

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KALİTE YÖNETİM SİSTEMİNE SAHİP
HASTANELERDE MESLEKSEL
YARALANMALAR İLE GÜVENLİK KÜLTÜRÜ
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN ANALİZİ**

NURAY ÇINAR

SAĞLIKTA KALİTE
GELİŞTİRME VE AKREDİTASYON PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İZMİR-2012

TEZ KODU: DEU. HSI. MSc-2009970142

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KALİTE YÖNETİM SİSTEMİNE SAHİP
HASTANELERDE MESLEKSEL
YARALANMALAR İLE GÜVENLİK KÜLTÜRÜ
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN ANALİZİ**

SAĞLIKTA KALİTE
GELİŞTİRME VE AKREDİTASYON PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

NURAY ÇINAR

Danışman Öğretim Üyesi: Yrd. Doç.Dr. Yavuz DOĞAN

II. Danışman Öğretim Üyesi: Doç.Dr. Özlem DOĞAN

TEZ KODU: DEU. HSI. MSc- 2009970142

Sağlıkta Kalite Geliştirme ve Akreditasyon Anabilim Dalı **Sağlıkta Kalite Geliştirme ve Akreditasyon** Yüksek Lisans programı öğrencisi **Nuray ÇINAR**'ın **'Kalite Yönetim Sistemine Sahip Hastanelerde Mesleksel Yaralanmalar İle Güvenlik Kültürü Arasındaki İlişkinin Analizi'** konulu Yüksek Lisans tezini .../.../2012 tarihinde başarı ile tamamlamıştır.


Yrd. Doç. Dr. Yavuz DOĞAN
BAŞKAN


Yrd. Doç. Dr. Dilek ÇİMRİN
ÜYE


Prof. Dr. Fatih DEMİRKAN
ÜYE

Doç. Dr. Bülent KILIÇ
YEDEK ÜYE

Yrd. Doç. Dr. Mert TOPOYAN
YEDEK ÜYE

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER LİSTESİ	I
TABLO LİSTESİ	V
ŞEKİL LİSTESİ	VII
KISALTMALAR.....	VIII
TEŞEKKÜR	IX
ÖZET	1
ABSTRACT	3
1. GİRİŞ VE AMAÇ	5
Araştırma Hipotezleri	6
2. GENEL BİLGİLER.....	8
2.1. SAĞLIK POLİTİKALARI ve ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ	8
2.1.1. Çalışan Sağlığı ve Güvenliği	8
2.1.2. Dünya’da İş Güvenliği ve Sağlığı Tarihsel Gelişimi	11
2.1.3. Türkiye’de İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği.....	13
2.1.4. Türkiye’de Çalışan Sağlığı ile İlgili Yasa ve Yönetmelikler.....	14
2.1.5. OHSAS/TS 18001.....	18
2.2. GÜVENLİK KÜLTÜRÜ	19
2.2.1. Örgüt Kavramı.....	19
2.2.2. Kültür Kavramı	19
2.2.3. Örgüt Kültürü.....	19
2.2.4. Güvenlik Kavramı	19
2.2.5. Güvenlik Kültürü.....	20

2.2.6. Güvenlik Kültürü Özellikleri	26
2.2.7. Güvenlik Kültürü Faktörleri	28
2.2.7.1. Yönetimin Bağlılığı.....	28
2.2.7.2. Güvenlik Eğitimi.....	30
2.2.7.3 Güvenlik İletişimi.....	32
2.2.7.4 Güvenlik Katılımı.....	34
2.2.8 Güvenlik Kültürü Model Örnekleri.....	35
2.2.8.1. Cox ve Cox'un İş Güvenliğine Yönelik Tutumlar, Olası Bir Tasarım Modeli	36
2.2.8.2. Cooper'ın Karşılıklı İş Güvenliği Kültürü Modeli	37
2.2.8.3. Reason'ın İş Güvenliği Kültürü Mühendisliği Modeli...	40
2.2.8.3.1. Adalet Kültürü	41
2.2.8.3.2. Öğrenme Kültürü	41
2.2.8.3.3. Raporlama Kültürü.....	41
2.2.8.4. Fleming ve Lardner'in İş Güvenliği Kültürü Gelişimi Aşamaları Modeli.....	42
2.2.8.5. Fleming 'in İş Güvenliği Kültürü Olgunluk Modeli	42
2.2.9. İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetim Sistemi	44
2.2.9.1. İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetim Sistemi Kültürü.....	44
2.3 SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA MESLEKSEL KAZALAR.....	45
2.3.1. Kan ve Beden Sıvıları ile Maruziyet	48
2.3.2. Kesici Delici Alet Yaralanması.....	49
2.3.3. Evrensel Önlemler	49

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER	51
3.1. Araştırmanın Tipi	51
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	51
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	51
3.4. Çalışma Materyalleri	52
3.5. Araştırmanın Değişkenleri	52
3.6. Veri Toplama Araçları	53
3.7. Araştırma Planı ve Takvimi	54
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	54
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	55
3.10. Etik Kurul Onayı	56
 4. ARAŞTIRMA BULGULARI	 57
4.1. Frekans Analizleri	57
4.1.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri	57
4.1.2. Katılımcıların Çalışma Yeri ve Koşullarına Yönelik Özellikleri	58
4.1.3. Katılımcıların Kan ve Vücut Sıvıları ile Temas Durumu	59
4.1.4. Mesleksi Yaralanma Durumu	60
4.1.5. Beden Sıvılarına Mazur Kalma Durumu	61
4.1.6. Eldiven Kullanma Durumu	62
4.1.7. El Yıkama Durumu	62
4.2. Geçerlilik ve Güvenilirlik ve Faktör Analizi	63
4.3. T- Testi	68
4.3.1. Cinsiyete Göre Verilen Yanıtlar	68
4.4. ANOVA Testi	69
4.4.1. Katılımcıların Mesleklerine Göre Verilen Yanıtlar	69

4.4.2. Katılımcıların Yaşlarına Göre Verilen Yanıtlar.....	70
4.4.3. Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre Verilen Yanıtlar	73
4.4.4. Katılımcıların Çalışma Saatlerine Göre Verilen Yanıtlar	75
4.4.5. Katılımcıların Çalıştıkları Hastanelere Göre Verilen Yanıtlar	80
4.4.6. Katılımcıların Çalıştıkları Birimlere Göre Verilen Yanıtlar.....	85
4.5 Ki-Kare Testi.....	93
4.5.1 Eldiven Kullanımı ve Mesleksel Kazaya Maruz Kalma Durumuna İlişkin Ki-Kare Analizi	93
4.5.2.Birim ve Mesleksel Kazaya Maruz Kalma Durumuna İlişkin Ki-Kare Analizi.....	93
4.6 Korelasyon Analizi.....	94
4.6.1.Hastanede Güvenlik Kültürü Boyutları Korelasyon Analizi	94
4.6.2.Çalışan Güvenliği Boyutları Korelasyon Analizi.....	95
4.6.3 Mesleksel Kaza Bildirimi Sistemi ve Koruyucu Uygulamalar ile Güvenlik Kültürü Boyutları Korelasyon Analizi.....	95
4.7. Frekans Analizleri Tablosu	96
5. TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER	98
5.1. TARTIŞMA	98
5.2. SONUÇ VE ÖNERİLER	107
KAYNAKLAR	117
EK 1.....	128
EK 2.....	133
EK 3.....	136
ÖZGEÇMİŞ	137

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Demografik Özellikler	58
Tablo 2: Çalışma Yeri ve Koşullarına Yönelik Özellikler.....	59
Tablo 3: Kesici-Delici Bir Aletle Yaralanma Durumu	60
Tablo 4: Mesleksel Yaralanma Durumu	61
Tablo 5: Beden Sıvılarına Mazur Kalma Durumu	61
Tablo 6: Eldiven Kullanma Durumu	62
Tablo 7: El Yıkama Durumu.....	62
Tablo 8: Güvenlik Kültürü Faktör Analizi.....	63
Tablo 9: İletişim Faktör Analizi	65
Tablo 10: Mesleksel Kaza Bildirimi Faktör Analizi	65
Tablo 11: Kalite Yönetimi Faktör Analizi	66
Tablo 12:Hastane Yönetimi Faktör Analizi	67
Tablo 13:Korunma Uygulamaları Faktör Analizi	68
Tablo 14: Cinsiyete Göre T-testine İlişkin Grup İstatistikleri	69
Tablo 15:Mesleğe Göre ANOVA Testine İlişkin Grup İstatistikleri	69
Tablo 16: Mesleğe İlişkin Çoklu Karşılaştırma	70
Tablo 17: Yaşa Göre ANOVA Testine İlişkin Grup İstatistikleri.....	71
Tablo 18: Yaşa İlişkin Çoklu Karşılaştırma.....	72
Tablo 19:Eğitim Durumuna Göre ANOVA Testine İlişkin Grup İstatistikleri.....	74
Tablo 20: Eğitim Düzeyine İlişkin Çoklu Karşılaştırma	75
Tablo 21: Çalışma Saatine Göre ANOVA Testine İlişkin Grup İstatistikleri.....	76
Tablo 22: Çalışma Saatine İlişkin Çoklu Karşılaştırma.....	78
Tablo 23: Hastaneye Göre ANOVA Testine İlişkin Grup İstatistikleri	80
Tablo 24: Hastaneye İlişkin Çoklu Karşılaştırma	82

Tablo 25: Birimlere Göre ANOVA Testine İlişkin Grup İstatistikleri.....	86
Tablo 26: Birime İlişkin Çoklu Karşılaştırma.....	89
Tablo 27: Eldiven Kullanımı ve Mesleksel Kazaya Maruz Kalma Durumuna İlişkin Ki-Kare Analizi	93
Tablo 28: Birim ve Mesleksel Kazaya Maruz Kalma Durumuna İlişkin Ki-Kare Analizi	94
Tablo 29: Güvenlik Kültürü Boyutları Korelasyon Analizi.....	94
Tablo 30: Çalışan Güvenliği Boyutları Korelasyon Analizi	95
Tablo 31: Mesleksel Kaza Bildirimi Sistemi ve Koruyucu Uygulamalar ile Güvenlik Kültürü Boyutları Korelasyon Analizi	95
Tablo 32: Frekans Analizleri Tablosu	96

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1: PUKÖ Döngüsü	18
Şekil 2:İş Güvenliğe Yönelik Tutumların Tasarım Modeli	36
Şekil 3: Karşılıklı İş Güvenliği Kültürü Modeli.....	39
Şekil 4:İş Güvenliği Kültürü Mühendisliği Modelinin Temel Alt Unsurları.....	40
Şekil 5: İş Güvenliği Kültürü Gelişimi Aşamaları Modeli	42
Şekil 6:İş Güvenliği Kültürüne Yönelik Çabaların Üç Aşaması.....	43

KISALTMALAR

ILO.....	Uluslar arası Çalışma Örgütü
WHO(DSÖ).....	Dünya sağlık örgütü
IAEA.....	Uluslararası Atom Enerji Ajansı (International Atomic Energy Agency)
OSHA....	Occupational Safety and Health Administration(Mesleki Sağlık ve Güvenlik Birliği)
NIOSH.....	National Institute of Occupational Safety and Health(Ulusal Mesleki Sağlık ve Güvenlik Enstitüsü)
ABD.....	Amerika Birleşik Devletleri
EU.....	European Union
İSGB.....	İş Sağlığı ve güvenliği birimi
İSG	İş Sağlığı ve Güvenliği
BSI.....	British Standards Institute
PUKÖ.....	Planla-Uygula-Kontrol Et-Önlem Al
HBV	Hepatit B virüsü
HCV.....	Hepatit C virüsü
AIDS.....	Kazanılmış immün yetmezlik sendromu
HIV 1-2.....	Human immunodeficiency virus tip 1-2
CMV.....	Cytomegalovirus
EBV.....	Ebstein-Barr virus
B19.....	Parvovirus
HTLV 1-2.....	Human-T cell lymphotropic virus 1-2
CDC.....	Center for Disease Control(Bulaşıcı Hastalıklar Kontrol Merkezi)
OHSAS.....	Occupational Health and Safety Management System
TS.....	Türk standartları
HKS.....	Hastane Hizmet Kalite Standartları Kitabı
BTM.....	Buca Tıp Merkezi
KKD.....	Konak Kadın Doğum
TEAH.....	Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi
DEÜH.....	Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi
UDH.....	Urla Devlet Hastanesi

TEŞEKKÜR

Tez danışmanlığı boyunca çalışmalarına rehberlik eden sabrını, emeğini ve desteğini esirgemeyen Sayın Hocam Yrd. Doç.Dr. Yavuz DOĞAN'a ve Doç. Dr.Özlem DOĞAN'a, Sağlıkta Kalite Geliştirme ve Akreditasyon programı yüksek lisans öğrenimi için beni cesaretlendiren Hocam Prof. Dr.Özkan TÜTÜNCÜ'ye, tezimin özellikle istatistiksel değerlendirmeleri için değerli katkıları ve desteği nedeniyle asistan Sayın İpek AYDIN'a , anket sorularını yanıtlayarak tez çalışmama katkı sağlayan tüm saygıdeğer sağlık çalışanlarına, çalışmalarım boyunca benden desteğini ve ilgisini esirgemeyen hayat arkadaşım Hüseyin GÜRLER'e, çalışmalarım süresince her konuda yardımlarını esirgemeyen arkadaşım Serap BÜYÜKÇOBAN'a bu süreçte beni sürekli destekleyen aileme ve arkadaşlarıma sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

Başlık: Kalite belgesine sahip hastanelerde güvenlik kültürü ile mesleksi yaralanmalar arasındaki ilişkinin analizi

Araştırmacının adı: Nuray Çınar

Fakülte: Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Yazışma Adresi: nuraycinar@hotmail.com

Araştırmanın temel amacı anket değerlendirilmesiyle güvenlik kültürünün ana bileşenleri (yönetimin desteği ve kurumsal organizasyonların varlığı, kurum içi ve çalışanlar arası iletişim, güvenli çalışma kurallarına uyum, güvenli ortamın oluşturulmasına ilişkin etkinlikler, eğitim ve geri bildirimler) ile mesleksi yaralanmalar arasındaki ilişkinin hangi değişkenlere bağlı olduğunu ortaya koymaktır.

Bu çalışmada, İzmir ili içerisinde kalite belgesine sahip olan dört kamu hastanesi ve bir özel hastane seçilmiş, kan ve vücut sıvıları ile bulaş riski yüksek olan birimlerde çalışan toplam 1060 kişi araştırma evreni olarak belirlenmiştir. Seçilen bu evren üzerinden ankete 320 kişi katılmış olup, analizler bu sayı üzerinden yapılmıştır. Araştırmayı yapmak üzere, 75 soruluk güvenlik kültürü, çalışan güvenliği, mesleksi yaralanmaları içeren anket oluşturulmuştur. Verilerin analizinde SPSS 17.00 programından faydalanılarak, öncelikle geçerlilik ve güvenilirlik analizleri daha sonra tanımlayıcı istatistikler, frekans analizleri, bağımsız örneklem t-testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA), korelasyon ve ki-kare analizleri gerçekleştirilmiştir.

Araştırma bulgularına göre güvenlik kültürünün oluşmasını etkileyen en önemli faktörler, hastane yönetimi (liderlik) ve iletişim olarak belirlenmiştir. En az etkili faktör ise korunma uygulamaları olarak belirlenmiştir. Korelasyon analizi sonuçlarına göre en güçlü pozitif yönlü ilişkinin iletişim ile mesleksi kaza bildirim sistemi arasında olduğu tespit edilmiştir.

Araştırma sonuçlarına göre araştırmanın yapıldığı hastanelerde çalışan güvenliğine yönelik tedbirlerin yetersiz olduğu, olumlu güvenlik kültürünün yerleşmediği, özellikle yönetimin bu konudaki inancı ve çalışmalarının yetersiz olduğu, kalite çalışmalarının olumlu

bir etki yarattığı ancak olay raporlama ile ilgili kültürün tam yerleşmediği, çalışanların olay raporlamada suçlama kültürünün etkisi altında kaldıkları, güvenlik kültürü için gerekli olan sistemin henüz yapılandırılmadığını söylenebilir.

Anahtar Kelimeler: Güvenlik kültürü, Mesleksel yaralanmalar, İletişim.

ABSTRACT

Title: The analysis of the relationship between occupational injuries and safety culture in quality certificate hospitals

Researcher's name: Nuray Çınar

Faculty: Dokuz Eylul University, Institute of Health Sciences

e-mail: nuraycinar@hotmail.com

The main objective of the study is to understand the relationship between the main components of the safety culture (the existence of management support and corporate organizations, organizational and communication between employees, compliance with the rules of safe operation, activities on the establishment of a secure environment, education and feedback) and occupational injuries.

In this study survey research method was used. Four public and one private hospital with quality certification in Izmir province were selected. 1060 persons working in the units that have high risk of transmission of blood and body fluids were designated as research universe. 320 people participated in the survey are selected from this universe to conduct analyzes. The survey which used to collect data included the 75 items related to safety culture, employee safety, and occupational injuries. Many steps were followed in analysis data; first the validity and reliability analyzes were conducted. Then, descriptive statistics, frequency analysis, independent sample t-test, one-way analysis of variance (ANOVA), correlation, chi-square analyzes were carried out respectively. SPSS 17:00 was used in data processing.

According to our data of the study, the most important factors affecting the formation of safety culture are hospital management (leadership), and communication, respectively. Effective prevention practices are determined as the least important factor among others. Also the strongest positive correlation was determined by correlation analysis between communication and the occupational accident notification system.

The results of the study indicate that a positive safety culture has not been built, and efforts are insufficient in the hospitals included in this research. Especially, the managers' negative beliefs and insufficient efforts, their employees being under the influence of the blame culture in reporting incidents, completing the incident reports not being a common practice are all shows that the system that is necessary for safety culture is not configured yet.

Keywords: Safety culture, Occupational injuries, Communication.

1. GİRİŞ VE AMAC

Sağlık çalışanlarının mesleksi kazaları denildiğinde en sık görülenleri kan ve vücut sıvılarıyla temas bağı kazalar oluşturmaktadır. Dünya sağlık örgütünün 2003 verilerine göre dünyada 35 milyon sağlık çalışanından yaklaşık 3 milyonun kan kaynaklı etkenlerle karşılaştığını ve bu sayının gelişmekte olan ülkelerde %90 gibi yüksek bir oranda görüldüğünü ortaya koymaktadır (WHO, 2003). Ülkemizde de bu konuda EpiNet^R gibi ulusal bir veri tabanı olmamasından dolayı sağlıklı veriler olmasa da kan ve beden sıvılarıyla temas yaralanma oranlarının yapılan değişik çalışmalarda %50-60 gibi azımsanmayacak düzeyde olduğunu göstermektedir (Kuruüzüm ve ark, 2008). Günümüzde iş kazaları ve çalışan güvenliğinin sağlanmasında güvenlik kültürü her sağlık kurumunda var olması gereken standart olarak görülmektedir ve oluşturulan yasal düzenlemeler, ulusal ve uluslararası kalite yönetim sistemleri bu kavramın oluşturulmasını zorunlu kılmaktadır.

Dünya da son 20 yılda bu çalışmalar artış göstermekle birlikte ülkemizde bu alanla ilgili çalışmalar sınırlıdır. Günümüzde yapılan çalışmalar hastane çalışma ortamında bulunan riskleri tanımlamıştır. Ancak ne var ki güvenlik ve güvenli ortamda çalışma için gerekli olan liderlik, kurumun hedefleri gibi arka planda bulunan ancak önemli rol oynayan faktörler göz ardı edilmiştir. Bu çalışma ‘‘Biyolojik Etkenlere Maruziyet Risklerinin Önlenmesi Hakkında Yönetmelik’’ (Resmi Gazete,10 Haziran 2004; Sayı: 25488) çerçevesinde sağlık çalışanın güvenliğinin sağlanmasında sadece çalışan odaklı bilgi ve becerilerin değil, bu ortamın oluşturulması için gerekli organizasyonel yaklaşımlarında incelenmesini ve çalışan güvenliği ile güvenlik kültürünün ana bileşenlerini oluşturan yönetim, iletişim, davranış, çevresel koşullar ve eğitim boyutlarıyla olan ilişkisini ortaya koymuştur. Uygulamaya yönelik, araştırma sonuçlarının hastanelerde ilerde yapılacak olan iyileştirme ve geliştirme faaliyetlerine ışık tutacağı ve altyapı oluşturulacağı düşünülmüştür.

Sağlık hizmet sektörü içinde iş yaralanmaları ve hastalıklarının maliyetleri başlıklı çalışmada, iş kazası ve hastalık maliyetlerinin yüksek olduğu, tüm maliyetlerin %52’si ile hastanelerin en maliyetli sağlık kurumları olduğu belirtilmiştir (Waehrer ve ark, 2005; 343). Bu nedenle hastanelerde sağlık çalışanlarının iş güvenliğine yönelik yapılan bu çalışma ile çalışanların iş ve iş yeri risk ve tehlikelerine karşı koruyucu önlemlerin alınması, böylece iş kazası ya da meslek hastalıklarının oluşumunun engellenmesi ya da azaltılmasına, sağlık iş gücü kayıpları ve bu kayıplara bağlı aile ve sosyal çevrede oluşabilecek sorunların

engellenmesine katkı sağlanabilir. Hastane yönetimlerine, sağlık çalışanlarına hastanede iş güvenliğinin sağlanmasında yol gösterici olunabilir. Çalışanların daha güvenli, huzurlu, mutlu ve doyumlu çalışması, dolayısıyla hizmet verilen hastaların güvenliği sağlanabilir. İş güvenliği eksikliğinin getireceği tehlikelerin ve zararların neden olduğu maliyetler azaltılabilir.

Araştırma ile belirtilen hastane ve bölümlerde, kan ve beden sıvılarıyla temas oranının belirlenmesi, korunmaya yönelik önlemlerin etkinliğinin saptanmasına yönelik veri toplanarak bu verilerin uygulamaya yönelik olarak mesleki güvenlik programlarının geliştirilmesine de katkı bulunacağı ve çalışanların mesleki tatminlerinin ve sağlık kalitesinin artmasına katkı sunacaktır.

Araştırmanın amacı anket değerlendirilmesiyle güvenlik kültürünün ana bileşenleri (yönetimin desteği ve kurumsal organizasyonların varlığı, kurum içi ve çalışanlar arası iletişim, güvenli çalışma kurallarına uyum, güvenli ortamın oluşturulmasına ilişkin etkinlikler, eğitim ve geri bildirimler) ile kan ve vücut sıvıları ile temas arasındaki ilişkinin hangi değişkenlere bağlı olduğunu ortaya koymaktır.

Araştırmanın bağımlı değişkeni kan ve vücut sıvıları ile temasa bağlı mesleki yaralanmalar, bağımsız değişkenler ise güvenlik kültürünü oluşturan, yönetim, iletişim, davranış, çevresel koşullar ve eğitim boyutlarıyla olan ilişkisi ve korunmaya yönelik önlemlerden oluşmaktadır.

Araştırma Hipotezleri

H1:Katılımcıların mesleki yaralanmalara maruz kaldığında en fazla kullandıkları koruyucu eldivendir.

H2:Katılımcıların büyük çoğunluğu hastaya temas öncesi ve sonrası ellerini yıkar.

H3:Katılımcıların mesleki yaralanmalara en fazla maruz kaldığı etken kandır.

H4: Cinsiyete göre çalışan güvenliği bileşenleri arasında anlamlı farklılık vardır.

H5: Katılımcıların mesleklerine göre güvenlik kültürü bileşenleri arasında anlamlı farklılık vardır.

H6: Katılımcıların yaşlarına göre güvenlik kültürü bileşenleri arasında anlamlı farklılık vardır.

H7: Katılımcıların yaşlarına göre çalışan güvenliği bileşenleri arasında anlamlı farklılık vardır.

H8: Katılımcıların eğitim durumlarına göre güvenlik kültürü bileşenleri arasında anlamlı farklılık vardır.

H9: Katılımcıların çalışma saatlerine göre güvenlik kültürü bileşenleri arasında anlamlı farklılık vardır.

H10: Katılımcıların çalışma saatlerine göre çalışan güvenliği bileşenleri arasında anlamlı farklılık vardır.

H11: Katılımcıların çalıştıkları birimlere göre güvenlik kültürü bileşenleri arasında anlamlı farklılık vardır.

H12: Katılımcıların çalıştıkları birimlere göre çalışan güvenliği bileşenleri arasında anlamlı bir fark vardır.

H13: Hastane yönetimi ve korunma uygulamaları arasında pozitif bir ilişki vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 SAĞLIK POLİTİKALARI ve ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ

Sağlık sektöründeki yapısal değişikliklerle birlikte Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) 1970’li yılların başlarında Occupational Safety and Health Administration (Mesleki Sağlık ve Güvenlik Birliği) (OSHA), National Institute of Occupational Safety and Health (Ulusal Mesleki Sağlık ve Güvenlik Enstitüsü) (NIOSH), Amerikan Hastane Birliği ve sağlık sendikaları ile birlikte her çalışanın olduğu kadar sağlık çalışanlarının da **“sağlıklı olma hakkı”** ve **“sağlıklı ve güvenli hastane ortamında çalışma hakkı”** bulunduğunu ve bunu sağlamanın bir yolunun da hastanelerde sağlık ve güvenlik komitesinin kurulması gerektiği şeklinde belirtmiştir (NIOSH, 1998; OSHA, 1999). Bu gelişmeden sonra ILO 1985 yılında her bir ülkede sağlık çalışanlarına yönelik işçi sağlığı ve güvenliği hizmetlerinin kurulması ve geliştirilmesi ile ilgili önemli bir karar almıştır. Uluslararası Mesleki Sağlık Komisyonu (International Occupational Health Commission) 1990 yılında, sağlık çalışanlarının sağlığının işçi sağlığı yaklaşımı ile ele alınması ve bunun için hastanelerde ilgili birimin kurulması gerektiği önerisinde bulunmuştur (Kıran, 2003). ABD(Amerika Birleşik Devletleri)’deki Sağlık Kurumları Akreditasyon Komisyonu 1990’lı yılların başında hastanelerde sağlık ve güvenlik komitesinin bulunması koşulunu getirmiştir (OSHA,1999). Bu gelişmelerle birlikte özelleştirmeler sonucunda sağlık sektöründeki olumsuzlukların görece önüne geçilmesi amacıyla NIOSH, sağlık sendikaları ile birlikte 1974 yılında hastane sağlık ve güvenlik programı geliştirmiş ve ulusal sağlık sistemine bağlı ilgili birim ilk kez ABD, İspanya ve Almanya’da (1974), daha sonra İngiltere (1975) ve Finlandiya’da (1978) kurulmuştur (NIOSH, 1998).

Bugün ülkemizdeki kamu hastanelerinde sağlık ve güvenlik komitesi bulunmamaktadır. Enfeksiyon komiteleri ise hastane sağlık ve güvenlik komitesinin işlevlerine göre oldukça dar kapsamlı hizmetleri içermektedir (Özkan ve Emiroğlu, 2006; 43-51).

2.1.1 Çalışan Sağlığı ve Güvenliği

ILO ve Dünya Sağlık Örgütü (WHO)’nün yaptığı tanıma göre iş sağlığı, bütün mesleklerde çalışanların bedensel, ruhsal ve sosyal yönden iyilik hallerinin en üst düzeyde

tutulması, sürdürülmesi ve geliştirilmesi çalışmalarıdır (<http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/intro/.erişim:09.10.2011>).

Çalışanların ruh ve beden sağılıklarını işyerlerinin olumsuz etkilerinden korumak, iş kazaları ve meslek hastalıklarına karşı önlem almak onların rahat ve güvenli ortamlarda çalışmalarını sağlamak, işçi sağılığı ve iş güvenliğı çalışmaları ana amacını oluşturur (Çopur ve ark,2006a; 41-52).

Çalışma yaşamının toplum sağılığı açısından öncelikli alanlardan biri olması, en yalın yaklaşımla 3 temel gerekçeye bağlanabilir:

- Çalışanların toplumun önemli bir bölümünü oluşturması,
- Çalışmanın günlük yaşamın uzun bir dilimini kaplaması,
- Çalışma sürecinin sağılığa olumsuz etkileri, bu etkilerin sıklığı ve önemi.

Dünyada yaklaşık olarak 2. 6 milyar insan çalışma yaşamının içinde yer almaktadır (küresel nüfusun % 47'si). Toplumun bu kesimi açısından günlük yaşamın yaklaşık % 40'ı çalışma yaşamının doğrudan içinde geçmektedir. Dünya'da çalışan nüfus içinde iş kazaları binde 100, meslek hastalıkları binde 61 sıklıkta görülürken, işe bağılı -ölüm yüz binde 76 olarak gerçekleşmektedir. Bir diğere söylemlerle, dünyada her gün yaklaşık olarak 5500 kişi çalışma yaşamından kaynaklanan nedenlerle yaşamını yitirmektedir. Ülkemizde ise, yalnızca Sosyal Sigortalar kapsamında çalışan 5 milyon kişiden üçü her gün çalışma yaşamına bağılı nedenlerle yitirmektedir. Yukarıda sıralananlara karşın gelişmiş ülkelerde çalışan nüfusun % 20-50'si, gelişmekte olan ülkelerde ise %5-10'i iş sağılığı hizmetine erişebilmektedir. Çalışma yaşamı dünya nüfusun % 47'sinin, Türkiye nüfusunun ise % 31'inin öncelikli sağılık sorunlarının nedensel etmenlerini barındırmaktadır. Buna karşın, iş sağılığı hizmetleri sıklıkla ulusal sağılık sistemin dışında ya da eklenmiş bir ögesi olarak yer alır. Bu temel gerçekler nedeniyle iş sağılığı, temel sağılık hizmeti yaklaşımının içinde yer almalıdır (Ergör, 2003; 44-50).

İşçi sağılığı ve iş güvenliğı uygulamaları iki yüz yıldan beridir ülkelere ve sektörlere göre farklılık göstermekle birlikte, ILO 1950'li yıllarda, her çalışanın sağılık hizmeti alması gerektiğini, sağılıklı ve güvenli bir ortamda çalışmasının bir insanlık hakkı olduğunu ve bu hakkın yaşama hakkı sınırları içinde bulunduğunu ve her ülkenin buna uyması gerektiğini

belirtmiştir (Fişek ve Piyal, 1988). Çünkü sağlıklı ve güvenli bir ortamda çalışmak; çalışanın yaşamdan beklenen süresini uzatması, işten kaynaklı korunulabilir sağlık sorunlarını önlemesi, mevcut hastalıkların yükünü azaltması, çalışanın çalışma etkinliğini arttırması, ekonomik bağımsızlığını ve işe devamlılığını sağlaması, çalışma yaşamının niteliğini arttırması gibi pek çok yarara sahiptir. Bunun yanında, sağlıklı ve güvenli bir ortamda çalışmak sadece çalışanın sağlığının sürdürülmesi ve yaşam kalitesini yükseltilmesi ile sınırlı kalmayıp, aynı zamanda çalışanın sosyal yaşamından hizmet sunduğu alana kadar iyilik halinin devamını da sağlamaktadır (WHO, 2001).

Evrensel anlamda İş Sağlığı ve Güvenliği; henüz bir tehlike oluşmamış, işletmede bir arıza oluşmamışken bile işletmede oluşabilecek tehlikelerin ve risklerin öngörülerek bunların kabul edilebilir olup olmadığına karar verme çalışmalarını da beraberinde getirmektedir, yani yeni kavramla eski “reaktif” yaklaşımlar yerini “**proaktif**” yaklaşımlara bırakmıştır. İş kazalarının büyük çoğunluğu çalışanların güvenli olmayan hareketlerinden meydana gelmekte; disiplinsizlik, eğitimsizlik, kurallara aykırı davranışlar, işçi sağlığı ve güvenliği konusundaki bilinçsizlik, iş kazaları ve meslek hastalıklarının en önemli sebeplerinden sayılmaktadır (Richardsson ve Impgaard, 2004).

ILO’nun değerlendirmesine göre, Avrupa Birliği ülkeleri içinde meydana gelen iş kazaları oranları bakımından Türkiye’nin ilk sırada olması, işçi sağlığı ve güvenliği eğitime daha fazla önem verilmesi gerektiğini açıkça göstermektedir (Özkılıç, 2005). Diğer taraftan yapılan tahminler, iş kazaları ve meslek hastalıkları sonucu ülkelerin karşı karşıya kaldıkları maddi kayıpların genel bütçelerin % 5’i oranlarına ulaştığı şeklindedir (Demirbilek, 1999).

Günümüzde iş yerlerinde, iş ahlakı, etik değerler ve çağdaş yönetim anlayışı açısından işçi sağlığı her şeyin önünde gelmektedir. Bunun yanında bir işyerinde etkin bir İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetim Sisteminin uygulanmasının, o iş yerinde çalışanların iş verimini arttırdığı, iş kazaları ve meslek hastalıklarını azalttığı ve işçi-işveren ilişkilerini olumlu yönde etkilediği herkesçe bilinen bir gerçektir (Sarıkaya ve ark.2009; 327-332).

İş güvenliği, işletmenin faaliyetlerinden birisi olmakla birlikte diğerlerinden farklıdır. Bunun nedeni, iş sağlığı ve güvenliği faaliyetlerinin örgütteki her programın, her faaliyetin ve her bir bölümün parçası niteliğinde olmasıdır. İş güvenliği uygulamalarını geliştirme çabalarına rağmen, iş kazaları hem işçi ve hem de işletme yönetimi açısından temel nitelikli

bir sorun olmayı sürdürmektedir. Bu noktada, iş sağlığı ve güvenliği faaliyetinin başarısını etkileyen güvenlik kültürü, örgüt kültürü bütününün bir alt elemanıdır ve özellikle sağlık ve güvenlik sorunlarına ilişkin değer ve inançların yansıtıldığı bir alt oluşumdur. İş güvenliği kültürü, işçilerin tutumları ve davranışları üzerinde odaklaşarak güvenli davranışı motive etmekte ve böylelikle örgüte benzer davranışları içeren bir kimlik ve bağlılık kazandırmaktadır (Demirbilek, 2008a;96).

Sanayileşmenin geçirdiği evrelere bakacak olursak, İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği kavramının çalışan ve işveren arasında dönem dönem farklı yaklaşımlar sonucu gizli bir sürtüşme kaynağı gibi algılandığını görürüz. İş Güvenliği, kimilerine göre işverenin tek başına sağlamak zorunda olduğu güvenli bir çalışma ortamı, kimilerine göre ise uyulmadığı takdirde işvereni sadece maddi zarara uğratacak bir yasaklar zinciri olarak görülmüştür. Bu nedendir ki iş güvenliği uzunca bir süre yalnızca devletlerin yasal düzenlemeleri kadar gelişebilmiştir. Oysaki çağdaş işletmelerde Toplam Kalite Yönetimi ilkelerine entegre olmuş iş güvenliği kavramı, kalite ve verimlilik ilkeleriyle birlikte o işletmeyi başarıya götüren üçlü sacayağını oluşturmuştur. Böylece müşterinin, iş görenin, işverenin ve toplumun beklentilerini hep birada karşılamayı hedefleyen Toplam Kalite Felsefesinin en önemli unsurlarından birisi haline gelen iş güvenliği, ölçme ve sürekli iyileştirme yaklaşımları sonucu kayda değer ilerlemeler göstermiştir (Tuvay , 2002; 19-21).

2.1.2 Dünya’da İş Güvenliği ve Sağlığı Tarihsel Gelişimi

1840’lı yıllarla sanayileşmenin başlamasıyla da, canları ve malları yönünden modern anlamda işçi sağlığı ve iş güvenliği ile ilgilenmeye başlamışlardır. İnsanlar hiç bir zaman can ve mal ikilisini birbirinden ayrı düşünmemişlerdir. Bu nedenle işçi sağlığı ve iş güvenliğinin önemi her geçen gün artarak gelişmiştir. Kişinin yaptığı işten zarar görebileceği görüşü ilk kez Hipokrat tarafından ileri sürülmüş, 16. yüzyılda Agricola ve Paracelsus çalışmalarıyla gündeme gelmiştir. İşçi sağlığı ve iş güvenliği bilimsel anlamda ilk kez Ramazzini ile İtalya’da doğmuş ancak gelişmesi İngiltere’de olmuştur. Çünkü 17-18. yüzyıllarda İngiltere’de buhar makinalarının keşfi ve makinalaşmanın sonucu olarak mekanize sanayi kurulmuş ve bunun sonucu olan sanayi devrimi de İngiltere’de başlamıştır. Sanayi devrimi ve sanayileşme ile birçok sağlık ve güvenlik sorunları da ortaya çıkmıştır. Başlangıçta mediko-sosyal özellikte olan bu sorunlar, daha sonraları işçi sağlığı ve iş güvenliği sorunları olarak şekillenmiştir. Üretimi artırma arzusu işçilerin çok kötü koşullarda, uzun süre çalışmalarını

zorunlu kılmış, çalışanların durumu göze batacak kadar bozulmuştur. Bu kötü durumun daha fazla sürmesinin zararlı sonuçlar doğuracağı işverenler tarafından anlaşılarak 19. yüzyıl başlarında çalışma koşullarını düzelten yasal önlemler alınmasını sağlamışlardır. Bu girişimlerin ilki 1802 yılında yürürlüğe konulan Fabrikalar Kanunu ile başlamış ve 1819-1891 yılları arasında İngiltere'de işçi sağlığı ve iş güvenliği kavramına yer veren çeşitli yasalar bunu izlemiştir (Tekelioğlu, 2002; 19-21).

1840 yılında İsveç'te ve 1877 yılında ABD'de çıkarılan yasalarda işçi sağlığı ve iş güvenliği kavramlarından söz edilmiştir. 20. yüzyıla gelindiğinde sanayileşme hareketinde maliyet ve verimlilik kavramları önem kazanmaya başlamıştır. İşçilik giderlerinin artması, maliyetlerin yükselmesi ile rekabet edebilmek için verimin artırılması ve maliyetlerin düşürülmesi gereğini ortaya koymuştur. İşçi güvenliğini sağlama çabaları da verimliliği artıran ve maliyeti düşüren kavramlar olarak önem kazanmaya başlamıştır (Tekelioğlu, 2002; 19-21).

WHO ve ILO 2008-2017 dönemi için **“Çalışanların Sağlığı İçin Küresel Eylem Planı”** çerçevesinde **“Sağlıklı İşyerlerinin Başlangıcındaki Eylem İçin Küresel Bir Modül”** içeriğinde:

1. İşe bağlı fiziksel ve psiko-sosyal risklerin belirlenmesi
2. Sağlıklı davranışları destekleme, geliştirme ve tanıtma
3. Çevresel ve sosyal etkenleri belirleme başlıklarını belirlemiştir.

Günümüzde uluslararası karşılaştırmalarda kriter olarak ABD'nin OSHA ve European Union (EU) kriterleri dikkate alınmaktadır. Bu kriterlerin temeli işyerlerinde koruma felsefesine dayalıdır. Bunlara rağmen Avrupa bölgesinde her yıl kötü çalışma koşulları sonucu 300.000 kadar işe bağlı ölüm ve toplam üretimin %4'ü kadar ekonomik kayıp olmaktadır. Birçok Avrupa ülkesinde çalışanların <%10 bölümü, iş sağlığı bakımına-hizmetlerine ulaşabilmektedir. (Tekelioğlu, 2002; 19-21)

WHO'nun Avrupa Bölgesi'nde işe bağlı sakatlıkların ve ölümlerin azaltılmasında, çalışanların sağlığı için 2008-2017 hedefleri (Tekelioğlu, 2002; 19-21):

1. Çalışanların sağlığını ve çalışma kapasitelerini sürdürülebilir şekilde geliştirmek,

2. Çalışma ortamını, güvenlik ve sağlığa daha çok destek olacak şekilde geliştirmek,
3. Sorunsuz çalışma ve olumlu sosyal ortam sağlayarak sağlık ve güvenliği destekleyen çalışma kültürü oluşturmak ve iş organizasyonunu geliştirerek verimliliği de artırmaktır.

ILO, her yıl 28 Nisan gününün “**İş Sağlığı ve Güvenliği için Dünya Günü**” olarak anılmasını sağlamıştır. 2009’da slogan “İşyerinde Yaşam ve Sağlık: Temel Bir İnsan Hakkı”, 2010’da ise “**İş Dünyasındaki Değişimde Korunmanın Yeni Modeli ve Acil Riskler**” olarak belirlemiştir (<http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/labinsp/dussrep.pdf> erişim : 19.11.2011).

2.1.3 Türkiye’de İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği

Türkiye 1932 yılında ILO’a üye olmakla birlikte sözleşmelerin yarıya yakınına henüz taraf olmamıştır. İş Sağlığı ve Güvenliği ile ilgili; 115 Sayılı Radyasyondan Korunma Sözleşmesi, 155 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği ve Çalışma Ortamına İlişkin Sözleşme ve 161 Sayılı Sağlık Hizmetlerine İlişkin Sözleşmeleri (2005) onaylanmıştır. Ülkemizde iş sağlığının yasal dayanağının başlıcaları, Anayasa, İş Kanunu, İş Sağlığı ve Güvenliği Tüzüğü, İşyeri Sağlık Birimleri ve İşyeri Hekimlerinin Çalışma Usul ve Esasları Hakkındaki Yönetmelik, İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulu Yönetmeliği ve İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimi Yönetmeliği’dir. Mevcut İş Kanunu, başlıca “sanayi ve ticaret” işlerini kapsamakta, tarım sektörünün tamamı ile hizmet sektörünün bir kısmı kapsam dışında kalmaktadır (Tanır, 2011).

Türkiye iş kazaları ve meslek hastalıklarının en yüksek olduğu ülkelerden birisidir. Resmi kayıtlara göre, 2000-2009 döneminde Türkiye’de 784 binden fazla iş kazası olmuş ve bu kazalarda 10 binin üzerinde çalışan yaşamını yitirmiştir. Resmi kayıtlara girmeyen iş kazaları ya da meslek hastalıkları nedeniyle ölen ve sakat kalan çalışanların sayısını tahmin edebilmek ise neredeyse imkansızdır (Aytaç, 2011; 30).

Türkiye’de iş kazalarının nedenlerini tespit etmek için farklı tarihlerde çeşitli araştırmalar yapılmıştır. Örneğin, Kepir (1981), iş kazalarının %2’sinin insan kontrolü dışında, %10’unun mekanik yetersizlikten ve %88’inin ise, insan faktörüne bağlı olduğunu, Çelikel (1977) ise, iş kazalarının %20’sinin üretim aygıtlarının ve çevresel koşulların uygunsuzluğundan, %80’inin ise insan etmeninden kaynaklandığını ortaya çıkarmıştır. Araştırma sonuçlarından, kazaların oluşumunda insan faktörünün ilk sırayı aldığı

görülmektedir. Bu sonuçlar, iş kazalarında önleyici tedbirlerin alınabileceğini ortaya koymaktadır (Çopur ve ark, 2006b;155-174).

2.1.4 Türkiye’de Çalışan Sağlığı ile İlgili Yasa ve Yönetmelikler

4857 sayılı İş Kanunu (İş Kanununun 77. Maddesinde);

İşverenler iş yerlerinde iş sağlığı ve güvenliğinin sağlanması için; her türlü önlemi almak, araç ve gereçleri noksansız bulundurmak, İşçiler de iş sağlığı ve güvenliği konusunda alınan her türlü önleme uymakla yükümlüdürler denmektedir (Resmi Gazete,10 Haziran 2003: Kanun No: 4857, Sayı:25134).

Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik

Madde (1): Bu Yönetmeliğin amacı; tüm sağlık kurumlarında, hasta ve çalışan güvenliği için güvenli hizmet sunumu ve güvenli bir ortam sağlanmasına, hizmet sunumunda kalitenin artırılmasına, sağlık kurumunda hasta ve çalışanlar için muhtemel risklerin belirlenmesine, bu risklerin giderilmesi için uygun yöntem ve tekniklerin belirlenmesine ve hizmet içi eğitimler ile güvenli hizmet sunumu ve güvenli çalışma ortamının sürdürülebilirliğinin sağlanmasına yönelik usul ve esasları düzenlemektir.

Yönetmelik kapsamındaki sağlık kurumları;

- a) Çalışan güvenliği programının hazırlanması,
- b) Çalışanlara yönelik sağlık taramalarının yapılması,
- c) Engelli çalışanlara yönelik düzenlemelerin yapılması,
- ç) Çalışanların kişisel koruyucu önlemleri almasının sağlanması,
- d) Çalışanlara yönelik fiziksel saldırıların önlenmesine yönelik düzenleme yapılması, hususlarında gerekli tedbirleri alır ve düzenlemeleri yapar (Resmi Gazete,06 Nisan 2011: Sayı: 27897).

İş Sağlığı ve Güvenliği Hizmetleri Yönetmeliği

Madde (5): İşveren, işyerlerinde alınması gereken iş sağlığı ve güvenliği tedbirlerinin belirlenmesi ve uygulanmasının izlenmesi, iş kazası ve meslek hastalıklarının önlenmesi,

işçilerin ilk yardım ve acil tedavi ile koruyucu sağlık ve güvenlik hizmetlerinin yürütülmesi amacıyla; İş Sağlığı ve Güvenliği Birimi (İSGB) oluşturmakla, bu birimde bir veya birden fazla işyeri hekimi ile gereğinde diğer sağlık personelini görevlendirmekle ve sanayiden sayılan işlerin yapıldığı işyerlerinde tehlike sınıfına uygun bir veya birden fazla iş güvenliği uzmanı görevlendirmekle yükümlüdür (Resmi Gazete, 27 Kasım 2010: Sayı: 27768).

Biyolojik Etkenlere Maruziyet Risklerinin Önlenmesi Hakkında Yönetmelik

Madde (1) : Bu Yönetmelik, işçilerin biyolojik etkenlere maruziyetten kaynaklanan veya kaynaklanabilecek sağlık ve güvenlik risklerinin önlenmesi ve bu risklerden korunmasına dair esas ve usulleri düzenlemek amacıyla hazırlanmıştır.

