metaforlar .....	57
2.5.2.4.Hofstede'ye Göre Türk iş kültürü .....	59
2.5.2.5. Saint-Gobain Grup Sınıflamasına Göre Hayvan Metaforları.....	60
2.5.3. Odak Grup Görüşmesi.....	62
<b>3.GEREÇ VE YÖNTEM.....</b>	<b>63</b>
3.1. Araştırmanın Tipi.....	63
3.2.Araştırmanın Yeri ve Zamanı .....	63
3.3.Araştırmanın Evren Ve Örneklemi .....	63
3.4.Araştırmanın Çalışma Materyali.....	65
3.5.Araştırmanın Değişkenleri .....	65
3.6.Veriler Toplama Araçları .....	65
3.7.Araştırmanın Planı ve Takvimi.....	66
3.8.Verilerin Analiz Edilmesi.....	67

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları .....	67
3.10. Etik Kurul Onayı ve Sağlık Müdürlüğü Onayı.....	68
<b>4.BULGULAR .....</b>	<b>69</b>
4.1.Hastane Metaforları .....	69
4.2.Kalite Metaforları .....	77
4.3.Hasta Metaforları .....	84
4.4. Hasta Güvenliği Metaforu.....	90
4.5.Risk Metaforları.....	97
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>104</b>
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>115</b>
<b>7.KAYNAKLAR.....</b>	<b>119</b>
<b>8. EKLER.....</b>	<b>131</b>
<b>9.ÖZGEÇMİŞ .....</b>	<b>138</b>

## TABLO DİZİNİ

<b>Tablo 1:</b> Kalite Tanımları.....	5
<b>Tablo 2:</b> Sağlıkta Yeni Paradigma .....	16
<b>Tablo 3:</b> Sağlık Hizmetlerinde Değişikliğin Sağlanması.....	19
<b>Tablo 4:</b> 21.yy Sağlık Bakım Sistemindeki Basit kurallar .....	20
<b>Tablo 6:</b> Uluslararası İş Risk Tipleri.....	37
<b>Tablo 7:</b> 3x3 Risk Matrixi .....	39
<b>Tablo 8:</b> 5x5 Yarı Şiddet Risk Matrixi .....	39
<b>Tablo 9:</b> Risk Yönetimi Prosesleri (AS/NZS 4360:2004) .....	41
<b>Tablo 10:</b> Risk Yönetim İlkeleri, Yapısı ve Prosesleri Arasındaki İlişki (ISO 31000:2008).....	42
<b>Tablo 11:</b> Yönetim Biçimi ve Metaforlar.....	57
<b>Tablo 12:</b> Hayvan Metafor Grupları (örgüt kültüründe oryantasyon) .....	61
<b>Tablo 13:</b> Çanakkale İlinde Bulunan Devlet Hastanelerinin 2003–2009 Yılı Verilerinin Karşılaştırılması.....	64
<b>Tablo 14:</b> Hastane Metaforları ile Örgüt Kültürü Arasındaki İlişki .....	70
<b>Tablo 15:</b> Kalite Metafor Analizi .....	79
<b>Tablo 16:</b> Hasta İle ilgili Metaforların Analizi.....	86
<b>Tablo 17:</b> Hasta Güvenliği/Tıbbi Güvenlik Metaforlarının Analizi .....	91
<b>Tablo 18:</b> Risk Metaforlarının Analizi.....	98



## **ŞEKİL DİZİNİ**

<b>Şekil 1:</b> Sağlıkta Paradigma Değişimi.....	15
<b>Şekil 2:</b> İsveç peyniri Modeli.....	27
<b>Şekil 3:</b> Ülkelere göre Hiyerarşi ve EŞitlik.....	59
<b>Şekil 4:</b> Metafor Analizine göre Hastanelerde EŞitlik ve Hiyerarşi.....	76

## **KISALTMALAR**

<b>AHRQ</b> .....	Agency for Healthcare Research and Quality
<b>Airmic</b> .....	The Association of Insurance and Risk Management
<b>ABD</b> .....	Amerika Birleşik Devletleri
<b>AS/NZS 4360</b> .....	Australian/New Zealand Standard, RISK MANAGEMENT: 4360
<b>AP</b> .....	Assistant Practitioners
<b>DPT</b> .....	Devlet Planlama Teşkilatı
<b>HCA</b> .....	Health Care Asistants
<b>HSE</b> .....	Health and Executive
<b>IOM</b> .....	Institute of Medicine
<b>ISO 14971</b> .....	International Organization for Standardization Medical devices — Application of Risk Management to Medical Devices
<b>ISO 3100</b> .....	International Organization for Standardization; risk management
<b>İrm</b> .....	Institute of Risk Management
<b>JCAHO</b> .....	Commission on Accreditation of Healthcare Organizations
<b>JCI</b> .....	Joint Commission International
<b>NPSA</b> .....	National Patient Safety Agency
<b>OHSAS 18001</b> .....	İş Sağlığı ve Güvenliği- Occupational Health and Safety Standard
<b>OECD</b> .....	Organisation for Economic Co-operation and Development
<b>OEL</b> .....	Office of Inspektör General
<b>PUKO</b> .....	Planla- Uygula- Kontrol et- Önlem al
<b>RABQSA</b> .....	Australian Personnel and Training Certification Body
<b>TKY</b> .....	Toplam Kalite Yönetimi
<b>TC</b> .....	Türkiye Cumhuriyeti
<b>TÜSİAD</b> .....	Türk Sanayicileri ve İşadamları Derneği
<b>YTKİY</b> .....	Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği
<b>WHO</b> .....	World Health Organization

## ÖZET

### Yüksek Lisans Tezi

### Sağlık Çalışanlarının Hastane, Hasta, Kalite, Hasta Güvenliği ve Riske Bakış Açılarının, Metafor Analizi İle Değerlendirilmesi

Esengül Gediktaş Bozkurt

Dokuz Eylül Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Sağlıkta Kalite Geliştirme ve Akreditasyon Anabilim Dalı

Sağlıkta Kalite Geliştirme ve Akreditasyon Programı

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de sağlıkta paradigma değişimi ve ülkemizde 2003 yılında başlayan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile kalite kavramı önem kazanmaya başlamıştır. Hastanelerde toplam kalite yönetimi çalışmalarında hastanede ki mevcut kurum kültürü ve hasta (müşteri)- sağlık çalışanı arasındaki ilişki yapısı çok önemli bir yere sahiptir. Yapılan kalite çalışmalarına ilişkin sağlık çalışanlarının algıları, hasta güvenliği/tıbbi güvenlik ve kurumdaki risk kalite çalışmaları açısından oldukça önemli konulardır.

Araştırmanın amacı; sağlık çalışanlarının bakış açısından kurumdaki mevcut kültürü, çalışanların kaliteye ilişkin algılarını, hasta- sağlık çalışanı arasındaki ilişki yapısını, kurumdaki hasta güvenliği/ tıbbi güvenliği ve kurumdaki risk durumunu belirlemektir.

Elde edilen bulgular metafor analizi ile değerlendirildiğinde hastane için beş örgüt yapısı öne çıkmaktadır ve çalışanların büyük bir kısmı hastaneyi makine örgüt yapısı ile ifade etmişlerdir. Kurumdaki kalite ile ilgili metaforlar incelendiğinde çalışanların büyük bir bölümünün kaliteyi ‘Yavaş, hantal, kurnaz ve çıkarıcı hayvan’ metaforları ile ifade ettiği ve çalışanların kurumdaki kalite çalışmalarına ilişkin olumsuz düşüncelere sahip olduğu görülmektedir. Sağlık çalışanlarının büyük çoğunluğu hasta- sağlık çalışanı arasında ‘buyurganlık’ ilişki türünü işaret etmişlerdir. Çalışanların büyük bir bölümü hasta güvenliği/tıbbi güvenlik için tehlike içeren metaforlar kullanmışlardır. Sağlık çalışanlarının çoğu kurumdaki riskin çevre kaynaklı olduğunu ve risk meydana geldiğinde riskin kabul edilemez bir bölgede olduğunu belirtmişlerdir.

Anahtar Kelimeler: Hastane Kùltürü, Hasta- Sağlık alışanı İlişkisi, Kalite, Hasta gùvenliđi, Risk, Metafor Analizi

## **ABSTRACT**

### **Master Thesis**

#### **Evaluation of points of views of Medical Staff over Hospital, Patient, Patient Safety and Risk with the Metaphor Analysis**

**Esengül Gediktaş Bozkurt**

**Dokuz Eylül University**

**Institute of Medical Sciences**

**Department of Quality Improvement and Accreditation**

**Quality Improvement and Accreditation Programme**

With the paradigm shift in the medical sector in our country as in the whole world and the Transformation Programme in Health initiated in 2003, quality concept has gained prominence. Present institution culture in hospitals and the structure of relationship between patient (customer) and staff has a very significant place in the total quality management studies in hospitals. Medical staff's perceptions of quality studies, patient safety / medical safety and risk in the organization are all significant issues in terms of quality studies.

Objective of the study; to determine the present culture in the organization from the views of medical staff, perceptions of the staff over the notion of quality, the structure of the relationship between the patient and medical staff, patient safety / medical safety in the organization and risk status within the organization.

As the findings are evaluated with the metaphor analysis, five organizational structures within the hospital become prominent and the large part of the staff describe the hospital as machine organization structure. When metaphors are analysed, it seems that most of the staff describe quality with the metaphors "slow and dim-witted animals" and they have negative thoughts over the quality studies within the organization. They also pointed out the "bossiness" type of relationship between the patient and staff. Most of the staff used metaphors containing danger for patient safety/medical safety. Many medical workers stated that risk within the organization was originated from environmental factors and when it occurred it was in an unacceptable zone.

**Key Words:** Hospital Culture, Patient – Medical Staff Relationship, Quality, Patient Safety, Risk, Metaphor Analysis

## **1.GİRİŞ VE AMAC**

1970’li yılların sonlarından itibaren, geleneksel devlet anlayışının erozyona uğramasıyla birlikte, bu anlayışa hâkim olan değer ve ilkeler de eleştirilmeye ve sorgulanmaya başlamıştır. Bu dönemde gündeme gelen gelişmeler, klasik anlamdaki devlet yapılanmasını da etkinlik, verimlilik, girişimcilik, esneklik gibi özel sektör temelli bazı hedeflere yöneltmeye ve özelleştirme, rekabet, kalite, müşteri odaklılık gibi bir takım uygulamalara kamu sektöründe de yer verilmesini teşvik etmeye yol açmıştır (Balcı ve Kırılmaz, 2007). Bu dönemde kamu harcamalarının giderek artması ve finansmanda yaşanan zorluklar gerek ülkelerin tek tek, gerekse de Dünya Bankası ve IMF gibi uluslararası/ üstü kuruluşlar vasıtasıyla genel olarak çözmeye çalıştıkları konular arasında yer almıştır (Köse, 2003).

Türkiye de kamu sektörü içinde yer alan sağlık sisteminde de bu değişimlerin yaşanmasına ek olarak, hastalık yapılarının değişmesi ve kronik ve uzun süreli tedavi gerektiren hastalıkların artması, dünya nüfusunun artması, uzun dönemde finansman açığı sağlık sektöründe değişimi zorunlu kılmıştır. Avrupa Birliği aday ülkelerinden birisi olan Türkiye Avrupa Birliği politikaları uyarınca sağlıktaki sorunların giderilmesi, değişen dünya ve ülkemiz koşullarına ve Avrupa Birliği’ne üyelik durumunda, Birlik sağlık politikalarına uyum sağlayarak halkın sağlık düzeyini yükseltmek amaçlarına yönelik olarak Sağlık Bakanlığınca “Türkiye Sağlık Reformu Modeli” hazırlanmış ve bu reformun kısa sürede gerçekleştirilmesi için çalışmalar başlatılmıştır (DPT Avrupa Birliği Genel Müdürlüğü, 1997). 16 Kasım 2002 tarihinde açıklanan 58. Hükümetin Acil Eylem Planında “Herkesin Sağlık” başlığı altında sağlık alanında yürütülmesi öngörülen hedeflerin belirlenmesinden hemen sonra, 2003 yılı başında Sağlıkta Dönüşüm programı hazırlanarak kamuoyuna duyurulmuştur. Sağlıkta dönüşüm programı sekiz tema etrafında dönüşmeyi hedeflemiştir (Akdağ, Aydın ve arkadaşları, 2008:21)

1. Planlayıcı ve destekleyici Sağlık Bakanlığı,
2. Herkesi tek çatı altında toplayan genel sağlık sigortası,
3. Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü hizmet sistemi,
  - Güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve aile hekimliği
  - Etkili, kademeli sevk zinciri
  - İdari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri
4. Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü,

5. Sistemi destekleyen eğitim ve bilim kurumları,
6. Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon,
7. Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma,
8. Karar sürecinde etkili bilgiye erişim; Sağlık bilgi sistemi,

Gerek sağlık sisteminde yaşanan değişimler gerekse hastalık yapılarının değişmesi, kronik ve uzun süreli tedavi ve bakım gerektiren hastalıkların artması gibi nedenler sağlıkta paradigma değişimine neden olmuştur.

Sağlıkta paradigma değişimi ve 2003 yılından bu yana devam eden sağlıkta dönüşüm programı çerçevesinde devam eden kalite çalışmaları sonucu sağlık sektörünün yapısında ve sağlık kurumlarında pek çok değişiklik yaşanmıştır.

### **1.1.Problemin Tanımı**

Sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulması amacıyla 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı başlatılmıştır (Gümüsel, 2010; Tengilimoğlu, Işık, Akbolat, 2009:99). Sağlıkta dönüşüm programının temel ilkelerine baktığımızda (Tengilimoğlu vd, 2009:100);

- İnsan merkezilik,
- Sürdürülebilirlik,
- Sürekli kalite gelişimi,
- Katılımcılık,
- Uzlaşmacılık,
- Gönüllülük,
- Güçler ayrılığı,
- Desantralizasyon,
- Hizmette rekabet.

Sağlıkta dönüşüm programı çerçevesinde 2003 yılından bu yana bakanlık tarafından kalite geliştirme çalışmaları hastanelerde devam etmektedir. Günümüzde birçok sağlık kuruluşunda kalite geliştirme ve risk yönetimi birimleri iş birliği içinde çalışmaktadır (Singhi, 2005).

Görüldüğü üzere kalite geliştirme, risk yönetimi, hasta güvenliği iç içe geçmiş olan yapılarıdır. Türkiye’de 2003 yılından bu yana sağlıkta dönüşüm programı çerçevesinde pek çok değişiklik yaşanmaktadır. Sağlıkta dönüşüm programının ana temalarından birisi, bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlıklı insan gücüdür (Akdağ, Aydın vd.,2008:21).

Kalite ve hasta güvenliği çalışmalarının başarıya ulaşabilmesi için çalışanların katılımı ve desteği çok önemlidir. Sağlıkta dönüşüm programının tüm ilkelerine başarıyla ulaşılabilmesi için çalışan katılımı ve desteği çok önemlidir. Sağlık çalışanlarının iş yerinde içinde buldukları kurum kültürü, çalışanlar, hasta ve idari personelle yaşadıkları problemler sağlıkta dönüşüm programı çerçevesinde ilerleyen kalite çalışmalarını etkilemektedir. Çalışanların hastane (işyeri) kültürü, kalite çalışmaları, hastaya bakış açıları, hasta güvenliği ve risk yönetimi çalışmaları ve bu çalışmaları algılama şekillerinin belirlenmesi kalite, hasta güvenliği ve risk yönetimi çalışmalarının gelişmesinde ve çalışmaların daha verimli olmasında büyük önem taşımaktadır.

## **1.2. Araştırmanın Önemi**

Hastanenin her mevkiinden elde edilen veriler ile bölgede var olan kültür yapıları, kalite çalışmalarına çalışanların destek verme durumları, hasta güvenliği ve kurumdaki risk tipleri belirlenebilir. Bunun sonucunda, bu çalışma; eksik, yanlış bilgi ve algıları değiştirmek, yerine uygun kültür yapısının oluşabilmesi için gerekli politika ve stratejiler geliştirilebilmesine yardımcı olabilir. Tüm sağlık çalışanlarının hasta güvenliğine bakış açıları değerlendirilerek kurumda hasta ve çalışan güvenliği durumu belirlenerek eksiklikler üzerine odaklanma imkânı sağlayabilir. Kurumdaki riske ilişkin sağlık çalışanlarının algıları metaforlar yardımıyla incelenip hastanede risk değerlendirme açısından aydınlatıcı bir kaynak olabilir.

Çalışanların müşteriye (hastaya) bakış açıları metaforlarla tanımlanarak kalite kültürü doğrultusunda kurumda var olan hasta- çalışan (müşteri-çalışan) ilişkilerini tanımlayarak kalite kültürüne uygun hasta çalışan ilişkisini geliştirmek açısından eksiklikler belirlenebilir ve bu doğrultuda çalışan eğitimi verilebilir.

## **1.2. Araştırmanın Amacı**

Toplam kalite yönetiminde müşteri, iç müşteri ve dış müşteri olarak ikiye ayrılmaktadır. Sağlık sektöründe iç müşterinin (sağlık çalışanlarının) mesleki açıdan yeterliliği, kurum kültürü ve çalışanların yürütülen kalite geliştirme çalışmalarına gönüllü katılımı kalite geliştirme çalışmaları açısından son derece önemlidir. Yapılan çalışmada bölgedeki sağlık kuruluşlarında var olan kültür, yürütülen kalite çalışmaları, hasta güvenliği/tıbbi güvenliğin durumu ve kurumdaki risk yapısı konularında bilgi edinilmesi amaçlandı. Hazırlanan anket ile Sağlık Bakanlığına bağlı, Çanakkale İline bağlı 10 devlet



hastanesinde her statüde sağlık çalışanın görüşü alıldı. Elde edilen verilerin incelenmesi ile kurumdaki mevcut kültür, çalışanların kalite çalışmalarına bakışı, dış müşterinin hastane personeline değerlendirilmesi yoluyla kurumdaki doktor hasta ilişki yapısı (otoriter, katılımcı, danışman), kurumdaki hasta güvenliği/tıbbi güvenlik durumu ve çalışanlara göre kurumdaki riskin değerlendirilmesi amaçlandı.

#### **1.4. Araştırma Sorusu**

Bakanlık rehberliği ve denetiminde devam eden kalite çalışmalarının başarılı olması ve devamlılığı için çalışanların bakış açısı ve katılımı çok önemlidir. Çalışanların hastanede var olan kurum kültürü, kalite çalışmalarına ilişkin tecrübe ve düşünce yapıları, hastaya bakış açıları ve dolayısıyla hasta sağlık çalışanı ilişkisi, kurumda ki hasta güvenliği ve hastanede var olan risk yapıları bir kuruluşta kalite kültürünün yerleşmesi için önemlidir. Bu çalışmada; Çanakkale bölgesinde bulunan on hastanedeki kurum kültürünün yapısı, sağlık çalışanlarının bakış açısına göre kurumdaki kalite çalışmalarının özellikleri ve literatürdeki kalite yapısına uygunluğu, sağlık çalışanı-hasta ilişkisi ve kalite çalışmalarında yer alan müşteri- çalışan ilişkisine uygunluğu, kurumda sağlık çalışanlarına göre hasta ve çalışan güvenliğinin varlığı ve kurumdaki risk yapısı araştırıldı.

## **2.GENEL BİLGİLER**

### **2.1.Tanımlar**

Kalite, Türk Dil Kurumu'nun Bilim ve Sanat Terimleri Ana Sözlüğünde,"bir ürünün bilinen en iyi özellikleri bünyesinde taşıması durumu" olarak tanımlanmaktadır (Durukan ve İkiz, 2007).

**Tablo 1:** Kalite tanımları

Tanımlayan	Kalite tanımı
Joseph M. Juran	Amaca ve kullanıma uygunluk (Tütüncü, 2009:63)
Philip Crosby	Şartlara uygunluktur (Durukan ve İkiz, 2007).
W.Edward Deming	Müşterinin mevcut ve gelecekteki ihtiyaçlarını sürekli karşılayabilmektir (Deming, 2000:138).
Walter A. Shewart	Kalite, objektif ve sübjektif özelliklerden oluşur. Objektif kalite, insan unsurundan bağımsız olan objektif özelliklerin kalitesidir. Sübjektif kalite ise, objektif gerçekliğin bir sonucu olarak insanların gördükleri, hissettikleri ve düşündükleri özelliklerdir (Durukan ve İkiz, 2007).
Amand V. Feigenbaum	Müşterinin beklentilerini karşılayacak ürün veya hizmetin, pazarlama, mühendislik, üretim ve bakım aşamalarından sonra kazandığı toplam karakteristiklerdir (Durukan ve İkiz, 2007).
Genichi Taguchi	Tasarım özelliklerine uygunluk (Durukan ve İkiz, 2007).
Kauru Ishikawa	En ekonomik, en kullanışlı ve müşteriye daima tatmin eden kaliteli ürünü geliştirmek, tasarımını yapmak, üretmek ve satış sonrası servisleri vermektir (Yılmaz, 2003).
Avrupa Kalite Kontrol Organizasyonu	Bir hizmetin veya ürünün isteklere uygunluk derecesidir (Genç, 2009).
Japon Sanayi Standartları	Ürün ya da hizmeti ekonomik bir yoldan üreten ve tüketici isteklerine cevap veren bir üretin sistemidir (Yılmaz, 2003).
Institu Of Medicine	Kalite, birey ve toplum için sağlık hizmetlerinin istenen sonuçlar ile benzerliğin artması ve mevcut profesyonel bilgiyle uyumluluk/uygunluk derecesidir (Mitchell, 2008).

Hizmet Kalitesi;

Hizmet;

Krullaf: müşteri ihtiyaçlarının tatmin edilmesi amacıyla meydana getirilen maddi niteliği olmayan ürün,

Gözlü: zaman, yer, biçim ve psikolojik yararlar sağlayan ekonomik faaliyet olarak hizmeti tanımlamıştır (Devebakan, 2005; Durukan ve İkiz, 2007).

Hizmet Kalitesi; Odabaşı (2000) en geniş anlamıyla hizmet kalitesini “müşteri beklentilerini karşılamak için üstün ya da mükemmel hizmetin verilmesi” olarak, Öztürk 1996’da “ bir kuruluşun müşteri beklentilerini karşılayabilme ya da geçebilme yeteneği” olarak tanımlamıştır (Devebakan, 2005).

Zeitman’a göre hizmet kalitesi, “hem üretim süreci sonucunda ortaya konulan “çıkıtı”yı hem de hizmetin “nasıl verildiği” ya da “veriliş biçimini” kapsamaktadır (Durukan ve İkiz, 2007). Zeitman algılanan hizmet kalitesini “müşterinin bir ürün ya da hizmetin üstünlüğü veya mükemmelliği ile ilgili genel bir yargısı “ olarak tanımlar (Devebakan, 2005).

Tıbbi Bakımda Kalite;

Tıbbi bakımda kalite için uygun tanım, bu konuda araştırma yapanlar ve tıbbi bakım yöneticileri arasında uzun süredir bir problemdir. Medikal bakımda kalite birçok yol ile tanımlanabilir. Sorunun özelliğine göre tanımlanabilir. Tıbbi bakım alan hastanın rahatı (Rahatlığı nasıl algılırsınız?);

- Tıbbi bakım alan insanların oranı (kadın, erkek, her grubun yaşları),
- Günlük bakım merkezlerinde iyi bakım alınması nedeniyle birçok insan hastane ya da hemşire evlerinde kalmaktadır (yaşlı bakım evleri).
- Röntgen, laboratuvarlar testlerinde kolaylık,
- Toplum sağlığı,
- Hastaneden taburcu olan insanları için hayatın anlamı
- Her hasta için enstitü tarafından harcanan para miktarı.

Bu tanımlamaların bazıları birbirine karşıttır. Deming verdiği örnekleri göz önünde bulundurarak, sağlık bakımında kalitenin tanımlanmasının çok zor olabileceğini ifade etmiştir (Deming, 2000:171–172).

Müşteri: “bir mal veya hizmeti satın alan kişi” olarak tanımlanabilir (Devebakan, 2005).

Sağlık işletmelerinde müşteri kavramı (Tengilimoğlu vd, 2009:393);

Global Müşteri; tutum ve davranışlarımızdan dolayı olarak etkilenen kişi ve kuruluşlardır (Toplum, Tıbbi etik, Sağlık Bakanlığı).

Dış Müşteri; mesleki faaliyetlerimiz sonucu ortaya çıkan mal ve hizmetlerden birinci derecede etkilenen kişi ve kuruluşlardır (hastalar, hasta yakınları, sigorta kuruluşları).

İç müşteri; mesleki faaliyetlerimizi yerine getirirken ilişkide olduğumuz kişi ve kuruluşlardır (hekimler, yönetim, çalışma grubu).

Güvenlik; kaza eseri yaralanmaların olmaması (World Health Organization, 2004),

Hasta Güvenliği; Institute of Medicine (IOM), hasta güvenliği, kötü tıbbi yönetimden kaynaklanan yaralanmalardan hastaları koruma proseslerini kapsar. Hasta güvenliğini sağlamak, olumsuz tıbbi olayları önleme durumunu en üst seviyede yapabilecek kurumsal sistemleri ve süreçleri gerektirir (Wong ve Beglaryan, 2004). IOM, Sağlık bakım sisteminde (1) tıbbi hataların önlenmesi; (2) meydana gelen hatalardan ders almayı; (3) tüm sağlık profesyonellerini, organizasyonlarını ve hastaları içeren güvenlik kültürü inşa etmeyi vurgular (Mitchell, 2008).

Hasta güvenliği; hastalara yardım ederken oluşabilecek zararlardan kaçınmak, kaza eseri yaralanmaları, hata olasılığını azaltmak ve önlemektir (Eroğlu ve arkadaşları, 2009).

Hata; tasarlanırken meydana gelen eylem planlarında başarısızlık (yönetici hatası) ya da hedefe ulaşmada yanlış plan kullanılmasıdır (planlama hatası). Hatalar; görevlendirme, unutma ya da atlama hatası olabilirler ve genellikle bakım sistemine yetersizlik olarak yansır (WHO, 2005). Tıbbi hatalar iki şekilde gerçekleşmektedir. Bunlar uygulama hataları ve planlama hatalarıdır. Uygulama hataları; planlanan tedavinin planlandığı şekilde tamamlanmaması sonucu amacına ulaşmaması, planlama hataları; amaca ulaşmada yanlış planlama ya da yanlış bir plan kullanılmasıdır (IOM, 1999; Göktaş ve Oktay, 2007).

Tehlike; güvenlik için tüm tehditler, güvenli olmayan uygulamalar, davranışlar, cihaz, etiketleme, isimlendirmelerdir (WHO, 2004).

Tehlike; büyük zarara veya yok olmaya yol açabilecek durum ya da gerçekleşme ihtimali bulunan fakat istenmeyen durumdur, diğer bir ifadeyle bir tehdit oluşturan bir şeyin bir kimsenin varlığını ya da durumunu tehdit eden ya da kaygı uyandıran şey, çekincedir.

Dünya sağlık örgütü (WHO) tehlikeyi 1950 yılında; bir nesne ya da belli koşulların, etkenlerin insan sağlığı ve çevre sağlığı için olumsuzluk içermesi şeklinde tanımlanmıştır (Özkılıç, 2009).

Risk; risk kelimesi aslında Çince orijinli bir kelimedir ve diğer dillere Çince'den geçmiştir. Çince'de "Risk" kelimesini ifade eden ideogram, "tehlike" ve "fırsat" ideogramlarının bileşkesidir.

Çin'de risk; meydana getirdiğimiz çalışmalar esnasında gelecekte meydana gelebilecek olan ve amaçlarımızın gerçekleşmesini engelleyebilecek tehditler/olumsuzluklar veya amaçlara ulaşmayı kolaylaştırabilecek fırsatlar olarak tanımlanmaktadır (Özkılıç, 2009). OHSAS 18001 (1999)' a göre risk; "belirlenmiş tehlikeli bir olayın oluşma ve olasılığı ve sonuçlarının kombinasyonu" şeklinde tanımlamıştır (Özkılıç, 2009).

Risk; WHO'ya göre risk (WHO, 2002; Çan, 2006);

- Risk olasılık anlamına gelebilir.  
" Enfekte iğneden HIV/AIDS kapma riski nedir?"
- Risk istenmeyen sonucu ortaya çıkaran faktörler anlamına gelebilir.  
"Malnutrisyon, güvenli olmayan su, kapalı ortam, hava kirliliği çocuk sağlığı için majör risklerdir"
- Risk bir sonuç anlamına gelebilir.  
"İçkili iken araba kullanmanın riski kaza yapmaktır"
- Risk potansiyel güçlük veya tehdit anlamına gelebilir.  
"Motosiklet kullanmada risk var mıdır"?

Risk, zarar ve zararın şiddetinin ortaya çıkma olasılığının bileşimidir (ISO 14971, 2007).

Risk Yönetimi; sağlık bakım kuruluşlarında risk yönetimi uygun yerlerde hastalar, ziyaretçiler, çalışanlar ve organizasyon mal varlığı için riskleri tanımlamak, değer biçmek ve azaltmak için organizasyonel eylemler olarak tanımlanabilir (Kavalier ve Spiegel, 2003:3).

Risk yönetimi; riski analiz etme, değerlendirme, kontrol etme ve gözlemlene görevleri için yönetsel politika, prosedür ve çalışmaların sistematik uygulamasıdır (ISO14971, 2007).

Metafor; metafor kelimesi esas olarak eski Yunan dili olan Grekçe 'de transfer anlamına gelen "mataherine" kelimesinden gelmektedir ve genel yapısından dolayı bir çok değişik anlam açılımları içermektedir. Aristoteles Poetika'da metaforu "yabancı bir ismi, soydan (genus) türe, türden soya, türden türe aktarımlarda veya karşılaştırma yaparak, yani paralellik kurarak kullanmak" biçiminde tanımlamıştır (Draaisma, 2007).

Metafor, çoğu insan için poetik muhayyile ve retorik gösteriş hilesidir-olağan/gündelik dille ilgili bir sorun değil olağan dışı dille ilgili bir sorundur. Ayrıca metafor genellikle yalnızca dilin karakteristiği, düşünce veya eylem sorunundan çok kelimeler sorunu olarak görülür. Metaforun özü bir tür şeyi başka bir tür şeye göre anlamak ve tecrübe etmektir (Lakoff ve Johnson, 2005).

## **2.2.Hastane Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi**

### **2.2.1.Hizmet Kavramı**

ISO / CD 8402–1 Uluslararası Standartlar hizmeti; “Tüketicilerin ihtiyaçlarını karşılamak için arz edenler ve tüketiciler arasındaki faaliyetler ve arz edenlerin içsel faaliyetleri ile yaratılan sonuçlardır” şeklinde tanımlamıştır (Tütüncü, 2009:21). Hizmetin tanımlanmasıyla ilgili literatür incelendiğinde hizmetler ile ilgili tanımların genelde dört başlık altında toplandığı görülmektedir. Bu tanımlar (Tütüncü, 2009:22);

- Hizmetin özelliklerini vurgulayan tanımlar,
- Hizmetleri sınıflandıran tanımlar,
- Hizmet yerine, toplam hizmet kavramı veya hizmet paketi ile ilgili tanımlar,
- Hizmet Hizmeti, hizmetten etkilenen kişi veya mallara göre sınıflandıran tanımlar.

#### **2.2.1.1.Hizmet Kavramının Özellikleri**

Hizmet pazarlama merkezleri hizmetler ile ilgili mantıklı özellikler oluşturdu. Bunlar; soyutluk, heterojenlik, ayrılmazlık ve dayanıksızlıktır (Zeithaml, Parsasuraman, Berry, 1985). Bitner, Fisk ve Brown (1993) 1980 den bu yana hizmet pazarlama kaynaklarından edinilen majör sonuç hizmetin dört özelliğinin tasvir edildiğini öne sürdü. Bu özellikler hizmet pazarlama ve ürünlerin pazarlanmasından farklı olan pazarda hizmet sunma açısından önemlidir (Wolak, Kalafatis, Harris, 1998).

Hizmetin dört temel özelliği vardır. Bunlar;

- Soyutluk; hizmetler beş duyu organıyla algılanamayan ve fiziksel boyutları olmayan ürünlerdir. Hizmet bir performansla ortaya konulan faaliyetlerdir (Filiz, Yılmaz ve Yağizer, 2010). Birçok araştırmacı (Bateson 1977;Berry 1980; Lovelock 1981; Rathmell 1966, 1974; Shostack 1977 ) hizmetlerin soyut olduğunu belirtmiştir (Zeithaml, Parsasuraman, Berry, 1985: Wolak, Kalafatis, Harris, 1998).

- Ayrılmazlık (üretimle tüketimin eş zamanlı olması); hizmetler aynı anda üretilir ve tüketilirler. Fiziksel ürünler önce üretilir, envantere geçirilir, perakendecilere dağıtılır ve daha sonra tüketilirler (Tütüncü, 2009:23). Ayrılmazlık hizmetlerin eşzamanlı sunulduğu ve tüketildiği (Regan 1963; Wyckham ve arkadaşları 1975; Donnelly 1976; Grönroos 1978; Zeithaml 1981; Carman ve Langeard 1980; Zeithaml ve arkadaşları 1985; Bowen 1990 ve Onkvisit ve Shaw 1991) ve ayrılmazlığın servis kalitesi ve performans şekli ya da etkisiyle müşteriyi etkilediğine inanılır (Wolak, Kalafatis, Harris, 1998).
- Değişkenlik ve heterojenlik; hizmet performansları genellikle hizmet sağlayıcısından, bir başka hizmet sağlayıcısına değişiklik gösterir (Tütüncü, 2009:24). Aynı hizmeti sunanlar arasındaki değişkenlik bir yana, aynı insan bile, farklı zamanlarda farklı kalitede hizmet verebilir. Çoğu zaman nazik ve kibar olan çalışan, bazen kaba ve sinirli olabilmektedir (Devebakan, 2003). Tüketicilerin tecrübeleri hizmeti algılamalarını doğrudan etkilemektedir. Tüketici mevcut hizmeti aldığı daha önce aldığı benzer hizmetlerle karşılaştıracak ve karar verecektir (Filiz vd, 2010). Hizmette heterojenliği giderme ve standart sağlamak için çalışanların titizlikle seçilmesi, eğitilmesi, işe alıştırma programlarının uygulanması, kalite için motive edilmesi, iyi bir denetim sistemi ile etkili bir geri bilgi akışı düzeninin kurulması gerekmektedir (Devebakan, 2003). Servisin kalitesi ve niteliği (tıbbi incelemeler, araç kiralama, restorandaki yemekler) üreticiden üreticiye müşteriden müşteriye değişiklik gösterir. (Zeithaml, Parsasuraman, Berry, 1985).
- Dayanıksızlık (stoklanmama); hizmetin başlıca özelliklerinden biri de, hizmetin satıldıktan sonra, satış sonrası kullanılmak üzere, üretenden ya da sağlayandan ayrı olarak alınıp saklanabilmesi, depolanması mümkün değildir (Filiz vd, 2010). Onkvisit ve Shaw (1991) hizmetleri dayanıksız yapan zamana bağlılık ve zamanın önemli olduğunu öne sürmüştür (Wolak, Kalafatis, Harris, 1998).

### **2.2.1.2.Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri**

Sağlık hizmetleri, insanın fiziksel, ruhsal ve toplumsal bakımdan sağlığının korunması, iyileştirilmesi ve bu durumun sürekliliğinin sağlanarak toplumun refah düzeyinin ve mutluluğunun geliştirilmesi amacı ile sunulan hizmetlerdir (Aslantekin, Göktaş, Uluşen ve Erdem, 2007).

a) Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri (Tengilimoğlu, Işık, Akbolat, 2009:38);

- Sağlık hizmeti tüketimi rastlantısaldır,
- Sağlık hizmetinin ikamesi yoktur,
- Sağlık hizmeti ertelenemez,
- Sağlık hizmetinin boyutunu ve kapsamını hizmetten yararlanan değil, hekimler belirler,
- Sağlık hizmetleri tüketicilerinin davranışları irrasyoneldir,
- Hizmetten sağlanan doyum ve kaliteyi önceden belirlemek çok zordur,
- Sağlık hizmetlerinin bir bölümü toplumsal nitelik ve kamu malı özelliği taşımaktadır,
- Sağlık hizmetlerinin çıktısı paraya çevrilemez,
- Diğer özellikler (garantisi yoktur, önceden test edilemez, hata tolere edilemez, hizmetlerin yetersizliği toplumsal sorunlara yol açar, dışsal fayda ya da zarar söz konusudur, vb.).

b) Mutlu ve Işık'a göre (2005) sağlık hizmetlerinin özellikleri (Çıraklı ve Sayım, 2007);

Kamusallık; sağlık hizmetleri genel olarak yarı kamusal mallar olarak sınıflandırılmaktadır. Bu tür hizmetler tüketimleri sonucu topluma fayda sağlarken, hizmeti tüketen kişiye de özel fayda sağlar.

Dışsallık; sağlık hizmetleri üretim ve/veya tüketim faaliyetleri sonucunda, başka birimlerin fayda ve /veya maliyet fonksiyonlarını olumlu veya olumsuz etkileyebilir.

Yararlı Mallar; sağlık hizmetlerinin tüketimi sonucu dışsal fayda sağlanır.

Devlet Müdahaleleri; sağlık hizmetlerinde bu müdahaleler planlama, yatırım, kontrol ve destek şeklindedir.

Belirsizlik Altında Seçim; hizmet alan kişiler alacağı hizmetin maliyet ve kalitesi hakkında bilgi sahibi değildir veya çok az bilgisi vardır.

Asimetrik Bilgilenme; hizmet alan taraf ve hizmet veren taraf (hekim) arasında bilgi açısından diğer sektörlerle karşılaştırıldığında bilgi açısından büyük fark vardır.

Hastalık Riskinin ve Tüketimin Önceden Belirlenememesi; sağlık hizmetine nerede, ne zaman, kimlerce ve ne kadar ihtiyaç duyulacağı ve bunun ne kadar süreceği çoğu zaman belli değildir.



Sağlık Malının Yetersiz Tüketiminin Toplumu da Etkilemesi; sağlık hizmetinin taşıdığı kamusal ve dışsal özellikleri nedeniyle, yeterince sunulmadığı ya da tüketilmediği takdirde toplumun tümü zarar görmektedir.

### **2.2.1.3.Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması**

Sağlık hizmetleri basit olarak koruyucu, tedavi edici ve rehabilitasyon hizmetleri olmak üzere üç başlık altında değerlendirilmektedir. Bunların arasında tedavi etmekten daha az maliyetli olan koruyucu sağlık hizmetleri birinci öncelikli konumdadır (Akbelen ve Yavuz, 2007).

#### **a) Koruyucu Sağlık Hizmetleri**

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre koruyucu hekimlik;

“ Bedensel ve ruhsal sakatlıkların oluşumunu ve gelişimini, toplumun organize edilmiş çabalarıyla önlemenin yanı sıra bireylerin ve bunların ailelerinin sağlığından sorumlu olan iyi bir hekim tarafından, bağışıklama, sağlık eğitimi ve benzeri çabalarla herkes tarafından, bir bütün olarak toplum sağlığını daha iyiye götürmek için tüm olanaklar kullanılarak yapılan hekimliktir” (Akbelen ve Yavuz, 2007). Koruyucu sağlık hizmetleri, kişinin çevresini olumlu hale getirmek amacıyla gerçekleştirilen çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ve kişinin sağlığını korumak ve geliştirmek amacıyla doğrudan kişiye yönelik olarak yapılan kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri olmak üzere iki başlık altında incelenebilir (Tengilimoğlu vd, 2009:44).

#### **b) Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri**

Hastalık riskinin ortaya çıkması durumunda verilen sağlık hizmetleridir. Tedavi hizmetleri ayakta tedavi, yataklı tedavi ve evde bakım şeklinde sınıflandırılabilir. Bunlardan yataklı tedavi sistemi en pahalı sistemdir (Çıraklı ve Sayım, 2007).

#### **c) Rehabilitasyon Hizmetleri**

Kaza, savaş, felaketler gibi önceden tahmin edilemeyen bir şekilde ortaya çıkan ve insanların sakat kalmasına sebep olan veya çalışma güçlerini, motivasyonlarını engelleyen olaylar sonrasında hastaların topluma kazandırılması ve böylece ekonomik, sosyal, kültürel olarak güçlendirilmesini sağlamaya yönelik hizmetlere, Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri denmektedir (Akbelen ve Yavuz, 2007).

- Tıbbi Rehabilitasyon

Bedensel kalıcı bozukluk ve sakatlıkların düzeltilmesi, yaşam kalitesinin artırılması amacıyla verilen hizmetlerdir (Tengilimoğlu vd, 2009:48).

- Sosyal Rehabilitasyon

Sakatlık gibi nedenlerle eski işini yapamayanlara ya da belli bir işte çalışamayanlara iş bulama, iş öğretme ve bulunan mesleğe uyum sağlama yönünde yapılan işlerdir (Akbelen ve Yavuz, 2007).

#### **2.2.1.4. Hastaneler ve Hastanelerin Özellikleri**

Hastaneler, hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edenlerin ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin, ayakta veya yatarak müşahade, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilite edildikleri, aynı zamanda doğum yapılan kurumlar olarak tanımlanmaktadır (YTKİY, Madde 4, 1983:2).

Günümüzde hastaneler; tedavi ve tıbbi bakım görevlerinin yanı sıra, tıbbi araştırma ve toplum sağlığı ile ilgili bir kuruluş, ekonomik bir işletme, doktor ve diğer sağlık personeline eğitim veren bir eğitim kurumu bir araştırma birimi gibi pek çok rolleri de üstlenen kurumlardır. R E.Brown hastaneleri dokuz ayrı kurum olarak sınıflamıştır (Doğanay, 2008; Tengilimoğlu vd, 2009:131).

- 1) Tedavi hizmetlerini gerçekleştirdikleri için tıbbi bir kuruluş,
- 2) Yönetimlerde ekonomik ilkeleri de göz önünde bulundurmak zorunda oldukları için bir işletme,
- 3) Doktorlar ve diğer sağlık personelinin eğitimlerindeki rolleri nedeni ile eğitim kurumları,
- 4) Tıbbi araştırmalara katkıları nedeni ile araştırma kurumu,
- 5) Ödeme gücüne sahip olmayanlara da hizmet sunması dolayısı ile sosyal bir kurum,
- 6) Belirli bir coğrafi bölgeye hizmet edilmesi nedeni ile toplumsal bir girişim,
- 7) Devletin hastaneler üzerindeki denetimleri dolayısı ile bir kamu kuruluşu,
- 8) Kısmen veya tamamen toplumun yardımları ile varlıklarını sürdürmelerine göre de bir hayır kurumu,
- 9) Değişik öğretici gruplarından gelen kişilerin çalıştıkları ve bunlar arasında amaç ayrıcalıklarının bulunması nedeniyle mesleki bir örgüttür.

Organizasyon açısından ele alındığında hastanelerin özellikleri şöyle sıralanabilir (Tengilimoğlu vd, 2009:131);

- 1) Hastaneler birer hizmet organizasyonlarıdır,

- 2) Hastaneler karmaşık yapıda, açık-dinamik sistemlerdir,
- 3) Hastaneler matriks yapıda faaliyet gösteren organizasyonlardır,
- 4) Hastaneler günde 24 saat hizmet veren organizasyonlardır,
- 5) Hastaneler personelinin önemli bir kısmı bayanlardan oluşan organizasyonlardır.

Hastaneler sağlık bakanlığına bağlı olarak hizmet verev organizasyonlardır. Sağlık Bakanlığının merkez teşkilatının başlıca sorunları şunlardır (Aktan, 2011).

- 1) Mevzuatla ilgili sorunlar,
- 2) İnsan kaynakları yönetimiyle ilgili sorunlar,
- 3) Yönetim ve örgütlenme ile ilgili sorunlar,
- 4) Hizmet sunumuyla ilgili sorunlar,
- 5) Enformasyonla ilgili sorunlar,
- 6) Finansmanla ilgili sorunlar.

### **2.2.1.5.Sağlıkta Paradigma Değişimi**

Türkiye de kamu sektörü içinde yer alan sağlık sisteminde değişimlerin yaşanmasına ek olarak, hastalık yapılarının değişmesi ve kronik ve uzun süreli tedavi gerektiren hastalıkların artması, dünya nüfusunun artması, uzun dönemde finansman açığı sağlık sektöründe değişimi zorunlu kılmıştır. Avrupa Birliği aday ülkelerinden birisi olan Türkiye Avrupa Birliği politikaları uyarınca sağlıktaki sorunların giderilmesi, değişen dünya ve ülkemiz koşullarına ve Avrupa Birliği'ne üyelik durumunda, Birlik sağlık politikalarına uyum sağlayarak halkın sağlık düzeyini yükseltmek amaçlarına yönelik olarak Sağlık Bakanlığınca "Türkiye Sağlık Reformu Modeli" hazırlanmış ve bu reformun kısa sürede gerçekleştirilmesi için çalışmalar başlatılmıştır (DPT Avrupa Birliği Genel Müdürlüğü, 1997). 16 Kasım 2002 tarihinde açıklanan 58. Hükümetin Acil Eylem Planında "Herkesin Sağlık" başlığı altında sağlık alanında yürütülmesi öngörülen hedeflerin belirlenmesinden hemen sonra, 2003 yılı başında Sağlıkta Dönüşüm programı hazırlanarak kamuoyuna duyurulmuştur. Sağlıkta dönüşüm programı sekiz tema etrafında dönüşmeyi hedeflemiştir (Akdağ, Aydın vd.,2008:21);

- 1) Planlayıcı ve destekleyici Sağlık Bakanlığı,
- 2) Herkesi tek çatı altında toplayan genel sağlık sigortası,
- 3) Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü hizmet sistemi,
  - Güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve aile hekimliği
  - Etkili, kademeli sevk zinciri

- İdari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri
- 4) Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü,
- 5) Sistemi destekleyen eğitim ve bilim kurumları,
- 6) Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon,
- 7) Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma,
- 8) Karar sürecinde etkili bilgiye erişim; Sağlık bilgi sistemi,

Sağlıkta dönüşüm programının temel ilkeleri ise şunlardır (Tengilimoğlu vd, 2009:100);

1. İnsan merkezilik
2. Sürdürülebilirlik
3. Sürekli kalite gelişimi
4. Katılımcılık
5. Uzlaşmacılık
6. Gönüllülük
7. Güçler ayrılığı
8. Desantralizasyon
9. Hizmette rekabet

Gerek sağlık sisteminde yaşanan değişimler gerekse hastalık yapılarının değişmesi, kronik ve uzun süreli tedavi ve bakım gerektiren hastalıkların artması gibi nedenler sağlıkta paradigma değişimine neden olmuştur.

#### Şekil 1: Sağlıkta Paradigma Değişimi



**Tablo 2: Sağlıkta Yeni Paradigma**

→	
Hastalık	Sağlık
Hastane	Topluluk
Akut	Kronik
Bakım	Koruma
Müdahale	Gözetim
Tedavi	Bakım
Hasta	Kişi

Kaynak: Netleton, 1995; Balcı ve Kırılmaz, 2007

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sunumu ve küreselleşmenin etkilerine bakılacak olursa;

Sağlık hizmetlerinin hukuki altyapısı, sağlık hizmetlerinin sosyalizasyonu (toplumsallaştırılması), sağlık hizmetlerinin sunumu,

Sağlık harcamalarının seyri,

Sağlık hizmetlerinin finansal yapısı,

Küresel gelişmelerin yansıması; sağlıkta özelleştirme politikaları üzerine küreselleşmenin etkileri olmuştur (Altay, 2007).

