

# SAĞLIKTA PERFORMANS VE KALİTE

Hakemli Bilimsel Dergi

**DERGİSİ**

**SAYI: 16 - KONGRE ÖZEL SAYISI  
2019**

**Yayın Sahibi**

Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Adına  
Daire Başkanı **Dr. Abdullah ÖZTÜRK**

**Sorumlu Yazı İşleri Müdürü**

**Uzm. Dr. Dilek TARHAN**

**Yönetim Yeri**

Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü  
Sağlıkta Verimlilik, Kalite ve Akreditasyon Dairesi Başkanlığı  
Üniversiteler Mah. Dumlupınar Cad. Bilkent Yerleşkesi No:9 Çankaya/ANKARA

**Yayın Türü**

Yaygın Süreli Yayın

**Yayın Periyodu**

Dergi, 6 ayda bir olmak üzere yılda iki kez yayınlanır.

*Dergimiz hakemli dergi olup,  
yayınlanan makaleler en az 2 hakem tarafından okunmaktadır.*

- Bakanlık Makamının 19.08.2008 tarihli ve 10133 sayılı onayı ile yürürlüğe giren "Sağlık Bakanlığı Yayın Yönergesi"ne ve derginin yayın ilkeleri ve yazım kuralları'na uygun yazılar kabul edilir.
- Yazılarının yayımlanmış olması yazarlara ait kişisel görüşlerin Bakanlık tarafından paylaşıldığı anlamına gelmez.
- Yazılar ancak kaynak gösterilmek suretiyle iktibas edilebilir.

**İletişim Adresi**

T. C. Sağlık Bakanlığı  
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü  
Sağlıkta Verimlilik, Kalite ve Akreditasyon Dairesi Başkanlığı

**web:** www.kalite.saglik.gov.tr

**e-mail:** spkdergisi@saglik.gov.tr

**Tel:** (0312) 458 50 02 • **Fax:** (0312) 435 16 79

**ISSN: 1309-1972**



Basım - 2019

**Tasarım - Baskı**

Kuban Matbaa Matbaacılık Yayıncılık

İvedik Organize Sa. Matbaacılar Sit.

1514. Sk. No: 20 ANKARA

Tel: 0312 395 20 70 • Faks: 0312 395 37 23

[www.kubanmatbaa.com](http://www.kubanmatbaa.com)

# SAĞLIKTA PERFORMANS VE KALİTE

16. Sayı

Hakemli Bilimsel Dergi

**DERGİSİ**

Genel Yayın Yönetmeni

Prof. Dr. Ahmet TEKİN

Genel Yayın Yönetmen Yardımcısı

Doç. Dr. Mehmet GÜNDÜZ

İmtiyaz Sahibi

Dr. Abdullah ÖZTÜRK

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü

Uzm. Dr. Dilek TARHAN

Hukuk Danışmanı

Av. Sevil SERİN



## BU SAYININ HAKEM KURULU

Doç. Dr. Tamer Cevat İNAL	Çukurova Üniversitesi, Tıbbi Biyokimya Bölümü
Öğr. Üyesi Hilal AKSOY	Hacettepe Üniversitesi, Aile Hekimliği Bölümü
Doç. Dr. Yasemin AKBULUT	Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü
Prof. Dr. Sevgi ERGİN	İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı
Prof. Dr. Nurettin PARILTI	Gazi Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi İşletme Bölümü
Yrd. Doç. Dr. İsmail YILDIZ	Dicle Üniversitesi
Prof. Dr. Şeyda Seren İNTEPELER	Dokuz Eylül Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi
Prof. Dr. İsmail AĞIRBAŞ	Ankara Üniversitesi, Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü
Prof. Dr. Aytül KASAPOĞLU	Ankara Üniversitesi, Sosyoloji Anabilim Dalı



# İÇİNDEKİLER

11  
30

## NURTEN GÜNDÜZ - SABAHATTİN ALTINTAŞ

Hasta Mahremiyetine Yönelik Sağlıkta Kalite Standartlarının Hastane Çalışanları Üzerinde Algılarının Ölçülmesi  
*Measuring The Perception Of Hospital Staff On The Health Quality Standards Towards Patients' Confidentiality*

31  
39

## MELTEM KAYA ÇOLHAN - MELEK ÇETİN - NESRİN AYDEMİR

İstanbul Bahçelievler Devlet Hastanesinde Tehlikeli Madde Yönetiminde Sürekli İyileştirme Çalışması

41  
62

## İBRAHİM YÜKSEL - KUDRET ŞEVKET SAYIN

Kamu Hastanelerinde Performansa Dayalı Ek Ödeme Model Önerisi  
*Performance Based Additional Payment Model Advice in Public Hospitals*

63  
82

## SEDAT BAYYİĞİT - NİLGÜN ASLAN AYDOĞAN - KENAN ECEMİŞ

Sağlık Çalışanlarının Güvenlik Raporlama Sistemi Hakkında Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi  
*Assessment of the Safety Reporting System Knowledge Levels of Healthcare Professionals*

83  
119

## EBRU KALE - BİLAL SALİM - YEŞİM BAYTOK SULTAN TORTUMLUOĞLU - ARZU KÜÇÜK - MURAT ERARSLAN

Hastanelerde Hizmet Alım Personellerine Yönelik Şiddet Olaylarının Değerlendirilmesi  
*Evaluation of Violence of Events Applied to Service Procurement Personnel in Hospitals*





# ÖNSÖZ

Değerli Okurlarımız,

Ülkemizde sağlıkta kalite ve performans kapsamında gerçekleştirilen çalışmaların bilimsel ortamlarda ele alınması ve teşvik edilmesi amacıyla hazırladığımız Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi'nin 16. sayısına hoş geldiniz. Kalkınmanın ve gelişmişliğin en önemli araç ve göstergelerinden birisi toplumun sağlık düzeyidir. Küreselleşmenin oluşturduğu etkiler, toplumu ve toplumsal yapıları kökünden değiştirdiği gibi, sağlık alanında da sürekli gelişimi bir zorunluluk haline getirmiştir. Ülkemizde sağlık alanında gerçekleştirilen büyük yatırımlar, hedeflere yönelik uygulamaya konulan adımlar ve sağlıkta kalite kültürünün oluşturulması amacıyla istikrarlı bir şekilde yürütülen faaliyetler neticesinde küresel anlamda adından söz edilen bir sağlık sistemi yapısına ulaşılmıştır. Ancak ülke olarak gelişimin takipçisi değil öncüsü olmayı amaçlamalı ve sürekli daha iyiyi hedeflemek durumundayız. Bunun için de sağlık sistemimizin izlenebilir, kıyaslanabilir ve hesap verebilir olması yolundaki çalışmalara ağırlık vermekteyiz. Küresel, ulusal ve kurumsal düzeyde ölçme ve değerlendirme kültürünü geliştirmeye yönelik önemli programlar yürütmekteyiz.

Bu kapsamda dergimizin 16. kongre özel sayısında; “Hasta Mahremiyetine Yönelik Sağlıkta Kalite Standartlarının Hastane Çalışanları Üzerinde Algılarının Ölçülmesi”, “İstanbul Bahçelievler Devlet Hastanesinde Tehlikeli Madde”, “Kamu Hastanelerinde Performansa Dayalı Ek Ödeme Model Önerisi”, “Sağlık Çalışanlarının Güvenlik Raporlama Sistemi Hakkında Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi”, “Hastanelerde Hizmet Alım Personellerine Yönelik Şiddet Olaylarının Değerlendirilmesi” konularında oluşan 5 adet kongre kapsamında hazırlanmış ve dergi için makaleye dönüştürülmüş çalışmayı sizlerle paylaşıyoruz. Değerli çalışmaları ile sağlık hizmetlerinin gelişimine hız kazandıran ve yayınlanmak üzere dergimize gönderen tüm araştırmacılara, dergimizin yayınlanması sürecinde rol alan arkadaşlarımıza ve değerli hakemlerimize teşekkür eder, bu sayının sağlık hizmet sunucularının başarılarına katkı sağlanması dileğiyle hepinize saygılar sunarım.

**Prof. Dr. Ahmet Tekin**  
Genel Yayın Yönetmeni



# Hasta Mahremiyetine Yönelik Sağlıkta Kalite Standartlarının Hastane Çalışanları Üzerinde Algılarının Ölçülmesi

Nurten GÜNDÜZ<sup>1</sup>  
Sabahattin ALTINTAŞ<sup>2</sup>

## ÖZ

Hastaların mahremiyet konusunda beklentilerinin karşılanması ve bilgilendirilmeleri, onların sağlık hizmetlerinden memnuniyetini ve dolayısıyla sunulan hizmetin kalitesini artıran önemli bir etmendir. Çalışanların mahremiyet konusunda gösterdikleri titizlik onları yasalar karşısında olumsuz durumlara düşmekten koruyacaktır. Bu nedenle sağlık hizmeti sunan kurumlardaki mahremiyet uygulamaları büyük bir önem taşımaktadır. Bu araştırma Kütahya ili D.P.Ü Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi yataklı servilerde görev yapan çalışanların hasta mahremiyetine olan algılarını ölçmek ve farkındalıklarını değerlendirmek için yapılmıştır. Araştırmada yüz yüze anket tekniğinden faydalanılmıştır. Verilerin toplanması amacıyla araştırmacılar tarafından geliştirilen Sosyo-demografik Bilgi Formu ve “Sağlıkta Kalite Standartları (SKS)’nin Hasta Mahremiyeti ile İlgili Uygulamaları Listesi” kullanılmıştır. Uygulama başlıkları; yataklı servisler, yoğun bakım üniteleri, hasta bilgilerinin saklanması ve hastanelerin genel kullanım alanlarında mahremiyet başlıklarından oluşmaktadır. Araştırma verileri SPSS 18.0 programında değerlendirilmiştir. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında kullanılan analiz yöntemi olarak Cronbach Alpha güvenilirlik testi uygulanmıştır.

Araştırmaya katılanların sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde; 92’sinin (%76,7) kadın, 69’unun (%57,5) 20-30 yaş arasında olduğu, 73’nün (%60,8) evli,

1 Kütahya İl Sağlık Müdürlüğü, Kamu Hastaneler Birliği Başkanlığı, Uzman, nurten\_p@hotmail.com

2 Kütahya İl Sağlık Müdürlüğü, Kamu Hastaneler Birliği Başkanlığı, sabahattinalintas@mynet.com

71'inin (%59,2) lisans mezunu olduğu, 103'nün (%85,8) hemşire ve ebe olarak görev yaptığı, 48'nin (%40) 1-5 yıl deneyimli olduğu görölmüştür. Hasta mahremiyetine ilişkin kurum uygulamalarına yönelik yöneltlen sorulardan en yüksek oran; "Hastanın mahremiyeti yasal bir haktır." (Kesinlikle katılıyorum %70, katılıyorum %28,3)" sorusu; en düşük oran ise; 'Hastalar kamu sağlığını ilgilendiren bir durum yoksa sağlık sistemine kayıtlı olan bilgilerden istediğini sildirebilir.' (Kesinlikle katılıyorum %26,7, Katılıyorum %30, Kararsızım %21,7, Katılmıyorum %13,3, Kesinlikle katılmıyorum %8,3 ) sorusu almıştır. Araştırma kapsamında çalışanların hasta mahremiyeti konusunda farkındalıklarının ve algılarının yüksek olduğu ve çalıştıkları hastanede hasta mahremiyeti uyumun ise 'Genel olarak kurumumuzda hasta mahremiyetine dikkat edilir.' (%42,5 kesinlikle katılıyorum, %37,5 katılıyorum %16,7 kararsızım) şeklinde görölmekte olup, yüksek oranda olduğu sonucuna varılmaktadır

**Anahtar Kelimeler:** Basınç Yarası, Kanıtı Dayalı Uygulama, Rehber.

# Measuring The Perception Of Hospital Staff On The Health Quality Standards Towards Patients' Confidentiality

## ABSTRACT

One of the important aspects which increase patients' satisfaction with health care services and service quality is meeting patients' expectations and informing them about their confidentiality. Employees' awareness about confidentiality would protect them from several situations negative against the law. For this reason, the confidentiality practices in health care institutions are an important issue. This research is made to measure the perceptions of the employees, who are working in Kutahya D.P.U. Evliya Celebi Training and Research Hospital's inpatient care services, about patient confidentiality and evaluate their awareness. In this research use the face to face technique. The socio-demographic information template developed by researchers and "Health Quality Standards (SKS) List of Applications Related to Patient Confidentiality" were utilized. The research topics consists of inpatient care services, intensive care units, confidentiality about patient information documents archiving and confidentiality in public spaces of hospitals. The research data was evaluated in the SPSS 18.0 program. Cronbach Alpha Reliability Test was used in the study of the survey scale's validity and reliability. From the viewpoint of the survey respondents' socio-demographic characteristics; they were composed of 92 (76.7%) females, 69 (57.5%) between 20 and 30 years old, 73 (60.8%) married, 71 (59.2%) bachelor's degree owners, 103 (85.8%) nurses or midwives, 48 (40%) 1 – 5 years experienced individuals. The highest rate in the survey questions related to the patient's confidentiality is that "The patient's confidentiality is a legal right" (strongly agree 70%, agree 28.3%). On the other hand, the lowest rate is that "If there is not public health concern, patients can delete any information registered in the health care system" (strongly agree 26.7%, agree 30%, undecided 21.7%, do not agree 13.3%, absolutely do not agree 8.3%). Within the scope of the research, it is seen that the employees have high awareness and perception about patient's confidentiality. Also, patient's confidentiality is generally paid attention in the hospital (42.5% strongly agree, 37.5% agree 16.7% undecided).

**Keywords:** Patient Privacy, Patient, Hospital, SKS



## 1. GİRİŞ

Günümüzde insan yaşamına verilen değer eski dönemlerle kıyaslanmayacak kadar önemli bir hale gelmesi, kişi sağlığının daha dikkatli bir biçimde ele alınması sonucunu beraberinde getirmektedir. Aynı zamanda hasta ile sağlık hizmeti sunanların ilişkisi yoğun bir şekilde irdelenmektedir. Hukuksal anlamda da önemli sonuçlar doğuran bu ilişkiler, çeşitlerine göre farklılaşan karşılıklı yükümlülükleri barındıran karmaşık bir yapı oluşturmaktadır.

Hak, kişinin hukuken korunan menfaatler bütünüdür. Mahremiyet hakkı ise insan hakları içerisinde önemli ve gizemli bir yer tutan ve mutlaka korunması gereken temel haklar arasında yer almaktadır. Gerek özel hayatın mahremiyeti gerekse de hasta mahremiyeti hukuki anlamda teminat altına alınmıştır. Dolayısıyla yasal düzenlemeler, ilgili kişilere (hekim, sağlık çalışanı, sekreter vb) diğer kişilerin (hasta, refakatçi vb) özel hayatına ve sağlığı ile ilgili hayatına saygı gösterme, mahremiyetlerini koruma zorunluluğu getirmektedir.

Hastaların mahremiyet konusunda beklentilerinin karşılanması ve bilgilendirilmeleri, onların sağlık hizmetlerinden memnuniyetini ve dolayısıyla sunulan hizmetin kalitesini artıran önemli bir etmendir. Çalışanların mahremiyet konusunda gösterdikleri titizlik onları yasalar karşısında olumsuz durumlara düşmekten koruyacaktır. Ayrıca yaşanan yasal durumlarda çalışanı koruyucu önem kazanacaktır. Bu nedenle sağlık hizmeti sunan kurumlardaki mahremiyet uygulamalarının değerlendirilmesi büyük bir önem taşımaktadır.

### 1.1. Hak Kavramı

Kişinin hukuken korunan menfaatler bütünüdür. Mahremiyet bir haktır ve kişilik hakkı olarak korunması gereken menfaatler arasında yer alır. Medeni kanun; kişilik hakkının çocuğun doğumu anından başlayıp ölümüne kadar devam edeceğini, hak ehliyetinin ise sağ doğmak koşuluyla ana rahmine düşme anından itibaren kazanılacağını düzenlemiştir (Türk Medeni Kanunu Mad.28).

Hak denen yetkinin kullanımı ise, ancak insanda hak bilincinin güçlenmesi ölçüsünde anlam, değer ve önem kazanır. Hak bilinci yeterince gelişip güçlenmemiş kişi neyin kendisine ait olduğunu kesinlikle bilmediği için, hakkına sahip çıkma olanağından yoksundur. Görüldüğü gibi hak kavramı ile yetki arasında yakın bir bağlılık gözümüze çarpar ve hak sahibi bu yetkiyi

kullandığı zaman yani herhangi bir talepte bulunduğu zaman karşı taraf için bir yükümlülük, bir ödev ortaya çıkmaktadır (Aktaran Güriz, 1992: 130).

## 1.2. Hasta Mahremiyeti Kavramı

Hasta haklarında önemli bir boyutu oluşturan mahremiyet kavramı Arapça *haram* kelimesinden gelmektedir. Türkçede mahremiyet kelimesi; genel olarak dokunulmazlık anlamında kullanılmakla ve bu anlamdan hareketle kişinin özel alanı ve gizlilik gibi ifadeleri içermektedir. Bu durumda mahremiyet, insan vücudunda bakılması, dokunulması ve hakkında konuşulması yasak olan bölgeleriyle ilgili dokunulmazlık halidir. Türkçemizde mahremiyet kelimesi bu anlamda kullanılmakla birlikte, anlamdan hareketle kişinin özel alanı, gizlilik gibi anlamları da ifade etmektedir (Namlı, 2013). Kısacası mahremiyet, “girilemez” bir alanı belirlemekte ve başka birinin beden, duygu, düşüncesine veya bilgi ya da özel ilişkilerine girmesinin sınırlandırılması anlamına gelmektedir. Bireyin kendi durumu ile ilgili maddi ve manevi varlıklara, yine kendisiyle ilgili tüm bilgilere, öteki bireylerin erişimine engel koyduğu noktada mahremiyet başlamaktadır (Çobanoğlu, 2009, s.147).

Hasta mahremiyeti ise; hastalara ait gizlilik, gizli olma durumunu ifade etmektedir. Bu anlamda mahremiyet hastanın hastalığı ile ilgili bilgilerin gizli olması gerektiğini içerdiği gibi, hastanın bedensel ve zihinsel mahremiyetini de içine almaktadır. Bir hastanın mahremiyetine girmek onun hastalığı ile ilgili tüm bilgileri öğrenecek kadar ona yakın olmaktır (Çetinalp, 2015, s.1). Bir başka deyişle hasta mahremiyeti; kişinin bakım ve tedavi amacıyla ya da başka bir sebeple açıklamak zorunda olduğu ancak toplumdaki tüm bireylerin bilgisinden saklamak istediği yaşam alanı olarak tanımlanmaktadır (Çinko, 2001, s.1).

Hastanın özel hayatının bir parçası olan ve hastalığı ile ilgili mahremiyeti içeren hususlar, bir çok yasal düzenlemeler ile korunmuş olmakla birlikte hasta haklarının en temel konusu teşkil etmektedir. Hasta Hakları Yönetmeliğinin “Mahremiyete Saygı Gösterilmesi” başlığına sahip 21. maddesi “hasta mahremiyeti” konusunu ayrıntılı bir şekilde düzenlemektedir. Madde kısaca şu şekildedir;



**“Madde 21- Hastanın, mahremiyetine saygı gösterilmesi esastır. Hasta mahremiyetinin korunmasını açıkça talep de edebilir. Her türlü tıbbi müdahale hastanın mahremiyetine saygı gösterilmek suretiyle icra edilir.**

*Mahremiyete saygı gösterilmesi ve bunu istemek hakkı;*

- a) Hastanın, sağlık durumu ile ilgili tıbbi değerlendirmelerin gizlilik içerisinde yürütülmesini,*
- b) Muayenenin, teşhisin, tedavinin ve hasta ile doğrudan teması gerektiren diğer işlemlerin makul bir gizlilik ortamında gerçekleştirilmesini,*
- c) Tıbben sakınca olmayan hallerde yanında bir yakınının bulunmasına izin verilmesini,*
- d) Tedavisi ile doğrudan ilgili olmayan kimselerin, tıbbi müdahale sırasında bulunmamasını,*
- e) Hastalığın mahiyeti gerektirmedikçe hastanın şahsi ve ailevi hayatına müdahale edilmemesini,*
- f) Sağlık harcamalarının kaynağının gizli tutulmasını, kapsar.*

*Ölüm olayı, mahremiyetin bozulması hakkını vermez.” demektedir.*

### 1.3. Sağlıkta Kalite Standartları

Hasta ve çalışan güvenliği ile hasta ve çalışan memnuniyetinin sağlanmasını esas alan Sağlıkta Kalite Standartları ile bu standartların uygulanmasına ilişkin usul ve esasları düzenleyen “Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik” 27.06.2015 tarih ve 29399 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Bu kapsamda; Sağlık Bakanlığınca Sağlıkta Kalite Standartları (SKS)-Hastane (Versiyon-5) Seti hazırlanarak, 1 Temmuz 2015 tarihi itibari ile ülkemizde sağlık hizmeti sunan kamu, üniversite ve özel tüm hastanelerin kullanımına sunulmuştur (www.kalite.saglik.gov.tr, 2015).

Türkiye’de sağlıkta kalite çalışmalarının temelleri, 2003 yılında “Sağlıkta Dönüşüm Programı” kapsamında başlatılan çalışmalara dayanmaktadır. Sağlık Bakanlığınca “nitelikli ve etkili sağlık hizmeti için kalite ve akredite-tasyon” hedefi ile yürütülen çalışmalar kapsamında sağlıkta kalite sistemi

gerçekleştirilirken, DSÖ hedefleri, uluslararası gelişmeler, ülke sağlık sistemi yapısı ihtiyaç ve öncelikleri esas alınmaktadır. Sağlık alanında ülke genelinde kalite kültürünün geliştirilmesi açısından büyük önem arz eden bu çalışmalar sırasında, çeşitli yöntemlerle kullanıcıların görüş ve önerileri alınmakta, böylelikle saha uygulayıcılarının kalite çalışmaları ile ilgili tüm süreçlere dahil edilmesi sağlanmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2015).

“Sağlıkta Kalite Standartları” hasta mahremiyetinin sağlanması için hem sağlık çalışanlarına hem de hastane yönetimlerine birçok yükümlülükler getirmektedir. Yapılan literatür incelemesinde, ülkemizde bu yükümlülüklerin yerine getirilip getirilmediğinin tespit edilmesine yönelik sınırlı sayıda çalışmanın yapıldığı görülmüştür. Bu çalışma ile hastanelerde Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) bağlamında, hasta mahremiyeti ile ilgili olarak yerine getirilmesi gereken uygulamaların yapılıp yapılmadığının, sağlık çalışanlarının bakış açısıyla değerlendirilmesi hedeflenmiştir.

## 2. YÖNTEM

Bu çalışma 2017 yılında Sağlık Bakanlığı D.P.Ü. Kütahya Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi yataklı servislerde görev yapan hekim, hemşire, sağlık memuru, sağlık teknisyenleri, teknikerler ve sekreterler üzerinde yapılmıştır. Tanımlayıcı nitelikte olan bu çalışma ile hastanelerde Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) bağlamında, hasta mahremiyeti ile ilgili olarak uygulanması gereken standartların çalışanların bakış açısıyla algılarının ölçülmesi ve farkındalıklarının değerlendirilmesi hedeflenmiştir.

Araştırmanın yapıldığı dönemde evreni oluşturan hastanede 1400 sağlık personelinin görev yaptığı belirlenmiş, hedef grup olarak 220 kişi belirlenmiş olup, gönüllülük esasıyla ankete 120 kişi katılmıştır.

Araştırmada yüz yüze anket tekniğinden faydalanılmıştır. Verilerin toplanması amacıyla araştırmacılar tarafından geliştirilen Sosyo-demografik Bilgi Formu ve “Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) nın Hasta Mahremiyeti ile ilgili uygulamaları listesi ” kullanılmıştır. Sosyo-demografik Bilgi Formunda; sağlık çalışanlarının cinsiyeti, medeni durumu, çalıştığı bölüm, bölümde çalışma süresi, eğitim durumu, mesleği ve yaşına ilişkin sorular yer almaktadır. “Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) nın Hasta Mahremiyeti ile ilgili uygulamaları

listesi'nde ise 34 soru yer almakta olup, sorular belirlenirken, SKS'de hasta mahremiyeti bağlamında yer alan uygulamalar tespit edilmiştir. Uygulama başlıkları; yataklı servisler, yoğun bakım üniteleri, hasta bilgilerinin saklanması ve hastanelerin genel kullanım alanlarında mahremiyet başlıklarından oluşmaktadır.

Katılımcılar kurum uygulamalarının tespitine yönelik soruların; ölçekteki maddeler, beşli likert tipinde oluşturulmuş ve kişilerin maddelere katılım dereceleri 1- Kesinlikle Katılmıyorum, 2- Katılmıyorum, 3- Kararsızım, 4- Katılıyorum ve 5- Kesinlikle Katılıyorum şeklinde ifadelerle düzenlenmiştir.

Araştırma sürecinde ilk olarak 10 sağlık çalışanına ön uygulama yapılmış ve anlaşılamayan ifadeler belirlenip yeniden gözden geçirilmiştir. Araştırma verileri SPSS 18.0 programında değerlendirilmiştir. Araştırmada sosyo-demografik ve ilgili verilen analizinde sayı ve yüzde dağılımları yapılmıştır. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında kullanılan analiz yöntemi olarak Cronbach Alpha güvenilirlik testi uygulanmış olup Cronbach's Alpha sayısı  $\alpha=0,881$  güvenilir olarak bulunmuştur.

### 3. ÇALIŞMANIN AMACI

Hastaların mahremiyet konusunda beklentilerinin karşılanması ve bilgilendirilmeleri, onların sağlık hizmetlerinden memnuniyetini ve sunulan hizmetin kalitesini artıran önemli bir etmendir. Çalışanların mahremiyet konusunda gösterdikleri titizlik, onları yasalar karşısında olumsuz durumlara düşmekten koruyacaktır. Bu nedenle sağlık hizmeti sunan kurumlardaki mahremiyet uygulamaları büyük bir önem taşımaktadır. Bu araştırma, Sağlık Bakanlığı D.P.Ü Kütahya Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi yataklı servilerde görev yapan çalışanların hasta mahremiyetine olan algılarını ölçmek ve farkındalıklarını değerlendirmek için yapılmıştır.

## 4. BULGULAR

Tablo 1. Katılımcıların Bazı Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellik	Sayı	Yüzde (%)	
Cinsiyet	Kadın	92	76,7
	Erkek	28	23,3
Yaş/Yaş Grupları	20-30	69	57,5
	31-40	37	30,8
	41-50	14	11,7
Medeni Durum	Bekar	47	39,2
	Evli	73	60,8
Eğitim Durumu	Lise	19	15,8
	Önlisans	27	22,5
	Lisans	71	59,2
	Yüksek Lisans	1	,8
	Doktora	1	,8
	Diğer	1	,8
Meslek/Meslek Grubu	Doktor	1	,8
	Hemşire-Ebe	103	85,8
	Sağlık Teknisyeni-Tekniker	9	7,5
	Sekreter	3	2,5
	Diğer	4	3,3
Mesleki Deneyim Yılı	1-5 yıl	48	40,0
	6-10 yıl	31	25,8
	11-15 yıl	16	13,3
	16-20 yıl	15	12,5
	21 yıl üstü	10	8,3

Tablo 1’de görüldüğü gibi araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının cinsiyet dağılımına bakıldığında 92’si (%76,7) kadın ve 28’i (%23,3) erkeklerden; yaş grupları açısından incelendiğinde çalışanların 69’u (%57,5), 20-30 yaş, 37’si (%30,8) 31-40 yaş ve 14’ü (%11,7) 41-50 yaş ve üzerindedir. Medeni durum açısından ise 73’ü (%60,8) evli ve 47’si (%39,2) bekarlardan oluşmaktadır. Sağlık çalışanlarının 19’u(%15,8) lise, 27’si(%22,5) ön lisans, 71’i (%59,2) lisans, 2 ‘si (%1,6) lisansüstü eğitim almıştır. Sağlık çalışanlarının mesleki ve meslek gruplarına bakıldığında 1’i (%0,8) doktor, 103’ü (%85,8) hemşire-ebe, 9’u (%7,5) sağlık teknisyeni ve tekniker, 3’ü (%2,5) sekreter olarak görev yapmaktadır. Araştırmaya katılan çalışanların mesleki deneyim yılları incelendiğinde 48’i (%40,0) 1-5 yıl, 31’i (%25,8) 6-10 yıl, 16’sı (%13,3) 11-15 yıl, 15’i (%12,5) 16-20 yıl, 10’u(%8,3) 21 ve üstü yıl olduğu görülmektedir.

**Tablo 2.** Katılımcıların Son Bir Yıl İçerisinde Hasta Mahremiyeti Eğitimi Alma Durumu

	Sayı	Yüzde (%)
Son Bir Yıl İçerisinde Hasta Mahremiyeti Eğitimi Alma Durumu	Evet	75 62,5
	Kısmen	17 14,2
	Hayır	28 23,3

Tablo 2’ye göre araştırmaya katılan çalışanların son bir yıl içerisinde hasta mahremiyeti eğitimi alma durumuna bakıldığında 75’i (%62,5) evet, 17’si (%14,2) kısmen ve 28’i (%23,3) hayır şeklinde ifadelerle cevaplandırılmıştır.

