



Fırat Üniversitesi Harput Araştırmaları Dergisi (FÜHAD)
Cilt: 9, Sayı: 17, Mart 2022, s. 99-116, ISSN: 2148-2527

Journal of Harput Studies, Vol. 9, Issue 17, March 2022, pp. 99-116

Araştırma Makalesi/Research Article

HASTANELERDE BİNA YÖNETİMİNİN HİZMET ALANLARIN GÖRÜŞLERİ AÇISINDAN İNCELENMESİ: BİR ÖLÇEK GELİŞTİRME ÇALIŞMASI*

*The Examination of Facility Management from the Perspectives of
People Who Receive Service in the Hospitals*

Metin GELMEZ**

Erkan Turan DEMİREL***

Geliş/Received: 08.02.2022

Kabul/Accepted: 06.03.2022

Öz

Bu araştırmanın amacı, hastaneden hizmet alan hastaların, hastane binasına yönelik görüşlerinin incelenmesi, hasta ve ziyaretçilerin beklenti ve ihtiyaçlarını karşılayacak, memnuniyetlerini arttıracak bir hastane modeli oluşturmak ve buna yönelik bir ölçek geliştirmektir. Araştırmanın evrenini Elazığ ilinde bir şehir hastanesine başvuru yapan hastalar oluşturmaktadır. Araştırmada basit tesadüfi örnekleme yöntemiyle seçilen 193 hastaya anket uygulanmıştır. İlgili alan yazın taranarak ve uzman görüşlerinden faydalanılarak ölçek maddeleri oluşturulmuştur. Çalışmadan elde edilen veriler neticesinde, betimleyici testler, güvenilirlik testi, "madde-toplam korelasyonu testi", "alt-üst %27 fark testi", "keşfedici faktör analizi" ve "doğrulamalı faktör analizi" ile analiz edilmiştir. Yapılan "keşfedici faktör analizi" ve "doğrulamalı faktör analizi" sonuçları neticesinde 48 maddeden oluşan ölçek 42 maddeye indirilmiştir. Analiz sonuçlarına göre, ölçeğin üç faktörden oluştuğu tespit edilmiştir. Bu üç faktör, toplam varyansın %55,97'sini oluşturmaktadır ve ölçeğin güvenilirlik katsayısı ise 0,951 hesaplanmıştır. Ölçeğin geçerli ve güvenilir olduğu tespit edilmiştir.

* Bu çalışma, birinci yazarın devam etmekte olan doktora tezi araştırmasının verileri ve kavramsal çerçevesi temel alınarak hazırlanmıştır. Olası, mezuniyet tarihi, Haziran 2022'dir. Sözü edilen tez çalışmasından çıkarılan ve sağlık çalışanlarından toplanan verilere dayanan ilk yayının künyesi şöyledir: "Gelmez, M. & Demirel, ET. (2021). Hastanelerde Bina Yönetiminin Sağlık Çalışanlarının Görüşleri Açısından İncelenmesi: Bir Ölçek Geliştirme Çalışması. Fırat Üniversitesi Harput Araştırmaları Dergisi (FÜHAD), 8(16), 79-104."

** Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Doktora Öğrencisi, gelmezmetin@gmail.com Orcid: 0000-0002-1467-4626

*** Prof. Dr., Fırat Üniversitesi İİBF İşletme Bölümü Öğretim Üyesi, edemirel@firat.edu.tr Orcid: 0000-0001-7754-774X

Anahtar Kelimeler: Ölçek geliştirme, Bina yönetimi, Sağlık kuruluşlarında bina yönetimi, Hastanelerde yönetim.

Abstract

The aim of this research is to examine the opinions of the patients receiving service at the hospital regarding the hospital building, to create a hospital design that will meet the expectations and needs of patients and visitors and increase their satisfaction, and to develop a scale for this purpose. The population of the study consists of patients who attended the city hospital in Elazığ. A questionnaire was applied to 193 patients selected by simple random sampling method. Scale items were generated after reviewing the relevant literature and benefiting from expert views. The data obtained from the study was analysed using descriptive tests, reliability test, "Item-Total Correlation Test", "Test for the Comparison of Upper 27% and Lower 27%", "Exploratory Factor Analysis" and "Confirmatory Factor Analysis". The 48-item scale was reduced to 42 items based on "Exploratory Factor Analysis" and "Confirmatory Factor Analysis" results. The findings revealed that the scale consisted of three factors. These three factors accounted for 55.97% of the variance and the reliability coefficient was found to be 0.951. The results showed that the scale is valid and reliable.

Keywords: Scale development, Building management, Building management in health institutions, Management in hospitals.

Giriş

Güvenli ve sağlıklı bir bina, insanlara faaliyetleri için rahat bir yer sunabilirken, harap bir bina, bina sakinlerinin ve bina dışında yaşayan halkın canlarını, mallarını ve sağlıklarını tehlikeye sokabilir (Chan vd., 2014: 72). Bu nedenle birçok araştırmacı bina yönetimini, tesis yönetimi performansı, tesis yönetimi seçimi, müşteri memnuniyeti, tesis yönetiminde toplu katılım ve sürdürülebilirlik uygulamaları başlıkları altında incelemiştir (Jonsson, 2020: 560). Bu başlıklar incelendiğinde, bina yönetimi, organizasyonun performansını artırmak için binaları, sistemleri, hizmetleri; planlama, tasarlama, inşa etme ve yönetme ile ilgili tüm çabaları koordine etmektir (Pilanawithana ve Sandanayake, 2017: 376).

Hastane binalarını yönetime, planlama, inşa etme, işletme ve bakımı; ofis binaları, eğitim veya sanayi tesisleri gibi diğer sektörlerden veya bina yönetimi türlerinden farklıdır (Lavy ve Solis, 2010: 121). Hastanelerde ki bina yönetimi, hastanenin direk klinik tedavisine yönelik olmayan destek hizmetlerinin nasıl daha iyi olabileceğiyle ilgilidir (Okoroh vd., 2006:197). İyi bir hastane binası yönetimi, sadece kaynakları ve insanları yönetmenin ötesine uzanarak, doğru yönetim sistemi içerisinde, hastaların beklentilerini ve ihtiyaçlarını karşılamalıdır (Terzioğlu ve Tanrıvermiş, 2020: 49).

