



**T.C.
KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANA BİLİM DALI**

**SAĞLIK HİZMETLERİNDE RİSK
YÖNETİMİNİN ÇALIŞAN GÜVENLİĞİNE
ETKİSİ VE BİR UYGULAMA**

Özlem BAYIR

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**KAHRAMANMARAŞ
EYLÜL-2018**



**T.C.
KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI**

**SAĞLIK HİZMETLERİNDE RİSK
YÖNETİMİNİN ÇALIŞAN GÜVENLİĞİNE
ETKİSİ VE BİR UYGULAMA**

**DANIŞMAN : Dr. Öğr. Üyesi Mehmet YILMAZ
JÜRİ : Prof. Dr. Abdullah SOYSAL
JÜRİ :Dr.Öğr.Üyesi Ahmet TAN**

Özlem BAYIR

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**KAHRAMANMARAŞ
EYLÜL-2018**

T.C.
KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANA BİLİM DALI

**SAĞLIK HİZMETLERİNDE RİSK
YÖNETİMİNİN ÇALIŞAN GÜVENLİĞİNE
ETKİSİ VE BİR UYGULAMA**

Özlem BAYIR

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Kod No :

Bu Tez ...07.../09.../2018..... Tarihinde Aşağıdaki Jüri Üyeleri Tarafından
Oy Birliği / Oy Çokluğu ile Kabul Edilmiştir

Dr. Öğr. Üyesi Mehmet YILMAZ

BAŞKAN

Prof.Dr.Abdullah

SOYSAL

ÜYE

Dr.Öğr.Üyesi Ahmet TAN

ÜYE

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Prof. Dr. Abdullah SOYSAL
Enstitü Müdürü

Not: Bu tez ve projede kullanılan özgün ve başka kaynaktan yapılan bildirişlerin, çizelge, şekil ve fotoğrafların kaynak gösterilmeden kullanımı, 5846 sayılı Fikir ve Sanat Eserleri Kanunundaki hükümlere tabidir.

KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANA BİLİM DALI

ÖZET

YÜKSEK LİSANS TEZİ

SAĞLIK HİZMETLERİNDE RİSK YÖNETİMİNİN
ÇALIŞAN GÜVENLİĞİNE ETKİSİ VE BİR UYGULAMA

Özlem BAYIR

Danışman : Dr. Öğr. Üyesi Mehmet YILMAZ

Yıl : 2018, Sayfa: 39+VIII

Jüri : Dr. Öğr. Üyesi Mehmet YILMAZ (Başkan)
: Prof. Dr. Abdullah SOYSAL (Üye)
: Dr. Öğr. Üyesi Ahmet TAN (Üye)

Küreselleşmenin yaşandığı günümüz şartlarında gelişen teknoloji ve sanayileşme ile birlikte sağlık kurumlarında güvenli olmayan çalışma şartları personellerin sağlık ve güvenliklerini olumsuz etkilemektedir. Sağlık çalışanları sağlık hizmetlerinin birçok bölümünde, özellikle sağlık kurumlarında, biyolojik, kimyasal, fiziksel, ergonomik psikososyal risk unsurları ile karşı karşıyadır. Sağlıklı ve güvenli çalışma ortamları sağlamak, çalışanları iş kazası ve meslek hastalıklarından korumak, bedensel, ruhsal ve sosyal sağlığı geliştirmek sağlık güvenlik uygulamaları ile mümkündür. Sağlıklı ve güvenli bir ortamda çalışmak, günümüzde her çalışanın sahip olması gereken bir insanlık hakkı olup, kurumların bu konuda belirlenmiş yasalara uyması gerekmektedir. Bu çalışmada risk kavramıyla ilişkili olduğu düşünülen olasılık, tehlike kavramları açıklanarak risk yönetimi ve çalışan güvenliği arasındaki ilişkiye yer verilmiştir. Risk yönetimi ile sağlık kurumlarında çalışan güvenliğinin korunması amaçlanmıştır. Bu tarz bir yönetim ile sağlık kurumlarında oluşabilecek beklenmeyen kayıpların en düşük maliyetle en aza indirilmesi için gerekli kaynakların ve faaliyetlerinin planlanması, organizasyonu, yönetilmesi ve kontrol edilmesi hedeflenmiştir.

Araştırmada sağlık kurumlarının genel yapısı, Türkiye’de sağlık hizmetlerinin yapısı ve çalışan personel güvenliği, araştırma ile ilgili analiz ve sonuçlara yer verilmiştir.

Araştırma sonucunda risk yönetiminin çalışan güvenliğine etkisinin olduğu görülmüştür.

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

**DEPARTMENT OF HEALTH MANAGEMENT
INSTITUTE OF SOCIAL SCIENCES
KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM UNIVERSITY**

ABSTRACT

MASTER THESIS

**THE IMPACT OF ROSK MANAGEMENT ON HEALTH
CARE SERVOCE SAFETY AND AN APPLOCATOON**

Özlem BAYIR

Supervisor : Asst. Prof. Dr. Mehmet YILMAZ

Year : 2018, Pages: 39+VIII

**Jury : Asst. Prof. Dr. Mehmet YILMAZ (Chairperson)
: Prof. Dr. Abdullah SOYSAL Member)
: Asst. Prof. Dr. Ahmet TAN (Member)**

In todays conditions of globalization, with the developing technology and industrialization, unsecured working conditions in health institutions negatively affect the health and safety of the personnel. Health workers are faced with biological, chemical, physical, ergonomic psychosocial risk factors in many parts of health services especially in health care institutions protection from occupational accidents and occupational diseases is possible with health security applications that improve physical mental and social health.

During the presantition of the health service, the health personnel are feeling positive about the quality of the health service that they are working with and they feel safe and secure in the institution. Therefore it is one of the issues to be emphasized on the health service security.

Health care institutions and organizations that aim to work more efficiently and with the mission and vision of the institution should pay attention to minimize the risk in the working environment for the employees.

In this study the concepts of probability hazard which are thought to be related to the concept of risk are explained, and the relationship between risk management and employee security is given. It is aimed to manage and control the organization of resources and activities planning.

The structure of the overall structure of health care institutions in Turkey personnel are working on research and security is given to analysis and related research results.

As a result of the researc, it was seen that risk management had an effect on employee safety.

Key words : Employee Security, Risk Management, Health Services.

ÖN SÖZ

İnsan hayatının önemle üzerinde durulması gerektiği ve buna karşılık hasta ve hastalık sayısının son derece hızla arttığı bu dönemde, sağlık hizmetlerince sunulan, sistemler ve tedavi yöntemleri, hastaların güvenliği personellerin çalışma güvenliği, kurumun güvenliği için tehditler oluşturabilmektedir. Bu nedenle günümüzde sağlık hizmetleri sunumunun en önemli özelliğinden biri güvenli sağlık hizmetinin verilmesidir. Güvenli sağlık hizmeti sunumunun yerine getirilmesi de sağlık kurumunda çalışan personeller tarafından ve uygulanan yöntemler ile yerine getirilecektir.

Sağlık hizmetleri iş kazaları açısından riskli bir sektördür. Günümüzde farklı meslek ve farklı görevlerde bulunan sağlık personellere, sağlık hizmetlerini yerine getirme sırasında maruz kalınan risk ve tehlikelere karşı bu olası risklerin kaldırılmasına yönelik sağlık kurumlarında programlar düzenlenmelidir ve kurumda hizmet içi eğitimlerle de bu desteklenmelidir.

Sağlık kurumlarında risk yönetiminin çalışan güvenliği üzerine etkisinin değerlendirilmesine yönelik yapılan bu çalışmada risk yönetim programlarının oluşturulması ve bu programların çalışan güvenliğine pozitif yönde etkisinin neler olabileceği üzerinde durulmuştur.

Bu çalışmada sağlık hizmetlerinde risk yönetiminin sağlık çalışanlarının güvenliğine katkısını belirlemede yapılacak çalışmalara katkı sağlayacağı düşüncesini umut ediyorum.

Bu araştırmada yüksek lisans tezimde danışman hocam olmayı üstlenen, tez konu başlığımdan bu safhaya gelene kadar her türlü desteğinin esirgemeyip bilgisiyle beni yönlendiren ve bana ailesinin bir bireyi gibi davranan Saygıdeğer Dr. Öğr. Üyesi Mehmet YILMAZ'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Yaşantımın her anında varlıklarını hissettiğim ve benden maddi – manevi desteklerini esirgemeyen her zaman yanımda olan annem ve babama en içten teşekkürlerimi sunarım.

Çalışma sürecinde ve hayatımda tüm zorlukları benimle göğüsleyen ve bana destek olan değerli ablam Kader US'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Özlem BAYIR
EYLÜL 2018

İÇİNDEKİLER

ÖZET	I
ABSTRACT.....	II
ÖN SÖZ	III
İÇİNDEKİLER	IV
TABLolar LİSTESİ.....	VI
KISALTMALAR.....	VIII
1. GİRİŞ	1
2. KONU İLE İLGİLİ ÖNCEKİ ARAŞTIRMALAR	2
3. SAĞLIK HİZMETLERİNDE RİSK YÖNETİMİ.....	5
3.1. Sağlık Kurumlarının Genel Yapısı	5
3.2. Risk Yönetimi Ve Risk Yönetimi Süreçleri.....	8
3.2.1. Risk Yönetiminin Genel Yapısı	8
3.2.2. Risk Yönetimi Süreçleri.....	9
3.2.2.1. Tehlikelerin Belirlenmesi	9
3.2.2.2. Risk Değerlendirme	9
3.2.2.3. Alternatif Risk Düzeltme Araçları Arasında Seçim Yapmak.....	9
3.2.2.4. Seçilen Alternatifin Uygulanması	10
3.2.2.5. İzleme ve Gözden Geçirme	10
3.2.2.6. İletişim ve Danışma	10
3.3. Sağlık Hizmetlerinde Risk Yönetimi	10
3.3.1. Sağlık Hizmetlerinde Risk Yönetimi	10
3.3.2. Sağlık Hizmetlerinde Risk Yönetimi Programları	11
3.3.3. Sağlık Hizmetlerinde Risk Unsurları	12
3.3.4. Sağlık Hizmetlerinde Riskler	12
3.3.5. Sağlık Hizmetlerinde Risk Uzmanlarının Görevleri	13
3.3.6. Sağlık Hizmetlerinde Risk Değerlendirme Yöntemleri	14
4. SAĞLIK HİZMETLERİNDE ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ	15
4.1. Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Ve Sağlık Kurumları Çalışanları.....	15
4.1.1. Türkiye’de Sağlık Hizmetleri.....	15
4.1.2. Türkiye’de Sağlık Kurumları Çalışanları.....	17
4.2. Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Güvenliğini Tehdit Eden Riskler	20
4.2.1. Fiziksel Riskler	20
4.2.2. Biyolojik Riskler	21
4.2.3. Kimyasal Riskler	21
4.2.4. Psiko-Sosyal Riskler	21
4.2.4.1. Çalışanları Olumsuz Etkileyen İş Stresi	22
4.2.4.2. İş Yerinde Şiddet	22
5. KAHRAMANMARAŞ NECİP FAZİL ŞEHİR HASTANELERİNDE RİSK YÖNETİMİNİN ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ ÜZERİNE ETKİSİNİ ARAŞTIRMAYA YÖNELİK BİR UYGULAMA.....	23
5.1. Araştırmanın Amacı	23
5.2. Araştırmanın Önemi.....	23
5.3. Araştırmanın Kapsamı Ve Sınırlılıkları	23
5.4. Araştırmanın Evreni Ve Örneklemi	23
5.5. Araştırmanın Yöntemi.....	24
5.6. Araştırmanın Analiz Ve Bulguları	25
5.6.1. Güvenilirlik Analizi	25

5.6.2. Demografik Verilerin Değerlendirilmesi	25
5.6.3. Demografik Değişkenlerin Sağlıkta Dönüşüm ve Çalışan Güvenliği Etkileşimi Bakımından Değerlendirilmesi	28
5.6.4. Sağlıkta Dönüşüm ve Çalışan Güvenliği Algısının İstatistiksel Açıdan Yorumlanması	33
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	37
KAYNAKLAR	39
ÖZ GEÇMİŞ	40
EKLER.....	41

TABLolar LİSTESİ

Tablo 4.1. Nüfusa İlişkin Temel Sağlık Göstergeleri	15
Tablo 4.2. Yıllara ve Sektörlere Göre Nitelikli Yatak Sayısı, Türkiye (Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü)	16
Tablo 4.3. Yıllara ve Sektörlere Göre Hastanelere Müracaat Sayısı, Türkiye (Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü).....	16
Tablo 4.4. Yıllara ve Sektörlere Göre Hastanelere Müracaat ve Kişi Başı Müracaat Sayısı, Türkiye (Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü).....	17
Tablo 4.5. Yıllara ve Sektörlere Göre Yatan Hasta Sayısı, Türkiye(Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü)	17
Tablo 4.6. Yıllara ve Sektörlere Göre Toplam Ameliyat Sayıları, Türkiye (Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü)	17
Tablo 4.7. Yıllara Göre Sağlık Personeli Sayıları, Tüm Sektörler, Sağlık Bakanlığı, Türkiye	18
Tablo 4.8. Sağlık Personelinin Sektöre ve Unvanlara Göre Dağılımı,2015	18
Tablo 4.9. 100.000 Kişiye Düşen Toplam Hekim Sayısının Uluslararası Karşılaştırılması, 2015	19
Tablo 4.10. 100.000 Kişiye Düşen Hemşire ve Ebe Sayısının Uluslararası Karşılaştırması,	19
Tablo 4.11. Sağlık İşletmelerinde Risk Grupları (Hisar, 2013:36).....	20
Tablo 4.12. Türkiye’de Kimyasal Maddelerle Çalışmalarda Sağlık ve Güvenlik Önlemleri Hakkında Yönetmelik, 2013 (www.resmigazete.gov.tr).	21
Tablo 5.1. Risk Yönetimi ve Çalışan Güvenliği Ölçeğinin Güvenilirlik Analizi.....	25
Tablo 5.2. Hastanelere Göre Frekans ve Yüzde Dağılımları	25
Tablo 5.3. Demografik Özelliklerin Cinsiyete Göre Frekans ve Yüzde Dağılımları	26
Tablo 5.5. Demografik Özelliklerin Mesleğe Göre Frekans ve Yüzde Dağılımları.....	26
Tablo 5.4. Demografik Özelliklerin Yaşa Göre Frekans ve Yüzde Dağılımları	26
Tablo 5.6. Demografik Özelliklerin Eğitime Göre Frekans ve Yüzde Dağılımları.....	27
Tablo 5.7. Demografik Özelliklerin Çalışma Yılına Göre Frekans ve Yüzde Dağılımları	27
Tablo 5.8. Demografik Özelliklerin Kurumdaki Çalışma Yılına Göre Frekans ve Yüzde Dağılımları	27
Tablo 5.9. Demografik Özelliklerin Birime Göre Frekans ve Yüzde Dağılımları	28
Tablo 5.10. Sağlıkta Dönüşüm ve Çalışan Güvenliği Algısının Cinsiyete Göre Değerlendirilmesi.....	28
Tablo 5.11. Sağlıkta Dönüşüm ve Çalışan Güvenliği Algısının Yaşa Göre Değerlendirilmesi.....	29
Tablo 5.12. Sağlıkta Dönüşüm, Risk Yönetimi ve Çalışan Güvenliği Algısının Mesleğe Göre Değerlendirilmesi.....	29
Tablo 5.13. Sağlıkta Dönüşüm, Risk Yönetimi ve Çalışan Güvenliği Algısının Eğitime Göre Değerlendirilmesi.....	30
Tablo 5.14. Sağlıkta Dönüşüm, Risk Yönetimi ve Çalışan Güvenliği Algısının Kurum Yılına Göre Değerlendirilmesi.....	31
Tablo 5.15. Sağlıkta Dönüşüm, Risk Yönetimi ve Çalışan Güvenliği Algısının Çalışılan Birime Göre Değerlendirilmesi.....	32
Tablo 5.16. Regresyon Analizi: Risk Yönetimi Uygulamalarının Çalışan Güvenliği Üzerine Etkisinin İstatistiksel Analizi	33

Tablo 5.17. Sağlıkta Dönüşümve Çalışan güvenliği Uygulamalarının Cinsiyete Göre İstatistiksel Analizi.....	34
Tablo 5.18. Sağlıkta Dönüşüm ve Çalışan Güvenliği Uygulamalarının Yaşı Göre İstatistiksel Analizi.....	34
Tablo 5.19. Sağlıkta Dönüşüm ve Çalışan Güvenliği Uygulamalarının Mesleğe Göre İstatistiksel Analizi.....	34
Tablo 5.20. Sağlıkta Dönüşüm ve Çalışan Güvenliği Uygulamalarının Eğitime Göre İstatistiksel Analizi.....	35
Tablo 5.21. Sağlıkta Dönüşüm ve Çalışan Güvenliği Uygulamalarının Çalışma Yılına Göre İstatistiksel Analizi.....	35
Tablo 5.22. Sağlıkta Dönüşüm ve Çalışan Güvenliği Uygulamalarının Kurum Yılına Göre İstatistiksel Analizi.....	35
Tablo 5.23. Sağlıkta Dönüşüm ve Çalışan Güvenliği Uygulamalarının Çalışılan Birime Göre İstatistiksel Analizi.....	36

KISALTMALAR

NFŞH	: Necip Fazıl Şehir Hastaneleri
ANEAH	: Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi
HBV	: Hepatit B virüsü
HCV	: Hepatit C virüsü
FMEA	: Hata türü ve etkileri analizi
RCA	: Kök Neden Analizi
HAZOP	: Tehlike ve İşletilebilme Çalışması Metodolojisi Sıfır hata programı (ZFP),
SPC	: İstatistiksel kalite kontrol
QFD	: Kalite fonksiyon göçerimi
HIE	: Hizmet İçi Eğitim
NIOSH ve OSHA	: (İşçi Güvenliği ve Sağlığı Birliği)
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü

1. GİRİŞ

Sağlık kurumlarında görülen karmaşık yapısından dolayı ve bununla birlikte hizmetlerin en kısa zamanda ve kaliteli bir şekilde verilmesi sırasında çalışan personellerin güvenliğini korumak organize bir risk yönetimine olan gereksinimi kendiliğinden ortaya çıkarmıştır.