Tablo 3. Hasta Mahremiyetinin Yasal Hak Unsuru Olması

	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1. Hastanın mahremiyeti yasal bir haktır.	1	0,8	0	0	1	0,8	34	28,3	84	70
2. Hastalar mahremiyetin korunmasını açıkça talep edebilmeli.	1	0,8	0	0	1	0,8	39	32,5	79	65,8
3. Hastalar mahremiyetin korunması yönünde gereken özen gösterilmez ise şikâyet edebilmeli.	1	0,8	2	1,7	7	5,8	50	41,7	60	50
4. Hastalar sağlık kuruluşundan ayrılışları bile mahremiyet hakları devam etmeli.	0	0	6	5	8	6,7	48	40	58	48,3
5. Hastanın, sosyal, kültürel özellikleri nedeniyle gündeme geldiği mahremiyete ilişkin farklı algı ve beklentileri dikkate alınmalıdır.	0	0	4	3,3	15	12,5	52	43,3	49	40,8
6. Araştırma ve deneysel çalışmalara katılım veya herhangi bir sebeple hastaya ait veri, bilgi ve materyallerin kullanımını durumunda hasta rızası alınmalı.	0	0	0	0	6	5	50	41,7	64	53,3
7. Ölüm olayı, mahremiyetin bozulması hakkını vermemeli.	1	0,8	0	0	7	5,8	51	42,5	61	50,8

Tablo 3’de görüldüğü gibi sağlık çalışanlarına hasta mahremiyetinin yasal hak unsuru olması ile ilgili sorulan sorularda en fazla kesinlikle katılıyorum ve katılıyorum olarak cevap veren sorular; ‘Hastanın mahremiyeti yasal bir haktır.’ (%70 kesinlikle katılıyorum, %28,3 katılıyorum) ; ‘Hastalar mahremiyetin korunmasını açıkça talep edebilmeli.’ (%65,8 kesinlikle katılıyorum, %32,5 katılıyorum) şeklinde cevaplarken. Kararsız ve katılmıyorum olarak en fazla cevap veren sorular ise; ‘Hastanın, sosyal, kültürel özellikleri nedeniyle gündeme getirdiği mahremiyete ilişkin farklı algı ve beklentileri dikkate alınmalıdır.’ (%12,5 kararsızım, %3,3 katılmıyorum) ; ‘Hastalar sağlık kuruluşundan ayrıl-salar bile mahremiyet hakları devam etmeli.’ (%6,7 kararsızım, %5 katılmıyorum) şeklinde cevap verilmiştir.

**Tablo 4.** Hastane Genelinde ve Birimler de Hasta Mahremiyetine Uyulması

	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1.Genel olarak kurumumuzda hasta mahremiyetine dikkat edilir.	2	1,7	2	1,7	20	16,7	45	37,5	51	42,5
2.Çalışanlar muayene, teşhis ve tedavi süreçlerinde hastanın fiziksel, psikolojik ve bilişsel mahremiyetine özel göstermeli (perde, paravan, kabının kapatılması vb. )	0	0	0	0	4	3,3	47	39,2	69	57,5
3.Birimimizde hasta mahremiyetine dikkat edilir.	1	0,8	0	0	11	9,2	44	36,7	64	53,3
4. Hastalar için Bilgi Güvenliği Politikaları ve prosedürlerinin tanımlanması gerektiğini düşünüyorum.	0	0	0	0	10	8,3	61	50,8	49	40,8

Tablo 4’de görüldüğü gibi araştırmaya katılan çalışanlara hastane genelinde ve birimler de hasta mahremiyetine uyulması ile ilgili sorulan sorulara en fazla kesinlikle katılıyorum, katılıyorum olarak cevap verilen sorular; ‘Çalışanlar muayene, teşhis ve tedavi süreçlerinde hastanın fiziksel, psikolojik ve bilişsel mahremiyetine özel göstermeli (perde, paravan, kabının kapatılması vb.)’ (%57,5 kesinlikle katılıyorum, %39,2 katılıyorum) olarak cevaplarırken, kararsızım ve katılmıyorum şeklinde cevap verilen sorular ise ; ‘Genel olarak kurumumuzda hasta mahremiyetine dikkat edilir.’ (%16,7 kararsızım, %3,4 katılmıyorum ve kesinlikle katılmıyorum ), ‘Birimimizde hasta mahremiyetine dikkat edilir.’ (%9,2 kararsızım,%0,8 kesinlikle katılmıyorum) olarak görülmektedir.

Tablo 5’de görüldüğü gibi araştırmaya katılan çalışanların Yataklı Servislerde Hasta Mahremiyetine Uyum ile ilgili sorularda en fazla kesinlikle katılıyorum, katılıyorum olarak cevap verilen sorular; ‘Yataklı servislerde ameliyat öncesi hastaya önlük giydirme ve bone takma gibi konularda mahremiyete özen gösterilmeli.’ ve ‘Yataklı servislerde pansuman esnasında mahremiyete dikkat edilmeli (% 62,5 kesinlikle katılıyorum, %35,8 katılıyorum); ‘Yataklı servislerde ameliyat sonrası hasta servise nakil edilirken hastanın mahremiyetine özen gösterilmeli.’ (%61,7 kesinlikle katılıyorum, %36,7 katılıyorum); olarak cevaplarırken, kararsızım ve katılmıyorum şeklinde cevap verilen sorular ise ‘Hastaya işlem yapacak personeller kendini tanıtmalı.’ (%0,8 kesinlikle katılmıyorum, %1,7 katılmıyorum, %10,8 kararsızım, %50 katılıyorum, %36,7 si kesinlikle katılıyorum) ;’ Hastalar tedavi süreçleri hakkında sağlık profesyonellerinin hiçbir tesir altında kalmadan karar vermeli.’( %2,5 katılmıyorum, %9,2 kararsızım) olarak cevap vermiştir.



Tablo 5. Yataklı Servislerde Hasta Mahremiyetine Uyum

	Kesinlikle Katılmıyor		Kararsız		Katılmıyor		Katılıyor		Kesinlikle Katılıyor	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1. Hastaya işlem yapacak personeller kendini tanıtmalı.	1	0,8	13	10,8	60	50	44	36,7		
2.Hasta/ hasta yakınlarının bilgilendirilmesi sırasında hasta mahremiyeti sağlanmalı.	1	0,8	3	2,5	55	45,8	61	50,8		
3. Hastalar tedavi süreçleri hakkında sağlık profesyonellerinin hiçbir tesir altında kalmadan karar vermeli.	1	0,8	11	9,2	58	48,3	47	39,2		
4. Yataklı servise kabul ve taburcu işlemleri esnasında hastanın verdiği bilgilerin üçüncü kişiler tarafından duyulması engellenmelidir.	0	0	10	8,3	56	46,7	54	45		
5. Yataklı servislerde birden fazla hastanın bulunduğu odalarda her yatak arasında bir perde ya da paravan bulunmalı.	1	0,8	2	1,7	50	41,7	67	55,8		
6. Yataklı servislerde ameliyat öncesi hastaya önlük giydirme ve bone takma gibi konularda mahremiyete özen gösterilmeli.	1	0,8	1	0,8	43	35,8	75	62,5		
7. Yataklı servislerde ameliyat sonrası hasta servise nakil edilirken hastanın mahremiyetine özen gösterilmeli.	1	0,8	1	0,8	44	36,7	74	61,7		
8. Yataklı servislerde pansuman esnasında mahremiyete dikkat edilmeli.	1	0,8	1	0,8	43	35,8	75	62,5		
9. Yataklı servislerde doktor viziti esnasında mahremiyete dikkat edilmeli.	0	0	2	1,7	54	45	64	53,3		
10. Yataklı servislerde hemşirelerin nöbet değişimi sırasında hasta başında yapılan devir teslimlerde mahremiyete dikkat edilmeli.	0	0	7	5,8	52	43,3	60	50		
11. Yataklı servislerde hastaya sürgü veya ödek verirken mahremiyete dikkat edilmeli.	0	0	3	2,5	51	42,5	66	55		
12. Yataklı servislerde hasta odalarında bulunan tuvalet ve duş kullanımlarında mahremiyete dikkat edilmeli.	1	0,8	4	3,3	47	39,2	68	56,7		

Tablo 6. Yoğun Bakım Ünitesinde Hasta Mahremiyetine Uyum

	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1. Yoğun Bakım ünitesinde her yatak arasında bir perde ya da paravan bulunmalı.	1	0,8	0	0	6	5	43	35,8	70	58,3
2. Yoğun Bakım ünitelerinde bilinci kapalı hastanın beden mahremiyetine azami özen gösterilmeli.	1	0,8	0	0	4	3,3	49	40,8	66	55

Tablo 6’da sağlık çalışanları Yoğun Bakım Ünitesinde Hasta Mahremiyetine Uyum ile ilgili sorularda ‘Yoğun Bakım Ünitesinde her yatak arasında bir perde ya da paravan bulunmalı.’ (% 58,3 kesinlikle katılıyorum, %35,8 katılmıyorum, 55 katılmıyorum); ‘Yoğun Bakım ünitelerinde bilinci kapalı hastanın beden mahremiyetine azami özen gösterilmeli.’ (%55 kesinlikle katılıyorum, %40,8 katılıyorum, %3,3 kararsızım) şeklinde cevap verildiği görülmektedir.

Tablo 7. Tıbbi Kayıt ve Verilerde Bilgi Mahremiyetine Uyum

	Kesimlikle Katılmıyor		Katılmıyor		Kararsızım		Katılmıyorum		Kesimlikle Katılıyorum	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1. Adli vakalar ve mahkumlara yönelik kliniklerde, hasta güvenliği ve hasta mahremiyeti sağlanmalı.	0	0	0	0	1	0,8	55	45,8	64	53,3
2. Hasta ile ilgili tıbbi verilerin hepsi kaydedilmeli.	1	0,8	0	0	8	6,7	42	35	69	57,5
3. Yataklı servislerde hasta bilgilerinin bulunduğu dosyaların üçüncü kişilerin tarafından görülmesi engellenmeli.	0	0	1	0,8	6	5	44	36,7	69	57,5
4. Hastaya ait bilgilerin hasta yakınlarından kimlerle paylaşılacağı hakkında hastanın bilgisi alınmalıdır.	0	0	3	2,5	5	4,2	55	45,8	57	47,5
5. Hastalar kamu sağlığını ilgilendiren bir durum yoksa sağlık sistemine kayıtlı olan bilgilerden istediğini sildirebilmeli.	10	8,3	16	13,3	26	21,7	36	30	32	26,7
6. Kurumda kimin hangi tür verilere ulaşabileceği tanımlanmalı.	0	0	1	0,8	8	6,7	54	45	57	47,5
7. Hastalarla ilgili her türlü kayıtlar kim tarafından ve hangi tarihte girildiği saptanabilmeli.	1	0,8	1	0,8	7	5,8	49	40,8	62	51,7
8. Hastaların klinik kayıtlarına yalnızca konu ile ilgili olarak yetkilendirilmiş kişinin girişi yapıldığı denetleyen süreçler bulunmalı.	0	0	1	0,8	7	5,8	58	48,3	54	45
9. Hasta kayıtlarının yedeklenmesi ile ilgili süreçler (kim tarafından, ne zaman yapıldığı, nerede saklandığı vb.) tanımlanmalı.	1	0,8	1	0,8	4	3,3	57	47,5	57	47,5

Tablo 7’de sağlık çalışanlarına tıbbi kayıt ve verilerde bilgi mahremiyetine uyum ile ilgili sorularda en fazla kesinlikle katılıyorum, katılıyorum olarak cevap verilen sorular; ‘Yataklı servislerde hasta bilgilerinin bulunduğu dosyaların üçüncü kişilerin tarafından görülmesi engellenmeli.’ (% 57,5 kesinlikle katılıyorum, %36,7 katılıyorum); ‘Hasta ile ilgili tıbbi verilerin hepsi kaydedilmeli.’ (%57,5 kesinlikle katılıyorum, %35 katılıyorum) cevabını verirken, kararsızım ve katılmıyorum cevabını en fazla verilen sorular ise; ‘Hastalar kamu sağlığını ilgilendiren bir durum yoksa sağlık sistemine kayıtlı olan bilgilerden istediğini sildirebilmeli.’ (%21,7 kararsızım, %13,3 katılmıyorum, % 8,3 kesinlikle katılmıyorum), ‘Kurumda kimin hangi tür verilere ulaşabileceği tanımlanmalı.’ (%6,7 kararsızım,%0,8 katılmıyorum) şeklinde cevap verildiği görülmektedir.

## 5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Sağlık Bakanlığı D.P.Ü. Kütahya Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) nda yer alan hasta mahremiyeti ile ilgili uygulamaların sağlık çalışanlarının bakış açısıyla değerlendirmek ve algılarını ölçmek amacıyla gerçekleştirilen bu çalışmadan elde edilen bulguları şu şekilde özetleyebiliriz: Hasta mahremiyetine ilişkin kurum uygulamalarına yönelik yöneltilen sorulardan en yüksek oranı; ‘Hastanın mahremiyeti yasal bir haktır.’ (Kesinlikle katılıyorum %70, katılıyorum %28,3)” sorusu; en düşük oranı ise; ‘Hastalar kamu sağlığını ilgilendiren bir durum yoksa sağlık sistemine kayıtlı olan bilgilerden istediğini sildirebilir.’ (Kesinlikle katılıyorum %26,7, Katılıyorum %30, Kararsızım %21,7, Katılmıyorum %13,3, Kesinlikle katılmıyorum %8,3 ) sorusu almıştır. Araştırma kapsamında çalışanların hasta mahremiyeti konusunda farkındalıklarının ve algılarının yüksek olduğu ve çalıştıkları hastanede hasta mahremiyeti uyumun ise ‘Genel olarak kurumumuzda hasta mahremiyetine dikkat edilir.’ (%42,5 kesinlikle katılıyorum, %37,5 katılıyorum %16,7 kararsızım) şeklinde görülmekte olup, yüksek oranda olduğu sonucuna varılmaktadır. Literatürde ülkemizde hasta mahremiyetinin sağlanması noktasında kurum uygulamalarının değerlendirilmesine yönelik sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Örneğin Aşkar (2006) Kütahya Devlet Hastanesinde gerçekleştirdiği çalışmada hasta haklarına önemli ölçüde uyulduğunu (s.134) tespit etmiştir. Aydemir (2010) ise JCI

standartlarından hareketle “Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerde hasta hakları uygulamalarının değerlendirilmesi” amacıyla gerçekleştirdiği çalışmada; “Hastanelere başvuran hastaların mahremiyet gereksinimine tüm muayenelerde, tüm girişimsel işlemlerde ve tüm tıbbi tedavilerde azami düzeyde özen gösterilmektedir”(s.107) ve “hastanelerin genelinde hastaların tıbbi kayıtlarının mahremiyet gereksinimine tüm muayenelerde, tıbbi müdahalelerde ve diğer tüm işlemlerde maksimum düzeyde özen gösterilmektedir”(s.163) sonuçlarına ulaşmıştır. Özata (2016) Konya ilinde 15 Üniversite, devlet ve özel hastanelerde yaptığı araştırmada ‘ hastanelerin hasta mahremiyetinin sağlanması noktasında genel olarak gerekli özeni gösterdiği ve yapılması gereken düzenlemeleri yaptığı saptanmıştır. Kurumlar karşılaştırıldığında hasta mahremiyetinin sağlanması için en fazla özeni özel hastanelerin, en az özeni ise üniversite hastanelerinin gösterdiği tespit edilmiştir. (s.1) sonucuna ulaşmıştır. Bu çalışmada elde edilen sonuçlar yukarıda bahsedilen çalışmaların sonuçları ile paralellik göstermektedir.

Hastanın mahremiyetine saygı gösterilmesi sağlık hizmetlerinin sunumunda temel alınan önemli bir değerdir. Ulusal ve uluslararası belgeler, hastanın sağlık durumu ile ilgili tıbbi değerlendirmelerin gizlilik içerisinde yürütülmesi; muayenenin, teşhisin, tedavinin ve hasta ile doğrudan teması gerektiren diğer işlemlerin makul bir gizlilik ortamında gerçekleştirilmesi; tedavisi ile doğrudan ilgili olmayan kimselerin, tıbbi müdahale sırasında bulunmaması; hastalığın mahiyeti gerektirmedikçe hastanın şahsi ve ailevi hayatına müdahale edilmemesi; sağlık harcamalarının kaynağının gizli tutulması gibi hususları mahremiyete saygı ilkeleri olarak belirlemiştir. Hatta ölüm olayı bile mahremiyetin ihlal edilmesi hakkını kimseye tanımaz.

Hasta hakları mevzuatına göre kısaca, tüm sağlık çalışanları, hastaya zarar vermeme, yarar sağlama, hasta özerkliğine saygı, adalet, sır saklama ve mahremiyet gibi ahlak ilkelerini göz önünde bulundurarak hareket etmelidir.

## 6. KAYNAKLAR

- Aşkar, A. (2006). Sağlık hizmetlerinde hasta hakları ve Kütahya Devlet Hastanesi örneği. Dumlupınar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Kütahya.

- Aydemir, İ. (2010). Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Hastanelerde Hasta Hakları Uygulamalarının Değerlendirilmesi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora tezi, Ankara.
- Çetinalp, H. (2015). Hasta Mahremiyeti, Erişim tarihi: 12 Kasım 2015, <http://www.ism.gov.tr/hastahaklari/makale/hastamah-remiyeti/>
- Çinko M. S. (2001). Hukuki ve Tıbbi Açıdan Hasta Hakları, Erişim tarihi: 31 Ocak 2016 <http://www.vekil.net/forum/hukuki-makale-kose-yazisi-arastirma-ve-incelemeler/hukuki-ve-tibbi-acidan-hasta-haklari-mehmet-siddik-cinko/>
- Çobanoğlu, N.(2009). Kurumsal ve uygulamalı tıp etiği, Eflatun yayınevi.
- Güriz, Adnan, Hukuk Felsefesi, Üçüncü Baskı, Ankara, 1992
- Kalite Sağlık, (2015). Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik. <https://kalite.saglik.gov.tr/index.php?lang=tr&page=46&newsCat=1&newsID=1248>
- Namlı, S. (2013). Hasta Hakları Aktivistleri Derneği, Bilinmeyen hasta hakları, Erişim tarihi: 17 Aralık 2015, <http://www.hastahaklari.net/Bilinmeyen-Hak-%E2%80%9C-Mahremiyet-%E2%80%9D-376-haberi.aspx>
- Özata, M. (2016). Hastanelerde Hasta Mahremiyetine Yönelik Uygulamalarının Sağlıkta
- Kalite Standartları Bağlamında Değerlendirilmesi: Konya Örneği, International Journal of Social Science Doi number: <http://dx.doi.org/10.9761/JASSS3307> Number: 45 , p. 11-33, Spring III 2016
- Sağlık Bakanlığı, (2015). Sağlıkta Kalite Standartları, Erişim tarihi: 01 Şubat 2016, <https://kalite.saglik.gov.tr/index.php?lang=tr&page=250>

# İstanbul Bahçelievler Devlet Hastanesinde Tehlikeli Madde Yönetiminde Sürekli İyileştirme Çalışması

Meltem Kaya Çolhan<sup>1</sup>

Melek Çetin<sup>2</sup>

Nesrin Aydemir<sup>3</sup>

## ÖZ

Sağlık hizmetlerinde sağlıklı insanlar, hastalar ve sağlık personeli gibi kişiler ve hastane, sağlık ocağı, laboratuvar, muayenehane, eczane, Sağlık Bakanlığı, üniversiteler, özel sektör ve benzeri kurum ve kuruluşlarca verilen her türlü yataklı ve yataksız hizmetler bulunur. Aynı zamanda sağlık hizmetleri işyeri tehlike sınıfları listesinde ise çok tehlikeli sınıfta yer alır. Sağlık çalışanları çalışma koşulları ve ortamından kaynaklanan fiziksel, kimyasal, biyolojik, ergonomik, güvenlik ve psikososyal tehlikelere maruz kalırlar. Bu etmenler içinde kimyasal tehlikeleri önlemek adına tehlikeli madde yönetimini en iyi şekilde yapmak bir zorunluluk haline gelmiştir. Bu neden Bahçelievler Devlet Hastanesi'nde Tehlike Madde Yönetiminde sürekli iyileştirme çalışması yapılarak, birimlerde kimyasal malzeme liste ve stok seviyeleri güncel olarak takip edilmeye başlanmıştır. Aynı zamanda uygun kayıt ve kullanım prosedürleri oluşturularak, bu maddelerin kullanımı için eğitimler düzenlenerek güvenli bir çalışma ortamı sağlanmış ve olumlu sonuçlar elde edilmiştir.

**Anahtar kelimeler:** Tehlikeli madde, sürekli iyileştirme, tehlikeli madde yönetimi

1 İstanbul Bahçelievler Devlet Hastanesi, kaya.mmm@hotmail.com

2 İstanbul Bahçelievler Devlet Hastanesi

3 İstanbul Bahçelievler Devlet Hastanesi

# Continuous Improvement Hazardous Material Management at Istanbul Bahçelievler Public Hospital

## ABSTRACT

In health services, people such as healthy people, patients, health personnel; hospital, health center, laboratory, doctor's office, pharmacy, Ministry of Health, universities, private sector and similar institutions and organizations in terms of all kinds of bed and bedless services are available. At the same time, health services are classified as very dangerous in the list of workplace hazard classes. Health professionals are exposed to physical, chemical, biological, ergonomic, safety and psychosocial hazards arising from working conditions and environment. Among these factors, it has become a necessity to make the best management of hazardous substances in order to prevent chemical hazards. For these reasons, continuous improvement studies have been conducted in Hazardous Substance Management at Bahçelievler State Hospital and chemical material list and stock levels have been started to be followed up-to-date. At the same time, appropriate registration and use procedures have been established, and trainings for the use of these substances have been provided to ensure a safe working environment and positive results have been achieved.

**Keywords:** Hazardous Material, Continuous Improvement, Management of Hazardous Material



## GİRİŞ

Sağlık hizmetlerinde sağlıklı insanlar, hastalar ve sağlık personeli gibi kişiler ve hastane, sağlık ocağı, laboratuvar, muayenehane, eczane, Sağlık Bakanlığı, üniversiteler, özel sektör ve benzeri kurum ve kuruluşlarca verilen her türlü yataklı ve yataksız hizmetler bulunur. Aynı zamanda sağlık hizmetleri işyeri tehlike sınıfları listesinde ise çok tehlikeli sınıfta yer alır. Sağlık çalışanları çalışma koşulları ve ortamından kaynaklanan fiziksel, kimyasal, biyolojik, ergonomik, güvenlik ve psikososyal tehlikelere maruz kalırlar.

Bu etmenler içinde kimyasal tehlikeleri önlemek adına tehlikeli madde yönetimini en iyi şekilde yapmak bir zorunluluk haline gelmiştir. Ülkemizde, 14.03.2005 tarihli ve 25755 sayılı “Tehlikeli Atıkların Kontrolü Yönetmeliği’ne” göre; patlayıcı, oksitleyici, tutuşabilen, tahriş edici, zararlı, toksik, kanserojen, korozif, enfekte, teratojen, mutajen maddeler çevresel olarak tehlikeli olabilen maddeler olarak sınıflandırılmaktadır. Tehlikeli maddelerin tanımı ve sınıflandırılması dünya çapında değişiklik göstermektedir. Sınıflandırılması nasıl olursa olsun bu maddelerin açığa çıkmasından yok edilmesine kadar olan süreç hastaneler için büyük önem taşımaktadır. Uygun kayıt ve kullanım prosedürleri oluşturarak, bu maddelerin kullanımı için eğitimler düzenleyerek güvenli bir çalışma ortamını sağlanması; çalışanlar, hastalar ve çevre için potansiyel tehlikelerin önlenmesi anlamına gelmektedir.

Hastanelerde kullanılan potansiyel tehlikeli maddeler; halojenlenmiş ve halojenlenmemiş organik bileşikler (örneğin çözücüler); inorganik bileşikler; aşındırıcı maddeler (asit/baz), reçeteli ilaçlar, dezenfektanlar ya da kansinjenik (kanserojen), mutajenik veya üreme toksinleri içeren diğer bileşiklerdir. Hastanelerde bu bileşikler, radyoloji departmanlarında yapılan işlemler, tehlikeli mikrobiyolojik kültür alım işlemleri, patoloji operasyonları, sterilizasyon ve anestezi gibi işlemler sonucu oluşabileceği gibi, hastanede yapılan çeşitli işlemler için (laboratuvar testleri, dezenfeksiyon, sterilizasyon ve temizlik) dışarıdan temin edilebilir.

Roberts’ e göre tehlikeli madde yönetimi standartları;

- Tehlikeli maddelerin alımı, taşınması, depolanması ve imha edilmesi ile ilgili süreçler yazılı prosedürlerle takip edilmelidir.

- Potansiyel olarak tehlikeli maddeler kullanılmadan önce değerlendirilmeli ve onaylanmalıdır.
- Potansiyel tehlikelerle ilgili bilgiler; üreticiler ve satıcılar tarafından malzeme güvenlik bilgi formlarından (MSDS- Material Safety Data Sheets) temin edilmelidir.
- Tehlikeli maddeleri yönetmek için kimyasal maddenin adı, açıklaması, eş anlamı, faaliyet alanı, çevre ve insan riskleri, kullanım talimatları, koruyucu önlemleri, acil ve ilkyardım talimatları ve uygun imha etme yöntemlerinin yer aldığı yazılı bir prosedür oluşturulmalıdır.
- Tüm hastane bölümleri ve bölüm çalışanlarına, tehlikeli maddelerin varlığı ve kullanımı için eğitimler verilmeli olarak belirlenmiştir.

Yukarıda sayılan tehlikeli madde yönetim standartlarına uyulduğunda, hastaneler, tehlikeli maddelerin kullanımı sırasında, eğer koşullar uygunsa, tehlikeli olan bileşikleri, daha az tehlikeli olan bileşikler ile değiştirerek de potansiyel tehlikelerin önüne geçebilirler. Hastaneler, bu tip tehlikeli madde yönetim sistemleri oluşturarak, tehlikeli maddelerin ortadan kaldırılması ya da azaltılmasını sağlayabilir, böylelikle hem hastane içinde hem de hastane dışında sağlığa zararlı, mutajenik ve karsinojenik (kanserojen) maddelerin zararlı etkileri en aza indirilebilir.

## YÖNTEM VE AMAÇ

Bu çalışma Sürekli İyileştirme (Kaizen) ilkeleri baz alınarak hastane içinde sık kullanılması dolayısı ile her süreçte tehlike yaratma ihtimali olan maddelerin hastanenin her biriminde standart olarak aynı alanda aynı düzende konumlanmasını sağlamak amaçlanmıştır.

Bahçelievler Devlet Hastanesi, 205 yataklı olup, poliklinik hizmetleri ile 2014 yılının Mart ayında faaliyete geçmiştir. Hastanenin belirlediği hedefler çerçevesinde yine yıllar içinde kademeli olarak acil servis, yataklı servisler, yoğun bakım, ameliyathane, doğumhane, yenidoğan yoğun bakım, palyatif bakım, endoskopi gibi birimleri ile tam kapasitede hizmet vermeye başlamıştır. Bahçelievler Devlet Hastanesi'nde, Tehlikeli Madde Yönetimi İçin Tehlikeli

Madde Temel Yönetim Standartları göz önüne alınarak, Tehlikeli Maddelerin Depolanması ve Taşınması prosedürü oluşturulmuştur. Bu prosedürde

- Tehlikeli maddelerin kuruma kabulü “Muayene Kabul Yönetmeliği’ne” uygun olarak yapılır.
- Ürünü teslim alan ilgili kişilerce “Tehlikeli Maddelerin ve Müstahzarların Sınıflandırılması, Ambalajlanması ve Etiketlenmesi Hakkında Yönetmelik’te belirtilen etiketleme ilkelerine uygun etiketlenmiş olmasına dikkat edilir.
- Tehlikeli maddeler hastaneye gelen yük arabalarından depoya taşınırken mümkünse hasta ve çalışanların bulunmadığı alanlar kullanılır.
- Kimyasal maddeler karanlık, nemsiz, serin ve iyi havalandırılan yerlerde saklanır.
- Depolarda bulunan kimyasalların tehlikeli madde envanter listesindeki sınıflandırmaya uygun etiketlenmesine özen gösterilir. Etiketler kolay çıkmayacak şekilde yapıştırılmalı, net ve açıkça okunur şekilde olmalıdır.
- Tehlikeli maddelerin bulunduğu tüm birimlerde depo yerleşim planı bulunur.
- Bir arada bulundurulmaması gereken maddelerdeki etkileşim sonuçları (Tablo:1) göz önüne alınarak ayrı raflara yerleştirilmemeli ve yanıcı, parlayıcı maddeler elektrik prizlerinden, ısı kaynaklarından ve güneş ışığından uzak depolanmalıdır.

**Tablo 1:** Tehlikeli maddelerin etkileşim sonuçları

Aşındırıcılar + Parlayıcılar = Patlama/Yangın
Aşındırıcılar + Zehirleyiciler = Zehirleyici Gaz
Parlayıcılar + Oksitleyiciler = Patlama/ Yangın
Asitler + Bazlar = Aşındırıcılar Duman/ Isı

- Tüm büyük şişeler, tüm güçlü asit ve alkali şişeleri zemine yakın seviyede ve etrafı korumalı raflara yerleştirilir.
- Depo alanlarında dökülme ve saçılmalarda kullanılacak temizleme kiti ve dökülme sonrasında müdahale edecek görevliler için özel kıyafetler bulundurulur.
- Zehirli maddelerin depolanması ve taşınması sırasında mutlaka eldiven kullanılmalı, sonrasında eller mutlaka yıkanmalıdır.
- Taşıma görevlisi kimyasalın riskleri hakkında eğitim verilerek bilgilendirilmelidir.
- Taşıma görevlisi kimyasalın risklerine göre kişisel koruyucu ekipman kullanılmalıdır.
- Kimyasallar taşınırken aşırı yüklemekten kaçınılmalıdır.
- Farklı gruplar bir arada taşınmamalıdır. Kimyasallar; organik, inorganik, oksitleyici, indirgeyici, asit, baz ve parlayıcılar olarak ayrı ayrı taşınmalı ve saklanmalıdır.
- Kimyasal madde içeren şişeler hiçbir şekilde boyun kısımlarından tutularak taşınmamalıdır;

maddelerinin yanı sıra tehlikeli maddelerin dökülmesi saçılması durumunda, tehlikeli maddelere maruz kalınması durumunda; göze kimyasal madde sıçraması durumunda kimyasal yutulması zehirli madde solunması durumunda, tehlikeli maddenin cilde nüfuz etmesi durumunda yapılacak işlemlerin başlıkları da detaylandırılmıştır.

