

Sağlık İşletmelerinde Hizmet Kalitesi Standartlarının Çalışan Güvenliği Açısından Çalışanlar Tarafından Değerlendirilmesi: İzmir İlinde Bir Araştırma

Nevzat DEVEBAKAN*
Neslişah PAŞALI**

ÖZ

Sağlık işletmeleri çalışan güvenliği bakımından birçok risk ve tehlikeyi barındıran organizasyonlardır. Türkiye’de Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan Sağlık Hizmet Kalite Standartları (SHKS) da sağlık kurumlarında kalite düzeyini iyileştirme ve çalışan güvenliğini sağlamaya yönelik önemli bir standarttır. Bu çalışmanın amacı, SHKS’nin çalışan güvenliği boyutunun sağlık çalışanları tarafından değerlendirilmesidir. Çalışmada, “Çalışan Güvenliğini Değerlendirme Ölçeği” kullanılmıştır. Çalışmanın evrenini, İzmir İlindeki dört hastanede çalışan sağlık çalışanları oluşturmakta ve 422 katılımcı araştırmaya dahil edilmiştir. Veri analizinde SPSS 15.0 programı kullanılarak parametrik olmayan testlerden Mann-Whitney U ve Kruskal-Wallis H Testleri kullanılmıştır. Araştırma sonuçları; katılımcıların yaş ve eğitim düzeyinin çalışan güvenliğini değerlendirmede farklılık yaratmadığına, Behçet Uz Çocuk Hastanesi’nde çalışanların en düşük, Tire Devlet Hastanesi’nde çalışanların en yüksek değerlendirme puanına sahip olduğuna, kadın personel puanlarının erkeklere, bekâr personelin puanlarının evlilere göre daha yüksek olduğuna, hemşirelerin en yüksek; doktorların ise en düşük puanlı grubu oluşturduğuna, yirmi bir yıl ve üzeri kıdemli olan katılımcıların diğer yaş gruplarına göre çalışan güvenliğini daha kötü değerlendirdiğine, ameliyathane çalışanlarının en olumlu, radyoloji çalışanlarının ise en olumsuz değerlendirmeyi yaptığını işaret etmektedir. Diğer taraftan katılımcıların çok önemli bir kısmı SHKS’nin bürokrasiyi ve kırtasiyeciliği artırdığını düşünmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hastane, Hizmet Kalitesi Standartları, Çalışan Güvenliği

Evaluation of Service Quality Standards in Health Care Organizations by Health Care Professionals: A Research on Izmir Province

ABSTRACT

Health Care Organizations have many risks and hazards in terms of employee safety. Service Quality Standards for Health Care Organizations (SQSHCO) published by Ministry of Health in Turkey for setting up for quality improvement and employee safety. The purpose of this study is to evaluate to dimension of employee safety of SQSHCO by health care professionals working in hospitals in Izmir. This research was conducted as a descriptive study by a total of 422 health care professionals in Izmir hospitals. We have used SPSS 15.0 for analyzing our data. We have used Mann-Whitney U and Kruskal-Wallis H test because of our non-parametric data. When we examined the results we haven’t found out any differences for evaluating of employee safety depends participants’ age and education levels. There is the lowest employee safety score in Behcet Uz Childiren Hospital and the highest score in Tire State Hospital. We found out the woman employees’ scores are higher than men and single’s scores also higher than married employees. Nurses evaluated employees safety as highest and medical doctors are evaluated the lowest. The 21 years and oldest workers evaluated the employee safety as a worst than the other age groups. According to the results the evaluation of operating room workers about employee

*Yrd. Doç. Dr, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir Meslek Yüksekokulu, Sağlık Kurumları İşletmeciliği, nevzatd@deu.edu.tr

** Hemşire, Bayındır Devlet Hastanesi, Hastane ve Sağlık Kurumları Bilim Uzmanı, İzmir, durubkr@hotmail.com

safety is the highest while radio diagnoses workers is the least. On the other hand a significant part of the participants think that the reason of increasing bureaucracy and red-taping is SQSHCO.

Keywords: Hospital, Service Quality Standards, Employee Safety.

I. GİRİŞ

Kalite olgusunun tarihsel gelişimine göz attığımızda, kalite sağlama gerekliliğine esasen rekabet olgusunun neden olduğu görülmektedir. Özellikle Deming, Juran, Crosby, Ishikawa, Feugenbaum, Taguchi vb. kalite öncülerinin önemli katkıları ve Toplam Kalite Yönetiminin Klasik Yönetim anlayışın klasik yönetim anlayışının yerini alması ile kaliteye olan ilgi hızla artmıştır. Önceleri mal/mamuller için ortaya atılan kalite ilkeleri, sonradan hizmetler sektörünün büyümesi ve söz konusu sektörde işveren ve çalışan sayılarının artmasıyla bu sektörde de benzer şekilde kullanılmaya başlamıştır. Günümüzde dünyada olduğu gibi Türkiye’de gerek kamu gerekse de özel sektörde sağlık sektörünün ve sağlık kurumlarının sayısı hızlı artmaktadır. Sağlık kurumlarında sunulan hizmetlerin çoğunda yapılacak tıbbi hata ve özensizliklere karşı toleransın olmaması sağlık kurumlarında kalite sağlamanın farklı bir bakış açısı ile ele alınmasını beraberinde getirmiştir.

Sağlık işletmeleri çalışma yaşamı açısından riskli organizasyonlardır. Sağlık çalışanları bir taraftan mesleklerini icra ederken, diğer taraftan önemli iş kazalarına uğramakta veya meslek hastalıklarına yakalanabilmektedir. Söz konusu risk ve tehlikelerin en aza indirilebilmesi için sağlık kurumlarında Akreditasyon standartları, kalite yönetim sistemlerinin uygulanması iş kazaları ve meslek hastalıklarının en aza indirgenmesine olanak sağlayacaktır. Türkiye’de Sağlık Bakanlığı’nın yayınladığı ve sağlık kurumlarında uygulanmasını zorunlu hale getirildiği SHKS kalite sağlama olgusuna bütüncül bir bakış açısı getirmiştir. Söz konusu standardın çalışan güvenliğinin sağlanmasına yönelik standart maddeleri bulunmaktadır. Diğer taraftan söz konusu standardın bizzat sağlık çalışanları tarafından nasıl değerlendirildiği önem arz etmektedir.

Bu çalışmada öncelikle kalite, hizmet kalitesi ve sağlıkta kalite ile ilgili literatüre kısaca değinildikten sonra sağlıkta kalite, sağlık çalışanlarının iş sağlığı ve güvenliği ve SHKS’na konuları ele alınmıştır. Çalışmanın son kısmında ise SHKS çalışan güvenliği açısından sağlık çalışanları tarafından nasıl değerlendirildiğine yönelik bir araştırmaya yer verilmiştir.

II. LİTERATÜR

2.1. Kalite Kavramı

Avrupa Kalite Kontrol Organizasyonu, kaliteyi; bir ürün ya da hizmetin tüketicinin isteklerine uygunluk derecesi olarak tanımlamaktadır (Bozkurt 1996). Uluslararası Standart ISO 8402 Kalite Sözlüğü’nde kalite, “bir ürün veya hizmetin belirlenen veya olabilecek gereksinimleri karşılama yeteneğine dayanan özelliklerin toplamıdır” şeklinde tanımlanmaktadır (Bergman, Klefsjö1994). Kalite başarı standardını “sıfır hata “ olarak belirten Crosby kaliteyi, “gereksinimlere uygunluk” olarak tanımlamaktadır (Crosby 1984). Kalitenin öncülerinden Juran kaliteyi, “kullanıma uygunluk” olarak tanımlamaktadır (Juran 1989).

2.2. Hizmet Kalitesi ve Boyutları

Hizmet işletmelerinde kaliteye olan ilginin 1980’li yıllarda gittikçe arttığı görülmektedir. Toplam Kalite Yönetimi, Avrupa Kalite Yönetimi Vakfı (EFQM) ve Avrupa Kalite Ödülü, Malcolm Baldrige Ulusal Ödülü, ISO 9000 Standartları ve Uluslararası Hizmet Kalitesi Derneği

(ISQA) gibi faktörlerin de bu ilginin artmasına ivme kazandırdığı söylenebilir (Gummerson 1994).

Hizmetlerin mallardan ayrılan çeşitli karakteristik özellikleri bulunmaktadır. Söz konusu özellikler; fiziksel varlığının olmaması (soyutluk), üretimle tüketimin birbirinden ayrılmaz olması (ayrılmazlık), değişkenlik, heterojenlik ve dayanıksızlık olarak sıralanabilir (Ghobadian et al 1994). Hizmet kalitesi ile tatmin arasında bir ilişki olmakla beraber literatürde bu kavramlar farklı tanımlanmaktadır (Tanrıverdi, Erdem 2010). Zeithaml algılanan hizmet kalitesini, “müşterinin, bir ürün ya da hizmetin üstünlüğü veya mükemmelliği ile ilgili genel bir yargısı” olarak (Robledo 2001) ya da “müşteri beklentileri ile algıları arasındaki farklılık ölçüsü” olarak tanımlamıştır (Zeithaml et al 1990). Müşteriler tarafından algılanan kalitenin ideal kalite olarak kabul edilmesi için ise; beklenen hizmetin algılanan hizmetten küçük olması gerekmektedir (Parasuraman et al 1985).