### **2.2.1.6.Hasta-Sağlık Çalışan İlişkisi**

Hasta hekim ilişkisinde iki farklı felsefe vardır. Alışılmış hekim merkezli tıp uygulamalarında teşhis-tedavi sürecinde aktif olan, yönlendirici, hatta belirleyici olan hekimdir. Diğer felsefi yapı ise hasta merkezli tıp uygulamalarıdır. Hasta merkezli uygulamalarda hasta hekim otoritesi gölgesinde değildir. Hastalara sorunlarını ifade edebilmeleri için yeterli süre verilir, kafalarındaki tüm soruları sormaları için cesaretlendirilir, yakınmaları hakkında ayrıntılı sorular sorularak hastanın hastalığıyla ilgili tüm algı, düşünce ve yorumları öğrenilir. Bu iki felsefi yaklaşıma bağlı olarak üç türlü hekimlik pratiği vardır. Bunlar;

- Paternalistik (babacıl), hekim bir baba gibi hastanın yararını gözeterek onun adına gerekli olanları ona sormadan ve onamı olmadan yapar.
- Danışman hekim davranışı, hekim tanı ve tedavi sürecinde çok sorumluluk üstlenmez. Sadece danışmanlık yapar. Hastaya bilgi verir, alternatifleri açıklar sorularını cevaplar. Sonuçta kararı hastaya bırakır ve hastanın isteğini uygular.

- Katılımcı uygulama, hekim ve hasta birlikte sorunu çözmeye çalışır. Kararları hasta verir, ancak hekim danışmanlık yapmakla kalmaz rehberlik yapar, yol gösterir. Hastanın doğru karar verebilmesi için gereken yardım ve desteği sağlar. Sadece bilgi vermez, önerilerde bulunur, cesaret verir, motive eder (Özlu, 2011).

Hasta hekim ilişkisine bakış açılarından biride Szasz ve Hollender'in psikoanalitik modeline göre tanımlanmıştır. Hasta hekim ilişkisinde aktif pasif yapıdan söz edilir. Szasz ve Holder (1956), hasta-hekim ilişkisinde üç tür ilişki şekli tanımlamaktadır (Habiba, 2000; Atıcı, 2007).

1. Etkinlik-edilgenlik temeline dayalı ilişki; ebeveyn- çocuk arasındaki ilişkiye benzemektedir. Ataerkil, babacıl, paternalistik tutum ve davranışları içeren ilişki biçimidir. Hekim "teknokrat" yaklaşım içindedir. Bu ilişkide hekimin hasta adına ve hastanın onamı olmaksızın eylemde bulunması, bunu yaparken de söz konusu eylemin hastanın iyiliği, yararı için olduğu varsayılır. Hekim hastanın koruyucusu gibidir.
2. Yol gösterme- iş birliği etme temeline dayanan ilişki; hastanın sağlığını kazanmak için işbirliğine hazır olan ve kendisine ne yapması gerektiğini söyleyen hekimin komutlarını kabul edip, bunları yapan hasta ile hastanın karşısında bilgi ve becerisini kullanan hekim arasındaki ilişkidir.
3. Karşılıklı katılım temeline dayanan ilişki, hekimin hastanın kendisine yararlı olmasında yardımcı olduğu durumlardaki hasta hekim ilişkisidir.

### **2.2.2.Sağlık Hizmetlerinde Kalite**

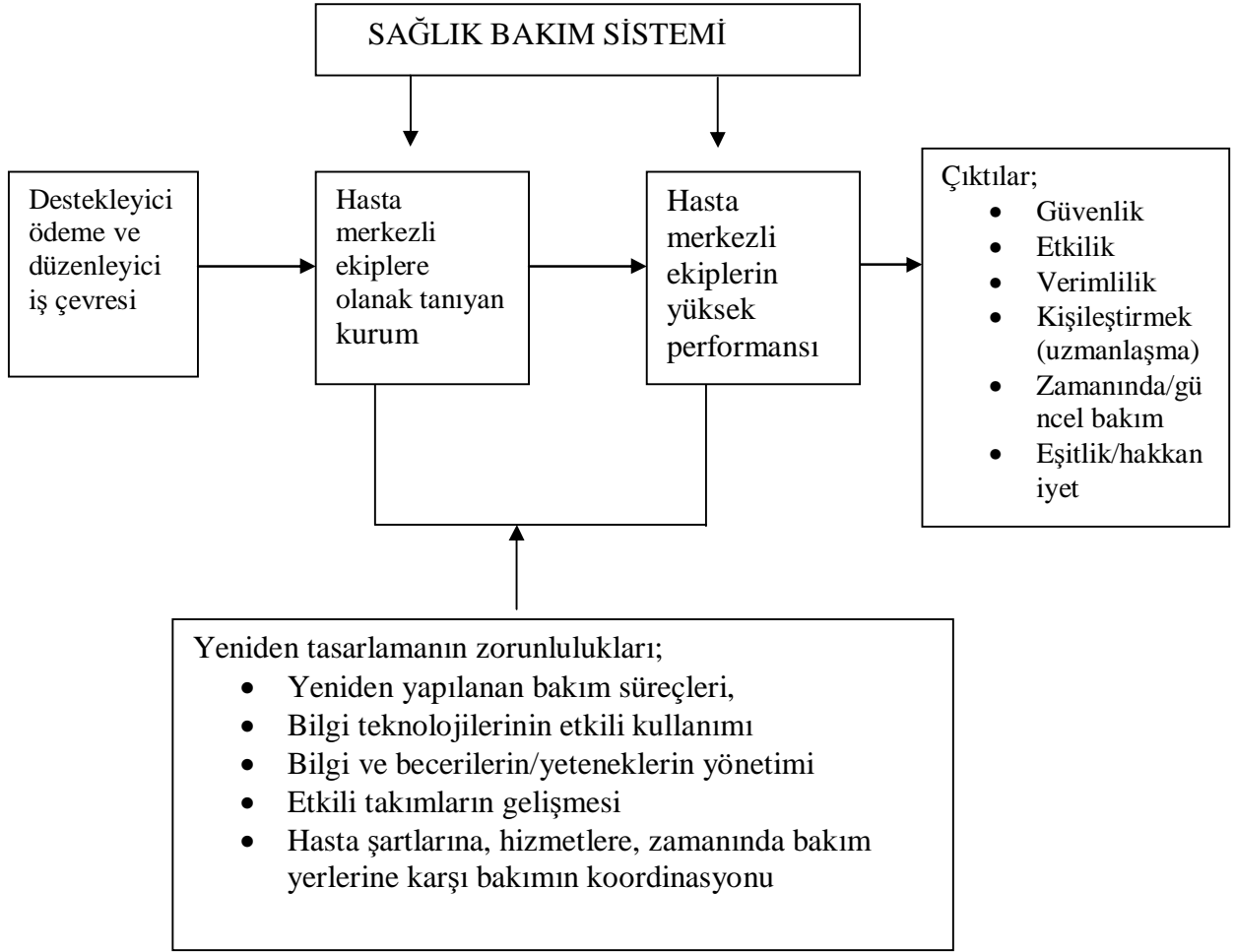
Son yıllarda hasta ve sağlık bakım hizmeti verenler arasındaki ilişkilerde büyük değişimler meydana gelmektedir. Hekim-hasta ilişkileri "pederşahi" bir yapıdan, bir "ortaklık ilişkisi" yapısına doğru kaymakta, hasta hakları giderek önem kazanmaktadır. İletişim alanındaki hızlı gelişmelere bağlı olarak toplum sağlık alanında giderek daha bilgili ve bilinçli bir düzeye ulaşmakta, daha kaliteli sağlık bakımı talep etmektedir. Bu durum, sağlık bakım hizmetlerini verenlerin bilgiye ve bilgiye ulaşımın kolaylaşmasına olan gereksinimlerini de arttırmakta; sağlık bakım hizmetlerinin verilmesinde bilgisayar kullanımı bilginin paylaşımı, ekip yaklaşımı, veri ve bilgi temelli uygulama gibi kavramlar yaygınlaşmaya başlamaktadır (Aydın, 2004). Sağlık sektörünün çok dinamik bir yapıya sahip olması kalitenin başarılmasında büyük zorluklar ortaya çıkarmaktadır. Tedavi hizmetlerinin sürekli artmasının yanı sıra, hızlı bir teknolojik değişim yaşanmaktadır. Demografik değişiklikler sağlık

hizmetlerinin sağlanmasındaki dengeyi değiştirmektedir. Bunlara ilaveten halkın beklentileri sürekli artmaktadır. Dolayısıyla sağlık hizmetinde kalite, müşterinin beklediği kalite düzeyi (beklenen kalite) ile algıladığı kalite (algılanan kalite) düzeyi arasındaki fark olarak tanımlanır (Tengilimoğlu vd, 2009).

Toplam kalite yönetimi ile güvenlik kültürü iç içe bulunmaktadır. 29 Kasım 1999'da Institu of Medicine (IOM), To Err is Human; Building a safer health system isimli bir rapor yayınlamıştır. Bu raporda, bakımlarında önlenemez hatalar nedeniyle her yıl on binlerce Amerikalının (44.000 – 98.000 kişi) öldüğü açıklanmıştır. Bu rapor sonucunda hükümet, sağlık çalışanları, sağlık endüstrisi ve müşteriler tıbbi hataları azaltabilecek geniş çaplı stratejiler düzenlemiştir (IOM, 2001). Bununla birlikte kalite ve güvenlik birçok yönden bir hastanenin itibarı ve mali varlığını çok önemli bir şekilde etkiler. Bunlar;

- Malpractise davalarından kaynaklanan ekonomik kayıplar,
- Profilleme, varyasyon analizleri ve benchmarkingın, tazminat şirketleri (sigorta şirketleri) tarafından kullanılması nedeniyle Pazar payında azalmadan kaynaklanan kayıplar,
- Akreditasyon, lisans ya da sertifika kaybı,
- Hastane hizmetlerinde ve onun itibarını ve nüfusunu etkileyen ortakların toplam beklentilerini karşılamada yetersizlik,
- Hastanenin gelecekte gelişme potansiyeli ve hastane çalışanlarının moral durumu etkilenir (Singhi, 2005).

**Tablo 3:** Sağlık Hizmetlerinde Değişikliğin Sağlanması İçin;



Değişikliği mümkün hale getirmek,  
Kaynak; IOM, 2001

Sağlık bakım sisteminin mevcut durumuna bakıldığında, sağlık bakım sistemi kötü/zayıf organize edilmiştir. Sıklıkla sağlık bakım sunumu çok komplekstir ve sağlık bakımını yavaşlatan ve güvenlik gelişimini azaltan/önleyen, müdahale etmeyen hastalar vardır (hand offs), istenen adımlar koordinasyonsuzdur. Bu açıklanamaz süreçler kaynak israfına, sigorta kapsamında açıklanamaz boşluklara, bilgi kaybına neden olan ve bakımın uygun, zamanında ve güvenli bir şekilde yapılmasından sorumlu tüm sağlık profesyonellerinin güçleri, çabaları üzerine inşa edilmiş bir başarısızlıktır. Kurumsal problemler temelde kronik şartlara bağlı olarak görülür (IOM, 2001).

IOM 2001 yılında "Crossing The Quality Chasm: A New Health System For 21st Century" isimli raporunda kalite geliştirmek için altı spesifik öneri bildirmiştir. Bunlar (IOM, 2001; Wakefield, 2008);



- a) Güvenli Bakım; hastalara yardım etmeye yönelik bakım hizmetleri sunumunda, hastaların zarar görmesinden kaçınmak,
- b) Etkili Bakım; bilimsel bilgiler ışığında bakım vermek,
- c) Hasta Merkezli Bakım; hastaların bireysel tercihlerine, ihtiyaçlarına ve değerlerine duyarlı ve saygılı olan ve hasta değerlerinin tüm klinik kararlarını yönlendirmesini/rehberlik etmesini temin eden bakım vermek,
- d) Zamanında Bakım; hem bakım verenler hem bakım alanlar için beklmeleri ve bazen zararlı olabilecek ertelemeleri azaltmak,
- e) Verimli/Yeterli Bakım; cihazların, malzemelerin, düşünce ve enerjinin boşa harcanmasını içeren ve tüm israflardan kaçınmak,
- f) Eşit/Tarafsız Bakım; cinsiyet, ırk, coğrafik yerleşim ve sosyoekonomik durum gibi kişisel özellikler nedeniyle kalitede çeşitliliği, farklılığı önleyen bakım sağlamak.

IOM'ın Quality Chasm raporunda altı öneriye ek olarak sağlık bakımının yeniden düzenlenmesi için on kural açıklanmıştır. Bu kurallar tablo 4 de verilmiştir.

**Tablo 4:** 21.yy Sağlık Bakım Sistemindeki Basit kurallar

(Wakefield,2008;Berwick,2002)

Mevcut Uygulamalar	Yeni kurallar
Bakım primer olarak vizitler üzerine odaklıdır,	Bakım sürekli iyileştirme çabaları üzerine odaklıdır,
Profesyonel özerklikte çeşitli kullanım şekilleri	Bakım hasta ihtiyaçları ve değerlerine göre hazırlanır,
Uzman kontrolünde bakım,	Bakımda hasta, bakımın kaynağıdır,
Bilgiler kayıtlardır,	Bilgi paylaşımı ve bilgilerin akışında özgürlük,
Karar verme işi eğitim ve deneyim temelindedir.	Karar almak olay/vaka temellidir,
Zarar vermeme bireysel sorumluluktur,	Güvenlik sistem güvencesindedir,
Gizlilik gerekliliktir,	Şeffaflık gereklidir,
Sistem ihtiyaçlara gereksinimlere tepki verir.	İhtiyaçlar önceden sezilmeli, tahmin edilmeli
Maliyet/ ücret azaltma bir söylentidir.	İsrafta sürekli azalma,
Üstünlük sistem etrafındaki uzmanlara verilmiştir.	Klinisyenler arasında kooperasyon bir önceliktir.

### 2.2.2.1. Toplam Kalite Yönetimi ve İlkeleri

Toplam Kalite Yönetimi (TKY), bir kuruluştaki tüm faaliyetlerin sürekli iyileştirilmesi ve örgütteki tüm çalışanların aktif katılımıyla, çalışanların, müşterilerin ve hedef kitlenin memnun edilerek, etkinliğe ve verimliliğe ulaşılması sürecidir. TKY, kalite, sıfır hata, tam zaman ve müşteri memnuniyeti temel kavramlarına dayanmaktadır. TKY anlayışı, geleneksel yönetim anlayışından farklı olarak; bağımsız kar merkezine dayalı büyüme, anında kontrol ile önlemeye dayalı kalite, sıfır hatayı hedefleyen üretim, sıfır fire veya yeniden işlemeye dayalı üretim, müşteri tatminine dayalı öncelikler, müşteri ile işbirliğine dayalı satın alma, esnek örgütlenme, olası sorunları önceden düşünüp önleyen yönetim, sistem geliştirme, onurlu çalışma ve bunun ödüllendirilmesine dayalı güdülenme, en alt kademedeki çalışanların dahi kurmay gibi ürün geliştirme sürecine katılımı, sürekli gelişme, sürekli bakım gerektirmeyen planlama, insan gücünün sürekli geliştirilmesi, yetenek yönetimi, kişiye göre ücret politikası ve faaliyetlere dayalı maliyet muhasebesi gibi daha da arttırılabilecek ilkelere dayanmaktadır (Aykaç ve Özer, 2006).

TKY'nin ilkeleri üzerine birçok farklı yazar farklı görüşler belirtmişlerdir. Bu konuda bir birliktelik yoktur (TEZ ) ama en fazla üzerinde durulan ve ele alınanlar ortaya konulabilir. Sila'nın yaptığı bir çalışmada; 1998–2000 yılları arasını tarayarak yapılan bir çalışmada 347 araştırma incelenmiş ve şu faktörlerin üzerinde durulduğu söylenmiştir (Tütüncü, 2009:67).

- Müşteri odaklılık,
- Çalışan eğitimi,
- Liderlik,
- Üst yönetim katılımı,
- Takım çalışması katılımı,
- Sürekli iyileştirme ve buluşçuluk,
- Kalite ve performans ölçümü,

TKY'nin hedefi az kaynakla, iç ve dış müşteri memnuniyetini arttırmaktır.

Buradan hareketle kalitenin temel değerleri ve ilkeleri şunlardır;

- Müşteri odaklılık,
- Sürekli gelişim,
- Liderlik,
- Süreç odaklılık,

- Üst yönetimin katılımı,
- Gerçeklere dayalı karar verme,
- Herkesin katılımı,
- Önlemeye dönük yaklaşım,
- Öğrenen örgüt olma,

Diğer bir kaynağa göre TKY ilkeleri; üst düzey yönetimin desteği ve liderlik, müşteri odaklılık, stratejik planlama, sürekli iyileştirme, eğitime önem verme ve ödüllendirme, süreç ile çıktı ölçümü ve analizi, kalite güvencesi, hata önleme/sıfır hatadır (Aykaç ve Özer, 2006).

**2.2.2.2.TKY Çalışmalarındaki kritik başarı etmenleri** (Başaran ve Aydemir, 2004);

Brown (1992), işletmelerin kalite kültürü oluşturmak, rakiplerine yanıt vermek, müşterilerin kaliteli ürün ve hizmet taleplerini karşılamak ve kamuoyunda iyi bir imaj elde etmek gibi nedenlerle TKY çalışmalarına başladığını ifade eder (Başaran ve Aydemir, 2004).

- 1) Üst yönetimin desteği ve eğitim; üst yönetimin ilkeleri, sürekli gelişme için kurumun uzun dönem gereksinimleri, doğru zamanda kültür değişimi için sıfır hata felsefesinin adaptasyonu, müşteri-çalışan ilişkisinin anlaşılması için çalışan eğitimi, sadece ödeme üzerinden ürün ya da hizmet almamalı- toplam maliyete bakmaktır. Değişen sistem ihtiyaçlarını fark etmeli, denetim ve eğitimin modern metotlarını adapte etmeli- korkuyu yok etmeli, süreç yönetimiyle birimler arası bariyerleri yok etmeli- takım çalışması ve iletişimi geliştirmedir. Yöntemsiz keyfi amaçları, sadece sayılar üzerine odaklı tüm standartları, iyi uzmanlık engellerini, hayal ürünü şeyleri elimine etme, sürekli eğitim ve yeni konularda eğitim- işte uzmanlık ve gelişme, iş mükemmelliği için sistematik uygulamalar geliştirmedir (Oakland, 2001:16-18).
- 2) Katılımcılık ve ekip çalışması; TKY'ndeki "toplam" sözcüğünün de çağrıştırdığı gibi, ürün ve hizmet kalitesini arttırmak sadece bir bölümün ya da üst yöneticilerin sorumluluğunda olan bir konu değildir. Örgütteki herkes, kaliteden sorumludur. Bunun en temel aracı ise, kalite çemberi vb. ekip çalışmalarıyla iş görenlerin TKY'nin uygulama sürecine dahil edilmeleri ve güçlendirilmeleridir (Başaran ve Aydemir, 2004).

- 3) Müşteri odaklılık; TKY, kalitenin müşteri gereksinim ve beklentilerinin sürekli olarak karşılanması ile gerçekleştirilebileceği düşüncesine dayanır ve bunu işletme başarısının bir ön koşulu olarak görür. Bununla birlikte, gereksinimler sürekli olarak değiştiğinden, müşteri memnuniyeti ulaşılması zor ve dinamik bir hedeftir (Başaran ve Aydemir, 2004).
- 4) Sürekli iyileştirme (Kaizen); sürekli gelişmenin ilkeleri; müşteri odaklılık, süreçlerin anlaşılması ve çalışan sorumluluğudur. Sürekli gelişmede süreç ve girdilerin planlanması, girdilerin temini, proses yönetimi, çıktıların değerlendirilmesi, süreçlerin performanslarının incelenmesi ve proses ve diğer girdileri değiştirmek gerekir (Oakland, 2001:227–230).
- 5) Tedarikçilerle işbirliği; bir işletmenin ürün ve hizmetlerinin kalitesinde, o işletmenin hammadde, yarı mamul veya hizmet satın aldığı tedarikçi işletmelerin kalite anlayışı da önemlidir. Bu yönüyle de, tedarikçilerle işbirliği TKY çalışmalarının kritik bir etmeni haline gelmektedir (Başaran ve Aydemir, 2004).

### **2.2.2.3.OECD Ülkelerine Göre Sağlık Hizmetlerinin Boyutunun Ölçülmesi**

JCAHO (1971)'e göre, sağlık bakımında performansın boyutları sağlığı sürdürmek, iyileştirmek, geliştirmek için sistemin fonksiyonlarıyla ilgili olan sistemin özellikleri tanımlanabilir, daha iyi ölçülebilir ve dava/konu edilebilir olmasıdır. Mart 2006 da yayınlanan bu doküman üye altı ülkenin (Avustralya, Kanada, Danimarka, Hollanda, İngiltere, Amerika Birleşik Devletleri) verileri incelenerek hazırlanmıştır. OECD üye ülkelerde performans/kalite indikatörü ile ilgili mevcut ulusal dokümanların incelenmesi ile bulunan boyutlar aşağıdadır (Kelley ve Hurst, 2006);

En yaygın kullanılan boyutlar; Etkinlik (Effectiveness), güvenlik (safety), heveslilik (Responsiveness), erişilebilirlik (Accessibility), adalet/eşitlik (Equity), yeterlilik/verimlilik (Efficiency).

Daha az kullanılan boyutlar; Kabul edilebilirlik (Acceptability), uygunluk (Appropriateness), yetenek/kapasite (Competence/Capability), süreklilik (Continuity), Zamanlılık (Timeliness).

Kalite çok geniş çaplı bir yapıdır. Uzmanlar kalitenin farklı birçok boyutu olduğunu ifade eder. Sağlık hizmetlerinde kalitenin boyutları; teknik yeterlilik, hizmetin başarısı, etkililik, çalışanlar arasındaki ilişki, verimlilik, süreklilik, güvenlik ve iyi davranıştır (Brown, Franco, Rafeh, Hatzell, 1998).

#### 2.2.2.4. OECD Kalite İndikatörleri;

- Yapısal indikatörler; sağlık hizmetlerinin ve sağlık hizmeti verilmesi için gerekli şartların ya da girdilerin özelliklerini içerir.
- Proses indikatörleri; toplumun sahip olduğu riske göre uygun hizmet vermenin ölçüsüdür. (hastanın sahip olduğu riske göre doktorların düzenli olarak hastanın tansiyonunu ölçmesi)
- Çıktı indikatörleri; sağlık hizmetlerinin gelişmesini temsil eder. (kalp krizini izleyen bir yıl içindeki hastane enfeksiyonları yada enfeksiyon oranları)

Yapılan araştırmada yapısal indikatörler için kurum kültürü, çalışanların kalite çalışmalarını algılama durumu ve sağlık çalışanı ve hasta arasındaki ilişki, proses indikatörler için hastanedeki hasta ve çalışan güvenliği ve risk yapısı değerlendirilebilir.

AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality)'nin 12 Mart 2007 de yayınladığı AHRQ Quality İndicators; Guide to Inpatient Quality Indicators raporunda, yatan hastalar için aşağıdaki indikatörleri belirlemiştir (Fraser, 2007);

- Miktar (Volüm) indikatörleri; kesin yoğun, yüksek teknolojili ya da çok kompleks prosedürlerin sergilendiği hastanelerin bu prosedürler ile daha iyi sonuçlar elde edebilmesini öneren kanıtlar temel alınır.
- Yatan Hasta Prosedürleri için Mortalite İndikatörler; mortalite kurumlara göre değişiklik göstermektedir ve yüksek mortalitenin sağlık hizmetinin/bakımının kötü kalitesiyle ilişkilendiren prosedürleri içerir.
- Yatan Hasta Şartları için mortalite indikatörleri; mortalitenin kurumlar arasında değiştiğini gösteren ve yüksek mortalitenin bakım kalitesindeki bozukluklardan/ aksaklıklardan kaynaklandığını söyleyen şartları içerir.
- Kullanma/yararlanma indikatörleri; hastaneler arasında işlemlerin değişik kullanımını ve sorunların işlemlerin fazla kullanımı, az kullanımı ya da yanlış kullanımdan kaynaklanabileceğini inceler.

### **2.2.2.5. Ulusal ve Uluslararası Kalite Belgelendirme Sistemleri ve Kalite Ödülleri**

(Porter ve Taner, 2005: 75–77)

Ulusal ve Uluslararası Kalite Belgelendirme Sistemleri ve Kalite Ödülleri incelendiğinde Deming ödülü, Malcom Baldrige ulusal kalite ödülü, Avrupa kalite ödülü, Kanada mükemmellik ödülü, Avustralya mükemmellik ödülü, Singapur kalite ödülleri önemli ödüller arasında yer bulur.

### **2.2.2.6. ISO 9001 Kalite Yönetim Sistemi**

ISO 9001 kalite yönetim sistemi uygulaması, kurumda işlemsel prosedürlerin dokümantasyonunu, iç denetimi, doğrulayıcı eylem süreçlerini gerektirir. Uzmanlar, ISO 9001 kalite yönetim sistemi uygulanan kuruluşlarda;

- Hem yönetsel uygulamaların hem de üretim süreçlerinin gelişeceğini ve bu gelişmelerin hem satışları aynı zamanda işleri de arttıracığı,
- Çalışanların eğitim ve becerilerin gelişmesi ve süreç uygulamalarının gelişmesinin çalışanların kazancını da arttıracığı,
- Potansiyel tehlike uygulamalarının tanımlanması ve elimine edilmesi, düzeltici eylem planlarının gelişmesi, düzenli iç denetim ve yönetimin gözden geçirilmesi ile çalışan güvenliğinin artacağını iddia eder (Levine ve Toffel, 2008).

ISO 9001 kalite yönetim sistemi Deming'in PUKO (Planla- Uygula- Kontrol et- Önlem al) döngüsü temelindedir (Porter ve Tanner, 2005: 262).

ISO 9001'in Sekiz Kalite Prensipleri (Porter ve Taner, 2005:263–264; RABQSA Başdenetçilik Eğitimi Katılımcı Notları, 2010);

1. Müşteri Odaklılık; kuruluş müşterilerine bağlıdır ve sonuçta müşterilerinin mevcut ve gelecekteki ihtiyaçlarını anlamalı, müşteri şartlarını yerine getirmeli ve müşteri beklentilerini aşmak için çaba sarf etmelidir.
2. Liderlik; liderler, kuruluşun amaçlarını, yönünü ve yapısını belirler. Kuruluştaki tüm çalışanın, kuruluş hedeflerini yerine getirmek için sisteme dâhil olmasını sağlayacak bir ortam oluşturur.
3. Çalışanların Katılımı; tüm seviyedeki çalışanlar kuruluşun niteliğidir ve onların tam katılımı yeteneklerini kurum yararına kullanmalarını sağlar.
4. Proses Yaklaşımı; faaliyetlerin ve ilgili kaynakların proses olarak yönetildiği zaman istenen sonuçlara daha etkin ulaşılır.

5. Yönetimde Sistem Yaklaşımı; sistemle bağlantılı proseslerin tanımlanması, anlaşılması ve yönetilmesi kuruluşun etkin ve etkinli olarak elde ettiği sonuçlara katkı sağlar.
6. Sürekli İyileştirme; sürekli iyileştirme, kuruluşun sabit hedeflerinden biri olmak zorundadır.
7. Verilere Dayalı Karar Verme; etkili kararların alınmasında mevcut veri ve bilgilerin analiz edilmesi temel alınır.
8. Tedarikçilerle Ortaklık Anlayışı İçinde Çalışmak; kuruluş ve onun ortakları birbirine bağlıdır ve karşılıklı fayda ilişkisini ikisi içinde değer yaratmak yeteneği artırır.

ISO 9001 Zorunlu Prosedürler (Prosis Denetim, 2008);

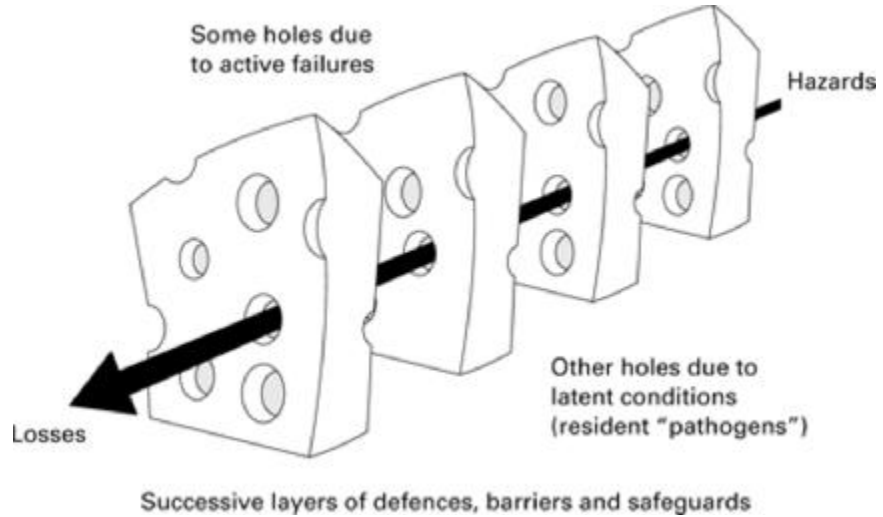
1. Doküman Kontrolü
2. Kalite kayıtları kontrolü
3. İç denetimler
4. Uygun olmayan ürün kontrolü
5. Düzeltici faaliyetler
6. Önleyici faaliyetler

### **2.3.Hasta Güvenliği**

Emsley (2001)'e göre Amerika Birleşik Devletleri'nde gerçekleştirilen iki önemli çalışma ( Brennan vd.,1991; Thomas vd., 2000), tıp kazaları sonucunda her yıl 44.000 ile 98.000 kişinin öldüğünü ortaya koymuştur. İngiltere'de her yıl 40.000 hastanın benzer nedenlerden öldüğü tahmin edilmektedir (IOM, 2001; Tütüncü ve Küçükusta, 2006). Kanada'da da tıp kazaları sonucu 5.000 ile 10.000 arasında kişinin öldüğü tahmin edilmektedir. Kanada Sağlık Bilgi Enstitüsü tarafından hazırlanan verilerde Ontorio Hastanelerinde 1992–1997 yılları arasında yaşanan istenmeyen olayların %3,3 ile %5 oranında bildirildiği gösterilmiştir. Avustralya'da yapılan çalışmalar bunlara ek olarak hastaların hastanede yatma süresinin uzamasının ve sağlık kurumlarında meydana gelen tıbbi hatalardan kaynaklanan ölümlerin önemli sayılara ulaştığını göstermiştir (Wong ve Beglaryan, 2004). Hasta güvenliğini olumsuz etkileyen başlıca olaylar, bilgilendirme eksikliği, yetersiz bakım, yanlış ilaç uygulamaları, hasta kayıtlarının yanlış ve eksik girilmesi, ekipman ve cihaz yetersizliği, yanlış taraf cerrahi girişimler, hastanın düşmesi ve yaralanması, hastane

enfeksiyonları, kimlik kontrol hataları, transfüzyon hatalarıdır. Araştırmalar büyük bir hata meydana gelmeden önce yaklaşık 300 defa benzer bir hatanın fazla dikkat çekmeden gerçekleştiğini ifade etmektedir (Göktaş, 2007). İnsan kaynaklı problemler iki yol ile meydana gelir. Bireysel uygulamalar (hataya neden olan davranışlar insana özgüdür; yorgunluk, kötü motivasyon, dikkatsizlik, umursamazlık, vb.). sistem uygulamaları (sistem içindeki “latent” durumlar) kaynaklı hata meydana gelir (Reason,2000).

James Reason medikal hatalarda, sistem başarısızlığı olgularını açıklamak için “İsveç peyniri” modelini tasarlamıştır. Bu metafora göre, kompleks bir sistemde, tehlikeler, insan kaynaklı kayıplar bir seri engeller yoluyla önlenir. Her bariyer İsveç peyniriyle benzerlik gösteren kasıtsız zayıflığa ya da deliğe sahiptir. Bu bariyerler alarmlar, konusunda uzman kişiler, yazılı prosedürler ve kontrollerdir. Bariyer çoğu zaman hata oluşmasını önler fakat bazen zarar görebilir ya da zayıflıklar olabilir (Pergener, 2005) .



**Şekil 2:** İsveç peyniri Modeli, Kaynak: Pergener, 2005

Hatalara neden olan savunma tabakalarındaki bu boşluklar aktif eksiklikler ve latent eksiklikler olmak üzere iki şekilde ortaya çıkmaktadır. Aktif eksiklikler hata ile doğrudan temas halinde olan kişilerden kaynaklanır, dikkatsizlikler, beceriksizlikler, unutkanlıklardır. Latent şartlar ise sistem içinde var olan hata provokatörleridir; zaman baskısı, yetersiz istihdam, uygun olmayan ekipman ve savunma tabakalarındaki diğer zayıflıklardır; çalışmayan prosedürler, güven vermeyen ölçüm araçları gibi. Latent şartları (hata olmadan var olan ve hatayı tetikleyen) önceden görmek ve önlem almak mümkündür (Reason, 2000; Göktaş, 2007).



### **2.3.1. Hasta Güvenliği Kùltürü**

Hasta güvenliği kùltürü güvenli hasta bakım hizmeti vermeye yardım eden davranış, aktivite ve mevcut etik değerlerden meydana gelmektedir. Daha spesifik olarak, sağlık bakım uygulayıcılarının ve kurumlarının hastaya en az zarar vermek için sorumluluklarını, hasta ve sağlık çalışanlarının iyi olmak için sözlerini, beklenmeyen olayların olasılığını azaltmayı, ve aynı zamanda olumsuz olaylardan ve hatalardan öğrenim- sağlık çalışanları arasında iletişimi içerir (Musson ve Rosenbloom, 2008). Güvenlik kùltürünün sadece yöneticinin güvenliğe ilişkin taahhüdü, iletişim stili ve hataları rapor etmeye ilişkin kurallara değil aynı zamanda çalışanların motivasyonu, morali, hataları algılama biçimleri ve yönetime ve hataları etkileyen faktörlere karşı tutumları ( yorgunluk, risk alma, süreçlerin ihlali gibi) ile de ilgili olduğu söylenebilir (Tütüncü ve Küçükusta, 2006). Kanada Hasta Güvenliği Enstitüsü hasta güvenliğinin altı önemli parçası olduğunu ifade etmiştir. Bu parçalar; hasta güvenliği kùltürü için katılım (alışan katılımı), takım çalışması, etkili iletişim, güvenli risk yönetimi, insan ve evre faktörlerinin uygunluğu ve beklenmeyen olayları tanımlama, sorumluluk alma ve ortaya çıkarmaktır (Frank, 2008).

#### **2.3.1.1.Hasta Güvenliği Kùltürünün Elementleri;**

Hasta güvenliği kùltürü için, çalışanların her gün iş yerinde doğru hasta güvenliği bilgisi, becerisi ve davranışı uygulamaları için sorumluluk alması gereklidir. Hasta güvenliği kùltürü güvenliği destekleyen kurumsal yapı ve uygun deneyime, davranışa, tutuma ve değere sahip çalışan temelinde oluşturulur. Çalışanların bilgi, yetenek/beceri ve davranışları çok önemlidir (Musson ve Rosenbloom, 2008).

Singer ve arkadaşları (2003) aşağıdaki yedi hasta güvenliği elementini tanımlamıştır (Fleming, 2005). Bunlar;

1. Güvenlik için liderlik taahhüdü,
2. Hasta Güvenliği için kurumsal kaynaklar,
3. Üretime karşı güvenliğin önceliği,
4. Etkili ve açık iletişim,
5. Sorunlar ve hatalarda açıklık,
6. Organizasyonel öğrenme,
7. Güvenli olmayan eylemlerin sıklığıdır.

AHRQ hasta güvenliğini desteklemek için dört element bildirmiştir.

Birinci element; hasta güvenliğini için tehditleri tanımlamak; tıbbi hataları ve bakım hizmetiyle ilişkili olan hasta yaralanmasının nedenlerini tanımlamak,

İkinci element; etkili hasta güvenliğini uygulamalarını tanımlamak ve değerlendirmek; tıbbi hataları, sistemdeki riskleri ve hasta güvenliğini riske atan zararları ortadan kaldıran ya da azaltan uygulamaları tanımlamak, planlamak ve değerlendirmek,

Üçüncü element; etkili hasta güvenliğini uygulamalarını öğretmek, yaymak ve uygulamak; hasta güvenliğini ve iyi uygulamalar hakkında çalışanları, hastaları, alıcıları ve kural yapanları eğitmek. Kazaların etkilerini tanımlamak, küçültmek, yok etmek ya da azaltmak için başarılı müdahaleleri ve hataya neden olan çeşitli bilgileri yaymak. Tıbbi hataları azaltmak ve hasta güvenliğini geliştirmek için iyi uygulamaları vurgulamak ve pozitif hasta güvenliğini kültürünü benimsemek. Hastaların tıbbi bakımda yaralanma ve zarara yol açabilecek bir riskin farkına varması.

Dördüncü element; dikkatin sürekliliğini sağlamak; hasta güvenliğini uygulamalarını gözlemek ve değerlendirmektir (AHRQ, 2003).

### **2.3.2. Hasta Güvenliğini Etkileyen Faktörler**

1. İlaç Uygulamaları; yanlış doz, yanlış ilaç, çocuk reçeteleri, yan etkilerin gözlenmesi ve tedavi sürecindeki hatalar, infüzyon pompalarında tıkanıklık olabilir (Singh, 2005). İlaç uygulamasında sekiz doğru ilkesine uyulmalıdır. İlaç uygulamasında sekiz doğru; doğru ilaç, doğru doz, doğru hasta, doğru zaman, doğru yol, doğru ilaç şekli, doğru kayıt ve doğru yanıtıdır. Doktor tarafından verilen yazılı istemde bulunması gerekenler ise;

- Hastanın adı soyadı,
- İlaç isteminin tarihi ve zamanı,
- Uygulanacak ilacın adı,
- İlacın dozu,
- İlacın hangi yoldan uygulanacağı,
- İlacın uygulama sıklığı,
- İstemi yapan doktorun bilgileridir (Barlas, 2010).

Güvenli ilaç uygulamaları Enstitüsü'ne göre ideal ilaç uygulama prosesi adımları (Cohen ve Kilo, 2002);

- Doktorların ilaç istemlerini bilgisayar sisteminde yapması
  - Bilgisayarda ilaç etkileşimleri, alerji belirtileri ve ilaç dozları bulunması,
  - Bilgisayar sisteminin yakalayamadığı durumlar için reçetede ilaç doğrulama, sistemden kontrol etme ve eleme,
  - Eczanede teknisyenin doktor istemlerini hazırlarken bandrol kullanması,
  - Eczacının teknisyenin yaptığı işi kontrol etmesi,
  - Hemşirenin ilaçları alması ve hemşire kayıtları ile gönderilen ilaçları kontrol etmesi,
  - Çift kontrol için hemşirenin hasta tanıtım bilekliği ile doktor istemini kontrol ettikten sonra ilaç uygulaması, ilaç adının, dozunun ve yapılma amacının hastaya söylemesi, böylece hastanın yardım etmesine izin verilmesi (mümkün olan yerlerde),
  - Kullanılmayan ilaçların eczaneye geri gönderilmesi,
  - İstenenden fazla dozların (yanlış doz) anlaşılır olması için eczacı/teknisyen tarafından yeniden gözden geçirilmesi,
2. Hasta ve Tedavisinde Uyumsuzluk; yanlış/ uygunsuz etiketleme, yanlış protokol tanınması, yanlış transfüzyon/ cross-match gibi yanlış ilaç ya da hizmet reçete edilmesi nedeniyle hastaların yanlış tanımlanmasıdır (Singh, 2005). İngiltere'de Şubat 2006 ile Ocak 2007 yılları arasında NPSA, bakımlar sırasında karıştırılan 24,382 hasta rapor edilmiştir. Bu vakaların 2,900'den fazlası bileklik ve bileklik kullanımı ile ilgilidir. Hasta bilekliklerinin ve bilgilerinin standardize edilmesi, üretimlerinde proseslerin kullanılması ve onların kontrol edilmesi hasta güvenliğini geliştirir (National Patient Safety Agency, 2007). Tanımlamalar hasta bilekliklerinin aşağıdaki özelliklerini kapsar.
- Renk,
  - Ölçü
  - Kullanılabilirlik
  - Hasta tanımlama kayıtlarının metotları
  - Bilginin prezantasyonu
  - Yeni teknolojilerin kullanımı

Doğru hasta tanımlaması, hasta adı soyadı, doğum tarihi, tıbbi kayıt ya da diğer tanımlayıcı numaralar (T.C. kimlik numarası) ile sınırlandırılabilir (Australian Commission for Safety and Quality in Health Care, 2010).

3. Cihaz Hataları; cihazlarla ilgili hatalar, kullanıcı hatası, hatalı cihaz, yanlış alet/cihaz ya da cihazın uygunsuzluğundan kaynaklanabilir (Singh, 2005). Tıbbi cihazlarla ilgili risk kavramları, özellikle tıbbi cihazla ilgili olan doktorlar, sağlık hizmeti veren kuruluşlar/kamu kuruluşları, sanayi, hastalar ve vatandaşlar gibi taraflar açısından önemlidir. TS EN ISO 14971 standardı, tıbbi cihaz imalatçısının tıbbi cihaz ve aksesuarları ile ilgili tehlikeleri tanımlamakta, bu tehlikelerle ilgili riskleri tahmin ve tetkik etmekte, bu riskleri kontrol etmekte ve kontrollerin etkinliğini izlemekte kullanılacak prosedürleri içermektedir (ISO 14971/2007, ilgili madde;0, 1).
4. Yetki/yeterliliğin üstünde iş; çalışanın tedavide çok istekli olması fakat kanıta dayalı tıbbi/ilaçlara aldırması, profesyonel asistan ya da danışman olmaması, değerlendirmede ve tedavide işbirliği yapmakta zorlanması (Singh, 2005). Tüm çalışanların iş tanımlamaları ve kişilerin tüm kişisel rol ve sorumlulukları detaylı bir şekilde veren iyi uygulamalar, işveren/kurum tarafından dikkate alınmalıdır. HCA (Health Care Assistants) ve AP (Assistant Practitioners) aşağıdaki noktaları kabul etmektedir (Hopkins, Hughes, Vaughan, 2008);
  - Çalışanların görevi üstlenmesini sağlayan yeterli eğitimle birlikte uygun görevlerin açık bir listesi,
  - Görev sınırlarını kesin bir şekilde gösteren bir kılavuz,
  - Bakım hizmetlerinin kabul edilmiş protokolleri,
  - Delegele grubu, sorumluluk, vekil sorumluluk ve teminat sigortası etrafındaki konularında açıklama,
  - Rolde denetim, destek ve rehberlik,
  - Hastalar ve kurum ihtiyaçlarında yeni sorumluluk gelişmesinde fırsatlar.
5. Kesin Tanı Koymada Başarısızlık ya da Geç Tanı Koymak; örneğin kötü anamnez verme, tanı koymak için bilgi sürecinin olmaması, test sonuçlarıyla semptomların ilişkisinde bozukluk, hastalığın ya da komplikasyonların tanıyı geciktirmesi (Singh, 2005). Tanının yanlış olmasının pek çok nedeni vardır. Bu faktörler ([www.wrongdiagnosis.com](http://www.wrongdiagnosis.com), 2010);

- Hastaya ait faktörler; kendi kendine tanı koyma, hastalığa ait semptomları raporlamama, istenen testleri tamamlamama,
  - Doktora ait faktörler; doktorlar sadece genel hastalıkları bilirler ( 20,000 den fazla hastalık vardır fakat doktorlar sadece çok yaygın olanları bilirler), çok fazla halka duyurulan hastalıklar, farklı doktorların yetenek/beceri seviyesi, doktorların yanlılığı, testler için hastanın ekstra para ödemesi, derinlemesine analizleri seçmeme, zaman yokluğu, analiz için davranışsal/ mental semptomları anlamada zorluk,
  - Laboratuvar ve patoloji testleri; insan hataları, hata toleransızdır.
6. Alt Düzeyde Bilgi Değişimi; diğer ortaklardan bilgi elde etme ya da dikkate almada başarısızlık, uyumsuz koordinasyon ve iletişim, yazılı notların paylaşımında zayıf/kötü ekip iletişimi/ hasta teslimi (Singh, 2005). JCAHO' yaptığı bir analizde, 2005 yılında beklenmeyen olayların %70'inin ana nedenini iletişim problemleri olarak göstermiştir (Maviglia, 2008). Ekip çalışmasında ustalığın tek olmadığı ve liderliği, ortak performans gözlemine, adaptasyon ve esnekliği içerdiği düşünülür. Klinisyenlerin birlikte iyi çalışması, iyi bir plan ve standardize edilmiş prosesler kullanması, ekip üyelerinin birbirlerinin sorumluluklarını bilmesi, hataya neden olmadan önce onu önlemek için sürekli ekip üyelerinin birbirlerinin performanslarını gözlemesi durumunda ekip içinde çalışan klinisyenler daha az sayıda hata yapacaktır (Hughes, 2008 ).
7. Hizmetin Sürekliliğinin Sağlanamaması ya da Bakımın Takibini Düzenlemede Başarısızlık; hastanın erken dönemde taburcu alması, farklı hastane departmanları veya çalışanlar arasında koordinasyon eksikliği, test sonuçlarının takibinde başarısızlık olması hasta güvenliğini olumsuz etkiler (Singh, 2005). Hasta devri ile ilgili WHO Üye Devletler dört strateji belirlemiştir. Bunlar;
- 1) Çalışanlar, vardiya değişim aralarında ve hastaların farklı üniteyle transferi esnasında üniteler arasında hasta tesliminde iletişimin standardize eden kurumsal uygulamaların sağlanması,
  - 2) Hasta taburcu olacağı zaman hasta ve yeni sağlık bakım sağlayan görevlilere taburculuk tanısı, tedavi planı, ilaçlar ve test sonuçları hakkında gerekli bilgi verilmesini sağlayan sağlık kuruluşu uygulama sistemlerinin sağlanması,
  - 3) Sağlık profesyonelleri için eğitim müfredatı ve sürekli profesyonel gelişim için etkili hasta devri iletişimde deneyimleri birleştirme,

4) Kurumlar arası iletişimin desteklenmesidir (Patient Safety Solutions, 2007).

JCI Hastaneler İçin Akreditasyon Standartlarında hizmetin sürekliliğinin sağlanması ve bakımın takibini düzenlemek için maddeler oluşturmuştur. Bu maddeler; Madde 01; Bakıma Ulaşım Ve Bakımın Sürekliliği madde: 01.2 Kurum, hasta bakım hizmetlerinin kurum içerisinde devamlılığını ve sağlık çalışanları arasında eşgüdümü sağlamak için süreçler tasarlanmalıdır. Madde: 01.3. Hastaları uygun bir şekilde nakil veya taburcu etmek için kılavuzluk eden bir politika olmalıdır. Madde: 01.4. hastaların devam eden bakım gereksinimlerinin karşılanabilmesi için başka bir kuruma uygun şartlarla transferinin sağlanabilmesi için kılavuz, bir politika olmalıdır (JCI hastaneler İçin Akreditasyon Standartları, 2008).

8. Yerel Prosedür ve Politikaları Fark Etmede Eksiklik; kurum içinde yer değiştirmelerde farklı sistemlere uyum sağlayamayan çalışanlar (Singh, 2005). JCI Hastaneler İçin Akreditasyon Standartları; 2008; bölüm 12; Çalışanların nitelikleri ve eğitimi konu edilmiştir. Madde 3: hastanede, kadroların bilgi ve becerisinin hasta ihtiyaçlarına uygun olduğundan emin olmak için bir süreç olmalıdır. Oryantasyon ve Eğitim; Madde 7; tüm tıbbi ve tıbbi olmayan personeller, bir kadroya atandığında, hastaneye yönelik ve yapacağı işin sorumlulukları konusunda oryantasyon eğitimi almalıdır (JCI hastaneler İçin Akreditasyon Standartları, 2008). ISO 9001 de yer alan maddeler ise şunlardır. 6.2.2 Yeterlilik, eğitim ve farkındalık; Kuruluş a) Ürün şartlarına uygunluğu etkileyen işleri gerçekleştiren personelin sahip olması gereken yeterliliği belirlemeli, b) Uygulanabildiğinde gereken yeterliliğe ulaşılması için eğitim sağlanmalı veya diğer faaliyetleri gerçekleştirmeli şeklinde yer almıştır (ISO 9001:2008).
9. Yetersiz Personel; insan hatalarının meydana gelme olasılığını arttıran eleman açığı ve hizmet verme kapasitesiyle sağlık bakım gereksinimlerini karşılamada uyumsuzluktur (Singh, 2005). Fazla çalışma, uzun vardiyalar (8 saatlik vardiyalar da bile) ya da haftalık 40 saatten fazla çalışma hataların meydana gelme riskini arttırmaktadır. Hataların oluşma riskinin çok fazla artması, hemşirelerin 12,5 ya da daha uzun saatler çalıştığı, hemşirelere fazla çalışmak için emir verildiği ve ya uzun vardiyalarda gönüllü olarak çalıştığı durumlarda görülmektedir (Rogers, 2008).
10. Politika, Prosedür ve Protokollerin Eksikliği; kurum içindeki hastaların hareketi/transferi boyunca politika, prosedür ve protokollerin belirli olmaması problemin nedenidir (Singh, 2005). Hasta bakımının sorunsuz ilerleyebilmesi için kurum,

- 1) Acil servis ve yatan hasta kabulünde,
- 2) Tanısal hizmetler ve tedavi hizmetlerinde,
- 3) Cerrahi ve cerrahi olmayan tedavi servislerinde,
- 4) Ayaktan hasta bakım programları arasında ve
- 5) Diğer kurumlarla ve bakım ünitelerinde görev yapan doktor, hemşire ve diğer sağlık personeli arasında bakım eşgüdüm ve devamlılığını sağlamak için süreçler tasarlamak ve uygulamak durumundadır (JCI hastaneler İçin Akreditasyon Standartları, 2008, Madde 01,2).

