

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANABİLİM DALI
HASTANE VE SAĞLIK KURULUŞLARI YÖNETİMİ PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

SAĞLIK HİZMETLERİNDE RİSK YÖNETİMİNİN
ÇALIŞAN GÜVENLİĞİNE ETKİSİ VE BİR UYGULAMA

Aytaç HİSAR

Danışman
Doç. Dr. Ali ÖZDEMİR

İZMİR - 2013

YÜKSEK LİSANS
TEZİ PROJE ONAY SAYFASI

2010800110

Üniversite : Dokuz Eylül Üniversitesi
Enstitü : Sosyal Bilimler Enstitüsü
Adı ve Soyadı : AYTAÇ HISAR
Tez Başlığı : Sağlık Hizmetlerinde Risk Yönetiminin Çalışan Güvenliğine Etkisi ve Bir Uygulama
Savunma Tarihi : 19.06.2013
Danışmanı : Doç.Dr.Ali ÖZDEMİR

JÜRİ ÜYELERİ

<u>Ünvanı, Adı, Soyadı</u>	<u>Üniversitesi</u>	<u>İmza</u>
Doç.Dr.Ali ÖZDEMİR	- DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ	
Prof.Dr.Onur ÖZVERİ	- DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ	
Yrd.Doç.Dr.Abdullah TEKBAŞ	- DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ	

Oybirliği (X)

Oy Çokluğu ()

AYTAÇ HISAR tarafından hazırlanmış ve sunulmuş "Sağlık Hizmetlerinde Risk Yönetiminin Çalışan Güvenliğine Etkisi ve Bir Uygulama" başlıklı Tezi () / Projesi () kabul edilmiştir.

Prof.Dr. Utku UTKULU
Enstitü Müdürü

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “**Sağlık Hizmetlerinde Risk Yönetiminin Çalışan Güvenliğine Etkisi ve Bir Uygulama**” adlı çalışmanın, tarafımdan, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

Tarih

.../...2013

Aytaç HİSAR

ÖZET

Yüksek Lisans Tezi

Sağlık Hizmetlerinde Risk Yönetiminin Çalışan Güvenliğine Etkisi ve Bir
Uygulama

Aytaç HİSAR

Dokuz Eylül Üniversitesi

Sosyal Bilimler Enstitüsü

İşletme Anabilim Dalı

Hastane ve Sağlık Kuruluşları Yönetimi Programı

Sağlık hizmetlerinde hasta güvenliği kavramı ne kadar önemli ise çalışan güvenliği kavramı da o denli önemli bir kavramdır. Sağlık hizmeti sunumu esnasında sağlık çalışanlarının kendilerini çalıştıkları kurumda huzurlu ve güvende hissetmeleri, sağlık bakım hizmeti düzeylerini pozitif anlamda etkilemektedir. Dolayısıyla sağlık hizmetlerinde çalışan güvenliği, üzerinde titizlikle durulması gereken konuların başında gelmektedir.

Daha verimli ve performansı yüksek çalışmayı amaç edinen sağlık kurum/kuruluşları, çalışanları için riski minimize edilmiş bir çalışma ortamı oluşturmaya özen göstermelidir.

Bu tez çalışması karmaşık yapıda, emek yoğun ve çeşitli meslek grubundaki çalışanların eşgüdümlü çalışmalarıyla hizmet üreten hastane işletmelerindeki risk yönetimi ile çalışan güvenliği etkileşiminin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın birinci bölümünde sağlık işletmelerinin genel yapısı, ikinci bölümünde Türkiye’de sağlık hizmetlerinin yapısı ve çalışan güvenliği, son bölümünde ise araştırma ile ilgili analiz ve sonuçlara yer verilmiştir.

Araştırma sonucunda risk yönetimi ile çalışan güvenliği faktörleri arasında pozitif yönlü ve güçlü bir ilişkinin mevcut olduğu görülmüştür. Sağlık kurumlarında başarılı bir risk yönetim süreci, sağlık çalışanlarının güvenliği ve sağlığını olumlu yönde etkileyecektir.

Anahtar Kelimeler: Çalışan Güvenliği, Risk Yönetimi, Sağlık Hizmetleri.

ABSTRACT

Master's Thesis

**The Effect of Risk Management on Occupational Safety in Healthcare
Services and a Case Study**

Aytaç HİSAR

Dokuz Eylül University

Graduate School of Social Sciences

Department of Business Administration

Management of Hospital and Healthcare Organizations Program

The term of occupational safety is as important as the term of patient safety in healthcare services. During delivery of healthcare services, the level of services provided are effected positively by healthcare professionals who feel themselves peaceful and safe in the organisations they work. Thus, occupational safety in healthcare services is one of the issues that need further attention.

The healthcare organisations that aim at work more efficiently and high performance should concentrate on creating a workplace that contains minimized risks for its professionals.

The aim of this dissertation study is to determine interaction between risk management and occupational safety in hospitals that have a complex organisational structure, and is labour-intensive, and produce services through co-operation of various occupations. In the first part, the general structure of healthcare organisations is mentioned, and the second part consists of the structure of healthcare services and occupational safety in Turkey, and in the last part of the study, analyses and results related with the study are presented.

As the result of the study, existence of a positive and strong relationship is found between the factors of risk management and occupational safety. A successful risk management process in healthcare organisations has positive effects on occupational safety and health of healthcare professionals.

Keywords: Occupational Safety, Risk Management, Healthcare Services.

SAĞLIK HİZMETLERİNDE RİSK YÖNETİMİNİN ÇALIŞAN GÜVENLİĞİNE ETKİSİ VE BİR UYGULAMA

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAY SAYFASI	ii
YEMİN METNİ	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER	vi
KISALTMALAR	ix
TABLolar LİSTESİ	x
ŞEKİLLER LİSTESİ	xii
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİNDE RİSK YÖNETİMİ

1.1. SAĞLIK İŞLETMELERİNİN GENEL YAPISI	3
1.2. RİSK YÖNETİMİ VE RİSK YÖNETİMİ SÜRECİ	8
1.2.1. Risk Yönetiminin Genel Yapısı	8
1.2.2. Risk Yönetimi Süreci	10
1.2.2.1. Tehlikelerin Belirlenmesi	11
1.2.2.2. Risk Değerlendirme	12
1.2.2.3. Kontrol Önlemlerinin Belirlenmesi	12
1.2.2.4. Kontrol Önlemlerinin Uygulanması	14
1.2.2.5. İzleme ve Gözden Geçirme	14
1.2.2.6. İletişim ve Danışma	14
1.3. SAĞLIK HİZMETLERİNDE RİSK YÖNETİMİ	14
1.3.1. Sağlık Hizmetlerinde Risk Yönetimine Yönelik Literatür Taraması	14
1.3.2. Sağlık Hizmetlerinde Risk Yönetimi Programı	16
1.3.3. Sağlık Hizmetlerinde Riskler	18

1.3.4. Sağlık Hizmetlerinde Risk Nedenleri	20
1.3.5. Sağlık Hizmetlerinde Risk Yöneticisinin Görevleri	22
1.3.6. Sağlık Hizmetlerinde Risk Değerlendirme Metodları	23

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİNDE ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ

2.1. TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİ VE SAĞLIK ÇALIŞANLARI	25
2.1.1. Türkiye’de Sağlık Hizmetleri	25
2.1.2. Türkiye’de Sağlık Çalışanları	30
2.2. SAĞLIK HİZMETLERİNDE ÇALIŞAN GÜVENLİĞİNİ TEHDİT EDEN RİSK VE TEHLİKELER	34
2.2.1. Biyolojik Riskler	37
2.2.2. Kimyasal Riskler	40
2.2.3. Fiziksel Riskler	41
2.2.4. Psiko-Sosyal Riskler	43
2.2.4.1. İş Stresi	43
2.2.4.2. İşyerinde Şiddet	46
2.2.5. Çevresel Riskler	48

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

DR. BEHÇET UZ ÇOCUK HASTALIKLARI VE CERRAHİSİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİNDE RİSK YÖNETİMİNİN ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ ÜZERİNE ETKİSİNİ ARAŞTIRMAYA YÖNELİK BİR UYGULAMA

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI	49
3.2. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ	49
3.3. ARAŞTIRMANIN KAPSAMI VE SINIRLILIKLARI	50
3.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ	50
3.5. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ	50
3.6. ARAŞTIRMANIN ANALİZ VE BULGULARI	51

SONUÇ	92
KAYNAKÇA	98
EK	

KISALTMALAR

T.C.	Türkiye Cumhuriyeti
S.B.	Sağlık Bakanlığı
BUÇH	T.C. Sağlık Bakanlığı İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi
DPT	Devlet Planlama Teşkilatı
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
ASHRM	American Society for Healthcare Risk Management
JCAHO	Sağlık Kuruluşları Akreditasyonu Ortak Komisyonu
Std. Sapma	Standart Sapma
Ort.	Ortalama
Ort. Fark	Ortalama Fark
N	Ankete Katılan Personel Sayısı
s.	sayfa
v.b.	ve benzeri

TABLULAR LİSTESİ

Tablo 1: Nüfusa İlişkin Temel Sağlık Göstergeleri	s. 26
Tablo 2: Yıllar İtibariyle Toplam Hasta Yatağı Sayısı ve Doluluk Oranları	s. 27
Tablo 3: Yıllara ve Sektörlere Göre Toplam Hastane Müracaat Sayısı ve Dağılımı	s. 28
Tablo 4: Sağlık Kuruluşlarının Durumu ve Hizmet Değerlendirmeleri	s. 29
Tablo 5: Yıllara Göre Sağlık Personeli Sayıları, Tüm Sektörler	s. 31
Tablo 6: Sağlık Personelinin Sektöre ve Unvanlara Göre Dağılımı	s. 32
Tablo 7: Sağlık İşletmelerinde Risk Grupları	s. 36
Tablo 8: Stresle Karşılaşan Bireyin Gösterdiği Çeşitli Tepkiler	s. 44
Tablo 9: Yüksek Stres Düzeyindeki Meslekler	s. 45
Tablo 10: Bazı Hizmetlerde Şiddet Düzeyleri	s. 48
Tablo 11: Çalışan Güvenliği İle İlgili Değişkenler	s. 52
Tablo 12: Faktör Analizi Sonuçları	s. 53
Tablo 13: Risk Yönetimi ve Çalışan Güvenliği Ölçeğinin Alt Boyutları ve Güvenilirlik Analizi Sonuçları	s. 54
Tablo 14: Demografik Özelliklerinin Frekans ve Yüzde Dağılımları	s. 56
Tablo 15: Kurumun Mevcut Durum Ölçeği Frekans ve Yüzde Dağılımları	s. 58
Tablo 16 a: Risk Yönetimi ve Çalışan Güvenliği Boyutlarının İfadelere Göre Tanımsal İstatistik Sonuçları	s. 61
Tablo 16 b: Risk Yönetimi ve Çalışan Güvenliği Boyutlarının İfadelere Göre Tanımsal İstatistik Sonuçlar	s. 62
Tablo 17: Faktörlerin Cinsiyete Göre T Testi Analizi Sonuçları	s. 65
Tablo 18 a: Faktörlerin Yaş Gruplarına Göre Tanımsal İstatistik Analizi Sonuçları	s. 67
Tablo 18 b: Faktörlerin Yaş Gruplarına Göre Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları	s. 68
Tablo 18 c: Yaş Durumu Grupları Arası Bonferroni Çoklu Karşılaştırma Testi Sonuçları	s. 69
Tablo 19 a: Faktörlerin Meslek Grubuna Göre Tanımsal İstatistik Analizi Sonuçları	s. 70

Tablo 19 b: Meslek Gruplarına Göre Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları	s. 72
Tablo 19 c: Meslek Grupları Arası Bonferroni Çoklu Karşılaştırma Testi Sonuçları	s. 73
Tablo 20 a: Faktörlerin Eğitim Durumlarına Göre Tanımsal İstatistik Analizi Sonuçları	s. 74
Tablo 20 b: Eğitim Durumuna Göre Tek Yönlü Anova Analizi Sonuçları	s. 75
Tablo 21 a: Faktörlerin Çalışma Yılı Durumlarına Göre Tanımsal İstatistik Analizi Sonuçları	s. 76
Tablo 21 b: Çalışma Yılına Göre Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları	s. 78
Tablo 21 c: Çalışma Yılı Grupları Arası Bonferroni Çoklu Karşılaştırma Testi Sonuçları	s. 79
Tablo 22 a: Faktörlerin Kurum Yılı Durumlarına Göre Tanımsal İstatistik Analizi Sonuçları	s. 80
Tablo 22 b: Kurum Yılına Göre Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları	s. 82
Tablo 22 c: Kurum Yılı Gruplar Arası Bonferroni Çoklu Karşılaştırma Testi Sonuçları	s. 83
Tablo 23 a: Faktörlerin Çalışılan Birime Göre Tanımsal İstatistik Analizi Sonuçları	s. 84
Tablo 23 b: Faktörlerin Çalışılan Birime Göre Tanımsal İstatistik Analizi Sonuçları	s. 85
Tablo 23 c: Çalışılan Birime Göre Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları	s. 87
Tablo 23 d: Çalışılan Birim Grupları Arası Bonferroni Çoklu Karşılaştırma Testi Sonuçları	s. 88
Tablo 24: Risk Yönetimi ve Çalışan Güvenliği Faktörler Arası İlişki Analizi	s. 89
Tablo 25: Çalışma Güvenliği ile Risk Yönetimi ve Çalışan Güvenliği Faktörleri Arası Regresyon Modeli Analiz Sonuçları	s. 90

ŞEKİLLER LİSTESİ

- Şekil 1:** Risk Yönetim Süreci s. 11
- Şekil 2:** 100.000 Kişiyeye Düşen Toplam Hekim Sayısının Uluslararası Karşılaştırılması s. 33
- Şekil 3:** 100.000 Kişiyeye Düşen Toplam Hemşire ve Ebe Sayısının Uluslararası Karşılaştırılması s. 33
- Şekil 4:** Sağlık Hizmetlerinde Güvenlik Yönetimi s. 35

GİRİŞ

Sağlık Bakanlığı tarafından son zamanlarda yayınlanan yönerge ve yönetmelikler ile amaçlanan tüm sağlık kurumlarında hasta ve çalışan güvenliği için güvenli hizmet sunumu ve güvenli bir ortam sağlanması, hizmet sunumunda kalitenin artırılması, sağlık kurumlarında hasta ve çalışanlar için muhtemel risklerin belirlenmesi, bu risklerin giderilmesi için uygun yöntem ve tekniklerin belirlenmesi ve hizmet içi eğitimler ile güvenli hizmet sunumu ve güvenli çalışma ortamının sürdürülebilirliğinin sağlanması amaçlanmaktadır.

Sağlık hizmeti veren organizasyonlarda süreçler, aşırı derecede karmaşık, birbirine bağlı, iç içe geçmiş, hatta birleşmiş durumdadır, ayrıca değişken girdiler, zaman kısıtları, hiyerarşik bir kültür ve insan müdahalesine bağımlılık, organizasyon bütünündeki süreçlerdeki hata riskini arttırmaktadır. Hem bu tebliğ ve yönergenin gereklerini yerine getirmek hem de toplumun artan sağlık hizmeti ihtiyacını en güvenli şekilde yerine getirmek amacıyla sağlık kuruluşlarında hasta ve çalışanları tehdit eden tehlikelerin belirlenmesi, risklerin değerlendirilmesi ve mümkün olan kontrol ve önleme yöntemlerinin devreye alınması hayati önem teşkil etmektedir.

Karmaşık yapıda, emek yoğun olarak hizmet üreten hastane işletmelerinde, hizmet kalitesinin artırılması ve hasta/çalışan memnuniyetinin yanı sıra huzurlu, güvenli ve sağlıklı personelin önemi gün geçtikçe artmaktadır. Hastalara kaliteli, doğru, titiz ve hızlı bir sağlık hizmetinin sunulmasını amaçlayan hastane işletmeleri, olumlu bir örgüt iklimi oluşturarak, güvenli bir çalışma ortamı ile çalıştığı kuruma bağlı çalışanlarla ekip ruhunu oluşturmak zorundadır. Aksi takdirde mutsuz, huzursuz ve sağlığını kaybetme tehlikesi ile karşı karşıya kalan çalışanların, hastalara verecekleri tıbbi ve teknik hizmetler hastane işletmelerinde istenmeyen sonuçlara yol açabilmektedir.

Sağlık hizmetleri iş kazaları açısından riskli bir sektördür. Günümüzde farklı meslek ve farklı görevlerde bulunan sağlık çalışanları, sağlık hizmetlerini sunarken sağlık ve güvenlik açısından bazı risk ve tehlikelere maruz kalmaktadır. Sağlık çalışanlarının iş sağlığı ve güvenliğini etkileyen değişkenler her sağlık işletmesi için farklılık göstermekle beraber genel olarak çalışanlarının biyolojik, kimyasal, fiziksel ve psikolojik ya da çevresel risklere maruz kaldığı görülmektedir.

Sağlık kurum/kuruluşları yukarıda belirtilen riskleri dikkate almadıkları takdirde hem sağlık çalışanları hem de hasta/hasta yakınları açısından tercih edilmeyen işletme olmaları kaçınılmazdır. Bu durum sağlık işletmesinin diğer sağlık hizmeti sunan işletmeler ile rekabet gücünü düşürecek, işletmenin karlılığında ve performansında düşüklüğe neden olacaktır.

Bu alışma T.C. Sağlık Bakanlığı Dr. Behçet UZ ocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde gerçekleştirilmiş ve sağlık hizmetlerinde risk yönetimi ile çalışan güvenliği arasında etkileşiminin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Araştırmanın birinci bölümünde; sağlık işletmelerinin genel yapısı, risk yönetimi ve risk yönetim sürecinden bahsedilmiştir. Ayrıca sağlık hizmetlerinde risk ve risk yönetimi, sağlık hizmetlerindeki risk nedenleri, sağlık hizmetlerinde risk yöneticisinin görevleri ve risk değerlendirme metotlarından bahsedilmiştir.

Çalışmanın ikinci bölümünde; Türkiye’de sağlık hizmetlerinin yapısından, sağlık çalışanlarından ve sağlık hizmetlerinde çalışan güvenliğini tehdit eden risk ve tehlikelerden bahsedilmiştir.

nc bölüm araştırmanın uygulamasını içermektedir ve araştırmanın amacı, önemi, kapsam ve sınırlılıkları, evreni ve rneklemi, yöntemi, analiz ve bulgularından oluşmaktadır. Araştırma sonuç ve öneriler ile sonlandırılmıştır.

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİNDE RİSK YÖNETİMİ

1.1. SAĞLIK İŞLETMELERİNİN GENEL YAPISI

İşletmeler insan ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla üretim faktörlerini uyumlu bir şekilde bir araya getirerek, ekonomik mal ve/veya hizmet üretmek ve/veya pazarlamak için faaliyette bulunan kuruluşlar olarak tanımlanır (Akar ve Özalp, 1998: 24). Hastane sözcüğü ise latince konukların ağırlandığı yer anlamına gelen “hospitium” kelimesinden gelmektedir. Hastaneleri, “kendisine başvuran hasta ve yararlılara (yatan hasta, ayaktan bakım hastaları ve acil hastalar) tanı ve tedavi, sürekli hemşirelik bakımı, yemek ve otelcilik hizmetleri olanakları sağlayarak hastalığı azaltan veya tedavi veren kuruluşlar” olarak tanımlamak mümkündür (William, 1992: 2).

İşletmelerin karlılık, sosyal sorumluluk ve süreklilik gibi genel amaçları olduğu göz önüne alındığında, aynı amaçların sağlık işletmeleri için de geçerli olduğunu söylemek mümkündür. Karlılığın, bir sağlık işletmesinin büyümesi, sürekliliğini sağlaması ve kendisinden beklenen sosyal yükümlülükleri yerine getirmesi açısından önemi büyüktür. Ancak, sağlığın temel bir insan hakkı ve ihtiyaç duyulduğunda mutlaka giderilmesi gereken bir ihtiyaç olması nedeniyle, sağlık hizmetlerinin kamu tarafından sunulması durumunda kar göz ardı edilen bir amaç olmaktadır (Akar ve Özalp, 1998: 42). Sağlık bakım hizmetleri sayesinde çevresel faktörler ve davranışlar etkilenebilmekte ve hastalanmış olanlar da sağlığına kavuşabilmektedir. Hastalıkların önlenmesi, sağlığın korunması, erken teşhis ve tedavi, rehabilitasyon ve iyi kişisel sağlık bakım hizmetleri ile sağlanabilmektedir (Menderes ve Ersoy, 1993: 39).

Hastane yönetimi açısından bakıldığında hastanelerin sadece tıbbi hizmetleri sunan fiziki mekanlar olmadığı, aksine refah düzeyi, tüketim alışkanlıkları, bireylerin eğitim durumu, aile yapısı, sosyal güvenlik, siyasal sistem, sağlık politikaları gibi bir çok bireysel, çevresel ve üst sisteme ait faktörün etkisine açık bir sistem olduğu görülmektedir (Kurtulmuş, 1998: 232).

Sağlıklı hayat sürmek her insanın gereksinimidir ve insanların sağlıklı hayat sürmelerinde hastaneler önemli role sahiptir. Nüfus artışı, kentleşme, sanayileşme, sosyal güvenlik kapsamının genişletilmesi gibi değişik nedenlerle birlikte, kişilerde bilinç seviyesi yükseldikçe, hastanelerin bu rolünün daha da artması kaçınılmazdır. Bunun nedeni, en gelişmiş tıbbi teknolojiden ve laboratuvar imkanlarından faydalanarak tedavi olmak, düzenli hemşirelik bakımı almak ancak hastanelerde sağlanabilmektedir (İbicioğlu ve Can, 2008: 256).

Yukarıdaki tanımlar doğrultusunda sağlık hizmeti sunan kurum ve kuruluşlarla ilgili mevzuat çerçevesinde kamuya ait olan; devlet hastaneleri, özel dal hastaneleri, (2. basamak sağlık kurumları), eğitim ve araştırma hastaneleri özel dal eğitim ve araştırma hastaneleri ve üniversite hastaneleri (3. basamak sağlık kurumları), “sağlık kurumları” olarak ifade edilmektedir. Diğer yandan aile sağlığı merkezleri, toplum sağlığı merkezleri, verem savaş dispanserleri, ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri ise “sağlık kuruluşları” olarak tanımlanmaktadır. Ayrıca özel sağlık hizmeti sunan özel tıp merkezleri ve özel poliklinikler “sağlık kuruluşu” olarak ifade edilmektedir.

Bir hizmet işletmesi olarak sağlık hizmet arzını gerçekleştiren hastaneleri, çağdaş sağlık kurumları konumuna gelmelerini sağlayan etmenler şu şekilde sıralanabilir:

- Tıp bilimindeki gelişmelere,
- Tıbbi teknolojideki gelişim,
- Hemşirelik hizmetlerinin meslekleşmesi ve gelişimi,
- Tıp eğitimindeki gelişmeler,
- Sağlık sigortasının değişimi,
- Devletin rolünün artması (Kavuncubaşı ve Kısa, 2002: 80-81).
- Sağlık harcamalarının artması,
- Sağlık sigortasının yaygınlaşması ve finansman mekanizmalarının gelişmesi,
- Sağlık sektöründe rekabetin artması,
- Sağlık hizmetlerinin ekonomik içeriği olan bir hizmet olarak görülmeye başlanması,

- Sağlık kurumları işletmeciliği ile ilgili birikimin artması (İbicioğlu ve Can, 2008: 261).

Sağlık işletmelerini diğer işletmelerden ayırt eden özellikler şunlardır:

- Çıktının tanımlanması ve ölçümü güçtür. Sağlık hizmeti çıktısı paraya çevrilemez, pazarlığı da yapılamaz.

- Sağlık kurumlarında gerçekleştirilen etkinliklerin büyük kısmı acil ve ertelenemez niteliktedir (Kavuncubaşı ve Kısa, 2002: 80-81).

- Sağlık işletmelerinde hizmet sunumu çok karmaşık olup süreçle değişkendir. Sağlık işletmesinin birçok işletmeden farklı olarak birden fazla amacının olması yapısal karmaşıklığa neden olmakta, bu durum da işletmedeki yönetsel kademe ve birim sayısını arttırmaktadır.

- Sağlık işletmelerinde hizmet sunumu sırasında yapılan hatalar insanların sakat kalmasına veya ölmelerine neden olduğundan, sunulan hizmetlerin yanlışlık ve belirsizliklere karşı toleransı dardır. Yapılan hataların çoğunun sonradan düzeltme veya telafi etme şansı olmadığından; yapılan işin ilk seferinde ve her zaman doğru yapılması gerekmektedir.

- Sağlık kurumlarında uzmanlaşma seviyesi çok yüksektir. Tıp ve sağlık alanındaki sürekli gelişme, teknolojinin hızla gelişmesi, çağımızda yeni hastalıkların ortaya çıkması ve söz konusu hastalıklara yönelik tanı, teşhis ve tedavideki değişiklikler sağlık işletmelerinde uzmanlaşma düzeyini arttıran etmenlerin başında gelmektedir.

- Sağlık kurumlarında işlevsel bağımlılık çok yüksektir; bu nedenle farklı meslek gruplarının faaliyetleri arasında yüksek düzeyde eş güdüm gereklidir. Sağlık hizmetlerinin sunumu tam anlamıyla bir ekip ve koordinasyon işi olduğundan herhangi bir kişi veya bölümden kaynaklanan olumsuzluk, sağlık hizmetini ve dolayısıyla sağlık işletmesini olumsuz etkileyecektir (Devebakan, 2007: 72).

- Hastaneler başta olmak üzere tüm sağlık kurumlarında ikili otorite hattı bulunmaktadır: bu durum eş güdümlenme, denetim ve çatışma sorunlarına yol açmaktadır.

- Sağlık kurumlarında insan kaynaklarının büyük kısmı profesyonel kişilerden oluşur ve bu kişiler kurumsal hedeflerden daha çok mesleki hedeflere önem vermektedir.

- Hizmet miktarını ve sağlık harcamalarının önemli bir bölümünü belirleyen hekimlerin faaliyetleri üzerinde etkililiği yüksek olan yönetsel ve kurumsal denetim mekanizması kurulmamıştır. Başka bir ifade ile sağlık işletmelerinde hekimler hizmet arzını büyük ölçüde etkilemektedir.

- Sağlık hizmeti tüketimi rastlantısaldır. Sağlık hizmetlerine nerede, ne zaman ve ne kadar gereksinim duyulacağı kolayca öngörülemez (Pala, 2007: 14-15).

- Sağlık hizmeti üretimi stoklanmaz, üretildiği anda tüketilmek zorundadır. Ancak hizmetin üretilebileceği tüketileceği de anlamına gelmez.

- Hizmet işletmelerinin çoğu emek yoğun işletmeler olmakla birlikte, sağlık kurumları sermaye yoğun işletmelerdir. Tıp bilimindeki ve tıbbi teknolojideki gelişmeler ve sağlık talebini karşılayabilmek için belirli düzeyde tutulmak zorunda olunan kapasite büyük yatırımlar gerektirmektedir (Kurtulmuş, 1998: 236).

Sağlık işletmelerinin sınıflandırılması ile ilgili ölçütler değerlendirildiğinde, sağlık işletmelerinin işlevleri, görevleri ve kuruluş amaçları açısından sınıflandırıldığı görülmektedir. Sağlık işletmeleri ayrıca mülkiyet hakkı, verilen sağlık hizmetinin türü, hastaların kalış süresi, büyüklük, eğitim statüsü ve dikey bütünleşme basamakları açısından da sınıflandırılabilir (Devebakan, 2007: 63).

Sosyal devlet ilkesinin bir gereği olarak devletin, temel görevlerinden birisi de vatandaşlarına koruyucu, tedavi edici ve önleyici sağlık hizmetlerini sunmak ve bu yolla insanların sağlıklı olarak geçirecekleri zamanı uzatmaktır (Kurtulmuş, 1998: 85). *Sağlık hizmetleri kavramı*, hastaların teşhis, tedavi ve rehabilitasyonu yanında, hastalıkların önlenmesi, toplum ve bireyin sağlık düzeyinin geliştirilmesi ile ilgili faaliyetlerinin bütünü anlamına gelmektedir. Sağlık hizmetleri, tedavi hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi hizmetleri olarak dört ana grupta toplanmaktadır (Kavuncubaşı ve Kısa, 2002: 26). Ayrıca hastanelerin sınıflandırılması mülkiyet, eğitim statüsü, hizmet türü, büyüklük, hastaların yatış süresi, akreditasyon ve hizmet basamağı ölçütlerine göre de sınıflandırılmaktadır (İbicioğlu ve Can, 2008: 257).

Sağlık işletmelerinin sınıflandırılması verdikleri sağlık hizmeti türüne göre, yataksız veya yataklı şeklinde sınıflandırılmıştır. Ülkemizde 02/11/2011 tarihli ve 28103 (Mükerrer) sayısı ile Resmi Gazetede yayımlanan 663 sayılı Sağlık Bakanlığı

ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Gevleri Hakkında Kanun Hukmunde Kararname hukumlerine gore aşağıdaki sağlık işletmeleri, yataksız sağlık işletmeleri kapsamında değerlendirilmektedir;

- Hıfzıssıhha Enstitusu Mudurlukleri,
- Halk Sağlığı Laboratuvarları,
- E-II ve E-III grubu İlçe Devlet Hastaneleri,
- Toplum Sağlığı Merkezleri,
- AÇSAP Merkezleri (gençlik danışma, evlilik danışma merkezleri gibi uniteleriyle birlikte),

- Verem Savaş Dispanserleri,
- Sıtma Savaş Dispanserleri,
- Ruh Sağlığı Dispanserleri,
- Deri ve Zuhrevi Hastalıklar Dispanserleri,
- Trahom Savaş Merkezleri/Dispanserleri,
- Sıtma ve Tropikal Hastalıklar Eğitim ve Araştırma Merkezleri,
- Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezleri,
- Kanser Kayıt Merkezleri,
- Sağlık Evleri,
- Sağlık Merkezleri,
- HemoglobinoPATI Tanı Merkezleri,
- Aile Sağlığı Merkezleri.

Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yonetmeliği'nin değişik 5. maddesi hukumlerine gore kurulan, aşağıdaki sağlık işletmeleri yataklı sağlık işletmeleri kapsamında değerlendirilmektedir. Bu kapsamda sağlık kurumları işlevlerine gore 5 gruba ayrılır:

a) *İlçe / belde hastanesi*: Bunyesinde 112 hizmetleri, acil, doğum, ayaktan ve yatarak tıbbi mudahale, muayene ve tedavi hizmetleri ile koruyucu sağlık hizmetlerini butunleştiren, gorev yapan tabiplerin hasta kabul ve tedavi ettiği, ileri tetkik ve tedavi gerektiren durumlarda hastaların stabilize edilerek uygun bir şekilde sevkinin sağlandığı sağlık kurumlarıdır.

b) *Gün hastanesi*: Birden fazla branşta, gününbirlik ayakta muayene, teşhis, tedavi ve tıbbi bakım hizmetleri verilen asgari 5 gözlem yatağı ile 24 saat sağlık hizmeti sunan bir hastane bünyesinde veya bir hastane ile koordineli olmak kaydıyla kurulan sağlık kurumlarıdır.

c) *Genel hastaneler*: Her türlü acil vak'a ile yaş ve cinsiyet farkı gözetmeksizin, bünyesinde mevcut uzmanlık dallarıyla ilgili hastaların kabul edildiği ve ayaktan ve yatarak hasta muayene ve tedavilerinin yapıldığı en az 50 yataklı sağlık kurumlarıdır.

d) *Özel dal hastaneleri*: Belirli bir yaş ve cins grubu hastalar veya belirli bir hastalığa tutulanların yahut bir organ veya organ grubu hastalarının müşahede, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilitasyonlarının yapıldığı sağlık kurumlarıdır.

e) *Eğitim ve araştırma hastaneleri*: Öğretim, eğitim ve araştırma yapılan uzman ve yan dal uzmanların yetiştirildiği genel ve özel dal sağlık kurumlarıdır.

Yukarıdaki alıntıdan anlaşılacağı üzere ilgili yönetmeliğin isminde “yataklı tedavi kurumları” adı geçmesine rağmen, aynı yönetmeliğin sağlık kurumları sınıflandırılmasında, yönetmeliğin 5. maddesinde sağlık kurumları ile aynı anlamda kullanılmak üzere “hastane” sözcüğü kullanılmıştır.

1.2. RİSK YÖNETİMİ VE RİSK YÖNETİMİ SÜRECİ

1.2.1. Risk Yönetiminin Genel Yapısı

Risk yönetiminin genel yapısı hakkında bilgi vermeden önce Risk, Tehlike ve Olasılık kavramlarının tanımlarını yapmakta fayda vardır. **Risk**; sözlük anlamı olarak zarara uğrama tehlikesidir ve öngörülebilir tehlikeleri ifade etmektedir. Başka bir anlamı ise; “risk”, idrak edilmekte olan spesifik bir tehlikenin gerçekleşme olasılığı ve tehlikenin sonuçlarını kapsayan bir kavramdır (Aydınlı, 2010: 3)

Risk kelimesi aslında Çin orjinli bir kelimedir ve diğer dillerde de Çince'den geçmiştir. Aslında Çince'de “Risk” kelimesini ifade eden ideogram, “tehlike” ve “fırsat” ideogramlarının birleşkesidir. Yani Çince'de risk denildiği zaman iki farklı unsur birden anlaşılır. Bu unsurların birincisi “gelecekte oluşma ihtimali” bir diğeri ise “fırsat ve tehdit”dir. Diğer tüm terminolojide “Risk” denilince yaygın olarak

tehdit anlaşılmaktadır. Oysa risk kavramının çıkış yeri olan Çin’de “Risk”, meydana getirdiğimiz çalışmalar esnasında gelecekte meydana gelebilecek olan ve amaçlarımızın gerçekleştirilmesini engelleyebilecek tehditler veya olumsuzluklar veya amaçlara ulaşmayı kolaylaştırabilecek fırsatlar olarak tanımlanır (Özkılıç, 2008-2).

Bateman’a göre risk; tehlikelerin taşıdığı potansiyel zararın gerçekleşme olasılığıdır. Riskin büyüklüğü, zararın oluşma olasılığına, zararın potansiyel şiddetine ve tehlikeden etkilenmiş olabilecek nüfusa, yani maruz kalmış olabilecek insan sayısına bağlıdır (Bateman, 2005: 19).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) 2002 yılında riski; sonucun olumsuz olma ihtimali veya bu olasılığı ortaya çıkaran faktör olarak tanımlamış ve riskin ne anlamlara gelebileceğini ifade etmeye çalışmıştır; risk olasılık anlamına gelebilir, risk istenmeyen sonucu ortaya çıkaran faktör anlamına gelebilir, risk bir sonuç anlamına gelebilir, risk potansiyel güçlük veya tehdit anlamına gelebilir (Özkılıç, 2008-2).

Tehlike, işyerindeki koşullarla birlikte, hastalık veya kazaya yol açabilecek durum veya uygulamalar olarak tanımlanmıştır. Tehlike arıza veya aksaklıkla karıştırılmamalıdır, bir arıza veya aksaklık tehlikeye neden olabilir ama her arıza veya aksaklık tehlikeye yol açmaz. Kaza ise, istenmedik ve planlanmamış ama bir tür kayba neden olan olaydır (Esin, 2006: 89).

Risk gelecekle ilgili bir kavramdır ve tanımlanırken her zaman bir olasılıktan bahsedilir. Bir olayın aynı koşullar altında gerçekleşmek koşuluyla meydana gelecek tüm sonuçlarına “**olasılık**” denir. Farklı bir ifade ile olasılık; rastlantısal bir olguya ilişkin bir önermenin kesine veya olanaksıza ne kadar yakın olduğunu gösteren sayıdır, yani olayların olabirliğinin sayılarla ifadesidir. Olasılığın en yaygın üç tanımı vardır; klasik, frekans ve subjektif. Blaise Pascal ve Pierre de Fermat’ın beraber oluşturdukları klasik yaklaşımda, bir A olayının olasılığı, ilgilenilen olayın gerçekleşme sayısının, örneklem uzayının eleman sayısına oranıdır. İsviçreli ünlü matematikçi Jacobi Bernoulli “Tahmin Sanatı” kitabında; gözlemler sonucunda elde edilecek frekans oranının da bir olasılık olarak düşünülebileceğini belirtmiştir. Bu iki yaklaşımının uygulanamadığı yani örneklem uzayının elemanlarının eşit gerçekleşme şansına sahip olmadığı, yani klasik tanımının kullanılamayacağı ve ilgilenilen olaya

ilişkin geçmiş verilen bulunmadığı, yani frekans tanımının da kullanılamayacağı durumlarda olasılıkları subjektif tanımla hesaplayabiliriz. Bu uzman kişilerin bir olayın gerçekleşme ve gerçekleşmeme şanslarına ilişkin yorumlarının değerlendirilmesiyle olur (Sınıksaran, 2008: 17-20).

Olasılık bir şeyin – durum, olay, yenme, yenilme, başarı geçme kalma, hastalık, tehlike, kaza, ... - ortaya çıkmasının ne derece beklenebilir olduğudur. Olumlu veya olumsuz olabilir (Esin, 2006: 9). Risk yönetimi, iş sağlığı ve güvenliği çerçevesinde değerlendirildiğinde, çalışma ortamındaki tehlikeleri tahminleyen, tehlikelerin işlevler üzerindeki etkilerini inceleyen ve işletmeyi koruma olası risklere karşı korumayı amaçlayan bir mekanizma veya planlar geliştiren bir süreçtir.

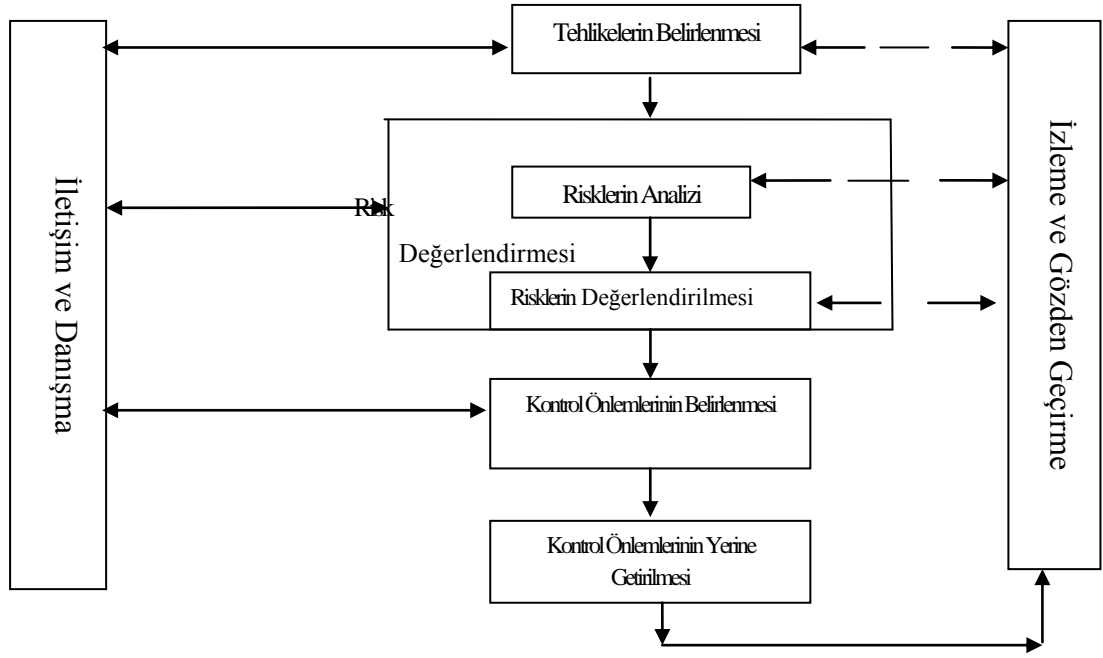
Genel olarak risk yönetimi için, belirsizlikleri ve belirsizliğin yaratacağı olumsuz etkileri daha kabul edilebilir bir düzeye indirmeyi sağlayan bir disiplin olarak bahsedebiliriz. Bu disiplin problemlerin oluşmadan, önlenmesini sağlayan proaktif bir yaklaşımdır (Fıkırkoca, 2003: 15).

Risk yönetiminin tanımında yer alan faydalarının yanında güvenli sağlıklı ve iyi motive olmuş işgücü, olumlu itibar, huzurlu bir çalışma ortamı ve diğer faydaları içinde sayılabilir (Bateman, 2005: 401).

1.2.2. Risk Yönetimi Süreci

Özkılıç Risk yönetimi sürecini, Tehlikelerin Belirlenmesi, Risklerin Değerlendirilmesi, Kontrol Önlemlerinin Belirlenmesi, Kontrol Önlemlerinin Uygulanması, İzleme ve Gözden Geçirme ve İletişim ve Danışma olarak aşağıdaki gibi sıralamıştır (Özkılıç, 2005: 56, 2007: 110).

Şekil 1: Risk Yönetim Süreci



Kaynak: Özkılıç, 2005: 57.

1.2.2.1. Tehlikelerin Belirlenmesi

Tehlike belirleme aşaması, risk yönetiminin en önemli adımıdır ve diğer aşamalardan farklıdır. Sistem veya organizasyon içerisindeki potansiyel zarar veya hasara yaratabilecek etkilerin objektif olarak analiz edilmesidir. Tehlike tanımlama aşaması için birçok analitik metot geliştirilmiştir. Uygun metot ya da çeşitli metotların birlikte kullanımı prostedeki tehlikelerin kapsamının sistematik olarak daha iyi anlaşılmasını sağlar. Tehlikelerin belirlenmesi, risklerin değerlendirilmesi ve gerekli kontrol ölçümlerinin yapılması için işletmede; ölüme, hastalığa, yaralanmaya, hasara veya diğer kayıplara sebebiyet verebilecek tüm istenmeyen olaylar tanımlanır (Özkılıç, 2005: 58). Bu aşamada önceki risk değerlendirmeleri, çalışma prosedürleri, güvenlik el kitapları, eğitim programları ve kayıtları, ramak kala dahil kaza kayıtları, İş Sağlığı ve Güvenliği teftiş raporları vb. bilgilerin toplanması ve değerlendirilmesi çok büyük fayda sağlayacaktır (Bateman, 2005: 68-70).

1.2.2.2. Risk Değerlendirme

Tehlikelerin tanımlanmasından sonra, tehlikelerin doğasının, mekanizmasının ve dikkate değer tehlikelerin sonuçlarının anlaşılması gereklidir. Bu aşamada olayların ortaya çıkma olasılığı ve ortaya çıktığında maruz kalınabilecek sonuçlar, yani riskler belirlenir. Daha sonra riskler değerlendirilir, derecelendirilir ve gerekli kontrol ölçümlerinin yapılması için yöntemler oluşturulur, risk seviyelerinin kabul edilebilirliğinin önceden tesis edilmiş kriterler ile kıyaslaması yapılır. Risk değerlendirmesi için kullanılan değişik yöntemler vardır. Bu yöntemler niteliksel ve niceliksel olabilir. Niteliksel yaklaşım, tehlikeleri ve bu tehlikelerden zarar görme olasılıklarını ortaya koymaya yöneliktir. Eldeki durumun geçerli standartlar ve tüzüklere başvurularak ölçüm yoluyla değerlendirilmesi ise niceliksel yaklaşımdır (Esin, 2006: 127). Risk değerlendirmesi, çok fazla subjektif yargılara dayanır (Özkılıç, 2005: 59).

1.2.2.3. Kontrol Önlemlerinin Belirlenmesi

Değerlendirilen risklerle ilgili alınacak önlemler tartışılır; riskin ortaya çıkma ihtimalinin önlenmesi, azaltılması veya hasarın potansiyel şiddet derecesinin azaltılması ya da tehlikelerin transfer edilmesinin fizibilitesi yapılır. Risklerdeki azalma, ya sonucu üzerinde ya da gerçekleşme olasılığı üzerinde olur. Kontrol önlemlerinin uygulanmasında bir hiyerarşi vardır; ilk önce riskin ortadan kaldırılmasına çalışılmalıdır, mümkün olmaz ise daha düşük riskli bir sistem, makine ile risk ikame edilmeye çalışılır, arkasından kontrol ve izolasyon önlemleri belirlenir, sonra yönetsel önlemler oluşturulur ve en sonunda da kişisel koruyucu ekipmanlar belirlenir (Özkılıç, 2005: 59, 2007: 115). Kişisel koruyucu teçhizat kullanılması ise son çare olarak düşünülmelidir (Esin, 2006: 156).

Her risk “kontrol hiyerarşisi” açısından tartılmalıdır. Daima riskin ortadan kaldırılması temel alınmalıdır. Bir riskin daha alt düzeydeki kontroller ile geçiştirilmesi sürecin ruhuna aykırıdır (Esin, 2006: 156).

1) **Riskin ortadan kaldırılması;** yüksek risk taşıyan materyalin, makinenin veya prosesin elimine edilmesidir. Örneğin; teknolojesi eski olan görüntüleme cihazının kullanımdan kaldırılması ile risk ortadan kaldırılmış olmaktadır.

2) **Yerine koyma;** eğer tehlike ortadan kaldırılamıyorsa, yüksek risk taşıyan malzeme, makine veya proses daha az risk taşıyan ile değiştirilir.

3) **Kontrol ve izolasyon;** eğer tehlike elimine edilemiyor ya da ikame edilemiyorsa tehlike kaynağı materyal, makine, ekipman veya proses izole edilmelidir. Tehlike kaynağını izole etmek mümkün değil ise kontrolün sağlanması için tehlikeli durumdan etkilenen insan sayısının azaltılması, etkilenme süresinin azaltılması, miktarının azaltılması sağlanmalıdır.

4) **Yönetmelik önlemler ve kurallar;** güvenli iş akışı ve düzeni, güvenlik sistemleri, çalışma prosedürleri gibi kuralların yayımlanması yoluna başvurulur. Bu amaçla; riski ortadan kaldırma süreci belirlenir, sorumlulukların ataması yapılır, çalışanın karakteristiği ve prosesdeki işin gerekliliği hesaba katılır, eğitim prosedürleri oluşturulur, çalışanın bilinçlendirilmesi yani olaya ilgisini sağlama ve sürdürme sağlanır, çalışanın bilgilendirme ve katılımları sağlanır, işyeri düzeni ile ilgili çalışma yapılır.

5) **Kişisel koruma;** bu en son seçimdir çünkü insanların kişisel koruyucu kullanmaları hem rahatsızlık vericidir hem de kullanılıp kullanılmadığının denetiminin yapılması zordur. Ayrıca kişisel koruyucunun kullanımı riski ortadan kaldırmada daha az etkili bir seçimdir. Kişisel koruyucu kullanımı gerekli ise mutlak suretle koruyucu ekipmanın kullanım prosedürünün yayınlanması gereklidir (Aydınlı, 2010: 10-11).

Yukarıdaki alıntı çerçevesinde, riskin önlenmesi ve riske karşı korunma ile ilgili gerçekleştirilen faaliyetlerin yani risk bileşenlerinin, şiddet ve olasılık üzerine etkisi vardır. Korumaya yönelik faaliyetler riskin şiddetini düşürmekte, önlemeye yönelik faaliyetler ise riskin olasılığını düşürmektedir diyebiliriz.

1.2.2.4. Kontrol Önlemlerinin Uygulanması

Belirlenen kontrol önlemleri uygulamaya konur ancak tanımlanan kontrol önlemleri ile ilgili değişiklikler uygulamaya konulmadan önce denenmesi ve etkisinin belirlenmesi gereklidir (Aydınlı, 2010: 11).

1.2.2.5. İzleme ve Gözden Geçirme

Riskin belirlenmesi, risk değerlendirme ve kontrol önlemlerinin ardından, riski ortadan kaldırmaya veya azaltmaya yönelik gerekli faaliyetin zamanında uygulandığının izlenmesi ve gözden geçirilmesi gerekir. Alınan önlemler sonucunda riskler ile ilgili değişiklikler olabileceğinden geriye kalan risklerin yeni durumlarını belirlemek amacıyla risk değerlendirmesinin tekrarlanması gerekir.

1.2.2.6. İletişim ve Danışma

Sonuçlar, düzeltici ve önleyici faaliyetlerin tanımlanması, konu ile ilgili gelişmeler hakkında yönetime bilgi verilmeli ayrıca bilgi toplama aşamasında alt işverenlerde dahil olmak üzere tüm gruplarla iletişim ve danışma mekanizması kurulmalıdır (Aydınlı, 2010: 12).

1.3. SAĞLIK HİZMETLERİNDE RİSK YÖNETİMİ

1.3.1. Sağlık Hizmetlerinde Risk Yönetimine Yönelik Literatür Taraması

Risk Yönetimi kavramı sağlık sektöründe kalite ve akreditasyon çalışmalarıyla ortaya çıkan bir kavram değildir. Tek başına bir meslek olarak doğmuş ve daha sonra akreditasyon çalışmalarıyla birleşerek sağlık sektöründeki yerini almıştır.

Günümüzden 4000 yıl kadar önce Hamurabi tarafından konulan kanunlara göre hata yapması durumunda hekimler için hastanın hür ya da köle olmasına göre

farklı cezalandırma şekilleri vardır. Bu kanunların 218. maddesine göre “bir doktor derin bir yarası olan kişiye bronz bir neşter ile ameliyat ederken ölümüne sebep olursa veya bir kişinin gözündeki abseyi bronz bir neşter ile açarken gözünün kaybetmesine sebep olursa parmakları kesilecektir” (Bulun, 2009:6-7).

Sağlık hizmetlerinde risk yönetiminin gelişime devam etmeden önce “malpraktis” kavramını açmakta fayda vardır; malpraktis, diğer bir deyişle tıbbi uygulama hatası, hekimin tedavi sırasında standart uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zarardır. Hatalı tıbbi uygulama (malpractice health care) standartlardan sapma olarak değerlendirilmektedir. Bu tanım sağlık alanında, hastaya müdahale yetkisi bulunan tüm sağlık çalışanlarının öneri ve uygulamaları sonucu hastalığın, normal seyrinin dışına çıkarak meydana gelen olayların tümünü içermektedir. Hekimi, hatalı tıbbi uygulamadan sorumlu tutabilmek için öncelikle aralarında hekim hasta ilişkisinin bulunması gerekir. Hekimin en başlıca görevi, başladığı tedavi-ameliyatı sonlandırmaktır. Uygulanan tıbbi girişime rağmen bedeni bir zarar veya ölüm meydana gelir. Bu beklenti, tıp uygulamalarında önceden tespit edilebilmeli ve bunun önlenmesi için bir girişimde bulunulmalıdır. Eğer hatayı engellemede eksiklik varsa yapılan uygulama “hatalı tıbbi uygulama=malpraktis” olarak değerlendirilir (İnce ve diğerleri, 2005: 123-127).

“Sağlık Sektöründe Risk Yönetimi”; ABD’de 1970’li yılların ortalarındaki yaşanan malpraktis krizine karşılık olarak ortaya çıkmıştır. Hastaneler ve doktorlar için malpraktis sigortalarının devamının sağlanabilmesi için birçok noktada faaliyetlerin gerçekleştirilmesi gerekli olmuştur. Hastanelerde risk yönetimi kullanılmaya başladığında odak risk finansmanı ile çevre ve güvenlik kontrol teknikleri olsa da sağlık risk yönetimi disiplini bu alanlarla beraber sağlık hizmeti sunumu sırasında oluşabilecek hasarları da içine almaktadır (Korleski, 1990: 1).

Günümüzde hasta güvenliğinin sağlanması sağlık kurumlarının önündeki en önemli konudur. Hasta bakım sunumundaki değişkenlikler ciddi bir risk teşkil etmektedir ve sadece bunların sigortalanması ile çözümlenemez. Yapılması gereken risklerin yönetilmesi yoluyla azaltılmasına odaklanmak olmalıdır (Carroll ve Norris, 2006: 3).

Joint Comission, “Risk Yönetimi”ni şöyle tanımlamıştır; hasta bakımı alan kişilerin, çalışanların, ziyaretçilerin yaralanma riskini ve organizasyonda oluşabilecek zarar ziyan riskini belirleme, değerlendirme ve azaltmak amacıyla yapılan klinik ve yönetsel aktivitelerdir (JCAHO, 2004: 3).

Carroll ve Norris’e göre “Risk Yönetimi”, organizasyonun karşı karşıya kaldığı risk ve olayları belirleyen, değerlendiren, yöneten ve takip eden birbirleriyle ilişkili süregelen aktivitelerdir (aktaran Aydınli, 2010: 35).

Kavalier ve Spiegel risk yönetimini, hasta, ziyaretçiler, çalışanlar ve organizasyon aktiflerine yönelik risklerin belirlenmesi, değerlendirilmesi, azaltılması için organize faaliyetler olarak tanımlamıştır. Bir başka tanım da şöyledir; bir yaralanma veya kaza durumunda kurumun finansal kayıplarının en aza indirecek önlenebilir kaza ve yaralanma sıklıklarını azaltmak üzere tasarlanmış program (aktaran Aydınli, 2010: 35).

Kraus’a göre risk yönetimi organizasyonun beklenmeyen ve planlanmayan finansal zararını düşürmeyi amaçlayan bir dizi görev ve fonksiyonlardır. Risk yönetimi sadece beklenmeyen kayıpları içermeli, tahmin edilebilen kayıpları içermemelidir. Örneğin, bir restoranın finansal zarar durumu bir kayıp olarak alındığında, bunun yeteri kadar müşteri çekilememesi, rekabet, yanlış yönetim veya yanlış yer seçimi gibi nedenleri önceden tahmin edilebilir ve risk yönetiminin içine girmemelidir. Ancak bu restoran mutfağındaki bir yangın nedeniyle bir süre kapanmış, maddi zarara uğramış ve bu nedenle zarar etmişse işte bu risk yönetiminin kapsamına girmelidir (aktaran Aydınli, 2010: 35).

1.3.2. Sağlık Hizmetlerinde Risk Yönetimi Programı

Risk yönetimi, varlıkların korunmasıdır. Risk yöneticileri bunu dört adımlık bir program ile gerçekleştirebilir; risk tanımlama, risk analizi, risk kontrolü, ve risk finansmanı (Kavalier ve Spiegel, 2003: 4).

Bu kavramlar açıldığında süreç şöyle geliştirilebilir;

- Organizasyon hedefleri ile ters düşen kaza kaynaklı kayıplara maruziyetin belirlenmesi,

- Bu maruziyetler ile ilgilenmek için muhtemel alternatif risk yönetimi tekniklerinin araştırılması,

- En iyi risk yönetim tekniğinin belirlenmesi,
- Seçilen tekniğin uygulanması,
- Sonuçların takip edilmesi.

Bu sürecin misyonunu Kavalier ve Spiegel (2003: 4); kamuoyu, özel veya kişisel kaynakların gelecek değerlerini etkileme ihtimali olan zararlı belirsizlikler için, çok disiplinli yetkinlikler seçme, koordine etme ve etkin bir şekilde uygulamak olarak tanımlamaktadırlar. Carroll ve Norris'e göre risk yönetimi süreci (2006: 3-4), organizasyonun risk yönetimini stratejik bir öncelik olarak belirlenmesi, risklerin belirlenmesi, bu risklerin önlenmesi ve/veya hafifletilmesi ve finansmanını içermektedir.

Kolerski (1990: 5), risk yönetimi programının başarılı olabilmesi için aşağıdakilerin temel bir zorunluluk olduğunu belirtmiştir.

- Üst yönetimin ve idare kurulunun taahhüdü ve desteği,
- Risk yöneticisinin ve bu yöneticiye bağlı çalışacak ekibin tahsis edilmesi,
- Risk yöneticisinin üst yönetime rapor sunması,
- Sağlık çalışanlarının katılımı ve desteği,
- Kalite güvence ile entegrasyon ve bilgi paylaşımı,
- Raporlama mekanizması; beklenmeyen olay bildirimleri, beklenmeyen çıktılar, potansiyel riskler, hasta şikayetleri vb. konuları içermelidir,
- Olası ve geçmişe ait risk maruziyetlerinin trend veya örüntü analizi,
- Hasta yaralanmalarını en aza indirecek önleyici programların uygulanması,
- Doktor, hemşire, hastane yönetimi ve diğer çalışanların risk yönetimi konusunda eğitimleri,
- Şirket birleşmeleri, yeni program, hizmet veya teknolojilerin riskler açısından değerlendirilmesi,
- Risk finansmanı,
- Tazminat ve dava yönetimi.

Sağlık Bakanlığının 01.03.2011 tarih ve 9489 sayılı Makam Onayıyla "**Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi**" hükümlerine göre ülkemizde sağlık hizmeti veren kurum ve kuruluşlarda yukarıda açıklanan risk yönetimi programı Kalite Direktörlerine verilmiştir. Ancak Risk finansmanı ve Tazminat ve dava yönetimi maddeleri kamu kuruluşlarında mevzuat gereği farklı çalışanların sorumluluğundadır.

1.3.3. Sağlık Hizmetlerinde Riskler

Sağlık kurumlarında olabilecek riskler, çeşitli bakış açılarıyla tanımlanmaktadır. Sağlık işletmelerinde iş sürdürülebilirliği, hasta ve çalışan güvenliği gibi çeşitli bakış açıları haliyle değişik risk gruplandırması ile sonuçlanmaktadır.

Joint Commission ve ASHRM'nin ortak çalışmasına göre sağlık kurumlarında riskler şu başlık altında tanımlanabilir (JCAHO, 2004: 4);

- İş Riskleri; hasta ile doktor arasında bir sağlık kuruluşu veya sağlık sigorta kurumunun ilişkileri belirlediği bakım sistemi, antirrest, sigorta, işletme girişimciliği, çıkar çatışması, istihdam uygulamaları, kurum uygunluk programları ve kontrat yönetimi gibi konuları içermektedir.

- Operasyonel Riskler; bilgi yönetimi, kalite geliştirme, bilgilendirme, sağlık çalışanlarının eğitim ve tecrübelerinin doğrulanması, güvenlik, emniyet, bina yönetimi, demirbaşların korunması, yeni proje ve servisler, inşaat ve renovasyon gibi başlıkları içermektedir.

- Klinik Riskler; bakım alan kişi ile iletişim, medikal kayıtlar, gizlilik, önceden bildirilen karar verme süreçleri, telefon protokolleri, teşhis bilgilerinin izlenmesi, temel bakım hizmetlerinin gözlenmesi ve takip edilmesi, gözetimi, hizmet alanlarının memnuniyeti veya şikayetleri, hastanın havale edilmesi ve konsültasyonlar, sigorta kapsamı, teletıp, yoğun bakım, ilaç güvenliği, acil durum, tehlikeli atıkların ortadan kaldırılması, hasta ve çalışan eğitimi gibi konuları kapsamaktadır.

Yukarıdaki gruplandırmada JCAHO'nun riskleri temel süreçler bazında sınıflandırdığını söyleyebiliriz. JCAHO (2004: 4), kadın doğum, anestezi, cerrahi

servisler, acil, radyoloji, uzman hemşirelik, yoğun bakım, ayakta tedavi servislerini yüksek riskli klinik alanları olarak tanımlamaktadır.

Sağlık kuruluşlarında riskler olarak; antitröst ihlalleri, kontrat ihlalleri, yaralama, iftira ve kararlama, zimmet, çevresel hasar, sahtekarlık ve kötü niyet, genel yükümlülükler, zararlı maddelere maruziyet, malpraktis, güvenlik ihlalleri, taşıma yükümlülüğü, çalışanların ödemeleri, beklenmeyen tedavi sonuçları, hasta şikayetleri ve tedavi yan etkileridir (Kavaler ve Spiegel, 2003: 5).

Kraus'a göre (2004: 4), bir sağlık kuruluşunda birçok alanda riske maruz kalınabilir. Aşağıda bazı genel maruziyetler sıralanmaktadır;

- Teşhis, hemşirelik ve diğer profesyonel alanlarda malpraktis,
- Hasta, ziyaretçi, misafir ve diğer kişilerin yaralanması,
- Çalışanların yaralanması ve meslek hastalıkları,
- Ekipman ve bina ile ilgili riskler,
- Kimyasal ve nükleer atıklar ile ilgili riskler ve çevresel zararlar,
- Şirket otomobilleri, ambulanslar, kamyonlar ve hava taşıtları ile ilgili nakliye riskleri,
- Medikal personel, yöneticiler ve diğer çalışanlara yapılan hakaret,
- Ofislerde suistimal ve hırsızlık nedeniyle finansal kayıplar,
- Antitröst kurallarına karşı kurumsal veya bireysel hareketler,
- Mal ve hizmet alımı ile ilgili kontrat, garanti vb.,
- Sahtekarlık ve görevi kötüye kullanma,
- Menkul kıymetler ile ilgili kurallara aykırı davranışlar,
- Çalışanların işe alınması, terfisi ve işten çıkartılması ile ilişkili kayıplar,
- Ticaret sırları, patent ve fikri mülkiyet hakları gibi entelektüel sermaye kayıpları,
- Kilit personelin kaybı ile ilişkin kayıplar.

Kavaler ve Spiegel ile Kraus yukarıdaki alıntılarda açıklanan risklere bakıldığında farklılık olarak; Kavaler ve Spiegel işletmenin ticari kimliğine daha fazla önem verdiğini söyleyebiliriz.

Sağlık kurumlarında riskleri ayrıca tehlikeye maruz kalacak unsur bazında gruplandırırsak;

- Hasta/Hasta Yakınları ile ilişkili riskler,
- Çalışan personel (Tıbbi ve İdari) ile ilişkili riskler (stajer öğrenciler dahil),
- Tedarikçiler ile ilgili riskler,
- Bina, tesis ve cihaz ile ilişkili riskler,
- Kurumun ticari yapısı ile ilişkili riskler (mülkiyet, entelektüel sermaye, imaj, maddi unsurlar)

1.3.4. Sağlık Hizmetlerinde Risk Nedenleri

Eğer tıbbi hataları ortadan kaldırmak kolay olsaydı, sağlık kuruluşları bunları çok önceden kaldırmış olurdu. Sağlık hizmeti içinde kazaların, hataların, beklenmeyen olayların (sentinel events), başarısızlıkların ve ters etkilerin (adverse event) olduğu son derece karmaşık bir sistemdir (JCAHO, 2005-1 :1).

