



T.C.

KIRŞEHİR AHI EVRAN ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ENFEKSİYON HASTALIKLARI VE

KLİNİK MİKROBİYOLOJİ ANABİLİM DALI

**SAĞLIK ÇALIŞANLARININ EKİP ÇALIŞMASINA
YATKINLIKLARININ VE RİSK YÖNETİMİ
ALGILARININ NOZOKOMİYAL ENFEKSİYON
İNANÇ VE TUTUMLARINA ETKİLERİ**

Ferhat POLAT

YÜKSEK LİSANS TEZİ

KIRŞEHİR-HAZİRAN/2026



T. C.

KIRŞEHİR AHI EVRAN ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ENFEKSİYON HASTALIKLARI VE KLİNİK

MİKROBİYOLOJİ ANABİLİM DALI

**SAĞLIK ÇALIŞANLARININ EKİP ÇALIŞMASINA
YATKINLIKLARININ VE RİSK YÖNETİMİ
ALGILARININ NOZOKOMİYAL ENFEKSİYON
İNANÇ VE TUTUMLARINA ETKİLERİ**

Ferhat POLAT

YÜKSEK LİSANS TEZİ

I. Danışman Dr. Öğr. Üyesi Ayşegül TURAN

II. Danışman Doç. Dr. Ethem MERDAN

KIRŞEHİR-HAZİRAN/2026

KABUL VE ONAY

Sağlık Çalışanlarının Ekip Çalışmasına Yatkınlıklarının ve Risk Yönetimi Algılarının Nozokomiyal Enfeksiyon İnanç ve Tutumlarına Etkileri Etkileri adlı bu çalışma, 02.07.2026 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Hastane Enfeksiyon Kontrolü Tezli Yüksek Lisans Programında Yüksek Lisans tezi tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Jürisi

Dr. Öğr. Üyesi Ayşegül TURAN (1. Danışman)

Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Fakültesi

Doç. Dr. Ehem MERDAN (2. Danışman)

Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi

Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu

Prof. Dr. Mustafa Gökhan GÖZEL (Jüri Başkanı)

Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi

Tıp Fakültesi

Dr. Öğr. Üyesi Lokman HIZMALI

Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi

Tıp Fakültesi

Prof. Dr. Seyit Ali BÜYÜKTUNA

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi

Tıp Fakültesi

ETİK BEYAN VE ARAŞTIRMA FONU

Tez içindeki bütün bilgilerin etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde edilerek sunulduğunu, ayrıca tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada bana ait olmayan her türlü ifade ve bilginin kaynağına eksiksiz atıf yaptığımı bildiririm.

Ferhat POLAT

ÖNSÖZ

Akademik anlamda sürekli yeni bilgiler edindiğim, duruşuyla ve çizgisiyle örnek aldığım, samimiyetiyle ve iyi niyetiyle her zaman beni etkileyen, bir hocadan ziyade anne gibi yaklaşan, çalışmamın her anında destek olan ve yol gösteren birinci danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Ayşegül TURAN'a, çalışmamın teorik, yöntem ve istatistik açısından gelişmesine yardımcı olan ikinci danışmanım Doç. Dr. Ethem MERDAN'a, çok teşekkür ederim.

Çalışma sürecinde bana her zaman hoşgörü ile yaklaşan, sevgileriyle yükümü hafifleten, sabırlarıyla bana şükrettiren, bu süreçte her karşılaştığım sorunu aşmamda bana destek olan aileme teşekkürü bir borç bilirim.

Haziran 2026

Ferhat POLAT

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	iv
İÇİNDEKİLER.....	v
ŞEKİL LİSTESİ.....	vii
TABLO LİSTESİ.....	viii
SİMGE VE KISALTMA LİSTESİ.....	ix
ÖZET	x
ABSTRACT	xii
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Sağlık Çalışanlarının Sorumlulukları, Zorlukları ve Ekip Çalışması.....	3
2.1.1. Sağlık Çalışanlarının Sorumlulukları	3
2.1.2. Sağlık Çalışanlarının Karşılaştıkları Zorluklar	5
2.1.3. Sağlık Çalışanları İçin Ekip Çalışması	8
2.2. Sağlık Hizmetlerinde Temel Riskler ve Risk Yönetimi.....	13
2.2.1. Sağlık Hizmetlerinde Temel Riskler.....	15
2.2.2. Sağlık Hizmetlerinde Risk Yönetimi.....	16
2.3. Sağlık Çalışanlarının Hastane Enfeksiyonlarına Yönelik Farkındalıkları.....	18
3. GEREÇ VE YÖNTEM	20
3.1. Araştırmanın Modeli ve Hipotezleri	20
3.2. Evren ve Örneklem.....	20

3.3. Veri Toplama Araçları.....	21
3.3.1 Meslekler Arası Ekip İşbirliğinin Değerlendirilmesi Ölçeği.....	21
3.3.2. Sağlık ve Fitness Tesislerinde Risk Yönetimi Ölçeği.....	22
3.3.3. Nozokomiyal Enfeksiyon İnanç ve Tutum Ölçeği	22
3.4. Veri Analizi	23
3.5. Etik Hususlar	23
4. BULGULAR	24
5. TARTIŞMA VE SONUÇ	30
5.1. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	33
5.2. Araştırmanın Önerileri.....	33
KAYNAKLAR	35
EKLER.....	47
EK 1: Veri Toplama Formu.....	47
EK 2: Etik Kurul İzni	52
ÖZGEÇMİŞ	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 3.1: Araştırma modeli.....	20
Şekil 4.1: Sağlık çalışanlarının risk yönetimi ve ekip çalışması algılarının nozokomiyal enfeksiyon inanç ve tutumlarına etkisine yönelik DFA yol şeması.....	28

TABLO LİSTESİ

Tablo 4.1: Katılımcıların demografik özelliklerine göre dağılımları.....	24
Tablo 4.2: Ölçeklerin normal dağılımı ve faktör ortalamaları.....	25
Tablo 4.3: Ölçeklerin açıklayıcı faktör analizi sonuçları.....	27
Tablo 4.4: Risk yönetimi ve ekip çalışması algılarının nozokomiyal enfeksiyon inanç ve tutumlarına etkisi.....	29

SİMGE VE KISALTMA LİSTESİ

AFA	:	Açıklayıcı Faktör Analizi
CFI	:	Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (The Comparative Fit Index)
DFA	:	Doğrulamalı Faktör Analizi
GFI	:	Uyum İyiği İndeksi (The Goodness of Fit Index)
IFI	:	Artımlı Uyum Endeksi (Incremental Fit Index)
NFI	:	Normlaştırılmış Uyum İndeksi (The Normed Fit Index)
RMSEA	:	Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü (The Root Mean Square Error Approximation)
SD	:	Serbestlik Derecesi
vb.	:	ve benzeri
vd.	:	ve diğerleri
YEM	:	Yapısal Eşitlik Model

ÖZET

YÜKSEK LİSANS TEZİ

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ EKİP ÇALIŞMASINA YATKINLIKLARININ VE RİSK YÖNETİMİ ALGILARININ NOZOKOMİYAL ENFEKSİYON İNANÇ VE TUTUMLARINA ETKİLERİ

