



**T.C. İSTANBUL RUMELİ
ÜNİVERSİTESİ
FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**SAĞLIK ÇALIŞANLARININ İŞ GÜVENLİĞİ
FARKINDALIĞI ve GÜVENLİ DAVRANIŞLARININ
HASTA GÜVENLİĞİNE ETKİSİ (SELÇUK
ÜNİVERSİTESİ ÖRNEĞİ)**

Mehmet Ali ERKAL

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Ahmet CAN

İş Sağlığı ve Güvenliği Anabilim Dalı

SİLİVRİ-İSTANBUL

2020



T.C
İSTANBUL RUMELİ ÜNİVERSİTESİ
FEN BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Mehmet Ali ERKAL' ın “Sağlık Çalışanlarının İş Güvenliği Farkındalığı ve Güvenli Davranışlarının Hasta Güvenliğine Etkisi (Selçuk Üniversitesi Örneği)” adlı tez çalışması, jürimiz tarafından İş Sağlığı ve Güvenliği Anabilim Dalı İş Sağlığı ve Güvenliği Bilim Dalı YÜKSEK LİSANS tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan

Prof. Dr. -İng. Ahmet CAN
Danışman
İstanbul Rumeli Üniversitesi

Üye

Dr. Öğr. Üyesi Ahmet Emin KURTOĞLU
İstanbul Rumeli Üniversitesi

Üye

Doç. Dr. Erol TÜRKEŞ
Kırklareli Üniversitesi

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

ONAY

.... / / 2019

Prof. Dr. Osman ÇAKMAK
Enstitü Müdür V.

BİLİMSEL ETİK SAYFASI

T.C. İstanbul Rumeli Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü tez yazım kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez içindeki tüm veri, bilgi ve dokümanların doğru ve tam olduğunu, akademik etik ve ahlak kurallara uygun bir şekilde elde edildiğini belirtirim. Tez çalışmada kullandığım verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı ve çalışmamın özgün olduğunu bildiririm. Aynı zamanda bu çalışmanın özünde olmayan tüm materyal ve sonuçları tam olarak aktardığımı ve yararlandığım bütün kaynakları atıf yaparak belirttiğimi ve bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını belirtir; aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Tarih :
İmza :
Adı Soyadı : M. Ali ERKAL

ÖZET

(Yüksek Lisans Tezi)

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ İŞ GÜVENLİĞİ FARKINDALIĞI ve GÜVENLİ DAVRANIŞLARININ HASTA GÜVENLİĞİNE ETKİSİ (SELÇUK ÜNİVERSİTESİ ÖRNEĞİ)

Mehmet Ali ERKAL

T.C. İstanbul Rumeli Üniversitesi

Fen Bilimleri Enstitüsü

İş Sağlığı ve Güvenliği Anabilim Dalı

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Ahmet CAN

Tüm çalışma alanları çalışma alanının özelliği, yapılan işin niteliğine göre bir takım riskler taşımaktadır. İş sağlığı ve güvenliği çalışmalarının en temel amaçlarından bir tanesi de çalışanların risk ve olumsuzluklardan korunmasıdır. Bunun yerine getirilebilmesi için öncelikle çalışma alanının sağlıklı ve güvenli olması gerekmektedir. İş sağlığı ve güvenliği açısından en fazla risk oluşturan alanlardan bir tanesi de sağlık kurumlarıdır. Sağlık kurumları çalışanlar açısından önemli riskler taşıdığı gibi, hastalar açısından da ciddi riskler barındırmaktadır. Bu nedenle sağlık kurumlarında hasta güvenliğinin sağlanması gerekmektedir.

Bu çalışmanın amacını sağlık çalışanlarının iş güvenliği farkındalığı ile güvenli davranışlarının hasta güvenliği üzerindeki etkisinin araştırılması oluşturmakta olup, iş güvenliği algısı ve güvenli davranışının, hasta güvenliği üzerindeki etkisinin araştırılmasının önemli olduğu düşünülmektedir. Araştırmada ilişkisel tarama modeli ve nicel araştırma modeli kullanılmıştır. Çalışmanın kavramsal bölümü literatürden yararlanarak hazırlanmış, Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Diş Hekimliği Fakültesinde görev yapan toplam 130 kişiye anket uygulanmıştır. Elde edilen sonuçlara göre katılımcıların demografik verilerine göre gruplar arasında fark olup olmadığının araştırılması için One Way Anova ve Independent Samples t-testi yapılmıştır. Çalışmada ayrıca tanımlayıcı istatistiklerin yanında sağlık çalışanlarının iş güvenliği farkındalığı ile güvenli davranışlarının hasta güvenliği üzerindeki etkisinin araştırılması için regresyon analizine başvurulmuş, elde edilen sonuçlar değerlendirilerek yorumlanmıştır.

Tarih (Ekim/2019),

Anahtar Kelimeler: Sağlık kurumu, Sağlık çalışanları, İş güvenliği farkındalığı, Güvenli davranış, Hasta güvenliği

SUMMARY

(M. Sc. Thesis)

OCCUPATIONAL SAFETY AWARENESS OF HEALTH EMPLOYEES AND THE EFFECT OF SAFE BEHAVIOR ON PATIENT SAFETY (SELCUK UNIVERSITY CASE)

Mehmet Ali ERKAL

T. C. Istanbul Technical University

Graduate School of Natural and Applied Sciences

Department of Occupational Health and Safety

Thesis Advisor: Dr. Ahmet Can

All work areas carry certain risks depending on the nature of the work area and the nature of the work performed. One of the main objectives of occupational health and safety is to protect employees from risks and negativity. In order to achieve this, the work area must be healthy and safe. One of the most risky areas in terms of occupational health and safety is health institutions. Health institutions carry important risks for employees as well as serious risks for patients. Therefore, it is necessary to ensure patient safety in health institutions.

The aim of this study is to investigate the effect of health workers' safety awareness and safety behaviors on patient safety. Relational survey model and quantitative research model were used in the research. The conceptual part of the study was prepared by using the literature and a questionnaire was applied to a total of 130 people working in Selcuk University Faculty of Medicine and Faculty of Dentistry. According to the results, One Way Anova and Independent Samples t-test was used to investigate the differences between the groups according to the demographic data of the participants. In addition to the descriptive statistics, regression analysis was applied to investigate the effect of health workers' safety awareness and safety behaviors on patient safety, and the results were evaluated and interpreted.

Date (October / 2019),

Keywords: Health institution, Health care workers, Occupational safety awareness, Safe behavior, Patient safety

ONAY SAYFASI	
ETİK SAYFASI	i
ÖZET	ii
ABSTRACT	iii
İÇİNDEKİLER	iv
SİMGELER ve KISALTMALAR	v
ŞEKİLLER	vi
ÇİZELGELER	vii
1. GİRİŞ	1
2. SAĞLIK KURUMLARI ve GENEL ÖZELLİKLERİ	3
2.1 Sağlık Hizmetlerinin Yapısı	3
2.1.1 Koruyucu Sağlık Hizmetleri	4
2.1.2 Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	4
2.1.3 Rehabilite Edici Sağlık Hizmetleri	6
2.2 Sağlık Hizmet Kalitesi	7
2.2.1 Sağlık Hizmet Kalitesinin Özellikleri	9
2.2.2 Sağlık Hizmet Kalitesinin Yönetimi	13
2.3 Türkiye’de Sağlık Yönetimi	15
3. SAĞLIK HİZMETLERİNDE HASTA GÜVENLİĞİ	18
3.1 Güven Kavramı	18
3.2 Sağlık Çalışanlarına Güven	19
3.4 Hasta Güvenliğinin Önemi	20
3.5 Tıbbi Hataların Önlenmesi ve Hasta Güvenliği	22
4. TÜRKİYE’DE İŞ SAĞLIĞI ve UYGULAMALARI	26
4.1 Sağlık Kurumları ile İlgili İstatistiksel Veriler	27
4.2 Sağlık Kurumlarında İş Sağlığı ve Güvenliği Uygulamaları	29
4.3 Sağlık Çalışanlarının Karşılaştığı Riskler	31
4.4 Sağlık Sektöründe İş Kazaları ve Sonuçları	36
4.5 Güvenli Hastane ve Sağlık Kurumlarının Akreditasyonu	38
5. DÜNYADA İŞ SAĞLIĞI ve GÜVENLİĞİ	42

6. MATERYAL ve YÖNTEM	48
6.1 Araştırmanın Sorunu.....	48
6.2 Araştırmanın Amacı ve Önemi.....	48
6.3 Araştırmanın Modeli.....	49
6.4 Araştırmanın Evreni ve Örneklem Büyüklüğü.....	49
6.5 Veri Toplama Aracı.....	50
6.6 Araştırmada Kullanılan İstatistiksel Yöntemler.....	50
6.7 Araştırma Soruları.....	52
7. BULGULAR ve TARTIŞMA	53
7.1 Bulgular.....	53
7.1.1. Demografik Bulgular.....	53
7.1.2 İş Güvenliği Farkındalığına Yönelik Bulgular.....	55
7.1.3 Güvenli Davranışa Yönelik Bulgular.....	57
7.1.4 Hasta Güvenliğine Yönelik Bulgular.....	59
7.1.5 Ölçeklerle İlgili Tanımlayıcı İstatistikler.....	71
7.1.6 Anova Testi, t-Testi, Regrasyon Analizine Yönelik Bulgular.....	73
7.2 Tartışma.....	78
8. SONUÇ ve ÖNERİLER	83
8.1 Sonuçlar.....	83
8.2 Öneriler.....	84
KAYNAKLAR	86
EKLER	92
ÖZGEÇMİŞ	95

SİMGELER ve KISALTMALAR

AB	: Avrupa Birliği
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
HKS	: Hizmet Kalite Standardı
ILO	: International Labour Organization
IOM	: International Organization for Migration
JCI	: Joint Commission International
KALDER	: Türkiye Kalite Derneği
OECD	: Organization for Economic Co-operation and Development
OSGB	: Ortak Sağlık ve Güvenlik Birimi
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
vd	: ve diğerleri
WHO	: World Health Organization

ŞEKİLLER

Şekil 4.1 Türkiye’de sağlık çalışanlarının sektörler bazında dağılımı.....	30
Şekil 4.2 Sağlık çalışanlarının karşılaştığı riskler.....	31
Şekil 6.1 Araştırmanın modeli.....	49



ÇİZELGELER

Çizelge 4.1 Kamuda 2018 Yılında İstihdam Edilen Memur Sayıları.....	26
Çizelge 4.2 Türkiye’de Sağlık Hizmeti Sunan Sağlık Kurumları.....	28
Çizelge 4.3 Sağlık kurumları 2015 yılı iş kazası ve meslek hastalığı sayıları.....	33
Çizelge 5.1 ABD 2003-2015 yılları ölümcül olmayan iş kazaları insidansı.....	44
Çizelge 5.2 ABD 2015 yılı ölümcül olmayan iş kazaları hastalık oranları.....	45
Çizelge 5.3 ABD 2015 yılı sağlık kurumlarında ölümcül olmayan iş kazaları.....	45
Çizelge 5.4 Avrupa’da 2010-2014 yıllarında meydana gelen iş kazaları.....	46
Çizelge 7.1 Katılımcıların demografik özellikleri.....	54
Çizelge 7.2 İşyerinde güvenlik sorumluluklarının bilinip bilinmemesine yönelik veriler.....	55
Çizelge: 7.3 Güvenlik kurallarının anlaşılıp anlaşılmamasına yönelik veriler.....	55
Çizelge: 7.4 Güvenlik sorunları ile baş edilip edilmemesine yönelik veriler.....	56
Çizelge: 7.5 Güvenlik kurallarına her zaman uyup uymama ile ilgili veriler.....	56
Çizelge: 7.6 Çalışma güvenliğinin çok önemli olup olmamasına yönelik veriler.....	57
Çizelge: 7.7 İş esnasında güvenlik ekipmanlarını kullanıp kullanmama ile ilgili veriler.....	57
Çizelge: 7.8 İş yaparken gerekli güvenlik prosedürlerini kullanıp kullanmamaya yönelik veriler.....	58
Çizelge: 7.9 İş esnasında en yüksek güvenlik seviyesi sağlayıp sağlamamaya yönelik veriler.....	58
Çizelge: 7.10 İşyeri içinde güvenlik programını teşvik edip etmemeye yönelik veriler.....	58
Çizelge: 7.11 İşyeri güvenliğinin iyileştirilmesi için fazladan çaba harcıyıp harcamamaya yönelik veriler.....	59
Çizelge: 7.12 İşyeri güvenliğinin iyileştirilmesine yönelik görevleri gönüllü yapıp yapmamaya yönelik veriler.....	59
Çizelge: 7.13 Aynı birimde çalışanların birbirini destekleyip desteklememese yönelik veriler.....	60
Çizelge: 7.14 İş yükünü kaldıracak personelin bulunup bulunmamasına yönelik veriler.....	60
Çizelge: 7.15 Acil bir işin olması durumunda takım halinde çalışarak işi tamamlayıp tamamlamamaya yönelik veriler.....	61

Çizelge: 7.16 Birimde çalışanların birbirini saygıyla karşılayıp karşılamamasına yönelik veriler.....	61
Çizelge: 7.17 Birimde çalışan personellerin hasta bakımını sağlamasına yönelik veriler.....	62
Çizelge: 7.18 Etkin hasta güvenliği sağlamaya yönelik veriler.....	62
Çizelge: 7.19 Hasta bakımı için geçici personel kullanıp kullanmamaya yönelik veriler.....	63
Çizelge: 7.20 Bölümün çok meşgul olması durumunda diğerlerinin yardımcı olup olmamasına yönelik veriler.....	63
Çizelge: 7.21 Birlikte çalışmak gerektiğinde hastane birimleri arasında iş birliği olup olmamasına yönelik veriler.....	64
Çizelge: 7.22 Hastane birimlerinin hastaya etkin bakım sağlamak için beraber çalışıp çalışmamasına yönelik veriler.....	64
Çizelge: 7.23 Hasta güvenliği arttırmaya yönelik değişim sonrasında değerlendirme yapıp yapmamaya yönelik veriler.....	65
Çizelge: 7.24 İşin tamamlanması adına hasta güvenliğinden ödün verip vermemeye yönelik veriler.....	65
Çizelge: 7.25 Hataların önlenmesine yönelik başarılı prosedür ve sistemlerin olup olmamasına yönelik veriler.....	66
Çizelge: 7.26 Yapılan değişimlerle ilgili geri dönüşümleri bir arada toplayıp toplamamaya yönelik veriler.....	66
Çizelge: 7.27 Çalışanların olumsuz bir durum karşısında bunu özgürce dile getirip getirmemesine yönelik veriler.....	67
Çizelge: 7.28 Birimde gerçekleşen hataları bildirmeye yönelik veriler.....	67
Çizelge: 7.29 Hataların tekrarlanmasının engellenmesine yönelik çözümler için fikir birliğinde bulunup bulunmamaya yönelik veriler.....	68
Çizelge: 7.30 Çalışanların kendilerinden daha yetkili olanların kararlarını sorgulayıp sorgulamamaya yönelik veriler.....	68
Çizelge: 7.31 Hastane yönetiminin yaptıklarının hasta güvenliğinin göstergesi olup olmadığına yönelik veriler.....	69
Çizelge: 7.32 Hastane yönetiminin iş güvenliğini teşvik eden ortam sağlayıp sağlamamasına yönelik veriler.....	69
Çizelge: 7.33 Hastane yönetiminin hasta güvenliği konusunda istenmeyen olay gerçekleştiğinde olayla ilgilenip ilgilenmemesine yönelik veriler.....	70

Çizelge: 7.34 Yönetici/müdürün hasta güvenliğinin artırılması ile ilgili çalışanların fikirlerini alıp almamasına yönelik veriler.....	70
Çizelge: 7.35 Yönetici/müdürlerin hasta güvenliğine yönelik prosedürleri göz önüne alarak işin tamamlandığında çalışanları takdir edip etmemesine yönelik veriler.....	71
Çizelge: 7.36 İş Güvenliği Farkındalık Ölçeği Tanımlayıcı İstatistikler.....	71
Çizelge: 7.37 Güvenli Davranış Ölçeği Tanımlayıcı İstatistikler.....	72
Çizelge: 7.38 Hasta Güvenliği Ölçeği tanımlayıcı istatistikler.....	72
Çizelge: 7.39 Varyansların homojenliği testi.....	73
Çizelge: 7.40 One Way Anova testi sonuçları.....	75
Çizelge: 7.41 Independent t testi sonuçları.....	77
Çizelge: 7.42 Regresyon analizi model özeti.....	78
Çizelge: 7.43 Regresyon analizi Anova testi sonuçları.....	78

1. GİRİŞ

Sağlık hizmeti, insan sağlığını korumanın yanında, işlevlerde bozulma veya eksilme olması durumunda yapılan her türlü tıbbi müdahaleyi içermektedir. Sağlık hizmetlerinin kapsam ve amacı ise birey ve toplum sağlığını korumaktır. Bu amaca ulaşabilmek için toplumu oluşturan her ferdin sağlık hizmetlerine erişme ve yararlanabilmesi için, birey beklentilerine uygun olarak ucuz ve kaliteli sağlık hizmetinin yanında eşit ulaşılabilir olması gerekmektedir (Dirican, 1990: 48; Satı, 2018). Sağlık her birey için vazgeçilmez bir olgudur. Bireylerin doğuştan itibaren arzu duydukları en önemli durum sağlıklı bir şekilde hayatlarını devam ettirmektedir. Sağlık hakkı en önemli insan hakkı olup, bu hakkın ertelenmesinin ve devredilmesinin mümkün olmadığı kabul edilmektedir (Dedeğaç, 2008; 21). Diğer taraftan sağlık hizmetinden beklentilerin karşılanması sağlık hizmeti talebinde bulunanların, sağlık hizmetine dair oluşan algıları, sağlık hizmetinden beklentileri ile sağlık hizmetini aldıktan sonra her iki durumu değerlendirmeleri sonucunda anlam kazanmaktadır. Faydalanılan araç gereçler, hizmet sunumunu gerçekleştiren personel tavırları, hizmetten yararlanan konforun büyüklüğü ve güvenli hizmet gibi kavramlar hizmet algısında memnuniyetin ölçüsü olmaktadır (Çavuş ve Gemici, 2013).

Tüm bireyler sağlık sorunları karşısında tıbbi bakımdan yararlanıp, bir an önce sağlıklarına kavuşmak isterler. Bu aşamada yapılması gereken en önemli şeylerden birisi, tıbbi müdahalede bulunacak olan sağlık profesyonellerine güvenmektir. Fakat genel olarak insanlar sağlık kurumu ve çalışanları ile isteyerek ilişkiye girmemekle birlikte, sağlık hizmeti alım süreci fiziksel ve ruhsal açıdan birtakım zorlukları da beraberinde getirmektedir. Bu sürecin en önemli aktörler ise, sağlık kurumu çalışanlarıdır (Okay, 2009). Diğer taraftan sağlık kurumları tarafından alınan önlemlerin tümü hasta güvenliğinin sağlanmasına yönelik olup, bu güvenliğin sağlanmasındaki temel neden ise, hasta ve hasta yakınlarının psikolojik ve fiziksel yönlerden en uygun ortamın sağlanmasını içermektedir. Böylelikle oluşabilecek hataların önceden belirlenmesi, gerekli önlemlerin alınması ve sorun olduğu düşünülen faktörlerin giderilmesi ile ilgili önlemlerin alınması da kolaylaşmış olur. İyi bir güvenlik kültürünün oluşturulabilmesi için hataların açıklanması ve bildirilmesi gerekmektedir.

Bu kültür, hataların önceden belirlenmesi, bu hataların kabul edilmesi ve tüm ilgililere bildirilmesi sonucunda oluşacaktır (Filiz, 2009).

Sağlık hizmetlerinin temelinde bireye faydalı olmak yatmaktadır. Bakım ve tedavi aşamalarında gerekli özen gösterilmez, hasta güvenliği göz önünde bulundurulmaz, gereği gibi sağlık hizmetleri sunulmazsa, bu faydadan ziyade zarar getirebilir. Bu açıdan bakıldığında sağlık bakım ve tedavi işlemleri esnasında öncelikle hasta güvenliğinin sağlanması gerekmektedir. Hasta güvenliğinin sağlanması, sağlık hizmetlerinden kaynaklanan hataların önüne geçilmesi ve bu hizmetlerin sunumu esnasında söz konusu hataların sebep olduğu hataların önlenmesi ile bu zararların mümkün olan en asgari düzeye düşürülmesini içermektedir (Gülkaya, 2009).

Hasta güvenliğinin sağlanması, hastaların tedavi edilmesi sırasında meydana gelebilecek önlemlerin alınması, oluşacak hataların engellenmesi ile oluşabilecek komplikasyonların önüne geçilmesini içermektedir. Sağlık yapılanması karmaşık bir yapıya sahip olup, bu komplike yapı içerisinde bir takım olumsuzlukların meydana gelmesi de olası bir durumdur. Sağlık sektöründe oluşan yoğunluk, talep artışı ile birlikte karmaşayı da arttırmıştır. Bu yoğunluk içerisinde yüksek fayda sağlamanın yanında, hastaya zarar vermeden sağlık hizmeti vermek temel hedefler arasında yer almaktadır. Tüm bu etkiler göz önüne alındığında sağlık kurumlarında sağlık çalışanlarının iş güvenliği farkındalığı ve güvenli davranış algısı ile bunların hasta güvenliği üzerindeki etkisinin araştırılmasının önemli olduğu kanaati oluşmuştur. Bu önem çerçevesinde bu araştırmanın amacını sağlık çalışanlarının iş güvenliği farkındalığı ile güvenli davranışlarının hasta güvenliği üzerinde etkisinin bulunup bulunmadığının araştırılması oluşturmaktadır.

Çalışmada istatistiksel analiz olarak tanımlayıcı istatistikler, One Way Anova, Independent Samples t-test ve faktör analizlerine başvurulmuştur. Anket formunda yer alan iş güvenliği farkındalığı ve sağlık çalışanlarının güvenli davranış algısının hasta güvenliği üzerindeki etkisi araştırılmış, yöntem ve elde edilen sonuçlar ayrıntılı olarak açıklanmıştır.

2. SAĞLIK KURUMLARI ve GENEL ÖZELLİKLERİ

2.1 Sağlık Hizmetlerinin Yapısı

Bu güne kadar gelen tıbbi gelişmeler ve araştırmalar, sağlık açısından insanların uzun ömür beklentisi yerine sağlıklı bir yaşam tarzının tercih edildiği göstermektedir. Günümüzde meydana gelen sağlık politikalarına bakıldığında, bu politikaların genel olarak kaliteli yaşamı ilke edindiği görülmektedir. Bu nedenle de sağlıkla ilgili kaliteli bir yaşama dair engellemelerin, ötelendiği görülmektedir (Michalos vd., 2000). Sağlık kavramının tanımlamasına bakıldığında ise, bu konuda çok çeşitli tanımlamaların yapıldığı görülmektedir. Bu tanımlamalar sosyal gruplara göre farklı algılandığı gibi, kültürel yapılar ve mensup olunan mesleki guruplar arasında da farklı tanımlamaların yapıldığı görülmektedir. Sağlık tanımı, kişilerin psikolojik durumlarından mutluluk hallerine kadar farklı şekillerde algılamalarını sağladığı da görülmektedir (Hamzaoğlu, 2010).

Sağlık kavramı Dünya Sağlık Örgütüne (DSÖ) göre; fiziksel, ruhsal ve sosyal yönlerden tam olarak bir iyilik hali olarak tanımlanırken, sağlığın korunması ile hastalıkların tedavisi anlamında yapılan işlemlerin bütünü şeklinde yapmıştır (World Health Organization, 2019). Sağlık hizmetleri; sağlık hizmeti, insan yaşamı ve kalitesini tehdit eden faktörlerin yok edilmesinin yanı sıra, toplumsal açıdan zararlı etkilerden korunması, toplumsal açıdan hastalıkların ortadan kaldırılması, hastalıkların tedavi edilmesi ile birlikte, bedenen ve ruhen yeteneklerinde azalma meydana gelenlerin rehabilitasyon hizmetlerinin karşılanması için yapılan tıbbi müdahaleler olarak ifade edilebilir. Sağlık hizmetleri bireylerin sağlıklarını korumakla birlikte, hastalıkların meydana gelmesi aşamasında tekrar sağlıklarına kavuşturulmak amacıyla yapılan işlemler bütünü olarak tanımlanabilir (Dursun ve Çerçi, 2004).

Bir diğer tanımlamaya göre sağlık hizmetleri, toplumsal olarak sağlığın korunması için hastalıkların tedavi edilmesi ile bireylerin birbirlerine bağımlı olarak yaşamamaları adına, tedavi ihtiyaçları olanların tedavi edilmesi, sağlık açısından sakatlıkların ortadan kaldırılması, toplum ve birey sağlığının iyileştirilerek, daha iyiye götürülmesi amacıyla yapılan planlı sağlık düzenlemelerinin bütünü olarak düşünülebilir. Aslında sağlık

hizmetleri birbiri ile bütünlük sağlayan yapıda olmasına rağmen, gerek sağlık hizmetlerinin anlaşılmasının daha kolay bir hale getirmek, hizmet sunumlarında gerekli etkinliği sağlayabilmek ve fayda olgusunu oluşturmak adına bir sınırlandırma yapılmasına gerek duyulmuş, sağlık hizmetleri konusunda çeşitli gruplamalar yapılmıştır (Akbelen, 2007).

Ülkemizde Anayasal düzenlemelerde de yer aldığı şekilde sosyal devlet ilkesini benimsemenin bir sonucu olarak, sağlık hizmet sunumu; koruyucu, tedavi edici ve rehabilitasyon hizmetleri olarak vatandaşına sağlık hizmeti sunulması ve yaşam kalitelerinin artırılması devletin temel görevleri arasında yer almaktadır. Ayrıca sağlık hizmetlerinin sunulması üç farklı boyutta ele alınmaktadır.

2.1.1 Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri, konu başlığından da anlaşılacağı üzere sağlığın korunmasına yönelik bir sağlık hizmetidir. Başka bir anlatımla koruyucu sağlık hizmetleri, doğrudan toplum sağlığıyla ilgilenmekte olup, toplumun sağlıklı yaşamı göz önüne alınarak toplum sağlığının korunması, toplum açısından meydana gelebilecek hastalıkların önlenmesi, toplumun yaşam düzeyinin artırılması amacıyla yapılan işlemler bütünüdür (Akdağ, 2008). Koruyucu sağlık hizmetlerinde konu, toplum sağlığı olunca koruyucu sağlık hizmetlerinin kapsamı da geniş bir boyut kazanmaktadır. Koruyucu sağlık hizmeti denilince daha çok sağlık konusunda hastalık ihtimallerinin ortadan kaldırılması gündeme gelmektedir. Bu olasılıkların azaltılması, toplum ve bireylerin sağlık hizmetlerinden eşit oranda yararlanacaklarının da bir göstergesi olmaktadır. Söz konusu olan toplum sağlığının korunması olduğunda, bu sağlık hizmetinin diğer bir boyutu ekonomik göstergelerdir (Akbelen, 2007).

2.1.2 Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Tedavi edici sağlık hizmetlerine bakıldığında ise, diğer sağlık hizmetlerinden farklı olarak, sağlık açısından bir olumsuzluk olduğu durumlarda söz konusu olduğu görülmektedir. Tedavi edici sağlık hizmeti, aynı zamanda insan yaşamını tehdit eden bir etkinin ortadan kaldırılması amacını gütmekle birlikte, bu sağlık hizmeti bireyin yaşam

kalitesine kavuşması için sağlık hizmetlerinden yararlanmakta, yaşamsal fonksiyonları ile toplumsal rollerinin yerine getirilmesini sağlayabilmektedir. Ayrıca hastalığın meydana gelmesi, bireyin kazancından yoksun kalması anlamına da gelmektedir (Akdur, 2005). Tedavi edici sağlık hizmetlerinin bir diğer etkisi de, koruyucu sağlık hizmetleri göz önüne alındığında bireysel sağlık hizmeti dolayısıyla da bireysel yaşam kalitesinin ön plana çıkmasının da sonucudur. Fakat geniş anlamda bakıldığında bireyin fayda görmesi, aynı zamanda topluma sağlayacağı fayda açasından da önemlidir (Akdağ, 2008).

Genel olarak tedavi edici sağlık hizmetleri üç basamak halinde yapılmaktadır. Bunun asıl nedeni sağlık hizmetinden faydalananlar açasından tedavi hizmetlerinde bir sevk kademesi oluşturmaktır. Böylece tedavi ihtiyacı bulunan bireylere hizmetin daha kolay dağıtılması gündeme gelmekte, daha kaliteli hizmet sunumu sağlanmaktadır (Akdur, 2005; Akdağ, 2008).

Birinci basamak sağlık hizmetleri: Bu tür sağlık hizmetlerinde genel olarak sağlık ihtiyacında bulunanların ayakta tedavi edildiği sağlık kuruluşları olup, söz konusu tedavilerin yapıldığı sağlık kuruluşları genel olarak küçük sağlık kuruluşlarıdır. Bunlar genel olarak dispanser ve benzeri sağlık kuruluşlarının yanı sıra aile hekimlikleri, anne ve çocuk sağlığı merkezleri ile aile planlaması merkezleridir.

İkinci basamak sağlık kuruluşları: İkinci basamak sağlık kuruluşları, birinci basamak sağlık kuruluşlarına göre, daha kapsamlı sağlık hizmetlerinin verildiği sağlık kuruluşları olup, yatarak tedavi hizmet sunumunun karşılandığı sağlık kuruluşlarıdır. Genel olarak ikinci basamak sağlık kuruluşları elli ile yüz yatak kapasitesine sahip olan ve az sayıda uzman doktorun çalıştığı sağlık kuruluşlarıdır.

Üçüncü basamak sağlık kuruluşları: Üçüncü basamak sağlık kuruluşları en kapsamlı sağlık kuruluşları olup, her dalda sağlık hizmeti sunan sağlık kuruluşlarıdır. Üçüncü basamak sağlık kuruluşları arasında üniversitelere ait tıp fakülteleri, araştırma hastaneleri, özel dal hizmetlerinin bulunduğu hastaneler ile kanser tedavisi sunulan büyük kapsamlı hastaneleridir.

2.1.3 Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri

Bir diğer sağlık hizmeti olan rehabilitasyon edici sağlık hizmetleri, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetinden farklı olarak, genel anlamda ruhsal hastalıklar ile bedeni olarak meydana gelen uzun süreli hastalıkların tedavi edilmesi, kimsenin yardımına ihtiyaç kalmadan yaşamlarını idame ettirici sağlık hizmetlerinin alındığı sağlık kuruluşlarının vermiş olduğu sağlık hizmetleridir (Akbelen, 2007). Rehabilitasyon amaçlı verilen sağlık hizmetlerinde verilen hizmet farklılık göstermekte olup, verilen hizmet bakımından kendi aralarında çeşitli sınıflara ayrıldığı görülmektedir.

Tıbbi amaçlı rehabilitasyon: Tıbbi amaçlı rehabilitasyonlar genel olarak bedeni hastalıkların tedavi edilmesinde başvurulan sağlık yöntemleridir. Bu hizmeti sunan sağlık kuruluşlarında bedenen meydana gelen hastalıkların, bedenen işlevsel fonksiyonlarının kazandırılması amacıyla işlem görülür.

Sosyal rehabilitasyon: Sosyal anlamda rehabilitasyon tıbbi anlamda rehabilitasyon edilememiş olan hastaların, iş yaşamlarına uyum sağlayabilmeleri, meslek edindirme, iş koşullarına ayak uydurma, çalışamayacak durumda olanların meslek edinmelerini sağlayan hizmet bütünüdür.

Sağlıklı bir toplum yapısının sağlıklı bireylerden geçtiği düşünüldüğünde sağlık hizmetlerinin de bireylerin fiziksel, ruhsal veya toplum sağlığı bakımından, birey sağlığını koruma, iyileştirme ile iyilik durumunun devamının sağlanması, bu şekilde de toplum sağlığı ve refahının oluşturulması, birey mutluluğunu ön planda tutulması amacıyla yönelik sağlık hizmetleridir (Aslantekin vd., 2007). Sağlık hizmetleri, sağlıklı bir toplum yapısının oluşmasına, yaşam dengesinin kurulması açısından doğum ve ölüm denkleminin meydana getirilmesi ile hastalık oranlarının meydana gelmesi şeklinde ortaya çıkmaktadır. Sağlıklı bir toplum, aynı zamanda refah düzeyi yüksek, gelişmiş bir toplumun meydana gelmesi amacıyla taşımaktadır (Duggirila vd., 2008).

Sağlık hizmetlerinin sunumu açısından bakıldığında, kamu hizmetlerinin görülmesi; hem toplum hem de birey açısından önemli bir yere sahiptir. Sağlık hizmetlerinin önemi göz önüne alındığında ise, sağlık hizmetleri sunumunun kaçınılmaz olduğu bir

gerçektir. Bunun yanında sağlık hizmetlerinden beklenen hizmet sunumunun, kaliteli olması açısından sağlık kurumlarının ilkeli davranması, hasta memnuniyetini üst seviyede tutması beklenmektedir (Altay, 2016). Çünkü sağlık hizmetlerinden beklenen, düşük hata oranı ile müşteri memnuniyeti odaklı çalışılmasıdır. Bunun yanında sağlık kuruluşunun varlığının hastanın varlığı ile paralellik gösterdiği görülmektedir. Bunun sonucu olarak diğer kurumlarda ortaya çıkan müşteri memnuniyeti, sağlık kurumları söz konusu olduğunda, hasta memnuniyeti olarak algılanmaktadır. Çünkü müşteri memnuniyeti, sağlık kurumu açısından hasta memnuniyeti anlamı taşımaktadır (Duggirala vd., 2008; Altay, 2016).