İşçilerin Eğitimi ve Bilgilendirilmesi:

Madde (11):İşçilerin ve/veya temsilcilerinin eğitimi ve bilgilendirilmesi ile ilgili hususlar aşağıda belirtilmiştir:

a) İşveren, işyerinde çalışan işçilerin ve/veya temsilcilerinin uygun ve yeterli eğitim almalarını sağlar ve özellikle aşağıda belirtilen konularda gerekli bilgi ve talimatları verir;

- 1) Olası sağlık riskleri,
- 2) Maruziyeti önlemek için alınacak önlemler,
- 3) Hijyen gerekleri,
- 4) Koruyucu ekipman ve elbiselerin kullanımı ve giyilmesi,
- 5) Herhangi bir olay anında ve olayların önlenmesinde işçilerce yapılması gerekenler.

b) Eğitim;

- 1) Biyolojik etkenlerle temasın söz konusu olduğu çalışmalara başlanmadan önce verilecek,
- 2) Yeni veya değişen risklere göre uyarlanacak,
- 3) Gerektiğinde periyodik olarak tekrarlanacaktır (Resmi Gazete,10 Haziran 2004:Sayı: 25488).

Kişisel Koruyucu Donanımların İşyerlerinde Kullanılması Hakkında Yönetmelik

Amaç; Madde (1): Bu Yönetmeliğin amacı, işyerindeki risklerin önlenmesinin veya yeterli derecede azaltılmasının, teknik tedbirlere dayalı toplu koruma ya da iş organizasyonu veya çalışma yöntemleri ile sağlanamadığı durumlarda, kullanılacak kişisel koruyucuların özellikleri, temini, kullanımı ve diğer hususlarla ilgili usul ve esasları belirlemektir (Resmi Gazete,11 Şubat 2004:Sayı: 25370).

İşyeri Sağlık Birimleri ve İşyeri Hekimlerinin Görevleri İle Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik

Amaç; Madde (1): Bu Yönetmelik işyeri sağlık birimlerinin kuruluşu, yapılanması, çalışma usul ve esasları ile işyeri hekimlerinin nitelikleri, sayısı, işe alınmaları, görev, yetki ve sorumlulukları, eğitimleri ve çalışma şartları ile ilgili usul ve esasları belirler (Resmi Gazete,16 Aralık 2003:Sayı: 25318).

İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetmeliği

Amaç; Madde (1): Bu Yönetmelik, işyerlerinde sağlık ve güvenlik şartlarının iyileştirilmesi için alınacak önlemleri belirler (Resmi Gazete,09 Aralık 2003:Sayı: 25311).

İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulları Hakkında Yönetmelik

Amaç; Madde (1): Bu Yönetmelik, iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili çalışmalarda bulunmak üzere iş sağlığı ve güvenliği kurullarının hangi işyerlerinde kurulacağı ve bu kurulların oluşumu, çalışma yöntemleri, görev, yetki ve yükümlülüklerini belirler (Resmi Gazete,07 Nisan 2004: Sayı:25426).

İş kanununa ilişkin çalışma süreleri yönetmelik

Amaç ve Kapsam; Madde (1): Bu Yönetmeliğin amacı, çalışma sürelerinin uygulanmasına ilişkin esasları düzenlemektir (Resmi Gazete, 06 Nisan 2004:Sayı: 25425).

Çalışanların iş sağlığı ve güvenliği eğitimlerinin usul ve esasları hakkında yönetmelik

İşverenin Yükümlülükleri Madde (4): İşverenler, işyerlerinde sağlıklı ve güvenli çalışma ortamının tesis edilmesi için gerekli önlemleri almakla yükümlüdürler.

Bu amaçla, işverenler;

- Çalışanları yasal hak ve sorumlulukları konusunda bilgilendirmek,
- Onların karşı karşıya bulundukları mesleki riskler ve bunlarla ilgili alınması gerekli tedbirler konusunda işyerlerinde iş sağlığı ve güvenliği eğitim programlarını hazırlamak,
- Eğitimlerin düzenlenmesini, çalışanların bu programlara katılmasını sağlamak ve verilecek eğitim için uygun yer, araç ve gereç temin etmekle yükümlüdürler.

Çalışanın Yükümlülükleri Madde (5): Çalışanlar;

- Sağlıklı ve güvenli bir çalışma ortamının tesisi için işyerinde düzenlenecek olan iş sağlığı ve güvenliği eğitimlerine katılmak ve
- Bu konudaki talimat ve prosedürlere uymakla yükümlüdürler (Resmi Gazete,07 Nisan 2004: Sayı: 25426).

Gürültü yönetmeliği

Amaç; Madde (1): Bu Yönetmeliğin amacı, işçilerin gürültüye maruz kalmaları sonucu sağlık ve güvenlik yönünden oluşabilecek risklerden, özellikle işitme ile ilgili risklerden korunmaları için alınması gerekli önlemleri belirlemektir (Resmi Gazete, 23 Aralık 2003: Sayı: 25325).

Kimyasal Maddelerle Çalışmalarda Sağlık ve Güvenlik Önlemleri Hakkında Yönetmelik

Amaç; Madde (1): Bu Yönetmeliğin amacı, işyerinde bulunan, kullanılan veya herhangi bir şekilde işlem gören kimyasal maddelerin tehlikelerinden ve zararlı etkilerinden işçilerin sağlığını korumak ve güvenli bir çalışma ortamı sağlamak için asgari şartları belirlemektir (Resmi Gazete,26 Aralık 2003: Sayı: 25328).

İş Ekipmanlarının Kullanımında Sağlık ve Güvenlik Şartları Yönetmeliği

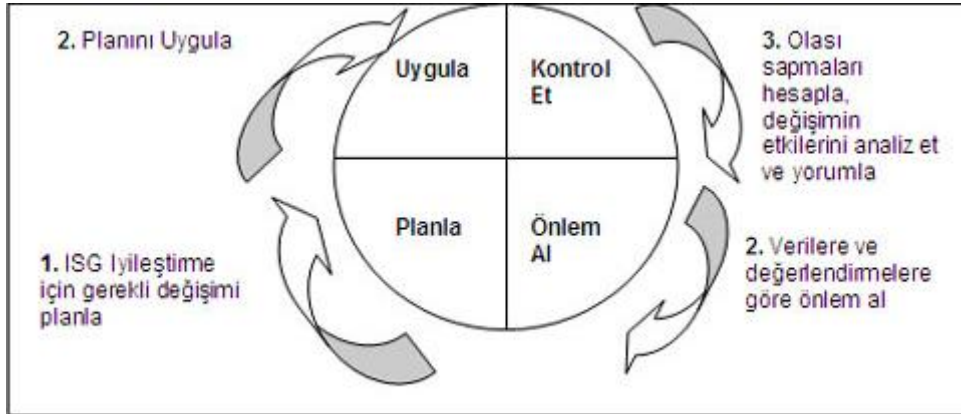
Amaç; Madde (1): Bu Yönetmeliğin amacı, işyerinde iş araç ve gereçlerinin kullanımı ile ilgili sağlık ve güvenlik yönünden uyulması gerekli asgari şartları belirlemektir (Resmi Gazete,11 Şubat 2004:Sayı: 25370).

2.1.5 OHSAS/TS 18001

OHSAS(Occupational Healty and Safety Management System)/TS 18001(Türk standarttı) kuruluşun işleriyle ilgili İş Sağlığı ve Güvenliği (İSG) risklerinin yönetimini kolaylaştıran tüm yönetim sisteminin bir parçası olarak tanımlanır. Bu organizasyonun İSG politikasının geliştirme, uygulama, değerlendirme ve sürdürme için organizasyon yapısını, faaliyet planlamasını, sorumlulukları, uygulamaları, prosedürleri, süreçleri ve kaynakları içermektedir (Wilkinson ve Dale 2002;284-297).

Avrupa birliği ile entegrasyonda en önemli konulardan olan İSG ayrıca Çalışma Kanununda da yaklaşık olarak bu standardın bütün isteklerini içermektedir.

OHSAS/TS 18001,BSI (British Standars Institude) tarafından yayınlanmış olan İSG standardıdır.



Şekil 1:PUKÖ Döngüsü.(<http://www.tisk.org.tr/yayinlar.asp?sbj=ic&id=1402> erişim 03.02.2012).

OHSAS/TS 18001 standardı sürekli gelişmeyi vurgulayan Planla-Uygula-Kontrol et-Önlem al (PUKÖ) döngüsünü izler. PUKÖ döngüsü değişkenliğin sebeplerini tespit etmek ve kaliteyi iyileştirmek için kullanılan sistematik bir yöntem olarak tanımlanabilir. Bu döngü

organizasyonların üretim sistemlerini iyileştirmenin bir yolu olarak Walter Shewhart (1939) tarafından geliştirilmiş ve uygulanmıştır. Şekil 1’de Deming tarafından uyarlanmış PUKÖ döngüsü görülmektedir (<http://www.tisk.org.tr/yayinlar.asp?sbj=ic&id=1402> erişim 03.02.2012).

OHSAS/TS 18001 standardının asıl amacı önleyici olmasıdır. Bununla birlikte sistem gerekli kontrol mekanizmalarını, düzeltici faaliyetleri ve geri besleme mekanizmalarını da içermektedir.

2.2 GÜVENLİK KÜLTÜRÜ

2.2.1 Örgüt Kavramı

Belirli amaçlar doğrultusunda kişilerin çabalarını eş güdümlendiği bir yönetim işlevi; amaç, insan, teknoloji boyutlarının etkileştiği bir sistem; kişiliğini belirleyen ve kendine özgü bir kültürü olan; işleri, mevkileri, çalışanları ve aralarındaki yetki ve iletişim ilişkilerini gösteren bir yapıdır (Güçlü, 2003; 61-85).

2.2.2 Kültür Kavramı

Amerikalı antropologlar, kültürü şöyle tanımlamışlardır: “Kültür, temelde insanların var olduğu maddi yapılarda dâhil olmak üzere, insan gruplarının etkinliği sonucunda ortaya çıkan, semboller aracılığıyla kazanılan ve iletilen düşünce, algılama ve sembolize edilmiş belirli tepki biçimlerine dayanmaktadır, kültürün çekirdeğini geleneksel düşünceler ve özellikle bu düşüncelerin bağlı olduğu değerler oluşturmaktadır” (Sarı, 2006).

2.2.3 Örgüt Kültürü

Örgüt kültürü, bir örgütün içindeki insanların yönlendiren normlar, davranışlar, değerler, inançlar ve alışkanlıklar sistemi olarak tanımlanabilir (Hasanoğlu, 2011;43-58). Örgüt kültürü genel kültüre göre bir alt kültür olarak düşünülebilmekte, bir işletme içindeki çeşitli grupların kültürlerine göre de bir genel kültür olarak görülebilmektedir.

2.2.4 Güvenlik Kavramı

Günlük dilde de oldukça sık kullandığı bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Maslow’un insan ihtiyaçlarını belirleyen piramidine göre güvenlik ihtiyacı, yaşama ihtiyacından hemen sonra gelir. Kişi yaşamak için temel ihtiyaçlarını yerine getirdikten sonra

geleceğini, kendini güvence altına almak ister. İş kazalarından korunmak, yaşamını güvence altına almak arzusu duyar. Güvenlik kavramı genel olarak emniyet içinde olma duygusu olarak tanımlanabilir. Başka bir tanıma göre ise Güvenlik, “ mevcut ortamda kabul edilebilir düzey ve bu düzeyi korumak için zamansız ölüm, yaralanma veya endişe verici koşulların var olma olasılığını azaltma” anlamındadır. Güvenlik, işletmelerde sadece tanım ile sınırlı kalmamalı bunu stratejik olarak uygulayabilmek için mutlaka bir kültür oluşturulmalıdır. Güvenlik bilgiye dayanır (Aytaç, 2011;30).

2.2.5 Güvenlik Kültürü

Son yıllarda özellikle risk düzeyi yüksek, nükleer enerji, madencilik, hava ve demiryolu taşımacılığı gibi sektörlerde güvenlik kültürü kavramına artan bir ilgi dikkati çekmektedir (Cooper, 2000:113). Örgüt kültürünün alt boyutlarından biri olarak değerlendirilen güvenlik kültürü kavramı, ilk kez 1986 Çernobil nükleer santralindeki kaza sonrası Uluslararası Atom Enerji Ajansı (International Atomic Energy Agency (IAEA) tarafından hazırlanan bir raporda (1988),“**zayıf güvenlik kültürü** (poor safety culture)” kavramı olarak ortaya çıkmış ve bundan sonra da bu kavram, araştırmacılar tarafından gerek teorik düzeyde gerekse de uygulama düzeyinde araştırılmaya devam edilmiştir (Pidgeon, 1998:203; Özkan ve Lajunen, 2003:3). Bu çalışmalardan elde edilen ortak sonuç, iş kazalarının önlenerek güvenli bir çalışma ortamının yaratılmasında güvenlik kültürü, diğer bir ifadeyle -pozitif bir güvenlik kültürü-nün anahtar bir kavram olduğudur (Aytaç, 2011;30).

Farklı tanımlar kullanılmakla birlikte, “güvenlik kültürü” veya “güvenlik iklimi” kavramlarının özelliklerini “kültür” kavramının özelliklerinden ayrı düşünmemek gerekir. “Güvenlik kültürü” ile “güvenlik iklimi” genellikle birbirine karıştırılan ve aynı anlamda olmamakla birlikte birbiriyle ilişkili olan kavramlardır. Güvenlik kültürü, bütünü yansıttığı için güvenlik ikliminden daha geniştir. Güvenlik iklimi sadece bireylerin güvenlik algılarını ve güvenliğe yönelik tutumlarını ifade etmektedir (Demirbilek, 2008b).

IAEA tanımına göre “güvenlik kültürü, kurumun sağlık ve güvenlik programlarının yeterliliğine, tarzına ve uygulamadaki sürekliliğine karar veren birey ve grupların değer, algı, tutum, düşünme alışkanlıkları, yetkinlik ve davranış örüntülerinin bir toplamıdır” (Safety Culture, 1991). Bu tanımın ardından, güvenlik kültürünün sadece yöneticinin güvenliğe ilişkin taahhüdü, iletişim stili ve hataları rapor etmeye ilişkin açık kurallarla değil aynı

zamanda çalışanların motivasyonu, morali, hataları algılama biçimleri ve yönetime ve hataları etkileyen faktörlere karşı tutumları (yorgunluk, risk alma, süreçlerin ihlali gibi) ile de ilgili olduğu söylenebilir (Andersen, 2002). Güvenlik kültürü ile ilgili mevcut literatüre bakıldığında, birçok güvenlik kültürü tanımına rastlanmasına rağmen, güvenlik kültürü tanımlarının ortak özellikleri şu başlıklar altında toplanabilir (Zhang ve diğ, 2004;118-119):

- Güvenlik kültürü, grup veya daha üst seviyelerde, örgütün bütün üyeleri ve örgüt gruplarının hepsi tarafından paylaşılan değerleri ifade eden bir kavramdır.
- Güvenlik kültürü, bir örgütteki formel güvenlik sorunlarıyla da ilgilidir.
- Güvenlik kültürü, bir organizasyondaki her seviyedeki herkesin katılımı üzerinde durmaktadır.
- Güvenlik kültürü, örgüt üyelerinin işteki davranışını etkiler.
- Güvenlik kültürü, ödül sistemleri ve güvenlik performansı arasındaki ilişkiyi de yansıtır.
- Güvenlik kültürü, bir organizasyonda kazalardan ve hatalardan öğrenme ve gelişmeyle ilgili gönüllülüğü yansıtır.
- Güvenlik kültürü, değişime karşı oldukça dayanıklı, sabit ve dirençlidir.

ILO'nun 2003 yılında yapılan Genel Kurulunda kabul edilen iş sağlığı ve güvenliğinde Küresel Stratejiyle ilgili sonuç bildirgesinde güvenlik kültürü şu ifadelerle tanımlanmış ve vurgulanmıştır; Küresel iş sağlığı ve güvenliği stratejisinin temel bileşeni olarak, önleyici sağlık ve güvenlik kültürünün oluşturulması, sürdürülmesi için iş sağlığı ve güvenliği yönetimine sistematik bir yaklaşım öngörülmektedir. Ulusal önleyici sağlık ve güvenlik kültürü, sağlıklı ve güvenli bir çalışma ortamına sahip olma hakkına herkesin saygı gösterdiği; hak, sorumluluk ve ödevlerin önleme prensibine öncelik verilerek açıkça tanımlandığı bir sistem içerisinde; hükümet, işveren ve işçilerin sağlıklı ve güvenli bir çalışma ortamı oluşturulmasında aktif olarak yer aldıkları bir anlayıştır. Önleyici sağlık ve güvenlik kültürünün sürdürülmesi, tehlike ve risk kavramları ile tehlike ve risklerin nasıl önleneceği veya nasıl kontrol altına alınacağıyla ilgili olarak toplumsal bilinç ve anlayış düzeyinin yükseltilmesi için mevcut bütün vasıtaların kullanılması ile mümkündür (Batur, 2005; 2-4).

Reiman ve Oedewald (2002) literatürde çalışmalardan elde edilen ‘pozitif güvenlik kültürünün’ kriterlerini;

- § İyi bir güvenlik kültürünün varlığı, güvenlik politikaları,
- § Yönetimin güvenlik için görünür kararlılığı,
- § Demokratik uygulamalar ve yetkinliği,
- § Güvenlik yönelimli değerler, tutumlar ve bağlılık,
- § Zorunluluk ve sorumlulukların açık tanımı,
- § Güvenlik ve üretim arasındaki denge,
- § Yetkin çalışanlar ve eğitim,
- § Yüksek motivasyon ve iş tatmini,
- § Yönetim ve çalışanlar arasında karşılıklı güven ve adil yaklaşım,
- § Kalite, kural ve düzenlemelerin güncellenmesi,
- § Düzenli ekipman bakımı,
- § Gerekli olay (örneğin, atlatılan kaza) ve küçük bile olsa kazaların rapor edilmesi ve etkin yorumu,
- § Farklı kurumsal seviyelerden ve görevlilerden sağlıklı bilgi akışı,
- § Uygun tasarım,
- § Yeterli kaynak ve sürekli iyileştirme,
- § Gerektiğinde otorite ile olan iş ilişkileri ana başlıkları altında toplamıştır (Aytaç, 2011; 1-8).

Güvenlik kültürü “kuruluşlarda davranışsal normları (hastanede genel kabul gören iş yapma biçiminin ne olduğu gösteren) üretmek için örgütsel yapılanma ve kontrol sistemleri ile karşılıklı olarak etkileşimde bulunan paylaşılan değerler (hastanede neyin önemli olduğunu

gösteren) ve inançlardan (hastanede oyunun kuralının ne olduğu ve işlerin nasıl yürüdüğünü yansıtan) oluşmaktadır. Bu kapsamda ideal güvenlik kültürünü kuruluşun faaliyetleri nedeniyle zarar vermesini önleyecek bir makine gibi tasvir etmekte ve kısaca “korkmayı unutmamak” olarak tanımlamaktadır (Tak, 2010;73-104).

Sağlık kurumları sürekli iyileştirme faaliyetlerine odaklanmaktadırlar. Sürekli iyileştirme faaliyetlerinin yapılmasında güvenlik kültürü önemli bir yer tutmaktadır. Güvenlik kültürü, bir kurumda nelerin önemli olduğunu ve nasıl davranılacağını kapsayan değer yargılarını, inançları ve kuralları kapsamaktadır. Bir kurumun güvenlik kültürü; söz konusu kurumun sağlık ve güvenlik yönetimindeki tarzını ve yetkinliğini ve bu alandaki taahhütlerini belirleyen, bireye ya da gruba ait değerler, tutumlar, algılamalar, yetenekler ve davranış biçimlerinin ürünüdür. Olumlu bir güvenlik kültürüne sahip olan kurumlarda; karşılıklı güvene dayanan iletişim, güvenliğin önemi konusundaki ortak algılamalar ve önleyici tedbirlerin yararlı olacağına duyulan inanç ön plana çıkmaktadır (Tütüncü ve diğ, 2007; 519-533).

Olumsuz olaylar yaşanmadan önlemlerin alınması sağlanmalıdır. Bu nedenle de nerede olursa olsun güvenlik kültürü algısını etkileyen psiko-sosyal faktörlerin neler olduğu, araştırılmalıdır (Aytaç, 2011;30).

Güvenlik kültürü “tüm çalışanların potansiyel olarak yanlış yapılma olasılığı olan iş ve işlemler konusunda sürekli ve aktif bir farkındalığa sahip olduğu” kültür olarak tanımlanmaktadır. Bu kültür içinde bireylerin açık ve adil olması ön plana çıkartılmakta ve hataların açıkça konuşulması konusunda bireyler teşvik edilmektedir. Dolayısıyla güvenlik kültürü bireylerin, yapılan yanlışlardan öğrenme ve yanlışın yerine doğrusunu koymalarını sağlayan bir ortamı tasvir etmektedir. Yüksek güvenirliliğe sahip organizasyonlar konusunda, güvenilir organizasyon olmanın önkoşullarını değişime isteklilik ve güçlü bir öğrenme isteği, güçlü bir örgüt kültürü, çalışanların güvenlik konusunu sahiplenmesi, güvenliği sağlamak için çaba göstermesi ve güvenlik konusunun çok sık şekilde telaffuz edilmesi olarak sıralamaktadır (Tak, 2010; 73-104).

Davranış odaklı güvenlik, sağlık ve güvenlik kültürünün sadece bir parçasıdır. Dünya çapında bir güvenlik kültürünün oluşturulması için altı kriterden söz edilebilir (Şerifoğlu ve Sungur, 2007). Bu kriterler; üst yönetimin görünür taahhüdü, orta kademenin sürekli ilgisi,

gözetimcilerin performansa odaklanması, çalışanların aktif katılımı, sahadaki uygulamaların oturtulabilmesi için esnek bir sistem ve güvenliğe ilişkin tüm çalışanların olumlu algısıdır. Benzer olarak; olumlu bir sağlık güvenlik kültürü insancıl, liderliğe dayalı, güvene dayalı, görünür ve bütüncül oluşu ile karakterizedir (Simon ve diğ, 2005; 36-44).

Aybek ve ark. 2003 yılında teknik personeller arasındaki çalışmada 217 teknik personelden, %6'sı (13 kişi) iş yaşamları süresince iş kazası geçirdiklerini belirtmişlerdir. Söz konusu kazalardan %44.4'ü güvensiz ortam, %55.6'sı ise güvensiz davranışlardan kaynaklandığı sonucuna varılmıştır. Aynı çalışmada kazalarda etkili olan faktörler sıralamasında; çalışanların eğitim yetersizliği, iş yerinin düzensizliği ve çalışanların işine özen göstermemesi en önemli üç faktör olarak saptanmıştır (Aybek ve ark, 2003; 91-100).

Güvenlik kültürünün oluşturulmasında ramak kaldı olayların raporlanmasının teşvik edilmesi oldukça önemlidir. Çalışanların daha fazla ramak kaldı olayı raporlamasında aşağıdaki konular değerlendirilmeli, özellikle raporlama sistemleri kurulurken ele alınmalıdır (Phimister ve diğ, 2003; 445-459).

- Emniyetsiz koşullar,
- Emniyetsiz davranışlar,
- Küçük yaralanmalar (daha katastrofik sonlanabilecek yüksek potansiyelli olay),
- Yaralanma olmadan atlatılmış olaylar,
- Hasarlanma ile sonuçlanmış olaylar,
- Emniyetli çalışmaya karşı dirençli ortamlar,
- Sonucu çevre hasarı ile sonlanabilecek olaylar.

Ramak kaldı olaylarının kazaların habercileri oldukları, ancak etkin bir biçimde yönetilmedikleri ve değerlendirilemedikleri için meydana gelen kazalar ve hasarlar iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili pek çok kaynakta belirtilmiştir. Örneğin, 1986 yılında Challenger uzay mekiğinin patlaması olayında mühendisler, ortam sıcaklığının artmasından dolayı sızdırmazlık aparatlarında sorun tespit ederek rapor etmişlerdir. Faciadan bir gece önce ortam sıcaklığı 36 F olması gerekirken 53 F civarındaydı ve bu nedenle yönetim bir arıza konusunda

uyarılmıştı. Benzer bir olay 1997 de Hindistan’da yaşanan rafineri patlamasıdır. Bu kazada altmış kişi öldü ve 10.000 m³ kadar petrol bazlı ürün yanarak atmosfere karıştı. Yazılı olarak yapılan fakat önemsenmeyen şikayetlerden, olayın transfer hatlarındaki korozyon ve sızıntıdan dolayı meydana geldiği belirlendi (Wright ve Schaafv, 2004; 105-110).

Ramak kaldı olaylarının ve kaza habercilerinin etkin değerlendirilmesinde iş güvenliği kültürü kavramı ön plana çıkmaktadır. Karşılaşılan emniyetsiz çalışmalar, emniyetsiz hareketler, emniyetsiz koşullar örgütte iş güvenliği kültürünün yerleşimi üzerinde düşünmemizi gerektirir. Çalışanların davranışlarından saptanan emniyetsiz hareketlerin varlığı davranış odaklı değişimlere ihtiyaç duyulduğunu gösterir. İş Güvenliği kültürünün gelişimi ve bu konudaki hassasiyetin artırılması, çalışma alanları içerisindeki atlatılmış tehlikelerin belirlenmesi, raporlanması ve bu raporlamanın anlamlı ve işe yarar verilere dönüştürülmesi ile mümkün olacaktır. İş sağlığı ve güvenliği için çalışma sahalarında yapılan emniyet turları, gözlemler vb. sonucunda tespit edilen eksik noktalar, emniyetsiz ortamlar, emniyetsiz ekipman vb.nin sonuçta bir ramak kaldı olayına veya kazaya yol açma olasılığı vardır ve ayırt edilmesi gerekir. Bu yüzden tespit edilen emniyetsiz ortam, ekipman, çalışma şekli vb. de kaza habercisi olay olarak değerlendirilmeli ve raporlanmalıdır. Kurum çalışanlarında var olan olumsuz önyargıları yıkmak kolay değildir. Çalışanlar arasında hata raporlamalarının birbirlerini şikâyet etme mekanizması olarak kullanılabileceği endişesi yaygındır. Bu durum hala kurumlarda yapılan tıbbi hataların üstünün kapatılmaya çalışılması refleksiyle karşılanmaktadır. Bu kültürün gelişmesi için yeterli sayıda ve düzenli aralıklarla eğitimler verilmesi gerekmektedir. Liderleri de eğitimlere dâhil etmek gerekmektedir. Liderlerin desteğini almadan yapılan bütün iyi niyetli çalışmalar zamanla birbirini şikâyet etme, suçluyu bulma ve cezalandırma süreçlerine dönüşecektir. Kurum güvenlik kültürünün oluşabilmesinde pasif etken gibi görülen hasta ve hasta yakınlarını takımın bir parçası oldukları ve daha fazla kalite talep etmeleri konusunda bilgilendirilmelidir. Güvenlik kültürünün oluşturulmasında eğitim tek başına yeterli değildir. Klinik riskleri değerlendirebilmesi için kurum kendine en uygun hata raporlama sistemin oluşturabilmelidir (Eroğlu ve diğ, 2009; 76-79).

Sağlıkta antineoplastik ve diğer zararlı ilaçlar kullanılırken sağlık çalışanları için yarattığı riskler oldukça iyi bilinmektedir. Ancak, mesleki uygulama standartlarının yaklaşık 20 yıl olmasına rağmen, güvenli kullanım prosedürlerine uyum kötüdür. McDiarmid ve ark.

çalışmasında tehlikeli ilaçlar için önerilen güvenlik prosedürlerine uyum kapsamında talimatlar sunulmuştur. Benzer bir sorun olan kan kaynaklı patojen virüslere karşı evrensel önlemlere sağlık çalışanlarının uyumu bir tesisin güvenlik kültürünün gücüne bağlı olan kısmi bir çözüm ile incelenmiştir. Güvenlik kültürü uyum analizi kapsamında evrensel önlemlere ve tehlikeli ilaçların güvenli kullanımı konusunda zayıf güvenlik kültürü saptanmıştır. Çalışmanın sonunda güvenlik kültürünü geliştirmek için stratejiler önerilmiştir (McDiarmid ve ark,2005; 740-749).

H.W. Heinrich tarafından 1931 de geliştirilen ve günümüze dek birbirine yakın düzenlemelerle kullanılmaya devam edilen ve “güvenlik piramidi” olarak bilinen piramit, 600 ramak kaldı olayının sonuçta bir ciddi kaza oluşturacağına işaret eder (Phimister ve diğ, 2003; 445-459).

2.2.6 Güvenlik Kültürü Özellikleri

İş güvenliği kültürünün amacı, sisteme uyumlu kuralların mekanik olarak uygulanmasının yerine, sorumlu davranışları ve eleştirisel düşünceleri ortaya koyabilmektir. Bu bağlamda, iş güvenliği kültürü işçilerin işyerlerindeki risklerin farkında olmalarını sağlayan ve tehlikeler bakımından sürekli gözetimi mümkün kılan bir norm geliştirmeyi hedeflemektedir (Demirbilek, 2005;86-97).

Güvenlik kültürü görünür ve görünmez bileşenlerden oluşur. İSG Kültürünün yalnızca %10'unu oluşturan kurallar, prosedürler, istatistikler ve davranışlardır. % 90'lık kısmı ise görünmez bileşenlerdir. Bunlar dile getirilmeyen kurallar ya da inançlardır (Aytaç, 2011;30).

İşletme yönetimi ve işçiler arasındaki karşılıklı güven de, iş güvenliği kültürünün geliştirilmesi ve sürdürülmesi bakımından büyük önem taşımaktadır. Bu nedenle, iş güvenliği kültürü için hem olası risklerin boyutları, hem de karşılaşılabilecek güçlük ve aksaklıkların önlenmesine yönelik paylaşılan değer, algı, görüş, düşünce ve hareketler araştırılmalıdır (Demirbilek, 2008a).

İş güvenliği kültürünün taşıdığı bazı özellikler aşağıdaki gibidir (Pizzi ve diğ, 2004):

- Tüm çalışanlara yönelik olması,
- İş ve iş dışı çevre ile birlikte değerlendirilmesi,
- Önleyici tedbirlerin bir bütün içinde yer alması,

- İletişimde açıklığın bulunması,
- Örgüt içinde dayanışmanın ve işbirliğinin sağlanması,
- Örgütsel sağlığı oluşturuca politika ve programlarının olması,
- Sistematik ve sürekli öğrenmenin desteklenmesi,
- Takım çalışmasının etkin bir nitelik taşıması,
- Uygun kaynak dağıtımının olması,
- Yöneticilerle çalışanların uyumlu olması,
- Motivasyonun yüksek tutulması,
- Sorumluluk bilincinin bulunması.

Etkin bir iş güvenliği kültürünün öğeleri hakkında ise, tam bir görüş birliği bulunmamakla birlikte, örgüt ve her pozisyondaki personel açısından gerekli olan öğeler aşağıdaki gibidir (Safety Culture,1991):

- İş güvenliğinin önemi konusunda “bireysel farkındalık”,
- Personelin kendi kendine eğitimi ile resmi eğitim ve öğretim aracılığıyla kazanılan “bilgi ve yeterlilik”
- Üst yönetim düzeyinde iş güvenliğinin yüksek önceliği olduğunu kanıtlamayı ve iş güvenliği ortak amacını bireylerin benimsemesini gerektiren “bağlılık”
- Hem liderlik,hedefler belirleme ve ödül-yaptırım sistemi aracılığıyla,hem de bireylerin kendilerinin oluşturduğu tutumlar aracılığıyla sağlanan “motivasyon”
- Bireylerin itiraz eden tutumları yerine gönüllüğe sahip olan kontrol ve gözden geçirme uygulamalarını içeren “denetim”
- Resmi görevler,bu görevlerin tanımı ve bireylerce anlaşılmasını sağlayacak “sorumluluk”

İş güvenliği kültürünün iki genel unsuru bulunmaktadır. Bunlardan ilki; örgüt içindeki ihtiyaç duyulan bir çerçevedir ve yönetimin sorumluluğundadır. İkincisi, bu çerçeveden yararlanan ve tepki veren tüm düzeylerdeki personelin tutumudur.

2.2.7 Güvenlik Kültürü Faktörleri

2.2.7.1 Yönetimin Bağlılığı

Yönetim pozitif güvenlik kültürünün sağlanmasında anahtar bir rol oynamaktadır. Burada yönetime düşen; güvenlik için kaynak ve zaman tahsisi, risk sorumluluğuna katılım, güvenlikle ilgili danışma kurulu toplantılarına katılım ve çeşitli tamamlayıcı tedbirler gibi sorumluluklardır. Güvenlik Kültürü oluşumunda yöneticiler: Motivasyonu, Özendirmeyi, Tutarlılığı esas alarak öncülük etmelidir (Aytaç, 2011;30).

Güvenlik yönetimi bakımından güvenliği işletmeye bir değer olarak kazandırmak, hem yönetimin ve hem de işçilerin bağlılığına dayanmaktadır. Bir işletmede iş güvenliği yaratmada anahtar rol oynayan “iş güvenliğini destekleyen ve öncelik veren bir yönetim bağlılığı oluşturmak ve “işçi katılımını ve güvenli davranışı desteklemek” gerekmektedir. Ne olursa olsun tüm işletmelerde yönetim, güvenliği örgüt kültürünün bir parçası olarak görmeli ve bağlılık göstermelidir (Aytaç, 2011;30).

Yöneticilerin çalışma ortamı ve koşulları ile ilgili düzenlemelerde çalışanların görüşlerini almaya özen göstermesi, çözüm önerileri ve gerekli önlemlerin alınmasına yönelik çalışmalara daha fazla önem vermesi gerekmektedir (Karayemişoğlu ve Baykal, 2011;227-252).

Hastane yönetiminin, somut organizasyon yükümlülükleri bulunmaktadır. Hastaneler sadece tıbbi tedavi sağlayan kurumlar olmayıp, hasta bakımının bütün yönleriyle ilgili tam bir servis sağlamakla yükümlü olduğu gibi, bu çerçevede, kendi çalışanına karşı yükümlülüklerini de yerine getirmelidir. Örneğin, sağlıklı yiyecek, bulaşıcı hastalıkların önlenmesi, acil çıkış imkânlarıyla donatılmış sağlıklı binalarda hizmetin sağlanması gibi. Sonuç itibarıyla, hastane yönetimi özen borcu çerçevesinde kendini geliştirmekle yükümlüdür (Hakeri, 2010;54-59).

Karşılaştırmalı hukukta da, hastane yönetiminin genel olarak beş alanda görevleri olduğu kabul edilmektedir.

1. Tesisin ve ekipmanın güvenilir ve uygun bakımı için gerekli özeni göstermek.
2. Sadece ehil hekimleri seçmek ve çalıştırmak.

3. Tıp bilimini icra eden veya hasta bakımında faaliyet gösteren herkesi denetlemek.
4. Hastalar için kaliteli bir bakımı sağlamak için uygun kuralları ve siyaseti belirlemek ve uygulamak.
5. Sağlık çalışanının güvenliğine ilişkin tedbirleri almak.

Hastanede bulunması gereken asgari unsurları bulundurması; tıp bilimi ve uygulamasında ortaya çıkan yeni gelişmeleri takip ederek hastaneyi buna uydurması gerekmektedir. Aynı şekilde tıbbi teknik aletlerdeki yeni gelişmeler takip edilmeli, eskimiş aletler yenileriyle değiştirilmelidir. Bunlar bir yandan hasta güvenliğine hizmet ederken, aynı zamanda çalışan güvenliğini de sağlamaya yönelik esaslardır (Hakeri, 2010;54-59).

Diğer taraftan profesyonel anlamda bir güvenlik kültürü oluşturmak hastane yöneticileri için önemli bir meydan okuma anlamına gelmektedir (Henriksen, 2006; 144-160). Çünkü güvenlik kültürü oluşturmak, yeniliğe gerek duymakta ve örgütün üst yönetiminin büyük sorumluluklar almasını gerektirmektedir. Bu anlamda, güvenlik kültürü oluşturma sürecinde psikolojik bağlılık zorunludur (Hellings ve diğ, 2007;621).

Beklenmedik olayların temel nedenlerinin araştırılmasına inildiğinde, nedenler ile yönetim sistemi arasında sıkı bir bağın olduğu görülebilir. Yönetim politikaları, prosedürler, denetlemenin etkililiği, eğitim gibi faktörlerin olayların nedenleri ile bağlantılı oldukları bilinmektedir. Bunun yanında uygun personel seçiminin yapılmaması da yönetim zayıflığıdır. O halde beklenmedik olayların oluşmasını sağlayan temel faktörler, aynı zamanda yönetim ve işletim problemlerinin de temel nedenidir (Gödelek, 2007).

Gelecekte olması muhtemel olayları önlemek için, çalışanların iş güvenliğine inancının sağlanmasının yanında, yönetim sisteminin operasyonel zayıflıklarını iyi analiz etmesi gerekir. Yönetimin emniyet konusundaki taahhüdünün çalışanlar üzerinde etkisi oldukça fazla olmaktadır. Kuruluştaki emniyet iklimini oluşturmada yönetimin taahhüdü olmazsa olmaz özellik taşır. Kurum içi iletişim fırsatlarının etkin kullanımı için amaca yönelik planlamanın, sürekliliğin ve etkinliğin sağlanmasında en önemli desteğin tepe yönetimin sağlık ve güvenlik konusundaki inancı ve taahhüdü olacağı unutulmamalıdır (Şerifoğlu ve Sungur, 2007).

Çalışanların işlerini tam anlamıyla benimsemeleri ve onlardan beklenen verimin sağlanabilmesi, işinde isteyerek çalışabilmesi için bazı koşulların yerine getirilmesi şartına bağlıdır. Çalışanların yaptığı işten sosyal, ekonomik ve ruhsal tatminini sağlayabilmesi işyerinin verimliliği açısından da önemlidir. Yönetim mekanizmasında olanlar iş görene bu duyguları tattırabilmelidirler. Bu başarıldığı takdirde çalışanın işyerine karşı olan bağlılık ve motivasyonunun sağlanması büyük ölçüde kolaylaşmış olacaktır.

Kurumsal kültür inançlar, değerler, adetler, uygulamalar, öğrenilen işlemler ve paylaşılan ödüllerin tümü ile yoğrulmuştur. Kurumsal kültür kolay değiştirilebilecek bir değer değildir. Değişime kolay uyabilecek üyeler olabileceği gibi şiddetli direnç gösterecekler de vardır, hatta bazı kurumlarda bu grup çoğunlukta olabilir. Önemli olan kurumsal liderliğin bu değişimin ne kadar önemli olduğunu önce kendisinin kabul etmesi, daha sonra da tüm kuruma bu değişimin gereğini ve neler getireceğini açık bir şekilde anlatması ve paylaşmasıdır (O'Connor, 1997; 39-60).

2.2.7.2 Güvenlik Eğitimi

İşletmelerin, küreselleşmenin getirdiği rekabet sonucu, varlıklarını sürdürebilmeleri bu rekabete ayak uydurabilmeleri için çalışanlarını var olan bilgileri ile değil, bunu sürekli geliştirerek devam ettirmeleri gerekmektedir. Eğitim almış, sorumlu olduğu işte tam yetkin, kullandığı araç, gereç, makine vs. hakkında bilgi sahibi olan kimse işini verimli bir şekilde yerine getirecektir.

Çalışanların işyeri ortam ve şartlarında var olan sağlık-güvenlik tehlikeleri ve bunlardan kaynaklanan risklerden korunması amacı ile gerekli eğitimlere tabi tutulmaları konusu, bütün dünyada kabul gören önleyici yaklaşımın önemli bir uygulama basamağını oluşturmaktadır (Ekemen, 2006;12-17).

İş kazalarına ve meslek hastalıklarına uğramada en önemli etkenlerden biri kişinin yaptığı iş ile ilgili herhangi bir eğitim almamış olmasıdır. Öncelikle işin gerektirdiği nitelikte personel alımı gerçekleştirildikten sonra bu kişiye yapacağı iş ile ilgili gerekli eğitim, o işte uzmanlaşmış kişilerce verilmeli ve sonrasında da denetlenmelidir. Kullandığı araç gereçle ilgili bilgiye sahip kişi olumsuz bir durumda nasıl hareket edeceğini bileceğinden iş kazasına uğrama riski de en aza inecektir (Karacan ve Erdoğan, 2011; 102-116).

Güvenlikle ilgili kısa bilgilendirici konuşmalar, grup toplantıları, personel sağlığı, hijyen, iş stresi, güvenliğe karşı sorumluluklar (kural ve talimatlara uyma, tehlike tespiti, risk değerlendirmesi, kaza incelemeleri ve iş güvenliği analizi) konularında çalışanların eğitilmesi bu kapsamda değerlendirilebilir (Aytaç, 2011;30).

4857 sayılı İş Kanunu kapsamındaki tüm işyerlerinde sağlık ve güvenliğin korunması için işverenlere çalışanlarını eğitime ve bilgilendirme zorunluluğunun getirilmesi, Ulusal İSG Politikası oluşturulmasında önemli kilometre taşlarıdır (Ulusal İş Sağlığı ve Güvenliği Politika Belgesi, 2007).

“Çalışanların İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimlerinin Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik” hükümlerine göre eğitimin amacı özellikle; işyerlerinde sağlıklı ve güvenli bir ortamı temin etmek, iş kazalarını ve meslek hastalıklarını azaltmak, çalışanları yasal hak ve sorumlulukları konusunda bilgilendirmek, onların karşı karşıya bulundukları mesleki riskleri ve bu risklere karşı alınması gerekli tedbirleri öğretmek ve iş sağlığı ve güvenliği bilinci oluşturarak uygun davranış kazandırmaktır. Yapılacak eğitimin verimli olması için eğitime katılacakların ihtiyacı olan seçilmesine özen gösterilir (Resmi Gazete, 07 Nisan 2004: Sayı; 25426).

İSG eğitimi, ulusal sistemler yanında uluslararası hukukta da kendine önemli yer bulmakta ve gerek işverenlere, gerekse uluslar üstü hukuk ilkelerini benimseyen devletlere bu konuda yükümlülükler getirmektedir. Bu konuda örnek verilebilecek en temel düzenlemeler, ILO’nun “**İş Sağlığı ve Güvenliği ve Çalışma Ortamına İlişkin 155 sayılı Sözleşmesi**” ve AB’nin 89/391 sayılı İSG Çerçeve Direktifi dir. 155 sayılı ILO sözleşmesinin 5. maddesinin (c) bendinde, "yeterli sağlık ve güvenlik düzeyine ulaşılması amacıyla, bütün çalışanların ileri düzeyde eğitimini, kalifiyesini ve motivasyonunu kapsayan eğitimin" verilmesinden; 19’ncu maddesinin (d) bendinde ise, "işletmedeki işçi ve temsilcilerine, İSG konusunda yeterli eğitim verilmesinden" söz edilmektedir (Teberik, 2010).

Eğitim teorik ve pratik olarak uygulanır. Eğitim çalışanları kolayca anlayabileceği şekilde olmalıdır. Verilen eğitimler, çalışanlara herhangi bir mali yük getirmeyecek şekilde düzenlenir ve eğitimlerde geçen süre çalışma süresinden sayılır. Ayrıca, işyerinde çalışan kadınların, gençlerin, çocukların, özürllülerin eğitimine özel önem verilir. Sağlık ve güvenlik ile ilgili özel görevi bulunan çalışanlar ve temsilcileri özel olarak eğitilir. Sağlık ve güvenlik

açısından özel önlem alınmasını gerektiren alanlarda çalışanlara özel eğitim verilir. Eğitim verme yükümü işyerindeki çıraklar ve stajyerler için de gereklidir (İncirlioğlu, 2008; 125-133).

İSG eğitimi dendiğinde öncelikle çalışan işçilerin eğitimi akla gelir. Gerçekten de İSG çalışmalarının amacı, istihdam halinde olanların korunmasını sağlamaktır. Bununla birlikte, güvenli çalışma her şeyden önce bir kültür sorunudur. Bireylerde bu kültürün yerleştirilmesi ancak çocukluktan başlayarak bilinçlendirilmeleriyle mümkün olabileceğinden, İSG eğitimi sadece işyerleriyle sınırlandırılmamalı, ilköğretimden başlayarak üniversite eğitimi bitene kadar tüm eğitim kademeleriyle bütünleştirilmelidir (Güven, 2006; 3-11).

İşyerleri, teknolojik gelişmeye paralel olarak artan bir biçimde karmaşılaştıkça, kazaların, yaralanmaların ve hastalıkların nedenlerini ve bunların önlenmesi için gereken yolları daha iyi anlayabilmek gerekmektedir. Bu nedenle akademisyenler, uzmanlar, işyeri hekimleri, işverenler ve işçilerin, İSG alanında inceleme ve araştırma kadar eğitim ve öğretimde de belirgin rolleri bulunmaktadır. İSG eğitimi sadece belirli hedef gruplara dönük değil, bütünsel şekilde planlanmalıdır (Işık, 2006; 29-30).

Eğitim sırasında yapılabiliriyorsa uygulama yapılmalı, eğitim verilen kişilerin davranışlarında olumlu yönde değişim gözlenmelidir. Kişiler doğuştan itibaren farklı ortamlarda büyüdükleri ve farklı eğitimler aldıkları için eğitim verirken bireysel farklılıklar dikkate alınmalıdır. Eğitim değişime ve gelişime açık olmalıdır. Çünkü insan ve makineler sürekli gelişmekte ve yeni eğitim ihtiyaçları ortaya çıkmaktadır. Değişime paralel olarak eğitimler geliştirilmeli ve sürdürülebilmelidir. Eğitim sonucu mutlaka izlenmeli ve değerlendirilmelidir. İşçiler, güvenlik eğitiminden geçerek çalışma ortamının potansiyel zararları ve tehlikeleri hakkında bilgi edinmelerinin yanı sıra, iş sağlığı ve iş güvenliği bakımından alınacak önlemlere ve faaliyetlere de katılmalıdırlar (Demirbilek, 2005).

