



**T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**YÜKSEK
LİSANS
TEZİ**

**SAĞLIKTA KALİTE YÖNETİMİ BAĞLAMINDA
ÇALIŞANLARIN HASTA VE ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ
KÜLTÜRÜ ALGILARI:
ÖZEL VE KAMU HASTANELERİ KARŞILAŞTIRMASI**

GÜLŞEN ÇELİK

**SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
HASTANE İŞLETMECİLİĞİ BİLİM DALI**

TEMMUZ 2020



**SAĞLIKTA KALİTE YÖNETİMİ BAĞLAMINDA
ÇALIŞANLARIN HASTA VE ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ ALGILARI:
ÖZEL VE KAMU HASTANELERİ KARŞILAŞTIRMASI**

Gülşen ÇELİK

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
HASTANE İŞLETMECİLİĞİ BİLİM DALI**

**GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

TEMMUZ 2020

ETİK BEYAN

Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada; tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi, kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı, bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.


Gülşen ÇELİK
29/07/2020

SAĞLIKTA KALİTE YÖNETİMİ BAĞLAMINDA ÇALIŞANLARIN HASTA VE ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ ALGILARI: ÖZEL VE KAMU HASTANELERİ KARŞILAŞTIRMASI

(Yüksek Lisans Tezi)

Gülşen ÇELİK

GAZİ ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

Temmuz 2020

ÖZET

Bu tez çalışması ile hastane türüne göre, çalışanların hasta ve çalışan güvenliği kültürü algısının tespit edilerek karşılaştırılması amaçlanmaktadır. Bu amaçla Ankara ili Keçiören ilçesinde bulunan bir özel hastane bir de kamu hastanesi çalışanlarının hasta ve çalışan güvenliği kültürü algılarına ilişkin görüşlerini tespit etmek amacıyla yüz yüze anket yöntemi uygulanmıştır. Elde edilen veriler bir istatistik paket programında analiz edilmiştir. Katılımcıların hasta ve çalışan güvenliği algılarına ilişkin görüşlerinin demografik özelliklerine (yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim düzeyi, meslek, mesleki deneyim, çalışma saati, günlük bakım/tedavi verilen hasta sayısı) göre farklılaşp farklılaşmadığını tespit etmek amacıyla Bağımsız Örneklem T-Testi, Tek Yönlü Varyans (ANOVA) ve Tukey analiz yöntemlerine başvurulmuştur. Aynı zamanda, çalışma kapsamında hipotezler oluşturulmuş ve bu hipotezlerin testlerine yer verilmiştir. Yapılan analizler sonucunda, kamu hastanesi çalışanlarının hasta güvenliği algısının, özel hastane çalışanlarının hasta güvenliği algısından yüksek olduğu tespit edilmiştir. Özel hastane ve kamu hastanesi çalışanlarının çalışan güvenliği algısı arasında ise anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Ayrıca özel hastane katılımcılarının hasta güvenliği algısı ile yaş, öğrenim durumu, meslek, mesleki deneyim, çalışma saati, günlük bakım/tedavi verilen hasta sayısı arasında anlamlı farklılıklar tespit edilirken; cinsiyet ve medeni duruma göre anlamlı farklılık tespit edilmemiştir. Kamu hastanesi katılımcılarının ise hasta güvenliği algısı ile cinsiyet, yaş, öğrenim durumu, meslek, çalışma saati, günlük bakım/tedavi verilen hasta sayısı arasında anlamlı farklılık tespit edilirken; medeni durum ve mesleki deneyime göre anlamlı farklılık tespit edilmemiştir. Özel hastane katılımcılarının çalışan güvenliği algısı ile cinsiyet, medeni durum, yaş, öğrenim durumu, meslek ve çalışma saati arasında anlamlı farklılık tespit edilirken; günlük bakım/tedavi verilen hasta sayısına göre anlamlı farklılık tespit edilmemiştir. Kamu hastanesi katılımcılarının ise çalışan güvenliği algısı ile cinsiyet, yaş, öğrenim durumu, meslek, mesleki deneyim, çalışma saati ve günlük bakım/tedavi verilen hasta sayısı arasında anlamlı farklılık tespit edilirken; medeni duruma göre anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir.

Bilim Kodu : 115402
Anahtar Kelimeler : Hasta Güvenliği, Çalışan Güvenliği, Kalite Yönetimi, Sağlıkta Kalite
Sayfa Adedi : 153
Tez Danışmanı : Prof. Dr. Zekai ÖZTÜRK
ORCID ID : <https://orcid.org/0000-0001-8377-8851>

IN THE CONTEXT OF QUALITY MANAGEMENT IN HEALTH, PERCEPTIONS OF EMPLOYEES
FOR PATIENT AND EMPLOYEE SAFETY CULTURE:
COMPARISON OF PRIVATE AND PUBLIC HOSPITALS

(Master's Thesis)

Gülşen ÇELİK
GAZI UNIVERSITY GRADUATE
SCHOOL OF SOCIAL SCIENCES
July 2020

ABSTRACT

With this thesis, it is aimed to identify and compare the hospital employees' perception of the patient and employee safety culture according to the type of the hospitals. For this purpose, face-to-face questionnaire was applied to determine the opinions of the private hospital and public hospital employees in the district of Keçiören in Ankara, about the perceptions of the patient and employee safety culture. The data obtained were analyzed in a statistical package program. Independent T-Test, One-Way Analysis of Variance (ANOVA) and Tukey analysis methods were used to determine whether the opinions of the participants regarding patient and employee safety perceptions differ according to demographic characteristics (age, gender, marital status, education level, occupation, professional experience, working hours, daily care / number of patients treated) At the same time, hypotheses were created within the scope of the study and tests of these hypotheses were included. As a result of the analysis, it was determined that the perception of patient safety of public hospital employees is higher than that of private hospital employees. No significant difference was found between the perception of employee safety of private hospital and public hospital employees. In addition, while significant differences were determined between the perception of patient safety of private hospital participants and the age, education level, occupation, professional experience, working hours, and the number of patients who were given daily care / treatment; No significant difference was found according to gender and marital status. On the other hand, while there is a significant difference between public hospital participants' perception of patient safety and gender, age, education level, occupation, working hours, and the number of patients who are given daily treatment / care; there was no significant difference according to marital status and professional experience. While there is a significant difference between the perception of employee safety of private hospital participants and gender, marital status, age, education level, occupation and working hours; No significant difference was found according to the number of patients who were given daily care / treatment. While there is a significant difference between public hospital participants' perception of employee safety and gender, age, educational background, occupation, professional experience, working hours and the number of patients given daily care / treatment; there was no significant difference according to marital status.

Science Code : 115402
Key Words : Patient Safety, Employees Safety, Health Quality Management
Page Number : 153
Supervisor : Prof. Dr. Zekai ÖZTÜRK
ORCID ID : <https://orcid.org/0000-0001-8377-8851>

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca her zaman yanımda olan, desteğini ve katkılarını hiçbir zaman esirgemeyen ve motivasyonumu hep yüksek tutmamı sağlayan saygıdeğer hocam, tez danışmanım Prof. Dr. Zekai ÖZTÜRK' e ve pozitif görüşleri ile katkı sağlayan saygıdeğer jüri üyeleri Doç. Dr. Alper GÜZEL ve Dr. Öğr. Üyesi Ersin AYHAN hocalarıma çok teşekkür ederim.

Verilerin analiz aşamasındaki yardımlarından dolayı sayın Dr. Öğr. Üyesi Ali BAYRAM'a ve Taner BALOĞLU' na teşekkürlerimi sunarım.

Her türlü özveriye katlanarak istediğim eğitimi almamı sağlayan, aldığım kararlarda arkamda durup bana destek olan canım annem Şengül ÇELİK ve canım babam Durmuş ÇELİK' e ve sağlıkta kaliteye gönül vererek araştırmamı şekillendiren tüm katılımcılara teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

ÖZET	iv
ABSTRACT	v
TEŞEKKÜR	vi
İÇİNDEKİLER	vii
ÇİZELGELERİN LİSTESİ	xi
ŞEKİLLERİN LİSTESİ	xv
KISALTMALAR	xvi
GİRİŞ	1

1.BÖLÜM

KALİTE VE SAĞLIKTA KALİTE

1.1.Kalite Kavramı	5
1.2. Kalitenin Tarihsel Gelişimi	6
1.2.1. Muayene Aşaması	6
1.2.2. Kalite Kontrol Aşaması	6
1.2.3.Toplam Kalite Aşaması	7
1.3.Toplam Kalite Yönetimi	8
1.3.1. Toplam Kalite Yönetimi İlkeleri	9
1.3.1.1.Müşteri odaklılık	9
1.3.1.2. Üst yönetimin liderliği	10
1.3.1.3. Sürekli iyileştirme ve geliştirme	11
1.3.1.4. Tam katılım ve çalışanların geliştirilmesi	13
1.3.1.5. Sıfır hata	14
1.3.1.6. Ölçüm ve istatistikler	15
1.4. Sağlıkta Kalite Yönetimi	15
1.4.1. Türkiye’de Sağlıkta Kalite Sistemi	17

1.4.1.1. Sağlıkta Kalite Standartları.....	18
1.4.1.1.1. Sağlıkta kalite standartlarının hedefleri.....	19

2.BÖLÜM

HASTA VE ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ

2.1. Kültür Kavramı	21
2.2. Güvenlik Kültürü Kavramı	21
2.3. Hasta Güvenliği Kavramı	23
2.3.1. Hasta Güvenliği ve Tıbbi Hatalar	25
2.3.1.1. Hasta güvenliğini etkileyen tıbbi hata türleri.....	26
2.3.1.1.1. İlaç hataları	27
2.3.1.1.2. Hastane enfeksiyonları	27
2.3.1.1.3. Yanlış veya uygun olmayan malzeme kullanımına bağlı hatalar	28
2.3.1.1.4. Cerrahi işlem hataları.....	28
2.3.1.1.5. Düşmeler.....	29
2.3.1.1.6. Basınç ülserleri.....	29
2.3.1.2. Tıbbi hataların bildirilmesi	30
2.3.2. Hasta Güvenliği Kültürü	33
2.4. Çalışan Güvenliği Kavramı.....	37
2.4.1. İş Sağlığı.....	38
2.4.2. İş Güvenliği Kavramı.....	38
2.4.3. İş Kazası Kavramı.....	40
2.4.4. Meslek Hastalığı Kavramı.....	41
2.4.5. Sağlık Çalışanlarının İş Sağlığı ve Güvenliğini Etkileyen Faktörler.....	42
2.4.5.1. Biyolojik tehlike ve riskler	42
2.4.5.2. Kimyasal tehlike ve riskler	44
2.4.5.3. Fiziksel tehlike ve riskler	45

2.4.5.3.1. Gürültü.....	46
2.4.5.3.2. İklimlendirme.....	47
2.4.5.3.3. Aydınlatma.....	48
2.4.5.3.4. Radyasyon.....	48
2.3.5.4. Ergonomik tehlike ve riskler	48
2.3.5.5. Psiko-sosyal tehlike ve riskler	50
2.5. Hasta ve Çalışan Güvenliği Kültürünün Sağlıkta Kalite ile İlişkisi	51

3.BÖLÜM

SAĞLIKTA KALİTE YÖNETİMİ BAĞLAMINDA ÇALIŞANLARIN HASTA VE ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ ALGILARI: ÖZEL VE KAMU HASTANELERİ KARŞILAŞTIRMASI

3.1.Araştırmanın Amacı	55
3.2. Araştırmanın Önemi.....	55
3.3.Araştırmanın Hipotezleri.....	58
3.4.Araştırmanın Modeli	61
3.5.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	61
3.6.Verilerin Toplanması ve Analizi.....	62
3.7.Araştırmanın Sınırlılıkları ve Varsayımları	63

4.BÖLÜM

ARAŞTIRMANIN BULGULARI

4.1.Güvenilirlik Katsayısı	65
4.2.Katılımcılara Ait Genel Betimsel İstatistikler.....	66
4.3. Sağlık İşletmelerinde Hasta ve Çalışan Güvenliği Kültürü Ölçeğine Yönelik Elde Edilen Betimsel İstatistikler	70
4.4.Hipotezlerin Test Edilmesi	86

5.BÖLÜM TARTIŞMA

5.1.Tartışma	105
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	113
KAYNAKLAR	123
EKLER.....	143
EK-1. Etik Komisyon Onayı	144
EK-2. Kullanılan Anket Formu	147
ÖZGEÇMİŞ	153

ÇİZELGELERİN LİSTESİ

Çizelge	Sayfa
Çizelge 2. 1. Sağlık çalışanlarını etkileyen enfeksiyonlar ve bulaşma yolları.....	43
Çizelge 4. 1. Cronbach's alpha katsayısının güvenilirlik düzeyleri.....	65
Çizelge 4. 2. Cronbach's Alpha tekniğine ilişkin çözümlene sonuçları.....	65
Çizelge 4. 3. Özel hastane ve kamu hastanesi çalışanlarının yaş dağılımları	66
Çizelge 4. 4. Özel hastane ve kamu hastanesi çalışanlarının cinsiyet dağılımları	66
Çizelge 4. 5. Özel hastane ve kamu hastanesi çalışanlarının medeni durum dağılımları	67
Çizelge 4. 6. Özel hastane ve kamu hastanesi çalışanlarının öğrenim durumu dağılımları .	67
Çizelge 4. 7. Özel hastane ve kamu hastanesi çalışanlarının meslek dağılımları	68
Çizelge 4. 8. Özel hastane ve kamu hastanesi çalışanlarının mesleki deneyim dağılımları .	68
Çizelge 4. 9. Özel hastane ve kamu hastanesi çalışanlarının haftalık ortalama çalışma saatine göre dağılımları	69
Çizelge 4. 10. Özel hastane ve kamu hastanesi çalışanlarının günlük bakım/televi verdikleri hasta sayısına göre dağılımları	69
Çizelge 4. 11. Tıbbi hataların meydana gelme sebepleri hakkında katılımcı görüşlerinin dağılımı.....	70
Çizelge 4. 12. Tıbbi hata durumunda gösterilmesi gereken tutum hakkında katılımcı görüşlerinin dağılımı	71
Çizelge 4. 13. Yapılan hatalardan sorumlu tutulması gereken kişi hakkında katılımcı görüşlerinin değerlendirilmesi	71
Çizelge 4. 14. Tıbbi hataların önlenmesinde hastaların sorumluluğu hakkında katılımcı görüşlerinin değerlendirilmesi	72
Çizelge 4. 15. Hastaların kendilerini tıbbi hatalardan koruyabilmesi konusunda katılımcı görüşlerinin değerlendirilmesi	72
Çizelge 4. 16. Tıbbi hatalar konusunda duyum alma hakkında katılımcı görüşlerinin değerlendirilmesi	73
Çizelge 4. 17. Tıbbi hata yapmaktan korunmak için gerekli olan bilgi ve farkındalık hakkında katılımcı görüşlerinin değerlendirilmesi	73
Çizelge 4. 18. Son 12 ayda hasta ve çalışan güvenliği ile ilgili yapılan olay bildirimleri hakkında katılımcı görüşlerinin değerlendirilmesi	74

Çizelge 4. 19. Çalışılan bölümdeki hasta güvenliği uygulamaları hakkında katılımcı görüşlerinin değerlendirilmesi	74
Çizelge 4. 20. Çalışılan birimle ilgili katılımcı görüşlerinin değerlendirilmesi	75
Çizelge 4. 21. Bağlı oldukları yöneticilerle ilgili katılımcı görüşlerinin değerlendirilmesi	76
Çizelge 4. 22. Bölümleriyle ilgili ifadeler hakkında katılımcı görüşlerinin değerlendirilmesi	77
Çizelge 4. 23. Olayların raporlanma sıklığı hakkında katılımcı görüşlerinin değerlendirilmesi	77
Çizelge 4. 24. Hastanenin hasta güvenliği çalışmaları hakkında katılımcı görüşlerinin değerlendirilmesi	78
Çizelge 4. 25. Çalışılan birimle ilgili çalışan güvenliği faaliyetleri hakkında katılımcı görüşlerinin değerlendirilmesi	78
Çizelge 4. 26. Çalışılan bölümün risk seviyesi hakkında katılımcı görüşlerinin değerlendirilmesi	80
Çizelge 4. 27. Çalışma biriminde gerçekleşen bazı durumlarla ilgili katılımcı görüşlerinin incelenmesi	81
Çizelge 4. 28. Kişisel koruyucu donanım kullanmama nedenleri hakkında katılımcı görüşlerinin değerlendirilmesi	82
Çizelge 4. 29. Kesici-delici alet yaralanması sayısı hakkında katılımcı görüşlerinin değerlendirilmesi	82
Çizelge 4. 30. Olay bildirim raporu yazılan kesici-delici alet yaralanması sayısı hakkında katılımcı görüşlerinin değerlendirilmesi	83
Çizelge 4. 31. Yaşanılan kesici-delici alet yaralanması olayının rapor edilmeme nedenleri hakkında katılımcı görüşlerinin değerlendirilmesi	83
Çizelge 4. 32. Kurumları tarafından kullanılması istenilen kişisel koruyucu donanımlar hakkında katılımcı görüşlerinin değerlendirilmesi	84
Çizelge 4. 33. Kurumları tarafından kişisel koruyucu donanımların kullanılması konusunda verilen eğitimler hakkında katılımcı görüşlerinin değerlendirilmesi	85
Çizelge 4. 34. Kurumlarında kendilerine uygulanan tıbbi testler ve muayeneler hakkında katılımcı görüşlerinin değerlendirilmesi	85
Çizelge 4. 35. Kamu Hastanesi ve özel hastane çalışanlarının hasta güvenliği algısı arasındaki farklılığı ortaya koyan t- testi analizi sonuçları	86

Çizelge 4. 36. Özel hastane çalışanlarının hasta güvenliği algısı ve cinsiyet ilişkisinin t testi analiz sonuçları.....	87
Çizelge 4. 37. Kamu hastanesi çalışanlarının hasta güvenliği algısı ve cinsiyet ilişkisinin t testi analiz sonuçları.....	87
Çizelge 4. 38. Özel hastane çalışanlarının hasta güvenliği algısı ve medeni durum ilişkisinin t testi analiz sonuçları	88
Çizelge 4. 39. Kamu hastanesi çalışanlarının hasta güvenliği algısı ve medeni durum ilişkisinin t testi analiz sonuçları.....	88
Çizelge 4. 40. Özel hastane çalışanlarının hasta güvenliği algısı ve yaş ilişkisinin anova testi analiz sonuçları.....	88
Çizelge 4. 41. Kamu hastanesi çalışanlarının hasta güvenliği algısı ve yaş ilişkisinin anova testi analiz sonuçları	89
Çizelge 4. 42. Özel hastane çalışanlarının hasta güvenliği algısı ve öğrenim durumu ilişkisinin anova testi analiz sonuçları.....	90
Çizelge 4. 43. Kamu hastanesi çalışanlarının hasta güvenliği algısı ve öğrenim durumu ilişkisinin anova testi analiz sonuçları	90
Çizelge 4. 44. Özel hastane çalışanlarının hasta güvenliği algısı ve meslek ilişkisinin anova testi analiz sonuçları	91
Çizelge 4. 45. Kamu hastane çalışanlarının hasta güvenliği algısı ve meslek ilişkisinin anova testi analiz sonuçları	92
Çizelge 4. 46. Özel hastane çalışanlarının hasta güvenliği algısı ve mesleki deneyim ilişkisinin anova testi analiz sonuçları.....	92
Çizelge 4. 47. Kamu hastanesi çalışanlarının hasta güvenliği algısı ve mesleki deneyim ilişkisinin anova testi analiz sonuçları	93
Çizelge 4. 48. Özel hastane çalışanlarının hasta güvenliği algısı ve çalışma saati ilişkisinin anova testi analiz sonuçları.....	93
Çizelge 4. 49. Kamu hastanesi çalışanlarının hasta güvenliği algısı ve çalışma saati ilişkisinin anova testi analiz sonuçları.....	94
Çizelge 4. 50. Özel hastane çalışanlarının hasta güvenliği algısı ve bakım/tedavi verilen hasta sayısı ilişkisinin anova testi analiz sonuçları.....	94
Çizelge 4. 51. Kamu hastanesi çalışanlarının hasta güvenliği algısı ve bakım/tedavi verilen hasta sayısı ilişkisinin anova testi analiz sonuçları	95
Çizelge 4. 52. Özel hastane ve kamu hastanesi çalışanlarının çalışan güvenliği algısı arasındaki farklılığı ortaya koyan t- testi analizi sonuçları.....	96

Çizelge 4. 53. Özel hastane çalışanlarının çalışan güvenliği algısı ve cinsiyet ilişkisinin t testi analiz sonuçları.....	96
Çizelge 4. 54. Kamu hastane çalışanlarının çalışan güvenliği algısı ve cinsiyet ilişkisinin t-testi analiz sonuçlar	96
Çizelge 4. 55. Özel hastane çalışanlarının çalışan güvenliği algısı ve medeni durum ilişkisinin t testi analiz sonuçları	97
Çizelge 4. 56. Kamu hastanesi çalışanlarının çalışan güvenliği algısı ve medeni durum ilişkisinin t testi analiz sonuçları.....	97
Çizelge 4. 57. Özel hastane çalışanlarının çalışan güvenliği algısı ve yaş ilişkisinin anova testi analiz sonuçları.....	98
Çizelge 4. 58. Kamu hastanesi çalışanlarının çalışan güvenliği algısı ve yaş ilişkisinin anova testi analiz sonuçları	98
Çizelge 4. 59. Özel hastane çalışanlarının çalışan güvenliği algısı ve öğrenim durumu ilişkisinin anova testi analiz sonuçları	99
Çizelge 4. 60. Kamu hastanesi çalışanlarının çalışan güvenliği algısı ve öğrenim durumu ilişkisinin anova testi analiz sonuçları	99
Çizelge 4. 61. Özel hastane çalışanlarının çalışan güvenliği algısı ve meslek ilişkisinin anova testi analiz sonuçlar	100
Çizelge 4. 62. Kamu hastanesi çalışanlarının çalışan güvenliği algısı ve meslek ilişkisinin anova testi analiz sonuçları.....	101
Çizelge 4. 63. Özel hastane çalışanlarının çalışan güvenliği algısı ve mesleki deneyim ilişkisinin anova testi analiz sonuçlar	101
Çizelge 4. 64. Kamu hastanesi çalışanlarının çalışan güvenliği algısı ve mesleki deneyim ilişkisinin anova testi analiz sonuçlar	102
Çizelge 4. 65. Özel hastane çalışanlarının çalışan güvenliği algısı ve çalışma saati ilişkisinin anova testi analiz sonuçları.....	102
Çizelge 4. 66. Kamu hastanesi çalışanlarının çalışan güvenliği algısı ve çalışma saati ilişkisinin anova testi analiz sonuçları.....	103
Çizelge 4. 67. Özel hastane çalışanlarının çalışan güvenliği algısı ve günlük bakım/tedavi verilen hasta sayısı ilişkisinin anova testi analiz sonuçları.....	103
Çizelge 4. 68. Kamu hastanesi çalışanlarının çalışan güvenliği algısı ve günlük bakım/tedavi verilen hasta sayısı ilişkisinin anova testi analiz sonuçları.....	104
Çizelge 4. 69. Hipotez testi sonuçları	118

ŞEKİLLERİN LİSTESİ

Şekil	Sayfa
Şekil 1 1. Kalitenin tarihsel gelişimi.....	7
Şekil 1. 2. PUKO döngüsü	12
Şekil 1. 3. SKS hedefleri	19
Şekil 3. 1. Araştırma kapsamında oluşturulan model.....	61



KISALTMALAR

Bu çalışmada kullanılmış kısaltmalar açıklamaları ile birlikte aşağıda sunulmuştur.

Kısaltmalar	Açıklamalar
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
AHRQ	Sağlık Araştırma ve Kalite Ajansı (The Agency for Healthcare Research and Quality)
ASO	Amerikan Kalite Derneği (American Society for Quality)
ÇASGEM	Çalışma ve Sosyal Güvenlik Eğitim ve Araştırma Merkezi
EOQ	Avrupa Kalite Organizasyonu (The European Organization for Quality)
HBYS	Hastane Bilgi Yönetim Sistemleri
ICN	Uluslararası Hemşireler Birliği (International Council of Nurses)
ILO	Uluslararası Çalışma Örgütü (International Labour Organization)
IOM	İlaç Enstitüsü (Institute of Medicine)
JCAHO	Sağlık Organizasyonlarının Akreditasyonu için Birleşmiş Komisyon (Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations)
JCI	Uluslararası Birleşik Komisyon (Joint Commission International)
NPSA	Ulusal Hasta Güvenliği Ajansı (National Patient Safety Agency)
NPSF	Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı (National Patient Safety Foundation)
PUKO	Planla-Uygula-Kontrol Et-Önlem Al
SB	Sağlık Bakanlığı
SDP	Sağlıkta Dönüşüm Programı
SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu

SKS	Sağlıkta Kalite Standartları
TAEK	Türkiye Atom Enerjisi Kurumu
TDK	Türk Dil Kurumu
TKY	Toplam Kalite Yönetimi
TTB	Türk Tabipler Birliği
WHO	Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)



GİRİŞ

Sağlıkta kalite yönetimi genel olarak; hasta ve çalışan güvenliğinin ve memnuniyetinin sağlanması, bu doğrultuda hatasız, etkili ve verimli sağlık hizmet sunumunun gerçekleştirilmesi şeklinde tanımlanabilir. Ancak sağlık kurumlarının karmaşık yapısından ve öngörülemeyen durumlarla karşılaşılmasından dolayı hastanelerde birçok tıbbi hata meydana gelmektedir.

Yapılan hataların geri dönülmez sonuçlar doğurması nedeniyle hasta güvenliğini tehlikeye atan tıbbi hatalar, öncelikli kalite problemlerindedir (Güleç, 2012). Tıbbi hata; sağlık hizmet sunumu sırasında ortaya çıkarak, hastanın sağlığını riske atan beklenmeyen sonuçlardır (Akalın, 2014: 64).

Amerika Birleşik Devletleri (ABD) 2013 yılı raporlarına göre, ölüm nedenleri arasında ilk iki sırayı kanser ve kalp rahatsızlıkları alırken, üçüncü sırada tıbbi hatalar yer almaktadır (Makary ve Daniel, 2016). Dolayısıyla tıbbi hata oranları bir hastanenin sağlık hizmet kalitesinin en önemli göstergelerinden biridir (Feijer, vd., 2012).

Sağlık hizmet sunumunda tıbbi hatalar hayati sonuçlar barındırdığından hasta güvenliği çalışmaları hastanelerin temel prensiplerindedir (Albrecht, 2015). Institute of Medicine'ye (IOM) göre hasta güvenliği, "hastalara gelecek zararın önlenmesi" şeklinde ifade edilmektedir. Bunu sağlamak için hastaların, sağlık çalışanlarının ve kurum yöneticilerinin yer aldığı etkili bir hasta güvenliği kültürü oluşturulması gerekmektedir (Mitchell, 2008). Singer ve arkadaşları (2009) hasta güvenliği kültürünü, "kurumun hasta güvenliği çalışmalarını geliştirme konusunda neyin önemli olduğu hakkında kurum çalışanları tarafından paylaşılan değerler, inançlar ve tutumlar, çalışılan birimler ve sistemlerin etkileşimi ile birlikte geliştirilen davranış normları" olarak tanımlamıştır.

Hasta güvenliği kültürünün etkili bir şekilde oluşturulabilmesi için yönetimin desteği ve çalışan katılımı oldukça önemlidir. Bununla birlikte çalışanlara eğitim verilmesi, olay raporlama sistemlerinin kurulması ve kullanımının teşvik edilmesi, güvenli bir sağlık sistemi kurulmasında için büyük bir paya sahiptir (Hughes and Clancy, 2009).

Sağlık sektörü 24 saat hizmet sunulan emek yoğun bir sektördür. Bu yüzden hastaneler 29 Mart 2013 tarih ve 28602 sayılı Resmi Gazetede “İş Sağlığı ve Güvenliğine İlişkin Tehlike Sınıfları Listesi Tebliği” ne göre “çok tehlikeli” olarak sınıflandırılmaktadır.

Hasta güvenliği çalışmalarının amacına uygun ve etkili bir şekilde sürdürülebilmesi için çalışan katılımına ve bu doğrultuda, çalışan güvenliği faaliyetlerine daha fazla önem verilerek geliştirilmesi gerekmektedir. Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) tarafından çalışan sağlığı, “tüm çalışanların bedensel, ruhsal ve sosyal yönden iyilik hallerinin en üst düzeye çıkarılması, sürdürülmesi ve geliştirilmesi çalışmaları” olarak tanımlanmaktadır.

Sağlık çalışanlarının sağlığını ve güvenliğini etkileyen unsurlar arasında; biyolojik, kimyasal, fiziksel, ergonomik ve psiko-sosyal tehlike ve riskler yer almaktadır (Meydanlıoğlu, 2013). Uzun çalışma süreleri, ağır iş yükü, vardiyalı çalışma düzeni, yorgunluk, uykusuzluk ve stres gibi nedenler sağlık çalışanlarının iş kazası ve meslek hastalığı geçirme riskini de arttırmaktadır (Terzi ve Pekşen, 2016). Ayrıca sağlık çalışanlarının karşılaştığı en riskli etmenler arasında bulaşıcı hastalıklar yer almaktadır. Hastalarla doğrudan temas halinde olmaları çalışanların çok ciddi hastalıklarla mücadele etmelerine neden olmaktadır.

Sağlık çalışanlarında en fazla görülen iş kazaları arasında ise; kesici delici alet yaralanmaları, kan ve vücut sıvılarına bulaş, kas ve iskelet sistemi yaralanmaları, çalışana yönelik şiddet yer almaktadır (Kaya, vd., 2009). Hasta ve çalışan güvenliğini etkileyen olayların meydana gelme durumunda, bunların raporlanması, olay bildirimlerinin yapılması, analiz edilmesi, hatalardan ders çıkarılarak bir daha gerçekleşmesinin önüne geçilmesi sağlıkta kalitenin temel amaçlarındandır.

Kısaca olay raporlama sistemleri, sağlık çalışanlarının hasta ve çalışan güvenliği etkileyen olaylarla karşılaştıklarında bildirim yapmaları, böylece hastane yönetiminin gerekli düzenleyici ve önleyici faaliyetlerin başlatılmasını sağladığı sistemlerdir (Sağlık Bakanlığı, 2017). Türkiye’de Sağlık Bakanlığı (SB) tarafından geliştirilen, Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) kapsamında, hastanelerde oluşturulan istenmeyen olay bildirim sistemi ile sağlık çalışanlarının olay bildirimleri yapmaları sağlanmaktadır.

Sağlıkta kalitenin geliştirilmesi ve sürdürülebilmesi için, hasta ve çalışan güvenliğini etkileyen bir hata gerçekleştiğinde, hatanın sebebi ve nasıl meydana geldiği konusunda kök-neden analizi yapılmalı ve tüm süreçler incelenmelidir. Yalnızca hatayı yapan kişiye odaklanılmamalıdır (Phillips ve Barnsteiner, 2005). Yapılan çalışmalar sonucunda raporlama sistemlerinin hastanelerde güvenlik kültürünün gelişmesinde çok önemli bir etki oluşturduğu tespit edilmiştir (Hutchinson, vd., 2009).

Hasta ve çalışan güvenliği kültürünün oluşturulabilmesi için, çalışanların bu konudaki algısını ve farkındalığını arttırmak önemli bir etkidir. Etkili bir güvenlik kültürü oluşturulan hastanelerde hasta ve çalışanların karşılaştıkları risk ve tehlikelerle beraber, gördükleri zarar da azalmaktadır (Deikas ve Hogoss, 2008: 1). Ayrıca bu kişilerin sadece zarar görmelerinin engellenmesi değil, güvenli olmayan uygulamaların tespit edilerek ortadan kaldırılması da sağlıkta kalite çalışmalarının temelini oluşturmaktadır (WHO, 2016).

“Sağlıkta Kalite Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı” tarafından her yıl Türkiye’deki bütün hastaneler SKS kapsamında değerlendirilmekte ve hasta ve çalışan güvenliği faaliyetleri de bu doğrultuda incelenmektedir.

Bu tez çalışması ile hastane türüne göre, çalışanların hasta ve çalışan güvenliği kültürü algısının tespit edilerek karşılaştırılması amaçlanmaktadır. Bu amaçla Ankara ili Keçiören ilçesinde bulunan bir özel hastane, bir de kamu hastanesi çalışanlarının hasta ve çalışan güvenliği kültürü algılarına ilişkin görüşlerine başvurulmuştur.

Tezin ilk bölümünde kalite ve sağlıkta kalite, ikinci bölümünde hasta ve çalışan güvenliği kültürü ile ilgili bilgiler bulunmaktadır. Üçüncü bölümde ise “Sağlık İşletmelerinde Hasta ve Çalışan Güvenliği Kültürü Ölçeği” nin, Ankara ili Keçiören ilçesindeki bir özel hastane, bir de kamu hastanesi çalışanlarının görüşlerine yönelik uygulama sonuçları yer almaktadır.

1.BÖLÜM

KALİTE VE SAĞLIKTA KALİTE

1.1.Kalite Kavramı

Kalite kavramı ilk olarak insanların veya sistemlerin hata yapması ve buna bağlı olarak “mükemmele ulaşma isteği” düşüncesi ile hayatımıza girmiştir. Köken olarak, latin dilinde bir şeyin nasıl oluştuğunu anlatmak için kullanılan “Qualis” sözcüğünden türemiş, “Qualitas” sözcüğü ile Latince’ ye yerleşmiştir (Turan, 2015).

Geleneksel yaklaşımda kalite; ürünün standartlara uyması olarak nitelendirilmektedir. Günümüzde ise, standartlara uygunluğun ötesinde değişken bir anlam kazanmıştır. Aşağıda dünya çapındaki kuruluş ve uzmanlar tarafından yapılmış olan kalite tanımları verilmiştir (Yazgan, 2009 Akt: Binici, 2018:14).

- Mal ya da hizmetin belirli gerekliliği karşılayabilme özelliklerinin tümüdür (Amerikan Kalite Derneği-ASO).
- Tüketicinin tahmin edilebilir, karşılanabilir isteklerine uygunluk derecesidir (Avrupa Kalite Organizasyonu—EQO).
- Kalite, gerekliliklere uygunluktur (P.Crosby).
- Kalite, kullanıma uygunluktur (J.M. Juran).
- Kalite, ürünün sunumu sonrası neden olduğu minimal zarardır (G.Taguchi).

Kalite kavramı bazı durumlarda öznel bazı durumlarda ise nesnel ifadeleri dile getirmek için kullanılmaktadır. Kalitenin kişisel yönü, insanların demografik özelliklerine göre farklılık gösterirken, nesnel kalite ölçülebilir kalite standartlarına göre değerlendirilmektedir (Tütüncü ve Doğan, 2003).

Genel olarak kalite; hizmet alan kişilerin beklentilerini karşılayan ve ortaya değerli bir ürün konulmasını sağlayan dinamik bir süreçtir (Goetsch ve Davis, 2014). Khan’ a göre kalite, müşterilerin kurumdan veya üründen beklediği kalite ile mal veya hizmet satın alma sonucunda algılanan kalitenin değerlendirilmesi sonucu ortaya çıkar. Kaliteden

bahsedebilmek için kişilerin ihtiyaç ve beklentilerinin ne olduğunu anlamak oldukça önemlidir (Oakland, 2014).

Kalite kavramı için çok sayıda tanımın bulunması, kalitenin birbirinden farklı alanlarda farklı özelliklerle kendisini göstermesinden kaynaklanmaktadır. Sektörün özelliğine göre farklı anlamlar ifade edebilir. Bu yüzden kalitenin bazı önemli ipuçları vardır. Örneğin bir alanda kullanıma uygunlukken başka bir alanda güvenliği ifade edebilir. Bir ürün için bazen teknik bir özelliği ifade ederken, bir hizmet için çalışan tutum ve davranışı olabilir (Çelik, 2018: 3).

1.2. Kalitenin Tarihsel Gelişimi

Kalitenin tarihi; muayene aşaması, kalite kontrol aşaması ve toplam kalite aşaması olarak üç dönemde ele alınmaktadır.

1.2.1. Muayene Aşaması

Tarihsel sürece bakıldığında kalite ile ilgili kayıtların milattan önce 2150 yılında karşımıza çıktığı görülmektedir. Ünlü Hammurabi Kanunlarınının 229. Maddesine göre; “eğer bir inşaat ustası bir adama ev yapar ve ev yeterince sağlam olmaz, sahibinin üstüne çökerek ölümüne sebep olursa, o inşaat ustasının başı kesilir.” Buradan anlaşıldığı üzere mal veya hizmetin talebi karşılamadığı ve ürünü alanlara zarar verdiği durumlarda bazı yaptırımlar da beraberinde gelmekteydi (Gürbüz, 2014: 1)

13. Yüzyılda ise bazı alanlarda; çıraklık, esnafılık, loncalar gibi uygulama örnekleri görülmektedir. Bu dönem usta-çırak ilişkili bir özellik göstermektedir. Bu yüzden ürünler muayene kısmında ustalar tarafından kontrol edilmiştir (Tekin, 1999 Akt: Çelik, 2018: 4).

1.2.2. Kalite Kontrol Aşaması

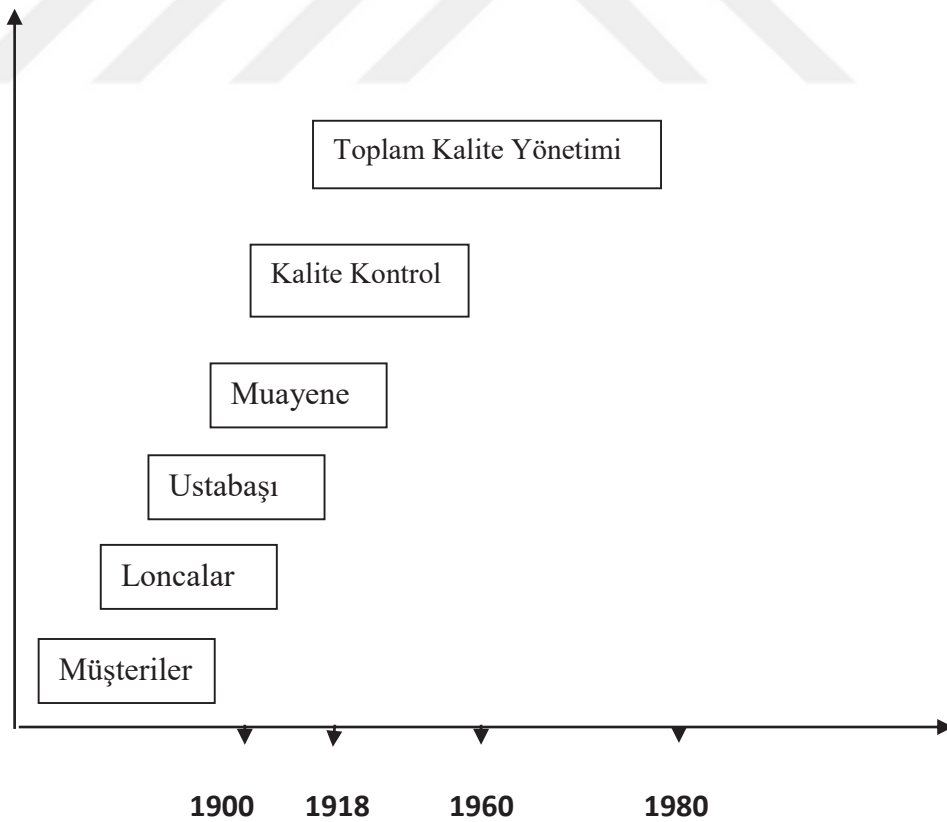
19. Yüzyılda sanayi devriminin gelişmesiyle birlikte seri üretim ön plana çıkmıştır. Seri üretimle birlikte ise talimatların, prosedürlerin ve standartların önemi ortaya çıkmıştır (Taşçı ve Çabuk, 2013). Bu dönemde bilimsel çalışmalar yapan Frederick Winslow Taylor, kurumsal işletmelerdeki israfli ve verimsiz çalışmalara dikkat çekerek, mühendislere işlerin

planlanması gerektiğini ve çalışanlara ne şekilde yapılacağını açıklanması gerektiğini belirtmiştir (Kızıl, 2018: 6).

Teknolojik gelişmelerle birlikte bilginin kolayca paylaşılıp çoğalması ürün kalitesinin giderek artmasını sağlamış ve 1946 yılında Amerikan Kalite Kontrol Derneği (ASQ) kurulmuştur (Kavrakoğlu, 1996).

1.2.3.Toplam Kalite Aşaması

Kalite konusundaki en önemli ilerleme 2.Dünya Savaşı sonrasında Japonya'da çıkmıştır. İlerleyen zamanlarda ise Deming ve Juran isimli araştırmacılar tarafından kaliteyle ilgili gelişmeler ABD' ye getirilmiştir (Kavrakoğlu, 1996). Bütün bu sürece Toplam Kalite Yönetimi (TKY)' nin gelişmesi eşlik etmiştir. Rekabet ortamı geliştikçe, işletmelerin birçoğu TKY anlayışını benimsemiş ve uygulamışlardır.



Şekil 1 1. Kalitenin tarihsel gelişimi

Kaynak: Top, 2013: 10 Akt: Dolapoğlu, 2018:

1.3.Toplam Kalite Yönetimi

Toplam Kalite Yönetimi, müşterinin uzun vadede tatminini sağlamayı, çalışanlar ve toplum için fırsatlar elde etmeyi amaçlayan, çalışanların tamamının katılımına dayanan kalite üzerine yoğunlaşmış bir yönetim biçimidir (Efil, 2009: 25). Üst yönetimin liderliği ile tüm çalışanların katılımını esas alan bu yöntemin amacı sürekli iyileştirme ve geliştirmeyi sağlamaktır.

TKY, kurumların dış çevre şartlarını da dikkate alarak uzun dönemde, aşama aşama vizyon ve hedeflerine ulaşmalarını sağlayan bir yönetim aracıdır (Dahlgaard, vd., 2007). Başka bir ifadeye göre ise, müşterilerin ihtiyaçlarını karşılamak için girdilerin verimli bir şekilde kullanılmasını amaçlayan bir yönetim şeklidir (Çakır, 2007: 13). Aynı zamanda TKY, bir işletmedeki herkesin işbirliği içerisinde mal ve ya hizmet üretmek için, müşteri beklentilerini ve ihtiyaçlarını karşılayan ve beklentilerinin ötesine geçen bir sistemdir (Dale, 2001).

TKY, klasik dönem kalite kontrol uygulamalarının yerini almıştır. Kalite kontrol kavramı üretimden sonra üründen örnekler alınarak belirli standartlara göre üretilip üretilmediğini kontrol etmek ve standartlara uygun olarak üretilmediyse müşteriye ulaşmadan imha etmek anlamını taşımaktadır. TKY ise bu süreci, herkesin başından sonuna kadar bütün aşamalarında kaliteli ürün ve hizmet sunumu için sorumlu olduğu bir yapıya dönüşmüştür (Nayir, 2018: 49).

Dış müşterilerin beklentilerini karşılamak kadar iç müşterilerin de ihtiyaçlarını karşılamayı benimseyen TKY felsefesinin amacı; işletmelerin performansını iyileştirmektir. İşletmelerin bu amaca ulaşması için izlenecek yöntem ve kullanılacak araçlar doğru belirlenmeli ve planlama iyi yapılmalıdır (Kızıl, 2018: 12).

TKY' ye kelime olarak bakıldığında ortaya çıkan anlamlar şunlardır. Toplam Kalite Yönetimindeki toplam; işletmedeki çalışanların tamamının katılımını, kalite; iç ve dış müşterilerin ihtiyaç ve beklentilerini karşılamayı, yönetim ise belirli mal veya hizmet üretmek için gerekli olan uygun koşulların sağlanması anlamına gelmektedir.

TKY' ye göre, hata oluşmasına neden olmayan, sorunsuz devam eden bir sistem oluşturulması gerekmektedir. Çünkü ürün ortaya çıktıktan sonra kalite kontrol yapılması kaynakların boşa harcanmasıdır. Sistem kusursuz olacak şekilde düzenlenirse kaynaklar en iyi şekilde değerlendirilip istenen kaliteye ulaşılır (Dolapoğlu, 2018: 14).

TKY açıklamalarına bakıldığı zaman, kurumun tüm çalışanlarının sürece dâhil edildiği, sürekli iyileştirme yoluyla en verimli şekilde müşteri tatminini hedef alan, her aşamada hatasız üretimle rekabet koşullarında varlığını sürdürmesini sağlayan önemli bir yönetim şekli olduğu görülmektedir.

1.3.1. Toplam Kalite Yönetimi İlkeleri

Toplam kalite yönetiminin ilkeleri; müşteri odaklılık, üst yönetimin liderliği, sürekli iyileştirme ve geliştirme, tam katılım ve çalışanların geliştirilmesi, sıfır hata, ölçüm ve istatistikler başlıkları altında ele alınmıştır.

1.3.1.1. Müşteri odaklılık

Müşteri odaklılık TKY' nin en temel ilkesidir. Bu ilkenin amacı; müşterinin istek ve ihtiyaçlarını en uygun biçimde karşılamak ve beklentilerinin üzerinde ürün ve hizmet sunarak müşteri memnuniyetini sağlamaktır. Müşteri beklentilerinin aşılması için sürekli izleme ve değerlendirme yaparak değişimlere uyum sağlamak gerekmektedir. Ancak müşterilerin sadece şuan ki ihtiyaç ve beklentilerini bilmek yeterli değildir. Çünkü çevre faktörlerinde sürekli değişim olmaktadır. Dolayısıyla müşterilerin bugünkü ihtiyaçlarını değerlendirerek gelecekteki ihtiyaç duyacakları şeyleri tespit etmek gerekmektedir (Çakır, 2007: 14).

Teknolojik gelişmeler ve ürün alternatiflerinin artmasıyla birlikte müşterilerin daha araştırmacı, bilgili ve bilinçli oldukları düşünüldüğünde TKY' nin bu ilkesinin uygulanması zor ancak işletmeye en çok katkı sağlayan ilkelere biri olduğu görülmektedir.

Müşteri ürün için bir karşılık ödeyen veya ödeme ihtimali olan kişidir. Günümüz dünyasının rekabet yoğunluğundaki temel amacı müşteriyi elde etmektir. Buna göre müşteriyi elde

etmenin yolunun onun istek ve beklentilerini tatmin etmek olduğu unutulmamalıdır. Tatmin ise beklentilerin tam karşılanmasıdır (Boz, 2018: 63).

TKY' ye göre müşteri kavramı iç ve dış müşteri olarak ikiye ayrılmaktadır. İç müşteri; işletmedeki çalışanları ifade etmektedir. Dış müşteri ise işletme dışındaki müşterileri ifade etmektedir. Hem iç hem de dış müşteri memnuniyetinin eşit derecede önemli olduğu göz önünde bulundurulduğunda, ürün ve hizmet sunumunda iç müşterinin yani çalışanların ve dış müşterilerin istek ve beklentileri dikkate alınarak yüksek kaliteye ulaşılabilir. TKY 'ye göre organizasyonlar müşterilere hizmet etmekte rol alırlar (Koçel 2007:295).

Kurumlar müşteri memnuniyetini sağlarsa, müşteriler işletmeden ürün almaya devam eder ve işletmeye yeni müşteriler kazandırır. Bu yüzden işletmeler müşteri odaklı çalışmalar yapmalı ve buna göre mal ve hizmet üretmelidirler (Er, 2014: 24).

Müşteri memnuniyeti, diğer sektörlerde olduğu gibi sağlık sektörünün de en önemli hedeflerindedir. Sunulan sağlık hizmetinden memnun olan hasta ve yakınları müşteri sadakatine uygun olarak bütün sağlık problemleri için aynı hastaneyi tercih etmeye devam ederler. Memnun olmayan hastalar ise bu deneyimlerini başkaları ile paylaşarak hastanenin tercih edilmemesine neden olurlar (Lüleci, vd., 2019). Bu nedenle hasta memnuniyetinin ne ölçüde karşılandığının belirlenmesi, kurumun kalite seviyesini ölçmek için dikkate alınması gereken en önemli faktörlerdendir (Dockins, vd., 2015).

1.3.1.2. Üst yönetimin liderliği

İşletmelerin TKY' ye geçişi üst yönetimin liderliği ve isteği olmadan gerçekleşemez. Genel anlamıyla lider, ait olduğu grubun amaçlarını belirleyerek, gruptaki kişileri belirlediği amaçların arkasından sürükleyen kişidir (Ersen, 2003: 77).