Risk yönetimi, kurumların karlılık içinde faaliyetlerine devam edebilmeleri için kurumun gücünü korumak, oluşabilecek zararları minimum düzeye indirmek, kurumun yönetilmesi ve kontrol süreçlerini kapsamaktadır.

Hasta güvenliğini ve çalışan güvenliğini tehdit eden tıbbi hataların risk unsurlarının en aza indirilmesi, bu hatalara neden olan kaynakların bilinmesi ile mümkün olabilir. Bu risk unsurlarını ortadan kaldırmak çalışan güvenliğini ve kurumun performansını da etkileyecektir.

Kurumlarda olası tehlikeler ve bu tehlikeler gerçekleştiğinde ortaya çıkabilecek sonuçlar doğru bir biçimde belirlendiğinde, mesleki kaza ve hastalıkları önlemek için alınması gereken tedbirlerin ne olduğunun belirlenmesini ve uygulanmasını oldukça kolaylaştıracaktır.

Bu çalışma Kahramanmaraş Necip Fazıl Şehir Hastanelerinde gerçekleştirilmiş ve sağlık hizmetlerinde risk yönetimi ile çalışan güvenliği arasındaki ilişki değerlendirilmiştir.

Araştırmada sağlık kurumlarının genel yapısı, risk yönetimi ve risk yönetim sürecine yer verilmiştir. Ayrıca sağlık hizmetlerinde risk ve risk yönetimi, sağlık hizmetlerindeki risk nedenleri, sağlık hizmetlerinde risk yöneticisinin görevleri ve risk değerlendirme yöntemlerine yer verilmiştir.

Son bölümde araştırmanın uygulamasına yer verilmiştir ve araştırmanın amacı, önemi, kapsam ve sınırlılıkları, evreni ve örnekleme, yöntemi, analiz ve bulgularından bahsedilmiştir. Araştırma sonuç ve öneriler ile sonlandırılmıştır.

2. KONU İLE İLGİLİ ÖNCEKİ ARAŞTIRMALAR

Sarıçam (2012)'ın Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesinde çalışan hemşirelerin hemşirelik bakım uygulamaları sırasında karşılaştıkları tehlike ve risklerin iş stresi düzeyleri üzerine etkisini saptamak amacı ile tanımlayıcı olarak bu araştırmayı yapmıştır. Araştırmanın sonucunda Hastane çalışma ortamında mesleki risklerin en aza indirilmesi için gerekli düzenlemelerin yapılması ve stres göz önüne alınarak çalışma ortamının daha elverişli hale getirilmesi, böylece iş sağlığı ve güvenliğinin sağlanmasına yönelik öneriler sunulmuştur.

Dayı ve Akdemir (2013)'in Kastamonu ilindeki yaptığı çalışmada amaç, kamu hastaneleri için finansal risk analizinin uygulanabilirliğini ortaya koymaktır. Amaca yönelik olarak, Kastamonu ili genelindeki 12 kamu sağlık işletmesinin, 2008-2012 dönemindeki finansal tabloları veri olarak kullanılmaktadır. Sonuç olarak T.C. Sağlık Bakanlığı'nın kullandığı finansal risk ölçütleri olan borç ve gelire ilaveten, işletmelerin likidite durumunu ve kaynak yapısını da dikkate alan ölçütlerin geliştirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

Gökdoğan (2010)'ın yaptığı çalışmanın amacı, hasta güvenliğine ilişkin hastanede başlatılan çalışmaları izlemek, hemşirelerin bu uygulamalara ilişkin geri bildirimlerini değerlendirmektir. Analitik tipte bu çalışmanın evrenini İzzet Baysal Bolu Devlet Hastanesi'nde 186 hemşire, örneklemi ise 104 hemşire oluşturmaktadır. Araştırmanın verileri araştırmacılar tarafından hasta güvenliğine ilişkin hazırlanan soru formu aracılığıyla 6-15 Ekim 2008 tarihleri arasında toplanmıştır. Hastane güvenliğine ilişkin hastanede başlatılan çalışmaların hemşirelere olumlu katkı sağladığı ve bu hizmetlerde hemşirelerin önemli bir temel oluşturabileceği sonucuna varılmıştır.

Akarsu (2015)'nin yaptığı bu çalışma sağlık çalışanlarının hastanelerde karşılaştıkları tehlike ve riskleri ve çalışanları bunlardan korumak için alınacak önlemleri ve nasıl uygulanacaklarını belirlemeyi hedeflemiştir. Uygulama süreci ile ilgili bir hastanede risk analizi ile güvenlik yönetimi uygulaması yapılmıştır. Araştırma sonucunda hastanede farklı meslek gruplarındaki çalışanlar farklı hizmet basamaklarında sağlık hizmetinin gereği olarak bir ekip hizmeti yürüterek çalışırlar. Hastanede zararlı olduğu bilinen ve çalışanların korunması için önlem alınmasını gerektiren çeşitli fiziksel, kimyasal, biyolojik, ergonomik, psikososyal ve güvenlik tehlikeleri bulunur. Solunarak, yutularak veya deri temasıyla maruz kalınan bu tehlikelerden ekip çalışması yürütüldüğü için bütün meslek grupları etkilenebilir. Ayrıca sağlık çalışanları meslek gruplarına ve çalıştıkları birimlere özel tehlikelere maruz kalabilirler.

Soykenar (2008) 'ın yaptığı bu çalışma karmaşık bir örgüt yapısı olan hastane ve sağlık kurumları farklı nitelik ve birikimi olan personelden oluştuğundan, personeli motive eden faktörler de kişilere göre değişebilmektedir. Bu araştırma ile sağlık işletmelerinde çalışan sağlık personelinin motivasyonunu etkileyen faktörler ile iş ortamında hangi motivasyon faktörünün daha etkili olduğunu bulmak amaçlanmıştır. Sonuç olarak, dört gruba ayırdığımız motivasyon faktörlerinin yaşa, mesleğe, meslek kıdemine, cinsiyete göre sağlık personelin motivasyonunu farklı derecelerde etkilediğini, diğer taraftan ücret, maddi ödül, bağımsız çalışma, görev nedeniyle toplum içerisinde kazanılan saygınlık, çalışılan kurum için önemli bir iş yapıyor olmak, kendini mesleğinde ispatlama gibi bireysel faktörlerin motivasyonda daha etkili olduğu saptanmıştır.

Aksay ve Diğerleri (2012) 'nin yaptığı bu çalışmada FMEA yönteminin sağlık hizmetlerinde stratejik bir yeri olan hasta güvenliğine katkısı üzerinde durulacaktır.

Yapılan bu çalışmada, proaktif bir program olan FMEA (Hata Türleri ve Etkileri Analizi) yönteminin, her aşamada, hastanenin tüm süreçlerinde uygulanabilecek bir risk kontrol mekanizması olarak kullanılabileceği belirtilmiştir

Emhan (2009)'ın yaptığı bu çalışmada ilk olarak risk kavramıyla ilişkili olduğu düşünülen olasılık, belirsizlik ve karar verme kavramları irdelenmiş olup, risk ve risk yönetimi arasındaki ilişkiler ortaya konulmuştur. 1950'li yıllarda Amerika Birleşik Devletleri'nde geliştirilmeye başlanan risk yönetimi ile organizasyonlardaki mal ve kişilerin korunması amaçlanmıştır. Bu tarz bir yönetim tekniği ile bir işletmenin kazanma gücünü koruyarak, organizasyonda oluşabilecek beklenmeyen kayıplarının en düşük maliyetle minimize edilmesi için gerekli kaynakların ve faaliyetlerinin planlanması, organizasyonu, yönetilmesi ve kontrol edilmesi hedeflenmiştir. Sonuç olarak bu çalışmada önerilen tekniklerin kullanılması sonucunda; örgütün muhtemel şu faydaların elde edebileceği düşünülmektedir:

- Riskleri çözümlmeye yönelik çalışmalar yöneticilerin fiziksel ve zihinsel olarak gelişmesine katkı sağlayacaktır,
- Gelirin artması, harcamaların azalması ile de işletme kârı artacaktır,
- Risk yönetimi kapsamında yapılan planlar, diğer departmanların da işine yarayacaktır,
- Risk yönetimi sayesinde, örgütsel etkinlik artacak ve pozitif bir imaj elde edilecektir

İşıklı (2018)'nin yaptığı bu araştırma ile sağlık kurumlarında çalışanların meslek etiğine yönelik görüşlerinin alınması ve yaşamış oldukları etik sorunların tespit edilmesi amaçlanmaktadır. Çalışmanın örneklemini Düzce ilinde bulunan 41 sağlık personeli oluşturmaktadır. Yapılan görüşmelerin sonucunda elde edilen bulgulara göre en fazla karşılaşılan etik sorunun hasta ve yakınları ile olan iletişim sıkıntıları olduğu tespit edilmiştir

Ersöz ve Diğerleri(2018)'nin yaptığı bu çalışmada Mersin İlinde hizmet sunan kamu ve özel sağlık kurumlarında, çalışan sağlığı ve güvenliği uygulamalarının değerlendirilmesi amaçlandı. Sonuç: Mersin İlinde sağlık çalışanlarının sadece yüzde birine işyeri hekimi ve iş güvenliği uzmanınca yeterli süre işçi sağlığı ve iş güvenliği hizmetinin sunulması büyük bir eksikliklerdir.

Devebakan (2018)'in yaptığı bu çalışmanın amacı İzmir'de bulunan Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde Beyaz Kod bildirimi yapılmış şiddet vakalarını araştırmak ve söz konusu işyeri şiddetini ilişkili değişkenler açısından analiz etmektir. Sonuç olarak acil servislerinde sözel şiddetin daha fazla meydana geldiğine, “bekleme süresi” faktörünün diğer faktörlere göre daha fazla sözel şiddete, “yasal/uygun olmayan hasta isteklerinin” daha fazla fiziksel şiddete neden olduğuna, kadın saldırganların daha fazla sözel şiddete ve erkek saldırganların daha fazla fiziksel şiddete neden olduklarına işaret etmektedir.

Çatak ve Diğerleri (2015)'nin yaptığı bu araştırma, hemşirelerin iş yaşamı kalitesi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı. Sonuç olarak Hemşirelerin genel olarak ve özel hastanede çalışan hemşirelerin iş yaşamı koşullarının iyi düzeyde olduğu, eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerin iş yaşamı koşullarının ise orta düzeyde olduğu görüldü. Özellikle eğitim araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerin iş yaşamı koşullarının iyileştirilmesi için gerekli çalışmaların sağlık kurumları yöneticileri tarafından yürütülmesi ve hemşirelerin iş yaşamı koşullarının yükseltilmesi için desteklenmesi önerildi.

Akkaya ve Atay (2017)'in yaptığı bu çalışma hastanede çalışan hemşirelerin iş güvenliği durumlarının belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Sonuç olarak Araştırmada,

kurumlarda orta düzeyde bir iş güvenliğini sağlanabildiği bulunmuştur. Mesleki hastalıklar ve şikâyetler alt ölçeği, yönetsel destek ve yaklaşımlar alt ölçeği boyutunda ise, ortalamanın altında bulunmuştur

3. SAĞLIK HİZMETLERİNDE RİSK YÖNETİMİ

Bu bölümde sağlık kurumlarının yapısı, Risk yönetimi ve Risk yönetimi Süreci, Sağlık Hizmetlerinde Risk Yönetimi sürecine yönelik literatür taraması yapılmıştır.

3.1. Sağlık Kurumlarının Genel Yapısı

İşletme insanların ihtiyaç hissettikleri ekonomik hizmetlerin üretilmesini yerine getiren kurumlar olarak tanımlanabilir. Başka bir tanımda işletme ihtiyaç duyulan ekonomik hizmetlerin üretilmesi, pazarlanması, talebe göre fayda sağlamak ayrıca kar elde eden ekonomik kuruluş olarak tanımlanır. İşletmenin tanımı farklı şekillerde tanımlanmasına karşın, ortak nokta işletmenin toplumun ihtiyaç duyduğu mal ve hizmetlerin üretilmesi için üretim faktörlerini birleştirmesidir.

Buna göre insanların sağlık ihtiyaçlarını karşılamak için üretim faktörlerini uygun bir şekilde bir araya getirerek sağlık hizmeti sunmak ve pazarlamak için faaliyette bulunan kurumlara sağlık işletmeleri denir. Bazı sağlık kurumlarının sağlık hizmeti yanında mamul de üretebileceği düşünüldüğünde, daha geniş bir ifade ile sağlık kurumları insanlarda ortaya çıkan sağlıkla ilgili sorunlarını uygun bir biçimde çözümlenerek, onun bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel yönden tam uyum içinde yaşantısını sürdürmesine katkıda bulunan ekonomik hizmet ya da mamul üreten sosyo-ekonomik kurumlar olarak tanımlanır. (Yazgan,2009:27-28).

Hastaneler sağlık hizmetinin sunulması yönünden önemli kurumlardır. Sağlık sisteminin bir alt sistemi olan hastaneler, sağlık hizmetlerinin temel amacı olan tedavi hizmetlerinin yerine getirildiği ekonomik, teknik ve hukuki özellikler taşıyan bir işletme türüdür. Hastaneler birer hizmet organizasyonlarıdır. Bu çalışmada sağlık işletmesi ile hastane kavramları birbirleri yerine aynı anlamı ifade etmek üzere kullanılmışlardır.

Hastanelerde temel amaç her türlü koruyucu önlemlere rağmen oluşabilecek hastalık durumlarında erken teşhis, hızlı ve etkin tedavi ve hastanın kısa zamanda eski sağlığına kavuşmasıdır. Bu amacı gerçekleştirirken eldeki kaynakların etkin ve verimli bir şekilde kullanılması hasta ve toplumun yararına olmalıdır.

Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'ne göre hastane; hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edenlerin ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek amacıyla ayaktan veya yatarak gözlem, muayene, tanı, teşhis, tedavi ve rehabilite edildikleri aynı zamanda doğum yapılan kurumlardır.

Başka bir tanıma göre ; her türlü sağlık hizmetinin ekonomik ve Sürekli olarak üretildiği eğitim, araştırma ve toplum sağlığı hizmetlerinin Yerine getirildiği, kâr amacı olmayan, sağlıkta rekabetten etkilenen ve çevresini etkileyen, yararlı çıktılar elde eden ,kompleks, pahalı ve sübjektif özellikler gösteren bir hizmet işletmesi türüdür (Bişkin, 2011:147-148).

Hastaneler, hem sağlıklı hem de hasta insanların bulunduğu, ayrıca otelcilik, restoran hizmetlerinin verildiği farklı uzmanlık dallarından çalışanların bulunduğu, eğitimlerin verildiği, öğrencilerin, ziyaretçilerin olduğu yüksek teknolojinin kullanıldığı kompleks sistemli kurumlardır(Akkaya ve Atay, 2017:59-64).

İşletmelerin karlılık, sosyal sorumluluk ve süreklilik gibi genel amaçları olduğu göz önüne alındığında, aynı amaçların sağlık işletmeleri için de geçerli olduğunu söyleyebiliriz. Karlılığın, bir sağlık işletmesinin büyümesi, sürekliliğini sağlaması ve kendisinden beklenen sosyal görevleri yerine getirmesi bakımından son derece önemlidir. Ancak, sağlığın temel bir insan hakkı ve ihtiyaç duyulduğunda mutlaka

giderilmesi gereken bir ihtiyaç olması sebebiyle, sağlık hizmetlerinin kamu tarafından sunulması halinde kar göz ardı edilen bir amaçtır.

Sağlık bakım hizmetleri ile çevresel faktörler ve davranışlar etkilenebilmekte ve hastalanmış olanlar da sağlığına kavuşmaktadır. Hastalıkların önlenmesi, sağlığın korunması, erken teşhis ve tedavi, rehabilitasyon ve iyi kişisel sağlık bakım hizmetleri ile yerine getirilmektedir.