1940 ile 1980’li yılları arasında araştırma grupları büyük kimya tesisleri, nükleer enerji santralleri ve ulaşım sektöründeki katastrofik kazalardaki insan faktörünü anlamaya ve azaltmaya odaklanmıştır. Bu alanlardaki kazalar çok fazla insan kaybına ve çevre felaketlerine sebep oluyordu. 1980’lerin ortaları ile beraber bazı çok disiplinli araştırma grupları sağlık hizmeti sunumunda insan ve organizasyonel faktörlerini araştırmaya başladı. Sonuçlar pilotlar ve nükleer santraller ile yapılanlar ile iki boyutta benzerlikler gösteriyordu (Reason, 2003: 9);

- Keskin ve uç diyebileceğimiz, insan-sistem veya **doktor-hasta** ara yüzünde belirsiz ve dinamik ortamlar, birçok kaynaktan eşzamanlı gelen bilgiler, değişken ve çoğunlukla tam tanımlanmamış, iyi açıklanmamış hedefler, türetilmiş veya indirekt belirtilere itimat, birden çok ve ani sonuçlar üreten faaliyetler, uzun periyodik rutin faaliyetler içine serpiştirilmiş yoğun zaman baskısı, birçok lüzumsuz detay içeren gelişmiş teknoloji, kompleks ve çoğunlukla kafa karıştıran makine-insan ara yüzleri, farklı öncelikleri olan birçok çalışan bulunmaktadır.

- **Organizasyon** seviyesinde bu faaliyetler kompleks ve birbirine sıkıca bağı kurallar ile gerçekleştirilir ve değişik meslek grupları arasında etkileşimi gerektirir.

Sağlık hizmeti sunumu esnasında sağlık personeli ve sağlık personeli olmayan birçok meslek grubu görev almaktadır. Hastanın hastanede yatarak tedavi gördüğü ve sonrasındaki izlemler göz önüne alındığında genellikle *süreçler arası* yaklaşımlara gereklilik duyulduğu görülmektedir. Klinisyenlerin tedavileri, laboratuvar çıktıları, birbirlerini etkileyen süreçlerden oluşmaktadır. Hastanın hastaneye müracaatından şifa ya da ölüm ile taburcu oluncaya kadar geçen dönem birçok sürecin birleşiminden ve etkileşiminden oluşur. Bu sebepten dolaydır ki hasta/hasta yakını memnuniyetinin en üst düzeye ulaşmasındaki belirleyici etmen, tek bir sürecin en iyi şekilde yerine getirilmesi değildir. Çünkü sağlık hizmetleri süreçleri, aşırı derecede karmaşık, birbirine bağlı, iç içe geçmiş hatta birleşmiş durumdadır.

Tutarsızlık, değişken girdiler, zaman kısıtları, hiyerarşik bir kültür ve insan müdahalesine bağımlılık, organizasyon bütünündeki süreçlerde hata riskini arttırmaktadır. Sağlık alanında yaşanan hataların, bireysel insan hatası sonucunda olduğu ile ilgili genel bir kabul bulunmaktadır. Sektörün içinden ve dışından bir çok insan, sağlık çalışanlarının kusursuz bir şekilde çalıştığını ve bu nedenle mükemmel bir performans beklenebileceğine inanmaktadır. Ayrıca sağlık çalışanları da eğer dikkat ederlerse ve çok çalışırlarsa hiçbir şeyin kötü gitmeyeceğini düşünmektedirler. Bu yüzden, geçmişten beri sağlık organizasyonlarında süreçler hiçbir şeyin yanlış gitmemesi üzerine tasarlanmıştır. Sağlık alanında verilen eğitim ve öğretim diğer sektörlerden daha yoğun bir şekilde, çalışanlara “doğru şeyi yapmayı” öğretmeye odaklanmıştır. Bunun sonucu olarak uygun bir şekilde eğitilmiş ve öğretilmiş sağlık çalışanları hata yapmayacakları öngörülmektedir (JCAHO, 2005-1: 1).

Çelik ve Yıldırım hasta güvenliği üzerine verdikleri eğitimlerinde hataları potansiyel, önlenemez ve önlenemez olarak üçe ayırmaktadır. Bu hataların nedenleri olarak da insan, sistem ve organizasyon yapısı olarak belirtmiştir. Hataların yalnız %1 yetkin olmayan çalışanlardan kaynaklanmaktadır, geri kalan %99'u ise iyi niyetle çalışan, işlerinde başarılı olan kişiler tarafından yapılmaktadır. Esasında hatalara neden olan insan değil süreçlerin kendisidir.

İnsan hatalarını etkileyen faktörler aşağıdaki gibi sıralanabilir;

- Dikkatsizlik,
- Yorgunluk,
- İletişimde Hata,
- Kötü tasarlanmış ekipman,
- İhmalkarlık,
- Gürültülü çalışma ortamları.

Organizasyon yapısı ile ilgili faktörler ise;

- İletişim,
- Yönetim,
- Uzmanlık,
- Eğitim. Bireyler sistemler ile beraber çalışır ve sistemlerde insan

hatalarını önleyecek şekilde tasarlanabilir (Çelik ve Yıldırım, 2005:).

Yukarıdaki alıntılardan anlaşılacağı üzere sağlık hizmetleri sektörü karmaşık ve birbiri içine geçmiş süreçlerden oluşmasından dolayı risk ve risk yönetimi açısından son derece önemli bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Çünkü sağlık hizmetleri sunumu esnasında insan faktörü birinci derecede önemli rol oynamaktadır. İkinci rolü ise hizmet sunumu sırasında kullanılan ekipmanlardır. Bu denli önemli olan bu iki faktör risk yöneticisi tarafından hatayı sıfıra indirmek imkansızdır. Bu sebepten dolayıdır ki sağlık yöneticileri ya da risk yöneticileri oluşabilecek riskleri alacakları önlemlerle hatayı minimize etmelidir.

1.3.5. Sağlık Hizmetlerinde Risk Yöneticisinin Görevleri

Çeşitli sağlık kurumlarında Risk Yöneticileri, kayıpların engellenmesi ve azaltılması, tazminat talepleri ve davaların yönetimi, risk finansmanı, hasta güvenliği, yasal ve akreditasyon uygunluğu, konularının hepsi veya bir kısmı için sorumluluk almaktadır. Risk yöneticileri, sağlık kurumu çalışanlarını risk yönetimi prensipleri hakkında eğitmekte, medikal-yasal konularda yönetime danışmanlık yapmakta, olumsuz durumlar ve ramak kala olaylarını takip etmekte, kalite ve performans geliştirme birimleri ile beraber bunların kök neden analizlerini yapmakla sorumludurlar (JCAHO, 2004: 4).

Amerikan Hastaneler Birliği (2009: 3), risk yöneticisinin temel görevini, sağlık organizasyonu, hasta, ziyaretçiler, gönüllüler, doktorlar, diğer sağlık çalışanları için oluşabilecek kayıplarının önlenmesi, azaltılması ve kontrol edilmesi olarak tanımlamaktadır. Risk yöneticisi bu görevleri yerine getirmek için bir takım sağlık çalışanı ile beraber çalışmalıdır. Görevleri içine, olay araştırması ve analizi, izleme, trendlerin belirlenmesi ve değerlendirme, risk finansmanı ve tazminat/dava yönetimi girebilir.

1.3.6. Sağlık Hizmetlerinde Risk Değerlendirme Metodları

Organizasyonlar sadece hata yapan bireyleri cezalandırarak veya onlara eğitim ve nasihat vererek hataları azaltamazlar. Bu yaklaşımların kolayca uygulanabilir olmalarına rağmen uzun vadede etkin olmadıkları kanıtlanmıştır. Tıbbi hataları önleme çalışmalarının önderleri olan kuruluşlar ve uzmanlar, hataları “sistem hastalığının” semptomları olarak görmektedirler. Bulgular değil “ hastalık” tedavi edilmelidir, düzeltilmeli veya geliştirilmelidir. Sağlık hizmeti sunumu güvenliğinin geliştirilmesi için kültürel değişim, teknik sistemin güçlendirilmesi ve süreçlerin yeniden tasarlanması gereklidir. Güvenlik için süreç tasarımı, hata ihtimalini azaltır. Bununla birlikte yadsınmayacak bir gerçekte, iyi bir önleyici sistem tasarımı sonucunda bile bazı hataların olacağıdır. Bu yüzden, yapılan sistem tasarımı, hataların etkilerinden hastayı korumalı, yani hatanın hastaya ulaşmasını engellemelidir. Sonuçta, güvenlik için tasarım, hasta üzerinde etkileri hafifletmeyi-oluşan hataların hastaya ulaşmaması- içermelidir (JCAHO, 2005: 1).

Kök neden analizi ve hata türü ve etkileri analizi sağlık organizasyonların neyin hatalı olabileceği veya düzeltmek için neyin hatalı olduğunu anlamak için kullanabilecekleri en güçlü metodlardır. Kök neden analizi reaktif bir metod olsa da hata türleri ve etkileri analizi temelde proaktif bir methodtur (JCAHO, 2004: 123).

Carroll ve Norris (2006: 5), mevcut dokümantasyonun incelenmesi ve çalışanlar ile mülakat yapılması yoluyla risklerin belirlenmesini gerektiğini ayrıca olay bildirimini, jenerik gözlem, olayların gözlemlenmesi gibi formal süreçlerin de risklerin belirlenmesine katkı sağlayacağını vurgulamaktadır. Risklerin

değerlendirilmesi yöntemleri kök neden analizi (RCA) ile hata türü ve etkileri analizi yöntemlerini tavsiye etmektedir

Latino'da kök neden analizi, hata türü ve etkileri analizi ve fırsat analizi tek bir sektöre özgü olmadığını, bu güvenilirlik metodlarının işlerin neden ters gittiğini, riskleri ve fırsatları araştıran kişiler için değer biçilmez bilgiler verdiğini ve birçok sağlık kuruluşunda başarıyla uygulandığını ayrıca çok önemli getiriler sağladığını belirtmektedir (Latino, 2009: 1).

Çelik ve Yıldırım (2005: 8) ise hatalardan öğrenmenin mümkün olduğunu ve kök neden analizi, hata türleri ve etkileri analizi risk yönetimi için en uygun olan metodlar olduğundan bahsetmiştir.

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİNDE ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ

2.1. TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİ VE SAĞLIK ÇALIŞANLARI

2.1.1. Türkiye’de Sağlık Hizmetleri

Ülkemizde sağlık hizmetlerine genel bir bakış açısı kazandırması açısından Devlet Planlama Teşkilatı tarafından yayınlanan “Dokuzuncu Kalkınma Planını 2007-2013” incelemekte fayda vardır. Kalkınma planında ülkemizde ki sağlık sisteminin mevcut durumu ile ilgili; sağlık alanında son yıllarda yürütülen çalışmaların ve Sağlıkta Dönüşüm Programının etkisiyle hizmet sunumu, hizmete erişim, temel sağlık göstergeleri ve sağlık hizmetlerinden duyulan memnuniyet düzeylerinde olumlu gelişmeler gerçekleşmiştir. Ancak fiziki alt yapı ve sağlık personelinin kent-kır ve bölgeler arası dağılımındaki farklılıklar ile sağlık hizmetinin finansmanın sürdürülebilirliğine ilişkin sorunların önemini koruduğu belirtilmiştir.

Aşağıdaki tablo 1’de Türkiye’nin nüfusuna ilişkin 2007-2012 yılları arası temel sağlık göstergeleri verilmiştir.

Tablo 1: Nüfusa İlişkin Temel Sağlık Göstergeleri

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	OECD (3)	AB-27 (4)
Nüfus Artış Hızı (Binde)(1)	11,8	11,5	11,3	11,0	10,8	12,5	-	-
Toplam Doğurganlık Hızı(1)	2,15	2,14	2,12	2,11	2,09	2,08	1,74	1,56
Doğuşta Beklenen Yaşam Süresi (Yıl)(1)	73,6	73,8	74,0	74,3	74,5	74,6	79,5	80,0
Anne Ölüm Oranı (100.000 canlı Doğum)(2)	-	19,4	18,4	16,4	-	-	-	6,1

Kaynak: DPT, Dokuzuncu Kalkınma Planı Raporu, 2012: 218

Yukarıdaki tabloda yıllara göre Nüfus Artış Hızı, Toplam Doğurganlık Oranı, Beklenen Yaşam Süresi ve Anne Ölüm Oranları verilmiştir. Tablodan da anlaşılacağı üzere ülkemizde nüfus artışı 2011 yılına kadar düşüş göstermekte fakat 2012 yılında binde 1,7 oranında artmıştır. Toplam doğurganlık oranı, AB ve OECD ülkelerine göre yüksek olmakla birlikte, doğuşta beklenen yaşam süreleri ülkemizde yıllara göre artmış olmasına rağmen AB ve OECD ülkelerinin yaşam sürelerinin altındadır. Anne ölüm oranının son iki yılda hiç olmaması Sağlık Bakanlığının Anne ve Bebek Ölümleri ile ilgili yaptığı çalışmaların olumlu sonuçlar verdiğinin göstergesidir diyebiliriz.

Tablo 2: Yıllar İtibariyle Toplam Hasta Yatağı Sayısı ve Doluluk Oranları

	2006	2007	2008	2009(2)	2010(3)	2011(4)	OECD (5)	AB-27 (6)
Yatak Sayısı (1) (Bin)	196,6	200,8	204,1	211,6	218,9	231,4	-	-
10.000 kişiye Düşen Yatak Sayısı	28,3	28,6	28,7	29,2	29,9	31,3	49	54,5
Yatak Doluluk Oranı (Yüzde)	64,4	61,7	63,8	62,9	63,9	65,6	76	75,6

Kaynak: DPT, Dokuzuncu Kalkınma Planı Raporu, 2012: 220

Sağlık hizmet alt yapısında son yıllarda özellikle yatak kapasitesi açısından iyileşmeler görülmektedir. 2006-2011 döneminde yatak kapasitesinde yüzde 17,7 oranında artış olmuştur. 2011 yılında yoğun bakım yatakları hariç yatak kapasitesinin yüzde 57,6'sı Sağlık Bakanlığına, yüzde 16,5'i üniversitelere, yüzde 15'i özel sektöre ve yüzde 10,8'i Milli Savunma Bakanlığına ve diğer kurumlara aittir. Tüm hastanelerdeki hasta odalarının içerisindeki banyosu ve tuvaleti bulunan en fazla ikişer kişilik odalara dönüştürülmesine yönelik çalışmalara devam edilmektedir. Bu dönüşüm neticesinde nitelikli yatak sayısı 2002-2011 yılları arasında Sağlık Bakanlığına ait hastanelerde 6.839'dan 38.272'ye, üniversitelerde 6.402'den 14.292'ye ve özel sektörde ise 5.693'ten 23.542'ye yükselmiştir (DPT, 2012: 220).

Sağlık Bakanlığının düzenleme, denetleme ve planlama rollerini kuvvetlendirmek amacıyla, 02/11/2011 tarihli ve 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnameyle Sağlık Bakanlığının merkez ve taşra teşkilatı yeniden düzenlenmiştir. Söz konusu kararnameyle Sağlık Bakanlığının bağlı kuruluşları olarak, Birinci Basamak Sağlık

Hizmetlerini, Bulaşıcı Hastalıklar ve Bulaşıcı Olmayan Hastalıklarla Mücadele ve Kontrol Programlarını, Tüketici ve Çalışan Güvenliğine ilişkin çalışmaları yapmak amacıyla Türkiye Halk Sağlığı Kurumu; ilaç, biyolojik ürünler, tıbbi cihazlar ve kozmetik ürünler alanına ilişkin ruhsatlandırma, düzenleme ve denetleme işlerini yapmak, strateji ve proje geliştirmek amacıyla Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu; hastane, ağız ve diş sağlığı merkezi ve benzeri kuruluşların açılması, işletilmesi, birleştirilmesi ayrılması gibi işleri yürütmek, kurum bünyesinde kurulacak olan kamu hastane birliklerinin kurulmasını ve işletilmesini sağlamak, kendisine bağlı kuruluşların insan gücü, yatırım ve mali planlamasını yapmak amacıyla ise Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu ihdas edilmiştir (2012: 220).

Tablo 3: Yıllara ve Sektörlere Göre Toplam Hastane Müracaat Sayısı ve Dağılımı

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Sağlık Bakanlığı	189 422	209 630	216 724	228 279	235 173	254 343
Üniversite	12 589	15 025	18 291	19 365	20 099	24 437
Özel	15 529	24 486	38 688	47 618	47 455	59 069
Toplam	217 540	249 141	273 703	295 262	302 984	337 850
Toplam İçindeki Pay						(Yüzde)
Sağlık Bakanlığı	87,1	84,1	79,2	77,3	77,6	75,3
Üniversite	5,8	6,0	6,7	6,6	6,6	7,2
Özel	7,1	9,8	14,1	16,1	15,7	17,5

Kaynak: DPT, Dokuzuncu Kalkınma Planı Raporu, 2012: 221

Tablo 4: Sağlık Kuruluşlarının Durumu ve Hizmet Değerlendirmeleri

Kurum	Yatak Sayısı (Bin)	Müracaat Sayısı (Bin)	Yatan Hasta Sayısı (Bin)	Ameliyat Sayısı (Bin)(1)	Ameliyat Sayısının Müracaat Sayısına Oranı (Yüzde)	Ameliyat Sayısının Yatak Sayısına Oranı	Yatak Doluluk Oranı (Yüzde)	Ort. Kalış Günü	Yatak Devir Hızı (Bin)
Sağlık Bakanlığı	121	254 343	6 775	2 209	0,9	18,3	66,4	4,3	55,9
Üniversiteler	35	24 437	1 607	617	2,5	17,6	73,6	5,8	46,2
Özel Hastaneler	32	59 069	3 054	1 374	2,3	42,9	53,6	2,0	95,6

Kaynak: DPT, Dokuzuncu Kalkınma Planı Raporu, 2012: 221

2011 yılında toplam yatak kapasitesinin yüzde 16,3'üne, uzman hekim sayısının yüzde 23,6'sına sahip olan özel sektör, tüm ameliyatların yüzde 32,7'sini gerçekleştirirken, toplam yatak kapasitesinin yüzde 17,9'una ve uzman hekim sayısının (asistan hekimler dâhil) yüzde 30,2'sine sahip olan üniversite hastaneleri yapılan ameliyatların sadece yüzde 14,7'sini gerçekleştirmişlerdir. Özel sektördeki devir hızının yüksek olması da yapılan ameliyat sayıları ile bağlantılıdır. Hem müracaat sayılarının hem de hasta devir hızlarının üniversitelerde daha düşük olduğu görülmektedir. Kronik hastaların uzun süreli yatışları bunda etkili olabilmektedir. Ancak, üniversite hastanelerinin son yıllarda finansal açıdan sıkıntılarının arttığı ve birçok üniversite hastanesi döner sermaye işletmesinin zarar ettiği ve borçlarının giderek artan bir seyir izlediği gözlenmektedir. Bu nedenle, 2008-2011 döneminde yapılan düzenlemeler ve ek kaynak aktarımları ile üniversite hastanelerinin finansal zorlukları aşılmaya çalışılmakla beraber yapısal çözümlere yönelik ihtiyaç sürmektedir. Yatak kapasitesindeki iyileşmelere rağmen ülke genelindeki dağılım sorunları devam etmektedir. 2011 yılında toplam hekim sayısı 126.029, diş hekimi sayısı 21.099 ve hemşire sayısı ise 124.982'dir. Yüz bin kişiye düşen hekim sayısı 171 ve hemşire sayısı 170 iken AB-27'de bu sayılar sırasıyla 333 ve 834, OECD'de ise 310 ve 840'tır. Sağlık personeli ülke ortalaması, AB ve DSÖ ortalamasının

gerisinde olup özellikle hemşire açığı daha belirgindir. Hekim açığını azaltmak amacıyla 2007-2008 döneminde 4.751 olan tıp fakültesi kontenjanı (GATA hariç) yüzde 92 oranında artırılarak 2012 yılında 9.100'e yükseltilmiştir. Aynı dönemde hemşire kontenjanı ise yüzde 101 artırılarak 5.674'ten 11.429'a çıkartılmıştır. Hemşireler temel olarak halk sağlığında ve klinik hizmetlerde görev alabildiklerinden, hemşire sayısının artırılması uzun vadede sağlık hizmetlerinde kaliteyi artırıcı ve maliyetleri düşürücü etkiye sahip olacaktır. AB-27'de 2,50, OECD'de ise 2,71 olan doktor başına hemşire oranı ülkemizde henüz 0,99 olup bu oranın artırılması için hemşire kontenjanlarının yükseltilmesi önem arz etmektedir. Acil sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi yönündeki çalışmalar sürdürülmekte olup bu kapsamda kar paletli ambulans, hasta kabinli kar aracı, özel donanımlı ambulans ve hava ambulans sistemi yaygınlaştırılarak kullanılmaktadır. Aile Hekimliği Bilgi Sistemi 81 ilin tamamında kullanılabilir hale gelmiş olup, bu sistem ile hastanelerden toplanan verilerin entegrasyonu büyük ölçüde tamamlanmıştır. Merkezi Hastane Randevu Sistemi (MHRS) tüm yurda yaygınlaştırılmıştır. Mevcut durumda günde ortalama 200.000 hasta MHRS aracılığıyla randevu almakta olup bu sayı tüm muayene randevularının yaklaşık yüzde 24'üne tekabül etmektedir. Evde Sağlık Hizmetleri uygulaması kapsamında şu ana kadar 124.085 hastaya ulaşılmış olup halen 80.388 hastanın aktif takibi yapılmaktadır. Bu uygulama kapsamında 150.000 hastaya ulaşılması beklenmektedir (DPT, 2012: 221-222).

2.1.2. Türkiye'de Sağlık Çalışanları

Sağlık hizmetleri özelliği gereğince ikame etmek mümkün olmadığından, modern sağlık anlayışı gereklerine uygun olarak yeterli sayı ve nitelikte sağlık insan gücünün istihdam edilmesi büyük önem taşımaktadır. Diğer taraftan ülkemizde hala iyi bir sağlık enformasyon sisteminin bulunmaması; sağlık düzeyi ile ilgili bilgilere ulaşmayı zorlaştırmaktadır (Hayran, 1997: 35).

Tablo 5: Yıllara Göre Sağlık Personeli Sayıları, Tüm Sektörler

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Uzman Hekim	52.868	54.439	56.973	60.655	63.563	66.064
Pratisyen Hekim	33.383	34.559	35.763	35.911	38.818	39.712
Asistan Hekim	18.224	19.404	20.415	22.075	21.066	20.253
Toplam Hekim	104.475	108.402	113.151	118.641	123.447	126.029
Diş Hekimi	18.332	19.278	19.959	20.589	21.432	21.099
Eczacı	23.140	23.977	24.778	25.201	26.506	26.089
Hemşire	82.626	94.661	99.910	105.176	114.772	124.982
Ebe	44.483	47.175	47.673	49.357	50.343	51.905
Diğer Sağlık Personeli	67.514	79.441	89.540	93.550	99.302	110.862
Diğer Personel ve Hizmet Alımı	150.053	167.585	169.763	197.386	198.694	209.126
Toplam Personel Sayısı	490.623	540.519	564.774	609.900	634.496	670.092

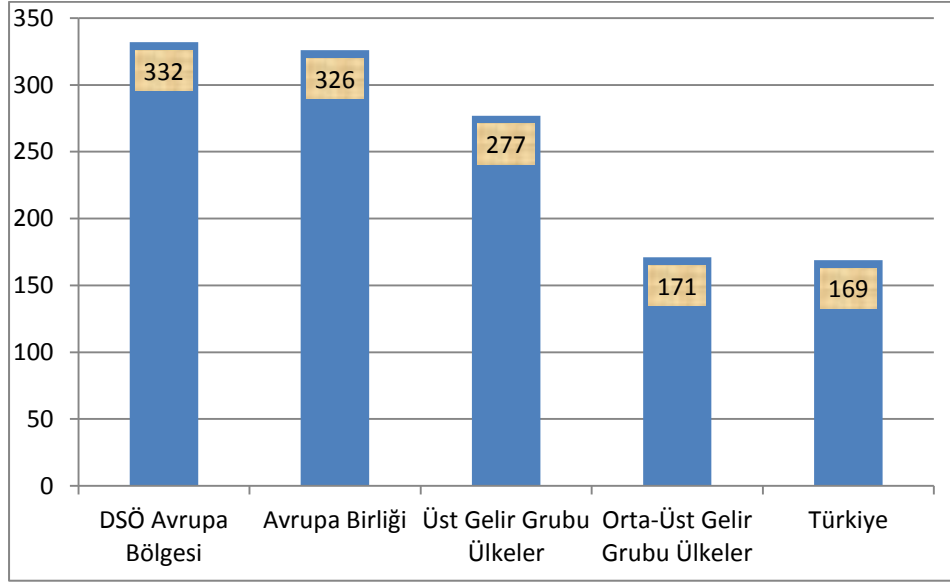
Kaynak: SB, Sağlık İstatistiği Yıllığı, 2011: 121

Tablo 6: Sağlık Personelinin Sektöre ve Unvanlara Göre Dağılımı, 2011

	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel Sektör	Toplam
Uzman Hekim	32.623	13.094	20.347	66.064
Pratisyen Hekim	33.523	277	5.912	39.712
Asistan Hekim	7.236	13.017	0	20.053
Toplam Hekim	73.382	26.388	26.259	126.029
Diş Hekimi	7.225	1.134	12.740	21.099
Eczacı	1.891	245	23.953	26.089
Hemşire	89.314	17.530	18.138	124.982
Ebe	46.944	663	4.298	51.905
Diğer Sağlık Personeli	82.201	7.011	21.650	110.862
Diğer Personel ve Hizmet Alımı	181.295	8.991	18.840	209.126
Toplam Personel Sayısı	482.252	61.692	125.878	670.092

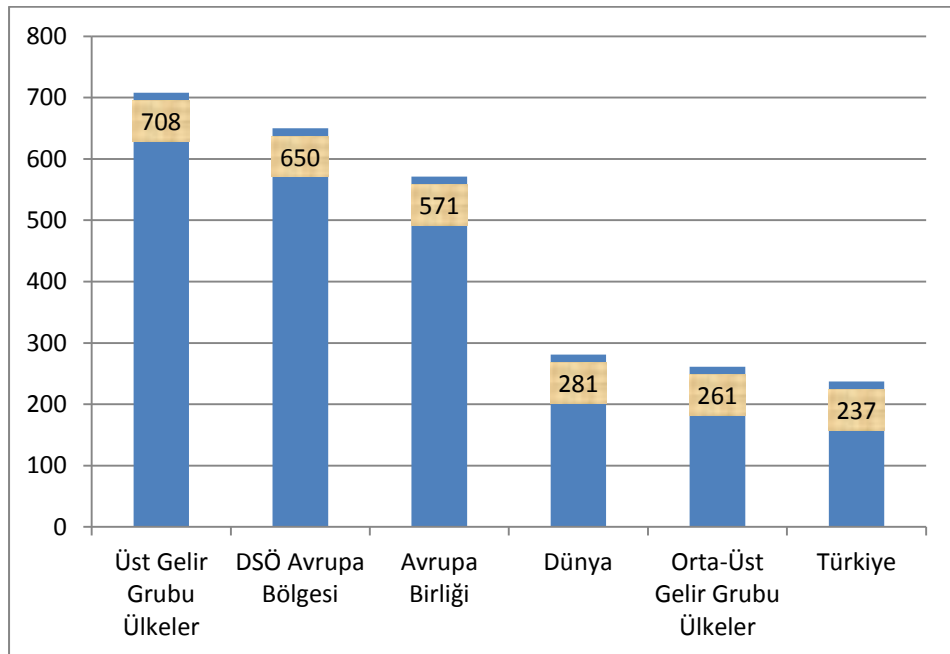
Kaynak: SB, Sağlık İstatistiği Yıllığı, 2011: 121

Şekil 2: 100.000 Kişiyeye Düşen Toplam Hekim Sayısının Uluslararası Karşılaştırılması



Kaynak: SB, Sağlık İstatistiği Yıllığı, 2011: 122

Şekil 3: 100.000 Kişiyeye Düşen Toplam Hemşire ve Ebe Sayısının Uluslararası Karşılaştırılması



Kaynak: SB, Sağlık İstatistiği Yıllığı, 2011: 122

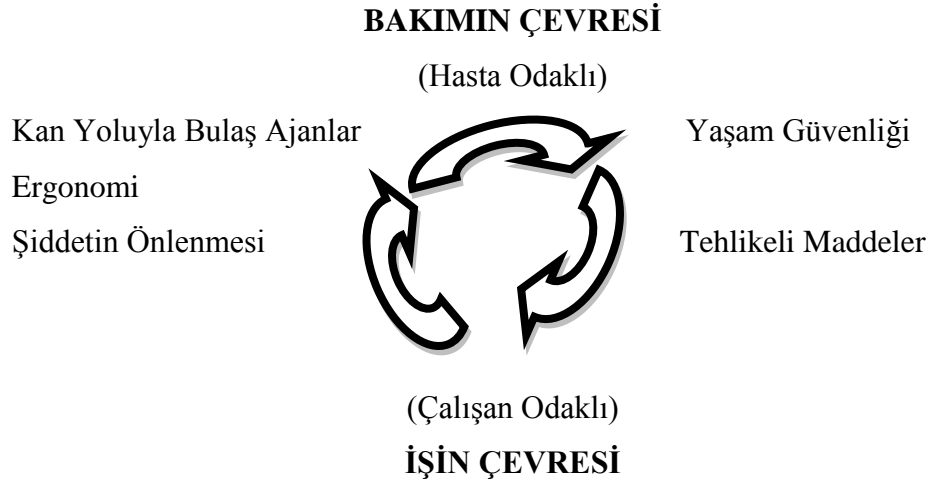
2.2. SAĞLIK HİZMETLERİNDE ÇALIŞAN GÜVENLİĞİNİ TEHDİT EDEN RİSK VE TEHLİKELER

Günümüzde farklı meslek ve farklı görevlerde bulunan sağlık çalışanları, sağlık hizmetlerini sunarken sağlık ve güvenlik açısından bazı risk ve tehlikelere maruz kalmaktadır. Amerikan Çalışma İstatistikleri Bürosu'na göre (Bureau of Labor Statistics- BLS) Amerika'da sağlık çalışanlarının maruz kaldığı iş kazası ve meslek hastalıklarının oranı, ağır sanayide gerçekleşen iş kazası ve meslek hastalıkları oranına eşit ya da daha yüksektir. Amerika'da hastanelerde tam zamanlı olarak çalışan her 100 sağlık çalışanından 8,8'i, evde bakım hizmetlerinde çalışan her 100 hemşireden 13,5'i iş kazasına/meslek hastalığına yakalanmakta ve işinden uzaklaşmaktadır. Sözü edilen oranların madencilik sektöründe 100 çalışanda 4, inşaat sektöründe 100 çalışanda 7,9 ve üretim sektöründe (sanayi) 100 çalışanda 8,1 olduğu göz önüne alındığında; sağlık çalışanları açısından iş kazaları ve meslek hastalıklarının önemi daha da iyi anlaşılacaktır (Evanoff ve diğerleri, 2003: 451).

