



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

**İŞ YÜKÜ VE TIBBİ HATA TUTUMUNUN
ÇALIŞAN PERFORMANSI ÜZERİNDEKİ
ETKİSİ: KAMU HASTANELERİ
ÜZERİNDE BİR ÇALIŞMA**

Ayşenur CEYLAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**KAHRAMANMARAŞ
ARALIK - 2022**



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

**İŞ YÜKÜ VE TIBBİ HATA TUTUMUNUN
ÇALIŞAN PERFORMANSI ÜZERİNDEKİ
ETKİSİ: KAMU HASTANELERİ
ÜZERİNDE BİR ÇALIŞMA**

**DANIŞMAN : Doç. Dr. Cuma SUNGUR
JÜRİ : Prof. Dr. Abdullah SOYSAL
JÜRİ : Doç. Dr. Fatih BUDAK**

Ayşenur CEYLAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**KAHRAMANMARAŞ
ARALIK – 2022**

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

ÖZET

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**İŞ YÜKÜ VE TIBBİ HATA TUTUMUNUN ÇALIŞAN
PERFORMANSI ÜZERİNDEKİ ETKİSİ: KAMU
HASTANELERİ ÜZERİNDE BİR ÇALIŞMA**

Ayşenur CEYLAN

Danışman : Doç. Dr. Cuma SUNGUR

Yıl : 2022, Sayfa: X+113

Jüri : Doç. Dr. Cuma SUNGUR (Başkan)
: Prof. Dr. Abdullah SOYSAL (Üye)
: Doç. Dr. Fatih BUDAK (Üye)

İş yükü olgusu çalışanlara yapabileceklerinden daha fazla iş ve sorumluluk yüklenmesi sonucu meydana gelmekte ve çalışanların motivasyonunu ve iş verimini olumsuz yönde etkilemektedir. Sağlık hizmetinin doğru ve kaliteli olması da hasta bakımının ve hasta güvenliğinin en az hata ile yerine getirilebilmesine bağlıdır. Tıbbi hata oranının azaltılabilmesi için ise sağlık personeli üzerinde meydana gelebilecek aşırı iş yükünün önlenmesine yönelik tedbirler alınması gerekmektedir. Bu çalışmada; sağlık personelinde iş yükü, tıbbi hata tutumu ve performans arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır. Daha sonra ise çalışmanın uygulama kısmına geçilmiştir. Uygulama kısmında sağlık personellerine uygulanan anket formları aracılığı ile veriler elde edilmiş ve elde edilen veriler analiz işlemlerine tabi tutulmuştur. Araştırmanın örneklem grubunu, Adana Şehir Hastanesi, Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi ve Seyhan Devlet Hastanesi'nde sağlık çalışanları oluşturmaktadır. Bu kapsamda araştırmaya 460 sağlık çalışanı gönüllü olarak katılım sağlamıştır. Veri toplama yöntemi olarak; sağlık personelinin iş yükünü hesaplamak için “İş Yükü Ölçeği”, tıbbi hata tutumunu ortaya koymak için “Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği” ve performansı ölçmek için “Çalışan Performansı Ölçeği” kullanılmıştır. Elde edilen verilerin geçerlik ve güvenirlik analizleri yapıldıktan sonra, SPSS programı üzerinden verilerin analizleri gerçekleştirilmiştir. Sağlık çalışanlarının iş yükü ve tıbbi hatalarda tutum düzeyleri ($r=0,108$; $p<0,01$) ile tıbbi hatalarda tutum düzeyleri ile çalışan performansı düzeyleri arasında ($r=0,198$; $p<0,01$) istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü, iş yükü ile çalışan performansı arasında ise anlamlı ve negatif yönlü bir korelasyon ilişkisinin olduğu ($r=-0,140$; $p<0,01$) tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Personeli, İş Yükü, Tıbbi Hata, Tıbbi Hatalarda Tutum, Çalışan Performansı.

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

ABSTRACT

MA THESIS

**THE EFFECT OF WORK LOAD AND MEDICAL FAULT
ATTITUDE ON EMPLOYEE PERFORMANCE: A
STUDY ON HEALTH PERSONNEL**

Ayşenur CEYLAN

Supervisor : Assoc. Prof. Dr. Cuma SUNGUR

Year : 2022, Pages: X+113

Jury : Assoc. Prof. Dr. Cuma SUNGUR (Chairperson)
: Prof. Dr. Abdullah SOYSAL (Member)
: Assoc. Prof. Dr. Fatih BUDAK (Member)

The workload phenomenon occurs as a result of placing more work and responsibility on the employees than they can do, and it negatively affects the motivation and work efficiency of the employees. The correct and quality healthcare service depends on the ability to perform patient care and patient safety with the least error. In order to reduce the rate of medical errors, measures should be taken to prevent excessive workload on healthcare personnel. Then, the application part of the study was started. In the application part, data were obtained through the questionnaire forms applied to healthcare personnel and the obtained data were subjected to analysis. The sample group of the research consists of health workers in Adana City Hospital, Çukurova University Balcalı Hospital and Seyhan State Hospital. In this context, 460 health workers voluntarily participated in the study. As a data collection method; "Workload Scale" was used to calculate the workload of health personnel, "Attitude Scale in Medical Errors" was used to reveal the medical error attitude and "Employee Performance Scale" was used to measure performance. After the validity and reliability analyzes of the obtained data were made, the data were analyzed via the SPSS program. In addition, there is a statistically significant and positive correlation between the workload of health care workers and their attitude levels in medical errors ($r=0.108$; $p<0.01$), and their attitude levels in medical errors and employee performance levels ($r=0.198$; $p<0.01$), and a significant and negative correlation was found between workload and employee performance ($r=-0.140$; $p<0.01$).

Keywords: Health Personnel, Workload, Medical Error, Attitude in Medical Errors, Employee Performance.

ÖN SÖZ

İş yükü çalışanlara yapabileceklerinden daha fazla iş ve sorumluluk yüklenmesi sonucu meydana gelmekte ve çalışanların motivasyonunu ve iş verimini olumsuz yönde etkilemektedir. Sağlık hizmetinin doğru ve kaliteli olması da hasta bakımının ve hasta güvenliğinin en az hata ile yerine getirilebilmesine bağlıdır. Tıbbi hata oranının azaltılabilmesi için ise sağlık personeli üzerinde meydana gelebilecek aşırı iş yükünün önlenmesine yönelik tedbirler alınması gerekmektedir. Bu çalışmada; sağlık personelinde iş yükü, tıbbi hata tutumu ve performans arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır. Çalışmada, sağlık personeli açısından iş yükü kavramı, tıbbi hata kavramı ve sağlık personelinin tıbbi hata tutumları üzerinde durulmuş ve sağlık personelinde performans kavramı ile ilgili açıklamalarda bulunulmuştur.

Çalışmamın gerçekleşmesinde ve yüksek lisans eğitimim boyunca bana her konuda destek olan, bilgilerini, deneyimlerini ve zamanını esirgemeyerek yanımda olan ve yol gösteren, tez danışmanım değerli hocam Sayın Doç. Dr. Cuma SUNGUR'a,

Araştırmaya katılarak çalışmaya destek veren hekim, hemşire ve tüm sağlık çalışanlarına,

Tez komitesinde yer alan ve yaptığım çalışmaları değerli zamanlarını ayırarak takip eden ve değerlendiren değerli hocalarıma,

Bu günlere gelmemde büyük pay sahibi olan maddi ve manevi desteklerini benden esirgemeyen AİLEM'e *çok teşekkür ederim.*

Ayşenur CEYLAN
KAHRAMANMARAŞ-ARALIK/2022

İÇİNDEKİLER

ÖZET	I
ABSTRACT.....	II
ÖN SÖZ.....	III
İÇİNDEKİLER	IV
TABLolar LİSTESİ	VII
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	VIII
KISALTMALAR LİSTESİ	IX
EKLER LİSTESİ	X
1. GİRİŞ.....	1
2. KONU İLE İLGİLİ ÖNCEKİ ARAŞTIRMALAR.....	6
3. SAĞLIK PERSONELİ İŞ YÜKÜ.....	12
3.1. İş Yüğü	12
3.2. Aşırı İş Yüğü	14
3.3. İş Yüğünün Çeşitleri	16
3.3.1. Fiziksel İş Yüğü.....	16
3.3.2. Zihinsel İş Yüğü	17
3.3.3. Konuma Bağlı İş Yüğü	18
3.3.4. Çevresel İş Yüğü	18
3.4. İş Yüğünün Nedenleri	19
3.5. İş Yüğünün Getirdiğı Problemler	19
3.6. İş Yüğünün Olası Sonuçları.....	21
3.6.1. Yabancılaşma	21
3.6.2. Devamsızlık.....	22
3.6.3. Tükenmişlik.....	23
3.6.4. İşören Devir Hızı	26
3.7. İş Yüğünü Azaltmak İçin Öneriler.....	27
3.8. İş Yüğü ve İş Tatmini.....	27
4. TIBBİ HATALARDA SAĞLIK PERSONELİ TUTUMU	29
4.1. Tıbbi Hata Tanımı ve Önemi.....	29
4.2. Tıbbi Hataların Görölme Sıklığı	33
4.3. Nedenlerine Göre Tıbbi Hatalar	34
4.3.1. İnsan Kaynaklı Hatalar	35
4.3.2. Kurum Kaynaklı Hatalar	36
4.3.3. Teknik Kaynaklı Hatalar	36
4.4. Tıbbi Hata Sınıflandırılması	37
4.4.1. Planlama Hatası	37
4.4.2. Uygulama Hatası	38
4.5. Tıbbi Hata Türleri	38

4.5.1. İlaç Hataları	39
4.5.2. Cerrahi Hatalar	40
4.5.3. Tanı Hataları.....	42
4.5.4. Tedavi ve Bakım Süreci Hataları.....	42
4.5.5. Sağlık Personeli Arasındaki Eksik İletişim.....	43
4.5.6. Kan Transfüzyon Hataları	44
4.6. Tıbbi Hata Nedenleri.....	45
4.6.1. Yorgunluk	45
4.6.2. Vardiyalı Çalışma	45
4.6.3. İletişim Problemleri	46
4.6.4. Acemilik.....	46
4.6.5. İnvaziv Prosedürler	46
4.6.6. İlaç Hata Nedenleri	46
4.6.7. Sentinel Olayların Nedenleri	46
4.7. Tıbbi Hata / Olayların Hasta ve Yakınlarına Açıklanması	47
4.8. Tıbbi Hataların Raporlanması	48
4.9. Tıbbi Hata Bildirimi.....	49
4.10. Hasta Güvenliği	49
4.11. Tıbbi Hataları Önleme ve Azaltma Yolları	51
4.12. Tıbbi Hatalar Karşısında Sağlık Personelinin Tutumu	52
4.13. İş Yükünün Tıbbi Hata Tutumuna Etkisi	53
5. SAĞLIK PERSONELİ PERFORMANSI	55
5.1. Performans.....	55
5.2. Çalışan Performansı	57
5.3. Görev Performansı.....	58
5.4. Bağlamsal Performans	59
5.5. Nitel Performans	60
5.6. Nicel Performans	60
5.7. Performans Türleri.....	60
5.7.1. Birey Performansı.....	60
5.7.2. Takım Performansı	61
5.7.3. Örgüt Performansı	62
5.8. Çalışan Performansını Etkileyen Faktörler	62
5.9. Çalışan Performansının Öncül ve Sonuçları	63
5.10. Performans Değerlendirme.....	64
5.10.1. Performans Değerlendirme Yöntemleri	64
5.10.1.1. Grafik Değerleme Skalaları	65
5.10.1.2. Karşılaştırma Yöntemi.....	65
5.10.1.3. Zorunlu Dağılım Yöntemleri	66

5.10.1.4. Kontrol Listesi Yöntemi	67
5.10.1.5. Kritik Olay Değerlendirme Yöntemi.....	68
5.10.1.6. 360 Derece Geribildirim Yöntemi	69
5.11. Sağlık Personelinin Çalışan Performansı	70
6. YÖNTEM	72
6.1. Araştırmanın Modeli	72
6.2. Araştırmanın Problemi	72
6.3. Araştırmanın Hipotezleri.....	72
6.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	74
6.5. Veri Toplama Araçları	75
6.6. Verilerin Analizi	76
7. BULGULAR.....	78
7.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular	78
7.2. Araştırma Problemlerine İlişkin Bulgular	79
7.2.1. Katılımcıların, İş Yüğü, Tıbbi Hatalarda Tutum ve Çalışan Performansı Düzeylerine İlişkin Bulgular	80
7.2.2. Katılımcıların, İş Yüğü, Tıbbi Hatalarda Tutum ve Çalışan Performansı Düzeylerinin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Farklılaşmasına İlişkin Bulgular	81
7.2.2.1. Cinsiyete Göre Farklılaşma	82
7.2.2.2. Yaşa Göre Farklılaşma	83
7.2.2.3. Medeni Duruma Göre Farklılaşma.....	84
7.2.2.4. Eğitim Durumuna Göre Farklılaşma	85
7.2.2.5. Mesleğe Göre Farklılaşma	86
7.2.2.6. Mesleki Toplam Çalışma Süresine Göre Farklılaşma	87
7.2.3. Katılımcıların, İş Yüğü, Tıbbi Hatalarda Tutum ve Çalışan Performansı Düzeyleri Arasındaki Korelasyon İlişkisine Yönelik Bulgular	89
8. SONUÇ, TARTIŞMA VE ÖNERİLER	91
KAYNAKLAR	101
ÖZ GEÇMİŞ	
EKLER	

TABLOLAR LİSTESİ

<u>Tablo</u>	<u>Sayfa</u>
Tablo 4.1. Tıbbi Hata Ana Nedenleri	34
Tablo 5.1. Grafik Değerlendirme Form Örneği	65
Tablo 5.2. Karşılaştırma Yöntemi Form Örneği	66
Tablo 5.3. Zorunlu Dağılım Yöntemi Form Örneği	67
Tablo 5.4. Kontrol Listesi Örneği	68
Tablo 5.5. Kritik Olay Değerlendirme Formu Örneği.....	69
Tablo 6.1. Normallik Analizi	77
Tablo 7.1. Katılımcıların Cinsiyet Grupları (n=492)	78
Tablo 7.2. Katılımcıların Yaş Grupları (n=492)	78
Tablo 7.3. Katılımcıların Medeni Durumları (n=492)	78
Tablo 7.4. Katılımcıların Eğitim Durumları (n=492).....	79
Tablo 7.5. Katılımcıların Mesleki Dağılımları (n=492)	79
Tablo 7.6. Katılımcıların meslekteki toplam çalışma süreleri (n=492).....	79
Tablo 7.7. Katılımcıların ölçek sorularına verdikleri ortalama puanlar	80
Tablo 7.8. İş Yükü, Tıbbi Hatalarda Tutum ve Çalışan Performansı Düzeylerinin Cinsiyete Göre Farklılaşması	82
Tablo 7.9. İş Yükü, Tıbbi Hatalarda Tutum ve Çalışan Performansı Düzeylerinin Yaşa Göre Farklılaşması.....	83
Tablo 7.10. İş Yükü, Tıbbi Hatalarda Tutum ve Çalışan Performansı Düzeylerinin Medeni Duruma Göre Farklılaşması	84
Tablo 7.11. İş Yükü, Tıbbi Hatalarda Tutum ve Çalışan Performansı Düzeylerinin Eğitim Durumuna Göre Farklılaşması.....	85
Tablo 7.12. İş Yükü, Tıbbi Hatalarda Tutum ve Çalışan Performansı Düzeylerinin Mesleğe Göre Farklılaşması.....	86
Tablo 7.13. İş Yükü, Tıbbi Hatalarda Tutum ve Çalışan Performansı Düzeylerinin Meslekteki Toplam Süreye Göre Farklılaşması	87
Tablo 7.14. İş Yükü, Tıbbi Hatalarda Tutum ve Çalışan Performansı Arasındaki Korelasyon İlişkisi	89
Tablo 7.15. İş Yükü ve Tıbbi Hatalarda Tutum ve Çalışan Performansı Arasındaki Regresyon Analizi	90
Tablo 8.1. Araştırma hipotezlerinin kabul/red durumu	93

ŞEKİLLER LİSTESİ

<u>Şekil</u>	<u>Sayfa</u>
Şekil 3.1. İş Yüğü Çeşitlerine Göre İş Yüğünün Nedenleri	19
Şekil 4.1. “Güven- Raporla- İyileştir” Döngüsü	52
Şekil 6.1. Araştırmanın Kavramsal Modeli	73



KISALTMALAR LİSTESİ

ICN	: International of Council Nurses (Uluslararası Hemşire Konseyi)
WHO	: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)
JCI	: Joint Commission International (Uluslararası Ortak Komisyon)
JCAHO	: The Joint Commision on Accreditation of Healtcare Organization (Sağlık Kuruluşlarının Akreditasyonuna İlişkin Ortak Komisyon)
NCC MERP	: Ulusal İlaç Hatalarını Rapor Etme ve Önleme Koordinasyon Konseyi
JCR	: Uluslararası Ortak Komisyon
ASHP	: Amerikan Hastane Farmakologlar Derneği
AORN	: Amerikan Ameliyathane Hemşireleri Derneği
SHGM	: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
NPSG	: National Patient Safety Goals (Ulusal Hasta Güvenliği Hedefleri)

EKLER LİSTESİ

- EK-1 Tıbbi Hata Tutumu Ölçeği
- EK-2 İş Yüğü Ölçeği
- EK-3 Çalışma Performansı Ölçeği



1. GİRİŞ

Sağlık kurum ve kuruluşları sağlık personelinin çalışma ortamını oluşturmaktadır. Çalışma ortamı kişilerin ihtiyaçlarını karşılamak için yaptığı vazifeleri sürdürdüğü mekan ve ortamlardır. Bu kurumlar bireysel insan sağlığını ele alarak halkın sağlığından sorumlu tutulan birimlerdir. Sağlık kurumlarında hekim, hemşire, laboratuvar görevlisi, radyoloji uzmanı, görüntüleme görevlisi, eczacı, beslenme uzmanları vb. olmak üzere pek çok sağlık çalışanı ve profesyonel görev yapmaktadır.

Sağlık personelleri, çalışma ortamı kaynaklı bir takım olumsuz etkenler sebebiyle yoğun iş yüküne sahip meslek çalışanları arasında görülmektedir. İş yükü personele üstlenmeleri gereken işten daha çok sorumluluk verilmesi halinde meydana gelen bir durumdur. İş yükünün aşırı olması personelin işe karşı olan tutumunu negatif yönde etkilemekte ve kişi üstünde baskıya neden olmaktadır. Belli bir zaman zarfında yapılması istenilen sağlık hizmetlerinin tümüne sağlık personelinde iş yükü adı verilmektedir. Kurumda bakımı yapılacak ve sorumlu olunan hasta miktarı, hizmet sunulan birimin nitelikleri, sağlık çalışanı başına düşen hasta sayısı, kuruma başvuranların acillik durumu, vardiyalı görev mekanizması, iş tanımları, personelin işlerinde göstermiş oldukları bilgi ve yetenek seviyeleri sağlık çalışanlarının iş yükünü önemli şekilde etkilemektedir.

Bireysel açıdan ele alındığı zaman iş yükü; bir görevi yerine getirebilmek için geçen süreyi ve harcanan enerjiyi, işletme veya kurum açısından ise verimliliği ifade eden bir olgudur. İş yükü algısı ise çalışanların, kendilerine kapasitelerinin üzerinde iş yüklendiği yönündeki algılarıdır. Bu algıyı taşıyan çalışanlar kendilerini baskı altında hissetmekte, çalışanların motivasyonları düşmekte ve verimlilikleri azalmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin özünü insan hayatı oluşturduğu için sağlık hizmetlerinde iş yükü algısı ayrı bir öneme sahiptir. Hastane işletmelerinde sağlık çalışanlarının aşırı iş yükü, psikolojik ve sosyal birçok soruna neden olabilmekle birlikte ayrıca ülke sağlık sistemleri için de büyük bir sorundur. Sağlık çalışanları iş yükünün artmasında birçok faktör etkili olmaktadır. Sağlık çalışanlarına talebin artması, sağlık çalışanı sayısının yetersizliği, yetersiz sağlık çalışanı arzı ve sağlık çalışanlarının ülke ve sağlık kuruluşları bünyesinde yanlış planlanması iş yükünün artmasında etkili olan temel faktörlerdendir. Ancak sağlık çalışanlarının iş yükünün artması ve kısıtlı zaman dilimi içerisinde insan sağlığı ile ilgili önemli derecede kararlar verme ya da tıbbi uygulama baskısı sağlık çalışanlarını baskı altına almakta ve tıbbi hata oranını artırabilmektedir. Dolayısıyla sağlık çalışanlarının iş yükündeki artışlar tıbbi uygulamalarda hata riskini artırabilmektedir. İş yüküne bağlı olarak farklılık gösterebilecek tıbbi hatalarda tutum algıları doğrudan veya dolaylı olarak çalışan performansını etkileyebilmektedir.

Sağlık çalışanlarının iş yükü miktarlarında hastalar önemli bir belirleyici olduklarından, sağlık çalışanlarının iş yükleri çok fazla olduğu zaman hastalar da bu durumdan olumsuz etkilenmektedirler. Çünkü aşırı iş yüküne maruz kalan sağlık

çalışanı gereğinden fazla sayıda hastayla ilgilenmek zorunda kalmakta ve bu durum çalışanın vermeye çalıştığı hizmetin kalitesini düşürmektedir. Bununla birlikte sağlık çalışanları üzerindeki aşırı iş yükü, çalışanın motivasyonuna olumsuz etki etmekte bu durum, yanlış müdahalelere ve geri dönüşü zor olan hatalara neden olabilmektedir.

Hata kavramı daha önceden planlaması yapılmış olan bir işin hedeflere yönelik bir şekilde tamamlanamaması, belirlenen amaca ulaşamaması şeklinde ifade edilebilmektedir. Sağlık hizmetlerinde meydana gelecek hataların bazen telafisinin imkansız ya da çok zor olduğu göz önüne alındığı zaman sağlık sektöründe hataya mümkün olduğunca yer verilmemesi büyük önem arz etmektedir.

Sağlık hizmeti veren bir çalışanın uygun ve etik sayılmayan bir fiil veya eylemde bulunması, mesleki uygulamalarında sağlık hizmeti almak için başvuranlara yetersiz ve ihmalkâr davranışlar sergilemesi ve bunların neticesinde kişilerin zarar görmesi olarak ifade edilen tıbbi hatalar, günümüz tıp dünyasında sağlık kuruluşlarını en çok meşgul eden önemli konulardan biri olarak görülmektedir. Bu durumun önemli görülmesinin temel nedenlerinden biri, şüphesiz insan yaşamı ve sağlığının her şeyden önce gelmesidir. Sağlık personelinin bilgi eksiği, hatalı uygulamalar, beceri isteyen işlerde yetersizliği, iş yükü fazlalığı, hasta bakımında hatalı tutumlar, örgütsel iletişimin yetersizliği tıbbi hataların görülme sıklığını artırmakta ve hasta güvenliğini tehdit etmektedir.

Günümüzde tıbbi hata sayılarının tüm dünyada artmaya devam ettiği görülmektedir. Bu artış hatalara karşı önleyici tedbirler alınması gerekliliğini ortaya koymaktadır. Hataların en aza indirilebilmesi için öncelikli olarak hata nedenlerinin iyi belirlenmesi gerekmektedir. Bu alanda yapılmış olan çalışmalar, tıbbi hata nedenlerinin en önemli sebeplerinden birinin de sağlık personeli üzerindeki aşırı iş yükü olduğunu ortaya koymaktadır. Sağlık personellerinin iş yüklerinin artması ve motivasyonlarının olumsuz etkilenmesi hasta güvenliğini olumsuz etkilemekte ve tıbbi hataların daha sık meydana gelmesine neden olabilmektedir.

Tıbbi hatalar hastaları ve personeli olumsuz etkilediği gibi sağlık kurumlarını da olumsuz şekilde etkilemektedir. Sağlık kurum ve kuruluşlarında, hasta bakım ve tedavisi oldukça zor ve kompleks bir süreci kapsamaktadır. Hasta bakımında ve güvenliğinde tüm sağlık çalışanlarına oldukça fazla görev düşmekte ve bu durum sağlık personelinin iş yükünde, tıbbi hata tutumunda ve iş performansında rol oynamaktadır.

Tıbbi hata çeşitleri sağlık personelinin özellikle hekim, hemşire ve yardımcı personelin görevleri sırasında en sık karşı karşıya kaldıkları veya neden oldukları hataları içermektedir. Bu doğrultuda sağlık personelinde tıbbi hata oranının düşürülebilmesi için tıbbi hatalara karşı tutumlarının tespit edilmesi önemli bir paya sahiptir. Sağlık kurumuna başvuranların kimlik doğrulamasının doğru yapılmaması, bakımın istenildiği gibi olmaması, hatalı ilaç kullanımı, yanlış taraf cerrahisi, hasta

kayıtlarında hatalı davranılması, transfüzyon hataları, bası ülseri ve enfeksiyonlar hastaları olumsuz etkileyen tıbbi hatalar arsında yer almaktadır.

Küreselleşen dünyanın değişen çalışma koşulları, çalışan üzerindeki iş yükünü çoğaltmakta, bununla ilişkili olarak işe bağlı gerginlik ve stresin artmasına sebep olmaktadır. Sağlık personelinde yoğun iş temposu, hasta kişilere fiziksel, ruhsal ve sosyal destekte bulunma, hasta yakınlarıyla iletişim etkinlikleri, yönetsel sorunlar çalışanların iş stresini artıran etkenler arasında değerlendirilmektedir. Sağlık çalışanlarının iş yüklerinin indirgenmesinde kaliteli planlamalar yapılması ve bunların hayata geçirilmesi, gelecekte çalışan ve hasta güvenliğinin oluşturulması açısından önemli bir durumdur.

Teknolojik gelişmelerin özellikle tıp alanında hızla hissedilmesi, sağlık kurumlarında görev yapan personel eksikliği ya da dengesiz istihdam, sağlık personelinin hasta ve yakınlarıyla yaşadığı problemler çalışanlar üstünde olumsuz etkilere neden olmaktadır. Sağlık personelinde görülen iş yüküne bağlı gerginlik ve stres; tıbbi hataların oluşmasına, iş kalitesinde düşüşe ve performans kaybına yol açabilmektedir. İş yüküne bağlı gerginlik çalışanlarda fiziksel ve mental verimliliği düşürmekte, çalışandan yeterli performans alınamamaktadır.

Çalışan performansı bir bireyin, grubun veya örgütün bir işe referansla neler başarabileceğine ilişkin nicel ve nitel bir kavramdır. Çalışanların işlerine yönelik tüm eylemleri performans göstergeleri olarak tanımlanabilir. Bu nedenle çalışanların organizasyonla ilgili iş yükü, tıbbi hata tutumları ve organizasyon adına yaptıkları tüm faaliyetler, çalışanların performans düzeyini belirleme aracı olarak ortaya çıkmaktadır. Bu bağlamda sağlık personeli iş yükü ve tıbbi hata tutumları; çalışan etkililiği, çalışan verimliliği, hasta memnuniyeti ile ilişkili çalışan performansı algısını derinden etkilemektedir. Sağlık personeli üzerinden algılanan olumlu performans algısı başta çalışılan birim olmak üzere ilgili sağlık kuruluşu ve sağlık sistemi üzerinde olumlu etki oluşturabilecektir. Zira, sağlık personeli üzerinde dengeli ve optimal bir iş yükü sağlanmasının, tıbbi hataları düşürmesi ve çalışan performans algısını iyileştirmesi bakımından önemli olduğu savunulmaktadır.

Başka sektörlerde olduğu gibi sağlık sektöründe de insan kaynaklarının iş yükü fazlalığı, iş stresleri, işten ayrılma niyetleri, tıbbi hata tutumu ve düşük performans göstergesi; hasta bakım niteliğine ve kurumsal örgüt performansına olumsuz olarak etki etmektedir. Sağlık personelinin aşırı iş yükü ve yüksek iş stresi onların değerli görülmedikleri, alınan kararlara etkin katılmadıkları, bir grubun parçası olarak hissetmedikleri ve yeterince teşvik görmedikleri gibi örgütsel ve bireysel performansı ayrıca yönetsel süreci negatif etkileyebilecek pek çok açılıma sebebiyet vermektedir. Özellikle doktorların, hemşirelerin ve yardımcı sağlık profesyonellerinin performans kayıpları hasta bakım kalitesinde düşüşlere, hasta sadakatinde tereddütlere ve kurum verimliliğinde gerilemelere yol açabilir. Bu nedenlerle sağlık kurumları sundukları

hizmetlerin kalitesinde büyük rol oynayan, bünyesinde çalıştırdığı sağlık personellerinin, performanslarını ve performanslarını etkileyen faktörleri belirli zaman dilimlerinde incelemeli, ortaya koymalı ve değerlendirmeler sonucunda tespit edilen olumsuzluklar yetkili kişilerce yönetsel araçlar ve doğru politikalar kullanılarak giderilmelidir.

Önceden de ifade edildiği üzere, insanlara sağlık hizmeti sunan kurumlarda yoğun iş temposu ve iş yükünün neden olduğu stres ve yorgunluk, sağlık personelinin tıbbi hata yapma riskini yükseltmektedir. Sağlık kurumlarında yoğun çalışma şartlarına maruz kalan personelin tıbbi hataya eğilimlerinin yüksek olduğunu ifade eden araştırma bilgisi de sağlık çalışanlarının iş yükü ve tıbbi hata tutumlarının performansları üzerindeki etkisini belirlemenin oldukça önemli olduğunu göstermektedir. Bu bağlamda, hastalara sürekli 24 saat boyunca hizmet veren sağlık personellerinin tıbbi hata tutumlarını tespit etmek, önemli bir farkındalığa neden olacağından tıbbi hataların azaltılmasına katkı sağlayacağı öngörülmektedir. Ayrıca, sağlık çalışanlarının iş yükleri ve tıbbi hata tutumlarının belirlenerek performansları üzerindeki etkisinin ortaya konması ile, hasta güvenliğini tehlikeye atan ve kayıplara neden olan tıbbi hataların sebeplerinin tespit edilmesine, bildirimini etkileyen etmenlerin saptanmasına ve önleme girişimlerine dair yapılacakların planlanmasına rehberlik yapabilecektir.

Sağlık kurumlarında tıbbi hataların görülme sıklığının indirgenmesi, sebeplerinin ortaya konması ve engellenmesi veya zarar meydana gelmeden anlaşılabilmesi için farklı yöntemlerin geliştirilmesine gereksinim duyulmaktadır. Bunu yapabilmek için kusurların ve olumsuz etkilerinin azaltılması ile ilgili ifade ve bilgilerin sunulduğu, tıbbi hataların çekinilmeden aktarıldığı ve cezalandırılmadığı bir ortamın oluşturulması gerekmektedir. Zira sağlık çalışanlarının memnuniyetsizlik, aşırı iş yükü ve düşük performans gibi tıbbi hatalara sebebiyet verebilecek konularda durumlarının tespit edilmesi kaliteli bir sağlık hizmetinin sunulması ve örgüt performansının artırılmasına rehberlik yapabileceği için, bu araştırmanın bulgularının yapacağı katma değer önemli görülmektedir.

Çalışma ortamı ile alakalı iş yükü algısının belirlenmesi sağlık personelinin tıbbi hata yapmasında veya gerçekleşen tıbbi hatalarda gösterecekleri tutumda etkili olacağı gibi, bu durumun neticesinde de çalışma performanslarının önemli şekilde etkileneceği öngörülmektedir. Literatür incelendiğinde sağlık personelinin iş yükü algısı, tıbbi hata algısı ve performansları ile ilgili araştırmalar ayrı ayrı mevcut olmasına rağmen hepsinin bir arada incelendiği bir çalışmaya rastlanılmamıştır.

Bu çalışmada; iş yükü ve tıbbi hata tutumunun sağlık çalışanlarının performansı üzerindeki etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Araştırmada “sağlık personelinin performansına iş yükünün ve tıbbi hata tutumunun etkisi nedir?” problemine cevap aramıştır. Bu kapsamda araştırmada öncelikle konu ile ilgili önceki araştırmalara değinilmiş, ardından sağlık personeli iş yükü kavramı incelenmiştir. Daha sonra, tıbbi

hatalar, tıbbi hatalarda sağlık personelinin tutumu, performans, performans değerlendirme ve sağlık çalışanı performansı kavramsal bir çerçeve olarak sunulmuştur. Araştırmanın son bölümlerinde ise sağlık personeli örneklemini üzerinde yapılan araştırmaların bulguları ve ulaşılan sonuçlar verilerek, bulgular ilgili literatür eşliğinde tartışılmıştır.



2. KONU İLE İLGİLİ ÖNCEKİ ARAŞTIRMALAR

Pişkin (2001), Turgut Özal Tıp Merkezinde çalışan sağlık personelinin iş doyumlarını ve bunu etkileyen etmenleri belirleyebilmek amacıyla, 302 katılımcı ile bir çalışma gerçekleştirmiştir. Çalışmada katılımcılara kişisel bilgiler formu ve iş doyum ölçeği uygulanmıştır. Çalışma sonucunda erkeklerin iş doyum puanlarının kadınlardan daha yüksek olduğu görülmüştür. Medeni durum, çalışma şekli ve eğitim durumu yönünden ise anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir (Pişkin, 2001).

Özer ve Bakır (2003), Ankara ilindeki bir eğitim hastanesinde görev yapan sağlık personelinin, görev yaptıkları kurumdan ve yaptıkları işten neler beklediklerini ve iş motivasyon düzeylerini belirlemek amacıyla, “Sağlık Personelinin Motivasyonu İlgili Etmenlerin Belirlenmesi” başlıklı bir çalışma gerçekleştirmişlerdir. 90 personelin katılımı ile gerçekleştirilen çalışmanın sonucunda; katılımcıların %81,1 gibi büyük bir oranla mesleklerinden hoşnut olmadıkları onucuna ulaşılmıştır (Özer ve Bakır, 2003).

Derin (2007), “Devlet Hastanelerinde Çalışan Sağlık Personelinin İş Doyum Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler” başlıklı çalışmada Eskişehir İlinde bulunan iki farklı devlet hastanesinde görev yapmakta olan sağlık personellerinin iş doyum düzeylerini ve bunları etkileyen etmenleri belirlemeyi amaçlamıştır. Çalışmaya katılan 368 sağlık personeline “Kişisel Bilgi Formu”, “İş Betimlemesi Ölçeği” ve “Minnesota Doyum Ölçeği” formları doldurtulmuştur. Elde edilen verilerin analizi sonucunda; çalışanların yaşları ilerledikçe iş doyumlarında artış meydana geldiği belirlenmiştir. Bu çalışmada, literatürdeki benzer çalışmaların çoğunluğunun aksine cinsiyet ve iş doyum arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmıştır. Minnesota doyum ölçeğinden elde edilen sonuçlara göre erkeklerin iş doyumlarının kadınlardan daha fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu çalışmadan elde edilen sonuçların bir farklı yanı da medeni durum ve iş doyum arasında istatistiksel ilişki tespit edilmesidir. Çalışma sonucunda evli personellerin bekarlardan, bekar personelin ise dul personellerden daha fazla iş doyumuna sahip oldukları saptanmıştır. Çalışma sonucuna göre eğitim seviyesinin artması iş doyum seviyesini de arttırmaktadır. Sağlık personelinin iş türlerinin ve çalışma sürelerinin de iş doyumunu etkilediği çalışmadan elde edilen sonuçlardandır (Derin, 2007).

Metin ve Gök Özer (2007) Denizli Sosyal Sigortalar Kurumu hastanesinde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeylerini belirlemek amacıyla 87 hemşirenin katıldığı bir çalışma yapmışlardır. Çalışmada mesleğini değiştirmek isteyen hemşirelerde duygusal tükenmişlik düzeyinin ve duyarsızlaşmanın arttığı sonucuna ulaşmışlardır. Bunu yanında çalışma yılı arttıkça tükenmişlik düzeyinde azalma olduğu da çalışmadan elde edilen sonuçlardandır (Metin ve Gök Özer, 2007).

Top, Gider ve Ünal (2010), 28 farklı değişkenin hemşirelerin iş performansları üzerindeki etkilerini belirlemek amacıyla bir çalışma gerçekleştirmişlerdir. Çalışmaya katılan 831 hemşireden elde edilen veriler istatistiksel olarak analiz edildiğinde

katılımcıların iş performanslarının en çok iş yükünden etkilendiği belirlenmiştir. Çalışma sonucunda katılımcıların iş performanslarının 28 değişkenin 5 faktörü üzerinde yoğunlaştığı görülmüştür. Bu 5 faktör “işin boyutu ve koşulları, özlük hakları ve yükselme imkanları, yönetim, şiddet ve rol açıklığı ve eğitim ve performans ölçümü” olarak belirlenmiştir (Top, Gider ve Ünal, 2010).

Kaya Eroğlu (2011), kamuya ait bir hastanede görev yapan personelin iş yükünün, hasta güvenliğine etkisini belirlemek ve iş yüküne bağlı olarak tıbbi hata görülme sıklığını saptamak amacıyla bir çalışma gerçekleştirmiştir. Araştırma kapsamında 3 aylık bir süre içinde toplam 7619 hastaya, 55 hemşire tarafından verilen bakım hizmeti değerlendirilmiştir. Hasta bağımlılık düzeyi hesaplamalarına göre yapılan bakım hizmeti için 205 hemşirenin gerekli olduğu ve mevcut hemşirelerin iş yüklerinin fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Araştırma süresince 236 hata bildirimi tespit edilmiştir. Bu hataların %68,7’si tanı ve bakım hatası, %29,6’sı ilaç hatası ve %1,7’si ise düşme hatasıdır. Çalışmanın bulguları üzerinden yapılan değerlendirmede personel sayısının az olmasının iş yükünü arttırdığı artan iş yükü nedeniyle de tıbbi hatalarda artış görüldüğü sonucuna varılmıştır (Kaya Eroğlu, 2011).

Tekindüz ve Tengilimoğlu (2013) Bingöl Devlet Hastanesi personelinin iş tatminini belirlemek amacıyla “Hastane Çalışanlarının İş Tatmini, Örgütsel Bağlılık ve Örgütsel Güven Düzeylerinin Belirlenmesi” başlıklı bir çalışma gerçekleştirmişlerdir. Çalışmaya katılan 516 kişiye “İş Tatmin Ölçeği”, “Örgütsel Bağlılık Ölçeği” ve “Örgütsel Güven Envanteri” anketleri uygulanmıştır. Çalışmada uygulanan ölçeklerin her birinin sonucu ortalamaların üzerinde çıkmıştır. İş tatmini, örgütsel bağ ve örgütsel güven ile yaş, eğitim durumu, toplam çalışma yılı ve gelir arasında istatistiksel yönden anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır (Tekindüz ve Tengilimoğlu, 2013).

Hemşirelerin çalışma şartlarına bağlı olarak gelişen ve iş yüklerini, iş kalitelerini etkileyen etmenlerin belirlenmesi amacıyla Balıkesir ilinde 338 katılımcı ile gerçekleştirilen bir çalışmada; katılımcıların yaşlarının, medeni durumlarının, eğitim seviyelerinin, çalışma sürelerinin ve kurumda ne kadar daha çalışmayı düşündüklerinin iş yüküne ve iş kalitesine anlamlı bir etkisinin olmadığı görülmüştür. Nöbet usulü çalışmanın ise iş kalitesini olumsuz etkilediği tespit edilmiştir. Görev yönünden iş yaşamı kalitesi değerlendirildiği zaman yönetici pozisyonundaki katılımcıların iş yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu sonucu da çalışmada elde edilen bir diğer sonuçtur (Ayaz ve Beydağ, 2014).

Aksoy (2014) sağlık personelinin iş tatmini ve örgütsel bağlılık algıları ile “hissettikleri” iş yükü arasında ilişki olup olmadığını belirlemek amacıyla, 200 sağlık personelinin katıldığı, “Sağlık Çalışanlarında İş Yükünün Örgütsel Bağlılık ve İş Tatmini Üzerindeki Etkisi Diyarbakır Hastanelerinde Bir Uygulama” adıyla bir çalışma gerçekleştirmiştir. Çalışmada katılımcılara kişisel bilgi formu dışında; aşırı iş yükü ölçeği, iş tatmini ölçeği ve örgütsel bağlılık ölçeği uygulanmıştır. Elde edilen veriler

ışığında; orta yaş grubu çalışanların iş yükü algılarının daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. İlkokul mezunu çalışanların iş yükü algıları diğer eğitim düzeyinde olan sağlık çalışanlarına göre daha yüksek olduğu da çalışmada elde edilen bir diğer sonuçtur. Çalışmaya katılan sağlık personellerinin çalışma süreleri arttıkça hissettikleri iş yükü algılarının da azaldığı belirlenmiştir. Doktor hemşire ve ebelerin iş yükü algıları diğer personellere göre daha yüksek olarak tespit edilmiştir. Aşırı iş yükü ile örgütsel bağlılık ve iş tatmini arasında ise istatistiksel yönden anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır (Aksoy, 2014).

Balanuye (2014), cerrahi kliniklerde görev yapmakta olan hemşirelerin iş yüklerinin hasta güvenliğine etkisini belirlemek amacıyla yürüttüğü çalışmada 107 katılımcıya uygulanan anketlerden elde edilen verileri değerlendirmiştir. Çalışmanın sonucunda; hemşirelerin deneyim eksikliğinin hasta güvenliğini olumsuz etkilediği belirlenmiştir. Katılımcıların %43'ü iş yükünün fazla olduğunu, %30,8'i ise çok fazla olduğunu ifade etmişler ve bunun gerekçesi olarak personel sayısının azlığını öne sürmüşlerdir. Katılımcılar, işler çoğalınca hastaya ayrılan zamanın azaldığını, yorgunluk ve dikkatsizlikler yaşandığını ve bu durumun hasta güvenliğini olumsuz etkilediğini belirtmişlerdir. Katılımcıların %27,3'ü görev tanımı dışındaki işleri de yaptıkları için iş yüklerinin fazla olduğunu ifade etmiştir. Katılımcıların iş yükü olarak gördükleri konuların başında %86 oranı ile evrak kayıt işlerinin fazla olması gelmektedir. Bunu sırayla % 79,4 oranıyla personel sayısının azlığı ve %65,4 oranıyla birimler arası zorunlu telefon görüşmeleri takip etmektedir. Çalışmaya katılanların cinsiyetlerinin ve eğitim durumlarının iş yüküne etki etmediği belirlenmiştir. Çalışanların görev yaptıkları birimlere göre ise iş yüklerinin arttığı çalışmada ulaşılan sonuçlardandır (Banuye, 2014).

Demirkaya (2014), hastanelerin acil servislerinde görev yapan sağlık personelinin tükenmişlik ve iş yükü algıları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla "Hastane Acil Servislerinde Çalışan Sağlık Personelinin İş Yükü ve Tükenmişlik Sendromu İlişkisi" başlıklı bir çalışma gerçekleştirmiştir. Çalışma 310 katılımcı ile gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya katılanların yaşları, medeni durumları ve cinsiyetleri ile iş yükü arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Kıdem yılı ile iş yükü arasında ise anlamlı bir ilişkiye rastlanmıştır. Kıdem yılı 21'den fazla olan çalışanların iş yükleri de fazladır. Ayrıca çalışmada iş yükü arttıkça çalışanlarda tükenmişlik düzeyinin de arttığı sonucuna ulaşılmıştır. Ancak tükenmişlik düzeyi sadece iş yüküne bağlı değildir (Demirkaya, 2014).

Özlü ve arkadaşları (2015) cerrahi kliniklerde görev yapan hemşirelerin ilaç uygulama hatalarına yönelik olarak görüşlerini ve deneyimlerini belirlemek amacıyla 213 hemşirenin katıldığı bir çalışma yapmışlardır. Çalışmada katılımcılara üç adet anket formu uygulanmıştır. Elde edilen verilerin analiz işlemleri sonucunda; en çok

gerçekleşen hatanın ilaç uygulama dozunda olduğu ve ilaç hatalarını etkileyen en önemli faktörün de iş yükü olduğu belirlenmiştir (Özlü, vd., 2015).

Ameliyathanelerde hasta güvenliğine yönelik olarak yapılmış olan bir çalışmada, sağlık personelinin tıbbi hata yapma oranı % 6,2 olarak tespit edilmiştir. Personellerin birbirlerinin hatalarına şahit olma oranı ise %10,4'tür. Aynı çalışmada, cerrahi operasyonlar esnasında ameliyat ekibinin aralarındaki iletişimde %80 oranında bir eksiklik olduğu belirlenmiştir. Bununla birlikte ameliyathanelerde en sık yapılan hatalar; cerrahi alan enfeksiyonu, iyileşme süresinde meydana gelen uzamalar, basınç ülseri ve yanlış antibiyotik kullanımları olarak tespit edilmiştir (Hergül vd., 2016).

Kahveci (2016)'nin sağlık çalışanlarında iş yükünün motivasyona etkisini belirlemek amacıyla yapmış olduğu çalışmaya 315 sağlık personeli katılmıştır. Çalışmada katılımcılara, demografik bilgiler formu, iş yükü ölçeği ve iş motivasyonu ölçeği anketleri uygulanmıştır. Anket verilerinin analizi sonucunda; katılımcıların demografik özellikleri ile iş yükü ve motivasyonları arasında istatistiksel yönden anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir. Çalışmada iş yükü ve motivasyon algısı arasında ise anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür. İş yükünün çalışanların performansına ters yönde etki ettiği belirlenmiştir. Çalışanların iş yükü arttıkça iş performansları düşmektedir. Araştırma sonucunda. Çalışanların iş yükleri arttıkça motivasyonları düştüğü sonucuna da ulaşılmıştır (Kahveci, 2016).

Öztürk (2017), acil servislerde hekim dışındaki sağlık personelinin iş doyumları ile performansları arasındaki ilişkiyi tespit edebilmek amacıyla, 10 farklı hastanenin acil servis personelleri üzerinde bir çalışma gerçekleştirmiştir. Çalışmada 565 sağlık personeline, 12 soruluk kişisel bilgi formu, 20 soruluk iş doyum ölçeği ve 12 soruluk performans değerlendirme formu anketleri uygulanmıştır. Elde edilen veriler üzerinden yapılan analizler sonucunda; katılımcıların yaş, cinsiyet ve medeni durumları ile iş doyumları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Katılımcıların çalışma yılları ile performansları arasında ise anlamlı ilişki bulunmuştur. Katılımcıların eğitim durumları ile iş doyumları ve performansları arasında da anlamlı bir ilişkiye rastlanmıştır. Katılımcıların gelir durumları, iş doyumları ve çalışma şekilleri ile performansları arasında da istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir (Öztürk, 2017).

Bir devlet hastanesinde görev yapmakta olan sağlık çalışanlarının iş ortamlarına bağlı olarak iş yükü algılarını ortaya koymak amacıyla gerçekleştirilen bir diğer çalışmada 220 sağlık personeline “Bireysel İş Yükü Algı Ölçeği” ve “Kişisel Bilgi Formu” anketleri uygulanmıştır. Anket verileri üzerinden yapılan analiz işlemleri sonucunda; yönetici desteği, birim desteği ve yapılan işi devam ettirme niyetleri açısından 20-30 yaş aralığı ile 31-41 yaş aralığındaki gruplar arasında anlamlı fark tespit edilmiştir. 20-30 yaş grubunda anlamlı farkın daha az olduğu görülmüştür (Gülcan, vd., 2018).