11. Hastanede Uygunsuz Düzenleme ya da Uygun Olmayan Cihazlar; örneğin psikiyatri odalarının ve beyin cerrahisi odalarının 6. katta olması ve tutarsız veya tedirgin hastalar için alarm olmaması (Singh, 2005).

12. Laboratuvar Sonuçları veya Test Bakım Noktaları Hataları; sözlü olarak elde edilen test raporunun yeniden onaylanmaması, doğrulama prosedürlerinin olmaması hatalara neden olabilir (Singh, 2005).

Kanada Hasta Güvenliği Enstitüsü, yüksek kalitede sağlık hizmeti için hasta güvenliğine katkıda bulunan kritik hususları belirlemiştir. Bu hususlar (Frank ve Brien, 2008);

1. Hasta güvenliği kültürü,
2. Ekip çalışması,
3. Etkili iletişim,
4. Güvenli risk yönetimi,
5. İnsan ve çevresel kaynakları en iyi şekilde kullanmak,
6. Beklenmeyen olayların farkında olmak, cevap vermek ve onları ortaya çıkarmaktır.

### **2.3.3. JCI Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri (JCI hastaneler İçin Akreditasyon Standartları, 2008, Madde; 01.6)**

- Hastaların doğru kimliklendirilmesi,
- Etkin iletişimin iyileştirilmesi,
- Yüksek riskli ilaçların güvenliğinin iyileştirilmesi,
- Doğru taraf, doğru işlemi doğru hasta cerrahisinin sağlanması,
- Sağlık bakımı ilişkili enfeksiyon riskinin azaltılması,
- Düşmeden kaynaklanan hastanın zarar görme riskinin azaltılması.

### **2.3.4. Hasta güvenliği ihlaline / Olumsuz Olaya Neden Olabilecek Faktörlerin Çerçevesi** (Vincent, 2003)

- Kurumsal çevre; düzenleyici içerik, adli tıbbı ait çevre,
- Organizasyon ve yönetim; finansal kaynaklar ve kısıtlar, politika standartları ve hedefler, güvenlik kültürü ve öncelikler,
- İş çevresi; personel seviyesi ve becerileri/yetenekleri, iş yükü ve çalışma saatleri, cihazların dizaynı, kullanılabilirliği ve bakımı, destekleyici yönetici ve yönetim,
- Ekip yapısı; sözlü iletişim, yazılı iletişim, yardım istendiğinde süpervizörlük ve gönüllülük,
- Sağlık çalışanına ait faktörler; bilgi ve beceri, motivasyon ve davranış, fiziksel ve mental sağlık,
- Görev; protokollerin uygulanabilirliği ve yararlılık, test sonuçların da yararlılık ve doğruluk,
- Hastaya ait faktörler; hastanın içinde bulunduğu durum ( hastalığın karışıklığı ve ciddiyeti), dil ve iletişim, kişilik yapısı ve sosyal faktörlerdir.

## **2.4.Risk Yönetimi**

### **2.4.1.Risk Yönetimi**

Risk zararın meydana gelme ihtimali ile zararın şiddetinin bileşimidir (ISO 14971, 2007). Risk yönetimi, genellikle zararın olumsuz etkilerini azaltmaya ya da riski tanımlama, ölçme, kontrol etme yoluyla mali kaybı mümkün olan en alt seviyeye indirmeye çabalamaktır (International Foundation of Employee Benefit Plan, 2004).

OEI (Office of Inspektör General) sağlık merkezlerinin tıbbi malpractise davalarını azaltması ve hasta güvenliğini artırması olası 16 risk yönetim uygulamasını tanımlamıştır. Bunlar;

1. Aktif kalite geliştirme programı,
2. Klinik protokollerin uygun kullanımı,
3. Hastalar ile açık iletişim,
4. Uygulayıcılarla/çalışanlarla açık iletişim,
5. Geniş çaplı hasta kayıtları,
6. Sağlık bakım profesyonellerinin yeterliliği,



7. Aydınlatılmış onamların dokümantasyonu,
8. Yasal hasta şikâyet mekanizması,
9. İç kaza raporlama sistemi,
10. Hasta olgularının sürekli dikkatli bir şekilde gözden geçirilmesi,
11. Risk ve risk yönetim uygulamalarının yerinde değerlendirilmesi,
12. Hasta izleme sistemi,
13. Sağlık bakım profesyonellerinin yetkisi/ayrıcılığı,
14. Düzenli hasta memnuniyetinin ölçülmesi,
15. Risk yönetiminde düzenli personel eğitimi,
16. Risk yönetiminde modern/güncel politika ve prosedürlerdir.

Tıbbi malpractise davalarını azaltmak ve hasta güvenliğini arttırmak için belirlenen 16 risk yönetim uygulamasında, seçilen en önemli üç konunun önem yüzdelerine bakılacak olursa, sağlık bakım profesyonellerinin yeterliliği (%51), aktif kalite geliştirme programı (%42), geniş çaplı tıbbi hasta kayıtları (%41) olarak sıralanmıştır (Grop, 2005).

#### **2.4.2. Risk Türleri**

Kurumsal riskleri sınıflandırmanın pek çok yolu vardır. Risk sınıflaması aşağıdakileri içerir (airmic, alarm, irm, 2002; TÜSİAD, 2006).

- Stratejik riskler; bir kurumun kısa, orta veya uzun vadelerde belirlemiş olduğu hedeflerine ulaşmasını engelleyebilecek yapısal risklerdir. Planlama, iş modeli, iş portföyü gibi.
- Operasyonel risk; operasyonel riskler bir kurumun temel iş faaliyetlerini yerine getirmesini engelleyebilecek riskleri ifade eder. Tedarik, satış, ürün geliştirme gibi.
- Finansal risk; finansal riskler kurumun finansal pozisyonunun ve tercihlerinin sonucunda ortaya çıkan risklerdir.
- Bilgi yönetimi; bu etkili yönetim ve bilgi kaynaklarının kontrolünü, üretimin kontrolünü ve iletişimi içerir. İç ve dış faktörlerde etkilidir.
- Uyum riskleri; sağlık-güvenlik, çevre, müşteri koruması, veri koruması vb.

**Tablo 6:** Uluslararası İş Risk Tipleri

Uluslararası İş Risk Tipleri					
Dış Çevre	İş strateji ve politikaları	İş proseslerinin uygulanması	İnsanlar	Analiz& raporlama	Teknoloji& Veri
1) Rekabet 2)Yasa ve düzenleyiciler 3) Felaketler 4)Tıbbi kayıplar /kullanım eğilimleri 5) Müşteri beklentileri	6) Strateji/ değişiklik 7) Sermaye payı 8)İş/ üretim portföyü 9)Kurumsal yapı 10) Kurum politikaları	11)Operasyon- planlama 12)Operasyon - proses/ teknolojik dizayn 13)Operasyon- proses/ teknolojik uygulama&süreklilik 14)Kaynak kapasitesi& payı 15)Satıcı/ işbirliklerine güven 16) Etkisiz iletişim 17) Bağlılık 18)Müşteri memnuniyeti 19)Düzenleyici uyum& kişiye özellik 20)Bilgi/ entelektüel sermaye 21)Birleştirmelerde değişim	22) Liderlik 23)Yetenek/ yeterlilik 24)Hızlılık, isteklilik 25) İletişim 26)Performans teşviki 27)Sorumluluk 28)Sahtekârlık& kötüye kullanım	29 Performans yönetimi 30)Bütçe/ mali planlama 31)Sorumluluk/ vergi bilgileri 32)Dış raporlama/ ortaya çıkarma 33) Fiyatlama/ sınır 34)Pazar kültürü 35)Anlaşma hükmü	36)Teknolojik altyapı/ mimarlık 37)Veri uygunluk/ doğruluk 38)Veri proseslerinde doğruluk 39)Teknolojik güvenilirlik& iyileşme 40)Teknolojik güvenlik

Kaynak: Stroh, 2005

Sağlık hizmetleri Yöneticileri riski stratejik ve operasyonel riskler olarak sınıflanabileceğini ifade etmiştir. Yönetimsel veya hizmet verme sürecinde yapılabilecek tüm riskleri içeren entegre bir risk yönetimine göre risk (Dunne, 2009);

- Hastalar/ çalışanlar/toplum için yaralanma riski,
- Profesyonel standartların riskleri,
- Hasta deneyim riskleri,
- Mali riskler,
- İtibar riskleri,
- Hedef ve proje riskleri,
- Denetim, teftiş/ akreditasyon/standartlar/yasal riskler,
- İşletmenin sürekliliği riskidir.

### 2.4.3. Risk Yönetimi Prosesleri

Batı Avustralya Sağlık Hizmetleri için klinik risk yönetimi rehberi ve ISO 3100'e göre risk yönetimi için izlenecek adımları belirlemiştir (Scully, 2009).

1. Adım; şartları/durumu oluşturmak; a) Tanımlamak: tüm önemli riskleri kapsadığından emin olmak, riskleri yönetebilmek için kuruluşun amaçlarını/ hedeflerini bilmesi gerekir. b) Yaratıcılık; Kuruluş, tüm önemli konuları kapsadığından emin olmalıdır (Broadleaf Capital International Pty Ltd, 2007).
2. Adım; riskleri tanımlama; ISO rehberi 73; etkilerin pozitif, negatif ya da beklenenden sapsmış olabileceğini ve risklerin sıklıkla olaylar, durum ya da sonuçlarda değişim yoluyla tanımlandığını belirtmiştir (airmic, alarm, irm, 2010). Risk tanımlamada kurallı ve yaratıcı olarak iki şekilde yapılır. Risk tanımlamada check-list, beyin fırtınası, yapısal çalıştay yapılır. Deneyim ve bilgi, risk tanımlama prosesinin bir bölümüdür (Broadleaf Capital International Pty Ltd, 2007).
3. Adım; risk analizi; risk analizi riskin anlaşılmasını arttırmak ile ilgilidir. Risk analizi risk kaynaklarını ve nedenin, riskin pozitif ve negatif sonuçlarının ve sonuçların meydana gelme olasılığının göz önüne alınmasını içerir. Risk analizi, sonuçların ve onların olasılıklarının ve riskin diğer nitelikleri yoluyla yapılır (ISO/DIS 31000:2008, madde 6.4.3). ISO 14971'e göre risk analizi prosesinde madde 4.2 (tıbbi cihazın amaçlanan kullanım güvenliğine ilişkin karakteristiklerin tanımlanması), madde 4.3 (tehlikelerin tanımlanması) ve madde 4.4 (her tehlike durumu için risklerin hesaplanması) yapılmalıdır (ISO 14971;2007, madde 4). Bazı risk analizi teknikleri; ön tehlike analizi, hata ağacı analizi, olası hata türü ve etki analizi, tehlike ve işletebilme metodolojisi, tehlike analizi ve kritik kontrol noktalarıdır (ISO14971;2007, Anex G, 2007). Risk analizinde risk matrixi kullanılır. ISO 14971:2007'de iki risk matrixi kullanmıştır.

Birinci 3x3 risk matrixi; Olayın şiddet seviyesi;

Önemli; ölüm ya da fonksiyon kaybı

Orta; geri dönüşü olan yada küçük yaralanma

Önemsiz; yaralanma meydana gelmez veya önemsiz yaralanma

Olayın olasılık seviyesi;

Yüksek; sık, oldukça sık meydana gelebilir.

Orta; meydana gelebilir fakat çok sık değil.

Düşük; meydana ya gelmez ya da çok nadir meydana gelir.

**Tablo 7:** 3x3 risk matrisi

	Önemli	Orta	Önemsiz
Yüksek			
Orta			
Düşük			

İkinci; 5x5 yarı şiddet risk matrisi; risk oluştuktan sonra şiddet seviyesi;

Felaket; sonuçta hasta ölür.

Kritik; sonuçta hayatı tehdit eden yaralanma

Ciddi; tıbbi bakıma müdahale eden yaralanma

Az/küçük; tıbbi bakım gerektirmeyen durum yada geçici yaralanma

Önemsiz; geçici konfor bozulması

Olayın olasılık seviyesi;

Sık;  $\geq 10^{-3}$

Olası;  $10^{-3}$  ve  $10^{-4}$

Nadir;  $10^{-4}$  ve  $\geq 10^{-5}$

Çok uzak;  $10^{-5}$  ve  $\geq 10^{-6}$

İmkânsıza yakın;  $10^{-6}$

**Tablo 8:** 5x5 yarı şiddet risk matrisi

	Önemsiz	Küçük	Ciddi	Kritik	Felaket
Sık					
Olası					
Nadir					
Uzak					
İmkânsıza yakın					

4. Adım; riski değerlendirme ve önceliklendirme; riskin düzeltilecek uygulamaları önceliklendirmek için onarma gerekliliğiyle ilgili, risk analizi çıktıları temelinde karar vermeye yardımcı olma amacı vardır (ISO 3100:2007, madde 6.4.3). Risk değerlendirme ISO 3100: 2007, madde 6.3.5'te geliştirilen risk kriterleriyle analiz süreçleri boyunca bulunan risk seviyelerinin kıyaslanmasını içermelidir (ISO 3100: 2007, madde 6.4.34). Risk sınıflaması ile zararın sıklık ve ciddiyeti saptanmış olur literatüre bakıldığında beş sınıflama görülür (Göktaş ve Oktay, 2007).

- Önlenebilir riskler,

- Normal, önlenebilen riskler,
- Yönetilen riskler,
- Önlenemeyen riskler,
- Önlenemez risklerdir.

Risk analizi matrixi sonrası risk üç grupta değerlendirilir (ISO14971;2005)

Genel olarak kabul edilebilir risk; bazı durumlarda risk o kadar düşüktür ki, diğer risklerle karşılaştırıldığında ve tıbbi cihazı kullanmanın sağladığı yararların ışığında ihmal edilebilir. Bu gibi durumlarda risk kabul edilebilir ve riskin aktif olarak kontrolü gereksizdir (ISO14971:2005, madde 3.2).

İdare edilebilir, artık risk (alarp) bölgesi; genel olarak kabul edilebilir bölgenin civarındadır. Alarp bölgede kayba neden olan riskleri azaltmak için risk azaltan uygulamaları yapmak şartıyla Sağlık ve Güvenlik Yöneticisinin (Health and Executive) açıkça kabul edilebilir riski dikkate aldığı iki sınır arasındaki yerdir. Örneğin araba sürmek. (Health and Safety Executive, 2010).

Kabul edilemez bölge; bazı riskler, azaltılmadıkları takdirde kabul edilemez olarak nitelenir (ISO14971:2005, madde 3.4). Ölüm olasılığının binde birden büyük olduğu yerler kabul edilemez bölge olarak kabul edilir (Health and Safety Executive, 2010).

5. Adım; risk düzeltme/onarma; ISO 31000, "risk düzeltme, riski değiştirmek/azaltmak için uygun kontrol ölçümlerin seçilmesi ve uygulanması aktiviteleri" olarak açıklamıştır. Risk düzeltme riskin ana elementlerini, risk kontrolünü ya da hafifletme/azaltmayı, fakat bir ileri dereceye kadar riskten kaçınmayı, risk transferini ve risk maliyetini azaltmayı içermelidir (airmic, alarm, irm, 2010). Risk düzeltmenin amacı; riskten kaçınmak, fırsatları araştırmak, risk kaynağını onarmak, olasılığın doğallığını ve büyüklüğünü değiştirmek, sonuçları değiştirmek, diğer bölümler ile riski paylaşmak, seçim yoluyla riski tutmaktır (3100:2007, madde 6.5.1)
6. Gözlem ve Yeniden gözden geçirme; risk statik değildir, dinamik ve evrenseldir. Bu nedenle risk yönetimi kontrol sisteminin sürekli gözlemlenmesi ve sıklıkla yeniden gözden geçirilmesi hayatidir (Rogan, 2009). Gözlem ve dokümanların değerlendirilmesi aşağıdakileri içermelidir.

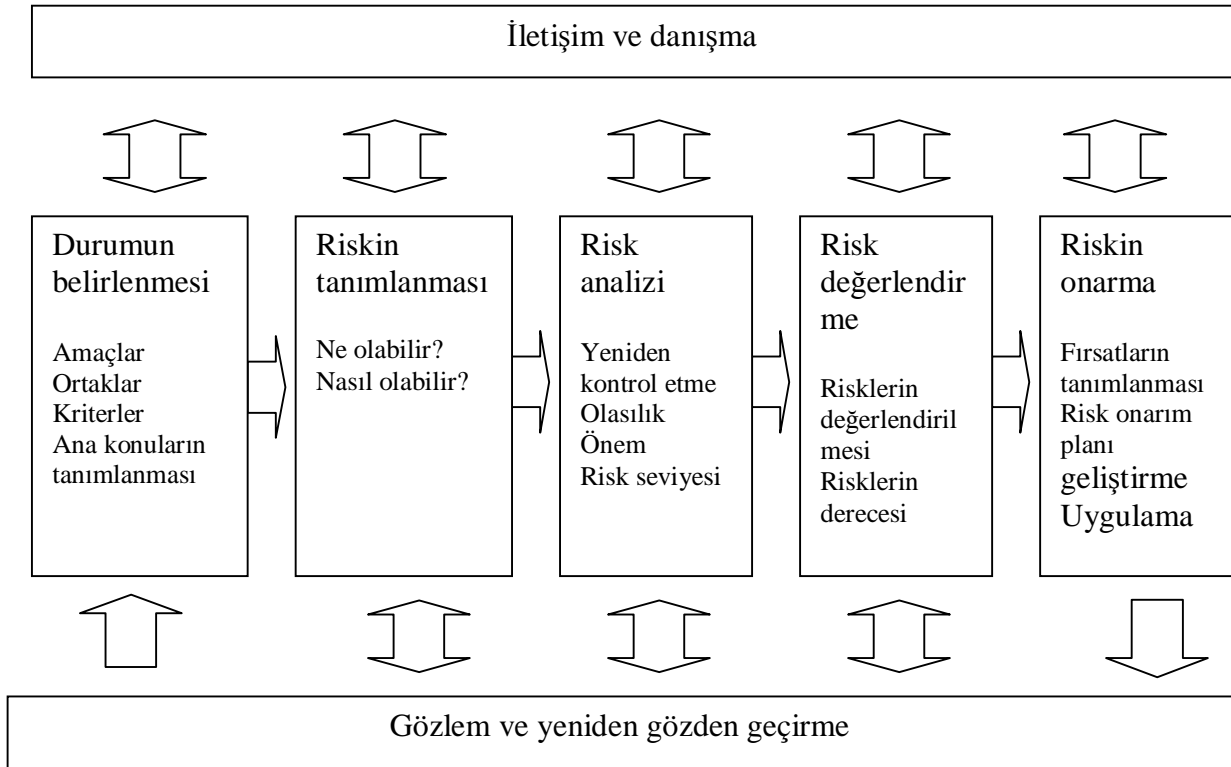
§ Klinik risklerin ve tüm risk yönetimi proseslerinin sıklıkla gözden geçirilmesi ve tekniklerin detaylandırılması,

§ Denetim çıktılarını ve diğer gözlem prosedürlerini,

§ Önerilerin nasıl gözden geçirileceğinin detayları takip edilmeli ve uygulanmalıdır (Scully, 2009).

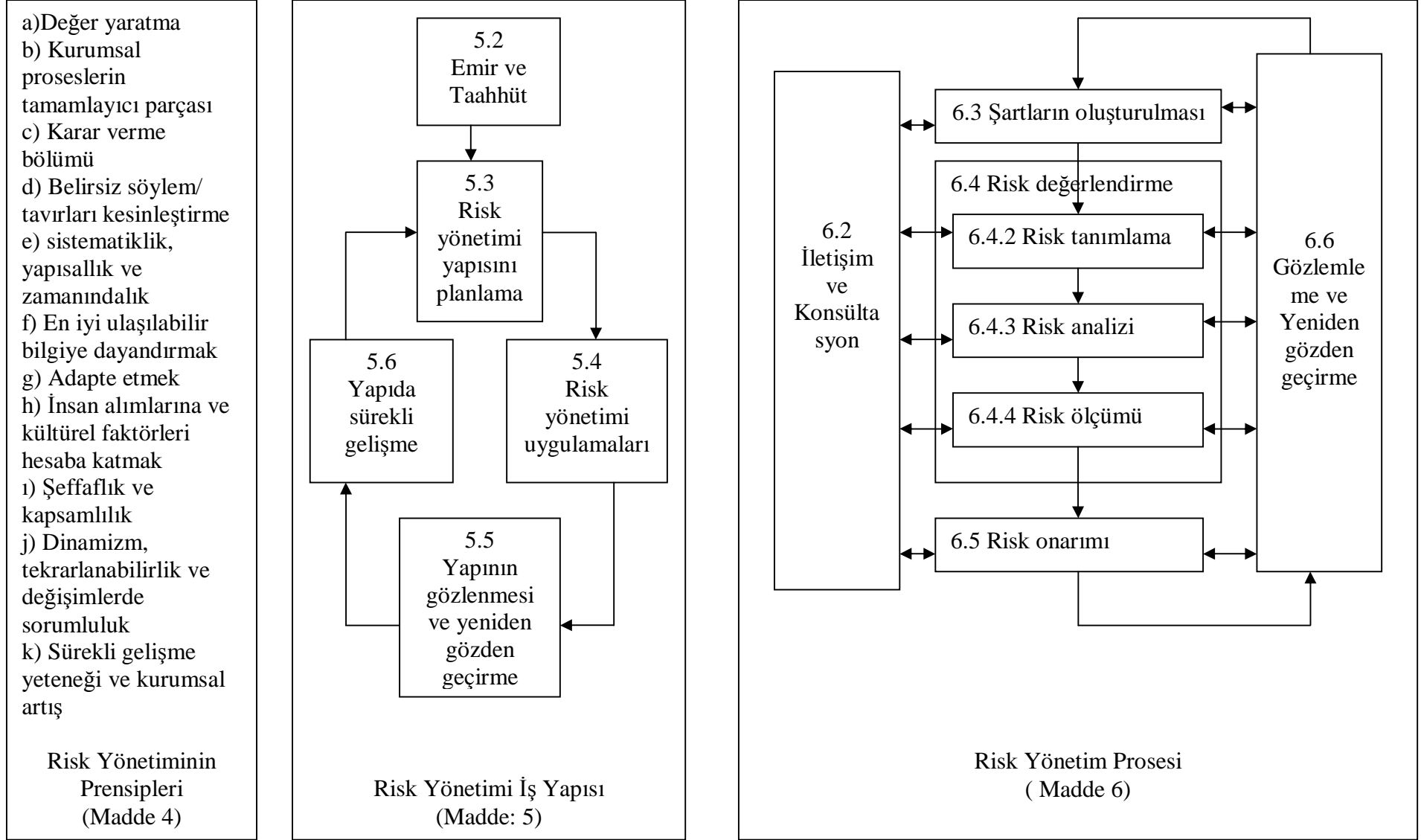
7. İletişim ve Konsültasyon; gerektiği kadar iç ve dış paydaşlarla iletişim ve konsültasyon risk yönetimi süreçlerinin her seviyesinde yapılmalıdır. Danışmacı takım uygulamaları yararlıdır ve sınırlandırılmamalıdır. Yararları şunlardır; uygun yapının belirlenmesine yardım eder, ortakların görüşlerinin anlaşılması ve göz önünde bulundurulmasını sağlar, risk analizi için farklı bölgelerin uzmanlarının birliğini sağlar, risklerin tam tanımlandığından emin olmaya yardım eder, farklı bakış açılarının risk değerlendirmede her şeyi hesaba kattığından emin olunur, risk yönetim süreçleri boyunca uygun yönetim değişikliğini sağlar, düzeltme planı için onay ve desteği sağlar, en uygun iç ve dış iletişim ve konsültasyon planını geliştirir (3100:2007, madde 6.2).

Tablo 9: Risk Yönetimi Prosesleri (AS/NZS 4360:2004)



Kaynak: Broadleaf Capital International Pty Ltd, 2007

Tablo 10; Risk yönetim ilkeleri, yapısı ve prosesleri arasındaki ilişki (ISO 31000:2008)



## 2.5. Metaforlar

### 2.5.1. Metaforlar

XX. yüzyılın başlangıcından itibaren dil alanında yapılan araştırmaların sonuçları, klasik felsefenin ana konusu olan anlam ve anlama sorunsalı; dilsel analizde anlamlandırma ve anlama sorunsalı haline dönüşmüştür. Yapılan araştırmalar, dilin; gerek öznel bilinç, gerek kültürel gelenek içeriğinin nesnelleştirilmesinde, hususi ve evrensel araç olan, komplike ve devamlı gelişen bir semiotik sistemin olduğunu ortaya koymuştur. Ancak söz konusu sistem dünyayı yansıtmaktan ziyade, bizim düşünme tarzımızı ve dünya tasvirimizi belirleyen bir etken olduğu da anlaşılmıştır (Nesterova ve Aşkar, 2011).

Metaforlar, bilinçli ya da bilinçsiz biçimlerde günlük düşünce ve eylemleri yönetmekle beraber, gerçeğin ve yaşantının nasıl yorumlandığını göstermek için kullanılmaktadırlar. 1980’li yıllardan beri, Lakoff ve Johnson’un çalışmalarında vurgulandığı üzere “zihinsel metafor teorisi” olarak adlandırılan bir perspektiften doğmuşlardır (Güven ve Güven, 2009). Tompkins ve Lawlwy (2002) metaforların özelliklerini aşağıdaki gibi sıralamıştır (Tamimi, 2005).

1. Bir kavramı farklı bir kavramla tanımlama,
2. Bir kavramı, farklı bir kavramın benzetme yönüyle betimleme,
3. Bir kavramı farklı bir boyutta görme,
4. Bir kavramın farklı bir kalıpla yorumlama.

Lakoff ve Johnson (1980), Zoltan (2000)’e göre “metaforlar söylenmek isteneni daha az sözcükle, daha vurgulu bir biçimde ifade etmeye yararlar. Bir başka deyişle, güçlü bir anlatımı daha az sözcükle ifade etme şansını, metaforlarla yakalamak olanaklıdır. Örneğin, “yatakhane benim için hapishaneydi” tümcesinden yiyeceklerin sınırlı olduğu, ışığın az olduğu, zor günler geçirildiği, ortamın çok temiz olmadığı, kısıtlı yaşam alanlarının bulunduğu anlamları çıkartılabileceği gibi değişik daha birçok anlam çıkarılabilir. Bu nedenle metaforlar; bireyi yaratıcı düşünmeye, hayal etmeye, kendi yaşantısı içinde anlamlandırmaya yönlendirmektedir. Aynı zamanda, metaforlar bireylerin sınırlanmasını engelleyerek onları yaratıcılığa yönlendirirken, dilin derinliklerinde kendilerini bulmalarını sağlamaktadır. Bu bakımdan, bireylerin düşüncelerini, duygularını yaşantılarını tanımlamalarında metaforlardan yararlanmaları kaçınılmazdır (Tamimi, 2005; Girmen, 2007).



### 2.5.1.1. Çağdaş Metafor Teorisi

20.yy'daki ve özellikle de Lakoff ve Johnson'ın 1980 yılında yayınladıkları "Metaphors We Live by" isimli eserle ortaya koydukları ve "Çağdaş Metafor Teorisi" olarak anılan teori günümüzde metafor kavramını, disiplinler arası uygulamalarla biliş/zihin (cognition) ve bildirişim (communication) çalışmalarının merkezine yerleşmiştir. Bilişsel anlam bilim (cognitive semantics) alanındaki çağdaş metafor teorisine göre metafor sadece dilde değildir; düşünmede ve eylemde kullanılan kavramsal sistemin temelde metafor bir doğası vardır. Yani çağdaş metafor incelemesi, metaforu bir düşünce malzemesi, insan kavrayışının bir şekli olarak ve sadece bir söz figürü olarak değil, aynı zamanda bir "düşünce figürü" olarak görmektedir (Akşehirli, 2005).

### 2.5.1.2. Metafor Türleri

- A) Yapı Metaforları; bir kavramın farklı yapıya kavuşmasına yapı metaforları denir. Yapı metaforlarının kültürel özellikleri olabildiği gibi evrensel özellikleri de bulunmaktadır (Girmen, 2007). Lakoff ve Johnson; yapı metaforlarını tanımlamak için "tartışma savaştır" metaforu incelendiğinde bağlayıcı kuralları olmayan bir tartışmada her ne olursa olsun sahip olunan her sözlü aracı – gözdağı verme, tehdit etme, otoriteye müracaat etme, hakaret etme, küçümseme, otoriteye meydan okuma, konudan kaçma, pazarlık, poh pohlama ve hatta rasyonel nedenler vermeyi deneme-kendi lehine kullanarak saldırır, savunur, karşı saldırıya geçer vb. şeklinde ifade etmiştir (Lakoff ve Johnson, 2005: 91–92 )
- B) Yönelim Metaforları; bu metaforların, yönelim olarak adlandırılmasının nedeni, uzay ve mekân doğrultusuyla ilişkili olmalarındandır. Yukarı-aşağı, içeri-dışarı, beri-öte, derin-satır, merkez-çevre gibi. Bu uzay ve mekan yönelimleri, sahip olduğumuz türde bedenlere sahip olmamızda ve bedenlerimizin fiziksel çevrede fonksiyon icra ettiği gibi fonksiyon icra etmesinden doğar. Yönelim metaforları bir kavrama uzay ve mekan yönelimi verir, sözün gelişi; MUTLU OLAN YUKARIDADIR. MUTLU kavramını YUKARI (UP) yönelimli olması "Kendimi bugün yukarıda ( iyi, hafif ) hissediyorum" benzeri ifadelere yol açar. Bunun gibi metaforik yönelimler keyfi değildir. Onların fiziksel ve kültürel tecrübelerimizde bir temeli vardır. Yukarı- aşağı, içeri- dışarı vb. karşıt yönelimler doğada fiziki olsa da, onlara dayanan yönelim metaforları kültürden kültüre değişebilir (Lakoff ve Johnson, 2005: 36).

- C) Ontolojik Metaforlar; Ontolojik metaforlar, bireyin yaşantılarındaki soyut kavramları, daha belirgin ve daha somut biçime dönüştürmede kullanılırlar. Birey; soyut kavramları, fiziksel nesnelere dönüştürerek onlar hakkında konuşabilir, sınıflandırabilir ve bütün bunların sonucunda onlar hakkında düşünebilir duruma gelir (Girmen, 2007).
- Kişileştirme; Ontolojik metaforların insan dışı varlıklara ve olgulara imgesel yolla insan özellikleri kazandıran türüne kişileştirme adı verilmektedir. Örneğin; ENFLASYON BİR DÜŞMANDIR (Lakoff ve Johnson, 2005:58)
  - Metonomi; metonomi esas olarak bir referans işlevine sahiptir. Başka bir deyişle, bir şeyin diğerinin yerine geçecek biçimde kullanılmasına olanak sağlamaktadır. Referans aracı olma özelliğinin yanı sıra, metonominin anlamı sağlama amacı da bulunmaktadır. Metonomi atıfta bulunulan şeyin kimi niteliklerine özellikle odaklanılmasını sağlamaktadır. Kavram sisteminde “bütün yerine parça metonomisi” özel bir konuma sahiptir. Örneğin; üniversitede pek çok iyi kafa var. (=zeki insanlar) (Lakoff ve Johnson, 2005:61-63).

### 2.5.1.3. Kültür, Tecrübe ve Değerlerle Metafor

Lakoff ve Johnson’a göre bazı metaforlar, kültürden kültüre değişebilmektedir. Örnek vermek gerekirse; bazı kültürlerde gelecek öndedir, oysa başka kültürlerde gelecek arkadadır. Bir kültürdeki en temel değerler, o kültürdeki en temel kavramları metaforik yapıyla tutarlılık içindedir. Kişilerin değerleri, birlikte yaşadıkları metaforik kavramlardan bağımsız değerlerdir, tam tersine birlikte yaşadıkları metaforlarla tutarlı bir sistem oluşturmaları gerektiğinden söz edip yalnızca fiilen ve köklü değerlerin metaforik sistemle tutarlı olduğunu da eklemişlerdir. Ayrıca genel olarak, hangi değerlere öncelik verildiğinin kısmen yaşanan alt kültürün bir sorunu ve kısmen de kişisel değerler sorunu olduğunu söylemişlerdir (Sertdemir, 2011).

Metafor tecrübenin yapısını karakterize etmede temel bir rol oynamaktadır. (örneğin: Tartışma Savaştır). Yukarı –aşağı ve diğer uzay- mekan kavramlarının yön verdiği kavramların tümü (kontrol, statü, mutluluk vb.) kısmen metaforik terimlerle anlaşılan doğal tecrübe türlerinden temellenmektedir. Bir kısmı kültürden kültüre farklılaşırken, bazıları evrensel olabilmektedir. Hayatın tüm boyutlarında, önce gerçeklik metafora göre tanımlanmakta ve sonra da metaforlar temelinde eylemlerde bulunmaktadır. Çıkarımlarda

bulunmakta, amaçlar tespit edilmekte, kesin karar oluşturulmakta ve planlar icra edilmektedir. Bütün bunlar bilinçli veya bilinçsiz metafor vasıtasıyla tecrübelerin kısmen yapıya kavuşma tarzı temelinde gerçekleşmektedir (Lakoff ve Johnson, 2005:148–188 ).

#### **2.5.1.4. Yeni Anlam**

Bir kültürün gündelik kavram sistemini yapıya kavuşturan, gündelik dile yansıyan metaforlar konvansiyonel (geleneksel) metaforlardır. Geleneksel kavram sisteminin dışında kalan metaforlar hayal gücü yüksek ve yaratıcı metaforlardır. Bu sebeple, geçmişe, gündelik faaliyete, bilinen ve inanılan şeylere yeni anlam verebilmektedirler (Lakoff ve Johnson, 2005:170 ).

#### **2.5.1.5. Metaforların İşlevleri**

- a. Adlandırma; metaforlar özellikle gerçekliğe karşılık bulma konusunda uygun sözcüğün bulunmaması durumları yanında, bilim terminolojisinin oluşturulması sürecinde, dilin doğal bir mekanizması olarak karşımıza çıkmaktadır. Ancak bu süreç, sözlüğe yeni bir gösterge eklemekten ziyade, mevcut olan kelimelerin işlevsel alanını genişletmekle meydana gelir. Dolayısıyla, söz konusu adlandırma, yeniden anlamlandırmadır.
- b. Soyut kavramların oluşturulması; insanların tecrübeleri sadece fiziki değildir; hissi, zihni, kültürel ve metafizik tecrübelerde vardır. Ancak fiziki tecrübelerde ortak noktalar daha çoktur.
- c. Yönlendirme; metafor yardımıyla oluşan kalıplar, düşünce, davranış ve eylemlerimizi biçimlendirmektedir. Metaforlarla zihni modellerimiz arasında çok yakın ilişki vardır. Metafor, paradigmalarımızı ve tecrübelerimizi şekillendirmekte, zihni ve duygusal tecrübelerimizi şekillendirmekte, zihni ve duygusal tecrübelerimize belli bir çerçeve kazandırmaktadır. Daha sonra bu kavramlar kullanılarak başka kavramlar idrak edilmeye çalışılmakta, benzetmeler ve istiareler yardımıyla yeni zihni modeller inşa edilmektedir.
- d. Yeni bilginin üretimi; metafor, bilinen gerçekler yardımıyla bilinmeyenleri idrak etmemizi sağlamaktadır. Bir gerçeğin özelliklerinden hareketle başka bir gerçeği anlayıp tecrübe ederken, çoğu zaman metaforlardan yararlanırız. Metaforların bilişsel yaratıcılığı; zihnimizi mevcut ve aşikar benzerliklerin, ilişkilerin ve görüşlerin ötesine,

kendi yarattıkları yeni benzerliklere, ilişkilere ve görüşlere yönlendirir. Metafor keşiftir; çünkü kelimenin tek başına daha önce taşıyamayacağı bir anlam boyutu keşfedilir, böylece hem kelimenin hem de düşüncenin anlam ufku genişler.

- e. Psikolojik tesir; metafor açık ifadeden ziyade önemli bir tesir gücüne sahiptir. Bu yüzden de okuyucunun veya dinleyicinin tasavvur ve tahayyül imkânlarını zenginleştirir. Normal ifadedeki manaya, psikolojik tesir katar.
- f. Paradigmaların çeşitlendirilmesi; yeni metaforlar, tecrübelerimize farklı bir perspektiften bakmaya ve böylelikle yeni kavramların, orijinal semantik anlamların oluşmasını sağlar. Metaforun belirsizlikler açısından zengin olması, sonsuz çağrışımlara ve yorumlara açık olma özelliğinden kaynaklanan yaratıcı bir güçtür. Sonuçta metafor bir seçme işlemidir ve böyle olduğundan, eşyaları yeniden adlandırmak ve anlamlandırmak suretiyle “yeni dünyaları” özgürlüğünü vaat etmektedir.
- g. İletişimsel ve eğitimsel işlevi; ilk başta bozuk bildirim olarak görünen metaforik deyimler, nihai amacına ancak okuyucunun (dinleyicinin) yorumuyla ulaşır.
- h. Metafor dil oyunudur; metafor çözümlenmesi, dil oyununun belirli kurallara göre yapılan hakikat arayışıdır. Her oyunda olduğu gibi metaforlar bazı riskler içerir, ama “yeni bir anlamsal düzeye” çıkmayı da vaat eder (Nesterova, 2011).

## **2.5.2.Örgüt Metaforları**

### **2.5.2.1.Gareth Morgan’a Göre Örgüt Metaforları**

Morgan’a göre; bütün örgüt ve yönetim teorileri, örgütleri kısmi olmakla birlikte ayırt edici biçimde görmeyi, anlamayı ve yönetmeyi sağlayan örtük imgelere veya metaforlara dayanır. Metafor kullanımı kişinin, genel olarak dünyayı kavrayışına sinen bir düşünce biçimi ve bir görme biçimi anlamına gelir. Morgan örgütün niteliği üzerinde düşünme konusunda farklı metaforların etkilerini inceleyerek sekiz farklı metafor oluşturmuştur (Morgan, 1997:14-16 ).

#### **2.5.2.1.1. Makine Olarak Örgüt Metaforları**

Makine, sanayi devrimiyle birlikte önem kazanan bir kavramdır ve makine kavramı özellikle fabrikayı çağırıştırır. Makine yapısı ilk olarak 1740-1786 yılları arasında Prusyalı

Friedrich tarafından orduda uygulanmaya başladı ve zaman içinde fabrika ve örgüt yaşamına da yerleşti.

Makine gibi tasarlanan ve düşünen örgütler bürokratik olarak kabul edilir. Çoğu örgüt bir şekilde bürokratiktir çünkü örgütten söz edildiğinde genellikle belirli bir düzene sahip, açıkça belirlenmiş parçalar arasında ki düzenli ilişkilerde oluşan bir durum söz konusudur. İmge belirgin olmasa da bir dizi mekanik ilişki vardır. Bürokratik örgüt klasik yönetim teorisini ifade etmektedir. Klasik teorisyenlerin öncüleri ise Henri Fayol, F.W. Mooney, Alb. Lyndall Urwick'tir ve düşüncelerinin özü yönetimin bir planlama, örgütlenme, komuta, koordinasyon ve denetim sürecidir. Klasik teorisyenler toplu olarak, hedeflere göre yönetim (HGY), planlama, programlama ve bütçeleme sistemleri (PPBS) ve akılcı planlamayı ve denetimi öne çıkaran pek çok modern yönetimin temelini attılar (Morgan, 1997: 25-30).

Makineleşmeye dayalı fabrika sistemi, üretimde iş bölümü, uzmanlaşma, kontrol ve emek sürecinin disiplin altına alınması gibi kavram uygulamaları beraberinde getirmiştir. Taylor, Weber gibi araştırmacılar insanın çalışma sürecinde kendi duygu ve düşüncelerini katmadan bir robot gibi iş görmesini istemişlerdir (Özdemir, 2008:14-15). Bu yaklaşım zaman zaman son derece etkili sonuçlar doğurabilir; kimi zaman ise birçok olumsuz sonuca neden olabilir (Morgan,1997: 16).

#### **2.5.2.1.2 Organizma Olarak Örgütler**

Organizma metaforu örgütlerin, hayatta kalmak için canlılar gibi çevresine bağımlı olduğunu savunur. Canlılar çevrelerinden yiyecek ve barınak sağlarken örgütler çevrelerinden bilgi, para, işçi ve hammadde temin ederler. Organizma çevre ile etkileşim halindedir ve ortaya çıkar, gelişir ve bir gün yok olur. Organizma metaforu farklı örgütlerin farklı istek ve tepkileri olduğunu ve bu nedenle “tek bir en iyi” olmadığını söyler. Organizma metaforu içerisinde neoklasik dönem yönetim kuramları, sistem kuramları, durumsallık kuramı ve popülasyon ekolojisini içine almaktadır (Nayır, 2008:20).

Organizma olarak örgütlerde, örgütlerin açık sistemler olduğu, parçaların toplamı olmaktan çok kesintisiz süreçler olduğu vurgulanır. Örgütlerin yönetimi genellikle, “ihtiyaçlara” sistemli dikkat gösterilerek iyileştirilebilir. Örgütün varlığını sürmesi bu ihtiyaçların karşılanmasına bağlıdır. Organizma metaforunda farklı örgüt “türleri”ni saptarken örgütlenmede her zaman bir seçenek yelpazesiyse karşı karşıya kalınır. Örgütlenme de matris tipi ve ekip anlayışı vardır. Organizma metaforu örgütlerin yenilenme sürecindeki

üstünlüğünü vurgular. Bu metafor ekoloji ve örgütler arası ilişkileri dikkat merkezine alır (Morgan, 1997: 80-82). Bu mecaza bağlı olarak örgütlerle ilgili çevresel uyum, yapı, işlev, örgütsel sağlık, farklılaşma, bütünleşme, hemeostatis/denge, entropi, örgütsel gelişme, birey ve gruplar arası ilişkiler, insan ihtiyaçları, motivasyon gibi konular öne çıkar (Şişman, 2007:35 )

### **2.5.2.1.3. Beyin Olarak Örgütler**

1) Beyin imgeleri; Morgan beyini bilgisayar veya telefon santraline benzer bir denetim sistemi, bir tür televizyon sistemi, veri depolama ve bulup çıkarmaya yönelik gelişmiş bir tür kütüphane veya bellek bankası, mesajlar ileten ve eylemler başlatan karmaşık bir kimyasal tepkime sistemi, uyarıcılar ve davranış arasında bağlantı kuran bir kara kutu, enformasyonu düşüncelere fikirlere ve eylemlere dönüştüren bir nöron kodu aracılığıyla işleyen bir dil sistemi şeklinde ele almıştır (Morgan, 1997:88).

2) Bilgi İşleme Sistemleri (Enformasyon İşleyen Beyinler) Olarak Örgütler; örgütler enformasyon, iletişim ve karar alma sistemleridir (Morgan, 1997: 93). Başlarda “karar alma yaklaşımı” olarak bilinen bu yaklaşım Simon ve çalışma ekibince 1940 ve 1950’lerde ortaya atıldı. Simon ve March örgütlerin karar alma mekanizmaları olduğu yaklaşımdan hareketle, örgüt içindeki kişilerin karar alma ve iletişim esnasında sınırlı bilgiye dayanarak karar verdiklerini ve sonuçlardan kesin emin olamadıkları belirtir (Morgan, 1997: 93). Mirvis’in yaptığı araştırmada, elde olan bilgiyle çevredeki imkânların el verdiği ölçüde bilinen ve/veya bilinebilen kadarıyla, doğru olduğuna inanılan şekilde karar verilmektedir. Araştırma, analiz ve strateji geliştirme maliyetli olacağı için, bilgiyi işlemek ve kararlarda kullanmak için kendini örgütleyen, bilgisini saklayan ve zamanı gelince işe koşan, yani kendi enerjisini kendi üreten ve kendini yenileyen örgütler olmak daha akılcıdır (Kasapoğlu, 2008: 42).

### **3)Holografik Olarak Örgütler**

Holografik tasarım, beynin kendini örgütlemesi gibi örgütlerinde kendini geliştirmesi ve düzenlemesi şeklinde bir yapı içerir. Holografideki temel ilkelerden olan parçanın bütünü yansıtabileceği ilkesi, örgüte uyarlandığında, her bir çalışanın örgütün vizyonunu, amaçlarını, kültürünü, mali durumunu bildiği bir örgüt yapısı ifade etmektedir (Kasapoğlu, 2008: 43). Hologramın ilginç özelliklerinden biri, kırılması halinde görüntünün bütünü yeniden oluşturmak için herhangi bir parçanın kullanılabilmesidir. Holografî, her

parçanın bütünü temsil edeceği şekilde, bütünün parçaların hepsine kodlanabileceği süreçler yaratmanın mümkün olduğunu gösterir. (Morgan, 1997:117).

#### 4)Sibernetik, Öğrenme ve Öğrenmeyi Öğrenme

Sibernetik, ana konusu enformasyonun, iletişimin ve denetimin incelenmesi olan, birkaç disiplini içeren nispeten yeni bir bilimdir. Sibernetik öğrenmede örgütlerin, çift öğrenmede beceri kazanmaları ve özellikle geleneksel yönetim sistemlerinin ve savunma rutinlerinin yol açtığı tek devreli yöntemlerden kaçınmalarını sağlayacak tasarımlar geliştirmeleri gerekir (Morgan, 1997:105-106).

#### 2.5.2.1.4.Kültür Olarak Örgütler

Kültür; bilişsel yönden “paylaşılan bilgi ve inanç sistemi”, sembolik yönden “paylaşılan anlam ve semboller sistemi”, yapısal-işlevsel yönden “sosyal yaşama uyum sağlayıcı ve bu yaşamı düzenleyici bir mekanizma” ve psiko-dinamik yönden “insanın evrensel olan bilinçaltının bir yansıması” olarak açıklanır (Kıral, 2008: 59). Kültür olarak toplumdan söz ederken, toplumsal gelişmenin çok özgül yönlerine dikkat çekmek için, tarımla ilgili bir metafor kullanılmaktadır. Bu metaforun örgüt anlayışıyla büyük ilgisi vardır. Örgüt ve kültürel bağlamda Japonya incelendiğinde çalışma kavramı ve çalışanlar ile kuruluşları arasındaki ilişki batı ülkelerinden oldukça farklıdır. Bu kültürde tek başına kazanan ya da kaybeden yoktur. Firmaya, ayrı bireylerden oluşan bir işyeri olmaktan çok, çalışanların ait oldukları bir topluluk olarak bakılır. Bir köyün ya da yerel topluluğun işbirliği ruhu genellikle çalışma deneyimine yansır ve birbirlerine bağlılık, ortak kaygılar ve karşılıklı yardıma büyük önem verilir. Çalışanlar ailelerinin bir uzantısı olarak gördükleri firmalarına genellikle bir ömür boyu bağlıdır. Otorite ilişkisi çoğunlukla paternalist niteliktedir ve son derece geleneksel ve itaate dayalıdır (Morgan, 1997:140-144).