Ferhat POLAT

Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

I. Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Ayşegül TURAN

II. Danışman: Doç. Dr. Ethem MERDAN

Nozokomiyal enfeksiyonlar, hasta güvenliği ve sağlık hizmet kalitesi açısından önemli bir sorun olmaya devam etmektedir. Enfeksiyonların önlenmesinde sağlık çalışanlarının inanç, tutum ve davranışları belirleyici bir rol oynamaktadır. Bununla birlikte, risk yönetimi ve ekip çalışması gibi örgütsel faktörlerin bu tutumlar üzerindeki etkisi yeterince açıklığa kavuşturulmuş değildir. Bu çalışmanın amacı, sağlık çalışanlarının nozokomiyal enfeksiyonlara yönelik inanç ve tutumlarını belirlemek ve risk yönetimi ile ekip çalışması algılarının bu tutumlar üzerindeki etkisini incelemektir. Araştırma nicel desende planlanmış olup veriler, Nozokomiyal Enfeksiyon İnanç ve Tutum Ölçeği, Risk Yönetimi Ölçeği ve Ekip Çalışması Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Elde edilen veriler tanımlayıcı istatistikler ve yapısal eşitlik modeli analizi ile değerlendirilmiştir. Katılımcıların nozokomiyal

enfeksiyonlara yönelik inanç ve tutumlarının genel olarak olumlu düzeyde olduğu, ancak alt boyutlar arasında farklılıklar bulunduğu belirlenmiştir. Ventilatör ilişkili olay ve el hijyeni boyutlarında yüksek, invaziv girişimler ve izolasyon boyutlarında ise daha düşük düzeyde farkındalık saptanmıştır. Risk yönetimi algısının orta-yüksek düzeyde olduğu, ekip çalışmasında ise dayanışmanın güçlü, koordinasyonun zayıf olduğu görülmüştür. Yapısal eşitlik modeli sonuçlarına göre, risk yönetimi ($\beta=0,123$; $p<0,001$) ve ekip çalışması algılarının ($\beta=0,146$; $p<0,001$) nozokomiyal enfeksiyonlara yönelik inanç ve tutumları pozitif yönde etkilediği belirlenmiştir. Sağlık çalışanlarının nozokomiyal enfeksiyonlara yönelik tutumları genel olarak olumlu olmakla birlikte, invaziv girişimler, izolasyon uygulamaları ve ekip içi koordinasyon alanlarında geliştirmeye ihtiyaç bulunmaktadır. Risk yönetimi ve ekip çalışması, enfeksiyonlara yönelik tutumları güçlendiren önemli faktörlerdir. Bu doğrultuda, kurumsal politikaların güçlendirilmesi, hedefe yönelik eğitimlerin artırılması ve ekip içi koordinasyonun geliştirilmesine yönelik stratejilerin uygulanması önerilmektedir.

Haziran 2026, 67 Sayfa

Anahtar Kelimeler: Nozokomiyal Enfeksiyonlar, Risk Yönetimi, Ekip Çalışması, Sağlık Çalışanları, Enfeksiyon Kontrolü.

ABSTRACT

M.Sc. THESIS

**THE EFFECTS OF HEALTHCARE WORKERS' TEAMWORK APTITUDE AND
RISK MANAGEMENT PERCEPTIONS ON THEIR BELIEFS AND ATTITUDES
TOWARDS NOSOCOMIAL INFECTIONS**

Ferhat POLAT

Kırşehir Ahi Evran University

**Institute of Health Science of Department of Infectious Diseases and Clinical
Microbiology**

Supervisor I: Asst. Prof. Dr. Ayşegül TURAN

Supervisor II: Assoc Prof. Dr. Ethem MERDAN

Nosocomial infections remain a significant problem in terms of patient safety and the quality of healthcare. The beliefs, attitudes and behaviours of healthcare workers play a decisive role in the prevention of infections. However, the impact of organisational factors, such as risk management and teamwork, on these attitudes has not been sufficiently clarified. The aim of this study is to determine healthcare workers' beliefs and attitudes towards nosocomial infections and to examine the effect of their perceptions of risk management and teamwork on these attitudes. The study was designed as a quantitative study, and data were collected using the Nosocomial Infection Beliefs and Attitudes Scale, the Risk Management Scale and the Teamwork Scale. The data obtained were analysed using descriptive statistics and structural equation modelling. It was determined that participants' beliefs and attitudes towards nosocomial infections were generally positive, although differences were observed between the sub-dimensions. High levels of sensitivity were observed in the ventilator-associated events and hand hygiene dimensions, whilst lower levels were noted in the invasive procedures and isolation dimensions. It was found that the perception of risk

management was at a medium-to-high level, whilst in teamwork, solidarity was strong but coordination was weak. According to the results of the structural equation model, it was determined that perceptions of risk management ($\beta=0.123$; $p<0.001$) and teamwork ($\beta=0.146$; $p<0.001$) positively influenced beliefs and attitudes regarding nosocomial infections. Although healthcare workers' attitudes towards nosocomial infections are generally positive, there is a need for improvement in the areas of invasive procedures, isolation practices and team coordination. Risk management and teamwork are key factors in strengthening attitudes towards infections. In this regard, it is recommended that institutional policies be strengthened, targeted training be increased, and strategies aimed at improving team coordination be implemented.

June 2026, 67 Pages

Keywords: Nosocomial infections, risk management, teamwork, healthcare workers, infection control.

1. GİRİŞ

Sağlık kurumlarında sunulan hizmet kalitesinin artırılması, hastaların süreç içerisinde daha etkin hale gelmesi ve güvenliklerinin sağlanması, sağlık çalışanlarının iş birliği içinde çalışması ve risk faktörlerinin iyi yönetilmesi ile mümkündür. Sağlık hizmetlerinin etkin olarak kullanılması, teknolojik gelişmeler ve küresel dinamikler ile sağlık çalışanları ve hastanelerin sistemleriyle ilişkilidir (1). Günümüz dünyasında sağlık sistemleri bireysel çabaların ötesine geçerek ekip temelli bir yaklaşım ile bütüncül ve sistemli bir hizmet anlayışını benimsemektedir (2,3).

Hastane enfeksiyonları, hastalık sürecini uzatmakta, mortaliteyi artırarak sağlık sistemleri üzerinde ciddi bir ekonomik yük yaratmaktadırlar (4). Sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonların oranları, sağlık hizmetlerinin kalitesi ile doğrudan ilişkilidir (5,6). Sağlık çalışanları hem enfeksiyonun bulaşmasında hem de kontrolünde birinci dereceden etkili unsurlar olmalarına rağmen hastane enfeksiyonları konusundaki bilgi ve davranış düzeylerinin yeterli olmadığı görülmektedir (5,7).

İnfal ve Şahin (4), hemşirelerin enfeksiyon riski ile ilgili bilgi düzeylerinin çoğunlukla orta seviyede olduğunu belirtmişlerdir. Benzer şekilde, Orhan ve ark. (10) tarafından yapılan çalışmada da hemşirelerin hijyen kurallarına ilişkin eksik ve yanlış uygulamalar sergilediği saptanmıştır. Temizlik personeli üzerinde yapılan bir çalışmada ise personelin enfeksiyon bilgisine sahip olmasına rağmen bu kavramı tam olarak anlayamadığı rapor edilmiştir (8). Sağlık çalışanları, hasta ile doğrudan temasta oldukları için bir yandan enfeksiyon taşıyıcısı olabilirken diğer taraftan koruyucu önlemleri uygulayarak yayılımı engelleyebilmektedirler (9). Bu bağlamda, sağlık çalışanlarının hastane enfeksiyonlarına yönelik farkındalıkları, yani bu konudaki bilgi, inanç ve tutum düzeyleri, enfeksiyon kontrolünün başarısında etkili olmaktadır.

Literatürde, sağlık çalışanlarının yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi ve çalışma şekli gibi bireysel özelliklerinin hastane enfeksiyonu bilgi düzeylerini etkileyebileceği belirtilmiş olsa da (4,11), ekip çalışmasına yatkınlık ve risk yönetimi algısı gibi örgütsel ve psikolojik faktörlerin hastane enfeksiyonu farkındalığı üzerindeki etkisi yeterince araştırılmamıştır.

Oysa yüksek performanslı ekiplerin, enfeksiyon kontrol protokollerini daha tutarlı uyguladığı ve bilgi paylaşımını daha etkin gerçekleştirdiği bilinmektedir (12,13). Diğer yandan, sağlık çalışanlarının risk yönetimi algıları da hastane enfeksiyonu farkındalığını şekillendiren önemli bir faktördür. Risk yönetimi, enfeksiyonların erken teşhisi, önlenmesi ve kontrol altına alınması süreçlerinde rehberlik eden bir yaklaşımdır (14).