Sağlık çalışanlarının iş sağlığı ve güvenliğini etkileyen değişkenler her sağlık işletmesi için farklılık göstermekle beraber genel olarak sektör çalışanlarının biyolojik, kimyasal, fiziksel ve psikolojik ya da çevresel risklere maruz kaldığı görülmektedir (Waterman, 1995: 23). Sağlık hizmetlerinde sağlık ve güvenlik yönetimi hem hasta/hasta yakını hem de sağlık çalışanı odaklı bir yaklaşım söz konusudur. Mcdiarmid'e göre sağlık hizmetlerinde güvenlik yönetiminin hasta odaklılık bölümü hasta bakımın çevresi, çalışan odaklılık kısmı ise işin çevresidir (Mcdiarmid, 2006: 601).

Aşağıdaki şekilde hasta ve çalışan odaklı güvenlik yönetiminin şekilsel olarak ifadesi verilmiştir.

Şekil 4: Sağlık Hizmetlerinde Güvenlik Yönetimi



Kaynak: Mcdiarmid, 2006: 601.

Amerika Birleşik Devletleri Mesleki Güvenlik ve Sağlık Kurumu'na (OSHA) göre sağlık işletmelerinde çalışma ortamında karşılaşılan temel riskler; biyolojik, kimyasal, psikolojik, fiziksel veya çevresel/mekanik/biyomekanik olmak üzere 5 sınıfta incelenmektedir (Devebakan, 2007: 139).

Tablo 7: Sağlık İşletmelerinde Risk Grupları

Risk Sınıfı	Risk Tanımı	Sağlık İşletmeleri İçin Risk Örnekleri
Biyolojik	Enfeksiyonlar/biyolojik ajanlar; bakteriler, virüsler, bulaşıcı vücut sıvıları.	HIV, Hepatit B, Hepatit C, virüsleri ve tüberküloz gibi etmenler.
Kimyasal	Vücut sistemini zehirleyen veya tahriş eden çeşitli kimyasallar, solüsyonlar ve ilaçlar.	Formaldehit, glüteraldehit, tehlikeli ilaçlar (Sitotoksik ajanlar), etilen oksit, kullanılmış anestezi gazları, pentamidine ribavirin.
Psikolojik	Bir kişinin işi veya çalışma ortamı ile ilgili konularda, stres, duygusal zorlanma veya diğer kişiler arası problemler yaratan durum veya etkenlerle karşı karşıya kalınması.	İş stresi, işyerinde şiddet, vardiyalı çalışma, yetersiz personel, ağır iş yükü ve hastaların ortalama iyileşme sürelerinin uzaması.
Fiziksel	Çalışma ortamında doku incinmelerine neden olan ajanlar.	Radyasyon, lazer, gürültü, elektrik, çok soğuk veya çok sıcak hava, işyerinde şiddet.
Çevresel, Mekanik ve Biyomekanik	Çalışma ortamında muhtemel kazalara ve yaralanmalara veya sıkıntıya neden olan faktörler.	Tökezleme riskleri, güvensiz/tehbirsiz donanımlar, hava kalitesi, kaygan zeminler, güvensiz alanlar, düzensiz veya çalışmaya engel çalışma alanları, geçit yerleri, uygunsuz vücut duruşları (postür bozuklukları), titreşim, çok sıcak ya da çok soğuk hava, devamlı hareket etme veya sürekli bir faaliyet içinde olma, kaldırımlar ve hastaların taşınması

Kaynak: Deveci, 2007: 139-140.

Sağlık Hizmetleri iş kazaları açısından riskli bir sektördür (Yeşiladağ, 2005: 280). Sağlık işletmelerinde pek çok meslek grubu istihdam edildiğinden, çalışanların çalışma ortamları da değişkenlik göstermektedir. Çalışma ortamının farklılaşması ise sağlık çalışanlarının farklı risk ve tehlikelerle karşılaşmasına neden olabilmektedir.

Sağlık iş kolu çalışanları yalnız biyolojik zararlarla değil, çeşitli fiziksel etmenler ve kimyasallardan şiddete, uzun çalışma sürelerinden düşük ücrete kadar uzanan pek çok risk etmeni ile karşılaşmaktadır (Ergör ve Demiral, 2002: 26).

Sağlık çalışanlarının maruz kaldığı iş kazası ve meslek hastalıkları iş günü kayıplarına ve yapılan işin kısıtlanmasına neden olduğundan verimliliği düşüren bir etmen olmaktadır. Sağlık çalışanları özelleştirme ve rekabet ortamında artan oranda iş gerilimi yaşamakta ve işin nitelik nedeniyle iş doyumsuzluğu yaşamaktadır (Demiral, 2006: 35).

2.2.1. Biyolojik Riskler

Sağlık çalışanları içinde buldukları çalışma koşulları nedeniyle her gün birçok risk etmeni ile karşılaşmaktadır. Sözü edilen risklerden bir tanesi de çalışanların maruz kaldıkları kan ve kan ürünleri, vücut sıvıları, hava ve diğer yöntemlerle çalışanları etkileyen biyolojik risklerdir. (AIDS, Hepatit B, Hepatit C vb.) Biyolojik riskler içinde enfeksiyon hastalıklarının önemli bir yeri vardır. Enfeksiyon hastalıklarında gerek hastadan gerekse de sağlık personelinden hastaya biyolojik ajanların geçişi söz konusudur. Bu nedenle enfeksiyon hastalıklarına tutulan hastaların yattığı hastaneler ve laboratuvarlar, biyogüvenlik açısından önemlidir (Soyer, 1993: 226).

Dünyada yaygın bir halk sağlığı sorunu olan Hepatit B enfeksiyonu, kronik hepatit, siroz ve karaciğer kanseri gibi ölümcül hastalıklara neden olmasının yanı sıra, sigaradan sonra en önemli kanserojen olması ve HIV'den 100 kat daha fazla bulaşıcı olması bakımından önemli bir hastalık olup, sağlık çalışanları için B tipi hepatite yakalanma sıklığı normal popülasyondan 3-8 kat daha fazladır. Yüksek risk grubunda olup hepatit B aşısı önerilen meslekler ve grupları aşağıdaki gibi sıralanmıştır (Çakmak ve diğerleri, 2002: 43-44):

Sağlık Personeli

- Doktorlar, diş doktorları ve ağız cerrahları,
- Hemşireler,
- Diş Teknisyen ve hemşireleri,

- Laboratuvar çalışanları,
- Tıp ve hemşirelik öğrencileri,
- Kan ve hasta materyali ile karşılaşma riski bulunan kişiler.

Bazı hasta grupları ve bunlarla ilişkisi olanlar

- Hematoloji/Hemodiyaliz ve Onkoloji birimlerindeki hasta ve çalışanları,
- Sıkı kan transfüzyonu veya pıhtılaşma faktörü alması gereken hastalar,
- Mental retardasyonu olan ve kişilerin izlendiği yerlerde çalışanlar,
- HbsAg pozitif anneden doğan bebekler,
- Yüksek risk taşıyan askeri personel,
- Cenaze yıkayıcıları,
- Kan bankası ve kan ürünleri yapan merkezler,
- Seksüel yaşamları nedeniyle yüksek risk taşıyanlar,
- Mahkûmlar,
- İntravenöz ilaç kullananlar.

Sağlık çalışanları açısından biyolojik risk faktörlerinden birisi de solunum yolu ile maruz kalına ve çoğunlukla hastane kökenli olan enfeksiyonlardır. Bu tür enfeksiyonlar, sağlık çalışanlarının bakmakla yükümlü oldukları, özellikle de bağışıklık istemi zayıflamış olan hastalara bulaşma riski olması nedeniyle de önemlidir. Sık karşılaşılan hastane kökenli ve solunum yolu ile bulaşan enfeksiyon etkenleri; Influenza, Rubella, Kızamık, Kabakulak, Varisella ve Parvovirüs B19 gibi virüslerle ile Tüberküloz, Boğmaca, Streptokok ve H.Influenza gibi bakterilerdir. Sözü edilen enfeksiyonlar sağlık çalışanlarının yaşam kalitesini bozarak iş gücü kayıplarına yol açması nedeni ile bir meslek hastalığı olarak da kabul edilir (Görgüner, 2002: 283).

Sağlık çalışanlarında tüberkülozdan korunmak için; iyi bir enfeksiyon kontrol programı ile ulusal bir tüberküloz kontrol programlarının geliştirilmesi kaçınılmazdır. Ülkemizde sağlık çalışanlarına yönelik bir tüberküloz kontrol programının bulunmaması, tüberkülozdan korunma ve eğitim açısından bir engel teşkil etmektedir (Hoşoğlu ve diğerleri, 2004: 196).

Kesici alet yaralanmaları ve özellikle enjektör batması yoluyla söz konusu virüsler çalışanlara bulaşabilmekte ve gelecekte sağlıklarını tehdit edebilmektedir. Sağlık işletmelerinde meydana gelen kesici alet yaralanmaları çoğunlukla enjektör batması şeklinde gerçekleşmektedir. Sağlık çalışanlarında enjektör batması vakası hasta ile doğrudan etkileşimde bulunan hemşireler veya laboratuvar çalışanları, temizlik elemanları ve doktorlar arasında daha fazla rastlanmaktadır (Azap ve diğerleri, 2005: 48).

Willburn ve Eijkemans'a göre enjektör batma vakaları aşağıda sıralanan yöntemlere göre kontrol edilmeli ve ölçüme dayalı bir sistem geliştirilmelidir (aktaran Devebakan, 2007: 150);

- **Riskin Ortandan Kaldırılması:** Enjeksiyon yerine mümkünse tabletlerin kullanılması enjektör batmaları ile ilgili riski azaltacaktır. Yine bazı keskin uçlu aletlerin gerekmedikçe kullanılmaması tercih edilmelidir.

- **Mühendislik Denetimi:** İğnelerin vücuttan geri çekilmesi, kınına sokulması veya keskin ucunun kullanımdan sonra köreltilmesi gibi konularda mühendislik yaklaşımından faydalanılması fayda sağlamaktadır.

- **Yönetmelik Denetimleri:** Sağlık işletmelerinde enjektör batması vakalarının meydana gelmesini önlemek amacıyla bir politikanın belirlenmesi ve eğitimlerin sağlanması gerekmektedir. Sağlık işletmesinin ulusal bir programa tabi olması, sağlık çalışanlarının sağlığı konusunda verilen taahhütleri yerine getirme çabası, sağlık işletmesinde görevli konu ile ilgili bir komitenin varlığı ve söz konusu komitenin faaliyetlerini bir plan dahilinde yönetmelik denetimlere örnek olarak verebiliriz.

- **Çalışma Alışkanlıklarının Denetimi:** Kullanılan enjektörlerin konulduğu kutuların göz hizasında ve kolların ulaşabileceği yere konulup konulmadığı denetlenmelidir. Ayrıca sözü edilen dolmuş kutuların da bir plan dahilinde boşaltılması konu ile ilgili riskleri azaltacaktır.

- **Kişisel Koruyucu Donanımlar:** Çalışanın tehlikelerden korunmasına yönelik, çalışan ile tehlike arasına bazı koruyucu engellerin kullanılması çalışanın iş sağlığı açısından önem teşkil edecektir. Gözleri koruyucu gözlük, yüz kalkanı, eldiven, maskeler ve uzun koruyucu etekler söz konusu kişisel koruyucu donanımlara örnek olarak verilebilir.

2.2.2. Kimyasal Riskler

Sağlık çalışanlarının bakım uygulamaları sırasında karşılaştıkları kimyasal faktörler içinde 1. sırada dezenfektanlar, 2. sırada antiseptikler yer almaktadır. Bunların dışında; anestezi maddeleri, latex, civa, gluteraldehid, solvent, inorganik kurşun, farmasötik maddeler ve sitotoksik maddeler de bulunmaktadır. Kimyasal maddelerin etkinliği; konsantrasyonuna, temas süresine, temas yoluna, maddenin fiziksel ve kimyasal özelliğine bağlıdır. Etkinlik; ortamda diğer fiziksel ve kimyasal ajanların varlığına veya kişinin alkol, sigara, ilaç bağımlılığına göre değişebilmektedir. Kimyasal maddeler, sağlam cilt, solunum sistemi (inhalasyon), ağız (inhalasyon, yutma), göz ve iğne batması gibi çeşitli yollar ile vücuda alınmaktadır. Çalışma ortamında kullanılan bu kimyasal maddeler, sağlık çalışanlarında akut veya kronik etkiler oluşturmaktadır (Parlar, 2008: 548).

Deri mesleki hastalıkları, travmalardan sonra en sık bildirilen meslek hastalıklarıdır. Başlangıçta mekanik uygulamaların yol açtığı dermatozlar ön planda iken günümüzde endüstriyel maddelerin yol açtığı dermatozlar önem kazanmıştır. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde, endüstrideki gelişmelere paralel olarak, organik ve inorganik kimyasallar, deri hastalıklarına yol açan en önemli etkenlerdir. Her yıl çalışma yaşamına giren yüzlerce kimyasal, deride primer irritasyon ve alerjik duyarlaşmaya yol açmaktadır (Arda ve Özşahin, 2005: 25).

Günümüzde birçok sağlık işletmesinde özellikle kanserli hastaların tedavilerinde kullanılmak üzere bazı ilaçlar (antineoplastik) hazırlanmaktadır. Söz konusu ilaçlar bir taraftan ilaçları hazırlayan personelin sağlık ve güvenliğini tehlikeye sokmakta, diğer taraftan tüm sağlık çalışanlarının sağlığı için bir risk teşkil etmektedir. Sağlık çalışanlarından özellikle de hemşireler söz konusu kanser tedavisinde kullanılan ilaçların olumsuz etkilerine maruz kalmaktadır (Devebakan, 2007: 151).

2.2.3. Fiziksel Riskler

Sağlık çalışanları hastaların transferinde ve el ile yapılan bazı müdahalelerde sıklıkla kaza ve yaralanmayla karşı karşıya kalmaktadır. Söz konusu kaza ve yaralanmalar işletmenin fiziksel yapısından da kaynaklanmaktadır.

Işıklandırma/Aydınlatma: Çalışanların kendilerini rahat ve ışıklı bir ortamda bulmaları ve daha istekli bir şekilde çalışabilmeleri için yeterli ve tatmin edici bir aydınlatma düzeyi tercih edilmelidir. İşyerinin aydınlatılmasında güneş ışığından yeterli derecede yararlanılması esas alınarak projelendirme yapılmalıdır. Gün ışığının yetersiz olduğu konumlarda ise direkt aydınlatma yerine yarı indirekt veya indirekt aydınlatma yöntemi uygulanmalı ve aydınlatmanın güneş ışığına yakın ışık veren lambalarla yapılması tercih edilmelidir (Öcal, 2010:95).

Gürültü: Gürültü istenmeyen her türlü ses olarak tanımlanmaktadır. İşgücünün ruhsal ve fiziksel sağlığını bozan gürültü işgücü verimini olumsuz yönde etkilemektedir. Hastaneler, sessiz-sakin mekan imajına karşılık aslında çok gürültülü olmamakla birlikte, özellikle yemekhane, laboratuvar, teknik servis, hasta kayıt birimi, hemşire odalarında gürültünün, iş üretimini olumsuz etkileyecek düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir (Öcal, 2010: 95). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre, hastanelerdeki gürültünün gündüz 40 desibel(dB), gece 35 dB civarında olması önerilmektedir. Hastanelerin büro bölümlerinde ses düzeylerinin 68-75 dB, teknik serviste 75-85 dB olduğu, kısa süreli olarak 100 dB' çıktığı, jeneratör çevresinde 110 dB'e ulaştığı bildirilmektedir. Gerek hastalar gerekse çalışanlar için hastanenin en sessiz yerlerinden olması beklenen yoğun bakım ünitelerinde yapılan iki ayrı çalışmada, altı yataklı bir yoğun bakım ünitelerinde ses düzeyi 60,3-67,4 dB, pediatrik yoğun bakım ünitelerinde gündüz 61 dB, gece 57 dB bulunmuştur (Parlar, 2008: 547).

Hastaların yattıkları bölümde ses düzeyi 35-40 dB'i aşmamalıdır. Ancak hasta ziyaret saatlerinde ve poliklinik saatlerinde oldukça gürültü olabilmektedir. Laboratuarda santrifüj cihazı çalışırken 51-82 dB düzeyinde ses çıkarabilmektedir. Ameliyathanede cerrahi aletlerin çarpışması 78 dB, lazer cihazının çalışması 82 dB, fizik tedavi bölümlerindeki egzersiz aletleri 70-85 dB düzeyinde gürültüye neden olabilmektedir. Diş hekimlerinin kullandıkları dakikada 300-400 bin devir hızında

dönen elektrikli cihazlar 85-90 dB düzeyinde ses oluşmasına neden olabilmektedir (Akkaya, 2007: 45-46).

İklimlendirme Sistemleri (Sıcaklık, Nem, Havalandırma): Her türlü binadaki havalandırma sistemlerinin uygun bir ısı ve nem içerecek şekilde geliştirilmesi gerekir. Hastane ortamlarının havalandırma sistemleri hastaların ve hastane çalışanlarının sağlıklarını koruması ve hastane kaynaklı enfeksiyonları önlenmesi bakımından ayrı bir önem teşkil etmektedir. Hastane ortamlarında tüberküloz gibi belirli hastalıklar sağlık personeline hava yolu ile bulaşma riski taşımaktadır. Bu nedenle hastanelerde oluşturulacak havalandırma sistemleri, mikroorganizmaların biyolojik ve fiziksel özellikleri dikkate alınarak hastane kaynaklı veya mesleksi enfeksiyonları önleyecek şekilde yapılmalıdır. Hastanelerde klima tesisatı, odalarda konfor şartlarının sağlanmasının yanı sıra hastane içerisinde mikroorganizmaların, tozların, anestezi gazlarının ve kötü kokuların da en alt seviyelerde olmasını temin etmek için kullanılırlar (Öcal, 2010: 96).

Hastanelerdeki standart odaların dışında daha steril bir ortam gerektiren ameliyathane salonlarında ise enfeksiyon risklerini en alt seviyelerde tutabilmek ve mikroorganizma konsantrasyonunu standartlar ile belirtilen değerlerde tutabilmek için klima sistemlerine ihtiyaç duyulmaktadır. Hava akımının ortam içindeki hızı, 0,46 m/sn (+/- 0,10 m/sn) seçilmelidir (Parlar, 2008: 547).

Ameliyathanelerin sıcaklığı 20-22 C, yoğun bakım bölümlerinin 24-27 C, hasta odaları 22-24 C olması önerilmektedir. Buna karşılık sterilizasyon, çamaşırhane ve mutfak gibi bölümlerin sıcaklığı ve nem derecesi rahatsız edecek derecede yüksektir (Akkaya, 2007: 46).

İyonize Radyasyon: İyonize radyasyon, X ışınları özellikle hekimler, hemşireler ve röntgen teknisyenleri için önemlidir. Doğal radyoaktif maddeler olan radyum, uranyum ve toryum'un ve suni radyoaktif maddeler yani radyoaktif izotopların tıpta kullanımı sağlık çalışanları için risk oluşturmaktadır. Bu maddeler insan vücudu üzerine çok çeşitli etki yapmaktadır (Parlar, 2008: 547). Sağlık kuruluşlarında elektrik ve radyasyon konuları da fiziksel faktörler olarak çok önem taşır. Kullanılan çeşitli elektrikli cihazların doğru olarak topraklanması ve yalıtımlarının sağlanması gerekmektedir. Radyasyon maruziyeti radyoloji, nükleer tıp ve radyasyon onkolojisi bölümlerinde çalışanları için söz konusudur. Bu

bölümlerde çalışanların radyasyondan etkilenme düzeyleri sürekli olarak ölçümlerle izlenmelidir (Akkaya, 2007: 46).

2.2.4. Psiko-Sosyal Riskler

Sağlık işletmelerinde bir diğer risk faktörü psiko-sosyal risklerdir. Psiko-sosyal riskler kapsamında iş stresi ve ardından sağlık işletmelerinde son yıllarda sık rastlanan sağlık çalışanlarına yönelik şiddetten yani iş yerinde şiddet konusuna değinilecektir.

2.2.4.1. İş Stresi

Stres bireyler üzerinde etki yapan ve onların davranışlarını, iş verimliliğini, başka insanlarla olan ilişkilerini etkileyen bir kavram olup, durup dururken ya da kendiliğinden oluşmaz. Stresin oluşması için insanın içinde bulunduğu ya da hayatını sürdürdüğü ortam veya çevrede meydana gelen değişimlerin insanı etkilemesi gerekmektedir (Eren, 2000: 276). Yaşanan stresli olayların sıklığı ve yoğunluğu hem iş yerinin koşulları hem de bireyin kişiliğinin etkileşimi ile ilgilidir (Batıgün ve Şahin, 2006: 33). Stres, bireyin içinde bulunduğu çevreden kendine yönelen istemlerle, kendi değerleri, tutumları, ihtiyaçları, yetenekleri ve becerileri arasında uyumsuzluktan (denge bozukluğundan) kaynaklanan bedensel, sosyo-psişik bir gerilim durumudur (Tınar, 1996: 46). Cüceloğlu'na göre stres ise, bireyin fizik ve sosyal çevredeki uyumsuz koşullar nedeniyle bedensel ve psikolojik sınırlarının ötesinde harcadığı gayret olarak tanımlanmaktadır (Cüceloğlu, 1994: 321).

İş stresi, bir işin yerine getirilmesinde zorluk yaşanması ile ilgili olup iş doyumunu negatif etkilemektedir. İş stresi genellikle 4 boyutta incelenmektedir:

- Rol belirsizliği,
- Rol çatışması,
- Aşırı iş yükü,
- İş yapmak için gerekli kaynakların yetersizliği. (Chu ve diğerleri, 2003: 177-178)

Stresin çalışma yaşamında ve dolayısıyla işletme yönetimi açısından da ele alınması gerekir. Çünkü stres çalışanları doğrudan etkilemekte onların davranışlarını, verimliliklerini ve diğerleriyle olan ilişkilerini belirlemektedir (Ceylan ve Ulutürk, 2006: 48-58). Sağlık çalışanlarında ağır iş yükü, ağır ve ölümcül hastalara hizmet verme, gerektiğinde hasta ve yakınlarına duygusal destek vermek zorunda kalma, sağlık hizmetlerindeki yetersizlikler, hizmetin ve personelin dengesiz dağılımı gibi nedenler iş ile ilgili strese ve gerginliğe yol açmaktadır (Sünter ve diğerleri, 2006: 10). Sağlık çalışanlarından acil servis, yoğun bakım ve yanık üniteleri gibi bölümlerde çalışanlar diğer tıbbi bakım personeline göre stresi daha yüksek yoğunlukta yaşamaktadır (Erinç ve diğerleri, 2002: 163).

Tablo 8: Stresle Karşılaşan Bireyin Gösterdiği Çeşitli Tepkiler

Duygusal Tepkiler	Dikkatini toplayamama, kararsızlık, unutkanlık, hassasiyet, korku, bıkkınlık ve tatminsizlik.
Fizyolojik Tepkiler	Vücudun kan basıncı seviyesinde değişme, nabız ve kalp hızında artış, baş ağrısı, bel ağrısı, ülser ve kalp hastalıkları.
Davranışsal Tepkiler	Saldırganlık, aşırı yemek yeme veya bir şey yemek istememe, alkol, ilaç, sigara v.b. zararlı madde kullanımı.

Kaynak: Devedbakan, 2007: 156.

Stresin fiziksel belirtileri, migren, tansiyon yüksekliği, romatizma, ülser, mide hastalıkları, astım, kalp hastalıkları ve deri hastalıkları olabilir. Stresin psikolojik belirtileri ise, yorgunluk, halsizlik, sinirlilik, endişe, nedensiz ağrılar, kızgınlık, uykusuzluk, güvensizlik, doyumsuzluk ve depresyon gibi belirtilerdir (Aytaç ve Bayram, 2000: 46).

Tablo 9: Yüksek Stres Düzeyindeki Meslekler

Meslek	Stres Düzeyi Skoru
Madenci	8,3
Polis Memuru	7,7
Gardiyan, İnşaat İşçisi, Hava Yolları Pilotu, Gazeteci	7,5
Reklam Yöneticisi	7,3
Diş Hekimi	7,3
Aktör	7,2
Doktor	6,8
Radyo Televizyon Çalışanı	6,8
Hemşire	6,5
Film Yapım Çalışanı	6,5
Ambulans Çalışanı. Müzisyen, İtfaiyeci	6,3
Öğretmen	6,2
Sosyal Çalışmacı, Personel Yöneticisi	6,0

Kaynak: Martino, 2003: 10.

Manchester Üniversitesi Bilim ve Teknoloji Enstitüsü tarafından geliştirilen yaklaşıma göre, mesleklere göre stres skoru 0 ila 10 arasında yer almaktadır. Buna göre stres skoru 6'ya eşit veya 6'nın üstünde olan meslekler yüksek stres düzeyinde meslekler olarak kabul edilmektedir (Martino, 2003: 10). Yukarıdaki tabloda görüldüğü üzere hemşire, doktor ve diş hekimi gibi sağlık çalışanlarının sters düzeyleri birçok meslek grubundan yüksektir. Düzeyin yüksek olması sağlık çalışanlarının hastalar/hasta yakınları ile yüz yüze ilişki içinde olması, hastalık veya yaralanma/fiziksel şiddete maruz kalma gibi risklerin bulunması sağlık çalışanları açısından önemli bir stres kaynağı olmaktadır.

2.2.4.2. İş Yerinde Şiddet

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre “Kişinin kendisine ya da başka birisine, bir grubu ya da topluma karşı fiziksel gücünü istemli olarak kullanılması ya da tehdit etmesi ve bunun sonucunda yaralanma, ölüm, psikolojik zarar görme, gelişiminin olumsuz etkilenmesi ya da tükenme durumunun ortaya çıkabilmesidir”. ABD İş Sağlığı kaynaklarına göre şiddet, görev sırasında kişilere yöneltilmiş fizik saldırı ya da saldırı tehdidi olarak tanımlanmaktadır. İş yerinde şiddet genel olarak “çalışanların üretimini ya da güvenliğini negatif etkileyen iş ya da iş çevresi ile ilgili bir sorun” olarak tanımlanmaktadır (Yeşildağ, 2005: 281-282). Sağlık hizmetlerinde iş yerinde şiddet, son yıllarda pek çok sağlık çalışanının maruz kaldığı mobbing başlığı altında açıklanmaya çalışılacaktır.

Mobbing, 1980'lerin ortalarından itibaren mesleki anlamda başlıca stres kaynağı olarak tanımlanmaktadır. Davranış hedef kişiyi damgalamaya yöneliktir ve birçok psikolojik travmaya neden olabilmektedir. İşyerinde mobbing, bir veya birkaç kişi tarafından bir bireyi hedef alıp sistematik bir biçimde düşmanca ve ahlak dışı davranışlar şeklinde ortaya çıkan bir çeşit psikolojik terör olarak tanımlanmaktadır. İşyerinde mobbing kamu ve özel sektörlerde çalışanların psikolojik ve fiziksel sağlıklarını bozan baskıcı davranışlardır. Hastanelerde yaşanan mobbing olayları hem hizmetin kalitesini etkilemekte hem de sağlık çalışanlarının mutsuz ortamlarda çalışmalarına neden olmaktadır (Yiğitbaş ve Deveci, 2011: 23).

İşyeri mobbingi, bir insanı çalıştığı kurumdan ayrılmaya zorlamak amacı ile yersiz suçlamalar, aşağılamalar, genel tacizler şeklinde baskı unsurlarını art niyetli ve sistemli olarak uygulamaktır. Mağdur, iş yaşamından dışlamak amacıyla psikolojik taciz, kötü davranış, uygun olmayan görev ve adaletsiz maaş yöntemiyle de yıldırılabilir. Mobbing genelde üst düzey yönetim kadrosu tarafından uygulandığı gibi, aynı düzeydeki akranlar, astlar ya da bir grup tarafından da uygulanabilir. Yaygın mobbing davranışları; yapılan işlerin sürekli eleştirilmesi, kişinin umursanmaması, dini ve siyasi görüşleri ile alay edilmesi, hakkında asılsız söylentiler çıkarılması, hareketleri taklit edilerek gülünç duruma düşürülmesi, verilen işlerin geri alınarak kişinin kendine olan güveninin sarsılması, kişinin itibarını veya

kariyerini zedelemek için yeteneği dışında işler verilmesi, psikolojik veya fiziksel olarak ağır işlerde görevlendirilmesidir (ztrk ve diğerleri, 2010: 144-145).

Sağlık kurumunda şiddet; hasta, hasta yakınları ya da diğer başka bireyden gelen, sağlık çalışanı için risk oluşturan sözel ya da davranışsal tehdit, fiziksel veya cinsel saldırdır. Araştırmacılar şiddetin, toplumda ve iş yerlerinde yaygın bir halk sağlığı sorunu ve mesleki tehlike olduğunu, iş yeri şiddetinin ve saldırganlığının günümüzde gittikçe artan bir önem kazandığını belirtmişlerdir. Sağlık alışanlarının maruz kaldığı şiddete ilişkin yurt dışı ve yurt içinde birçok çalışma yapılmıştır. Çalışmalardan elde edilen bulguların ortak noktası; sağlık alanında ortaya çıkan şiddetin diğer iş yerlerine göre oldukça fazla olduğu ve daha az kayda alındığıdır. Hastaneler sağlık çalışanları için gün geçtikçe tehlikeli ortamlar olmaktadır. Bu durumda hekimler ve sağlık çalışanları kendilerini güvende hissetmemektedir. Gerek sağlık hizmetindeki hızlı değişimler gerek yasal uygulamalardaki eksiklikler şiddetin önlenmesinde ve sağlık insan gücünün güvenliğini sağlama konusunda boşluklar bırakmaktadır (Yiğitbaş ve Deveci, 2011: 24).

İş yerinde fiziksel şiddetle ilgili olarak, Finlandiya'da yapılan bir araştırmaya göre psikiyatri hemşireleri, hapishane gardiyanları ve polis memurlarının şiddete maruz kalma sıralamasında 3. sırayı (500/1000 maruz kişi), doktorlar 4. sırayı (234/1000 maruz kişi), hemşireler 5. sırayı (229/1000 maruz kişi) almışlardır. Sağlık alışanları içinde en fazla şiddete maruz kalanlar acil servis çalışanlarıdır ve risk faktörlerinin başında madde bağımlılığı ya da psikiyatrik hastalığı olan hastalar gelmektedir (cal, 2010: 105).