Hastaneler sağlık hizmeti verirken klinik hizmetlerinin dışında destek hizmetlerini de veren binalardır. Destek hizmetlerinin, verilen sağlık hizmetlerinde bir aksaklık yaşamadan sürdürülebilir bir şekilde verilmesi ve bunu dışında hastaların beklenti ve ihtiyaçlarını da karşılamalıdır. İfade edilen bu görüşler çerçevesinde yürütülen çalışmada, hizmet alanların bina yönetimine ilişkin değerlendirmelerini içeren bir ölçek geliştirilmiştir.

1. Bina Yönetimi

Bina yönetimi, bakım, temizlik, onarım ve bakımın eski moda doğası nedeniyle daha önce gayrimenkul, mimari, mühendislik ve diğer profesyonel ekiplerle zayıf bir ilişkiye sahipti (Pilanawithana ve Sandanayake, 2017: 377). 1980'lerin sonlarından başlayarak emlak ve inşaat endüstrisinde bir disiplin ve meslek olarak ilerici bir yer edinmeye başlayan bina yönetiminin rolü sürekli olarak gelişim göstermeye başladı. Bir disiplin olarak bina yönetiminin gelişimi, bir organizasyonun ana işini desteklemek için binalardaki faaliyetlere odaklanan işletme ve bakım ile karşılaştırıldığında paradigmada bir değişikliği temsil eder (Jensen, 2009: 124; Sarpın vd., 2014: 451-452). Bina yönetiminin kapsamı, gayrimenkul geliştirmeyi ve hem kısa hem de uzun vadeli bina kullanımını ve binanın işletimi ve bakımını içerdiğinden artık daha geniştir. Finansal yönetim, değişim yönetimi, insan kaynakları yönetimi, güvenlik, sağlık ve sözleşme yönetimi gibi çeşitli destek hizmetleri de bina yönetimi kapsamına girmiştir (Sarpın vd., 2014: 451-452). Bir kuruluştaki bina yönetimi, birincil hedeflerini desteklemek için kuruluşa bağlı binaları ve diğer altyapısını sürdürmeyi, iyileştirmeyi ve uyarlamayı içerir (Barrett ve Baldry, 2009).

Bina yönetimi, hem uzun hem de kısa vadede kuruluşun ana işleyişini desteklemek için bina kaynaklarını, destek hizmetlerini ve çalışma ortamını yönetmede kilit bir işlevdir (Chotipanich, 2004: 364). Bina yönetiminin, sürdürülebilirliğinin değerlendirilmesi, bir kuruluşun temel işini güçlü bir şekilde destekleyen bir ortam yaratmak için yapılı çevrenin korunması, iyileştirilmesi ve ayarlanmasında birleşik bir yaklaşım olarak tanımlandığından dolayı, dikkate alınması hayati önem taşımaktadır (Jayasena vd., 2020: 262). Bina yöneticileri bu göreve kaynak kontrolü, tedarik zinciri yönetimi, hizmet sunumu, strateji, kültür ve değişim yönetimi gibi farklı yollarla katkıda bulunur (Priyangika vd., 2020: 454). Bina Yöneticileri, projelerin başlangıcından tamamlanmasına kadar aktif olarak katkı sağlamakta ve binanın yaşam döngüsü boyunca paydaşların gereksinimlerini karşılamaya çalışmaktadırlar. Bununla birlikte, Enoma (2005: 421) göre, bina yöneticisinin, binanın ömrü boyunca iş ihtiyacını karşılayacak faydalı kararları verirken, tasarım aşamasına katılımının önemini vurgulamıştır. Becker'a (1990: 109) göre, organizasyonun performansını artırmak için binaların, sistemlerinin ve

hizmetlerinin planlanması, tasarlanması, inşa edilmesi ve yönetilmesi ile ilgili tüm süreçleri koordine etmek, bir bina yöneticisinin sorumluluğunda olduğunu belirtmiştir. Bunun yanı sıra, bina yönetimi proje odaklı olmasına rağmen, işleyişi bilgi tabanlıdır, bina ve işletme profesyonelleri tarafından toplu olarak sağlanır (Hou ve Wu, 2020: 202). Kısacası bina yönetimi, bina- nın tasarım, yönetim ve planlama hizmetlerini, paydaşların çıkarlarına hizmet etmek için etkili ve stratejik düşünmeyi temsil eder (Gelmez ve Demirel, 2021: 81).

Sağlık hizmeti veren kuruluşların en üst basamağında hastaneler yer almaktadır. Hastanelerin öncelikli amacı bireylerin ve toplumun yaşam kalitesini arttırmaktır. Hastane yöneticileri bu amacı gerçekleştirirken bir yandan da kuruluşun geleceğini en iyi şekilde planlamalıdır. Bu doğrultuda hastane yöneticileri, hasta talebini karşılamanın yanı sıra, sundukları hizmet ve teknolojileri ile de ayrıcalık yaratmalıdırlar. Bu hedeflerini gerçekleştirmek için de hastane bina yönetimine yatırım yapmak zorundadırlar (Konaççı, 2006: 38).

2. Hastaneler de Bina Yönetimi

Hastaneler de bina yönetimi birçok hizmetin bir araya gelmesi ile değerlendirilir. Bu hizmetler şunlardır:

a) Isıtma, Havalandırma ve İklimlendirme (HVAC) Hizmetleri: Hastaneler ve sağlık binaları, iç mekan alanlarının ve işlevlerinin sayısız farklı nihai kullanımları ile en karmaşık iç mekan tesisleri arasındadır (Balaras vd., 2007: 454). Hastaneler de yoğun bakım üniteleri, ameliyathaneler, poliklinikler, cerrahi odaları vs. bulaşıcı hastalıkların yayılmasını önlemek için iç mekan mikro iklim kontrolü, iç ortam havasının saflığı, yüksek filtrasyon ve hava değişimi ihtiyacı, hava cereyanlarının giderilmesi gibi işlevler için hastane binalarında iklimlendirme sistemlerinin (HVAC) düzenli ve sağlıklı bir şekilde çalışması gerekmektedir (Ascione vd., 2013: 125).

b) Aydınlatma, Ergonomi ve Ses Düzeni Hizmetleri: Aydınlatma, insanların çevreye yönelik algılarını etkilediği gibi hastaların iyileşmesini de etkilemektedir (Dalke vd., 2006: 343). Bunun yanı sıra, yetersiz aydınlatma çalışanlarda daha fazla strese, memnuniyetsizliğe, yorgunluğa, cerrahi ve ilaç hatalarına (etiketleri yanlış okuma, hapları yanlış sayma) neden olmaktadır. Bunun için hastane içerisinde aydınlatmanın istenilen seviyede olmalıdır (McCunn ve Wrigt 2019: 428-429).