Lider, işletmenin amacını belirleyerek süreci başlatır. Bu süre zarfında liderler ve üst yönetim zamanlarının büyük bir kısmını kalite çalışmalarına ayırmalı, kalite hedeflerini yazılı ve sözlü olarak tüm çalışanlara duyurmalı, eğitim ve geliştirme çalışmaları için bütçesini arttırmalı, çalışan motivasyonu için ödül sistemini etkin kılmalı ve çalışanlara güven vermelidir (Er, 2014: 24).

“Lider” ve “yönetici” kavramları ise birbirinden farklıdır. Lider, çalışanlarını aynı amaçlar etrafında toplayıp bu amaçları gerçekleştirmek için onları harekete geçirirken, yönetici ise; çalışanlara iş gördürme, başkaları aracılığıyla işleri başarma yolunda gider (Özgör, 2008: 33). Tüm yöneticilerin liderlik özelliklerini taşıması gerekmez fakat tüm liderlerin yöneticilik özelliklerini taşıması gerekmektedir. Böylece lider, işleri planlar, uygulamaya geçirir ve gerekli denetimleri sağlar (Özgör, 2008: 33).

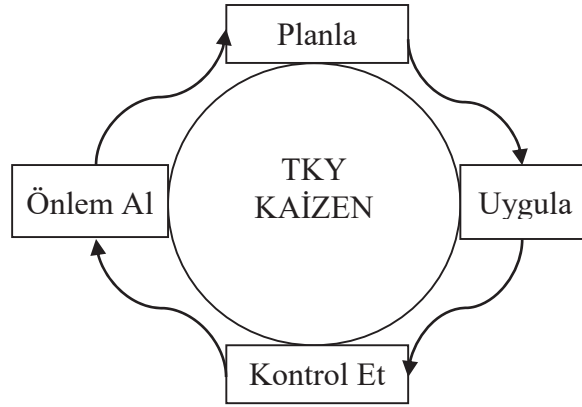
Yani organizasyonlar için vizyon oluşturan ve değişimin gerçekleşmesine katkıda bulunan üst yönetim, TKY uygulamasının başarıyla gerçekleşmesindeki en etkili faktörlerden biridir (Reed, vd., 2000: 5-26).

Hastanelerde de kalite yönetim sisteminin kurulabilmesi için üst yönetimin ve liderlerin desteği oldukça önemlidir. Hasta memnuniyetinin önemli bir kalite ölçütü olduğu düşünüldüğünde, liderlerin yeni gelişmeleri takip eden araştırmacı bir ruha sahip olması gerekmektedir (Day, vd., 2014: 65).

1.3.1.3. Sürekli iyileştirme ve geliştirme

Sürekli iyileştirmeyi Japonlar “Kaizen” olarak ifade ederler. Japonca’ da kai; değişimi, zen; iyi, daha iyi anlamını ifade eder (Efil, 2016: 189 Akt: Boz, 2018: 70). Japonya’da hemen hemen her faaliyet için Kaizen grupları oluşturulmaktadır. Kaizen’ in genel felsefesi ise; var olan durumla yetinmeyip küçük ama sürekli gelişme ile daha iyisini yapmak ve her faaliyetin sürekli iyileştirilmeye ihtiyacı olduğunu vurgulamaktır (Kovancı, 2007: 294).

Sürekli iyileştirme ve geliştirme sonuç değil süreç odaklıdır. Bu süreçte ise çalışanlar, işlerini nasıl daha iyi yapabileceklerini ve geliştirebileceklerini düşünmelidir (Lüleci, 2018: 25). Sürekli iyileştirmede kurumun izlemesi gereken temel yol PUKO (Planla-Uygula-Kontrol et-Önlem al) döngüsüne göre çalışmalarını sürdürmektir (Pakdil, 2004:177). Pries ve Ouigley (2013) tarafından da, TKY bir döngü olarak ele alınmış ve “planlamak, uygulamak, kontrol etmek ve önlem almak” olarak dört aşamada sınıflandırılmıştır.



Şekil 1. 2. PUKO döngüsü

Kaynak: Akao, 1991).

PUKO Döngüsünün amacı; tüm süreçlerin izlenerek aksaklıkların giderilmesi, etkinliğin sağlanması ve böylece kalitenin geliştirilmesidir (Topal, 2000: 30 Akt: Yayla, 2019: 19).

Planla aşamasında, sistemin iyileştirilmesi için yapılması gereken işlemler belirlenir, yapılacak işler planlanır. Uygula aşamasında, planlanan işlemler faaliyete geçirilir. Kontrol et ve önlem al aşamalarında ise uygulanan işlerin etkili olup olmadığı kontrol edilir ve istenmeyen durumlar için önlem alınır. İstenilen sonuçlar elde edilemediyse gerekli tedbirler alınarak yeniden planlamaya geçilir (Kavuncubaşı, Yıldırım, 2010).

TKY, kaliteyi sürekli geliştirme ve iyileştirmeye odaklandığından sonsuz bir yolculuktur. Sürekli iyileştirme ve geliştirme, kalite yönetim sisteminin temel taşlarından. TKY' yi benimsemek ve uygulamak isteyen tüm kurumlar bu anlayışı tüm çalışanlara kazandırmalıdır (Pakdil, 2004:177). Bu doğrultuda sürekli iyileştirme çalışmaları, meydana gelen bir problemi çözüp tekrar aynı çalışma sistemine devam etmeyi ifade etmemektedir. Sürekli iyileştirme kurum kültürü haline gelip çalışanlar tarafından yaşam tarzı olarak kabul edilmelidir (Weaver, 2003:152).

Ayrıca hastanelerde gerçekleştirilen sürekli iyileştirme çalışmaları da sağlık çalışanlarının mevcut problemler ve durumlar hakkında aktif olarak çaba harcamalarını sağlayarak kurumlarıyla ilgili kalite algısını arttırmaktadır (AHRQ, 2009).

1.3.1.4. Tam katılım ve çalışanların geliştirilmesi

Toplam Kalite Yönetimi'nin uygulanması ve amacına ulaşması için hiyerarşik yapıdaki en üstten en alta kadar tüm çalışanların TKY çalışmalarına katılması gerekmektedir.

TKY' de tüm çalışanların etkin katılımı çok önemlidir. Katılım motivasyonu arttırıp çalışanları güçlendirdiğinden sürekli gelişim için gerekli faktörlerden biridir (Şenturan, 2007: 120). Başka bir ifadeye göre katılma, işi yapanlara karar alma ve uygulamaya geçirme yetkisinin verilmesidir (Akın, 2001:78).

TKY çalışmalarının başarılı olması için eğitim temel bir amaç olmalı ve eğitim kalitesinin de sürekli iyileştirilmesi gereklidir. Çalışanların geliştirilmesi, eğitim programlarının hazırlanmasının yanı sıra çalışanlara danışmanlık yapmakla mümkündür (Yüksel, 2007: 171 Akt: Şen, 2013: 72). Her kademedeki çalışanlara hem temel konularda hem de TKY faaliyetleriyle ilgili konularda sürekli eğitim verilmelidir (Şen, 2013: 71-72).

Ishikawa: "Kalite yönetimi eğitimle başlar, eğitim ile biter" der. Potansiyelini ortaya çıkarmak isteyen her çalışana uzmanlık alanıyla ilgili eğitim vermek üst yönetimin amacı olmalıdır. Eğitim sonucunda çalışanların potansiyelleri açığa çıkarak sürekli geliştirmeye katkı sağlanır (Kıngır, 2010:66-67). TKY' ye göre işletmelerin kalite hedeflerine ulaşabilmesinin yolu, çalışanların kalite konusundaki farkındalığına ve eğitim seviyesine bağlıdır (Tekin, vd., 2003:44).

TKY' nin en önemli noktalarından biri, kurumdaki herkesin kalite çalışmalarına yönelik isteğini ve kalite felsefesine olan inançlarını arttırmaktır (Maletic, vd., 2014). Sağlık

kurumları farklı meslek gruplarının bir arada çalıştığı yapılar olduğundan, sağlıkta kalite çalışmaları yaparken tek bir mesleğe değil, bütün meslek gruplarına odaklanması ve grup olarak herkesin tam katılım sağlaması gerekmektedir (Lee, vd., 2009).

Kurumda zamanla meydana gelen değişimlere herkesin uyum sağlayabilmesi için eğitim çok önemlidir. TKY tüm çalışanların katılımını hedeflediğinden eğitimler de organizasyondaki en üst kademededen en alt kademeye kadar herkesi kapsmalıdır (Özgör, 2008: 40). Dolayısıyla

Çalışanların eğitimi ve geliştirilmesi TKY anlayışının önemli bir parçasıdır. Eğitimlerin amacı ise çalışanları hem yeniliklerden haberdar edip uyum sağlamalarını kolaylaştırarak iş süreçlerini öğretmek, hem de hedeflenen kaliteye ulaşabilmek için gerekli bilgi ve beceriye sahip çalışanlar yetiştirmektir (Iss, vd., 2012: 9).

Ayrıca sağlık çalışanları, hastanelerdeki güvenlik sorunlarıyla doğrudan karşılan ve onları tespit eden kişilerdir. Bu nedenle sağlıkta kalite yönetimi kapsamında, etkili bir güvenlik kültürü oluşturabilmek için de çalışanların görüşlerinin alınması, yapılacak çalışmalara ve planlamalara katılımlarının sağlanması oldukça önemlidir (Verbeek, 2014).

1.3.1.5. Sıfır hata

Toplam Kalite Yönetiminin amacı “hataları ayıklamak” değil “hata yapmamak” tır. Yani TKY olası hataları ortaya çıkmadan nemeye yönelik bir yaklaşımdır.

Sıfır hata anlayışı, hata sebeplerini bulup, bu sebepleri ortadan kaldırarak hataların yenilenmesini nemeyi yani ilk defa da doğruyu yapmayı ifade eder. Sıfır hata anlayışı tüm üretim sürecine uygulanmalıdır. Böylece üretimin her aşamasında sıfır hata anlayışı ile çalışılacağından ortaya hatasız ürün çıkar (Kingır, 2006: 102 Akt: Bakır, 2017: 22).

Sağlık kurumlarında da TKY’ nin amacı sıfır hatadır. Sağlık hizmet sunumunda ortaya çıkabilecek hatalar hastanın sağlığı ve hayatını doğrudan etkilediğinden sıfır hata tüm çalışanların temel hedefi olmalıdır (Erdemir, 2015: 80).

Hasta ve çalışanların memnuniyet ve güvenliğini sağlayıp sürekli iyileştirme ve gelişmenin sürdürülmesi için tüm yönetim ve çalışanlar tarafından sıfır hata anlayışı benimsenmelidir (Top, 2013: 1). Çünkü hasta güvenliğini sağlamak için sıfır hata ile çalışmak en önemli etmenlerden biridir. Sıfır hata hedefine ulaşmak için tüm süreçlerin sürekli iyileştirme ve geliştirme anlayışıyla gerçekleştirilmesi gerekir. Kurumlar hata oranlarını düşürmek için planlar yapmalı ve sıfır hata anlayışını ve hedeflerini tüm çalışanlarla paylaşmalıdır (Sarp, 2018).

1.3.1.6. Ölçüm ve istatistikler

Kalite gibi soyut bir kavramın somut verilerle desteklenmesi çok önemlidir. İşletmede kalitenin geliştirilmesi ve performansın artırılması için mevcut durumun incelenmesi, gelişmelerin izlenmesi ve sonuçların değerlendirilerek çalışanlarla paylaşılması verilerle sağlanmaktadır. Veriler ise ölçümlerle elde edilir (Akın, 2001:72 Akt: Uysal, 2016: 17).

Sağlık kurumunun yapılan çalışmaları izlemesini ve ölçmesini sağlayan bir kalite sistemi oluşturulması, sistemin performansını arttırmak ve hizmet alanların beklenti ve ihtiyaçlarına odaklanabilmek için oldukça önemlidir. Bu nedenle sistematik ölçüm, geri bildirim olarak hasta ve çalışan merkezli bir kalite sistemi kurabilmenin olmazsa olmaz ilkelerindedir (Shaller, 2007). Kalite verilerinin periyodik olarak ölçülmesi ve analiz edilmesi, kurumdaki en iyi uygulamaların tespit edilmesi, rakiplerle karşılaştırılması ve hesap verilebilirlik açısından oldukça faydalıdır (Hughes, 2008).

Ölçülemeyen bir süreç yönetilemez. Bu yüzden işletmeler kalite hedeflerini ve çalışmalarını verilerle desteklemeli, istatistiksel raporlar hazırlayarak karşılaştırmalar yapmalı ve her zaman daha iyiye ulaşmak için çalışmalıdır.

1.4. Sağlıkta Kalite Yönetimi

Sağlıkta kalite kavramının ne olduğunu içeren tek bir tanım olmamakla birlikte farklı yönlerden incelendiğinde farklı tanımlar olduğu görülmektedir. Sağlık kurumları doğrudan insan hayatını ele aldıklarından diğer hizmet işletmelerinden farklıdır. Sunulan hizmetin çoğu insan hayatını etkilediğinden ertelenemez ve acil niteliktedir. Dolayısıyla hataları tolere etmek mümkün değildir. Gerçekleşen hataların çoğu sakatlığa ve ölüme neden olabileceğinden hasta ve çalışan güvenliği açısından sonuçları çok ciddi olmaktadır (Eker, 2018: 11).

Tapan ve arkadaşları (2016) sağlıkta kaliteyi, “eldeki en son profesyonel bilginin ışığında ve arzu edilen sağlık sonuçlarına ulaşacak şekilde sağlık hizmetinin sunulması” şeklinde tanımlamaktadır. Donabedian (1995) ise sağlıkta kaliteyi, hizmet sunumu sırasında

oluşabilecek bütün getiriler ve götürüler dengeli bir şekilde ele alındıktan sonra, hastanın sağlık durumunun en iyi seviyeye getirilmesi olarak tanımlamaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından sağlık kavramı, “yalnızca hastalık ve sakatlığın olmaması değil; fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” şeklinde tanımlanmaktadır. Sağlıkta kalite ise gelişmişliğin en önemli göstergelerindedir. Sağlıkta kalite; standartlara uygun sağlık hizmeti sunmak, hastaların ve sağlık çalışanlarının tedavi sürecine aynı oranda katılımının sağlanması, hasta ve çalışan memnuniyetinin ve güvenliğinin sağlanması şeklinde tanımlanabilir.

Amerikan Tıp Enstitüsü sağlıkta kaliteyi: “Bireylere ve topluma, eldeki en yeni bilginin ışığında ve istenilen sağlık sonuçlarına ulaşacak şekilde hizmet sunulmasıdır” şeklinde tanımlamaktadır (Kirazoğlu, 2018: 29). Türkiye Klinik Kalite Programında ise sağlıkta kalite kavramı; çalışan memnuniyeti ve güvenliği sağlanmış, yeterli kaynaklarla, hizmetin herkese eşit bir şekilde doğru zamanda ve doğru şekilde sunulmasıyla sağlık çıktılarının en iyiye ulaşmasının hedeflenmesi şeklinde tanımlanmıştır (Akt: Eker, 2018: 11).

Sağlıkta kalite yönetimi, hastanelerdeki olumsuz süreçlerdeki değişiklikleri ve yeniliklere açık olmayı kolaylaştırması bakımından temel yönetim aracı haline gelmiştir (Dahlgaard, vd., 2011). Sağlıkta kalite yönetiminin etkili bir şekilde sürdürülebilmesi için sistemin sağlam bir şekilde kurulması, yöneticilerin desteğinin her koşulda hissedilmesi, işlerin nasıl, ne zaman yapılacağı ve uygulamaların prosedür ve talimatlarla belirlenmesi ve çalışanlara öğretilmesi, sürekli eğitimle çalışanların desteklenerek müşteri memnuniyetinin de bu doğrultuda artırılması sağlanmalıdır (Lüleci, vd., 2019).

Sağlık kurumlarının dinamik bir yapıya sahip olması, sağlıkta kalite çalışmalarının da değişimini ve gelişimini gerektirmektedir. Sağlıkta kalite faaliyetleri gerçekleştirilirken; güvenli, etkili, hakkaniyetli, hasta odaklı, verimli ve zamanında hizmet vermenin sağlanması hedeflenmelidir (SB, 2009: 9).

Hastanelerde verilen hizmetin kalitesi bütün hastalar ve yakınları tarafından farklı şekilde algılanmaktadır. Çünkü her hasta ve her vaka birbirinden farklıdır. Dolayısıyla verilen hizmet de hastalığa ve hastaya göre değişmektedir. Bazı hastalar için kaliteli bulunmayan sağlık

hizmeti, başka bir hasta için yüksek kalitede değerlendirilmektedir (Kavuncubaşı, 2000). Bu nedenle hastanelerde hizmet kalitesi öz değerlendirmeler ile periyodik olarak ölçülmeli, iyileştirme faaliyetleri başlatılmalıdır.

Var olan kalite seviyesinin ölçülmesi ve ortaya konulması kadar, kalitenin korunması ve geliştirilmesi için gerekli çalışmaların yapılması da oldukça önemlidir (Finkel, 1997).

Sağlık sektörü büyüdükçe, artan rekabet ve taleple birlikte hizmet almak isteyen kişilerin kaliteli hizmet arayışı git gide artmaktadır. Kaliteli sağlık hizmet sunumu, hasta memnuniyetini sağlamak için önemli bir faktördür (Amole, vd., 2016: 10). Sunulan sağlık hizmetleri uzun vadeli hizmetlerdir. Bu yüzden sağlıkta kalite, hasta ve çalışan güvenliğini bir arada ele almalıdır (SB, 2005: 13)

1.4.1. Türkiye’de Sağlıkta Kalite Sistemi

Türkiye sağlıkta kalite sistemi, 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) çerçevesinde Sağlık Bakanlığı tarafından hasta ve çalışanların güvenliğini sağlarken aynı zamanda hasta ve çalışan memnuniyetini de sağlayarak sağlık hizmetlerinde kaliteyi en üst seviyeye ulaştırmak için hazırlanmış bir sistemdir. Sağlıkta Kalite Sistemi, birinci basamaktan üçüncü basamağa kadar özel, kamu, üniversite ayrımı olmaksızın bütün sağlık kurumlarını ele alan bir sistemdir (<https://kalite.saglik.gov.tr/TR,8785/turkiye-saglikta-kalite-sistemi.html> erişim tarihi 26.04.2019).

Türkiye’de sağlıkta kalite sisteminin işleyişi, Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamının “Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri için Kalite ve Akreditasyon” hedefi ile 27.06.2015 tarih ve 29399 sayılı “Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik” kapsamında başlamıştır. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Daire Başkanlığı tarafından yürütülen çalışmaları kapsamaktadır (<https://kalite.saglik.gov.tr/TR,8785/turkiye-saglikta-kalite-sistemi.html> erişim tarihi: 26.04.2019).

Sağlıkta kalite sisteminin ana unsurları kapsamında; farklı kurumlara özel, sağlıkta kalite standartlarının geliştirilmesi, kurumların geliştirilen bu standartlar açısından

değerlendirilmesi ve kişilerin bilgi ve farkındalık düzeyini artırmak amacıyla sempozyum, kurs gibi faaliyetleri gerçekleştirmek yer almaktadır. Bu faaliyetler gerçekleştirilirken Türkiye sağlık sisteminin ihtiyaç ve öncelikleri, WHO' nun hedefleri ve uluslararası hedefler ele alınmaktadır (SB, 2015).

1.4.1.1. Sağlıkta Kalite Standartları

Sağlıkta Kalite Standartları, Türkiye'de sağlık hizmeti sunan tüm kurumların kalite düzeylerini geliştirmek amacıyla oluşturulmuştur. Sağlıkta kalite çalışmalarının temeli SDP ile atılmıştır. Kalite standartları geliştirilirken ülkenin ihtiyaçları, sağlık sistemi ile ilgili öncelikleri ve dünyadaki gelişmeler dikkate alınmaktadır.

2005 yılında yalnızca kamu hastanelerini kapsayan ve 100 standarttan oluşan set, "Versiyon-1" bu çalışmaların ilk örneğini oluşturmaktadır. Daha sonra bu standartların içeriği geliştirilerek 2007 yılında "Versiyon-2" oluşturulmuştur. 2008 yılında ise sadece kamu hastanelerini kapsayan "Hizmet Kalite Standartları (Versiyon 3-Kamu)" olarak yenilenmiş ve 2009 yılında ise üniversite ve özel hastaneleri kapsayan "Özel Hastaneler Hizmet Kalite Standartları (Versiyon 3-Özel)" olarak yeni bir süreci başlatmıştır.

(<https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/4122,sks-ozel-hastanelerpdf.pdf?0> Erişim

Tarihi: 25.04.2019)

2011 yılında ise hiç bir ayırım yapılmadan kamu, özel, üniversite hastanelerinin tamamını kapsayan "Hastane Hizmet Kalite Standartları (Versiyon 4)" yayımlanmıştır. 2015 yılında ise SKS kapsam olarak tüm hizmet süreçlerini ele alacak şekilde geliştirilerek "SKS-Hastane (Versiyon-5) Seti" oluşturularak 2016 yılında revize edilmiştir. Son olarak, 2020 yılında "SKS-Hastane Versiyon-6" yayınlanarak bütün hastanelerin kullanımına sunulmuştur

(<http://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/2631,hkskitappdf.pdf?0> Erişim Tarihi:

25.04.2020).

SKS-Hastane; 5 boyuttan oluşmaktadır.

Belirtilen boyutlar;

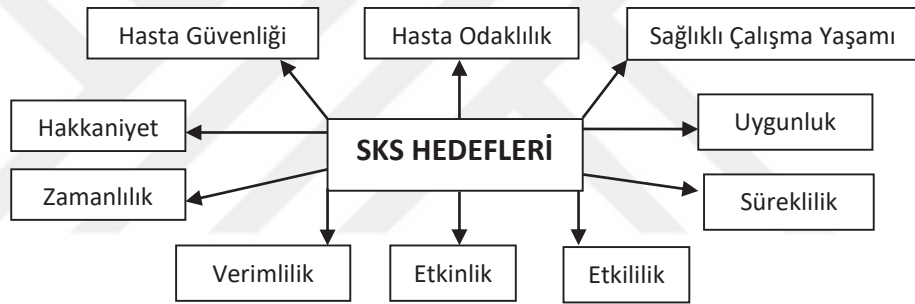
- "Kurumsal Hizmetler
- Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler

- Sağlık Hizmetleri
- Destek Hizmetleri
- Gösterge Yönetimi” kapsamında ele alınmaktadır.

Hastanelerin belirli standartlarda ve belirli kalite seviyesinde hizmet sunduklarının belirlenebilmesi için SKS ulusal bir disiplinle uygulanmalıdır (IOM, 2001).

1.4.1.1.1. Sağlıkta kalite standartlarının hedefleri

SKS Hastane setinde yer alan hedefler hastanelerde kalite yönetim sisteminin istikrarlı bir şekilde sürdürülebilmesi amacıyla oluşturulmuştur.



Şekil 1. 3. SKS hedefleri

Kaynak: SKS-Hastane Versiyon-5 Revizyon-1’den yararlanılarak çizilmiştir.

Şekilde belirtilen kavramların tanımları aşağıda açıklanmıştır (SB, 2016).

Etkililik: İşletmenin planladığı hedefe ne derece ulaşıldığını belirten kavramdır.

Etkinlik: Görevlerin doğru bir şekilde yapılmasıdır.

Verimlilik: Çıktının kalitesinden ödün vermeden, planlanan hedeflere en az girdiyle ulaşılmasıdır.

Sağlıklı Çalışma Yaşamı: Sağlık kurumlarında çalışanlar için güvenli ve memnuniyet duyacakları çalışma atmosferi oluşturulmasıdır.

Hasta Güvenliği: Sağlık kurumlarından hizmet alanların zarar görebileceği tüm tehlike ve riskleri minimuma indirmektir.

Hakkaniyet: Hizmet alanların eşit haklardan yararlanarak herhangi bir ayırım olmadan sağlık ihtiyaçlarının giderilmesidir.

Hasta Odaklılık: Hastanın tüm sağlık hizmet sunumuna katılımının sağlanması, istek ve ihtiyaçlarına öncelik verilmesidir.

Uygunluk: Verilecek sağlık hizmetinin hastaya zarar vermemesi ve sağlığı için faydalı olmasıdır.

Zamanlılık: Sağlık hizmetinin uygun zaman içerisinde sunulmasıdır.

Süreklilik: Sağlık hizmet sunumunun tedavi tamamlandıktan sonra da devam edebilmesidir.

Sağlık kurumları, yukarıda belirtilen hedeflere ulaşırlarsa kaliteli hizmet sundukları belirtilebilir. Kaliteli sağlık hizmet sunmak ve sağlıkta kalite yönetimi çalışmalarını amacına uygun bir şekilde yürütebilmek için; hastanedeki kalite seviyesinin ölçülmesi, değişen koşullar dikkate alınarak sürekli iyileştirme çalışmalarının yapılması, görev tanımlarının açık ve net bir şekilde belirtilmesi, iletişim kanallarının herkese açık olması doğrultusunda hasta ve çalışan memnuniyetinin ve güvenliğinin sağlanması gerekmektedir.

2. BÖLÜM

HASTA VE ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ

2.1. Kültür Kavramı

Hasta ve çalışan güvenliğini sağlamanın en etkili yolu, kurumda hasta ve çalışan güvenliği kültürü oluşturmaktır. Bunun için kültür kavramına değinilmelidir. Türk Dil Kurumu'na (TDK) göre kültür: "Tarihsel, toplumsal gelişme süreci içinde yaratılan bütün maddi ve manevi değerler ile bunları yaratmada, sonraki nesillere iletmede kullanılan, insanın doğal ve toplumsal çevresine egemenliğinin ölçüsünü gösteren araçların bütünüdür."

Kültür'ün özellikleri aşağıdaki gibi belirtilebilir (Şimşek ve Fidan, 2005: 5-25).

- "Kültür, bir toplumun hayat biçimidir.
- Kültür, bütüncü bir eğilime sahiptir.
- Kültür, toplumun üyelerince paylaşılmıştır.
- Kültür, durgun olduğu kadar devamlıdır, değişebilir.
- Kültür, öğrenilmiş davranışlar topluluğudur.
- Kültür, insanın biyolojik ve psikolojik ihtiyaçlarını giderici bir yapıdadır.
- Kültür, insanlara yapmak zorunda oldukları şeylerin neler olduğu ve nasıl davranmaları gerektiği konusunda duygu ve sezgi kazandırır."

TKY anlayışının temelinde, tüm çalışanların kaliteyi benimsemesi ve kalite çalışmalarına tam katılım sağlaması yer almaktadır. Bu sebeple kurumlar, çalışanların inanç, tutum ve değerlerini de göz önüne alarak kurum kültürü oluşturmalıdır (Parlak, 2004: 38). Çünkü kurum kültürünün oluşturulması ile çalışanlar ortak değerleri için bir araya gelir ve eşgüdüm halinde hizmet sunarlar.

2.2. Güvenlik Kültürü Kavramı

Güvenlik en önemli kalite faktörlerinden biridir. Hasta ve çalışan güvenliği ise sağlık hizmeti sunarken yapılan hatalar sonucu hasta ve çalışan için zarar oluşturabilecek riskleri analiz edip engelleyerek sağlanır.

Dilmen güvenlik kültürünü şu şekilde tanımlar: “Kurumdaki güvenliği geliştirme konusunda kurum üyeleri arasında paylaşılan değerler, inançlar, tutumlar ve davranış normlarıdır” (Dilmen, 2016: 31). Bir diğer tanıma göre ise güvenlik kültürü; güvenliği tehlikeye atabilecek herhangi bir sistemin veya davranışın hem canlılara hem de nesnelere zarar verme potansiyelini en aza indirmeyi hedefleyen, güvenliğe öncelik verilmesini sağlayan tutumlar, inançlar ve kurallar bütünüdür (Özkan ve Lajunen, 2003: 3).

Gerçekleşen birçok istenmeyen olay, çalışma ortamının ve koşullarının güvenli olmamasından kaynaklanmaktadır. Bunun yanında çalışanların güvenli olmayan davranışları da çok daha fazla istenmeyen olayın yaşanmasına neden olmaktadır. Bu nedenle sadece çalışma ortamında güvenliği sağlamak sorunların oluşmasına engel olmayacaktır. Etkin bir güvenlik kültürü hem çevresel faktörleri hem de çalışanları dâhil eden bir sistemle oluşturulabilir (Gödelek, 2007:115-127). Çünkü güvenlik kültürü, kurumdaki güvenlik düzeyinin çalışanlar tarafından ne ifade ettiğini, nasıl algılandığını gösteren bir unsurdur (Hofinger, 2008).

Reiman ve Oedewald (2002) olumlu güvenlik kültürü sağlamak için gerekli olan ölçütleri şu şekilde belirtmişlerdir:

- Yönetimin kararlı duruşu,
- Güvenlik politikaları,
- Güvenliği hedefleyen yönetim tarzı,
- Kalite standartlarının ve prosedür ve talimatların oluşturulması,
- Sürekli iyileştirme ve geliştirme anlayışı,
- Görev tanımlarının açıklanması,
- Çalışanların eşgüdümü,
- Ekipmanların düzenli bakım ve onarımları,
- Gerçekleşen olumsuz olayların bildirilmesi ve analiz edilmesi,
- Bilgi akışının sağlıklı ve güvenilir olması,
- Yeterli kaynak.

Bir kurumda güvenlik kültürünü oluşturabilmek için çalışanların güvenli çalışmayı hayatlarının bir parçası haline getirmeleri gerekmektedir (Şerifoğlu ve Sungur, 2007:297-312).

Hasta ve çalışan güvenliğini riske eden durumları tespit etmek, yaşanan olayların raporlanmasını sağlamak ve analiz ederek iyileştirme çalışmalarında bulunmak tüm çalışanların temel sorumluluklarından biridir (Dursun vd., 2010). Sağlık hizmetleri toplumdaki herkesi ilgilendiren ve etkileyen hizmetlerdir. Uygulanan işlemler insan hayatını doğrudan etkilediği için, temelde hasta ve çalışan güvenliğini sağlamayı hedefleyen bir kalite sisteminin kurulması şarttır (Doğru, 2019: 11).

Sağlık kurumlarında hasta ve çalışan güvenliğini destekleyen bir güvenlik kültürü oluşturulması için çalışanların inançları ve algıları önemli bir etkidir. Güvenlik kültürünün oluşturulduğu kurumlarda hem hasta ve yakınlarının hem de çalışanların göreceği zararlar azalmaktadır (Deilkas ve Hofoss, 2008:1).

2.3. Hasta Güvenliği Kavramı

Hasta güvenliği kavramının geçmişi çok eskilere dayanmaktadır. Yunan tıbbına göre; “önce zarar verme- first, do no harm” ifadesi ile hasta güvenliği kavramı vurgulanmıştır (Kohn, vd., 2000). Bu anlayışa göre hastanın o anki sağlık durumunu kötü etkileyecek durumların, tüm birimlerde ortadan kaldırılması gerekmektedir (Hansen, vd., 2003). Yani sağlık kurumları açısından “güvenli” tanımı, verilen hizmetin hastaya zarar vermesinin ve yapılan hataların sakatlık ve ölüm gibi sonuçlarının önüne geçilmesi olarak belirtilebilir (Akgün ve Al-Assaf, 2007:42).

Hasta güvenliği kavramı birçok kuruluş tarafından tanımlanmıştır. Amerikan Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı'na (NPSF) göre hasta güvenliği: “Sağlık hizmetine bağlı hataların önlenmesi ve sağlık hizmetine bağlı hataların neden olduğu hasta hasarlarının azaltılması” olarak tanımlanmaktadır. Ulusal Hasta Güvenliği Ajansı (NPSA) ise hasta güvenliğini, “sağlık hizmet sunumundan kaynaklanan hataların önlenmesi ve sağlık hizmetine bağlı hataların neden olduğu zararların uzaklaştırılması ve azaltılması” şeklinde tanımlamaktadır (Taş, vd., 2013). WHO' ya göre hasta güvenliği, “sağlık hizmeti sunulurken hastalara engellenebilecek

zararların verilmemesi” olarak tanımlamaktadır. Yani hasta güvenliği, hastaya sunulan sağlık hizmeti sırasında oluşabilecek hataların önlenmesi ve hata nedenlerinin tespit edilerek hastaya verilen hasarın azaltılması ve yok edilmesi şeklinde ifade edilebilir (Cebeci, vd., 2012: 189).

Hastalara zarar vermemek ve zarar verebilecek durumları önlemek amacıyla sağlık kurumlarının gerçekleştirdiği tüm faaliyetler olan hasta güvenliği çalışmaları, nitelikli ve kaliteli sağlık hizmetinin vazgeçilmez şartıdır (Zorlutuna, 2008).

Hasta güvenliğinin sağlık kurumları için temel amacı, sağlık hizmetlerinin hasta ve yakınlarına zarar vermeden sunmak ve hasta ve yakınlarını psikolojik ve fiziksel olarak olumlu etkileyecek bir ortam oluşturulmasını sağlamaktır (Rabia, 2007 Akt: Menken, 2018: 5). Sağlık kurumlarında hasta güvenliğinin sağlanması için iradeli yönetim, davranış ve tutum değişimi gerekli olduğundan sistemi etkili bir şekilde oluşturmak zaman alır (Dursun vd., 2010).

Joint Commission International’ ın (JCI) 2007 yılında yayınlayıp 2014 yılında güncelleştirdiği “Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri” şunlardır (JCI, 2014):

- 1.Hedef: Hastanın her işlemde önce kimlik doğrulamasının yapılması,
- 2.Hedef: Çalışma arkadaşları ile etkili bir iletişim sağlamak,
- 3.Hedef: Yüksek riskli ilaçların güvenli depolanması ve kullanılması,
- 4.Hedef: Hasta güvenliği ile ilgili acil durum sistemlerinin geliştirilmesi,
- 5.Hedef: Sağlık kurumundan kaynaklı enfeksiyon riskinin azaltılması,
- 6.Hedef: Hasta güvenliğini etkileyen risklerin belirlenmesi ve gerekli tedbirlerin alınması,
- 7.Hedef: Cerrahi işlemlerin güvenilirliğini sağlanması.

Hasta güvenliği sağlıkta kalitenin hayati bir bileşenidir. Sağlık çalışanları arasındaki iletişimin doğruluğu ve şeffaflığı ile tıbbi hataları önleyici çalışmaların yapılması sonucu kurumda oluşturulan hasta güvenliği kültürü ile şifa ile taburcu olan hasta sonuçları birbiriyle ilişkilidir (Mardon, 2010).

Sağlık kurumlarında gerçekleşen hatalar kişilerin geri dönüşü olmayan zararlar görmesine neden olduğundan, hasta güvenliği çalışmaları ile bu hataları ve hata sonucunda meydana gelebilecek istenmeyen durumları en aza indirmeye odaklanılmalıdır (Kohn, vd., 2000). Bu durumda hasta güvenliği çalışmalarının amacı; hataların hastaya zarar vermesini önleyecek bir sistem kurmak böylece hata henüz oluşmadan gerekli iyileştirme çalışmalarını yapmaktır (Yıldırım ve Özlem 2005).

2.3.1. Hasta Güvenliği ve Tıbbi Hatalar

Tıbbi hata kavramı hasta güvenliği kapsamı içinde açıklanması gereken bir kavramdır. Tıbbi hata (malpraktis) , latince “male” ve “praxis” yani “kötü, hatalı uygulama” anlamına gelmektedir (Hancı, 2006: 30).

Joint Commision on Accreditation of Healt Care Organizations (JCAHO) tıbbi hata kavramını; “sağlık hizmeti sunan bir profesyonelin uygun ve etik olmayan bir davranışta bulunması, mesleki uygulamalarda yetersiz ve ihmalkâr davranması sonucu hastanın zarar görmesi” şeklinde tanımlamaktadır (JCAHO, 2006). Bir başka tanım ise tıbbi hatanın, bir tetkik ve tedavinin eksik veya hatalı uygulanması değil, uygulanması gerektiği halde uygulanmayan, uygulanmaması gerekirken uygulanan işlemler anlamına geldiğini belirtmektedir. (Özdilek, 2009).

Tıbbi hataların en önemli nedenleri arasında iletişim eksikliği, yorgunluk, idari ve mali problemler, yetersiz eğitim, çalışan eksikliği, arızalı veya eksik cihazlar, eşgüdüm eksikliği gibi faktörler vardır.

Ayrıca çalışma ortamının uygun olmaması ve çalışma saatlerinin uzun olması, sağlık çalışanlarında dikkat eksikliğine buna bağlı olarak da sundukları hizmetin etkinliğini kaybetmesine ve tıbbi hatalara neden olmaktadır (Akt: Çağlar, 2019: 18). Hemşirelerin tükenmişlik düzeyinin iş yükü ve strese bağlı olarak artmasının hasta güvenliği üzerine olumsuz etkisi olduğu yapılan çalışmalar ile ortaya konulmuştur (Aiken, vd., 2012).

Tıbbi hataların gerçekleşmesi çalışanların psikolojilerini etkileyerek tükenmişliğe neden olmakta ve toplumun da çalışanlara ve sağlık kurumuna karşı güvensiz ve ön yargılı

olmalarını sağlamaktadır (Akalin, 2005). Sunulan sağlık hizmetinin acil ve ertelenemez nitelikte olması, işlevsel bağımlılığın fazla olması, uzmanlaşma gerektirmesi ve yüksek teknolojilerin karmaşık yapısı da tıbbi hatalara neden olan faktörlerdendir (Yayla, 2018: 12). Aynı zamanda tıbbi hatalar toplumun sağlık kurumlarına ve çalışanlarına olan güvenini zedeleyerek kişilerde korku oluşturmaktadır (Menachemi, 2002: 10).

Tıbbi hataları azaltmada sağlık bilgi sistemlerini geliştirmek önemli bir etkidir. Hekim istemlerinin ve yapılan işlemlerin bilgisayar sistemleriyle kayıt altına alınması, el yazısını okuyamama iletişim bozukluğu gibi faktörlerden kaynaklanan tıbbi hata kaynaklarını ortadan kaldıracadığından önemlidir (Top, vd., 2009).

Özata ve Altuncan'a (2010) göre tıbbi hataya neden olan faktörler; deneyim eksikliği, hatalı iletişim, tükenmişlik, yoğun iş temposu, çalışma koşullarından kaynaklanan olumsuzluklar, eğitim eksikliği, çalışan rotasyonu, hataları tespit edip önlemeye yönelik çalışmaların yapılmaması, görevlerin ve prosedür ve talimatların açık ve net olmaması şeklinde belirtilmektedir.

2.3.1.1. Hasta güvenliğini etkileyen tıbbi hata türleri

Hasta güvenliği çalışmalarının etkili olmasını engelleyen nedenlerden bazıları; yoğun çalışma saatlerine karşın çalışan yetersizliği, hataların tespit ve analiz edilmesi konusunda bilgi eksikliği, değişime uyum sağlayamama ve kurum kültürünün oluşturulamamasıdır (Yıldırım ve Özlem, 2005: 36).

Sağlık kurumlarında meydana gelen ve hasta güvenliğini etkileyen bazı hata faktörleri vardır.

“Tıbbi hatalar kök neden veya hata türü açısından iki farklı şekilde sınıflandırılabilir. Kök nedenlerine göre tıbbi hatalar; işleme bağlı hatalar (yanlış işlemi yapma), ihmale bağlı hatalar (doğru işlemi yapmama) ve uygulamaya bağlı hatalar (doğru işlemi yanlış uygulama) olarak üç grupta toplanabilir. Hata türü açısından ise ilaç hataları, cerrahi hatalar, tanı koymada hatalar, sistem yetersizliğine bağlı hatalar ve diğer hatalar olmak üzere beş grupta incelenebilir.” (Akalin, 2005).

2.3.1.1.1. İlaç hataları

İlaç hataları, hastaya yanlış ilaç vermek, ilacı yanlış dozda ve yanlış uygulamaya yoluyla uygulamaktan kaynaklanan hatalardır (Yıldız, 2018: 30).

İlaç hataları gerek hastanın gerekse sağlık çalışanlarının elinde olmasına rağmen, hastanın yanlış ilaç almasına neden olan engellenebilir olaylardır. Doğrudan hasta bakımı ile ilgili ilaç hataları genellikle uygun olmayan ilaç dozu, gözden kaçan alerjiler, yanlış ilaç verilmesi ve yanlış uygulama bölgesini içerir (Maddox, vd., 2001).

İlaç hataları hastayı olumsuz yönde etkilediği gibi kurumu da etkilemektedir. Hastanın yatış gün sayısının ve hasta bakım maliyetlerinin artmasına neden olmaktadır. İlaç hataları hasta güvenliğini etkileyen en yaygın hata faktörlerinden biridir ve hastalık, sakatlık ve ölüme dahi yol açabileceğinden çok dikkatli olunması gerekir. Sağlık çalışanları ilaç hatalarını önlemek için doğru ilacı, doğru kişiye, doğru miktarda, doğru zamanda ve doğru uygulama yolu ile uygulamalıdır.

2.3.1.1.2. Hastane enfeksiyonları

Hastanın hastaneye ilk geldiğinde olmayan, hastanın yatış işlemi gerçekleştirildikten sonra hastanede veya hasta taburcu olduktan sonra evinde ortaya çıkan hastane kaynaklı enfeksiyonlardır (İşlek, 2009: 37). Hastane enfeksiyonları hastanın mevcut durumunun kötüye gitmesine ve almakta olduğu tedaviye yeni tedavilerin eklenmesine neden olmaktadır.

Hastane enfeksiyon oranı sağlık bakım kalitesini belirten en önemli göstergelerden biridir. Morbidite ve mortaliteye neden olduğundan ve aynı zamanda sağlık harcamalarını arttırdığından önemli bir sağlık sorunu olarak görülmektedir (Hayran ve Akalın, 1993:79).

Bir sağlık kurumunda enfeksiyona çok sık rastlanması hasta memnuniyetinin ve dolayısıyla algılanan kalitenin azalmasına neden olur.

Hastane enfeksiyonlarını önlemek için gerekli tedbirler alınmalı, ilgili çalışanlara eğitimler verilmeli ve ekip olarak standartlara uygun bir şekilde sağlık bakım hizmeti verilmelidir (Çevik, 2018: 22).

2.3.1.1.3. Yanlış veya uygun olmayan malzeme kullanımına bağlı hatalar

Cihaz hataları; arızalı, uygunsuz cihazların kullanılması ve cihazların yanlış kullanılması sonucu oluşan hatalardır. Sağlık kurumlarında tanı ve tedavi amacıyla kullanılan malzeme ve cihazların uygun kullanılmaması yaralanmalara ve enfeksiyonlara neden olarak hasta güvenliğini etkilemektedir (Ergin, 2008: 16). Bu nedenle kullanılan tüm malzeme ve cihazların gerekli sterilizasyon işlemlerinin ve bakımlarının yapılması hasta güvenliği açısından önem arz etmektedir. Cihazlardan kaynaklanan hataları önlemek için cihazların periyodik bakım ve kalibrasyon işlemleri gerçekleştirilmeli, cihazları kullanacak çalışanlara gerekli eğitimler verilmelidir.

Tıbbi malzeme ve cihazları kullanan çalışanlar, ilgili ekipmanı kontrol etmemesi nedeniyle oluşabilecek tıbbi hatalardan da sorumludur çünkü sağlık çalışanları kullandıkları cihaz ve malzemeleri korumak ve eksik malzeme ve cihazı temin etmekle yükümlüdür.

2.3.1.1.4. Cerrahi işlem hataları

Yapılan bütün cerrahi işlemlerin belirli oranlarda riskleri bulunmaktadır. Bu riskleri azaltmak için tüm ekip gerekli kontrolleri yapmalı ve prosedürlere uygun davranmalıdır (Çevik, 2018: 23).

Cerrahi hatalar içerisinde en yaygın yapılan hata yanlış taraf cerrahisi ile hastaya verilen zararlardır. Amerikan Ameliyathane Hemşireliği Derneği yanlış taraf cerrahisini, yanlış hastaya veya yanlış vücut tarafı üzerine gerçekleşen cerrahi uygulamalar olarak tanımlamaktadır (Aslan, 2009)

SKS-Hastane setinde, cerrahi işlemlerin güvenli bir şekilde gerçekleştirebilmesi için “Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi” yer almaktadır. Bu liste dört aşamadan oluşmaktadır ve sorulara evet, hayır cevapları verilmesi beklenir.

- Birinci aşama, hasta klinikten ayrılmadan gerekli kontrollerin yapılarak doldurulması gereken aşamadır.
- İkinci aşamada hastaya anestezi verilmeden önce sorular okunarak gerekli kontroller sağlanır.
- Üçüncü aşama, hastaya ameliyat kesisi yapılmadan önce doldurulması gereken aşamadır.
- Dördüncü aşamada ise, hasta ameliyattan çıkmadan önceki son kontrollerinin yapılması sağlanır.

2.3.1.1.5. Düşmeler

Hastalar için hastanedeki en önemli risklerden biri de düşmelerdir. Düşmeleri engellemek için çalışanlar ortamdaki düşme risklerini azaltmalı ve hasta ve yakınlarını bilgilendirmelidir (Aştı ve Acaroğlu, 2000: 25).

Yatan hastanın düşmenin önlenmesi için yapılması gereken ilk şey hastanın düşme riskinin belirlenmesidir. SKS kapsamında, anlaşılması ve uygulanması kolay olan, yetişkin hastalar için "İtaki Düşme Riski Ölçeği", çocuk hastalar içinse "Harizmi Düşme Riski Ölçeği" tanımlanmıştır. Bu ölçekler kullanılarak hastaların düşme riskleri belirlenmeli ve bu doğrultuda hasta ve yakınlarına bilgilendirme yapılarak düşmenin önlenmesi için gerekli tedbirler alınmalıdır (Oksel, 2018).

Ayrıca tesis kaynaklı düşmeleri önlemek amacıyla da yapısal ve yapısal olmayan risklerin tespit edilmesi, takılmaya ve düşmeye neden olabilecek faktörlerin ortadan kaldırılması da yapılması gereken işlemler arasında yer almaktadır.

2.3.1.1.6. Basınç Ülserleri

Tüm dünyada sağlık kurumları arasındaki en önemli sorunlardan biri de basınç ülserleridir. Hastanın fiziksel sağlığını olumsuz etkileyip yaşam kalitesini düşüren basınç ülserleri aynı zamanda sağlık bakım maliyetini de arttırmaktadır (Ökdemir, 2008:39).

Yara bakım derneği basınç ülserlerini şu şekilde açıklamaktadır:

“Tek başına basınç ya da sürtünme ile basıncın birlikte sebep olduğu, genellikle kemik çıkıntılar üzerinde ortaya çıkan deri veya deri altı doku hasarıdır. Bir bölgenin uzun süreli veya aralıksız basınca maruz kalması sonucu oluşmaktadır. Yatağa ya da sandalyeye bağımlı hastalarda, vücut ağırlığının oluşturduğu basınç nedeniyle yumuşak dokulara baskı olur. Kemik çıkıntı ile yatak arasında sıkışan bu dokuların dolaşımı bozulur ve nihayetinde dokularda hasar meydana gelir. Bu hasar belli bir seviyeye ulaştığında da yara oluşur.”

Basınç ülserini engellemek için cerrahi girişimde bulunulacak hastaların işlem öncesinde, işlem sırasından ve sonrasında deri değerlendirmesi yapılmalıdır. Sürtünmeye bağlı basınç ülseri riskini azaltmak için hastalar çarşafı döndürülmeli yatağa bağlı hastaların düzenli olarak pozisyon değiştirmeleri sağlanmalı ve hasta vücudunun nemli bırakılmaması gerekmektedir.

2.3.1.2. Tıbbi hataların bildirilmesi

Sağlık hizmeti sunan tüm çalışanlar tıbbi hatalarla karşılaşabilmektedir. Bu nedenle kaliteli hizmet sunmayı benimseyen bir kurumun en önemli çalışmalarından biri hasta güvenliğini sağlamak olmalıdır. Bunun sağlanabilmesi için de kurumda hasta güvenliğini tehdit eden risklerin belirlenmesi, tıbbi hataların anında ve korkmadan bildirilmesi, cezalandırmanın olmadığı bir bildirim sisteminin oluşturulması gerekmektedir (Erdemir ve Elçioğlu, 2000 Akt: Çırpı vd., 2009).

Hasta güvenliğini tehlikeye atan potansiyel veya gerçekleşen istenmeyen olayların bildirilmesini ve böylece veriler elde edilmesini sağlayan bir hata bildirim sisteminin kurulması hasta güvenliğini sağlama çalışmalarının en önemli adımıdır (Tak, 2010). Hasta güvenliği çalışmalarının temelini kurumda oluşan küçük hataların hastaya zarar verecek düzeye ulaşmadan iyileştirilmesini sağlamak oluşturur (Yıldırım, 2007).