Düzenlenen prosedür çerçevesinde kurumda çalışan tüm personele tehlikeli madde yönetim prosedür eğitimi verilmiştir. Katlarda yer alan metal dolaplar “Zararlı kimyasal madde ve ürünlerinin bulunduğu depolar, depolanan maddenin oluşturabileceği zararlar göz önüne alınarak, gerekli ısı, izolasyon, yıldırımdan koruma, havalandırma, alarm, yangın söndürme, gibi sistemler ile donatılır ve amacına uygun malzemelerle inşa edilir.” Çevre Bakanlığı Yönetmeliği 29. maddesine uygun olarak, tehlikeli madde dolapları olarak adres gösterilmiştir.

Dolapların iç ve dış kapaklarına tehlikeli madde matrisler asılmış (Şekil:1 ve Şekil: 2) oluşturulan malzeme güvenlik formu dosyaları (Şekil: 3) dolapların iç ve dış kısmına içerisinde bulunan malzemelere göre düzenlenerek yerleştirilmiştir. Depolama alanlarının yanına dökülme ve saçılmalarda kullanılacak temizleme kiti ve dökülme sonrasında müdahale edecek görevliler için özel kıyafetleri konulmuştur.



Şekil 1. 2.Kat Yataklı Servis  
Katı Tehlikeli



Şekil 2. Yoğun Bakım Tehlikeli  
Madde Dolapları

 TC Sağlık Bakanlığı		T.C SAĞLIK BAKANLIĞI BAĞÇELİEVLER DEVLET HASTANESİ MALZEME GÜVENLİK BİLGİ FORMU (MSDS) DÖKÜMAN FORMU							
Doküman No: MC.FR.49	Yayın Tarihi: 02.05.2017	Revizyon No: 0	Revizyon Tarihi:	Sayfa No:1					
NO	KİMYASALIN ADI	KİMYASALIN İÇERİĞİ				BİRİM SORUMLUSUNUN ADI SOYADI	İMZASI		
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									

Şekil 3. Tehlikeli Madde Malzeme Dolapları için oluşturulan MSDS dokümanı

## SONUÇ

Bu çalışma Sürekli İyileştirme (Kaizen) ilkeleri baz alınarak hastane içinde sık kullanılması dolayısı ile her süreçte tehlike yaratma ihtimali olan maddelerin hastanenin her biriminde standart olarak aynı alanda aynı düzende konumlanmasını sağlamıştır. Ayrıca sosyokültürel düzeyi düşük olan kat personelin daha çok etkileşimde olduğu bu maddelerin dökülme saçılma ve maruz kalma ihtimalini yapılan eğitim ve düzenlemeler ile en aza indirmiştir. Bu çalışma öncesi Malzeme Güvenlik (MSDS) formlarının önemi anlayamamışken çalışma sonrası Malzeme Güvenlik Formu olmaksızın depolara malzeme kabulü olmadığı gözlenmiştir. Bu çalışma sayesinde birimlerde kimyasal malzeme listeleri ve stok seviyeleri güncel olarak takip edilmeye başlanmıştır. Bu çalışma sonrası uygun kayıt ve kullanım prosedürleri oluşturularak, bu maddelerin kullanımı için eğitimler düzenleyerek güvenli bir çalışma ortamı sağlanmış; hem çalışanlar hem hastalar hem de çevre için potansiyel tehlikelerin çok büyük kısmının önüne geçilmiştir.

## KAYNAKÇA

- Roberts, G.L. 2011. Shades of green: the evolution of hospital sustainable design standards. Health Facilities Management Magazine, 24(11): 45-50.
- Gupta S., 2014. The 5S and kaizen concept for overall improvement of the organisation: a case study. Int. J. Lean Enterprise Research, Vol. 1, No. 1.
- Smith G. 2012 Applying Lean Principles and Kaizen Rapid Improvement Events in Public Health Practice. J Public Health Management Practice, 18(1), 52–54.
- Tehlikeli Atıkların Kontrolü Yönetmeliği 14.03.2005 Resmi Gazete Sayısı: 25755. Tehlikeli Atıkların Kontrolü Yönetmeliği. 27.01.2019.





# Kamu Hastanelerinde Performansa Dayalı Ek Ödeme Model Önerisi

İbrahim YÜKSEL <sup>1</sup>

Kudret Şevket SAYIN <sup>2</sup>

## ÖZ

Kamu hastanelerinde sağlık çalışanlarına, daha verimli ve yüksek motivasyonla çalışmalarını için, maaşlarının yanısıra döner sermaye gelirinden de ek ödeme yapılmaktadır. Ek ödemedeki büyük payı ise hekim grubu almaktadır. Sağlık Bakanlığı ve üniversite hastanelerinde hekimlere yapılan döner sermaye ek ödemesi, ilgili mevzuatlar çerçevesinde yapılmaktadır. Performansa dayalı ek ödeme sistemi olarak tanımlanan bu sistem, tıbbi işlemlerin puanlandırılması esasına dayanmaktadır. Cerrahi, girişimsel, tedavi vb. gibi tıbbi işlemlerin puanlandırılması Sağlık Bakanlığı ve Yüksek Öğretim Kurulu (YÖK) tarafından ilgili yönetmelikler kapsamında yapılmaktadır. Ancak, işlemlerin puanlandırılması esasına dayanan bu sistemin, gerek bilimsel gerekse ideal anlamda bir performans değerlendirmesi sağlayamadığı görüşünderiz. Bu yüzden, hem hekimler hem de kamu otoriteleri tarafından mevcut sisteme çeşitli eleştiriler getirilmektedir. Çalışmamızın amacı, bilimsel temeli esas alan bir performansa dayalı ek ödeme modeli oluşturmak ve bu modelin kamu hastanelerinde uygulanabilirliğini göstermektir.

**Anahtar Kelimeler:** Performans, Ek Ödeme, TOPSIS Yöntemi.

1 Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, i.yuksel@deu.edu.tr

2 Dokuz Eylül Üniversitesi, İİBF, sevketsayin@yahoo.com

# Performance Based Additional Payment Model Advice in Public Hospitals

## ABSTRACT

In public hospitals, additional payments are made to the health care workers for their efficient and motivated work, as well as their salary income. The major share in the distribution of additional payment is the belongs to the physician group. The revolving fund additional payment made to physicians in the Ministry of Health and university hospitals is carried out within the framework of the relevant legislation. This system, which is defined as performance based payment system, is based on the scoring of medical transactions. Surgery, intervention, treatment etc. are scored by the Ministry of Health and Higher Education Council (YÖK) within the scope of the relevant regulations. However, this system, which is based on the scoring of transactions, can not provide a scientific performance evaluation. As a result, various criticisms have been brought to the current system by both physicians and public authorities. The aim of our work is to create an additional payment model based on a scientific based performance and demonstrate its applicability in public hospitals.

**Keywords:** Performance, Additional Payment, TOPSIS Management.

## 1.GİRİŞ

Genel bütçe ile özel bütçe kapsamındaki kamu idarelerinin görevleri ile ilgili olarak ortaya çıkan, fiyatlandırılması mümkün ve uygun nitelikteki mal ve hizmetlerin üretimini ve satışını gerçekleştirmek üzere, bir veya birden fazla işletme için tahsis edilen sermaye, döner sermaye olarak tanımlanmaktadır. Kazanç elde etme amacını da taşıyan devletin iktisadi işletmelerinde uygulanmak üzere geliştirilen döner sermaye sistemi, özerk bütçeli olmakla birlikte, belirli bir oranda da genel bütçe içinden yönetilen bir sistemdir.

Ülkemizdeki kamu hastanelerinin mali yapısı, döner sermaye sistemine dayanmaktadır. Hastanelerin ürettikleri sağlık hizmetleri karşılığında elde ettikleri gelir; döner sermaye gelirlerinin önemli bir payını oluşturmaktadır. Döner sermaye gelirlerinin belirli bir kısmı, ilgili mevzuatlarda belirtildiği oranda sağlık çalışanlarına ek ödeme olarak dağıtılmaktadır. Özellikle, ek ödemenin büyük çoğunluğu sağlık hizmet üretiminde önemli payı olan hekimlere dağıtılmaktadır.

Günümüzde kamu hastanelerinde çalışan hekimlere dağıtılan döner sermaye payları, “performansa dayalı ek ödeme” sistemi esasına göre yapılmaktadır. Bu sistemde her bir tıbbi işlemin puanı vardır ve puanlar ilgili kamu otoriteleri tarafından belirlenmektedir. Hekimler uyguladıkları ve yaptıkları tıbbi işlemler sonucunda puan kazanmakta ve bu puanlar mevzuatta belirtilen hesaplama yöntemleri dahilinde para karşılığı tutar olarak hekimlere dağıtılmaktadır. Buradaki performans değerlendirilmesi, gerçek sağlık hizmet performansı değerlendirilmeden, sadece tanımlanan işlem puanlarına göre yapılmaktadır. Bu nedenle, uygulanan sistem bilimsel anlamda performans ölçümüne dayanmadığı için, hem kamudan hem de hekimlerden eleştiriler almaktadır.

Bu çalışmanın amacı, mevcut performansa dayalı ek ödeme sistemini eleştirmenin ötesinde, daha rasyonel ve bilimsel yaklaşımlara dayalı bir performans değerlendirme sistemini geliştirmeye yardımcı olacak, alternatif bir model oluşturmaktır. Bir anlamda çalışmanın bir diğer amacı da, performans değerlendirmelerinde kullanılan çoklu karar verme tekniklerinden biri olan TOPSIS yönteminin, kamu hastanelerinde performansa dayalı ek ödeme sisteminde de kullanılabilirliğini göstermektir.

## 2. KAMU HASTANELERİNDE PERFORMANSA DAYALI EK ÖDEME SİSTEMİ

Performans, işletmelerin belirli amaçlar doğrultusunda hazırlanan ve planlanmış bir etkinliğin sonucunda elde edilen çıktının nicel ya da nitel olarak değerlendirilmesi şeklinde tanımlanabilir (Kabakçı,2014:34).

Ek ödeme; bir işgörenin almış olduğu günlük, haftalık ya da aylık ücreti ya da maaşı dışında, personelin daha verimli çalışmasının sağlanması ve motive edilmesi amacıyla ödenen ya da ücreti/maaşı karşılığında çalışmak zorunda olduğu süreden fazla çalışması veya olması gerekenden daha fazla üretim yapması halinde ödenen ya da alınan primdir (Tengilimoğlu vd.,2015:415).

Performansa dayalı ek ödeme sistemleri, bir kuruluşun amaçlarının ya da bireysel performans hedeflerinin gerçekleştirilmesi oranında çalışanların ödüllendirilmesi ve takdir edilmesi amacıyla kullanılan araçlardır. Bu sistemlerin temel hareket noktası, ücretlerin bir kısmının veya sabit ücretle birlikte verilen ek ödemenin çalışanın performansına göre belirlenmesidir (Özsel, 2015:147).

Günümüzde kamu hastanelerinde sağlık çalışanlarına döner sermaye üzerinden ek ödeme yapılmakta ve döner sermayenin hekimlere dağıtılmasında ise “performansa dayalı ek ödeme sistemi” uygulanmaktadır. Bu sistem 2004 yılında Sağlık Bakanlığı hastanelerinde, 2011 yılından itibaren de üniversite hastanelerinde uygulanmaya başlamıştır. Sistemin yasal dayanağı “Sağlık Bakanlığı’na Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinin Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik” ile “Yüksek Öğretim Kurumları’na Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinin Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik” tir.

Performansa dayalı bu sistemin temel amacı, kamu hastanelerinde görev yapan hekimlerin, hastane kaynaklarını en etkin şekilde kullanarak verimli ve kaliteli hizmet sunmalarını sağlamaktadır. Ayrıca, bu sistem ile hekimlerin teşvik ve motive edilmesi, hastanede kalmalarını sağlayacak ve aynı zamanda da adil bir sistem olarak algılanacak bir ödeme sistemi amaçlanmaktadır. Ülkemizde, kamu hastanelerinde uygulanan performansa dayalı ek ödeme sistemi bize özgü bir uygulamadır (Sağlık Bakanlığınca deklare edilmiştir).

Performansa dayalı ek ödeme sistemi puan esası üzerine kurulmuş bir sistemdir. İlgili mevzuatlarca sağlık hizmeti sunumu yapılan her işlemin bir puan karşılığı vardır. Örnek (YÖK Girişimsel İşlemler Puan Cetveli 'ne göre):

- Poliklinik muayenesi: 26
- Anestezi A1 Grubu: 1200
- MR Beyin: 109
- Appendektomi: 400
- Karaciğer Transplantasyonu: 4080

Hekimlere yapılacak olan döner sermaye ödemelerinde, sağlık hizmeti sunumu için gerçekleştirilen tüm işlemlerin puan karşılıkları kullanılarak hesaplamalar yapılmaktadır (bu hesaplamaların detayı ilgili yönetmeliklerde mevcuttur). Sisteme yönelik eleştiriler aşağıdaki gibidir (Ceylan,2009:67):

- Kamu hastanelerinde uygulanan performans sistemi, döner sermaye gelirlerinin bölüşümünde istismara yol açacak niteliktedir. Bu sistemin bilimsel performans değerlendirme kriterlerine uygun olarak geliştirilmesi gerekmektedir.
- Belirli branşlarda daha fazla puan kazanarak daha fazla ek ödeme almak mümkün olurken, diğer branşlara mensup çalışanların döner sermayeden daha az ek ödeme alması durumu ortaya çıkmaktadır.
- Doktorlar daha fazla performans puanı toplayabilmek için, hastalara daha az zaman ayırarak daha fazla hastaya bakma eğilimi göstermektedirler. Bu durumun, hizmetin kalitesinin düşmesine yol açabileceği endişesi mevcuttur.
- Özellikle eğitim hastanelerinde olduğu gibi, hizmetin yanı sıra eğitim ve araştırma işlevlerini de yerine getirmesi beklenen kurumlarda, çarkın dişlileri gibi birbirine bağlı olan sağlık hizmet sunucularının aralarındaki bağın kopartılması ve daha çok para kazandırmanın öne çıkması çok tehlikeli bir durumdur.

Uygulanan bu sistemde hekimlerin sunduğu sağlık hizmet kalitesi, hastane kaynaklarını etkin kullanıp kullanmadığı, çalışmasının verimliliği vb. gibi

etmenler ölçülmemektedir. Sistemin en önemli zayıf noktası, bilimsel performans değerlendirme ölçütleri ile ölçümler yapılmamakta ve bazı hekimler sistem mağduru olmaktadır. Bunun sonucu olarak da, hekimlerin motivasyonu kırılmaktadır. Bu durum, uygulanması amaçlanan performans sistemi ile çelişmektedir.

Yine sistemin en büyük eksikliği ise, performans kriterlerinin insan odaklı değil, iş ve işlem odaklı olmasıdır. Değerlendirmeler nicelikseldir. Niteliksel yani kaliteyle ilgili değerlendirme esasları gözardı edilmektedir. Hekimin ve kliniğin baktığı hasta sayısından çok, şifaya kavuşan ve aldığı hizmetten memnun kalan, kurumdan memnun ayrılan hasta sayısı önemlidir. Sağlıklı birey, sağlıklı toplum demektir. Dolayısıyla, toplumsal sağlığa katkısını artırabilmek, tüketilen kaynakların etkin ve etken kullanılmasını sağlayabilmek için sağlık hizmetlerinde performans ölçümünde ulaşılmaları hedeflenen amaçlar tanımlanmalı ve bu yönde elde edilen başarıyı da ölçecek kriterler de sisteme dahil edilmelidir.

### 3. TOPSIS (Technique for Order Preference by Similarity to Ideal Solutions) YÖNTEMİ

TOPSIS yöntemi, yoğun rekabet ortamında işletmelerin performanslarını değerlendirmede ve karşılaştırmada, çoklu finansal oranları göz önüne alarak çok kriterli karar verme problemlerinin çözümünde kullanılmaktadır. TOPSIS yönteminin mantığı pozitif ideal çözüm ve negatif ideal çözümü belirlemektir. TOPSIS yönteminde alternatiflerin sıralanması ideal çözüme göreceli yakınlık temeline dayanır. Pozitif ideal çözüm, fayda kriterini maksimize, maliyet kriterini minimize eden bir çözümdür. Negatif ideal çözüm ise fayda kriterini minimize maliyet kriterini maksimize eden bir çözümdür. En uygun seçenek pozitif ideal çözüme en yakın ve negatif ideal çözüme en uzak olan seçenektir (Akyüz vd., 2011:77).

TOPSIS yöntemi çok özellikli karar verme yöntemlerinden biri olarak ekonomi/yönetim problemleri, veri tabanı seçimi, muhasebe ve finans, sermaye yatırımı, karar destek, üretim, makroekonomik planlama, pazarlama, ürün tasarımı, risk analizi, başvuru değerlendirmeleri, grup karar verme, tesis yeri

seçimi, kaynak tahsisi, eğitim, sağlık, kamu sektörü, pazar seçimi, bilgisayar ve bilgi seçimi gibi birçok alanda kullanılabilir (Kabakçı,2014: 68).

TOPSIS yöntemi yalın içeriği, basit matematiksel adımlarla çalışması ve ölçüt bazında farklılaşabilen ölçek yapısı ile diğer karar verme tekniklerinden avantajlıdır (Koyuncu ve Özcan,2014:216). Ayrıca, bu yöntem karar vericiye farklı değerlendirme seçeneklerini ortak bir payda da birleştirebildiği için objektif bir değerlendirme yapılması olanağı sağlamaktadır (Yükçü ve Atağan,2010: 35).

TOPSIS aşağıdaki aşamalardan oluşmaktadır (Ünal,2008:73):

1. Karar Matrisinin (A) Oluşturulması: Karar matrisinin satırlarında üstünlükleri sıralanmak istenen karar noktaları, sütunlarında ise karar vermede kullanılacak değerlendirme faktörleri yer alır. A matrisi karar verici tarafından oluşturulan başlangıç matrisidir. Karar matrisi aşağıdaki gibi gösterilir:

$$A_{ij} = \begin{bmatrix} a_{11} & a_{12} & \dots & a_{1n} \\ a_{21} & a_{22} & \dots & a_{2n} \\ \cdot & & & \cdot \\ \cdot & & & \cdot \\ \cdot & & & \cdot \\ a_{m1} & a_{m2} & \dots & a_{mn} \end{bmatrix}$$

$A_{ij}$  matrisinde m karar noktası sayısını, n değerlendirme faktörü sayısını verir.

2. Standart Karar Matrisinin (R) Oluşturulması: Standart Karar Matrisi, A matrisinin elemanlarından yararlanılarak ve aşağıdaki denklem kullanılarak hesaplanır.

$$r_{ij} = \frac{a_{ij}}{\sqrt{\sum_{k=1}^m a_{kj}^2}} \dots\dots\dots(1.2.1)$$

R matrisi aşağıdaki gibi elde edilir:

$$R_{ij} = \begin{bmatrix} r_{11} & r_{12} & \dots & r_{1n} \\ r_{21} & r_{22} & \dots & r_{2n} \\ \cdot & & & \cdot \\ \cdot & & & \cdot \\ \cdot & & & \cdot \\ r_{m1} & r_{m2} & \dots & r_{mn} \end{bmatrix}$$

3. Ağırlıklı Standart Karar Matrisinin (V) Oluşturulması: Öncelikle değerlendirme faktörlerine ilişkin ağırlık değerleri ( $w_i$ ) belirlenir ( $\sum w_i = 1$ ). Daha sonra R matrisinin her bir sütunundaki elemanlar ilgili  $w_i$  değeri ile çarpılarak V matrisi oluşturulur. V matrisi aşağıda gösterilmiştir:

$$V_{ij} = \begin{bmatrix} w_1 r_{11} & w_2 r_{12} & \dots & w_n r_{1n} \\ w_1 r_{21} & w_2 r_{22} & \dots & w_n r_{2n} \\ \cdot & & & \cdot \\ \cdot & & & \cdot \\ \cdot & & & \cdot \\ w_1 r_{m1} & w_2 r_{m2} & \dots & w_n r_{mn} \end{bmatrix}$$

4. İdeal ( $A^+$ ) ve Negatif İdeal ( $A^-$ ) Çözümlerin Oluşturulması: TOPSIS yöntemi, her bir değerlendirme faktörünün monoton artan veya azalan bir eğilime sahip olduğunu varsaymaktadır. İdeal çözüm setinin oluşturulabilmesi için V matrisindeki ağırlıklandırılmış değerlendirme faktörlerinin yani sütun değerlerinin en büyükleri (ilgili değerlendirme faktörü minimizasyon yönlü ise en küçüğü) seçilir. İdeal çözüm setinin bulunması aşağıdaki denklemde gösterilmiştir.

$$A^* = \left\{ (\max_i v_{ij} | j \in J), (\min_i v_{ij} | j \in J') \right\} \dots\dots\dots(1.2.2.)$$

(1.2.2.) denkleminde hesaplanacak set:



$A^* = \{v_1^*, v_2^*, \dots, v_n^*\}$  şeklinde gösterilir.

Negatif ideal çözüm seti ise, V matrisindeki ağırlıklandırılmış değerlendirme faktörlerinin yani sütun değerlerinin en küçükleri (ilgili değerlendirme faktörü maksimizasyon yönlü ise en büyüğü) seçilerek oluşturulur. Negatif ideal çözüm setinin bulunması aşağıdaki denklemde gösterilmiştir.

$$A^- = \left\{ (\min_i v_{ij} \mid j \in J), (\max_i v_{ij} \mid j \in J') \right\} \dots\dots\dots(1.2.3.)$$

(1.2.3.) denkleminde hesaplanacak set:

$A^- = \{v_1^-, v_2^-, \dots, v_n^-\}$  şeklinde gösterilir.

Her iki denklemde de J fayda (maksimizasyon), 'J ise kayıp (minimizasyon) değerini göstermektedir. Gerek ideal gerekse negatif ideal çözüm seti, değerlendirme faktörü sayısı yani m elemandan oluşmaktadır.

5. Ayırım Ölçülerinin Hesaplanması: TOPSIS yönteminde her bir karar noktasına ilişkin değerlendirme faktör değerinin ideal ve negatif ideal çözüm setinden sapmalarının bulunabilmesi için Euclidian Uzaklık Yaklaşımından yararlanılmaktadır. Buradan elde edilen karar noktalarına ilişkin sapma değerleri ise İdeal Ayırım ( $S_i^*$ ) ve Negatif İdeal Ayırım ( $S_i^-$ ) Ölçüsü olarak adlandırılmaktadır. İdeal ayırım ( $S_i^*$ ) ölçüsünün hesaplanması (1.2.4.) denkleminde, negatif ideal ayırım ( $S_i^-$ ) ölçüsünün hesaplanması ise (1.2.5.) denkleminde gösterilmiştir.

$$S_i^* = \sqrt{\sum_{j=1}^n (v_{ij} - v_j^*)^2} \dots\dots\dots(1.2.4.)$$

$$S_i^- = \sqrt{\sum_{j=1}^n (v_{ij} - v_j^-)^2} \dots\dots\dots(1.2.5.)$$

Burada hesaplanacak  $S_i^*$  ve  $S_i^-$  sayısı doğal olarak karar noktası sayısı kadar olacaktır.

6. İdeal Çözüme Göreli Yakınlığın Hesaplanması: Her bir karar noktasının ideal çözüme göreli yakınlığının ( $C_i^*$ ) hesaplanmasında ideal ve negatif

ideal ayırım ölçülerinden yararlanır. Burada kullanılan ölçüt, negatif ideal ayırım ölçüsünün toplam ayırım ölçüsü içindeki payıdır. İdeal çözüme göreli yakınlık değerinin hesaplanması aşağıdaki denklemde gösterilmiştir.

$$C_i^* = \frac{S_i^-}{S_i^- + S_i^+} \dots\dots\dots(1.2.6.)$$

Burada\* Ci değeri  $0 \leq C_i^* \leq 1$  aralığında değer alır ve  $C_i^* = 1$  ilgili karar noktasının ideal çözüme,  $C_i^* = 0$  ilgili karar noktasının negatif ideal çözüme mutlak yakınlığını gösterir.

## 4.GEREÇ VE YÖNTEM

### 4.1.Araştırmanın Amacı

Çalışmamızın amacı, ülkemizde kamu hastanelerinde uygulanan performans dayalı ek ödeme sistemine alternatif bir model oluşturmak ve bu modelin hastanelerde döner sermaye ek ödemesinde uygulanabilirliğini göstermektir. Ayrıca, bilimsel yöntemlere dayalı bir performans değerlendirme modeli oluşturmaktır.

### 4.2.Araştırmanın Önemi

Günümüzde kamu hastanelerinde uygulanan performans dayalı ek ödeme sistemi tıbbi işlemlerin puanlanması esasına dayalı bir sistemdir. Bu sistemde tıbbi işlemlerden daha fazla puan toplayan hekim, daha çok ek ödemeye hak kazanmaktadır. Bu durum, performans değerlendirmesinde birçok değişkenin göz ardı edilmesine ve yapılan ek ödemelerde dengesizliklere neden olmaktadır. Bu yüzden, bu sistem birçok hekim tarafından eleştirilmektedir. Bu bağlamda kamu hastanelerinin bilimsel yöntemlere dayalı bir performans değerlendirme modeline ihtiyacı bulunmaktadır.

### 4.3.Araştırmanın Örneklemi

Çalışma bir üniversite hastanesinde üroloji ve genel cerrahi bölümlerinde görev yapan hekimlerin bir aya ait ek ödeme tutarları üzerinden yapılmıştır. Belirlenen performans kriterleri 18 hekim içinde uygulanmıştır. Modelin

oluşturulması açısından iki branş, 18 hekim ve 5 performans ölçütü uygun görülmüştür. Performans ölçütleri aşağıdaki gibidir:

- Poliklinik muayene sayısı (POLK. SAY.)
- Mesai dışı özel işlem geliri (MDÖ)
- A-B grubu ameliyat sayısı (A-B)
- C-D-E grubu ameliyat sayısı (C-D-E)
- Sağlık hizmet (öz gelir) gelir

Poliklinik muayene sayısı, hekimlerin bir ay içerisinde poliklinikte toplam yaptığı muayene sayısını göstermektedir. Poliklinik muayene sayısının fazla olması hem hastanenin gelirini olumlu yönde etkilemekte hem de kamu yararı açısından sağlık hizmet sunumunu arttırmaktadır. Mesai dışı özel işlem gelirleri (MDÖ), bir hastanenin gelirini arttırıcı önemli unsurlardan biridir. Hekimler, mesai dışında özel muayene, ameliyat ve girişimsel işlem yapabilmektedir. Bu özel işlemlerden, ilgili yasal mevzuatlarda belirtilen tutarlarda hastaneye gelir sağlanmaktadır. Kamu hastanelerinde özel işlem gelirleri döner sermayenin önemli gelir kalemlerindedir. A-B grubu ameliyatlara hem ileri derecede uzmanlık gerektiren hem de mali açıdan yüksek gelir sağlayan büyük cerrahi işlemlerdir. Örneğin, transplantasyon operasyonları bu grup içinde yer almaktadır. C-D-E grubu ameliyatlara nispeten daha az gelir getiren ve belirli düzeyde uzmanlık gerektiren cerrahi işlemlerdir. Sağlık hizmet gelirleri (öz gelir) doğrudan hekimin emeği sonucunda oluşan gelirleri kapsamakta olup; bu gelir kapsamında ilaç, tıbbi malzeme, laboratuvar ve görüntüleme gelirleri yer almamaktadır.

#### 4.4. Araştırmanın Yöntemi

Çalışmada performans değerlendirme yöntemi olarak, çok kriterli karar verme yöntemlerinden TOPSIS yöntemi kullanılmıştır. TOPSIS yönteminin uygulanabilmesi için öncelikli olarak hekimlere ait performans ölçütleri belirlenmiştir. Bu ölçütler ilgili üniversite hastanesindeki Performans Yönetim Birimi yöneticileri ile görüşülerek belirlenmiştir. Söz konusu performans ölçütlerine ait veriler hastane yönetiminden alınmıştır. Ayrıca, hastane Döner Sermaye İşletme Müdürlüğü'nden mevcut sistem üzerinden üroloji ve genel cerrahi he-

kimlerine dağıtılan bir aylık ek ödeme tutarları karşılaştırma yapmak amacı ile alınmıştır.

**Tablo 1.** Hekimlerin Performans Ölçüt Verileri ve Ek Ödeme Tutarları

HEKİM	POLK. SAY.	MDÖ (TL)	A-B	C-D-E	ÖZ GELİR (TL)	EK ÖDEME (TL)
<b>D1</b>	229	24.419	13	29	20.519	6.646
<b>D2</b>	131	26.169	54	42	36.790	11.098
<b>D3</b>	87	15.367	11	7	12.399	3.537
<b>D4</b>	23	6.938	14	5	14.544	14.515
<b>D5</b>	71	24.381	29	7	30.594	10.294
<b>D6</b>	66	550	1	3	4.546	1.423
<b>D7</b>	42	4.164	11	6	11.934	17.331
<b>D8</b>	2	0	0	0	867	293
<b>D9</b>	46	0	0	0	2.254	321
<b>D10</b>	45	14.609	20	10	14.443	11.035
<b>D11</b>	90	9.058	20	4	23.214	14.965
<b>D12</b>	5	0	0	1	5.406	1.542
<b>D13</b>	139	16.291	13	89	21.399	7.063
<b>D14</b>	20	70	0	0	3.051	713
<b>D15</b>	177	42.387	24	96	34.677	13.337
<b>D16</b>	107	0	0	0	4.012	1.220
<b>D17</b>	385	31.269	67	117	60.917	20.101
<b>D18</b>	2	0	0	1	215	110

Yöntemin uygulanmasında ilk olarak yukarıda belirtilen hekim performans ölçüt verilerine göre bir karar matrisi oluşturulmuştur. Sonraki aşamalarda bu karar matrisi üzerinden TOPSIS yönteminin diğer aşamaları uygulanmıştır. Son aşamada ise çıkan sonuçlar mevcut performans sistemi ile karşılaştırılmıştır.