Her şeyden önce kaliteli bir yaşam standardı, devamlılık gösteren bir kalite sisteminin varlığı ile mümkün olmaktadır. Bunun sonucu olarak sağlık hizmetlerinin alımı aşamasında ve sağlık işlemlerinin her kademesinde hasta memnuniyetini sağlayacak kalite standartlarının olması gerekmektedir. Bunun için hastalara hizmet verilen her noktada müşteri memnuniyetini belirten çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır Bu durum hasta odaklı çalışılmasının bir sonucudur.

2.2 Sağlık Hizmet Kalitesi

Kalite Kavramı, çok çeşitli tanımlamalara sahip olmakla birlikte, kavramın tanımı, bireylerin ürün veya hizmetin sunuşu şekli ve insanların bakış açısına göre değişebilmektedir. Kaliteye müşteri odaklı baktığınız zaman farklı, hizmeti sunan açısından baktığınızda ise daha farklı anlamınız mümkündür. Bir anlamda kalite meydana getirilen ürün ya da hizmetten beklentilerimizin ne oranda karşılandığı ile ilgili bir kavramdır. Bu anlamda bakıldığında en genel anlamıyla kalite, mal ya da hizmetin beklenti karşılayabilmesi yeteneği olarak düşünülebilir. Tanımlamadan da anlaşılacağı üzere burada önemli olan mal ya da hizmeti talep eden bireylerin beklentileri ve bu beklentilerin mal ya da hizmeti sunanlardan beklentilerini karşılayıp karşılayamadıkları noktasındadır (Karaca, 2014).

Diğer bir anlatımla kalite, talep edenler açısından mal ya da hizmetin mevcut özellik ve niteliklerinin yanında, mal ve hizmetten daha ileriki bir zamanda gerek olduğuna kanaat getirilen ihtiyaçların, karşılanabilme yeteneği olarak düşünülebilir. Bu tanımlama genel

olarak mal alımlarının söz konusu olduğu durumlarda geçerli olmakla birlikte, hizmet alımları genel anlamda, hizmet gereksinimine ihtiyaç olduğu anda karşılandığı görülmektedir. Yalnız burada ileride görülecek bir hizmetin söz konusu olduğu ve bir ön sözleşme söz konusu ise bu tanımlama sınıfı içerisinde yer almaktadır (Aygün, 2014). Kalite konusundaki bir başka yaklaşım ise, mal ve hizmetin sunumu sırasında, beklenen özelliklerin, ürün tada hizmet talep edenler açısından beklenen özellikleri kapsamaması olarak da düşünülebilir. Bu anlamda kalite, sunumun müşteride meydana getirdiği ölçütü esas almaktadır. Bu nedenle kayıp azaldıkça, müşteri olumsuz durumlarla karşılaşmadığında müşteri memnuniyeti daha da artmakta olup, bu durum ürünün daha kaliteli olduğunun göstermektedir (Çiçek ve Doğan, 2009).

Meydana gelen kayıplar sadece müşteri memnuniyeti ile ilgili olmayıp, aynı zamanda maddi ve sosyal anlamda meydana gelen bir kayıptan söz etmek mümkündür. Söz konusu olan kalite olduğunda, yapılması gereken ve üzerinde durulması gereken, beklenen kayıpların en aza indirilmesi, hatta mümkünse hiç kayıp olmaması yönündedir (Çiçek ve Doğan, 2009). Ayrıca hizmetin söz konusu olduğu durumlarda kalite denildiği zaman, hizmetin sunumuna göre farklı bir algı oluştuğu görülmektedir. Söz konusu olan bir malın alım sayım işlemlerini kapsadığında ise daha farklı bir algı oluşabilmektedir. Hatta ve hatta hizmet çeşidi ile ürünler arasındaki farklılıklar bile müşteri memnuniyeti ve kalite algısını değiştirebilmektedir. Bununla birlikte ürün özelliği açısından bakıldığında, ürün ve hizmette meydana gelen kayıpların karşılanması hizmeti alan açısından güç bir durumdur (Eleren vd., 2007).

Sağlık sektörünü ele aldığımızda, özellikle son yirmi yıl içerisinde uygulanmaya çalışılan kalite uygulamaları ile yürürlüğe konulan mevzuatlar hiç de küçümsenmeyecek boyuttadır. Günümüzde halen, bu standartların yerine getirilmesi ve hasta güvenliğinin sağlanması için sağlık çalışanlarına eğitim programları düzenlenmektedir. Ayrıca, sağlık sektöründe kalite uygulamalarının tam olarak yerine gelebilmesi için, Sağlık Bakanlığı tarafından çeşitli denetimlerin yapıldığı görülmektedir. Elbette bu denetimler Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerde etkisini daha yoğun göstermektedir. Çünkü yapılan bu tür denetimler neticesinde, hastaneler müşteri memnuniyeti odaklı birçok uygulamayı gündeme koymaktadırlar (HKS Okulu, 2019).

Aslında kalitenin özüne hizmet anlamında bakıldığında, bu kavramın içerisinde hizmet talep edenlere karşı bir saygı ve nezaketin ve güvenliğin yattığı görülmektedir. Elbette bu güvenlik, saygı ve nezaket sadece müşteri odaklı olmayıp, çalışanların genel anlamda takındığı tavır ile ilgilidir. Kalite genel anlamda hizmet gören kurumun itibarını da yüklemektedir. Bu durum kurumun bir prestij sahibi olmasına yol açmakta, saygınlığını arttırmaktadır. Bugün artık kalite, tüm kurumların elde etmek istediği bir olgu olmanın yanında, işletme faaliyetlerinin de ayrılmaz bir parçası haline gelmiştir. Burada kurum açısından önemli olan, genel anlamda kalite anlayışıdır. Kurum yöneticilerinden, en alt kademe de yer alan personele kadar tüm çalışanların bu bilinçte olması ve bu doğrultuda tavır sergilemeleri önemli bir faktördür. Bunun sonucu olarak da toplam kalite yönetimlerinin insan odaklı olduğu ortaya çıkmaktadır (Yaş, 2009).

2.2.1 Sağlık Hizmet Kalitesinin Özellikleri

Hizmet kalitesi kavramı, hizmet sunumu esnasında hizmet talebinde bulunanların, aldıkları hizmetten beklentileri ve güvenilir bir hizmet alımı ile verilen hizmetin isteği karşılama oranı olarak algılanmakta olup, hizmet kalitesi de, hizmetin uygulanması aşamasında oluşmaktadır. Hizmet kalitesi, hastaların beklentilerinin durumuna göre beklentilerin karşılayıp karşılamadığı, karşıladı ise ne derece karşıladığı, alınan hizmetten ne algılandığının göz önüne alınması gerekmektedir. Beklentilerin yükseltilmesi hasta memnuniyetinin sağlanması ve algılanan hizmetlerin iyileştirilmesi için hastaların ne beklediği konusunda, verilerin hazırlanması, memnuniyet derecesinin ölçülmesi ve tüm kriterleri değerlendirilmesine ihtiyaç duyulmaktadır (Çavuş ve Gemici, 2013).

Sağlık hizmetleri söz konusu olduğunda, bu kalitenin sadece sağlık hizmetlerini sunanlar ve bu hizmeti alanları ilgilendirmediği, neticede söz konusu olan birey ve toplum sağlığı olduğundan bu durumun aynı zamanda siyasi otoriteyi de ilgilendirdiği görülmektedir. Bu nedenle de sağlık hizmetlerinin kalitesinin toplumun daha mutlu, bireyin memnuniyet düzeyinin daha yüksek olmasını sağlayacağı da açıktır. Sağlıklı ve mutlu bir toplum, siyaset yapıcılar açısından sağlık giderleri daha düşük olan bir toplumdur (Karaca, 2014).

Hizmet sektörünün gelişimine bakıldığında genel olarak ekonomik faaliyetler içinde payının büyük miktarda arttığı görülmektedir. Hizmet sektörü içerisinde yer alan sağlık kuruluşları ise, hizmet kalitesi olarak büyük bir atılım içerisine girmiş, bununla birlikte hizmetin verilmesi anlamında teknolojik yenilenmelerine de gitmişlerdir. Sağlık sektöründe yer alan kuruluşlara bakıldığında, son yıllarda kaliteli hizmet vermeyi ön planda tuttıkları, birbirleriyle bir rekabet ortamı yaratma yarışına girdikleri görülmekte olup, birçok sağlık kuruluşunun bu konuda kalite belgesi aldığı görülmektedir (Kıdak vd., 2015). Sağlık sektörünün insan ve toplum sağlığı düşünüldüğünde, bir ihtiyacı çağrıştırmaktan çok bir zorunluluk olduğu düşünüldüğünde, sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyan bireylerinde hizmet anlayışında meydana gelen bilinçlenmenin de etkisi bulunmaktadır (Çatı ve Yılmaz, 2002).

Artık günümüzde hizmet kalitesinin sunumu noktasında, başarı elde edebilmenin iki yolu bulunmakla birlikte, bu yolların genel olarak hizmet talep edenlere kaliteyi ön planda tutarak hizmeti sunmak ve hizmet sunma aşamasında müşteri memnuniyetini ya da diğer bir anlatımla hasta memnuniyetini üst seviyelere taşıyabilmektir (Kotler, 2005). Sağlık hizmet verilmesinin bir zorunluluk olmasının yanında, hizmet standartlarının yakalanması ve hasta memnuniyetinin ön plana çıkarılması ile bu memnuniyetin üst seviyelere taşınması bir zorunluluk haline gelmiştir. Sağlık kuruluşları bu memnuniyet noktasında hasta memnuniyetini sağlayabilmek ve arttırabilmek için gayret sarf etmek zorundadırlar. Bu anlamda bakıldığında da, hasta memnuniyeti ve kalitesinin oluşmasında üç noktanın önemi ortaya çıkmaktadır. Bunlar hizmet kalitelerinin teknik tarafı, karşılıklı iletişim boyutu, hizmetin sunumu aşamasındaki hasta konforudur (Akdağ, 2008).

Hizmet kalitesinin birinci boyutu, teknik boyut olup teknolojik gelişme ile birlikte tıbbi bilginin uygulanmasında hasta memnuniyeti açısından yeteri miktarda uygulanmasını ifade etmektedir. Sağlık uygulamalarında diğer bir taraf olan iletişim tarafı ise, hasta ile iletişim halinde olan tüm sağlık çalışanlarının uygun hizmetin sağlanması anlamında yaklaşımı ve son olarak da hastanın tedavi aşaması boyunca sunulan hizmetlerin öncülüğünde rahat ettirilmesinin sağlanması olarak görülmektedir (Varinli ve Çakır, 2004).

Sağlık hizmeti talebinde bulunanların, sağlık hizmetine dair oluşan algıları, sağlık hizmetinden beklentileri ile sağlık hizmetini aldıktan sonra her iki durumu değerlendirmeleri sonucunda anlam kazanmaktadır. Alınan hizmetler toplamının, hizmetin ölçüsü de göz önüne alınarak kıyaslama sonucu ortaya çıkmaktadır. Tüm bu kriterler ile faydalanılan araç gereçler, hizmet sunumunu gerçekleştiren personel tavırları, hizmetten yararlanan konforun büyüklüğü ve güvenli hizmet gibi kavramlar hizmet algısında memnuniyetin ölçüsü olmaktadır. Bunun yanı sıra, sunulan hizmete güven, zamanında ve yerinde verilen hizmet, sağlık çalışanları ile sağlık talebinde bulunanlar arasındaki iletişim ve birbirlerini anlayabilme gibi durumlar hizmet kalitesindeki algılamada önemli faktörler olarak görülmektedir (Çavuş ve Gemici, 2013).

Öncelikle burada belirtilmesi gereken, sağlık hizmeti talebinde bulunanların, kalite anlamındaki tanımı, hizmetin alınması sırasında ve sonrasında algıladığı hizmet boyutu ile ölçülmektedir. Burada etkili olan diğer bir etmen ise, sağlık hizmetinden faydalanan bireylerin beklentilerinin karşılanıp, karşılanmadığı boyutundadır (Aksoy, 2005). Sağlık hizmetlerinin sunumu esnasında, sağlık hizmetine ihtiyaç duyan bireylerin hizmet kalitesi ile ilgili çeşitli boyutları olduğu görülmektedir. Bu boyutlar gözden geçirildiğinde, bunların hizmet sunanlar ile karşılıklı güven, sağlık hizmeti sunanların ilgi ve yardımı, karşılıklı saygı ve nezaket ile sağlık hizmeti alanlara verilen kurum anlamındaki imaj olarak görülmektedir. Bunların dışında, hizmet talebinde bulunanlara dürüst davranma, müşteriyi iyi analiz edip anlayabilme, hizmet sunumunun her noktasında iyi iletişim kurabilme ile hastanın haklarına riayet etme diğer etmenler arasında yer almaktadır (Ayaz, 2002).

Bunun yanı sıra hizmet kalitesinde meydana gelecek kopukluklar ile hizmet kalitesinin meydana gelmemesinin çeşitli sebepleri bulunmaktadır. Bu sebeplere bakıldığında ise, bu olumsuzlukların şu şekilde sıralandıkları gözlenmektedir (Çetin, 2009).

- Sağlık kurumlarında çalışan bireyler arasında meydana gelebilecek olan uyumsuzluklar.

- Sağlık kurumu bünyesinde faaliyet gösteren birim veya bölümler arasında meydana gelen uyumsuzluklar.

- Gerek bireyler arasında olsun gerekse kurum bünyesindeki birimler arasında olsun, takım çalışması becerilerinin olmaması.

- Bölümler ile bireyler arasında bilgi paylaşım ve aktarımının olmaması ya da bilgi alış verişinin zayıf olması.

- Sağlık kurumunda uygulanacak olan kalite standardı veya müşteri memnuniyeti ilkelerine çalışanlar arasında tam uyum olmaması.

- Çalışanlar arasında oluşabilecek olan yetenek ve beceri zayıflıkları.

- Hizmetin sunumu aşamasında teknolojik imkansızlıklar veya teknolojik yetersizliğin bulunması.

- Kurum bünyesinde çalışan bireylerin birbirleri arasındaki rollerin belirsizliği veya rol çatışmaları.

- Çalışan bireylerin iletişim yeteneklerinin olmaması

- Bireylerin genel anlamda yetersizliği ile yöneticilerde meydana gelebilecek olan algılama yetersizlikleri şeklinde görülmektedir.

Burada belirtilmesi gereken diğer bir konu ise, müşterinin zihninde oluşan algılanan değer kavramıdır. Bir hizmetin meydana getirilmesi ile ilgili olarak, sağlık hizmetine ihtiyaç duyanların algıladıkları fayda ile alınan hizmetin neticesinde algılanan maliyet karşılaştırmasının sonucu olarak, sağlık hizmetini talep edenlerin düşüncelerinde algılanan hizmetin değeri meydana gelmektedir (Karaca, 2014). Bu kıyaslama sonrasında algılanan faydanın maliyete göre daha yüksek olması, hizmet sunumunda ortaya konulan değerde daha yüksek olduğu anlamına gelmektedir. Hasta açısından

bakıldığında ise, bu değerlerin sağlık hizmetlerinden ne kadar yararlanabildiği noktasındadır. Burada hastanın algılaması gereken maliyete bakıldığında, hasta maliyeti, hastanın hastanede geçirmiş olduğu zaman, aldığı hizmetin karşılığında sağlığında meydana gelen düzelmeler, sağlık hizmetine harcadığı para şeklinde ortaya çıkmaktadır (Dursun ve Çerçi, 2004).

2.2.2 Sağlık Hizmet Kalitesinin Yönetimi

Toplam Kalite Yönetimi kavramı her kurum açısından farklı algılanmakta olup, bunun sonucu olarak bu kavram farklı biçimlerde tanımlanabilmektedir. Türkiye Kalite Derneğinin yapmış olduğu toplam kalite kavramı tanımına göre toplam kalite yönetimi, bir kurumun eylemleri ile verdiği hizmetlerin sürekli olarak değişmesi ve bu değişime tüm çalışanların dahil edilmesi, bunun sonucunda ise müşteri memnuniyeti sağlanarak kar elde edilmesi olarak tanımlanmaktadır (KALDER, 2019). Toplam kalite yönetimi kurum içi her bireyle doğrudan ilişkili olup, yapılacakların aynı amaç ve sorumluluk çerçevesinde gerektiği biçimde yapılmasını içermektedir. Bunun yanında toplam kalite yönetimi, belirlenen standartlardan çok müşterilerin gereksinim ve istekleri ile ilgilenmektedir. Bunun sonucu olarak sunulan hizmet, müşterilerin gereksinimlerini gidermediği takdirde, verilen hizmet kaliteli olarak kabul edilmemektedir. Bunun sonucu olarak kalite yönetiminin temelinde müşteri memnuniyeti yatmaktadır (Kovancı, 2004).

Günümüzde toplam kalite yönetimi sağlık hizmetlerine de uygulanmakta, fakat sağlık sistemi içerisinde, sağlık hizmetlerinin amacının kardan daha ziyade fayda sağlanması olması ve sağlık hizmetlerine yönelik taleplerin belirsiz olması nedeniyle toplam kalite yönetimi farklı biçimlerde kullanılmaktadır. Bunun yanında insan ömründeki uzama, nüfus oranındaki artışın yanında sağlık uygulamalarında yoğun olarak karşılaşılan problem ve hatalar toplam kalite yönetiminin uygulanmasını zorunlu hale getirmektedir. Bu durum ise, kalite ve verimliliği ön plana çıkarmaktadır (Biçkes, 2000).

Kurumsal olarak toplam kalite yönetimi sağlık hizmetlerinde yaygın olarak kullanılmakta olup, fakat sağlık kurumlarında farklı kalite uygulamaları yapıldığı da görülmektedir. Sağlık hizmetlerinde toplam kalite yönetiminin kullanılmasındaki temel nedenler arasında toplam kalite yönetiminin diğer kalite uygulamalarından farklı

özellikler taşımasıdır. Bu kapsamda uygulanan kalite kontrol uygulamaları, sunulan hizmet standartların yakalanıp yakalanmadığının kontrol edilmesini amaçlamaktadır. Hizmet kalitesi ile kalite güvencelerinin değerlendirilmesi sağlandığında hizmet sunumunda farklılığa gidilmektedir. Bu süreçte toplam kalite yönetimi sistemi baz alarak sürekli olarak değişime odaklanmakta, kurum içinde görev yapan tüm personellerin toplam kalite yönetimine dahil edilmesi sağlanmaktadır (KALDER, 2019).

Toplam kalite yönetiminin felsefesine bakıldığında sunulan kalitenin kaliteye önem verilmesinin yanında, yönetsel sorumluluk, hasta ve süreç odaklı çalışma, bütüncül katılım ve insana önem verdiği görülmektedir. Bunun yanında toplam kalite yönetiminin uygulanmasında bilimsel yöntemlerle birlikte, personel eğitimi, kültürel gelişim, ödüllendirme ve kontrol sistemleri kullanılmaktadır. Bu konular toplam kalite yönetiminin en yoğun üzerinde durduğu konular olup, bunların yanında aidiyet duygusunu artırma, istatistiksel çalışma ve hata öncesi tespitler de toplam kalite yönetiminin üzerinde durduğu konular arasında yer almaktadır (Yıldırım, 2001).

Günümüzde rekabet koşullarının artması ile birlikte, tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de kalite standartları konusunda birçok çalışma yapılmıştır. Yapılan çalışmalar kapsamında Amerika Birleşik Devletlerinin Akreditasyon Komisyonu öncülüğünde standartları belirlemeye yönelik çeşitli çalışmalar yaptığı görülmektedir. Bu kurum 2000'li, yılların hemen öncesinde Joint Commission International (JCI) olarak uluslararası akreditasyon hizmeti sunmaya başlamış, akreditasyon konusunda önemli başarılar elde edilmiştir. JCI hasta ve sağlık kurumları açısından bir takım standartlar belirlemiş olup, bu kapsamda kuruluş, hizmette süreklilik, hizmet kalitesi, çalışanların eğitimi ve kurumsal güvenliği sağlamaya yönelik unsurlar üzerinde çalışmaktadır. Yapılan bu çalışmaların yanında ülkemizde de sağlık hizmetlerine yönelik standartlar önem kazanmaya başlamış, 2001 yılında Yataklı tedavi Kurumları Kalite Yönetim Hizmet yönergesi devreye sokulmuştur (Kaya, 2003).

Bu uygulamanın arkasında özel sağlık kurumlarında da rekabet meydana gelmiş, akreditasyon JCI tarafından bazı özel hastanelere uygulanmıştır. Akabinde ise bazı kamu sağlık kuruluşları bu standartları uygulamaya başlamıştır. Böylece sağlık

hizmetlerinin kalitesi artması ile maliyetler azalmış olmakla birlikte, sağlık bakımında kaliteli sağlık hizmeti almanın yolu açılmıştır. Bunun sonucunda ise hastalar sağlık hizmetleri konusunda daha iyi hizmet elde etmeye başlamışlardır (Gürkan, 2015). Bu gelişmelerin arkasından Sağlık Bakanlığı tüm vatandaşlara eşit sağlık hizmeti sunmak amacıyla tüm hastanelerde sunulan hizmet kalitesinin aynı olmasına yönelik çalışmalar yürütmeye başlamış, 2005 yılında ise Yataklı Tedavi Kurumları Kaliteyi Değerlendirme ve Geliştirme Yönergesini uygulamaya koymuştur. Arkasından ise söz konusu yönerge sağlıkta performans ve kalite yönergesi olarak kullanılmaya başlanmıştır (HKS, 2019).

Uygulanan bu yönerge 2011 yılından itibaren “Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi” olarak kullanılmaya başlanmıştır. Uygulanan kalite ile ilgili mevzuatlar aynı zamanda çeşitli standartları uygulamaya koymuş olup, 2015 yılında Sağlıkta kalite standartları son halini almıştır. Yapılan tüm uygulamalarla sağlıkta hizmet kalitesini sürekli bir üst seviyeye taşımaya çalışılmış, sağlık hizmetlerinde kalite uygulamaları her geçen gün daha da üst seviyeye taşınmaktadır (Gürkan, 2015).

2.3 Türkiye’de Sağlık Yönetimi

Sağlık yöneticiliği Dünyada ve Türkiye’de oldukça yeni bir kavram olup, sağlık yöneticiliği denildiğinde ilk olarak akla hastane yöneticiliği gelmektedir. Sağlık yönetimi kavramı özellikle son yirmi yıl içerisinde şekillenerek, ihtiyacı karşılar hale gelmeye başlamıştır. Günümüzde sağlık hizmetlerinin kentleşme ve nüfus hareketlerinden etkilendiği görülmekte olup, sağlık hizmetlerinin gelişim sürecinde sağlık alanındaki iş bölümlerinde meydana gelen artış ve risk paylaşımı mantalitesi sağlık yönetimi mantığının değişmesine de yol açmıştır. Günümüzde artık sağlıkla ilgili gelişmeler kapsamında geleneksel sağlık birikiminin, yapılan bilimsel çalışmalar ve profesyonelleşme doğrultusunda değiştiği ve güç kazanmaya başladığı görülmektedir. Sağlık yönetimi ile ilgili örgütlenmelerin sonucu olarak yeni düzenlemeler de kaçınılmaz olmuştur (Demirel, 2013).

Özellikle sağlık sektörü göz önünde bulundurulduğunda, sağlığın insan yaşamındaki yeri nedeniyle sosyal haklar çerçevesinde eşit ve adaletli idare edilmesi gerekmektedir.

Bu idare şekli ise, ihtiyaç olmaktan ziyade artık fizyolojik bir ihtiyaç haline gelmiştir. Toplumların büyümesi insanların yaşamsal alanlarının düzenlenmesini ve işletilmesini gündeme getirmiş, bu durum ise bir takım idari ve yasal düzenlemeleri beraberinde getirmiştir. Yönetim kavramı, belli amaçların gerçekleştirilmesi kapsamında toplumsal ihtiyaçların karşılanması için toplumu yönlendirme ve onları koordine etme işlevi olarak ifade edilebilir. Bu durum aynı zamanda insanların ikili ilişkiler çerçevesindeki ilişkilerini düzenli olarak sürdürebilmeleri için de geçerlidir. Bu ilişkilerinin devamının sağlanması için de iyi bilgi ve donanıma sahip yöneticilere ihtiyaç bulunmaktadır (Şirin, 2014).

Sağlık örgütleri genel itibariyle karmaşık bir yapıya sahiptir. Bu karmaşık yapı içerisinde sağlık yöneticilerinin çok çeşitli sağlık çalışanlarının organizasyon ve uyumunu sağlamakla görevli oldukları ve önemli sayılabilecek bir bütçenin sorumluluğunu taşıdıkları görülmektedir. Sağlık hizmetlerinin karmaşık yapısının temelinde ise hizmet yelpazesinin karmaşık olması yatmaktadır. Sağlık kurumları genel olarak matris yapıda örgütlenmiş olan kurumlardır. Hastanelerdeki bu matris yapı iki farklı ilişki üzerine kurulmuş olup, bu ilişkiler aynı öneme sahip dikey ve yatay şekildedir. Sağlık sektörü dışındaki birçok kurum, emir komuta zinciri açısından dikey örgüt yapısına sahipken, matris yapıya sahip sağlık kurumlarında vaka yöneticisi ve fonksiyonel yönetici şeklinde iki çeşit yönetici mevcuttur. Bu yapı içerisinde vaka yöneticileri neyin, nasıl, ne zaman yapılacağını belirlerken, fonksiyonel yöneticiler mesleki olarak hangi işlerin kimler tarafından yapılacağına karar vermektedir. Bunun sonucu olarak bir uzmanlık bölümü personelleri, uzmanlıkları nedeni ile uzmanlık bölümü yöneticisine bağlı iken, uygulanan vakalarda vaka yöneticilerine bağlıdır (Şahin, 2010).

Bunun yanında farklı sağlık kurumlarında matris yapının farklılık gösterdiği de görülebilmektedir. Örnek verilecek olursa hasta bakım hizmetleri vaka yöneticisi olan hekimlerin kontrolü altındadır. Bu vaka ekibinin üyesi olan diyetisyen ve eczacı gibi branşların aynı zamanda diğer vaka ekiplerinin de üyesi oldukları görülmektedir. Bu durum eczacı ve diyetisyenin farklı vaka yöneticilerinin farklı uygulamalarına uyum sağlamaları ve o doğrultuda çalışmalarını gerektirmektedir. Bunun yanında vaka yöneticileri ile vaka üyeleri arasında herhangi bir hiyerarşik bir bağ bulunmamakta

olup, emir komuta zinciri de bulunmamaktadır. Çünkü matris yapıda kullanılan yetki kaynağı, pozisyondan ziyade bilgi ve yetenekten kaynaklanmaktadır (Şahin, 2010).

Sağlık yönetiminde sağlık hizmetlerinin yönetilmesi açısından eldeki kaynakların ve insan kaynaklarının doğru kullanılması örgütün rekabet kabiliyeti açısından önem taşımaktadır. Bunun sağlanabilmesi için ise, bilgiye erişim ve hakimiyetin tam olması gerekmektedir. Özellikle mesleki bilgilerin yanında sağlık kurumlarında önemli yer tutan hasta bilgileri, maliyet analizleri, personel bilgileri, finansmana yönelik bilgilerin güvenilir ve etkin bir biçimde oluşturulması ve kullanılması önem taşımaktadır (Yegül, 2007).



3. SAĞLIK HİZMETLERİNDE HASTA GÜVENLİĞİ

3.1 Güven Kavramı

Güven kavramı bir başka bireyin niyet ve hareketleri kapsamında kişi beklentilerinin karşılanması olarak ifade edilmektedir. Güven kavramı sosyal normların bir parçası olarak kabul edilmekte olup, karşılıklı iş birliği, bireylerin risk alma davranışları, sosyal anlamda karmaşanın azalması ile akılcı risk alma davranışlarının bütünüdür. Ayrıca güven, bir nevi taahhüt oluşturma sonrası bir eylem olup, söz verme güven kavramının en önemli unsurları arasındadır. Bir anlamda vaat edilenlerin uygulanması anlamı taşımaktadır (Batı ve Tutar, 2016). Aynı zamanda güven karşılıklı çabayı da içermekte olup, bunun yanında gelecekle ilgili olumsuz düşünce ve tahminlerin ortadan kalkmasına da neden olur. Güven aynı zamanda doğruluk ve dürüstlük ile doğrudan ilişkili bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır (Fukuyama, 2005).

Güven kavramı, sosyoloji, ekonomi, tarih ve psikoloji gibi birçok bilim dalı tarafından farklı şekillerde tanımlanmış olan bir kavram olup, Türk Dil Kurumuna göre güven kavramı, kuşku duymadan güvenme ve bağlanma, korku ve çekinme ile ifade edilmektedir. Bir başka tanıma göre güven kavramı ise, diğer bireylerin davranış ve sözlerinden ya da kararlarından emin olunması ile bu tutumlarına göre hareket edilmesi anlamlarını içermekte olup, diğer tarafın ahlaki ve adil kurallarının yanında uygun görülür şekilde davranış sergileneceği beklentilerini içermektedir (Demircan ve Ceylan, 2003).

Bunun yanında güven duygusunun gelişebilmesi için duygusal anlamda güvenme konusunda bir eğilimin olması gerekmektedir. Güveni sağlayacak olan kişinin ise, tutarlı, dürüst, sadık, açık ve doğru olma konularında bir takım özelliklere sahip olması gerekmektedir. Bunun sonucu olarak güven kavramı iki taraf arasında iki yönlü şekilde oluşmaktadır. İki kişinin karşılıklı olarak birbirlerinden olumlu beklentileri, birbirlerine karşı savunmasız kalmalarını da ön plana çıkartır (Bakar, 2016). İki taraf arasında karşılıklı oluşturulan değerler bütünü, oluşacak olan güveni beslemenin yanında güven kavramı toplumdan topluma değişebilmektedir. Bu anlamda güven kavramı bazı

toplumlarda geçmişten gelen ilişkilere göre şekillenirken, bazı toplumlarda tarafların birbirini tanıma düzeyine göre güven kavramı değişebilmektedir (Güven, 2014).

3.2 Sağlık Çalışanlarına Güven

Sağlık çalışanları ve sağlık kurumları tarafından alınan önlemlerin bütünü, hasta güvenliğinin sağlanmasına yöneliktir. Bu güvenliğin sağlanmasındaki temel neden ise, hasta ve hasta yakınlarının psikolojik ve fiziksel yönlerden en uygun ortamın sağlanmasını içermektedir. Böyle bir durumda meydana gelebilecek hataların önceden belirlenmesi, gerekli önlemlerin alınması ve sorun olduğu düşünülen faktörlerin giderilmesi gerekmektedir. Böylece hastalar meydana gelebilecek risklerden korunup, zararlardan önlenmesinin yolu açılabilir. İyi bir güvenlik kültürünün oluşturulabilmesi için hataların açıklanması ve bildirilmesi gerekmektedir. Bu kültür, hataların önceden belirlenmesi, bu hataların kabul edilmesi ve tüm ilgililere bildirilmesi sonucunda oluşacaktır (Filiz, 2009).

Tüm bireyler meydana gelen sağlık sorunları karşısında tıbbi bakımlardan yararlanıp, bir an önce sağlıklarına kavuşmak isterler. Bu aşamada yapmamız gereken en önemli şeylerden birisi, tıbbi müdahalede bulunacak olan sağlık profesyonellerine güvenmektir. Fakat çoğu zaman sağlık ihtiyacına gereksinim duyan bireyler açısından sağlık çalışanları ve kurumları ile ilişkimiz isteyerek oluşmaz. Aynı zamanda bu süreç fiziksel ve ruhsal açıdan zorlukları da beraberinde getirmektedir. Bu süreçteki en önemli aktörler ise, sağlık kurumu çalışanlarıdır (Okay, 2009).

Günümüzde sağlık hizmetleri çeşitli organizasyonlara sahip olmakla birlikte, gelişmiş teknolojilerin kullanıldığı, yoğun bir iş akışının sağlandığı ortamlarda gerçekleşmektedir. Bunun yanında hastalar, doktorların yanında diğer sağlık çalışanları ile de etkileşim halindedir. Sağlık ile ilgili uygulamalar öncelikle bir takım işi olup, hasta ile doktor ile diğer sağlık çalışanları ile hastanın ilişkisinde tedavi sonuçlanıncaya kadar güvene dayalı bir ilişki söz konusudur. Hasta ile doktor ve sağlık çalışanları arasında oluşan bu güven ortamı kaliteli bir sağlık hizmeti almanın olmazsa olmaz koşulları arasında yer almaktadır (Ataç, 2009).

Hasta ile sağlık çalışanları ilişkisinde güvenin azalması sağlık kurumuna olan bağımlılığı da azaltabildiği gibi, hasta güveninin sağlanamaması durumunda hasta sağlık çalışanlarının tavsiyelerine uymadığı gibi, tedaviye devam etme konusu risk altına girmektedir. Bu anlamda tedavi sürecinin tamamlanabilmesi için karşılıklı güvenin büyük önemi bulunmaktadır. Karşılıklı güven eksikliğinin meydana gelmesi durumunda tüm teknolojik tıbbi yardımlar ikinci planda kalmaktadır. Elbette ki oluşacak olan güven ortamı yalnızca sağlık çalışanlarının mesleki yeterlilikleri ile bağlantılı değildir. Bu yeterliliğin yanında sağlık çalışanlarının mesleksi gizlilik ilkelerine bağlı kalması, hastayı anlayabilmesi, mahremiyet kurallarına dikkat etmesi, hastaya zaman ayırması, hasta güvenliğini önemsemesi, hasta ile ilgili olması güven sağlayıcı unsurlar arasındadır (Bakar, 2016).