Hastane yönetimi açısından bakıldığında hastanelerin sadece tıbbi hizmetleri sunan fiziki kurumlar olmadığı, ayrıca refah düzeyi, tüketim alışkanlıkları, bireylerin eğitim durumu, aile yapısı, sosyal güvenlik, , sağlık sistemleri gibi bir çok bireysel, çevresel ve üst sisteme ait faktörün etkisine açık bir sistem olduğu görülmektedir.

Sağlık hizmetleri; insanların ve toplumun sağlığının korunması ve geliştirilmesine yönelik olarak sağlık personeli tarafından sunulan koruyucu, tedavi ve iyileştirici (rehabite edici) hizmetler olarak tanımlayabiliriz(Bişkin, 2018:131).

Yukarıdaki tanımlara göre sağlık hizmeti sunan kurum ve kuruluşlarla ilgili mevzuat gereği 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 tanımlanmıştır. Ayrıca aile sağlığı merkezleri, toplum sağlığı merkezleri, verem savaş dispanserleri, ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri de “sağlık kurumları ” olarak tanımlayabiliriz(Hisar, 2013).

Dünya genelinde olduğu gibi ülkemizde de sağlık hizmetlerinde kalite ve hizmet kalitesinin artırılması son derece önemli olmuştur. Sağlık hizmetlerinde kaliteye olan ilgi ve önemin artmasının başlıca nedenlerini şu şekilde sıralayabiliriz(Çıraklı ve Diğerleri, 2018:63) .

- Rekabet ortamı
- Maliyetlerin önem kazanması
- Kar Oranı
- Değişen müşteri Davranışları
- Müşteri tatmini
- Yasal düzenlemeler

Hizmetlerin genel özelliklerine ek olarak sağlık hizmetleri birtakım özellikleriyle diğer hizmetlerden farklılık gösterir. (Bişkin, 2018:131). Bu özellikler aşağıda kısaca açıklanmıştır.

- Sağlık kurumlarında uzmanlaşma seviyesi çok yüksektir: Hastalık konusunda ortaya çıkan değişiklikler, teknolojik gelişmeler, uzmanlaşma derecesini arttıran faktörlerdendir.
- Sağlık kurumları kompleks bir yapıya sahiptir: Hastaneler her türlü sağlık hizmetlerinin ekonomik olarak sürekli üretildiği, çeşitli girdileri işleyip çıktılar haline getiren, kompleks, pahalı ve kendine göre değişik özellikler gösteren hizmet kurumlarıdır. Hastanelerde birçok değişik meslekten uzman görev yapmaktadır. Sağlık hizmetleri sektöründe kâr amaçlı ticari kuruluşlar olduğu kadar, kâr amacı gütmeyen kurumlar da yer alır.
- Tüketici, uzmanın gücü karşısında zayıf konumdadır: Birçok mal ve hizmet için tüketicinin, kalite ve hizmetin uygunluğu konusunda bir fikri bulunabilir ancak sağlık hizmetlerinde tüketicinin kendisine uygulanan tedavi yönteminin uygunluğu ve kalitesi konusunda çok az bilgisi vardır. Bu noktada tüketici hekime tam anlamıyla bağımlıdır diyebiliriz.
- Sağlık hizmetleri diğer hizmetlere göre daha soyuttur. Hastaların hizmetleri satın almadan önce deneme imkanları yoktur. Ayrıca sağlık hizmetleri ileri

teknolojiye dayalı cihaz kullanımı ve ileri derecede tıbbi terimlerin kullanılması hastanın bilgili olmasını önler diğer mal ve hizmetlerde olduğu gibi, kendi fikrince karar almasını önler.

- Sağlık kurumlarında yerine getirilen hizmetlerin çoğu acil ve ertelenemez özelliktedir: Sağlık kurumlarında sürekli kesintisiz hizmet üretilir; sağlık durumu bozulan herkes sağlık hizmeti almak için başvurabilir. Bu başvuruyu geri çevirmek bilimsel, hukuki ve etik bakımdan imkansızdır. Birkaç istisnai durum dışında, hastaların hizmetten yararlanması ertelenemez. Bu duruma örnek olarak, trafik kazası veya kalp krizi geçiren hastaların sağlık kurumlarına müracaatı verilebilir.
- Yapılan işlerde hata ve belirsizliklere karşı duyarlılık yüksektir ve tolerans gösterilmez: Sağlık kurumlarında üretilen hizmetler insan hayatı ile ilgilidir. Sağlık profesyonellerinin karar ve davranışları hastanın hayatta kalma durumunu etkiler. Tedavi sürecinde yapılan hataların sonradan düzeltilmesi durumu yoktur. Yapılan hatalar hastanın hayatına son verebilir.
- Çıktının tanımlanması ve ölçümü güçtür: Sağlık kurumlarının temel girdisi ve çıktısı insandır. Koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin sonuçlarını görmek ve değerlendirmek zordur. Örneğin, bir hastanede bir ameliyatın sonuçlarını anında ve kolayca değerlendirmek mümkün değildir(Bişkin,2011:134-138).
- Sağlık hizmetleri emek-yoğun bir özelliktedir(Çıraklı ve Diğerleri,2018:66).
- Sağlık hizmetleri değiştirilemez ve ertelenemez
- Sağlık hizmetlerinde uzmanlaşma seviyesi yüksektir
- Belirsizlik: Talebin ani ve/veya beklenmedik olması ve ne zaman tüketileceğinin bilinmemesi durumu söz konusudur.
- Çıktının tanımlanması ve ölçümü zordur(Yazgan, 2018:30).

Hastaneler sundukları tedavi hizmetlerinin türüne, yönetim ve kadrolarına, finansal kaynaklarının türüne(mülkiyet türüne), büyüklüklerine(yatak kapasitelerine), hastaların hastanede kalış sürelerine, kadrolu personelin kompozisyonuna göre sınıflandırılabilir. Fakat yapılan sınıflandırmalarda genellikle, “verilen tedavi hizmetinin türü”, “hastaların hastanede kalış süreleri”, “finansal kaynakların türü yani mülkiyet türü” ve büyüklükleri” olarak sınıflandırılmaktadır. Verilen tedavi hizmetinin türüne göre hastaneler iki grupta yer alır: Genel ve Özel Dal hastaneleri. Genel hastaneler, her türlü acil durumlar ile yaş, cinsiyet farkı gözetilmeksizin, var olan uzmanlık dallarıyla ilgili hastaların kabul edildiği kurumlardır. Özel Dal Hastaneleri ise, belirli bir yaş veya türde hastaların kabul edildiği kurumlardır. Örneğin, çocuk hastaneleri ve doğumevleri bu gruba girmektedir. Diğer bir sınıflandırmada ise "hastaların hastanede kalış süreleri" esas alınmaktadır. Buna göre hastaneler kısa süreli hastaneler ve uzun süreli hastaneler olarak ikiye ayrılmaktadır. Kısa, süreli hastaneler hastalarının %50'den fazlasının 30 günden az hastanede kaldığı kurumlardır. Türkiye'deki Devlet Hastaneleri bu gruba örnek olarak gösterilebilir. Uzun süreli hastaneler ise, hastalarının yarıdan fazlasının bir aydan daha fazla hastanede kaldığı hastanelerdir. Örneğin, psikiyatri hastaneleri ve tüberküloz hastaneleri bu gruba girmektedir. Başka bir sınıflandırma da; hastanelerin büyüklüklerine (yatak kapasitelerine) göre sınıflandırmadır. Çünkü hastane büyüdükçe bazı yeni hizmet birimlerine ihtiyaç duyulacağı gibi diğer bazı birimler de yeterli büyüklüğe ulaşacaklarından organizasyonlarında değişiklikler olacak; böylece hastane içindeki idari kademelerin ve pozisyonların sayısında artışlar olabilecektir. Büyüklüklerine göre hastaneler 25, 50, 100, 200, 400, 600, 800 ve ustu yatak kapasiteli hastaneler olarak sınıflandırılmaktadır(Yazgan, 2009:42).

3.2. Risk Yönetimi Ve Risk Yönetimi Süreçleri

Bu bölümde risk yönetiminin genel yapısından bahsedilerek risk yönetim sürecine değinilmiştir.

3.2.1. Risk Yönetiminin Genel Yapısı

Risk, kurumu tamamıyla etkileyen unsurlar ve kayıplarla etik olmayan davranışlar, koordinasyonun sağlanamaması ve yasal unsurlar ile çalışma sistemleri ve kurallarına uygun olmama gibi durumların kurumları negatif yönde etkilemesidir. Diğer bir tanım ile risk kurumların amaçlarına ulaşabilmesi veya belirlediği vizyona başarılı bir şekilde ulaşmasını engelleyen olay ve davranışlar olarak tanımlanabilir. Kurumların amaçlarını gerçekleştirebilmesi ve doğru kararlar alabilmesi için, öncelikle karşılaşılabileceği ve karşılaşması olası riskleri tanımlaması, daha sonra bu riskleri değerlendirip analiz etmesi ve son olarak da bu riskleri yönetmesi gerekir. Risklere uygun kontrol önlemlerinin oluşturulması, bilgi ve iletişim ile izleme kurumsal risk yönetim sürecinin diğer aşamalarını oluşturur.(Akçakanat, 2012:33).

Risk yönetimi, kurumların kârlılık içerisinde faaliyetlerine devam etmesi için gerekli düzenlemeleri sağlamak, kurumdaki personellerin korunması ile kurumun kar oranını korumak; kurumda olabilecek kayıpların en az maliyetle minimum seviyeye getirmek için gerekli olan kaynakların ve faaliyetlerin planlanması, kurumun yönetim süreci ve kontrol süreçlerini oluşturmaktadır. Risk kelimesi Fransızca kökenli bir kavram olup, “risque” kelimesinden gelmektedir. Sözlük anlamı “bir zarara, bir kayba, bir tehlikeye yol açabilecek bir olayın ortaya çıkma olasılığı” olan risk kelimesi farklı bilim dallarında farklı şekillerde tanımlanmıştır. Risk, olasılık ve belirsizlik kavramlarıyla oldukça yakından ilişkilidir. Fakat bu kavramlar birbirlerinin yerine kullanılabilmektedir. Olasılık kelimesi yaygın olarak iki anlamda kullanılır. Bunlardan ilki, bir inanç veya beklentiyi ifade ederken; diğeri ise, istatistikçiler tarafından yorumlanan rastlantı veya şansla meydana gelen fiziki olaylardır. Geleceğe yönelik alınan kararlarda kullanılabilecek verilerin önceden kesin olarak bilinmesi mümkün değildir. Risk, bir olayın olasılık durumunun bilindiği, belirsizlik ise, bu durumun bilinmediği süreçtir(Emhan, 2009:211).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ile Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) İş Sağlığı ve Güvenliğini (İSG), “Tüm mesleklerde çalışan personellerin bedensel, ruhsal, sosyal iyilik durumlarını en üst seviyeye getirmek, bu düzeyi devam ettirmek, personellerin çalışma şartlarından dolayı sağlıklarının bozulmasını önlemek, çalışma sırasında sağlığa aykırı faktörlerden oluşan tehlikelerden korumak, fizyolojik ve psikolojik durumlarına en uygun mesleksi ortamlara yerleştirmek ve bu durumları sürdürmek, kısaca işin insana ve her insanın kendi işine uyumunu sağlamak” olarak tanımlamıştır. İş Sağlığı ve Güvenliği kavramı, İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği kavramından farklı olarak, “tehlikelerin önlenmesinin yanında risklerin öngörülmesi, değerlendirilmesi ve bu riskleri tamamen ortadan kaldıracı ya da zararlarını en aza indirmek için yapılacak çalışmaları da içerir”. Evrensel anlamda iş sağlığı ve güvenliği; henüz bir tehlike oluşmamış, kurumda bir arıza olmadan olabilecek tehlikelerin ve risklerin öngörülerek bunların kabul edilebilir olup olmadığına karar verme çalışmalarını da beraberinde getirmektedir(Akgün, 2015:67-68).

Risk yönetimi son zamanlarda çok kullanılmasına rağmen risk yönetiminin aşamaları olan risk tanımlaması, risk değerlendirmesi, risk kontrolü ve risk finansmanı oldukça eskiye dayanan konulardır. İnsanoğlu kendisine zarar veren, ailesine ve mal varlığına tehdit oluşturan tehlikeleri değerlendirmek ve tanımlamak için çalışmıştır. Bu

nedenle risk yönetiminin günümüzde uygulanması çok da yeni değildir. Bugüne kadar gelmiş olan her kültür, risk yönetiminin aşamalarını uygulamış ve uygulamaya devam etmektedir. Modern risk yönetimi ise bu uygulamalara yeni bakış açısı kazandırmıştır.(Emhan, 2009:212).

3.2.2. Risk Yönetimi Süreçleri

Risk yönetim süreci beş aşamadan oluşmaktadır. Bu aşamalar: Riskin tanımlanması, riskin değerlendirilmesi ve hesaplanması, alternatif risk düzeltme araçları arasından bir seçim yapılması, seçilen alternatiflerin uygulanması, değerlendirme ve kontrol aşamalarını oluşturur (Emhan,2009:213).

3.2.2.1. Tehlikelerin Belirlenmesi

Riskin tanımlanması, riskin belirlenmesi olarak değerlendirilir. Risk tanımlama aşamasında elde edilen bilgiler sorunlara çözüm getirme sürecini kapsar. Araştırmacılar bu sürecin teknolojik, sosyal, politik belirsizliklerin azaltılması ve olabilecek kayıpların en aza indirilmesini kapsar.

- Konu analizi: Kurumun işleri sırasında olası tehlikelere neden olan dört faktör analiz edilir. Bu faktörler; insan, çevre, yönetim ve kullanılan malzeme faktörüdür.
- Tehlikelerin belirtilmesi: Yapılacak işlerle ilgili yukarıdaki dört faktörden kaynaklanabilecek olası riskler belirtilir.

3.2.2.2. Risk Değerlendirme

Risk tanımlandığı zaman, risk yönetim uzmanları onu değerlendirmelidirler. Potansiyel kaybın ve gerçekleşme ihtimalinin ölçülmesi anlamına gelen bu durum, değerlendirme önceliğinin sıralanmasını gerektirir. Bu sıralama aşağıdaki gibi belirtilebilir

Çok önemli riskler: Kurumu iflasa götürecek önemli riskleri kapsar,

Önemli riskler: İflasla sonuçlanmayacak kurumu borca sokacak risklerdir,

Önemsiz riskler: Mülkiyeti veya günlük gelirleri etkileyen finansal risklerdir.

Kurumlarda yönetici pozisyonunda olanlar, kurumun çeşitli faaliyetlerindeki başarısızlıklarından ve meydana gelen küçük kazalardan, gelecekte meydana gelebilecek riskli durumları tahmin ederek gerekli önleyici tedbirleri alabilirler. Risklerin değerlendirilmesi yapılırken, genel olarak somut faktörler üzerinde durulurken, soyut faktörlerin de göz önüne alınması gerekir. Bu faktörler, kurumun stratejik yönleri, rekabet faktörleri, organizasyonel gelişim ve değişim faktörleri ve sosyal faktörlerdir(Emhan, 2009:213-214).

3.2.2.3. Alternatif Risk Düzeltme Araçları Arasında Seçim Yapmak

Risk tanımlanıp değerlendirildikten sonraki aşama, riskle mücadelede kullanılacak yöntemlerin ve her biri için kullanılacak tekniğin kararlaştırılmasıdır. Riskten uzaklaşmak, riski almak, riski azaltmak ve riskten kaçınmak risk yönetim teknikleri olarak sıralanabilir. Kullanılacak her bir tekniğin alacağı durumlar farklılık arz eder.. Risk yönetim sürecinin bu basamağındaki her bir riskle mücadelede hangi tekniğin kullanılacağına karar vermek zor bir konudur. Bu kararların verilmesi kurumlara göre değişiklik gösterir. Yönetim politikası sert ve detaylı olan bir kurum için

risk yönetimi karar verme aşamasında sınırlı hareket eder. Risk yöneticisi program yapan değil, program uygulayıcı durumunda davranmak zorunda kalabilir. Hangi riskte hangi tekniğin daha uygun olduğu kararını vermek için risk yöneticisi potansiyel kaybın ölçüsünü, ihtimalleri ve eğer kayıp varsa, tazmin kaynaklarını hesaplamalıdır. Her yaklaşımın kâr ve maliyeti değerlendirilir. Mümkün olan en iyi alternatifin seçiminde dört ölçek vardır. Bunlar: risk derecesi, ekonomik olması, zamanlama ve kullanılacak kaynakların sınırlandırılmasıdır.