## 5.BULGULAR

### 5.1. TOPSIS Yönteminin Uygulanması

Çalışmanın bu bölümünde hastane yönetiminden alınan veriler ile TOPSIS yöntemi kullanılmıştır. TOPSIS yönteminin tüm aşamaları adım adım uygulanarak sonuca ulaşılmıştır.

Adım 1: İlk olarak hekim performans ölçütlerine göre bir karar matrisi oluşturulmuştur. Karar matrisi tablo şeklinde aşağıdaki gibi gösterilmiştir:

**Tablo 2.** Performans Ölçütleri Karar Matrisi

HEKİM	POLK. SAYISI	MDÖ (TL)	A-B	C-D-E	ÖZ GELİR (TL)
<b>D1</b>	229	24.419	13	29	20.519
<b>D2</b>	131	26.169	54	42	36.790
<b>D3</b>	87	15.367	11	7	12.399
<b>D4</b>	23	6.938	14	5	14.544
<b>D5</b>	71	24.381	29	7	30.594
<b>D6</b>	66	550	1	3	4.546
<b>D7</b>	42	4.164	11	6	11.934
<b>D8</b>	2	0	0	0	867
<b>D9</b>	46	0	0	0	2.254
<b>D10</b>	45	14.609	20	10	14.443
<b>D11</b>	90	9.058	20	4	23.214
<b>D12</b>	5	0	0	1	5.406
<b>D13</b>	139	16.291	13	89	21.399
<b>D14</b>	20	70	0	0	3.051
<b>D15</b>	177	42.387	24	96	34.677
<b>D16</b>	107	0	0	0	4.012
<b>D17</b>	385	31.269	67	117	60.917
<b>D18</b>	2	0	0	1	215

Adım 2: 1.2.1.'deki formül kullanılarak karar matrisi normalize edilmiştir (tablo 3).

Adım 3: Performans ölçütlerinin her birinin modeldeki ağırlığı eşit kabul edildiği için, her bir ölçüt için ağırlık oranı 0,2 hesaplanmıştır. Hesaplanan ağırlık oranı normalize edilerek elde edilmiş standart karar matrisindeki değerler ile çarpılmıştır. Böylece V matrisi elde edilmiştir (tablo 4).

**Tablo 3.** Normalize Edilmiş Karar Matrisi

	POLK. SAY.	MDÖ	A-B	C-D-E	ÖZGELİR
<b><u>D1</u></b>	0,4101	0,3289	0,1275	0,1579	0,2114
<b><u>D2</u></b>	0,2346	0,3525	0,5295	0,2287	0,3791
<b><u>D3</u></b>	0,1558	0,2070	0,1079	0,0381	0,1278
<b><u>D4</u></b>	0,0412	0,0934	0,1373	0,0272	0,1499
<b><u>D5</u></b>	0,1271	0,3284	0,2844	0,0381	0,3152
<b><u>D6</u></b>	0,1182	0,0074	0,0098	0,0163	0,0468
<b><u>D7</u></b>	0,0752	0,0561	0,1079	0,0327	0,1230
<b><u>D8</u></b>	0,0036	0,0000	0,0000	0,0000	0,0089
<b><u>D9</u></b>	0,0824	0,0000	0,0000	0,0000	0,0232
<b><u>D10</u></b>	0,0806	0,1968	0,1961	0,0545	0,1488
<b><u>D11</u></b>	0,1612	0,1220	0,1961	0,0218	0,2392
<b><u>D12</u></b>	0,0090	0,0000	0,0000	0,0054	0,0557
<b><u>D13</u></b>	0,2489	0,2194	0,1275	0,4847	0,2205
<b><u>D14</u></b>	0,0358	0,0009	0,0000	0,0000	0,0314
<b><u>D15</u></b>	0,3170	0,5709	0,2354	0,5228	0,3573
<b><u>D16</u></b>	0,1916	0,0000	0,0000	0,0000	0,0413
<b><u>D17</u></b>	0,6894	0,4211	0,6570	0,6372	0,6277
<b><u>D18</u></b>	0,0036	0,0000	0,0000	0,0054	0,0022

Tablo 4. V Matrisi

	POLK. SAY	MDÖ	A-B	C-D-E	ÖZGELİR
<b>D1</b>	0,082	0,066	0,025	0,032	0,042
<b>D2</b>	0,047	0,070	0,106	0,046	0,076
<b>D3</b>	0,031	0,041	0,022	0,008	0,026
<b>D4</b>	0,008	0,019	0,027	0,005	0,030
<b>D5</b>	0,025	0,066	0,057	0,008	0,063
<b>D6</b>	0,024	0,001	0,002	0,003	0,009
<b>D7</b>	0,015	0,011	0,022	0,007	0,025
<b>D8</b>	0,001	0,000	0,000	0,000	0,002
<b>D9</b>	0,016	0,000	0,000	0,000	0,005
<b>D10</b>	0,016	0,039	0,039	0,011	0,030
<b>D11</b>	0,032	0,024	0,039	0,004	0,048
<b>D12</b>	0,002	0,000	0,000	0,001	0,011
<b>D13</b>	0,050	0,044	0,025	0,097	0,044
<b>D14</b>	0,007	0,000	0,000	0,000	0,006
<b>D15</b>	0,063	0,114	0,047	0,105	0,071
<b>D16</b>	0,038	0,000	0,000	0,000	0,008
<b>D17</b>	0,138	0,084	0,131	0,127	0,126
<b>D18</b>	0,001	0,000	0,000	0,001	0,000


Adım 4: V matrisinden (tablo 4) her bir ölçütün maximum ve minimum noktaları belirlenir.

Tablo 5. Performans Ölçütleri Maximum ve Minimum Değerleri

İdeal Çözüm Değeri (A*)				
POLK. SAY	MDÖ	A-B	C-D-E	ÖZGELİR
0,138	0,114	0,131	0,127	0,126
Negatif İdeal Çözüm Değeri (A-)				
POLK. SAY	MDÖ	A-B	C-D-E	ÖZGELİR
0,001	0,000	0,000	0,000	0,000


Adım 5: (1.2.4.) ve (1.2.5.) numaralı formüller kullanılarak karar noktalarına ilişkin sapma değerleri olan İdeal Ayırım (  $S_i^*$  ) ve Negatif İdeal Ayırım (  $S_i^-$  ) ölçüleri hesaplanmıştır (tablo 6 ve 7).

Tablo 6. İdeal Ayırım Değerleri

	POLK. SAY.	MDÖ	A-B	C-D-E	ÖZGELİR		$S^*$
<b>D1</b>	0,003121	0,002343	0,011216	0,009187	0,006931	0,032799	0,181104
<b>D2</b>	0,008275	0,001908	0,000650	0,006673	0,002472	0,019979	0,141347
<b>D3</b>	0,011390	0,005297	0,012063	0,014355	0,009998	0,053103	0,230441
<b>D4</b>	0,016808	0,009118	0,010805	0,014882	0,009133	0,060746	0,246467
<b>D5</b>	0,012646	0,002352	0,005554	0,014355	0,003905	0,038813	0,197010
<b>D6</b>	0,013052	0,012700	0,016755	0,015418	0,013496	0,071422	0,267248
<b>D7</b>	0,015090	0,010601	0,012063	0,014617	0,010190	0,062561	0,250122
<b>D8</b>	0,018815	0,013036	0,017267	0,016240	0,015315	0,080673	0,284030
<b>D9</b>	0,014740	0,013036	0,017267	0,016240	0,014616	0,075899	0,275498
<b>D10</b>	0,014827	0,005599	0,008497	0,013582	0,009173	0,051678	0,227329
<b>D11</b>	0,011162	0,008060	0,008497	0,015148	0,006037	0,048905	0,221144
<b>D12</b>	0,018521	0,013036	0,017267	0,015963	0,013087	0,077875	0,279062
<b>D13</b>	0,007762	0,004941	0,011216	0,000930	0,006633	0,031482	0,177433
<b>D14</b>	0,017088	0,012993	0,017267	0,016240	0,014221	0,077810	0,278944
<b>D15</b>	0,005549	0,000000	0,007112	0,000523	0,002924	0,016109	0,126921
<b>D16</b>	0,009913	0,013036	0,017267	0,016240	0,013753	0,070209	0,264970
<b>D17</b>	0,000000	0,000897	0,000000	0,000000	0,000000	0,000897	0,029948
<b>D18</b>	0,018815	0,013036	0,017267	0,015963	0,015649	0,080731	0,284132



Tablo 7. Negatif İdeal Ayrım Değerleri

	POLK. SAY.	MDÖ	A-B	C-D-E	ÖZGELİR		S-
<b>D1</b>	0,006609	0,004327	0,000650	0,000998	0,001751	0,014335	0,119727
<b>D2</b>	0,002134	0,004969	0,011216	0,002093	0,005681	0,026094	0,161537
<b>D3</b>	0,000927	0,001713	0,000465	0,000058	0,000630	0,003794	0,061597
<b>D4</b>	0,000057	0,000349	0,000754	0,000030	0,000872	0,002061	0,045403
<b>D5</b>	0,000611	0,004313	0,003235	0,000058	0,003920	0,012136	0,110166
<b>D6</b>	0,000525	0,000002	0,000004	0,000011	0,000080	0,000622	0,024935
<b>D7</b>	0,000205	0,000126	0,000465	0,000043	0,000583	0,001422	0,037715
<b>D8</b>	0,000000	0,000000	0,000000	0,000000	0,000002	0,000002	0,001344
<b>D9</b>	0,000248	0,000000	0,000000	0,000000	0,000018	0,000266	0,016309
<b>D10</b>	0,000237	0,001549	0,001539	0,000119	0,000860	0,004303	0,065595
<b>D11</b>	0,000993	0,000595	0,001539	0,000019	0,002247	0,005393	0,073435
<b>D12</b>	0,000001	0,000000	0,000000	0,000001	0,000114	0,000117	0,010807
<b>D13</b>	0,002407	0,001926	0,000650	0,009397	0,001906	0,016286	0,127617
<b>D14</b>	0,000042	0,000000	0,000000	0,000000	0,000034	0,000076	0,008704
<b>D15</b>	0,003928	0,013036	0,002216	0,010933	0,005044	0,035157	0,187503
<b>D16</b>	0,001414	0,000000	0,000000	0,000000	0,000061	0,001475	0,038410
<b>D17</b>	0,018815	0,007094	0,017267	0,016240	0,015649	0,075066	0,273981
<b>D18</b>	0,000000	0,000000	0,000000	0,000001	0,000000	0,000001	0,001089

Adım 6: Son adımda formül (1.2.6.) kullanılarak hekimlerin performans katsayıları (Ci) hesaplanmış ve sıralama yapılmıştır. Ayrıca, performans katsayı oranlarına göre hekimlere dağıtılacak olan döner sermaye ek ödeme tutarı bulunmuştur.

Tablo 8. Hekim Performans Değerlendirme

	PERFORMANS KATSAYILARI (Ci)	SIRALAMA	EK ÖDEME TUTAR
<b>D1</b>	0,397987	5	12.325
<b>D2</b>	0,533328	3	16.516
<b>D3</b>	0,210922	9	6.532
<b>D4</b>	0,155559	10	4.817
<b>D5</b>	0,358640	6	11.107
<b>D6</b>	0,085340	13	2.643
<b>D7</b>	0,131030	11	4.058
<b>D8</b>	0,004708	17	146
<b>D9</b>	0,055889	14	1.731
<b>D10</b>	0,223933	8	6.935
<b>D11</b>	0,249288	7	7.720
<b>D12</b>	0,037281	15	1.155
<b>D13</b>	0,418348	4	12.956
<b>D14</b>	0,030258	16	937
<b>D15</b>	0,596339	2	18.468
<b>D16</b>	0,126607	12	3.921
<b>D17</b>	0,901463	1	27.917
<b>D18</b>	0,003819	18	118

## 5.2. Mevcut Puan Sistemi ile TOPSIS Yönteminin Karşılaştırılması

YÖK'ün ilgili mevzuatında belirtilen hususlar çerçevesinde hesaplanan performansa dayalı ek ödeme tutarları ve TOPSIS yöntemi ile hesaplanmış ek ödeme tutarları, tablo 9'da karşılaştırılmıştır. Puan sistemiyle kıyaslandığında, TOPSIS yönteminde hekim performans sıralamalarında ve ek ödeme tutarlarında değişiklik olmuştur. Birinci ve sonuncu sıradaki hekimlerin sıralamasında değişiklik olmamış; ancak, diğer hekimlerin sıralaması değişmiştir. Örneğin, hekimler D15 ve D2, tablo 1'de de görülen yüksek performans değerleri ile TOPSIS yönteminde ikinci ve üçüncü sıraya yükselmiştir.

Tablo 9. TOPSIS ve Puan Sistemi Karşılaştırılması

HEKİM	TOPSIS		PUAN SİSTEMİ	
	SIRALAMA	EK ÖDEME (TL)	SIRALAMA	EK ÖDEME (TL)
D1	5	12.325	10	6.646
D2	3	16.516	6	11.098
D3	9	6.532	11	3.537
D4	10	4.817	4	14.515
D5	6	11.107	8	10.294
D6	13	2.643	13	1.423
D7	11	4.058	2	17.331
D8	17	146	17	293
D9	14	1.731	16	321
D10	8	6.935	7	11.035
D11	7	7.720	3	14.965
D12	15	1.155	12	1.542
D13	4	12.956	9	7.063
D14	16	937	15	713
D15	2	18.468	5	13.337
D16	12	3.921	14	1.220
D17	1	27.917	1	20.101
D18	18	118	18	110

## 6. TARTIŞMA VE SONUÇ

Performansı “hedefe konulan bir amaç için planlanan etkinliklerin gerçekleştirilmesinden sonra elde edilen sonuçların niceliksel ve/veya niteliksel bakımdan ölçülmesidir” biçiminde tanımlayabiliriz. Performans değerlendirme ise, çalışanın performansının incelendiği, değerlendirildiği, sonucunun kaydedildiği ve çalışana bildirildiği süreçtir. Bir başka ifade ile, “performans değerlendirme, sonucun elde edilmesinde rol alan kişilerin, amaca yaklaşmaları, ya da amaca ulaşma bakımından başarılarının derecelendirilmesi aşamasıdır” diyebiliriz.

Sağlık Bakanlığı ve üniversite hastanelerinde, Bakanlığın ve Yüksek Öğretim Kurulu’nun ilgili yönetmelikleri çerçevesinde döner sermayenin hekimlere dağıtılmasında performansa dayalı ek ödeme sistemi uygulanmaktadır. Bu sistemin amacı, hekimlerin çalışma motivasyonunu ve verimliliğini arttırmak,

hastane kaynaklarının etkin kullanılmasını sağlanmak ve sunulan sağlık hizmet kalitesini arttırmaktır.

Performansa dayalı ek ödeme sistemi puan sistemi üzerine kurulmuş bir sistemdir. İlgili mevzuatlarca sağlık hizmeti sunumu yapılan tıbbi işlemin bir puan karşılığı vardır (örneğin, poliklinik muayenesi 23 puan). Hekimlere yapılacak olan döner sermaye ödemelerinde, sağlık hizmeti sunumu için gerçekleştirilen tüm işlemlerin puan karşılıkları kullanılarak hesaplamalar yapılmaktadır (bu hesaplamaların detayı ilgili yönetmeliklerde mevcut). Uygulanan sistemde hekimlerin sunduğu sağlık hizmet kalitesi, hastane kaynaklarını etkin kullanıp kullanmadığı, çalışmasının verimliliği vb. gibi etmenler ölçülmemektedir. Sistemin en önemli zayıf noktası, bilimsel performans değerlendirme ölçütleri ile, performans ölçümleri yapılmamaktadır. Ayrıca, belirli tıbbi branşlarda hizmet üreten hekimler, diğer branşlardaki hekimlere oranla daha fazla ek ödeme alabilmekte ve bazı hekimler sistem mağduru olmaktadır. Bunun sonucu olarak da, hekimlerin motivasyonu kırılmaktadır. Bu durum uygulanması amaçlanan performans sistemi ile çelişmektedir.

Yukarıda bahsi geçen durumlardan dolayı sektörde,

- Hekimlerin motive edileceği,
- Hekimlerin verimliliğinin arttırılacağı,
- Kamu kaynaklarının etkin kullanılarak hastaların yüksek düzeyde memnun olduğu sağlık hizmet sunumunun gerçekleştirileceği,
- Adil bir ödeme sisteminin uygulanacağı,
- Bilimsel anlamda hekim performanslarının değerlendirildiği,

bir performansa dayalı ek ödeme modeline ihtiyaç vardır.

Bu çalışmada yukarı bahsi geçen sebeplerden dolayı mevcut sisteme alternatif bir model olarak, daha bilimsel temele dayalı performans ölçüm sistemi olarak TOPSIS yöntemi önerilmiş ve kamu hastanelerinde uygulanabilirliği gösterilmiştir. TOPSIS yöntemi, çok kriterli karar verme yöntemidir ve ekonomi, finans, mühendislik, sağlık vb. gibi alanlarda yararlanılan bilimsel bir yöntemdir. Özellikle birden fazla değişkenin olduğu analizlerde karar vermede objektif yaklaşım sunmaktadır.

Çalışmada, TOPSIS yöntem ile ilgili üniversite hastanesine ait hekimlerin performansını değerlendiren ölçütler kullanılmıştır. Bu ölçütler ile hekimlerin sundukları hizmetlerin performans değerleri hesaplanmış ve puan sistemi ile TOPSIS modeli karşılaştırılmıştır. Uygulamada beş performans değerlendirme ölçütü kullanılmıştır. Bu ölçütler hastanenin hedeflerine ve ihtiyaçlarına göre değişebilir ya da sayısı artırılabilir. Örneğin, performans kriterleri olarak, maliyet, muayene süreleri, hasta ziyaret sayısı, hasta memnuniyet oranı vb. gibi ölçütler modele eklenebilir.

Hekimlere yönelik performans değerlemesine TOPSIS yöntemi ile objektif bir yaklaşım getirilecek ve daha adil bir performans değerlemesi yapılacaktır. Böylece, hekimler tıbbi işlem puanlarını göz ardı ederek; gerçek anlamda sağlık hizmeti sunumuna odaklanacaktır. Çünkü, bu sistemde daha fazla ve/veya daha yüksek puanlı işlem yapan hekimin değil; daha kaliteli ve verimli sağlık hizmeti sunan hekimin performans puanı artacaktır.

Sonuç olarak, kamu otoritesinin hedeflemiş olduğu kaliteli, verimli ve etkin sağlık hizmet sunumu gerçekleştirilerek, hem hekim ve hasta memnuniyeti artırılmış hem de adil bir ödeme sistemi uygulanmış olacaktır.

## KAYNAKÇA

- Akyüz, Y., Bozdoğan, T., Hantekin, E.(2011). TOPSIS Yöntemi ile Finansal Performansın Değerlendirilmesi ve Bir Uygulama, Afyon Kocatepe Üniversitesi İİBF Dergisi,13(1), 73-92.
- Ceylan, Z.(2009). Performansa Dayalı Ücretlendirme Modelleri ve Türkiye Açısından Bir Değerlendirme, Sayıştay Dergisi, Sayı: 74-75, 45-72.
- Kabakçı, C.Ç.(2014). Tarıma Dayalı Sanayi İşletmelerinde Topsis Yöntemiyle Finansal Performans Analizi(Yüksek Lisans Tezi), Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
- Koyuncu, O., Özcan, M.(2014). Personel Seçim Sürecinde Analitik Hiyerarşi Süreci ve TOPSIS yöntemlerinin Karşılaştırılması: Otomotiv Sektöründe Bir Uygulama, Hacettepe Üniversitesi İİBF Dergisi, 32(2), 195-218.
- Özsel, H. (2015). Performansa Dayalı Döner Sermaye Sistemi ve Ofansif Tıp(Yüksek Lisans Tezi), İzmir Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
- Tengilimoğlu,D., Akbolat, M., Işık,O (2015). Sağlık İşletmeleri Yönetimi, Ankara: Nobel Yayınları.

- Ünal, G.(2008). Lojistikte Hizmet Sağlayıcısı Seçiminde AHP ve TOPSIS Yöntemlerinin Uygulanması(Yüksek Lisans Tezi),Kocaeli Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Kocaeli.
- YÖK(2016). Girişimsel İşlemler Puan Cetveli, [www.yok.gov.tr](http://www.yok.gov.tr) internet adresinden 02.07.2017 tarihinde elde edilmiştir.
- Yükü, S., Atağan, G. (2010). TOPSIS Yöntemine Göre Performans Değerleme, MUFAD Dergisi, Sayı:45, 28-35.

# Sağlık Çalışanlarının Güvenlik Raporlama Sistemi Hakkında Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi

Sedat BAYYİĞİT<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Nilgün ASLAN AYDOĞAN<sup>1</sup>

Kenan ECEMİŞ<sup>1</sup>

## ÖZ

Sağlık hizmeti sunumunda göz ardı edilmemesi gereken en önemli konularından biri de hasta güvenliği ve hasta güvenliğini tehdit eden tıbbi hatalardır.

Hasta güvenliğinin sağlanması ve önlemlerin alınabilmesi için olayların bildirilmesi ve raporlanmasına önem verilmesi gerekmektedir.

Ülkemizde sağlık çalışanlarının tıbbi süreçlerde karşılaştıkları hataları bildirebilecekleri, yaygın olarak gerçekleşen hatalar ve bunların iyileştirilmesine yönelik önlemler hakkında bilgi edinebilecekleri bir platform oluşturulmuş ve adına da Güvenlik Raporlama Sistemi (GRS™) denmiştir.

Güvenlik Raporlama Sistemi (GRS™) kullanıma açıldıktan sonra 2016 yılı ocak ayında hastanemizde yeni sistemin tanıtımı amacı ile eğitimlere başlanmış ve aynı yıl mayıs ayında; hastanemizin çeşitli birimlerinde çalışan ebe, hemşire ve diğer sağlık çalışanlarından oluşan 66 kişiye anket çalışması yapılmıştır.

Çalışmamızda 2016 yılında katılımcıların %80,30'u, 2017 yılında ise %92,42'si kurumda olumsuz olayları bildirebileceği bir Güvenlik Raporlama Sisteminin varlığından haberdar olduğunu belirtmiştir.

1 Adıyaman Kahta Devlet Hastanesi

Genel olarak sistemin kolay (%98,48) ve hedefine ulaşabilir (%88,64) olduğunu belirtenlerin oranı yüksek bulunmuştur. Sistemin kolay ulaşılabilir ve kullanımı basit diyenlerin oranı bu kadar yüksek iken, bildirim yaptığını belirtenlerin oranının (%11) çok düşük kaldığı tespit edilmiştir.

Bildirimlerin az olması, bildirim veya hatayı yapan kişinin deşifre olabileceği endişesini düşündürmektedir.

Bu çalışma ile elde edilen sonuçların hastanemizde çalışanlara geri bildirim ve planlanacak eğitimler ile GRS bildirimlerinin artacağı düşünülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Tıbbi hata, Hasta güvenliği, Güvenlik Raporlama Sistemi



# Assessment of the Safety Reporting System Knowledge Levels of Healthcare Professionals

## ABSTRACT

One of the most important things, that we cannot ignore in our healthcare system is the patient safety and medical mistakes that are threatening the patient safety. Our attention should be given to notify and report cases in order to keep the patient safety and take precautions.

In our country, a platform named “Güvenlik Raporlama Sistemi; Safety Reporting System (GRS™)” has been established which allows healthcare professionals to report any mistake they encounter during the process of medical examination and treatment. In addition, this platform also allows professionals to have information about common mistakes and measures to improve them.

After using the establishment of the Safety Reporting System(GRS™) in January 2016, trainings have been started in our hospital for introducing the platform. In May 2016, we reported to survey, 66 people consisting of midwives, nurses and other health care workers, who are working in various units of our hospital have been palled.

In our study, 80.30% of the participants in 2016 and 92.42% of them in 2017 reported that they were aware of the Safety Reporting System.

The rate of those who think that the system is generally simple to use is 98.48%, and 88.64% of people also agrees that the system is easy to access. Although the rates seem to be high based on the numbers, it is found that the rate of the mistakes that were reported was only 11%.

One of the reasons as to why the rate is very low possibly is caused by the fact that the person who made or reported that mistake could be too afraid to be exposed. The report rates are expected to increase with the feedback of the results obtained by this study for the employees and planned trainings in our hospital.

**Key Words:** Medical error, Patient safety, Safety reporting system



## GİRİŞ VE AMAÇ

Sağlık hizmeti sunumunda göz ardı edilmemesi gereken en önemli konularından biri de hasta güvenliği ve hasta güvenliğini tehdit eden tıbbi hatalardır. Insitute of Medicine, “To Err Is Human” raporuna göre tıbbi hatalar sonucunda Amerika’da her yıl 44.000–98.000 kişi ölmektedir. (Akgün, 2014, s.75)

Yine benzer şekilde 2013 yılında John T. James tarafından yayınlanan bir derlemede yatan hastalarda tıbbi hatalara bağlı ölüm sayısının 201.000- 400.000 arasında olduğu tahmin edilmiştir. ( James, 2013, s.128)

Sağlık hizmeti sunumu oldukça karmaşık bir yapıya sahiptir. Aynı amaca hizmet eden birden fazla meslek grubunun dahil olduğu bir sürecin karmaşık olmaması düşünülemez. Günümüzde, Türkiye’deki hastanelere bakıldığında hekiminden hemşiresine, sekreterinden güvenlik görevlisine kadar otuzun üzerinde farklı meslek grubu; tanı, tedavi, bakım ve diğer hizmetleri verebilmek amacıyla bir arada, uyum içinde çalışmak durumundadır. Hizmeti sunarken en önemli öncelik, hastaya zarar vermeden sağlık hizmeti sunmak olmasıdır. Sağlık hizmet sunucuları hastalara yansıyan birçok olayın neredeyse her gün yaşandığının bilincindedir. Bu olaylar görmezden gelinmemeli, kayda geçirilmeli, ölçülmeli, analiz edilmeli ve iyileştirilmelidir. (Akgün, 2014, s.75)

Hasta ve sağlık çalışanı platformu tarafından yapılan tanıma göre hasta güvenliği; süreçlerdeki basit hataların hasta ve sağlık çalışanlarına zarar verecek şekilde ortaya çıkmasını engelleyecek tasarımlar yapmak ve hataların hasta ve sağlık çalışanlarına ulaşmadan belirlenmesini, raporlanmasını ve düzeltilmesini sağlayacak önlemleri almak anlamına gelmektedir. (<http://www.hscgp.org>, 2017)

Hasta güvenliğinin sağlanması ile ilgili olarak yapılan tanımlamalara bakıldığında güvenliğin sağlanması ve önlemlerin alınabilmesi için olayların bildirilmesi ve raporlanmasına önem verilmesi gerektiği konusunda ortak bir sonuç elde edildiği görülmektedir.

Hal böyle iken bildirimlerin kolay alınamayacağı ile ilgili düşünceler de yaygın olarak dile getirilmektedir.

Wolf ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, sağlık çalışanları yaptıkları hata konusunda kendilerini suçlu, endişeli ve kaygılı hissettiği; hastanın güvenli-

ği, disiplin soruşturmaları ve ceza konusunda kaygılı olduğu tespit edilmiştir. (Wolf, 2000, s.278)

Bir taraftan hatalardan ders almak için bildirimlere ihtiyaç varken diğer taraftan hata yapanların endişesi yüzünden bildirimlerin yapılmaması söz konusu olabilmektedir.

Bu kısır döngünün ortadan kaldırılması için öncelikle bildirim yapacak olan kişinin kendini güvende hissedeceği bir bildirim sisteminin oluşturulmasına ihtiyaç vardır.

Doğru ve yeterli sayıda bildirim almak için; gelişmiş birçok ülkede hasta güvenliğini tehdit eden veya edebilecek olayların bildirimine yönelik nasıl bir yol izlendiği, bildirimi yapılacak olayların neler olduğu ve nasıl bildirilmesi gerektiği noktasında araştırmalar yapılmıştır.

Dünya çapındaki hata bildirimlerinde, kimin yaptığına değil, hataya odaklanma yaklaşımı benimsenmesine rağmen, çoğu ülkede; hata bildiriminde yeterli kimlik gizliliği şartları sağlanamadığı için ulusal bir güvenlik raporlama sistemi oluşturmakta çeşitli engeller ile karşılaşıldığı görülmüştür. (<http://grs.saglik.gov.tr/BM/UGRS.aspx> ; 30.09.2017)

Bu nedenle bildirimlerde kimliksizleştirme yani bildirim yapanın kimliğinin tespit edilememesi birinci şart olarak karşımıza çıkmaktadır.

Yapılan bu araştırmalar ve elde edilen bilgiler ışığında ülkemizde de hasta güvenliğini tehdit eden olaylara ilişkin bir bildirim sisteminin geliştirilmesine yönelik bir dizi çalışma yapılmış ve 01 Temmuz 2011 tarihinden itibaren sağlık kurumlarında “Güvenlik Raporlama Sistemi” adıyla bir bildirim sistemi kurulmasına karar verilmiştir. Ardından ülkemizde sağlık tesislerinin ve profesyonellerinin tıbbi süreçlerde karşılaştıkları hataları bildirebilecekleri, ülkemizde yaygın olarak gerçekleşen hatalar ve bunların iyileştirilmesine yönelik önlemler hakkında bilgi edinebilecekleri bir platform oluşturulmuş ve adına da Güvenlik Raporlama Sistemi (GRS™) denmiştir.

(<http://www.kalite.saglik.gov.tr/TR,9065/guvenlik-raporlama-sistemi.html> 30.09.2017)

Sağlık Bakanlığı tarafından olay bildirimlerinin yapılmasına yönelik olarak oluşturulan Güvenlik Raporlama Sistemi (GRS™), hata bildirimleri için Hata Sınıflandırma Sistemleri (HSS™) standardı kullanarak ve manuel veri girişlerine izin vermeyerek sistemi komple standardize etmiş bulunmaktadır.