Kültür olarak örgüt metaforunda ilk yön, dikkati örgütsel yaşamın hemen her yönünü içeren sembolik anlama yöneltmesi ve dikkati insani yöne çekmesidir. İkinci yönü; bir örgütün, ortak anlam sistemlerinde, o anlamı yaratan eylemlerde ve yorum şemalarında yattığını göstermesidir. Kültür metaforu örgütlü faaliyet yaratmanın ve oluşturmanın bir başka aracını ortaya çıkarır. Bunu örgütlü eylemi oluşturan ve yönlendiren ideolojileri, değerleri, inançları, dili, normları, törenleri ve diğer toplumsal uygulamaları etkileyerek yapar. Üçüncü olarak bir örgütle çevre arasındaki ilişkilerinde sosyal olarak kurulduğu gerçeğine yöneltir. Dördüncü yön ise örgütsel değişim anlayışıdır. Kültür metaforunun mesajı, değişim

programlarının, yeni durumun gerekli kıldığı şekilde şirket ahlakıyla ilgilenmek ve bunu geliştirmenin yolunu bulmak zorunda olduğudur (Morgan, 1997:167-173).

#### **2.5.2.1.5. Politik Sistem Olarak Örgütler (Çıkarlar, Çatışma ve İktidar)**

Morgan'a göre, bir örgütte politik ilişkiler en açık şekilde çatışmada, iktidar oyunlarında ve kişiler arası entrikalarda ortaya çıkabilir. Bu nedenle örgütsel politikalar bu üç değişken arasındaki ilişkiye odaklanarak sistematik bir yolla çözümlenebilir. Örgütsel politikalar, insanlar farklı düşündüklerinde ve farklı davranmak istediklerinde ortaya çıkar. Lakoff'a göre örgütleri politik sistemler olarak gören ve çözümleyen kuramcılar, örgütü aynı amaçlar için çalışan rasyonel ve bütünlük sistemler olmaktan öte, farklı amaç ve çıkarlara sahip insanlardan oluşan "gevşek yapıli sistemler" olarak görmektedirler (Yalnız, 2008: 81-82).

Politika metaforu, günlük örgütsel yaşamın politikasını açıklığa kavuşturmak içinde kullanılabilir (Morgan, 1997:176). Morgan (1998) kamu yönetimiyle örgüt yönetimleri arasında benzerlik kurarak her iki bünyede de yönetimin düzen sağlamanın aracı olduğunu, bu durumda politik çözümlemenin örgüt yönetiminin çözümlenmesine katkısı olacağını ifade eder. Pfeffer (1981), karar verme modellerini akılcı, bürokratik, karar süreci/örgütlü anarşi ve politik iktidar olarak dörde ayırmıştır (Yalnız, 2008: 83).

Çıkarlarda; amaçları, değerleri, arzuları, beklentileri kapsayan eğilimlerden ve bir kişinin şöyle değil de böyle davranmasına yol açan diğer yönelim ve eğilimlerden söz edilir. Çıkarlar birbiriyle bağlantılı, kişinin örgütsel görevi, kariyeri ve kişisel yaşamı ile ilgilidir. İnsanların kendi kişisel yönelimleri sonucu işyeriyle nasıl bir ilişki kurduklarını anlamaya ve örgütsel yaşamın politikasına özelliğini veren kariyercilik, oyunculuk yeteneği, göreve bağlılık, katılık, "alan sahiplenme", gayretkeşlik, bağımsızlık, başına buyruklu gibi çeşitli tutumları besleyen motive edici faktörler ortaya çıkar (Morgan, 1997:186).

#### **2.5.2.1.6. Ruhların Hapishanesi Olarak Örgütler**

Günümüzde iş yaşamında var olan bireyler, kendilerini boğucu, sıkıntılı bir ruh hali ve ortam içinde, başka türlü davranılamayacak bir çarkın dişlisi olarak yaşamlarını sürdürüyor olmaktan ötürü şikâyetlerini dile getirmektedirler (Akar, 2008: 99). Ruhların hapishanesi metaforu, örgütlerin sonuçta bilinçli ve bilinçdışı süreçlerin ürünü olduğu ve insanların ise bu süreçlerden kaynaklanan imge fikir, düşünce ve eylemlerin tutsağı olabileceği fikriyle birleşir.



Bu metafor ile, örgütler toplumsal olarak kurulan gerçeklikler olmalarına rağmen, bu toplumsal yapılara, genellikle yaratıcıları üzerinde bir ölçüde denetim kurma olanağı sağlayan bir varlık ve güç atfedildiğidir (Morgan, 1997:242).

Özünde ruhlar hapishanesi metaforunun, gerçeklerin nasıl görüldüğü, bireyin gerçekle kurduğu ilişkide nelerin etkili olduğu, bu etkilerin örgüte nasıl yansıdığı ve örgütün içinde yeniden bireye bir “görme” ya da “görememe” esareti olarak yansması ile ilgili olduğu ifade edilebilir (Morgan, 1997:242).

Ruhlar hapishanesi imgesi, bizi, bir çevrenin kapanına nasıl kısılmış olabileceğimizi fark etmeye yöneltir. Birbirimizi görüyoruz, çevremizdeki dünyayı görüyoruz. Ama aslında ne görüyoruz? Bağımsız bir dünyayı görüyoruz? Yoksa sadece kendimizin yansımalarını mı görüyor ve yaşıyoruz? Dünyamızı kurmamıza yarayan dil, kavramlar, inançlar ve genel kültür bizi tutsak mı ediyor?

Ruhların hapishanesi metaforu, verili sanılan dünyalarımızın gizli anlamının incelenmesinde bize sağlam bakış açıları sunar. İnsanları doyurucu olmayan varoluş biçimlerine tutsak eden kontrol süreç ve modellerini ortaya çıkarmak ve bunların dönüştürülmesini sağlayacak yolları bulmak için dış yüzeyin altını kazmaya yöneltir (Morgan, 1997:273).

Ruhların hapishanesi metaforu, örgüt incelemeleri bağlamında, örgütsel değişimin dinamiği ve meydan okumaları konusunda katkı yapar. Hapishane metaforu rasyonelliğin genellikle kılık değiştirmiş irrasyonellik olduğunu fark etmemizi kolaylaştırır. “Rasyonel” ile “irrasyonel” görünen arasındaki ilişki konusunda bilincimizi yükseltir ve irrasyonelin anlamını es geçme ya da küçümsemenin tehlikelerine karşı uyarır (Morgan,1997:275).

Hapishane metaforu, örgütün etik boyutuna da dikkat çekmektedir. Metafor değişimin yönetimi konusunda belirgin bir yönlendirme sağlamakla birlikte, ilk-tip duygulara veya sosyal savunma mekanizmasına ilişkin bilgilerimizi sistemli olarak araçsal amaçlara ulaşmak için kullandığımızda tehlikeli bir etik zeminde yol alabileceğimiz konusunda bir uyarıcıdır. Fakat sorunlara birçok yönetici, bulmak isteyeceği kolay cevapları ve çözümleri sağlamaz (Morgan, 1997:176).

#### **2.5.2.1.7. Akış ve Dönüşüm Olarak Örgüt (Değişimin Mantığını Anlamak)**

Değişimin mantığı dört süreçte incelenebilir. Birinci süreç (Otopiyez) (Kendinden Oluşum) teorisi denen ve sistemler ile çevreleri arasındaki ilişkilere yeni bir ışık tutan ilginç

bir yeni perspektife dayanır. İkinci süreç, kaos ve karmaşıklık teorisinin en son kavrayışlarından bazılarına dayanır; burada gözetilen nokta düzenli faaliyet kalıplarının kendiliğinden kendi kendini örgütlenme sürecinden nasıl doğabildiğini açıklamaktadır. Üçüncü süreç, değişimin çevrimsel ilişkilerdeki sıkıntı ve gerilimlerde örtülü olarak bulunduğunu gösteren konuyla ilgili sibernetik fikirlere dayanır. Dördüncü süreç değişimin karşıtlar arasındaki gerilimlerin ürünü olduğunu ortaya koyar (Morgan,1997:280).

Otopiyez teorisi değişimi görüp yönlendirme biçiminin sonuçta kişinin kendini görüp düşünme, dolayısıyla çevreyle ilişkileri zihninde sahneleme biçiminin bir ürünü olduğunu öngörür. Kendini yansıtma yetilerinden dolayı, bireyler gibi örgütlerin elinde de örgüt ile çevre arasında var olan katı sınırları kırarak daha sistemli evrim kalıplarının önünü açan daha yeni, daha sistemsel kimlikler sahneleme fırsatı vardır. Uzun vadede bir örgütün varlığını sürdürmesi içinde faaliyet gösterdiği çevre ya da bağlama karşı bir var oluş değil, bu çevre ya da bağlamla birlikte varoluş olabilir. Örgütler hiçbir şekilde çevreden kopuk değildir. Örgütler “kapalı” değil “açık” sistemlerdir.

Kaos ve karmaşıklık teorisinde, “örgütler” in ve “çevre” ile ilişkilerinin bir “çekici öge kalıbı”nın parçası olduğu anlaşılır. Yapı, kültür, enformasyon, kafa yapıları, inançlar ve algılanan kimliğin çeşitli yönlerine sinmiş olan kilit örgütlenme kuralları, örgüt-çevre ilişkilerini belirli bir görünüm içinde tutma eğilimindedir. “Kaos eşiği” durumlara sürüklendiğinde, temel kalıp yeni biçimlere doğru savrulabilir. Yönetimin karşılaştığı güçlük, büyük etkiler yaratabilecek küçük değişiklikleri harekete geçirerek sistemleri istenen yörüngelere doğru itmektir.

Karşılıklı nedensellik teorisi, bireye bütünsel ilişki alanlarını tanımlayan olumlu ve olumsuz geri iletim halkaları çerçevesinde bu “çekici öge kalıplarını” ve değişim sürecini anlamaya yarar.

Diyalektik analize göre, kalıba ve evrim biçimine ilişkin bir başka anlayış elde edilir. Bu yaklaşımda ağırlık verilen nokta, bir sistemin unsurları belirli bir yönde kendilerine yol açmaya çalıştığı zaman ortaya çıkan paradoksları ve gerilimleri anlamaktır. Gelişimin her evresi kendi dönüşümüne yol açan koşulları hazırlar.

Değişimi izlemeye yönelik bütün yollar gerçekliğin “örtük” ve “açık” düzenleri arasındaki ilişki konusunda açıklamalar sağlar. Aslında bunların her biri değişimi uygulamada ortaya çıkışı üzerine düşünmek için metafora dayalı bir çerçeve sunar. Farklı kavram ve fikirleri odak noktası olarak almalarına karşın, hepsi değişimin kendi kendini örgütlediği ve

önceden kestirilemeyecek ya da kontrol altına alınamayacak, beliren bir olgu olduğu görüşüdür. Örgüt ve yönetim teorisinin bütün hikâyesi örgütlemenin, önceden görmenin ve kontrol etmenin mümkün olduğudur (Morgan, 1997:332-335).

#### **2.5.2.1.8. Tahakküm Aracı Olarak Örgütler**

Örgütler çoğu zaman başkalarının pahasına seçkin tabakaların bencil çıkarlarını önde tutan tahakküm araçları olarak kullanılır ve bütün örgütlerde bir tahakküm unsuru bulunur (Morgan, 1997:339). Weber incelemeleri sonucunda karizmatik tahakküm, geleneksel tahakküm ve rasyonel tahakküm olarak üç tip belirlemiştir. Weber, bürokrasiyi toplumsal tahakkümün bir çeşidi olarak görmekte, kişi ya da kişilerin başkalarına baskı uygulamasının yanında yöneticinin kendinde var olduğu kabul edilen yetkesiyle kendi iradesini başkalarına dayatmasını da tahakküm olarak algılamaktadır. Birçok radikal örgüt teorisyenine göre, kölelik döneminde ve sanayi devrimin emekleme yıllarında görülen çıplak sömürüden oldukça uzaklaşmış olmasına karşın, aynı davranış kalıbı günümüzde de sürmektedir (Morgan, 1997:345). Morgan'a göre örgütler üçlü bir sınıf esasına dayanır. Bu esasa göre, malların üretimiyle ilgilenenler, üretimde çalışan köylüler ve işçiler ve bu iki sınıf arasında koordinasyonu sağlayan yönetici sınıf, örgütlerin geleneksel sınıfsal yapısını oluşturur (Akın, 2008:153).

İşteki tehlikeler, meslek hastalıkları ve iş kazaları;

Dünya sağlık örgütü (WHO) iş kazasını; önceden planlanmamış çoğu zaman kişisel yaralanmalara, makinelerin, araç ve gereçlerin zarara uğramasına, üretimin bir süre durmasına yol açan bir olay olarak tanımlamıştır. İş kazaları, emniyetsiz durumlar ve emniyetsiz hareketler başlıkları altında incelenebilir (Akın, 2008:155).

Emniyetsiz durumlar; iş güvenliğini bozan ve iş ortamında tehlike kaynağı olan koşullar, genel olarak çevre, makine ve malzeme ile ilgilidir.

Emniyetsiz hareketler; iş gören, iş güvenliğini tehlikeye atacak hatalı hal ve davranışlarda bulunduğu ortaya çıkabilir. Eğitim seviyesi, tecrübe ve psikolojik durum gibi işçi özellikleri, işçilerin emniyetsiz hareketler yapmasında önemli rol oynamaktadır. Emniyetsiz hareketler içinde; eğitim düzeyi, fiziksel ve ruhsal kapasiteye uygun olmayan iş yükü, fazla mesai, iş güvenliği önlemlerinin bilinmemesi veya önemsenmemesi, var olan koruyucu güvenlik önlemlerinin kullanılmaması veya kullanılamaz hale getirilmesi, emniyetsiz malzeme kullanma, yükleme ve yerleştirmede karıştırma, çalışan makine ve

teçhizat üzerinde bakım ve onarım yapma, gereksiz şakalaşma ve dikkat dağıtma gibi davranış ve durumlardır (Akın, 2008:155-156).

### 2.5.2.2.Douglas Mitchell ve Mary Jo Hatch'e Göre Örgüt Metaforları

Mitchell 1986 yılında sosyal örgütlerde dört üretici metafor belirlemiştir. Segovanni ve arkadaşları (1981), eğitim uygulamalarında üç genel grup metafor belirlemiştir. Bunlar; rasyonel-makinistlik, organik ve pazarlıkçılıktır. 1975'de ise Peterson sosyal organizasyon paradigmasını dört modelde tanımlamıştır. Peterson onları “rasyonel”, “organizasyonel”, “plüralist pazarlık” ve ideolojik pazarlıkçılık” olarak isimlendirmiştir. Mitchell aslında Peterson'nun içerik modelinin arkasında olan dört temel yaratıcı metaforun düzenlemesini yapmıştır. Bunlar; makine, organizma, pazaryeri ve iletişimdir.

- Makine yönetim; makine yönetim askeri disiplinden gelmektedir. Öncüsü Weber'dir. Kurumsal makinelerin yönetimde iki tip temel aktiviteyi yerine getir. Bunlar, yapısal organizasyonlar ve direk süpervizörlüktür. Yapısal yönetimde kontrol önemli yer tutar. Üretim sonuçları, planlama ve kurumun tüm çalışanlarının organize olma çabalarına bağlıdır. Yöneticiler, kurumsal kurallar ve yönetici görev performans prosedürlerinin geliştirilmesine ve uygulamaya zorlanmasına odaklanır. Makine örgütlerde iş esas olarak işçi sınıfındadır. İşçiler, yöneticiler tarafından önceden planlanan ve eşgüdüm ve emirler ile üretimi meydana getiren eylemleri yapar. Bürokratik kurallar geçerlidir.
- Organizma yönetim; organizma yönetimi makine yönetimden ayıran iki kritik özelliği vardır. Birincisi hiyerarşidir. Bazıları emirlere itaat etmek zorunda iken bazı grup üyelerinin (vücut organları) önceden gelen üst haklara sahip olduklarına inanılır. İkincisi organizasyonun fonksiyonel birimlerini tanımla eğilimidir. Kurumun, kâr elde etme ya da rakiplerini geçme gibi belirgin sonuçlar üretmek amacıyla organizasyonun var olduğuna inanılır. Organizma kurumlarda, çalışanlar sosyal ilişki geliştirme yoluyla motive edilmeye çalışılır. Üretim teknikleriyle kişisel değerler birleştirilir. İş disiplinli çalışanlardan çok profesyonelle yapıılır. Çalışanlar kendilerini yapılacak işlerin neler olduğu ve kurumun misyonu açısından en iyi uygulamanın hangisi olduğu konusunda karar almada sorumlu olarak görürler.
- Pazaryeri yönetimi; modern sanayi kurumlarında, üretimin feodal tarımsal kölelik ve usta ya da esnaf yapılarının yerine oluşan ekonomik dönüşüm –pazaryeri- sosyal

kurumlar için üçüncü metafordur. Bu yapıda insanlar cezaya neden olan eylemlerden kaçınma ve ödül ile meşguldürler. Pazaryeri kurumlarının alt çalışanlarının kazanç, menfaat hesaplarıyla motive edilir. Çalışanların iyi bir performans sergilemesi, mevcut kaynakların iyi değerlendirilmesi beklenir. Yönetim süreçlerinden en hayati olanı organizasyon hedeflerinin belirgin seçilmesi ve tanımlanmasıdır. İdari teorisyenlere göre, pazaryeri metaforu okulların fonksiyonları, değişimin açıklanması ve yönetimin anlaşılabilir teorilerin nasıl olduğunu içeren “anlaşılabilir düzen” in yaygınlığını yansıtmaktadır.

- Konuşma yönetimi (kültür örgütler) ; dördüncü yaratıcı metafordur. Konuşmalar katılımcılarla aynı dilde olmalıdır ve aynı amaca sahip olmalıdır. Konuşma kişiler arasında etkili bir iletişimdir. Çalışanlar genel bir vizyona ve sorumluluğa sahip olmalıdır. Konuşmada kültür önemlidir (Mitchell, 1986). Hatch 1997’de “Organization Theory; Modern, Symbolic, and Postmodern Perspectives” isimli kitabında dört metafor oluşturmuştur. Bunlar makine, organizma, kültür ve kolaj metaforlarıdır. Mitchell’in konuşma metaforu kültür metaforunun özelliklerini taşımaktadır. Kültür metaforu sembolik perspektifi yansıtmaktadır. İletişim önemlidir (Weatherly, 2011). Amerikalı sosyal psikolog Karl Weick, yöneticilerin yönetmesini, yeniden düzenlemesini, seçim yapmasını ve çevrelerinde ki birçok objektif etkeni ortadan kaldırmayı vurgulayan karar verme/kural koymaya odaklanmıştır. Kural koymak ile çevre, kültür, strateji ve örgütün görüntüsü oluşabilir fakat gerçekler ile oluşturulanlar arasında küçük farklar olabilir. Sembolik/ kural koyan teori, insanların sosyal seçimlerinin paylaşılan ortak tarih ve deneyimler arasında birçok parçanın personellerce müzakere edilmesi ve kesin olarak anlaşılmasının bir sonucudur (Hatch, 1997: 41-42).
- Kolaj yönetim; kolaj metaforu postmodern perspektifi yansıtmaktadır. Bu organizasyon teorisi bilgi ve geçmişten referans alan yapıların anlaşılmasından oluşur (Weatherly, 2011). Disiplinde güç yataydır, çalışma gruplarında kendi kendini yönetim, öz değerlendirme ve programlara işçi katılımı vardır. Bilgi yönetimi ve bilişim sistemleri ön plandadır (Hatch, Cunliffe, 2006: 278). Kolaj metaforu, yöneticilerin ve kurum üyelerinin kalplerinde ve düşüncelerinde ki örgüt yapısını oluşturmasına yardımcı olur. Kolaj metaforuna rock konseri, resim, bale, opera, kitap gibi sanatsal ürünler örnek gösterilebilir (Hatch, 1997:54-55). Postmodern dönemde,

küçük fabrikalar, taşeronla çalışma, esnekliği ve fleksibilitiyi sağlayan küçük yapılar, basık ve yalın organizasyon, girişimcilik, yeni pazarlar yaratma, niş pazarlama ve kalite çalışmaları yer almaktadır (Koçel, 2007).

Yukarıdaki bilgiler göz önüne alınarak Mitchell (1986) ve Hatch'ın (1997) yaptığı araştırmalar göz önünde tutularak aşağıdaki gibi bir tablo oluşturulabilir.

Tablo 11: Yönetim Biçimi ve Metaforlar

Metafor	Örgüt imajı	Yönetim imajı	Yönetim biçimi	Yapısal özellikler	Dayanak
Makine	Tanımlanmış görevleri gerçekleştirmeye odaklı yönetim tarafından tasarlanmış ve yapılandırılmış makine	Örgüt denen makineyi dizayn eden, tasarlayan ve idare eden mühendis	Yapı Tasarımı Mecburi kurallar	Yapısal Birimler Disiplin	Bilimsel Yönetim
Organizma	Yaşamını sürdürmek için dış dünyaya adapte olmaya çalışan yaşayan bir sistem	Adapte olmuş bir sistemin muhtaç bir parçası	Bilgi Kontrolü Karar Verme	İşlevsel Parçalar Hiyerarşi	Beşeri İlişkiler (Modern yönetim)
Kültür	Paylaşılmış değerler, gelenekler ve alışkanlıklara sahip insan topluluğunun anlamlandırdığı ve oluşturduğu anlamlar kalıbı	Örgütün bir sembolü olmak isteyen yapay bir varlık	Hedef Paylaşımı Motive Edilmiş Çalışanlar	Paylaşılan Değerler Etkin İletişim	Örgüt kültürü
Pazaryeri	Karların ve Pazar odaklı faaliyetlerin yürütüldüğü kapitalist ekonominin yansıması	Ekonomist	Karşılıklı Anlaşma Kaynak Paylaşımı	Sözleşme Ödül & Ceza	Anlaşmalı düzen (Negotiated Order)
Kolaj	Bilgi ve anlam parçaları ile geçmişten referansını alan yapılardan oluşmuş bir kolaj	Teorisyen Sanatçı	Bilgi Yönetimi Bilişim Sistemleri	Etkin Birimler Bilgi paylaşımı	Post-modernizm

Kaynak; Alpaslan, 2007; Hatch (1997) ve Mitchell'den ( 1986 ) uyarlanmıştır.

### 2.5.2.3. Kültürel Değerler ve Metaforlar

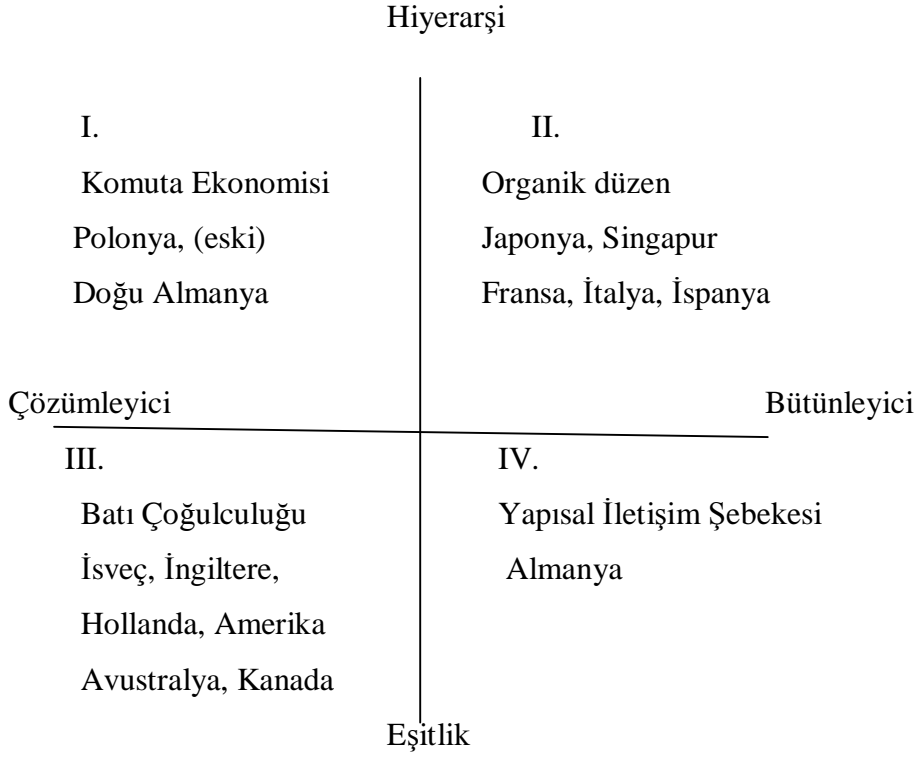
Kültürel özellikler, basit çizgisel boyutlar üzerindeki olguların sonuçları değil, birbiriyle kesişen ve tipik Amerikan, Japon, Fransız vs.. olarak tanımlanan özelliklerin karışımıdır. Hampden ve Trompenaars yaptıkları araştırmada, farklı değerleri bir eksen üzerinde çaprazlama koordine ederek, her birinin iki boyutu olan dört bölme oluşturmuştur

(Şekil 3 bakınız). Herhangi bir bölmenin karakteristikleri metafor ya da analogilerle açıklanabilir. Şekil 10’da hiyerarşi ve eşitlik boyutları incelenmiştir.

Hampden ve Trompenaars yaptıkları araştırmada, “Hiyerarşi-Eşitlik” değerini “Analiz –Sentez” değeriyle koordine edince, hiyerarşi ve eşitlik sistemlerinin iki çeşit olduğu buldu. Örneğin bir hiyerarşinin tepeden aşağı doğru inen itaat üzerine kurulu bir bürokratik yapısı olabileceği gibi, gençleri gözetip eğiten yaşlıların bulunduğu bir aile yapısı biçiminde de olabilmektedir. Her iki sistemde hiyerarşiktir ama biri resmi diğeri samimidir bu nedenle de atmosferleri aynı değildir. Şekil 20’da dört bölme vardır ve incelenen ülkeler üç bölmede bulunurken, komünizmin çöküşünden önce Doğu Avrupa ’ki Doğu Blok Ülkelerinin dördüncü bölmeye yerleşmesi gerektiğini göstermiştir.

Üçüncü bölmede ‘Batılı Çoğulcu’ toplumları ve Kuzeybatı Avrupa’nın büyük bölümü yer alır. Birinci bölmede Doğu Avrupa’nın ‘Emir-komuta Ekonomileri’ ile Batı ekonomilerinin savunma sektörleri yer alır. Amerika, İngiltere, Avustralya ve Hollanda’nın paylaştığı kültürel tercihlerden dolayı mekanizma imgesi güçlüdür. İkinci bölmede Asya, Güney Avrupa ve Latin Amerika’nın aile biçimi organik düzenli ekonomileri bulunmaktadır ve sahip oldukları özelliklerden dolayı organizma görüşü yaygındır. Dördüncü bölmede ise Almanya’ya yer almaktadır. Almanya’nın yapısal iletişim şebekeleri hem göreceli eşdeğerde hem de birbirine entegre olmuş biçimdedir. Almanya’nın en güçlü yönü, ağır sanayinin bünyesinde üreticiler, endüstriler, sendikalar ve müşteriler arasında sağlam temellere oturan bir iletişim düzenine sahip olmasıdır. En yatay hiyerarşiler ekonomileri güçlü olan Hollanda, Amerika, Batı Almanya ve İsviçre’de görülürken, politik açıdan otokratik olan ve ekonomik çok iyi olmayan Pakistan, Venezüella ve Çin tablonun üst bölümünde yer alır. Dünyanın hiyerarşik ülkelerinden Hong Kong, Japonya ve Singapur en başarılılar arasında yer almaktadır. Avusturya ve Fransa göreceli olarak hiyerarşik yapıya sahiptir (Hampden ve Trompenaars, 1995: 84-85).

### Şekil 3: Ükelere göre Hiyerarşi ve Eşitlik



#### 2.5.2.4. Hofstede'ye Göre Türk iş kültürü;

Kültür üzerine yapılan araştırmalardan biride, Hofstede'e (1967-1978) tarafından yapılmıştır.

Hofstede beş kültür boyutundan hareketle çalışmasını şekillendirmiştir.

- a) Güç mesafesi boyutu; grup üyeleri arasındaki güç dağılımının ne derece eşit algılandığını ve konuyla ilgili hissetme, düşünme ve davranış eğilimlerini içine alır. Güç mesafesinin az ya da çok olduğu kültürler; insanlar arası eşitliğe verilen önem, bireylerin yaşam biçimleri ve gelir düzeyleri arasındaki farklılıklar, hiyerarşik yapıya yatkınlık, liderlerin kullandıkları güç kaynakları arasındaki farklılıklar, karar verme ve katılım değişkenler açısından farklı özellikler taşır (Sığrı ve Tığlı, 2006). Hofstede'ye göre Filipinler, Venezüella, Hindistan gibi ülkelerde güç mesafesi çok yüksektir. Danimarka, İsrail ve Avusturya gibi ülkelerde ise güç mesafesi düşüktür (Öğüt ve Kocabacak, 2007). Türkiye ise güç mesafesi değerlendirmesinde on sekizinci sırayı Salvador ile paylaşmaktadır (Atilla, 2007). Türk toplumunda çalışanların üstlerine düşüncelerini ifade edebilme serbestisi düşük, makam ve unvanlar önemli, hiyerarşik yapılar katı, otoriter yönetim stilleri mevcuttur (Öğüt ve Kocabacak, 2007).



- b) Belirsizlikten kaçınma; toplumların belirsizlik karşısındaki tolerans derecesini ifade eder. Belirsiz durum ve koşullar karşısında bireylerin çeşitli duygu ve buna bağlı davranışlara yöneldiği görülür. Bu davranışlar, endişe duyma, saldırgan ve sinirli olma, rahat olma, soğukkanlılığını koruma şeklinde olabilir (Öğüt ve Kocabacak, 2007). Belirsizlikten kaçınma indeksinde Türkiye on altıncı sırada yer almaktadır. Türk toplumunda belirsizlikten kaçınma oranı yüksek düzeydedir ve insanlar belirsizliğin üstesinden gelebilmek için güç mesafesine ihtiyaç duyarlar (Atilla, 2007). Bu tür toplumlarda risk ve belirsizlik durumları stres yaratmakta, kişiler sürekli güvende hissetmek için hatayı kabullenmeme, başkalarını suçlama gibi davranışlar yaygındır (Öğüt ve Kocabacak, 2007).
- c) Bireysellik ve kolektivizm; bireylerin kendi ihtiyaçlarını mı yoksa bağlı oldukları toplum ve/veya grubun ihtiyaçlarını mı ön planda tuttuklarını göstermektedir (Öğüt ve Kocabacak, 2007). Bireycilik- toplumculuk boyutu, bireyin çevreye yönelişlerinde kişisel amaçlarını ön planda tutması ve “ben” merkezli bir yaşam şekline yönelmesi ya da ortak amaçların öncelikte olduğu “biz” anlayışı ve işbirliğine yatkınlığı ile tanımlanabilecek tutum ve davranışları içerir (Sığrı ve Tıgılı, 2006). Türkiye yirmi sekizinci sırada bulunmakta ve ortaklaşa davranışçılık sergileyen bir ülkedir (Aslan, 2007). Günümüz bilişim çağında toplumsal yaşamın değişmesi ve küreselleşme ile Türk iş kültürü ne salt kolektivist ne de salt bireyci bir yapıdadır (Öğüt ve Kocabacak, 2007).
- d) Kadınsı ve erkeksi kültür; erkeksi kültür, ‘kendini öne çıkarmak, performans sergilemek, görülebilir bir başarı sağlamak ve para kazanmak’, kadınsı kültür ise ‘kendini öne çıkarmamak, insan ilişkilerine paradan daha fazla önem vermek, hayat kalitesini arttırıcı faaliyetler yapmak, çevreyi korumak, insanlara yardımcı olmak, güç gösterisinde bulunmamak’ tır (Öğüt ve Kocabacak, 2007). Hofstede ‘ye göre Türkiye otuzuncu sırada yer alarak kadınsı değerlerin ağır bastığı bir kültür olarak tanımlanır (Aslan, 2007).

#### **2.5.2.5. Saint-Gobain Grup Sınıflamasına Göre Hayvan Metaforları**

Saint Gobain 1665 yılında kurulmuş ve cam, seramik, plastik, dökme demir, yapı malzemeleri üretmektedir ([www.rigips.com.tr](http://www.rigips.com.tr), 2011). 2006 yılında Saint Gobain Grup’un Estonya’da yapılan bir araştırmasında örgüt kültüründe metaforlar ve oryantasyonu

incelenmiştir. Bu araştırmada örgütler mekanik ve organik olarak, hayvan metaforları; hızlı vahşi hayvanlar, çok çalışan evcil hayvanlar ve yavaş ve dim-witted (aptal-zekalı) hayvanlar olarak, mevsim metaforlarını dörde, renk metaforlarını da dört gruba ayırdı. Bu çalışmada Estonya'daki 9 reformcu okuldaki 134 çalışan ve Saint Gobain Grubun 75 üyesi ile çalışıldı. Araştırma sonucu oluşturulan gruplar Tablo 12'deki gibidir (Hammal, 2006).

Tablo 12; Hayvan metafor grupları (örgüt kültüründe oryantasyon)

Kurum	Gruplar	Grup açıklaması
Yenilikçi okullar	Evcil hayvanlar; köpek, kedi, at, koyun, yabani domuz	Örgüt sakin, güler yüzlü, sıcakkanlı öğretim yapılıdır. Örgüt çalışanlarıyla ilgilenir ve güven ve sadakat temelli ilişkileri korur. Örgüt gayretli ve kuvvetlidir fakat nadir vakalarda saldırgan ve set olabilir.
	Vahşi hayvanlar; ayı, aslan, tilki, baykuş, vaşak, yabani domuz	Örgütün iki yüzü vardır. Örgüt hızlı ve aktiftir ama aynı zamanda sert, katı, kurnazdır ve kendini gizler. Örgüt sürüyü gütmeye içgüdüüne sahiptir. Üyelerini korur ve dışa saldırır.
Saint Gobain grubu	Hızlı vahşi hayvanlar; aslan, kaplan, kurt, ayı, çita	Örgüt hızlı gelişir ve çok esnek, güvenilir, yenilikçi ve dikkatlidir. Örgüt düşünerek karar alır ve yatırım yapar.
	Çalışkan evcil hayvanlar; köpek, at, karınca, arı	Örgüt üyeleri çok çalışkandır ve örgütün ihtiyaç duyduğu şeylerin farkındadır. Örgüt güvenilirdir ve kurallara uyar. Sorun ise; çalışanlar cezalandırılabilir ve gerekli durumlarda çalışanlar ulaşılabilir olmak zorundadır.
	Yavaş ve aptal hayvanlar; eşek, kaplumbağa, deve, kedi, ahtapot, panter, sırtlan	Örgüt büyüktür ve değişiklik yaparken çok yavaştır. İnsan ruhu için tehlikeli ve aldatıcı olabilir. Hiçbir şey görüldüğü gibi değildir. Çalışanlar örgütsel görevlerin farkında değildir ve yönlendirici bilgi olmaksızın çok fazla uğraş/çaba sarf eder.

### 2.5.3. Odak Grup Görüşmesi

Kruger ve Casey (2000)'e göre Odak grup görüşmesi; ılımlı ve tehditkar olmayan bir ortamda önceden belirlenmiş bir konu hakkında algıları elde etmek amacıyla dikkatle planlanmış tartışmalar serisidir (Mevsim, 2009; Yıldırım ve Şimşek, 2008:152). Odak grup görüşmeleri, 6–12 kişiden ve yönetici olarak görev alan eğitilmiş bir kişiden oluşur. 6 kişiden az sayıdaki katılımcı ile etkin bir iletişim kurmak zorlaşırken, 12 kişiden fazla sayıdaki katılımcı ile de denetim zorlaşır ve herkes iletişime katılmayabilir (Emiroğlu, 2002).

Odak grup görüşmesinin kullanım alanları; iletişim çalışmaları, televizyon ve film etkileri, sağlık eğitimini değerlendirme, hastalık ve sağlık davranışlarının anlaşılması, bireyin sağlık kuruluşu deneyimlerini araştırma, çalışanların tutum ve gereksinimlerinin anlaşılması, kültürel değerlerin anlaşılması alanlarında kullanılabilir (Mevsim, 2009).

Odak grup görüşme süreci (Mevsim 2009; Yıldırım ve Şimşek, 2008:154-162);

1. Araştırma amacının kullanılacak yöntem açısından gözden geçirilmesi,
2. Araştırma sorularından yola çıkarak odak grup görüşme sorularının geliştirilmesi (sohbet tarzında günlük dil, katılımcıların kullandığı sözcük dağarcığını içermeli, akademik ve teknik dilden ayrılmış olmalı, kısa olmalı, açık uçlu olmalı, sorular öz ve tek hedefli olmalı, açık iyi düşünülmüş bir yönerge içermelidir),
3. Yer ve teknoloji planlaması (8–10 kişiye uygun oda, uygun fiziki koşullar, kayıt cihazı),
4. Bütün sürecin pilot denemesinin yapılması,
5. Katılımcıların belirlenmesi ve davet edilmesi (amaca uygun homojenlik veya heterojenlik, konuya dâhil gruba görüşme sayısı belirleme, katılımcıları amaç konusunda önceden bilgilendirme, görüşme tarih, saat ve yer bildirmek),
6. Yönetici özellikleri ve çalışmanın gerçekleşmesi (tartışmayı özendirmeli, sorgulama yapabilmeli, ayrıntıya inebilmeli, tartışmayı odaklamalı, sözel olan ya da olmayan ifadeler kullanmamalı, ayırım yapmamalı ve yansız olmalı),
7. Verilerin düzenlenmesi ve analizi.

### **3.GEREC VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Tipi**

Bu çalışma da, hastanede çalışan sağlık personelinin hasta, hastane, kalite, hasta güvenliği ve hastanede risk konularında zaman içinde edinmiş oldukları tecrübe ve algılarını metaforik kavramlara dönüştürmeleri yoluyla kurumda mevcut olan hastane, kalite, hasta ile iletişim şekli (müşteri), hasta güvenliği ve risk durumlarını belirlemek amacıyla planlanan metaforik tanımlayıcı bir araştırmadır.

#### **3.2.Araştırmanın Yeri ve Zamanı**

Araştırma Çanakkale Devlet Hastanesi ve Çanakkale İline bağlı dokuz ilçe hastanesinde; Ayvacık Devlet Hastanesi, Bayramiç Devlet Hastanesi, Biga Devlet Hastanesi, Çan Devlet Hastanesi, Ezine Devlet Hastanesi, Gelibolu Devlet hastanesi, Gökçeada Devlet Hastanesi, Lâpseki Devlet Hastanesi, Yenice Devlet Hastanesinde 04-22 Haziran 2012 tarihleri arasında yapıldı.

#### **3.3.Araştırmanın Evren Ve Örneklemi**

Çanakkale İlinde 2009 Adrese Dayalı Nüfus Sayım Sonuçlarına göre; Çanakkale ilinin merkez nüfusu 125.231, Ayvacık ilçesinin nüfusu 30.144, Bayramiç ilçesinin nüfusu 30.807, Biga ilçesinin nüfusu 80.849, Bozcaada ilçesinin nüfusu 2.496, Çan ilçesinin nüfusu 50.960, Eceabat ilçesinin nüfusu 9.259, Ezine ilçesinin nüfusu 32.353, Gelibolu ilçesinin nüfusu 45.853, Gökçeada ilçesinin nüfusu 7.057, Lâpseki ilçesinin nüfusu 26.467, Yenice ilçesinin nüfusu 36.259 kişidir. 2000 yılı verilerine göre Çanakkale nüfusu toplamda 464.975 kişi, 2009 yılı verilerinde 477.735 kişidir (Çanakkale Nüfus Müdürlüğü, 2011). Eceabat ve Bozcaada ilçelerinde sağlık merkezi vardır.

**Tablo 13:** Çanakkale ilinde bulunan devlet hastanelerinin 2003–2009 yılı verilerininin karşılaştırılması (Çanakkale İl Sağlık Müdürlüğü,2011)

Hastaneler	Yıllar	Doktor say.(uzman ve pratisyen)	Ebe + hemşire sayısı	Toplam çalışan Sayısı	Yatak sayısı	Ayakta Mua. Ed. Has.Say	Yatan Has.Say
Çanakkale	2003	78+25Prt	233	463	238	280705	12631
	2009	120+32Prt	353	758	505	803691	25249
Ayvacık	2003	0 +2 Prt	14	25	25	5148	0
	2009	3 +4 Prt	16	46	25	60776	487
Bayramiç	2003	1+7 Prt	18	41	25	42239	139
	2009	5+4Prt	20	59	25	141086	731
Biga	2003	20+7Prt	84	178	150	140701	6841
	2009	27+7Prt	76	202	132	261236	7177
Çan	2003	10+8Prt	46	122	96	65281	3431
	2009	14+7Prt	64	163	115	189990	3992
Ezine	2003	6+5Prt	33	76	50	40137	1722
	2009	11+5Prt	35	99	45	98459	2467
Gelibolu	2003	9+5Prt	34	70	25	56212	1210
	2009	13+6Prt	45	98	55	136042	1437
Gökçeada	2003	3+8Prt	13	41	50	17897	121
	2009	5+4Prt	14	42	45	37943	340
Lapseki	2003	0+5Prt	23	53	20	31991	126
	2009	2+4Prt	28	57	25	79889	134
Yenice	2003	2+4Prt	25	51	50	26466	1020
	2009	7+4Prt	19	68	40	42356	1048
Toplam	2003	129+76Prt	513	1120	729		27241
	2009	207+77Prt	770	1592	1012		43062

\*yatan hasta sayısına ait veriler 2008 yılının verileridir.

Araştırmanın evrenini Çanakkale İline bağlı olan devlet hastanelerinde çalışan 1592 kişi oluşturmaktadır.

Araştırmanın örnekleme yöntemi araştırmacı tarafından belirlendi. Hastanenin her mevkisinin de çalışan her gruptan birer örnek alınmaya çalışıldı. Örneklemede (10) başhekim,(10)başhekim yardımcısı, (10) başhemşire, (10)başhemşire yardımcısı,(10) hastane müdürü, (10) hastane müdür yardımcısı,(10)kalite performans temsilcisi, (10)hastane şefi, (10)personel şefi, (10)memur toplam 100 kişinin üst yönetimi temsil ettiği düşünüldü. Veri toplama esnasında hastane şefi ve personel şeflerinin ilçe hastanelerinde olmadığı ve görevlerinin veri hazırlama elemanları tarafından yapıldığı tespit edildi. Örneklemede (10) laboratuvar teknisyeni/teknikeri, (10) röntgen teknisyeni/teknikeri, (10) uzman doktor, (10) servis sorumlu hemşiresi, (10) enfeksiyon hemşiresi, (10) servis hemşiresi, (10) poliklinik hemşiresi,

(10) bilgisayar operatörü, (10) temizlik elemanı, (10) hastane güvenlik elemanı toplam 200 kişinin çalışmaya alınması düşünüldü. Veri toplama esnasında Ayvacık, Lâpseki, Yenice, Gökçeada hastanelerinde hastane güvenlik elemanı bulunmadığı tespit edildi. Bu nedenle Çanakkale Devlet Hastanesi, Biga Devlet Hastanesi, Ezine Devlet Hastanesi, Çan Devlet Hastanesinden iki güvenlik elemanından veri alındı. 04-22 Haziran 2012 tarihleri arasında anket uygulamaya gidildiği günlerde hastanede çalışan ve araştırmaya gönüllü olarak katılmak isteyen çalışanlar araştırmaya alındı.

### **3.4.Araştırmanın Çalışma Materyali**

Çalışmada Çanakkale Devlet Hastanesi ve Çanakkale İline bağlı dokuz ilçe hastanesinde çalışan sağlık personeli ile çalışıldı. Hazırlanan anketler sağlık personeline, çalışma yerinde ve mesai saatleri içinde 04-22 Haziran 2012 tarihleri arasında uygulandı. Sağlık çalışanları ilk olarak Ek 1'i, iki gün sonra ise Ek 2 formunu doldurdu.

### **3.5.Araştırmanın Değişkenleri**

Bağımlı değişken; kişinin, hastanede başhekim, başhekim yardımcısı, başhemşire, başhemşire yardımcısı, hastane müdürü, hastane müdür yardımcısı, kalite performans temsilcisi, hastane şefi, personel şefi, memur, laboratuvar teknisyeni/teknikeri, röntgen teknisyeni/teknikeri, uzman doktor, servis sorumlu hemşiresi, enfeksiyon hemşiresi, servis hemşiresi, poliklinik hemşiresi, bilgisayar operatörü, temizlik elemanı, hastane güvenlik elemanı olarak görevli olması bağımlı değişkenleri oluşturmaktadır.

Bağımsız değişken; çalışanın yaşı, aile yapısı, medeni durumu, cinsiyeti, eğitim düzeyleri, meslekte çalışma yılı, gelir düzeyi bağımsız değişkenleri oluşturmaktadır.

### **3.6.Veri Toplama Araçları**

Toplam kalite yönetimi, hasta güvenliği ve risk yapıları iç içe yer alan yapılardır. Hasta güvenliği, sağlık alanında kalite çalışmalarının sürekli iyileştirme faaliyetleri içinde yer almaktadır. Hasta güvenliğinin tanımına bakıldığında ise oluşabilecek zararlardan kaçınma, kaza eseri yaralanmaları önleme, hata olasılığını azaltma ve önlemek ifadeleri vardır. Risk yönetimine baktığımızda ise zararın olumsuz etkilerini azaltmayı ya da riski tanımlama, ölçme, kontrol etme yoluyla mali kaybı mümkün olan en alt seviyeye indirmeye

çalışmaktadır. Hastane, kalite çalışmalarının yapıldığı yer, hasta ise kurumun müşterisi, ortaya çıkacak hatadan ilk etkilenecek kişidir. Araştırmada konu ile ilgili literatür incelenerek gerekli veri toplandı ve EK 1 ve EK 2 de verilen 2 bölümden oluşan veri formu metafor analizi tekniği kullanılarak hazırlandı. Birinci bölümde hastane ve kalite, ikinci bölümde hasta, hasta güvenliği (tıbbi güvenlik) ve kurumdaki risk algısının belirlenmesi amaçlandı.

Araştırmanın ikinci basamağında, toplan anketler metafor analizi ve içerikleri göz önüne alınarak değerlendirildi. Değerlendirme sonrası kişilerin en çok ürettiği ve anlam ikileminde kalınan metaforları açıklamak için bir odak grup çalışması yapıldı. Odak grup çalışmasında EK 3'te verilen sorular soruldu. Odak grup çalışmasına bir ilçe hastanesinde çalışan başhekim, başhekim yardımcısı, başhemşire, 2 memur, bilgisayar operatörü, servis sorumlu hemşiresi, poliklinik hemşiresi, servis hemşiresi, laboratuvar teknisyeni olmak üzere 10 kişiden oluşan bir grup oluşturuldu. 45 dakika süren bir görüşme yapıldı.

### 3.7.Araştırmanın Planı ve Takvimi

Şubat 2009 - Nisan 2010 Tezin literatür bilgisinin hazırlanması/hazırlık
Nisan 2010- Mayıs 2010 Gerekli izinlerin alınması
Mayıs 2010- Nisan 2011 yeniden literatür tarama gereksinimi doğdu. Ocak 2012 yeniden etik Kurul ve İzin alınması
4-22 Haziran 2012 Anketlerin uygulanması ve analizi
22 Haziran 2012 Odak Grup Görüşmesi
Temmuz 2012- Ekim 2012 Veri analizi ve tezin teslim edilmesi

### 3.8.Verilerin Analiz Edilmesi

Veriler içerik analizi ve metafor analizi ile çözümlenmiştir. Çözümleme 6 basamakta gerçekleştirilmiştir.