Sağlık kurumlarında çalışan herkesin hasta güvenliği ve tıbbi hata bildirim sistemleri konusunda yeterli bilgiye sahip olması önemlidir (İntepeler ve Dursun, 2012). Hasta güvenliğini sağlamak ve hatalardan ders alıp olası tıbbi hataları önlemek için sağlık çalışanlarının gerçekleşen veya istenmeyen olayları bildirmeleri gerekmektedir. Bunun için SKS-Hastane versiyon 6 kapsamında hastanelerde, istenmeyen olay bildirim sistemi kurulması gerektiği belirtilmektedir.

İstenmeyen olay bildirim sistemi; ramak kala veya gerçekleşen istenmeyen olayların bildirilmesi için kurulan bir sistemdir. Bildirimler elektronik ortamda ya da basılı formlar üzerinden yapılabilir (SB, 2015). Sağlık kurumlarında meydana gelen olaylardan ve yapılan hatalardan ders alarak benzer olayların tekrarlanmasını önlemek amacıyla, çalışanların yaptığı bildirimler oldukça önemlidir. İstenmeyen olay bildirim sisteminin amacı olay bildirimlerini baz alarak sistemi iyileştirmektir (İstanbul vd., 2012).

Belirtilen bildirim sistemini kurmak için hastane yöneticilerinin, kalite yönetim biriminin ve çalışanların bir araya gelerek prosedür ve talimat gibi gerekli dokümanları hazırlaması ve yayınlaması önemlidir. Bu dokümanların içinde hasta güvenliğini riske eden olaylar nelerdir, bir olayla karşılaşıldığında nereye nasıl bildirilir, olay bildirimleri nasıl takip edilir ve nasıl sonuçlandırılır gibi konulara yer verilerek tüm çalışanlar için açıklayıcı olmalıdır (Tak, 2010).

Oluşan tıbbi hataların bildirimini önemli olmakla birlikte ramak kala olayların bildirilmesi de sistemin işlemesi için oldukça önemlidir. Ramak kala olay, zarar vermeye çok yakın olduğu halde zarar vermeyen olaylardır. Bu olayların tespit edilmesi ve bildirilmesi olası hataların önlenmesi açısından gereklidir (WHO, 2005).

Hasta güvenliği kapsamındaki çalışmaların etkin olabilmesi, “farkındalığı arttırmak ve hatalardan öğrenmeyi kolaylaştıran, cezalandırıcı olmayan bir kültür geliştirmek ve raporlamaları arttırmakla mümkün olabilir” (WHO, 2006).

Tıbbi hataların bildirimini, çalışanların güçlü yanlarını keşfedip, eksik yanlarını tespit etmesi ve organizasyon içinde verilecek işlerin belirlenmesinde yol gösterici bir araç olmakla birlikte sağlık kurumları için de önemli bir veri oluşturmaktadır (Yayla, 2018: 14).

Hataların bildirimini teşvik etmek için cezalandırma yerine ödüllendirme sistemini uygulayan bir kurum kültürü oluşturmaya önem verilmelidir. Hataların geri dönüşü olmayan hasarlara yol açmasını önlemek için hatalara yol açacak etmenlerin saptanması ve gerçekleşen hataların çalışanlar tarafından bildirilmesi gerekmektedir. Bunun için de tüm çalışanların olay bildirim sisteminin amacını anlaması ve benimsemesi sağlanmalıdır (Çakır, 2007: 146).

Bir hata gerekleŖtiđi zaman dođrudan hataya odaklanmak yerine hatanın kaynađına odaklanmalı ve neden meydana geldiđi üzerine dűŖnűlmelidir (Philips, Barnsteiner, 2005).

Hasta gűvenliđini etkileyen bir sorunla karŖılaŖıldıđında, alıŖanları suçlamak yerine sistemi iyileŖtirmeye odaklanılmalıdır (Conerly, 2000). Hatalar konuŖulmalı, değerlendirilmeli, hata nedenleri tespit edilerek oluŖabilecek hataların nűne geçilmelidir. Böyle bir yaklaŖımla herkes hatalardan ders çıkarır, hataya neden olan Ŗeyin kiŖi mi yoksa sistem mi olduğu ortaya çıkarılır ve hata kiŖideyse gerekli tedbirler alınarak kiŖi kaynaklı hatalar en aza indirilmeye alıŖılır, hata sistemde ise sistemde ki aksaklıklar ortadan kaldırılır ve böylece aynı hatanın tekrarlanması engellenebilir (Ovalı, 2010).

Hasta gűvenliđini etkileyen olayların raporlanmasının tıbbi hataları azalttığı yapılan birçok alıŖma ile ortaya konulsa da (Kohn, 2000). Sağlık alıŖanları suçlu grűlme, dıŖlanma ve ceza alma korkusu ile eksik bildirim yapmakta ve hata bildirmekten kaçınmaktadır (Jensen, 2008).

AltındıŖ' in (2010) yaptıđı alıŖmaya göre; olay raporlama sistemleri ile hataların bildirilmesinin hasta gűvenliđi üzerinde belirleyici etkisi vardır. Hasta gűvenliđini tam olarak sađlamak isteyen kurumların olay bildirim sistemlerini etkili bir Ŗekilde kurması gerekmektedir. űnkű sistemin sađladıđı veriler, hatalı sűreleri gerekleŖmeden önce fark edip gerekli iŖlemlerin yapılması için önemli bilgiler sađlar.

Sonuç olarak, sađlıkta kalite alıŖmalarının en önemli etkenlerinden biri olan hasta gűvenliđini sađlamak için bildirimlerin yapılması ve verilerin lűlebilir olması olduđua önemlidir(Akgűn ve AL-Assaf, 2007: 45). Tıbbi hataların ve ramak kala olayların bildirilmesini engelleyen birçok faktör vardır. Bunlardan en önemlileri; suçlanma, ayıplanma, disiplin cezası, dava açılması gibi korkular ve yönetimin bu bildirimleri nasıl kullanacađı ynűndeki endiŖelerdir (Uribe, vd., 2002).

Sağlık kurumlarında hasta gűvenliđini etkileyen bir hata gerekleŖtirildiđinde hatanın nasıl ve neden meydana geldiği araŖtırılarak sorunun temel sebebi bulunmalı ve sistemde iyileŖtirme alıŖmaları yapılmalıdır (Philips ve Barnsteiner, 2005). GerekleŖtirilen tıbbi hataların sorumluluğu alınarak olay bildirimlerinin yapılması, aynı olayın tekrar

gerçekleşmemesi için iyileştirme çalışmalarının yapılmasına katkı sağlar ve güvenli bir sağlık sistemi oluşturulur (Bonner vd., 2008).

Tıbbi hataların raporlanma oranının, kurumdaki hasta güvenliği kültürü ile doğrudan ilişkili olduğu belirlenmiştir (Fujita, vd., 2013). Bu yüzden kurumda kullanılan olay bildirim sistemi ile ilgili tüm çalışanlara gerekli eğitimler verilmeli, bildirimlerin amacı, hatalardan öğrenme ve sürekli iyileştirme çalışmalarının önemi, hangi olayların hasta güvenliği kapsamında ele alınacağı, bildirimlerin nasıl yapılacağı ve gizlilik ilkesi gibi konuların önemi aktarılmalıdır. Bildirimler sonucunda cezalandırma olmamalı ve sistemin iyileştirilmesi ön planda tutulmalıdır.

Tıbbi hataların azaltılması için; hatalardan öğrenmeyi sağlayan bir kalite yönetim sistemi ve cezalandırmanın olmadığı bir raporlama sistemi içeren hasta güvenliği kültürünün oluşturulması oldukça önemlidir (Kohn, vd., 2000).

2.3.2. Hasta Güvenliği Kültürü

Bir sağlık kurumunda hasta güvenliğini sağlamanın temel yolu, çalışanlar arasındaki mevcut güvenlik kültürü algısını tespit etmek ve bu konuda değerlendirmeler yaparak gerekli çalışmaları başlatmaktır (Singer, 2013).

Hasta güvenliği kültürü, özellikle hastayla birebir iletişim kuran sağlık çalışanlarının hasta haklarına bağlı kalarak hizmet sunarken gerekli hassasiyeti göstermeleridir (Yalçın, 2010: 14 Akt: Metin, 2018: 6). Sağlık hizmet sunumundan kaynaklanan hataların önüne geçilmesi ve buna bağlı olarak hastada oluşabilecek zararların yok edilmesi (Akalin, 2005:142) olarak tanımlanan hasta güvenliği çalışmalarının kurumlarda etkili bir şekilde sağlanması için hasta güvenliği kültürünün oluşturulması gerekmektedir.

Hasta güvenliği kültürünü oluşturmak için yönetimin liderliği ve desteği, ekip çalışması, prosedür ve talimatlara uygun çalışma, olay bildirimleri, çalışanların eğitimi ve sürece katılımları ve güvenli bir sağlık sistemi kurulması gerekmektedir (Hughes ve Clancy, 2009).

Hasta güvenliği kültürünü oluşturmak için yapılması gereken öncelikli işlemler şunlardır (Akalin, 2005: Yüceler, 2011: 80):

- Hataya neden olabilecek tehlike ve risklerin belirlenmesi,
- Olay raporlamanın teşvik edildiği, cezalandırmanın olmadığı bir sistem kurulması,
- Riskli durumlar için çözüm üretilebilmesi,
- Hasta güvenliğini sağlamak için yeterli kaynak ayrılması.

Yani hastanelerde hasta güvenliğini sağlamanın en önemli yolu kurumda hasta güvenliği kültürünü sağlamaktır. Hasta güvenliği kültürünün etkili bir şekilde oluşturulması hasta güvenliği ve sağlıkta kalite çalışmaları için önemli bir faktördür.

Hasta güvenliği kültürünü amacına uygun şekilde oluşturabilmek adına üzerinde durulması gereken önemli ilkeler şu şekildedir (Suresh, vd., 2004; Akt: Ovalı, 2010).

- Hata oluşturabilecek durumları risk analizi ile tespit etmek,
- Yapılan tıbbi hataların tespit edilmesini sağlamak,
- Sağlık hizmetini verimlilik esasına dayalı ve zamanında sunmak,
- Hastane Bilgi Yönetim Sistemleri (HBYS) 'ni, prosedür ve iş akış talimatlarını çalışanın etkin kullanmasını sağlayarak kendi hafızalarına göre karar vermelerini engellemek,
- Doktorların ve diğer sağlık çalışanlarının ihtiyaç duydukları bilgiye hızlı erişmelerini sağlamak,
- Tedavi planlarını bilgisayar programları üzerinde belirlemek,
- İlaçların barkod sistemleri ile doğru hastaya sunulması,
- Damar yolundan uygulanacak ilaçların eczanede hazırlanarak hastaya sunulması,
- Yüksek riskli ilaçların muhafaza ve kullanım şartlarının belirlendiği özel prosedürler hazırlamak,
- Eczacıların hastanede tam gün hizmet sunmasını sağlamak,
- Cezanın değil sistemi iyileştirmenin ön planda olduğu bir güvenlik kültürü oluşturmak,
- Tüm çalışanlarının iş birliği içerisinde, sorunlara ortak çözüm bulmasını sağlamak,

- Uygulanacak işlemin içerdiği riskler hakkında hastayı bilgilendirmek ve her işlemten önce hastanın rızasını almaları için doktorları eğitmek,
- Genel sağlık eğitimlerinin okullarda ve çeşitli sosyal faaliyetlerle sunulmasını sağlamak,
- Doktorlara sağlık hizmet kalitesiyle ilgili eğitim programları düzenlemek,
- Kişileri sağlık hizmeti sunulurken oluşabilecek komplikasyonlar hakkında bilgilendirmek,
- Hastaların malpraktis yani tıbbi hatalar sonucunda gördükleri zararların karşılanacağını yasalarla desteklenmesi.

Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan SKS kapsamında, hasta ve çalışan güvenliğini tehdit eden unsurlar belirlenmekte ve belirlenen riskler kayıt altına alınarak kalitenin sürekli iyileştirme ilkesinden hareketle ortadan kaldırmak için çalışmalar yapılmaktadır.

Hasta güvenliği kültürünün oluşturulması ve kalıcı bir şekilde benimsenmesi için yöneticilerin aşağıdaki belirtildiği gibi davranması gerekmektedir (Bodur vd., 2012: 37).

- Hasta güvenliği kavramını tüm çalışanların dikkate alması ve öğrenmesi için etkili bir iletişim kurarak açıklayıcı olması,
- Çalışanlara hasta güvenliğini tehlikeye atacak durumların saptanması ve tedbir alınmasıyla ilgili yetki vermesi,
- Hasta güvenliği çalışmaları için yeteri kadar kaynak ayırması ve gerekli tüm eğitimlerin çalışanlara verilmesini sağlaması.

Sağlık kurumları multidisipliner bir sistemle hizmet sundukları için karmaşık yapıdadırlar ve kurumda farklı kültür ve eğitim düzeyinde birçok insan çalışmaktadır. Dolayısıyla karşılaşılan hatalar göz ardı edilmemelidir ve hata düzeltilmeye çalışılmalıdır. "Sağlık hizmeti sunumunda karşılaşılan zorluklardan bazıları şunlardır (Yalçın ve Acar, 2010: 12-26)

- Hasta güvenliği konusunun kurumun öncelikleri arasında olmaması,
- Kaynakların azlığı,
- Yeterli ekipman ve çalışanın olmaması,

- Değişime direnç gösterilmesi,
- Hataların gizlenmesi ve bildirim eksikliğidir.

Kurumlarda hasta güvenliği kültürünü sağladıktan sonra elde edilecek en büyük katkı, hastaların zarar görmesini engelleyerek kayıpların önüne geçmektir (Tütüncü vd., 2007 Akt: Karaca ve Arslan: 2014).

Hastanelerde hasta güvenliği çalışmalarına verilen önemin artması ve hasta güvenliği kültürü oluşturulmasıyla birlikte, hastanelerdeki ölüm oranlarının azaldığı (Huand, vd., 2010), hasta ve yakınlarının memnuniyet oranlarının arttığı (Dicuccio, 2015) ve verilen bakım ve tedaviden sonra daha az komplikasyon geliştiği tespit edilmiştir (Greene, vd., 2012).

Hasta güvenliğinin sağlanması için temel amaç, tüm çalışanlar tarafından olası zararların tespit edilip, önlenmesi için gerekli tedbirler alınarak hasta ve yakınları için güvenli bir ortam sağlamaktır (Güven, 2007). Bir hastanede etkili ve sağlam bir hasta güvenliği kültürü oluşturulmasıyla birlikte, çalışanların tükenmişlik seviyesinin azaldığı ve performanslarının arttığı da tespit edilmiştir (Vifladt, vd., 2016).

Hasta güvenliği kültürünün oluşturulması için en önemli etken çalışanların tam katılımı ile hasta güvenliğinin önemini benimsemeleridir. Çalışanların eşgüdüm halinde çalıştığı sağlam bir hasta güvenliği kültürü ile olası hatalar az az seviyeye indirilir (Akgün ve Al-Assaf, 2007: 44). Ayrıca belirli periyotlarla hasta güvenliği çalışmalarının değerlendirilmesi ve pozitif ne negatif yönleri ile ilgili çalışanlara geri bildirim yapılması güvenlik kültürünün bir parçasıdır (Famalo, vd., 2018).

Verilen bilgilerden yola çıkarak, kurumda hasta güvenliği kültürünü geliştirmek için öncelikle hasta güvenliğinin sağlanması gerekmektedir (Yüceler, 2011: 94). Belirtilen güvenli ortama sağlamak için tüm idareciler ve çalışanlar hasta güvenliğiyle ilgili konuları tartışarak bilinçli bir şekilde görevlerini yerine getirmelidir.

2.4. Çalışan Güvenliği Kavramı

Hasta hakları yönetmeliğinde sağlık çalışanı: “Hizmetin, resmi veya özel sağlık kurumlarında ve kuruluşlarında veya serbest olarak sunulmasına bakılmaksızın, sağlık hizmetinin verilmesine iştirak eden bütün sağlık meslekleri mensuplarını ve sağlık meslekleri mensubu olmasa bile sağlık hizmetinin verilmesine sorumlu olarak iştirak eden kişiler” olarak tanımlanmaktadır.

“Türkiye’de 1930 yılında Umumi Hıfzıssıha Kanununda, 1973 yılında İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Kurulları Hakkında Tüzük kapsamında ve 2012 yılında yürürlüğe giren 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanununda çalışan sağlığının ve güvenliğinin korunması ve bu kapsamda yapılacak işlemler ile ilgili konulara yer verilmiştir” (Dokuzoğuz, 2011: 155).

Çalışan güvenliği, çalışanların sosyal, fiziksel ve ruhsal durumlarının korunması, karşılaşacakları zararın en az indirilmesi ve tehlike ve risklerden korunma yöntemlerinin anlatılarak uygulanmasıdır. Çalışan güvenliğini sağlamak ise tüm çalışanları, çalışma ortamlarını ve karşılaşabilecekleri tehlike ve riskleri öngörerek önlem almakla mümkündür (Demir, 2014: 14).

Çalışan güvenliği kavramı hem sağlık kurumu hem de sağlık çalışanları için oldukça önemlidir. Sağlık kurumları çalışan sağlığı ve güvenliğini etkileyen birçok faktörü barındırdığı için ilk olarak tehlikeler tespit edilip tanımlanmalı, ardından risk değerlendirmesi yapılarak olası sonuçlar dikkate alınmalıdır. Böylece çalışan güvenliği faaliyetlerinin etkili olması sağlanacaktır (Demir, 2014: 17).

Sağlık kurumlarında, çalışanlar görevlerini yerine getirirken çeşitli davranışlar sergilemektedir. Bunların arasında güvenli olmayan davranışlar da vardır. Güvensiz çalışan davranışları genellikle net olmayan görev tanımlarından, çalışanların motivasyonunun ve bilgi seviyesinin azlığından ve kontrol eksikliği gibi sebeplerden kaynaklanmaktadır (Bottani, vd., 2009). Bu nedenle güvensiz davranışlar sergileyen çalışanlar yerine, bilgili ve konuya özen gösteren çalışanlar sağlamak için hastanelerde çalışan güvenliği kültürünün oluşturulmasına oldukça önem verilmelidir.

2.4.1. İş Sağlığı

İş sağlığı kavramından önce sağlık kavramını tanımlamakta fayda vardır. WHO, sağlığı; “Sadece hastalık ya da sakatlığın olmayışı değil, beden, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir” şeklinde tanımlamıştır.

Literatürde kavram, iş sağlığı olarak kullanılsa da tanımların işçi yani çalışan sağlığı olarak yapıldığı görülmektedir. ILO ve WHO 1951 yılında iş sağlığı kavramını “bütün mesleklerde çalışanların bedensel, ruhsal ve sosyal yönden iyilik hallerini en üst düzeyde sürdürme ve daha üst düzeylere çıkarma çalışmalarıdır” olarak tanımlamıştır. Bu kapsamda da risklerin kontrolünün yanı sıra işin insana, çalışanın da işine uyumunun sağlanması gereklidir (Bilir ve Yıldız, 2014:4-20).

Başka bir deyişle iş sağlığı, çalışanların kullandıkları araç, gereç ve çalışma ortamından kaynaklanan tehlike ve risklerden arındırılmış bir çalışma ortamında sağlıklı bir şekilde çalışmalarının sağlanmasıdır (Demircioğlu, 2011:153).

2.4.2. İş Güvenliği Kavramı

İş güvenliği kavramı çoğunlukla iş sağlığı kavramı ile birlikte kullanılan ve birbirini tamamlayan bir kavramdır. Kısaca iş kazası ve meslek hastalıklarının sebep olabileceği sorunları yok etmek amacıyla gerekli güvenlik önlemlerinin tespit edilmesi ve uygulanması çalışmalarıdır (Özkılıç, 2005:8). Çalışma koşulları nedeniyle ortaya çıkabilecek tehlike ve riskler, iş kazası ve meslek hastalıklarının önlenmesi için yapılan tüm çalışmalar iş güvenliği kapsamına girmektedir (Kurt, 2013:15).

İş güvenliği, bir iş yapılırken ortamın fiziksel koşulları sebebiyle çalışanların karşılaştıkları tehlike ve risklerin yok edilmesi çalışmalarını kapsamaktadır. Yani, çalışanların her türlü zarardan korunması amacıyla daha güvenli çalışma ortamı oluşturulmasıdır (Dizdar, 2006).

Yani iş sağlığı ve güvenliği kavramı, işçilerin çalışırken sağlık durumlarını korumak ve güvenli bir çalışma ortamı sağlamak amacıyla geliştirilen bir kavramdır (Öcal, 2010: 30).

ILO ve WHO'nun amaçları doğrultusunda, sağlıklı bir çalışan mutlu olur ve mutlu çalışan da kaliteli hizmet sunarak kuruma katkı sağlar (Paşalı, 2014: 61). Sağlıklı ve güvenli bir çalışma ortamı, çalışanların motivasyonunu arttıracığından üretim ve hizmet kalitesinin de bu doğrultuda artacağı yadsınamaz. Yani sağlık ve güvenlik kavramları kazaların önlenmesinin yanı sıra, çalışanları çalışma ortamından kaynaklı ruhsal, bedensel ve sosyal risk ve tehlikeleri de ortadan kaldırmayı kapsamaktadır (Keleş, 2011: 131).

İş sağlığı ve güvenliği kavramı çok kapsamlı çalışmayı gerektirir. Çünkü çalışanların sağlığını ve güvenliğini etkileyecek durumların engellenmesi için alınacak önlemler hayatın her alanına dâhil edilmelidir (Tekin, 2014: 31). Çalışan sağlığını korurken aynı zamanda hizmet sunumunun sürdürülmesini sağlayan iş sağlığı ve güvenliği çalışmaları, risk değerlendirmesi yapılmasını ve önlem alınmasını, çalışanların bilgilendirilmesini ve işe giriş muayenelerinin yapılmasını kapsamaktadır (Güven, 2011: 11).

İş sağlığı ve güvenliği çalışmaları korumayı amaçlayan iki farklı kavramdır. İş sağlığı kapsamında; çalışanın sağlığını koruyacak çalışma koşulları ve ekipmanları ele alınırken iş güvenliği; tehlike ve bunlardan doğacak risklere yönelik alınan tedbirleri kapsar (Karal, 2018:4).

Çalışanlar için iş sağlığı ve güvenliği çalışmalarının önemine yukarıdaki bilgilerde açıkça değinilmiştir. Söz konusu durum çalışanların hayatı olduğundan, çalışma ortamındaki tehlikelerden korunma ve sağlıklı bir şekilde çalışabilmeleri gereği ortaya çıkmıştır. Çalışanların sağlık ve güvenliğini koruyabilmek için işverenlerin uygun çalışma koşullarını sağlaması beklenmektedir (Karacan ve Erdoğan, 2011:104).

Kısacası iş sağlığı ve güvenliği çalışmaları korumaya yönelik çalışmaları kapsamaktadır. Bunu sağlamak da kurumların görevidir. Kurumlar, çalışanların güvenlik algılarını yüksek tutmak için gerekli tedbirleri almakla yükümlüdür (Kabakçı, 2009: 249).

ILO ve WHO başta olmak üzere birçok kuruluşun önerileri ile iş sağlığı güvenliği çalışmalarının amacı aşağıdaki gibi belirlenmiştir (Oğan, 2014:8):

- Çalışanların sağlık düzeylerini yükseltmek,

- Tüm çalışanları kendi kapasitelerine uygun işlerde çalıştırmak, işe uyum sağlamalarını hızlandırmak,
- Çalışma koşullarının çalışan sağlığını olumsuz etkilemesini önlemek,
- Çalışan ve iş arasında uyum oluşmasını sağlayarak, verimli çalışmalarına katkıda bulunmak,
- Çalışma ortamındaki sağlığa zararlı etkenleri, gerekli tedbirler alarak ortadan kaldırmak,
- Oluşan sağlık kayıplarını ve meslek hastalıklarını tespit etmek, tedavilerini sağlamak,
- Geçirdikleri iş kazası veya meslek hastalığı sonucu zarar gören kişilerin yeniden çalışma hayatında olmalarını sağlamak,
- Oluşan zararların düzeyini etik yollarla, tarafsız bir şekilde tespit etmek ve değerlendirmek.

Genel olarak iş güvenliği, iş sağlığı ve güvenliği çalışmalarının sürdürülebilmesi için. İş prosedürlerine uygun, gerekli kişisel koruyucu donanımların sağlandığı ve kullanıldığı, tüm çalışanların eğitildiği ve güvenli çalışmayı benimsemesinin sağlandığı faaliyetleri içermektedir (Neal, 2002).

2.4.3. İş Kazası Kavramı

TDK' ye göre iş kazası; “can ve mal kaybına, zararına neden olan kötü olay” şeklinde tanımlanmaktadır.

İş kazasının en sık kullanılan tanımı Sosyal Sigortalar Kanunu'nda verilen tanımdır. Belirtilen tanım ile Sosyal Güvenlik Kurumu(SGK) tarafından çalışanlara iş kazasına uğramaları durumunda hangi şartlar altında sağlık ve sosyal yardımlardan faydalanabileceklerinin belirtilmesi amaçlanmıştır (Toygar, 2017: 8).

506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu'nun 11. Maddesine göre iş kazası:

“Sigortalının iş yerinde bulunduğu sırada, işveren tarafından yürütülmekte olan iş dolayısıyla, sigortalının işveren tarafından görev ile başka bir yere gönderilmesi yüzünden asıl işini yapmaksızın geçen zamanlarda, emzikli kadın sigortalının çocuğuna süt vermek için ayrılan zamanlarda veya sigortalıların işverence sağlanan

bir taşıyla işin yapıldığı yere toplu olarak götürülüp getirilmeleri sırasında meydana gelen ve sigortalıyı hemen ve sonradan bedence veya ruhça arızaya uğratan olaylardır.”

İş kazası; çalışan, işverenin verdiği görevi yerine getirirken aniden meydana gelen bir etkenle çalışanın beden ve ruhen zarar görmesine neden olan olay olarak tanımlanabilir (Kurt, 2004:549). İş kazalarının meydana gelmesindeki en önemli neden, iş sağlığı ve güvenliği uygulamalarının kalıcılığının sağlanmayarak, çalışmaların etkili bir şekilde yürütülememesidir (Oğan, 2014: 22).

Bir olayın iş kazası olarak tanımlanabilmesi için, 6331 sayılı yasada belirtilen haller şunlardır (Tozan, 2011: 28):

- “Sigortalının işyerinde bulunduğu sırada,
- İşveren tarafından yürütülmekte olan iş nedeniyle sigortalı kendi adına ve hesabına bağımsız çalışıyorsa yürütmekte olduğu iş nedeniyle;
- Bir işverene bağlı olarak çalışan sigortalının, görevli olarak işyeri dışında başka bir yere gönderilmesi nedeniyle asıl işini yapmaksızın geçen zamanlarda,
- Sigortalı işçi kadına iş mevzuatı gereğince çocuğuna süt vermek için ayrılan zamanlarda,
- Sigortalıların, işverence sağlanan bir taşıyla işin yapıldığı yere gidiş geliş sırasında kazanın meydana gelmesi gerekmektedir.”

Yukarıda belirtilen haller dışında çalışanı beden ve ruhen zarara uğratan bir olay iş kazası olarak değerlendirilmemektedir.

2.4.4. Meslek Hastalığı Kavramı

Sağlığın bozulmuş olması hastalık olarak ifade edilmektedir. Meslek hastalığı ise; çalışma ortamından kaynaklanan etkenlerle meydana gelen hastalık olarak ifade edilebilir (Oğan, 2014: 25).

Sosyal Sigortalar Kanun’unun 11. Maddesinde meslek hastalığı, “sigortalının çalıştırıldığı için niteliğine göre tekrarlanan bir sebeple veya işin yürütüm şartları yüzünden uğradığı geçici veya sürekli hastalık, sakatlık veya ruhi arıza halleridir” olarak belirtilmektedir. 6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanun’unda ise meslek hastalığı “mesleki risklere maruziyet

sonucu ortaya çıkan hastalığı ifade eder” şeklinde tanımlanmaktadır (Topaloğlu ve Çınkı, 2014:121).

İfadelerden anlaşıldığı üzere meslek hastalığı; zamanla ortaya çıkan ve doğrudan yapılan işten kaynaklanan hastalıklardır.

2.4.5. Sağlık Çalışanlarının İş Sağlığı ve Güvenliğini Etkileyen Faktörler

Sağlık çalışanları, iş sağlığı ve güvenliği açısından oldukça risk taşıyan kurumlarda çalışmaktadır. Sağlık kurumlarında çalışanların sağlığını olumsuz etkileyebilecek birçok etmen yer almaktadır (Vural, vd., 2012: 132).

Sağlık kurumlarında öncelikle sağlık çalışanları olmak üzere idareciler, hizmet alınan firma çalışanları gibi herkes risk altındadır ve bu riski oluşturan faktörler birimlere göre farklılık göstermektedir (Yurdakoş, 2016: 75). Özellikle tıbbi cihazların sürekli elektriğe bağlı olması, cihazların ve hasta ağırlığının ergonomiye zarar vermesi, çok fazla kimyasal madde ve enfeksiyon riski oluşturan biyolojik etkenlerle çalışılması ve kesici-delici malzemelerin kullanılması sağlık kurumlarını diğer kurumlardan daha riskli hale getirmektedir (Ceylan, 2009: 3). Sağlık kurumlarında çalışma koşulları, eksik malzemeler, arızalı cihazlar, çalışanların dikkatsiz hareket etmesi gibi sebeplerle sağlık çalışanları kaza ve hastalık riskiyle karşı karşıyadır (Öztürk ve Babacan, 2012: 37).

Çalışanların güvenli davranışlar sergilemesi ile iş kazası ve meslek hastalıklarının azaldığı, çeşitli çalışmalarla ortaya konulmuştur (Fernández-Muñiz, 2012).

Çalışan sağlığını ve güvenliğini etkileyen tehlike ve riskler bir bütün olarak ele alınarak incelenmelidir. Hastanelerdeki tehlike ve riskler oldukça fazla ve çeşitlidir. Bu tehlike ve riskler genel olarak; “fiziksel, kimyasal, biyolojik, ergonomik ve psiko-sosyal tehlike ve riskler” şeklinde beş kategoride ele alınmaktadır (Uçak, 2009: 8).

2.4.5.1. Biyolojik tehlike ve riskler

“Biyolojik Etkenlere Maruziyet Risklerinin Önlenmesi Hakkında Yönetmelik”te yapılan tanıma göre biyolojik etken: “Herhangi bir enfeksiyona, zehirlenmeye veya alerjiye neden olabilen, genetik olarak değiştirilmişler de dâhil mikroorganizmalar, insan endoparazitleri ve hücre kültürleridir.”

Biyolojik risk etmenleri zehirli ve zararlı olarak belirtilmektedir. Biyolojik riskler kapsamında yer alan tehlikelere mikroorganizmalar ve enfeksiyonlar neden olmaktadır (Akalin, 1991 Akt: Yavuz, 2014: 46).

Sağlık çalışanlarının risk altında olduğu biyolojik etkenler; kan ve vücut sıvılarına maruziyet ve solunum yolu gibi faktörlerle bulaşabilir ve deriden de geçebilir. Çalışana bulaşan biyolojik ajanlar ciddi enfeksiyonlara hatta ölüme dahi yol açabilmektedir. Bu tarz enfeksiyonlar sağlık çalışanlarına, hastaların kanıyla temas etmiş iğne ve kesici delici alet yaralanmaları sonucu veya hastanın vücut sıvılarının çalışana sıçraması sonucu gerçekleşmektedir (Ulutaşdemir, vd., 2015).

Sağlık kurumlarının farklı birimlerinde hizmet sunan tüm çalışanlar bakteri, virüs, parazit gibi biyolojik etkenlere maruz kalmaktadır. Bu etkenler çalışan herkes için risk faktörü olduğundan yeterli korunma sağlanmazsa alerjik reaksiyonlar, solunum hastalıkları gibi birçok enfeksiyon kapılmasına neden olabilir (Akarsu ve Güzel, 2016: 18).

Çizelge 2. 1. Sağlık çalışanlarını etkileyen enfeksiyonlar ve bulaşma yolları

Enfeksiyon	Bulaşma Yolu
Hepatit B-C HIV (AIDS)	Kan
Tüberküloz	Solunum
Suçiçeği-Kızamık-Kızamıkçık-Menenjit	Solunum -Temas
Difteri	Damlacık-Temas
Konjoktivit-Dizanteri-Kolera-Hepatit A	Oral
Covid-19	Damlacık

Kaynak: Doğruyol, 2015: 29 410177

Çizelge 2.1' de görüldüğü üzere, sağlık çalışanlarının etkileyen biyolojik riskler arasında Hepatit A-B-C, AIDS, tüberküloz, suçiçeği, kızamık, kızamıkçık, menenjit, difteri, konjokivit, dizenteri, kolera gibi enfeksiyonlar yer almaktadır. Bu enfeksiyonlar, sağlık çalışanları görevlerini yerine getirirken kesici, delici alet yaralanması sonucu veya kan ve diğer vücut sıvılarının sıçramasıyla birlikte solunum, temas, damlacık gibi yollarla enfeksiyona neden olmaktadır.

Belirtilen enfeksiyonların sağlık çalışanları için risk düzeyi alınan önlemlerle azaltılabilir. Sağlık kurumlarında, belirtilen biyolojik etkenlerin bulaşma yollarına göre gerekli tedbirler alınmalı ve çalışanlara enfeksiyonlardan korunma yolları anlatılarak farkındalık kazanmaları sağlanmalıdır (Türk Tabipler Birliği, 2008).

2.4.5.2. Kimyasal tehlike ve riskler

Sağlık kurumlarında insan sağlığını olumsuz yönde etkileyen birçok kimyasal madde kullanılmaktadır. Sağlık çalışanlarının en sık karşılaştıkları kimyasal riskler arasında; anestezi gazları, deterjanlar, dezenfektanlar, antiseptikler ve ilaçlar yer almaktadır. Kullanım yoğunluğuna bağlı olarak özellikle laboratuvar ve ameliyathane çalışanları diğer birimlerden daha fazla kimyasal risk altındadır (Bulut, 2016: 21).

Sağlık çalışanları kimyasal risk etmenlerine bağlı olarak çeşitli deri hastalıklarına ve astım gibi rahatsızlıklara maruz kalmaktadır (Wilburn, 2004). Sağlık kurumlarında kullanılan çeşitli asitler, gazlar, ve kanser hastaları için kullanılan antineoplastik ilaçlar gibi çeşitli maddeler, çalışanlar için alerjiden kansere kadar bir çok hastalık açısından önemli risk faktörleridir (Özkan, 2005: 27).

Özellikle kanser hastaları için kullanılan kemoterapik ilaçların zararlı etkileri çalışanları etkilemektedir.

“Kemoterapik ajanlara değişik yollarla maruz kalan sağlık çalışanlarında akut olarak; bulantı-kusma, diyare, göz ve boğaz irritasyonu, öksürük, menstruel bozukluklar, ciltte alerjik reaksiyonlar, saç dökülmesi, karın ağrısı, baş ağrısı, baş dönmesi ve göze temas etmişse kornea ülseri gibi olumsuz etkilerin görüldüğü belirtilmektedir” (Aras, 2013:11).

Çalışanlar, bu ilaçların hazırlanması, uygulanması ve taşınması sırasında meydana gelen dökülme, kırılma, sıçrama sonucunda temasa ve solumaya maruz kalmaktadır (Işık, 2019: 38).

Çalışan sağlığını etkileyen bir diğer faktör de eldiven, bandaj gibi birçok tıbbi malzemede kullanılan latekslerdir. Lateks; kauçuk ağacının süt sıvısından üretilmektedir (Kutlu, 2007). Lateks içeren malzemeleri kullanan çalışanlarda lateks alerjisi sebebiyle deri hastalıkları oluşabilmektedir.

Sağlık kurumlarında özellikle laboratuvar birimlerinde aşındırıcı, yanıcı, oksitleyici, zehirli ve parlayıcı kimyasal maddelerle çalışılmaktadır. Çalışanlar solunum ve temas yoluyla belirtilen kimyasallara maruz kalmaktadır (SB, 2014: 222). Ayrıca temizlik için kullanılan kimyasallar ve çamaşırhanede kullanılan deterjanlar da çalışan güvenliği açısından risk oluşturmaktadır. Bu yüzden birimlerde kullanılan tüm kimyasallar tespit edilmeli ve tanımlanmalıdır.

Sağlık hizmet sunumunda kullanılan kimyasallar deri, sindirim, solunum gibi yollardan vücudu etkileyerek çeşitli rahatsızlıklara yol açmaktadır. Çalışanlar, el hijyenini sağlayarak ve önlük, eldiven, maske gibi kişisel koruyucu donanımlarını kullanarak kimyasal risklere karşı tedbir almalıdırlar (Solmaz ve Solmaz, 2017).

2.4.5.3. Fiziksel tehlike ve riskler

Çalışma ortamından kaynaklanan bazı olumsuz koşullar çalışanların sağlık ve güvenliğini, buna bağlı olarak da iş doyumunu etkilemektedir. Dolayısıyla sunulan hizmet kalitesinin düşmesiyle beraber hem hasta hem de çalışan güvenliği ile ilgili olumsuz sonuçlar ortaya çıkmaktadır (ICN, 2007).

Çalışanlar yoğun çalışma saatlerinde, sayıca yetersiz bir şekilde ve uygun olmayan fiziksel ortamda görev yaparlarsa kalite çalışmalarına direnç gösterebilirler. Bu yüzden kaliteli hizmet sunumu sağlamak için öncelikle çalışma koşullarının iyileştirilmesi ve çalışan memnuniyetinin sağlanması oldukça önemlidir (Çakır, 2007: 181).

Sağlık kurumlarında hizmet sunulan bazı birimler ise diğer birimlerden ayrı kapalı ortamlardadır. Buralardaki iklimlendirme, aydınlatma gibi fiziksel şartlar yetersiz olduğunda çalışanların verimliliği düşmektedir (Lee, vd., 2009).

Sağlık çalışanlarının maruz kaldığı fiziksel riskler arasında gürültü, yetersiz aydınlatma ve havalandırma, termal konfor ve radyasyon yer almaktadır.

2.4.5.3.1.Gürültü

Çalışanlar çok farklı seslere maruz kalmaktadır. Bu seslerden bazılarının düzeyi sağlığı olumsuz etkileyecek kadar yüksek bazıları ise zarar vermeyecek kadar düşüktür. İnsanlar üzerinde olumsuz etki bırakan, sağlığı etkileyen, istenmeyen seslere gürültü denir (Camkurt, 2007: 93). ILO ise sağlığa zarar veren, işitme kaybına kadar yol açan tüm sesleri gürültü olarak tanımlamaktadır (Önde, 2011: 10).

Sağlık kurumlarında yapısal ve işlevsel nedenlerden kaynaklı gürültüler oluşmaktadır. Merkezi havalandırma, ısıtma, soğutma sistemleri ve standart kapı, pencere gibi gürültüler yapısal kaynaklı iken; işlevsel gürültüler çalışanlardan ve medikal cihazlardan kaynaklanmaktadır (Krueger vd., 2007).

WHO, sağlık kurumlarında hasta ve çalışan güvenliği açısından gürültü düzeyinin, gündüz 35 dB' yi, gece 30dB' yi geçmemesi gerektiğini belirtmektedir (EPA, 2014).

En yaygın fiziksel riskler arasında yer alan gürültü, maruziyet süresinin ve düzeyinin artması ile birlikte dikkat dağınıklığına, geçici ve kalıcı işitme kayıplarına yol açabilir. Sağlık kurumları sessiz yerler olarak düşünülse de çamaşırhane, mutfak, bakım onarım bölümleri, elektrikle çalışan tıbbi cihazların ve acil durum alarmlarının kullanıldığı birimlerde gürültüye maruziyet düzeyinin 85 dB' yi aştığı ve 110 dB' ye kadar ulaştığı tespit edilmiştir (ÇASGEM, 2016).

Sağlık kurumlarında gürültü oluşmasına neden olan acil durum alarmları, telefonlar, hasta ve çalışan konuşmaları, dış mekan gürültüsü gibi faktörlerin yanı sıra tıbbi cihazlar,

ziyaretler ve yapılan girişimsel işlemler de gürültünün artmasına neden olmaktadır (Darcy, vd., 2008).

Çalışma ortamındaki gürültü düzeyi incelenerek çalışanlar için uygun olup olmadığı belirlenmelidir. Gürültüye maruziyet, çalışanların fiziksel sağlığını bozmanın yanı sıra çalışanlarda öfke, karar verememe gibi davranışlara neden olarak hem hasta hem çalışan güvenliğini olumsuz etkilemektedir (Bar, vd., 2014: 397).

2.4.5.3.2.İklimlendirme

Sağlık kurumlarının havalandırma sistemleri de hem hasta hem de çalışan sağlığını koruyarak hastane enfeksiyonlarının önlenmesi için oldukça önemlidir (Parlar, 2008). Bazı enfeksiyon etkenleri sıcak, soğuk veya nemli ortamlarda üreme gösterip hava yolu ile kişilere bulabilmektedir. Bu yüzden çalışan sağlığı açısından, sağlık kurumlarının havalandırma, ısıtma ve nem miktarı önemli riskler oluşturan fiziksel etmenlerdir (Yavuz, 2014: 51-52).

İnsan vücudunun belirli bir ısı dengesi vardır. Çalışma ortamının uygun ısı ve nem değerlerinde tutulması, çalışanların sağlığı ve verimliliği açısından önemli bir faktördür (Önde, 2011). Sıcaklık seviyesinin normalin altında veya üstünde olduğu çalışma ortamlarında, çalışanlar fiziksel ve zihinsel faaliyetlerinde zorlanır ve bu da etkinliği ve verimliliği düşürerek iş kazalarına neden olmaktadır (Şimşek, 2006).

SKS' ye göre de ameliyathane ve yoğun bakım gibi özellikli birimlerin sıcaklık ve nem takibi yapılmalıdır. Buna göre ameliyathanelerde sıcaklığın 20-23°C, yoğun bakım ünitelerinde ise 22-28 °C olması belirtilirken her iki birimde de nem oranı %30-%60 aralığında ayarlanabilmelidir (SB, 2016).

Sağlık kurumlarında 24 saat hizmet verildiği için çalışanların kendilerini daha iyi hissederek verimli çalışabilmeleri ve böylece iş kazasına maruz kalmamaları için, çalışılan birime göre optimal düzeyde iklimlendirme sağlanması gerekmektedir.

2.4.5.3.3. Aydınlatma

Sağlık hizmetleri dikkat gerektiren hizmetler olduğu için iyi aydınlatılmış bir ortam tehlike ve risklerin fark edilebilmesi için oldukça önemlidir. Ayrıca optimal şekilde aydınlatılmış bir ortam, çalışanların motivasyonunu ve verimliliğini arttırarak kendilerini daha iyi hissetmelerini sağlar ve böylece iş kazalarının önüne geçilebilir (Zeyrek vd., 2014:14).

2.4.5.3.4. Radyasyon

Tanı ve tedavi aşamasında kullanılan tıbbi cihazları kullanan çalışanlar, yoğun radyasyona maruz kalmaktadırlar. “Radyasyondan korunma standartları ve uygulamalarına göre; ne kadar düşük dozda olursa olsun herhangi bir radyasyon dozu ilerde kanser gibi bir sağlık etkisi oluşturabilir” (Tosun vd., 2012: 86).

WHO, kişilere etki eden radyasyonun %20’ sinin tıbbi nedenlerden kaynaklandığını belirtmiştir. Gereksiz ve aşırı dozda radyasyona maruz kalmak hem hasta ve yakınları hem de çalışanlar için önemli sağlık riskleri oluşturmaktadır (Ergenoğlu ve Aytuğ, 2007).

Sağlık kurumu bünyesinde yer alan ve radyoaktif madde içeren bütün cihaz ve bölümler, Türkiye Atom Enerjisi Kurumu (TAEK) onay vermeden kullanılamamaktadır. Radyasyonlu alanlarda çalışanların sağlık ve güvenliği açısından kişisel dozimetri kullanmaları sağlanarak ne kadar radyasyona maruz kaldıkları periyodik olarak ölçülmeli ve dozun yüksek olduğu durumlarda çalışanlar şua iznine gönderilmelidir. Ayrıca kurşun önlük gibi kişisel koruyucular da çalışanları radyasyonun etkilerinden koruyan ve mutlaka kullanılması gereken donanımlardır.

2.3.5.4. Ergonomik tehlike ve riskler

Çalışanların işle, çalışma ortamının da çalışanlarla uyumu olarak tanımlanan ergonomi, sağlık kurumlarında makine, çevre ve hasta ilişkisi olarak konuyu ele almaktadır (Güler, 2015). Yani ergonomi kavramı daha ziyade yapılan işin ve çalışma ortamının çalışanlara uygun olarak tasarlanmasını ifade etmektedir (Springer, 2007).

Sağlık çalışanlarına uygun çalışma ortamı oluşturulmadığı durumlarda iş kazaları ve yaralanmalar meydana gelmektedir. Bu yüzden çalışanların zarar görmesini sağlayan etkenlerin tespit edilip uygun iş tasarımı yapılması sağlık çalışanlarının iş yapma şekillerini kolaylaştırır (Myhre, 2012).

Teknolojinin gelişmesiyle birlikte uzun süreli bilgisayar kullanımı, hareket etmeden masa başında oturma gibi etkenler de tüm çalışanlar için kas-iskelet sistemi rahatsızlıklarını arttırmaktadır (Hedge vd., 2011). Yani yapılan iş ile işi yapan arasında fiziksel bir uyumsuzluk olduğu durumlarda, çalışanlarda kas ve iskelet sistemi hastalıkları görülmektedir (Babayiğit ve Kurt, 2013).

Hasta bakımında doğrudan görev alan sağlık çalışanları, işlerini yaptıkları sırada uzun süre ayakta kalma, hasta ile ilgilenirken uygunsuz vücut duruşları sergileme gibi nedenlerle çok fazla fiziksel rahatsızlıklara maruz kalmaktadırlar (Hignett vd., 2013). Özellikle yoğun bakım gibi özellikli birimlerde tedavi gören hastalar, yatağa bağımlı olduklarından günlük ihtiyaçlarının büyük kısmı sağlık çalışanları tarafından karşılanmakta ve bu durum da çalışanlar için fiziksel hasarlara yol açmaktadır (İlçe, 2007:2).

Ergonomik tasarımların yapılması aynı zamanda engelli ve yaşlı çalışanların çalışma hayatında yer almaları için de önemli bir etkidir (Healthcare Information and Management Systems Society, 2016).

Ergonomik tasarımlar çalışanlar için olduğu kadar hastalar için de önemlidir. Çalışma ortamını uygun olmayan ergonomik tasarım çalışanlarda stres, yorgunluk gibi etkiler oluşturarak hem verimliliği azaltmakta hem de istenilen kalitede hizmet verilmesinin önüne geçerek hasta güvenliğini de riske atmaktadır (Aydemir ve Yaşar, 2016). Yani sadece çalışan güvenliğini sağlamak için değil, hasta güvenliğinin sağlanması ve hizmet kalitesinin artırılması için de çalışanların potansiyel tehlike ve risklerden korunması gerekir. Bunun için de ergonomik tasarımlar sağlanarak çalışanlar için konforlu bir ortam oluşturulmalıdır (Aydemir ve Yaşar, 2016).

2.3.5.5. Psiko-sosyal tehlike ve riskler

Sağlık kurumlarında çalışanlar için psiko-sosyal riskler önemli bir etkiye sahiptir. Hasta ve yakınlarının uyguladığı sözlü ve fiziksel saldırının yanı sıra, sağlık hizmetlerinin önemi, acil ve ertelenemez oluşu gibi faktörler çalışanların stres düzeyini arttırmaktadır (Öztürk, 2014:18).

Sağlık kurumlarında çalışma şartlarının yoğun olması, insan hayatı söz konusu olduğundan ekstra dikkat gerektirmesi ve ameliyathane, yoğun bakım üniteleri gibi bazı çalışma alanlarının diğer birimlerden bağımsız bir alanda olması çalışanların stres düzeyini arttırarak psikolojilerini olumsuz etkilemektedir. Buna bağlı olarak yaşanan problemler kaliteli hizmet sunumunu etkileyerek birtakım sorunlara neden olmaktadır (Aslan ve Öntürk, 2011).