Ayrıca bildirim sırasında hiçbir kişisel bilgi sormamakta, IP adresi, lokasyon gibi bilgileri de veri tabanına kaydedilmemektedir. Sisteme yapılan bildirimlerin anında raporlanması, sağlık tesislerinin hatalara karşı önlem almasına yol gösterici olması ve sağlık çalışanlarının yaygın hatalar konusunda daha bilinçli olması adına önemli bir yer tutmaktadır. (<http://grs.saglik.gov.tr/BM/UGRS.aspx> ; 30.09.2017)

Gerek kurumsal olarak ve gerekse bireysel olarak sağlık çalışanlarının kendilerini geliştirebilmeleri ve önlenebilir tıbbi hataların sağlık tesislerinde minimum düzeye indirilebilmesi için bu kadar önemli bir yere sahip olan Ulusal Güvenlik Raporlama Sistemi'nin farkındalığını arttırılması için hastanemizde de birçok çalışma yapılmış ve etkinliği ölçülmeye çalışılmıştır.

Daha önce kağıt formlar hazırlanarak çalışanlardan karşılaştıkları olayları bildirmesi istenmiş fakat yeteri kadar olay bildirimi alınamamıştır. Bildirim yapılmama nedeni olarak, bildirim yapanın kimlik bilgilerinin açıklanması ihtimali dile getirilmiş ve bu nedenle çalışanların kendilerini güvende hissetmedikleri belirtilmiştir.

Sağlık Bakanlığı tarafından oluşturulan Ulusal Güvenlik Raporlama Sistemine paralel olarak Kahta Devlet Hastanesinde de Lokal Güvenlik Raporlama Sistemi oluşturulmuş 2016 yılı Mayıs ayında Ulusal Güvenlik Raporlama Sistemi'ne entegre edilmiştir. Böylece ulusal olarak yapılan hata bildirimleri ile birlikte hastanemizdeki tıbbi hataları da izleme fırsatı elde edilmiştir.

### **Bu çalışmanın amacı;**

Temel hedefi Tıbbi süreçlerde yapılan hata bildirimlerini ulusal boyutta toplamak olan Güvenlik Raporlama Sistemi (GRS™) konusunda hekim dışı sağlık çalışanlarının bilgi düzeyini, güvenlik raporlama sistemine, katılımlarını ve yönetimin farkındalığını arttırarak,

- Tıbbi hatalar ve bildirimi konusunda sağlık çalışanlarının bilgilendirilmesini sağlamak,

- Karşılaşılan hataların sisteme bildirilmesini sağlamak ,
- Tespit edilen hataların bildirim konusunda bir kültür oluşturulmasını sağlamak,
- Hatalardan ders alınarak aynı hataların tekrarlanmaması için kurumsal düzeyde faaliyetler planlamak ve ulusal düzeyde yapılacak analizlere katkı sağlamaktır.

## 1. KAPSAM VE YÖNTEM

Bu çalışmanın evrenini Kahta Devlet Hastanesi sağlık çalışanları oluşturmaktadır. Örneklem için ebe, hemşire ve teknisyenlerden oluşan 66 sağlık çalışanı seçilmiştir.

Sağlık Bakanlığı tarafından oluşturulan Güvenlik Raporlama Sistemi (GRS™) kullanıma açıldıktan hemen sonra 2016 yılı ocak ayında Kahta Devlet Hastanesinde yeni sistemin tanıtımı amacı ile eğitimlere başlanmış ve aynı yılın mayıs ayında; Palyatif Bakım Merkezi, Yoğun Bakım, Yenidoğan Yoğun Bakım, Dahili Klinikler, Cerrahi Klinikler, Kadın Doğum, Psikiyatri ve Çocuk hastalıkları klinikleri ile Ameliyathane, Laboratuvarlar, Radyoloji, Hemodiyaliz gibi çeşitli ünitelerde çalışan ebe, hemşire, ve diğer sağlık çalışanlarından oluşan 66 kişiye 10 soruluk anket çalışması yapılmıştır.

1. Olay bildirim nedir?
2. Güvenlik Raporlama Sistemini duydunuz mu?
3. Kurumumuzda olay bildirim yapabileceğiniz bir Güvenlik Raporlama Sistemi var mı?
4. Güvenlik Raporlama Sistemi olmasaydı olay bildirim yapar mıydınız?
5. Hastane bünyesinde oluşturulan Güvenlik Raporlama Sistemi'ne bildirim yaptınız mı?
6. Ulusal Güvenlik Raporlama Sistemine bildirim yaptınız mı?
7. Güvenlik raporlama sistemi sizce güvenli mi?
8. Kullanımı kolay mı?

9. Eğer Güvenlik Raporlama Sistemi hakkında bilgi sahibi olsaydım daha önce en az bir bildirim yapardım.

10. Güvenlik Raporlama Sistemi sizce hedefine ulaşabilir mi?

2017 yılı mart ayı içerisinde aynı sorulardan oluşan anket seti yine aynı sayıda ebe hemşire ve teknisyene uygulanmıştır. Katılımcı sayıları aşağıdaki tabloda verilmiştir. (Tablo 1)

**Tablo 1:** Ankete katılan Sağlık çalışanları

Unvanlar	Katılımcı Sayısı
Ebe	10
Hemşire	50
Teknisyen	6
<b>Genel Toplam</b>	<b>66</b>

Bu araştırma çalışanların “Güvenlik Raporlama Sistemi” hakkında yeterli bilgiye sahip olmadığı öngörüsü ile başlatılmıştır. Bu öngörü; ilk ankette, “Olay bildirimini nedir” sorusuna katılımcıların sadece %60,61 inin doğru cevap vermesi ile desteklenmiştir.

Anketteki bazı soruların önceki cevaplarla veya yeterli bir bilgiye sahip olması zorunluluğu olduğu için olay bildirimini konusunda yeterli bilgiye sahip olmayan çalışanlara anketin 3. Sorusu olan “Kurumumuzda olay bildirimini yapabileceğiniz bir Güvenlik Raporlama Sistemi var mı? “ sorusu sorulup cevabı kaydedildikten hemen sonra anketör tarafından yeterli bilgilendirme yapılarak kalan sorulara cevap aranmıştır. Dolayısıyla katılımcı üçüncü sorudan sonraki tüm sorularını Güvenlik Raporlama Sistemi’nin ne anlama geldiğini bilerek cevaplamıştır.

Ankette, anketörün cevabını değerlendirmesine ihtiyaç duyulan bir soru mevcut olup bu soruya verilecek cevabın nasıl değerlendirileceği konusu anketöre açıklanmıştır.

Anketin ilk sorusu olan “Olay bildirimini nedir? Sorusunu doğru olarak cevaplandırabiliyor mu? Sorusuna doğru veya yanlış cevap verenlerin tespitinde; katılımcıya soru sorulduğunda olay bildiriminin ne olduğu ile ilgili cevabını,

“hata bildirimini”, “istenmeyen olay”, veya “güvenlik raporlama sistemi” içeren bir terim ile ilişkilendirdiğinde doğru cevap olarak kabul edilmiş, direkt olarak cevabını bilmediğini belirtmesi veya cevabında, yukarıda belirtilen terimlerden en az birini içeren bir cümle kullanmadı ise cevabı yanlış, olarak değerlendirilmiştir.

Anketin dokuzuncu sorusu olan “Eğer Güvenlik Raporlama Sistemi hakkında bilgi sahibi olsaydım daha önce en az bir bildirim yapardım.” Sorusu sorulmuştur. Bu soru ile katılımcıların daha önce olay bildirimini yapılması gereken bir olay ile karşılaşmış karşılaşmadıkları tespit edilmeye çalışılmıştır.

Bu çalışmada Kâhta Devlet Hastanesinde Güvenlik raporlama sisteminin kurularak aktif edilmesi ve akabinde verilen eğitimlerden sonra 2016 yılı mayıs ayında yapılan anketler ile 2017 yılı mart ayında aynı meslek grubuna yapılan anketlerden elde edilen veriler “Microsoft Office Professional Plus 2013” yazılımının “Excel Pivot Table” uygulaması ile analiz edilerek değerlendirilmiştir.

## 2. BULGULAR VE TARTIŞMA

Olay bildirimini nedir sorusuna anket katılımcılarının 2016 yılında doğru cevap verme oranı ebelerde %60, hemşirelerde %60 ve teknisyenlerde %16,67 iken 2017 yılında bu oranlar ebelerde %90, hemşirelerde %88, teknisyenlerde ise %66,67 olarak tespit edildi.(Tablo 2)

**Tablo 2:** Olay Bildirimi Nedir Sorusuna Verilen Cevaplar

Çalışanlar	2016 Yılı Mayıs Ayı			2017 Yılı Mart Ayı		
	Doğru (N)	Yanlış (N)	Doğru Oranı(%)	Doğru (N)	Yanlış (N)	Doğru Oranı(%)
Ebe	6	4	60,00	9	1	90,00
Hemşire	33	17	66,00	44	6	88,00
Teknisyen	1	5	16,67	4	2	66,67
<b>Genel Toplam</b>	<b>40</b>	<b>26</b>	<b>60,61</b>	<b>57</b>	<b>9</b>	<b>86,36</b>



2016 yılı verilerine bakıldığında olay bildirimini konusunda ebe ve hemşirelerin sadece % 60'lık doğru cevaplarına rağmen teknisyenlere göre daha fazla bilgiye sahip oldukları, teknisyenlerin ise doğru cevaplama oranlarının çok düşük (%16,67) olduğu görülmektedir. Bu verilere odaklanıldığında bariz bir şekilde eğitim ihtiyacı ortaya çıkmıştır. İhtiyaca binaen yıllık eğitim planına, Güvenlik Raporlama Sistemi konulu eğitimler dahil edilmiştir.

2017 yılında yapılan değerlendirmede eğitimin etkinliği ortaya çıkmış ve olay bildirimini nedir sorusuna verilen doğru cevap oranı %86,36'ya çıkmıştır. Ebe ve hemşirelerin doğru cevaplama oranları ilk değerlendirmede olduğu gibi birbirine çok yakındır. Teknisyenlerdeki oran oldukça artmasına rağmen halen yanlış cevaplama oranı %33,33'dür.

Güvenlik Raporlama Sistemini duydunuz mu? Sorusuna ankete katılanların 2016 Yılında verdiği cevaplara bakıldığında Ebe ve Hemşirelerin %90'ı, teknisyenlerin ise %33,33'ü evet demiş 2017 yılında ise bu oranlar Ebelerde %90'la aynı oranda kalırken hemşirelerde %96, teknisyenlerde ise %83,33'e ulaşarak artış sağladığı görülmüştür.(Tablo 3)

**Tablo 3.** Güvenlik Raporlama Sistemini duydunuz mu? Sorusuna verilen cevaplar

Çalışanlar	2016 Yılı Mayıs Ayı			2017 Yılı Mart Ayı		
	Evet(N)	Hayır (N)	Evet Oranı(%)	Evet (N)	Hayır (N)	Evet Oranı(%)
Ebe	9	1	90,00	9	1	90,00
Hemşire	45	5	90,00	48	2	96,00
Teknisyen	2	4	33,33	5	1	83,33
<b>Genel Toplam</b>	<b>56</b>	<b>10</b>	<b>84,85</b>	<b>62</b>	<b>4</b>	<b>93,94</b>

2016 yılında Ebe ve Hemşirelerin %90 ı Güvenlik Raporlama sistemini duydüğünü belirtmiştir. Bir önceki soru ile birlikte değerlendirildiğinde aynı dönemde olay bildirimini ne olduğu sorusuna verilen doğru cevap oranı ile aynı düzeyde olmadığı görülmektedir. Ebe ve Hemşireler tarafından Güvenlik

raporlama sistemi duyulmuş fakat duyanların %23 ünün sistemi tarif edemediği ortaya çıkmıştır.

2017 yılında ise Güvenlik Raporlama sistemini duyanların oranı hemşirelerde %96 olurken toplamda %93,94 e ulaşmıştır.

Kurumumuzda olay bildirimini yapabileceğiniz bir Güvenlik Raporlama Sistemi var mı? Sorusuna verilen cevaplar değerlendirildiğinde 2016 yılında var diyenlerin oranı Ebelerde %70, hemşirelerde %86, teknisyenlerde %33,33 iken 2017 yılında ise Ebelerde %90, Hemşirelerde %94, teknisyenlerde ise %83,33 olarak tespit edilerek büyük bir artış sağlandığı görülmüştür. 2016 yılında toplam var diyenlerin oranı %80,30 iken, 2017 yılında bu oran %92,42'ye çıkmıştır. (Tablo 4)

**Tablo 4.** Kurumumuzda olay bildirimini yapabileceğiniz bir Güvenlik Raporlama Sistemi var mı? Sorusunda verilen cevaplar.

Çalışanlar	2016 Yılı Mayıs Ayı			2017 Yılı Mart Ayı		
	Var (N)	Yok (N)	Var Oranı(%)	Var (N)	Yok (N)	Var Oranı(%)
Ebe	7	3	70,00	9	1	90,00
Hemşire	43	7	86,00	47	3	94,00
Teknisyen	2	4	33,,33	5	1	83,33
<b>Genel Toplam</b>	<b>53</b>	<b>13</b>	<b>80,30</b>	<b>61</b>	<b>5</b>	<b>92,42</b>

Bu soruya verilen cevaplar ile 2. soruda Güvenlik Raporlama Sistemini duydunuz mu? sorusuna verilen cevaplar karşılaştırıldığında 2016 yılında Güvenlik Raporlama Sistemini duyanların oranı Ebe ve Hemşirelerde %90 iken bildirim yapılabilecek bir sistemin varlığını bilenlerin oranı ebelerde %70, hemşirelerde ise %86 olmuştur. Karşılaştırma sonucunda sistemin bir çok katılımcı tarafından tam olarak kavranmadığı ortaya çıkmaktadır.

Güvenlik Raporlama Sistemi olmasaydı olay bildirimini yapar mıydınız? Sorusuna verilen cevaplara bakıldığında hem 2016 hem de 2017 yıllarında ankete

katılanların %66,67'si evet demiştir. Hemşireler içerisinde bu oran %72' den %68'e düşerken Ebelerden evet diyenlerin %60 dan %80' e çıkmıştır. Her iki yılda yapılan anketlerde teknisyenlerin oranı da genel ortalama gibi değişmemiştir (oran %33,33 olarak tespit edildi). (Tablo 5)

**Tablo 5.** Güvenlik Raporlama Sistemi Olmasaydı Olay Bildirimi Yapar Mıydınız? Sorusuna Verilen Cevaplar

Çalışanlar	2016 Yılı Mayıs Ayı			2017 Yılı Mart Ayı		
	Evet (N)	Hayır (N)	Evet Oranı(%)	Evet (N)	Hayır (N)	Evet Oranı(%)
Ebe	6	4	60,00	8	2	80,00
Hemşire	36	14	72,00	34	16	68,00
Teknisyen	2	4	33,33	2	4	33,33
<b>Genel Toplam</b>	<b>44</b>	<b>22</b>	<b>66,67</b>	<b>44</b>	<b>22</b>	<b>66,67</b>

Bu soru sorulduğunda katılımcıların kimlik bilgilerinin ortaya çıkma ihtimali, şikayet etmiş olma durumu ve neticesinde kişisel çatışmalara neden olabileceği düşüncesiyle, soruya katılımcıların çoğunun Hayır demesi beklenmekteydi. Fakat hem 2016 yılında hem de 2017 yılında katılımcıların %66,67 si evet demiştir.

Hastane bünyesinde oluşturulan Güvenlik Raporlama Sistemine bildirim yaptınız mı? Sorusuna verilen cevaplara bakıldığında bildirim yaptım diyenlerin sayısı 2016 yılında sadece 1 iken 2017 bu sayı toplamda 14 olmuştur.(Tablo 6)

**Tablo 6.** Hastane Bünyesinde Oluşturulan Güvenlik Raporlama Sistemine Bildirim Yaptınız mı? Sorusuna Verilen Cevaplar

Çalışanlar	2016 Yılı Mayıs Ayı			2017 Yılı Mart Ayı		
	Evet (N)	Hayır (N)	Evet Oranı(%)	Evet (N)	Hayır (N)	Evet Oranı(%)
Ebe	0	10	-	2	8	20,00
Hemşire	1	49	2,00	12	38	24,00
Teknisyen	0	6	-	0	6	-
<b>Genel Toplam</b>	<b>1</b>	<b>65</b>	<b>1,52</b>	<b>14</b>	<b>52</b>	<b>21,21</b>

Hastane sistemine yapılan bildirimlere bakıldığında da benzer tablo ile karşılaşılmaktadır. 2016 yılı Mayıs ayından önce bildirim sayısı sadece 1 iken 2017 yılı Mart ayına kadar yapılan toplam bildirim sayısının 39 olduğu görülmüştür.

Ulusal güvenlik Raporlama sistemine bildirim yaptınız mı? Sorusuna 2016 yılında ankete katılanlardan sadece 1 hemşire ve toplamda katılımcıların %1,52' si evet derken 2017 yılındaki katılımcılardan 6 hemşire ve katılımcıların %9,9' u ulusal güvenlik raporlama sistemine bildirim yaptığını belirtmiştir. (Tablo 7)

**Tablo 7.** Ulusal Güvenlik Raporlama Sistemine Bildirim Yaptınız mı? Sorusuna Verilen Cevaplar

Çalışanlar	2016 Yılı Mayıs Ayı			2017 Yılı Mart Ayı		
	Evet (N)	Hayır (N)	Evet Oranı (%)	Evet (N)	Hayır (N)	Evet Oranı (%)
Ebe	0	10	-	0	10	-
Hemşire	1	49	2,00	6	44	12,00
Teknisyen	0	6	-	0	6	-
<b>Genel Toplam</b>	<b>1</b>	<b>65</b>	<b>1,52</b>	<b>6</b>	<b>60</b>	<b>9,09</b>

Verilen eğitimler sonucunda katılımcıların 2017 Ulusal Güvenlik Raporlama sistemine yapılan bildirimler artmış olmasına rağmen anketin dokuzuncu sorusu olan” Eğer güvenlik Raporlama sistemi hakkında bilgi sahibi olsaydım daha önce en az bir bildirim yapardım.” sorusuna her iki anket döneminde de %66,67 oranında evet denmesi ile karşılaştırıldığında oran oldukça düşüktür.

Anketin 3. Sorusu olan “Kurumumuzda olay bildirimini yapabileceğiniz bir Güvenlik Raporlama Sistemi var mı?” Sorusuna 2016 yılında “var” diyen 53 katılımcı ile 2017 yılında “var” diyen 61 katılımcıya sorulan “Güvenlik raporlama Sistemi sizce güvenli mi? Sorusuna verilen cevaplara bakıldığında 2016 yılındaki katılımcıların %86’sı evet derken 2017 yılındaki katılımcıların %85,25’i evet demiştir. (Tablo 8)

**Tablo 8.** Kurumumuzda Olay Bildirimi Yapabileceğiniz Bir Güvenlik Raporlama Sistemi Var Mı? Sorusuna “Var” Deyenlerin “Güvenlik Raporlama Sistemi Sizce Güvenli Mi?” Sorusuna Verdiği Cevaplar

Çalışanlar	2016 Yılı Mayıs Ayı			2017 Yılı Mart Ayı		
	Evet (N)	Hayır (N)	Evet Oranı(%)	Evet (N)	Hayır (N)	Evet Oranı(%)
Ebe	6	1	85,71	9		100,00
Hemşire	38	5	88,37	39	8	82,98
Teknisyen	2	1	66,67	4	1	80,00
<b>Genel Toplam</b>	<b>46</b>	<b>7</b>	<b>86,79</b>	<b>52</b>	<b>9</b>	<b>85,25</b>

Her iki dönemde de katılımcıların büyük bir çoğunluğu sistemin güvenli olduğunu bildirmiş olmasına rağmen ortalamada yaklaşık %15 lik bir kesim teknolojiyi göz önünde bulundurarak güvenli olmadığına kanaat getirmiştir.

Anket uygulaması sırasında Güvenlik Raporlama sisteminin kullanılması ile ilgili bilgi sahibi olduğunu belirtenlere hemen, bilgi sahibi olmadığını belirtenlere ise sistemin tanıtımı yapıldıktan sonra olmak üzere bütün katılımcılara Güvenlik Raporlama Sisteminin kullanımı kolay mı? Sorusu soruldu. Hem

2016, hem de 2017 yılında yapılan anketlerde katılımcıların %98,48'i evet demiştir. (Tablo 9)

**Tablo 9.** Güvenlik Raporlama Sisteminin Kullanımı kolay mı? Sorusuna verilen cevaplar

Çalışanlar	2016 Yılı Mayıs Ayı			2017 Yılı Mart Ayı		
	Evet (N)	Hayır (N)	Evet Oranı(%)	Evet (N)	Hayır (N)	Evet Oranı(%)
Ebe	10	0	100,00	10	0	100,00
Hemşire	49	1	98,00	49	1	98,00
Teknisyen	6	0	100,00	6	0	100,00
<b>Genel Toplam</b>	<b>65</b>	<b>1</b>	<b>98,48</b>	<b>65</b>	<b>1</b>	<b>98,48</b>

Eğer Güvenlik Raporlama Sistemi hakkında bilgi sahibi olsaydım daha önce en az bir bildirim yapardım. Sorusuna her iki anket döneminde de katılımcıların %66,67'si evet demiştir. (Tablo 10) Katılımcıların üçte ikisi bu soruya evet demesine rağmen bildirim yapanların sayısının bu denli düşük olması, hataların bildirim konusunda bir kültür oluşturulamadığını akla getirmektedir.

**Tablo 10.** Güvenlik Raporlama sistemi hakkında bilgi sahibi olsaydım daha önce en az bir bildirim yapardım.

Çalışanlar	2016 Yılı Mayıs Ayı			2017 Yılı Mart Ayı		
	Evet (N)	Hayır (N)	Evet Oranı (%)	Evet (N)	Hayır (N)	Evet Oranı (%)
Ebe	8	2	80,00	8	2	80,00
Hemşire	32	18	64,00	32	18	64,00
Teknisyen	4	2	66,67	4	2	66,67
<b>Genel Toplam</b>	<b>44</b>	<b>22</b>	<b>66,67</b>	<b>44</b>	<b>22</b>	<b>66,67</b>

Güvenlik raporlama sistemi sizce hedefine ulaşabilir mi? Sorusuna 2016 yılında katılımcıların %87,88' i evet derken, 2017 yılında ise evet diyenlerin oranı %89,39 olmuştur. (Tablo 11)

**Tablo 11.** Güvenlik Raporlama Sistemi Sizce Hedefine Ulaşabilir Mi? Sorusuna Verilen Cevaplar

Çalışanlar	2016 Yılı Mayıs Ayı			2017 Yılı Mart Ayı		
	Evet (N)	Hayır (N)	Evet Oranı(%)	Evet (N)	Hayır (N)	Evet Oranı(%)
Ebe	7	3	70,00	10	0	100,00
Hemşire	45	5	90,00	44	6	88,00
Teknisyen	6	0	100,00	5	1	83,33
<b>Genel Toplam</b>	<b>58</b>	<b>8</b>	<b>87,88</b>	<b>59</b>	<b>7</b>	<b>89,39</b>

Her iki anket döneminde de katılımcıların büyük bir oranı Güvenlik Raporlama Sistemi hedefine ulaşabilir demiştir.

## SONUÇ

Analizler göz önünde bulundurularak yapılan genel değerlendirmelerde olay bildiriminin ne olduğu konusunda 2016 yılında katılımcıların farkındalığı %60,61 iken verilen eğitimlerle bu oran 2017 yılında % 86,36'ya ulaşmıştır.

Güvenlik Raporlama Sistemini duyduğunu belirtenlerin oranı 2016 yılında % 84,86 iken 2017 yılında bu oran %93,94 olmuştur.

İlkay YILDIZ tarafından yapılan bir araştırmaya katılanların %79,1'i kurumda güvenlik raporlama sisteminin olduğunu belirtirken (YILDIZ İ, 2015:54), Selma ALTINDIŞ ' in yaptığı bir araştırmada ise hastane içinde olay raporlama sistemi var olup olmadığı sorgulanmış ve katılımcıların %76'sı olay raporlama sisteminin var olduğunu belirtmiştir (ALTINDIŞ S, 2010:23). Has-

tanemizde yaptığımız çalışmada 2016 yılında katılımcıların %80,30' u, 2017 yılında ise katılımcıların % 92,42 si kurumda olay bildirimini yapılabilecek bir Güvenlik Raporlama Sistemi var demiştir. 2016 yılındaki oranlar İlkey YILDIZ ve Selma ALTINDIŞ in elde ettiği verilerle benzerlik göstermektedir.

Aynı şekilde Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan Güvenlik Raporlama Sistemi 2016 Yılı İstatistik ve Analiz Raporu ([http://grs.saglik.gov.tr/BM/Reports/GRS2016Rapor\\_R1.pdf](http://grs.saglik.gov.tr/BM/Reports/GRS2016Rapor_R1.pdf); 30.09.2017) incelendiğinde;

Ocak ve Şubat aylarında sistemin kurulum aşamasında olması nedeniyle herhangi bir bildirim olmadığı, bildirimlerin mart ayından itibaren bildirimlerin yapılmaya başlandığını ve yılsonuna kadar gittikçe arttığı görülmektedir. (Bildirim sayıları; Mart:426, Nisan:1840, Mayıs:3518, Haziran:5358, Temmuz:3367, Ağustos:3767, Eylül:4523, Ekim:10973, Kasım:21115 ve Aralık:19496). Raporlarda belirtilen bildirim sayılarında artış, hastanemizde yapılan araştırmadaki artışla benzerlik göstermektedir.

Genel olarak sistemin kullanımının kolay olduğu (%98,48) ve güvenlik raporlama hedefine ulaşabilir diyenlerin (%88,64) oranı bu kadar yüksek iken bildirim yaptığını belirtenlerin oranı 2016 yılında yapılan anket çalışmasında %1,52 iken 2017 yılında ise % 21 olmuştur. Toplamda ise bütün kullanıcılardan elde edilen verilere göre bildirim yaptığını belirtenlerin % 11 gibi çok düşük bir oranda kaldığı görülmüştür.

Böyle bir sistemin var olduğu bilincinin yüksek, kullanımının kolay olduğunun belirtilmesi ve eğer daha önce Güvenlik Raporlama Sistemi hakkında bilgi sahibi olsaydım en az bir bildirim yapardım diyenlerin oranının bu kadar yüksek olmasına rağmen, bildirimlerin az olmasının nedeni, hata yapan veya hatayı yapan kişinin deşifre olma korkusu olduğu düşünülmektedir.

Bu korkuyu;

Hatalarda, hatayı yapan kişiye değil hataya sebep olan duruma odaklanan bir yönetim anlayışı, üst yönetimin bildirim yapılmasına destek olması ve kurumda bir bildirim kültürü oluşturma çabası ile birlikte bunları tüm çalışanlara ulaştırmayı hedefleyen bir eğitim planlanarak gidermek mümkün olabilir.



Sağlık kuruluşu riski azaltmak ve olaylardan ders alabilmek için, olay ve kazalardan haberdar olması gerekir bunun için de bildirimlerinin yapılmasına ihtiyaç vardır.

Bu çalışma ile çalışanların güvenlik raporlama sistemine katılımları ve farkındalığı artmış, az da olsa güvenlik raporlama sistemine bildirimler yapılmaya başlanmış, kurumsal düzeyde faaliyetlerin planlanmasına yardımcı olunmuş ve ulusal düzeyde yapılacak analizlere katkı sağlanmıştır.

Sonuç olarak, her sağlık kuruluşunun bildirim yapılan gerçekleşmiş veya ramak kala bütün olayları doğru ve güvenilir bir şekilde analiz etmesi gerekir.

Bildirimler, hem bir hatanın gelecekte tekrarlanma olasılığını azaltacak hem de bir hata oluştuğunda hastaya daha fazla zarar vermesini önleyecektir. Yapılacak bir bildirim belki de hayat kurtaracaktır.

## KAYNAKÇA

- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Verimlilik, Kalite ve Akreditasyon Dairesi Başkanlığı. (2017). Güvenlik Raporlama Sistemi. <http://www.kalite.saglik.gov.tr/TR,9065/guvenlik-raporlama-sistemi.html> internet adresinden 05.03.2017 tarihinde edinilmiştir.
- Wolf ZR<sup>1</sup>, Serembus JF, Smetzer J, Cohen H, Cohen M. (2000). Responses and concerns of healthcare providers to medication errors. *Clinical Nurse Specialist*, 14(6), 278.
- Hasta ve Sağlık Çalışanı Güvenliği Platformu, (2017). Hasta Güvenliği Nedir?. <http://www.hscgp.org/Content/132/HastaGuvengligiNedir> internet adresinden 15.08.2017 tarihinde edinilmiştir.
- Akgün S. (2014). Hasta Güvenliği, Beklenmeyen Ciddi Tıbbi Hatalar. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 1(2), 75-82.
- James J.T. (2013). A New Evidence-Based Estimate Of Patient Harms Associated With Hospital Care. *Journal of Patient Safety*. 9, 122-28.
- “Altındış S. (2010). Sağlık Hizmetlerinde Olay Raporlama ve Hasta Güvenliğine Etkileri. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, (2010-1), 1, 23.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Verimlilik, Kalite ve Akreditasyon Dairesi Başkanlığı. (2017). Ulusal Güvenlik Raporlama Sistemi. <http://grs.saglik.gov.tr/BM/UGRS.aspx> internet adresinden 30.09.2017 tarihinde edinilmiştir.

- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Verimlilik, Kalite ve Akreditasyon Dairesi Başkanlığı. (2017). Ulusal Güvenlik Raporlama Sistemi. ([http://grs.saglik.gov.tr/BM/Reports/GRS2016Rapor\\_R1.pdf](http://grs.saglik.gov.tr/BM/Reports/GRS2016Rapor_R1.pdf) internet adresinden 30.09.2017 tarihinde edinilmiştir.)
- Yıldız İ. (2015). Hekim ve Hemşirelerin Güvenlik Raporlama Sistemine Katılımının Değerlendirilmesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği. Sağlıkta kalite geliştirme ve akreditasyon ana bilim dalı yüksek lisans tezi, 54.

