

T.C.  
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
İŞLETME ANABİLİM DALI  
HASTANE VE SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI

**SAĞLIK HİZMETLERİNDE İŞ YÜKÜNÜN HASTA  
GÜVENLİĞİ ÜZERİNDEKİ ETKİSİ: FATİH BÖLGESİ  
ÜZERİNDE BİR ARAŞTIRMA**

Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan:

**Dilek AYDIN BERÇİN**

İstanbul, 2019

T.C.  
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
İŞLETME ANABİLİM DALI  
HASTANE VE SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI

**SAĞLIK HİZMETLERİNDE İŞ YÜKÜNÜN HASTA  
GÜVENLİĞİ ÜZERİNDEKİ ETKİSİ: FATİH BÖLGESİ  
ÜZERİNDE BİR ARAŞTIRMA**

Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan:

**Dilek AYDIN BERÇİN**

Öğrenci No:

150746019

Danışman:

Dr. Öğr. Üyesi Mustafa SUNDU

İstanbul, 2019

## YEMİN METNİ

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “Sağlık Hizmetlerinde İş Yükünün Hasta Güvenliği Üzerindeki Etkisi: Fatih Bölgesi Üzerinde Bir Araştırma” başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmamın içinde kullanıldıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım. 11/06/2019

**Dilek AYDIN BERÇİN**



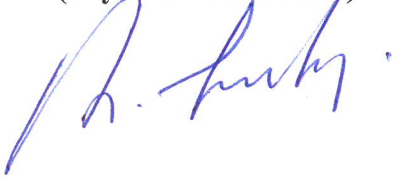
T.C.  
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ  
TEZLİ YÜKSEK LİSANS SINAV TUTANAĞI

11.06.2019

Enstitümüz *İşletme* Anabilim Dalı *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi* Programı yüksek lisans öğrencilerinden **150746019** numaralı **Dilek AYDIN BERÇİN'in** "*Beykent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim – Öğretim Yönetmeliği*"nin ilgili maddesine göre hazırlayarak, Enstitümüze teslim ettiği "*Sağlık Hizmetlerinde İş Yükünün Hasta Güvenliği Üzerindeki Etkisi: Fatih Bölgesi Üzerinde Bir Araştırma*" konulu tezini, Yönetim Kurulumuzun 28/05/2019 tarih ve 2019/22 sayılı toplantısında seçilen ve Taksim Yerleşkesinde toplanan biz jüri üyeleri huzurunda, Beykent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliğinin 29. maddesinin 3. fıkrası gereğince (63) dakika süre ile aday tarafından savunulmuş ve sonuçta adayın tezi hakkında *oyçokluğu/oybirliği* ile *Kabul/Red veya Düzeltme* kararı verilmiştir.

İşbu tutanak, 4 nüsha olarak hazırlanmış ve Enstitü Müdürlüğü'ne sunulmak üzere tarafımızdan düzenlenmiştir.

**DANIŞMAN**  
Dr. Öğr. Üyesi Mustafa SUNDU  
(Beykent Üniversitesi)



**ÜYE**  
Dr. Öğr. Üyesi Okan YAŞAR  
(Beykent Üniversitesi)

**ÜYE**  
Prof. Dr. Halil İbrahim CANKUL  
(İstanbul Arel Üniversitesi)

Adı ve Soyadı : Dilek AYDIN BERÇİN  
Danışmanı : Dr. Öğr. Üyesi Mustafa SUNDU  
Türü ve Tarihi : Yüksek Lisans Tezi, 2019  
Alanı : Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi  
Anahtar Kelimeler : Sağlık Hizmetleri, İş Yükü, Hasta, Hasta Güvenliği.

## ÖZ

### SAĞLIK HİZMETLERİNDE İŞ YÜKÜNÜN HASTA GÜVENLİĞİ ÜZERİNDEKİ ETKİSİ: FATİH BÖLGESİ ÜZERİNDE BİR ARAŞTIRMA

İş yükü olgusu çalışanlara üstlenmeleri gerektikleri sorumluluktan çok daha fazla iş oluşturma durumunda meydana gelmektedir. Fazla olan iş yükü çalışanın işine karşı olan sorumluluğunu olumsuz açıdan etkilemektedir. Özellikle çalışanların iş yükünün yüksek seviyelerde olması çalışanın performansı, motivasyonu dolayısıyla da kurumun kaliteli hizmeti üzerinde negatif bir etkiye sebep olacaktır.

Kaliteli ve doğru bir sağlık hizmetinin verilmesi, doğru hasta bakımı ve kaliteli hasta güvenliğine bağlıdır. Güvenli ve kaliteli hasta bakımının devam ettirilebilmesi için doğru ve yeterli düzeyde sağlık çalışanı istihdamının sağlanması ve çalışanların iş yükünün düşürülmesi gerekmektedir. Bu araştırmanın amacı da İstanbul İli Fatih bölgesi sınırları içinde faaliyet gösteren kamu hastanelerinde iş yükünün, hasta güvenliği üzerindeki etkisinin belirlenmesidir. Araştırma sonucunda hemşirelerin iş yükü hasta güvenliğini negatif bir şekilde etkilediği bulunmuştur. Hemşirelerin iş yükü arttıkça hasta güvenliği azalma eğilimi göstermektedir. Araştırma sonuçları kapsamında sağlık çalışanlarının belirtecekleri hata nedenleri ve genel öneriler dikkate alınarak iş yükünün düşürülmesine uygun olacak düzenleyici uygulamaların artırılması, sağlık çalışanlarının bakım sundukları hasta sayısının paylaşılmasının dengeli olması, hasta gereksinimlerinin dikkate alınması ve hasta-çalışan oranının yeniden yapılandırılması önerilebilir.

Name and Surname : Dilek Aydın BERÇİN  
Supervisor : Dr. Lecturer Mustafa SUNDU  
Degree and Date : Master Thesis, 2019  
Major : Hospital and Health Institutions Management  
Key Words : Health Care, Workload, Patient, Patient Safety.

## **ABSTRACT**

### **WORKLOAD IN HEALTH SERVICES EFFECT OF SAFETY OF PATIENTS: A RESEARCH ON FATİH REGION**

The phenomenon of workload occurs in the case of creating more jobs than the responsibility they should undertake. The excess workload adversely affects the employee's responsibility to his work. Especially the high level of work load of the employees will have a negative effect on the performance and motivation of the employee and the quality service of the institution.

Providing a quality and correct health service depends on proper patient care and quality patient safety. In order to maintain safe and high quality patient care, it is necessary to ensure the right and adequate employment of health workers and reduce the workload of the employees. The aim of this study is to determine the effect of work load on patient safety in public hospitals operating in the Fatih region of Istanbul. As a result of the study, it was found that nurses' workload negatively affected patient safety. As the workload of nurses increases, patient safety tends to decrease. Within the scope of the research results, it may be suggested to increase the regulatory practices that are appropriate to reduce the workload by taking into account the reasons of error and general recommendations of health workers, to share the number of patients that the health workers provide care, to take into account the patient needs and to restructure the patient-employee ratio.

## İÇİNDEKİLER

	Sayfa No.
ÖZ.....	i
ABSTRACT.....	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
TABLolar LİSTESİ.....	vi
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	viii
KISALTMALAR.....	ix
GİRİŞ.....	1

### BİRİNCİ BÖLÜM

#### SAĞLIK HİZMETLERİNDE İŞ YÜKÜ ve İNSAN GÜCÜ PLANLAMASI

1.1. İŞ YÜKÜ KAVRAMI.....	5
1.1.1. İş Yükünün Nedenleri.....	6
1.1.2. İş Yükünün Getirdiği Problemler.....	8
1.1.3. İş Yükünün Önemi ve Sonuçları.....	9
1.1.4. Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Sayısının İş Yüküne Etkileri.....	10
1.1.5. Hemşirelikte İş Yükü.....	19
1.1.5.1. Hemşire İş Yüküne Etki Eden Faktörler.....	21
1.2. SAĞLIK HİZMETLERİNDE İNSAN GÜCÜ PLANLAMASI.....	23
1.2.1. Hemşire İnsan Gücü Planlama.....	24
1.2.2. Hemşire İnsan Gücü Talebindeki Artışı Etkileyen Etmenler.....	24
1.2.3. Hemşire İş Yüküne Göre Hemşire İnsan Gücünün Hesaplanması..	26

## **İKİNCİ BÖLÜM**

### **HASTA GÜVENLİĞİ KAVRAMI**

<b>2.1. HASTA HAKLARI KAVRAMI.....</b>	<b>28</b>
2.1.1. Sağlık Sektöründe Hasta Hakları Uygulamaları.....	29
<b>2.2. HASTA GÜVENLİĞİ KAVRAMI.....</b>	<b>31</b>
2.2.1. Hasta Güvenliği Tanımı ve Önemi.....	33
2.2.2. Hasta Güvenliği Kültürü.....	33
2.2.3. Hasta Güvenliğinin Hedefleri.....	35
<b>2.3. HASTA GÜVENLİĞİNİ TEHDİT EDEN HATALAR.....</b>	<b>36</b>
2.3.1. Tıbbi Hatalar.....	37
2.3.2. İlaç Hataları.....	38
2.3.3. Cerrahi Hatalar.....	40
2.3.4. Tanıda Yapılan Hatalar.....	40
2.3.5. Tedavi/Bakım ve İzlem Sürecinde Yapılan Hatalar.....	41
2.3.6. Sağlık Personeli İletişim Eksikliği.....	42
2.3.7. Kan Transfüzyon Hataları.....	44
<b>2.4. HATA RAPORLAMA.....</b>	<b>46</b>
<b>2.5. HATALARIN ÖNLENMESİ İÇİN ALINABİLECEK TEDBİRLER.....</b>	<b>47</b>
<b>2.6. HASTA GÜVENLİĞİ İLE İLGİLENEN ORGANİZASYONLAR... </b>	<b>49</b>
<b>2.7. HEMŞİRELERİN HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜNDEKİ YERİ</b>	<b>50</b>
2.7.1. Hemşirelikte Hatalı Uygulamalar.....	51
2.7.2. Hasta Güvenliğinde Hemşirenin Sorumlulukları.....	54
2.7.3. Hemşirelerin Çalışma Ortamının Hasta Güvenliğine Etkisi.....	55
<b>2.8. İŞ YÜKÜNÜN HASTA GÜVENLİĞİNE VE SAĞLIK ÇALIŞANI ÜZERİNE ETKİSİ.....</b>	<b>56</b>



**ÜÇÜNCÜ BÖLÜM**  
**İŞ YÜKÜNÜN, HASTA GÜVENLİĞİ ÜZERİNDEKİ ETKİSİNİ**  
**BELİRLEMeye YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA**

<b>3.1. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ.....</b>	<b>58</b>
<b>3.1.1. Araştırmanın Modeli ve Hipotezleri.....</b>	<b>58</b>
<b>3.1.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....</b>	<b>59</b>
<b>3.1.3. Veri Toplama Araçları.....</b>	<b>59</b>
<b>3.1.4. Verilerin Analizi.....</b>	<b>60</b>
<b>3.2. BULGULAR VE YORUMLAR.....</b>	<b>62</b>
<b>SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>83</b>
<b>KAYNAKLAR.....</b>	<b>89</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>95</b>
<b>ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>112</b>

## TABLolar LİSTESİ

	Sayfa No.
Tablo 1.1. Doktor Başına Düşen Kişi Sayısı.....	11
Tablo 1.2. Hemşire Başına Düşen Kişi Sayısı.....	14
Tablo 1.3. Sağlık Memuru Başına Düşen Kişi Sayısı.....	16
Tablo 1.4. Ebe Başına Düşen Kişi Sayısı.....	17
Tablo 1.5. Eczacı Başına Düşen Kişi Sayısı.....	18
Tablo 2.1. Hasta Haklarının Hak kavramı İçerisindeki Yeri.....	29
Tablo 3.1. Demografik Bilgiler.....	62
Tablo 3.2. Ölçeklere Ait Tanımlayıcı İstatistikler.....	63
Tablo 3.3. Demografik Bilgilere Göre Hastane Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Görüşleri ile İlgili İlişki Analizi.....	63
Tablo 3.4. Çoklu Karşılaştırma Meslek Süresi Grubu (Tukey HSD).....	64
Tablo 3.5. Çoklu Karşılaştırma Hasta Güvenliği Grubu (Tukey HSD).....	65
Tablo 3.6. Demografik Bilgilere Göre Hastane Hasta Güvenliği Kültürü Yönetici Görüşleri ile İlgili İlişki Analizi.....	66
Tablo 3.7. Çoklu Karşılaştırma Meslek ve Birimde Çalışma Süresi Grubu (Tukey HSD).....	67
Tablo 3.8. Demografik Bilgilere Göre Hastane Hasta Güvenliği Kültürü Vaka Görüşleri ile İlgili İlişki Analizi.....	69
Tablo 3.9. Çoklu Karşılaştırma Meslek Süresi ve Çalışılan Birim Grubu (Tukey HSD).....	70

Tablo 3.10. Demografik Bilgilere Göre Hastane Hasta Güvenliği Kültürü İletişim Görüşleri ile İlgili İlişki Analizi.....	74
Tablo 3.11. Çoklu Karşılaştırma Meslek Süresi, Çalışma Süresi ve Çalışılan Birim Grubu (Tukey HSD).....	75
Tablo 3.12. Demografik Bilgiler ve İş Yükü Algısı Arasındaki İlişki Analizi.....	79
Tablo 3.13. Çoklu Karşılaştırma Hastanede Çalışma Süresi Grubu (Tukey HSD).	80
Tablo 3.14. İş Yükü ile Hastana Hasta Güvenliği Kültürü Korelasyon Analizi....	81
Tablo 3.15. Kişilerin İş Yükünün Hasta Güvenliğine Etki Analizi.....	82

## ŞEKİLLER LİSTESİ

	<b>Sayfa No.</b>
Şekil 1.1. Toplam İş Yüğü Seviyesinin Belirlenmesine Yönelik Araştırma Modeli.....	7
Şekil 1.2. Türkiye'deki Sağlık Personeli Sayısı.....	10
Şekil 1.3. OECD Ülkelerine Göre 1000 Kişiyeye Düşen Doktor Sayısı.....	13
Şekil 1.4. OECD Ülkelerine Göre 1000 Kişiyeye Düşen Hemşire Sayısı.....	15
Şekil 3.1. Araştırmanın Modeli.....	58

## KISALTMALAR

- ABD** : Amerika Birleşik Devletleri
- DSÖ** : Dünya Sağlık Örgütü
- OECD** : Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (Organisation for Economic Co-operation and Development)
- s.** : Sayfa
- TİY** : Toplam İş Yüğü
- vb.** : ve benzeri
- vd.** : ve diğerleri

# GİRİŞ

## Problem Durumu

Hastaların rehabilitasyonu ve korunması, tedavilerinin ve bakımlarının yapılması, sağlık hizmetlerinin en temel amacıdır. Son yıllarda sağlık alanının da gerçekleşen hızlı gelişimler, kompleks bakım ve tedavi süreçleri, kalifiye sağlık çalışanı sayısında yaşanan azalma bu hizmetin nicelik, nitelik ve güvenliğini negatif bir şekilde etkilemiştir. Sağlık alanında artan iş yükünün spesifik nedeni çalışan sayısında yaşanan azalmadır. Bu nedenle artan iş yükünün de hastanın güvenliği bakımından problemlere yol açması bundan kaynaklı olarak, hasta yakınları ve hatta hastaların olumsuz vakalarla karşılaşmalarına ve bazı durumlarda yaralanmalarına sebep olmaktadır.

Hasta güvenliği sağlık hizmeti veren kuruluşların en mühim öğelerinden birisidir. Olası yaralanmaları önlemek, yanlışlık paylarını azaltmak ya da önüne geçmek ve hasta olan bireye yardım edilirken meydana gelebilecek zararlardan kaçınmak hasta güvenliğini tanımlamaktadır. Günümüzde sağlık hizmetleri verilirken yapılan yanlış uygulamalar yüzünden zarara uğrayan hasta bireylerin sayısı giderek artmaktadır, fakat sağlık hizmeti veren kurumların hasta güvenliği konusunda alacağı önlemler bu sayıların azalmasını sağlayabilecektir. Bu yüzden sağlık hizmetleri içerisinde güvenli ortamların oluşturulması, bütün organizasyon süreçlerinde bilinçli olunması ve tatbikatlarının yayılması mecburidir.

Hasta güvenliği konusundaki prosedürlerin uygulanması ve bu hizmeti sunan personelin bilinçlendirilmesi hasta güvenliği olgusunun ana kaynağını oluşturmaktadır. Bu sebeple sağlık kuruluşlarında görev alan üst idarenin desteklemiş olduğu kalite ve hasta güvenliğini içeren çalışmalar bu olgunun inkişafında mühim bir yere sahiptir.

İş yükünün artması hasta güvenliğinin beklenen seviyede korunmasını engelleyerek hatalara sebebiyet verir. Böylece hasta hatadan kaynaklı zarara uğramakta, bu durum bazı vakalarda yaralanmalar ve hatta ölümlerle sonuçlanmaktadır. Basınç ülserleri, hastane enfeksiyonları, yanlış taraf cerrahisi, transfüzyon hataları, ekipman ve cihaz yetersizliği, yanlış ilaç uygulamaları, yetersiz bakım, hasta kayıtlarının yanlış ve eksik girilmesi, hasta kimliğinin doğrulanamaması ve bilgilendirme eksikliği gibi hastanın güvenliğini etkileyen bu olumsuz hatalara sağlık hizmetlerinde tıbbi hatalar denir.

Yatak yaraları, hastane enfeksiyonları, Hasta düşmeleri ve kurumsal düzeyde istihdam yetersizliği ile hastanede ölüm oranlarının yükselmesine sebep olan negatif etmenlerle alakalı yapılan araştırmalar, yeterli sayı ve kalifiye iş gücünün önemini gözler önüne sermektedir. Çalışan sayısının her geçen gün azalması; benzer işlerin az sayıdaki personel tarafından ortaya konması, iş görenlerin iş yükünün artmasına neden olmaktadır. Bu durum ise işin kalitesini negatif bir şekilde etkilemektedir. Yapılan araştırmalar, sağlık çalışanı iş yükünün hasta bakımına olan olumsuz ve negatif etkisini kanıtlamıştır. Bu sebeple, hasta güvenliğinin oluşturulmasındaki en önemli etkenlerden biri veya en önemlisi, donanımlı ve yeterli düzeyde sağlık çalışanıdır. Bu kapsamda sağlık hizmetlerinde mevcut olan iş yükünün, hasta güvenliği üzerinde etkisinin olup olmadığı araştırmanın problemi olarak belirlenmiştir.

### **Araştırmanın Amacı**

Bu çalışmanın genel amacı, İstanbul İli Fatih bölgesi sınırları içinde faaliyet gösteren kamu hastanelerinde iş yükünün, hasta güvenliği üzerindeki etkisinin belirlenmesidir. Bu genel amaç doğrultusunda şu sorulara yanıt aranacaktır:

- Hemşirelerin iş yükü ile hasta güvenliği algısı arasında bir ilişki mevcut mudur?

- Hemşirelerin algıladıkları iş yükü demografik özelliklerine bağlı olarak değişiyor mu?
- Hemşirelerin algıladıkları hasta güvenliği alt boyutları demografik özelliklerine bağlı olarak değişmekte midir?

### **Araştırmanın Önemi**

Genel olarak iş yükü kavramının artması, işin niteliğini ve amacını olumsuz yönde etkilemektedir. Sağlık hizmetlerindeki iş yükü de bu alandaki politikaların yanlış uygulaması sonucunda meydana gelen ve hasta güvenliğini direkt olarak etkileyen önemli problemlerden biridir. Bu sorunun ortadan kaldırılmasında bilimsel araştırmaların bulunması, doğru planlamaların oluşturulmasında rehberlik edilmesi önemlidir. Ayrıca ülkemizde hasta güvenliğinin iş yükü ile ilişkilendirilmiş olan akademik araştırmaların sayısı oldukça sınırlıdır. Bu anlamda çalışma, bu alanda yapılacak araştırmaların gerçekleştirilmesinde veri olarak yol göstermesi açısından önemlidir.

### **Araştırmanın Sınırlılıkları**

- Bu araştırma, 2018 yılında İstanbul ili Fatih ilçe merkezinde faaliyet gösteren kamu hastanelerinde çalışan hemşireler ile sınırlıdır.
- Araştırma bulgularının sonuçları çalışma örneklemiyle sınırlıdır.
- Verileri değerlendirme ölçeği, araştırmacının belirleyeceği ölçek ile sınırlıdır.

### **Araştırmanın Varsayımları**

- Araştırmada ki anketleri cevaplayan hemşirelerin soruları doğru cevapladıkları varsayılmıştır.



- Veri toplamada kullandığımız anket çalışması amacımıza uygun ve yeterlidir.
- Araştırmanın örnekleme evreni temsil edebilecek yeterliliktedir.
- Araştırmada kullanılan istatistiksel çözümlene yöntemleri, verilere ve araştırmanın amaçlarına uygundur.



# BİRİNCİ BÖLÜM

## SAĞLIK HİZMETLERİNDE İŞ YÜKÜ KAVRAMI

### 1.1. İŞ YÜKÜ KAVRAMI

Çalışma ortamında çalışanları etkileyen farklı unsurlar bulunmaktadır. Unsurlar kimi çalışanlara pozitif yansırken kimi çalışanın negatif etkilenmesine neden olurlar. Çalışanların görevlerini baskı hissetmeden standart biçimde ifa edebilmeleri onları olumsuz yönde etkileyen unsurların tespit edilerek yok edilmesiyle olabilecektir (Dağdeviren vd., 2005, 518).

Personellere çalışma unsurları kapsamında üstlenmeleri gereken yükümlülüğün üzerinde çalışmalar yapabilmesi iş yükü algısının meydana gelmesine sebep olmaktadır. Çalışma yükü algısı, personeller başına düşen işin elemanı strese koyması biçiminde de ele alınmaktadır. Bu bağlamda çalışma yükü kavramı bütün iş gören kişiler için son derece mühim olmaktadır. Özellikle personellerde tükenmişlik sendromunun nedenlerinden biri de çalışma yükü kavramıdır. Yani çalışma yükü personelleri sıkıştırarak onlarda sıklık, bıkkınlık ve stresin meydana gelmesine sebep olan bir kavram olarak önümüze gelmektedir (İldız 2009, 33).

Çalışanların çalıştıkları ortamlar, yapılan işin kapsamı, çalışılan işin bireylerde bazı rahatsızlıklara sebep olup olmadığı gibi etkenler yapılan işin yapısını yaratmakla ve bu yapıda çalışma yükünün oluşumuna sebep olmaktadır. Hatırlanacağı gibi iş yükü, personellere kapasitelerinin üzerinde işlerin verilmesi biçiminde ifade edilmiştir. Kavramsal olarak yapılması düşünülen işler kâğıda döküldüğünde herkesin yapması gereken iş miktarı genel hatıyla belli olmaktadır. Fakat kâğıt üzerindeki verilerin bireylerin beceri ve kapasiteleriyle uyuşması mümkün olmayabilmektedir ve bu sebepten dolayı kişilerin becerilerine göre yapılması daha iyi sonuçlar verecektir (Keser, 2006, 105).

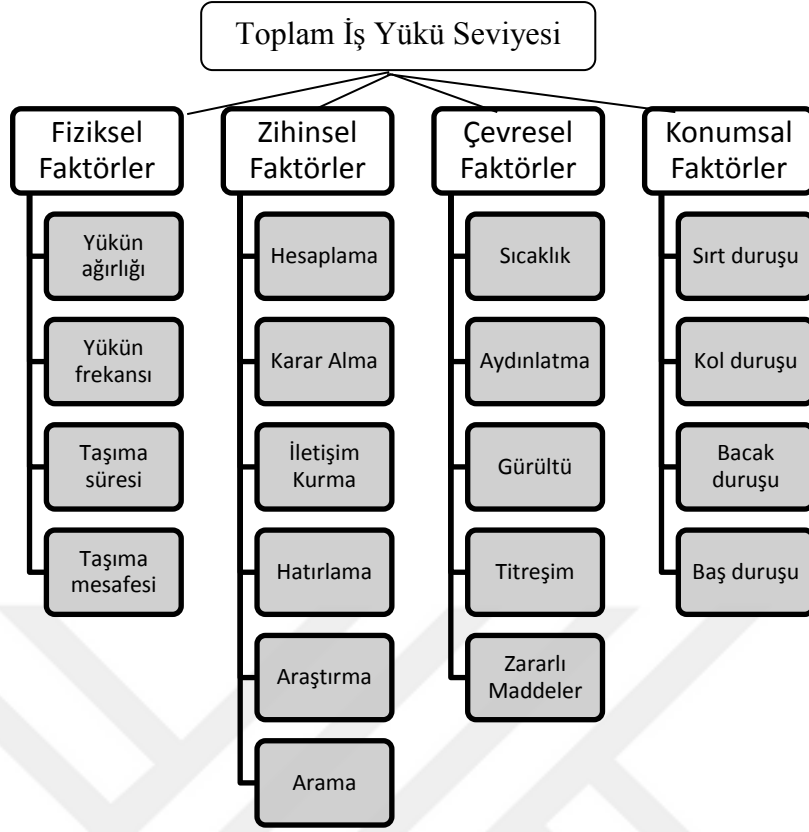
Sağlık personellerinin çalışma yükünün belirlenmesi amacıyla bazı unsurlardan faydalanmaktadır. Bu bağlamda sağlık kurumlarında sağlık personellerinin iş yükü tespiti 4 şekilde incelenmektedir ve bu 4 ölçüt şu şekildedir (Top vd., 2010, 34):

1. Birim seviyesinde: Sağlık çalışanı başına düşen hasta oranı gibi kriterlerin değerlendirildiği kıstaslar.
2. İş seviyesinde: Sağlık personelinin üzerine aldığı işin özellik olarak değerlendirilmeye alındığı kıstastır.
3. Hasta seviyesinde: Hastanın sağlık ve hastalık vaziyetiyle ilgili olarak analizlerin yapıldığı ölçüttür.
4. Vaziyet seviyesi: Meydana gelmesi mümkün diğer seviyelerin gruplandırılması amacıyla kullanılan bir ölçüttür.

### **1.1.1. İş Yükünün Nedenleri**

İş yükünün meydana gelmesinin altında birçok sebep bulunmaktadır. Bu sebepler personellerin psikolojik ve fizyolojik manada bir hasar gelmesine sebep olmaktadır. Fazla iş yükü bedensel, düşünsel, çevresel olabileceği gibi konumsal sebeplerden dolayı da meydana gelebilmektedir (Dağdeviren, 2005, 518).

İş yükü gerek düşünsel gerekse de bedensel manada personelin sağlığına, performansına ve etkinliğine etki etmektedir. Şekil 1.2’de toplam iş yükü oranının belirlenmesine yönelik bir model verilmiştir.



**Şekil 1.1. Toplam İş Yüğü Seviyesinin Belirlenmesine Yönelik Araştırma Modeli**

**Kaynak:** Ildız Ö. G. İnşaat Firmalarında Proje Müdürlerinin İş Yüğü, İş Stresi, İş Tatmini Ve Motivasyon İlişkisi, FBE, İstanbul Kültür Üniversitesi, İstanbul, 2009, s.34.

Şekil 1.2'deki iş yüğü dört temel unsur üzerinden analiz edilmiştir: fiziksel, çevresel, zihinsel ve konumsal (Ildız 2009, 33).

1. Bedensel çalışma yüğü: Bedensel işlev gerektiren mesleklerde malzeme yönetiminin manuel yapıldığı bölümdür. İş yüğü, taşıma frekansı, yükün ağırlığı, taşıma süresi ve mesafesi ile alakalı olarak değişkenlik gösterir. Yapılan incelemelerde taşınan yükün ağırlığı faktörünün farklı hastalıklara ve sakatlanmalara sebep olduğu vurgulanmıştır. Bununla beraber bu unsur diğer unsurlara oranla insan sağlığı bakımından daha riskli bir unsurdur.
2. Çevresel çalışma yüğü: İş yerlerinden kaynaklanan çalışma yüğü türüdür. Sıcaklık, aydınlatma, toz, gürültü, titreşim ve gaz gibi kimi zararlı unsurların meydana getirdiği etkilerden doğan iş yüğüdür. Bu tür çevresel unsurların

personeller üzerinde oluşturduğu negatif etkiler birçok araştırmacı nezdinden incelenmiştir. Bu incelemelerden sonra ulaşılan ortak görüş; çevreden gelen devamlı ve güçlü bir faktörün personelin bünyesinde negatif bir etki oluşturacağı ve iş stresini fazlalaştıracağı konusundadır.

3. Zihinsel alışma yükü: Karar verme, hesaplama, hatırlama, iletişim kurma, araştırma, arama vb. gerek algısal gerekse de düşünsel unsurların oluşturduğu iş yüküdür. Düşünsel iş yükünün personellerin sahip olduğu görevin arzu ettiği kaynaklarla doğru orantılı olduğu biçiminde genel bir görüş hkimdir. Bu vaziyette personelin üstündeki iş yükünün, mevcut olan ve arzu edilen kaynakların değiştirilmesiyle oluşa bileceğini ifade etmektedir.
4. Konuma bağlı çalışma yükü: Bireyin fiziksel aktiviteleri ve olumsuz konumunun sebep olduğu iş yüküdür. İş esnasında uygun olmayan duruşlar personelin iş yükünün daha da artmasına sebep olabilmektedir.

### **1.1.2. İş Yükünün Getirdiği Problemler**

Personellerin fazla iş yüküne maruz kalmaları değişik sorunlara sebep olmaktadır. Dünyada sağlık çalışanlarına duyulan gereksinimin her geçen gün fazlalaşması ve bu gereksinimin giderilememesi beraberinde sağlık personellerinin iş yüküne maruz kalmalarına sebep olmaktadır. Sağlık personellerinin çalışma süreleri devamlı yükselmekte ve git gide artmakta fazla mesaiye kalmak zorundadırlar. Yaşanan sağlık çalışanı sorunu ve maliyetlerin düşürülmesi neticesinde sağlık çalışanları zorunlu olarak mesai yapmak durumunda kalmaktadırlar. Japonya, İngiltere, Amerika Birleşik Devletleri, Avustralya gibi birçok gelişmiş ülkede bile sağlık çalışanlarına zorunlu mesai uygulaması yaptırmaktadır (Carayon ve Gürses 2008; Aktaran: Demirkaya, 2014, 9).

Fazla iş yükünün hastalar bakımından da mühim problemler teşkil ettiği söylenebilir. Yapılan bir incelemeye göre yatalak olmaktan kaynaklanan yaraları,

pnömoni, ilaç yanlılıkları, ameliyat yarası, enfeksiyonları, akciğer tehditleri, idrar yolları mikropları, tromboz, ağrı bakım ve tedavisi, düşmeler, üst mide-bağırsak kanamaları, şok ve kalp krizi, hastanın yaşama getirilememesi ve tekrardan hastaneye gelmesi gibi hastalara negatif etkiler oluştura bilmektedir (Demirkaya, 2014, 9).

Diğer araştırmalarda ise fazla iş yükünün, sağlık çalışanına çalışma doyumsuzluğu meydana gelmesi ve bunun bir neticesi olarak tükenmişlik sendromuna buluşma olasılığının arttığı gözlemlenmiştir (Demir 1999, 42).

### **1.1.3. İş Yükünün Önemi ve Sonuçları**

İş yükü, makine ve makineye kullanan arasındaki bağımlı istenilen kadar eğitilmiş ve donanımlı kişinin oluşturduğu, meydana getirdiği bütün maddi ve hizmetler bütünüdür. Bunun daha aktif uygulamaya bilmeleri için ihtiyaç duyulan araçların, eğitim düzeyinin ve çevresel şartların oluşabilmesi için dikkate alınması gereken mühim bir unsurdur (Demirkaya, 2014, 9).