Hasta bakımının sorumlusu olmanın ve hasta yakınları ile doğrudan iletişim kurmanın verdiği stres de çalışanların sağlığını tehdit etmektedir. Çalışan sağlığı ve güvenliğini en çok etkileyen psiko-sosyal risk faktörleri genel olarak; çalışma ortamı ve süresi, ücret, mobbing ve stres şeklinde sınıflandırılabilir.

Sağlık hizmetlerinin 24 saat kesintisiz sürdürülmesi sebebiyle gece nöbetlerinin olması çalışanların uykusuz kalmalarına buna bağlı olarak iletişim kurmada zorlanmalarına sebep olmaktadır. Çalışma sürelerinin uzunluğu ve uyku düzensizliği de önemli bir stres kaynağıdır (Öztürk, 2014: 19).

Çalışanları olumsuz etkileyen en yaygın sebeplerden biri de mobbing yani psikolojik yıldırma (Tel vd., 2003). Mobbing çalışanın sistematik olarak maruz kaldığı, yıldırma, dışlama, sosyal haklarından yararlandırmama gibi kasıtlı olarak uygulanan olumsuz davranışlardır (ÇSGB, 2014: 9). Mobbing, çalışanların sağlığı ve güvenliği için oldukça önemli bir risk faktörüdür. Yönetimin desteği ile farkındalığın artırılması ve çalışma ortamında alınacak önlemlerle çalışanların mobbingten korunması gerekmektedir (Arisoy, 2011)

Yukarıda sıralanan tüm riskler sağlık çalışanlarının iş sağlığı ve güvenliğini etkileyerek ve performanslarının azalmasına neden olarak hasta ve çalışan güvenliğini olumsuz etkilemektedir (Caruso, 2013).

2.5. Hasta ve Çalışan Güvenliği Kültürünün Sağlıkta Kalite ile İlişkisi

Hastanelerde güvenlik kültürünün oluşturulabilmesi için 2011 yılında, “Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik” yayınlanmıştır. İlgili yönetmeliğin 5. Maddesinde;

“Sağlık kurumları hasta ve çalışan güvenliğini sağlamaya yönelik gerekli faaliyetleri gerçekleştirmek amacıyla, kendi iç düzenlemelerini yapmak ve tedbirleri almakla yükümlüdür. Sağlık kurumları, hasta ve çalışan güvenliğine ilişkin tedbirleri alırken ve düzenlemeler yaparken Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan Hizmet Kalite Standartlarını esas alır” ifadesi yer almaktadır.

Kalite yönetim sistemi belirli standartlardan oluşmaktadır ve hasta ve çalışan güvenliğini ihlal eden durumlar ise daha çok belirlenen standartların uygulanmadığı zaman ortaya çıkmaktadır. Dolayısıyla hasta ve çalışan güvenliği ile kalite yönetim sistemi arasında doğrudan ilişki vardır (Pakış, 2006: 4).

Hasta güvenliği, sağlık kurumlarında toplam kalite yönetimi faaliyetlerinin en önemli unsurlarından biridir. Hasta güvenliği, “hatasız sağlık hizmeti alınması ve verilmesi” şeklinde tanımlanabilir. Yani; sağlık çalışanlarının ve kurumların sağlık hizmet sunumu sırasında kişilere zarar vermemek için gerekli tedbirleri alması kastedilmektedir (Sarp, 2018). Bu durumda, sunulan sağlık hizmet kalitesini arttırmak ve hastaları oluşabilecek zararlara karşı korumak için hasta güvenliği çalışmalarına önem verilmelidir. Hasta güvenliği ile ilgili araştırmalar yapılarak sempozyumlar düzenlenmesi, hastalara ve sağlık çalışanlarına sürekli eğitimler verilerek hasta güvenliğinin önemi hakkında farkındalıklarının ve bilgi düzeylerinin artırılması yapılacak çalışmalar arasında yer alabilir (Metin, 2018: 12).

Hasta güvenliği hem yönetim hem de doğrudan hasta bakım hizmeti veren sağlık çalışanları açısından büyük öneme sahiptir. Bu yüzden çalışma koşulları, stres gibi faktörleri de göz önünde bulundurarak kalite standartlarına uygun kurallar ve prosedürler oluşturmak gerekmektedir (McKesson, 2003).

Hasta güvenliği kültürünün sağlam temellere dayandırılarak sağlık hizmet kalitesinin artırılması için yöneticilerin etkisi oldukça önemlidir. Yöneticilerin hasta güvenliği

çalışmalarının önemine vurgu yaparak hastalar ve çalışanlar arasında açık iletişimi desteklemesi, çalışanlara hata yapmama konusunda sorumluluk ve eğitim vermesi ve hasta güvenliği çalışmalarına yeterli kaynak ayırması gerekmektedir (Pronovost, vd., 2004: 59-68). TKY sıfır hata anlayışını benimsediği için sağlık kurumlarında çalışanların tam katılımı ile kalite, hasta güvenliği ve sürekli iyileştirme çalışmaları kurum kültürü haline getirilmelidir (Yıldırım ve Özlem, 2005: 34).

Sağlık kurumlarının fiziksel olarak istenilen düzeyde güvenli olmadığı bilinmektedir. Bu nedenle hastaya zarar verme riski olan durumların tespit edilmesi ve önleme çalışmalarının yapılması hasta güvenliği ve kalite faaliyetlerinin temelini oluşturur (Johnstone ve Kanitsaki, 2006:383).

Hasta güvenliği açısından kalite sistemlerinin temelinde önleyici ve düzeltici faaliyet olmak üzere iki farklı yaklaşım vardır. Önleyici faaliyetler, hastaya zarar verme ihtimali olan bir durumun oluşmadan önce engellenmesi için önleyici tedbirler alınmasıdır. Düzeltici faaliyetler ise, bir hata ortaya çıktıktan sonra olumsuz durumu düzeltmek ve tekrarını önlemek amacıyla yapılan kalite çalışmalarıdır (Yıldırım, 2005: 34-38).

Hasta güvenliğini sağlamak kurumun üst yönetimi ve kalite yönetim biriminin öncelikli görevlerinden biridir ve onlar hasta güvenliğini sağlayacak bir sistem kurmak ve çalışmaların devamlılığını sağlamakla yükümlüdürler (Tak, 2010). Bu nedenle hasta güvenliğini ihlal den bir durumla karşılaşıldığında konuya hâkim kişilerin olaya müdahale edebilmeleri için SKS kapsamında hasta güvenliği komitesi kurulmalıdır. Hasta güvenliği sisteminin etkili bir şekilde oluşturulması ile ölçme, değerlendirme işlemleri yapılarak sürekli iyileştirme ve geliştirme anlayışıyla hareket edileceğinden sunulan hizmetin kalitesi de artacaktır.

Hasta güvenliği ile sağlıkta kalite kavramları birbiriyle ilişkili kavramlardır. Sağlıkta kalitenin arttırılması, hasta güvenliğinin buna bağlı olarak da hasta memnuniyetinin sağlanmasıyla mümkün olmaktadır (Tütüncü ve Doğan, 2003: 28). Kurumda hasta güvenliği kültürünün oluşturulması çalışanları daha verimli kılar ve hizmet kalitesi artış gösterir. Aynı şekilde etkin uygulanan kalite yönetim çalışmaları da hasta güvenliğinin artmasına katkı sağlar.

Hastaneler, hasta ve yakınları için olduğu kadar çalışanlar için de riskli kurumlardır. Sağlık çalışanları görevlerini yerine getirirken iş kazası ve meslek hastalığı riski ile karşılaşmaktadırlar. Bu tehlike ve risklerin tespit edilerek ortadan kaldırılması ve gerekli önlemlerin alınması hastanelerde ancak kalite yönetim sisteminin uygulanması ile mümkündür (Devebakan ve Paşalı, 2015).

Hastanelerde etkili bir çalışan güvenliği kültürü oluşturulabilmesi için, mevcut tehlike ve risklerin bilincinde olan, gerekli eğitimlerini almış, görevini doğru bir şekilde yerine getirebilecek donanıma sahip çalışanlar yetiştirilmelidir. Böylece hem iş kazalarının hem de tıbbi hataların önüne geçilebilecektir (Karamık ve Şeker, 2015).

Çalışan güvenliği kültürünün oluşturulabilmesi için hastane yönetiminin güvenlik politikalarını oluşturması ve çalışanları bu yönde eğitmesi oldukça önemlidir. Yani TKY' de belirtildiği gibi, üst yönetimin liderliğinin çalışan güvenliği üzerinde önemli bir etkisi vardır (Nahrang, 2011). Hastane yönetimi tarafından desteklenen çalışan güvenliği kültürü faaliyetleri sonucunda, çalışanların davranışları kurallara uygun olarak standartlaşmakta ve böylece oluşabilecek tehlike ve risklerin önüne geçilebilmektedir (Martínez-Córcoles, vd., 2011).

Çalışan güvenliği kültürünün yüksek olduğu kurumlarda, çalışanların görüşleri alınmakta ve tam katılım sağlamaları teşvik edilmektedir. Böylece çalışanların aidiyet duygusu gelişmekte ve daha güvenli davranışlar sergilemektedirler (Methot, vd., 2016).

Çeşitli nedenlerle sağlığını kaybetmiş kişileri yeniden sağlıklı bir birey haline getirebilmek ancak sağlık hizmet sunucularının varlığı ile mümkündür. Sağlık hizmet sunumunun etkili bir şekilde sağlanabilmesi ise güvenli çalışma ortamına ve sağlık çalışanlarına bağlıdır. Yani hastanelerde çalışan güvenliği kültürü oluşturmak; sağlıklı çalışanın, dolayısıyla kaliteli sağlık hizmet sunumunun en önemli unsurudur (Cebeci, 2013).

Hastanelerde çalışan güvenliği faaliyetlerinin uygulanmasında ve değerlendirilmesinde, hasta güvenli faaliyetlerinde olduğu gibi, SKS temel alınmaktadır. SKS kapsamında, hastanelerde çalışan güvenliği komitesi kurulması zorunludur ve çalışan güvenliği kapsamındaki bütün faaliyetler bu komite sorumluluğunda yürütülmektedir. Özetle,

hastanelerde hasta güvenliğini sağlamak, olası hataların önüne geçerek kaliteli hizmet sunmak, ancak çalışan güvenliği kültürünün kurumda etkili bir şekilde oluşturulması ile mümkündür.



3.BÖLÜM

SAĞLIKTA KALİTE YÖNETİMİ BAĞLAMINDA, ÇALIŞANLARIN HASTA VE ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ ALGILARI: ÖZEL VE KAMU HASTANESİ KARŞILAŞTIRMASI

Bu bölümde araştırmanın amacı ve önemi, hipotezleri, modeli, evren ve örnekleme, verilerin toplanması ve analiz şekli, sınırlılıklar ve varsayımlar bilgilerine yer verilmiştir.

3.1.Araştırmanın Amacı

Bu tez çalışmasının amacı; sağlıkta kalite yönetimi bağlamında, çalışanların hasta ve çalışan güvenliği kültürü algısını tespit ederek özel ve kamu hastaneleri karşılaştırması yapmaktır. İfade edilen bu amaç doğrultusunda, Ankara’da faaliyet gösteren bir özel hastane ve bir kamu hastanesi çalışanlarının hasta ve çalışan güvenliği kültürü algısını belirleyip, demografik verilerin bu kavramlar üzerindeki etkisi tespit edilerek karşılaştırma yapılmıştır. Elde edilen sonuçlar ile hastanelere, sağlık çalışanlarına önerilerde bulunmak ve bundan sonraki çalışmalar için literatüre katkı sağlamak amaçlanmaktadır.

3.2. Araştırmanın Önemi

Yerli ve yabancı literatür incelendiğinde, hastanelerde hasta güvenliği ve iş güvenliği kavramlarını ayrı ayrı ele alan çalışmalar görülmektedir.

Yılmaz ve Duygulu (2019) tarafından yapılan çalışmada, hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algısı ve bunu etkileyen faktörler incelenmiştir. Konya ilindeki dört hastanede, toplam 427 hemşireye uygulanan anket sonucunda; hasta güvenliği kültürü puanının %49,39 oranında düşük bulunduğu tespit edilmiştir.

Özer ve arkadaşlarının (2019) çalışmasında da hemşirelerin hasta güvenliği tutumu, algıları ve bunların demografik özelliklere göre nasıl farklılık gösterdiği ele alınmıştır. Bir kamu hastanesinde çalışan 153 hemşireye anket uygulanmış ve yapılan analizler sonucunda;

Çalışanların yönetim anlayışı ve güvenlik iklimi boyutlarına en düşük ortalamayı verdikleri tespit edilmiştir.

Usta ve Ulutaşdemir (2019) tarafından yapılan çalışmada, ameliyathane biriminde çalışan hemşirelerin hasta güvenliği çalışmaları ile ilgili tutumları ve hasta güvenliğini etkileyen faktörler incelenmiştir. Analizler sonucunda hemşirelerin hasta güvenliği ile ilgili tutumunun orta düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

Türk ve arkadaşları (2018) tarafından yapılan çalışmada, demografik özellikler ve hasta güvenliği kültürü arasındaki ilişkiyi tespit etmek amacıyla bir kamu hastanesinde görev yapan 255 hemşireye anket uygulanmıştır. Uygulama sonucunda; hasta güvenliği kltr ile yaş, medeni durum, cinsiyet ve eğitim arasında anlamlı bir ilişki olmadığı ve hemşirelerin hasta güvenliği ve olay bildirimleri hakkında eğitim ihtiyacı olduğu belirlenmiştir.

Rızalar ve arkadaşları (2016) tarafından yapılan ve birniversite hastanesinde görev yapan 129 hemşireye uygulanan anket çalışması ile hemşirelerin hasta güvenliği kltr belirlenmeye çalışılmıştır. Araştırma sonucunda; hemşirelerin hasta güvenliği kltrnn orta seviyede olduğu ortaya konulmuştur.

Korkmazer ve arkadaşları (2016) tarafından yapılan çalışmada ise 76 sağlık çalışanının hasta güvenliği algısı tespit edilmeye çalışılmıştır. Yapılan analizler sonucunda; çalışanların hasta güvenliği algısının düşük olduğu ve %67,1' inin son bir yılda olay bildirimini yapmadığı tespit edilmiştir.

Literatür incelendiğinde, hasta güvenliği kltrnn hastanelerde henüz tam olarak oluşturulmadığı, etkin ve çalışanların sulanmayacağı bir olay raporlama sistemi kurulmadığından bildirimlerin az olduğu görülmektedir (Cho, vd., 2015 ; Wang, vd., 2014 ; zata ve Altuncan, 2010 ; Gündoğdu ve Bahçecik, 2012 ; Bodur ve Filiz, 2010).

Öztürk ve arkadaşları (2012) tarafından bir kamu hastanesi çalışanlarına yönelik iş güvenliği faaliyetlerini tespit etmek amacıyla yapılan çalışmada, çalışanların yönetim tarafından iş güvenliği konusunda yeteri kadar destek görmediklerini belirttiği saptanmıştır.

Akçapınar ve İnceboz (2016) tarafından yapılan çalışmada ise İzmir’de bulunan dört kamu hastanesinin doğumhane biriminde çalışan 91 kişinin çalışan güvenliğini etkileyen faktörler incelenmiştir. Yapılan analizler sonucunda; çalışanların kesici delici alet yaralanmalarını iş kazası olarak değerlendirmedikleri ve çalışan güvenliği konusunda farkındalıklarının çok düşük olduğu tespit edilmiştir.

Çelikkalp ve arkadaşları (2016) tarafından yapılan çalışmada ise hemşirelerin kurumlarındaki çalışan güvenliği faaliyetlerini değerlendirmeleri amaçlanmaktadır. İki özel hastanede çalışan toplam 184 hemşireye uygulanan anket sonucunda; her iki hastanede de çalışan güvenliği uygulamalarının yeterli seviyede olmadığı saptanmıştır.

Kahraman ve arkadaşları (2016) tarafından yapılan çalışmada, bir kamu ve bir üniversite hastanesinin radyoloji biriminde çalışan toplam 180 kişinin çalışan güvenliği konusundaki farkındalığı incelenmiştir. Araştırma sonucunda; çalışanların %62,8’ inin çalıştıkları kurumda “çalışan güvenliği komitesi” bulunduğu farkında olmadığı, hastane yönetiminin yapılan çalışmalar hakkında çalışanları yeteri kadar bilgilendirmediği sonucuna ulaşılmıştır.

İncelenen veri tabanlarından hareketle, sağlık çalışanlarının bir çok tehlike ve riskle karşı karşıya oldukları ve bunun sonucunda iş kazasına maruz kaldıkları tespit edilmiştir (Gyekye ve Salminen, 2010 ; Cebeci, 2013 ; Özata, vd., 2017 ; Okutan ve Sarıtaş, 2018).

Hastanelerde hasta ve çalışan güvenliği kültürü uygulamalarının bir arada değerlendirildiği ilk çalışma örneği olarak Yüceler (2011) tarafından yapılan “Sağlık İşletmelerinde Örgüt Kültürünün Bir Boyutu Olarak Hasta ve Çalışan Güvenliği: Kuram ve Konya İlindeki Hastanelerde Bir Uygulama” başlıklı doktora tez çalışması gösterilebilir. Bu tez çalışmasında örgüt kültürünün bir boyutu olarak hasta ve çalışan güvenliği kültürü ele alınmış ancak katılımcılar çalıştıkları hastane türünü belirtmedikleri için hastane türüne göre bir karşılaştırma yapılamamıştır.

Türkiye’de 2011 yılından itibaren hastanelerde hasta ve çalışan güvenliği kültürünün oluşturulması ve geliştirilmesi için, hastane türü fark etmeksizin hastanelerin aynı kalite standartlarına tabi olması, bütün hastanelerin aynı kalitede hizmet sunmasını sağlama çabasını göstermektedir. Ayrıca SB değerlendirmelerinin de bu kapsamda yapılması, sağlık

sistemi içinde yer alan paydaşların bu konuya ilgisinin artarak çok daha fazla önem vermelerini sağlamıştır. Ancak yapılan çalışmaların daha çok hasta güvenliği konusunda olması ve görüşülen sağlık yöneticilerinin hasta güvenliği faaliyetlerine, çalışan güvenliği faaliyetlerinden daha fazla önem vermeleri ve buna rağmen çalışanların hasta güvenliği algısının düşük ve yapılan tıbbi hataların fazla olması araştırmacıda merak uyandırmış ve belirtilen her iki konuda da özel hastane ve kamu hastanesi karşılaştırması yapılarak literatüre kazandırılmak istenmiştir.

Bu nedenle bu tez çalışması ile sağlıkta kalite çalışmalarının temelini oluşturan hasta ve çalışan güvenliği kavramlarına dikkat çekilerek hastane türüne göre, çalışanların bu konulardaki faaliyetlerle ilgili algısı tespit edilmiştir. İncelenen kaynaklardan hareketle bu tez çalışmasının, hasta ve çalışan güvenliği kültürü kavramlarını birlikte inceleyerek hastane türüne göre karşılaştırma yapılan ilk çalışma örneği olduğu söylenebilir.

Ortaya konulan sonuçlar, hem özel hem de kamu hastanesi çalışanlarının hasta ve çalışan güvenliği algısını içermesi ve hastanelerde bu doğrultuda yapılan kalite çalışmalarını içererek sağlık yöneticilerine güncel bir bilgi kaynağı sunması nedeniyle önem arz etmektedir. Ayrıca bu çalışmanın sonuçları ile ileride yapılacak olan çalışmalara veri sağlanması ayrıca önem taşımaktadır.

3.3.Araştırmanın Hipotezleri

Belirtilen amaca ulaşmak için aşağıdaki hipotezler oluşturulmuştur.

H1.Özel ve kamu hastanesi çalışanlarının hasta güvenliği algısı farklılık göstermektedir.

H1.a: Özel hastane çalışanlarının hasta güvenliği algısı cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

H1.b: Kamu hastanesi çalışanlarının hasta güvenliği algısı cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

H1.c: Özel hastane çalışanlarının hasta güvenliği algısı medeni duruma göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

H1.d: Kamu hastanesi çalışanlarının hasta güvenliği algısı medeni duruma göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

H1.e: Özel hastane çalışanlarının hasta güvenliği algısı yaşa göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

H1.f: Kamu hastanesi çalışanlarının hasta güvenliği algısı yaşa göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

H1.g: Özel hastane çalışanlarının hasta güvenliği algısı öğrenim durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

H1.h: Kamu hastanesi çalışanlarının hasta güvenliği algısı öğrenim durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

H1.ı: Özel hastane çalışanlarının hasta güvenliği algısı mesleğe göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

H1.i: Kamu hastanesi çalışanlarının hasta güvenliği algısı mesleğe göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

H1.k: Özel hastane çalışanlarının hasta güvenliği algısı mesleki deneyime göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

H1.l: Kamu hastanesi çalışanlarının hasta güvenliği algısı mesleki deneyime göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

H1.m: Özel hastane çalışanlarının hasta güvenliği algısı haftalık ortalama çalışma saatine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

H1.n: Kamu hastanesi çalışanlarının hasta güvenliği algısı haftalık ortalama çalışma saatine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

H1.o: Özel hastane çalışanlarının hasta güvenliği algısı günlük bakım/ tedavi verilen hasta sayısına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

H1.ö: Kamu hastanesi çalışanlarının hasta güvenliği algısı günlük bakım/ tedavi verilen hasta sayısına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

H2: Özel ve kamu hastanesi çalışanlarının çalışan güvenliği algısı farklılık göstermektedir.

H2.a: Özel hastane çalışanlarının çalışan güvenliği algısı cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

H2.b: Kamu hastanesi çalışanlarının çalışan güvenliği algısı cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

H2.c: Özel hastane çalışanlarının çalışan güvenliği algısı medeni duruma göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

H2.d: Kamu hastanesi çalışanlarının çalışan güvenliği algısı medeni duruma göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

H2.e: Özel hastane çalışanlarının çalışan güvenliği algısı yaşa göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

H2.f: Kamu hastanesi çalışanlarının çalışan güvenliği algısı yaşa göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

H2.g: Özel hastane çalışanlarının çalışan güvenliği algısı öğrenim durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

H2.h: Kamu hastanesi çalışanlarının çalışan güvenliği algısı öğrenim durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

H2.ı: Özel hastane çalışanlarının çalışan güvenliği algısı mesleğe göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

H2.i: Kamu hastanesi çalışanlarının çalışan güvenliği algısı mesleğe göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

H2.k: Özel hastane çalışanlarının çalışan güvenliği algısı mesleki deneyime göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

H2.l: Kamu hastanesi çalışanlarının çalışan güvenliği algısı mesleki deneyime göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

H2.m: Özel hastane çalışanlarının çalışan güvenliği algısı haftalık ortalama çalışma saatine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

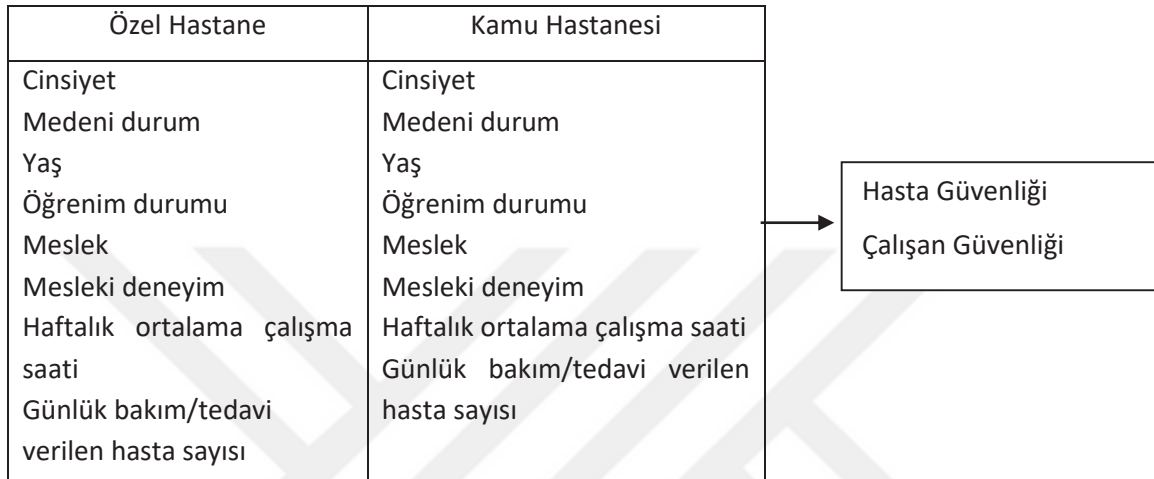
H2.n: Kamu hastanesi çalışanlarının çalışan güvenliği algısı haftalık ortalama çalışma saatine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

H2.o: Özel hastane çalışanlarının çalışan güvenliği algısı günlük bakım/ tedavi verilen hasta sayısına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

H2.ö: Kamu hastanesi çalışanlarının çalışan güvenliği algısı günlük bakım/ tedavi verilen hasta sayısına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

3.4.Araştırmanın Modeli

Araştırmada betimsel tarama modeli kullanılmıştır. Bir özel hastane ve bir kamu hastanesi çalışanlarının hasta ve çalışan güvenliği algısı ile araştırmada yer alan değişkenlerin durumu ortaya konularak karşılaştırılmıştır. Oluşturulan model aşağıdaki şekilde gösterilmiştir.



Şekil 3. 1. Araştırma kapsamında oluşturulan model

3.5.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Ankara ilinde bulunan bir özel hastane ve bir kamu hastanesi oluşturmaktadır. Hastaneler verilen hizmet türüne göre genel hastane statüsündedir. Her iki hastanede de örnekleme yöntemi olarak basit tesadüfi örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Araştırma kapsamındaki özel hastanede toplam 207 çalışan vardır ve araştırmaya katılan kişi sayısı 150'dir. Özel hastanede 150 kişiden elde edilen veriler istatistiksel analize tabi tutulmuştur. Araştırma kapsamındaki kamu hastanesinde ise toplam 746 çalışan vardır ve araştırmaya katılan kişi sayısı 473'tür. Araştırmaya katılanlardan 23 kişinin anket sorularının bir kısmını cevaplamadığı tespit edildiğinden, kamu hastanesinde 450 kişiden elde edilen veriler istatistiksel analize tabi tutulmuştur.

3.6.Verilerin Toplanması ve Analizi

Araştırma verilerinin elde edilmesinde anket yöntemine başvurulmuş ve anketler yüz yüze görüşme tekniği ile katılımcılara uygulanmıştır. Anketler Mayıs 2019 - Şubat 2020 tarihleri arasında, özel hastane ve kamu hastanesi sağlık yöneticileri ile ön görüşme yapıldıktan sonra çalışanlara uygulanmaya başlanmıştır. Çalışanların hasta ve çalışan güvenliği algılarını belirlemek için Dr. Öğr. Üyesi Aydan Yüceler'in (2011) yapmış olduğu "Sağlık İşletmelerinde Örgüt Kültürünün Bir Boyutu Olarak Hasta ve Çalışan Güvenliği: Kuram ve Konya İlindeki Hastanelerde Bir Uygulama" başlıklı doktora tez çalışmasında kullanılmak üzere hazırlanarak geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılan "Sağlık İşletmelerinde Hasta ve Çalışan Güvenliği Kültürü Anketi" kullanılmıştır. Çalışmanın hasta güvenliği bölümü için The Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) tarafından geliştirilen "Hospital Survey on Patient Safety Culture" anketinin (Sorra ve Nieva, 2004) , Bodur ve Filiz (2009) tarafından Türkçe uyarlaması yapılan "Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi" kullanılmıştır. Çalışmanın çalışan güvenliği bölümü için ise "The National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH) tarafından oluşturulan (Boiano ve Hull, 2001) "The Employee Core Module of the NIOSH National Exposures at Work Survey" den yararlanmıştır.

Araştırmada kullanılan anket üç bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde çalışanların demografik özellikleri ile haftalık ortalama çalışma saatlerini ve günlük bakım/tedavi verilen hasta sayısını içeren on soru bulunmaktadır. İkinci bölümde çalışanların hasta güvenliği kültürü algılarını ölçmek amacıyla 9 soru, kurumlarındaki mevcut hasta güvenliği uygulamalarına yönelik likert tipi 15 soru ve çalışanların görev yaptıkları birimdeki uygulamalara yönelik 5'li likert tipi 27 soru yer almaktadır. Üçüncü bölüm ise çalışanların çalışan güvenliği kültürü algılarını ölçmek amacıyla hazırlanan sorulardan oluşmaktadır. 22, 23 ve 24. sorular likert tipi, 25-31 arası sorular ise ölçeksiz sorulardır.

Araştırma kapsamında elde edilen veriler bir istatistik paket programında analiz edilmiştir.

3.7.Araştırmanın Sınırlılıkları ve Varsayımları

Bu araştırma, Ankara ilinde faaliyet gösteren bir özel hastane ve bir kamu hastanesi çalışanlarını kapsamaktadır. Bu nedenle araştırma sonuçları ilgili evren için geçerli olup, Ankara iline ve Türkiye'ye genelleme yapılamaz.

Elde edilen veriler ile özel hastane ve kamu hastanesindeki çalışanların hasta ve çalışan güvenliği algılarını karşılaştırmaya ve her iki hastane için de demografik özellikler arasındaki farklılığı belirlemeye yönelik yeterli ve güvenilir bilgiler elde edildiği düşünülmektedir. Gizlilik esasına göre katılımcılardan isim ve soy isim bilgileri istenmemiştir. Veri toplamak için kullanılan anket formunun araştırmanın amacını yansıttığı ve katılımcıların anketteki soruları okuyarak, samimi ve tarafsız bir şekilde cevaplandıkları varsayılmaktadır. Yapılan çalışma katılımcı görüşleri ile sınırlıdır.



4.BÖLÜM

ARAŞTIRMANIN BULGULARI

Bu bölümde araştırma sonucunda elde edilen bulgulara yer verilmiştir.

4.1.Güvenilirlik Katsayısı

Araştırmanın geçerlik, güvenilirlik analizinde Cronbach's Alpha Katsayısı'ndan yararlanılmıştır. Cronbach's Alpha Katsayısı'nın değerlendirme kriteri aşağıdaki çizelgede gösterilmiştir(Kalaycı, 2005:405).

Çizelge 4. 1. Cronbach's alpha katsayısının güvenilirlik düzeyleri

$\alpha < 0,50$	Ölçek güvenilir değildir
$0,50 < \alpha < 0,60$	Ölçek düşük düzeyde güvenilirdir
$0,60 < \alpha < 0,70$	Ölçek kabul edilebilir düzeyde güvenilirdir
$0,70 < \alpha < 0,90$	Ölçek iyi düzeyde güvenilirdir
$\alpha > 0,90$	Ölçek çok iyi düzeyde güvenilirdir

Bu çalışmada kullanılan anket formunun Cronbach's Alpha Katsayısı şöyledir;

Çizelge 4. 2. Cronbach's Alpha tekniğine ilişkin çözümlene sonuçları

Soru Numarası	Cronbach's Alpha Katsayısı	Madde Sayısı	Güvenilirlik Düzeyi
20	.961	15	Yüksek derecede güvenilir
21A	.841	7	Oldukça güvenilir
21B	.786	4	Oldukça güvenilir
21C	.851	6	Oldukça güvenilir
21D	.852	3	Oldukça güvenilir
21E	.913	7	Yüksek derecede güvenilir
22	.905	10	Yüksek derecede güvenilir
23	.949	12	Yüksek derecede güvenilir
24	.939	14	Yüksek derecede güvenilir

Araştırmada kullanılan “Sağlık İşletmelerinde Hasta ve Çalışan Güvenliği Kültürü Anketi” için güvenilirlik değerinin 21A, 21B, 21C, 21D için oldukça güvenilir, diğer sorular için ise yüksek derecede güvenilir olduğu tespit edilmiştir.

4.2.Katılımcılara Ait Genel Betimsel İstatistikler

Bu bölümde katılımcıların demografik özelliklerine ilişkin bilgiler verilmiştir.

Çizelge 4. 3. Özel hastane ve kamu hastanesi çalışanlarının yaş dağılımları

Yaş	Özel Hastane		Kamu Hastanesi	
	N	%	N	%
20 yaş ve altı	8	5,4	6	1,3
21-30 yaş	83	55,3	130	28,9
31-40 yaş	36	24,0	216	48,0
41-50 yaş	17	11,3	77	17,1
51 yaş ve üzeri	6	4,0	21	4,7
Toplam	150	100,0	450	100,0

Araştırmaya katılan özel hastane çalışanlarının %5,4' ünün 20 yaş ve altında, %55,3' ünün 21 ile 30 yaş aralığında, %24' ünün 31 ile 40 yaş aralığında, %11,3' ünün 41 ile 50 yaş aralığında ve %4' ünün ise 51 yaş ve üzeri olduğu tespit edilmiştir.

Kamu hastanesi çalışanlarının ise %1,3' ünün 20 yaş ve altında, %28,9' unun 21 ile 30 yaş aralığında, %48' inin 31 ile 40 yaş aralığında, %17,1' inin 41 ile 50 yaş aralığında ve %4,7 sinin ise 51 yaş ve üzeri olduğu tespit edilmiştir.

Çizelge 4. 4. Özel hastane ve kamu hastanesi çalışanlarının cinsiyet dağılımları

Cinsiyet	Özel Hastane		Kamu Hastanesi	
	N	%	N	%
Erkek	42	28,0	108	24,0
Kadın	108	72,0	342	76,0
Toplam	150	100,0	450	100,0

Araştırmaya katılan özel hastane çalışanlarının %28' inin erkek, %72' sinin ise kadın olduğu, katılan kamu hastanesi çalışanlarının ise cinsiyet dağılımlarında %24' ünün erkek, %76'sının kadın olduğu tespit edilmiştir.

Çizelge 4. 5. Özel hastane ve kamu hastanesi çalışanlarının medeni durum dağılımları

Medeni Durum	Özel Hastane		Kamu Hastanesi	
	N	%	N	%
Evli	62	41,3	239	53,1
Bekâr	88	58,7	211	46,9
Toplam	150	100,0	450	100,0

Araştırmaya katılan çalışanlarının medeni durum dağılımlarında, özel hastane çalışanlarının %41,3' ünün evli, %58,7' sinin bekâr olduğu, kamu hastanesi çalışanlarının ise %53,1' inin evli, %46,9' unun bekâr olduğu tespit edilmiştir.

Çizelge 4. 6. Özel hastane ve kamu hastanesi çalışanlarının öğrenim durumu dağılımları

Öğrenim durumu	Özel Hastane		Kamu Hastanesi	
	N	%	N	%
İlköğretim	4	2,7	3	0,7
Sağlık Meslek Lisesi	44	29,3	57	12,7
Ön Lisans	25	16,7	84	18,7
Lisans	46	30,7	262	58,2
Lisansüstü	26	17,3	38	8,4
Diğer Liseler	5	3,3	6	1,3
Toplam	150	100,0	450	100,0

Araştırmaya katılan özel hastane çalışanlarının öğrenim durumu dağılımlarında %2,7'sinin ilköğretim, %29,3'ünün sağlık meslek lisesi, %16,7'sinin ön lisans, %30,7'sinin lisans, %17,3'ünün lisansüstü ve %3,3'ünün ise diğer liselerden mezun olduğu tespit edilmiştir.

Kamu hastanesi çalışanlarının ise %0,7'sinin ilköğretim, %12,7'sinin sağlık meslek lisesi, %18,7'sinin ön lisans, %58,2'sinin lisans, %8,4'ünün lisansüstü %1,3'ünün ise diğer liselerden mezun olduğu tespit edilmiştir.

Çizelge 4. 7. Özel hastane ve kamu hastanesi çalışanlarının meslek dağılımları

Mesleğiniz	Özel Hastane		Kamu Hastanesi	
	N	%	N	%
Doktor	35	23,3	171	38,0
Hemşire	70	47,2	194	43,1
Sağlık Teknisyeni	33	22,1	42	9,3
İdari Çalışan	12	7,4	20	4,5
Sağlık Memuru	0	0	23	5,1
Toplam	150	100,0	450	100,0

Araştırmaya katılan özel hastane çalışanlarının meslek dağılımları incelendiğinde %23,3' ünün doktor, %47,2' sinin hemşire, %22,1' inin sağlık teknisyeni, %7,4' ünün idari çalışan olduğu tespit edilmiştir.

Kamu hastanesi çalışanlarının ise %38' inin doktor, %43,1'inin hemşire, %9,3' ünün sağlık teknisyeni, %4,5' inin idari çalışan, %5,1'inin sağlık memuru olduğu tespit edilmiştir.

Çizelge 4. 8. Özel hastane ve kamu hastanesi çalışanlarının mesleki deneyim dağılımları

Mesleki Deneyim	Özel Hastane		Kamu Hastanesi	
	N	%	N	%
0-5 yıl	62	41,3	108	24,0
6-10 yıl	45	30,0	202	44,9
11-15 yıl	15	10,0	42	9,3
16-20 yıl	21	14,0	30	6,7
21 yıl ve üzeri	7	4,7	68	15,1
Toplam	150	100,0	450	100,0

Araştırmaya katılan özel hastane çalışanlarının mesleki deneyim süresine göre dağılımları incelendiğinde %41,3' ünün 0-5 yıl, %30' unun 6-10 yıl, %10' unun 11-15 yıl, %14' ünün 16-20 yıl ve %4,7' sinin ise 21 yıl ve üzeri mesleki deneyime sahip olduğu tespit edilmiştir.

Kamu hastanesi çalışanlarının ise , %24' ünün 0-5 yıl, %44,9' unun 6-10 yıl, %9,3' ünün 11-15 yıl, %6,7' sinin 16-20 yıl ve %15,1'inin ise 21 yıl ve üzeri mesleki deneyime sahip olduğu tespit edilmiştir.

Çizelge 4. 9. Özel hastane ve kamu hastanesi çalışanlarının haftalık ortalama çalışma saatine göre dağılımları

Haftalık Ortalama Çalışma Saatiniz	Özel Hastane		Kamu Hastanesi	
	N	%	N	%
0-35 saat	4	2,6	19	4,2
36-40 saat	25	16,6	132	29,3
45 saat ve üzeri	121	80,6	299	66,4
Toplam	150	100,0	450	100,0

Araştırmaya katılan özel hastane çalışanlarının haftalık ortalama çalışma saatine göre dağılımları incelendiğinde, %2,6' sının 0-35 saat, %16,6' sının 36-40 saat, %80,6' sının ise 41 saat ve üzerinde çalıştığı tespit edilmiştir.

Kamu hastanesi çalışanlarının ise; %4,2' sinin 0-35 saat, %29,3' ünün 36-40 saat, %66,4' ünün ise 41 saat ve üzerinde çalıştığı tespit edilmiştir.

Çizelge 4. 10. Özel hastane ve kamu hastanesi çalışanlarının günlük bakım/televi verdikleri hasta sayısına göre dağılımları

Günlük Bakım Verilen/ Tedavisinde Bulunulan Ortalama Hasta Sayısı	Özel Hastane		Kamu Hastanesi	
	N	%	N	%
0-25 hasta	72	48,0	60	13,3
26-35 hasta	12	8,0	79	17,5
36-45 hasta	22	14,7	45	10
46-60 hasta	8	5,3	31	6,8
61 ve üzeri hasta	36	24,0	235	52,2
Toplam	150	100,0	450	100,0

Araştırmaya katılan özel hastane çalışanlarının günlük bakım/televi verdikleri hasta sayısı incelendiğinde, %48' inin 0-25 hasta, %8' inin 26-35 hasta %14,7' sinin 36-45 hasta, %5,3' ünün 46-60 hasta ve %24' ünün ise 61 ve üzeri hasta ile ilgilendiği tespit edilmiştir.

Kamu hastanesi çalışanlarının ise; %13,3' ünün 0-25 hasta, %17,5' inin 26-35 hasta, %10' unun 36-45 hasta, %6,8' inin 46-60 hasta, %52,2' sinin ise 61 ve üzeri hasta ile ilgilendiği tespit edilmiştir.

4.3. Sağlık İşletmelerinde Hasta ve Çalışan Güvenliği Kültürü Ölçeğine Yönelik Elde Edilen Betimsel İstatistikler

Araştırmanın bu bölümünde “Sağlık İşletmelerinde Hasta ve Çalışan Güvenliği Kültürü Ölçeği” ifadelerine ilişkin betimsel istatistiklere yer verilmiştir. Bu kapsamda çalışanların cevaplarından elde edilen veriler analiz edilerek çizelgeler ile gösterilmiştir. Bazı ifadeler için katılımcı sayıları ve yüzde dağılımlarına yer verilirken, bazı ifadeler için de bunların yanında ortalama ve standart sapma değerleri de gösterilmiştir.

Çizelge 4. 11. Tıbbi hataların meydana gelme sebepleri hakkında katılımcı görüşlerinin dağılımı

Tıbbi hataların meydana gelme sebepleri neler olabilir?	Özel Hastane		Kamu Hastanesi	
	N	%	N	%
Hemşirelerin sayı olarak yetersiz olması	111	74	339	75,3
Uzun çalışma saatleri nedeniyle yorgunluk ve stres	131	87,4	405	90,0
İletişim bozuklukları	91	60,7	271	60,2
Ekip çalışmasının olmaması	77	51,3	200	44,4
Sağlık hizmetlerinin karmaşık bir yapıda olması	65	43,3	175	38,9
Doktorların hastalara yeterince vakit ayırmaması	76	50,7	225	50
Mesleki eğitiminin yetersiz olması	69	46,0	152	33,8
Doktorların el yazılarının okunaklı olmaması	28	18,7	68	15,1
Diğer	5	3,3	36	8,0

Araştırmaya göre tıbbi hataların meydana gelme sebepleri incelendiğinde, özel hastane çalışanlarının en yüksek oranda verdikleri cevaplara göre sırasıyla %87,4 uzun çalışma saatleri, %74 hemşirelerin sayı olarak yetersiz olması, %60,7 oranında ise iletişim bozukluklarından kaynaklandığını belirttikleri tespit edilmiştir.

Kamu hastanesi çalışanlarının en yüksek oranda verdikleri cevapların ise; %90 uzun çalışma saatleri nedeniyle yoğunluk ve stres, %75,3 hemşirelerin sayısının yetersiz olması, %60,2 oranında ise iletişim bozukluklarından kaynaklandığını belirttikleri tespit edilmiştir.

Çizelge 4. 12. Tıbbi hata durumunda gösterilmesi gereken tutum hakkında katılımcı görüşlerinin dağılımı

Tıbbi hata durumunda tutum ne olmalıdır?	Özel Hastane		Kamu Hastanesi	
	N	%	N	%
Sağlık çalışanları yapılan hataları hastaya açıklamalıdır.	119	79,3	369	82
Hata yapıldığında hastadan özür dilenmelidir.	88	58,7	180	40,0
Hataya uğrayanlar sağlık çalışanlarını dava etmelidir.	49	32,7	55	12,2
Diğer	13	8,3	17	4,6
Toplam	150	100,0	450	100,0

Katılımcılara tıbbi hata durumlarında tutumun ne olması gerektiği sorulduğunda özel hastane çalışanlarının %79,3 oranında sağlık çalışanları yapılan hataları hastaya açıklamalıdır, %58,7 oranında hata yapıldığında hastadan özür dilenmelidir, %32,7 oranında ise hataya uğrayanlar sağlık çalışanlarını dava etmelidir şeklinde cevap verdiği tespit edilmiştir.

Kamu hastanesi çalışanlarının ise; %82 oranında sağlık çalışanları yapılan hataları hastaya açıklamalıdır, %40 oranında hata yapıldığında hastadan özür dilenmelidir, %12,2 oranında ise hataya uğrayanlar sağlık çalışanlarını dava etmelidir şeklinde cevap verdiği tespit edilmiştir.

Çizelge 4. 13. Yapılan hatalardan sorumlu tutulması gereken kişi hakkında katılımcı görüşlerinin değerlendirilmesi

Sizce yapılan hatalardan kim sorumlu tutulmalıdır?	Özel Hastane		Kamu Hastanesi	
	N	%	N	%
Hatayı Yapan kişiler	111	62,5	102	22,7
Hatanın Yaşandığı Kurumlar	39	24,0	67	14,9
Her ikisi de	13	13,5	281	62,4
Toplam	150	100,0	450	100,0

Katılımcılara yapılan hatalardan kimin sorumlu tutulması gerektiği sorulduğunda özel hastane çalışanlarının %62,5' inin hatayı yapan kişiler, %24' ünün hatanın yaşandığı kurumlar, %13,5' inin her ikisi de cevabını verdiği tespit edilmiştir.

Kamu hastanesi çalışanlarının ise; %22,7'sinin hatayı yapan kişiler, %14,9' unun hatanın yaşandığı kurumlar, %62,4'ünün ise her ikisi de cevabını verdiği tespit edilmiştir.

Çizelge 4. 14. Tıbbi hataların önlenmesinde hastaların sorumluluğu hakkında katılımcı görüşlerinin değerlendirilmesi

Tıbbi hataları önlemede hastaların da sorumluluğu var mıdır?	Özel Hastane		Kamu Hastanesi	
	N	%	N	%
Evet	49	32,7	229	50,9
Hayır	26	17,3	34	7,6
Kısmen	75	50,0	187	41,5
Toplam	150	100,0	450	100,0

Araştırmaya katılan özel hastane çalışanlarının %32,7'sinin tıbbi hataların önlenmesinde hastaların sorumluluğu olduğunu düşünürken, %50' sinin kısmen, %17,3'ünün ise hayır cevabı verdiği tespit edilmiştir.

Kamu hastanesi çalışanlarının ise; %50,9' unun tıbbi hataları önlemede hastaların sorumluluğu olduğunu düşünürken, %41,5' inin kısmen, %7,6' sının ise hayır cevabı verdiği tespit edilmiştir.

Çizelge 4. 15.Hastaların kendilerini tıbbi hatalardan koruyabilmesi konusunda katılımcı görüşlerinin değerlendirilmesi.

Sizce hastaların tıbbi hatalardan kendilerini koruyabilme payı nedir?	Özel Hastane		Kamu Hastanesi	
	N	%	N	%
Büyük Oranda Koruyabilir	74	49,3	64	14,2
Biraz Koruyabilir	7	4,7	300	66,7
Koruyamaz	69	46,0	86	19,1
Toplam	150	100,0	450	100,0

Araştırmaya katılan özel hastane çalışanlarının %49,3' ünün hastalar tıbbi hatalardan kendilerini büyük oranda koruyabilir, %4,7' sinin biraz koruyabilir ve %46' sının koruyamaz şeklinde cevap verdikleri tespit edilmiştir.

Kamu hastanesi çalışanlarının ise; hastaların tıbbi hatalardan kendilerini koruyabilme payları hakkında %14,2' sinin büyük oranda koruyabilir, %66,7' sinin biraz koruyabilir, %19,1' inin ise koruyamaz şeklinde cevap verdikleri tespit edilmiştir.

Çizelge 4. 16. Tıbbi hatalar konusunda duyum alma hakkında katılımcı görüşlerinin değerlendirilmesi.

Tıbbi hatalar konusunda ne sıklıkla duyum alıyorsunuz?	Özel Hastane		Kamu Hastanesi	
	N	%	N	%
Hiç Duymadım	17	11,3	18	4,1
Nadiren	101	66,5	164	36,4
Ara Sıra	19	12,7	212	47,1
Çok Sık	13	9,5	56	12,4
Toplam	150	100,0	450	100,0

Araştırmaya katılanlara tıbbi hatalar konusunda ne sıklıkla duyum aldıkları sorulduğunda, özel hastane çalışanlarının %11,3'ünün hiç duymadım, %66,5'inin nadiren %12,7'sinin ara sıra, %9,5'inin de çok sık olarak cevap verdikleri tespit edilmiştir.

Kamu hastanesi çalışanlarının ise; %4,1'inin hiç duymadım, %36,4'ünün nadiren, %47,1'inin ara sıra, %12,4'ünün ise çok sık şeklinde cevap verdikleri tespit edilmiştir.

Çizelge 4. 17. Tıbbi hata yapmaktan korunmak için gerekli olan bilgi ve farkındalık hakkında katılımcı görüşlerinin değerlendirilmesi

Tıbbi hatalar konusunda kendi bilgi ve farkındalığınıza ne kadar güvenirsiniz?	Özel Hastane		Kamu Hastanesi	
	N	%	N	%
Çok güvenirim	20	13,3	230	51,1
Biraz Güvenirim	48	32,0	205	45,6
Güvenmem	82	54,7	15	3,3
Toplam	150	100,0	450	100,0

Araştırmaya katılanların tıbbi hata yapmaktan korunmak için kendi bilgi ve farkındalıklarına ne kadar güvendikleri soruna özel hastane çalışanlarının %13,3'ünün çok güvenirim, %32'sinin biraz güvenirim, %54,7'sinin güvenmem şeklinde cevap verdikleri tespit edilmiştir.