2.2.7.3 Güvenlik İletişimi

İş sağlığı ve güvenliği yönetimi sisteminin en önemli konularından biri olan etkili iletişim, kaza habercisi olaylarla ilgili; yönetimin konuya ilişkin taahhüdünün yaygınlaştırılması, kaza habercisi olayların raporlanmasına ilişkin sistemlerin kurulması, çalışanların çeşitli düzeylerde eğitilmesi ile sağlanacaktır. Çalışanlarda etkili iletişim (davranış odaklı programlar, iş güvenliğinin her kademedede yoğun ve ciddi bir şekilde

işlenmesi, çalışmalarda iş güvenliğinin gerçek anlamda birinci planda tutulması vb.) kurularak sağlanacak kalıcı davranış değişiklikleri zaman içinde oluşabilecek sonuçlardır. Kısa vadede güvenlik iklimi olarak adlandırılan olumlu ortam koşullarının yaratılmasına katkı sağlanabilir. Çalışanlar üzerinde emniyetli çalışarak iş yapma konusunda istenilen seviyeye getirip, onları bu konuya inandırıp, emniyet bir refleks haline getirildiğinde, çalışan çevresi ile de bağlantı kurmaya başlayacak, kendi işini bilinçli ve emniyetli yapmaya başlamasının yanında çevresindeki çalışmaları da inceleyecektir. Böylece çalışmalarının ve çevresinde olan bitenin farkında olan ekipler iş yapmaya başlayacaktır (Şerifoğlu ve Sungur, 2007).

Günümüz koşullarında, iş yaşamında başarıya ulaşmak için sağlıklı iletişim kurmak kaçınılmazdır. İletişim kurmaktaki asıl amaç, anlaşılabilir mesajların gönderilmesi ve karşı tarafın tutum ve davranışlarında değişiklik yapmaktır. Her dönemde ve ortamda organize olmanın ve işleri yoluna koymanın en önemli unsurlarından biri, yaygın ve etkili iletişim sağlayabilme yeteneğidir. Etkili iletişim, bir zaman yönetimi unsurudur. İletişimde yeteri derecede açık olunursa, iletilmek istenen mesaj, etkin bir biçimde, alıcıya ulaşmış olur. İletişimi zayıf olanlar, sürekli olarak karışıklığa neden olurlar.

İletişimin sağlıklı olabilmesi için alıcı ve kaynağı birbirine güven duyması gerekir. Ayrıca bireylerin benimseyip kullanmaları gereken bazı ilkeler vardır. Bu ilkeler şöyle sıralanabilir (Cüceloğlu, 2002; 105-115) :

- Her bireyin kendine özgü özellikleri ile değerli olduğuna inanması,
- Karşısındaki bireyi koşulsuz kabul etmesi,
- Her bireyin kendi problemini kendisini çözebilme gücüne inanması,
- Kendisini olduğu gibi gösterebilmesi,
- Duygu düşünce ve davranışlarının tutarlı olması,
- Kendisini karşısındakinin yerine koyup onun sorunlarına onun gibi bakabilmesi, onun hissettiklerini yaşayabilmesidir.

Herhangi bir sürece katkı sağlamak, ancak iletişim zincirinin içinde olmakla mümkün olur. İletişim zincirinin bir halkası olan insanlar kendilerini sisteme bağlı hissederler. İletişim yollarının neler olacağı konusunda da çalışanların kendilerinden fikir alınması gerekir.

Devamlılığın sağlanması için yapılandırılmış geri bildirim sağlanmalıdır. Gözlemler, güvenli davranış ve durumlarla ilgili anında ve sözel olarak geri bildirim yapılmalıdır (Sungur ve diğ, 2009; 54-56).

2.2.7.4 Güvenlik Katılımı

İşletmede etkin bir güvenlik programı ile güvenlik kültürünün varlığı bakımından işçilerin katılımının sağlanması temel faktördür. Bunun nedeni, katılımın kaza önleme çalışmalarının başarısında anahtar bir öge olmasıdır (Vredenburg ve Alison, 2002; 259-276).

Katılım, sadece işçilerin fikirlerini sunmaya teşvik edilmelerinin bir aracı niteliğinde değildir. Aynı zamanda, işçilerin dikkat çekici düşünce ve görüşleri önemsenmelidir. Böylelikle, işçiler motive olarak iş doyumuna ulaşacaklar ve verimlilikleri artabilecektir (Demirbilek, 2005).

İyi güvenlik davranışı (olumlu davranışlar) bir istihdam koşul olmalıdır ve performans değerlendirmelerde göz önüne alınmalıdır. Çalışanlar kaza ve yaralanmaların önlenmesi için üzerine düşen sorumlulukların farkında olduğu zaman, işyerinde güvenlik ve sağlığın sağlanmasına daha çok ilgi göstereceklerdir. Alınan önlemlerin geçici kalmaması, bunun iş hayatının bir parçası olarak tüm çalışanlar tarafından benimsenmesi ise ilgili işyerinde güvenlik kültürünün gelişmesi ile sağlanabilmektedir (Aytaç,2011;30).

İşçi katılımı ülkeden ülkeye farklılıklar göstermesine rağmen, güvenlik politika ve uygulamaları bakımından geçerlilik taşıyan belli başlı katılım yöntemleri aşağıdaki gibidir (Demirbilek, 2005):

- Ortak işçi-işveren komitelerine ya da danışma nitelikli çalışma gruplarına katılmak.
- Denetim ve iş-görev analizinin yapılmasına yardımcı olmak.
- Performans yönetimi ya da davranış temelli güvenlik iş gözlemleri ve görev analizlerinde yer almak.
- Risklerin ve önerilen kontrol stratejilerinin analizinde görev almak.
- Süreç risklerini ve iş tehlikelerini ortadan kaldırmak ya da azaltmak için iş prosedürlerinin hazırlanmasına katkıda bulunmak.
- İş sağlığı,güvenlik ve çevre kuralları ile prosedürlerinin gözden geçirilerek değiştirilmesine ve geliştirilmesine yardımcı olmak

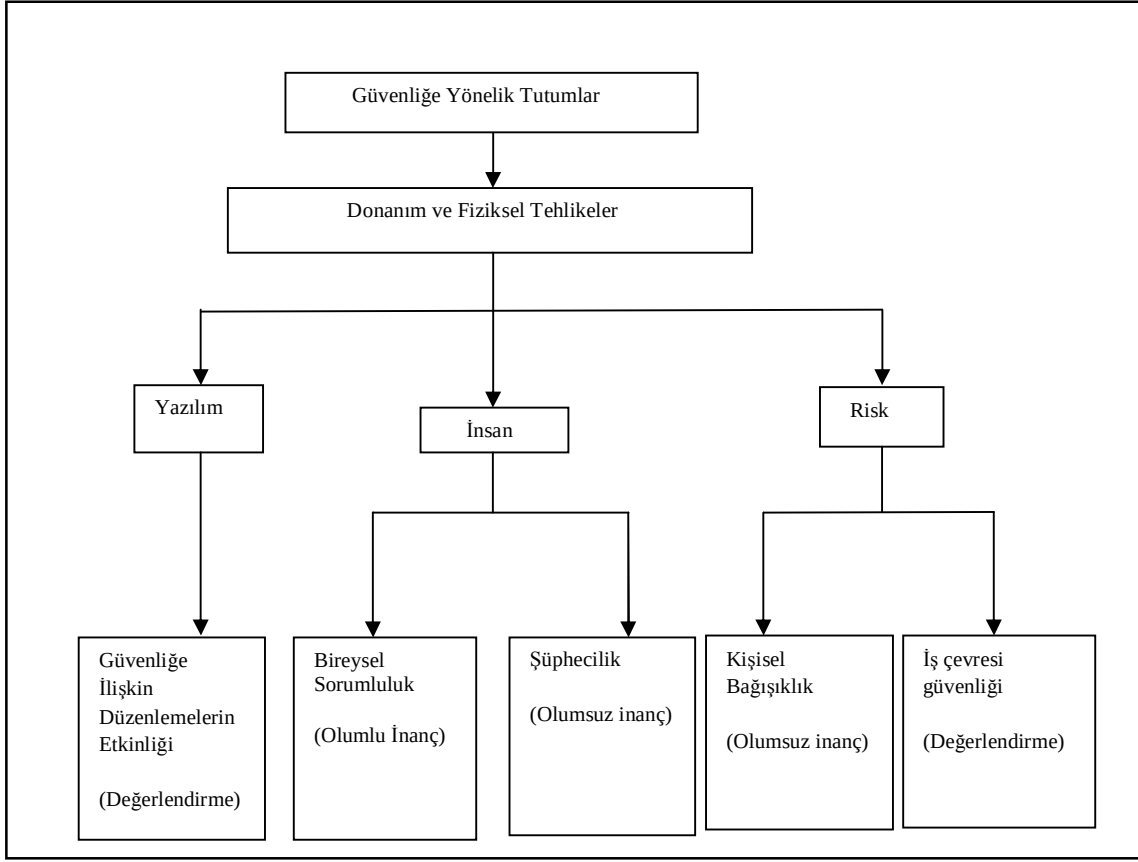
- İş sağlığı,güvenlik ve çevre toplantıları hazırlık ve yürütüm faaliyetlerinde rol almak.
- Yeni ve kıdemli işçilerin eğitime katılmak.
- Kaza olay araştırmalarının yürütümünde yer almak.
- Risk hakkında geribildirim sağlayarak ve kazaları ortadan kaldırmaya yardım ederek iş arkadaşlarını desteklemek.
- Olabilecek kazaları belirlemek amacıyla yeni teçhizat ve süreçler açısından kullanım öncesi analizleri gerçekleştirmeye yardımcı olmak.
- Örgütteki güvenlik uygulamalarıyla ilgili olarak karar alma sürecine katılmak.

2.2.8 Güvenlik Kültürü Model Örnekleri

Modeller; güvenlik kültürünün nedeni, içeriği ve sonucu ile ilgilidir. Bu modeller:

- Sue Cox ve Tom Cox'un İş Güvenliğine Yönelik Tutumlar: Olası Bir Tasarım Modeli(1991),
- Dominic Cooper'ın Karşılıklı İş Güvenliği Kültürü Modeli (1998),
- James Reason'ın İş Güvenliği Kültürü Mühendisliği Modeli(1997),
- Mark Fleming ile Ronny Lardner'ın İş Güvenliği Kültürü Gelişimi Aşamaları Modeli(1999),
- Mark Fleming'in İş Güvenliği Kültürü Olgunluk Modeli(2001)'dir.
(Demirbilek, 2008b)

2.2.8.1 Cox ve Cox'un İş Güvenliğine Yönelik Tutumlar, Olası Bir Tasarım Modeli



Şekil 2: İş Güvenliğe Yönelik Tutumların Tasarım Modeli (Cox ve Cox, 1991:103)

Sue Cox ve Tom Cox (1991) tarafından geliştirilmiş olan model betimsel ya da deneysel modele bir örnektir (Guldenmund, 2000; 1-3). Model, güvenlik kültürünü esasen güvenliğe yönelik tutumlar ve bu tutumların hedefleri bağlamında ele almıştır. Endüstriyel gazların üretimi ve dağıtımı konusunda faaliyet gösteren beş Avrupa ülkesinde (İngiltere, Fransa, Almanya, Hollanda, Belçika) bulunan işletmelerinde çalışan 630 işçiyi örneklem olarak seçen araştırma, güvenlik tutumlarının temelini oluşturan beş değişkeni ölçmüştür. Adı geçen beş değişken; kişisel şüphecilik, kişisel sorumluluk, iş çevresi güvenliği, güvenliğe ilişkin düzenlemelerin etkinliği ve kişisel bağışıklıktır (Cox ve Cox, 1991; 93-106).

Ayrıca, Model bazı tutumsal hedefleri ayırt etmeye olanak sağlamaktadır. Bunlar ikinci şekilde görüldüğü gibi donanım ve fiziksel tehlikelerin çevrelediği bütünlük içerisinde yer alan “yazılım”, “insan” ve “riskler” dir. Güvenlik yazılımı iş güvenliğine ilişkin düzenlemelerin etkinliği değişkeniyle, insan ise kişisel sorumluluk ve kişisel şüphecilik

değişkenleriyle ve risk de iş çevresi güvenliği ve kişisel bağışıklık değişkenleriyle ilgilidir (Demirbilek, 2008b).

Güvenlik donanımı ve belirli tehlikelere yönelik tutumlar, üç hedefe ilişkin tutumları (yazılım, insan ve risk) etkileyebildiği gibi, adı geçen üç tutum da birbirleri üzerinde etkili olabilmektedir. Ancak bu noktada eleştiri konusu olan husus, tasarlanan donanım ve fiziksel tehlikelere yönelik tutumların Model kapsamına dahil edilmemesi ve tutumların diğer tutumları nasıl etkilediğinin belirgin olmamasıdır (Demirbilek, 2008b).

Cox'ların ifade ettiği gibi, Model iş güvenliğine yönelik işçi tutumlarının belirtilen yönlerini vurgulamakta ve işletmenin güvenlik kültürünün kısmen de olsa tanımlanmasını sağlamaktadır. Model çok başarılı olmasa bile dayandığı düşünce işletme içinde iş güvenliğine yönelik temel tutumların, aşağıda gösterilen dört kategoride toplanmış hedeflere yönelik olduğunu belirginleştirmektedir (Cox ve Cox,1991:103-104):

1.Donanım: Örneğin güvenlik donanımı ve fiziksel tehlikeler.

2.Yazılım: Örneğin kurallar ve prosedürler, ilgili mevzuat, güvenlik yönetimi ve politikası.

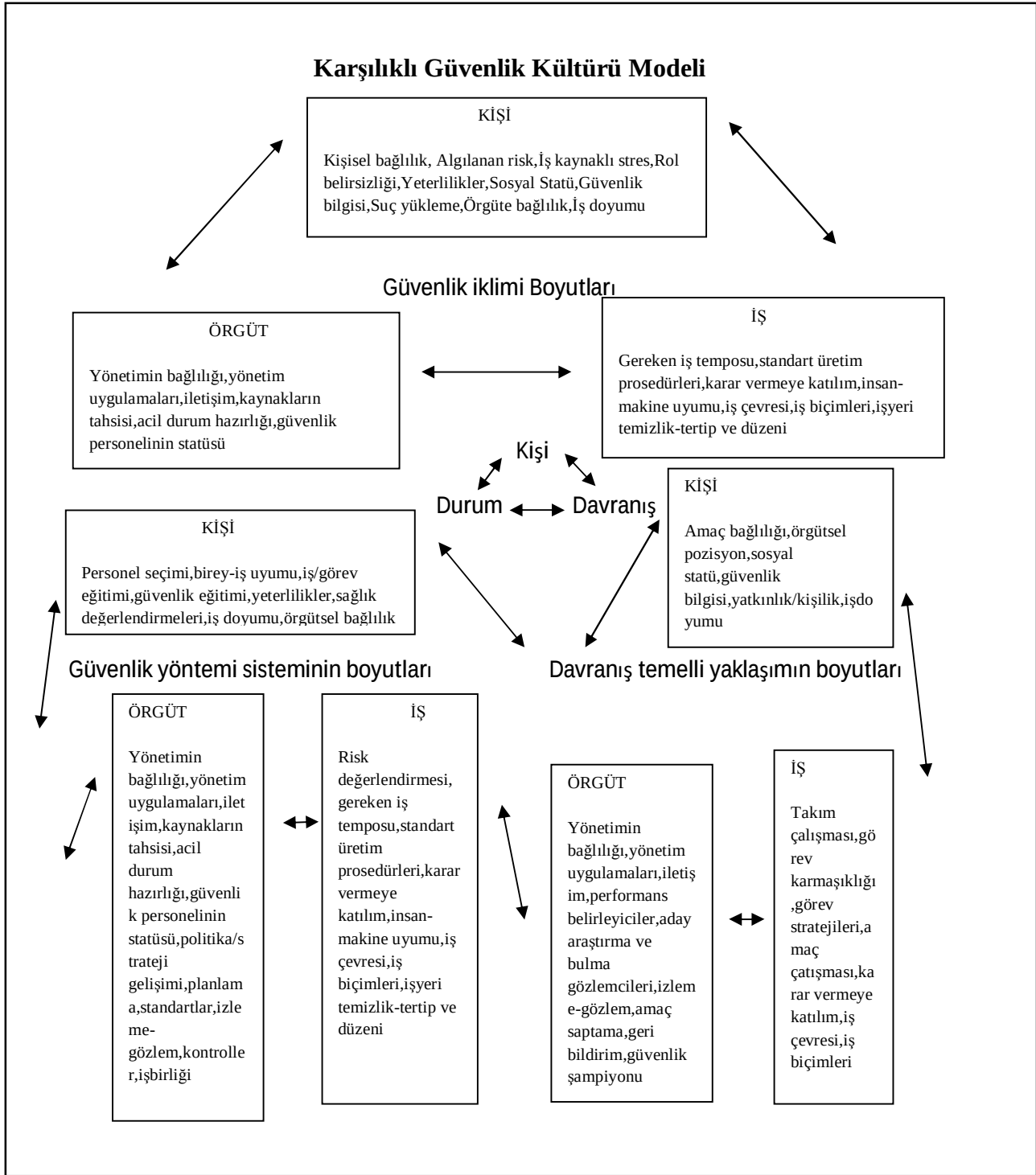
3.İnsan: Örneğin nezaretçiler, yönetim güvenlik komiteleri, uzmanlar, yetkililer, sendikalar gibi tarafların yer aldığı bütün gruplar.

4.Riskler: Örneğin riskli davranış ve düzeltilmesi.

2.2.8.2 Cooper'ın Karşılıklı İş Güvenliği Kültürü Modeli

İş güvenliği kültürünü tanımlaya çalışan ikinci Model, normatif ya da kural koyucu modeller örneği olarak Dominic Cooper'ın Karşılıklı İş güvenliği Kültürü Modeli(1998)'dir. Bu modelde kültür, ‘birey(psikolojik), iş (davranışsal) ve örgüt (durumsal) arasındaki çok yönlü amaca yönelik etkileşimin ürünü’ olarak tanımlanmıştır. Bu açıdan bakıldığında bir işletmeye özgü iş güvenliği kültürü; ‘‘üyelerinin örgütsel amaçlara ilişkin algılamaları’’, ‘‘örgütsel amaçlara yönelik tutumları’’,‘‘üyelerinin amaca yönelik günlük iş güvenliği davranışları’’ ile ‘‘ amaca yönelik davranışları destekleyen örgütsel iş güvenliği sistemlerinin varlığı ve kalitesi’’arasındaki dinamik nitelikli iki taraflı ilişkileri yansıtmaktadır. İş güvenliği kültürü bu etkileşim çerçevesinde ele alındığında, kendisini oluşturan unsurlar şu şekilde sıralanabilmektedir (Cooper, 2000:118-120):

- İş güvenliği amaçlarına ilişkin üyelerin algılamaları ve bu amaçlara yönelik tutumlarını ifade eden “birey ve grup değerleri ile tutumları”,
- Üyelerin amaca yönelik günlük iş güvenliği davranışını ifade eden “davranış örüntüleri”,
- Amaca yönelik iş güvenliği davranışını destekleyen örgütsel iş güvenliği sistemlerinin varlığı ve kalitesini dolaylı olarak yansıtan “örgütün iş sağlığı ve güvenliği programlarının biçimi ve becerisi”,
- Belirtilen öğelerin her biri arasındaki etkileşimin daha büyük bir etkiye yol açtığını ifade eden “karşılıklı ilişki”.

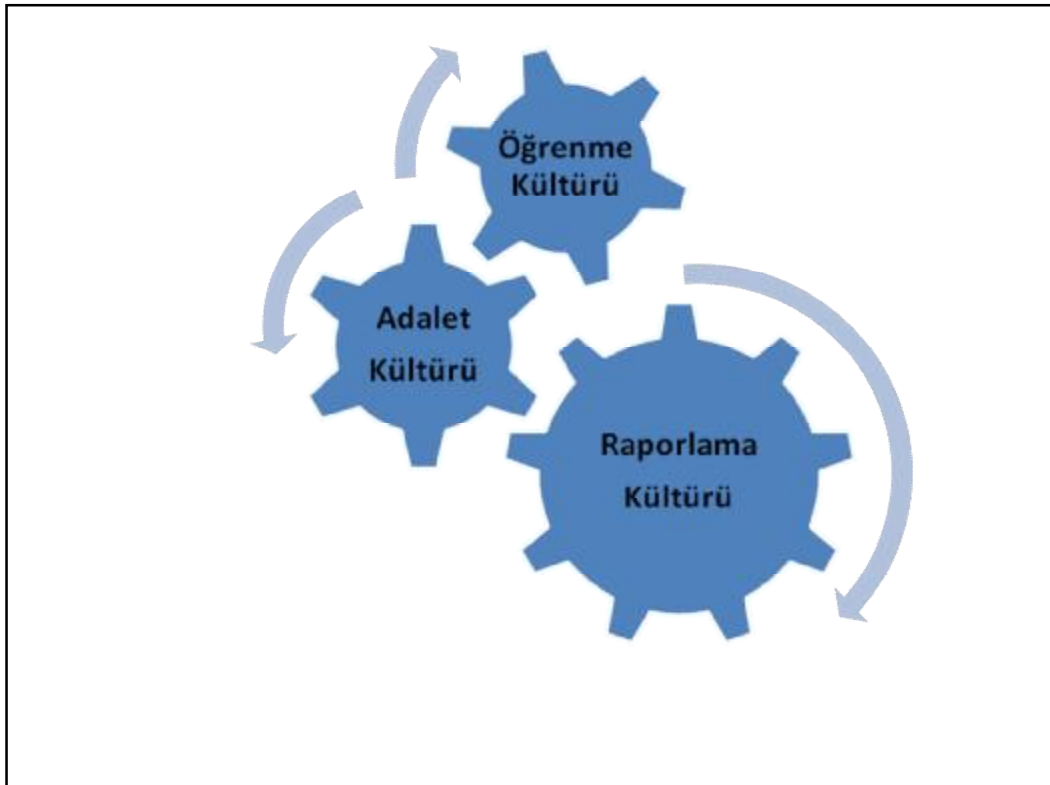


Şekil 3: Karşılıklı İş Güvenliği Kültürü Modeli (Cooper,1998)

Cooper etkileşim çerçevesinden hareketle, her bir unsura uygulanabilir bir karşılıklı iş güvenliği kültürü modeli geliştirmiştir. Şekil 3’de, Karşılıklı İş Güvenliği Kültürü Modeli’ne yer verilmektedir. Şekil 3’den görülebileceği gibi Model, bütünü oluşturan unsurları üçe ayırmıştır. Bunlar; iş güvenliği yönetim sistemleri (durumsal), iş güvenliği iklimi (algısal) ve amaca yönelik iş güvenliği davranışı (davranışsal) biçimindedir (Cooper,1998).

2.2.8.3 Reason’ın İş Güvenliği Kültürü Mühendisliği Modeli

James Reason’a ait İş Güvenliği Kültürü Mühendisliği Modeli (1997,2003), üç soru üzerinde odaklanmaktadır. Bunlar;“örgütsel kültür nedir?”, “güvenlik kültürünün ana unsurları nelerdir?” ve daha da önemlisi,“bu kültür nasıl inşa edilebilir ya da planlanıp düzenlenebilir?” şeklindedir. Buradaki mühendislik terimi,“sosyal mühendislik” anlamında kullanılmakta ve tartışılmaktadır. Bu anlamda Modelde, iş güvenliği kültürünün ana bileşenlerini oluşturmak ve tanımlamak suretiyle sosyal olarak inşa edilebileceği üzerinde durulmakta ve bir bütün içinde ele alınmaya çalışılmaktadır (Reason ve Hobbs, 2003).



Şekil 4: İş Güvenliği Kültürü Mühendisliği Modelinin Temel Alt Unsurları (Reason ve Hobbs, 2003)

Şekil 4’de görüldüğü gibi modeli oluşturan ana unsurlar; adalet kültürü, öğrenme kültürü ve raporlama kültürüdür.

2.2.8.3.1 Adalet Kültürü

Güven kültürü şekilde de adlandırılabilen ‘‘adalet kültürü’’, iş güvenliği kültürünün sosyal olarak inşa edilmesindeki (mühendisliğindeki) ilk ve en önemli adımıdır (Reason ve Hobbs, 2003).Güven kültürünü planlayıp düzenlemenin ön koşulu, kabul edilebilir ve kabul edilemez davranışlar arasındaki ayrımı belirleyen ilkeler setinin benimsenmesidir (Reason,1997).

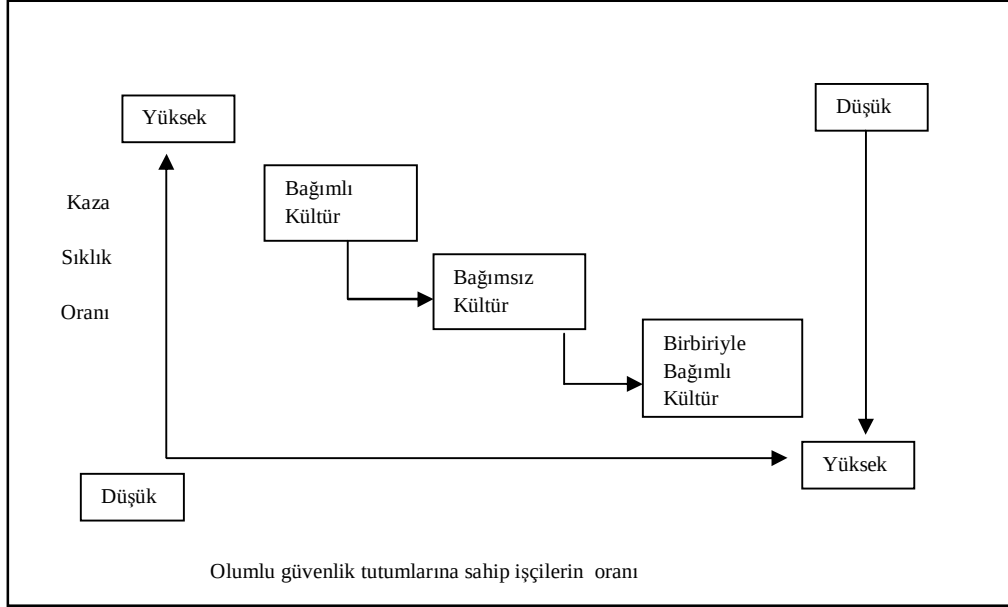
2.2.8.4.1 Öğrenme Kültürü

İş güvenliği kültürü aynı zamanda, tepkisel ve öngörülü önlemlerden oluşan bir öğrenme kültürüdür. Söz konusu önlemler, küçük düzeyli ayarlamalardan çok sürekli nitelikteki geniş kapsamlı sistem iyileştirmelerine dayanır (Demirbilek, 2008b).

2.2.8.5.1 Raporlama Kültürü

Bilgilendirme kültürü olarak da anılan raporlama kültürüne, hata ve kusurlarını kabul etmeye istekli insanların bulunduğu bir güven ortamı yaratılarak ulaşılabilir. Ancak bu şekilde sistem hataya teşvik eden durumları tanımlayabilir. Raporlama kültürü, geçmiş olaylar hakkında bilginin toplanması, yayılması ve çözümlenmesi ile-güvenli olan ya da olmayan uygulamalar arasındaki sınıra yerleştirilerek-örgüte kazandırılabilir. Böyle bir kurum hafızası olmaksızın sistemi öğrenmek mümkün değildir (Reason ve Hobbs, 2003).

2.2.8.4 Fleming ve Lardner'in İş Güvenliği Kültürü Gelişimi Aşamaları Modeli



Şekil 5: İş Güvenliği Kültürü Gelişimi Aşamaları Modeli (Fleming ve Lardner,1999)

İş güvenliği kültürünün gelişimi, ‘İş Güvenliği Kültürü Gelişimi Aşamaları Modeli’den yararlanılarak daha iyi anlaşılabilir (Fleming ve Lardner,1999). Üç aşamalı olan model ile örgütler bulundukları aşamayı belirleyebilir ve bir sonraki aşamaya geçmelerini sağlayacak faaliyetleri tanımlayabilir. Bu aşamalar; Şekil 5’de görüldüğü gibi bağımlı kültür, bağımsız kültür ve birbiriyle bağımlı kültür dür.

2.2.8.5 Fleming ’in İş Güvenliği Kültürü Olgunluk Modeli

Model ilk olarak deniz aşırı petrol endüstrisinde kullanılmak üzere tasarlanmış, ancak bu yapı hava trafik yönetimi gibi diğer yüksek güvenilirlikli endüstrilerde de örgütün iş güvenliği olgunluk düzeyini tespit etmek için kullanılmıştır. Model iş güvenliği uzmanları, üretim yöneticileri, iş güvenliği temsilcileri ve üretim hattındaki işçiler ile yapılan grup tartışmaları ve mülakatlar aracılığıyla geliştirilmiş ve test edilmiştir (Fleming, 2001).

1.AŞAMA Acil Düzey Çabalar	2.AŞAMA Orta Düzey Çabalar	3.AŞAMA Nihai Düzey Çabalar
• Etkin Liderlik • Liderlik • Stratejik Planlama • Sorun çözme • Kararlara bağlılık • İletişim • Değişime direnç • Örgütsel Sistemleri Bütünleştirme ve Değerleme Yöntemleri • Yapısal sorunları tanımlama • Bilgi paylaşım sorunları-İş akış analizi • İş özellikleri analizi • Takım İletişimi • İş analizi • İş güvenliği analizi • Risk Kontrol Sistemlerini Geliştirme	• Yönetim Bilgi Sistemlerini Bütünleştirme • Yönetim kontrol mekanizmaları • Bilgi gereksinimleri • İş Güvenliği Yönetim Sisteminin Denetimi • Güvenlik denetim sistemini geliştirme • Güvenlik denetimi tipleri • Denetim sıklığı • Denetim programı ve yürütümü • Denetim sistemini gözden geçirme	• İş güvenliği Propagandası ve İş Güvenliği Eğitimi • İş güvenliği bilgi Kampanyaları • İş güvenliği Eğitimi • İş Güvenliği Kültürünü Ölçme • İş güvenliği tutumları • İş güvenliği iklimi • Anket geliştirme • Davranışsal İş Güvenliğini İyileştirme • Güvenli olmayan davranışlar • Güvenli olmayan davranışı

Şekil 6:İş Güvenliği Kültürüne Yönelik Çabaların Üç Aşaması (Demirbilek,2008)

Şekil 6’da görüldüğü gibi model tekrarlayan beş olgunluk aşamasını içerir ve örgütler güçlü taraflarını inşa ederken bir önceki aşamada zayıf yönlerini ayıklayarak ardışık olarak gelişebilir. Bundan dolayı, örgütün bir aşamayı atlaması ya da atlamaya çalışması doğru değildir. Örneğin katılım aşamasından önce örgütün yönetim aşamasından geçmesi, yöneticinin iş güvenliğine olan bağlılığını geliştirmesi ile üretim hattındaki işçilerin katılımcı olması ihtiyacını anlaması gerektiğinden önemlidir (Fleming, 2001).

2.2.9 İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetim Sistemi

İşyerlerinde işlerin gerçekleştirilmesi esnasında, çeşitli nedenlerden kaynaklanan sağlığa zarar verebilecek kaza ve diğer etkenlerden korunmak ve daha iyi çalışma ortamı sağlamak amacıyla sistemli ve bilimsel bir şekilde tehlikelerin ve risklerin belirlenmesi ve bu tehlikelere ve risklere yönelik önlemlerin alınması çalışmalarının gerçekleştirildiği yaklaşıma iş sağlığı ve güvenliği yönetim sistemi denir. (<http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/labinsp/dussrep.pdf> erişim:19.11.2011).

İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetim sistemi; İş sağlığı ve güvenliği faaliyetlerinin kuruluşların genel stratejileri ile uyumlu olarak sistematik şekilde ele alınıp sürekli geliştirme yaklaşımı çerçevesinde çözümlenmesi için bir araçtır. Ülkemizde İSG faaliyetleri kişisel koruyucuların kullanımı çağrıştırmakta ve geleneksel olarak ayrıca yapılması gereken iş olarak algılanmaktadır. İSG yönetim sisteminde çalışanlar,yönetenler ve denetleyenlerin rol ve sorumlulukları açık hale getirilerek çalışanların katılımını sağlanacaktır (Çakıroğlu, 2007;30).

2.2.9.1 İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetim Sistemi Kültürü

Güçlü bir iş sağlığı ve güvenliği kültürü;

- Tüm yönetim kademelerinde pozitif çalışma koşullarının sağlanması,
 - İşgücünün her konuda katılımını sağlama ve işgücü bağlılığı oluşturma,
 - Ortak,amaç odaklı ve ölçülebilir iş sağlığı ve güvenliği hedeflerinin belirlenmesi,
 - Tavsiye araçları olan politikaların ve prosedürlerin oluşturulması,
 - Organizasyonun her seviyesinde personel eğitiminin yapılması sonucunda oluşur
- İş Sağlığı ve Güvenliği Kültürünün temel elemanları şunlardır;

- Organizasyon içinde tüm çalışanlar,işyerinde iş sağlığı ve güvenliği haklarına sahip olduklarını bilirler,
 - Tüm çalışanlar sağlık ve güvenliğini sağlamak için kişisel sorumluluklarını kabul ederler,
 - Tüm çalışanlar başkalarının sağlık ve güvenliğini korumayı görev bilirler
- (http://www.osha.gov/SLTC/etools/safetyhealth/mod2_culture.html erişim:03.02.2012).

2.3 SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA MESLEKSEL KAZALAR

Türkiye’de sağlık çalışanlarının sayısı yaklaşık 389 bindir ve Sağlık Bakanlığı bu işgücünün %63’ünü istihdam etmektedir (Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, 2010: 65). Topluma sağlık hizmeti sunmayı amaç edinmiş sağlık kuruluşları, iş kazaları ve meslek hastalıkları konusunda, çalışanlarına oldukça fazla malzeme sunmaktadır. Sağlık çalışanlarının sağlığını etkileyen mesleki maruziyet kaynaklı riskler biyolojik, fiziksel, ergonomik, kimyasal ve psikososyal olmak üzere gruplandırılmıştır. Amerikan Ulusal Mesleki Sağlık ve Güvenlik Enstitüsü, hastanelerde 29 çeşit fiziksel, 25 çeşit kimyasal, 24 çeşit biyolojik, 6 çeşit ergonomik ve 10 çeşit psikososyal mesleki maruziyet kaynaklı risk olduğunu bildirmiştir (Aiken, 2002; 187-94). Çeşitli hastalıkların hastanedeki günlük faaliyetleri sırasında hastaların kan ve çeşitli vücut sıvılarıyla temas etme ihtimali olan sağlık personeline bulaşma olasılığı mevcuttur. Hepatit B virüsü (HBV), Hepatit C virüsü (HCV) ve kazanılmış immun yetmezlik sendromu (AIDS) etkeni, Human immunodeficiency virus tip 1-2 (HIV 1-2) söz konusu hastalıkların başlıcaları olup, bunları Cytomegalovirus (CMV), Epstein-Barr virus (EBV), Parvovirus B19, Human-T cell lymphotropic virus 1-2 (HTLV 1-2) izlemektedir (Koff ve diğ,1996; 675-686).

Bu zararlara bağlı olarak ortaya çıkan bazı sağlık yakınmaları, kuşkusuz iş verimini düşürmekte, kurumun ekonomik kaybına, kazaların artması ve sağlık personelin bakım verdiği kişilerin doğrudan risk altında kalmasına neden olmaktadır. Araştırmalar hastane çalışanlarının diğer hizmet endüstrisinde çalışanlara oranla birbuçuk kat daha fazla meslek hastalığı riski ile karşılaştığını göstermiştir (Yılmaz, 2010; 11).

Sağlık çalışanları için özellikle kanla bulaşan patojenlere maruz kalmanın sonucu sadece enfeksiyonla sınırlı değildir. Her yıl binlerce sağlık çalışanı günlerce, bazen haftalarca serolojik testlerin sonuçlarını beklerken psikolojik travmaya da maruz kalmaktadır. Bu hastalıklardan özellikle hepatitlerin ve AIDS’in etkin bir tedavisinin olmaması ve prognozlarının ciddi seyretmesi konunun önemini artırmaktadır (Civaner, 2007; 166-176).

Çalışma koşulları göz önünde tutulduğunda gece çalışma, çok erken ya da çok geç iş başı yapma, hafta sonu çalışma, yemek saatlerinin kullanılamaması gibi özel risk etmenlerine sahiptir. Bu risklerin ve alınacak önlemlerinin belirlenmesi hem temel bir hak olan sağlıklı ve güvenli koşullarda çalışma hakkının kullanılabilmesi, hem de hizmetlerin sürdürülmesi açısından önemlidir (Yılmaz, 2010;11).

Sağlık çalışanlarının maruziyet kaynaklı olarak karşılaştıkları bir başka sağlık sorunu yaralanmalardır. Center for Disease Control (CDC) tahminlerine göre ABD'deki hastane çalışanlarında her yıl 385000 enjektör yaralanması ve günde ortalama 1000 kesici alet yaralanması olmaktadır (CDC,2002). Türkiye'de Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) 2003 istatistiklerine göre yaşam bilimleri ve sağlıkla ilgili profesyonel meslek mensuplarında 15 kadın, 31 erkek toplam 46 kişi iş kazasına uğramıştır. ABD ile ülkemiz arasındaki farklılığın, bildirim farklılığından kaynaklanabileceği düşünülmektedir (<http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/Anasayfa/Istatistikler> erişim ;17.12.2011).

Hepatit B hastalığı, tüberküloz, bel ağrısı, varis, iş stresi, kas-iskelet sistemi yaralanmaları, şiddet ve kötü muamele ve kesici-batıcı delici cisim yaralanmaları hastane sağlık çalışanlarının en sıklıkla karşılaştığı sağlık sorunları olduğu ve son yirmi yıldır bu sorunların ciddi boyutlara ulaştığı belirtilmektedir (Aiken ve diğ, 2002; 187-94). Örneğin, sağlık çalışanlarında hepatit B hastalığı sıklığı Dünyada %15-30 iken, Türkiye'de yapılan çalışmalarda hepatit B taşıyıcılığı %3.5-16.2 arasında değişmektedir (Kıran, 2003). Dünyada sağlık çalışanlarında lateks alerjisi sıklığı %7-10, ülkemizde Kıran'ın yaptığı çalışmada (2003) %11.6, Özkan'ın çalışmasında (2005) %13.6 olarak bulunmuştur (Özkan, 2005; Kıran, 2003). Aiken ve arkadaşları (2002) hastanedeki mevcut tehlike ve risklerin önlenememesi nedeniyle, hemşirelerin %88'inin bel yaralanması ve iş stresinin sağlıklarını etkilediği, Ülkemizde yapılan çalışmalarda ise hastane sağlık çalışanlarının yarısının bel ağrısı sorunu yaşadığı saptanmıştır (Özkan, 2005). 2001-2002 yıllarında İngiltere'de şiddet sıklığı %46, ABD'de hastane sağlık çalışanlarında ölümcül olmayan şiddete maruz kalma oranı on binde 8.3, Türkiye'de hastanede yapılan çalışmalarda ise yaklaşık olarak %60 bulunmuştur (Özkan, 2005). ABD'de CDC sağlık çalışanlarındaki tüberküloz sıklığını %13 olarak belirlemiştir (CDC, 2002).

Öztürk ve ark çalışmasında Hemşirelerin %42'si, hekimlerin %45'i, diğer sağlık personelinin %32'si iş kazalarının, hemşirelerin %51'i, hekimlerin %63'u, diğer sağlık personelinin %47'si meslek hastalıklarının kurumlarında nadir görüldüğünü belirtmiştir. Ancak geçirdikleri iş kazası/yaralanmalar kapsamında hemşirelerin %26'sı yumuşak doku travmasını (iğne batması vb), hasta ve yakınlarının uyguladığı sözel şiddeti, hekim %21'i ve diğer sağlık personelinin %41'i de uygulanan sözel şiddeti, meslek hastalığı kapsamında hemşirelerin %18'i ve hekimlerin %17'si sindirim sistemi şikayetlerini (ülser, kolit vb.)

diğer sağlık personelinin %36'sı kas-eklem hastalıklarını (bel fıtığı vb.) açıklamışlardır (Öztürk ve ark, 2011; 136-145).

Dünya genelinde 2002 sonu itibariyle, 106'sı ispatlanmış, 238'i şüpheli olmak üzere toplam 344 sağlık çalışanı mesleksen yolla HIV enfeksiyonuna yakalanmış durumdadır. Solunumla bulaşan hastalıklar içinde tüberküloz özel bir yer tutmaktadır (Sağlık Çalışanlarının Meslek Riskleri , 2008. Ankara Türk Tabipleri Birliği Yayınları).

Ülkemizde yapılan iki çalışmada toplumda tüberküloz insidansı 100 000'de 34 bulunmuşken sağlık çalışanlarında 100 000'de 96 bulunmuştur. Enfeksiyon etkenlerinin oluşturduğu tehdidin derecesi o sağlık kuruluşunda alınan önlemlerle ilgilidir. Etkenlerin sağlık çalışanlarına bulaşma yolları göz önünde tutularak uygun önlemler alınmalıdır (Sağlık Çalışanlarının Meslek Riskleri , 2008. Ankara Türk Tabipleri Birliği Yayınları).

ABD'deki toplam işgücünün %4'ünü hastane sağlık çalışanları oluşturmakta, Avrupa ülkelerinde her iki hekim ve hemşireden birisi, Türkiye'de ise yaklaşık %70'i hastanede çalışmaktadır (OSHA, 1999; WHO, 2001).ABD'deki OSHA ve NIOSH hastanelerin çalışanlarının sağlığını korumak için değil, daha çok hastayı korumak için oluşturulduğundan, bunun çalışanlar açısından ayrıca bir tehdit oluşturduğunu belirtmiştir (NIOSH, 1998).

Güvenli hasta bakımı, sağlıklı çalışan ve güvenli hastane ortamı ile sağlanabilir. Kurumların güvenli bir çalışma ortamını sağlaması çalışan sağlığı ve çalışma güvenliğine yönelik iş kazalarının azaltılmasında önemli bir etkidir. Çalışan güvenliği kültürünün oluşturulması için kurumların güvenli bir çalışma ortamı sağlanmasına öncelik vermesi ve bunun tüm çalışanlarca benimsenmesi ve algılanması gerekir. Her sağlık kuruluşu, personel sağlığının korunması ve iş güvenliği amacıyla, ulusal/yasal çerçeve içinde kalmak kaydıyla, kendine özgü politikalar üretmeye ve uygulamalar geliştirmeye ihtiyaç duyabilir. Böyle bir yapılanma ile sağlık çalışanları için meslek hastalıklarının tanımlanması, görev nedeniyle ortaya çıkan hastalık ve sakatlıkların tazmini, uygulanacak koruyucu önlemlerin mali kaynakları, işverenin - hastane yöneticilerinin ve resmi sosyal güvenlik kurumlarının sorumlulukları belirlenmiş olacaktır. Çalışan sağlığı ve güvenliğine yönelik algı düzeyinin yükseltilmesi, iş kazasının azaltılabilmesi hastane yönetiminin desteği, yeterli personel sayısı, örgütsel öğrenme ve eğitim ile ilişkilidir (Çınar ve ark, 2011; 279-294).

İş güvenliği sayesinde sağlık ve sosyal yönden hırpalanan çalışanların iş bırakma, devamsızlık, devir hızı artışı gibi nedenlerle ekonomik açıdan maliyet artışına neden olması ve daha verimsiz çalışması ortadan kaldırılabilir. Çalışan memnuniyeti sağlandığı için üretim kalitesi artırılmış olur. Verimlilik ve karlılık artar, rekabet artar, kalifiye eleman sayısı artar, çalışanların ve toplumun yaşam kalitesi artar (Aytaç, 2011;30).

2.3.1 Kan ve Beden Sıvıları ile Maruziyet

Kan ve beden sıvılarıyla bulaşan enfeksiyon etkenlerinden korunmada öncelikli amaç, sağlık çalışanlarına enfeksiyöz etkenlerin bulaşının önlenmesidir ve bu amaca yönelik olarak geliştirilmiş birçok standart önlem bulunmaktadır. Buna karşın, mesleksi yaralanmalarla sürekli karşılaşılacak gibi görünmektedir. Temas gerçekleştikten sonra önemli olan, sağlık çalışanının olası enfeksiyöz ajanla bulaş riskinin profesyonel ve hızlı bir şekilde değerlendirilmesi ve gerekli durumlarda profilaksiye başlanmasıdır. Bunun için sağlık kurumlarında, bu tip yaralanmalar sonrası uygulanacak hazır protokollere ve hızlı bildirim sistemine ihtiyaç vardır. Ek olarak, olgulara 24 saat boyunca risk değerlendirmesi ile tedavi hizmeti verebilecek ve izlemelerini gerçekleştirebilecek deneyimli kadroların ve sağlıklı bir kayıt sisteminin varlığı da gereklidir. Sağlık çalışanları standart önlemler konusunda eğitilmeli, HBV'ye karşı tüm duyarlıları kapsayacak etkin ve kapsamlı aşılama programları uygulanmalı, riskli bir yaralanmadan sonra nereye başvurulacağı konusunda bilgilendirilmeli, HIV ve HBV gibi etkenlere yönelik temas sonrası profilaksinin ancak zamanında yapılmasıyla etkin olabileceği vurgulanmalıdır (Kuruüzüm ve diğ., 2008; 61-69).

Kan yoluyla bulaşan enfeksiyonlardan korunmak için, personelin sağlık kontrollerine işe giriş muayeneleri ile başlanmalı, tekrarlanmalı ve bağışıklama sağlanmalıdır. Tüm hastalar potansiyel risk olarak kabul edilip gerekli önlemler alınmalı ve hasta ile ilgili tüm işlemlerde eldiven kullanılmalı ve işlem sonrasında eller yıkanmalıdır. Yapılan işlemlerde disposable malzemeler kullanılmalı, sterilizasyon ve dezenfeksiyon uygulamaları yapılmalıdır (Karayemişoğlu ve Baykal, 2010;227-252).

2001 yılında, Richt ve ark. tarafından yapılan çalışmada sağlık çalışanlarının kan ile maruziyetten korunması sadece kendini korumasıyla ilgili değil birçok risk ile ilgili algılamalarına bağlı olduğunu göstermiştir. Bunlar enfekte olma, profesyonel olmama, aşırı yüklenilmiş olma, utanç hissetme, hasta damgalamaktan çekinme, hastaya bulaştan endişelenme, verimsizlik, çalışma birimindeki kuralların ihlali sayılabilir. Bu ve diğer

çatışmalar sağlık çalışanlarının sorunlu bir durumda hareket ettiklerini göstermiştir (Richt ve ark, 2003; 660-667).