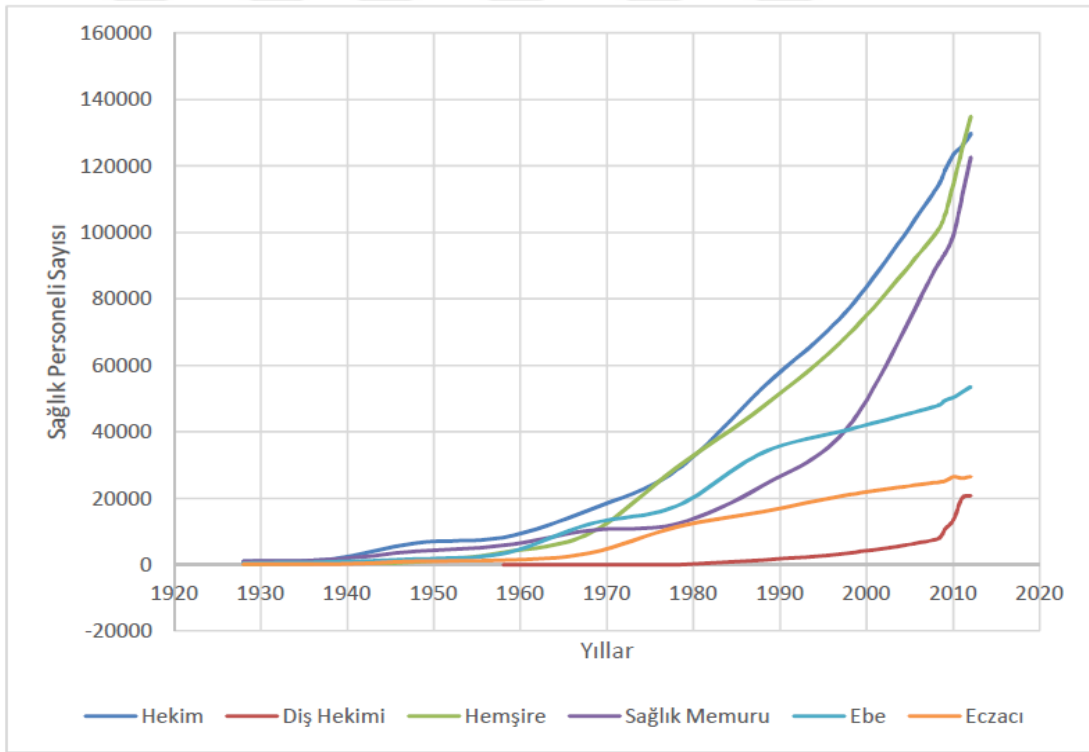
Toplam İş Yükü (TİY) düzeyi üzerinde bedensel ve düşünsel unsurların yanında çevresel ve iş duruşlarından oluşan konumsal unsurlar da önemli seviyede belirleyici durumundadır. Doğru olarak gözlemlenmiş Toplam İş Yükü seviyesi şirketlerde yapılacak birden fazla çalışmaya temel oluşturmaktadır. Bu işlerin en mühim olanı doğru yerde doğru iş ve doğru zaman ve koşullar yaratmak ve bunları belirleyecek doğru idarecilerin atanmasıdır (Aksoy, 2014, 54).

Fiziki koşullar bakımından doğru belirlenmiş bir pozisyonda ışık ve ses gibi iş yükünü ve verimliliğini direkt etileyken bir ortamın sağlıklı aktif bir biçimde düzenlenmesi iş yükünün neticeleri bakımından son derece mühimdir. Burada dikkat

edilmesi gereken hususlar ve neticeler bakımından mühim olan bir diğer konuda istenilen düzeyde güvenlik tedbirlerin alınmasıdır. Bütün bu çalışmalara temel oluşturan Toplam İş Yükü düzeyinin doğru bir biçimde belirlenmesinin payı büyüktür (Aksoy, 2014, 54).

#### 1.1.4. Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Sayısının İş Yüküne Etkileri

Sağlık alanı kendi kendine yaşamsal bir nitelik içerdiğinden en çok araştırma yapılması gerekli olan hizmet ünitelerinin başında yer alır. Gerekli seviyede iş gören sayısının sağlanması sağlık alanında hizmetlerin tam anlamıyla yerine getirilmesini mümkün kılacaktır (Aştı ve Acaroğlu, 2000, 11).



Şekil 1.2. Türkiye'deki Sağlık Personeli Sayısı

**Kaynak:** TÜİK, Sağlık Personeli Sayısı ve Sağlık Personeli Başına Düşen Kişi Sayısı, [http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt\\_id=1095](http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1095), (25.04.2018).

Sağlık hizmetlerinde bu yüzyılın en önemli sorunlarının başında iş gören başına düşen hasta sayısının fazla olmasıdır. Bu sektörde hizmet veren çalışanların datalara yıldan yıla yükselerek değişiklik göstermiştir. Fakat bu konuda altı çizilmesi gerekli olan durum bu değişikliğin hasta sayısına uygunluğudur (Cankul vd., 2006, 246).

**Tablo 1.1. Doktor Başına Düşen Kişi Sayısı**

<b>Yıllar</b>	<b>Doktor Başına Düşen Kişi Sayısı</b>
<b>2006</b>	667
<b>2007</b>	651
<b>2008</b>	632
<b>2009</b>	612
<b>2010</b>	597
<b>2011</b>	593
<b>2012</b>	583
<b>2013</b>	573

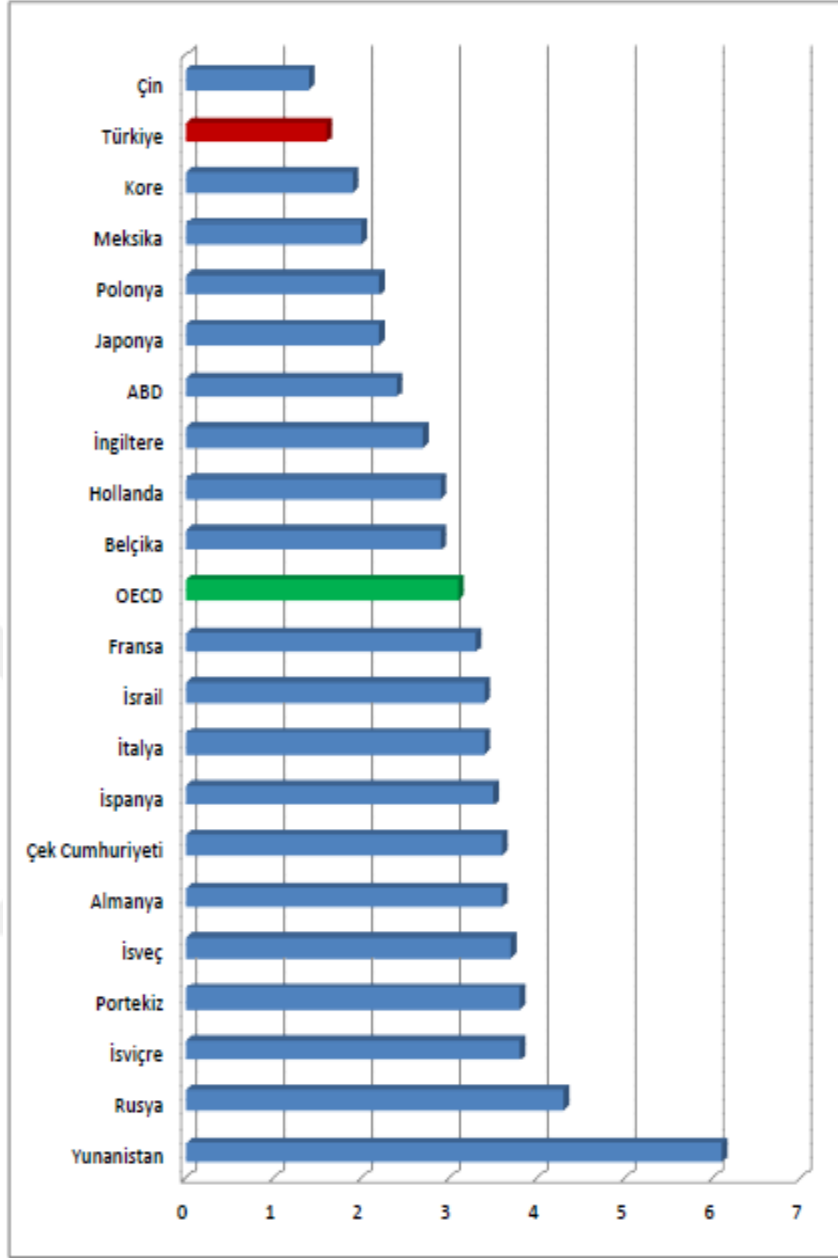
**Kaynak:** TÜİK, Sağlık Personeli Sayısı ve Sağlık Personeli Başına Düşen Kişi Sayısı, [http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt\\_id=1095](http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1095), Erişim: 01.05.2018

2006 yılından ilerleyen yıllara bakıldığında doktor başına düşen hasta oranının günümüze göre oldukça azaldığı Tablo 1.1’de açıkça görülmektedir. Fakat 2013 yılına kadar yaşanan bu ilerlemeler ile bile doktor başına düşen hasta sayısının hala fazla olduğu görülmektedir. Bu durum ise sağlık sektöründe hizmet veren personellere negatif bir şekilde yansıtacağı düşünülmekte ve bu sektörde kalite konusunda yaşanacak düşüşlere yol açacağı öngörülmektedir (Kahveci, 2016, 12).



Doktorların iş yükünü artıran başlıca sebep doktor başına düşen hasta sayısıdır. Böylelikle doktorların performansında düşüş yaşanmakta ve doktorlar motive olma konusunda olumsuz olarak etkilenmektedirler. Doktorların hizmet verirken yaşayacakları bu olumsuz durum birey ve toplum sağlığına da negatif olarak yansiyacaktır. Bu sebepten dolayı hasta başına düşen doktor oranlarının artırılmasının ve hükümet aracılığı ile türlü politikalar uygulanmasının uygun olacağı düşünülmektedir. OECD ülkelerinde doktor başına düşen hasta sayısı oranı Türkiye'ye nazaran çok düşüktür (Kahveci, 2016, 12).





**Şekil 1.3. OECD Ülkelerine Göre 1000 Kişiye Düşen Doktor Sayısı**

**Kaynak:** Health at a Glance, OECD Indicators 2011, [www.oecd.org/els/health\\_systems/Health-at-a-Glance-2011.pdf](http://www.oecd.org/els/health_systems/Health-at-a-Glance-2011.pdf), Erişim Tarihi: 01.05.2018

Yukarıdaki tabloda da yer aldığı üzere doktor başına düşen hasta rakamları Türkiye’de diğer ülkelere göre çok yüksektir. Bu ise Türkiye’de hizmet veren doktorların OECD ülkelerinde hizmet verenlere oranla ne kadar çok iş yükü

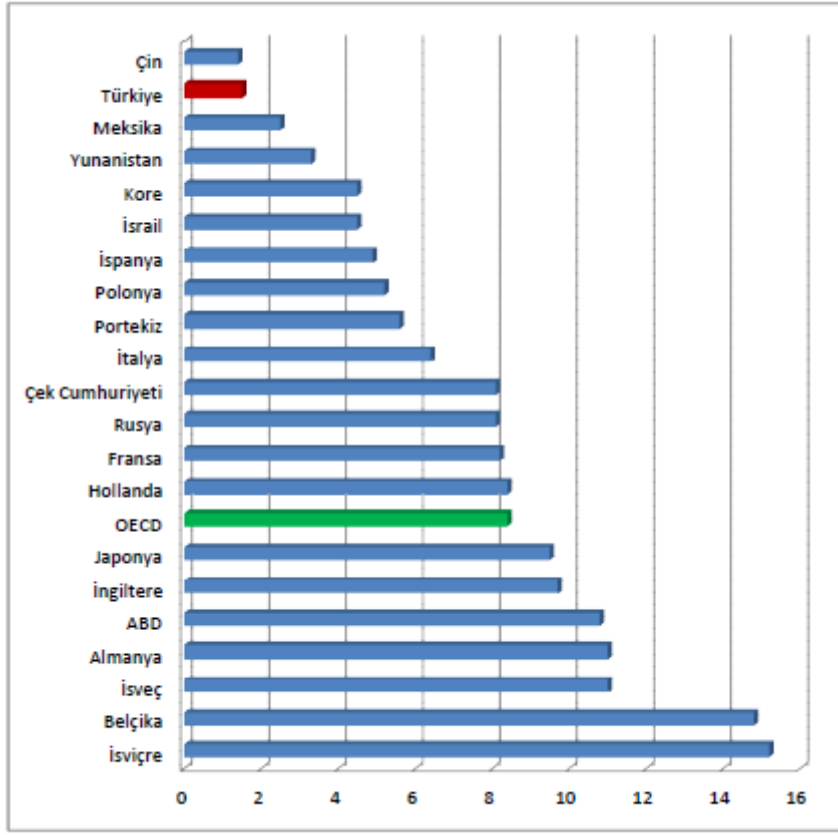
üstlendiklerini gözler önüne sermektedir (Kahveci, 2016, 14). Ülkemizde Hemşire başına düşen kişi sayısı ise Tablo 1.2’de görülmektedir.

**Tablo 1.2. Hemşire Başına Düşen Kişi Sayısı**

<b>Yıllar</b>	<b>Hemşire Başına Düşen Kişi Sayısı</b>
<b>2006</b>	844
<b>2007</b>	746
<b>2008</b>	716
<b>2009</b>	690
<b>2010</b>	642
<b>2011</b>	598
<b>2012</b>	561
<b>2013</b>	549

**Kaynak:** TÜİK, Sağlık Personeli Sayısı ve Sağlık Personeli Başına Düşen Kişi Sayısı, [http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt\\_id=1095](http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1095), Erişim: 02.05.2018

Tablo 1.2’ye bakıldığında 2006 yılında hemşire başına düşen kişi sayısı 844 iken 2013’te bu rakam 549’a inmektedir. Tabloda da görüldüğü üzere hemşire başına düşen kişi sayısı azalma gösterse de günümüz şartlarında bu oran yüksek bulunmaktadır (Kahveci, 2016, 15). Şekil 1.5.’de ise ülkemiz ile OECD ülkeleri bakımından hemşire başına düşen kişi oranları ele alınmıştır.



**Şekil 1.4. OECD Ülkelerine Göre 1000 Kişiye Düşen Hemşire Sayısı**

**Kaynak:** Health at a Glance, OECD Indicators 2011, [www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2011.pdf](http://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2011.pdf), Erişim Tarihi: 01.05.2018

Şekil 1.4 incelendiğinde OECD ülkelerine nazaran 1000 kişi başına düşen hemşire sayısı ülkemizde çok düşük seviyededir. Bu durum OECD ülkelerinde iş gören hemşirelere göre Türkiye de iş gören hemşirelerin iş yükünün daha fazla olduğu sonucunu bizlere göstermektedir. Yukarıdaki satırda doktorlar için bahsedilen durumun hemşirelere yansıdığı görülmektedir (Kahveci, 2016, 16).

Ülkemizde hizmet veren sağlık çalışanlarının iş yükleri Avrupa Birliği kıstaslarının üstündedir. Durumun böyle olması Ülkemizde sağlık alanında verilen hizmetin kalitesinin düşük olduğu ve iş gören motivasyonunun düşük olduğu konusunda kanıt niteliği taşımaktadır. Özellikle de doktor ve hemşireler üzerindeki iş yükünün oluşturduğu etkiler bu mesleklerde hizmet verenlerin hastalara ve hastaların

sağlığı ile alakalı konularda daha az ilgi ve önem göstermelerine neden olmaktadır. Bunun başlıca sebebi az bir zaman dilimi içerisinde birçok hasta ile ilgilenmek zorunda kalmaları olduğu düşünülmektedir. Aynı zamanda bu meslek gruplarında iş gören kişiler yoğunlukları nedeniyle ailelerine ve kendilerine yeteri kadar zaman ayıramamaları bireyleri olumsuz olarak etkileyecek ve tüm bu yaşananların sonucunda toplumun ve bireyin sağlığı negatif olarak etkilenebilecektir (Kahveci, 2016, 16)

**Tablo 1.3. Sağlık Memuru Başına Düşen Kişi Sayısı**

<b>Yıllar</b>	<b>Sağlık Memuru Başına Düşen Kişi Sayısı</b>
<b>2006</b>	1033
<b>2007</b>	889
<b>2008</b>	799
<b>2009</b>	776
<b>2010</b>	742
<b>2011</b>	674
<b>2012</b>	617
<b>2013</b>	570

**Kaynak:** TÜİK, Sağlık Personeli Sayısı ve Sağlık Personeli Başına Düşen Kişi Sayısı, [http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt\\_id=1095](http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1095), Erişim: 02.05.2018.

Yukarıda yer alan Tablo 1.3'e göz atıldığında 2006 yılında sağlık memuru başına düşen kişi sayısının 1033'ten 2013 yılına kadar düşerek 570 sayısına kadar indiği gözlemlenmiştir. Bu durumda yaşanan gelişmenin şüphesiz olumlu olduğu bir gerçektir yine de 2013 yılı itibari ile ulaşılan bu sayının yeterliği olmayacağı bilinmelidir (Kahveci, 2016, 17).

**Tablo 1.4. Ebe Başına Düşen Kişi Sayısı**

<b>Yıllar</b>	<b>Ebe Başına Düşen Kişi Sayısı</b>
2006	1568
2007	1496
2008	1500
2009	1470
2010	1464
2011	1440
2012	1414
2013	1435

**Kaynak:** TÜİK, Sağlık Personeli Sayısı ve Sağlık Personeli Başına Düşen Kişi Sayısı, [http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt\\_id=1095](http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1095), Erişim: 02.05.2018

Tablo 1.4’de açıkça görüldüğü üzere 2006 yılından 2013 yılına kadar olan süreçte kişi başına düşen ebe sayısı giderek düşmektedir. Bu rakamlar 2006 yılında 1568 iken 2013 yılında 1435 kişiye kadar inmiştir (Kahveci, 2016, 18). Bir diğer sağlık çalışanı olan eczacılar başına düşen kişi sayısı da aşağıdaki gibidir:

**Tablo 1.5. Eczacı Başına Düşen Kişi Sayısı**

<b>Yıllar</b>	<b>Eczacı Başına Düşen Kişi Sayısı</b>
<b>2006</b>	3013
<b>2007</b>	2944
<b>2008</b>	2886
<b>2009</b>	2879
<b>2010</b>	2781
<b>2011</b>	2864
<b>2012</b>	2846
<b>2013</b>	2838

**Kaynak:** TÜİK, Sağlık Personeli Sayısı ve Sağlık Personeli Başına Düşen Kişi Sayısı, [http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt\\_id=1095](http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1095), Erişim: 02.05.2018

Tablo 1.5'e bakıldığında kişi başına düşen eczacı sayısının 2006 yılında 3013 iken 2013 yılında 2838 olduğu tespit edilmiştir. Bu alanda diğerlerine oranla çok büyük farklılıklar yaşanmamakla birlikte yine diğer alanlarda olduğu gibi eczacı sayısında günümüz şartları nazara alındığında yetersiz kalmaktadır (Kahveci, 2016, 20).

2013 senesinde hekim başına düşen 573 kişidir ki bu sayı halen çok fazladır. Hekim başına düşen insan sayısının yüksek oluşu sağlık hizmetinin standartlarını negatif yansıyacaktır. Yani Türkiye'de hemşirelerin Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD) ülkelerindeki sağlık personellerine göre iş yükü daha fazladır. Bu vaziyet hekimlerin taşıdığı iş yüküyle benzer neticeler ortaya koymaktadır (Kahveci, 2016, 12).

Ülkemiz de sağlık kurularında çalışan hekimler ve hemşirelerin iş yükü Avrupa ortalamalarının üzerindedir. Bu durum ülkemizde sağlık kurumlarında ki performansın düşük seviyede olduğunu ve personellerin düşük motivasyonla iş yaptığının bir kanıtı olarak görülebilir. Hekim ve hemşirelerin iş yükünün çok olması, hasta bakımında ki azalmalara sebep olarak hasta sağlığına verilen önemi azaltmaktadır. Hekim ve sağlık çalışanların daha az sürede daha çok hastayla ilgilenmek zorunda kaldıklarından, hastalara karşı sunmuş oldukları hizmet kalitesi de azalmaktadır. Aynı zamanda hekim ve hemşirelerin fazla iş yükü, kendilerine ve yakınları ile vakit geçirememelerine sebep olarak onların iş motivasyonunu da negatif yönde etkileyecektir. Bütün bu hal kişi ve toplum sağlığını negatif yönde etkileyebilecektir (Kahveci, 2016, 16).

Ülkemiz de sağlık sektörü ile uğraşanların iş yükü fazladır. Bu durum temelde ülkemizde sağlık çalışanı yetiştirilmesinde geride kalındığının bir göstergesi niteliğindedir. Hekim, hemşire, sağlık çalışanı, ebe, eczacı sayısının az olması, sağlık hizmet standartlarının düşmesindeki en büyük unsurlardan biri olarak görülebilir. Ayrıca çalışma yükü çok olan elemanların düşük motivasyonda çalışmaları, hasta durumu bakımından negatif bir durumdur (Kahveci, 2016, 16).

### **1.1.5. Hemşirelikte İş Yükü**

Ülkemizde hemşirelik mesleğinin kanun ve yönetmeliklerle iş tanımı yapılmış ve görev, yetki ve sorumlulukları belirlenmiştir (T.C. Resmi Gazete, 26510). Yapılan çalışmalarda, hemşirelikte iş analizi yapıp, iş yükü oranları belirlenerek personel iş gücü planlaması gerektiği belirtilmektedir (Yüksel, 2003, 261).

Hemşirelikte iş analizi yapılması gerektiğini vurgulayan çalışmalar olmasına karşın, yapılan literatür taramasında hemşirelik iş analizi çalışmalarına



rastlanılmamıştır. Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) hemşire insan gücü planlamasında, hasta sayısı kadar hastaların bakım gereksinimleri ve hemşirelerin kliniklerde üstlendikleri hizmetlerin hemşirelik iş yüküne etki eden faktörler olduğu fark edilmiştir. Bu faktörlerin de dikkate alındığı iş yüküne dayalı hemşire insan gücü planlama yöntemleri 1960'lardan sonra geliştirilmeye başlanmıştır (Korkmaz, 2012, 25).

Sağlık hizmetlerindeki kısıtlı sağlık çalışanı ve artan hizmet talepleri nedenleriyle insan gücü istihdamı giderek daha çok önem kazanmaktadır. Hemşireler sağlık hizmetlerinde en geniş yeri tutan meslek üyeleridir. İş yükünü etkileyen faktörler; hasta sayısı, hastaların bakım gereksinimi, ünite veya servisin özellikleri, var olan/kullanılan teknolojiler, hemşire personelin bilgi ve becerisidir. İş yükünün artması ve hemşire başına düşen hasta sayısının artması, hastaların ve sağlık çalışanlarının karşılaşacakları risklerin artmasına neden olur. ABD'de devlet kaynaklı bir internet sitesinde hemşirelerin kendi iş yüklerini algılamalarına ilişkin yapılan çalışmada; hemşireler bir hemşirenin dört hastaya bakım vermesi gerektiğini; hemşire istihdam seviyesi yükseltilerek üriner sistem enfeksiyonları, pnömoni, üst gastro-intestinal sistem kanaması ve şok görülme sayısının azaltılabileceğini; hemşire istihdamının az ve servis organizasyonunun kötü olmasının hemşirelerde enjektör iğnesi ve diğer delici-kesici maddelerle yaralanma risklerini arttırdığını ifade etmektedirler (Büyükkayhan, 2002, 120).

İşte karmaşanın, yükün ve belirsizliklerin bulunması, iş görenlerde memnun olmama ve doyumсуuzluk yaşamalarına sebep olmaktadır (Ceylan, 2006, 48). Mesleğinde sorumluluklarının ve yetkilerinin belirsizliği ve ücretlerinin düşüklüğü, görev dışı iş yükleme, terfiinin olmaması, üstlenilen riskin fazla olması, iş yoğunluğu, mesleğe yönelik negatif bakış açılarının olması, yardımcı sağlık personeli olarak değerlendirilmeleri, fazla mesai ve talep edilen alanda çalışmama gibi durumlar hemşirelik doyumсуuzluğa sebep olmaktadır. Bu durum aynı zamanda hizmet kalitesi içinde önem arz etmektedir (Yüksel, 2002, 67).

İş görenin ruhsal, sosyal ve fiziksel ihtiyaçlarını talepleri doğrultusunda giderilmesi ifade eden iş doyumu; iş görenin kendi işini değerlendirmesi açısından olumlu ya da olumsuz duygu ve düşüncelerinin tümü içinde barındırır (Durmuş, 2007, 139). İş tatminsizliği diğer bir deyişle iş doyumsuzluğu çalışanın iş yerinde faal halinin ve verinin düşmesine sebep olur (Topal, 2008, 65). İncenin gerçekleştirmiş olduğu çalışmalar hemşire meslek grubu içerisinde hizmet veren kişilerinin iş doyumunun beklentilerinin altında seyrettiğini belirtmiştir (İnce, 2005, 86). Kavlu ve Pınar'ın araştırmalarında ise acil servis biriminde görev alan hemşirelerin dış doyum skorlarının ortalamasının altında olduğunu tespit etmişlerdir (Kavlu, 2009, 1543). Yüksel yapmış olduğu çalışmada ise nöbet sayılarının fazlalığı, maaşların azlığı, terfi açısından aranan kıstasların nesnel olmaması ve başhemşirenin gerektiğinden daha çok müdahalede bulunması gibi durumlardan hemşirelerin iş doyumlarının düştüğünü bulmuştur (Yüksel, 2003, 272).

#### **1.1.5.1. Hemşire İş Yüküne Etki Eden Faktörler**

Sağlık bakım sisteminin önemli bir parçası olan hemşirelerin iş yükünü, buna bağlı olarak da gereksinim duyulan insan gücünü etkileyen üç önemli değişken üzerinde durulmaktadır. Bunlar; hasta yoğunluğu, bakım gereksinimi ve hemşirelik rolleridir. Hasta yoğunluğu, belli bir zaman diliminde bakım gereksinimi duyan hasta sayısını ifade ederken; bakım gereksinimi ise hastanın tanısına göre gereksinim duyulan hemşirelik bakımının yoğunluğunu; hemşirelik rolleri de hasta bakımına yönelik doğrudan veya doğrudan olmayan kayıt, dökümantasyon, destek hizmetleri, yönetim gibi işlevleri içermektedir (Hastings, 1987: Aktaran: 2014, 21).

İş yükü analizi sistemi, bir hastanede günlük olarak gereksinim duyulan hemşire insan gücünün belirlenmesi dışında, hasta sınıflama sistemi ile birlikte beklenen hemşirelik bakımının nitelik ve niceliğinin geliştirilmesine de katkı sağlamaktadır (Edwardson ve Giovannetti 1994: Aktaran: Tuna, 2014, 21).

Hemşire iş yükü için literatürde genel bir tanımlama mevcut değildir. Morris ve arkadaşları (2007)'na göre hemşire iş yükü doğrudan ve dolaylı hasta bakım girişimleriyle ve hasta bakımıyla ilişkili olmayan hemşirelik uygulamalarını kapsamaktadır.

Hemşire iş yükünün ölçülmesi, hemşirelik işlevlerinin yoğunluk seviyesini belirlemeyi ifade eder. İş yükü değerlendirme sisteminin bir fonksiyonu da hemşire insan gücü gereksiniminin belirlenmesidir. Hemşire ihtiyacının belirlenmesi, hemşire insan gücü ihtiyacının belirlenmesini sağlar ve bazı ölçüm araçlarının kullanılmasını gerektirir Hastanın bakım gereksinimlerine bağlı olarak hemşire iş yükü ve buna bağlı insan gücü gereksiniminin temini, insan gücü yönetimiyle ilgilenen yönetimin temel sorunu olmuştur. Ana amaç, bakım gereksinimlerini karşılayacak insan gücü gereksiniminin tahmin edilmesi ve böylece insan gücünün dağıtımı ve bütçelemeye ulaşılmasıdır. Verimlilik, en az maliyet ve kaynakların dağıtımı hasta sınıflandırma sistemlerinin ana hedefi olarak belirtilmektedir (Arthur ve James, 1994, 589).

İnsan gücü gereksinimini Amerikan Hemşireler Birliği (American Nurses Association-ANA), “Hemşire İnsan Gücünün Kullanım Rehberi” çerçevesinde dört kriterin dikkate alınarak değerlendirilmesi gerektiği ifade edilmektedir (ANA 1999, 52: Aktaran: Tuna, 2014, 21);

- Hasta yoğunluğu,
- Hasta bakım gereksinimi, tedavinin uzunluğu/karmaşıklığı,
- Çalışılan çevre faktörleri, alt yapı ve teknoloji,
- Hemşirelik deneyimi,

1999'da Amerikan Hemşireler Birliği'nin panelinde "Hemşire İnsan Gücü Prensipleri" ve ek olarak insan gücünün (ANA 1999, 52: Aktaran: Tuna, 2014, 21);

- Kaliteli bakımın değerlendirilmesi,
- Hasta güvenliği,
- Güvenli çalışma alanı,
- Sonuçların değerlendirilmesi üzerinde durulmuştur (ANA 1999).

## **1.2. SAĞLIK HİZMETLERİNDE İNSAN GÜCÜ PLANLAMASI**

Sağlık sektörünün arzu edilen seviyede sunula bilmesi için belirli bireyin istihdam edilmesi mecburidir. Hedeflenen birey sayısının muhafaza edilmesi hem sağlık kurumlarının standardını etki ederken hem de sağlık kurumlarında ki olası sorunların oluşmasının önüne geçecektir.

Sağlık çalışanı insan gücü ihtiyacının belirlenmesi hususun da birçok yöntem uygulanmaktadır. Bu yöntemler (Yıldırım, 2002; Aktaran: Kahveci, 2016, 20):

- Klasik yöntem,
- Hasta gruplandırma sistemleri,
- Trend yöntemi,
- Bakım unsurları yöntemi
- İş yükü analizi asıl insan gücü ihtiyacını saptama yöntemi

Yukarıda belirtilen bu yöntemlerde klasik yol ile trend yöntemi için sağlık alanlarında ki hasta oranı ile yatak oranını ele alınırken, bakım şartları, hasta

sınıflandırma programları ve çalışma yükü analizi asıl insan gücü belirleme yolu ile bakım unsurları yönteminde iş yükleriyle birlikte hastaların bağımlılık seviyeleri ele alınır.

### **1.2.1. Hemşire İnsan Gücü Planlama**

Hasta bireylerin ihtiyaçlarının kararlaştırılması ve bunları aktif bir şekilde sağlayacak insan gücünün temin edilmesini sağlayan bir süreç olarak ele alınmasına hemşire insan gücü planlaması denir. Hemşire sayısı sağlık kuruluşlarında hasta güvenliği ve nitelikli hemşire hizmeti sunma konusunda birincil öneme sahiptir. Sağlık kuruluşları sunulan hizmetin niteliği etkilemeden ve maliyetleri düşürmek suretiyle, elinde bulundurduğu insan gücü kaynağının planlanmasında hemşire hizmet sistemine ehemmiyet vermektedirler (Pickard ve Birmingham, 2010, 626).