Bu çalışma, sağlık çalışanlarının ekip çalışmasına ne derece yatkın olduklarını, risk yönetimi konusunda nasıl bir algıya sahip olduklarını ve bu iki faktörün hastane enfeksiyonuna yönelik farkındalıklarını nasıl şekillendirdiğini belirlemeyi amaçlamaktadır. Bu amaca göre araştırma sorusu, “ekip çalışmasına yatkınlık ve risk yönetimi algısı hastane enfeksiyonu farkındalığı üzerinde rol oynamakta mıdır?” şeklinde belirlenmiştir. Elde edilecek bulguların, hastane enfeksiyonlarının önlenmesinde teknik önlemlerin yanı sıra örgütsel iş birliği, etkin iletişim ve risk temelli yaklaşım gibi davranışsal ve yapısal unsurların da güçlendirilmesine yönelik stratejilerin geliştirilmesine katkı sağlayacağı öngörülmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık Çalışanlarının Sorumlulukları, Zorlukları ve Ekip Çalışması

Sağlık çalışanları, hastalığın teşhisinden rehabilitasyonuna uzanan tüm süreçlerde hastayla birebir etkileşim kuran en kritik ekip üyesi olarak konumlanmaktadır. Tedavi süreçlerindeki bu merkezi rolleri, aynı zamanda enfeksiyonların yayılımında taşıyıcı işlevi görme potansiyelini de beraberinde getirmektedir (9). Sağlık çalışanı, toplumun fiziksel, zihinsel ve sosyal refahını koruma, hastalıkları önleme ve mevcut sağlık sorunlarını tedavi etme misyonuyla hizmet veren eğitilmiş bir profesyoneller grubudur. Sağlık profesyonelleri hekim, hemşire, fizyoterapist, diyetisyen ve sağlık teknisyeni gibi farklı uzmanlık dallarını bünyesinde barındırmaktadır (15,16).

2.1.1. Sağlık Çalışanlarının Sorumlulukları

Sağlık çalışanları, bireysel uzmanlıklarının toplamından daha fazlasını ifade etmektedir. Sağlık çalışanları, ortak sağlık hedeflerine ulaşmak ve hasta bakımını optimize etmek için uyum içinde fiziksel ve zihinsel çaba gösteren dinamik bir ekiptir (17,18). Sağlık personelinin mesleki sorumlulukları, temel etik ilkeler etrafında şekillenmektedir. Bu ilkelerin başında; hastaya zarar vermektan kaçınma, hastanın özerkliğine ve mahremiyetine saygı gösterme, adil davranma ve güvenli bir bakım ortamı sağlama gelmektedir (19,20). Sorumluluklar, sağlık çalışanı ile hasta arasında güvene dayalı bir ilişki kurmanın temelini oluşturur.

Etik yeterlilik, sahadaki sorunları tanıma ve onlara etkili çözümler üretebilme becerisini gerektirmektedir. Pratik yönü ağır basan yetkinlik, hasta bakım kalitesinin artırılmasında kritik bir rol oynamaktadır (21). Sağlık çalışanının temel görevi, tüm eylemlerinde hastanın zarar görmesini engelleyerek onun çıkarlarını en üst düzeyde gözetmektir (20). Bireysel sorumlulukların ötesinde, sağlık çalışanları aynı zamanda güçlü bir ekip kültürü oluşturmaktan da sorumludur. Etkin bir ekip çalışması, hem çalışanların kuruma bağlılığını artırmaktadır hem de hasta güvenliği kültürünün yerleşmesinde hayati bir öneme sahiptir (22).

Sorumlulukların merkezinde, genellikle "malpraktis" (tıbbi uygulama hatası) olarak adlandırılan kavram yer almaktadır. Malpraktis, en genel tanımıyla, sağlık personelinin mesleki standartlara, bilgi ve beceri kurallarına aykırı davranışı veya ihmali sonucu hastaya zarar vermesidir (23,24). Böyle bir durumda, sağlık çalışanının hukuki sorumluluğu doğmakta ve ortaya çıkan zararın tazmin edilmesi (medeni sorumluluk) veya adli bir ceza (cezaî sorumluluk) ile sonuçlanabilmektedir (23,25).

Bir eylemin malpraktis sayılabilmesi ve hukuki sorumluluğun doğabilmesi için, genellikle personelin bilgi veya beceri eksikliğinin ya da yerleşik mesleki standartları ihmal ettiğinin kanıtlanması şarttır (24). Sağlık çalışanlarının sorumluluğunun bireysel uygulamalarının ötesine geçtiği görülmektedir. Güncel tıp standartlarına ve mesleki yükümlülüklerle aykırı hareket ettikleri takdirde, mesleki (disiplin soruşturması vb.) ve hukuki (tazminat, hapis vb.) yaptırımlarla da yüzleşmek durumunda kalmaktadırlar (26).

Sağlık çalışanlarının mesleki sorumluluklarının merkezinde hasta güvenliği yer almaktadır. Hasta güvenliği, en temel anlamıyla, bakım süreçlerinde ortaya çıkabilecek olası hataları önlemeyi ve hatalardan kaynaklanabilecek zararları en aza indirmeyi hedefleyen sistemik bir yaklaşımdır. Bu yaklaşımın başarısı, personelin doğru ve etkili iletişim kurma, ekip içi işbirliği yapma, ortak akılla karar alma ve geri bildirim mekanizmalarını etkin kullanma becerileriyle doğrudan ilişkilidir (27).

Yapılan araştırmalar, hasta güvenliği sorumluluğunun güçlü olduğu kurumlarda tıbbi hata oranlarının belirgin şekilde azaldığını ve çalışanların konuya dair farkındalıklarının arttığını ortaya koymaktadır (28). Hasta güvenliği, yalnızca bireysel bir çaba olmanın ötesinde, kurumsal süreçlerdeki riskleri belirlemeyi, süreçleri kontrol altında tutmayı ve sürekli iyileştirme faaliyetlerini benimsemeyi gerektiren kolektif bir sorumluluktur (29). Hasta güvenliği, "önce zarar verme" ilkesinin modern bir yansıması olarak temel bir etik sorumluluktur. Etik ilke uyarınca, sağlık çalışanlarından potansiyel zarar durumlarını proaktif bir şekilde tespit etmeleri ve önlemeye yönelik yüksek bir farkındalığa sahip olmaları beklenmektedir (30).

Kolektif ve etik sorumluluğun hayata geçirilmesindeki en kritik unsurlardan biri de etkili iletişimdir. Sağlık sistemindeki iletişim hataları, hasta güvenliğini tehlikeye atan en önemli risk faktörlerinden biri olarak kabul edilmektedir. Etkili iletişim becerilerini geliştirmek ve kullanmak, her sağlık personeli için temel bir mesleki zorunluluktur (151).

2.1.2. Sağlık Çalışanlarının Karşılaştıkları Zorluklar

Üstlenilen ağır sorumluluklar, sağlık çalışanlarının bir dizi önemli zorlukla yüzleşmesine neden olmaktadır. Yaşanan zorluklar, farklı alanlarda ortaya çıkmakla birlikte, en temelde sistemsel ve örgütsel sorunlardan kaynaklanmaktadır. Sağlık personelinin karşılaştığı problemlerin önemli bir kısmı, doğrudan sağlık sisteminin yapısal yetersizliklerinden veya kurumların yönetsel eksikliklerinden doğmaktadır. Ortaya çıkan tablo, çalışanların fiziksel sağlığını olumsuz etkilemekte, iş-yaşam dengelerini ciddi şekilde bozarak genel refah düzeylerini düşürmektedir (31,32).

Sağlık çalışanlarının karşılaştığı en temel zorlukların başında, kronikleşmiş iş yükü ve personel yetersizliği gelmektedir (31,33). Söz konusu sorun, küresel bir kriz niteliği taşımaktadır. Nitekim Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 2030 yılına kadar dünya genelinde 11 milyonluk bir sağlık çalışanı açığı olacağını öngörmektedir. Oluşan açık, mevcut personelin daha da artan bir iş yükü, uzun çalışma saatleri ve düzensiz vardiyalarla yüzleşmesi anlamına gelmektedir (34,35).

Personel yetersizliğinin etkileri, özellikle hemşirelik gibi sağlık iş gücünün belkemiğini oluşturan ve 24 saat kesintisiz hizmet veren gruplarda daha da ağır hissedilmektedir. Sağlık Çalışanlarının ağır iş yükü deneyimi, iş-yaşam dengesini sürdürülemez bir noktaya getirmektedir (32,36). Bazı Avrupa ülkelerinde sağlık personeli sayısının AB ortalamasının oldukça altında kalması, çalışanlar üzerinde hem hasta güvenliğini sağlama hem de hizmet kalitesini koruma konusunda yoğun bir baskı yaratmaktadır, sağlık çalışanları sürekli yetersiz kaynaklarla hizmet vermeye zorlanmaktadır (35,37). Yapısal ve sistemsel sorunların sonucu oldukça yıkıcıdır. Çalışanların işten ayrılma niyetleri artmakta, ortaya çıkan nitelikli personel kaybı ise sağlık sisteminin sürdürülebilirliğini doğrudan tehdit etmektedir (35,38).