2.3.2 Kesici Delici Alet Yaralanması

Kesici delici alet denince; elle tutulduğu sırada cildin penetran yaralanmasına neden olabilen tıbbi ya da laboratuvar ekipmanları kastedilmektedir. Bunlar, iğneler, sivri uçlu intravenöz giriş uçları, bistüriler, lansetler, pipet ya da ampüllere ait kırık cam parçaları ve enjektörleri içermektedir. Aynı zamanda yaralanmaya neden olabilecek tarzda sert plastik maddeler de bu gruptandır. Kontaminasyona neden olan sıçrama ise herhangi bir vücut sıvısının bireyin ağızına, kulaklarına, gözlerine ya da cilt bütünlüğünün bozuk olduğu bir bölgesine sıçrama yoluyla bulaşmasıdır. Son yıllarda kesici delici alet yaralanmaları çalışan güvenliği açısından önemli bir konu haline gelmiştir. Daha güvenli bir iş ortamı oluşturmak için kesici delici alet yaralanmasının azaltılmasına yönelik prosedürlerin oluşturulması ve uygulanması şarttır. Fakat bu konuya bireysel ve birimsel faaliyetler dışında sağlık kuruluşlarının organizasyonel bir yapı içerisinde bakması gerekmektedir (Aslan ve ark, 2009;34-45).

CDC (1994) verilerine göre, kesici delici alet yaralanmalarının % 65'i güvenli cihaz kullanımı ve gerekli güvenlik tedbirleri sağlanarak önlenabilir. Ancak tamamının önlenmesinde, ihtiyaç duyulan çalışma ortamında pozitif bir güvenlik kültürü yaratmak, sağlık kuruluşlarında kazalarının önlenmesinde pozitif güvenlik kültürünün oluşturulması için teşvik etmek ve desteklemektir.(Hamaideh, 2004;9-10)

2.3.3 Evrensel Önlemler

Bütün vücut dokularının kanla temasından korunması bariyer önlemler kullanımı ile (kişisel koruyucular) sağlanabilir. Ancak eldivenlerin kesici aletlerle, delici malzemelerle bariyer görevi kısıtlı ve tam güvenli değildir. Ellerin kan ve vücut sıvıları ile temas etmesi olasılığı olduğu durumlarda eldiven giyilmelidir. Her hasta ile temas sonrası eldivenler değiştirilmelidir. Eller hasta ile temas öncesi ve sonrası, kan ve vücut sıvıları ile temas sonrası hemen yıkanmalıdır. Eldiven çıkartıldıktan sonra da yıkanmalıdır. Kan veya diğer vücut sıvılarının sıçrama olasılığı varsa koruyucu gözlük kullanılmalıdır. OSHA kurallarına göre gözlüğün çevresinde koruyucu kenar kılıfı olmalıdır. Gözlük her zaman maske ile kullanılmalıdır. Yeniden kullanılabilir kirlenmiş malzemenin üzerinden gözle görülür organik

materyal temizlenmelidir. Sıvı geçirmeyen bir kaba konmalı ve sterilizasyon işlemi için ilgili bölüme gönderilmelidir (Bürbüyük, 2005).

Uygulama kontrolleri; sağlık çalışanları kazalara karşı bilinçlenmiş olmalı; delici kesici malzeme yaralanmalarına karşı önlemler almalı; delici, kesici aletleri dikkatli tutmalı, bükmeye kırmaya çalışmamalıdır. Kullandığı kirli aletleri; çalışanların zarar görmeyeceği uygun yere bırakmalı, kullanılmış iğneler kullanım sonrası delinmeye dirençli kaplara konulmalı, özel kaplar asla gereğinden fazla doldurulmamalı; üçte iki veya dörtte üçü dolduktan sonra kapatılmalı ve sorumlu görevliye teslim edilmelidir. Kan ve kan ürünlerinin sıçradığı yerlerin temizlenme basamakları; eldiven kullanılmakta ve işlem devam ediyorsa; yeni eldiven üstüne giyilmeli, artık materyal tek kullanımlık havlularla silinmeli, su ve sabunla yıkanmalıdır. Aletler ve yer temizliğinde, çamaşır suyu, su ile (düz yüzeyler için %1, gözenekli yüzeyler için %10 oranında) sulandırılarak kullanılmalıdır. Kırık cam kesici nesneler ve büyük sıçramalarda önce üzeri tek kullanımlık havlu ile örtülmeli, çamaşır suyu ile en az 10 dakika bekletilmeli ve yukarıdaki basamaklardaki gibi temizlenmelidir (Aygün, 2007).

Kuruüzüm ve ark. yaptıkları bir çalışmaya göre perkütan yaralanma sıklığının oldukça yüksek (%58) düzeyde bulmuşlardır. Kan yoluyla bulaşan enfeksiyon hastalıkları arasında yer alan ve sağlık personeli için en büyük tehdidi oluşturan HIV, HBV ve HCV'nin bulaşının önlenmesi, öncelikli amaç olarak yer almasına karşın evrensel kurallara tam olarak uyulmaması, yüksek yaralanma oranını açıklayan en önemli neden gibi görünmektedir (Kuruüzüm ve ark,2008). Kermode ve ark. çalışmasında potansiyel uyumu etkileyen demografik bilgileri, risk algısı, kanla taşınan patojenlerin bulaşma bilgisi, güvenlik iklim algısı, güvenli uygulama engelleri değerlendirilmiştir. Belirtilen zamanda sadece %32 göz koruma için önlem aldığı, %40 iğne ucu kapattığı, evrensel önlemlere uyma minimal düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Sonuç olarak evrensel önlemlere uyumun uzun iş saatleriyle ilişkili olduğu, kan kaynaklı patojen bulaşma bilgi düzeyinin olduğunu, güvenli uygulama ve iş güvenliği iklim güçlü bir bağlılık için algılama az olduğu tespit edilmiştir (Kermode ve ark, 2005;27-33). Stein ve ark yaptıkları çalışmada evrensel önlemlere uyum düzeyi, bilgi ve davranışları ölçülmüştür. Genel bilgi düzeyi enfekte hastadan iğne batması sonrası (HBV) için %44, HCV için 38.1%, HIV virüsü için 54.6% bulunmuştur (Stein ve ark, 2003;68-73).

3.GEREC VE YÖNTEMLER

3.1 ARAŞTIRMANIN TİPİ

İzmir ilinde kalite yönetim sistemi belgesine sahip 2. ve 3. basamak hastanelerde mesleksel kazaların niteliği, sıklığı ve sağlık çalışanlarının mesleksel kazalardan korunma açısından önemli olan güvenlik kültürünün; yönetim, iletişim, davranış, çevresel koşullar ve eğitim boyutlarıyla olan ilişkisinin ve korunmaya yönelik önlemlerin etkinliğinin belirlenmesine yönelik tanımlayıcı tipte bir çalışmadır.

3.2 ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Bu araştırma 01.08.2011-01.10.2011 tarihleri arasında, İzmir ili içerisinde kalite güvence belgesine sahip Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi, Buca TAPDİ Tıp Merkezi, Urla Devlet hastanesi, Dr. E. Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi, Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi birimlerinde bulaş riski yüksek olan Yoğun Bakımlar, Ameliyathane, Enfeksiyon servisi, Kadın Doğum servisi, Acil, Doğumhane ve Laboratuvar birimlerinde gerçekleştirildi.

3.3 ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

İzmir ili içerisinde kalite belgesine sahip Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi, Buca TAPDİ Tıp Merkezi, Urla Devlet hastanesi, Dr. E. Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi, Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi birimlerinde bulaş riski yüksek olan Yoğun Bakımlar, Ameliyathane, Enfeksiyon servisi, Kadın Doğum servisi, Doğumhane, Acil ve Laboratuvar birimlerinde çalışan sağlık personelleri (Laborant, Hekim,Hemşire,Ebe,Biyolog) 20-60 yaş aralığında, kadın ve erkek tümü araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Buna göre ilgili birimlerde çalışan kriterlere uyan Dokuz Eylül Üniversite hastanesinde 588 kişi, Buca TAPDİ Tıp Merkezinde 41 kişi, Urla Devlet hastanesinde 97 kişi, Dr. E. Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesinde 74 kişi, Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 260 kişi olmak üzere toplam 1060 kişi evren olarak belirlenmiştir. Seçilen bu evren üzerinden anketi yanıtlayanlar (doğru ve eksiksiz yanıtlayan) 320 kişi örneklem olarak kabul edilmiştir. Araştırma örneklemi belirlemede çok aşamalı örnekleme yöntemi kullanılmıştır. İlk aşamada popülasyon küme örnekleme yöntemine göre üç kümeye ayrılmıştır (üniversite hastanesi, devlet hastaneleri ve özel

hastanede çalışanlar). Ardından her bir küme tabakalı rastgele örnekleme yöntemine göre hekim, ebe/hemşire ve laborant olmak üzere üç tabakaya ayrılmıştır. Her bir tabakadan basit rastgele örnekleme yöntemine göre örneklem seçilmiştir. Bu işlemin sonucunda toplam evrenimiz 1060 iken yöntemine göre minimum gerekli olan örneklem genişliği 318 olarak hesaplanmıştır. Araştırmamızda izinli olma, araştırmaya katılmayı istememe, veri toplama formundaki bazı soruları boş bırakma gibi nedenler göz önünde bulundurularak daha fazla sağlık çalışanına ulaşılması hedeflenmiştir. Araştırmamızda Dokuz Eylül Üniversite hastanesinden 168, devlet hastanelerinden 121 ve özel hastaneden 31 sağlık çalışanıyla görüşülerek toplam 320 form değerlendirmeye alınmıştır.

İzmir ilindeki Dr. E.Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi, İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Urla Devlet Hastanesi, Özel T.A.P.D.İ. Buca Tıp Merkezi hastanelerin Yoğun Bakımlar, Ameliyathane, Kadın Doğum Servisi, Doğumhane, Acil Servis, Enfeksiyon Hastalıkları Servisi, Merkez Laboratuvarında çalışanların (hekim, ebe, hemşire ve teknisyen) %30'una ulaşılması hedeflenmiştir. Çalışmamızda % 30 hedefe ulaşılmıştır.

Çalışma öncesi İl Sağlık Müdürlüğü, Tıp Fakültesi Dekanlığı ve Devlet Hastanesi Başhekim'liklerinden yazılı olarak izin alınmıştır.

3.4 ÇALIŞMA MATERYALLERİ

Yapılan çalışma kantitatif bir araştırmadır. Oluşturulan ankette Serqual ölçeği kullanılmıştır. Ankette toplam 75 soru bulunmaktadır. Soruların dağılımı; 60 soru 5'li likert ölçek olup, 8 soru açık uçlu olarak düzenlenmiştir. Demografik değerlendirmelerle ilgili 7 soru bulunmaktadır. Hazırlanan ankette uluslar arası geçerliliği kanıtlanmış Gershon ve arkadaşlarının hazırlamış olduğu anketten yararlanılmıştır. (Gershon ve ark, 2000;211-221). Anket içerisinde mesleksi yaralanmalar, yönetim, iletişim, eğitim, güvenli çevresel koşulların varlığı, davranış, çalışma koşulları, kalite yönetimini değerlendirecek 68 soru oluşturulmuştur.

3.5 ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ

Araştırmanın bağımlı değişkeni kan ve vücut sıvıları ile temasa bağlı mesleksi yaralanmalar, bağımsız değişkenler ise güvenlik kültürünü oluşturan, yönetim, iletişim,

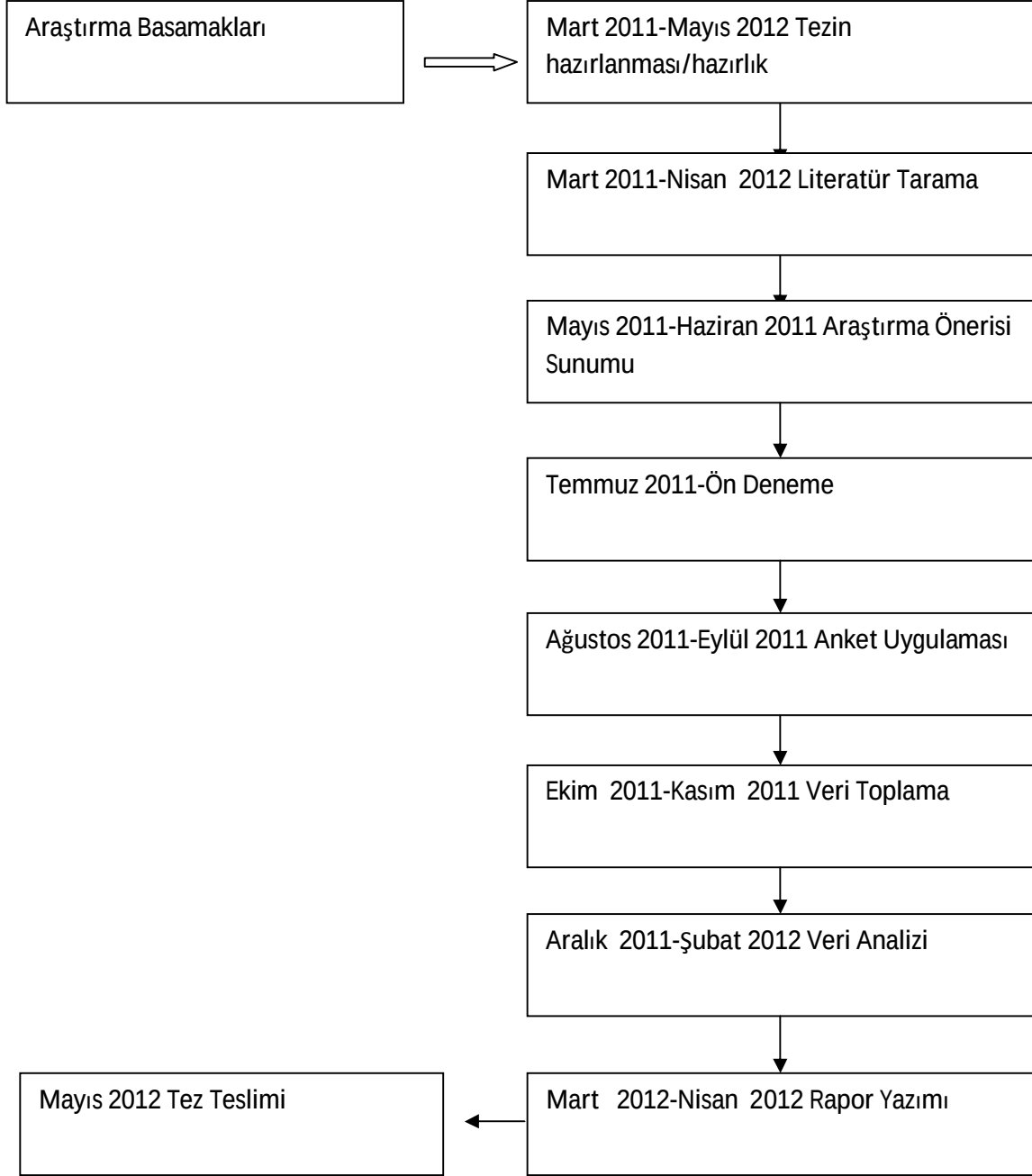
davranış, çevresel koşullar, eğitim boyutlarıyla olan ilişkisi ve korunmaya yönelik önlemlerden oluşmaktadır.

3.6 VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Veri toplama aracı olarak toplam 75 sorudan oluşturulan anket yöntemi kullanılmıştır. Soruların dağılımı; 60 soru 5'li likert ölçek olup, 8 soru açık uçlu olarak düzenlenmiştir. Demografik değerlendirmelerle ilgili 7 soru bulunmaktadır. Hazırlanan anket uluslar arası geçerliliği kanıtlanmış Gershon ve arkadaşlarının hazırlamış olduğu anketten yararlanılarak hazırlanmıştır (Gershon ve ark, 2000;211-221).

Anketteki soru sayısı veri toplama açısından avantaj sağlamakla birlikte, anket yapılan birimler yoğun birimler ve anketi yanıtlayanların zaman kısıtlılığı olması yönünden dezavantaj olarak görülmüştür.

3.7 ARAŞTIRMA PLANI VE TAKVİMİ



3.8 VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırma sonuçları SPSS 17.00 sürümlü paket program kullanılarak analiz edilmiştir. Elde edilen verilere öncelikli olarak geçerlilik ve güvenilirlik testleri, tanımlayıcı istatistikler uygulanmıştır. İstatistik anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ kabul edilmiştir. Test edilen bağımsız değişkenlerin hangi faktörler altında toplanacağını ve faktör ağırlıklarını görmek için faktör

analizi, değişkenlerin güvenilirliği için Cronbach α kat sayısı hesapmış, faktörler arasında ilişkinin varlığı korelasyon, hastaneler arasındaki farklılık ise T testi ile değerlendirilmiştir. Çalışma kapsamında, frekans analizleri, tanımlayıcı istatistikler, bağımsız örneklem t-testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ,ki kare, korelasyon, post hoc analizlerden LSD ve Tamhane analizleri gerçekleştirilmiştir.

3.9 ARAşTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Bu çalışmanın ortaya çıkarılmasında bazı kısıtların varlığından söz edilebilir. Türkiye’de sağlık kurumlarında olay raporlama ve çalışan güvenliği programlarının uygulanmasına yönelik yasal bir zorunluluk yoktur. Standart uygulamalara ulaşılamaması, her sağlık kurumunda farklı olay raporlama, çalışan güvenliği politikaları ve uygulamalarına rastlanmasına sebep olmaktadır. Bu durum ise yöneltilen soruların/ifadelerin ankete katılanların zihninde aynı anlam karşılıklarına sebep olup olmayacağı sorusunu akla getirmektedir. Diğer bir sınırlılık ise uygulama safhasında ortaya çıkabilecek sektör çalışanlarının yoğun çalışmaları sebebiyle katılımın belirli bir düzeyde kalmış olması olabilir.

Araştırma İzmir ilinde bulunan 1 özel hastane ve 4 kamu hastanesinde yapılmıştır. Araştırma için 1 özel hastanenin sečilmesi araştırmanın sınırlılığıdır. Çalışma evreninin İzmir ile ve 5 hastaneyle sınırlanmasının nedeni, öncelikle Türkiye genelinde bir örneklemle çalışmak için yeterli zamanın ve finansman kaynağının olmayışıdır. Ayrıca araştırmanın bireysel olarak yapılması gereği, insan gücü açısından da bir sınırlılık söz konusudur. Deęerlendirmeler çalışanların verdikleri yanıtlar üzerinden yapılmıştır. Dolayısıyla yanıtların tümüyle objektif olamama olasılığı da akılda bulundurulmalıdır.

Araştırma yaz döneminde yapılmıştır. Yaz döneminde senelik izinlerin çok olması, geçiçi görevlendirmeler, hekimlerin rotasyonları, hastanelerde vardiyalı çalışma nedeniyle günlük çalışan sayısının değişmesi (gece çalışma), anketin uzun olması, anket yapılan servislerin yoğun ve acil çalışılan birimler olması, çalışanların vakitlerinin çok kısıtlı olması nedeniyle anketi yanıtlamada isteksizlik göstermeleri, seçilen hastanelerden Konak kadın doğum hastanesinde enfeksiyon servisi bulunmaması, Urla devlet hastanesinde enfeksiyon servisi bulunmaması, Tepecik eğitim araştırma hastanesinde kadın doğum ve doğumhane bölümlerinin bulunmaması, anket yapılan hastanelerin bir kısmında yönetimin desteğini yeterince alınmaması nedeniyle katılımın belirli bir düzeyde kalmış olması olabilir.

ETİK KURUL ONAYI

Etik Kurul Onay Tarihi:26.05.2011

Karar No:2011/17-18

Protokol No:172-GOA

İzmir Sağlık İl Müdürlüğünden, İlgili Hastanelerin Baş Hekimliklerinden, Dokuz Eylül Üniversite Hastanesinden, Buca Tıp Merkezi Yönetiminden izin alınmıştır. Ayrıca Anketi Yanıtlayan sağlık çalışanlarından bilgilendirilmiş onam alınmıştır. Onam örneği Ekler kısmındadır.

4.ARAŞTIRMA BULGULARI

Bu bölümde sağlık çalışanlarının kan ve vücut sıvılarıyla temas sonucu oluşan mesleksel yaralanmalarını saptamak, korunmaya yönelik önlemlerin etkinliği ve güvenlik kültürü algılamasını değerlendirmek için katılımcılara yöneltilen sorulara ilişkin istatistiksel analizler gerçekleştirilmiştir. Çalışma kapsamında, frekans analizleri, tanımlayıcı istatistikler, bağımsız örneklem t-testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA),ki kare ve korelasyon analizleri, gerçekleştirilmiştir.

4.1 Frekans Analizleri

4.1.1 Katılımcıların Demografik Özellikleri

Katılımcıların mesleği, yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu ve hastanedeki çalışma yılı frekans analizleri gerçekleştirilmiştir. Bu doğrultuda Tablo 1’de katılımcıların demografik özelliklerine ilişkin sayısal ve yüzdesel dağılımları göstermektedir.

Araştırma kapsamında anket uygulanan katılımcıların %13,5’i hekim, %59,5’i hemşire ve %27,0’si diğer sağlık personelinden oluşmaktadır. Katılımcıların yaş dağılımları incelendiğinde, %11,7’sinin 25 yaş ve altında, %48,3’ünün 26-33 yaş arasında, %24,9’unun 34-41 yaş arasında ve %15,1’inin 42 yaş ve üzerinde olduğu tespit edilmiştir. Örneklem grubumuzun %81’i kadın ve %19’u erkektir. Katılımcılara eğitim durumları sorulduğunda, %14,8’i lise ve altı eğitim düzeyine sahip olduğunu, %67,3’ü lisans mezunu olduklarını ve %19,9’u lisansüstü eğitim düzeyine sahip olduğunu belirtmiştir. Sağlık personelinin hastanedeki çalışma yılları sorgulandığında ise, %11,7’si 1 yıldan az süredir, %36,9’u 1-5 arasında, %18,6’sı 6-10 yıl arasında, %13,9’u 11-15 yıl arasında ve %18’i 16 yıldan fazla süredir hastanede çalıştığını belirtmiştir.

Tablo 1: Demografik Özellikler

Demografik Özellikler	Frekans (N)	Yüzde (%)
Meslek		
Hekim	43	13,5
Hemşire	189	59,5
Diğer	86	27,0
Toplam	318	100,0
Yaş		
25 yaş ve altı	37	11,7
26-33 yaş arası	153	48,3
34-41 yaş arası	79	24,9
42 yaş ve üzeri	48	15,1
Toplam	317	100,0
Cinsiyet		
Kadın	256	81,0
Erkek	60	19,0
Toplam	316	100,0
Eğitim Durumu		
Lise ve altı	47	14,8
Lisans	214	67,3
Lisansüstü	57	17,9
Toplam	318	100,0
Hastanede Çalışma Yılı		
1 yıldan az	37	11,7
1-5 yıl arası	117	36,9
6-10 yıl arası	59	18,6
11-15 yıl arası	44	13,9
16 yıl ve daha fazla	60	18,9
Toplam	317	100,0

4.1.2 Katılımcıların Çalışma Yeri ve Koşullarına Yönelik Özellikleri

Katılımcıların çalışma yeri ve koşullarına yönelik özellikler kapsamında ortalama haftalık çalışma saati, çalıştıkları hastane ve birime ilişkin frekans analizleri Tablo 2’de ele alınmaktadır.

Çalışma yeri ve koşullarına yönelik analizler incelendiğinde katılımcıların %9,1’i haftada ortalama 39 saat ve daha az çalıştığını, %72,6’sı haftada ortalama 40-59 saat çalıştığını, %8,8’i haftada ortalama 60-79 saat arasında çalıştığını ve %9,5’i haftada ortalama 80 saat ve daha fazla çalıştığını belirtmiştir. Araştırmaya katılanların hastanelere göre dağılımı incelendiğinde %9,7’sinin Buca Tıp Merkezi’nden, %52,5’inin Dokuz Eylül Hastanesi’nden, %10,6’sının Urla Devlet Hastanesi’nden, %9,4’ünün Konak Kadın Doğum Hastanesi’nden ve %17,8’inin Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nden olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların çalıştıkları birimlere göre dağılımları ise; %15,9’u ameliyathane,

%20,3'ü laboratuvar, %14,1 acil servis, %16,3'ü servis, %7,2'si doğumhane ve %26,3'ü yoğun bakım şeklindedir.

Tablo 2: Çalışma Yeri ve Koşullarına Yönelik Özellikler

	Frekans (N)	Yüzde (%)
Haftalık Ortalama Çalışma Saati		
39 saat ve daha az	29	9,1
40-59 saat arası	230	72,6
60-79 saat arası	28	8,8
80 saat ve daha fazla	30	9,5
Toplam	317	100,0
Hastane		
Buca Tıp Merkezi	31	9,7
Dokuz Eylül Hastanesi	168	52,5
Urla Devlet Hastanesi	34	10,6
Konak Kadın Doğum Hastanesi	30	9,4
Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi	57	17,8
Toplam	320	100,0
Birim		
Ameliyathane	51	15,9
Laboratuvar	65	20,3
Acil servis	45	14,1
Servis	52	16,3
Doğumhane	23	7,2
Yoğun Bakım	84	26,3
Toplam	320	100,0

4.1.3 Katılımcıların Kan ve Vücut Sıvıları ile Temas Durumu

Bu bölümde katılımcıların kan ve vücut sıvıları ile temas konusuna ilişkin çeşitli ifadeler yer almıştır. Bu ifadeler tanımlayıcı istatistik çerçevesinde değerlendirilmektedir.

Katılımcıların kesici-delici alet yaralanmaları, yaralanma sırasındaki uygulama ve yaralanma sonrasında gerçekleştirilen uygulamaya ilişkin istatistikler Tablo 3'de gösterilmektedir. Bu doğrultuda, katılımcıların %36,9'u son bir yıl içinde kesici-delici aletle yaralanmaları olduklarını belirtmişlerdir. Sıklıkla katılımcılar IV girişimi sırasında ve enjeksiyon yapma hazırlığı aşamasında(iğne kapağını açarken, ampul kırarken) yaralanma geçirdiklerini belirtmişlerdir. Bunun yanında yaralanma geçiren katılımcıların çoğunluğu yaralanma sonrasında yarayı antiseptik solüsyonla yıkadıklarını bildirmişlerdir.

Tablo 3: Kesici-Delici Bir Aletle Yaralanma Durumu

	Frekans (N)	Yüzde (%)
Son bir yıl içinde kesici-delici bir aletle yaralanmanız oldu mu?		
Evet	113	36,9
Hayır	193	63,1
Toplam	306	100,0
Yanıtınız “evet” ise yaralanma hangi uygulamayı yaparken oldu?		
IV girişim sırasında	43	
Enjektör başlığını tekrar takarken	19	
Ameliyat / pansuman sırasında	28	
Kontamine malzemeleri toparlarken / temizlerken	18	
Enjeksiyon yapma hazırlığı aşamasında(iğne kapağını açarken, ampul kırarken)	41	
Yaralanmadan hemen sonra ne yaptınız?		
Tetkik yaptırdım.	47	
Antiseptik solüsyonla yıkadım.	96	
Tıbbi tedavi aldım.	3	
Aşı yaptırdım.	7	
Kanattım.	15	
Temiz iğne olduğu için bir şey yapmadım.	29	

4.1.4 Mesleksel Yaralanma Durumu

Son bir yıl içerisinde iğne batması, kesici-delici yaralanma, göze veya ağız gibi mukozal bölgelere beden sıvıları sıçrama veya benzeri mesleksel yaralanmaya maruz kalma durumu ile ilgili istatistikler Tablo 4’de ele alınmaktadır.

Bu doğrultuda, katılımcıların % 42,7’si son bir yıl içerisinde iğne batması, kesici-delici yaralanma, göze veya ağız gibi mukozal bölgelere beden sıvıları sıçrama veya benzeri mesleksel yaralanmaya maruz kaldıklarını ve % 57,3’ü maruz kalmadıklarını belirtmişlerdir. Katılımcının mesleksel yaralanmalara maruz kalma durumlarında kullandıkları kişisel koruyucu araç/araçlardan eldivenin en fazla sıklığa sahip olduğunu söylemek mümkündür. Mukozal maruziyet oranı % 5,8 olarak belirlenmiştir. Özellikle mukozal bulaş açısından değerlendirildiğinde gözlük ve/veya siperlik kullanım sıklığının çok az olduğu görülmektedir. Mukozal bulaş riski olan ağız, burun ve göze sıçrama sıklığına bakıldığında siperlik kullanılması gereken ağız ve/veya burun bulaşı olan 24 kişi/olay’a karşılık siperlik kullanan kişi/olay sıklığı 3 olarak belirlenmiştir. Siperlik kullanım sıklığının her 8 kişiden sadece birisinin riskli durumda siperlik kullanırken koruyucu gözlük kullanılması gereken göze bulaş sıklığı 50 kişi/olay’a karşılık her 10 kişiden sadece üçü gözlük kullandığını ifade etmektedir.

Tablo 4: Mesleksel Yaralanma Durumu

	Frekans (N)	Yüzde (%)
Son bir yıl içerisinde iğne batması, kesici-delici yaralanma, göze veya ağız gibi mukozal bölgelere beden sıvıları sıçrama veya benzeri mesleksel yaralanmaya maruz kaldınız mı?		
Evet	134	42,7
Hayır	180	57,3
Toplam	314	100,0
Yanıtınız “evet” ise maruziyet sırasında hangi kişisel koruyucu araç/araçları kullanıyordunuz?		
Eldiven	117	
Maske	44	
Gözlük	15	
Siperlik	3	
Diğer	1	
Kullanmıyorum	16	

4.1.5 Beden Sıvılarına Mazur Kalma Durumu

Katılımcıları herhangi bir kişisel koruyucu olmadan maruz kaldıkları beden sıvıları ve maruz kalınan bölge ile ilgili istatistikler Tablo 5’da ele alınmaktadır. Bu doğrultuda katılımcılar en fazla maruz kaldıkları sıvının kan olduğunu ve sonrasında boşaltım çıktıları olduğunu, en sıklıkla maruz kalınan bölgenin ise sağlam deri ve sonrasında gözler (mukoza) olduğunu belirtmişlerdir.

Tablo 5: Beden Sıvılarına Mazur Kalma Durumu

	Frekans (N)	Yüzde (%)
Herhangi bir kişisel koruyucu olmadan aşağıdaki beden sıvılarından hangisi ile maruz kaldınız?		
Kan	187	
Genitalsekresyonlar	26	
Plevra	5	
Pericard	3	
Periton	7	
Serebrospinal	4	
Sinovyal	9	
Amnion sıvısı	20	
Dren mayi	39	
Boşaltım çıktıları	65	
Maruz kalınan bölge		
Sağlam deri	173	
Burun(Mukoza)	12	
Bütünlüğü bozuk deri	18	
Ağız(Mukoza)	12	
Gözler(Mukoza)	50	
Diğer	11	

4.1.6 Eldiven Kullanma Durumu

Katılımcıların kan ve diğer vücut sıvıları ile temas edecekleri zaman eldiven kullanma durumları ve kullanmama nedenlerine ilişkin istatistik Tablo 6’da ele alınmaktadır.

Bu doğrultuda katılımcıların %84,3’ü kan ve diğer vücut sıvıları ile temas edebilecekleri her durumda eldiven kullandıklarını, %15,7’si ise kullanmadıklarını belirtmişlerdir. Katılımcılar yoğunlukla eldiven ile rahat çalışmadığı ve eldiven giymek için zaman bulamadıkları için eldiven kullanmadıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 6: Eldiven Kullanma Durumu

	Frekans (N)	Yüzde (%)
Kan ve diğer vücut sıvıları ile temas edeceğiniz her durumda eldiven kullanıyor musunuz?		
Evet	268	84,3
Hayır	50	15,7
Toplam	318	100,0
Yanıtınız “hayır” ise nedenlerini açıklayınız?		
Eldiven temininde sorun yaşıyorum.	18	
Eldiven ile rahat çalışamıyorum.	31	
Önemsemiyorum / ihmal ediyorum.	12	
Zaman bulamadığım anlar oluyor.	32	
Eldiven kullandığımda kaşıntı, kızarıklık vb. oluyor	21	

4.1.7 El Yıkama Durumu

Tablo 7’de katılımcıların hasta ile ilgili işlemlerde hastaya her temas öncesi ve sonrası ellerini yıkayıp yıkamama durumları ve yıkamama nedenlerine ilişkin istatistikler yer almaktadır. Katılımcıların %82’si hasta ile ilgili işlemlerde hastaya her temas öncesi ve sonrası ellerini yıkadıklarını ve %18’i ise yıkamadıklarını belirtmiştir. Katılımcıların el yıkamama nedeninin sıklıkla zamansızlık olduğunu söylemek mümkündür.

Tablo 7: El Yıkama Durumu

	Frekans (N)	Yüzde (%)
Hasta ile ilgili işlemlerde hastaya her temas öncesi ve sonrası ellerinizi yıkıyor musunuz?		
Evet	246	82,0
Hayır	54	18,0
Toplam	300	100,0
Yanıtınız “hayır” ise nedenlerini açıklayınız?		
Sabun ellerimi tahriş ediyor.	16	
Sular bazen kesiliyor.	1	
Zaman bulamıyorum.	42	
Lavabo yok.	0	
Aynı işi sürekli tekrarladığım için gerek duymuyorum.	19	

4.2 Geçerlilik, Güvenilirlik ve Faktör Analizi

Çalışan güvenliğine yönelik gerçekleştirilen araştırma anketi altı temel başlık altında ele alınmaktadır. Bu başlıklar güvenlik kültürü, iletişim, mesleksel kaza bildirim sistemi, kalite yönetimi, hastane yönetimi (liderlik) ve güvenlik uygulamalarıdır. Bu doğrultuda bu altı temel başlık altında yer alan ifadeler hem geçerlilik hem de güvenilirlik analizi gerçekleştirilmiştir. Aşağıda her bir konu ile ilgili olarak uygulanan ölçeklerin geçerlilik ve güvenilirlik analizleri ile ilgili bilgiler yer almaktadır.

Hastanedeki güvenlik kültürü ölçeğine gerçekleştirilen güvenilirlik analizi sonucunda Cronbach alpha değeri 0,84 ($p < 0,001$) tespit edilmiştir. Bu ölçeğe gerçekleştirilen geçerlilik analizi sonucunda Kaiser-Meyer-Olkin örneklem değeri 0,85 ($p < 0,001$) olarak bulunmuş ve ölçeğin hastanedeki güvenlik kültürünü açıklama oranı %57,37 olarak tespit edilmiştir. Gerçekleştirilen faktör analizi sonucunda 7 faktör elde edilmiştir. Bu faktörler; örgütsel davranış, İş güvenliği programının varlığı, risk ve tehlikeler algısı, insan kaynaklarının yeterliliği, güvenlik kültürü algısı, olumsuz çalışma koşulları ve çalışma ortamı önlemleri olarak belirlenmiştir. Bu doğrultuda, elde edilen faktörler ve alt ifadeleri, alt ifadelerin faktör yükleri, faktörlerin özdeğerleri, ortalama değerleri, tanımlanan fark yüzdeleri Tablo 8’de gösterilmektedir. (Veri setine geçerlilik ve güvenilirlik analizi gerçekleştirilmiştir. Güvenlik kültürü veri seti için gerçekleştirilen faktör analizi sonucunda 3 ifade kapsam dışı bırakılmıştır.)

Tablo 8: Güvenlik Kültürü Faktör Analizi

	Faktör Yüğü	Özdeğer	Ortalama	Tanımlanan Fark Yüzdesi	F	α	p
FAKTÖR 1 – Örgütsel Davranış		6,644	3,41	24,607	11,63	,86	0,001
Bu birimde çalışan personel birbirini destekler.	,854						
Personel bu birimin parçası olduğu için kendini iyi hisseder.	,834						
Personel iş yaparken yazılı talimat ve uygulamaları takip eder.	,783						
Bu birimde çalışan personel birbirine saygılı davranır.	,775						
Hastanemizde çalışmalar belirtilen kural ve talimatlara uygun olarak yapılır.	,534						
Güvenlik için gerekli araçları en uygun şekilde kullanabilmek için gerektiğinde yeterli eğitimleri alabilecek fırsatlar sunulmaktadır.	,491						
Başka kurumlarla kıyaslandığında çalıştığım kurum daha güvenli bir kurumdur	,445						

FAKTÖR 2 – İş güvenliği programının varlığı	2,064	3,58	7,643	86,88	,69	0,001
Çalışan güvenliği ile ilgili başvuracağımız yerler belirlidir.	,778					
İş güvenliğini tehdit edici bir durum veya olayı rahatça rapor edebilirim.	,723					
Hastanemizde çalışan sağlığını koruyucu bir birim vardır.	,695					
FAKTÖR 3 – Risk ve Tehlikeler algısı	1,660	2,85	6,148	121,68	,68	0,001
İşimizin normal sürecinde, hiçbir tehlikeli durumla karşılaşmam.	,678					
Çalışma arkadaşım benim güvenliğini tehdit etmediği sürece uygunsuz davranışlarını uyarmam benim görevim değildir.	,609					
Evrensel korunma ilkelerine uygulayabilecek yeterli zamanı her zaman bulabiliyorum.	,605					
Çalıştığım yerde güvensiz çalışma uygulamalarım birim sorumlusu tarafından düzeltilir.	,511					
Çalışanlar hizmet verirken gereksinilen koruyucu malzemeleri çok rahat bulmakta ve kullanmaktadır.	,441					
FAKTÖR 4 – İnsan Kaynaklarının Yeterliliği	1,529	2,52	5,665	3,51	,62	0,031
Çalıştığım birimde iş yükünün üstesinden gelecek kadar yeterli personel mevcuttur.	,780					
Çalışanların güvenliği için çalışma koşulları uygun şekilde planlanmaktadır.(8 saat vardiya vb.)	,626					
Bu kurumda çalışma güvenliğini arttırmak için değişiklik yapmak çok kolaydır.	,405					
FAKTÖR 5 – Güvenlik Kültürü Algısı	1,372	3,43	5,080	15,43	,37	0,001
Çalışan güvenliği, daha fazla iş yapmaktan daha öncelikli bir ilkedir.	,727					
Güvenliği geliştirmek için değişiklikler yaptıktan sonra bunların etkinliğini değerlendiririz.	,546					
Çalıştığım yerde bana zarar verebilecek potansiyel riskler konusunda herhangi bir fikrim yok.	,445					
FAKTÖR 6 – Olumsuz Çalışma Koşulları	1,137	2,70	4,210	119,40	,52	0,001
Çalışma ortamımın gereğinden fazla kalabalık olduğunu düşünüyorum.	,732					
İş yerimin dağınıklığı beni rahatsız ediyor ve çalışma disiplini etkiliyor.	,659					
İş yoğunluğu o kadar fazladır ki personel durmadan hızlı çalışmak zorunda kalır.	,534					
FAKTÖR 7 – Çalışma Ortamı Önlemleri	1,085	2,55	4,020	81,53	,41	0,001
Çalışma yüzeyleri düzenli olarak temizlenmiyor.	,745					
Eğer gerekli ekipman daha sık temin edilirse bu daha güvenli çalışmaya yardımcı olur.	,613					
Çalıştığım yerde karşılaşılabilecek tehlikelere karşı etkin önlemlerin alındığını düşünmüyorum.	,552					
Kaiser-Meyer-Olkin Örneklem Ölçümü=0,851; p<0,001; Toplam farkın (Varyans) açıklama oranı % 57,373						

Hastanedeki iletişim ölçeğine gerçekleştirilen güvenilirlik analizi sonucunda Cronbach alpha değeri 0,83 (p<0,001) tespit edilmiştir. Bu ölçeğe gerçekleştirilen geçerlilik analizi sonucunda Kaiser-Meyer-Olkin örneklem değeri 0,80 (p<0,001) olarak bulunmuş ve ölçeğin hastanedeki iletişimi açıklama oranı %61,12 olarak tespit edilmiştir. Gerçekleştirilen faktör analizi sonucunda tek faktör elde edilmiştir. Bu doğrultuda iletişim ve alt ifadeleri, alt ifadelerin faktör yükleri, özdeğeri, ortalama değeri ve tanımlanan fark yüzdesi Tablo 9’da gösterilmektedir.

Tablo 9: İletişim Faktör Analizi

	Faktör Yüğü	Özdeğer	Ortalama	Tanımlanan Fark Yüzdesi	F	α	p
İletişim		3,056	2,99	61,120	31,53	,83	0,001
Bu kurumda personelin düşünce ve tavsiyeleri değerlidir.	,863						
Bu kurumda olan sorunları personel kolaylıkla dile getirir.	,840						
Bu kurumda kazaların bir daha oluşmaması için konuşulur.	,825						
Hastane yönetimi içerisinde görevli kişi ve bölümlerle yeteri kadar hızlı iletişim kurabileceğimiz bir iletişim sistemi mevcuttur.	,785						
Çalıştığım birimde hastane güvenlik el kitabı veya biyogüvenlik el kitabı vardır.	,556						
Kaiser-Meyer-Olkin Örneklem Ölçümü=0,801; p<0,001; Toplam farkın (Varyans) açıklama oranı % 61,120							

Hastanedeki mesleksel kaza bildirimini ölçeğine gerçekleştirilen güvenilirlik analizi sonucunda Cronbach alpha değeri 0,81 ($p<0,001$) tespit edilmiştir. Bu ölçeğe gerçekleştirilen geçerlilik analizi sonucunda Kaiser-Meyer-Olkin örneklem değeri 0,83 ($p<0,001$) olarak bulunmuş ve ölçeğin hastanedeki mesleksel kaza bildirimini açıklama oranı %51,57 olarak tespit edilmiştir. Gerçekleştirilen faktör analizi sonucunda tek faktör elde edilmiştir. Bu doğrultuda, mesleksel kaza bildirimini ifadelerin faktör yükleri, özdeğeri, ortalama değeri ve tanımlanan fark yüzdesi Tablo 10’da ele alınmaktadır.

Tablo 10: Mesleksel Kaza Bildirimi Faktör Analizi

	Faktör Yüğü	Özdeğer	Ortalama	Tanımlanan Fark Yüzdesi	F	α	p
Mesleksel Kaza Bildirimi		3,094	3,30	51,57	52,49	,81	0,001
Yapılan hatalar bu bölümde pozitif değişikliklere yol göstermiştir.	,806						
Hastane yöneticileri tıbbi hataları raporlamak için teşvik ederler.	,799						
Birimimizde yapılan hatalardan ders çıkartırız.	,713						
Personel hata yaptığında raporladığında kendisinin sorumlu tutulmayacağını bilir.	,673						
Uyguladığımız prosedürler ve talimatlar hata oluşmasını önlemede başarılıdır.	,672						
Çalıştığım birimdeki çalışanlardan birisi hata yaparsa diğeri hızla düzeltir.	,626						
Kaiser-Meyer-Olkin Örneklem Ölçümü=0,833; p<0,001; Toplam farkın (Varyans) açıklama oranı % 51,574							

Hastanedeki kalite yönetimi ölçeğine gerçekleştirilen güvenilirlik analizi sonucunda Cronbach alpha değeri 0,54 ($p<0,001$) tespit edilmiştir. Kalite yönetimi ölçeğine gerçekleştirilen geçerlilik analizi sonucunda Kaiser-Meyer-Olkin örneklem değeri 0,65 ($p<0,001$) olarak bulunmuş ve ölçeğin hastanedeki kalite yönetimini açıklama oranı %57,37 olarak tespit edilmiştir. Gerçekleştirilen faktör analizi sonucunda tek faktör elde edilmiştir ve bu faktör altında 4 ifade yer almaktadır. Bu doğrultuda, kalite yönetimi alt ifadelerin faktör yükleri, özdeğeri, ortalama değeri ve tanımlanan fark yüzdesi Tablo 11’de gösterilmektedir.

Tablo11: Kalite Yönetimi Faktör Analizi

	Faktör Yüğü	Özdeğer	Ortalama	Tanımlanan Fark Yüzdesi	F	α	p
Kalite Yönetimi		3,094	3,32	51,38	28,12	,54	0,001
Kurumumuzda kalite yönetiminin sağlıklı ilerlediğini düşünüyorum.	,870						
Kalite sistemi, iş güvenliğini sağlayacak (prosedürleri) uygulamaları destekliyor.	,854						
Hastanede çalışan tüm personelin öncelikli hedefi yüksek kaliteli sağlık hizmeti sunmaktır. Kalite sisteminin çalışan sağlığına katkısı olduğunu düşünmüyorum.	,738						
Kaiser-Meyer-Olkin Örneklem Ölçümü=0,653; $p<0,001$; Toplam farkın (Varyans) açıklama oranı % 51,380							

Hastanedeki hastane yönetimi ölçeğine gerçekleştirilen güvenilirlik analizi sonucunda Cronbach alpha değeri 0,89 ($p<0,001$) tespit edilmiştir. Hastane yönetimi ölçeğine gerçekleştirilen geçerlilik analizi sonucunda Kaiser-Meyer-Olkin örneklem değeri 0,94 ($p<0,001$) olarak bulunmuş ve ölçeğin hastanedeki hastane yönetimini açıklama oranı %61,90 olarak tespit edilmiştir. Gerçekleştirilen faktör analizi sonucunda tek faktör elde edilmiştir ve bu faktör altında 9 ifade yer almaktadır. Bu doğrultuda, hastane yönetimi alt ifadelerin faktör yükleri, özdeğeri, ortalama değeri ve tanımlanan fark yüzdesi Tablo 12’de gösterilmektedir.