Mali ihtiyaçların karşılanamaması ve nitelikli iş gücü bulunmasında yaşanan zorluklar, mevcut kaynakların nitelikli verimli bir şekilde aktarılmasını gerektirmiştir. Bununla beraber literatürde ve Bakanlıkça kararlaştırılmış, belirli hizmetler için yatan hasta birey sayısı ile orantılı bir şekilde tanımlanmış sayılar ve katsayılar mevcuttur. Örnek vermek gerekirse ABD'nin California Eyaleti'nde hemşire-hasta oranına yönelik standartlar 2004 yılında geliştirilmiştir (Aiken vd., 2010, 910). Türkiye'de Bakanlıkça bu standartlar 2007 senesinde yayınlanmış olup, 2013 yılı ise güncellenmiştir (T.C. Resmi Gazete, 27898). Bu sebeple sağlık kuruluşlarında hastaların nitelikli ve güvenli hemşirelik hizmeti vermesi için, bilimsel araçlara dayanan hemşire insan gücü yöntemleri büyük bir ehemmiyete sahiptir (Aiken vd., 2010, 912).

### **1.2.2. Hemşire İnsan Gücü Talebindeki Artışı Etkileyen Etmenler**

Yıllardan beri Sağlık kuruluşları hemşire iş gören gereksinimini hesaplamak için kurum içindeki prosesleri, cerrahi işlem gören hastaları ve boş yatak oranı vb.

değerlendirme kullanmışlardır, fakat bu değerlendirme metotları pek çok soruna sebebiyet vermektedir. Bu nedenle hemşire iş gören sayısını kararlaştırırken verilen kaynakların yeterliliği ve kalitesi vb. neticelerin değerlendirme unsuru olarak ele alınmasının daha münasip olacağı kararına varılmıştır. Bu hedefe uygun olarak milli, hastane veya birime mahsus hasta sınıflandırma yöntemi geliştirilerek, sağlık sistemi içerisindeki verimin artması açısından bir performans kıstasının geliştirilmesi gerektiği belirtilmiştir (Junnila, 2004: Aktaran: Tuna, 2014, 18).

Hastaya ayrılmış olan hemşire ihtiyacının değerlendirme kriteri olarak yıllar boyu yatak-hemşire ve hemşire-hasta oranları dikkate alınmıştır. Özellikle bilimsel yönetim görüşünün iş süreçleri üstündeki etkisiyle birlikte hemşire uygulamalarının tanımlanması ve bunlara göre ortalama sürelerinin hesaplanması gerektiğinin altı çizilmiştir (Tuna, 2014, 18).

Dünya genelinde hemşire mesleğine duyulan ihtiyaç günden güne artmaktadır. AB istatistiksel verileri 100.000 kişi başına düşen sayısı 1990 yıllardan 2000'li yılların başına kadar önemli bir değişiklik göstermemiştir (Janiszewski Goodin 2003). Ülkemizde de 100.000 kişiye düşen hemşire sayısı 2010 yılında 141'dir. Aynı yıl AB bölgesi ortalaması ise 727 hemşire ve AB üyesi ülkelerde ise 745 hemşire olduğu bildirilmiştir. Ülkemizde bu sayının gerekli olan seviyeden çok az olduğu açıkça görülmektedir (WHO 2009). Hemşire sayılarındaki artış günümüz şartlarında yetersiz kalmaktadır, bu ise gün geçtikçe durumun daha da kötüye gideceğini düşündürmektedir (Buerhous vd., 2000, 54).

Batı ülkelerinde Aiken ve arkadaşlarının (2002, 60) yapmış oldukları araştırmalarda 43.000 hemşireyle çalışılmış ve %17-41 oranında hemşirenin mesleklerinden memnun kalmadıklarını gözler önüne sermektedir. Aynı zaman da %27-54 oranın da hemşirenin ise 30 yaşından küçük olduğunu ve seneye çalıştıkları hastanelerden ayrılmayı düşündüğünü bildirmiştir. İnsan gücünün yetersizliğini iş

memnuniyetsizliklerinin ana sebebi olarak göstermişlerdir. Aynı zamanda duygusal olarak tükenme yaşadıkları ve iş memnuniyetsizliklerinin yükseldiğini belirtmişlerdir.

Laine (2005), yapmış olduğu araştırmalarda Finlandiya'daki hemşire meslek grubu çalışanlarının %60 oranında mesleklerinin terk etmek istediklerinin %50 oranında ise mesleklerini değiştirmeyi düşündüklerinin bildirmiştir. Başka araştırmalar ise mevcut iş yerlerinde ödüllendirme sisteminin olmadığını, yıllar geçtikçe işlerine karşı ilgisizliklerinin arttığını, idari faaliyetlerinin yetersiz, çalışma koşullarının düzensiz olduğunu ve mesleki gelişimin bulunmadığını belirtmişlerdir. (Aiken vd., 2002, 61).

Günümüzde sağlık kuruluşlarındaki yatılı hasta sayısındaki azalma ile yoğun bakım ve özellikle yaşlıların bakımı konusunda hemşire hizmetlerini duyulan ihtiyaç daha kapsamlı bir hal almıştır. Buna karşın hemşire meslek gurubunda çalışan sayısı beklenen artışı gösterememektedir. Bu nedenle hasta bireylere verilen hemşirelik hizmetleri tam manasıyla yerine getirilememektedir. Bu durum aynı zamanda hemşirelerde tükenmişlik sendromunu arttırmakta ve iş tatminsizliği ile beraber işi bırakma eğilimleri giderek artmaktadır. Yukarıda bahsedilen nedenlerden dolayı insan kaynakları departmanı birlikte, hemşirelerin iş yükünün ve ihtiyaç duyulan hemşire sayısının hesaplanmasını sağlayacak ölçüm kıstaslarına ihtiyaç duyulmaktadır. (Rauhala, 2008, 20).

### **1.2.3. Hemşire İş Yüküne Göre Hemşire İnsan Gücünün Hesaplanması**

**Tam Zamanlı Çalışan:** Bernat ve Fisher (2008)'in yaptığı çalışmada, tam zamanlı çalışmanın haftada 40 saat, yılda 52 hafta çalışan iş gören anlaşılmalıdır. Buna göre, haftada 40 saat çalışan bir iş görenin yıllık çalışma süresi 2080 saat olup bu bir (1) tam zamanlı çalışmaya denk gelmektedir (Aktaran: Tuna, 2014, 34).

Türkiye’de hemşire meslek grubuna üye iş görenlerin çalışma saatleri ve süreleri farklılık göstermektedir. Devlet’e bağlı sağlık kuruluşlarında çalışan hemşirelerin ilgili yasalar gereğince haftada 40 saat çalışmaları gerekirken, Sağlık Bakanlığına bağlı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nün 2010 yılında çıkarmış olduğu 55 sayılı “Sağlık İnsan Gücünün Çalışma Saatleri” genelgesinde çalışma sürelerinin il idaresindeki en üst birim olan valilikler tarafından belirleneceğini belirtmiş ve bir saat öğlen yemeği arasının verilmesini zorunlu olduğunu belirterek 45 saat olan genel sürenin neredeyse hiç uygulanmadığı gözlemlenmiştir. Özel sektörde çalışan hemşirelerin ise dikkate alacağı kıstas ise iş kanununda yer alan haftalık 45 saat çalışmayı öngören ilgili maddedir (Türkmen Ercan 2014, 413).

**Yarı Zamanlı Çalışan:** Yarı zamanlı çalışma haftada 45 saat şartı aranmadan daha az çalışan iş görenlerden oluşmaktadır. Türkiye’de bu durum hemşireler için 657 sayılı kanun ile böyle bir uygulamanın önüne geçilmeye çalışılmıştır. Özel sektörde çalışanlar açısından bakacak olursak 4857 Sayılı İş Kanunu’nda net bir tanımlama olmamakla beraber “Çalışma Süreleri Yönetmeliği’nin 6. Maddesinde normal çalışma süresinin 3/2’si oranında kısmi süreli iş sözleşmesi yapılabileceği yazmaktadır. Buna ek olarak 14. Maddede “Çağrı üzerine çalışma” üzerinde durulmakta kısmi süreli çalışmanın hususi bir biçimi ve ayrı kuralları olan bu sistemin kısmi veya yarı zamanlıdan ayrı şartlarda düzenlenmesi gerektiği açıklanmaktadır (İş Kanuna Ait Fazla Çalışma ve Fazla Sürelerle Çalışma Yönetmeliği 2004). Yarı zamanlı çalışma saatleri emekli hemşireler ve aile sorumlulukları fazla olan çalışanlar için daha uygun bir çalışma şekli olduğu bilinmektedir (Tomey, 2009, 389).



## İKİNCİ BÖLÜM

### HASTA GÜVENLİĞİ KAVRAMI

#### 2.1. HASTA HAKLARI KAVRAMI

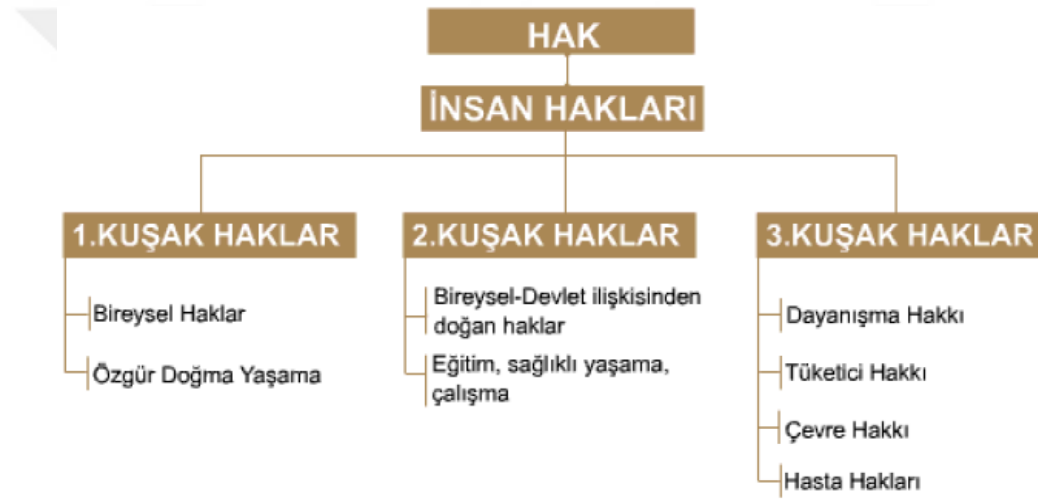
Hasta hakları kavramı, insan hakları kategorisi bünyesinde mevcut olan sağlık hakkı ve sağlıklı yaşam hakkı içerisinde bulunan kısmı ifade etmektedir. Bu tarz bir farkın gerekliliği ya da varlığı insanın hasta olması ile açığa çıkmaktadır.

Hasta ve yakınlarına ait çeşitli haklar ana insan hakları ve hak kavramı ile alakalı olarak açıklanabilir. Haklar gerçekte hep bir ihtiyaç ile bir aradadır. O halde hak anlayışı ile taraf olmak kendi içlerinde bir köprü vardır. Sütlaş'ın çalışmasına göre, hak varsa sağlayan taraf ve alan taraf da var mevcut demektir. Bu durumda karşılıklı taraflar kendi içlerinde bir hak iletimi mevcut durumdur. Fakat bu zaman diliminin eşitler kendi içlerinde gerçekleşmesi önemlidir. Hak kavramı aynı bağlamda siyasi bir olgudur. Bunun sebebi hakkın hem teminatı hem de sağlayıcısı durumunda olan devlet aygıtı bünyesinde bazı sorumluluklar barındırmaktadır. Hasta hakları bu noktada sağlık hakkı ile siyasi bir boyut da kazanabilmektedir. Hasta hakları ve sağlık hakkı, sosyal devleti olmanın da bir özelliğidir (Sütlaş, 2000, 34).

Hasta haklarına ihtiyaç duyulmasının sebepleri de mevcuttur. Birincisi sağlık çalışanının insanlara karşı girişimlerinde ortaya çıkan artışlar, bir diğeri ise sağlık hizmetlerine ulaşma zaman diliminde oluşan problemlerdir. Sosyal ve ekonomik ilerlemelerle beraber beraberlik ve hak esasında ortaya çıkan gereksinimlerin ve eksikliklerin çoğalması ve Sütlaş'ın (2000) çalışmasına göre bu duruma ek olarak piyasa dinamikleri ile ilerleyen sağlık düzeni karşısında hastanın korunması gereği oluşmuştur (Sütlaş, 2000, 34). Hak anlayışı hekimin yüksek konumda bulunduğu, hastanın onun karşısında daha az söz söyleme durumunda bulunduğu bir bağı belirtmektedir.

Hasta hakları söz konusu olduğunda hastalar ve yakınlarının sağlık personeli ve organizasyonları ile görüşmelerinde takip edilip sahip çıkılması gereken çıkarılardan bahsedilmektedir. Türkmen'in çalışmasına göre, hastanın ve yakınlarının yararlanması gereken haklar, bireyler ve kurumların kendi içlerindeki erdemli bağı, saygı-sevgi; güven-dürüstlük, zarar göstermeyip -yarar görmesine yardımcı olma, özerklik-bağımsızlık ile adalet-hakkaniyet ve benzeri esas etik unsurlardan ortaya çıkmaktadır (Türkmen, 2015, 5).

**Tablo 2.1. Hasta Haklarının Hak kavramı İçerisindeki Yeri**



**Kaynak:** Türkmen, T. Sağlık Çalışanlarında Hasta Güvenliği Algısının Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2015, s.7.

### 2.1.1. Sağlık Sektöründe Hasta Hakları Uygulamaları

Hak temelli göz önüne alındığında hasta hakları konusunda pek çok uygulama bulunmaktadır. Ülkemizde de bu bağlamda her bir hakkı esas alan bir uygulama bölümüne ulaşabilmek ve bunları çoğaltabilmek olağandır. Bu uygulamalardan birkaçını tekrar etmekte fayda var (Türkmen, 2015, 14).

- Sağlık Politikalarının Oluşumuna Katılım
- Denetleme

- Hizmetten Genel Olarak Yararlanma
- Bilimsel Kanıtlara Dayalı Teşhis ve Tedavi Olma
- Güncel Tıbbi Bilgilerle Teşhis ve Tedavi Olma
- Eşit Muamele Görme
- Özenle Teşhis ve Tedavi Görme
- Hekim ve Sağlık Kurumunu Seçme
- Bilgi Edinme
- Tıbbi Kayıtlara Ulaşma
- Rapor ve Belge Alma
- Aydınlatılmış Onam
- Tıbbi Araştırmalarda Korunma
- Hastanın Eğitim Çalışmalarına Katılımı
- Mahremiyetin Korunması
- Saygı ve şefkat Görme
- Konfor ve Güvenliğin Sağlanması
- Moral ve Manevi Destek Alma
- Refakatçi Bulundurma ve Ziyaretçi Kabul Etme
- Şikâyet Etme
- Onuruyla Ölme.

Ülkemizde hastalar, hekim ve sağlık kuruluşunu kendi belirleme hakkını şimdilerde ilk kez hayata geçirmektedir. Birçok hasta kamu hastanelerine ve kamuya ait sağlık kurumlarına başvurmaktadır. Sağlık hizmetleri bölümünde güncel uygulanan düzeltmeler ile hastanın randevu alarak sağlık kurumlarından faydalanması gerçekleşmektedir. Bunun beraberinde hekim belirleme konusunda da hasta ya fikir verilerek yol açılmaktadır. Türkmen'e göre bunun haricinde, özel sektörün sahip çıktığı iş yerlerinde ve serbest muayenehanelere başvurular, reel manada kendi doktoruna karar verebilmektedirler. Geçmiş yıllarda bu hususta gerçekleşen aksaklıklardan dolayı bilhassa kamu hastanelerine başvuran hastalar bu hususta problemlerle karşılaşmaktaydılar (Türkmen, 2015, 15).

## **2.2. HASTA GÜVENLİĞİ KAVRAMI**

Sağlık hizmetleri sektörü günümüzün en mühim alanlarından biri durumundadır. İnsanların seviyeli bir hayat sürdürme talepleri, seviyeli sağlık hizmetinden faydalanma talepleri de çoğalmıştır. Hızla yükselen özel hastane sayıları, bölüm hastanelerinin açılması, sağlık hizmetlerinin daha etkili ve süratli uygulanabilmesi açısından hastanelerde otomasyona geçilmesi sağlık sektöründeki birçok düzenleme ve ilerlemelere misal teşkil edebilir. Sağlıklı hayat sürdürmek, her insanın ihtiyacıdır. Bu manada sağlık organizasyonları mühim bir göreve sahiptir. Can ve İbicioğlu' nun (2008) çalışmasına göre; Nüfusun çoğalması, şehirleşme, sanayileşme, toplumsal güvenlik alanının büyümesi gibi sebeplerle, insanların algılama seviyesi çoğaldıkça sağlık organizasyonlarının bu görevinin artarak büyümesinin önüne geçilemez (Can ve İbicioğlu, 2008, 256).

İsminden de tahmin edileceği gibi, hasta güvenliği sözcüğü, hastanın olası bir nedenden ötürü zarar yaşamamasının önüne geçilmesi manasında kullanılmaktadır. Hasta güvenliği, bir hastanın olası bir durumda zarar yaşamamasının önüne geçilmesi amacıyla alınan önlemlerin tümüdür. Sağlık hizmetlerinin takdim edilmesi sırasında çok fazla sorunun meydana gelmesi mevcut olabilecek bir durumdur. Bu

nedenle, hastanın olası bir durumda bir zararla karşılaşmaması amacıyla sağlık personelinin alınması gereken tedbirleri almaları mühimdir. Uzun (2009)'un çalışmasına göre, hasta güvenliğinde maksat sağlık hizmeti alan hasta bireyler için pozitif bir çevre oluşturarak güvenliği sağlamak, onlara zarar sağlayacak uygulamalardan ve tehlikelerden geride tutmaktır (Uzun, 2009, 1).

Hasta güvenliğinin gerçekleştirilmesi, sağlık hizmetlerinin uygulanmasının düzeyli bir biçimde gerçekleştirilmesi amacıyla çok fazla seviyede mühimdir. Hastanın mevcut bulunduğu problemin ortadan kaldırılmasından önce, hastanın gerçekleşebilecek farklı bir sağlık probleminin hayata geçmesinin önüne geçilmesi gerekmektedir. Tunçel'e göre, sağlık hizmetlerinin gerçekleşmesi durumunda, hasta yeni sağlık problemlerini önemsenmeyen hatalar nedeniyle yaşıyorsa, gerçekleşen sağlık hizmetlerinde kalitenin eksik olduğu düşüncesi savunulabilir (Tunçel, 2013, 4).

Hasta güvenliği, sağlıkta düzeyli bakımın en temel adımıdır. Hasta güvenliği, sağlık hizmetlerinin bireylere sağlayacağı mevcut olabilecek sorunları engellemek maksadıyla sağlık kurumları ve bu kurumlardaki çalışanlar açısından sağlanan tedbirlerin tümüdür. Tunçel (2013)'e göre hasta güvenliği, sağlık hizmetine yönelik eksikliklerin engellenmesi ve sağlık hizmetine yönelik yanlışlıkların sebep olduğu hasta kusurlarının azaltılmasıdır (Tunçel, 2013, 4).

Eroğlu (2011)' na göre, hasta güvenliğinin gerçekleşmesinde bakım zamanı önemli bir değere sahiptir. Yanlışlıkların önlenmesi, ortaya çıkan yanlışlıklardan ders alınması, sağlık hizmeti uygulayıcıları, hastalar ve denetleyicilerin kendi içlerinde "güvenlik kültürünün" ortaya çıkarılması gerekmektedir (Eroğlu, 2011, 13).

### **2.2.1. Hasta Güvenliği Tanımı ve Önemi**

Sağlık hizmetleri hasta bireylerin yararına ve onların sağlıklarını geri kazanmalarına katkıda bulunmak için verilen hizmetlerdir. Fakat ihtiyaç duyulan önlemler alınmazsa bu durum yarardan zarara dönebilir. Tıpta devamlı bir revize olma ve farklılaşma söz konusudur. Buna bağlı olarak hasta güvenliği kavramı Sağlık hizmetleri verilirken yapılan yanlışlıkların sebep olduğu hasta zararlarının azaltılması veya önlenmesi olarak tanımlanır (Gülkaya, 2009, 12). Hastalıklar hasta bireylere değişiklik göstermektedir. Bu durumda sağlık hizmeti veren iş görenin sezgi ve tecrübeleri ön plana çıkmaktadır. Bunların hasta bireylere yarar sağlaması için hasta güvenliği önemleri ile desteklenmelidir.

### **2.2.2. Hasta Güvenliği Kültürü**

Sağlık kurumunda hasta güvenliğinin gerçekleştirilmesi açısından hasta güvenliği anlayışı ortaya çıkarılmalıdır. Özkan'a göre, tehlike etkeninin oldukça fazla olduğu endüstrilere misal teşkil eden sağlık sektöründe, insan yaşamına etki eden güvenlik kültürleri, insan yaşamına mal olabilecek tıbbi yanlışlıkları engelleme etkisi mevcuttur (Özkan, 2012, 12). Güven'e göre, sağlık alanlarında tehlike etkenini azaltarak, hastaların tıbbi yanlışlarla karşılaşmalarını engelleyebilmek amacıyla, hasta güvenlik deneyimleri ortaya çıkarılması gerekmektedir. Bu zaman içerisinde hastane personelinin hepsi ayrı ayrı bulunmalıdır. Hasta güvenliği kültürü ile gerçekleşmesi gereken etkinlikler ve programlar aşağıda açıklanmıştır (Güven, 2014, 8-9):

- Oldukça fazla tehlikede ve yanlışlıkla karşılaşılacak etkinlikler açıklanmalıdır.
- Tıbbi eksikliklerin cesurca ve rahatça anlatılabildiği ve cezalandırılmadığı bir çevre ortaya çıkarılmalıdır.
- Tehlikeye açık düzenlemelerde her seviyede çözümlerin ortaya çıkarabildiği bir ortam ortaya çıkarılmalıdır.

- Hasta güvenliği hususuna kuruluşun tamamında oluşum ortamı bulunmalıdır.
- Hasta güvenliği kültürünün ortaya çıkarılabilmesi ve etkili olabilmesi için öncülük edilmelidir.

Hasta güvenliği kültürünün ortaya çıkarılmasında hasta ve hasta çevresinin de bu zamana dâhil edilmesi olması gerekendir. Akalın' a göre, bu durumda hasta güvenliği kültürünün hastalar açısından da üzerine alınması mevcut olacaktır. Bunun açısından gerçekleşmesi gerekenler aşağıda açıklanmıştır (Akalın, 2011, 80):

- Hasta güvenliği hususunun kurumsal kültürde yer alabilmesi ve bu husustaki çalışmaların olumlu etkili olabilmesi için hastaların da hasta güvenliği hususunda etkili bulunmaları gerekir.
- Hasta ve yakınlarının hasta güvenliği kayıtlarında bulunmaları, oluşturulan komitelerde bulunmaları, hasta güvenliğini düzenlemek amacıyla öncülük edilen uygulamaların takip edilmesinde rol almalarının gerçekleştirilmesi faydalı olabilir.
- Tıbbi eksikliklerin hasta ve çevresine tüm netliği ile aktarılmasının doktor farklılığına sebep olmadığı, hasta memnuniyetini, güvenini çoğalttığı ve pozitif duygusal reaksiyona sebep olduğu anlaşılmıştır.

Hasta ve yakınlarının dâhil edilmediği bir çevrede hasta güvenliği kültürü ortaya çıkarmak güçleşmektedir. Örnek verecek olursak hasta ve çevresine anlatılmadan hasta düşmesi riskleri önlenemez. Hasta ve çevrelerinin hasta güvenliği kültürü ortaya çıkmasına dâhil edilmeleri ve görev yapan çalışanın algılayamadığı hata ve farklılıkların algılanabilmesi sağlanabilir. Güven'e göre hasta ve çevreleri, oldukça güvenli sağlık hizmetini nasıl uygulanabileceği hususunda düşüncelerini aktarırlar. Hasta ve çevrelerinin inceleme ve deneyimi düzenin daha iyi anlaşılmasını ortaya çıkaracaktır (Güven, 2014, 11).

Turasan'a göre, sağlık kuruluşları ayarlanmış periyotlar ile hasta güvenliği kültürünü sonulandırmalıdır. Bu sonuçlar ile aşağıda altı çizilen yararlaraya yol açacaklar (Turasan, 2010, 38):

- Düzenleme sağlanacak bölümleri ayarlamak ve hasta güvenliği hakkındaki anlaşılmayı çoğaltmak için güvenlik kültürünü açıklamak.
- Hasta güvenliği etkilerini ya da programlarını neticelendirmek ve zaman içindeki farklılaşmayı takip etmek.
- İçsel ve dışsal rekabet (benchmarking) sağlamak.
- Komutları veya iyileştirme ile alakalı olması gerekenleri gerçekleştirmek.

### **2.2.3. Hasta Güvenliğinin Hedefleri**

Hasta güvenliğinin içerisinde yer alan amaçlardan bahsedecek olursak bunun çok kapsamlı bir konu olduğunu fark ederiz. Hasta güvenliğinin amaçları arasında birçok Şey vardır. Literatüre bakıldığında hasta güvenliği konusunda karşımıza sayfalarca bilgi çıkmaktadır. En geniş manada söylenebilecek Şey ise yukarıdaki paragrafta da belirtildiği üzere hasta bireyin sağlık hizmeti alırken herhangi bir sağlık sorunu edinmesini önlemektir.

Hasta güvenliği amaçları çok kapsamlıdır. Sayek (2011)'in yaptığı araştırmalara göre hasta güvenliği amaçları sağlık bakımı ile alakalı enfeksiyonların engellenmesi, hasta bilgilerinin doğrulanması, ilaç güvenliği, tedavide uzlaşma, sağlık hizmeti veren takımın kendi içindeki iletişimi, hastaların düşmesinin engellenmesine yönelik girişimler, hasta katılımı, grip ve pnömoni bağışıklaması, cerrahi yanıklar, risk değerlendirme odaklı hizmet sunumu (intihar, yangın vb.), anlaşılması zor ya da yanlış anlaşılmaya açık kısaltmalar, hastanın durumundaki değer'iime hızlı yanıt verebilme (hantallıktan uzak yapılanma), anlaşılması kolay olmayan ya da yanlış anlaşılmaya açık kısaltmalar ve yanlış taraf cerrahisini



engellemeye yönelik kıstaslar gibi çok farklı konulardan oluşmaktadır (Sayek, 2011, 34). Yetkinlioğlu (2009, 41) hasta güvenliğinin amaçlarını şu şekilde sıralamaktadır;

- Hasta bireye ait kimlik bilgilerinin doğrulanması
- Hastalara bakım hizmeti veren personelin kendi aralarındaki iletişimin geliştirilmesi
- Mühim ilaçların tüketim güvenliğinin oluşturulması
- Yanlış hasta, taraf veya cerrahi tatbikatlarının hiç olmaması ya da azaltılması
- İnfüzyon pompalarının kullanım güvenliğinin artırılması
- Klinik alarm sistemlerinin aktivasyonunun geliştirilmesi
- Enfeksiyon risk oranlarının düşürülmesi
- İlaçların gerekli kişilere tam ve doğru olarak sunulması
- Düşme sonucu oluşan hasta yaralanma sayılarının azaltılması.

### **2.3. HASTA GÜVENLİĞİNİ TEHDİT EDEN HATALAR**

Hasta güvenliğinin kurulması amacıyla birtakım yanlışlıklardan uzak kalınması gereklidir. Yanlışlıkları olmadığı durumlarda hasta güvenliğinin korunması daha faal bir başarı sağlayacaktır. Literatüre bakıldığında bazı yanlışlıkların ciddi problemlere yol açtığı bilinmektedir. Bu yanlışlıklar arasında başta tıbbi hatalar olmak üzere tanı da yapılan hatalar, tedavi/bakım ve izlem süreçlerinde yapılan hatalar, cerrahi hatalar ve ilaç hataları ön plana çıkmaktadır (Dağdelen, 2014, 43-44).

### 2.3.1. Tıbbi Hatalar

Hastaya uygulanan sağlık hizmeti sırasında bilinçsiz bir kaymanın neden olduğu istem dışı bir sonuçtur. Topaloğlu'nun çalışmasına göre, sağlık hizmetini profesyonel şekilde gerçekleştiren kişilerin yanlış uygulamaları, kabiliyet, veri ve zen aksaklıkları veya ihmalleri neticesinde hizmet bölümünün zarar görmesi vaziyetidir (Topaloğlu, 2012, 4).

Hasta güvenliğinin gerçekleştirilmesinden bahsedilirken uzak durulması gereken en mühim yanlışlık çeşitlerinden biri tıbbi yanlışlıklardır. Tıbbi yanlışlıkların engellenmesi amacıyla mühim derecede tedbirler alınmaktadır. Kaynaklar tetkik edildiğinde, tıbbi yanlışlıkların, hasta güvenliğinde rastladığımız en çok görülen yanlışlık çeşidi olduğu anlaşılmaktadır.

Eroğlu (2011)'e göre hasta güvenliği maksadıyla gerçekleştirilen araştırmalarda; sıklıkla tıbbi yanlışlıklara karşın istatistiksel neticeler verilmekte ve hasta güvenliğini gerçekleştirmeye yönelik ortaya çıkarılan programlarda; tıbbi yanlışlıkları engellemek amacıyla çözümler aranmaktadır. Gerçekleştirilen bir araştırmada cerrahi yanlışlık yapıldığına inananların oranının Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) %34, Kanada'da %30, Avustralya'da %27, Almanya'da %23, İngiltere'de ise %22 olduğu saptanmıştır (Eroğlu, 2011,13).

Tıbbi yanlışlıktan bahsedilirken akla sağlık hizmetlerinin türevinde olan yanlışlıklarının tamamı gelebilmektedir. Tıbbi hata ile hasta güvenliği kendi içlerinde direkt olan doğrudan bağlantılı olaylardır. Yetkinlioğlu'na göre hasta güvenliği, sağlık hizmetine bağlı yanlışlıkların engellenmesi ve sağlık hizmetine bağlı yanlışlıkların sebep olduğu hasta hasarlarının engellenmesi veya düşürülmesi şeklinde açıklanırken, sağlık hizmetine bağlı hata (tıbbi hata) ise hastaya uygulanan

sağlık hizmeti esnasında kasıtsız bir aksamanın sebep olduğu istenilmeyen bir netice olarak açıklanmaktadır (Yetkinlioğlu, 2009, 51).

Sayek (2011)'e göre hasta güvenliğinin gerçekleştirilmesi amacıyla tıbbi yanlılıkların en düşük seviyeye indirilmesi gerekmektedir. Bu maksada erişebilmek amacıyla farklı tekniklerin ve planların ortaya çıkarılması zorunludur. Yazara göre tıbbi yanlılıklara sebep olma ihtimali bulunan tüm tehlikelerin iyi anlaşılması bir kesinliktir. Tıbbi yanlılıkların engellenmesi, ilk olarak tıbbi yanlılıkların bilinmesi ve onlardan ders alınması ile mümkündür. Yasal, etik ve yarışı esas alan sebepler neticesinde tıbbi yanlılıkların oluşturulmaması, en iyimser anlayışla bu yanlılıkların iyileştirilmesine ve hastalarımızın zarar görmesinin devam etmesine sebep olur ki bu vaziyet; tıbbın evrensel anlayışlarından biri olan zarar vermeme anlayışına terstir (Sayek, 2011, 33).

### **2.3.2. İlaç Hataları**

Hasta güvenliğinin gerçekleştirilmesinde anlaşılan farklı bir mühim yanlılık ilaç yanlılıklarıdır. İlaç yanlılıklarının hasta güvenliğinde oldukça büyük ölçüde gerçekleşmesinin nedeni, ilaçların devamı olarak oluşan yanlılıklar sonucunda sakat kalma ve hatta ölüm gibi tehlikeli problemlerin ortaya çıkmasıdır. Hastalarda tehlikeli ve çoğu zaman hayat boyu süren eksikliklerin ortaya çıkmasına sebep olan ilaç yanlılıkları sıklıkla görülebilmektedir.