Christian Gronroos bir hizmetin toplam kalitesini etkileyen üç önemli boyut olduğunu belirtmektedir. Söz konusu boyutlar; teknik kalite, fonksiyonel kalite, ve firma imaj boyutlarıdır (Gronroos 1985). Sasser; Olsen ve Wyckoff hizmet performansının, materyal düzeyi, imkanlar ve personel olmak üzere üç farklı boyutu olduğunu belirtmektedir (Parasuraman et al. 1985). Jarmo Lehtinen hizmet kalitesini “süreç kalitesi” ve “çıktı kalitesi” olarak iki boyutta değerlendirmektedir (Öztürk 1996). Parasuraman ve arkadaşları tüm hizmet sektörleri için geçerli olabilecek 5 hizmet kalitesi boyutunun olduğunu öne sürmektedir. Söz konusu boyutlar; fiziksel özellikler, güvenilirlik, heveslilik, güven ve empati boyutlarıdır.

2.3. Sağlıkta Kalite

Sağlık hizmetlerinde kalite sağlamanın geçmişi Hammurabi Kanunları'na kadar uzanmaktadır. Harvard Üniversitesi araştırmacıları tarafından 1991 yılında yapılan bir araştırmada, ABD'de her yıl yaklaşık seksen bin kişinin tıbbi özensizlik/dikkatsizlik sonucu öldüğü tespit edilmiştir. Öte yandan sağlık işletmelerinde kötü bakımın parasal maliyeti de çok yüksektir (Brashier et al. 1996).

Sağlık bakım hizmetlerinde hastaların, gerek hizmet sunumu sırasında, gerekse de hizmet sunumundan sonra hizmeti sağlayanların teknik becerilerini değerlendirmeleri çok güçtür (Asubonteng et al 1996). Bu nedenle sağlık bakım hizmetlerinde teknik kalite, daha çok sağlık bakım personelinin bakış açısı içersinde kalmaktadır. Çünkü bu bilgiler tüketici toplumu tarafından bilinmemektedir (Bopp 1990).

Sağlık hizmetlerinde teknik kalite, çalışanların mesleki bilgilerini sunmadaki becerileri ile ilgilidir. Örneğin bir doktorun klinik ve ameliyattaki becerisi, hemşirelerin ilaçları iyi tanınması veya bir laboratuvar teknisyeninin kan testlerini iletmedeki uzmanlığı, hastaların sağlık işletmesinde ortalama yatış süresi, hastaların aynı sağlık işletmesine geri gelme oranları, enfeksiyon oranları ve sonuçların ölçümü teknik kaliteyi kapsamaktadır (Mangold, Babakus 1991; Berwick 1988; Lytle, Mowka 1992; Tomes, Peng 1995).

2.4. Sağlık Kurumlarında İş Sağlığı ve Güvenliği

Günümüzde farklı meslek ve farklı görevlerde bulunan sağlık çalışanları, sağlık hizmetlerini sunarken sağlık ve güvenlik açısından bazı risk ve tehlikelere maruz kalmaktadır. Amerikan Çalışma İstatistikleri Bürosu'na göre Amerika'da sağlık çalışanlarının maruz kaldığı iş kazası ve meslek hastalıklarının oranı, ağır sanayide gerçekleşen iş kazası ve meslek hastalıkları oranına eşit ya da daha yüksektir (Evanoff et al 2003). Sağlık çalışanları arasında meslek hastalıkları ve iş kazaları yanında, Hepatit B, Hepatit C, HIV ve Tüberküloz gibi enfeksiyonlar nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Amerika'da sağlık çalışanların yılda her 1 milyonda 17 ile

57'sinin mesleki enfeksiyonlar nedeniyle hayatını kaybettiği tahmin edilmektedir (Sepkowitz, Eisenberg 2005). Amerika'da sağlık çalışanlarının mesleklerinden kaynaklanan ölüm oranları; garson, avukat, metal saç işçileri, marangoz, itfaiyeci, asker, pilot ve balıkçıların mesleklerinden kaynaklanan ölüm oranlarından daha yüksek olduğu anlaşılmaktadır (Sepkowitz, Eisenberg 2005). Sağlık işletmelerinde tüberküloz, SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome), hepatitler ve HIV/AIDS'e neden olan, hava ve kan yolu ile geçen patojenler (ajanlar) biyolojik risklere; dezenfektanların ve sterilizasyonun deri hastalıkları ve mesleki astıma neden olması kimyasal risklere; hastaların kaldırılması veya taşınması ergonomik risklere; radyasyon ve gürültüye maruz kalma fiziksel risklere örnek olarak verilebilir (Wilburn, Eijkemans 2004). Anılan risklere ek olarak ağır ve ölümcül hastalardan doğrudan sorumlu olmanın verdiği stres ve iş yükünün fazlalığı da sağlık çalışanlarının sağlığını etkilemektedir. Amerika Birleşik Devletleri Mesleki Güvenlik ve Sağlık Kurumu'na (OSHA) göre sağlık işletmelerinde çalışma ortamında karşılaşılan temel riskler; biyolojik, kimyasal, psikolojik, fiziksel veya çevresel/mekanik/biyomekanik olmak üzere 5 sınıfta incelenmektedir (OSHA 2006).

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

Sağlık ocaklarında çalışan personelin iş risklerinin ve bunlarla ilişkili etmenlerin belirlenmesine yönelik olarak İzmir'de yapılan araştırma sonucu, sağlık çalışanlarının neredeyse hepsinin (%95,8) mesleki risk etmenleri ile sık karşılaştığını göstermektedir. Aynı araştırma her 5 sağlık çalışanından yalnızca 1'inin mesleki risklerle ilgili eğitim aldığını ortaya koymaktadır (Ergör ve diğerleri 2003). Sağlık Çalışanlarının Öznel Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi ile ilgili Ankara'da yapılan bir çalışmada araştırma grubunun % 42'sinin genel sağlık durumlarından hoşnut olmadığı saptanmıştır (Kaya 2004).

DSÖ yayınladığı bir raporda tüm dünyada 35 milyon sağlık çalışanına yıllık 3 milyon kan kaynaklı mikrobun bulaştığını (2 milyon Hepatit B, 0,9 milyon Hepatit C ve 170,000 HIV) ve söz konusu mikropların 15,000 sağlık çalışanında Hepatit C, 70,000'inde Hepatit B ve 500'ünde HIV enfeksiyonuna neden olduğunu belirtmektedir. DSÖ aynı raporda sözü edilen enfeksiyonların %90 oranında düşük gelirli ülkelerde gerçekleştiğine dikkat çekmektedir (WHO 2002).

Diyarbakır'da 320 hemşire üzerinde yapılan bir çalışmada hemşirelerin sadece %30'u çalıştıkları iş ortamında enfeksiyonlara karşı önlem aldığını ifade etmiştir (Arcak, Kasımoğlu 2006). Tüberküloz bir enfeksiyon hastalığı olup, kaynağı tüberküloz hastasıdır. Tüberküloz hava yolu ile yayılan parçacıklar ile bulaştığı için de kontrolü zor olmaktadır (Özkara 2002).

İzmir'de yapılan bir çalışmada, özellikle tüberkülozlu hasta ile sık karşılaşan kliniklerde çalışmakta olan sağlık çalışanlarının tüberküloz yönünden yüksek risk altında oldukları tespit edilmiş ve tüberkülozun meslek hastalığı olarak kabul edilmesi gerektiği ifade edilmiştir (Kılıç ve diğeri 2000). Yine Türkiye'de bir eğitim ve araştırma hastanesinde yapılan bir çalışmada sağlık çalışanları arasında tüberküloz riskinin arttığına dikkat çekilmiştir (Çuhadaroğlu ve diğerleri 2002). Bir eğitim hastanesinde yapılan çalışmada, tüm sağlık çalışanlarında tüberküloza rastlanma oranı 100.000 kişide 96 kişi olarak saptanmıştır. Malezya'da yapılan bir çalışma, sağlık çalışanları arasında tüberküloza rastlanma oranının 100.000 kişide 280,4 kişi olduğunu ortaya koymaktadır (Jelip et al. 2004).

Türkiye'de bir üniversite hastanesinde sağlık çalışanlarında tüberküloz riski ile ilgili yapılan bir çalışmada; hastalarla yakın teması olan sağlık çalışanlarında ortalama tüberküloz gelişme hızı; tüm personel için 100,000'de 200, hekimlerde 100,000'de 127, hemşirelerde 100,000'de

274 ve yardımcı sağlık personeli için 100,000'de 160 olarak hesaplanmıştır (Hoşoğlu ve diğerleri 2004). İlgili araştırmanın yapıldığı tarihlerde Türkiye'de tüberkülozun 100,000 kişide görülme olasılığının yıllık 40,8 olduğu göz önüne alındığında, sağlık çalışanları arasında ve özellikle de hemşirelerde tüberküloz görülme oranının yüksek olduğu söylenebilir.