Kemerkaya (2019) iş yükü seviyesinin iş tatminine yapmış olduğu etkide aracı olarak duygusal emeğin rolünü, sağlık çalışanları kapsamında ele alan bir çalışma yapmıştır. Çalışmada İstanbul ilindeki bir kamu hastanesinin personellerinden rastgele seçilen 270 kişiye 4 bölümden oluşan anket uygulanmıştır. Katılımcıların anketlere verdiği cevapların analizi sonucunda; iş yükü ve yaş arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Elde edilen verilere göre sağlık çalışanlarında yaş arttıkça iş yükü azalmaktadır. Bunun yanında cinsiyet ile iş yükü arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır. Çalışanların iş deneyimleri üzerinden yapılan değerlendirme sonucunda, iş deneyimi arttıkça çalışanların hissettikleri iş yükünü azaldığı sonucuna ulaşılmıştır. Çalışanların iş yükü ile iş tatminleri kıyaslandığı zaman ise iş yükü arttıkça iş tatmininin azaldığı görülmüştür (Kemerkaya, 2019).

Ceylan (2019) çalışmasında; “Türkiye’de Sağlık Çalışanlarının İş Yükü Algısı ve Tıbbi Hata Tutumları Arasında İlişki Anlamlı mıdır?” sorusuna cevap aramıştır. Çalışma Ordu İli Aybastı İlçesi Devlet Hastanesi personelinin katılımı ile gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya katılanların yarısından fazlası (%58,7) yaptıkları iş karşısında aldıkları ücretin az olduğunu ve dolayısıyla iş yüklerinin fazla olduğunu belirtmişleridir. Katılımcıların demografik özellikleri ve iş yükü algıları arasında anlamlı ilişki bulunup bulunmadığı yönünde yapılan analizler sonucunda; yaş arttıkça iş yükü algısının azaldığı ve lise mezunlarının iş yükü algılarının lisans ve üzeri mezunlara göre olumsuz olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Cinsiyet ve medeni durum ile iş yükü algısı arasında ise anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır. Katılımcıların çalışma ortamlarının iş yükü algılarını etkilediği görülmüştür. Nöbet usulü çalışan katılımcıların iş yükü algıları, mesai usulü çalışan katılımcılara göre olumsuzdur (Ceylan, 2019).

İdikurt (2019), sağlık personellerinde depresyonun performans üzerine olan etkilerini belirlemek amacıyla bir çalışma yürütmüştür. Çalışma kapsamında, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesinde görev yapan 299 sağlık personeline kişisel bilgi formu, “Beck Depresyon Ölçeği” ve “Performans Ölçeği” anketleri uygulanmıştır. Anketlerden elde edilen veriler ışığında, çalışanların performanslarının cinsiyete, eğitim durumuna, kadro ve pozisyona, aylık gelire ve medeni duruma göre anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir. Bunun yanında çalışanların yaşları ilerledikçe ve hizmet süresi arttıkça performansının da arttığı sonucuna ulaşılmıştır. Çalışanların depresyon düzeyleri ile performansları arasında ise herhangi bir ilişki tespit edilememiştir (İdikurt, 2019).

Dilek Aydın Berçin (2019). “Sağlık Hizmetlerinde İş Yükünün Hasta Güvenliği Üzerindeki Etkisi: Fatih Bölgesi Üzerinde Bir Araştırma” başlıklı çalışmada, İstanbul İli Fatih bölgesinde bulunan kamu hastanelerinde personel iş yükünün, hasta güvenliği üzerindeki etkilerini belirlemeyi amaçlamıştır. 360 hemşirenin katılımı ile gerçekleştirilen çalışmanın sonucunda; katılımcıların iş yükü algılarının meslek sürelerine göre değişiklik gösterdiği belirlenmiştir. Çalışanların meslek süreleri arttıkça

iş yükü algıları azalmaktadır. Son bir yıl içerisinde olay raporu veren personeller hiç olay raporu vermeyenlere göre daha fazla iş yükü hissetmektedirler. Çalışma sonucuna göre çalışanların işyeri ile ilgili düşünceleri de iş yükü algısına etki etmektedir. İşyeri ile ilgili olarak olumlu düşüncelere sahip olan katılımcıların iş yükü algıları daha az olarak tespit edilmiştir. Tüm bunların yanında çalışanların iş yükleri arttıkça hasta güvenliğinin azaldığı da çalışmada ulaşılan sonuçlardandır (Aydın Berçin, 2019).



3. SAĞLIK PERSONELİ İŞ YÜKÜ

Çalışmanın bu bölümünde sağlık personeli iş yükü kuramsal olarak incelenmiştir. Bu doğrultuda; ilk önce iş yükü ve aşırı iş yükü kavramları, iş yükünün çeşitleri, nedenleri ve getirdiği problemler açıklanmış, ardından iş yükünün olası sonuçları, iş yükünü azaltmak için öneriler ve iş yükü ve iş tatmini konuları kavramsal bir çerçeve ile sunulmuştur.

3.1. İş Yükü

Hayat standartlarının belli bir seviyede tutulabilmesi ile varılan noktada, iş ortamında geçirilen vaktin azalması, çalışmaya ayrılan vakit ile bireysel hayatın yönetilebilmesinin orantılanmasını mümkün hale getirmiştir. Çalışma saati standartları yönünden ele alındığı zaman modern çalışma hayatı bu standartlardan etkilenmektedir. İçinde bulunduğumuz çağda iş yükünün, insanda strese neden olan kaynakların temelinde yer aldığı üzerinde durulmaktadır. Rekabetin her geçen gün daha da artması ve çalışma şartlarının değişiklik göstermesi, çalışanlardan eksiksiz ve hatasız iş beklentisi, iş yükü ile ilgili algıların değişmesine ve çalışanlarda aşırı iş yükü algısının artmasına neden olmaktadır. Çalışanların mesai saatlerinden ziyade, mutlaka bitirilmesi gereken işlerin bulunması ve bu işlerin tamamlanması ile ilgili olarak mecburiyet hissetmeleri algılanan iş yükünü arttırmaktadır. Bu durum insanların kişisel yaşamı ile çalışma hayatı arasındaki dengenin bozulmasına neden olmaktadır. Hatta bazı durumlarda bu dengenin hiç kurulamadığı da görülmektedir (Tayfur ve Arslan, 2012, 150).

İş yükü genel anlamda çalışanların iş performanslarını ve tepkilerini olumsuz yönde etkileyen her türlü baskı olarak ifade edilmektedir. Hart ve Wickens'in yapmış oldukları tanıma göre iş yükü, insan ve makine sistemlerinde insana düşen görevlerin genel bir tanımıdır. Bu görevlerin oluşturduğu maliyet, çalışanlarda tepki zamanının artması, görevi tamamlama konusunda zorlanma, dikkatin dağılması, stres, yorgunluk hissi ve çalışma performansında düşüş olarak yansımaktadır. Çevreden kaynaklanan olumsuzluklar, konumsal sorunlar ve fiziksel aktiviteler birey üzerinde işten kaynaklanan baskıların temelini teşkil etmektedir. Bu tür durumlar iş yükünü doğrudan etkilemektedir (Dağdeviren, vd., 2005, 518).

İnsan varlık olarak duyuşsal, zihinsel ve fiziksel sınırlar dahilinde yaratılmıştır. İnsanların yapılması gereken bir işle alakalı olarak kendisinden beklenenleri, yaratılışında var olan bu yeteneklerini kullanarak yerine getirmeleri ile bir uyum ortaya çıkmaktadır. İnsanların iş ortamında kendisinden yapması beklenenler ile yeteneklerinin uyumlu olması iş ortamında başarıya ulaşılmasını sağlamaktadır. Bu açıdan ele alındığı zaman çalışma hayatında tercih edilmesi gereken önemli kurallardan biri “işe göre çalışan seçimi” kuralıdır. Bu kural ergonomik sınırlar yönünden de son

derce önemlidir. İş ortamında bir iş bir kişiye verilirken yapılması gereken ilk iş; işin verildiği kişinin yetenekleri ile işin özelliklerinin karşılaştırılması olmalıdır. Bir kişiye yetenek sınırlarının üzerinde iş verildiği zaman bu kişinin başarılı olamaması doğal bir durumdur. Bir kişinin herhangi bir işle ilgili olarak sergileyebileceği en yüksek kapasite o kişinin yetenekleri ile doğrudan alakalıdır. Bazı durumlarda kişilerin o an için sahip olduğu yetenekler yapılacak işi için yeterli olmayabilir (Aksoy, 2014, 48).

Çalışma ortamında bireylerin mutluluğunu ve sağlığını etkileyen ve bireyin iş performansı değerlerine doğrudan etki eden olumsuz birçok faktör bulunabilmektedir. Bireyler yeteneklerine uygun ve altından kalkabilecekleri bir iş yaptıkları zaman kendilerini mutlu hissedebilmektedirler. İnsanların görevlerini normal bir performans ile yerine getirilebilmeleri için görev yaparken zorlanmaması ve fazla yüklenilmemesi gerekir. İş yükü dağılımının doğru yapılabilmesi için çalışan kişiyi iş konusunda nelerin etkilediği bilinmelidir. Bunu yanında işin özellikleri ve çalışanın kişiliği ve yetenekleri göz önüne alındığında daha verimli bir iş yükü dağılımı yapılabilmektedir. Çalışma şartlarında çalışan performansını, mutluluğunu ve sağlığını olumsuz yönde etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Çalışan kişilerin aşırı zorlanmaya ve yüklenmeye maruz kalmadan ortalama bir performans dahilinde görevlerini yerine getirebilmeleri için çalışan kişileri olumsuz olarak etkileyecek iş özelliklerinin bilinmesi gerekmektedir. Bu özelliklerin en aza indirilerek kontrol altına alınabilmesi, iş verimi ve çalışan mutluluğu açısından önem arz etmektedir (Weiner, 1982, Aktaran, Ildız, 2009, 33).

İş yükü ile ilgili algıda çalışan bireylerin sergiledikleri davranışlar ve yerine getirilecek görevi değerlendirme yönündeki kriterleri oldukça önemlidir. Yapı yönünden işlerin taşıdığı yük matematiksel olarak hesaplanamadığından dolayı iş yükü kavramının somut hale getirilmesi gerekmektedir (Keser, 2006, 105). İş yükü kavramının bir diğer tanımı da; çalışanların mesai saatlerinde yapmaları gerekenden daha fazla iş ile karşı karşıya gelmeleri olarak ifade edilmektedir. Çalışan kişiler yapabileceklerinin üzerinde bir iş ile karşı karşıya kaldıkları zaman geleceğe yönelik olarak yüksek kaygı hissetmeye başlamaktadırlar. Bu durum çalışanların kendilerini büyük bir stres altında hissetmelerine ve tükenmişlik sendromu yaşayabilmelerine neden olmaktadır. Yapılan işten memnun olunmadığı zamanlarda çalışanlar, işlerini daha isteksiz yapmaya ve giderek gerginleşmeye başlamaktadırlar. İşe yönelik olarak ilgilerini de kaybettikleri için çalışanlar, daha dalgın ve daha ilgisiz iş yapmaya başlamaktadırlar. Konsantrasyon eksikliği, ilgisizlik ve gerginlik, yapılan işlerde hatalara neden olmaktadır. Yapılan araştırmalar buna benzer durumlarda çalışanların işten ayrılma isteklerinde artış meydana geldiğini, çalışan kişinin ve yakınlarının işle ilgili düşüncelerinin olumsuz olduğunu, çalışanın devamsızlıklar yaptığını, performansta azalmalar meydana geldiğini, işten tatmin olma oranının azaldığını ve kurumsal alanda uyumla ilgili sorunlar yaşandığını ortaya koymuştur (Çelik ve Çıra, 2013, 14-15).

İnsana insanla hizmet verilen sağlık sektörü bu yapısından dolayı emek yoğun bir yapıya sahiptir (Çiftçioğlu vd., 2018, 2). Sağlık sektöründe çalışan kişilerin yapmış oldukları hizmetler insana insanla hizmet kapsamındadır. Bu nedenle sağlık çalışanlarının iş yükleri insanlar için harcadığı zaman ve enerji ile alakalıdır. İnsanlar sağlık hizmetine her zaman ihtiyaç duymaktadırlar. Buna balı olarak da insan nüfusu arttıkça sağlık hizmetine talep de artmaktadır. Bu durum sağlık sektöründe iş yükünün artmasına ve dolayısıyla da işgücüne olan ihtiyacın artmasına neden olmaktadır. İşgücü ihtiyacında meydana gelen artış karşısında yeterli donanımına sahip personelin yeterli sayıda olmaması da sağlık çalışanlarının iş yükünü arttırmaktadır. İş yükü hususunda kabul edilebilir seviye, bir çalışandan yapması gereken işin, mevcut görevlerini yerine getirirken güvenli ve verimli bir şekilde çalışmasına engel olmayacak seviyede olması durumudur (Dağdeviren vd, 2005, 518).

Gelir seviyesi düşük olan ülkeler bütçe yetersizliğinden dolayı sağlık sektörüne yeteri kadar pay ayıramamaktadırlar. Bu nedenle bu ülkelerde sağlık sektöründe iş fazla ancak çalışan sayısı az olmaktadır. Bu durumda sağlık çalışanlarının mesai saatleri uzamakta ve iş yükleri artmaktadır. İş yükü artan sağlık çalışanları hastalar için yeteri kadar zaman harcayamamakta ve verilen hizmetlerin verimi düşmektedir (Mæstada vd. 2010, 2). İş yükü denildiği zaman bireyin üstesinden gelebileceğinden daha çok iş üstlenip, stres ve baskı altında görevini yapmaya çalışması akla gelmektedir. Bu durumda bazen birey kendini yetersiz hissedebilmektedir (Kulaklıkaya 2013, 47). Sağlık sektöründe çalışanların fazla iş yükü ile karşı karşıya kalmalarında dört temel sebepten bahsedilmektedir (Carayon ve Gürses, 2008, 2),

1. Görev tanımındaki belirsizlik
2. Zaman yetersizliğinden dolayı hissedilen baskı
3. Eğitimin yetersizliği ve uygun olmaması
4. Sosyal destekte yaşanan yetersizlik

Günümüzde sağlık çalışanlarının iş yükünün fazla olmasına en çok bu dört durum neden olmaktadır. Bu durumlar sağlık çalışanlarının iş yükünü arttırdığı için, çalışanların bedenlen ve ruhen tükenmişlik yaşamalarına da neden olmaktadır. Sağlık çalışanlarının bedenlen ve ruhen çöküş yaşamaları, tıbbi hata yapma ihtimallerinde de artışlara neden olabilmektedir.

3.2. Aşırı İş Yükü

Belirlenen bir süre içerisinde, istenilen kalitede bir görevin yerine getirilmesi haricinde çalışan kişiye olumsuz yönde etki edecek şartların meydana getirdiği sonuç aşırı iş yükü olarak ifade edilmektedir. Bir çalışanın çalıştığı işyerinde daha verimli olabilmesi için işyeri yönetimi tarafından yapılan iş dağılımında çalışanlara görevi dışında iş verilmemelidir. İşten verim alınabilmesi için ayrıca çalışma şartlarının iyileştirilmesi ve çalışanların kendilerini değerli hissetmelerinin sağlanması

gerekmektedir. Çünkü aşırı iş yükü çalışanlar açısından oldukça önem arz eden negatif bir değişkendir (Gümüştekin ve Özdemir, 2005, 275).

Nicelik yönünden ele alındığı zaman aşırı iş yükü; işi yapabilecek kabiliyet ve kapasiteye sahip olan bir çalışanın, zaman ve ekipman yetersizliğinden dolayı olumsuz etkilenmesine ve yapılacak işin gidişatında sorunlar meydana gelmesine neden olan baskılardır. Niteliksel açıdan ele alındığı zaman ise aşırı iş yükü; zaman yönünden herhangi bir sıkıntı olmadığı halde kabiliyetlerinin ve kapasitesinin üzerinde iş verilmesinden dolayı çalışanın kaygılanması ve performansında azalmalar meydana gelmesi durumudur (Özalp ve Kirel, 2001, 431).

Bir işyerinde aşırı iş yükü olması durumu; çalışanlarda tükenmişliğe, yabancılaşmaya, çalışanların değişme sürelerinin azalmasına neden olmaktadır. Aşırı iş yükü çalışılan işyerinin başarısını olumsuz yönde etkileyecek olan bir etmendir. Çalışan ile yönetim arasındaki iletişim aşırı iş yükü durumunda giderek azalmaktadır. Bu durumda çalışanın işyerine bağlı olması durumunda da azalmalar meydana gelmektedir (Özalp ve Kirel, 2001, 426). Bir işyerinde verimli çalışmayı olumsuz etkileyecek birçok neden bulunabilmektedir. Bazen işteki verimliliği arttırmak amacıyla işin niteliğine olumsuz etki edecek baskı durumları yaşanabilmektedir. İş verimliliği için bu baskıların en aza indirilmesi gerekmektedir. Çalışan performansına olumsuz yönde etki eden bu baskılar aşırı iş yükü olarak ifade edilmektedir (Dağdeviren vd., 2005, 518).

Aşırı iş yükü, çalışan birey ile işveren arasında meydana gelen uyumsuzluk durumlarını ortaya koymaktadır. Bu açıdan ele alındığı zaman iş ve çalışan arasında uyumun sağlanabilmesi için, öncelikle yapılacak olan işin nitelik ve nicelik yönünden tutarlı olması sağlanmalıdır. Daha sonra, yapılacak olan bu işin düzenli ve sabit akış çerçevesinde devamı sağlanmalı ve bu işi yapacak olan personelin kapasitesi göz önünde bulundurularak verimlilik belirli bir düzeyde tutulmaya çalışılmalıdır. Bu durumun aksi yaşandığı zaman, yani çalışan ile yapılacak olan iş arasında uyumsuzluklar olduğu zaman; nitelik ve nicelik yönünden çalışan kendi üzerinde baskı hissedebilmektedir. Bu durum çalışanın performansının düşmesine neden olmakta, motivasyonunu azaltmakta ve çalışanın yapılacak iş hususunda yetersizlik hissi yaşamasına neden olmaktadır (Leiter, 2003, 129).

Yapılan işin çalışan tarafından aşırı bir yük olarak algılanmasının nedenleri aşağıdaki gibi sıralanabilmektedir (Keser, 2006, 106);

- Çalışanı olumsuz etkileyen iş yükü alanları
- Verilen görevin belirgin olmaması
- İşin yapılması gereken zamanla ilgili yaşanan baskı
- Eğitim ve geliştirilmenin uygun olmaması
- Sosyal desteğin az olması
- Rol çatışmaları yaşanması
- Çalışan sayısının yetersizliği

- Organizasyonda karmaşık bir yapının olması
- Teknoloji durumu
- Yöneticilerin ya da liderlerin aşırı mükemmeliyetçi olmaları
- Belli bir yetki devrinin bulunmaması
- Yazılı yasa ve kuralların bulunmaması
- İş analizinin yapılmaması

İş ortamlarında meydana gelen her türlü zihinsel ve fiziksel stres kaynağı ve yapılacak olan işin gören açısından ortaya çıkardığı baskılar; çalışanın üzerinde aşırı iş yükü hissinin oluşmasına neden olmaktadır (Keser, 2006, 105).

3.3. İş Yükünün Çeşitleri

Dört çeşit iş yükü bulunduğu ifade edilmektedir (Dağdeviren vd., 2005, 518). Aşağıda iş yükünün çeşitlerine yer verilmiştir.

3.3.1. Fiziksel İş Yükü

Fiziksel iş yükü, genel olarak fiziksel yönden belli bir yetide olunması gereken işler hususunda ortaya çıkan bir iş yükü durumudur. Teknolojinin hızla gelişmesi sonucunda otomasyon sistemine geçilerek birçok iş makineler tarafından yapılıyor olsa da endüstriyel sanayide fiziksel iş gücüne halen fazlasıyla ihtiyaç duyulmaktadır. Bazı sektörler açısından yerine getirilmesi gereken fiziksel işler nitelik yönünden artış göstermektedir. Böyle durumlarda çalışanların çeşitli hastalıklara yakalanma ihtimalinde de artışlar meydana gelebilmektedir. Çünkü çalışanların fiziksel güç gerektiren işleri yaparken, herhangi bir yanlış harekette bulunmaları veya çalışma alanlarının uygun olmaması iş yüklerinin de artmasına neden olmaktadır (Dağdeviren vd., 2005, 520).

Fiziksel aşırı iş yükü; taşınması gereken bir malzemenin ağırlığı, taşıma süresi aralığı, taşınması gereken mesafe gibi değişkenlerden dolayı çalışanın fiziksel olarak aşırı yorulmasına neden olan durumlardır (İldız, 2009, 39). Örnek olarak, vardiyalı bir sistemle çalışılması, çalışanların uyku problemi yaşamalarına neden olabilmekte ve çalışanların fiziksel performanslarının düşmesine yol açabilmektedir. Bu durumda çalışanın fiziksel komplikasyonlarında azalmalar meydana gelmektedir. Sonuç olarak çalışanın vücut metabolizması bozulabilmekte, vücut sıcaklığı ve vücut direnci düşebilmektedir (Yılmaz ve Ekici, 2006, 36). Vardiyalı sistemlerde gece çalışanların gündüz çalışanlara göre bağışıklık sistemi ve sindirim sistemi sorunları yaşadığı görülmektedir. Gece çalışanlarda soğuk algınlığı ve grip vakalarına daha sık rastlanmaktadır (Camkurt, 2007, 90).

Fiziksel iş gücü, çalışanın enerji tüketimiyle yakından alakalıdır. Fiziksel aşırı iş yükü, insanların oksijen ve kalori tüketimi şeklinde de ifade edilmektedir (Ordukaya,

2011, 43). Çalışan kişinin bünyesinde meydana gelen biyomekanik zorlamalar da fiziksel iş yükü olarak tanımlanmaktadır. Çalışan kişiler yapacakları iş için gerekli olan enerjiyi sağlama gereksinimi duymaktadırlar. Gerekli olan bu enerji vücut tarafından üretilirken oksijen tüketimi artmakta ve kalp atışları hızlanmaktadır (Westgard ve Winkel, 1997, 463). Konu ile ilgili olan araştırmalar, fiziksel olarak aşırı iş yüküne maruz kalan kişilerin kolesterol düzeylerinde artış meydana geldiğini ortaya koymuştur. Bununla birlikte iş tatmini düşük seviyede olan bireyler açısından fiziksel iş yükünün fiziki bozukluklara da neden olduğu çalışmalardan elde edilen sonuçlardandır (Güney, 2001, 520).

3.3.2. Zihinsel İş Yükü

Zihinsel iş yüküyle alakalı olarak çok fazla tanım bulunmaktadır. Zihinsel iş yükünde verilerin işlenmesi ve bu süreçte dikkatli olunması gereken durumlar söz konusudur. Yapılması gerekenlerin tamamlanabilmesi için gerekli olan bu niteliklerin daha iyi hale getirilebilmesi, iş verimini düşürecek etmenler ortadan kaldırılmasına bağlıdır. İşin verimini azaltacak ve çalışanı strese sokacak etmenlerin en aza indirilmesi zihinsel iş yükünün de azalmasını sağlamaktadır. Teknolojik alanda hızlı gelişmelerin yaşanması sonucu meydana gelen yeni sistemler nedeniyle çalışanlar zihinsel süreçte daha fazla dahil olmuşlardır (Dağdeviren vd., 2005, 521).

Hesap yapma, iletişimde bulunma, kararlar alma, hatırd tutma, arama ve araştırma yapma gibi zihinle ve algıyla ilgili tüm faaliyetler zihinsel iş yükünü meydana getirmektedir. Mevcut kaynaklar ile görev için gerekli olan kaynaklar arasındaki fark zihinsel iş yükü olarak ifade edilmektedir. Çalışanların zihinsel yönden iş yükü hissetmemeleri için var olan kaynaklarla gerekli olan kaynakların dengeli olması gerekmektedir (Korkmaz, 2012, 22).

Huey ve Wickens'a göre, Ulaşılmak istenen hedefin zorluk düzeyinin ve hedefe ulaşmak için gerekli olan zihinsel iş yükünün artması;

- Performansın azalmasına
- Görevin tamamlanma süresinin artmasına
- Daha çok hata yapılmasına
- Birim sürede tamamlanan hedef sayısının azalmasına
- Hedeflenen performans stratejilerinin değişmesine
- Diğer konulara yönelebilmek için ayrılan kapasitenin azalmasına, neden olmaktadır (Huey ve Wickens, 1993, 54).

Zihinsel iş yükü kavramı için yapılan diğer tanımlar da şöyledir (Karadağ, 2015, 363). Zihinsel iş yükü; sistemin her türlü gereğini karşılayabilmek için var olan kaynakların oranı ile çalışanın kapasitesi arasındaki ilişkidir. Çalışandan beklenen hedef performans veya çalışanın kapasitesi ile çalışanın herhangi bir anda var olan

kapasitesi veya performansı arasındaki fark da zihinsel iş yükü olarak ifade edilmektedir. Bir diğer tanım, çalışanın kapasitesinin daha üstün bir hale gelmesini hedefleyen veya var olan kapasitesini kontrol altına almayı amaçlayan zihinsel gayretler, şeklinde yapılmıştır. Bu tanımlardan özetle, zihinsel iş yükü ek hedeflere ulaşabilme maliyetleridir.

3.3.3. Konuma Bağlı İş Yükü

Konuma bağlı iş yükü iş esnasında çalışanın vücut pozisyonu ile alakalı olan iş yüküdür. Çalışan duruş bozukluğuna sebep olacak şekilde bir pozisyonda çalışıyor ise, bu pozisyonda uzun süre kalması gerekiyor ise, yeteri kadar dinlenemiyor ve vücut pozisyonunu değiştiremiyor ise, düzensiz vardiya nöbetleri dahilinde çalışıyor ise bu durum çalışan açısından konuma bağlı iş yükünü artmasına neden olmaktadır (Dağdeviren, vd., 2005, 521).

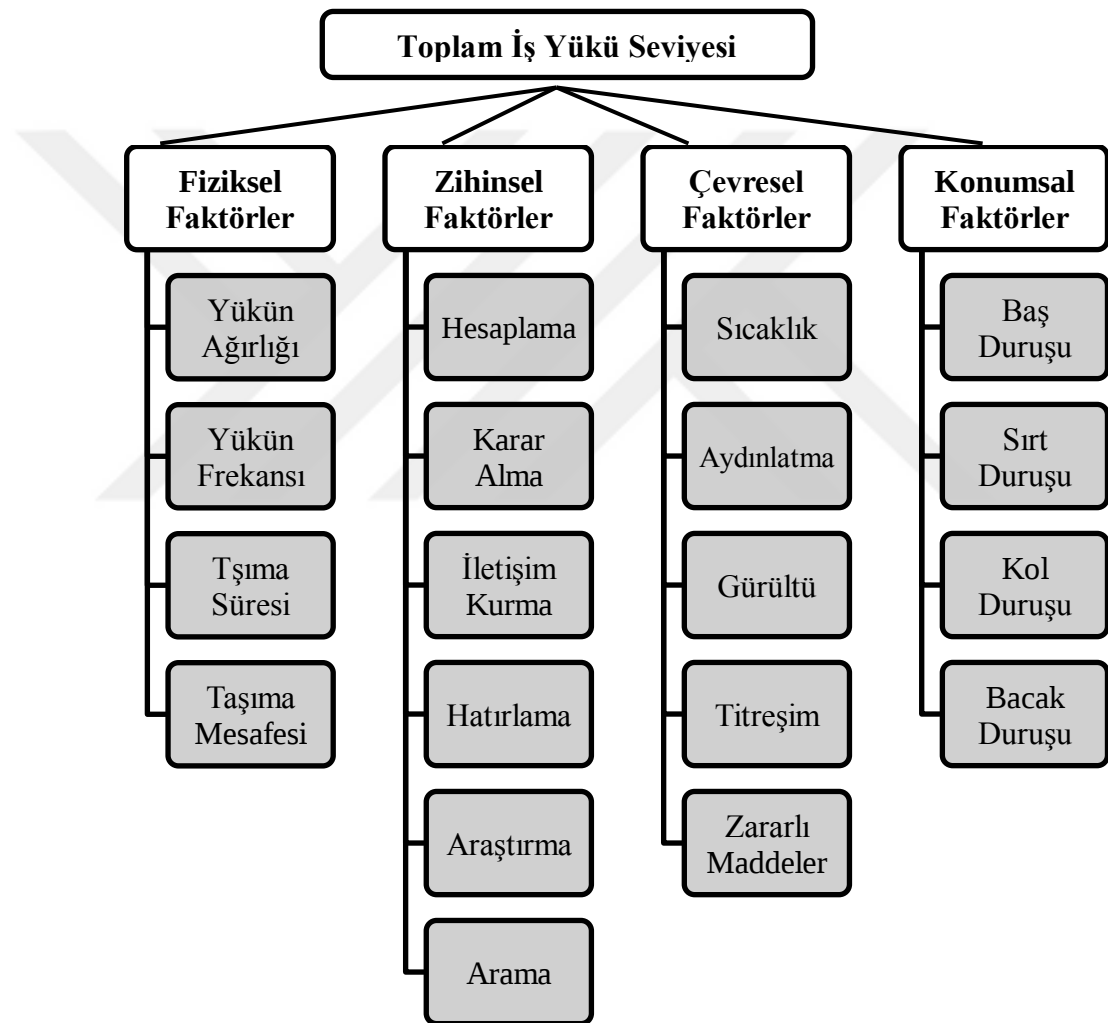
3.3.4. Çevresel İş Yükü

Çevresel iş yükü çalışanların çevresel şartları ile alakalıdır. Çalışanların çevresel şartlarının olumsuz olması ve bu şartlar altında uzun süre çalışmalarının gerekliliği, çalışanlarının iş başarılarının ve verimlerinin azalmasına neden olmaktadır (Ordukaya, 2011, 45). Çalışma ortamında meydana gelen bu çevresel iş yükü; hava kirliliği, sıcaklık, aşırı gürültü, titreşimli bir ortam, toz, fazla ya da eksik aydınlatma gibi zararlı durumlardan kaynaklanan bir iş yükü türüdür. Çevresel iş yükü nedeniyle çalışanlar kendilerini stres altında hissedebilmekte ve motivasyon düşüklükleri yaşayabilmektedirler (Özçelik, 2011, 8).

Çevresel iş yükünü azaltılabilmesi için iş yerlerinde belli bir düzenin sağlanması gerekmektedir. İş yerlerini fiziki yapısı yapılacak işe uygun olmalı ve temizlik hususuna dikkat edilmelidir. İş yerindeki kapı, pencere ve merdiven gibi yapılar çalışanların iş yerindeki pozisyonlarına olumsuz etki etmeyecek şekilde dizayn edilmelidir. Çalışılan ortamların özellikle bedensel, duygusal ve zihinsel yönden çalışanları yoracak şekilde ergonomik yönden uygunsuz olması, çalışanlar açısından önemli bir stres kaynağı olarak görülmektedir (Camkurt, 2007, 92). Çalışılan ortamın yeterince havalandırılmaması, sıcaklığının belirli bir düzeyde olmaması, tozların ve kirli hava oranının fazla olması ve radyasyon gibi durumlardan kaynaklı iş kazalarının da meydana gelmesi çalışanlarda strese neden olabilmekte, motivasyonu azaltarak aşırı iş yükü algısına neden olabilmektedir (Sökmen, 2005, 5).

3.4. İş Yükünün Nedenleri

Birçok farklı sebep iş yükünün meydana gelmesine neden olabilmektedir. İş yükünü meydana getiren bu sebepler çalışanların fizyolojik yönden ve psikolojik yönden hasar görmelerine neden olabilmektedir. İş yükünü meydana getiren sebepler yukarıda açıklanmış olan iş yükü çeşitleri ile iç içedir (Dağdeviren, vd., 2005, 518). İş yükü çalışanların hem bedensel olarak hem de zihinsel olarak sağlıklarına olumsuz etki edebilmekte, performanslarını ve verimliliklerini düşürebilmektedir. Şekil 3.1’de iş yükü çeşitlerine bağlı olarak iş yüküne neden olan faktörler gösterilmiştir.



Şekil 3.1. İş Yükü Çeşitlerine Göre İş Yükünün Nedenleri (İldız, 2009, 34).

3.5. İş Yükünün Getirdiği Problemler

Sağlık sektöründe meydana gelen bazı sorunlar, çalışanların iş yüklerinin artmasından kaynaklanmaktadır. Ülke nüfusunun artması sağlık hizmeti almak isteyenlerin sayısını arttırmakta, bu durum da dolaylı olarak sağlık sektöründe iş gücü ihtiyacının doğmasına neden olmaktadır. Ancak bütçenin yetersizliği ya da gereken

donanımlara sahip personelin bulunamaması gibi nedenlerle bu ihtiyaç giderilememektedir. Bu durum sağlık personelinin iş yükünü arttırmakta, çalışma sürelerini arttırmakta ve motivasyonlarının düşmesine neden olmaktadır. ABD, İngiltere, Avusturalya ve Japonya, gibi gelişmiş olan ülkelerin birçoğunda dahi sağlık çalışanları zorunlu mesai ile karşı karşıya kalmaktadırlar (Carayon ve Gürses, 2008, 1).

Sağlık çalışanlarının iş yüklerinin fazla olması hastalar açısından da önemli problemlere yol açabilmektedir. Yapılan bir araştırmanın sonuçlarına göre sağlık çalışanlarının iş yükünün artması; yatalak hastalarda yaraların oluşmasına ve artmasına, ilaç hatalarının meydana gelmesine, pnömoniye, ameliyat yaralarında enfeksiyon meydana gelmesine, idrar yollarında sıkıntılar yaşanabilmesine, solunum yollarında sorunlara, tromboza, hasta düşmelerine, mide ve bağırsak kanamalarına, şoklara ve kalp krizlerine, hastanın yaşama döndürülememesine ya da taburcu edilen hastaların tekrar hastaneye gelmesine neden olabilmektedir (Demirkaya, 2014, 9).

İş yükü nedeniyle hastalarla yeteri kadar ilgilenilemediğinde hastalığın teşhis ve tedavisinden iyileşme sürecine kadar her aşamada ciddi sorunlar yaşanabilmektedir. İlaçların zamanında verilememesi, acil müdahale gerektiren durumlarda geç kalınması, hasta ve yara temizliğinde gecikmeler yaşanması ve enfeksiyonlarla ilgili sorunlar bunlardan bazılarıdır. Bu sorunların aşılabilmesi için yeterli sayıda uygun personel ve verimli bir yönetim gerekmektedir (ICN Kılavuzu 2006, 30). Çalışanların iş yükünün fazla olması, mutsuzluğa ve verimsizliğe yol açmaktadır. Bu nedenle de çalışanlar görev başındayken tıbbi hatalar yaşanmasına neden olabilmektedirler.

Hemşireler üzerinde, Carayon ve Gürses (2008) yapmış oldukları bir çalışmada hasta güvenliğinin ağır iş yükünden olumsuz etkilendiğini ortaya koymuşlardır. İş yükü iş tatminsizliğine de neden olduğu için hemşirelik sıkıntısı meydana gelmekte, memnuniyetsizlik ve tükenmişlik artmaktadır (Carayon ve Gürses 2008, 2).

İlgilenilen hastaların farklı yapılarda olmaları, yapılan işlerin genellikle performans dayalı olmasının yanında zihinsel ve mesleki beceri de gerektirmesi ve çalışma sürelerinin oldukça uzun olması gibi nedenlerle diğer mesleklere göre sağlık çalışanları daha fazla iş yükü baskısı altında olduklarını hissetmektedirler. İş yükünün fazla olması iletişim problemlerine neden olabilmekte ve sonuçta tıbbi hatalar meydana gelebilmektedir. İş yükünün fazlalığı bazen dönüşü olmayan tıbbi hatalara neden olabilmekte bazen de hasta ve hasta yakınları ile çalışanlar arasında tartışmalar yaşanmasına yol açabilmektedir. Sağlık çalışanlarındaki bu iş yükünün azaltılabilmesi için; iş tanımlarının yapılması, işlerin gereğinin belirlenmesi ve personel sayısının gerekli seviyeye çıkarılması ve sosyal destek sağlanabilmesi gerekmektedir (Ceylan, 2019, 6).

3.6. İş Yükünün Olası Sonuçları

Yapılan işlerden dolayı çalışanlar aşırı yıpranmakta, yabancılaşma ve tükenmişlik yaşayabilmektedirler. Bu durumda artan iş yükü çalışanların sürekli değişmesine neden olabilmektedir. İş yükünün artması çalışanların örgütsel bağlılığının azalmasına, iletişim sorunlarının yaşanmasına ve hiyerarşik yapıda bozulmalar meydana gelmesine neden olabilmektedir (Özalp ve Kirel, 2001, 426). Bu durumlar çalışanların yaptıkları işe karşı daha duyarsız hale gelmelerine neden olmakta, çalışanlar arasındaki iletişimde sorunlar meydana gelmekte, çatışmalar artmakta ve yönetimin kurumsal hakimiyeti olumsuz etkilenebilmektedir. Bunun yanında çalışanlar yapmış oldukları işleri yetersiz ve faydasız görerek kendi işlerine kapanabilmekte ve kurum içerisinde yabancılaşmaya başlayabilmektedir.

3.6.1. Yabancılaşma

Bilimsel ve teknolojik alanda yaşanan ilerlemelerin kültürel ve sosyal yönden inanç ve değerlere yapmış olduğu etki, olumlu yönlerinin yanında olumsuz sonuçlara da neden olabilmektedir. Örgüte karşı yabancılaşma bu olumsuz sonuçlardan biridir. Çalışan kişinin örgüte yabancılaşma hissetmesi, örgütle olan bağının azalmasına ve görevine karşı olan hislerinin değişip aşırı iş yükü algısının artmasına neden olmaktadır. Yabancılaşma, çalışanlar arasında mesafe olması ve çalışanların süreçten uzak durması şeklinde ifade edilmektedir (Şirin, 2009, 165).

İnsan hayatının doğaya karşı çok kolay yabancılaşabileceğini ifade eden Hegel, yabancılaşma kavramını literatüre ilk kazandıran kişidir. Feuerbach ise, bireylerin kendi etkinliklerinden koparılmasının tehlike oluşturacağını ifade etmek için yabancılaşma kavramını kullanmıştır. Marx, yabancılaşma kavramına dikkat çeken bir diğer düşünürdür. O'na göre yabancılaşma, kapitalist yaşam ve üretim anlayışının bir sonucu olarak ortaya çıkmıştır. Marx, işçiler modern yaşamda üretim aracı olarak görüldüklerinden, kendilerine biçilmiş olan bu rol nedeniyle işçilerin; kendilerine, değerlerine, işlerine ve ürünlerine karşı yabancılaştıklarını iddia etmiştir (Tolan, 1980, 161). Çalışanlar arasında meydana gelen genel bir memnuniyetsizlik durumu ise örgütsel yabancılaşma olarak ifade edilmektedir. Yabancılaşma üzerine bir çalışma yapan Seeman (1975)'a göre yabancılaşmanın tek bir tanımı bulunmamaktadır. Seeman, yabancılaşmanın 5 boyutu olduğunu öne sürmüştür (Polat ve Yavaş, 2012, 220).

Anlamsızlık, Çalışanın, kendi inançları ile işyeri kültürü içerisindeki hedeflerini bütünleştirememesi anlamsızlık olarak ifade edilmektedir. Anlamsızlık durumunda çalışan işyerinin amaçlarına ve hedeflerine uymakta isteksizlik yaşamaktadır. Çünkü kendi inançları ile iş yeri amaçları birbirleri ile çelişmektedir. (Seeman, 1959; Shepard, 1972'den aktaran Eryılmaz ve Burgaz, 2011, 276).

Güçsüzlük, Güçsüzlük olgusu çalışanlarda kaygıya neden olmaktadır. Çünkü güçsüzlük olgusunda, işler sonucunda yapılan katkının örgütsel olarak az olması ve üretime yapılan katkı düzeyinde gözlenmekte olan yetersizlik durumunun içsel bir kavrayış şeklinde ileri sürebilmesi söz konusu olabilmektedir (Eryılmaz ve Burgaz, 2011, 275). Çalışanlar ilerleyen zamanlarda her şeyin daha kötü olacağı hissi taşımaktadırlar. Aynı zamanda çalışanlar çok boyutlu bir düşünme şeklini semptomatik bir reddediş biçimi ile açıklamaktadırlar. Bu durum güçsüzlüğün kurumsal bir olumsuzluğu yansıttığı şeklinde değerlendirilmektedir.

Kendine Yabancılaşma, Kendine yabancılaşma, bireysel olarak içe kapanmanın ve duyarsız bir hale gelmenin belirli hislerin yok olmasına neden olması sonucunda, kurumsal faaliyetlerde sekteler yaşanmasına neden olan algısal bir yıpranma durumudur. Yabancılaşmanın son evresi olarak kabul edilmektedir. Çalışan, kendisini sürekli olarak yetersiz ve başarısız gördüğü için yaptığı işlerin herhangi bir faydasının olmayacağı hissini taşımaktadır (Ofloğlu ve Büyükyılmaz, 2008, 118).

Yalıtılmışlık, Örgütsel olan her türlü ilişkiden çalışanların kendilerini soyutlama durumları yalıtılmışlık olarak ifade edilmektedir. Yalıtılmışlık durumunda çalışanlar sosyal yönden ilgilerini kaybetmektedirler. Çalışan kişiler kendi istekleri ile diğer çalışanları reddetmektedirler. Yalıtılmışlık durumunda kurumsal olan her türlü etkiden uzak durmaya çalışmakta veya diğer çalışanların kendisini istemediklerini ve benimsemediklerini düşünmektedir. Bu durumların her ikisinde de kurum içindeki yalıtılmışlık duyguları daha da artış göstermektedir (Elma, 2003, 11).

Kuralsızlık, Kuralsızlık durumunda çalışanlar örgütün yapı ve kurallarına tepkisiz davranmaktadırlar. Çalışanlar örgüt kültürüne giderek yabancılaşmakta bunun sonucu olarak da kuralları hiçe saymaktadırlar. Çalışanlar kendilerinin ikaz edilmesine aldırmadan, örgüte zarar verebileceklerinin bilincine varamayacak şekilde bir algı kaybı yaşamaktadırlar (Eryılmaz ve Burgaz, 2011, 277).

3.6.2. Devamsızlık

Devamsızlık, çalışan kişinin iş yerine daha önce herhangi bir bildirimde bulunmadan, işyerine gelmemesi durumudur. Devamsızlık durumu çalışanın işe gelmemesi ile ilgili makul bir sebebinin olmamasıdır. Çalışanların devamsızlık yapma nedenleri arasında, çalışanın fiziksel ve ruhsal problemler yaşaması olabileceği gibi mesai süreleri, çalışanın eğitim durumu, cinsiyeti, yaşı, iş yükünün fazla olması, yapılan işin monoton olması ve çalışanın sosyal hayatında problemler yaşaması da olabilmektedir (Erol, 1998, 202).

Daha az maliyetle daha çok verim elde etmek işletmelerin temel amaçlarından. İşletmelerin bu amaçlara ulaşmaları için çözümleri gereken sorunlar arasında çalışanların devamsızlık durumu genellikle gözden kaçmaktadır. Devamsızlık işletme açısından işlerin zamanında ve doğru yapılmasına olumsuz yönde etki

etmektedir. Devamsızlık, yapılacak işlerin daha da birikmesine neden olabileceği gibi, devamsızlık yapan çalışanın işlerinin, diğer çalışanlara iş yükü olarak pay edilmesine de neden olabilmektedir (Şenel, 2012, 2).

İşverenler genellikle işçi sayısını arttırmak yerine daha az işçi ile daha fazla iş yapabilme yolunu seçmektedirler. Bu durum çalışanların iş yüklerinin artmasına neden olmakta ve işveren tarafından daha fazla mesai yapmalarının istenmesine yol açmaktadır. İşverenler çalışanlara fazla mesailerinden dolayı ücret ödeseler bile mesai saatlerinin fazla olmasından dolayı meydana gelen iş yükü çalışanları yıpratmakta ve çalışanlar bu durumdan hem fiziksel hem de psikolojik olarak olumsuz etkilenmektedirler. Bu durum çalışanların performansını düşürmekte ve yaptıkları işte daha verimsiz olmalarına neden olmaktadır (Coşkun, 2012, 1-4). Yaşanan bu olumsuzlukların tümü çalışanların devamsızlık yapma isteğini arttırabilmektedir.

Kurumsal açıdan ele alındığı zaman etkilerinin olumsuz olduğu bilinen devamsızlık, uzun vadede düşünüldüğünde çalışanların devir hızının artmasına ve eğitimle ilgili maliyetlerin yükselmesine neden olmaktadır. Çalışan kişilerin devamsızlık yapmaları genellikle diğer çalışanlara iş yükü olarak etki etmektedir. Çalışanların devamsızlık yapmalarına neden olan unsurların başında zihinsel ve fiziksel sorunlar bulunsa da, monotonluk durumu ve niteliksizlik de devamsızlığa neden olan unsurlardandır. Çalışanların kendi yapmakta oldukları işlerden vazgeçmeleri, farklı arayışlar içine girmeleri ve kendilerindeki gelişimi işlerine yansıtamamaları, monotonlukla ilişkilendirilmektedir (Eren, 2004, 202). Devamsızlığın bir diğer olumsuz yanı da işlerin aksamasına neden olduğu için müşterilere zamanında dönüş yapılamaması gibi nedenlerle işletme ve kurumların itibarlarının zedelenmesidir (Zerenler, 2008, 229).

3.6.3. Tükenmişlik

Freundenberger, tükenmişlik kavramını literatüre ilk olarak kazandıran ve bilimsel olarak tükenmişlik kavramını ilk inceleyen bilim insanıdır. Freundenberger (1974, 159); tükenmişlik kavramıyla ilgili olarak “insanların aşırı çalışmaları sonucunda işlerinin gerekliliklerini yerine getirememeye durumuna gelmeleri anlamını taşıyan duygusal tükenmişlik” ifadelerini kullanmıştır. Freunderberger beklentilerin duygusal yönden bireyleri en çok etkileyen unsur olduğunu savunmaktadır. Bu nedenle tükenmişlik kavramını "başarısızlıklar, yıpranmalar veya enerji, güç ve potansiyel üzerindeki aşırı zorlanmalar sonucunda oluşan bir durum" şeklinde tanımlamıştır. Ona göre her ne sebeple olursa olsun tükenmişlik, bireyi pasifleştirerek etkisiz hale getirmektedir. Klinik yönden gerçekleştirmiş olduğu çalışmaların sonucunda tükenmişliğin; çalışanın yıpranması, karşılayamayacağı taleplerden dolayı çalışanın iç kaynaklarının tükenmesi ve başarısızlık yaşama durumlarından dolayı meydana geldiği sonucunu elde etmiştir (Sürgevil ve Budak, 2008, 39).