Özata ve Altuncan (2010, 101)'ın iletğine göre JCAHO 2005 Raporu'nda istem dışı olaylar maddelendirilirken, ilaç yanlılıkları dördüncü düzeyde bulunmaktadır. İlaç uygulaması birbirini takip eden reçeteleme, dağıtım, uygulama, izlem ve denetim zaman dilimleri ile yerine getirilmekte ve yanlılıklar bu zaman diliminin herhangi bir bölümünde gün yüzüne çıkabilmektedir.

İlaç yanlılıklarının oluşmasında genellikle doktorların ve hemşirelerin bulunduğu anlaşılmaktadır. Doktorlardan dolayı ortaya çıkan ilaç yanlılıklarının sebepleri içinde ilaç adlarının okunması güç bir şekilde yazılması, ilacın kullanımının anlaşılır ve net bir şekilde açıklanmaması, yanlış ayarda ya da yanlış istemde bulunulması gibi yanlılıklar mevcut olmaktadır. Ayrıca hekimler vizite sonrası hasta tedavi planındaki farklılıkları kaydetmeyi unutmakta ya da bu farklılığı, işlemi uygulayacak hemşireye anlatmakta gecikmektedirler. Eroğlu'na göre, bu farklılığın saatini çoğunlukla yazmamakta ve işlem zamanında gerçekleşmemektedir. İşlem gerçekleştirilirken ilaç adlarının kısaltılması, ilaç doz birimlerinin kısaltılması, dozlardaki virgül yanlılıkları uygulanan farklı yanlılıklardır (Eroğlu, 2011, 47).

İlaç yanlılıklarında rol oynayan farklı bir bölüm olan hemşirelerin de mühim yanlılıklar gerçekleştirebildikleri anlaşılmaktadır. İlaç uygulamalarında yer alan hemşirelerin ilaç yanlılıklarına karşılık sorumluluğu fazladır. İlaç pratikleri ile alakalı hemşirenin profesyonel görevleri; sağlanan ilaç hususunda verilere hakim olma, ilaçları hatasız/güvenli bir şekilde uygulama, ilaca karşı şahsın cevabını inceleme, kendince açıklama ve ilaç tedavisi hususunda bireyi eğitmeyi barındırmaktadır. Hemşire ilaç gerçekleştirmelerini “altı doğru ilkesi” ne uyararak gerçekleştirir. Bunlar doğru ilaç, doğru hasta, doğru miktar, doğru yöntem, doğru süreç ve doğru kayıttır (Tunçel, 2013, 10).

Hemşire den dolayı ortaya çıkan ilaç uygulama yanlılıklar; yasal olmayan isteme göre ilacın uygulanması, hekim istemi olmadan ilacın yönlendirilmesi, ilacın okunmuş ve görünüş benzerliği neticesinde yanlış ilacın uygulanması, ilaç miktarının yanlış hesaplanması ya da hatalı miktarda ilaç uygulanması, ilaç kutusu veya paketi üzerindeki verilere dikkat etmeme ve ilaç verilmesinin unutulması, aksaması biçimindedir (Tunçel, 2013, 10).

### 2.3.3. Cerrahi Hatalar

Hastane sınırlarında, bilhassa ameliyathane sınırlarında hasta güvenliğini tehdit eden birçok faktör mevcut olmaktadır. Ameliyathaneler, tıbbi tedavilerin gerçekleştirildiği alanlar olarak iç içe sistemlere sahiptirler. Ameliyathaneler, iç içe girmiş sistemi, sorunlu çalışma çevresi ve kullanılan cerrahi cihazların farklılığı sebebiyle özel veri, deneyim, donanım ve özen gerektiren alanlardır. Bu niteliklerden ötürü ameliyathanelerin hasta güvenliğini tehdit edebilecek birçok faktörü içerisinde bulundurduğu söylenebilir (Tunçel, 2013, 11).

Akalın'na göre ameliyathane içerisinde iç içe sistemi sebebiyle oluşan tıbbi yanlışlıklar hasta güvenliğini tehdit edebilmektedir. Çalışmalar tıbbi yanlışlıkların her yatan elli hastanın birinde ortaya çıktığı görülmüştür (Akalın, 2005, 142).

Hughes (2007)'ye göre 1999 yılına kadar tıbbi yanlışlıkların değeri fazla anlaşılammış ve rastlanma sıklıkları için herhangi bir bilgiyle karşı karşıya gelinmemiştir. Cerrahi yanlışlıklarda, bilhassa vücudun farklı bir bölümü üzerinde gerçekleştirilen yanlış uygulamalara çoğunlukla rastlanmaktadır. Cerrahi yanlışlıklar istenmeyen ölüm ya da fiziksel problemlerin oluşmasına sebep olabilmektedir (Mulloy ve Hughes, 2007; Aktaran: Dağdelen, 2014, 47-48).

### 2.3.4. Tanıda Yapılan Hatalar

Hasta güvenliğini tehlikeye farklı bir yanlışlık çeşidi teşhiste gerçekleştirilen yanlışlıklardır. Teşhiste gerçekleştirilen yanlışlıkların en temel niteliği, teşhis sırasında yanlışlık uygulandıktan sonraki zaman dilimlerinde yanlışlıklar zinciri biçiminde sürdürmeleridir. Hatalı teşhis, hatalı ve eksik kalan tedaviye veya olması gerekmeyen incelemelerin gerçekleşmesine sebep olmaktadır. Hasta güvenliği bakımından ise; hatalı teşhis, teşhisin geç konulması ve neticelerin hatalı açıklanması hastalığın büyümesine, gelişmesine ve neredeyse hastanın kaybedilmesine sebep

olabilir. Hemşirelik teşhisi ile cerrahi teşhis kendi içlerinde ayrım belirtir. Tunçel'e göre hasta bireyin, bakımını görev edinen hemşire, ulaşılan bilgiler neticesi hemşirelik teşhisi koymakta ve bu teşhis ile hastanın bakımını yapmaktadır. Bundan ötürü hemşireler yalnızca hasta bakım zaman dilimi içerisindeki hemşirelik teşhislerinden görevlidir (Tunçel, 2013, 12).

Yanlışlıklar arasında testlerin hatalı seçilmesi ve gerçekleştirilmesi yüksek bir düzeye sahiptir. Yanlış teşhis, yanlış ve yetersiz tedaviye veya gereksiz ek incelemelerin gerçekleşmesine sebep olabilir. Laboratuvar testlerinin yanlış gerçekleştirilmesi veya açıklanması genellikle karşılaşılan tıbbi yanlışlıklar içinde yer almaktadır. Teşhis yanlışlıkları tecrübesiz şahıslarca gerçekleştirilen incelemelerde daha çok karşı karşıya gelinmektedir.

### **2.3.5. Tedavi/Bakım ve İzlem Sürecinde Yapılan Hatalar**

Uzun (2009, 3) hayata geçirdiği çalışmasında tedavi/bakım ve izlem zaman dilimi içerisinde uygulanan yanlışlıkları şu biçimde maddelendirmektedir;

- Tedavinin ertelenmesi,
- Tedavi belirlenmesinde teknik yanlışlığı,
- Hatalı ilaç uygulaması,
- İlaç uygulamasında doz ya da teknik hatası,
- Hatalı taraf cerrahisi, hatalı uygulama, farklı hastaya uygulama gerçekleştirilmesi,
- Tıbbi yanıklar/yaralanmalar,
- Personellerin kendilerinde tedavi/bakım girişim listelerini tekrar gözden geçirme alışkanlığı bulundurmamaları,

- Olması uygun olan profilaksinin yapılmaması,
- Yetersiz inceleme,
- Tedavinin ardından yetersiz izlem,
- Hastaların taşınmasında ortaya çıkan negatif olaylar.

Yukarıdaki listeden de anlaşılacağı gibi, tedavi/bakım ve izlem zaman dilimi içerisinde gerçekleştirilen yanlışlıklar farklı hata çeşitleriyle de iç içedir. Bu durumun nedeni sağlık hizmetlerinin bir zaman dilimi içerisinde devam etmesidir. Tedavi/bakım ve izlem zaman diliminde gerçekleşen yanlışlıklar sağlık hizmetinin gerçekleşmesi esnasında yapıda oluşan ve saptanması oldukça güç olan yanlışlıklardır. Bunlar içinde uygulamada yararlanılan aletlerdeki aksaklıklar oluşunca anlaşılabilir. Ancak oldukça mühim neticeler ortaya çıkarabilmektedir. Medikasyonların hayata geçirilmesi sırasında da oluşan yanlışlıkların yüksek çoğunluğu düzen yanlışlıkları şeklinde açıklanmaktadır (Akalm, 2005, 142).

### **2.3.6. Sağlık Personeli İletişim Eksikliği**

Aktif ve net iletişim, hizmet gerçekleştirilen her alanda önemlidir. Sağlık alanındaki değeri biraz daha yüksektir. Çünkü iletişim yetersizliği neticesinde zarar yaşayan insan faktörüdür. Gerçekleştirilen araştırmalarda, tıbbi yanlışlıkların en temel nedeninin iletişim yetersizliği olduğu anlaşılmıştır. Bu nedenden dolayı sağlık alanında iletişime verilen değer çoğaltılmalıdır.

Güven'e göre, sağlık çalışanları kendi içlerindeki iletişim bazı etkenler sebebiyle önlenmektedir. Bu etkenleri aşağıdaki gibi maddelendirmek olası bir durumdur (Güven, 2014, 43);

- Sağlık hizmetlerinin i ie bir duruma gelmesi
- Hiyerarşı (hekim-hemşire, hemşire-çalışan kendi içlerinde)
- Dil değişiklikleri
- Okunaksız bir yazıyla yazılmış order
- Hastalarla alakalı yetersiz bilgiler
- Yoğun ve stresli çalışma çevreleri
- Hastanın vaziyeti ve tedavi planlarındaki günlük-anlık farklılıklar.

Sağlık hizmetlerinin i ie yapıda olması iletişim sorunları ortaya çıkarabilmektedir. Doktorlar istemlerini kolay okunabilir biçimde yazmalıdırlar. Yazılandan emin olunamamış ise yazan hekime sorularak yazıda iyileştirme yapılarak farklılık yaptırılmalıdır. Sağlık personellerinin ortak dil kullanmaları gerekmektedir. Dil değişimleri sebebiyle doğru iletişim kurulamayabilir. Hastanın bütün bilgileri hatasız ve doğru paylaşılmalıdır. Kalabalık ve stresli çalışma çevreleri hatalı algılamalara ve yetersiz veri aktarımına sebep olmaktadır. Hastaların vaziyetlerindeki farklılıklar sonucunda çok sık tedavi farklılığına gidilebilmektedir. Her farklılıkta ekinin tamamı eğitilmelidir. Güven'e göre gerçekleştirilen çalışmalarda; en çok iletişim yanlışlığının ortaya çıktığı hususlar aşağıda maddelendirilmiştir (Güven, 2014, 44):

- Sözel/Telefonla İstem Gerekleştirilmeleri
- Kısaltma ve Simgelerin Kullanılması
- Kritik Test Sonuçlarının Yönlendirilmesi



Sözel istem gerçekleştirilirken aşağıdaki etkenlere dikkat edilmelidir:

- Sözel İstem; steril girişimler, hastaya acil ilaç uygulanması şeklinde kesinlik gerektiren vaziyetler haricinde uygulanmamalıdır.
- Sözel istem alımı esnasında mutlaka doğrulama gerçekleştirilmelidir.
- Sözel istem belgelenmelidir

Sözel istem kesinlik yok ise kullanılmamalıdır. Misal verecek olursak hastanın doktoru hastanede iken sözel istem ile hastaya ilaç uygulanmamalıdır. Güven'e göre, Doktorun yazılı şekilde istemini gerçekleştirilmesi sağlanmalıdır. Yazılı istem alındıktan sonra gerekli tedavi gerçekleştirilmelidir. Sözel istem alınıyor ise istemi algılayan kişi birey istemi tekrarlayarak, sözel istemi gerçekleştiren bireye doğrulatmalıdır. Bu durumda yanlış algılama tehlikesi azaltılacaktır. Sözel istem sağlık kuruluşunun sözel istem prosedürüne münasip kayıt altına alınmalıdır (Güven, 2014, 44).

### **2.3.7. Kan Transfzyon Hataları**

Doktor hasta ve yakınlarına kan transfzyonu konusunda veri ileterek hasta ve yakınlarından kan transfzyon onamını almalıdır. Hastaya uygun kanın hazırlanabilmesi amacıyla örnek kan numunesi alınmaktadır. Kan numunesi alınır iken hastanın kimlik karşılaştırması gerçekleştirilmelidir. Bazen aynı zamanda birkaç hastadan kan numunesi alınması öngörülebilir. Karışıklığa sebep olmamak amacıyla bir hastanın ilişiği bitmeden farklı hastanın işlemine geçilmemelidir. Alınan kan misaline hemen hastanın verilerinin mevcut bulunduğu etiket yapıştırılmalıdır. Şahin'e göre; Kan örneği alımı esnasında gerçekleştirilen bir yanlışlık hastaların ölümü ile neticelendirilebilir. Hastaya münasip kan hazırlandıktan sonra transfzyona başlanmalıdır. Transfzyona başlanmadan önce aşağıdaki kontroller gerçekleştirilmelidir (Şahin, 2006, 12):

- Hasta bireyin kimlik bilgileri kendisine danışılarak, varsa yatak başı izlem tutanağında ya da bilek bandında doğrulanmalıdır.
- Verici ve alıcı kan gruplarının uygun olması gerekmektedir.
- Verilecek kanın son kullanma tarihine dikkat edilmelidir.
- Cross-match sonucuna bakılmalıdır.
- Hepatit B ve AIDS gibi hastalıkların test sonuçları dikkate alınmalıdır.
- Hasta bireyin hekim isteği ve
- Kontrol numarasına bakılmalıdır.

Kan transfüzyonu gerçekleştirilir iken yapılması gereken denetimler iki sağlık çalışanı tarafından gerçekleştirilmelidir. Şahin'in çalışmasına göre, Hastaya için düzenlenen kan torbasının dışında yazılı olan isim, kan grubu, kanın son kullanma zamanı, cross-mach neticesi, bulaşıcı hastalık testlerinin neticesi denetim altına alınmalıdır. Bu denetimlerin ardından hasta yatak başı cross-mach düzenlenmeli ve münasip ise kan transfüzyonuna başlanmalıdır. Gerçekleştirilen kan transfüzyonu aşağıda açıklanan veriler listelenmelidir (Şahin, 2006, 14).

- Kan transfüzyonunun gerçekleştirildiği zaman
- Transfüzyonun başlangıç ve bitiş süreleri
- Kan grubu ve kanın seri numarası
- Hasta bireyin yaşamsal bulguları
- Transfüzyon evresi öncesinde hasta bireye doğru kanın enjekte edilmesiyle alakalı kontrolleri gerçekleştiren ve transfüzyon işlemi yapan takımların imzası.

## 2.4. HATA RAPORLAMA

Hasta güvenliğinin oluşturulmasında, yapılmış olan yanlışlıklardan ders çıkarıp, gerekli önlemlerinin alınmasının önemi büyüktür. Hangi yanlışlıkların yapıldığının belirlenmesi ve aynı yanlışlıklara tekrar düşmemek için hata raporlama büyük bir önem teşkil etmektedir. Hasta güvenliğinde durum raporlama sistemleri, organizasyonların kendi içlerinde, hasta güvenliğiyle alakalı problemlerin tanımlanmasına katkıda bulunacak bir uygulama olarak belirlenmektedir. Hata kayıtlarının tutulması ciddi bir bilgi birikimine sahip olmayı gerektirecektir. Tutulan bu kayıtların sınıflandırılıp risk analizlerinin oluşturulması ile yapılan yanlışlıklardan ders çıkarılabileceğini ve hasta güvenliğinin oluşturulabileceğini belirtir (Tunçel, 2013, 16).

Yine de alınan tedbirlere karşın bazı hatalar meydana gelmektedir. Meydana gelen hataların az olduklarının bilinmesi neticesinde, söz konusu hataların tekrarlanma olanakları düşecektir. Olayların raporlanması, yanlışların neler olduğunun tespit edilmesi, analizlerin ve değerlendirmelerin yapılması sonucunda elde edilecek bilgiler birçok yanlışın tekrar yapılmasının önüne geçecektir. Hataların raporlanması organizasyon da güvenli uygulamaların da köşe taşıdır. İyileştirme yapılacak riskli ve tehlikeli yerleri tespit etmeye ve sistemin hangi yerinde hatanın meydana geldiğine yönelik bilgileri üretme olanağı sağlar. Gerekli gözlemler ve değerlendirmeler sonrasında meydana gelen bilgilerin paylaşımına sunumu ile geri bildirim oluşturulması, yapılacak değişimlerin benimsenmesini fayda sağlayacaktır (Eroğlu, 2011, 33).

Hata raporlamada önemsenmesi gereken mühim yerlerden biri hata raporlarının doğru insanlar nezdinde kullanılmasıdır. Hata raporları yalnızca riskleri düşürmede kullanılacağı güvenilir personellere verilmelidir. İdareci hemşireler, bölüm idarecileri ve uygun komiteler düzenli olarak hata raporlarını tekrar gözden geçirerek, hata sebeplerini belirlemeli ve tekrarların önüne geçmek için eylemler

oluşturmalıdırlar. Bu faaliyetlere örnek verirse hemşirelerin pozisyonlarının değiştirilmesi, politikaların ve işleyişlerin tekrar kontrol edilmesi, araç gereçlerin ve destekleyicilerin değiştirilmesini verebiliriz. Aynı zamanda idareci hemşire, çalışanın ihtiyaçları doğrultusunda, eğitim programları düzenleyerek katılımı oluşturmalıdır (İntepeler ve Dursun, 2012, 133).

İdareci hemşireler, hemşirelik bakım seviyesini düzenli tutulan, kayıtlar vasıtasıyla izlemeli ve risk yönetimi konularını bakımın aynı seviyede tutulmasında kullanmalıdırlar. Çünkü riskleri teşhis etme ve düşürme, hata raporlarının izlenmesini ve analizini oluşturmaktadır (İntepeler ve Dursun, 2012, 133).

## **2.5. HATALARIN ÖNLENMESİ İÇİN ALINABİLECEK TEDBİRLER**

Sağlık hizmeti sunumlarında, sıfır hata hedeflenmektedir. Fakat sağlık hizmetinin karmaşıklığı ve kalabalık bir grup ile hizmet verilmesi tıbbi yanlışlıkların meydana gelmesine sebep olmaktadır. Yapılan araştırmalarda sistem yetersizliği ile meydana gelen tıbbi hata oranlarının kişisel unsurlara bağlı sebeplerden fazla olduğu ispatlanmıştır. Kişisel unsurlara bağlı tıbbi hataların önüne geçilebilmesi için alınabilecek tedbirler aşağıda belirtilmiştir (İşlek, 2009, 33).

- Hafızaya güvenin azaltılması: İşler daha çok kısa süreli zihin üzerine dayalı bir sistemden muhafaza edilmelidir. Sağlık hizmetleri evreleri kontrol kartları (checklist), protokoller ve bilgisayara dayalı karar alma mekanizmalarıyla ifade edilmiştir.
- Bilgiye erişimin fazlaştırılması: Kurum içerisinde personellerin ihtiyaç duydukları mekânda ve zamanda bilgiye ulaşmalarını kolaylaştıracak yöntemler oluşturulmalıdır.

- Hata geçirmez evreler: Gerekli olan yerlerde özellikle önemli kararların verilmesi süreçlerinde düzenlemeler oluşturulmalıdır. Örnek olarak bilgisayara dayalı karar mekanizmalarının kullanılması oluşturulmalıdır.
- Çalışmaların standardizasyonu: Çalışmalar standartlaştırıldığında farklı zamanlarda farklı bireyler nezdinde yapılıyor da olsa hata payının azaldığı gözlemlenmiştir.
- Çalışmaların el değiştirmesinin düşürülmesi: Yanlışlıkların çoğu malzeme, bilgi, birey, emir veya arzın taşınması esnasında oluşur. Süreçlerdeki bu elden ele değişimin düşürülmesi yanlışlıkları da düşürecektir. Kuruluşlarda olabildiğince küçük çaplı görevlerin aynı birey nezdinde yapılması sağlanmalıdır.

Sağlık çalışanının yoğun iş temposu da yanlış yapmalarına sebep olmaktadır. Aiken ve arkadaşları yaptıkları araştırma ile bunu bilimsel olarak ispat etmişlerdir. Sağlık kurumlarında çalışan elemanın çalışma yükü, hataların meydana gelmesinde önemli bir unsurdur. Aiken ve arkadaşlarının yaptıkları 168 hastaneyi içeren araştırma neticelerine göre; hemşire başına düşen 1 hasta artışı, hasta mortalitesinde %7 yükselişe ve hemşirelerde %23 oranında azalmaya sebep olmaktadır (Eroğlu, 2011, 44).

Sağlık kuruluşları, eleman yerleştirme konusuna gerekli ciddiyeti vermelidir. Sağlık hizmet maliyetini azaltmak için az çalışanla sağlık hizmeti vermeye çalışmak hastaların zarar görmesine sebep olmaktadır. Sağlık kuruluşlarının önceliği, hizmet maliyetini azaltarak çok kar etmekten çok hastaların güvenli, kaliteli ve iyi sağlık hizmet almalarını sağlamak olmalıdır. Yapılan çalışmalar neticesinde yeterli sağlık elemanı ile hizmet verilmelidir.

## 2.6. HASTA GÜVENLİĞİ İLE İLGİLENEN ORGANİZASYONLAR

Ülkemizde ve dünyada organizasyonların çoğu hasta güvenliği üzerine yoğunlaşır. Söz konusu organizasyonların bir çoğunluğu bilgilendirme maksatlı işlev göstermektedir. Kaynaklar araştırıldığında dünya genelinde konu ile alakalı olan çok sayıda organizasyon olduğu bilinmektedir. Çalışmanın bu basamağında ilgili organizasyonlardan bazıları hakkında bilgi verilecektir. Ülkemiz de bulunan ve 9 Eylül 1997 senesinde kurulan Hasta ve Hasta Yakını Hakları Derneği, Türkiye ve dünyada oldukça yeni gündeme gelen bir konu olan hastaların ve yakınlarının sağlık hizmeti alırken kullanmaları muhtemel hakları konusunda toplumda bir farkındalık oluşturmaya çalışan bir sivil örgütlenmedir (Dağdelen, 2014, 65).

Bu dernek hasta güvenliği ile yakından alakalı olmaktadır. Hasta güvenliği ile alakalı olan bir diğer dernek Kanıta Dayalı Tıp Derneği'dir. Son zamanlar da dünya genelinde sağlıkla alakalı alınan kararlarda "Kanıta dayalı tıp" yaklaşımının yaygınlaştığı gözlemlenmektedir. Bunun en büyük nedeni, her yerde olduğu gibi tıp alanında da görülen gelişmelerdir. Var olan bilgilerin hızla yenilendiği, değiştiği bir ortamda aldığımız kararların ne kadarı doğru? Ne kadarı güvenilir? Ya da güvenilirlik seviyesi nedir? Bu soruların cevaplarını tam olarak vermek zordur. Kanıta Dayalı Tıp Derneği ülkemizde ki bu eksikliği gidermek için 2007 yılında kurulmuştur (Özkan, 2012, 29).

Bir başka mühim dernek olan Sağlıkta Kalite İyileştirme Derneği (SKİD), sağlık sektöründe kaliteyi arttırmak için çaba göstererek hasta güvenliğini geliştirmeye yardımcı olmaktadır. Bu derneğin hedefi ülkemizde sağlık hizmetleri niteliğinin öngörülen uluslararası seviyesine ulaşmasını sağlamak ve geliştirmek, bu bakımdan öncü, yol gösterici, referans bir kuruluş olmaktadır (Özkan, 2012, 29).

Türkiye'deki kurumların beraberinde, dünya genelinde de etkili olarak uygulamaya koyulan dernekler mevcuttur. İçlerinden biri World Alliance for Patient Safety'dir. 2004 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde kurulan organizasyon kurumlara, sağlıkta politika yapıcılara, hasta dernekleri üyelerine ve dünya sağlık örgütüne verileri iletmeyi hedeflemektedir (Dağdelen, 2014, 66).

Farklı bir dünya organizasyonu ise 1929 yılında oluşturulan Uluslararası Hastaneler Federasyonu'dur. Uluslararası Hastaneler Federasyonu dünya genelinde hastanelerin bulunduğu bir organizasyondur. Uluslararası Hastaneler Federasyonu kar maksadı taşımayan ve olası bir devlete bağlı olmayan bir örgüt olarak hastaneler kendi içlerindeki işbirliği ve bağlantı için yararlı bir organizasyondur (Dağdelen, 2014, 66).

## **2.7. HEMŞİRELERİN HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜNDEKİ YERİ**

Hemşirelik iş kolu şahısların rastladıkları ya da rastlayabilecekleri sağlık problemlerini çözüme kavuşturmada bir profesyonelin desteğine gereksinim hissetmesinden dolayı ortaya çıkmıştır. Hemşirelik mesleği, kişiyi hastalıklı ve sağlıklı halinde, dünyaya gelişinden başlayıp yaşamının son anına kadar geçen zaman diliminde anlamaya odaklanmış bir meslek grubudur. Geçmişten günümüze kadar olan süreçte birçok kişi hemşirelik mesleğinin temellerini açıklamaya çalışmış ve ana rollerini tanımlama girişiminin de bulunmuşlardır. Bu süreçte yapılan bütün çalışmalar Florence Nightingale'e dayanmaktadır (Akman Balçık, 2010, 19).

Hemşirelik mesleğinin temel hedefi Florence Nightingale açısından doğanın iyileştirmesini sağlamak üzere hastayı en uygun ortama koymaktır. Ülkemizde faaliyet gösteren Türk Hemşireler Derneği (THD) ise, "Hemşirelik, bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını ve esenliğini koruma, geliştirme ve hastalık halinde iyileştirme

amacına yönelik hemşirelik hizmetlerinin planlanması, örgütlenmesi, uygulanması, değerlendirilmesinden, bu kişilerin eğitiminden sorumlu bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını ve esenliğini koruma, geliştirme ve hastalık halinde iyileştirme amacına yönelik hemşirelik hizmetlerinin planlanması, örgütlenmesi, uygulanması, değerlendirilmesinden, bu kişilerin eğitiminden sorumlu bilim ve sanattan oluşan bir sağlık disiplindir” olarak tanımlamıştır (Durmaz, 2016, 20).

Hemşire meslek grubu çalışanları hasta güvenliğinin hem bakım hem de tedavi anında içindedirler. Sağlık çalışanlarının diğer üyelerine nazaran hemşireler, yükümlülüklerinin fazlalığı, türlü olması ve hasta birey ile devamlı aynı ortamda bulunması sebebiyle daha sık bir tıbbi yanlılık olasılığı ile yüzleşmektedirler. Hasta bireye olan yakınlıkları, bakım ve tedavi uygulamaları beraber bulunmalarından dolayı hasta güvenliğinin korunması ve sağlanmasında önemli bir pozisyonları vardır (Rızalar vd., 2015, 10).

Hastaların güvenliğinin oluşturulmasında ve sağlık açısından niteliğin iyileştirilmesinde hemşire meslek grubu önemli yer teşkil etmektedir. Sonuçta bir sağlık kurumunda iş gören hemşirelerin hasta güvenliği kavramını algılamaları, yürütmeleri ve geliştirmeleri temelinde hasta güvenliği kültürü bilinci yatmaktadır (Rızalar vd., 2015, 10).

### **2.7.1. Hemşirelikte Hatalı Uygulamalar**

Sağlık sektöründe hemşirelerin yükümlükleri gün geçtikçe artmakta ve farklılaşmaktadır. Hemşire: bireysel düşüncesini hemşirelik düşüncesine uygulayarak, mesleksi uzmanlaşmayla edindiği bilgi, beceri ve ahlak kuralları ışığında insan hakları ve sevgisine duyduğu inancı meydana çıkartmaktadır (Türkinaz ve Aştı, 2000, 23).



Hemşire mesleğine sahip olan kişiler diğer sağlık personelleri gibi hizmet verirken farklı problemler yaşamaktadır. Yanlış tıbbi uygulama bunlardan yalnızca bir tanesidir. Günümüzde yanlış yapılan tıbbi tatbikat nedeniyle hemşireler, doktorlar ve diğer sağlık memurları aleyhinde açılan hukuki davaların sayısında önemli bir yükseliş vardır. Bakanlıkça çıkartılan 18.01.2005 B100THG0100013 sayılı ‘Hizmet Kusuru’ genelgesinde, özellikle aşağıdaki iş ve işlemlere açılmış olan davaların arttığı gözlemlenmektedir (Aktaran: Akman Balçık, 2010, 50).

- Ameliyat öncesinde ve sonrasında oluşan yan etkiler
- Doğum sonrasında ve esnasında oluşan yan etkiler
- Hastane yönetiminden doğan sorunlar
- Yanlış enjeksiyon
- Yanlış uygulanan laboratuvar uygulamaları
- Sevk ve poliklinik uygulamalarında hatalı yönlendirmeler
- Hatalı teşhis ve tedavi
- Acil servis hizmeti alanında yaşanan yetersizlikler.

Hemşireler yapmış oldukları işlerdeki risk olasılıklarının farkında olup kendilerinin yapacağı hatalı uygulamalar sonucunda hem hukuken hem de vicdanen zor durumda kalacaklarını bilirler. Hemşireler sağlık hizmetleri içerisinde yer alan bir grup ile takım halinde iş gördükleri için aynı takım ile birlikte yasal yükümlülük altına girebilirler (Akman Balçık, 2010, 53).

Hemşirelerin yapmış oldukları yanlış uygulamalar ve en çok rastladıkları hukuki süreçler bunlardır (Ertem vd., 2009, 3):

- Hatalı veya uygun olmayan ekipman kullanılmasına bağlı yanlışlıklar
- Yabancı nesne unutulması ile alakalı hatalar
- İletişimsizlikten doğan yanlışlıklar
- Hastanın yetersiz değerlendirilmesinden ve izlenmesinden kaynaklanan hatalar
- Hasta bireyin düşmesi
- Bakım protokollerine uymamaktan ya da izlememekten kaynaklanan hatalar
- Kayıt tutma eksikliği yüzünden meydana gelen hatalar
- Hastanın güvenliği ve korunması ile ilgi yapılan uygulamaların yetersizliği.

Hemşirelerin hekimin taleplerini yerine getirmekte dikkate aldıkları yasa hemşirelik yasasıdır. Türkiye’de Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği’nin 132. Maddesinde hemşirelerin yapacağı uygulamaları mesleklerinin onlara verdiği yetkiler ve hekimlerin tarifine göre yapmaları açıkça belirtilmişti (Akman, 2010, 52).

Hemşirelerin yasadışı ilaç vermesi, hekimin bilgisi olmadan ilaç vermesi, ilacın görünüş ve okunuş benzerliği neticesinde hatalı ilaç vermesi, ilacın dozu hesaplanırken hata yapılması, ilaç paketi ya da kutusu üzerindeki bilgilere dikkat etmeden ve ilaç tatbikatlarını unutması kendisine ait yanlışlıklardır ve hukuki anlamda zor durumda kalmasına neden olacaktır (Abaan, 1997, 7).

Geniş bir perspektiften bakıldığında talep edilenler, tıbbi yanlışlıkların olası bir kaynağı olarak gözükmektedirler. Hata ufak olsa da hasta ve sağlık kurumu açısından büyük sorunlara yol açabilmektedir. Söz ile yapılan istemlerde söylenenin

yanlış işitilmesi, farklı algılanması, personellerin çalışma ortamı ve motivasyon durumu oldukça önemlidir (Akman, 2010, 53).