- 1) Metaforların Belirlenmesi; Sağlık çalışanları tarafından üretilen metafor ve içerikleri incelendi. İlk olarak geçerli metaforlar belirlendi.
- 2) Metaforların sınıflandırılması; Katılımcılar tarafından üretilen “hastane, kalite, hasta, hasta güvenliği/tıbbi güvenlik ve risk “metaforları metaforun yapısı ve metaforun içeriği dikkate alınarak her biri ikişer kez gruplandı.
- 3) Geçerlilik ve güvenilirlik; metaforların sınıflandırılması esnasında en çok üretilen metaforlar belirlendi. Çalışma dokuz ilçe ve bir merkez il de gerçekleştiği için bir ilçe hastanesi başhekimisi ile irtibata geçilerek bir odak kontrol grup oluşturuldu. 45 dakika süren odak grup çalışmasında, katılımcılara en çok üretilen metaforlar ve anlam karmaşası yaşanan metaforlar hakkında sorular sorularak elde edilen cevaplar mevcut metaforlar ile karşılaştırıldı. Bu karşılaştırma dikkate alınarak temalar belirlendi.
- 4) Gruplanan “hastane, kalite, hasta, hasta güvenliği/tıbbi güvenlik ve risk “metaforları metaforun yapısı ve metaforun içeriği dikkate alınarak her biri kendi içinde alt temalara ayrıldı.
- 5) Kuramsal bilgiyle eşleştirme; elde edilen metaforlar literatürde bulunan araştırmacıların gruplamalarına göre yeniden yerleştirildi. Bu gruplama sırasında metaforun hem yapısı hem de içerik analizi göz önüne alındı.
- 6) Nicel veri analizi için frekanslar araştırmacı tarafından hesaplandı. Metaforların oluşturduğu temalar mevcut veriler de dikkate alınarak yorumlandı.

### 3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışma Çanakkale İlinde Sağlık Bakanlığına bağlı 10 devlet hastanesinde yapıldı. Araştırmacı tarafından hazırlanan anket iki bölümden oluşturuldu. Anketin birinci bölümü uygulandıktan iki gün sonra ikinci bölümü uygulanması planlandı. Fakat çalışan kişilerin nöbet sistemi ile çalışması, özellikle ilçelerde geçici görevde çalışan kişi sayısının fazla olması, idari kadrodakilerin toplantıda olmaları nedeniyle veri kaybı yaşanmaması için aynı gün içinde anketler uygulandı.



Analiz edilen verilerde aynı metafor yapısı birden çok anlamda bir çok kez kullanıldığı saptandı. Bu metaforlarda yapı olumsuz fakat içerik olumlu olarak üretildiği bulundu. Anlam kargaşasını önlemek açısından ek olarak bir odak grup görüşmesi yapıldı.

### **3.10. Etik Kurul Onayı ve Sağlık Müdürlüğü Onayı**

Araştırma için alınan sağlık müdürlüğü izin yazısı Ek 4 ve Ek 5 te verildi. Araştırma için Çanakkale Devlet Hastanesi Etik Kurulu'ndan alınan Etik Kurul Yazısı Ek 6'da ayrıntılı olarak sunuldu.

## **4.BULGULAR**

### **4.1.Hastane Metaforları**

Çalışmaya katılan 199 Sağlık Çalışanına “Hastane.....gibidir. Çünkü .....” sorusu soruldu ve kendilerine uygun gelen imgeleri yazmaları istendi. Bu soru ile sağlık çalışanlarının ürettikleri metaforlarla işyerine ilişkin algıları hakkında bilgi edinilmesi ile hastanelerdeki mevcut örgüt kültürü öğrenilmeye çalışıldı. Yapılan inceleme sonucunda 198 geçerli metafor üretildiği bulundu. İlk olarak sorulan sorunun ikinci bölümü “çünkü.....” göz önüne alınarak, metaforlara içerik analizi yapıldı. İkinci olarak sorulan soru bir bütün olarak ele alındı. 1986 yılında Douglas E. Mitchell ve 1997 yılında Mary Jo Hatch tarafından oluşturulan metafor grupları ile değerlendirildi. Üçüncü olarak, 1997 yılında Gareth Morgan tarafından oluşturulan metafor grupları ile değerlendirildi. Mitchell, Hatch ve Morgan’ın grupları birlikte değerlendirilen veriler son olarak Hofstede’nin belirsizlik boyutuna göre sınıflandırılarak tablo 14 oluşturuldu. Sağlık çalışanlarının ürettiği metaforlar Charles Hamperdan ve Turner ve Alfons Trompenaars’ın yazdığı ‘Kapitalizmin Yedi Kültürü’ kitabında yer alan Hiyerarşi-Eşitlik ve Bütünleyici-Çözümleyici değerlendirmesine göre yeniden sınıflandırılarak tablo 15 oluşturuldu.

İncelenen metaforlar sonucunda 52 kişinin ev metaforunu üretmesi ve yapılan içerik analizinden sonra ev algısında yaşanan anlam karmaşasını giderebilmek için bir odak grup çalışması yapıldı. Odak grup çalışmasında gruba ilk olarak;“Ev size ne ifade ediyor” sorusu soruldu. Bunun sonucunda “huzur, aile, anne-baba, güven, özel hayat barınma, korunma, mutluluk ”cevapları alındı.

Odak gruba ikinci olarak; “Ev ile hastane arasında nasıl bir ilişki vardır” sorusu soruldu. Bunun sonucunda da “ikisi de hayatın geçtiği yer- işimi yapmak beni mutlu ediyor- hastane para, ev huzurdur- hastane sabrın tüketildiği yer, ev sabrın kalmadığı yer- hastane enerjinin tüketildiği yer- hastane hep vericilik ister- Hastanede işimizden dolayı sosyal hayata yok - özel işlere zaman kalmıyor- diğer kamu çalışanlarına göre çalışma şartlarımız kötü - bayram, hafta sonu, özel günlerde çalışmak zorundayız- eleman eksikliği var- bu nedenle izin kullanılmıyor - hastane sorumluluklarımız zor ve erteleneme -zamanla sorumluluklar alışkanlığa dönüşüyor, hata affetmiyor” ifadeleri kullanıldı. Odak grupta kullanılan ifadeler doğrultusunda ev metaforunun farklı anlamlarda kullanıldığı doğrulanmıştır.

Tablo 14: Hastane Metaforları ile Örgüt Kültürü Arasındaki İlişki

Hastane Metaforu	İçeriğe Göre Metaforlar	Detay Metafor Özetlemesi	Metafor örnekleri	s/f	Mitchell& Hatch'e Göre	s/f	Morgan'a göre	Üretilen Metaforlar	s/f	Yönetim Biçimi	Dayanak	Hofstede'ye göre belirsizlik	Üretilen Metaforlar	s/f
Sosyal bir yer olarak hastane	Tedavi ve bakım merkezi	Çocuk, Bebek, İhtiyaç, Anne, Huzur evi, Kötü gün dostu, anne kucağı, Şifa, Bakım evi, Çiçek, Ev, Sığımlacak liman, Arı, Ana, Tamir atölyesi, Açık kapı	Çocuk, Bebek, İhtiyaç, Anne, Huzur evi, Kötü gün dostu, anne kucağı, Şifa, Bakım evi, Çiçek, Ev, Sığımlacak liman, Arı, Ana, Tamir atölyesi, Açık kapı	27 %13.63	Mekanik metaforlar	93 %46.96	Makine örgütler	Fabrika, Orkestra, Makine, Ev, Hastane, Sirk, Özel işletme, Hastane, Ticarethane, Maraton, Otel, İşletme, Kamu, Ekmek kapısı, İş, Şehir, İş yeri, Arıkovanı, Cihaz/makine, Bakkal, Misafirhane, Han, Büyük fabrika, Tamir atölyesi,	38 %19.19	Yapısal Birimler  Disiplin	Bilimsel yönetim  Klasik dönem	Sistemli belirsizliğin düşük olduğu yer	Ev, Arıkovanı, 2.adres, Hastane, Otel, İşletme, Ekmek kapısı, İş, İş yeri, Ticarethane, Özel İşletme, Para, Bakkal, Darphane, Çiftlik, Devlet, AVM, Han, Alışveriş merkezi, Tiyatro, Meyve hali, Misafirhane, Küçük bir ilke, Fabrika, Okul, Orkestra, Makine/cihaz, Makine, Büyük fabrika, Tamir atölyesi, Akvaryum, Kamu, Şehir, Değirmen, Altın, Sığımlacak liman, Anne, Yuva, Çiçek, Sevgili, Bahçe, Hayat, İhtiyaç, Vazgeçilmez, Şifa, Su, Yaşam, Sağlık, Karınca, Arı, Canlı, Geniş Aile, Aile, Eş, Ağaç, Organizma, Gök kuşağı, Kötü gün dostu, Anne kucağı, İnsan	156 %78.78
	Çalışma koşulları iyi, güvenli yer	Sevgili, Ev, Ev-aile, Devlet-vatan, Yuva, Geniş aile, Çiçek, Aile, Bahçe, Anne, Devlet, Ana	40 %20.20	Ruhlar hapishanesi		Kabus-cehennem, Dram, Hapishane, Acil evi, Çöl, kaktüs	7 %3.53							
	Çalışma saatleri uzun bir yer	Ev, 2. Adres, 2.ev	25 %12.62	Tahakküm aracı olarak örgütler		Ev, AVM, Çöplük, Ticarethane, Eş, Arı, Han, Darphane, Lunapark, Pazaryeri, Kaktüs, Çiftlik, Alışveriş merkezi, Aşure, İşletme, Başsız bir heykel, Para, Sirk, Panayır yeri, Deniz, 2.adres, Akvaryum, İkinci ev	48 %24.24							
	Çalışma koşulları kötü olan yer	Kabus-cehennem, Dram, Eş, Hapishane, Arı, Darphane, Lunapark, Akvaryum, Kaktüs, Aşure, Başsız bir heykel, Para, Sirk, Panayır yeri,	17 %8.58											
Ticari yer	Sürekli çalışan yer	Mikser, Maraton, Karınca, Arıkovanı, Canlı	Mikser, Maraton, Karınca, Arıkovanı, Canlı	6 %3.03	Organizma Metaforu	12 %6.06	Organizma metaforu	Organizma, İnsan, Karınca, Çiçek, Ağaç, Canlı, Arı	12 %6.06	İşlevsel parçalar Hiyerarşi	Beşeri ilişkiler Modern yaklaşım			
	İşyeri ve para	Hastane, Otel, İşletme, Ekmek Kapısı, İş, İşyeri, Para, Ticarethane, Özel işletme, Bakkal	Hastane, Otel, İşletme, Ekmek Kapısı, İş, İşyeri, Para, Ticarethane, Özel işletme, Bakkal	21 %10.60										
Karmaşık bir yer	Belirsiz Öğrenme yeri	Okul, deniz	Okul, deniz	4 %2.02	Kolaj örgütler	21 %10.60	Akış ve dönüşüm aracı	Hayat, Deniz, Yolculuk, Mikser, Gökkuşağı, Zaman, Şifa, Su, Değirmen, Yaşam, İnsan, İlkbahar, Nehir, Altın, sağlık	18 %9.09	Etkin birimler  Bilgi paylaşımı	Postmoder n dönem	Sistemsiz, belirsizliğin yüksek olduğu yer	Mikser, Hapishane, Sirk, Başsız bir heykel, Çöplük, Lunapark, Pazar yeri, Acil evi, Panayır yeri, Panayır, Kazan, Terminal, Açık kapı, Çocuk, Bebek, Deniz, Yolculuk, Tarla, Aşure, Nehir, Türlü yemek, Çöl, Kabus-cehennem, Kaktüs, Dram, orman, Maraton, Zaman, İlkbahar	42 %21.21
	Gereksiz hasta başvurusu olan yer	AVM, Çöplük, Han, Pazar yeri, Acil evi, Alışveriş merkezi, İşletme, Panayır, Misafirhane	AVM, Çöplük, Han, Pazar yeri, Acil evi, Alışveriş merkezi, İşletme, Panayır, Misafirhane	10 %5.05		Beyin olarak örgüt	Okul	3 %1.51						
	Belirsiz bir sistemi olan yer	Yolculuk, İnsan, Deniz, İlkbahar, Kazan, Çöl	Yolculuk, İnsan, Deniz, İlkbahar, Kazan, Çöl	7 %3.53	Kültür Örgütler	61 %30.80	Kültür Örgütler	Sevgili, Ev, Ev-aile, Çocuk, Devlet-vatan, Yuva, Geniş Aile, Vazgeçilmez, ihtiyaç, Huzurevi, Kötü gün dostu, Anne kucağı, Bahçe, Misafirhane, Sığımlacak liman, Ana, Bebek, Tarla, Yaşam, Açık kapı	61 %30.8	Paylaşılan değerler  Etkin iletişim	Sembolik yaklaşım			
	Belirli düzeni ve birimleri olan yer	Ev, Fabrika, Orkestra, Makine, Organizma, sirk, İnsan, Aile, Gökkuşağı, Tiyatro, Terminal, Değirmen, Cihaz/makine, Orman, Büyük fabrika, Türlü yemek, Şehir, Küçük bir ilke, Meyve hali	Ev, Fabrika, Orkestra, Makine, Organizma, sirk, İnsan, Aile, Gökkuşağı, Tiyatro, Terminal, Değirmen, Cihaz/makine, Orman, Büyük fabrika, Türlü yemek, Şehir, Küçük bir ilke, Meyve hali	26 %13.13										
Yaşamsal yapı	Yaşamsal yapı	Hayat, Vazgeçilmez, Ağaç, Su, Altın, Zaman, Yaşam, Sağlık, Nehir	Hayat, Vazgeçilmez, Ağaç, Su, Altın, Zaman, Yaşam, Sağlık, Nehir	15 %7.57	Pazar yeri metaforu	11 %5.55	Politika Metaforu	Su, Panayır, Tiyatro, Meyve hali, Devlet, Kazan, Akvaryum, Türlü yemek, Çiftlik, Terminal, Küçük bir ilke	11 %5.55	Sözleşme  Ödül&Ceza	Anlaşmalı düzen			

Tablo 14 incelendiğinde aşağıdaki bulgular elde edildi.

A) İlk olarak içerik analizi ile birlikte metafor analizi yapıldı. Bunun sonucunda birinci bölümde metaforlar, dört ana metafor grubuna ayrıldı.

1.ana metafor grubu; Sosyal bir yer olarak hastane, kendi içinde dört alt gruba ayrıldı. Bunlar;

- 1.alt grup; tedavi ve bakım merkezi olarak hastane; sağlık çalışanlarının %13.63'ünün (27) hastaneyi tedavi ve bakım hizmeti verilen bir yer olarak algıladığı bulundu. Tedavi ve bakım merkezi olarak hastane için “Çocuk, Bebek, İhtiyaç, Anne, Huzur evi, Kötü gün dostu, anne kucağı, Şifa, Bakım evi, Çiçek, Ev, Sığımlacak liman, Arı, Ana, Tamir atölyesi, Açık kapı” metaforları üretildi.
- 2.alt grup; çalışma koşulları iyi, güvenli bir yer olarak hastane; sağlık çalışanların %20.20'sinin (40) hastaneyi çalışma koşulları iyi, güvenli ve severek çalışılan bir yer olarak algıladığı bulundu. Çalışma koşulları iyi, güvenli bir yer olarak hastane için “Sevgili, Ev, Ev-aile, Devlet-vatan, Yuva, Geniş aile, Çiçek, Aile, Bahçe, Anne, Devlet, Ana” metaforları üretildi.
- 3.alt grup; çalışma saatleri uzun bir yer olarak hastane; sağlık çalışanlarının %12.62'sinin (25) hastaneyi uzun çalışma saatleri olduğunu, evlerinden daha fazla zamanı hastanede geçirdiklerini ifade etti. Çalışma saatleri uzun bir yer olarak hastane için” Ev, 2. Adres, 2.ev” metaforları üretildi.
- 4.alt grup; çalışma koşulları kötü bir yer olarak hastane; sağlık çalışanlarının %8.58'inin (17) hastaneyi çalışma şartları, iş güvenliği kötü bir yer olarak gördüğü bulundu. Çalışma koşulları kötü bir yer olarak hastane için “Kabus-cehennem, Dram, Eş, Hapishane, Arı, Darphane, Lunapark, Akvaryum, Kaktüs, Aşure, Başsız bir heykel, Para, Sirk, Panayır yeri,” metaforları üretildi.

2.ana metafor ticari bir yer olarak hastane kendi içinde 2 alt gruba ayrıldı.

- 1.alt grup; sürekli çalışan bir yer olarak hastane, sağlık çalışanlarının %3.33'ünün (7) hastaneyi 24 saat hizmet veren ve sürekli çalışan bir kurum olarak algıladı. Sürekli çalışan bir yer olarak hastane için “Mikser, Maraton, Karınca, Arıkovanı, Canlı” metaforları üretildi.
- 2.alt grup; işyeri ve para olarak hastane; sağlık çalışanlarının %10.60'ının (21) hastaneyi sadece işyeri, para kazanılan bir yer olarak algıladı ve duygusal bir bağ

olmadığını ifade etti. İşyeri ve para olarak hastane için “Hastane, Otel, İşletme, Ekmek Kapısı, İş, İşyeri, Para, Ticarethane, Özel işletme, Bakkal” metaforları üretildi.

3.ana metafor; karmaşık bir yer olarak hastane grubu kendi içinde dört alt gruba ayrıldı.

- 1.alt grup; belirsiz, öğrenme yeri olarak hastane; sağlık çalışanlarının %2.02’sinin (4) hastanede belirli bir şey olmadan her gün yeni şeylerin öğrenildiğini ifade ettiği bulundu. belirsiz, öğrenme yeri olarak hastane için “Okul, deniz “ metaforları üretildi.
- 2.alt grup; Gereksiz hasta başvurusu olan yer olarak hastane; sağlık çalışanların %5.05’inin hastanelere gereksiz (hasta olmadan) hasta başvurusu olduğunu ifade etti. Gereksiz (hasta olmadan) hasta başvurusu için “AVM, Çöplük, Han, Pazar yeri, Acil evi, Alışveriş merkezi, İşletme, Panayır, Misafirhane” metaforları üretildi.
- 3.alt grup; belirsiz bir sistemi olan yer olarak hastane; sağlık çalışanların %5.05’inin (10) hastanelerin düzensiz bir sisteme sahip olduğunu ifade etti. Belirsiz bir sistemi olan yer olarak hastane için “AVM, Çöplük, Han, Pazar yeri, Acil evi, Alışveriş merkezi, İşletme, Panayır, Misafirhane” metaforları üretildi.
- 4. Alt grup; Belirli düzeni ve birimleri olan yer olarak hastane; sağlık çalışanlarının %13.13’ünün (26) hastaneyi belirli bir işleyişin, birbiriyle ilişkili etkin birimlerin olduğunu ifade ettiği bulundu. Belirli düzeni ve birimleri olan yer olarak hastane için “Ev, Fabrika, Orkestra, Makine, Organizma, sirk, İnsan, Aile, Gökkuşuğu, Tiyatro, Terminal, Değirmen, Cihaz/makine, Orman, Büyük fabrika, Türlü yemek, Şehir, Küçük bir ülke, Meyve hali” metaforları üretildi.

4.ana grup; yaşamsal bir yapı olarak hastane; sağlık çalışanlarının %7.57’sinin (15) hastaneyi toplum açısından hayati öneme sahip, değerli bir yer olarak algıladı. Yaşamsal bir yapı olarak hastane için “Hayat, Vazgeçilmez, Ağaç, Su, Altın, Zaman, Yaşam, Sağlık, Nehir” metaforları üretildi.

B) ikinci olarak Mitchell ve Hatch’ın metafor sınıflamalarından faydalanarak sağlık çalışanlarının ürettikleri metaforlar beş gruba ayrıldı. Son olarak Gareth Morgan’ın metafor gruplamalarından yararlanıldı ve Morgan’ın sınıflandırdığı metaforlar Mitchell ve Hatch’ın metafor gruplaması ile birleştirildi.

- Mekanik Metaforlar; sağlık çalışanlarının %46.96’sının hastaneyi mekanik metaforlar ile sembolize ettiği bulundu. Mekanik metaforun yönetim biçimi bilimseldir. Mekanik metafor üreten sağlık çalışanlarına göre hastaneler bilimsel

yönetimle yönetilmekte, disiplin ve denetleme oldukça önemlidir. Morgan'ın metafor grupları incelendiğinde ise aşağıdaki sonuçlar bulundu.

Makine Örgütler; sağlık çalışanlarının %19.19'unun örgütü makine örgütler olarak algıladı. Makine örgütler için "Fabrika, Orkestra, Makine, Ev, Hastane, Sirk, Özel işletme, Hastane, Ticarethane, Maraton, Otel, İşletme, Kamu, Ekmek kapısı, İş, Şehir, İş yeri, Arıkovanı, Cihaz/makine, Bakkal, Misafirhane, Han, Büyük fabrika, Tamir atölyesi" metaforları üretildi.

Ruhların Hapishanesi olarak örgütler; sağlık çalışanların % 3.53'ünün hastaneyi ruhlar hapishanesi olarak algıladığı ve kendilerini tutsak eden kontrol süreçleri ve yönetim şekillerini ifade ettikleri bulundu. Ruhlar hapishanesi için "Kabus-cehennem, Dram, Hapishane, Acil evi, Çöl, kaktüs" metaforları üretildi.

Tahakküm Aracı Olarak Örgütler; sağlık çalışanlarının %24.24'ünün örgütü tahakküm aracı olarak gördüğü bulundu. Sağlık çalışanlarına göre yetersiz iş güvenliği, uzun çalışma saatleri, olumsuz işyeri şartları, hastaneye gereksiz yere başvuran hastalar gibi nedenlerle örgütün bir tahakküm aracına dönüştüğü bulundu. Burada kaktüs, arı gibi metaforlar organik metafor olmasına rağmen içerik olarak örgütteki kötü kişiler arası ilişkileri yansıttığı bulundu. Ev metaforu kültür metaforuna girmesine rağmen yapılan odak grup görüşmesinde hastaneye ait çalışma saatleri, sorumluluk, eleman eksikliği, para gibi ifadeler kullanılması, ev metaforunun makine metaforu, içerik analizine göre ise tahakküm aracını ifade eden bir metafor olduğu bulundu. İçerik analizine göre çalışma saatleri uzun yer olarak hastane, Çalışma koşulları kötü olan yer olarak hastane ve Gereksiz hasta başvurusu olan yer olarak hastane alt grupları toplandığında 52 ile ruhlar hapishanesi olarak örgütler ve tahakküm aracı olarak örgütler için üretilen metaforlar toplandığında 55 kişi bulundu. Bu iki değer bir biriyle uyumlu olarak kabul edildi.

- Organizma Metaforu; Sağlık çalışanlarının %6.06'sının hastaneyi organizma metaforu ile ifade ettiği bulundu. Morgan da Mitchell ve Hatch ile uyumlu olarak organizma metaforu olarak isimlendirildi. Organizma metaforu için "Organizma, İnsan, Karınca, Çiçek, Ağaç, Canlı, Arı" metaforları üretildi. Organizma olarak örgütler modern dönemi karşılamaktadır ve beşeri ilişkiler oldukça önemlidir.
- Kolaj Örgütler; sağlık çalışanlarının%10.60'ının hastaneyi kolaj örgütler olarak algıladığı bulundu. Kolaj örgütlerde, birimlerin etkindir ve bilgi paylaşımı vardır.

Postmodern dönemi karşılamaktadır. Morgana göre incelendiğinde kolaj örgütler iki gruba ayrıldı.

Akış ve Dönüşüm Aracı Olarak Örgütler, sağlık çalışanlarının %9.09'unun örgütü akış ve dönüşüm aracı olarak algıladığı bulundu. Akış ve dönüşüm aracı olarak örgütler için "Hayat, Deniz, Yolculuk, Mikser, Gökkuşuğu, Zaman, Şifa, Su, Değirmen, Yaşam, İnsan, İlbahar, Nehir, Altın, sağlık" metaforları üretildi.

Beyin Olarak örgütler; Sağlık çalışanlarının %1.51'inin örgütü beyin olarak örgüt olarak algıladığı bulundu. Beyin olarak örgütler için okul metaforu üretildi. Beyin olarak örgütler enformasyon örgütleri ifade eder ve öğrenme, öğrenmeyi öğrenme ve öğrenen örgüt konuları bu metaforunda yer alır.

- Kültür Örgütler; Mitchell kültür olarak örgütleri konuşma yönetimi olarak isimlendirdi. 1997'de Hatch kültür örgütler olarak ele aldı. Morgan da kültür örgütler olarak ele aldı. Sağlık çalışanlarının %30.80'inin hastaneyi kültür olarak örgütler algıladığı bulundu. Kültür olarak örgütler için "Sevgili, Ev, Ev-aile, Çocuk, Devlet-vatan, Yuva, Geniş Aile, Vazgeçilmez, ihtiyaç, Huzurevi, Kötü gün dostu, Anne kucacı, Bahçe, Misafirhane, Sığımlıca liman, Ana, Bebek, Tarla, Yaşam, Açık kapı" metaforları üretildi. Kültür olarak örgütler sembolik yaklaşımı karşılamaktadır ve örgüt içinde var olan değerler çok önemlidir.
- Pazar yeri metaforu; Mitchell ve Hatch'a göre Pazar yeri metaforunu Morgan'ın sınıflandırmasında politika metaforu karşılamaktadır. Sağlık çalışanlarının %5.55'inin örgütü Pazar yeri olarak algıladığı bulundu. Politika için "Su, Panayır, Tiyatro, Meyve hali, Devlet, Kazan, Akvaryum, Türlü yemek, Çiftlik, Terminal, Küçük bir ülke" metaforları üretildi. Pazar yeri metaforunda işveren ve çalışanlar arasında anlaşmalı bir düzen vardır. Ödül ve cezalar önemli yer tutar.

C) Üçüncü olarak üretilen metaforların içeriğine göre değerlendirip belirsizlik durumu değerlendirildi ve Hofstede'ye yorumlandı. Hofstede'nin kültür boyutları arasında yer alan belirsizlikten kaçınma boyutuna göre metaforlar değerlendirildi. Türk toplumunda belirsizlikten kaçınma oranı yüksektir. Risk ve belirsizlik durumu stres yaratmakta, kişiler sürekli güvende hissetmek istemek istedikleri için hatayı kabullenmeme, başkalarını suçlama gibi davranışlar yaygındır. Türkiye'de nitelikli ve donanımlı genç nüfus kariyer açısından kamu kuruluşlarını tercih etmektedir. Devlet hastaneleri de bir kamu kuruluşu olup belirsizlik düzeyi düşüktür. Sağlık çalışanlarının %78.78'inin hastanede belirsizliğin düşük ve belirli bir

sistemin var olduğunu ifade ettiği bulundu. Sağlık çalışanlarının %21.21'inin ise hastanelerde belirli bir sistem olmadığını ve yapılan işlerde bir belirsizlik yaşandığını ifade ettiği bulundu.

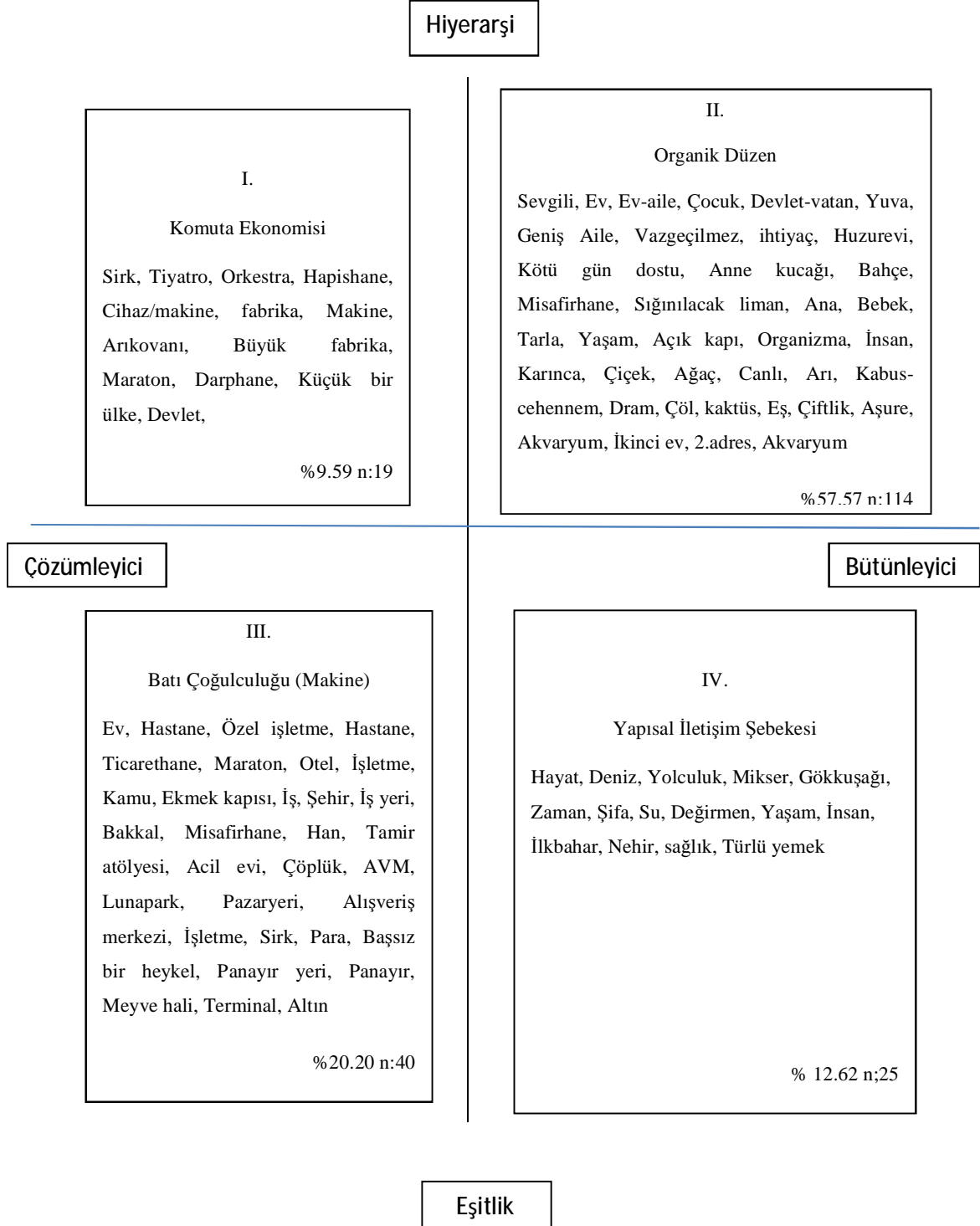
D) Sağlık çalışanları tarafından üretilen metaforlar Hampden ve Trompenaars'ın çalışması göz önüne alınarak yeniden sınıflandırıldı. Yapılan yeni sınıflandırma ile şekil 4 oluşturuldu.

Metaforlar dört ana bölüme ayrıldı.

- Birinci bölüm; Komuta Ekonomisi; komünizmin çöküşünden önce var olan Doğu Avrupa ülkeleri bu bölümde yer alır. Bu bölüm bilimsel sosyalizmi tanımlar. Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının %9.59'unun hastaneyi komuta ekonomisi olarak algıladığı bulundu. Komuta ekonomisinde kesin ve ayrıntılı emirler verilmeden önce her şeyi tasarlayıp çözümleyen bir hiyerarşi vardır. Tıpkı orkestranın çalacağı parçanın önceden yazılmış olması, makinenin sadece bir işe yönelik olması, bir devlette uyulacak kuralların başkaları tarafından hazır olması ve kişilerin bu kurallara uyması gibi. Komuta ekonomisi bölümünde çalışanların yapacakları işler önceden ayrıntılı olarak çözümlenmiştir. Kişilerin bireysel tercihleri yoktur.
- İkinci bölüm; Organik Düzen; Hampden ve Trompenaars'a göre organik düzende aile bağlarını andıran sorumluluklar vardır. Hiyerarşi çok fazladır. Bütünleyici yapıdadır. Sağlık çalışanlarının %57.57'sinin organik düzeni ifade eden metaforlar ürettiği bulundu.
- Üçüncü bölüm; Batı çoğulculuğu (makine) örgütler; sağlık çalışanlarının %20.20'si örgütü batı çoğulculuğu, makine örgüt olarak algılamaktadır. İsveç, İngiltere, Hollanda, Amerika, Avustralya, Kanada bu grupta yer alır. Emirler yukarıdan aşağıya doğru iner. Hiyerarşik basamaklar arasında ilişkiler soğuk, resmi, akılcı ve işlevseldir.
- Dördüncü bölüm; Yapısal İletişim Şebekesi; Almanya buna en iyi örnektir. Almanya'nın yapısal iletişim şebekeleri bir birine entegre olmuş durumdadır. Almanya'nın en güçlü yönü, ağır sanayinin bünyesinde üreticiler, endüstriler, sendikalar ve müşteriler arasında sağlam temellere oturan bir iletişim düzeninin olmasıdır. Hiyerarşik yapı düşük, bütünleyici bir yapıdadır. Sağlık çalışanlarının %12.62'si hastaneyi yapısal iletişim şebekesi şeklinde algılamaktadır.



Şekil 4: Metafor Analizine göre Hastanelerde Eşitlik ve Hiyerarşi



## 4.2.Kalite Metaforları

Sağlık çalışanlarına;

“Kurumunuzdaki kaliteyi bir canlıya benzetmeniz gerekseydi onu hangi canlıya benzetirdiniz? .....”. “Kaliteyi neden bu canlıya benzettiniz? .....” soruları soruldu ve kendilerine uygun gelen imgeleri yazmaları istendi. Bu soru ile 2003 yılında başlayan Sağlık Bakanlığı Çalışmaları doğrultusunda, sağlık çalışanlarının kalite çalışmalarından edindikleri deneyimlerini ve algılarını düşünerek bir metafor üreteceği varsayıldı. Üretilen metaforlar yardımıyla sağlık çalışanlarının kaliteye bakış açıları ve katılımları değerlendirilmeye çalışıldı. Çalışmaya 199 sağlık çalışanı katıldı ve 198 geçerli kalite metaforu tespit edildi.

İlk olarak üretilen metaforlara içerik analizi uygulandı. İkinci olarak üretilen metaforlar ve içerikleri bir bütün olarak değerlendirildi. 2006 yılında Saint Gobein Endüstri'nin yaptığı bir araştırmada kullanılan metafor grupları incelenerek bu gruplara göre metaforlar gruplara ayrıldı ve tablo 16 oluşturuldu.

Sağlık çalışanları tarafından üretilen metaforlar incelendiğinde Aslan (17 kişi), Bukalemun (14 kişi) ve yılan (5 kişi) farklı anlamlarda kullanıldığı görüldü. İçerik ve üretilen metaforlar arasındaki ilişkiyi doğrulamak amacıyla oluşturulan odak gruba sırasıyla aşağıdaki sorular yöneltildi,

İlk olarak gruba “Aslan size ne ifade ediyor” sorusu soruldu. Aslan “güç, bencillik, otorite, liderlik, vahşi, yırtıcı, zevk için öldürmez yaşamak için öldürür” ifadeleri kullanıldı. “Aslan ile kalite arasında nasıl bir ilişki vardır” sorusu soruldu. Aslan ile kalite arasında; ”disiplin, bencil, tek taraflı, garantici, aslan zorla güçle iş yaptırır “ ifadeleri kullanıldı. Sonuçta aslanın otoriter liderliği ifade ettiği bulundu.

İncelenen metaforlarda bukalemun ve yılan metaforlarında değişim, yenilik, değişkenlik, sokma ifadeleri kullanıldığı için odak gruba; “Bukalemun size ne ifade ediyor” sorusu soruldu. Bukalemun; “değişkenlik, savunma, avlanma, ortama ayak uydurma” ifadeleri kullanıldı. Bukalemun ile kalite arasında nasıl bir ilişki vardır” sorusuna ise “kalitenin istediği şey, öz değişmez, rengi değişir ama özü aynı kalır, yalakalık, çıkarıcılık, yaşamak için uyum” ifadeleri kullanıldı. Tablo 15’de yer alan kalitenin yanlış/eksik anlaşıldığını doğrular niteliktedir.

“Yılan size ne ifade ediyor” sorusuna ise “soğuk, sinsî, görüntüsü soğuk, kötü ama yararlı, olmazsa doğanın dengesi değişir” ifadeleri kullanıldı. “Yılan ile kalite arasında nasıl

bir ilişki vardır” sorusuna “ zarar verir, denge, deri değiştirme” ifadeleri kullanıldı. Yılanın deri değiştirmesi, bukalemunun renk değiştirmesi ile ilgili olarak “ her yenilik değişim, her değişimde yenilik değildir” ifadesi kullanıldı. Çok farklı anlamda yılan ve bukalemun metaforu kullanıldığı için “neden bu canlıya benzettiniz? Sorusu dikkate alınarak hayvan metaforları yerleştirildi

Tablo 15: Kalite Metafor Analizi

Kalite Metaforu	İçeriğe Göre Metaforlar	Detay Metafor Özetlemesi	Metafor örnekleri	s/f	Saint Gobain Grup'a göre Hayvan Metaforları	Metafor Örnekleri	s/f	Açıklama
Kalite Metaforu	Sosyal, yararlı bir yapı olarak kalite	Sürekli çalışan, üreten bir yapı	Karınca, Serçe, Arı, Bal arısı, örümcek, kırlangıç kuşu	31 %15.65	Hızlı Vahşi Hayvanlar	Serçe, Kunduz, Aslan, Kartal, Tavşan, Kızıl sincap, Vahşi bir canlı, Çita, Tavus kuşu, Kuş, Kanguru, Kelebek, Kaplan, Kırlangıç kuşu, Maymun	32 %16.16	Örgüt hızlı gelişir ve çok esnek, güvenilir, yenilikçi ve dikkatlidir. Örgüt düşünerek karar alır ve yatırım yapar. Yenilikçi okullara göre ise; Örgütün iki yüzü vardır. Örgüt hızlı ve aktiftir ama sert, katı, kurnazdır ve kendini gizler.
		Sürekli gelişen, iyileşen yapı	Bukalemun, Kartal, Yılan, Köpek, Arı, Çita, Kuş, İnsan, Karınca, Arı, Kelebek	21 %10.60				
		Faydalı, ilgilendikçe verimliliği artan yapı	İnek, İnek buzağuları, Tavus kuşu, Köpek, Süt İneği, At, Koyun	13 %6.56				
		Güzelliğin sembolü, değerli bir yapı	Kızıl sincap, İpek Böceği, Tavus kuşu, Tavşan, Balık, Kaplan, Uyuyan dev, Akvaryumdaki balık, Kelebek	13 %6.56				
	Değişken, belirsiz bir yapı	Kurumsal eksiği olan/eksik anlaşılan yapı	Yavru bir aslan ama doğal ortamında değil, Deve, Köpek, Tavus kuşuna- ama ayaklarına bakmamak gerek, Bir kanadı olmayan kuş, Tüylere dökülen kuş, Yavru bir tay, Kaplumbağa, kedi, Arı	10 %5.05	Sıkı Çalışan Hayvanlar	Karınca, İnek, Arap atı, Köpek, Yarış atı, İnek buzağuları, Arı, İpek böceği, At, Bal arısı, Süt ineği, İnsan, İnsan beyni, Koyun	74 %37.37	Örgüt üyeleri çok çalışkandır ve örgütün ihtiyaç duyduğu şeylerin farkındadır. Örgüt güvenilirdir ve kurallara uyar. Sorun halinde; çalışanlar cezalandırılır ve gereklilik halinde çalışanlar hazırda tutulur.
		Değişken, çift kişilikli yapı	Kunduz, Köpek, Karabatak, Bukalemun, Dışarıdan bakıldığında ejderha-içine girildiğinde bukalemun, Tavşan, Vahşi bir canlı, Kaplan, Tilki, Kedi, Zebra, Arı, Kanguru	19 %9.59				
		Nankör, sağlık çalışanına zarar veren yapı	Kedi, Akrep, Sincap, Deneysel faresi, Mikrop, Yılan, Ayı, Sivrisinek, Sansar, Köpek, Örümcek	21 %10.60	Yavaş, hantal, kurnaz ve çıkarıcı hayvanlar	Kedi, Deve, Kaplumbağa, Amip, Karabatak, Akvaryumdaki balık, Ağustos böceği, Sincap, Deneysel faresi, Mikrop, Boğa, Karınca ve çekirge, Solucan, Tüylere dökülen Kuş, Domuz, Deve kuşu, Bir kanadı olmayan kuş, Sinek, Sivrisinek. Süs bebeği, Sansar, Zebra, Örümcek, İnsan, Balık, Fil, Yavru bir tay, Yeni doğmuş tavşan, Çekirge, Hamster, Uyuyan dev, Yavru bir aslan ama doğal ortamında değil, İnek, Akrep, Dışarıdan bakıldığında ejderha-içine girildiğinde bukalemun, Bukalemun Tavus kuşuna- ayaklarına bakmamak gerek, Yılan, Öküz, Kaplan, Tilki, Ayı,	92 %46.46	Örgüt büyüktür ve değişiklik yaparken çok yavaştır. İnsan ruhu için tehlikeli ve aldatıcı olabilir. Hiçbir şey görüldüğü gibi değildir. Çalışanlar örgütsel görevlerin farkında değildir ve yönlendirici bilgi olmaksızın çok fazla uğraş/çaba sarf eder
		Denetim zamanı çalışan yapı	Kedi, Öküz, Ayı, Ağustos böceği, İnsan, Bukalemun, Çekirge, Sincap, Karınca ve Çekirge	9 %4.54				
		İşe yaramaz bir yapı	Amip, Ağustos böceği, Kaplumbağa, Solucan, Domuz, Sinek, Hamster, Süs bebeği	10 %5.05				
		Liderlik ve yönetim yapısı	Liderliğin hızın simgesi	Arap atı, Yarış atı, At, İnsan, İnsan beyni				
	Gücün otoritenin simgesi	Aslan, Boğa, Kartal	17 %8.58					
	İtaatkar bir yapı	Eşek, İnek, Kedi, Köpek, At	10 %5.05					
	Yavaş gelişen yapı	Kaplumbağa, Karınca, Fil	8 %4.04					

A) Sağlık çalışanları tarafından üretilen metaforlar içerik analizine göre üç ana metafor grubu oluşturuldu.

Birinci ana grup sosyal, yararlı bir yapı olarak kalite kendi içinde dört alt gruba ayrıldı.

- Birinci alt grup; Sürekli çalışan, üreten bir yapı olarak kalite; sağlık çalışanlarının % 15.65'inin (31) kaliteyi sürekli çalışan, üretken bir yapı olarak algıladığı bulundu. Sürekli çalışan, üreten bir yapı olarak kalite için "Karınca, Serçe, Arı, Bal arısı, örümcek, kırlangıç kuşu" metaforları üretildi.
- İkinci alt grup; Sürekli gelişen, iyileşen yapı olarak kalite; sağlık çalışanlarının %10.60'ının (21) kaliteyi sürekli gelişen, iyileşen bir yapı olarak gördüğü bulundu. Sürekli gelişen, iyileşen bir yapı olarak kalite için "Bukalemun, Kartal, Yılan, Köpek, Arı, Çita, Kuş, İnsan, Karınca, Arı, Kelebek" metaforları üretildi.
- Üçüncü alt grup; Faydalı, ilgilendikçe verimliliği artan yapı olarak kalite; sağlık çalışanlarının %6.56'sının (13) kaliteyi kurum için faydalı, emek verdikçe, üzerinde çalışıldıkça verimliliği arttıran bir yapı olarak algıladığı bulundu. Faydalı, ilgilendikçe verimliliği artan yapı olarak kalite için "İnek, İnek buzağuları, Tavus kuşu, Köpek, Süt İneği, At, Koyun" metaforları üretildi.
- Dördüncü alt grup; Güzelliğin sembolü, değerli bir yapı olarak kalite; sağlık çalışanlarının %6.56'sının (13) kalitenin kurumdaki güzelliği arttırdığını düşündüğü bulundu. Güzelliğin sembolü olarak kalite için "Kızıl sincap, İpek Böceği, Tavus kuşu, Tavşan, Balık, Kaplan, Uyuyan dev, Akvaryumdaki balık, Kelebek" metaforları üretildi.

İkinci ana grup değişken, belirsiz bir yapı olarak hastane metaforu kendi içinde beş alt gruba ayrıldı.

- Birinci alt grup; Kurumsal eksiği olan/eksik anlaşılan yapı olarak kalite; sağlık çalışanlarının %5.05'inin (10) kalitenin kurumdan kaynaklanan eksiklikler yaşadığını, sağlık çalışanları tarafından eksik/ yanlış anlaşıldığını ifade ettiği bulundu. Kurumsal eksiği olan/eksik anlaşılan yapı olarak kalite için "Yavru bir aslan ama doğal ortamında değil, Deve, Köpek, Tavus kuşuna- ama ayaklarına bakmamak gerek, Bir kanadı olmayan kuş, Tüyleri dökülen kuş, Yavru bir tay, Kaplumbağa, kedi, Arı" metaforları üretildi.

- İkinci alt grup; Değişken, çift kişilikli yapı olarak kalite; sağlık çalışanlarının %9.59'unun (19) kalite çalışmalarının kişiye ve şartlara göre değişkenlik gösterdiği bu nedenle çalışanlar arasında çift kişilik gibi çifte standart gösterdiğine inandığı bulundu. Değişken, çift kişilikli yapı olarak kalite için "Kunduz, Köpek, Karabatak, Bukalemun, Dışarıdan bakıldığında ejderha- içine girildiğinde bukalemun, Tavşan, Vahşi bir canlı, Kaplan, Tilki, Kedi, Zebra, Arı, Kanguru," metaforları üretildi.
- Üçüncü alt grup; Nankör, sağlık çalışanına zarar veren yapı olarak kalite; sağlık çalışanlarının %10.60'ının (21) kalite çalışmalarının sağlık zarar veren yapı olarak kalite çalışmaları için "Kedi, Akrep, Sincap, Deney faresi, Mikrop, Yılan, Ayı, Sivrisinek, Sansar, Köpek, Örümcek" metaforları üretildi.
- Dördüncü alt grup; Denetim zamanı çalışan yapı; sağlık çalışanlarının %4.54'ünün (9) kurumdaki kalite çalışmalarının sadece denetim zamanı çalıştığı diğer zamanlarda aktif olmadığını ifade ettiği bulundu. Denetim zamanı çalışan yapı olarak kalite çalışmaları için "Kedi, Öküz, Ayı, Ağustos böceği, İnsan, Bukalemun, Çekirge, Sincap, Karınca ve Çekirge" metaforları üretildi.
- Beşinci alt grup; İşe yaramaz bir yapı; sağlık çalışanlarının %5.05'inin (10) kurumdaki kalite çalışmalarını gereksiz, işe yaramaz, boş olan çalışmalar olarak gördüğü bulundu. İşe yaramaz bir yapı olarak kurumdaki kalite çalışmaları için "Amip, Ağustos böceği, Kaplumbağa, Solucan, Domuz, Sinek, Hamster, Süs bebeği" metaforları üretildi. Genel olarak bakılacak olursa; sağlık çalışanlarının %34.84'ünün (69) sağlık kurumlarındaki kalite çalışmaları hakkında olumsuz bir düşünceye sahip olduğu bulundu.

Üçüncü ana grup Liderlik ve yönetim yapısı olarak belirlendi ve kendi içinde dört alt gruba ayrıldı.

- Birinci alt grup; Liderliğin hızın simgesi olarak kalite çalışmaları; sağlık çalışanlarının %8.08'inin (16) kurumdaki kalite çalışmalarını hız, rekabet ve liderliğin simgesi olarak gördüğü bulundu. Liderliğin hızın simgesi olarak kalite çalışmaları için "Arap atı, Yarış atı, At, İnsan, İnsan beyni" metaforları üretildi.
- İkinci alt grup; Gücün otoritenin simgesi; sağlık çalışanlarının %8.58'inin (17) kurumdaki kalite çalışmalarını gücün, otoritenin kaynağı olarak gördüğü bulundu. Gücün otoritenin simgesi olarak kalite çalışmaları için "Aslan, Boğa, Kartal" metaforları üretildi.