Kamu hastanesi çalışanlarının ise; %51,1'inin çok güvenirim, %45,6'sinin biraz güvenirim, %3,3'ünün ise güvenmem şeklinde cevap verdikleri tespit edilmiştir.

Çizelge 4. 18. Son 12 ayda hasta ve çalışan güvenliği ile ilgili yapılan olay bildirimleri hakkında katılımcı görüşlerinin değerlendirilmesi

Son 12 ayda kaç kez hasta ve çalışan güvenliği ile ilgili olay raporu yazıp idarecilerinize verdiniz?	Özel Hastane		Kamu Hastanesi	
	N	%	N	%
Hiç	127	84,7	292	64,7
1	23	16,3	95	21,0
2	0	0	51	12,3
3	0	0	9	2,0
4 ve daha fazla	0	0	0	0
Toplam	150	100,0	450	100,0

Araştırmaya katılanlara, son 12 ayda kaç kez hasta ve çalışan güvenliği ile ilgili olay raporu yazıp idarecilerine verdikleri sorulmuştur. Özel hastane çalışanlarının %84,7'sinin hiç rapor yazmadığı, %16,3'ünün ise 1 adet rapor yazdığı tespit edilmiştir.

Kamu kamu hastanesi çalışanlarının ise; %64,8'inin hiç rapor yazmadığı, %21'inin 1 adet rapor, %12,3'ünün 2 adet rapor, %2'sinin 3 adet rapor yazdığı tespit edilmiştir.

Çizelge 4. 19. Çalışılan bölümdeki hasta güvenliği uygulamaları hakkında katılımcı görüşlerinin değerlendirilmesi

Çalıştığınız bölümde aşağıdaki uygulamalar ne ölçüde yapılabilir?	Özel Hastane		Kamu Hastanesi	
	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS
Hastaya yapılan tüm uygulamalar hakkında açıklayıcı bilgi verilmesi	2,55	1,156	2,68	,874
Taburcu olacak hastaya eğitim verilmesi	2,39	,836	2,40	,558
Hastanın ilaç ve diğer alerjilerinin ilgili kişilere bildirilmesi, dikkat çekecek şekilde kaydedilmesi	2,49	,621	2,21	,454
Yapılan uygulamalarda asepsi ve sterilizasyon koşullarına uyulması	2,35	,592	2,22	,412
Kan ve kan ürünlerinin yazılı prosedürlere uygun verilmesi	2,26	,470	2,09	,305
Hastanın düşme ve yaralanması konusunda önlemlerin alınması	2,21	,547	2,17	,391
Hasta transferlerinin hemşire refakatinde yapılması	2,21	,526	2,78	,869
Yapılan tüm uygulamaların kaydedilmesi	2,59	,744	2,31	,509
Sözel direktif alma/verme kriterlerinin yazılı olarak belirlenmesi	2,25	,463	2,32	,541
Tıbbi cihazların kalibrasyonunun düzenli aralıklarla yapılması	2,28	,479	2,29	,530
Kesici ve delici maddelerin uygun şekilde toplanması	2,39	,601	2,22	,534

Çizelge 4.19. (devam) Çalışılan bölümdeki hasta güvenliği uygulamaları hakkında katılımcı görüşlerinin değerlendirilmesi

Çalıştığınız bölümde aşağıdaki uygulamalar ne ölçüde yapılabilir?	Özel Hastane		Kamu Hastanesi	
	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS
Hasta ameliyata girmeden önce girişimde bulunulacak operasyon bölgesinin tespiti için hasta dosyasına bakılması	2,19	,439	2,22	,433
Radyasyon güvenliği sağlamaya yönelik gerekli tedbirlerin alınması	2,11	,310	2,45	,585
Hasta tabelası ve orderları doktorlar tarafından okunaklı ve anlaşılabilir şekilde yazılması	2,30	,565	2,47	,612

Çalışanların görev yaptıkları birimdeki hasta güvenliği uygulamalarına yönelik görüşlerinin ortalama ve standart sapma değerlerine göre; özel hastanede en yüksek düzeyli katılımın ($\bar{x}=2,59$) "Yapılan tüm uygulamaların kaydedilmesi" ifadesi olduğu, en düşük düzeyli katılımın ($\bar{x}=2,11$) "Radyasyon güvenliğini sağlamaya yönelik gerekli tedbirlerin alınması" ifadesi olduğu tespit edilmiştir.

Kamu hastanesinde ise en yüksek düzeyli katılımın ($\bar{x}=2,78$) "Hasta transferlerinin hemşire refakatinde yapılması" ifadesi olduğu, en düşük düzeyli katılımın ($\bar{x}= 2,09$) "Kan ve kan ürünlerinin yazılı prosedürlere uygun verilmesi" ifadesi olduğu tespit edilmiştir.

Çizelge 4. 20. Çalışılan birimle ilgili katılımcı görüşlerinin değerlendirilmesi

Çalışma biriminizle ilgili olarak aşağıda belirtilen konuları değerlendiriniz.	Özel Hastane Hastanesi		Kamu	
	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS
Burada daha ciddi hataların oluşmaması tesadüfe bağlı değildir.	4,20	1,215	3,53	1,272
Hasta güvenliğini geliştirmek için değişiklikler yaptıktan sonra bunların etkinliğini değerlendiririz.	3,36	1,411	3,70	1,171
Yapılacak çok iş olduğunda ve çok çabuk yapmak gerektiğinde "kriz modunda" çalışırız.	3,77	1,171	3,55	1,208
Hasta güvenliği, daha fazla iş yapmaktan daha öncelikli bir ilkedir.	3,83	1,191	3,93	1,218
Çalışanlar yaptıkları hataların kişisel dosyalarında muhafaza edildiğinden endişe duymazlar	2,53	,672	3,16	1,169
Bu bölümde hasta güvenliği ile ilgili problemler yoktur.	2,78	1,203	3,29	1,265
Uyguladığımız prosedürler ve sistemler hata oluşmasını önlemede başarılıdır.	3,07	1,246	3,54	1,114

Çalışanların görev yaptıkları birimle ilgili görüşlerinin ortalama ve standart sapma değerlerine göre; özel hastane en yüksek düzeyli katılımın ($\bar{x}=4,20$) “Burada daha ciddi hataların oluşmaması tesadüfe bağlı değildir” ifadesi olduğu, en düşük düzeyli katılımın ise ($\bar{x}=1,53$) “Çalışanlar yaptıkları hataların kişisel dosyalarında muhafaza edildiğinden endişe duymazlar” ifadesi olduğu tespit edilmiştir.

Kamu hastanesinde ise en yüksek düzeyli katılımın ($\bar{x}=3,93$) “Hasta güvenliği daha fazla iş yapmaktan daha öncelikli bir ilkedir” ifadesi olduğu, en düşük düzeyli katılımın ($\bar{x}=3,16$) “Çalışanlar yaptıkları hataların kişisel dosyalarında muhafaza edildiğinden endişe duymazlar” ifadesi olduğu tespit edilmiştir.

Çizelge 4. 21. Bağlı oldukları yöneticilerle ilgili katılımcı görüşlerinin değerlendirilmesi

Yönetici/süpervizör veya doğrudan bağlı olduğunuz kişiler ile ilgili aşağıdaki konulara katılma derecenizi belirtiniz.	Özel hastane Hastanesi		Kamu	
	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS
Yöneticilerimiz, oluşturulmuş hasta güvenliği prosedürlerine göre yapılmış bir işi gördüğünde takdir eder.	3,56	1,223	2,70	1,103
Yöneticilerimiz, hasta güvenliğini geliştirmek için çalışanların önerilerini ciddiye alır.	2,97	1,343	3,00	1,183
Yöneticilerimiz, kalite kaybı olsa bile bizim daha hızlı çalışmamızı ister.	3,22	1,305	2,96	1,415
Yöneticilerimiz tekrar tekrar tekrar oluşan hasta güvenliği problemlerini görmezden gelmezler	3,06	1,532	3,00	1,267

Çalışanların bağlı oldukları yöneticilerle ilgili görüşlerinin ortalama ve standart sapma değerleri bakıldığında, bu ifadelerden özel hastanede en yüksek düzeyli katılım ($\bar{x}=3,56$) “Yöneticilerimiz, oluşturulmuş hasta güvenliği prosedürlerine göre yapılmış bir işi gördüğünde takdir eder” ifadesi olduğu tespit edilmiştir. En düşük düzeyli katılım ($\bar{x}=2,97$) “Yöneticilerimiz, hasta güvenliğini geliştirmek için çalışanların önerilerini ciddiye alır” ifadesi olduğu tespit edilmiştir.

Kamu hastanesinde ise en yüksek düzeyli katılımın ($\bar{x}=3,00$) “Yöneticilerimiz tekrar tekrar oluşan hasta güvenliği problemlerini görmezden gelmezler” ifadesi olduğu, en düşük düzeyli katılımın ise ($\bar{x}=2,70$) “Yöneticilerimiz, oluşturulmuş hasta güvenliği prosedürlerine göre yapılmış bir işi gördüğünde takdir eder” ifadesi olduğu tespit edilmiştir.

Çizelge 4. 22. Bölümleriyle ilgili ifadeler hakkında katılımcı görüşlerinin değerlendirilmesi

Bölümünüzde aşağıdakiler ne sıklıkta oluyor?	Özel hastane		Kamu Hastanesi	
	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS
Raporlanan olaylara dayandırılarak yapılan değişiklikler hakkında bilgilendiriliriz.	3,10	1,437	3,49	1,131
Çalışanlar, hasta bakımını olumsuz etkileyebilen bir şey gördüklerinde bunu serbestçe dile getirebilir.	3,23	1,255	3,62	1,046
Bu birimde oluşan hatalar hakkında bilgilendiriliriz.	3,51	1,079	3,70	1,107
Çalışanlar, yöneticilerinin karar ve eylemlerini sorgulamakta kendilerini özgür hisseder.	3,75	1,148	2,76	1,213
Bu birimde biz, hataların tekrar oluşmasını engelleyecek yöntemleri tartışırız.	3,20	1,326	3,24	1,117
Çalışanlar, bir şey yanlış gözüktüğünde soru sormaktan korkmazlar.	3,84	1,243	3,02	1,066

Çalışanların bölümleriyle ilgili ifadelere yönelik görüşlerinin ortalama ve standart sapma değerleri incelendiğinde, bu ifadelerden özel hastanede en yüksek düzeyli katılımın ($\bar{x}=3,84$) “Çalışanlar bir şey yanlış gözüktüğünde soru sormaktan korkmazlar” ifadesi olduğu, en düşük düzeyli katılımın ise ($\bar{x}=3,10$) “Raporlanan olaylara dayandırılarak yapılan değişiklikler hakkında bilgilendiriliriz” ifadesi olduğu tespit edilmiştir.

Kamu hastanesinde ise en yüksek düzeyli katılımın ($\bar{x}=3,70$) “Bu birimde oluşan hatalar hakkında bilgilendiriliriz” ifadesi olduğu, en düşük düzeyli katılımın ise ($\bar{x}=2,76$) “Çalışanlar yöneticilerinin karar ve eylemlerini sorgulamakta kendilerini özgür hissederler” ifadesi olduğu tespit edilmiştir.

Çizelge 4. 23. Olayların raporlanma sıklığı hakkında katılımcı görüşlerinin değerlendirilmesi

Biriminizde aşağıdaki hatalar olduğunda ne sıklıkla rapor ediliyor?	Özel Hastane Hastanesi		Kamu	
	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS
Bir hata yapıldığında ancak hastayı etkilemeden fark edilip düzeltildiğinde ne sıklıkla rapor ediliyor?	2,65	1,191	2,98	1,237
Bir hata yapıldığında ancak hastaya zarar verme potansiyeli olmadığında ne sıklıkla rapor ediliyor?	2,91	1,333	2,90	1,226
Hastaya zarar verebilme olasılığı olan ancak zarar vermeyen bir hata yapıldığında ne sıklıkla rapor ediliyor?	2,70	1,294	2,99	1,158

Olayların raporlanma sıklığı hakkında katılımcı görüşlerinin ortalama ve standart sapma değerleri incelendiğinde, özel hastanede ortalama değerlerin ($\bar{x}=2,65-2,91$) puan aralığında

yer aldığı, kamu hastanesi için ise ($\bar{x}=2,90 - 2,99$) puan aralığında yer aldığı tespit edilmiştir. Yani her iki hastane türü için de katılımcıların genel olarak ifadelerde “bazen” seçeneğini işaretledikleri görülmektedir.

Çizelge 4. 24. Hastanenin hasta güvenliği çalışmaları hakkında katılımcı görüşlerinin değerlendirilmesi

Hastanemiz ile ilgili olarak aşağıda belirtilen konulara katılma derecenizi belirtiniz.	Özel Hastane		Kamu Hastanesi	
	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS
Hastane yönetimi hasta güvenliğini artıran bir çalışma atmosferi sağlamaktadır.	2,98	1,120	3,14	1,052
Hastane üniteleri birbirleriyle uyum içinde çalışır.	3,07	1,182	3,39	1,029
Yönetimin faaliyetleri, hasta güvenliğinin üst düzey bir öncelik olduğunu gösteriyor.	3,42	1,018	3,20	1,069
Yönetim, sadece istenmeyen olay olduğunda değil her zaman hasta güvenliği ile ilgilidir.	3,40	1,123	3,31	1,085
Hastalar için en iyi bakımı sağlama amacıyla birimler birlikte iyi çalışır.	3,37	1,126	3,40	1,034
Bu hastanede nöbet değişimleri hastalar açısından problemlidir.	3,48	,888	3,62	1,055
Hasta güvenliği konusunda çalıştığım birim yeterlidir.	3,63	1,065	3,45	1,188

Katılımcıların hastanelerindeki hasta güvenliği çalışmaları hakkında görüşlerinin ortalama ve standart sapma değerleri incelendiğinde, özel hastanede en yüksek düzeyli katılımın ($\bar{x}=3,63$) “Hasta güvenliği konusunda çalıştığım birim yeterlidir” ifadesi olduğu, en düşük düzeyli katılımın ise ($\bar{x}=2,98$) “Hastane yönetimi hasta güvenliğini artıran bir çalışma atmosferi sağlamaktadır” ifadesi olduğu tespit edilmiştir.

Kamu hastanesinde ise en yüksek düzeyli katılımın ($\bar{x}=3,62$) “Bu hastanede nöbet değişimi hastalar açısından problemlidir” ifadesi olduğu, en düşük düzeyli katılımın ise ($\bar{x}=3,14$) “Hastane yönetimi hasta güvenliğini artıran bir çalışma atmosferi sağlamaktadır” ifadesi olduğu tespit edilmiştir.

Çizelge 4. 25. Çalışılan birimle ilgili çalışan güvenliği faaliyetleri hakkında katılımcı görüşlerinin değerlendirilmesi

Çalışma biriminizle ilgili olarak aşağıda belirtilen konuları değerlendiriniz.	Özel Hastane		Kamu Hastanesi	
	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS
Bu işyerinde, işçilerin sağlık ve güvenliği çok iyi yönetilen büyük bir önceliktir.	3,41	1,118	2,80	1,053
Görevlerimi yerine getirirken genellikle güvenlik önlemleri almaya ayıracağım zamanım olur.	3,11	1,148	2,79	1,072
İşverenim uygun kişisel koruma ekipmanını hazır eder.	3,35	1,136	3,28	1,092
İşyerinde kaza ve vakaların riskini nasıl azaltacağımı biliyorum.	3,67	1,096	3,32	1,209
Departmanımda ya da birimimde çalışanlar sık sık tehlikeli ve riskli durumlara maruz kalmazlar.	3,84	1,112	3,07	1,039
Güvenlik ekipmanlarını nasıl kullanacağımı ve standart iş prosedürlerini biliyorum.	3,24	1,121	3,50	1,121
Güvenli olmayan çalışma şartları makul bir zaman içinde düzeltilir.	3,93	,946	3,14	1,148
Mevcut işverenimden işimdeki sağlık ve güvenlik tehlikelerini anlamaya yönelik yeterince eğitildim.	3,30	1,085	3,36	1,103
İşimi nasıl etkileyeceğinden endişe duymadan yaralanmaları müdüre bildirebilirim.	3,50	1,116	2,96	1,291
Tıbbi cihazların kalibrasyonunun düzenli aralıklarla yapılması	3,41	1,327	3,26	1,194

Çalışanların görev yaptıkları birimdeki çalışan güvenliği uygulamaları hakkında görüşlerinin ortalama ve standart sapma değerleri incelendiğinde, bu ifadelerden özel hastanede en yüksek düzeyli katılımın ($\bar{x}=3,93$) “Güvenli olmayan çalışma şartları makul bir zaman içinde düzeltilir” ifadesi olduğu, en düşük düzeyli katılımın ise ($\bar{x}=3,11$) “Görevlerimi yerine getirirken genellikle güvenlik önlemleri almaya ayıracağım zamanım olur” ifadesi olduğu tespit edilmiştir.

Kamu hastanesinde ise en yüksek düzeyli katılımın ($\bar{x}=3,50$). “Güvenlik ekipmanlarını nasıl kullanacağımı ve standart iş prosedürlerini biliyorum” ifadesi olduğu, en düşük düzeyli katılımın ($\bar{x}=2,79$) “Görevlerimi yerine getirirken genellikle güvenlik önlemleri almaya ayıracağım zamanım olur” ifadesi olduğu tespit edilmiştir.

Çizelge 4. 26. Çalışılan bölümün risk seviyesi hakkında katılımcı görüşlerinin değerlendirilmesi

Sağlık ve güvenlik tehlikelerinin çalıştığınız bölüm açısından risk seviyesini	Özel Hastane		Kamu Hastanesi	
	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS
Genel kimyasal maddeler (asitler, aşındırıcılar, çözeltiler)	3,52	1,235	3,29	1,183
Anestezik gazlar	3,27	1,269	2,79	1,251
Zararlı ilaçlar (anti-neo-plastik ajanlar)	2,52	1,432	3,18	1,282
Yüksek seviye dezenfektanlar (glutaral dehyde)	3,03	1,402	3,14	1,091
Sterilleştiriciler (etilen oksit, hidrojen peroksit)	3,27	1,263	2,80	1,195
İyonlaşan radyasyon (röntgen ışınlar, hidrojen peroksit)	2,71	1,421	2,83	1,380
Makine güvenlik riskleri (hareketli parçalara maruz kalma vb.)	2,93	1,450	2,71	1,298
Lazer dumanı ve elektro cerrahi aletleri	2,29	1,283	2,42	1,361
Bulaşıcı hastalık ajanları (tüberküloz)	2,54	1,560	3,88	1,161
Kan kaynaklı patojenler (HIV ve hepatit)	3,95	1,351	4,26	,874
Lateks alerjanlar (eldivenler)	3,91	1,287	3,62	1,258
Diğer	3,40	1,524	,00	,000

Katılımcıların çalıştıkları bölümün risk seviyesi hakkındaki görüşlerinin ortalama ve standart sapma değerleri incelendiğinde, özel hastanede en yüksek düzeyli katılımın ($\bar{x}=3,95$) “Kan kaynaklı patojenler (HIV ve hepatit)” ifadesi olduğu, en düşük düzeyli katılımın ise ($\bar{x}=2,29$) “Lazer dumanı ve elektro cerrahi aletleri” ifadesi olduğu tespit edilmiştir.

Kamu hastanesinde ise en yüksek düzeyli katılımın ($\bar{x}=4,26$) “Kan kaynaklı patojenler (HIV ve hepatit)” ifadesi olduğu, en düşük düzeyli katılımın ($\bar{x}=2,42$) “Lazer dumanı ve elektro cerrahi aletleri” ifadesi olduğu tespit edilmiştir.

Çizelge 4. 27. Çalışma biriminde gerçekleşen bazı durumlarla ilgili katılımcı görüşlerinin incelenmesi

Çalışma biriminizle ilgili olarak aşağıda belirtilen konuları değerlendiriniz.	Özel Hastane		Kamu Hastanesi	
	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS
Bu işyerinde işinizi yaparken iğne ,IV insertion ya da file botomi yapıyor musunuz?	2,30	1,299	2,39	1,431
Bu işyerinizdeki işinizde, gözle görülür bir şekilde kan, idrar, gaita ya da kusmuk bulaşmış yatak örtüsü, elbise, çarşaf ya da diğer malzemeleri elinize alıyor musunuz?	1,81	,775	1,76	,747
Bu işyerinde, gözle görülür bir şekilde kan, idrar, gaita ya da kusmuk bulaşmış yatak örtüsü, elbise, çarşaf ya da diğer malzemeleri ele alırken izlemeniz gereken evrensel önlemleri takip etme konusunda eğitim aldınız mı?	1,90	,801	1,71	,737
Son 7 takvim günü içerisinde gözle görülür bir şekilde kan, idrar, gaita ya da kusmuk bulaşmış yatak örtüsü, elbise, çarşaf ya da diğer malzemeleri elinize alırken her zaman kişisel korunma ekipmanı giydiniz mi?	1,68	,805	1,55	,686
İşteyken fiziksel ve ya sözlü şiddete maruz kaldınız mı?	1,62	,748	3,27	,895
Başka birisinin iş yerinde fiziksel ve ya sözlü şiddete maruz kaldığına şahit oldunuz mu?	1,77	,725	1,79	,576
Bu işyerinde işverene hiç şiddet vakası bildirdiniz mi?	1,81	,631	1,65	,654
Çalışırken sık sık ağır yükler (insanlar ya da nesnelere) hareket ettirmek ya da kaldırmak zorunda kalırım.	1,93	,739	1,97	,749
İşim hızlı ve sürekli fiziksel etkinlik gerektirir.	1,53	,757	1,69	,826
Sıklıkla fiziksel olarak sıkıntılı pozisyonlarda uzun süre çalışmam gerekir.	1,85	,903	1,77	,873
İşimi yapmak için sıklıkla eğilmek veya diz çökmek gerekir.	1,63	,814	1,57	,701
Geçen 1 yıl içerisinde bu iş verinizden tıbbi bir değerlendirme aldınız mı (bu tür bir değerlendirme tıbbi bir anket fiziksel muayene, kan ve/veya idrar testleri içerir)?	1,67	,855	1,73	,742

Katılımcıların çalışma biriminde gerçekleşen durumlarla ilgili görüşlerinin ortalama ve standart sapma değerleri görülmektedir. Bu ifadelerden özel hastanede en fazla evet cevabı verilen katılımın ($\bar{x}=2,30$) “Bu işyerinde işinizi yaparken iğne, IV insertion ya da file botomi yapıyor musunuz?” ifadesi olduğu, en fazla hayır cevabı verilen katılımın ise ($\bar{x}=1,53$) “İşim hızlı ve sürekli fiziksel etkinlik gerektirir” ifadesi olduğu tespit edilmiştir.

Kamu hastanesinde ise en fazla evet cevabı verilen katılımın ($\bar{x}=3,27$) “İşteyken fiziksel ve ya sözlü şiddete maruz kaldınız mı?” ifadesi olduğu, en fazla hayır cevabı verilen katılımın ise ($\bar{x}=1,55$) “Son 7 takvim günü içerisinde gözle görülür bir şekilde kan, idrar, gaita ya da kusmuk bulaşmış yatak örtüsü, elbise, çarşaf ya da diğer malzemeleri elinize alırken her zaman kişisel korunma ekipmanı giydiniz mi?” ifadesi olduğu tespit edilmiştir.

Çizelge 4. 28. Kişisel koruyucu donanım kullanmama nedenleri hakkında katılımcı görüşlerinin değerlendirilmesi

Kişisel koruyucu donanım kullanmama nedeniniz nedir?	Özel Hastane		Kamu Hastanesi	
	N	%	N	%
Risklere maruz kalma potansiyeli çok az	53	35,3	228	50,7
Maruz kalmam olası fakat sağlık riski çok az	72	48	187	41,6
İşveren gerek duymuyor	14	9,3	99	22
İşveren bunları sağlamıyor	26	17,3	31	6,9
Çok zaman alıcı	37	24,7	79	17,6
Kullanması çok sıkıntılı veya zor	28	18,7	78	17,3
Çok rahatsız edici	42	28,0	97	21,6
Hastalar kullanmayı kabul etmeye hazır değil	19	12,7	152	33,8
İş alanında hazır halde veya her zaman bulunmuyor	41	27,3	238	52,9
Alet mevcut değil	8	5,3	15	3,3
Diğer	4	2,7	54	12,0

Katılımcıların kişisel koruyucu donanım kullanmama nedenleri hakkında görüşlerinin yüzdelerle değerlendirildiği, özel hastanede en yüksek düzeyli katılım (%48) “Maruz kalmam olası fakat sağlık riski çok az” ifadesi iken, en düşük düzeyli katılımın (%5,3’ü) “Alet mevcut değil” ifadesi olduğu tespit edilmiştir.

Kamu hastanesinde ise en yüksek düzeyli katılım (%50,7) “Risklere maruz kalma potansiyeli az” ifadesi iken, en düşük düzeyli katılımın(%3,3) “Alet mevcut değil” ifadesi olduğu tespit edilmiştir.

Çizelge 4. 29. Kesici-delici alet yaralanması sayısı hakkında katılımcı görüşlerinin değerlendirilmesi

		Özel Hastane		Kamu Hastanesi	
		N	%	N	%
Son 12 ay içinde, bu iş yerinde çalışırken kaç tane iğne ya da diğer kesici aletlerle (stril olmayan iğne ya da kesici alet batması) ile ilgili yaralanma yaşadınız?	0	103	68,6	276	61,3
	1	36	24,0	83	18,5
	2	9	6,0	67	14,9
	3	3	2,0	21	4,7
	4 ve daha fazla	0	,0	3	,6

Katılımcıların son 12 ay içerisinde kaç adet kesici-delici alet yaralanması yaşadıklarını belirten veriler incelendiğinde, özel hastane çalışanlarının %68,6’sı “0” cevabını verirken, %24’ü “1” tane, %6’sı “2” tane %3’ ü ise “3” tane yaralanma yaşadığını belirtmiştir.

Kamu hastanesi çalışanlarının ise %61,3' ü "0" cevabını verirken, %18,5'i "1" tane, %14,9'u "2" tane %4,7'si "3" tane %0,6'sı ise "4 ve daha fazla" yaralanma yaşadığını belirtmiştir.

Çizelge 4. 30. Olay bildirim raporu yazılan kesici-delici alet yaralanması sayısı hakkında katılımcı görüşlerinin değerlendirilmesi

		Özel Hastane		Kamu Hastanesi	
		N	%	N	%
Son 12 ay içinde kaç tane iğne yada kesici alet yaralanmasını(örneğin cildinizi steril olmayan bir iğne veya kesici bir aletle delinmesi) iş verene (işçi, sağlık görevlisi, süpervizör ya da herhangi bir yetkiliye) rapor ettiniz?	0	127	84,7	332	73,7
	1	13	8,6	52	11,5
	2	6	2,7	19	4,2
	3	1	0,6	7	1,5
	4 ve daha fazla	0	0	2	0,4

Katılımcıların son 12 ayda yaşadıkları kesici-delici alet yaralanması olaylarının kaç tanesini bildirdikleri hakkında görüşlerini belirten veriler incelendiğinde, özel hastane çalışanlarının %84,7'si "0" cevabını verirken, %8,6'sı "1" tane, %2,7'si "2" tane, %0,6'sı "3" adet yaralanma rapor ettiğini belirtmiştir.

Kamu hastanesi çalışanlarının ise %73,7' si "0"cevabını verirken, %11,5' i "1" tane, %4,2'si "2" tane, %1,5'i "3" tane, %0,4'ü ise "4 ve daha fazla" sayıda yaralanma rapor ettiğini belirtmiştir.

Çizelge 4. 31. Yaşanılan kesici-delici alet yaralanması olayının rapor edilmeme nedenleri hakkında katılımcı görüşlerinin değerlendirilmesi

En son yaşadığınız kesici-delici alet yaralanmasını rapor etmeme nedenlerinizi işaretleyiniz.	Özel Hastane		Kamu Hastanesi	
	N	%	N	%
Yaralanmanın rapor edecek kadar önemli olmadığını düşündüm.	26	17,3	124	27,6
Aletin steril olduğunu düşündüm.	26	17,3	87	19,3
Çok meşguldüm ve yaralanmayı rapor etmeye zamanım olmadı.	11	7,3	30	6,7
Güvenli olmayan iş uygulamalarından dolayı suçlanmaktan endişe duydum.	73	48,6	150	33,3
Rapor etmeye gitseydim işimi görecektim başkası yoktu.	28	19,3	16	3,6
İş yerinde iğne yaralanmalarını rapor etmeye yönelik bir prosedür yok.	4	2,7	13	8,7

Katılımcıların yaşanılan kesici-delici alet yaralanması olayını rapor etmeme nedenlerine ilişkin görüşleri incelendiğinde, bu ifadelerden özel hastanede en yüksek düzeyli katılımın (%48,6) "Güvenli olmayan iş uygulamalarından dolayı suçlanmaktan endişe duydum" ve

(%19,3) “Rapor etmeye gitseydim işimi görecek başkası yoktu” ifadesi olduğu tespit edilmiştir.

Kamu hastanesinde ise en yüksek düzeyli katılımın (%33,3) “Güvenli olmayan iş uygulamalarından dolayı suçlanmaktan endişe duydum” ve (%27,6) “Yaralanmanın rapor edecek kadar önemli olmadığını düşündüm” ifadesi olduğu tespit edilmiştir.

Çizelge 4. 32. Kurumları tarafından kullanılması istenilen kişisel koruyucu donanımlar hakkında katılımcı görüşlerinin değerlendirilmesi

Kişisel koruyucu aletler ve ekipmanlardan hangisi ya da hangilerinin kullanılması kurumunuz tarafından istenilmektedir?	Özel Hastane		Kamu Hastanesi	
	N	%	N	%
Hiçbiri	18	12,0	33	7,3
Respiratörler (cerrahi maskeler dâhil değil)	26	17,3	130	28,9
Cerrahi maske	127	84,6	266	59,1
Göz koruyucu(güvenlik gözlükleri vb.)	12	8,0	50	11,1
Yüz koruyucu (örneğin yüz zırhı kaynak kasklar vb.)	15	10,0	14	3,1
Ayak koruma (örneğin çelik topuk ayakkabılar kimyasal dayanan botlar vb.)	4	2,7	22	4,9
Ayakkabı ve bot örtüleri	0	0	25	5,5
Tekrar kullanılabilir koruyucu giysi (örneğin apronlar, röntgen önlükler laboratuvar önlükleri)	119	79,3	387	86,0
Kullan at koruyucu elbiseler (örneğin izolasyon önlükler, tulumlar vb)	18	12,0	105	23,3
Kulak koruyucu (kulak tıkaçları,)	8	5,3	53	11,8
El koruyucu(örneğin eldivenler el pedleri, bariyer kremleri vb.	132	88,0	380	84,4
Diz koruyucular	28	18,7	24	5,3
Sırt bel veya lomber destek	8	5,3	0	0

Katılımcıların kurumları tarafından kullanılması istenen kişisel koruyucu donanımlar hakkında katılımcı görüşlerine ait veriler incelendiğinde, özel hastanede en yüksek düzeyli katılım (%88) “el koruyucu”, daha sonra (%84,6) “cerrahi maske” ve (%79,3) “ tekrar kullanılabilir koruyucu giysi” ifadesi olduğu tespit edilmiştir.

Kamu hastanesinde ise en yüksek düzeyli katılımın (%86) “tekrar kullanılabilir koruyucu giysi”, daha sonra (%84,4) “el koruyucu” ve (%59,1) “cerrahi maske” ifadesi olduğu tespit edilmiştir.

Çizelge 4. 33. Kurumları tarafından kişisel koruyucu donanımların kullanılması konusunda verilen eğitimler hakkında katılımcı görüşlerinin değerlendirilmesi

Kişisel koruyucu donanımlar konusunda kurumunuz size uygun seçim, kullanım, bakım, değiştirme, konusunda eğitim verdi mi?	Özel Hastane		Kamu Hastanesi	
	N	%	N	%
Hiçbiri	25	16,6	37	8,2
Respiratörler(cerrahi maskeler dahil değil)	12	8,0	142	31,5
Cerrahi maske	112	74,6	233	51,8
Göz koruyucu(güvenlik gözlükleri vb)	12	8,0	68	15,1
Yüz koruyucu (örneğin yüz zırhı kaynak kasklar vb)	11	7,3	8	1,8
Ayak koruma (örneğin çelik topuk ayakkabılar kimyasal dayanan botlar vb)	3	2,0	13	2,9
Ayakkabı ve bot örtüleri	0	0	37	8,2
Tekrar kullanılabilir koruyucu giysi (örneğin apronlar, röntgen önlükler laboratuvar önlükleri, fırça vb)	102	68,0	321	71,3
Kullan at koruyucu elbiseler (örneğin izalasyon önlükler, tulumlar vb)	25	16,6	195	43,3
Kulak koruyucu (kulak tıkaçları,)	13	8,6	47	10,4
El koruma(örneğin eldivenler el pedleri,baryer kremleri vb)	140	99,3	413	91,7
Diz koruyucular	17	11,3	3	0,6
Sırt bel veya lomber destek	4	2,6	0	0

Katılımcıların kullanmaları beklenen kişisel koruyucu donanımlardan hangileri hakkında eğitim aldıklarına dair görüşleri incelendiğinde, özel hastanede en çok eğitim alınan konular %99,3 ile “el koruma”, %74,6 “cerrahi maske” ve %68 ile “tekrar kullanılabilir koruyucu giysi” olarak belirtildiği tespit edilmiştir.

Kamu hastanesinde ise en çok eğitim alınan konular %91,7 ile “el koruma”, %71,3 ile “tekrar kullanılabilir koruyucu giysi”, %51,8 ile “cerrahi maske” olarak belirtildiği tespit edilmiştir.

Çizelge 4. 34. Kurumlarında kendilerine uygulanan tıbbi testler ve muayeneler hakkında katılımcı görüşlerinin değerlendirilmesi

Aşağıdaki tıbbi testler ve muayeneler kurumunuz tarafından size uygulanmakta mıdır?	Özel Hastane		Kamu Hastanesi	
	N	%	N	%
Standart tıbbi anket	112	84,7	164	36,4
Fiziksel muayene	124	82,7	341	75,8
Kan testi	139	92,7	439	97,5
İdrar testi	142	94,7	354	78,7

Katılımcıların çalıştıkları hastanede uygulanan tıbbi muayene ve testler hakkında görüşlerine ait veriler incelendiğinde, özel hastane çalışanlarına en çok uygulanan işlemler sırasıyla (%94,7) idrar testi, (92,7) kan testi, (%84,7) standart tıbbi anket ve (%82,7) fiziksel muayene olduğu tespit edilmiştir.

Kamu hastanesi çalışanlarına en çok uygulanan işlemlerin ise sırasıyla (%97,5) kan testi, (%78,7) idrar testi, (%75,8) fiziksel muayene ve (%36,4) standart tıbbi anket olduğu tespit edilmiştir.

4.4.Hipotezlerin Test Edilmesi

Araştırmanın bu bölümünde, oluşturulan hipotezlerin analiz sonuçlarına yer verilmiştir. Bu kapsamda ikili değişkenler arasındaki farklılığı ortaya çıkararak karşılaştırması yapılmasını sağlayan Bağımsız Örneklem T-Testi Analizi; ikiden fazla değişkenler arasındaki farklılığı ortaya koyan Tek Yönlü Varyans (ANOVA) Analizi sonuçlarına yer verilmiştir. Araştırma kapsamında kullanılan analizlerin değerlendirilmesinde anlamlılık düzeyi 0,05 olarak kabul edilmiştir.

H1. Özel ve Kamu Hastanesi Çalışanlarının Hasta Güvenliği Algısı Farklılık Göstermektedir

Çizelge 4. 35. Özel hastane ve kamu hastanesi çalışanlarının hasta güvenliği algısı arasındaki farklılığı ortaya koyan t- testi analizi sonuçları

	Grup	N	\bar{x}	SS	F	p
Hasta Güvenliği	Kamu	450	2,3515	,25792	13,632	,000
	Özel	150	2,1409	,32075		

Araştırmaya katılan özel hastane ve kamu hastanesi çalışanlarının hasta güvenliği algısının hastane türüne göre farklılık gösterip göstermediğini test etmek amacıyla t-testi kullanılmıştır. Analiz sonucunda hastane türüne göre, çalışanların hasta güvenliği algısının farklılık gösterdiği tespit edilmiştir($p=0,00<0,05$). Buna göre kamu hastanesi çalışanlarının hasta güvenliği algısı ($\bar{x}=2,35$), özel hastane çalışanlarının hasta güvenliği algısından($\bar{x}=2,14$) daha yüksektir.

H1.a. Özel hastane çalışanlarının hasta güvenliği algısı cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

Çizelge 4. 36. Özel hastane çalışanlarının hasta güvenliği algısı ve cinsiyet ilişkisinin t testi analiz sonuçları

Özel Hastane	Grup	N	\bar{x}	SS	F	p
Hasta Güvenliği	Erkek	42	2,4540	,35037	2,972	,087
	Kadın	108	2,2969	,29875		

Araştırmaya katılan özel hastane çalışanlarının hasta güvenliği algısının cinsiyet değişkeni açısından farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek amacıyla bağımsız gruplar için t-testi kullanılmıştır. Analiz sonucunda cinsiyet değişkenine göre farklılık tespit edilmemiştir ($p=0,08>0,05$).

H1.b. Kamu hastanesi çalışanlarının hasta güvenliği algısı cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

Çizelge 4. 37. Kamu hastanesi çalışanlarının hasta güvenliği algısı ve cinsiyet ilişkisinin t testi analiz sonuçları

Kamu Hastanesi	Grup	N	\bar{x}	SS	F	p
Hasta Güvenliği	Erkek	108	2,4370	,3155	17,120	,000
	Kadın	342	2,3245	,2308		

Araştırmaya katılan kamu hastanesi çalışanlarının hasta güvenliği algısının cinsiyet değişkeni açısından farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek amacıyla bağımsız gruplar için t-testi kullanılmıştır. Analiz sonucunda cinsiyet değişkenine göre farklılık tespit edilmemiştir ($p=0,00<0,05$). Buna göre kamu hastanesindeki erkek çalışanların hasta güvenliği algısı ($\bar{x}=2,43$), kadın çalışanların hasta güvenliği algısından ($\bar{x}=2,32$) daha yüksektir.

H1.c. Özel hastane çalışanlarının hasta güvenliği algısı medeni duruma göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

Çizelge 4. 38. Özel hastane çalışanlarının hasta güvenliği algısı ve medeni durum ilişkisinin t testi analiz sonuçları

Özel Hastane	Grup	N	\bar{x}	SS	F	p
Hasta Güvenliği	Evli	62	2,3394	,30720	1,906	,169
	Bekar	88	2,3430	,34161		

Araştırmaya katılan özel hastane çalışanlarının hasta güvenliği algısının medeni durum değişkeni açısından farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek amacıyla bağımsız gruplar için t-testi kullanılmıştır. Analiz sonucunda medeni durum değişkenine göre farklılık tespit edilmemiştir ($p=0,16 > 0,05$).

H1.d. Kamu hastanesi çalışanlarının hasta güvenliği algısı medeni duruma göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

Çizelge 4. 39. Kamu hastanesi çalışanlarının hasta güvenliği algısı ve medeni durum ilişkisinin t testi analiz sonuçları

Kamu Hastanesi	Grup	N	\bar{x}	SS	F	p
Hasta Güvenliği	Evli	239	2,3656	,26591	,509	,476
	Bekar	211	2,3335	,25516		

Araştırmaya katılan kamu hastanesi çalışanlarının hasta güvenliği algısının medeni durum değişkeni açısından farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek amacıyla bağımsız gruplar için t-testi kullanılmıştır. Analiz sonucunda medeni durum değişkenine göre farklılık tespit edilmemiştir ($p=0,47 > 0,05$).

H1.d. Özel hastane çalışanlarının hasta güvenliği algısı yaşa göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

Çizelge 4. 40. Özel hastane çalışanlarının hasta güvenliği algısı ve yaş ilişkisinin anova testi analiz sonuçları

Özel Hastane	Grup	N	\bar{x}	SS	F	p	Post-Hock
	20 yaş ve altı	8	2,3833	,51486	4,485	,002	2<5
	21-30 yaş	83	2,3173	,30222			
	31-40 yaş	36	2,2741	,22127			
	41-50 yaş	17	2,4078	,39007			
	51 yaş ve üzeri	6	2,8222	,17213			

Araştırmaya katılan özel hastane çalışanlarının hasta güvenliği algısının yaş değişkeni açısından farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek amacıyla bağımsız gruplar için tek yönlü varyans (ANOVA) analizi kullanılmıştır. Analiz sonucuna göre özel hastane çalışanlarının hasta güvenliği algısının yaşa göre anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p=0,00 < 0,05$). Analiz sonucunda ortaya çıkan bu farklılığın hangi gruplar arasında olduğunun tespit edilmesi amacıyla Tukey testi uygulanmıştır. Test sonucuna göre; 51 yaş ve üzeri çalışanların hasta güvenliği algısının ($\bar{x}=2,82$), 21-30 yaş ($\bar{x}=2,31$), 31-40 yaş ($\bar{x}=2,27$) ve 41-50 yaş ($\bar{x}=2,40$) grubundaki bireylerin hasta güvenliği algısından daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

H1.f. Kamu hastanesi çalışanlarının hasta güvenliği algısı yaşa göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

Çizelge 4. 41. Kamu hastanesi çalışanlarının hasta güvenliği algısı ve yaş ilişkisinin anova testi analiz sonuçları

Kamu Hastanesi	Grup	N	\bar{x}	SS	F	p	Post-Hock
	20 yaş ve altı	6	2,2000	,07303			
	21-30 yaş	130	2,3722	,29418			
	31-40 yaş	216	2,3633	,21337	3,372	,010	2>4
	41-50 yaş	77	2,2675	,23182			
	51 yaş ve üzeri	21	2,4159	,14127			

Araştırmaya katılan kamu hastanesi çalışanlarının hasta güvenliği algısının yaş değişkeni açısından farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek amacıyla bağımsız gruplar için tek yönlü varyans (ANOVA) analizi kullanılmıştır. Analiz sonucuna göre kamu hastanesi çalışanlarının hasta güvenliği algısının yaşa göre anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p=0,01 < 0,05$). Analiz sonucunda ortaya çıkan bu farklılığın hangi gruplar arasında olduğunun tespit edilmesi amacıyla Tukey testi uygulanmıştır. Test sonucuna göre; 21-30 yaş grubundaki çalışanların hasta güvenliği algısının ($\bar{x}=2,27$), 41-50 yaş grubundaki çalışanların hasta güvenliği algısından ($\bar{x}=2,26$) daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

H1.g. Özel hastane çalışanlarının hasta güvenliği algısı öğrenim durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

Çizelge 4. 42. Özel hastane çalışanlarının hasta güvenliği algısı ve öğrenim durumu ilişkisinin anova testi analiz sonuçları

Özel Hastane	Grup	N	\bar{x}	SS.	F	p	Post-Hock
	İlköğretim	4	2,0333	,03849	15,945	,000	1<4
	Sağlık Meslek Lisesi	44	2,2727	,29283			2<4
	Ön Lisans	25	2,1725	,19805			3<4
	Lisans	46	2,6800	,28415			5<4
	Lisansüstü	26	2,4103	,25065			
	Diğer Liseler	5	2,4800	,47469			

Araştırmaya katılan özel hastane çalışanlarının hasta güvenliği algısının öğrenim durumu değişkeni açısından farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek amacıyla bağımsız gruplar için tek yönlü varyans (ANOVA) analizi kullanılmıştır. Analiz sonucuna göre özel hastane çalışanlarının hasta güvenliği algısının öğrenim durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p=0,00<0,05$). Analiz sonucunda ortaya çıkan bu farklılığın hangi gruplar arasında olduğunun tespit edilmesi amacıyla Tukey testi uygulanmıştır. Test sonucuna göre; ilköğretim, sağlık meslek lisesi, diğer liseler ve ön lisans eğitim düzeyine sahip olan çalışanların hasta güvenliği algısının lisans eğitim düzeyine sahip çalışanların hasta güvenliği algısından düşük olduğu belirlenmiştir.

H1.h. Kamu hastanesi çalışanlarının hasta güvenliği algısı öğrenim durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

Çizelge 4. 43. Kamu hastanesi çalışanlarının hasta güvenliği algısı ve öğrenim durumu ilişkisinin anova testi analiz sonuçları

Kamu Hastanesi	Grup	N	\bar{x}	SS.	F	p	Post-Hock
	İlköğretim	3	2,2667	,0000	16,322	,000	2<4
	Sağlık Meslek Lisesi	57	2,2725	,21977			2<5
	Ön Lisans	84	2,2990	,21755			3<4
	Lisans	262	2,5488	,28839			3<5
	Lisansüstü	38	2,4211	,29454			4>6
	Diğer Liseler	6	2,2333	,10954			

Araştırmaya katılan kamu hastanesi çalışanlarının hasta güvenliği algısının öğrenim durumu değişkeni açısından farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek amacıyla bağımsız gruplar için tek yönlü varyans (ANOVA) analizi kullanılmıştır. Analiz sonucuna göre kamu hastanesi çalışanlarının hasta güvenliği algısının yaşa göre anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p=0,00 <0,05$). Analiz sonucunda ortaya çıkan bu farklılığın hangi gruplar arasında

olduğunun tespit edilmesi amacıyla Tukey testi uygulanmıştır. Test sonucuna göre; sağlık meslek lisesi, diğer liseler ve ön lisans eğitim düzeyine sahip olan çalışanların hasta güvenliği algısının lisans eğitim düzeyine sahip çalışanların hasta güvenliği algısından düşük olduğu belirlenmiştir. Aynı şekilde sağlık meslek lisesi ve ön lisans eğitim düzeyine sahip olan çalışanların hasta güvenliği algısının lisansüstü eğitim düzeyine sahip çalışanların hasta güvenliği algısından yüksek olduğu belirlenmiştir.

H1.i. Özel hastane çalışanlarının hasta güvenliği algısı mesleğe göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

Çizelge 4. 44. Özel hastane çalışanlarının hasta güvenliği algısı ve meslek ilişkisinin anova testi analiz sonuçları

Özel Hastane	Grup	N	\bar{x}	SS.	F	p	Post-Hock
	Doktor	35	2,5609	,28981	3,893	,000	
	Hemşire	71	2,3694	,25514			1>2
	Sağlık Teknisyeni	33	2,2798	,36408			2>3
	İdari Çalışan	12	2,2222	,09108			
	Sağlık Memuru	0	0	0			

Araştırmaya katılan özel hastane çalışanlarının hasta güvenliği algısının meslek değişkeni açısından farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek amacıyla bağımsız gruplar için tek yönlü varyans (ANOVA) analizi kullanılmıştır. Analiz sonucuna göre özel hastane çalışanlarının hasta güvenliği algısının öğrenim durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p=0,00<0,05$). Analiz sonucunda ortaya çıkan bu farklılığın hangi gruplar arasında olduğunun tespit edilmesi amacıyla Tukey testi uygulanmıştır. Test sonucuna göre; doktorların hasta güvenliği algısının hemşirelerden, hemşirelerin hasta güvenliği algısının ise sağlık teknisyenlerinden daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

H1.i. Kamu hastanesi çalışanlarının hasta güvenliği algısı mesleğe göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

Çizelge 4. 45. Kamu hastane çalışanlarının hasta güvenliği algısı ve meslek ilişkisinin anova testi analiz sonuçları

Özel Hastane	Grup	N	\bar{x}	SS.	F	p	Post-Hock
	Doktor	171	2,4074	,28889	7,923	0,000	
	Hemşire	194	2,4306	,21789			1<2
	Sağlık Teknisyeni	42	2,2955	,20865			1>3
	İdari Çalışan	20	2,2267	,23733			2>5
	Sağlık Memuru	23	2,3362	,17693			

Araştırmaya katılan kamu hastanesi çalışanlarının hasta güvenliği algısının meslek değişkeni açısından farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek amacıyla bağımsız gruplar için tek yönlü varyans (ANOVA) analizi kullanılmıştır. Analiz sonucuna göre kamu hastanesi çalışanlarının hasta güvenliği algısının öğrenim durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p=0,00<0,05$). Analiz sonucunda ortaya çıkan bu farklılığın hangi gruplar arasında olduğunun tespit edilmesi amacıyla Tukey testi uygulanmıştır. Test sonucuna göre; hemşirelerin hasta güvenliği algısının doktorlardan ve sağlık memurlarından daha yüksek olduğu; doktorların hasta güvenliği algısının ise sağlık teknisyenlerinden daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

H1.k. Özel hastane çalışanlarının hasta güvenliği algısı mesleki deneyime göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

Çizelge 4. 46. Özel hastane çalışanlarının hasta güvenliği algısı ve mesleki deneyim ilişkisinin anova testi analiz sonuçları

Özel Hastane	Grup	N	\bar{x}	SS	F	p	Post-Hock
	0-5 yıl	62	2,1378	,12716			
	6-10 yıl	45	2,2815	,21029			
	11-15 yıl	15	2,3710	,36387	4,273	,003	1<5
	16-20 yıl	21	2,3143	,17936			
	21 yıl ve üzeri	7	2,5333	,40442			

Araştırmaya katılan özel hastane çalışanlarının hasta güvenliği algısının mesleki deneyim değişkeni açısından farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek amacıyla bağımsız gruplar için tek yönlü varyans (ANOVA) analizi kullanılmıştır. Analiz sonucuna göre özel hastane çalışanlarının hasta güvenliği algısının mesleki deneyime göre anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p=0,00<0,05$). Analiz sonucunda ortaya çıkan bu farklılığın hangi gruplar arasında olduğunun tespit edilmesi amacıyla Tukey testi uygulanmıştır. Test sonucuna göre;

21 yıl ve üzeri süredir mesleki deneyimi olan çalışanların hasra güvenliği algısının, 0-5 yıl arasından mesleki deneyime sahip olan çalışanlardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

H1.l. Kamu hastanesi çalışanlarının hasta güvenliği algısı mesleki deneyime göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

Çizelge 4. 47. Kamu hastanesi çalışanlarının hasta güvenliği algısı ve mesleki deneyim ilişkisinin anova testi analiz sonuçları

Kamu Hastanesi	Grup	N	\bar{x}	SS	F	p	Post-Hock
	0-5 yıl	108	2,3518	,27574	1,639	,163	
	6-10 yıl	202	2,3824	,28636			
	11-15 yıl	42	2,3476	,18125			
	16-20 yıl	30	2,2467	,16438			
	21 yıl ve üzeri	68	2,3500	,22017			

Araştırmaya katılan kamu hastanesi çalışanlarının hasta güvenliği algısının mesleki deneyim değişkeni açısından farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek amacıyla bağımsız gruplar için tek yönlü varyans (ANOVA) analizi kullanılmıştır. Analiz sonucuna göre kamu hastanesi çalışanlarının hasta güvenliği algısının mesleki deneyime göre anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmemiştir ($p=0,16 > 0,05$).