Sağlık çalışanları, kan ve vücut sıvıları ile bulaşan Hepatit B, Hepatit C ve HIV gibi riskler altındadır (Özsoy ve diğerleri 2003). Kan ve vücut sıvıları ile bulaşan enfeksiyonların sağlık çalışanlarının sağlığı açısından ciddi bir risk olduğu birçok bilimsel araştırmada ortaya konmuştur (Shah et al. 2006; Azap ve diğerleri 2005; Talat et al. 2003; Vos et al. 2006; Bonanni, Bonaccorsi 2001; Kermode et al. 2005; Petrosillo et al. 1995; Samayoa et al. 2006; Lymer et al. 2003; Meyers et al. 2001).

Sağlık çalışanları hastaların bir yerden bir yere nakil edilmesinde ve el ile yapılan bazı işlerde sıklıkla kaza ve yaralanmaya uğrarlar. Söz konusu kazaların büyük kısmı kas iskelet yaralanmaları şeklinde meydana gelmektedir. Avustralya'da hemşireler üzerine yapılan bir araştırmada, hastanede meydana gelen tüm yaralanmaların %34,3'ünün hastaların taşınması ile ilgili olduğu saptanmıştır (Retsas, Pinikahana 2000). Amerikan İstatistik Bürosu'na göre (Bureau of Labor Statistics- BLS) hemşire yardımcıları ve hasta bakıcılar iş kaynaklı kas iskelet hastalıklarına en fazla maruz kalan ikinci meslek grubunda arasında yer almakta olup söz konusu hastalıklar nedeniyle ortalama 5 iş günü işten uzaklaşmaktadır (BLS 2004).

Avrupa Yaşama ve Çalışma Koşullarını İyileştirme Vakfı (EUROFOUND) tarafından AB ülkeleri içinde çalışma koşullarının 10 yılının değerlendirilmesi ile ilgili yapılan bir araştırmada, işten kaynaklanan temel sağlık problemleri saptanmış ve stres katılımcıların %28'i tarafından temel sağlık problemlerinden birisi olarak değerlendirilmiştir (EUROFOUND 2006).

İzmir ilindeki acil servis doktorlarının tükenme düzeyleri ile ilgili yapılan bir çalışmada doktorların en fazla bildirdikleri iş stresi faktörlerinin, hastalardan enfeksiyon bulaşma korkusu, yetersiz ücret, hasta ve hasta yakınlarının kaba ve saldırgan davranışları, toplumdan beledikleri saygıyı görmemeleri ve takdir edilmemeleri olduğu saptanmıştır (Serinken ve diğerleri 2003).

Günümüzde iş yerinde şiddet olgusu hizmet sektörlerinde de ciddi boyutlara ulaşmıştır. Günümüzde şiddet olaylarının Amerika'daki hizmet sektörü açısından ulusal bir sorun haline geldiğine ve konunun öneminin farkına varılması gerektiğine işaret edilmektedir. Türkiyede de hemşireler üzerinde yapılan bir araştırmada katılımcıların %92'sinin sözel tacizin morallerini olumsuz yönde etkilediğini ortaya koymuştur (Uzun 2003).

Eurofound tarafından AB ülkeleri içinde çalışma koşullarının 10 yılının değerlendirilmesi ile ilgili 2000 yılında (21.500 çalışan üzerinde) yapılan bir araştırmada; üye ülkelerdeki çalışanların %2'sinin çalışma arkadaşları tarafından, %4'ünün işyeri dışındaki kişiler tarafından şiddete uğradığını oraya koymaktadır. Aynı araştırma sonuçları, çalışanların %2'sinin cinsel tacize, %9'u da gözdağı ve tehdide maruz kaldığını belirtmektedir (Eurofound 2006).

ABD'nde her yıl acil servislere 100 milyon acil başvuru yapılmakta ve söz konusu başvuruların 3 milyonu şiddetle sonlanmaktadır (Cunningham et al. 2005). İşyerinde şiddetle ilgili yapılan çok uluslu bir çalışmada işyerinde şiddetin endüstrileşmiş ülkeler ile Latin Amerika'da en yüksek düzeyde gerçekleştiğini ortaya koymaktadır (Chappell, Martino 2006). Söz konusu çalışma Avrupa Birliğine üye 15 ülkede çalışanların %4'ünün (6 milyon çalışan) fiziksel şiddete, %2'sinin cinsel tacize (3 milyon çalışan) ve %8'inin (12 milyon çalışan) tehdit ve zorbalığa maruz kaldığını ortaya koymaktadır.

Amerikan Ulusal İş Güvenliği ve Sağlığı Kurumu (NIOSH) iş yerinde şiddet kavramını, "İş yerinde görevi başında bulunan çalışana karşı doğrudan yapılan fiziksel veya tehdit şeklindeki

eylem” olarak tanımlamaktadır. NIOSH’a göre sağlık işletmelerinin her yerinde şiddete maruz kalınma ihtimali olmakla beraber; psikiyatri servisi, acil servis, bekleme odaları ve yaşlı bakım servislerinde bu eylem sıklıkla tekrarlanmakta ve işyerinde şiddet basit veya ciddi fiziksel yaralanmalar, geçici veya sürekli iş görmezlik, psikolojik travma ve ölüm gibi sonuçlara neden olmaktadır (NIOSH 2002).

Sağlık işletmelerinde yukarıda açıklanan risk etmenleri dışında bazı çevresel risklere de rastlanmaktadır. Mesleki astım söz konusu çevresel risklere örnek olarak verilebilir. NIOSH California, Michigan, Massachusetts verilerine dayanarak 1993–1999 yılları arasında sağlık çalışanları arasında %16 oranında (1879 kişide) mesleki astım vakası rapor etmiştir (Fillios, Pechter 2006). Amerikan Hemşireler Derneği (ANA) sıklıkla kullanılan lateks, temizlik ürünleri (dezenfektanlar gibi), formaldehit, hava kalitesi, yapı işlerinden kaynaklanan kimyasallar, sigara, parfüm, tozlar ve küflerin de iş ortamında astıma neden olduğuna dikkat çekmiştir (Fillios, Pechter 2006).

NIOSH, sağlık çalışanlarının %8 ile %12’sinin latekse alerjisi olduğunu tahmin etmektedir (MAXFIELD et al 2000). Maryland Tıp Fakültesi çalışanlarında AMR ve BOLLİNGER de sağlık çalışanlarından %5 ile %18’inin latekse alerjisi olduğunu ve söz konusu risk etmeninin sağlık çalışanlarında mesleki astıma neden olduğunu bildirmektedir (Amr, Bollinger 2004). Araştırmacılar lateks eldivenlerin sürekli pudralanması ve kullanılan dezenfektanların seçimine dikkat edilmesi, sağlık çalışanlarının maruz kaldığı mesleki astımı azaltacaktır.

2.5. Sağlık Bakanlığı Hizmet Kalite Standartları (SHKS)

Bilindiği üzere Sağlıkta Dönüşüm Programının ana hedeflerinden biride sağlık hizmetlerinde sürekli kalite gelişimini sağlamaktır. 2005 yılında kamu hastanelerinde hayata geçirilen Kurumsal Performans ve Kaliteyi Geliştirme çalışmasının en önemli parametresini kalite kriterleri oluşturmaktadır. 100 sorudan oluşan kalite kriterleri, 2007 yılı başında yapılan revizyonla 150 sorudan oluşan bir set halini almıştır. 2008 yılında yapılan revizyonda ise 150 sorudan oluşan kalite kriterleri tamamen revize edilerek hem yapısal, hem tasarım hem de metodolojik açıdan yeniden düzenlenmiştir. Kalite kriterleri Hizmet Kalite Standartları adını alarak toplam 354 standart ve yaklaşık 900 alt bileşenden oluşan bir set halini almıştır. 2009 yılı içinde özel hastane ve üniversite hastanelerine yönelik olarak toplam 388 standart ve yaklaşık 1450 alt bileşenden oluşan “Özel Hastane Hizmet Kalite Standartları” hazırlanarak yayınlanmıştır. Türkiye’de sağlıkta ulusal bir kalite sistemi oluşturulurken, kamu ve özel hastaneler iki farklı standart seti ile değerlendirilmekteydi. Ancak sonraki süreçlerde ilgili standart kamu, özel ve üniversite hastaneleri açısından standart sağlamak açısından revize edilmiştir. Türkiye’de söz konusu çalışmalar Sağlıkta Kalite ve Akredirasyon Daire Başkanlığı tarafından yerine getirilmektedir (SB 2014). Aşağıda SHKS’nin genel olarak yapısı ve boyutlarına ilişkin bilgiler verilmiştir.

SHKS dört dikey ve bir yatay boyut olmak üzere beş boyuttan oluşmaktadır. Bu bağlamda dikey boyutları Kurumsal Hizmet Yönetimi, Sağlık Hizmetleri Yönetimi, Destek Hizmetleri Yönetimi ve İndikatör Yönetimi oluştururken; Hasta ve Çalışan Güvenliği boyutu ise SHKS’nin yatay boyutunu oluşturmaktadır (SB SHKS 2014).