Sağlık çalışanlarının karşılaştığı önemli zorluklardan bir diğeri, iş-yaşam dengesizliği ve beraberinde getirdiği yasal risklerdir. Uzun çalışma saatleri ile yoğun vardiya sistemleri, personelin kişisel ve aile yaşamlarına yeterli zaman ayırmasını engelleyerek iş ile sosyal hayat arasında sürdürülemez bir dengesizlik yaratmaktadır (31,36). Söz konusu dengesizlik hali, yalnızca bireysel bir sorun olmanın ötesine geçerek, yorgunluk ve dikkat dağınıklığına yol açıp tıbbi hata riskini artırdığı için doğrudan hasta güvenliğini de tehdit etmektedir (23,39).

İş-yaşam dengesizliği, aynı zamanda ciddi yasal riskleri de beraberinde getirmektedir. Personel eksikliği nedeniyle yapılan zorunlu fazla mesailer ve yasal çalışma sürelerine uyulmaması, hem sağlık kurumlarını hem de çalışanları potansiyel davalar ve idari cezalarla karşı karşıya bırakmaktadır (35,40). Yetersiz personel sayısı ile hizmet vermeye çalışmak, yasal olarak zorunlu kılınan minimum personel standartlarının altına düşülmesine neden olabilmektedir (23,35).

Sağlık çalışanları bir yandan mesleki ve etik kurallara uymakla yükümlüyken, diğer yandan sistemin dayattığı yetersizlikler ve aşırı iş yükü, söz konusu yükümlülükleri yerine getirmelerini neredeyse imkânsız kılan zorlaştıracı bir faktör olarak karşılına çıkmaktadır (33,40). Sağlık çalışanlarının yüzleştiği en yıkıcı zorluklar arasında, mesleğin doğasında bulunan yoğun psikolojik ve duygusal baskılar yer almaktadır. Baskılar, tükenmişlik sendromu, demoralizasyon ve "merhamet yorgunluğu" gibi ciddi sonuçlara yol açmaktadır (41,42). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından da önemli bir risk faktörü olarak tanınan tükenmişlik, özellikle yüksek iş yükü, düşük iş kontrolü ve yetersiz sosyal destek gibi faktörlerle birleştiğinde sağlık personeli arasında endişe verici boyutlara ulaşmaktadır (32,42). İran'da yapılan bir araştırma, sağlık personelinin yarısından fazlasının orta ve yüksek düzeyde tükenmişlik belirtileri gösterdiğini ortaya koymuştur (42,43). Benzer şekilde, Türkiye'de yürütülen bir çalışma da personelin yarısından fazlasının anksiyete ve depresyon riski altında olduğuna işaret etmektedir (33,41).

Tükenmişlik, motivasyon ve dikkat kaybına yol açarak hasta güvenliğini de olumsuz etkileyen bir risk faktörüdür (23,42). Tükenmişlik sendromunun tetikleyicileri arasında, kurumsal yapıdan kaynaklanan rol belirsizlikleri ve rol çatışmaları gibi örgütsel sorunlar da önemli bir yer tutmaktadır (33,44).

Sağlık mesleğinin doğasında bulunan sürekli "duygusal emek", çalışanlar üzerinde ciddi bir yük oluşturmaktadır. Yoğun duygusal yatırım, zamanla moral çöküntüsüne ve merhamet yorgunluğuna dönüşerek personelin hem mesleki hem de kişisel refahını tehdit eden önemli bir zorluk haline gelmektedir (45,46). Moral çöküntüsü, sağlık personelinin etik olarak doğru olduğuna inandığı bir eylemi, örgütsel kısıtlamalar, personel eksikliği veya yetersiz kaynaklar gibi engeller nedeniyle gerçekleştirememesi durumunda yaşadığı derin rahatsızlık ve çaresizlik hissidir (47). Özellikle acil servisler gibi yüksek tempolu ve stresli birimlerde çalışanlar için önemli bir tehdit unsuru olarak öne çıkmaktadır (47,48).

Sağlık çalışanları sürekli başkalarının acı, endişe ve travmalarıyla yüzleşmekten kaynaklanan ve merhamet yorgunluğu olarak adlandırılan derin bir psikososyal tükenmişlik yaşamaktadır (46,49). Yapılan çalışmalar, özellikle yoğun bakım üniteleri gibi kritik alanlarda çalışan personelde merhamet yorgunluğunun ve bununla ilişkili ikincil travmatik stres yaygınlığının yüksek olduğunu doğrulamaktadır (48,50).

Sağlık çalışanlarının karşılaştığı en ciddi zorluklardan biri de giderek artan iş yeri şiddeti ve buna bağlı olarak ortaya çıkan güvenlik sorunlarıdır. Çalışanların maruz kaldığı şiddet olayları, hem fiziksel ve psikolojik sağlıklarını tehlikeye atmakta hem de işten ayrılma veya meslekten uzaklaşma eğilimlerini artırarak sağlık hizmeti kalitesinin düşmesine de zemin hazırlamaktadır (51,52). Sağlık çalışanları, diğer tüm meslek gruplarına kıyasla iş yerinde şiddete maruz kalma açısından belirgin şekilde daha yüksek bir risk altındadır (38,53). Nitekim ABD Çalışma İstatistikleri Bürosu'nun verileri, sağlık sektöründeki şiddet vakalarının diğer tüm sektörlerin toplamından daha fazla olduğunu doğrulamaktadır (38,53). Özellikle acil servisler, şiddet olaylarının en yoğun yaşandığı ve personelin maruz kalma potansiyelinin en yüksek olduğu birimler olarak öne çıkmaktadır (51). Yapılan çalışmalar, adı geçen birimlerdeki stresli çalışma koşullarının, maruz kalınan şiddetle birleşerek tükenmişlik sendromunu tetikleyen en önemli faktörlerden biri olduğunu göstermektedir. Meslek grupları özelinde bakıldığında ise, hemşirelerin iş yeri şiddetine en açık grup olduğu ve en yüksek tükenmişlik oranlarının da aynı grupta görüldüğü bildirilmektedir (51,52). Şiddetin fiziksel saldırıdan ibaret olmadığını vurgulamak gereklidir. Sözel taciz, tehdit, yıldırma (mobbing) ve diğer psikolojik şiddet türleri de şiddet olgusunun ayrılmaz birer parçasıdır ve çalışanlar üzerinde en az fiziksel şiddet kadar yıkıcı etkiler bırakabilmektedir (54).

İş yeri şiddeti, çalışanların psikolojik durumu ve mesleki zorluklar arasında karmaşık, çok yönlü bir etkileşim bulunmaktadır. Şiddete maruz kalmak, doğrudan doğruya personelin iş doyumunu ve mesleki hazzını azaltmakta, yoğun strese neden olmakta ve nihayetinde işten ayrılma niyetini tetiklemektedir (52). Nitekim yapılan çalışmalar, şiddet olgusunun çalışanlar üzerinde güçlü bir moral çöküntüsüne yol açtığını kanıtlamaktadır (52). Şiddetle karşılaşan bir sağlık çalışanı, gelecekte benzer bir olayı tekrar yaşama korkusuyla daha yoğun bir tükenmişlik hissetmektedir (33,52). Yaşanan korku ve tükenmişlik, personelin işine odaklanmasını zorlaştırmakta ve hata yapma riskini artırarak hasta güvenliğini dolaylı yoldan tehlikeye atmaktadır (23). Olumsuz tabloyu daha da ağırlaştıran bir diğer faktör ise "cezasızlık algısıdır". Şiddet olayları sonrasında saldırganlara yönelik yaptırımların yetersiz

veya sınırlı olduğu algısı, sağlık çalışanlarının adalet sistemine olan inancını zedeleyerek morallerinin daha da bozulmasına yol açmaktadır (52,55).

Sağlık alışanları; yoğun iş yükü, kronik stres, tükenmişlik, artan yasal sorumluluklar ve sürekli zaman baskısı gibi i içe geçmiş çok sayıda zorlukla mücadele etmektedir. Söz konusu baskı ortamı, personelin bireysel karar alma süreçlerini olumsuz etkileyerek hata yapma olasılığını artırmakta ve sonuç olarak sağlık hizmetinin genel kalitesini düşürmektedir.