# Hastanelerde Hizmet Alım Personellerine Yönelik Şiddet Olaylarının Değerlendirilmesi

Ebru KALE<sup>1</sup>

Bilal SALİM<sup>2</sup>

Yeşim BAYTOK<sup>3</sup>

Sultan TORTUMLUOĞLU<sup>4</sup>

Arzu KÜÇÜK<sup>5</sup>

Murat ERARSLAN<sup>6</sup>

## ÖZ

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet incelenirken, sadece sağlık hizmet sunucusu olarak görev yapan doktor, hemşire, teknisyen vb. meslek grupları ele alınmaktadır. Ancak hastanenin her yerinde hasta ve hasta yakınlarıyla iletişim halinde olan temizlik, güvenlik, yemek, sekreterlik gibi hizmet alım personellerinin yaşadığı şiddet olaylarının detaylı bir analizine rastlanmamıştır. Hastanemizde görev yapan 894 hizmet alım personelinin 578'i üzerinde anket yöntemiyle elde edilen verilerin SPSS 17.0 programıyla yapılan analizi sonucunda; hizmet alım personelimizin % 40.1 (218 kişi) i şiddete maruz kaldığını, en çok şiddette maruz kalanların %54.1 ini kadınların oluşturduğu, %16.9 ile 25- 34 yaş grubunda olduğu, %33.5 ile temizlik faaliyetlerinde görev yapan personel olduğu, %50.9 ile lise eğitim seviyesine sahip hizmet alım personelleri olduğu, çalışılan bölüme bakıldığında % 43.7 ile rotasyona tabi hastanemizin çeşitli

1 İstanbul Kartal Dr Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Biyokimya Kliniği e-mail: ebrukale@gmail.com

2 Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi İdari Mali İşler Müdürü e-mail: bilalsalimtr@gmail.com

3 Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kalite Yönetim Birimi e-mail: ygaranlibaytok@gmail.com

4 Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kalite Yönetim Direktörü e-mail: sultantortumluoglu@gmail.com

5 Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kalite Yönetim Birimi e-mail: arzum2001@gmail.com

6 Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kalite Yönetim Birimi e-mail: murat.eraslan@saglik.gov.tr.

hizmet bölgelerinde çalışan personellerden oluşan diğer grubunun olduğu sonrasında poliklinik (%22.3) ve servis (19.5) olduğu tespit edilmiştir. Fiziksel şiddete uğrayanların % 66.7'si erkek, sözel şiddete uğrayanların %61.8 i kadın olduğu, kadınların ve erkeklerin en çok maruz kaldığı şiddet türünün sözel şiddet, en az maruz kaldığı şiddet türünün ise psikolojik şiddet olduğu tespit edilmiştir. Yapılan çalışmada; poliklinik (%72.5), servis (%70.0), acil servis (% 55.6), ameliyathane/ yoğun bakım (% 46.2) ve diğer birimlerde (% 60.6) çalışanların en fazla sözel şiddete maruz kaldığı tespit edilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Şiddet, Sağlık, Hizmet Alım Personeli

# Evaluation of Violence of Events Applied to Service Procurement Personnel in Hospitals

## ABSTRACT

When examining violence against health workers, only doctors, nurses, technicians, etc. who work as health service providers. occupational groups are worked on. However, there has never been any analysis of the violent incidents experienced by the Service Procurement Personnel such as cleaning, security, food and secretarial which are in contact with the patients and their relatives everywhere of the hospital. 578 of the 894 Service Procurement Personnel working in our hospital were Collected Primary Data Through Questionnaires. As a result of the analysis of the data obtained with SPSS 17.0 program; 40.1% (218 people) were exposed to violence, 54.1% of the women who were exposed to the highest level of violence, 16.9% were in the 25- 34 age group, 33.5% were in the cleaning activities and 50.9% of the service personnel with high school education level. When we look at the study, 43.7% of our hospital's rotating personnel working in different service regions are exposed to more frequent violence, then It was determined that the polyclinic (22.3%) and service (19.5%) employees came after. 66.7% of the people who suffered physical violence were male. 61.8% of the people who suffer from verbal violence are women. The most prevalent type of violence against women and men was verbal violence, the most severe type of violence was psychological violence. In the study; It was determined that the most experienced verbal violence was experienced in the policlinic (72.5%), service (70.0%), emergency service (55.6%), operating room/ intensive care unit (46.2%) and other units (60.6%).

**Keywords:** Violence, Health, Service Procurement Personnel.

## 1. GİRİŞ

Türkiye’de ve dünyada sağlık çalışanları, sağlık hizmeti sunumu sırasında çeşitli tehlike ve risklerle karşı karşıya kalmaktadır. Neredeyse normal sayılabilecek kadar sık karşılaşılan veya kabullenilen şiddet olgusu, tüm meslek grupları için risk oluştursa da özellikle sağlık hizmeti sunan kuruluşlarda çok daha sık rastlanılmaktadır. Saldırgan davranışlar sonucu ortaya çıkan ve çeşitli yaralanmalara yol açan fiziksel eylemler şiddet olarak nitelendirilmektedir. Yapılan çalışmalarda, şiddetin diğer iş yerlerine göre en çok sağlık alanında ortaya çıktığı ve sağlık personelinin şiddete uğrama yönünden 16 kat daha riskli olduğu belirtilmiştir(TBMM, 2013:255; Gillespie, Gates, Miller, Howard, 2010:177). Dünyada ve Türkiye’de sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin giderek artış gösterdiği ve üzerinde önemle durulması gereken ciddi bir mesleki tehlike olduğu belirtilmektedir (Annagür, 2010; Çamcı ve Kutlu, 2011;TBMM (2013); Yıldız, Kaya ve Bilir 2011).

Sağlık çalışanlarının maruz kaldığı şiddete ilişkin yurt dışı ve yurt içinde birçok çalışma yapılmıştır. Şiddetin önlenmesi ile ilgili yapılan araştırmalarda, etkili sağlık kurumu yönetimi, şiddet konusunu ele alan korunma ve önleme araştırmalarının yapılması, riskli durumun önceden farkına varma ya da başa çıkma gibi sağlık personelinin şiddet konusunda eğitilmesi ile şiddet riskinin azaltılmasının mümkün olduğu belirtilmiştir(Ayrancı, Yenilmez ve Balcı 2006; Gillespie, Gates, Miller ve Howard, 2010).

Ancak şiddetin nedenleri, risk grupları ve şiddet uygulayanların sosyo-kültürel özelliklerinin belirlenmesine yönelik çalışmalar yapılmasının, şiddetin önlenmesi yönünde daha etkin programlar geliştirilmesine yardımcı olacağı düşünülmektedir (Büyükbayram ve Okçay,2013).

Sağlık çalışanlarına (hekim, hemşire, yardımcı sağlık personelleri gibi) şiddet konusu birçok çalışmada yer almasına rağmen sağlık alanında çalışan hizmet alım personellerinin yaşadıkları şiddet ile ilgili herhangi bir çalışma bulunmamaktadır. Sağlık sektöründe hizmet veren hizmet alım personelleri de şiddete maruz kalmaktadır. Bu çalışma hizmet alım personellerinin şiddete maruziyet oranlarını ve yaşanan şiddetin türünü belirleyerek şiddetin önlenmesi için yapılacak iyileştirme çalışmalarına katkıda bulunmaktır.

## 2. ŞİDDET KAVRAMI

Şiddet oldukça karışık bir davranış biçimi olmakla birlikte yapılan çalışmalarda şiddet uygulama nedenleri 3 şekilde gruplandırılmıştır (Annagür, 2010; Al, Zengin, Deryal ve ark.,2012). Biyolojik teoriye göre bazı kişiler nörolojik, genetik ve hormonal fonksiyonları ile şiddete yatkındırlar. Sosyal öğrenme teorisine göre şiddet diğer sosyal davranışlar gibi öğrenilen bir davranıştır (Annagür, 2010; Büyükbayramve Okçay,2013; Davidson, PutnamandLarson, 2000; Volavka, 1999). Yine geçmiş yaşantısında şiddete maruz kalanlar yaşamlarında şiddet davranışını sürdürebilirler. Zedelenme-saldırganlık teorisine göre şiddet, önemli beklentilerin yerine gelmemesi sonucu oluşan bir zedelenmeye yanıttır (Annagür, 2010; Büyükbayramve Okçay,2013; Berkowitz,1990). Kavramsal olarak şiddetin açıklanmasının yapılması önemli bir sınırlandırma olsa da ihtiyaç duyulan önleme çalışmalarında her üç kavramsal açıklamanın bütüncül olarak ele alınmasıyla çözüme daha da yaklaşılacaktır.

### 2.1. Türkiye’de ve Dünya’da Şiddet

Türkiye’de sağlık çalışanlarına yönelik, hasta ve hasta yakınları tarafından uygulanan şiddet olayları dünyadakiler ile benzerlik göstermektedir. Tüm dünyada sağlık çalışanlarına yönelik şiddet sağlık çalışanlarının en önemli iş güvenliği problemi olmuştur. Bu durum yurdumuzda da son yıllarda artan oranlarda görülmektedir. Şiddet, birçok sektörde olduğu gibi sağlık kurumları hastanelerde de toplum huzurunu tehdit eden kabul edilemez önemli bir sorundur. Toplumun bütün bireylerini etkileyen şiddet, giderek günlük yaşamımızın bir parçası haline gelmiştir. Yaşanan şiddet olayları sağlık çalışanlarını fiziksel ve psikolojik olarak etkilediği gibi aynı zamanda çalışanların iş motivasyonunu da olumsuz yönde etkilemektedir. Son yıllarda diğer iş yerlerine göre hastanelerde tüm hastane personeline yönelik şiddet olayları artmakta ve sağlık kurumlarında çalışmanın diğer iş yerlerine göre daha riskli olduğu görülmektedir.

Dünyada ve Türkiye’de bu konuda yürütülmüş çalışmaların bulguları da sağlık alanında ortaya çıkan şiddetin diğer iş yerlerine göre oldukça fazla olduğu gerçeğini doğrulamakta olup kesinlikle üzerinde durulması gereken ciddi bir mesleki tehlike olduğudur (Avcı, Arslan ve ark.,2015).

Şiddet çeşitli ülke ve kültürlerde de farklılık göstermektedir. Örneğin; Amerika’da şiddet acil bir sağlık durumu olarak ilan edilmiştir. Son yıllarda Birleşik Krallık, Avrupa ve Avustralya’nın gündemine de taşınmıştır. Avustralya’da şiddetin en ciddi olduğu yer sağlık sektörüdür. Finlandiya’da yapılan bir araştırmaya göre hapisane gardiyanları ve polis memurlarının ardından şiddete maruz kalma sıralamasında psikiyatri hemşireleri 3. sırayı, doktorlar 4. sırayı almışlardır(Akça, Yılmaz ve Işık, 2014).

Şiddet, Dünya Sağlık Örgütü’nün tanımına göre; “Kişinin kendine, ya da bir başkasına, bir grup ya da topluluğa yönelik yaralama, ölüm, psikolojik (ruhsal) zedelenme, gelişim bozukluğu ya da yoksunluğuna yol açabilecek fiziksel güç kullanımı ya da tehdit amaçlı” eylemlerin içerisinde bulunmasıdır(WHO, 2002). Bu tanımda şiddet; amaçlı olarak, bilerek ve isteyerek uygulanan bir eylem olarak dikkat çekmektedir.

Daha kısa bir tanımla şiddet; başkasına fiziksel veya ruhsal zarar vermek, yaralamaktır(Coşkun ve Öztürk, 2010); Köknel, 2006). Şiddeti tanımlarken, “aşırı duygu durumu, bir olgunun yoğunluğu, sertliği, kaba ve sert davranışı, beden gücünün kötüye kullanılması, bireye ve topluma zarar veren etkinlikleri” kapsamı gerektiğine değinmektedir. Burada şiddetin ve türlerinin tanımlanması konusunda bir dil birliği ve tanımlama bütünlüğü bulunmamasının nedeni, kullanılan metodolojik farklılıklara dayandırılmaktadır(Hahn ve ark.,2008).

Avrupa Komisyonunun tanımına göre işyerinde şiddet, çalışanın işiyle ilgili durumlarda, açıkça veya üstü kapalı şekilde güvenliğini, iyilik durumunu ya da sağlığını hedef alan istismar, korkutma, tehdit ya da saldırı olayları şeklinde tanımlanmaktadır (Wynne ve ark., 1997). Wiskow(2003) ise işyeri şiddetini; çalışana yönelik fiziksel veya psikolojik zarar verme amaçlı her türlü eylem veya olay olarak belirtmektedir.

Şiddet riskinin yüksek olduğu alanlardan biri olan çalışma ortamında işgörenler, çalışma arkadaşları, astları-üstleri ve hizmet verdikleri kişilerle (müşteriler, hastalar vb.) sürekli bir etkileşim içinde bulunmaktadır. Bu yoğun etkileşim ve iletişim işyerinde şiddet gibi istenmeyen durumlara neden olabilmektedir. Araştırmacılar, şiddetin toplumda ve işyerlerinde yaygın bir halk sağlığı sorunu ve mesleki tehlike olduğunu, işyeri şiddetinin ve saldırganlığının gü-



nümüzde gittikçe artan bir önem kazandığını belirtmektedir (Schultevd.,1998; Ölmezoğlu, Vatansever ve Ergör, 1999; Pemberton ve ark., 2000).

## 2.2. İşyerinde Şiddetin Türleri

İşyerinde şiddet, şiddetin kaynağına ve oluş şekline göre farklı şekillerde ele alınmaktadır.

### Şiddetin kaynağına göre;

İşyerinde şiddetin, kaynağına veya saldırganına göre yapılan sınıflamasında, Kaliforniya İş Güvenliği ve Sağlığı İdaresinin geliştirdiği sınıflama şekli kullanılmakta ve buna göre işyeri şiddeti dört şekilde incelenmektedir.

**Tip I:** Kuruluşla ilişkisi bulunmayan bireyler tarafından gerçekleştirilen, kasıtlı suç eylemlerini kapsayan bu şiddet türünde ana hedef, nakit para ve değerli şeyler olmaktadır.

**Tip II:** İşyerinde şiddetin en yaygın türü olup, saldırganın kurumla ilişkisi bulunmaktadır. Bir müşteri/hasta ve/veya hasta yakını tarafından yapılan fiziksel ve/veya psikolojik saldırıyı kapsamaktadır.

**Tip III:** Çalışanın çalışana karşı uyguladığı şiddeti gösteren işyerinde şiddetin bu türü, amirlerine, meslektaşlarına, iş arkadaşlarına, astlarına ve diğer personele karşı şiddet uygulayan eski ya da mevcut çalışanları içermektedir. Burada şiddetin nedeni genellikle kişiler arası veya işle ilgili anlaşmazlıklar olmaktadır.

**Tip IV:** Kişinin yakınlarının gösterdiği bu şiddet türünde, şiddet eylemlerinin esas olarak evden kaynaklanmasına karşın, önemli derecede işyerine yansıdığı gözlenmektedir(COSHA,1995).

Sağlık çalışanları bu sınıflamaya göre daha çok Tip II şeklinde şiddete maruz kalmakla birlikte, değişik düzeylerde diğer şiddet tiplerinden de etkilenmektedir (Yeşilbaş, 2016).

### Oluş Şekline Göre;

- **Fiziksel Şiddet:** Bir kişiye veya gruba karşı, onlar üzerinde fiziksel, cinsel ya da psikolojik zarara neden olacak şekilde fiziksel kuvvet uygulanmasını içermektedir(WHO, 2002). Bu şiddet şeklinde davranışlar basitçe itilip ka-

kılmadan yaralanma ve ölüme neden olmaya kadar değişen bir özellik göstermektedir(Akyön, 2008). İşyerinde fiziksel şiddet yöntemleri, kritik olan ve kritik olmayan sonuçlar meydana getirecek yöntemler şeklinde iki grupta toplanmaktadır. Kritik olmayan fiziksel şiddet yöntemleri, vurma, tekme atma, itme, çekme, ısırma, ağzını kapama, yaralama, zarar vermeye yönelik fiziksel temas, cinsel içerikli fiziksel saldırı, tehdit ve taciz yoluyla fiziksel zarar verme, tükürme, sıkma, sıkıştırma şeklindeki davranışları içermektedir(WHO, 2002). Kritik olan fiziksel şiddet yöntemleri ise, bıçaklama, kesici alet ve silah kullanma, cinayete teşebbüs gibi ölüme neden olabilecek davranışları kapsamaktadır (Akyön, 2008).

- **Psikolojik Şiddet (Duyusal Şiddet):** Fiziksel güç kullanılabileceğini hissettirerek korkutma (tehdit) dahil, bir kişi veya grup üzerinde onların fiziksel, zihinsel, ruhsal, ahlaki veya sosyal gelişimine zarar verebilecek şekilde kasıtlı baskı oluşturmak şeklinde ele alınmaktadır. Bu şiddet türü; sözel şiddet, mobbing / yıldırma, cinsel taciz ve tehdit şeklinde sınıflandırılmaktadır (ILO/ICN/WHO/PSI, 2003).

- **Sözel Şiddet:** Bireyi küçük düşüren, aşağılayan veya bireyin itibar ve değerine saygı duyulmadığını gösteren hakaret, sövme, azarlama, aşağılama, tehdit gibi sözlü ifadeleri kapsamaktadır (ILO/ICN/WHO/PSI, 2003).

### 3.YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Amacı

Sağlık çalışanlarında şiddet konusu birçok çalışmada yer almasına rağmen sağlık alanında çalışan hizmet alım personellerinin yaşadıkları şiddet ile ilgili herhangi bir çalışma bulunmamaktadır. Bu araştırmanın amacı; hizmet alım personellerinin şiddete maruz kalma oranları ile yaşadıkları şiddet türünü belirleyerek sistemde yapılabilecek iyileştirmelere katkıda bulunmaktır. Araştırma kesitsel ve tanımlayıcı olarak gerçekleştirilmiştir.

#### 3.2. Araştırmanın Evreni, Örneklemi ve Veri Toplama Aracı

Bu Araştırmanın evrenini; Kocaeli ili Sağlık Bakanlığına bağlı bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapmakta olan 894 hizmet alım personeli oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini ise; çalışmaya gönüllü katılım sağ-

layan hizmet alım personelleri oluşturmuştur. Hizmet alım personellerinden gönüllü katılım sağlayan 800 kişiye anket formu dağıtılmış, eksik veya hatalı doldurulan anketler çıkarılarak 578 anket formu değerlendirilmeye alınmıştır. Anketlerin 2017 yılı haziran döneminden tarihinden itibaren üç aylık süre içerisinde tamamlanması planlanmıştır. Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından geliştirilen ve literatür doğrultusunda hazırlanan anket formu kullanılmıştır. Anket formunda; kişisel bilgiler (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, gelir durumu) iş yeri bilgileri (meslek durumu, çalışılan bölüm, çalışma yılı ve bu kurumdaki çalışma yılı) ve iş yerinde şiddete maruz kalma durumu ve şiddet türünü belirlemeye yönelik toplam 11 soru yer almaktadır.

### 3.3. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizinde SPSS 17.0 paket programı kullanılmıştır. Elde edilen veriler SPSS paket programı kullanılarak oluşturulan veri tabanına aktarılmış, yanlış veya eksik veri girişi olup olmadığı kontrol edilmiştir. Eksik veriler çıkarılarak analize devam edilmiştir. Elde edilen verilere uygulanan istatistiksel analizlerde tanımlayıcı istatistikler ve Chi-Square testi kullanıldı. Çalışmada istatistiksel anlamlılık düzeyi  $p < 0,05$  olarak kabul edilmiştir.

## 4. BULGULAR

Yapılan çalışmada toplam 578 kişiden oluşan veri setimizde kayıp değerleri sorgulayıp EM Statistic sonucunda kayıp değerlerin rastgele dağıldığı gözlemlenmiştir. Serilerin ortalaması alınarak kayıp değerlere veri ataması yapılmıştır. Kayıp değerlerin EM değerleri ve anlamlılık değeri tabloda gösterilmiştir.

**Tablo 1.** Kayıp Değer Ataması

	Cinsiyet	Yaş	Meslek	Eğitim	Gelir Durumu	Çalıştığı Bölüm	Medeni Durum	Çalışma Yılı
Kayıp Değerler	1,41	2,79	2,91	2,56	1,49	3,30	1,28	2,30

DF=565 Sig.= ,000

Çalışmaya katılan katılımcıların % 58,72'si kadın, % 41,3'ü erkeklerden oluşmaktadır. Dağılım aşağıdaki tabloda gösterilmiştir (Tablo 2).

**Tablo 2.** Cinsiyete Göre Dağılım

Cinsiyet	Sıklık (n)	Yüzde (%)
Kadın	339	58,7
Erkek	239	41,3
Toplam	578	100

Yapılan çalışmada toplam 578 kişilik örneklemin ağırlıklı yaş ortalaması 25 - 44 yaş ortalamasında olup, genelin yaklaşık % 73'ünü bu yaş grubu oluşturmaktadır. Dağılım aşağıdaki tabloda gösterilmiştir (Tablo 3).

**Tablo 3.** Yaşa Göre Dağılım

Yaş	Sıklık (n)	Yüzde (%)
<b>ss:0,872</b>		
15-24 Yaş	28	4,8
25-34 Yaş	201	34,8
34-45 Yaş	221	38,2
45-54 Yaş	120	20,8
55 Yaş Ve Üzeri	8	1,4
Toplam	578	100

Araştırmanın asıl amacı olan ve Eğitim araştırma hastanemiz bünyesinde hizmet alım yöntemiyle görev yapan personelimizin dağılımı aşağıdaki tabloda gösterilmiştir. 578 olan örnekleminiz evrenimizin % 65 ini kapsamaktadır. 578 hizmet alım personelimizin %42.4' ünü temizlik personeli, %28.2' sini veri giriş personeli, %13.1'ini ise güvenlik personeli oluşturmaktadır. Dağılım aşağıdaki tabloda gösterilmiştir (Tablo 4).

**Tablo 4.** Mesleğe Göre Dağılım

Meslek	Sıklık (n)	Yüzde (%)
Güvenlik Görevlisi	76	13,1
Veri Giriş Personeli	163	28,2
Temizlik Personeli	245	42,4
Bilgi İşlem	13	2,2
Mutfak Personeli	81	14,0
Total	578	100,0

Eğitim araştırma hastanemiz bünyesinde görev yapan hizmet alım personelimizden örneklemeimize dahil olanların % 36,5'inin lise mezunu, % 28,2'sinin ilkokul mezunu, % 16,36'sının ortaokul mezunu olduğu tespit edilmiştir. Görüldüğü üzere hastanemizde hizmet alan personelimizden sadece % 9,9 üniversite ve üzeri mezuniyete sahiptir (Tablo 5).

**Tablo 5. Eğitim Durumuna Göre Dağılım**

Eğitim Durumu	Sıklık (n)	Yüzde (%)
İlkokul	163	28,2
Ortaokul	96	16,6
Lise	211	36,5
Meslek Yüksek Okulu	51	8,8
Üniversite Ve Üzeri	57	9,9
Total	578	100

Örneklemeimizin gelir durumu incelendiğinde; % 71,1'inin gelirinin giderinden az olduğu, % 10'unun gelirinin giderden fazla olduğu, % 19'unun ise gelirinin gidere denk olduğu tespit edilmiştir. Görüldüğü üzere yaklaşık % 80'inin gelirinin yetersiz olduğu tespit edilmiştir (Tablo 6).

**Tablo 6. Gelir Durumuna Göre Dağılım**

Gelir Durumu	Sıklık (n)	Yüzde (%)
Gelir Giderden Az	411	71,1
Gelir Giderden Fazla	57	9,9
Gelir Gidere Denk	110	19,0
Toplam	578	100

Yapılan çalışmada hizmet alım personelinin yaklaşık % 41,5'inin servis ve polikliniklerde hizmet aldığı, % 43,5'inin ise değişken alanlarda rotasyona tabi olarak görev yaptıkları tespit edilmiştir. Görev yerlerine ilişkin dağılım aşağıdaki tabloda gösterilmiştir (Tablo 7).

**Tablo 7. Çalışılan Bölüme Göre Dağılım**

Çalışılan Bölüm	Sıklık (n)	Yüzde (%)
Poliklinik	114	19,7
Servis	124	21,5
Acil Servis	52	9,0
Ameliyathane / Yoğun Bakım	40	6,9
Diğer	238	41,2
	10	1,7

Yapılan çalışmada hizmet alım personellerinin % 72,3'ünün evli, % 27,7'sinin bekar olduğu tespit edilmiştir (Tablo 8).

**Tablo 8. Medeni Duruma Göre Dağılım**

Medeni Durum	Sıklık (n)	Yüzde (%)
Evli	418	72,3
Bekar	160	27,7
Toplam	578	100

Yapılan çalışmada hizmet alım personelinin % 24,9'unun 1- 4 yıldır bu kurumda çalıştığı, % 31,9'unun 5 - 9 yıldır görev yaptığı, % 20 yıl ve üzeri görev yapanların ise toplamın % 3,1'ini oluşturduğu tespit edilmiştir. Dağılım aşağıdaki tabloda gösterilmiştir (Tablo 9).

**Tablo 9. Çalışma Yılına Göre Dağılım**

Çalışma Yılı	Sıklık (n)	Yüzde (%)
1 – 4 Yıl	144	24,9
5 – 9 Yıl	184	31,9
10 – 14 Yıl	198	34,3
15 – 19 Yıl	34	5,9
20 Yıl ve Üzeri	18	3,1
Toplam	578	100,0

Yapılan çalışmada; toplam 578 hizmet alım personelimizin % 40.1 (218 kişi) i şiddete maruz kaldığını söylemiştir. Şiddete maruz kalanların %54.1 si kadınlar % 45.9 ünü ise erkeklerden oluşmaktadır. Yaptığımız çalışmada şiddetle maruz kalan kadınların erkeklerden daha fazla olduğu bulunmuştur. Ancak aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (Fisher's Exact  $p > 0,05$ ). Hastanemizde hizmet alım personeli olarak görev yapan toplam 339 kadın personelin % 48'i şiddete maruz kalmış olduğu tespit edilmiştir. Diğer yandan 239 erkek hizmet alım personelimizin %42 'si çalıştığı kurumda en az bir kez şiddete maruz kalmıştır (Tablo 10).

Şiddete maruz kalmanın cinsiyet ile ilişkisi olup olmadığının araştırmak için Pearson Chi-Square Fisher's Exact Test i ile korelasyon yapıldı. Ancak cinsiyet ile şiddete maruz kalma arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı (Fisher's Exact  $p > 0,05$ ) (Tablo 10)

Tablo 10. Şiddete Maruz Kalma ile Cinsiyet Arasındaki İlişki

Şiddete Maruz Kalma	Cinsiyet	n	X	ss	s.d.	t	p
	Kadın	118	%54,1	0,515	140	1,146	0,284
	Erkek	100	%45,9	0,510			

Yapılan çalışma kapsamında yer alıp hastanemizde görev yapan toplam 578 hizmet alım personelimizden %40.1 'inin şiddete maruz kaldığı tespit edilmiştir. Şiddete maruz kalan personelin yaş grubu incelendiğinde tüm yaş grupları içerisinde (toplam personel) en yüksek şiddete maruz kalma oranının 92 kişi ile 25- 34 yaş grubu olduğu tespit edilmiştir. Kendi yaş grubu içerisinde şiddete maruz kalma oranları incelendiğinde ise 25- 34 yaş grubunda olup hastanemizde görev yapan personelimizin % 42,2'si ile şiddete maruz kaldığı tespit edilmiştir. Bu tespit 25 - 34 yaş grubunun da yer alan hizmet alım personelinin her iki kişiden birinin şiddete maruz kaldığı anlamına gelmektedir (Tablo 11).

Tablo 11. Şiddete Maruz Kalma ile Yaş Arasındaki İlişki

Şiddete Maruz Kalma	Yaş	n	X	ss	F	p
	15-24	9	%4,01	0,309	8,314	0,081
	25-34	92	%42,2	0,568		
	34-44	78	%35,8	0,483		
	45-54	36	%16,5	0,247		
	55 ve üstü	3	%1,04	0,108		

Şiddete maruz kalmanın yaşla ilişkisi ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ )

Yapılan çalışma kapsamında yer alıp hastanemizde görev yapan toplam 545 hizmet alım personelimizin %40'ının şiddete maruz kaldığı tespit edilmiştir. Şiddete maruz kalan personelin hizmet grubu incelendiğinde toplamdaki personelin %33.5 ile temizlik faaliyetlerinde görev yapan personel olduğu, ikinci sırada ise %31.7 ile güvenlik personellerimizin olduğu tespit edilmiştir. Kendi meslek grubu içerisinde şiddete maruz kalma oranları incelendiğinde ise güvenlik hizmetini yürüten personelimizin %90,8 inin şiddete maruz kaldığı sonucuna ulaşılmıştır. Aynı durum temizlik personelimizde %30.7 veri giriş personelinde ise %40'dır (Tablo 12).