- Üçüncü alt grup; İtaatkâr bir yapı olarak kalite çalışmaları; sağlık çalışanlarının %5.05'inin (10) kurumdaki kalite çalışmalarında çalışan kişilerin itaatkâr olduğunu, verilen iş çok fazlada olsa karşı çıkmadıklarını düşündüğü bulundu. İtaatkâr bir yapı olarak kalite çalışmaları için "Eşek, İnek, Kedi, Köpek, At" metaforları üretildi.
  - Dördüncü alt grup; Yavaş gelişen yapı; sağlık çalışanlarının %4.04'ünün (8) kurumdaki kalite çalışmalarının çok yavaş geliştiğini düşündüğü bulundu. Yavaş gelişen yapı olarak kalite çalışmaları için "Kaplumbağa, Karınca, Fil" metaforları üretildi.
- B) İkinci olarak Saint Gobein Endüstrisinin yaptığı bir araştırmada yaptığı hayvan sınıflaması kullanıldı. Üretilen canlı metaforları kendi içinde 3 gruba ayrıldı.
- Birinci grup; Hızlı ve vahşi hayvanlar; sağlık çalışanlarının %16.16'sının (32) kurumdaki kalite çalışmalarını ifade etmek için hızlı ve vahşi hayvan metaforlarını kullandığı bulundu. Saint Gobein endüstrisinin çalışmasına göre hızlı ve vahşi hayvanlar ile ifade edilen örgütlerde; Örgüt hızlı gelişir ve çok esnek, güvenilir, yenilikçi ve dikkatlidir. Örgüt düşünerek karar alır ve yatırım yapar. Yenilikçi okullara göre ise; Örgütün iki yüzü vardır. Örgüt hızlı ve aktiftir ama sert, katı, kurnazdır ve kendini gizler. Bu kapsamda üretilen metaforlar "Serçe, Kunduz, Aslan, Kartal, Tavşan, Kızıl sincap, Vahşi bir canlı, Çita, Tavus kuşu, Kuş, Kanguru, Kelebek, Kaplan, Kırlangıç kuşu, Maymun" olup özellikle aslan, kartal, kaplan gibi metaforlarda otorite ve gücün özellikle vurgulandığı görüldü.
  - İkinci grup; Sıkı Çalışan Hayvanlar; sağlık çalışanlarının %37.37'sinin (74) kurumdaki kaliteyi ifade etmek için sıkı çalışan hayvan metaforlarını kullandığı bulundu. Sıkı çalışan hayvanla tasvir edilen örgütlerin, örgüt üyeleri çok çalışkandır ve örgütün ihtiyaç duyduğu şeylerin farkındadır. Örgüt güvenilirdir ve kurallara uyar. Sorun ise; çalışanlar cezalandırılır. Sıkı çalışan hayvan metaforları için "Karınca, İnek, Arap atı, Köpek, Yarış atı, İnek buzağuları, Arı, İpek böceği, At, Bal arısı, Süt ineği, İnsan, İnsan beyni, Koyun" imgeleri üretildi. Özellikle süt ineği, koyun, inek gibi metaforların içeriklerinde itaatkâr, tüm kurallara uyan bir yapıyı ifade eden ibareler kullanıldığı bulundu.
  - Üçüncü alt grup; Yavaş, hantal, kurnaz ve çıkarıcı hayvanlar; sağlık çalışanlarının %46.46'sının (92) kurumdaki kalite çalışmalarını ifade etmek için yavaş, hantal ve

kurnaz hayvanları kullandığı bulundu. Metaforlar sınıflandırılırken metafor içeriğine de dikkat edildi. Bir anlam kargaşasını ifade eden, yapısal/anlamsal bir eksikliği işaret eden ya da içeriğinde bir olumsuzluğu ifade eden metaforlar da bu gruba eklendi. Yavaş, hantal, kurnaz ve çıkarıcı hayvanlar için “Kedi, Deve, Kaplumbağa, Amip Karabatak, Akvaryumdaki balık, Ağustos böceği, , Sincap. Deney faresi, Mikrop, Boğa, Karınca ve çekirge, Solucan, Tüyleri dökülen Kuş, Domuz, Deve kuşu, Bir kanadı olmayan kuş, Sinek, Sivrisinek. Süs bebeği, Sansar, Zebra, Örümcek, İnsan, Balık, Fil, Yavru bir tay, Yeni doğmuş tavşan, Çekirge, Hamster, Uyuyan dev, Yavru bir aslan ama doğal ortamında değil, İnek, Akrep, , Dışarıdan bakıldığında ejderha- içine girildiğinde bukalemun, Bukalemun, Tavus kuşuna- ayaklarına bakmamak gerek, Yılan, Öküz, Kaplan, Tilki, Ayı” metaforları üretildi. Sağlık çalışanlarının % 46.46’sına göre kurumdaki kalite çalışmalarında çeşitli aksaklıklar yaşandığı ve içerik analizinde de sağlık çalışanlarının %34.84’üne göre kurumdaki kalite çalışmalarında bir olumsuzluk yaşandığını ifade ettikleri bulunmuştur.



### 4.3.Hasta Metaforları

Sağlık çalışanlarına, “Hasta.....gibidir. Çünkü .....” sorusu soruldu. Bu soru ile sağlık çalışanlarının, kalite çalışmalarında büyük önem taşıyan müşteriye/hastaya bakış açıları incelenmeye çalışıldı. Sağlık çalışanlarının ürettikleri metaforlar sayesinde Çanakkale ilindeki hastaların sağlık çalışanlarına göre özellikleri ve sağlık çalışanlarına göre hakim olan sağlık çalışanı davranış şekilleri bulunmaya çalışıldı. Çalışmaya 199 kişi katıldı, toplam 198 geçerli hasta metaforu bulundu.

Metafor incelemesi sonucunda 64 kişinin çocuk, 25 kişinin bebek metaforu ürettiği ve kullanılan metaforlarda anlamların farklı olduğu bulundu. Çocuk ve bebek metaforunun çalışanlar açısından ne ifade ettiğini bulmak amacıyla odak gruba;

“Çocuk size ne ifade eder” sorusu soruldu.

Çocuk/bebek; “masumiyet, sevgi, her şey, olsa bir dert olmasa bir dert, ağlama, yaşam amacımız, mutluluk kaynağı, bazı kültürlerde yaşlılık için güvence” ifadeleri kullanıldı.

“Çocuk/bebek ile hasta arasında nasıl bir ilişki vardır” sorusu sorulduğunda “ ikisi de bakıma muhtaçtır, sürekli ister, ilgiye muhtaçtır, ikisi de destek bekler, her ikisi de sömürür, sabırsızdır, ilgiye bağımlıdır, her ikisi de ilginin odağı olmak ister, bencildir ifadeleri kullanıldı.

İçerik analizi sonrası kedi ve çocuğun özelliklerinin birbirine benzediği bulunduğu için odak gruba “Kedi ile hasta arasında nasıl bir ilişki vardır” sorusu soruldu. Odak grup “hepsi nankördür, verdikçe isterler, sevimlidirler, her söyleneni yapmaz her şeyi istedikleri zaman olmasını beklerler, hep evet beklerler, hayırı istemezler “ ifadelerini kullandı.

Sonuç olarak çocuğun farklı anlamlarda, bebeğin buyurganlık, kedinin de katılımcılık bakış açısında kullanıldığına karar verildi. Yapılan değerlendirmeler sonrasında tablo 16 oluşturuldu.

A) Sağlık çalışanları tarafından üretilen 198 geçerli metafor, ilk olarak metafor yapısı değerlendirilerek bir sınıflama yapıldı. Metaforlar iki ana metafor grubuna ayrıldı.

Birinci ana grup, bir insan/nesne olarak hasta grubunda sağlık çalışanlarının hastaları çeşitli insan ya da nesnelere benzettiği bulundu. Bunun sonucunda da üç alt metafor grubu oluşturuldu.

- Birinci alt grup; Belirsiz, ne yapacağı bilinmeyen kişi/nesne olarak hasta; sağlık çalışanlarının %52.84’ünün (102) hasta için ne zaman ne yapacağı bilinmeyen,

davranışları belirsiz olan güvenilirmez kişi veya nesne olarak ifade eden metaforlar ürettiği bulundu. Belirsiz, ne yapacağı bilinmeyen kişi/nesne olarak hasta için “Çocuk, Bebek, İnsan, Korkmuş Çocuk, Bilgisayar, Tablo, Kitap, Bardak, Çağlayan, Gazete, Makine, Cam, Psikoloji, Nisan havası” metaforları üretildi.

- İkinci alt grup; Bilinen güvenilir kişi/nesne olarak hasta; sağlık çalışanlarının %32.12’sinin (62) hastayı bilinen, tanınan güvenilir bir kişi ya da nesneye benzettiği bulundu. Bilinen güvenilir bir kişi/nesne olarak hasta için “Yakınımız, Misafir, Akraba, Aile, Aile bireyi, Aileden biri, Anne, Toprak, Çiçek, Gölge, Emanet, Para, Banknot, Müşteri, Patron, Hasta, İhtiyaç, Nefes, İpek böceği” metaforları üretildi.
- Üçüncü alt grup; Aciz, değersiz, çıkarıcı bir kişi/nesne olarak hasta; sağlık çalışanlarının %5.18’inin (10) hastaları aciz, değersiz, çıkarıcı bir kişi ya da nesne olarak değerlendirdiği bulundu. Aciz, değersiz, çıkarıcı bir kişi/nesne olarak hasta için “Basket topu, Kobay, Aciz bir varlık, Dırdırcı kaynana, Solan çiçeği, Kaktüs, Tenis topu, Metres, Üçkağıtçı” metaforları üretildi.

Tablo 16:Hasta İle ilgili Metaforların Analizi

Hasta metaforu	Metafor yapısına göre hasta	Detay metafor özetlemesi	Metaforik benzetmeler	s/f	İçerik analizine göre metafor özetlemesi	Metaforik benzetmeler	s/f	Yaklaşım türlerine göre hasta metaforları	Metaforik benzetmeler	s/f			
Bir insan olarak hasta	Belirsiz, ne yapacağı bilinmeyen kişi	Çocuk, Bebek, İnsan, Korkmuş Çocuk, Bilgisayar, Tablo, Kitap, Bardak, Çağlayan, Gazete, Makine, Cam, Psikoloji, Nisan havası	Hastanede sevgi, şefkat, ilgi bekleyen kişi	102 %52.8 4	Çocuk, Nadide bir çiçek, Hasta, Bebek, Kelebek, Çiçek, Bardak, Aile bireyi, Kuş, Salon çiçeği, Yakınlarımız, ipek böceği, Toprak	62 %32.12	Buyurganlık	Hasta, Nadide bir çiçek, Çocuk, Kelebek, Çiçek, Yakınımız, Bebek, Kuzu, Muhtaç, Emanet, Aile, Bardak, Misafir, Mağdur, Aile bireyi, Korkmuş çocuk, Aciz bir varlık, Yeni doğan bebek, Ceylan, Makine, Akriba, Kuş, Salon çiçeği, Psikoloji, İpek böceği, Anne, Cam, Çocuk ve yaşlı, Hüzün, Toprak, Nefes	109 %55.0 5				
										Maddiyat olarak hasta	Müşteri, Para, Kobay, Nefes, Banknot, İhtiyaç	18 %9.32	
										Bilinen güvenilir kişi/nesne	Sağlığı bozulan kişi	Hasta, Çağlayan, Çiçek, Makine, Hüzün, Gazete	8 %4.14
										Dengesiz, saldırgan kişi	Aslan, Üçkağıtçı, Gölge, Hasta, Çocuk, Müşteri, Böcek, Kedi, Dırdırcı kaynana, Nankör kedi, Patron, Bebek, Kaktüs, Tenis topu, Yılan	28 14.50	
	Aciz, değersiz, çıkarıcı bir kişi/nesne	Basket topu, Kobay, Aciz bir varlık, Dırdırcı kaynana, Solan çiçeği, Kaktüs, Tenis topu, Metres, Üçkağıtçı	Zaafı, olumsuz yönleri olan belirsiz kişi	Çiçek, Bilgisayar, Tablo, Kitap, İnsan, Metres, Basket topu, Bebek, Çocuk, Kedi, Cam, Nisan havası	19 %9.84	Danışmanlık	Müşteri, Arslan, Üçkağıtçı, Metres, Gölge, Çocuk, Yılan, Basket topu, Asalak, Kobay, Para, Böcek, Kedi, Dırdırcı kaynana, Nankör kedi, Bencil ve nankör kedi, Patron, Kaktüs, Nisan havası, Tenis topu, İhtiyaç, Banknot	60 %30.3 0					
									Bir yakınımız	Yakınımız, Emanet, Misafir, Anne, Aile, Çocuk, Akriba	13 %6.73		
									Bakıma, ilgiye muhtaç kişi	Kuzu, Çocuk, Hasta, Mağdur, Aciz bir varlık, Psikoloji, Aile, Çiçek, Ceylan	34 %17.61		
	Bir canlı türü olarak hasta	Çevresine zarar veren bir canlı	Aslan, Yılan, Böcek, Asalak, Kedi, Nankör kedi	Bakımında sorumluluk almayan kişi	6 %3.10	Çocuk, Muhtaç, Emanet, Bebek	11 %5.69	Katılımcılık	Çocuk, Bilgisayar, İnsan, Tablo, Kitap, Çağlayan, Gazete	24 %12.1 2			

İkinci ana grup; Bir canlı türü olarak hastada sağlık çalışanlarının hastaları farklı yapıda birçok canlının özellikleri ile bağdaştırarak hastaları çeşitli canlılara benzettiği bulundu. Bir canlı türü olarak hasta ana grubu kendi içinde iki alt gruba ayrıldı.

- Birinci alt grup; Çevresine zarar veren bir canlı olarak hasta; sağlık çalışanlarının %6.73'ünün (13) hastaların çevresindeki sağlık çalışanlarına ve çevrelerine zarar verdiğini düşündüğü bulundu. Çevresine zarar veren bir canlı olarak hasta için “Aslan, Yılan, Böcek, Asalak, Kedi, Nankör kedi” metaforları üretildi.
- İkinci alt grup; Korunmaya muhtaç bir canlı olarak hasta; sağlık çalışanlarının %3.10'unun (6) hastaların sağlık çalışanlarının korumasına muhtaç olduğunu düşündüğü bulundu. Korunmaya muhtaç bir canlı olarak hasta için “Kelebek, Kuzu, Ceylan, Mağdur, Kuş, Muhtaç” metaforları üretildi.

B) Sağlık çalışanları tarafından üretilen 198 metafora ikinci olarak içerik analizi yapıldı. İçerik analizi sonrası metaforlar 8 gruba ayrıldı.

- Birinci grup; Hastanede sevgi, şefkat, ilgi bekleyen kişi olarak hasta; sağlık çalışanlarının %32.12'sine göre (62) hastalar hastanede sevgi, şefkat, ilgi beklemekte olduğu bulundu. Hastanede sevgi, şefkat, ilgi bekleyen kişi olarak hasta için “Çocuk, Nadide bir çiçek, Hasta, Bebek, Kelebek, Çiçek, Bardak, Aile bireyi, Kuş, Salon çiçeği, Yakınlarımız, ipek böceği, Toprak” metaforları üretildi.
- İkinci grup; Maddiyat olarak hasta; sağlık çalışanlarının %9.32'sinin (18) hastaları sadece para, maddiyat olarak gördüğü bulundu. Maddiyat olarak hasta için “ Müşteri, Para, Kobay, Nefes, Banknot, İhtiyaç” metaforları üretildi.
- Üçüncü grup; Sağlığı bozulan kişi olarak hasta; sağlık çalışanlarının %4.14'ünün (8) hastayı sağlığı bozulan kişi olarak gördüğü bulundu. Sağlığı bozulan kişi olarak hasta için “Hasta, Çağlayan, Çiçek, Makine, Hüznün, Gazete” metaforları üretildi.
- Dördüncü grup; Dengesiz, saldırgan kişi olarak hasta; sağlık çalışanlarının %14.50'sine göre (28) hasta saldırgan dengesiz bir kişi olduğu bulundu. Dengesiz saldırgan kişi olarak hasta için “Aslan, Üçkağıtçı, Gölge, Hasta, Çocuk, Müşteri, Böcek, Kedi, Dırdırcı kaynana, Nankör kedi, Patron, Bebek, Kaktüs, Tenis topu, Yılan” metaforları üretildi.
- Beşinci grup; Zaafları, olumsuz yönleri olan belirsiz kişi olarak hasta; sağlık çalışanlarının %9.84'ünün (19) hastayı zaafları, olumsuz yönleri olan bir kişi olarak gördüğü bulundu. Zaafları, olumsuz yönleri olan kişi olarak hasta için “Çiçek,

Bilgisayar, Tablo, Kitap, İnsan, Metres, Basket topu, Bebek, Çocuk, Kedi, Cam, Nisan havası” metaforları üretildi.

- Altıncı grup; sağlık çalışanlarının bir yakını olarak hasta; sağlık çalışanlarının %6.73’ünün (13) hastayı kendilerinin bir aile ferdi yada bir yakınları olarak gördüğü bulundu. Sağlık çalışanının bir yakını olarak hasta için “Yakınımız, Emanet, Misafir, Anne, Aile, Çocuk, Akraba” metaforları üretildi.
  - Yedinci grup; Bakıma, ilgiye muhtaç kişi olarak hasta; içerik analizine göre sağlık çalışanlarının %17.61’inin (34) hastanın sağlık çalışanının ilgisine, bakımına muhtaç olduğunu düşündüğü bulundu. Bakıma, ilgiye muhtaç kişi olarak hasta için “Kuzu, Çocuk, Hasta, Mağdur, Aciz bir varlık, Psikoloji, Aile, Çiçek, Ceylan” metaforları üretildi.
  - Sekizinci grup; Bakımında sorumluluk almayan kişi olarak hasta; sağlık çalışanlarının %5.69’u (11) hastaların tedavi sürecinde bakım ve tedavilerinde hiçbir sorumluluk almadığını ifade etti. Bakımında sorumluluk almayan kişi olarak hasta için “Çocuk, Muhtaç, Emanet, Bebek” metaforları üretildi.
- C) Üçüncü olarak sağlık çalışanlarının ürettiği 198 metafor Szasz ve Hollender’in hasta-hekim (sağlık çalışanı) ilişki şekillerine göre sınıflandırıldı. Sınıflandırmada sağlık çalışanlarının bir hekimle ortak çalıştığı ve bu hekim şekline göre hastayı algıladığı düşünüldü. Bu şekilde hastanelerde var olan hastaya bakış açısı belirlenmeye çalışıldı. Sağlık çalışanının hastaya bakışı açısı ile kalite çalışmalarında yer alan müşteriye bakış açısı arasında uyum olup olmadığı değerlendirilmeye çalışıldı.
- Birinci grup; buyurganlık (paternalistik, babacıl)- etkinlik-edilgenlik temeline dayanan ilişki; sağlık çalışanlarının %55.05’ne göre (105) hastanelerde buyurganlık-babacıl anlayışının hâkim olduğu bulundu. Buyurgan- babacıl hekime göre hasta metaforları için “Hasta, Nadide bir çiçek, Çocuk, Kelebek, Çiçek, Yakınımız, Bebek, Kuzu, Muhtaç, Emanet, Aile, Bardak, Misafir, Mağdur, Aile bireyi, Korkmuş çocuk, Aciz bir varlık, Yeni doğan bebek, Ceylan, Makine, Akraba, Kuş, Salon çiçeği, Psikoloji, İpek böceği, Anne, Cam, Çocuk ve yaşlı, Hüzün, Toprak, Nefes” ifadeleri üretildi. Sağlık çalışanlarının %55.05’ine göre hastanelerde bütün kararları doktor vermekte, hastalar verilen karara saygı duymakta ve kararlara karışmadığı bulundu.

- İkinci grup; danışmanlık- yol gösterme-işbirliği etme temeline dayanan ilişki; sağlık çalışanlarının %30.30'una göre ( 60) hastalar sağlık çalışanına danışman gibi yaklaşmaktadır. Hasta kendi bu ilişki türünde sağlık çalışanından daha fazla sorumluluk alır. Danışmanlık için üretilen hasta metaforları “Müşteri, Arslan, Üçkağıtçı, Metres, Gölge, Çocuk, Yılan, Basket topu, Asalak, Kobay, Para, Böcek, Kedi, Dırdırcı kaynana, Nankör kedi, Bencil ve nankör kedi, Patron, Kaktüs, Nisan havası, Tenis topu, İhtiyaç, Banknot” ifadeleridir.
- Üçüncü grup; katılımcılık- karşılıklı katılım temeline dayanan ilişki; sağlık çalışanlarının %12.12'sine göre (24) hastanelerde sağlık çalışanı ve hasta arasında katılımcılık temeline dayanan bir ilişki olduğu bulundu. Katılımcı hasta metaforları için “Çocuk, Bilgisayar, İnsan, Tablo, Kitap, Çağlayan, Gazete” ifadeleri üretildi.

Sağlık çalışanlarının %55.05 'ine göre hastalar ile babacıl bir ilişki yaşandığı, sağlık çalışanların %30.30'una göre hastalar ile çalışan arasında danışman bir ilişki var olduğu ve çalışanların, hastaların istekleri olmadığı takdirde çevrelerine zarar verecek boyuta bile gelebildiğini ifade ettiği bulundu. Sağlık çalışanlarının %12.12'sine göre ise sağlık çalışanları ile hasta arasında katılımcı bir ilişki yaşandığı bulundu.

#### 4.4. Hasta Güvenliği Metaforu

Sağlık alışanlarına ‘‘Hastanede hasta güvenliği/tıbbi güvenlik.....gibidir. Çünkü.....’’ sorusu soruldu. Bu soru ile sağlık çalışanlarının hasta güvenliği/ tıbbi güvenlik hakkında algıları renilmeye çalışıldı. Hasta güvenliği TKY çalışmalarının sürekli iyileştirme bölümünde yer almaktadır. Kalite alışmaları içinde önemli bir yer tutan hasta güvenliğine ilişkin sağlık çalışanlarının deneyim ve algıları kullanılarak bilgi edinmek amaçlandı. Çalışmaya 199 sağlık çalışanı katıldı. Yapılan incelemeler sonucunda 190 geçerli metafor bulundu.

Sağlık alışanlarının ürettiği metaforlar arasında en çok koruyucu anlamını taşıyan yapılar kullanıldığı iim odak gruba aşağıdaki sorular soruldu.

‘‘Zırh/Kalkan size ne ifade ediyor’’ sorusuna ‘‘korunma, savunma, gladyatör, savaş’’ cevapları verildi.

‘‘Zırh/ Kalkan ile hasta güvenliği arasında nasıl bir ilişki vardır?’’ sorusuna ‘‘koruma, korunma’’ cevapları verildi. Yapılan incelemeler sonrası tablo18 oluşturuldu.

Tablo 17: Hasta Güvenliği/Tıbbi Güvenlik Metaforlarının Analizi

Hasta güvenliği/ Tıbbi güvenlik metaforu	Yapısına göre metaforlar	Detay metafor özetlemesi	Metaforik benzetmeler	s/f	İçeriğe göre metafor özetlemesi	Detay metafor özetlemesi	Metaforik benzetmeler	s/f	
Hasta güvenliği/ Tıbbi güvenlik metaforu	Tehlikeli bir yapı olarak hasta güvenliği	Belirsiz tehlikeli yapı	Bıçak sırtı, Risk, Arı, Açık kapı, Orman, Hedef tahtası, Kursun, Otoban, Bıçak, Su taşkını, Trafik, Korku tüneli, Rulet, Ateş, Buldok köpeği, Yangın, Çöp arabası, Dağ, Tusunami, Deniz, Diken üstü, Sel, Amazonlar, Açık kafes	39 %20.5 2	Çalışan sorumluluğunda olan yapı	Koruma ve özen isteyen belirsiz tehlikeli yapı	Cam, Kus, Kelebek, Sıcak bir bardak çay, Ateş, Yangın, Zincir, Uçuş güvenliği, Atmosfer, Balon, Kriminal, Fidan, Cıvciv, Açık kafes, Muhabbet kuşu, Dişli	24 %12.6 3	
		Hassas, kırılabilir yapı	Cam, Hassas ve ince bir cam bardak, sıcak bir bardak çay, Zincir, Ayna, Pamuk ipliği	15 %7.89		Çalışanın koruduğu yapı	Namus, Çocuk, Kafesteki kuş, Bebek, Anne-baba-toplum-devlet, Vicdan, Çöp arabası, Sorumluluk, Emanet, Zümrüt, Hayat, Fırtınalı havada sığınan liman, Cam, Sel, Anne, Aile, Lütuf, Can ve mal, Anne-baba, Kreş, Pamuk ipliği, Refakatçi, Aile sırları	29 %15.2 6	
		Tehlikeli fakat içinde fırsatı da içeren yapı	Uçak, Borsa, Araba kullanmak, Motosiklet, İstanbul da yaşamak, O2 tüpü	6 %3.25		Kurum sorumluluğunda ki tehlikeli yapı	Belirsiz değişken tehlikeli yapı	Korku tüneli, Rulet, Bukalemun, Çekirge, Dağ, Tusunami, Deniz, Amazonlar, Orman, Pamuk ipliği, Bıçak sırtı, Bıçak, Açık kapı, Hedef tahtası, Açık ceza evi, Antibiyotik	22 %11.5 7
	İçinde koruma terimini içeren yapı	Korunması gereken yapı	Çocuk, Muhabbet kuşu, Bebek, Çiçek, Kuş, Aile sırları, Değerli bir emanet, Hayat, Gül, Can güvenliği, Can ve mal, Balon, Kafesteki kuş, Fidan, Cıvciv, Namus, Değerli taş, Pırlanta	36 %18.9 4	Kurumda var olan güvenli yapı	Önleyici tedbir gerektiren yapı	Hassas ince bir cam, Su taşkını, Buldok köpek, Can güvenliği, Emniyet kemeri, Aile sırları	8 %4.21	
		Koruyucu bir yapı	Hava yastığı, Refakatçi, Kilit, Kafes, Para cüzdanı, Duvar, Sigorta, Kanun, şifreli çanta, Kasko, Trafik kuralları, Atmosfer, Kreş, Saksı, Çelik zırh, Çelik kasa, Güvenlik hizmeti, Fırtınalı bir havada sığınılacak liman, Ülke güvenliği, Banka kasası, Emniyet sibobu, Eğitim, Uçuş güvenliği, Merdiven altı. Baba, Anne, Ağaç, Askeriye, Zırh, Emniyet kemeri, Tekne, Ulusal güvenlik, Kalkan, Bariyer, Anne-baba- toplum-devlet, Annelik, Banka kartı, Sorumluluk, Antibiyotik, Evimin taşıyıcı kolonu, Emniyet birimi, İlaç, Zırhlı araç, Emniyet kemeri	74 %38.9 4		Yetersiz kurum şartları	Rüya, ,motosiklet, Kuş, Mehter takımı, Rüya, Merdiven altı, Su, Gül, Sarmaşık, Yarısu su dolu bardak, Kale, Amazonlar, Namus	18 %9.47	
		Kurum için değerli, hayati yapı	Yaşamsal bir yapı	Su, Zorunluluk, Kalp, Nefes, Defibratör, gölge, vicdan		9 %4.73	Fırsat ve tehlikenin iç içe olduğu yapı	Bıçak, Uçak, Araba kullanmak, Trafik kuralları, O2 tüpü, Trafik, Balon, Otoban, Hamur, Yemek pişirmek, İstanbul da yaşamak	17 %8.94
			Kişiyeye göre değişen yapı	Rüya, Yarısu su dolu bardak, Yemek pişirmek, Hamur, Bukalemun		5 %2.63	Koruyucu bir yapı	Ağaç, Zırh, Kalkan, Bariyer, Banka kartı, Evimin taşıyıcı kolonu, Para taşıyan zırhlı araç, Emniyet sibobu, İlaç, Banka kasası, Saksı, Çelik kasa, Kafes, Duvar, Sigorta, Şifreli çanta, Emniyet kemeri, Kilit, Askeriye, Ulusal güvenlik, Ülke güvenliği, Kanun	42 %22.1 0
	Suçlayıcı yapı		Papağan, Mehter takımı, Kriminal, Açık ceza evi, Sarmaşık, Çekirge	6 %3.15	Güven veren yaşamsal yapı	Zorunluluk, Çocuk, Su, Pencere, Pırlanta, Çiçek, Değerli taş, Anne, Terazî, Cam, Eğitim, Su, Ayna, Nefes, Kalp, Hayat, Risk, Hava yastığı, Emniyet kemeri, Kale	30 %15.7 8		



A) Sağlık çalışanları tarafından üretilen 190 metafor ilk olarak metafor yapısına göre sınıflandırıldı. Üretilen 190 metafor üç ana gruba ayrıldı.

1) Birinci ana grup; Tehlikeli bir yapı olarak hasta güvenliği metaforları kendi içinde üç alt gruba ayrıldı. Tehlikeli bir yapı olarak hasta güvenliği için üretilen metaforlar riskin özelliklerini taşıması nedeniyle sağlık çalışanlarının %31.66'sının tıbbi güvenlik/hasta güvenliği yapısını risk yapısı ile karıştırdığı bulundu.

- Birinci alt grup; Belirsiz tehlikeli yapı olarak hasta güvenliği; sağlık çalışanlarının %20.52'sinin (39) hasta güvenliği/tıbbi güvenliği ne zaman ne olacağı belirsiz olan tehlikeli yapı olarak algıladığı bulundu. Belirsiz tehlikeli yapı olarak hasta güvenliği/tıbbi güvenlik için “Bıçak sırtı, Risk, Arı, Açık kapı, Orman, Hedef tahtası, Kursun, Otoban, Bıçak, Su taşkını, Trafik, Korku tüneli, Rulet, Ateş, Buldok köpeği, Yangın, Çöp arabası, Dağ, Tusunami, Deniz, Diken üstü, Sel, Amazonlar, Açık kafes” metaforları üretildi.
- İkinci alt grup; Hassas, kırılabilir yapı olarak hasta güvenliği/tıbbi güvenlik; sağlık çalışanlarının %7.89'unun (15) tıbbi güvenliği hassas, enküçük dikkatsizlikte yok olabilecek bir yapı olarak algıladığı bulundu. Hassas kırılabilir bir yapı olarak hasta güvenliği/tıbbi güvenlik için “Cam, Hassas ve ince bir cam bardak, sıcak bir bardak çay, Zincir, Ayna, Pamuk ipliği” metaforları üretildi.
- Üçüncü alt grup; Tehlikeli fakat içinde fırsatı da içeren yapı olarak hasta güvenliği/tıbbi güvenlik; sağlık çalışanlarının %3.25'inin hasta güvenliğini (6) tehlikeli fakat içinde fırsatı da içeren yapı olarak algıladığı bulundu. Tehlikeli fakat içinde fırsatı da içeren yapı olarak hasta güvenliği/tıbbi güvenlik için “Uçak, Borsa, Araba kullanmak, Motosiklet, İstanbul da yaşamak, O2 tüpü” metaforları üretildi.

2) İkinci ana grup; İçinde koruma terimini içeren yapı olarak hasta güvenliği/tıbbi güvenlik metaforları kendi içinde iki alt gruba ayrıldı. Sağlık çalışanlarının %18.94'üne göre hasta güvenliği/tıbbi güvenlik korunması gereken hassas bir yapı iken %38.94'üne göre ise tıbbi güvenlik çalışanı ve hastayı tıbbi hatalardan ve risklerden korumakta olduğu bulundu.

- Birinci alt grup; Korunması gereken yapı olarak hasta güvenliği/tıbbi güvenlik; sağlık çalışanlarının %18.94'ünün (36) hasta güvenliği/tıbbi güvenliği sağlık çalışanları tarafından korunması gereken, korunmaz ise hemen bozulabilen bir yapı olarak algıladığı bulundu. Korunması gereken yapı olarak hasta güvenliği/tıbbi güvenlik için “Çocuk, Muhabbet kuşu, Bebek, Çiçek, Kuş, Aile sırları, Değerli bir emanet, Hayat,

Gül, Can güvenliği, Can ve mal, Balon, Kafesteki kuş, Fidan, Cıvcıv, Namus, Değerli taş, Pırlanta” metaforları üretildi.

- İkinci alt grup; Koruyucu bir yapı olarak hasta güvenliği/tıbbi güvenlik; sağlık çalışanlarının %38.94’ünün (74) hasta güvenliği/tıbbi güvenliğin hasta ve sağlık çalışanları tıbbi hatalardan ve mevcut risklerden koruduğunu düşündüğü bulundu. Koruyucu bir yapı olarak hasta güvenliği/tıbbi güvenlik için “Hava yastığı, Refakatçi, Kilit, Kafes, Para cüzdanı, Duvar, Sigorta, Kanun, şifreli çanta, Kasko, Trafik kuralları, Atmosfer, Kreş, Saksı, Çelik zırh, Çelik kasa, Güvenlik hizmeti, Fırtınalı bir havada sığınılacak liman, Ülke güvenliği, Banka kasası, Emniyet sibobu, Eğitim, Uçuş güvenliği, Merdiven altı. Baba, Anne, Ağaç, Askeriye, Zırh, Emniyet kemeri, Tekne, Ulusal güvenlik, Kalkan, Bariyer, Anne-baba- toplum-devlet, Annelik, Banka kartı, Sorumluluk, Antibiyotik, Evimin taşıyıcı kolonu, Emniyet birimi, İlaç, Zırhlı araç, Emniyet kemeri” metaforları üretildi.

3) Üçüncü ana grup; Kurum için değerli, hayati yapı olarak hasta güvenliği kendi içinde üç alt gruba ayrıldı.

- Birinci alt grup; Yaşamsal bir yapı olarak hasta güvenliği/tıbbi güvenlik; sağlık çalışanlarının %4.73’ünün (9) hasta güvenliği/tıbbi güvenliğinin hastane için yaşamsal bir önem taşıdığını düşündüğü bulundu. Yaşamsal bir yapı olarak hasta güvenliği/tıbbi güvenlik için “Su, Zorunluluk, Kalp, Nefes, Defibratör, gölge, vicdan” metaforları üretildi.
- İkinci alt grup; Kişiyeye göre değişen yapı olarak hasta güvenliği/tıbbi güvenlik; sağlık çalışanlarının %2.63’ünün (5) hasta güvenliği/tıbbi güvenliğin kişinin bakış açısına göre değişkenlik gösterdiğini ifade ettiği bulundu. Sağlık çalışanının olumlu olarak bakmak isterse güvenliğin olduğu, olumsuz olarak bakmak isterse güvenliğin olmadığını ifade etmektedir. Kısaca ifade etmek gerekirse kurumda tıbbi güvenlik yoktur. Kişiyeye göre değişen yapı olarak hasta güvenliği/tıbbi güvenlik için “Rüya, Yarısı su dolu bardak, Yemek pişirmek, Hamur, Bukalemun” metaforları üretildi.
- Üçüncü alt grup; Suçlayıcı yapı olarak hasta güvenliği/tıbbi güvenlik; sağlık çalışanlarının %3.15’inin (6) kurumda güvenliğin bozulduğu durumlarda suçlayıcı bir yapı egemen olduğunu ve olayın ortaya çıkış nedeninin bulmak yerine hatayı kimin yaptığı ile ilgilendiğini ifade ettiği bulundu. Suçlayıcı bir yapı olarak hasta

güvenliği/tıbbi güvenlik için Papağan, Mehter takımı, Kriminal, Açık ceza evi, Sarmaşık, Çekirge” metaforları üretildi.

Sağlık çalışanlarının %37.44’üne göre tıbbi güvenliğin olmadığı, %18.94’üne göre ise korunmaz ise her an tıbbi güvenliğin bozulacağını, %38.94’üne göre hasta güvenliği/tıbbi güvenliğin hasta ve sağlık çalışanını koruduğunu ve %4.73’üne göre ise tıbbi güvenliğin kurum için hayati öneme sahip bir yapı olduğunu ifade ettiği bulundu.

B) İkinci olarak 190 hasta güvenliği/tıbbi güvenliği metaforları içerik analizine göre sınıflandırıldı ve kendi içinde üç alt gruba ayrıldı.

1) Birinci ana grup; “çalışan sorumluluğunda olan bir yapı olarak hasta güvenliği/tıbbi güvenlik” tir. Sağlık çalışanlarının %27.89’unun hasta güvenliği/ tıbbi güvenliği sadece çalışan sorumluluğunda olduğunu düşündüğü bulundu. “Çalışan sorumluluğunda olan bir yapı olarak hasta güvenliği/tıbbi güvenlik” ana metafor grubu kendi içinde iki alt gruba ayrıldı.

- Birinci alt grup; “Koruma ve özen isteyen belirsiz tehlikeli yapı” olarak hasta güvenliği/tıbbi güvenlik; sağlık çalışanlarının %12.63’ünün (24) hasta güvenliği/tıbbi güvenliğin koruma ve özen olmaz ise her an tehlikeli sonuçlar doğurabilecek bir yapı olduğunu düşündüğü bulundu. Koruma ve özen isteyen belirsiz tehlikeli yapı olarak hasta güvenliği/tıbbi güvenlik için “Cam, Kus, Kelebek, Sıcak bir bardak çay, Ateş, Yangın, Zincir, Uçuş güvenliği, Atmosfer, Balon, Kriminal, Fidan, Cıvıv, Açık kafes, Muhabbet kuşu, Dişli” metaforları üretildi.

- İkinci alt grup; Birinci alt grup; Çalışanın koruduğu hasta güvenliği/tıbbi güvenlik”; sağlık çalışanlarının 15.26’sının (29) hastanedeki tıbbi güvenlik çalışanın bireysel sorumluluğu altında olduğunu, çalışan dikkat etmez ise güvenliğin risk altında olduğunu düşündüğü bulundu. Çalışanın sorumluluğundaki hasta güvenliği/tıbbi güvenlik için “Namus, Çocuk, Kafesteki kuş, Bebek, Anne-baba-toplum-devlet, Vicdan, Çöp arabası, Sorumluluk, Emanet, Zümrüt, Hayat, Fırtınalı havada sığınılan liman, Cam, Sel, Anne, Aile, Lütuf, Can ve mal, Anne-baba, Kreş, Pamuk ipliği, Refakatçi, Aile sırları” metaforları üretildi.

2) İkinci ana grup; “kurumda var olan tehlikeli yapı” olarak hasta güvenliği/tıbbi güvenlik kendi içinde dört alt gruba ayrıldı. Sağlık çalışanlarının %34,2’sinin hastanede var olan hasta güvenliğini “ kurumda var olan tehlikeli bir yapı” olarak algıladığı bulundu.

- Birinci alt grup; “Belirsiz değişken tehlikeli yapı olarak hasta güvenliği/tıbbi güvenlik”; sağlık çalışanlarının %11.57’sinin (22) kurumdaki hasta güvenliği/tıbbi güvenliği belirlenemeyen, bilinmeyen, sürekli değişen bir yapı olarak ifade ettiği bulundu. Belirsiz değişken tehlikeli yapı olarak hasta güvenliği/tıbbi güvenlik için “Korku tüneli, Rulet, Bukalemun, ekirge, Dağ, Tusunami, Deniz, Amazonlar, Orman, Pamuk ipliği, Bıçak sırtı, Bıçak, Açık kapı, Hedef tahtası, Açık ceza evi, Antibiyotik” metaforları üretildi.
  - İkinci alt grup; “Önleyici tedbir gerektiren yapı olarak hasta güvenliği/tıbbi güvenlik”; sağlık çalışanlarının %4.21’inin (8) kurumdaki hasta güvenliği/tıbbi güvenliği bilinen, önleyici tedbirler alınırrsa korunabilen bir yapı olduğunu ifade ettiği bulundu. Önleyici tedbir gerektiren yapı olarak hasta güvenliği/tıbbi güvenlik için “Hassas ince bir cam, Su taşkını, Buldok köpek, Can güvenliği, Emniyet kemeri, Aile sırları” metaforları üretildi.
  - Üçüncü alt grup; “Yetersiz kurum şartlarından kaynaklanan hasta güvenliği/tıbbi güvenlik açıkları”; sağlık çalışanlarının %9.47’sinin (18) yetersiz kurum şartlarından kaynaklanan nedenlerden dolayı hasta güvenliği/tıbbi güvenliğin risk altında olduğunu ifade ettiği bulundu. Yetersiz kurum şartlarından kaynaklanan hasta güvenliği/tıbbi güvenlik açıkları için “Rüya, ,motosiklet, Kuş, Mehter takımı, Rüya, Merdiven altı, Su, Gül, Sarmaşık, Yarısı su dolu bardak, Kale, Amazonlar, Namus” metaforları üretildi.
  - Dördüncü alt grup; “Fırsat ve tehlikenin iç içe olduğu yapı olarak hasta güvenliği/tıbbi güvenlik”; sağlık çalışanlarının %8.94’sinin (17) kurumdaki hasta güvenliğinin fırsat ve tehlikeyi içinde barındıran bir yapı olarak ifade ettiği bulundu. Fırsat ve tehlikenin iç içe olduğu yapı olarak hasta güvenliği/tıbbi güvenlik için “Bıçak, Uçak, Araba kullanmak, Trafik kuralları, O2 tüpü, Trafik, Balon, Otoban, Hamur, Yemek pişirmek, İstanbul da yaşamak” metaforları üretildi.
- 3) Üçüncü ana grup; “ kurumda var olan güvenli yapı” ana grubu kendi içinde iki alt gruba ayrıldı. Sağlık alışanlarının %37.88’inin kurumdaki hasta güvenliğini hastayı ve çalışanı koruyan metaforlar ile ifade ettiği bulundu.
- Birinci alt grup; “Koruyucu bir yapı olarak hasta güvenliği/tıbbi güvenlik”; sağlık çalışanlarının %22.10’unun (42) kurumdaki tıbbi güvenliğin/hasta güvenliğinin hasta

ve çalışanları kurumdaki risklerden koruduğunu düşündüğü bulundu. Koruyucu bir yapı olarak hasta güvenliği/tıbbi güvenlik için “Ağaç, Zırh, Kalkan, Bariyer, Banka kartı, Evimin taşıyıcı kolonu, Para taşıyan zırhlı araç, Emniyet sibobu, İlaç, Banka kasası, Saksı, Çelik kasa, Kafes, Duvar, Sigorta, Şifreli çanta, Emniyet kemeri, Kale, Kilit, Askeriye, Ulusal güvenlik, Ülke güvenliği, Kanun” metaforları üretildi.

- İkinci alt grup; “Güven veren yaşamsal yapı olarak hasta güvenliği/tıbbi güvenlik; sağlık çalışanlarının %15.78’sinin (30) kurumdaki hasta güvenliği/tıbbi güvenliği hasta ve sağlık çalışanlarına güven verdiği bulundu. Güven veren yaşamsal yapı olarak hasta güvenliği/tıbbi güvenlik için “Zorunluluk, Çocuk, Su, Pencere, Pırlanta, Çiçek, Değerli taş, Anne, Terazî, Cam, Eğitim, Su, Ayna, Nefes, Kalp, Hayat, Risk, Hava yastığı, Emniyet kemeri, Kale” metaforları üretildi.

#### 4.5.Risk Metaforları

Sağlık çalışanlarına “Hastanedeki risk.....gibidir. Çünkü.....” sorusu soruldu. Bu soru ile kişinin kurumda deneyimlediği ve algıladığı risk hakkında bilgi alınması amaçlandı. Çalışmaya 199 sağlık çalışanı katıldı. Yapılan inceleme sonucunda 196 geçerli metafor bulundu. Üretilen metaforlar incelendikten sonra “TNT, bomba, mayın tarlası, saatli bomba, silah, mayın metaforları” genel olarak “bomba” başlığı altında toplandı. Odak gruba; “Bomba size ne ifade ediyor?” sorusu soruldu. Sağlık çalışanları bombayı “tehlike, stres, kötü, terör, şiddet, ölüm” olarak algıladılar. Sağlık çalışanlarına ikinci olarak; “Bomba ile risk arasında nasıl bir ilişki vardır?” sorusuna “hasta yakını, pimi çekilmiş bomba, stres, kötü, şiddet” cevapları verildi.

İkinci olarak odak gruba “doğal afet size ne ifade ediyor” sorusuna “ölüm, korku, doğanın üstünlüğü, acizlik, ansızın gelme, öngörülemezlik, belirsizlik, yıkım, kayıp, ne kadar tedbir alınsa da önüne geçilemez” cevapları verildi. Daha sonra odak gruba “doğal afet, bomba ve risk arasında nasıl bir ilişki vardır? ” sorusu soruldu. Odak grup “doğal afet, engellenemez, panik, insanlara zarar verme, bombaya engel olunabilir, doğal afete yapılacak bir şey yok, tedbir alınmalı, teknolojiden yararlanma, kaçınılmaz, o riskle yaşamak, engelleme çabaları” cevaplarını verdi. Bu nedenle bomba ve çeşitleri önlenebilen çevre kaynaklı, doğal afet ise engellenemeyen çevresel riskler olarak kabul edildi ve değerlendirmeler sonrasında tablo 18 oluşturuldu.

Tablo 18: Risk Metaforlarının Analizi

Risk metaforu	Onlenebilir durumuna göre	Detay metafor özetlemesi	Metaforik benzetmeler	n/f	Kaynağına göre riskler	Detay Metafor özetlemesi	Metaforik benzetmeler	n/f	Risk değerlendirme	Metaforik benzetmeler	n/f
Risk metaforu	Onlenebilir riskler	Zarar veren bir varlık	TNT, Patlayıcı, Bomba, Patlamaya hazır bomba, Trafik kazası, Hastalık, Ateş, Dikenli tel, Silah, Ölüm, Mayın tarlası, Düşman, Yay, Tehlike, Savaş, İki yanı keskin bıçak, Enfeksiyon, Çuvaldız, Fosfeptik çukuruna atlamak, Saatli bomba, Yangın, Kaza, Rus ruteli, Radyasyon, Bilgisayardaki virüs, Kızamık, Kesici, Pandemi	64 %32.65	Çevre kaynaklı risk metaforları	Belirsiz tehlikeli olay	Yılan, Bomba, Şimşek, Trafik kazası, Görünmezlik, Hava, Teksas, Kaos, depresif kişilik, Deprem, Pandemi, Orman, Düşman, Virüs, Yay, Mikrop, Bulut, Sirk, Çarkifelek, Hastalık, Görmeyen gözler, Şans topu, Ölüm, Yeme-içme, Kaza, Yolculuk, Panter, Radyasyon, Soğan zarı, Piyango, Dağ, Hava, Kapalı kutu, Buz dağı, Deniz, Enflasyon, Buzda yürüme, El bombası, Volkan	52 %26.53	Kabul edilemez bölge	Yılan, Bomba, Şimşek, Trafik kazası, Görünmezlik, Hava, Teksas, Kaos, depresif kişilik, Deprem, Pandemi, Orman, Düşman, Virüs, Yay, Mikrop, Bulut, Sirk, Çarkifelek, Hastalık, Görmeyen gözler, Şans topu, Ölüm, Yeme-içme, Kaza, Yolculuk, Panter, Radyasyon, Soğan zarı, Piyango, Dağ, Hava, Kapalı kutu, Buz dağı, Deniz, Enflasyon, Buzda yürüme, El bombası, Volkan, Yaşam, Çöl, Ateş, Deprem, Ölme, Tehlike, Savaş, Hedef, İki yanı keskin bıçak, Sıfır, Hastalık, İp te yürüme, Fosfeptik çukuruna atlamak, Eşek arısı, Sorumluluk, Bilgisayardaki virüs, Yangın, İp, Tehlike, Cam, Nar, Trafik kazası, Kabus, Sel, Atmosfer olayları, Çember, Köpek balığı, Korku, Doğal afet, Yıldırım, Virüs, Saatli bomba, Çığ, Deniz, Bomba, Dağ, Maske, Kapalı kutu, Kelebek, Yemek, Ölüm, bıçak sırtı, Su, Nefes	159 %81.12
		Tehlikeli bir hayvan olarak risk	Yılan, Köpek balığı, Virüs, Mikrop, Bulaşıcı mikrop, Canavar, Eşek arısı, Sivrisinek, Panter, Akrep, Canlı bomba	19 %9.69		Meydana geldiğinde hayatı olumsuz etkileyen olay	Yaşam, Çöl, Ateş, Deprem, Ölme, Tehlike, Savaş, Hedef, İki yanı keskin bıçak, Sıfır, Hastalık, İp te yürüme, Fosfeptik çukuruna atlamak, Eşek arısı, Sorumluluk, Bilgisayardaki virüs, Yangın, İp, Tehlike, Cam, Nar, Trafik kazası, Kabus, Yemek, Ölüm, bıçak sırtı, Su, Nefes	40 %20.40			
		Hassas korunması gereken	Yaşam, Gül, Bebek, Hayat, Su damlası, 0-1 yaş arası bebek, Çeşmeden akan su, Cam, Kelebek, Nefes, Namus meselesi, Yeme-içme	16 %8.16		Meydana geldiğinde hızla yayılan yapı	Virüs, Hastalık, Yangın, Radyasyon, Salgın hastalık	6 %3.06			
		Onlenemez riskler	Doğal afet olarak risk	Şimşek, Sel, Deprem, Doğal afet, Yıldırım, Çığ, Yanardağ, Volkan		12 %6.12	Birey kaynaklı risk metaforları	Kötü sağlıksız çalışma koşulları		Savaş alanı, Sabun, Elektrik direkleri üzerinde tehlikeli yazan levha, Canavar, Çuvaldız, Kaza, Canlı bomba, Piyango, Kelebek, Görmeyen gözler, Iceberg	15 %7.65
	Sistemin içinde doğal döngüye sahip bir yapı		Hava, Bulut, Çamur, Atmosfer ve doğa olayları, Toprak, Miknats, Bozuk para, Çember	8 %4.08	Tehlikeli, kaçınılmaz olay	İp üstünde yürüme, Trafik akışı, Kader, Bilinç altındaki düşünce, Miknats		5 %2.55			
	Sisteminde görünmeyen riskler		Maske, Yumak, Görünmezlik, Depresif kişilik, Bilinmezlik, Kader, Şans topu, Kapalı kutu, Nar	13 %6.63	Dikkatsizlikte oluşan olay	TNT, Bomba, Patlamaya hazır bomba, Dikenli tel, Silah, Mikrop, Mayın tarlası, Yılan, Bulaşıcı hastalık, Kaygan zemin, Su damlası, İp üzerinde yürüme, Rus sureti, Saatli bomba, Sivrisinek, Direksiyondaki uyku, Keskin bıçak sırtı, Mayın, Akrep, Yanardağ, İp cambazı		31 %15.81			
	Yönetilebilir riskler		Kayıp/zarar görme olasılığı olan bir iş	Satranç, İp üstünde yürüme, Beyin ameliyatı, Trafik akışı, Dağda bisiklet sürmek, Trafikte seyretmek, Çarkı felek, Kaygan zemin, Buzda kaymak, Bambi jamping yapmak, Yolculuk, Borsa, Sex yapmak, Piyango, İp cambazlığı, Görmeyen gözler, Direksiyondaki uyku	26 %13.26	Çevre ve birey kaynaklı risk metaforları		Dikkat ve koruma isteyen durum		Kader, Virüs, Bebek, Enfeksiyon, 0-1 yaş arası bebek, Hastalık, Çeşmeden çıkan su, Akdeniz, Radyasyon, Namus meselesi, Askeri seviye, Toprak, Silah, Çamur, Sıfır, Risksizlik	16 %8.16
		Koruyucu yapı	Askeri seviye, Sabun, Risksizlik, Sıfır, Sorumluluk, Korku	7 %3.57	Önlem alınması gereken tehlikeli durum		Sel, Atmosfer olayları, Çember, Köpek balığı, Korku, Doğal afet, Yıldırım, Virüs, Saatli bomba, Çığ, Deniz, Bomba, Dağ, Maske, Kapalı kutu, Kelebek,	16 %8.16			
		Tehlikeli bir yer olarak	Deniz, Çöl, Savaş alanı, Teksas, Orman, Elektrik direkleri üzerindeki ölüm tehlikesi yazan bir levha, Kaygan zemin, Iceberg, Kör nokta, Akdeniz, E5, Boş bir alan, Dağ, Keskin bıçak sırtı, Otobandaki araç, Bilinçaltındaki düşünce, Soğan zarı, Kaos	31 %15.81	Kayıp/zarar olasılığı olan durum		İp üstünde yürüme, Trafik akışı, Kader, Bilinç altındaki düşünce, Miknats	15 %7.65			
					İdare edilebilir, artık risk (alarp) bölgesi		İp üstünde yürüme, Trafik akışı, Kader, Bilinç altındaki düşünce, Miknats,	15 %7.65			
	Kabul edilebilir bölge	Kader, Virüs, Bebek, Enfeksiyon, 0-1 yaş arası bebek, Hastalık, Çeşmeden çıkan su, Akdeniz, Radyasyon, Namus meselesi, Askeri seviye, Toprak, Silah, Çamur, Sıfır, Risksizlik	22 %11.22								

A) Sağlık çalışanları tarafından üretilen 196 geçerli metaforun yapısı dikkate alınarak riskin önlenme durumuna göre riskler sınıflandırıldı. Önlenme durumuna göre riskler üç ana metafor grubuna ayrıldı.