Ergonomi, insan kullanımına yönelik tasarım, çalışma ve yaşam koşullarının optimal hale getirilmesini amaçlayan uygulamalar bütünüdür (Güler ve diğ., 2015: 2). İnsan faktörlerinin ve ergonomi faktörlerinin yö-

netimi, sağlık hizmetinin kaliteli olmasına, hasta güvenliğinin iyileştirilmesine ve sağlık kuruluşu içinde mesleki olay ve kazaların önlenmesine katkıda bulunur (Sepp vd., 2018: 1862).

Ses, hastane ortamında iletişimi, hasta iyileşmesini etkileyebilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü, hastanelerde gürültü düzeyinin gündüz 35 dB(A), gece 30 dB(A)'i geçmemesi gerektiğini belirtmiştir (Kol vd., 2015: 11). Bunun için hastane ortamının da hastaların, ziyaretçilerin ve çalışanların gürültüden rahatsız edilmeyeceği bir ses ortamının dizayn edilmesi gerekmektedir.

c) Temizlik Hizmetleri: Hastane enfeksiyonları, sağlık hizmetlerinde önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir. Hastaneyle ilişkili enfeksiyonların önemli bir kısmı, sağlık personelinin elleri veya kontamine ortam yüzeylerinin teması yoluyla bulaşır. Bu nedenle hastaneler de temizlik enfeksiyonu önlemenin temel bir ilkesidir (Semret vd., 2016: 1582).

d) Hastane Bilgi Sistemleri Hizmetleri: Hastane bilgi sistemleri karar vermede hayati öneme sahiptir ve bir hastanenin başarısında çok önemli bir rol oynar (Anupama ve Pahwa, 2013: 40). Sağlık hizmetlerine iyi entegre edilmiş hastane bilgi sistemleri, hizmet kalitesini iyileştirir, hastane maliyetlerini düşürür ve hastaların katılımını ve refahını artırır. Bu avantajlar ise ancak sağlık personelinin kabulü ve sürekli sistem uygulaması ile sağlanabilir. Çünkü personelin hastane bilgi sistemlerini yeni teknoloji olarak uyarlamayı ve kullanmayı reddetmesi, olumlu değerlerini azaltabilir (Rochmah vd., 2020: 268).

e) Tıbbi Teknolojik Hizmetleri Yönetimi: Hastaneler de kaliteli bir hizmet sunmak için çeşitli tıbbi teknolojik hizmetler kullanılmaktadır ve kullanılan bu tıbbi teknolojilerin çeşitliliği gün geçtikçe de artmaktadır. Tıbbi teknolojinin sağlık hizmetlerin de verdiği değerlerin yükselmesinden dolayı yönetilmesi daha bir önem kazanmıştır. Hastanelerde kullanılan tıbbi teknolojinin her birini ayrı ayrı özelliğine göre değerlendirilerek birbirleriyle koordinasyonlu bir şekilde yönetilmesi gerekiyor (Sandoval, 2019: 287).

f) Bina-Tesis Güvenliği Hizmetleri Yönetimi: Yangın güvenliği, tehlikeli maddeler, tıbbi cihazlar, tıbbi atık, hastane güvenliği, hastane acil ve afet durumu planlaması, hastaneler de bina-tesisi güvenliği hizmetleri kapsamına girmektedirler.

g) Hastane Peyzaj Hizmetleri Yönetimi: Hastane çevresinde yapılan bakım ve düzenlemeler engellilere, hastalara, çocuklara hareket etme ve her noktaya erişim imkânı sağlamalıdır. İyi düzenlenen hastane bahçesi hastaların, ziyaretçilerin ve çalışanların streslerini atabilecekleri gibi hastaların

iyileşmesine de pozitif bir yönde katkı sağlamaktadır (Karakaya ve Kiper, 2011: 62; Aksu ve Demirel, 2012: 248).

h) Hastane Dış Kaynak Hizmetleri Yönetimi: Dış kaynak kullanımı, geleneksel olarak dahili olarak gerçekleştirilen hizmetlerin veya işletim işlevlerinin bir üçüncü taraf hizmet sağlayıcısına devredilmesini ve sözleşme ve ortaklık yönetimi yoluyla kaynak kullanımının kontrol edilmesini içerir. Dış kaynak kullanımı, özel ve kamu şirketleri arasındaki ortaklığı geliştirmek için dünya çapında yararlı bir araç olduğunu göstermiştir. Bu nedenle sağlık hizmetleri sektörü için verimlilik optimizasyonu bağlamında dış kaynak kullanımı giderek daha popüler hale gelmeye başladı (Mariani vd., 2014: 258).

i) Hastane Yemekhane Hizmetleri Yönetimi: 7/24 hizmet veren kurumlar olan hastanelerin hastalara, refakatçılara ve çalışanlara kurum içerisinde yemek hizmetleri vermeleri de gerekmektedir. Yemek listeleri beslenme ve diyetetik uzmanları tarafından hazırlanmalı, hazırlanan yemeklerin kontrolü ise gıda mühendisleri tarafından yapılmalıdır (Şengül, 2020: 297).

j) Hastane Çamaşırhane Hizmetleri: Hastane çamaşırları enfeksiyon riski taşıması nedeniyle uygun şekillerde toplanması, taşınması, yıkanması, ütülenmesi ve dağıtılması gereken materyallerdir. Bunun için ki çamaşırların toplanması, tasnifi, takibi ve çamaşır yıkama işlemleri hijyenik bir ortamda sistematik ve düzenli olarak yapılması gerekmektedir (Şengül, 2020: 298).

3. Gereç ve Yöntem

Hastanelerde bina yönetiminin hizmet alanların görüşleri açısından incelenmesi üzerine geliştirilen ölçek çalışmasının hangi aşamalarda gerçekleştiği aşağıda sunulmuştur.