Tablo 10: Bazı Hizmetlerde Şiddet Düzeyleri

Hizmetler	Şiddet Yüzdesi (%)
Sağlık Hizmetleri	24
Sosyal Hizmetler	23
Posta Hizmetleri	7
Bankacılık Hizmetleri	7
Nakliye Hizmetleri	7
Eğitim Hizmetleri	7
Emniyet Hizmetleri	5
Perakende Satış Hizmetleri	4
Çocuk Bakım Hizmetleri	4
Güvenlik Hizmetleri	2

Kaynak: Martino, 2003: 11

Yukarıdaki tablodan da anlaşılacağı üzere, sağlık hizmetleri sektöründe meydana gelen şiddet olaylarının yüzdesi, tüm sektörlerdeki şiddet olaylarının yüzdesinden fazladır.

2.2.5. Çevresel Riskler

Çevresel faktörler iş kazası nedenlerinin %20'sini oluşturur. Yetersiz ve uygun olmayan aydınlatma (parıltı ve pırıltı), ısı, ışık ve radyasyon; mikroorganizmalar; tahriş edici ve boğucu gazlar, anestezi ve narkotik maddeler, sistemik zehirlenmeler gibi nedenler iş kazasına yol açabilmektedir. Bunların yanı sıra toplu pazarlık, işten çıkarma, uyuşmazlık çözümleri, ücret sistemleri, vardiya sistemleri, çalışma saatleri gibi işçi-işveren ilişkilerinden kaynaklanan nedenlerde iş kazalarına yol açabilmektedir. Ayrıca aşırı iş yükü, eğitim yetersizliği, makinelerin bakımsızlığı, üretim araçlarının hatalı yerleştirilmesi, yanlış depolama, ergonomik olmayan koşullar, güvenli olmayan yükleme ve boşaltma, elektrik kaçağı, yetersiz ve uygun olmayan havalandırma, çalışanların iş kıyafetlerinin yetersiz olması, ıslak ve kaygan zemin gibi unsurlarda çevreden kaynaklanan iş kazası nedenleri arasında sayılabilir (Akkaya, 2007: 40).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

DR. BEHÇET UZ ÇOCUK HASTALIKLARI VE CERRAHİSİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİNDE RİSK YÖNETİMİNİN ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ ÜZERİNE ETKİSİNİ ARAŞTIRMAYA YÖNELİK BİR UYGULAMA

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırmada sağlık hizmetlerinde çalışan personelin hastanede risk yönetimi ile çalışan güvenliği arasındaki etkileşimin belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu doğrultuda T.C. Sağlık Bakanlığı İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışanlara yönelik, risk yönetimi ve çalışan güvenliği arasındaki etkileşim analiz edilmiştir.

3.2. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Hastane işletmelerinde çalışanların huzurlu, güvenli ve stressiz bir şekilde çalışabilmeleri için risk yönetimi ve çalışan güvenliği kavramı günümüzde gittikçe önem kazanan bir boyut haline gelmiştir. Hastane işletmeleri hizmet sektöründe, emek yoğun işletmeler oldukları için çalışanların güvenli ve huzurlu çalışma ortamlarına sahip olmaları, çalışan personelin hem iş kazalarına/meslek hastalıklarına maruz kalmamaları hem de sağlık hizmetini sunma aşamasında güvenli bir şekilde çalışma ortamı oluşturulması açısından önemli bir etkiye sahiptir.

Hastane işletmelerinde çalışanların memnuniyeti, müşteri olarak tanımlanan hastalara hizmetin sunulduğu her noktada doğrudan yansıyabilmektedir. Bu yüzden iyi bir yönetim yaklaşımıyla oluşturulan risk yönetimi sadece hizmeti sunanlar için değil aynı zamanda hizmetten yararlananlar için de son derece önemlidir.

Bu çalışma, son yıllarda sağlık sektöründe gittikçe önem kazanan risk yönetimi ve çalışan güvenliği olgularının hastane işletmelerinde nasıl bir etkileşim içinde olduklarını belirlemeye yönelik olarak gerçekleştirilmeye çalışılmıştır.

3.3. ARAŞTIRMANIN KAPSAMI VE SINIRLILIKLARI

Bu araştırma hastane işletmelerinde çalışanların risk yönetimi ile çalışan güvenliği etkileşiminin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir. Bu amaçla T.C. S.B. İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde, 657 sayılı devlet memurları kanununa göre çalışan kadrolu ve 4/B' li personeli kapsamaktadır. Araştırmaya dış kaynak kullanımıyla hizmet alınan bilgi işlem, temizlik, yemek ve güvenlik firması ve çalışanları, direk sağlık hizmeti sunumunda bulunmadıkları için dahil edilmemiştir.

T.C. S.B. İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi 368 yatak kapasitesine sahip, dahili birimler (pediatri, nefroloji, onkoloji-hematoloji, intaniye, pediatrik kardiyoloji, prematüre, yenidoğan, talasemi servisleri), cerrahi birimler (çocuk cerrahi, yanık, kalp damar cerrahisi, kulak burun boğaz, göz, ortopedi, plastik cerrahi servisleri), çocuk acil servis, poliklinik, yoğun bakım (çocuk yoğun bakım- 1., 2., 3., basamak yoğun bakım- septik, cerrahi yoğun bakım, prematüre yoğun bakım ve yenidoğan yoğun bakım servisleri) ve ameliyathane alanlarında hizmet veren bir kamu hastanesidir.

3.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini 2013 yılında T.C. S.B. Dr. Behçet UZ Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesini fiili olarak çalışan 946 personel oluşturmaktadır. Basit tesadüfi örnekleme yöntemi uygulanarak seçilen örneklem grubuna anket tekniği uygulanmıştır. Dağıtılan anketlerden 364 kişiden anket geri gelmiş ve değerlendirmeye alınmıştır. Belirli evrenler için kabul edilebilir örnek büyüklüğüne göre örneklem sayısı yeterli kabul edilmiştir (Sekaran, 1992: 253).

3.5. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Bu çalışmada araştırmanın verileri anket tekniği ile elde edilmiştir. Anket, sistematik bir veri toplama yöntemidir. Veriler, önceden belirlenmiş insanlara bir dizi

soru sorularak elde edilir. Anket tekniği, ulaşılmak istenen verilere m¼mk¼n olan en kısa s¼rede ulaşmaya ve gerekli açıklamaların yapılabilmesine olanak tanıdığı için en etkili ve en çok kullanılan tekniklerden birisidir (T¼t¼nc¼, 2001: 84).

Uygulamada kullanılan ¼lek ¼ b¼l¼mden oluşmakta ve toplam 54 soruyu içermektedir. İlk b¼l¼mde demografik ¼zellikleri belirlemek için yedi soru bulunmaktadır. İkinci b¼l¼mde kurumunun mevcut durumunu ¼lmek amacı ile toplam 14 soru bulunmaktadır. Son b¼l¼mde ise kurumdaki risk y¼netimi ve çalışan g¼venliđini ¼lmek için oluşturulmuş olan 33 ifade mevcuttur.

Araştırmadaki anket y¼nteminde ikinci b¼l¼mde 3'l¼ ¼lek (Evet-Hayır-Bilgim Yok), ¼¼nc¼ b¼l¼m¼nde ise 5' li Likert tipi ¼lek kullanılmıştır. Anket sonuçları SPSS 13.0 programı ile analiz edilmiştir. Araştırmada g¼venilirlik analizi (Cronbach alpha), tanımsal istatistik analizleri (descriptive ve frequency statistics), bağımsız ¼rneklem t testi (Independent sample t test), bağımsız ¼rneklem tek y¼nl¼ varyans analizi (one way anova) yapılmıştır. Kurumun risk y¼netimi ve çalışan g¼venliđi arasındaki ilişkinin incelendiği ¼¼nc¼ b¼l¼mdeki değişkenlerin geçerliliğini belirlemek amacı ile verilere fakt¼r analizi uygulanmıştır.

Fakt¼rler belirlendikten sonra aralarında ki ilişki korelasyon analizi ile saptanmıştır. Fakt¼rler arasında bağımlı ve bağımsız değişkenler belirlenerek değişkenler arasındaki ilişki doğrusal regresyon analizi ile tespit edilmiştir. Analiz sonuçları tablolarla g¼sterilerek anlatılmış, hipotezlerin doğrulukları g¼sterilmiř ve yorumlanmıştır.

3.6. ARAşTIRMANIN ANALİZ VE BULGULARI

Fakt¼r analizi

Fakt¼r analizi, çok sayıda değişkenden oluşan veri setinin azaltılarak açık hale gelmesi için yapılan analizdir. Fakt¼r analizi ile belli değişkenler bir fakt¼r altında toplanır. Y¼ntemin ana amacı fazla sayıdaki değişkenlerin gruplanarak fakt¼r değişkenler olarak ifade edilip edilemeyeceğinin belirlenmesi ve bu m¼mk¼nse hangi değişkenlerin hangi fakt¼rde yer alacağının bulunmasıdır (¼zdemir, 2010:284). ¼lek içerisindeki ifadelerden çalışan g¼venliđini direk etkilediği d¼ř¼n¼len

değişkenlerin ortalaması alınarak tek bir değişkene dönüştürülmüştür. Çalışan güvenliği ile ilgili değişkenler tablo 11’de verilmiştir.

Tablo 11: Çalışan Güvenliği İle İlgili Değişkenler

2. Çalışan hakları ile ilgili çalışan güvenliği komitesi mevcuttur.
3. Çalışanlarda meslek hastalıkları görülür.
4. Çalışanlarda iş kazaları meydana gelir.
5. Çalışanlarda enfeksiyon hastalığına yakalanma oranı düşüktür.
6. İş güvenliğine yönelik kayıt sistemi vardır (Güvenlik raporlama sistemi/Olay bildirim Formu)
8. Kurumda çalışan güvenliği için eğitim programları düzenlenmektedir.
10. Bir kişiye ya da gruba karşı fiziksel, cinsel veya psikolojik zarara neden olacak şekilde kuvvet uygulanmaktadır.
11. Çalışanlardaki psikolojik baskıyı azaltmak için etkinlikler düzenlenmektedir. (eğlence/ eğitim toplantıları vb)
16. Özel ilaçlar (kemoterapi vb.) için özel talimatlar uygulanmaktadır.
17. Kan ve vücut sıvılarından korunmak için önlemler alınmaktadır
18. Toksik, tıbbi atıklar vb. için önlemler alınmaktadır.

Bu çalışmada hazırlanan risk yönetimi ve çalışan güvenliği ölçeği içerisindeki performans ve ek ödeme sistemi ve yasal değişiklikler başlığı altındaki ifadeler kendi içerisinde ayrı bir boyutu ifade etmesinden dolayı faktör analizine gerek duyulmamıştır. Risk yönetimi ve çalışan güvenliği ölçeğinden 25 ifade için faktör analizi uygulanmış, 3 adet faktör oluşturulmuştur. Yapılan faktör analizi sonucunda Kaiser Mayer Olkin örneklem ölçümü 0,875 olarak bulunmuştur. Bu değer örneklemin, doğru seçildiğini ve faktör analizine uygunluğunu göstermektedir. Bulgular tablo 12’de faktör yükleri ve ifadeleri ile birlikte verilmiştir. Faktör analizinde skor puanlarının 0,40 olması beklenmektedir. Tablo 12’ye bakıldığında çalışma ortamı faktöründe iki değişkenin faktör yüklerinin 0,40’ın altında kaldığı görülmektedir. Bu durumun sebebi bu bölümde eksik verilerin fazlalığındandır. Diğer faktörlerin yükleri oldukça yüksektir.

Tablo 12: Faktör Analizi Sonuçları

	İFADELER	Boyutların Faktör Yüğü		
		1.	2.	3.
BİLGİLENDİRME	1. Yönetim mevzuatların duyurulmasını sağlar.	0,529		
	2. Çalışan güvenliği komitesi mevcuttur.	0,633		
	6. İş güvenliğine yönelik kayıt sistemi vardır.	0,704		
	7. Kişisel sağlık taramaları yapılır.	0,581		
	8. Çalışan güvenliği için eğitim programları düzenlenir.	0,704		
	9. Kesici, delici alet yaralanma formu kullanılır.	0,691		
	12. İş kazası/meslek hastalığı durumunda kurum gerekli sorumluluğu üstlenmekte.	0,492		
	13. Yönetime güvenlikle ilgili sorunlar iletildiğinde çözüm geciktirilmez.	0,48		
	16. Özel ilaçlar için özel talimatlar mevcuttur.	0,625		
	17. Kan ve vücut sıvılarından korunmak için önlemler alınmaktadır.	0,599		
	18. Toksik, tıbbi atıklar vb. için önlemler alınmaktadır.	0,516		
	24. Düzenli aralıklarla bina turları yapılmaktadır.	0,511		
FİZİKSEL ETKENLER	14. Alet-araçların düzenli kontrolleri ve bakımları yapılmaktadır.		0,524	
	15. Koruyucu malzemeler çok rahat bulunmaktadır.		0,497	
	19. Çalışma ortamında ısı ve nem takibi yapılmaktadır.		0,676	
	20. Işık/ aydınlık uygun ve yeterlidir.		0,732	
	21. Çalışma ortamında ergonomiye önem verilmektedir.		0,691	
	22. Havalandırma uygun, yeterli ve düzenli kontrolleri yapılır.		0,807	
	23. Her binanın alt yapısı deprem riskine karşı dayanıklıdır.		0,536	
	25. Yönetim bina kaynaklı düşmelerin önlenmesi için gerekli önlemleri almıştır.		0,506	
ÇALIŞMA ORTAMI	3. Çalışanlarda meslek hastalıkları görülür.			0,782
	4. Çalışanlarda iş kazaları meydana gelir.			0,795
	5. Çalışanlarda enfeksiyon hastalığına yakalanma oranı düşüktür.			0,455
	10. Fiziksel, cinsel veya psikolojik zarara neden olacak şekilde kuvvet uygulanmaktadır.			0,337
	11. Psikolojik baskıyı azaltmak için etkinlikler düzenlenmektedir			0,389

Güvenilirlik Analizi

Güvenilirlik ölçüm aracının araştırma değişkenlerini istikrarlı ve tutarlı şekilde ölçme düzeyini ifade etmektedir. Diğer bir ifadeyle ölçümler benzer koşullarda tekrarlandığında aynı ya da birbirine yakın tutarlı sonuçlar elde ediliyorsa ölçüm aracı güvenilir olarak nitelendirilmektedir (Özdemir, 2010: 74).

Tablo 13: Risk Yönetimi ve Çalışan Güvenliği Ölçeğinin Alt Boyutları ve Güvenilirlik Analizi Sonuçları

Faktörler	İfade Numaraları	Cronbach's Alpha	İfade Sayısı
Bilgilendirme	1, 2, 6, 7, 8, 9, 12, 13, 16, 17, 18, 24	0,867	12
Fiziksel Etkenler	14, 15, 19, 20, 21, 22, 23, 25	0,832	8
Çalışma Ortamı	3, 4, 5, 10, 11	0,539	5
Yasal Değişiklikler	26, 27, 28	0,891	3
Performans ve Ek Ödeme Sistemi	29, 30, 31, 32, 33	0,925	5
Genel		0,919	33

n= 364

Yukarıdaki Tablo 13’de görüldüğü üzere Risk yönetimi ve çalışan güvenliği ilişkisinin incelendiği bölümün genel güvenilirlik analizi Cronbach Alfa katsayısı 0,919 olarak bulunmuştur. Bu sonuç ölçeğin yüksek derecede güvenilir olduğunu göstermektedir. Faktörlerin güvenilirlik analizi sonuçlarına bakıldığında bilgilendirme boyutunun 0,867, fiziksel etkenler boyutunun 0,832, çalışma ortamı boyutunun 0,539, yasal değişiklikler boyutunun 0,891 ve performans ve ek ödeme sistemi boyutunun güvenilirlik katsayısının 0,925 olduğu görülmektedir. Çalışma ortamı faktörünün güvenilirlik çıktısının düşük olmasının sebebi bu bölümde eksik verilerin fazlalığındandır. Kurumunun mevcut durumunu ölçmek amacıyla 14 adet

sorudan oluşan ölçeğin güvenilirlik analizi Cronbach Alfa katsayısı 0,85'dir ve ölçek oldukça güvenilirdir.

Demografik Verilerin Değerlendirilmesi

Demografik özelliklerden yaş, çalışma yılı ve kurum yılı değerkenlerinde yeniden kodlama yapılmıştır. Yaş grubunda 51 ve üstü yaş grubu ile 41-50 yaş grubu, çalışma yılı grubunda 31 yıl ve üstü ile 21-30 yıl, kurum yılı değerkeninde ise 31 yıl ve üstü ile 21-30 yıl grubu yeniden kodlama işlemi ile değerştirilmiştir. Ankete katılanların demografik özelliklerine ilişkin veriler Tablo 14'de verilmiştir.

Tablo 14: Demografik Özelliklerinin Frekans ve Yüzde Dağılımları

Demografik özellikler		BUÇH	
		Frekans	Yüzde(%)
Cinsiyet	Kadın	258	70,9
	Erkek	106	29,1
Yaş	20- 30	81	22,3
	31- 40	173	47,5
	41- yaş ve üstü	110	30,2
Eğitim	Lise	51	14
	Ön lisans	110	30,2
	Lisans	140	38,5
	Yüksek Lisans ve Doktora	63	13,7
Meslek	Hekim	53	14,6
	Ebe/Hemşire	166	45,6
	Diğer Sağlık Personelleri	119	32,7
	İdari ve Teknik Personel	26	7,1
Çalışma Yılı	4 yıl ve daha az	56	15,4
	5- 10 yıl	75	20,6
	11- 20 yıl	137	37,6
	21- yıl ve üstü	96	26,4
Kurum Yılı	4 yıl ve daha az	131	36
	5- 10 yıl	93	25,5
	11- 20 yıl	95	26,1
	21- yıl ve üstü	45	12,4

Ankete katılanların cinsiyet dağılımına bakıldığında katılımcıların %70,9'unun kadın, %29,1'inin erkek olduğu görülmektedir. Katılımcıların Yaş dağılımına bakıldığında %47,5'inin 31- 40 yaş aralığında ve %30,2'sinin 41- yaş ve üstü yaş aralığında olduğu görülmektedir. Katılımcıların % 22,3'ü 20- 30 yaş aralığındadır. Bu durum araştırmaya katılanların büyük çoğunluğunun orta yaşta olduklarını göstermektedir. Eğitim durumu incelendiğinde araştırmaya katılanların %30,2'sinin önlisans eğitim seviyesinde, %38,5'inin lisans eğitim seviyesinde, %13,7'sinin

yüksek lisans ve doktora eğitim seviyesinde ve %14'ü de lise eğitim seviyesindedir. Bu durum araştırmaya katılanların çoğunluğunun üniversite mezunu olduğunu göstermektedir.

Mesleki dağılıma bakıldığında, katılımcıların %45,6'sının hemşire, %32,7'sinin diğer sağlık personeli, %14,6'sının hekim ve %7,1'inin de idari ve teknik personel oluşturmaktadır. Meslek dağılımına göre katılımcıların çoğunluğunu hemşireler ve diğer sağlık personelleri oluşturmaktadır.

Katılımcıların çalışma yılı incelendiğinde, %37,6'sının 11- 20 yıl arası çalışma yılının olduğu, %26,4'ünün 21 yıl ve üstü çalışma yılının olduğu, %20,6'sının 5- 10 yıl ve % 15,4'ünün 4 yıl ve daha az çalışma yılının olduğu görülmektedir. Kurumdaki çalışma yılı dağılımı incelendiğinde katılımcıların %36'sı 4 yıl ve daha az bu kurumda çalıştığı, %26,1'i 11- 20 yıl, %25,5'i 5- 10 yıl çalıştığı ve %12,4'ü ise 21 yıl ve üstü kurumda görev yaptığı görülmektedir. Kurum yılı dağılımına göre katılımcıların çoğunluğu bu kurumda yeni olduklarını göstermektedir.

Mevcut Durum Ölçek Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada risk yönetimi ve çalışan güvenliği ile ilgili kurumun yapmış olduğu çalışmalarla ilgili kurum çalışanlarının farkındalıklarının araştırıldığı anketin birinci bölümündeki soruların frekans ve yüzde dağılımları aşağıdaki tablo 15' de verilmiştir.

Tablo 15: Kurumun Mevcut Durum Ölçeği Frekans ve Yüzde Dağılımları

1. Tebliği Okuma	Evet	Frekans	Yüzde	2. Çalışan Güvenliği Dokümanı	Evet	Frekans	Yüzde
		159	43,7			221	60,7
	Hayır	171	47			36	9,9
	Bilgim Yok	34	9,3		Bilgim Yok	106	29,1
3. Çalışan Güvenliği Çalışmaları	Evet	Frekans	Yüzde	4. Kalite Yönetim Direktörü	Evet	Frekans	Yüzde
		156	42,9			281	77,2
	Hayır	59	16,2			9	2,5
	Bilgim Yok	149	40,9		Bilgim Yok	74	20,3
5. Risk Yönetimi Sorumlu Personel	Evet	Frekans	Yüzde	6. Şiddet Bildirimi	Evet	Frekans	Yüzde
		116	31,9			265	72,8
	Hayır	127	34,9			51	14
	Bilgim Yok	121	33,2		Bilgim Yok	48	13,2
7. Riskli Alan Tanımlaması	Evet	Frekans	Yüzde	8. Güvenlik Kamerası	Evet	Frekans	Yüzde
		239	65,7			178	48,9
	Hayır	29	8			114	31,3
	Bilgim Yok	95	26,1		Bilgim Yok	71	19,5
9. Yangın Alarm Sistemi	Evet	Frekans	Yüzde	10. Risk Değerlendirme	Evet	Frekans	Yüzde
		229	62,9			193	53
	Hayır	90	24,7			102	28
	Bilgim Yok	43	11,8		Bilgim Yok	69	19
11. Jeneratör	Evet	Frekans	Yüzde	12. Yangın Tatbikatı	Evet	Frekans	Yüzde
		330	90,7			209	57,4
	Hayır	9	2,5			91	25
	Bilgim Yok	25	6,9		Bilgim Yok	64	17,6
13. Bilgi Güvenliği Tedbirleri	Evet	Frekans	Yüzde	14. Hastane Afet Planı	Evet	Frekans	Yüzde
		142	39			189	51,9
	Hayır	71	19,5			20	5,5
	Bilgim Yok	151	41,5		Bilgim Yok	155	42,6

Ankete katılanların hasta ve çalışan güvenliği tebliği okuma ile ilgili ifadenin dağılımına bakıldığında %43,7'si tebliği okuduğu, %47'si okumadığı, %9,3'ünün ise tebliğden haberi olmadığı görülmektedir. Tebliği okumayan personel sayısı neredeyse ankete katılanların yarısını oluşturmaktadır.

Kurum içerisinde çalışan güvenliği ile ilgili yazılı düzenleme ve çalışan güvenliği ile ilgili yapılan çalışmalar hakkındaki farkındalık incelendiğinde ankete katılanların %60,7'si yazılı düzenlemenin var olduğunu, %29,1'i yazılı düzenlemeden haberinin olmadığını ve %9,9'u yazılı düzenlemenin olmadığı düşüncesindedir. Çalışan güvenliği ile ilgili kurumun çalışmaları hakkındaki soruya ise %42,9'u çalışmalardan haberdar olduğu, %16,2'si çalışan güvenliği ile ilgili kurum içerisinde çalışmaların yapılmadığı ve %40,9 ise kurum içerisinde yapılan çalışmalardan haberinin olmadığını belirtmiştir. Çalışmalardan haberdar olmayan çalışan mevcudu ankete katılanların neredeyse yarısını oluşturmaktadır.

Kalite yönetim direktörü ve birim bazında risk yönetiminden sorumlu personelin varlığından haberdar olup olunmadığı ile ilgili sorunun dağılımına bakıldığında, ankete katılanların büyük çoğunluğunun %77,2'si Kalite Yönetim Direktörünün görevlendirildiğinin bilgisindedir. Ankete katılanlardan birimlerinde risk yönetiminden sorumlu personelin görevlendirilip görevlendirilmediğinin sorulduğu soruya %34,9'u hayır cevabını verdiği ve %33,2'si bilgisinin olmadığını bildirmiştir. Bu durum birimlerinde risk değerlendirmesi için görevlendirilen personelden bilgilerinin olmadığını göstermektedir.

Ankete katılan personel içerisinde şiddet bildirimini kime ya da nereye yapılacağı sorusuna verilen cevapların dağılımına bakıldığında %72,8'i bu konu hakkında bilgisi olduğunu, %17,2'sinin bilgisinin olmadığını göstermektedir. Şiddet bildirimi konusunda çalışanların farkındalıklarının oluştuğunu göstermektedir.

Riskli alan tanımlaması ile ilgili sorunun dağılımına bakıldığında, ankete katılanların %65,7'si alan tanımlamasının var olduğunu, %8'i tanımlamanın olmadığını ve %26,1'i ise alan tanımlamasından haberdar olmadığını göstermektedir. Bu durum ankete katılanların yarısından fazlasının riskli alan tanımlamasının varlığından haberdar olduğunu göstermektedir.

Katılımcıların %48,9'u güvenlik kamerası ile kurumun izlendiğini, %31,3'ü kamera ile izlenmediğini ve %19,5'i bu soru hakkında bilgisi olmadığı hakkında görüş bildirmiştir. Kurum içerisinde merkezi yangın alarm sistemi ve acil çıkış levhaları ile ilgili soruya katılımcıların %62,9'u merkezi bir alarm sistemi ve acil çıkış levhaların mevcut olduğunu, %24,7'si mevcut olmadığını ve %11,8'i ise bilgisi olmadığını belirtmektedir.

Ankete katılanların kurumun risk değerlendirme sorusu ile ilgili sorunun dağılımına bakıldığında, %53'ü kurum içinde risk değerlendirme yapıldığı, %28'i risk değerlendirmenin yapılmadığı ve %19'u ise bu soru hakkında bilgisi olmadığını belirtmektedir. Bu durum katılımcıların yarısından fazlasının kurum içerisinde risk değerlendirme çalışmalarının yapılarak çalışan güvenliği ile ilgili tedbirlerin alındığını düşünmektedir.

Kurum bünyesinde jeneratör olup olmadığı bilgisinin sorulduğu sorunun dağılımında ise %90,7'si elektrik kesintilerine karşı jeneratörün mevcut olduğu, %2,5'i mevcut olmadığı ve %6,9'u bu soru hakkında bilgisi olmadığını belirtmiştir. Bu durum ankete katılanların büyük çoğunluğunun bu soru hakkında jeneratör olduğunun bilincindedir. Katılımcıların, yangın tatbikatı sorusuna %57,4'ü yangın tatbikatının yapıldığı, %25'i tatbikatın yapılmadığı ve %17,6'sının yaygın tatbikatının yapıp yapılmadığı konusunda bilgisinin olmadığı yukarıdaki tablodan anlaşılmaktadır.

Kurum içerisinde bilgi güvenliği ile ilgili tedbirlerin alınması ile ilgili soruya katılımcıların vermiş oldukları cevapların dağılımına bakıldığında %39'u güvenliğin olduğunu, %19,5'i bilgi güvenliğinin olmadığı ve %41,5'i ise kurum içerisinde bilgi güvenliğini sağlamaya yönelik gerekli tedbirler konusunda bilgisinin olmadığını göstermektedir. Bu durum katılımcıların yarısından fazlasının bilgi güvenliği tedbirleri ile ilgili bilgi eksikliğini göstermektedir. Katılımcıların hastane afet planı ile ilgili sorunun dağılımında ise %51,9'u planın varlığını bildiği, %5,5'i bilmediği ve %42,6'sı ise hastane afet planı ile ilgili bilgilerinin olmadığını göstermektedir.

Tablo 16 a: Risk Yönetimi ve Çalışan Güvenliği Boyutlarının İfadelere Göre Tanımsal İstatistik Sonuçları

İFADELER	N	Ort.	Std. Sapma
1. Yönetim mevzuatların duyurulmasını sağlar.	363	3,90	1,03
2. Çalışan güvenliği komitesi mevcuttur.	363	3,84	0,99
6. İş güvenliğine yönelik kayıt sistemi vardır.	361	3,75	1,12
7. Kişisel sağlık taramaları yapılır.	363	3,50	1,25
8. Çalışan güvenliği için eğitim programları düzenlenir.	362	3,63	1,11
9. Kesici, delici alet yaralanma formu kullanılır.	362	3,86	1,10
12. İş kazası/meslek hastalığı durumunda kurum gerekli sorumluluğu üstlenmekte.	363	2,72	1,13
13. Yönetime güvenlikle ilgili sorunlar iletildiğinde çözüm geciktirilmez.	363	2,82	1,08
16. Özel ilaçlar için özel talimatlar mevcuttur.	363	3,65	0,99
17. Kan ve vücut sıvılarından korunmak için önlemler alınmaktadır.	363	3,82	0,98
18. Toksik, tıbbi atıklar vb. için önlemler alınmaktadır.	363	3,94	0,92
24. Düzenli aralıklarla bina turları yapılmaktadır.	363	2,95	1,20
BİLGİLENDİRME	363	3,53	0,69
14. Alet-araçların düzenli kontrolleri ve bakımları yapılmaktadır.	363	3,64	1,03
15. Koruyucu malzemeler çok rahat bulunmaktadır.	363	3,76	1,07
19. Çalışma ortamında ısı ve nem takibi yapılmaktadır.	363	3,21	1,20
20. Işık/ aydınlık uygun ve yeterlidir.	363	3,32	1,22
21. Çalışma ortamında ergonomiye önem verilmektedir.	362	2,72	1,23
22. Havalandırma uygun, yeterli ve düzenli kontrolleri yapılır.	363	2,84	1,22
23. Her binanın alt yapısı deprem riskine karşı dayanıklıdır.	361	2,32	1,11
25. Yönetim bina kaynaklı düşmelerin önlenmesi için gerekli önlemleri almıştır.	363	3,00	1,11
FİZİKSEL ETKENLER	363	3,10	0,78
3. Çalışanlarda meslek hastalıkları görülür.	363	1,77	0,91
4. Çalışanlarda iş kazaları meydana gelir.	363	1,75	0,86
5. Çalışanlarda enfeksiyon hastalığına yakalanma oranı düşüktür.	362	2,14	1,22
10. Fiziksel, cinsel veya psikolojik zarara neden olacak şekilde kuvvet uygulanmaktadır.	363	2,72	1,27
11. Psikolojik baskıyı azaltmak için etkinlikler düzenlenmektedir	363	2,56	1,23
ÇALIŞMA ORTAMI	363	2,19	0,66

Tablo 16 b: Risk Yönetimi ve Çalışan Güvenliği Boyutlarının İfadelere Göre Tanımsal İstatistik Sonuçları

İFADELER	N	Ort.	Std. Sapma
26. Hasta ve çalışan güvenliği tebliğinden sonra kurumda çalışan güvenliği arttı.	363	2,88	1,07
27. Çalışan güvenliği birimleri kurulduktan sonra bu konuda çalışanların farkındalıkları arttı.	363	2,94	1,07
28. Çalışan güvenliği uygulamaları ile kendimi daha güvende hissediyorum.	362	2,70	1,09
YASAL DEĞİŞİKLİKLER	363	2,84	0,98
29. Ek ödeme sistemi ile risk değerlendirme çalışmaları önem kazanmıştır.	363	2,57	1,11
30. Ek ödeme sistemi sonrasında olay bildirimler artmış ve çalışan görüşleri önem kazanmıştır.	362	2,48	1,08
31. Ek ödeme sistemi sonrasında risk yönetimi ve çalışan güvenliği ile ilgili ayrılan bütçe artmıştır.	362	2,37	1,03
32. Ek ödeme sistemi sonrasında satın alınan malzeme ve araçlar kalitelidir.	361	2,30	1,05
33. Ek ödeme sistemi sonrasında satın alınan ve kullanılan ekipman güvenlik açısından değerlendirilmektedir.	362	2,52	1,02
PERFORMANS VE EK ÖDEME SİSTEMİ	363	2,45	0,93

Yukarıdaki tablo 16 a ve tablo 16 b’de araştırmaya katılan katılımcıların risk yönetimi ve çalışan güvenliği ile ilgili ifadelere vermiş oldukları cevapların iletişim, fiziksel riskler, çalışma ortamı, yasal değişiklikler ve performans ve ek ödeme sistemi boyutlarına göre aritmetik ortalamaları yer almaktadır. Risk yönetimi ve çalışan güvenliği ölçeği 5 (beş)’li Likert üzerinden değerlendirildiği için boyut ortalamalarına bakıldığı zaman en düşük ortalamanın 2,19 puan ortalamasıyla çalışma ortamı boyutunda olduğu ve performans ve ek ödeme sistemi boyutunun ortalamasının 2,45, yasal değişiklikler boyutunun puan ortalamasının 2,84 olduğu görülmektedir. Diğer ifadelerin boyutlara göre ortalamalarının ise fiziksel etkenler boyutunun ortalamasının 3,10 ve bilgilendirme boyutunun da puan ortalamasının 3,53 olduğu görülmektedir.