Şekil 1. SHKS’nin Dikey ve Yatay Boyutları



İndikatör Yönetimi adı verilen sistem dikey boyutlardan birisidir. Bu sistem sağlık sektöründe büyük bir eksiklik olan ölçüm ve analiz kavramlarını sisteme yerleştirme hedefinde olup, bu alanda önemli başarılar imza atmaya başlamıştır. İndikatör Yönetimi, sağlık hizmetlerinin geleceği açısından yol gösterici bir çalışma olarak tüm kurumların gündemine taşınmıştır (SB SHKS 2014). Ulusal literatüre baktığımızda SHKS'nin çalışan güvenliği açısından değerlendirilmesine yönelik çalışmalara rastlanmazken, Malatya Devlet Hastanesindeki sağlık çalışanlarının Hizmet Kalite Standartlarının hasta hakları açısından değerlendirilmesini amaçlayan bir çalışmada çalışanların neredeyse % 80'ninin SHKS'nı hasta hakları açısından eksik bulunduğunu ifade etmiştir (Omaç ve diğerleri 2001).

III. MATERYAL VE METOD

Sağlık Bakanlığı SHKS'nin sağlık çalışanları tarafından değerlendirilmesi çalışmanın problemini oluşturduğunda, araştırma tanımlayıcı araştırma yöntemine girmektedir. Verilerin toplanmasında SHKS standardının çalışan güvenliği ile ilgili maddeleri esas alınarak oluşturulan “Çalışan Güvenliğini Değerlendirme Ölçeği” (Kesinlikle Katılmıyorum:1, Kesinlikle Katılıyorum:5) kullanılmıştır. Ölçeğin oluşturulmasında güncel olarak sağlık kurumlarında uygulanan SHKS'nin çalışan güvenliğini sağlamaya yönelik maddeleri standardın içinden ayırıştırılarak 5 noktalı likert tipi ölçeğe çevrilmiştir. Bu yöntemle bakanlığın uyguladığı SHKS'nin çalışan güvenliğini sağlamaya yönelik maddelerinin pratikte sağlık çalışanları tarafından nasıl algılandığı ve/veya değerlendirildiği ölçülmeye çalışılmıştır. Çalışmada ilgili literatür ve özellikle de standardın çalışan güvenliğine yönelik önermeleri baz alınarak aşağıda sıralanan hipotezler belirlenmiştir;

- H01:Farklı hastane çalışanları arasında çalışan güvenliğini değerlendirmede farklılık bulunmamaktadır.
- H02:Çalışanların yaşı çalışan güvenliğini değerlendirmede farklılık yaratmamaktadır.
- H03:Çalışanların cinsiyeti çalışan güvenliğini değerlendirmede farklılık yaratmamaktadır.
- H04:Çalışanların medeni durumu çalışan güvenliğini değerlendirmede farklılık yaratmamaktadır.
- H05:Çalışanları mesleği çalışan güvenliğini değerlendirmede farklılık yaratmamaktadır.
- H06:Meslekte çalışma süresi çalışan güvenliğini değerlendirmede farklılık yaratmamaktadır.
- H07:Hastanede çalışma süresi çalışan güvenliğini değerlendirmede farklılık yaratmamaktadır.
- H08:Hastanede çalışılan birim çalışan güvenliğini değerlendirmede farklılık yaratmamaktadır.
- H09:Çalışanların eğitim düzeyi çalışan güvenliğini değerlendirmede farklılık yaratmamaktadır.

IV. EVREN VE ÖRNEKLEM

Araştırmanın evrenini İzmir ili Güney Sekreterliğine bağlı hastanelerde görev alan sağlık çalışanları oluşturmaktadır. Çalışmanın örneklemini belirlerken İzmir ili Güney Sekreterliğine bağlı dört hastane küme örnekleme ile rastgele olarak seçilmiş ve bu hastanelerdeki tüm çalışanlar araştırmaya dahil edilmiştir. Araştırmaya dahil edilen bu çalışanlardan 36'sı izinli ya da raporlu olması nedeniyle 44'ü ise çalışmaya katılmak istemediği için toplam 422 çalışandan veri toplanmıştır. Örneklem hacmi 385'ten büyük olduğu için evreni temsil ettiği göz önüne alınarak bu sayının yeterli olduğu söylenebilir (Gegez 2007). Araştırmanın sadece Güney Sekreterliğine bağlı hastanelerde yapılması araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır.

V. BULGULAR

Ölçeğin güvenilirlik katsayısı için Cronbach's Alfa katsayısı hesaplanmış (0,95) ve anlamlılık düzeyi olan 1. Tip hata (α) katsayısı 0,05 alınmıştır. Verilerin analizi SPSS 15.0 programı ile yapılmıştır. Çalışmada elde edilen veriler normal dağılıma uygun olmadığı için parametrik olmayan testlerden Mann-Whitney U ve Kruskal-Wallis H Testi kullanılmıştır. Mann-Whitney U ve Kruskal-Wallis H Testi gibi parametrik olmayan karşılaştırma testlerinde sıra ortalaması hesaplanmıştır ve bu testler için ki-kare, bilimsel anlamlılık ve sıra ortalaması değerleri raporlanarak yorumlar bu değerler üzerinden yapılmıştır. Sıra ortalaması hesaplanmasında tüm değişkenler küçükten büyüğe doğru sıralanmakta daha sonra her bir grup için ilgili sıra sayıları toplanmakta ve gruptaki gözlem sayısına bölünmektedir. Bu çalışmada benzer şekilde sıra ortalaması hesaplanmış ve grupların büyüklük sıralamasında kullanılmıştır.

5. 1. Tanımlayıcı İstatistikler

Araştırmaya katılan 422 katılımcının %36,5'i Behçet Uz Çocuk Hastanesi, %36,3'ü Tire Devlet Hastanesi, %15,2'si Bayındır Devlet Hastanesi ve %12,1'i Kiraz Devlet Hastanesi'nde görev yapmaktadır. Katılımcı sağlık personelinin %24,6'sı 30 yaş ve altı, %49,3'ü 31-40 yaşında ve %26,1'i 41 ve üstü yaşta. Katılımcıların %34,6'sı erkek, %65,4'ü kadındır. Katılımcıların %68'i evli iken %32'si bekârdır. Sağlık personelinin %9,6'sı doktor; %43,5'i hemşire; %8,6'sı ebe; %12,9'u sağlık memuru iken %25,4'ü diğer mesleklerdendir.

Araştırmaya katılan sağlık personelinin %20,4'ünün toplamda 1-5 yıldır; %18,1'inin 6-10 yıldır; %17'sinin 11-15 yıldır; %23,8'inin 16-20 yıldır ve %20,9'unun 21 yıl ve üstü sürelerde bu meslekte çalıştığı anlaşılmaktadır. Katılımcıların %48,1'inin 1-5 yıldır; %27,5'inin 6-10 yıldır; %10,4'ünün 11-15 yıldır ve %14'ünün ise 16 yıl ve üstü süredir mevcut hastanede çalıştığı tespit edilmiştir. Örneklemin %13,9'u acilde; %15,1'i ameliyathanede; %6,9'u doğum servisinde; %8,9'u radyoloji servisinde ve %55,3'ü diğer birimlerde çalışmaktadır. Katılımcıların %27,3'ü lise ve altı okul mezunu iken %72,7'si üniversite ve üstü eğitim düzeyindedir.

Tablo 1. Çalışanların SHKS'nı Değerlendirmesi-1

	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Hastanemizde çalışan güvenliği komitesi yardımıyla çalışanların zarar görme riskleri azaltılmaktadır.	66	15,1	151	34,6	71	16,2	136	31,1	13	3,0
Hastanemizde çalışanlara mesleki risk ve tehlikeler konusunda eğitim düzenlenmektedir.	32	7,3	125	28,6	86	19,7	178	40,7	16	3,7
Hastanemizde bölüm bazında risk değerlendirmesi yapılmaktadır.	44	10,1	122	27,9	117	26,8	127	29,1	27	6,2
Hastanemizde çalışanların maruz kaldığı olaylar kayıt altına alınmaktadır.	39	8,9	105	24,0	107	24,5	163	37,3	23	5,3
Hastanemizde sağlık çalışanlarının sağlık taramaları periyodik olarak yapılmaktadır.	25	5,7	55	12,6	92	21,1	230	52,6	35	8,0
Hastanemizde çalışanlar tarafından kişisel koruyucu ekipman özenli bir şekilde kullanılmaktadır.	42	9,6	121	27,7	89	20,4	159	36,4	26	5,9
Hastanemizde beyaz kod yönetimine yönelik düzenlemeler yapılmıştır.	30	6,9	74	16,9	128	29,3	168	38,4	37	8,5
Beyaz kod uygulaması gereği hastanemizde olaya maruz kalan çalışanlara gerekli destek sağlanmaktadır.	91	20,8	117	26,8	75	17,2	132	30,2	22	5,0
Hastanemizde çalışanlara beyaz kod uygulaması ile ilgili eğitim verilmektedir.	33	7,6	83	19,0	115	26,3	180	41,2	26	5,9
Hastanemizde bölüm bazında kullanılması gereken kişisel koruyucu ekipmanlar belirlenmiştir.	33	7,6	64	14,6	141	32,3	169	38,7	30	6,9
Hastanemizde kişisel koruyucu ekipman kullanımı konusunda çalışanlara eğitim verilmektedir.	35	8,0	97	22,2	118	27,0	153	35,0	34	7,8
Hastanemizdeki laboratuvarında uçucu kimyasal maddelere karşı koruyucu önlemler alınmaktadır.	49	11,2	120	27,5	165	37,8	91	20,8	12	2,7
Hastanemizde çalışanların radyasyondan korunmasına yönelik tedbirler alınmaktadır.	78	17,8	146	33,4	91	20,8	109	24,9	13	3,0
Hastanemizde kesici delici alet yaralanmaları izlenmektedir.	42	9,6	125	28,6	98	22,4	143	32,7	29	6,6
Kan ve vücut sıvılarının sıçramasına maruz kalan çalışanlar izlenmektedir.	45	10,3	124	28,4	104	23,8	137	31,4	27	6,2