3.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Hastanelerin verdikleri sağlık hizmetinin aksaklığa uğramadan bu hizmeti kesintisiz devam ettirmesi için birçok hizmetin bir arada koordinasyonlu ve düzenli şekilde çalışması ile mümkündür. Ülkemizde son yıllarda şehir hastaneleri faaliyete geçmiştir ve şehir hastaneleri eskiye nazaran daha büyük yapılar olup, çalışan sayısı, yatak sayısı, verdiği hizmetler, teknolojik hizmetleri de bu doğrultuda artmıştır. Böylesi büyük binaların yönetilmesi, hasta ve ziyaretçilerin bu yapıların yönetilmesine yönelik görüşlerinin alınması büyük bir önem arz etmektedir.

Bu araştırmanın amacı, hastaneden hizmet alan hastaların hastane bina-sına yönelik görüşlerinin incelenmesi, hasta ve ziyaretçilerin memnuniyet ve

kalitesini arttıracak bir hastane modeli oluşturmak ve buna yönelik bir ölçek geliştirmektir.

3.2. Araştırmanın Kapsamı ve Sınırlılıkları

Araştırma Elazığ ilinde bir şehir hastanesinde hastalar üzerinde yapılmıştır. Araştırma kapsamı söz konusu şehir hastanesine gelen hastalar oluşturmaktadır. Dünya genelinde etkisini gösteren Koronavirüs salgınından dolayı birçok polikliniğin kapalı olması ve bundan dolayı sınırlı sayıda polikliniğe başvuran hasta olması ve hastaların bu çalışmaya sıcak bakmamasından kaynaklı yüz yüze görüşmeyle yapılan anketler sınırlı sayıda kalmıştır. Tam ve eksiksiz doldurulan anketler değerlendirme kapsamına alınmıştır. Tam ve eksiksiz doldurulan anketler değerlendirmeye alınmış olup, ölçeklerdeki ifadelerin doğru anlaşıldığı ve araştırmaya katılanların cevaplarını gerçeğe uygun verdikleri varsayılmıştır. Araştırmada kolayda örnekleme yöntemi kullanılmıştır.

3.3. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini Elazığ ilinde faaliyet gösteren Fethi Sekin Şehir Hastanesi'nden hizmet alan hastalar oluşturmaktadır. Verilerin toplandığı Nisan 2020-Temmuz 2020 tarihleri arasında, Fethi Sekin Şehir Hastanesi'nin polikliniklere başvuran hasta sayısı günlük ortalama yaklaşık 4500 iken; yatarak hizmet alan hasta sayısı ise günlük ortalama yaklaşık 760 olarak belirlenmiştir. Araştırmanın yapıldığı şehir hastanesinin de rastgele seçilen 193 hastaya yasal izin, etik uygunluk ve gönüllülük esaslarına uygun olarak anket yapılmıştır. Deneme uygulamalarının örneklem büyüklüğü için hedef kitlenin yaklaşık %5'lik kısmına ulaşılarak veri toplanması (Evcı ve Aylar, 2017:389-412) ya da hedef kitleyi temsil yeteneğine sahip hedef kitleyi temsil eden 30 ila 50 arasında katılımcıdan veri toplanması önerilmektedir (Şeker ve Gençdoğan, 2014). Bu durumda, araştırmanın örneklem büyüklüğünün yeterli olduğu düşünülmektedir.

3.4. Veri Toplama Araçları

Çalışmada veri toplama işlemi için geliştirilen bina yönetimi ölçeği kullanılmıştır. Her bir ölçek maddesi 5'li likert ölçeği (1=Hiç Katılmıyorum, 2=Katılmıyorum, 3=Kararsızım, 4=Katılıyorum, 5=Kesinlikle Katılıyorum) ile değerlendirilmiştir.

Ölçek geliştirme işlem adımları, Tezbaşaran'ın (2008) önerdiği üç adımlı sürece göre yürütülmüştür:

a) Ölçülecek tutumun (özelğin) tanımlanması

Bu aşamada ilk olarak madde havuzu oluşturulmuştur. Madde havuzunda 48 madde yer almıştır. Bu maddeler, yukarıda ayrıntılı olarak aktarılmış olan literatür bulguları¹ ışığında sağlık kuruluşlarında bina yönetiminin değerlendirilmesindeki boyutları temsil edecek şekilde oluşturulmuştur (Ascione vd., 2013; McCunn ve Wrigt 2019; Sepp vd., 2018; Semret vd., 2016; Anupama ve Pahwa, 2013; Rochmah vd., 2020; Sandoval, 2019; Karakaya ve Kiper, 2011; Aksu ve Demirel, 2012; Mariani vd., 2014; Şengül, 2020). Her boyut için madde sayısı farklıdır.

b) Deneme ölçeğinin düzenlenmesi ve deneme uygulaması

Bu aşamada ilk olarak, maddelerin ölçek içerisindeki düzenine karar verilmiştir. Ardından, uzman (1 Türkçe uzmanı, 1 ölçme uzmanı, 3 alan uzmanı) görüşleri alınmıştır. Bu işlemle, maddelerin dilbilgisine, alana ve ölçmeye uygunluğu test edilmesi amacı gerçekleştirilmiştir. Bir sonraki işlem, evrenden rastgele seçilen 10 kişi ile grup tartışması yapılarak, maddeler anlaşılabilirlik açısından denetlenerek, bazı sadeleştirme ve düzenlemeler yapılmıştır. Bu aşamada madde sayısı 48 olarak kalmıştır. Son işlem olarak ise “deneme uygulaması” gerçekleştirilmiştir.

c) Deneme ölçeğinden elde edilen verilerin analizi

Bu adıma, maddelere verilen cevaplar puanlanarak başlanmıştır. Ardından, katılımcıların ham puanları hesaplanmış ve ham puan dağılımının özellikleri belirlenmiştir. Son olarak da madde puanlarının dağılımı, madde analizi, geçerlilik ve güvenilirlik analizi gerçekleştirilmiştir.