2.1.3. Sağlık alışanları İçin Ekip alışması

Modern sağlık sistemlerinin karmaşık yapısı, hizmetin devamlılığının ve sorumluluğunun tek bir bireyin omuzlarına yüklenemeyeceğini açıkça ortaya koymaktadır. Güvenli, etkili ve btncl bir hizmet sunumu, ekip çalışmasını zorunluluk haline getirmektedir (56,57). Bu zorunluluğun üstesinden gelmenin en temel stratejisi ise ekip çalışmasıdır. Disiplinlerarası işbirliği, etkili iletişim ve ortak sorumluluk anlayışına dayalı bir yaklaşım, kilit rol oynamaktadır. Ekip alışması, arzu edilen bir kurum kültürü olmanın ötesinde sağlık çalışanlarını karşılaştıkları zorluklara karşı koruyan, sistemli ve proaktif bir savunma mekanizmasıdır.

Sağlık alışanları için ekip çalışması, en temel tanımıyla, farklı disiplinlerden gelen sağlık profesyonellerinin ortak bir amaç doğrultusunda bilgi, beceri ve sorumluluklarını paylaşarak birlikte hareket etmesidir (156). Ancak son yıllardaki çalışmalar, kavramın daha derin ve farklı bakış açıları içerdiğini göstermektedir. Modern yaklaşımların merkezinde ise mesleklerarası işbirliği ve ortak zihinsel modeller gibi daha sofistike kavramlar yer almaktadır. Etkin bir ekip çalışması, üyelerin birbirlerinin rollerini ve uzmanlık alanlarını tam olarak kavradığı, derin bir interprofesyonel (mesleklerarası) iş birliği sürecini gerektirmektedir (56). Ekip iş birliği modelinin en temel unsuru ekip üyelerinin ortak bir zihinsel model ile hareket etmesidir (58). Ortak zihinsel model, ekip üyelerinin karmaşık bir durumu benzer şekilde algılamasını, atılacak adımları birlikte öngörmesini ve müdahaleleri organize bir şekilde gerçekleştirmesini sağlayan kolektif bir bilişsel yapıdır (157).

Etkin bir ekip çalışması, paylaşılan liderlik anlayışına ve açık iletişim kanallarına sahip bir kurum kültürü gerektirmektedir (156,158). Söz konusu kültürün temelinde, her çalışanın görüşüne eşit değer verildiği ve psikolojik güvenlik ortamının sağlandığı bir yapı yatmaktadır. Ekip çalışmasının benimsendiği kültürlerde hatalar ve olumsuz durumlar

gizlenmemekte, kurumsal bir öğrenme ve gelişim fırsatı olarak değerlendirilmektedir (159,160). Ekip çalışması çalışanlar arasında karşılıklı güven, saygı ve ortak sorumluluk anlayışının varlığıyla beslenen dinamik bir sosyal yapıdır (161).

Etkin bir ekip çalışması; iletişim, koordinasyon ve uyum olmak üzere üç temel dinamik üzerine kuruludur (58). İletişim, bilginin üyeler arasında doğru, zamanında ve eksiksiz bir şekilde paylaşılmasını ifade etmektedir. Özellikle durum, arka plan, değerlendirme ve öneri gibi yapılandırılmış tekniklerin benimsenmesi, bilgi aktarımı sırasında ortaya çıkabilecek olası hataları önemli ölçüde azaltmaktadır (158,162). Koordinasyon, üyelerin eylemlerinin birbiriyle uyumlu ve tamamlayıcı olmasını sağlama sürecidir. Koordinasyonun önemi, özellikle cerrahi operasyonlar gibi ani ve kritik kararların alınmasını gerektiren yüksek riskli alanlarda kendini göstermektedir (163). Uyum, ekibin değişen koşullara göre kendini güncelleme ve üyelerinin becerilerini esnek bir şekilde kullanma yeteneğidir. Acil durumlarda ekip üyelerinin birbirlerinin rollerini geçici olarak üstlenebilmesi, ekibin genel dayanıklılığını ve problem çözme kapasitesini artırmaktadır (157,160).

Ekip çalışmasının hasta güvenliği ve klinik çıktılar üzerindeki olumlu etkileri, literatürde geniş bir şekilde yer bulmuştur (58). Etkin bir ekip çalışması, tıbbi hataların önemli bir kısmını oluşturan bireysel yetersizliklerin ve iletişim kopukluklarının önüne geçerek bakım kalitesini doğrudan artırmaktadır (157). Son yıllarda yapılan çalışmalar yüksek düzeyde ekip iş birliğinin sağlandığı sağlık kurumlarında, hastane enfeksiyonları, tıbbi hatalar ve beklenilmeyen ölüm vakalarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde değişikliğin oluştuğunu ortaya koymaktadır (156,160).

Ekip çalışması, hasta bakımının sürekli ve bütüncül bir yaklaşımla sunulmasına olanak tanımaktadır. Özellikle mesai devir teslimleri sırasında yapılan etkin iş birliği, kritik bilgi kayıplarını engelleyerek hasta güvenliğini doğrudan korumaktadır (157,162). Ekip iş birliği, hastanın iyileşme sürecini olumlu yönde etkileyen terapötik bir müdahale olarak da değerlendirilmektedir (58). Ekip iş birliğinin olumlu etkileri çalışanların ruh sağlığı ve iş tatmini üzerinde de belirleyici bir rol oynamaktadır (156,161).

Örgütler için yenilikçi fikirlerin üretilmesi, problem çözme kapasitesinin artırılması, çalışan motivasyonunun yükseltilmesi, bilgi paylaşımının güçlendirilmesi ve koordinasyonun iyileştirilmesi için etkin bir ekip çalışması gereklidir (59). Son yıllarda yapılan araştırmalar, etkin bir ekip çalışmasının, çalışanların beceri ve yeteneklerinin geliştirilmesinin yanı sıra

yenilikçilik, problem çözme, motivasyon ve koordinasyon gibi alanlarda önemli faydalar sağladığını göstermektedir (60).

Belirli bir hedefe ulaşmak amacıyla bir araya getirilen proje ekipleri, doğası gereği geçici bir yapıya sahip olup iş birliği temelinde hareket ederler. Bu modelin hastane bünyesindeki enfeksiyon kontrol süreçlerine entegre edilmesi oldukça işlevseldir. Örneğin, herhangi bir enfeksiyon yayılımı yaşandığında hızlıca teşkil edilen proje grupları, salgını sınırlandırmak adına özgün stratejiler kurgulayarak bunları hayata geçirebilirler (61). Benzer şekilde, hastaneye yeni dahil edilen enfeksiyon önleme protokollerinin benimsenmesi ve takibi için oluşturulan kısa süreli çalışma grupları, prosedürlerin sisteme başarıyla yerleşmesini temin eder. Hızlı karar alma, yüksek adaptasyon becerisi ve esneklik, bu tür ekiplerin öne çıkan en büyük artılarıdır.

Diğer taraftan, fonksiyonel birimlerin ve proje odaklı grupların sentezi olarak tanımlanan matris yapılar, hem departman yöneticilerinin hem de proje liderinin denetiminde faaliyet göstermektedir. Özellikle çok boyutlu enfeksiyon yönetimi süreçlerinde ve farklı birimler arasında eş güdüm gerektiren durumlarda bu ekip türü büyük avantaj sağlar (62). Enfeksiyon kontrol faaliyetlerinin klinik ve operasyonel açılardan bir bütünlük içerisinde yürütülmesi gerektiği zorlu projelerde, matris ekipler departmanlar arası iletişim köprüsü kurarak sürecin yönetiminde etkin bir rol üstlenmektedir.

Fonksiyonel ekip yapısı, belirli bir uzmanlık alanına veya departmana özgü hedefler doğrultusunda şekillenmektedir. Bu ekipler genellikle birbirine yakın beceri ve yetkinliklere sahip profesyonellerden meydana gelir ve doğrudan o birimin yöneticisi tarafından sevk ve idare edilir. Hastane bünyesindeki enfeksiyon kontrol süreçlerinde de benzer bir yapılanma söz konusu olabilir; örneğin, sadece enfeksiyon önleme üzerine uzmanlaşmış hemşirelerden ve ilgili alan uzmanlarından kurulan bir ekip, protokollerin hayata geçirilmesi ve düzenli olarak takip edilmesi noktasında asli sorumluluğu üstlenmektedir (63). Ayrıca sterilizasyon ve temizlik hizmetleri birimleri de fonksiyonel gruptan oluşan bir yapı sergilemekte; hastane genelindeki hijyenik koşulların korunması ve belirlenen temizlik standartlarının sürekliliğinin sağlanması gibi kritik görevleri yerine getirmektedir.