Tablo 12: Hastane Yönetimi Faktör Analizi

	Faktör Yüğü	Özdeğer	Ortalama	Tanımlanan Fark Yüzdesi	F	α	p
Hastane Yönetimi		5,571	3,00	61,89	15,81	,89	0,001
Çalışanlar güvenli çalışma konusunda yönetim tarafından desteklenmektedir.	,900						
Hastane yönetimi çalışan güvenliğini artıran bir çalışma atmosferi sağlamaktadır.	,865						
Yönetim çalışanların daha güvenilir bir ortamda çalışmaları konusunda her zaman isteklidir.	,855						
Hastane yöneticileri öncelikle güvenliği esas alır.	,843						
Yönetim güvenlik hakkındaki önerilerimi dinler ve uygulamaya koyar.	,839						
Yöneticilerimiz, oluşturulmuş güvenlik prosedürlerine göre yapılmış bir işi gördüğünde takdir eder.	,805						
Yönetim gerekli eğitimlerin verilmesi konusunda çalışanlara yeterli olanak sağlamaktadır.	,780						
Hastane yönetimi içerisinde görev, yetki ve sorumluluklarım belirgindir.	,746						
İşyeri güvenliği açısından yönetimin bir yaptırım uygulayabileceğine inanmıyorum.							
Kaiser-Meyer-Olkin Örneklem Ölçümü=0,942; p<0,001; Toplam farkın (Varyans) açıklama oranı % 61,899							

Korunma uygulamaları ölçeğine gerçekleştirilen güvenilirlik analizi sonucunda Cronbach alpha değeri 0,74 ($p<0,001$) tespit edilmiştir. Korunma uygulamaları ölçeğine gerçekleştirilen geçerlilik analizi sonucunda ise Kaiser-Meyer-Olkin örneklem değeri 0,72 ($p<0,001$) olarak bulunmuş ve ölçeğin hastanedeki korunma uygulamaları açıklama oranı %50,47 olarak tespit edilmiştir. Gerçekleştirilen faktör analizi sonucunda tek faktör elde edilmiştir ve bu faktör altında 5 ifade yer almaktadır. Bu doğrultuda, kalite yönetimi alt ifadelerin faktör yükleri, özdeğeri, ortalama değeri ve tanımlanan fark yüzdesi Tablo 13’de gösterilmektedir.

Tablo 13: Korunma Uygulamaları Faktör Analizi

	Faktör Yüğü	Özdğğ	Ortalama	Tanımlanan Fark Yüzdesi	F	α	p
Korunma Uygulamaları		2,523	3,96	50,47	146,51	,74	0,001
Çalıştığım yerde enjektör uçlarını atabileceğim özel atık kapları her zaman bulunur.	,864						
Tıbbi atıklar düzenli olarak temizlik personeli tarafından toplanır.	,818						
Çalıştığım birimde tek kullanımlık eldiven her zaman bulunur.(bulmakta zorlanmam.)	,795						
Kan yoluyla bulaşan hastalıklar ve bunların bulaşmasını önleme yolları konusunda eğitim aldım.	,501						
Sıçrama riski bulunan uygulamalar sırasında odada koruyucu gözlük her zaman bulunur.	,475						
Kaiser-Meyer-Olkin Örnekleme Ölçümü=0,722; p<0,001; Toplam farkın (Varyans) açıklama oranı % 50,469							

4.3 T- Testi

4.3.1 Cinsiyete Göre Verilen Yanıtlar

Katılımcıların cinsiyetlerine göre verdikleri yanıtlar arasında anlamlı farklılığın olup olmadığını tespit etmek amacıyla bağımsız örneklem t-testi yapılmıştır. Bu doğrultuda Tablo 14’de hem hastanede güvenlik kültürü faktörlerine ve genel olarak çalışan güvenliğine ilişkin alt boyutlara gerçekleştirilen bağımsız örneklem t-testi sonucunda güvenlik kültürü faktörlerinden örgütsel davranış ve iş güvenliği programının varlığı, çalışan güvenliği boyutlarından ise mesleksi kaza bildirim sistemi, kalite yönetimi ve hastane yönetimi(liderlik) için anlamlı farklılık tespit edilmiştir.

Örgütsel davranış faktörü için kadınların verdikleri yanıtların ortalaması 3,47 iken erkeklerin verdikleri yanıtların ortalaması 3,17’dir (p=0,006). İş güvenliği programının varlığı faktörü için kadınların verdikleri yanıtların ortalaması 3,65 iken erkeklerin verdikleri yanıtların ortalaması 3,24’tür (p=0,003). Mesleksi kaza bildirim sistemi için kadınların verdikleri yanıtların ortalaması 3,34 iken erkeklerin verdikleri yanıtların ortalaması 3,08’dir (p=0,020). Kalite yönetimi için kadınların verdikleri yanıtların ortalaması 3,38 iken erkeklerin verdikleri yanıtların ortalaması 3,06’dır (p=0,001). Son olarak, hastane yönetimi(liderlik) için kadınların verdikleri yanıtların ortalaması 3,06 iken erkeklerin verdikleri yanıtların ortalaması 2,76’dır (p=0,004).

Tablo 14 : Cinsiyete Göre T-testine İlişkin Grup İstatistikleri

	Cinsiyet	N	Ortalama	Std. Sapma	t	p
Örgütsel Davranış	Kadın	256	3,4733	,71059	2,795	0,006
	Erkek	60	3,1714	,91371		
İş güvenliği programının varlığı	Kadın	256	3,6484	,77971	3,052	0,003
	Erkek	60	3,2389	,96861		
Mesleksel Kaza Bildirimi Sistemi	Kadın	256	3,3393	,66525	2,661	0,020
	Erkek	60	3,0750	,79985		
Kalite Yönetimi	Kadın	256	3,3760	,64928	3,363	0,001
	Erkek	60	3,0583	,69710		
Hastane Yönetimi(liderlik)	Kadın	256	3,0633	,72382	2,870	0,004
	Erkek	60	2,7593	,79919		

4.4 ANOVA Testi

4.4.1 Katılımcıların Mesleklerine Göre Verilen Yanıtlar

Katılımcıların mesleklerine göre verdikleri yanıtlar arasında anlamlı farklılığın olup olmadığını sorgulamak amacıyla tek yönlü varyans analizi (ANOVA) gerçekleştirilmiştir. Bu doğrultuda güvenlik kültürü faktörlerinden insan kaynaklarının yeterliliği ve çalışan güvenliğine ilişkin boyutlardan ise mesleksel kaza bildirimi sistemi ve kalite yönetiminde anlamlı farklılık tespit edilmiştir.

Katılımcıların mesleklerine ilişkin tanımlayıcı istatistikler Tablo 15’da yer almaktadır.

Tablo 15 : Mesleğe Göre ANOVA Testine İlişkin Grup İstatistikleri

	Meslek	N	Ortalama	Std. Sapma	F	p
İnsan Kaynaklarının Yeterliliği	Hekim	43	2,3411	,88338	12,155	0,001
	Hemşire	189	2,3845	,81380		
	Diğer	86	2,9031	,90151		
	Toplam	318	2,5189	,87703		
Mesleksel Kaza Bildirimi sistemi	Hekim	43	3,0698	,82153	3,040	0,049
	Hemşire	189	3,3035	,69446		
	Diğer	86	3,3895	,63740		
	Toplam	318	3,2952	,70265		
Kalite Yönetimi	Hekim	43	3,0291	,70755	4,812	0,009
	Hemşire	189	3,3730	,62240		
	Diğer	86	3,3343	,71188		
	Toplam	318	3,3160	,66720		

Anlamlı farklılık tespit edilen boyutlar için hangi gruplar arasında anlamlı farklılık olduğunu tespit etmek amacıyla gerçekleştirilen post hoc analizlerden LSD testine göre belirlenen farklılıklar Tablo 16’da gösterilmektedir.

İnsan kaynaklarının yeterliliği için LSD analizine göre diğer meslek grupları ile hem hekim (p=0,000) hem de hemşirelerin (p=0,000) verdikleri yanıtlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Mesleksen kaza bildirimi sistemi için hekimlerin verdikleri yanıtlar ile hemşirelerin (p=0,048) ve diğer meslek gruplarının (p=0,015) verdikleri yanıtlar arasında anlamlı farklılık vardır. Son olarak, kalite yönetimi değişkeni için hekimlerin verdikleri yanıtlar ile hem hemşirelerin (p=0,002) hem de diğer sağlık personelinin (p=0,014) verdikleri yanıtlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir.

Tablo 16: Mesleğe İlişkin Çoklu Karşılaştırma

Meslek - LSD					
(I) Meslek	(J) Meslek		Ortalama Farkı (I-J)	Std. Hata	p
İnsan Kaynaklarının Yeterliliği	Hekim	Hemşire	-,04339	,14323	,762
		Diğer	-,56202	,15833	,000
	Hemşire	Hekim	,04339	,14323	,762
		Diğer	-,51862	,11026	,000
	Diğer	Hekim	,56202	,15833	,000
		Hemşire	,51862	,11026	,000
Mesleksen Kaza Bildirimi sistemi	Hekim	Hemşire	-,23376	,11796	,048
		Diğer	-,31977	,13040	,015
	Hemşire	Hekim	,23376	,11796	,048
		Diğer	-,08601	,09081	,344
	Diğer	Hekim	,31977*	,13040	,015
		Hemşire	,08601	,09081	,344
Kalite Yönetimi	Hekim	Hemşire	-,34395	,11140	,002
		Diğer	-,30523	,12314	,014
	Hemşire	Hekim	,34395	,11140	,002
		Diğer	,03871	,08576	,652
	Diğer	Hekim	,30523	,12314	,014
		Hemşire	-,03871	,08576	,652

4.4.2 Katılımcıların Yaşlarına Göre Verilen Yanıtlar

Katılımcıların yaşlarına göre verdikleri yanıtlar arasında anlamlı farklılığın olup olmadığını test etmek amacıyla tek yönlü varyans analizi (ANOVA) gerçekleştirilmiştir. Bu doğrultuda güvenlik kültürü faktörlerinden Örgütsel davranış, İş güvenliği programının varlığı ve insan kaynaklarının yeterliliği, çalışan güvenliğine ilişkin boyutlardan ise iletişim, hastane yönetimi ve korunma uygulamaları boyutlarında anlamlı farklılık tespit edilmiştir.

Katılımcıların yaşlarına ilişkin tanımlayıcı istatistikler Tablo 17’de yer almaktadır.

Tablo 17: Yaş Göre ANOVA Testine İlişkin Grup İstatistikleri

	Yaş	N	Ortalama	Std. Sapma	F	p
Örgütsel davranış	25 ve ↓	37	3,5785	,72503	4,192	0,006
	26-33	153	3,2985	,72005		
	34-41	79	3,3906	,84289		
	42 ve ↑	48	3,7014	,68914		
	Toplam	317	3,4151	,76000		
İletişim	25 ve ↓	37	3,0000	,73937	3,128	0,026
	26-33	153	2,9428	,82335		
	34-41	79	2,8430	,84772		
	42 ve ↑	48	3,2938	,87249		
	Toplam	317	2,9778	,83625		
Hastane Yönetimi	25 ve ↓	37	3,1532	,52662	3,877	0,010
	26-33	153	2,9243	,76893		
	34-41	79	2,9170	,77195		
	42 ve ↑	48	3,2894	,70338		
	Toplam	317	3,0045	,74606		
Korunma uygulamaları	25 ve ↓	37	4,0378	,59970	3,394	0,018
	26-33	153	3,8471	,72466		
	34-41	79	4,0127	,74719		
	42 ve ↑	48	4,1875	,53857		
	Toplam	317	3,9621	,69997		
İş güvenliği programının varlığı	25 ve ↓	37	3,9099	,59134	3,376	0,019
	26-33	153	3,4837	,84288		
	34-41	79	3,5021	,93503		
	42 ve ↑	48	3,7222	,71569		
	Toplam	317	3,5741	,83388		
İnsan Kaynaklarının Yeterliliği	25 ve ↓	37	2,5225	,66454	7,013	0,001
	26-33	153	2,3769	,83831		
	34-41	79	2,4768	,97794		
	42 ve ↑	48	3,0208	,80602		
	Toplam	317	2,5163	,87722		

Anlamlı farklılık tespit edilen boyutlar için hangi gruplar arasında anlamlı farklılık olduğunu tespit etmek amacıyla gerçekleştirilen post hoc analizlerden LSD ve Tamhane testlerine göre belirlenen farklılıklar Tablo 18’de gösterilmektedir.

Örgütsel davranış için LSD testine göre 26-33 yaş grubu arasında olanlar ile 25 ve altı ($p=0,042$) ve 42 yaş ve üzerinde ($p=0,001$) olan katılımcıların verdikleri yanıtlar arasında anlamlı farklılık vardır. Bunun yanında 42 yaş ve üzerinde olan katılımcılarla 34-41 yaş arasında ($p=0,024$) olan katılımcıların verdikleri yanıtlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. İletişim için 42 yaş ve üzerinde olan katılımcılarla 26-33 yaş arasında ($p=0,011$) ve 34-41 yaş arasında ($p=0,003$) olan katılımcıların verdikleri yanıtlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Hastane yönetimi(liderlik) için 42 yaş ve üzerinde olan katılımcılarla 26-33 yaş arasında ($p=0,003$) ve 34-41 yaş arasında ($p=0,006$) olan katılımcıların verdikleri yanıtlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Korunma

uygulamaları boyutu için 26-33 yaş grubu arasında olanlar ile 42 yaş ve üzerinde ($p=0,003$) olan katılımcıların verdikleri yanıtlar arasında anlamlı farklılık vardır.

İş güvenliği programının varlığı faktörü için Tamhane testine göre 25 yaş ve altında olan katılımcılar ile 26-33 yaş grubu arasında ($p=0,003$) olanlar ve 34-41 yaş arasında ($p=0,031$) olan katılımcıların verdikleri yanıtlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Son olarak insan kaynaklarının yeterliliği faktörü için 42 yaş ve üzerinde olan katılımcılarla 25 ve altı ($p=0,015$), 26-33 yaş arasında ($p=0,000$) ve 34-41 yaş arasında ($p=0,006$) olan katılımcıların verdikleri yanıtlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir.

Tablo 18: Yaşa İlişkin Çoklu Karşılaştırma

Yaş - LSD					
(I) Yaş	(J) Yaş		Ortalama Farkı (I-J)	Std. Hata	p
Örgütsel davranış	25 ve ↓	26-33	,28003	,13717	,042
		34-41	,18791	,14916	,209
		42 ve ↑	-,12288	,16380	,454
	26-33	25 ve ↓	-,28003	,13717	,042
		34-41	-,09212	,10373	,375
		42 ve ↑	-,40291	,12387	,001
	34-41	25 ve ↓	-,18791	,14916	,209
		26-33	,09212	,10373	,375
		42 ve ↑	-,31079	,13702	,024
	42 ve ↑	25 ve ↓	,12288	,16380	,454
		26-33	,40291	,12387	,001
		34-41	,31079	,13702	,024
İletişim	25 ve ↓	26-33	,05719	,15168	,706
		34-41	,15696	,16493	,342
		42 ve ↑	-,29375	,18113	,106
	26-33	25 ve ↓	-,05719	,15168	,706
		34-41	,09977	,11470	,385
		42 ve ↑	-,35094	,13697	,011
	34-41	25 ve ↓	-,15696	,16493	,342
		26-33	-,09977	,11470	,385
		42 ve ↑	-,45071	,15152	,003
	42 ve ↑	25 ve ↓	,29375	,18113	,106
		26-33	,35094	,13697	,011
		34-41	,45071	,15152	,003
Hastane Yönetimi(Liderlik)	25 ve ↓	26-33	,22886	,13485	,091
		34-41	,23613	,14664	,108
		42 ve ↑	-,13620	,16103	,398
	26-33	25 ve ↓	-,22886	,13485	,091
		34-41	,00727	,10198	,943
		42 ve ↑	-,36506	,12177	,003
	34-41	25 ve ↓	-,23613	,14664	,108
		26-33	-,00727	,10198	,943
		42 ve ↑	-,37233	,13471	,006
	42 ve ↑	25 ve ↓	,13620	,16103	,398
		26-33	,36506	,12177	,003
		34-41	,37233	,13471	,006

Korunma uygulamaları	25 ve ↓	26-33	,19078	,12680	,133
		34-41	,02518	,13788	,855
		42 ve ↑	-,14966	,15142	,324
	26-33	25 ve ↓	-,19078	,12680	,133
		34-41	-,16560	,09589	,085
		42 ve ↑	-,34044	,11451	,003
	34-41	25 ve ↓	-,02518	,13788	,855
		26-33	,16560	,09589	,085
		42 ve ↑	-,17484	,12667	,168
	42 ve ↑	25 ve ↓	,14966	,15142	,324
		26-33	,34044	,11451	,003
		34-41	,17484	,12667	,168
Yaş-Tamhane					
İş güvenliği programının varlığı	25 ve ↓	26-33	,42625	,11872	,003
		34-41	,40780	,14324	,031
		42 ve ↑	,18769	,14185	,716
	26-33	25 ve ↓	-,42625	,11872	,003
		34-41	-,01845	,12534	1,000
		42 ve ↑	-,23856	,12375	,297
	34-41	25 ve ↓	-,40780	,14324	,031
		26-33	,01845	,12534	1,000
		42 ve ↑	-,22011	,14744	,590
	42 ve ↑	25 ve ↓	-,18769	,14185	,716
		26-33	,23856	,12375	,297
		34-41	,22011	,14744	,590
İnsan Kaynaklarının Yeterliliği	25 ve ↓	26-33	,14562	,12856	,838
		34-41	,04573	,15505	1,000
		42 ve ↑	-,49831	,15959	,015
	26-33	25 ve ↓	-,14562	,12856	,838
		34-41	-,09989	,12923	,969
		42 ve ↑	-,64393	,13464	,000
	34-41	25 ve ↓	-,04573	,15505	1,000
		26-33	,09989	,12923	,969
		42 ve ↑	-,54404	,16013	,006
	42 ve ↑	25 ve ↓	,49831	,15959	,015
		26-33	,64393	,13464	,000
		34-41	,54404	,16013	,006

4.4.3 Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre Verilen Yanıtlar

Katılımcıların eğitim durumlarına göre verdikleri yanıtlar arasında anlamlı farklılığın olup olmadığını test etmek amacıyla tek yönlü varyans analizi (ANOVA) gerçekleştirilmiştir. Bu doğrultuda güvenlik kültürü faktörlerinden İş güvenliği programının varlığı ve risk ve tehlikeler algısı, çalışan güvenliğine ilişkin boyutlardan ise kalite yönetimi ve hastane yönetimi(liderlik) boyutlarında anlamlı farklılık tespit edilmiştir.

Katılımcıların eğitim durumuna ilişkin tanımlayıcı istatistikler Tablo 19'da yer almaktadır.

Tablo 19:Eğitim Durumuna Göre ANOVA Testine İlişkin Grup İstatistikleri

	Eğitim	N	Ortalama	Std. Sapma	F	p
İş güvenliği programının varlığı	Lise ve ↓	47	3,6525	,84544	3,269	0,039
	Lisans	214	3,6246	,82210		
	Lisansüstü	57	3,3216	,82847		
	Toplam	318	3,5744	,83258		
Risk ve Tehlikeler algısı	Lise ve ↓	47	3,1957	,63175	7,312	0,001
	Lisans	214	2,7876	,66431		
	Lisansüstü	57	2,7860	,75106		
	Toplam	318	2,8476	,68933		
Kalite Yönetimi	Lise ve ↓	47	3,4894	,80582	3,534	0,030
	Lisans	214	3,3236	,61773		
	Lisansüstü	57	3,1447	,69267		
	Toplam	318	3,3160	,66720		
Hastane Yönetimi(liderlik)	Lise ve ↓	47	3,3050	,66403	4,612	0,011
	Lisans	214	2,9485	,72958		
	Lisansüstü	57	2,9649	,81546		
	Toplam	318	3,0041	,74492		

Anlamli farklılık tespit edilen boyutlar için hangi gruplar arasında anlamli farklılık olduğunu tespit etmek amacıyla gerçekleştirilen post hoc analizlerden LSD ve Tamhane testlerine göre belirlenen farklılıklar Tablo 20’de gösterilmektedir.

İş güvenliği programının varlığı faktörü için LSD testine göre lisansüstü eğitim durumu olan katılımcılarla lise ve altında eğitim durumu olan katılımcılar ($p=0,043$) ve lisans eğitim durumu olan katılımcıların ($p=0,014$) verdikleri yanıtlar arasında anlamli farklılık tespit edilmiştir. Risk ve tehlikeler algısı faktörü için lise ve altında eğitim durumu olan katılımcılar ile lisans eğitim durumu olan katılımcıların ($p=0,000$) ve lisansüstü eğitim durumu olan katılımcıların ($p=0,002$) verdikleri yanıtlar arasında anlamli farklılık tespit edilmiştir. Kalite yönetimi değişkeni için lise ve altında eğitim durumu olan katılımcılar ile lisansüstü eğitim durumu olan katılımcıların ($p=0,009$) verdikleri yanıtlar arasında anlamli farklılık vardır. Son olarak, hastane yönetimi(liderlik) değişkeni için lise ve altında eğitim durumu olan katılımcılar ile lisans eğitim durumu olan katılımcıların ($p=0,003$) ve lisansüstü eğitim durumu olan katılımcıların ($p=0,020$) verdikleri yanıtlar arasında anlamli farklılık tespit edilmiştir.

Tablo 20: Eğitim Düzeyine İlişkin Çoklu Karşılaştırma

Meslek - LSD					
(I) Eğitim	(J) Eğitim		Ortalama Farkı (I-J)	Std. Hata	p
İş güvenliği programının varlığı	Lise ve ↓	Lisans	,02787	,13317	,834
		Lisansüstü	,33084	,16288	,043
	Lisans	Lise ve ↓	-,02787	,13317	,834
		Lisansüstü	,30297	,12322	,014
Risk ve Tehlikeler algısı	Lise ve ↓	Lisans	-,33084	,16288	,043
		Lisansüstü	-,30297	,12322	,014
	Lisans	Lise ve ↓	,40813	,10890	,000
		Lisansüstü	,40978	,13319	,002
Kalite Yönetimi	Lise ve ↓	Lisans	-,40813	,10890	,000
		Lisansüstü	,00165	,10076	,987
	Lisans	Lise ve ↓	-,40978	,13319	,002
		Lisansüstü	-,00165	,10076	,987
Hastane Yönetimi(liderlik)	Lise ve ↓	Lisans	,16576	,10663	,121
		Lisansüstü	,34462	,13042	,009
	Lisans	Lise ve ↓	-,16576	,10663	,121
		Lisansüstü	,17886	,09866	,071
	Lise ve ↓	Lisans	-,34462	,13042	,009
		Lisansüstü	-,17886	,09866	,071
	Lisans	Lise ve ↓	,35650	,11865	,003
		Lisansüstü	,34005	,14513	,020
	Lise ve ↓	Lisans	-,35650	,11865	,003
		Lisansüstü	-,01644	,10979	,881
	Lisans	Lise ve ↓	-,34005	,14513	,020
		Lisansüstü	,01644	,10979	,881

4.4.4 Katılımcıların Çalışma Saatlerine Göre Verilen Yanıtlar

Katılımcıların çalışma saatlerine göre verdikleri yanıtlar arasında anlamlı farklılığın olup olmadığını test etmek amacıyla tek yönlü varyans analizi (ANOVA) gerçekleştirilmiştir. Bu doğrultuda güvenlik kültürü faktörlerinden örgütsel davranış, iş güvenliği programının varlığı, risk ve tehlikeler algısı, güvenlik kültürü algısı ve insan kaynaklarının yeterliliği, çalışan güvenliğine ilişkin boyutlardan ise hastane yönetimi, korunma uygulamaları, iletişim, mesleksel kaza bildirimi sistemi ve kalite yönetimi boyutlarında anlamlı farklılık tespit edilmiştir.

Katılımcıların çalışma saatine ilişkin tanımlayıcı istatistikler Tablo 21’de yer almaktadır.

Tablo 21: Çalışma Saatine Göre ANOVA Testine İlişkin Grup İstatistikleri

	Çalışma Saati	N	Ortalama	Std. Sapma	F	p
Örgütsel davranış	39 ve ↓	29	3,4877	,69517	6,830	0,001
	40-59	230	3,4989	,70831		
	60-79	28	3,0663	,91141		
	80 ve ↑	30	2,9667	,83357		
	Toplam	317	3,4093	,75932		
İş güvenliği programının varlığı	39 ve ↓	29	3,8391	,75918	7,597	0,001
	40-59	230	3,6362	,80666		
	60-79	28	3,4405	,75388		
	80 ve ↑	30	2,9556	,91280		
	Toplam	317	3,5731	,83355		
Risk ve Tehlikeler algısı	39 ve ↓	29	2,9655	,60491	3,476	0,016
	40-59	230	2,8961	,66702		
	60-79	28	2,6518	,81120		
	80 ve ↑	30	2,5400	,73934		
	Toplam	317	2,8472	,69037		
Güvenlik Kültürü Algısı	39 ve ↓	29	3,5057	,74333	2,661	0,048
	40-59	230	3,4478	,73713		
	60-79	28	3,0714	,81829		
	80 ve ↑	30	3,5778	,79236		
	Toplam	317	3,4322	,75616		
Hastane Yönetimi	39 ve ↓	29	3,0805	,75412	4,362	0,005
	40-59	230	3,0632	,71086		
	60-79	28	2,8690	,87282		
	80 ve ↑	30	2,5741	,73996		
	Toplam	317	3,0013	,74443		
Korunma uygulamaları	39 ve ↓	29	3,9310	,75266	5,240	0,002
	40-59	230	4,0391	,66005		
	60-79	28	3,8286	,71121		
	80 ve ↑	30	3,5333	,79191		
	Toplam	317	3,9628	,70009		
İnsan Kaynaklarının Yeterliliği	39 ve ↓	29	2,8621	,86610	11,216	0,001
	40-59	230	2,6130	,87862		
	60-79	28	1,9405	,52941		
	80 ve ↑	30	1,9778	,69994		
	Toplam	317	2,5163	,87722		
İletişim	39 ve ↓	29	3,1862	,84504	4,397	0,005
	40-59	230	3,0411	,78752		
	60-79	28	2,6536	1,09154		
	80 ve ↑	30	2,6200	,79888		
	Toplam	317	2,9803	,83753		
Mesleksi Kaza Bildirimi sistemi	39 ve ↓	29	3,5402	,58019	5,678	0,001
	40-59	230	3,3422	,64346		
	60-79	28	3,0119	,85217		
	80 ve ↑	30	2,9500	,91826		
	Toplam	317	3,2940	,70345		
Kalite Yönetimi	39 ve ↓	29	3,3707	,77523	4,578	0,004
	40-59	230	3,3674	,57828		
	60-79	28	3,2321	,86047		
	80 ve ↑	30	2,9083	,83945		
	Toplam	317	3,3123	,66491		

Anlamlı farklılık tespit edilen boyutlar için hangi gruplar arasında anlamlı farklılık olduğunu tespit etmek amacıyla gerçekleştirilen post hoc analizlerden LSD ve Tamhane testlerine göre belirlenen farklılıklar Tablo 22’de gösterilmektedir.

Örgütsel davranış faktörü için LSD testine göre 39 saat ve altında çalışan katılımcılar ile 60-79 saat arasında çalışan ($p=0,032$) ve 80 saat ve üzerinde çalışan katılımcıların ($p=0,007$) verdikleri yanıtlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Ayrıca, 40-59 saat arası çalışanlar ile 60-79 saat arasında çalışan ($p=0,004$) ve 80 saat ve üzerinde çalışan katılımcıların ($p=0,000$) verdikleri yanıtlar arasında anlamlı farklılık vardır. İş güvenliği programının varlığı faktörü için 80 saat ve üzerinde çalışan katılımcıların verdikleri yanıtlar ile 39 saat ve altında çalışan katılımcıların ($p=0,000$), 40-59 saat arası çalışan katılımcıların ($p=0,000$) ve 60-79 saat arasında çalışan ($p=0,023$) verdikleri yanıtlar arasında anlamlı farklılık vardır. Risk ve tehlikeler algısı faktörü için 80 saat ve üzerinde çalışan katılımcıların verdikleri yanıtlar ile 39 saat ve altında çalışan katılımcıların ($p=0,017$) ve 40-59 saat arası çalışan katılımcıların ($p=0,008$) verdikleri yanıtlar arasında anlamlı farklılık vardır.

Güvenlik kültürü algısı değişkeni için 60-79 saat arasında çalışan katılımcıların verdikleri yanıtlar ile 39 saat ve altında çalışan katılımcıların ($p=0,030$), 40-59 saat arası çalışan katılımcıların ($p=0,013$) ve 80 saat ve üzerinde çalışan katılımcıların ($p=0,011$) verdikleri yanıtlar arasında anlamlı farklılık vardır. Hastane yönetimi(liderlik) için 80 saat ve üzerinde çalışan katılımcıların verdikleri yanıtlar ile 39 saat ve altında çalışan katılımcıların ($p=0,008$) ve 40-59 saat arası çalışan katılımcıların ($p=0,001$) verdikleri yanıtlar arasında anlamlı farklılık vardır. Korunma uygulamaları için 80 saat ve üzerinde çalışan katılımcıların verdikleri yanıtlar ile 39 saat ve altında çalışan katılımcıların ($p=0,027$) ve 40-59 saat arası çalışan katılımcıların ($p=0,000$) verdikleri yanıtlar arasında anlamlı farklılık vardır.

İnsan kaynaklarının yeterliliği faktörü için Tamhane testine göre 39 saat ve altında çalışan katılımcılar ile 60-79 saat arasında çalışan ($p=0,000$) ve 80 saat ve üzerinde çalışan katılımcıların ($p=0,000$) verdikleri yanıtlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Ayrıca, 40-59 saat arası çalışanlar ile 60-79 saat arasında çalışan ($p=0,000$) ve 80 saat ve üzerinde çalışan katılımcıların ($p=0,000$) verdikleri yanıtlar arasında anlamlı farklılık vardır. Mesleksel kaza bildirimi sistemi için 39 saat ve altında çalışan katılımcılar ile 80 saat ve üzerinde çalışan katılımcıların ($p=0,028$) verdikleri yanıtlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Kalite yönetimi için 40-59 saat arası çalışan katılımcılar ile 80 saat ve üzerinde çalışan katılımcıların ($p=0,038$) verdikleri yanıtlar arasında anlamlı farklılık vardır.

Tablo 22: Çalışma Saatine İlişkin Çoklu Karşılaştırma

Çalışma Saati - LSD					
(I) Çalışma Saati	(J) Çalışma Saati		Ortalama Farkı (I-J)	Std. Hata	p
Örgütsel davranış	39 ve ↓	40-59	-,01118	,14565	,939
		60-79	,42136	,19583	,032
		80 ve ↑	,52102	,19248	,007
	40-59	39 ve ↓	,01118	,14565	,939
		60-79	,43253	,14794	,004
		80 ve ↑	,53219	,14348	,000
	60-79	39 ve ↓	-,42136	,19583	,032
		40-59	-,43253	,14794	,004
		80 ve ↑	,09966	,19422	,608
	80 ve ↑	39 ve ↓	-,52102	,19248	,007
		40-59	-,53219	,14348	,000
		60-79	-,09966	,19422	,608
İş güvenliği programının varlığı	39 ve ↓	40-59	,20285	,15934	,204
		60-79	,39860	,21424	,064
		80 ve ↑	,88352	,21057	,000
	40-59	39 ve ↓	-,20285	,15934	,204
		60-79	,19576	,16185	,227
		80 ve ↑	,68068	,15696	,000
	60-79	39 ve ↓	-,39860	,21424	,064
		40-59	-,19576	,16185	,227
		80 ve ↑	,48492	,21248	,023
	80 ve ↑	39 ve ↓	-,88352	,21057	,000
		40-59	-,68068	,15696	,000
		60-79	-,48492	,21248	,023
Risk ve Tehlikeler algısı	39 ve ↓	40-59	,06943	,13447	,606
		60-79	,31373	,18080	,084
		80 ve ↑	,42552	,17771	,017
	40-59	39 ve ↓	-,06943	,13447	,606
		60-79	,24430	,13658	,075
		80 ve ↑	,35609	,13246	,008
	60-79	39 ve ↓	-,31373	,18080	,084
		40-59	-,24430	,13658	,075
		80 ve ↑	,11179	,17931	,533
	80 ve ↑	39 ve ↓	-,42552	,17771	,017
		40-59	-,35609	,13246	,008
		60-79	-,11179	,17931	,533
Güvenlik Kültürü Algısı	39 ve ↓	40-59	,05792	,14784	,695
		60-79	,43432	,19878	,030
		80 ve ↑	-,07203	,19538	,713
	40-59	39 ve ↓	-,05792	,14784	,695
		60-79	,37640	,15017	,013
		80 ve ↑	-,12995	,14564	,373
	60-79	39 ve ↓	-,43432	,19878	,030
		40-59	-,37640	,15017	,013
		80 ve ↑	-,50635	,19715	,011
	80 ve ↑	39 ve ↓	,07203	,19538	,713
		40-59	,12995	,14564	,373
		60-79	,50635	,19715	,011
Hastane Yönetimi(Liderlik)	39 ve ↓	40-59	,01730	,14441	,905
		60-79	,21141	,19416	,277
		80 ve ↑	,50639	,19084	,008
	40-59	39 ve ↓	-,01730	,14441	,905
		60-79	,19412	,14668	,187
		80 ve ↑	,48909	,14225	,001
	60-79	39 ve ↓	-,21141	,19416	,277

	80 ve ↑	40-59	-,19412	,14668	,187			
		80 ve ↑	,29497	,19256	,127			
		39 ve ↓	-,50639	,19084	,008			
		40-59	-,48909	,14225	,001			
Korunma uygulamaları	39 ve ↓	60-79	-,29497	,19256	,127			
		40-59	-,10810	,13526	,425			
		60-79	,10246	,18186	,574			
	40-59	80 ve ↑	,39770	,17875	,027			
		39 ve ↓	,10810	,13526	,425			
		60-79	,21056	,13739	,126			
	60-79	80 ve ↑	,50580	,13324	,000			
		39 ve ↓	-,10246	,18186	,574			
		40-59	-,21056	,13739	,126			
	80 ve ↑	80 ve ↑	,29524	,18037	,103			
		39 ve ↓	-,39770	,17875	,027			
		40-59	-,50580	,13324	,000			
60-79						-,29524	,18037	,103
Çalışma Saati –Tamhane								
İnsan Kaynaklarının Yeterliliği	39 ve ↓	40-59	,24903	,17095	,633			
		60-79	,92159	,18941	,000			
		80 ve ↑	,88429	,20542	,000			
	40-59	39 ve ↓	-,24903	,17095	,633			
		60-79	,67257	,11561	,000			
		80 ve ↑	,63527	,14031	,000			
	60-79	39 ve ↓	-,92159	,18941	,000			
		40-59	-,67257	,11561	,000			
		80 ve ↑	-,03730	,16230	1,000			
	80 ve ↑	39 ve ↓	-,88429	,20542	,000			
		40-59	-,63527	,14031	,000			
		60-79	,03730	,16230	1,000			
İletişim	39 ve ↓	40-59	,14512	,16529	,946			
		60-79	,53264	,25918	,242			
		80 ve ↑	,56621	,21424	,062			
	40-59	39 ve ↓	-,14512	,16529	,946			
		60-79	,38752	,21272	,387			
		80 ve ↑	,42109	,15482	,058			
	60-79	39 ve ↓	-,53264	,25918	,242			
		40-59	-,38752	,21272	,387			
		80 ve ↑	,03357	,25264	1,000			
	80 ve ↑	39 ve ↓	-,56621	,21424	,062			
		40-59	-,42109	,15482	,058			
		60-79	-,03357	,25264	1,000			
Mesleksel Kaza Bildirimi Sistemi	39 ve ↓	40-59	,19806	,11579	,452			
		60-79	,52833	,19376	,052			
		80 ve ↑	,59023	,19928	,028			
	40-59	39 ve ↓	-,19806	,11579	,452			
		60-79	,33027	,16654	,294			
		80 ve ↑	,39217	,17294	,167			
	60-79	39 ve ↓	-,52833	,19376	,052			
		40-59	-,33027	,16654	,294			
		80 ve ↑	,06190	,23247	1,000			
	80 ve ↑	39 ve ↓	-,59023	,19928	,028			
		40-59	-,39217	,17294	,167			
		60-79	-,06190	,23247	1,000			
Kalite Yönetimi	39 ve ↓	40-59	,00330	,14892	1,000			
		60-79	,13855	,21718	,989			
		80 ve ↑	,46236	,21027	,177			
	40-59	39 ve ↓	-,00330	,14892	1,000			
		60-79	,13525	,16702	,964			
		80 ve ↑	,45906	,15793	,038			
60-79	39 ve ↓	-,13855	,21718	,989				

		40-59	-,13525	,16702	,964
		80 ve ↑	,32381	,22346	,631
	80 ve ↑	39 ve ↓	-,46236	,21027	,177
		40-59	-,45906	,15793	,038
		60-79	-,32381	,22346	,631

4.4.5 Katılımcıların Çalıştıkları Hastanelere Göre Verilen Yanıtlar

Katılımcıların çalıştıkları hastanelere göre verdikleri yanıtlar arasında anlamlı farklılığın olup olmadığını test etmek amacıyla tek yönlü varyans analizi (ANOVA) gerçekleştirilmiştir. Bu doğrultuda güvenlik kültürü faktörlerinden örgütsel davranış, iş güvenliği programının varlığı, risk ve tehlikeler algısı ve insan kaynaklarının yeterliliği, çalışan güvenliğine ilişkin boyutlardan ise mesleksi kaza bildirim sistemi, kalite yönetimi hastane yönetimi(liderlik) ve iletişim boyutlarında anlamlı farklılık tespit edilmiştir.

Katılımcıların çalıştıkları hastaneye ilişkin tanımlayıcı istatistikler Tablo 23’de yer almaktadır.

Tablo 23: Hastaneye Göre ANOVA Testine İlişkin Grup İstatistikleri

	Hastane	N	Ortalama	Std. Sapma	F	p
Örgütsel davranış	BTM	31	3,6590	,61575	3,004	0,019
	DEÜH	168	3,4245	,68869		
	UDH	34	3,3445	,75521		
	KKDH	30	3,6286	,91404		
	TEAH	57	3,1704	,89436		
	Toplam	320	3,4126	,76201		
İş güvenliği programının varlığı	BTM	31	3,8925	,68523	3,336	0,011
	DEÜH	168	3,5694	,83690		
	UDH	34	3,4804	,85356		
	KKDH	30	3,8778	,71911		
	TEAH	57	3,3509	,87836		
	Toplam	320	3,5813	,83484		
Risk ve Tehlikeler algısı	BTM	31	3,1871	,50315	3,031	0,018
	DEÜH	168	2,7937	,67614		
	UDH	34	2,9176	,59313		
	KKDH	30	2,9733	,69229		
	TEAH	57	2,7228	,79889		
	Toplam	320	2,8492	,68750		
İnsan Kaynaklarının Yeterliliği	BTM	31	2,3548	,71975	2,611	0,036
	DEÜH	168	2,5615	,83434		
	UDH	34	2,2941	,90552		
	KKDH	30	2,9000	,96351		
	TEAH	57	2,4152	,94760		
	Toplam	320	2,5188	,87438		
Mesleksi Kaza Bildirimi	BTM	31	3,4247	,60834	2,643	0,034
	DEÜH	168	3,3413	,68483		
	UDH	34	3,2843	,59392		
	KKDH	30	3,4289	,77508		
	TEAH	57	3,0409	,77298		
	Toplam	320	3,2980	,70165		
Kalite Yönetimi	BTM	31	3,6290	,45125	4,179	0,003

	DEÜH	168	3,2798	,60053		
	UDH	34	3,5000	,72822		
	KKDH	30	3,3917	,77316		
	TEAH	57	3,1053	,76612		
	Toplam	320	3,3164	,66519		
Hastane Yönetimi(liderlik)	BTM	31	3,3369	,53632	5,552	0,001
	DEÜH	168	3,0198	,69462		
	UDH	34	2,9730	,78247		
	KKDH	30	3,2630	,87512		
	TEAH	57	2,6764	,77274		
	Toplam	320	3,0072	,74424		
İletişim	BTM	31	2,9742	,55315	2,868	0,023
	DEÜH	168	3,0333	,75686		
	UDH	34	3,0294	,84299		
	KKDH	30	3,2350	1,10338		
	TEAH	57	2,6754	,94949		
	Toplam	320	2,9823	,83400		

Anlamlı farklılık tespit edilen boyutlar için hangi gruplar arasında anlamlı farklılık olduğunu tespit etmek amacıyla gerçekleştirilen post hoc analizlerden LSD ve Tamhane testlerine göre belirlenen farklılıklar Tablo 24’de gösterilmektedir.

Örgütsel davranış faktörü için LSD testine göre Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde çalışan katılımcılar ile Buca Tıp Merkezi’nde çalışan katılımcıların ($p=0,004$), Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi’nde çalışan katılımcıların ($p=0,028$) ve Konak Kadın Doğum Hastanesi’nde çalışan katılımcıların ($p=0,007$) verdikleri yanıtlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. İş güvenliği programının varlığı faktörü için Buca Tıp Merkezi’nde çalışan katılımcılar ile Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi’nde çalışan katılımcıların ($p=0,045$), Urla Devlet Hastanesi’nde çalışan katılımcıların ($p=0,045$) ve Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde çalışan katılımcıların ($p=0,003$) verdikleri yanıtlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Bunun yanında, Konak Kadın Doğum Hastanesi’nde çalışan katılımcılar ile Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde çalışan katılımcıların ($p=0,005$) verdikleri yanıtlar arasında anlamlı farklılık vardır.

Risk ve tehlikeler algısı faktörü için Buca Tıp Merkezi’nde çalışan katılımcılar ile Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi’nde çalışan katılımcıların ($p=0,003$) ve Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde çalışan katılımcıların ($p=0,002$) verdikleri yanıtlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. İnsan kaynaklarının yeterliliği faktörü için Konak Kadın Doğum Hastanesi’nde çalışan katılımcılar ile diğer hastanelerde çalışan katılımcıların (Buca Tıp Merkezi, $p=0,014$; Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi, $p=0,049$; Urla Devlet Hastanesi,

p=0,006; Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, p=0,014) verdikleri yanıtlar arasında anlamlı farklılık vardır.

Mesleksel kaza bildirimi sistemi için Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan katılımcılar ile Buca Tıp Merkezi'nde çalışan katılımcıların (p=0,014), Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi'nde çalışan katılımcıların (p=0,005) ve Konak Kadın Doğum Hastanesi'nde çalışan katılımcıların (p=0,0014) verdikleri yanıtlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Kalite yönetimi için Buca Tıp Merkezi'nde çalışan katılımcılar ile Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi'nde çalışan katılımcıların (p=0,007) ve Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan katılımcıların (p=0,000) verdikleri yanıtlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Bunun yanında, Urla Devlet Hastanesi'nde çalışan katılımcılar ile Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan katılımcıların (p=0,006) verdikleri yanıtlar arasında anlamlı farklılık vardır.

Hastane yönetimi(liderlik) boyutu için Buca Tıp Merkezi'nde çalışan katılımcılar ile Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi'nde çalışan katılımcıların (p=0,026), Urla Devlet Hastanesi'nde çalışan katılımcıların (p=0,044) ve Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan katılımcıların (p=0,000) verdikleri yanıtlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Bunun yanında, Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan katılımcılar ile Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi'nde çalışan katılımcıların (p=0,002) ve Konak Kadın Doğum Hastanesi'nde çalışan katılımcıların (p=0,000) verdikleri yanıtlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir.