Hekim sağlık profesyonelleri arasındaki güven ilişkisinin araştırıldığı bir çalışmada, hastalara yöneltilen sorulara göre güven oluşması açısından en etkili faktörün sağlık çalışanlarının tavır ve ilgileri ile ilgili olduğu, güven oluşturan ikinci unsurun ise doktorların teknik yeterlilikleri ile ilgili olduğu sonucu elde edilmiştir. Yine aynı çalışmada ön plana çıkan diğer bir durum ise, hasta güveninin oluşması doktorun farklı alternatifler sunması ile ilgili olduğu sonucunu ortaya çıkarmıştır (Thom ve Chambell, 1997). Sağlık ihtiyaının karşılanması esnasında güvenin tesis edilmesi, sağlık çalışanları ile hasta arasındaki güveni arttırırken, oluşan iş birliği ortamı güveni pekiştirmektedir. Bunun yanında sağlık çalışanları ile hasta arasında meydana gelen ilişkinin süresi uzadıkça, daha yoğun bir güven oluşmaktadır. Bu nedenle hastaların doktor ve sağlık kurumu seçme özgürlüğünün bulunması, bu güvenin sağlanması açısından önem taşımaktadır. Çünkü hastaların büyük bir bölümü doktor ve sağlık kurumunu kendisinin seçmesi durumunda daha yoğun bir güven ortamı sağlamaktadır. Bunun sonucu olarak hastanın sağlık profesyonellerine olan güveninin yanında, ikili ilişkiler daha sağlıklı ve uzun olmaktadır (Bakar, 2016).

3.3 Hasta Güvenliğinin nemi

Sağlık hizmetlerinin temelinde bireye faydalı olmak yatmaktadır. Bakım ve tedavi aşamalarında gerekli zen gösterilmez, hasta güvenliği göz önünde bulundurulmaz, gereği gibi sağlık hizmetleri sunulmazsa, bu faydadan ziyade zarar getirebilir. Bu açıdan

bakıldığında sağlık bakım ve tedavi işlemleri esnasında öncelikle hasta güvenliğinin sağlanması gerekmektedir. Hasta güvenliğinin sağlanması, sağlık hizmetlerinden kaynaklanan hataların önüne geçilmesi ve bu hizmetlerin sunumu esnasında söz konusu hataların sebep olduğu hataların önlenmesi ile bu zararların mümkün olan en asgari düzeye düşürülmesini içermektedir (Gülkaya, 2009). Bu hizmetin sunulmasında ise, sağlık profesyonellerinin sezgi ve tecrübeleri ön plana çıkmaktadır. Bu faktörlerin yanında alınacak tedbirler hasta güvenliğini sağlayacak ve maksimum fayda elde edilecektir (Güven, 2014).

Hasta güvenliğinin istismar edilmesi konusunda çeşitli sorunların varlığı da söz konusudur. Bunlar arasında sağlık personellerin yetersizliği, tedavi ve tanı aşamasındaki yetersizlikler, hasta çalışan arasındaki iletişim eksiklikleri hasta güvenliği konusunda önemli sorunlar oluşturmaktadır. JCI hasta güvenliği konularında önemli çalışmalar yürütmekte olup, ilgili kurum tarafından hasta güvenliği konusunda çeşitli hedefler belirlenmiştir (JCI, 2019). JCI'nın hasta güvenliği konusunda dikkat edilmesi gereken hedeflere bakıldığında bunların iyi iletişimin sağlamak, hasta kimliğini doğrulamak, ilaç güvenliğini sağlamak, sağlık bakımı esnasında hastane enfeksiyonlarının önüne geçebilmek, hasta güvenliğini sağlamaya yönelik acil kod sistemi oluşturmak, hatalı cerrahi girişimleri önlemek ve hasta güvenliği konusunda risk tanımlamalarının yapılması ve risklerin önlenmesi doğrultusunda çalışmalar yürütmek (JCI, 2019).

Hasta güvenliğinin sağlanması, hastaların tedavi edilmesi sırasında meydana gelebilecek önlemlerin alınması, oluşacak hataların engellenmesi ile oluşabilecek komplikasyonların önüne geçilmesini içermektedir. Sağlık yapılanması karmaşık bir yapıya sahip olup, bu komplike yapı içerisinde bir takım olumsuzlukların meydana gelmesi de olası bir durumdur. Günümüzde yaşam süresi tıp biliminde meydana gelen gelişmeler sonucunda önemli derecede uzamış, buna bağlı olarak hasta sayısında ve sağlık maliyetlerinde önemli artışlar meydana gelmiştir. Sağlık sektöründe oluşan yoğunluk, talep artışı ile birlikte karmaşayı da arttırmıştır. Bu yoğunluk içerisinde yüksek fayda sağlamanın yanında, hastaya zarar vermeden sağlık hizmeti vermek temel hedefler arasında yer almıştır (Yalçın ve Acar, 2010). Bu hedefler kapsamında tıbbi hataların belirlenmesinin yanında, yoğun talep karşısında hasta güvenliğinin sağlanması açısından eldeki personellerle sağlık ihtiyaçlarının karşılanması, çalışma esnasında hasta

hakları konularına dikkat edilmesi, sağlık çalışanlarının sorumluluklarının artması olumsuz sonuçlar doğurmaktadır (Kohn ve Corrigan, 2000).

Günümüzde hasta güvenliğinin sağlanmasına yönelik çalışmalar devam etmekte, uluslararası kurumlar hasta güvenliği konusunda çeşitli çalışmalar yürütmektedir. Bu konuda yapılan çalışmalar doğrultusunda 2017 yılı mart ayı içerisinde hasta güvenliğinin sağlanması ve hasta güvenliği konusunda zorlukların aşılması amacıyla Almanya'nın Bonn kentinde hasta güvenliği zirvesi yapılmıştır. Yapılan zirvede OECD, WHO, Avrupa Birliği gibi uluslararası örgütler yer almış olup, hasta güvenliğinin sağlanmasına yönelik fikir alışverişinde bulunulmuştur. Aynı zamanda söz konusu zirvede enfeksiyonların önlenmesi ile kontrol altına alınması da gündeme alınmış ve tartışılmıştır. 2018 yılında ise hasta güvenliği konusu üst düzey politikacılar tarafında Tokyo'da yeniden ele alınmıştır. Yapılan bu çalışmalar hasta güvenliği açısından önem taşımaktadır (Federal Ministry of Health, 2019).

3.4 Tıbbi Hataların Önlenmesi ve Hasta Güvenliği

Hasta güvenliği konusundaki en büyük sorunların başında, hasta güvenliği konusunda eğitim yetersizliğinin geldiği görülmekte olup, hataların rapor edilmemesi, hata yapma konusundaki tepkiler, sağlık hizmetlerindeki karmaşık durum diğer hasta güvenliği sorunlarıdır. International Organization for Migration (IOM)'a göre hataların raporlanması, hataları önlemenin temel yoludur. Önleyici olmayan tıbbi hataların Amerika Birleşik Devletlerinde ölüm nedenleri arasında ilk sıralarda yer aldığı görülmekte olup, hasta güvenliğinin sağlanması konusunda önleyici tedbirler alınması gündeme gelmiştir. IOM'a göre hastanelerde meydana gelen ölümlerin %70'inin tıbbi hatalar sonucunda meydana geldiği, bunların %90'ının ise önlenebilir olduğuna vurgu yapılmaktadır (Wolf ve Hugles, 2008).

Tıbbi hatalar konusunda farkındalığın artması ile hasta güvenliği konusunda çeşitli önlemler alınmaya da başlanmıştır. Amerika Birleşik Devletlerinde uygulamaya konulan söz konusu önlemler arasında ulusal hasta güvenliği merkezinin oluşturulması, hastanelerde hasta güvenliği kültürünün oluşturulması, hasta güvenliğinin organizasyon planlamalarında rol alması ve iyileştirme çabası içerisinde olan kurumlara öncelik

verilmesi şeklinde sıralanmaktadır. Hasta güvenliğinin sağlanması amacıyla yapılan girişimler hizmet kalitesini arttıracak gibi, tıbbi hataları da önemli derecede azaltacaktır (İnanır ve Serbest, 2009).

Bu konuda yapılacak iyileştirmelerin kapsamını ise; oluşturulacak yol haritaları, klinik uygulama rehberleri, karar verme destek sistemleri ve eğitim programları oluşturmaktadır. Hasta güvenliği hasta ve hasta yakınları, yasal önlemler ve akreditasyon çalışmalarının etkisi ile Dünya Sağlık Örgütünü çeşitli önlemler almaya itmiş, bu konuda çözüm üretmek amacıyla hasta güvenliği iyileştirme paketi yayınlanmıştır. Bu iyileştirme paketi içerisinde hasta kimliklerinin doğrulanması, cerrahi olarak doğru girişimlerde bulunulması, hasta nakil işlemlerinin doğru yapılması, birbirine benzeyen ilaçların ayrıştırılması, iletişim yollarının açık tutulması, konsantre elektrot kontrolünün yapılması, tek kullanımlık enjeksiyonların kullanılması ve kateterlerin uygun kullanılması olarak sıralanmaktadır (WHO, 2011).

Hasta güvenliği hedeflerinin oluşturulmasında, hasta güvenliği iyileştirmeleri yer almakta olup, JCI hasta güvenliği iyileştirmelerini altı başlık altında ele almaktadır. Hasta güvenliğinin iyileştirmesinde hedeflenen bu kriterler uzman temelli çözümler olarak tanımlandığı gibi, tıbbi hatalar konusunda sorun olan alanları belirlemeye yönelik çözüm aramaktadır (JCI, 2019).

Hastaların doğru tanınması: Hatalı hasta tanınması sağlık tedavi ve bakımın her aşamasında meydana gelmekte olup, hastanın doğru tanınmaması çeşitli faktörlere bağlıdır. Bunlar arasında hasta yerinin ve odasının değiştirilmiş olması, tam uyanık olmaması, sedasyon almış olması veya doğru kimliklenmesini engelleyici unsurlar gibi etkiler rol oynamaktadır. Bu nedenle hastanın kimliğini doğru tanımlayacak adımlara ihtiyaç duyulmaktadır.

Uygun iletişim sağlanması: Doğru, zamanında ve anlaşılır iletişim kurulması hasta güvenliğini sağladığı gibi, hataları azaltıcı bir etkiye de sahiptir. Bu nedenle hastayla iletişim esnasında en uygun iletişim yolunun tercih edilmesi, hastaneden olabilecek iletişim yöntemlerinin raporlanması gerekmektedir.

Riskli ilaç güvenliğinin sağlanması: İlaç uygulamaları konusunda meydana gelen en yoğun hatalar magnezyum sülfat, potasyum fosfat, sodyum klorid gibi konsantre elektrolit kullanımları aşamasında oluşmaktadır. Bu konuda yüksek riskli ilaç güvenliğini sağlayıcı yaklaşımlar geliştirilmesi, hasta güvenliği konusunda uygun uygulamalara yer verilmelidir.

Doğru cerrahi girişimde bulunulması: Sağlık kurumlarında meydana gelen en önemli olumsuzluklar arasında cerrahi işlemler gelmektedir. Bu nedenle doğru cerrahi işlemlerin yanında doğru hasta ve doğru işlem uygulamalarının geliştirilmesi gerekmektedir. Bu durum tüm sağlık kurumlarının ortak sorunları arasında yer almaktadır.

Enfeksiyon risklerinin azaltılması: Enfeksiyon sorunu tüm sağlık kurumlarının ortak sıkıntısı arasında yer almakta olup, enfeksiyonların kontrol ve önlenmesi konusunda önemli mücadeleler verilmektedir. Enfeksiyonlar genel olarak kateter ilişkili enfeksiyonlar, kan yolu enfeksiyonları, üriner sistem enfeksiyonları, ventilatör ilişkili enfeksiyonlar şeklinde görülmekte olup, sağlık kurumlarının enfeksiyonları azaltıcı girişimlerde bulunması gerekmektedir.

Düşme kaynaklı riskler: Düşme kaynaklı sorunlar azımsanmayacak derecede bir orana sahip olup, bu nedenle hastaların düşmeye bağlı risklerinin değerlendirilmesi konusunda önlemler alınması gerekmektedir. Bu nedenle sağlık kurumları düşme riskinin önlenmesi için zarar önleyici programlar geliştirmelidir.

Ayrıca hasta güvenliğinin sağlanmasına yönelik el hijyeninin sağlanması gerekmekte olup, enfeksiyon oluşumu açısından el hijyeninin önemli bir yeri bulunmaktadır. Bunun yanında hasta güvenliğini sağlamaya yönelik bilgi teknolojilerinin etkin bir şekilde kullanılması ile doğru ve güvenilir sonuçlar elde edebilmek için iyi bir iletişim ortamının yaratılması gerekmektedir. Hasta güvenliği konusunda uygulanabilecek en etkili yöntemlerden bir diğeri ise, uygulanacak eğitim programlarının yanında iyi bir takım çalışması oluşturmak oldukça faydalı olacaktır (Tansüyer, 2009). Tüm bunların yanında elektronik ortamda tutulan hasta kayıtlarının güvenliğinin sağlanması, sağlık kurumları tarafından tutulan hasta kayıtları ile bakım süreçleri ile ilgili kayıtlar hasta

güvenliği konusunda önemli bir yere sahiptir. Tanı konulmasındaki önemli araçlardan bir tanesi de laboratuvar sonuçlarıdır. Hasta güvenliğini sağlamaya yönelik laboratuvar sonuçlarının kayıt altına alınması ve kayıtların güvenliğinin sağlanması önem taşımaktadır (Tansüyer, 2009).



4. TÜRKİYE’DE İŞ SAĞLIĞI ve UYGULAMALARI

Türkiye’deki iş kazaları ve meslek hastalıkları konusunda toplanan veriler ve bu kazalar sonucunda ölenlerle ilgili tartışmalar mevcuttur. Özellikle işçi sendikaları ve iş güvenliği uzmanları, iş kazalarına ait veri toplama, bu verileri derleme ve yayını konusunda eksik bildirimlerin olduğu savunulmaktadır. Bu tartışmaların temel nedenini ise, kayıt dışı istihdam nedeniyle meydana gelen iş kazaları ve ölümlerde sağlıklı sonuçlar elde edilmediğinden kaynaklanmaktadır. Ayrıca, iş kazası ve meslek hastalığı nedeniyle öldüğü düşünülen ve tartışmalı olan ölümlerin bu verilerin içerisinde yer almaması ile hangi hastalıkların iş kazası kapsamında değerlendirileceği konularındaki tartışmalar bu sorunların başlıca nedenleri arasında yer almaktadır.

Sosyal Güvenlik Kurumu (2015) yılı verilerine göre Ülkemizde 24 029 tanesi insan sağlığı hizmetleri, 4 954 tanesi sosyal hizmetler olmak üzere toplam 1 874 682 adet iş yeri bulunmaktadır. Söz konusu iş yerlerinde insan sağlığı hizmetlerinde 327 983 tane, sosyal hizmetlerde 51 981 adet olmak üzere toplam 14 477 817 adet 5510 sayılı yasanın 4-1/a maddesi kapsamında çalışan zorunlu sigortalı bulunmaktadır (Sosyal Sigortalar Kurumu, 2019). Başbakanlık Devlet Personel Dairesi Başkanlığı (2019) verilerine bakıldığında ise, 407 522 adedi sağlık ve yardımcı sağlık hizmetlerinde olmak üzere toplam memur statüsünde istihdam edilen memur sayısı 2 422 252 adettir (Başbakanlık Devlet personel Daire Başkanlığı, 2019). Kamuda 2018 yılında istihdam edilen memur sayıları çizelge 4.1’de yer almaktadır.

Çizelge: 4.1 Kamuda 2018 Yılında İstihdam Edilen Memur Sayıları

Hizmet Sınıfları	Sayı (n)	Oran (%)
Eğitim ve Öğretim Hizmetleri Sınıfı	855.880	35,33
Genel İdare Hizmetleri Sınıfı	523.697	21,62
Sağlık ve Yardımcı Sağlık Hizmetleri Sınıfı	407.522	16,82
Emniyet Hizmetleri Sınıfı	280.420	11,58
Teknik Hizmetler Sınıfı	143.432	5,92
Yardımcı Hizmetler Sınıfı	106.733	4,41
Din Hizmetleri Sınıfı	97.560	4,03
Avukatlık Hizmetleri Sınıfı	4.899	0,20
Mülki İdare Amirliği Hizmetleri Sınıfı	2.109	0,09
TOPLAM	2.422.252	100

Kaynak: Başbakanlık Personel Daire Başkanlığı, 2019

Memurlarla ilgili elde edilen veriler 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu kapsamında çalışanlara ait veriler olup, tablodaki toplam sayı içerisinde Milli İstihbarat Teşkilatı, Sahil Güvenlik ve Jandarma Genel Müdürlüğü personel sayıları tabloya ilave edilmemiştir. Teknik Hizmetler sınıfının bir bölümü dahil olmak üzere memurlara ait veriler genel olarak hizmet sektörüne ait veriler olup, günümüz ekonomilerinin gelişmişliğinin göstergelerinden bir tanesi, hizmet sektöründe sunulan hizmet kalitesi ile ilişkilidir. Söz konusu ülkelerde Gayri Safi Milli Hasıla içerisinde önemli bir pay kamu hizmet sektörüne ayrılmaktadır. Hizmet sektörünün genel yapısına bakıldığında ise, hizmet sektörü içerisinde sağlık sektörünün önemli bir yere sahip olduğu görülmektedir. Sağlık hizmetleri karmaşık bir sistem olmasının yanında çalışan gurupları açısından çok çeşitli çalışanları bünyesinde barındıran hizmet sektörü olma özelliğini taşımaktadır. Sağlık sektörü içerisinde doktor, hemşire, sağlık teknisyenleri, laborantlar, diyetisyen, eczası gibi sağlık çalışanlarının yanında çeşitli pozisyonlarda idari ve teknik personeli içerisinde barındırmaktadır (Tüzüner ve Özaslan, 2011).

4.1 Sağlık Kurumları ile İlgili İstatistiksel Veriler

Ülkemizde çok çeşitli branşlarda sağlık hizmeti sunan genel hastanelerin yanında, çeşitli ihtisas hastaneleri bulunmaktadır. Bunların yanında Sağlık Bakanlığı üniversite ortak hastaneleri, Entegre ilçe hastaneleri, meslek hastalıkları hastaneleri, diş sağlığı hastaneleri Ülkemizde sağlık hizmeti sunan diğer hastanelerdir. Ülkemizde sağlık hizmeti veren hastanelerin sayılarına bakıldığında ise, genel hastane sayısı 508, Sağlık Bakanlığı Üniversite ortak hastaneleri 19, kadın doğum ve çocuk hastalıkları hastanesi 25, ruh sağlığı hastalıkları hastanesi 8, Göğüs hastalıkları ve göğüs cerrahisi hastanesi 14, entegre ilçe hastanesi 267, fizik tedavi ve rehabilitasyon hastanesi 12, çocuk hastalıkları hastanesi 5, onkoloji hastanesi 2, kalp damar hastalıkları hastanesi 1, kemik hastalıkları hastanesi 3, göz hastanesi 2, meslek hastalıkları hastanesi 2, diş hastanesi 14, spastik çocuklar hastanesi ve rehabilitasyon merkezi 1 ve lepra hastanesi 1 olmak üzere toplam hastane sayısı 884 adettir. Söz konusu hastanelerin toplam yatak sayısına bakıldığında ise, bu sayının 125.030 adet olduğu görülürken, 2015 yılı için yatak doluluk oranı %70 olarak tespit edilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2016). Ülkemizde sağlık hizmeti sunan sağlık kurumlarına ait veriler çizelge 4.2’de yer almaktadır.

Çizelge: 4.2 Türkiye’de Sağlık Hizmeti Sunan Sağlık Kurumları

Hastane Türleri	Hastane Sayısı	Yatak Sayısı	2013 Yılı YDO	2014 Yılı YDO	2015 Yılı YDO
Genel Hastane	508	92.098	69	72	68
Sağlık Bakanlığı-Üniversite Ortak Hastanesi	19	9.806	76	77	78
Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi	25	6.188	76	82	88
Ruh Sağlığı Hastalıkları Hastanesi	8	3.981	86	86	83
Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Hastanesi	14	3.720	74	75	75
Entegre İlçe Hastanesi	267	3.455	13	15	13
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi	12	1.754	90	86	86
Çocuk Hastalıkları Hastanesi	5	1.762	79	88	75
Onkoloji Hastanesi	2	830	69	69	61
Kalp ve Damar Hastalıkları Hastanesi	1	465	72	75	81
Kemik Hastalıkları Hastanesi	3	436	70	70	77
Göz Hastanesi	2	185	86	86	87
Meslek Hastalıkları Hastanesi	2	156	43	53	41
Diş Hastanesi	14	106	0	0	0
Spastik Çocuklar Hastanesi ve Rehabilitasyon Merkezi	1	54	88	80	70
Lepra Hastanesi	1	34	23	21	43
TOPLAM	884	125.030	69	71	70

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Genel Sağlık İstatistikleri 2016

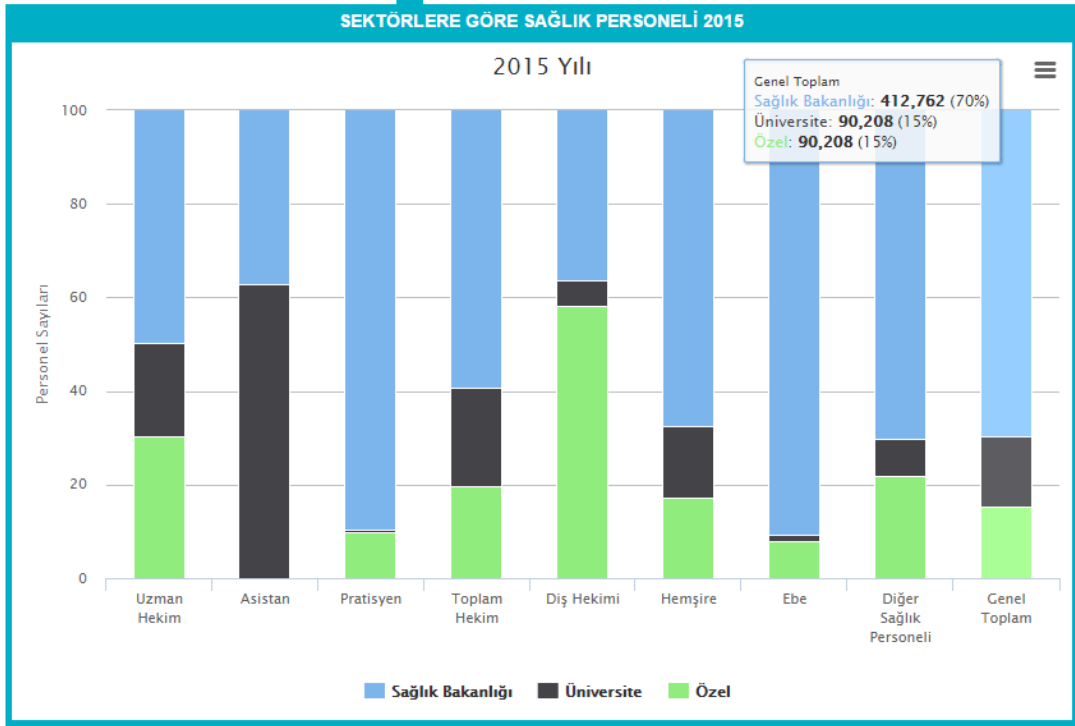
Sağlık sistemi içerisinde sağlık kurumları sağlığa ihtiyaç duyan insanlara hizmet sunan en önemli kurumların başında gelmektedir. Bu kurumlarda görev yapan sağlık personelleri de gelişen teknolojinin yanında, sağlık hizmetlerinin karmaşık yapısı içerisinde yoğun bir şekilde hizmet sunmaya çalışmaktadırlar. Bu açıdan bakıldığında sektörün insan yaşamı açısından kritik önemi nedeniyle hizmet sektörü içerisinde bu kurumlar önemli yer tutmaktadır. Sağlık kurumları içerisinde hizmet sunmaya çalışan sağlık personelinin çalışma koşulları, personel sayısı, hasta başına düşen personel sayısı ve nüfusa göre dağılımları, sağlık hizmetlerinin verimliliği ve etkinliği üzerinde etkili olmaktadır (Karaman, 2014).

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin yürütülmesinden sorumlu olan kurum, Sağlık Bakanlığıdır. Söz konusu kurum çalışan sayısı açısından değerlendirildiğinde önemli büyüklükte çalışan sayısına sahiptir. Sağlık Bakanlığı bünyesinde çalışan personellere üniversite hastaneleri ve özel sağlık kuruluşlarında çalışan sağlık personelleri ilave edildiğinde oldukça önemli büyüklükte istihdam ortaya çıkmaktadır. Sağlık Bakanlığı (2015) istatistiklerinden elde edilen bilgilere göre bakanlık bünyesinde 82 925 (%59),

üniversitelerde 29 385 (%21), özel sağlık kuruluşlarında 27 665 (%20) adet olmak üzere toplam 139 975 hekim görev yapmaktadır. Ülkemizde görev yapan dış hekimi sayılarına bakıldığında ise, Sağlık Bakanlığı bünyesinde 8 266 (%36), Üniversitelerde 1 200 (%5), özel sağlık kuruluşlarında ise, 13 216 (%58) olmak üzere toplam 22 682 dış hekimi görev yapmaktadır. Yine bunların yanında ülkemizde 149 681 hemşire, 52 971 ebe, 145 311 diğer sağlık personeli görev yapmaktadır. Ülkemizdeki sağlık personellerinin toplam sayısına bakıldığında ise; Sağlık Bakanlığı bünyesinde 412 762 (%70), Üniversitelerde 90 208 (%15), özel sağlık kuruluşlarında 90 208 (%15) olmak üzere toplam 593 178 adet sağlık çalışanı bulunmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2016). Elde edilen bu sayılara sağlık kurumlarında görev yapan idari ve teknik personellerle birlikte, hastanelerde geçici personel statüsünde çalışan personeller ilave edildiğinde, sağlık kurumlarında görev yapan personellerin oldukça önemli bir sayıya ulaştığını tahmin etmek hiç de zor değildir.

4.2 Sağlık Kurumlarında İş Sağlığı ve Güvenliği Uygulamaları

Tıp alanında meydana gelen gelişmeler, sağlık sektöründeki istihdam oranını da önemli derecede arttırmıştır. Sağlık sisteminin gelişmesi teknolojik gelişmelerin olumlu kullanılması ile doğrudan ilişkilidir. Özellikle de sağlık sistemlerindeki güvenlik uygulamalarının önceliğinin hastalar üzerine kurulması, sağlık çalışanları açısından ayrıca bir risk oluşturmakta olup, çalışanların doğrudan hastalar ile karşı karşıya kalması, sağlık çalışanlarının risklerini daha da arttırmaktadır. Sağlık çalışanları açısından oluşabilecek olumsuzlukların önüne geçebilmesi için öncelikle kendi sağlıklarını koruması gerekmektedir, böylece hasta sağlığını korumada daha başarılı olacaklardır (Akkaya, 2007).



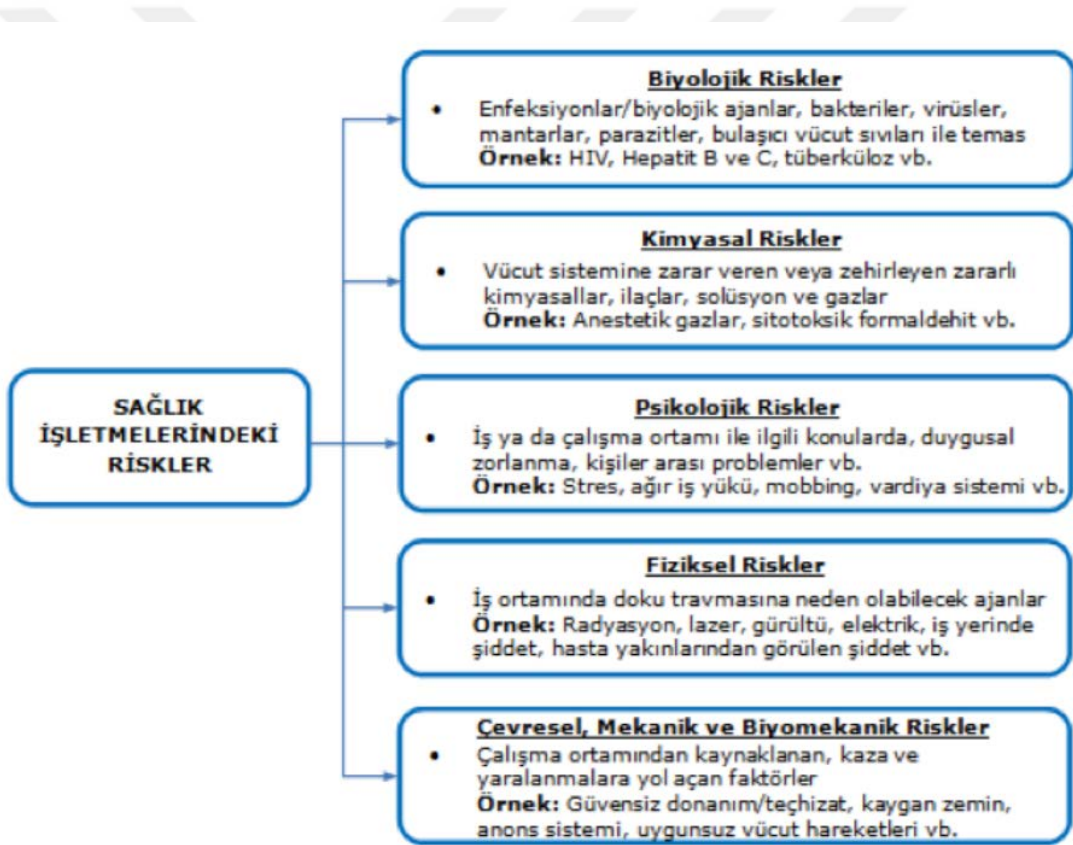
Şekil: 4.1 Türkiye’de Sağlık Çalışanlarının Sektörler Bazında Dağılımı (Sağlık Bakanlığı Genel Sağlık İstatistikleri 2016)

Sağlık personellerinin durumu çalışma koşulları açısından değerlendirildiğinde, sağlık çalışanlarının iş yoğunluğunun yanında çok çeşitli sorunlarının bulunduğu bilinmektedir. Bu sorunlar arasında iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili sorunlar önemli yer tutmaktadır. Bunun temel nedeni ise, sağlık sektörünün özelliği gereği riskli bir çalışma ortamının bulunmasıdır. Bu riskler arasında meslek hastalıkları ve iş kazaları önemli yer tutmaktadır. Risk çeşitliliği açısından bakıldığında ise, sağlık çalışanlarını tehdit eden en önemli riskler; biyolojik riskler, kimyasal riskler, fiziksel riskler, psikolojik riskler, çevresel riskler, mekanik riskler ve biyomekanik riskler şeklinde sınıflandırmak mümkündür (Tüzüner ve Özaslan, 2011).

Hastanelerde yer alan güvenlik yönetimi genel olarak iki başlık altında ele alınmaktadır. Bu güvenlik yönetimlerinden ilki hasta güvenliği başlığı altında ele alınırken, diğer çalışan güvenliği adı altında ele alınmaktadır. Güvenlik yönetiminin içeriğine bakıldığında, hasta güvenliği kadar çalışan güvenliğinin de önemli bir yer tuttuğu görülmektedir. Sağlık kurumlarının özelliği gereği, sağlık çalışanları yüksek risk gurubu içerisinde yer almaktadır (Flin, 2007).

4.3 Sağlık Çalışanlarının Karşılaştığı Riskler

Sağlık hizmet sunumunun geçmişine bakıldığında, sağlık çalışanlarının önemli oranda çalışma ortamından kaynaklanan risklerin yanında, iş kazaları ve meslek hastalıkları ile karşı karşıya kaldıkları görülmüştür. Bugün dünyanın birçok ülkesinde hastane içerisinde oluşturulan güvenlik komiteleri sayesinde çalışanlar, gerek hizmet sunumu açısından gerekse meslek hastalıkları açısından hizmet almaktadırlar. Çalışanlara sunulan bu hizmetlerin tamamı çalışanlar açısından oluşabilecek hastalıkların önüne geçilmesi ve sağlıklarının geliştirilmesine yönelik uygulanmaktadır (Özkan ve Emiroğlu, 2006).



Şekil: 4.2 Sağlık Çalışanlarının Karşılaştığı Riskler (Dokuzoğuz, 2008).

Sağlık çalışanlarının en sık karşılaştığı riskler arasında delici ve kesici alet yaralanmaları ile enfeksiyon hastalıkları gelmektedir. Bu risklerin yanında sağlık çalışanları radyasyona maruz kalma, biyolojik ajanlar, stres, kimyasal maddeler, ergonomik sorunlar, gürültü, ısı, kontamine olmuş atıklar ile hastanelerde karşılaşılan

şiddet ve mobbing sağlık çalışanlarının karşılaştığı riskler arasında yer almaktadır. Sağlık çalışanlarının karşılaştığı risklerin bu kadar çeşitli olması, hastane de yapılan işlerin çeşitliliği ve karmaşıklığından kaynaklanmaktadır (Dokuzoğuz, 2008).