3.2.2.4. Seçilen Alternatifin Uygulanması

Konu belirlendikten sonra, uygun alternatifler tanımlandıktan ve her alternatifin olası sonuçları olanaklar dahilinde en iyi biçimde tahmin edildikten sonra, seçilen alternatifin uygulanması sırası gelmiştir. Genel olarak, her alternatif bir dizi sonuçlar ortaya çıkaracaktır. Bu sonuçlar, farklı zamanlarda, farklı derecelerde ve her derecede değişik olasılıklar bulunacak biçimde görülebilir. Risk yönetimi, karar sürecinde seçilen risk yönetimi teknik ya da tekniklerinin uygulamaya konulmasıdır. Bu, aşama güvenliği artırmak için hangi aletlerin alınması gerektiği ya da yönetim tarafından sigortalanması istenen bir bina için nasıl bir sigorta satın alınacağı gibi teknik kararları içerir. Uygulama aynı zamanda, risk yöneticisinin ve diğer yöneticilerin işbirliğini gerektiren yönetsel kararları da içerir. Verilen kararlarda riski kabul etme zorunluluğu olabilir. Bu durumda uygulanacak alternatifin maddi faktörleri göz önüne alınmalıdır(Emhan, 2009:216).

3.2.2.5. İzleme ve Gözden Geçirme

Riskin belirlenmesi, risk değerlendirme ve kontrol önlemlerinden sonra, riski ortadan kaldırmaya veya azaltmaya yönelik gerekli olan 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(Hisar, 2013:14).

3.2.2.6. İletişim ve Danışma

Sonuçlar, düzeltici ve önleyici faaliyetlerin tanımlanması, konu ile ilgili gelişmeler hakkında yönetim bilgilendirilmeli bununla birlikte bilgi toplama sırasında alt işverenler de olmak üzere tüm gruplarla iletişim ve danışma sistemi kurulmalıdır (Hisar, 2013:14).

3.3. Sağlık Hizmetlerinde Risk Yönetimi

Bu bölümde sağlık hizmetlerinde risk yönetimi ve bu risklerin önlenmesine yönelik konulara yer verilmiştir.

3.3.1. Sağlık Hizmetlerinde Risk Yönetimi

Sağlık hizmetinin verilmesi ile ilgili risklerin önlenmesi, sağlık kurumlarında kalite güvence, akreditasyon ve risk yönetimi gibi programların etkin olarak uygulanması ile mümkün olmaktadır. Akreditasyon belgesine sahip olsun ya da olmasın kamu ve özel sektör sağlık kurumlarının öncelikli hedefi, Hipokrat'ın "önce zarar verme (premium non nocere)" prensibine bağlı olarak, hizmeti alan ve hizmeti verene zarar vermeden hizmet sunumu gerçekleştirmek olmalıdır. Bu amaca ulaşma vizyonuna

sahip, nitelikli sağlık hizmeti sunma gayreti içinde olan tüm yöneticiler, sistematik yaklaşımlarla stratejik hedefleri gerçekleştirmek için hasta ve çalışan güvenliğine önem vermelidirler. Bu bakımdan “hastalara güven verebilecek, potansiyel tehlikeleri önceden belirleyip kısa zamanda ortadan kaldıracak, tıbbi cihaz ve teknolojilerinin güvenli kullanımını sağlayabilecek, kişisel koruyucuların kullanımını ve çalışma ortam ve koşullarının düzeltilmesini sağlayacak, risk ve fırsatları sistematik ve verimli biçimde yönetilmesine ve risklerin bertaraf edilmesine öncülük edebilecek sistem” olarak tanımlanabilecek “Risk Yönetim Sistemi” modern hastane yönetimi uygulamaları içerisindeki yerini almak zorundadır. Sağlık hizmetlerinde risk yönetimi ve hasta güvenliği kriterleri, Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) kriterlerinin de önemli bir kısmını oluşturmaktadır. Ayrıca 29/12/2012 tarihinde 28512 sayılı “İş Sağlığı ve Güvenliği Risk Değerlendirmesi Yönetmeliği” gereği, 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu kapsamındaki tüm işyerlerine risk analizlerini yapma/yaptırma zorunluluğu getirilmiştir. Bu bakımdan da risklerin analizi ve değerlendirme süreci sağlık kurumlarına stratejik avantaj sağlamanın yanında hukuki bir zorunluluk olarak da karşımıza çıkabilecektir(Aksay vd., 2012:125).

3.3.2. Sağlık Hizmetlerinde Risk Yönetimi Programları

Risk yönetimi, genel olarak kurumun güvenliğine yönelik yapılan çalışmalardır. Risk yöneticileri bu çalışmaları genel olarak dört aşamalı bir program ile gerçekleştirebilir; riski tanımlama, riski analiz etme, riskin kontrolü, ve riskin finansmanı. Bu kavramlar açıldığında süreç şöyle geliştirilebilir;

- Kurumun amaçlarına ulaşmasına engel olabilecek kaza kaynaklı risklerin belirlenmesi,
- Bu riskler ile ilgilenmek için farklı risk yönetimi uygulamalarının araştırılması
- Kurum için en uygun olan risk yönetim uygulamalarının belirlenmesi
- Belirlenen yöntemlerin uygulanması
- Sonuçların değerlendirilmesi

(Hisar, 2013:16-17), risk yönetim uygulamalarının başarılı olması için aşağıdakilerin temel bir zorunluluk olduğunu ifade etmiştir.

- Kurumun yönetim ve yönetim kurulunun desteği,
- Risk yönetim uzmanının ve bu uzman ile çalışacak grubun belirlenmesi,
- Risk yönetim uzmanının üst yönetimi bilgilendirmesi,
- Sağlık çalışanlarının katılımı ve desteği,
- Koordinasyonun sağlanması ve bilginin paylaşılması,
- Raporlama sistemi; aniden ortaya çıkan olay bildirimleri, beklenmeyen sonuçlar olası riskler, hasta şikayetleri vb. konuları içermelidir,
- Olası risklerin ve geçmişe ait risklerin belirlenmesi veya analizi,
- Hasta yaralanmalarını en aza indirecek önleyici programların uygulanması,
- Doktor, hemşire, hastane yönetimi ve diğer personellerin risk yönetimi konusunda bilgilendirilmesi,
- Şirket evlilikleri, yeni program, hizmet veya teknolojilerin riskler açısından değerlendirilmesi,
- Risk finansmanının değerlendirilmesi,

3.3.3. Sağlık Hizmetlerinde Risk Unsurları

İnsan hayatının önem kazandığı buna karşılık hasta ve hastalık sayısının hızla arttığı günümüzde, sağlık kurumlarında sunulan her yeni madde, makina, sistem ve ortaya çıkan her yeni tedavi yöntemi aynı zamanda hasta güvenliği, çalışan sağlığı, çalışma ortamı güvenliği, çevre sağlığı ve güvenliği için tehditler oluşturmaktadır. Ayrıca Sağlık hizmeti; içinde kazaların, yanlış uygulamaların, (sentinel events), yanlış sonuçların ve yan etkilerin (adverse event) olduğu son derece karışık bir sistemdir.

Kurumların veya çalışanların maruz kalacağı risklerin çeşitli sebepleri vardır. Bu sebepler genelde şu şekilde sıralanabilir:

- Yöntem ve plan eksikliği
- İhmalkar davranışlar
- Teknolojik araç gereç yetersizliği
- Zamanın kısıtlı olması
- Yöneticinin baskıcı davranışları
- Çevresel faktörler

Sağlık hizmetinin verilmesi sırasında hasta ve personelin göreceği zararlar; hasta açısından yaralanma, hastanede kalış süresinin uzaması, sakatlık hatta ölümlerle, sağlık çalışanı açısından ise daha çok meslek hastalığı ve yaralanma gibi sonuçlar ortaya çıkarmaktadır. Bu durum bir sağlık kurumu için ciddi krizlerle sonuçlanabileceğinden, kurumsal itibar ve sürdürülebilir başarıyı etkilemesi yönüyle son derece önemlidir. Son zamanlarda insan sağlığı yönünden karşı karşıya kalınan riskler dışında finansal ve çevresel riskler de sağlık kurumlarını tehdit eden riskler oluşturmaktadır. Bu nedenle pek çok risk, sağlık kurumunun ya da sağlık çalışanının önemli miktarlarda maddi kaybına yol açabileceği gibi, kimi zaman da çevrenin zarar görmesiyle de sonuçlanabilmektedir.

Ayrıca personellerin yanlış uygulamalarını etkileyen faktörler aşağıdaki gibi sıralanabilir;

- Dikkatsizlik,
- Yorgunluk,
- İletişim eksikliği,
- Kalitesiz malzemelerin kullanılması,
- İhmalkar davranışlar,
- Gürültülü çalışma ortamları,
- Kurumun yapısı ile ilgili faktörler ise;
- İletişim,
- Yönetim,
- Uzmanlık,
- Eğitim.

Çalışanlar sistemler içinde çalışır ve bu sistemlerin de insan hatalarını önleyecek şekilde düzenlenmesi uygulanması gerekir(Hisar, 2013:22).

3.3.4. Sağlık Hizmetlerinde Riskler

Sağlık hizmetlerinin özelliğine baktığımız zaman sağlık personellerinin sağlık hizmetinin sunumu sırasında bir çok risk ve tehlike ile karşı karşıya kaldığı görülür. Sağlık hizmetlerinin verildiği sağlık kurumlarında pek çok işbölümü bulunmaktadır. Her bir işbölümünde çalışan personellerin karşılaştığı riskler ve tehlikeler birbirinden farklıdır. Örneğin; bir sağlık biriminde radyolojide çalışan kişiler sürekli olarak

radasyona maruz kalmaktadır. Çalışanların karşı karşıya kaldığı bu tehlike ve risklerin yok edilerek güvenliklerinin sağlanması ancak iş sağlığı ve güvenliği programlarının etkin olarak uygulanması ile mümkündür. Bu etkinlik sadece sağlık hizmetlerinde çalışanlar bakımından değil aynı zamanda sağlık hizmetlerinin kalitesi ile sürekliliğinin sağlanmasına ve sonuçta bu hizmetlerden yararlananların da iyiliklerine hizmet eder(Aravacık, 2014:8).

Sağlık kurumlarında görülen risk, birçok kurumda görülen riskten farklıdır. Sağlık kurumlarında birçok bölümde riskle karşılaşılabilir. Örneğin; sürekli yenilenen ve gelişen teknoloji ile gün geçtikçe yeni hastalıklar ortaya çıkmakta, bu hastalıklara yeni tedavi yöntemleri bulunmakta ve ayrıca önceden tedavi edilemeyen hastalıkların da tedavisi olabilmektedir. Böylece yeni tedavi yöntemleri ve tıbbi cihazların yeni hastalıkların tedavisinde ilk defa kullanılıyor olması, hastalar için bir risk unsuru olabilmektedir(Dayı ve Akdemir,2018:3).

Sağlık hizmetinin sunulması sırasında hasta ve personelin göreceği zararlar; hasta açısından yaralanma, hastanede kalış süresinin uzaması, sakatlık hatta ölümlerle, sağlık çalışanı açısından ise daha çok hastalığa maruz kalma ve yaralanma gibi sonuçlar doğurabilmektedir. Bu durum bir sağlık kurumu için ciddi krizlerle sonuçlanabileceğinden, kurumsal itibar ve sürdürülebilir başarıyı etkilemesi yönüyle son derece önemlidir. Son zamanlarda insan sağlığı yönünden karşı karşıya kalınan riskler dışında finansal ve çevresel riskler de sağlık kurumlarını tehdit eden ayrı bir risk boyutu oluşturmaktadır. Bu nedenle pek çok risk, sağlık kurumunun ya da sağlık çalışanının önemli miktarlarda maddi kaybına yol açabileceği gibi, kimi durumlarda çevrenin zarar görmesiyle de sonuçlanabilmektedir(Aksay vd., 2012:125).

Sağlık personelleri sağlık hizmeti sunumu sırasında çeşitli mesleki risklere maruz kalmaktadır. Sağlık personellerinin karşılaşabileceği mesleki riskleri; kimyasal riskler, biyolojik riskler, fiziksel ve psikososyal riskler olarak tanımlanabilir(Beşer, 2012:39).

Karşılaşılan tehlikeleri aşağıdaki gibi sıralayabiliriz(Türk, 2012:27)

- Ergonomik sorunlar (uygun olmayan duruş, ağır yükler)
- Biyolojik ajanlar (mikroorganizmalar, HIV ve Hepatit B gibi virüsler, kontamine kan)
- Kimyasal maddeler (dezenfektan, anestezi gazları ve antibiyotikler)
- Psikososyal faktörler
- Fiziksel ajanlar: iyonizan radyasyon, lazer

Hastanelerde insan sağlığını tehdit eden, enfeksiyon hastalıkları, yeterli havalandırmanın olmamasından kaynaklanan solunum sistemi hastalıkları, çeşitli kimyasallara maruz kalmaktan kaynaklanan dermatolojik problemler, radyasyona maruz kalma, ayakta iş görmekten dolayı kas iskelet sistemi hastalıkları, strese meydana gelen psikolojik sorunlar, gastrointestinal sorunlar, tükenmişlik sendromu, psikolojik ve fiziksel şiddete maruz kalma gibi pek çok olumsuz faktörler sıralanabilir(Akkaya ve Atay, 2017-60).

3.3.5. Sağlık Hizmetlerinde Risk Uzmanlarının Görevleri

Farklı sağlık kurumlarında Risk Yöneticileri, kayıpların engellenmesi ve azaltılması, tazminat talepleri ve davaların yönetimi, risk finansmanı, hasta güvenliği, yasal ve akreditasyon uygunluğu, gibi konular için sorumluluk alması gerekmektedir. Risk yöneticileri, sağlık kurumu personellerine risk yönetimi konuları hakkında eğitim vermekte, 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 yapmaktan sorumludur(Hisar, 2013:22).

3.3.6. Sağlık Hizmetlerinde Risk Değerlendirme Yöntemleri

Sağlık hizmetlerinde risk yönetimi ve hasta güvenliği kuralları Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) kurallarının da önemli bir kısmını Oluşturmuştur. Ayrıca 29/12/2012 tarihinde 28512 sayılı “İş Sağlığı ve Güvenliği Risk Değerlendirmesi Yönetmeliği” gereği, 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu kapsamındaki tüm işyerlerinde risk analizlerini yapma/yaptırma zorunluluğu getirilmiştir. Bu nedenle de risklerin analizi ve değerlendirme süreçleri sağlık kurumlarına kurumsal avantaj sağlamanın yanında hukuki bir zorunluluk olarak da karşımıza çıkmaktadır. Sağlık kurumlarında yüksek risk içeren alanlarda belirlenen risklerin kontrol altına alınması, risklerin ortadan kaldırılması ve etkilerinin azaltılması kararlarında, kısaca risk yönetimi programında kullanılabilecek çeşitli yöntemler vardır. Bu yöntemler (Aksay vd., 2012-126).

- Hata türü ve etkileri analizi (FMEA),
- BOW TIE,
- Kök Neden Analizi (RCA),
- Tehlike ve İşletilebilme Çalışması Metodolojisi (HAZOP),
- Sıfır hata programı (ZFP),
- Pareto analizi, balık kılçığı vb. sorun belirleme yaklaşımları,
- Altı-sigma,
- Kalite çemberleri,
- İstatistiksel kalite kontrol (SPC),
- Kalite fonksiyon göçerimi (QFD) gibidir.

4. SAĞLIK HİZMETLERİNDE ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ

Bu bölümde Türkiye’ de sağlık hizmetleri ve sağlık çalışanları ile çalışan güvenliğini tehdit eden risk ve tehlikelere değinilmiştir.

4.1. Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Ve Sağlık Kurumları Çalışanları

4.1.1. Türkiye’de Sağlık Hizmetleri

Ülkemizde sağlık hizmetlerine bir bakış açısı bakımından Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından yayınlanan “Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016” incelemekte fayda vardır. Bu yılda ülkemizdeki sağlık sisteminin mevcut durumu ile ilgili; sağlık alanında son yıllarda yapılan çalışmalara yer verilmiştir.

Aşağıdaki Tablo 4.1’de Türkiye’nin nüfusuna ilişkin 1990-2016 yılları arası temel sağlık göstergeleri verilmiştir.

Tablo 4.1. Nüfusa İlişkin Temel Sağlık Göstergeleri

	1990	2000	2013	2014	2015	2016
Toplam Nüfus	56.473.035	67.803.927	76.667.864	77.695.904	78.741.053	79.814.871
Kırsal Nüfus Oranı (%)	48,7	40,8	13,3	12,8	12,4	12,1
Kentsel Nüfus Oranı (%)	51,3	59,2	86,7	87,2	87,6	87,9
0-14 Yaş Nüfus Oranı	35,0	29,8	24,6	24,3	24,0	23,7
65 Yaş ve Üzeri Nüfus Oranı (%)	4,3	5,7	7,7	8,0	8,2	8,3
Genç Bağımlılık Oranı (0-14 Yaş) (%)	57,6	46,3	36,3	35,8	35,4	34,9
Yaşlı Bağımlılık Oranı (65 + Yaş) (%)	7,0	8,8	11,3	11,8	12,2	12,3
Toplam Yaş Bağımlılık Oranı (%)	64,7	55,1	47,6	47,6	47,6	47,2
Yıllık Nüfus Artış Hızı (‰)	21,7	18,3	13,7	13,3	13,4	13,5
Kaba Doğum Hızı (‰)	24,1	21,6	17,0	17,5	17,0	16,5
Kaba Ölüm Hızı (‰)	7,1	7,3	4,9	5,1	5,2	5,3
Toplam Doğurganlık Hızı (Kadın Başına)	2,9	2,5	2,1	2,2	2,2	2,1

Kaynak:TÜİK

Yukarıdaki tabloda yıllara göre Yıllık Nüfus Artış Hızı, Toplam Doğurganlık Hızı, Kaba Doğum Hızı ve Kaba Ölüm Hızı verilmiştir. Tablodan da anlaşılacağı üzere ülkemizde yıllık nüfus artışı 2013 yılına kadar düşüş göstermektedir. Toplam doğurganlık oranı, 2014 yılına kadar düşüş göstermekle birlikte 2014 yılında artıp 2015 yılında aynı kalmıştır. Kaba doğum hızı 2013 yılına kadar düşmüştür ve sonrasında

yeniden artmıştır. Kaba ölüm hızı ise 2013 yılına kadar düşmüş ve 2014 yılında tekrar artmıştır.