Tablo 24: Hastaneye İlişkin Çoklu Karşılaştırma

Hastane- LSD					
(I) Hastane	(J) Hastane		Ortalama Farkı (I-J)	Std. Hata	p
Örgütsel Davranış	BTM	DEÜH	,23452	,14712	,112
		UDH	,31445	,18690	,093
		KKDH	,03041	,19275	,875
		TEAH	,48856	,16796	,004
	DEÜH	BTM	-,23452	,14712	,112
		UDH	,07992	,14153	,573
		KKDH	-,20411	,14917	,172
		TEAH	,25404	,11536	,028
	UDH	BTM	-,31445	,18690	,093
		DEÜH	-,07992	,14153	,573
		KKDH	-,28403	,18852	,133
		TEAH	,17411	,16309	,287

	KKDH	BTM	-,03041	,19275	,875
		DEÜH	,20411	,14917	,172
		UDH	,28403	,18852	,133
		TEAH	,45815	,16976	,007
	TEAH	BTM	-,48856	,16796	,004
		DEÜH	-,25404	,11536	,028
		UDH	-,17411	,16309	,287
		KKDH	-,45815	,16976	,007
İş güvenliği Programının Varlığı	BTM	DEÜH	,32303	,16085	,045
		UDH	,41208	,20435	,045
		KKDH	,01470	,21075	,944
		TEAH	,54160	,18364	,003
	DEÜH	BTM	-,32303	,16085	,045
		UDH	,08905	,15475	,565
		KKDH	-,30833	,16310	,060
		TEAH	,21857	,12614	,084
	UDH	BTM	-,41208	,20435	,045
		DEÜH	-,08905	,15475	,565
		KKDH	-,39739	,20612	,055
		TEAH	,12951	,17831	,468
Risk ve Tehlikeler Algısı	BTM	DEÜH	-,01470	,21075	,944
		UDH	,30833	,16310	,060
		KKDH	,39739	,20612	,055
		TEAH	,52690	,18561	,005
	TEAH	BTM	-,54160	,18364	,003
		DEÜH	-,21857	,12614	,084
		UDH	-,12951	,17831	,468
		KKDH	-,52690	,18561	,005
	BTM	DEÜH	,39335	,13271	,003
		UDH	,26945	,16860	,111
		KKDH	,21376	,17387	,220
		TEAH	,46429	,15151	,002
Risk ve Tehlikeler Algısı	DEÜH	BTM	-,39335	,13271	,003
		UDH	-,12390	,12767	,333
		KKDH	-,17958	,13456	,183
		TEAH	,07094	,10407	,496
	UDH	BTM	-,26945	,16860	,111
		DEÜH	,12390	,12767	,333
		KKDH	-,05569	,17006	,744
		TEAH	,19484	,14711	,186
	KKDH	BTM	-,21376	,17387	,220
		DEÜH	,17958	,13456	,183
		UDH	,05569	,17006	,744
		TEAH	,25053	,15313	,103
İnsan Kaynaklarının Yeterliliği	TEAH	BTM	-,46429	,15151	,002
		DEÜH	-,07094	,10407	,496
		UDH	-,19484	,14711	,186
		KKDH	-,25053	,15313	,103
	BTM	DEÜH	-,20667	,16922	,223
		UDH	,06072	,21498	,778
		KKDH	-,54516	,22171	,014
		TEAH	-,06037	,19319	,755
	DEÜH	BTM	,20667	,16922	,223
		UDH	,26739	,16279	,101
		KKDH	-,33849	,17158	,049
		TEAH	,14630	,13270	,271
İnsan Kaynaklarının Yeterliliği	UDH	BTM	-,06072	,21498	,778
		DEÜH	-,26739	,16279	,101
		KKDH	-,60588	,21684	,006
		TEAH	-,12109	,18759	,519
İnsan Kaynaklarının Yeterliliği	KKDH	BTM	,54516	,22171	,014

	TEAH	DEÜH	,33849	,17158	,049	
		UDH	,60588	,21684	,006	
		TEAH	,48480	,19526	,014	
		BTM	,06037	,19319	,755	
		DEÜH	-,14630	,13270	,271	
Mesleksel Kaza Bildirimi Sistemi	BTM	UDH	,12109	,18759	,519	
		KKDH	-,48480	,19526	,014	
		DEÜH	,08346	,13576	,539	
		UDH	,14042	,17248	,416	
		KKDH	-,00416	,17787	,981	
	DEÜH	TEAH	,38380	,15499	,014	
		BTM	-,08346	,13576	,539	
		UDH	,05696	,13061	,663	
		KKDH	-,08762	,13766	,525	
		TEAH	,30033	,10646	,005	
	UDH	BTM	-,14042	,17248	,416	
		DEÜH	-,05696	,13061	,663	
		KKDH	-,14458	,17397	,407	
		TEAH	,24338	,15050	,107	
	KKDH	BTM	,00416	,17787	,981	
		DEÜH	,08762	,13766	,525	
		UDH	,14458	,17397	,407	
		TEAH	,38795	,15666	,014	
	TEAH	BTM	-,38380	,15499	,014	
DEÜH		-,30033	,10646	,005		
UDH		-,24338	,15050	,107		
KKDH		-,38795	,15666	,014		
Kalite Yönetimi	BTM	DEÜH	,34927	,12751	,007	
		UDH	,12903	,16199	,426	
		KKDH	,23737	,16706	,156	
		TEAH	,52377	,14557	,000	
		DEÜH	BTM	-,34927	,12751	,007
	DEÜH	UDH	-,22024	,12267	,074	
		KKDH	-,11190	,12929	,387	
		TEAH	,17450	,09999	,082	
		UDH	BTM	-,12903	,16199	,426
		DEÜH	,22024	,12267	,074	
	KKDH	KKDH	,10833	,16340	,508	
		TEAH	,39474	,14135	,006	
		BTM	-,23737	,16706	,156	
		DEÜH	,11190	,12929	,387	
	TEAH	UDH	-,10833	,16340	,508	
		TEAH	,28640	,14714	,052	
		BTM	-,52377	,14557	,000	
		DEÜH	-,17450	,09999	,082	
	Hastane Yönetimi(liderlik)	BTM	UDH	-,39474	,14135	,006
KKDH			-,28640	,14714	,052	
DEÜH			,31708	,14150	,026	
UDH			,36388	,17976	,044	
KKDH			,07395	,18539	,690	
DEÜH		TEAH	,66050	,16154	,000	
		BTM	-,31708	,14150	,026	
		UDH	,04680	,13613	,731	
		KKDH	-,24312	,14348	,091	
		TEAH	,34343	,11096	,002	
UDH		BTM	-,36388	,17976	,044	
		DEÜH	-,04680	,13613	,731	
		KKDH	-,28992	,18132	,111	
		TEAH	,29663	,15686	,060	
KKDH		BTM	-,07395	,18539	,690	
		DEÜH	,24312	,14348	,091	

		UDH	,28992	,18132	,111
		TEAH	,58655	,16328	,000
	TEAH	BTM	-,66050	,16154	,000
		DEÜH	-,34343	,11096	,002
		UDH	-,29663	,15686	,060
		KKDH	-,58655	,16328	,000
Hastane–Tamhane					
İletişim	BTM	DEÜH	-,05914	,11524	1,000
		UDH	-,05522	,17542	1,000
		KKDH	-,26081	,22461	,945
		TEAH	,29875	,16027	,493
	DEÜH	BTM	,05914	,11524	1,000
		UDH	,00392	,15592	1,000
		KKDH	-,20167	,20974	,985
		TEAH	,35789	,13866	,110
	UDH	BTM	,05522	,17542	1,000
		DEÜH	-,00392	,15592	1,000
		KKDH	-,20559	,24796	,995
		TEAH	,35397	,19162	,509
	KKDH	BTM	,26081	,22461	,945
		DEÜH	,20167	,20974	,985
		UDH	,20559	,24796	,995
		TEAH	,55956	,23748	,202
	TEAH	BTM	-,29875	,16027	,493
		DEÜH	-,35789	,13866	,110
		UDH	-,35397	,19162	,509
		KKDH	-,55956	,23748	,202

4.4.6 Katılımcıların Çalıştıkları Birimlere Göre Verilen Yanıtlar

Araştırmaya katılanların çalıştıkları birimlere göre verdikleri yanıtlar arasında anlamlı farklılığın olup olmadığını test etmek amacıyla tek yönlü varyans analizi (ANOVA) gerçekleştirilmiştir. Bu doğrultuda güvenlik kültürü faktörlerinden örgütsel davranış, iş güvenliği programının varlığı, risk ve tehlikeler algısı, insan kaynaklarının yeterliliği ve güvenlik kültürü algısı, çalışan güvenliğine ilişkin boyutlardan ise iletişim, mesleki kaza bildirimi sistemi ve hastane yönetimi(liderlik) boyutlarında anlamlı farklılık tespit edilmiştir.

Katılımcıların çalıştıkları hastaneye ilişkin tanımlayıcı istatistikler Tablo 25’de yer almaktadır.

Tablo 25: Birimlere Göre ANOVA Testine İlişkin Grup İstatistikleri

	Birim	N	Ortalama	Std. Sapma	F	p
Örgütsel davranış	Ameliyathane	51	3,0252	,72320	8,166	0,001
	Laboratuvar	65	3,5414	,76425		
	Acil Servis	45	3,0159	,81340		
	Servis	52	3,5824	,66155		
	Doğumhane	23	3,6646	,79610		
	Yoğun Bakım	84	3,5865	,64946		
	Toplam	320	3,4126	,76201		
İş güvenliği programının varlığı	Ameliyathane	51	3,1699	,85212	4,410	0,001
	Laboratuvar	65	3,7692	,78600		
	Acil Servis	45	3,4444	,89330		
	Servis	52	3,7372	,79304		
	Doğumhane	23	3,8406	,68068		
	Yoğun Bakım	84	3,5913	,81049		
	Toplam	320	3,5813	,83484		
Risk ve Tehlikeler Algısı	Ameliyathane	51	2,5647	,66778	3,104	0,009
	Laboratuvar	65	2,8631	,67258		
	Acil Servis	45	2,9022	,75993		
	Servis	52	3,0154	,66373		
	Doğumhane	23	3,0870	,69236		
	Yoğun Bakım	84	2,8149	,64007		
	Toplam	320	2,8492	,68750		
İnsan Kaynaklarının Yeterliliği	Ameliyathane	51	2,0327	,63335	16,621	0,001
	Laboratuvar	65	2,9744	,84432		
	Acil Servis	45	1,9333	,67644		
	Servis	52	2,6859	,78497		
	Doğumhane	23	3,1304	,91419		
	Yoğun Bakım	84	2,5040	,83031		
	Toplam	320	2,5188	,87438		
Güvenlik Kültürü Algısı	Ameliyathane	51	3,1895	,83335	5,031	0,001
	Laboratuvar	65	3,6359	,72582		
	Acil Servis	45	3,0889	,80842		
	Servis	52	3,6538	,63644		
	Doğumhane	23	3,4638	,70165		
	Yoğun Bakım	84	3,4524	,70501		
	Toplam	320	3,4302	,75855		
İletişim	Ameliyathane	51	2,6167	,71754	5,714	0,001
	Laboratuvar	65	3,1662	,73278		
	Acil Servis	45	2,7522	,86418		
	Servis	52	3,0154	,76168		
	Doğumhane	23	3,5326	1,00449		
	Yoğun Bakım	84	3,0143	,84042		
	Toplam	320	2,9823	,83400		
Mesleksel Kaza Bildirimi Sistemi	Ameliyathane	51	2,8954	,75863	8,192	0,001
	Laboratuvar	65	3,4949	,65482		
	Acil Servis	45	3,0481	,73480		
	Servis	52	3,4135	,49009		
	Doğumhane	23	3,6971	,68394		
	Yoğun Bakım	84	3,3433	,66231		
	Toplam	320	3,2980	,70165		
Hastane Yönetimi(liderlik)	Ameliyathane	51	2,6253	,75391	5,510	0,001
	Laboratuvar	65	3,0769	,61549		
	Acil Servis	45	2,9136	,86712		
	Servis	52	3,2308	,66842		
	Doğumhane	23	3,3961	,74598		
	Yoğun Bakım	84	2,9904	,70852		
	Toplam	320	3,0072	,74424		

Anlamalı farklılık tespit edilen boyutlar için hangi gruplar arasında anlamlı farklılık olduğunu tespit etmek amacıyla gerçekleştirilen post hoc analizlerden LSD testine göre belirlenen farklılıklar Tablo 26’da gösterilmektedir.

Örgütsel davranış faktörü için LSD testine göre ameliyathanede çalışan katılımcılar ile laboratuvarında çalışan katılımcıların ($p=0,000$), serviste çalışan katılımcıların ($p=0,000$), doğumhanede çalışan katılımcıların ($p=0,000$) ve yoğun bakımda çalışan katılımcıların ($p=0,000$) verdikleri yanıtlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Bunun yanında acil serviste çalışan katılımcılar ile laboratuvarında çalışan katılımcıların ($p=0,000$), serviste çalışan katılımcıların ($p=0,000$), doğumhanede çalışan katılımcıların ($p=0,001$) ve yoğun bakımda çalışan katılımcıların ($p=0,000$) verdikleri yanıtlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir.

İş güvenliği programının varlığı değişkeni için, ameliyathanede çalışan katılımcılar ile laboratuvarında çalışan katılımcıların ($p=0,000$), serviste çalışan katılımcıların ($p=0,000$), doğumhanede çalışan katılımcıların ($p=0,001$) ve yoğun bakımda çalışan katılımcıların ($p=0,004$) verdikleri yanıtlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Bunun yanında acil serviste çalışan katılımcılar ile laboratuvarında çalışan katılımcıların ($p=0,040$) verdikleri yanıtlar arasında anlamlı farklılık vardır. Risk ve tehlikeler algısı faktörü için ameliyathanede çalışan katılımcılar ile laboratuvarında çalışan katılımcıların ($p=0,019$), acil serviste çalışan katılımcıların ($p=0,015$), serviste çalışan katılımcıların ($p=0,001$), doğumhanede çalışan katılımcıların ($p=0,002$) ve yoğun bakımda çalışan katılımcıların ($p=0,038$) verdikleri yanıtlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir.

İnsan kaynaklarının yeterliliği faktörü için ameliyathanede çalışan katılımcılar ile laboratuvarında çalışan katılımcıların ($p=0,000$), serviste çalışan katılımcıların ($p=0,000$), doğumhanede çalışan katılımcıların ($p=0,000$) ve yoğun bakımda çalışan katılımcıların ($p=0,001$) verdikleri yanıtlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Bunun yanında, laboratuvarında çalışan katılımcılar ile acil serviste çalışan katılımcıların ($p=0,000$), serviste çalışan katılımcıların ($p=0,049$) ve yoğun bakımda çalışan katılımcıların ($p=0,000$) verdikleri yanıtlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Bunun yanında acil serviste çalışan katılımcılar ile serviste çalışan katılımcıların ($p=0,000$), doğumhanede çalışan katılımcıların ($p=0,000$) ve yoğun bakımda çalışan katılımcıların ($p=0,000$) verdikleri yanıtlar arasında

anlamli farklilik tespit edilmiştir. Serviste çalışan katılımcılar ile doğumhanede çalışan katılımcıların ($p=0,000$), doğumhanede çalışan katılımcıların ($p=0,024$) verdikleri yanıtlar arasında anlamli farklilik vardır. Son olarak, doğumhanede çalışan katılımcılar ile yoğun bakımda çalışan katılımcıların ($p=0,001$) verdikleri yanıtlar arasında anlamli farklilik vardır.

Güvenlik kültürü algısı faktörü için ameliyathanede çalışan katılımcılar ile laboratuvarında çalışan katılımcıların ($p=0,001$), serviste çalışan katılımcıların ($p=0,002$) ve yoğun bakımda çalışan katılımcıların ($p=0,045$) verdikleri yanıtlar arasında anlamli farklilik tespit edilmiştir. Bunun yanında acil serviste çalışan katılımcılar ile laboratuvarında çalışan katılımcıların ($p=0,000$) serviste çalışan katılımcıların ($p=0,000$), doğumhanede çalışan katılımcıların ($p=0,048$) ve yoğun bakımda çalışan katılımcıların ($p=0,008$) verdikleri yanıtlar arasında anlamli farklilik tespit edilmiştir.

İletişim boyutu için ameliyathanede çalışan katılımcılar ile laboratuvarında çalışan katılımcıların ($p=0,000$), serviste çalışan katılımcıların ($p=0,012$), doğumhanede çalışan katılımcıların ($p=0,000$) ve yoğun bakımda çalışan katılımcıların ($p=0,006$) verdikleri yanıtlar arasında anlamli farklilik tespit edilmiştir. Bunun yanında acil serviste çalışan katılımcılar ile laboratuvarında çalışan katılımcıların ($p=0,008$) ve doğumhanede çalışan katılımcıların ($p=0,000$) verdikleri yanıtlar arasında anlamli farklilik tespit edilmiştir. Doğumhanede çalışan katılımcılar ile serviste çalışan katılımcıların ($p=0,011$) ve yoğun bakımda çalışan katılımcıların ($p=0,007$) verdikleri yanıtlar arasında anlamli farklilik vardır.

Mesleksel kaza bildirimi sistemi için ameliyathanede çalışan katılımcılar ile laboratuvarında çalışan katılımcıların ($p=0,000$), serviste çalışan katılımcıların ($p=0,000$), doğumhanede çalışan katılımcıların ($p=0,000$) ve yoğun bakımda çalışan katılımcıların ($p=0,000$) verdikleri yanıtlar arasında anlamli farklilik tespit edilmiştir. Bunun yanında acil serviste çalışan katılımcılar ile laboratuvarında çalışan katılımcıların ($p=0,001$), serviste çalışan katılımcıların ($p=0,007$), doğumhanede çalışan katılımcıların ($p=0,000$) ve yoğun bakımda çalışan katılımcıların ($p=0,017$) verdikleri yanıtlar arasında anlamli farklilik tespit edilmiştir. Son olarak, doğumhanede çalışan katılımcılar ile yoğun bakımda çalışan katılımcıların ($p=0,024$) verdikleri yanıtlar arasında anlamli farklilik vardır.

Hastane yönetimi(liderlik) boyutu için ameliyathanede çalışan katılımcılar ile laboratuvarda çalışan katılımcıların (p=0,001), serviste çalışan katılımcıların (p=0,000), doğumhanede çalışan katılımcıların (p=0,000) ve yoğun bakımda çalışan katılımcıların (p=0,005) verdikleri yanıtlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Bunun yanında acil serviste çalışan katılımcılar ile serviste çalışan katılımcıların (p=0,031) ve doğumhanede çalışan katılımcıların (p=0,009) verdikleri yanıtlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Son olarak, doğumhanede çalışan katılımcılar ile yoğun bakımda çalışan katılımcıların (p=0,017) verdikleri yanıtlar arasında anlamlı farklılık vardır.

Tablo 26: Birime İlişkin Çoklu Karşılaştırma

Birim - LSD					
(I) Birim	(J) Birim		Ortalama Farkı (I-J)	Std. Hata	p
Örgütsel Davranış	Ameliyathane	Laboratuvar	-,51618	,13516	,000
		Acil Servis	,00934	,14777	,950
		Servis	-,55721	,14239	,000
		Doğumhane	-,63939	,18147	,000
		Yoğun Bakım	-,56124	,12826	,000
	Laboratuvar	Ameliyathane	,51618	,13516	,000
		Acil Servis	,52552	,14011	,000
		Servis	-,04103	,13443	,760
		Doğumhane	-,12320	,17529	,483
		Yoğun Bakım	-,04506	,11936	,706
	Acil Servis	Ameliyathane	-,00934	,14777	,950
		Laboratuvar	-,52552	,14011	,000
		Servis	-,56654	,14710	,000
		Doğumhane	-,64872	,18520	,001
		Yoğun Bakım	-,57058	,13347	,000
	Servis	Ameliyathane	,55721	,14239	,000
		Laboratuvar	,04103	,13443	,760
		Acil Servis	,56654	,14710	,000
		Doğumhane	-,08218	,18093	,650
		Yoğun Bakım	-,00403	,12749	,975
	Doğumhane	Ameliyathane	,63939	,18147	,000
		Laboratuvar	,12320	,17529	,483
		Acil Servis	,64872	,18520	,001
		Servis	,08218	,18093	,650
		Yoğun Bakım	,07815	,17003	,646
	Yoğun Bakım	Ameliyathane	,56124	,12826	,000
		Laboratuvar	,04506	,11936	,706
		Acil Servis	,57058	,13347	,000
		Servis	,00403	,12749	,975
		Doğumhane	-,07815	,17003	,646
İş güvenliği programının varlığı	Ameliyathane	Laboratuvar	-,59930	,15216	,000
		Acil Servis	-,27451	,16636	,100
		Servis	-,56724	,16030	,000
		Doğumhane	-,67065	,20430	,001
		Yoğun Bakım	-,42134	,14439	,004
	Laboratuvar	Ameliyathane	,59930	,15216	,000
		Acil Servis	,32479	,15774	,040
		Servis	,03205	,15133	,832
		Doğumhane	-,07135	,19734	,718

	Acil Servis	Yoğun Bakım	,17796	,13437	,186
		Ameliyathane	,27451	,16636	,100
		Laboratuvar	-,32479	,15774	,040
		Servis	-,29274	,16561	,078
		Doğumhane	-,39614	,20849	,058
	Servis	Yoğun Bakım	-,14683	,15026	,329
		Ameliyathane	,56724	,16030	,000
		Laboratuvar	-,03205	,15133	,832
		Acil Servis	,29274	,16561	,078
		Doğumhane	-,10340	,20369	,612
	Doğumhane	Yoğun Bakım	,14591	,14353	,310
		Ameliyathane	,67065	,20430	,001
		Laboratuvar	,07135	,19734	,718
		Acil Servis	,39614	,20849	,058
		Servis	,10340	,20369	,612
	Yoğun Bakım	Yoğun Bakım	,24931	,19142	,194
		Ameliyathane	,42134	,14439	,004
		Laboratuvar	-,17796	,13437	,186
		Acil Servis	,14683	,15026	,329
		Servis	-,14591	,14353	,310
Risk ve Tehlikeler Algısı	Ameliyathane	Doğumhane	-,24931	,19142	,194
		Laboratuvar	-,29837	,12654	,019
		Acil Servis	-,33752	,13835	,015
		Servis	-,45068	,13331	,001
		Doğumhane	-,52225	,16990	,002
	Laboratuvar	Yoğun Bakım	-,25018	,12008	,038
		Ameliyathane	,29837	,12654	,019
		Acil Servis	-,03915	,13118	,766
		Servis	-,15231	,12585	,227
		Doğumhane	-,22388	,16411	,173
	Acil Servis	Yoğun Bakım	,04820	,11174	,667
		Ameliyathane	,33752	,13835	,015
		Laboratuvar	,03915	,13118	,766
		Servis	-,11316	,13772	,412
		Doğumhane	-,18473	,17338	,287
	Servis	Yoğun Bakım	,08734	,12496	,485
		Ameliyathane	,45068	,13331	,001
		Laboratuvar	,15231	,12585	,227
		Acil Servis	,11316	,13772	,412
		Doğumhane	-,07157	,16939	,673
	Doğumhane	Yoğun Bakım	,20050	,11936	,094
		Ameliyathane	,52225	,16990	,002
		Laboratuvar	,22388	,16411	,173
		Acil Servis	,18473	,17338	,287
		Servis	,07157	,16939	,673
İnsan Kaynakları nın Yeterliliği	Ameliyathane	Yoğun Bakım	,27208	,15919	,088
		Ameliyathane	,25018	,12008	,038
		Laboratuvar	-,04820	,11174	,667
		Acil Servis	-,08734	,12496	,485
		Servis	-,20050	,11936	,094
	Laboratuvar	Doğumhane	-,27208	,15919	,088
		Laboratuvar	-,94168	,14660	,000
		Acil Servis	,09935	,16028	,536
		Servis	-,65322	,15444	,000
		Doğumhane	-1,09776	,19684	,000
İnsan Kaynakları nın Yeterliliği	Ameliyathane	Yoğun Bakım	-,47129	,13912	,001
		Ameliyathane	,94168	,14660	,000
		Acil Servis	1,04103	,15198	,000
		Servis	,28846	,14581	,049
		Doğumhane	-,15608	,19013	,412
	Laboratuvar	Yoğun Bakım	,47039	,12946	,000

	Acil Servis	Ameliyathane	-,09935	,16028	,536
		Laboratuvar	-1,04103	,15198	,000
		Servis	-,75256	,15956	,000
		Doğumhane	-1,19710	,20087	,000
		Yoğun Bakım	-,57063	,14477	,000
	Servis	Ameliyathane	,65322	,15444	,000
		Laboratuvar	-,28846	,14581	,049
		Acil Servis	,75256	,15956	,000
		Doğumhane	-,44454	,19625	,024
		Yoğun Bakım	,18193	,13828	,189
	Doğumhane	Ameliyathane	1,09776	,19684	,000
		Laboratuvar	,15608	,19013	,412
		Acil Servis	1,19710	,20087	,000
		Servis	,44454	,19625	,024
		Yoğun Bakım	,62647	,18443	,001
	Yoğun Bakım	Ameliyathane	,47129	,13912	,001
		Laboratuvar	-,47039	,12946	,000
		Acil Servis	,57063	,14477	,000
		Servis	-,18193	,13828	,189
		Doğumhane	-,62647	,18443	,001
Güvenlik Kültürü Algısı	Ameliyathane	Laboratuvar	-,44635	,13762	,001
		Acil Servis	,10065	,15046	,504
		Servis	-,46430	,14498	,002
		Doğumhane	-,27423	,18478	,139
		Yoğun Bakım	-,26284	,13059	,045
	Laboratuvar	Ameliyathane	,44635	,13762	,001
		Acil Servis	,54701	,14266	,000
		Servis	-,01795	,13687	,896
		Doğumhane	,17213	,17848	,336
		Yoğun Bakım	,18352	,12153	,132
	Acil Servis	Ameliyathane	-,10065	,15046	,504
		Laboratuvar	-,54701	,14266	,000
		Servis	-,56496	,14978	,000
		Doğumhane	-,37488	,18857	,048
		Yoğun Bakım	-,36349	,13590	,008
	Servis	Ameliyathane	,46430	,14498	,002
		Laboratuvar	,01795	,13687	,896
		Acil Servis	,56496	,14978	,000
		Doğumhane	,19008	,18422	,303
		Yoğun Bakım	,20147	,12981	,122
	Doğumhane	Ameliyathane	,27423	,18478	,139
		Laboratuvar	-,17213	,17848	,336
		Acil Servis	,37488	,18857	,048
		Servis	-,19008	,18422	,303
		Yoğun Bakım	,01139	,17313	,948
	Yoğun Bakım	Ameliyathane	,26284	,13059	,045
		Laboratuvar	-,18352	,12153	,132
		Acil Servis	,36349	,13590	,008
		Servis	-,20147	,12981	,122
		Doğumhane	-,01139	,17313	,948
İletişim	Ameliyathane	Laboratuvar	-,54949	,15055	,000
		Acil Servis	-,13556	,16460	,411
		Servis	-,39872	,15861	,012
		Doğumhane	-,91594	,20214	,000
		Yoğun Bakım	-,39762	,14287	,006
	Laboratuvar	Ameliyathane	,54949	,15055	,000
		Acil Servis	,41393	,15607	,008
		Servis	,15077	,14973	,315
		Doğumhane	-,36645	,19526	,061
		Yoğun Bakım	,15187	,13295	,254
	Acil Servis	Ameliyathane	,13556	,16460	,411

		Laboratuvar	-,41393	,15607	,008
		Servis	-,26316	,16386	,109
		Doğumhane	-,78039	,20629	,000
		Yoğun Bakım	-,26206	,14867	,079
	Servis	Ameliyathane	,39872*	,15861	,012
		Laboratuvar	-,15077	,14973	,315
		Acil Servis	,26316	,16386	,109
		Doğumhane	-,51722	,20154	,011
		Yoğun Bakım	,00110	,14201	,994
	Doğumhane	Ameliyathane	,91594	,20214	,000
		Laboratuvar	,36645	,19526	,061
		Acil Servis	,78039	,20629	,000
		Servis	,51722	,20154	,011
		Yoğun Bakım	,51832	,18940	,007
	Yoğun Bakım	Ameliyathane	,39762*	,14287	,006
		Laboratuvar	-,15187	,13295	,254
		Acil Servis	,26206	,14867	,079
		Servis	-,00110	,14201	,994
		Doğumhane	-,51832*	,18940	,007
Mesleksel Kaza Bildirimi Sistemi	Ameliyathane	Laboratuvar	-,59945	,12443	,000
		Acil Servis	-,15272	,13604	,262
		Servis	-,51804	,13109	,000
		Doğumhane	-,80168	,16707	,000
		Yoğun Bakım	-,44783	,11808	,000
	Laboratuvar	Ameliyathane	,59945	,12443	,000
		Acil Servis	,44672	,12899	,001
		Servis	,08141	,12375	,511
		Doğumhane	-,20223	,16138	,211
		Yoğun Bakım	,15162	,10988	,169
	Acil Servis	Ameliyathane	,15272	,13604	,262
		Laboratuvar	-,44672	,12899	,001
		Servis	-,36531	,13543	,007
		Doğumhane	-,64895	,17049	,000
		Yoğun Bakım	-,29511	,12288	,017
	Servis	Ameliyathane	,51804	,13109	,000
		Laboratuvar	-,08141	,12375	,511
		Acil Servis	,36531	,13543	,007
		Doğumhane	-,28364	,16657	,090
		Yoğun Bakım	,07021	,11737	,550
	Doğumhane	Ameliyathane	,80168	,16707	,000
		Laboratuvar	,20223	,16138	,211
		Acil Servis	,64895	,17049	,000
		Servis	,28364	,16657	,090
		Yoğun Bakım	,35385	,15654	,024
	Yoğun Bakım	Ameliyathane	,44783	,11808	,000
		Laboratuvar	-,15162	,10988	,169
		Acil Servis	,29511	,12288	,017
		Servis	-,07021	,11737	,550
		Doğumhane	-,35385	,15654	,024
Hastane Yönetimi (liderlik)	Ameliyathane	Laboratuvar	-,45165	,13455	,001
		Acil Servis	-,28831	,14711	,051
		Servis	-,60550	,14175	,000
		Doğumhane	-,77086	,18066	,000
		Yoğun Bakım	-,36514*	,12768	,005
	Laboratuvar	Ameliyathane	,45165	,13455	,001
		Acil Servis	,16334	,13948	,242
		Servis	-,15385	,13382	,251
		Doğumhane	-,31921	,17450	,068
		Yoğun Bakım	,08651	,11882	,467
	Acil Servis	Ameliyathane	,28831	,14711	,051
		Laboratuvar	-,16334	,13948	,242

		Servis	-,31719	,14644	,031
		Doğumhane	-,48256	,18436	,009
		Yoğun Bakım	-,07683	,13287	,564
	Servis	Ameliyathane	,60550	,14175	,000
		Laboratuvar	,15385	,13382	,251
		Acil Servis	,31719	,14644	,031
		Doğumhane	-,16537	,18011	,359
		Yoğun Bakım	,24036	,12691	,059
	Doğumhane	Ameliyathane	,77086	,18066	,000
		Laboratuvar	,31921	,17450	,068
		Acil Servis	,48256	,18436	,009
		Servis	,16537	,18011	,359
		Yoğun Bakım	,40573	,16927	,017
	Yoğun Bakım	Ameliyathane	,36514	,12768	,005
		Laboratuvar	-,08651	,11882	,467
		Acil Servis	,07683	,13287	,564
		Servis	-,24036	,12691	,059
		Doğumhane	-,40573	,16927	,017

4.5 Ki-Kare Testi

4.5.1 Eldiven Kullanımı ve Mesleksel Kazaya Maruz Kalma Durumuna İlişkin Ki-Kare Analizi

Katılımcıların eldiven kullanma durumları ve Son bir yıl içerisinde iğne batması, kesici-delici yaralanma, göze veya ağız gibi mukozal bölgelere beden sıvıları sıçrama veya benzeri mesleksel yaralanmaya maruz kalıp kalmama durumlarına ilişkin Ki-Kare analizi Tablo 27’de gösterilmektedir. Ki-kare analizine göre eldiven kullanma ile mesleksel kazalara maruz kalma arasında anlamlı fark vardır. Katılımcıların büyük çoğunluğu eldiven kullandıklarında meslek kazasına maruz kalmadıklarını belirtmişlerdir (%50,3). Ancak hem eldiven kullanan hem de mesleksel kazaya maruz kalanlarında oranı oldukça yüksektir (%34).

Tablo 27: Eldiven Kullanımı ve Mesleksel Kazaya Maruz Kalma Durumuna İlişkin Ki-Kare Analizi

			Maruz Kalma		Toplam
			Evet	Hayır	
Eldiven Kullanımı	Evet	N	106	157	263
		%	34,0%	50,3%	84,3%
	Hayır	N	28	21	49
		%	9,0%	6,7%	15,7%
Toplam		N	134	178	312
		%	42,9%	57,1%	100,0%

Ki-Kare: 4,780 (p=0,022)

4.5.2 Birim ve Mesleksel Kazaya Maruz Kalma Durumuna İlişkin Ki-Kare Analizi

Katılımcıların birimleri ve son bir yıl içerisinde iğne batması, kesici-delici yaralanma, göze veya ağız gibi mukozal bölgelere beden sıvıları sıçrama veya benzeri mesleksel

yaralanmaya maruz kalıp kalmama durumlarına ilişkin Ki-Kare analizi Tablo 28’de gösterilmektedir. Ki-kare analizine göre katılımcıların çalıştıkları birim ile mesleksi kazalara maruz kalma arasında anlamlı fark vardır. Büyük çoğunlukla yoğun bakımda çalışan katılımcılar (%11,1) ve ameliyathanede çalışan katılımcıların (10,2) mesleksi kazaya maruz kaldıkları tespit edilmiştir.

Tablo 28: Birim ve Mesleksi Kazaya Maruz Kalma Durumuna İlişkin Ki-Kare Analizi

			Birim						Toplam
			Amel.	Lab.	Acil S.	Servis	Doğ.	Yoğ.Bak.	
Maruz Kalma	Evet	N	32	13	24	20	10	35	134
		%	10,2%	4,1%	7,6%	6,4%	3,2%	11,1%	42,7%
	Hayır	N	19	51	21	27	13	49	180
		%	6,1%	16,2%	6,7%	8,6%	4,1%	15,6%	57,3%
Toplam		N	51	64	45	47	23	84	314
		%	16,2%	20,4%	14,3%	15,0%	7,3%	26,8%	100,0%

Ki-Kare: 23,611 (p<0,05)

4.6 Korelasyon Analizi

4.6.1 Hastanede Güvenlik Kültürü Boyutları Korelasyon Analizi

Hastanede güvenlik kültürü faktörleri korelasyon analizi Tablo 29’da ele alınmaktadır. Korelasyon analizinden elde edilen bulgulara göre en güçlü pozitif yönlü ilişki örgütsel davranış ile iş güvenliği programının varlığı faktörleri arasında olduğu tespit edilmiştir. Hastane güvenlik kültürü boyutlarından en zayıf ilişkiye sahip faktörler ise insan kaynaklarının yeterliliği ve çalışma ortamı önlemleridir.

Tablo 29: Güvenlik Kültürü Boyutları Korelasyon Analizi

	1	2	3	4	5	6	7
Örgütsel Davranış	1						
İş güvenliği programının varlığı	,478**	1					
Risk ve Tehlikeler algısı	,536**	,327**	1				
İnsan Kaynaklarının Yeterliliği	,400**	,318**	,443**	1			
Güvenlik Kültürü Algısı	,396**	,237**	,221**	,325**	1		
Olumsuz Çalışma Koşulları	,159**	,099	,166**	,218**	,072	1	
Çalışma Ortamı Önlemleri	,026	-,002	,068	,139*	,035	,274**	1

**p<0,01, *p<0,05

4.6.2 Çalışan Güvenliği Boyutları Korelasyon Analizi

Çalışan güvenliği boyutları korelasyon analizi Tablo 30’da ele alınmaktadır. Korelasyon analizinden elde edilen bulgulara göre en güçlü pozitif yönlü ilişki iletişim ile mesleksi kaza bildirim sistemi boyutları arasında olduğu tespit edilmiştir. Çalışan güvenliği boyutlarından en zayıf ilişkiye sahip boyutlar ise hastane yönetimi ve koruyucu önlemlerdir.

Tablo 30: Çalışan Güvenliği Boyutları Korelasyon Analizi

	1	2	3	4	5	6
İletişim	1					
Mesleksi Kaza Bildirimi Sistemi	,739*	1				
Kalite Yönetimi	,507*	,543*	1			
Hastane Yönetimi	,668*	,634*	,576*	1		
Koruyucu Önlemler	,361*	,373*	,343*	,283*	1	
Güvenlik Kültürü	,662*	,604*	,448*	,647*	,323*	1

*p<0,01

4.6.3 Mesleksi Kaza Bildirimi Sistemi ve Koruyucu Uygulamalar ile Güvenlik Kültürü Boyutları Korelasyon Analizi

Mesleksi kaza bildirim sistemi ve koruyucu uygulamalar ile güvenlik kültürü boyutları korelasyon analizi Tablo 31’de ele alınmaktadır. Korelasyon analizinden elde edilen bulgulara göre en güçlü pozitif yönlü ilişki örgütsel davranış ile mesleksi kaza bildirim sistemi arasındadır. En zayıf ilişkiye sahip faktörler ise koruyucu uygulamalar ile güvenlik kültürü algısı arasındadır.

Tablo 31: Mesleksi Kaza Bildirimi Sistemi ve Koruyucu Uygulamalar ile Güvenlik Kültürü Boyutları Korelasyon Analizi

	Mesleksi Kaza Bildirimi Sistemi	Koruyucu uygulamalar
Örgütsel Davranış	,704*	,360*
İş güvenliği programının varlığı	,487*	,255*
Risk ve Tehlikeler algısı	,527*	,286*
İnsan Kaynaklarının Yeterliliği	,401*	,193*
Güvenlik Kültürü Algısı	,298*	,164*
Olumsuz Çalışma Koşulları	,095	,056
Çalışma Ortamı Önlemleri	-,012	,029

*p<0,05

4.7 FREKANS ANALİZLERİ

Tablo 32:Frekans Analizleri Tablosu

Frekans Analizleri	Katılanlar
İş güvenliğini tehdit edici bir durum veya olayı rahatça rapor edebilirim.	%79.7
Çalışan güvenliği ile ilgili başvuracağımız yerler belirlidir.	%63.5
Hastanemizde, çalışanlarına değer verilir.	%24.1
Hastanemizde çalışmalar belirtilen kural ve talimatlara uygun olarak yapılır.	%63.8
Hastanemizde çalışan sağlığını koruyucu bir birim vardır.	%42.5
Çalıştığım birimde iş yükünün üstesinden gelecek kadar yeterli personel mevcuttur.	%23.4
Bu kurumda çalışma güvenliğini arttırmak için değişiklik yapmak çok kolaydır.	%21.6
Çalışan güvenliği, daha fazla iş yapmaktan daha öncelikli bir ilkedir.	%56
Bu bölümde güvenlik ile ilgili problemler vardır.	%45.3
Güvenliği geliştirmek için değişiklikler yaptıktan sonra bunların etkinliğini değerlendiririz.	%40.6
Çalıştığım yerde bana zarar verebilecek potansiyel riskler konusunda herhangi bir fikrim yok.	%16.3
Çalışanların güvenliği için çalışma koşulları uygun şekilde planlanmaktadır.(8 saat vardiya vb.)	%26.2
Çalışanlar hizmet verirken gereksinilen koruyucu malzemeleri çok rahat bulmakta ve kullanmaktadır	%42.2
Çalışırken kullandığınız ve sağlığınıza olumsuz yönde etkileyebileceğini düşündüğünüz madde, cihaz / araç-gereç vardır	%63.8
Çalışma yüzeyleri düzenli olarak temizlenmiyor.	%48.6
Eğer gerekli ekipman daha sık temin edilirse bu daha güvenli çalışmama yardımcı olur.	%81.2
Çalıştığım yerde güvensiz çalışma uygulamaları birim sorumlusu tarafından düzeltilir.	%63
İşimizin normal sürecinde, hiçbir tehlikeli durumla karşılaşmam.	%18.2
Bu birimde çalışan personel birbirine saygılı davranır.	%56.8
Bu birimde çalışan personel birbirini destekler.	%54.7
Personel iş yaparken yazılı talimat ve uygulamaları takip eder.	%63
Personel bu birimin parçası olduğu için kendini iyi hisseder.	%49.1
Güvenlik için gerekli araçları en uygun şekilde kullanabilmek için gerektiğinde yeterli eğitimleri alabilecek fırsatlar sunulmaktadır.	%47.4
İş yoğunluğu o kadar fazladır ki personel durmadan hızlı çalışmak zorunda kalır.	%74.7
Çalıştığım yerde karşılaşılabilecek tehlikelere karşı etkin önlemlerin alındığını düşünmüyorum.	%40.6
Evrensel korunma ilkelerine uygulayabilecek yeterli zamanı her zaman bulabiliyorum.	%23.5
Çalışma arkadaşım benim güvenliğimi tehdit etmediği sürece uygunsuz davranışlarını uyarmam benim görevim değildir.	%16.6
Çalışma ortamımın gereğinden fazla kalabalık olduğunu düşünüyorum.	%33.2
İş yerimin dağınıklığı beni rahatsız ediyor ve çalışma disiplinimi etkiliyor.	%45.3
Başka kurumlarla kıyaslandığında çalıştığım kurum daha güvenli bir kurumdur.	%45.9
Hastane yönetimi içerisinde görevli kişi ve bölümlerle yeteri kadar hızlı iletişim kurabileceğimiz bir iletişim sistemi mevcuttur.	%43
Bu kurumda kazaların bir daha oluşmaması için konuşulur.	%50.4
Çalıştığım birimde hastane güvenlik el kitabı veya biyogüvenlik el kitabı vardır.	%31.2
Bu kurumda personelin düşünce ve tavsiyeleri değerlidir.	%26.3
Bu kurumda olan sorunları personel kolaylıkla dile getirir.	%29.2
Birimimizde yapılan hatalardan ders çıkarırız.	%69.1
Personel hata yaptığında raporladığında kendisinin sorumlu tutulmayacağını bilir.	%28.2
Yapılan hatalar bu bölümde pozitif değişikliklere yol göstermiştir.	%39.7
Uyguladığımız prosedürler ve talimatlar hata oluşmasını önlemede başarılıdır.	%.56.9
Bir olay rapor edildiği zaman olayla ilgili problem değil, olayla ilgili kişi şikayet ediliyor duygusu vardır.	%51.5
Çalıştığım birimdeki çalışanlardan biri hata yaparsa diğeri hızla düzeltir.	%41.5
Hastanede çalışan tüm personelin öncelikli hedefi yüksek kaliteli sağlık hizmeti sunmaktır.	%67.2
Kalite sisteminin çalışan sağlığına katkısı olduğunu düşünmüyorum.	%42.2

Kurumumuzda kalite yönetiminin sağlıklı ilerlediğini düşünüyorum.	%40
Kalite sistemi, iş güvenliğini sağlayacak (prosedürleri) uygulamaları destekliyor.	%52.8
Hastane yöneticileri öncelikle güvenliği esas alır.	%28.5
Yönetim güvenlik hakkındaki önerilerimi dinler ve uygulamaya koyar.	%25
Hastane yönetimi çalışan güvenliğini artıran bir çalışma atmosferi sağlamaktadır.	%29.1
Yöneticilerimiz, oluşturulmuş güvenlik prosedürlerine göre yapılmış bir işi gördüğünde takdir eder.	%31.9
Hastane yönetimi içerisinde görev, yetki ve sorumluluklarım belirgindir.	%53.2
Çalışanlar güvenli çalışma konusunda yönetim tarafından desteklenmektedir.	%40.6
Yönetim gerekli eğitimlerin verilmesi konusunda çalışanlara yeterli olanak sağlamaktadır.	%43.7
İşyeri güvenliği açısından yönetimin bir yaptırım uygulayabileceğine inanmıyorum.	%28.5
Yönetim çalışanların daha güvenilir bir ortamda çalışmalarını konusunda her zaman isteklidir.	%39
Kan yoluyla bulaşan hastalıklar ve bunların bulaşmasını önleme yolları konusunda eğitim aldım.	%73.8
Çalıştığım birimde tek kullanımlık eldiven her zaman bulunur. (bulmakta zorlanmam).	%85
Çalıştığım yerde enjektör uçlarını atabileceğim özel atık kapları her zaman bulunur.	%92.8
Tıbbi atıklar düzenli olarak temizlik personeli tarafından toplanır.	%90.6
Sıçrama riski bulunan uygulamalar sırasında odada koruyucu gözlük her zaman bulunur.	%43.8

TARTIŞMA

Bu çalışmadan elde edilen sonuçlara göre, güvenlik kültürü boyutları arasındaki en güçlü pozitif yönlü ilişki örgütsel davranış faktörü ile mesleksi kaza bildirim sistemi değişkeni arasındadır. En zayıf ilişkiye sahip faktörler ise korunma uygulamaları ile güvenlik kültürü algısı arasındadır. Çalışan güvenliği boyutları arasında ise en güçlü pozitif yönlü ilişki iletişim ile mesleksi kaza bildirim sistemi arasında olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuç bize iletişimin güçlü olması ile kurum içindeki açıklığın ve raporlama sayısının ve kurum içindeki pozitif güvenlik kültürünün artacağını göstermiştir. Çalışan güvenliği boyutlarından en zayıf ilişkiye sahip boyutlar ise hastane yönetimi ve korunma uygulamaları arasındadır. Bu sonuç bize hastane yönetimlerinin çalışan güvenliğine önem vermediğini göstermektedir. Hastanede güvenlik kültürü faktörleri arasındaki en güçlü pozitif yönlü ilişki örgütsel davranış ile iş güvenliği programının varlığı faktörleri arasında olduğu tespit edilmiştir. Hastane güvenlik kültürü boyutlarından en zayıf ilişkiye sahip faktörler ise insan kaynaklarının yeterliliği ve çalışma ortamı önlemleridir. Bu sonuç kurumda alınan önlemlerin güvenlik kültürü algısının oluşmasında yeterli olmadığı ve algının oluşması için gerekli süreç yönetimin henüz yerleşmediği sonucunu vermektedir. Atasoy ve Tekingündüz'ün Sandıklı Devlet Hastanesi 125 hekim dışı sağlık personeliyle yaptıkları çalışmasında olay raporlama ve hemşirelerle iletişim arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Atasoy ve Tekingündüz, 2011; 13-23). Olds 'un Amerika'daki hastanelerde hemşirelerle yaptıkları çalışmasında hemşirelerde ilişkiler ve raporlama arasında pozitif korelasyon olduğunu tespit etmiştir (Olds,2010;124-136). Chenhall'ın Amerika'daki şirketler arasında yaptığı çalışmasında güvenlik kültürü ile mesleksi kazalar raporlama arasında ilişki olduğunu, motivasyon ve iletişim arasında anlamlı bir ilişki saptandığını göstermiştir (Chenhall,2010;83-97). Literatürdeki çalışmalar, araştırmamızla benzer sonuçlar göstermektedir.