İş Sağlığı ve Güvenliği çalışmalarının temel amacı, örgüt çalışanlarının oluşabilecek risk ve olumsuzluklardan korunmasıdır. Bunun sağlanabilmesi için de çalışma ortamında sağlıklı ve güvenli çalışma ortamı yaratılmak istenilir. Böylece çalışanlar sağlıklarını olumsuz yönde etkileyecek zararlı oluşumlardan kurtularak, iş yerlerinden kaynaklanan iş kazası ve meslek hastalıklarından korunmak istenirler. Her çalışma alanı yapılan işin niteliğine göre kendine özgü riskler taşır. İş Sağlığı ve Güvenliği açısından çalışanlar için risk oluşturan alanlardan bir tanesi de sağlık hizmetleridir. Hastaneler çalışan sağlığı ve güvenliği açısından önemli riskler taşımaktadır (Yiğit, 2008).

Sağlık kurumları sunduğu hizmet bakımından değerlendirildiğinde, sunulan hizmet ve bu hizmeti sunanların özelliği açısından, gerek bu risklerin ortadan kaldırılması, gerekse diğer sektörler açısından bakıldığında önemli farklar içerir. Bu kurumların sunduğu hizmet, insanların sağlıklarını düzeltmeye yönelik olduğundan öncelikle sağlık çalışanlarının oluşacak risklerden korunabilmesi gerekmektedir Sağlık kurumlarında görev yapan personellerin yüksek oranda iş kazası yaşamasının nedeni, doğrudan insan sağlığı ile ilgili çalışmasından kaynaklanmaktadır. Bu nedenle sağlık çalışanları yapılan görevin farklılığından ve kurumun özelliğinden kaynaklanan çeşitli tehlike ve risklerle karşı karşıyadır (Öztürk vd., 2012).

Sağlık Bakanlığı 2016 yılı verilerine bakıldığında sağlık kurumlarında oldukça yüksek oranda iş kazası meydana geldiği görülmektedir. Elde edilen iş kazası verileri, kayıtlara girmiş olan verilerden oluşmaktadır. Bunun yanında kayıtlara girmeyen iş kazaları göz önüne alındığında elde edilen bu rakamların çok daha yüksek olduğu düşünülmektedir. Sağlık Bakanlığında elde edilen veriler, insan sağlığı hizmetlerinde 2015 yılı içerisinde erkeklerin 946, kadınların 1.193 olmak üzere toplam 2939 adet iş kazasının meydana geldiğini göstermektedir. Yatılı bakım hizmetlerinde meydana gelen iş kazaları incelendiğinde ise, erkeklerde 41, kadınlarda 66 olmak üzere toplam 107 adet iş kazası gerçekleşmiştir. Meslek hastalıkları açısından veriler değerlendirildiğinde ise, meslek

hastalığı oranlarının sağlık çalışanlarının miktarı düşünüldüğünde oldukça düşük olduğu görülmektedir.

Çizelge: 4.3 Sağlık kurumları 2015 yılı iş kazası ve meslek hastalığı sayıları

Ekonomik Faaliyet Sınıflaması		İş Kazası Geçiren Sigortalı Sayısı			Meslek hastalığına tutulan sigortalı sayısı			
		Erkek	Kadın	Toplam	Erkek	Kadın	Toplam	
İnsan sağlığı hizmetleri	Hastane hizmetleri		777	1708	2485	0	1	1
	Tıp ve dişçilik ile ilgili uygulama faaliyetleri	Genel hekimlik uygulama faaliyetleri	12	10	22	0	0	0
		Uzman hekimlik ile ilgili uygulama faaliyetleri	32	69	101	0	0	0
		Dişçilik ile ilgili uygulama faaliyetleri	11	30	41	1	0	1
	İnsan sağlığı ile ilgili diğer hizmetler		114	176	290	0	0	0
TOPLAM		946	1993	2939	1	1	2	
Yatılı bakım faaliyetleri	Hemşireli yatılı bakım faaliyetleri		6	8	14	0	0	0
	Zihinsel engellilere, ruh hastalarına ve madde bağımlılarına yönelik yatılı bakım faaliyetleri		3	6	9	0	0	0
	Yaşlılar ve bedensel engellilere yönelik yatılı bakım faaliyetleri		27	32	59	0	0	0
	Diğer yatılı bakım faaliyetleri		5	20	25	0	0	0
TOPLAM		41	66	107	0	0	0	

Kaynak: Sosyal Güvenlik Kurumu İş Kazaları ve Meslek Hastalıkları İstatistikleri

2015 yılı içerisinde hastane hizmetlerinde 1, dişçilikle ilgili uygulamalarda 1 olmak üzere toplam 2 adet meslek hastalığı vakası görülmüştür. Elde edilen veriler sağlık hizmetlerinde kadınların erkeklere oranla oldukça ciddi boyutta iş kazasına maruz kaldığı görülmektedir. Bunun temel nedeni ise, sağlık hizmetlerinin özelliği gereği kadınların sağlık kurumlarındaki istihdam oranının oldukça yüksek olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2016).

13.04.2004 tarih ve 25432 sayılı Resmi Gazetede “İş Sağlığı ve Güvenliğine İlişkin Risk Grupları Listesi Tebliği” yayınlanmıştır. Risk grupları listesi toplam beş gruptan oluşturulmuş, ilk grupta yer alan meslek grupları daha az riskli, beşinci grupta yer alan meslek grupları ise en riskli grup olarak değerlendirilmiştir. Söz konusu tebliğin son ve en riskli grubunda ise, “Tıbbi tedavi laboratuvarları ile bitkisel,

hayvansal, gıda ürünlerinin ışınlanması ile mikrodalga, lazer ve benzeri radyoaktif maddelerle çalışan işler” yer almıştır. Yine en riskli grup içerisinde “Tıbbi, cerrahi, diş ve benzeri sağlık hizmetleri, hastaneler, sanatoryumlar, klinikler ve sağlık yurtları” yer almıştır. Tüm bunların yanında araştırma laboratuvarları da yer almış olup, genel olarak değerlendirildiğinde tıbbi sağlık hizmetlerinin genel olarak çok tehlikeli çalışma ortamı içerisinde yer aldığı görülmektedir (İş Sağlığı ve Güvenliğine İlişkin Risk Grupları Listesi Tebliği, 2004).

Sağlık kurumlarından elde edilen kayıtlar ve iş sağlığı ve güvenliği konusunda yapılan düzenlemeler sağlık sektörünün iş güvenliği açısından çok riskli olduğunu göstermektedir. Amerika Birleşik Devletlerinde yapılan istatistiki verilerden elde edilen sonuçlar, öldürücü olmayan iş kazalarına göre en yüksek oranda risk taşıyan ikinci sektör olarak belirlenmiştir. Sağlık sektöründe meydana gelen kazalar açısından Kanada’da yaklaşık olarak 35,5, İngiltere’de 16,5, Amerika Birleşik Devletlerinde ise 262,7 bin öldürücü olmayan iş kazası meydana gelmektedir. Bu kazalar arasında hemşire ve hasta bakıcıların yoğun olarak iş kazasına maruz kaldığı, bu kazaların ise büyük bölümünün yaralanma, takılma, kayma ve şiddet içeren olaylar sonucunda olduğu belirlenmiştir (Uçak, 2009).

Hastanelerde en sık karşılaşılan iş kazası çeşidi kesici-delici alet yaralanmaları ile kan ve sıvı materyal sıçramalarıdır. Bu yaralanma çeşidi arasında ise ilk sırayı iğne batmaları almakta olup, genel olarak enjektör kullanımı ve kullanım sonrasında meydana gelmektedir. Hastanelerde kesici-delici alet kutularının kullanılması, bu tür kesici delici materyallerin bu kutulara atılması bu tür alet yaralanmalarının, önemli oranda önüne geçmektedir. Bu tür yaralanmalar HIV etkenleri ile birlikte, Hepatit B ve Hepatit C etkenlerine maruz kalmayı kolaylaştırmaktadır. Böyle durumlar için aşılama programlarının yapılması gerekmektedir (Aren, 2008).

Bu tür bulaşlar göz önünde bulundurularak kontamine olmuş atıkların kapalı kutularda biriktirilmesi, tıbbi atık toplanan ve taşınan torba ve kutuların, atık yönetmeliğine uygun kırmızı ambalajlarda toplanması, poşet ve kutuların tehlike riskine açık bir şekilde göstermesi gerekmektedir. Ayrıca tıbbi atık sızıntıları aynı oranda risk yaratmaktadır. Bu nedenle kullanılan ambalajların sızıntı riskinin bulunmaması, çevre açısından riskin

ortadan kaldırılması önem taşımaktadır. Sağlık çalışanları açısından eldiven kullanımı önem taşımaktadır. Eldiven kullanımı sağlık çalışanlarının sağlığını koruması açısından önem taşıdığı gibi, hastane enfeksiyonlarının oluşmasının önüne geçilmesi açısından da çok büyük yarar sağlamaktadır. Ayrıca çalışanlarda alerji oluşmaması açısından lateks eldiven ve el yıkama solüsyonlarının kullanımına da dikkat edilmelidir (Uçak, 2009).

Hastanelerde karşılaşılan en önemli risk gruplarından bir tanesi de sağlık çalışanlarının ilaca maruz kalmasıdır. Çalışan sağlığı açısından ilaç maruziyetinden korunabilmek için çift katlı lateks eldiven, önlük ve yüz siperliği kullanılması gerekmektedir. Yapılan işlemler esnasında ilacın göze teması söz konusu ise, acil olarak gözün serum fizyolojik ile temizlenmesi, cilt ile temas durumunda da bol miktarda sabunlu su ile yıkanması önem taşımaktadır. Ayrıca kontamine olan tüm araç ve gereçlerin temizlenmek suretiyle elden geçirilmesi bulaş ve enfeksiyon riskini önleyecektir (Aren, 2008).

Çalışan sağlığına etki eden diğer bir faktörse ergonomidir. Sağlık kurumlarında kullanılan ekipman, çalışma alanları, fiziksel kullanım alanları, kullanıcıların çalışma ortamına uygun olmalı, çalışma ortamları sağlık çalışanlarının kas-iskelet yapısına göre en uygun şekilde dizayn edilmelidir. Sağlık kurumlarında verilen hizmetin gereği olarak hasta pozisyonlandırma, hasta ve eşyaların taşınması, hasta taşıma, hastayı sedyeye alma ve benzeri işlemler ergonomiye uygun bir şekilde yapılmadığı takdirde kas-iskelet problemleri ile sırt ve bel ağrılarına yol açabilmektedir. Bu tür sorunların ortadan kaldırılması için hasta taşıma ve diğer işlemler konusunda eğitim almalı, oluşturulan talimatlara uygun davranmalıdır (Uçak, 2009).

Sağlık çalışanlarının en yoğun karşılaştıkları olumsuzluklardan bir diğeri de şiddettir. Ayrıca yapılan araştırmalar sağlık çalışanlarının yüksek oranda mobbinge maruz kaldığını göstermektedir. Meydana gelen bu olumsuz durumlar fiziksel yaralanmaların yanında ruhsal ve psikolojik sorunlarında ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Sağlık çalışanlarının diğer sektör çalışanlarına nazaran 16 kat daha fazla şiddete maruz kaldığı belirtilmektedir. Sağlık kurumlarında özellikle acil servisler, psikiyatri servisleri, hasta bekleme ve karşılama alanları şiddetin en yoğun görüldüğü alanlardır. Görülen şiddet çeşitli şekillerde yaralanmalarla birlikte, sağlık çalışanlarında geçici ve kalıcı iş görmezliklere, ölüm ve psikolojik travmalara yol açmaktadır (Tunç, 2013).

4.4 Sağlık Sektöründe İş Kazaları ve Sonuçları

İş sağlığı ve güvenliği ile ilgili mevzuatlar incelendiğinde doğrudan sağlık çalışanlarının iş sağlığı ve güvenliğini sağlayacak yasal bir düzenlemenin bulunmadığı görülmektedir. Özellikle son 5 ile 10 yıl içerisinde iş sağlığı ve güvenliğine yönelik çok sayıda mevzuat çıkarılmıştır. Bu mevzuatların çoğu 30.12.2012 tarihli Resmi Gazetede yayınlanarak yürürlüğe giren 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu sonrasında yürürlüğe girmiştir. Bu kanunun ilgili maddelerine dayanılarak 29.12.2012 tarihli İş Sağlığı ve Güvenliği Hizmetleri Yönetmeliği, 29.12.2012 tarihli İş Sağlığı ve Güvenliği Risk Değerlendirilmesi Yönetmeliği, 15.05.2013 tarihinde Çalışanların İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimlerinin Usul ve Esasları Hakkındaki Yönetmelik, 23.08.2013 tarihli Geçici ve Belirli Süreli İş Sağlığı ve Güvenliği Hakkında Yönetmelik, 24.12.2013 tarihli İş Sağlığı ve Güvenliği Hizmetlerinin Desteklenmesi Hakkındaki Yönetmelik, 29.06.2015 tarihinde ise İşyerlerinde İşveren veya İşveren Vekili Tarafından Yürütülecek İş Sağlığı ve Güvenliğine İlişkin yönetmelik yayınlanarak yürürlüğe girmiştir. Bunun yanında daha önceden yürürlükte bulunan 18.06.2012 tarihli Diyaliz Merkezleri Yönetmeliğindeki “Personelin Tıbbi Kontrolü başlıklı bölümü, 15.02.2008 tarihli Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkındaki Yönetmeliğin “Sağlık Kuruluşunun Çalışanları” başlıklı bölümü ile 11.08.2005 tarihli Yataklı Tedavi Kurumları Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliği ve 25.01.2017 tarihli Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği sağlık çalışanları ile ilgili iş güvenliği önlemlerini içermektedir (Başbakanlık, 2017).

Her ne kadar Ülkemizde iş sağlığı ve güvenliği konusunda; hangi sıklıkta ne kadar iş kazası geçirdiği, çalışanların ne tür iş kazalarına maruz kaldıkları, iş kazası geçirenlerin hangi şartlarda yaşamını devam ettirdiği, iş görmezlik ile kaç kişinin karşı karşıya kaldığı veya bu nedenlerden dolayı yaşamlarını yitiren insanların sayısı konusunda sağlıklı bir kayıt sistemi bulunmasa da, son yıllarda uygulamaya konulan yasal mevzuatlar, iş sağlığı ve güvenliği konusunda olumlu adımların atıldığını göstermektedir. Elde edilen ulusal düzeydeki veriler, son yıllarda sayısı artmaya başlayan ve düzenli veri tutan kurumlara aittir. Tam anlamıyla bir kayıt sisteminin bulunmaması, başta sağlık çalışanları olmak üzere yaralanma ve ortaya çıkan hastalıkların istatistiklere yansımamasına neden olmaktadır (Fişek, 2014).

Sonuç olarak meydana gelen iş kazaları birçok olumsuz sonucu beraberinde getirmektedir. İş kazalarının en olumsuz yönü ise, iş kazaları ve meslek hastalıkları sonucunda meydana gelen çalışan ölümleridir. Toplumumuzda erkeklerin iş gücüne katılım oranı kadınlara göre daha yüksektir. Özellikle aile reisi konumunda bulunan ve ailesini geçindirmekle yükümlü bulunan bireylerin iş kazası ve meslek hastalığı nedeniyle yaşamını yitirmiş olması, maddi sonuçların yanında manevi olumsuzluklara da yol açmaktadır. İş kazalarının sakatlıkla sonuçlanması halinde ise, çalışanlar tamamen veya kısmen çalışma gücünü kaybedebilmekte, bazı durumlarda da mesleğini yapamayacak duruma gelebilmektedir. İş kazalarına işveren açısından bakıldığında ise, tedavi masraflarının yanında geçici ve sürekli iş görmezlik aylıkları, iş gücü kayıpları, hizmette aksamalar, tazminatlar, mahkeme giderleri, tıbbi cihaz ve aletlerle ilgili kayıp ve tamir giderleri ile iş günü kayıplarıyla karşı karşıya kalmaktadır.

İş kazalarının maddi sonuçlarının ülkelere göre Gayri Safi Milli Hasılanın %4 ile %1'i arasında farklılık gösterdiği bildirilmektedir. 2010 yılı verilerine göre 2010 yılı Gayri Safi Milli Hasılanın 1,1 trilyon olduğu, meslek hastalığı ve iş kazalarının toplam maliyetinin ise, yaklaşık olarak 44 milyar olduğu belirtilmektedir. Aynı yıl içerisinde Sosyal Güvenlik Kurumu açığının da 26 milyar olduğu göz önüne alındığında, iş kazaları nedeniyle oluşan kaybın, Sosyal Güvenlik Kurumu açığının yaklaşık olarak bir buçuk katı olduğu sonucu ortaya çıkmaktadır (Koç ve Akbıyık, 2011).

İçerisinde sağlık sektörünün de bulunduğu beş ayrı iş kolu üzerinden yürütülen bir araştırmaya göre, İngiltere'de 18 sekiz hafta içerisinde toplam 3 626 kaza meydana gelmiş, bu kazaların toplam maliyeti 245 075 Sterlin olarak hesaplanmıştır. Bu tutarın 87 507 Sterlininin finansal kayıplardan, 157 568 Sterlini üretimin durması nedeniyle oluşmuştur. Meydana gelen iş kazalarında sağlık hizmeti sunan bir hastanenin zararının, yıllık işletme maliyetinin %5'ine denk geldiği bildirilmektedir (Tan, 2014).

Elde edilen sonuçlar iş kazaları ve meslek hastalıkları için yapılan fayda maliyet analizleri, kaza sonrası oluşan maliyetlerin iş güvenliği konusunda alınacak önlemler için harcanan maliyetlerin çok üstünde olduğunu göstermektedir. Bu nedenle de iş kazalarının önüne geçebilmek adına tazminat ödemekten ziyade önlem alınmasının temel hedef olarak belirlenmesi hem ekonomi, hem de insan sağlığı açısından çok daha

uygun olacaktır. Yapılan araştırmalar da alınacak basit önlemler sayesinde iş kazalarının ciddi düşeceğini göstermektedir

4.5 Güvenli Hastane ve Sağlık Kurumlarının Akreditasyonu

Güvenli hastane oluşturmanın temel amacı, hastanelerin afet ve acil durumlar da dahil olmak üzere oluşabilecek olağanüstü durumların yanında uygun ve sürekli bir sağlık hizmetinin sağlanması, hasta, sağlık çalışanı ile onların ailelerinin korunması, hastanenin fiziksel bütünlüğünün devamını sağlanması, hastane ekipmanları ile teizatları korunması, gelecekte meydana gelebilecek risklere karşı önlem alınması, hastaneleri güvenli ve esnek çalışma alanları olarak düzenlenmesidir. Bu amaçlar çerçevesinde güvenli bir hastaneden beklenen sonuçlar ise şu şekilde sıralanabilir (WHO, 2015).

- Güvenliği sağlanmış, fiziksel olarak meydana gelebilecek sarsıntı ve etkilere dayanıklı, afet ve acil durumlarda fonksiyonelliğini koruyabilen esnek sağlık tesisi olması,
- Herhangi bir olağanüstü durumda doğru kişilere doğru sağlık hizmetinin sunulması için gerekli girişimlere hazırlıklı olunması,
- Acil durumlar karşısında toplum açışından yüksek önceliğe sahip kritik prosedürlerin tanımlanması,
- Olağanüstü durumlara karşı sağlıklı bir toplumun meydana getirilmesinde hastanelerin öneminin paydaşlarla paylaşılması,
- Gelecekle ilgili meydana gelebilecek risklerle baş edebilmek için, gelişmiş hastane güvenliği prosedürlerinin devreye sokulması, sürdürülebilirlikle birlikte güvenilirlik ve etkinliğinin artırılmasıdır.

Güvenli hastane kavramını kurumsallaştırmak, çerçevenin unsurlarının Güvenli Hastanenin yapısını ve standartlarını ve ilgili tarafların rol ve sorumluluklarını tanımlayan politikalara ve yasalara yansımaları önemlidir. Standartların etkili bir şekilde uygulanmasında, maksimum faydayı sağlayabilmek için politikaların ve standartların doğru bir şekilde uygulanmasını sağlamak kritik öneme sahiptir. Güvenli hastaneleri hastane akreditasyonu da dahil olmak üzere ilgili stratejilerin kalite kontrol önlemlerinin bir parçası haline getirmek, düzenli izleme ve raporlama sistemini kurumsallaştırmak, hesap verebilirlik işlevleri eylemin sürdürülebilirliğini artırmaya yardımcı olacaktır (Öztürk vd., 2014).

Güvenli hastaneler için yapılan işlemler, birden çok sektör ve ortağın girdileri sonucu oluşur. Farklı ortakları bir araya getirmek, programa yön vermek ve yeni ve mevcut hastanelerin planlanması, uygulanması ve takibi için kapsamlı bir yaklaşım sağlamak için güçlü eşgüdüm mekanizmaları gereklidir. Yönlendirme işlemleri ve yönetimi için çeşitli sektörlerle koordinasyona ihtiyaç vardır. Koordinasyon ve hizmetin sunumu açısından da hastane acil durum risk yönetim sistemlerinin devreye sokulması, olası durumlarda hasta nakilleri için sevk programlarının hazırlanması, toplumsal yaralanmalar karşısında önlemlerin alınması, hastanelerle ulusal sağlık kurumlarının koordinasyonunun sağlanması, acil durumlara karşı toplumun bilinçlendirilmesi şeklinde ifade edilebilir (Abrahams, 2011).

Güvenli bir hastane programı için, hastaneleri tehdit eden risklerin belirlenmesinin yanında, hastaneleri güvence altına almaya yönelik tedbirler alınırken kanıta dayalı uygulamalara başvurulmalıdır. Ayrıca program uygulanırken risk ve güvenlik değerlendirmelerinin yanında, uzman kişi ve kurumlardan rehberlik hizmeti de alınmalıdır. Teknik, siyasi, insani ve mali konuları içeren, hasarların sebeplerinin araştırılması, sürekli izleme ve değerlendirme yapılması, meydana gelebilecek bir krizden sonra standart prosedürlerin uygulanması gerekmektedir. Geçmişteki acil durumlardan ve afetlerden alınan dersler sonrasında; güvenlik, hazırlık, destekleme politikaları, standartlar ve eğitimde konularında gelecekteki gelişmelere uyum sağlamak önem taşımaktadır. Hastane bilgi ve belge yönetimi kapsamında; hastane güvenlik sistemlerinin değerlendirilmesi, sağlık bilgi sistemlerinin sevk ve idaresi, sağlık bilgi sistemi içerisinde hastanelerin dahil edilmesi, tesis güvenliğini sağlayacak araştırmaların

yapılması, rutin dönemlerde izleme ve değerlendirme yapılması ile gerekli görülmesi halinde yönergeler oluşturulması bilgi ve belge yönetimi bileşeni içerisinde (WHO, 2004; McCollough, 2009; Akbolat, 2017).

Hasta güvenliğinin sağlanmasında önemli etmenlerden bir tanesi akreditasyondur. Sağlık kurumlarında akreditasyon, kamu veya özel bir kurumun gönüllü olarak sağlık kurumlarına verdiği yapı, süreç ve çıktılarda sürekli olarak gelişimi gerektiren belli standartları karşılayan tanınma, kabul özelliğini vermesinin gönüllü süreci olarak tanımlanmaktadır. Diğer bir anlatımla akreditasyon; sağlık hizmeti sunan kurumun, hizmet kalitesini geliştirmek için tasarlanmış bir takım koşulları sağlayıp sağlamadığını belirlemek amacıyla o sağlık kurumunun değerlendirildiği bir süreçtir (Özdil, 2010). JCI'ya göre akreditasyon; sağlık kuruluşundan ayrı ve müstakil çoğunlukla resmi kimliği olmayan bir birimin, sağlık kuruluşunun hizmetin kalitesini iyileştirmek için tasarlanmış bir dizi gereksinimi karşılayıp karşılamadığını değerlendirdiği bir süreç olarak tanımlanmaktadır (JCI, 2003).

Etkin bir yönetim ve işletim modeli olarak başta Amerika Birleşik Devletleri olmak üzere bütün dünyada kabul görmekte olan akreditasyon standartları, genellikle optimum seviyede hasta bakım kalitesinin geliştirilmesi, güvenilir bir hasta bakım ortamı sağlanması, hasta ve hizmet verenlerin risklerinin azaltılması prensiplerini taşıyan, iyileştirme ve geliştirme çalışmalarının devamlılığını sağlayan ve sağlık kurumunun kurum taahhüdü olduğunu tanımlamaktadır (Özdil, 2010). JCI (2003)'ye göre akreditasyon çoğunlukla gönüllüdür. Akreditasyon standartları genellikle en uygun ve ulaşılabilir olarak kabul edilir. Akreditasyon bir kuruluş tarafından hasta bakımının kalitesini iyileştirmek, güvenli bir çevre sağlamak ve hastalar ve personele yönelik riskleri azaltmak için sürekli çalışmak üzere görünür bir taahhüdü temsil etmektedir. Akreditasyon, etkili bir kalite değerlendirme ve yönetim aracı olarak dünya çapında ilgi odağı olmuştur (JCI, 2003).

Akreditasyon hizmetini sunan örgüt ve bu hizmeti almaya niyetli ve gönüllü sağlık örgütlerinin yapmış olduğu çalışmalara yönelik incelenen literatürde, farklı ülkelerdeki farklı sağlık örgütlerinde, akreditasyonla ilgili algılanan yararların benzerlik gösterdiği gözlenmiştir. Akreditasyon işleminin faydaları ile ilgili yapılmış bilimsel

çalışmalara bakıldığında, sağlık kurumu ve hasta açısından faydaları ayrı ayrı değerlendirilmiştir (Akyurt, 2007).

Sağlık tesislerinin yapılandırılmasında bir taraftan hasta merkezli yaklaşım benimsenirken, diğer taraftan kanıta dayalı tesis yapılandırılmasına yer verilmekte olup, bu durum zaman içerisinde kalite olđutünü de gündeme getirmiştir. Akreditasyon uygulamaları genellikle isteğe bağlı olarak uygulansa da, bu kapsamda uygulanan standartlar hasta gúvenliđi ve kalitesi açısından bir takım yükümlölükleri de gündeme getirir. Bu yükümlölükler arasında hastaların gúvenli bir ortamda tedavi görölmesi ile çalışan gúvenliđinin sağlanması konusunda uygulamalar yer almasının yanında, etkin bir kalite olđüm standardı da uygular (Sungur, 2007).



5. DÜNYADA İŞ SAĞLIĞI ve GÜVENLİĞİ

İş sağlığı ve Güvenliğinin önemi, özellikle 2000'li yıllardan sonra artmış, bu önemin anlaşılması ile dünyada iş sağlığına yönelik tedbirler alınmaya başlanmıştır. Bu tedbirlerin yanında iş sağlığı ve güvenliğine yönelik devamlılığın sağlanması ile çalışanların korunmasına yönelik koruma yöntemleri sistemleştirilmeye başlanmıştır. Dünyada bu gelişmeler olurken, Ülkemizde özellikle son on yıl içerisinde bu önem anlaşılmalı ve bu konuda gerek yasal gerekse uygulama açısından bir dizi tedbirler alınmaya başlanmıştır. Ülkemizde bu önemin artmasındaki etkenlerden bir tanesi de Ülkemizin taraf olduğu anlaşmalara uyum sağlamanın gereğinden doğmuştur. Özellikle de son yıllarda Ülkemizde meydana gelen maden kazaları ve bu kazalarda oluşan can kayıpları, sürecin hızlanmasında etkili olmuştur (MBS, 2019).

Gelişmiş ülkeler; özellikle sermaye akışının hızlandırılması, özelleştirmeye ağırlık verilmesi, serbest bölgelerin oluşturulmasına yönelik faaliyetlerle ticari canlılık kazanmaya çalışmışlardır. Yapılan bu çalışmalar işçi ve işveren açısından çeşitli zorluklarında ortaya çıkmasına da neden olmuştur. Özellikle Ülkemizde görülen yoğun iş kazaları, dikkatlerin gelişmiş ülkelere çekilmesine yol açmıştır. Ülkemizde meydana gelen kazalar ile oluşan iş kazalarından toplanan veriler, Ülkemizde meydana gelen kazaların, Avrupa Birliği ülkelerine nazaran oldukça yüksek olduğunu göstermektedir. Yapılan bu kıyaslamalar, Ülkemizde neyin eksik yapıldığına dair sorgulamaları da gündeme getirmiş, 2012 yılından sonra İş Sağlığı ve Güvenliği ile ilgili bir dizi yasal düzenlemenin yapılmasına yol açmıştır (OSGB Air Clinic, 2019).

Dünya genelinde 2002 yılında iş ile ilgili hastalıklar sonucunda toplam 2 milyon insan yaşamını kaybetmiş, 2003 yılından itibaren 360 000 kişinin ise, ölümlü iş kazaları nedeniyle yaşamını yitirmiştir. Bunun yanında dünya genelinde 2003 yılından sonra yaklaşık 5,5 bin insan meslek hastalığı nedeniyle yaşamını yitirmiştir. Elde edilen veriler meslek hastalığı ve ölümlü iş kazalarının büyük bir bölümünün Güneydoğu Asya ile Asya Pasifik ülkelerinde meydana geldiğini göstermektedir. Bunun temel nedeni ise, az gelişmiş ve gelişmemiş ülkelerde İş Sağlığı ve Güvenliği konusunda yeterli tedbirin alınmamasından kaynaklandığını göstermektedir (Karadeniz, 2012). 2015 yılı verilerine göre dünya genelinde iş gücüne katılım miktarı yaklaşık olarak 3,49 milyar

kişi olup, ülkeler genelinde bakıldığında düşük ve orta düşük gelir düzeyine sahip olan ülkelerdeki iş gücüne katılım miktarı, 1,5 milyar kişidir. Yine ülkeler bazında orta üstü gelir düzeyindeki ülkelerde iş gücüne katılım miktarı 1,36 milyar kişi iken, yüksek gelir düzeyine sahip ülkelerdeki katılım miktarı yalnızca 0,6 milyar kişidir. Dünya genelindeki iş gücüne katılım oranına bakıldığında ise bu oran %62,8 civarındadır (ILO, 2019).

İş sağlığı ve güvenliği konusunda ülkeler arasında önemli farklar bulunmaktadır. Bu farkın temel nedenleri arasındaki en önemli etken, ülkeler arasındaki gelir farkıdır. Özellikle gelişmemiş ve az gelişmiş ülkelerde iş sağlığı ve güvenliği konusunda yeterince pay ayrılması çeşitli sorunların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Ayrıca bu ülkelerde eksik istihdamla çalışılması, gerekli bilincin yaratılmaması, gerekli mevzuatların zamanında çıkarılmaması ile bu konularda masraftan kaçınılması iş sağlığı açısından olumsuzluk yaratmaktadır. Bunun yanında gelişmiş ülkelere bakıldığı zaman söz konusu bilincin oturduğu, alt yapının yıllar önce oluşturulduğu görülmektedir. Gelişmiş ülkeler, çalışma ortamına güvenilir donanımlar almakta, eğitime yeterli bütçe ayırmaktadır. Ayrıca iş sağlığı ve güvenliğinin sağlam temellere oturtulması için iş sağlığı ve güvenliği eğitimlerinin verilmesi, örgütsel olarak iş sağlığı kültürünün oluşturulması gerekmektedir (OSGB Air Clinic, 2019).

Dünya genelinde 2010 yılından 2015 yılına kadar gelen süreçte, ölümcül iş kazalarının miktarına bakıldığında, iş kazası miktarında inişli çıkışlı bir tablo elde edildiği görülmekle birlikte, 2015 yılında son on yılın en düşük rakamı elde edilmiştir. Elde edilen veriler 2010 yılında toplam 34,3 milyon iş kazasının meydana geldiğini gösterirken, 2011 yılında 44,8 milyon, 2012 yılında 31,5 milyon, 2013 yılında 255,4 milyon, 2014 yılında 178,6 milyon 2015 yılında ise 19 milyon ölümcül iş kazası meydana gelmiştir (ILO, 2019). 2015 yılı rakamlarının diğer yıllara göre düşük olmasındaki en önemli etkenin verilerin zamanında iletilmediğinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Bugün dünya üzerinde geçmişte kimyasal ve toz ortamında çalıştığı ve bu nedenle sağlık problemi yaşadığı düşünülen 13 000 kişinin her yıl akciğer hastalığı ve kanserlerden öldüğü bilinmektedir. 2015 ve 2016 yıllarında fiilen çalışanlardan 1,3 milyon kişinin, yeni bir sağlık probleminin ortaya çıktığı, bunların 0,5

milyonunun ise bu yıllarda çalışmaya başlayan insanlar olduğu bildirilmektedir (HSE, 2019).

Amerika birleşik devletlerinde meydana gelen iş kazalarına bakıldığında, ülkede meydana gelen iş kazalarının 2003-2015 yılları arasında devamlı bir düşme eğiliminde olduğu görülmüştür. Amerika Birleşik Devletlerinde 2015 yılı ölümcül olmayan iş kazalarının insidansı incelendiğinde; kaydedilebilir vaka sayısı insidansı %3, iş kazası nedeniyle başka işe geçenlerin oranı %1,60, işten uzaklaşanların oranı 0,90, kısıtlama yaşayanların oranı ise 0,70 olduğu tespit edilmiştir (United States Department of Labor 2019). ABD ölümcül olmayan iş kazaları insidansları çizelge 5.1’de yer almaktadır.