Aşağıdaki tablo yıllara ve sektörlere göre nitelikli yatak sayısını göstermektedir.

Tablo 4.2. Yıllara ve Sektörlere Göre Nitelikli Yatak Sayısı, Türkiye (Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü)

	2002	2012	2013	2014	2015	2016
Sağlık Bakanlığı	107.394	122.322	121.269	123.690	122.331	132.921
Üniversite	26.341	35.150	36.056	36.670	38.361	37.707
Özel	12.387	35.767	37.983	40.509	43.645	47.143
Diğer	18.349	6.833	6.723	5.967	5.311	-

Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sağlık hizmet yapısında son zamanlarda özellikle yatak kapasitesi açısından iyileşmeler görülmektedir. 2002-2016 yılları döneminde yatak kapasitesinde 87,345 bin oranında artış olmuştur. 2016 yılında en fazla yatak sayısı Sağlık Bakanlığına ait olmaktadır.

Tablo 4.3. Yıllara ve Sektörlere Göre Hastanelere Müracaat Sayısı, Türkiye (Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü)

	2002	2012	2013	2014	2015	2016
Sağlık Ocağı	69.103.517	-	-	-	-	-
Aile Hekimliği	-	221.672.029	212.318.024	214.120.750	208.538.951.	205.549.931
Verem Savaş Dispanseri	2.012.458	2.143.765	1.815.805	1.643.937	1.495.558	1.374.153
Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi	2.980.481	630.583	536.707	660.056	548.433	525.011
TSM'ler Tarafından Yapılan Diğer Muayeneler	-	10.035.342	4.999.980	2.234.348	3.457.520	8.080.631
Özel Poliklinikler	731.132	655.432	582.265	546.514	523.694	461.013
Özel Tıp Merkezleri	9.824.802	32.012.211	31.256.100	28.208.781	26.953.360	22.069.610
Hastaneler	124.313.659	354.636.935	378.812.243	396.577.644	418.581.931	447.648.830

Kaynak: Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Yukarıdaki tabloda yıllara göre ve sektörlere göre hastanelere müracaat sayıları verilmiştir. Tablodan da anlaşılabacağı üzere en fazla müracaat Aile Hekimliği ve Özel Tıp merkezlerine olmuştur. Aile hekimliğine en fazla müracaat 2012 yılı iken Özel Tıp Merkezlerine en fazla müracaat yine 2012 yılındadır.

Tablo 4.4. Yıllara ve Sektörlere Göre Hastanelere Müracaat ve Kişi Başı Müracaat Sayısı, Türkiye (Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü)

	2002	2012	2013	2014	2015	2016
Sağlık Bakanlığı	109.793.128	260.974.401	277.485.135	292.100.331	306.825.524	340.080.539
Üniversite	8.823.361	27.080.436	29.985.697	32.143.930	34.539.363	36.420.413
Özel	5.697.170	66.582.098	71.341.411	72.333.383	77.217.044	71.147.878
Sağlık Bakanlığı	1.7	3.5	3.6	3.8	3.9	4.3
Üniversite	0.1	0.4	0.4	0.4	0.4	0.5
Özel	0.1	0.9	0.9	0.9	1.0	0.9

Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Yukarıdaki Tabloda Yıllara ve Sektörlere Göre Hastanelere Müracaat ve Kişi Başı Müracaat Sayıları verilmiştir. Tabloya göre Yıllara ve Sektörlere Göre Hastanelere Müracaat Sayısı ve Kişi Başı Müracaat Sayısı en fazla Sağlık Bakanlığı'na bağlı Hastanelerde görülmüştür.

Tablo 4.5. Yıllara ve Sektörlere Göre Yatan Hasta Sayısı, Türkiye(Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü)

	2002	2012	2013	2014	2015	2016
Sağlık Bakanlığı	4.169.779	6.891.857	7.023.313	7.396.239	7.404.570	7.561.989
Üniversite	781.990	1.601.878	1.630.464	1.737.627	1.891.094	1.842.001
Özel	556.494	3.485.092	3.719.780	3.900.407	4.237.453	4.048.696

Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Yukarıdaki Tabloda Yıllara ve Sektörlere Göre Yatan Hasta Sayısı en fazla Sağlık Bakanlığı'na Bağlı hastanelerde olmakla birlikte en fazla 2016 yılındadır.

Tablo 4.6. Yıllara ve Sektörlere Göre Toplam Ameliyat Sayıları, Türkiye (Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü)

	2002	2012	2013	2014	2015	2016
Sağlık Bakanlığı	1.072.417	2.298.893	2.414.538	2.445.424	2.364.595	2.473.267
Üniversite	307.108	664.695	715.889	765.549	801.424	799.133
Özel	218.837	1.446.630	1.553.810	1.587.973	1.604.126	1.499.829

Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Yukarıdaki Tabloda Yıllara ve Sektörlere Göre Toplam Ameliyat Sayıları en fazla 2016 yılında Sağlık Bakanlığı'na Bağlı kurumlarda olmuştur.

4.1.2. Türkiye'de Sağlık Kurumları Çalışanları

Dünya Sağlık Örgütü, sağlık personellerini sağlık kurumlarında çalışan doktorlar, diğer profesyonel meslekler (biyolog, eczacı gibi), hemşire, ebe ve sağlık memurları, diğer sağlık elemanları (teknisyenler) ve diğer çalışanlar (temizlik görevlileri, sekreterler) şeklinde sınıflandırmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü ve Uluslararası Çalışma Örgütü 1950 yılında işçi sağlığını; bütün mesleklerde çalışanların bedensel, ruhsal ve sosyal yönden iyilik hallerinin en

yüksek seviyede tutulması, sürdürülmesi ve geliştirilmesini amaçlayan çalışmalar olarak tanımlamıştır. İşçi sağlığı çalışanların bireysel ve çalışma ortamı özelliklerini dikkate alarak çalışanların sağlığını korumayı, geliştirmeyi ve daha yüksek seviyeye çıkarmayı amaçlamaktadır(Ersöz vd., 2018-25).

Sağlık sektörü birçok farklı özellikte hizmeti kapsamakla birlikte ve tıpta teknolojik gelişmeler sebebiyle sağlık personelleri çalışma alanlarında birçok tehlike ile karşı karşıya kalmışlardır. Sağlık personellerinin çalışma alanlarında karşılaştıkları tehlikelerin çoğu önlenabilir olmasına rağmen kurumlarda yaralanmalar ve hastalıklar görülebilmektedir. Ölümcül olmayan kaza ve yaralanmalar sağlık sektöründe çok fazla oranda görülmektedir. Bu sebeple sağlık personellerinin sağlık ve güvenliklerini koruyarak sağlıklı ve güvenli bir hastane, sağlıklı bir çalışma alanı oluşturulmalıdır. Sağlıklı ve güvenli bir hastane, fiziksel, kimyasal, biyolojik, psikososyal risklerin en aza indirildiği alanlardır. (Ersöz vd., 2018-25).

Tablo 4.7. Yıllara Göre Sağlık Personeli Sayıları, Tüm Sektörler, Sağlık Bakanlığı, Türkiye

	2002	2012	2013	2014	2015	2016
Uzman Hekim	45.457	70.103	73.886	75.251	77.622	78.620
Pratisyen Hekim	30.900	38.877	38.572	39.045	41.794	43.058
Asistan Hekim	15.592	20.792	21.317	21.320	21.843	23.149
Diş Hekimi	16.371	21.404	22.295	22.996	24.834	26.674
Eczacı	22.289	26.571	27.012	27.199	27.530	27.864
Hemşire	72.393	134.906	139.544	142.432	152.803	152.952
Ebe	41.479	53.466	53.427	52.838	53.086	52.456
Diğer Sağlık Personeli	50.106	122.663	131.652	138.878	145.943	144.609
Diğer Personel ve Hizmet Alımı	83.964	273.616	290.363	303.110	311.337	321.952

Kaynak: SB, Sağlık İstatistik Yıllığı, 2016:206

Yukarıdaki tabloda yıllara göre sağlık personeli sayıları verilmiştir. En fazla personel uzman hekimdir ve 2016 yılında daha fazladır. En az personel ise asistan hekimlerdir.

Tablo 4.8. Sağlık Personelinin Sektöre ve Unvanlara Göre Dağılımı,2015

	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel Sektör
Uzman Hekim	40.544	15.905	22.171
Pratisyen Hekim	37.173	203	5.682
Asistan Hekim	8.615	14.534	-
Diş Hekimi	9.125	2.403	15.146
Eczacı	2.318	308	25.238
Hemşire	103.507	22.650	26.795
Ebe	47.766	748	3.942
Diğer Sağlık Personeli	104.446	11.043	29.120
Diğer Personel ve Hizmet Alımı	204.778	67.605	49.569

Kaynak: SB, Sağlık İstatistik Yıllığı,2016:205

Yukarıdaki Tabloda sağlık personellerinin sektöre ve unvanlara göre dağılımı verilmiştir. Sağlık personelleri en fazla Sağlık Bakanlığına bağlı olarak çalışmaktadır. Daha sonra üniversite ve özel sektör gelmektedir.

Tablo 4.9. 100.000 Kişiyeye Düşen Toplam Hekim Sayısının Uluslararası Karşılaştırılması, 2015

513	Norveç
453	Almanya
442	İsviçre
427	İsviçre
416	İtalya
416	İspanya
392	Danimarka
378	İzlanda
371	Avustralya
345	Slovakya
343	OECD24
336	Letonya
334	Fransa
333	Finlandiya
331	Hollanda
313	İrlanda
312	Lüksemburg
311	İsrail
303	Yeni Zelanda
288	Slovenya
271	Birleşik
266	Kanada
246	Polonya
243	Japonya
181	Türkiye

Kaynak: SB, Sağlık İstatistik Yıllığı, 2016: 207

Not: Türkiye verisi 2016 yılına aittir.

Yukarıda uluslararası hekim sayısının karşılaştırılması verilmiştir. 100.000 kişiye en fazla hekim Norveç'te olmakla birlikte en az ise Türkiye'dedir.

Tablo 4.10. 100.000 Kişiyeye Düşen Hemşire ve Ebe Sayısının Uluslararası Karşılaştırılması,

2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
171	173	175	177	182	201	206	213	224	237	249	252	251	261	257

Kaynak: SB, Sağlık İstatistik Yıllığı, 2016: 217

Yukarıdaki tabloda 100.000 kişiye düşen Hemşire ve Ebe sayısının Uluslararası Karşılaştırılması verilmiştir. Ebe ve Hemşire sayısı en fazla 2015 yılında iken en az 2002 yılındadır.

4.2. Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Güvenliğini Tehdit Eden Riskler

Tablo 4.11. Sağlık İşletmelerinde Risk Grupları (Hisar, 2013:36).

<i>Risk Sınıfı</i>	<i>Risk Tanımı</i>	<i>Sağlık İşletmeleri için Risk Örnekleri</i>
<i>Biyolojik</i>	Enfeksiyonlar/biyolojik ajanlar; bakteriler, virüsler, bulaşıcı vücut sıvıları	HIV, Hepatit B, Hepatit C, virüsleri ve tüberküloz gibi etmenler.
<i>Kimyasal</i>	Vücut sistemini zehirleyen veya tahriş eden çeşitli kimyasallar, solüsyonlar ve ilaçlar.	Formaldehit, gluteraldehit, tehlikeli ilaçlar (Sitotoksik ajanlar), etilen oksit, kullanılmış anestezi gazlar, pentamidine ribavirin.
<i>Psikolojik</i>	C, 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.
<i>Fiziksel</i>	Çalışma ortamında doku incinmelerine neden olan ajanlar	Radyasyon, lazer, gürültü, elektrik, çok soğuk veya çok sıcak hava, işyerinde şiddet
<i>Çevresel, Mekanik ve Biyomekanik</i>	Çalışma bölümlerinde olabilecek kazalara ve yaralanmalara veya sıkıntıya neden olan unsurlar	Tökezleme riskleri, güvensiz/tedbirsiz donanımlar, hava kalitesi, kaygan zeminler, güvensiz alanlar, düzensiz veya çalışmaya engel çalışma alanlar, geçit yerleri, uygunsuz vücut duruşları (postur bozuklukları), titreşim, çok sıcak ya da çok soğuk hava, devamlı hareket etme veya sürekli bir faaliyet içinde olma, kaldırımalar ve hastaların taşınması

Kaynak: Devedbakan, 2007: 139-140

4.2.1.Fiziksel Riskler

Bütün dünyada olduğu gibi ülkemizde de sağlık personellerinin yaşadığı bel ağrısı, omuz ve kol ağrısı, boyun ağrısı sorunları fiziksel riskler arasında önemli risklerdir. Hastanede hastalar ve sağlık personelleri için fiziksel tehlikeler grubunda en yaygın olanlar; radyasyon (iyonize, lazer, ultraviyole, infra-red, elektromanyetik vb. radyasyon, radyo aktif madde ve ışınım), gürültü, aydınlanma, elektrik düzeneği, kaygan zemin, sıcak/soğuk, havalandırma, vibrasyon gibi tehlikeler sıralanabilir. Bu tehlikelere maruz kalma sonucunda ortaya çıkabilecek sağlık sorunları arasında iş kazaları, bel yaralanmaları, kesici-delici-batıcı cisim yaralanmaları, yanıklar, kırıklar, kas-iskelet sistemi sorunları, dolaşım bozukluğu, işitme kayıpları, merkezi sinir sistemi depresyonu, görme bozuklukları sıralanabilir(Sarıçam,2012:21-22).

Elektromanyetik alana maruz kalan sağlık personellerinde baş ağrısı, bulanık görme, çarpıntı, gözde batma, kaşıntı, sulanma, işitme azlığı, halsizlik ve yorgunluk gibi şikayetlerin daha çok görüldüğü bilinmektedir(Meydanlıoğlu, 2013:193-194).

4.2.2. Biyolojik Riskler

Enfeksiyona, alerjiye veya zehirlenmeye neden olan, genetiği değiştirilmiş olanlar da dâhil, mikroorganizmalar, hücre kültürleri ve insan endoparazitleri “biyolojik etkenler” olarak tanımlanır.

Sağlık hizmetlerinde çalışanlar hasta kişilerden ya da bulaşık vücut sıvılarından veya salgılarından bulaşan bakteriler, virüsler, mantarlar ya da parazitler gibi biyolojik tehlike oluşturan unsurlardan etkilenebilirler. Bu unsurlar çoğu bölümlerde çalışanlar için tehlikelidir ve gerekli önlemler alınmadığında deride iltihaba ve alerjik reaksiyonlara, solunum sistemi hastalıklarına ve diğer bulaşıcı hastalıklara neden olabilir(Akarsu, 2015:37).

4.2.3. Kimyasal Riskler

Kimyasal madde doğal halde bulunan veya üretilen veya herhangi bir işlem sırasında veya atık olarak ortaya çıkan her türlü element, bileşik veya karışım olarak tanımlanır.

Sağlık personelleri tanı ve tedavi işlemleri sırasında, laboratuvarlarda, temizlik, çamaşır, boya, bakım, onarım gibi iş ve işlemlerde kimyasal etkenlere maruz kalırlar. Gerekli önlemler alınmadığı zaman sağlık kurumlarında kullanılan kimyasal maddeler sağlık personelleri için risk oluşturur(Akarsu, 2015:29).

Tablo 4.12. Türkiye’de Kimyasal Maddelerle Çalışmalarda Sağlık ve Güvenlik Önlemleri Hakkında Yönetmelik, 2013 (www.resmigazete.gov.tr).