Bu çalışmadan elde edilen sonuçlara göre, mesleksi yaralanmaların engellenmesine yönelik olarak geliştirilmiş birçok standart önlemin varlığına ve yaygın eğitim çalışmalarına karşın hastanelerde perkütan yaralanma sıklığının oldukça yüksek (%42,7) düzeyde bulunmasıdır. Yaralanmaların büyük bir çoğunluğu (%36,9) kesici ve delici aletler ile meydana gelen perkütan yaralanmalar olup, son bir yıl içinde gerçekleşmiştir. Kesici delici alet yaralanmasına maruz kalan katılımcıların (%59,5)'ini oluşturan hemşire grubu, kazaları en sıklıkla IV girişim sırasında ve enjeksiyon yapma hazırlığı aşamasında (iğne kapağını

açarken, ampul kırarken) geçirdiklerini ve yaralanma sonrası en fazla yapılan işlemin antiseptik solüsyonla yıkama olduğunu belirtmişlerdir. Kan yoluyla bulaşan enfeksiyon hastalıkları arasında yer alan ve sağlık personeli için en büyük tehdidi oluşturan HIV, HBV ve HCV'nin bulaşının önlenmesi, öncelikli amaç olarak yer almasına karşın evrensel kurallara tam olarak uyulmaması, yüksek yaralanma oranını açıklayan en önemli neden gibi görünmektedir. Bu çalışmada mesleksi yaralanmalardan en çok etkilenen grup hemşireler olarak saptanmıştır. Hastalar ile sürekli olarak ilgilenen ve onların yakın izlemlerini gerçekleştirip tedavilerini uygulayan grup olmaları dolayısıyla bu, beklenen bir sonuçtur. Katılımcılar en fazla maruz kaldıkları sıvının kan olduğunu ve sonrasında boşaltım çıktıları olduğunu, en sıklıkla maruz kalınan bölgenin ise sağlam deri ve sonrasında gözler (mukoza) olduğunu belirtmişlerdir. Bu doğrultuda katılımcılar evrensel korunma ilkelerini tam olarak uygulamadıkları ve bu konuda aldıkları eğitimlerin yetersiz olduğunu belirtmektedirler. Araştırma sonuçlarına göre katılımcıların (%84,3)'ü kan ve diğer vücut sıvıları ile temas edebilecekleri her durumda eldiven kullandıklarını belirtmişler, eldiven kullanmayan ya da bazen kullanan sağlık personelinin kullanmama nedeninin rahat çalışmamaktan ve eldiven giymek için zaman bulamadıkları anlar olduğu için kullanmadıklarını belirtmişler, bu doğrultuda katılımcıların iş yoğunluğundan ötürü eldiven giymedikleri saptanmıştır. Katılımcıların büyük çoğunluğu eldiven kullandıklarında mesleksi kazalara maruz kalmadıklarını belirtmişlerdir (%50,3). Ancak hem eldiven kullanan hem de mesleksi kazaya maruz kalanlarında oranı (%34)'dür. Katılımcının mesleksi yaralanmalara maruz kalma durumlarına kullandıkları kişisel koruyucu araç/araçlardan eldivenin en fazla sıklığa sahip olduğunu söylemek mümkündür. Araştırmamızda katılımcıların %82'si hasta ile ilgili işlemlerde hastaya her temas öncesi ve sonrası ellerini yıkadıklarını ifade etmişlerdir. Araştırmamızda yaralanmaların büyük çoğunluğunu yoğun bakımda çalışan katılımcılar (%11,1) ve ameliyathanede çalışan katılımcıların (%10,2) olduğu tespit edilmiştir. Bu araştırmadan elde edilen sonuçlar literatürdeki benzer çalışmaların sonuçları ile örtüşmektedir. Altıok ve ark. Mersin ilindeki farklı sağlık bakım hizmetlerinde görev alan 956 kişi ile yaptıkları çalışmada sağlık çalışanlarının koruyucu malzeme kullanma oranını (%72) olarak belirtmiş, delici ve kesici aletle yaralanma (%79) oranında bulunmuş, yaralanmanın (%83)'ü hemşirelerde görüldüğü saptanmış (Altıok ve ark 2009;70-79), Çopur ve ark. Ege Üniversitesi hastanesi'nde çalışan ev idaresi personeliyle yaptıkları çalışmada (%86,1)'i eldiven kullanıldığı (Çopur ve ark,2006a;41-52), Karayemişoğlu ve Baykal dokuz hastanede

toplam 618 hemşire üzerinde yaptıkları çalışmada , (%93.7)'ünün eldiven kullandıklarını, el hijyenine dikkat edildiği ve iğne batmasının (%71) oranında yaşandığı bildirmişlerdir. (Karayemişoğlu ve Baykal, 2011;227-252), Atasoy ve Aksoy'un Sandıklı Devlet hastanesinde çalışan 89 hekim dışı sağlık personeline yaptıkları çalışmada çalışmasında kan ve vücut sıvıları ile temas durumunda eldiven kullanan sağlık personeli oranı (% 82.1) olup, (% 24,7) oranında son bir yıl içinde kesici ve delici aletlerle yaralanma olduğu, kesici ve delici yaralanmaları en fazla enjektör başlığını tekrar takılırken olduğu, yaralanma sonrası en fazla yapılan işlem (% 95.4) oranla antiseptik solüsyonla yıkama olduğu tespit edilmiş (Atasoy ve Aksoy,2009;111-123), Kuruüzüm ve ark. Dokuz Eylül Üniversitesinde 350 sağlık çalışanı ile yaptıkları çalışmada (%68) yaralanma eylemi sırasında koruyucu bir malzeme kullandığını belirtmiş, kan ve beden sıvılarıyla en az bir kez yaralanma öyküsü bildiren kişi sayısı (%58) olup, yaralanmaların (%97)'si kesici ve delici aletlerle meydana gelen perkütan yaralanmalar olduğu, (%62.5)'i de son bir yıl içinde gerçekleşmiş olduğu, en yüksek yaralanma sıklığı hemşireler arasında (%74.6) saptanmış, en fazla yaralanmaya neden olan eylemin enjektör iğnesine kapak takma sırasında (%36) olduğu belirlenmiştir. (Kuruüzüm ve ark, 2008;61-69). Atasoy Sandıklı Devlet Hastanesinde çalışan 110 sağlık çalışanlarına yaptıkları çalışmada çalışanların (% 90)'ının el hijyeni uyguladığı, tespit edilmiştir (Atasoy ,2009; 67-74). Stein ve ark. Birmingham'da üç eğitim araştırma hastanesinde yaptığı araştırmada (%37) 'i iğne batması yaralanması rapor edilmiş (Stein ve ark, 2003;68-73),Çınar ve ark kalp hastanesinde çalışan sağlık personeline kesici-delici alet yaralanması (%43,5) yaşandığı (Çınar ve ark,2011;279-294), Erkal ve Coşkun'er'in hastanede çalışan ev idaresi personeliyle yaptıkları araştırmasında kesici delici alet yaralanması (%65.7) bulunurken(Erkal ve ark, 2010;46-62), Aslan ve ark çalışmasında kesici delici alet yaralanmalarının olguların dahili ve cerrahi birimlerde çalışma dağılımı incelendiğinde cerrahi birimlerde kesici delici alet yaralanmasının daha yüksek düzeyde olduğu görülmüştür (Aslan ve ark, 2009;34-45). Hastane enfeksiyonların önlenmesinde, hasta ve çalışanın sağlığının korunmasında sağlık bakım verenlerin el hijyeni konusundaki bilgi düzeyi ve uygulamaları oldukça önemlidir. El hijyenine dikkat edilmesi güvenlik kültürünün göstergelerinden biridir. Önlemeye yönelik olarak cerrahi ve acil birimlerin daha öncelikli durumda olduğunu göstermiş, hastanelerde bunlara yönelik organizasyonel faaliyetlere önem verilmesi gerektiği ortaya çıkmıştır.

Araştırmamızda 'iş güvenliğini tehdit edici bir durum veya olayı rahatça rapor edebilirim' ifadesine katılım oranı (%79.7)'dir. Altıok ve ark. Mersin ilindeki farklı sağlık

bakım hizmetlerinde görev alan sağlık personeliyle çalışmasında bu oran (%12.7) bulunmuştur (Altıok ve ark 2009;70-79). Çınar ve ark kalp hastanesinde çalışan sağlık personeline çalışmasında sağlık çalışanlarının iş kazalarının rapor edilmesi sorusuna verdikleri cevap yüzdesi (%23,5)'dir (Çınar ve ark, 2011;279-294). Aradaki fark sevindirici olmakla birlikte, bu anlamlı farklılığın son zamanlarda hastanelerde yapılan kalite çalışmalarının olumlu bir yansıması olarak düşünülmüştür.

Araştırmamızda 'Çalışanlar hizmet verirken gereksinilen koruyucu malzemeleri çok rahat bulmakta ve kullanmaktadır' ifadesine katılım oranı (%42.2) çıkmıştır. Çopur ve ark. Ege Üniversitesi Hastanesinde ev idaresi alanında çalışan personeliyle yaptıkları çalışmada bu oran (%91.9) çıkmıştır. (Çopur ve ark, 2006b;155-174). Buradaki sayının düşüklüğünün nedeni çalışma sırasında kullanılan kişisel koruyucu ekipmanlardan eldiven dışındaki gözlük, siperlik ve/veya filtreli maske gibi özellikli koruyucuların ve özel tasarımlı korumalı enjektör teminin yetersizliğinden kaynaklanmaktadır. Hastane yönetimleri eldiven ve kesici delici atık kaplarının temininde yeterli desteği verirken riskli bölgelere göre diğer kişisel koruyucu araçların sağlanması konusunda olası olarak ekonomik kaygılardan dolayı yeterli destek veremediği düşünülmektedir. Araştırmamızda 'hastanemizde çalışan sağlığını koruyucu bir birim vardır' ifadesine katılım oranı (%42.5) çıkmıştır. Karayemişoğlu ve Baykal'ın dokuz hastanede görevli toplam 618 hemşireyle yaptıkları çalışmada çalışmasında çalışan sağlığını koruyucu birim olduğu diyenlerin oranı (%67.8)'dir (Karayemişoğlu ve Baykal, 2011;227-252). Çınar ve ark. kalp hastanesinde çalışan sağlık personeline çalışmasında 'çalıştığınız kurumda çalışan güvenliği ile ilgili sorumlu birim vardır' ifadesine katılım oranı (%31,5)'dir(Çınar ve ark, 2011;279-294). Araştırmamızda 'çalıştığım yerde karşılaşılabilecek tehlikelere karşı etkin önlemlerin alındığını düşünmüyorum' ifadesine katılım oranı (%40.6), 'başka kurumlarla kıyaslandığında çalıştığım kurum daha güvenli bir kurumdur' ifadesine katılım oranı (%45.9)'dur. Erkal ve Coşkun'ın hastanede çalışan ev idaresi personelinin çalışmasında personelin çoğunluğu (%95.7) kaza geçirmemek için önlem alındığı (Erkal ve Coşkun, 2010;46-62), Atasoy ve Aksoy'un Sandıklı Devlet Hastanesinde çalışan hekim dışı sağlık personeline yaptığı çalışmasında çalışanların (% 46.1)'i risklere karşı kişisel önlem aldığı(Atasoy ve Aksoy,2009; 111-123), Karayemişoğlu ve Baykal'ın hastanelerde görevli hemşireler arasındaki yaptıkları çalışmada, genel güvenliğe yönelik önlemlerin alındığı (%72.2) ve 24 saat sürdürüldüğü (%63.6) belirtmişlerdir. (Karayemişoğlu ve Baykal 2011; 227-252). Araştırmamızda çalışanların azımsanmayacak kısmı önlem alınmadığını

düşünmekte, çalışanlar çalıştıkları kurumda kendilerini güvende hissetmediklerini belirtmektedir. Araştırmamızda ‘kan yoluyla bulaşan hastalıklar ve bunların bulaşmasını önleme yolları konusunda eğitim aldım’ ifadesine katılım oranı (%73.8)’ dir. ‘Güvenlik için gerekli araçları en uygun şekilde kullanabilmek için gerektiğinde yeterli eğitimleri alabilecek fırsatlar sunulmaktadır ‘ifadesine katılım oranı (%47.4)’dır. Erkal ve Coşkuner’in hastanede çalışan ev idaresi personeliyle çalışmasında yeterli hizmet içi eğitim aldıkları konusundaki soruyu (%49) şeklinde yanıtlanmasına rağmen (Erkal ve Coşkuner,2010;46-62), Karayemişoğlu ve Baykal’ın hastanelerde hemşirelerle yaptıkları çalışmada çalışmasında, çalışan güvenliği konusunda eğitim verildiği (%84.6)(Karayemişoğlu ve Baykal, 2011;227-252), Çınar ve ark. kalp hastanesinde çalışan sağlık personeline çalışmasında personelin (% 55,7)’sinin iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili hizmet içi eğitim aldığı hizmet içi eğitim alanlarının iş sağlığı ve güvenliğine yönelik olarak sırasıyla (%92,2)’sinin kesici-delici alet yaralanması, (%87,2)’sinin koruyucu ekipman kullanımı konularında eğitim aldığı (Çınar ve ark, 2011;279-294). Merih ve ark. Bir devlet hastanesinde üç yıl içinde görülen kesici delici alet yaralanmalarının epidemiyolojisi ve korunmaya yönelik önlemler çalışmasında personelin (%77.2) yaralanmaya yönelik eğitim aldığı belirlenmiştir (Merih ve ark,2009;11-15). Çopur ve ark. Ege üniversitesi hastanesinde çalışan ev idaresi personelinin çalışmasında kazalardan korunma konularında (%68,1) eğitim aldığını belirtmişlerdir (Çopur ve ark, 2006b;155-174).Araştırmamızda kan yoluyla bulaşan hastalıklar ve bunların bulaşmasını önleme yolları konusunda eğitim alma oranı diğer çalışmalarla benzerlik göstermekle beraber, güvenlik için gerekli araçları en uygun şekilde kullanabilmek için eğitim alma oranı diğer çalışmalardan anlamlı olarak düşük çıkmış, bu bize hastane yönetimlerinin bu konuya yeteri kadar önem vermediğini düşündürmüştür.

Araştırmamızda ‘evrensel korunma ilkelerine uygulayabilecek yeterli zamanı her zaman bulabiliyorum’ ifadesine katılım oranı (%23.5)’dır. Çınar ve ark. kalp hastanesinde çalışan sağlık personeliyle çalışmasında bu oran (%51,5) çıkmıştır. Aradaki anlamlı farklılığın iş yoğunluğundan, eleman kısıtlılığından ve çalışanların eğitim eksikliklerinden olduğu düşünülmüştür. Araştırmamızda ‘hastane yönetimi çalışan güvenliğini artıran bir çalışma atmosferi sağlamaktadır’ ifadesine katılım oranı (% 29.1)’ dir. Çınar ve ark kalp hastanesinde çalışan sağlık personeline çalışmasında yönetimin çalışan güvenliğine yönelik destekleyici davranışların olumlu cevap yüzdesi (%55,4) olarak bulunmuştur (Çınar ve ark, 2011;279-

294). Aradaki anlamlı farklılık yönetimin çalışan güvenliğine yeterince destek vermediğini göstermektedir.

Araştırmamızda ‘Bir olay rapor edildiği zaman olayla ilgili problem değil, olayla ilgili kişi şikayet ediliyor duygusu vardır’ ifadesine katılım oranı (%51.5), ‘personel hata yaptığında raporladığında kendisinin sorumlu tutulmayacağını bilir’ ifadesine katılım oranı (%25.4)’dür, Çakır ve Tütüncü’nün İzmir ilindeki kamu hastanelerinde yaptığı araştırmasında ‘personel yaptığı hataların, kendi aleyhine kullanıldığını düşünür’ ifadesine katılım oranı (%55,5), ‘Personel yaptığı hataların siciline işleneceğinden endişe duyar’ ifadelerine katılım oranı (%71,4)’dır. Çalışmalar benzerlik göstermektedir. Araştırmamızda ‘çalıştığım birimde iş yükünün üstesinden gelecek kadar yeterli personel mevcuttur’ ifadesine katılım oranı (%23.4)’dür. ‘İş yoğunluğu o kadar fazladır ki personel durmadan hızlı çalışmak zorunda kalır’ ifadesine katılım oranı (%74.7)’dır. Çakır ve Tütüncü’nün İzmir ilindeki kamu hastanelerinde yaptıkları çalışmasında ‘iş yükünü paylaşacak yeterli personelimiz vardır’ ifadesine katılım oranı (% 16,7)(Çakır ve Tütüncü: 2009; 189-203), Çınar ve ark. kalp hastanesinde çalışan sağlık personeliyle çalışmasında bu oran (%28) bulunmuştur.(Çınar ve ark,2011; 279-294)Çakır ve Tütüncü’nün çalışmasında ‘daha çok işi daha hızlı yapabilmek için, sürekli aşırı yoğun bir tempoda çalışmaktayız’ ifadesine katılım oranı (%79,7) bulunmuştur.(Çakır ve Tütüncü,2009;189-203). Anket sorularında en yüksek oranda desteklenen ifadeler personel yetersizliği ile ilgili olanlardır. Araştırmamız literatür ile benzerlik göstermektedir. Araştırmamızda ‘Birimizde yapılan hatalardan ders çıkarırız’ ifadesine katılım oranı (%69.1),‘bu kurumda kazaların bir daha oluşmaması için konuşulur’ ifadesine katılım oranı (%50.4) bulunmuştur. Çakır ve Tütüncü İzmir ilinde kamuya bağlı altı hastanede yaptıkları çalışma da katılımcıların (%30)’u tekrarlanmaması için hataları önleme yollarını nadiren tartıştıklarını, (%76,3)’ü hatalardan dersler çıkarttıklarını belirtmişlerdir. Araştırmamızda ‘bu birimde çalışan personel birbirini destekler’ ifadesine katılım oranı (%54.7) bulunmuştur. Çakır ve Tütüncü İzmir ilinde kamuya bağlı altı hastanede yaptıkları çalışmasında,‘hastanemizde insanlar birbirini desteklemektedir’ ifadesine katılım oranı (%37)’dir. Araştırmalar benzerlik göstermekle birlikte, çalıştığımız hastanelerde iletişim daha iyi olduğunu ortaya koymaktadır. Araştırmamızda, ‘çalışanlar güvenli çalışma konusunda yönetim tarafından desteklenmektedir’ ifadesine katılım oranı (%40.6), ‘yönetim güvenlik hakkındaki önerilerimi dinler ve uygulamaya koyar’ ifadesine katılım (%25), ‘yönetim çalışanların daha güvenilir bir ortamda çalışmalarını konusunda her zaman isteklidir’ ifadesine

katılım oranı (%39)'dur. İka ve ark Bolu İzzet Baysal Devlet hastanesindeki çalışmasında (% 77.3)'ü hasta ve çalışan güvenliği konusunda yeterli olacak şekilde düzeltici ve önleyici faaliyet yapıldığını, (% 85.8)'i hasta ve çalışan güvenliği konusundaki aksaklıkların bildirilmesinde hastane yönetiminin olumlu bir yaklaşım sergilediğini, (%43.6)'sı çalışma mekanı ve çalışma koşulları ile ilgili düzenlemelerde görüşlerine başvurulmadığını, (%81.1)'i yöneticilerine sorunlarınızı iletme imkanı bulduğunu ifade etmişlerdir (İka ve ark,2009; 249-251).Çalışmamızda hastane yönetimlerinin çalışan güvenliği ve güvenlik kültürü konusunda gerekli hassasiyeti göstermedikleri ortaya çıkmaktadır.Güvenlik kültürü oluşmasına yönelik olarak çalışanların ve hastane yönetiminin tutumlarının belirlenmesi amacıyla yapılan bu araştırmadan elde edilen sonuçlar, hastanelerde güvenlik kültürünün oluşmadığını göstermektedir. Güvenlik kültürünün hastanelerde oluşturulması ve yaşatılması için amaca yönelik planlamanın, sürekliliğin ve etkinliğin sağlanmasında en önemli destek yönetimin güvenliğe olan inancı ve taahhüdüdür. Üst yönetim olumlu güvenlik kültürünün oluşturulmasında sorumluluğu üstlenmeli ve çalışanların katılımları ile sürekliliğini sağlamalıdır. Araştırma sonuçları çalışanların güvenlik kültürü konusunda teşvik edilmediklerini ortaya koymaktadır Ancak kamu hastanelerindeki hiyerarşik yapılanma ve dikey örgütlenme, çalışanların yönetime katılması önünde bir engel olarak durmaktadır. Bu yüzden öncelikle kültürel dönüşüm gerçekleştirilmelidir.

Araştırmamızda 'çalışma yüzeyleri düzenli olarak temizlenmiyor' ifadesine katılım oranı (%48.6), 'iş yerimin dağınıklığı beni rahatsız ediyor ve çalışma disiplini etkiliyor' ifadesine katılım oranı (%45.3), 'çalıştığım birimde tek kullanımlık eldiven her zaman bulunur (bulmakta zorlanmam)'ifadesine katılım oranı (%85), 'çalıştığım yerde enjektör uçlarını atabileceğim özel atık kapları her zaman bulunur' ifadesine katılım oranı (%92.8), 'sıçrama riski bulunan uygulamalar sırasında odada koruyucu gözlük her zaman bulunur' ifadesine katılım oranı (%43.8), 'tıbbi atıklar düzenli olarak temizlik personeli tarafından toplanır' ifadesine katılım oranı (%90.6), 'hastane yönetimi içerisinde görevli kişi ve bölümlerle yeteri kadar hızlı iletişim kurabileceğimiz bir iletişim sistemi mevcuttur' ifadesine katılım oranı (%43), 'yöneticilerimiz, oluşturulmuş güvenlik prosedürlerine göre yapılmış bir işi gördüğünde takdir eder' ifadesine katılım oranı (%31.9), 'kalite sisteminin çalışan sağlığına katkısı olduğunu düşünmüyorum' ifadesine katılım oranı (%42.2), 'kalite sistemi, iş güvenliğini sağlayacak (prosedürleri) uygulamaları destekliyor' ifadesine katılım oranı (%52.8)'dır. Karakoç ve ark Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesinde çalışmasında

‘çalıştığım mekanın büyüklüğü, amaca uygunluğu, hijyeni gibi özelliklerinden memnunum’ ifadesine (%71.5), ‘çalıştığım birimde gerekli araç ve donanımına sahibim’ ifadesine katılım (%85.73), ‘çalıştığım birimde kişilerarası ilişkiler iyidir’ ifadesine katılım (%79.93), ‘hastanemizde yeni fikirler hızla kabul edilir ve uygulanır’ ifadesine katılım (%37.51), ‘hastanede birimler arası iletişim ve koordinasyon sağlanmıştır’ ifadesine katılım (%59.81), hastanemizde üstün çalışmalar ödüllendirilir ifadesine katılım (%36.8), ‘hastanemizin eğitim çalışmalarının yeterli olduğunu düşünüyorum’ katılım (%42), ‘hastanemizin genel temizliği yeterli düzeydedir’ ifadesine katılım (%66.96) bulunmuştur. (Karakoç ve ark,2009;258-263). Altınöz ve ark,bir Ağız ve Diş Sağlığı Merkezinde yaptığı çalışmasında ‘kalite yönetim sistemi uygulamaları işinizi kolaylaştırdı mı?’ifadesine katılım (%52), ‘Kalite Yönetim Sistemi Uygulamaları işinizde etkinliği artırmaya katkıda bulunuldu mu?’ifadesine katılım (%44) oranında bulunmuştur. (Altınöz ve ark,2009; 319-334). Araştırmamız diğer çalışmalara göre hastane yönetimlerinin güvenliğe yönelik davranışları bakımından anlamlı olarak düşük çıkmakla beraber, genel hijyen,kalite yönetimi konularında benzerlik göstermektedir.

Araştırmamızda çalışmamızda prosedürlere uyum (%63.8) oranında iken ,Nolen’in Tennessee toplum kuruluşlarında güvenlik kültürü düzeylerini ölçmek için yaptığı çalışmasında prosedürlere uyum (%72)oranında çıkmış,araştırmamızda endişeli çalışma (%63.8) oranında iken, Nolen’in Tennessee toplum kuruluşlarında güvenlik kültürü düzeylerini ölçmek için yaptığı çalışmasında endişeli çalışma (%77) oranında , çalışmamızda iletişimde açıklık (%50.4) oranında iken ,Nolen’in Tennessee toplum kuruluşlarında güvenlik kültürü düzeylerini ölçmek için yaptığı çalışmasında iletişimde açıklık (%54), çalışmamızda hatalar için cezalandırıcı olmayan tepki (%28.2)oranında iken,Nolen’in Tennessee toplum kuruluşlarında güvenlik kültürü düzeylerini ölçmek için yaptığı çalışmasında hatalar için cezalandırıcı olmayan tepki (%52) oranında , bulunmuştur.Çalışmamız benzerlik göstermekle birlikte, hatalar için cezalandırıcı olmayan tepki bakımından anlamlı farklılık bulunmuştur.Aradaki anlamlı farklılık kültür farklılığından kaynaklanıyor olduğu düşünülmüştür (Nolen, 2010;96-108).

Cinsiyete göre yapılan T testine yönelik yapılan testlerin sonucunda örgütsel davranış faktörü için kadınların verdikleri yanıtların ortalaması 3,47 iken erkeklerin verdikleri yanıtların ortalaması 3,17’dir (p=0,006). İş güvenliği programının varlığı faktörü için

kadınların verdikleri yanıtların ortalaması 3,65 iken erkeklerin verdikleri yanıtların ortalaması 3,24'tür ($p=0,003$). Mesleksel kaza bildirimi sistemi için kadınların verdikleri yanıtların ortalaması 3,34 iken erkeklerin verdikleri yanıtların ortalaması 3,08'dir ($p=0,020$). Kalite yönetimi için kadınların verdikleri yanıtların ortalaması 3,38 iken erkeklerin verdikleri yanıtların ortalaması 3,06'dır ($p=0,001$). Son olarak, hastane yönetimi(liderlik) için kadınların verdikleri yanıtların ortalaması 3,06 iken erkeklerin verdikleri yanıtların ortalaması 2,76'dır ($p=0,004$). Bu sonuçlar, çalışan güvenliği ve güvenlik kültürü olgusunun kadınlarda erkeklere göre daha başarılı olduğunu göstermiştir.

İnsan kaynaklarının yeterliliği faktörü için diğer sağlık çalışanları hekim ve hemşirelere göre en az yeterli bulmuşlar. Mesleksel kaza bildirimi sistemi faktörü için hemşireler arasında diğer sağlık çalışanları ve hekimlere göre daha fazla bulunmuştur. Kalite yönetimi için hekimlerin verdikleri yanıtlar diğer sağlık çalışanları ve hemşirelere göre daha yeterli bulunmuştur.

Bu sonuçlara göre ankete katılanların çoğunluğu 42 yaşın altındadır. Bu da hastanelerin genel olarak genç çalışanlara sahip olduğunu göstermektedir. Katılımcıların çoğunluğunu hemşireler oluşturmaktadır. Hemşire grubunun genellikle bayan olması, hastanelerde bayan ağırlıklı bir çalışma ortamının olmasına neden olmuştur. İletişim faktörü cinsiyete göre değerlendirildiğinde bayanlarda erkeklere göre anlamlı olarak daha yüksek çıkmıştır.

Araştırmaya sonuçlarına göre genel olarak araştırma yaptığımız hastanelerde çalışan güvenliğine yönelik tedbirlerin yetersiz olduğu, olumlu güvenlik kültürünün yerleşmediği kanısına varılabilir. Özellikle yönetimin bu konudaki inancı ve çalışmalarının yetersiz olduğu, kalite çalışmalarının olumlu bir etki yarattığı ancak olay raporlama ile ilgili kültürün tam yerleşmediği çalışanların olay raporlamada suçlama kültürünün etkisi altında kaldıkları söylenebilir.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Araştırma sonuçlarına göre güvenlik kültürünün oluşmasını etkileyen en önemli faktörler, hastane yönetimi (liderlik) ve iletişim olarak belirlenmiştir. En az etkili faktör ise korunma uygulamaları olarak belirlenmiştir. Kurum içindeki iletişimin iyi olması ise iş kazalarını raporlamayı arttırmaktadır. Bu durum sağlık kuruluşlarında olumlu güvenlik kültürünü geliştirmek için yol gösterici niteliktedir. Ankete katılan birimlerde çalışan sağlığına yönelik bir çalışan sağlığı biriminin yapılandırılmadığı, bunun yerine güvenlikle ilgili durum ve sorunların birim sorumlusu tarafından giderilmeye çalışıldığı belirtilmiştir. Çalışanlar çalıştığı ortamdaki riskler konusunda yeterli eğitim almadıklarını belirtmişlerdir, buna bağlı olarak çalışanlarda risk algısı yeterince oluşmamıştır. Çalışmanın sonuçları yönetimin bu konudaki zayıf tutumunu ortaya çıkarmıştır. Oysaki güvenlik kültürünün oluşmasında en büyük rol yönetime düşmektedir. Çalışanlar yönetimin bu konudaki tutumunu yeterli bulmamışlardır.

Hasta ve çalışan güvenliğine sağlanmasına yönelik yönetmelik çıkarılmış, bu yönetmeliğe göre sağlık hizmeti verenler arasında iletişim güvenliğinin geliştirilmesi, çalışan güvenliği için gerekli önlemlerin alınması, hasta ve çalışanların fiziksel saldırı, cinsel taciz ve şiddete maruz kalmalarına karşı gerekli güvenlik tedbirlerinin alınması, çalışanları olası risk ve tehlikelere karşı korumak amacıyla, riskli alan ve gruplar belirlenmesi, bu çerçevede çalışan güvenliği programı oluşturulması ve uygulamaya konulması, riskli bölümlerde çalışan personel için ilgili mevzuat doğrultusunda düzenli olarak sağlık taramaları yapılması, iğne ucu yaralanmaları takip edilmesi ve gerekli önlemler alınması, kan veya vücut sıvısının damlama/sıçrama riskinin olduğu tüm hasta bakım ve müdahale bölgelerinde önlük, eldiven, yüz maskesi, gözlük ve benzeri kişisel koruyucu ekipmanlar bulundurulması, bulaş özelliği yüksek hastalar ve özellikli grupların tedavi ve bakım sürecinde, hasta ve çalışanları korumak için kurum gerekli tedbirleri alması, radyasyona tabi çalışan kişilerin dozimetre kontrolleri düzenli olarak yapılması, çalışanların bulaş riski olan hastalıklara karşı korunması için, enfeksiyon kontrol komitesi tarafından aşı listesi oluşturulması ve riskli alanlarda çalışan personelin aşılanması sağlanması düzenlenmiş, ancak yönetmelik kısa bir süre önce yürürlükten kaldırılmıştır.(Resmi Gazete, 06 Nisan 2011, Sayı: 27897) Sağlık işkolu içerisinde kimyasal, fizyolojik, biyolojik (radyasyon, virusler, bakteriler), ergonomik, psikolojik

riskleri barındırmakta ve tehlikeli işler sınıfında sayılmalıdır ancak ülkemizde bu alanla ilgili yasal düzenlemeler yeterli değildir.

Sağlık bakanlığı tarafından çıkarılan hastane hizmet kalite standartları(HKS) kitabına göre hastanelerde hastane yönetiminin sorumluluğunda, kesici-delici alet yaralanmaları, kan ve vücut sıvıları ile temas konularında bildirim yapılmalıdır. Bildirimi yapılan olaylar ile ilgili gerektiğinde düzeltici-önleyici faaliyetler başlatılmalıdır. Güvenlik raporlama sistemine yönelik eğitimler verilmelidir. Çalışan güvenliği açısından düzenlemeler yapılmalıdır. Bölüm bazında risk değerlendirmesi yapılmalı, Risk değerlendirmesi asgari; radyasyon, gürültü, tehlikeli maddeler kanserojen/mutajen maddeler, tıbbi atıklar, enfeksiyon, alerjen maddeler, ergonomi, şiddet, iletişim konularını kapsamalıdır. HKS'ya göre hastanelerde çalışan güvenliği komitesi bulunmalıdır. Komitenin görev tanımı asgari; çalışanların zarar görme risklerinin azaltılması, riskli alanlarda çalışanlara yönelik gerekli önlemlerin alınması, fiziksel şiddete maruz kalınma risklerinin azaltılması, kesici delici alet yaralanma risklerinin azaltılması, kan ve vücut sıvılarıyla bulaşma risklerinin azaltılması, sağlık taramalarının yapılması konularını kapsamalıdır. Komite düzenli aralıklarla toplanmalıdır. Gerektiğinde düzeltici-önleyici faaliyetleri başlatma başlatmalıdır. Çalışanlara konu ile ilgili eğitim düzenlemelidir. Eğitim komitesi bulunmalıdır. Tesis güvenliği komitesi bulunmalıdır. Güvenlik raporlama sistemine yönelik düzenleme yapılmalıdır. Güvenlik raporlama sistemi kurulmalıdır. Olay bildirimleri kalite yönetim birimine yapılmalı, Kalite yönetim birimi olay bildirimlerini değerlendirerek ilgili komitelere iletmeli, Komiteler olay bildirimini ile ilgili kök neden analizi yapmalı, Düzeltici önleyici faaliyet başlatılmalı, Olay bildirimine ilişkin analiz sonuçları ve yapılan faaliyetler kalite yönetim birimine gönderilmelidir. Bölüm bazında tespit edilen risklere yönelik çalışan güvenliği için koruyucu önlemler alınmalıdır. Çalışanların maruz kaldığı olaylar kayıt altına alınmalı, Gerekli düzeltici önleyici faaliyetler başlatılmalıdır. Çalışanların sağlık taramaları yapılmalıdır. Sağlık tarama programı hazırlanmalı, Program, bölüm bazında belirlenen riskler ve uzman hekimlerin görüşleri doğrultusunda hazırlanmalıdır. Sağlık tarama sonuçları ilgili uzmanlar tarafından değerlendirilmelidir. Çalışanlar sonuçları hakkında bilgilendirilmeli, Sağlık taraması sonuçlarına ilişkin bilgi güvenliği sağlanmalıdır. Çalışanlar tarafından kişisel koruyucu ekipman kullanılmalıdır. Bölüm bazında kullanılması gereken kişisel koruyucu ekipman belirlenmelidir. Kişisel koruyucu ekipman çalışma alanlarında ulaşılabilir olmalıdır. Kişisel koruyucu ekipman kullanımı konusunda çalışanlara eğitim verilmelidir. Hastanenin

temizliğine yönelik düzenleme yapılmalıdır. Çalışan memnuniyeti anketleri uygulanmalıdır. Çalışanların görüşleri alınmalı ve değerlendirilmelidir. Çalışanların görüşlerini bildirmelerine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır, Çalışanların görüşleri değerlendirilmelidir. Gerekğinde iyileştirme faaliyeti başlatılmalıdır.([http://www.ataturkhastanesi.gov.tr /tr/Bilgilendirme/HKS_Rehberi.pdf](http://www.ataturkhastanesi.gov.tr/tr/Bilgilendirme/HKS_Rehberi.pdf) erişim 26.04.2012)

TS 18001 OHSAS'a göre iş sağlığı ve güvenliği faaliyetlerinin kuruluşların genel stratejileri ile uyumlu olarak sistematik bir şekilde ele alınıp sürekli iyileştirme yaklaşımı çerçevesinde çözümlenmesinde kullanılması gerekir. Ancak çalışmamızda bu düzenlemelere rağmen hastane yönetimlerinin uygulamadaki yetersizlikleri ön plana çıkmıştır. Bu çalışma iş güvenliği programlarının varlığının önemini bir kere daha ortaya çıkarmıştır.

Araştırmada güvenlik kültürünün ana bileşenleri saptanmış faktör analizi sonucunda yedi boyut ortaya çıkarılmıştır. Bunlar: örgütsel davranış , iş güvenliği programının varlığı , risk ve tehlikeler algısı, insan kaynaklarının yeterliliği, güvenlik kültürü algısı, olumsuz çalışma koşulları, çalışma ortamı önlemleri olarak sıralanabilir.

İş kazalarının önlenmesi için, iş kazaları henüz ortaya çıkmadan önce tehlikenin kaynağında kontrol altına alınması, riskleri asgari düzeye indirecek şekilde çalışma sistemlerinin ergonomik tasarımı, kişisel koruyucu ekipman kullanımının sağlanması ve yaygınlaştırılması en önemlisi de örgüt yönetimi ve çalışanlar tarafından konunun sahiplenilmesi önem taşımaktadır. Bu noktada, önlemenin ödemekten daha kolay olduğu gerçeğini dikkate almak, güvenlik kültürü oluşturmak ve geliştirmek, iş güvenliği ile ilgili çalışmaları maddi bir külfet veya zaman ve faaliyet kaybı olarak gören düşünciyi yıkmak gerekmektedir.

Güvenlik kültürünü geliştirmek için tek ve en iyi yol bulunmamaktadır. Uygun yöntemi belirlemek mevcut koşulların ve hedeflerin ayrıntılı olarak gözden geçirilmesi ile sağlanabilir. Geliştirme ilgili iki temel yaklaşım, çalışan katılımını sağlamak ve yönetimin güvenlik yönetimi yeteneklerini artırmaktır. Özellikle başlangıç aşamasında, güvenlik kültürü programının yürütümüne yönelik direnç ile karşılaşılması olasıdır. Bu noktada, iş güvenliği uzmanının işletmedeki olanakları ve onlara nasıl erişip kullanabileceğini öğrenmesi iş güvenliği çabalarının sürekli gelişmesine yardım edecek ve kaza oranını azaltacaktır. Yüksek

iş güvenliği performansına ulaşmak için “planlamak”, “ısrarcı olmak” ve “güvenliğe sürekli ilgi göstermek” gerekmektedir (Demirbilek,2005).

Araştırma hipotezleri

H1:Katılımcının mesleksel yaralanmalara maruz kaldığında en fazla kullandıkları koruyucu eldivendir. Hipotez kabul edilmiştir. Bu doğrultuda katılımcıların %84,3’ü kan ve diğer vücut sıvıları ile temas edebilecekleri her durumda eldiven kullandıklarını belirtmişlerdir. Bu durum eldivenin en fazla bulunan malzeme olmasında kaynaklanabileceğinden olduğunu düşündürmüştür.

H2:Katılımcının büyük çoğunluğu hastaya temas öncesi ve sonrası ellerini yıkar. Hipotez kabul edilmiştir. Katılımcıların %82’si hasta ile ilgili işlemlerde hastaya her temas öncesi ve sonrası ellerini yıkadıklarını belirtmişlerdir. Bu durum çalışanların el yoluyla geçen enfeksiyonlar konusunda farkındalığının olduğu, bu konuya önem verdiğinin bir göstergesidir.

H3:Katılımcının mesleksel yaralanmalara en fazla maruz kaldığı etken kandır. Hipotez kabul edilmiştir. Katılımcılardan 187 kişi kan ile temas ettiğini belirtmiştir. Bu durum sağlık çalışanlarının en fazla kan ile temas halinde olduğunu göstermiştir.

H4:Cinsiyete göre çalışan güvenliği bileşenleri, arasında anlamlı farklılık vardır. Hipotez kabul edilmiştir. Cinsiyete göre mesleksel kaza bildirimi sistemi, kalite yönetimi ve hastane yönetimi(liderlik) arasında anlamlı farklılık vardır.

H5: Katılımcıların mesleklerine göre güvenlik kültürü bileşenleri arasında anlamlı farklılık vardır. Hipotez kabul edilmiştir. Çalışmanın sonucunda katılımcıların mesleklerine göre güvenlik kültürü bileşenlerinden insan kaynaklarının yeterliliği arasında anlamlı farklılık çıkmıştır. Bu durum farklı meslek gruplarına göre çalışan sayısı ve iş yükü, çalışanların yaptıkları işlerin değişkenlik gösterdiğini, farklı meslek gruplarına yaptıkları işler dolayısıyla risklerin değişebildiğini göstermektedir.

H6:Katılımcıların yaşlarına göre güvenlik kültürü bileşenleri arasında anlamlı farklılık vardır. Hipotez kabul edilmiştir. Çalışmanın sonucunda güvenlik kültürü bileşenlerinden örgütsel davranış, iş güvenliği programının varlığı ve insan kaynaklarının yeterliliği arasında anlamlı farklılık saptanmıştır.

H7: Katılımcıların yaşlarına göre çalışan güvenliği bileşenleri arasında anlamlı farklılık vardır. Hipotez kabul edilmiştir. Çalışmanın sonucunda çalışan güvenliğine ilişkin bileşenlerden iletişim, hastane yönetimi(liderlik) ve korunma uygulamaları bileşenlerinde anlamlı farklılık vardır.

H8: Katılımcıların eğitim durumlarına göre güvenlik kültürü bileşenleri arasında anlamlı farklılık vardır. Hipotez kabul edilmiştir. Çalışmanın sonucunda güvenlik kültürü bileşenlerinden iş güvenliği programının varlığı ve risk ve tehlikeler algısı faktörü için anlamlı farklılık vardır.

H9: Katılımcıların çalışma saatlerine göre güvenlik kültürü bileşenleri arasında anlamlı farklılık vardır. Hipotez kabul edilmiştir. Çalışmanın sonucunda örgütsel davranış, iş güvenliği programının varlığı, risk ve tehlikeler algısı, güvenlik kültürü algısı ve insan kaynaklarının yeterliliği, arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir.

H10: Katılımcıların çalışma saatlerine göre çalışan güvenliği bileşenleri arasında anlamlı farklılık vardır. Hipotez kabul edilmiştir. Çalışmanın sonucunda çalışan güvenliğine ilişkin bileşenlerden hastane yönetimi(liderlik), korunma uygulamaları, iletişim, mesleksi kaza bildirim sistemi ve kalite yönetimi bileşenlerinde anlamlı farklılık tespit edilmiştir.

H11: Katılımcıların çalıştıkları birimlere göre güvenlik kültürü bileşenleri arasında anlamlı farklılık vardır. Çalışmanın sonucunda katılımcıların çalıştıkları birimlere göre güvenlik kültürü bileşenlerinden örgütsel davranış, iş güvenliği programının varlığı, risk ve tehlikeler algısı, insan kaynaklarının yeterliliği ve güvenlik kültürü algısı bileşenlerinde arasında anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir. Bu durum bize katılımcıların çalıştıkları birimlere göre güvenlik kültürü değişebildiğini göstermiştir.

H12: Katılımcıların çalıştıkları birimlere göre çalışan güvenliği bileşenleri arasında anlamlı bir fark vardır. Hipotez kabul edilmiştir. Çalışma sonucunda katılımcıların çalıştıkları birime göre çalışan güvenliğine ilişkin bileşenlerden iletişim, mesleksi kaza bildirim sistemi ve hastane yönetimi(liderlik) bileşenlerinde anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Bu durum bize katılımcıların çalıştıkları birimlere göre kurallar, yaptıkları işler uygulama prosedürleri değişebildiğini göstermektedir.

H13:Hastane yönetimi ve korunma uygulamaları arasında pozitif bir ilişki vardır. Hipotez red edilmiştir. Araştırmada çıkan sonuçlara göre negatif bir ilişki vardır.

GELECEK ÇALIŞMALAR İÇİN ÖNERİLER

Gelecek araştırmalarda, objektif verilerle çalışılması, katılımın artırılması için anketin daha kısa tutulması, yapılacak çalışmanın acil birimler dışında yapılması önerilebilir. Araştırma çalışanların mevcut durum hakkındaki değerlendirme ve algıları dikkate alınarak belirlenmiştir. Asıl mevcut durumun nesnel olarak değerlendirilmesi için hizmet veren birimlerdeki yıllık mesleki kaza bildirimleri, bunlarla ilişkili düzeltici önleyici faaliyetler, risk değerlendirmesi gibi verilerinde göz önünde tutulmasıyla gerçekleştirilmesi gerekir. Bu çalışmanın bu özellikteki devamı ulusal bir veri tabanı sistemini oluşturulmasına önderlik edebilecektir.

Araştırmada kurum kültürü ile güvenlik kültürü arasındaki ilişki ile hasta güvenliği kültürü ile güvenlik kültürü arasındaki ilişki incelenmemiştir. Gelecekteki araştırmalarda bu konu üzerinde çalışılabilir. Araştırmamızda kalite belgesine sahip hastanelerde yapılmıştır. Gelecekteki araştırmalarda kalite belgesine sahip olmayan hastanelerde ele alınıp birbirleriyle kıyaslanabilir.

Bu çalışma pilot çalışma niteliğinde olduğundan, benzer araştırmaların Türkiye genelinde farklı hastanelerde yapılarak sonuçlarının değerlendirilmesi, daha büyük örneklem ile bu çalışma gerçekleştirilebilir iş kazalarına ilişkin detaylı verilerin elde edilmesi önerilebilir.

Yapılacak araştırmalarda, kavramsal yapıya uygun ölçeklerin kullanılması veya niteliksel ve niceliksel yöntemlerin beraberce kullanılması artı değer katacaktır.

ÖNERİLER

Sağlık kurumlarında;

- Çalışan Güvenliği Ekibi kurulmalı, çalışan sağlığı ve güvenliğine yönelik yürütülen faaliyetler, birimin özellikleri ve iş riskine yönelik olarak kontrol ve periyodik muayene şeklinde planlanmalı,

- Personelin koruyucu ekipman kullanmasının alışkanlık haline getirilmesi sağlanmalı,
- Meslek hastalıkları, iş kazaları ve işe bağlı sağlık sorunlarının önlenmesi,
- Yaralanan ve hastalanan sağlık çalışanlarının bakım, tedavi ve rehabilitasyonlarının (işe tekrar dönüş değerlendirmeleri) yapılması,
- Bulaşıcı hastalıklara yönelik sürveyansların yapılması,
- Kurum personeli arasında etkili iletişim sağlanması, çalışanların katılımının teşvik edilmesi ve güvenli raporlama sisteminin kurularak iş kazalarının takibe alınmasının sağlanması,
- Personelin gerek kendisinin gerek çevresinin sağlığını korumaya yönelik olarak olumlu davranış kazanmalarını sağlamak için eğitim programlarının düzenli aralıklarla verilmesine devam edilerek eğitimin kalıcılığının sağlanması için sağlığı geliştirme programlarının yapılması,
- Sağlık danışmanlığın verilmesi,
- Çalışanların sağlık ve güvenlik standartlarına uyumunun izlenmesi,
- Çalışma ortamının ve her bir farklı meslek grubunun üretim sürecinin tanımlanması güncelleştirilmesi,
- Çalışma ortamına ve üretim sürecine yönelik sağlık, güvenlik tehlike ve risklerin belirlenmesi ve düzenli olarak izlenmesi,
- Çalışma ortamına ve üretim sürecine bağlı tehlikeli uygulamaların kontrol edilmesi ve denetlenmesi (örneğin, iğne kapaklarının tekrar kapatılmasının yasaklanması),
- Hastanenin bütün birimlerinin koordinasyonunun sağlanması,
- Yasal ve etik durumlara uyulması (izlemler ve araştırmalar yapılmadan önce),
- Sağlık çalışanlarının yazılı ve sözel olarak bilgilendirilmesi ve onaylarının alınması,
- Acil durumlara hazırlık planlarının oluşturulması ve sağlık çalışanlarının belirli aralıklarla acil durumlara yönelik tatbikatlar yapması,

- Hastane yönetimi ve ilgili sendikaların hastanelerde kurulmuş olan çalışan güvenliği komitesinin tüm hizmetlerini desteklemesinin sağlanması(Çınar ve ark, 2011; 279-294).
- Güvenli aletlerin kullanımına yeterli kaynak ayrılmasını,
- Hastane hedefleri oluşturulurken bu konuları içeren misyonun belirlenmesini,
- Güvenli kullanım ile üretkenlik ve verimlilik artışının hedeflenmesini,
- Çalışanlar arası doğru ve etkili bir iletişimi ve hata veya olay bildirimini konusunda çalışanların cesaretlendirilmesi (Aslan ve ark,2009;34-459)
- Faaliyetlerin Planlanması yolu ile Çalışan Güvenliği Kültürü oluşturulmalı,
- Çalışan güvenliği için bir raporlama sistemi geliştirilmeli,
- “İş kazası bildirimi” prosedürü hazırlanarak hastane içinde veri toplanması sağlanmalı,
- Toplanan iş kazası bildirimleri düzenli olarak gözden geçirilmesi
- Personelin sağlığı ve güvenliğinin korunması için kurum tarafından sağlanan çalışma ortamının uygun hale getirilmesi ,işyerinde koruyucu önleyici tedbirler alınmalı ve kurumsal düzenlemeler yapılmalı, Ulusal raporlama çabalarına katkıda bulunulmalıdır.