Çizelge: 5.1 ABD 2003-2015 yılları ölümcül olmayan iş kazaları insidansı

Araştırma Yılı	Kaydedilebilir toplam vaka	İşi Bırakan Başka İşe Geçen	İşten Uzaklaşan	Kısıtlama Yaşayan	Diğer Vakalar
2003	5	2,6	1,5	1,1	2,4
2004	4,8	2,5	1,4	1,1	2,3
2005	4,6	2,4	1,4	1	2,2
2006	4,4	2,3	1,3	1	2,1
2007	4,2	2,1	1,2	0,9	2,1
2008	3,9	2	1,1	0,9	1,9
2009	3,6	1,8	1,1	0,8	1,8
2010	3,5	1,8	1,1	0,8	1,7
2011	3,4	1,8	1	0,7	1,7
2012	3,4	1,8	1	0,7	1,6
2013	3,3	1,7	1	0,7	1,6
2014	3,2	1,7	1	0,7	1,5
2015	3	1,6	0,9	0,7	1,4

Kaynak: United States Department of Labor, 2017

İş Sağlığı ve Güvenliğinin yeterince sağlanamaması ve iş koşullarının uygun olmaması nedeniyle çalışanların %80’i kas iskelet problemleri, depresyon, anksiyete ve stres yaşamaktadır. Meydana gelen bu sağlık problemlerinin de, %85’ini kas iskelet problemleri oluşturmaktadır. Oluşan bu rahatsızlıklarda 2012 yılında bir düşüş yaşamış olsa da, son on yıllık döneme bakıldığında, genel olarak yatay bir seyir izlediği görülmektedir. Dünyada 2015 ve 2016 yıllarında ise işle ilgili sağlık problemleri ortaya çıkanların sayısının yaklaşık olarak 25,9 milyon kişi olduğu tahmin edilmektedir (HSE,

2019). Elde edilen veriler, aynı zamanda iş yerlerinde meydana gelen kazaların büyük bir bölümünün rapor edilmediğini göstermektedir. Her ne kadar birçok ülkede iş güvenliğine yönelik denetim sistemleri olsa da, iş kazası meydana gelen kurumlar incelendiğinde, iş kazalarının raporlanmasında yeterince hassasiyet gösterilmediği görülmektedir (OSGB Air Clinic, 2019). 2015 yılı Amerika Birleşik Devletleri ölümcül olmayan iş kazaları hastalık türleri ve oranları çizelge 5.2’de yer almaktadır.

Çizelge: 5.2 ABD 2015 yılı ölümcül olmayan iş kazaları hastalık oranları

Hastalık Türleri	Toplam Hastalık Vakalarının Oranı
Cilt hastalıkları	15,60
İşitme kaybı	12,00
Solunum koşulları	8,60
Zehirlenme	1,20
Diğer hastalıklar	62,60

Kaynak: United States Department of Labor, 2019

Amerika Birleşik Devletlerinde sağlık sektöründe meydana gelen iş kazalarına bakıldığında ise, diğer ülkelerde olduğu gibi, sağlık sektörünün riskli grup içerisinde yer aldığı, sağlık hizmetlerinde önemli oranda iş kazasının meydana geldiği görülmektedir. Amerika Birleşik Devletlerinde ölümcül olmayan iş kazalarına bakıldığında; genel hastanelerdeki iş kazası sayısı 214 100, hemşirelik hizmetlerinde 171 900, ambulatuvar hizmetlerinde 130 000 olarak gerçekleştiği görülmektedir. Tam zamanlı çalışanlardaki iş kazası insidansına bakıldığında ise, bu oranlar Genel hastane hizmetlerinde %6, hemşirelik hizmetlerinde %6,8, ambulatör hizmetlerinde ise %2,4 olarak bulunmuştur (United States Department of Labor, 2019). 2015 yılı ABD ölümcül olmayan iş kazaları çizelge 5.3’de yer almaktadır.

Çizelge: 5.3 ABD 2015 yılı sağlık kurumlarında ölümcül olmayan iş kazaları

Sektör Adı	Kamu / Özel	NAICS Sınıflandırma Kodu	Olgu Sayısı (x1.000)	İnsidans Oranı (Tam Zamanlı Çalışma)
Genel tıbbi ve cerrahi hastaneler	Özel sektör	6221	214,1	6
Hemşirelik ve konut bakımı tesisleri	Özel sektör	623	171,9	6,8
Ambulatuvar sağlık hizmetleri	Özel sektör	621	130	2,4

Kaynak: United States Department of Labor 2019

İş kazalarında Avrupa Birliği ülkelerine bakıldığında ise, 2014 yılında yaklaşık olarak 3,2 milyon iş kazasının meydana geldiği görülmektedir. AB-28'de iş kazası miktarı 2014 yılında 2013 yılına göre küçük bir oranda azalma görülmüştür.

Çizelge: 5.4 Avrupa'da 2010-2014 yıllarında meydana gelen iş kazaları

Ülkeler	2010	2011	2012	2013	2014
European Union (28 countries)	2.987.316	2.724.546	2.485.950	2.460.489	2.371.910
European Union (27 countries)	2.977.960	2.713.671	2.477.107	2.451.564	2.362.911
European Union (15 countries)	2.798.885	2.556.047	2.321.045	2.303.149	2.215.671
Belgium	55.931	55.315	49.546	46.744	46.704
Bulgaria	1.800	1.748	1.768	1.662	1.772
Czech Republic	56.875	37.036	36.031	38.015	36.622
Denmark	37.393	34.333	34.245	32.868	31.770
Germany (until 1990 former territory of the FRG)	761.280	747.560	709.940	721.866	704.819
Estonia	4.756	5.145	4.993	5.363	5.393
Ireland	11.422	11.101	9.794	13.444	13.103
Greece	14.594	12.617	10.065	8.708	3.152
Spain	401.386	363.510	281.045	273.983	287.809
France	618.495	483.476	461.376	440.424	467.869
Croatia	9.356	10.875	8.844	8.925	8.999
Italy	362.385	321.084	274.040	269.629	251.769
Cyprus	1.913	1.747	1.511	1.301	1.359
Latvia	902	1.050	1.213	1.376	1.409
Lithuania	1.828	2.155	2.303	2.497	2.599
Luxembourg	6.133	6.320	6.299	6.117	6.154
Hungary	16.326	14.277	16.717	15.401	15.918
Malta	2.375	2.121	2.190	2.225	2.273
Netherlands	125.772	119.941	116.029	108.097	56.377
Austria	60.668	58.253	56.299	54.445	52.968
Poland	67.359	69.352	67.472	59.877	59.414
Portugal	124.738	121.730	109.511	107.086	111.134
Romania	3.201	2.810	2.889	3.091	3.101
Slovenia	13.637	12.449	11.505	10.136	10.016
Slovakia	8.102	7.734	7.469	7.471	7.365
Finland	35.741	40.302	34.821	35.532	
Sweden	23.543	24.089	24.864	24.313	21.343
United Kingdom	159.404	156.416	143.171	159.893	160.700
Iceland		609	1.063	1.180	
Norway	21.840	14.855	24.395	11.715	5.697
Switzerland	67.502	71.770	72.106	72.995	72.855

Kaynak: Eurostat, 2019

Avrupa’da meydana gelen kazalar cinsiyet açısından değerlendirildiğinde ise, erkeklerin kadınlara nazaran daha fazla iş kazasına maruz kaldıkları görülmektedir. Avrupa’da meydana gelen her üç iş kazasından ikisinden erkekler olumsuz yönde etkilenmektedir. Erkeklerin Avrupa’da iş kazası geçirme oranı %68,7 civarındadır. Bunun yanında Avrupa ülkelerine bakıldığında, meydana gelen iş kazalarının ülkelerin istihdam edilen toplam sayı ve faaliyet alanına göre değiştiği görülmektedir (Eurostat, 2019). Avrupa’da meydana gelen iş kazaları, izelge 5.4’de yer almaktadır.



6. MATERYAL ve YÖNTEM

6.1 Araştırmanın Sorunu

Sağlık kurum ve kuruluşları iş sağlığı ve güvenliği açısından yüksek risk grubunda yer alan sektörler arasındadır. Sağlık kurum ve kuruluşları, vermiş oldukları sağlık hizmetleri çerçevesinde bir taraftan hasta bakım ve tedavisini sağlamak üzere hasta kabulü yaparken, diğer taraftan çalışan ve hasta güvenliğini sağlamaları gerekmektedir. Bu kapsamda sağlık kurum ve kuruluşlarının hasta, hasta yakını, hastane çalışanları ve ziyaretçiler açısından işlevsel olduğu kadar güvenli ve destekleyici tesis olması konusunda çaba harcamalıdır. Bu doğrultuda sağlık tesislerinin iş sağlığı ve güvenliği noktasında etkili bir şekilde yönetilmesi gerekmektedir. Buradan hareketle bu araştırmanın sorununu sağlık çalışanlarının iş sağlığı ve güvenliği farkındalığı algısı ile güvenli davranışlarının hasta güvenliği üzerinde etkisinin bulunup bulunmadığının araştırılmıştır.

6.2 Araştırmanın Amacı ve Önemi

Gerek insanların yaşamlarını sağlıklı bir şekilde idame ettirmeleri, gerekse yaşam standartlarının üst seviyede olması açısından sağlık hizmetleri önemli bir yere sahiptir. Aynı zamanda bu hizmet insan olmanın doğal sonucu olarak, en doğal insan hakkıdır. Sağlık hizmetlerinin temelinde de insana faydalı olmak yatmaktadır. Hasta güvenliği açısından bakım ve tedavi aşamasında gerekli özen gösterilmez, gereği gibi sağlık hizmeti sunulmaz, hastanın güvenliği göz önünde bulundurulmaz ise, sunulacak hizmet yarardan ziyade zarar getirebilir. Bu nedenle sağlık hizmetlerinde çalışan sağlığının yanında hasta güvenliğinin de sağlanması gerekmektedir. Çalışanların iş sağlığı ve güvenliği açısından bilinçli olması, sağlık hizmetlerinin sunumu esnasında hasta güvenliğinin sağlanması için gerekli önlemlerin alınması, oluşabilecek zararların önüne geçilmesine katkı sağlayacaktır. Tüm bunlar göz önüne alındığında sağlık çalışanlarının iş sağlığı ve güvenliği konusundaki algısı ile güvenli davranışlarının hasta güvenliği üzerinde etkisinin bulunup bulunmadığının araştırılmasının önemli olduğu düşünülmektedir.

Bu kapsamda bu çalışmanın amacını sağlık çalışanlarının iş sağlığı ve güvenliği konusundaki algıları ile güvenli davranışlarının hasta güvenliği üzerinde etkisinin bulunup bulunmadığının araştırılması oluşturmaktadır. Bu çalışma sonucunda hasta güvenliği açısından sağlık çalışanlarının iş sağlığı ve güvenliği konusundaki rolü ortaya konulacaktır.

6.3 Araştırmanın Modeli

Araştırmada, ilişkisel tarama modeli ve nicel araştırma yöntemi kullanılmıştır. İlişkisel tarama modellerinde iki veya daha fazla değişkenin kendi aralarındaki birlikte değişim varlığı veya derecesinin belirlenmesi amaçlanmaktadır (Karasar 1998). Bu çalışma ile sağlık çalışanlarının iş sağlığı ve güvenliği algıları ve güvenli davranışlarının hasta güvenliğine etkisi araştırılmıştır.



Şekil 6.1 Araştırma modeli.

Bu çalışma ile sağlık çalışanlarının iş sağlığı ve güvenliği algısı ile güvenli davranışlarının hasta güvenliğine nasıl bir etki bıraktığı sorusuna cevap aranacaktır.

6.4 Araştırmanın Evreni ve Örneklem Büyüklüğü

Araştırmanın evrenini Selçuk Üniversitesi Tıp ve Diş Hekimliği Fakültelerinde görev yapan sağlık çalışanları oluşturmaktadır. Selçuk Üniversitesi Tıp ve Diş Hekimliği

Fakültelerinde hekim, diş hekimi, hemşire, sağlık teknikeri/teknisyeni, laborant, idari personel ve kadrolu işçi gibi çeşitli pozisyonlarda personeller çalışmaktadır. Evreni temsil etmesi açısından bu personellere veri toplama aracı olarak anket uygulanmış olup, toplam 100 sağlık çalışanına anket uygulanmıştır. Örneklem seçiminde kolayda örneklem seçimi tercih edilmiş, evrenin iyi temsil edilmesi açısından farklı yaş ve meslek gruplarından bireylere ulaşılmaya çalışılmıştır.

6.5 Veri Toplama Aracı

Anket çalışması Eylül-Ekim 2018 döneminde yapılmıştır. Çalışmada veri toplama aracı olarak kullanılan anket formu 8 tanesi demografik sorudan olmak üzere, toplam 42 sorudan oluşmaktadır. Ankette yer alan İş Sağlığı Farkındalık Ölçeği, Güvenli Davranış Ölçeği ve Hasta Güvenliği Ölçeğine ilişkin ifadelerin oluşturulmasında, Mutlu (2016)'nın "İş Güvenliği ve Meslek Hastalıklarının Hastane Güvenliği Üzerine Etkileri" ve Uzuntarla (2018)'in "Sağlık Çalışanlarının İş Güvenliği Farkındalıkları ile Güvenli Davranışları Arasındaki İlişkinin Araştırılması" isimli çalışmalarından yararlanılmıştır. Anket formunda yer alan ifadeler 5'li likert düzenine göre oluşturulmuş olup, anket formları araştırmacı tarafından bizzat yüz yüze görüşme yöntemi ile doldurulmuştur. Ankette yer alan İş Sağlığı Farkındalık Ölçeği, Güvenli Davranış Ölçeği ve Hasta Güvenliği Ölçeği "Kesinlikle katılmıyorum", "Katılmıyorum", "Kararsızım", "Katılıyorum", "Kesinlikle katılıyorum" seçeneklerinden oluşturulmuş ve katılımcılardan seçeneklerden bir tanesini işaretlemesi istenmiştir.

6.6 Çalışmada Kullanılan İstatistiksel Yöntemler

Anket çalışması öncesinde anket formları çoğaltılarak toplam 100 kişiye yüz yüze görüşme yöntemi ile anket uygulanmıştır. Anketlerden elde edilen veriler, veri kaybına neden olmamak için elde edilmiş sırasına göre numaralandırılmış, numaralandırılan anket formları SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 22 versiyon istatistik programına girilmiştir. Öncelikle sağlık çalışanlarının demografik özellikleri ile İş Güvenliği Farkındalık Ölçeği, Güvenli Davranış Ölçeği ve Hasta Güvenliği Ölçeğinde yer alan ifadelerin tanımlayıcı istatistiklerine (frekans değerleri, standart sapmaları,

ortalama değer ve yüzdelik değerler) yer verilmiş, arkasından ise gruplar arasında fark olup olmadığını görebilmek için t-testi ve Anova testin yapılmıştır.

İş sağlığı ve güvenliği ile ilgili birçok çalışmada iş güvenliğinin farklı boyutları ele alınmış, farklı çalışmalar yapılmıştır. Bu çalışmada sağlık çalışanlarının iş sağlığı ve güvenliğine yönelik algıları ve iş güvenliği farkındalığı bağımsız değişken olarak düşünülmüş, güvenli davranış üzerindeki etkileri araştırılmıştır. Değişkenlerin analizinde, tanımlayıcı istatistiklerin yanında demografik verilere göre iş sağlığı ve güvenliği, güvenli davranış ve hasta güvenliği üzerinde farklılık olup olmadığının araştırılması için One Way Anova ve Independent Sample t-test analizlerine başvurulmuştur. Bu analizlerin yanında iş sağlığı ve güvenliği algısı ile güvenli davranışın hasta güvenliğine olan etkisinin araştırılması için regresyon analizinden faydalanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler, One Way Anova, Independent Sample t-test ve Regresyon analizinden elde edilen veriler tablolar halinde hazırlanmış olup, tablolarla ilgili çıkarımlar bulgular bölümünde açıklanmaya çalışılmıştır. Regresyon analizi ile iş sağlığı ve güvenliği algısı ile güvenli davranışın bağımlı değişken üzerindeki varyansına olan katkısı incelenmiştir.

Regresyon analizlerinin amaçlarını dört başlık altında incelemek mümkündür. Bunlar;

- Değişkenler arası ilişki ile bağımlı ve bağımsız değişkenlerin regresyon eşitliği ile açıklanması,
- Bilinmeyen parametrelerin tahmin edilmesi durumunda bağımsız değişkenin bilinen değeri için bağımlı değişkenlerin sahip olacağı değerlerinin tahmin edilmesi,
- Bağımsız değişkenin bağımlı değişken üzerinde gözlenebilen değişimin ne kadar açıklandığının belirlenmesi,
- Bağımsız değişkenin bağımlı değişkenleri anlamlı olarak açıklayıp açıklayamadığı ve bağımlı değişkenlerin öneminin ortaya konulması şeklinde ifade etmek mümkündür.

6.7 Araştırma Soruları

Araştırma Sorusu-1: Sağlık alışanlarının iş sağlığı ve güvenliği konusunda farkındalıkları yüksek midir?

Araştırma Sorusu-2: Sağlık alışanları iş sağlığı ve güvenliği konusunda güvenli davranış sergilemekte midir?

Araştırma Sorusu-3: Sağlık alışanları sağlık hizmetlerini yerine getirirken hasta güvenliğine önem vermekte midir?

Araştırma Sorusu-4: Sağlık alışanlarının iş sağlığı ve güvenliği algıları ile hasta güvenliği arasında ilişki var mıdır?

Araştırma Sorusu-5: Sağlık alışanlarının güvenli davranış algıları ile hasta güvenliği arasında ilişki var mıdır?

7. BULGULAR ve TARTIŞMA

7.1 Bulgular

Çalışmanın bu bölümünde istatistiksel analizler sonucunda elde edilen bulgulara yer verilmiştir. Çalışmadan elde edilen bulgular; demografik bulgular, hastane çalışanlarının iş güvenliği algılarına yönelik bulgular, hastane çalışanlarının güvenli davranışlarına yönelik bulgular, hasta güvenliğine yönelik bulgular ile regresyon analizine yönelik bulgulara yer verilmiştir

7.1.1 Demografik Bulgular

Bu bölümde çalışmaya dahil edilen katılımcıların demografik verilerine yer verilmiş, sonuçlar çizelgeler halinde özetlenerek çıkarımlar elde edilmeye çalışılmıştır. Çalışmaya dahil edilen katılımcıların 81 (%62,3)'i Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, 49 (%37,7)'si Diş Hekimliği Fakültesinde görev yapmaktadır. Katılımcıların 61 (%46,9)'i kadın, 69 (%53,1)'u erkek olup, katılımcıların 35 (%26,9)'i 18-25 yaş, 56 (%43,1)'sı 26-35 yaş, 28 (%21,5)'i 36-45 yaş, 8 (%6,2)'i 46-55 yaş, 3 (%2,3)'ü ise 55 yaş ve üstündedir. Katılımcıların 52 (%40,0)'si bekar, 78 (%60,0)'sı evlidir. Eğitim durumu açısından bakıldığında ise katılımcıların 2 (%1,5)'si ilköğretim, 19 (%14,6)'u ortaöğretim, 71 (%54,6)'i lisans, 23 (%17,7)'ü yüksek lisans, 15 (%11,5)'i doktora mezunudur. Gelir durumu açısından bakıldığında da katılımcıların 42 (%32,3)'si 2 500 TL ve altı, 18 (%13,8)'i 2 501-3 500 TL arası gelire, 19 (%14,6)'u 3 501-4 500 TL arası gelire, 14 (%10,8)'ü 4 501-5 500 TL arası gelire, 20 (%15,4)'si 5 501-6 500 TL arası gelire, 17 (%13,1)'i ise 6 501 TL ve üzeri gelire sahiptir. Katılımcıların 22 (%16,9)'si hekim, 20 (%15,4)'si diş hekimi, 14 (%10,8)'ü hemşire, 10 (%7,7)'u sağlık teknisyeni/teknikeri, 1 (%0,8)'i sağlık memuru, 15 (%11,5)'i idari personel, 10 (%7,7)'u laborant, 11 (%8,5)'i teknik personel, 27 (%20,8)'si kadrolu işçidir. Katılımcılardan 52 (%40,0)'si 0-5 yıl arasında sağlık kurumunda hizmet verirken, 36 (%27,7)'sı 6 ile 10 yıl arasında, 22 (%16,9)'si 10 ile 15 yıl arasında, 8 (%6,2)'i 16 ile 20 yıl arasında, 4 (%3,1)'ü 21 ile 25 yıl arasında, 8 (%6,2)'i ise 26 yıl ve üzerinde sağlık kurumunda hizmet vermektedir. Çalışmaya dahil edilen katılımcılardan 113 (%86,9)'ü sağlık kurumunda hasta ile etkileşim içerisindeyken, 17 (%13,1)'i hasta ile doğrudan

etkileşim içerisinde olmayıp, katılımcıların demografik özellikleri ile ilgili veriler çizelge 7.1’de yer almaktadır.

Çizelge: 7.1 Katılımcıların demografik özellikleri

		Frekans (n)	Yüzde (%)	Geçerli yüzde (%)	Kümülatif yüzde (%)
Fakülte	Tıp Fakültesi	81	62,3	62,3	62,3
	Diş Hekimliği Fakültesi	49	37,7	37,7	100,0
	Total	130	100,0	100,0	
Cinsiyet	Kadın	61	46,9	46,9	46,9
	Erkek	69	53,1	53,1	100,0
	Total	130	100,0	100,0	
Yaş	18-25 yaş	35	26,9	26,9	26,9
	26-35 yaş	56	43,1	43,1	70,0
	36-45 yaş	28	21,5	21,5	91,5
	46-55 yaş	8	6,2	6,2	97,7
	55 yaş ve üstü	3	2,3	2,3	100,0
	Total	130	100,0	100,0	
Medeni durum	Bekar	52	40,0	40,0	40,0
	Evli	78	60,0	60,0	100,0
	Total	130	100,0	100,0	
Eğitim	İlköğretim	2	1,5	1,5	1,5
	Ortaöğretim	19	14,6	14,6	16,2
	Lisans	71	54,6	54,6	70,8
	Yüksek Lisans	23	17,7	17,7	88,5
	Doktora	15	11,5	11,5	100,0
	Total	130	100,0	100,0	
Gelir	2500 TL ve altı	42	32,3	32,3	32,3
	2501-3500 TL	18	13,8	13,8	46,2
	3501-4500 TL	19	14,6	14,6	60,8
	4501-5500 TL	14	10,8	10,8	71,5
	5501-6500 TL	20	15,4	15,4	86,9
	6501 TL ve üstü	17	13,1	13,1	100,0
	Total	130	100,0	100,0	
Meslek	Hekim	22	16,9	16,9	16,9
	Diş hekimi	20	15,4	15,4	32,3
	Hemşire	14	10,8	10,8	43,1
	Sağlık teknisyeni/teknikeri	10	7,7	7,7	50,8
	Sağlık memuru	1	,8	,8	51,5
	İdari personel	15	11,5	11,5	63,1
	Laborant	10	7,7	7,7	70,8
	Teknik personel	11	8,5	8,5	79,2
	Kadrolu işçi	27	20,8	20,8	100,0
	Total	130	100,0	100,0	
Kurumda çalışma süresi	0-5 yıl	52	40,0	40,0	40,0
	6-10 yıl	36	27,7	27,7	67,7
	11-15 yıl	22	16,9	16,9	84,6
	16-20 yıl	8	6,2	6,2	90,8
	21-25 yıl	4	3,1	3,1	93,8
	26 yıl ve üstü	8	6,2	6,2	100,0
Total	130	100,0	100,0		
Hasta ile etkileşim	Evet	113	86,9	86,9	86,9
	Hayır	17	13,1	13,1	100,0
	Total	130	100,0	100,0	

7.1.2 İş güvenliği farkındalığına yönelik Bulgular

Bu bölümde çalışanların iş güvenliği farkındalığına yönelik bulgulara yer verilmiş olup, iş güvenliği farkındalığına yönelik ölçek toplam beş ifadeden oluşmaktadır. Ölçekte yer alan ifadeler “Kesinlikle katılmıyorum”, “Katılmıyorum”, “Kararsızım”, “Katılıyorum” ve “Kesinlikle katılıyorum” şeklinde 5’li Likert düzenindedir.

İş Güvenliği Farkındalık Ölçeğinin ilk ifadesi “İşyerimde güvenlik konusunda sorumluluklarımın ne olduğunu biliyorum” ifadesidir. Katılımcılardan 13 (%10,0)’ü “Kesinlikle katılmıyorum”, 9 (%6,9)’u “Katılmıyorum”, 16 (%12,3)’sı “Kararsızım”, 63 (%48,5)’ü “Katılıyorum”, 29 (%22,3)’u ise “Kesinlikle katılıyorum” seçeneğini işaretlemiştir. Konu ile ilgili veriler çizelge 7.2’de yer almaktadır.

Çizelge: 7.2 İşyerinde güvenlik sorumluluklarının bilinip bilinmemesine yönelik veriler

İşyerimde güvenlik konusunda sorumluluklarımın ne olduğunu biliyorum.				
	Frekans (n)	Yüzde (%)	Geçerli yüzde(%)	Kümülatif yüzde (%)
Kesinlikle katılmıyorum	13	10,0	10,0	10,0
Katılmıyorum	9	6,9	6,9	16,9
Kararsızım	16	12,3	12,3	29,2
Katılıyorum	63	48,5	48,5	77,7
Kesinlikle katılıyorum	29	22,3	22,3	100,0
Total	130	100,0	100,0	

İş Güvenliği Farkındalık Ölçeğinin ikinci ifadesi “İşimin gerektirdiği güvenlik kurallarını anlıyorum” ifadesidir. Katılımcılardan 11 (%8,5)’i “Kesinlikle katılmıyorum”, 10 (%7,7)’u “Katılmıyorum”, 7 (%5,4)’si “Kararsızım”, 71 (%54,6)’i “Katılıyorum”, 31 (%23,8)’i ise “Kesinlikle katılıyorum” seçeneğini işaretlemiştir. Konu ile ilgili veriler çizelge 7.3’de yer almaktadır.

Çizelge: 7.3 Güvenlik kurallarının anlaşılıp anlaşılmamasına yönelik veriler

İşimin gerektirdiği güvenlik kurallarını anlıyorum.				
	Frekans (n)	Yüzde (%)	Geçerli yüzde(%)	Kümülatif yüzde (%)
Kesinlikle katılmıyorum	11	8,5	8,5	8,5
Katılmıyorum	10	7,7	7,7	16,2
Kararsızım	7	5,4	5,4	21,5
Katılıyorum	71	54,6	54,6	76,2
Kesinlikle katılıyorum	31	23,8	23,8	100,0
Total	130	100,0	100,0	

İş Güvenliği Farkındalık Ölçeğinin üçüncü ifadesi “İş yerimdeki güvenlik sorunlarıyla baş edebiliyorum” ifadesidir. Katılımcılardan 11 (%8,5)’i “Kesinlikle katılmıyorum”, 13 (%10,0)’ü “Katılmıyorum”, 37 (%28,5)’si “Kararsızım”, 49 (%37,7)’u “Katılıyorum”, 20 (%15,4)’si ise “Kesinlikle katılıyorum” seçeneğini işaretlemiştir. Konu ile ilgili veriler çizelge 7.4’de yer almaktadır.

Çizelge: 7.4 Güvenlik sorunları ile baş edilip edilmemesine yönelik veriler

İş yerimdeki güvenlik sorunlarıyla baş edebiliyorum.				
	Frekans (n)	Yüzde (%)	Geçerli yüzde(%)	Kümülatif yüzde (%)
Kesinlikle katılmıyorum	11	8,5	8,5	8,5
Katılmıyorum	13	10,0	10,0	18,5
Kararsızım	37	28,5	28,5	46,9
Katılıyorum	49	37,7	37,7	84,6
Kesinlikle katılıyorum	20	15,4	15,4	100,0
Total	130	100,0	100,0	

İş Güvenliği Farkındalık Ölçeğinin dördüncü ifadesi “Güvenlik kurallarına her zaman uyuyorum” ifadesidir. Katılımcılardan 8 (%6,2)’i “Kesinlikle katılmıyorum”, 6 (%4,6)’sı “Katılmıyorum”, 19 (%14,6)’u “Kararsızım”, 69 (%53,1)’u “Katılıyorum”, 28 (%21,5)’i ise “Kesinlikle katılıyorum” seçeneğini işaretlemiştir. Konu ile ilgili veriler çizelge 7.5’de yer almaktadır.

Çizelge: 7.5 Güvenlik kurallarına her zaman uyup uymama ile ilgili veriler

Güvenlik kurallarına her zaman uyuyorum.				
	Frekans (n)	Yüzde (%)	Geçerli yüzde(%)	Kümülatif yüzde (%)
Kesinlikle katılmıyorum	8	6,2	6,2	6,2
Katılmıyorum	6	4,6	4,6	10,8
Kararsızım	19	14,6	14,6	25,4
Katılıyorum	69	53,1	53,1	78,5
Kesinlikle katılıyorum	28	21,5	21,5	100,0
Total	130	100,0	100,0	

İş Güvenliği Farkındalık Ölçeğinin beşinci ifadesi “Çalışırken güvenliğin en önemli şey olduğunu düşünüyorum” ifadesidir. Katılımcılardan 9 (%6,9)’u “Kesinlikle katılmıyorum”, 3 (%2,3)’ü “Katılmıyorum”, 13 (%10,0)’ü “Kararsızım”, 43 (%33,1)’ü “Katılıyorum”, 62 (%47,7)’si ise “Kesinlikle katılıyorum” seçeneğini işaretlemiştir. Konu ile ilgili veriler çizelge 7.6’da yer almaktadır.

Çizelge: 7.6 Çalışma güvenliğinin çok önemli olup olmamasına yönelik veriler

Çalışırken güvenliğin en önemli şey olduğunu düşünüyorum.				
	Frekans (n)	Yüzde (%)	Geçerli yüzde(%)	Kümülatif yüzde (%)
Kesinlikle katılmıyorum	9	6,9	6,9	6,9
Katılmıyorum	3	2,3	2,3	9,2
Kararsızım	13	10,0	10,0	19,2
Katılıyorum	43	33,1	33,1	52,3
Kesinlikle katılıyorum	62	47,7	47,7	100,0
Total	130	100,0	100,0	

7.1.3 Güvenli Davranışa Yönelik Bulgular

Bu bölümde çalışanların güvenli davranışlarına yönelik bulgulara yer verilmiştir. Güvenli davranışa yönelik ölçek toplam altı ifadeden oluşmakta olup, ölçekte yer alan ifadeler “Kesinlikle katılmıyorum”, “Katılmıyorum”, “Kararsızım”, “Katılıyorum” ve “Kesinlikle katılıyorum” şeklinde 5’li Likert düzenindedir.

Güvenli Davranış Ölçeğinin ilk ifadesi “İşimi yaptığım esnada bütün gerekli güvenlik ekipmanlarını kullanırım” ifadesidir. Katılımcılardan 6 (%4,6)’sı “Kesinlikle katılmıyorum”, 7 (%5,4)’si “Katılmıyorum”, 30 (%23,1)’sı “Kararsızım”, 59 (%45,4)’ü “Katılıyorum”, 28 (%21,5)’u ise “Kesinlikle katılıyorum” seçeneğini işaretlemiştir. Konu ile ilgili veriler çizelge 7.7’de yer almaktadır.

Çizelge: 7.7 İş esnasında güvenlik ekipmanlarını kullanıp kullanmama ile ilgili veriler

İşimi yaptığım esnada bütün gerekli güvenlik ekipmanlarını kullanırım.				
	Frekans (n)	Yüzde (%)	Geçerli yüzde(%)	Kümülatif yüzde (%)
Kesinlikle katılmıyorum	6	4,6	4,6	4,6
Katılmıyorum	7	5,4	5,4	10,0
Kararsızım	30	23,1	23,1	33,1
Katılıyorum	59	45,4	45,4	78,5
Kesinlikle katılıyorum	28	21,5	21,5	100,0
Total	130	100,0	100,0	

Güvenli Davranış Ölçeğinin ikinci ifadesi “İşimi yaparken uygun güvenlik prosedürlerini kullanırım” ifadesidir. Katılımcılardan 4 (%3,1)’ü “Kesinlikle katılmıyorum”, 13 (%10,0)’ü “Katılmıyorum”, 16 (%12,3)’sı “Kararsızım”, 69 (%53,1)’u “Katılıyorum”, 28 (%21,5)’i ise “Kesinlikle katılıyorum” seçeneğini işaretlemiştir. Konu ile ilgili veriler çizelge 7.8’de yer almaktadır.

Çizelge: 7.8 İş yaparken gerekli güvenlik prosedürlerini kullanıp kullanmamaya yönelik veriler

İşimi yaparken uygun güvenlik prosedürlerini kullanırım.				
	Frekans (n)	Yüzde (%)	Geçerli yüzde(%)	Kümülatif yüzde (%)
Kesinlikle katılmıyorum	4	3,1	3,1	3,1
Katılmıyorum	13	10,0	10,0	13,1
Kararsızım	16	12,3	12,3	25,4
Katılıyorum	69	53,1	53,1	78,5
Kesinlikle katılıyorum	28	21,5	21,5	100,0
Total	130	100,0	100,0	

Güvenli Davranış Ölçeğinin üçüncü ifadesi “İşimi yaptığım esnada en yüksek güvenlik seviyelerini sağlarım” ifadesidir. Katılımcılardan 6 (%4,6)’sı “Kesinlikle katılmıyorum”, 10 (%7,7)’u “Katılmıyorum”, 37 (%28,5)’si “Kararsızım”, 52 (%40,0)’si “Katılıyorum”, 25 (%19,2)’i ise “Kesinlikle katılıyorum” seçeneğini işaretlemiştir. Konu ile ilgili veriler çizelge 7.9’de yer almaktadır.