H1.m. Özel hastane çalışanlarının hasta güvenliği algısı haftalık ortalama çalışma saatine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

Çizelge 4. 48. Özel hastane çalışanlarının hasta güvenliği algısı ve çalışma saati ilişkisinin anova testi analiz sonuçları

Özel Hastane	Grup	N	\bar{x}	SS	F	p	Post-Hock
	0-35 saat	4	2,6333	,65433	6,543	,002	
	36-40 saat	25	2,3686	,30418			1>2
	41 saat ve üzeri	121	2,1600	,26527			1>3

Araştırmaya katılan özel hastane çalışanlarının hasta güvenliği algısının çalışma saati değişkeni açısından farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek amacıyla bağımsız gruplar için tek yönlü varyans (ANOVA) analizi kullanılmıştır. Analiz sonucuna göre özel hastane çalışanlarının hasta güvenliği algısının çalışma saatine göre anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p=0,00 < 0,05$). Analiz sonucunda ortaya çıkan bu farklılığın hangi gruplar

arasında olduğunun tespit edilmesi amacıyla Tukey testi uygulanmıştır. Test sonucuna göre; 0-35 saat aralığında çalışan kişilerin hasta güvenliği algısının 36-40 saat ve 41 saat üzerinde çalışan kişilerin hasta güvenliği algısından daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

H1.n. Kamu hastanesi çalışanlarının hasta güvenliği algısı haftalık ortalama çalışma saatine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

Çizelge 4. 49. Kamu hastanesi çalışanlarının hasta güvenliği algısı ve çalışma saati ilişkisinin anova testi analiz sonuçları

Kamu Hastanesi	Grup	N	\bar{x}	SS	F	p	Post-Hock
	0-35 saat	19	2,2000	,15870	29,361	,000	
	36-40 saat	132	2,2323	,23422			1<3
	41 saat ve üzeri	299	2,4137	,2509			2<3

Araştırmaya katılan kamu hastanesi çalışanlarının hasta güvenliği algısının çalışma saati değişkeni açısından farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek amacıyla bağımsız gruplar için tek yönlü varyans (ANOVA) analizi kullanılmıştır. Analiz sonucuna göre kamu hastanesi çalışanlarının hasta güvenliği algısının çalışma saatine göre anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p=0,00<0,05$). Analiz sonucunda ortaya çıkan bu farklılığın hangi gruplar arasında olduğunun tespit edilmesi amacıyla Tukey testi uygulanmıştır. Test sonucuna göre; 41 saatten daha fazla çalışan kişilerin hasta güvenliği algısının 36-40 saat ve 0-35 saat aralığında çalışan kişilerin hasta güvenliği algısından daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

H1.o. Özel hastane çalışanlarının hasta güvenliği algısı günlük bakım/ tedavi verilen hasta sayısına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

Çizelge 4. 50. Özel hastane çalışanlarının hasta güvenliği algısı ve bakım/tedavi verilen hasta sayısı ilişkisinin anova testi analiz sonuçları

Özel Hastane	Grup	N	\bar{x}	SS	F	p	Post-Hock
	0-25 hasta	72	1,4296	,36181	3,770	,006	
	26-25 hasta	12	1,4833	,17728			
	36-45 hasta	22	1,4242	,36139			2>4
	46-60 hasta	8	1,1000	,10445			2>5
	61 hasta ve üze	36	1,2954	,29600			

Araştırmaya katılan özel hastane çalışanlarının hasta güvenliği algısının günlük bakım/televi verilen hasta sayısı değişkeni açısından farklılaşp farklılaşmadığını test etmek amacıyla bağımsız gruplar için tek yönlü varyans (ANOVA) analizi kullanılmıştır. Analiz sonucuna göre özel hastane çalışanlarının hasta güvenliği algısının günlük bakım/televi verilen hasta sayısına göre anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p=0,00<0,05$). Analiz sonucunda ortaya çıkan bu farklılığın hangi gruplar arasında olduğunun tespit edilmesi amacıyla Tukey testi uygulanmıştır. Test sonucuna göre; günlük 26-35 kişi aralığında hastaya bakım ve tedavi veren çalışanların hasta güvenliği algısının, 46-30 kişi ve 61'den fazla sayıda hastaya bakan çalışanların hasta güvenliği algısından daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

H1.ö. Kamu hastanesi çalışanlarının hasta güvenliği algısı günlük bakım/ tedavi verilen hasta sayısına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

Çizelge 4. 51. Kamu hastanesi çalışanlarının hasta güvenliği algısı ve bakım/televi verilen hasta sayısı ilişkisinin anova testi analiz sonuçları

Özel Hastane	Grup	N	\bar{x}	SS	F	p	Post-Hock
	0-25 hasta	60	1,5505	,20725			
	26-25 hasta	79	1,3346	,21965			
	36-45 hasta	45	1,2844	,19509	5,744	,000	1>5
	46-60 hasta	31	1,3000	,36198			
	61 hasta ve üye	235	1,3467	,2441			

Araştırmaya katılan kamu hastanesi çalışanlarının hasta güvenliği algısının günlük bakım/televi verilen hasta sayısı değişkeni açısından farklılaşp farklılaşmadığını test etmek amacıyla bağımsız gruplar için tek yönlü varyans (ANOVA) analizi kullanılmıştır. Analiz sonucuna göre kamu hastanesi çalışanlarının hasta güvenliği algısının günlük bakım/televi verilen hasta sayısına göre anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p=0,00<0,05$). Analiz sonucunda ortaya çıkan bu farklılığın hangi gruplar arasında olduğunun tespit edilmesi amacıyla Tukey testi uygulanmıştır. Test sonucuna göre; günlük 0-25 kişi aralığında hastaya bakım ve tedavi veren çalışanların hasta güvenliği algısının, 61'den fazla sayıda hastaya bakan çalışanların hasta güvenliği algısından daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

H2. Özel ve kamu hastanesi çalışanlarının hasta güvenliği algısı farklılık göstermektedir.

Çizelge 4. 52. Özel hastane ve kamu hastanesi çalışanlarının çalışan güvenliği algısı arasındaki farklılığı ortaya koyan t- testi analizi sonuçları

	Grup	N	\bar{x}	SS	F	p
Çalışan Güvenliği	Kamu	450	3,1475	,83788	,052	,820
	Özel	150	3,2873	,79919		

Araştırmaya katılan özel hastane ve kamu hastanesi çalışanlarının çalışan güvenliği algısının hastane türüne göre farklılık gösterip göstermediğini test etmek amacıyla t-testi kullanılmıştır. Analiz sonucunda hastane türüne göre, çalışanların çalışan güvenliği algısının farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p=0,82>0,05$).

H2.a. Özel hastane çalışanlarının çalışan güvenliği algısı cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

Çizelge 4. 53. Özel hastane çalışanlarının çalışan güvenliği algısı ve cinsiyet ilişkisinin t testi analiz sonuçları

Özel Hastane	Grup	N	\bar{x}	SS	F	p
Çalışan Güvenliği	Erkek	42	3,2595	,98478	8,641	,004
	Kadın	108	3,5759	,69965		

Araştırmaya katılan özel hastane çalışanlarının çalışan güvenliği algısının, cinsiyet değişkeni açısından farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek amacıyla bağımsız gruplar için t-testi kullanılmıştır. Analiz sonucunda cinsiyet değişkenine göre farklılık tespit edilmiştir ($p=0,00<0,05$). Buna göre kadın sağlık çalışanlarının çalışan güvenliği algısının ($\bar{x}=3,57$), erkek sağlık çalışanlarının çalışan güvenliği algısından ($\bar{x}=3,25$) daha yüksek olduğu görülmektedir.

H2.b. Kamu hastanesi çalışanlarının çalışan güvenliği algısı cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

Çizelge 4. 54. Kamu hastane çalışanlarının çalışan güvenliği algısı ve cinsiyet ilişkisinin t-testi analiz sonuçları

Kamu Hastanesi	Grup	N	\bar{x}	SS	F	p
Çalışan Güvenliği	Erkek	108	2,9028	,63958	24,496	,000
	Kadın	342	3,2248	,87811		

Araştırmaya katılan kamu hastane çalışanlarının çalışan güvenliği algısının, cinsiyet değişkeni açısından farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek amacıyla bağımsız gruplar için t-testi kullanılmıştır. Analiz sonucunda cinsiyet değişkenine göre farklılık tespit edilmiştir ($p=0,00<0,05$). Buna göre kadın sağlık çalışanlarının çalışan güvenliği algısının ($\bar{x}=3,22$), erkek sağlık çalışanlarının çalışan güvenliği algısından ($\bar{x}=2,90$) daha yüksek olduğu görülmektedir.

H2.c. Özel hastane çalışanlarının çalışan güvenliği algısı medeni duruma göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

Çizelge 4. 55. Özel hastane çalışanlarının çalışan güvenliği algısı ve medeni durum ilişkisinin t testi analiz sonuçları

Özel Hastane	Grup	N	\bar{x}	SS	F	p
Çalışan Güvenliği	Evli	62	3,3534	,88421	13,184	,000
	Bekar	88	3,6774	,61841		

Araştırmaya katılan özel hastane çalışanlarının çalışan güvenliği algısının, medeni durum değişkeni açısından farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek amacıyla bağımsız gruplar için t-testi kullanılmıştır. Analiz sonucunda medeni durum değişkenine göre farklılık tespit edilmiştir ($p=0,00<0,05$). Buna göre bekâr sağlık çalışanlarının çalışan güvenliği algısının ($\bar{x}=3,67$), evli sağlık çalışanlarının çalışan güvenliği algısından ($\bar{x}=3,35$) daha yüksek olduğu görülmektedir.

H2.d. Kamu hastanesi çalışanlarının çalışan güvenliği algısı medeni duruma göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

Çizelge 4. 56. Kamu hastanesi çalışanlarının çalışan güvenliği algısı ve medeni durum ilişkisinin t testi analiz sonuçları

Kamu Hastanesi	Grup	N	\bar{x}	SS	F	p
Çalışan Güvenliği	Evli	239	2,9344	,81132	3,020	,083
	Bekar	211	3,3771	,82899		

Araştırmaya katılan kamu hastanesi çalışanlarının çalışan güvenliği algısının, medeni durum değişkeni açısından farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek amacıyla bağımsız gruplar için t-testi kullanılmıştır. Analiz sonucunda medeni durum değişkenine göre farklılık tespit edilmemiştir ($p=0,83 >0,05$).

H2.e. Özel hastane çalışanlarının çalışan güvenliği algısı yaşa göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

Çizelge 4. 57. Özel hastane çalışanlarının çalışan güvenliği algısı ve yaş ilişkisinin anova testi analiz sonuçları

Özel Hastane	Grup	N	\bar{x}	SS	F	p	Post-Hock
	20 yaş ve altı	8	2,4750	,91456	5,139	,001	1<2 1<3 1<4
	21-30 yaş	83	3,4337	,87809			
	31-40 yaş	36	3,7028	,52562			
	41-50 yaş	17	3,8000	,46904			
	51 yaş ve üzeri	6	3,4000	,46476			

Araştırmaya katılan özel hastane çalışanlarının çalışan güvenliği algısının yaş değişkeni açısından farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek amacıyla bağımsız gruplar için tek yönlü varyans (ANOVA) analizi kullanılmıştır. Analiz sonucuna göre özel hastane çalışanlarının çalışan güvenliği algısının yaşa göre anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p=0,00 < 0,05$). Analiz sonucunda ortaya çıkan bu farklılığın hangi gruplar arasında olduğunun tespit edilmesi amacıyla Tukey testi uygulanmıştır. Test sonucuna göre; 20 yaş ve altındaki çalışanların çalışan güvenliği algısının ($\bar{x}=2,47$), 31-30 yaş, 31-40 yaş ve 41-50 yaş aralığındaki çalışanların çalışan güvenliği algısından daha düşük olduğu belirlenmiştir.

H2.f. Kamu hastanesi çalışanlarının çalışan güvenliği algısı yaşa göre anlamlı bir farklılık göstermektedir

Çizelge 4. 58. Kamu hastanesi çalışanlarının çalışan güvenliği algısı ve yaş ilişkisinin anova testi analiz sonuçları

Kamu Hastanesi	Grup	N	\bar{x}	SS.	F	p	Post-Hock
	20 yaş ve altı	6	3,2000	,10954	3,321	,005	2<3
	21-30 yaş	130	3,0040	,72590			
	31-40 yaş	216	3,3462	,93046			
	41-50 yaş	77	3,1649	,98365			
	51 yaş ve üzeri	21	3,3143	,56770			

Araştırmaya katılan kamu hastanesi çalışanlarının çalışan güvenliği algısının yaş değişkeni açısından farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek amacıyla bağımsız gruplar için tek yönlü varyans (ANOVA) analizi kullanılmıştır. Analiz sonucuna göre kamu hastanesi çalışanlarının çalışan güvenliği algısının yaşa göre anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir

($p=0,00<0,05$). Analiz sonucunda ortaya çıkan bu farklılığın hangi gruplar arasında olduğunun tespit edilmesi amacıyla Tukey testi uygulanmıştır. Test sonucuna göre; 21-30 yaş aralığındaki çalışanların çalışan güvenliği algısının ($\bar{x}=3,00$), 31-40 yaş aralığındaki çalışanların çalışan güvenliği algısından daha düşük olduğu belirlenmiştir.

H2.g. Özel hastane çalışanlarının çalışan güvenliği algısı öğrenim durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

Çizelge 4. 59. Özel hastane çalışanlarının çalışan güvenliği algısı ve öğrenim durumu ilişkisinin anova testi analiz sonuçları

Özel Hastane Grup	N	\bar{x}	SS	F	p	Post-Hock
İlköğretim	4	3,2500	,28868	3,719	,003	2>4
Sağlık Meslek Lisesi	44	3,8739	,71939			
Ön Lisans	25	3,2160	,77496			
Lisans	46	3,3727	,92846			
Lisansüstü	26	3,3846	,60709			
Diğer Liseler	5	3.0200	,10954			

Araştırmaya katılan özel hastane çalışanlarının çalışan güvenliği algısının öğrenim durumu değişkeni açısından farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek amacıyla bağımsız gruplar için tek yönlü varyans (ANOVA) analizi kullanılmıştır. Analiz sonucuna göre özel hastane çalışanlarının çalışan güvenliği algısının öğrenim durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p=0,000 <0,05$). Analiz sonucunda ortaya çıkan bu farklılığın hangi gruplar arasında olduğunun tespit edilmesi amacıyla Tukey testi uygulanmıştır. Test sonucuna göre; sağlık meslek lisesi mezunu çalışanların çalışan güvenliği algısının, lisans eğitim düzeyine sahip çalışanların çalışan güvenliği algısından yüksek olduğu belirlenmiştir.

H2.h. Kamu hastanesi çalışanlarının çalışan güvenliği algısı öğrenim durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

Çizelge 4. 60. Kamu hastanesi çalışanlarının çalışan güvenliği algısı ve öğrenim durumu ilişkisinin anova testi analiz sonuçları

Kamu Hastanesi Grup	N	\bar{x}	SS	F	p	Post-Hock
İlköğretim	3	2,0000	,00000	10,598	,000	1<2 2>4
Sağlık Meslek Lisesi	57	2,9179	,80707			
Ön Lisans	84	3,1861	,83636			
Lisans	262	2,6553	,76253			
Lisansüstü	38	3,6333	,61130			
Diğer Liseler	6	3,7500	,71204			

Araştırmaya katılan kamu hastanesi çalışanlarının çalışan güvenliği algısının öğrenim durumu değişkeni açısından farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek amacıyla bağımsız gruplar için tek yönlü varyans (ANOVA) analizi kullanılmıştır. Analiz sonucuna göre kamu hastanesi çalışanlarının çalışan güvenliği algısının öğrenim durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p=0,000 < 0,05$). Analiz sonucunda ortaya çıkan bu farklılığın hangi gruplar arasında olduğunun tespit edilmesi amacıyla Tukey testi uygulanmıştır. Test sonucuna göre; ilköğretim mezunu çalışanların çalışan güvenliği algısının, sağlık meslek lisesi mezunu çalışanların çalışan güvenliği algısından düşük olduğu belirlenmiştir. Ayrıca sağlık meslek lisesi mezunu çalışanların çalışan güvenliği algısının lisans eğitim düzeyine sahip çalışanların çalışan güvenliği algısından daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

H2.i. Özel hastane çalışanlarının çalışan güvenliği algısı mesleğe göre anlamlı bir farklılık göstermektedir

Çizelge 4. 61. Özel hastane çalışanlarının çalışan güvenliği algısı ve meslek ilişkisinin anova testi analiz sonuçları

Özel Hastane	Grup	N	\bar{x}	SS	F	p	Post-Hock
	Doktor	35	3,5141	,66238	1,258	0,003	1<4 1>2
	Hemşire	71	3,1984	,281859			
	Sağlık Teknisyeni	33	3,4125	,76290			
	İdari Çalışan	12	3,9500	1,43759			
	Sağlık Memuru	0	0	0			

Araştırmaya katılan özel hastane çalışanlarının çalışan güvenliği algısının meslek değişkeni açısından farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek amacıyla bağımsız gruplar için tek yönlü varyans (ANOVA) analizi kullanılmıştır. Analiz sonucuna göre özel hastane çalışanlarının çalışan güvenliği algısının mesleğe göre anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p=0,003 < 0,05$). Analiz sonucunda ortaya çıkan bu farklılığın hangi gruplar arasında olduğunun tespit edilmesi amacıyla Tukey testi uygulanmıştır. Test sonucuna göre; doktorların çalışan güvenliği algısının idari çalışanlardan daha düşük olduğu görülürken hemşirelerin çalışan güvenliği algısından daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

H2.i. Kamu hastanesi çalışanlarının çalışan güvenliği algısı mesleğe göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

Çizelge 4. 62. Kamu hastanesi çalışanlarının çalışan güvenliği algısı ve meslek ilişkisinin anova testi analiz sonuçları

Özel Hastane	Grup	N	\bar{x}	SS	F	p	Post-Hock
	Doktor	171	3,5007	,76551			
	Hemşire	194	3,1413	,87995			
	Sağlık Teknisyeni	42	3,0259	,60865			
	İdari Çalışan	20	3,3600	,64105	2,824	0,004	1>2
	Sağlık Memuru	23	2,7696	,98185			

Araştırmaya katılan kamu hastanesi çalışanlarının çalışan güvenliği algısının meslek değişkeni açısından farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek amacıyla bağımsız gruplar için tek yönlü varyans (ANOVA) analizi kullanılmıştır. Analiz sonucuna göre kamu hastanesi çalışanlarının çalışan güvenliği algısının mesleğe göre anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p=0,00<0,05$). Analiz sonucunda ortaya çıkan bu farklılığın hangi gruplar arasında olduğunun tespit edilmesi amacıyla Tukey testi uygulanmıştır. Test sonucuna göre; doktorların çalışan güvenliği algısının hemşirelerin çalışan güvenliği algısından daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

H2.k. Özel hastane çalışanlarının çalışan güvenliği algısı mesleki deneyime göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

Çizelge 4. 63. Özel hastane çalışanlarının çalışan güvenliği algısı ve mesleki deneyim ilişkisinin anova testi analiz sonuçları

Özel Hastane	Grup	N	\bar{x}	SS	F	p	Post-Hock
	0-5 yıl	62	3,3710	,99859	1,706	,152	
	6-10 yıl	45	3,4356	,70651			
	11-15 yıl	15	3,6600	,47329			
	16-20 yıl	21	4,0857	,42201			
	21 yıl ve üzeri	7	3,6190	,44116			

Araştırmaya katılan özel hastane çalışanlarının çalışan güvenliği algısının mesleki deneyim değişkeni açısından farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek amacıyla bağımsız gruplar için tek yönlü varyans (ANOVA) analizi kullanılmıştır. Analiz sonucuna göre özel hastane çalışanlarının çalışan güvenliği algısının mesleki deneyim durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p=0,15>0,05$).

H2.l. Kamu hastanesi çalışanlarının çalışan güvenliği algısı mesleki deneyime göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

Çizelge 4. 64. Kamu hastanesi çalışanlarının çalışan güvenliği algısı ve mesleki deneyim ilişkisinin anova testi analiz sonuçları

Kamu Hastanesi	Grup	N	\bar{x}	SS	F	p	Post-Hock
	0-5 yıl	108	3,0325	,74976	3,210	,013	1<5
	6-10 yıl	202	3,1769	,78842			
	11-15 yıl	42	3,2310	,91050			
	16-20 yıl	30	3,0533	1,40779			
	21 yıl ve üzeri	68	3,4324	,72697			

Araştırmaya katılan kamu hastanesi çalışanlarının çalışan güvenliği algısının mesleki deneyim değişkeni açısından farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek amacıyla bağımsız gruplar için tek yönlü varyans (ANOVA) analizi kullanılmıştır. Analiz sonucuna göre kamu hastanesi çalışanlarının çalışan güvenliği algısının mesleki deneyime göre anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p=0,01<0,05$). Analiz sonucunda ortaya çıkan bu farklılığın hangi gruplar arasında olduğunun tespit edilmesi amacıyla Tukey testi uygulanmıştır. Test sonucuna göre; 0-5 yıl arasında mesleki deneyimi olan çalışanların çalışan güvenliği algısının, 21 yıl üzeri süredir mesleki deneyime sahip olan çalışanlardan daha düşük olduğu belirlenmiştir.

H2.m. Özel hastane çalışanlarının çalışan güvenliği algısı haftalık ortalama çalışma saatine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

Çizelge 4. 65. Özel hastane çalışanlarının çalışan güvenliği algısı ve çalışma saati ilişkisinin anova testi analiz sonuçları

Özel Hastane	Grup	N	\bar{x}	SS	F	p	Post-Hock
	0-35 saat	4	3,2310	,91050	3,210	,013	1>3
	36-40 saat	25	3,1769	,78842			
	41 saat ve üzeri	121	3,0325	,74976			

Araştırmaya katılan özel hastane çalışanlarının çalışan güvenliği algısının çalışma saati değişkeni açısından farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek amacıyla bağımsız gruplar için tek yönlü varyans (ANOVA) analizi kullanılmıştır. Analiz sonucuna göre özel hastane çalışanlarının çalışan güvenliği algısının, çalışma saatine göre anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p=0,01 <0,05$). Analiz sonucunda ortaya çıkan bu farklılığın hangi gruplar arasında olduğunun tespit edilmesi amacıyla Tukey testi uygulanmıştır. Test sonucuna göre;

0-35 saat aralığında çalışan kişilerin çalışan güvenliği algısının 41 saat üzerinde çalışan kişilerin çalışan güvenliği algısından daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

H2.n. Kamu hastanesi çalışanlarının çalışan güvenliği algısı haftalık ortalama çalışma saatine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

Çizelge 4. 66. Kamu hastanesi çalışanlarının çalışan güvenliği algısı ve çalışma saati ilişkisinin anova testi analiz sonuçları

Kamu Hastanesi	Grup	N	\bar{x}	SS	F	p	Post-Hock
	0-35 saat	19	3,0036	,30936			
	36-40 saat	132	2,9789	,83660	17,530	,000	2>3
	41 saat ve üzeri	299	3,4977	,79122			

Araştırmaya katılan kamu hastanesi çalışanlarının çalışan güvenliği algısının çalışma saati değişkeni açısından farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek amacıyla bağımsız gruplar için tek yönlü varyans (ANOVA) analizi kullanılmıştır. Analiz sonucuna göre kamu hastanesi çalışanlarının çalışan güvenliği algısının çalışma saatine göre anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p=0,00 < 0,05$). Analiz sonucunda ortaya çıkan bu farklılığın hangi gruplar arasında olduğunun tespit edilmesi amacıyla Tukey testi uygulanmıştır. Test sonucuna göre; 36-40 saat aralığında çalışan kişilerin çalışan güvenliği algısının 41 saat üzerinde çalışan kişilerin çalışan güvenliği algısından daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

H2.o. Özel hastane çalışanlarının çalışan güvenliği algısı günlük bakım/ tedavi verilen hasta sayısına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

Çizelge 4. 67. Özel hastane çalışanlarının çalışan güvenliği algısı ve günlük bakım/tedavi verilen hasta sayısı ilişkisinin anova testi analiz sonuçları

Özel Hastane	Grup	N	\bar{x}	SS	F	p	Post-Hock
	0-55 hasta	72	3,4056	,91573			
	26-25 hasta	12	3,2833	,91337			
	36-45 hasta	22	3,5091	,56645	,988	,416	
	46-60 hasta	8	3,5500	,74258			
	61 hasta ve üye	36	3,6917	,61708			

Araştırmaya katılan özel hastane çalışanlarının çalışan güvenliği algısının günlük bakım/tedavi verilen hasta sayısı değişkeni açısından farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek amacıyla bağımsız gruplar için tek yönlü varyans (ANOVA) analizi kullanılmıştır. Analiz

sonucuna göre özel hastane çalışanlarının çalışan güvenliği algısının günlük bakım/tedavi verilen hasta sayısına göre anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p=0,41>0,05$).

H2.ö. Kamu hastanesi çalışanlarının çalışan güvenliği algısı günlük bakım/ tedavi verilen hasta sayısına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

Çizelge 4. 68. Kamu hastanesi çalışanlarının çalışan güvenliği algısı ve günlük bakım/tedavi verilen hasta sayısı ilişkisinin anova testi analiz sonuçları

Özel Hastane	Grup	N	\bar{x}	SS	F	p	Post-Hock
	0-55 hasta	60	3,1600	,83366			
	26-25 hasta	79	3,5329	,72017			
	36-45 hasta	45	3,3415	,82182	8,014	,000	2>4
	46-60 hasta	31	2,7742	,48851			3>4
	61 hasta ve üze	235	3,0268	,86652			

Araştırmaya katılan kamu hastanesi çalışanlarının çalışan güvenliği algısının günlük bakım/tedavi verilen hasta sayısı değişkeni açısından farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek amacıyla bağımsız gruplar için tek yönlü varyans (ANOVA) analizi kullanılmıştır. Analiz sonucuna göre kamu hastanesi çalışanlarının çalışan güvenliği algısının günlük bakım/tedavi verilen hasta sayısına göre anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p=0,00<0,05$). Analiz sonucunda ortaya çıkan bu farklılığın hangi gruplar arasında olduğunun tespit edilmesi amacıyla Tukey testi uygulanmıştır. Test sonucuna göre; günlük 26-35 kişi ve 36-45 kişi aralığında hastaya bakım ve tedavi veren çalışanların çalışan güvenliği algısının, 46-60 kişi aralığında hastaya bakan çalışanların çalışan güvenliği algısından daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

5.BÖLÜM

TARTIŞMA

5.1.Tartışma

Bu bölümde, ulusal ve uluslararası literatür incelenerek hastanelerde hasta ve çalışan güvenliği ile ilgili yapılan çalışmaların sonuçları ile bu tez çalışmasının sonuçları arasındaki benzerlik ve farklılıklara değinilmiştir.

Gündoğdu ve Bahçecik (2012) tarafından yapılan çalışmada hastaneler arası hasta güvenliği kültürü ortalamaları karşılaştırılmıştır. Karşılaştırma sonucunda özel hastane çalışanlarının hasta güvenliği algısının, kamu hastanesi çalışanlarının hasta güvenliği algısından daha yüksek olduğu ortaya konulmuştur. Bu tez çalışmasında ise tam aksine; kamu hastanesi çalışanlarının hasta güvenliği algısının, özel hastane çalışanlarının hasta güvenliği algısından daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Aynı zamanda Gündoğdu ve Bahçecik'in (2012) çalışmasında kamu hastanesinde çalışan hemşirelerin %72' sinin, özel hastanede çalışan hemşirelerin ise %73,5' inin son 12 ayda yöneticilerine hiçbir olay bildiriminde bulunmadıkları belirlenmiştir. Bu tez çalışmasında ise araştırma bulgularına paralel olarak; özel hastane çalışanlarının %84,7' sinin, kamu hastanesi çalışanlarının ise %73,7' sinin son 12 ay içerisinde olay bildirimini yapmadıkları tespit edilmiştir. Behlül ve Bayraktar'ın (2017) çalışması da çalışanların olay bildirimini yapmaktan kaçındıklarını göstermektedir.

Bodur ve Filiz (2010) tarafından yapılan çalışmada, çalışanların yapılan hataları bildirme konusunda isteksiz olmalarının hasta güvenliği kültürünün oluşturulmasında olumsuz etkisi olduğu belirtilmiştir. Çakır ve Tütüncü' nün çalışmasında da çalışanların olay bildirimini yapmama sebebi olarak "çalışanlar yaptığı hataların siciline işlenmesinden endişe duyar" ifadesinin belirtildiği tespit edilmiştir. Bu tez çalışmasında da aynı şekilde, hem özel hem de kamu hastanesi katılımcılarının "çalışanlar yaptıkları hataların kişisel dosyalarından muhafaza edildiğinden endişe duymazlar" ifadesine düşük katılım göstererek, suçlanma ve

cezalandırılma düşüncesi ile bildirim yapmaktan kaçındıkları sonucuna ulaşılmıştır. Wang ve arkadaşlarının (2014) çalışması da araştırma bulgularını destekler niteliktedir.

Yapılan bu tez çalışmasında kamu hastanesi katılımcıların bölümlerindeki hasta güvenliği uygulamalarına katılım durumları ele alındığında “çalışanlar yöneticilerinin karar verme eylemlerini sorgulamakta kendilerini özgür hisseder” ifadesine katılımın düşük olması Filiz’in (2009) çalışması ile benzerlik göstermektedir.

Korkmazer ve arkadaşlarının (2016) yaptığı çalışmada, sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürü ve mesleki deneyim arasındaki ilişki incelenmiştir. Bunun sonucunda 11 yıl ve üzeri süredir mesleki deneyime sahip katılımcıların hasta güvenliği algısının, daha az mesleki deneyime sahip katılımcıların hasta güvenliği algısından düşük olduğu belirlenmiştir. Ancak bu tez çalışmasında 0-5 yıl arasında mesleki deneyime sahip olan özel hastane katılımcıların hasta güvenliği algısının daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Bu durumun çalışanların mesleki deneyimi az olduğu için henüz çok fazla tıbbi hata ile karşılaşmamalarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Kim ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında hasta güvenliği kültürü ölçeğinin personel sağlama alt boyutunun %50’ den daha az ortalama saptanması kurumdaki hemşire sayısının yeterli olmadığını ve çalışan sayısının yeterli olmamasının tıbbi hataların meydana gelmesinde etkili bir faktör olduğu belirtilmiştir. Bu tez çalışmasında da katılımcılara tıbbi hataların oluşma sebepleri sorulduğunda; özel hastane katılımcıların %74 oranında, kamu hastanesi katılımcıların ise %75,3 oranında “hemşire sayısının yetersiz olması” şeklinde cevap vermeleri ilgili çalışma ile benzerlik göstermektedir.

Yapılan birçok araştırmaya göre; ilaç hatası, basınç yarası gibi hasta güvenliğini etkileyen bazı tıbbi hata türleri ile çalışanların uzun saatler boyunca çalışması arasında anlamlı bir ilişki olduğu ortaya konmuştur (Cho, vd. 2015). Bu tez çalışmasında da katılımcılara tıbbi hataların meydana gelme sebepleri sorulmuştur. Özel hastane katılımcıların %87,4’ ü ve kamu hastanesi katılımcıların %90’ ı tıbbi hata oluşmasında en önemli nedeni “uzun çalışma saatleri nedeniyle yoğunluk ve stres” olarak belirtmişlerdir. Ayrıca yapılan analizler sonucunda özel hastane çalışanlarının hasta güvenliği algısının haftalık ortalama çalışma

saatine göre farklılaştığı tespit edilmiştir ($p<,05$). Buna göre 0-35 saat aralığında çalışan kişilerin hasta güvenliği algısının 36-40 ve 41 saat üzerinde çalışan kişilerin hasta güvenliği algısından yüksek olması yapılan araştırmalar ile benzerlik göstermektedir. Ulusoy ve Tosun'un(2020) çalışması da bu durumu destekler niteliktedir.

Ünal ve Kırılmaz'ın (2020) çalışmasında eğitim seviyesi ile hasta güvenliği arasındaki fark incelendiğinde; lise ve altı eğitim seviyesindeki kişilerin hasta güvenliği algısının ön lisans ve lisans eğitim seviyesindekilere göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Yani eğitim seviyesi arttıkça hasta güvenliği algısı da artar sonucuna ulaşılmıştır. Bu tez çalışmasında da hem özel hem de kamu hastanesindeki lisans eğitim düzeyine sahip çalışanların hasta güvenliği algısının lise eğitim seviyesindekilerden daha yüksek olduğunun tespit edilmesi ilgili araştırma ile benzerlik göstermektedir.

Uçak'ın (2009) yaptığı çalışmada genç yaştaki çalışanların ileri yaştaki çalışanlardan daha fazla kan ve vücut sıvılarına maruz kaldıkları ortaya konulmuştur. Şantaş ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında da ileri yaştaki çalışanların kurumlarındaki iş güvenliği iklimini olumlu olarak değerlendirdikleri sonucuna ulaşılmıştır. Fang ve arkadaşlarının (2006) çalışması da bu sonucu desteklemektedir. Belirtilen diğer çalışmaların aksine Terzi ve arkadaşlarının (2019) çalışmasında ise yaş ile iş güvenliği arasında anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir. Bu tez çalışmasında ise gerçekleştirilen birçok çalışmayla benzer şekilde, çalışan güvenliği algısı ve yaş arasında anlamlı bir farklılığın olduğu belirlenmiştir. Özel hastanede ve kamu hastanesinde çalışan genç katılımcıların çalışan güvenliği algısının ileri yaştakilere göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

Wu ve arkadaşlarının (2007) bir laboratuvarında gerçekleştirdikleri çalışma sonucunda erkeklerin güvenlik kültürü algılarının kadınlardan daha yüksek olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Gül'ün (2015) çalışmasında ise güvenlik kültürü algısı ve cinsiyet arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Bu tez çalışmasında ise özel hastane ve kamu hastanesindeki kadın katılımcıların çalışan güvenliği algısının erkeklerden yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Çil'in (2016) yaptığı çalışmada eğitim seviyesi arttıkça çalışanların iş güvenliği algısının düştüğü belirtilmektedir. Bu tez çalışmasında da literatür ile benzer şekilde özel hastanede ve kamu hastanesindeki sağlık meslek lisesi mezunu katılımcıların çalışan güvenliği algısının lisans mezunu katılımcıların çalışan güvenliği algısından yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Özata ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında çalışanlara hastalıklara yakalanma riskleri sorulduğunda çalışanların %74,3'ü "solunum yolu hastalıkları riski", %17,3'ü ise "kan yoluyla bulaşan hastalıklar" açısından çalışma birimlerini riskli bulmuşlardır. Bu çalışanların %44'ü son 12 ay içerisinde kesici-delici alet yaralanması yaşadıklarını da belirtmişlerdir. Kurttekin ve Taçgın'ın (2020) bir kamu hastanesinde yaptıkları çalışmaya göre çalışan güvenliği ile ilgili en fazla karşılaşılan olayın "kesici-delici alet yaralanması" ve "kan ve vücut sıvılarına bulaş" olduğu belirtilmektedir. Bu tez çalışmasında da ilgili çalışmalar ile benzer şekilde, katılımcılar tarafından en fazla maruz kaldıkları risk unsurunun "kan kaynaklı patojenler" olarak belirtildiği tespit edilmiştir.

Cebeci'nin (2013) çalışmasında ise hemşirelerin %68'inin ve tüm katılımcıların %50'sinden fazlasının en az bir defa kesici-delici alet yaralanması yaşadıkları belirtilmiştir. Okutan ve Sarıtaş'ın (2018) araştırmasında hemşirelerin büyük bir kısmının (%76,5) kesici-delici alet yaralanması yaşadıkları belirtilmektedir. Bu tez çalışmasında ise katılımcılara son 12 ay içerisinde kaç adet kesici-delici alet yaralanması yaşadıkları sorulduğunda; özel hastane çalışanlarının %68,6'sı "0" cevabını verirken %24'ü "1" tane, %6'sı "2" tane %2'si ise "3" tane yaralanma yaşadığını belirtmiştir. Kamu hastanesi çalışanlarının ise %61,3'ü "0" cevabını verirken, %18,5'i "1" tane, %14,9'u "2" tane %4,7'si "3" tane %0,6'si ise "4 ve daha fazla" yaralanma yaşadığını belirtmiştir.

Özata ve arkadaşlarının (2017) yaptığı çalışmada, çalışanlara çalıştıkları süre boyunca sözel şiddete maruz kalıp kalmadıkları sorulmuş ve çalışanların %57,7'sinin birçok kez sözel şiddetle karşılaştıkları belirtilmiştir. Aynı şekilde Kahraman ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında da çalışanların %56,1'i sözel ve psikolojik şiddete maruz kaldıklarını belirtmişlerdir. Yine Yıldız'ın (2017) çalışmasında da katılımcıların %60,8'i son 6 ay içinde sözel şiddetle karşılaştıkları, Kaya ve arkadaşlarının (2016) iki kamu hastanesinde gerçekleştirdikleri çalışmada ise katılımcıların %87,3'ünün sözel ve fiziksel şiddete maruz

kaldıkları tespit edilmiştir. Bu tez çalışmasında araştırma bulgularına benzer şekilde, “İşteyken fiziksel ve ya sözlü şiddete maruz kaldınız mı?” sorusuna kamu hastanesi katılımcıların en yüksek düzeyli katılım gösterdikleri ($\bar{x}=3,27$) tespit edilmiştir.

Gyekye ve Salminen’in (2010) araştırmasında mesleki deneyim arttıkça, çalışanların güvenlik kültürü algılarının da arttığı tespit edilmiştir. Bulut ve arkadaşlarının(2020) yaptığı çalışma da katılımcıların mesleki deneyimleri arttıkça iş sağlığı ve güvenliği çalışmalarına yönelik farkındalıklarının yükseldiği yönündedir. Bu tez çalışmasında ise özel hastane katılımcılarının çalışan güvenliği ve mesleki deneyim ilişkisi arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır. Kamu hastanesinde ise literatürle benzer şekilde, katılımcıların mesleki deneyimi arttıkça çalışan güvenliği algısının da arttığı tespit edilmiştir.

Devebakan ve Paşalı’nın(2015) mesleğe göre çalışan güvenliği değerlendirmesinde en yüksek ortalamaya sahip meslek grubunu hemşireler, en düşük ortalamaya sahip meslek grubunu ise doktorlar olarak tespit etmişlerdir. Bulut ve arkadaşlarının (2020) çalışmasında da iş sağlığı ve güvenliği uygulamaları ile meslek arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Buna göre hemşire, ebe, sağlık memuru meslek gruplarının iş güvenliği farkındalıklarının diğer meslek gruplarından yüksek olduğu belirtilmektedir. Bu tez çalışmasında ise belirtilen çalışmaların aksine özel hastane ve kamu hastanesindeki doktorların çalışan güvenliği algısının, hemşirelerin çalışan güvenliği algısından daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Cebeci’nin (2013) çalışmasında katılımcıların %45’inin “bu birimde iş yükünün üstesinden gelecek kadar personel mevcuttur” ifadesine katılmadıkları görülmektedir. Dikmen ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında katılımcılara iş kazası oluşturan etmenler sorulduğunda %73 oranında “çalışma süresinin uzun olması”, %69,3 oranında ise “çalışanların yeterli sayıda olmaması” şeklinde cevap verdikleri tespit edilmiştir. Bu tez çalışmasında da “Görevlerimi yerine getirirken genellikle güvenlik önlemleri almaya ayıracağım zamanım olur.” ifadesine iki hastanedeki çalışanlarında en düşük düzeyde katılım sağlaması, çalışanların yeterli sayıda çalışan olmamasından kaynaklı yoğunluktan dolayı güvenlik tedbirlerini uyamadıklarını gösterdiği düşünülmektedir.

Yıldız'ın (2017) çalışmasında haftalık 40 saatin altında çalışan hemşirelerin iş sağlığı ve güvenliği çalışmalarına uyma düzeyinin, 40 saatin üzerinde çalışan hemşirelerin iş sağlığı ve güvenliği çalışmalarına uyma düzeyinden daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu tez çalışmasında da özel hastane ve kamu hastanesi katılımcılarının çalışan güvenliği algısı ve haftalık ortalama çalışma saati arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Literatürle benzer şekilde, 41 saat üzerinde çalışan kişilerin çalışan güvenliği algısının, daha az saatler çalışan kişilerin çalışan güvenliği algısından düşük olduğu belirlenmiştir.

İncesu ve Atasoy'un (2015) çalışmasında katılımcıların %63'ünün sağlık taramalarının yapıldığı ifadesine katıldıkları tespit edilmiştir. Yıldız'ın (2017) çalışmasında "kurumunuz tarafından size hiç sağlık taraması yapıldı mı?" sorusuna hemşirelerin %67,2'sinin evet cevabı verdikleri görülmektedir. Gül ve arkadaşlarının (2020) çalışmasında da katılımcıların %73,9'unun "belirli ve düzenli aralıklarla kişisel sağlık taraması ve muayenesi yapılmaktadır" ifadesine katıldıkları ortaya konulmuştur. Bu tez çalışmasında ise katılımcılara kurumlarında kendilerine uygulanan muayene ve tetkikler sorulduğunda özel hastane çalışanlarına en çok uygulanan işlemlerin sırasıyla (%94,7) idrar testi, (92,7) kan testi, (%84,7) standart tıbbi anket ve (%82,7) fiziksel muayene olduğu tespit edilmiştir. Kamu hastanesi çalışanlarına en çok uygulanan işlemlerin ise sırasıyla (%97,5) kan testi, (%78,7) idrar testi, (%75,8) fiziksel muayene ve (%36,4) standart tıbbi anket olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuçlara göre çalışan sağlığı ve güvenliği için her iki hastanenin de çalışanlarının muayene ve tetkiklerini büyük oranda yaptırdığı görülmektedir.

Yüceler (2011) tarafından yapılan "Sağlık işletmelerinde örgüt kültürünün bir boyutu olarak hasta ve çalışan güvenliği: Konya ilindeki hastanelerde bir uygulama" başlıklı doktora tez çalışması sonuçlarına göre, katılımcıların büyük bir kısmı son 12 ay içerisinde hasta ve çalışan güvenliği ile ilgili herhangi bir bildirimde bulunmadıklarını belirtmişlerdir. Bu tez çalışmasına göre de ilgili sonuca paralel olarak; özel hastane katılımcılarının %84,7'sinin, kamu hastanesi çalışanlarının ise %64,7' sinin son 12 ay içerisinde hasta ve çalışan güvenliğine dair olay raporu yazmadıkları ortaya konulmuştur.

Yukarıda belirtilen birçok çalışmada hasta güvenliği ve çalışan güvenliği kavramlarının ayrı ayrı ele alınarak araştırma yapıldığı, Yüceler (2011) tarafından iki kavramın aynı anda

değerlendirildiği çalışmada ise hastane türüne göre karşılaştırma yapılamadığı tespit edilmiştir. Bu tez çalışmasında ise sağlıkta kalite yönetiminin temel taşlarını oluşturan ve birbirini etkileyen hasta güvenliği ve çalışan güvenliği kavramları bir arada ele alınarak özel hastane ve kamu hastanesi karşılaştırması yapılmıştır. Buna göre hastane türüne göre, çalışanların hasta güvenliği algısının farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Kamu hastanesi çalışanlarının hasta güvenliği algılarının özel hastane çalışanlarının hasta güvenliği algısından yüksek olduğu ortaya çıkmıştır. Bunun yanı sıra, katılımcıların çalışan güvenliği algısının hastane türüne göre farklılık göstermediği tespit edilmiştir.





SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu tez çalışması ile çalışanların hasta ve çalışan güvenliği kültürü algısı “Sağlık İşletmelerinde Hasta ve Çalışan Güvenliği Kültürü Anketi” aracılığı ile tespit edilmeye çalışılmıştır. Elde edilen veriler sonucunda;

- Tıbbi hataların meydana gelme sebepleri incelendiğinde, özel hastane çalışanlarının en yüksek oranda verdikleri cevapların sırasıyla; %87,4 oranında “uzun çalışma saatleri”, %74 oranında “hemşirelerin sayı olarak yetersiz olması”, %60,7 oranında ise “iletişim bozuklukları” olarak belirttikleri tespit edilmiştir. Benzer şekilde, kamu hastanesi çalışanlarının en yüksek oranda verdikleri cevapların ise; %90 oranında “uzun çalışma saatleri nedeniyle yoğunluk ve stres”, %75,3 oranında “hemşirelerin sayısının yetersiz olması”, %60,2 oranında ise “iletişim bozuklukları” şeklinde belirttikleri tespit edilmiştir. Bu yüzdelerle göre uzun çalışma saatlerinin, hemşirelerin sayıca yetersiz olması sonucunda artan iş yükünün ve hastaların çalışanlara devredilmesi sırasında oluşan yanlış iletişim sonucu bilgilerin eksik aktarılmasının, her iki hastanede de tıbbi hatalara neden olduğu sonucuna ulaşılmıştır.
- Özel hastane katılımcılarının %62,5’ inin tıbbi hatalardan hatayı yapan kişinin sorumlu tutulması gerektiğini düşündüğü, kamu hastanesi katılımcılarının 62,4’ ünün ise sadece kişi ya da kurumun değil her ikisinin de tıbbi hatalardan sorumlu tutulması gerektiğini düşündüğü tespit edilmiştir. Bu sonuca göre; özel hastane çalışanlarının işini kaybetme korkusu ile tıbbi hatalardan kendini sorumlu tuttuğu, kamu hastanesi çalışanlarının ise böyle bir kaygısı olmadığından kurumlarını da tıbbi hatalardan sorumlu olarak gördüğü düşünülmektedir.
- Özel hastane katılımcılarının %66,5’i tıbbi hatalar konusunda nadiren duyum aldıklarını belirtirken, kamu hastanesi çalışanlarının %47,1’ inin ara sıra duyum aldıklarını belirttiği tespit edilmiştir. Bu sonuca göre; özel hastane çalışanlarının kurum tarafından tıbbi hatalardan doğrudan sorumlu tutulacaklarını düşünerek

hataların ortaya çıkmasını engellediği, kamu hastanesi çalışanlarının ise oluşan tıbbi hataları özel hastane çalışanlarına göre daha fazla dile getirdikleri düşünülmektedir.