3.5. Verilerin Analizi

Verilen analizi için SPSS ve AMOS programlarından yararlanılmıştır. Yapılan analizler, ham puan dağılımı (aritmetik ortalama, standart sapma, normallik), madde analizi (madde-toplam korelasyonu, alt-üst %27 farkı, keşfedici faktör analizi, doğrulayıcı faktör analizi, güvenilirlik analizi) şeklinde sıralanmaktadır.

4. Bulgular

Yapılan çalışma neticesinde katılımcılara ait demografik bilgiler aşağıda Tablo 1’de verilmiştir.

¹ 1 ve 2 no’lu başlıkların içeriğinde söz edilmektedir.

Değişken	Seçenekler	(n = 193)	
		S	%
Yaş	18 – 30	80	41,5
	31 – 50	64	33,2
	51 ve üzeri	49	25,4
Cinsiyet	Kadın	104	53,9
	Erkek	89	46,1
Medeni durum	Bekâr	83	43,0
	Evli	110	57,0
Meslek	Kamu Çalışanı	11	5,7
	İşçi	21	10,9
	Serbest Meslek	42	21,8
	Öğrenci	35	18,1
	Emekli	37	19,2
	Çalışmıyor	47	24,4
Eğitim	Okur Yazar Değil	3	1,6
	İlköğretim	29	15,0
	Lise Ve Dengi	70	36,3
	Ön Lisans	43	22,3
	Lisans	46	23,8
	Lisansüstü	2	1,0
Gelir	2800 ve altı	86	44,6
	2800-4200 arası	57	29,5
	4200-5600 arası	32	16,6
	5600 ve üstü	18	9,3

Tablo-1: Katılımcıların Demografik Özellikleri

Tablo 1'e göre katılımcıların yaklaşık %41,5'i 18-30, %33,2'si 31-50, %25,4'ü ise 51 ve üzeri yaş arasındadır. Katılımcıların yaklaşık %53,9'u kadınlar %46,1'ini ise kadınlar oluşturmaktadır. Katılımcıların yaklaşık %43'ü bekâr, %57'si ise evlidir. Katılımcıların %5,7'si kamu çalışanı, 10,9'u işçi, 21,8'i serbest meslek, 18,1'i öğrenci, 19,2'si emekli, 24,4'nü ise çalışmayanlar oluşturmaktadır. Katılımcıların %1,6'sı okuryazar değil, %15'i ilköğretim, %36,3'ü lise, %22,3'ü ön lisans, %23,8'i lisans, %0,1'i ise lisansüstü eğitimi alanlardan oluşmaktadır. Katılımcıların yaklaşık %44,6'sı 2800 tl ve altı, %29,5'i 2800 tl – 4200 tl, %16,6'sı 4200 tl- 5600 tl, %9,3'ü 5600 tl ve üstü gelire sahip kişilerden oluşmaktadır.

Faktör	Madde No	Ortalama	Standart Sapma	
Fiziksel koşullar	F15	4,11	0,77	Ortalama : 3,88
	F14	4,09	0,73	S.Sapma : 0,65
	F16	4,08	0,81	Mod : 3,70
	F18	3,98	0,84	Medyan : 3,90
	F33	3,93	0,83	Basıklık : 1,320

	F34	3,93	0,84	Çarpıklık : -0,655
	F41	3,93	0,85	
	F31	3,92	0,82	
	F13	3,91	0,89	
	F12	3,89	0,93	
	F17	3,88	0,94	
	F21	3,86	0,95	
	F42	3,86	0,88	
	F23	3,83	0,89	
	F44	3,80	0,93	
	F11	3,77	1,16	
	F24	3,74	1,07	
	F43	3,71	0,97	
	F22	3,69	0,95	
	F32	3,69	1,01	
	F62	4,17	0,83	
	F61	4,16	0,87	
	F83	4,13	0,91	
	F84	4,13	1,00	
Acil durum ve güvenlik	F81	4,04	0,99	Ortalama : 4,16
	F51	4,03	0,93	S.Sapma : 0,17
	F82	4,02	0,99	Mod : 3,91
	F54	4,01	0,92	Medyan : 4,18
	F52	4,00	0,87	Basıklık : -0,511
	F53	3,99	0,91	Çarpıklık : -,0845
	F63	3,98	0,89	
	F64	3,96	0,85	
	F72	3,52	0,89	
		F101	3,84	0,92
	F93	3,71	0,92	
	F94	3,63	0,97	Ortalama : 3,55
Estetik koşullar	F103	3,55	1,00	S.Sapma : 0,78
	F91	3,54	1,05	Mod : 4,00
	F92	3,52	1,05	Medyan : 3,60
	F95	3,50	1,09	Basıklık : -0,200
	F104	3,36	1,10	Çarpıklık : -0,476
	F102	3,34	1,11	
Ölçek Geneli		3,84	0,54	Mod : 3,98
				Medyan : 3,93
				Basıklık : 1,420
				Çarpıklık : -1,018

Tablo-2: Ham Puan Dağılımının Özellikleri*

* Boyut sayısı ve boyutların isimleriyle ilgili açıklamalar, Tablo 4'e ilişkin açıklamalarla paylaşılmaktadır.

Ham puan dağılımının özelliklerinin yer aldığı Tablo 2 yukarıda yer almaktadır. Tabloya göre iki maddenin (F104-F102) ortalaması vasat iken diğer maddelerin ortalamalarının yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir.² Tüm alt boyutların ve ölçek genelinin ortalamaları yüksek düzeydedir. “Ölçek alt boyutlarının ve ölçek genelinin ise kabul edilebilir normallik koşullarını sağladıkları tespit edilmiştir (Gürbüz ve Şahin, 2016)”.