Tablo-1 ve Tablo-2'deki tanımlayıcı istatistikler incelendiğinde katılımcıların yarısının SHKS ve çalışan güvenliği dolayısıyla çalışanların zarar görme riskinin azaltılmadığını düşünmektedir. Yine katılımcıların yaklaşık dörtte üçünün SHKS'ı sayesinde hastalara daha fazla zaman ayıldığı düşüncesine, motivasyonlarını artırdıklarına ve söz konusu standardın yönetimin kendileri üzerindeki baskıları azalttığı düşüncelerine katılmadıklarını beyan etmişlerdir.

Tablo 2. Çalışanların SHKS'nı Değerlendirmesi-2

	Evet		Hayır	
	n	%	n	%
Hastanemizde Hizmet Kalite Standartlarıyla ilgili eğitim aldım.	379	87,5	54	12,5
Çalışmış olduğum birimle ilgili Hizmet Kalite Standartları eğitimi aldım.	316	72,8	118	27,2
Hastanemizde Hizmet Kalite Standartları çalışmalarını gerekli buluyorum.	216	49,7	219	50,3
Hizmet Kalite Standartları çalışanların bürokratik işlemlerini arttırmaktadır.	375	86,6	58	13,4
Hizmet Kalite Standartları kırtasiye işlerini arttırmaktadır.	388	89,8	44	10,2
Hizmet Kalite Standartları sayesinde hastalara daha fazla zaman ayrılabilir.	96	22,1	338	77,9
Hizmet Kalite Standartları uygulamaları çalışanların motivasyonlarını olumlu etkilemektedir.	99	23,1	330	76,9
Hizmet Kalite Standartları uygulamaları hastane yöneticilerinin çalışanlar üzerindeki baskısını azaltmaktadır.	89	20,6	342	79,4
Hastanemizde mesleki risklere yönelik koruyucu önlemler alınmaktadır.	215	49,8	217	50,2
Genel olarak hastanemizde kişisel koruyucu ekipmanlara çalışma alanlarında rahatlıkla ulaşılabilir.	283	65,2	151	34,8
Genel olarak hastane yönetimi çalışan sağlığını korumaktadır.	204	47,1	229	52,9
Genel olarak sağlık çalışanları çalışan güvenliği konusunda uygulanan kurallara uymaktadır.	342	79,2	90	20,8
Genel olarak devletin çalışan güvenliği konusunda yaptığı faaliyetler yeterlidir.	112	26,0	318	74,0
Genel olarak mesleki sağlığımın ve iş güvenliğimin iyi olduğunu düşünüyorum.	120	27,9	310	72,1

5.2. Çalışan Güvenliğini Değerlendirme Ölçeği Puanı (ÇGDÖP)

Araştırmaya katılan sağlık personelinin ÇGDÖP ortalaması $44,88 \pm 12,81$ 'dir. Ölçeğin güvenilirlik katsayısı 0,957'dir. Buna göre ölçeğin güvenilirlik düzeyi çok yüksektir yorumu yapılabilir.

Tablo 3. ÇGDÖP'nin Betimsel İstatistikleri

	n	Ortalama	ss	Cronbach's Alfa
ÇGDÖP	422	44,88	12,850	0,957

5.3. Hastane Gruplarının ÇGDÖP Açısından Kruskal-Wallis H Testi İle Karşılaştırılması

Farklı hastanede görev yapan sağlık personelinin ÇGDÖP'nin Kruskal-Wallis H Testi ile karşılaştırılmasının sonucu elde edilen bulgular Tablo.4'de yer almaktadır.

Tablo 4. Hastane Gruplarının ÇGDÖP Açısından Karşılaştırılması

	Hastane Adı	n	Sıra Ortalaması	Ki-Kare	p
ÇGDÖP	Kiraz Devlet Hastanesi	51	222,04	42,291	0,000*
	Bayındır Devlet Hastanesi	64	211,66		
	Tire Devlet Hastanesi	153	254,87		
	Behçet Uz Çocuk Hastanesi	154	164,85		

* $p < 0,05$

Araştırmaya Kiraz Devlet Hastanesi'nden katılan sağlık personelinin ÇGDÖP sıra ortalaması 222,04; Bayındır Devlet Hastanesi'nden katılan personelin 211,66; Tire Devlet Hastanesi'nden katılan personelin 254,87 ve Behçet Uz Çocuk Hastanesi'nden katılan personelin 164,85'dir. Araştırma sonuçlarına göre farklı hastanelerde görev alan sağlık personelinin ÇGDÖP arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($X^2=42.291$, $df=3$, $p<0,05$). ÇGDÖP en düşük olan personel Behçet Uz Çocuk Hastanesi'nde çalışanlar ve en yüksek olan personel ise Tire Devlet Hastanesi'nde çalışanlardır. Bu durumda H_0 1 ret edilmiştir.

5.4. Yaş Gruplarının ÇGDÖP Açısından Kruskal-Wallis H Testi İle Karşılaştırılması

Farklı yaş grubundaki sağlık personelinin ÇGDÖP'nin Kruskal-Wallis H Testi ile karşılaştırılmasının sonucu elde edilen bulgular Tablo 5'de yer almaktadır.

Tablo 5. Yaş Gruplarının ÇGDÖP Açısından Karşılaştırılması

	Yaş	n	Sıra Ortalaması	Ki-Kare	p
ÇGDÖP	30 yaş ve altı	104	223,55	3,260	0,196
	31-40 yaş	208	214,44		
	41 yaş ve üstü	110	194,56		

Araştırmaya katılan 30 yaş ve altı sağlık personelinin ÇGDÖP sora ortalaması 223,55; 31-40 yaşındaki personelin 214,44 ve 41 yaş ve üstü personelin 194,56'dır. Araştırma sonuçlarına göre

farklı yaşlardaki sağlık personelinin ÇGDÖP arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($X^2=3,260$, $sd=2$, $p>0,05$). Bu durumda H02 kabul edilmiştir.

5.5. Cinsiyet Gruplarının ÇGDÖP Açısından Mann-Whitney U Testi İle Karşılaştırılması

Farklı cinsiyet grubundaki sağlık personelinin ÇGDÖP'nin Mann-Whitney U Testi ile karşılaştırılmasının sonucu elde edilen bulgular Tablo.6'da yer almaktadır.

Tablo 6. Cinsiyet Gruplarının ÇGDÖP Açısından Karşılaştırılması

	Cinsiyet	n	Sıra Ortalaması	U	Z	p
ÇGDÖP	Erkek	146	185,60	16.366,000	-3,175	0,001*
	Kadın	276	225,20			

* $p<0,05$

Araştırmaya katılan erkek sağlık personelinin ÇGDÖP sıra ortalaması 185,60; kadın personelin 225,20'dir. Araştırma sonuçlarına göre erkek personelin ÇGDÖP ile kadın personelin puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($U=17.909$, $Z=-3,175$). Buna göre kadın personelin ÇGDÖP daha yüksektir. Bu durumda H03 ret edilmiştir.

5.6. Medeni Durum Gruplarının ÇGDÖP Açısından Mann-Whitney U Testi İle Karşılaştırılması

Farklı medeni durum grubundaki sağlık personelinin ÇGDÖP'nin Mann-Whitney U Testi ile karşılaştırılmasının sonucu elde edilen bulgular Tablo.7'de yer almaktadır.

Tablo 7. Medeni Durum Gruplarının ÇGDÖP Açısından Karşılaştırılması

	Medeni Durum	n	Sıra Ortalaması	U	Z	p
ÇGDÖP	Evli	287	201,87	16.610,000	-2,365	0,018*
	Bekâr	135	231,96			

* $p<0,05$

Araştırmaya katılan evli personelin ÇGDÖP sıra ortalaması 207,76; bekâr personelin 242,85'tir. Araştırma sonuçlarına göre evli personelin ÇGDÖP sıra ortalaması ile bekâr personelin puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($U=16.610,000$, $Z=-2,365$). Buna göre bekâr personelin ÇGDÖP daha yüksektir. Bu durumda H04 ret edilmiştir.