1) Birinci ana grup; “önlenebilir riskler”; sağlık çalışanlarının %50,5’inin kurumdaki risk için önlenebilir risk metaforları kullandığı bulunmuştur. Önlenebilir riskler kendi içinde üç alt gruba ayrılmıştır.

- Birinci alt grup; “zarar verev bir varlık” olarak risk; sağlık çalışanlarının %32.65’inin hastanedeki riski meydana geldiğinde çevresine zarar veren, sonucu ciddi hasarla sonuçlanabilecek varlık ya da olaylara benzettiği bulundu. Sağlık çalışanlarının zarar veren varlık için “TNT, Patlayıcı, Bomba, Patlamaya hazır bomba, Trafik kazası, Hastalık, Ateş, Dikenli tel, Silah, Ölüm, Mayın tarlası, Düşman, Yay, Tehlike, Savaş, İki yanı keskin bıçak, Enfeksiyon, Çuvaldız, Fosseptik çukuru atlamak, Saatli bomba, Yangın, Kaza, Rus ruleti, Radyasyon, Bilgisayardaki virüs, Kızamık, Kesici, Pandemi” metaforları üretildi.
- İkinci alt grup; “tehlikeli bir hayvan olarak risk”; sağlık çalışanlarının %9.69’unun riski tehlikeli bir hayvana benzettiği bulundu. Tehlikeli bir hayvan olarak risk için “Yılan, Köpek balığı, Virüs, Mikrop, Bulaşıcı mikrop, Canavar, Eşek arısı, Sivrisinek, Panter, Akrep, Canlı bomba” metaforları üretildi.
- Üçüncü alt grup; “hassas korunması gereken yapı” olarak risk; sağlık çalışanlarının %8.16’sının riski hassas korunması gereken varlıklara benzettiği bulundu. Eğer bu varlıkları korumak için yeterli özen gösterilmez ise sonucu her kez için kötüdür. Hassas korunması gereken yapı olarak risk için “Yaşam, Gül, Bebek, Hayat, Su damlası, 0–1 yaş arası bebek, Çeşmeden akan su, Cam, Kelebek, Nefes, Namus meselesi, Yeme-içme” metaforları üretildi.

2) İkinci ana grup; “önlenebilir riskler; sağlık çalışanlarının %16.83’ünün hastanedeki riski “önlenebilir risk metaforları ile ifade ettiği bulundu. Önlenebilir riskler kendi içinde üç alt gruba ayrıldı.

- Birinci alt grup; “doğal afet olarak risk”; sağlık çalışanlarının %6.12’sinin hastanedeki riski doğal afete benzettiği ve önlenebilir sadece önlem alınabilir nitelikte olduğunu ifade ettiği bulundu. Doğal afet olarak risk için “Şimşek, Sel, Deprem, Doğal afet, Yıldırım, Çığ, Yanardağ, Volkan” metaforları üretildi.



- İkinci alt grup; “sistemin içinde doğal bir döngüye sahip olan bir yapı” olarak risk; sağlık çalışanlarının %4.08’inin riskin sistemin içinde sürekli var olduğunu ve doğal olduğunu ifade ettiği bulundu. Sistemin içinde doğal bir döngüye sahip olan bir yapı olarak risk için “Hava, Bulut, Çamur, Atmosfer ve doğa olayları, Toprak, Miknatis, Bozuk para, Çember” metaforları üretildi.
- Üçüncü alt grup; “sistemde görünmeyen riskler”; sağlık çalışanlarının %6.63’ünün riskin sistemde gizli bir şekilde var olduğunu, fakat fark edilemediğini ifade ettiği bulundu. Sistemde görünmeyen riskler için “Maske, Yumak, Görünmezlik, Depresif kişilik, Bilinmezlik, Kader, Şans topu, Kapalı kutu, Nar” metaforları üretildi.

3 ) Üçüncü ana grup; “ yönetilebilir riskler”; sağlık çalışanlarının %32.64’ünün hastanedeki risklerin yönetilebileceğini düşündüğü bulundu. Yönetilebilen riskler kendi içinde üç alt gruba ayrıldı.

- Birinci alt grup; “kaybetme/zarar görme olasılığı olan bir iş” olarak riskler; sağlık çalışanlarının %13.26’sının riski kurumda kaybetme/zarar görme olasılığı olan bir iş/eylem ile benzettiği bulundu. Kaybetme olasılığı olan eylem/iş eğer iyi yönetilebilir ise kazanca dönüşebilmektedir. Kaybetme/zarar görme olasılığı olan bir iş olarak risk için “Satranç, İp üstünde yürümek, Beyin ameliyatı, Trafik akışı, Dağda bisiklet sürmek, Trafikte seyretmek, Çarkı felek, Kaygan zemin, Buzda kaymak, Bambi jamping yapmak, Yolculuk, Borsa, Sex yapmak, Piyango, İp cambazlığı, Görmeyen gözler, Direksiyondaki uyku” metaforları üretildi.
- İkinci alt grup; “koruyucu yapı” olarak risk; sağlık çalışanlarının %3.57’sinin hastanede risk olmadığı ya da iyi yönetildiği zaman koruyucu bir özellik kazandığını ifade ettiği bulundu. Koruyucu yapı olarak risk için “Askeri seviye, Sabun, Risksizlik, Sıfır, Sorumluluk, Korku” metaforları üretildi.
- Üçüncü alt grup; “tehlikeli bir yer olarak risk”; sağlık çalışanlarının %15.81’inin riski tehlikeli bir yer ile özdeşleştirdiği ve eğer iyi bir yönetim olur ise kazanım ile sonuçlanabileceğini ifade ettiği bulundu.

B) Sağlık çalışanlarının ürettiği metaforlar ikinci olarak riskin kaynağına göre ikinci kez yeniden sınıflandırıldı. Riskler kaynağına göre üç ana gruba ayrıldı.

1) Birinci ana grup; “çevre kaynaklı risk metaforları”; sağlık çalışanlarının %60.19’unun riskleri çevre kaynaklı metaforlar ifade ettiği bulundu. Çevre kaynaklı risk metaforları beş alt gruba ayrıldı.

- Birinci alt grup; “belirsiz tehlikeli olay olarak risk”; sağlık çalışanlarının %26.53’ünün hastanedeki riski belirsiz tehlikeli olay ile eşleştirdiği bulundu. Belirsiz tehlikeli olay olarak risk için “Yılan, Bomba, Şimşek, Trafik kazası, Görünmezlik, Hava, Teksas, Kaos, depresif kişilik, Deprem, Pandemi, Orman, Düşman, Virüs, Yay, Mikrop, Bulut, Sirk, Çarkıfelek, Hastalık, Görmeyen gözler, Şans topu, Ölüm, Yeme-içme, Kaza, Yolculuk, Panter, Radyasyon, Soğan zarı, Piyango, Dağ, Hava, Kapalı kutu, Buz dağı, Deniz, Enflasyon, Buzda yürümek, El bombası, Volkan” metaforları üretildi.
- İkinci alt grup; “meydana geldiğinde hayatı olumsuz etkileyen olay”; sağlık çalışanlarının %20,4’ünün hastanedeki riski, risk meydana geldiğinde hayatı olumsuz etkileyen bir olaya benzettiği bulundu. Meydana geldiğinde hayatı olumsuz etkileyen olay olarak risk için “Yaşam, Çöl, Ateş, Deprem, Ölmek, Tehlike, Savaş, Hedef, İki yanı keskin bıçak, Sıfır, Hastalık, İpte yürümek, Fosseptik çukuruna atlamak, Eşek arısı, Sorumluluk, Bilgisayardaki virüs, Yangın, İp, Tehlike, Cam, Nar, Trafik kazası, Kabus, Yemek, Ölüm, bıçak sırtı, Su, Nefes” metaforları üretildi.
- Üçüncü alt grup; “meydana geldiğinde hızla yayılan nesne olarak risk”; sağlık çalışanlarının %3.06’sının risk meydana geldiğinde hızla yayılan olay olarak algıladığı bulundu. Meydana geldiğinde hızla yayılan nesne olarak risk için “Virüs, Hastalık, Yangın, Radyasyon, Salgın hastalık” metaforları üretildi.
- Dördüncü alt grup; “kötü sağlıksız çalışma koşulları” olarak risk; sağlık çalışanlarının %7.65’inin riskin kötü, sağlıksız çalışma koşullarından kaynaklandığını ifade ettiği bulundu. Kötü sağlıksız çalışma koşulları olarak risk için “Savaş alanı, Sabun, Elektrik direkleri üzerinde tehlikeli yazan levha, Canavar, Çuvaldız, Kaza, Canlı bomba, Piyango, Kelebek, Görmeyen gözler, Iceberg” metaforları üretildi.
- Beşinci alt grup; “tehlikeli kaçınılmaz olay olarak risk”: sağlık çalışanlarının %2.55’inin hastanedeki riski tehlikeli kaçınılmaz olay olarak ifade ettiği bulundu. Tehlikeli kaçınılmaz olay olarak risk için “İp üstünde yürümek, Trafik akışı, Kader, Bilinçaltındaki düşünce, Mıknatıs” metaforları üretildi.

2) İkinci ana grup; “birey kaynaklı risk metaforları; sağlık çalışanlarının %23.97’sinin hastanedeki riski çalışanın dikkatsizliği veya ihmali sonucu ortaya çıktığını ifade ettiği bulundu.

- Birinci alt grup; “çalışanın dikkatsizliğinde ortaya çıkan olay”; sağlık çalışanlarının %15.81’inin hastanedeki risklerin çalışanın dikkatsizliğinde ortaya çıktığını ifade

ettiği bulundu. Çalışanın dikkatsizliğinde ortaya çıkan olay olarak risk için “TNT, Bomba, Patlamaya hazır bomba, Dikenli tel, Silah, Mikrop, Mayın tarlası, Yılan, Bulaşıcı hastalık, Kaygan zemin, Su damlası, İp üzerinde yürümek, Rus sureti, Saatli bomba, Sivrisinek, Direksiyondaki uyku, Keskin bıçak sırtı, Mayın, Akrep, Yanardağ, İp cambazı” metaforları üretildi.

- İkinci alt grup; “dikkat ve koruma isteyen durum olarak risk”; sağlık çalışanlarının %8.16’sının riskin çalışanın dikkat ve korumasını isteyen bir durum olduğunu ifade ettiği bulundu. Dikkat ve koruma isteyen durum olarak risk için “Kader, Virüs, Bebek, Enfeksiyon, 0-1 yaş arası bebek, Hastalık, Çeşmeden çıkan su, Akdeniz, Radyasyon, Namus meselesi, Askeri seviye, Toprak, Silah, Çamur, Sıfır, Risksizlik” metaforları üretildi.

3) Üçüncü ana grup; “çevre ve birey kaynaklı risk metaforları”; sağlık çalışanlarının %15.81’nin hastanedeki riskin çevre ve birey kaynaklı meydana geldiğini ifade eden metaforlar ürettiği bulundu. Çevre ve birey kaynaklı metaforlar ana grubu kendi içinde iki alt gruba ayrıldı.

- Birinci alt grup; “önlem alınması gereken tehlikeli durum olarak risk”; sağlık çalışanlarının %8.16’sının hastanede çevre kaynaklı risklerin olduğunu ve önlem alınmırsa daha az zarar görüleceğini ifade ettiği bulundu. Önlem alınması gereken tehlikeli durum olarak risk için “Sel, Atmosfer olayları, Çember, Köpek balığı, Korku, Doğal afet, Yıldırım, Virüs, Saatli bomba, Çığ, Deniz, Bomba, Dağ, Maske, Kapalı kutu, Kelebek,” metaforları üretildi.
- İkinci alt grup; “kaybetme olasılığı olan durum olarak risk”; sağlık çalışanlarının %7.65’inin hastanedeki riski tehlikeli bir olaya benzettiği fakat yeterli önlem alınmırsa bu olaydan karlı çıkılabileceğini ifade ettiği bulundu. Kaybetme olasılığı olan durum olarak risk için “İp üstünde yürümek, Trafik akışı, Kader, Bilinç altındaki düşünce, Mıknatıs” metaforları üretildi.

C) Sağlık çalışanlarının ürettiği metaforlar üç bölgeli risk şeması ile değerlendirildi. Bu şemada riskin kabul edilebilirlik derecesine göre sınıflama yapıldı.

- Birinci metafor grubu; “kabul edilemez riskler”; sağlık çalışanlarının %81.12’si tarafından üretilen risk metaforları, risk meydana geldiğinde sonuçları çok ağır olduğu için kabul edilemez olarak sınıflandırıldı. Kabul edilemez bilgedeki risk için “Yılan, Bomba, Şimşek, Trafik kazası, Görünmezlik, Hava, Teksas, Kaos, depresif kişilik,

Deprem, Pandemi, Orman, Düşman, Virüs, Yay, Mikrop, Bulut, Sirk, Çarkıfelek, Hastalık, Görmeyen gözler, Şans topu, Ölüm, Yeme-içme, Kaza, Yolculuk, Panter, Radyasyon, Soğan zarı, Piyango, Dağ, Hava, Kapalı kutu, Buz dağı, Deniz, Enflasyon, Buzda yürümek, El bombası, Volkan, Yaşam, Çöl, Ateş, Deprem, Ölmek, Tehlike, Savaş, Hedef, İki yanı keskin bıçak, Sıfır, Hastalık, İpte yürümek, Fosseptik çukuruna atlamak, Eşek arısı, Sorumluluk, Bilgisayardaki virüs, Yangın, İp, Tehlike, Cam, Nar, Trafik kazası, Kabus, Sel, Atmosfer olayları, Çember, Köpek balığı, Korku, Doğal afet, Yıldırım, Virüs, Saatli bomba, Çığ, Deniz, Bomba, Dağ, Maske, Kapalı kutu, Kelebek, Yemek, Ölüm, bıçak sırtı, Su, Nefes, Virüs, Hastalık, Yangın, Radyasyon, Salgın hastalık, Savaş alanı, Sabun, Elektrik direkleri üzerinde tehlikeli yazan levha, Canavar, Çuvaldız, Kaza, Canlı bomba, Piyango, Kelebek, Görmeyen gözler, Iceberg, TNT, Bomba, Patlamaya hazır bomba, Dikenli tel, Silah, Mikrop, Mayın tarlası, Yılan, Bulaşıcı hastalık, Kaygan zemin, Su damlası, İp üzerinde yürümek, Rus sureti, Saatli bomba, Sivrisinek, Direksiyondaki uyku, Keskin bıçak sırtı, Mayın, Akrep, Yanardağ, İp cambazı” metaforları üretildi.

- İkinci metafor grubu; “idare edilebilir, artık risk (alarp) bölgesi” metaforları; sağlık çalışanlarının %7.65’inin ürettiği metaforlarda, eylemlerde kar zarar oranına bakılarak ve risk azaltma işlemleri yapılarak kabul edilebilir olduğu için idare edilebilir, artık risk (alarp) bölgesinde sınıflandırıldı. İdare edilebilir, artık risk (alarp) bölgesi riski için “İp üstünde yürümek, Trafik akışı, Kader, Bilinç altındaki düşünce, Mıknatıs” metaforları üretildi.
- Üçüncü metafor grubu; “kabul edilebilir bölge” metaforları; sağlık çalışanlarının %11.22’sinin ürettiği metaforlarda, risk meydana geldiğinde zarar çok az veya önemsiz olduğu için kabul edilebilir bölgede sınıflandırıldı. Sağlık çalışanlarının bu bölgede dikkat edilmez ise riskin gerçekleşeceğini, özen ve dikkat gösterilmesi gerektiğini ifade ettikleri bulundu.

## **5. TARTIŞMA**

Bu çalışmada Çanakkale İl'inde hizmet veren bir merkez ve dokuz ilçe hastanesinde sağlık hizmeti çalışanlarının, hastane, kurumdaki kalite çalışmaları, hasta, hasta güvenliği/tıbbi güvenlik ve kurumdaki riske yönelik algıları metafor analizi yöntemi ile değerlendirildi.

Hastane; sağlık çalışanlarının hastane için ürettiği metaforlar sınıflandırıldığında sağlık çalışanlarının %55.03'ünün hastaneyi sosyal bir yer olarak algıladığı saptanmıştır. Sosyal bir yer olarak hastane metafor yapısı kendi içinde incelendiğinde çalışanların %13.63'ünün hastanenin tedavi ve bakım merkezleri olarak algıladığı, %20.20'sinin çalışma koşulları iyi güvenli bir yer olarak algıladığı, % 12.62'sinin çalışma saatlerinin uzun olduğunu düşündüğü, %8.58'inin ise çalışma koşullarının ağır ve kötü olduğunu düşündüğü saptanmıştır. Şahin ve Dündar'ın (2011) yılında yaptığı bir araştırmada sonuçlarında, araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %32,5'inin sosyal hayatı hedef alan yıldırma davranışlarına, % 14,2'sinin fiziksel sağlığı hedef alan yıldırma davranışına maruz kaldığını ifade ettiği saptanmıştır. Araştırmada yapılan odak grup çalışmasında kişilerin çalışma saatlerinin uzunluğundan dolayı sosyal hayata zaman ayıramamaları (%12.62) ile sosyal hayatı hedef alan yıldırma davranışları (%32,5), çalışma koşullarının ağır ve kötü olması (%8.58) ile fiziksel sağlığı hedef alan yıldırma davranışları (% 14,2) birbirini açıklar nitelikte olarak saptanmıştır.

Sağlık çalışanlarının hastane için ürettiği metaforlar sınıflandırıldığında sağlık çalışanlarının %13.63'ünün hastaneyi ticari bir yer olarak bulunmuştur. Sağlık çalışanlarının %3.03'ünün hastaneyi yirmi dört saat hizmet veren bir yer olarak, %10.6'sının ise işyeri ve para olarak algıladığı tespit edilmiştir.

Sağlık çalışanlarının hastane için ürettiği metaforlar içeriğe göre sınıflandırıldığında sağlık çalışanlarının %23.73'ünün hastaneyi karmaşa durumuna göre sınıfladığı görülmüştür. Sağlık çalışanlarının %2.02 'sinin hastanede her gün yeni bilgiler öğrenilen belirsiz bir yer olarak algıladığı, %5.05'inin hastaneye gereksiz hasta başvurusu nedeniyle karmaşa yaşanan bir yer olarak algıladığı, %3.53'ünün hastaneyi tamamen belirsiz bir yer olarak algıladığı, %13.13'ünün ise hastaneyi belirli bir düzeni ve sistemi olan bir yer olarak algıladığı saptanmıştır.

Sağlık çalışanlarının hastane için ürettiği metaforlar içeriğe göre sınıflandırıldığında sağlık çalışanlarının %7.57'sinin hastaneyi toplum için yaşamsal öneme sahip bir yer olarak algıladığı belirlenmiştir.

Sağlık çalışanlarının ürettiği metaforlar Mitchell& Hatch'in oluşturduğu gruplamaya göre sınıflanıp Gareth Morgan'ın metafor sınıflaması ile birlikte ele alındığında şu sonuçlar bulunmuştur:

Sağlık çalışanlarının % 46.96'sının mekanik örgüt metaforları ürettiği saptanmıştır. Sağlık çalışanlarının %19,19'unun örgütü makine işleyişine sahip, yapılan işin önceden belli olduğu, belirsizliğin çok düşük olduğu metaforlar ile ifade ettiği saptanmıştır. Sağlık çalışanlarının %3.53'ünün örgütü ruhlar hapisanesi metaforuna uygun imgelerle ifade ettiği ve % 24.24'ünün ise örgütü bir tahakküm aracı olarak algıladığı saptanmıştır. Sağlık çalışanlarının tahakküm aracı olarak, örgütlerde çalışma koşullarının kötü olması, çalışma saatlerinin uzun olması, gereksiz hasta başvurusu nedeniyle ortaya çıkan kargaşa ve artan iş yükünü ifade ettiği saptanmıştır. Makine örgütlerde yapısal birimler etkin olup disiplin önemlidir. Erdem'in Elazığ ilinde faaliyet gösteren hastanelerde yaptığı bir araştırmada, Cameron ve Quin kültür modeline göre (ortalama;37.271) hiyerarşi kültürü öne çıkmıştır. Hiyerarşi kültürü mekanik ve bürokratik örgütleri temsil etmektedir (Erdem, 2007). Mekanik örgütler bilimsel yönetimle yönetilmektedir. Makine örgütlerde iş esas olarak işçi sınıfındadır. İşçiler, yöneticiler tarafından önceden planlanan ve eşgüdüm ve emirler ile üretimi meydana getiren eylemleri yerine getirmektedir.

Sağlık çalışanlarının %6.06'sının örgütü organizma metaforu ile ifade ettiği saptanmıştır. Organizma metaforu modern yaklaşımı karşılamaktadır. Bu metafora bağlı olarak, örgütlerle ilgili çevresel uyum, yapı, işlev, örgütsel sağlık, farklılaşma, bütünleşme, hemeostatis/denge, entropi, örgütsel gelişme, birey ve gruplar arası ilişkiler, insan ihtiyaçları, motivasyon gibi konular öne çıkmaktadır (Şişman, 2007:35).

Sağlık çalışanlarının %10.60'ının örgütü kolaj örgütler olarak algıladığı belirlenmiştir. Sağlık çalışanlarının %9.09'unun örgütü akış ve dönüşüm aracı olarak, %1.51'inin ise beyin olarak algıladığı görülmüştür. Kolaj olarak örgütler postmodern dönemi temsil etmektedir. Postmodern dönemde toplam kalite yönetimi yaklaşımı ön plandadır.

Sağlık çalışanlarının %30.80'inin örgütü, kültür olarak örgütler olarak algıladığı saptanmıştır. Kültür olarak örgütler sembolik yaklaşımı ifade etmektedir. Kültür olarak örgütlerde, insanların sosyal seçimlerinin paylaşılan ortak tarih ve deneyimler arasında birçok

parçanın personellerce müzakere edilir ve kesin olarak anlaşılması gerekir. Kültür olarak örgüt özellikleri ile klan kültürü arasında benzerlikler vardır. Erdem'in yaptığı araştırmada klan kültürü dördüncü sırada (ortalama; 17.509) yer alırken (Erdem, 2007), Çanakkale ilinde yapılan araştırmada sağlık çalışanlarının %30.80'i kültür olarak örgütü ifade eden metaforları üretmişlerdir. Kültür olarak örgütlerde informal kontrol süreçleri baskın olup bu örgütler bir aile gibidir. Paternalistik bir yönetim vardır ve kurum içi etkin iletişim vardır.

Sağlık çalışanlarının %5.55'inin örgütü pazaryeri metaforu olarak algıladığı saptanmıştır. Pazar yeri metaforu Morgan'ın sınıflamasında politika metaforu olarak adlandırılmıştır. Politika metaforunda anlaşmalı düzen hâkimdir. Ödül ve ceza sistemi vardır. Çalışanların iyi performans sergilemesi ve kaynak yönetimi önemlidir.

Sağlık çalışanlarının ürettiği metaforlar Hofstede'nin belirsizlik boyutuna göre sınıflandırıldığında, sağlık çalışanlarının %78.78'inin hastaneyi sistemli, belirsizliğin düşük olduğu bir yer olarak gördüğü ve belirsizliğin düşük olduğu metaforlarla ifade ettiği saptanmıştır. Belirsizlikten kaçınma, toplumun kesin olmayan belirsiz durumlardan korktuğunu ve bu durumlardan istikrarlı işte çalışma, daha geleneksel ve resmi kurallar kurma, normalden farklı olan fikirleri kabul etmeme, kesin doğrulara inanma ve uzmanlığa ulaşma yoluyla kaçınmayı vurgular. Hofstede'nin araştırmasında Türkiye belirsizlikten kaçmanın yüksek olduğu ülkeler arasında yer almaktadır (Hofstede,1980). Ülkemizde, nitelikli ve donanımlı genç nüfusun kariyer açısından hala kamu kurumlarına öncelik vermektedir (Öğüt ve Kocabacak, 2007). Devlet hastaneleri de bir kamu kuruluşu olduğu için belirsizlik düşüktür. Sağlık çalışanlarının % 21.21'inin ise hastaneyi belirli bir sistemi olmayan, belirsizliğin yüksek olduğu yerler olarak algıladığı saptanmıştır. Buradaki belirsizliğin iş devamlılığı ile ilgili olmadığı düşünülmektedir. Tablo 14'ün ilk bölümünde yer alan, çalışma koşullarının kötü olması, hastaneye gereksiz hasta başvurusunun olması, belirsiz bir sistemin olması gibi nedenlerin belirsizliğe yol açtığı düşünülmektedir.

Sağlık çalışanlarının ürettiği örgüt metaforları son olarak Charles Hampden ve Turner ve Alfons Trompenaars'a göre sınıflandırıldı. Sağlık çalışanlarının %9.59'unun hastanede komuta ekonomisini karşılık gelen metaforlar ürettiği saptanmıştır. Komuta ekonomisinde Doğu Avrupa 'Emir-komuta Ekonomileri' ile atı ekonomilerinin savunma sektörleri yer alır. Komuta ekonomisinde, kesin ve ayrıntılı emirler vermeden önce tasarlayıp çözümleyen bir hiyerarşi, vardır. Tepeden aşağı emirler vermek, çalışanları makineleşmeye

iter ve ekonominin katı ve itici olmasına neden olur. Güç mesafesi fazladır (Hampeden ve Trompenaars,1997).

Sağlık çalışanlarının %57.57'sinin hastanede organik bir düzeni işaret eden metaforlar ürettiği saptanmıştır. Organik düzende, mülk sahiplerinin haklarını kabul ettiği gibi astlarına karşı aile bağlarını andıran sorumluluklarının da bulunmasını gerektiren yarı feodal yapı vardır. Hiyerarşik yapı dikey özellik taşımaktadır (Hampeden ve Trompenaars,1997). Hofstede'nin yaptığı araştırmada da Türk Toplumunun güç mesafesinin yüksek olduğunu ve bu derecenin belirsizlikten kaçınma ile de pozitif ilişki gösterdiğini ifade etmiştir (Hofstede,1980). Gökteş ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, güç mesafesi puanları hastane çalışanlarının görevlerine göre farklılık göstermektedir. Hastane yardımcı hizmet personelinin puanı idari personelinin puanından yüksek çıkmıştır. Hastanede gelir düzeyi arttıkça güç mesafesi puanının da düştüğü saptanmıştır. Hastanelerde gelir düzeyi yüksek olan gruplar güç mesafesini daha az hissetmektedir (Gökteş, Aslan vd., 2005).

Sağlık çalışanlarının %20.20'sinin hastaneyi Batı çoğulculuğu (Makine) grubuna yönelik metaforlar ürettiği bulunmuştur. Güç mesafesi yatay yapıdadır. Statü kazanılır. Bu gruba en iyi örnek Amerika'nın tutumudur. Bu tutum, kuralları koymak ve istisnaları keşfetmek, yapma ve bozmaktır (çözümleme/bütünleme).

Sağlık çalışanlarının %12.62'si hastaneyi yapısal iletişim şebekesi olarak ifade etmiştir. Bu bölüme en önemli örnek Almanya'dır. Almanya'nın yapısal iletişim şebekeleri hem göreceli olarak eşdeğerde hem de birbirine entegre olmuş biçimdedir. Almanya'nın en güçlü yönü ağır sanayinin bünyesinde üreticiler, endüstriler, sendikalar ve müşteriler arasında sağlam temellere oturan bir iletişim düzenidir (Hampeden ve Trompenaars,1997). Bu yapıda hastanede ki birimler kendi başına hem aynı eşdeğerde olup bir birleriyle entegre şekilde çalışmaktadır. Yöneticiler, çalışanlar, tedarikçi ve taşeron firmalar ve müşteriler arasında iyi bir iletişim vardır.

Kalite; sağlık çalışanlarının kurumdaki kalite için ürettiği 198 metafora içerik analizi uygulandığında, sağlık çalışanlarının %39.37'sinin kurumdaki kalite çalışmalarını sosyal, herkese yararlı bir yapı olarak gördüğü saptanmıştır. Sağlık çalışanlarının %15.65'inin hastanedeki kalite çalışmaları için sürekli çalışan, üreten bir yapı olarak algıladığı, %10.60'ının kalitenin sürekli gelişen, iyileşen bir yapı olarak algıladığı tespit edilmiştir. Sağlık çalışanlarının %6.56'sının hastanedeki kalite çalışmalarını kurum için faydalı, ilgi ve emek verdikçe verimliliğinde arttığı bir yapı olarak, %6.56'sının ise kalite çalışmalarını



güzelliğin sembolü, kurum için değerli bir yapı olarak algıladığı belirlenmiştir. Uzmanlar ISO 9001 kalite yönetim sistemi uygulanan kurumlarda üretim süreçlerinin gelişmesi ve üretimin artmasını (sürekli çalışan üreten bir yapı ve sürekli gelişen, iyileşen yapı), üretimin artması ile çalışanların kazancının artmasını (faydalı, ilgilendikçe verimliliği artan yapı), sürekli denetimler ile çalışan güvenliğinin artmasını (güzelliğin sembolü, kurum için değerli bir yapı) beklemektedirler (Levine ve Toffel, 2008).

Sağlık çalışanlarının %34.83'ünün kurumdaki kaliteyi "değişken belirsiz bir yapı" olarak algıladığı saptanmıştır. Sağlık çalışanlarının %5.05'inin hastanedeki kalite çalışmalarının kurumsal eksiği olduğunu ya da eksik/yanlış anlaşılan bir yapı olduğunu, %9.59'unun hastanedeki kalite çalışmalarının kişilere ve duruma göre değiştiğini, çift kişiliğe sahip olduğunu düşündüğü tespit edilmiştir. Sağlık çalışanlarının %10.60'ının hastanedeki kalite çalışmalarını kişiye nankörlük yapan, sağlık çalışanına zarar veren bir yapı olarak gördüğü, %4.54'ünün hastanedeki kalite çalışmalarının sadece denetim zamanı çalışan bir yapı olarak gördüğü, %5.05'ine göre ise kurumdaki kalite çalışmalarının hiçbir işe yaramadığını düşündüğü saptanmıştır.

Sağlık çalışanlarının %25.75'inin kurumdaki kalite çalışmaları için liderlik ve yönetim yapısına ilişkin metaforlar ürettiği saptanmıştır. Sağlık çalışanlarının %8.08'inin hastanedeki kalite çalışmalarını liderliğin ve hızın simgesi olarak gördüğü, %8.58'inin hastanedeki kalite çalışmalarını gücün ve otoritenin simgesi olarak gördüğü belirlenmiştir. Sağlık çalışanlarının %5.05'inin kurumdaki kalite çalışmalarının, sağlık personelinin her şeye itaat eden bir hal almasına neden olduğunu, %4.04'ünün ise hastanedeki kalite çalışmalarının çok yavaş gelişen bir yapı olarak gördüğü saptanmıştır. Sağlık çalışanlarının %43.92'sinin hastanelerdeki kalite çalışmalarına ilişkin olumsuz düşüncelere sahip olduğu, %47.45'inin kalite çalışmaları hakkında pozitif görüşe sahip olduğu ve % 8.58'inin ise kaliteyi otoriter bir sisteme benzetmiştir.

Sağlık çalışanlarının hastanedeki kalite çalışmalarına ilişkin ürettikleri metaforlar Hammal ve Vadi'nin (2006) Saint Gobein Endüstrisinde yaptığı bir araştırmada geliştirdiği hayvan metafor gruplarına göre sınıflandırıldı. Sağlık çalışanlarının %16.16'sının hastanedeki kalite çalışmaları hakkında "hızlı vahşi hayvan" metaforları ürettiği saptanmıştır. Hızlı ve vahşi hayvan metaforlarında; Saint Gobein Endüstrisinde, örgüt hızlı gelişir ve çok esnek, güvenilir, yenilikçi ve dikkatlidir. Aynı araştırmada Estonya'daki dokuz yenilikçi okulda incelenmiştir. Yenilikçi okullardaki hızlı vahşi hayvan üretilen örgütlerde, örgütün iki yüzü

vardır. Organizasyon hızlı ve aktif olabilir, fakat aynı zamanda sert, katı ve kurnazdır. Organizasyon topluluğu gütme içgüdüindedir, üyelerini korur dışa saldırgandır. Örgütü “hızlı ve vahşi hayvan metaforu” ile ifade eden çalışanların örgütteki oryantasyon değerinin yüksek olduğu saptanmıştır (Hammal, 2006). Bu çalışmada da vahşi hayvanlar ile ilgili sağlık çalışanlarının ürettikleri metafor içerikleri reformcu kullara uyum sağlamaktadır. Örneğin; gücün ve otoritenin simgesi olarak kalite, sürekli gelişen ve iyileşen yapı olarak kalite gibi

Sağlık çalışanlarının %37.37’sinin hastanede devam eden kalite çalışmaları için “sıkı çalışan hayvan metaforlarını” kullandığı saptanmıştır. Hammal ve Vadi’nin (2006) yaptığı araştırmada reformcu okullar sıkı çalışan hayvan metaforlarını evcil hayvan metaforları olarak yorumlamışlardır. Reformcu okullara göre evcil hayvan metaforu ile ifade edilen örgütler, sakin, samimi ve öğrenen örgütlerdir. Çalışanlarına değer verir ve sağlam, güvenilir ve birbirine bağlı bir ilişki vardır. Organizasyon hareketli, gayretli ve kuvvetlidir fakat nadir durumlarda saldırgan ve sert/azimli olabilir. Saint Gobein Endüstrisi’nde ise “sıkı çalışan hayvan metaforları” ile ifade edilen örgütlerde, örgüt üyeleri çok çalışkandır ve ihtiyaçların farkındadırlar. Örgüt güvenilirdir ve kurallar kabul edilmiştir. Sorun olması halinde işçiler cezalandırılır ve gereklilik halinde ise çalışanlar hazırda tutulur (Hammal, 2006). Sağlık çalışanlarının metafor içeriklerine göre oluşturulan alt grup başlıkları arasında, “sürekli çalışan, üreten yapı”, “ faydalı, ilgilendikçe verimliği artan yapı”, “liderliğin ve hızın sembolü” kalite çalışmalarının çalışmasını temsil eder iken, “ itaatkâr bir yapı” çalışanların kuralları kabul ettiğini ve her şeye itaat ettiğini göstermektedir.

Sağlık çalışanlarının %46.46’sının hastanedeki kalite çalışmaları ile ilgili olarak “yavaş, hantal, kurnaz ve çıkarıcı hayvan” metaforları ürettiği saptanmıştır. “Yavaş, hantal, kurnaz ve çıkarıcı hayvan” olarak örgütlerde, örgüt büyüktür ve değişim çok yavaş olur. Bu örgütler insan psikolojisi için tehlikeli ve aldattıcıdır. Hiçbir şey görüldüğü gibi değildir. Çalışanlar örgüt görevlerinin farkında değildir ve doğruya yönlendirici bilgi olmaksızın çok fazla uğraş/çaba sarf edilir. Örgüt görevlerine oryantasyon derecesi çok düşüktür ve örgüt çok büyük, yavaştır ve anlaşılabilir görevleri vardır (Hammal, 2006). “Yavaş, hantal, kurnaz ve çıkarıcı hayvanlar” olarak kalite çalışmalarının sağlık çalışanlarına göre nedenleri, “kurumsal eksikliği olması/eksik anlaşılma”, “kişi ve duruma göre değişen çift kişilikli bir yapı olması”, “nankör, sağlık çalışanına zarar veren bir yapı olması”, “sadece denetim zamanı çalışması”, “kurum için işe yaramaz (kuruma yük olan) bir yapı olması”, “gelişmelerin çok yavaş olması” ve “sağlık çalışanını her şeye itaat ettiren bir yapı” olması sayılabilir.

Hasta; sağlık çalışanlarının hasta ile ilgili ürettikleri metaforlar, metafor yapısına göre değerlendirildiğinde, sağlık çalışanlarının %90.14'ünün hastayı bir insana ait olan özellikler ile eşleştirdiği saptanmıştır. Sağlık alışanlarının %52.84'ünün hastayı “belirsiz, ne yapacağı bilinmeyen bir kişi” olarak algılamıştır. Sağlık alışanlarının %32.12'sinin hastayı “bilinen, güvenilir bir kişi ya da nesne” olarak tanımladığı, %5.18'inin ise “hastayı aciz, değersiz çıkarıcı bir kişi” olarak tanımladığı görülmüştür.

Sağlık alışanlarının %9.83'ünün ise hastayı “bir canlı türü” olarak gördüğü saptanmıştır. Sağlık alışanlarının %6.73'ünün hastayı “evresine zarar veren bir canlı” olarak, %3.1'inin hastayı “korunmaya muhtaç bir canlı” olarak tanımladığı tespit edilmiştir.

Sağlık alışanlarının hasta ile ilgili ürettikleri metaforlar içerik analizine göre değerlendirildiğinde, sağlık çalışanlarının %32.12'sinin hastayı “hastanede sevgi, şefkat ve ilgi bekleyen kişi” olarak, %9.32'sinin hastayı “sadece maddiyat” olarak, %4.14'ünün hastayı “sağlığı bozulan kişi” olarak gördüğü saptanmıştır. sağlık çalışanlarının %14.50'sinin hastayı “dengesiz, saldırgan kişi” olarak, %9.84' hastayı “zaafları, olumsuz yönleri olan belirsiz bir kişi” olarak tanımlamışlardır. Sağlık alışanlarının %6.73'ünün hastayı “bir yakınıları, aileden biri” olarak, %17.61'inin hastayı “bakıma, ilgiye muhtaç kişi” olarak, %5.69'unun ise hastayı “bakımında sorumluluk almayan kişi” olarak gördüğü saptanmıştır.

Sağlık alışanlarının bir ekip olarak çalışması ve ekip içinde var olan hastaya bakış açısının, hekim- hasta ilişkisi ile benzerlik göstermesi nedeniyle elde edilen metaforlar hasta-hekim ilişki yapısına göre gruplandırılmıştır. Bu gruplamaya göre sağlık çalışanlarının %55.05'inin hastayı “Paternalistik /buyurganlık davranışı” içinde değerlendirdiği saptanmıştır. Paternalistik (babacıl), hekim bir baba gibi hastanın yararını gözetererek onun adına gerekli olanları ona sormadan ve onamı olmadan yapar (zlı, erişim tarihi 2011). Szasz ve Hollender'in psikoanalitik modeline göre ise etkinlik-edilgenlik temeline dayalı bir ilişki olarak adlandırılır. Ebeveyn- ocuk arasındaki ilişkiye benzemektedir. Hekim hastanın koruyucusu gibidir (Habiba, 2000; Atıcı, 2007). Buyurgan sağlık çalışanı bakış açısına göre, “hastanede sevgi, şefkat, ilgi bekleyen kişi”, “sağlık çalışanının bir yakını”, “ bakıma, ilgiye muhtaç kişi”, “bakımında sorumluluk almayan kişi” örnek gösterilebilir.

Sağlık alışanlarının %30,3'ünün hastayı “danışmanlık davranışı” ile değerlendirdiği saptanmıştır. Danışmanlık davranışı, hekim tanı ve tedavi sürecinde çok sorumluluk üstlenmez. Sadece danışmanlık yapar. Hastaya bilgi verir, alternatifleri açıklar sorularını cevaplar. Sonuçta kararı hastaya bırakır ve hastanın isteğini uygular (zlı, erişim

tarihi:2011). Sağlık hizmetlerini diğer mal ve hizmetlerden ayıran önemli özelliklerden biri, hizmeti sunan doktor ile hasta arasında bilgi asimetrisi olmasıdır. Tüketiciler hangi hekime ya da kuruma başvurmaları gerektiği, tedavileri için hangi uzmanlık dallarının gerekli olduğu, hangi tetkikleri yaptırmaları gerektiği ya da hangi tedavi yöntemlerini uygulamaları gerektiği konusunda yeterli bilgiye sahip değildir. Dolayısı ile tüketici diğer sektörlerde olduğu gibi alacağı hizmete kendisi karar veremez (Tengilimoğlu vd, 2009: 41). Danışman ilişki grubunda, sağlık çalışanlarına göre istekleri yerine getirilmeyen hasta, “dengesiz, saldırgan bir kişi”, zaafları olumsuz yönleri olan kişi” olarak ifade edilmiştir.

Sağlık çalışanlarının %12.12’si hastayı “katılımcı ilişki” içinde değerlendirdiğini ifade etmiştir. Katılımcı uygulama, hekim ve hasta birlikte sorunu çözmeye çalışır. Kararları hasta verir, ancak hekim danışmanlık yapmakla kalmaz rehberlik yapar, yol gösterir. Hastanın doğru karar verebilmesi için gereken yardım ve desteği sağlar. Sadece bilgi vermemekte, önerilerde bulunmakta, cesaret vermekte ve motive etmektedir. (Özlü, 2011).

Hasta Güvenliği/Tıbbi Güvenlik: hasta güvenliği, tıpta kötü yönetimden kaynaklanan sakatlanmalardan hastaları korumaya yönelik süreçleri içerir. Sağlık çalışanlarının kurumlarındaki hasta güvenliği/tıbbi güvenliğe ilişki ürettikleri metaforlar metafor yapısına göre değerlendirildiğinde, sağlık çalışanlarının %32.66’sının hastanede var olan hasta güvenliği/tıbbi güvenliği “tehlikeli bir yapı” olarak gördüğü saptanmıştır. Sağlık çalışanlarının %20.52’sinin hasta güvenliği/tıbbi güvenliği belirsiz tehlikeli yapı, %7.89’unun hassas, kırılabilir yapı, %3.25’inin ise tehlikeli fakat içinde fırsatı da içeren yapı olarak ifade ettiği saptanmıştır. Sağlık çalışanlarının hasta ve çalışan güvenliğini olumsuz etkileyen tehlikeli durumları ifade ettiği düşünülmektedir.

Sağlık çalışanlarının %57.88’inin hasta güvenliği/tıbbi güvenlik ile ilgili “içinde koruma ifadesi içeren metafor” ürettiği tespit edilmiştir. Sağlık çalışanlarının %18.94’ünün hasta güvenliğini korunması gereken bir yapı olarak, %38.94’ünün ise “hasta ve çalışanı koruyan bir yapı” olarak ifade ettiği saptanmıştır.

Sağlık çalışanlarının %10.51’inin hastanede ki hasta güvenliği/tıbbi güvenlik ile ilgili olarak “kurum için değerli, hayati bir yapı” olarak algıladığı görülmüştür. Sağlık çalışanlarının %4.73’ünün hasta güvenliğini kurum için “yaşamsal bir yapı”, %2.63’ünün hasta güvenliğini kişinin algı düzeyine göre değişen bir yapı”, %3.15’inin ise hasta güvenliğinde hata olur ise “suçlayıcı bir yapı” olduğunu ifade ettiği saptanmıştır. Altındış’ın hastanelerde yaptığı bir araştırmada “tıbbi hataların, zamanında raporlanması için

ödüllendirme programı uygulanır” ifadesi en düşük puanı almıştır (Altındış, 2010). Bu çalışmada çok az sayıda kişinin suçlayıcı kültürü işaret etmiştir. Fakat suçlayıcı kültür olay raporlama faaliyetini olumsuz yönde etkilediği bilinmektedir. Altındış’ın çalışmasında, son bir yıl içinde olay raporlama sonuçlarına bakıldığında devlet hastanelerinde çalışanların %72.88’inin hiç olay raporlamadığı, 16.94’ünün 1-2 olay raporladığı bulunmuştur (Altındış, 2010).

Sağlık çalışanlarının ürettiği metaforlar içerik analizine göre değerlendirildiğinde, sağlık çalışanlarının %27.89’unun hasta güvenliği/tıbbi güvenliğin “çalışanın sorumluluğunda bir yapı” olduğunu ifade ettiği saptanmıştır. Sağlık çalışanlarının %12.63’ünün hasta güvenliği/tıbbi güvenliği “koruma ve özen isteyen belirsiz tehlikeli bir yapı”, %15.26’sının ise hasta güvenliğini “çalışanın koruduğu bir yapı” olarak ifade ettiği belirlenmiştir. Sağlıkta paradigma değişimi sonrası yeni yaklaşımda hatalar sistem sorumluluğundadır. Geleneksel kişi yaklaşımı, oluşabilecek hataları önlemede başarılı değildir, kişi yaklaşımında sistem sorgulanmadığı için hatalar tekrar edebilir (Ovalı, 2010).