Tükenmişlik nedeniyle çalışanlar yaptıkları işten hiçbir şekilde keyif alamayabilmektedir. Bu durum çalışanın yaptığı işlerin kurumsal olarak herhangi bir değer taşınamasına da neden olabilmektedir. Çeşitli varsayımlar üzerinden hareketle tükenmişlik olgusu yıllardır incelenmektedir. Tükenmişlik olgusu çalışanları psikolojik yönden yıpratmış için çalışanların işe karşı olan bağlılık düzeylerini sosyal hayatlarına etki edecek şekilde azaltmaktadır (Yirik vd., 2014, 6225). Bir çalışan kendine karşı yabancılaştığı ve özgüvenini yitirdiği zaman işle alakalı bulunacağı girişimlerde de başarılı olamamaktadır. Bu durum çalışanın hem diğer çalışanlar tarafından hem de müşteriler tarafından saygınlığını yitirmesine neden olur. Sonuç olarak tükenmişlik algısı taşıyan bir çalışan örgütün değerlerini olumsuz etkilemektedir (Sürgevil ve Budak, 2008, 39).

Çalışan üzerinde bir baskı hissi meydana getiren tükenmişliğin çeşitli aşamaları bulunmaktadır. Bu aşamalar sonucunda çalışanda içe kapanım görülebilmektedir. Tükenmişlik durumu çalışan yönünden çok boyutlu bir şekilde analiz edilmediği sürece ve gerekli durumlarda çalışanlara profesyonel destek verilmediği sürece örgüt faaliyetleri sektöre uğramaktadır (Aydoğan, 2008, 32). Tükenmişlik yaşayan çalışanların sosyal hayatları da bu durumdan olumsuz etkilenmektedir. Tükenmişlik olgusunun en çok karşılaşıldığı sektörlerden biri de hizmet sektörüdür. Tükenmişlik hissi çalışanların hizmet kalitesinde azalmalara, verimliliğin düşmesine sebep olmaktadır. İş motivasyonu azalmış olan çalışan diğer çalışanları da olumsuz etkilemekte ve maddi sıkıntılara yol açmaktadır. Çalışanların iç dünyalarında yaşamış oldukları tükenmişlik; çalışanların işten ayrılmalarına, sosyal boşluğa, öz yeterlilikte azalmalar yaşanmasına ve psikolojik sorunlara neden olabilmektedir (Oğuzberk ve Aydın, 2008, 168).

Tükenmişlik olgusu; hayat kalitesi, yaşam doyumu ve iş doyumu kavramları ile ilişki içerisinde. Bu ilişki; iş ve yaşam kalitesine stresi katarak bireyi tükenmişliğe sevk eden bir döngü haline gelmektedir. Aşırı iş yükü ve olumsuz ortamlar bireyde strese neden olmakta, bu durum da bireyin stresini artırarak bireyi tükenmişliğe sürüklemektedir. Bireylerin yaşamakta oldukları tükenmişlik sadece kendilerini ve çalıştıkları işyerlerini değil, ailelerini ve sosyal çevrelerini de olumsuz etkilemektedir. Tükenmişliğin üç boyutu olduğu ifade edilmektedir. İlk boyut olan stres boyutu, duygusal tükenmedir. Diğer çalışanların birer nesne olarak görülmesi sonucu meydana gelen hissizleşme, ikinci boyut olan duyarsızlaşmadır. Son boyut ise kişisel başarının düşüklüğüdür. Bu boyutta çalışan, ilk iki boyutun sonucunda kendisini yetersiz ve başarısız hissetmektedir (Pelit ve Bozdoğan, 2014, 42-43).

Duygusal Tükenme, Çalışanın kendi yetenek ve kapasite sınırlarını zorlaması sonucu duygusal yönden yıpranması duygusal tükenme olarak ifade edilmektedir. Çalışan, duygusal yönden aşırı bir tempo içine girdiği zaman kendisini aşırı zorlayabilmektedir. Bu durum çalışanın duygusal olarak tükenmesine neden

olabilmektedir. Aşırı iş yükü ve çalışılan ortamda yaşanan çatışmalar duygusal tükenmenin ana sebeplerindendir (Maslach ve Goldberg, 1998, 64). İnsan ilişkilerinin fazla olduğu meslek gruplarında duygusal tükenme görülme ihtimali daha yüksektir. Duygusal tükenmişlik yaşayan bireyler işleri ile alakalı olarak sorumluluk hissini daha az hissetmeye başlamaktadırlar. Bunu sonucunda işe vaktinden sonra gitme, devamsızlık yapma ve verilen görevleri aksatma gibi durumlar yaşanmaktadır. Duygusal tükenme genel bir şekilde ele alındığında; bireyde yıpranmışlık, yorgunluk, gerginlik hissi meydana getirmektedir. Bunun sonucunda da sorumlulukların aksatılması, işe gitme konusunda isteksizlikler yaşanması, görevi yerine getirme hususunda endişeli tutumlar sergilenmesi görülebilmektedir (Friesen ve Sarros, 1989, 180).

Duyarsızlaşma, Duyarsızlaşma tükenmişliğin ikinci boyutudur. Duygusal yönden tükenmiş olan çalışanın içinde bulunduğu fiziksel ve psikolojik tükenme halinin ikinci evresi duyarsızlaşmadır. Bu evrede çalışan sorunları çözebilme konusunda kendinin yetersiz olduğunu düşünmekte, kendini güçsüz ve beceriksiz hissetmekte ve üzerinde hissettiği aşırı yükten dolayı devamlı olarak kaçış yolları aramaktadır. İnsanlarla olan diyalogu azaltmak bu kaçış yollarından en çok öne çıkanıdır. Zamanla insanlarla iletişim sifırlanmaktadır. Bazı durumlarda kaba ve hoşgörüsüz hareketler sergilenabilmektedir. Duyarsızlaşma içinde olan çalışanlar iş arkadaşlarına düşmanlık duyguları da besleyebilmektedirler. Kendileri hakkındaki eleştirileri umursamama, olumsuz tutumlar sergileme, saygınlığını giderek yitirme ve iş arkadaşlarının güvenini kaybetme duyarsızlaşma sonucu yaşanan durumlardandır. Konu ile ilgili yapılmış olan araştırmaların sonuçlarına göre duyarsızlaşma ile duygusal tükenme arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Bunun yanında çalışanların yaşları arttıkça duyarsızlaşmanın azaldığı ve iş tecrübesinin artmasının duyarsızlaşmayı azalttığı çalışmalarda elde edilen diğer bulgulardandır (Pelit ve Bozdağ, 2014, 45).

Düşük Kişisel Başarı Boyutu, Tükenmişlik olgusunun son evresidir. Bu evrede kişisel başarı durumu minimum seviyelere inmektedir. Çalışanların sürekli olarak kendilerini suçladıkları ve başarısız olduklarını düşündükleri evredir. Çalışanlar aynı zamanda işyerine güven beslemeyi de bırakmakta ve motivasyonu giderek düşmektedir. Tüm bunların sonucu çalışan bireyin işini kaybetmesine neden olabilmektedir. Duyarsızlaşmanın işin ilk yıllarında daha çok yaşandığı görülmektedir. İş tecrübesinin artması duyarsızlaşmayı azaltmaktadır. Çalışan iş deneyimi kazandıkça başarısızlık hissi de azalmaya başlamaktadır (Maslach ve Goldberg, 1998, 64). Düşük kişisel başarı boyutu; çalışan bireylerin emeklerinin karşılığını alamadıklarını düşünmeleri, suçluluk hissine kapılmaları ve kendilerini yetersiz bulmaları ile içinde bulundukları bu durumu ilk olarak diğer çalışanlara daha sonra da kendisine yöneltmesi sonucunda meydana gelen son evredir (Cordes ve Duogherty, 1993, 632).

3.6.4. İşgören Devir Hızı

İşyerlerindeki çalışma şartlarının çalışanları zorlaması ya da çalışan bireylerin kendisiyle ilgili özel durumlarından dolayı çalışmakta oldukları iş yerinden ayrılması ve farklı bir iş yerinde çalışmaya başlaması ile işten ayrılan bu bireyin yerine yeni çalışanın gelmesi arasında geçen süre çalışanların devir hızı olarak ifade edilmektedir (Özlu, 2016, 59). Çalışan devir hızı çalışanların kendi istekleri ile işi bırakmaları ya da işyeri yöneticileri tarafından işten çıkarılmaları bir ölçüsü olarak ifade edilmektedir. Çalışan devir hızında, belirli süre dahilinde çalışan bireylerin sayısının, aynı süre dahilinde işten ayrılan birey sayısına oranı göz önünde bulundurulmaktadır. İşyeri ile alakalı etmenler, işyeri dışındaki etmenler ya da kişisel etmenler çalışanların işten çıkarılmalarına ya da kendi istekleri ile ayrılmalarına neden olabilmektedir. Konu ile ilgili yapılan araştırmalar çalışan devir hızı arttıkça işyerlerinin maliyetlerinin de arttığını ortaya koymaktadır. İşe yeni başlayan her çalışan için yeni başlama maliyetleri ve eğitim maliyetleri gibi yeni maliyetler söz konusu olabilmektedir. Çalışan devir hızının yüksek olduğu iş yerlerinde ayrılan çalışanın yerine yeni çalışan gelene kadar, diğer çalışanların iş yükleri de artmaktadır. Yapılan çalışmalarda, işyerlerinde iş yükü azaltıldığı zaman hem çalışanların daha verimli olacakları hem de çalışan devir hızının azalacağı sonuçlarına ulaşılmıştır (Gencer, 2016, 32).

İşletmeler yönünden ele alındığı zaman çalışan devir hızı maliyetli bir durumdur. Her yeni işe başlayan, işletmeler açısından ekstra bir maliyet oluşturabilmektedir. Konuyla ilgili araştırmalarda çalışan devrinin işletmeler açısından ciddi bir maliyet sorunu teşkil ettiği görülmüştür (Griffeth ve Hom 1995, 256). İşletmelerin hem maliyetlerini azaltmaları hem de hedeflerine ulaşabilmeleri açısından çalışan devir hızını azaltıcı tedbirler uygulamaları gerekmektedir. Bu hususta alınabilecek tedbirlerin en başında da iş yükünün azaltılması bulunmaktadır (Deconincka ve Bachmann, 2005, 874).

Çalışan devir hızı turizm sektöründe en çok karşılaşılan durumlardandır. Bu durum turizm sektörü istihdamına en çok etki eden faktörlerdendir (Ünlüöner ve Şahin, 2011, 2). Bu durumun sebepleri; turizm sektörünün mevsimlik olması, istihdamlarda kayıt dışı durumların yaşanması, çalışan ücretlerinin düşük olması, müşteri talebini esnek ve belirsiz olması ve benzeri durumlardır. Çalışan devir hızı niteliksiz işgücünden fazlaca yararlanan mesleklerde de çok yüksek olarak görülmektedir. Bu durum işyerlerine hem maliyet, hem iş dağılımında dengesizlik, hem diğer çalışanların iş yükü nedeniyle verimsizlik hem de hedeflere ulaşma yolunda sektöre ugramalar olarak yansımaktadır.

3.7. İş Yükünü Azaltmak İçin Öneriler

Personel başına düşen hasta sayısının yüksek olması sağlık sektöründe personellerin üzerindeki yükleri arttırmaktadır. Bu durumda sağlık personellerinin aynı süre içerisinde daha fazla sayıda hasta ile ilgilenmeleri gerekmektedir. Bu durum sağlık personellerinin hem fiziksel hem de psikolojik sağlıklarını olumsuz etkilemektedir. Psikolojik yönden olumsuzluklar yaşayan sağlık personelleri, hastalara karşı olumsuz tutum ve davranışlar içerisine girebilmektedir. Buna benzer durumlar hastalara sunulan sağlık hizmetinin kalitesini olumsuz etkilemekte, tedavi hizmeti verilmesine rağmen hastaların iyileşmemelerine, daha geç iyileşmelerine ya da farklı bir sağlık kuruluşuna müracaat etmelerine neden olabilmektedir. Sağlık kurumlarına başvuran hasta sayısı arttıkça personelin iş yükü de artmaktadır. Bu durumda hem hastaların hem de personelin sağlığı olumsuz etkilenmekte ve sonuç tüm toplumun sağlığına yansımaktadır.

Devletin sağlık alanı üzerindeki yatırım miktarının yükseltilmesi ve bu hususla ilgili verimli politikalar geliştirmesi sağlık personeli üzerindeki iş yükünü azaltacaktır. Bu konuda hastane yönetimleri tarafından uygulanan stratejiler de büyük önem arz etmektedir. Hastane yönetimleri tarafından özellikle hizmet içi eğitim konusu üzerinde durulması gerekmektedir. Sağlık personelinin motivasyonunun artırılması hususunda hizmet içi eğitimlerin olumlu katkıları bulunmaktadır. Hizmet içi eğitimlerle çalışanlara aşırı iş yükü ile baş edebilme becerileri kazandırılabilir. Bunun yanında çalışanların mesai ortamlarının iş yükünü en aza indirecek şekilde düzenlenmesi de çalışanların performanslarına olumlu etki de bulunabilmektedir. Hastanede kullanılan cihazlar bakımından teknolojinin takip edilmesi de çalışanların iş yükünü azaltabilecek bir durumdur. Personelin yetersiz olduğu birimlerin tespit edilmesi ve bu birimlere devletin yeni personeller sağlaması çalışanlar üzerindeki iş yükünü önemli ölçüde azaltacaktır. Bunun yanında işe yeni başlayan personele oryantasyon uygulanması da iş verimi açısından önemlidir. Sağlık çalışanlarının iş veriminin artmasındaki bir diğer etmen de ücretlerde iyileştirmelerin yapılmasıdır. Çalışanların motivasyonunu arttırmak için prim ve ikramiye gibi teşviklerin uygulanması olumlu sonuçlar doğurabilecektir. Sağlık kurumlarında verimin artırılabilmesi ve iş yükünün düşürülebilmesi insan kaynakları yönetimi ile doğrudan ilişkilidir. Yönetim tarafından iş yükü ile ilgili olarak etkin stratejiler geliştirilmelidir. Devlet tarafından da bu konuda çalışmaların yürütülmesi olumlu sonuçlar elde edilmesini sağlayacaktır (Kahveci, 2016, 53-54).

3.8. İş Yükü ve İş Tatmini

İş tatmini iş yükünü en çok etkileyen unsurlar arasındadır. Çalışanlar aşırı iş yükü ile karşı karşıya kaldıkları zaman iş yönünden de tatminsizlik yaşamaktadırlar. İş yükü kavramı, sebep ve sonuçlar açısından ele alındığı zaman iş tatmini ile birebir

bağlantı içindedir. Çalışanın üzerindeki iş yükü arttıkça çalışan bu durumun öncelikli olarak kendi şahsi gayret ve çabaları ile üstesinden gelmeye çalışmaktadır. Ancak zaman geçtikçe çalışan yorulmaya, tükenmişlik yaşamaya başlayarak örgütten yavaş yavaş soğumaya başlamaktadır. Çalışanın örgütten soğuması da iş tatminsizliği yaşamasına neden olmaktadır. Çalışanlar üzerinde oluşan aşırı iş yükü, bu döngü ile çalışanın örgütsel bağının kopmasına ve zamanla çalışanda iş tatminsizliğine neden olmaktadır (Aksoy, 2014, 75).



4. TIBBİ HATALARDA SAĞLIK PERSONELİ TUTUMU

Çalışmanın bu bölümünde tıbbi hatalarda sağlık personeli tutumu kuramsal olarak incelenmiştir. Bu doğrultuda; öncelikle tıbbi hata kavramının tanımı ve önemi vurgulanmış, ardından tıbbi hataların görülme sıklığı, nedenlerine göre tıbbi hatalar, tıbbi hataların sınıflandırılması, tıbbi hata türleri, tıbbi hata nedenleri konularında kavramsal bir çerçeve çizilmiştir.

4.1. Tıbbi Hata Tanımı ve Önemi

Farklı disiplin alanlarından profesyonel kişilerin görev yapmış oldukları sağlık kuruluşlarının yapıları karmaşıktır. Bu kurumlarda geri dönüşü olmayan ve hayati yönden tehlikeler arz eden sorunların yaşanmaması için, kurumun ihtiyacına yönelik düzenlemeler yapılması şarttır (Soydemir vd., 2016, 3). Dünyadaki tüm sağlık kurumlarında hasta güvenliği endişe duyulan bir durumdur (Mahajan, 2010, 71). Çalışanlar tarafından tıbbi hatalar yapılması hastaların zarar görmesine yol açabileceği için, hastanelerin bazen hastalara zarar verebileceği ve bu durumun giderek artmakta olduğunun farkına varılmıştır (Feijter vd., 2012,3). Sağlık hizmeti amacıyla sağlık kurumlarına başvuran hastaların savunmasız olmaları nedeniyle tıbbi hata hem ekonomik, hem sosyal hem de insani açıdan oldukça maliyetli bir durumdur (Pietra vd., 2005, 340).

Hata yapmak her insanın doğasında bulunan bir olgudur. Her alanda hata yapabilen insanın tıp alanında da hata yapması yaşanabilecek bir durumdur (Nolan, 2000, 771). Tıp bilgisinin karmaşık bir yapıda olması, bazı durumlarda zaman sıkıntısı yaşanması, belirsiz bilgiler üzerinden karar verilmek zorunda kalınması ve belirsiz klinik prosedürler tıbbi hatalar yaşanmasına neden olabilmektedir (Leape, 1994, 1852).

Belirli plan çerçevesinde yürütülecek olan işlerin, plana göre yürütülememesi veya yapılacak olan iş için uygun plan üretilmemesi hata olarak ifade edilmektedir (Liang, 2002, 65). James Reason, iki tür başarısızlığın hataya neden olduğunu ortaya sürmektedir. Bunlardan birincisi yapılacak olan eylemin istenilen yönde ilerlememesidir. Bu durumu yürütme hatası olarak ifade etmektedir. Diğeri ise planlanan eylemin amaç içim doğru eylem olmaması durumudur (Reason, 1990, 3).

Tıbbi hata kavramı tüm bilim dünyasında “malpraktis” olarak tanınmaktadır. Tıbbi hata İngilizce dilinde “malpractice” olarak ifade edilirken (Karataş ve Yakıncı, 2010), TDK ise “özen göstermeksizin ya da yanlış uygulanan tedavi sonucunda meydana gelen, görevini iyiye kullanmama anlamını içeren hukuki durum” olarak tanımlamaktadır (TDK, 2021).

Sağlık Kuruluşları Akreditasyonu Birleşik Komisyonu (JCAHO) tıbbi hatayı; “sağlık hizmeti veren bir uzmanın uygun ve etik olmayan bir davranış sergilemesi,

mesleki faaliyetlerinde yetersiz ve ihmalkâr davranması neticesinde hastanın zarar görmesidir” şeklinde ifade etmektedir (JCAHO, 2006).

Amerika Tıp Enstitüsü’ ne göre tıbbi hata “amaçlanan bir işin planlanan bir biçimde tamamlanmaması ya da yapılan planlama ve uygulamanın hatalı gerçekleştirilmesi” olarak belirtilirken, sağlık sektörü açısından sağlık bakımında görevlilere bağlı meydana gelen zarar veya yaralanma tıbbi hatayı ortaya çıkarmaktadır (WHPA, 2001).

Yapılmasının şart olduğu durumda yapılmayan ve yapılmaması gerektiği zamanlarda gerçekleştirilen uygulamalar anlamına da gelen tıbbi hata, ilaçların olumsuz etkileri, sağlık kurumu enfeksiyonları, cerrahi yaralanmalar, düşmeler, transfüzyon hataları, tedavide ihmal, gecikmeler ya da gerçekleştirememeye gibi problemler de tıbbi hata sınıfında değerlendirilmektedir (Özata ve Altunkan, 2010).

Hatalar bakım sürecinin her aşamasında görülebilmektedir. Tıbbi hata Leape (1994) tarafından, istem dışı gerçekleştirilen bir eylem ya da sonuç olarak istenilen amaca ulaşılamaması şeklinde ifade edilmektedir (Leape, 1994, 1852).

Tıbbi hata ile ilgili bir diğer tanım ise, sağlık hizmetlerinde bulunulurken çalışanlar tarafından gerçekleştirilen ihmaller, şeklindedir (Grober ve Bohnen, 2005, 40).

Hastaya sağlık hizmeti sunulurken farkına varılmadan meydana gelen bir kaymadan kaynaklanan istem dışı sonuçlar tıbbi hata ile ilgili yapılan bir diğer tanımlamadır.

Konu ile ilgili yapılan bir çalışmaya göre; profesyonel olarak sağlık hizmeti sunan kişilerin hatalı uygulamaları, kabiliyetlerinde ve özverilerinde aksaklıklar yaşanması ve bazı durumlarda ihmallerin olması sonucunda hizmet bölümünün zarar görmesi durumu tıbbi hata olarak tanımlanmaktadır (Topaloğlu, 2012, 4).

Tıbbi hatanın genel olarak sağlık kurumlarındaki tanımı ise; hastaların tedavi ve bakım süreçlerinde yapılacak olan işlerin hatalı veya eksik yapılması, yapılmaması gerekenlerin yapılması ya da yapılması gerekenlerin yapılmaması, şeklindedir. Bunun yanında sağlık çalışanlarının kendi yaşamakta oldukları sorunları işlerine yansıtmaları ve çalışan kaynaklı sorunlar da tıbbi hatalara neden olabilmektedir (Akalin, 2007, 33).

Kurumlarda sağlık hizmeti verilirken sıfır hata hedeflenmesine rağmen, sağlık hizmeti faaliyetlerinin karmaşık oluşu ve çok kalabalık ekiplerce uygulanması, hasta güvenliğinin en değerli kriterlerinden biri olarak görülen tıbbi hataların meydana gelmesine sebep olmaktadır (Erbay ve Esatoğlu, 2018,956). Sağlık Kuruluşları Akreditasyonu Ortak Komisyonu, tıbbi hataların hasta güvenliğini tehlikeye atan 10 probleminden biri olduğunu ifade etmiştir (Joint Commission Online, 2019). Hasta zarara uğramasına bile bakım planından uzaklaşılması gibi tutumlar da tıbbi hata olarak kabul görmektedir (Yiğitbaş vd., 2016, 208).

Tıbbi hata yanlışlıkları hasta güvenliğinin gerçekleştirilmesi esnasında uzak durulması gereken en önemli durumlar arasında görülmektedir. Hastane ortamlarındaki tedbirlerin en önemlileri ve büyük bir kısmı tıbbi hataları önlemeye yöneliktir. Mevcut kaynaklar gözden geçirildiği zaman hasta güvenliği açısından en çok rastlanan sıkıntıların tıbbi hatalar olduğu görülmektedir.

Tıbbi hata, hastaneye başvuranların muayene, tedavi ve bakımı esnasında istenmeden verilen zararlar ve bu durum neticesinde ortaya çıkan olaylar bütünüdür. Tıbbi hatalar 90'lı yıllara kadar, sağlık kayıtlarının yeterince verimli tutulmamasından kaynaklı bilinmiyordu. ABD'de bu doğrultuda, ileriki yıllarda bu noksanlıklardan kaynaklanan sorunlar, tıbbi hata konusuna olan eğilimi çoğaltmış ve tıbbi hatayla ilgili araştırmalar popülerleşmiştir (Balas vd., 2004; Mitchell, 2008). Amerika'da tıbbi hata sebebiyle her yüz kişiden onu zarara uğramaktadır (Anezz, 2006). Aynı zamanda tıbbi hataların yaklaşık olarak %60'ının engellenebileceği saptanmış ve bu hususta sağlık personeline oldukça önemli vazifeler düştüğünün önemine vurgu yapılmıştır (Smits vd., 2010).

Sağlık hizmeti süreçlerinin tanı, tedavi ve profilaktik gibi her aşamasında tıbbi hatalara rastlanabilmektedir. Tıbbi hataların her türünde yaralanma gibi bir durum söz konusu değildir. Tıbbi hatalar yaralanma ile sonuçlanmıyor ise “*yakın tehlike* (near miss, close call, potential adverse events, warning event)” şeklinde ifade edilmektedir (Grober ve Bohnen, 2005, 40). Geniş olarak tanımlanacak olursa yakın tehlike; olumsuz sonuçlar doğurmayan ancak hasta için zararlı olabilecek olaylar şeklinde ifade edilmektedir (Barach ve Small, 2000, 760).

Sağlık hizmetlerinde tıbbi hataların oransal olarak %62'sinden doktorların, %10'nundan ise hemşirelerin sorumluluğunda olduğu (Erbay ve Esatoğlu, 2018,957), tıbbi hatalardan zarar gören insanların yarısına yakınının hayatını yitirdiği, %31.4'ünün sakatlanmalara maruz kaldığı ve bu hatalar sebebiyle doktor (%38.7), hemşire (%10) ve hastanenin (%3.8) kusurlu olduğu saptanmıştır (Erbay ve Esatoğlu, 2018,957; Ertem, Öksel ve Akbıyık, 2009,2). Farklı ortam esaslı görev yapan sağlık çalışanı hemşirelerin vazifeleri süresince % 40'nın tıbbi hata yaptığı, en çok yapılan hataların hastanın tedavisini geciktirme veya uygulamama ve araçları kontrol etmeden kullanma olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca yapılan bu hataların %4'ünün hastayı zarara uğrattığı görülmüştür (Kahriman ve Öztürk, 2016,2884). Bu noktada hasta zarar görmese bile sağlık çalışanlarının neden olduğu hatalar, hastanın sağlık hizmetine ve kurumuna olan güvenini azaltmakta, tereddütlerini artırmaktadır (Kahriman ve Öztürk, 2016, 2885). Literatürde gerçekleştirilen araştırmalar incelendiğinde, hemşirelerin sorumlu tutulduğu tıbbi hata şikâyetlerinin, eksik iletişim, kayıtların hatalı tutulması, hasta savunuculuk rolünde yetersizlikler, sunulan bakımın standartların altında olması, değerlendirme ve izlemin noksanlığı ile ilgili olduğunu ve kanuni süreçlerde meydana çıkan en önemli sebebinin ihmal olduğunu ortaya koymuştur (Ayoubian vd., 2016, 43).

Sayek (2011)'e göre tıbbi hataların minimum seviyeye düşürülmesi hasta güvenliği açısından en önemli ve en gerekli durumdur. Tıbbi hataların en aza indirilebilmesi için de değişik plan ve teknikler gerekmektedir. Tıbbi hataları en aza indirebilmek için ilk olarak tıbbi hataların nedenleri iyi belirlenmelidir. Tıbbi hataya götürecek bütün ihtimaller değerlendirilmelidir. Hataların azaltılabilmesi için bir diğer önemli mesele de daha önceki hataların farkına varılması ve hatalardan ders çıkarılması gereğidir (Sayek, 2011, 33).

Tıbbi hataların incelemesi yapılırken iki bölüm üzerinde durulmaktadır (Akalin 2007, 33). Bu bölümlerden ilki insandan kaynaklanan tıbbi hatalardır. Bu hataların başında da çalışan bireyin dikkatsizliği, tedbirsizliği, ihmalkâr davranması, iletişim sorunları yaşaması, bildiklerini uygulayamaması ve eğitim yetersizliği gibi sorunlar bulunmaktadır. Tıbbi hataların incelendiği diğer bölüm ise kurumdan kaynaklanan hatalardır. Bu hataların başında ise; personel sayısının yetersiz olması, maliyetlerin yüksek olması, yönetimde sıkıntılar yaşanması, yanlış politikalar benimsenmesi, geribildirim yeterli olmaması, yeterli cihazın bulunmaması gibi nedenler bulunmaktadır (Akalin, 2007, 32). Adams ve Garber'e (2007) göre kurum kaynaklı hatalar insan kaynaklı hataların önündedir. Kurumsal olarak yaşanmakta olan en küçük bir hata bile daha büyük hataların yaşanmasına neden olabilmektedir (Özyer, 2016, 9).

Yapılan tıbbi hatalar hastaları ve sağlık personelinin olumsuz etkilediği gibi sağlık kurumlarını da olumsuz olarak etkilemektedir. Sağlık kurum ve kuruluşlarında, hasta bakım ve tedavisi oldukça zor ve karmaşık bir süreci kapsamaktadır. Bundan dolayı hasta bakımında, tedavisinde ve güvenliğinde sağlık personeline çok fazla görev atfedilmektedir (Mrayyan vd., 2007,660). Tıp Enstitüsü'nün hazırladığı rapora göre her sene pek çok hasta tıbbi hata ve hasta güvenliği ile alakalı nedenlerden ötürü yaşamını kaybettiği ve maalesef bu tıbbi hataların birçoğunun önlenabilir düzeyde olduğu kaydedilmiştir (WHO, 2019).

Sağlık kuruluşlarında meydana gelen tıbbi hataların uygun bir prosedür çerçevesinde rapor edilmesi hataların niteliklerinin ve kaynaklarının doğru tespit edilebilmesi açısından son derece önemlidir. Ancak sağlık çalışanlarının üzerlerinde hissettikleri toplum baskısı, işlerinden olma durumu ile karşı karşıya kalabilmeleri ve yapılan tıbbi hatanın çalışan sicilini olumsuz etkileme korkusu gibi durumlar, tıbbi hatalar konusunda çalışanların doğru bilgi vermekten ve raporlama yapmaktan kaçınmalarına neden olmaktadır. Bunun yanında tıbbi hata raporlarının doğruluğu; ortak bir mesleki görüşün olmaması ve yöneticilerin tıbbi hata konusundaki tutumları gibi sebeplerden dolayı da olumsuz etkilenebilmektedir (Tütüncü vd. 2007, 523).

Hasta sağlığını ve güvenliğini risk altında bırakan, kaynak, işgücü ve ölümlere neden olan tıbbi hataların temelinde yatan unsurların tespiti, bu hataların bildirilmesini etkileyen etmenlerin ortaya konması, önlemeye dair kurumsal planlamaların geliştirilmesinde büyük önem taşımaktadır. Sağlık kurumlarında yapılan tıbbi hataların

hata olarak düşünülmemesi ve bildiriminin yapılmaması, bu hataların saptanmasını ve önleyici çalışmaların düzenlenmesini etkilemektedir. Bilişsel, duyuşsal ve davranışsal eğilimin bir araya gelmesiyle meydana çıkan tutum, hata algısında önemli bir rol oynamaktadır.

Çalışanların hislerine, fikirlerine ve davranışlarına bakılarak ve diğer kişiler ile benzerlik ve farklılıkları karşılaştırılarak tutumlara gösterdikleri yanıtlar değerlendirilebilir (Kağıtçıbaşı 2010). Sağlık personelinin zihinsel, davranışsal ve duygusal halleri tutumlarında büyük etki yaratmaktadır. Sağlık hizmeti veren kurumlarda değişen ve farklılaşan sağlık bakım mekanizması, çalışanların karar vermesini zorlaştırmış ve bakım uygulamalarını daha kompleks hale dönüştürmüştür. Bu noktada uygulamalarda gerçekleştirilen yanlışlıklar hatalara sebebiyet vererek hastaların zarar görmesine yol açmaktadır. Bu durum ayrıca sağlık personelinin de ruhsal ve fiziksel olarak yakından etkilemektedir (Gökdoğan ve Yorgun, 2010).

4.2. Tıbbi Hataların Görülme Sıklığı

Sağlık kuruluşlarında yaşanan tıbbi hataların sadece bir seferlik, tesadüfen ya da bağlantısız olmadığını ortaya koyan çalışmalar bulunmaktadır. Joint Commission'ın 2018 yılında yapmış olduğu çalışmaya göre en çok bildirimde bulunan sentiel olaylar; hasta düşmeleri, hasta bedeninde cisim unutulması, cerrahi müdahalenin yanlış alana uygulanması, hastanın intihara teşebbüs etmesi, üründe ve ekipmanda yaşanan yetersizlikler, tedavide geç kalınması ve ilaç hatalarıdır (Joint Commission, 2019, 1).

Dünya sağlık örgütü (WHO) yayınlamış olduğu raporda tıbbi hatalardan dolayı zarar gören hasta oranını %10 olarak belirtmiştir. ABD, İngiltere, Kanada gibi gelişmiş olan ülkelerin çoğunda da %3,2 ile %16,6 oranları arasında tıbbi hata görülebilmektedir. WHO'nun raporuna bu hataların %14 ölümle sonuçlanabildiği gibi %70 oranında da sakatlıklar görülebilmektedir (WHO, 2019)

Hastaya zararı dokunan hatalar hasta profili üzerinden ele alındığı zaman; cerrahi hatalara göre medikal hataların daha fazla olduğu görülmektedir. Tıbbi hatalar arasında en çok görülenleri; cerrahi operasyonlar sonrası meydana gelen enfeksiyonlar, girişim yönündeki işlemlerin kanama ile sonuçlanması, basınç ülserleri, hastanın sağlam organlarına zarar verilebilmesi ve laserasyon gibi durumlardır. Bu hataların en maliyetli olanlarının ise; cerrahi işlemler sonrası meydana gelen enfeksiyonlar, kan verme ve aşı işlemlerinden sonra yaşanan enfeksiyonlar, santral venöz katetere bağlı meydana gelen enfeksiyonlar, basınç ülserleri ve infüzyon olduğu ifade edilmiştir (Bos vd., 2011, 597).

Tıbbi hata ile ilgili yapılan bir çalışmada 302 kök neden analiz edilmiştir. Bu çalışma sonucunda en çok karşılaşılan tıbbi hata türlerinin; cerrahi işlemde kaynaklı meydana gelen komplikasyonlar, nörolojik defisit, kardiyopulmoner arrest ve vücutta unutulmuş yabancı cisim olduğu belirlenmiştir (Kellogg vd., 2017, 382). American College of Surgeons'ın üyesi olan 7905 cerrahin katılımı ile 2008 yılında bir çalışma

yürütülmüştür. Bu çalışmaya göre son 3 ay içerisinde cerrahların %8,9'u tıbbi hata yaptıkları endişesi taşımaktadırlar (Shanafelt vd., 2010, 996).Yapılan çalışmalar hastalara tedavi ve bakım hizmeti verilen sağlık kuruluşlarında, hizmetin her aşamasında her an tıbbi hata yaşanabileceğini ortaya koymaktadır.

4.3. Nedenlerine Göre Tıbbi Hatalar

Türkiye'deki tıbbi hatalar ele alındığı zaman; sağlık çalışanlarının eğitim kurumlarında yeterli eğitimi alamadıkları, kurumlarda yeterli sayıda personel olmaması, mesai saatlerini çok fazla olması, vardiyalı sistemin yoğun olarak kullanılması, çalışanların üzerinde baskı kurulması, cihazların eski bozuk ya da yetersiz olması, binaların fiziki yapısında hatalar olması, kaynakların eksik olması ve bilgi teknolojilerinden faydalanılamaması gibi birçok faktöre bağlı olarak tıbbi hatalar meydana gelebilmektedir. Ayrıca çalışanların iş esnasında tedbirsiz davranmaları, bilgi ve beceri yönünden eksik olmaları, yaptıkları işte acemi olmaları, ihmalkâr ve özensiz davranmaları ve hasta bakımını aksatmaları gibi nedenler tıbbi hatalar yaşanmasına neden olabilmektedir (Şahin, 2012, 25-29).

Yaşanan tıbbi hatalar çoğunlukla hasta muayenelerinin yanlış yapılması, uygun laboratuvarın seçilmemesi, verilerin yorumlamasının yanlış yapılması, hastaların yanlış tedaviye yönlendirilmeleri, hatalı ilaçların kullanılması ya da yanlış dozda ilaç kullanılması ve hasta bakımının ve takibinin tam olarak yapılmaması gibi durumlardan kaynaklanabilmektedir (Ersoy, 2004, 161-162).

Tablo 4.1. Tıbbi Hata Ana Nedenleri (McNutt vd., 2002, 199.)

İnsan Faktörü	Yorgunluk
	Yetersiz eğitim
	İletişim yetersizliği
	Güç/kontrol
	Zamansızlık
	Yanlış karar
	Mantık hatası
	Tartışmacı kişilik
Kurumsal Faktörler	İş yeri yapısı
	Politikalar
	İdari/finansal yapı
	Liderlik
	Geri dönüş
	Konularda yetersizlik
Teknik Faktörler	Personelin yanlış dağıtımı
	Yetersiz otomasyon
	Yetersiz cihazlar
	Eksik cihazlar
	Karar verme destek eksikliği
	İntegrasyon eksikliği

Tıbbi hatalar; insan kaynaklı, kurum kaynaklı ve teknik kaynaklı olarak meydana gelebilmektedir. Bu durumlar aşağıda açıklanmıştır.

4.3.1. İnsan Kaynaklı Hatalar

İnsanların kusurlu davranışları sonucu meydana gelen tıbbi hatalar daha önce de bahsedildiği gibi çoğunlukla; iş yükünün fazla olmasından dolayı yaşanan yorgunluktan, eğitim yetersizliğinden, özensizlikten, personellerin birbirleri ve yönetim ile iletişimi yeterli seviyede kuramamasından, mantık yönünden hataların yapılabilmesinden ve personelin tartışmacı bir yapısının olabilmesinden kaynaklanabilmektedir. İnsandan kaynaklanan tıbbi hatalar; hekim hataları, hemşire hataları, iletişim hataları, yargı hataları ve kayıt hataları olarak ele alınmaktadır (Işık vd., 2012, 422).

Hekim Hataları, Hekimler kendi uzmanlık alanlarına girmeyen hastaları tedavi etmek zorunda kaldıkları zaman tıbbi hatalar meydana gelebilmektedir. Bu tür tıbbi hatalar çoğunlukla acil servis polikliniklerinde yaşanmaktadır. Hekim hatalarının büyük bir çoğunluğu mesleğinde yetkin özelliklere sahip olan ve iyi niyetli ve özverili olarak çalışan hekimlerde görülmektedir. Bilgi, beceri ve uzmanlık eksikliğinden dolayı yaşanan hekim hatalarının oranı tüm hekim hatalarının %1'i kadardır (Dhankar, vd., 2007, 170).

Hemşire Hataları, Hemşire hataların genel nedenleri; yeterli sayıda hemşire bulunmaması, aşırı iş yükü, fazla mesai nedeniyle yaşanan yorgunluk, görev dışı işlerin hemşirelere yüklenmesi, çalışılan birimin sık sık değişmesi ve protokollerde ve prosedürlerde anlaşılmayan kısımların bulunmasıdır. Bu genel sebeplerin dışında hemşirelerde terfi imkanının bulunmaması, ücretlerinin az olması ve iletişimde sorunlar yaşanması nedeniyle iş doyumları olumsuz etkilenmekte ve bu durumlar tıbbi hata yapma ihtimallerini arttırmaktadır. İş yükünü çok fazla olduğu birimlerde görev yapan hemşirelerde mesai bitimine doğru aşırı yorgunluktan dolayı tıbbi hatalar meydana gelebilmektedir. Bu alanda yapılmış olan çalışma sonuçlarına göre günlük sekiz saatten fazla çalışa hemşirelerin tıbbi hata yapma oranları %6 iken, sekiz saat veya daha az mesai yapan hemşirelerin tıbbi hata yapma oranları % 1,6'dır. Gündüz görev yapmakta olan hemşireler gece görev yapmakta olanlara göre daha az tıbbi hataya neden olmaktadır (Çetinkaya, 2016, 56-57).

İletişim Hataları, Tıbbi uygulamalar gerçekleştirilirken hekim ile hasta yüz yüze olmalıdır. Çünkü yüz yüze yapılmayan görüşmelerde yanlış anlaşılmalara meydana gelebilmektedir. Bu durum iletişim kaynakları tıbbi hatalara neden olmaktadır. Hekim ve hastanın yapacağı telefon görüşmeleri genellikle kayıt altına alınmadığı için, tıbbi hata durumunda farklı iddiaların ortaya atılma ihtimali bulunmaktadır. Hekimle yapılan görüşmeler dışında, sağlık hizmeti veren personellerle ya da sağlık çalışanları ile yapılan görüşmelerde de yanlış anlaşılma durumu yaşanabilmekte ve bu nedenlerle yanlış tıbbi uygulamalar meydana gelebilmektedir (Abdulkareem, 2017, 19).

İletişimle ilgili tıbbi hatalar sadece hasta ile personel arasındaki iletişimden değil bazen de sağlık personellerinin kendi aralarındaki iletişimden de

kaynaklanabilmektedir. Sağlık personelleri arasında sözel iletişimin yanında, rapor tutularak gerçekleştirilen yazılı iletişim de bulunmaktadır. Rapor tutulması yöntemi sağlık personellerine hasta ile ilgili bilgi aktarmaya yaramaktadır. Bu nedenle sağlık personelleri rapor tutma esnasında dikkatli davranmalıdırlar. Raporlar ne kadar hatasız olursa tıbbi hata yaşanması oranı da o kadar düşecektir. Hemşireler hasta ve hasta yakınlarına da iletişim yoluyla ulaşmaktadırlar. Hemşireler hastalardan ve hasta yakınlarında aldıkları bilgileri hekimlere ve diğer sağlık çalışanlarına doğru bir şekilde aktarmalı ve hem yasal açıdan hem de ahlaki açıdan hata meydana gelmesini engellemeye çalışmalıdır (Aştı ve Acaroğlu, 2000, 26).

Yargı hataları, Çalışanların dikkat ya da bilgi yönünden eksik olması nedeniyle eksik algılama meydana gelebilmekte ve bu durum yanlış kanıların meydana gelmesine yol açabilmektedir. Yargı hatalarına çoğunlukla acil tıp merkezlerinde rastlanmaktadır

Kayıt hataları, Tıbbi kayıtların eksik ya da hatalı tutulması tıbbi hatalar yaşanmasına neden olabilmektedir. Yasal olarak tıbbi kayıtların mutlaka tutulması gerekmektedir. Hastaların tıbbi bilgileri hasta kartına doğru bir şekilde aktarılmalıdır. Yatan hastalar içinse hasta dosyaları eksiksiz ve doğru bir biçimde doldurulmalıdır. Kayıtların düzenli bir şekilde dikkatlice tutulması tıbbi hataların en aza indirilmesi yönünden önem arz etmektedir.

4.3.2. Kurum Kaynaklı Hatalar

Tıbbi hatalar kurum yönünden ele alındığı zaman birçok neden söz konusu olabilmektedir (Karaca, 2006, 54-62).

- Finans kaynağının yeterli olmaması
- Otomasyon sistemini yeterli olmaması
- Teşhis, tedavi ve bakım için kullanılan cihazların teknik bakımdan yeterli olmaması
- Yönetimden kaynaklanan eksikliklerin ve hataların yaşanması
- Yeterli sayıda personel bulunmaması
- Yeterli iletişim sisteminin olmaması, bu nedenlerin başlıca olanlarıdır.

Sağlık kurumundan kaynaklanan tıbbi hatalar yukarıda sayılan nedenler dışında; mevcut politikalardan, kullanılan binanın yapısından, yeterli geri bildirimin olmamasından, liderlik konusunda sorunlar yaşanmasından, sağlık personeli dağılımının doğru yapılamamasından, otomasyonun yeterli olmamasından ve cihazların yetersiz olmasından kaynaklanabilmektedir.

4.3.3. Teknik Kaynaklı Hatalar

Sağlık personelinin eğitimi boyunca öğrenmiş oldukları teknik ve yöntemler, yeterli miktarda bilgi sahibi olunmaması, dikkatsiz davranılması ve beceri yönünden

eksik olunması gibi nedenlerle doğru bir şekilde uygulanamaz ise, meydana gelecek olan tıbbi hatalar teknik kaynaklı hata olarak nitelendirilmektedir. Teknik tıbbi hatalar çoğunlukla beceri yönünden eksiklik veya yetersizlik sonucu yaşanmaktadır. Bunun yanında yeterli tıbbi uygulama yapılmaması, öğrenilen bilgilerin beceriye aktarılamaması gibi nedenlerle de teknik kaynaklı tıbbi hatalar yaşanabilmektedir. Teknik kaynaklı tıbbi hatalar kendi içinde üç grupta ele alınmaktadır (Abdulkareem, 2017, 23).

- Üretim hataları,
- Kullanım hataları,
- Kalibrasyon hataları.

Yukarıda belirtilmiş olan bu üç grup teknik hata tıbbi uygulamalarda kullanılan cihazlar ve araç gereçler için belirtilmiş olan ifadelerdir. Teknik hataların en aza indirilmesi için personele cihaz, araç ve gereç kullanımı konusunda beceri kazandırılmaya çalışılmalı, cihazların doğru çalışıp çalışmadığı kontrol edilmeli ve cihazların bakımları ve kalibrasyonları devamlı olarak takip edilmelidir.

4.4. Tıbbi Hata Sınıflandırılması

Yukarıda yapılmış olan açıklamalardan ve tanımlardan da anlaşılacağı gibi tıbbi hatalar iki sınıfta ele alınmaktadır. Bunlar planlama hatası ve uygulama hatasıdır.

4.4.1. Planlama Hatası

Planlaması yapılmış olan faaliyetlerin hatalı olması planlama hatası olarak ifade edilmektedir (Reason, 1990, 3). Planlaması yapılmış olan faaliyetler başlangıçta planlandığı gibi uygulanabilmektedir. Daha sonra uygulanan bu planın istenen sonuca götürmediği anlaşılmaktadır. Bu durum yapılan planlamanın doğru olmadığını ortaya koymaktadır. Planlamanın istenen sonuca ulaştırmaması durumu planlama hatası ya da uygulama hatası (mistakes) şeklinde ifade edilmektedir (Reason, 1995, 82).

Aktif olarak problem çözme durumlarında; planlama, analiz ve bilinçli düşünme gerektiren davranışlar aşamasında yaşanan başarısızlıklar yanlış uygulamaları yansıtmaktadır. Yanlış uygulamalar iki seviyede ele alınmaktadır (Leape, 1994, 1852). Bunlardan ilki kural tabanlı hatalardır. Yeterli eğitim alınmış olmasına rağmen kazanılmış olan programlı çözümleri uygulamadaki başarısızlık kural tabanlı hata olarak ifade edilmektedir. Diğer hata seviyesi ise bilgi tabanlı hatadır. Bu hata türü daha önceden belirli bir çözüme kavuşturulamamış olan, olay esnasında sağlık personelinin ayrıntılı bir değerlendirmede bulunmasını gerektiren zamanlarda yaşanan başarısızlıklardır (Reason, 1995, 82).

Planlamalarda yaşanan yanlış uygulamalar bilgi ve yetenek eksikliği, daha önceden edinilmiş olan bilgilerin doğru kullanılamaması, yanlış bilgilerin ya da

sezgilerin kullanılması sonucunda yaşanabilmektedir. Hastadan yanlış bir test istenmesi ya da yanlış bir ilaç tedavisinin uygulanması planlama hatalarına örnek verilebilir. Yanlış uygulamaların en aza indirilebilmesi için eğitimlerin daha fazla ve daha planlı yapılması, denetimlerin sıkı yapılması ve ihmallere yönelik disiplin durumlarının geliştirilmesi gerekmektedir (American Health Research Quality, 2018).

4.4.2. Uygulama Hatası

Yeterli planlamalar yapılmış olduğu halde, faaliyet aşamasında başarısızlıklar yaşanması uygulama hatası olarak ifade edilmektedir (Reason, 1995, 83). Reason'ın (1990) yapmış olduğu çalışmada uygulama hataları ifade edilirken yetenek tabanlı hatalardan bahsedilmiştir. Yetenek tabanlı uygulamalar daha önceden zihinde programı yapılmış olan şablonlara göre otomatik bir şekilde gerçekleştirilen uygulamalardır. Uygulama hataları bu programların işleyiş sürecinde yaşanmaktadır. Hafıza hatası (lapses) ve sürçme (slips) olmak üzere iki sınıf uygulama hatasından bahsedilmektedir.