5.7. Meslek Gruplarının ÇGDÖP Açısından Kruskal-Wallis H Testi İle Karşılaştırılması

Farklı meslek grubundaki sağlık personelinin ÇGDÖP'nin Kruskal-Wallis H Testi ile karşılaştırılmasının sonucu elde edilen bulgular Tablo 8'de yer almaktadır.

Tablo 8. Meslek Gruplarının ÇGDÖP Açısından Karşılaştırılması

	Meslek	n	Sıra Ortalaması	Ki-Kare	p
ÇGDÖP	Doktor	40	130,56	38,899	0,000*
	Hemşire	182	239,50		
	Ebe	36	199,06		
	Sağlık Memuru	54	157,98		
	Diğer	106	217,57		

*p<0,05

Araştırmaya katılan doktorların ÇGDÖP sıra ortalaması 130,56; hemşirelerin 239,50; ebelerin 199,06; sağlık memurlarının 157,98 ve diğer sağlık personelinin 217,57'dir. Araştırma sonuçlarına göre farklı meslekten olan sağlık personelinin Çalışan Güvenliğini Değerlendirme Ölçeği Puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($X^2=38,899$, $sd=4$, $p<0,05$). Buna göre Çalışan Güvenliğini Değerlendirme Ölçeği Puanları en yüksek olan grup hemşireler; en düşük olan grup ise doktorlardır. MARTINO tarafından yapılan bir araştırma doktorların hemşirelere göre daha stresli bir iş yaptıkları göz önüne alındığında doktorların daha düşük değerlendirme yapması olağan görülmektedir (Martino 2003). Bu durumda H05 ret edilmiştir.

5.8. Çalışma Yılı Gruplarının ÇGDÖP Açısından Kruskal-Wallis H Testi İle Karşılaştırılması

Farklı çalışma yılı grubundaki sağlık personelinin ÇGDÖP'nin Kruskal-Wallis H Testi ile karşılaştırılmasının sonucu elde edilen bulgular Tablo 9'da yer almaktadır.

Tablo 9. Çalışma Yılı Gruplarının ÇGDÖP Açısından Karşılaştırılması

	Çalışma Yılı	n	Sıra Ortalaması	Ki-Kare	p
ÇGDÖP	1-5 yıl	86	231,67	9,559	0,049*
	6-10 yıl	76	226,03		
	11-15 yıl	71	220,86		
	16-20 yıl	100	198,87		
	21 yıl ve üstü	88	183,65		

*p<0,05

Araştırmaya katılan ve mesleğinde 1–5 yıldır çalışan personelin ÇGDÖP sıra ortalaması 231,67; 6–10 yıldır çalışan personelin 226,03; 11–15 yıldır çalışan personelin 220,86; 16–20 yıldır çalışan personelin 198,87 ve 21 yıl ve daha fazla süredir çalışan personelin 183,65'dir. Araştırma sonuçlarına göre farklı çalışma süresinde olan personelin Çalışan Güvenliğini Değerlendirme Ölçeği Puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($X^2=9,559$, $sd=4$, $p<0,05$). Buna göre mesleğinde yeni olan çalışanların daha deneyimli olan meslektaşlarına göre mesleğinden kaynaklanan risk ve tehlikelerin daha az farkında olup konu ile ilgili değerlendirmeleri daha olumlu yaptıkları söylenebilir. Bu durumda H06 ret edilmiştir.

5.9. Hastanede Çalışma Yılı Gruplarının ÇGDÖP Açısından Kruskal-Wallis H Testi İle Karşılaştırılması

Hastanede çalışma yılı farklı olan sağlık personelinin ÇGDÖP'nin Kruskal-Wallis H Testi ile karşılaştırılmasının sonucu elde edilen bulgular Tablo 10'da yer almaktadır.

Tablo 10. Hastanede Çalışma Yılı Gruplarının ÇGDÖP Açısından Karşılaştırılması

	Hastanede Çalışma Yılı	n	Sıra Ortalaması	Ki-Kare	p
ÇGDÖP	1-5 yıl	203	223,80	6,283	0,099*
	6-10 yıl	116	201,31		
	11-15 yıl	44	177,75		
	16 yıl ve üstü	59	214,39		

*p>0,05

Araştırmaya katılan sağlık personelinin şuan çalıştığı hastanede 1-5 yıldır çalışanların ÇGDÖP sıra ortalaması 223,80; 6-10 yıldır çalışanların 201,31; 11-15 yıldır çalışanların 177,75 ve 16 yıl ve daha fazla süredir çalışanların 214,39'dur. Araştırma sonuçlarına göre hastanede çalışma süresi farklı olan personelin Çalışan Güvenliğini Değerlendirme Ölçeği Puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır. ($X^2=4.614$, $sd=3$, $p>0,05$). Bu durumda H07 kabul edilmiştir.

5.10. Farklı Birimde Görev Alan Sağlık Personelinin ÇGDÖP Açısından Kruskal-Wallis H Testi İle Karşılaştırılması

Farklı birimde görev alan sağlık personelinin ÇGDÖP'nin Kruskal-Wallis H Testi ile karşılaştırılmasının sonucu elde edilen bulgular Tablo 11'de yer almaktadır. Tablo-11. Farklı Birimde Görev Alan Personelinin ÇGDÖP Açısından Karşılaştırılması

Tablo 11. Görev Alınan Birimlerin ÇGDÖP Açısından Karşılaştırılması

	Birim	n	Sıra Ortalaması	Ki-Kare	p
ÇGDÖP	Acil	58	159,75	30,591	0,000*
	Ameliyathane	63	230,90		
	Doğum Servisi	29	185,02		
	Radyoloji Servisi	37	143,51		
	Diğer birimler	231	229,80		

*p<0,05

Araştırmaya acilde çalışanların puan sıra ortalaması 164,65; ameliyathanede çalışanların 239,46; doğum servisinde çalışanların 189,53; radyoloji servisinde çalışanların 156,47 ve diğer birimlerde çalışanların 236,87'dir. Araştırma sonuçlarına göre farklı birimlerde çalışanların Çalışan Güvenliğini Değerlendirme Ölçeği Puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($X^2=30,591$, $sd=4$, $p<0,05$). Buna göre ÇGDÖP en yüksek olan grup ameliyathanede çalışanlar ve en düşük olan grup radyoloji servisinde çalışanlardır. Radyoloji çalışanlarının radyasyona ve diğer mesleki risklere maruz kaldıklarını düşündüğümüzde düşük puana sahip olmaları olağan karşılanmıştır. Bu durumda H08 ret edilmiştir.

5.11. Eğitim Düzeyi Gruplarının ÇGDÖP Açısından Kruskal-Wallis H Testi İle Karşılaştırılması

Farklı eğitim düzeyinde olan sağlık personelinin ÇGDÖP'nin Kruskal-Wallis H Testi ile karşılaştırılmasının sonucu elde edilen bulgular Tablo 12'de yer almaktadır.

Tablo 12. Eğitim Düzeyi Gruplarının ÇGDÖP Açısından Karşılaştırılması

	Eğitim Düzeyi	n	Sıra Ortalaması	U	Z	p
ÇGDÖP	Lise ve altı	115	195,31	15.791.000	-1,669	0,058*
	Üniversite ve üstü	307	217,56			

p>0,05

Araştırmaya katılan lise ve altı mezunu sağlık personelinin ÇGDÖP sıra ortalaması 195,31 ve üniversite ve üstü mezunu sağlık personelinin 217,56'dır. Araştırma sonuçlarına göre eğitim düzeyi farklı olan sağlık personelinin Çalışan Güvenliğini Değerlendirme Ölçeği Puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (U=16.791, Z=-1,669, p>0,05). Bu durumda H09 kabul edilmiştir.

VI. TARTIŞMA

Gerek üretim sektörün de gerekse de hizmet sektörlerinde kalite sağlamanın sistematik hale getirilmesi için bazı standartlardan ya da kalite yönetim sistemlerinden yararlanmak sıklıkla başvurulan ve kanımızca isabetli olan bir yaklaşımdır. Elbette söz konusu yönetim sistemin hayata geçirilmesi ve denetimi için bir kalite dokümantasyonuna ihtiyaç duyulmaktadır. Ancak kalite dokümantasyonun yaratılmasına gerekli özen gösterilmeli ve aşırı ve gereksiz dokümantasyondan kaçınılmalıdır. Zira bu çalışmada olduğu gibi birçok çalışmada kalite dokümantasyonlarının bürokrasiyi ve kırtasiyeciliği artırdığı ve dolayısıyla çalışanların motivasyonu üzerinde olumsuz etkilere neden olduğu ile ilgili bulgular vardır. Daha önce ifade edildiği Türkiye'de SHKS ile ilgili akademik çalışmalara nadiren rastlanmaktadır. Bu anlamda araştırma bulguları benzer çalışmalarla karşılaştırılamamıştır. Ancak Malatya Devlet Hastanesindeki sağlık çalışanlarının Hizmet Kalite Standartlarının hasta hakları açısından değerlendirilmesini amaçlayan ve daha önce anılan bir çalışmada çalışanların çok önemli bir kısmının SHKS'nı hasta hakları açısından eksik bulduğunu ifade etmişti (Omaç ve diğerleri 2001).