Çalışma ortamı boyutundaki en yüksek puan ortalamasına sahip olan, “Fiziksel, cinsel veya psikolojik zarara neden olacak şekilde kuvvet uygulanmaktadır” ifadesi 2,72 puan alırken “Psikolojik baskıyı azaltmak için

etkinlikler düzenlenmektedir” ifadesi 2,56 puan almıştır. Bu durum kurum içerisinde psikolojik şiddete maruz kalındığı ve bu baskıyı azaltmak için yönetimin herhangi bir etkinlik düzenlemediğini göstermektedir.

Performans ve ek ödeme sistemi boyutundaki “Ek ödeme sistemi sonrasında satın alınan malzeme ve araçlar kalitelidir” ifadesi 2,30 puan ortalaması, “Ek ödeme sistemi sonrasında risk yönetimi ve çalışan güvenliği ile ilgili ayrılan bütçe artmıştır” ifadesinin puan ortalaması 2,37’dir. Kurum çalışanları performans ve ek ödeme sistemi sonrasında satın alınan malzeme ve araçların daha kalitesiz olduğu düşüncesindedir. Ayrıca performans ve ek ödeme sistemi sonrasında risk yönetimi ve çalışan güvenliği için ayrılan bütçenin artmadığı düşüncesindedir.

Yasal değişiklikler boyutuna ilişkin ifadelerin genel ortalaması 2,84 orta düzey olarak bulunmuştur. Faktör içindeki “Çalışan güvenliği birimleri kurulduktan sonra bu konuda çalışanların farkındalıkları arttı” ifadesinin genel ortalamadan daha yüksek 2,94 olduğu görülmüştür. Bu durum kurum içerisindeki çalışan hakları biriminin etkin çalıştığı ve personelin bilinçlenmesine yardımcı olduğunu göstermektedir.

Yüksek düzey olarak yer alan fiziksel etkenler boyutu içindeki “Koruyucu malzemeler çok rahat bulunmaktadır” ifadesi genel ortalamadan oldukça yüksek 3,76 olduğu görülmüştür. Kurum yönetiminin bulaşıcı hastalıklardan ve enfeksiyon hastalıkları ile mücadele için gerekli ekipmanları sahada bulundurduğu söylenebilir.

Bilgilendirme boyutuna ilişkin ifadelerin genel ortalaması 3,53 ile en yüksek düzey olarak bulunmuştur. Faktör içindeki “İş kazası/meslek hastalığı durumunda kurum gerekli sorumluluğu üstlenmekte” ifadesi genel ortalamadan oldukça düşük olduğu 2,72 görülmüştür. Bu durum, çalışanların iş kazası/meslek hastalıkları gibi risklerle karşı karşıya kaldığında kurumun gerekli sorumlulukları almadığı göstermektedir.

Araştırmanın Hipotezleri ve Hipotez Testleri

H1: BUÇH çalışanlarının risk yönetimi ve çalışan güvenliği ile ilgili faktörleri cinsiyete göre farklılık gösterir.

H2: BUÇH çalışanlarının risk yönetimi ve çalışan güvenliği ile ilgili faktörleri yaş gruplarına göre farklılık gösterir.

H3: BUÇH çalışanlarının risk yönetimi ve çalışan güvenliği ile ilgili faktörleri meslek gruplarına göre farklılık gösterir.

H4: BUÇH çalışanlarının risk yönetimi ve çalışan güvenliği ile ilgili faktörleri eğitim durumlarına göre farklılık gösterir.

H5: BUÇH çalışanlarının risk yönetimi ve çalışan güvenliği ile ilgili faktörleri çalışma yılına göre farklılık gösterir.

H6: BUÇH çalışanlarının risk yönetimi ve çalışan güvenliği ile ilgili faktörleri kurum yılına göre farklılık gösterir.

H7: BUÇH çalışanlarının risk yönetimi ve çalışan güvenliği ile ilgili faktörleri çalışılan birimlere göre farklılık gösterir.

H8: BUÇH çalışanlarının risk yönetimi ve çalışan güvenliği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

BUÇH çalışanlarının risk yönetimi ve çalışan güvenliği ile ilgili faktörleri cinsiyete göre farklılık gösterir, hipotezini test etmek amacıyla bağımsız örneklem t-testi (independent sample t-testi) ile görülen bu farkların anlamlılığı test edilmiştir. Her bir faktörün cinsiyete göre ortalama değerleri, standart sapmaları ve farklılık analizi tablo 17’de verilmiştir.

Tablo 17: Faktörlerin Cinsiyete Göre T Testi Analizi Sonuçları

Faktörler	Cinsiyet	Ort.	Std. Sapma	t	p
Bilgilendirme	Kadın	3,59	0,667	2,53	0,01
	Erkek	3,39	0,723		
Fiziksel Etkenler	Kadın	3,15	0,785	1,75	0,08
	Erkek	2,99	0,769		
Çalışma Ortamı	Kadın	2,13	0,648	-2,58	0,01
	Erkek	2,33	0,668		
Yasal Değişiklikler	Kadın	2,87	0,971	0,93	0,35
	Erkek	2,77	0,991		
Performans ve Ek Ödeme Sistemi	Kadın	2,48	0,875	0,93	0,36
	Erkek	2,37	1,039		

Tablo 17’de yapılan istatistiksel analiz sonucunda işaret değeri $p < 0,05$ olan faktörler cinsiyete göre anlamlı fark gösterdiği söylenebilir. Cinsiyet grubunda yapılan t-testi sonucunda fiziksel etkenler, yasal değişiklikler ve performans ve ek ödeme sistemi faktörlerinde %95 güven aralığında işaret değeri $p > 0,05$ olduğundan anlamlı bir farkın olmadığı görülmektedir.

Bilgilendirme faktörünün cinsiyete göre farklılığı analizinde $t=2,53$ ve buna denk gelen işaret değeri $p=0,01 < 0,05$ olduğundan hipotez kabul edilmiştir. Kadınların risk yönetimi ve çalışan güvenliği ölçeğinde kurumun çalışmalarında bilgi edinme düzeyleri erkeklerden daha yüksek çıkmıştır.

Fiziksel risklerin cinsiyete göre farklılık hipotezi değerlendirildiğinde, $t= 1,75$ ve işaret değeri $p=0,08$ olduğu için %90 güven aralığında anlamlı farklılık bulunmuştur. Fiziksel riskleri kadınlar 3,15 düzeyinde olumlu biçimde değerlendirirken erkekler 2,99 düzeyinde olumlu değerlendirmiştir. Kurumun fiziksel etkenleri önlemek için yapmış olduğu çalışmaların farkındalık düzeyleri, erkeklere göre kadınların daha yüksektir. Bu durum kadınların fiziksel etkenleri önlemede daha fazla rol aldıklarını göstermektedir.

Risk yönetimi ve çalışan güvenliği ölçeğinin çalışma ortamı boyutu incelendiğinde kadınların 2,13, erkeklerin ise 2,33 düzeyinde olduğu görülmektedir. Yapılan bağımsız örneklem t-testi (independent sample t-testi) analizinde $t=-2,58$ ve işaret değeri $p=0,01<0,05$ olarak bulunmuştur. Bu nedenle çalışan güvenliğinde çalışma ortamı boyutu açısından erkekler kadınlara oranla daha risksiz oldukları söylenebilir. Ancak her iki grubunda t değerlerinin 2 civarında olmasından dolayı çalışma ortamından pek memnun olmadıklarını göstermektedir. Yasal değişiklikler ve performans ve ek ödeme sistemi boyutlarında cinsiyet göre anlamlı fark bulunamamıştır.

BUÇH çalışanlarının risk yönetimi ve çalışan güvenliği ile ilgili faktörleri yaş gruplarına göre farklılık gösterir hipotezi tek yönlü varyans analizi (One Way Anova) ile test edilmiştir. Her bir faktörün yaş gruplarına göre ortalama değerleri ve standart sapmaları tablo 18 a'da verilmiştir.

Tablo 18 a: Faktörlerin Yaş Gruplarına Göre Tanımsal İstatistik Analizi Sonuçları

Faktörler	Yaş Grupları	N	Ort.	Std. Sapma
Bilgilendirme	20-30 Yaş	81	3,27	0,486
	31-40 Yaş	172	3,55	0,717
	41-50 Yaş	110	3,70	0,718
	Toplam	363	3,53	0,689
Fiziksel Etkenler	20-30 Yaş	81	2,79	0,678
	31-40 Yaş	172	3,08	0,803
	41-50 Yaş	110	3,37	0,731
	Toplam	363	3,10	0,782
Çalışma Ortamı	20-30 Yaş	81	2,07	0,669
	31-40 Yaş	172	2,15	0,637
	41-50 Yaş	110	2,34	0,663
	Toplam	363	2,19	0,659
Yasal Değişiklikler	20-30 Yaş	81	2,50	0,751
	31-40 Yaş	172	2,79	1,023
	41-50 Yaş	110	3,18	0,952
	Toplam	363	2,84	0,977
Performans	20-30 Yaş	81	2,31	0,854
	31-40 Yaş	172	2,45	0,934
	41-50 Yaş	110	2,56	0,956
	Toplam	363	2,45	0,926

Faktör farklarının ortalaması incelendiğinde bilgilendirme, fiziksel etkenler, çalışma ortamı, yasal değişiklikler ve performans ve ek ödeme sistemi faktörlerinin her birinde 41 yaş ve üstü grubunun ortalaması diğer yaş gruplarının ortalamasından yüksektir. Bu durum yaş ilerledikçe kurum çalışmalarından daha fazla memnun olduğunu göstermektedir.

Tablo 18 b: Faktörlerin Yaş Gruplarına Göre Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

FAKTÖRLER		Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Ortalama Kare	F	p.
BİLGİLENDİRME	Gruplar Arası	8,95	2	4,48	9,90	0,00
	Gruplar içi	162,85	360	0,45		
	Toplam	171,80	362			
FİZİKSEL ETKENLER	Gruplar Arası	16,26	2	8,13	14,26	0,00
	Gruplar içi	205,26	360	0,57		
	Toplam	221,52	362			
ÇALIŞMA ORTAMI	Gruplar Arası	4,00	2	2,00	4,71	0,01
	Gruplar içi	153,09	360	0,43		
	Toplam	157,09	362			
YASAL DEĞİŞİKLİKLER	Gruplar Arası	22,48	2	11,24	12,54	0,00
	Gruplar içi	322,78	360	0,90		
	Toplam	345,26	362			
PERFORMANS VE EK ÖDEME SİSTEMİ	Gruplar Arası	2,89	2	1,45	1,70	0,19
	Gruplar içi	307,20	360	0,85		
	Toplam	310,09	362			

Yukarıdaki tablo 18 b’de risk yönetimi ve çalışan güvenliği boyutlarının yaş gruplarına göre tek yönlü varyans analizi (One Way Anova) çıktısı yer almaktadır. Tablodan da anlaşılacağı üzere bilgilendirme, fiziksel etkenler, çalışma ortamı ve yasal değişiklikler faktörleri arasında yaş gruplarına göre anlamlı fark vardır. Bonferroni testi ile görülen anlamlı farklılıkların hangi ikililer arasında olduğu aşağıdaki tablo 18 c’de verilmiştir.

Tablo 18 c: Yaş Durumu Grupları Arası Bonferroni Çoklu Karşılaştırma Testi Sonuçları

Demografik Özellikler	Faktörler	(I)	(J)	Ort. Fark (I-J)	Std. Sapma	p.
Yaş	Bilgilendirme	31-40 Yaş	20-30 Yaş	,27986(*)	0,09	0,01
		41-50 Yaş	20-30 Yaş	,43629(*)	0,098	0,00
	Fiziksel Etkenler	31-40 Yaş	20-30 Yaş	,28830(*)	0,10	0,02
			20-30 Yaş	,58634(*)	0,11	0,00
		41-50 Yaş	31-40 Yaş	,29804(*)	0,09	0,00
	Çalışma Ortamı	41-50 Yaş	20-30 Yaş	,27268(*)	0,095	0,01
			31-40 Yaş	,19240(*)	0,080	0,05
	Yasal Değişiklikler	41-50 Yaş	20-30 Yaş	,67987(*)	0,139	0,00
			31-40 Yaş	,38894(*)	0,116	0,00

Yukarıdaki tablo 18 c’de demografik özelliklerden yaş grupları arası çoklu karşılaştırma analizi tablosu verilmiştir. Bonferroni testine göre, 31-40 yaş ve 41-50 yaş aralığındaki katılımcılar ile 20-30 yaş grubu arasında bilgilendirme faktöründe anlamlı farklılık vardır. Kurumun çalışan güvenliği konusunda bilgilendirme faktörü açısından 30 yaş ve üstü grubunda daha başarılı olduğu görülmüştür.

Tabloda fiziksel etkenler faktörüne bakıldığında 31-40 yaş ve 41-50 yaş aralığındaki katılımcılar ile 20-30 yaş grubu arasında anlamlı farklılık vardır. Bu durum yaş ilerledikçe fiziksel riskleri önlemede daha etkin bir rol oynadıklarını göstermektedir.

Çalışma ortamı ve yasal değişiklikler boyutlarına bakıldığında ise 41-50 yaş grubu ile 20-30 yaş ve 31-40 yaş grubu arasında anlamlı farklılık vardır. Risk yönetimi ve çalışan güvenliği çalışma ortamı ve yasal değişiklikler faktörlerinde yaş ilerledikçe kurum daha olumlu olarak değerlendirilmektedir. Bilgilendirme, fiziksel etkenler, çalışma ortamı ve yasal değişiklikler boyutları personelin yaş ile birlikte tecrübesinin de artmasından dolayı olumlu olarak değerlendirildiği görülmüştür.

Aşağıda BUÇH çalışanlarının risk yönetimi ve çalışan güvenliği ile ilgili faktörleri meslek gruplarına göre farklılık gösterir, hipotezi test edilmek amacıyla tek yönlü varyans analizi yapılmıştır.

Tablo 19 a: Faktörlerin Meslek Grubuna Göre Tanımsal İstatistik Analizi Sonuçları

Faktörler	Meslek Grupları	N	Ort.	Std. Sapma
Bilgilendirme	Hekim	53	3,42	0,706
	Ebe/Hemşire	166	3,60	0,721
	İdari/Teknik Personel	26	3,57	0,833
	Diğer Sağlık Personeli	118	3,47	0,590
	Toplam	363	3,53	0,689
Fiziksel Etkenler	Hekim	53	2,78	0,791
	Ebe/Hemşire	166	3,18	0,797
	İdari/Teknik Personel	26	3,09	0,888
	Diğer Sağlık Personeli	118	3,14	0,702
	Toplam	363	3,10	0,782
Çalışma Ortamı	Hekim	53	2,07	0,625
	Ebe/Hemşire	166	2,07	0,609
	İdari/Teknik Personel	26	2,83	0,712
	Diğer Sağlık Personeli	118	2,28	0,642
	Toplam	363	2,19	0,659
Yasal Değişiklikler	Hekim	53	2,73	1,050
	Ebe/Hemşire	166	2,86	1,019
	İdari/Teknik Personel	26	3,13	1,067
	Diğer Sağlık Personeli	118	2,80	0,852
	Toplam	363	2,84	0,977
Performans ve Ek Ödeme Sistemi	Hekim	53	2,48	1,052
	Ebe/Hemşire	166	2,41	0,919
	İdari/Teknik Personel	26	2,63	1,146
	Diğer Sağlık Personeli	118	2,45	0,823
	Toplam	363	2,45	0,926

Her bir faktörün meslek gruplarına göre ortalama değerleri ve standart sapmaları tablo 19 a’da verilmiştir. Bilgilendirme ve fiziksel etkenler boyutlarında en yüksek puan ortalaması ebe/hemşirelere aittir. Ebe/hemşire grubu çalışanları fiziksel riskleri ortadan kaldırmak için yapılan çalışmalarda daha aktif rol oynadıkları ve kurumun bu meslek grubuna risk yönetimi ve çalışan güvenliği ile ilgili bilgilendirmelerde daha kolay ulaştığını göstermektedir.

Çalışma ortamı, yasal değişiklikler ve performans boyutlarında ise en yüksek puan ortalamasına sahip meslek grubu ise idari/teknik personelden oluşmaktadır. Çalışma ortamı boyutunda en yüksek ortalamaya sahip olmasının sebebi, idari/teknik personel çalışma ortamında enfeksiyon hastalıkları, kan ve vücut sıvıları ve bulaşıcı hastalıklarla karşılaşma risklerinin düşük olmasından dolayıdır. Yasal değişiklikler boyutunda yüksek puan ortalamasına sahip olmasının sebebi, hizmet aldıkları birimler göz önüne alındığında kurum içerisinde yapılan duyurular veya Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan yönerge, yönetmelik, v.b. mevzuatlara sağlık hizmeti sunan personele göre daha önce haberdar olduklarını göstermektedir. Performans ve ek ödeme sistemi boyutunda ise idari personelin görev alanı içerisinde satın alınan malzemenin kalitesi ve güvenliği gibi parametreleri sağlık personeline göre daha iyi analiz etmesinden kaynaklanmaktadır.

Tablo 19 b: Meslek Gruplarına Göre Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

FAKTÖRLER		Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Ortalama Kare	F	p.
BİLGİLENDİRME	Gruplar Arası	1,95	3	0,65	1,372	0,25
	Gruplar içi	169,86	359	0,47		
	Toplam	171,80	362			
FİZİKSEL ETKENLER	Gruplar Arası	6,83	3	2,28	3,81	0,01
	Gruplar içi	214,69	359	0,60		
	Toplam	221,52	362			
ÇALIŞMA ORTAMI	Gruplar Arası	14,71	3	4,90	12,36	0,00
	Gruplar içi	142,38	359	0,40		
	Toplam	157,09	362			
YASAL DEĞİŞİKLİKLER	Gruplar Arası	3,12	3	1,04	1,09	0,35
	Gruplar içi	342,14	359	0,95		
	Toplam	345,26	362			
PERFORMANS VE EK ÖDEME SİSTEMİ	Gruplar Arası	1,16	3	0,39	0,45	0,72
	Gruplar içi	308,93	359	0,86		
	Toplam	310,09	362			

Yukarıdaki tablo 19 b’de risk yönetimi ve çalışan güvenliği boyutlarının meslek gruplarına göre tek yönlü varyans analizi (One Way Anova) çıktısı yer almaktadır. Tablodan da anlaşılacağı üzere faktörler arasından fiziksel etkenler, çalışma ortamı faktörleri arasında meslek gruplarına göre anlamlı fark vardır. Bonferroni testi ile görülen anlamlı farklılıkların hangi ikililer arasında olduğu aşağıdaki tablo 19 c’de verilmiştir.

Tablo 19 c: Meslek Grupları Arası Bonferroni Çoklu Karşılaştırma Testi Sonuçları

Demografik Özellikler	Faktörler	(I)	(J)	Ort. Fark (I-J)	Std. Sapma	p.
Meslek	Fiziksel Etkenler	Ebe/Hemşire	Hekim	,40521(*)	0,12	0,01
		Diğer Sağ. Personeli	Hekim	,36177(*)	0,13	0,03
	Çalışma Ortamı	İdari/Teknik Personel	Hekim	,75522(*)	0,15	0,00
			Ebe/Hemşire	,76066(*)	0,1328	0,00
			Diğer Sağ. Personeli	,55065(*)	0,1364	0,00
		Diğer Sağ. Personeli	Ebe/Hemşire	,21001(*)	0,0758	0,04

Yukarıdaki tablo 19 c’de demografik özelliklerden meslek grupları arası çoklu karşılaştırma analizi tablosu verilmiştir. Bonferroni testine göre fiziksel etkenler faktöründe ebe/hemşire ve diğer sağlık personeli ile hekimler arasında anlamlı farklılık vardır. Yardımcı sağlık personeli olarak sınıflandırılan personelin fiziksel riskleri önlemek amacıyla yapılan çalışmalarda büyük rol oynadığını söyleyebiliriz.

Çalışma ortamı faktöründe ise idari/teknik personel grubu ile hekimler, ebe/hemşireler ve diğer sağlık personeli grupları arasında anlamlı farklılık vardır. İdari/teknik personelinin hekim, ebe/hemşire ve diğer sağlık personeline göre daha yüksek olarak değerlendirdiği görülmüştür. Bu durum idari ve teknik personelinin direkt olarak sağlık hizmeti sunumunda rol oynamamasından kaynaklanmaktadır. Diğer sağlık personeli grubu ile ebe/hemşire grubu arasında da anlamlı fark vardır. Diğer sağlık personeli laboratuvar çalışanları, röntgen birimi çalışanları, ameliyathane çalışanları v.b. meslek gruplarından oluşmaktadır. Bu meslek grubu çalışanları, çalışma ortamında ebe/hemşire grubuna nazaran enfeksiyon riski, meslek hastalıklarına yakalanma riski oldukça yüksektir. Bunun sebepleri arasında direkt olarak kan ve vücut sıvılarına maruz kalma, radyoaktif ışınlar maruz kalma v.b. risklerle karşılaşmaları ebe/hemşire grubuna göre daha yüksek olmasından kaynaklanmaktadır.

Aşağıda BUÇH çalışanlarının risk yönetimi ve çalışan güvenliği ile ilgili faktörleri, eğitim durumuna göre farklılık gösterir hipotezi test edilmek amacıyla tek yönlü varyans analizi yapılmıştır.

Tablo 20 a: Faktörlerin Eğitim Durumlarına Göre Tanımsal İstatistik Analizi Sonuçları

Faktörler	Eğitim	N	Ort.	Std. Sapma
Bilgilendirme	Lise	50	3,40	0,634
	Ön Lisans	110	3,56	0,668
	Lisans	140	3,56	0,706
	Y.Lisans/Doktora	63	3,53	0,733
	Toplam	363	3,53	0,689
Fiziksel Etkenler	Lise	50	3,08	0,797
	Ön Lisans	110	3,17	0,762
	Lisans	140	3,15	0,779
	Y.Lisans/Doktora	63	2,89	0,795
	Toplam	363	3,10	0,782
Çalışma Ortamı	Lise	50	2,14	0,653
	Ön Lisans	110	2,24	0,622
	Lisans	140	2,23	0,708
	Y.Lisans/Doktora	63	2,04	0,598
	Toplam	363	2,19	0,659
Yasal Değişiklikler	Lise	50	2,76	0,968
	Ön Lisans	110	2,87	0,887
	Lisans	140	2,85	1,008
	Y.Lisans/Doktora	63	2,83	1,077
	Toplam	363	2,84	0,977
Performans ve Ek Ödeme Sistemi	Lise	50	2,49	0,894
	Ön Lisans	110	2,57	0,913
	Lisans	140	2,32	0,904
	Y.Lisans/Doktora	63	2,49	1,004
	Toplam	363	2,45	0,926

Her bir faktörün eğitim durumuna göre ortalama değerleri ve standart sapmaları tablo 20 a'da verilmiştir. Eğitim durumlarının ortalama değerlerine bakıldığında genel ortalama ile hemen hemen aynı seviyede olduğu görülmektedir.

Tablo 20 b: Eğitim Durumuna Göre Tek Yönlü Anova Analizi Sonuçları

FAKTÖRLER		Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Ortalama Kare	F	p.
BİLGİLENDİRME	Gruplar Arası	1,01	3	0,34	0,71	0,55
	Gruplar içi	170,80	359	0,48		
	Toplam	171,80	362			
FİZİKSEL ETKENLER	Gruplar Arası	3,67	3	1,22	2,02	0,11
	Gruplar içi	217,84	359	0,61		
	Toplam	221,52	362			
ÇALIŞMA ORTAMI	Gruplar Arası	2,12	3	0,71	1,64	0,18
	Gruplar içi	154,97	359	0,43		
	Toplam	157,09	362			
YASAL DEĞİŞİKLİKLER	Gruplar Arası	0,42	3	0,14	0,15	0,93
	Gruplar içi	344,84	359	0,96		
	Toplam	345,26	362			
PERFORMANS VE EK ÖDEME SİSTEMİ	Gruplar Arası	4,06	3	1,36	1,59	0,19
	Gruplar içi	306,02	359	0,85		
	Toplam	310,09	362			

Yukarıdaki tablo 20 b’de risk yönetimi ve çalışan güvenliği boyutlarının eğitim durumuna göre tek yönlü varyans analizi (One Way Anova) çıktısı yer almaktadır. Çıktı sonucunda risk yönetimi ve çalışan güvenliği boyutlarının eğitim durumları arasında anlamlı fark yoktur. Hipotez reddedilmiştir.

Aşağıda BUÇH çalışanlarının risk yönetimi ve çalışan güvenliği ile ilgili faktörleri çalışma yılı gruplarına göre farklılık gösterir, hipotezi test edilmek amacıyla tek yönlü varyans analizi yapılmıştır.

Tablo 21 a: Faktörlerin Çalışma Yılı Durumlarına Göre Tanımsal İstatistik Analizi Sonuçları

Faktörler	Çalışma Yılı	N	Ort.	Std. Sapma
Bilgilendirme	4 Yıldan Az	56	3,19	0,473
	5-10 Yıl	75	3,41	0,709
	11-20 Yıl	136	3,56	0,672
	21Yıl ve Üstü	96	3,79	0,704
	Toplam	363	3,53	0,689
Fiziksel Etkenler	4 Yıldan Az	56	2,74	0,720
	5-10 Yıl	75	2,94	0,769
	11-20 Yıl	136	3,09	0,789
	21Yıl ve Üstü	96	3,45	0,684
	Toplam	363	3,10	0,782
Çalışma Ortamı	4 Yıldan Az	56	2,06	0,668
	5-10 Yıl	75	2,12	0,661
	11-20 Yıl	136	2,24	0,642
	21Yıl ve Üstü	96	2,25	0,669
	Toplam	363	2,19	0,659
Yasal Değişiklikler	4 Yıldan Az	56	2,54	0,810
	5-10 Yıl	75	2,54	0,902
	11-20 Yıl	136	2,81	0,977
	21Yıl ve Üstü	96	3,29	0,969
	Toplam	363	2,84	0,977
Performans ve Ek Ödeme Sistemi	4 Yıldan Az	56	2,53	0,870
	5-10 Yıl	75	2,27	0,874
	11-20 Yıl	136	2,37	0,921
	21Yıl ve Üstü	96	2,65	0,974
	Toplam	363	2,45	0,926

Her bir faktörün çalışma yılı gruplarına göre ortalama değerleri ve standart sapmaları tablo 21 a'da verilmiştir. Bilgilendirme, fiziksel etkenler, yasal değişiklikler ve performans ve ek ödeme sistemi boyutlarında en yüksek puan ortalaması 21 yıl ve üstü yaş grubuna aittir. 21 yıl ve üstü çalışma yılına sahip personel iş yaşamında çalışma yılı daha az olan personele göre iş yaşamında tecrübeli olmalarından dolayı, kurum çalışmalarını ve mevzuat değişikliklerini takip ettiklerini ve fiziksel etkenleri ortadan kaldırmak için yapılan çalışmalardan

bilgilerinin olduğunu göstermektedir. Çalışma ortamı faktöründe ise 11 yıl ve üstü çalışma yılına sahip personelin toplam ortalamadan daha yüksek bir değer aldığı görülmektedir. Çalışma yılı artması ile meslek hastalıkları, enfeksiyon hastalıkları ve psikolojik baskının sağlık hizmetleri sunumunda ne denli önemli olduğunun farkına varıldığını söyleyebiliriz.

Tablo 21 b: Çalışma Yılına Göre Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

FAKTÖRLER		Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Ortalama Kare	F	p.
BİLGİLENDİRME	Gruplar Arası	14,27	3	4,76	10,84	0,00
	Gruplar içi	157,54	359	0,44		
	Toplam	171,80	362			
FİZİKSEL ETKENLER	Gruplar Arası	20,72	3	6,91	12,35	0,00
	Gruplar içi	200,79	359	0,56		
	Toplam	221,52	362			
ÇALIŞMA ORTAMI	Gruplar Arası	2,05	3	0,68	1,58	0,19
	Gruplar içi	155,05	359	0,43		
	Toplam	157,09	362			
YASAL DEĞİŞİKLİKLER	Gruplar Arası	30,95	3	10,32	11,78	0,00
	Gruplar içi	314,31	359	0,88		
	Toplam	345,26	362			
PERFORMANS VE EK ÖDEME SİSTEMİ	Gruplar Arası	7,42	3	2,47	2,93	0,03
	Gruplar içi	302,67	359	0,84		
	Toplam	310,09	362			

Yukarıdaki tablo 21 b’de risk yönetimi ve çalışan güvenliği boyutlarının çalışma yılı gruplarına göre tek yönlü varyans analizi (One Way Anova) çıktısı yer almaktadır. Çıktı sonucunda risk yönetimi ve çalışan güvenliği boyutlarından bilgilendirme, fiziksel etkenler, yasal değişiklikler ve performans ve ek ödeme sistemi boyutları ile çalışma yılı arasında anlamlı fark vardır. Aşağıdaki tablo 21 c’de çalışma yılına göre hangi ikililer arasında anlamlı farkın olduğunu gösteren bonferroni testi ile gösterilmiştir.