- Hafıza hataları genellikle eğitimi almış ve hakkında bilgi sahibi olunan bir uygulamanın hatırlanamaması ya da yanlış hatırlanması sonucu yaşanmaktadır. Dikkatsizlik yaşanması ve dalgınlıklar da hafıza ile ilgili durumlardır. Hafıza hataları çoğunlukla gözle görülen hatalar değildir. Hata yapanın kendi farkına vardığı hatalardır (Reason, 1990, 4).
- Sürçme hataları ise çoğunlukla dikkat ve konsantrasyonda yaşanan eksiklikler sonucu meydana gelen ve gözle görülebilen hatalardır. Sürçme hataları bilinçli olarak meydana gelmemektedir (Leape, 1994, 1853). “Amerikan Sağlık Araştırma ve Kalite Ajansı” sürçme hatalarını konsantrasyonun bozulması ya da sistemli bir davranışta başarısızlıklar yaşanması olarak açıklamaktadır. Uygulama hatalarının başlıca nedenleri, aşırı yorgunluk, stres ve dalgınlıktır. Uygulama hatalarının en aza indirilebilmesi için rutin olarak yapılmakta olan işlerin önemli basamaklarının kontrolleri yapılmalıdır. Bu kontrollerde iş ortamına, cihazlara ve çalışanların iş yüküne dikkat edilmelidir. Ayrıca personellerin temel ihtiyaçlarının giderilebileceği kendilerini rahat hissedebilecekleri ortamlar oluşturulmalı ve mesai saatleri yorgunluk ve strese neden olmayacak şekilde düzenlenmelidir (American Health Research Quality, 2018).

4.5. Tıbbi Hata Türleri

Teşhis, tedavi ve bakım aşamalarının her birinde karşılaşılabilen tıbbi hataların nedenlerine bağlı olarak birçok türü bulunmaktadır. Bu hata türleri aşağıdaki başlıklar altında açıklanmaktadır.

4.5.1. İlaç Hataları

İlaç hataları, hasta güvenliğini etkileyen en yaygın hata tipidir. “Ulusal İlaç Hatalarını Rapor Etme ve Önleme Koordinasyon Konseyi (National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention, NCC MERP)” ilaç hatalarını; ilacın kullanımının hem sağlık personelinin, hem hastanın hem de üreticinin kontrolünde olduğu halde, ilaç tedavisi uygulanan kişinin zarar görmesine yol açan ve önlenilecek bir olay şeklinde tanımlamaktadır (www.nccmerp.org).

İlaç tedavileri farklı birçok disiplini kapsayan bir süreç olarak değerlendirilmektedir. İlaç tedavisi süreçleri hekimlerin muayene sonrasında verdikleri istem ile başlamaktadır. Bu süreçte önce ilacın hastanın kendisi, yakınları veya hemşireler tarafından uygulanması ve belirtilen süre tamamlanınca ilaç kullanımının bırakılması şeklinde devam etmektedir. Bu süreçte yaşanacak olan hatalar hastaların zarar görmelerine hatta ölmelerine dahi neden olabilmektedir (Uzun ve Arslan, 2008, 218).

İlaçların hatalı kullanımından ya da hatalı ilaç kullanımından kaynaklanan bu hatalar;

- Yanlış dozda ilaç uygulanması
- Yanlış ilacın kullanılması,
- Yanlış yolla ilacın alınması,
- Diğer nedenler, şeklinde sınıflandırılmaktadır.

İlaç hatalarının nedenleri arasında yanlış dozda ilaç uygulanması ilk sırada yer almaktadır. Yatmakta olan hastalarla ilgili kayıtlarda yaşanan sıkıntılar, evde tedavi gören hastalar için daha çok ilacın daha çabuk iyileştireceği yönündeki yanlış kanılar yanlış dozda ilaç uygulamalarına neden olabilmektedir. Bazı durumlarda da hastaların tedavi aşamalarında hastalık yanlış teşhis edilebilmektedir. Yanlış teşhis sonucu olarak da hastaya yanlış ilaç tedavisi uygulanabilmektedir (Abdulkareem, 2017, 24).

İlaç hata tiplerinin iyi bilinmesi ilaç hatalarının bildirilmesi açısından son derece önemlidir. Bunun için “Amerikan Hastane Farmakologlar Derneği (ASHP)” aşağıdaki standart ilaç hata tiplerini geliştirmiştir (JCR, 2001, 18),

- **Reçete Etme Hatası,** Hekim tarafından, tedavi amaçlı ilacın yanlış seçilmesi durumudur. Bu hata türleri genellikle ilaç alerjileri, endikasyonlar ve kontrendikasyonlar bulunan ilaç tedavilerinde yaşanmaktadır.

- **Zamanlama Hatası,** Tedavi için uygulanması gereken ilacın daha önceden planlaması yapılan zamanın dışında uygulanması durumudur.

- **Yanlış Dozaj Hatası,** Hastaya uygulanan ilacın hekimin reçete ettiği farklı formunun kullanılmasıdır.

- **Yanlış Doz Hatası,** Tedavi amaçlı kullanılan ilacın alınması gerekenden fazla ya da eksik alınması veya aynı dozun yanlışlıkla iki kez uygulanmasıdır.

- **Doz Atlama Hatası,** İlaçlar tedavi sürecince belirli dozlarda alınmaktadır. Zamanı gelen dozun bir sonraki doza kadar alınması durum doz atlama hatası şeklinde ifade edilmektedir.
- **Yanlış Yol Hatası,** Hasta için uygulanması gerek doğru ilacın hastaya yanlış yollarla verilmesi veya yanlış bölgeye uygulanması durumlarıdır.
- **Uygulama Hızı Hatası,** İntravenöz ya da enteral sıvıları gönderirken hız hatası yapılması ile meydana gelen hatalardır.
- **İlaç Hazırlama Hatası,** Tedavi için uygulanacak olan ilacın yanlış bir şekilde hazırlanmasıdır. Bu hatalarda kimyasal olarak birbirine uymayan ilaçlar karıştırılabildiği gibi, sulandırma miktarında da hatalar görülebilmektedir.
- **Resmi Olmayan İlaç Uygulanması,** Doktor tarafından resmi olarak uygun görülen ve istemi yapılan ilacın kullanılmayıp yerine farklı ilaçların kullanılması durumudur.
- **Bozulmuş İlacın Uygulanması,** Kimyasal ya da fiziksel yönden özelliklerini kaybetmiş ya da tarihi geçmiş ilaçların hastaya uygulanması ile meydana gelen hatalardır.
- **İzlem Hatası,** Bu hata türü hekim tarafından istemi yapılmış olan ilaç ve tedaviye hasta tarafından verilen yanıtın yetersiz görülmesi, test sonuçlarının değerlendirilmesinde yetersizlikler olması ve tedavi rejiminin ne kadar uygun olduğunun değerlendirilmesinde yaşanan yetersizlikler sonucu meydana gelmektedir.
- **Diğer İlaç Hataları,** Daha önceden karşılaşılmış ve tanımlanmış yapılmış olan hataların dışında meydana gelen ilaç hatalarıdır.

4.5.2. Cerrahi Hatalar

Hastane sınırları dahilinde özellikle de ameliyathanelerde hasta güvenliği açısından tehdit olarak görülebilecek birçok etmen bulunmaktadır. Tıbbi tedavilerin uygulandığı yerler ve ameliyathaneler içi içe geçmiş halde olabilmektedir. Ayrıca kullanılan cerrahi cihazlar da birbirinden farklı olabilmektedir. Bunların yanında ameliyathaneler özel deneyim, donanım, dikkat ve özen gerektiren yerlerdir. Bu özelliklerinden dolayı ameliyathaneler hasta güvenliği açısından çok fazla tehdit içerebilmektedir (Tunçel, 2013, 11).

Tıbbi hatalar bakımından riskin en fazla olduğu alan cerrahi alanlardır. Bu alanların iç içe geçmiş olma durumları hata riskini daha da arttırmaktadır. Cerrahi alanlarda meydana gelen hatalarda kalıcı hataların meydana gelmesi ya da ölümlerin yaşanması ihtimali daha fazladır. Yapılan araştırmalar yatan her 50 hastanın birinde cerrahi hatalar yaşandığını göstermektedir (Gawande, vd., 1999, 70).

“Amerikan Ameliyathane Hemşireleri Derneği (AORN)” cerrahi hataları; hastanın vücudunun yanlış bölgesine, yanlış hastaya, doğru işaretleme yapılmamasına

bağlı olarak meydana gelen hatalar olarak tanımlamaktadır (Aslan, 2009, 5). Cerrahi işlemlerde meydana gelen tıbbi hatalar; beklenmeyen kanamaların yaşanması, ortam nedeniyle enfeksiyonların meydana gelmesi, basınç yaraları ile karşılaşılması, yanıkların meydana gelmesi veya düşmelerin yaşanması gibi değişik şekillerde olabilmektedir. Cerrahi ortamların güvenli olabilmesi için üç temel aşama gerekmektedir. Bu aşamalar anesteziye önce, anesteziye sonra ve ameliyattan çıkış aşamalarıdır. Aşağıda cerrahi hataların nedenleri sıralanmaktadır (Aydemir ve Yıldırım, 2016, 80-82),

- Doğru cerrahi operasyonun doğru hastaya uygulanmaması
- Anestezi ile ilgili yaşanabilecek sorunlarla ilgili uygun yöntemlerin kullanılmaması
- Havayolunda yaşanabilecek tıkanmalar hakkında yeterli bilginin olmaması ve bu tarz durumlarla ilgili yeterli önlem alınmaması
- Yaşanabilecek kan kayıpları ile ilgili eksik önlem alınması
- Ameliyathanelerde enfeksiyon riskini azaltacak önlemlerin yetersiz olması
- Ameliyat ekibine hasta bilgilerinin eksiksiz ve doğru aktarılmaması
- Ameliyat ekibi arasındaki iletişimde sorunlar bulunması

Cerrahi hataları en aza indirebilmek için, “Joint Commission International (JCI)” 2004 yılında preoperatif kontrol listesi adıyla ifade edilen ve taraf cerrahisi uygulama ilkelerini ortaya koyan evrensel bir protokol hazırlamıştır. Bu protokol şu evrensel süreçleri içermektedir,

• **Cerrahi işlem bölgesinin işaretlenmesi**, Cerrahi işlem bölgesinin işaretlemesi sürecine hastanın katılımının da sağlanması hata riskini azaltacaktır. İşaretleme işlemi operasyonun yapılacağı kurum bünyesinde tanınabilecek şekilde yapılmalıdır. İşaretleme işlemi operasyonu gerçekleştirecek olan kişi tarafından yapılmalı ve bu esnanda hasta uyanık olmalıdır. Hastanın hazırlanma aşaması görünür bir şekilde olmalıdır.

• **Pre-operatif doğrulama süreci**, Doğru hastanın, yapılacak olan doğru işlemin ve doğru vücut bölgesinin doğrulanması sürecidir.

• **Son Bakış Aşaması (Time-Out)**, Bu aşama karışıklık durumlarının ya da cevap bulunamayan durumların çözümüne yardımcı olmaktadır. Bu aşama tüm ameliyat ekibinin katılımı ile gerçekleştirilmelidir (Gözübüyük, 2009, 26).

Joint Commission tarafından 2005 senesinde yapılmış olan çalışmaya göre cerrahi hataların %70’lik bir kısmı iletişim sorunlarından kaynaklanmaktadır. İletişimde en çok rastlanan sorun ise ameliyat ekibinin kendi içinde yaşadığı iletişim sıkıntıları, kayıtların eksik veya hatalı tutulması ve işaretleme aşamasına hastanın dahil edilmemesidir (Runy, 2007, 52).

4.5.3. Tanı Hataları

Hasta güvenliği açısından tehlike oluşturan bir diğer hata türü de hastalığın tanısını koyarken yapılan hatalardır. Bu hataların en temel özelliği teşhis hatasından sonra hatalar zincirinin devam etmesi durumudur. Teşhis hatalı olduğu zaman tedavi de hatalı olmakta ve hasta gerekli olmayan incelemelere tabi tutulabilmektedir. Hasta güvenliği açısından ele alındığı zaman teşhisin hatalı olması, teşhiste geç kalınması, hatalı neticeler elde edilmesi hastalığın daha da ilerlemesine, ilerleyen şamalarda hastanın kaybedilmesine dahi neden olabilmektedir. Cerrahi olarak yapılan teşhislerle hemşirelik teşhisleri kendi içlerinde ayrılmaktadır. Tunçel (2013) hasta kişiye bakmakla görevli olan hemşirenin, var olan bilgilere göre hasta için hemşirelik teşhisi koyarak bakım sürecini buna göre sürdürdüğünü belirtmektedir. Bu nedenle hemşireler sadece hasta bakımı aşamasındaki hemşirelik teşhislerinde görev yapabilmektedirler (Tunçel, 2013, 12).

Tanı hataları arasında yanlış test seçiminin yapılması ve uygulanması oldukça sık rastlanan durumlardandır. Laboratuvar testlerinin hatalı sonuçlar vermesi de tanı hatalarına neden olabilmektedir. Yeterli tecrübeye sahip olmayan kişilerin yapmış oldukları incelemeler de tanı hatalarının bir diğer sebebidir. Hatalı teşhisler sonucunda hastalara yanlış tedaviler uygulanabilmekte bu durumda asıl tedavi için geç kalınabilmekte ve geri dönüşü olmayan sonuçlarla karşılaşılabilir.

4.5.4. Tedavi ve Bakım Süreci Hataları

Tedavi, bakım ve izlem sürecinde meydana gelebilecek hatalar aşağıdaki gibi sıralanabilmektedir (Uzun, 2009, 3),

- Tedavinin uzaması ya da ertelenmesi,
- Uygulanan ilaçların hatalı olması,
- Yanlış dozda ya da teknikte ilaç kullanılması,
- Teknik olarak yanlış tedavinin belirlenmesi,
- Cerrahi operasyonların hatalı yapılması
- Uygulamanın yanlış hastaya yapılması
- Tıbbi yaralanmaların ve yanıkların meydana gelmesi
- Sağlık personellerinin tedavi listeleri tekrar göden
- Profilaksinin uygun bir şekilde yapılmaması,
- İncelemenin yeteri kadar yapılmaması
- İzlem işleminin yetersiz yapılması
- Hastalar taşınırken sorunlar yaşanması

Tedavi ve bakım hataları, yukarıdaki listeden de anlaşılacağı gibi diğer tıbbi hata türleri ile iç içedir. Sağlıkla ilgili sunulan hizmetlerin belirli bir zamanı kapsamaması bu

durumun ana nedenlerindendir. Tedavi, bakım ve izlem süresince meydana gelen hatalar belirlenmesi oldukça zor olabilen hatalardır. Ancak bu hataların sonuçları oldukça önemli olabilmektedir (Akalin, 2005, 142).

4.5.5. Sağlık Personeli Arasındaki Eksik İletişim

İnsana hizmet eden her sektör açısından, doğru ve etkin iletişimin önemi çok büyüktür. Sağlık sektörü bu önemin en çok ihtiyaç duyulduğu alanlardandır. Çünkü sağlık sektöründeki iletişim hatalarında zarar görecektir olan direkt olarak insandır. Birçok araştırma sonucuna göre tıbbi hatalarda birincil neden iletişim eksikliği ve iletişim hatalarıdır. Bu nedenlerle sağlık sektöründe iletişim faktörü üzerinde önemle durulması gerekmektedir. Aşağıda belirtilen faktörler, sağlık personeli arasında iletişimi olumsuz etkileyebilmektedir.

- Sağlık hizmetlerinin karmaşık bir yapısının olması
- Doktorla hemşire, hemşire ile diğer personel arasındaki hiyerarşi
- Farklı dil kullanılması durumları
- Yazıların tam okunaklı olmaması
- Hastalarla ilgili verilerin eksikliği
- Çalışma ortamının stresli olması
- Personel yetersizliği ve fazla mesai nedeniyle yaşanan yoğunluk
- Hasta durumu ve tedavisinde günlük ya da anlık değişikliklerin meydana gelebilmesi

- Çalışılan ortamın aşırı gürültülü olması (SHGM, 2015, 142-143).

İletişim sorunlarında sağlık hizmetlerinin iç içe olması da etkilidir. Hekimler hasta ile ilgili istem yaptıkları zaman bunun okunaklı olması önemlidir. Yazılan istemin okunmasında hata yaptığını düşünen personel bu istemi ilgili hekime tekrar danışmalıdır. Hekimden alınan bilgilere göre hatalı olan kısımlar var ise düzeltilmelidir. Sağlık personeli tarafından ortak bir dilin kullanılması da oldukça önemlidir. Dilde yaşanan değişimler iletişime olumsuz etki edebilmektedir. Hasta ile ilgili gerekli olan bilgilerin tümü diğer personellerle doğru ve eksiksiz paylaşılmalıdır. Çalışma ortamlarının kalabalık ve stresli olması verilerin tam olarak aktarılamamasına neden olabilmektedir. Hastaların bakımı aşamasında, hasta durumundaki değişiklikler de tedavinin değişikliğe uğramasına neden olabilmektedir. Meydana gelebilecek her farklılık için ekibin tamamının yeterli eğitimi almış ve tecrübeyi kazanmış olması gerekmektedir. Güven (2014), daha önce yapılmış olan çalışmaların sonuçlarına göre en çok karşılaşılan iletişim hatalarını aşağıdaki gibi sıralamıştır (Güven, 2014, 44),

- İstemlerin yazılı olarak yapılmaması
- İstemlerin yüz yüze yapılması yerine telefonla yapılması
- Kısaltma simge kullanımına çok fazla yer verilmesi

- Kritik öneme sahip test sonuçlarının yönlendirilmesi
İstemlerin sözel olarak yapılacağı durumlarda dikkat edilmesi gereken hususlar aşağıda belirtilmiştir.

- Hasta için acil ilaç uygulanması gerekliliği ve steril girişimler dışında sözel istem kullanılmamalıdır.

- Sözel istem yapıldığı zaman istemi alan kişi mutlaka doğrulama yapmalıdır.
- Sözel istem belgelenmelidir

Kesinlik olmadığı sürece sözel istemin kullanılması doğru değildir. Örnek olarak; doktor hastanede olduğu sürece hastaya uygulanacak ilaçlar sözel istemle uygulanmamalıdır. Doktor hastanede olduğu müddetçe yazılı istem uygulanmaya çalışılmalıdır. Sözel istem alınmak zorunda kalınırsa da istemi alan kişi yanlış algılamaları en aza indirmek için, tekrarda bulunarak istemin doğruluğunu test etmelidir. Sözel istem alındıktan sonra prosedürlere uygun bir şekilde kayıt edilmelidir (Güven, 2014, 44).

4.5.6. Kan Transfizyon Hataları

Doktorlar kan transfizyonu ile ilgili olarak hastanın yakınları ile iletişime geçerek onam almalıdır. Hastaya verilecek kan hususunda hata yapılmaması için kan örneği alınmaktadır. Bu örneğin alınması esnasında hastanın kimliğinin karşılaştırılması büyük önem arz etmektedir. Aynı anda birden çok hastadan kan örneği alınması gerekebilmektedir. Böyle durumlarda karışıklık yaşanmaması için bir hastanın işi tamamlanmadan diğer hastaya geçilmemelidir. Kan örneği alınır alınmaz kimlik doğrulanması yapılarak örnek etiketlenmelidir. Kan örneği alınırken yapılacak hatalar hastanın ölümüne kadar ciddi sonuçlara yol açabilmektedir. Transfizyon işlemine hasta için uygun kan hazırlandıktan sonra başlanmalıdır. Transfizyon işlemine başlamadan önce aşağıdaki kontrollerin yapılması faydalı olacaktır (Şahin, 2006, 12),

- Kan torbası etiketlenmeden önce mutlaka kontrol edilmelidir.
- Hastaya kimlik bilgileri sorularak izlem kağıdından doğrulanmalıdır.
- Hem alıcının hem vericini kan grupları doğrulanmalıdır
- Kanın son kullanma tarihine dikkat edilmelidir
- Cross-match sonucu doğrulanmalıdır
- Verilecek kan hastalık testlerine tabi tutulmalıdır
- Hekim isteminin kontrolü yapılmalıdır.

Kan transfizyonu esnasında gerekli olan denetimleri en az iki sağlık çalışanı birlikte gerçekleştirmelidir. Şahin (2006) çalışmasında hasta için kullanılacak olan kan torbasının üzerinde; hastanın adı soyadı, kan grubu, cross-match sonucu, kanın son kullanma tarihi, bulaşıcı hastalık test sonuçları yazılırken dikkatli olunmalı ve bu bilgiler kontrol edilmesi gerektiği ifade edilmektedir. Kan torbasının denetimi

yapıldıktan sonra yatak başı cross-mach düzenlenmelidir. Yapılan transfüzyon işleminde aşağıdaki verilerin listelenmesi gerekmektedir (Şahin, 2006, 14).

- Transfüzyon işleminin yapıldığı zaman
- Transfüzyon işleminin başlangıç ve bitiş saati
- Kan grubu ve seri numarası
- Hasta ile ilgili bulgular
- Transfüzyon işleminde görevli personellerin imzaları

4.6. Tıbbi Hata Nedenleri

Tıp bilimi sürekli değişim ve gelişim gösteren karmaşık bir yapıya sahiptir. Günümüzde geçerli kabul edilmeyen birçok teşhis tedavi yöntemleri daha önceki zamanlarda doğru olarak kullanıldıkları için, bu gün doğru kabul edilen yöntemlerin ilerleyen zamanlarda hatalı olma ihtimali de bulunmaktadır. Bu nedenle sağlık personelleri ve kurumları tıp alanındaki yenilikleri sürekli takip etmelidirler. Gelişimlerin takip edilememesi tıbbi yönden hatalar yaşanmasına neden olabilmektedir. Aşağıdaki başlıklar altında tıbbi hatalara neden olabilecek durumlar açıklanmıştır.

4.6.1. Yorgunluk

Sağlık personeli sayısının yetersiz olması nedeniyle yaşanan iş yoğunluğu, yapılan işin stresli olması, yeteri kadar dinlenilememesi, nöbet ve vardiya sistemleri, hastalarda ani olarak gelişebilen akut durumlar nedeniyle hissedilen sorumluluk ve gerekli olan dikkat gibi birçok neden sağlık personellerinin aşırı yorulmasına neden olabilmektedir. Aşırı yorulan sağlık personelinin hata yapma riski artmaktadır (Rogers vd., 2004, 2003).

4.6.2. Vardiyalı Çalışma

İnsan bedeninin ve zihninin uykuda olması gereken saatlerde hem uzun süre uyanık hem de meşgul kalmak zorunda olması ve nöbette sıkıntılar yaşanabilmesi sağlık personellerinin hata riskini arttıran durumlardandır (Uçar vd., 2013; Selvi vd., 2010, 239). Sağlık personellerinin hem psikolojik hem de fizyolojik olarak, vardiyalı çalışmaktan etkilendikleri araştırmalardan elde edilen bulgulardandır (Blachowicz ve Letizia, 2006). Sağlık personellerinin nöbet esnasında yalnız kalmaları iş yüklerini arttırmaktadır (Özlü vd., 2015, 85). Bunun yanında nöbetteki personele görev dışı işlerin yüklenmesi, uyarıların geceleri daha az olması, geceleri yeteri kadar denetim yapılmaması nedeniyle hata meydana gelme ihtimali de artmaktadır. Yapılan araştırmalar sonucunda bireylerde zihinsel performansı düşüren başlıca nedenlerden birinin gece uykusuzluğu olduğu tespit edilmiştir (Leproult vd., 2003, 282).

4.6.3. İletişim Problemleri

Sağlık personeli arasında iletişim eksikliklerinin bulunması doğrudan tıbbi hatalara neden olabilmektedir. İletişimde yaşanan hatalar nedeniyle advers olay ve tıbbi hata meydana gelme oranı giderek artmaktadır. İletişim, ilaç kullanımından kaynaklanan hataların tespit edilmesinde ve en aza indirilmesinde oldukça önemlidir. İletişimde yaşanan problemler, tedavinin yanlış uygulanmasına ya da gecikmesine, ilaç hatalarına ve cerrahi hatalara neden olabilmektedir (Shitu vd., 2018, 118).

4.6.4. Acemilik

Tıbbi hatalarda iş tecrübesinin yeterli olmamasından kaynaklanan hataların oranının %10 olduğu ifade edilmektedir. Tıpta uzmanlık öğrencilerinin katılımı ile gerçekleştirilen bir çalışmada; tecrübe eksikliğinin tıbbi hataların ana nedeni olduğu sonucuna ulaşılmıştır. İş tecrübesi yeterli olamayan hemşirelerden kaynaklı ilaç hatalarının araştırıldığı bir çalışmada ise acemiliğin %37,8 oranda etkili olduğu, %33,2 oranında ise yüksek etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Shahrokhi vd., 2013, 19).

4.6.5. İnvaziv Prosedürler

Sağlık personellerinin arasında invaziv prosedürler alanda yetkin ve uzman kişilerin olmaması, yeterli eğitim verilmemiş olması, ekipmanların teknolojik açıdan geri kalmış olması, ilaç ve malzemelerin tedarik aşamalarında sıkıntılar yaşanması gibi durumlardan dolayı tıbbi hatalar meydana gelebilmektedir (Pittet vd., 2006, 420).

4.6.6. İlaç Hata Nedenleri

İlaç hatalarının birçok farklı nedeni bulunabilmektedir. İlaç hata çeşitlerinin tespit edilmesinde en kullanışlı sınıflandırma 1990 senesinde ASHP tarafından “*İlaç Hatalarının Önlenmesi Rehberi*” kapsamında belirlenmiştir. Bu rehbere göre ilaç hataları; istem hatası, doz atlama hatası, yanlış zaman hatası, istem yapılmayan ilacın uygulanması, yanlış doz hatası, yanlış-doza form hatası, yanlış verilmiş yolu hatası, yanlış uygulama hızı hatası, yanlış ilaç hazırlama hatası, bozulmuş ilacın uygulanması ve izlem hatası gibi nedenlere bağlı olarak yaşanabilmektedir.

4.6.7. Sentinel Olayların Nedenleri

İletişim problemleri, planlama hataları, sistem hataları, hasta bakımı görevlilerinin birbirlerine kritik bilgileri aktarmamaları durumu, etiketlemede yapılan hatalar ve personelin yeterli eğitim almamış olması sentiel olayların en önemli

nedenlerindendir. Sentiel hataları başlıca nedenleri aşağıda belirtilmiştir (Akgün, 2014, 76-77),

Sistemden kaynaklanan hatalar, Sağlık hizmetinin sunulabilmesi için gerekli olan cihazların, aletlerin ve sarf malzemelerin yetersiz olması, iletişimin yeterli olmaması, yeterli sayıda çalışan olmaması, Planlamada yapılan hatalar gibi sistemden kaynaklanan hatalar sentiel olayların yaşanmasına neden olabilmektedir.

Performanstan kaynaklanan hatalar, Kazaların önüne geçebilecek önlemlerin alınmaması, tedavinin gecikmesi, tedavi yöntemlerinin planlandığı gibi uygulanmaması, sağlık çalışanlarının tecrübe sahibi olmadıkları uygulamaları yapmak zorunda kalmaları ve tedavi sonrasında hasta gözleminin yeteri kadar yapılmaması sentiel olayların meydana gelmesine neden olabilmektedir.

Önlem alma hataları, Yapılan uygulamalarda test sonuçlarının dikkate alınmaması, yapılması gerekli olan testlerin yapılmaması, tedaviye başlamak için geç kalınması, hastaya zarar verici durumlar için yeterli tedbir alınmaması durumları da sentiel olaylara neden olabilmektedir.

4.7. Tıbbi Hata / Olayların Hasta ve Yakınlarına Açıklanması

Tıbbi hata olayları hastaların kendilerinde ve yakınlarında çok büyük etkiler oluşturabilmektedir. Bu etkiler sadece fiziksel değil duygusal ve sosyal de olabilmektedir. Uzmanlara göre tıbbi hataların hasta ve yakınlarına açıklanması hem etik açıdan hem de hasta güvenliği açısından oldukça önemli ve gerekli bir unsurdur (Mitka, 2010, 1656). Tüm tıbbi meslek kuruluşları, tıbbi etik alanında uzman olan kişi ve kurumlar ve hastaneler tıbbi hataların hasta ve yakınlarına eksiksiz ve anlaşılır bir şekilde açıklanması yönünde plan ve politikalar geliştirmelidirler (Garbutt vd., 2008, 249).

Yapılan araştırmalar neticesinde hasta ve yakınları, yaşanan tıbbi hataların kendilerine açık bir şekilde açıklanması gerektiği düşüncesindedirler. Tıbbi hatadan kaynaklanacak sonuçların büyüklüğüne bakılmaksızın her türlü tıbbi hatanın hastalara ve hasta yakınlarına açıklaması yapılmalı ve iletişimin sürekliliği sağlanmalıdır. Hasta ve yakınlarına eksik bilgi verildiği zaman bu durumun öfke ile karşılanabileceği ve hukuki işlem başlatılabileceği göz ardı edilmemelidir (Çakmakçı ve Akalın, 2011, 72).

Kurum olarak hastaya olumsuz etkisi olan her türlü durumun hasta ve yakınlarına açıklanmasına yönelik politikalar geliştirilmelidir. Bu politikalar, olayların nasıl bildirileceğini, olayların nedenlerinin araştırılmasının yapılmasını, hasta ve yakınları ile hangi ilkeler dahilinde iletişimin başlatılıp devam ettirileceğini açık ve net bir şekilde belirlemelidir. Bütün personelin bu politikayı kolay anlayabilmesi ve uygulaması önem arz etmektedir. Herhangi bir politika belirlenmediği zaman ani gelişebilecek her türlü olay, aşılması daha zor sorunlara neden olabilecektir. Hasta ve yakınlarına bildirimde bulunulan durumların ana nedenini belirleyebilmek için inceleme

ekibi kurulmalıdır. Bu ekibin elde ettiği veriler üzerinden, yaşanan olayın ne olduğu, bu olayın ne gibi etkilerinin olabileceği, hasta takip işleminin ne şekilde devam edeceği, süreç içerisindeki gelişmelerin aktarımında nasıl bir iletişim yolu izleneceği ile ilgili olarak hasta ve yakınlarına açıklamalarda bulunulmalıdır (Çakmakçı ve Akalın, 2011, 73).

4.8. Tıbbi Hataların Raporlanması

Yaşanan her türlü hatadan ders çıkarılarak, bir daha yaşanmamasına yönelik tedbirlerin alınması hasta güvenliği açısından son derece önemlidir. Yapılan tıbbi hataların iyi tespit edilebilmesi ve tekrarlarının yaşanmaması açısından da raporlama işlemi büyük önem taşımaktadır. Durum raporlamaya yönelik sistemler hasta güvenliği ile alakalı her türlü olumsuzluğun tanımlanabilmesine katkı sağlayacak bir uygulama şeklinde belirlenmelidir. Hata kayıtlarını tutacak olan personelin bu konuda bilgi birikimine sahip olması gerekmektedir. Tıbbi hatalara yönelik olarak yapılan bu kayıtların sınıflandırılması, risk analizlerinin belirlenmesi ile yapılan hataların bir daha tekrarlanmasının önlenmesi ve hasta güvenliğinin artırılması sağlanabilecektir (Tunçel, 2013, 16).

Tıbbi hataların raporlama usulü kurumlara göre farklılık gösterebilmektedir. Genel olarak kullanılan yöntemler; isimsiz tutulan kişisel raporlar, açık raporlama yöntemi, tıbbi kayıtların kontrolü, gözlemlerin yapılması ve bu işlemlerin kombinasyonlarından meydana gelmektedir. Maliyet yönünden oldukça uygun olan isimsiz kişisel raporlama yöntemi güvenilir bir yöntem olarak kabul edilmemektedir. Rapor altına alınması ve doğruluğunun ortaya koyulması için hata meydana gelip gelmediğinden emin olmak bazen çok zor olabilmektedir. Sağlık personelleri tarafından yasal bir şekilde kayıt altına alınan hata raporları çoğunlukla hastaya ulaşmış olan tıbbi hataların raporlanması amacıyla kullanılmaktadır. Olayı raporlamakta olan bu raporlama yöntemi “Spontane Yöntem” denilmektedir. Bu yöntem sağlık kuruluşlarında %90,6 oranında kullanılmaktadır. Spontane yöntemi kullanan sağlık kuruluşları kendi formlarında ve prosedürlerinde bu mekanizmanın tanımını yapmalıdırlar. Sağlık kuruluşlarının her biri kendi yapısına, mali durumuna ve uygulanabilirliğine göre bir raporlama sistemi geliştirip uygulamalıdır (Oğuz, 2007, 79).

Tıbbi hatalara yönelik sorunların çözüme kavuşturulabilmesi yolunda, çözüm ve önerilerin ortaya koyulabilmesinde hatanın zamanında farkına varılması oldukça önemlidir. Özellikle hasta sağlığı açısından ciddi tehlikeler meydana gelmeden önce hatanın belirlenmesi hasta güvenliği açısından gerekli bir durumdur. Bu tespitlerin zamanında yapılabilmesi de raporlama ile mümkün olmaktadır. Raporlama sisteminde hata yapanı hemen deşifre etmeyen, cezalandırmaya değil hatanın zamanında belirlenmesine yönelik olan, personeli teşvik edici özellik taşıyan ve personeli koruyan

bir yapı bulunması gerekmektedir. Tıbbi hata bildirimlerinde zorunluluktan ziyade gönüllülük esası üzerine stratejiler geliştirilmelidir (Akgün ve Al-Assaf, 2007, 44).

4.9. Tıbbi Hata Bildirimi

Tıbbi hataların tespiti için doğru yapılması alınacak önlemler açısından ve hata sayılarının düşürülebilmesi açısından önemlidir. Hataların hastaya verdiği ya da verebileceği zararlar ifade dilmeli, hatalar kayıtlara doğru bir şekilde geçirilmelidir (İntepeler ve Dursun, 2012, 131). Hatada bulunan personelin uyarılması ve hatalara yönelik yeni düzenlemelere gidilebilmesi açısından hastalardan alınacak bilgilerin kayıt altına alınmasının olumlu katkıları bulunmaktadır. Ciddi ve gözle görülür zararlar meydana gelmedikçe hataların raporlanmaması ve bildirilmemesi durumu tıbbi hatalarla ilgili en ciddi sorunlardan biridir (JCAHO, 2006).

Hastaya zarar vermeden müdahalede bulunulabilecek hatalar, kaynağından giderilebilmektedir. Hataların nedeni ve nasıl meydana geldiği hastane yönetimlerinde araştırılmalı ve elde edilen verilere göre yeni planlar uygulamaya sokmalıdır (Aspden vd. 2004, 5). Tıbbi hataların önlenmesi açısından hastaların verdikleri bilgiler kadar bu bilgilerin iyi raporlanması ve raporlamaların iyi değerlendirilmesi önemlidir. Tıbbi hata sayılarının azaltılabilmesi açısından etkin bir bilgi akışının sürdürülmesi gerekmektedir. Verilerin değerlendirmeye alınması doğru ve güvenilir bir şekilde yapıldığında hasta güvenliğinde de artış meydana gelecektir (Güleç 2012, 10).

4.10. Hasta Güvenliği

Son zamanlarda bilimsel araştırmaların birçoğunda, sağlık hizmetleri ile ilgili uygulamalarda ve sağlık hizmetlerinin daha kaliteli hale getirilmesi çalışmalarında hasta güvenliği konusu üzerinde önemle durulmaktadır. Yıldırım (2005) tarafından hasta güvenliği tanımı “sağlık kuruluşlarında hizmet sunumu sırasında hastaların karşılaşılabileceği zararların önlenmesi için sağlık profesyonelleri tarafından yapılan uygulamaların tümüdür” şeklinde yapılmıştır (Yıldırım, 2005, 34).

Sağlık kurumlarında kalite unsuru olarak oldukça önemli görülen hasta güvenliği, iyileştirme faaliyetlerine odaklanmaktadır. Tüm sağlık kuruluşunun ve bu kuruluşta görev yapmakta olan tüm personelin alacağı önlemlerin tümü, sağlık hizmetlerinden bireylerin zarar görmesini engellemek ve hasta güvenliği sağlamak açısından önemlidir. Tüm bunların yanında hasta güvenliği ile ilgili uygulamalar, hasta bakımıyla ilgili risk faktörlerinin yanında, bakımla ilgili negatif durumların önlenmesine de odaklanmalıdır (Nieva ve Sorra 2003, 18).

Hastaların güvenliğinin amacı; sağlık kurumuna başvuran hastaların teşhis, tedavi ve bakımları süresince sağlıklarında meydana gelebilecek tehlikelerden uzak kalmasını, sağlık hizmetleri esnasında oluşabilecek hataların engellenmesi ve

komplikasyonların en aza indirilmeye çalışılmasıdır (Yalçın ve Acar 2010, 13). Sağlık hizmetlerinin verilme amacı ise; hastaların faydasına olan ve onların tekrar sağlıklı hale getirilmesine katkı sağlayacak olan hizmetlerin sunulmasıdır. Ancak sağlık hizmetleri sunulurken yeterli önlemlerin alınmaması, fayda beklenen faaliyetlerin zararlı sonuçlanmasına neden olabilir. Tıp hizmetlerinde sürekli bir gelişim ve değişim yaşanmaktadır. Bu nedenle hasta güvenliği, sunulan hizmet esnasında hataların ve hata kaynaklı zararların en aza indirilmesi şeklinde de tanımlanabilmektedir (Gülkaya, 2009, 12). Aynı hatalığın farklı bireylerde değişiklik gösterdiği durumlarla da karşılaşmaktadır. Bu tarz durumlar karşısında sağlık hizmeti sunmakta olan personelin sezgi ve tecrübeleri önem arz etmektedir.

Yukarıda da görüldüğü üzere hasta güvenliği ile ilgili farklı tanımlar bulunmaktadır. Ancak yapılan tanımların genel olarak odak noktalarını hastanın zarar görebileceği risklere karşı önlem alınması oluşturmaktadır. Çakır (2000) tarafından aktarılan “NPSG (National Patient Safety Goals)” tanımına göre; hasta güvenliği açısından aşağıda belirtilen durumlara dikkat edilmesi gerekmektedir (Çakır, 2007, 115-117),

- Sistemden kaynaklanmakta olan hataların önlenmesi ve en aza indirilmeye çalışılması hasta güvenliği olarak ifade edilmektedir. Bu nedenle sistemden kaynaklanan hatalar iyi tespit edilmelidir.
- Hasta güvenliğinin sağlanması için sunulan hizmet sistemi bileşenlerinin de bir araya gelişinde güvenlik sağlanmalıdır. Bu nedenle iletişim içerisinde bulunan sistemlerin tanımlanmasının doğru yapılması ve güvenli bilgi akışının sağlanması gerekmektedir.
- Hasta bakımlarının kaliteli bir şekilde gerçekleştirilmesi de hasta güvenliği ile ilgili bir durumdur.

JCAHO, NPSF ve Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı (National Patient Safety Foundation) ve Tıp Enstitüsü (The Institute of Medicine) hasta güvenliği açısından gereken önlemleri içeren bir rapor hazırlamışlardır. Bu raporun içeriğinde (Akalin, 2005, 144);

- Hastane yönetimleri tarafından hasta güvenliğini öncelikli durumlar arasına dahil edilmesi,
- Hasta güvenliğinin sağlık kuruluşunca sahiplenilmesi,
- Hasta güvenliği kültürünün tüm kurumda geliştirilmeye çalışılması
- Hasta güvenliği ile ilgili denetimlere ağırlık verilmesi
- Güvenli uygulamaların personele benimsetilmeye çalışılarak yaygınlaştırılması,
- Hasta güvenliği ile ilgili eğitimlere fazlaca yer verilmesi,
- Meydana gelebilecek hasta güvenliği sorunlarının kurum ve personel tarafından üstlenilmesi,
- Yanlış mesleki tutumların tespit edilip düzeltilmeye çalışılması,

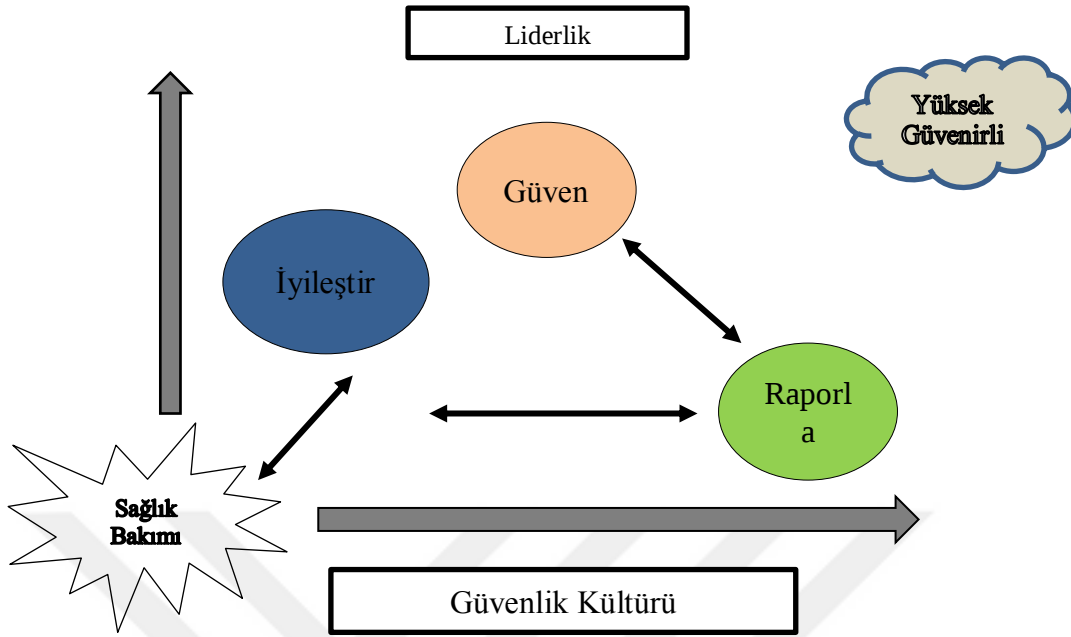
- Konu ile ilgili yapılacak araştırmalara destek verilmesi,
- Tıbbi hatalarla ilgili bildirim yapılmasının cezaya yol açacağı düşüncesinin ortadan kaldırılmaya çalışılması, konuları bulunmaktadır.

4.11. Tıbbi Hataları Önleme ve Azaltma Yolları

Sağlık kurumlarının hedeflerinden biri de sıfır hata ile hizmet sunabilmektir. Ancak sağlık hizmeti çok karmaşık olduğundan ve hizmet için çok sayıda personel gerektiğinden tıbbi hatalar her zaman meydana gelebilmektedir. Konu ile ilgili yapılan araştırma sonuçları, sağlık kuruluşlarındaki sistemden kaynaklanan hataların, kişisel kaynaklı hatalara göre çok daha fazla olduğunu ortaya koymaktadır. Aşağıda kişisel olarak meydana gelen tıbbi hataların ez aza indirilebilmesi yolunda alınabilecek tedbirler sıralanmıştır (İşlek, 2009, 33).

- **Hafızaya fazla güvenilmemesi**, Yapılan her türlü iş ve işlemler kayıt altına alınmalıdır. Kayıt altına alma işlemleri bir an önce gerçekleştirildiği zaman bilgilerin unutulması ya da bozulması engellenmiş olacaktır.
- **Bilgiye erişimin fazlalaştırılması**, Sağlık personelinin ihtiyaç duyduğu bilgiye ihtiyaç duyduğu anda ulaşabilmesini sağlayacak sistemler geliştirilmelidir.
- **Hata geçirmez evreler**, Gerekli olan her türlü durumda, özellikle verilecek kararların hayati önem taşıdığı durumlarda belirli bir sistem oluşturulmalıdır. Bilgisayara dayalı mekanizmalar bu hususlarda oldukça verimlidir.
- **Çalışmalarda standardizasyon sağlanması**, Çalışmalara belli bir standart getirildiği zaman hizmet veren personel değişse bile hata payı azalacaktır.
- **Çalışmalarda el değişiminin azaltılması**, Tıbbi alanda yapılan hataların büyük bir çoğunluğu, kişi, bilgi, malzeme, arz ve emrin taşınması esnasında meydana gelmektedir. Bu nedenle bu hususların elden ele aktarımının en aza indirilmesi gerekmektedir. Ayrıca belirli görevlerin her zaman belirli kişilere verilmesine çalışılmalıdır.

Sağlık hizmeti vermekte olan kurumlarda hasta güvenliği açısından kurum yöneticilerinin tutumları belirlenmeli, ihtiyaç duyulan yönler geliştirilmeli, farklı kurumlarla karşılaştırmalar yapılmalı ve ihtiyaç duyulan her alan geliştirilmeye çalışılmalıdır (Karaca ve Arslan, 2015, 11). Sağlık çalışanları üzerinde, hasta güvenliği ile ilgili durumları raporlama hususunda cezalandırılma korkusu oluşturulmamalıdır. Bunun için kurum içerisinde adil bir güvenlik kültürü oluşturulmalıdır (JCI, 2018, 7). Şekil 4.1’de belirtilen “güven-raporla-iyileştir” döngüsü, bir güvenlik kültürü oluşturulmasında önem arz etmektedir.



Şekil 4.1. “Güven- Raporla- İyileştir” Döngüsü (The Joint Commission International-JCI. 2018, 7)

Güvenlik kültürünü güçlü bir şekilde oluşturmuş olan sağlık kuruluşlarında, hasta bakımını yapan personel hasta güvenliği ile ilgili durumları rapor ettiği zaman, hem çalışma arkadaşlarının hem de liderlerinin kendilerine destek olacağına güvenmektedirler. Kurum içinde bu güven yerleştiği zaman hasta güvenliği ile ilgili durumların bildirilme ihtimali daha da artacaktır. “Güven-raporla-iyileştir” döngüsünün hakim olduğu kurumlarda personelin, raporlanması yapılan durumlarla ilgili olarak yöneticilerin iyileştirmeler yoluna gittiklerini görmesi güven duygusunu arttıracaktır. Bu sayede “güven- raporla- iyileştir” döngüsü daha da pekişmiş olacaktır. (Chassin ve Loeb, 2013, 467).

4.12. Tıbbi Hatalar Karşısında Sağlık Personelinin Tutumu

İnsan kaynaklı tıbbi hata nedenleri arasında tutum da gösterilmektedir. Bu nedenle tıbbi hata yaşandığı zamanlarda sağlık personelinin tutumlarının belirlenmesi oldukça önemlidir. Allport (1953, 126) Bu konuya psikolojik açıdan yaklaşmış ve tutumun tanımını “bireyin bütün nesnelere karşı göstereceği tepkiler ve durumlar üzerinde yönlendirici veya etkin bir güç oluşturan ve deneme bilgilerinde organize olan, ussal ve sinirsel bir davranışta bulunmaya hazır olma halidir” şeklinde yapmıştır. Bireylerin davranışlarını belirleyen sebeplerin oluşturduğu bütün, tutum olarak ifade edilmektedir. Tutum kavramının bir diğer tanımı da; kişilerin değerler toplamıyla

alakalı olarak geliştirmiş oldukları algılardan kaynaklanan davranış biçimlerinin tutumu meydana getirdiği, şeklindedir (Güleç 2012, 2).