Çapraz fonksiyonel veya fonksiyonlar arası ekip, bir kuruluşun farklı fonksiyonel alanlarından üyeleri bir araya getiren bir ekiptir. Çeşitli becerilere, uzmanlıklara ve seviyelere sahip üyelerin ortak bir hedef doğrultusunda çalıştığı çok fonksiyonlu bir ekip, sorunların kapsamlı bir şekilde anlaşılmasına katkıda bulunmakta ve uygun çözümlere

ulaşma olasılığını artırmaktadır (64). Ekip üyeleri, belirlenen proje amaçlarına bağlı kalarak rollerini tanımlamaktadır. Klinik birimler, sterilizasyon merkezleri ve bilgi sistemleri gibi hastanenin çok farklı bölümlerinden gelen profesyonellerin bir araya gelmesiyle oluşan çapraz fonksiyonel yapılar, özellikle enfeksiyonların önlenmesine yönelik stratejik planların hazırlanması ve operasyonel süreçlerde devreye alınması konusunda kritik bir görev üstlenmektedir (65). Bu tür ekipler, enfeksiyon yönetimi süreçlerine yaratıcı yaklaşımlar kazandırmak amacıyla geniş bir uzmanlık yelpazesinden gelen yetkin isimlerle ortaklaşa hareket ederler. Söz konusu ekip modelinin temel kazanımları; farklı disiplinlerden beslenen bakış açılarını sentezleyerek inovatif özömlere ulaşması, departmanlar arasındaki eş güdümü artırması ve genel kurum içi iş birliğini desteklemesidir.

Komiteler, belirli konularda karar verme, öneri geliştirme veya problem çözme amacıyla oluşturulan gruplar olarak tanımlanabilir (66). Komiteler, örgütsel yapıyı daha yatay hale getirerek, karar alma süreçlerine çeşitli paydaşların katılımını sağlamaktadır (164). Nozokomiyal enfeksiyonların çok boyutlu doğası ve çeşitli disiplinleri ilgilendiren yapısı, bu konunun yönetiminde kolektif bir çalışma stratejisini zorunlu kılmaktadır. Bu bağlamda, enfeksiyon kontrol komiteleri kurum bünyesindeki birincil ekip olarak öne çıkmaktadır. Söz konusu kurullar; enfeksiyon hastalıkları hekimleri, mikrobiyoloji uzmanları, saha epidemiyologları, klinik hemşireleri ve diğer sağlık çalışanlarının iştirakiyle oluşturulmaktadır (67). Ekip içerisindeki her bir bileşenin sorumlulukları ve işleyişe dair süreçler, yasal mevzuatlar çerçevesinde tanımlanmıştır. Komitenin almış olduğu kararlarda, sürveyans (izlem) verilerinden elde edilen bulgular belirleyici bir kriter teşkil etmektedir (68). Olası salgın durumlarına veya beklenmedik acil gelişmelere karşı proaktif eylem planları kurgulayan bu komiteler, literatürdeki güncel bilimsel çalışmaları takip ederek uygulamalarını sürekli güncel tutmaktadır. Nihayetinde, enfeksiyon yönetimi süreçlerinin başarısı, ekip elemanları arasındaki güçlü iletişim ağına ve uyumlu koordinasyona dayanmaktadır.

Her bir ekip modelinin kendine has nitelikleri ve katkıları mevcuttur; bu modeller hastane enfeksiyonlarını kontrol altına alma süreçlerine uygun biçimde modifiye edilebilir. Örneğin; fonksiyonel yapılar derinlemesine teknik uzmanlık sunarken, proje merkezli gruplar yüksek adaptasyon ve esneklik sağlar. Matris ekipler süreç karmaşasının çözümünde rol oynarken, sanal ekipler mekânsal kısıtları ortadan kaldırmakta; çapraz fonksiyonel yapılar ise inovasyon ve departmanlar arası sinerjiyi desteklemektedir. Bu farklı çalışma modellerinin

kurum içinde stratejik bir şekilde birleştirilmesi, enfeksiyon kontrol faaliyetlerinde verimliliği artıracaktır.

Sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonların engellenmesi ve idaresi, disiplinler arası bir iş birliğini zorunlu kılmaktadır. Mevcut literatürde de belirtildiği üzere, sadece enfeksiyon kontrol komitelerinin çabaları bu alandaki sorunları yönetmek adına yeterli gelmemektedir (69). Dolayısıyla, farklı ekip yapılarının sunduğu avantajları birleştirip enfeksiyon kontrol süreçlerine entegre etmek daha başarılı sonuçlar doğurmaktadır. Bu ekiplerin temel sorumlulukları; vaka verilerinin izlenmesi, enfeksiyonların vaktinde teşhis edilip raporlanması, önleyici tedbirlerin geliştirilmesi ile kurum genelindeki patojen farkındalığının ve direncin artırılmasını kapsamaktadır. Ayrıca personel eğitimi, sterilizasyon ve dezenfeksiyon standartlarının korunması ve kalite geliştirme süreçleri de bu ekiplerin görev alanındadır. Sonuç olarak, enfeksiyon önleme gruplarının kurumsal yönetim süreçleriyle tam anlamıyla uyum içinde çalışması, enfeksiyon yönetiminin başarısı için şarttır.

Enfeksiyonları önlemeye yönelik operasyonel stratejilerin ve müdahale planlarının tasarlanması, sürecin planlama evresini oluşturmaktadır. Başarılı bir planlama mekanizması, enfeksiyon ihtimalini minimize etmek adına önleyici ve hazırlıklı bir yaklaşımı mümkün kılmaktadır. Bu aşamada, hastane ortamındaki enfeksiyon tehlikeleri detaylı bir risk değerlendirmesine tabi tutulmakta, bu doğrultuda öncelikler belirlenmekte; mevcut kurallar ve işleyiş biçimleri gözden geçirilerek personelin bilgi düzeyini artıracak farkındalık çalışmaları kurgulanmaktadır (14).

Risk analizleri aşamasında, ortaya çıkabilecek sorunların gerçekleşme ihtimali ve kuruma olası etkileri analiz edilerek, buna uygun koruyucu önlemler geliştirilmektedir. Özellikle el hijyeni uygulamaları, tıbbi sterilizasyon süreçleri ve hasta izolasyon yönergeleri gibi temel protokoller, yürütülen değerlendirmelerin sonuçlarına dayanarak düzenli olarak güncellenmektedir. Ayrıca sağlık personeline verilen enfeksiyon yönetimi eğitimleri, belirlenen güvenlik prosedürlerinin klinik uygulamalarda daha yüksek bir verimle hayata geçirilmesini temin etmektedir.

Organizasyonel yapılandırma süreci, enfeksiyonlarla mücadele eden ekibin sistematik düzenini ve işleyiş protokollerini ele almaktadır. Bu evrede, ekip üyelerinin vazifeleri ve görev tanımları somutlaştırılmakta, operasyonel iş akışları kurgulanmaktadır. Özellikle

enfeksiyonel verilerin izlenmesi, düzenli raporlanması ve süreç kalitesinin artırılmasına yönelik iş süreçleri bu aşamada tasarlanmakta ve prosedürel çerçeveye oturtulmaktadır.

Yönlendirme evresinde ise enfeksiyon kontrol ekiplerinin saptanan amaçlara ulaşabilmeleri adına gerekli rehberlik sağlanmakta ve ekip üyelerinin motivasyonu desteklenmektedir. Bu aşama, temelde liderlik becerilerinin ve stratejik otoritenin kullanımına odaklanmaktadır (70). Sürecin başarıyla sürdürülebilmesi için ekip üyelerine kılavuzluk yapılması ve kapsamlı eğitimler verilmesi kritik bir öneme sahiptir. Söz konusu eğitim programları, enfeksiyon yönetimine dair en güncel klinik pratikleri ve yeni yaklaşımları içermektedir. Ayrıca, çalışanların motivasyon düzeylerini yükseltmek için teşvik edici bir atmosfer yaratılmakta; elde edilen başarılar takdir edilerek karşılaşılan engellere karşı çözüm odaklı stratejiler üretilmektedir.