Kimyasal Türü	Kullanıldığı Yer
Sterilizanlar, Dezenfektanlar, Antiseptikler	Hasta Bakım Alanları, Ameliyathaneler, Muayene Odaları, Rehabilitasyon Merkezleri
Tehlikeli İlaçlar	Hasta bakım alanları, Eczane
Anestezikler	Ameliyathaneler
Laboratuvar Reaktifleri	Laboratuvarlar
Temizlik, bakım kimyasalları	Bütün hastane
Besin katkı maddeleri	Mutfak, kafeteryalar

4.2.4. Psiko-Sosyal Riskler

Çoğu hastanın ve ölen kişilerin bakımının direkt sorumlusu olmanın verdiği stresle beraber artan iş yükü, sağlık personellerinin sağlıklarını olumsuz etkilemektedir. Vardiya, nöbet, gece çalışmaları, çağrı üzerine çalışma gibi sağlık personelinin saatleri,

çok sayıda sağlık sorununa ve iş güvenliği sorunlarına yol açabilmektedir. Bunlardan bazıları; kronik uykusuzluk, yorgunluk, motorlu araç kazaları, hafıza ve konsantrasyon bozuklukları, yaralanmalar, malpraktis, obezite, bazı kanser türleri, yaygın kronik hastalıklar, duygu-durum bozuklukları, tükenmişlik sendromu, yabancılaşma ve aile içi sorunlar olarak sıralanabilir. Son zamanlarda sağlık personellerinin sağlığını olumsuz etkileyen unsurlardan biri olan şiddet, çoğu sağlık kurumunda, birçok sağlık personelinin maruz kaldığı bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Şiddete maruz kalanlarda, şiddet sonrası anksiyete ve huzursuzlukta artış gibi çeşitli sorunlar ortaya çıkmaktadır(Meydanlıoğlu, 2013:193-194).

4.2.4.1. Çalışanları Olumsuz Etkileyen İş Stresi

Stres sözcüğü; Latince “Estrictia” fiilinden gelmiştir. Stres sözcüğü, insanın ya da bir başka organizmanın tehlike içinde bulunduğu unsurlara ve şartlara göre dengenin bozulduğu bir durumu ifade eder. Diğer bir ifadeyle organizmanın fizyolojik, biyokimyasal ve psikolojik stres çeşitleri bu kapsam içinde düşünülmektedir. Yani stres, organizmanın dengesini bozabilecek tüm unsurları kapsamaktadır. Bu unsurlar fiziksel (travma, sıcak, soğuk vb), psikolojik (duygusal gerilimler, iç ve dış çatışmalar, evlilik sorunları vb) ya da sosyal (çevre etmenleri, kültürel değişim vb) içerikli olabilir.

Kişilerin stresten kurtulmaları kişisel özelliklerine, iş hayatındaki deneyimlerine ve başa çıkma mekanizmalarına göre değişir. Bununla birlikte çeşitli kişisel özellikler, bulunulan iş ortamındaki stresi arttırabilmekte, aynı ortamda çalışan kişiler arasında benzer stres kaynakları her bir çalışan tarafından farklı. İş stresörlerini ve hemşirelerde görülen stres kaynaklarını ICN (International Council of Nurses-Uluslararası Hemşireler Konseyi) şöyle sıralamıştır;

- Çalışma Şartları: Vardiyalı çalışma, hafta sonu çalışmaları, yetersiz ücret, çalışma saatleri, çatışma, ayırım yapma ve çalışma ortamındaki tehlikeler,
- Çalışma Ortamındaki İlişkiler: Yöneticilerle, bağlı bulunduğu kişilerle ya da üstleriyle ilişkilerin özelliği,
- Çatışma ve Belirsiz Rol: Tanımlanmamış rol, fonksiyon, beklentiler ve görevler,
- Çevresel Düzenleme ve İklim şartları: Yöneticilerle ve çalışma ortamdakiler arasındaki iletişim, iş ortamındaki büyük değişiklikler, kurumdaki farklılıklar, karar verme konusunda katılımcı eksikliği,
- Çalışma Ortamı ile Ev arasındaki Engeller: Zamanında yapılması talep edilen görevler ve beklentiler(Sarıçam, 2012:28).

4.2.4.2. İş Yerinde Şiddet

Yapılan işlerle ilgili stres kaynakları arasında en önemli ve en çok karşılaşılan etkenlerden biri iş yüküdür. Yapılan işin gereklerinin çalışanın yeteneğini ve beceri düzeyini aşması çalışanda stres oluşturur. Belli bir sürede gereğinden fazla işi bitirmek için zaman baskısı altında çalışmakta bir stres kaynağıdır. Vardiya ve nöbet şeklinde çalışma biçimi, çalışan kişinin normal biyolojik, psikolojik, sosyal yaşama şeklini bozan bir durumdur. Vardiya ve nöbet şeklinde çalışmak bedenin normal, biyolojik ritmi ile çalıştığından kronik yorgunluğa ve kişinin aile ve sosyal hayatının zarar görmesine yol açar.(Sarıçam,2012:29).

5. KAHRAMANMARAŞ NECİP FAZIL ŞEHİR HASTANELERİNDE RİSK YÖNETİMİNİN ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ ÜZERİNE ETKİSİNİ ARAŞTIRMAYA YÖNELİK BİR UYGULAMA

5.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmada sağlık hizmetlerinde çalışan personelin hastanede risk yönetimi ile çalışan güvenliği arasındaki durumun belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu doğrultuda T.C. Sağlık Bakanlığı Kahramanmaraş Necip Fazıl Şehir Hastanelerinde(NFŞH) çalışanlara yönelik, risk yönetimi ve çalışan güvenliği arasındaki durum analiz edilmiştir.

5.2. Araştırmanın Önemi

Sağlık kurumlarında çalışanların güvenli, huzurlu bir ortamda görevlerini yapabilmeleri için risk yönetimi ve çalışan güvenliği konuları son zamanlarda önemli bir konu haline gelmiştir. Sağlık kurumları hizmet sektöründe, emek yoğun kurumlar oldukları için çalışanların güvenli ve huzurlu çalışma alanlarında görevlerini yapabilmeleri, çalışan personelin hem iş kazalarına/meslek hastalıkları ile karşılaşmamaları hem de sağlık hizmetini yerine getirme sırasında güvenli bir şekilde çalışma alanı oluşturulması açısından son derece önemlidir.

Sağlık kurumlarında çalışanların iş memnuniyeti, müşteri olarak tanımlanan hastalara hizmetin verildiği sırada yansıyabilmektedir. Bu nedenle kaliteli bir yönetim hizmeti ile oluşturulan risk yönetimi sadece hizmeti sunanlar için değil aynı zamanda hizmetten yararlananlar için oldukça önemlidir.

Bu çalışma, son yıllarda sağlık sektöründe gittikçe önem kazanan risk yönetimi ve çalışan güvenliği konularının sağlık kurumlarında nasıl bir durum içinde olduklarını anlamaya dair yapılmıştır.

5.3. Araştırmanın Kapsamı Ve Sınırlılıkları

Bu araştırma sağlık kurumlarında çalışanların risk yönetimi ile çalışan güvenliği durumunun anlaşılması amacıyla yapılmıştır. Bu amaçla T.C. S.B. Kahramanmaraş Necip Fazıl Şehir Hastaneleri 657 sayılı devlet memurları kanununa göre çalışan personelleri kapsamaktadır.

T.C. S.B. Kahramanmaraş Necip Fazıl Şehir Hastaneleri dahili birimler (pediatri, nefroloji, onkoloji-hematoloji, intaniye, pediatrik kardiyoloji, prematüre, yenidoğan, thalasei 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.

5.4. Araştırmanın Evreni Ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini 2018 yılında T.C. S.B Kahramanmaraş Necip Fazıl Şehir Hastaneleri fiili olarak çalışan 5060 personel oluşturmaktadır. Basit tesadüfi örnekleme yöntemi uygulanarak seçilen örneklem grubuna anket tekniği uygulanmıştır. Dağıtılan anketlerden 307 kişiden anket geri gelmiş ve değerlendirmeye alınmıştır. Belirli

evrenler için kabul edilebilir örnek büyüklüğüne göre örneklem sayısı yeterli kabul edilmiştir

5.5. Araştırmanın Yöntemi

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

Soru sorularak elde edilir. Anket tekniği, ulaşılmak istenen verilere mümkün olan en kısa sürede ulaşmaya ve gerekli açıklamaların yapılabilmesine olanak tanıdığı için en etkili ve en çok kullanılan tekniklerden birisidir(Hisar, 2013:51).

Ölçek üç bölümden oluşmakta ve toplam 54 soruyu içermektedir. İlk bölümde demografik özellikleri belirlemek için 7 soru bulunmaktadır. İkinci bölümde kurumunun mevcut durumunu ölçmek amacı ile toplam 14 soru bulunmaktadır. Son bölümde ise kurumdaki risk yönetimi ve çalışan güvenliğini ölçmek için oluşturulmuş olan 33 ifade mevcuttur.

Araştırmadaki anket yönteminde ikinci bölümde 3'lü ölçek (Evet-Hayır-Bilgim Yok), üçüncü bölümünde ise 5' li Likert tipi ölçek kullanılmıştır. Anket sonuçları SPSS 13.0 programı ile analiz edilmiştir. Araştırmada güvenilirlik analizi (Cronbach alpha), tanımsal istatistik analizleri (descriptive ve frequency statistics),bağımsız örneklem t testi (Independent sample t test), bağımsız örneklem tek yönlü varyans analizi (one way anova) yapılmıştır. Kurumun risk yönetimi ve çalışan güvenliği arasındaki ilişkinin incelendiği üçüncü bölümdeki değişkenlerin geçerliliğini belirlemek amacı ile verilere faktör analizi uygulanmıştır.

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

Araştırmanın Hipotezleri

H1: NFŞH çalışanlarının Risk yönetimi uygulamalarının çalışan güvenliği üzerine etkisi vardır

H2: NFŞH çalışanlarının Sağlıkta dönüşüm uygulamaları bakımından kadın ve erkek katılımcılar arasında anlamlı bir fark vardır.

H3: NFŞH çalışanlarının Çalışan güvenliği uygulamaları bakımından kadın ve erkek katılımcılar arasında anlamlı bir fark vardır.

H4: NFŞH çalışanlarının Sağlıkta dönüşüm uygulamaları algıları açısından yaş dağılımlarına göre anlamlı bir fark vardır.

H5: NFŞH çalışanlarının Çalışan Güvenliği uygulamaları algıları açısından yaş dağılımlarına göre anlamlı bir fark vardır.

H6: NFŞH çalışanlarının Sağlıkta dönüşüm uygulamaları algıları açısından meslek dağılımlarına göre anlamlı bir fark vardır.

H7: NFŞH çalışanlarının Çalışan güvenliği uygulamaları algıları açısından meslek dağılımlarına göre anlamlı bir fark vardır.

H8: NFŞH çalışanlarının Sağlıkta dönüşüm uygulamaları algıları açısından eğitim durumlarına göre anlamlı bir fark vardır.

H9: NFŞH çalışanlarının Çalışan güvenliği uygulamaları algıları açısından eğitim durumlarına göre anlamlı bir fark vardır.

H10: NFŞH çalışanlarının Sağlıkta dönüşüm uygulamaları algıları açısından çalışma yılı bakımından anlamlı bir fark vardır.

H11: NFŞH çalışanlarının Çalışan güvenliği uygulamaları algıları açısından çalışma yılı bakımından anlamlı bir fark vardır.

H12: NFŞH çalışanlarının Sağlıkta dönüşüm uygulamaları algıları açısından kurumda çalışma yılı bakımından anlamlı bir fark vardır.

H13: NFŞH çalışanlarının Çalışan güvenliği uygulamaları algıları açısından kurumda çalışma yılı bakımından anlamlı bir fark vardır.

H14: NFŞH çalışanlarının Sağlıkta dönüşüm uygulamaları algıları açısından çalışılan birime göre anlamlı bir fark vardır.

H15: NFŞH çalışanlarının Çalışan güvenliği uygulamaları algıları açısından çalışılan birime göre anlamlı bir fark vardır.

5.6. Araştırmanın Analiz Ve Bulguları

5.6.1. Güvenilirlik Analizi

Tablo 5.1. Risk Yönetimi ve Çalışan Güvenliği Ölçeğinin Güvenilirlik Analizi

Cronbach's Alpha	N of Items
.907	53

Yukarıdaki Tablo 5.1’de görüldüğü üzere Risk yönetimi ve çalışan güvenliği ilişkisinin incelendiği bölümün genel güvenilirlik analizi Cronbach Alfa katsayısı % 0,907 olarak bulunmuştur. Bu sonuç ölçeğin yüksek derecede güvenilir olduğunu göstermektedir.

5.6.2. Demografik Verilerin Değerlendirilmesi

Tablo 5.2. Hastanelere Göre Frekans ve Yüzde Dağılımları

	Sayı	Yüzde
KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTANESİ	104	33.9
YÖRÜK SELİM	41	13.4
KAPIÇAM	162	52.8
Toplam	307	100.0

Araştırmaya katılan katılımcıların %33.9 ‘luk bir ortalama ile en çok çocuk hastanesinden katılım olmuştur.%13.4’lük bir katılım ile Yörük Selim Hastanesi’nden katılım olmuştur.

Tablo 5.3. Demografik Özelliklerin Cinsiyete Göre Frekans ve Yüzde Dağılımları

	Sayı	Yüzde
Kadın	192	62.5
Erkek	115	37.5
Toplam	307	100.0

Ankete katılanların demografik özelliklerin cinsiyet dağılımına bakıldığında katılımcıların %62' sinin kadın, %37,5' inin erkek olduğu görülmektedir. Araştırmaya kadınlar erkeklere göre daha fazla katılımda bulunmuştur.

Tablo 5.4. Demografik Özelliklerin Yaş Göre Frekans ve Yüzde Dağılımları

	Sayı	Yüzde
20-30	113	36.8
31-40	126	41.0
41-50	56	18.2
51-ve üstü	12	3.9
Toplam	307	100.0

Katılımcıların demografik özelliklerin Yaş dağılımına bakıldığında %41' inin 31- 40 yaş aralığında ve %3.9'unun 51- yaş ve üstü yaş aralığında olduğu görülmektedir. Katılımcıların % 36.8'i 20- 30 yaş aralığındadır. Bu durum araştırmaya katılanların büyük çoğunluğunun orta yaşta olduklarını göstermektedir. Araştırmaya en az katılan yaş grubu ise 51ve üstü yaş grubudur.

Tablo 5.5. Demografik Özelliklerin Mesleğe Göre Frekans ve Yüzde Dağılımları

	Sayı	Yüzde
Hekim	11	3.6
Ebe –Hemşire	149	48.5
İdari ve Teknik Personel	53	17.3
Diğer Servis Personeli	94	30.6
Toplam	307	100.0

Demografik özelliklerin Mesleki dağılımına bakıldığında, katılımcıların %48.5'nin hemşire, %30.6 'sinin diğer sağlık personeli, %3.6 'sının hekim ve %17,1'inin de idari ve teknik personel oluşturmaktadır. Meslek dağılımına göre katılımcıların çoğunluğunu hemşireler ve diğer sağlık personelleri oluşturmaktadır. Mesleki dağılımda en az katılım ise %3.6'lık bir katılım ile hekimler oluşturmaktadır.

Tablo 5.6. Demografik Özelliklerin Eğitime Göre Frekans ve Yüzde Dağılımları

	Sayı	Yüzde
Lise	74	24.1
Önlisans	80	26.1
Lisans	134	43.6
Yüksek Lisans ve Doktora	18	5.9
Toplam	307	100.0

Eğitim durumu incelendiğinde araştırmaya katılanların %43.6'sının Lisans düzeyinde, %26.1 nin önlisans düzeyinde, %5.9'nun lisansüstü eğitim düzeyinde olduğu görülmüştür. Bu durum araştırmaya katılanların çoğunluğunun üniversite mezunu olduğunu göstermektedir. Araştırmaya katılan en az eğitim grubu ise lisansüstü eğitim grubudur.

Tablo 5.7. Demografik Özelliklerin Çalışma Yılına Göre Frekans ve Yüzde Dağılımları

	Sayı	Yüzde
4 YIL VE ALTI	66	21.5
5-10 yıl	100	32.6
11-20	96	31.3
21-30	42	13.7
31 ve üstü	3	1.0
Toplam	307	100.0

Katılımcıların çalışma yılı incelendiğinde, %31.3'nün 11- 20 yıl arası çalışma yılının olduğu, %1'nin 31 yıl ve üstü çalışma yılının olduğu, %32.6 'sının 5- 10 yıl ve % 21.5 'inin 4 yıl ve daha az çalışma yılının olduğu görülmektedir. Araştırmada en az çalışma yılı 31 ve üstü çalışma yılıdır. En fazla çalışma yılı ise %32.6'lık bir ortalama ile 5-10 yıl arasındır.

Tablo 5.8. Demografik Özelliklerin Kurumdaki Çalışma Yılına Göre Frekans ve Yüzde Dağılımları

	Sayı	Yüzde
4 YIL VE ALTI	119	38.8
5-10 yıl	105	34.2
11-20	64	20.8
21-30	16	5.2
31 ve üstü	1	.3
Toplam	307	100.0

Kurumdaki çalışma yılı dağılımı incelendiğinde katılımcıların %38.8'i 4 yıl ve daha azı bu kurumda çalıştığı, %20.8'i 11- 20 yıl, %34.2 's i 5- 10 yıl çalıştığı ve %0.3 'ü ise 31 yıl ve üstü kurumda görev yaptığı görülmektedir. Kurum yılı dağılımına göre katılımcıların çoğunluğu bu kurumda yeni olduklarını göstermektedir.