Bir kaza raporunda da kazanın ne olduğu, kaza ile ilgili belirtiler, ne zaman olduğu, hangi bölümde veya nerede olduğu, neden olduğu, nasıl önlenebileceği belirtilmelidir(Çopur ve ark,2006b;155-172)

Tükenmişlik sendromunu görülen personelin;

- Psikolojik destek sağlanmalı,
- Kurum bünyesinde sosyal organizasyonların oluşturulmalı,
- Görev yeri değişikliği sağlanmalı.

Hasta potansiyeline ve iş yüküne uygun sayıda/özellikte personel ve tıbbi donanım sağlanarak;

- Çalışma sürelerinin ayarlanmalı,

- Nitelikli hizmet sunumu için ortam yaratılmalı.

İş ortamında kargaşanın ortadan kaldırılması için

- İş akış şemaları,
- Görev tanımları oluşturulmalı.

KORUYUCU ÖNLEMLER

- Sağlık çalışanları koruyucu ekipmanlar kullanmalıdır. (kep, maske, koruyucu gözlük...)
- Kesici ve sivri uçlu aletler için atık kutuları bulundurulmalı,
- Riskli alanlar için daha güvenli enjeksiyon sistemleri(kan alınımında vakumlu sisteme geçilmesi) seçilmeli,
- Personele yönelik aşı programları planlanmalı,
- Hastanelerde çeşitli alanlarda kazaya yol açabilecek durumları ortadan kaldırmak amacıyla düzenli olarak kontrolün yapılması,
- Hizmet içi eğitim alan personelin daha az kaza geçirdiği dikkate alınarak, personele düzenli aralıklarla verilen hizmet içi eğitimin devam etmesinin sağlanması.(Çopur ve ark, 2006b; 155-174)
- Güvenli aletlerin kullanımının yaygınlaştırılması,
- Kesici delici alet yaralanmalarına ilişkin bütün prosedürleri kapsayan yazılı dokümanların olması,
- Verilerin tanımlanmış bir birim tarafından kayıt altına alınması,
- Sürekli iyileştirme için bu sonuçların analizi ve değerlendirilmesi ve yıllık çalışma raporunun oluşturulmasını içermelidir (Aslan ve ark, 2009;34-45).

Kanla bulaşan enfeksiyon bulaşını önlemeye yönelik;

- Sağlık çalışanlarının belirli aralıklarla eğitim gereksinimleri anket ve gözlem çalışmalarıyla değerlendirilerek sürekli hizmet içi eğitim programlarının düzenlenmesi,

- Yaralanma durumunda yaralanmanın tipi, yaralanmaya neden olan alet ve bakım uygulamalarının rapor edilmesine yönelik standart sistemlerin geliştirilmesi,
- Kesici delici alet yaralanmalarında personelin takibini yürüten birim/komitenin varlığı ve faaliyetleri konusunda; tüm personelde farkındalığın yaratılması, eğitimlerin yapılması, bilgilendirme broşürlerinin hazırlanması, uyarı afişlerinin asılması.
- Kesici delici alet yaralanmalarına ilişkin bütün prosedürleri kapsayan yazılı dokümanların olması,
- Verilerin tanımlanmış bir birim tarafından kayıt altına alınması,
- Kurumda genel güvenlik önlemlerinin daha da artırılarak, tüm birimler için 24 saat boyunca güvenlik hizmetinin yürütülmesi,
- Çalışma ortamında karşılaşılan kesici ve delici alet yaralanmalarına yönelik kazalar konusunda tüm çalışanların eğitilmesi ve bu tür kazaların önlenmesine yönelik çalışmaların planlanması ve istatistiklerinin alınarak gelişimin izlenmesi,
- El hijyeninin uygulanması konusunda tüm personelde farkındalığının yaratılması, konu ile ilgili tüm personelin denetlenmesi,
- El hijyeni programlarının uygulanması önerilebilir (Karayemişoğlu ve Baykal,2010; 227-252).

KAYNAKLAR

Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM. Hospital staffing, organization and quality of care: Cross-national findings: Nursing Outlook, 2002;50:187-194.

Altıok M,Kuyurtar F,Karaçorlu S,Ersöz G ve ark. Sağlık çalışanlarının delici kesici aletlerle yaralanma deneyimleri ve yaralanmaya yönelik alınan önlemler. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2009;2: 70-79.

Altınöz C,Esen F,Bilgin E,Karçaaltınçaba E ve ark.Çalışanların kalite yönetimi algıları :Bir ağız ve diş sağlığı merkezi uygulaması. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı Cilt 2: 319-334,19-21 Mart , 2009, Antalya.

Andersen HB.Assessing Safety Culture: Technical Report R-1459. Denmark: Riso National Laboratory,2002.

Aslan C, Küçükkılınç E, Tekgül B,Kaya M ve ark.Sağlık hizmetlerinde çalışan güvenliğinin sağlanmasında kesici delici alet yaralanmasına karşı önlem almanın önemi. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı Cilt 2:34-45 ,19-21 Mart, 2009, Antalya.

Atasoy A,Tekingündüz S.Hasta güvenliğini riske eden olayların raporlanmasını etkileyen faktörlerin belirlenmesi.3.Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Poster Bildirileri Kitabı:13-23, 2011.Ankara.

Atasoy A.Sandıklı devlet hastanesi sağlık çalışanların el hijyeni konusundaki bilgi gereksinimlerinin belirlenmesi. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı Cilt 2:67-74,19-21 Mart, 2009, Antalya.

Atasoy A,Aksoy S.Hekim dışı sağlık personelinde mesleki risklerin belirlenmesi. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı Cilt 2:111-123,19-21 Mart, 2009, Antalya.

Aybek A,Güvercin Ö,Hurşitoğlu Ç. Teknik personelin iş kazalarının nedenleri ve önlenmesine yönelik görüşlerinin belirlenmesi üzerine bir araştırma. KSÜ Fen ve Mühendislik Dergisi,2003;6:91-100.

Aygün P. Kesici- delici alet yaralanmaları ve korunma önlemleri. 5'ici Ulusal Sterilizasyon ve Dezenfeksiyon Kongresi Kitapçığı:385-390, Nisan 4-8,2007, İstanbul.

Aytaç S.İş kazalarını önlemede güvenlik kültürünün önemi. Türkmatal.Türk metal sendikası genel merkezi aylık yayın organı,2011;147:30.

Batur E. Güvenlik kültürü.İş Sağlığı ve Güvenliği Dergisi,2005; 24:2-4.

Bürbüyük A. Sağlık çalışanlarında kesici delici aletlerle yaralanma sıklığı ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. GATA Yüksek Lisans tezi, Ankara, 2005.

CDC. Workplace safety and health violence occupational hazards in hospitals. 2002.www.cdc.org. (Erişim tarihi: 11.12.2011)

Chenhall EC. Assessing safety culture,values,practices,and outcomes. Colorado State University.Doktora tezi,2010;83-97.

Civaner M. Hekimin bulaşıcı hastalık taşıyan hastaya sağlık hizmeti sunma ödevi: Nereye kadar? Türkiye Klinikleri J Med Ethics, 2007; 15: 166-176.

Cooper MD. Improving safety culture: A practical guide.1998, John Wiley and Sons, Chichester.

Cooper MD.Towards a model of safety culture. Safety Science ,2000; 36: 111-136.

Cox S, Cox T.The structure of employee attitudes to safety:a European example.Work and Stres, 1991;5:93-106.

Cüceloğlu D. İletişim donanımları. İkinci Baskı. İstanbul, Remzi Kitabevi, 2002;105-115.

Çakır A, Tütüncü Ö. İzmir ili hastanelerinde hasta güvenliği algısı. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı Cilt II: 189-203; Mart 19-21, 2009,Antalya.

Çakıroğlu N.İş sağlığı ve güvenliği yönetim sistemi kapsamında risk analizi, denetim ve bir firma uygulaması. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Toplam Kalite Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi,İzmir, 2007:29-31.

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı,Ulusal İş Sağlığı ve Güvenliği Politika Belgesi 2006-2008, Ankara, 2007.

Çınar F, Akman Ö,Mendes H, Bakır İ.Kalp hastanesinde çalışan sağlık personelinin çalışan güvenliği algı düzeyi ile çalışan memnuniyeti arasındaki ilişki. 3.Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Poster Bildirileri Kitabı :279-294, 2011.Ankara.

Çopur Z, Ergüder VB ,Avşar M, Şenbaş M. Ege üniversitesi hastanesi'nde çalışan ev idaresi personelinin iş sağlığı ve güvenliği konusundaki görüşlerinin incelenmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi,2006a;9;41-52.

Çopur Z,Varlı B,Avşar M,Şenbaş M. Ege üniversitesi hastanesinde çalışan ev idaresi personelinin iş kazası geçirme durumlarının incelenmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 2006b;9;155-174.

Demirbilek T.İşçi sağlığı ve iş güvenliği ders notları. İzmir. 1999.

Demirbilek T. İşletmelerde iş güvenliği kültürünün geliştirilmesi. Çalışma Ortamı dergisi, 2008a ; 96 .

Demirbilek T.Etkin iş güvenliği kültürü ve geliştirilmesi. Çimento sektöründe iş sağlığı ve güvenliği sempozyum tebliğleri kitabı;103-119,Kasım 14-15, 2008b,İzmir.

Demirbilek T. İş güvenliği kültürü. Birinci Baskı. İstanbul, Legal Yayıncılık,2005;86-97.

Ekemen KS. Eski ve yeni iş kanunlarında çalışanların İSG eğitimi. İş Sağlığı ve Güvenliği Dergisi, 2006;30:12-17.

Ergör A,Kılıç B, Gürpınar E. Sağlık ocaklarında iş riskleri.Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi, 2003; 16:44-50.

Erkal S,Coşkuner S. Bir hastanede çalışan ev idaresi personelinin iş kazası geçirme durumunun ve kazalardan korunmak için aldıkları önlemlerin incelenmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 2010; 13;46-62.

Eroğlu EK, Kaya E, Berk Y,Öksüz SA ve ark. Sağlık çalışanlarının hata bildirimi alanında eğitilmesi ve tıbbi hataların değerlendirilmesi. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı Cilt 2:76-79,2009, Antalya.

Fişek G, Piyal B. İşçi Sağlığı Kılavuzu. Türk Tabipleri Birliği Yayını. Ankara, 1988.

Fleming M. Safety culture maturity model,Offshore Technology Report No:2000/0049,The Keil Centre,Edinburgh,2001.

Fleming M, Lardner R. Safety culture -the way forward, The Chemical Engineer, The Keil Centre,Edinburgh, 1999.

Gershon R, Karkashian C, Grosch J, Murphy L. ve ark. Hospital safety climate and its relationship with safe work practices and workplace exposure incidents. American Journal of Infection Control, 2000; 28: 211–221.

Gödelek E.İnşaat, otomotiz, mobilya-hızar sektöründe çalışanların güvenli iş davranışları değişim basamakları yordanabilir mi? IV. İş sağlığı ve Güvenliği Kongresi Bildirileri:10,2007, Adana.

Guldenmund FW.The nature of safety culture: a review of theory and research. Safety Science, 2000; 34: 1-3.

Güçlü N. Stratejik yönetim. G.Ü. Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi,2003; 23: 61-85.

Güven R. Güvenlik kültürü oluşumunda eğitimin önemi. İş Sağlığı ve Güvenliği Dergisi,2006;30: 3-11.

Hakeri H.Sağlık çalışanı güvenliği ve hukuksal sorumluluk.Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi , 2010 ;1 :54-59.

Hamaideh Shaher H. Safety culture instrument: a psychometri evalution. University of Cincinnati. College of Nursing. Doktora tezi.2004;9-124.

Hasanoğlu M. Türk kamu yönetiminde örgüt kültürü ve önemi. Sayıştay derg, 2011; 52: 43-58.

Hellings J, Schrooten W, Klazinga N, Vleugels A. Challenging patient safety culture: survey results. International Journal of Health Care Quality Assurance ,2007; 20: 620-632.

Henriksen K. "Human actors and Patient Safety: Continuing Challenges", in Handbook of Human Factors and Ergonomics in Health Care and Patient Safety. Ergonomics and Human Factors, 2006; 1: 144-160.

Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2008, Salih Mollahaliloğlu, Mustafa Kosdak, Zehra Eryılmaz (Ed.), T.C. Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 790, 2010, Ankara.

<http://www.tisk.org.tr/yayinlar.asp?sbj=ic&id=1402>(erişim 03.02.2012).

<http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/labinsp/dussrep.pdf> (erişim:19.11.2011).

http://www.osha.gov/SLTC/etools/safetyhealth/mod2_culture.html (erişim 03.02.2012).

<http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/Anasayfa/Istatistikler> (erişim 17.12.2011).

<http://www.ilo.org/public/english/protectiona/safework/intro/>. erişim:09.10.2011

Işık R. İş sağlığı ve güvenliği için eğitim ve öğretim. İş Sağlığı ve Güvenliği Dergisi, 2006; 30: 28-31.

İka H, Yorgun S, Umur S, Çakmak A ve ark. Çalışan memnuniyeti Bolu İzzet Baysal Devlet hastanesi. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı cilt 2: 249-251, 19-21 Mart, 2009, Antalya.

İncirlioğlu L. İş sağlığı ve güvenliği'nde işçi ve işverenin hukuki ve cezai sorumlulukları. İkinci Baskı, İstanbul, Legal Yayıncılık, 2008; 125-133.

Karacan E, Erdoğan ÖN. İşçi sağlığı ve iş güvenliğine insan kaynakları yönetimi fonksiyonları açısından çözümsel bir yaklaşım. Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2011;21 :102-116.

Karakoç H,Altuğ M,Canpolat G. Çalışan memnuniyeti anket sonuçlarının değerlendirilmesi. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı Cilt 2:258-263, 19-21 Mart, 2009, Antalya.

Karayemişoğlu AK,Baykal Ü. Çalışan güvenliği açısından Hemşirelerin çalışma koşullarının değerlendirilmesi. 3.Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Poster Bildirileri Kitabı:227-252, 2011.Ankara.

Kermode M,Jolley D,Langkham B,Thomas MS ve ark. Compliance with universal/standard precautions among health care workers in rural north India. Melbourne, Australia, and New Delhi, IndiaAJIC: American Journal of Infection Control,2005;33;27-33.

Kıran S. Sağlık çalışanlarında mesleki etkenlerle karşılaşma düzeyleri ve hastalık/yakınma ile ilişkisinin değerlendirilmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir,2003.

Koff RS, Seeff LB, Distag JL. Transfusion transmitted hepatitis A, B and D. In: Rossi EC (ed). Principles of Transfusion Medicine. 2nd ed. Baltimore-Philadelphia-London: Williams & Wilkins, 1996: 675-686.

Kuruüzüm Z,Elmalı Z,Günay S,Gündüz Ş ve ark. Sağlık çalışanlarında kan ve beden sıvılarıyla oluşan mesleki yaralanmalar. Mikrobiyoloji Bülteni,2008 :42;61-69.

McDiarmid, Melissa A, Condon M, RN ve ark. Organizational safety culture/climate and worker compliance with hazardous drug guidelines: lessons from the blood-borne pathogen experience. Journal of Occupational & Environmental Medicine,2005;47; 740-749.

Merih DY,Kocabey MY,Çırpı F,Bolca Z ve ark.Bir devlet hastanesinde 3 yıl içinde görülen kesici delici alet yaralanmalarının epidemiyolojisi ve korunmaya yönelik önlemler.Zeynep Kamil Tıp Bülteni,2009;40;11-15.

NIOSH and Health Division of Standards Development and Technology Transfer Guidelines for protecting the safety and health of health care workers. US of health and human services public health service centers of disease control,1998. www.cdc.gov/niosh. Erişim Tarihi: 11.12.2011

Nolen CL.The impact of resident safety culture on Quality outcomes in intellectual disabilities:a study of Tennessee community agencies . Tennessee State University.Doktora tezi. 2010;96-108.

O'Connor EJ, Fiol CM: Creating a road map to lead people through change.İn JE Lower,.editors. Culture shift: A leader's guide to managing change in health care. Second ed. Chicago :American Hospital Publishing Inc :1997;39-60.

Olds DM. Safety culture and nurse-sensitive outcomes. Nursing Presented to the Faculties of the University of Pennsylvania. Doktora tezi,2010;124-136.

OSHA. Hospital investigations: Health hazards. OSHA technical manual,1999.www.osha-slc.gov. Erişim tarihi: 11.12.2011.

Özkan Ö.Hastanede çalışan hemşirelerin iş ve çalışma ortamı tehlike ve riskleri ile risk algılarının saptanması. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara,2005.

Özkan Ö, Emiroğlu NO. Hastane sağlık çalışanlarına yönelik işçi sağlığı ve iş güvenliği hizmetleri. C.Ü.Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2006; 10 : 43-51.

Özkan T, Lajunen T. Güvenlik kültürü ve iklimi. Pivolka, 2003; 2: 3-4.

Özkılıç Ö. İşçi sağlığı ve iş güvenliği yönetim sistemleri ve risk değerlendirme metodolojileri. TİSK Yayınları, 2005.

Öztürk H,Babacan E,Özdaş AE. Hastanede çalışan sağlık personelinin iş güvenliği. 3.Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Poster Bildirileri Kitabı:136-145, 2011.Ankara

Phimister J R, Öktem ÜG, Kleindorfer PT, Kunreuther H ve ark. Near miss management systems in the chemical process industry. Risk Analysis, 2003;23:445-459.

Pizzi,Laura T,Goldfarb,Neil lve ark.Promoting a culture of safety,Agency for Healthcare Research and Quality(AHRQ),U.S.A.:Department of Healt&Human Services,2004.

Pidgeon N. Safety culture: key theoretical issues.Work&Stres, 1998;12:202-216.

Reason J. Managing The Risks of Organizational Accidents,Ashgate Publishing, Hampshire, 1997.

Reason J, Hobbs A.Managing Maintenance Error:A Prctical Guide,Ashgate Publishing,Hampshire, 2003.

Resmi Gazete,10 Haziran 2003, Kanun No: 4857 , Sayı:25134.

Resmi Gazete, 27 Kasım 2010,Sayı:27768

Resmi Gazete, 07 Nisan 2004,Sayı:25426

Resmi Gazete,11 Şubat 2004, Sayı:25370

Resmi Gazete ,16 Aralık 2003,Sayı: 25318

Resmi Gazete ,09 Aralık 2003, Sayı:25311.

Resmi Gazete ,06 Nisan 2004,Sayı: 25425.

Resmi Gazete ,11 Şubat 2004,Sayı: 25370.

Resmi Gazete, 07 Nisan 2004, Sayı:25426.

Resmi Gazete, 23 Aralık 2003,Sayı: 25325.

Resmi Gazete, 26 Aralık 2003,Sayı: 25328.

Resmi Gazete, 6 Nisan 2011, Sayı: 27897 .

Resmi Gazete,10 Haziran 2004,Sayı:25488.

Richardsson PM, Impgaard M. Corporate cost of occupational accidents: an activity-based analysis, Accident Analysis Prevention,2004; 36:173-182.

Richt B, Lymer U.B,Isaksson B. Health care workers' action strategies in situations that involve a risk of blood exposure. Journal of Clinical Nursing,2003;12;660-667.

Sağlık Çalışanlarının Meslek Riskleri . Ankara Türk Tabipleri Birliği Yayınları .Birinci Baskı, Ekim 2008.

Safety Culture; A Report By The International Nuclear Safety Advisory Group, IAEA Safety Series 75-INSAG-4, Vienna,1991.

Sarı, Ü.Kitle kültürü ve popüler kültür bağlamında, kitle iletişim araçlarının kitle kültürüne etkileri: örnek olarak pop star Türkiye yarışması. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Radyo Televizyon Sinema Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. İstanbul ,2006.

Sarıkaya M,Güllü A,Seyman Nuri M. Meslek yüksek okullarında iş sağlığı ve güvenliği eğitimi verilmesinin önemi. Tünav Bilim Dergisi, 2009;2:327-332.

Simon, Steven I, Frazee, Patrick R. Building a better safety vehicle. Professional Safety, 2005;50 :36-44.

Stein AD, Makarawo, Ahmad MFR. A survey of doctors' and nurses' knowledge, attitudes and compliance with infection control guidelines in Birmingham teaching hospitals. Journal of Hospital Infection, 2003; 54: 68-73.

Sungur E, Tiriyaki AR, Vatansever Ç. Davranış odaklı güvenlik yönetimi. Önlem dergisi, 2009;3: 54-56

Şerifoğlu KU, Sungur E.Kazaların Habercileri: Kaza Habercisi Olayların Yönetimi ve Sağlık ve Güvenlik Kültürü İlişkisi,2007. (<http://akademik.maltepe.edu.tr/pdf> (erişim:12.12.2011)).

Tak B.Sağlık hizmetlerinde kalitenin ana unsuru olarak hasta güvenliği sistemlerinin oluşturulması:hastaneler için bir yol haritası önerisi.Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi,2010; 1:73-104.

Tanır F. İş Sağlığı ve Güvenliği pdf

<http://cukurovatip.cu.edu.tr/halksagligi/dersnotlari/2011.pdf>(erişim 16.12.2011).

TC Sağlık Bakanlığı.Performans Yönetimi Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı Hastane Hizmet Kalite standartları kitabı

http://www.ataturkhastanesi.gov.tr/tr/Bilgilendirme/HKS_Rehberi.pdf(erişim 26.04.2012)

Teberik M. İSG eğitimlerinin önemi.İş Güvenliği Bülteni Sayı: 46 Ekim/2010
<http://www.ayractr.com/bulten/%C4%B0GB-46.pdf> (erişim:10.12.2011).

Tekelioğlu M.İş kazaları.Mühendis ve Makine, 2002 : 35 ; 19-21.

Tuvay FA. İş güvenliği ve çağdaş yaklaşım. Mühendis ve Makine, 2002 ; 35:19-21.

Tütüncü Ö, Küçükusta D, Yağcı K.Toplam kalite yönetimi kapsamında hasta güvenliği kültürü ve bir ölçme aracı. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü dergisi,2007;9: 519-533.

Waehrer, Geetha- Leigh Paul J.- Miller, Todd R. Cost of occupational injury and illness within the health services sector.International Journal of Health Services, 2005: 35; 343-359.

WHO (2001) The Role of the Occupational Health Nurse in Workplace Health Management. Eds. Whitaker S, Boguslaw B.(www.who.int/entity/occupational_health/regions/en/ Erişim tarihi: 11.12.2011).

Wilkinson G,Dale B.G.An examination of the iso 9001:2000 standart and its influence on the integration of management systems,Production planning &control, 2002; 13:284-297.

World Healt Organization (WHO). Aide- Memorie for a strategy to protect health workers from infection with bloodborne viruses. Geneva: Department of Blood Safety and Clinical Technology, WHO;2003. (http://www.who.int/injectionsafety/toolbox/en/AM_HCW_Safety_EN.pdf erişim:09.04.2011)

Wright L, Van Der Schaaf T.Accident versus near misses causation; a critical review of the literature, an empirical test in the UK railway domain and their implications for other sectors. Journal of Hazardous Material, 2004;26: 105-110.

Vredenburg, Alison G. Organizational safety: which management practices are most effective in reducing employee injury rates? *Journal of Safety Research*, 2002; 33: 259-276.

Yılmaz F. Türkiye’de iş sağlığı ve güvenliği hizmetleri ve örgütlenmesi: Sağlık ve güvenlik birimleri hakkında yönetmeliğin eleştirel bir değerlendirmesi. *Kamu İş*, 2010; 11: 94. URL: www.kamu-is.org.tr/pdf/1124.pdf. (Erişim Tarihi: 12 .12.2011).

Zhang DA, Wiegmann H, Von Thaden TL, Sharma G ve ark. Safety culture: an integrative review. *International Journal of Aviation Psychology*, 2004; 14: 117-123.

EK 1

Sayın Katılımcı,

Bu araştırma bir tez çalışmasıdır. Bu araştırmanın hastanede çalışan hemşirelerin ve doktorların kan ve vücut sıvılarıyla temas sonucu oluşan mesleki yaralanmaları saptamak, korunmaya yönelik önlemlerin etkinliği ve güvenlik kültürü algılaması değerlendirmek için yapılmaktadır. Anketin doldurulması on dakikanızı alacaktır. Anket sonuçları eğitim amaçlı kullanılacaktır. Katılımcıların kimlik bilgileri istenmemektedir. Araştırmanın sonuçlarının iş ortamı ve çalışma koşullarının iyileştirilmesine katkı yapacağı düşünülmektedir. Doğru sonuçlara ulaşılabilmesi için tüm soruları eksiksiz olarak yanıtlamanız gerekmektedir. Katılımınız için teşekkür ederim.

Ankette belirtilen (Güvenlik kültürü “güvenliği veya emniyeti tehdit edebilecek davranış veya uygulamalarla bunların yer aldığı ‘ortak kullanım ya da etki alanında’ bulunan canlıların veya nesnelerin (örn, teçhizat, araç vb.) zararını en aza indirmeyi amaçlayan, güvenlik veya emniyete öncelik veren algılar, inançlar, tutumlar, kurallar, roller, sosyal, teknik ve politik uygulamalarla, yetkinlikler ve sorumluluk hislerinin bütünüdür).

Lütfen aşağıdaki ifadeleri, doğru bulma düzeyinize göre işaretleyiniz.	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Ne Katılıyorum, Ne Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
HASTANEMİZDE GÜVENLİK KÜLTÜRÜ					
1- Güvenliğini tehdit edici bir olayı rahatça rapor edebilirim.	...	..	<i>f</i>	,	•
2-Çalışan güvenliği ile ilgili başvuracağımız yerler belirlidir.	...	..	<i>f</i>	,	•
3- Hastanemizde, çalışanlarına değer verilir.	...	..	<i>f</i>	,	•
4- Hastanemizde kural ve prosedürlere uyulması büyük önem taşır.	...	..	<i>f</i>	,	•
5- Hastanemizde çalışan sağlığını koruyucu bir komite vardır.	...	..	<i>f</i>	,	•
6- Bu birimde iş yükünün üstesinden gelecek kadar personel mevcuttur	...	..	<i>f</i>	,	•
7- Bu kurumda güvenliği arttırmak için değişiklik yapmak çok kolaydır.	...	..	<i>f</i>	,	•
8- Güvenlik, daha fazla iş yapmaktan daha öncelikli bir ilkedir.	...	..	<i>f</i>	,	•
9- Bu bölümde güvenlik ile ilgili problemler vardır.	...	..	<i>f</i>	,	•
10- Güvenliğini geliştirmek için değişiklikler yaptıktan sonra bunların etkinliğini değerlendiririz	...	..	<i>f</i>	,	•
11- Çalıştığım yerde potansiyel riskler konusunda herhangi bir fikrim yok.	...	..	<i>f</i>	,	•
12-Çalışanların güvenliği için çalışma koşulları uygun şekilde planlanmaktadır.(8 saat vardiya vb.)	...	..	<i>f</i>	,	•
13-Çalışanlar hizmet verirken gereksinilen koruyucu malzemeleri çok rahat bulmakta ve	...	..	<i>f</i>	,	•

kullanmaktadır.					
14- Çalışırken kullandığınız ve sağlığınıza olumsuz yönde etkileyebileceğini düşündüğünüz madde, cihaz / araç-gereç vardır.	...	”	<i>f</i>	,	•
15- Çalışma yüzeyleri düzenli olarak temizlenmiyor.	...	”	<i>f</i>	,	•
16- Eğer gerekli ekipman daha sık temin edilirse bu daha güvenli çalışmaya yardımcı olur.	...	”	<i>f</i>	,	•
17- Çalıştığım yerde güvensiz çalışma uygulamaları birim sorumlusu tarafından düzeltilir	...	”	<i>f</i>	,	•
18- İşimizin normal sürecinde, hiçbir tehlikeli durumla karşılaşmam.	...	”	<i>f</i>	,	•
19- Bu birimde çalışan personel birbirine saygılı davranır.	...	”	<i>f</i>	,	•
20-Bu birimde çalışan personel birbirini destekler.	...	”	<i>f</i>	,	•
21- Personel iş yaparken prosedürleri takip eder.	...	”	<i>f</i>	,	•
22- Personel bu birimin parçası olduğu için kendini iyi hisseder.	...	”	<i>f</i>	,	•
23- Güvenlik için gerekli araçları en uygun şekilde kullanabilmek için gerektiğinde yeterli eğitimleri alabilecek fırsatlar sunulmaktadır	...	”	<i>f</i>	,	•
24-İş yoğunluğu o kadar fazladır ki personel durmadan hızlı çalışmak zorunda kalır.	...	”	<i>f</i>	,	•
25- Çalıştığım yerde karşılaşılabilecek tehlikelere karşı etkin önlemlerin alındığını düşünmüyorum	...	”	<i>f</i>	,	•
26-Evrensel korunma ilkelerine uygulayabilecek yeterli zamanı her zaman bulabiliyorum.	...	”	<i>f</i>	,	•
Lütfen aşağıdaki ifadeleri, doğru bulma düzeyinize göre işaretleyiniz.	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Ne Katılıyorum, Ne Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
HASTANEMİZDE GÜVENLİK KÜLTÜRÜ					
27-Çalışma arkadaşım benim güvenliğimi tehdit etmediği sürece uygunsuz davranışlarını uyarmam benim görevim değildir.	...	”	<i>f</i>	,	•
28- Çalışma ortamımın gereğinden fazla kalabalık olduğunu düşünüyorum.	...	”	<i>f</i>	,	•
29- İş yerimin dağınıklığı beni rahatsız ediyor ve çalışma disiplini etkiliyor.	...	”	<i>f</i>	,	•
30- Başka kurumlarla kıyaslandığında çalıştığım kurum daha güvenli bir kurumdur.	...	”	<i>f</i>	,	•
İLETİŞİM	...	”	<i>f</i>	,	•
31-Hastane yönetimi içerisinde her kişi ve bölümle yeteri kadar hızlı iletişim kurabileceğimiz bir iletişim sistemi mevcuttur.	...	”	<i>f</i>	,	•
32- Bu kurumda kazaların bir daha oluşmaması için konuşulur.	...	”	<i>f</i>	,	•
33-Personel hastaya zarar verme potansiyeli olan bir şeyi gördüğünde söyler.	...	”	<i>f</i>	,	•
34-Bu kurumda personelin düşünce ve tavsiyeleri değerlidir.	...	”	<i>f</i>	,	•
35- Bu kurumda olan sorunları personel kolaylıkla dile getirir.	...	”	<i>f</i>	,	•
MESLEKSEL KAZA BİLDİRİMİ	...	”	<i>f</i>	,	•
36- Birimizde yapılan hatalardan ders çıkarırız.	...	”	<i>f</i>	,	•
37- Hastane yöneticileri tıbbi hataları raporlamak için teşvik ederler.	...	”	<i>f</i>	,	•
38- Personel hata yaptığında raporladığında kendisinin sorumlu tutulmayacağını bilir.	...	”	<i>f</i>	,	•
39- Yapılan hatalar bu bölümde pozitif değişikliklere yol göstermiştir.	...	”	<i>f</i>	,	•
40-Uyguladığımız prosedürler ve talimatlar hata oluşmasını önlemede başarılıdır.	...	”	<i>f</i>	,	•
41- Bir olay rapor edildiği zaman olayla ilgili problem değil, olayla ilgili kişi şikayet ediliyor duygusu vardır.	...	”	<i>f</i>	,	•
42- Çalıştığım birimdeki çalışanlardan biri hata yaparsa diğeri hızla düzeltir.	...	”	<i>f</i>	,	•
HASTANEDE KALİTE YÖNETİMİ	...	”	<i>f</i>	,	•

43-Hastanede çalışan tüm personelin öncelikli hedefi yüksek kaliteli sağlık hizmeti sunmaktır.	...	”	<i>f</i>	,	•
44-Kalite sisteminin çalışan sağlığına katkısı olduğunu düşünmüyorum.	...	”	<i>f</i>	,	•
45- Kurumumuzda kalite yönetiminin sağlıklı ilerlediğini düşünüyorum.	...	”	<i>f</i>	,	•
46-Kalite sistemi,iş güvenliğini sağlayacak (prosedürleri) uygulamaları destekliyor.	...	”	<i>f</i>	,	•
HASTANE YÖNETİMİ	...	”	<i>f</i>	,	•
47- Hastane yöneticileri öncelikle güvenliği esas alır.	...	”	<i>f</i>	,	•
48- Yönetim güvenlik hakkındaki önerilerimi dinler ve uygulamaya koyar.	...	”	<i>f</i>	,	•
49- Hastane yönetimi güvenliğini artıran bir çalışma atmosferi sağlamaktadır.	...	”	<i>f</i>	,	•
50- Yöneticilerimiz, oluşturulmuş güvenlik prosedürlerine göre yapılmış bir işi gördüğünde takdir eder.	...	”	<i>f</i>	,	•
51-Hastane yönetimi içerisinde görev, yetki ve sorumluluklarım belirgindir.	...	”	<i>f</i>	,	•
52- Çalışanlar güvenli çalışma konusunda yönetim tarafından desteklenmektedir.	...	”	<i>f</i>	,	•
53-Yönetim gerekli eğitimlerin verilmesi konusunda çalışanlara yeterli olanak sağlamaktadır	...	”	<i>f</i>	,	•
54- İşyeri güvenliği açısından yönetimin bir yaptırım uygulayabileceğine inanmıyorum	...	”	<i>f</i>	,	•
55- Yönetim çalışanların daha güvenilir bir ortamda çalışmalarını konusunda her zaman isteklidir.	...	”	<i>f</i>	,	•
KAN VE VÜCUT SIVILARIYLA TEMAS	...	”	<i>f</i>	,	•
56-Kan yoluyla bulaşan hastalıklar ve bunların bulaşmasını önleme yolları konusunda eğitim aldım.	...	”	<i>f</i>	,	•
57-Çalıştığım odada tek kullanımlık eldiven her zaman bulunur.(bulmakta zorlanmam.)	...	”	<i>f</i>	,	•
58- Çalıştığım yerde enjektör uçlarını atabileceğim özel atık kapları her zaman bulunur.	...	”	<i>f</i>	,	•
59- Tıbbi atıklar düzenli olarak temizlik personeli tarafından toplanıyor.	...	”	<i>f</i>	,	•

Lütfen aşağıdaki ifadeleri, doğru bulma düzeyinize göre işaretleyiniz.					
KAN VE VÜCUT SIVILARIYLA TEMAS	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Ne Katılıyorum, Ne Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
60- Sıçrama riski bulunan uygulamalar sırasında odada koruyucu gözlük her zaman bulunur.	...	”	<i>f</i>	,	•

61.Kan ve diğer vücut sıvıları ile temas edeceğiniz her durumda eldiven kullanıyor musunuz?

1 () Evet 2 () Hayır

Yanıtınız “**hayır**” ise nedenlerini açıklayınız? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

1 () Eldiven temininde sorun yaşıyorum

2 () Eldiven ile rahat çalışmıyorum

3 () Önemsemiyorum / ihmal ediyorum.

4 () Zaman bulamadığım anlar oluyor

5 () Eldiven kullandığımda kasıntı, kızarıklık vb. oluyor

62.Hasta ile ilgili işlemlerde hastaya her temas öncesi ve sonrası ellerinizi yıkıyor musunuz?

1 () Evet 2 () Hayır

Yanıtınız “**hayır**” ise nedenlerini açıklayınız? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

1 () Sabun ellerimi tahris ediyor

2 () Sular bazen kesiliyor

3 () Zaman bulamıyorum

4 () Lavabo yok

63. Son bir yıl içerisinde aşağıdakilerden hangileri ile bir koruyucu olmadan (eldiven) temas ettiniz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

1 () Kan

2 () Genital sekresyonlar

3 () Plevra

4 () Pericard

5 () Periton

6 () Serebrospinal

7 () Sinovyal

8 () Amnion sıvısı

9 () Dren mayi

10 () Bosaltım çıkıtları

64. Maruz kalınan bölge

1 () Sağlam deri

2 () Burun(Mukoza)

3 () Bütünlüğü bozuk deri

4 () Ağız(Mukoza)

5 () Gözler(Mukoza)

6 () Diğer

65. Maruziyet sırasında KKE kullanıyormuydu?

1 () Evet

2 () Hayır

1 () Eldiven

2 () Maske

3 () Gözlük

4 () Önlük

5 () Siperlik

6 () Diğer

66. Son bir yıl içinde kesici-delici bir aletle yaralanmanız oldu mu?

1 () Evet

2 () Hayır

67. Yanıtınız “**evet**” ise yaralanma hangi uygulamayı yaparken oldu?

(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

1. () IV girisim sırasında

2. () Enjektör başlığını tekrar takarken

3. () Ameliyat / pansuman sırasında

4. () Kontamine malzemeleri toparlarken / temizlerken

5. () Enjeksiyon yapma hazırlığı aşamasında(iğne kapağını açarken, ampul kırarken)

68. Yaralanmadan hemen sonra ne yaptınız?

(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

1. () Tetkik yaptırdım.

2. () Antiseptik solüsyonla yıkadım.

3. () Profilaktik ilaç aldım.

4. () Ig yaptırdım.

5. () Ası yaptırdım.

6. () Kanattım

7. () Temiz iğne olduğu için bir şey yapmadım.

C-DEMOGRAFİK DEĞERLENDİRMELER

1. Bu hastanede kaç yıldır çalışmaktasınız?

a. () 1 yıldan az

b. () 1 - 5 yıl arası

c. () 6 -10 yıl arası

d. () 11 - 15 yıl arası

e. () 16 - 20 yıl arası

f. () 21 yıl ve daha fazla

2. Ortalama olarak haftada kaç saat çalışmaktasınız?

a(). Haftada 20 saatten daha az d() Haftada 60-79 saat arası

b(). Haftada 20-39 saat arası e(). Haftada 80-99 saat arası

c(). Haftada 40-59 saat arası f.() Haftada 100 saat ve daha fazla

3. Çalıştığınız işin gereği olarak hastalarla doğrudan iletişim kuruyor musunuz?

a() EVET, hastalarda doğrudan iletişim kurmaktayım.

b() HAYIR, hastalarla hiçbir şekilde iletişim kurmuyorum.

4. Mesleğiniz aşağıdakilerden hangisidir?

a () Hemşire c () Teknisyen (yardımcı sağlık personeli)

b () Hekim d () Diğer, lütfen yan tarafa belirtiniz

5. Yaşınız aşağıdakilerden hangisidir?

a () 18-25 c () 34-41 e () 50 ve üzeri

b () 26-33 d () 42-49

6. Cinsiyetiniz aşağıdakilerden hangisidir?

A() Kadın b() Erkek

7. Eğitim durumunuz aşağıdakilerden hangisidir?

a () İlkokul c () Lise e () Lisans

b () Ortaokul d () Önlisans f () Lisansüstü

Yorumlarınız için lütfen bu alanı kullanınız:

--

İLGİNİZE

TEŞEKKÜR EDERİZ

EK 2

AYDINLATILMIŞ (BİLGİLENDİRİLMİŞ) ONAM FORMU

Hastanelerde görev yapmakta olan Ameliyathane,Yoğun bakımlarda, Kadın Doğum Servisi, Doğumhane, Acil Servis, Enfeksiyon Hastalıkları Servisi, Merkez Laboratuar çalışan hemşirelerin ve hekim ve laborantların kan ve beden sıvılarına maruz kalma durumları, sıklığı,hangi bölümlerde yaralanma durumları daha sık belirlenmesi,bunun kalite ve güvenlik kültürüyle arasındaki ilişkinin analizinin yapılması ve yaralanma durumunda aldıkları önlemler ve bunları uygulama durumlarının belirlenerek mesleki iş güvenliği programlarının geliştirilmesi için veri elde edilmesi amacıyla yeni bir araştırma(tez çalışması) yapmaktayız. Araştırmanın ismi " KALİTE YÖNETİM SİSTEMİNE SAHİP HASTANELERDE MESLEKSEL YARALANMALAR İLE GÜVENLİK KÜLTÜRÜ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN ANALİZİ " dir.

Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Araştırmaya davet edilmenizin nedeni sizin de bu hastanelerde ilgili birimlerde çalışıyor olmanızdır. Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz size 5 ‘li likertli ölçek kullanılarak tanımlayıcı bir anket çalışması yapılacaktır . İlgili anket ek de verilmiştir.60 soru likert li anket tipi olup, 8 soru açık uçlu,demografik verilerle ilgili 7 soru bulunmaktadır.

Yapılacak anket de kimlik bilgileri istenmemektedir.

Araştırma sonuçlarıyla veri analizi yapılacaktır. Bunun için SPSS istatistiksel programı kullanılacaktır. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır.

Yapılacak araştırmanın getireceği olası yararlar

Uygulamaya yönelik olarak ta, öngörülen araştırma sonuçlarının hastanelerde ilerde yapılacak olan iyileştirme ve geliştirme faaliyetlerine ışık tutacağı ve altyapı oluşturulacağı düşünülmüştür.

Öngörülen araştırma belirtilen hastane ve bölümlerde, kan ve beden sıvılarıyla temas oranının belirlenmesi, korunmaya yönelik önlemlerin etkinliğinin saptanmasına yönelik olarakta veri toplanarak bu verilerin uygulamaya yönelik olarak mesleki güvenlik programlarının geliştirilmesine de katkıda bulunacağı düşünülmüştür.

Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz.

Katılımcının Beyanı

Sayın Nuray Çınar tarafından Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlıkta Kalite Geliştirme ve Akreditasyon Anabilim dalında bir tanımlayıcı anket çalışması araştırması yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” (denek) olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılabileceğine inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. *(Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim)*. Ayrıca kişisel bilgileri ve mahremiyetime herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” (denek) olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel.

İmza

Görüşme tanığı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel.

İmza:

Katılımcı ile görüşen araştırmacı

Adı soyadı, unvanı:

Adres:

Tel.

İmza

Ek 3 Etik Kurul Onayı

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2011/17-18	Tarih:26.05.2011
	Yard.Doç.Dr.Yavuz DOĞAN'ın sorumluğu Yök.Lis.Öğr.Nuray Çınar GÜRLER'in proje yürütücüsü olduğu "Kalite Yönetim Sistemine Sahip Hastanelerde Mesleki Yaralanmalar ile Güvenlik Kültürü Arasındaki İlişkinin Analizi" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.	
ETİK KURUL BİLGİLERİ		
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Etik Kurullar Yönetmeliği , İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu	
ETİK KURUL ÜYELERİ		

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsi yet	Araştırma ile ilişkili mi?	İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	<i>Banu</i>
Prof.Ph.D.Besti ÜSTÜN (Başkan Yardımcısı)	Ph.D.Yüksek Hemşire	DEÜ Hemşirelik Yüksekokulu	Kadın	E ☐ H ☒	<i>Besti</i>
Prof.Dr.Osman AÇIKGÖZ	Fizyoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E ☐ H ☒	<i>Osman</i>
Prof.Dr.Mehtap MALKOÇ	Ph.D.Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEÜ Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu	Kadın	E ☐ H ☒	<i>Mehtap</i>
Prof.Ph.D.Zuhul BAHAR	Ph.D. Yüksek Hemşire, Halk Sağlığında doktora	DEÜ Hemşirelik Yüksekokulu	Kadın	E ☐ H ☒	<i>Zuhul</i>
Prof.Dr.Nejat SARIOĞMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEÜ Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐ H ☒	<i>Nejat</i>
Prof.Dr.Ömer Selahattin TOPALAK	İç Hastalıkları (Gastroenteroloji)	DEÜ Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐ H ☒	<i>Ömer</i>
Prof.Dr.Ece BÖBER	Pediyatrik Endokrinoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	<i>Ece</i>
Prof.Dr.Hüseyin BASKIN	Mikrobiyoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E ☐ H ☒	<i>Hüseyin</i>
Prof.Dr.Servet AKAR	İç Hastalıkları (Romatoloji)	DEÜ Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	<i>Servet</i>
Doç.Dr.Mukaddes GÜNELİ	Tıbbi Farmakoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	<i>Mukaddes</i>
Doç.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Mikrobiyoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	<i>Ayşe</i>
Doç.Dr.İşıl TEKMEK	Histoloji ve Embriyoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	<i>İşıl</i>
Prof.PhD.Meltem Kutlu GÜRSEL	Hukuk	D.E.Ü Hukuk Fakültesi İdare Hukuku Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	<i>Meltem</i>
İhsan ÇELİKDEMİR	Sağlık mensubu olmayan üye	75. Yıl Özel İlköğretim Okulu Müdür Yrd.	Erkek	E ☐ H ☒	<i>İhsan</i>

Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimci Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu



ÖZGEÇMİŞ

TC Kimlik No:	46873787280
Doğum Yılı:	1977
Yazışma Adresi:	Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Kan Merkezi/Aferez Birimi İnciraltı-İZMİR 35340 İzmir/Türkiye
Telefon:	2324122582
Faks:	2322599723
E posta:	nuraycinar@hotmail.com

EĞİTİM BİLGİLERİ

Ülke	Üniversite	Fakülte	Öğrenim Alanı	Derece	Mezuniyet Yılı
Türkiye	Dokuz Eylül Üniversitesi	Hemşirelik Fakültesi	Hemşirelik	Lisans	1999

AKADEMİK/MESLEKTE DENEYİM

Kurum/Kuruluş	Ülke	Şehir	Bölüm/Birim	Görev Türü	Görev Dönemi
Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi	Türkiye	İzmir	Ortopedi Servisi	Hemşire	2000-2005
Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi	Türkiye	İzmir	Kan Merkezi/Aferez Ünitesi	Hemşire	2005-

UZMANLIK ALANLARI

Uzmanlık Alanları
Kan Merkezi Hemşireliği
Aferez Hemşireliği