İçerik analizinde sağlık çalışanlarının %34.19’unun hasta güvenliği/tıbbi güvenliği “kurum sorumluluğundaki tehlikeli yapı” olarak ifade ettiği saptanmıştır. Sağlık çalışanlarının %11.57’sinin hastanedeki hasta güvenliği/tıbbi güvenliği “ belirsiz değişken, tehlikeli bir yapı” olarak ifade ettiği ve tehlikeli belirsiz yerleri işaret ettiği, %4.21’inin “önleyici tedbir gerektiren, sonucu tehlikeli bir yapı” olarak ifade ettiği saptanmıştır. Sağlık çalışanlarının %9.47’sinin hasta güvenliği/tıbbi güvenlikte “yetersiz kurum şartlarını”, %8.94’ünün ise “fırsat ve tehlikenin iç içe olduğu bir yapıyı” ifade ettiği görülmüştür. Kurumun sorumluluğundaki tehlikeli yapının Reason’un hata modelinde ki sistem içinde var olan latent (gizli) koşulları işaret etmektedir.

Sağlık çalışanlarının %37.88’nin hastanedeki hasta güvenliği/tıbbi güvenliği “kurumda var olan koruyucu yapı” olarak ifade ettiği saptanmıştır. Sağlık çalışanlarının %22,1’inin hasta güvenliğini “koruyucu bir yapı”, %15.78’inin hasta güvenliğini “herkese güven verev yaşamsal bir yapı” olarak algıladığı görülmüştür.

Risk; risk yönetimi hastane içinde çevresel ya da bireysel kaynaklı olası riskleri önceden tanımlayan, kontrol altına alan ve hasta ile personel güvenliğini sağlayan bir yönetim biçimidir. Sağlık kuruluşları olası, tahmin edilebilir, önlenebilir risk gruplarını ele alır (Göktaş, 2007). Sağlık çalışanları tarafından üretilen metaforlar, riskin önlenebilir durumuna göre değerlendirildiğinde, sağlık çalışanlarının %50,5’inin kurumdaki risk için önlenebilir

risk metaforları, %16.83'ünün hastanedeki riski “önlenebilir risk” olarak, %32.64'ünün hastanedeki riskleri yönetilebilen risk metaforları ile ifade ettiği saptanmıştır.

Sağlık çalışanlarının ürettiği risk metaforları kaynağına göre sınıflandırıldığında, sağlık çalışanlarının %60.19'unun riski çevre kaynaklı metaforlar ile ifade ettiği tespit edilmiştir. Alt gruplara bakıldığında sağlık çalışanlarının %26.53'ünün riski “belirsiz tehlikeli olay” olarak, %20.40'ının riski “meydana geldiğinde hayatı olumsuz etkileyen tehlikeli olay” olarak, %3.06'sının riski “risk oluştuğunda etkisi hızla yayılan bir olay” olarak ifade ettiği saptanmıştır. Sağlık çalışanlarının %7.65'inin riski “kötü, sağlıksız çalışma koşulları” olarak, %2.55'inin riski “tehlikeli kaçınılmaz olay olarak” ifade ettiği belirlenmiştir.

Sağlık çalışanlarının %23.97'sinin hastanedeki riski birey kaynaklı olarak algıladığı saptanmıştır. Sağlık çalışanlarının %15.81'inin riski “çalışanın dikkatsizliğinde meydana gelen olay”, %8.16'sının riski “çalışanın dikkat ve korumasını isteyen durum” olarak yorumladığı görülmüştür. Tablo 17; hasta güvenliği riskleri metafor analizi incelendiğinde sağlık çalışanlarının %27.89'unun hasta güvenliğini çalışanın sorumluluğunda olan bir durum olarak ifade ettiği ile karşılaşılmaktadır ve iki durum uyumlu bulunmuştur.

Sağlık çalışanların % 15.81'inin kurumdaki riski “çevre ve birey kaynaklı” olarak ifade ettiği saptanmıştır. Sağlık çalışanlarının %8.16'sının riski önlem “alınması gereken tehlikeli durum” olarak ifade etmiştir ve bu sağlık çalışanlarının artık önleyici tedbirlerin bilincine varmaya başladığının açık bir ifadesi olduğu düşünülmüştür. Sağlık çalışanlarının %7.65'inin riski “kaybetme olasılığı olan bir durum” olarak ifade ettiği ve bu metaforlar ile sağlık çalışanlarının, riski fırsata çevirmenin yolları olduğunu fark ettikleri sonucu çıkarılabilir.

Sağlık çalışanları risk meydana geldiğinde kabul edilebilir durumuna göre sınıflandırıldığında, sağlık çalışanlarının %81.12'sinin ürettiği metaforun kabul edilemez bölgede yer aldığı saptanmıştır. Bu bölgede yer alan işlemlerde risk azaltılmadığı takdirde kabul edilemez ve işlem yapılamaz. Sağlık çalışanlarının %7.65'inin ürettiği metaforların ise idare edilebilir, artık risk (alarp) bölgesinde yer aldığı saptanmıştır. İdare edilebilir, artık risk bölgesinde yer alan işlemlerin gerçekleştirilmesi için risk azaltıcı yöntemlerin uygulanması gerekmektedir. Sağlık çalışanlarının % 11.22'sinin riski kabul edilebilir bölgede ifade ettiği saptanmıştır. Göktaş'ın yaptığı araştırmada bir hastanede bildirilen 95 olayın %20'si olması kabul edilebilir, %28.57'si yeterince kontrol edilmiş risk, (%48.57'si kabul edilebilir bölge), %21.42'sinin kontrol edilmesi gerekli risk (alarp bölge), %28.42'sinin yönetici tarafından

kontrol edilene kadar işlemin iptali gereken riskler (kabul edilemez bölge) olarak sınıflandırmıştır (Göktaş, 2007). Ülkemizde olay bildirim oranı çok düşük olduğu için, çoğu işlemin kontrol edilemez bölgede ve ya idare edilebilir, artık risk bölgesinde olduğu fakat sadece ciddi bir olay olduktan sonra bildirildiği düşünülmektedir. Bu araştırmada da kabul edilemez bölgenin bu kadar yoğun olması, hastanelerde olay bildirim ve neredeyse hata bildirim üzerinde durulması gerektiğine önemli bir delildir. Hataların görünmeyen kısmı görünenden çok daha fazladır.

## **6. SONUC VE ÖNERİLER**

Sağlık hizmetlerinde, 2003 yılında başlayan sağlıkta dönüşüm programı ile birçok değişim yaşanmaktadır. Gerek dünyada globalleşme, gerekse hastalıkların yapısının değişimi sonrası sağlıkta bir paradigma değişimi yaşanmıştır. Hastanelerin başlattığı kalite çalışmaları, sağlık bakanlığı desteğiyle ülke bünyesinde ortak çalışmalar ile devam etmektedir. Kalite çalışmaları ve paradigma değişimi sonrası yaşanan değişimlere sağlık çalışanlarının uyumu olması bu çalışmaların daha verimli olmasını ve değişimlerin kalıcı olmasını sağlayacaktır. Sağlık çalışanlarının yaşanan değişime destek vermesi kurum içindeki üretkenliği, hasta memnuniyetini arttıracaktır ve hasta ve çalışan güvenliğine olumlu etkileri olacaktır.

Kalite çalışmalarının başarılı olması için hastanede var olan kültür ve çalışanların bakış açısı oldukça önemlidir. Yapılan araştırmada Çanakkale İl'inde faaliyet gösteren on devlet hastanesinin kültür yapısı şu şekildedir.

Sağlık çalışanlarına göre, makine örgüt metaforları daha fazla üretilmiştir. Makine metaforlarının dayanak noktası bilimsel yönetimdir. Bilimsel yönetimde, işlerin rutinleşmesini ifade eden makine örgütler, ruhlar hapisanesi ve tahakküm aracı olarak örgütler yer almaktadır. Çalışanlar tahakküm aracı olarak aylık çalışma saatlerinin uzunluğunu (nöbet sayılarının fazla olması), çalışma koşullarının kötü olmasını, hastanelere gereksiz hasta başvurusu ile hastanede bir yoğunluk ve kaos yaşanmasını göstermektedirler.

İkinci baskın örgüt kültürü, kültür olarak örgüt yapısıdır. Kültür olarak örgütlerin dayandığı yönetim şekli sembolik yaklaşımdır. Örgüt içinde çalışanların paylaştığı ortak değerler vardır ve etkin iletişim hâkimdir. Kültür olarak örgütler için aile, ev, yakın akraba ve arkadaş metaforları üretilmiştir. Paternalistik (babacıl) bir yaklaşım söz konusudur.

Üçüncü kültür ise kalite çalışmalarına olanak sağlayan kolaj olarak örgütlerdir. Kolaj olarak örgütler akış ve dönüşüm aracı olarak örgütler ve beyin olarak örgütler olarak iki bölüme ayrılmıştır. Kolaj olarak örgütler postmodern dönemi yansıtmaktadır ve etkin birimler ve bilgi paylaşımı çok önemlidir.

Dördüncü örgüt yapısı organizma olarak örgütler modern yaklaşımı yansıtmaktadır. Örgütte işlevsel parçalar ve beşeri ilişkiler önemli yer tutar.

Son kültür yapısı ise Pazaryeri metafor yapısıdır. Pazaryeri kültüründe anlaşmalı bir düzen hâkimdir ve yapılan iş sonrası ödül ve ceza anlayışı vardır.



Sağlık çalışanlarının büyük bir bölümü hastanelerin sistemli, belirsizliğin düşük olduğu yerler olduğunu, diğer bölümü ise hastanelerin sistemsiz ve belirsizliğin yüksek olduğu yerler olduğunu ifade etmektedir. Sağlık çalışanları hastanede ki belirsizliğin çalışma koşullarının kötü olmasından, gereksiz hasta başvurusundan ve belirsizliğin yüksek olduğu bir sistemden kaynaklandığını düşünmektedir. Belirsizliği ortadan kaldırmak ve kalite kültürünü yaymak için, uzun çalışma saatleri, hastanelerin çalışma koşulları, gereksiz hasta başvurusunun önlenmesi için çalışmalar yapılması önerilmektedir.

Metaforlar Hampden ve Trompenaars'ın (1997) hiyerarşi ve eşitlik tablosuna yerleştirildiğinde, hastanelerde hiyerarşinin yüksek olduğu organik düzen ve komuta ekonomisinin yaygın olduğu görülmüştür. Organik düzende bütüncü bir bakış açısı, komuta ekonomisinde ise sorunları çözümlenici bir bakış açısı vardır. Tablonun alt yanında ise batı çoğulculuğu (makine) ve yapısal iletişim şebekesi yer almaktadır. Batı çoğulculuğunda hiyerarşinin düşük ve çözümlenici bir yapı vardır. Yapısal iletişim şebekesi, kalite çalışmalarına uygun zemin hazırlayan bir yapıya sahip olup eşitlikçi ve bütüncü bakış açısı hâkimdir.

Sağlık çalışanlarının kurumlarında ki kalite çalışmaları ile ilgili ürettiği metaforların analizi sonrasında sağlık çalışanlarının büyük bölümünün kurumdaki kalite çalışmalarını “yavaş, hantal, kurnaz ve çıkarıcı hayvanlar ile özdeşleştirdiği görüldü. Yavaş, hantal, kurnaz ve çıkarıcı hayvanlar ile ifade edilen örgütler büyük ve değişimde yavaştır. Bu örgütlerde çalışanlar örgütsel görevlerin farkında değildir ve yönlendirici bilgi olmaksızın çok fazla çaba sarf ederler. Sağlık çalışanları kalite çalışmalarındaki bu eksikliği, “kurumsal eksiği olan/eksik anlaşılan bir yapı”, “kişiye, duruma göre değişen çift kişilikli yapı”, “nankör, sağlık çalışanına zarar veren yapı”, denetim zamanı çalışan yapı”, “kurum için işe yaramaz bir yapı”, “çalışanı her şeye itaat ettiren yapı” ve “yavaş gelişen bir yapı” ile ifade etmişlerdir. Bu alt başlıkların kalite çalışmaları ile pek de uyumlu olduğu söylenemez. Kurumların, bu bakış açılarını değerlendirerek, çalışanları içine alan ve onları motive eden yeni çalışmalar yapmaları ve kuruma özel stratejiler geliştirmeleri gerekmektedir.

Sağlık çalışanlarının bir diğer bölümü kurumdaki kaliteyi “sıkı çalışan hayvan” metaforları ile özdeşleştirdiği görülmüştür. Sıkı çalışan hayvan metaforları ile ifade edilen örgütler de örgüt üyeleri çok çalışkandır, örgütün ihtiyaç duyduğu konuların farkındadır. Sağlık çalışanları bu durumu, “sürekli çalışan, üreten yapı”, “sürekli gelişen yapı”, “faydalı, ilgilendikçe verimliliği artan yapı”, “liderliğin, hızın simgesi” alt grupları ile ifade etmişlerdir.

Araştırılması gereken nokta “itaatkâr bir yapı” olarak kalitenin kişilerin bilgiye mi itaat ettiği yoksa liderlerin verdiği tüm emirlere otoriter sistemdeki gibi mi itaat ettiği.

Sağlık çalışanlarının bir bölümünün ise kurumdaki kalite çalışmalarını hızlı vahşi hayvanlar ile ifade ettiği görülmüştür. Hızlı vahşi hayvan ile ifade edilen örgüt, hızlı gelişmektedir ve çok esnek bir yapıya sahiptir. Bu örgütler kendini gizlemektedir, sert ve kurnaz olup ve üyelerini koruyan bir yapı sergilemektedir. Sağlık çalışanları, “sürekli gelişen, iyileşen yapı”, güzelliğin sembolü, değerli yapı”, “gücün ve otoritenin simgesi” alt başlıkları ile ifade etmişlerdir. Hastane yöneticileri otoriter sistemden, kalite yönetim sistemine geçiş için gerekli stratejileri planlamalı ve hayata geçirmelidirler.

Sağlık çalışanlarının hasta ile ilgili ürettiği metaforlar incelenmiş ve sonuçta sağlık çalışanlarının yarısından fazlasının buyurganlık davranış modelinde hasta ile çalıştığı görülmüştür. Bu durum için “bilinen, güvenilir kişi”, “aciz, değersiz, çıkarıcı varlık”, “korunmaya muhtaç bir canlı” alt grupları oluşturulmuştur. Sağlık çalışanlarının bir diğer önemli bölümü ise hastaların kendilerini danışmanlık davranışı içinde algıladığını ifade etmiştir. Nedeni ise hastanede istediği yapılmayan hastaların çıkardığı sorunlardır. Bu konu ile ilgili, “dengesiz, saldırgan kişi” alt grubu oluşturulmuştur. Sağlık çalışanlarının az bir kısmı ise katılımcılık davranışı içinde çalıştığı görülmüştür. Yöneticiler, sağlık çalışanlarının buyurganlık davranışından katılımcılık davranışına doğru geçişleri için sık sık eğitimler verilmesini sağlamalı ve hastaların danışmanlık davranışından katılımcılık davranışına yönelmeleri için halkın bilinçlendirilmesine yönelik çalışmalarda bulunmalıdır.

Hasta güvenliği kalite yönetim sistemi çalışmaları takibinde önem kazanan bir yapıdır. Hasta güvenliği ve çalışan güvenliği bir kurum için çok önemli konulardır. Sağlık çalışanlarının bir bölümünün hasta güvenliği/tıbbi güvenliğin “çalışanın sorumluluğunda bir yapı” olarak, bir diğer bölümünün hasta güvenliği/tıbbi güvenliği “kurum sorumluluğundaki tehlikeli yapı” olarak, büyük bölümünün hastanedeki hasta güvenliği/tıbbi güvenliği “kurumda var olan koruyucu yapı” olarak ifade ettiği sonucuna varılmıştır. Sağlıktaki yeni sisteme göre güvenlik tüm çalışanlar sorumluluk almalıdır fakat gerçek sorumluluk sistemidir. Sağlık çalışanlarının büyük çoğunluğu hasta güvenliğini tehlike içeren metaforlar ile ifade etmişlerdir. Bu konuda tıbbi güvenliğin tehlike altında olduğu düşünülmelidir ve bu durumu ortadan kaldırmak için çalışanlar ile bir ekip kurularak gerekli çalışmalar yapılmalıdır.

Sağlık çalışanlarının hastanedeki risk ile ilgili ürettikleri metaforlarının analizi sonucunda, sağlık çalışanlarının yarısının kurumdaki risk için önlenebilir risk, bir bölümünün hastanedeki riski “önlenemez risk” olarak, bir diğer bölümünün ise hastanedeki riskleri yönetilebilen risk olarak algıladığı sonucuna varılmıştır. Risk kaynağına göre değerlendirildiğinde, sağlık çalışanlarının büyük bölümünün riski “çevre kaynaklı”, bir bölümünün hastanedeki riski “birey kaynaklı”, diğer bir bölümünün ise kurumdaki riski “çevre ve birey kaynaklı” olarak ifade ettiği saptanmıştır. Hastane yöneticiler başta kurumdaki “kötü, sağlıksız çalışma koşullarından kaynaklanan risklere” odaklanmalı, hastane içinde yer alan riskleri tespit etmeli ve sağlık çalışanlarını birey kaynaklı riskler ile ilgili olarak eğitmeli ve mevcut durum ve şartlar üzerinde düzeltici ve önleyici faaliyetleri uygulamalıdır. Sağlık çalışanlarının ürettiği risk metaforları gerçekleştiğinde, zararın kabul edilebilme durumuna göre sınıflandırıldığında, sağlık çalışanlarının çok büyük bir bölümünün ürettiği metaforun kabul edilemez bölgede, az bir bölümünün ürettiği metaforların idare edilebilir, artık risk (alarp) bölgesinde, bir diğer bölümünün ise riski kabul edilebilir bölgede yer aldığı görülmektedir. Hastane yöneticileri “kabul edilemez bölgede” ki riskleri belirlemeli, risk azaltma yöntemlerini uygulamalı ve risk azalmadan bu bölgedeki işlemler uygulanmamalıdır. İdare edilebilir, artık risk (alarp) bölgesinde yer alan riskler içinde risk azaltma yöntemleri uygulanmalıdır.

## **7.KAYNAKLAR**

Akdağ R, Aydın S, Buzgan T, Demirel H, Gündüz F, Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri, T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No:770, Basım;Kasım 2008, <http://www.tusak.saglik.gov.tr>.

Akşehirli S,(Çev). Çağdaş Metafor Teorisi, (21 Aralık 2005), <http://www.ege-edebiyat.org/modules.php?>, (Erişim Tarihi: 5 Haziran 2011)

Akar F, Ruhlar Hapishanesi Olarak Örgütler, Balcı A(Editör), Örgüt Mecazlar, İstanbul, Ekinoks, Yayınevi, 2008, ss;98

Akın U, Örgütlerde Tahakküm Metaforu, Balcı A (Editör), Örgüt Mecazlar, İstanbul, Ekinoks, Yayınevi, 2008, ss;152-156

Alpaslan S, Sanayi ve Bilgi Toplumu Yönetim Metaforlarının Karşılaştırılması, Yayınlamamış Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sakarya,2007

Altındış S, Sağlık Hizmetlerinde Olay Raporlama ve Hasta Güvenliğine Etkileri, Sağlıkta Performans Dergisi, Sayı;1, 2010, ss:17-32

airmic, alarm,irm, A Risk Management Standard, 2002, <http://www.airmic.com>

airmic, alarm,irm, A Structured Approach to Enterprise Risk Management (ERM) and the Requirements of ISO 3100, 2010, <http://www.airmic.com>

Australian Commission for Safety and Quality in Health Care , specification for a standart patient identification band, 2010, <http://www.safetyandquality.gov.au>.

AS/NZS 4360:2004

Aslantekin F, Göktaş B, Uluşen M, Erdem R, Sağlık Hizmetlerinde Kalite Deneyimi: Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, cilt 2 (6), 2007, ss;55–71

Atıcı E, Hasta – Hekim İlişkisi Kavramı, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, Sayı 33 (1), 2007, ss;45-50

Atilla G, Erillik/ Dişillik Boyutunun Empatik Beceri ile İlişkisi, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2007, Isparta

Aydın S, Türkiye Sağlık Bilgi Sistemi Eylem Planı, 2004, <http://www.saglik.gov.tr>

Aykaç B, Özer M.A, Toplam Kalite Yönetiminin Kamu Kuruluşlarında Uygulanması: Sorunlar ve Yeni Arayışlar, Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 8 (3),2006, ss;171-202

Agency For Healthcare Research and Quality, Four Elements Supporting AHRQ's Patient Safety Initiative, 2003, <http://www.ahrq.gov>.

Başaran B, Aydemir M, Toplam Kalite Yönetimi Çalışmalarının Gerçekleştirilebilirliği Açısından, Sektörlerin Elverişlilik Düzeylerinin Belirlenmesine Yönelik Bir Çalışma, Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, Sayı:23, 2004, ss;97–113

Balcı A, Kırılmaz H, Yeni Kamu Yönetimi Anlayışının Türk Sağlık Sektörüne Yansımaları, 2007, <http://www.performans.saglik.gov.tr>

Berwick M.D, A User's Manual for the IOM's 'Quality Chasm' Report, Health Affairs, 21(3), 2002, 80–90, <http://www.content.healthaffairs.org>

Brown LD, Franco LM, Rafeh N, Hatzell T, Quality Assurance of Health Care In Developing Countries, 1998, [http://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/](http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/)

Barlas A, Sağlık kurumlarında Çalışan Güvenliği Sempozyumu, 13–15 Ekim 2010

Broadleaf Capital International Pty Ltd, Tutorial Notes: The Australian and New Zealand Standard on Risk Management, AS/NZS 4360:2004, 2007, <http://www.Broadleaf.com.au>

Çan G, Epidemiyolojik Araştırmalarda Risk Kavramı ve Risk Değerlendirmesi, TAF Preventive Medicine Bulletin, 2006,Sayı 5(5):374–381

Çanakkale Nüfus Müdürlüğü, (2011), [www.canakkale.gov.tr/ckale\\_nufus.htm](http://www.canakkale.gov.tr/ckale_nufus.htm),

Çanakkale İl Sağlık Müdürlüğü,(2011)

Cohen M, Kilo C, Checklist/Action Plan for the Management of High-alert Medications, 2002, <http://www.medpathways.info>.

DPT Avrupa Birliği Genel Müdürlüğü, (1997), <http://ekutup.dpt.gov.tr/ab/>

Deming W.E, Out Of Crisis, Massachusetts Institute of Technology, Center For Advanced Education Services,138, 2000

Devebakan N, Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesi ve Ölçümü, 2003, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Draaisma D, Bellek Metaforları; Zihinle İlgili Fikirlerin Tarihi, (Çev. G. Koca), Metis Yayınları,(Eserin orijinali 1995’de yayımlandı), 2007

Durukan M.B, İkiz A.K, Denetim Kalitesi, Kalite ve Hizmet Kalitesine İlişkin Modeller: Kavramsal Çerçeve, Mali Çözüm Dergisi, 2007,Sayı 82: 29–55

Emiroğlu O.N. Erefe İ (Editör), Hemşirelikte Araştırma; ilke, Süreç ve Yöntemler, HEMAR-GE, 2002, İstanbul

Eroğlu E.K, Öksüz A.S, Keser N, Mercan F, Sağlık alışanlarının Hata Bildirimi Alanında Eğitilmesi ve Tıbbi Hataların Değerlendirilmesi, Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Geliştirme Kongresi, 2009, <http://www.performans.saglik.gov.tr>

Erdem R, Örgüt Kültürü Tipleri ile Örgütsel Bağlılık Arasındaki İlişki: Elazığ İl Merkezindeki Hastaneler Üzerinde Bir alışma, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İİBF Dergisi, 2007, sayı;2 (2): 63-79

Health and Safety Executive (HSE), ALARP Principle-As Low As Reasonably Practical, 2010, [menanchem@riskdecisions.co.il](mailto:menanchem@riskdecisions.co.il)

Filiz Z, Yılmaz V, Yağızerc C, Belediyelerde Hizmet Kalitesinin Servqual Analizi İle Ölçümü: Eskişehir Belediyelerinde Bir Uygulama, Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 2010, Cilt 10 (3), 59–76

Fraser I, AHRQ Quality İndicators; Guide to Inpatient Quality Indicators,Version 3,1, 2007, <http://www.qualityindicators.ahrq.gov>

Fleming M, Patient Safety Culture Measurement and Improvement: A “How To” Guide, Healthcare Quarterly, özel konu, 8, 2005, 14–19, <http://www.mtpinnacle.com>

Frank I. R , An Overview of the Safety Competencies, Frank I. R (editör), The Safety Competencies, Canadian Patient Safety Institute, 2008, <http://www.patientsafetyinstitute.ca>

Frank IR, Brien S, The Safety Competencies, Canadian Patient Safety Institute, 2008, <http://www.patientsafetyinstitute.ca>

Genç N, Kalite Liderliği, Bologna Süreci; Kocaeli Üniversitesi, 2009, <http://bologna.kocaeli.edu.tr>

Girmen P, İlköğretim Öğrencilerinin Konuşma ve Yazma Sürecinde Metaforlardan Yararlanma Durumları, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Anadolu Üniversitesi Eğitim Bilileri Enstitüsü, 2007, Eskişehir

Gümüşsel B, Türkiye’de Sağlık Reformu: Sağlıkta Dönüşüm Projesi, (erişim tarihi:2010), <http://www.husep.hacettepe.edu.tr/Belgeler/Gümüşsel>

Göktaş B, Aslan G, Aslantekin F, Erdem R, Örgüt Kültürü ve Dr. Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi Örneği, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 2005, Cilt:8(3); 351-372

Grop G, OIG Final Report: Risk Management at Health Center, Department of Health and Human Services, 2005, <http://oig.hhs.gov>

Göktaş S, (2007), Bir Kamu Hastanesinde Hemşire İstihdamının Hasta Güvenliğine Etkisi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, 2007, İstanbul, <http://www.belgeler.com>

Güven B, Güven S, İlköğretim Öğrencilerinin Sosyal Bilgiler Dersinde Metafor Oluşturma Becerilerine ilişkin Nicel Bir İnceleme, Kastamonu Eğitim Dergisi, 2009, 17(2):503-512

Habiba MA, Examining Consent within the Patient-Doctor Relationship, Journal of Medical Ethics, 2000, 26(3):183-187, <http://jme.bmj.com>.

Hammal G, Vadi M, Task and Relationship Orientation of Organizational Culture in,the Framework of Metaphorical Perspective, Yayınlanmamış Master Tezi,Faculty of Economics and Business Administration, University of Tartu, 2006, Estonia

Hampden C, Trompenaars T, Trompenaars A, Kapitalizmin Yedi Kültürü; ABD, Japonya, Almanya, Fransa, İngiltere, İsveç ve Hollanda’de Serveti Yaratan Değer Sistemleri, (Çev. Doruker F.), Sabah Kitapları, (Eserin Orjinali 1993’te yayınlandı),1995, ss; 84-85



Hatch MJ, Organization Theory, Modern, Symbolic and Postmodern Perspectives, (First edition), 1997, Oxford Press

Hatch MJ, Cunliffe AL, Organization Theory, Modern, Symbolic and Postmodern Perspectives, (First edition), 2006, Oxford Press

Hopkins S, Hughes A, Vaughan P, 2008, Royal Colloge of Nursing, Health Care Asistants and Assistant Practitioners Delegation and Accountability, 2008, <http://www.nursing-standart.co.uk/subscribe>

Hofstede G, Motivation, Leadership, and Organization: Do American Theories Apply Abroad?, American Management Associations, Summer, 1980

Hughes R.G, Nurses at the “Sharp End” of Patient Care, 2008, <http://www.ahrq.gov/qual/nurseshdbk/>

Institute of Medicine, Errors in Health Care: Building a Safer Haelth System. November, 1999 , <http://www.nap.edu/htm/>

Institute Of Medicine (IOM), Crossing The Quality Chasm; A New Health System For The 21st Century, 2001, [http://www.nap.edu/htm/quality\\_chasm/reportbrief.pdf](http://www.nap.edu/htm/quality_chasm/reportbrief.pdf)

International Foundation of Employee Benefit Plan,(2004), <http://www.ifebp.org>

Joint Commission International Hastaneler İçin Akreditasyon Standartları, 2008

ISO/DIS 31000:2008

Kasapoğlu R, Beyin Mecazı, Balcı A (Editör), Örgüt Meczazlar, İstanbul, Ekinoks Yayınevi, 2008, ss;42

Kavaler F, Spiegel A.D, Risk Management in Health Care Institutions: A Strategic Approach, Jones and Bartlett Publishers, Sidney, 2003, 2.basım

Kelley E, Hurst J, OECD Health Working Papers: 23. Health Care Quality Indicators Project Conceptual Framework Paper, 2006, <http://www.oecd.org/dataoecd/>

Kıral E, Kültür Olarak Örgütler, Balcı A (Editör), Örgüt Mecazlar, İstanbul,Ekinoks Yayınevi, 2008, ss;59

Köse Ö, Küreselleşme Sürecinde Devletin Yapısal ve İşlevsel Dönüşümü, Sayıştay Dergisi, 2003, 49,3–46, <http://www.sayistay.gov.tr/yayin/dergi/icerik/der49m1.pdf>

Lakoff G, Johnson M, Metaforlar hayat anlam dil, (Çev. G Y. Demir), Paradigma yayıncılık, 2005, İstanbul

Levine D.I, Toffel M.W, Quality Management and Job Quality: How the ISO 9001 Standard for Quality Management Systems Affects Employees and Employers, 2008, <http://www.hbs.edu/research/pdf/>

Maviglia S, WHO Summary of The Evidence on Patient Safety; Implications For Research, 2008, <http://www.who.int>.

Mevsim V, Odak Grup Görüşmesi, Niteliksel Arştırma Yöntemleri Ders Notları, DEÜTF Aile Hekimliği Anabilim Dalı, 2008

Mitchel P.H, Defining Patient Safety and Quality Care, 2008, <http://www.ahrq.gov/qual/nursesbdbk/>.

Morgan G, Yönetim ve Örgüt Teorilerinde Metafor, (Çev. Bulut G), İstanbul, MESS Yayın No:280, 1998, BZD Yayıncılık

Mitchell D, Metaphors of Management: Or, How Far From Outcomes Can You Get?, Peabody Journal of Education, 1986, 63 (3),29-45

Musson D, Rosenbloom D, Contribute to a Culture of Patient Safety, Frank I.R (editör), The Safety Competencies, Canadian Patient Safety Institute, 2008, <http://www.patientsafetyinstitute.ca>

Nayır F, Organizma Mecazı, Balcı A (Editör), Örgüt Mecazlar, İstanbul, Ekinoks Yayınevi, 2008, ss;20

Nesterova S, (2011), Mevlana'nın "Mesnevi" İsimli Eserinde Metaforik Anlatımın Metafizik Boyutu, Yayımlanmamış Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2011, Ankara

National Patient Safety Agency, (2007), <http://www.brenmoor.com/downloads/>

Oakland J.S, Total Organizational Excellence;Achieving World-class Performance, Butterworth-Hienemann, 2001

Ovalı F, Hasta Güvenliği Yaklaşımları, Sağlıkta Performans Dergisi, 2010, Sayı;1, ss:33-43

Öğüt A, Kocabacak A, Küreselleşme Sürecinde Türk İş Kültüründe Yaşanan Dönüşümün Boyutları, V Uluslararası Türk Dünyası Sosyal Bilimler Kongresi , 11-13 Haziran 2007, <http://www.turkiyat.selcuk.edu.tr/pdfdergi/>

Özdemir M, Makine Örgütler, Balcı A (Editör), Örgüt Mecazlar, İstanbul, Ekinoks Yayınevi, 2008, ss;14-15

Özlu T, TTD Etik Kurulu Hasta- hekim İlişkisinde Etik İlkeler, erişim tarihi 2011, <http://www.toraks.org.tr/upload Files/21520111502>

Özkılıç Ö, Tehlike ve Risk Kavramları- Terminoloji, 2009, <http://www.isgcevre.com>

Patient Safety Solutions, Communication During Patient Hand-Overs, 2007,volume:1, Solution:3, <http://www.ccforspatientsafety.org>.

Porter L.J, Taner S.J,(2005), Assessing Business Excellence, 2.Basım, London, Elsevier's Science &Tecnology Rights Departman in Oxford, 2005, <http://www.elsevier.com>

Prosis Denetim, ISO 9001-2000 Kalite Yönetim Sistemi Denetim ve Belgelendirme Beklentileri, 2008, <http://www.prosidenetim.com>

Pregener T.V, The Swiss Cheese Model of Safety Incidents: Are There Holes in the Metaphor?, BMC Health Services Research, 2005, 71, <http://www.biomedcentral.com>

RABQSA Başdenetçilik Eğitimi Katılımcı Notları, (2010)

Reason J, Human Error: Models and Management, BMJ, 2000, Sayı:320,768–770

Rogers A.N, The Effects of Fatigue and Sleepiness on Nurse Performance and Patient Safety, 2008, <http://www.ahrq.gov/qual/nursehdbk/>

Rogan M, Risk Management in Mental health Services, 2008, <http://www.stateclaims.ie>

Sertdemir C, Plastik Üreticilerinin Sektör Algılarının Kalite Bazlı Değerlendirmesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Uluslar arası İşletmecilik ve Ticaret Anabilim Dalı Dış Ticaret Programı, 2011, İzmir

Sığrı Ü, Tıgılı M, Hofstede'nin "belirsizlikten Kaçınma" kültürel Boyutunun Yönetmel- Örgütsel Süreçlere ve Pazarlama Açısından Tüketici Davranışlarına Etkisi, İ.İ.B.F. Dergisi, 2006, Cilt:XXI (1), ss:327-348

Singh V, Community Hospital Risk Management, Departman of Health Services Admnastration University of Arkansas of Medical Sciences, 2005, <http://www.works.bep>.

Stroh P.J,Enterprise Risk Management at Unitedhealth Group,Cover Story, 2005,  
<http://www.imanet.org>

Scully M, Clinical Risk Management Guideliness fort he Western Australian Health System,  
2009, <http://www.safetyandquality.health.wa.gov.au>

Şahin B, Dünder T, Sağlık Sektöründe Etik İklim ve Yıldırma (Mobbing) Davranışları  
Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Akara Üniversitesi SBF Dergisi, 2011, Sayı;66(1); 129-159

Şişman M, Örgütler ve Kültürler, (2. Basım), Pagem A Yayıncılık, 2007, Ankara,

Tamimi Y, (2005), Örgüt Kültürünün Metaforlarla Analizi (Tekstil Sektöründe Faaliyet  
Gösteren Bir İşletme Örneği), Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir Osmangazi  
Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2005, Eskişehir

Tengilimoğlu D, Işık O, Akbolat M, Sağlık İşletmeleri Yönetimi, 2.basım, 2009, Ankara:  
Nobel Yayıncılık

Tütüncü Ö, Ağırlama Hizmetlerinde Kalite sistemleri, 1.basım, 2009, Ankara:

Detay Yayıncılık

Tütüncü Ö, Küçükusta D, Hasta Güvenliği Kültürü ve Hemşirelere Yönelik Bir Uygulama,  
Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2006, Sayı 8(4), 286–302

TS EN ISO 14971:2007

TS EN ISO 9001:2008

TUSİAD- Risk ve Değer Çalışma Grubu, Kurumsal Risk Yönetimi, 2006,  
<http://www.tkgm.gov.tr>.

Vincent C, Understanding and Responding to Advers Events, New England Journal of Medicine, 2003, 348 (11): 1051-1056

Yalnız A, Politika Metaforu, Balcı A (Editör), Örgüt Meczazlar, İstanbul, Ekinoks Yayınevi, 2008, ss:81-82

Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, Resmi Gazete Yayın Tarihi:13.01.1983, Sayı:17927, T.C. Sağlık Bakanlığı

Yılmaz M, Kalite Yönetim Sistemlerinin Evrimi ve Toplam Kalite Yönetiminin Banknot Matbaası Genel Müdürlüğünde Uygulanabilirliği, Yayınlanmamış Uzmanlık Yeterlilik Tezi, Türkiye Cumhuriyeti Merkez Bankası Piyasalar Genel Müdürlüğü, 2003, Ankara, <http://www.tcmb.gov.tr/kütüphane/>

Yıldırım A, Şimşek H, Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri, (6.Baskı), 2008, Ankara; Seçkin yayıncılık

Zeithaml V.A, Parasuraman A, Berry L.L, Problems and Strategies in Services Marketing, Journal of Marketing,1985, 49, 33-46

Wakefield,M,K, The Quality Chasm Series: Implications for Nursing, 2008, <http://www.ahrq.gov/qual/nurseshdbk/>

Weatherly N, A Review of Hatch's "Organization Theory: Modern, Symbolic, and Postmodern Perspectives", Erişim tarihi:2011, [nicweatherly@hotmail.com](mailto:nicweatherly@hotmail.com)

WHO. The World Health Report 2002 Reducing risks, Promoting Healthy Life. France 2002.

Wong J, Beglaryan H, Strategies for Hospitals to Improve Patient Safety: A Review of the Research, 2004, <http://www.changefoundation.com>

Wolak R, Kalafatis S, Harris P, An Investigation Into Four Characteristics of Services, Journal of Empirical Generalisations in Marketing Science,1998, 3:22-31

World Health Organization, Worl Alliance For Patient Safety; Forward Programme 2005, 2004, <http://who.int.patientsafety>

[www.wrongdiagnosis.com](http://www.wrongdiagnosis.com) ,(2010),Why Does Misdiagnosis Ocur?

[www.rigips.com.tr](http://www.rigips.com.tr)., (erişim; 2011), Saint-Gobein Hakkında

## **8. EKLER**

### **EK 1**

Boş olan yerlere size uygun gelen imgeleri yerleştiriniz. Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederim. İsim yazmayınız. (süre; 15 dakika)

1. Göreviniz?

.....

2.Hastane .....gibidir. Çünkü .....

.....

.....

3. Kurumunuzdaki Kaliteyi bir canlıya benzetmeniz gerekseydi onu hangi canlıya benzetirdiniz?

.....

4. Kaliteyi neden bu canlıya benzettiniz?



## EK 2

Boş olan yerlere size uygun gelen imgeleri yerleştiriniz. Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederim. İsim yazmayınız. (süre; 15 dakika)

1. Göreviniz?

.....

2. Hasta .....gibidir. Çünkü.....

.....

.....

3. Hastanede hasta güvenliği (tıbbi güvenlik).....gibidir. Çünkü.....

.....

.....

4.Hastanede ki risk .....gibidir. Çünkü .....

.....

### **EK 3**

1. “Ev size ne ifade ediyor”
2. “Ev ile hastane arasında nasıl bir ilişki vardır”
3. “Aslan size ne ifade ediyor”
4. “Aslan ile kalite arasında nasıl bir ilişki vardır”
5. “Bukalemun size ne ifade ediyor”
6. “Bukalemun ile kalite arasında nasıl bir ilişki vardır”
7. “Yılan size ne ifade ediyor”
8. “Yılan ile kalite arasında nasıl bir ilişki vardır”
9. “Çocuk size ne ifade eder”
10. Çocuk/bebek ile hasta arasında nasıl bir ilişki vardır”
11. “Kedi ile hasta arasında nasıl bir ilişki vardır”
12. “Zırh/Kalkan size ne ifade ediyor”
13. “Zırh/ Kalkan ile hasta güvenliği arasında nasıl bir ilişki vardır?”
14. “Bomba size ne ifade ediyor?”
15. “Bomba ile risk arasında nasıl bir ilişki vardır?”
16. “Doğal afet size ne ifade ediyor”
17. “Doğal afet, bomba risk arasında nasıl bir ilişki vardır? ”

EK4

T.C.  
ÇANAKKALE VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü

SAYI : B.10.4.ISM.4.17.00.09 - 773-306-7915  
KONU : Eğitim Çalışması

27 Nisan 2010

Sayın: Esengül GEDİKTAŞ BOZKURT  
ÇANAKKALE DEVLET HASTANESİ  
Acil Servisi Hemşiresi

İlgi: 16.04.2010 tarih ve Bila sayılı dilekçeniz.

İl Sağlık Müdürlüğümüze iletilen ilgi dilekçenizde konu edilen bitirme tezinize ait alınan 26.04.2010 tarih ve 6905 sayılı Valilik Olur'undan bir suret ilişikte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Uzm.Dr. İlhan GÜNEY  
İl Sağlık Müdürü

**EKLER**

EK-1 - Olur Sureti ( 1 adet 1 sayfa )

EZİNE DEVLET HASTANESİ	
Kayıt No	-
Tarih	
Dünya No	

İl Sağlık Müdürlüğü 17100 ÇANAKKALE  
Tel: (0286) 217 11 58 - 1151 ESELÇUK  
Ayrıntılı bilgi için iribat : Eğitim Şube Müdürlüğü

FAKS:(0286) 213 73 22  
Mail : canakkale.es@ saglik.gov.tr.

Ek:5

T.C.  
ÇANAKKALE VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü

26 Nisan 2010

SAYI :B.10.4.İSM.4.17.00.09/ 773 - 290 - 6905  
KONU :Eğitim Çalışması

VALİLİK MAKAMINA

İlimiz Çanakkale Devlet Hastanesinde görevli Hemşire Esengül GEDİKTAŞ BOZKURT 'un Düz Eylöl Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü bünyesinde yapmakta olduğu " Sağlık Çalışanlarının Hastane, Hasta, Kalite, Hasta Güvenliği ve Riskte Bakış Açılarının Metafor Analizi ile Değerlendirilmesi" konulu Yüksek Lisans tezi kapsamında Müdürlüğümüze bağlı 10 Devlet Hastanemizde çalışma yapma talebi İl Sağlık Müdürlüğümüze uygun görölmüş olup;

Söz konusu çalışmanın "Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği Hükümleri" çerçevesinde yapılması, çalışma sonuçlarının İl Sağlık Müdürlüğümüz ile paylaşılması, çalışmanın reklam ve tanıtım amacıyla kullanılmaması kaydıyla yürütölməsi hususunu;

Müsaadelerinize arz ederim.

Uzm. Dr. İlhan GÜNEY  
İl Sağlık Müdürü

İ l l i

O L U R

22.04/2010

Ali PARTAL  
Vali a.  
Vali Yardımcısı

EK 6

T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
ÇANAKKALE DEVLET HASTANESİ BAŞTABIPLIĞI

SAYI : B-10-4-ISM-4-17-00-32 / 5591  
KONU : Etik Kurul Raporu

23.05/2012

Esengül BOZKURT  
Çocuk Cerrahisi Hemşiresi

Başhekimliğimize vermiş olduğunuz dilekçe hastanemiz etik kuruluna sunulmuş olup; Sağlık çalışanlarının hastane,hasta,kalite,hasta güvenliği ve riske bakış açılarının metafor analizi ve değerlendirmesi başlıklı çalışmayı hastanemizde yapmanız uygun görülmüştür.  
Bilgilerinize rica ederim

Op.Dr.Kenan ELİUZ  
BAŞTABIİP

EK: 1)1 Adet Etik Kurul Raporu  
2 )10 Adet Form

Konu: Bilimsel çalışmaların etik açıdan değerlendirilmesi; 2012-13

17/05-2012


Baştabiplik makamına


Kurulumuz yapılmak istenen bilimsel çalışmaları etik açıdan değerlendirmiştir. İncelenen çalışmaların başlıkları ve çalışmayı yapan kişiler aşağıda sıralanmıştır.

- 1-ÇDH çocuk cerrahisi hemşiresi Esengül Bozkurt un Sağlık çalışanlarının hastane, hasta, kalite, hasta güvenliği ve riske bakış açılarının metafor analizi ve değerlendirmesi başlıklı çalışması.
- 2-ÇDH acil tıp uz Dr Erhan Dedeoğlu ve ÇDH kardioloji uz Dr Erdiñ Öz'ün Serobrovasküler hastalık tanısı alan hastarda p dalga dispersiyonu başlıklı çalışması.
- 3- ÇDH acil tıp uz Dr Erhan Dedeoğlu'nun acil servise başvuran sirozlu hastalarda p dalga dispersiyonu başlıklı çalışması
- 4- ÇDH acil tıp uz Dr Erhan Dedeoğlu'nun acil servise senkop ile başvuran hastalarda p dalga dispersiyonu başlıklı çalışması.
- 5- ÇDH acil tıp uz Dr Erhan Dedeoğlu, ÇDH genel cerrahi uz Dr Temel Bulut ve ÇOMÜ anestezi uz Dr Dilek Ömür'ün akut apandisit klinik takibinde IMA kullanılabilişimi başlıklı çalışması.

Kurulumuz yukarıda sıralanan 5 çalışmanın yapılmasında etik açıdan bir sakınca olmadığı kararını vermiştir.

Başkan: Uz Dr Makbule Gın  
Sekrete: Uz Dr Güven Sertçelik  
Üye: Op Dr Nihat Gülhan  
Üye: Op Dr Mehmet Yılmaz  
Üye: Op Dr Sedat Ergün



  
17.5.2012  
5602  
SD

# ÖZGEÇMİŞ

ADI SOYADI

Esengül Gediktaş Bozkurt

TC Kimlik No / Pasaport No:	22396605362
Doğum Yılı:	16/02/1982
Yazışma Adresi :	<a href="mailto:esengul_tas@mynet.com">esengul_tas@mynet.com</a>
Telefon :	0286 218 27 50
Faks :	-
e-posta :	<a href="mailto:esengul_tas@mynet.com">esengul_tas@mynet.com</a>

## EĞİTİM BİLGİLERİ

Ülke	Üniversite	Fakülte/Enstitü	Öğrenim Alanı	Derece	Mezuniyet Yılı
Türkiye	Ege Üniversitesi	Hemşirelik	Hemşirelik	79.03	2005

## AKADEMİK/MESLEKTE DENEYİM

Kurum/Kuruluş	Ülke	Şehir	Bölüm/Birim	Görev Türü	Görev Dönemi
Sağlık Bakanlığı Doktor Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi		İzmir	Acil Servis	Hemşirelik	2002-2010
Çanakkale Devlet Hastanesi		Çanakkale	Çocuk Cerrahisi Servisi	Hemşirelik	2010-.....

## UZMANLIK ALANLARI

Uzmanlık Alanları

## DİĞER AKADEMİK FAALİYETLER

Son Bir Yılda Uluslararası İndekslere Kayıtlı Makale/Derleme İçin Yapılan Danışmanlık Sayısı		
Son Bir Yılda Projeler İçin Yapılan Danışmanlık Sayısı		
Yayınlara Alınan Toplam Atıf Sayısı		
	Tamamlanan	Devam Eden

	<b>Yüksek Lisans</b>		
	<b>Doktora</b>		
	<b>Uzmanlık</b>		
<b>Diğer Faaliyetler (Eser/görev/faaliyet/sorumluluk/olay/üyelik vb.)</b>			

### ÖDÜLLER

	Ödülün Adı	Alındığı Kuruluş	Yılı
<input type="checkbox"/>			

### YAYINLARI

#### SCI, SSCI, AHCI indekslerine giren dergilerde yayınlanan makaleler


#### Diğer dergilerde yayınlanan makaleler

Ceyda Anar, Dursun Tatar, Esengül Gediktaş, Yasemin Yıldırım, Hüseyin Halilçolar, “Uzun Süreli Oksijen Tedavisi Uygulanan KOAH’II Olgularda Anksiyete Depresyon Sıklığı”, İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi, Cilt 26, Sayı 2, Sayfa(lar) 083-089, 2012

#### Hakemli konferans/sempozyumların bildiri kitaplarında yer alan yayımlar

Doç Dr. Bahire Bolşık, Uz.Dr. Dursun Tatar, Esengül Gediktaş, “Oksijen Kullanan Hastaların Oksijen Kullanımıyla İlgili Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi” Poster Sunumu, Türk Toraks Derneği IX. Yıllık Kongresi, 2006, Antalya
Esengül Gediktaş, Dursun Tatar, Sacide Çobanoğlu Üstünsoy, Yasemin Yıldırım, Ali Kadri



Çırak, Gültekin Tibet “Hastanemiz acil servisine sık başvurusu olan ve uzun süreli oksijen tedavisi uygulanan KOAH’lı olgularda anksiyete depresyon sıklığı” poster sunumu, Türkiye Solunum Hastalıkları Derneği 29. Ulusal Kongresi, 2007, Fethiye