Faktör	Madde no	Madde Faktör Toplamı Korelasyonu	Alt - Üst % 27 Farkı (p)
Fiziksel koşullar	F24	0,753*	0,000
	F41	0,743*	0,000
	F15	0,739*	0,000
	F13	0,729*	0,000
	F21	0,720*	0,000
	F11	0,718*	0,000
	F32	0,716*	0,000
	F17	0,709*	0,000
	F18	0,703*	0,000
	F12	0,702*	0,000
	F42	0,687*	0,000
	F22	0,673*	0,000
	F14	0,660*	0,000
	F23	0,654*	0,000
	F43	0,654*	0,000
	F16	0,630*	0,000
	F44	0,629*	0,000
	F31	0,622*	0,000
F34	0,583*	0,000	
F33	0,572*	0,000	
Acil durum ve güvenlik	F61	0,745*	0,000
	F81	0,710*	0,000
	F84	0,706*	0,000
	F83	0,692*	0,000
	F53	0,691*	0,000
	F54	0,682*	0,000
	F82	0,675*	0,000
	F62	0,653*	0,000
F51	0,636*	0,000	

² **Düşük:** $1,00 \leq \bar{x} \leq 2,60$ **Vasat:** $2,60 < \bar{x} \leq 3,40$ **Yüksek:** $3,40 < \bar{x} \leq 4,20$ (Aralıklar, Tekin'in (2017) önerdiği şekilde hesaplanarak, oluşturulmuştur.

	F52	0,635*	0,000
	F63	0,468*	0,000
	F64	0,412*	0,000
	F72	0,332*	0,000
	F95	0,788*	0,000
	F102	0,768*	0,000
	F91	0,752*	0,000
Estetik koşullar	F92	0,750*	0,000
	F104	0,743*	0,000
	F103	0,732*	0,000
	F94	0,652*	0,000
	F93	0,558*	0,000
	F101	0,548*	0,000

*: p<0,01

Tablo-3: “Madde – Toplam” Korelasyonu ve “Alt - Üst %27 Farkı”

“Maddelerin gerçekten ölçme yeteneğine sahip olup olmadıklarını belirlemek” için diğer bir ifade ile “maddelerin ölçülmek istenen özelliğe (tutum/ davranış) yeterince sahip olanlarla olmayanları ayırt edip edemediğini belirlemek” için hem “madde puanı ile alt ölçek toplam puanı arasındaki korelasyona” hem de “alt %27’lik dilimde olanlarla üst %27’lik dilimde olanlar arasındaki deneklerin puanlarının arasındaki farka” bakılmıştır. Elde edilen sonuçlar, yukarıda Tablo 3’te görülmektedir.

Tablo 3 incelendiğinde, %20’den küçük ve %80’den büyük korelasyon katsayısının olmadığı ve tüm korelasyon katsayılarınının 0.05 düzeyinde anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Tüm maddeler için alt-üst %27’lik grupların ortalamaları arasındaki farkların da anlamlı olduğu belirlenmiştir. Bu nedenle, maddelerin ilgili oldukları alt ölçekle ölçülmek istenen özelliği ölçmede yeterli oldukları bulgusuna varılmıştır.

Faktör	Madde no	Faktör Yükleri			Açıklanan Varyans %	Cronbach Alpha
		1	2	3		
Fiziksel koşullar	F24	,787			34,26	0,949
	F41	,766				
	F32	,753				
	F15	,743				
	F22	,736				
	F21	,734				
	F13	,717				
	F42	,715				
	F17	,714				
	F11	,711				

	F18	,703			
	F23	,699			
	F12	,696			
	F43	,690			
	F44	,667			
	F14	,662			
	F16	,652			
	F31	,640			
	F34	,595			
	F33	,560			
Acil durum ve güvenlik	F61	,755			
	F82	,755			
	F83	,748			
	F81	,744			
	F53	,738			
	F52	,729			
	F54	,701	14,00	0,906	
	F84	,694			
	F51	,692			
	F64	,627			
	F62	,624			
	F63	,609			
	F72	,344			
Estetik koşullar	F95		0,838		
	F91		0,815		
	F92		0,803		
	F104		0,791		
	F102		0,776	7,71	0,920
	F103		0,738		
	F105		0,715		
	F94		0,657		
	F93		0,531		
Ölçek		55,97	0,951		
KMO = 0,897 Df = 861 App. Chi Square = 6356,625 P = 0,000					

Tablo-4: Sağlık Kuruluşlarında Bina Yönetimi Değerlendirme Ölçeği Hizmet Alanlar Versiyonu Ölçeği Keşfedici Faktör Analizi Sonuçları

Ölçeğin yapı geçerliliğinin belirlenmesi için “keşfedici ve doğrulayıcı faktör analizleri” yapılmıştır. Keşfedici faktör analizinin sonuçları yukarıdaki Tablo 4’de yer almaktadır. Literatür bulguları, ölçeğin 10 boyuttan oluşacağına dair kanıtlar sunmuşken; maddelerin, üç boyutta kümeleştiği görülmüştür. İlk boyutun altında, “havalandırma, aydınlatma, ergonomi, temizlik ve tıbbi cihazlarla” ilgili maddelerin toplandığı görülmüş ve bu boyutun adının “fiziksel koşullar” olması uygun görülmüştür. İkinci boyutun altında, “atık, acil durum ve güvenlikle” ilgili maddeler toplandığı için bu boyutun adının “acil durum ve güvenlik” olması uygun görülmüştür. Üçüncü boyutun

altında ise “peyzaj ve bina-insan uyumu” ile ilgili maddeler toplandıkları için bu boyutun adının da “*estetik koşullar*” olması uygun görülmüştür. F71, F73, F74, F96, F101 ve F106 numaralı maddeler, faktör yükleri 0,32’den düşük olduğu için ölçekten çıkarılmıştır. Faktör analizi öncesinde 48 maddeden oluşan ölçek, 42 maddeye indirilmiştir.

Boyut	Model uyum iyiliği değerleri						
	χ^2/sd	GFI	AGFI	TLI	NFI	CFI	RMSEA
Faktör 1	3,448	0,976	0,914	0,927	0,902	0,949	0,0465
Faktör 2	2,877	0,947	0,968	0,962	0,963	0,903	0,0305
Faktör 3	4,576	0,907	0,917	0,909	0,909	0,926	0,0340
Ölçek	3,443	0,917	0,948	0,943	0,927	0,920	0,0283

Tablo-5: Sağlık Kuruluşlarında Bina Yönetimi Değerlendirme Ölçeği Hizmet Alanlar Versiyonu Model Uyum İyiliği Değerleri

Sağlık Kuruluşlarında Bina Yönetimi Değerlendirme Ölçeğinin doğrulayıcı faktör analiz sonuçları Tablo 5’te verilmiştir. Bu tabloya göre ölçeğin 42 madde ve üç boyuttan oluşan yapısının kabul edilebilir uyum iyiliği değerlerini sağladığı görülmektedir.