### **2.7.2. Hasta Güvenliğinde Hemşirenin Sorumlulukları**

Hemşirelerin hastaların sağlık bakım gereksinimlerinin karşılanması ve yaşam kalitelerinin yükseltilmesinde önemli sorumlulukları bulunmaktadır. Hemşirelerin hastaya zarar verecek uygulamalardan kaçınması ve başkalarının hastaya verebileceği zararları önleyici girişimlerde bulunması gerekmektedir. Bu bağlamda hemşirelik hizmetlerindeki hasta güvenliği uygulamaları bakımın en önemli parçasını oluşturmaktadır. Hemşirelik uygulamalarında hasta güvenliği uygulamaları açısından en öncelikli konuların başında ilaç uygulamaları gelmektedir. (Türk, 2015, 15).

İlaç hatalarının nedenlerine yönelik incelemeler bireysel düzeyde kalmakta ve hemşirelere odaklanılmaktadır. Hemşirelerin önem vermesi gereken konulardan biri de kanla ilgili işlemlerdir (kan transfüzyonu, kan alma vs.). İlaç ve kanla ilgili uygulamalarda kimlik tanımlaması hasta güvenliğini sağlamada önceliklidir. Bir diğer önemli hasta güvenliği boyutu hasta düşmeleridir. Yapılan hemşirelik protokolleri ile düşme olayının ve düşme sonrası oluşacak yaralanmalarının önüne geçilmeye çalışılmaktadır. Cerrahi alanlardaki tıbbi hataların önlenmesi için de başta kimlik tanımlanması olmak üzere hasta güvenliği hedeflerine uygun olarak işlemlerin gerçekleştirilmesi gerekmektedir (Türk, 2015, 15).

Kaliteli bir sağlık hizmeti sunmak en önemlisi hastalara zarar vermemek için, hasta güvenliği çalışmaları arttırılmalı ve kültür geliştirilmelidir. Kültürün yayılması içinse gerek devlet gerekse özel kurumlar, üzerlerine düşen görevi yerine getirmeli, hasta güvenliği konusunda konuşulabilecek platformlar oluşturulmalı ve ülkenin (hastaların ve çalışanların), bu konudaki bilinci arttırılmalıdır (Türk, 2015, 16).

### 2.7.3. Hemşirelerin Çalışma Ortamının Hasta Güvenliğine Etkisi

Hastanelerde sağlık bakımı veren, denetleyen, koordine eden ve günde 24 saat aralıksız bakım sağlayan hemşireler, hasta güvenliği sağlama çalışmaları için ideal meslek üyeleridir. Kanadalı Hemşireler Birliği (CNA: Canada Nurses Association) hataları azaltmada ve hasta güvenliğini geliştirme çabalarında devlet, işverenler, diğer meslek üyeleri ve hemşirelerin işbirlikçi yaklaşım içinde bulunmalarını tavsiye etmektedir. CNA hasta güvenliği sağlanması ve en iyi hemşirelik uygulamalarının araştırılması için bilgi toplamanın kritik derecede önemli olduğuna inanmaktadır. Hemşirelerin hasta güvenliğini koruyarak ve yükselterek önemli bir katkı sağladıklarını savunmaktadır (Akman Balçık, 2010, 71).

Sağlık çalışanları içinde buldukları özel çevrelerden ve çalışma materyalinin insan olmasından kaynaklanan çok yönlü sağlık risklerine maruz kalmaktadırlar. Hemşirelerin işi diğer insanlara bakım vermek olduğuna göre bu işini yerine getirirken yoğun iş yükü, vardiya sistemi ile çalışma, sürekli ayakta kalma, yorgunluk, teknolojiye ayak uydurma çabaları, araç gereç eksikliği, enfeksiyon riski, yetersiz personel, kişiler arası olumsuz ilişkiler, hastalık, ölüm gibi kriz durumları ile karşılaşmaktadırlar (Sezgin, 2007, 15).

Verilen hizmetin normal mesai saatlerinin üzerinde tutulması, vardiyalı, nöbetli çalışma, gece gündüz değişen saatlerde çalışma, çalışanların yorgunluk ve bezginliğine yol açan nöbet saatleri hizmetin kalitesini düşürdüğü gibi hasta bakımını ve güvenliğini de büyük ölçüde etkiler<sup>132</sup>. Hemşirelerin çalışmaları yoğun hizmet ve dikkat gerektirdiğinden aşırı yorgunluk, zihinsel karışıklık hem hastaya hem de kendisine zarar verebilmektedir. Bu nedenle hemşirelerin çalışma saatleri hasta ve çalışan güvenliği açısından, Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO: International Labour Organization)'nün de öngördüğü günde 8 saat olmalıdır (Sezgin, 2007, 15-17).

iş doyumu, duygusal bir tepki ve davranışsal bir dışa vurum olup, bireyin yaptığı işi çalışma ortamını ve çalışma yaşamını değerlendirmesi ile oluşmaktadır. Yetersiz araç-gereç ile çalışmanın çalışma koşullarını zorlaştırdığını ve hasta bakımını aksatarak, verilen hizmetin kalitesini ve iş doyumunu azalttığına ilişkin çalışmalar mevcuttur. Hemşirelerin sayısal yetersizliğinin iş yükünü ciddi biçimde arttırdığı ve hemşire başına düşen hasta sayısındaki oranın yüksek olması da fiziksel yorgunluğa neden olduğu hastalardan alınan olumsuz geri bildirimle alınmaktadır (Sezgin, 2007, 15-17). Ayrıca yeterli personele sahip olma hemşirelerin etkin çalışmasını etkilemektedir.

Güvenli, nitelikli ve verimli sağlık hizmetlerinin sunulması sağlık çalışanlarının kapasitesine ve performansta mükemmelliği destekleyen bir çalışma ortamına bağlı olduğu yapılan birçok araştırma ile desteklenmektedir.

## **2.8. İŞ YÜKÜNÜN HASTA GÜVENLİĞİNE VE SAĞLIK ÇALIŞANI ÜZERİNE ETKİSİ**

Son derece önemli çalışma streslerinden biri olan iş yükü, hastalar ve hemşireler için negatif tesire sahiptir. Mortalitede yükseliş, olumsuz hasta neticeleri; hasta komplikasyonları, gerçekleştirilen bakımda zaman eksikliği sorunuyla karşılaşılması ve netice de bakımın niteliğinde düşüş olması iş yükünün doğrudan yansımalarıdır. Balanuye'ye göre, özellikle hemşirenin klinikte yaşadığı zaman eksikliği, doktor ve hastaların kendi içlerindeki iletişimine de negatif yönde tesir etmektedir. Yüksek iş yükü sağlık personelinin iş memnuniyetinde düşüş, düşük motivasyon, tükenmişlik ve iletişim hakkında olumsuz sonuçlarıyla tıbbi hataların ortaya çıkmasına sebep olabilmektedir (Balanuye, 2014, 13).

Tıbbi hataların ortaya çıkmasının hasta, hasta çevresi, hemşireler ve doktorlar olmak üzere sağlık profesyoneli ve sağlık düzenine birçok negatif etkisi olmaktadır. Hasta için sağlık personeline olan güven kaybı ve anksiyete yaşamasına, tedavinin aksamasına; tanı ve tedavi işlemlerinin tekrarlanmasına, komplikasyonların tedavisine, ilaç harcamalarının artmasına neden olurken kurumsal olarak ise maliyette artış ve kurum imajın olumsuz etkilenmesi söz konusu olmaktadır. Tıbbi hatalar ise bir kısır döngü oluşturarak sağlık profesyonelinin motivasyonun azalmasına, mesleki tükenmişlik yaşamalarına ve buna bağlı çalışma performansının ve iş doyumlarının azalmasına yol açmaktadır (Eroğlu, 2011, 42).



## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

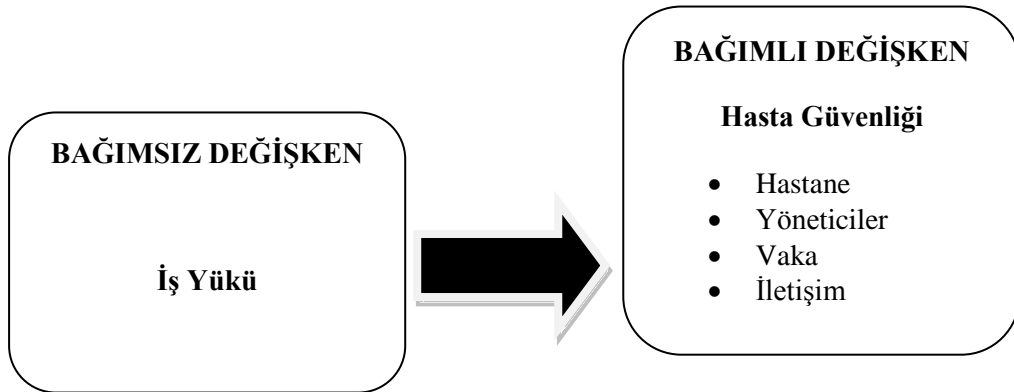
### İŞ YÜKÜNÜN, HASTA GÜVENLİĞİ ÜZERİNDEKİ ETKİSİNİ BELİRLEMeye YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA

#### 3.1. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

##### 3.1.1. Araştırmanın Modeli ve Hipotezleri

Bu araştırma tanımlayıcı araştırma modeli ile yapılmıştır. Tanımlayıcı araştırma, bir problemle ilgili durumları, geçmiş veya mevcut olayları, kavramları, ilişkileri açıklamaya çalışan bir araştırma modelidir. Veri toplama aracı olarak anket tekniği kullanılmıştır. Anket çalışması 2018 yılının Mayıs ayında gerçekleştirilmiştir.

Çalışmanın genel amacı, İstanbul İli Fatih bölgesi sınırları içinde faaliyet gösteren kamu hastanelerinde iş yükünün, hasta güvenliği üzerindeki etkisinin belirlenmesidir. Araştırmada iki çeşit değişken bulunmaktadır. Bağımlı değişken, hasta güvenliğidir. Bağımlı değişkene ait alt boyutlar ise; hastane, yöneticiler, vaka ve iletişim düzeyleridir. Bağımsız değişken ise iş yüküdür. Araştırmanın genel amacına uygun olarak hazırlanan model şu şekildedir:



Şekil 3.1. Araştırmanın Modeli.

Araştırmada kullanılacak hipotezler ise:

H<sub>1</sub>: Hemşirelerin iş yükü ile hasta güvenliği algısı arasında bir ilişki mevcuttur.

H<sub>2</sub>: Hemşirelerin algıladıkları iş yükü demografik özelliklerine bağlı olarak değişmektedir.

H<sub>3</sub>: Hemşirelerin algıladıkları hasta güvenliği alt boyutları demografik özelliklerine bağlı olarak değişmektedir.

H<sub>3a</sub>: Hastane alt boyutu ile demografik değişkenler arasında bir ilişki vardır.

H<sub>3b</sub>: Yöneticiler alt boyutu ile demografik değişkenler arasında bir ilişki vardır.

H<sub>3c</sub>: Vaka alt boyutu ile demografik değişkenler arasında bir ilişki vardır.

H<sub>3d</sub>: İletişim alt boyutu ile demografik değişkenler arasında bir ilişki vardır.

### **3.1.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini alan yazın incelemesine bağlı olarak, 2018 yılı İstanbul ili Fatih ilçesine bağlı bölge kamu hastanelerinde görev yapan hemşireler oluşturmaktadır. Çalışmanın yapıldığı dönemde Fatih bölgesinde ortalama 3.250 hemşire görev yapmaktadır. Araştırma evreninin geniş olmasından dolayı, söz konusu evren üzerinden örneklem alma yoluna gidilerek gelişigüzel (rastgele) örneklem seçim tekniği kullanılmıştır. Araştırmanın örneklemini araştırmaya katılmayı kabul eden, araştırmanın yapıldığı süre içinde izinde ve raporlu olmayan toplam 360 hemşire oluşturmuştur.

### **3.1.3. Veri Toplama Araçları**

Veri toplama aracı olarak üç kısımdan oluşan anket formu kullanılmıştır. Anket formları 7 sorudan oluşan sosyo-demografik bilgiler, 24 maddelik hastane hasta güvenliği kültürü ölçeği 17 maddelik iş yükü ölçeğinden oluşmaktadır.



### *Hastane Hasta Güvenliği Kùltùr Anketi (HSOPS):*

Hastane hasta güvenliği kùltùr anketi 2012 yılı itibarı ile uluslararası çapta 42 ùlkede, geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılarak resmi olarak 21 dilde kullanılmıştır. Ùlkemizde de Selçuk Ùniversitesinde 2010 yılında, S. Bodur ve E. Filiz tarafından Türkçeye çevrilerek geçerlilik güvenilirlik analizleri yapılmış ve sonuçlar çerçevesinde anketin Türkçe versiyonunun kullanılabilir olduğu sonucu raporlanarak çıkmıştır (Bodur, 2010, 10). Hastane hasta güvenliği kùltùr anketi DSÖ'nün halen tavsiye ettiği araçlar içerisinde bulunmaktadır.

Hazırlanan ölçeğin pilot çalışması 2003 yılında Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde 21 hastane ve 1419 sağlık çalışanları ile gerçekteşirilmıştir. Yapılan analizlerde ölçeğe ait 4 alt boyutu olan "Hastane, Yöneticiler, Vaka ve İletişim" boyutları birbiriyle tutarlılığı kabul edilebilir olarak belirlenmiştir. Cronbach alfa skoru 0.72 – 0.84 aralığında saptanmıştır (Nieva, 2003, 17).

### *İş Yüğü Ölçeği*

Ölçek, Çiğdem Kahveci (2016)' nin sağlık çalışanlarında iş yükünün motivasyona etkisini incelediği çalışmasından yararlanılarak elde edilmiştir. Kahveci, Aycan ve Eskin (2005) tarafından Türkçe 'ye çevrilen iş yüğü ölçeğini hemşire görüşlerini alarak 17 maddelik iş yüğü algısı ölçeği olarak oluşturmuştur. Ölçek tek boyutludur. Araştırmamızda da iş yüğü ölçeğinin güvenilirlik katsayısı 0,72 olarak kabul edilmiştir.

### **3.1.4. Verilerin Analizi**

Çalışmada istatistiksel programlardan olan SPSS v22.0 kullanılmıştır. Bu kapsamda kullanılan testler;

- Tanımlayıcı istatistikler (frekans analizi, betimsel istatistikler),
- Bağımsız grup karşılaştırması (Bağımsız örneklem t testi, One-Way ANOVA),
- Pearson Korelasyon analizi ve Regresyon analizi.

Verilerin çözümlenmesinde frekans, yüzde, aritmetik ortalama, standart sapma, minimum, maksimum gibi tanımlayıcı istatistiklerden faydalanılmıştır. Verilerin analizinde parametrik testlerden faydalanılmıştır. Bağımsız 2 grubun ortalamaları karşılaştırılmasında bağımsız örneklem t testi, 2'den fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında One-way ANOVA testi sonucu kullanılmıştır. Ölçeklerin ilişki analizinde Pearson korelasyon katsayısı hesaplanmıştır.

### 3.2. BULGULAR VE YORUMLAR

**Tablo 3.1. Demografik Bilgiler**

		n	%
Meslek süresi	1-5 yıl	57	16,0
	6-10 yıl	132	36,5
	11-15 yıl	75	21,0
	16 ve üzeri	96	26,5
Hastanede çalışma süresi	1-5 yıl	78	21,7
	6-10 yıl	168	46,7
	11-15 yıl	78	21,7
	16 ve üzeri	36	10,0
Birimde çalışma süresi	1-3 yıl	120	33,3
	4-5 yıl	138	38,3
	6 ve üzeri	102	28,3
Haftalık çalışma süresi	40 saat	213	59,0
	40 üzeri	147	41,0
Çalıştığımız birim	Çocuk Cerrahisi	33	9,0
	Dahiliye	81	22,5
	Genel Cerrahi	51	14,0
	Nöroloji	39	11,0
	Üroloji	54	15,0
	Kardiyoloji	21	6,0
	Göz Hastalıkları	21	6,0
	Acil Servis	45	12,5
	Göğüs Hastalıkları	15	4,0
Hasta güvenliği değerlendirme	İyi	243	68,0
	Kötü	69	19,0
	Kararsızım	48	13,0
Son 12 ayda olay rapor sayısı	Hiç	306	85,0
	1 ve üzeri	54	15,0

Çalışmaya katılan kişilerin %16'sı 1-5 yıl, %36,5'i 6-10 yıl, %21'i 11-15 yıl arasında ve %26,5'i ise 16 yıl ve üzerinde mesleklerinde deneyim sahibi olduklarını; %21,7'si 1-5 yıl arasında, %46,7'si 6-10 yıl, %21,7'si 11-15 yıl arasında ve %10'u ise 16 yıl ve üzerinde hastanede çalıştıklarını; kişilerin %33,3'ü 1-3 yıl, %38,3'ü 4-5 yıl ve %28,3'ü ise 6 yıl ve üzerinde şu andaki birimlerinde çalıştıklarını; kişilerin %59'u haftalık 40 saat, %41'i ise haftalık 40 saatin üzerinde çalıştıklarını belirtmişlerdir. Kişilerin %9'u çocuk cerrahisi, %22,5'i dahiliye, %14'ü genel cerrahi, %11'i nöroloji, %15'i üroloji, %6'sı kardiyoloji, %6'sı göz hastalıkları, %12,5'i acil servis ve %4'ü ise göğüs hastalıklarında çalıştıklarını; kişilerin %68'i

hasta güvenliği konusunda birimlerinin iyi olduğunu, %19'u kötü olduğunu ve %13'ü ise bu konuda kararsız olduklarını belirtmişlerdir. Kişilerin %85'i son 1 yılda hiç olay raporu vermediklerini, %15'i ise en az 1 rapor verdiklerini belirtmişlerdir.

**Tablo 3.2. Ölçeklere Ait Tanımlayıcı İstatistikler**

Hasta Güvenliği Kültürü	N	Ort.	S.S.	Alt-Üst Sınır
Hastane	360	32,90	4,18	21-41
Yönetici	360	11,68	2,09	5-15
Vaka	360	9,37	2,04	3-15
İletişim	360	20,39	2,51	10-25
İş yükü	360	64,95	7,46	43-85

Çalışmada Hastane güvenliği kültürü anketi ve iş yükü algısına ait tanımlayıcı istatistikler değerlendirildiğinde; hastane ile ilgili ortalama puan 32,9, yönetici ile ilgili ortalama puan 11,68, vaka ile ilgili ortalama puan 9,37 ve iletişim ile ilgili ortalama puan 20,39'dur ve iş yükü algısı ortalama puanı 64,95'tir.

**Tablo 3.3. Demografik Bilgilere Göre Hastane Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Görüşleri ile İlgili İlişki Analizi**

		Hastane		t/F	p
		Ort.	S.S.		
Meslek süresi <sup>1</sup>	1-5 yıl	32,16	3,31	5,279	,001*
	6-10 yıl	33,91	4,39		
	11-15 yıl	33,00	4,05		
	16 ve üzeri	31,88	4,18		
Hastanede çalışma süresi <sup>1</sup>	1-5 yıl	32,54	3,38	0,889	0,447
	6-10 yıl	32,89	4,86		
	11-15 yıl	33,50	3,77		
	16 ve üzeri	32,42	3,03		
Birimde çalışma süresi <sup>1</sup>	1-3 yıl	32,03	4,62	11,017	,000*
	4-5 yıl	34,17	3,10		
	6 ve üzeri	32,21	4,52		
Haftalık çalışma süresi <sup>2</sup>	40 saat	32,96	4,11	0,315	0,753
	40 üzeri	32,82	4,29		
Çalıştığınız birim <sup>1</sup>	Çocuk Cerrahisi	32,36	2,91	3,004	,003*
	Dahiliye	32,93	5,00		

	Genel Cerrahi	32,59	4,34		
	Nöroloji	34,08	3,74		
	Üroloji	32,39	4,23		
	Kardiyoloji	30,29	4,44		
	Göz Hastalıkları	35,29	1,71		
	Acil Servis	33,73	3,77		
	Göğüs Hastalıkları	31,60	2,67		
Hasta güvenliği birim değerlendirmesi <sup>1</sup>	İyi	32,60	4,00	6,539	,002*
	Kötü	34,48	3,70		
	Kararsızım	32,13	5,15		
Son 12 ayda olay raporu sayısı <sup>2</sup>	Hiç	32,87	4,27	-0,298	0,767
	1 ve üzeri	33,06	3,68		

<sup>1</sup>One-way ANOVA testi, <sup>2</sup>Bağımsız örneklem t testi, \*p≤0,05

**Tablo 3.4. Çoklu Karşılaştırma Meslek Süresi Grubu (Tukey HSD).**

(I) Meslek süresi (Binned)	(J) Meslek süresi (Binned)	Mean Difference		
		(I-J)	Std. Error	Sig.
1-5 yıl	6-10 yıl	-1,75120*	,65126	,037
	11-15 yıl	-,84211	,72205	,649
	16 ve üzeri	,28289	,68710	,976
6-10 yıl	1-5 yıl	1,75120*	,65126	,037
	11-15 yıl	,90909	,59418	,421
	16 ve üzeri	2,03409*	,55118	,001
11-15 yıl	1-5 yıl	,84211	,72205	,649
	6-10 yıl	-,90909	,59418	,421
	16 ve üzeri	1,12500	,63326	,286
16 ve üzeri	1-5 yıl	-,28289	,68710	,976
	6-10 yıl	-2,03409*	,55118	,001
	11-15 yıl	-1,12500	,63326	,286

**Tablo 3.5. Çoklu Karşılaştırma Hasta Güvenliği Grubu (Tukey HSD).**

(I) Hasta güvenliği konusunda biriminizi değerlendiriniz.	(J) Hasta güvenliği konusunda biriminizi değerlendiriniz.	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.
İyi	Kötü	-1,87332*	,56186	,003
	Kararsızım	,47994	,65058	,741
Kötü	İyi	1,87332*	,56186	,003
	Kararsızım	2,35326*	,77415	,007
Kararsızım	İyi	-,47994	,65058	,741
	Kötü	-2,35326*	,77415	,007

Çalışmaya katılan kişilerin hastane ile ilgili görüşlerinin skorları hastanede çalışma süresi, haftalık çalışma süresi ve son 12 ayda olay rapor sayısı değişkenleri arasında anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>.05$ ).

Kişilerin hastane ile ilgili skorları meslek süreleri arasında anlamlı farklılık göstermektedir ( $F:5,279$ ;  $p:0,001\leq 0,05$ ). Tukey HSD çoklu karşılaştırma testi ile gruplar arasındaki farklılık değerlendirildiğinde; meslek süresi 6-10 yıl arasında olan kişilerin ortalama hastane puanı anlamlı olarak meslek süresi 1-5 yıl arasında ve 16 yıl ve üzerinde olan kişilerin ortalama puanlarından daha yüksektir.

Kişilerin hastane ile ilgili skorları birimde çalışma süreleri arasında anlamlı farklılık göstermektedir ( $F:11,017$ ;  $p:0,000\leq 0,05$ ). Tukey HSD çoklu karşılaştırma testi ile gruplar arasındaki farklılık değerlendirildiğinde; birimde çalışma süresi 4-5 yıl arasında çalışan kişilerin ortalama hastane puanı anlamlı olarak 1-3 yıl arasında ve 6 yıl ve üzerinde birimde çalışan kişilerin ortalama puanlarından daha yüksektir.

Kişilerin hastane ile ilgili skorları çalışılan birimler arasında anlamlı farklılık göstermektedir ( $F:3,004$ ;  $p:0,003\leq 0,05$ ). Tukey HSD çoklu karşılaştırma testi ile

gruplar arasındaki farklılık değerlendirildiğinde; göz hastalıklarında çalışan kişilerin ortalama hastane puanı anlamlı olarak nöroloji ve acil servis birimleri dışında diğer birimlerde çalışan kişilerin ortalama hastane puanlarından daha yüksektir.

Kişilerin hastane ile ilgili skorları hasta güvenliği konusunda birim değerlendirme durumu arasında anlamlı farklılık göstermektedir (F:6,539; p:0,002≤0,05). Tukey HSD çoklu karşılaştırma testi ile gruplar arasındaki farklılık değerlendirildiğinde; hasta güvenliği konusunda birimlerini kötü olduğunu belirten kişilerin ortalama hastane puanı anlamlı olarak birimin iyi olduğunu belirten ve kararsız olan kişilerin ortalama puanlarından daha yüksektir.

**Tablo 3.6. Demografik Bilgilere Göre Hastane Hasta Güvenliği Kültürü Yönetici Görüşleri ile İlgili İlişki Analizi**

		Yönetici		t/F	p
		Ort.	S.S.		
Meslek süresi <sup>1</sup>	1-5 yıl	11,32	1,18	5,645	,001*
	6-10 yıl	12,20	1,72		
	11-15 yıl	11,08	2,87		
	16 ve üzeri	11,63	2,10		
Hastanede çalışma süresi <sup>1</sup>	1-5 yıl	11,42	1,19	2,226	0,085
	6-10 yıl	11,73	2,30		
	11-15 yıl	11,46	2,42		
	16 ve üzeri	12,42	1,63		
Birimde çalışma süresi <sup>1</sup>	1-3 yıl	11,40	2,09	3,896	,021*
	4-5 yıl	11,57	2,23		
	6 ve üzeri	12,15	1,81		
Haftalık çalışma süresi <sup>2</sup>	40 saat	12,10	1,95	4,769	,000*
	40 üzeri	11,06	2,14		
Çalıştığınız birim <sup>1</sup>	Çocuk Cerrahisi	12,73	1,84	3,042	,003*
	Dahiliye	11,30	2,26		
	Genel Cerrahi	11,53	2,19		
	Nöroloji	11,23	2,95		
	Üroloji	12,22	1,24		
	Kardiyoloji	12,00	1,45		
	Göz Hastalıkları	11,14	,85		
	Acil Servis	11,27	1,97		
Göğüs Hastalıkları	12,60	2,23			
Hasta güvenliği birim değerlendirmesi <sup>1</sup>	İyi	11,67	2,07	0,944	0,390
	Kötü	11,91	2,16		
	Kararsızım	11,38	2,11		
Son 12 ayda olay raporu sayısı <sup>2</sup>	Hiç	11,60	2,07	-1,668	0,096
	1 ve üzeri	12,11	2,18		

<sup>1</sup>One-way ANOVA testi, <sup>2</sup>Bağımsız örneklem t testi, \*p≤0,05

**Tablo 3.7. Çoklu Karşılaştırma Meslek ve Birimde Çalışma Süresi Grubu (Tukey HSD).**

(I) Meslek süresi (Binned)	(J) Meslek süresi (Binned)	Mean Difference		
		(I-J)	Std. Error	Sig.
1-5 yıl	6-10 yıl	-,88876*	,32488	,033
	11-15 yıl	,23579	,36019	,914
	16 ve üzeri	-,30921	,34276	,804
6-10 yıl	1-5 yıl	,88876*	,32488	,033
	11-15 yıl	1,12455*	,29640	,001
	16 ve üzeri	,57955	,27495	,153
11-15 yıl	1-5 yıl	-,23579	,36019	,914
	6-10 yıl	-1,12455*	,29640	,001
	16 ve üzeri	-,54500	,31590	,312
16 ve üzeri	1-5 yıl	,30921	,34276	,804
	6-10 yıl	-,57955	,27495	,153
	11-15 yıl	,54500	,31590	,312
(I) Su anda çalıştığınız birimde kaç yıldır çalışıyorsunuz? (Binned)	(J) Su anda çalıştığınız birimde kaç yıldır çalışıyorsunuz? (Binned)	Mean Difference		
		(I-J)	Std. Error	Sig.
1-3 yıl	4-5 yıl	-,16522	,25870	,799
	6 ve üzeri	-,74706*	,27912	,021
4-5 yıl	1-3 yıl	,16522	,25870	,799
	6 ve üzeri	-,58184	,27063	,081
6 ve üzeri	1-3 yıl	,74706*	,27912	,021
	4-5 yıl	,58184	,27063	,081

Çalışmaya katılan kişilerin yönetici ile ilgili görüşlerinin skorları hastanede çalışma süresi, hasta güvenliği birim değerlendirmesi ve son 12 ayda olay rapor sayısı değişkenleri arasında anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p > .05$ ).



Kişilerin yönetici ile ilgili skorları meslek süreleri arasında anlamlı farklılık göstermektedir (F:5,645; p:0,001≤0,05). Tukey HSD çoklu karşılaştırma testi ile gruplar arasındaki farklılık değerlendirildiğinde; meslek süresi 6-10 yıl arasında olan kişilerin ortalama yönetici puanı anlamlı olarak meslek süresi 1-5 yıl arasında ve 11-15 yıl arasında olan kişilerin ortalama puanlarından daha yüksektir.

Kişilerin yönetici ile ilgili skorları birimde çalışma süreleri arasında anlamlı farklılık göstermektedir (F:3,896; p:0,021≤0,05). Tukey HSD çoklu karşılaştırma testi ile gruplar arasındaki farklılık değerlendirildiğinde; birimde çalışma süresi 6 yıl ve üzerinde olan kişilerin ortalama yönetici puanı anlamlı olarak 1-3 yıl arasında birimde çalışan kişilerin ortalama puanlarından daha yüksektir.

Çalışmaya katılan ve haftalık çalışma süresi 40 saat olan kişilerin ortalama yönetici puanı anlamlı olarak haftalık çalışma süresi 40 saatin üzerinde olan kişilerin ortalama puanından daha yüksektir (t:4,769; p:0,000≤0,05).

Kişilerin yönetici ile ilgili skorları çalıştıkları birimler arasında anlamlı farklılık göstermektedir (F:3,042; p:0,003≤0,05). Tukey HSD çoklu karşılaştırma testi ile gruplar arasındaki farklılık değerlendirildiğinde; Çocuk cerrahisinde çalışan kişilerin ortalama yönetici puanları anlamlı olarak dahiliye, göz hastalıkları ve acil serviste çalışanların ortalama puanlarından; üroloji biriminde çalışan kişilerin ortalama yönetici puanları anlamlı olarak göz hastalıklarında çalışan kişilerin ortalama puanından daha yüksektir.