İnsanlar yaşadıkları çevrede diğer insanlarla ve olaylarla karşılaştıkları zaman, bir davranış bir tutum ortaya koymaktadırlar. Ortaya koyulan bu tutumlar ilerleyen zamanlarda insanların belleğine yerleşmekte ve insanlar benzer durumlarla karşı karşıya kaldıkları zaman daha önceki tutumlarını tekrar ortaya koymaktadırlar. Cüceloğlu, tutum kavramını; birbirleri ile alakalı olan ve zaman olarak uzunca bir süre gerektiren duygular, şeklinde ifade etmektedir (Cüceloğlu, 2010, 96).

Sağlık aşırı dikkat gerektiren ve karmaşık bir hizmet türü olduğu için bazı durumlarda bilişsel önyargılar, personelin vereceği kararı etkileyebilmektedir. Bu durum sağlık personelinin hatalı tutumuna yol açmaktadır. Bu durum ayrıca hastalığın teşhis ve tedavi süreçlerinde, var olan durumu dikkate almadan daha önceki tecrübelerle dayanarak ve ilk elde edilen veriler üzerinden karar verme, kendi tahminlerine fazla güven duyma gibi eğilimler tıbbi hata ihtimalini arttıran önyargılardandır (Uğrak, 2019, 16).

Kişiler, korku durumu ile karşılaştıkları zaman savunma olarak tutumlarını değiştirebilmektedirler. Daha önce yaşanmış olan tıbbi hatalarla alakalı olarak kişinin edinmiş olduğu deneyim, bilgi ve duygular da tutum değişikliklerine neden olabilmektedir. Tıbbi hatalar yaşandığı zaman bu olayın tecrübeye aktarılması yerine, ceza alınacağı korkusunun yaşanması sağlık personelinin hatayı gizlemeye yönelik tutum sergilemesine yol açabilmektedir. Personelin yaşadığı ceza alma ve hukuki işlem korkusu tıbbi hataların nelerden kaynaklandığının belirlenebilmesi karşısındaki en büyük engellerdendir (Alaman, 2018, 7).

Hasta güvenliği kültürü olumlu bir şekilde kuruma yerleştirildiği zaman personel meydana gelen hataları paylaşmaktan korkmamaktadır. Personel tarafından paylaşılan hataların analiz işlemleri daha etkili ve doğru bir biçimde yapılabilen, elde edilen sonuçlara göre iyileştirmelere gidilebilmektedir. Hata bildirimini ile alakalı olarak bu kültür oluşturulduğu zaman personel hata bildirimini konusunda daha olumlu ve daha cesaretli davranabilmektedir (Çevik, 2018, 35).

4.13. İş Yükünün Tıbbi Hata Tutumuna Etkisi

Hem hastalar hem de personel iş yükü oldukça önemli bir çalışma stresi kaynağıdır. Mortalite yükseldiği zaman, olumsuz olan hasta sonuçları, komplikasyonlar, bakım zamanının eksik olması ve bakımda sıkıntılar yaşanması iş yükünden kaynaklanan durumlardır. Balanuye (2014)'ye göre, sağlık personelleri açısından klinikte meydana gelen yetersiz zaman sıkıntısı, kurum içerisindeki iletişimi olumsuz yönde etkilemektedir. İş yükünün fazlalığı sağlık personelleri açısından iş memnuniyetini azaltmakta ve personelin motivasyonunun azalmasına neden olmaktadır.

İş yükü arttığı zaman çalışanlar tükenmişlik hali yaşayabilmekte ve iletişim sıkıntıları yaşanarak tıbbi hatalar yaşanmasına neden olunabilmektedir (Balanuye, 2014, 13).

Tıbbi hataların meydana gelmesi; hasta ve hasta yakınları, sağlık çalışanları ve sağlık düzeni açısından olumsuz etkiler meydana getirebilmektedir. Aşırı iş yükü tıbbi hataların artmasına neden olmakta, yaşanan tıbbi hatalar da; hastaların sağlık personellerine karşı güvenlerinin azalmasına, sinirlilik durumlarının meydana gelmesine, uygulanacak tedavilerin aksayabilmesine, teşhis ve tedavi işlemlerinin tekrar edilmek zorunda kalınmasına ve ilaç masraflarının artmasına neden olmaktadır. Kurumsal yönden ise hem maliyeti arttırmakta hem de kurumun imajını zedelemektedir. Yaşanan tıbbi hatalar kurumlarda kısır bir döngü meydana getirmektedir. Bu durum personelin motivasyonuna olumsuz etki etmekte, tükenmişlik duygusu yaşanmasına, performansın düşmesine ve iş doyumunun azalmasına neden olmaktadır (Eroğlu, 2011, 42).

5. SAĞLIK PERSONELİ PERFORMANSI

Bu bölümde, performans kavramı ve performans türleri açıklandıktan sonra, çalışan performansını etkileyen faktörler, çalışan performansının öncül ve sonuçları, performans değerlendirme ve sağlık personelinin çalışan performansı kavramsal olarak sunulmuştur.

5.1. Performans

Personel veriminin ölçülmesi, performans kavramı ve performansın değerlendirilmesi kavramının incelenmesine yönelik çalışmalar ilk olarak 1900'lü senelerin başlarında gerçekleştirilmiştir. Türkiye'de bu uygulamalar ilk defa kamu sektöründe yapılmıştır ve yaklaşık olarak 90 yıllık bir geçmişi bulunmaktadır. Performans kelimesi köken olarak Fransızca'daki "performance" kelimesinden gelmektedir. Bu sözcük Fransızca'da verim gücü ve başarı anlamlarını taşımaktadır (Gümüştakin ve Öztemiz, 2005,280).

Bazı sözlüklerde kelime anlamı olarak, "bir işin üstesinden gelebilme, muvaffak olma, başarılı olma, hedefe ulaşma" tanımlanan performans, fonksiyonel olarak incelendiğinde, "işin gereği olarak daha önceden belirlenen kriterleri karşılayacak şekilde vazifenin yapılması ve amacın gerçekleşme oranı" şeklinde tanımlanabilir" (Gümüştakin ve Öztemiz, 2005, 280).

Kamu yönetimi sözlüğündeki tanım ise "iş başarımlı, herhangi bir işte gösterilen başarı derecesi" şeklindedir (Gümüştakin ve Öztemiz, 2005, 280).

TDK (2021) sözlüğünde ise performans, "yapılan iş, uygulama, icraat; herhangi bir olayı veya durumu başarma isteği ve gücü; kişinin yapabileceği en iyi derece; herhangi bir eseri, oyunu, işi vb. ortaya koyarken gösterilen başarıdır" şeklinde tanımlanmaktadır.

Belli bir zaman süresince kişilerin yaptıkları görevin derecesi performans olarak ifade edilmektedir. Performans; belirli bir hedefe ulaşmak amacıyla yapılan planlar dahilinde ulaşılan noktayı ifade eden kavram olarak da ifade edilmektedir. En genel anlamda ise performans; belirli bir amaç dahilinde planlaması yapılmış olan etkinliklerin sonucunda elde edile durumu nitel ve nicel olarak ortaya koyan ölçüt olarak tanımlanmaktadır (Songur, 1995, 1).

Performans, ortaya konulmuş bir hedefe ulaşma derecesinin ölçülmesidir (Coşgun, 2004, 581). Mesela; bir koşucunun maratonda bireysel derecesi ya da genel sıralama içindeki yeri, bir şirketin üretim/hizmet miktarı ile yaptığı üretimin/hizmetin planlanan üretime oransal olarak değeridir (Songur, 1995, 1).

Bir kişinin özellikleri ve kabiliyetlerinin işe ilişkin olarak düzenlenmiş olan organizasyon başarı kıstasları ile kıyaslanması olarak belirtilen performans kavramı genel manada, kişilerin görevlerini yaparken ortaya koyduğu verimli ve etkili olma

derecesi, olarak kullanılmaktadır (Gümüştekin ve Öztemiz, 2005, 280). Çalışanların ortaya koyduğu performansın seviyesini ise sahip olduğu yetileri, nitelikleri ve bilgisi ile ortaya çıkan başarıma güdüsünün seviyesi belirlemektedir (Ergül, 2012,44).

Belirlenmiş bir hedef doğrultusunda planlanmış bir faaliyetten edilen olguyu, niceliksel veya niteliksel olarak belirleyen performans kavramı, işletmeler yönünden ele alındığı zaman ise, belirli bir görev dahilinde daha önceden belirlenmiş olan kriterleri karşılayacak şekilde görevin tamamlanması ve amaca ulaşılması için ortaya konan hizmet, şeklinde ifade edilebilir (Duman ve Akdemir, 2016, 34).

En genel ifadeyle, bir işletme, organizasyon veya kamu kurumu belirli bir zaman diliminde daha önceden planladıkları amaçları doğrultusunda bir neticeye ulaşmak ve var olan kaynaklardan bir çıktı elde etmek ister. Bu zaman diliminde yapılan çalışmalar neticesinde elde edilen çıktılar veya amaçlanan görevlerde ulaşılan seviye, işletmenin performansını ortaya koymaktadır. Bu durumda performans, ister bireysel anlamda olsun isterse örgütsel anlamda olsun, amaçların gerçekleştirilmesi için gösterilen tüm gayretlerin neticesi olarak görülmektedir (Erkut, 2001, 18-19).

Bireyleri, bir güç olarak iş hayatının dışında konumlandırmak mümkün olmadığından, işletmeler ve organizasyonlar çalışanlarından üstün bir çalışma gayreti ve performans sergilemelerini beklerler. Şüphesiz ki, kaliteli ve verimli insan kaynaklarına sahip olan örgütlerin hedeflerine kolay ve planladıkları vakitte ulaşması, iş görenlerin gösterdikleri performansla yakından ilişkilidir. Bununla birlikte işletmelerde performans ile ilgili bilgilerin meslek içi eğitim ve geliştirme etkinlikleri, terfi, transfer, maaş, prim ve ödüllendirme gibi durumlar için kullanılması performans konusunun işletme ve kurumlar nezdindeki önemini artırmaktadır (Gümüştekin ve Öztemiz, 2005, 280).

Küreselleşen dünyanın yoğun rekabet ortamında kurum ve işletmelerin temel hedefi; yüksek performans göstererek, rekabet edebilme seviyelerini korumak ve hatta geliştirebilmektir. Bazı kurum ve işletmeler, performans açısından yapılan kârı ve pazar payını bir ölçüt olarak görürken; bazıları ise düşük maliyetlemeyi, müşteri odaklı olmayı, kaynakları etkili kullanmayı ve verimliliği performans ölçütü olarak değerlendirmektedir. Bu nedenlerle performansın, her işletme ve her kurum için taşıdığı anlam farklılık arz etmektedir. Bu doğrultuda, zamanımız iş hayatının sürekli değişen koşulları, performans kavramının boyutlarının, kapsamının ve ölçütlerinin yeniden oluşturulması ve düzenlenmesi gerektiğini ortaya koymaktadır (Erkut, 2001, 11).

Performans, bir işi gerçekleştiren kişinin, takımın ve örgütün yapılanlar ile amaçlanmış hedefe ne derece erişildiği veya neyi sağlayabildiğinin oransal şekilde ve kalite olarak ortaya konmasıdır. İfade edilen tüm bu tanımlardan hareketle kurumsal performans, belirlenmiş bir süre sonunda elde edilen çıktı veya etkinliklerin neticesidir. Bu netice kurumun belirlediği amaçlara ulaşma seviyesi olarak değerlendirilebilir. Bu nedenle performans, kurum amaçlarının yerine getirilmesi için gösterilen gayretlerin yorumlanması olarak da belirtilebilir (Songur, 1995, 1-2). Sağlık kurumlarında çalışan

ve örgüt performansı da bu tanımlardaki ölçütler kullanılarak yorumlanmalı ve çalışanların ayrı ayrı ve bir takım olarak hedeflenen ve planlanan amaçlara ulaşma seviyeleri ölçülerek değerlendirilmelidir. Böylece kurumlarda, çalışanların göstermiş oldukları performanslarına göre, teşvik edici düzenlemelere ve ödüllendirmelere yer verilmelidir. Ayrıca performans konusunda yeterli verimliliği gösteremeyen personelin bu durumları araştırılarak, nedenleri ortaya konmalı ve bu doğrultuda alınması gereken tedbirler planlanmalıdır.

Yüz yıla aşkın süredir tüm dünya ülkelerinde, hem özel sektör hem de kamu sektöründe çalışan bireylerin verimliliklerinin ölçülerek performans değerlemesi yapıldığı görülmektedir. Bu durumla paralel şekilde çalışan verimliliği, çalışan performansı ve performans ölçme ve değerlendirme kavramlarının da sistemli ve biçimsel olarak araştırılması yapılmakta ve çalışmalar hız kesmeden sürdürülmektedir. Türkiye’de ise geçmişte kamu sektöründe daha çok ilgi gördüğü bilinen bu araştırma ve uygulamaların artarak özel sektörde de popüler hale geldiği gözlenmektedir (Gümüştekin ve Öztemiz, 2005, 280). Bu nedenle performans kavramının doğru bir şekilde algılanmasında, çalışan performansı, görev performansı, bağlamsal performans, nitel performans ve nicel performans kavramlarının incelenmesi önemli görülmektedir.

5.2. Çalışan Performansı

Çalışanların verilen görevleri yerine getirme derecelerinin ya da iş görme becerilerinin belirlenmesi örgütler tarafında günümüzde en sık karşılaşılan problemlerdendir. Bu problemin çözümlenebilmesine duyulan ihtiyaç performans kavramının da önemini çok hızlı bir şekilde arttırmaktadır (Bayram, 2006, 50). Performans örgütler açısından ele alındığı zaman, belirlenmiş bir süre dahilinde üretilmiş olan mal veya hizmetin miktarıdır. Çalışan yönünden ele alındığı zaman ise performans; daha önceden belirlenmiş amaçlara ulaşabilmek için bireyin ortaya koyduğu etkinliklerin ve verimliliğin miktarıdır (Tutar ve Altınöz, 2010, 198).

Her türlü örgütün mutlaka üzerinde durması gereken olgulardan biri de çalışan performansıdır. Tanım olarak çalışan performansı ise, çalışanların kendileri için belirlenen ücret karşılığında yapmaları gereken iş, olarak tanımlanmaktadır. Örgütler bireysel performansa daha öncelik vermektedirler. Çünkü çalışanların performansı ne kadar iyi ise örgütün performansı da o kadar iyi olacaktır. Çalışanların motivasyonlarının yüksek olması ve örgüte bağlılık hissetmeleri performanslarının da artmasını sağlayacaktır (Duman ve Akdemir, 2016, 34).

Bir çalışma ortamında kişinin özellik ve kabiliyetlerine uygun olarak kendisine verilen işi, mevcut kaynakları belirli sınırlar içerisinde kullanarak, başarılı bir şekilde yerine getirme davranışı (Ulukuş, 2003, 6) olarak tanımlanan görev performansı, çalışan performansının tanımına ulaşılmasında ipuçları verilmektedir. Bu tanımdan yola çıkarak bir takımda çalışan performansından bahsedebilmek için; “kişinin önceden tanımlanmış

ve sınırları belirlenmiş bir işle karşı karşıya kalması, bu işin çalışanın özellik ve kabiliyetlerine uygun olması ve çalışanın işini gerçekleştirme derecesini göstergesi olan bir standardın olması gerekmektedir” (Ergül, 2012,44).

Çalışan performansının seviyesi örgütlerin amaçlarına ulaşmadaki başarıları açısından son derece önemlidir. Örgütler varlıklarını sürdürebilmeleri için çalışan performansının belirli bir düzeyin altına inmemesi gerekmektedir. Çalışan performansının özünde performans kavramı bulunduğu için öncelikle performans kavramının öneminin örgütlerce iyi anlaşılması gerekmektedir (İdikurt, 2019, 27).

Önceki zamanlarda performans anlayışı organizasyonlar için en düşük maliyetleme ile en yüksek üretim/hizmet ve dolayısı ile kazanç iken, şimdilerde bu düşünce yerini günümüzün rekabetçi koşullarının gereği olarak müşterinin tatmini, kalite ve yenilik gibi birçok farklı kriterlere doğru kaydırmıştır. Bu değişim organizasyonlarda performans değerlendirmesi ve denetimi noktasında önemlidir (Songur, 1995, 8). Performansın tespit edilmesi için, yapılan faaliyetlerin sonuçlarının değerlendirilmesi şarttır. Örgüt yöneticileri, performans ölçümünden edinilen bilgiler olmadan organizasyonlarının geleceğine dair doğru ve sağlıklı kararlar alamaz (Tetik, 2003, 222). Yani performansın ortaya konması, değerlendirilmesi ve geliştirilmesi başarılı bir yönetim anlayışı için önemli bir mecburiyettir (Aktaş, 2001,163). Tanımları ve araştırma bulguları derlendiğinde; kurum ve organizasyonlar performans kavramının sınırlarını oluşturup bu sınırlar çerçevesinde değerlendirme ve izleme çalışmaları yapmaları gerekmektedir. (Ergül, 2012, 45).

Sağlık kurumlarına başvuran hastaların her bir basamakta farklı bir sağlık çalışanı ile doğrudan muhatap olmaları sebebiyle çalışan performansı sağlık sektörü için oldukça önemli bir kavram olarak görülmelidir. Muayene olmak için hastaneye gelen bir kişiyi örnek olarak göstermek gerekirse, kuruma ilk giriş yaptığında otopark sorumlusu, sonrasında özel güvenlik birimi, ardından danışman, sekreter, hemşire, hekim, laborant, görüntüleme uzmanları, muhasebeci gibi pek çok çalışanla muhatap olmak mecburiyetindedir. Bu nedenle sağlık kurumlarında görev yapan tüm personel sağlık sektörü için oldukça önemli bir değer olarak görülmeli (Slatten, 2008, 380) ve performanslarının artırılması konusunda alınması gereken önlemler önceden planlanmalıdır.

5.3. Görev Performansı

Çalışanın veya işi yapan kişinin kendisinden beklenen işi gerçekleştirmesi ya da tamamlaması olarak tanımlanan görev performansında kastedilen performans, bireyin bilgi ve yeteneklerini kullanarak kendisinden istenen işin neticesini alma düzeyi olarak ifade edilmektedir. Fakat iş başarısını elde etmede yalnızca çalışanın bilgi ve yetileri değil aynı zamanda örgüt içi ve örgüt dışı pek çok etmen de bulunabilmektedir (Yıldız, Savcı ve Kapu, 2014).

Campell (1990)'in görev performansı tanımı yaygın olarak kullanılan bir tanımlama olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu tanıma göre; “ görev performansı örgütün hedefleri ile ilişkili davranışlar ve eylemler” olarak ifade edilmektedir. Bu tanımlamayla alakalı üç ilave değerlendirme yapılabilir; ilki, görev performansı tanımında sonuçlardan çok davranış kavramı tercih edilmektedir. İkincisi, görev performansı yalnızca örgüt hedefleri ile alakalı davranışları veya fiilleri içermektedir. Sonuncusu ise, görev performansı kavramı çok boyutlu bir kavramdır (Koopmans vd., 2011).

İş tanımının kapsamında bulunan tüm faaliyetlerin biçim yönünden ve mesleki olarak yerine getirilmesi için ortaya koyulan performans türü görev performansı olarak ifade edilmektedir. Görev performansı yapılacak olan işlerin ustalık yönüyle ve mesleki yönüyle ilgilenmektedir (Bağcı 2014, 61). Başka bir tabirle görev performansı çalışmakta olan bireyin görev tanımındaki işleri tamamlamak için ortaya koyduğu performanstır. Görev performansı özellik olarak bireysel, nesnel ve niceldir. Bu nedenle görev performansı açısından çalışanın yetenekleri, becerileri ve istekleri pek ön planda değildir. Görev performansında asıl amaç çalışanda var olan her türlü bilgi, beceri ve motivasyonun işe yönlendirilerek görevin tamamlanmasıdır (Tutar 2012, 6).

Görev performansının liderlik ve idari-teknik görev performansı olmak üzere iki alt bileşeni bulunmaktadır. Liderlik bileşeni çalışanın motivasyonunun değerlendirilmesi, astların değerlendirilmesi ve çalışan bireylerin idare edilmesi gibi insan ilişkilerinden meydana gelmektedir. İdari-Teknik bileşeni ise liderlik dışında kalan her türlü görevi kapamaktadır. Her türlü evrak işi, işlerin planlanması ve kalitenin kontrolü bu bilendedir. Kısaca yöneticilik kavramının iş kapsamı dışında kalan her türlü işlerin gerçekleşmesinde sergilenen performanstır (Ünlü ve Yürür, 2011, 184).

5.4. Bağlamsal Performans

Sosyal ve psikolojik bir şekilde işlerle alakalı eylemlerin yerine getirilmesi sırasında çalışmaya destek olan davranış kalıpları, bağlamsal performansı ifade etmektedir. Bağlamsal performans çalışanların görev tanımlarında yer almamakta, iyi niyetten kaynaklanmakta ve yapılacak olan işlerin tamamlanmasını kolaylaştırmaktadır (Özdevecioğlu ve Kanıgür 2009, 62).

Üyesi olunan takımın başarıya ulaşması açısından önem arz eden bağlamsal performans örgütün performansı açısından da olumlu etkiye sahiptir. Çünkü bağlamsal performans personel arasındaki olumlu davranışları geliştirmekte ve iş ortamının verimini arttırmaktadır. Bağlamsal performansın bu katkıları örgütlerin de performansını arttırıcı yönde etki etmektedir. Bağlamsal performans örnek olarak; kendi görevleri arasına bulunmamasına rağmen bir çalışanın başka bir çalışana yardım etmesi ya da takım halinde bir işin tamamlanması verilebilir. Bunların yanında çalışanın kendini işe adaması, iş motive olarak fazlasıyla çalışılması kurallara uygun bir şekilde

hareket etme ve inisiyatif kullanabilme de bağlamsal performans örneklerindendir. (Ünlü ve Yürür 2011, 185-186).

5.5. Nitel Performans

İşletme yöneticileri genellikle işletmenin kâr oranları ve büyüme rakamları üzerinden çalışan performansını değerlendirmektedir. Ancak performansın sadece finans verileri üzerinden değerlendirilmesi mevcut piyasa şartlarında yetersiz görülmektedir. Çünkü finans verileri yalnızca geçmiş hakkında bilgi sağlamakta gelecekle ilgili planlamalar konusunda katkı sağlamamaktadır. Finansal verilerin dışında başka veriler ve göstergelerden yararlanılması bu alandaki boşluğun doldurulmasını sağlayacaktır. Bu durumda nitel performans kavramı ön plana çıkmaktadır. Nitel performans işletmenin somut çıktılarından ziyade, işletmenin sahip olduğu insan kaynaklarını, kültürünü, çalışanların hoşnutluğunu ve müşterilerin memnuniyetini ortaya koyan soyut çıktıları kapsamaktadır (Aktuğ 2016, 40).

5.6. Nicel Performans

Geleneksel bir performans ölçme türüdür. Sayısal verilere dayanmaktadır. Genellikle işletmenin kârı üzerinden performans ölçümü yapılmaktadır. Nicel performansın çıktısı olarak; satışların ne kadar arttığına, pazar payının büyüme oranına, çalışan sayısına ve sermaye miktarına bakılmaktadır. İşletmeler bu sayısal verilere göre performans hesabı yaparken belli bir zaman dilimi için hedeflerini düşünmekte ya da diğer firmalarla kıyaslamada bulunmaktadır. Nicel performans somut veriler üzerinden değerlendirilmektedir. Ancak bu somut veriler yönetimin başarısı ile alakalı da olabilmektedir. Bu yönüyle nicel performansta nitel unsurlar da bulunabilmektedir. Kişisel yargı içermeyen objektif verileri kullanıyor olması nicel performansın olumlu özelliklerindendir (Aktuğ 2016, 40).

5.7. Performans Türleri

Performans, birey performansı, takım performansı ve örgüt performansı olarak üç farklı şekilde sınıflandırılabilir.

5.7.1. Birey Performansı

İşletmelerdeki personelin performansının değerlendirilip, bireysel olarak katılım gösterenlerin potansiyelini geliştirerek başarının devamını sağlayan stratejik bir yaklaşım olan bireysel performans, genel olarak bireyin görev esnasındaki verimliliği ve etkinliği olarak ifade edilmektedir. Bireysel performansta bireyin nitelikleri ve

yetenekleri örgütün başarı kriterleri ile kıyas edilmektedir. Bireyin göstermiş olduğu performansı ise bireyin becerileri ve başarıma güdüsü ortaya koymaktadır (İzgören, 2001, 99-100).

İlk olarak işe alınırken önemsenmekte olan performans, personel örgütte bulunduğu süre içerisinde ara ara ölçüme tabi tutulmaktadır. İşe alma esnasında bireyin o anki becerileri ve gelecekte kendisinden beklenen becerileri değerlendirilir. İlerleyen zamanlarda ise bireyin iş esnasındaki performansı değerlendirilmektedir. Bu değerlendirmeler bireyin örgüt içindeki konumunu, ilerleyişini, ödüllendirmeyi hak edip etmediğini ve daha sonraki dönemler için pozisyonunu belirlemeye yararmaktadır (Uyargil, 2008, 1).

Birey performansı, eğitim programları düzenlenirken ihtiyaçların belirlenmesine veri sağlamaktadır. Bunun yanında başarısız olduğu saptanan ve eğitim verildiği halde istenilen seviyeye gelemeyen bireylerin işten ayrılmasına karar verileceği zaman bireysel performans ölçütlerine başvurulmaktadır (Uyargil, 2008, 9).

5.7.2. Takım Performansı

Birbirine bağlı bölümlerden oluşan ekonomik ve sosyal örgütler işletme olarak adlandırılmaktadır. İşletmelerde çalışmakta olan personelin arasında sıkı bir işbirliğinin olması ve çalışanların birbirleri ile dayanışması işletmeler açısından oldukça önemlidir. Sonuç olarak çalışanlardan herhangi birinin başarısız olması ya da olumsuz bir davranış sergilemesi hem işletmenin geleceği açısından hem de müşteri kazanımı açısından olumsuz sonuçlar meydana getirecektir. Bu nedenler de örgüt çalışanları arasında etkili takımların meydana getirilmesi ve takım performansının artırılması, örgütlerin başarısı açısından oldukça gerekli olan durumlardandır (Fermani, 1985, 20).

Kurum ve kuruluşlar takım performansını arttırabilmek amacıyla yönetimin belirlemiş olduğu genel hedeflerin, hedeflere ulaşmada katkı sağlayacak olan personele iletilmesi için değerlendirme sistemi oluşturmaktadırlar. Kurum ve kuruluşlar stratejik planla genel hedeflerini belirledikten sonra, bu hedeflere ulaşılabilmesi için yapılması gerekenleri takımlara dağıtmaktadır. Her takım kendisinden beklenen hedeflere ulaşabilmek adına kendi çalışanları arasında görev dağılımı yaparak planın uygulamaya geçirilmesine yardımcı olmaktadır. Böylece genel hedeflerle de uyum sağlanmış olmaktadır (Patricia, 1984, 7-8).

Aşağıdaki etmenlerin takım performansı yönetiminde oldukça önemli rolü bulunmaktadır (Uyargil, 2008, 125-126).

- Takım hedeflerinin açıklanması, öncelik ve beklenti yönünden net bir şekilde yapılmalıdır.
- Takım içindeki işlerin ne şekilde dağıtılacağı iyi belirlenmelidir.
- Takım liderinin nitelikleri takıma ve hedeflere uygun olmalıdır.

- Takımın hem kendi içinde hem de diğer takımlarla uyumu sağlanmalıdır.
- Hedefler ve öncelikler iyi belirlenmelidir
- Performansın izlenebilmesi için takımların kendilerini yönetebilmeleri sağlanmalıdır.
- Takım üyelerinin beceri düzeylerinin yapılacak iş için uygun olması gerekmektedir.
- Takım için kaynak desteğinde bulunulmalıdır.

5.7.3. Örgüt Performansı

Örgüt performansı, belirli bir dönemin sonunda örgüt faaliyetlerinin ortaya koyduğu sonuç ve çıktılardır. Örgütün daha önceden belirlemiş olduğu hedeflere ulaşma düzeyi bu çıktılar üzerinden değerlendirilmektedir. Bu durumdan hareketle örgüt performansı, örgütün hedeflerine ulaşılabilmesi için gösterilen her türlü çabanın yorumlanması, olarak tanımlanabilmektedir (Songur, 1995, 1-2).

Yüksek bir performans elde etmek ve rekabet ortamında söz sahibi olabilmek örgütlerin en temel hedeflerindendir. Bazı örgütler performans ölçütü olan verimliliği baz alırken bazıları kârlılığı, bazıları da sıfır hatayı baz alabilmektedir. Yani her örgüt performans kavramına farklı açılardan bakabilmektedir (Erkut, 2001, 11).

Yöneticiler örgütlerin yeteneğini yükseltmeye çalışarak, belli bir değer meydana getirebilmek için kaynakları yararlı hale getirme sorumluluğu taşımaktadırlar. Örgütsel etkinliğin değerlendirme şeklinin bilinmesi açısından bu durum oldukça önemlidir. Örgütü başarıya ulaşması için örgüt performansı bir ölçüm niteliği taşımaktadır (Taşcıoğlu, 2010, 56).

5.8. Çalışan Performansını Etkileyen Faktörler

Daha önceden belirlemiş oldukları hedeflere ulaşabilmek için kurum ve kuruluşlar çalışanlarından en iyi verimi elde etmeyi amaçlamaktadırlar. Ancak kurum ve kuruluş çalışanlarının performanslarının her zaman yüksek olması imkânsız gibidir. Çünkü insanlar bazı durumlarda istese de istemese de kendisi ile alakalı, ailesi ve çevresi ile alakalı ya da işiyle alakalı sıkıntılar yaşayabilmektedir. Bu tür nedenlerden dolayı çalışan performansı olumsuz etkilenerek azalabilmektedir. Çalışan performansını etkileyen faktörler üç grupta ele alınmaktadır (Ergenç, 2003, 24).

Kişisel Faktörler, Konu ile ilgili yapılan çalışmaların sonuçlarına göre çalışanların kendileri ile ilgili olan faktörlerin performans üzerindeki etkisi oldukça yüksektir. Çalışanların kendileri ile ilgili faktörler arasında; zeka durumu, fiziksel özellikler, sahip olduğu yetenekler, sağlık problemleri, stres, psikolojik sorunlar ve motivasyon gibi faktörler gösterilebilmektedir (Tufan, 1999, 53).

Örgütsel Faktörler, Bireyler görev yaptıkları kurum veya kuruluşlarda performansa etki edecek faktörlerle karşılaşabilmektedirler. Bu faktörlerin belirlenip en aza indirilmesi yönünde tedbirler alınması oldukça önemlidir. Kurum ve kuruluşlarda çalışan performansını etkileyen faktörler genellikle aynı türdendir. Çalışan performansını etki eden bu faktörler; belirlenmiş olan politika, çalışma ortamı, çalışma şartları, kurum ya da kuruluşun yapısı, iletişim eksikliği ve personel sayısı olarak sıralanabilmektedir (Ergenç, 2003, 25).

Çevresel Faktörler, Bireylerin kendi yakın çevrelerinde yaşanan bazı olumsuz durumlar, bireylerin iş performanslarını etkileyebilmektedir. İnsan hayatında çevreyi meydana getiren “aile-arkadaş-toplum” üçlüsünün yeri oldukça önemlidir. Bu üçlüde yaşanan herhangi bir olumsuz durum bireyin performansına olumsuz olarak yansıyabilmektedir. Böyle durumlarda yöneticilerin ya da işverenlerin, bireyin performansını etkileyen çevresel problemi belirlemeleri önemlidir. Daha sonra ise çalışanın, mevcut sıkıntıların etkisinden mümkün olduğunca çabuk kurtulması için gereken önlemler alınmalıdır. Gerekli önlemler alınmadığı durumlarda çalışan önemsenmediğini hissetmekte ve iletişim problemleri yaşanabilmektedir. Bu tarz durumlarda çalışanın performansı daha da olumsuz etkilenebilmektedir (Tufan, 1999, 54).

5.9. Çalışan Performansının Öncül ve Sonuçları

Demografik şartlar, sosyal şartlar ve ekonomik şartlar, çalışan performansına doğrudan etki edebilmektedir. Bu faktörlerle birlikte çalışan performansa etki eden ve bazı öncüller de bulunmaktadır. Bu öncüller çalışan performansının da belirleyicileridir. Performans belirleyen bu öncüller genellikle terfiler ve ödüllendirmelerdir. Performans amaçlı olan kuruluş ve işletmelerde çalışanlar takdir, ödül ve terfi alabilmek için daha yüksek performans sergilemeye yolunu tercih edebilmektedirler (Bettencourt, 2004, 167).

Çalışan performansının öncüllerini Yusuf ve arkadaşları (2012) aşağıdaki gibi özetlemişleridir,

- Teknolojide yaşanan hızlı değişim
- Bilgi yönetimi farklılıkları
- Örgütsel öğrenme durumları
- Çalışanın kendiyle ilgili sorunlar (psikolojik ve duygusal sorunlar ya da bilgi, beceri eksiklikleri gibi)
- Çalışana dışardan etki eden faktörler (ailevi sorunlar gibi)
- Görev yapılan kurum ya da işletme ile ilgili faktörler (yapısal durum, iş yükü ve araç gereç durumu gibi)
- İş güvenliği

- Çalışanın mesleğinde ilerleme gelişme imkânının olup olmaması

Örgütlerin başarıya ulaşabilmeleri için en gerekli durumlardan birisi çalışanların performanslarının yüksek olmasıdır. Çalışan performansının sonuçları direkt olarak örgütlerin çıktılarına yansımaktadır. Çalışanlar ortaya etkili bir performans koyamadıkları zaman örgütlerin hedeflerine ulaşmaları güçleşmektedir. Bu nedenle örgütler hedeflerine ulaşabilmek adına, çalışan performansını arttıracak önlemler geliştirmelidirler (Kimberlee, 2019).

5.10. Performans Değerlendirme

Performansın değerlendirilmesi insan kaynaklarının üzerinde durduğu en önemli meselelerden biridir. Çalışanların bilgi, beceri ve başarı durumları performans değerlendirme ile belirlenmektedir. Performans değerlendirme sadece çalışanın değil aynı zamanda kurum veya işletmenin de belirlenen hedeflere ulaşma derecesini ortaya koymaktadır. Kurumda görev yapmakta olan personelin hangi yönlerinin etkin olduğu, eğitim ihtiyaçlarının olup olmadığı ve performansları, performans değerlendirme ile belirlenmektedir. Performans değerlendirme ile hem personel kendisini hem de kurum, çalışanların durumunu gözden geçirmektedir. Kurumlar ve yöneticiler açısından personelin pozisyonlarının gerektirdiği işi ne derece yaptıkları oldukça önemlidir. Bu dereceyi belirlemek için de performans değerlendirmesine başvurmaktadırlar. En basit tanımı ile performans değerlendirme; personellerin görev tanımında belirlenmiş olan işi gerçekleştirme seviyesinin belirlenmesidir. Performans değerlendirme, çalışanların emeklerinin karşılığını görmek istemeleri açısından da önemlidir. Çalışan yeterli olarak görüldüğünü hissederse iş tatmini de artmaktadır. Bu durum çalışan performansına olumlu bir şekilde yansımaktadır. Çalışanların yeterlilik durumunun görülmesi kurum açısından da önemli bir durumdur. Çünkü bir personelin görev tanımındaki işleri yerine getirmemesi kurumun zararına. Kurum tarafından bu çalışanlar performans değerlendirme ile tespit edilmeli, gerekirse eğitilmeli, ikaz edilmeli veya göreve devam edip etmemesi yönünde bir karar verilmelidir. Bunun yanında beklentiye karşılayan personellerin ödüllendirilmesi de performans açısından önem arz etmektedir (Fındıkcı 2001, 297-298).

5.10.1. Performans Değerlendirme Yöntemleri

Kurum veya işletmeler tarafından çalışanların performanslarını ölçmenin birçok yöntemi bulunmaktadır. Kurum veya işletmeler birbirlerinden farklı yapılarda olduğundan kendileri ile ilgili en etkin yöntemi bulup uygulamaları gerekmektedir. Yöntem belirlenirken bazı hususlara dikkat edilmesi gerekmektedir. Dikkat edilmesi gereken bu hususlar aşağıda belirtilmiştir (Bakan ve Kelleroğlu 2003, 113),

- Hangi teknikle, hangi özelliğin ölçüldüğü

- Hangi soruların sorulması gerektiği
 - Kurum veya işletmenin yapısına ve çalışan politikasına uygunluğu
 - Yönetici açısından ve değerlendirilecek personel açısından kabul edilebilirliği
- Performans değerlendirme ile ilgili olarak kurum veya işletmeler tarafında uygulanan bazı farklı yöntemler aşağıdaki başlıklar altında açıklanmaktadır.

5.10.1.1. Grafik Değerleme Skalaları

Bu yöntem kullanılarak çalışanla ilgili üç ölçüt belirlenmektedir. Bu üç ölçüt; çalışanın kişilik özellikleri, işle alakalı hal ve hareketleri ve yapmış olduğu işin sonuçlarıdır. Bu değerlendirme yapılırken çalışanın işle ilgili bilgileri, ne kadar süredir çalıştığı, devamlılığı, güvenilirliği, iş esnasındaki dikkati ve titizliği ve ekip çalışmasına yatkınlığı numerik ve yazılı olarak değerlendirilmektedir. Sonuçlar puanlarla belirlendiği için ve hazırlaması kolay olduğu için yöntemler arasında en sık kullanılanıdır (Barutçugil, 2016, 435).

Aşağıdaki tabloda grafik değerlendirme formu örneği gösterilmiştir.

Tablo 5.1. Grafik Değerlendirme Form Örneği (Sabuncuoğlu, 2005. 202).

<i>Bölüm,</i>					
<i>Değerlemeyi Yapan,</i>		<i>Değerleme Tarihi,</i>			
Çalışanın Adı Soyadı,	Çok Yetersiz	Yetersiz	Normal	İyi	Çok İyi
A. A.	()	()	()	()	()
T. U.	()	()	()	()	()
R. D.	()	()	()	()	()

5.10.1.2. Karşılaştırma Yöntemi

Bu yöntemin maliyeti diğer yöntemlere göre daha düşük ve uygulanması oldukça kolaydır (Sabuncuoğlu, 2005, 199). Çalışanları birbirleri ile kıyaslayan bu yöntemde, kişiler kendi yargıları üzerinden çalışanları iyiden kötüye doğru sıralamaktadırlar. Alternatif sıralama yapılacağı zaman tek bir özellik dikkat alınmakta bu özelliğe göre en iyi olduğu düşünülen çalışan listenin en başına en kötü olduğu düşünülen ise en sonuna yazılmaktadır. Daha sonra sırası ile diğer çalışanlar listeye yerleştirilmektedir. Puan verme yöntemine gidilecek olursa da her çalışan için belirlenen aralıklarda puanlar verilmektedir. Daha sonra da en yüksek puanı alan çalışandan en düşük puanı alana doğru sıralama yapılmaktadır (Güney 2015, 207-208).

Tablo 5.2. Karşılaştırma Yöntemi Form Örneği (Margaret, 1993, 46).**İŞİN NİTELİĞİ**

-Çok titiz ve dakik.
-Özenli bir işçi. Çok az hata yapıyor.
-Yeterli ama bazı düzeltmeler gerekiyor.
-Çoğunlukla asgari standartlara ulaşamıyor. Genellikle titiz değil.

İŞİN NİCELİĞİ

-İş hacmi çok yüksek.
-İş hacmi ortalamanın üstünde.
-İş hacmi yeterli.
-Çoğunlukla asgari standartlara ulaşamıyor.
-Asgari standartların altında. Düzeltmek için çok çaba gerek.

İŞ BİLGİSİ

-Uzman. Çok üstün bir bilgisi var.
-Konusunu yeter kadar biliyor. Yardıma nadiren ihtiyaç duyuyor.
-Yeterli bilgiye sahip.
-İşin asgari gereklerini yerine getirecek kadar bilgisi var.
-Bilgisi çok sınırlı. Sık sık yardıma ihtiyaç duyuyor.

SORUMLULUK

-İşi mükemmel bir biçimde planlayıp yürütüyor.
-İşi iyi planlayıp yürütüyor. Denetime çok az ihtiyaç gösteriyor.
-Bazen yol göstermek gerekiyor.
-Yol gösterilmediği zaman çoğunlukla iş yapamıyor.
-Her zaman yol gösterilmesini bekliyor.

5.10.1.3. Zorunlu Dağılım Yöntemleri

Bu yönetin uygulamasında yöneticiler çalışanların performanslarını birbirleri ile karşılaştırmakta ve sonuçları belirli yüzde oranları üzerinden sırlamaktadır. Bu yöntem genellikle çalışan sayısının az olduğu kurum ve işletmeler tarafından uygulanmaktadır (Barutçugil 2016, 438). Yapılan değerlendirmeler yüzdelik dilimler halinde olduğundan tek kişi ile ilgili spesifik bir sonuç değildir. Değerlendirme sonucuna ağırlıklı yüzdelik dilimler üzerinden varılmaktadır (Pakyapan 2016, 103). Tablo 5.3'te Zorunlu Dağılım Yöntemi Form Örneği gösterilmektedir.

Tablo 5.3. Zorunlu Dağılım Yöntemi Form Örneği (Akçakanat, 2009, 33).

Her grupta üzerinde durulan personeli en iyi tanımladığına inandığınız ifadenin önüne bir işaret koyunuz. Her bir ifade grubu için sadece bir işaret koyduğunuzdan emin olunuz.

- Çok sabırlıdır
- Mantıki olarak sonuca gider
- Kendi hataları için sorumluluğu üzerine alır
- İş çok akıllıca dağıtır
- İstisnai olarak adildir
- Arkadaşlarını teşvik eder

Her grupta üzerinde durulan personeli en iyi tanımladığına inandığınız ifadenin önüne bir işaret ve onu en az tanımladığına inandığınız ifadenin önüne diğer bir işareti koyunuz. Her bir ifade grubu için sadece iki işaret koyduğunuzdan emin olunuz.

- İyi bir genel kişiliğe sahip
- Kuvvet ve güdüden yoksun
- Küstah olma eğilimi gösterir
- Basiret gösterir
- Sadakatsizlik göstermez
- Kendisine ihtiyaç vardır
- Birçok hata yapar
- Çok parlak bir geleceği var

5.10.1.4. Kontrol Listesi Yöntemi

Diğer yöntemlere göre biraz daha kapsamlı bir performans değerlendirme yöntemidir. Değerlendirme listesinde bir grup iş tanımlanmakta ve kalıp cümleler bulunmaktadır. Değerlendirmeyi yapan kişi çalışanla örtüşen kalıp cümleyi liste üzerinde işaretlemektedir. Daha sonra yetkili kişiler bu cümleler üzerinden değerlendirme yapmaktadırlar. Her iş için ayrı liste gerektiğinden ve sonuç değerlendirmesi karışık olduğundan uygulaması zordur (Sabuncuoğlu 2005, 216). Tablo 5.4'te Kontrol Listesi Örneği gösterilmektedir.

Tablo 5.4. Kontrol Listesi Örneği (Sabuncuoğlu, 2005, 216).

Adı Soyadı,
Departman,
Değerlendirilenin Adı,
Tarih,
Aşağıdaki cümleleri okuyunuz ve değerlendirdiğiniz kişinin davranış ve çalışma durumuna en çok uyan cümlelerin hizasına (x) işaretini koyunuz. Kişinin çalışmasını ve davranışlarını tam olarak nitelemeyen cümlelerin karsısına işaret koymayınız.
Yapacak işi yok ise kendisine iş arar
Kendi işinin temel bilgilerini iyi bilir
Astlar onun yönetiminde iyi çalışır
Kişiyi geliştirici işlere ilgi gösterir
Hoş olmayan bir çalışma biçimi vardır
Düzensiz şekilde çalışır
Kendisine yeni bir iş verildiğinde o işin nasıl yapılacağını açıklanmasını ister
Kendisini geliştirecek önerilere aldırılmaz
Çabuk öğrenir
Başka birinin yardımı olmaksızın yeni bir işe girişmek istemez
Çalışırken küçük hatalar yapar
Sorumluluğu tartışmaksızın üstlenir
Başkalarının güvenliği için ciddi olarak uğraşır
Yaptığı işi yarıda bırakır
Arkadaşlarınca genellikle takdir edilir
Karmaşık işleri yapmayı sever
Anlatım güçlüğü çeker
Matematiksel sorunları çok iyi anlar

5.10.1.5. Kritik Olay Değerlendirme Yöntemi

Çalışanların devamlı yakından takip edilmesi ve kritik özellik gerektiren işler karşısında çalışanların göstermiş oldukları gayret ve başarıların kayıt altına alınması esası taşıyan bir değerlendirme türüdür (Barutçugil, 2016, 439). Bu yöntemi kullanan yöneticiler olayları kayıt altına alırken değişikliğe uğratmadan kayıtlamaktadırlar. Kayıtlarda çalışanda gözlenen performansla ilgili olarak beğenilen ya da beğenilmeyen davranışlar kayıt edilmektedir. Kayıt altına alınan olaylar genellikle yöneticiler tarafından kritik kabul edilen ve dikkat çeken olaylardır. Bu olaylarla ilgili çalışanın davranışları not edilirken mevcut koşulların da dikkate alınması gerekmektedir. Daha sonra bu kayıtlar analiz edilmekte, çalışanın performansı üzerinde bir kanıya varılmakta ve çalışana geri bildirimde bulunmaktadır. Bu yöntemle spesifik davranışlar üzerinde durulduğundan yöneticilerin çalışanlara ve üstlerin astlara geri bildirimde bulunması kolaydır. Bu geri bildirimler sayesinde çalışanlar kendi durumlarının ve kendilerinden beklenenlerin farkına varmaktadırlar.

Tablo 5.5. Kritik Olay Değerlendirme Formu Örneği (Pakyapan, 2016, 49).

Açıklama, Elemanın performansını kendi sözcüklerinizle değerlendirin. Özellikle iyi ya da kötü bulduğunuz performans alanlarını not edin ve açık seçik örnekler verin.

İŞ GÖREVLERİ**1- Etkililik**

- a) Belli görevleri yerine getirmekte çok başarılı.
- b) Görevlerini çok az hatayla yerine getiriyor.
- c) Görevlerini anladığı görülüyor.
- d) Kendi görevinin organizasyondaki diğer görevlerle karşılıklı ilişkisini anlıyor.

Olay-----

2- İş Bilgisi

- a) İşle ilgili alanlarda gerekli bilgiye sahip
- b) Gerekli kaynaklara ve yaratıcılığa sahip olduğu görülüyor.
- c) Alanındaki güncel gelişmelerden haberdar.
- d) Alanıyla ilgili meslek kuruluşlarının çalışmalarına katılıyor.

Olay-----

İNSAN İLİŞKİLERİ**1- İletişim**

- a) Karmaşık sorular ortaya çıktığında mantıklı, pratik ve anlaşılır önerilerde bulunuyor.
- b) Yazılı ve sözlü iletişim iyi.
- c) Örgütsel konularda becerikli.
- d) Nezaretçileri ve meslektaşlarını gerektiği gibi bilgilendiriyor.
- e) Başka insanların duygularını anlıyor ve onlarla ilgileniyor.