Tablo 5.9. Demografik Özelliklerin Birime Göre Frekans ve Yüzde Dağılımları

	Sayı	Yüzde
Servis	148	48.2
Yoğun Bakım	18	5.9
Acil	16	5.2
Ameliyathane	3	1.0
Röntgen	1	.3
Laboratuvar	9	2.9
Poliklinik	24	7.8
İdare	31	10.1
Diğer	57	18.6
Toplam	307	100.0

Araştırmaya katılanların %48.2' sinin servis bölümünde ,% 0,3'nün röntgen bölümünde, %18.6'sının diğer bölümlerde çalıştığı görülmektedir. Araştırmaya en çok katılım servis bölümlerinde olmuştur. Araştırmaya en az katılım ise %0.3'lük bir ortalama ile röntgen bölümüdür.

5.6.3. Demografik Değişkenlerin Sağlıkta Dönüşüm ve Çalışan Güvenliği Etkileşimi Bakımından Değerlendirilmesi

Tablo 5.10. Sağlıkta Dönüşüm ve Çalışan Güvenliği Algısının Cinsiyete Göre Değerlendirilmesi

Cinsiyetiniz	N	Minimum	Maximum	Ortalama	Std. Sapma
SD	192	.00	4.58	2.2974	.64106
Kadın ÇG	192	.00	7.64	2.9431	1.09337
Geçerli N (listwise)	192				
SD	115	.00	5.00	2.1725	.74496
Erkek ÇG	115	.00	5.00	2.4534	1.04722
Geçerli N (listwise)	115				

Araştırmaya katılanların çalışan güvenliği algısı ortalamalarına bakıldığında bu oran kadınlarda% 2,9431 iken erkeklerde% 2.4534 olarak görülmüştür. Buna göre kadınlarda çalışan güvenliği algısı daha yüksektir. Sağlıkta Dönüşüm ile ilgili algıda ise % 2.2974 ile yine bu ortalama kadınlarda daha yüksektir. Bu sonuca göre erkeklerde sağlıkta dönüşüm programları ve çalışan güvenliği algıları kadınlara göre daha düşüktür.

Tablo 5.11. Sağlıkta Dönüşüm ve Çalışan Güvenliği Algısının Yaş Göre Değerlendirilmesi

Yaşınız		N	Minimum	Maximum	Ortalama	Std. Sapma
20-30	SD	113	.89	4.58	2.2515	.67382
	ÇG	113	.00	5.14	2.7579	.99806
	Geçerli N (listwise)	113				
31-40	SD	126	.00	5.00	2.3225	.69282
	ÇG	126	.00	7.64	2.9314	1.09985
	Geçerli N (listwise)	126				
41-50	SD	56	.00	3.89	2.0902	.69482
	ÇG	56	.00	5.00	2.3954	1.25999
	Geçerli N (listwise)	56				
51-ve üstü	SD	12	1.00	3.00	2.2368	.55451
	ÇG	12	1.00	4.43	2.6726	.91800
	Geçerli N (listwise)	12				

Araştırmaya katılan 31-40 yaş arasındaki katılımcıların sağlıkta dönüşüm algısı% 2.3225 ile en yüksek düzeye sahip iken 41-50 yaş arasındaki katılımcılarda bu oran% 2.0902 olarak değerlendirilmiştir. Çalışan güvenliği algılarına bakıldığında ise 31-40 yaş arasındaki katılımcılar% 2.9314 oranında bir ortalama ile en yüksek düzeye sahiptir en düşük ortalama ise% 2.3954'lük bir oran ile 41-50 yaş arasındadır. Bu sonuca göre orta yaş grubun sağlıkta dönüşüm ve çalışan güvenliği algısı daha yüksek iken yaş grubu arttıkça bu algı azalmaktadır.

Tablo 5.12. Sağlıkta Dönüşüm, Risk Yönetimi ve Çalışan Güvenliği Algısının Mesleğe Göre Değerlendirilmesi

Mesleğiniz		N	Minimum	Maximum	Ortalama	Std. Sapma
Hekim	SD	11	.00	3.11	2.1818	1.01604
	ÇG	11	.00	4.50	2.6948	1.12581
	RY	11	.92	2.46	1.8881	.61188
	Geçerli N (listwise)	11				
Ebe -Hemşire	SD	149	1.00	4.58	2.3017	.63328
	ÇG	149	.00	5.14	2.9267	1.07098
	RY	149	.31	2.77	1.4972	.42731
	Geçerli N (listwise)	149				
İdari ve Teknik Personel	SD	53	.00	5.00	2.3049	.79058
	ÇG	53	.00	7.64	2.7332	1.22187
	RY	53	.69	2.54	1.4790	.47386
	Geçerli N (listwise)	53				
Diğer Personeli	SD	94	.89	3.63	2.1473	.64841
	ÇG	94	.00	5.00	2.5175	1.04100
	RY	94	.92	2.92	1.4591	.40773
	Geçerli N (listwise)	94				

Araştırmaya katılan diğer sağlık personelleri risk yönetimini uygulamalarını% 1.4591'lik bir ortalama ile daha anlamlı bulurken, hekimlerde bu oran % 1.8881'lik bir ortalama ile daha düşüktür. İdari ve Teknik Personeller in Sağlıkta dönüşüm algıları % 2.3049'luk ortalama ile daha anlamlı iken diğer sağlık personellerinde bu ortalama% 2.1473 olarak daha düşüktür. Ebe ve Hemşireler Çalışan güvenliği uygulamalarını % 2.9267'lik bir ortalama ile daha anlamlı bulurken diğer sağlık personellerinde bu anlamlılık düzeyi % 2.5175 'lik bir ortalama ile en düşüktür. Risk yönetiminde birim

seviyesi arttıkça algı azalırken çalışan güvenliğinde birim seviyesi arttıkça bu algı artmaktadır.

Tablo 5.13. Sağlıkta Dönüşüm, Risk Yönetimi ve Çalışan Güvenliği Algısının Eğitime Göre Değerlendirilmesi

Eğitiminiz		N	Minimum	Maximum	Ortalama	Std. Sapma
Lise	SD	75	.95	5.00	2.1796	.68136
	ÇG	75	.00	4.50	2.3867	.97423
	RY	75	.92	2.77	1.4236	.42517
	Geçerli N (listwise)	75				
Önlisans	SD	80	.00	3.84	2.1191	.70943
	ÇG	80	.00	7.64	2.6393	1.23686
	RY	80	.92	2.54	1.4471	.40834
	Geçerli N (listwise)	80				
Lisans	SD	134	.00	4.58	2.3370	.60734
	ÇG	134	.00	5.14	2.9909	.99940
	RY	134	.31	2.92	1.5241	.43964
	Geçerli N (listwise)	134				
Yüksek Lisans ve Doktora	SD	18	.00	4.16	2.4883	.96792
	ÇG	18	.00	5.00	3.1270	1.22415
	RY	18	.85	2.46	1.8120	.54215
	Geçerli N (listwise)	18				

Araştırmaya katılan lise mezunları risk yönetimi uygulamalarını % 1.4236'lık bir ortalama ile daha anlamlı bulurken bu oran % 1.81220 'lık bir ortalama ile lisansüstü mezunlarında en düşüktür. Araştırmaya katılanların sağlıkta dönüşüm algılarına bakıldığında lisansüstü mezunları % 2.4883'lük bir ortalama ile daha anlamlı bulurken önlisans mezunlarında bu ortalama % 2.1191'lik ortalama ile en düşüktür. Çalışan güvenliği algısı bakımından lisansüstü mezunları % 3.1270'lik bir ortalama ile daha anlamlı bulurken lise mezunları % 2.3867'lik bir ortalama ile daha az anlamlı bulmuştur. Bu sonuca göre risk yönetimi uygulamalarında eğitim seviyesi azaldıkça algı artarken eğitim seviyesi azaldıkça bu algı artmaktadır. Çalışan güvenliğinde ise eğitim seviyesi arttıkça algı artarken sağlıkta dönüşümde yine eğitim arttıkça algı artmaktadır.

Tablo 5.14. Sağlıkta Dönüşüm, Risk Yönetimi ve Çalışan Güvenliği Algısının Kurum Yılına Göre Değerlendirilmesi

Kurum Yılı		N	Minimum	Maximum	Ortalama	Std. Sapma
4 YIL VE ALTI	SD	121	.00	4.58	2.2727	.67637
	ÇG	121	.00	5.14	2.8636	1.05544
	RY	121	.31	2.92	1.5817	.46493
	Geçerli N (listwise)	121				
5-10 yıl	SD	105	.00	3.53	2.1885	.64933
	ÇG	105	.00	4.79	2.6605	1.02288
	RY	105	.69	2.38	1.4139	.40160
	Geçerli N (listwise)	105				
11-20	SD	64	1.00	5.00	2.3742	.77188
	ÇG	64	.00	7.64	2.8437	1.33472
	RY	64	.92	2.46	1.5505	.45088
	Geçerli N (listwise)	64				
21-30	SD	16	1.26	2.84	1.9605	.48027
	ÇG	16	1.00	3.93	2.3214	.80475
	RY	16	1.00	1.77	1.1779	.23284
	Geçerli N (listwise)	16				
31 ve üstü	SD	1	2.84	2.84	2.8421	.
	ÇG	1	2.21	2.21	2.2143	.
	RY	1	1.46	1.46	1.4615	.
	Geçerli N (listwise)	1				

Araştırmaya katılanların kurum yılına göre değerlendirildiğinde 21-30 yıl arasında çalışanlar risk yönetimi uygulamalarını% 1.1779'luk bir ortalama ile daha anlamlı bulurken 4 yıl ve altında çalışanlar %1.5817'lik bir ortalama ile daha az anlamlı bulmuştur. Sağlıkta dönüşüm algıları değerlendirildiğinde 31 yıl ve üstü çalışanlar% 2.8421'lik bir ortalama ile daha anlamlı bulurken 21-30 yıl arasında çalışanlar daha az anlamlı bulmuştur. Çalışan güvenliği algıları değerlendirildiğinde 4 yıl ve altı çalışanlar% 2.8636'lık bir ortalama ile daha anlamlı bulurken 31 ve üstü çalışanlar% 2.2143'lük bir ortalama ile daha az anlamlı bulmuştur. Bu sonuca göre kurumda uzun yıl çalışanların risk yönetimi algısı artarken, sağlıkta dönüşüm bakımından yine uzun yıl çalışanların algısı artmıştır.

Tablo 5.15. Sağlıkta Dönüşüm, Risk Yönetimi ve Çalışan Güvenliği Algısının Çalışılan Birime Göre Değerlendirilmesi

Biriminiz		N	Minimum	Maximum	Ortalama	Std. Sapma
Servis	SD	148	.00	4.58	2.2080	.68470
	ÇG	148	.00	7.64	2.7461	1.17302
	RY	148	.31	2.77	1.4673	.41980
	Geçerli N (listwise)	148				
Yoğun Bakım	SD	18	1.37	3.63	2.5029	.54344
	ÇG	18	1.57	5.00	3.6786	.96588
	RY	18	1.00	2.38	1.6239	.45154
	Geçerli N (listwise)	18				
Acil	SD	16	1.05	3.89	2.3651	.83472
	ÇG	16	1.43	5.00	2.9732	1.10591
	RY	16	1.00	2.46	1.5962	.50442
	Geçerli N (listwise)	16				
Ameliyathane	SD	3	1.16	2.68	1.8596	.77053
	ÇG	3	2.00	3.71	2.6667	.91844
	RY	3	1.00	1.62	1.3590	.32026
	Geçerli N (listwise)	3				
Röntgen	SD	1	1.32	1.32	1.3158	.
	ÇG	1	2.29	2.29	2.2857	.
	RY	1	1.15	1.15	1.1538	.
	Geçerli N (listwise)	1				
Laboratuvar	SD	9	1.21	3.21	2.0936	.76938
	ÇG	9	1.29	4.43	2.5952	1.17478
	RY	9	1.00	2.46	1.6154	.53155
	Geçerli N (listwise)	9				
Poliklinik	SD	24	.00	5.00	2.3465	.95773
	ÇG	24	.00	4.71	2.8304	1.15152
	RY	24	.92	2.31	1.5609	.42888
	Geçerli N (listwise)	24				
İdare	SD	31	1.53	3.11	2.2241	.48542
	ÇG	31	1.00	4.43	2.3088	.63925
	RY	31	.92	2.23	1.3772	.40866
	Geçerli N (listwise)	31				
Diğer	SD	57	.89	3.42	2.2853	.61111
	ÇG	57	.00	5.00	2.6992	.99605
	RY	57	.92	2.92	1.5358	.48801
	Geçerli N (listwise)	57				

Araştırmaya katılan röntgen çalışanları risk yönetimi uygulamalarını %1.1538’lik bir ortalama ile daha anlamlı bulurken laboratuvar çalışanları %1.6154’lük bir ortalama ile daha az anlamlı bulmuştur. Sağlıkta dönüşüm algıları bakımından yoğun bakım çalışanları %2.5029’luk bir ortalama ile daha anlamlı bulurken röntgen çalışanları% 1.3158’lik bir ortalama ile daha az anlamlı bulmuştur.

5.6.4. Sağlıkta Dönüşüm ve Çalışan Güvenliği Algısının İstatistiksel Açıdan Yorumlanması

Araştırmanın Hipotezleri ve Hipotez Testleri

H1: NFŞH çalışanlarının Risk yönetimi uygulamalarının çalışan güvenliği üzerine etkisi vardır

H2: NFŞH çalışanlarının Sağlıkta dönüşüm uygulamaları bakımından kadın ve erkek katılımcılar arasında anlamlı bir fark vardır.

H3: NFŞH çalışanlarının Çalışan güvenliği uygulamaları bakımından kadın ve erkek katılımcılar arasında anlamlı bir fark vardır.

H4: NFŞH çalışanlarının Sağlıkta dönüşüm uygulamaları algıları açısından yaş dağılımlarına göre anlamlı bir fark vardır.

H5: NFŞH çalışanlarının Çalışan Güvenliği uygulamaları algıları açısından yaş dağılımlarına göre anlamlı bir fark vardır.

H6: NFŞH çalışanlarının Sağlıkta dönüşüm uygulamaları algıları açısından meslek dağılımlarına göre anlamlı bir fark vardır.

H7: NFŞH çalışanlarının Çalışan güvenliği uygulamaları algıları açısından meslek dağılımlarına göre anlamlı bir fark vardır.

H8: NFŞH çalışanlarının Sağlıkta dönüşüm uygulamaları algıları açısından eğitim durumlarına göre anlamlı bir fark vardır.

H9: NFŞH çalışanlarının Çalışan güvenliği uygulamaları algıları açısından eğitim durumlarına göre anlamlı bir fark vardır.

H10: NFŞH çalışanlarının Sağlıkta dönüşüm uygulamaları algıları açısından çalışma yılı bakımından anlamlı bir fark vardır.

H11: NFŞH çalışanlarının Çalışan güvenliği uygulamaları algıları açısından çalışma yılı bakımından anlamlı bir fark vardır.

H12: NFŞH çalışanlarının Sağlıkta dönüşüm uygulamaları algıları açısından kurumda çalışma yılı bakımından anlamlı bir fark vardır.

H13: NFŞH çalışanlarının Çalışan güvenliği uygulamaları algıları açısından kurumda çalışma yılı bakımından anlamlı bir fark vardır.

H14: NFŞH çalışanlarının Sağlıkta dönüşüm uygulamaları algıları açısından çalışılan birime göre anlamlı bir fark vardır.

H15: NFŞH çalışanlarının Çalışan güvenliği uygulamaları algıları açısından çalışılan birime göre anlamlı bir fark vardır.

Tablo 5.16. Regresyon Analizi: Risk Yönetimi Uygulamalarının Çalışan Güvenliği Üzerine Etkisinin İstatistiksel Analizi

Model	Standart dışı katsayı		Standart katsayı	t	Sig.
	B	Std. Hata	Beta		
1 (Sabit)	.628	.175		3.581	.000
SD	.947	.075	.588	12.696	.000

Yukarıdaki tablo 5.16’da risk yönetiminin ve çalışan güvenliği üzerine etkisinin çıktısı yer almaktadır. Çıktı sonucunda risk yönetiminin çalışan güvenliği üzerine etkisi $p<0,05$ ‘den küçük olduğu için anlamlı bir fark gösterdiği söylenebilir.

Tablo 5.17. Sağlıkta Dönüşüm ve Çalışan güvenliği Uygulamalarının Cinsiyete Göre İstatistiksel Analizi

				Varyans eşitliği için levenes testi					t-test için ortalama eşitlik		
				F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Ortalama Farklılık	Std. Hata Farkı	
SD	Eşit varyans kabul edildi			2.923	.088	1.553	305	.121	.12488	.08039	
	Eşit varyans kabul edilmedi					1.496	212.590	.136	.12488	.08346	
ÇG	Eşit varyans kabul edildi			.123	.726	3.858	305	.000	.48966	.12692	
	Eşit varyans kabul edilmedi					3.900	248.287	.000	.48966	.12555	

Tablo 5.17’te Independent samples testi(t-test)sonucuna göre sağlıkta dönüşüm bakımından $p>0,05$ ’den büyük olduğu için anlamlı bir fark yok iken ;çalışan güvenliği uygulamaları bakımından $p<0,05$ ‘den küçük olduğu için anlamlı bir fark vardır.