Tablo 21 c: Çalışma Yılı Grupları Arası Bonferroni Çoklu Karşılaştırma Testi Sonuçları

Demografik Özellikler	Faktörler	(I)	(J)	Ort. Fark (I-J)	Std. Sapma	p.
Çalışma Yılı	Bilgilendirme	11-20 Yıl	4 Yıldan Az	,36504(*)	0,105	0,00
			4 Yıldan Az	,60174(*)	0,111	0,00
		21Yıl ve Üstü	5-10 Yıl	,38444(*)	0,102	0,00
			11-20 Yıl	,23670(*)	0,088	0,05
	Fiziksel Etkenler	11-20 Yıl	4 Yıldan Az	,35605(*)	0,119	0,02
			4 Yıldan Az	,70778(*)	0,126	0,00
		21Yıl ve Üstü	5-10 Yıl	,50495(*)	0,115	0,00
			11-20 Yıl	,35173(*)	0,100	0,00
	Yasal Değişiklikler	21Yıl ve Üstü	4 Yıldan Az	,74355(*)	0,157	0,00
			5-10 Yıl	,74597(*)	0,144	0,00
			11-20 Yıl	,47937(*)	0,125	0,00
	Performans ve Ek Ödeme Sistemi	21Yıl ve Üstü	5-10 Yıl	,37667(*)	0,142	0,05

Tablo 21 c, çoklu karşılaştırmalar testi çıktı sonuçlarından da anlaşılacağı üzere bilgilendirme faktörünü çalışma yılı 21 yıl ve üstü olan personel ile 20 yıldan az olan personeller arasında anlamlı farklılık vardır. Kurumun risk yönetimi ve çalışan güvenliği ile ilgili bilgilendirmelerde 21 yıl ve üstü çalışma yılına sahip olan personel üzerinde, yönetimin daha başarılı olduğunu göstermektedir.

Fiziksel etkenler faktörünün çalışma yılına göre farklılığına incelendiğinde, mesleki tecrübesi 21 yıl ve üstü olanlar ile 20 yıldan az olanlar arasında anlamlı farklılık vardır. Personelin meslekteki çalışma yılı arttıkça, kurum yönetiminin çalışmalarını daha olumlu karşıladıklarını göstermektedir.

Bonferroni testi sonuçlarına göre, yasal değişiklikler faktöründe çalışma yılı 21 yıl ve üstü olan katılımcılar ile 20 yıl ve daha az olan katılımcılar arasında anlamlı farklılık vardır. Yasal değişiklikler faktöründe çalışma yılı fazla olan personel, S.B.'nin Sağlıkta Dönüşüm Reformu kapsamında yapılan çalışan güvenliği ile ilgili değişiklikleri takip etmekte ve kurumda kendilerini güvende hissetmektedir.

Aşağıda BUÇH çalışanlarının risk yönetimi ve çalışan güvenliği ile ilgili faktörleri kurum yılına göre farklılık gösterir, hipotezi test edilmek amacıyla tek yönlü varyans (One Way Anova) analizi yapılmıştır.

Tablo 22 a: Faktörlerin Kurum Yılı Durumlarına Göre Tanımsal İstatistik Analizi Sonuçları

Faktörler	Kurum Yılı	N	Ort.	Std. Sapma
Bilgilendirme	4 Yıldan Az	131	3,27	0,556
	5-10 Yıl	93	3,60	0,732
	11-20 Yıl	94	3,75	0,694
	21Yıl ve Üstü	45	3,71	0,710
	Toplam	363	3,53	0,689
Fiziksel Etkenler	4 Yıldan Az	131	2,82	0,749
	5-10 Yıl	93	3,09	0,787
	11-20 Yıl	94	3,35	0,760
	21Yıl ve Üstü	45	3,42	0,631
	Toplam	363	3,10	0,782
Çalışma Ortamı	4 Yıldan Az	131	2,06	0,648
	5-10 Yıl	93	2,29	0,698
	11-20 Yıl	94	2,24	0,658
	21Yıl ve Üstü	45	2,26	0,559
	Toplam	363	2,19	0,659
Yasal Değişiklikler	4 Yıldan Az	131	2,51	0,863
	5-10 Yıl	93	2,89	0,961
	11-20 Yıl	94	3,08	0,987
	21Yıl ve Üstü	45	3,20	1,033
	Toplam	363	2,84	0,977
Performans ve Ek Ödeme Sistemi	4 Yıldan Az	131	2,32	0,877
	5-10 Yıl	93	2,48	0,899
	11-20 Yıl	94	2,55	0,894
	21Yıl ve Üstü	45	2,54	1,146
	Toplam	363	2,45	0,926

Her bir faktörün kurum yılına göre ortalama değerleri ve standart sapmaları tablo 22 a'da verilmiştir. Bilgilendirme faktörü, fiziksel etkenler ve performans ve ek ödeme sistemi faktörleri içerisinde en yüksek ortalamaya sahip olan kurum yılı grubu 11-20 yıl grubu ve 21 yıl ve üstü grubuna aittir. Çalışanların bilgilendirme, fiziksel

etkenler ve performans ve ek ödeme sistemi faktörlerini, kurumdaki çalışma süresi arttıkça daha olumlu değerlendirdikleri görülmektedir. Çalışma ortamı faktöründe ise en yüksek ortalamayı 5-10 yıl kurum yılı olan grup oluşturmaktadır. Ancak 5 yıl ve üstü her grubun aldığı değer 2 civarında olmasından dolayı çalışma ortamından pek memnun olmadıkları görülmektedir.

Tablo 22 b: Kurum Yılına Göre Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

FAKTÖRLER		Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Ortalama Kare	F	p.
BİLGİLENDİRME	Gruplar Arası	15,412	3	5,137	11,793	0,00
	Gruplar içi	156,392	359	0,436		
	Toplam	171,804	362			
FİZİKSEL ETKENLER	Gruplar Arası	20,304	3	6,768	12,076	0,00
	Gruplar içi	201,211	359	0,56		
	Toplam	221,515	362			
ÇALIŞMA ORTAMI	Gruplar Arası	3,703	3	1,234	2,889	0,04
	Gruplar içi	153,389	359	0,427		
	Toplam	157,092	362			
YASAL DEĞİŞİKLİKLER	Gruplar Arası	25,758	3	8,586	9,648	0,00
	Gruplar içi	319,504	359	0,89		
	Toplam	345,263	362			
PERFORMANS VE EK ÖDEME SİSTEMİ	Gruplar Arası	3,57	3	1,19	1,394	0,24
	Gruplar içi	306,518	359	0,854		
	Toplam	310,087	362			

Yukarıdaki tablo 22 b’de risk yönetimi ve çalışan güvenliği boyutlarının kurum yılı gruplarına göre tek yönlü varyans analizi (One Way Anova) çıktısı yer almaktadır. Tablodan da anlaşılacağı üzere faktörler arasından bilgilendirme, fiziksel etkenler, çalışma ortamı ve yasal değişiklikler faktörleri arasında kurumdaki çalışma yılına göre anlamlı fark vardır. Bonferroni testi ile görülen anlamlı farklılıkların hangi ikililer arasında olduğu aşağıdaki tablo 22 c’de verilmiştir.

Tablo 22 c: Kurum Yılı Gruplar Arası Bonferroni Çoklu Karşılaştırma Testi Sonuçları

Demografik Özellikler	Faktörler	(I)	(J)	Ort. Fark (I-J)	Std. Sapma	p.
Kurum Yılı	Bilgilendirme	5-10 Yıl	4 Yıldan Az	,32836(*)	0,090	0,00
		11-20 Yıl	4 Yıldan Az	,48212(*)	0,089	0,00
		21Yıl ve Üstü	4 Yıldan Az	,44191(*)	0,114	0,00
	Fiziksel Etkenler	5-10 Yıl	4 Yıldan Az	,26428(*)	0,102	0,06
		11-20 Yıl	4 Yıldan Az	,52296(*)	0,101	0,00
		21Yıl ve Üstü	4 Yıldan Az	,59502(*)	0,129	0,00
			5-10 Yıl	,33073(*)	0,136	0,09
	Çalışma Ortamı	5-10 Yıl	4 Yıldan Az	,23446(*)	0,089	0,05
	Yasal Değişiklikler	5-10 Yıl	4 Yıldan Az	,37513(*)	0,128	0,02
		11-20 Yıl	4 Yıldan Az	,57138(*)	0,128	0,00
		21Yıl ve Üstü	4 Yıldan Az	,68982(*)	0,163	0,00

Tablo 22 c, çoklu karşılaştırmalar testi çıktı sonuçlarından da anlaşılacağı üzere bilgilendirme, fiziksel etkenler ve yasal değişiklikler faktörlerinde kurum yılı 5-10 yıl, 11-20 yıl ve 21 yıl ve üstü olanlar ile 4 yıldan az olan grup arasında anlamlı farklılık vardır. Kurum yılının artması bu faktörleri olumlu yönde etkilemektedir.

Çalışma yılı faktöründe ise, kurumdaki çalışma yılı 5-10 yıl arasında olan grup ile 4 yıldan az olan grup arasında anlamlı farklılık vardır. Kurumdaki çalışma süresi 5-10 yıl olanlar, kurum yılı 4 yıldan az olanlara kıyasla çalışma ortamından daha çok memnundur.

Tablo 23 a: Faktörlerin Çalışılan Birime Göre Tanımsal İstatistik Analizi Sonuçları

Faktörler	Birim	N	Ort.	Std. Sapma
Bilgilendirme	Servis	117	3,54	0,694
	Yoğun Bakım	27	3,34	0,708
	Acil	16	3,30	0,540
	Ameliyathane	18	3,60	0,673
	Röntgen	18	3,32	0,466
	Laboratuvar	53	3,50	0,636
	Poliklinik	18	3,78	0,696
	Yönetim/İdare	35	3,66	0,911
	Diğer	61	3,59	0,646
	Toplam	363	3,53	0,689
Fiziksel Etkenler	Servis	117	2,99	0,834
	Yoğun Bakım	27	2,99	0,595
	Acil	16	2,93	0,765
	Ameliyathane	18	3,46	0,652
	Röntgen	18	3,01	0,563
	Laboratuvar	53	3,04	0,752
	Poliklinik	18	3,48	0,921
	Yönetim/İdare	35	3,19	0,788
	Diğer	61	3,22	0,783
	Toplam	363	3,10	0,782
Çalışma Ortamı	Servis	117	1,96	0,548
	Yoğun Bakım	27	2,02	0,488
	Acil	16	2,15	0,702
	Ameliyathane	18	1,84	0,564
	Röntgen	18	2,15	0,766
	Laboratuvar	53	2,28	0,567
	Poliklinik	18	2,31	0,461
	Yönetim/İdare	35	2,74	0,838
	Diğer	61	2,41	0,653
	Toplam	363	2,19	0,659

Tablo 23 b: Faktörlerin Çalışılan Birime Göre Tanımsal İstatistik Analizi Sonuçları

Faktörler	Birim	N	Ort.	Std. Sapma
Yasal Değişiklikler	Servis	117	2,81	0,977
	Yoğun Bakım	27	2,43	0,861
	Acil	16	2,56	1,009
	Ameliyathane	18	2,67	1,003
	Röntgen	18	2,60	0,698
	Laboratuvar	53	2,75	0,952
	Poliklinik	18	3,07	1,234
	Yönetim/İdare	35	3,09	0,995
	Diğer	61	3,14	0,926
Toplam	363	2,84	0,977	
Performans ve Ek Ödeme Sistemi	Servis	117	2,41	0,948
	Yoğun Bakım	27	2,30	0,741
	Acil	16	2,68	1,030
	Ameliyathane	18	2,37	0,855
	Röntgen	18	1,93	0,736
	Laboratuvar	53	2,42	0,929
	Poliklinik	18	2,48	0,797
	Yönetim/İdare	35	2,71	1,080
	Diğer	61	2,57	0,901
Toplam	363	2,45	0,926	

BUÇH çalışanlarının risk yönetimi ve çalışan güvenliği ile ilgili faktörleri çalışılan birimlere göre farklılık gösterir hipotezi tek yönlü varyans analizi (One Way Anova) ile test edilmiştir. Her bir faktörün yaş gruplarına göre ortalama değerleri ve standart sapmaları tablo 23 a ve 23 b’de verilmiştir.

Risk yönetimi ve çalışan güvenliği ile ilgili faktörlerden bilgilendirme faktörü içerisinde en yüksek ortalamaya poliklinik ve yönetim/idare birimlerinde çalışan personele ait olduğu görülmektedir. Bu birimlerde çalışan personel diğer birimlerde çalışan personel gibi gece nöbet sistemi ile çalışmadığından kurum bu birimlerde çalışan personele bilgilendirme konusunda ulaşmada sıkıntı çekmediğini göstermektedir.

Fiziksel etkenler faktöründe birbirine yakın en yüksek ortalama ameliyathane ve poliklinik birimlerinde görülmektedir. Ameliyathane birimleri sağlık hizmetleri içerisinde riskli alan tanımlamasında yer almasından dolayı fiziksel etkenleri önlemek için yapılan çalışmalardan memnuniyetleri daha yüksektir. Poliklinik

Çalışanları ise hizmet içi eğitimlere diğer birim çalışanlara nazaran daha fazla katılım sağlamalarından dolayı çalışmalardan haberdar olduklarını göstermektedir.

Çalışma ortamı faktörünün ortalamasına bakıldığında en düşük ortalama ameliyathane çalışanlarına aittir. Bu birimlerde çalışan personel diğer birimlerde çalışan personele nazaran yüksek riskli alanlarda çalışmaktadırlar ve çalışma ortamında meslek hastalıkları ve enfeksiyon hastalıkları ile karşılaşma oranları oldukça yüksektir.

Acil servis ve yoğun bakım birimlerinde çalışan personelin ortalamalarına bakıldığında yasal değişiklikler ortalamasının altında olduğu görülmektedir. Bu tür birimlerde çalışan personel 24 saat usulü ile çalışmakta ve kurumdaki i iletişim ve bakanlık düzeyindeki mevzuat değişikliklerinden haberdar olamamaktadırlar. Bu durumda kurum içerisinde kendilerini güvende hissedemediklerini ve çalışan güvenliği ile ilgili çalışmalardan bilgi düzeylerinin düşük olduğunu göstermektedir.

Performans ve ek ödeme sistemi faktöründe ise en yüksek ortalamaya sahip olan grubun acil servis ve yönetim/idare grubuna ait olduğu görülmektedir. Yönetim/idare biriminde çalışan personel alınan malzemelerin yasal çerçevelerde doğrultusunda kaliteli ve güvenli olduğu düşüncesindedir. Bu durum aynı zamanda çalışan güvenliği ile ilgilineme bir etken olan koruyucu malzemelerin en sık kullanıldığı birimlerden biri olan acil serviste bu malzemeleri kullan personelin memnun olduğunu göstermektedir.

Tablo 23 c: Çalışılan Birime Göre Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

FAKTÖRLER		Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Ortalama Kare	F	p.
BİLGİLENDİRME	Gruplar Arası	4,67	8	0,584	1,24	0,28
	Gruplar içi	167,133	354	0,472		
	Toplam	171,804	362			
FİZİKSEL ETKENLER	Gruplar Arası	8,437	8	1,055	1,75	0,09
	Gruplar içi	213,079	354	0,602		
	Toplam	221,515	362			
ÇALIŞMA ORTAMI	Gruplar Arası	23,511	8	2,939	7,79	0,00
	Gruplar içi	133,581	354	0,377		
	Toplam	157,092	362			
YASAL DEĞİŞİKLİKLER	Gruplar Arası	16,508	8	2,063	2,22	0,03
	Gruplar içi	328,755	354	0,929		
	Toplam	345,263	362			
PERFORMANS VE EK ÖDEME SİSTEMİ	Gruplar Arası	9,953	8	1,244	1,47	0,17
	Gruplar içi	300,134	354	0,848		
	Toplam	310,087	362			

Yukarıdaki tablo 23 c’de risk yönetimi ve çalışan güvenliği boyutlarının birimlere göre tek yönlü varyans analizi (One Way Anova) çıktısı yer almaktadır. Tablodan da anlaşılacağı üzere faktörler arasından çalışma ortamı ve yasal değişiklikler faktörleri arasında birimlere göre anlamlı fark vardır. Fiziksel risklerin birimlere göre farklılık hipotezi değerlendirildiğinde, işaret değeri $p=0,09$ olduğu için %90 güven aralığında anlamlı farklılık bulunmuştur. Bonferroni testi ile görülen anlamlı farklılıkların hangi ikililer arasında olduğu aşağıdaki tablo 23 d’de verilmiştir.

Tablo 23 d: Çalışılan Birim Grupları Arası Bonferroni Çoklu Karşılaştırma Testi Sonuçları

Demografik Özellikler	Faktörler	(I)	(J)	Ort. Fark (I-J)	Std. Sapma	p.
Çalışılan Birim	Çalışma Ortamı	Yönetim/İdare	Servis	,78559(*)	0,118	0,00
			Yoğun Bakım	,72063(*)	0,157	0,00
			Ameliyathane	,89841(*)	0,178	0,00
			Röntgen	,59286(*)	0,178	0,04
			Laboratuvar	,46739(*)	0,134	0,02
		Diğer	Servis	,44929(*)	0,097	0,00
			Ameliyathane	,56211(*)	0,165	0,03

Tablo 23 d’de verilen çoklu karşılaştırmalar testi çıktı sonuçlarından anlaşılacağı üzere çalışma ortamı faktöründe yönetim/idare grubu ile servis, yoğun bakım, ameliyathane, röntgen ve laboratuvar birimleri arasında anlamlı farklılık vardır. Diğer birim olarak sınıflandırılmış olunan eczane, tıbbi sarf ambarı ve atölye v.b gibi birimlerde çalışan personel ile servis ve ameliyathane birimleri arasında anlamlı farklılık vardır. Çalışma ortamı olarak yönetim/idare ve diğer başlığı altında sınıflandırılan birimler hasta/hasta yakını ile temas olmayan birimler olmasından dolayı enfeksiyon, meslek hastalıkları ve psikolojik veya fiziksel şiddet gibi risklerle karşılaşmamaları gayet doğal bir süreçtir.

Korelasyon Analizi

İki değişken arasındaki ilişkinin gücünü gösteren ölçüdür ve **r** katsayısı ile gösterilir. Aralık ya da Oran ölçekli değişkenler arasında ilişkinin ölçümü için Pearson korelasyon katsayısı kullanılmaktadır. **r** değeri -1 ile +1 arasında değişir. **r**>0 ise ilişki aynı yönlü yani pozitifdir ve +1’e yaklaştıkça güçlenir. **r**<0 ise ilişki ters yönlü yani negatiftir ve - 1’e yaklaştıkça ters yönlü ilişki güçlenir (Özdemir, 2010:268). Risk yönetimi ve çalışan güvenliği faktörler arası ilişkinin belirlenmesi için verilere pearson korelasyon analizi uygulanmış ve aşağıdaki bulgular elde edilmiştir.

Tablo 24: Risk Yönetimi ve Çalışan Güvenliği Faktörler Arası İlişki Analizi

Faktörler		Bilgilendirme	Fiziksel Etkenler	Çalışma Ortamı	Yasal Değişiklikler	Performans ve Ek Ödeme Sistemi
Çalışan Güvenliği	Pearson Korelasyon Katsayısı	,810(**)	,568(**)	,666(**)	,530(**)	,331(**)
Bilgilendirme	Pearson Korelasyon Katsayısı	1	,653(**)	,191(**)	,626(**)	,397(**)
Fiziksel Etkenler	Pearson Korelasyon Katsayısı	,653(**)	1	,241(**)	,605(**)	,357(**)
Çalışma Ortamı	Pearson Korelasyon Katsayısı	,191(**)	,241(**)	1	,244(**)	,195(**)
Yasal Değişiklikler	Pearson Korelasyon Katsayısı	,626(**)	,605(**)	,244(**)	1	,617(**)

** p<0,01

Korelasyon analizi sonucunda BUÇH çalışanlarının risk yönetimi ve çalışan güvenliği faktörleri arasında pozitif yönlü, istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Bu ilişkiler %99 güvenle anlamlıdır. Çalışan güvenliği ile bilgilendirme (Pearson korelasyon= 0,810) ve çalışma ortamı (Pearson korelasyon= 0,666) faktörleri arasında pozitif ve güçlü bir ilişki vardır. Kurum yönetimi, ne kadar çok çalışana ulaşır ve çalışan güvenliği ile ilgili bilgilendirme yaparsa ve ayrıca çalışma ortamından riskleri bertaraf ederse çalışan güvenliğinde artışı sağlayacaktır.

Bilgilendirme faktörü ile fiziksel etkenler (Pearson korelasyon= 0,653) ve yasal değişiklikler faktörleri (Pearson korelasyon= 0,626) arasında pozitif yönlü ve güçlü bir ilişki vardır. Kurum planlayacağı eğitim/bilgilendirme toplantılarıyla ne kadar çok personele ulaşırsa fiziksel etkenleri önlemek için personel katılımının artacağı ve yasal değişikliklerin personele duyurulması sonrasında çalışan güvenliği farkındalığının artacağını göstermektedir.

Fiziksel etkenler faktörü ile bilgilendirme (Pearson korelasyon= 0,653) ve yasal değişiklikler (Pearson korelasyon= 0,605) faktörleri arasında pozitif yönlü ve güçlü bir ilişki vardır. Fiziksel etkenleri önlemek için başlatılan çalışmalar arttığında kurum çalışanlarının risk yönetimi ve çalışan güvenliğinde bilgilenmesinin artacağı ve çalışanlar kurum içerisinde daha fazla kendilerini güvende hissedeceklerdir. Çalışma ortamı ile fiziksel etkenler ve yasal değişiklikler faktörleri arasında pozitif yönlü fakat zayıf bir ilişki vardır.

Yasal değişiklikler faktörü ile bilgilendirme faktörü (Pearson korelasyon= 0,626), fiziksel etkenler faktörü (Pearson korelasyon= 0,605) ve performans ve ek ödeme sistemi faktörü (Pearson korelasyon= 0,617) arasında pozitif yönlü ve güçlü bir ilişki vardır. Kurum çalışanları, Sağlık Bakanlığının risk yönetimi ve çalışan güvenliği ile ilgili yasal değişiklikleri ile çalışma ortamında kendilerini daha fazla güvende hissedecekler böylece fiziksel etkenleri önlemede daha aktif rol oynayacaklar ayrıca kurum yönetimi ek ödeme ve performans sistemi gereklerini yeterince yerine getirecektir.

Performans ve ek ödeme sistemi faktörü ile yasal değişiklikler (Pearson korelasyon= 0,617) faktörü arasında yine pozitif yönlü ve güçlü bir ilişki mevcuttur. Kurum yönetimi performans ve ek ödeme sistemi gereklerini yerine getirerek kullanılan malzemelerin kalitesi ve güvenliği açısından daha fazla seçici davranırsa kurum içerisinde çalışanlar kendilerini daha fazla güvende hissedecekler ve çalışan güvenliği farkındalığı kurum içerisinde artmış olacaktır.

Aşağıdaki tablo 25'te çalışan güvenliği ile ilgili basit doğrusal regresyon analizi çıktıları yer almaktadır.

Tablo 25: Çalışma Güvenliği ile Risk Yönetimi ve Çalışan Güvenliği Faktörleri Arası Regresyon Modeli Analiz Sonuçları

Değişken Adı	β	t	P	ANOVA	Açıklama Düzeyi
Sabit	0,209	4,846	0,00	F= 969,45 P= 0,00	R= 0,965 R ² = 0,931
X ₁ (Bilgilendirme)	0,582	38,403	0,00		
X ₂ (Çalışma Ortamı)	0,435	37,692	0,00		
X ₃ (Performans ve Ek Ödeme Sistemi)	-0,027	-2,656	0,01		

Regresyon modeli Enter yöntemi seçilerek oluşturulmuştur. Çok değişkenli korelasyon katsayısı 0,965, belirlilik katsayısı 0,931 olarak bulunmuştur. Anova testine göre işaret değeri $p= 0,00 \leq \alpha= 0,05$ olduğundan bu katsayı anlamlıdır. Bağımsız değişkenler ile bağımlı değişken arasında ilişki vardır ve bağımsız değişkenler bağımlı değişkenin %93'ünü açıklamaktadır.

Modele göre çalışan güvenliği (Y) faktörünü tahminleyen bağımsız değişkenler,

- Bilgilendirme faktörü (X_1),
- Çalışma ortamı (X_2),
- Performans ve ek ödeme sistemi (X_3) değişkenleridir. Bu problemin

çok değişkenli regresyon modeli aşağıdaki gibidir.

$$Y= 0,209 + 0,582 X_1 + 0,435 X_2 - 0,027 X_3$$

Yukarıdaki çok değişkenli regresyon modelinden de anlaşılacağı üzere çalışan güvenliği ile bilgilendirme faktörü ve çalışma ortamı pozitif değer almıştır. Dolayısıyla kurum ne kadar fazla bilgilendirme faktörüne yönelik eğitimler düzenler, personele ulaşırsa ve çalışma ortamında enfeksiyon/bulaş riskini minimize etmek için çalışmalarda bulunursa çalışan güvenliğinde artış söz konusu olacaktır.

Modele göre performans ve ek ödeme sistemi faktörü negatif değer aldığı görülmektedir. Performans ve ek ödeme sistemindeki artış, çalışan güvenliğinde azalışa neden olmaktadır. Bunun sebebi sağlık hizmetlerinde görev alan personel, daha fazla ek ödeme ücreti almak için daha fazla hastaya ulaşma isteği içerisinde olmasından kaynaklanmaktadır.

SONUÇ

Sağlık işletmelerinde geçerli olan karlılık, sosyal sorumluluk ve süreklilik amaçları işletmeler için de önemli kavramların başında gelmektedir. Ancak sağlık, temel bir insan hakkı ve ihtiyaç duyulduğunda en acil bir şekilde giderilmesi gerekliliğinden dolayı sağlık işletmelerinde karlılık göz ardı edilebilmektedir. Sağlık kurum ve kuruluşlarında sağlık hizmetleri hastalıkların teşhis, tedavi ve rehabilitasyonu yanında, hastalıkların önlenmesi, toplum ve bireyin sağlık düzeyinin geliştirilmesi gibi bütün bir süreci kapsayan faaliyetlerin bütününden oluşmaktadır. Sağlık hizmeti süreçlerinin birbiriyle etkileşim halinde olması dolayısıyla süreçlerin birindeki bir aksaklık hem hasta/hasta yakınlarını hem de sağlık çalışanlarını olumsuz yönde etkilemektedir. Süreçlerdeki olumsuz sonuçları minimize etmek amacıyla risk yönetimi kavramı bize yol göstermektedir.

Risk, zarara uğrama tehlikesidir ve öngörülebilir tehlikeleri ifade etmektedir. Risk yönetimi ise, çalışma ortamındaki tehlikeleri belirleyen, tehlikelerin kritik değişkenler ve fonksiyonlar üzerindeki etkilerini araştıran ve işletmeyi koruma amaçlı mekanizma veya stratejiler geliştiren bir süreçtir. Başarılı bir risk yönetim süreci, çalışanlarının güvenliği ve sağlığını olumlu yönde etkileyecektir.

Sağlık hizmetlerinde hasta güvenliği kavramı ne kadar önemli ise çalışan güvenliği kavramı da o denli önemli bir kavramdır. Sağlık hizmeti sunumu esnasında sağlık çalışanlarının kendilerini güvende hissetmeleri sağlık bakım hizmeti düzeylerini pozitif anlamda etkilemektedir. Bu sebepten dolayıdır ki sağlık hizmetlerinde çalışan güvenliği üzerinde titizlikle durulması gereken konuların başında gelmektedir.

Bu çalışmada, karmaşık yapıdaki, emek, teknoloji ve işletmenin yoğun olduğu hastane işletmelerinde son yıllarda karşımıza sıkça çıkan sağlık hizmetlerinde risk yönetimi ve sağlık emekçileri için önemli bir kavram olan çalışan güvenliği konularını ele alınmıştır. Araştırma kapsamında ki çalışmada risk yönetimi ile çalışan güvenliği arasında nasıl bir etkileşim olduğu incelenmiştir. Risk yönetimi ile çalışan güvenliği arasında bir etkileşim olup olmadığı, etkileşim varsa ne doğrultuda bir etkileşimin bulunduğu ortaya koyulması amaçlanmıştır.

Uygulama T.C. Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesiyle sınırlandırılmıştır. Araştırmada risk yönetimi ve çalışan güvenliği ile ilgili oluşturulan bir ölçek kullanılmış ve bulgular SPSS 13.0 programında değerlendirilmiştir. Araştırma sonucu %95 güven aralığında test edilmiş ve p işaret değeri $p < 0.05$ olduğunda alternatif hipotez kabul edilerek anlamlı bir farklılık belirlenmiştir. Araştırmada hipotezler test edilmiş ve değerlendirilmiştir.

Risk yönetimi ve çalışan güvenliği ile ilgili faktörler cinsiyete göre farklılık gösterir, hipotezi bağımsız örneklem t-testi ile değerlendirilmiştir. Yapılan analiz sonucunda bilgilendirme faktöründe kadınların erkeklere göre kurum çalışmalarından bilgi edinme düzeyleri daha yüksektir. Fiziksel etkenler faktöründe ise kurumun fiziksel etkenleri önlemek için yapmış olduğu çalışmaların farkındalık düzeyleri erkeklere göre kadınların daha yüksektir. Bu durum kadınların fiziksel etkenleri önlemede daha fazla rol aldıklarını göstermektedir. Çalışma ortamı faktörüne bakıldığında ise çalışan güvenliğinde çalışma ortamı boyutu, erkekler kadınlara oranla daha risksiz oldukları söylenebilir. Ancak her iki grubunda çalışma ortamından pek memnun olmadıklarını görülmektedir.

Risk yönetimi ve çalışan güvenliği ile ilgili faktörler yaş gruplarına göre farklılık gösterir, hipotezi tek yönlü varyans analizi ile değerlendirilmiştir. Kurumun risk yönetimi ve çalışan güvenliği bilgilendirme faktöründe 30 yaş ve üstü grubunda daha başarılı olduğu görülmüştür. Fiziksel etkenler faktöründe çalışanların yaşları ilerledikçe fiziksel etkenleri önlemede yapılan çalışmalarda daha aktif olarak katıldıkları görülmektedir. Çalışma ortamı ve yasal değişiklikler boyutlarına bakıldığında ise anlamlı farklılığın 41-50 yaş ile 20-30 yaş ve 31-40 yaş grupları arasında olduğu görülmüştür.