Olay-----

2- Başkalarıyla İlişkiler

- a) Diğer çalışanlara karşı saygılı.
- b) Diplomatça davranıyor.
- c) Örgüt içi ilişkilerin önemini farkında.
- d) Birlikte çalışmaktan hoşlanıyor.

Olay-----

DİĞER

Elemanın performansı ile ilgili kendi yorumlarınızı ekleyin.
Yorumlarınız belirli konularla ilgili olsun ve örneklerle dayansın.

5.10.1.6. 360 Derece Geribildirim Yöntemi

Son zamanların en çok kullanılan yöntemlerinden birisidir. Bu değerlendirme türünde çalışan, tüm personel ve müşteriler tarafından değerlendirmeye alınmaktadır. Çalışanlar kurum veya işletme ile 360 derece ilişkisi bulunan her kesim tarafından değerlendirilmektedir. Bu yöntemde çalışan, yapmış olduğu işle alakalı olarak iletişim süreci içine girdiği herkesten geri bildirim almış olmaktadır. Değerlendirme tek bir kişi yerine daha çok kişi tarafından yapıldığı için hata riski de azalmaktadır (Göktaş 2014, 49-50).

Çalışan birçok açıdan değerlendirildiği için, bu yöntemin en önemli faydalarından biri çalışanın geliştirilmesine imkân tanınmasıdır. Bu değerlendirmeye katılan çalışanların kurum veya işletmeye güveni sağlanırsa ve kimliklerinin açıkça belirtilmesinden çekinmezlerse geribildirimlerin doğruluk oranı daha da artmaktadır. Bu

durumda çalışanlar kendileri ile ilgili daha belirgin ve doğru değerlendirmelerle karşılaştıkları için, savunmaya girişmeden bu olumsuzlukları giderme yoluna gidebilmektedir (Mamatoğlu 2008, 158). Bu yöntemin aşağıda belirtildiği gibi iki alt uygulaması bulunmaktadır.

Yerinde İnceleme ve Gözlem Yöntemi, İnsan kaynakları birimi yöneticisinin çalışanlarla ilgili hazırlamış olduğu soruların çalışanlara yöneltildiği bir değerlendirme yöntemidir. Cevaplama sonucunda düzenlenen raporlar gözden geçirilip düzeltilmesi için yeniden yöneticiye ulaştırılmaktadır. Yapılacak düzeltmeler sonunda yönetici raporların son halini onaylamakta ve böylece çalışanların performansları ile ilgili bir değerlendirme yapılmış olunmaktadır (Pakyapan 2016, 111).

Amaçlara Göre Değerleme Yöntemi, Çalışan performansının çalışan niteliklerine göre değil de kurum veya işletmenin amaçlarına ve elde edilen sonuçlara göre değerlendirilmesi yöntemidir. Bu yöntemde öncelikli olarak yönetici ve çalışan beraberce dönem hedefi belirlemektedir. Hedef belirleme sürecine çalışanın da dahil olması hedeflere ulaşılması açısından önemlidir. Hedeflerle ilgili görüş birliğine varıldıktan sonra, hedeflere yönelik planlar hazırlanmalıdır. Belirlenen sürenin sonunda yöneticiler ve çalışanlar bir araya gelerek hedeflere ne derece ulaşıldığını belirlemeye çalışmaktadırlar. Hedeflere ulaşma düzeyi düşükse bunun sebepleri de beraberce değerlendirmeye alınmaktadır. Tüm bu çalışmalar sonunda çalışanın o dönem içindeki performansı ortaya koyulmuş olmaktadır (Öztürk 2009, 67).

Yöneticiler çalışanları ile ilgili hazırlıklarını yaptıktan sonra onlarla görüşmelidirler. Bu hazırlıklarda çalışanın görev tanımı ve varsa daha önceki değerlendirme sonuçları dikkate alınmalıdır. Çalışana herhangi bir veriye dayanmayan bilgi iletilmemelidir ve çalışan bir başka iş arkadaşı ile kıyas edilmemelidir. Çalışana sonuçlar ileildikten sonra onun da fikri alınmalıdır. Son olarak da yeni hedefler üzerinde durulmalı ve bunlarla ilgili planlamalardan bahsedilmelidir (Pakyapan 2016, 112).

5.11. Sağlık Personelinin Çalışan Performansı

Sağlık kurumlarında performans kavramının genellikle “hizmet kalitesi” olarak ele alındığı görülmektedir. Bu anlamda ele alındığı zaman JCAHO’ya göre sağlık alanında performans; sağlık hizmetleri ile ilgili doğru işi iyi yapmak, uygulamalarda meslekle ilgili son bilgi ve becerileri takip etmek, hasta ve hizmet için en uygun malzemeleri kullanmak, zaman kaybı yaşamadan, tam, güvenilir ve doğru bir şekilde hastalara hizmet sunmaktır (Tengilimoğlu, vd., 2009, 322).

Kurum içerisinde sağlık çalışanlarının performansı, kurumun amaçları doğrultusunda personelin katkısını ortaya koymaktadır. Sağlık çalışanlarının performansı sadece çalışanın örgütsel görevini ne derece yaptığını ifade etmemekte aynı zamanda hasta memnuniyetini de etkilemektedir. Bu durum sağlık kurumları açısından

daha iyi çıktılara ulaşılabilmesi için, performans yönetiminin ne kadar gerekli ve önemli olduğunu ortaya koymaktadır. Son yıllarda sağlık sektöründe performansa dayalı ücretlendirme uygulamasının hayata geçirilmesi ile performans, çalışanların görev tanımında yapması gerekenleri yerine getirebilmek için gerçekleştirdiği her türlü eylem olarak ifade edilmeye başlanmış olmaktadır (Yorgun, vd., 2010, 404-405). Bu ifade türü sağlık performansının niteliksel olarak değil niceliksel olarak ele alındığını göstermektedir.

Sağlık personelinin, özellikle de doktorların ve hemşirelerin iş performansları, sağlık hizmetlerinin daha verimli, daha etkili ve kesintisiz gerçekleştirilebilmesi açısından oldukça önemlidir. Konu ile ilgili literatür incelendiği zaman sağlık kuruluşlarında iş performansını nelerin etkilediği ile ilgili çalışmaların sayısının az olduğu görülmektedir. Bu nedenle sağlık personellerinin özellikle de doktor ve hemşirelerin iş performansına etki eden bireysel, toplumsal ve örgütsel tüm faktörlerin bütüncül bir çerçevede ele alınarak araştırılması önem arz etmektedir.

6. YÖNTEM

Bu bölümde, araştırmanın modeli, çalışma grubu, veri toplama araçları ve verilerin analizine ilişkin açıklayıcı bilgiler verilmiştir.

6.1. Araştırmanın Modeli

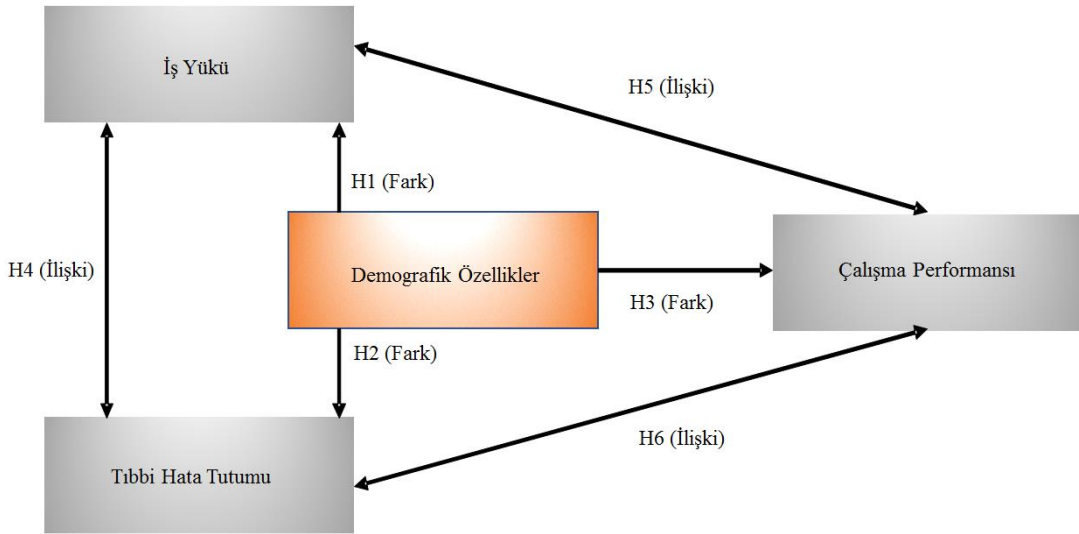
Bu çalışmada, iş yükü ve tıbbi hata tutumunun sağlık çalışanlarının performansı üzerindeki etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Bu kapsamda yapılan çalışma, “kesitsel tarama modeli” ile gerçekleştirilmiştir. Literatürde, tarama modeli çalışmalar, mevcutta var olan bir durumun kavramsal çerçeve ve araştırma verileri ışığında tüm yönleriyle ortaya konulması şeklinde tarif edilmektedir. Örneğin; insanların dinsel ön yargılarının nedenlerini ortaya koymayı amaçlayan açıklayıcı bir araştırmanın sonuçları da zamanda belirli bir ana ilişkin sonuçlar olacaktır. Kesitsel araştırmaların temel sınırlılığı, sadece tek bir tarihsel bağlama sahip olmalarıdır. Bu nedenle zaman içinde oluşan nedensel ilişkileri açıklamak isteyen açıklayıcı araştırmaların, sadece belirli bir ana ilişkin gözlemlere dayanarak bilgi vermeleri, bu araştırmaları zayıflatan faktörlerden biridir. Yapılan açıklayıcı araştırmaların zamanla tekrarlanmaları, bu sorunun çözülmesine yardımcı olur (Earl, 2004).

6.2. Araştırmanın Problemi

Çalışmanın amacı doğrultusunda ana problem cümlesi; “sağlık personelinin performansına iş yükünün ve tıbbi hata tutumunun etkisi nedir?” şeklinde oluşturulmuştur. Bu kapsamda araştırmada öncelikle konu ile ilgili önceki araştırmalara değinilmiş, ardından sağlık personeli iş yükü kavramı incelenmiştir. Daha sonra, tıbbi hatalar, tıbbi hatalarda sağlık personelinin tutumu, performans, performans değerlendirme ve sağlık çalışanı performansı kavramsal bir çerçeve olarak sunulmuştur. Araştırmanın son bölümlerinde ise sağlık personeli örneklemini üzerinde yapılan araştırmaların bulguları ve ulaşılan sonuçlar verilerek, bulgular ilgili literatür eşliğinde tartışılmıştır.

6.3. Araştırmanın Hipotezleri

Yapılan çalışmanın amacı ve problemi doğrultusunda Şekil 6.1’de gösterilen model geliştirilmiş ve bu doğrultuda da aşağıda ifade edilen hipotezlerin geçerlilikleri test edilmiştir.



Şekil 6.1. Araştırmanın Kavramsal Modeli

H1, Sağlık personelinin iş yükü düzeyleri demografik özelliklerine göre istatistiksel olarak farklılık göstermektedir.

H1a, Sağlık personelinin iş yükü düzeyleri cinsiyete göre tıbbi hata tutum düzeyleri istatistiksel olarak farklılık göstermektedir.

H1b, Sağlık personelinin iş yükü düzeyleri yaşa göre performans düzeyleri istatistiksel olarak farklılık göstermektedir.

H1c, Sağlık personelinin iş yükü düzeyleri medeni duruma göre tıbbi hata tutum düzeyleri istatistiksel olarak farklılık göstermektedir.

H1d, Sağlık personelinin iş yükü düzeyleri eğitim durumuna göre tıbbi hata tutum düzeyleri istatistiksel olarak farklılık göstermektedir.

H1e, Sağlık personelinin iş yükü düzeyleri mesleğe göre istatistiksel olarak farklılık göstermektedir.

H1f, Sağlık personelinin iş yükü düzeyleri meslekteki toplam çalışma süresine göre istatistiksel olarak farklılık göstermektedir.

H2, Sağlık personelinin tıbbi hatalarda tutum düzeyleri demografik özelliklerine göre istatistiksel olarak farklılık göstermektedir.

H2a, Sağlık personelinin tıbbi hatalarda tutum düzeyleri cinsiyete göre tıbbi hata tutum düzeyleri istatistiksel olarak farklılık göstermektedir.

H2b, Sağlık personelinin tıbbi hatalarda tutum düzeyleri yaşa göre performans düzeyleri istatistiksel olarak farklılık göstermektedir.

H2c, Sağlık personelinin tıbbi hatalarda tutum düzeyleri medeni duruma göre tıbbi hata tutum düzeyleri istatistiksel olarak farklılık göstermektedir.

H2d, Sağlık personelinin tıbbi hatalarda tutum düzeyleri eğitim durumuna göre tıbbi hata tutum düzeyleri istatistiksel olarak farklılık göstermektedir.

- H2e, Sağlık personelinin tıbbi hatalarda tutum düzeyleri mesleğe göre istatistiksel olarak farklılık göstermektedir.
- H2f, Sağlık personelinin tıbbi hatalarda tutum düzeyleri meslekteki toplam çalışma süresine göre istatistiksel olarak farklılık göstermektedir.
- H3, Sağlık personelinin çalışma performansı düzeyleri demografik özelliklerine göre istatistiksel olarak farklılık göstermektedir.
- H3a, Sağlık personelinin çalışma performansı düzeyleri cinsiyete göre tıbbi hata tutum düzeyleri istatistiksel olarak farklılık göstermektedir.
- H3b, Sağlık personelinin çalışma performansı düzeyleri yaşa göre performans düzeyleri istatistiksel olarak farklılık göstermektedir.
- H3c, Sağlık personelinin çalışma performansı düzeyleri medeni duruma göre tıbbi hata tutum düzeyleri istatistiksel olarak farklılık göstermektedir.
- H3d, Sağlık personelinin çalışma performansı düzeyleri eğitim durumuna göre tıbbi hata tutum düzeyleri istatistiksel olarak farklılık göstermektedir.
- H3e, Sağlık personelinin çalışma performansı düzeyleri mesleğe göre istatistiksel olarak farklılık göstermektedir.
- H3f, Sağlık personelinin çalışma performansı düzeyleri meslekteki toplam çalışma süresine göre istatistiksel olarak farklılık göstermektedir.
- H4, Sağlık personelinin iş yükü tıbbi hata tutumu üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkiye sahiptir.
- H5, Sağlık personelinin iş yükü çalışan performansı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkiye sahiptir.
- H6, Sağlık personelinin tıbbi hata tutumu çalışan performansı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkiye sahiptir.

6.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Adana ilindeki özel ve kamu hastanelerinde görev yapan sağlık çalışanları oluşturmaktadır. Bu kapsamda, araştırmanın örneklem grubu, Adana ilinde bulunan; Adana Şehir Hastanesi, Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi ve Seyhan Devlet Hastanesi'nde sağlık çalışanları olarak belirlenmiştir.

Katılımcıların seçiminde amaçlı örnekleme yöntemlerinden basit tesadüfi örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Örneklem oluşturulurken, katılımcıların gönüllü olarak çalışmaya katılmalarına özen gösterilmiştir. Araştırma evrenini yeterli düzeyde temsil edecek örneklem büyüklüğünün hesaplanabilmesi için aşağıda gösterilen denklemden yararlanılmıştır (Bulut, 2022).

$$n = \frac{Nt^2 pq}{d^2(N - 1) + t^2 pq}$$

İlgili denklemden;

n, Örneklem sayısı

N, Hedef kitledeki birey sayısı (Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi=4175; Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi=3300; Seyhan Devlet Hastanesi=2150; Toplam=9625 kişi)

t, İstatistik t tablosundan belirli bir güven aralığı düzeyinde tespit edilen değer (%95 güven aralığı için 1,96'dır)

p, İncelenen olayın görülüş sıklığı (0,9)

q, İncelenen olayın görülmeme olasılığı (0,1)

d, Standart sapma hatası (0,05)

Yukarıda ifade edilen denklem kullanılarak yapılan hesaplama sonucunda çalışma ulaşılmaması gereken asgari örneklem sayısı 370 kişi olarak belirlenmiştir. Bu doğrultuda araştırmaya dahil edilen hastanelerde, doktor, hemşire ve diğer sağlık çalışanı olarak görev yapan 492 kişi çalışmaya katılım sağlamıştır. Araştırmaya katılan bireylere uygulanan anketlerden 32 anket formunda eksiklikler bulunduğu belirlenmiş ve analizlere dahil edilmemiş, 460 anket formunda yer alan verilere ise istatistiksel analizler uygulanmıştır.

6.5. Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerinin toplanmasında anket tekniği kullanılmıştır. Katılımcılara uygulanan yüz yüze görüşme tekniği ile yapılmıştır. Anketlerden elde edilen veriler araştırmanın problemleri bağlamında istatistiksel yöntemlerle analiz edilmiş ve yorumlanmıştır.

Araştırmada kullanılan anket formu dört bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde, katılımcıların bazı tanımlayıcı özelliklerinin belirlenmesine yönelik sorular bulunmaktadır. Tez çalışmasında veri toplama yöntemi olarak üç ölçek kullanılmıştır. İş yükü, tıbbi hata tutumu ve çalışan performansına ilişkin hazırlanan bu ölçeklerin güvenilirlik hesaplamaları Cronbach alfa katsayıları ortaya konulmuştur. Buna ilişkin genel kabul gören değerler aşağıda sunulmuştur (Alpar,2020).

ALFA KATSAYISI	AÇIKLAMA
0,80-1,00	Geliştirilen test/ölçek yüksek güvenilirliğe sahiptir.
0,60-0,79	Geliştirilen test oldukça güvenilirlerdir.
0,40-0-59	Geliştirilen testin güvenilirliği düşüktür.
0,00-0,39	Geliştirilen test güvenilir değildir.

İş Yükü Ölçeği (İYÖ), İş Yükü Ölçeği, Duxbury ve Higgins (1994) tarafından geliştirilmiştir. İYÖ, bireylerin yürüttükleri işlerinde problem, uyumsuzluk vb. nedenlerle karşılaştıkları iş yükü düzeyinin belirlenmesinde kullanılmaktadır. Ölçekte, 1=Kesinlikle katılmıyorum ve 5=Kesinlikle katılıyorum şeklinde 5'li likert puanlama ile oluşturulmuş toplam 11 madde yer almaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 11

en yüksek puan ise 55'tir. Ölçekten alınan daha yüksek puanlar o bireyin iş yükünün fazla olduğunu ve işini daha az tolere edebildiğini göstermektedir. Ölçeğin, Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Aycan ve Eskin (2005) tarafından yapılmıştır. İYÖ ölçeğinin orijinalinin Cronbach alfa (α) güvenilirlik katsayısı 0.82'dir. Bu araştırmada ise ölçeğin α katsayısı 0.850 olarak bulunmuştur.

Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği (THTÖ), Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği, Güleç (2012) tarafından geliştirilen ve sağlık çalışanlarının tecrübe etmeleri muhtemel hatalara karşı tutumlarını ölçmeye yarayan bir ölçektir. Ölçek, 5'li likert (1=Kesinlikle katılmıyorum, 5=Kesinlikle katılıyorum) tipi puanlama yapılmış toplam 16 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin 10. ve 13. maddeleri ters puanlandırılmıştır. THTÖ, "tıbbi hata algısı" (1 ve 2. madde), "tıbbi hata yaklaşımı" (3, 8, 10, 11, 12, 13 ve 14. madde) ve "tıbbi hata nedenleri" (4, 5, 6, 7, 9, 15 ve 16. madde) altında gruplandırılmış üç alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 16 ve en yüksek puan 80'dir. Ayrıca, ölçekten ortalama 38-40 puan alan çalışanların tıbbi hata tutumları 'olumsuz', 38-40 puan ve üzeri alan çalışanların tıbbi hata tutumları 'olumlu' olarak değerlendirilmektedir. Bu bağlamda olumsuz tutum, çalışanların tıbbi hatalarının ve hata bildirimlerinin öneminin farkındalığının düşük, olumlu tutum ise yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.523 olarak bulunmuştur. Bu araştırmada, ölçeğin ortalama değeri 0.618 olarak hesaplanmıştır.

Çalışan Performansı Ölçeği (ÇPÖ), Çalışan Performansı Ölçeği, çalışanların iş performanslarını ölçmek için Erdoğan (2011) tarafından geliştirilen bir ölçektir. ÇPÖ, 7 maddeden oluşan ölçek sorularına verilen cevaplar 5'li likert (1=Kesinlikle katılmıyorum, 5=Kesinlikle katılıyorum) türünde puanlanmıştır. Ölçekten alınan daha yüksek puanlar çalışanların daha yüksek iş performanslarını temsil etmektedir. Tek boyuttan oluşan ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,830 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada ise ölçeğin alfa değeri 0,778 çıkmıştır.

6.6. Verilerin Analizi

Araştırma kapsamında elde edilen verilerin istatistiksel analizinde SPSS sürüm 25 programı kullanılmıştır. Araştırma verilerinin tanımlayıcı istatistikleri için verilerin frekans ve yüzde dağılımları ile ortalama ve standart sapma puanları kullanılmıştır. Yorumlayıcı istatistiksel analizler için ise katılımcıların ölçek maddelerine verdikleri ortalama puanların gruplara göre farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir. Ayrıca, çalışmada korelasyon (pearson correlation) ve regresyon (çoklu doğrusal) analizi yapılmıştır. Analizlerde, verilerin %95 güven aralığı (0,05 hata payı) dikkate alınmıştır.

Çalışmada öncelikle yorumlayıcı istatistiksel analiz tekniklerine karar vermek üzere verilerin normal dağılım gösterip göstermedikleri incelenmiştir. Bu doğrultuda yapılan normallik analizi sonuçları Tablo 3.3'de sunulmuştur.

Tablo 6.1. Normallik Analizi

<i>Ölçek ve Alt boyutu</i>	<i>Kolmogorov-Smirnov</i>			<i>Çarpıklık (Skewness)</i>	<i>Basıklık (Kurtosis)</i>
	<i>İstatistik</i>	<i>Sd</i>	<i>p</i>		
İş yükü ölçeği	,086	452	,000	-0,436±0,115	-0,143±0,229
Tıbbi hatalarda tutum ölçeği	,083	452	,000	-0,407 ±0,115	1,264±0,229
Tıbbi hata algısı boyutu	,169	452	,000	0,219±0,115	0,135±0,229
Tıbbi hata yaklaşımı boyutu	,081	452	,000	-0,190±0,115	0,103±0,229
Tıbbi hata nedenleri boyutu	,084	452	,000	-0,220±0,115	0,586±0,229
Çalışan performansı ölçeği	,088	452	,000	-0,042±0,115	0,167±0,229

Tablo 6.1’de gösterilen Kolmogorov-Smirnov normallik analizi sonuçlarına göre, araştırma ölçeklerine ait verilerinin normal dağılım göstermediği söylenebilir ($p<0,05$). Fakat, verilerin çarpıklık ve basıklık değerlerine ilişkin olarak, Tabachnick ve Fidell (2014) -1.5/+1.5 ve George ve Mallery (2010) -2/+2 arasındaki değerlerin verilerin normal dağıldığını gösterdiği belirtilmektedir.

Bu doğrultuda, verilerin normal dağılım gösterdiği varsayımı kabul edilmiş ve parametrik Bağımsız Örneklem t Testi (Independent Samples t test), Tek Yönlü Varyans Analizi (One Way ANOVA) testleri uygulanmıştır. Ortaya çıkan farklılıkların hangi grubun lehine olduğunu belirlemek için ise Post-Hoc (LSD) testi yapılmıştır.

7. BULGULAR

Çalışmanın bu bölümünde, araştırma verilerinin analizleri neticesinde ulaşılan bulgular yer almaktadır.

7.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılım sağlayan katılımcıların tanımlayıcı özellikleri aşağıda tablolar halinde sunulmuştur.

Tablo 7.1. Katılımcıların Cinsiyet Grupları (n=492)

<i>Tanımlayıcı Özellik</i>	<i>Grup</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Cinsiyet	Kadın	309	67,2
	Erkek	151	32,8
	Toplam	460	100,0

Tablo 7.1’de yer alan verilere göre; katılımcıların %67,2’si kadın (309 kişi) ve %32,8’i erkektir (151 kişi). Buna göre araştırmaya ağırlıklı olarak kadın sağlık çalışanları katılım sağlamıştır.

Tablo 7.2. Katılımcıların Yaş Grupları (n=492)

<i>Tanımlayıcı Özellik</i>	<i>Grup</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Yaş	18-25 yaş	63	13,7
	26-35 yaş	207	45,0
	36-45 yaş	145	31,5
	46-55 yaş	43	9,3
	56 yaş ve üzeri	2	,4
	Toplam	460	100,0

Tablo 7.2’de yer alan verilere göre; katılımcıların yaş grupları 18-25 yaş %13,7; 26-35 yaş %45,0; 36-45 yaş %31,5; 46-55 yaş %9,3 ve 56 yaş ve üzeri %0,4 olmak üzere yaş ortalamalarının 34,39 yaş olduğu belirlenmiştir.

Tablo 7.3. Katılımcıların Medeni Durumları (n=492)

<i>Tanımlayıcı Özellik</i>	<i>Grup</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Medeni Durum	Bekar	193	42,0
	Evli	267	58,0
	Toplam	460	100,0

Tablo 7.3’de yer alan verilere göre; katılımcıların %42,0’si bekar ve %58,0’i evlidir. Buna göre araştırmaya katılan evli bireyler nispeten çoğunluğu oluşturmaktadır.

Tablo 7.4. Katılımcıların Eğitim Durumları (n=492)

<i>Tanımlayıcı Özellik</i>	<i>Grup</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Eğitim Durumu	Ortaöğretim	47	10,2
	Önlisans / Lisans	328	71,3
	Lisansüstü	85	18,5
	Toplam	460	100,0

Tablo 7.4’de yer alan verilere göre; katılımcıların %10,2’si ortaöğretim, %71,3’ü önlisans/lisans ve %18,5’i ise lisansüstü düzeyinde eğitime sahiptir. Bu sonuçlara göre, araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının eğitim düzeylerinin oldukça yüksek olduğu söylenebilir.

Tablo 7.5. Katılımcıların Mesleki Dağılımları (n=492)

<i>Tanımlayıcı Özellik</i>	<i>Grup</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Meslek Grubu	Hekim	63	13,7
	Hemşire	313	68,0
	Tıbbi Sekreter	32	7,0
	Diğer	52	11,3
	Toplam	460	100,0

Tablo 4.5’de yer alan veriler incelendiğinde; katılımcıların %13,7’sinin hekim, %68,0’inin hemşire, %7,0’sinin tıbbi sekreter ve %11,3’ünün ise diğer sağlık çalışanı olduğu belirlenmiştir. Buna göre, araştırmaya ağırlıklı olarak hemşire olarak görev yapan sağlık çalışanları katılım sağlamıştır.

Tablo 7.6. Katılımcıların meslekteki toplam çalışma süreleri (n=492)

<i>Tanımlayıcı Özellik</i>	<i>Grup</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Mesleki Kıdem	1 yıldan az	6	1,3
	1-3 yıl	76	16,5
	3-5 yıl	61	13,3
	5-8 yıl	66	14,3
	8-10 yıl	22	4,8
	10-15 yıl	77	16,7
	15-20 yıl	62	13,5
	20-25 yıl	41	8,9
	25 yıl ve üzeri	49	10,7
	Toplam	460	100,0

Tablo 7.6’da yer alan veriler incelendiğinde; katılımcıların meslekteki toplam çalışma sürelerinin ortalaması 11,45 yıl olarak bulunmuştur.

7.2. Araştırma Problemlerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde; “sağlık personelinin performansına iş yükünün ve tıbbi hata tutumunun etkisi nedir?” şeklindeki araştırmanın probleminin cevaplarının aranmasına yönelik olarak yapılan istatistiksel analizler sonucunda ulaşılan bulgular yer almaktadır.

7.2.1. Katılımcıların, İş Yükü, Tıbbi Hatalarda Tutum ve Çalışan Performansı Düzeylerine İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılım sağlayan sağlık çalışanlarının iş yükü, tıbbi hatalarda tutum ve çalışan performansı düzeylerinin belirlenmesi amacıyla kullanılan ölçeklerde yer alan sorulara bireylerin verdikleri cevapların ortalama puanları incelenmiştir. Bu doğrultuda elde edilen bilgiler Tablo 7.7’de sunulmuştur.

Tablo 7.7. Katılımcıların ölçek sorularına verdikleri ortalama puanlar

Soru Nu.	Ölçek İfadesi	Ort. ± Std. s.
1.	İşimde benden talep edilenler kapasitemin üstünde	3,38±1,370
2.	İş yüküm oldukça ağır	3,79±1,212
3.	İşim hafta sonları ve akşamları da çalışmamı gerektiriyor	3,77±1,478
4.	İş yüküm beni aşıyor	3,49±1,293
5.	İşlerimi yetiştirebilmek için özel hayatımdan fedakârlık yapmam gerekiyor	3,67±1,394
6.	Normal iş saatleri içinde işlerimi bitirmekte zorlanıyorum	3,21±1,326
7.	İşlerimi rahat ve zamanında yetiştirebiliyorum	3,10±1,283
8.	Yaptığım iş bilgi ve beceri seviyemin üzerinde	2,46±1,314
9.	İş yükümün ve aldığım sorumlulukların altında eziliyorum	2,93±1,362
10.	İşim çok ve uzun saatler çalışmamı gerektiriyor	4,13±1,361
11.	Şu anda çalıştığım pozisyon çok fazla işle ve kişiyle uğraşmamı gerektiriyor	2,37±1,174
İş Yükü Ölçeği Toplam Puan Ortalaması		37,76±9,137
1.	Tıbbi hatayı yapan kişi suçsuzdur	2,37±1,225
2.	Bir tıbbi hata bildirildiğinde anlayışlı olunmalıdır	3,74±1,019
Tıbbi Hata Algısı Boyutu		6,10±1,870
3.	Tıbbi hatalar ve nedenleri çalışanlarla açıkça tartışılmalıdır	4,16±1,012
8.	Yapılan tüm hataların bildirilmesinden yanayım	3,92±1,0106
10.	Yaptığım tıbbi hataları bildirmekten kaçınırım.	3,76±1,197
11.	Kurum yöneticileri hatalardan öğrenmeyi destekleyen bir yaklaşım sergilemelidirler	4,01±1,172
12.	Tıbbi hatalar ve nedenleri yöneticiler arasında tartışılmalıdır	4,21±0,932
13.	Eğer tıbbi hata oluşmadan önlenmiş ise bildirilmesine gerek yoktur	2,79±1,364
14.	Yapılan tıbbi hatalar hastaya/ hasta yakınına açıklanmalıdır	3,22±1,230
Tıbbi Hata Yaklaşımı Boyutu		25,86±4,207
4.	Tıbbi hatalar, hata yapan kişinin iletişim eksikliğinden kaynaklanır	3,09±1,201
5.	Tıbbi hatalar sistem yetersizliklerinden kaynaklanır	3,35±1,133
6.	Tıbbi hatalar, hata yapan kişinin bilgi eksikliğinden kaynaklanır	3,00±1,158
7.	Bakım verilen hasta sayısının fazla olması tıbbi hata sayısını artırır	4,24±0,999
9.	Günlük çalışma saatinin uzun olması tıbbi hataları artırır	4,30±1,006
15.	Yapılan birçok tıbbi hata aslında önlenabilir durumlardan kaynaklanmaktadır	3,69±1,071
16.	Tıbbi hataların bildirilmesi hasta güvenliğini artırır	4,06±1,016
Tıbbi Hata Nedenleri Boyutu		25,62±4,221
Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği Toplam Puan Ortalaması		57,57 ± 7,467
1.	Bir çalışan olarak memnuniyet seviyem yüksektir	2,73±1,327
2.	Devamsızlık oranlarım düşüktür	4,10±1,048
3.	Moralim yüksektir	3,09±1,321
4.	Görevlerimi tam zamanında tamamlarım	4,10±0,984
5.	İş hedeflerime fazlasıyla ulaşıyorum	3,91±0,998
6.	Sunduğum hizmet kalitesinde standartlara fazlasıyla ulaştığımdan eminim	3,89±1,048
7.	Bir sorun gündeme geldiğinde en hızlı şekilde çözüm üretirim	4,12±0,864
Çalışan Performansı Ölçeği Toplam Puan Ortalaması		25,89±5,038

Tablo 7.7’de yer alan ortalama puanlar incelendiğinde; araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının iş yükü ölçeğinden 37,76 toplam puan ortalaması elde ettikleri belirlenmiştir. Ölçekten, min=11 ve max=55 toplam puan alınabileceği göz önünde bulundurulduğunda, sağlık çalışanlarının algıladıkları iş yüklerinin genel ortalamasının (ort.=33) üstünde ve nispeten fazla olduğu söylenebilir. Bireylerin iş yükü ölçeğini oluşturan sorulara verdikleri ortalama puanlar incelendiğinde; en fazla puanların, “İşim çok ve uzun saatler çalışmamı gerektiriyor” ve “İş yüküm oldukça ağır” sorularına ve en düşük puanların ise, “Şu anda çalıştığım pozisyon çok fazla işle ve kişiyle uğraşmamı gerektiriyor” ve “Yaptığım iş bilgi ve beceri seviyemin üzerinde” sorularına verildiği görülmüştür.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının tıbbi hatalarda tutum ölçeğinden 57,57 toplam puan ortalaması elde ettikleri belirlenmiştir. Ölçekten, 38-40 puan ve üzeri alan çalışanların tıbbi hata tutumlarının olumlu olduğu değerlendirilmektedir. Bu doğrultuda, sağlık çalışanlarının tıbbi hatalara yönelik tutumlarının yüksek olduğu söylenebilir. Sağlık çalışanlarının ölçek sorularına verdikleri ortalama puanlar incelendiğinde; en fazla puanların tıbbi hata nedenleri boyutunda yer alan, “Tıbbi hatalar ve nedenleri yöneticiler arasında tartışılmalıdır ve “Bakım verilen hasta sayısının fazla olası tıbbi hata sayısını arttırır” sorularına ve en düşük puanların ise, tıbbi hata algısı boyutundaki “Tıbbi hatayı yapan kişi suçsuzdur” ve tıbbi hata yaklaşımı boyutundaki “Eğer tıbbi hata oluşmadan önlenmiş ise bildirilmesine gerek yoktur” sorularına verildiği tespit edilmiştir.

Katılımcıların, çalışan performansı ölçeğinden 35,89 toplam puan ortalaması elde ettikleri belirlenmiştir. Ölçekten, min=7 ve max=35 toplam puan alınabileceği göz önünde bulundurulduğunda, sağlık çalışanlarının iş performansı algılarının genel ortalamasının (ort.=21) oldukça üstünde ve yüksek düzeyde olduğu söylenebilir. Bireylerin ölçek sorularına verdikleri ortalama puanlar incelendiğinde; en fazla puanların, “Devamsızlık oranlarım düşüktür”, “Görevlerimi tam zamanında tamamlarım” ve “Bir sorun gündeme geldiğinde en hızlı şekilde çözüm üretirim” sorularına ve en düşük puanların ise, “Bir çalışan olarak memnuniyet seviyem yüksektir” ve Moralim yüksektir” sorularına verildiği görülmüştür.

7.2.2. Katılımcıların, İş Yükü, Tıbbi Hatalarda Tutum ve Çalışan Performansı Düzeylerinin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Farklılaşmasına İlişkin Bulgular

Katılımcıların, iş yükü, tıbbi hatalarda tutum ve çalışan performansı düzeylerinin bazı sosyo-demografik özelliklerine farklılaşıp farklılaşmadığının belirlenmesine yönelik yapılan bağımsız örneklem t testi ve ANOVA testi sonuçları aşağıda başlıklar halinde incelenmiştir.

7.2.2.1. Cinsiyete Göre Farklılaşma

Tablo 7.8. İş Yükü, Tıbbi Hatalarda Tutum ve Çalışan Performansı Düzeylerinin Cinsiyete Göre Farklılaşması

<i>Ölçek ve Alt Boyutu</i>	<i>Grup</i>	<i>N</i>	<i>$\bar{x}$</i>	<i>Std.s.</i>	<i>t</i>	<i>P</i>
İş yükü ölçeği	Kadın	308	37,37	8,724	-0,121	0,904
	Erkek	151	37,48	8,920		
Tıbbi hatalarda tutum ölçeği	Kadın	306	58,09	6,946	0,782	0,435
	Erkek	150	57,53	7,327		
Tıbbi hata algısı boyutu	Kadın	305	6,01	1,740	-1,188	0,236
	Erkek	150	6,24	1,996		
Tıbbi hata yaklaşımı boyutu	Kadın	306	26,31	4,063	1,923	0,056
	Erkek	150	25,51	4,231		
Tıbbi hata nedenleri boyutu	Kadın	306	25,78	3,932	0,019	0,985
	Erkek	150	25,77	4,148		
Çalışan performansı ölçeği	Kadın	304	26,09	4,751	1,041	0,299
	Erkek	150	25,57	5,107		

Tablo 7.8’de yer alan bağımsız örneklem t testi sonuçları incelendiğinde; araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının iş yükü, tıbbi hatalarda tutum ve çalışan performansı düzeylerinin cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklılaşmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Bu sonuçlara göre, bireylerin cinsiyetlerinin iş yükü, tıbbi hatalarda tutum ve çalışan performansı düzeyleri üzerinde belirleyici bir etkisinin bulunmadığı söylenebilir. Bu sonuca göre, kadın ve erkek sağlık çalışanlarının iş yükü, tıbbi hatalarda tutum ve çalışan performansı algılarının eşit düzeyde olduğu söylenebilir. Ancak, istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte, erkek bireylerin iş yükü ölçeğinde, kadın bireylerin ise tıbbi hatalarda tutum ve çalışan performansı ölçeklerinde daha yüksek ortalama puanlar elde etikleri görülmektedir.

Elde edilen bu sonuçlara göre araştırmanın, “H1a, Sağlık personelinin iş yükü düzeyleri cinsiyete göre tıbbi hata tutum düzeyleri istatistiksel olarak farklılık göstermektedir”, “H2a, Sağlık personelinin tıbbi hatalarda tutum düzeyleri cinsiyete göre tıbbi hata tutum düzeyleri istatistiksel olarak farklılık göstermektedir” ve “H3a, Sağlık personelinin çalışma performansı düzeyleri cinsiyete göre tıbbi hata tutum düzeyleri istatistiksel olarak farklılık göstermektedir” şeklindeki alt hipotezleri reddedilmiştir.

7.2.2.2. Yaşa Göre Farklılaşma

Tablo 7.9. İş Yükü, Tıbbi Hatalarda Tutum ve Çalışan Performansı Düzeylerinin Yaşa Göre Farklılaşması

<i>Ölçek ve Alt Boyutu</i>	<i>Grup</i>	<i>n</i>	<i>$\bar{x}$</i>	<i>Std.s.</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>Fark</i>
İş yükü ölçeği	18 25 yaş	62	37,94	8,830	6,871	0,000*	18-25>46-55; 26-35>36-45, 46-55; 36-45>46-55
	26-35 yaş	207	39,27	8,375			
	36-45 yaş	145	35,97	8,131			
	46-55 yaş	43	32,77	10,380			
	56 yaş ve üzeri	2	32,00	5,657			
Tıbbi hatalarda tutum ölçeği	18 25 yaş	61	58,30	8,106	0,180	0,949	-
	26-35 yaş	205	57,80	6,936			
	36-45 yaş	145	57,70	7,018			
	46-55 yaş	43	58,56	6,659			
	56 yaş ve üzeri	2	57,50	,707			
Tıbbi hata algısı boyutu	18 25 yaş	61	6,26	1,797	3,095	0,016*	18-25>36-45; 26-35>36-45, 46-55
	26-35 yaş	204	6,36	1,863			
	36-45 yaş	145	5,72	1,648			
	46-55 yaş	43	5,77	2,114			
	56 yaş ve üzeri	2	6,50	,707			
Tıbbi hata yaklaşımı boyutu	18 25 yaş	61	26,23	4,197	0,615	0,652	-
	26-35 yaş	205	25,75	4,317			
	36-45 yaş	145	26,24	4,130			
	46-55 yaş	43	26,63	3,125			
	56 yaş ve üzeri	2	25,00	,000			
Tıbbi hata nedenleri boyutu	18 25 yaş	61	25,80	4,553	0,116	0,977	-
	26-35 yaş	205	25,72	3,845			
	36-45 yaş	145	25,74	3,935			
	46-55 yaş	43	26,16	4,320			
	56 yaş ve üzeri	2	26,00	,000			
Çalışan performansı ölçeği	18 25 yaş	61	24,41	4,832	1,963	0,099	-
	26-35 yaş	206	25,90	5,020			
	36-45 yaş	142	26,19	4,692			
	46-55 yaş	43	27,28	4,506			
	56 yaş ve üzeri	2	26,00	,000			

*%5 istatistiksel anlamlılığı ifade etmektedir

Tablo 7.9’da yer alan ANOVA testi sonuçları incelendiğinde; sağlık çalışanlarının iş yükü ve tıbbi hata algısı düzeylerinin yaş değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklılaştığı ($p<0,05$), tıbbi hatalarda tutum ölçeği genel, tıbbi hata yaklaşımı ve tıbbi hata nedenleri alt boyutları ile çalışan performansı düzeylerinde herhangi bir farklılaşma olmadığı ($p>0,05$) tespit edilmiştir. Gruplar arasındaki farklılığın hangi grubun lehine olduğunun tespiti amacıyla yapılan post-hoc (LSD) testi sonucunda, iş yükü ölçeğinde 18-25 yaş grubunun 46-55 yaş; 26-35 yaş grubunun 36-45 ve 46-55 yaş ve 36-45 yaş grubunun ise 46-55 yaş grubundan daha fazla anlamlı ortalama puan elde

ettikleri belirlenmiştir. Bu sonuçlara göre, sağlık çalışanlarının yaşlarının iş yükü ve tıbbi hata algısı düzeyleri üzerinde belirleyici etkilerinin bulunduğu, yaşın artmasıyla birlikte iş yükünü azaldığı, ancak, daha küçük yaşlardaki sağlık çalışanlarının tıbbi hatalara karşı daha fazla duyarlı oldukları söylenebilir.

Elde edilen bu sonuçlara göre araştırmanın, “H3b, Sağlık personelinin çalışma performansı düzeyleri yaşa göre performans düzeyleri istatistiksel olarak farklılık göstermektedir” alt hipotezi reddedilmiş; “H1b, Sağlık personelinin iş yükü düzeyleri yaşa göre performans düzeyleri istatistiksel olarak farklılık göstermektedir” ve “H2b, Sağlık personelinin tıbbi hatalarda tutum düzeyleri yaşa göre performans düzeyleri istatistiksel olarak farklılık göstermektedir” şeklindeki alt hipotezleri ise kabul edilmiştir.

7.2.2.3. Medeni Duruma Göre Farklılaşma

Tablo 7.10. İş Yükü, Tıbbi Hatalarda Tutum ve Çalışan Performansı Düzeylerinin Medeni Duruma Göre Farklılaşması

Ölçek ve Alt Boyutu	Grup	n	$\bar{x}$	Std.s.	t	P
İş yükü ölçeği	Bekar	192	38,03	8,577	1,305	0,193
	Evli	267	36,96	8,910		
Tıbbi hatalarda tutum ölçeği	Bekar	190	57,85	7,555	-0,140	0,888
	Evli	266	57,94	6,718		
Tıbbi hata algısı boyutu	Bekar	190	6,17	1,865	0,842	0,400
	Evli	265	6,03	1,804		
Tıbbi hata yaklaşımı boyutu	Bekar	190	25,76	4,497	-1,246	0,214
	Evli	266	26,26	3,845		
Tıbbi hata nedenleri boyutu	Bekar	190	25,92	4,176	0,611	0,541
	Evli	266	25,68	3,874		
Çalışan performansı ölçeği	Bekar	190	25,24	5,192	-2,481	0,014*
	Evli	264	26,41	4,576		

*%5 istatistiksel anlamlılığı ifade etmektedir

Tablo 7.10’da yer alan bağımsız örneklem t testi sonuçları incelendiğinde; araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının iş yükü ve tıbbi hatalarda tutum düzeylerinin medeni durum değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklılaşmadığı ($p>0,05$), ancak, çalışan performansı düzeylerinde anlamlı farklılıklar bulunduğu ($p<0,05$) tespit edilmiştir. Grupların ortalama puanları incelendiğinde, evli bireylerin ortalama puanlarının bekarlardan daha yüksek seviyede olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlara göre, bireylerin medeni durumlarının iş yükü ve tıbbi hatalarda tutum düzeyleri üzerinde belirleyici bir etkisinin bulunmadığı, çalışan performansı algılarının ise evli bireyler lehine daha olumlu olduğu söylenebilir.

Elde edilen bu sonuçlara göre araştırmanın, “H1c, Sağlık personelinin iş yükü düzeyleri medeni duruma göre tıbbi hata tutum düzeyleri istatistiksel olarak farklılık göstermektedir” ve “H2c, Sağlık personelinin tıbbi hatalarda tutum düzeyleri medeni duruma göre tıbbi hata tutum düzeyleri istatistiksel olarak farklılık göstermektedir”

şeklindeki alt hipotezleri reddedilmiş; “H3c, Sağlık personelinin çalışma performansı düzeyleri medeni duruma göre tıbbi hata tutum düzeyleri istatistiksel olarak farklılık göstermektedir” hipotezi ise kabul edilmiştir.

7.2.2.4. Eğitim Durumuna Göre Farklılaşma

Tablo 7.11. İş Yükü, Tıbbi Hatalarda Tutum ve Çalışan Performansı Düzeylerinin Eğitim Durumuna Göre Farklılaşması

Ölçek ve Alt Boyutu	Grup	n	$\bar{x}$	Std.s.	F	p	Fark
İş yükü ölçeği	Ortaöğretim	47	37,21	9,735	0,038	0,963	-
	Önlisans / Lisans	327	37,48	8,541			
	Lisansüstü	85	37,24	9,227			
Tıbbi hatalarda tutum ölçeği	Ortaöğretim	47	55,60	9,254	3,469	0,032*	Ortaöğretim<Önlisans/Lisans, Lisansüstü
	Önlisans / Lisans	324	57,97	6,647			
	Lisansüstü	85	58,94	7,067			
Tıbbi hata algısı boyutu	Ortaöğretim	47	5,83	1,685	0,601	0,549	-
	Önlisans / Lisans	323	6,10	1,904			
	Lisansüstü	85	6,19	1,607			
Tıbbi hata yaklaşımı boyutu	Ortaöğretim	47	25,15	4,859	1,348	0,261	-
	Önlisans / Lisans	324	26,20	4,055			
	Lisansüstü	85	25,98	3,970			
Tıbbi hata nedenleri boyutu	Ortaöğretim	47	24,62	5,063	4,793	0,009*	Lisansüstü>Ortaöğretim, Önlisans/Lisans,
	Önlisans / Lisans	324	25,69	3,812			
	Lisansüstü	85	26,78	3,868			
Çalışan performansı ölçeği	Ortaöğretim	46	25,30	4,680	1,330	0,266	-
	Önlisans / Lisans	323	26,16	4,831			
	Lisansüstü	85	25,35	5,105			

*%5 istatistiksel anlamlılığı ifade etmektedir

Tablo 7.11’de yer alan ANOVA testi sonuçları incelendiğinde; sağlık çalışanlarının iş yükü ve çalışan performansı düzeyleri ile tıbbi hata algısı ve tıbbi hata yaklaşımı boyutlarının eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklılaşmazken ($p>0,05$), tıbbi hatalarda tutum ölçeği genel ve tıbbi hata tıbbi hata nedenleri alt boyutunda anlamlı farklılıkları bulunduğu ($p<0,05$) tespit edilmiştir. Post-hoc testi sonucuna göre, ortaöğretim düzeyinde eğitimi bulunan bireylerin önlisans/lisans ve lisans üstü düzeyinde eğitimi bulunanlara göre tıbbi hatalarda tutum ölçeği genelinden daha düşük ortalama puan ve tıbbi hata nedenleri boyutunda lisansüstü düzeyinde eğitimi bulunan bireylerin ortaokul ve önlisans/lisans düzeyinde eğitimi bulunanlara göre anlamlı şekilde daha yüksek puan elde ettikleri belirlenmiştir. Bu sonuçlara göre, sağlık çalışanlarının eğitim durumlarının tıbbi hata tutum düzeyleri

üzerinde belirleyici etkilerinin bulunduğu ve eğitim düzeyinin arttıkça hem iş yükü hem de tıbbi hata tutum düzeylerinin artış gösterdiği söylenebilir.