Hastane enfeksiyonlarının kontrolünde eşgüdümleme, ekip üyeleri arasında uyumlu çalışmayı ve bilgi akışını sağlamak için gereklidir. Bu aşama, ekip içi koordinasyonu ve iletişimi kapsamaktadır (71). Eşgüdümleme sürecinde ekip içi ve diğer departmanlarla etkili iletişim stratejileri geliştirilmekte, düzenli toplantılar düzenlenmekte, raporlar tutulmakta ve bilgi paylaşımının sürekliliği sağlanmaktadır. Enfeksiyon yönetimi ile ilgili protokoller ve koordinasyon planları oluşturulmaktadır.

Değerlendirme safhası, uygulamaya konulan enfeksiyon önleme yaklaşımlarının verimliliğini saptamayı ve sistemin sürekli gelişimi için gerekli olan bilgi havuzunu oluşturmayı hedefler. Bu doğrultuda, enfeksiyon sıklığı, klinik uygulamalara gösterilen riayet düzeyi ve benzeri temel performans ölçütleri periyodik olarak takibe alınmaktadır (72). Elde edilen bu bulgular, geliştirilen stratejilerin başarı seviyesini analiz etmek adına kritik bir temel oluşturmaktadır. Bununla birlikte, ekip üyelerinden alınan görüş ve dönütler de sürece dahil edilerek, ortaya çıkan sonuçlar temelinde operasyonel iyileştirme çalışmaları gerçekleştirilmektedir.

2.2. Sağlık Hizmetlerinde Temel Riskler ve Risk Yönetimi

Risk kavramı, en genel tanımıyla, bir zarara, kayba veya tehlikeye neden olabilecek bir durumun gerçekleşme potansiyelidir (73). Kurumsal bağlamda ise risk, bir organizasyonun hedeflerine ulaşma sürecinde karşılaştığı belirsizlikleri ifade etmektedir (74). Hedefe giden yolda işleri kolaylaştıran veya zorlaştıran olayların meydana gelme olasılığı ve bu olayların

sonuçlar üzerindeki potansiyel etkisi, riskin genel tesirini anlamada temel bir ölçüt olarak kabul edilmektedir (75).

Risk kavramı, geleneksel ve modern bakış açılarına göre farklı anlamlar taşıtmaktadır. Geleneksel yaklaşım, riski yalnızca "kayıp" ve "zarar" gibi olumsuz sonuçlarla ilişkilendirirken, modern yaklaşımlar bu olumsuz potansiyelin yanı sıra bir "fırsat" içerebileceğini de vurgulamaktadır (75,76). Türkiye'deki iş güvenliği mevzuatı ise geleneksel bakış açısına paralel olarak riski, "tehlikeden kaynaklanacak kayıp, yaralanma ya da başka bir zararlı sonucun ortaya çıkma ihtimali" olarak tanımlamaktadır (77).

Risklerin varlığı, onları tetikleyen risk faktörlerinden ayrı düşünülemez. Endüstriyel ve kurumsal alanlarda en yaygın risk faktörleri; biyolojik, kimyasal ve fiziksel etmenler olarak sınıflandırılmaktadır (78,79). Biyolojik riskler, özellikle enfeksiyöz materyal içeren kesici-delici alet yaralanmaları gibi durumları kapsarken, kimyasal riskler, laboratuvar ortamlarındaki dezenfektanlar, gazlar veya toksik maddelere maruziyet sonucu ortaya çıkmaktadır (80,81). Fiziksel risk faktörleri ise çalışma ortamının niteliğine bağlı olarak radyasyon, gürültü, yetersiz aydınlatma ve genel olarak elverişsiz çalışma koşulları gibi çok çeşitli unsurları içermektedir (1,80,82).

İnsan odaklı çalışma alanlarında ise bu faktörlere ergonomik ve psikososyal riskler de eklenmektedir (78). Uygun olmayan duruş pozisyonları, ağır yük kaldırma veya uzun süreli statik çalışma gibi ergonomik sorunlar, bel fıtığı başta olmak üzere kas-iskelet sistemi rahatsızlıklarına yol açarak önemli bir risk grubu oluşturmaktadır (79,80). Psikososyal boyutta ise iş stresi, zaman baskısı, personel yetersizliği ve çalışanlara yönelik şiddet gibi faktörler, hem bireysel sağlığı hem de kurumsal hizmet kalitesini ve iş güvenliğini doğrudan tehdit etmektedir (81,83).

Kurumsal riskler genel olarak finansal, stratejik ve operasyonel olmak üzere üç temel başlık altında ele alınmaktadır (84). Bir yanda ekonomik krizler, kur dalgalanmaları ve bte açıkları gibi finansal riskler yer alırken; diğer yanda mevzuat değişiklikleri, hatalı strateji tercihleri veya kurum imajını sarsan olaylar gibi stratejik tehditler bulunmaktadır (85). Günümüz organizasyonları için özellikle kritik olan teknolojik altyapı eksiklikleri, veri güvenliği açıkları ve siber saldırılar gibi operasyonel riskler ise genel tabloyu tamamlamaktadır (86).

2.2.1. Sağlık Hizmetlerinde Temel Riskler

Risk olgusu hayatın her alanında kendini gösterse de, doğası gereği karmaşık süreçleri yöneten, hata payının neredeyse olmadığı ve insanla doğrudan etkileşim halindeki sağlık kurumlarında apayrı bir boyut kazanmaktadır (1,87). Sağlık sektöründeki risk, kurumun stratejik hedeflerine ulaşmasını sektöre uğratan bir engel, hasta ve çalışan güvenliğini tehlikeye atan bir belirsizlikler bütünüdür (78,88). Sağlık hizmetlerinin kesintisiz, karmaşık ve insan hayatına doğrudan dokunan yapısı, bu alanı yüksek riskli kılmaktadır (1,78,89).

Sağlık sisteminin özgün yapısı, risk tanımlarına da yansımıştır. T.C. Sağlık Bakanlığı (94) riski, hedefleri "pozitif veya negatif" etkileyebilen bir belirsizlik olarak daha geniş bir çerçevede ele alırken, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ise geleneksel bir bakışla "olumsuz bir sonuç doğurma ihtimali" üzerinde durmaktadır (90,91). Modern anlayış, riski salt bir olumsuzluk olarak görmenin ötesine geçmekte ve onu proaktif bir yaklaşımla yönetilmesi gereken, hem hastalar hem de çalışanlar için potansiyel tehlikeler barındıran bir dinamik olarak kabul etmektedir (92). Sağlıkta risk yönetimi, olası tehditleri önceden saptayıp etkisiz hale getirerek hizmet kalitesini sürekli iyileştirmeyi amaçlayan sistemli bir çaba olarak öne çıkmaktadır (78,87,88,93).

Sağlık çalışanlarını doğrudan tehdit eden risk faktörleri, literatürde yaygın olarak biyolojik, kimyasal, fiziksel, ergonomik ve psikososyal riskler olmak üzere beş ana grupta sınıflandırılmaktadır (78,95,96,97). Biyolojik riskler, kan ve vücut sıvıları aracılığıyla bulaşabilen Hepatit B, Hepatit C ve HIV gibi viral enfeksiyonların yanı sıra, tüberküloz gibi solunum yoluyla yayılan hastalıkları da kapsamaktadır (80,98). Kimyasal riskler ise ameliyathanelerde kullanılan anestetik gazlar, laboratuvarlardaki dezenfektanlar ve özellikle onkoloji servislerinde hazırlanan sitotoksik ilaçlar gibi maddelere maruz kalma tehlikesini ifade etmektedir (99,100).

Fiziksel riskler kategorisinde radyasyon, yüksek düzeyde gürültü ve termal konfor (ısı, nem vb.) sorunları öne çıkarken; ergonomik riskler daha çok çalışma koşullarının bir sonucu olarak belirmektedir. Uzun çalışma saatleri ve bu süreçte benimsenen hatalı vücut duruşları, zamanla ciddi kas-iskelet sistemi bozukluklarına ve meslek hastalıklarına yol açabilmektedir (76,82,96,100,101).