Çizelge: 7.9 İş esnasında en yüksek güvenlik seviyesi sağlayıp sağlamamaya yönelik veriler

İşimi yaptığım esnada en yüksek güvenlik seviyelerini sağlarım.				
	Frekans (n)	Yüzde (%)	Geçerli yüzde(%)	Kümülatif yüzde (%)
Kesinlikle katılmıyorum	6	4,6	4,6	4,6
Katılmıyorum	10	7,7	7,7	12,3
Kararsızım	37	28,5	28,5	40,8
Katılıyorum	52	40,0	40,0	80,8
Kesinlikle katılıyorum	25	19,2	19,2	100,0
Total	130	100,0	100,0	

Güvenli Davranış Ölçeğinin dördüncü ifadesi “İşyeri için de güvenlik programlarını teşvik ederim.” ifadesidir. Katılımcılardan 5 (%3,8)’i “Kesinlikle katılmıyorum”, 10 (%7,7)’u “Katılmıyorum”, 19 (%14,6)’u “Kararsızım”, 72 (%55,4)’si “Katılıyorum”, 24 (%18,5)’ü ise “Kesinlikle katılıyorum” seçeneğini işaretlemiştir. Konu ile ilgili veriler çizelge 7.10’da yer almaktadır.

Çizelge: 7.10 İşyeri içinde güvenlik programını teşvik edip etmemeye yönelik veriler

İşyeri için de güvenlik programlarını teşvik ederim.				
	Frekans (n)	Yüzde (%)	Geçerli yüzde(%)	Kümülatif yüzde (%)
Kesinlikle katılmıyorum	5	3,8	3,8	3,8
Katılmıyorum	10	7,7	7,7	11,5
Kararsızım	19	14,6	14,6	26,2
Katılıyorum	72	55,4	55,4	81,5
Kesinlikle katılıyorum	24	18,5	18,5	100,0
Total	130	100,0	100,0	

Güvenli Davranış Ölçeğinin beşinci ifadesi “İşyeri güvenliğinin iyileştirilmesi için fazladan çaba harcarım” ifadesidir. Katılımcılardan 7 (%5,4)’si “Kesinlikle katılmıyorum”, 10 (%7,7)’u “Katılmıyorum”, 28 (%21,5)’i “Kararsızım”, 64 (%49,2)’ü “Katılıyorum”, 21 (%16,2)’i ise “Kesinlikle katılıyorum” seçeneğini işaretlemiştir. Konu ile ilgili veriler çizelge 7.11’de yer almaktadır.

Çizelge: 7.11 İşyeri güvenliğinin iyileştirilmesi için fazladan çaba harcıyıp harcamamaya yönelik veriler

İşyeri güvenliğinin iyileştirilmesi için fazladan çaba harcarım.				
	Frekans (n)	Yüzde (%)	Geçerli yüzde(%)	Kümülatif yüzde (%)
Kesinlikle katılmıyorum	7	5,4	5,4	5,4
Katılmıyorum	10	7,7	7,7	13,1
Kararsızım	28	21,5	21,5	34,6
Katılıyorum	64	49,2	49,2	83,8
Kesinlikle katılıyorum	21	16,2	16,2	100,0
Total	130	100,0	100,0	

Güvenli Davranış Ölçeğinin altıncı ifadesi “İşyeri güvenliğinin iyileştirilmesine yönelik görevleri gönüllü olarak yaparım” ifadesidir. Katılımcılardan 7 (%5,4)’si “Kesinlikle katılmıyorum”, 12 (%9,2)’si “Katılmıyorum”, 31 (%23,8)’i “Kararsızım”, 52 (%40,0)’si “Katılıyorum”, 28 (%21,5)’i ise “Kesinlikle katılıyorum” seçeneğini işaretlemiştir. Konu ile ilgili veriler çizelge 7.12’de yer almaktadır.

Çizelge: 7.12 İşyeri güvenliğinin iyileştirilmesine yönelik görevleri gönüllü yapıp yapmamaya yönelik veriler

İşyeri güvenliğinin iyileştirilmesine yönelik görevleri gönüllü olarak yaparım.				
	Frekans (n)	Yüzde (%)	Geçerli yüzde(%)	Kümülatif yüzde (%)
Kesinlikle katılmıyorum	7	5,4	5,4	5,4
Katılmıyorum	12	9,2	9,2	14,6
Kararsızım	31	23,8	23,8	38,5
Katılıyorum	52	40,0	40,0	78,5
Kesinlikle katılıyorum	28	21,5	21,5	100,0
Total	130	100,0	100,0	

7.1.4 Hasta Güvenliğine Yönelik Bulgular

Bu bölümde hasta güvenliğine yönelik bulgulara yer verilmiştir. Hasta güvenliğine yönelik ölçek toplam yirmi üç ifadeden oluşmakta olup, ölçekte yer alan ifadeler

“Kesinlikle katılmıyorum”, “Katılmıyorum”, “Kararsızım”, “Katılıyorum” ve “Kesinlikle katılıyorum” şeklinde 5’li Likert düzenindedir.

Hasta Güvenliği Ölçeğinin ilk ifadesi “Bu birimde çalışanlar birbirini destekler” ifadesidir. Katılımcılardan 8 (%6,2)’i “Kesinlikle katılmıyorum”, 20 (%15,4)’si “Katılmıyorum”, 25 (%19,2)’i “Kararsızım”, 59 (%45,4)’ü “Katılıyorum”, 18 (%13,8)’i ise “Kesinlikle katılıyorum” seçeneğini işaretlemiştir. Konu ile ilgili veriler çizelge 7.13’de yer almaktadır.

Çizelge: 7.13 Aynı birimde çalışanların birbirini destekleyip desteklememense yönelik veriler

Bu birimde çalışanlar birbirini destekler				
	Frekans (n)	Yüzde (%)	Geçerli yüzde(%)	Kümülatif yüzde (%)
Kesinlikle katılmıyorum	8	6,2	6,2	6,2
Katılmıyorum	20	15,4	15,4	21,5
Kararsızım	25	19,2	19,2	40,8
Katılıyorum	59	45,4	45,4	86,2
Kesinlikle katılıyorum	18	13,8	13,8	100,0
Total	130	100,0	100,0	

Hasta Güvenliği Ölçeğinin ikinci ifadesi “İş yükünü kaldırabilecek kadar personele sahibiz” ifadesidir. Katılımcılardan 24 (%18,5)’i “Kesinlikle katılmıyorum”, 41 (%31,5)’si “Katılmıyorum”, 35 (%26,9)’i “Kararsızım”, 24 (%18,5)’ü “Katılıyorum”, 6 (%4,6)’sı ise “Kesinlikle katılıyorum” seçeneğini işaretlemiştir. Konu ile ilgili veriler çizelge 7.14’de yer almaktadır.

Çizelge: 7.14 İş yükünü kaldıracak personelin bulunup bulunmamasına yönelik veriler

İş yükünü kaldırabilecek kadar personele sahibiz				
	Frekans (n)	Yüzde (%)	Geçerli yüzde(%)	Kümülatif yüzde (%)
Kesinlikle katılmıyorum	24	18,5	18,5	18,5
Katılmıyorum	41	31,5	31,5	50,0
Kararsızım	35	26,9	26,9	76,9
Katılıyorum	24	18,5	18,5	95,4
Kesinlikle katılıyorum	6	4,6	4,6	100,0
Total	130	100,0	100,0	

Hasta Güvenliği Ölçeğinin üçüncü ifadesi “Tamamlanması gereken çok acil bir iş olduğunda, takım halinde çalışarak o işi tamamlarız” ifadesidir. Katılımcılardan 8 (%6,2)’i “Kesinlikle katılmıyorum”, 11 (%8,5)’i “Katılmıyorum”, 30 (%23,1)’u

“Kararsızım”, 65 (%50,0)’i “Katılıyorum”, 16 (%12,3)’sı ise “Kesinlikle katılıyorum” seçeneğini işaretlemiştir. Konu ile ilgili veriler çizelge 7.15’de yer almaktadır.

Çizelge: 7.15 Acil bir işin olması durumunda takım halinde çalışarak işi tamamlayıp tamamlamamaya yönelik veriler

Tamamlanması gereken çok acil bir iş olduğunda, takım halinde çalışarak o işi tamamlarız				
	Frekans (n)	Yüzde (%)	Geçerli yüzde(%)	Kümülatif yüzde (%)
Kesinlikle katılmıyorum	8	6,2	6,2	6,2
Katılmıyorum	11	8,5	8,5	14,6
Kararsızım	30	23,1	23,1	37,7
Katılıyorum	65	50,0	50,0	87,7
Kesinlikle katılıyorum	16	12,3	12,3	100,0
Total	130	100,0	100,0	

Hasta Güvenliği Ölçeğinin dördüncü ifadesi “Bu birimde çalışanlar birbirine saygıyla yaklaşırlar” ifadesidir. Katılımcılardan 7 (%5,4)’si “Kesinlikle katılmıyorum”, 12 (%9,2)’si “Katılmıyorum”, 28 (%21,5)’i “Kararsızım”, 62 (%47,7)’si “Katılıyorum”, 21 (%16,2)’i ise “Kesinlikle katılıyorum” seçeneğini işaretlemiştir. Konu ile ilgili veriler çizelge 7.16’de yer almaktadır.

Çizelge: 7.16 Birimde çalışanların birbirini saygıyla karşılayıp karşılamamasına yönelik veriler

Bu birimde çalışanlar birbirine saygıyla yaklaşırlar				
	Frekans (n)	Yüzde (%)	Geçerli yüzde(%)	Kümülatif yüzde (%)
Kesinlikle katılmıyorum	7	5,4	5,4	5,4
Katılmıyorum	12	9,2	9,2	14,6
Kararsızım	28	21,5	21,5	36,2
Katılıyorum	62	47,7	47,7	83,8
Kesinlikle katılıyorum	21	16,2	16,2	100,0
Total	130	100,0	100,0	

Hasta Güvenliği Ölçeğinin beşinci ifadesi “Bu birimde çalışan personel hastanın en iyi şekilde bakımını sağlamak için çalışırlar” ifadesidir. Katılımcılardan 5 (%3,8)’i “Kesinlikle katılmıyorum”, 10 (%7,7)’u “Katılmıyorum”, 19 (%14,6)’u “Kararsızım”, 70 (%53,8)’i “Katılıyorum”, 26 (%20,0)’sı ise “Kesinlikle katılıyorum” seçeneğini işaretlemiştir. Konu ile ilgili veriler çizelge 7.17’de yer almaktadır.

Çizelge: 7.17 Birimde çalışan personellerin hasta bakımını sağlamasına yönelik veriler

Bu birimde çalışan personel hastanın en iyi şekilde bakımını sağlamak için çalışırlar				
	Frekans (n)	Yüzde (%)	Geçerli yüzde(%)	Kümülatif yüzde (%)
Kesinlikle katılmıyorum	5	3,8	3,8	3,8
Katılmıyorum	10	7,7	7,7	11,5
Kararsızım	19	14,6	14,6	26,2
Katılıyorum	70	53,8	53,8	80,0
Kesinlikle katılıyorum	26	20,0	20,0	100,0
Total	130	100,0	100,0	

Hasta Güvenliği Ölçeğinin altıncı ifadesi “Etkin bir biçimde hasta güvenliğini artırmak için elimizden geleni yaparız” ifadesidir. Katılımcılardan 5 (%3,8)’i “Kesinlikle katılmıyorum”, 8 (%6,2)’i “Katılmıyorum”, 29 (%22,3)’ü “Kararsızım”, 65 (%50,0)’i “Katılıyorum”, 23 (%17,7)’ü ise “Kesinlikle katılıyorum” seçeneğini işaretlemiştir. Konu ile ilgili veriler çizelge 7.18’de yer almaktadır.

Çizelge: 7.18 Etkin hasta güvenliği sağlamaya yönelik veriler

Etkin bir biçimde hasta güvenliğini artırmak için elimizden geleni yaparız.				
	Frekans (n)	Yüzde (%)	Geçerli yüzde(%)	Kümülatif yüzde (%)
Kesinlikle katılmıyorum	5	3,8	3,8	3,8
Katılmıyorum	8	6,2	6,2	10,0
Kararsızım	29	22,3	22,3	32,3
Katılıyorum	65	50,0	50,0	82,3
Kesinlikle katılıyorum	23	17,7	17,7	100,0
Total	130	100,0	100,0	

Hasta Güvenliği Ölçeğinin yedinci ifadesi “Hastanın en iyi şekilde bakımı için daha çok geçici personel kullanıyoruz” ifadesidir. Katılımcılardan 13 (%10,0)’ü “Kesinlikle katılmıyorum”, 28 (%21,5)’i “Katılmıyorum”, 42 (%32,3)’si “Kararsızım”, 38 (%29,2)’i “Katılıyorum”, 9 (%6,9)’ü ise “Kesinlikle katılıyorum” seçeneğini işaretlemiştir. Konu ile ilgili veriler çizelge 7.19’de yer almaktadır.

Çizelge: 7.19 Hasta bakımı için geçici personel kullanıp kullanmamaya yönelik veriler

Hastanın en iyi şekilde bakımı için daha çok geçici personel kullanıyoruz				
	Frekans (n)	Yüzde (%)	Geçerli yüzde(%)	Kümülatif yüzde (%)
Kesinlikle katılmıyorum	13	10,0	10,0	10,0
Katılmıyorum	28	21,5	21,5	31,5
Kararsızım	42	32,3	32,3	63,8
Katılıyorum	38	29,2	29,2	93,1
Kesinlikle katılıyorum	9	6,9	6,9	100,0
Total	130	100,0	100,0	

Hasta Güvenliği Ölçeğinin sekizinci ifadesi “Bu birimde bir bölüm gerçekten çok meşgul ise, diğerleri yardımcı olur” ifadesidir. Katılımcılardan 7 (%5,4)’si “Kesinlikle katılmıyorum”, 26 (%20,0)’sı “Katılmıyorum”, 38 (%29,2)’i “Kararsızım”, 45 (%34,6)’i “Katılıyorum”, 14 (%10,8)’ü ise “Kesinlikle katılıyorum” seçeneğini işaretlemiştir. Konu ile ilgili veriler çizelge 7.20’de yer almaktadır.

Çizelge: 7.20 Bölümün çok meşgul olması durumunda diğerlerinin yardımcı olup olmamasına yönelik veriler

Bu birimde bir bölüm gerçekten çok meşgul ise, diğerleri yardımcı olur				
	Frekans (n)	Yüzde (%)	Geçerli yüzde(%)	Kümülatif yüzde (%)
Kesinlikle katılmıyorum	7	5,4	5,4	5,4
Katılmıyorum	26	20,0	20,0	25,4
Kararsızım	38	29,2	29,2	54,6
Katılıyorum	45	34,6	34,6	89,2
Kesinlikle katılıyorum	14	10,8	10,8	100,0
Total	130	100,0	100,0	

Hasta Güvenliği Ölçeğinin dokuzuncu ifadesi “Birlikte çalışmak gerektiğinde hastane birimleri arasında iyi bir işbirliği vardır” ifadesidir. Katılımcılardan 12 (%9,2)’si “Kesinlikle katılmıyorum”, 25 (%19,2)’sı “Katılmıyorum”, 46 (%35,4)’sı “Kararsızım”, 35 (%26,9)’i “Katılıyorum”, 12 (%9,2)’si ise “Kesinlikle katılıyorum” seçeneğini işaretlemiştir. Konu ile ilgili veriler çizelge 7.21’de yer almaktadır.

Çizelge: 7.21 Birlikte çalışmak gerektiğinde hastane birimleri arasında iş birliği olup olmamasına yönelik veriler

Birlikte çalışmak gerektiğinde hastane birimleri arasında iyi bir işbirliği vardır				
	Frekans (n)	Yüzde (%)	Geçerli yüzde(%)	Kümülatif yüzde (%)
Kesinlikle katılmıyorum	12	9,2	9,2	9,2
Katılmıyorum	25	19,2	19,2	28,5
Kararsızım	46	35,4	35,4	63,8
Katılıyorum	35	26,9	26,9	90,8
Kesinlikle katılıyorum	12	9,2	9,2	100,0
Total	130	100,0	100,0	

Hasta Güvenliği Ölçeğinin onuncu ifadesi “Hastane birimleri hastaya en iyi bakımı sağlamak için etkin biçimde beraber çalışırlar” ifadesidir. Katılımcılardan 7 (%5,4)’si “Kesinlikle katılmıyorum”, 24 (%18,5)’ü “Katılmıyorum”, 34 (%26,2)’sı “Kararsızım”, 51 (%39,2)’i “Katılıyorum”, 14 (%10,8)’si ise “Kesinlikle katılıyorum” seçeneğini işaretlemiştir. Konu ile ilgili veriler çizelge 7.22’de yer almaktadır.

Çizelge: 7.22 Hastane birimlerinin hastaya etkin bakım sağlamak için beraber çalışıp çalışmamasına yönelik veriler

Hastane birimleri hastaya en iyi bakımı sağlamak için etkin biçimde beraber çalışırlar				
	Frekans (n)	Yüzde (%)	Geçerli yüzde(%)	Kümülatif yüzde (%)
Kesinlikle katılmıyorum	7	5,4	5,4	5,4
Katılmıyorum	24	18,5	18,5	23,8
Kararsızım	34	26,2	26,2	50,0
Katılıyorum	51	39,2	39,2	89,2
Kesinlikle katılıyorum	14	10,8	10,8	100,0
Total	130	100,0	100,0	

Hasta Güvenliği Ölçeğinin on birinci ifadesi “Hasta güvenliğini artırmaya yönelik bir değişim yaptıktan sonra, onun etkinliğini değerlendiririz” ifadesidir. Katılımcılardan 8 (%6,2)’i “Kesinlikle katılmıyorum”, 15 (%11,5)’i “Katılmıyorum”, 47 (%36,2)’si “Kararsızım”, 52 (%40,0)’sı “Katılıyorum”, 8 (%6,2)’i ise “Kesinlikle katılıyorum” seçeneğini işaretlemiştir. Konu ile ilgili veriler çizelge 7.23’de yer almaktadır.

Çizelge: 7.23 Hasta güvenliği arttırmaya yönelik değişim sonrasında değerlendirme yapıp yapmamaya yönelik veriler

Hasta güvenliğini arttırmaya yönelik bir değişim yaptıktan sonra, onun etkinliğini değerlendiririz				
	Frekans (n)	Yüzde (%)	Geçerli yüzde(%)	Kümülatif yüzde (%)
Kesinlikle katılmıyorum	8	6,2	6,2	6,2
Katılmıyorum	15	11,5	11,5	17,7
Kararsızım	47	36,2	36,2	53,8
Katılıyorum	52	40,0	40,0	93,8
Kesinlikle katılıyorum	8	6,2	6,2	100,0
Total	130	100,0	100,0	

Hasta Güvenliği Ölçeğinin on ikinci ifadesi “Daha çok işin tamamlanması adına hasta güvenliğinden ödün vermeyiz.” ifadesidir. Katılımcılardan 11 (%8,5)’i “Kesinlikle katılmıyorum”, 17 (%13,1)’si “Katılmıyorum”, 27 (%20,8)’si “Kararsızım”, 61 (%46,9)’i “Katılıyorum”, 14 (%10,8)’ü ise “Kesinlikle katılıyorum” seçeneğini işaretlemiştir. Konu ile ilgili veriler çizelge 7.24’de yer almaktadır.

Çizelge: 7.24 İşin tamamlanması adına hasta güvenliğinden ödün verip vermemeye yönelik veriler

Daha çok işin tamamlanması adına hasta güvenliğinden ödün vermeyiz.				
	Frekans (n)	Yüzde (%)	Geçerli yüzde(%)	Kümülatif yüzde (%)
Kesinlikle katılmıyorum	11	8,5	8,5	8,5
Katılmıyorum	17	13,1	13,1	21,5
Kararsızım	27	20,8	20,8	42,3
Katılıyorum	61	46,9	46,9	89,2
Kesinlikle katılıyorum	14	10,8	10,8	100,0
Total	130	100,0	100,0	

Hasta Güvenliği Ölçeğinin on üçüncü ifadesi “Hataları önlemeye yönelik başarılı prosedür ve sistemlerimiz vardır” ifadesidir. Katılımcılardan 9 (%6,9)’u “Kesinlikle katılmıyorum”, 14 (%10,8)’ü “Katılmıyorum”, 42 (%32,3)’si “Kararsızım”, 58 (%44,6)’i “Katılıyorum”, 7 (%5,4)’si ise “Kesinlikle katılıyorum” seçeneğini işaretlemiştir. Konu ile ilgili veriler çizelge 7.25’de yer almaktadır.

Çizelge: 7.25 Hataların önlenmesine yönelik başarılı prosedür ve sistemlerin olup olmasına yönelik veriler

Hataları önlemeye yönelik başarılı prosedür ve sistemlerimiz vardır				
	Frekans (n)	Yüzde (%)	Geçerli yüzde(%)	Kümülatif yüzde (%)
Kesinlikle katılmıyorum	9	6,9	6,9	6,9
Katılmıyorum	14	10,8	10,8	17,7
Kararsızım	42	32,3	32,3	50,0
Katılıyorum	58	44,6	44,6	94,6
Kesinlikle katılıyorum	7	5,4	5,4	100,0
Total	130	100,0	100,0	

Hasta Güvenliği Ölçeğinin on dördüncü ifadesi “Yapılan değişimlerle ilgili geri dönüşleri olay raporlama adı altında bir arada toplamaktayız” ifadesidir. Katılımcılardan 10 (%7,7)’u “Kesinlikle katılmıyorum”, 18 (%13,8)’i “Katılmıyorum”, 52 (%40,0)’si “Kararsızım”, 42 (%32,3)’si “Katılıyorum”, 8 (%6,2)’i ise “Kesinlikle katılıyorum” seçeneğini işaretlemiştir. Konu ile ilgili veriler çizelge 7.26’da yer almaktadır.

Çizelge: 7.26 Yapılan değişimlerle ilgili geri dönüşleri bir arada toplayıp toplamamaya yönelik veriler

Yapılan değişimlerle ilgili geri dönüşleri olay raporlama adı altında bir arada toplamaktayız				
	Frekans (n)	Yüzde (%)	Geçerli yüzde(%)	Kümülatif yüzde (%)
Kesinlikle katılmıyorum	10	7,7	7,7	7,7
Katılmıyorum	18	13,8	13,8	21,5
Kararsızım	52	40,0	40,0	61,5
Katılıyorum	42	32,3	32,3	93,8
Kesinlikle katılıyorum	8	6,2	6,2	100,0
Total	130	100,0	100,0	

Hasta Güvenliği Ölçeğinin on beşinci ifadesi “Çalışanlar hasta bakımına yönelik olumsuz bir şeyler gördüğünde bunu özgürce dile getirebilir” ifadesidir. Katılımcılardan 12 (%9,2)’si “Kesinlikle katılmıyorum”, 26 (%20,0)’sı “Katılmıyorum”, 33 (%25,4)’ü “Kararsızım”, 49 (%37,7)’u “Katılıyorum”, 10 (%7,7)’u ise “Kesinlikle katılıyorum” seçeneğini işaretlemiştir. Konu ile ilgili veriler çizelge 7.27’de yer almaktadır.

Çizelge: 7.27 Çalışanların olumsuz bir durum karşısında bunu özgürce dile getirip getirmemesine yönelik veriler

Çalışanlar hasta bakımına yönelik olumsuz bir şeyler gördüğünde bunu özgürce dile getirebilir				
	Frekans (n)	Yüzde (%)	Geçerli yüzde(%)	Kümülatif yüzde (%)
Kesinlikle katılmıyorum	12	9,2	9,2	9,2
Katılmıyorum	26	20,0	20,0	29,2
Kararsızım	33	25,4	25,4	54,6
Katılıyorum	49	37,7	37,7	92,3
Kesinlikle katılıyorum	10	7,7	7,7	100,0
Total	130	100,0	100,0	

Hasta Güvenliği Ölçeğinin on altıncı ifadesi “Birimimizde gerçekleşen hataları bildiririz” ifadesidir. Katılımcılardan 5 (%3,8)’si “Kesinlikle katılmıyorum”, 15 (%11,5)’sı “Katılmıyorum”, 33 (%25,4)’ü “Kararsızım”, 64 (%49,2)’u “Katılıyorum”, 13 (%10,0)’u ise “Kesinlikle katılıyorum” seçeneğini işaretlemiştir. Konu ile ilgili veriler çizelge 7.28’de yer almaktadır.

Çizelge: 7,28 Birimde gerçekleşen hataları bildirmeye yönelik veriler

Birimimizde gerçekleşen hataları bildiririz				
	Frekans (n)	Yüzde (%)	Geçerli yüzde(%)	Kümülatif yüzde (%)
Kesinlikle katılmıyorum	5	3,8	3,8	3,8
Katılmıyorum	15	11,5	11,5	15,4
Kararsızım	33	25,4	25,4	40,8
Katılıyorum	64	49,2	49,2	90,0
Kesinlikle katılıyorum	13	10,0	10,0	100,0
Total	130	100,0	100,0	

Hasta Güvenliği Ölçeğinin on yedinci ifadesi “Bu birimde hataların tekrarlamasını engellemeye yönelik çözümler üretmek için kendi aramızda fikir alışverişinde bulunuruz” ifadesidir. Katılımcılardan 9 (%6,9)’u “Kesinlikle katılmıyorum”, 13 (%10,0)’ü “Katılmıyorum”, 25 (%19,2)’i “Kararsızım”, 64 (%49,2)’ü “Katılıyorum”, 19 (%14,6)’u ise “Kesinlikle katılıyorum” seçeneğini işaretlemiştir. Konu ile ilgili veriler çizelge 7.29’de yer almaktadır.

Çizelge: 7.29 Hataların tekrarlanmasının engellenmesine yönelik çözümler için fikir birliğinde bulunup bulunmama yönelik veriler

Bu birimde hataların tekrarlanmasını engellemeye yönelik çözümler üretmek için kendi aramızda fikir alışverişinde bulunuruz				
	Frekans (n)	Yüzde (%)	Geçerli yüzde(%)	Kümülatif yüzde (%)
Kesinlikle katılmıyorum	9	6,9	6,9	6,9
Katılmıyorum	13	10,0	10,0	16,9
Kararsızım	25	19,2	19,2	36,2
Katılıyorum	64	49,2	49,2	85,4
Kesinlikle katılıyorum	19	14,6	14,6	100,0
Total	130	100,0	100,0	

Hasta Güvenliği Ölçeğinin on sekizinci ifadesi “Çalışanlar kendisinden daha yetkili kişilerin aldığı ya da gerçekleştirdiği kararları özgürce sorgulayabilir” ifadesidir. Katılımcılardan 16 (%12,3)’sı “Kesinlikle katılmıyorum”, 21 (%16,2)’i “Katılmıyorum”, 40 (%30,8)’i “Kararsızım”, 45 (%34,6)’i “Katılıyorum”, 8 (%6,2)’i ise “Kesinlikle katılıyorum” seçeneğini işaretlemiştir. Konu ile ilgili veriler çizelge 7.30’de yer almaktadır.

Çizelge: 7.30 Çalışanların kendilerinden daha yetkili olanların kararlarını sorgulayıp sorgulamamaya yönelik veriler

Çalışanlar kendisinden daha yetkili kişilerin aldığı ya da gerçekleştirdiği kararları özgürce sorgulayabilir				
	Frekans (n)	Yüzde (%)	Geçerli yüzde(%)	Kümülatif yüzde (%)
Kesinlikle katılmıyorum	16	12,3	12,3	12,3
Katılmıyorum	21	16,2	16,2	28,5
Kararsızım	40	30,8	30,8	59,2
Katılıyorum	45	34,6	34,6	93,8
Kesinlikle katılıyorum	8	6,2	6,2	100,0
Total	130	100,0	100,0	

Hasta Güvenliği Ölçeğinin on dokuzuncu ifadesi “Hastane yönetiminin yaptıkları hasta güvenliğinin ne denli önemli olduğunu kanıtlar niteliktedir” ifadesidir. Katılımcılardan 12 (%9,2)’sı “Kesinlikle katılmıyorum”, 25 (%19,2)’i “Katılmıyorum”, 33 (%25,4)’i “Kararsızım”, 48 (%36,9)’i “Katılıyorum”, 12 (%9,2)’i ise “Kesinlikle katılıyorum” seçeneğini işaretlemiştir. Konu ile ilgili veriler çizelge 7.31’de yer almaktadır.

Çizelge: 7.31 Hastane yönetiminin yaptıklarının hasta güvenliğinin göstergesi olup olmadığına yönelik veriler

Hastane yönetiminin yaptıkları hasta güvenliğinin ne denli önemli olduğunu kanıtlar niteliktedir				
	Frekans (n)	Yüzde (%)	Geçerli yüzde(%)	Kümülatif yüzde (%)
Kesinlikle katılmıyorum	12	9,2	9,2	9,2
Katılmıyorum	25	19,2	19,2	28,5
Kararsızım	33	25,4	25,4	53,8
Katılıyorum	48	36,9	36,9	90,8
Kesinlikle katılıyorum	12	9,2	9,2	100,0
Total	130	100,0	100,0	

Hasta Güvenliği Ölçeğinin yirminci ifadesi “Hastane yönetimi hasta güvenliğini teşvik eden iş ortamı sağlamaktadır” ifadesidir. Katılımcılardan 8 (%6,2)’i “Kesinlikle katılmıyorum”, 20 (%15,4)’si “Katılmıyorum”, 34 (%26,2)’ü “Kararsızım”, 58 (%44,6)’i “Katılıyorum”, 10 (%7,7)’u ise “Kesinlikle katılıyorum” seçeneğini işaretlemiştir. Konu ile ilgili veriler çizelge 7.32’de yer almaktadır.

Çizelge: 7.32 Hastane yönetiminin iş güvenliğini teşvik eden ortam sağlayıp sağlamamasına yönelik veriler

Hastane yönetimi hasta güvenliğini teşvik eden iş ortamı sağlamaktadır				
	Frekans (n)	Yüzde (%)	Geçerli yüzde(%)	Kümülatif yüzde (%)
Kesinlikle katılmıyorum	8	6,2	6,2	6,2
Katılmıyorum	20	15,4	15,4	21,5
Kararsızım	34	26,2	26,2	47,7
Katılıyorum	58	44,6	44,6	92,3
Kesinlikle katılıyorum	10	7,7	7,7	100,0
Total	130	100,0	100,0	

Hasta Güvenliği Ölçeğinin yirmi birinci ifadesi “Hastane yönetimi hasta güvenliği konusunda istenmeyen bir olay gerçekleştiğinde olayla ilgilidir” ifadesidir. Katılımcılardan 10 (%7,7)’u “Kesinlikle katılmıyorum”, 7 (%5,4)’si “Katılmıyorum”, 37 (%28,5)’si “Kararsızım”, 63 (%48,5)’ü “Katılıyorum”, 13 (%10,0)’ü ise “Kesinlikle katılıyorum” seçeneğini işaretlemiştir. Konu ile ilgili veriler çizelge 7.33’de yer almaktadır.

Çizelge: 7.33 Hastane yönetiminin hasta güvenliği konusunda istenmeyen olay gerçekleştiğinde olayla ilgilenip ilgilenmemesine yönelik veriler

Hastane yönetimi hasta güvenliği konusunda istenmeyen bir olay gerçekleştiğinde olayla ilgilidir				
	Frekans (n)	Yüzde (%)	Geçerli yüzde(%)	Kümülatif yüzde (%)
Kesinlikle katılmıyorum	10	7,7	7,7	7,7
Katılmıyorum	7	5,4	5,4	13,1
Kararsızım	37	28,5	28,5	41,5
Katılıyorum	63	48,5	48,5	90,0
Kesinlikle katılıyorum	13	10,0	10,0	100,0
Total	130	100,0	100,0	

Hasta Güvenliği Ölçeğinin yirmi ikinci ifadesi “Yöneticim/müdürüm hasta güvenliğini artırmaya yönelik çalışanların fikirlerini ciddiyle dikkate alır” ifadesidir. Katılımcılardan 15 (%11,5)’i “Kesinlikle katılmıyorum”, 18 (%13,8)’i “Katılmıyorum”, 32 (%24,6)’si “Kararsızım”, 52 (%40,0)’si “Katılıyorum”, 13 (%10,0)’ü ise “Kesinlikle katılıyorum” seçeneğini işaretlemiştir. Konu ile ilgili veriler çizelge 7.34’de yer almaktadır.