Elde edilen bu sonuçlara göre araştırmanın, “H1d, Sağlık personelinin iş yükü düzeyleri eğitim durumuna göre tıbbi hata tutum düzeyleri istatistiksel olarak farklılık göstermektedir” ve “H3d, Sağlık personelinin çalışma performansı düzeyleri eğitim durumuna göre tıbbi hata tutum düzeyleri istatistiksel olarak farklılık göstermektedir” alt hipotezleri reddedilmiş; “H2d, Sağlık personelinin tıbbi hatalarda tutum düzeyleri eğitim durumuna göre tıbbi hata tutum düzeyleri istatistiksel olarak farklılık göstermektedir” hipotezi ise kabul edilmiştir.

7.2.2.5. Mesleğe Göre Farklılaşma

Tablo 7.12. İş Yükü, Tıbbi Hatalarda Tutum ve Çalışan Performansı Düzeylerinin Mesleğe Göre Farklılaşması

Ölçek ve Alt Boyutu	Grup	n	$\bar{x}$	Std.s.	F	p	Fark
İş yükü ölçeği	Hekim	63	37,29	9,698	2,911	0,004*	Hekim, Hemşire> Tıbbi sekreter, Diğer
	Hemşire	312	38,60	8,297			
	Tıbbi Sekreter	32	32,53	7,742			
	Diğer	52	33,37	9,014			
Tıbbi hatalarda tutum ölçeği	Hekim	63	57,73	5,768	1,037	0,407	-
	Hemşire	310	58,03	7,018			
	Tıbbi Sekreter	32	56,22	8,706			
	Diğer	51	58,41	7,752			
Tıbbi hata algısı boyutu	Hekim	63	6,48	1,354	1,990	0,046*	Hekim> Tıbbi sekreter, Diğer; Hemşire> Diğer
	Hemşire	309	6,12	1,888			
	Tıbbi Sekreter	32	5,75	1,741			
	Diğer	51	5,61	1,940			
Tıbbi hata yaklaşımı boyutu	Hekim	63	25,03	3,724	0,729	0,666	-
	Hemşire	310	26,11	4,186			
	Tıbbi Sekreter	32	26,09	4,373			
	Diğer	51	26,94	3,982			
Tıbbi hata nedenleri boyutu	Hekim	63	26,22	3,087	1,047	0,399	-
	Hemşire	310	25,82	3,922			
	Tıbbi Sekreter	32	24,38	5,253			
	Diğer	51	25,86	4,481			
Çalışan performansı ölçeği	Hekim	63	24,06	4,655	3,518	0,015*	Hemşire> Hekim
	Hemşire	307	26,29	4,977			
	Tıbbi Sekreter	32	25,75	4,303			
	Diğer	52	26,10	4,411			

*%5 istatistiksel anlamlılığı ifade etmektedir

Tablo 7.12’de yer alan ANOVA testi sonuçları incelendiğinde; sağlık çalışanlarının iş yükü, tıbbi hata algısı boyutu ve çalışan performansı düzeylerinin meslek grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklılaştığı ($p<0,05$), tıbbi hatalarda tutum ölçek geneli ile tıbbi hata yaklaşımı ve tıbbi hata nedenleri alt boyutlarında herhangi bir farklılık olmadığı ($p>0,05$) tespit edilmiştir. Post-hoc testi sonucuna göre, iş yükü boyutunda hekim ve hemşirelerin tıbbi sekreter ve diğer sağlık

çalışanlarına göre; tıbbi hata algısı boyutunda hekimlerin tıbbi sekreter ve diğer, hemşirelerin ise diğer sağlık çalışanlarına göre ve çalışma performansında hemşirelerin hekimlere göre daha yüksek puan elde ettikleri belirlenmiştir. Bu sonuçlara göre, sağlık çalışanlarının meslek gruplarının iş yükü, tıbbi hata algısı ve çalışma performansı düzeyleri üzerinde belirleyici etkilerinin bulunduğu ve hekim ve hemşirelerin tıbbi sekreter ve diğer sağlık çalışanlarına göre iş yükleri ile tıbbi hata tutumlarının daha yüksek, hemşirelerin hekimlere göre ise çalışma performansı algılarının daha fazla olduğu söylenebilir.

Elde edilen bu sonuçlara göre araştırmanın, “H1e, Sağlık personelinin iş yükü düzeyleri mesleğe göre istatistiksel olarak farklılık göstermektedir”, “H2e, Sağlık personelinin tıbbi hatalarda tutum düzeyleri mesleğe göre istatistiksel olarak farklılık göstermektedir” ve “H3e, Sağlık personelinin çalışma performansı düzeyleri mesleğe göre istatistiksel olarak farklılık göstermektedir” şeklindeki alt hipotezleri kabul edilmiştir.

7.2.2.6. Mesleki Toplam Çalışma Süresine Göre Farklılaşma

Tablo 7.13. İş Yükü, Tıbbi Hatalarda Tutum ve Çalışan Performansı Düzeylerinin Meslekteki Toplam Süreye Göre Farklılaşması

<i>Ölçek ve Alt Boyutu</i>	<i>Grup</i>	<i>n</i>	<i>$\bar{x}$</i>	<i>Std.s.</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>Fark</i>
İş yükü ölçeği	1 yıldan az	6	33,83	10,108	2,911	0,004*	• 1-3<5-8; 1-3>25 yıl üzeri • 3-5>15-20, 20-25, 25 yıl üzeri • 5-8>1-3, 15-20, 20-25, 25 yıl üzeri • 10-15>25 yıl üzeri
	1-3 yıl	75	37,08	9,681			
	3-5 yıl	61	39,98	7,911			
	5-8 yıl	66	40,05	7,519			
	8-10 yıl	22	37,82	7,768			
	10-15 yıl	77	37,61	8,921			
	15-20 yıl	62	35,60	8,605			
	20-25 yıl	41	36,56	7,675			
Tıbbi hatalarda tutum ölçeği	25 yıl ve üzeri	49	34,06	9,679	1,037	0,47	-
	1 yıldan az	6	61,00	9,402			
	1-3 yıl	74	57,86	7,542			
	3-5 yıl	61	58,61	6,931			
	5-8 yıl	65	57,54	6,280			
	8-10 yıl	22	56,95	5,694			
	10-15 yıl	76	58,11	7,445			
	15-20 yıl	62	56,08	8,476			
Tıbbi hata algısı boyutu	20-25 yıl	41	59,22	5,816	1,990	0,046*	• 1-3>15-20, 25 yıl üzeri • 3-5>15-20, 25 yıl üzeri • 5-8>15-20, 25 yıl üzeri
	25 yıl ve üzeri	49	58,51	6,052			
	1 yıldan az	6	7,00	1,265			
	1-3 yıl	74	6,43	1,639			
	3-5 yıl	61	6,26	1,982			
	5-8 yıl	65	6,37	2,111			
	8-10 yıl	21	5,76	1,670			
	10-15 yıl	76	6,09	1,906			
	15-20 yıl	62	5,56	1,500			
	20-25 yıl	41	6,17	1,626			
	25 yıl ve üzeri	49	5,59	1,881			

Tablo 7.13. İş Yükü, Tıbbi Hatalarda Tutum ve Çalışan Performansı Düzeylerinin Meslekteki Toplam Süreye Göre Farklılaşması (devamı)

<i>Ölçek ve Alt Boyutu</i>	<i>Grup</i>	<i>n</i>	<i>$\bar{x}$</i>	<i>Std.s.</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>Fark</i>
Tıbbi hata yaklaşımı boyutu	1 yıldan az	6	27,67	3,670	0,729	0,666	-
	1-3 yıl	74	25,82	4,377			
	3-5 yıl	61	26,30	4,006			
	5-8 yıl	65	25,35	4,277			
	8-10 yıl	22	25,64	3,971			
	10-15 yıl	76	26,41	4,141			
	15-20 yıl	62	25,74	4,892			
	20-25 yıl	41	26,12	3,487			
	25 yıl ve üzeri	49	26,78	3,242			
Tıbbi hata nedenleri boyutu	1 yıldan az	6	26,33	6,121	1,047	0,399	-
	1-3 yıl	74	25,61	4,190			
	3-5 yıl	61	26,05	4,092			
	5-8 yıl	65	25,82	3,754			
	8-10 yıl	22	25,82	2,538			
	10-15 yıl	76	25,61	4,141			
	15-20 yıl	62	24,77	4,466			
	20-25 yıl	41	26,93	3,510			
	25 yıl ve üzeri	49	26,14	3,651			
Çalışan performansı ölçeği	1 yıldan az	6	25,17	4,622	1,339	0,222	-
	1-3 yıl	74	24,97	4,854			
	3-5 yıl	61	25,51	4,621			
	5-8 yıl	65	25,86	5,565			
	8-10 yıl	22	27,18	4,148			
	10-15 yıl	77	26,21	4,694			
	15-20 yıl	61	25,34	5,089			
	20-25 yıl	40	26,40	4,545			
	25 yıl ve üzeri	48	27,38	4,648			

Tablo 7.13’de yer alan ANOVA testi sonuçları incelendiğinde; sağlık çalışanlarının iş yükü ve tıbbi hata algısı düzeylerinin meslekteki toplam çalışma süresine göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklılaştığı ($p<0,05$), tıbbi hatalarda tutum ölçeği genel, tıbbi hata yaklaşımı ve tıbbi hata nedenleri alt boyutları ile çalışan performansı düzeylerinde herhangi bir farklılaşma olmadığı ($p>0,05$) tespit edilmiştir. Yapılan post-hoc testi sonucunda, iş yükü ölçeğinde meslekte toplam 1-3, 3-5 ve 5-8 yıl arasında görev yapan sağlık çalışanlarının ortalama puanlarının, meslekte 15-20, 20-25, 25 yıl ve üzeri süredir görev yapan çalışanlara göre anlamlı şekilde yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlara göre, sağlık çalışanlarının meslekteki toplam çalışma sürelerinin iş yükü ve tıbbi hata algısı düzeyleri üzerinde belirleyici etkilerinin olduğu, meslekte daha uzun süredir çalışan personelin daha az iş yükünün olduğu, ancak, tıbbi hatalara karşı da daha az duyarlı olmaya başladıkları söylenebilir.

Elde edilen bu sonuçlara göre araştırmanın, “H1f, Sağlık personelinin iş yükü düzeyleri meslekteki toplam çalışma süresine göre istatistiksel olarak farklılık göstermektedir” ve “H2f, Sağlık personelinin tıbbi hatalarda tutum düzeyleri meslekteki

toplam çalışma süresine göre istatistiksel olarak farklılık göstermektedir” şeklindeki alt hipotezleri kabul edilmiş, “H3f, Sağlık personelinin çalışma performansı düzeyleri meslekteki toplam çalışma süresine göre istatistiksel olarak farklılık göstermektedir” hipotezi ise reddedilmiştir.

7.2.3. Katılımcıların, İş Yükü, Tıbbi Hatalarda Tutum ve Çalışan Performansı Düzeyleri Arasındaki Korelasyon İlişkisine Yönelik Bulgular

Katılımcıların, iş yükü, tıbbi hatalarda tutum ve çalışan performansı düzeyleri arasında korelasyon ilişkisi olup olmadığına yönelik olarak yapılan analizler sonucunda Tablo 7.14’de gösterilen bulgular elde edilmiştir.

Tablo 7.14. İş Yükü, Tıbbi Hatalarda Tutum ve Çalışan Performansı Arasındaki Korelasyon İlişkisi

Ölçekler	Ort.	Std.s.		1	2	3
1. İş yükü	37,36	9,137	r	1	,108**	-0,140**
			p	-	0,021	0,003
			n	-	456	454
2. Tıbbi hatalarda tutum	57,57	7,467	r	-	1	0,198**
			p	-	-	0,000
			n	-	-	453
3. Çalışan performansı	25,89	5,038	r	-	-	1
			p	-	-	-
			n	-	-	-

**0%1 anlamlılık düzeyini göstermektedir

Tablo 7.14’de yer alan korelasyon analizi sonuçlarına göre; sağlık çalışanlarının iş yükü ve tıbbi hatalarda tutum düzeyleri arasında ($r=0,108$; $p<0,01$) ve tıbbi hatalarda tutum düzeyleri ile çalışan performansı düzeyleri arasında ($r=0,198$; $p<0,01$) istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü korelasyon ilişkisi bulunduğu, iş yükü ile çalışan performansı arasında ise anlamlı ve negatif yönlü bir korelasyon ilişkisi olduğu ($r=-0,140$; $p>0,05$) tespit edilmiştir.

Literatürde, korelasyon ilişkisine yönelik olarak (Kul, 2021);

- $r<0.2$ ise çok zayıf korelasyon ya da ilişki yok
- $r=0.2-0.4$ arasında ise zayıf korelasyon
- $r=0.4-0.6$ arasında ise orta korelasyon
- $r=0.6-0.8$ arasında ise yüksek korelasyon
- $r>0.8$ ise çok yüksek korelasyon olduğu yorumu yapılmaktadır.

Yukarda ifade edilen açıklamalar doğrultusunda, iş yükü ile tıbbi hatalarda tutum arasında pozitif yönlü ve çok zayıf; tıbbi hatalarda tutum ile çalışan performansı arasında pozitif yönlü ve zayıf; iş yükü ile çalışan performansı arasında ise negatif yönlü ve zayıf bir korelasyon ilişkisi söz konusudur.

Elde edilen bu sonuçlar doğrultusunda araştırmanın, “H4, Sağlık personelinin iş yükü ile tıbbi hata tutumu düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır” ve “H6, Sağlık personelinin tıbbi hata tutumu ile çalışma performansı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır” ve “H5, Sağlık personelinin iş yükü ile çalışma performansı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır” hipotezleri kabul edilmiştir.

Sağlık çalışanlarının, iş yükü, tıbbi hatalarda tutum ve çalışan performansı düzeyleri arasındaki korelasyon ilişkisi belirlendikten sonra, bu ilişkinin düzeyinin belirlenmesi için basit çoklu doğrusal regresyon analizi uygulanmıştır. Regresyon analizi sonuçları Tablo 7.15’de gösterilmiştir.

Tablo 7.15. İş Yükü ve Tıbbi Hatalarda Tutum ve Çalışan Performansı Arasındaki Regresyon Analizi

	<i>B</i>	<i>Std. Hata</i>	<i>R²</i>	<i>F</i>	<i>P</i>
Sabit	20,334 (10,057)*	2,022	0,067	16,276	0,000*
İş yükü	-0,094 (-3,688)	0,026			
Tıbbi hatalarda tutum	0,157 (4,799)*	0,033			

*p<0,05; parantez içindeki değerler t istatistik değerlerini temsil etmektedir.

Yapılan regresyon analizinde, sağlık çalışanlarının çalışma performansları bağımlı değişken olarak, iş yükü ve tıbbi hatalarda tutu düzeyleri ise bağımsız değişken olarak belirlenmiştir. Analiz sonuçlarına göre, iş yükü, tıbbi hatalarda tutum ve çalışan performansı arasındaki çoklu regresyon analizinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve modelde bağımsız değişkenler olan iş yükü ve tıbbi hatalarda tutum düzeyinin bağımlı değişken olan çalışma performansının %7’sini açıklayabildiği belirlenmiştir (p<0,05; R²=0,071). Kurulan matematiksel regresyon modelinde; sağlık çalışanlarının iş yüklerinin çalışan performanslarına negatif ve düşük düzeyde (B=-0,094), tıbbi hatalar karşısındaki tutumlarının ise pozitif ve nispeten daha fazla (B=0,157) katkı sağladığı görülmektedir. Diğer bir ifadeyle, sağlık çalışanlarının iş yükleri bir birim arttığında çalışma performansları %9 oranında azalmakta ve tıbbi hatalardaki tutumları bir birim arttığında ise çalışma performansları %16 oranında artmaktadır.

8. SONUÇ, TARTIŞMA VE ÖNERİLER

Bu çalışmada, iş yükü ve tıbbi hata tutumunun sağlık çalışanlarının performansı üzerindeki etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Bu doğrultuda araştırmada, öncelikle konu ile ilgili önceki araştırmalara değinilmiş ve ardından konuya ilişkin kavramsal bir çerçeve çizilmiştir. Çalışmada son olarak, araştırma verilerinin istatistiksel analizleri sonucunda ulaşılan bulgulara yer verilmiştir.

Yapılan istatistiksel analizler sonucunda aşağıda özetlenen sonuçlara ulaşılmıştır,

- Araştırmaya 331 kadın ve 160 erkek olmak üzere toplam 492 sağlık çalışanı katılım sağlamıştır. Katılımcıların yaş ortalaması 34,30 ve meslekteki toplam çalışma süresi ortalaması 11,44 yıldır.

- Araştırmaya katılım sağlayan sağlık çalışanlarının, iş yükü, tıbbi hatalarda tutum ve çalışan performansı düzeylerinin belirlenmesi amacıyla araştırma ölçeklerindeki sorulara verdikleri cevapların ortalama puanları incelendiğinde;

- Sağlık çalışanlarının iş yükü ölçeğinden 37,76 toplam puan ortalaması elde ettikleri ve buna göre sağlık çalışanlarının algıladıkları iş yüklerinin genel ortalamanın üstünde ve nispeten fazla olduğu,
- Sağlık çalışanlarının tıbbi hatalarda tutum ölçeğinden 57,57 toplam puan ortalaması elde ettikleri ve buna göre sağlık çalışanlarının olası tıbbi hataların ve hata bildirimlerinin önemine yönelik farkındalıklarının yüksek olduğu,
- Sağlık çalışanlarının çalışan performansı ölçeğinden 35,89 toplam puan ortalaması elde ettikleri ve buna göre sağlık çalışanlarının iş performansı algılarının genel ortalamanın oldukça üstünde ve yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

- Katılımcıların, iş yükü, tıbbi hatalarda tutum ve çalışan performansı düzeylerinin sosyo-demografik özelliklerine farklılaşıp farklılaşmadığının belirlenmesine yönelik yapılan bağımsız örneklem t testi ve ANOVA testi sonucunda;

- Sağlık çalışanlarının iş yükü, tıbbi hatalarda tutum ve çalışan performansı düzeylerinin cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklılaşmadığı,
- Sağlık çalışanlarının iş yükü ve tıbbi hata algısı düzeylerinin yaş değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklılaştığı, tıbbi hatalarda tutum ölçeği genel, tıbbi hata yaklaşımı ve tıbbi hata nedenleri alt boyutları ile çalışan performansı düzeylerinde ise herhangi bir farklılaşma olmadığı,
- Sağlık çalışanlarının iş yükü ve tıbbi hatalarda tutum düzeylerinin medeni durum değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklılaşmadığı, ancak, çalışan performansı düzeylerinde anlamlı farklılıklar bulunduğu,

- Sağlık çalışanlarının iş yükü ve çalışan performansı düzeyleri ile tıbbi hata algısı ve tıbbi hata yaklaşımı boyutlarının eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklılaşmazken, tıbbi hatalarda tutum ölçeği genel ve tıbbi hata tıbbi hata nedenleri alt boyutunda anlamlı farklılıklar bulunduğu,
- Sağlık çalışanlarının iş yükü, tıbbi hata algısı boyutu ve çalışan performansı düzeylerinin meslek grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklılaştığı, tıbbi hatalarda tutum ölçek geneli ile tıbbi hata yaklaşımı ve tıbbi hata nedenleri alt boyutlarında herhangi bir farklılık olmadığı,
- Sağlık çalışanlarının iş yükü ve tıbbi hata algısı düzeylerinin meslekteki toplam çalışma süresine göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklılaştığı, tıbbi hatalarda tutum ölçeği genel, tıbbi hata yaklaşımı ve tıbbi hata nedenleri alt boyutları ile çalışan performansı düzeylerinde herhangi bir farklılaşma olmadığı tespit edilmiştir.
- Gruplar arasındaki farklılığın hangi grubun lehine olduğunun tespiti amacıyla yapılan post-hoc (LSD) testi sonucunda;
 - Sağlık çalışanlarının yaşlarının artmasıyla birlikte iş yüklerinin azaldığı, ancak, daha küçük yaşlardaki sağlık çalışanlarının tıbbi hatalara karşı daha duyarlı oldukları,
 - Sağlık çalışanlarının iş performansı algılarının evli bireyler lehine daha olumlu olduğu,
 - Sağlık çalışanlarının eğitim düzeyinin arttıkça hem iş yükü hem de tıbbi hata tutum düzeylerinin artış gösterdiği,
 - Hekim ve hemşirelerin, tıbbi sekreter ve diğer sağlık çalışanlarına göre iş yükleri ve tıbbi hata tutumlarının daha yüksek olduğu,
 - Hemşirelerin hekimlere göre çalışma performansı algılarının daha fazla olduğu,
 - Meslekte daha uzun süredir çalışan sağlık personelinin daha az iş yükünün olduğu, ancak, tıbbi hatalara karşı da daha az duyarlı olmaya başladıkları belirlenmiştir.
- Katılımcıların, iş yükü, tıbbi hatalarda tutum ve çalışan performansı düzeyleri arasında korelasyon ilişkisi olup olmadığına yönelik olarak yapılan analizler sonucunda;
 - Sağlık çalışanlarının, iş yükü ve tıbbi hatalarda tutum düzeyleri ile tıbbi hatalarda tutum düzeyleri ve çalışan performansı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü korelasyon ilişkisi, iş yükü ile çalışan performansı arasında ise anlamlı ve negatif yönlü bir korelasyon ilişkisinin bulunduğu tespit edilmiştir.

Araştırmada ulaşılan sonuçlar doğrultusunda, çalışmada kurulan hipotezlerin kabul ve reddedilme durumları Tablo 8.1’de gösterilmiştir.

Tablo 8.1. Araştırma hipotezlerinin kabul/red durumu

<i>Araştırma Hipotezi</i>	<i>Kabul /Red Durumu</i>
H1, Sağlık personelinin iş yükü düzeyleri demografik özelliklerine göre istatistiksel olarak farklılık göstermektedir.	Kabul
– H1a, Sağlık personelinin iş yükü düzeyleri cinsiyete göre tıbbi hata tutum düzeyleri istatistiksel olarak farklılık göstermektedir.	Red
– H1b, Sağlık personelinin iş yükü düzeyleri yaşa göre performans düzeyleri istatistiksel olarak farklılık göstermektedir.	Kabul
– H1c, Sağlık personelinin iş yükü düzeyleri medeni duruma göre tıbbi hata tutum düzeyleri istatistiksel olarak farklılık göstermektedir.	Red
– H1d, Sağlık personelinin iş yükü düzeyleri eğitim durumuna göre tıbbi hata tutum düzeyleri istatistiksel olarak farklılık göstermektedir.	Red
– H1e, Sağlık personelinin iş yükü düzeyleri mesleğe göre istatistiksel olarak farklılık göstermektedir.	Kabul
– H1f, Sağlık personelinin iş yükü düzeyleri meslekteki toplam çalışma süresine göre istatistiksel olarak farklılık göstermektedir.	Kabul
H2, Sağlık personelinin tıbbi hatalarda tutum düzeyleri demografik özelliklerine göre istatistiksel olarak farklılık göstermektedir.	Kabul
– H2a, Sağlık personelinin tıbbi hatalarda tutum düzeyleri cinsiyete göre tıbbi hata tutum düzeyleri istatistiksel olarak farklılık göstermektedir.	Red
– H2b, Sağlık personelinin tıbbi hatalarda tutum düzeyleri yaşa göre performans düzeyleri istatistiksel olarak farklılık göstermektedir.	Kabul
– H2c, Sağlık personelinin tıbbi hatalarda tutum düzeyleri medeni duruma göre tıbbi hata tutum düzeyleri istatistiksel olarak farklılık göstermektedir.	Red
– H2d, Sağlık personelinin tıbbi hatalarda tutum düzeyleri eğitim durumuna göre tıbbi hata tutum düzeyleri istatistiksel olarak farklılık göstermektedir.	Kabul
– H2e, Sağlık personelinin tıbbi hatalarda tutum düzeyleri mesleğe göre istatistiksel olarak farklılık göstermektedir.	Kabul
– H2f, Sağlık personelinin tıbbi hatalarda tutum düzeyleri meslekteki toplam çalışma süresine göre istatistiksel olarak farklılık göstermektedir.	Kabul
H3, Sağlık personelinin çalışma performansı düzeyleri demografik özelliklerine göre istatistiksel olarak farklılık göstermektedir.	Kabul
– H3a, Sağlık personelinin çalışma performansı düzeyleri cinsiyete göre tıbbi hata tutum düzeyleri istatistiksel olarak farklılık göstermektedir.	Kabul
– H3b, Sağlık personelinin çalışma performansı düzeyleri yaşa göre performans düzeyleri istatistiksel olarak farklılık göstermektedir.	Red
– H3c, Sağlık personelinin çalışma performansı düzeyleri medeni duruma göre tıbbi hata tutum düzeyleri istatistiksel olarak farklılık göstermektedir.	Kabul
– H3d, Sağlık personelinin çalışma performansı düzeyleri eğitim durumuna göre tıbbi hata tutum düzeyleri istatistiksel olarak farklılık göstermektedir.	Kabul
– H3e, Sağlık personelinin çalışma performansı düzeyleri mesleğe göre istatistiksel olarak farklılık göstermektedir.	Kabul
– H3f, Sağlık personelinin çalışma performansı düzeyleri meslekteki toplam çalışma süresine göre istatistiksel olarak farklılık göstermektedir.	Red
H4, Sağlık personelinin iş yükü ile tıbbi hata tutumu düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır.	Kabul
H5, Sağlık personelinin iş yükü ile çalışma performansı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır.	Kabul
H6, Sağlık personelinin tıbbi hata tutumu ile çalışma performansı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır	Kabul

Yapılan araştırmanın sonuçları ile literatürde benzer konuda yapılan çalışmalarda ulaşılan sonuçlar aşağıda karşılaştırmalı olarak incelenmiştir.

Kandemir ve Yüksel (2020) tarafından yapılan çalışmada, cerrahi hemşirelerinin tıbbi hatalara yönelik tutumları ve etkili olan faktörlerin belirlenmesine çalışılmıştır.

Araştırma, bir kamu üniversite hastanesinin cerrahi birimlerinde çalışan 181 hemşire ile gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın sonunda, hemşirelerin tıbbi hataya eğilimlerinin düşük olduğu ve hemşirelerin tanıtıcı özelliklerinin tıbbi hatalara yönelik tutumlarını etkilemediği saptanmıştır. Araştırmada, 35 yaşından büyük hemşirelerin, günde 16 hastadan daha fazla hastaya bakım veren hemşirelerin ve mesleğinden memnun olan hemşirelerin tıbbi hatalara karşı eğilimlerinin anlamlı derecede düşük olduğu bulunmuştur. Araştırmanın bu yöndeki bulguları ile yapılan çalışmanın örtüştüğü söylenebilir.

Ergül (2012) tarafından yapılan araştırmada, eğitim ve sağlık sektöründe çalışan kişilerin stres düzeylerinin tespit edilmesi ve bu stres düzeyinin çalışan performansı üzerindeki etkilerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Çalışmada, 156 kişiye anket uygulanmıştır. Araştırmanın sonunda, sağlık sektöründe çalışanların eğitim alanında çalışanlara göre daha fazla strese maruz kaldıkları, kurumda çalışılan süre ile stres düzeyi arasında doğru orantı olduğu belirlenmiştir. Buna göre, kurumda çalışma yılı arttıkça yaşanan stres düzeyi de artış göstermektedir. Eğitim durumu ile stres arasındaki ilişki ise negatif yönlü bir ilişki olduğu ve eğitim seviyesinin arttıkça stres düzeyinin azaldığı tespit edilmiştir. İşyerindeki görev ile stres algısı incelendiğinde; ücretli öğretmenlerin stres algılarının daha düşük, ebe ve hemşirelerin ise daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Çalışanların çalışma ortamında yaşadıkları stres ile iş performansı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Çalışmanın bu yöndeki bulguları ile araştırmada ulaşılan sonuçların benzerlikler ve farklılıklar gösterdiği söylenebilir. Buna göre, sağlık personelinin çalışma performansı düzeylerinin meslekteki toplam çalışma süresine göre istatistiksel olarak farklılık gösterdiği ve eğitim seviyesi arttıkça iş stresinin azaldığı konularında çalışma ile ayrışılmış, ancak, sağlık personelinin çalışma performansı düzeylerinin mesleğe göre istatistiksel olarak farklılaştığı hususunda aynı sonuca ulaşılmıştır.

Aygin ve Cengiz (2011) tarafından ilaç uygulama hataları ve hemşirenin sorumluluğuna yönelik yapılan çalışmada, ilaç kullanımına bağlı tıbbi hatalar nedeniyle ölüme varan kötü sonuçlara neden olunabileceği vurgulanmıştır. Literatür taraması şeklinde yapılan çalışma sonucunda, bu tür hatalarının önlenmesi için hemşirelerin bilgi, beceri ve tutumlarının geliştirilmesine yönelik daha etkin eğitimler verilmesi ve yaşanan veya yaşanması muhtemel hataları rapor etme konusunda cesaretlendirilmeleri gerektiği ifade edilmiştir. Bu kapsamda, çalışmada ortaya konulan, sağlık çalışanlarının, iş yükü, tıbbi hatalarda tutum ve çalışan performansı düzeyleri arasında anlamlı ilişkiler bulunduğu ve çalışanların sosyo-demografik özelliklerinin bu değişkenler üzerinde önemli etkilerinin olduğu şeklindeki bulgusundan hareketle, sağlık personelinin yaptığı işin önemi ve işlerini yaparken ortaya çıkabilecek tıbbi hataların ciddi sonuçlarının olabileceği unutulmamalıdır. Bu bağlamda, çalışmanın sonuçlarının literatürde konuyla ilgili olarak geliştirilen önerilerle de benzer özellikler taşıdığı ifade edilebilir.

Banaz (2020), tıbbi hataların sağlık hizmetleri için önemli bir konu olduğuna vurgu yapılmıştır. Araştırmaya bir üniversite hastanesindeki 207 hekim katılım sağlamıştır. Araştırma sonucunda, hekimlerin, tıbbi hataların ve nedenlerinin çalışanlarla açıkça tartışılması, yapılan hataların rapor edilmesi, tıbbi hataların hasta güvenliğini artırdığı yönünde bir tutum sergiledikleri belirlenmiştir. Uzman hekimlerin asistan hekimlere; 40 yaş ve üzeri hekimlerin 26-29 yaş arası hekimlere; 11 yıl ve üzerinde çalışma yılına sahip olan hekimlerin 4 yıl ve altı çalışma yılına sahip olan hekimlere göre, tıbbi hatalara karşı daha olumlu bir tutum sergiledikleri sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmada, erkek hekimlerin kadın hekimlere, asistan hekimlerin uzman hekimlere, 5-10 yıl arası çalışanların 11 yıl ve üzeri çalışanlara göre daha fazla negatif defansif tıbbi uygulamalara başvurduğu belirlenmiştir. Ayrıca, hekimlerin daha önce defansif tıp kavramını duydukları, ancak, bu konuda yeterli bilgiye sahip olmadıkları saptanmıştır. Araştırmanın bulguları incelendiğinde yapılan çalışmada ulaşılan bulgular ile örtüştüğü söylenebilir.

Bayer ve Çevik (2019) tarafından yapılan çalışmada, hemşirelerin hasta güvenliği tutumlarının hasta güvenliği üzerindeki etkilerinin araştırılmıştır. Araştırma, Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde çalışan 200 hemşire üzerinde gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın sonunda, hemşirelerin hasta güvenliği tutumları ile hasta güvenliğine ilişkin görüşleri arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Çalışmanın bu yöndeki bulgularının yapılan araştırma ile benzer özellikler göstermektedir.

Ertürk ve diğerleri (2016) tarafından hastanelerde görev yapan hemşirelerin hasta güvenliği kültürlerini değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmada 603 hemşireye anket uygulanmıştır. Araştırmanın sonucunda, hemşirelerin hasta güvenliği düzeylerinin orta seviyede olduğu, en yüksek puanın çalışanların eğitimi, en düşük puanın beklenmedik olay ve hata raporlama boyutlarından elde edildiği saptanmıştır. Hemşirelerin hasta güvenliği algıları ile medeni durum, çalışılan hastane türü, çalışma yılı, çalışılan birim arasında anlamlı ilişkiler olduğu belirlenmiştir.

Bir kamu hastanesinde hemşirelerin hasta güvenliği kültürüne ilişkin algılarının incelendiği Top ve Tekingündüz (2015)'ün çalışmasında, kesitsel araştırma tasarımı kullanmıştır. Çalışmada, 200 hemşireye anket uygulanmıştır. Çalışmanın sonunda, hemşirelerin, hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteğine ve hasta güvenliğini destekleyen eylemlere olumlu yanıtlar verdiği belirlenmiştir. Yapılan çalışmada, hemşirelerin genel güvenlik algıları altı önemli boyutunun olduğu saptanmıştır. Bunlar; Örgütsel Öğrenme-Sürekli İyileştirme, İletişim Açıklığı, Birimler İçinde Ekip Çalışması, Personel, Olay Raporlama Sıklığı ve Hastane Biriminin Hasta Güvenlik Derecesi'dir. Hastane Biriminin Hasta Güvenliği Derecesinin ise Hata hakkında Geribildirim ve İletişim, Örgütsel Öğrenme-Sürekli İyileştirme, Hasta Güvenliği için Hastane Yönetimi Desteği ve Amir/Yönetici Beklentileri ve Güvenliği Teşvik Eden

Eylemler şeklinde dört önemli yordayıcısı ortaya çıkmıştır. Elde edilen bulgulardan hareketle, hastanelerde güvenlik kültürünü geliştirmek için tasarlanan müdahalelerde, hemşirelerin endişelerine ve yöneticilerle olan iletişimin iyileştirilmesine odaklanılması önerilmiştir. Ayrıca, hasta güvenliği düzeyini artırmak için hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin algılarının önemli olduğu ve hastanelerde hasta güvenliği kültürü düzeyinin belirlenmesi ve değerlendirilmesi ile hastane hasta güvenliği kültürünün iyileştirilmesinde süreklilik ilkesinin gözetilmesi gerektiği vurgulanmıştır. Dolayısıyla, bu ortamda, risk yönetimi ve hasta güvenliği uzmanları yakın bir çalışma ilişkisi içinde olmalıdır.

Özer ve diğerleri (2019)'nin konuyla ilgili çalışmasında, hemşirelerin hasta güvenliği tutumuna yönelik algılarının belirlenmesi ve sosyo-demografik özelliklere göre farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir. Çalışma kapsamında, bir kamu hastanesinde görev yapan 153 hemşireye anket uygulanmıştır. Çalışmanın sonunda, katılımcıların en yüksek ortalama puanı yönetim anlayışı ve güvenlik iklimi boyutlarına en düşük ortalama puanı ise stresi tanımlama boyutuna verdikleri, hemşirelerin iş doyumu ve stresi tanımlama boyutlarına ilişkin puanlarının bireylerin yaşlarına ve iş doyumu, ekip çalışması, güvenlik iklimi ve yönetim anlayışı boyutlarının ise cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklılaştığı belirlenmiştir.

Koralay (2021) tarafından, Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gazi Hastanesi cerrahi kliniği ve cerrahi yoğun bakım ünitelerinde çalışan 190 hemşire ile yapılan çalışmada, hemşirelerin tıbbi hatalara karşı tutumlarının olumlu ve tıbbi hatalara eğilimlerinin ise düşük olduğu tespit edilmiştir. Araştırmada, hemşireler tıbbi hatayı; yanlış eylemlerde bulunma, uygulamaları eksik yapma/yapmama ve hastaya zarar verme olarak tanımlamışlardır. Hemşireler tıbbi hata nedenlerini insan ilişkili, kurum ilişkili ve sistem ilişkili olarak ifade etmişlerdir. Ayrıca, çalışmada, cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin cinsiyetine, eğitim durumlarına ve haftalık çalışma saatlerine göre tıbbi hatalarda tutum ölçeği puanlarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği, ancak, 22-29 yaş grubundaki hemşirelerin, 30-39 ve 40 ve üzeri yaş grubundaki hemşirelere ve sözleşmeli çalışan hemşirelerin kadrolu çalışan hemşirelere göre daha olumlu tutum sergiledikleri; cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin meslekte toplam çalışma süresi 1 yıldan az olan ve cerrahi yoğun bakım hemşirelerinden daha düşük tıbbi hata düzeyine sahip oldukları; cerrahi birimde çalışma süresi 6-10 yıl olan hemşirelerin tıbbi hata tutumlarının, 6 yıldan az ve 11 yıldan fazla olan hemşireleri göre daha olumlu olduğu; hemşirelerin çalıştığı cerrahi birimdeki hemşire sayısı 6-14 olan grupta, 15-21 olan gruba göre tıbbi hata eğilimlerini daha düşük ve tıbbi hata tutumlarının da daha olumlu olduğu saptanmıştır. Bu doğrultuda, çalışmada ortaya konulan sonuçların yapılan çalışma ile benzer özellikler gösterdiği ifade edilebilir.

Korkmaz (2012)'ın benzer konudaki çalışmasında, hemşirelik hizmetleri sırasında ortaya çıkabilecek hataların ortadan kaldırabilmesi için alınması gereken önlemler; yönetim ve liderlik, tedarik, personel eğitimi ve güçlendirilmesi şeklinde dört boyutta incelenmiştir. Bu boyutların hasta güvenliği açısından pozitif katkılarının olduğu ve birinci derecede etkili olan faktörün ise tedarik faktörü olduğu saplanmıştır. Ayrıca, tedarik faktörünün hemşirelerin hastanede çalışma yılına göre farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Çalışmada diğer demografik özelliklerden yaşın, birimde çalışma yılının, eğitim durumunun, unvanın, çalışılan birimin, medeni durumun, meslekte çalışma yılının ve haftalık çalışma süresinin hasta güvenliği üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı tespit edilmiştir.

Karayurt ve diğerleri (2017) tarafından konuyla ilgili olarak yapılan benzer bir araştırma bir üniversite hastanesi merkezi ameliyathanesinde görev yapan, 96 hekim, hemşire ve anestezi ve ameliyathane teknikeri ile gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın sonunda, ameliyathanelerde hasta güvenli kültürünün sağlanmasında Amerikan Ameliyathane Hemşireler Derneği'nin iş sürecinin basitleştirilmesi ve standardize edilmesinin yanı sıra ekip iş birliğini, hata rapor sisteminin kullanımını önerdiği ifade edilmiştir. Araştırmada, katılımcıların %81.3'ünün Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi'ni bilmediği, %76'sının bunu kullanmak istediği, %71.9'nun hiç olay raporlamadığı, %22.9'nun 1-2 olay raporladığı ve %59.4'nün ameliyathanenin hasta güvenliği düzeyinin kabul edilebilir seviyede olduğunu ifade ettiği saptanmıştır. Ameliyathanede çalışma yılı ile, “üniteler içerisinde ekip çalışması”, “hatalar hakkında geribildirim ve iletişim”, “hatalar hakkında cezalandırıcı olmayan tutum”, “hasta güvenliği için hastane yönetiminin tutumu” alt boyutlarında istatistiksel farklılıklar olduğu belirlenmiştir. Yine, Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi'nin çalışanlara tanıtılması ve kullanımına yönelik eğitimler verilmesinin hasta güvenliği kültürünün geliştirmesine yardımcı olacağı belirtilmiştir.

Abdou ve Saber (2011) tarafından, Mısır'daki bir hastanede gerçekleştirilen çalışmada, hemşireler arasındaki hasta güvenliği kültürünün değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Çalışma, Üniversite Hastanesinde on iki yatan hasta ünitesinde gerçekleştirilmiştir. Denekler, veri toplama döneminde ulaşılabilen ve yukarıda belirtilen ortamlarda çalışan dahil edilme kriterlerini karşılayan yüz altmış beş hemşireden oluşan kolayda örneklemden oluşmaktadır. Veri toplamak için Texas Üniversitesi tarafından geliştirilen kendi kendine uygulanan bir Güvenlik tutum anketi (SAQ) kullanılmıştır. İki ve çok değişkenli analizler sonucunda, hemşireler arasında güvenlik kültürü boyutlarının olumlu yanıtlarının en yüksek puana sahip olduğu, genel olarak işlerinden memnun oldukları ve ekip çalışması ikliminin takip edildiği, en düşük puanların ise yönetim algılarını içerdiği ve teknik hemşirelerin, genel birimlerde çalışan profesyonel hemşirelere kıyasla genel güvenlik kültürü boyutlarında önemli ölçüde daha yüksek algıya sahip oldukları belirlenmiştir. Ayrıca, sosyo-demografik özellikler ile

güvenlik kültürünün tüm boyutları arasında anlamlı ilişki gözlenmiştir. Çalışmanın sonunda, organizasyon genelinde güvenlik bilincinin artırılması ve iyileştirilmesi gereken alanların belirlenmesi için hemşirelerin güvenlik tutumlarına ilişkin içgörü düzeyinin önceden belirlenmesi gerektiğine vurgu yapılmıştır. Ayrıca, hasta güvenliği ile ilgili konularda sağlık hizmeti sağlayıcılarının tutumlarını ölçmeye yönelik yaygın bir ilgi olduğu, sağlık kuruluşları, güvenlik kültürünü geliştirmenin önemini giderek daha fazla farkına vardıkları ve iyi yönetilen bir sistem kurularak güvenlik kültürünün daha da geliştirilebileceği ileri sürülmüştür.

Tabrizchi ve Sedaghat (2010), sağlık hizmetlerindeki tıbbi hataların son zamanlarda daha fazla dikkat çekse de sağlık merkezlerinde hasta güvenliği kültürünün görece ihmal edildiği ifade edilmiş ve bu amaçla da, birinci basamak sağlık merkezlerinde hasta güvenliği kültürünü ölçmek için bir çalışma yapıldığı ifade edilmiştir. Çalışmada, Sağlık Hizmetleri Araştırma ve Kalite Ajansı (AHRQ) tarafından geliştirilen Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketinin değiştirilmiş bir versiyonu kullanılmış ve araştırma kesitsel bir çalışma şeklinde gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın bulgularına göre, hasta güvenliği kültürüne ilişkin genel pozitif yanıt oranı 57 ± 16.8 olarak bulunmuştur. Olumlu yanıt alma oranı daha yüksek olan boyutlar; “sağlık merkezi birimleri arası ekip çalışması”, “birimler arası ekip çalışması” ve “Hasta güvenliği için yönetim desteği” boyutları olmuştur. Çalışma yılı ile hastaların güvenli kültür skoru arasında ilişki bulunamamıştır. Benzer şekilde meslek, cinsiyet ve toplam hasta güvenli kültür puanı arasında da ilişki bulunamamıştır. Çalışmanın sonunda, sağlık ocaklarında hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesi için yeterli sayıda personele sahip olunması ve hataların anında ve korkusuzca bildirilmesine yardımcı olacak personel ile açık ve adil bir ortamın oluşturulması gerektiğine vurgu yapılmıştır.

Nacar (2019)’ın konuyla ilgili çalışmasında, yenidoğan yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin algıladıkları iş yükü düzeyleri incelenmiştir. Araştırma, Sağlık Bakanlığı’na bağlı bir çocuk hastanesindeki yenidoğan yoğun bakım ünitesinde çalışan 55 hemşire ile gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya katılan hemşireler, ünitenin iş yükünü çok fazla olduğunu ifade etmişlerdir. Hemşirelerinin bireysel iş yükü algı ölçeği alt boyutların aldıkları ortalama puan sıralaması; “meslektaş desteği” “yönetici desteği” “birim desteği” “çalışma ortamı” şeklindedir. Ölçeğin puan ortalamasına göre, hemşirelerin iş yükü algılarının ortalamasının üzerinde olduğu saptanmıştır.

Kavuran ve Çetinkaya (2022) tarafından yapılan çalışmada, bir üniversite hastanesinde çalışan hemşire ve hekimlerin tıbbi hatalarda tutumlarının belirlenmesi amaçlanmıştır. Araştırmaya, 110 hemşire ve 91 hekim katılım sağlamıştır. Çalışmada, tıbbi hata tutum ölçeğinden hekimler $3.11\pm.59$ ve hemşireler $3.06\pm.61$ toplam puan aldıkları ve hemşire ve hekimlerin toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir. Hemşire ve hekimlerin tıbbi hata algısı ve tıbbi hayata yaklaşım alt boyut puanları arasında anlamlı farklılıklar olduğu, tıbbi hata

nedenleri puan ortalamaları arasındaki farkın ise anlamlı olmadığı belirlenmiştir. Puan ortalamaları ile sosyo-demografik özelliklerinin karşılaştırılması sonucunda, hekim ve hemşirelerin tıbbi hata yapma ile tıbbi hataya yaklaşım alt boyutu ve toplam ölçek puanı arasında anlamlı farklılıklar bulunduğu, buna göre, aynı kurumda 1 ile 3 yıl arasında çalışan hemşirelerin puanı ile 4 yıldan fazla çalışanların puanlarından daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Çalışmada, ölçek puan ortalamasının, yaş, cinsiyet, çalışılan servis, çalışma şekli ve haftalık çalışma saatinden ise etkilenmediği saptanmıştır.

Araştırmanın sonuçlarından hareketle konuyla ilgilenen uzman, akademisyen ve öğrenciler için aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir.

Çalışmanın, sağlık çalışanlarının, iş yüklerinin nispeten yüksek olduğu ve uzun çalışma saatleri boyunca performans göstermeleri gerektiği bulgusundan hareketle, çalışma saatlerinin personelin yeterli düzeyde dinlenmesine imkan tanıyacak şekilde yeniden düzenlenmesi önerilmektedir. Bu sayede personelin motivasyonunun ve iş performanslarının da artacağı ve tıbbi hatalara karşı daha duyarlı olacakları değerlendirilmektedir.

Çalışmada, sağlık çalışanlarının cinsiyetlerinin iş yükü, iş performansı ve tıbbi hatalarda tutum düzeylerini etkilemediği belirlenmiştir. Bu durum olumlu bir gelişme olarak görülmektedir. Dolayısıyla, sağlık kurum ve kuruluşlarındaki cinsiyet odaklı uygulamaların etkin ve verimli şekilde hayata geçirildiği kabul edilebilir. Söz konusu durumun sağladığı avantajlarının devamlılığı için bu yöndeki faaliyetlerin aksatılmadan devam etmesine özen gösterilmelidir.