Tablo 12. Şiddete Maruz Kalma ile Meslek Arasındaki İlişki

F=106,141 <sup>^</sup>	P 0,000	Eğitim Durumunuz Nedir?				
		İlkokul	Ortaokul	Lise	Meslek Yük.ok	
Evet	Güvenlik Görevlisi	Sayı	1	5	2	2
		% Mesleğiniz Nedir?	1,4%	7,2%	85,5%	2,9%
		% Eğitim Durumunuz Nedir?	2,3%	17,2%	53,2%	10,5%
		% Toplam	,5%	2,3%	27,1%	,9%
	Veri Giriş Personeli	Sayı	0	0	28	17
		% Mesleğiniz Nedir?	,0%	,0%	48,3%	29,3%
		% Eğitim Durumunuz Nedir?	,0%	,0%	25,2%	89,5%
		% Toplam	,0%	,0%	12,8%	7,8%
	Mesleğiniz Nedir?	Sayı	30	22	21	0
		% Mesleğiniz Nedir?	41,1%	30,1%	28,8%	,0%
		% Eğitim Durumunuz Nedir?	68,2%	75,9%	18,9%	,0%
		% Toplam	13,8%	10,1%	9,6%	,0%
Temizlik Personeli	Sayı	13	2	3	0	
	% Mesleğiniz Nedir?	72,2%	11,1%	16,7%	,0%	
	% Eğitim Durumunuz Nedir?	29,5%	6,9%	2,7%	,0%	
	% Toplam	6,0%	,9%	1,4%	,0%	
Mutfak Personeli	Sayı	44	29	111	19	
	% Mesleğiniz Nedir?	20,2%	13,3%	50,9%	8,7%	
	% Eğitim Durumunuz Nedir?	6,0%	,9%	1,4%	,0%	
	% Toplam	44	29	111	19	
Toplam	Sayı	44	29	111	19	
	% Toplam	20,2%	13,3%	50,9%	8,7%	



F=106,141 <sup>A</sup>	P 0,000	Eğitim Durumunuz Nedir?					
		İlkokul	Ortaokul	Lise	Meslek Yük.ok	Üniversite Ve Üzeri	
Hayır	Güvenlik Görevlisi	Sayı	0	2	4	1	0
		% Mesleğiniz Nedir?	,0%	28,6%	57,1%	14,3%	,0%
		% Eğitim Durumunuz Nedir?	,0%	3,2%	5,0%	3,2%	,0%
		% Toplam	,0%	,6%	1,2%	,3%	,0%
	Veri Giriş Personeli	Sayı	1	1	36	16	32
		% Mesleğiniz Nedir?	1,2%	1,2%	41,9%	18,6%	37,2%
		% Eğitim Durumunuz Nedir?	1,0%	1,6%	45,0%	51,6%	66,7%
		% Toplam	,3%	,3%	11,0%	4,9%	9,8%
	Temizlik Personeli	Sayı	75	44	33	9	4
		% Mesleğiniz Nedir?	45,5%	26,7%	20,0%	5,5%	2,4%
		% Eğitim Durumunuz Nedir?	71,4%	71,0%	41,3%	29,0%	8,3%
		% Toplam	23,0%	13,5%	10,1%	2,8%	1,2%
Bilgi İşlem	Sayı	0	0	2	3	8	
	% Mesleğiniz Nedir?	,0%	,0%	15,4%	23,1%	61,5%	
	% Eğitim Durumunuz Nedir?	,0%	,0%	2,5%	9,7%	16,7%	
	% Toplam	,0%	,0%	,6%	,9%	2,5%	
Mutfağ Personeli	Sayı	29	15	5	2	4	
	% Mesleğiniz Nedir?	52,7%	27,3%	9,1%	3,6%	7,3%	
	% Eğitim Durumunuz Nedir?	27,6%	24,2%	6,3%	6,5%	8,3%	
	% Toplam	8,9%	4,6%	1,5%	,6%	1,2%	
Toplam	Sayı	105	62	80	31	48	
	% Toplam	32,2%	19,0%	24,5%	9,5%	14,7%	

Yapılan korelasyon testlerinde de Çalışılan kurumda şiddete maruz kalma ile meslek arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0,001$ )

Yapılan çalışma kapsamında yer alıp hastanemizde görev yapan toplam 544 hizmet alım personelimizden %40.1 inin şiddete maruz kaldığı tespit edilmiştir. Şiddete maruz kalan personelin eğitim durumları incelendiğinde tüm eğitim grupları içerisinde en yüksek şiddete maruz kalma oranının %50.9 ile lise eğitim seviyesine sahip hizmet alım personelleri olduğu tespit edilmiştir. Hastanemizde hizmet alım personeli olarak çalışan Lise mezunlarının %58.1 şiddete maruz kaldığı bulunmuştur. Üniversite mezunlarının tüm eğitim grupları içerisindeki şiddete maruz kalma oranı % 6.9 olduğu tespit edilmiştir. Tablo incelendiğinde eğitim seviyesi artıkça şiddet maruz kalma oranının ön lisans ve lisans mezunlarında azaldığı görülmüştür(Tablo 13).

Tablo 13. Şiddete Maruz Kalma İle Eğitim Durumu Arasındaki İlişki

F 42,366 <sup>a</sup>		p 0,240	Çalıştığınız Kurumda Daha Önce Şiddete Maruz Kaldınız mı?	
			Evet	Hayır
Eğitim Durumunuz Nedir	İlkokul	Sayı	44	105
		% Eğitim durumunuz nedir?	% 29,5	% 70,5
		Çalıştığınız kurumda daha önce şiddete maruz kaldınız mı?	% 20,2	% 32,2
		Toplam	% 8,1	% 19,3
	Ortaokul	Sayı	23	62
		% Eğitim durumunuz nedir?	% 31,9	% 68,1
		Çalıştığınız kurumda daha önce şiddete maruz kaldınız mı?	% 13,3	% 19,0
		Toplam	% 5,3	% 11,4
	Lise	Sayı	111	80
		% Eğitim durumunuz nedir?	% 58,1	% 41,9
		Çalıştığınız kurumda daha önce şiddete maruz kaldınız mı?	% 50,9	% 24,5
		Toplam	%20,4	% 14,7
	Meslek Yüksek Okulu	Sayı	19	31
		% Eğitim durumunuz nedir?	% 38,0	% 62,0
		Çalıştığınız kurumda daha önce şiddete maruz kaldınız mı?	% 8,7	% 9,5
		Toplam	% 3,5	% 5,7
	Üniversite ve Üzeri	Sayı	15	48
		% Eğitim durumunuz nedir?	23,8	76,2
		Çalıştığınız kurumda daha önce şiddete maruz kaldınız mı?	6,9	14,7
		Toplam	2,8	8,8
Toplam	Sayı	218	326	
	% Eğitim durumunuz nedir?	% 40,1	% 59,9	
	Çalıştığınız kurumda daha önce şiddete maruz kaldınız mı?	% 100,0	% 100,0	
	Toplam	% 40,1	% 59,9	

Yapılan korelasyon testlerinde de Çalışılan kurumda şiddete maruz kalma ile eğitim durumu arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. ( $p < 0,001$ ).

Yapılan çalışma kapsamında yer alıp hastanemizde görev yapan toplam 535 hizmet alım personelimizden %40,7sinin şiddete maruz kaldığı tespit edilmiştir. Şiddete maruz kalan personelin gelir durumları incelendiğinde tüm gelir durumu grupları içerisinde en yüksek şiddete maruz kalma oranının %75,7 ile gelir giderden az olan hizmet alım personelleri olduğu tespit edilmiştir. Kendi gelir durumu grubu içerisinde şiddete maruz kalma oranları incelendiğinde ise gelir giderden az olup hastanemizde görev yapan personelimizin % 44,6 ile en çok şiddete maruz kaldığı tespit edilmiştir. Bu oran gelir giderden fazla olan grupta % 30,9, gelir gidere denk grupta ise % 32,7 olarak bulunmuştur (Tablo 14).

**Tablo 14.** Şiddete Maruz Kalma İle Gelir Durumu Arasındaki İlişki

F =7,404 <sup>a</sup>		P ,025	Çalıştığımız Kurumda Daha Önce Şiddete Maruz Kaldınız mı?		Top lam
			Evet	Hayır	
Gelir Durumunuz	Gelir Giderden Az	Sayı	165	205	370
		% Gelir Durumunuz	44,6%	55,4%	100,0%
		% Çalıştığımız Kurumda Daha Önce Şiddete Maruz Kaldınız Mı?	% 75.7	64.7%	69.2%
		% Toplam	30,8%	38,3%	69,2%
	Gelir Giderden Fazla	Sayı	17	38	55
		% Gelir Durumunuz	30,9%	69,1%	100,0%
		% Çalıştığımız Kurumda Daha Önce Şiddete Maruz Kaldınız Mı?	7,8%	12,0%	10,3%
		% Toplam	3,2%	7,1%	10,3%
	Gelir Gidere Denk	Sayı	36	74	110
		% Gelir Durumunuz	32,7%	67,3%	100,0%
		% Çalıştığımız Kurumda Daha Önce Şiddete Maruz Kaldınız Mı?	16,5%	23,3%	20,6%
		% Toplam	6,7%	13,8%	20,6%
Toplam		Sayı	218	317	535
		% Gelir Durumunuz	40,7%	59,3%	100,0%
		% Çalıştığımız Kurumda Daha Önce Şiddete Maruz Kaldınız Mı?	100,0%	100,0%	100,0%
		% Toplam	40,7%	59,3%	100,0%

Yapılan korelasyon testlerinde de Çalışılan kurumda şiddete maruz kalma ile gelir durumu arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. ( $p < 0,05$ )

Yapılan çalışma kapsamında yer alıp hastanemizde görev yapan toplam 536 hizmet alım personelimizden %40.1'inin şiddete maruz kaldığı tespit edilmiştir. Şiddete maruz kalan tüm gruplar içinde en yüksek şiddete maruz kalma oranının %43.7 ile rotasyona tabi olarak hastanemizin çeşitli hizmet bölgelelerinde çalışan personellerden oluşan diğer grubunun olduğuna tespit edilmiştir. Sonra sırasıyla; poliklinik (%22.3), servis (19.5), acil servis (%8.4), ameliyathane / yoğun bakım (%6.0) gelmektedir. Poliklinikte çalışan personelin %48.5'i şiddete uğramıştır. Görüldüğü üzere özellikle sıra bekleme, doktorla görüşme alanlarında görev yapan personelin şiddete daha çok maruz kaldığı tespit edilmiştir. (Tablo 15).

Tablo 15. Şiddete Maruz Kalma İle Çalışılan Bölüm Arasındaki İlişki

F= 3,955 <sup>a</sup>	P ,412	Çalıştığımız Kurumda Daha Önce Şiddete Maruz Kaldınız Mı?		Toplam
		Evet	Hayır	
Poliklinikler	Sayı	48	51	99
	% Çalıştığımız bölüm nedir?	% 48,5	% 51,5	% 100,0
	Çalıştığınız kurumda daha önce şiddete maruz kaldınız mı?	% 22,3	% 15,9	% 18,5
	Toplam	% 9,0	% 9,5	% 18,5
Servis	Sayı	42	71	113
	% Çalıştığımız bölüm nedir?	% 37,2	% 62,8	% 100,0
	Çalıştığınız kurumda daha önce şiddete maruz kaldınız mı?	% 19,5	% 22,1	% 21,1
	Toplam	% 7,8	% 13,2	% 21,1
Acil servis	Sayı	18	28	46
	% Çalıştığımız bölüm nedir?	% 39,1	% 60,9	% 100,0
	Çalıştığınız kurumda daha önce şiddete maruz kaldınız mı?	% 8,4	% 8,7	% 8,6
	Toplam	% 3,4	% 5,2	% 8,6
Ameliyathane Yoğun Bakım	Sayı	13	25	38
	% çalıştığımız bölüm nedir?	% 34,2	% 65,8	% 100,0
	Çalıştığınız kurumda daha önce şiddete maruz kaldınız mı?	% 6,0	% 7,8	% 7,1
	Toplam	% 2,4	% 4,7	% 7,1
Diğer	Sayı	94	146	240
	% Çalıştığımız bölüm nedir?	% 39,2	% 60,8	% 100,0
	Çalıştığınız kurumda daha önce şiddete maruz kaldınız mı?	% 43,7	% 45,5	% 44,8
	Toplam	% 17,5	% 27,2	% 44,8
Toplam	Sayı	215	321	536
	% Çalıştığımız bölüm nedir?	% 40,1	% 59,9	% 100,0
	Çalıştığınız kurumda daha önce şiddete maruz kaldınız mı?	% 100,0	% 100,0	% 100,0
	Toplam	% 40,1	% 59,9	% 100,0

Yapılan korelasyon testlerinde de Çalışılan kurumda şiddete maruz kalma ile çalışılan bölüm arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ( $p > 0,05$ ).

Yapılan çalışma kapsamında şiddete uğradığını ifade eden 224 hizmet alım personelimiz %5,4 ünün fiziksel şiddete %64,3 ünün sözel şiddete, %25,9'unun fiziksel ve sözel şiddet, %4,5 inin psikolojik şiddete maruz kaldığı tespit edilmiştir (Tablo 16).

**Tablo 16.** Maruz Kalınan Şiddet Türü

	Sıklık (N)	Yüzde (%)
Fiziksel	12	5,4
Sözel	144	64,3
Fiziksel ve Sözel	58	25,9
Psikolojik	10	4,5
Toplam	224	100,0

Yapılan çalışma kapsamında; 25 – 34 yaş aralığında çalışan hizmet alım personelimizin en çok şiddete maruz kaldığı tespit edilmiştir (% 41.5). Fiziksel şiddete en çok maruz kalan personellerimizin %58.3 ile 35-44 yaş grubunda olduğu, sözel şiddete en çok maruz kalan personellerimizin % 41.7 ile 25- 34 yaş grubunda olduğu, hem fiziksel hem sözel şiddete en çok maruz kalan personellerimizin % 43.1 ile 25- 34 yaş grubunda olduğu,

psikolojik şiddete en çok maruz kalan personellerimizin % 50.0 ile 25- 34 yaş grubunda olduğu tespit edilmiştir (Tablo 17).

Tablo 17. Şiddet Türü İle Yaş Arasındaki İlişki

F= 9,742 <sup>A</sup>	,639	Ne Tür Şiddete Maruz Kaldınız?				Toplam
		Fiziksel	Sözel	Fiziksel ve Sözel	Psikolojik	
15-24 Yaş	Sayı	0	6	4	0	10
	% Yaşınız nedir?	,0%	60,0%	40,0%	,0%	100,0%
	% Ne tür şiddete maruz kaldınız?	,0%	4,2%	6,9%	,0%	4,5%
	% Toplam	,0%	2,7%	1,8%	,0%	4,5%
25-34 Yaş	Sayı	3	60	25	5	93
	% Yaşınız nedir?	3,2%	64,5%	26,9%	5,4%	100,0%
	% Ne tür şiddete maruz kaldınız?	25,0%	41,7%	43,1%	50,0%	41,5%
	% Toplam	1,3%	26,8%	11,2%	2,2%	41,5%
34-44 Yaş	Sayı	7	47	20	3	77
	% Yaşınız nedir?	9,1%	61,0%	26,0%	3,9%	100,0%
	% Ne tür şiddete maruz kaldınız?	58,3%	32,6%	34,5%	30,0%	34,4%
	% Toplam	3,1%	21,0%	8,9%	1,3%	34,4%
45-54 Yaş	Sayı	1	29	8	2	40
	% Yaşınız nedir?	2,5%	72,5%	20,0%	5,0%	100,0%
	% Ne tür şiddete maruz kaldınız?	8,3%	20,1%	13,8%	20,0%	17,9%
	% Toplam	,4%	12,9%	3,6%	,9%	17,9%
55 Yaş ve Üzeri	Sayı	1	2	1	0	4
	% Yaşınız nedir?	25,0%	50,0%	25,0%	,0%	100,0%
	% Ne tür şiddete maruz kaldınız?	8,3%	1,4%	1,7%	,0%	1,8%
	% Toplam	,4%	,9%	,4%	,0%	1,8%
Toplam	Sayı	12	144	58	10	224
	% Yaşınız nedir?	5,4%	64,3%	25,9%	4,5%	100,0%
	% Ne tür şiddete maruz kaldınız?	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% Toplam	5,4%	64,3%	25,9%	4,5%	100,0%



Yapılan korelasyon testlerinde de Çalışılan kurumda şiddete maruz kalma ile yaş arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ( $p > 0,05$ )

Yapılan çalışma kapsamında; fiziksel şiddete en fazla uğrayan çalışanlarımız; %58.3 ile temizlik personeli, %33.3 il güvenlik personeli olduğu tespit edilmiştir. Sözel şiddete en fazla uğrayan çalışanlarımız; % 34.7 ile temizlik personeli, hem fiziksel hem sözel şiddete en çok maruz kalan çalışanımız %50.0 ile güvenlik personeli, psikolojik şiddete en fazla maruz kalan çalışanımız ise % 70 ile temizlik personeli olduğu tespit edilmiştir (Tablo 18).

Yapılan korelasyon testlerinde de Çalışılan kurumda şiddete maruz kalma ile meslek arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0,05$ )

Fiziksel şiddete maruz kalan hizmet alım personelinin % 50 ile ilkököl mezunlarının olduğu, %41.7 ile lise mezunlarının takip ettiği saptanmıştır. Ön lisans ve lisans mezunlarının ise fiziksel şiddete maruz kalmaması önemli bir bulgudur. Sözel şiddete maruz kalan hizmet alım personelimizin % 49.3 ile lise mezunu olduğu ilkököl mezunların % 21.5 ile sırayı takip ettiği saptanmıştır. Ön lisan ve lisans mezunlarının sırasıyla % 9 ve % 7.6 ile takip ettiği bulunmuştur. Fiziksel ve sözel şiddete maruz kalan hizmet alım personelinin % 58.6 ile lise mezunu olduğu bulunmuştur. Psikolojik şiddete maruz kalan hizmet alım personelimiz en çok % 40 ile ilkököl mezunları olduğu tespit edilmiştir. Tabloda görüleceği üzere ön lisans ve lisans mezunu çalışanların tüm şiddet türlerinde en az şiddete maruz kalan çalışan olması çok önemli bir bulgudur (Tablo 19).

Yapılan korelasyon testlerinde de Çalışılan kurumda şiddete maruz kalma ile eğitim durumu arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ( $p > 0$ )

Yapılan çalışmada; poliklinik (%72.5), servis (%70.0), acil servis (% 55.6), ameliyathane/ yoğun bakım (% 46.2) ve diğer birimlerde (% 60.6) çalışanların en fazla sözel şiddete maruz kaldığı tespit edilmiştir. Tüm bölümler içerisinde Sözel şiddete en fazla maruz kalanlar diğer grubunda yer alan çalışanlarımız olduğu görüldü(% 42.6)(Tablo 20)

Tablo 18. Şiddet Türü İle Meslek Arasındaki İlişki

F=25,699 <sup>a</sup>	p ,002	Ne Tür Şiddete Maruz Kaldınız?				Toplam
		Fiziksel	Sözel	Fiziksel ve Sözel	Psikolojik	
Güvenlik Görevlisi	Sayı	4	35	29	% 0,0	68
	% Mesleğiniz nedir?	% 5,9	% 51,5	% 42,6	% 0,0	% 100,0
	% Ne tür şiddete maruz kaldınız?	% 33,3	% 24,3	% 50,0	% 0,0	% 26,0
	% Toplam	% 1,8	% 15,6	% 12,9	% 0,0	% 26,0
Veri Giriş Personeli	Sayı	1	46	13	2	62
	% Mesleğiniz nedir?	% 1,6	% 74,2	% 21,0	% 3,2	% 100
	% Ne tür şiddete maruz kaldınız?	% 8,3	% 31,9	% 22,4	% 20,0	% 27,7
	% Toplam	% 0,4	% 20,5	% 5,8	% 0,9	% 30,4
Mesleğiniz Nedir?	Sayı	7	50	14	7	78
	% Mesleğiniz nedir?	% 9,0	% 64,1	% 17,9	% 9,0	% 100,0
	% Ne tür şiddete maruz kaldınız?	% 58,3	% 34,7	% 24,1	% 70,0	% 34,8
	% Toplam	% 3,1	% 22,3	% 6,3	% 0,4	% 34,8
Mutfak Personeli	Sayı	0	13	2	1	16
	% Mesleğiniz nedir?	% 0,0	% 81,3	% 12,5	% 6,3	% 100,0
	% Ne tür şiddete maruz kaldınız?	% 0,0	% 9,0	% 3,4	% 10,0	% 7,1
	% Toplam	% 0,0	% 5,8	% 0,9	% 0,4	% 7,1
Toplam	Sayı	12	144	58	10	224
	% Mesleğiniz nedir?	% 5,4	% 64,3	% 25,9	% 4,5	% 100,0
	% Ne tür şiddete maruz kaldınız?	% 100,0	% 100,0	% 100,0	% 100,0	% 100,0
	% Toplam	% 5,4	% 64,3	% 25,9	% 4,5	% 100,0

Tablo 19. Şiddet Türü İle Eğitim Durumu Arasındaki İlişki

F=25,699 <sup>a</sup>	p ,002	Ne Tür Şiddete Maruz Kaldınız?				Toplam
		Fiziksel	Sözel	Fiziksel ve Sözel	Psikolojik	
İlkokul	Sayı	6	31	4	4	45
	% Eğitim durumunuz nedir?	% 13,3	% 68,9	% 8,9	% 8,9	% 100,0
	% Ne tür şiddete maruz kaldınız?	% 50,0	% 21,5	% 6,9	% 40,0	% 20,1
	% Toplam	% 2,7	% 13,8	% 1,8	% 1,8	% 20,1
Ortaokul	Sayı	1	18	9	2	30
	% Eğitim durumunuz nedir?	% 3,3	% 60,0	% 30,0	% 6,7	% 100,0
	% Ne tür şiddete maruz kaldınız?	% 8,3	% 12,5	% 15,5	% 20,0	% 13,4
	% Toplam	% 0,4	% 8,0	% 4,0	% 0,9	% 13,4
Lise	Sayı	5	71	34	3	113
	% Eğitim durumunuz nedir?	% 4,4	% 62,8	% 30,1	% 2,7	% 100,0
	% Ne tür şiddete maruz kaldınız?	% 41,7	% 49,3	% 58,6	% 30,0	% 50,4
	% Toplam	% 2,2	% 31,7	% 15,2	% 1,3	% 50,4
Meslek Yüksek Okulu	Sayı	0	13	6	0	19
	% Eğitim durumunuz nedir?	% 0,0	% 68,4	% 31,6	% 0,0	% 100,0
	% Ne tür şiddete maruz kaldınız?	% 0,0	% 9,0	% 10,3	% 0,0	% 8,5
	% Toplam	% 0,0	% 5,8	% 2,7	% 0,0	% 8,5
Üniversite ve Üzeri	Sayı	0	11	5	1	17
	% Eğitim durumunuz nedir?	% 0,0	% 64,7	% 29,4	% 5,9	% 100,0
	% Ne tür şiddete maruz kaldınız?	% 0,0	% 7,6	% 8,6	% 10,0	% 7,6
	% Toplam	% 0,0	% 4,9	% 2,2	% 0,4	% 7,6
Toplam	Sayı	12	144	58	10	224
	% Eğitim durumunuz nedir?	% 5,4	% 64,3	% 25,9	% 4,5	% 100,0
	% Ne tür şiddete maruz kaldınız?	% 100,0	% 100,0	% 100,0	% 100,0	% 100,0
	% Toplam	% 5,4	% 64,3	% 25,9	% 4,5	% 100,0

Tablo 20. Şiddet Türü ile Çalışılan Bölüm Arasındaki İlişki

F=26,349 <sup>a</sup>	p ,010	Ne Tür Şiddete Maruz Kaldınız?			Toplam
		Fiziksel	Sözel	Fiziksel ve Sözel	
Poliklinik	Sayı	0	37	37	51
	% Çalıştığımız bölüm neresidir?	,0%	72,5%	72,5%	2,0%
	% Ne tür şiddete maruz kaldınız?	,0%	26,2%	26,2%	10,0%
	% Toplam	,0%	16,7%	16,7%	,5%
Servis	Sayı	2	28	28	40
	% Çalıştığımız bölüm neresidir?	5,0%	70,0%	70,0%	2,5%
	% Ne tür şiddete maruz kaldınız?	16,7%	19,9%	19,9%	10,0%
	% Toplam	,9%	12,7%	12,7%	,5%
Acil Servis	Sayı	2	10	10	18
	% Çalıştığımız bölüm neresidir?	11,1%	55,6%	55,6%	,0%
	% Ne tür şiddete maruz kaldınız?	16,7%	7,1%	7,1%	,0%
	% Toplam	,9%	4,5%	4,5%	,0%
Ameliyathane / Yoğun Bakım	Sayı	4	6	6	13
	% Çalıştığımız bölüm neresidir?	30,8%	46,2%	46,2%	7,7%
	% Ne tür şiddete maruz kaldınız?	33,3%	4,3%	4,3%	10,0%
	% Toplam	1,8%	2,7%	2,7%	,5%
Diğer	Sayı	4	60	60	99
	% Çalıştığımız bölüm neresidir?	4,0%	60,6%	60,6%	7,1%
	% Ne tür şiddete maruz kaldınız?	33,3%	42,6%	42,6%	70,0%
	% Toplam	1,8%	27,1%	27,1%	3,2%
Toplam	Sayı	12	141	141	221
	% Çalıştığımız bölüm neresidir?	5,4%	63,8%	63,8%	4,5%
	% Ne tür şiddete maruz kaldınız?	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% Toplam	% 5,4	% 63,8	% 26,2	% 4,5

Yapılan korelasyon testlerinde de çalışılan kurumda şiddet türü ile çalışılan bölüm arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0,05$ ).

## 5. TARTIŞMA

Sağlık çalışanlarına uygulanan şiddetle ilgili bir çok çalışma bulunmaktadır ancak sağlık sektöründe hizmet alım personellerine uygulanan şiddet ile ilgili herhangi bir çalışmanın olmaması aşikardır. Elde edilen veriler sağlık kurumlarında şiddetin diğer kurumlara göre daha yüksek oranda olduğu ve tamamının bildirilmediği, genellikle fiziksel yaralanmalar sonucu bildirim yapıldığı yönündedir (Barret, 1997). Tüm meslek grupları içerisinde, zor durumdaki bireylerle doğrudan teması gerektiren sağlık bakım sektöründe çalışanların, iş yeri şiddetinin en önemli hedefi ve kurbanları olduğu giderek daha fazla kabul görmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO), Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) ve Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN)'nin 2002 yılı "sağlık sektöründe iş yeri şiddeti" başlıklı ortak raporuna göre, sağlık çalışanlarının %50'sinden fazlası mesleklerini uyguladıkları herhangi bir zamanda şiddete maruz kaldıklarını bildirmektedir (Keser ve Bilgin, 2011). Sağlık alanında hizmet verenler, diğer iş alanlarındaki meslek gruplarına göre 16 kez daha fazla saldırıya uğramaktadırlar (Keser ve Bilgin, 2011; İlhan ve ark., 2009; Elliott, 1997; Büyükbayram ve Okçay, 2013).

Yapılan çalışmada; hizmet alım personellerinin % 40.0'ının şiddete maruz kaldığı belirlenmiştir. Diğer ülkelerde ve ülkemizde yapılan çalışmalar incelendiğinde sağlık çalışanlarının çalışma yaşamında şiddete uğrama oranı %25-83 arasında değişmektedir (Ayrancı ve ark., 2002, Winstanley ve Whittington 2004). Bıçkıcı'nın (2013) yapmış olduğu çalışma bizim çalışmamıza yakın bir sonuçla şiddete maruz kalma durumunu % 55.8 olarak bulunmuştur. Franz ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada, şiddetle karşılaşma oranı %89.4 bulunmuştur (Franz vd., 2010:6). Çamcı ve Kutlu'nun çalışmasında şiddete maruz kalma oranı; %72.6 olarak bulunmuştur. Hizmet verilen grubun, hastalıkları nedeniyle stres altında olmasının, hasta ve hasta yakınlarının beklentilerinin yüksek olmasının bu oranın yüksek olmasında etkili olduğunu düşündürmüştür.

Öztürk ve arkadaşlarının (2010) yaptığı çalışmada fiziksel şiddetle karşılaşma oranı %50.4 iken, Öztunç'un (2001) yaptığı çalışmada ise %16'sının fiziksel saldırıya uğradığı bildirilmiştir. Erkol, Gökdoğan, Erkol, Boz (2007) ise çalışmasında fiziksel şiddete maruz kalma oranını %19,4 olarak bulmuştur. Çalışmamızda fiziksel şiddetle karşılaşma oranı %5,4 bulunmuştur. Çalışmamızda fiziksel şiddete maruz kalma sıklığı düşük çıkmıştır. Bu durum fiziksel şiddetin daha çok sağlık çalışanlarına yapıldığı hizmet alım personellerine daha çok sözel şiddetin uygulandığı şeklinde yorumlanabilir.

Mevcut çalışmada sözel şiddete maruz kalma oranı; %64,3 olarak tespit edilmiştir. Öztunç'un (2001) yaptığı çalışmada sağlık çalışanlarının %68,5'inin sözel şiddete, Gökçe ve Dündar'ın (2008) yaptığı çalışmada sağlık çalışanlarının %59,4'ünün sözel şiddete, yine Erkol, Gökdoğan, Erkol, Boz (2007) sağlık çalışanlarının %46,9'unun sözel şiddete maruz kaldığını tespit edilmiştir. Çamcı ve Kutlu'nun (2011) çalışmasında çalışanların tamamına yakınının iş yaşamları boyunca en az bir kez sözel şiddete maruz kaldığı belirlenmiştir. WHO, ILO ve ICN "sağlık kurumlarında iş yeri şiddeti" 2002 raporları çok farklı ülkelerde sağlık çalışanlarının ortalama % 27- 67 oranında sözel şiddete uğradığını gösteren raporu ve diğer araştırmalar çalışmamızı desteklemektedir. (Chen vd.,2008) Ergör, Kılıç, Gürpınar 'ın (2001) sağlık çalışanları ile yaptığı çalışmada, sözel ve fiziksel şiddete maruz kalma sıklığını %58,7;Gökçe ve Dündar (2008) %26,5 olarak bulmuştur. Bizim çalışmamızda ise bu oran % 25,9 olarak tespit edilmiştir. Bizim çalışmamızla literatürde sağlık çalışanlarının sözel şiddet ve hem sözel hem fiziksel şiddete maruz kalma sıklığı benzerlik göstermiştir.