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının çoğunluğu hizmet kalite standartları ile ilgili eğitim aldığını ancak çalıştıkları hastanedeki hizmet kalite standartlarını yetersiz bulunduğunu düşünmektedir. Yine çalışanların çoğunluğu SHKS'nin bürokratik ve kırtasiye işlemlerini artırdığını düşünmektedir. SHKS'nin hastalara daha fazla zaman ayrılmasını sağladığı, çalışan motivasyonuna olumlu katkı sağladığı ve hastane yöneticilerinin çalışanlar üzerindeki baskısını artırmadığını düşünenlerin oranı daha azdır. Çalışanlar içerisinde hastanede mesleki risklere yönelik koruyucu önlemlerin alındığını belirtenlerin oranı %50'dir. Araştırmanın uygulandığı hastanede kişisel koruyucu ekipmanlara çalışma alanlarında kolaylıkla ulaşıldığını, buna rağmen hastane yönetiminin çalışanların sağlığını korumadığını belirtenlerin oranı daha yüksektir. Çalışanlar, kendilerinin çalışan güvenliği konusunda yaptığı faaliyetlerin yeterli olduğunu düşünmektedir. Ancak aynı çalışanlar devletin çalışan güvenliği sağlamaya yönelik standardını ve yaptığı faaliyetleri yetersiz bulmaktadır. Çalışanlar mesleki sağlığının ve iş güvenliğini olumsuz değerlendirmektedir.

Araştırmada elde edilen bulgularında birisi de acil ve radyoloji çalışanlarının çalışan güvenliğini değerlendirme de diğer meslektaşlarına nazaran düşük skorlar vermesi idi Radyoloji çalışanları radyasyon başta üzere olmak üzere diğer mesleki risk ve tehlikelere maruz kalmaktadır. Yine acil servislerde sunulan hizmetlerin ivedi ve ertelenemez olması nedeniyle yoğun stres yaşanmakta ve çalışanlar sıklıkla sözel ve fiziksel şiddete maruz kalmaktadır. Bu anlamda hastane yönetiminin özellikle bu iki meslek grubunun çalışma yaşamı açısından kaygılarını giderici bir yaklaşım içinde olmaları tavsiye edilmektedir.

VII. SONUÇ

Araştırmamız sonucu sağlık hizmeti verirken SHKS uygulamalarının başlamasıyla hastaya daha az zaman ayırdıklarını ve kırtasiye işleriyle uğraşmaktan hastaya yeterli vakit ayıramadıkları belirten sağlık çalışanlarının hastalara ne kadar verimli olabilecekleri de başka bir araştırma konusu olabilir. Bir yandan artan evrak işleri bir yandan da hastane yönetimlerinin çalışanlar üzerine baskısı çalışanların motivasyonlarını düşürdüğü görülmektedir. Bilindiği üzere revizyon gerekliliği tüm kalite standartlarının en önemli parametresidir. Bu anlamda yoğun dokümantasyonun bürokrasiyi ve kırtasiyeciliği artırmasını engelleyecek revizyonların yapılması gerekmektedir. Araştırmaya göre sağlık çalışanlarının yarısı mesleki riskleri önlemeye yönelik koruyucu önlemleri almış olmalarına ve kişisel koruyucu ekipmanlara ulaşabilmelerine rağmen hastane yöneticilerinin kendi sağlıklarını korumadığını düşünmektedirler. Bu anlamda hastane yönetiminin çalışanlara standardın amaçları ve standardın doğru bir şekilde uygulanması durumunda elde edilecek kazanımlar konusunda tatmin edici bir çaba içinde olması önerilmektedir. Sağlık çalışanlarının çoğu çalıştıkları hastanelerde SHKS ile ilgili eğitimleri almalarına rağmen SHKS'nin uygulama alanında yetersizliklerinin olduğunu düşünmektedirler. Yapılan bu araştırma sonucunda da görüldüğü üzere SHKS kağıt ve evrak işinin oldukça artmasına neden olmaktadır. Çalışanların çalışma zevklerini ve motivasyonlarını kaybetmesinde etkisi olan standardın çalışanlar üzerindeki bu olumsuz etkisinin nedeninin araştırılmasına yönelik gerek hizmeti sunanlar ile gerekse de alanlar üzerinde derinlemesine araştırmalar yapılmalıdır. Başka bir ifade ile hastaların memnun olmasını isterken çalışan memnuniyetini de hedef alan SHKS'nin sağlık çalışanlarını memnun edememesinin nedenleri araştırılmalıdır. Araştırma sonuçlarına göre farklı hastanelerde görev alan sağlık personelinin ÇGDÖP arasında fark bulunmaktadır. Buna göre değerlendirme puanlarının daha kötü olduğu hastanelerin yönetim yapıları incelenmeli ve yüksek skorlu hastanelerle kıyaslanıp iyileştirme konusunda ipuçları aranmalıdır. Katılımcılardan yirmi bir yıl ve üstü mesleki deneyimi olanların diğer katılımcılara göre çalışan güvenliği uygulamalarını daha olumsuz değerlendirdiğinden söz konusu hedef kitle üzerinde odak grup görüşmeleri yapılmak suretiyle derinlemesine araştırmalar yapılması önerilmektedir. SHKS Türkiye genelindeki sağlık kurumlarında uygulanan ulusal bir standart olması nedeniyle gelecekte yapılacak araştırmaların daha büyük bir evren/örneklem üzerinde yapılması tarafımızdan tavsiye edilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Amr S. and Bollinger M. E. (2004) Latex Allergy and Occupational Asthma in Health Care Workers, Adverse Outcomes. **Environmental Health Perspective** 112(3): 378- 381.
2. Arcak R. ve Kasımoğlu E. (2006) Diyarbakır Merkezindeki Hastane ve Sağlık Ocaklarında Çalışan Hemşirelerin Sağlık Hizmetlerindeki Rolü ve İş Memnuniyetleri. **Dicle Tıp Dergisi** 33(1): 23- 30.
3. Asubonteng P. McCleary K. J. and Swan J. E. (1996) SERVQUAL Revisited: a Critical Review of Service Quality. **Journal of Service Marketing** 10(6): 62-81.

4. Azap A. Ergönül Ö. Memikoğlu K. O. Yeşilkaya A. Altunsoy A. Bozkurt G. Y. ve Tekeli E. (2005) Occupational Exposure to Blood and Body Fluids Among Health Care Workers in Ankara, Turkey. **American Journal of Infection Control** 33(1): 48–52.
5. Bergman B. and Klefsjö B. (1994) **Quality**. McGraw-Hill, Sweden.
6. Berwick D. M. (1988) Toward an Applied Technology for Quality Measurement in Health Care. **Medical Decision Making** 8(4): 253-261.
7. Bopp K. D. (1990) How Patients Evaluate The Quality of Ambulatory Medical Encounters: A marketing Perspective. **Journal of Health Care Marketing** 10(1): 16-15.
8. Bonanni P. and Bonaccorsi G. (2001) Vaccination Against Hepatitis B in Health Care Workers. **Vaccine** 19(17): 2389- 2394.
9. Bozkurt R. (1996) Hizmet Endüstrilerinde Kalite. **Verimlilik Dergisi**, Toplam Kalite Özel Sayısı: 171-211.
10. Brashier L. W., Sower V. E., Motwani J. and Savoie M. (1996) Implementation of TQM/CQI in Health-Care Industry: A Comprehensive Model. **Benchmarking for Quality Managament & Technology** 3(2): 31-50.
11. Chappell D. and Martino V. D. (2006) Violence at Work. <http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/violence/violwk/violwk.pdf>
12. Crosby P. (1984) **Quality Without Tears**. Mc Graw-Hill, USA.
13. Cuhadaroğlu C., Erelel M., Tabak L. ve Kılıçaslan Z. (2002) Increased Risk of Tuberculosis in Health Care Workers: A Retrospective Survey at A Teaching Hospital in İstanbul. **BMC Infectious Diseases** 2(1): 14.
14. Cunningham R. M., Vaidya R. S. and Walton M. (2005) Training Emergency Medicine Nurses and Physician in Youth Violence Prevention. **American Journal of Preventive Medicine** 29 (5-2): 220-225.
15. Demiral Y. (2006) Sağlık Çalışanlarında İş Gerilimi, İş Doyumu ve Mesleksel Riskler. **TTB Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi** 28: 5-40.
16. Ergör A., Kılıç B., Gürpınar E. ve Demiral Y. (2003) Sağlık Ocaklarında İş Riskleri, Narlidere Eğitim Araştırma ve Sağlık Bölge Başkanlığı Sağlık Ocaklarında Durum Değerlendirmesi. **TTB Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi** 4(16): 44-51.
17. European Foundation for The Improvement of Living and Working Conditions (2006) Ten Years of Working Conditions in The European Union. <http://www.eurofound.eu.int/pubdocs/2000/128/en/1/ef00128en.pdf>, 3.12.2006.
18. Evanoff B., Wolf L., Aton E., Canos J. and Collins J. (2003) Reduction in Injury Rates in Nursing Personnel Through Introduction of Mechanical Lifts in the Workplace. **American Journal of Industrial Medicine** 44: 451–457.
19. Fillios M. S. and Pechter E. (2006) Health Care Workers and Asthma. **American Journal of Nursing** 106(4): 96.