- Özel hastane katılımcılarının %54,7'sinin tıbbi hatalar konusunda kendi bilgilerine yeteri kadar güvenmediğini belirtilirken, kamu hastanesi çalışanlarının %51,1'inin bu konuda bilgilerine güvendiklerini belirttikleri tespit edilmiştir. Bu sonuca göre, her iki hastane çalışanlarının da tıbbi hatalar konusunda yeterli eğitim almadığı, kurumlar tarafından tüm çalışanların katılımını sağlayan eğitimler düzenlenmediği düşünülmektedir.
- Özel hastane katılımcılarının %84,7'sinin, kamu hastanesi çalışanlarının ise %64,7'sinin son 12 ay içerisinde hasta ve çalışan güvenliğine dair olay raporu yazmadıkları tespit edilmiştir. Bu da özel hastane çalışanlarının olay bildirimini yapmaktan kamu hastanesi çalışanlarından daha fazla çekindiklerini düşündürmektedir.
- Katılımcıların çalıştıkları birimdeki hasta güvenliği uygulamalarına ilişkin görüşleri ele alındığında; özel hastanede en düşük düzeyli katılımın ($\bar{x}=2,53$) "Çalışanlar yaptıkları hataların kişisel dosyalarında muhafaza edildiğinden endişe duymazlar" ifadesi olduğu tespit edilmiştir. Aynı şekilde kamu hastanesinde de en düşük düzeyli katılımın ($\bar{x}=3,16$) "Çalışanlar yaptıkları hataların kişisel dosyalarında muhafaza edildiğinden endişe duymazlar" ifadesi olduğu tespit edilmiştir. Bu ortalamalara göre; her iki hastane çalışanlarının da tıbbi hata yapmaları durumunda suçlanacaklarını düşündükleri ancak özel hastane çalışanlarının bu konuda daha fazla tedirgin oldukları sonucuna ulaşılmıştır. Bundan dolayı da olay bildirimini yapmaktan çekindikleri düşüncemiz doğrulanmaktadır.
- Çalışanların bölümlerindeki hasta güvenliği uygulamalarına katılım durumları ele alındığında, özel hastanede en düşük düzeyli katılımın ($\bar{x}=3,10$) "Raporlanan olaylara dayandırılarak yapılan değişiklikler hakkında bilgilendiriliriz" ifadesi olduğu, kamu hastanesinde en düşük düzeyli katılımın ise ($\bar{x}=2,76$) "Çalışanlar yöneticilerinin karar ve eylemlerini sorgulamakta kendilerini özgür hissederler" ifadesi olduğu tespit edilmiştir. Bu ortalamalara göre; özel hastane ve kamu hastanesi yöneticilerinin TKY

anlayışına ters düşerek, alınacak kararlara çalışan katılımını sağlamadıkları sonucuna ulaşmıştır.

- Katılımcıların hastanelerindeki hasta güvenliği çalışmaları hakkında görüşleri ele alındığında; özel hastanede en düşük düzeyli katılımın ($\bar{x}=2,98$) “Hastane yönetimi hasta güvenliğini artıran bir çalışma atmosferi sağlamaktadır” ifadesi olduğu tespit edilmiştir. Benzer şekilde kamu hastanesinde de en düşük düzeyli katılımın ($\bar{x}=3,14$) “Hastane yönetimi hasta güvenliğini artıran bir çalışma atmosferi sağlamaktadır” ifadesi olduğu tespit edilmiştir. Bu ortalamalara göre; her iki hastane türünde de hastane yönetiminin yapılan hasta güvenliği çalışmalarına çalışanları yeteri kadar dâhil etmediklerinden, yönetim tarafından konuya verilen önemin farkına varılmadığı düşünülmektedir.
- Katılımcıların görev yaptıkları birimin çalışan güvenliği faaliyetlerine ilişkin görüşleri ele alındığında; özel hastanede en düşük düzeyli katılımın ($\bar{x}=3,11$) “görevlerimi yerine getirirken genellikle güvenlik önlemleri almaya ayıracağım zamanım olur” ifadesi olduğu tespit edilmiştir. Kamu hastanesinde de en düşük düzeyli katılımın ise ($\bar{x}=2,79$) “görevlerimi yerine getirirken genellikle güvenlik önlemleri almaya ayıracağım zamanım olur” ifadesi olduğu tespit edilmiştir. Bu ortalamalara göre; hem özel hastane hem de kamu hastanesi çalışanlarının yoğun çalışma temposunda güvenlik önlemlerini almaya vakit bulamadıkları görülmektedir. Araştırma yapılan hastanelerde çalışma koşullarının çalışan güvenliğini riske atmayacak şekilde düzenlenmediği düşünülmektedir.
- Katılımcıların çalıştıkları birimdeki çalışan güvenliğini etkileyen unsurlar ele alındığında; özel hastane çalışanlarının ifadelerin tamamına “bazen” ve “hayır” şeklinde cevap verdiği tespit edilmiştir. Kamu hastanesi çalışanlarının ise en fazla evet cevabı verdiği ifadenin ($\bar{x}=3,27$) “İşteyken fiziksel veya sözlü şiddete maruz kaldınız mı?” sorusu olduğu dikkat çekmektedir. Bu sonuca göre; kamu hastanesi çalışanlarının yoğunluğu özel hastanedekilerden daha fazla olduğundan, hasta ve yakınlarının tepkisine daha fazla maruz kaldıkları düşünülmektedir.

- Katılımcıların kişisel koruyucu donanım kullanmama nedenleri ele alındığında; özel hastanede en yüksek düzeyli katılım (%48) “maruz kalmam olası fakat sağlık riski çok az” ifadesi iken, kamu hastanesinde ise en yüksek düzeyli katılımın (%50,7) “risklere maruz kalma potansiyeli az” ifadesi olduğu tespit edilmiştir. Her iki hastane çalışanlarının büyük bir kısmı doktor ve hemşirelerden oluşmasına rağmen çalışanların riskleri az değerlendirerek kişisel koruyucu kullanmaktan kaçınmaları, çalışan güvenliği ve bölüm bazlı riskler konusunda yeteri kadar bilgilendirilmediklerini düşündürmektedir.
- Katılımcıların son 12 ayda kaç tane kesici-delici alet yaralanması rapor ettikleri ele alındığında; özel hastanede toplam 45 yaralanma olmasına rağmen 20 adet bildirim yapıldığı, kamu hastanesinde ise toplam 174 adet yaralanma olmasına rağmen sadece 80 adet bildirim yapıldığı tespit edilmiştir. Bu sonuca göre; her iki hastanede de çalışan güvenliği etkileyen durumlarla ilgili olay bildirimini yapmaktan büyük ölçüde kaçınıldığı görülmektedir.
- Katılımcıların olay bildirimini yapmama nedenleri ele alındığında; özel hastane çalışanlarının %48,6 oranında “güvenli olmayan iş uygulamalarından dolayı suçlanmaktan endişe duydum” ve %19,3 oranında “rapor etmeye gitseydim işimi görecektim başkası yoktu” şeklinde cevap verdiği tespit edilmiştir. Kamu hastanesi çalışanlarının ise %33,3 oranında “güvenli olmayan iş uygulamalarından dolayı suçlanmaktan endişe duydum” ve %27,6 oranında da “yaralanmanın rapor edecek kadar önemli olmadığını düşündüm.” şeklinde cevap verdiği tespit edilmiştir. Bu sonuca göre; her iki hastane çalışanlarının da olay bildirimini yaptıkları zaman kurum veya yöneticileri tarafından suçlanmaktan korktukları için bildirim yapmaktan kaçındıkları ve özel hastane çalışanlarının bu konuda kamu hastanesi çalışanlarına göre daha fazla endişe duyduğu ortaya çıkmaktadır. Ayrıca özel hastane çalışanlarının yerlerine bakacak başka kimse olmadığı için olay bildirimini yapamadıklarını belirtmesi, hastanede olay bildirim sistemlerinin bilgisayara entegre olmadığını ve zaman kaybettirdiğini düşündürmektedir. Kamu hastanesinde ise çalışanların yaralanmayı rapor edecek kadar önemli görmemeleri,

olay bildiriminin amacı ve önemi hakkında yeteri kadar bilgilendirilmediklerini ortaya koymaktadır.

- Son olarak, kurumlarında çalışanlara yapılan tıbbi testler muayeneler ele alındığında; özel hastane çalışanlarına en çok uygulanan işlemler sırasıyla (%94,7) idrar testi, (%92,7) kan testi, (%84,7) standart tıbbi anket ve (%82,7) fiziksel muayene olduğu tespit edilmiştir. Kamu hastanesi çalışanlarına en çok uygulanan işlemlerin ise sırasıyla (%97,5) kan testi, (%78,7) idrar testi, (%75,8) fiziksel muayene ve (%36,4) standart tıbbi anket olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuçlara göre ise; çalışan sağlığı ve güvenliği için her iki hastanenin de çalışanlarının muayene ve tetkiklerini yaptırdığı ancak özel hastanenin bu konuda daha özenli davranarak kalite standartları gereği neredeyse tüm çalışanlarını muayene ettirdiği görülmektedir.

Ayrıca bu tez çalışması ile özel hastane ve kamu hastanesi çalışanlarının hasta ve çalışan güvenliği algısının, demografik özelliklere göre farklılaşıp farklılaşmadığı test edilmiştir. Yapılan analiz sonucu Çizelge 4.69' da gösterilmektedir.

Çizelge 4. 69. Hipotez testi sonuçları

HİPOTEZLER	KABUL	RED
H1: Özel ve kamu hastanesi çalışanlarının hasta güvenliği algısı farklılık göstermektedir.	Kabul	
H1a: Özel hastane çalışanlarının hasta güvenliği algısı cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.		Ret
H1b: Kamu hastanesi çalışanlarının hasta güvenliği algısı cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.	Kabul	
H1c: Özel hastane çalışanlarının hasta güvenliği algısı medeni duruma göre anlamlı bir farklılık göstermektedir		Ret
H1d: Kamu hastanesi çalışanlarının hasta güvenliği algısı medeni duruma göre anlamlı bir farklılık göstermektedir		Ret
H1e: Özel hastane çalışanlarının hasta güvenliği algısı yaşa göre anlamlı bir farklılık göstermektedir	Kabul	
H1f: Kamu hastanesi çalışanlarının hasta güvenliği algısı yaşa göre anlamlı bir farklılık göstermektedir	Kabul	
H1g: Özel hastane çalışanlarının hasta güvenliği algısı öğrenim durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermektedir	Kabul	
H1h: Kamu hastanesi çalışanlarının hasta güvenliği algısı öğrenim durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermektedir	Kabul	
H1i: Özel hastane çalışanlarının hasta güvenliği algısı mesleğe göre anlamlı bir farklılık göstermektedir	Kabul	
H1i: Kamu hastanesi çalışanlarının hasta güvenliği algısı mesleğe göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.	Kabul	
H1k: Özel hastane çalışanlarının hasta güvenliği algısı mesleki deneyime göre anlamlı bir farklılık göstermektedir	Kabul	
H1l: Kamu hastanesi çalışanlarının hasta güvenliği algısı mesleki deneyime göre anlamlı bir farklılık göstermektedir		Ret
H1m: Özel hastane çalışanlarının hasta güvenliği algısı haftalık ortalama çalışma saatine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir	Kabul	
H1n: Kamu hastanesi çalışanlarının hasta güvenliği algısı haftalık ortalama çalışma saatine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir	Kabul	
H1o: Özel hastane çalışanlarının hasta güvenliği algısı günlük bakım/ tedavi verilen hasta sayısına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir	Kabul	
H1ö: Kamu hastanesi çalışanlarının hasta güvenliği algısı günlük bakım/ tedavi verilen hasta sayısına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir	Kabul	

Çizelge 4.69. (devam) Hipotez testi sonuçları

HİPOTEZLER	KABUL	RED
H2: Özel ve kamu hastanesi çalışanlarının çalışan güvenliği algısı farklılık göstermektedir.		Ret
H2a: Özel hastane çalışanlarının çalışan güvenliği algısı cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermektedir	Kabul	
H2b: Kamu hastanesi çalışanlarının çalışan güvenliği algısı cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermektedir	Kabul	
H2c: Özel hastane çalışanlarının çalışan güvenliği algısı medeni duruma göre anlamlı bir farklılık göstermektedir	Kabul	
H2d: Kamu hastanesi çalışanlarının çalışan güvenliği algısı medeni duruma göre anlamlı bir farklılık göstermektedir		Ret
H2e: Özel hastane çalışanlarının çalışan güvenliği algısı yaşa göre anlamlı bir farklılık Göstermektedir	Kabul	
H2f: Kamu hastanesi çalışanlarının çalışan güvenliği algısı yaşa göre anlamlı bir farklılık Göstermektedir	Kabul	
H2g: Özel hastane çalışanlarının çalışan güvenliği algısı öğrenim durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermektedir	Kabul	
H2h: Kamu hastanesi çalışanlarının çalışan güvenliği algısı öğrenim durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.	Kabul	
H2i: Özel hastane çalışanlarının çalışan güvenliği algısı mesleğe göre anlamlı bir farklılık göstermektedir	Kabul	
H2i: Kamu hastanesi çalışanlarının çalışan güvenliği algısı mesleğe göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.	Kabul	
H2k: Özel hastane çalışanlarının çalışan güvenliği algısı mesleki deneyime göre anlamlı bir farklılık göstermektedir		Ret
H2l: Kamu hastanesi çalışanlarının çalışan güvenliği algısı mesleki deneyime göre anlamlı bir farklılık göstermektedir	Kabul	
H2m: Özel hastane çalışanlarının çalışan güvenliği algısı haftalık ortalama çalışma saatine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir	Kabul	
H2n: Kamu hastanesi çalışanlarının çalışan güvenliği algısı haftalık ortalama çalışma saatine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir	Kabul	
H2o: Özel hastane çalışanlarının çalışan güvenliği algısı günlük bakım/ tedavi verilen hasta sayısına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir		Ret
H2ö: Kamu hastanesi çalışanlarının çalışan güvenliği algısı günlük bakım/ tedavi verilen hasta sayısına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir	Kabul	

Yapılan tez çalışması sonucunda elde edilen verilere göre, araştırma yapılan hastanelere ve bir sonraki çalışmalara yardımcı olması amacıyla bazı önerilerde bulunulmuştur. Bunlar;

- Özel hastane ve kamu hastanesi çalışanlarının tıbbi hata oluşma sebeplerini, “uzun çalışma saatleri”, “hemşirelerin sayı olarak yetersiz olması” ve “iletişim bozuklukları” olarak belirttikleri tespit edilmiştir. Dolayısıyla her iki hastane yönetiminin de çalışanların iş yükünü azaltabilmek adına daha fazla çalışan istihdam etmeleri, çalışma saatlerini çalışanların verimini düşürmeyecek şekilde ayarlamaları ve iletişim bozukluklarından kaynaklanan hataların önüne geçilebilmesi için de sözel istemlerin nasıl yapılacağı ile ilgili talimat hazırlanarak erişime açılması ve çalışanlara eğitim verilmesi önerilmektedir.
- Her iki hastane çalışanlarına da tıbbi hataların nedenleri, görülme sıklıkları, oluşturdukları sonuçlar hakkında bilgilendirmeler yaparak bu konuya karşı daha duyarlı olmaları sağlanmalıdır.
- Her iki hastanede de SKS kapsamında belirtildiği gibi, olay bildirimlerinde çalışan adının kesinlikle yer almayacağı, bildiri yapan kişinin tespit edilmeyeceği bir istenmeyen olay bildirim sistemi kurulmalı ve çalışanlara raporlamanın nasıl yapılacağı konusunda gerekli eğitimler verilmelidir.
- Her iki hastane çalışanlarının da hasta ve çalışan güvenliğini etkileyen unsurlarla ilgili olay bildiri yapmaları teşvik edilmeli. Cezalandırmaya dayanmayan, çalışanın suçlanmayacağı, yalnızca sistemdeki problemin tespit edilip iyileştirme çalışmalarının yapılacağı konusunda çalışanlar bilgilendirilerek hastane yönetimine güven duymaları sağlanmalıdır.
- Yapılan çalışmalar hakkında çalışanları bilgilendirmek amacıyla, hasta güvenliği ve çalışan güvenliği komite toplantılarına, çalışan temsilcileri belirlenerek dâhil edilmeli, görüşleri alınmalı ve raporlamalar sonucunda yapılacak olan değişiklikler ve alınan tedbirler hakkında çalışanlar bilgilendirilmelidir.

- Kişisel koruyucu donanımların ve ilgili güvenlik ekipmanlarının nasıl kullanılacağı konusunda çalışanlara eğitimler verilmeli, iş yoğunlukları mümkün olduğu kadar azaltılarak, güvenlik tedbirlerine uymaları için zaman yaratılmalıdır.
- Özellikle kamu hastanesi çalışanlarının fiziksel ve sözel şiddete daha fazla maruz kaldıkları tespit edilmiştir. Bu doğrultuda hastanelerde şiddetin en sık meydana geldiği birimler tespit edilerek gerekli güvenlik tedbirleri arttırılmalı, 24 saat boyunca beyaz kod ekipleri bulundurulmalı ve çalışanlara iletişim, stres yönetimi gibi konularda eğitimler verilmelidir.
- Hastanelerdeki bölüm ve meslek bazlı riskler tespit edilmeli ve çalışanlar maruz kalabilecekleri riskler konusunda detaylı bir şekilde bilgilendirilmelidir. Risklerden korunmaları için almaları gerek tedbirler hakkında çalışanlara eğitimler verilmelidir.
- Çalışanların en çok kesici delici alet yaralanmalarına maruz kaldıkları tespit edilmiştir. Çalışanlara bu yaralanmalar sonucunda oluşabilecek hastalıklar hakkında bilgilendirmeler yapılarak olayın ciddiyeti anlatılmalıdır. Ayrıca kesici-delici aletlerin kullanımı ve kullanım sonrası ayrıştırılması hakkında SKS atık yönetimi kapsamında gerekli eğitimler verilmeli ve ayrıştırmayı kolaylaştırmak adına, atık kutuları çalışanların kolay ulaşabilecekleri alanlarda bulundurulmalıdır.
- Daha kolay bir şekilde olay bildirimini yapılmasını sağlayabilmek amacıyla, HBYS' ler üzerinden, çalışanların görev yerlerini terk etmeden olay bildirimini yapabilmeleri sağlanmalıdır. Böylece kayıtların da daha güvenli bir şekilde tutulması sağlanır.
- Hastanelerin çalışanlara yönelik periyodik muayeneler hakkında iyi bir durumda oldukları görülse de, SKS' nin amacı bütün çalışanlara sağlık taraması yapılmasını sağlamak olduğundan, sağlık taraması yapılmayan çalışanların tespit edilerek gerekli muayenelerin yapılması ve işe giriş muayenesi yapılmayan hiçbir çalışanın göreve başlatılmaması gerekmektedir.

- Hastanelerde belirlenen zaman aralıklarında, kalite yönetim birimi liderliğinde bina turları yapılmalı ve hasta ve çalışan güvenliğini etkileyebilecek tesis kaynaklı riskler incelenmelidir.
- Bina turu kapsamında, çalışanlar görevlerini yaparken gözlemlenmeli ve hatalı davranışlar tespit edildiğinde olay yerinde gerekli bilgilendirmeler yapılarak kontrol mekanizması etkin tutulmalıdır.
- Hastanelerde hasta ve çalışan güvenliği algısını arttırmak için, cinsiyet, medeni durum, meslek, mesleki deneyim süresi fark etmeksizin tüm çalışanların dâhil edildiği eğitim sistemi ve kurum kültürünün oluşturulması ve bunun için de üst yönetimin liderlik ve desteğinin çalışanlara hissettirilmesi gerekmektedir.
- Araştırma bir özel hastane ve bir kamu hastanesinde yapılmıştır. Üniversite hastaneleri ve şehir hastaneleri üzerinde de araştırmaların yapılması önerilmektedir.
- Araştırma sonuçlarına göre daha kapsamlı bir genelleme yapılabilmesi için, daha büyük evren ve örneklem ile çalışılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Acaroğlu, R., Ağtı, T. (2005). "Hemşirelikte Sık Karşılaşılan Hatalı Uygulamalar." **C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi**, 4 (2), 22-27.
- Akalın E.H. (2004). "Medikasyon Hataları". **ANKEM Dergisi**, 18 (1),10-11.
- Akalın, E.H. (2005). "Yoğun Bakım Ünitelerinde Hasta Güvenliği". **Yoğun Bakım Dergisi**, 5(3), 12.
- Akalın, E.H. (2014). "Hasta Güvenliği: Değişen Paradigma". **Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi**, 32, 64-67.
- Akarsu, H., Güzel, M. (2016). **Sağlık Sektöründe Tehlike ve Riskler**. Kurumsal Kapasitenin Güçlendirilmesi Teknik Destek Projesi. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Eğitim ve Araştırma Merkezi, Ankara, 18-34.
- Akçapınar, M., İnceboz, T. (2016). "Doğumhanelerde Çalışan Güvenliği ve Çalışan Güvenliğini Etkileyen Nedenler". **Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi**. 110-115.
- Akgün, S., Al-Assaf,A.F. (2007). "Sağlık Kuruluşlarında Hasta Güvenliği Anlayışını Nasıl Oluşturabiliriz"? **Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi**, 3, 42-47.
- Akın, Ö. (2001). **Toplam Kalite Yönetimi ve İnsan (Kobi'ler Üzerine Bir İnceleme)**, Bursa: Ezgi Kitabevi, 78.
- Aksoy, F. (2008). **Psikolojik Şiddetin (Mobbing) Sağlık Çalışanlarına Etkisi**. Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 123.
- Albrecht, M. R. (2015). "Patient Safety: The What, How and When". **The American Journal of Surgery**, 210, 978-982.
- Altındış, S. (2010). "Sağlık Hizmetlerinde Olay Raporlama ve Hasta Güvenliğine Etkileri". **Sağlıkta Kalite ve Performans Dergisi**, 1,17-32.
- Amole, B. B., Oyatoye, E. O., Kuye, S. I. (2016). "Determinants Of Patient's Satisfaction On Service Quality Dimensions İn The Nigeria Teaching Hospitals". Zeszyty Naukowe. **Organizacja i Zarządzanie/Politechnika Śląska**, 87, 9-33.
- Aras, D. (2013). **Isparta İl Merkezinde Kamu Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerin Çalışma Ortamı Riskleri, Risk Algıları Ve Yaşam Kalitesi İle İlişkisi**. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya, 111.
- Arısoy, A. (2011). **Mobbingi Ortaya Çıkaran Faktörler: Isparta-Antalya-Burdur'da Sağlık Sektöründe Hemşireler Üzerine Çalışma**. Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta, 39.
- Aslan, F. E., Öntürk, Z. K. (2011). "Biyolojik, Kimyasal, Fiziksel ve Psikososyal Riskler, Etkileri ve Önlemler". **Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi**, 4(1), 41.

- Aştı, T. ve Acaroğlu, R., (2000). "Hemşirelikte Sık Karşılaşılan Hatalı Uygulamalar". **C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi**, 4 (10), 22- 27.
- Aydemir, İ., Yenimahalleli Yaşar, G.(2016). "Ergonomik Tasarımın Sağlık Çalışanları ve Hasta Güvenliğine Etkisi". **Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi**, 3(3), 176.
- Babayiğit, M. A., Kurt, M. (2013). "Hastane Ergonomisi". **İstanbul Tıp Dergisi**, 14, 153-159.
- Bakır, M.Ş. (2017). **Sağlık Kurumlarında Toplam Kalite Yönetimi Uygulamaları: Şırnak Devlet Hastanesi Örneği**. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi SBE, Erzurum, 22.
- Bar, M., Çelik, C., Çelik, Y., (2014). Ofis Çalışmalarında Ergonomik Faktörler ve Çalışanların Verimliliği. **VII. Uluslararası İş Sağlığı Ve Güvenliği Konferansı Bildiri Kitabı**, İstanbul, 397.
- Behlül, S., Bayraktar, Ö. (2017). "Sağlık Çalışanlarının Hasta Güvenliği Kültürü Algılarının Değerlendirilmesi: Üniversite Hastanesi Örneği". **Sağlık Akademisyeni Dergisi**, 4(3), 202-206.
- Bilir, N. ve Yıldız, A. N. (2014). **İş Sağlığı ve Güvenliği**. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 20.
- Binici, C.M. (2018). **Randevu Sistemlerinin Müşteri Memnuniyeti ve Sağlıkta Kalite Açısından Önemi**. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi SBE, İzmir, 14.
- Bodur, S., and Filiz, E. (2010). "Validity and reliability of Turkish version of Hospital Survey on Patient Safety Culture and perception of patient safety in public hospitals in Turkey". **BMC Health Services Research**, 10, 28-36. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-28>
- Boiano, J., Hull, R.(2001). "Development of a National Occupational Exposure Survey and Database associated with NIOSH Hazard Surveillance Initiatives". **Applied Occupational Environmental Hygiene**, 16(2), 128-134.
- Bonner, AF., Castle, NG., Perera, S., Handler, SM. (2008). "Patient Safety Culture: A Review of the Nursing Home Literature and Recommendations for Practice". **Ann Longterm Care**, 16(3), 18-22.
- Boz, D. (2018). **Örgütsel Vatandaşlık Davranışı ve Örgütsel Yenilikçiliğin Toplam Kalite Yönetimi Uygulamaları Üzerindeki Etkileri: TR33 Zafer Kalkınma Ajansı Bölgesindeki İşletmelerde Bir Örnek Uygulama**. Doktora Tezi, Dumlupınar Üniversitesi SBE, Kütahya, 63-70.
- Bodur, S., Filiz, E., Çimen, A., Kapçı, C. (2012). "Ebelik ve Hemşirelik Son Sınıf Öğrencilerinin Hasta Güvenliği ve Tıbbi Hatalar Konusundaki Tutumu". **Genel Tıp Dergisi**, 37-42.
- Bottani, E., Monica, L., Vignali, G. (2009). **Safety Management Systems: Performance Differences Between Adopters And Non-Adopters**. Saf Sci. 47, 155–162.

- Bulut, A. (2016). **112 Acil Durum Ambulanslarında İSG Risklerinin Tespiti ve İSG Rehberi**. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı İş Sağlığı ve Güvenliği Uzmanlık Tezi, Ankara, 21.
- Bulut, A., Ünal, E., Şengül, H. (2020). "Bir Kamu Hastanesinde İş Sağlığı ve Güvenliği Uygulamalarının Değerlendirilmesi". *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 23(1), 1-22.
- Camkurt, M.Z., (2007). "İşyeri Çalışma Sistemi ve İşyeri Fiziksel Faktörlerinin İş Kazaları Üzerindeki Etkisi". *Türk Ağır Sanayi ve Hizmet Sektörü (TÜHİS) İş Hukuku ve İktisat Dergisi*, 20 (6), 80-106.
- Caruso, CC. (2013). "Negative Impacts of Shiftwork and Long Work Hours". *Rehabil Nurs*, 18. doi: 10.1002/rnj.107.
- Cebeci, F., Gürsoy, E., Tekingündüz, S. (2012). "Hemşirelerin Tıbbi Hata Yapma Eğilimlerinin Belirlenmesi". *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15 (3), 188-196.
- Cebeci, H. (2013). "Hastanelerde İş Kazaları ve Çalışan Güvenliği Karabük Şehir Örneği". *Uluslararası İşletme ve Yönetim Dergisi*, 1(1), 92-82.
- Ceylan, C. (2009). **Hastanede Çalışan Hemşirelerin Bildirimlerine Dayalı İş Kazalarının İncelenmesi**. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 3.
- Cho S. H., Kim Y. S., Yeon K. N., You S. J., Lee I. D. (2015). "Effects of Increasing Nurse Staffing On Missed Nursing Care". *International Nursing Review*, 62:2, 267-274. <https://doi.org/10.1111/inr.12173>
- Çağlar, C. (2019). **Sağlık Profesyonellerinin Sorumlulukları ve Tıbbi Hataların Kurumsal İtibar Üzerindeki Etkileri**. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi SBE, İstanbul, 18.
- Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı. (2014). **İşyerlerinde Psikolojik Taciz (Mobbing) Bilgilendirme Rehberi**. İkinci Baskı. Ankara, 9.
- Çelik, Ö. (2018). **Hastanelerde Uygulanan Sağlıkta Kalite Standartlarının Sağlık Hizmet Kalitesi Üzerindeki Etkisinin Belirlenmesi: Konya Örneği**. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi SBE, Konya, 3.
- Çelikkalp, Ü., Varol Saraçoğlu, G., Keloğlu, G., Bilgiç, Ş. (2016). "Hemşirelerin Çalışma Ortamlarında İş Güvenliği Uygulamalarını Değerlendirmesi". *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(5), 408-413.
- Çevik, G. (2018). **Hemşirelerin Hasta Güvenliği Tutumunun Hasta Güvenliği Kültürü Üzerine Etkisi**. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi SBE, Isparta, 22.
- Çil, G. (2016). **Hastanede Çalışan Hemşirelerin İş Güvenliği Düzeyinin Saptanması**. Yüksek Lisans Tezi, Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Lefkoşe, 99.

- Dahlgaard, J. J., Kristensen, K., Kanji, G. K. (2007). **Fundamentals of Total Quality Management**. London ve New York: Taylor & Francis, 13.
- Dahlgaard, J. J., Pettersen, J., Dahlgaard-Park, S. M. (2011). "Quality And Lean Health Care: A System For Assessing And Improving The Health of Healthcare Organisations". **Total Quality Management & Business Excellence**, 22(6), 673–689.
- Darcy, A. E., Hancock, L. E. ve Ware, E. J. (2008). "A Descriptive Study of Noise in the Neonatal Intensive Care Unit. Ambient Levels and Perceptions of Contributing Factors". **Adv Neonatal Care**, 8(3), 165-175.
- Day, D.V., Fleenor, J.W., Atwater, L.E., Sturm, R.E., Mckee, R.A. (2014). "Advances in Leader and Leadership Development: A Review of 25 Years of Research and Theory", **The Leadership Quarterly**, 25 (1), 63-82.
- Deilkas, E. T., Hofoss, D. (2008). Psychometric Properties of The Norwegian Version of The Safety Attitudes Questionnaire (SAQ), Generic version (Short Form 2006). **BBMC Health Services Research**, 8(191), 1-10. doi:10.1186/1472-6963-8-191
- Demircioğlu, A. M.(2011). **İşyerinde İş Sağlığı ve Güvenliği Organizasyonu**. Prof. Dr. Sarper Süzek' e armağan. S.Başterzi (Editör). İkinci Baki. İstanbul: Beta Yayıncılık, 153.
- Devebakan N., Paşalı N. (2015). "Sağlık İşletmelerinde Hizmet Kalitesi Standartlarının Çalışan Güvenliği Açısından Çalışanlar Tarafından Değerlendirilmesi: İzmir İlinde Bir Araştırma". **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, 18(2), 123-142.
- DiCuccio, M. H. (2015). "The Relationship Between Patient Safety Culture and Patient Outcomes". **A systematic review. Journal of Patient Safety**, 11, 135–142. doi:10.1097/PTS.0000000000000058
- Dilmen, B. (2016). **Hemşirelik Öğrencileri ve Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Algılamalarının Değerlendirilmesi**. Yayımlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 31.
- Dizdar, E. N.(2006). **İş Güvenliği**. İstanbul: ABP Yayıncılık, 63.
- Dockins, J., Abuzahrieh, R., Stack, M. (2015). "Arabic Translation and Adaptation of the Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (HCAHPS) Patient Satisfaction Survey Instrument". **J Health Hum Serv Adm.**, 518-536.
- Dolapoğlu, N. (2018). **Toplam Kalite Yönetimi ile Çalışan Memnuniyeti ve Örgütsel Bağlılık Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi: Devlet ve Özel Hastane Örneği**. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Arel Üniversitesi SBE, İstanbul, 14.
- Donebedian, A. (1995). **The Quality of Care**. Michigan.
- Dursun, S., Bayram, N., Aytaç, S. (2010). "Hasta Güvenliği Kültürü Üzerine Bir Uygulama". **Sosyal Bilimler Dergisi**, 8(1), 1-14.
- Efil, İ. (2010). **Toplam Kalite Yönetimi**. Bursa: Dora Yayınevi, 25.

- Eker, T. (2018). **Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi'nde Görev Alan Eczane Çalışanlarının Sağlıkta Kalite Standartları-Hastane Kapsamına Göre İlaç Yönetimine İlişkin Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi**. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi SBE, İzmir, 11.
- Er, H. (2014). **Toplam Kalite Yönetimi ve İnsan kaynakları ilişkisi**. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi SBE, İstanbul, 98.
- Erdemir, A. (2015). **Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi**. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 80.
- Erdemir A., Elçioğlu Ö.Ş.(2000). **Tıp Etiği Işığında Hasta ve Hekim Hakları**, Ankara: 25-32.
- Ersen, H. (2003). **Topyekün Mükemmelleşme Sürecinde İnsan Kaynakları ve Kalite**. İstanbul: Maestro Yayınları, 77.
- Fang, D., Chen, Y. ve Wong, L. (2006). "Safety Climate in Construction Industry: A Case Study in Hong Kong". **Journal of Construction Engineering and Management**, 132(6), 573-584.
- Famolaro, T., Yount, N., Hare, R., et al. (2018). **Hospital Survey on Patient Safety Culture**. User Database Report. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, AHRQ Publication No. 18-0025-EF, 11.
- Feijter J, Grave W, Muijtjens A, Scherpbier A, Koopmans, R. (2012). "A Comprehensive Overview of Medical Error in Hospitals Using Incident Reporting Systems". **Patient Complaints And Chart Review Of Inpatient Deaths. Plus One**. 7: 1-7.
- Fernández-Muñiz, B., Montes-Peón, JM., Vázquez-Ordás, CJ. (2012). "Safety Climate in OHSAS 18001-Certified Organisations: Antecedents and Consequences of Safety Behaviour". **Accid Anal Prev.**, 45, 745–758. doi: 10.1016/j.aap.2011.10.00
- Filiz, E. (2009). **Hastanede hasta güvenliği kültürü algılamasının ve sağlık çalışanları ile toplumun hasta güvenliği hakkındaki tutumunun belirlenmesi**. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya, 75-77.
- Finkel, M.L. (1997). "The Importance of Measuring Patient Satisfaction". **Employee Benefits Journal**, 22 (1), 12-15.
- Fujita, S., Seto, K., Ito, S., et al. (2013). "The Characteristics of Patient Safety Culture in Japan, Taiwan and the United States". **BMC Health Serv Res**. 13(20).
- Genç, N., Halis, M. (2006). **Kalite Liderliği**. İstanbul: Timaş Yayınları, 57.
- Gerek, N., (2000). **İş Sağlığı ve İş Güvenliği**, Eskişehir: Eskişehir Anadolu Üniversitesi Yayını, 15.
- Gershon, R. R., Karkashian, C. D., Vlahov, D., Kummer, L., Kasting, C., Greenmckenzie, J., Martin, L. (1999). "Compliance With Universal Precautions In Correctional Health

- Care Facilities". *Journal Of Occupational And Environmental Medicine*, 41(3), 181-189.
- Gül, A., Özalp, Ş., Andsoy I., I. (2020). "Sağlık Kurumlarında İş Güvenliğinin Değerlendirilmesi." *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 51(1), 35-39.
- Güleç, D. ve İntepeler, Seren, Ş. (2013). "Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeğinin Geliştirilmesi". *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 15(3), 26-41.
- Güler, T., Yıldız,T., Önler,E., Yıldız,B., Gülcüyan,G. (2015). "Hastane Ergonomik Koşullarının Hemşirelerin Mesleki Kas İskelet Sistemi Rahatsızlıkları Üzerine Etkisi". *Journal Scientific Science*, 3(1), 1.
- Gündoğdu, S., Başçecik,N. (2012). "Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürü Algılamasının Belirlenmesi". *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 15(2), 119-128
- Güven, R.(2007). *Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon Uygulamalarında Hasta Güvenliği Kavramı*, 5. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi, 411-422.
- Giray, A.Ü. (1999). *Malpraktis Açısından Hekimlerin Karakteristikleri ve İşyeri Fiziksel Koşullarının Akciğer Tüberküloz Hastalığı Teşhisinde Kullanılan Muayene Protokolü Uygulama Yeterliliğine Etkisi*, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara, 37.
- Goetsch, D. L., Davis, S. (2014). *Quality Management for Organizational Excellence: Introduction to Total Quality* (7 b.). Harlow: Pearson Education Limited, 8.
- Gödelek, E. (2007, 20-21 Nisan). İnşaat, Otomotiz, Mobilya-Hızır Sektöründe Çalışanların Güvenli İş Davranışları Değişim Basamakları Yordanabilir mi? *IV. İş sağlığı ve Güvenliği Kongresi Bildirileri*, MMO yayınları, Yayın No: E/2007/424, Adana.
- Greene, J., Hibbard, J. H., Atkinson, R. L., Macdonald, I., Stephen, R., Emily, R. (2012). "Health Care Access and Use Among Low-Income Children: Who Fares Best?" *Pediatrics, The Centers for Disease Control*. 30, 502–508. doi: 10.1542/peds.2009-1417
- Gyekye, S., Salminen, S. (2010). "Organizational Safety Climate and Work Experience". *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*, 16(4), 431-443.
- Hancı, H. (2006). *Malpraktis-Tıbbi Girişimler Nedeniyle Hekimin Ceza ve Tazminat Sorumluluğu (Malpraktis)*, Ankara: Seçkin Yayıncılık, 30.
- Hansen, M.M., Durbin, J., Sinkowitz Cochran, R., Vaughn, A., Langowski, G.S. (2003). "Do No Harm. Providet Perceptions pf Patient Safety". *Journal of Nursing Administration*, 33(10), 507-508.
- Hayran, M. ve Akalın, H. (1993). *Hastane İnfeksiyonları*, Ankara: Güneş Yayınevi, 79.

- Hedge, A., James, T., Veselinovic, S.P. (2011).” Ergonomics Concern And The Impact Of Healthcare Information Technology”. *International Journal of Industrial Ergonomic*, 41.
- Hignett, S., Wilson, J.R., Morris, W. (2005).” Findings Ergonomic Solutions-Participatory Approaches”. *Occupational Medicine*, 55, 200-207.
- Hofinger, G. (2008). **Sicherheits Kultur**. In: Schrappe, M., Hölscher, U. (eds). Proceedings Dachkongress Medizintechnik and Patientensicherheit. Münster: Universität Münster, 6–7
- Huang, D. T., Clermont, G., Kong, L., Weissfeld, L. A., Sexton, J. B., Rowan, K. M., Angus, D. C. (2010). “Intensive Care Unit Safety Culture and Outcomes: A US, 5. Multicenter Study”. *International Journal for Quality in Health Care*, 22, 151–161. doi:10.1093/Intqhc/Mzq017
- Hughes, RG. (2008) “Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses”. *Agency for Healthcare Research and Quality*, 3.
- Hughes, RG., Clancy, CM.(2009). “Nurse’s Role in Patient Safety”. *Journal of Nursing Care Quality*, 24(1),1-4.
- Hutchinson, A., Young, TA., Cooper, KL.(2009). “Trends in Healthcare Incident Reporting and Relationship to Safety and Quality Data in Acute Hospitals: Results From the National Reporting and Learning System”. *Qual Saf. Health Care*, 18, 5-10.
- Işık, O., Akbolat, M., Çetin, M., Çimen, M. (2012). “Hemşirelerin Bakış Açısıyla Tıbbi Hataların Değerlendirilmesi”. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 11(4), 421-430.
- Işık, O. (2019). **Özel Hastanelerde İş Sağlığı ve Güvenliğinin Korunmasında İşverenin Yükümlülüğü**. Doktora Tezi, Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kocaeli, 39.
- İlçe, A.(2007). **Yoğun Bakım Ünitelerinde Ergonomik Faktörlerin İncelenmesi**. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 82.
- İncesu, E., Atasoy, A. (2015). “Hemşirelerin Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Kültürü Algılarının Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Kültürü Ölçeği Kullanılarak İncelenmesi”. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 2(3), 119-126.
- İntepeler Seren, Ş., Dursun, M. (2012). “Tıbbi Hatalar ve Tıbbi Hata Bildirim Sistemleri”. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15(2), 129-135.
- İnternet: Agency for Healthcare Research and Quality. (2009). **Hospital Survey On Patient Safety Culture**. Web:<http://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/resources/hospscanform.pdf> adresinden 24.05.2020’ de alınmıştır.

İnternet: Aslan, FE. (2009, 4 Haziran) **Cerrahide Hasta Güvenliği**. Haydarpaşa Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi 1.Cerrahi Hemşireliği Sempozyumunda sunuldu.Web:http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/egt/pdf/cerahi_hasta_guven.pdf adresinden 20.06.2019'da alındı.

İnternet: **"Basınç Ülseri Nedir"**.
Web:http://www.yarabakimidernegi.org/index.php?option=com_content&view=article&id=124&Itemid=604&lang=tr adresinden 24.06.2019'da alınmıştır.

İnternet: Biyolojik Etkenlere Maruziyet Risklerinin Önlenmesi Hakkında Yönetmelik(2013, 15 Haziran). Resmi Gazete(Sayı: 28678). Web: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/06/20130615-3.htm> adresinden 27.12.2019'da alınmıştır

İnternet: Çırpı, F., Doğan Merih, Y., Yaşar Kocabey, M. (2009 19-2 Mart). **Hasta Güvenliğine Yönelik Hemşirelik Uygulamalarının ve Hemşirelerin Bu Konudaki Görüşlerinin Belirlenmesi**. Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresinde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

Web: <http://hemsirelik.maltepe.edu.tr/dergiler/cilt2sayi3/cilt2sayi3/26-34.pdf> adresinden 13.01.2019' da alınmıştır.

İnternet: Environmental Protection Agency. (2014). (The Noise Pollution Clearing House (NPC) Online Library.). Condensed version of EPA Levels Document. Web: <http://www.nonoise.org/library/levels/levels.htm> adresinden 15.12.2019'da alınmıştır.

İnternet: Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik(2011, 6 Nisan). Resmi Gazete (Sayı: 27897). Web: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110406-3.htm> adresinden 05.01.2020'de alınmıştır.

İnternet: Hasta Hakları Yönetmeliği (1998, 8 Ağustos). Resmi Gazete (sayı:23420). Web:<https://www.mevzuat.gov.tr/Metin.aspx?MevzuatKod=7.5.4847&sourceXmlSearch=&MevzuatIliki=0> adresinden 23.12.2019'da alınmıştır.

İnternet: **"Hizmet Kalite Standartları"**.
Web:<http://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/2631,hkskitappdf.pdf?0> adresinden 25.04.2019'da alınmıştır.

İnternet: Healthcare Information and Management Systems Society (2014). Web: <http://www.himss.org> adresinden 11.01.2020'de alınmıştır.

İnternet: International Council of Nurse. (2007). **Positive Practice Environments: Quality Workplaces = Quality Patient Care**. Information and Action Tool Kit developed by Andrea Baumann for ICN. Geneva: International Council of Nurses
Web:<http://www.icn.ch/indkit2007.pdf> adresinden 19.11.2019'da alınmıştır.

İnternet: İş Sağlığı Ve Güvenliği Kanunu (2012, 20 Haziran). Resmi Gazete (Sayı:6331). Web:<https://www.mevzuat.gov.tr/Metin.aspx?MevzuatKod=1.5.6331&MevzuatIli>

ski=0&sourceXmlSearch=6331&Tur=1&Tertip=5&No=6331
02.01.2020'de alınmıştır.

adresinden

İnternet: McKesson. (2003). **Patient Safety Survey**,
Web:<http://infosolutions.mckesson.com/himsspatient/PatientSafetyFinalReport8252003.pdf> adresinden 07.10.2019'da alınmıştır.

İnternet: Mitchell, P.M.(2008). Defining Patient Safety and Quality. Web:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2681/>. Adresinden 22.01.2020' de alınmıştır.

İnternet: Oksel, E. (2018). **Düşmeye Hemşire Bakışı ve Değerlendirmesi. Konuşma Özeti**,
Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İzmir. Web:
<https://dergipark.org.tr/download/article-file/610458> adresinden 15.05.2019'da alındı.

İnternet: Parlar, S.(2008). Sağlık Çalışanlarında Göz Ardı Edilen Bir Durum: Sağlıklı Çalışma Ortamı. **TAF Preventive Medicine Bulletin**. Web:
www.scopemed.org/7fulltextpdf.php?mno0462 adresinden 19.12.2019'da alınmıştır.

İnternet: Resmi Gazete: 28976. Web: •
<http://www.resmigazete.gov.tr/Eskiler/2014/04/20140418-17.htm> adresinden 02.04.2020'de alınmıştır.

İnternet: **"Sağlık Nedir"**. Web: http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/33.html adresinden erişim 22.04.2019'da alınmıştır.

İnternet: **Sağlıkta Kalite Standartları Özel Hastaneler**.
Web:<https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/4122,sks-ozel-hastanelerpdf.pdf?0> adresinden 25.04.2019'da alınmıştır.

İnternet: **Sağlıkta Kalite Standartları Hastane, Versiyon 5. Revizyon 1**. Web:
<https://kalite.saglik.gov.tr/TR,52460/guncel-standartlar.html> adresinden 13.11.2020'de alınmıştır.

İnternet: Shaller, D. (2016). Patient Centered Care: What Does it Take. Web:
<https://pdfs.semanticscholar.org/ee77/90bb5b381b0c47e082cf8b3deb81444368e1.pdf> adresinden 23.05.2020' de alınmıştır.

İnternet: Springer, T.(2007).Ergonomics for Healthcare Environment. Web:
https://www.knoll.com/media/760/617/healthcare_ergonomics.pdf adresinden 29.01.2019'da alınmıştır.

İnternet: Özdilek AO. **Tıpta Yanlış Uygulama (Malpraktis) Sebebiyle Hekimlerin Hukuki Sorumluluğu**. Web:
<http://edergi.atauni.edu.tr/ataunihem/article/view/1025002763> adresinden 20.09.2019'da alınmıştır.

İnternet: Tapan, B., Çapraz, N., Kanar, D.S. (2016). **Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi**. Web: <http://www.acikerisim.istanbulbilim.edu.tr> adresinden 01.03.2019'da alınmıştır.

İnternet: World Health Organization: **World Alliance for Patient Safety-Forward Programme** 2006-2007, Web: http://www.who.int/patientsafety/information_centre/WHO_EIP_HDS_PSP_2006.1.pdf adresinden 26.10.2019'da alınmıştır.

İnternet: Zorlutuna, Y. (2008). **Sağlık Kurumlarında Hasta Güvenliği**. Web: http://www.saglikyonetimikongresi.org/OnlineWebEditor/userfiles/SYK_Sunumlar/YZ-SKHG.pdf adresinden 28.12.2019'da alınmıştır.

İstanbul, İ., Yıldız, H., Zora, H. (2012). "Kartal Yavuz Selim Devlet Hastanesi'nde Uygulanan Güvenlik Raporlama Sisteminin Geliştirilmesine Yönelik Bir Araştırma". **Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi**, 4, 1-17.

İşlek, E. (2009). **Bir Özel Dal Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Hasta Güvenliğini Tehdit Eden Olayların ve Olası Nedenlerinin Tanımlanması**. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 47.

Jensen, C.B. (2008). "Sociology, Systems and (Patient) Safety: Knowledge Translations in Healthcare Policy". **Social Health Illn**, 30, 309–24.

Joint Commission International Accreditation Standards For Hospital (2014). Joint Commission Resource, **International Patient Safety Goals**.

Kabakçı M., (2009). "İş Sağlığı Ve Güvenliğinin Hukuk Sistemindeki Yeri". **TBB Dergisi**, 86 (5), 249- 267.

Kahraman, G., Özyiğit, G., Kaya, S. (2016). "Hastanelerin Radyoloji, Radyoterapi ve Nükleer Tıp Biriminde Çalışan Personelin Çalışan Güvenliği Konusundaki Farkındalığı". **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**. 19(3), 305-324.

Kalaycı, N. (2008). "Yükseköğretimde Uygulanan Toplam Kalite Yönetim Sürecinde Gözardı Edilen Unsurlardan "TKY Merkezi" ve "eğitim Programları". **Türk Eğitim Bilimleri Dergisi**, 6(2), 163-188.

Kalaycı. Ş. (2005). **"Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri"**, Ankara: Asil, 405.

Karaca, A., Arslan, H. (2014). "Hemşirelik Hizmetlerinde Hasta Güvenliği Kültürünün Değerlendirilmesine Yönelik Bir Çalışma". **Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi**. 1(1), 9-18.