Medeni duruma ilişkin olarak çalışmada evli bireylerin daha fazla iş performansı gösterdiği şeklinde bulguya ulaşılmıştır. Mesleğin ilk yıllarında diğer bir ifadeyle daha genç yaşlardaki personelin iş yükünün daha fazla olduğu şeklindeki araştırma bulgusuyla birlikte değerlendirildiğinde, bekar ve genç personelin işine daha fazla konsantre olmasını sağlamak üzere bazı tedbirler alınması önerilmektedir. Bu tedbirlerin, personelin ekonomik gelir düzeylerinin yükseltilmesi ve daha fazla sosyal imkan tanınması gibi olumlu sonuçları olacağı değerlendirilen maddi ve manevi unsurları içermesi önemli hususlar olarak değerlendirilmektedir.

Çalışmada, yaşın ve meslekteki çalışma süresinin artmasıyla birlikte tıbbi hatalara karşı bir duyarsızlık ortaya çıkmaya başladığı yönünde tespitlerde bulunulmuştur. Bu olumsuz durumun ortaya çıkmasını engellemek üzere, sağlık çalışanlarının ve özellikle daha ileriki yaş grubundaki personelin moral ve motivasyonlarını artırıcı seminer konferans vb. meslek içi eğitimlere ağırlık verilmelidir. Bu tür faaliyetler için alanında uzman kişi ve kurumlardan profesyonel destek alınması da ayrıca önerilmektedir.

Çalışmada, hekim ve hemşirelerin iş yüklerinin, iş performanslarının ve tıbbi hatalara yönelik tutumlarının diğer sağlık çalışanlarına göre daha fazla olduğu belirlenmiştir. İş yükü ve iş performansı konusunda mesleki anlamda farklılıklar olması

her ne kadar normal gibi görünse de, her bir meslek grubu içindeki görev dağılımlarının hakkaniyetle yapılmasına özen gösterilmelidir. Tıbbi hatalara yönelik tutum konusunda ise, diğer personelin farkındalığının artırılmasına yönelik bazı eğitimlerin verilmesine ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

Sağlık çalışanlarının eğitim düzeyinin de iş yükü, iş performansı ve tıbbi hatalara yönelik tutum üzerinde belirleyici etkileri olduğu gözlenmiştir. Bu bağlamda, eğitim seviyesi diğerlerine göre düşük olan personelin eğitimlerine devam etmelerini sağlamaya yönünde gerekli yasal düzenlemelerin yapılması ve bu personelin teşvik edilmesi önerilmektedir. Bu sayede sağlık gibi çok önemli bir sektörde çalışan personelin, yaptıkları işin önemini daha iyi kavramalarına katkı sağlanacağı ve muhtemel tıbbi hataların da daha az ortaya çıkacağı değerlendirilmektedir.

Sağlık kurum ve kuruluşlarında personel üzerindeki iş yükü ve tıbbi hatalara karşı tutum tarafından şekillenen çalışma performansı düşüklüğü ya da yetersizliğinin kurtulması gereken bir durum olmadığı, aksine, örgüt amaçları doğrultusunda yönlendirilerek yönetilmesi gereken bir olgu olduğunun kabul edilmesi gerekmektedir. Bu sayede kurum performansında gözlenen olumsuzluklar giderilmesine daha profesyonel bir yaklaşım sergilenecek ve etkili çözümler üretilebilecektir.

Sağlık çalışanlarının, iş yükü ve tıbbi hata tutumu ile çalışma performanslarının incelendiği bu çalışma, Covid19 pandemi döneminde gerçekleştirilmiştir. Dolayısıyla, araştırmanın örneklem sayısı ve bireylerin sosyo-demografik özellikleri sınırlı tutulmuştur. Bu konuda, daha geniş katılımlı ve daha farklı sosyo-demografik özellikler içeren benzer çalışmalar yapılarak konuyla ilgili literatüre kazandırılabilir.

KAYNAKLAR

- Abdou, A. H., & Saber, K. M. (2011). A baseline assessment of patient safety culture among nurses at student university hospital. *World Journal of Medical Sciences*, 6 (1). 17-26.
- Abdulkarem, A.S. (2017). *Hastanelerde tıbbi hataların klinik yönetimi, bir eğitim ve araştırma hastanesi örneği* [Yüksek Lisans Tezi], Süleyman Demirel Üniversitesi, (453362).
- Akalın, E. (2005). Yoğun bakım ünitelerinde hasta güvenliği, *Yoğun Bakım Dergisi*, 5(3), s. 141-146.
- Akalın, E. (2007). Klinik araştırmalar ve hasta güvenliği, *İKU Dergisi*, 17 (2), s. 32-35.
- Akçakanat, T. (2009). *İnsan kaynakları yönetiminde performans değerlendirme, Isparta İl Emniyet Müdürlüğü'nde bir uygulama*, [Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi], Süleyman Demirel Üniversitesi.
- Akgün, S. (2014). Hasta güvenliği, beklenmeyen ciddi tıbbi hatalar, sentinel olaylar, *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 1(2), s. 75-82.
- Akgün, S., Al-Assaf, A. F. (2007). Sağlık kuruluşlarında hasta güvenliği anlayışını nasıl oluşturabiliriz?, *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, 3, s.42-47.
- Aksoy, M. (2014). *Sağlık çalışanlarında iş yükünün örgütsel bağlılık ve iş tatmini üzerindeki etkisi Diyarbakır hastanelerinde bir uygulama*, [Yüksek Lisans Tezi], Çağ Üniversitesi, (358382).
- Aktuğ, S. (2016). *Hizmet içi eğitimin örgütsel bağlılık düzeyi ve algılanan çalışan performansı üzerine etkisi*, [Yüksek Lisans Tezi], İstanbul Gelişim Üniversitesi (431305).
- Alaman, O. (2018). *Hemşirelerin tıbbi hatalara yönelik tutumlarının incelenmesi*, [Yüksek Lisans Tezi], İstanbul Üniversitesi, (542204).
- Allport G. (1953). Attitudes. C. Murchison (Ed.), *Handbook of Social Psychology*, Worcester, MA, Clark University Press.
- Alpar, R. (2020). *Çok değişkenli istatistiksel yöntemler* (4. Baskı), Detay Yayınları.
- American Health Research Quality. (2018, 03 Ekim). *Patient Safety Network, Glossary Terms*, Retrieved 2018, from <https://psnet.ahrq.gov/glossary>
- ASHP Therapeutic Guidelines. (2013). Antimicrobial Prophylaxis in Surgery; Clinical practice guidelines.
- Aslan, F. E. (2009). *Cerrahide Hasta Güvenliği*, Haydarpaşa Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi 1.Cerrahi Hemşireliği Sempozyum Programı.
- Aspden, P., Corrigan, J. (2004). *Patient safety, achieving a new standart for care*, Washington, DC, National Academies Press.
- Aştı, T., Acaroğlu, R. (2000). Hemşirelikte sık karşılaşılan hatalı uygulamalar, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 4(2), 22-27.

- Ayaz, S. & Beydağ, K.D. (2014). Hemşirelerin iş yaşamı kalitesini etkileyen etmenler, *Balıkesir Örneği Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 2(1), s. 60-69.
- Aycan Z, & Eskin M. (2005). Childcare, spousal, and organizational support in predicting work-family conflict for females and males in dual-earner families with preschool children. *Sex Roles*. 53 (7), s. 453–471.
- Aydemir İ., Yıldırım T. (2016). Ameliyathane cerrahi ekibinin teknik olmayan becerilere ilişkin tutumlarının belirlenmesi, *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 8(15), s. 66-84.
- Aydoğan, O. (2008). *İş stresinin tükenmişlik ve örgütsel bağlılıkla ilişkisi kamu sektöründe bir uygulama*, [Yüksek Lisans Tezi]. Kara Harp Okulu Savunma Bilimleri Enstitüsü (231623).
- Aygın, D., & Cengiz, H. (2011). İlaç uygulama hataları ve hemşirenin sorumluluğu. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 45(3), 110-114.
- Bakan, İ. & Kelleroğlu, H. (2003). Performans değerlendirme, çalışanların performans değerlendirme uygulamalarından beklentileri konusunda bir alan çalışması, *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 8(1), s. 103-127.
- Balanuye, B. (2014). *Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin iş yükünün hasta güvenliğine etkisi* [Yüksek Lisans Tezi], Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara (366177).
- Banaz, M. (2020). *Hekimlerin defansif tıp ve tıbbi hata tutumlarının incelenmesi*. [Yüksek Lisans Tezi], Hacettepe Üniversitesi (629287).
- Banuye, B. (2014). *Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin iş yükünün hasta güvenliğine etkisi*, [Yüksek Lisans Tezi], Başkent Üniversitesi (366177).
- Barach, P. & Small, S. D. (2000). Reporting and preventing medical mishaps, lessons from non-medical near miss reporting systems, *BMJ, British Medical Journal*, 320(7237), 759-763.
- Barutçugil, İ. (2016). *Stratejik insan kaynakları yönetimi* (2. Baskı), Kariyer Yayınları, İstanbul.
- Bayer, E., & Çevik, G. (2019). Hemşirelerin hasta güvenliği tutumlarının hasta güvenliği kültürü üzerine etkilerinin araştırılması, bir araştırma uygulama hastanesi örneği. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 22(3), 653-676.
- Bayram, L. (2006). Geleneksel performans değerlendirme yöntemlerine yeni bir alternatif, 360 derece performans değerlendirme, *Sayıştay Dergisi*, 62, 47-65.
- Bettencourt, L. A. (2004). Change-Oriented Organizational Citizenship Behaviors, The Direct and Moderating Influence of Goal Orientation, *Journal of Retailing*, 80(3), s.165-180.
- Berçin D. A., (2019). Sağlık Hizmetlerinde İş Yükünün Hasta Güvenliği Üzerindeki Etkisi [Yüksek Lisans], Beykent Üniversitesi, (569722).

- Bos, J. V. D., Rustagi, K., Gray, T., Halford, M., Ziemkiewicz, E., Shreve J. (2011). The \$17.1 billion problem, The annual cost of measurable medical errors, *Health Affairs*, 30(4), s.596-603.
- Bulut, T. (2022, 06 Kasım). Olasılıklı Örneklem, <https://tevfikbulutcom.wordpress.com/tag/olasilikli-orneklem>.
- Camkurt, M. Z. (2007). İşyeri çalışma sistemi ve işyeri fiziksel faktörlerinin iş kazaları üzerindeki etkisi, *TÜHİS İş Hukuku ve İktisat Dergisi*, 20(6), 80-106.
- Carayon P. & Gürses A. (2008). *Nursing workload and patient safety – a human factors engineering perspective*. Agency for Healthcare Research and Quality U.S. Department of Health and Human Services, Patient Safety and Quality, An Evidence-Based Handbook for Nurses.
- Ceylan, E. (2019). *Sağlık çalışanlarının iş yükü algısı ve tıbbi hata tutumları arasındaki ilişkinin incelenmesi*, Beykent Üniversitesi (555096).
- Chassin, M. R. & Loeb, J. M. (2013). High reliability health care, *Getting There from Here*, 91(3), s. 459–490.
- Cordes, C. L., Dougherty, T.M. (1993). A review and an integration of research on job burnout, *Acad Manage Rev*, 18, 621-656.
- Coşkun, Ö. (2012). *İki işyerinde işe devamsızlık ve kendini işe verememede etkili faktörlerin değerlendirilmesi*, [Yüksek Lisans Tezi], Ankara Üniversitesi (324050).
- Cüceloğlu, D. (2010). *İnsan ve davranışı*, Remzi kitabevi, 15.baskı.
- Çakır, A. (2007). *Hasta güvenliği kültürü ile kalite yönetim sistemi arasındaki ilişkinin analizi*, [Yüksek Lisans Tezi], Dokuz Eylül Üniversitesi, (215753)
- Çakmakçı, M. & Akalın, E. (2011). *Fusun Sayek TTB Raporları / Kitapları – Hasta Güvenliği Türkiye ve Dünya. Birinci Baskı*, Tıbbi hatanın hasta ve yakınları ile paylaşılması, Ankara Türk Tabipleri Birliği Yayınları. Birinci Baskı, 71-75.
- Çelik, M. & Çıra, A. (2013). Örgütsel vatandaşlık davranışının iş performansı ve işten ayrılma niyeti üzerine etkisinde aşırı iş yükünün aracılık rolü, *Ege Akademik Bakış*, 13(1), s. 11-20.
- Çetinkaya, P. (2016). *Hemşirelikte tıbbi uygulama hataları ve hukuki sonuçları*, Seçkin Yayıncılık, Birinci baskı.
- Çevik G. (2018). Hemşirelerin Hasta Güvenliği Tutumunun Hasta Güvenliği Kültürü Üzerine Etkisi [Yüksek Lisans Tezi], Süleyman Demirel Üniversitesi (528221)
- Çiftçiöğlu, G. & Tunç, G. (2018). Hastanelerde görevli sağlık çalışanlarının bireysel iş yükü algıları, *Sağlık ve Hemşirelik Dergisi*.
- Çiftçiöğlu, G., Tunç, G., Güneş, A., Değer, V. & Çifçi, S. (2018). Hastanelerde görevli sağlık çalışanlarının bireysel iş yükü algıları *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 1(5), s. 1-8.

- Dağdeviren, M., Eraslan, E., & Kurt, M. (2005). Çalışanların toplam iş yükü seviyelerinin belirlenmesine yönelik bir model ve uygulaması, *Gazi Ü. Müh. Mim. Fak. Der.* 20(4), s. 517-525.
- De Coninck, J. B., & Bachmann, D. (2005). An analysis of turnover among retail buyers. *Journal of Business Research*, 58, 874-882.
- Demirkaya, S. (2014). *Hastane acil servislerinde çalışan sağlık personelinin iş yükü ve tükenmişlik sendromu ilişkisi* [Yüksek Lisans Tezi], Beykent Üniversitesi, (380228).
- Demirkaya, S. (2014). *Hastane acil servislerinde çalışan sağlık personelinin iş yükü ve tükenmişlik sendromu ilişkisi* [Yüksek Lisans Tezi], Beykent Üniversitesi (380228).
- Derin, N. (2007). *Devlet hastanelerinde çalışan sağlık personelinin iş doyum düzeyleri ve etkileyen faktörler* [Yüksek Lisans Tezi], Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, (193991).
- Dhankhar, P., Khan, M. M., & Bagga, S. (2007). Effect of medical malpractice on resource use and mortality of AMI patients, *Journal of Empirical Legal Studies*, 4(1), pp.163-183.
- Duman, M. Ç., & Akdemir, B. (2016). Mobbing ve çalışan performansı arasındaki ilişkiyi belirlemeye yönelik bir araştırma, *Akademik Yaklaşımlar Dergisi*, 7(2), s. 29-52.
- Duxbury, L., & Higgins C. (1994). Interference between work and family, a status report on dualcareer and dual-earner mothers and fathers. *Employee Assistance*, 9(3), 5.
- Earl, B. (2004). *The practice of social research*. 10. Basım. Thomson, Wadsworth
- Elma, C. (2003). *İlköğretim okulu öğretmenlerinin işe yabancılaşması. (Ankara İli Örneği)*, [Yayınlanmamış Doktora Tezi]. Ankara Üniversitesi (205179).
- Erdoğan, E. (2011). Etkili liderlik örgütsel sessizlik ve performans ilişkisi. [Yüksek Lisans Tezi]. Gebze Yüksek Teknoloji Enstitüsü, (280811).
- Eren Gümüştekin, G. & Öztemiz A.B. (2005). Örgütlerde stresin verimlilik ve performansla etkileşimi, *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Arşiv 14(1).
- Eren, E. (2004). *Örgütsel davranış ve yönetim psikolojisi*, Beta Basım ve Yayım Dağıtım.
- Ergenç, D. (2003). *Ulaşım sektöründe çalışanların performansının etkileyen faktörlerin incelenmesi, karayolu ulaşım örneği*, [Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi], Dokuz Eylül Üniversitesi.
- Ergül, A. (2012). *Çalışma yaşamında stresin bireysel performans üzerindeki etkileri, Eğitim ve sağlık çalışanlarına yönelik bir araştırma*. [Yüksek Lisans Tezi], Balıkesir Üniversitesi (308740).

- Erkut, H. (2001). *Değişimi başarıya dönüştürme*, MESS yayınları.
- Eroğlu, E. K. (2011). *Bir eğitim ve araştırma hastanesinde iş yükünün hasta güvenliği üzerindeki etkisinin belirlenmesi* [Yüksek Lisans Tezi], Atılım Üniversitesi, (277384).
- Erol, E. (1998). *Örgütsel davranış ve yönetim psikolojisi*. İstanbul.
- Ersoy, Y. (2004). Tıbbi hatanın hukuki ve tıbbi sonuçları, *TBB Dergisi*, Sayı 53.
- Ertürk C., Dönmez P. & Özmen P. (2016). Manisa il merkezindeki hastanelerde görev yapan hemşirelerin hasta güvenliği kültürünün değerlendirilmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 32(1). 19-33.
- Eryılmaz, A., & Burgaz, B. (2011). Özel ve resmi lise öğretmenlerinin örgütsel yabancılaşma düzeyleri, *Eğitim ve Bilim Dergisi*, 36(161), 271-286.
- Feijter, J., Grav, E. W., Muijtjens, A., Scherpbier, A., & Koopmans, R. (2012). A comprehensive overview of medical error in hospitals using incident reporting systems, patient complaints and chart review of inpatient deaths, *Plus One*. 7(2), 1-7.
- Fermani, M. (1985). *Otel yönetimi ve beş yıldızlı otel işletmelerinde likert modeli uygulaması*, Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Fındıkçı, İ. (2001). *İnsan kaynakları yönetimi* (3. Baskı), Alfa Yayınları, İstanbul.
- Freundenberger, H. J. (1974). Staff Burn-Out, *Journal Of Social Issues*, 30(1), 159-165.
- Friesen, D. & Sarros, J. C. (1989). Sources of burn out among educators. *Journal of Organizational Behaviour*, 10, 179-188.
- Garbutt, J., Waterman, A.D., Kapp, J.M., Dunagan, W.C., Levinson, W., FRASER, V., & Gallagher, T.H. (2008). Lost opportunities, how physicians communicate about medical errors, *Health Aff*, 27(1), s. 246-255.
- Gawandee, A. A., Thomas, E. J., Zinner, M. J., & Brennan, T. A. (1999). The incidence and nature of surgical adverse events in Colorado and Utah in 1992, *Surgery*, 126(1), pp. 66-75.
- Gencer, Z. (2016). *Otel işletmelerinde aşırı iş yükünün örgütsel bağlılık ilişkisi, Side ve Belek bölgelerinde bir uygulama* [Yüksek Lisans Tezi]. Süleyman Demirel Üniversitesi (453365).
- George, D., & Mallery, P. (2010). *SPSS for Windows step by step. A simple study guide and reference* (10. Baskı). GEN, Boston, MA, Pearson Education, Inc, s. 10.
- Göktaş, D. (2014). *İnsan kaynakları yönetiminin bir fonksiyonu olarak performans değerlendirme ve bankalarda bir uygulama*, [Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi], Gediz Üniversitesi.
- Griffeth, R., & Hom, P. (1995). The employee turnover process, *Research in Personnel and Human Resources Management*, (13), 245-293.
- Grober, E. D., & Bohnen, J.M. (2005). Defining medical error, *Canadian Journal of Surgery*, 48(1), 39-44.

- Güleç, D. (2012). *Tıbbi hatalarda tutum ölçeğinin geliştirilmesi*, [Yüksek Lisans Tezi], Dokuz Eylül Üniversitesi, (331287).
- Gülkaya, E. (2009). *Erişkin hastanesinde yapılan akreditasyon çalışmaları sürecinde, yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin hasta güvenliği konusunda bilgi düzeyleri*, [Yüksek Lisans Tezi], Hacettepe Üniversitesi, , (248219).
- Gümüştekin, G. E., & Öztemiz, A.B. (2005). Örgütlerde stresin verimlilik ve performansla etkileşimi, *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 14(1), s. 271-288.
- Güney, S. (2001). *Stres ve stresle başa çıkma, (içinde) yönetim ve organizasyon*, Editör. S. Güney, Nobel Yayın Dağıtım.
- Güney, S. (2015). *İnsan kaynakları yönetimi* (2. Baskı), Nobel Akademik Yayıncılık.
- Güven, M. (2014). *Hasta güvenliği ve tıbbi hatalar Antalya Atatürk Devlet Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin hasta güvenliği ihlali ve tıbbi hata tanıklıkları*, [Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi], Beykent Üniversitesi.
- Hergül, F. K., Özbayır, T. & Gök, F. (2016) Ameliyathanede hasta güvenliği, Sistematik derleme, *Pamukkale Tıp Dergisi*, 9(1), s. 87-98.
- <http://www.nccmerp.org/about/MedErrors.htm> Erişim 01.04.2021.
- Huey, F. M., & Wickens, C.D. (1993). *Workload Transition, Implications for Individual and Team Performance*. Washington DC, National Academy Press.
- ICN. (2006, 7 Mart). Safe Staffing Saves Lives. Information and Action Tool Kit. Erişim, <http://www.icn.ch/indikit2006.pdf>. Erişim Tarihi, 7.3.2021.
- Ildız, G. Ö. (2009). *Proje yönetimi, inşaat firmalarında proje müdürlerinin iş yükü, iş stresi, iş tatmini ve motivasyon ilişkisi*, [Doktora Tezi], İstanbul Kültür Üniversitesi, (237119).
- Işık, O., Akbolat, M., Çetin, M., & Çimen, M. (2012). Hemşirelerin bakış açısıyla tıbbi hataların değerlendirilmesi, *Taf Preventive Medicine Buletin*, 11(4), 421-430.
- İdikurt, O. (2019). *Sağlık çalışanlarında depresyonun çalışan performansı üzerine etkisi*, [Yüksek Lisans Tezi], Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, , (579480).
- İntepeler, S. Ş. & Dursun, M. (2012). Tıbbi hatalar ve tıbbi hata bildirim sistemleri, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15(2), s. 129-135.
- İşlek, E. (2009). *Bir özel dal eğitim ve araştırma hastanesinde hasta güvenliğini tehdit eden olayların ve olası nedenlerinin tanımlanması* [Yüksek Lisans tezi]. Ankara Üniversitesi, (242720).
- İzgören, A. Ş. (2001). *Geleceğin organizasyonunu yaratmak*, Ankara, Academyplus Yayınevi.
- JCAHO - Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. (2006). *Sentinel Event Statistics*, ABD.
- JCI - The Joint Commission International. (2018). Patient Safety Systems (PS), CAMAC, January 4(54), s.7

- Joint Commission Resources (JCR). (2001). *Preventing Medication Errors, Strategies for Phasmacists*, Joint Comission International, Oakbrook Terrace, Illinois.
- Joint commission online. (2019). Quality and Safety Published by the Department of Corporate Communications, s. 1.
- Kahveci, Ç. (2016). Sağlık Çalışanlarında İş Yükünün Motivasyona Etkisi, [Yüksek Lisans Tezi], Beykent Üniversitesi, (441228).
- Kandemir, A., & Yüksel, S. (2020). Cerrahi hemşirelerinin tıbbi hata tutum ve eğilimlerinin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 23(2), 287-297.
- Karaca, A. (2006). *Sağlık hizmetleri pazarlamasında dış kaynak kullanımı ve sağlık işletmelerinde dış kaynak kullanımına yönelik bir uygulama*, [Doktora Tezi], Pamukkale Üniversitesi, (210923).
- Karaca, A., & Arslan, H. (2015). A Study for Evaluation of Patient Safety Culture in Nursing Services, *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 1(1), s. 9–18.
- Karadağ, M., & Cankul H.İ. (2015). Hekimlerde Zihinsel İş Yüğü Değerlendirmesi, *The Journal of Academic Social Science Studies*, 35(5), s. 361-370.
- Karaman Özlü, Z., Eskici, V., Aksoy, D., Özer, N., Yayla, A., & Avşar, G. (2015). Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin ilaç uygulama hatalarına yönelik görüş ve deneyimlerinin belirlenmesi, *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi* (1-2-3), s. 83-103.
- Karayurt, Ö., Damar, H. T., Bilik, Ö., Özdöker, S., & Duran, M. (2017). Ameliyathanede hasta güvenliği kültürünün ve güvenli cerrahi kontrol listesinin kullanımının incelenmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(1), 16-23.
- Kavuran, E., & Çetinkaya, F. (2022). Bir üniversite hastanesinde çalışan hekim ve hemşirelerin tıbbi hata tutumlarının belirlenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 9(1), 24-30.
- Kaya Eroğlu, E. (2011). *Bir eğitim ve araştırma hastanesinde iş yükünün hasta güvenliği üzerindeki etkisinin belirlenmesi* [Yüksek Lisans Tezi], Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (277384).
- Kellogg, K. M., Hettinger, Z., Shah, M., Wears, R. L., Sellers, C. R., Squires, M., & Fairbanks, R.J. (2017). Our current approach to root cause analysis, is it contributing to our failure to improve patient safety?, *BMJ Qual Saf*, 26(5), s. 381-387.
- Keser, A. (2006). Çağrı Merkezi çalışanlarında iş yükü düzeyi ile iş doyumu ilişkisinin araştırılması, *Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 1(11), s. 100-119.
- Kimberlee (2009, 09 Nisan). *Importance of employee performance in business organizations*, <https://smallbusiness.chron.com/importance-employeeperformance-business-organizations-1967.html>

- Koralay, G. (2021). *Cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin tıbbi hataya ilişkin bilgi, eğilim, tutum ve görüşleri, karma yöntem çalışması*. [Doktora Tezi], Hacettepe Üniversitesi, (659158).
- Korkmaz, O. (2012). Hemşirelerin hasta güvenliği konusunda yöneticilerin tutumunu algılayışı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 14(4). 91-112.
- Korkmaz, Z. (2012). *Yenidoğan hemşirelerinde iş analizi ve iş yükü*, [Doktora Tezi], Erciyes Üniversitesi, (303495).
- Kul, S. (2021, 13 Mayıs). *Korelasyon analizi*, <http://www.p005.net/analiz/korelasyon-analizi>,
- Kulaklıkaya, K. (2013). *İşkolik, tükenmişlik sendromu ve iş yükü algısı arasındaki ilişki* [Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi], Marmara Üniversitesi.
- Leape, L. L. (1994). Error in medicine, *JAMA*, 272(23), 1851-1857.
- Leter, M.P. (2003). *Areas of Worklife Survey Manual*, 3rd Edition, Center of Organizational Research and Development, Wolfville.
- Leproult, R., Colecchia, E.F., Berardi A.M., Stickgold, R., Kosslyn, S. M., & Van Cauter, E. (2003). Individual differences in subjective objective alertness during sleep deprivation are stable and unrelated, *Am J Physiol Regul Integr Comp Physiol*, 284(2), s. 280-90.
- Liang, B. (2002). A system of medical error disclosure, *Qual Saf Health Care*, 11, 64-68.
- Mæstada, O., Torsvik G.B., & Aakvik, A. (2010). Overworked? On the relationship between workload and health worker performance, *Journal of Health Economics*. 29(5), s. 686-698.
- Mahajan, R.P. (2010). Critical incident reporting and learning, *British Journal of Anaesthesia*. 105(1), 69-75.
- Mamatoğlu, N. (2008). 360 derece geribildirim sistemi ve uygulaması, *Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi*, 25(2), s. 137-164.
- Margaret J. P. (1993). *Performans değerlendirmeleri*, (Çev. Doğan Şahiner), Rota Yayınları İstanbul.
- Maslach, C., Goldberg, J. (1998). *Prevention of Burnout, New Perspectives, Applied and Preventive Psychology*, 7, Cambridge University Press, s.63-64.
- McNutt, R., Abrams, R., & Aron, D. (2002). For The Patient Safety Committee, Patient Safety Efforts Should Focus on Medical Errors, *JAMA*, 287, s.1997-2001.
- Metin, Ö. & Gök Özer, F. (2007). Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyinin Belirlenmesi, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(1), s. 58-66.
- Mıtka, M. (2010). Disclosing medical errors does not mean greater liability costs, new study finds, *JAMA*, 304(15), s. 1656-1657.

- Nacar, S. (2019). *Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin algıladıkları iş yükünün aile merkezli bakıma ilişkin tutumlarına etkisi*. [Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi], Hasan Kalyoncu Üniversitesi, (609685).
- Nieva, V. F., & Sorra, J. (2003). Safety culture assessment, a tool for improving patient safety in healthcare organizations, *Qual Saf Health Care*, 12(Suppl II), s.17–23.
- Nolan, T. W. (2000). System changes to improve patient safety, *BMJ, British Medical Journal*, 320(7237), 771-773.
- Ofluoğlu, G. & Büyükyılmaz, O. (2008). Yabancılaşmanın teorik gelişimi ve tarihsel süreç içinde farklı alanlarda görünüşleri, *Kamu-İş*, 10(1), 113- 144.
- Oğuz, Ö. (2007). *İlaç hataları ve hataların raporlanmasına yönelik hemşirelerin alışkanlık ve deneyimlerinin belirlenmesi ve ilaç hatalarının önlenmesine ilişkin stratejilerin geliştirilmesi*, [Yüksek Lisans Tezi], Marmara Üniversitesi (196122).
- Oğuzberk, M., & Aydın, A. (2008). Ruh sağlığı çalışanlarında tükenmişlik, *Klinik Psikiyatri*, 11, 167-179.
- Ordukaya, H. (2011). Fiziksel iş yükü ve ergonomi, *Kalkınmada Anahtar Verimlilik Dergisi*, 2(4), s. 42-48.
- Özalp, E., & Kırel, Ç. (2001). *Örgütsel davranış*. Anadolu Üniversitesi, Eğitim, Sağlık ve Bilimsel Araştırma Çalışmaları Vakfı Yayın No, 149, Eskişehir.
- Özçelik, E. (2011). *Toplam iş yükünü etkileyen faktörlerin analizi için yapısal eşitlik modelleme ve analitik ağ süreci ile bütünleşik bir model önerisi*, [Yüksek lisans Tezi], Gazi Üniversitesi, (312682).
- Özdevecioğlu, M. & Kanıgür, S. (2009). Çalışanların ilişki ve görev yönelimli liderlik algılamalarının performansları üzerindeki etkileri, *Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 16, s. 53-82.
- Özer Ö., Şantaş F., Gün Ç., & Şentürk S. (2019). Hemşirelerin hasta güvenliği tutumlarına ilişkin algılarının değerlendirilmesi. *ACU Sağlık Bil Dergisi* 10(2). 161-168.
- Özer, M., & Bakır, B. (2003). Sağlık Personelinin Motivasyonu İlgili Etmenlerin Belirlenmesi, *Gülhane Tıp Dergisi* 45 (2), S. 117 – 122.
- Özlü, B. (2016). *Otel işletmelerinin yiyecek içecek ünitelerinde çalışan işgörenlerin iş tatmini ve işgören devir hızı algısı*, *Gaziantep'te bulunan 4 ve 5 yıldızlı oteller üzerine bir araştırma* [Yüksek Lisans Tezi]. Gaziantep Üniversitesi (441061).
- Özlü, Z.K., Eskici, V., Aksoy, D., Özer, N., Yayla, A., & Avşar, G. (2015). Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin uygulama hatalarına yönelik görüş ve deneyimlerinin belirlenmesi, *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, s. 83-103.
- Öztürk, S. (2009). *İnsan kaynakları yönetiminde performans değerlendirme üzerine bir uygulama* [Yüksek Lisans Tezi], Çanakkale On Sekiz Mart Üniversitesi, (249190).

- Öztürk, T. (2017). *Acil servislerde çalışan hekim dışı sağlık çalışanlarının iş doyumu ve performansları üzerine bir araştırma* [Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi], Okan Üniversitesi.
- Özyer, Y. (2016). *Cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerde iş yükü algısı işe bağlı gerginlik ve tıbbi hata tutumları* [Yüksek Lisans Tezi], Ordu Üniversitesi, (443912)
- Pakyapan, Ö. (2016). *İnsan kaynakları yönetiminde çalışanlara yönelik eğitimin önemi ve çalışan performansı ilişkisi, İzmir ilinde bir uygulama*, [Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi], Ege Üniversitesi.
- Patricia, K. (1984). *Performance planning and appraisal*, McGraw-Hillbook.
- Pelit, E., & Bozdoğan, İ. (2014). Çalışanların örgütsel adalet algılamalarının tükenmişlik düzeyleri üzerindeki etkisi, Kemer'deki beş yıldızlı otel işletmelerinde bir uygulama, *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 6(2), 37-66.
- Pietra, L.A., Calligaris, L., Molendini, L., Quattrin, R. & Brusaferro S. (2005). Medical errors and clinical risk management, state of the art, *Acta Otorhinolaryngol Ital.* 25, 339-346.
- Pittet, D., Allegranzi, B., Storr, J., & Donaldson, L. (2006). Clean care is safer care, the global patient safety challenge 2005-2006, *International Journal of Infectious Diseases*, 10, s. 419-424.
- Pişkin, A. (2001). *Malatya Turgut Özal tıp Merkezi'nde çalışan sağlık, idari, teknik ve yardımcı hizmetler sınıfındaki personelin iş doyumu*, [Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi], İnönü Üniversitesi.
- Polat, M., & Yavaş, T. (2012). Yabancılaşma, kurumsal değerler ve duygu yönetimi denklemi, *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi*, 1(2), 218-224.
- Reason, J. (1990). *Human error*, Cambridge, Cambridge University Press; s. 1-18.
- Reason, J. (1995). Understanding adverse events, human factor, *Quality in Health Care*, 4(2), 80-89.
- Rogers, A., Hwang, W., Scott, L., Aiken, L. & Danges, D. (2004). The working hours of hospital staff nurses and patient safety, *Health Affairs*, 23(4), s. 202-212.
- Runy, Lee A. (2007). Patient safety in the operating room, *Hospitals & Health Networks (H&HN)*, 81 (3), s.49-54.
- Sabuncuoğlu, Z. (2005). *İnsan kaynakları yönetimi* (2. Baskı), Alfa Aktuel, Bursa.
- Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (SHGM), 2015. Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı. Güvenli cerrahi uygulama rehberi. Ankara, s.9-23.
- Sayek, F. (2011). *Hasta Güvenliği, Türkiye ve Dünya*, TTB Raporları.
- Seeman, M. (1975). Alienation studies, *Annual Review of Sociology*, 1, 91-123.
- Selvi, Y., Özdemir, P.G., Özdemir, O., Aydın, A., & Beşiroğlu, L. (2010). Sağlık çalışanlarında vardiyalı çalışma sisteminin sebep olduğu genel ruhsal belirtiler ve

- yaşam kalitesi üzerine etkisi, *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 23(4), s. 238-43.
- Shahrokhi, A., Ebrahimpour, F., & Ghodousi, A. (2013). Factors effective on medication errors, a nursing view, *Journal of Research in Pharmacy Practice*, 2(1), s. 18-23.
- Shanafelt, T.D., Balch, C.M., Bechamps, G., Russell, T., Dyrbye, L., Satele, D., Collicott, P., Novotny, P., Sloan, J. & Freischlag, J. (2010). Burnout and medical errors among american surgeons, *Annals of Surgery*. 251(6), s. 995-1000.
- Shitu, Z., Hassan, I., Aung, M.M.T., Kamaruzaman, T. H. T., & Musa R.M. (2018). Avoiding medication errors through effective communication in a healthcare environment, *Movement, Health & Exercise*, 7(1), s. 115-128.
- Songur, H. M. (1995). *Mahalli idarelerde performans ölçümü*. Ankara, Mahalli İdareler Genel Müdürlüğü Yayını.
- Soydemir, D., İnteper, S. S., & Mert, H. (2016). *Barriers to medical error reporting for physicians and nurses*, Western Journal of Nursing Research, 1-16.
- Sökmen, A. (2005). Konaklama işletmelerinin yöneticilerinin stres nedenlerinin belirlenmesinde cinsiyet faktörü, Adana’da ampirik bir araştırma, *Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 1, ss.1-27.
- Sürgevil, O., & Budak, G. (2008). İşletmelerin farklılıkların yönetimi anlayışına yaklaşım tarzlarının saptanmasına yönelik bir araştırma, *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 10(4), s. 65-96.
- Şahin, H. (2006). *Hemşirelerin kan transfzyonlarına yönelik bilgi düzeyleri ve buna eğitimin etkisi*, [Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi], Afyonkarahisar Üniversitesi,
- Şahin, N. (2012). Hemşire ve Ebeler Açısından Tıbbi Uygulama Hatalarına Yaklaşım, *II. Tıp Hukuku Günleri*, Türk Tabipler Birliği Yayınları, Birinci Baskı, İstanbul.
- Şenel, B. (2012). Devamsızlık nedenleri ve maliyetinin araştırılması, *Marmara Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 3, 1-18.
- Şirin, E. F. (2009). Beden eğitimi öğretmenlerinin işe yabancılaşma düzeylerinin bazı değişkenler açısından incelenmesi, *CBÜ Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, 4(4). 164-177.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L.S. (2014). *Using Multivariate Statistics*. (Sixth Edition). Pearson Education Limited, USA.
- Tabrizchi, N., & Sedaghat, M. (2010). The first study of patient safety culture in Iranian primary health centers. *Acta Medica Iranica*, 50 (7). 505-510.
- Taşcıoğlu, H. (2010). *Örgüt kültürünün örgütsel adalet etkisi, bir örnek olay*, [Yüksek Lisans Tezi], Sakarya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, (273105).

- Tayfur, Ö., & Arslan, M. (2012). Algılanan iş yükünün tükenmişlik üzerine etkisi, iş-aile çatışmasının aracı rolü, *Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 30(1), s. 147-172.
- Tekindüz, S., & Tengilimoğlu, D. (2013). Hastane çalışanlarının iş tatmini, örgütsel bağlılık ve örgütsel güven düzeylerinin belirlenmesi, *Sayıştay Dergisi*, Sayı, 91, s.77-103.
- Tengilimoğlu, D., Işık, O., & Akbolat, M. (2009). *Sağlık işleri yönetimi*, Nobel Yayınları.
- Tolan, B. (1980). *Çağdaş toplumun bunalımı, anomi ve yabancılaşma*, AİTİA Toplum Bilimleri Araştırma Enstitüsü Yay. No, 1, Ankara.
- Top M., & Tekingündüz S. (2015). Patient Safety Culture in a Turkish Public Hospital, A Study of Nurses' Perceptions about Patient Safety. *Systemic Practice Action Research* 28. 87-110.
- Top, M., Gider, Ö., & Ünal, D. (2010). Hastane sektöründe iş performansını etkileyen değişkenlerin (faktörlerin) incelenmesi, Kayseri ve Kocaeli illerindeki hemşireler üzerine bir alan araştırması, *Yönetim Dergisi, İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi İşletme İktisadi Enstitüsü*, 21(66), s. 71-96.
- Tufan, M. (1999). Motivasyon fonksiyonlarının çalışanların verimliliği üzerine etkileri ve Bel-Ko uygulaması, [Yayınlanmamış Yüksek lisans Tezi], Gazi Üniversitesi.
- Tunçel, K. (2013). *Hemşirelerin hasta güvenliği kültürünü algılama düzeyi ve hasta güvenliği uygulamaları*, [Yüksek Lisans Tezi], Atatürk Üniversitesi, (334331).
- Tutar, H. (2012). Özveri-çıkar ikileminde örgütsel bağlılık retoriği üzerine kuramsal bir analiz, *Sakarya İktisat Dergisi*, 4, 2012, s. 1-13.
- Tutar, H., & Altınöz, M. (2010). Örgütsel iklimin işgören performansı üzerine etkisi, ostim imalat işletmeleri çalışanları üzerine bir araştırma, *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 65(2), ss. 196-218.
- Tütüncü, Ö., Küçükusta, D. & Yağcı, K. (2007). Toplam kalite yönetimi kapsamında hasta güvenliği kültürü ve bir ölçme aracı, *Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 7(1), s.519- 533.
- Uğrak, U. (2019). *Hekimlerin tıbbi hata algı ve tutumları ile Malpraktis korkuları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi*, [Doktora Tezi], Hacettepe Üniversitesi, (556278).
- Uyargil, C. (2008). *İşletmelerde performans yönetimi sistemi*, İstanbul, Arıkan Yayıncılık.
- Uzun, Ö. (2009). *Hastanelerde hasta güvenliğini olumsuz etkileyen etmenler*, V. Nörojiyürji Hemşireleri Kongresi.
- Uzun, Ş., & Arslan, F. (2008). İlaç uygulama hataları, *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 28(2), s.217-222.

- Ünlü, O., & Yürür, S. (2011). Duygusal emek, duygusal tükenme ve görev/bağlamsal performans ilişkisi, Yalova'da hizmet sektörü çalışanları ile bir araştırma, *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 37(1), s. 183-207.
- Ünlüönen, K., & Şahin, S. Z. (2011). Turizmde istihdam, *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, Yaz, 10(37), 2-3.
- Westgaard, R. H. & Winkel, J. (1997). Review Article Ergonomic Intervention Research For Improved Musculoskeletal Health, A Critical Review, *International Journal of Industrial Ergonomics*.
- WHO. Dünya Sağlık Örgütü. (2019). Patient safety fact file. *Patient Safety and Risk Management Service Delivery and Safety*. September.
- Yalçın Ş, Acar A. (2010). Avrupa birliği ülkelerinde hasta güvenliği ve güvenli hastane ilişkisi, *II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi kitabı*, 28 Nisan-1 Mayıs, Ankara. s. 12-26.
- Yıldırım, Ö. (2005). Akreditasyon ve hasta güvenliği, SB diyalog, *T.C.Sağlık Bakanlığı Yayın Organı*, 15, s. 34-38.
- Yılmaz, A., & Ekici S. (2006). Örgütsel yaşamda kamu çalışanlarının örgütsel stres kaynakları üzerine bir araştırma, *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 11(1), s.31-58.
- Yirik, Ş., Ören, D. & Ekici, R. (2014). Dört ve beş yıldızlı otel işletmelerinde çalışan personelin örgütsel stres ve örgütsel tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişkilerin demografik değişkenler bazında incelenmesi, *Journal of Yasar University*, 9(35), 6099-6260.
- Yorgun, S., Demir, Y., Süzük, S., Şentürk, E., & Umur, S. (2010). *Sağlık kurumlarında performans ve hizmet kalitesi değerlendirilmesi, bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi örneği*, Editör, Harun KIRILMAZ. II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi. Bildiriler Kitabı,
- Yusuf, R. M., Hamid, N., Eliyana, A., Bahri, S. & Sudarisman, A. (2012). The antecedents of employee's performance, Case study of Nickel Mining's company, Indonesia. *IOSR Journal of Business and Management (IOSRJBM)*, 2(2), s. 22-28.
- Zerenler, M. (2008). *Örgütlerde İşe Devamsızlık. M. Özdevecioğlu ve H. Karadal içinde, Örgütsel Davranışta Seçme Konular*, İlke Yayınevi.

ÖZ GEÇMİŞ



EKLER

EK-1 Tıbbi Hata Tutumu Ölçeği

1) Yaşınız,

2) Cinsiyetiniz, 1) Kadın 2) Erkek

3) Medeni durumunuz? 1) Evli 2) Bekar 3) Boşanmış /Dul

4) Eğitim durumunuz?

1) Sağlık Meslek Lisesi 2) Ön Lisans 4) Lisans 5) Lisans Üstü 6) Diğer (.....)

Aşağıdaki sorular iş yükü ile ilgilidir. Bu ölçekte 1. kesinlikle katılmıyorum, 2. katılmıyorum, 3. kararsızım, 4. katılıyorum, 5. kesinlikle katılıyorum seçeneğini temsil etmektedir.	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
Tıbbi hatalarda tutum ölçeği	1	2	3	4	5
1. Tıbbi hatayı yapan kişi suçsuzdur.					
2. Bir tıbbi hata bildirildiğinde anlayışlı olunmalıdır.					
3. Tıbbi hatalar ve nedenleri çalışanlarla açıkça tartışılmalıdır.					
4. Tıbbi hatalar, hata yapan kişinin iletişim eksikliğinden kaynaklanır.					
5. Tıbbi hatalar sistem yetersizliklerinden kaynaklanır.					
6. Tıbbi hatalar, hata yapan kişinin bilgi eksikliğinden kaynaklanır.					
7. Bakım verilen hasta sayısının fazla olması tıbbi hata sayısını artırır.					
8. Yapılan tüm hataların bildirilmesinden yanayım.					
9. Günlük çalışma saatinin uzun olması tıbbi hataları artırır.					
10. Yaptığım tıbbi hataları bildirmekten kaçınırım.					
11. Kurum yöneticileri hatalardan öğrenmeyi destekleyen bir yaklaşım sergilemelidirler.					
12. Tıbbi hatalar ve nedenleri yöneticiler arasında tartışılmalıdır.					
13. Eğer tıbbi hata oluşmadan önlenilmiş ise bildirilmesine gerek yoktur.					
14. Yapılan tıbbi hatalar hastaya/ hasta yakınına açıklanmalıdır.					
15. Yapılan birçok tıbbi hata aslında önlenabilir durumlardan kaynaklanmaktadır.					
16. Tıbbi hataların bildirilmesi hasta güvenliğini artırır.					

EK-2 İş Yüğü Ölçeği

Aşağıdaki sorular iş yüğü ile ilgilidir. Bu ölçekte 1.kesinlikle katılmıyorum,2.katılmıyorum,3.kararsızım,4.katılıyorum,5.kesinlikle katılıyorum seçeneğini temsil etmektedir.	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
İŞ YÜKÜ ÖLÇEĞİ	1	2	3	4	5
1.İşimde benden talep edilenler kapasitemin üstünde.					
2.İş yüküm oldukça ağır					
3.İşim hafta sonları ve akşamları da çalışmamı gerektiriyor.					
4.İş yüküm beni aşıyor.					
5.İşlerimi yetiştirebilmek için özel hayatımdan fedakârlık yapmam gerekiyor.					
6.Normal iş saatleri içinde işlerimi bitirmekte zorlanıyorum					
7.İşlerimi rahat ve zamanında yetiştirebiliyorum.					
8.Yaptığım iş bilgi ve beceri seviyemin üzerinde.					
9.İş yükümün ve aldığım sorumlulukların altında eziliyorum.					
10.İşim çok ve uzun saatler çalışmamı gerektiriyor.					
11.Şu anda çalıştığım pozisyon çok fazla işle ve kişiyle uğraşmamı gerektiriyor					

EK-3 Çalışma Performansı Ölçeği

Aşağıdaki sorular çalışan ve şirket performansı ile ilgilidir. Bu ölçekte (1) Kesinlikle Katılmıyorum, (2) Katılmıyorum, (3) Kararsızım, (4) Katılıyorum ve (5) Kesinlikle Katılıyorum seçeneğini temsil etmektedir.	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
Çalışan Performansı	1	2	3	4	5
1. Bir çalışan olarak memnuniyet seviyem yüksektir.					
2. Devamsızlık oranlarım düşüktür.					
3. Morallerim yüksektir.					
4. Görevlerimi tam zamanında tamamlarım.					
5. İş hedeflerime fazlasıyla ulaşıyorum.					
6. Sunduğum hizmet kalitesinde standartlara fazlasıyla ulaştığımdan eminim.					
7. Bir sorun gündeme geldiğinde en hızlı şekilde çözüm üretirim.					