**Tablo 3.8. Demografik Bilgilere Göre Hastane Hasta Güvenliği Kültürü Vaka Görüşleri ile İlgili İlişki Analizi**

		Vaka		t/F	p
		Ort.	S.S.		
Meslek süresi <sup>1</sup>	1-5 yıl	9,53	1,97	6,170	,000*
	6-10 yıl	9,23	1,95		
	11-15 yıl	8,72	2,60		
	16 ve üzeri	10,00	1,47		
Hastanede çalışma süresi <sup>1</sup>	1-5 yıl	9,38	1,94	0,717	0,542
	6-10 yıl	9,29	1,88		
	11-15 yıl	9,35	2,69		
	16 ve üzeri	9,83	1,16		
Birimde çalışma süresi <sup>1</sup>	1-3 yıl	9,23	2,05	0,826	0,438
	4-5 yıl	9,54	2,10		
	6 ve üzeri	9,32	1,95		
Haftalık çalışma süresi <sup>2</sup>	40 saat	9,01	2,15	-4,288	,000*
	40 üzeri	9,90	1,75		
Çalıştığımız birim <sup>1</sup>	Çocuk Cerrahisi	9,27	1,74	3,030	,003*
	Dahiliye	9,56	1,58		
	Genel Cerrahi	9,24	2,74		
	Nöroloji	9,62	2,91		
	Üroloji	9,78	1,45		
	Kardiyoloji	8,00	1,45		
	Göz Hastalıkları	10,43	1,72		
	Acil Servis	8,73	1,86		
	Göğüs Hastalıkları	9,40	1,68		
	Hasta güvenliği birim değerlendirmesi <sup>1</sup>	İyi	9,53		
Kötü		9,17	1,85		
Kararsızım		8,88	1,95		
Son 12 ayda olay raporu sayısı <sup>2</sup>	Hiç	9,47	1,92	1,727	0,089
	1 ve üzeri	8,83	2,59		

<sup>1</sup>One-way ANOVA testi, <sup>2</sup>Bağımsız örneklem t testi, \*p≤0,05

**Tablo 3.9. Çoklu Karşılaştırma Meslek Süresi ve Çalışılan Birim Grubu (Tukey HSD).**

(I) Meslek süresi (Binned)	(J) Meslek süresi (Binned)	Mean		
		Difference (I-J)	Std. Error	Sig.
1-5 yıl	6-10 yıl	,29904	,31659	,781
	11-15 yıl	,80632	,35101	,101
	16 ve üzeri	-,47368	,33402	,489
6-10 yıl	1-5 yıl	-,29904	,31659	,781
	11-15 yıl	,50727	,28885	,296
	16 ve üzeri	-,77273*	,26794	,022
11-15 yıl	1-5 yıl	-,80632	,35101	,101
	6-10 yıl	-,50727	,28885	,296
	16 ve üzeri	-1,28000*	,30784	,000
16 ve üzeri	1-5 yıl	,47368	,33402	,489
	6-10 yıl	,77273*	,26794	,022
	11-15 yıl	1,28000*	,30784	,000

Çalıştığınız birim	(J) Çalıştığınız birim	Mean			95% Confidence Interval	
		Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	Lower Bound	Upper Bound
Çocuk Cerrahisi	Dahiliye	-,28283	,41212	,999	-1,5692	1,0035
	Genel Cerrahi	,03743	,44583	1,000	-1,3541	1,4290
	Nöroloji	-,34266	,47201	,998	-1,8159	1,1306
	Üroloji	-,50505	,44094	,967	-1,8813	,8712
	Kardiyoloji	1,27273	,55706	,354	-,4660	3,0115
	Göz Hastalıkları	-1,15584	,55706	,492	-2,8946	,5829
	Acil Servis	,53939	,45736	,960	-,8881	1,9669
	Göğüs Hastalıkları	-,12727	,62143	1,000	-2,0669	1,8124
Dahiliye	Çocuk Cerrahisi	,28283	,41212	,999	-1,0035	1,5692
	Genel Cerrahi	,32026	,35672	,993	-,7932	1,4337
	Nöroloji	-,05983	,38895	1,000	-1,2738	1,1542
	Üroloji	-,22222	,35059	,999	-1,3165	,8721
	Kardiyoloji	1,55556*	,48868	,042	,0303	3,0808
	Göz Hastalıkları	-,87302	,48868	,691	-2,3983	,6523
	Acil Servis	,82222	,37103	,398	-,3359	1,9803
	Göğüs Hastalıkları	,15556	,56095	1,000	-1,5953	1,9064
Genel Cerrahi	Çocuk Cerrahisi	-,03743	,44583	1,000	-1,4290	1,3541
	Dahiliye	-,32026	,35672	,993	-1,4337	,7932
	Nöroloji	-,38009	,42450	,993	-1,7051	,9449
	Üroloji	-,54248	,38966	,900	-1,7587	,6738
	Kardiyoloji	1,23529	,51742	,294	-,3797	2,8503
	Göz Hastalıkları	-1,19328	,51742	,341	-2,8083	,4217
	Acil Servis	,50196	,40815	,949	-,7720	1,7759
	Göğüs Hastalıkları	-,16471	,58616	1,000	-1,9943	1,6649
Nöroloji	Çocuk Cerrahisi	,34266	,47201	,998	-1,1306	1,8159
	Dahiliye	,05983	,38895	1,000	-1,1542	1,2738
	Genel Cerrahi	,38009	,42450	,993	-,9449	1,7051
	Üroloji	-,16239	,41936	1,000	-1,4713	1,1465
	Kardiyoloji	1,61538	,54014	,072	-,0705	3,3013
	Göz Hastalıkları	-,81319	,54014	,853	-2,4991	,8727
	Acil Servis	,88205	,43659	,530	-,4807	2,2448
	Göğüs Hastalıkları	,21538	,60631	1,000	-1,6771	2,1078
Üroloji	Çocuk Cerrahisi	,50505	,44094	,967	-,8712	1,8813
	Dahiliye	,22222	,35059	,999	-,8721	1,3165
	Genel Cerrahi	,54248	,38966	,900	-,6738	1,7587
	Nöroloji	,16239	,41936	1,000	-1,1465	1,4713
	Kardiyoloji	1,77778*	,51321	,017	,1759	3,3797
	Göz Hastalıkları	-,65079	,51321	,940	-2,2527	,9511
	Acil Servis	1,04444	,40280	,193	-,2128	2,3017
	Göğüs Hastalıkları	,37778	,58245	,999	-1,4402	2,1957

Kardiyoloji	Çocuk Cerrahisi	-1,27273	,55706	,354	-3,0115	,4660
	Dahiliye	-1,55556*	,48868	,042	-3,0808	-,0303
	Genel Cerrahi	-1,23529	,51742	,294	-2,8503	,3797
	Nöroloji	-1,61538	,54014	,072	-3,3013	,0705
	Üroloji	-1,77778*	,51321	,017	-3,3797	-,1759
	Göz Hastalıkları	-2,42857*	,61586	,003	-4,3508	-,5063
	Acil Servis	-,73333	,52739	,901	-2,3794	,9128
	Göğüs Hastalıkları	-1,40000	,67464	,492	-3,5057	,7057
Göz Hastalıkları	Çocuk Cerrahisi	1,15584	,55706	,492	-,5829	2,8946
	Dahiliye	,87302	,48868	,691	-,6523	2,3983
	Genel Cerrahi	1,19328	,51742	,341	-,4217	2,8083
	Nöroloji	,81319	,54014	,853	-,8727	2,4991
	Üroloji	,65079	,51321	,940	-,9511	2,2527
	Kardiyoloji	2,42857*	,61586	,003	,5063	4,3508
	Acil Servis	1,69524*	,52739	,038	,0491	3,3414
	Göğüs Hastalıkları	1,02857	,67464	,843	-1,0771	3,1343
Acil Servis	Çocuk Cerrahisi	-,53939	,45736	,960	-1,9669	,8881
	Dahiliye	-,82222	,37103	,398	-1,9803	,3359
	Genel Cerrahi	-,50196	,40815	,949	-1,7759	,7720
	Nöroloji	-,88205	,43659	,530	-2,2448	,4807
	Üroloji	-1,04444	,40280	,193	-2,3017	,2128
	Kardiyoloji	,73333	,52739	,901	-,9128	2,3794
	Göz Hastalıkları	-1,69524*	,52739	,038	-3,3414	-,0491
	Göğüs Hastalıkları	-,66667	,59497	,971	-2,5237	1,1904
Göğüs Hastalıkları	Çocuk Cerrahisi	,12727	,62143	1,000	-1,8124	2,0669
	Dahiliye	-,15556	,56095	1,000	-1,9064	1,5953
	Genel Cerrahi	,16471	,58616	1,000	-1,6649	1,9943
	Nöroloji	-,21538	,60631	1,000	-2,1078	1,6771
	Üroloji	-,37778	,58245	,999	-2,1957	1,4402
	Kardiyoloji	1,40000	,67464	,492	-,7057	3,5057
	Göz Hastalıkları	-1,02857	,67464	,843	-3,1343	1,0771
	Acil Servis	,66667	,59497	,971	-1,1904	2,5237

Çalışmaya katılan kişilerin vaka ile ilgili görüşlerinin puanları hastanede çalışma süresi, birimde çalışma süresi, hasta güvenliği birim değerlendirmesi ve son 12 ayda olay rapor sayısı değişkenleri arasında anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>.05$ ).

Kişilerin vaka ile ilgili puanları meslek süreleri arasında anlamlı farklılık göstermektedir (F:6,170; p:0,000≤0,05). Tukey HSD çoklu karşılaştırma testi ile gruplar arasındaki farklılık değerlendirildiğinde; meslek süresi 16 yıl ve üzerinde olan kişilerin ortalama vaka puanı anlamlı olarak meslek süresi 6-10 yıl arasında ve 11-15 yıl arasında olan kişilerin ortalama puanlarından daha yüksektir.

Haftalık çalışma süresi 40 saatin üzerinde olan kişilerin ortalama vaka puanı anlamlı olarak haftalık çalışma süresi 40 saat olan kişilerin ortalama puanından daha yüksektir (t:-4,288; p:0,000≤0,05).

Kişilerin vaka ile ilgili puanları çalıştıkları birimler arasında anlamlı farklılık göstermektedir (F:3,030; p:0,003≤0,05). Tukey HSD çoklu karşılaştırma testi ile gruplar arasındaki farklılık değerlendirildiğinde; Dahiliye ve üroloji birimlerinde çalışan kişilerin ortalama vaka puanı anlamlı olarak kardiyoloji biriminde çalışan kişilerin ortalama puanından; göz hastalıkları biriminde çalışan kişilerin ortalama vaka puanı ise anlamlı olarak kardiyoloji ve acil servis birimlerinde çalışan kişilerin ortalama puanlarından daha yüksektir.

**Tablo 3.10. Demografik Bilgilere Göre Hastane Hasta Güvenliği Kültürü İletişim Görüşleri ile İlgili İlişki Analizi**

		İletişim		t/F	p
		Ort.	S.S.		
Meslek süresi <sup>1</sup>	1-5 yıl	20,47	1,51	8,319	,000*
	6-10 yıl	19,68	3,18		
	11-15 yıl	20,40	1,78		
	16 ve üzeri	21,31	2,12		
Hastanede çalışma süresi <sup>1</sup>	1-5 yıl	20,38	1,48	3,363	,019*
	6-10 yıl	20,05	3,02		
	11-15 yıl	20,65	2,38		
	16 ve üzeri	21,42	1,46		
Birimde çalışma süresi <sup>1</sup>	1-3 yıl	20,63	1,78	2,093	0,125
	4-5 yıl	20,50	2,62		
	6 ve üzeri	19,97	3,02		
Haftalık çalışma süresi <sup>2</sup>	40 saat	20,14	2,65	-2,295	,022*
	40 üzeri	20,76	2,26		
Çalıştığımız birim <sup>1</sup>	Çocuk Cerrahisi	20,64	2,09	3,632	,000*
	Dahiliye	20,41	2,34		
	Genel Cerrahi	20,18	2,00		
	Nöroloji	20,85	3,12		
	Üroloji	20,28	3,26		
	Kardiyoloji	21,00	1,45		
	Göz Hastalıkları	20,14	2,35		
	Acil Servis	21,00	1,57		
	Göğüs Hastalıkları	17,40	2,90		
Hasta güvenliği birim değerlendirmesi <sup>1</sup>	İyi	20,46	2,30	1,192	0,305
	Kötü	20,52	2,82		
	Kararsızım	19,88	3,01		
Son 12 ayda olay raporu sayısı <sup>2</sup>	Hiç	20,48	2,61	2,056	,043*
	1 ve üzeri	19,89	1,81		

<sup>1</sup>One-way ANOVA testi, <sup>2</sup>Bağımsız örneklem t testi, \*p≤0,05

**Tablo 3.11. Çoklu Karşılaştırma Meslek Süresi, Çalışma Süresi ve Çalışılan Birim Grubu (Tukey HSD).**

(I) Meslek süresi (Binned)	(J) Meslek süresi (Binned)	Mean Difference		
		(I-J)	Std. Error	Sig.
1-5 yıl	6-10 yıl	,79187	,38635	,172
	11-15 yıl	,07368	,42835	,998
	16 ve üzeri	-,83882	,40762	,169
6-10 yıl	1-5 yıl	-,79187	,38635	,172
	11-15 yıl	-,71818	,35249	,176
	16 ve üzeri	-1,63068*	,32698	,000
11-15 yıl	1-5 yıl	-,07368	,42835	,998
	6-10 yıl	,71818	,35249	,176
	16 ve üzeri	-,91250	,37567	,074
16 ve üzeri	1-5 yıl	,83882	,40762	,169
	6-10 yıl	1,63068*	,32698	,000
	11-15 yıl	,91250	,37567	,074

(I) Hastanede çalışma süresi (Binned)	(J) Hastanede çalışma süresi (Binned)	Mean Difference		
		(I-J)	Std. Error	Sig.
1-5 yıl	6-10 yıl	,33104	,34071	,766
	11-15 yıl	-,26923	,39819	,906
	16 ve üzeri	-1,03205	,50104	,168
6-10 yıl	1-5 yıl	-,33104	,34071	,766
	11-15 yıl	-,60027	,34071	,294
	16 ve üzeri	-1,36310*	,45670	,016
11-15 yıl	1-5 yıl	,26923	,39819	,906
	6-10 yıl	,60027	,34071	,294
	16 ve üzeri	-,76282	,50104	,425
16 ve üzeri	1-5 yıl	1,03205	,50104	,168
	6-10 yıl	1,36310*	,45670	,016
	11-15 yıl	,76282	,50104	,425



(I) Çalıştığınız birim	(J) Çalıştığınız birim	Mean			95% Confidence Interval	
		Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	Lower Bound	Upper Bound
Çocuk Cerrahisi	Dahiliye	,22896	,50402	1,000	-1,3442	1,8021
	Genel Cerrahi	,45989	,54524	,995	-1,2419	2,1617
	Nöroloji	-,20979	,57726	1,000	-2,0116	1,5920
	Üroloji	,35859	,53926	,999	-1,3246	2,0418
	Kardiyoloji	-,36364	,68127	1,000	-2,4901	1,7628
	Göz Hastalıkları	,49351	,68127	,998	-1,6329	2,6199
	Acil Servis	-,36364	,55934	,999	-2,1095	1,3822
	Göğüs Hastalıkları	3,23636*	,75999	,001	,8642	5,6085
Dahiliye	Çocuk Cerrahisi	-,22896	,50402	1,000	-1,8021	1,3442
	Genel Cerrahi	,23094	,43626	1,000	-1,1308	1,5926
	Nöroloji	-,43875	,47567	,992	-1,9234	1,0459
	Üroloji	,12963	,42876	1,000	-1,2087	1,4679
	Kardiyoloji	-,59259	,59764	,987	-2,4580	1,2728
	Göz Hastalıkları	,26455	,59764	1,000	-1,6008	2,1299
	Acil Servis	-,59259	,45376	,929	-2,0089	,8237
	Göğüs Hastalıkları	3,00741*	,68602	,001	,8661	5,1487
Genel Cerrahi	Çocuk Cerrahisi	-,45989	,54524	,995	-2,1617	1,2419
	Dahiliye	-,23094	,43626	1,000	-1,5926	1,1308
	Nöroloji	-,66968	,51915	,934	-2,2901	,9507
	Üroloji	-,10131	,47654	1,000	-1,5887	1,3861
	Kardiyoloji	-,82353	,63279	,931	-2,7986	1,1516
	Göz Hastalıkları	,03361	,63279	1,000	-1,9415	2,0087
	Acil Servis	-,82353	,49915	,776	-2,3815	,7345
	Göğüs Hastalıkları	2,77647*	,71686	,004	,5390	5,0140
Nöroloji	Çocuk Cerrahisi	,20979	,57726	1,000	-1,5920	2,0116
	Dahiliye	,43875	,47567	,992	-1,0459	1,9234
	Genel Cerrahi	,66968	,51915	,934	-,9507	2,2901
	Üroloji	,56838	,51287	,973	-1,0324	2,1692
	Kardiyoloji	-,15385	,66058	1,000	-2,2157	1,9080
	Göz Hastalıkları	,70330	,66058	,979	-1,3585	2,7651
	Acil Servis	-,15385	,53394	1,000	-1,8204	1,5127
	Göğüs Hastalıkları	3,44615*	,74150	,000	1,1317	5,7606
Üroloji	Çocuk Cerrahisi	-,35859	,53926	,999	-2,0418	1,3246
	Dahiliye	-,12963	,42876	1,000	-1,4679	1,2087
	Genel Cerrahi	,10131	,47654	1,000	-1,3861	1,5887
	Nöroloji	-,56838	,51287	,973	-2,1692	1,0324
	Kardiyoloji	-,72222	,62765	,966	-2,6813	1,2368

	Göz Hastalıkları	,13492	,62765	1,000	-1,8241	2,0940
	Acil Servis	-,72222	,49261	,870	-2,2598	,8154
	Göğüs Hastalıkları	2,87778*	,71232	,002	,6544	5,1011
Kardiyoloji	Çocuk Cerrahisi	,36364	,68127	1,000	-1,7628	2,4901
	Dahiliye	,59259	,59764	,987	-1,2728	2,4580
	Genel Cerrahi	,82353	,63279	,931	-1,1516	2,7986
	Nöroloji	,15385	,66058	1,000	-1,9080	2,2157
	Üroloji	,72222	,62765	,966	-1,2368	2,6813
	Göz Hastalıkları	,85714	,75318	,968	-1,4937	3,2080
	Acil Servis	,00000	,64498	1,000	-2,0132	2,0132
	Göğüs Hastalıkları	3,60000*	,82506	,001	1,0248	6,1752
Göz Hastalıkları	Çocuk Cerrahisi	-,49351	,68127	,998	-2,6199	1,6329
	Dahiliye	-,26455	,59764	1,000	-2,1299	1,6008
	Genel Cerrahi	-,03361	,63279	1,000	-2,0087	1,9415
	Nöroloji	-,70330	,66058	,979	-2,7651	1,3585
	Üroloji	-,13492	,62765	1,000	-2,0940	1,8241
	Kardiyoloji	-,85714	,75318	,968	-3,2080	1,4937
	Acil Servis	-,85714	,64498	,922	-2,8703	1,1560
	Göğüs Hastalıkları	2,74286*	,82506	,027	,1676	5,3181
Acil Servis	Çocuk Cerrahisi	,36364	,55934	,999	-1,3822	2,1095
	Dahiliye	,59259	,45376	,929	-,8237	2,0089
	Genel Cerrahi	,82353	,49915	,776	-,7345	2,3815
	Nöroloji	,15385	,53394	1,000	-1,5127	1,8204
	Üroloji	,72222	,49261	,870	-,8154	2,2598
	Kardiyoloji	,00000	,64498	1,000	-2,0132	2,0132
	Göz Hastalıkları	,85714	,64498	,922	-1,1560	2,8703
	Göğüs Hastalıkları	3,60000*	,72764	,000	1,3289	5,8711
Göğüs Hastalıkları	Çocuk Cerrahisi	-3,23636*	,75999	,001	-5,6085	-,8642
	Dahiliye	-3,00741*	,68602	,001	-5,1487	-,8661
	Genel Cerrahi	-2,77647*	,71686	,004	-5,0140	-,5390
	Nöroloji	-3,44615*	,74150	,000	-5,7606	-1,1317
	Üroloji	-2,87778*	,71232	,002	-5,1011	-,6544
	Kardiyoloji	-3,60000*	,82506	,001	-6,1752	-1,0248
	Göz Hastalıkları	-2,74286*	,82506	,027	-5,3181	-,1676
	Acil Servis	-3,60000*	,72764	,000	-5,8711	-1,3289

Çalışmaya katılan kişilerin iletişim ile ilgili görüşlerinin puanları hastanede birimde çalışma süresi ve hasta güvenliği birim değerlendirmesi değişkenleri arasında anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>.05$ ).

Kişilerin iletişim ile ilgili puanları meslek süreleri arasında anlamlı farklılık göstermektedir ( $F:8,319$ ;  $p:0,000\leq 0,05$ ). Tukey HSD çoklu karşılaştırma testi ile gruplar arasındaki farklılık değerlendirildiğinde; meslek süresi 16 yıl ve üzerinde olan kişilerin ortalama iletişim puanı anlamlı olarak diğer meslek sürelerinde çalışan kişilerin ortalama puanlarından daha yüksektir.

Kişilerin iletişim ile ilgili puanları meslek süreleri arasında anlamlı farklılık göstermektedir ( $F:3,363$ ;  $p:0,019\leq 0,05$ ). Tukey HSD çoklu karşılaştırma testi ile gruplar arasındaki farklılık değerlendirildiğinde; meslek süresi 16 yıl ve üzerinde olan kişilerin ortalama iletişim puanı anlamlı olarak 1-5 yıl ve 6-10 yıl arasında çalışan kişilerin ortalama puanlarından daha yüksektir.

Haftalık çalışma süresi 40 saatin üzerinde olan kişilerin ortalama iletişim puanı anlamlı olarak haftalık çalışma süresi 40 saat olan kişilerin ortalama puanından daha yüksektir ( $t:-2,295$ ;  $p:0,022\leq 0,05$ ).

Kişilerin iletişim ile ilgili puanları çalıştıkları birimler arasında anlamlı farklılık göstermektedir ( $F:3,632$ ;  $p:0,000\leq 0,05$ ). Tukey HSD çoklu karşılaştırma testi ile gruplar arasındaki farklılık değerlendirildiğinde; göğüs hastalıkları biriminde çalışan kişilerin ortalama iletişim puanı anlamlı olarak çocuk cerrahisi, dahiliye, nöroloji, kardiyoloji ve acil servis birimlerinde çalışan kişilerin ortalama puanlarından daha düşüktür.

Son 12 ayda hiç olay raporu vermeyen kişilerin ortalama iletişim puanı anlamlı olarak son 12 ayda en az 1 kere olay raporu veren kişilerin ortalama puanından daha yüksektir (t:2,056; p:0,043≤0,05).

**Tablo 3.12. Demografik Bilgiler ve İş Yükü Algısı Arasındaki İlişki Analizi**

		İş yükü		t/F	p
		Ort.	S.S.		
Meslek süresi <sup>1</sup>	1-5 yıl	66,79	5,69	2,574	0,054
	6-10 yıl	64,18	7,98		
	11-15 yıl	66,00	7,60		
	16 ve üzeri	64,09	7,33		
Hastanede çalışma süresi <sup>1</sup>	1-5 yıl	66,85	5,95	4,820	,003*
	6-10 yıl	65,25	8,07		
	11-15 yıl	62,46	7,59		
	16 ve üzeri	64,83	5,73		
Birimde çalışma süresi <sup>1</sup>	1-3 yıl	65,58	7,54	0,915	0,401
	4-5 yıl	64,33	6,54		
	6 ve üzeri	65,06	8,46		
Haftalık çalışma süresi <sup>2</sup>	40 saat	64,86	7,76	-0,278	0,781
	40 üzeri	65,08	7,02		
Çalıştığınız birim <sup>1</sup>	Çocuk Cerrahisi	65,36	6,05	1,178	0,311
	Dahiliye	64,89	5,95		
	Genel Cerrahi	64,12	10,32		
	Nöroloji	64,92	6,99		
	Üroloji	65,83	7,19		
	Kardiyoloji	63,29	8,79		
	Göz Hastalıkları	62,29	7,34		
	Acil Servis	65,40	6,14		
	Göğüs Hastalıkları	68,80	9,41		
Hasta güvenliği birim değerlendirilmesi <sup>1</sup>	İyi	65,15	7,90	0,353	0,703
	Kötü	64,78	5,71		
	Kararsızım	64,19	7,45		
Son 12 ayda olay raporu sayısı <sup>2</sup>	Hiç	64,25	7,22	-4,312	,000*
	1 ve üzeri	68,89	7,63		

<sup>1</sup>One-way ANOVA testi, <sup>2</sup>Bağımsız örneklem t testi, \*p≤0,05

**Tablo 3.13. Çoklu Karşılaştırma Hastanede Çalışma Süresi Grubu (Tukey HSD).**

(I) Hastanede çalışma süresi (Binned)	(J) Hastanede çalışma süresi (Binned)	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.
1-5 yıl	6-10 yıl	1,59615	1,00575	,387
	11-15 yıl	4,38462*	1,17541	,001
	16 ve üzeri	2,01282	1,47903	,525
6-10 yıl	1-5 yıl	-1,59615	1,00575	,387
	11-15 yıl	2,78846*	1,00575	,030
	16 ve üzeri	,41667	1,34813	,990
11-15 yıl	1-5 yıl	-4,38462*	1,17541	,001
	6-10 yıl	-2,78846*	1,00575	,030
	16 ve üzeri	-2,37179	1,47903	,378
16 ve üzeri	1-5 yıl	-2,01282	1,47903	,525
	6-10 yıl	-,41667	1,34813	,990
	11-15 yıl	2,37179	1,47903	,378

Çalışmaya katılan kişilerin iş yükü algısı puanları meslek süresi, birimde çalışma süresi, haftalık çalışma süresi, çalışılan birim ve hasta güvenliği birim değerlendirmesi değişkenleri arasında anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>.05$ ).

Çalışmaya katılan kişilerin iş yükü algısı puanı hastanede çalışma süreleri arasında anlamlı farklılıklar göstermektedir ( $F:4,820$ ;  $p:0,003\leq 0,05$ ). Tukey HSD çoklu karşılaştırma testi ile gruplar arasındaki farklılık değerlendirildiğinde; 1-5 yıl ve 6-10 yıl arasında hastanede çalışan kişilerin iş yükü algısı ortalama puanı anlamlı olarak 11-15 yıl arasında çalışan kişilerin ortalama puanından daha yüksektir.

Son 12 ayda en az 1 kere olay raporu veren çalışanların iş yükü algısı ortalama puanı anlamlı olarak son 12 ayda hiç olay raporu vermeyen kişilerin ortalama puanından daha yüksektir (t:-4,312; p:0,000≤0,05).

**Tablo 3.14. İş Yükü ile Hastane Hasta Güvenliği Kültürü Korelasyon Analizi**

	İş yükü	Hastane	Yönetici	Vaka	İletişim
İş yükü					
Hastane	-,256**				
Yönetici	,015	-,034			
Vaka	,069	,071	,231**		
İletişim	,207**	-,303**	-,039	,358**	

Pearson korelasyon, \*p<.05, \*\*p<.01

Ölçekler arasındaki ilişki korelasyon analiziyle ve ilişki katsayısı pearson korelasyon katsayısı olarak gösterilmiştir. Korelasyon analizi değişkenler arasındaki ilişkinin gücünü gösterir. Korelasyon katsayısının negatif ya da pozitif olması ilişkinin yönünü belirler. Bu katsayı; 0,40'dan küçük ise zayıf ilişki, 0,40-0,60 arası normal ve 0,60-1,0 arası da güçlü ilişkiyi gösterir.

Çalışmaya katılan hemşirelerin iş yükü algısı ve hastane hasta güvenliği kültürü değişkenleri arasındaki ilişki durumu pearson korelasyon ile değerlendirildiğinde; Hemşirelerin hastane ile ilgili düşünceleri ile iş yükü algısı arasında negatif doğrusal ve anlamlı bir ilişki vardır (r:-,256; p<.01). Hemşirelerin iletişim ile ilgili görüşleri ile iş yükü algısı arasında pozitif doğrusal ve anlamlı bir ilişki vardır (r:,207; p<.01). İletişim görüşleri ile hastane görüşleri arasında negatif (r:-,303), vaka ile ilgili görüşler arasında ise pozitif doğrusal (r:,358) ve anlamlı bir ilişki vardır (p<.01). Vaka görüşleri ile yönetici görüşleri arasında pozitif doğrusal ve anlamlı bir ilişki vardır (r:0,231; p<.01).

**Tablo 3.15. Kişilerin İş Yükünün Hasta Güvenliğine Etki Analizi**

	Bağımsız Değişkenler	B	Sh	$\beta$	t	p
Adım 1	Sabit	42,218	1,873		22,537	,000
Hasta güvenliği	İş yükü	-,143	,029	-,256	-5,007	,000

R = 0.256, R<sup>2</sup>=0.065, F=25.069\*

\*p≤0,05

Hemşirelerin hasta güvenliğini, iş yükü ( $\beta=-.26$ ,  $p\leq 0,05$ ) anlamlı düzeyde ve pozitif yönde yordamaktadır ve varyansın %7'sini açıklamaktadır ( $R^2=.26$ ,  $F_{(1-359)}=25.07$ ,  $p<.01$ ). Hemşirelerin iş yükündeki artış, hasta güvenliğinde azalmaya neden olacaktır. Bu nedenle yeterli sayıda hemşire istihdamı da genel anlamda hasta güvenliğini olumlu yönde etkileyeceği düşünülmektedir.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Hasta güvenliği kavramı dünyada yeni olmakla birlikte ülkemizde son üç yılda ulusal politikalar kapsamında sağlık sektörünün gündemine gelmektedir. Batı ülkelerinde yapılan araştırmalar güvenli sağlık bakım hizmeti oluşturabilmenin baş koşullarının kurumlarda pozitif hasta güvenliği kültürü yaratmak olduğunu göstermiştir. Örgütlerin hasta güvenliği kültürü geliştirmek için gösterdikleri çabanın etkinliğini, hasta güvenliği programının istenilen etkinlikte olup olmadığının ve seneler içinde kurumda hasta güvenliği kültürünün gelişimini incelemek ve izlemek üzere, hasta güvenliği ölçümleri yapılmaktadır.

Ülkemizde hasta güvenliği kavramı çok yenidir. Ulusal sağlıkta kalite ve performans programının önemli bir bölümü hasta güvenliği konusunu ele almış belirli miktarda sağlık kurumu, kendi kurumları seviyesinde hasta güvenliği algısı oluşturmuşlardır. Ulusal programın ülke genelinde faaliyete geçirilmesiyle birlikte bu farkındalık günden güne daha da artacaktır. Diğer yandan, tıbbi hataların ve yanlış uygulamaların ana nedenleri arasında fazla iş yükü, uzamış çalışma saatleri ve aşırı yorgunluk gibi etkenlerin olduğu bilinmektedir. Neredeyse tüm dünya ülkelerinin büyük ortak sorunu olan nitelikli ve uzman işgücünde, özellikle hemşire ve hekim sayısındaki azlık ve yüklenen fazla iş yükü ülkemiz için de geçerlidir. Bu problemin çözümü bir bakıma hasta güvenliğinin de iyileştirilmesi için doğrudan gereklidir. Hasta güvenliği kavramı ile ilgili teorik ve uygulamalı eğitimin mesleki eğitim sırasında verilmesi, hem hasta güvenliği kültürünün şeffaf bir şekilde ülke çapına yayılmasına katkı sunacaktır, hem de kurallara olan uyumu kolaylaştıracaktır.

Bu kapsamda yapılan araştırmada elde edilen bulgular hemşireler üzerinde incelendiğinde demografik bilgiler ile hasta güvenliği kültürü arasındaki analiz sonuçları;



- ✓ Demografik bilgilere göre hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ile ilgili “hastane” görüşleri analiz sonuçları (Tablo 3.3).
  - Çalışmaya katılan hemşirelerin hasta güvenliği kültürünün “hastane alt boyutu” ile ilgili görüşlerinin “meslek süreleri” arasında anlamlı farklılık gösterdiği ortaya çıkmıştır (F:5,279; p:0,001≤0,05).
  - Çalışmaya katılan hemşirelerin hasta güvenliği kültürünün “hastane alt boyutu” ile ilgili görüşlerinin “birimde çalışma süreleri” arasında anlamlı farklılık gösterdiği ortaya çıkmıştır (F:11,017; p:0,000≤0,05).
  - Çalışmaya katılan hemşirelerin hasta güvenliği kültürünün “hastane alt boyutu” ile ilgili görüşlerinin “hasta güvenliği konusunda birim değerlendirme durumu” arasında anlamlı farklılık gösterdiği ortaya çıkmıştır (F:6,539; p:0,002≤0,05). Analiz sonuçlarıyla birlikte H<sub>3a</sub> hipotezi kabul edilmiş oldu.
- ✓ Demografik bilgilere göre hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ile ilgili “yönetici” görüşleri analiz sonuçları (Tablo 3.6.)
  - Çalışmaya katılan hemşirelerin hasta güvenliği kültürünün “yönetici alt boyutu” ile ilgili görüşleri “meslek süreleri” arasında anlamlı farklılık gösterdiği ortaya çıkmıştır (F:5,645; p:0,001≤0,05).
  - Çalışmaya katılan hemşirelerin hasta güvenliği kültürünün “yönetici alt boyutu” ile ilgili görüşleri “birimde çalışma süreleri” arasında anlamlı farklılık gösterdiği ortaya çıkmıştır (F:3,896; p:0,021≤0,05).
  - Çalışmaya katılan hemşirelerin hasta güvenliği kültürünün “yönetici alt boyutu” ile ilgili görüşleri “haftalık çalışma süresi” arasında anlamlı farklılık gösterdiği ortaya çıkmıştır (t:4,769; p:0,000≤0,05). Analiz sonuçlarıyla birlikte H<sub>3b</sub> hipotezi kabul edilmiş oldu.
- ✓ Demografik bilgilere göre hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ile ilgili “vaka” görüşleri analiz sonuçları (Tablo 3.8)
  - Çalışmaya katılan hemşirelerin hasta güvenliği kültürünün “vaka alt boyutu” ile ilgili görüşleri “meslek süreleri” arasında anlamlı farklılık gösterdiği ortaya çıkmıştır (F:6,170; p:0,000≤0,05).