Karacan, E. ve Erdoğan, Ö. N. (2011). "İşçi Sağlığı ve İş Güvenliğine İnsan Kaynakları Yönetimi Fonksiyonları Açısından Çözümsel Bir Yaklaşım". **Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, 1 (8), 102-116.

Karamık, S., Şeker, U. (2015). "İşletmelerde İş Güvenliğinin Verimlilik Üzerine Etkilerinin Değerlendirilmesi". **Gazi Üniversitesi Fen Bilimleri Dergisi**, 3(4), 575–584

- Kavrakoğlu, İ. (1996). *Kalite Güvencesi ve ISO 9000*. İstanbul: Kalder Yayınları.
- Kavuncubaşı, Ş., Yıldırım, S. (2010). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*. Ankara. Siyasal Kitabevi, 53.
- Kaya, D.Ş., Tekpınar, L., Tekin, G. (2019). "İş Yeri Zorbalığı ve Sinizm: Sağlık Kurumlarında Çalışan Güvenliği Bağlamında Değerlendirilmesi". *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (42), 1-22.
- Kaya, S., Demir, İ. B., Karsavuran, S., Ürek, D., İlgün, G. (2016). "Violence Against Doctors and Nurses in Hospitals in Turkey". *Journal of Forensic Nursing*, 12(1), 26- 34.
- Keleş, H. N. (2011). "Y Kuşakđı Çalışanlarının Motivasyon Profillerinin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma". *Organizasyon ve Yönetim Bilimleri Dergisi*, 3(2), 129-139.
- Khan, M.A. (2010). "An Empirical Assessment of Service Quality of Cellular Mobile Telephone Operators in Pakistan". *Asian Social Science*, 164-177.
- Kızıl, S. (2018). *Kamu Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Toplam Kalite Yönetimi Konusundaki Algılarının Değerlendirilmesi: Bir Kamu Hastanesi Örneği*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Okan Üniversitesi SBE, Ankara, 12.
- Kim, K. J., Yoo, M. S., Seo, E. J. (2018). "Exploring the influence of nursing work environment and patient safety culture on missed nursing care in Korea". *Asian Nursing Research*, 12, 121-126. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2018.04.003>
- Kirazoğlu, M. (2018). *Bir Üniversite Hastanesinden Hizmet Alan Uluslararası Hastaların Hizmet Kalitesini Değerlendirmeleri*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi SBE, Ankara, 93.
- Kirazoğlu, T.T. (2018). *Hastanede Yatan Hastalarda Karbapenem Dirençli Klebsiella Kolonizasyonu: Risk Faktörleri Ve Direnç Genlerinin Araştırılması*. Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul, 29.
- Koçel, T. (2010). *İşletme Yöneticiliği*. İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş., 295.
- Kohn, LT. (2000). *Building a Safer Health System, Institute of Medicine*. Corrigan, JM., Donaldson, MS. (Eds). The National Academy Pres. Washington, DC, 8.
- Korkmazer, F., Yıldız, A., Ekingen, E. (2016). "Sağlık Personeli Hasta Güvenliği Kültürü Algılarının Değerlendirilmesine Yönelik Bir Araştırma". *Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 4(2).
- Kurt, R., (2013). *Herkes İçin İş Sağlığı ve Güvenliği Rehberi*. Ankara: Seçkin Yayınları, 93.
- Kurttekin, A., Taçgın, E. (2020). "Sağlık Hizmetlerinde İş Kazaları ve Kesici-Delici Alet Yaralanma Araştırmaları Üzerine Bir Değerlendirme". *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 17(2), 135-182.

- Kutlu, A., Taşkapan, O., Bozkanat, E. (2007). "Sağlık Personelinde Lateks Alerjisi: İki Olgu Üzerine". *Toraks Dergisi*, 8(3),193.
- Krueger, C. Schue, S. Parker, L. (2007)."Neonatal intensive care unit sound levels before&after structural reconstruction". *MCN The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 32, 358-362.
- Lee, KA., McHugh, MD., Sloane, DM., Cimiotti, JP., Flynn, L., Neff, DF., Aiken, LH.(2009). "Nursing: A Key to Patient Satisfaction". *Journal Health Affairs*, 28 (4), 669–77.
- Lüleci, M. (2018). **Sağlık İşletmeleri ve Toplam Kalite Uygulamalarının Hastane Personeli Performansına Etkisi. Bir Vakıf Hastanesi Örneği**. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ufuk Üniversitesi SBE, Ankara, 38.
- Maddox P., Wakefield M., Bull J. (2001)."Patient Safety And The Need For Professional And Educational Change". *Nurs Outlook*, 49(1), 8–13.
- Makary M, Daniel M. (2016). **Medical Error-The Third Leading Cause of Death in The US**. *BMJ*. 353: İ2139.
- Maletič, D., Maletič, M., Gomišček, B. (2014). "The impact of Quality Management Orientation on Maintenance Performance". *International Journal of Production Research*, 52(6), 1744–1754.
- Mardon, RE., Khanna, K., Sorra, J., Dyer, N., Famolaro, T. (2010). "Exploring Relationships Between Hospital Patient Safety Culture And Adverse Events". *J Patient Saf.*, 6(4), 226-232.
- Martínez-Córcoles, M., Gracia, F., Tomás, I., Peiró, J.M. (2011). "Leadership and Employees' Perceived Safety Behaviors in a Nuclear Power Plant: A Structural Equation Model". *Safety Sci.*, 49, 1118–1129.
- Megan,J., Kanitsaki, O. (2006)." Culture, Language, And Patient Safety: Making The Link." *Int. Qual Health Care*, 18(5), 383–388.
- Menachami, N. (2002). **Physicians' Perceptions of Medical Errors**, Unpublishen Doctorate Dissertation. The University of Alabama at Birmingham, 5.
- Menken, Y. (2018). **Günübirlik Anestezi Uygulamalarında Hasta Güvenliği Kültürünün Algılanmasının Değerlendirilmesi**. Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, 5.
- Methot, J.R., Lepine, J.A., Podsakoff, N.P., Siegel, J. (2016). Are Workplace Friendships a Mixed Blessing? Exploring Tradeoffs of Multiplex Relationships and Their Associations With Job Performance. *Pers. Psychol.* , 69, 311–355.
- Metin, B. (2018). **Hemşirelik Hizmetlerinde Hasta Güvenliği: Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Tıbbi Hata Eğiliminin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma**. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 6.

- Meydanlıoğlu, A. (2013). "Sağlık alışanlarının Sağlığı ve Güvenliği". *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(3), 192-199.
- Myhre, M. (2012). **The Other 21th Century Health Care Issue: An Ergonomic Approach to Addressing Workplace Injuries**, Symposium on Human Factors and Ergonomics in Health Care, 7-83.
- Nahrgang, J.D., Morgeson, F.P., Hofmann, D.A. (2011). "Safety at Work: A Meta-Analytic Investigation of the Link Between Job Demands, Job Resources, Burnout, Engagement, and Safety Outcomes". *J. Appl. Psychol.*, 96, 71–94.
- Nayir, B. (2018). **Toplam Kalite Kültürünün Oluşturulmasında İnsan Kaynakları Uygulamalarının nemi Ve Toplam Kalite Kültürünün İnsan Kaynakları Uygulamaları zerindeki İzdşmleri**. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Kocaeli Üniversitesi SBE, Kocaeli, 49.
- Neal, A., Griffin, MA. (2002). "Safety Climate and Safety Behavior". *Aust J Manag.*, 27, 67–75.
- Oakland, J. S. (2014). **Total Quality Management and Operational Excellence** (4 b.). New York: Routledge Taylor & Francis,7.
- Odabaşoğlu, E. (2013). **ocuk Kliniklerinde alışan Hemşirelerin Hatalı Uygulama Eğilimleri ve Etkileyen Faktörler**. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, 43.
- Okutan, ř., Sarıtaş, S.(2018). "Cerrahi Birimlerde alışan Hemşirelerin Delici- Kesici Alet Yaralanması Konusundaki Bilgi ve Uygulamalarının Belirlenmesi". *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2(1), 1-11.
- Oğan, H. (2014). **Sağlık alışanları İçin İş Sağlığı ve Güvenliği**. Ankara: Türk Tabipleri Birliği, 25.
- Ovalı, F. (2010). "Hasta Güvenliği Yaklaşımları". *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 1,33-43
- Öcal, A.(2010). **Sağlık alışanlarında İş Sağlığı ve Güvenliği**. Yüksek Lisans Tezi. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 30.
- kdemir, P. (2008). **Bası Yaralarından Korunma ve Hemşirelik Bakımı**. Erdost, ř. K. (Editör). İ. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Yara Bakımı Ve Tedavisi Sempozyum Dizisi. İstanbul. Aksu Basım Yayın, Hünkar Ofset, 59-68.
- nde, M. (2011). **Bir niversite Hastanesinde Temel Tehlikelerin Belirlenmesi ve İşyeri şiddeti rneği**. Uzmanlık Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Aydın, 10.
- Özata, M., Altuncan H. (2010). "Hastanelerde Tıbbi Hata Grlme Sıklıkları, Tıbbi Hata Türleri Ve Tıbbi Hata Nedenlerinin Belirlenmesi: Konya rneği". *Tıp Araştırmaları Dergisi*, 8(2), 100-111.

- Özata, M., Bozoğlan, H., Akkoca, Y. (2017). "Acil Servis alışanlarının İş Sağlığı ve İş Güvenliği Kapsamında Yaşadıkları Sorunların Belirlenmesi: Konya rneği". *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 8(19), 1-13.
- Özer, ., şantaş,F., Gün, ., şentürk, S. (2019). "Hemşirelerin Hasta Güvenliği Tutumlarına İlişkin Algılarının Değerlendirilmesi". *ACU Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(2):161-168
- zkan, . (2005). *Hastanede alışan Hemşirelerin İş Ve alışma Ortamı Tehlike ve Riskleri İle Risk Algılarının Saptanması*. Doktora Tezi Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 27.
- zgr, B. (2008). *Toplam Kalite Yönetimi Felsefesinin İşgören Performansı zerindeki Etkisi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara,40.
- zkan, T., Lajunen, T. (2003). "Güvenlik Kültürü ve İklimi". *Başkent Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Pivolka Dergisi*, 2(10), 3-4.
- Özkılıç, . (2005). *İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetim Sistemleri ve Risk Değerlendirme Metodolojileri*. Ankara: Ajans-Türk Basın ve Basım A.ř, 8.
- Öztürk, H., Babacan, E. (2012). "Bir lek Geliştirme alışması: Hastanede alışan Sağlık Personeli İçin İş Güvenliği leği". *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 9 (1), 36-42.
- Öztürk, H., Babacan, E., Anahar, E.(2012). "Hastanede alışan Sağlık Personelinin İş Güvenliği". *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*,1(4), 252-268.
- Öztürk, N. (2014). *Hastanede alışan Hemşirelerin Maruz Kaldıkları İş Kazaları Denizlide Bir Kamu Hastanesi rneği*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul,69.
- Pakdil, F. (2004). "Kalite Kültürünü Etkileyen Faktörler zerine Bir Derleme". *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 6(3),167-183.
- Parlak, S. (2004). *İşletmelerde Toplam Kalite Yönetimi*. Bursa: Ekin Yayınları,38.
- Phillips J., Barnsteiner J.H.(2005). "Clinical Alarms: Improving Efficiency and Effectiveness". *Critical Care Nursing Quarterly*, 28 (4), 317-323.
- Pries, K. H., Quigley, J. M. (2013). *Total Quality Management for Project Management. Boca Raton*: CRC Press Taylor & Francis Group, 17.
- Pronovost PJ, Weast B, Ve Bishop K.(2004). "Senior Executive Adopt-A-Workunit: A Model for Safety İmprovement". *Jt Comm J Qual*, 30,59-68.
- Reed R., Lemak D. J., Mero N. P. (2000). "Total Quality Management and Sustainable Competitive Advantage". *Journal Of Quality Management*. 5(1), 5-26.

- Reiman, T., Oedewald, P.(2002). *The Assesment of Organizational Culture: A Methodological Study*. Research Notes 2140, Finland,13.
- Rızalar, S., Büyük Tural, E., Şahin, R., As, T., Uzunkaya, G. (2016). “Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürünü Etkileyen Faktörler”. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 9(1).
- Sağlık Bakanlığı. (2005). *Hastaneler İçin Kalite Yönetimi Uygulama Kılavuzu*. Ankara, 13.
- Sağlık Bakanlığı. (2014). *Klinik Mikrobiyoloji Laboratuvarı Kalite Yönetim Rehberi*. Birinci Baskı. Ankara. 222.
- Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı. (2012). *Radyasyon Güvenliği*. Tosun, N.(Editör). SKS Işığında Sağlıkta Kalite. Ankara. 86-87.
- Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı. (2017). *Güvenlik Raporlama Sistemi 2016 Yılı İstatistik ve Analiz Raporu*.
- Sağlık Bakanlığı. (2009). *Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi*. Antalya,9.
- Sarp, N. (2018). “Hasta Güvenliğinde Hastanın Rolü ve Katılımının Sağlanması”. *Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dergisi*, 22-29.
- Singer, S., Lin, S., Falwell, A., Gaba, D., Baker, L. (2009). “Relationship of Safety Climate and Safety Performance in Hospitals”. *Health Services Research Journal*, 44, 2. 399-421.
- Singer, SJç, Vogus, TJ. (2013). “Reducing Hospital Errors: Interventions That Build Safety Culture”. *Annu Rev Public Health*, 34, 373-396. DOI: 10.1146/annurev-publhealth-031912-114439
- Solmaz,M., Solmaz,T. (2017). “Hastanelerde İş Sağlığı ve Güvenliği”. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*,6(3), 147-156.
- Sorra, J., Nieva, V., (2004). *Hospital Survey on Patient Safety Culture*, AHRQ Publication No. 04-0041.
- Sungur Ergenoğlu, A., Aytuğ, Ayfer. (2007). “Sağlık Kurumlarında Değişen Paradigmalar ve İyileştiren Hastane Kavramının Mimari Tasarım Açısından İrdelenmesi”. *Yıldız Teknik Üniversitesi Mimarlık Fakültesi E – Dergisi*, 2(1), 51-53.
- Şenturan,Ş. (2007). *Yönetmel ve Örgütsel Açından İnsan Kaynakları*. İstanbul: Beta Yayıncılık,120.
- Şerifoğlu, UK., Sungur ,E.(2007, 20-21 Nisan). Kazaların Habercileri: Kaza Habercisi Olayların Yönetimi ve Sağlık ve Güvenlik Kültürü İlişkisi, *IV. İş sağlığı ve Güvenliği Kongresi Bildirileri*, MMO yayınları, Yayın No: E/2007/424, Adana,297-312.

- Şahin, M. (2019). **Göğüs Hastalıkları Hastanesinde Çalışan Personelin İş Sağlığı Ve Güvenliği Durumlarının İncelenmesi**. Yüksek Lisans Tezi. Gümüşhane Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Gümüşhane,87.
- Şantaş, F., Şantaş, G., Özer,Ö., Say Şahin, D. (2017). Sağlık Çalışanlarının Güvenlik İklimi Algılarının Belirlenmesi Bir Kamu Hastanesinde Araştırma. **Pamukkale University Journal of Social Sciences İnstitute**, 30, 298-307.
- Şen, H. (2013). **Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı Bağlamında Toplam Kalite Yönetimi ile İnsan Kaynakları Yönetimi İlişkisi: Kamu ve Özel Hastane Uygulamaları**, Doktora Tezi, Gazi Üniversitesi SBE, Ankara,72.
- Şimşek, M. (2006). **Toplam Kalite Yönetiminde Başarının Anahtarı İnsan Faktörü**, İstanbul: Babı Ali Kültür Yayıncılığı,10.
- Şimşek, N., Fidan, M. (2005). **Kurum Kültürü ve Liderlik**, Konya: Tablet Kitapevi, 5-25.
- Tak, B. (2010). "Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Ana Unsuru Olarak Hasta Güvenliği Sistemlerinin Oluşturulması: Hastaneler İçin Bir Yol Haritası Önerisi". **Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi**, 1, 72-113.
- Terzi, B., Polat,Ş., Azizoğlu,F., Ateş,N., Güngörmüş,E., İşsever,H. (2019). "Hemşirelerde İş Güvenliğinin Bazı Değişkenler Yönünden İncelenmesi". **SDÜ Sağlık Bilimleri Dergisi**, 10(3), 260-267.
- Terzi, Ö., Pekşen, Y. (2016). "İntörnlerin Çalışma Ortamında Karşılaştıkları Risklerin Değerlendirilmesi". **Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi**, 5(1), 65-71.
- Taşçı, D. ve Çabuk, S. N. (2013). **Kalite Yönetim Sistemleri**. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları,12.
- Tel, H., Karadağ, M., Tel, H., Aydın, Ş. (2003). "Sağlık Çalışanlarının Çalışma Ortamındaki Stres Yaşantıları İle Baş etme Durumlarının Belirlenmesi". **Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi**, 2, 13- 23.
- Top, H. (2013). **Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetiminin Çalışanlara Etkisi (Kırklareli İli Sağlık Çalışanları Örneği)**. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul,1.
- Top M, Gider Ö, Taş Y, Çimen S, Tarcan M. (2009). **Hekimlerin Tıbbi Hataların Nedenlerine Yönelik Yaklaşımları: Kocaeli İli Örneği**. Kırılmaz, H. (Editör). Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı 1.Baskı. Ankara: Turunç Matbaacılık, 205-23.
- Top, S. (2009): **Toplam Kalite Yönetimi Bağlamında Sürekli İyileştirme Anlayışı**, İstanbul: Beta Basın A.Ş:10.
- Topal, Ş. (2000). **Kalite Yönetimi ve Güvence Sistemleri**, İstanbul: YTÜVAK, 30.

- Tutar, M. (2018). **Bir Üniversite Hastanesinden Hizmet Alan Uluslararası Hastaların Hizmet Kalitesini Değerlendirmeleri**. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi SBE, Ankara,37.
- Tütüncü Ö., Doğan Ö.(2003). **Hizmet İşletmelerinde Toplam Kalite Yönetimi Kapsamında ISO 9001:2000 ve Bilgisayar Destekli Bir Uygulama**. İzmir: DEU Matbaası.
- Tütüncü, Ö., Küçükusta, D. (2006). "Hasta Güvenliği Kültürü ve Hemşirelere Yönelik Bir Uygulama". **Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, 8(4), 286-302.
- Tütüncü, Ö., Küçükusta, D., Yağcı, K. (2007). "Toplam Kalite Yönetimi Kapsamında Hasta Güvenliği Kültürü Ve Bir Ölçme Aracı". **Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, 9 (1), 519-533.
- Türk, I., Akgül, S., Seçkin, M., Tekingündüz, S., Zekioğlu,A. (2018). "Hasta Güvenliği Kültürü Üzerine Bir Araştırma: Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği". **Sağlık Akademisyenleri Derneği**. Doi: 10.5455/sad.13-1516348843.
- Türk Tabipler Birliği. (2008). **Sağlık Çalışanlarının Mesleki Riskleri**, Ankara: Türk Tabipler Birliği Yayınları.
- Uçak, A. (2009). **Sağlık Personelinin Maruz Kaldığı İş Kazaları Ve Geri Bildirimlerinin Değerlendirilmesi**. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyon, 28.
- Ulusoy.H., Tosun, N. (2020). "Hekim ve Hemşirelerin Tıbbi Hata Turumlarının Belirlenmesine Yönelik Bir Çalışma". **Business and Management Studies: an International Journal**. 8(1). 969-980.
- Ulutaşdemir, N., Çırpan, M., Çopur, E. ve Tanır, F. (2015). "Occupational Risks of Health Professionals in Turkey as an Emerging Economy". **Annals of Global Health**, 4, 522 – 529.
- Unal Nenni, F., Kırılmaz, H. (2020). "Sağlık Çalışanlarının Hasta Güvenliği İklimi Algılarına Yönelik Bir Araştırma". **Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi**, 28(1), 46- 54.
- Uribe, C., Schweikhart, S., Pathak, D. (2002). "Perceived Barriers to Medical-Error Reporting: An Exploratory Investigation". **Journal Health Managemant**, 47 (4), 263– 80.
- Usta, G.Ö., Ulutaşdemir, N. (2019). Ameliyathane Hemşirelerinin Hasta Güvenliğine İlişkin Tutumları ve Etkileyen Faktörler: Trabzon İli Örneği. **3.International 21.National Public Health Congress**.
- Uysal, T. (2016). **Toplam Kalite Yönetimi Uygulamaları Ve İnovasyon İlişkisi: Keşifsel Bir Çalışma**. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi SBE, İzmir,17.

- Verbeek-Van Noord, I., Wagner, C., Van Dyck, C., Twisk, J. W., De Bruijne, M. C. (2014). "Is Culture Associated With Patient Safety in The Emergency Department? A Study of Staff Perspectives". *International Journal for Quality in Health Care*, 26, 64-70
- Vifladd, A., Simonsen, B. O., Lydersen, S., Farup, P. G. (2016). "Changes in Patient Safety Culture After Restructuring of Intensive Care Units: Two Cross-Sectional Studies". *Intensive and Critical Care Nursing*, 32:1, 58-65. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2015.06.004>
- Vural, F., Fil, Ş., Çiftçi, S., Dura, A.A., Yıldırım, F., Patan, R. (2012)." Ameliyathanelerde Radyasyon Güvenliği; Çalışan Personelin Bilgi, Tutum ve Davranışları". *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1 (3), 131-136.
- Wang, X., Liu K., You, L. (2014). "The Relationship Between Patient Safety Culture And Adverse Events. A Questionnaire Survey". *International Journal of Nursing Studies*, 2333, 1-5.
- Weaver Charles, N. (2003). *Toplam Kalite Yönetiminin Dört Aşamasi*. (Çev.Tuncay Birkan, Osman Akınbay). İstanbul: Sistem Yayıncılık.
- World Health Organization (WHO). (2005). *The Role of Reporting in Enhancing Patient Safety WHO Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning System from Information to Action*. First Edition Geneva: WHO Press,12-5.
- Wilburn, SQ. Eijkemans, G. (2004). "Preventing Needlestick Injuries Among Healthcare Workers: A WHO-ICN Collaboration". *International Journal of Occupational and Environmental Health*, 10, 451-456.
- Wu, T. C., Liu, C. W. ve Lu, M. C. (2007). "Safety Climate in University and College Laboratories: Impact of Organizational and Individual Factors". *Journal of Safety Research*, 38(1), 91-102.
- Yalçın, Ş., Acar, A. (2010). *Avrupa Birliği Ülkelerinde Hasta Güvenliği ve Güvenli Hastane İlişkisi*. II. Uluslararası Sağlıkta Performans Kongresi Bildiriler Kitabı. İkinci baskı. Ankara.12-26.
- Yavuz, A.İ.(2014). *Sağlık İşletmelerinde İş Sağlığı ve Güvenliği Kapsamında Çalışanlara Yönelik Şiddet (Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği)*. Yüksek Lisans Tezi. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul,46.
- Yayla, E.N. (2018). *Hekimlerin Profesyonizm Anlayışının Tıbbi Hatalarda Tutum Üzerine Etkisinin Belirlenmesi: Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi Örneği*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sivas, 14.
- Yayla, P. (2019). *Toplam Kalite Yönetimi ve Tedarik Zinciri Yönetimi Arasındaki İlişkinin Operasyonel ve İşletme Performansına Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi İşletme Enstitüsü, Sakarya,19.

- Yıldırım, Ö. (2005). **Akreditasyon ve Hasta Güvenliği**, Sağlık Bakanlığı Yayın Organı, 15, 34-38, Ankara.
- Yıldırım, R. (2007). Hasta Güvenliği. **1.Uluslararası Hasta Güvenliği Kongresi**, Antalya.
- Yıldız, A.(2017). **Hastanelerde İş Sağlığı Ve Güvenliğinin Sağlanmasında Personel Güçlendirmenin Etkisi: Hemşireler Üzerinde Bir Çalışma**. Doktora Tezi,Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 80.
- Yıldız, M. (2018). **Sağlık Kurumlarında Risk Yönetiminin Hasta Güvenliği Üzerindeki Etkisi**. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 30.
- Yılmaz, A., Duygulu, S. (2019). “Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Algılarının ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi”. **Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi**. 3(6), 171-185.
- Yurdakoş, K. (2016). “Sağlık Hizmetlerinde Bir Risk Yönetimi Tekniği Olarak X TipiMatris Metodu: Acil Servise Yönelik Bir Uygulama”. **Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi**, (12),73-76.
- Yüceler, A. (2011). **Sağlık İşletmelerinde Örgüt Kültürünün Bir Boyutu Olarak Hasta ve Çalışan Güvenliği: Kuram ve Konya İlindeki Hastanelerde Bir Uygulama**. Doktora Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya, 94.
- Zeyrek, S., Kürkçü, EA., Çakar, İ. (2014). **İşyerlerinde Aydınlatma**. İş Sağlığı ve Güvenliği Uygulamaları Rehberi, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Yayın No: 09. Ankara, 14.





EKLER

EK-1. Etik Komisyon Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 05/03/2019-E.7473



T.C.
ANKARA HACI BAYRAM VELİ
ÜNİVERSİTESİ
Etik Komisyonu



Sayı : 11054618-302.08.01-
Konu : Bilimsel ve Eğitim Amaçlı

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 07.02.2019 tarih ve E.4694 sayılı yazı.

İlgi yazınız ile göndermiş olduğunuz, Enstitünüz Hastane İşletmeciliği Bilim Dalı **Yüksek Lisans öğrencisi Gülşen ÇELİK, Prof.Dr. Zekai ÖZTÜRK**'ün danışmanlığında yürüttüğü **"Sağlıkta Kalite Yönetimi Bağlamında, Çalışanların Hasta ve Çalışan Güvenliği Kültürü Algıları: Özel ve Kamu Hastaneleri Karşılaştırması"** adlı tez çalışması ile ilgili konu Komisyonumuzun 22.02.2019 tarih ve 04 sayılı toplantısında görüşülmüş olup,

Etik Komisyonunca onaylanan ilgilinin çalışmasının, ekte gönderilen Başvuru Değerlendirme Raporunda önerilen görüş doğrultusunda yapılması planlanan yerlerden izin alınması koşuluyla yapılmasında etik açıdan bir sakınca bulunmadığına oybirliği ile karar verilmiş; karara ilişkin imza listesi ve onaylanan çalışmalar ekte gönderilmiştir.



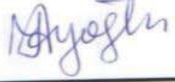
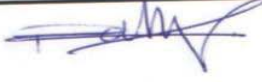
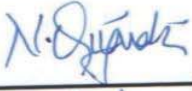
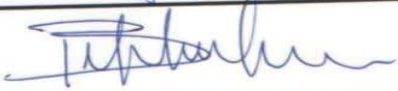

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. AYDIN KARAPINAR
Komisyon Başkanı

Araştırma Kod No: 2019-45

Ek:
1- İmza Listesi
2- Başvuru Değerlendirme Raporu
3- Onaylı Çalışma

EK-1.(devam) Etik Komisyon Onayı

ANKARA HACI BAYRAM VELİ ÜNİVERSİTESİ ETİK KOMİSYONU KATILIM LİSTESİ	
TOPLANTI TARİHİ :22.02.2019	TOPLANTI SAYISI : 04
ADI-SOYADI	İMZA
Prof.Dr.Aydın KARAPINAR BAŞKAN	
Prof.Dr.M.Fadıl YILDIRIM Başkan Yrd.	KATILMADI
Prof.Dr.Mustafa EKİNCİKLİ	
Prof.Dr.Yıldız AYANOĞLU	
Prof.Dr.Bekir ESKİCİ	KATILMADI
Prof.Dr.Ramazan Pars ŞAHBAZ	
Prof.Dr.Neşe Yaşar ÇEĞİNDİR	
Prof.Dr.Bilgehan GÜLCAN	
Prof.Dr.Funda YURDAKUL	

EK-1.(devam) Etik Komisyon Onayı

ANKARA HACI BAYRAM VELİ ÜNİVERSİTESİ ETİK KOMİSYONU FORM-7

ankara
HBM

T.C.
ANKARA HACI BAYRAM VELİ ÜNİVERSİTESİ
ETİK KOMİSYONU
BAŞVURU DEĞERLENDİRME RAPORU

Sorumlu Araştırmacının Adı Soyadı:	Prof. Dr. Zekai ÖZTÜRK
Değerlendirilecek Araştırmanın Adı:	Sağlıkta Kalite Yönetimi Bağlamında Çalışanların Hasta ve Çalışan Güvenliği Kültürü Algıları: Özel ve Kamu Hastaneleri Karşılaştırması
Unvanı	
Adı-Soyadı	
Çalıştığı Birim	
Telefon	
e-posta	
Unvanı	
Adı-Soyadı	
Çalıştığı Birim	
Telefon	
e-posta	

Evet **Hayır**

 Başvuru Formu eksiksiz ve uygun olarak doldurulmuş mu?

 Araştırma ve veri toplama araçları (Anket, ölçek, test vb) ilgili etik kurallara uygun mu?

 Kontrol listesinde işaretlenen evraklar eksiksiz olarak sunulmuş mu?

Değerlendirme Sonucu	
<input checked="" type="checkbox"/>	Uygundur
<input type="checkbox"/>	Düzeltilme gereklidir (Açıklayınız)
	<input type="checkbox"/> Düzeltmeleri görmek istiyorum <input checked="" type="checkbox"/> Düzeltmeleri görmeme gerek yok
<input type="checkbox"/>	Uygun değildir (Açıklayınız)
Açıklama	Sorulara delil tekrarı için gözden geçirilmesi, kurumlardan izin belgelerinin eklenmesi gereklidir.

Değerlendirmeyi yapan Etik Komisyon Üyesi bu formu doldurduktan sonra, kendisine gönderilen başvuru dosyasının tamamıyla birlikte üzerinde "GİZLİ" ibaresiyle kapalı zarf içerisinde Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi Etik Komisyonu'na gönderecektir.

EK-2. Kullanılan Anket Formu

Sayın ilgili;

Elinizdeki anket, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Hastane İşletmeciliği Bilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı'nda yürütülen "Sağlıkta Kalite Yönetimi Bağlamında, Çalışanların Hasta ve Çalışan Güvenliği Kültürü Algıları: Özel ve Kamu Hastaneleri Karşılaştırması" isimli tez çalışması için veri toplama amacı taşımaktadır.

Araştırmamızda hastane ve kişi adı kesinlikle yer almayacaktır. Veriler bilimsel amaç dışında kullanılmayacaktır ve verdiğiniz cevapları araştırmacı dışında kimse görmeyecektir. Anket ile ilgili herhangi bir sorunda bana ulaşabilirsiniz. Katılımınız ve destekleriniz için teşekkür ederim. Saygılarımla.

Gülşen ÇELİK¹

1.Bölüm: Demografik Özellikler

- 1) Yaşınız:
- 2) Cinsiyetiniz: () Erkek () Kadın
- 3) Medeni Durumunuz: () Bekar () Evli
- 4) Öğrenim Durumunuz: () İlköğretim () Sağlık Meslek Lisesi () Ön Lisans
() Lisans () Lisans üstü () Diğer(belirtiniz).....
- 5) Çalıştığınız birim:.....
- 6) Mesleğiniz: () Doktor () Hemşire () Sağlık Teknisyeni
() İdari çalışan () Sağlık Memuru () Temizlik Personeli
- 7) Mesleki deneyiminiz:(yıl)
- 8) Haftalık Ortalama Çalışma Saatiniz:(saat)
- 9) Günlük Bakım Verdiğiniz/ Tedavisinde Bulduğunuz Ortalama Hasta Sayısı:
- 10) Bulduğunuz görevde genellikle hastalarla doğrudan etkileşim ve temas içinde misiniz?
() Evet () Hayır () Bazen
- 11) Sizce tıbbi hataları en sık hangi meslek grubundakiler yapıyor?
() Doktorlar () Hemşireler () Diğer(belirtiniz).....
- 12) Tıbbi hataların meydana gelme sebepleri neler olabilir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
() 1. Hemşirelerin sayısı olarak yetersiz olması
() 2. Uzun çalışma saatleri nedeniyle yorgunluk, stress
() 3. İletişim bozuklukları
() 4. Ekip çalışmasının olmaması
() 5. Sağlık hizmetlerinin karmaşık bir yapıda olması
() 6. Doktorların hastalara yeterince vakit ayırmaması
() 7. Mesleki eğitiminin yetersiz olması
() 8. Doktorların el yazılarının okunaklı olmaması
() 9. Diğer.....

¹ gulsencelik.g@gmail.com

EK-2. (devam) Kullanılan Anket Formu

- 13) Tıbbi hata durumunda tutum ne olmalıdır? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
- () 1. Sağlık çalışanları yapılan hataları hastaya açıklamalıdır
- () 2. Hata yapıldığında hastadan özür dilenmelidir
- () 3. Hataya uğrayanlar sağlık çalışanlarını dava etmelidir.
- () 4. Diğer(belirtiniz).....
- 14) Sizce yapılan hatalardan kim sorumlu tutulmalıdır?
- () Hatayı yapan kişiler () Hatanın yaşandığı kurumlar () Her ikisi de
- 15) Tıbbi hataları önlemede hastaların da sorumluluğu var mıdır?
- () Evet () Hayır () Kısmen
- 16) Sizce hastaların tıbbi hatalardan kendilerini koruyabilme payı nedir?
- () Büyük oranda koruyabilir () Biraz koruyabilir () Koruyamaz
- 17) Tıbbi hatalar konusunda ne sıklıkla duyum alıyorsunuz?
- () Hiç duymadım () Nadiren () Ara sıra () Çok sık
- 18) Tıbbi hata yapmaktan korunmak için kendi bilgi ve farkındalığınıza ne kadar güveniyorsunuz?
- () Çok güvenirim () Biraz güvenirim () Güvenmem
- 19) Son 12 ayda kaç adet hasta ve çalışan güvenliği ile ilgili olay raporu yazıp idarecilerinize verdiniz?
.....adet

2. Bölüm: Çalışanların Görev Yaptıkları Birimde Hasta Güvenliği Uygulamalarına Karşı Algılamaları

20) Çalıştığınız bölümde aşağıdaki uygulamalar ne ölçüde yapılabiliyor? (Uygun yere X işareti koyunuz)..

	Hayır	Kısmen	Evet
Hastaya yapılan tüm uygulamalar hakkında açıklayıcı bilgi verilmesi			
Taburcu olacak hastaya eğitim verilmesi			
Hastanın ilaç ve diğer alerjilerinin ilgili kişilere bildirilmesi, dikkat çekecek şekilde kaydedilmesi			
Yapılan uygulamalarda asepsi ve sterilizasyon koşullarına uyulması			
Kan ve kan ürünlerinin yazılı prosedürlere uygun verilmesi			
Hastanın düşme ve yaralanması konusunda önlemlerin alınması			
Hasta transferlerinin hemşire refakatinde yapılması			
Yapılan tüm uygulamaların kaydedilmesi			
Sözel direktif alma/verme kriterlerinin yazılı olarak belirlenmesi			
Tıbbi cihazların kalibrasyonunun düzenli aralıklarla yapılması			
Kesici ve delici maddelerin uygun şekilde toplanması			
Hasta ameliyata girmeden önce girişimde bulunulacak operasyon bölgesinin tespiti için hasta dosyasına bakılması			
Hasta ameliyata girmeden önce girişimde bulunulacak operasyon bölgesinin tespiti için hastaya sorulması			
Radyasyon güvenliği sağlamaya yönelik gerekli tedbirlerin alınması			
Hasta tabelası ve orderları doktorlar tarafından okunaklı ve anlaşılabilir şekilde yazılması			

EK-2. (devam) Kullanılan Anket Formu

21) Çalışma biriminizle ilgili olarak aşağıda belirtilen konuları değerlendiriniz (Uygun yere X işareti koyunuz).

A. Bölüm Bilgileri Lütfen çalışma biriminizle ilgili olarak aşağıda belirtilen konuları değerlendiriniz	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
Burada daha ciddi hataların oluşmaması tesadüfe bağlı değildir.					
Hasta güvenliğini geliştirmek için değişiklikler yaptıktan sonra bunların etkinliğini değerlendiririz.					
Yapılacak çok iş olduğunda ve çok çabuk yapmak gerektiğinde "kriz modunda" çalışırız.					
Hasta güvenliği, daha fazla iş yapmaktan daha öncelikli bir ilkedir.					
Çalışanlar yaptıkları hataların kişisel dosyalarında muhafaza edildiğinden endişe duymazlar.					
Bu bölümde hasta güvenliği ile ilgili problemler yoktur.					
Uyguladığımız prosedürler ve sistemler hata oluşmasını önlemede başarılıdır.					
B.Yöneticiniz Yönetici/süpervizör veya doğrudan bağlı olduğunuz kişiler ile ilgili aşağıdaki konulara katılma derecenizi belirtiniz.					
Yöneticilerimiz, oluşturulmuş hasta güvenliği prosedürlerine göre yapılmış bir işi gördüğünde takdir eder.					
Yöneticilerimiz, hasta güvenliğini geliştirmek için çalışanların önerilerini ciddiye alır.					
Yöneticilerimiz, kalite kaybı olsa bile bizim daha hızlı çalışmamızı ister.					
Yöneticilerimiz tekrar tekrar oluşan hasta güvenliği problemlerini görmezden gelmezler.					
C.İletişim Bölümünüzde aşağıdakiler ne sıklıkta olmaktadır?	Hiçbir zaman	Nadir	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
Raporlanan olaylara dayandırılarak yapılan değişiklikler hakkında bilgilendiriliriz.					
Çalışanlar, hasta bakımını olumsuz etkileyebilen bir şey gördüklerinde bunu serbestçe dile getirebilir.					
Bu birimde oluşan hatalar hakkında bilgilendiriliriz.					
Çalışanlar, yöneticilerinin karar ve eylemlerini sorgulamakta kendilerini özgür hisseder.					
Bu birimde biz, hataların tekrar oluşmasını engelleyecek yöntemleri tartışırız.					
Çalışanlar, bir şey yanlış gözüktüğünde soru sormaktan korkmazlar.					
D.Olayların Raporlanması Biriminizde aşağıdaki hatalar olduğunda ne sıklıkla rapor ediliyor?					
Bir hata yapıldığında ancak hastayı etkilemeden fark edilip düzeltildiğinde ne sıklıkla rapor ediliyor?					
Bir hata yapıldığında ancak hastaya zarar verme potansiyeli olmadığında ne sıklıkla rapor ediliyor?					
Hastaya zarar verebilme olasılığı olan ancak zarar vermeyen bir hata yapıldığında ne sıklıkla rapor ediliyor?					

EK-2. (devam) Kullanılan Anket Formu

E.Hastaneniz Hastaneniz ile ilgili olarak aşağıda belirtilen konulara katılma derecenizi belirtiniz.					
Hastane yönetimi hasta güvenliğini artıran bir çalışma atmosferi sağlamaktadır.					
Hastane üniteleri birbirleriyle uyum içinde çalışır.					
Yönetimin faaliyetleri, hasta güvenliğinin üst düzey bir öncelik olduğunu gösteriyor.					
Yönetim, sadece istenmeyen olay olduğunda değil her zaman hasta güvenliği ile ilgilidir.					
Hastalar için en iyi bakımı sağlama amacıyla birimler birlikte iyi çalışır					
Bu hastanede nöbet değişimleri hastalar açısından problemlidir.					
Hasta güvenliği konusunda çalıştığım birim yeterlidir.					

3.Bölüm: Çalışanların Çalıştıkları Birimde Çalışan Güvenliğine İlişkin Algılamalar

22) Çalışma biriminizle ilgili olarak aşağıda belirtilen konuları değerlendiriniz. (Uygun yere X işareti koyunuz)

	Hiçbir zaman	Nadir	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
Bu işyerinde, işçilerin sağlık ve güvenliği çok iyi yönetilen büyük bir önceliklidir.					
Görevlerimi yerine getirirken genellikle güvenlik önlemleri almaya ayıracağım zamanım olur.					
İşverenim uygun kişisel koruma ekipmanını hazır eder					
İşyerinde kaza ve vakaların riskini nasıl azaltacağımı biliyorum.					
Departmanımda ya da birimimde çalışanlar sık sık tehlikeli ve riskli durumlara maruz kalmazlar.					
Güvenlik ekipmanlarını nasıl kullanacağımı ve standart iş prosedürlerini biliyorum.					
Mevcut işverenimden işimdeki sağlık ve güvenlik tehlikelerini anlamaya yönelik yeterince eğitildim.					
Mevcut işverenim tarafından işyerinde olası şiddet olaylarını nasıl göreceğim ve başa çıkacağım konusunda eğitildim.					
İşimi nasıl etkileyeceğinden endişe duymadan yaralanmaları müdüre bildirebilirim.					

23) Lütfen aşağıdaki sağlık ve güvenlik tehlikelerinin çalıştığınız bölüm açısından risk seviyesini belirtiniz.

	Hiç risk yok	Risk yok	Bazen	Risk Var	Çok Risk Var
Genel kimyasal maddeler (asitler, aşındırıcılar, çözeltiler)					
Anestezi gazları					
Zararlı ilaçlar (anti-neo-plastik ajanlar)					
Yüksek seviye dezenfektanlar (glutaral dehyde)					
Sterileştiriciler (etilen oksit, hidrojen peroksit)					
İyonlaşan radyasyon (röntgen ışınlar, hidrojen peroksit)					

EK-2. (devam) Kullanılan Anket Formu

Makine güvenlik riskleri (hareketli parçalar maruz kalma vb.)					
Lazer dumanı ve elektro cerrahi aletleri					
Bulaşıcı hastalık ajanları (tüberküloz)					
Kan kaynaklı patojenler (HIV ve hepatit)					
Lateks alerjanlar (eldivenler)					
Diğer sağlık ve güvenlik meseleleri (Lütfen belirtin)					

24) Çalışma biriminizle ilgili olarak aşağıda belirtilen konuları değerlendiriniz. (Uygun yere X işareti koyunuz

	Evet	Kismen	Hayır
Bu işyerinde işinizi yaparken iğne ,IV insertion ya da file botomi yapıyor musunuz?			
Bu işyerinizdeki işinizde, gözle görülür bir şekilde kan, idrar, gaita ya da kusmuk bulaşmış yatak örtüsü, elbise, çarşaf ya da diğer malzemeleri elinize alıyor musunuz?			
Bu işyerinde, gözle görülür bir şekilde kan, idrar, gaita ya da kusmuk bulaşmış yatak örtüsü, elbise, çarşaf ya da diğer malzemeleri ele alırken izlemeniz gereken evrensel önlemleri takip etme konusunda eğitim aldınız mı?			
Son 7 takvim günü içerisinde gözle görülür bir şekilde kan, idrar, gaita ya da kusmuk bulaşmış yatak örtüsü, elbise, çarşaf ya da diğer malzemeleri elinize alırken her zaman kişisel koruma ekipmanı giydiniz mi?			
İşteyken size vuruldu, tekme atıldı, itildiniz, ısırıldınız, tutuldunuz veya bir şey fırlatıldı mı?			
Başka birisine vurulması, tekme atılması, itilmesi , tutulması veya bir şey fırlatılmasına şahit oldunuz mu?			
İşteyken fiziksel şiddet veya silah ile (tabanca, bıçak,keskin bir nesne) ile tehdit edildiniz mi ?			
İşteyken size bağırıldı, küfür edildi, isim takıldı veya sözlü olarak meydan okundu mu?			
Bu işyerinde işverene hiç şiddet vakası bildirdiniz mi?			
Çalışırken sık sık ağır yükler (insanlar ya da nesnelere) hareket ettirmek ya da kaldırmak zorunda kalırım.			
İşim hızlı ve sürekli fiziksel etkinlik gerektirir.			
Sıklıkla fiziksel olarak sıkıntılı pozisyonlarda uzun süre çalışmam gerekir.			
Geçen 1 yıl içerisinde bu iş vereninizden tıbbi bir değerlendirme aldınız mı (bu tür bir değerlendirme tıbbi bir anket fiziksel muayene, kan ve/veya idrar testleri içerir)?			

25) Her zaman, güvenli iğne ekipmanı **kullanmamanızın** nedenleri nedir? Lütfen size uyanların hepsini işaretleyin.

- () Risklere maruz kalma potansiyeli çok az
- () Maruz kalma potansiyeli var ama risk az
- () Kurum gerek duymuyor
- () Kurum bunları sağlamıyor
- () Çok zaman alıcı
- () Kullanımı zor
- () Çok rahatsız edici
- () Hastalar kullanılmasına razı değil
- () İş alanında her zaman bulunmuyor
- () Malzeme mevcut değil
- () Diğer(lütfen belirtin).....

EK-2. (devam) Kullanılan Anket Formu

26) Son 12 ay içinde, bu iş yerinde çalışırken kaç tane iğne ya da diğer kesici aletlerle (stril olmayan iğne ya da kesici alet batması) ile ilgili yaralanma yaşadınız?.....adet.

27) Son 12 ay içinde kaç tane iğne yada kesici alet yaralanmasını(örneğin cildinizi steril olmayan bir iğne veya kesici bir aletle delinmesi) iş verene (işçi, sağlık görevlisi,süpervizör ya da herhangi bir yetkiliye) rapor ettiniz?.....adet

28) En son yaşadığınız iğne yaralanmasını rapor **etmeme** nedenlerinizi işaretleyiniz. Lütfen size uygun olanlarını işaretleyiniz.

- 1. Yaralanmanın rapor edecek kadar önemli olmadığını düşündüm.
- 2. İğnenin steril olduğunu düşündüm.
- 3. Çok meşguldüm ve yaralanmayı rapor etmeye zamanım olmadı.
- 4. Güvenli olmayan iş uygulamalarından dolayı suçlanmaktan endişe duydum.
- 5. Rapor etmeye gitseydim işimi yapacak başkası yoktu
- 6. İş yerinde raporlamaya yönelik bir prosedür yok
- 7. Diğer(lütfen belirtiniz).....

29)Aşağıdaki kişisel koruyucu aletler ve ekipmanlardan hangisi ya da hangilerinin giyilmesi iş verenin tarafından istenilmektedir? Lütfen size uyanları işaretleyin.

- Hiçbiri
- Respiratörler(cerrahi maskeler dahil değil)
- Cerrahi maske
- Yüz koruyucular
- Ayak koruma(örneğin çelik ayakkabılar, kimyasala dayanan botlar)
- Ayakkabı ve bot örtüleri
- Tekrar kullanılabilir koruyucu giysi(örneğin röntgen önlükleri, laboratuvar önlükleri)
- Kullan at koruyucu giysileri(örneğin izolasyon önlükleri, tulumlar)
- Kulak koruyucular
- El koruyucular(örneğin eldivenler, bariyer kremleri)
- Diz koruyucular
- Sırt bel desteği
- Göz koruyucular

30)Aşağıdaki kişisel korunma aletleri konusunda işverenin size uygun seçim, kullanım, bakım, değiştirme, konusunda eğitim verildi mi?

- Hiçbiri
- Respiratörler(cerrahi maskeler dahil değil)
- Cerrahi maske
- Yüz koruyucular
- Ayak koruma(örneğin çelik ayakkabılar, kimyasala dayanan botlar)
- Ayakkabı ve bot örtüleri
- Tekrar kullanılabilir koruyucu giysi(örneğin röntgen önlükleri, laboratuvar önlükleri)
- Kullan at koruyucu giysileri(örneğin izolasyon önlükleri, tulumlar)
- Kulak koruyucular
- El koruma(örneğin eldivenler, bariyer kremleri)
- Diz koruyucular
- Sırt bel desteği
- Göz koruyucular

31) Aşağıdaki tıbbi testler veya muayeneler kurumunuz tarafından size sağlanmakta mıdır?

- Standart tıbbi anket
- Fiziksel muayene
- Kan testi
- İdrar testi

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Soyadı, Adı : ÇELİK, Gülşen
Uyruğu : TC.
Doğum Tarihi ve Yeri : 13.01.1993/ Kayseri
e-mail : gulsencelik.g@gmail.com

EĞİTİM

<u>Derece</u>	<u>Eğitim Birimi</u>	<u>Mezuniyet Tarihi</u>
Yüksek Lisans	Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü	2020
Lisans	Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Kurumları Yöneticiliği Bölümü	2017

BAŞARILAR

Ankara Üniversitesi Sağlık Kurumları Yöneticiliği Bölüm Birincisi (3.72/4)

İŞ DENEYİMİ

<u>Hastane</u>	<u>Ünvan</u>	<u>Tarih</u>
Özel Keçiören Hastanesi	Kalite Yönetim Direktörü	Eylül 2017-Aralık-2019



GAZİLİ OLMAK AYRICALIKTIR..