Çizelge: 7,34 Yönetici/müdürün hasta güvenliğinin artırılması ile ilgili çalışanların fikirlerini alıp almamasına yönelik veriler

Yöneticim/müdürüm hasta güvenliğini artırmaya yönelik çalışanların fikirlerini ciddiyle dikkate alır				
	Frekans (n)	Yüzde (%)	Geçerli yüzde(%)	Kümülatif yüzde (%)
Kesinlikle katılmıyorum	15	11,5	11,5	11,5
Katılmıyorum	18	13,8	13,8	25,4
Kararsızım	32	24,6	24,6	50,0
Katılıyorum	52	40,0	40,0	90,0
Kesinlikle katılıyorum	13	10,0	10,0	100,0
Total	130	100,0	100,0	

Hasta Güvenliği Ölçeğinin yirmi üçüncü ifadesi “Yöneticim/müdürüm hasta güvenliğine yönelik prosedürleri göz önüne alarak bir işi tamamladığımızda bizleri takdir etmektedir” ifadesidir. Katılımcılardan 19 (%14,6)’u “Kesinlikle katılmıyorum”, 16 (%12,3)’sı “Katılmıyorum”, 43 (%33,1)’ü “Kararsızım”, 39 (%30,0)’u “Katılıyorum”, 13 (%10,0)’ü ise “Kesinlikle katılıyorum” seçeneğini işaretlemiştir. Konu ile ilgili veriler çizelge 7.35’de yer almaktadır.

Çizelge: 7.35 Yönetici/müdürlerin hasta güvenliğine yönelik prosedürleri göz önüne alarak işin tamamlandığında çalışanları takdir edip etmemesine yönelik veriler

Yöneticim/müdürüm hasta güvenliğine yönelik prosedürleri göz önüne alarak bir işi tamamladığımızda bizleri takdir etmektedir				
	Frekans (n)	Yüzde (%)	Geçerli yüzde(%)	Kümülatif yüzde (%)
Kesinlikle katılmıyorum	19	14,6	14,6	14,6
Katılmıyorum	16	12,3	12,3	26,9
Kararsızım	43	33,1	33,1	60,0
Katılıyorum	39	30,0	30,0	90,0
Kesinlikle katılıyorum	13	10,0	10,0	100,0
Total	130	100,0	100,0	

7.1.5 Ölçeklerle ilgili Tanımlayıcı İstatistikler

Bu bölümde İş Güvenliği Farkındalık Ölçeği, Güvenli Davranış Ölçeği ve Hasta Güvenliği Ölçeğine yönelik ifadelerin tanımlayıcı istatistiklerine yer verilmiş, tanımlayıcı istatistik olarak ifadelerin ortalama değerleri, standart sapmaları ve ölçek ortalamaları alınmıştır. İş Güvenliği Farkındalık Ölçeği tanımlayıcı istatistik açısından ölçeğe verilen yanıtların ortalama değerleri incelendiğinde katılımcıların “kararsızım” ile “katılıyorum” arasında bir görüşe sahip oldukları görülmüştür. Ölçeğin genel ortalaması açısından bakıldığında ise sağlık çalışanlarının iş güvenli farkındalığı açısından olumlu bir yaklaşım içerisinde oldukları görülmüştür. Konu ile ilgili tanımlayıcı istatistikler çizelge 7.36’da yer almaktadır.

Çizelge: 7.36 İş Güvenliği Farkındalık Ölçeği Tanımlayıcı İstatistikler

İş Güvenliği Farkındalık Ölçeği Tanımlayıcı İstatistikler			
	N	Ortalama	Std. Sapma
İşyerimde güvenlik konusunda sorumluluklarımın ne olduğunu biliyorum.	130	3,6615	1,19140
İşimin gerektirdiği güvenlik kurallarını anlıyorum.	130	3,7769	1,14976
İş yerimdeki güvenlik sorunlarıyla baş edebiliyorum.	130	3,4154	1,12605
Güvenlik kurallarına her zaman uyuyorum.	130	3,7923	1,03202
Çalışırken güvenliğin en önemli şey olduğunu düşünüyorum.	130	4,1231	1,13449
ORTALAMA		3,7538	

Güvenli Davranış Ölçeği tanımlayıcı istatistik açısından incelendiğinde ise ölçeğe verilen yanıtların ortalama değerlerinin “kararsızım” ile “katılıyorum” arasında bir görüşe sahip oldukları görülmüştür. Ölçeğin genel ortalaması açısından bakıldığında ise sağlık çalışanlarının güvenli davranış açısından da olumlu bir yaklaşım içerisinde oldukları görülmüştür. Konu ile ilgili tanımlayıcı istatistikler çizelge 7.37’da yer almaktadır.

Çizelge: 7.37 Güvenli Davranış Ölçeği Tanımlayıcı İstatistikler

Güvenli Davranış Ölçeği Tanımlayıcı İstatistikler			
	N	Ortalama	Std. Sapma
İşimi yaptığım esnada bütün gerekli güvenlik ekipmanlarını kullanırım.	130	3,7385	1,00814
şimi yaparken uygun güvenlik prosedürlerini kullanırım.	130	3,8000	,99144
İşimi yaptığım esnada en yüksek güvenlik seviyelerini sağlarım	130	3,6154	1,02967
İşyeri için de güvenlik programlarını teşvik ederim.	130	3,7692	,96880
İşyeri güvenliğinin iyileştirilmesi için fazladan çaba harcarım.	130	3,6308	1,02025
İşyeri güvenliğinin iyileştirilmesine yönelik görevleri gönüllü olarak yaparım	130	3,6308	1,08648
ORTALAMA		3,6974	

Hasta Güvenliği Ölçeği tanımlayıcı istatistik açısından incelendiğinde de ölçeğe verilen yanıtların ortalama değerlerinin “kararsızım” ile “katılıyorum” arasında olduğu görülmüştür. Ölçeğin genel ortalaması açısından bakıldığında da sağlık çalışanlarının hasta güvenliği açısından da olumlu bir yaklaşım içerisinde oldukları görülmüştür. Konu ile ilgili tanımlayıcı istatistikler çizelge 7.38’da yer almaktadır.

Çizelge: 7.38 Hasta Güvenliği Ölçeği tanımlayıcı istatistikler

Hasta Güvenliği Ölçeği Tanımlayıcı İstatistikler			
	N	Ortalama	Std. Sapma
Bu birimde çalışanlar birbirini destekler	130	3,4538	1,10047
İş yükünü kaldırabilecek kadar personele sahibiz	130	2,5923	1,12544
Tamamlanması gereken çok acil bir iş olduğunda, takım halinde çalışarak o işi tamamlarız	130	3,5385	1,02037
Bu birimde çalışanlar birbirine saygıyla yaklaşırlar	130	3,6000	1,03878
Bu birimde çalışan personel hastanın en iyi şekilde bakımını sağlamak için çalışırlar	130	3,7846	,98031
Etkin bir biçimde hasta güvenliğini artırmak için elimizden geleni yaparız.	130	3,7154	,95831
Hastanın en iyi şekilde bakımı için daha çok geçici personel kullanıyoruz	130	3,0154	1,09250
Bu birimde bir bölüm gerçekten çok meşgul ise, diğerleri yardımcı olur	130	3,2538	1,06612
Birlikte çalışmak gerektiğinde hastane birimleri arasında iyi bir işbirliği vardır	130	3,0769	1,09697
Hastane birimleri hastaya en iyi bakımı sağlamak için etkin biçimde beraber çalışırlar	130	3,3154	1,06411
Hasta güvenliğini artırmaya yönelik bir değişim yaptıktan sonra, onun etkinliğini değerlendiririz	130	3,2846	,96637
Daha çok işin tamamlanması adına hasta güvenliğinden ödün vermeyiz.	130	3,3846	1,10940
Hataları önlemeye yönelik başarılı prosedür ve sistemlerimiz vardır	130	3,3077	,97921
Yapılan değişimlerle ilgili geri dönüşleri olay raporlama adı altında bir arada toplamaktayız	130	3,1538	,99970
Çalışanlar hasta bakımına yönelik olumsuz bir şeyler gördüğünde bunu özgürce dile getirebilir	130	3,1462	1,11447
Birimimizde gerçekleşen hataları bildiririz	130	3,5000	,95844
Bu birimde hataların tekrarlamasını engellemeye yönelik çözümler üretmek için kendi aramızda fikir alışverişinde bulunuruz	130	3,5462	1,07913
Çalışanlar kendisinden daha yetkili kişilerin aldığı ya da gerçekleştirdiği kararları özgürce sorgulayabilir	130	3,0615	1,11893
Hastane yönetiminin yaptıkları hasta güvenliğinin ne denli önemli olduğunu kanıtlar niteliktedir	130	3,1769	1,13072
Hastane yönetimi hasta güvenliğini teşvik eden iş ortamı sağlamaktadır	130	3,3231	1,02840
Hastane yönetimi hasta güvenliği konusunda istenmeyen bir olay gerçekleştiğinde olayla ilgilidir	130	3,4769	1,01321
Yöneticim/müdürüm hasta güvenliğini artırmaya yönelik çalışanların fikirlerini ciddiyetle dikkate alır	130	3,2308	1,16498
Yöneticim/müdürüm hasta güvenliğine yönelik prosedürleri göz önüne alarak bir işi tamamladığımızda bizleri takdir etmektedir	130	3,0846	1,18802
ORTALAMA		3,3054	

7.1.6 Anova Testi, t-Testi ve Regresyon Analizine Yönelik Bulgular

Bu çalışmada ikiden fazla gruba ayrılabilen yaş, eğitim durumu, gelir düzeyi ve meslek gibi kategorik değişkenlerden olan demografik veriler ile katılımcıların iş güvenliği farkındalığı, güvenli davranışı ve hasta güvenliği algısı arasında fark olup olmadığının belirlenmesi amacıyla One Way Anova testi yapılmıştır. One-way-anova testi öncesinde varyansların homojen dağılıp dağılmadığını görebilmek için homojenlik testi yapılmıştır. Homojenlik testi sonuçları çizelge 7.39'de yer almaktadır.

Çizelge: 7,39 Varyansların homojenliği testi

Kategorik Değişkenler	Bağımlı Değişkenler	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Yaş	İş Güvenliği Farkındalığı	1,210	4	125	,310
	Güvenli Davranış	2,209	4	125	,072
	Hasta Güvenliği	1,588	4	125	,182
Eğitim	İş Güvenliği Farkındalığı	,648	4	125	,630
	Güvenli Davranış	,305	4	125	,874
	Hasta Güvenliği	,962	4	125	,431
Gelir	İş Güvenliği Farkındalığı	2,677	5	124	,025
	Güvenli Davranış	2,609	5	124	,028
	Hasta Güvenliği	2,142	5	124	,065
Meslek	İş Güvenliği Farkındalığı	4,044 ^a	7	121	,001
	Güvenli Davranış	2,204 ^b	7	121	,038
	Hasta Güvenliği	1,685 ^c	7	121	,119

Varyansların homojen dağılıp dağılmadığının kontrolü amacıyla yapılan homojenlik testi sonuçlarına göre sig değerlerinin genel olarak $p>0,05$ koşulunu sağlamış olduğu görülmekte olup, elde edilen verilerin homojen dağıldığı kabul edilmiştir.

Homojenlik dağılımının arkasından gruplar arasında herhangi bir farklılaşmanın olup olmadığı, varsa iş güvenliği farkındalığı, güvenli davranış ve hasta güvenliği algıları ile yaş, eğitim düzeyi, gelir düzeyi ve meslek açısından, hangi gruplar arasında farklılığın olduğunu belirlemek için Post Hoc analizlerinden Tukey testi sonuçları incelenmiştir. Tukey testi sonuçları çalışmanın ekler bölümünde yer almaktadır. Yapılan test sonucunda;

- Yaş değişkeni açısından iş güvenliği farkındalığı p değerinin 0,233 olduğu ve iş güvenliği farkındalığının yaşıya göre anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı,
- Yaş değişkeni açısından güvenli davranış p değerinin 0,052 olduğu ve güvenli davranışın yaşıya göre anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı,
- Yaş değişkeni açısından hasta güvenliği p değerinin 0,620 olduğu ve hasta güvenliğinin yaşıya göre anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı,
- Eğitim değişkeni açısından iş güvenliği farkındalığı p değerinin 0,701 olduğu ve iş güvenliği farkındalığının eğitime göre anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı,
- Eğitim değişkeni açısından güvenli davranış p değerinin 0,226 olduğu ve güvenli davranışın eğitime göre anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı,
- Eğitim değişkeni açısından hasta güvenliği p değerinin 0,593 olduğu ve hasta güvenliğinin eğitime göre anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı,
- Gelir değişkeni açısından iş güvenliği farkındalığı p değerinin 0,261 olduğu ve iş güvenliği farkındalığının gelire göre anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı,
- Gelir değişkeni açısından güvenli davranış p değerinin 0,252 olduğu ve güvenli davranışın gelire göre anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı,
- Gelir değişkeni açısından hasta güvenliği p değerinin 0,334 olduğu ve hasta güvenliğinin gelire göre anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı,
- Meslek değişkeni açısından iş güvenliği farkındalığı p değerinin 0,010 olduğu ve iş güvenliği farkındalığının mesleğe göre anlamlı bir şekilde farklılaştığı,
- Meslek değişkeni açısından güvenli davranış p değerinin 0,138 olduğu ve güvenli davranışın mesleğe göre anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı,

- Meslek değişkeni açısından hasta güvenliği p değerinin 0,071 olduğu ve hasta güvenliğinin mesleğe göre anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı sonucu elde edilmiş olup, One Way Anova testi sonuçları çizelge 7.40'da yer almaktadır

Çizelge: 7.40 One Way Anova testi sonuçları

Kategorik Değişkenler	Bağımlı Değişkenler	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Yaş	İş Güvenliği Farkındalığı	5,017	4	1,254	1,415	,233
	Güvenli Davranış	6,068	4	1,517	2,418	,052
	Hasta Güvenliği	1,398	4	,350	,661	,620
Eğitim	İş Güvenliği Farkındalığı	1,997	4	,499	,548	,701
	Güvenli Davranış	3,711	4	,928	1,436	,226
	Hasta Güvenliği	1,480	4	,370	,700	,593
Gelir	İş Güvenliği Farkındalığı	5,839	5	1,168	1,317	,261
	Güvenli Davranış	4,327	5	,865	1,339	,252
	Hasta Güvenliği	3,010	5	,602	1,157	,334
Meslek	İş Güvenliği Farkındalığı	17,410	8	2,176	2,676	,010
	Güvenli Davranış	7,989	8	,999	1,580	,138
	Hasta Güvenliği	7,430	8	,929	1,870	,071

Ayrıca sağlık çalışanlarının görev yaptığı fakülte, cinsiyet, medeni durum ve hastalarla etkileşim durumunda olma gibi iki farklı durum alabilen kategorik değişkenlerin iş güvenliği farkındalığı, güvenli davranış ve hasta güvenliği algıları gibi bağımlı değişkenler üzerindeki etkisini görebilmek için Independent Samples t-test sonuçlarına bakılmıştır. Yapılan t testinde öncelikle varyansların homojen dağılıp dağılmadığı incelenmiştir.

- Sağlık çalışanlarının görev yaptığı fakülte açısından homojenlik testi sonuçlarına göre iş güvenliği farkındalığı p değeri 0,074, güvenli davranış p değeri 0,581, hasta güvenliği p değeri 0,014 olarak bulunmuş olup, iş güvenliği farkındalığı ve güvenli davranış açısından verilerin homojen dağıldığı kabl edilmiştir.

- Cinsiyet açısından homojenlik testi sonuçlarına göre iş güvenliği farkındalığı p değeri 0,001, güvenli davranış p değeri 0,049, hasta güvenliği p değeri 0,656 olarak bulunmuş olup, hasta güvenliği açısından verilerin homojen dağıldığı kabl edilmiştir.

- Medeni durum açısından homojenlik testi sonuçlarına göre iş güvenliği farkındalığı p değeri 0,552, güvenli davranış p değeri 0,667, hasta güvenliği p değeri 0,297 olarak bulunmuş olup, iş güvenliği farkındalığı, güvenli davranış ve hasta güvenliği açısından verilerin homojen dağıldığı kabul edilmiştir.

- Sağlık çalışanlarının hastalarla etkileşimi açısından homojenlik testi sonuçlarına göre iş güvenliği farkındalığı p değeri 0,062, güvenli davranış p değeri 0,047, hasta güvenliği p değeri 0,893 olarak bulunmuş olup, iş güvenliği farkındalığı ve hasta güvenliği açısından verilerin homojen dağıldığı kabul edilmiştir.

Kategorik değişkenlerden sağlık çalışanlarının görev yaptığı fakülte, cinsiyet, medeni durum ve sağlık çalışanlarının hastalarla etkileşiminin iş güvenliği farkındalığı, güvenli davranış ve hasta güvenliği gibi bağımlı değişkenlerin T-testi sonuçları da incelenmiştir.

Elde edilen bulgulara göre,

- Sağlık çalışanlarının görev yaptığı fakülte açısından iş güvenliği farkındalığı sig (2-tailed) değeri 0,151, güvenli davranış sig (2-tailed) değeri 0,180, hasta güvenliği sig (2-tailed) değeri 0,044 olarak bulunmuştur. Buna göre sağlık çalışanlarının görev yaptığı fakülte açısından iş güvenliği farkındalığı ve güvenli davranışta herhangi bir farklılaşmanın olmadığı, hasta güvenliği açısından gruplar arasında farkın olduğu,

- Cinsiyet açısından iş güvenliği farkındalığı sig (2-tailed) değeri 0,001, güvenli davranış sig (2-tailed) değeri 0,063, hasta güvenliği sig (2-tailed) değeri 0,034 olarak bulunmuştur. Buna göre cinsiyet açısından iş güvenliği farkındalığı ve hasta güvenliği açısından gruplar arasında farkın olduğu, güvenli davranış açısından ise herhangi bir farklılaşmanın olmadığı,

- Medeni durum açısından iş güvenliği farkındalığı sig (2-tailed) değeri 0,347, güvenli davranış sig (2-tailed) değeri 0,786, hasta güvenliği sig (2-tailed) değeri 0,883 olarak bulunmuştur. Buna göre medeni durum açısından iş güvenliği farkındalığı, güvenli davranış ve hasta güvenliği açısından gruplar arasında farklılaşmanın olmadığı,

- Sağlık çalışanlarının hastalarla etkileşimi açısından iş güvenliği farkındalığı sig (2-tailed) değeri 0,272, güvenli davranış sig (2-tailed) değeri 0,692, hasta güvenliği sig (2-tailed) değeri 0,775 olarak bulunmuştur. Buna göre medeni durum açısından iş güvenliği farkındalığı, güvenli davranış ve hasta güvenliği açısından gruplar arasında farklılaşmanın olmadığı anlaşılmıştır. Independent Samples t-Testi sonuçları çizelge 7.41’de yer almaktadır.

Çizelge: 7.41 Independent t testi sonuçları

Kategorik Değişkenler	Bağımlı Değişkenler	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means				
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference
Fakülte	İş Güvenliği Farkındalığı	3,244	,074	1,446	128	,151	,24691	,17075
				1,374	85,798	,173	,24691	,17965
	Güvenli Davranış	6,270	,581	1,348	128	,180	,19678	,14600
				1,334	98,163	,185	,19678	,14748
Hasta Güvenliği	6,270	,014	2,220	128	,028	,28643	,12900	
			2,046	77,518	,044	,28643	,13997	
Cinsiyet	İş Güvenliği Farkındalığı	11,678	,001	3,231	128	,002	,51936	,16074
				3,308	119,644	,001	,51936	,15699
	Güvenli Davranış	3,965	,049	1,854	128	,066	,26119	,14090
				1,876	127,310	,063	,26119	,13920
Hasta Güvenliği	,199	,656	2,148	128	,034	,26937	,12541	
			2,157	127,594	,033	,26937	,12489	
Medeni Durum	İş Güvenliği Farkındalığı	,356	,552	,944	128	,347	,16026	,16970
				,959	115,045	,340	,16026	,16710
	Güvenli Davranış	0,186	,667	,272	128	,786	,03953	,14541
				,271	107,669	,787	,03953	,14610
Hasta Güvenliği	1,096	,297	,148	128	,883	,01923	,13003	
			,144	99,171	,886	,01923	,13358	
Etkileşim	İş Güvenliği Farkındalığı	3,543	,062	1,103	128	,272	,27173	,24627
				,886	18,746	,387	,27173	,30656
	Güvenli Davranış	4,019	,047	,542	128	,589	,11435	,21111
				,402	18,184	,692	,11435	,28429
Hasta Güvenliği	,018	,893	,286	128	,775	,05412	,18890	
			,277	20,636	,785	,05412	,19548	

Ayrıca sağlık çalışanlarının iş güvenliği farkındalığı ve güvenli davranışının hasta güvenliği üzerindeki etkisi, regresyon analizi ile açıklanmaya çalışılmıştır. Bunun için katılımcıların iş güvenliği farkındalığı, güvenli davranış ve hasta güvenliği ölçeklerine vermiş oldukları yanıtların ortalama değerleri alınarak, enter yöntemi ile regresyon analizi yapılmıştır.

Regresyon analizinde iş güvenliği farkındalığı ve güvenli davranışı bağımsız değişken olarak düşünülmüş, bağımlı değişken olarak kabul edilen hasta güvenliği üzerinde etkisinin olup olmadığı araştırılmıştır. Regresyon analizi model özeti incelendiğinde R² değerinin sırasıyla; iş güvenliği farkındalığında 0,232, güvenli davranış algısında 0,368 değer aldığı gözlenmiştir. Bu verilere göre hasta güvenliğini; iş güvenliği farkındalığı %23,2 oranında, güvenli davranış algısını %36,8 oranında açıklayabilmektedir. Regresyon analizi model özeti çizelge 7.42’de yer almaktadır.

Çizelge: 7.42 Regresyon analizi model özeti

İş Güvenliğine Yönelik Algı	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
İş Güvenliği Farkındalığı	,482 ^a	,232	,226	,63642
Güvenli Davranış	,607 ^a	,368	,364	,57724

Anova testi sonuçları incelendiğinde de iş güvenliği farkındalığı ve güvenli davranış p değerlerinin 0,000 olduğu görülmüştür. Elde edilen bu sonuçlar modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğunu göstermektedir. Regresyon analizi Anova testi sonuçları çizelge 7.43’de yer almaktadır.

Çizelge: 7.43 Regresyon analizi Anova testi sonuçları

İş Güvenliğine Yönelik Algı	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
İş Güvenliği Farkındalığı	15,688	1	15,688	38,733	,000 ^b
Güvenli Davranış	24,883	1	24,883	74,678	,000 ^b

7.2 Tartışma

Sağlık hizmetleri sağlığın korunmasına yönelik olarak hastalıkların tedavi edilmesi, sakatlıkların ortadan kaldırılması, ihtiyaç olması durumunda tedavi ihtiyaçlarının karşılanması, toplum ve birey sağlığının iyileştirilerek daha iyiye götürülmesi için yapılan planlı sağlık düzenlemelerinin bütünüdür. Sağlık hizmetlerinin sunumunda gerekli etkinliğin sağlanması hizmetin daha iyi ve faydalı hale getirilmesi için özellikle son dönemlerde önemli çalışmalar yapılmaktadır. Toplum ve birey sağlığının korunması, sağlığın daha iyi hale getirilmesi ve toplumun yaşam kalitesinin iyileştirilmesi de devletin temel görevleri arasındadır. Kaliteli bir sağlık hizmet sunumu

elde edebilmek için ise hizmet kalitesinin ve hasta memnuniyetinin ön plana çıkarılması gerekmektedir.

Bu çalışmada iş güvenliği farkındalığı ve sağlık hizmetlerinin sunumu esnasında güvenli davranışın hasta güvenliğine etkisinin araştırılması amaçlanmıştır. Literatürde sağlık hizmetlerinde iş güvenliğine yönelik birçok çalışma bulunmaktadır. Fakat literatürde iş güvenliği farkındalığı ve sağlık hizmetlerinde güvenli davranışın hasta güvenliğine etkisinin araştırıldığı bir çalışma ile karşılaşılmemiştir. Bu yönü ile bu çalışma ilk olma özelliği taşımakta olup, çalışmada ilişkisel tarama modeli kullanılmış, sağlık kurumlarında sağlık çalışanlarının iş güvenliği farkındalığı, güvenli davranış algısı, hasta güvenliği algısı ve iş güvenliği farkındalığı ve güvenli davranış algısının hasta güvenliğine nasıl bir etki yarattığı sorularına cevap aranmıştır. Bu amaç çerçevesinde Konya ilinde yerleşik Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Diş Hekimliği Fakültelerinde görev yapan toplam 130 sağlık çalışanına anket uygulanmıştır.

Elde edilen bulgulara göre çalışmaya dahil edilen katılımcıların %62,3'ü Tıp Fakültesi, %37,7'si Diş Hekimliği Fakültesinde görev yapmakta olup, %46,9'u kadın, %53,1'ini erkekler oluşturmaktadır. Katılımcıların önemli bir bölümü (%70,0) 35 yaş altında ve evlidir (%60,0). Eğitim durumu açısından bakıldığında da katılımcıların önemli bir bölümü lisans (%54,6) ve yüksek lisans/doktora (%29,2) mezunudur. Çalışmaya katılanların yine önemli bir bölümü hekim ve hemşirelerden oluşmakta olup, katılımcıların %16,9'u hekim, %15,4'ü diş hekimi, %10,8'i hemşire, %7,7'si sağlık teknisyeni/teknikeri ve %7,7'si laboranttır. Katılımcılardan bulunduğu kurumda 0-5 yıl aralığında görev yapanların oranı %40,0 6-10 yıl aralığında görev yapanların oranı %27,7, 11-15 yıl aralığında görev yapanların oranı ise %16,9'dur. Elde edilen bulgular incelendiğinde sağlık çalışanlarının önemli bir bölümünün lisans ve üzeri akademik kariyere sahip olduğu, önemli bir bölümünün 35 yaşın altında olduğu ve çalışma yılının 15 yıldan az olduğu gözlenmiştir. Çalışmadan elde edilen bulgulardan bir tanesi ise çalışanların önemli bir bölümü (%86,9) hasta ile doğrudan etkileşim içerisindedir.

İş güvenliği farkındalığına yönelik bulgular katılıyorum ve kesinlikle katılıyorum şeklinde birlikte incelendiğinde; sağlık çalışanlarının %70,8'i iş güvenliği konusunda sorumluluklarını bilmekte, %78,4'ü güvenlik kurallarını anlamakta, %53,1'i güvenlik

sorunları ile baş edebilmekte, %74,6'sı güvenlik kurallarına her zaman uymakta, %80,8'i ise çalışma güvenliğinin önemli olduğunu düşündüğü sonucu elde edilmiştir. İş güvenliği farkındalığı ölçeği genel olarak değerlendirildiğinde güvenlik sorunları ile baş etme dışında iş güvenliği farkındalığının oldukça yüksek olduğu gözlenmiştir.

Güvenli davranış açısından incelendiğinde de katılımcıların %66,9'unun güvenlik ekipmanlarını kullandığı, %74,6'sının güvenlik prosedürlerini kullandığı, %59,2'sinin en yüksek güvenlik seviyesini sağladığı görülmüştür. Bunun yanı sıra katılımcıların %73,9'unun iş yerinde güvenlik programlarını teşvik ettiği, %65,4'ü iş yeri güvenliğinin iyileştirilmesi için fazladan çaba harcamakta, %61,5'i ise iş yeri güvenliğinin iyileştirilmesi çabalarına gönüllü katılmaktadır. Elde edilen bulgular incelendiğinde sağlık çalışanlarının güvenli davranışı açısından olumlu bir tablonun ortaya çıktığı gözlemlenmiştir.

Hasta güvenliğine yönelik bulgular incelendiğinde ise sağlık çalışanlarının %59,2'si birimde çalışanların birbirini desteklediği, %23,1'i iş yükünü kaldıracak kadar personel olduğu, %62,3'ü acil bir iş olduğunda takım halinde çalışarak işin tamamlandığını, %63,9'u çalışanların birbirine saygılı olduğunu, %73,8'i hasta bakımını en iyi şekilde yapmak için çalıştığı konusunda görüş bildirmişlerdir. Bunların dışında katılımcıların %67,7'si hasta güvenliğini arttırmak için ellerinden geleni yaptığı, %36,1'i hasta bakımında genellikle geçici personel kullanıldığı, %45,4'ü bölümün meşgul olması halinde diğer çalışanların yardımcı olduğu, %36,1'i birlikte çalışılması gerektiğinde hastane birimleri arasında iş birliği olduğu düşüncesindedirler. Ayrıca katılımcıların %50,0'ı hastaya en iyi bakımı sağlamak için hastane birimlerinin etkin biçimde birlikte çalıştığı, %46,2'si hasta güvenliğine yönelik değişimlerden sonra değerlendirme yapıldığı, %57,7'si hasta güvenliğinden ödün verilmediği, %50,0'si hataların önlenmesi için başarılı prosedür ve sistemlerinin olduğu, %38,5'i geri dönüşlerin olay raporlama adı altında değerlendirildiği görüşünde olduğu sonucu elde edilmiştir. Katılımcılardan %45,4'ü hasta bakımı ile ilgili olumsuzluk olduğunda bunu dile getirebildiği, %59,2'si oluşan hataları bildirdikleri, %63,8'i hataların tekrarlanmaması için fikir alışverişinde bulunduğunu, %40,8'i kendinden daha yetkili kişilerin kararlarını sorgulayabildiği, %46,1'i yönetimin yaptıklarının hasta güvenliğinin önemli olduğunu ortaya çıkardığı, %52,3'ü hastane yönetiminin hasta güvenliğini teşvik edici ortamı sağladığı, %58,5'i

hastane yönetiminin istenmeyen olaylarla ilgilendiği, %50,0'si yönetici ve müdürlerin hasta güvenliği konusundaki fikirleri ciddiye aldığı, %40,0'ı ise yönetici ve müdürlerin hasta güvenliği prosedürleri ile çalışıldığında çalışanların takdir edildiği konusunda görüş bildirmişlerdir. Elde edilen veriler incelendiğinde sağlık kurumlarında personel yetersizliğinin olduğu, hastane birimleri arasında koordinasyonun zayıf olduğu, geri dönüşler olsa da bunun yeterli düzeyde raporlanmadığı, hasta güvenliği noktasında gerek yönetsel, gerekse prosedürler ve sağlık çalışanlarının çalışma kapasitelerinin olumlu olduğu sonucu elde edilmiştir.

Bu çalışmada beş ifadeden oluşan iş güvenliği farkındalık ölçeği, altı ifadeden oluşan güvenli davranış ölçeği ve toplam yirmi üç ifadeden oluşan hasta güvenliği ölçeği kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistik açısından ölçeklerin ortalama değerleri incelendiğinde iş güvenliği ölçeği ölçek ortalama değerinin 3,7538, güvenli davranış ölçeği ortalama değerinin 3,6974, hasta güvenliği ölçeği ortalama değerinin ise 3,3054 olduğu görülmüştür. Ölçeklerin beşli Likert düzeninde olduğu düşünüldüğünde ölçeklere verilen yanıtların ortalamasının kararsızım ile katılıyorum arasında ve olumlu olduğu görülmüştür. Özkan ve Arpat (2015) tarafından Denizli ilinde işçilerin iş güvenliği kültürünün araştırıldığı çalışmada tanımlayıcı istatistikler açısından güvenlik farkındalığı ortalama değeri 4,19, güvenlik davranışı 3,59 olarak bulunmuştur.

Yaptığımız çalışmada yaş, eğitim, gelir ve meslek gibi kategorik değişkenlerin iş güvenliği farkındalığı, güvenli davranış algısı ve hasta güvenliği üzerinde farklılaşım farklılaşmadığı araştırılmıştır. Yaş değişkenine göre iş güvenliği farkındalığı, güvenli davranış algısı ve hasta güvenliği üzerinde herhangi bir farklılaşmanın olmadığı, eğitim değişkeni açısından iş güvenliği farkındalığı, güvenli davranış algısı ve hasta güvenliği üzerinde herhangi bir farklılaşmanın olmadığı, gelir değişkeni açısından iş güvenliği farkındalığı, güvenli davranış algısı ve hasta güvenliği üzerinde herhangi bir farklılaşmanın olmadığı, meslek değişkeni açısından ise güvenli davranış algısı ve hasta güvenliği üzerinde farklılaşmanın olmadığı, iş güvenliği farkındalığı üzerinde anlamlı bir farklılaşmanın olduğu görülmüştür. Uslu (2014)'ün iş güvenliği performansı ve iş güvenliği kültürü arasındaki ilişkinin araştırıldığı çalışmada güvenlik kültürünün yaşa göre farklılaşmadığı, güvenlik kültürünün eğitim durumuna göre farklılaştığı, güvenlik kültürünün çalışma süresine göre farklılaşmadığı, sonucu elde edilmiştir.

Bu çalışmada iş güvenliği farkındalığı ve güvenli davranışın hasta güvenliği üzerindeki etkisi araştırılmış, regresyon analizi sonucunda iş güvenliği farkındalığının hasta güvenliği üzerindeki etkisi %23,2 oranında, güvenli davranış algısının hasta güvenliği üzerindeki etkisi ise %36,8 oranı ile açıklanmıştır. Elde edilen bulgular iş güvenliği farkındalığı ve güvenli davranış algısının hasta güvenliği üzerinde etkili olduğunu göstermektedir. Dursun ve Keser (2014)'in iş güvenliği farkındalığı ile iş güvenliği algısı arasındaki ilişkiyi araştırdığı çalışmada güvenlik farkındalığının güvenlik uyumu üzerindeki etkisi %48,9, güvenlik farkındalığının güvenlik katılımı üzerindeki etkisi %27,3 olarak açıklanmıştır. Aytay vd (2017) tarafından metal sanayisinde çalışan kadınların risk algılarının araştırıldığı bir başka çalışmada ise iş güvenliği risk algısının güvenli tutum ve davranış üzerindeki etkisi %32,4 olarak açıklanmıştır.