20. Gegez A. E. (2007) **Pazarlama Araştırmaları**. Beta Yayınları, İstanbul.
21. Ghobadian A., Speller S. and Jones M. (1994) Service Quality: Concepts and Models. **International Journal of Quality & Reliability Management** 11 (9): 43-66.
22. Gronroos C. (1984) A Service Quality Model and Its Marketing Implications. **European Journal of Marketing** 18(4): 36-44.
23. Gummerson E. (1994) Service Management: an Evaluation and the Future. **International Journal of Service Industry Management** 5(1):77-96.
24. Habson J. S. P. (1996) Violent Crime in The US Hospitality Workplace: Facig up to The Problem. **International Journal of Contemporary Hospitality Management** 8(4): 3–10.
25. Hoşoğlu S., Tanrıkulu A. Ç., Dağlı C. ve Akalın Ş. (2004) Bir Üniversite Hastanesinin Çalışanlarında Tüberküloz Riski. **Toraks Dergisi** 5(3): 196-200.
26. Jelip J., Mathew G. G., Yusin T., Dony J. F., Singh N., Ashaari M., Lajanin N., Ratnam C. S., Ibrahim M. Y. and Gapinath D. (2004) Risk Factors of Tuberculosis Among Health Care Workers in Sabah, Malaysia. **Tuberculosis** 84(1-2): 19-23.
27. Juran J. M. (1989) **Juran on Leadership for Quality: An Executive Handbook**. Free Press, USA.
28. Kaya M. (2004) Ankara’da 112 Acil Yardım Hizmetleri Sağlık Çalışanlarının Öznel Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi. **Sağlık ve Toplum Dergisi** 14(2): 1-14.
29. Kermode M., Jolley D., Langkham B. M., Santhosh T. and Crofts N. (2005) Occupational Exposure to Blood and Risk of Bloodborne Virus Infection Among Health Care Workers in Rural Indian Health Care Settings. **American Journal of Infection Control** 33(1): 34-41.
30. Kılınç O., Uçan E. S., Çakan A., Ellidokuz H., Özol D., Sayiner A. ve Özsöz A. (2000) İzmir’de Sağlık Çalışanları Arasında Tüberküloz Hastalığı Riski: Tüberküloz Meslek Hastalığı Olarak Kabul edilebilir mi? **Toraks Dergisi** 1(1): 19-24.
31. Lymer U. B., Richt B. and Isaksson B. (2003) Health Care Worker’s Action Strategies in Situations That Involve a Risk of Blood Exposure. **Journal of Clinical Nursing** 12: 660-667.
32. Lytle R. S. and Mowka M. P. (1992) Evaluating Health Care Quality: The Moderating Role of Outcomes. **Journal of Health Care Management** 12(1): 4-14.
33. Mangold W. G. and Babakus E. (1991) Service Quality: the Front Stage vs The Back Stage Perspective. **The Journal of Services Marketing** 5(4): 59-70.
34. Martino V. D. (2003) **Workplace Violence in The Health Sector, Relationshipbetween Work Stress and Workplace Violence in The Health Sector**. ILO/ICN/WHO/PSI, Geneva.
35. Maxfield A., Lewis J., Lachenmayr S., Tisdale J. and Lum M. (2000) A National Institute for Occupational Safety and Health Alert Sent to Hospitals and Intentions of Hospital Decisions Makers to Advocate for Latex Allergy Control Measures. **Health Education Research** 15(4): 463–467.

36. Meyers D. N., Lee Y. K. and Powers J. M. (2001) Percutaneous Injuries and Needlestick Prevention Strategies for Health Care Workers: A Review of the Literature. **Journal of Clinical Engineering** 26(2): 118-128.
37. NIOSH (2002) **Occupational Hazards in Hospitals**, (Violence), Department of Health and Human Services, Centres for Disease Control and Prevention, DHHS (NIOSH) Publications, Cincinnati, USA.
38. Omaç M., Murat E., Akyüz M. ve Açar V. (2001) Malatya Devlet Hastanesinde Çalışanların Hizmet Kalite Standartlarını Hasta Hakları Yönünden Algılama Düzeyleri ve Görüşleri. **III. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı**, Ankara.
39. OSHA. (2006) Categories of Potential Hazards Found in Hospitals, <http://www.osha.gov/SLTC/healthcarefacilities/hazards.html>, 12.10.2006.
40. Ozsoy M. F., Oncul O., Cavusoglu S., Erdemoglu A., Emekdas G ve Pahsa A (2003) Seroprevalences of Hepatitis B and C Among Health Care Workres in Turkey. **Journal of Viral Hepatitis** 10(2): 150–256.
41. Öztürk S. A. (1996) Hizmet İşletmelerinde Kalite Boyutları ve Kalitenin Artırılması. **Verimlilik Dergisi**, 25(2): 65-80.
42. Parasuraman A., Zeithaml V. A. and Berry L. L. (1985) A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research. **Journal of Marketing** 49(4): 41-50.
43. Petrosillo N., Ippolito G., Aloisi M. S., Boumis E. and Rava L. (1995) Occupational Hepatitis C Virus Infection in Italian Health Care Workers. **American Journal of Public Health** 85(9): 1272-1275.
44. Retsas A. and Pinikahana J. (2000) Manual Handling Activities and Injuries Among Nurses: an Australian Hospital Study. **Journal of Advanced Nursing** 31(4): 875–883.
45. Robledo M. A. (2001) Mesasuring and Managing Service Quality: Integrating Customer Expectations. **Managing Service Quality** 11(1): 22-31.
46. Sağlık Bakanlığı.
http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/duyurular_2011/2011/2014/ek1shkshastaneversiyon4.pdf
47. Samayo B., Anderson M., Arathoon E., Hernandez C., Bourque D. and Vela C (2006) Occupational Exposures to Potentially Infectious Material Among Guatemalan Health Care Workers. **Einstein Journal of Biology and Medicine** 22: 49-52.
48. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmet Kalite Standartları, 2014.
49. Sepkowitz K. A. and Eisenbergt L. (2003) Occupational Death Among Health Care Workers. **Emerging Infectious Diseases** 11(7): 1003- 1008.
50. Serinken M., Ergör A., Çımrın A. H. ve Ersoy G (2003) İzmir İlindeki Acil Servis Hekimlerinin Tükenme Düzeyleri. **Toplum ve Hekim Dergisi** 18(4): 293-299.

51. Shah F. S., Bener A., Al-Kaabi S., Al-Khal A. L and Samson S (2006) The Epidemiology of Needle Stick Injuries Among Health Care Workers in A Newly Developed Country. **Safety Science** 44: 387–394.
52. Talat M., Kandeel A., El-Shoubary W., Bodenschatz C., Khairy I., Oun S. and Mahoney F. J. (2003) Occupational Exposure to Needlestick Injuries and Hepatitis B Vaccination Coverage Among Health Care Workers in Egypt. **American Journal of Infection Control** 31(8): 469-474.
53. Tanrıverdi H. ve Erdem Ş. (2010) Sağlık Hizmetlerinde Hizmet Kalitesi ve Tatmin Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi ve Bir Uygulama. **Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi** 14(1): 73-92.
54. Tomes A. E. and Peng S. C. (1995) Service Quality in Hospital Care: The Development of an In-Patient Questionnaire. **International Journal of Health Care Quality Assurance** 8(3): 25-33.
55. United States Department of Labor, Bureau of Labor Statistics –BLS (2004) **Lost-Worktime Injuries and Illnesses: Characteristics and Resulting Time Away From Work**. <http://bls.gov/news.release/pdf/osh2.pdf>
56. Uzun O. (2003) Perception and Experiences of Nurses in Turkey About Verbal Abuse in Clinical Settings. **Journal of Nursing Scholarship** 35(1): 81–85.
57. Vos D. M., Götz H. and Richardus J. H. (2006) Needlestick Injury and Accidental Exposure to Blood: The Need for Improving The Hepatitis B Vaccination Grade Among Health Care Workers Outside The Hospital. **American Journal of Infection Control** 34 (9): 610–612.
58. WHO. The World Health Report (2002) **Reducing Risks, Promoting Healthy Life**. Geneva, Switzerland.
59. Wilburn S. Q. and Eijkemans G. (2004) Preventing Needlestick Injuries Among Health Care Workers. **International Journal of Occupational and Environmental Health** 10(4): 451-556.
60. Zeithaml V. A., Parasuraman A. and Berry L. L. (1990) **Delivering Quality Service: Balancing Customer Perceptions and Expectation**. Free Press, USA.