Sonuç

Bu çalışmada, hastanelerde bina yönetiminin hizmet alanların görüşlerini belirlemek amacıyla, fiziksel koşullar, acil durum ve güvenlik ve estetik koşullar olmak üzere 3 boyuttan oluşan 42 maddelik bir ölçek geliştirilmiştir. Ham puan dağılımlarına bakıldığında fiziksel koşullar ve estetik koşullar boyutunun ortalaması yüksek iken, acil durum ve güvenlik boyutunun ortalaması vasat düzeyde olduğu tespit edilmiştir. “Madde-Toplam” Korelasyonu ve “Alt - Üst %27 Farkı” puanları arasında ki fark incelendiğinde, tüm korelasyon katsayılarının 0.05 düzeyinde anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Fiziksel koşullar, acil durum ve güvenlik, estetik koşullardan oluşan 3 boyuttan, toplam varyansın %55,97’sini oluşturmaktadır ve ölçeğin güvenilirlik katsayısı ise 0,951 hesaplanmıştır. Ölçeğin geçerli ve güvenilir olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmanın sonucunda ölçeğin yeterli özelliklere sahip olduğu belirlenmiştir.

Sağlık Bakanlığı’nın 1993 yılında yayınladığı ulusal sağlık politikasına göre, sağlık hizmetlerinin verildiği binaların yapımı uzmanlaşmış teknik kadrolarla, sağlanmalı, binalar fonksiyonlarına göre inşa edilmeli, coğrafi, kültürel ve çevresel özellikler dikkate alınmalı, sağlık binaları ilerdeki gelişmeler ve ihtiyaçlar dikkate alınarak esnek inşa edilmeli ve binaların sürekli bakımı sağlanmalıdır (Sağlık Bakanlığı, 1993). Hastane binalarını kaliteli

yönetme sadece maliyet ve mekân standartları ile sınırlı tutulmamalıdır. Hastaların ruhsal ve bedensel sağlıkları da dahil olmak üzere yaşamın tüm yönlerini kapsamalı ve yaşam kalitesini yükseltilmesi hedeflenmelidir (Ergen-oğlu ve Aytuğ, 2007: 51).

Hastaneler rolleri ve işlevleri bakımından her geçen zaman diliminde yapısal karmaşıklaşmaya ve yönetsel zorluklara sebebiyet vermektedir. Kompleks yapıya sahip olan hastane binalarının etkin ve verimli yönetilmesi için bina yönetimi anlayışının barındırdığı organizasyonların içerisinde yer alan yapısal ve yapısal olmayan unsurlar dikkate alınarak senkronize bir şekilde yönetilmelidir.

Günümüzde hizmete bakış açısı değişmiştir. İnsanlar hizmet alırken birçok faktörü göz önüne alarak karar verir. Hastaneler de insanlara hizmet veren yapılardır. Hastalar sağlık kuruluşlarına tedavi olmak için gelirken yalnızca aldığı sağlık hizmeti ile hastaneyi değerlendirmez. Hastanenin görünümü, temizliği, aydınlatılması, peyzaj düzenlenmesi, otoparkı, teknolojik hizmeti, havalandırması, güvenliği gibi birçok farklı açıdan değerlendirerek aldığı hizmeti değerlendirir. Hastane yöneticileri verdikleri hizmetin kalitesini arttırmak için yalnızca sağlık hizmeti ile sınırlı kalmayıp, hastanenin yapısal özelliklerini de dikkate alarak bunları sağlık hizmeti ile iyi bir şekilde senkronize ederek yönetmelidirler.

Kaynakça

- AKSU, Ö. V. ve Demirel, Ö. (2012), "Hastane Bahçelerinde Peyzaj Tasarımları: Trabzon Kenti Örneği", *Kastamonu Üni., Orman Fakültesi Dergisi*, C.12, S.2, s. 236-250.
- ANUPAMA, R. and Pahwa, M. (2013), "Hospital Information Management Systems (Hims)-A Study of Efficacy in Indian Scenario", *Amity Management Review*, C.3, S.1, s. 40-49.
- ASCİONE, F. Bianco, N. De Masi, R. F. and Vanoli, G. P. (2013), "Rehabilitation of the Building Envelope of Hospitals: Achievable Energy Savings and Microclimatic Control on Varying the HVAC Systems in Mediterranean Climates", *Energy and Buildings*, C.60, s. 125-138.
- BALARAS, C. A. Dascalaki, E. and Gaglia, A. (2007), "HVAC and Indoor Thermal Conditions in Hospital Operating Rooms", *Energy and Buildings*, C.39, s. 454-470.
- BARRETT, P. and Baldry, D. (2009), "Facilities Management: Towards Best Practice, Hoboken", New Jersey: John Wiley & Sons.
- BECKER, F. (1990), "Facility Management: A Cutting-Edge Field?", *Property Management*, C.8, S.2, s. 108-116.
- CHAN, D. Hung, H. Chan, A. and Lo, T. (2014), "Overview of The Development and Implementation of the Mandatory Building Inspection Scheme (MBIS) in Hong Kong", *Built Environment Project and Asset Management*, C.4, S.1, s. 71-89.
- CHOTİPANİCH, S. (2004), "Positioning Facility Management", *Facilities*, C.22, S.13/14, s. 364-372.
- DALKE, H. Little, J. Niemann, E. Camgoz, N. Steadman, G. Hill, S. and Stott, L. (2006), "Colour and Lighting in Hospital Design", *Optics & Laser Technology*, C.38, S.4-6, s. 343-365.
- ENOMA, A. (2005), "The Role of Facilities Management At The Design Stage", *Proceedings of the 21st Annual Association of Researchers in Construction Management Conference*, s. 421-430.
- ERGENOĞLU, A. S. ve Aytuğ, A. (2007), "Sağlık Kurumlarında Değişen Paradigmalar ve İyileştiren Hastane Kavramının Mimari Tasarım Açısından İrdelenmesi", *YTÜ Mim. Fak. E-Dergisi*, C.2, S.1, s. 44-63.
- EVÇİ, N., ve AYLAR, F. (2017). "Ölçek Geliştirme Çalışmalarında Doğrulamalı Faktör Analizinin Kullanımı". *Sosyal Bilimler Dergisi*, C. 4, S.10, s. 389-412.