Tablo 5.18. Sağlıkta Dönüşüm ve Çalışan Güvenliği Uygulamalarının Yaşa Göre İstatistiksel Analizi

		Karelerin Toplamı	df	Ortalama Kare	F	Sig.
SD	Gruplar Arasında	2.094	3	.698	1.502	.214
	Gruplar İçinde	140.786	303	.465		
	Bütün	142.880	306			
ÇG	Gruplar Arasında	11.238	3	3.746	3.158	.025
	Gruplar İçinde	359.360	303	1.186		
	Bütün	370.598	306			

Tablo 5.18’de yapılan One Way(Anova) testi sonuçlarına göre sağlıkta dönüşüm bakımından $p>0,05$ ’den büyük olduğu için anlamlı bir fark yoktur.Çalışan güvenliği bakımından $p<0,05$ ’den küçük olduğu için anlamlı bir fark vardır.Bu sonuca göre yaşa göre değerlendirildiğinde çalışan güvenliği algısı bakımından anlamlı bir fark vardır.

Tablo 5.19. Sağlıkta Dönüşüm ve Çalışan Güvenliği Uygulamalarının Mesleğe Göre İstatistiksel Analizi

		Karelerin Toplamı	df	Ortalama Kare	F	Sig.
SD	Gruplar Arasında	1.600	3	.533	1.144	.331
	Gruplar İçinde	141.279	303	.466		
	Bütün	142.880	306			
ÇG	Gruplar Arasında	9.752	3	3.251	2.730	.044
	Gruplar İçinde	360.846	303	1.191		
	Bütün	370.598	306			

Tablo 5.16’da yapılan One Way(Anova) testi sonuçlarına göre sağlıkta dönüşüm bakımından $p>0,05$ ’den büyük olduğu için anlamlı bir fark yoktur. Çalışan

güvenliği bakımından $p < 0,05$ 'den küçük olduğu için anlamlı bir fark vardır. Bu sonuca göre mesleğe göre çalışan güvenliği bakımından daha anlamlı bir fark vardır.

Tablo 5.20. Sağlıkta Dönüşüm ve Çalışan Güvenliği Uygulamalarının Eğitime Göre İstatistiksel Analizi

	Karelerin Toplamı	df	Ortalama Kare	F	Sig.
SD	3.779	3	1.260	2.744	.043
	139.101	303	.459		
	142.880	306			
ÇG	21.190	3	7.063	6.125	.000
	349.408	303	1.153		
	370.598	306			

Tablo 5.20'de yapılan One Way (Anova) testi sonuçlarına göre sağlıkta dönüşüm bakımından $p < 0,05$ 'den küçük olduğu için anlamlı bir fark yoktur. Çalışan güvenliği bakımından $p < 0,05$ 'den küçük olduğu için anlamlı bir fark yoktur. Bu sonuca göre eğitim bakımından çalışan güvenliği algısı sağlıkta dönüşüm bakımından daha anlamlı bir sonuç çıkmıştır.

Tablo 5.21. Sağlıkta Dönüşüm ve Çalışan Güvenliği Uygulamalarının Çalışma Yılına Göre İstatistiksel Analizi

	Karelerin Toplamı	df	Ortalama Kare	F	Sig.
SD	1.823	4	.456	.976	.421
	141.056	302	.467		
	142.880	306			
ÇG	4.550	4	1.137	.938	.442
	366.048	302	1.212		
	370.598	306			

Tablo 5.21'de yapılan One Way (Anova) testi sonuçlarına göre sağlıkta dönüşüm bakımından $p > 0,05$ 'den büyük olduğu için anlamlı bir fark yoktur. Çalışan güvenliği bakımından $p > 0,05$ 'den büyük olduğu için anlamlı bir fark yoktur.

Tablo 5.22. Sağlıkta Dönüşüm ve Çalışan Güvenliği Uygulamalarının Kurum Yılına Göre İstatistiksel Analizi

	Karelerin Toplamı	df	Ortalama Kare	F	Sig.
SD	3.138	4	.785	1.695	.151
	139.742	302	.463		
	142.880	306			
ÇG	6.162	4	1.541	1.277	.279
	364.435	302	1.207		
	370.598	306			

Tablo 5.22'da yapılan One Way (Anova) testi sonuçlarına göre sağlıkta dönüşüm bakımından $p > 0,05$ 'den büyük olduğu için anlamlı bir fark yoktur. Çalışan güvenliği bakımından $p > 0,05$ 'den büyük olduğu için anlamlı bir fark yoktur.

Tablo 5.23. Sağlıkta Dönüşüm ve Çalışan Güvenliği Uygulamalarının Çalışılan Birime Göre İstatistiksel Analizi

	Karelerin Toplamı	df	Ortalama Kare	F	Sig.
SD					
Gruplar Arasında	3.489	8	.436	.933	.490
Gruplar İçinde	139.390	298	.468		
Bütün	142.880	306			
ÇG					
Gruplar Arasında	23.081	8	2.885	2.474	.013
Gruplar İçinde	347.517	298	1.166		
Bütün	370.598	306			

Tablo 5.23’de yapılan One Way (Anova) testi sonuçlarına göre sağlıkta dönüşüm bakımından $p>0,05$ ’den büyük olduğu için anlamlı bir fark yoktur. Çalışan güvenliği bakımından $p<0,05$ ’den küçük olduğu için anlamlı bir fark vardır.

HİPOTEZLERİN KABUL VE RED DURUMLARI

H1: NFŞH çalışanlarının Risk yönetimi uygulamalarının çalışan güvenliği üzerine etkisi vardır	KABUL
H2: NFŞH çalışanlarının Sağlıkta dönüşüm uygulamaları bakımından kadın ve erkek katılımcılar arasında anlamlı bir fark vardır.	RED
H3: NFŞH çalışanlarının Çalışan güvenliği uygulamaları bakımından kadın ve erkek katılımcılar arasında anlamlı bir fark vardır.	KABUL
H4: NFŞH çalışanlarının Sağlıkta dönüşüm uygulamaları algıları açısından yaş dağılımlarına göre anlamlı bir fark vardır.	RED
H5: NFŞH çalışanlarının Çalışan Güvenliği uygulamaları algıları açısından yaş dağılımlarına göre anlamlı bir fark vardır.	KABUL
H6: NFŞH çalışanlarının Sağlıkta dönüşüm uygulamaları algıları açısından meslek dağılımlarına göre anlamlı bir fark vardır.	RED
H7: NFŞH çalışanlarının Çalışan güvenliği uygulamaları algıları açısından meslek dağılımlarına göre anlamlı bir fark vardır.	KABUL
H8: NFŞH çalışanlarının Sağlıkta dönüşüm uygulamaları algıları açısından eğitim durumlarına göre anlamlı bir fark vardır.	KABUL
H9: NFŞH çalışanlarının Çalışan güvenliği uygulamaları algıları açısından eğitim durumlarına göre anlamlı bir fark vardır.	KABUL
H10: NFŞH çalışanlarının Sağlıkta dönüşüm uygulamaları algıları açısından çalışma yılı bakımından anlamlı bir fark vardır.	RED
H11: NFŞH çalışanlarının Çalışan güvenliği uygulamaları algıları açısından çalışma yılı bakımından anlamlı bir fark vardır.	RED
H12: NFŞH çalışanlarının Sağlıkta dönüşüm uygulamaları algıları açısından kurumda çalışma yılı bakımından anlamlı bir fark vardır.	RED
H13: NFŞH çalışanlarının Çalışan güvenliği uygulamaları algıları açısından kurumda çalışma yılı bakımından anlamlı bir fark vardır.	RED
H14: NFŞH çalışanlarının Sağlıkta dönüşüm uygulamaları algıları açısından çalışılan birime göre anlamlı bir fark vardır.	RED
H15: NFŞH çalışanlarının Çalışan güvenliği uygulamaları algıları açısından çalışılan birime göre anlamlı bir fark vardır	KABUL

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık kurumlarında sağlık hizmetleri hastalıkların teşhisi , tedavi edilmesi ve rehabilitasyonu yanında, hastalıkların önlenmesi, insanların sağlık düzeyinin geliştirilmesi gibi bütün bir süreci kapsayan faaliyetlerin bütününden oluşmaktadır. Sağlık hizmeti sunumu sırasında birimler arası koordinasyon eksikliği ve süreç sırasında yaşanan olumsuzluklar hem hasta/hasta yakınlarını hem de sağlık çalışanlarını olumsuz yönde etkilemektedir. Bu nedenle süreçlerdeki olumsuz sonuçları ortadan kaldırmak amacıyla risk yönetimi uygulamalarına önem verilmelidir.

Risk, zarara uğrama tehlikesidir ve öngörülebilir tehlikeleri ifade etmektedir. Risk yönetimi ise, çalışılan kurumdaki tehlikeleri belirleyen, kurumu korumaya dair yapılan çalışmalar veya stratejiler geliştiren bir süreçtir. Başarılı bir risk yönetim süreci, çalışanlarının güvenliğini ve sağlığını pozitif yönde etkileyecektir.

Sağlık hizmetlerinde hasta güvenliği kadar çalışan güvenliği kavramı da önemlidir. Sağlık hizmeti sunumu sırasında kurum çalışanlarının kendilerini güvende hissetmeleri sağlık hizmetinin sunum kalitesini de olumlu yönde etkilemektedir. Bu nedenle sağlık hizmetlerinde çalışan güvenliği üzerinde önemle durulması gereken konulardan biridir.

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

Risk yönetimi ve çalışan güvenliği faktörleri arasında olumlu yönde ve kuvvetli bir ilişki olması ve sağlık kurumlarının daha iyi hizmet verebilmeleri, çalışanların karşılaşabileceği olası risklerin ortadan kaldırılması ve sağlık personellerinin güvenliğinin sağlanması için bu faktörlerin iyileştirilmesi gerekmektedir.

Çalışan güvenliği ile risk yönetimi faktörleri arasında oluşturulan regresyon testinde , bağımsız değişkenler ile bağımlı değişken arasında pozitif yönlü ilişkinin olduğu görülmüştür.

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 daha iyi sağlanması için kurumda olası riskler önlenmeli ve kurumda buna dair önlemler alınmalıdır.
- Hipokrat'ın “önce zarar verme (premium non nocere)” prensibine bağlı kalarak, hizmeti alan ve hizmeti verene zarar vermeden hizmet sunumu gerçekleştirmek için tüm yöneticiler, sistematik yaklaşımlarla stratejik hedefleri gerçekleştirmek için hasta ve çalışan güvenliğini önceliklendirmelidirler.
- Kalitenin artırılması, kurumda çalışan güvenliği ile ilgili hizmet içi eğitimlerin verilmesi gerekir.
- Sağlık kurumlarında ergonomi ile ilgili çalışmalara önem verilmeli ve bununla ilgili risk faktörleri ortadan kaldırılmalıdır.
- Sağlık kurumlarının hata bildirim, kayıt, raporlama, değerlendirme ve geri dönüşüm sistemlerine önem verilmesi tıbbi hataların azalmasını sağlar ve kurumun bu konudaki güvenilirliği artar bu da çalışan güvenliğine olumlu katkı sağlar.

- Bu çalışma kompleks yapıda hizmet veren sağlık kurumlarında gerçekleştirilmiştir. İleriki araştırmalarda risk yönetimi ve çalışan güvenliği hizmet sektörü başta olmak üzere, diğer işletmeler için de yapılması verimlilik, karlılık veya performans etkileşimlerine yönelik araştırmalarının yapılması sağlık hizmetlerinde risk yönetiminin daha iyi anlaşılması ve literatürde yeni kaynaklar oluşturması açısından faydalı olacaktır.

KAYNAKLAR

- AKÇAKANAT, Ö.,2012. “Kurumsal Risk Yönetimi ve Kurumsal Risk Yönetim Süreci” Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi, 4(2), s. 30-46
- AKGÜN, S., 2015. “Sağlık Sektöründe İş Kazaları” Sağlık Akademisyenleri Dergisi, 2.2
- AKSAY, K., ORHAN, F., KURUTKAN, M.N., “Sağlık Hizmetlerinde Bir Risk Yönetimi Tekniği Olarak FMEA” Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi, (3.) s.4
- ARAVACIK, E, 2014, “Sağlık Hizmetleri Bakımından İş Sağlığı ve Güvenliği”, Esra,1. Ulusal Sağlık Hukuku Kongresi, 8, Marmaris: Adli Bilimciler Derneği, 8
- BİŞKİN, F.,2011. “Sağlık İşletmelerinde Müşteri İlişkileri Yönetimi ve Uygulamaları Araştırması”, Doktora Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya
- ÇIRAKLI, Ü., GÖZLÜ, M., GÖZLÜ, K., “Sağlık Kurumlarında Algılanan Hizmet Kalitesinin Değerlendirilmesi” Yozgat
- DAYI, F., AKDEMİR, E., 2013.”Sağlık İşletmelerinde Finansal Risk Analizi” , Kastamonu Kamu Hastaneleri Örneği, 3(1)
- EMHAN, A., 2009.”Risk Yönetim Süreci ve Risk Yönetimde Kullanılan Teknikler” Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, (23) s. 3
- ERDEM, Ş., 1997. “Mali Piyasalarda Sistem Riski, Politika ve Önlemler”, Hacettepe Üniversitesi İİBF Dergisi, 15 (2), ss. 61-70.
- ERSÖZ, G., KENZİMAN, A. K., AKTAŞ, H., KURT, Ö., 2018. “Mersin İlindeki Sağlık Kurumlarında Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Uygulamalarının Değerlendirilmesi”, Araştırma Makalesi, 16(1) 24
- HİSAR, A., 2013. “Sağlık Hizmetlerinde Risk Yönetiminin Çalışan Güvenliğine Etkisi ve Bir Uygulama”, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir
- HİSAR, A., 2013. “Sağlık Hizmetlerinde Risk Yönetiminin Çalışan Güvenliğine Etkisi ve Bir Uygulama”, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir
- SARIÇAM, H., 2012. “İş Sağlığı ve Güvenliği Kapsamında Hemşirelerin Karşılaştığı Risk ve Tehlikelerin İş Stresi Düzeyleri Üzerine Etkisi” Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir
- TÜRK, M., 2012. “Bir Üniversite Hastanesi Mikrobiyoloji Laboratuvarlarında Risk Değerlendirmesi” Türk Tabipleri Birliği Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi, 5(1):59-64
- YAZGAN, M.,2009.”Sağlık İşletmelerinde Hizmet Kalitesine Sağlık Hizmeti Sunan ve Sağlık Hizmeti Alan Taraflarca Değerlendirilmesi”, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir

ÖZ GEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı – Soyadı : Özlem BAYIR
Doğum Yeri ve Tarihi : Kahramanmaraş/15.03.1990

Eğitim Durumu

Lisans Öğrenimi : Dicle Üniversitesi / İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi / Sağlık yönetimi
Yüksek Lisans Öğrenimi : Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi/ Sosyal Bilimler Enstitüsü/ Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı
Doktora Öğrenimi : -
Bildiği Yabancı Diller : İngilizce
Bilimsel Faaliyetleri : YILMAZ Mehmet ve BAYIR Özlem ‘‘Çalışanlarda Örgütsel Vatandaşlık Davranışı ve Motivasyonun İşten Ayrılma ve İş Tatminine Etkileri Üzerine Bir Araştırma’’SOCIAL SCIENCES STUDIES JOURNAL Vol:4 Issue:20

İş Deneyimi

Stajlar : Diyarbakır Selahaddin Eyyubi Devlet Hastanesi / Drg Tig Birimi (2014)
: Kahramanmaraş- Toki Kazım Karabekir Mesleki Ve Teknik Anadolu Lisesi – İngilizce Öğretmenliği (2015 - ...)
Çalıştığı Kurumlar Kahramanmaraş 5 Nisan Ortaokulu İngilizce Öğretmenliği (2016-2017)
Kahramanmaraş Çakmakçı Sait Ortaokulu İngilizce Öğretmenliği(2017-2018)

EKLER

SAYIN KATILIMCI,

Bu çalışma Sütçü İmam Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Programı yüksek lisans tezi kapsamında yürütülüp, kurumunuzdaki Sağlık Kurumlarında Risk Yönetiminin Çalışan Güvenliği Üzerine Etkisini incelemek amacıyla düzenlenmiştir. Çalışmanın sonuçları bilimsel amaçlı kullanılacaktır. Katılımınız için teşekkür ederiz.

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

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

Lütfen aşağıdaki soruları Sağlık Bakanlığının Sağlıkta Dönüşüm Reformu kapsamında değerlendiriniz.

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

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

TEŞEKKÜRLER