Risk yönetimi ve çalışan güvenliği ile ilgili faktörler meslek gruplarına göre farklılık gösterir, hipotezi tek yönlü varyans analizi ile test edilmiştir. Fiziksel etkenler ve çalışma ortamı faktörleri meslek gruplarına göre anlamlı farklılık göstermektedir. Fiziksel etkenler faktöründe ebe/hemşire ve diğer sağlık personeli ile hekimler arasında farklılık mevcuttur. Kurum içerisinde fiziksel etkenleri önlemek için yapılan çalışmalarda bu iki meslek grubunun hekimlere nazaran daha fazla rol aldığını söyleyebiliriz. Çalışma ortamı faktöründe ise idari/teknik personelin sağlık hizmetinin direk sunan personele göre enfeksiyon riski, bulaşıcı hastalıklara

yakalanma riski ve psikolojik riske maruz kalma riski daha düşük olduğunu görülmektedir.

Risk yönetimi ve çalışan güvenliği ile ilgili faktörler eğitim durumlarına göre farklılık gösterir, hipotezi tek yönlü varyans analizi ile test edilmiştir. Analiz sonuçlarına göre risk yönetimi ve çalışan güvenliği faktörleri ile eğitim durumları arasında anlamlı farklılık yoktur. Hipotez reddedilmiştir.

Risk yönetimi ve çalışan güvenliği ile ilgili faktörler çalışma yılına göre farklılık gösterir, hipotezi tek yönlü varyans analizi ile test edilmiştir. Analiz sonuçlarına göre, çalışma yılı 11-20 yıl ile 4 yıldan az olan personel arasında ve ayrıca 21 yıl ve üstü olan personel üzerinde kurum bilgilendirme faktöründe daha başarılı olduğu görülmektedir. Fiziksel etkenler, yasal değişiklikler ve performans ve ek ödeme faktörlerinde 21 yıl ve üstü çalışma yılı olan personel ile çalışma yılı az olan personel arasında anlamlı farklılık vardır. Dolayısıyla kurum içerisinde bu faktörler çalışma yılına göre farklılık göstermektedir.

Risk yönetimi ve çalışan güvenliği ile ilgili faktörler kurum yılına göre farklılık gösterir, hipotezi tek yönlü varyans analizi ile test edilmiştir. Bilgilendirme, fiziksel etkenler, çalışma ortamı ve yasal değişiklikler faktörlerinde kurumdaki çalışma yılı yeni olan çalışanlar ile kurumdaki çalışma yılı fazla olan personel arasında farklı algılara sahip oldukları görülmektedir.

Risk yönetimi ve çalışan güvenliği ile ilgili faktörler çalışılan birimlere göre farklılık gösterir, hipotezi tek yönlü anova testi ile test edilmiştir. Çalışılan birime göre fiziksel etkenler, çalışma ortamı ve yasal değişiklikler faktörlerinde anlamlı farklılıklar görülmektedir. Sağlık hizmeti sunumunda doğrudan rol oynayan birimlerde çalışan personel diğer birimlerde çalışan personellere göre fiziksel etkenleri önlemede aktif rol oynamakta, enfeksiyon riski, bulaşıcı hastalıklara yakalanma riski v.b. gibi risklerle karşı karşıya kalmakta ve yasal değişiklikler sonrasında kurum çalışanlarının çalışan güvenliği farkındalığında farklı algılara sahip oldukları görülmektedir.

BUÇH çalışanlarının risk yönetimi ve çalışan güvenliği faktörleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır, hipotezi pearson korelasyon analizi ile değerlendirilmiş, faktörler arasında pozitif yönlü, istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Değerlendirmeye göre BUÇH çalışanlarının risk yönetimi ve

çalışan güvenliği faktör düzeyleri arttıkça risk yönetimi ve çalışan güvenliğinde artış olduğu, faktör düzeyleri azaldıkça risk yönetimi ve çalışan güvenliği düzeylerinin azalmakta olduğu görülmektedir.

Araştırma sonucu genel olarak çalışanların BUÇH'nin risk yönetimi ve çalışan güvenliği konusunda çalışma ortamı (2,19), yasal değişiklikler (2,84) ve performans ve ek ödeme sistemi (2,45) faktörlerinde orta düzeyin altında, fiziksel etkenler (3,10) ve bilgilendirme (3,53) faktörlerinde ise orta düzeyin üstünde olduğunu göstermektedir. Fiziksel etkenler faktörü ortalamanın biraz üstünde çıkan sonuç tam anlamıyla olmasa da kurum, Sağlıkta Kalite Standartları gerekliliklerini yerine getirmekte olduğunu göstermektedir. Kurumun çalışmalarının personele doğru aktarılıp aktarılmadığı ile ilgili ifadelerin toplandığı bilgilendirme faktörünün ortalamanın üstünde çıkması eğitim/bilgilendirme toplantıları ile çalışanlara ulaşıldığını göstermektedir. Enfeksiyonlar, iş kazaları, meslek hastalıkları ve psikolojik şiddeti ifade eden çalışma ortamı faktörü, kurumda çalışanların yüksek düzeyde bu risklerle karşı karşıya olduğunu göstermektedir. Son olarak performans ve ek ödeme sistemi sonrasında kullanılan araç-gereçlerin sağlamlığı ve kalitesi, risk yönetimi için ayrılan bütçenin yetersiz olduğu görülmektedir.

Risk yönetimi ve çalışan güvenliği faktörleri arasında pozitif yönlü ve kuvvetli bir ilişki olması ve hastane işletmelerinin daha başarılı hizmet verebilmeleri, çalışanların risklerle karşı karşıya kalmamaları ve sağlık hizmeti sunumu esnasında güvende hissetmeleri için faktörlerin yeniden değerlendirilmesi ve iyileştirilmesi gerekmektedir.

Çalışan güvenliği ile risk yönetimi faktörleri arasında oluşturulan regresyon modelinde, bağımsız değişkenler ile bağımlı değişken arasında ilişkinin olduğu görülmektedir. Çalışan güvenliği ile performans ve ek ödeme sistemi arasında negatif ilişkinin olduğu saptanmıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda hastane işletmelerinde risk yönetimi ve çalışan güvenliği etkileşimine yönelik daha sonra yapılacak araştırmalara ve hastanelere yol göstermesi açısından bazı öneriler şu şekildedir;

- Çalışan güvenliğinin kurum içerisinde kuvvetli hissedilmesi için ekip çalışmalarının desteklenmesi, takım ruhunu geliştiren faaliyetlerin planlanması faydalı olacaktır. Bununla ilgili bazı eğitim programları, sosyal

faaliyetler, psikodramalar ve takım ruhunu geliştirici oyunlar önerilebilir. Ayrıca çalışanların yönetim kararlarına katılmalarına fırsat sağlayacak bir geri bildirim sistemi oluşturulabilir. Bununla ilgili çalışan öneri ve şikayetleri değerlendirilebilir ve çalışanlara geri bildirimlerde bulunulabilir. Belirli aralıklarla çalışanların fikir ve önerileri için iletişim toplantıları planlanabilir.

- Sürekli iyileştirme ve örgüt hedefleriyle ilgili çalışanlara bilgilendirme ve öneri toplantıları düzenlenmeli ve kararlara katılımları sağlanmalıdır. Çalışanların çalışma ortamları ergonomik açıdan çalışma yaşamına uygun olarak yeniden tasarlanmalıdır. Ergonomi olarak ayrıca çalışanların egzersiz yapabilecekleri hem alanlar oluşturulmalı hem bu konuda uzman sağlık personeli tarafından destek alınmalıdır. Eğitim planlarına ergonomi konusunda eğitimler dahil edilmelidir.

- Biyolojik riskler konusunda yani enfeksiyon riski, kan ve vücut sıvısına maruz kalma risklerine karşı sahada el antiseptiklerini arttırıp el hijyeni uygulaması çalışmasına önem vermelidir. Sağlık kurum ve kuruluşları izolasyon önlemlerini gözden geçirmeli, hastaların yatış sürelerini olabildiğince kısaltmalı, doğru sterilizasyon ve dezenfeksiyon kurallarını uygulamalı, kişisel koruyucu ekipman sayısını arttırmalı ve bu ekipmanların kullanımını hakkında eğitimler düzenlenmeli, personellerin sağlık taramalarını belirlenen periyotlarda tekrarlanmalı ve bunun raporlanmasını sağlamalıdır.

- Fiziksel riskleri minimize etmek amacıyla sağlık kurumları, hasta/hasta yakını ve sağlık çalışanlarının klinik kurallarına tam uyumun sağlanmasına dikkat edilmelidir. Bunun yanı sıra kurumlar tıbbi cihazların düzenli bakım/onarım, kalibrasyonlarını zamanında yaptırmalı, hasta yakınlarının ziyaret saatlerine uyum konusunda gerekli tedbirleri almalı, hasta odalarında ve hemşire/hekim dinlenme odalarında mevcut olan televizyonların seslerinin belirli bir seviyede tutulmasının sağlanması, sağlığı tehdit edebilecek seviyede gürültülü çalışma ortamında çalışanlara kulaklık temin edilmelidir. Ayrıca sağlık hizmetinin sunumunun yapıldığı binaya ses yalıtım sistemi yapılmalı ve yeni cihaz alımları yapılırken sessiz çalışan cihazların seçilmesine dikkat edilmelidir.

- Çalışanların stresle başa çıkması açısından S.B.’nin başlattığı beyaz kod uygulamasının aktif olarak işlemesine özen gösterilmelidir. (Beyaz Kod: Sağlık çalışanlarının karşılaştıkları şiddet olaylarını bildirmek için 24 saat hizmet veren “113” numaralı telefon veya Sağlık Bakanlığının web sitesi üzerinden bildirim yapabilecekleri sistemdir.) Kurum ve kuruluşlar güvenlik ile ilgili broşürler oluşturarak çalışanların ve hasta/hasta yakınlarının farkındalıklarının artması sağlanmalıdır. Örgüt içi iletişimin açık tutulması gerekmektedir. Böylece çalışanların amirleri tarafından psikolojik şiddete maruz kalmaları bir nebze hafifletilecek ve şiddeti azaltmak için bir etkinlik oluşturulmuş olacaktır.

Bu çalışma emek yoğun olarak hizmet veren hastane işletmesinde gerçekleştirilmiştir. İleriki araştırmalarda risk yönetimi ve çalışan güvenliği hizmet sektörü başta olmak üzere, diğer işletmeler için de yapılması önerilmektedir. Ayrıca risk yönetimi ve çalışan güvenliği etkileşimi ile verimlilik, karlılık veya performans etkileşimlerine yönelik araştırmalarının yapılması sağlık hizmetlerinde risk yönetiminin daha iyi anlaşılması ve literatürde yeni kaynaklar oluşturması açısından faydalı olacaktır.

KAYNAKÇA

Akar Ç. ve Özalp H. (1998). *Sağlık Hizmetlerinde ve İşletmelerinde Yönetim*, Ankara: Somgür Yayınları.

Akkaya G. (2007). *Avrupa Birliği ve Türk Mevzuatı Açısından Sağlık Kuruluşlarında İş Sağlığı, İş Güvenliği, Meslek Hastalıkları ve Bir Araştırma*. (Yayınlanmamış Doktora Tezi). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

American Hospital Association, AHA, (2009). *Certified Professional in Helatcare Risk Management-Candidate Handbook and Application*, Chicago: AHA Certification Center.

Arda F. ve Özşahin A. (2005). Mesleki Deri Hastalıkları ve Korunma Yolları, *TTB Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*. 137(21): 25

Aydınlı C. (2010). *Sağlık Kuruluşlarında Risk Değerlendirme ve Bir Üniversite Hastanesinde Risk Azaltma Çalışması*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Bursa: Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Aytaç S. ve Bayram N. (2000). Marmara Depremi Sonrası Bireylerdeki Stres Tepkilerinin Analizi, *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 2(4): 42-61

Azap A., Ergönül Ö., Memikoğlu K.O., Yeşilkaya A., Altunsoy A., Bozkurt G. Y. ve Tekeli E. (2005). "Occupational Exposure to Blood and Body Fluids Among Health Care Workers in Ankara, Turkey", *American Journal of Infection Control*. 33(1): 48-52

Bateman M. (2007). *Pratik Risk Değerlendirme El Kitabı*, Ankara: TMMOB Makine Mühendisleri Odası 85. Bülten: 33

Batıgün A. D. ve Şahin N. H. (2006). İş Stresi ve Sağlık Psikolojisi Araştırmaları için İki Ölçek: A Tipi Kişilik ve İş Doyumu, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17(1): 33

Bulun M. (2009). Hamurabi'den Günümüze (ve geleceğe) Hasta Güvenliği. *Hasta Güvenliği Dergisi*. 1(1): 6-7

Carroll R. L. ve Norris G. A. (2006). "Chapter-1; Enterprise Risk Management in Health Care, The Basics", *Risk Management Handbook for Health care Organizations* Edt. Roberta Carroll, Second Edition, Fifth Impression, San Francisco: Jossey-Bass A Willey Print.

Ceylan A. ve Ulutürk H. H. (2006). "Rol Belirsizliği, Rol Çatışması, İş Tatmini ve Performans Arasındaki İlişkiler", *Doğuş Üniversitesi Dergisi* 7(1): 48-58

Chu C. I., Hsu H. M., Price J. L. ve Lee J. Y. (2003) "Job Satisfaction on Hospital Nurses: An Empirical Test of A Casual Model in Taiwan". *International Nursing Review*.

Cüceloğlu D. (1994). *İnsan ve Davranışı, Psikolojinin Temel Kavramları*, İstanbul: Remzi Kitapevi.

Çakmak A., Öztürk M., Kişioğlu A. N. ve Doğan M. (2002). "Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde Sağlık Çalışanlarının Hepatit B Enfeksiyonuna Karşı Bağışıklanma Durumları", *TTB Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, Ekim-Kasım-Aralık, 12. Sayı: 43-44

Demiral Y. (2006). Sağlık Çalışanlarında İş Gerilimi, İş Doyumu ve Mesleksel Riskler, *TTB Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, Ekim-Kasım-Aralık, 28. Sayı: 35

Devebakan N. (2007). *Özel Sağlık İşletmelerinde İş Sağlığı ve Güvenliği*. (Yayınlanmamış Doktora Tezi). İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Devlet Planlama Teşkilatı, (4 Ekim 2012). *2013 Yılı Programının Uygulanması, Koordinasyonu ve İzlenmesine Dair Bakanlar Kurulu Kararı Eki*
<http://www.kalkinma.gov.tr/PortalDesign/PortalControls/WebIcerikGosterim.aspx?Enc=83D5A6FF03C7B4FC7D333B89A57C1CCE4268AB1687B22FA5FC02C11D85C07A12>, (18.11.2012)

Eren E. (2000). *Örgütsel Davranış ve Yönetim Psikolojisi*. İstanbul: Beta Yayınları, Genişletilmiş 6. Baskı.

Ergör A. ve Demiral Y. (2002). “Sterilizasyon Birimlerinde Sağlık Riskleri ve Korunma Yolları”, Hastanelerde Merkezi Sterilizasyon ve Reuse Organizasyonu, *İzmir: DEÜ Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği, Merkezi Sterilizasyon Ünitesi Yayını: 25*

Erinç S., Açikel C., Başoğlu C., Çetin M. ve Çeliköz B. (2002). Yanık Merkezi Hemşirelerinde Anksiyete, Depresyon, İş Doyumu, Tükenme ve Stresle Başa Çıkma: Karşılaştırmalı Bir Araştırma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 3(3): 163

Esin A. (2006). İş Sağlığı ve Güvenliği. Ankara: *TMMOB Makine Mühendisleri Odası Yayını*. 206. Sayı: 89

Evanoff B., Wolf L., Aton E., Canos J. ve Collis J. (2003). Reduction in Injury Rates in Nursing Personnel Through Introduction of Mechanical Lifts in the Workplace, *American Journal of Industrial Medicine*. 44(5): 451

Fıkırkoca M. (2003). *Bütünsel Risk Yönetimi*, Ankara: Kalder Yayını, 2. Basım.

Görgüner M. (2002). *Sağlık Çalışanlarında Solunum Yolu İle Bulaşan İnfeksiyonlar ve Korunma, Sterilizasyon Dezenfeksiyon ve Hastane İnfeksiyonları*. Çev. Murat Günyadın, Şaban Esen, Ahmet Saniç, Hakan Leblebicioğlu, Samsun: Sımad Yayınları.

Hayran O. (1997). *Sağlık Düzeyi Göstergeleri ve Hizmetler Açısından Ülkeler Arası Kıyaslama, Hastane Yöneticiliği*. Çev. Osman Hayran; Haydar Sur, İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi Yayını.

Hoşoğlu S., Tanrıkulu A. Ç., Dağlı C. ve Akalın Ş. (2004). Bir Üniversite Hastanesinin Çalışanlarında Tüberküloz Riski, *Toraks Dergisi*. 5(3): 196

İbicioğlu H. ve Can A. (2008). Yönetim ve Yöneticilik Yönünden Üniversite Hastanelerinin Değerlendirilmesi, *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 13(3): 256

İnce H., İnce N., Özyıldırım B. A. ve Safran N. (2005), Hatalı Tıbbi Uygulama ve Korunma Yolları, *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*, 68(4): 123-127

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO),

2004; Accreditation Issues for Risk Managers, *Joint FCommission Resources, Illinois*

2005-1; Failure Mode and Effects Analysis in Healthcare-Proactive Risk Reduction, 2. Edition, *Join Commission Resources, Illinois*

2005-2; Root Cause Analysis in Healthcare-Tolls and Techniques, 2. Edition, *Joint Commission Resources, Illinois*

Kavaler F. ve Spiegel A.D. (2003). *Risk Management in Health Care Institution, A Strategic Approach*, Jones and Bartlett Publishers, London: Second Editions.

Kavuncubaşı Ş. ve Kısa A. (2002). *Sağlık Kurumları Yönetimi*, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayın No: 1429.

Korleski D. (1990). *The Emergence of a Profession, Essentials of Hospital Risk Management*. Çev. Barbara J. Youngberg, Aspen Publishers, Maryland, Berkeley Electronic Press.

Kraus G. P. (2000), *Health Care Risk Management: Organization and Claims Administration*, New York: Beard Books.

Kurtulmuş S. (1998), *Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi*, İstanbul: Timaş Yayınları

Latino R. J. (2009), *Patient Safety-The Proact Root Cause Analysis Approach*, New York: CRC Press.

Martino V. D. (2003). *Workplace Violence in the Health Sector, Relationship Between Work Stress and Workplace Violence in the Health Sector, Geneva. ILO/ICN/WHO/PSI*.

http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/interpersonal/WVstresspaper.pdf, (18.03.2013)

Mcdiarmid M. A. (2006). *Chemical Hazards in Health Care, High Hazard, High Risk but Low Protection*, Annals New York Academy of Sciences. 6(1076): 601

Menderes M. ve Ersoy K. (1993). Genel Sistem Kuramı ve Sağlık Sistemi, Hastane Sistemi ve Hasta Bakım Alt Sistemi, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*. Ankara: *Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Yüksek Okulu Yayını*. 2(1): 39

Öcal A. (2010), *Sağlık Çalışanlarında İş Sağlığı ve Güvenliği*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul: Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Özdemir A. (2010). *Yönetim Biliminde İleri Araştırma Yöntemleri ve Uygulamaları*. İstanbul: Beta Yayınları.

Özkılıç Ö. (2005). *İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetim Sistemleri ve Risk Değerlendirme Sistemleri Metodolojileri*, Ankara: TISK Yayınları.

Özkılıç Ö. (2007). *İş Sağlığı, Güvenliği ve Çevresel Etki Risk Değerlendirmesi*, İstanbul: MESS Yayınları.

Özkılıç Ö. (2008-2). Tehlike ve Risk Kavramları-Terminoloji, 5. *Uluslararası İş Sağlığı ve Güvenliği Konferansı 1. Oturum Sözel Bildiri*. (ss. 2), Düzenleyen Taysad Organize Sanayi Bölgesi (TOSB) İstanbul. 3 Kasım 2008.

Öztürk H., Yılmaz F., Hintistan S. ve Bayramoğlu T. (2010). Hemşirelerin Yaşadığı Mobbing. *II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı*. (ss. 144-145) Ankara: Başak Matbaacılık.

Pala K. (Şubat 2007). *Türkiye İçin Nasıl Bir Sağlık Reformu?* http://www.nilufer.bel.tr/alt/pdf_doc/saglik_reformu.pdf, (28.12.2012).

Parlar S. (2008). Sağlık Çalışanlarında Göz Ardı Edilen Durum; Sağlıklı Çalışma Ortamı, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, İzmir: 6(7): 548

Reason J. T. (2003). *Clinical Risk Management: Enhancing Patient Safety* Edt. Charles Vincent, Second Edition, Third Impression, London: BMJ Books.

Sağlık Bakanlığı 01.03.2011 tarih ve 9489 sayılı Makam Onayı, "*Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi*".

Sağlık Bakanlığı, *Yataklı Tedavi İşletme Yönetmeliği*.

Sağlık Bakanlığı, *2011 Sağlık İstatistiği Yıllığı*.

Sınıksaran E. (2008). *Şansın Matematiği*, İstanbul: Doğan Egmont Yayıncılık.

Sünter A. T., Canbaz S., Dabak Ş. Öz H. ve Pekşen Y. (2006). Pratisyen Hekimlerde Tükenmişlik, İşe Bağlı Gerginlik ve İş Doyumu Düzeyleri, *Genel Tıp Dergisi*. 16(1): 10

Tınar M. Y. (1996), *Çalışma Psikolojisi*, İzmir: Necdet Bükey Matbaacılık.

Tütüncü, Ö. (2001). *Yiyecek İçecek İşletmelerinde Müşteri Tatmininin Ölçülmesi*. Ankara: Turhan Kitabevi.

Waterman L. (1995). Health and Safety Risk Assessments in the Health Sector, Facilities. *Emerald*. 13(2): 22-25

Willburn S. Q. ve Eijkemans G. (2004). Preventing Needlestick Injuries Among Health Care Workers, *International Journal of Occupational and Environmental Health*.

http://www.who.int/occupational_health/activities/5prevent.pdf, (01.04.2013)

William, J.A. (1992). *Hospital Management: In the Tropichs and Subtropics*, Hong Kong: Macmillan Publishing.

Yeşildağ N. (2005). Sağlık Hizmetlerinde İş Kazaları ve Şiddetin Değerlendirilmesi, *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*. 4(5): 280

Yiğitbaş Ç. ve Deveci S. E.(2011). Sağlık Çalışanlarına Yönelik Mobbing, *TBB Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, Ekim-Kasım-Aralık, 42. Sayı: 23

02/11/2011 tarihli ve 28103 (Mükerrer) sayısı ile Resmi Gazetede yayımlanan 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname

EK

SAYIN KATILIMCI,

Bu çalışma Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kuruluşları Programı yüksek lisans tezi kapsamında yürütülüp, kurumunuzdaki Sağlık Hizmetlerinde Risk Yönetiminin Çalışan Güvenliği Üzerine Etkisini incelemek amacıyla düzenlenmiştir. Çalışmanın sonuçları bilimsel amaçlı kullanılacaktır. Katılımınız için teşekkür ederiz.

Aytaç HİSAR

Cinsiyetiniz?	<input type="checkbox"/> Kadın	<input type="checkbox"/> Erkek							
Yaşınız?	<input type="checkbox"/> 20-30	<input type="checkbox"/> 31-40	<input type="checkbox"/> 41-50	<input type="checkbox"/> 51 ve üstü					
Mesleğiniz?	<input type="checkbox"/> Hekim	<input type="checkbox"/> Ebe/Hemşire	<input type="checkbox"/> İdari ve Teknik Personel	<input type="checkbox"/> Diğer Sağlık Personelleri					
Eğitiminiz?	<input type="checkbox"/> Lise	<input type="checkbox"/> Önlisans	<input type="checkbox"/> Lisans	<input type="checkbox"/> Yüksek Lisans ve Doktora					
Çalışma Yılıınız?	<input type="checkbox"/> 4 yıl ve daha az	<input type="checkbox"/> 5-10 yıl	<input type="checkbox"/> 11-20 yıl	<input type="checkbox"/> 21-30 yıl	<input type="checkbox"/> 31 yıldan fazla				
Kurumdaki Yılıınız?	<input type="checkbox"/> 4 yıl ve daha az	<input type="checkbox"/> 5-10 yıl	<input type="checkbox"/> 11-20 yıl	<input type="checkbox"/> 21-30 yıl	<input type="checkbox"/> 31 yıldan fazla				
Çalıştığınız Birim?	<input type="checkbox"/> Servis	<input type="checkbox"/> Yoğun Bakım	<input type="checkbox"/> Acil	<input type="checkbox"/> Ameliyathane	<input type="checkbox"/> Röntgen	<input type="checkbox"/> Laboratuvar	<input type="checkbox"/> Poliklinik	<input type="checkbox"/> Yönetim/İdare	<input type="checkbox"/> Diğer

	Evet	Hayır	Bilgim yok
2011 yılında yayınlanan "Sağlık kurum ve kuruluşlarında hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanmasına ilişkin tebliğ" okudunuz mu?	①	②	③
Kurumunuzda Çalışan güvenliğine yönelik yazılı düzenleme var mı?	①	②	③
Çalışan güvenliği komitesi, gerekli çalışmaları yürütüyor mu?	①	②	③
Kurumunuzda Risk yönetiminden sorumlu bir yönetici var mı? (Kalite Yönetim Direktörü)	①	②	③
Çalıştığınız birimde/ünitede risk yönetiminden sorumlu bir personel görevlendirildi mi?	①	②	③
İş yerinizde şiddeti kime ya da nereye bildirdiniz konusunda bir bilginiz var mı?	①	②	③
Riskli alan tanımlaması mevcut ve tanımlanan alanlara özgü enfeksiyonların önlenmesine yönelik yazılı düzenleme mevcut mu?	①	②	③
Çalışan güvenliğine yönelik 24 saat her nokta güvenlik kameraları ile izleniyor mu?	①	②	③
Hizmet verdiğiniz binada merkezi yangın alarm sistemi mevcut olup acil çıkış levhaları mevcut mu?	①	②	③
Çalıştığınız birimde risk değerlendirmesi yapılıyor mu? (radyasyon, gürültü tehlikesi, tehlikeli maddeler, kansorejen/mutajen maddeler, tıbbi atıklar, enfeksiyon, alerjen maddeler, ergonomi, şiddet, iletişim)	①	②	③
Kurumunuzda Elektrik kesintilerine karşı jeneratör mevcut mu?	①	②	③
Kurumunuzda Yangın riskine karşı tatbikatlar düzenleniyor mu?	①	②	③
Kurumunuzda Bilgi güvenliğini sağlamaya yönelik gerekli tedbirler alınıyor mu?	①	②	③
Kurumunuzda Hastane Afet Planı oluşturuldu mu?	①	②	③

Lütfen aşağıdaki soruları Sağlık Bakanlığının Sağlıkta Dönüşüm Reformu kapsamında değerlendiriniz.

KURUMUMDA,	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Ne Katılıyorum, Ne Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
Yönetim Sağlık kurum ve kuruluşlarında hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanmasına yönelik mevzuatlarının duyurulmasını sağlar.	⑤	④	③	②	①
Çalışan hakları ile ilgili çalışan güvenliği komitesi mevcuttur.	⑤	④	③	②	①
Çalışanlarda meslek hastalıkları görülür.	⑤	④	③	②	①
Çalışanlarda iş kazaları meydana gelir.	⑤	④	③	②	①
Çalışanlarda enfeksiyon hastalığına yakalanma oranı düşüktür.	⑤	④	③	②	①
İş güvenliğine yönelik kayıt sistemi vardır (Güvenlik raporlama sistemi/Olay bildirim Formu)	⑤	④	③	②	①
İlk işe başlamada ve riskli alanlarda çalışan personele, kişisel sağlık taraması ve muayenesi yapılmaktadır.	⑤	④	③	②	①
Kurumda çalışan güvenliği için eğitim programları düzenlenmektedir.	⑤	④	③	②	①
Kesici delici alet yaralanma formu mevcut ve kullanılmaktadır.	⑤	④	③	②	①
Bir kişiye ya da gruba karşı fiziksel, cinsel veya psikolojik zarara neden olacak şekilde kuvvet uygulanmaktadır.	⑤	④	③	②	①
Çalışanlardaki psikolojik baskıyı azaltmak için etkinlikler düzenlenmektedir. (eğlence/ eğitim toplantıları vb)	⑤	④	③	②	①
İş kazası/meslek hastalığı durumunda kurum gerekli sorumluluğu üstlenmekte ve çalışanı desteklemektedir.	⑤	④	③	②	①
Yönetime güvenlikle ilgili sorunlar iletildiğinde çözüm geciktirilmez/ acil çözümlenir.	⑤	④	③	②	①
Kullanılan alet-araçların düzenli kontrolleri ve bakımları yapılmaktadır.	⑤	④	③	②	①
Koruyucu malzemeler (eldiven/ gözlük vb.) çok rahat bulunmaktadır.	⑤	④	③	②	①
Özel ilaçlar (kemoterapi vb.) için özel talimatlar uygulanmaktadır.	⑤	④	③	②	①
Kan ve vücut sıvılarından korunmak için önlemler alınmaktadır	⑤	④	③	②	①
Toksik, tıbbi atıklar vb. için önlemler alınmaktadır.	⑤	④	③	②	①
Çalışma ortamında ısı ve nem takibi yapılmaktadır.	⑤	④	③	②	①

KURUMUMDA,	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Ne Katılıyorum, Ne Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
Işık/ aydınlık uygun ve yeterlidir.	⑤	④	③	②	①
Çalışma ortamında ergonomiye önem verilmektedir. (Koltuk/sandalye v.b.)	⑤	④	③	②	①
Havalandırma uygun, yeterli ve düzenli kontrolleri yapılır.	⑤	④	③	②	①
Sağlık hizmeti verilen her binanın alt yapısı deprem riskine karşı dayanıklıdır.	⑤	④	③	②	①
Çalıştığım birimde/ünitede düzenli aralıklarla bina turları yapılmaktadır.	⑤	④	③	②	①
Bina kaynaklı düşmelerin önlenmesi için gerekli önlemler alınmıştır.	⑤	④	③	②	①
Hasta ve çalışan güvenliği tebliğinden sonra kurumda çalışan güvenliği arttı.	⑤	④	③	②	①
Çalışan güvenliği birimleri kurulduktan sonra bu konuda çalışanların farkındalıkları arttı.	⑤	④	③	②	①
Çalışan güvenliği uygulamaları ile kendimi daha güvende hissediyorum.	⑤	④	③	②	①
Performansa dayalı ek ödeme sistemi ile risk değerlendirme çalışmaları önem kazanmıştır.	⑤	④	③	②	①
Performansa dayalı ek ödeme sistemi sonrasında olay bildirimler artmış ve çalışan görüşleri önem kazanmıştır.	⑤	④	③	②	①
Performansa dayalı ek ödeme sistemi sonrasında risk yönetimi ve çalışan güvenliği ile ilgili ayrılan bütçe artmıştır.	⑤	④	③	②	①
Performansa dayalı ek ödeme sistemi sonrasında satın alınan malzeme ve araçlar kalitelidir. (sağlam/güvenilir vb).	⑤	④	③	②	①
Performansa dayalı ek ödeme sistemi sonrasında satın alınan ve kullanılan ekipman güvenlik açısından değerlendirilmektedir.	⑤	④	③	②	①

TEŞEKKÜRLER