8. SONUÇ ve ÖNERİLER

8.1 Sonuçlar

Bu bölümde araştırmadan elde edilen bulgular ışığında araştırma sorularına yönelik sonuçlar ortaya konulmaya çalışılmış ve öneriler geliştirilmiştir. Çalışmaya ait araştırma sonuçları ve elde edilen bulgular aşağıda yer almaktadır.

Araştırma Sorusu-1: Sağlık çalışanlarının iş sağlığı konusunda farkındalıkları yüksek midir?

Sağlık çalışanlarının iş sağlığı ölçeğinde yer alan ifadelerle verdiği yanıtlar incelendiğinde tanımlayıcı istatistik açısından ortalama değerlerinin (3,7538) ölçek ortalamasının üzerinde olduğu gözlemlenmiştir. Elde edilen bulgular sağlık çalışanlarının iş sağlığı konusundaki farkındalıklarının yüksek olduğunu göstermektedir.

Araştırma Sorusu-2: Sağlık çalışanları iş sağlığı konusunda güvenli davranış sergilemekte midir?

Sağlık çalışanlarının anket formunda yer alan güvenli davranış ölçeğine vermiş olduğu yanıtlar incelendiğinde ise tanımlayıcı istatistik açısından güvenli davranış ölçeği ortalama değerlerinin (3,6974) ölçek ortalamasının üzerinde olduğu gözlemlenmiştir. Elde edilen bulgular sağlık çalışanlarının iş sağlığı konusunda güvenli davranış sergilediklerini ortaya koymaktadır.

Araştırma Sorusu-3: Sağlık çalışanları sağlık hizmetlerini yerine getirirken hasta güvenliğine önem vermekte midir?

Sağlık çalışanları anket formunda yer alan hasta güvenliği ölçeğine vermiş olduğu yanıtlar incelendiğinde de tanımlayıcı istatistik açısından hasta güvenliği ölçeği

ortalama değerinin 3,3054 olduğu görülmüstür. Elde edilen bulgular ışığında sağlık çalışanlarının hasta güvenliğine önem verdikleri düşüncesi oluşmuştur.

Araştırma Sorusu-4: Sağlık alışanlarının iş sağlığı ve güvenliği algıları ile hasta güvenliği arasında ilişki var mıdır?

Yapılan regresyon analizi sonucunda iş güvenliği farkındalığının hasta güvenliği üzerindeki etkisi araştırılmış (izelge: 7.42), elde edilen bulgulara göre iş güvenliği farkındalığının hasta güvenliği üzerinde olumlu etkisi olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Araştırma Sorusu-5: Sağlık alışanlarının güvenli davranış algıları ile hasta güvenliği arasında ilişki var mıdır?

Regresyon analizi sonucunda güvenli davranışın hasta güvenliği üzerindeki etkisi araştırılmış (izelge: 7.42), elde edilen bulgulara göre güvenli davranışın hasta güvenliği üzerinde olumlu etkisi olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

8.2 neriler

Sonuçlarla ilgili öneriler aşağıda yer almaktadır.

- Sağlık kurumları insan hayatı ile doğrudan ilişkili hizmet sunan kurumlar olduğu gibi iş sağlığı ve güvenliği açısından yüksek risk grubunda olan kurumlar arasındadır. Sağlık kurumlarının bu özelliği göz önünde bulundurularak çalışanların iş sağlığı ve güvenliği konusunda yeterince bilgilendirilmesi, düzenli eğitimlere tabi tutulması ve bilinçlendirilmesi gerekmektedir.

- Sağlık kurumları yapısal olarak karmaşık bir yapıya sahip olan kurumlar arasındadır. Sağlık kurumlarının bu özelliği göz önünde bulundurularak, hasta güvenliğinin en iyi şekilde sağlanabilmesi için iyi bir organizasyonun yanında uygun iş sağlığı ve güvenliği prosedürlerin ihtiyaç duyulmaktadır.

- Literatürde iş sağlığı farkındalığı ve güvenli davranışın hasta güvenliği üzerindeki etkisinin araştırıldığı bir çalışma ile karşılaşılmanıştır. Üniversite bünyesinde bulunan sağlık kurumları ile ilgili yürütülen bu çalışmanın dışında, Sağlık Bakanlığına bağlı kurumlarda da benzer çalışmaların yürütülmesi ileride yapılacak çalışmalar açısından önem taşımaktadır.



KAYNAKLAR

- Abrahams, J. (2011). *Safe hospitals: Prepared for Emergencies and disasters. Developed by the World Health Organization, United Kingdom Health Protection Agency and Partners*, 14 Eylül 2019 tarihinde www.who.int/hac/events/drm_fact_sheet_safe_hospitals.pdf adresinden erişildi.
- Akbelen, M.M. (2007). *Sağlık hizmetlerinde özelleştirme ve Isparta ili üzerine bir araştırma*. Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta.
- Akbolat, M. (2017). *Hastanelerde Bina Yönetimi*. Sakarya Üniversitesi Sağlık İşletmeleri Yönetimi, 14 Eylül 2019 tarihinde content.ims.sabis.sakarya.edu.tr/uploads/55492/36709/11._hafta_hastanelerde_bina_yonetimi.pdf adresinden erişildi.
- Akdağ, R. (2008). Türkiye sağlıkta dönüşüm programı ve temel sağlık hizmetleri. *Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Dönüşüm*, Kasım 2002-2008, (ss. 13-20), Ankara.
- Akdur, R. (2005). *Türkiye’de sağlık hizmetleri ve Avrupa Topluluğu ülkeleri ile kıyaslanması*. Ankara Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara.
- Akkaya, G. (2007). *Avrupa Birliği ve Türk mevzuatı açısından sağlık kuruluşlarında iş sağlığı, iş güvenliği, meslek hastalıkları ve bir araştırma*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Aksoy, R. (2005). Zonguldak’ta ayakta tedavi tüketicilerinin sağlık hizmeti kalite değerlemesi. *Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 1(1), 91-104.
- Akyurt, N. (2007). *Hastanelerde akreditasyon standartları: İstanbul’daki özel hastanelerin radyoloji yöneticilerinin standartları ne ölçüde yerine getirildiği konusundaki görüşlerine ilişkin bir araştırma*. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Altay, A. (2016). Sağlık Hizmetlerinin sunumunda yeni açılımlar ve Türkiye açısından değerlendirilmesi. *Sayıştay Dergisi*, 64, 33-58.
- Aren, A. (2008). Ameliyathanede çalışan ve hasta güvenliği. *İstanbul Tıp Dergisi*, 3, 141-45.
- Aslantekin, F, Gökteş, B, Uluşen, M ve Erdem, R. (2007). Sağlık hizmetlerinde kalite deneyimi: Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi örneği. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2(6), 55-70.
- Ataç, A. (2009). İletişim, tıp etiği ve tıp uygulamalarında yansımaları. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 40(2), 89-95.
- Ayaz, H.A. (2002). Toplam kalite yönetimi ve sağlık sektörü. *T Klin Psikiyatrisi*, 3, 19-26.
- Aydemir, İ. (2010). *Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerde hasta hakları uygulamalarının değerlendirilmesi*. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Aygün, M.S. (2014). *Hizmet kalitesinin öğrenci memnuniyeti üzerindeki etkisi: Bitlis Eren Üniversitesi örneği*. Yüksek Lisans Tezi, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kahramanmaraş.
- Aytaç, S., Özok, A.F., Yamankaradeniz, N., Akalp, G., Çankaya, O., Gökçe, A ve Tüfekçi, U. (2017). İSG kültürü oluşmasında metal sanayinde çalışan kadınların risk algısı üzerine bir araştırma. *Mühendislik Bilimleri ve Tasarımı Dergisi*, 5, 59-67.
- Bakar, M. (2016). *Türk toplumunda tıbbi malpraktis, hekimler ve sağlık personeline güven*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü, İstanbul.
- Başbakanlık, (2019). *Mevzuat bilgi sistemi*. Mevzuat Geliştirme ve Yayın Genel Müdürlüğü, 14 Eylül 2019 tarihinde <http://mevzuat.basbakanlik.gov.tr/Yonetmelikler.aspx> adresinden erişildi.

- Batı, G.F ve Tutar, E. (2016). Örgütsel güven kavramı, özellikleri ve yararları. *EYSAD*, 1(2), 35-41.
- Biçkes, M. (2000). Sağlık hizmetlerinde toplam kalite yönetimi. *Standart Ekonomik ve Teknik Dergisi*, 39(458), 30.
- Ceylan, H. (2011). Türkiye'deki iş kazalarının genel görünümü ve gelişmiş ülkelerle kıyaslanması. *International Journal of Engineering Resourch and Development*, 3(2), 18-24.
- Çalım, Ö. (2016). *Tıbbi müdahalelerde hekimin aydınlatma yükümlülüğü*. 14 Eylül 2019 tarihinde <http://www.kdhukuk.com/tibbi-mudahalede-hekimin-aydinlatma-yukumlulugu/> adresinden ulaşıldı.
- Çatı, K ve Yılmaz, A. (2002). Hastaların hastane hizmetlerinin kalitesinin algılama düzeylerinin ölçümüne yönelik bir araştırma. *Pazarlama Dünyası*, 16(4), 46-53.
- Çavuş, M.F ve Gemici, E. (2013). Sağlık Sektöründe toplam kalite yönetimi. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 1(1), 238-57.
- Çetin, T. (2009). Sağlık hizmetlerinin regülasyonu ve Sağlık Bakanlığının rolü. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Platformu, 14 Eylül 2019 tarihinde <http://www.sdplatform.com/Dergi/174/Saglik-hizmetlerinin-regulasyonu-ve-Saglik-Bakanliginin-rolu.aspx> adresinden erişildi.
- Çiçek, R ve Doğan, İ.C. (2009). Müşteri memnuniyetinin artırılmasında hizmet kalitesinin ölçülmesine yönelik bir araştırma: Niğde ili örneği. *Afyon Kocatepe Üniversitesi İİBF Dergisi*, 119-217.
- Dedeoğaç, E. (2010). *Hasta hakları açısından hekim sorumluluğu*. 14 Eylül 2019 tarihinde <http://enderdedeoagac.blogspot.com.tr/2010/07/hasta-haklar-acsndan-hekimin.html> adresinden erişildi.
- Demircan, N ve Ceylan, A. (2003). Örgütsel güven kavramı: Nedenleri ve sonuçları. *Celal Bayar Üniversitesi İİBF Yönetim ve Ekonomi Dergisi*, 10(2), 139-46.
- Demirel, A. (2013). *Sağlık hizmetleri yönetiminde sağlık bilgi sistemleri ve kullanım modülleri*. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Dokuzoğuz, B. (2008). *Sağlık çalışanlarının meslek riskleri ve kontrolü*. Onuncu Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, 5-19 Ekim, Antalya.
- Duggirala, M, Rajendran, C ve Anantharaman, R. (2008). Patient perceived dimensions of total quality service in healthcare, *An International Journal*, 15(5), 560-83.
- Dursun, Y ve Çerçi, M. (2004). Algılanan sağlık hizmeti kalitesi, algılanan değer, hasta tatmini ve davranışsal niyet ilişkileri üzerine bir araştırma. *Erciyes Üniversitesi İktisadi İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 23, 1-16.
- Dursun, S ve Keser, A. (2014). İş güvenliği farkındalığı ve iş güvenliği davranışları arasındaki ilişkinin araştırılması: Uygulamalı bir araştırma. *Çalışma İlişkileri Dergisi*, 5(2), 1-9.
- Eleren, A, Bektaş, Ç ve Görmüş, A.Ş. (2007). Hizmet sektöründe hizmet kalitesinin SERVQUAL yöntemi ile ölçülmesi ve hazır yemek işletmesinde bir uygulama. *Finans Politik ve Ekonomik Yorumlar*, 44(514), 75-88.
- Federal Ministry of Health, (2019). *Patient safety takes the front seat*. 14 Eylül 2019 tarihinde <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/english-version/international/patient-safety-summit-2017.html> adresinden erişildi.
- Filiz, E. (2009). *Hastanede hasta güvenliği kültürü algılamasının ve sağlık çalışanları ile toplumun hasta güvenliği hakkındaki tutumunun belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.

- Fişek, A.G. (2014). *İş Kazalarının maliyeti*. 14 Eylül 2019 tarihinde www.isguvenligi.net/2014-is-kazalarinin-maliyeti/ adresinden erişildi.
- Flin, R. (2007). Measuring safety culture İn healthcare: A case for accurate diagnosis. *Safety Science*. 45, 653-67.
- Fukuyama, F. (2005). Güven: Sosyal erdemler ve refahın yaratılması. (ss. 19-65), Ankara: Türkiye İş Bankası Yayınları.
- Gülkaya, A. (2009). *Hacettepe Üniversitesi (HÜ) erişkin hastanesinde yapılan akreditasyon çalışmaları sürecinde, yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin hasta güvenliği konusunda bilgi düzeyleri*. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Gürkan, S. (2015). *Sağlık hizmet kalitesi iyileştirmede hata tür ve Etileri analizi: İstanbul'da bir üniversite hastanesi örneği*. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Güven, M. (2014). *Hasta güvenliği ve tıbbi hatalar Antalya Atatürk Devlet Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin hasta güvenliği ihlali ve tıbbi hata tanıklıkları*. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Hamzaoğlu, O. (2010). Sağlık nedir? nasıl tanımlanmalıdır?. *Toplum ve Hekim Dergisi*, 25(6), 403-10.
- Hayran, O ve Sur, H. (1997). Sağlık hizmetlerinde hasta tatmini: Hastane yöneticiliği. (ss. 61-87), İstanbul: Nobel Tıp kitapçevleri.
- HKS Okulu, (2019). *HKS ile ilgili mevzuatlar*. 14 Eylül 2019 tarihinde <http://www.kalite.saglik.gov.tr/Eklenti/4417,sks-ile-iliskili-mevzuatlarpdf.pdf?0> adresinden erişildi.
- HSE, 2019. *Work related ill health and occupational disease*. 14 Eylül 2019 tarihinde <http://www.hse.gov.uk/statistics/causdis/index.htm> adresinden erişildi.
- Hsu, C.J. (2011). An analysis of the new global strategy and action on occupational safety and health of the International Labour Organization. *Journal of Occupational Safety and Health*, 19, 183-98.
- ILO, (2019). *Labour force participation rate-2015*. 14 Eylül 2019 tarihinde http://www.ilo.org/ilostat/faces/oracle/webcenter/portalapp/pagehierarchy/Page3.jspx:ILOSTATCOOKIE=vDEigUQowCcbK-278VKNTp3KT35inmiOCF2enAaYJLHkoSssDKJb!2022176533?MBI_ID=15&_afLoop=193741319361492&_afWindowMode=0&_afWindowId=null#!%40%40%3F_afWindowId%3Dnull%26_afLoop%3D193741319361492%26MBI_ID%3D15%26_afWindowMode%3D0%26_adf.ctrl-state%3D3ms2zacfu_4 adresinden erişildi.
- International Labour Organization, (2019). *Safety and health at work*. 14 Eylül 2019 tarihinde <http://www.ilo.org/global/topics/safety-and-health-at-work/lang--en/index.htm> adresinden erişildi.
- İnanır, İ ve Serbest, Ş. (2009) *Hasta güvenliği kursu eğitim kitapçığı*. 6. Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi, 3-6 Mayıs 2009, Aydın.
- İşler, N. (2014). Uluslararası kaynaklar ve 6331 sayılı iş sağlığı ve güvenliği kanunu. *Çalışma Dünyası Dergisi*, 2(2), 53-65.
- JCI, 2019. *International patient safety goals*. 14 Eylül 2019 tarihinde http://www.jointcommissioninternational.org/assets/3/7/JCI_Infographic_IPSG.pdf adresinden erişildi.
- KALDER. (2019). *Toplam kalite yönetimi*. 14 Eylül 2019 tarihinde http://www.kalder.org/toplam_kalite_yonetimi adresinden erişildi.

- Karaca, Ş.B. (2014). *Sağlık hizmetlerinde kalite yönetimi ve hasta beklentileri konusunda bir uygulama: Aydın Devlet hastanesi üzerine bir çalışma*. Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Aydın.
- Karadeniz, O. (2012). Dünyada ve Türkiye’de iş kazaları ve meslek hastalıkları ve sosyal koruma yetersizliği. *Çalışma ve Toplum Dergisi*, 3, 15-75.
- Karaman, B. (2014). *Sağlık kurumlarında iş sağlığı ve güvenliği*. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. İstanbul.
- Kaya, S. (2003). Sağlık hizmetlerinde kalite yönetimi: Çeşitli ülkelerdeki uygulamalara genel bir bakış. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 6(2), 2.
- Kıdak, L.B, Nişancı. Z.N ve Burmaoğlu, S. (2015). Sağlık hizmetlerinde kalite ölçümü. *Yönetim ve Ekonomi Dergisi*, 22(2), 483-500.
- Koç, M ve Akbıyık, N. (2011). Türkiye’de iş kazalarının maliyetleri ve çözüm önerileri. *Akademik Yaklaşımlar Dergileri*, 2(2), 129-75.
- Kohn, L.T ve Corrigan, J.M. (2000). *Toerr is human: Building a safer healthsystem*. Washington DC: National Academy Press.
- Kotler, P. (2005). *Marketing management*. The Millennium Edition, Prentice Hall, New Jersey.
- Kovancı, A. (2004). Toplam kalite yönetimi ama nasıl? (ss. 79), İstanbul.
- MBS, (2019). *Dünyada iş sağlığı ve güvenliği*. 14 Eylül 2019 tarihinde <http://www.ihaledanismani.com/urun/dunyada-is-sagliği-ve-guvenliği/> adresinden erişildi.
- McCullough, C. (2009). *Evidence based design for healthcare facilities*. Sigma Theta Tau International.
- Michalos, AC, Zumbo, BD ve Hubley, A. (2000). Health and the quality of life. *Social Indicators Research*, 51, 245-286.
- Oğuz, Y. (1997). Hasta hakları alanındaki gelişmeler ve değişen değerler. *Türkiye Klinikleri Tıbbi Etik*, 5, 50-5.
- Okay, A. (2009). *Sağlık iletişimi: Temel kavramlar ve prensipler*. İstanbul: Mediacat Kitapları.
- OSGB Air Clinic, (2019). *Dünyada ve Türkiye’de iş sağlığı ve güvenliği*. 14 Eylül 2019 tarihinde <http://airclinosgb.com/dunyada-ve-turkiyede-is-sagliği-ve-guvenliği/> adresinden erişildi.
- Öner, S. (2014). *İş sağlığı, iş güvenliği, sağlık çalışanları*. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Özdil, N. (2010). *JCI akreditasyonu olan özel hastanelerde personel temini ve uygulaması*. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Özkan, Ö ve Emiroğlu, O.N. (2006). Hastane sağlık çalışanlarına yönelik işçi sağlığı ve iş güvenliği hizmetleri. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10 (3), 43-51.
- Özkan, Y ve Arpat, B. (2015). Mavi yakalılarda güvenlik kültürü algısı: Denizli ili kablo imalat endüstrisi örneği. *Siyaset, Ekonomi ve Yönetim Araştırmaları Dergisi*, Özel Sayı, 205-40.
- Öztürk, H, Babacan, E ve Özdağ Anahar, E. (2012). Hastanelerde çalışan sağlık personelinin iş güvenliği. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(4), 254.
- Öztürk, N, Ayan, B, Keser, M ve Halaç, E. (2014). *JCI’nın tesis yönetimi ve güvenliğine bakış açısı*. Tıp Teknolojileri Ulusal Kongresi, 25-27 Eylül 2014, Kapadokya.

- Resmi Gazete, 09.11.1982. 17863 sayılı “Türkiye Cumhuriyeti Anayasası”.
- Resmi Gazete, 01.08.1998. 23420 sayılı “Hasta Hakları Yönetmeliği”.
- Sağlık Bakanlığı, 2016. *Genel sağlık istatistikleri özet bilgileri*. 14 Eylül 2019 tarihinde <http://rapor.saglik.gov.tr/istatistik/rapor/> adresinden erişildi.
- Satı, S. (2017). *İdarenin kusursuz sorumluluğu*. 14 Eylül 2019 tarihinde http://www.turkhukuk sitesi.com/makale_744.htm adresinden ulaşıldı.
- Sayek, F. (2011). *Hasta güvenliği: Türkiye ve dünya*. (Birinci Baskı), Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları.
- Sosyal Sigortalar Kurumu, (2019). *Sosyal Güvenlik Kurumu İstatistik Yıllıkları-2017*. 14 Eylül 2019 tarihinde http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/istatistik/sgk_istatistik_yilliklari adresinden erişildi.
- Sungur, A. (2007). Sağlık kurumlarında değişen paradigmlar ve iyileştiren hastane kavramının mimari tasarım açısından irdelenmesi. *Megaron*, 2(1).
- Şahin, B. (2010). *Hastane yönetim süreçleri ve sağlık yönetim bilgi sistemleri*. Yüksek Lisans Tezi, Kadir Has Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Şeker, E. (2015). *Bir kamu üniversitesi kimya laboratuvarlarının iş güvenliği açısından incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Okan Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Şirin, Ş.Ö. (2014). *Bilgi ve iletişim teknolojilerinin sağlık sektörüne etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Tan, O. (2014). *İş kazalarının maliyeti*. Erişim Tarihi: 14 Eylül 2019 tarihinde arsiv.mmo.org.tr/pdf/11242.pdf adresinden erişildi.
- Tansüyer, T. (2009). *Hasta güvenliği ve tıbbi hatalar konusunda sağlık personellerinin görüşlerini belirlemeye yönelik bir alan araştırması*. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Thom, D.H ve Campbell, B. (1997). Patient physician trust: An exploratory study. *The Journal of Family Practice*. 44(2), 169-76.
- Tunç, İ. (2013). *Sağlık sektöründe iş sağlığı ve güvenliği*. 14 Eylül 2019 tarihinde http://www.academia.edu/5875532/Saglik_Sektorunde_Iş_Sagligi_ve_Guvenligi adresinden erişildi.
- Uçak, A. (2009). *Sağlık personelinin maruz kaldığı iş kazaları ve geri bildirimlerin değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyonkarahisar.
- United States Department of Labor, (2019). *Injuries, Illnesses, and fatalities*. 14 Eylül 2019 tarihinde <https://www.bls.gov/iif/oshwc/osh/os/as-chart-data-2015.htm> adresinden erişildi.
- Us, N.C. (2014). Evde sağlık hizmeti alan kişilerde yaşam kalitesi ve hasta memnuniyeti. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 17(1), 59-75.
- Uslu, V. (2014). İşletmelerin iş güvenliği performansı ve iş güvenliği kültürü algılamaları arasındaki ilişki: Eskişehir ili metal sektöründe bir araştırma. Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eskişehir.
- Varinli, İ ve Çakır, A. (2004). Hizmet kalitesi, değer, hasta tatmini ve davranışsal niyetler hakkındaki ilişki: Kayseri’de poliklinik hastalarına yönelik bir araştırma. *Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 17(2), 33-52.

- WHO, (2004). *Guidelines for vulnerability reduction in the design of new health facilities*. PAHO/World Bank, Washington DC, April 2004, 14 Eylül 2019 tarihinde www1.paho.org/english/dd/ped/VulnerabilityReduction.pdf adresinden erişildi.
- WHO, (2011). *Patient safety curriculum guide: Multi Professional edition*. 14 Eylül 2019 tarihinde http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44641/1/9789241501958_eng.pdf?ua=1 adresinden erişildi.
- WHO, (2015). *Comprehensive safe hospital framework*. 14 Eylül 2019 tarihinde <http://www.who.int/hospitals/en/> adresinden erişildi.
- WHO, (2017). *Constitution of WHO: principles*. 14 Eylül 2019 tarihinde <http://www.who.int/about/mission/en/> adresinden erişildi.
- WHO, 2019. *Constitution of WHO: principles*. 14 Eylül 2019 tarihinde <http://www.who.int/about/mission/en/> adresinden erişildi.
- Wolf, Z.B ve Hugles, R.G. (2008). *Error reporting and disclosure*. 14 Eylül 2019 tarihinde <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2652/> adresinden erişildi.
- Yalçın, Ş ve Acar, A. (2010). Avrupa birliği ülkelerinde hasta güvenliği ve güvenli hastane ilişkisi. II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi kitabı, 28 Nisan-1 Mayıs, (ss. 12-26), Ankara.
- Yaş, S.Z. (2009). *Toplam kalite yönetimi anlayışının sağlık sektöründe uygulanması: Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi ile Edirne Devlet Hastanesi'nin karşılaştırılması*. Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Edirne.
- Yegül, S. (2007). *Sistem analizi ders notları*. ss. (25-26), İstanbul.
- Yıldırım, İ. (2001). *Yönetim bilimlerine giriş*. Basılmış ders notları, (ss. 88), Sivas.
- Yılmaz, F. (2015). Türkiye'de İş Sağlığı ve Güvenliği teftişlerinin istatistiksel açısından değerlendirilmesi. *İş, Güç Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi*, 17(2), 76-91.
- Yiğit, A. (2008). *İş sağlığı ve güvenliği*. Bursa.

EKLER

Sağlık çalışanlarının iş güvenliği farkındalığı ile güvenli davranışlarının hasta güvenliğine etkisinin araştırılması amacıyla yürütülen bu çalışma, tamamen bilimsel araştırma için kullanılacaktır. Bu nedenle ankette yer alan ifadelere içtenlikle yanıt vermeniz büyük önem taşımaktadır. Katılımınız ve içtenliğiniz için şimdiden teşekkür ederim.

Mehmet Ali ERKAL
Araştırmacı

A) DEMOGRAFİK SORULAR

1) Cinsiyetiniz	<input type="checkbox"/> Kadın	<input type="checkbox"/> Erkek	
2) Yaşınız	<input type="checkbox"/> 18-25 yaş	<input type="checkbox"/> 26-35 yaş	<input type="checkbox"/> 36-45 yaş
	<input type="checkbox"/> 46-55 yaş	<input type="checkbox"/> 56 yaş ve üstü	
3) Medeni durumunuz	<input type="checkbox"/> Bekar	<input type="checkbox"/> Evli	
5) Eğitim durumunuz nedir?	<input type="checkbox"/> İlköğretim	<input type="checkbox"/> Ortaöğretim	<input type="checkbox"/> Lisans
	<input type="checkbox"/> Yük. lisans	<input type="checkbox"/> Doktora	
4) Gelir düzeyiniz nedir?	<input type="checkbox"/> 2.500 ve altı	<input type="checkbox"/> 2.501-3.500	<input type="checkbox"/> 3.501-4.500
	<input type="checkbox"/> 4.501-5.500	<input type="checkbox"/> 5.501-6.500	<input type="checkbox"/> 6.501 ve üzeri
5) Mesleğiniz	<input type="checkbox"/> Hekim	<input type="checkbox"/> Diş hekimi	<input type="checkbox"/> Hemşire
	<input type="checkbox"/> Sağlık Tekn.	<input type="checkbox"/> Sağlık Memuru	<input type="checkbox"/> İdari Personel
	<input type="checkbox"/> Laborant	<input type="checkbox"/> Teknik Pers.	<input type="checkbox"/> Kadrolu İşçi
6) Meslekte çalışma süreniz	<input type="checkbox"/> 0-5 yıl	<input type="checkbox"/> 6-10 yıl	<input type="checkbox"/> 11-15 yıl
	<input type="checkbox"/> 16-20 yıl	<input type="checkbox"/> 21-25 yıl	<input type="checkbox"/> 26 yıl ve üzeri
7) İş yaşamınız gereği hastalarla etkileşim içindemisiniz	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	

B) İŞ GÜVENLİĞİ FARKINDALIK ÖLÇEĞİ

Aşağıda yer alan ifadeleri katılım derecenize göre uygun seçeneği işaretleyiniz.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1) İşyerimde güvenlik konusunda sorumluluklarımın ne olduğunu biliyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) İşimin gerektirdiği güvenlik kurallarını anlıyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) İş yerimdeki güvenlik sorunlarıyla baş edebiliyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Güvenlik kurallarına her zaman uyuyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Çalışırken güvenliğin en önemli şey olduğunu düşünüyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C) GÜVENLİ DAVRANIŞ ÖLÇEĞİ					
Aşağıda yer alan ifadeleri katılım derecenize göre uygun seçeneği işaretleyiniz.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1) İşimi yaptığım esnada bütün gerekli güvenlik ekipmanlarını kullanırım.	()	()	()	()	()
2) İşimi yaparken uygun güvenlik prosedürlerini kullanırım.	()	()	()	()	()
3) İşimi yaptığım esnada en yüksek güvenlik seviyelerini sağlarım.	()	()	()	()	()
4) İşyeri için de güvenlik programlarını teşvik ederim.	()	()	()	()	()
5) İşyeri güvenliğinin iyileştirilmesi için fazladan çaba harcarım.	()	()	()	()	()
6) İşyeri güvenliğinin iyileştirilmesine yönelik görevleri gönüllü olarak yaparım.	()	()	()	()	()

D) HASTA GÜVENLİĞİ ÖLÇEĞİ					
Aşağıda yer alan ifadeleri katılım derecenize göre uygun seçeneği işaretleyiniz.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1) Bu birimde çalışanlar birbirini destekler	()	()	()	()	()
2) İş yükünü kaldırabilecek kadar personele sahibiz	()	()	()	()	()
3) Tamamlanması gereken çok acil bir iş olduğunda, takım halinde çalışarak o işi tamamlarız	()	()	()	()	()
4) Bu birimde çalışanlar birbirine saygıyla yaklaşırlar	()	()	()	()	()
5) Bu birimde çalışan personel hastanın en iyi şekilde bakımını sağlamak için çalışırlar	()	()	()	()	()
6) Etkin bir biçimde hasta güvenliğini artırmak için elimizden geleni yaparız.	()	()	()	()	()
7) Hastanın en iyi şekilde bakımı için daha çok geçici personel kullanıyoruz	()	()	()	()	()
8) Bu birimde bir bölüm gerçekten çok meşgul ise, diğerleri yardımcı olur	()	()	()	()	()
9) Birlikte çalışmak gerektiğinde hastane birimleri arasında iyi bir işbirliği vardır	()	()	()	()	()
10) Hastane birimleri hastaya en iyi bakımı sağlamak için etkin biçimde beraber çalışırlar	()	()	()	()	()
11) Hasta güvenliğini artırmaya yönelik bir değişim yaptıktan sonra, onun etkinliğini değerlendiririz	()	()	()	()	()
12) Daha çok işin tamamlanması adına hasta güvenliğinden ödün vermeyiz.	()	()	()	()	()
13) Hataları önlemeye yönelik başarılı prosedür ve sistemlerimiz vardır	()	()	()	()	()
14) Yapılan değişimlerle ilgili geri dönüşleri olay raporlama adı altında bir arada toplamaktayız	()	()	()	()	()

15) Çalışanlar hasta bakımına yönelik olumsuz bir şeyler gördüğünde bunu özgürce dile getirebilir	()	()	()	()	()
16) Birimimizde gerçekleşen hataları bildiririz	()	()	()	()	()
17) Bu birimde hataların tekrarlamasını engellemeye yönelik çözümler üretmek için kendi aramızda fikir alışverişinde bulunuruz	()	()	()	()	()
18) Çalışanlar kendisinden daha yetkili kişilerin aldığı ya da gerçekleştirdiği kararları özgürce sorgulayabilir	()	()	()	()	()
19) Hastane yönetiminin yaptıkları hasta güvenliğinin ne denli önemli olduğunu kanıtlar niteliktedir	()	()	()	()	()
20) Hastane yönetimi hasta güvenliğini teşvik eden iş ortamı sağlamaktadır	()	()	()	()	()
21) Hastane yönetimi hasta güvenliği konusunda istenmeyen bir olay gerçekleştiğinde olayla ilgilidir	()	()	()	()	()
22) Yöneticim/müdürüm hasta güvenliğini artırmaya yönelik çalışanların fikirlerini ciddiyle dikkate alır	()	()	()	()	()
23) Yöneticim/müdürüm hasta güvenliğine yönelik prosedürleri göz önüne alarak bir işi tamamladığımızda bizleri takdir etmektedir	()	()	()	()	()

ANKET BİTMİŞTİR.

TEŞEKKÜRLER...

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLERİ:

-Adı Soyadı : Mehmet Ali ERKAL
-Adres : S.Ü.Tıp Fakültesi Hasatanesi
-E-Mail : malierkal@selcuk.edu.tr

AKADEMİK HAYATI:

Lise : Seydişehir End. Meslek Lisesi 1976-1979
Ön Lisans : S.Ü. Meslek Yük. Okulu Harita Kadastro Bl. 1981-1983
Lisans : S.Ü. Mühendislik Fak. Harita Mühendisliği 1994-2010
Yüksek Lisans : S.Ü. İş Sağlığı ve Güvenliği (Tezsiz) 2010-2012
Yüksek Lisans : Rumeli Üniv. İş Sağlığı ve Güvenliği (Tezli) 2018-

ÇALIŞMA HAYATI:

Seydişehir KONUR Harita İnşaat Bürosu 1985-1986
Seydişehir Ortakaraören Belediyesi 1986-2011
Selçuk Üniversitesi Diş Hekimliği Fak. 2011-2018
Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hast. 2018-

BELGE ve SERTİFİKALAR :

A Sınıfı İş Güvenliği Uzmanlığı Belgesi
Eğitimcinin Eğitimi Uzmanlık ve Yetkinlik Belgesi
Yöneticilik Sertifikası
CBS Destekli Görüntü İşleme Teknikleri Eğitim Sertifikası
İmar Eğitim Programı Eğitimi
Döner Sermaye Mali Yönetim Sistemi Geliştirme Eğitimi
5S İşyeri Organizasyon Eğitimi