- Çalışmaya katılan hemşirelerin hasta güvenliği kültürünün “vaka alt boyutu” ile ilgili görüşleri “haftalık çalışma süresi” arasında anlamlı farklılık gösterdiği ortaya çıkmıştır (t:-4,288; p:0,000≤0,05).
- Çalışmaya katılan hemşirelerin hasta güvenliği kültürünün “vaka alt boyutu” ile ilgili görüşleri “çalıştıkları birimler” arasında anlamlı farklılık gösterdiği ortaya çıkmıştır (F:3,030; p:0,003≤0,05). Burada dahiliye ve üroloji birimlerinde çalışan hemşirelerin ortalama vaka puanı anlamlı olarak kardiyoloji biriminde çalışan hemşirelerin ortalama puanından; göz hastalıkları biriminde çalışan hemşirelerin ortalama vaka puanı ise anlamlı olarak kardiyoloji ve acil servis birimlerinde çalışan hemşirelerin puanlarından daha yüksek belirlenmiştir. Analiz sonuçlarıyla birlikte H<sub>3c</sub> hipotezi kabul edilmiş oldu.
- ✓ Demografik bilgilere göre hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ile ilgili “iletişim” görüşleri analiz sonuçları (Tablo 3.10)
  - Çalışmaya katılan hemşirelerin hasta güvenliği kültürünün “iletişim alt boyutu” ile ilgili görüşleri “meslek süreleri” arasında anlamlı bir farklılık gösterdiği ortaya çıkmıştır (F:8,319; p:0,000≤0,05).
  - Çalışmaya katılan hemşirelerin hasta güvenliği kültürünün “iletişim alt boyutu” ile ilgili görüşleri “haftalık çalışma süresi” arasında anlamlı farklılık gösterdiği ortaya çıkmıştır (t:-4,288; p:0,000≤0,05). Ayrıca haftalık çalışma süresi 40 saatin üzerinde olan hemşirelerin iletişim puanı anlamlı olarak haftalık çalışma süresi 40 saat olan hemşirelerin puanından daha yüksek olduğu belirlenmiştir.
  - Çalışmaya katılan hemşirelerin hasta güvenliği kültürünün “iletişim alt boyutu” ile ilgili görüşleri “çalıştıkları birimler” arasında anlamlı bir farklılık gösterdiği ortaya çıkmıştır (F:3,632; p:0,000≤0,05). Burada alt gruplar arasındaki farklılık değerlendirildiğinde, göğüs hastalıkları biriminde çalışan hemşirelerin ortalama iletişim puanı anlamlı olarak çocuk cerrahisi, dahiliye, nöroloji, kardiyoloji ve acil servis birimlerinde çalışan hemşirelerin ortalama puanlarından daha düşüktür.

- Çalışmaya katılan hemşirelerin hasta güvenliği kültürünün “iletişim alt boyutu” ile ilgili görüşleri “olay raporu sayısı” arasında anlamlı bir farklılık gösterdiği ortaya çıkmıştır (F:3,632; p:0,000≤0,05). Son zamanlarda hiç olay raporu vermeyen hemşirelerin ortalama iletişim puanı anlamlı olarak son dönemlerinde en az 1 kere olay raporu veren hemşirelerin ortalama puanından daha yüksektir. Analiz sonuçlarıyla birlikte H<sub>3d</sub> hipotezi kabul edilmiş oldu. Hasta güvenliği kültürü alt boyutlarıyla birlikte genel olarak değerlendirildiğinde analiz sonuçlarıyla birlikte H<sub>3</sub> gurubu hipotezleri kabul edilmiş oldu.

Araştırmada elde edilen bulgular incelendiğinde demografik bilgiler ile iş yükü algısı arasındaki analiz sonuçları;

- ✓ Çalışmaya katılan hemşirelerin iş yükü algısı ile ilgili görüşleri “hastanede çalışma süreleri” demografik değişkeni arasında anlamlı bir farklılık gösterdiği ortaya çıkmıştır (F:4,820; p:0,003≤0,05) (Tablo 3.12).
- ✓ Çalışmaya katılan hemşirelerin iş yükü algısı ile ilgili görüşleri “olay raporu sayısı” demografik değişkeni arasında anlamlı bir farklılık gösterdiği ortaya çıkmıştır (t:-4,312; p:0,000≤0,05). Son 12 ayda en az 1 kere olay raporu veren hemşirelerin iş yükü algısı ortalama puanı anlamlı olarak son 12 ayda hiç olay raporu vermeyen hemşirelerin ortalama puanından daha yüksek bulunmuştur (Tablo 3.7). Böylelikle bu sonuçlar ile birlikte H<sub>2</sub> kabul edilmiş oldu.

Araştırmada elde edilen bulgular incelendiğinde hemşirelerin iş yükü algısı ile hasta güvenliği kültürü arasındaki ilişki;

- ✓ Araştırmada gerçekleştirilen korelasyon analizi bu iki değişken arasındaki ilişkinin gücünü göstermektedir. İlişki durumu pearson korelasyon ile değerlendirildiğinde; hemşirelerin hastane alt boyutu düşünceleriyle iş yükü algısı arasında negatif doğrusal ve anlamlı bir ilişki vardır (r:-,256; p<.01).

Hemşirelerin iletişim alt boyutu ile ilgili görüşleri ile iş yükü algısı arasında pozitif doğrusal ve anlamlı bir ilişki vardır ( $r=,207$ ;  $p<.01$ ) (Tablo 3.8). Sonuç olarak hemşirelerin iş yükü algısı hasta güvenliğini negatif bir şekilde etkilemektedir. Hemşirelerin iş yükü arttıkça hasta güvenliği azalma eğilimi gösterecektir (Tablo 3.14). Bu durum ile  $H_1$  kabul edildi. Böylelikle oluşturulan hipotezlerin hepsi araştırma sonuçları ile birlikte kabul edilmiş oldu.

Son olarak yapılan hasta güvenliği kültürü ölçüm çalışmaları henüz ülkemizde hasta güvenliği kültürünün olgunlaşmadığını göstermektedir. İlerleyen zamanlarda, hasta güvenliği kültürü ölçüm çalışmaları da yaygınlaşarak, kıyas yapabilme olanaklarının artacağı düşünülmektedir. Bu çerçevede çalışmaya ait önerileri şu şekilde belirleyebiliriz:

- Sağlık çalışanlarının belirttikleri hatalar ve çözüm önerileri dikkate alınarak kurumlarda iş yükünün düşürülmesine yönelik düzenleyici uygulamaların artırılması,
- Hasta güvenliğini ile ilgili kurum içi eğitim programlarının ve uygulamalarının sık aralıklarla tekrarlanması ve içeriğinin uygulama sonuçları dikkate alınarak tekrar tekrar gözden geçirilmesi,
- Sağlık çalışanları içinde önemli bir yeri olan hemşirelerin hata bildirim seviyelerinin düşük olduğu dikkate alınarak hatalı uygulama bildirimini teşvik edici örgütsel düzenlemeler yapılması,
- Hemşire sayısının kurumlarda artırılarak çalışan destek personel sayısının da ihtiyaca göre yeniden düzenlenmesi,
- 40 saatten fazla çalışan hemşirelerin daha az çalışanlara göre iş yükü ve hata yapma riskinin daha fazla olduğu düşünülerek çalışma saatlerinin tekrar gözden geçirilmesi,

- Hemşirelerin bakım verdikleri hastaların sayı dağılımının genel olarak dengeli olması, bakım gereksinimlerinin önemle dikkate alınması ve hemşire-hasta oranının planlanması önerilmektedir.



## KAYNAKLAR

- Abaan, S. (1997). Hekim İstemleri ve Hemşirenin Yasal Sorumluluğu, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, Cilt: 1, Sayı: 1, 1997.
- Aiken, L.H., Sloane, D.M., Cimiotti, J.P., Clarke, S.P., Flynn, L., Seago, J.A. ve ark. (2010). Implications of the California Nurse Staffing Mandate for Other States, Health Services Research, 45(4), 904-921.
- Akalın, E. (2005). Yoğun Bakım Ünitelerinde Hasta Güvenliği, Yoğun Bakım Dergisi, Sayı: 5, Cilt: 3, s:141-146.
- Akalın, H. E. (2011). Değişim: Hasta Güvenliği Kültürü Yaratma, Hasta Güvenliği: Türkiye ve Dünya, Ankara.
- Akman Balçık A. (2010). Hasta Güvenliği Kültürü ve Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü İle İlgili Algılarını Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi İle ilgili Bir Çalışma, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Aksoy, M. (2014). Sağlık Çalışanlarında İş Yükünün Örgütsel Bağlılık ve İş Tatmini Üzerindeki Etkisi Diyarbakır Hastanelerinde Bir Uygulama, Yüksek Lisans Tezi, Çağ Üniversitesi, Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Mersin.
- Arthur, T. ve James, N. (1994). Determining Nurse Staffing Levels: A Critical Review of The Literature. Journal of Advanced Nursing, 19, 558-565.
- Aştı, T. ve Acaroğlu, R. (2000). Hemşirelikte Hatalı Uygulamalar, Cumhuriyet Üniversitesi H. Y. O. Dergisi, Cilt:4, Sayı:2, s.10-12.
- Balanuye, B. (2014). Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin İş Yükünün Hasta Güvenliğine Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

- Bodur, S. (2010). Validity and reliability of Turkish version of “Hospital Survey on Patient Safety Culture” and perception of patient safety in public hospitals in Turkey. *BMC Health Serv Res*: 10 - 28.
- Buerhaus, P.I., Staiger, D.O. ve Auerbach, D.I. (2000). Implications of an aging registered nurse workforce, *The Journal of the American Medical Association*, 283, 2948-54.
- Büyükkayhan, D., İçagasıoğlu, D., Toksoy, H., Alkan, N. ve Şimşek, Y. (2002). Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Yenidoğan Servisinde Gerekli Hemşire Sayısının Belirlenmesi, *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2002; 24: 119-122.
- Can, A. ve İbicioğlu, H. (2008). Yönetim Yöneticilik Yönünden Üniversite Hastanelerinin Değerlendirilmesi, *Süleyman Demirel Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, Cilt: 13, Sayı: 3, s.253-275.
- Cankul, H. B., Şahin, B. ve Demir, C. (2006). Hastanelerde İnsangücü Planlaması: İşyükü Analizine Dayalı Bir Çalışma, *Amme İdaresi Dergisi*, Cilt: 39, Sayı: 4, s.245-266.
- Çakal, Ö. (2009). Özel ve Kamu Hastane İşletmelerinde Görev Yapan Yöneticilerin Motivasyon Düzeylerinin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma, *Yüksek Lisans Tezi*, Trakya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Edirne.
- Dağdelen, Ü. A. (2014). Öğrenen Organizasyonlarda Hasta Güvenliği Kültürünün Değerlendirilmesi, *Yüksek Lisans Tezi*, Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta.
- Dağdeviren, M., Eraslan, E., Kurt, M. (2005). Çalışma Duruşlarının Ergonomik Analizi, *Gazi Üniversitesi Mühendislik Mimarlık Fakültesi Dergisi*, Cilt: 18, Sayı: 3, s.73-84.
- Demir, A. (1999). Hemşirelerin Tükenmişlik (Burnout) Düzeyleri ve Tükenmişliği Etkileyen Bazı Faktörlerin İncelenmesi, *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, Cilt: 6, Sayı:1, s.34-44.

- Demirkaya, S. (2014). Hastane Acil Servislerinde Çalışan Sağlık Personelinin İş Yükü ve Tükenmişlik Sendromu İlişkisi, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Durmaz, G. (2016). Cerrahi Hemşirelerinde Hasta Güvenliği Kültürü Algısını Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Eroğlu, E. K. (2011). Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde İş Yükünün Hasta Güvenliği Üzerindeki Etkisinin Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Atılım Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Ertem, G., Oksal, E., ve Akbıyık, A. (2009). Hatalı Tıbbi Uygulamalar (Malpraktis) ile ilgili Retrospektif Bir inceleme, Dirim Tıp Gazetesi, Cilt 84, Sayı: 1.
- Gülkaya, E. (2009). Erişkin Hastanesinde Yapılan Akreditasyon Çalışmalarını Sürecinde, Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliği Konusunda Bilgi Düzeyleri, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Güven, M. (2014). Hasta Güvenliği ve Tıbbi Hatalar Antalya Atatürk Devlet Hastanesi'nde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliği İhlali ve Tıbbi Hata Tanıklıkları, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Ildız Ö. G. (2009). İnşaat Firmalarında Proje Müdürlerinin İş Yükü, İş Stresi, İş Tatmini ve Motivasyon İlişkisi, Fen Bilimleri Enstitüsü, İstanbul Kültür Üniversitesi, İstanbul.
- İntepeler, Ş. S. ve Dursun, M. (2012). Tıbbi Hatalar ve Tıbbi Hata Bildirim Sistemleri, Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, Cilt: 2, Sayı: 15.
- İşlek, E. (2009). Bir Özel Dal Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Hasta Güvenliğini Tehdit Eden Olayların ve Olası Nedenlerinin Tanımlanması, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.



- Kahveci, Ç. (2016). Sağlık Çalışanlarında İş Yükünün Motivasyona Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Kahveci, Ç. (2016). Sağlık Çalışanlarında İş Yükünün Motivasyona Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Keser, A. (2006). Çalışma Yaşamında Motivasyon, Alfa Aktüel Yayınları, Bursa.
- Korkmaz, Z. (2012). Yenidoğan Hemşirelerinde İş Analizi ve İş Yükü, Doktora Tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri.
- Mete, M. ve Ak, B. (2001). Hemşirelik Hizmetlerinde Standartlar, Standart Dergisi, Ankara.
- Nieva, V.F. (2003). Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. Qual Saf Health Care: 17 - 23.
- Özkan, A. (2012). Hasta Güvenliği Önlemlerinin Perinatal Kliniklere Uyarlanması ve Uygulama Rehberinin Geliştirilmesi, Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Özlu, Hekim ve Sağlık Kurumunu Seçme Hakkı, <http://www.ism.gov.tr/hastahaklari/haberler/tevfikozlu/>,
- Pickard, B. ve Birmingham, S.A.E. (2010). Staffing and scheduling. İçinde D. L. Huber (Ed.), Leadership and Nursing Care Management, Fourth Edition. Missouri: Saunders Elsevier; 623-644.
- Rauhala, A. (2008). The Validity and Feasibility of Measurement Tools for Human Resources Management in Nursing, Case of the RAFEALA System. The Faculty of Social Sciences, The University of Kuopio, Doctoral Dissertation, Finland.
- Rızalar S., Büyük Tural E., Şahin R., As T. ve Uzunkaya G. (2015). Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürü ve Etkileyen Faktörler, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 9(1): 9-15.

- Sağlık Bakanlığı (2013, Temmuz). Özel Hastaneler Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. Resmi Gazete Sayı: 27898. Erişim 01.05.2008, <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/05/20130529-25.htm>.
- Sayek, F. (2011). Hasta Güvenliği: Türkiye ve Dünya, TTB Raporları.
- Sezgin, B. (2007). Kalite Belgesi Alan Hastanelerde Çalışma Ortamı ve Hemşirelik Uygulamalarının Hasta ve Hemşire Güvenliği Açısından Değerlendirilmesi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul.
- Sütlaş, M. (2000). Hasta ve Hasta Yakını Hakları, İstanbul.
- Şahin, H. (2006). Hemşirelerin Kan Transfüzyonlarına Yönelik Bilgi Düzeyleri ve Buna Eğitimin Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyonkarahisar.
- T.C. Resmi Gazete, Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, 2. Mayıs 2007, sayı: 26510.
- Tomey, A. M. (2009). Guide to Nursing Management and Leadership, 6th Ed. St. Louis: Mosby & Elsevier; 385-421.
- Top, M., Ünalın, D. ve Gider, Ö. (2010). Hastane Sektöründe İş Performansını Etkileyen Örgütsel Değişkenlerin (Faktörlerin) İncelenmesi: Kayseri ve Kocaeli İllerindeki Hemşireler Üzerine Bir Alan Araştırması, Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı, Cilt: 2, Antalya, 2010.
- Tuna, R. (2014). Hasta Sınıflama Sisteminin Oluşturulması ve Hemşire İnsan Gücünün Planlanması: Onkoloji Kliniği Ayaktan Tedavi Ünitesine Yönelik Bir Araştırma, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

- Tunçel, K. (2013). Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürünü Algılama Düzeyi ve Hasta Güvenliği Uygulamaları, Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
- Turasan, B. A. (2010). Bir Psikiyatri Hastanesinde Hasta Güvenliği Kültürü Düzeyi ve Güvenlik Raporlamanın İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- TÜİK, Sağlık Personeli Sayısı ve Sağlık Personeli Başına Düşen Kişi Sayısı, [http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt\\_id=1095](http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1095), (25.04.2018).
- TÜİK, Sağlık Personeli Sayısı ve Sağlık Personeli Başına Düşen Kişi Sayısı, [http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt\\_id=1095](http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1095), Erişim: 02.05.2018
- Türkmen Ercan, E. (2014). Hemşire insan gücünün planlanması, İçinde Ü. Baykal Tatar ve E. Türkmen Ercan (Ed.), Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi, Akademi Basın, İstanbul.
- Türkmen, T. (2015). Sağlık Çalışanlarında Hasta Güvenliği Algısının Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Uzun, Ö. (2009). Hastanelerde Hasta Güvenliğini Olumsuz Etkileyen Etmenler, V. Nörojiyürji Hemşireleri Kongresi, 2009.
- Yetkinlioğlu, Ö. (2009). Sağlık Kurumlarında Hasta Güvenliğinin Sağlanmasında Kalite ve Akreditasyon Çalışmalarının Önemi: Ankara İlindeki İki Hastanede Hasta Güvenliği Çalışmalarının Değerlendirilmesine Yönelik Mukayeseli Bir Uygulama, Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.
- Yüksel, İ. (). Hemşirelerin İş Güçlüğünü Oluşturan Değişkenlerin İş Doyumu, İş Gerilimi ve Örgütsel Bağlılık Üzerindeki Etkisinin Analizi, Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 13: 261-272.

## EKLER

### Ek 1: Anket formu.

Sayın Katılımcı,

Aşağıdaki anketler, yürütülmekte olan “Sağlık Hizmetlerinde İş Yükünün, Hasta Güvenliği Üzerindeki Etkisi: Fatih Bölgesi Üzerinde Bir Araştırma” isimli çalışmanın araştırma kısmı ile ilgilidir. Anketteki hiçbir ifadenin doğru ya da yanlış cevabı yoktur. Önemli olan yanıtız soru bırakmaksızın sizin kendi görüşünüzü yansıtmanızdır. Bu yüzden vereceğiniz yanıtlar araştırmanın yönünü belirlemek bakımından çok büyük önem arz etmektedir. Bu anket sonuçları kişi bazında değerlendirilmeyeceği için isim-soyadı talep edilmemekte olup, cevaplarınız kesinlikle gizli tutulacak ve sadece bilimsel amaçlı kullanılacaktır. Katılımınız, ayırdığınız değerli zaman ve bilimsel çalışmaya verdiğiniz destek için teşekkürlerimizi sunar, çalışmalarınızda başarılar dileriz.

Saygılarımızla,

**Dr. Öğr. Üyesi Mustafa SUNDU**  
**Dilek AYDIN**

(Araştırma Danışmanı)  
(Araştırma Sorumlusu)

### Demografik Sorular

**01. Mesleğinizi kaç yıldır yapıyorsunuz?**

.....

**02. Kaç yıldır bu hastanede çalışıyorsunuz?**

.....

**03. Su anda çalıştığınız birimde kaç yıldır çalışıyorsunuz?**

.....

**04. Haftada kaç saat çalışıyorsunuz?.**

.....

**05. Çalıştığınız birim**

.....

**06. Hasta güvenliği konusunda biriminizi değerlendiriniz.**

İyi

Kötü

Kararsızım

**07. Son 12 ayda kaç kez olay raporu yazıp idarecilerinize verdiniz? .....**

## Hastane Hasta Güvenliği Kùltürü Anketi

### HASTANE

Hastanenizle ilgili olarak aşağıda belirtilen Konulara katılma derecenizi belirtiniz. Lütfen her bir soruya ilişkin görüşünüzü Kesinlikle Katılmıyorum (1), Katılmıyorum (2), Kararsızım (3), Katılıyorum (4), Kesinlikle Katılıyorum (5)'a doğru uzanan değerlendirme aralığında hiçbir soruyu boş bırakmaksızın size en yakın olan seçeneklerden birine işaretleyiniz.

Sorular	1	2	3	4	5
01.Hastane yönetimi hasta güvenliğini artıran bir çalışma atmosferi sağlamaktadır.					
02.Hastane üniteleri birbirleriyle uyum içinde çalışmaz.					
03.Hastalar bir üniteden diğerine nakledilirken bazı şeyler ihmal edilir, gözden kaçırılır, kaybedilir.					
04.Birimler arasında birlikte çalışmayı gerektiren iyi bir işbirliği vardır.					
05.Nöbet değişimi sırasında hasta bakımıyla ilgili önemli bilgiler çoğu zaman kaybedilir.					
06.Diğer bölümlerinden gelen kişilerle çalışmak genellikle hoş karşılanmaz.					
07.Binimler arasında bilgi aktarımında sıklıkla problemler oluşur.					
08.Yönetimin faaliyetleri, hasta güvenliğinin üst düzey bir öncelik olduğunu gösteriyor.					
09.Yönetim, sadece istenmeyen olay olduğunda hasta güvenliği ile ilgili gibi gözükmetedir.					
10.10. Hastalar için en iyi bakımı sağlama amacıyla birimler birlikte iyi çalışır.					
11.Bu hastanede nöbet değişimleri hastalar açısından problemlidir.					

### YÖNETİCİLER

Yönelici veya doğrudan bağlı olduğunuz kişiler ile ilgili aşağıdaki konulara katılma derecenizi belirtiniz. Lütfen her bir soruya ilişkin görüşünüzü Kesinlikle Katılmıyorum (1), Katılmıyorum (2), Kararsızım (3), Katılıyorum (4), Kesinlikle Katılıyorum (5)'a doğru uzanan değerlendirme aralığında hiçbir soruyu boş bırakmaksızın size en yakın olan seçeneklerden birine işaretleyiniz.

Sorular	1	2	3	4	5
01. Yöneticilerimiz, oluşturulmuş hasta güvenliği prosedürlerine göre yapılmış bir işi gördüğünde takdir eder					
02. Yöneticilerimiz, hasta güvenliğini geliştirmek için çalışanlarını önerilerini ciddiye alır.					
03. Yöneticilerimiz, kalite kaybı olsa bile bizim daha hızlı çalışmamızı ister.					
04. Yöneticilerimiz tekrar tekrar oluşun hasta güvenliği problemlerini görmezden gelir.					

### VAKA: Biriminizde Aşağıdaki Hatalar Olduğunda Ne Sıklıkla Rapor Ediliyor?

Lütfen her bir soruya ilişkin görüşünüzü Hiç bir zaman (1), Nadiren (2), Bazen (3), Çoğu zaman (4) ve Her zaman (5)'a doğru uzanan değerlendirme aralığında hiçbir soruyu boş bırakmaksızın size en yakın olan seçeneklerden birine işaretleyiniz.

Sorular	1	2	3	4	5
01. Bir hata yapıldığında ancak hastayı etkilemeden fark edilip düzeltildiğinde ne sıklıkla rapor ediliyor?					
02. Bir hata yapıldığında ancak hastaya zarar verme potansiyeli olmadığında ne sıklıkla rapor ediliyor?					
03. Hastaya zarar verebilme olasılığı olan ancak zarar vermeyen bir hata yapıldığında ne sıklıkla rapor ediliyor?					

### İLETİŞİM Bölümünüzde Aşağıdakiler Ne Sıklıkta Oluyor?

Lütfen her bir soruya ilişkin görüşünüzü Hiç bir zaman (1), Nadiren (2), Bazen (3), Çoğu zaman (4) ve Her zaman (5)'a doğru uzanan değerlendirme aralığında hiçbir soruyu boş bırakmaksızın size en yakın olan seçeneklerden birine işaretleyiniz.

Sorular	1	2	3	4	5
01. Raporlanan olaylara dayandırılarak yapılan değişiklikler hakkında bilgilendiriliriz.					
02. Çalışanlar, hasta bakımını olumsuz etkileyebilen bir şey gördüklerinde bunu serbestçe dile getirebilir.					
03. Bu birimde oluşan hatalar hakkında bilgilendiriliriz.					
04. Çalışanlar, yöneticilerinin karar ve eylemlerini sorgulamakta kendilerini özgür hisseder.					
05. Bu birimde hataların tekrar oluşmasını engelleyecek yöntemleri tartışırız.					
06. Çalışanlar, bir şey yanlış gözüktüğünde soru sormaktan korkarlar					

## İş Yüğü Ölçeği

Lütfen her bir soruya ilişkin görüşünüzü Kesinlikle Katılmıyorum (1), Katılmıyorum (2), Kararsızım (3), Katılıyorum (4), Kesinlikle Katılıyorum (5)'a doğru uzanan değerlendirme aralığında hiçbir soruyu boş bırakmaksızın size en yakın olan seçeneklerden birine işaretleyiniz.

Sorular	1	2	3	4	5
01. Alanım dışındaki hastalarla ilgilenmek zorunda kalıyorum.					
02. İş saattim bittikten sonrada yapmam gereken işler oluyor.					
03. Yöneticimin görevimle doğrudan ilgili olmayan istek ve ricalarını (hastanenin bürokratik işleri vb.) geri çeviremiyorum.					
04. Yöneticimin mesai saatleri dışında düzenlediği toplantılara katılmak zorundayım.					
05. Hastanenin proje gibi etkinliklerinde gönüllü olmasam da görevlendiriliyorum.					
06. İşim gereği hafta sonları ve geceleri çalışıyorum					
07. Hastane içindeki kimi çalışmalar geç saatlere kadar çalışmamı gerektiriyor.					
08. İzinde olduğum zamanlarda da gerek duyulduğunda işe çağrılıyorum.					
09. İdari işlerde gerek duyulduğü zaman yardımcı oluyorum.					
10. Diğer sağlık personeline hastalarla ilgilenme konusunda yardımcı oluyorum.					
11. Dinlenme aralarını kendime ayıramıyorum.					
12. İşle ilgili hazırlıklarımı evde yapıyorum.					
13. Sorumlu olduğum projeler nedeniyle hastalarla ilgilenmekte zorluk yaşıyorum.					
14. Özel gün ve milli günler sebebiyle hastalarımla detaylı ilgilenemiyorum.					
15. Hastaların tedavilerini hızlı bir şekilde gerçekleştiriyorum					
16. Sağlık ekipmanlarının hazırlanmasının zamanında yetiştirebiliyorum.					
17. Sağlık ekipmanlarıyla ilgili hazırlıkları hastanede halledebiliyorum.					