Yapılan çalışmalar ve mevcut çalışma sonuçları incelendiğinde şiddetin her çeşidi sağlık alanında görülmektedir. Sözel şiddetin diğer şiddet türlerine göre daha fazla görülme nedeninin çalışanlar tarafından olağan olarak görülüp bildirimlerinin az olmasından ve yasal olarak kanıtlanabilirliğinin zor olmasından kaynaklandığı düşünülmüştür. Yine şiddet içeren eylemleri sağlık çalışanlarının mesleğinin bir parçası olarak görmesi ve şikâyet etmenin gereksiz olduğunu düşünmesi, şiddet olayının ele alınışındaki tavırdan memnun olunmaması ve negatif sonuçlarından korkulmasından dolayı en fazla sözel şiddetin bildirildiği diğer şiddet türlerinin ise bildirilmediği düşünülmektedir.

Yapılan çalışmalarda; şiddete maruz kalma ile cinsiyet arasında farklı sonuçlar bulunmuştur. Şiddete uğrama sıklığı bazı araştırmalarda erkeklerde daha yüksek(Aalund vd.,1990; Schultevd.,1998)bazı çalışmalarda da kadınlarda-Ayrancı ve ark.,2002;Lau J, Magarey J, McCutcheon H. 2004;Ness, House, Ness,2000)daha yüksek bulunmuştur. Bizim çalışmamızda şiddete maruz kalma kadınlarda erkeklerden daha yüksek bulunmuştur. Bunun nedenleri arasında erkek egemen kültür nedeniyle kadına yönelik şiddetin daha kolay kullanılabilmesi erkek görevlilere aynı kolaylıkta şiddet kullanılamaması gösterilebilir.

Çalışmamızda; kadınların ve erkeklerin en çok maruz kaldığı şiddet türü sözel şiddet bulunmuştur (kadınlar %74.2, erkekler %52.9). Winstanley ve arkadaşlarının İngiltere de devlet hastanelerinde sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalmaları konusunda yaptığı araştırmada %68.0 ile sözel şiddete maruz kaldığını gösteren araştırma çalışmamızı desteklemektedir(WinstanleyandWhittington,2004).

Yapılan çalışma kapsamında 25- 34 yaş aralığında çalışan hizmet alım personellerimizin en çok şiddete maruz kaldığı tespit edilmiştir.Ülkemizde 290 hemşireyi kapsayan bir çalışmada şiddete uğrayan hemşirelerin yaş ortalamalarını 29.1+-6.3 yıl olduğu görülmüştür (19). sonuç çalışmamızı desteklemektedir.(Öztunç, 2006)Başka birçalışmada iseçalışmamızın aksine 25 yaş altındaki kişilerin daha fazla şiddete maruz kaldığı saptanmıştır.(İlhan, Özkan, Kurtcebe, Aksakal, 2009). Bu durum 15 - 24 yaş aralığında çalışan personel-sayımızın çok az olması ile açıklanabilir.

Fiziksel şiddete maruz kalan çalışmamızın en çok 35- 44 yaş aralığında olduğu tespit edilmiştir. Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada 29 yaş altı ve 30-39 yaş arasındaki sağlık çalışanlarının daha fazla şiddete maruz kaldıkları bildirilmiştir.(Ayrancı, Yenilmez, Günay, Kaptanoğlu, 2002)Bazı çalışmalar şiddet türüne göre bildirim durumunu sorgulamış ve fiziksel saldırı sonrası bildirim oranının sözel saldırıya göre yüksekliğinden bahsetmiştir. Çalışmalar genellikle fiziksel yaralanmalar sonucu bildirim yapıldığı yönündedir. Bu durum 35 - 44 yaş grubunun diğer şiddet türlerine de maruz kaldıkları ancak raporlamadıkları şeklinde açıklanabilir(Öztunç, 2001; Şenuzun ve Karadakovan, 2005; Bilgin ve Buzlu, 2006;Barret,1997).

Yapılan çalışma kapsamında; fiziksel şiddete en fazla uğrayan çalışanlarımız %58.3 ile temizlik personeli, sözel şiddete en fazla uğrayan çalışanlarımız % 34.7 ile temizlik personeli, hem fiziksel hem sözel şiddete en çok maruz kalan çalışanımız %50.0 ile güvenlik personeli, psikolojik şiddete en fazla maruz kalan çalışanımız ise % 70 ile temizlik personeli olduğu tespit edilmiştir. Bu konuda başka bir çalışma olmadığı için sonuç tartışılmamıştır. Ancak temizlik personellerinin diğer hizmet alım personellerine göre yatan hasta ve acil serviste hasta ve hasta yakınları ile daha çok muhatap olmaları ve temizlik personelinin çoğunluğunun eğitim durumlarının ilkökul mezunu olması şeklinde açıklanabilir.

Evli personelin bekar personele oranla yaklaşık iki buçuk katı kadar daha fazla şiddete uğradığı bulunmuştur. Ancak aradaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır. Bizim çalışmamızın aksine Çamcı ve arkadaşlarının çalışmasında şiddete uğrama ile medeni durum karşılaştırıldığında oran bekarlar da daha yüksek bulunmuştur. Evli personelin evdeki stresinin bir yansıması olarak şiddete maruz kaldığı ileri sürülebilir. Çalışmamızı desteklemeyen Çelmece ve Işıkların yapmış olduğu çalışmada evli temizlik personellerin iş memnuniyet puanlarının bekârların iş memnuniyet puanlarından daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu bağlamda, evli sağlık çalışanlarının iş memnuniyetlerinin bekâr sağlık çalışanlarına göre daha yüksek olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda; hizmet alım personelinin yaklaşık % 41.5'inin servis ve polikliniklerde hizmet aldığı, % 43.5'inin ise değişken alanlarda rotasyona tabi olarak görev yaptıkları tespit edilmiştir. Şiddete maruz kalan tüm gruplar içinde en yüksek şiddete maruz kalma oranının % 43.7 ile rotasyona tabi olarak hastanemizin çeşitli hizmet bölgelerinde çalışan personellerden oluşan diğer grubunun olduğu tespit edilmiştir. Sonra sırasıyla; poliklinik (%22.3), servis (19.5), acil servis (%8.4), ameliyathane / yoğun bakım (%6.0) çalışanları gelmektedir. Çalışmamızda Poliklinikte çalışan personelin %48.5 i şiddete uğramıştır. Görüldüğü üzere özellikle sıra bekleme, doktorla görüşme alanlarında görev yapan personelin şiddete daha çok maruz kaldığı tespit edilmiştir. Bıçkıcının çalışmasında; poliklinik ve kliniklerde çalışanlarda diğer birimlere kıyasla daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Çalışma yılı ile şiddet incelendiğinde çalışma yılının ilk 15 yılına kadar şiddetin kademeli olarak arttığı, 15 yıldan sonra ise kademeli olarak şiddetin düş-



tüğü görülmüştür. Bu durum iş tecrübesi arttıkça şiddetin azaldığı şeklinde yorumlanabilir. bazı çalışmalarda 5- 10 yıl arası çalışanlarda şiddete maruz kalma durumu daha yüksek çıkarken, bazı çalışmalarda ilk 5 yılda şiddete maruz kalma durumu daha yüksek çıkması çalışmamızı desteklemektedir (Barlowand Rizzo,1997; Ayrancı, Yenilmez, Günay, Kaptanoğlu, 2002). Başka bir Araştırmaya katılan 16 ve üzeri yıl çalışan sağlık çalışanlarının iş memnuniyetlerinin diğer gruplardan daha yüksek olduğu bulunmuştur (Çelmece ve Işıklar, 2016).

## 6. SONUÇ

Hastanemizde görev yapan 894 hizmet alım personelinin 578 üzerinde anket yöntemiyle elde edilen verilerin SPSS 17.0 programıyla yapılan analizi sonucunda; hizmet alım personelimizin % 40.1 (218 kişi) i şiddete maruz kaldığını, şiddete maruz kalanların %54.1 ni kadınların % 45.9 ünü ise erkeklerin oluşturduğu, Şiddete maruz kalan personelin yaş grubu incelendiğinde tüm yaş grupları içerisinde (toplam personel) en yüksek şiddete maruz kalma oranının %16.9 ile 25- 34 yaş grubu olduğu, Şiddete maruz kalan personelin hizmet grubu incelendiğinde toplamdaki personelin %33.5 ile temizlik faaliyetlerinde görev yapan personel olduğu, ikinci sırada ise %31.7 ile güvenlik personellerimizin olduğu, eğitim durumları incelendiğinde tüm eğitim grupları içerisinde en yüksek şiddete maruz kalma oranının %50.9 ile lise eğitim seviyesine sahip hizmet alım personelleri olduğu, gelir durumları incelendiğinde tüm gelir durumu grupları içerisinde en yüksek şiddete maruz kalma oranının %75,7 ile gelir giderden az olan hizmet alım personelleri olduğu, Şiddete maruz kalan tüm gruplar içinde en yüksek şiddete maruz kalma oranının % 43.7 ile rotasyona tabi olarak hastanemizin çeşitli hizmet bölgelerinde çalışan personellerden oluşan diğer grubunun olduğu tespit edilmiştir. Sonra sırasıyla; poliklinik (%22.3), servis (19.5), acil servis (%8.4), ameliyathane / yoğun bakım (% 6.0) gelmektedir. Poliklinikte çalışan personelin %48. 5 i şiddete uğradığı, Fiziksel şiddete uğrayanların % 66.7 si erkek,. Sözel şiddete uğrayanların %61.8 i kadın olduğu, kadınların ve erkeklerin en çok maruz kaldığı şiddet türü sözel şiddet ( kadınların % 74.2 si, erkeklerin % 52.9 ), en az maruz kaldığı şiddet türü psikolojik şiddet (kadınlar %2.5, erkekler %6.7) olduğu, fiziksel şiddete maruz kalan hizmet alım personelinin % 50 ile ilkokul mezunlarının oldu-

ğu, % 41.7 ile lise mezunlarının takip ettiği, Yapılan çalışmada; poliklinik (%72.5), servis (%70.0), acil servis (% 55.6), ameliyathane/ yoğun bakım (% 46.2) ve diğer birimlerde (% 60.6) çalışanların en fazla sözel şiddete maruz kaldığı tespit edilmiştir.

Konuyla ilgili olarak;

- ✓ Kurumların sağlık çalışanlarına yönelik her türlü şiddeti kayıt altına alması,
- ✓ Hizmet içi eğitimlerle çalışanlara etkili iletişim ve zor durumlarla baş etme becerisinin kazandırılması,
- ✓ Sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti önlemeye yönelik güvenlik önlemlerinin artırılması,
- ✓ Sağlık çalışanları örnekleminde yapılacak çalışmalarda tüm personelin değerlendirilmesi
- ✓ Şiddetin kavramsal tanımlamasının tam olarak yapılarak gerekirse zorunlu eğitim döneminde öğretilmesi
- ✓ Kamu bilgilendirmesinde kullanılan yazılı görsel materyallerin daha fazla kitleye ulaşmasının sağlanması
- ✓ Kitleli iletişim araçlarında şiddet içerikli yayınların gösteriminin önlenerek normalleşme sürecine girilmesinin engellenmesi
- ✓ Gelecekte yapılacak çalışmalarda şiddet türlerinin içeriklerinin tanımlanarak ortak dilin oluşturulması ve konuyla ilgili daha kapsamlı çalışmalar yapılması önerilmektedir.

## KAYNAKLAR

- Sağlık çalışanlarına yönelik artan şiddet olaylarının araştırılarak alınması gereken önlemlerin belirlenmesi amacıyla kurulan meclis araştırması komisyonu raporu. Türkiye Büyük Millet Meclisi. Ocak 2013; Yasama Dönemi:24; Yasama Yılı:3; Sıra Sayısı: 454 Erişim:28.08.2017[https://www.tbmm.gov.tr/arastirma\\_komisyonlari/saglik\\_calisanlari/docs/ss454.pdf](https://www.tbmm.gov.tr/arastirma_komisyonlari/saglik_calisanlari/docs/ss454.pdf)
- Gillespie, GL., Gates DM., Miller M., Howard PK. (2010), Workplace Violence In Healthcare Settings: Risk FactorsAndProtectiveStrategies, RehabilNurs; 35,177- 84.

- Annagür, B. (2010), Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Risk Faktörleri, Etkileri, Değerlendirilmesi ve Önlenmesi, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar; 2, 161-73.
- Çamcı, O., Kutlu Y., (2011), Kocaeli’nde Sağlık Çalışanlarına Yönelik İşyeri Şiddetinin Belirlenmesi, Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 2, 9-16.
- Yıldız, AN., Kaya, M., Bilir, N. (2011), İşyerinde Şiddet, Türkiye İşçi Sendikaları Konfederasyonu, Hacettepe Üniversitesi. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı.
- Ayrancı U., Yenilmez, C., Balci, Y.(2006), “Identification of violence in Turkishhealthcaresettings, J InterpersViolence; 21:276-96.
- Büyükbayram A, Okçay H. (2013), Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddeti Etkileyen Sosyo-Kültürel Etmenler, Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 4(1),46-53.
- Al, B., Zengin, S., Deryal Y. ve ark. (2012), IncreasedViolenceTowardsHealth-CareStaff, TheJournal Of AcademicEmergencyMedicine, 11,115.
- Volavka, J. (1999), TheNeurobiology Of Violence: An Update. J NeuropsychiatryClinNeurosci; 11, 307-314.
- Davidson, RJ.,Putnam,KM., Larson CL. (2000), Dysfunction İn TheNeuralCircuitry Of EmotionRegulation- A PossiblePreludeToViolence, Science ; 289, 591-594.
- Berkowitz, L. (1990), On TheFormationAndRegulation Of AngerAndAggression, AmericanPsychologist, 45, 494-503.
- Avcı,N., Arslan, MK., Timlioğlu, SI., Tay, S., Meriç,K. Ertenü, M., Yekeleler İ. (2015),2012-2015 Yılları Arasında Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi’ndeki Beyaz Kodbildirimleri,Sağlık Akademisyenleri Dergisi, 2 (4) 211-214.
- Akça, N.,Yılmaz,A., Işık O. (2014), Sağlık Çalışanlarına Uygulanan Şiddet: Özel Bir Tıp Merkezi Örneği, Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi, Cilt 13 (1), 1-12.

- WHO. (2002). World Report on ViolenceandHealth: Summary. Geneva. [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/en/summary\\_en.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_en.pdf) (Erişim 14.09.2017).
- Coşkun, S., Öztürk, A. (2010), Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hemşirelerinde Şiddete Maruz Kalma Durumlarının İncelenmesi, Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 3, 16-23.
- Köknel, Ö. (2006), Bireysel ve Toplumsal Şiddet, 5. Baskı, Altın Yayınları, İstanbul.
- Hahn, S.,Zeller, A., Needham I., Kok, G., Dassen,T., Halfens, JG. (2008), PatientandVisitorViolence in General Hospitals: A SystematicReview Of The Literature, AggrViolBehav, 13, 431-441.
- Wynne,R.,Clarkin,N., Cox,T., Griffiths,A.(1997), Guidance On ThePrevention Of Violence At Work. Luxembourg: EuropeanCommission.
- Ölmezoğlu, ZB., Vatansever, K., Ergör, A. (1999), İzmir Metropol Alanı 112 Çalışanlarında Şiddet Maruziyetinin Değerlendirilmesi, Toplum ve Hekim, 14, 420-425.
- Pemberton, M.,Atherton,G., Thornhill M. (2000), Violenceandaggression at work, British DentalJournal, 28, 409-410.
- Joann M. Schulte, DO., Beverly J. Nolt., Robert L. Williams., et alCynthia L. Spinks., (1998). ViolenceAndThreats Of ViolenceExperiencedByPublicHealth, Field-Workers,JAMA, 280: 439-442.
- Akyön Y. (2008), İşyerinde Şiddete Karşı Çalışanların Bireysel Çatışma Yönetimi Yaklaşımları Sağlık Sektöründe Bir Araştırma, Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul.
- Yeşilbaş, H. (2016), Sağlıkta Şiddete Genel Bakış, Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi, 3(1), 44-54.
- ILO/ ICN/ WHO/ PSI. (2003). Jointprogramme on workplaceviolence in thehealthsector, workplaceviolence in thehealthsectorcountrycasestudiesresearchinstruments surveyquestionnaire.Geneva.<http://www.who.int/>

violence\_injury\_prevention/violence/interpersonal/en/WVquestionnaire.pdf (Erişim 14.09.2017).

- California Occupational Safety and Health Administration. (1995). Guidelines for Workplace Security, San Francisco, CA: State of California Department of Industrial Relations, Division of Occupational Safety and Health. [https://www.dir.ca.gov/dosh/dosh\\_publications/worksecurity.html](https://www.dir.ca.gov/dosh/dosh_publications/worksecurity.html) (Erişim: 15.09.2017).
- Barret, S. (1997), Protecting Against Workplace, Public Manag, 79, 9-12.
- Keser, N., Bilgin, H. (2011), Türkiye’de Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Sistematik Derleme, Türkiye Klinikleri, J Med Sci, Cilt 31 (6), 1442-56.
- İlhan, M., Özkan, S., Kurtcebe, Z., Aksakal, N. (2009), Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde Çalışan Araştırma Görevlileri ve İntörn Doktorlarda Şiddete Maruziyet ve Şiddetle İlişkili Etmenler, Toplum Hekimliği Bülteni, 28(3), 15-23.
- Elliott PP. (1997), Violence in Health Care, What Nurse Managers Need to Know, Nurses Management, 28(12), 38-42.
- Ayrancı, Ü., Yenilmez, Ç., Günay, Y., Kaptanoğlu C. (2002), Çeşitli Sağlık Kurumlarında ve Sağlık Meslek Gruplarında Şiddete Uğrama Sıklığı, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 3, 147-54.
- Winstanley, S., Whittington R. (2004), Aggression Towards Health Care Staff In A UK General Hospital: Variation Among Professions And Departments, J Clin Nurs, 13, 3-10.
- Franz S, Zeh A, Schablon A, Kuhnert S, Nienhaus A. (2010), Aggression and Violence Against Health Care Workers in Germany - A Cross Sectional-Retrospective Survey, Health Services Research, 10, 1-8.
- Öztürk, A., Tolga, Y., Şenol, V., Günay, O. (2007), Kayseri İlinde Görev Yapan Sağlık İdarecilerinin Tükenmişlik Düzeylerinin Değerlendirilmesi, Erciyes Tıp Dergisi, 30 (2) 92-99.
- Ergör, A., Kılıç, B., Gürpınar, E. (2003), Sağlık Ocaklarında İş Riskleri: Narlidere Eğitim Araştırma ve Sağlık Bölge Başkanlığı Sağlık Ocaklarında Durum Değerlendirmesi, TTB Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi, 16, 44-51.

- Gökçe, T., Dündar, C. (2008), Samsun Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesinde Çalışan Hekim ve Hemşirelerde Şiddete Maruziyet Sıklığı ve Kaygı düzeylerine Etkisi, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 15(1), 25-28.
- Erkol, H., Gökdoğan, MR., Erkol, Z., Boz, B. (2007), Aggression And Violence Towards Health Care Providers Problem In Turkey, J Forensic Leg Med, 14, 423-428.
- Chen, WC, Hwu, HG., Kung, SM., Chiu, HJ., Wang JD. (2008), Prevalence and Determinants of Workplace Violence of Health Care Workers in A Psychiatric Hospital in Taiwan, J Occup Health, 50(3), 288-93.
- Öztunç, G. (2001), Adana İlindeki Çeşitli Hastanelerde Çalışan Hemşirelerin Çalışma Saatlerinde Karşılaştıkları Sözel ve Fiziksel Taciz Olaylarının İncelenmesi, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 5 (1), 1-9.
- Camerino D., Estryng-Behar M, Conway PM., Heijden BI., Hasselhorn HM. (2008), Work related Factors And Violence Among Nursing Staff In The European Next Study: A Longitudinal Cohort Study”, Int J Nurs Stud, 45(1), January, 35-50.
- Kingma, M. (2001), Workplace Violence in The Health Sector: A Problem Of Epidemic Proportion, Int Nurs Rev, 48 (3), 129-30.
- Aalund, O., Danielsen, L., Sanhueza, RO. (1990), Injuries Due to Deliberate Violence in Chile, Forensic Sci Int, 46, 189-202.
- Lau, JBC., Magarey, J., McCutcheon, H. (2004), Violence In The Emergency Department: A Literature Review, Aust Emerg Nurs, J 7, 27-37.
- Ness, GJ., House, A., Ness AR. (2000), Aggression And Violent Behaviour In General Practice: Population Based Survey In The North of England, BMJ, 320, 1447-8.
- Senuzun, E., Karadakovan, A. (2005), Violence Towards Nursing Staff In Emergency Departments In One Turkish City, Int Nurs Rev, 52 (2), 154-60.
- Bilgin, H., Buzlu, S. (2006), A Study Of Psychiatric Nurses Beliefs And Attitudes About Work Safety And Assaults In Turkey, Issues Ment Health Nurs, 27(1), 75-90.

- Barlow, CB.,Rizzo, AG. (1997), ViolenceAgainstSurgicalResident, West J Med, 167, 74-78.
- Çelmece, N., Işıklar, A. (2016), Sağlık Çalışanlarının İş Memnuniyetlerinin Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi, Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi, 5 (2), 50-57.

### YAYIN İLKELERİ

1. Sağlık Bakanlığı "Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi" ulusal hakemli bir dergi olup, altı ayda bir yayımlanmaktadır.
2. Derginin yayın dili Türkçedir. Yabancı dillerdeki çalışmaların yayımlanması, Yayın Kurulu'nun kararına bağlıdır. Yayımlanan makalelerin fikri ve ilmi, çevirilerin ise hukuki sorumluluğu yazarlarına / çevirmenlerine aittir.
3. Dergimiz sağlık politikaları, sağlık sistemleri, sağlık hizmetleri değerlendirmesi, sağlık sektöründe performansa dayalı ödeme uygulamaları, sağlık hizmeti uygulamalarında kalite geliştirme, hasta ve çalışan güvenliği, sağlık ekonomisi ve sağlık sosyolojisi ve sağlıkla ilgili olmak üzere sosyal bilimlerin kapsamına giren konuları içeren makalelerin yayımlanmasına açıktır.
4. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi'ne gönderilen yazılar, Yayın Kurulu tarafından öncelik sırasına konur ve çalışmalar derginin yayın ilkeleri ve yazım kurallarına uygunluğu bakımından değerlendirilir. Bu yayın ilkelerine ve yazım kurallarına uygun biçimde hazırlanmayan makaleler değerlendirmeye alınmaz ve hakeme gönderilmez.
5. Ön değerlendirmeden geçen çalışmalar incelenmek üzere konu ile ilgili en az iki hakeme veya konusuna göre üç hakeme gönderilir. Hakemlere yazar adı gönderilmez ve hakemlerin isimleri gizli tutulur. İki hakemden olumlu rapor alan yazılar yayıma kabul edilir. Hakem raporlarından biri olumlu diğeri olumsuz ise, çalışma üçüncü bir hakeme gönderilir. Hakemlerin raporları birbiri ile çelişirse çalışma editör tarafından değerlendirilir. Editör, esasa yönelik olmayan hatalar, dergi bütünlüğü bakımından gerekli konular vb. durumlarda düzeltmeler yapabilir ve bunlar hakkında yazara bilgi verir.
6. Gelen raporlar saklanır. Eğer hakemler tarafından düzeltme isteniyorsa çalışmalar gerekli düzeltmelerin yapılması için yazarlar (a) geri gönderilir. Yazarlara raporlar doğrultusunda geliştirilmek veya düzeltilmek üzere gönderilen yazılar, gerekli düzenlemeler yapılarak editörün verdiği süre içinde tekrar dergiye ulaştırılmalıdır. Bu süre içinde düzeltilmeyen yazı (lar)ın değerlendirme süreci sona erer. Yazarlar hakemlerin eleştirisi, öneri ve düzeltme taleplerini dikkate alırlar; katılmadıkları hususlar varsa, gerekçeleriyle birlikte itiraz etme hakkına sahiptirler. Olumlu bulunduğu halde yazı çokluğu nedeniyle 1 yıl stokta bekleyen yazılar, güncelliği yitirmeleri nedeniyle olumsuz sayılırlar.
7. Gönderilecek çalışmaların daha önce hiçbir yerde yayımlanmamış veya yayımlanmak üzere gönderilmemiş olması gerekir. Değerlendirmeler sonucu yazının yayıma kabul edilmesi halinde, tüm yayın hakları Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi'ne geçer. Gönderilen yazılar yayınlansın - yayımlansın hiçbir nedenle geri verilmez. Yayımlanmayacak yazılar, sahibine iade edilir.
8. Belirtilen ilkelere uygun olarak hazırlanmış yazılar <http://dergipark.gov.tr/> adresinde yer alan "Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi" ne online olarak gönderilmelidir.
9. Bir yazarın derginin aynı sayısında ilk isim olarak bir, iki ve diğer isim sırasında bir olmak üzere en fazla iki eseri yayımlanabilir.
10. Dergiye gönderilen makaleler için telif ücreti ödenmez.



## YAZIM KURALLARI

1. Yazılar, açık ve anlaşılır bir dil ile yazılacak, yabancı terimler yerine yerleşmiş Türkçe karşılıklar kullanılacak, anlatımda kişileştirilmiş ifadelerden kaçınılacak, bilimsel, akademik makale kriterlerine uyulacaktır. (Anı, şiir vb. tarzda yazılar olmayacaktır.)

2. Yazılar Microsoft Word versiyonunda hazırlanmalı, font büyüklüğü 12 punto, Times New Roman olmalıdır.

a) Başlık: 12 punto ve bold

b) Yazar Adları: 10 punto ve bold

c) Özet: 10 punto

d) Üst Boşluk: 3,5 cm

e) Sol Boşluk: 3 cm

f) Sağ Boşluk: 2,5 cm

g) Alt Boşluk: 2,5 cm

Sayfa kenar boşlukları en az 2 cm olmalıdır.

Dergide yayınlanacak makalelerde APA Stili aranacak olup (ayrıntılı bilgi için; <http://www.apastyle.org>) şekil şartlarını taşımayan yazılar hakemlere gönderilmeden iade edilir. Yazılar A4 formatında 30 sayfayı aşmamalıdır.

### Apa Stili:

#### Kitaplar:

Yazar, A. A. (1994). Çalışmanın adı. Yer: Yayımcı.

#### Sürelî Yayınlar:

Yazar, A. A., Yazar, B. B., & Yazar, C. C. (1994). Makalenin adı. Sürelî Yayın adı, xx, xxx-xxx.

Online Doküman:

Yazar, A. A. (2000). Çalışmanın başlığı. . . . . internet adresinden xx, xx, xxxx tarihinde edinilmiştir.

3. Yazının ilk sayfasında yazının başlığı, yazarların adları ve kurumları, özet ve anahtar kelimeler (en az 3, en çok 7) bulunmalıdır. Yazı başlığı 10 kelimeyi geçmeyecek şekilde kısa ve öz olmalıdır. Yazı başlığı, özet ve anahtar kelimeler, hem Türkçe hem de İngilizce olarak verilmelidir. İletişimin sağlanacağı adres dipnot ile belirtilmelidir. İlk sayfada ayrıca varsa, dipnot olarak çalışmayı destekleyen kuruluşlar, vb. de belirtilmelidir.

4. Özet, derleme ve araştırma makaleleri için 250; teknik notlar için 200 ve editöre mektup için 100 kelimeyi aşmamalıdır. Özette denklem, atıf, standart dışı kısaltmalar, vb. yer almamalıdır.
5. Yazı "giriş" bölümüyle ikinci sayfadan başlamalı ve uygun bölümlere ayrılmalıdır. Bölüm başlıkları büyük harflerle ("GİRİŞ" şeklinde ) yazılmalıdır. Tüm başlıklar bold olmalıdır. Başlıklarda üstten bir satır boş bırakılmalıdır. Gerekli durumlarda bölümler alt bölümlere ayrılabilir. Son bölüm, Sonuç (lar)/Tartışma bölümü olmalı ve bu bölümü takiben Kaynakça ile varsa Teşekkür ve Ekler yer almalıdır.
6. Kısaltmalar ilgili bilim alanında olmalı ve metin içinde ilk geçtiği yerde tanımlanmalıdır. Gerekli durumlarda kısaltmalar "giriş" bölümünde veya bu bölümü izleyen ayrı bir bölüm içinde verilebilir.
7. Tüm çizimler, haritalar, grafikler, fotoğraflar, vb. şekil olarak değerlendirilmelidir. Şekiller, ardışık olarak numaralandırılmalıdır. Bunlara metin içinde "Şekil 1. " şeklinde atıfta bulunulmalıdır. Her bir şekil için uygun bir başlık kullanılmalı ve başlık şeklin üst/altına numarasıyla birlikte yazılmalıdır.
8. Tablolar ardışık olarak numaralandırılmalıdır. Tablolara metin içinde numaralarıyla "Tablo 1." şeklinde atıfta bulunulmalıdır. Her bir tablo için uygun bir başlık kullanılmalı ve bu başlık tablonun üzerine numarasıyla birlikte yazılmalıdır. Tablo, resim, grafik ve şekillerin yazım şartları dergi içeriğindeki gibi başlık, kaynakça ve özellikle tablo içeriği 9 punto olmalıdır.
9. Metin içindeki göndermeler (dipnot), ad ve tarih yöntemiyle verilmelidir.
10. Kaynakça ve notlar/açıklamaların yazımında bilimsel makale yazım kuralları esas alınmalıdır.
11. Makaleler spkdergisi@saglik.gov.tr adresine elektronik ortamda gönderilmelidir. E-posta ekinde yazarların özgeçmişleri ve detaylı iletişim bilgilerini içeren sunum yazısı ile birlikte gönderilmelidir.

### İLETİŞİM

Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sağlıkta Verimlilik, Kalite ve Akreditasyon Dairesi Başkanlığı

Kalite Eğitimleri Birimi

Üniversiteler Mah. Dumlupınar Cad. Kat:6 Sağlık Bakanlığı Binası Çankaya/ANKARA

**Tel:** (0312) 458 50 16

**E-posta:** spkdergisi@saglik.gov.tr