GELMEZ, M. ve Demirel, E. T. (2021), “Hastanelerde Bina Yönetiminin Sağlık Çalışanlarının Görüşleri Açısından İncelenmesi: Bir Ölçek Geliştirme Çalışması”, *Fırat Üniversitesi Harput Araştırmaları Dergisi*, C.8, S.16, s. 79-104.

GÜLER, T. Yıldız, T. Önler, E. Yıldız, B. ve Gülcivan, G. (2015), “Hastane Ergonomik Koşullarının Hemşirelerin Mesleki Kas İskelet Sistemi Rahatsızlıkları Üzerine Etkisi”, *International Anatolia Academic Online Journal*, C.3, S.1, s. 1-7.

GÜRBÜZ, S. ve Şahin, F. (2016), “Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri”. Seçkin Yayıncılık.

HOU, H. and Wu H. (2020), “A Case Study of Facilities Management for Heritage Building Revitalisation”, *Facilities*, C.38, S.3/4, s. 201-217.

JAYASENE, N. S. Mallawaarachchii H. and De Silva L. (2020), “Environmental Sustainability of Facilities Management Analytical Hierarchy Process (AHP) Based Model For Evaluation”, *Built Environment Project and Asset Management*. C.10, S.2, s. 261-276.

JENSEN, P. (2009), “Design İntegration of Facilities Management: A Challenge of Knowledge Transfer”, *Architectural Engineering and Design Management*, C.5, S.3, s. 124-135.

JONSSON, A. Z. (2020), “Does Facility Management Affect Perception of Building Quality? A Study of Cooperative Residential Buildings in Sweden”, *Facilities*, C.38, S.7/8, s. 559-576.

KARAKAYA, B. ve Kiper, T. (2011), “Hastane Dış Mekân Tasarımlarının Edirne İli Örneğinde İrdelenmesi”, *Tekirdağ Ziraat Fakültesi Dergisi*, C.8, S.2, s. 49-64.

KOL, E. İlaslan, E. ve İnce, S., (2015), “Yoğun Bakım Ünitelerinde Gürültü Kaynakları ve Gürültü Düzeyleri”, *J Turk Soc Intens Care*, C.13, s. 122-128.

KONAKÇI, E. (2006), “Sağlık Kuruluşlarında Fizibilite; İzmir’de Bir Geriatrik Hastane Kuruluş Örneği”, Dokuz Eylül Üniversitesi”, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. İzmir.

LAVY, S. and Solis, J. F. (2010), “Complex Healthcare Facility Management and Lean Construction”, *Health Environments Research & Design Journal*, C.3, S.2, s. 120-138.

MARİANİ, P. Fakotico, R. and Zavanella, B. (2014), “Outsourcing Services in The Italian National Health Service: The Evaluation of Private and Public Operators”, *Procedia Economics and Finance*, C.17, s. 256-264.

MCCUNN, L. J. and Wright, J. (2019), “Hospital Employees’ Perceptions of Circadian Lighting: A Pharmacy Department Case Study”, *Journal of Facilities Management*, C.17, S.5, s. 422-437.

OKOROH, M. Ilozori, B. and Gombera, P. (2006), “Modelling of Risk Management”, *Facilities*, C.24, S.5/6, s. 197-210.

PİLANAWİTHANA, N. M. and Sandanayake, Y. G. (2017), "Positioning The Facilities Manager's Role Throughout The Building Lifecycle", *Journal of Facilities Management*, C.15, S.4, s. 376-392.

PRİYANGİKA, K. D. T. Perera, B. A. K. S. and Karunaratne, T. L. W. (2020), "Facilities Management Roles in The Hotel Industry: The Skills and Competencies Required", *Journal of Quality Assurance in Hospitality & Tourism*. C.21, S.4, s. 454-473.

ROCHMAH, T. N. Fakhruzzaman, M. N. and Yustiawan, T. (2020), "Hospital Staffacceptance Toward Management Information Systems in Indonesia", *Health Policy and Technology*, C.9, S.3, s. 268-270.

SAĞLIK BAKANLIĞI (1993), Ulusal Sağlık Politikası.

SANDOVAL, G. A. Brown, A. D. Wodchis, W. P. and Anderson, G. M. (2019), "The Relationship Between Hospital Adoption and Use of High Technology Medical İmaging and in-Patient Mortality and Length of Stay", *Journal of Health Organization and Management*, C.33, S.3, s. 286-303.

SARPİN, N. Yang, J. and Xia, B. (2009), "Developing A People Capability Framework to Promote Sustainability in Facility Management Practices", *Facilities*, C.34, S.7/8, s. 450-467.

SEMRET, M. Dyachenko, A. Haddad, L. R. Belzile, E. and McCusker, J. (2016), "Cleaning the Grey Zones of Hospitals: A Prospective, Crossover, Interventional Study", *American Journal of Infection Control*, C.44, s. 1582-1588.

SEPP, J. Reinhold, K. Jarvis, M. and Tint, P. (2018), "Human Factors and Ergonomics in Safety Management in Healthcare: Building New Relationships", *Agronomy Research*, C.16, S.4, s. 1862-1876.

ŞEKER, H., ve GENÇDOĞAN, B. (2014). "Psikolojide ve Eğitimde Ölçme Aracı Geliştirme (2. Basım)". Ankara: Nobel Yayıncılık.

ŞENGÜL, H. (2020), "Sağlık Tesisleri Tesis Güvenliği ve Yönetimi", Sağlıkta Tesis Yönetimi, Edt: Yeter Demir Uslu, Nobel Yayınları.

TEKİN, H. (2017). Eğitimde Ölçme ve Değerlendirme. Ankara: Yargı Yay.

TERZİOĞLU, S. Tanrıvermiş, Y. (2020), "Dünyada Hastane Yönetiminin Tesis Yönetimi İlkeleri Açısından İncelenmesi", Sağlıkta Tesis Yönetimi, Edt: Yeter Demir Uslu, Nobel Yayınları.

TEZBAŞARAN, A. A. (2008), "Likert Tipi Ölçek Hazırlama Kılavuzu (e-kitap)", Erişim: http://www.academia.edu/1288035/Likert_Tipi_Ölçek_Hazırlama_Kılavuzu.