## Ek 2: Tukey Testi Verileri

### A. Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Alt Boyutu

#### *Meslek Süresi-Hastane:*

##### Multiple Comparisons

Dependent Variable: Hastane\_toplam

Tukey HSD

(I) Meslek süresi (Binned)	(J) Meslek süresi (Binned)	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.
1-5 yıl	6-10 yıl	-,75120*	,65126	,037
	11-15 yıl	-,84211	,72205	,649
	16 ve üzeri	,28289	,68710	,976
6-10 yıl	1-5 yıl	1,75120*	,65126	,037
	11-15 yıl	,90909	,59418	,421
	16 ve üzeri	2,03409*	,55118	,001
11-15 yıl	1-5 yıl	,84211	,72205	,649
	6-10 yıl	-,90909	,59418	,421
	16 ve üzeri	1,12500	,63326	,286
16 ve üzeri	1-5 yıl	-,28289	,68710	,976
	6-10 yıl	-2,03409*	,55118	,001
	11-15 yıl	-1,12500	,63326	,286

#### *Birimde Çalışma Süresi-Hastane:*

##### Multiple Comparisons

Dependent Variable: Hastane\_toplam

Tukey HSD

(I) Su anda çalıştığınız birimde kaç yıldır çalışıyorsunuz? (Binned)	(J) Su anda çalıştığınız birimde kaç yıldır çalışıyorsunuz? (Binned)	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.
1-3 yıl	4-5 yıl	-2,14891*	,50800	,000
	6 ve üzeri	-,18088	,54811	,942
4-5 yıl	1-3 yıl	2,14891*	,50800	,000
	6 ve üzeri	1,96803*	,53144	,001
6 ve üzeri	1-3 yıl	,18088	,54811	,942
	4-5 yıl	-1,96803*	,53144	,001



**Çalışılan Birim-Hastane:****Multiple Comparisons**Dependent Variable: Hastane\_toplam  
Tukey HSD

(I) Çalıştığınız birim	(J) Çalıştığınız birim	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Çocuk Cerrahisi	Dahiliye	-,56229	,84498	,999	-3,1997	2,0751
	Genel Cerrahi	-,22460	,91409	1,000	-3,0777	2,6285
	Nöroloji	-1,71329	,96776	,702	-4,7339	1,3074
	Üroloji	-,02525	,90406	1,000	-2,8471	2,7966
	Kardiyoloji	2,07792	1,14215	,669	-1,4870	5,6429
	Göz Hastalıkları	-2,92208	1,14215	,208	-6,4870	,6429
	Acil Servis	-1,36970	,93773	,873	-4,2966	1,5572
Dahiliye	Göğüs Hastalıkları	,76364	1,27412	1,000	-3,2132	4,7405
	Çocuk Cerrahisi	,56229	,84498	,999	-2,0751	3,1997
	Genel Cerrahi	,33769	,73139	1,000	-1,9452	2,6206
	Nöroloji	-1,15100	,79746	,880	-3,6401	1,3381
	Üroloji	,53704	,71882	,998	-1,7066	2,7807
	Kardiyoloji	2,64021	1,00194	,176	-,4871	5,7675
	Göz Hastalıkları	-2,35979	1,00194	,312	-5,4871	,7675
Genel Cerrahi	Acil Servis	-,80741	,76073	,979	-3,1818	1,5670
	Göğüs Hastalıkları	1,32593	1,15011	,965	-2,2639	4,9157
	Çocuk Cerrahisi	,22460	,91409	1,000	-2,6285	3,0777
	Dahiliye	-,33769	,73139	1,000	-2,6206	1,9452
	Nöroloji	-1,48869	,87035	,740	-4,2053	1,2279
	Üroloji	,19935	,79892	1,000	-2,2943	2,6930
	Kardiyoloji	2,30252	1,06087	,427	-1,0087	5,6138
Nöroloji	Göz Hastalıkları	-2,69748	1,06087	,215	-6,0087	,6138
	Acil Servis	-1,14510	,83683	,909	-3,7571	1,4669
	Göğüs Hastalıkları	,98824	1,20180	,996	-2,7629	4,7394
	Çocuk Cerrahisi	1,71329	,96776	,702	-1,3074	4,7339
	Dahiliye	1,15100	,79746	,880	-1,3381	3,6401
	Genel Cerrahi	1,48869	,87035	,740	-1,2279	4,2053
	Üroloji	1,68803	,85981	,570	-,9957	4,3717
Üroloji	Kardiyoloji	3,79121*	1,10745	,020	,3346	7,2479
	Göz Hastalıkları	-1,20879	1,10745	,975	-4,6654	2,2479
	Acil Servis	,34359	,89514	1,000	-2,4504	3,1376
	Göğüs Hastalıkları	2,47692	1,24311	,550	-1,4032	6,3570
	Çocuk Cerrahisi	,02525	,90406	1,000	-2,7966	2,8471
	Dahiliye	-,53704	,71882	,998	-2,7807	1,7066
	Genel Cerrahi	-,19935	,79892	1,000	-2,6930	2,2943
Kardiyoloji	Nöroloji	-1,68803	,85981	,570	-4,3717	,9957
	Kardiyoloji	2,10317	1,05224	,545	-1,1812	5,3875
	Göz Hastalıkları	-2,89683	1,05224	,134	-6,1812	,3875
	Acil Servis	-1,34444	,82586	,789	-3,9222	1,2333
	Göğüs Hastalıkları	,78889	1,19419	,999	-2,9385	4,5163
	Çocuk Cerrahisi	-2,07792	1,14215	,669	-5,6429	1,4870
	Dahiliye	-2,64021	1,00194	,176	-5,7675	,4871
Göz Hastalıkları	Genel Cerrahi	-2,30252	1,06087	,427	-5,6138	1,0087
	Nöroloji	-3,79121*	1,10745	,020	-7,2479	-,3346
	Üroloji	-2,10317	1,05224	,545	-5,3875	1,1812
	Göz Hastalıkları	-5,00000*	1,26269	,003	-8,9412	-1,0588
	Acil Servis	-3,44762*	1,08130	,041	-6,8227	-,0726
	Göğüs Hastalıkları	-1,31429	1,38321	,990	-5,6317	3,0031
	Çocuk Cerrahisi	2,92208	1,14215	,208	-,6429	6,4870
Dahiliye	Dahiliye	2,35979	1,00194	,312	-,7675	5,4871

	Genel Cerrahi	2,69748	1,06087	,215	-,6138	6,0087
	Nöroloji	1,20879	1,10745	,975	-2,2479	4,6654
	Üroloji	2,89683	1,05224	,134	-,3875	6,1812
	Kardiyoloji	5,00000*	1,26269	,003	1,0588	8,9412
	Acil Servis	1,55238	1,08130	,883	-1,8227	4,9274
	Göğüs Hastalıkları	3,68571	1,38321	,165	-,6317	8,0031
Acil Servis	Çocuk Cerrahisi	1,36970	,93773	,873	-1,5572	4,2966
	Dahiliye	,80741	,76073	,979	-1,5670	3,1818
	Genel Cerrahi	1,14510	,83683	,909	-1,4669	3,7571
	Nöroloji	-,34359	,89514	1,000	-3,1376	2,4504
	Üroloji	1,34444	,82586	,789	-1,2333	3,9222
	Kardiyoloji	3,44762*	1,08130	,041	,0726	6,8227
	Göz Hastalıkları	-1,55238	1,08130	,883	-4,9274	1,8227
	Göğüs Hastalıkları	2,13333	1,21988	,716	-1,6742	5,9409
Göğüs Hastalıkları	Çocuk Cerrahisi	-,76364	1,27412	1,000	-4,7405	3,2132
	Dahiliye	-1,32593	1,15011	,965	-4,9157	2,2639
	Genel Cerrahi	-,98824	1,20180	,996	-4,7394	2,7629
	Nöroloji	-2,47692	1,24311	,550	-6,3570	1,4032
	Üroloji	-,78889	1,19419	,999	-4,5163	2,9385
	Kardiyoloji	1,31429	1,38321	,990	-3,0031	5,6317
	Göz Hastalıkları	-3,68571	1,38321	,165	-8,0031	,6317
	Acil Servis	-2,13333	1,21988	,716	-5,9409	1,6742

\*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

### Hasta Güvenliği-Hastane:

#### Multiple Comparisons

Dependent Variable: Hastane\_toplam

Tukey HSD

(I) Hasta güvenliği konusunda biriminizi değerlendiriniz.	(J) Hasta güvenliği konusunda biriminizi değerlendiriniz.	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.
İyi	Kötü	-1,87332*	,56186	,003
	Kararsızım	,47994	,65058	,741
Kötü	İyi	1,87332*	,56186	,003
	Kararsızım	2,35326*	,77415	,007
Kararsızım	İyi	-,47994	,65058	,741
	Kötü	-2,35326*	,77415	,007

## B. Hasta Güvenliği Kùltürü Yönetici Alt Boyutu

### Meslek Süresi-Yönetici:

#### Multiple Comparisons

Dependent Variable: Yönetici\_toplam

Tukey HSD

(I) Meslek süresi (Binned)	(J) Meslek süresi (Binned)	Mean Difference		
		(I-J)	Std. Error	Sig.
1-5 yıl	6-10 yıl	-,88876*	,32488	,033
	11-15 yıl	,23579	,36019	,914
	16 ve üzeri	-,30921	,34276	,804
6-10 yıl	1-5 yıl	,88876*	,32488	,033
	11-15 yıl	1,12455*	,29640	,001
	16 ve üzeri	,57955	,27495	,153
11-15 yıl	1-5 yıl	-,23579	,36019	,914
	6-10 yıl	-1,12455*	,29640	,001
	16 ve üzeri	-,54500	,31590	,312
16 ve üzeri	1-5 yıl	,30921	,34276	,804
	6-10 yıl	-,57955	,27495	,153
	11-15 yıl	,54500	,31590	,312

### Birimde çalışma süresi-yönetici:

#### Multiple Comparisons

Dependent Variable: Yönetici\_toplam

Tukey HSD

(I) Su anda çalıştığınız birimde kaç yıldır çalışıyorsunuz? (Binned)	(J) Su anda çalıştığınız birimde kaç yıldır çalışıyorsunuz? (Binned)	Mean Difference		
		(I-J)	Std. Error	Sig.
1-3 yıl	4-5 yıl	-,16522	,25870	,799
	6 ve üzeri	-,74706*	,27912	,021
4-5 yıl	1-3 yıl	,16522	,25870	,799
	6 ve üzeri	-,58184	,27063	,081
6 ve üzeri	1-3 yıl	,74706*	,27912	,021
	4-5 yıl	,58184	,27063	,081

**Çalışılan Birim-Yönetici:****Multiple Comparisons**

Dependent Variable: Yönetici\_toplam

Tukey HSD

(I) Çalıştığınız birim	(J) Çalıştığınız birim	Mean			95% Confidence Interval	
		Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	Lower Bound	Upper Bound
Çocuk Cerrahisi	Dahiliye	1,43098*	,42196	,022	,1139	2,7480
	Genel Cerrahi	1,19786	,45648	,180	-,2269	2,6226
	Nöroloji	1,49650	,48328	,054	-,0119	3,0049
	Üroloji	,50505	,45147	,971	-,9041	1,9142
	Kardiyoloji	,72727	,57036	,938	-1,0530	2,5075
	Göz Hastalıkları	1,58442	,57036	,126	-,1958	3,3647
	Acil Servis	1,46061	,46828	,050	-,0010	2,9222
	Göğüs Hastalıkları	,12727	,63626	1,000	-1,8587	2,1132
Dahiliye	Çocuk Cerrahisi	-1,43098*	,42196	,022	-2,7480	-,1139
	Genel Cerrahi	-,23312	,36524	,999	-1,3731	,9069
	Nöroloji	,06553	,39823	1,000	-1,1775	1,3085
	Üroloji	-,92593	,35896	,199	-2,0463	,1945
	Kardiyoloji	-,70370	,50034	,895	-2,2654	,8580
	Göz Hastalıkları	,15344	,50034	1,000	-1,4083	1,7151
	Acil Servis	,02963	,37989	1,000	-1,1561	1,2154
	Göğüs Hastalıkları	-1,30370	,57434	,363	-3,0964	,4890
Genel Cerrahi	Çocuk Cerrahisi	-1,19786	,45648	,180	-2,6226	,2269
	Dahiliye	,23312	,36524	,999	-,9069	1,3731
	Nöroloji	,29864	,43463	,999	-1,0580	1,6553
	Üroloji	-,69281	,39896	,723	-1,9381	,5525
	Kardiyoloji	-,47059	,52977	,993	-2,1242	1,1830
	Göz Hastalıkları	,38655	,52977	,998	-1,2670	2,0401
	Acil Servis	,26275	,41789	,999	-1,0416	1,5671
	Göğüs Hastalıkları	-1,07059	,60015	,693	-2,9438	,8026
Nöroloji	Çocuk Cerrahisi	-1,49650	,48328	,054	-3,0049	,0119
	Dahiliye	-,06553	,39823	1,000	-1,3085	1,1775
	Genel Cerrahi	-,29864	,43463	,999	-1,6553	1,0580
	Üroloji	-,99145	,42937	,339	-2,3316	,3487
	Kardiyoloji	-,76923	,55304	,901	-2,4954	,9569
	Göz Hastalıkları	,08791	,55304	1,000	-1,6383	1,8141
	Acil Servis	-,03590	,44701	1,000	-1,4311	1,3594
	Göğüs Hastalıkları	-1,36923	,62078	,404	-3,3069	,5684
Üroloji	Çocuk Cerrahisi	-,50505	,45147	,971	-1,9142	,9041
	Dahiliye	,92593	,35896	,199	-,1945	2,0463
	Genel Cerrahi	,69281	,39896	,723	-,5525	1,9381
	Nöroloji	,99145	,42937	,339	-,3487	2,3316
	Kardiyoloji	,22222	,52547	1,000	-1,4179	1,8623
	Göz Hastalıkları	1,07937	,52547	,507	-,5608	2,7195
	Acil Servis	,95556	,41241	,335	-,3317	2,2428
	Göğüs Hastalıkları	-,37778	,59635	,999	-2,2391	1,4836
Kardiyoloji	Çocuk Cerrahisi	-,72727	,57036	,938	-2,5075	1,0530
	Dahiliye	,70370	,50034	,895	-,8580	2,2654
	Genel Cerrahi	,47059	,52977	,993	-1,1830	2,1242

	Nöroloji	,76923	,55304	,901	-,9569	2,4954
	Üroloji	-,22222	,52547	1,000	-1,8623	1,4179
	Göz Hastalıkları	,85714	,63056	,912	-1,1110	2,8253
	Acil Servis	,73333	,53998	,913	-,9521	2,4187
	Göğüs Hastalıkları	-,60000	,69074	,994	-2,7560	1,5560
Göz Hastalıkları	Çocuk Cerrahisi	-1,58442	,57036	,126	-3,3647	,1958
	Dahiliye	-,15344	,50034	1,000	-1,7151	1,4083
	Genel Cerrahi	-,38655	,52977	,998	-2,0401	1,2670
	Nöroloji	-,08791	,55304	1,000	-1,8141	1,6383
	Üroloji	-1,07937	,52547	,507	-2,7195	,5608
	Kardiyoloji	-,85714	,63056	,912	-2,8253	1,1110
	Acil Servis	-,12381	,53998	1,000	-1,8092	1,5616
	Göğüs Hastalıkları	-1,45714	,69074	,468	-3,6131	,6988
Acil Servis	Çocuk Cerrahisi	-1,46061	,46828	,050	-2,9222	,0010
	Dahiliye	-,02963	,37989	1,000	-1,2154	1,1561
	Genel Cerrahi	-,26275	,41789	,999	-1,5671	1,0416
	Nöroloji	,03590	,44701	1,000	-1,3594	1,4311
	Üroloji	-,95556	,41241	,335	-2,2428	,3317
	Kardiyoloji	-,73333	,53998	,913	-2,4187	,9521
	Göz Hastalıkları	,12381	,53998	1,000	-1,5616	1,8092
	Göğüs Hastalıkları	-1,33333	,60918	,415	-3,2347	,5681
Göğüs Hastalıkları	Çocuk Cerrahisi	-,12727	,63626	1,000	-2,1132	1,8587
	Dahiliye	1,30370	,57434	,363	-,4890	3,0964
	Genel Cerrahi	1,07059	,60015	,693	-,8026	2,9438
	Nöroloji	1,36923	,62078	,404	-,5684	3,3069
	Üroloji	,37778	,59635	,999	-1,4836	2,2391
	Kardiyoloji	,60000	,69074	,994	-1,5560	2,7560
	Göz Hastalıkları	1,45714	,69074	,468	-,6988	3,6131
	Acil Servis	1,33333	,60918	,415	-,5681	3,2347

### C. Hasta Güvenliği Kültürü Vaka Alt Boyutu

#### Meslek Süresi- Vaka:

##### Multiple Comparisons

Dependent Variable: Vaka\_toplam

Tukey HSD

(I) Meslek süresi (Binned)	(J) Meslek süresi (Binned)	Mean		
		Difference (I-J)	Std. Error	Sig.
1-5 yıl	6-10 yıl	,29904	,31659	,781
	11-15 yıl	,80632	,35101	,101
	16 ve üzeri	-,47368	,33402	,489
6-10 yıl	1-5 yıl	-,29904	,31659	,781
	11-15 yıl	,50727	,28885	,296
	16 ve üzeri	-,77273*	,26794	,022
11-15 yıl	1-5 yıl	-,80632	,35101	,101
	6-10 yıl	-,50727	,28885	,296
	16 ve üzeri	-1,28000*	,30784	,000
16 ve üzeri	1-5 yıl	,47368	,33402	,489
	6-10 yıl	,77273*	,26794	,022
	11-15 yıl	1,28000*	,30784	,000

#### Çalışılan Birim-Vaka:

##### Multiple Comparisons

Dependent Variable: Vaka\_toplam

Tukey HSD

(I) Çalıştığınız birim	(J) Çalıştığınız birim	Mean			95% Confidence Interval	
		Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	Lower Bound	Upper Bound
Çocuk Cerrahisi	Dahiliye	-,28283	,41212	,999	-1,5692	1,0035
	Genel Cerrahi	,03743	,44583	1,000	-1,3541	1,4290
	Nöroloji	-,34266	,47201	,998	-1,8159	1,1306
	Üroloji	-,50505	,44094	,967	-1,8813	,8712
	Kardiyoloji	1,27273	,55706	,354	-,4660	3,0115
	Göz Hastalıkları	-1,15584	,55706	,492	-2,8946	,5829
	Acil Servis	,53939	,45736	,960	-,8881	1,9669
	Göğüs Hastalıkları	-,12727	,62143	1,000	-2,0669	1,8124
Dahiliye	Çocuk Cerrahisi	,28283	,41212	,999	-1,0035	1,5692
	Genel Cerrahi	,32026	,35672	,993	-,7932	1,4337
	Nöroloji	-,05983	,38895	1,000	-1,2738	1,1542

	Üroloji	-,22222	,35059	,999	-1,3165	,8721
	Kardiyoloji	1,55556*	,48868	,042	,0303	3,0808
	Göz Hastalıkları	-,87302	,48868	,691	-2,3983	,6523
	Acil Servis	,82222	,37103	,398	-,3359	1,9803
	Göğüs Hastalıkları	,15556	,56095	1,000	-1,5953	1,9064
Genel Cerrahi	Çocuk Cerrahisi	-,03743	,44583	1,000	-1,4290	1,3541
	Dahiliye	-,32026	,35672	,993	-1,4337	,7932
	Nöroloji	-,38009	,42450	,993	-1,7051	,9449
	Üroloji	-,54248	,38966	,900	-1,7587	,6738
	Kardiyoloji	1,23529	,51742	,294	-,3797	2,8503
	Göz Hastalıkları	-1,19328	,51742	,341	-2,8083	,4217
	Acil Servis	,50196	,40815	,949	-,7720	1,7759
	Göğüs Hastalıkları	-,16471	,58616	1,000	-1,9943	1,6649
Nöroloji	Çocuk Cerrahisi	,34266	,47201	,998	-1,1306	1,8159
	Dahiliye	,05983	,38895	1,000	-1,1542	1,2738
	Genel Cerrahi	,38009	,42450	,993	-,9449	1,7051
	Üroloji	-,16239	,41936	1,000	-1,4713	1,1465
	Kardiyoloji	1,61538	,54014	,072	-,0705	3,3013
	Göz Hastalıkları	-,81319	,54014	,853	-2,4991	,8727
	Acil Servis	,88205	,43659	,530	-,4807	2,2448
	Göğüs Hastalıkları	,21538	,60631	1,000	-1,6771	2,1078
Üroloji	Çocuk Cerrahisi	,50505	,44094	,967	-,8712	1,8813
	Dahiliye	,22222	,35059	,999	-,8721	1,3165
	Genel Cerrahi	,54248	,38966	,900	-,6738	1,7587
	Nöroloji	,16239	,41936	1,000	-1,1465	1,4713
	Kardiyoloji	1,77778*	,51321	,017	,1759	3,3797
	Göz Hastalıkları	-,65079	,51321	,940	-2,2527	,9511
	Acil Servis	1,04444	,40280	,193	-,2128	2,3017
	Göğüs Hastalıkları	,37778	,58245	,999	-1,4402	2,1957
Kardiyoloji	Çocuk Cerrahisi	-1,27273	,55706	,354	-3,0115	,4660
	Dahiliye	-1,55556*	,48868	,042	-3,0808	-,0303
	Genel Cerrahi	-1,23529	,51742	,294	-2,8503	,3797
	Nöroloji	-1,61538	,54014	,072	-3,3013	,0705
	Üroloji	-1,77778*	,51321	,017	-3,3797	-,1759
	Göz Hastalıkları	-2,42857*	,61586	,003	-4,3508	-,5063
	Acil Servis	-,73333	,52739	,901	-2,3794	,9128
	Göğüs Hastalıkları	-1,40000	,67464	,492	-3,5057	,7057
Göz Hastalıkları	Çocuk Cerrahisi	1,15584	,55706	,492	-,5829	2,8946
	Dahiliye	,87302	,48868	,691	-,6523	2,3983
	Genel Cerrahi	1,19328	,51742	,341	-,4217	2,8083

	Nöroloji	,81319	,54014	,853	-,8727	2,4991
	Üroloji	,65079	,51321	,940	-,9511	2,2527
	Kardiyoloji	2,42857*	,61586	,003	,5063	4,3508
	Acil Servis	1,69524*	,52739	,038	,0491	3,3414
	Göğüs Hastalıkları	1,02857	,67464	,843	-1,0771	3,1343
Acil Servis	Çocuk Cerrahisi	-,53939	,45736	,960	-1,9669	,8881
	Dahiliye	-,82222	,37103	,398	-1,9803	,3359
	Genel Cerrahi	-,50196	,40815	,949	-1,7759	,7720
	Nöroloji	-,88205	,43659	,530	-2,2448	,4807
	Üroloji	-1,04444	,40280	,193	-2,3017	,2128
	Kardiyoloji	,73333	,52739	,901	-,9128	2,3794
	Göz Hastalıkları	-1,69524*	,52739	,038	-3,3414	-,0491
	Göğüs Hastalıkları	-,66667	,59497	,971	-2,5237	1,1904
Göğüs Hastalıkları	Çocuk Cerrahisi	,12727	,62143	1,000	-1,8124	2,0669
	Dahiliye	-,15556	,56095	1,000	-1,9064	1,5953
	Genel Cerrahi	,16471	,58616	1,000	-1,6649	1,9943
	Nöroloji	-,21538	,60631	1,000	-2,1078	1,6771
	Üroloji	-,37778	,58245	,999	-2,1957	1,4402
	Kardiyoloji	1,40000	,67464	,492	-,7057	3,5057
	Göz Hastalıkları	-1,02857	,67464	,843	-3,1343	1,0771
	Acil Servis	,66667	,59497	,971	-1,1904	2,5237



## D. Hasta Güvenliği Kültürü İletişim Alt Boyutu

### Meslek Süresi-İletişim:

#### Multiple Comparisons

Dependent Variable: İletişim  
Tukey HSD

(I) Meslek süresi (Binned)	(J) Meslek süresi (Binned)	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.
1-5 yıl	6-10 yıl	,79187	,38635	,172
	11-15 yıl	,07368	,42835	,998
	16 ve üzeri	-,83882	,40762	,169
6-10 yıl	1-5 yıl	-,79187	,38635	,172
	11-15 yıl	-,71818	,35249	,176
	16 ve üzeri	-1,63068*	,32698	,000
11-15 yıl	1-5 yıl	-,07368	,42835	,998
	6-10 yıl	,71818	,35249	,176
	16 ve üzeri	-,91250	,37567	,074
16 ve üzeri	1-5 yıl	,83882	,40762	,169
	6-10 yıl	1,63068*	,32698	,000
	11-15 yıl	,91250	,37567	,074

### Hastanede Çalışma Süresi-İletişim:

#### Multiple Comparisons

Dependent Variable: İletişim  
Tukey HSD

(I) Hastanede çalışma süresi (Binned)	(J) Hastanede çalışma süresi (Binned)	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.
1-5 yıl	6-10 yıl	,33104	,34071	,766
	11-15 yıl	-,26923	,39819	,906
	16 ve üzeri	-1,03205	,50104	,168
6-10 yıl	1-5 yıl	-,33104	,34071	,766
	11-15 yıl	-,60027	,34071	,294
	16 ve üzeri	-1,36310*	,45670	,016
11-15 yıl	1-5 yıl	,26923	,39819	,906
	6-10 yıl	,60027	,34071	,294
	16 ve üzeri	-,76282	,50104	,425
16 ve üzeri	1-5 yıl	1,03205	,50104	,168
	6-10 yıl	1,36310*	,45670	,016
	11-15 yıl	,76282	,50104	,425

**Çalışılan Birim-İletişim:**

**Multiple Comparisons**

Dependent Variable: İletişim

Tukey HSD

(I) Çalıştığınız birim	(J) Çalıştığınız birim	Mean			95% Confidence Interval	
		Difference (I- J)	Std. Error	Sig.	Lower Bound	Upper Bound
Çocuk Cerrahisi	Dahiliye	,22896	,50402	1,000	-1,3442	1,8021
	Genel Cerrahi	,45989	,54524	,995	-1,2419	2,1617
	Nöroloji	-,20979	,57726	1,000	-2,0116	1,5920
	Üroloji	,35859	,53926	,999	-1,3246	2,0418
	Kardiyoloji	-,36364	,68127	1,000	-2,4901	1,7628
	Göz Hastalıkları	,49351	,68127	,998	-1,6329	2,6199
	Acil Servis	-,36364	,55934	,999	-2,1095	1,3822
	Göğüs Hastalıkları	3,23636*	,75999	,001	,8642	5,6085
Dahiliye	Çocuk Cerrahisi	-,22896	,50402	1,000	-1,8021	1,3442
	Genel Cerrahi	,23094	,43626	1,000	-1,1308	1,5926
	Nöroloji	-,43875	,47567	,992	-1,9234	1,0459
	Üroloji	,12963	,42876	1,000	-1,2087	1,4679
	Kardiyoloji	-,59259	,59764	,987	-2,4580	1,2728
	Göz Hastalıkları	,26455	,59764	1,000	-1,6008	2,1299
	Acil Servis	-,59259	,45376	,929	-2,0089	,8237
	Göğüs Hastalıkları	3,00741*	,68602	,001	,8661	5,1487
Genel Cerrahi	Çocuk Cerrahisi	-,45989	,54524	,995	-2,1617	1,2419
	Dahiliye	-,23094	,43626	1,000	-1,5926	1,1308
	Nöroloji	-,66968	,51915	,934	-2,2901	,9507
	Üroloji	-,10131	,47654	1,000	-1,5887	1,3861
	Kardiyoloji	-,82353	,63279	,931	-2,7986	1,1516
	Göz Hastalıkları	,03361	,63279	1,000	-1,9415	2,0087
	Acil Servis	-,82353	,49915	,776	-2,3815	,7345
	Göğüs Hastalıkları	2,77647*	,71686	,004	,5390	5,0140
Nöroloji	Çocuk Cerrahisi	,20979	,57726	1,000	-1,5920	2,0116
	Dahiliye	,43875	,47567	,992	-1,0459	1,9234
	Genel Cerrahi	,66968	,51915	,934	-,9507	2,2901
	Üroloji	,56838	,51287	,973	-1,0324	2,1692
	Kardiyoloji	-,15385	,66058	1,000	-2,2157	1,9080
	Göz Hastalıkları	,70330	,66058	,979	-1,3585	2,7651
	Acil Servis	-,15385	,53394	1,000	-1,8204	1,5127
	Göğüs Hastalıkları	3,44615*	,74150	,000	1,1317	5,7606
Üroloji	Çocuk Cerrahisi	-,35859	,53926	,999	-2,0418	1,3246

	Dahiliye	-,12963	,42876	1,000	-1,4679	1,2087
	Genel Cerrahi	,10131	,47654	1,000	-1,3861	1,5887
	Nöroloji	-,56838	,51287	,973	-2,1692	1,0324
	Kardiyoloji	-,72222	,62765	,966	-2,6813	1,2368
	Göz Hastalıkları	,13492	,62765	1,000	-1,8241	2,0940
	Acil Servis	-,72222	,49261	,870	-2,2598	,8154
	Göğüs Hastalıkları	2,87778*	,71232	,002	,6544	5,1011
Kardiyoloji	Çocuk Cerrahisi	,36364	,68127	1,000	-1,7628	2,4901
	Dahiliye	,59259	,59764	,987	-1,2728	2,4580
	Genel Cerrahi	,82353	,63279	,931	-1,1516	2,7986
	Nöroloji	,15385	,66058	1,000	-1,9080	2,2157
	Üroloji	,72222	,62765	,966	-1,2368	2,6813
	Göz Hastalıkları	,85714	,75318	,968	-1,4937	3,2080
	Acil Servis	,00000	,64498	1,000	-2,0132	2,0132
	Göğüs Hastalıkları	3,60000*	,82506	,001	1,0248	6,1752
Göz Hastalıkları	Çocuk Cerrahisi	-,49351	,68127	,998	-2,6199	1,6329
	Dahiliye	-,26455	,59764	1,000	-2,1299	1,6008
	Genel Cerrahi	-,03361	,63279	1,000	-2,0087	1,9415
	Nöroloji	-,70330	,66058	,979	-2,7651	1,3585
	Üroloji	-,13492	,62765	1,000	-2,0940	1,8241
	Kardiyoloji	-,85714	,75318	,968	-3,2080	1,4937
	Acil Servis	-,85714	,64498	,922	-2,8703	1,1560
	Göğüs Hastalıkları	2,74286*	,82506	,027	,1676	5,3181
Acil Servis	Çocuk Cerrahisi	,36364	,55934	,999	-1,3822	2,1095
	Dahiliye	,59259	,45376	,929	-,8237	2,0089
	Genel Cerrahi	,82353	,49915	,776	-,7345	2,3815
	Nöroloji	,15385	,53394	1,000	-1,5127	1,8204
	Üroloji	,72222	,49261	,870	-,8154	2,2598
	Kardiyoloji	,00000	,64498	1,000	-2,0132	2,0132
	Göz Hastalıkları	,85714	,64498	,922	-1,1560	2,8703
	Göğüs Hastalıkları	3,60000*	,72764	,000	1,3289	5,8711
Göğüs Hastalıkları	Çocuk Cerrahisi	-3,23636*	,75999	,001	-5,6085	-,8642
	Dahiliye	-3,00741*	,68602	,001	-5,1487	-,8661
	Genel Cerrahi	-2,77647*	,71686	,004	-5,0140	-,5390
	Nöroloji	-3,44615*	,74150	,000	-5,7606	-1,1317
	Üroloji	-2,87778*	,71232	,002	-5,1011	-,6544
	Kardiyoloji	-3,60000*	,82506	,001	-6,1752	-1,0248
	Göz Hastalıkları	-2,74286*	,82506	,027	-5,3181	-,1676
	Acil Servis	-3,60000*	,72764	,000	-5,8711	-1,3289

## E. İş yükü Tukey Analizi

### *Hastanede Çalışma Süresi-İş Yüğü:*

#### Multiple Comparisons

Dependent Variable: İş\_yükü\_toplam

Tukey HSD

(I) Hastanede çalışma süresi (Binned)	(J) Hastanede çalışma süresi (Binned)	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.
1-5 yıl	6-10 yıl	1,59615	1,00575	,387
	11-15 yıl	4,38462*	1,17541	,001
	16 ve üzeri	2,01282	1,47903	,525
6-10 yıl	1-5 yıl	-1,59615	1,00575	,387
	11-15 yıl	2,78846*	1,00575	,030
	16 ve üzeri	,41667	1,34813	,990
11-15 yıl	1-5 yıl	-4,38462*	1,17541	,001
	6-10 yıl	-2,78846*	1,00575	,030
	16 ve üzeri	-2,37179	1,47903	,378
16 ve üzeri	1-5 yıl	-2,01282	1,47903	,525
	6-10 yıl	-,41667	1,34813	,990
	11-15 yıl	2,37179	1,47903	,378



# BEYKENT ÜNİVERSİTESİ

## REKTÖRLÜĞÜ

**17.04.2017**

Enstitümüz İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi (tezli) programı öğrencisi **Dilek AYDIN BERÇİN**' in "**Sağlık Hizmetlerinde İş Yükünün, Hasta Güvenliği Üzerindeki Etkisi: Fatih Bölgesi Üzerinde Bir Araştırma**" konulu tezine anket çalışması yapması Etik Kurulumuzca uygun görülmüştür.

### ETİK KURUL ÜYELERİ

ÜYE  
Prof. Dr. Ercan AKYIGIT

ÜYE  
Prof. Dr. Firdevs ŞENEL

ÜYE  
Prof. Dr. Ebru URAL

ÜYE  
Prof. Dr. Oğuz MAKAL

ÜYE  
Prof. Dr. Selahattin SARI

ÜYE  
Prof. Dr. Ülben EZEN

BAŞKAN  
Prof. Dr. Burak Ömür ÇAKIR

**Beykent Üniversitesi İletişim Hattı: 444 1997 - 0850 340 34 34 - www.beykent.edu.tr**

**Ayazağa-Maslak Yerleşkesi:** Ayazağa Mahallesi Hadım Kuru Yolu Cad. No: 19, Sarıyer 34396 İstanbul / Faks: (0212) 289 64 90

**Beylikdüzü Yerleşkesi:** Cumhuriyet Mah. Gürpınar Yolu Cad. No: 3/A, Beykent Siteleri, Büyükçekmece 34500 İstanbul / Faks: (0212) 867 55 68

**Taksim Yerleşkesi:** Sıraselviler Cad. No: 65, Taksim, Beyoğlu 34437 İstanbul / Faks: (0212) 243 02 78 info@beykent.edu.tr

## ÖZGEÇMİŞ

1985 Kayseri doğumluyum. Orta öğrenimimi Talas Lisesinde tamamladım. 2012 yılında Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümünden mezun oldum. Stajlarımı Ankara'da, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Hastanesi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Kayseri'de, Kayseri Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde tamamladım. 2013 yılında Kayseri Güneş Hastanesinde ebe olarak çalışmaya başladım. 2014 yılında Mardin Halk Sağlığı Müdürlüğüne atamam oldu, eş durumu ile İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğüne tayinim çıktı. Bayrampaşa İlçe Sağlık Müdürlüğünde ebe olarak çalışmaktayım. Bu süreçte Üreme ve Cinsel Sağlık Modüler Eğitimi sertifikası aldım ve birçok eğitime katıldım. Evliyim. Özel ilgi alanlarım gezmek, voleybol oynamak, kitap okumak, sinema ve doğa yürüyüşleridir.

**Dilek AYDIN BERÇİN**