Sağlık kurumları, çalışan odaklı risklerin yanı sıra, kurumsal ve operasyonel düzeyde de finansal, yasal, stratejik ve itibar gibi bir dizi riskle karşı karşıyadır (74,102,103). Finansal

riskler döviz kurlarındaki dalgalanmalar, yetersiz bütçe yönetimi veya kaynak israfı gibi doğrudan ekonomik temelli sorunlardan kaynaklanmaktadır (76,85,93). Stratejik riskler ise daha çok yönetsel kararlarla ilgilidir. Hatalı teknoloji seçimi, üst düzey atamalarındaki ani değişimler veya kilit personelin beklenmedik şekilde kurumdan ayrılması gibi durumlar, kurumun uzun vadeli hedeflerini tehlikeye atabilmektedir (85,93).

Çalışan sağlığını ve kurum iklimini doğrudan etkileyen psikososyal riskler ise ayrı bir önem taşımaktadır. Aşırı iş yükü, vardiyalı çalışmanın getirdiği tükenmişlik ve özellikle acil servisler gibi yoğun birimlerde hasta yakınları tarafından sergilenen şiddet olayları, bu risk grubunun en bilinen örnekleridir (101,104,105,106).

2.2.2. Sağlık Hizmetlerinde Risk Yönetimi

Risk yönetimi, sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliği ve hizmet kalitesi için vazgeçilmez bir unsurdur. En genel tanımıyla sağlıkta risk yönetimi, mevcut risklerin sistemli bir şekilde belirlenmesi, analiz edilmesi ve olumsuz etkilerinin en aza indirilerek hizmet devamlılığının güvence altına alınması sürecidir (74,107). Risk yönetimi süreci, olumsuzlukları engellemeye odaklı reaktif çabaları, stratejik kararlardaki belirsizlikleri ve içerdikleri fırsatları bir başarı aracına dönüştürmeyi hedefleyen proaktif bir yaklaşımdır (74,107). Tüm risk yönetimi faaliyetlerinin merkezinde hasta ve çalışan güvenliğini sağlama ve bakım kalitesini artırma hedefi yer almaktadır (78,88).

Risk yönetiminin temelini oluşturan unsurların başında, hastanelerin kendine özgü yapısı ve misyonu gelmektedir. Doğrudan insan hayatına dokunan faaliyetleri, yoğun teknoloji kullanımı ve iç içe geçmiş karmaşık süreçler, sağlık kurumlarını doğası gereği yüksek riskli bir ortama dönüştürmektedir. Yüksek risklilik, risk yönetimini bir zorunluluk haline getirmektedir (1,78,91,107). Zorunluluğun temel amaçları, tıbbi hataları en aza indirmek, kazaları önleyerek finansal kayıpların önüne geçmek ve tüm faaliyetlerin yasal mevzuatlarla tam uyum içinde olmasını sağlamaktır (74,88,108).

Sağlık kuruluşlarında etkin bir risk yönetimi, olaylar meydana gelmeden önlem almayı hedefleyen proaktif bir yaklaşımı zorunlu kılmaktadır (109,110). Söz konusu yaklaşım, belirli adımları izleyen sistematik bir süreç üzerine kuruludur. Sürecin ilk ve en temel adımı risklerin tanımlanmasıdır. Bu aşamada, geçmiş olay kayıtları, hasta şikâyetleri, finansal raporlar ve benzeri veri kaynakları incelenerek potansiyel tehdit ile tehlikeler proaktif bir şekilde belirlenmektedir (1,78,110,111). Tanımlanan riskler, ikinci adım olan analiz ve

değerlendirme aşamasına tabi tutulmaktadır. Burada her bir riskin gerçekleşme olasılığı ile gerçekleşmesi durumunda yaratacağı etki (finansal, operasyonel, itibari vb.) analiz edilmektedir. Yapılan analiz sonucunda riskler, taşıdıkları önem derecesine göre bir öncelik sırasına konulmaktadır (1,78,109,111).

Üçüncü adım, önceliklendirilen risklere yönelik kontrol ve müdahale stratejilerinin geliştirilmesidir. Geliştirilen stratejiler; riski kabul etme, riskten kaçınma, riski transfer etme (örneğin sigortalama) veya riskin etkisini azaltmaya yönelik önlemler alma gibi çeşitli eylemleri içerebilmektedir (74,112). Risk Yönetimi süreci izleme ve gözden geçirme adımı ile döngüsel bir yapıya kavuşmaktadır. Nihai aşama, alınan önlemlerin etkinliğinin düzenli olarak takip edilmesini ve değişen iç veya dış koşullara göre risk yönetim planlarının sürekli güncellenmesini sağlamaktadır. Bu aşamanın sonunda risk yönetimi, statik bir belge olmaktan çıkıp yaşayan, dinamik bir süreç haline gelmektedir (74,110,111).

Sağlık sektöründe risklerin analizi ve yönetimi için çeşitli metodolojiler benimsenmiştir. Bunlar arasında, kullanım kolaylığı ve anlaşılabilirliği nedeniyle kamu hastanelerinde sıkça tercih edilen L Tipi Matris (5x5) Yöntemi öne çıkmaktadır (78,107). Daha hassas ölçümler gerektiren durumlar için ise, standart olasılık ve şiddet parametrelerine "tehlikeye maruz kalma sıklığı"nı da ekleyen Fine-Kinney Metodu kullanılmaktadır (78,113). Özellikle laboratuvar ve cerrahi gibi yüksek riskli alanlarda ise, hataları henüz oluşmadan önce öngörüp önlemeyi hedefleyen proaktif bir araç olan Hata Türleri ve Etkileri Analizi (HTEA/FMEA) gibi daha sofistike yöntemlere başvurulmaktadır (108,114).

Sağlık kurumlarındaki risk olgusu, bir yanda çalışanları ve hastaları doğrudan tehdit eden biyolojik, kimyasal, fiziksel, ergonomik ve psikososyal faktörleri; diğer yanda ise kurumun genelini etkileyen finansal, yasal ve stratejik belirsizlikleri içeren çok katmanlı bir yapı arz etmektedir (78,96). Geniş risk yelpazesi içinde, sürekli bir maruziyet barındıran biyolojik riskler, sağlık çalışanlarının karşılaştığı en ciddi ve öncelikli tehditlerden biri olarak öne çıkmaktadır (80,98). Biyolojik risklerin en somut ve önlenebilir çıktılarından biri olan hastane kaynaklı enfeksiyonlar, hem hasta güvenliği hem de çalışan sağlığı için küresel bir sorun teşkil etmektedir (34,94,115). Bilimsel kanıtlar, enfeksiyonlarla mücadelenin temel taşının, yüksek farkındalığa dayalı bireysel korunma davranışlarının titizlikle uygulanması olduğunu göstermektedir (165).

Sağlık personelinin hastane enfeksiyonlarına dair bilgi birikimi, konuya yönelik tutumları ve sergilenen tutumların klinik pratiklere yansımaları, kurumsal risk yönetimi stratejilerinin

başarısını doğrudan belirleyen bir faktör haline gelmektedir. Dolayısıyla, çalışanların ilgili alandaki farkındalık düzeylerinin derinlemesine analiz edilmesi; kanıta dayalı, etkin risk azaltma politikaları geliştirmek ve hasta güvenliği kültürünü kurumun geneline yaymak adına vazgeçilmez bir adımdır.

2.3. Sağlık Çalışanlarının Hastane Enfeksiyonlarına Yönelik Farkındalıkları

Hastane enfeksiyonları, en genel tanımıyla, hastaneler veya diğer sağlık hizmeti ortamlarında kazanılan enfeksiyonlardır (6,116,117). Literatürde "Nozokomiyal Enfeksiyon" veya "Sağlık Bakımı ile İlişkili Enfeksiyonlar" olarak da adlandırılan kavram, spesifik bir tanı kriterine dayanmaktadır (6,117,118). Bir enfeksiyonun "hastane kaynaklı" olarak kabul edilebilmesi için, hastanın sağlık kuruluşuna başvurduğu sırada enfeksiyon belirtisi göstermemesi ve hastalığın kuluçka döneminde olmaması gerekmektedir. Enfeksiyonun, genellikle hastaneye yatıştan 48 ila 72 saat sonra veya taburculuğu takip eden 10 ila 21 günlük süre içinde ortaya çıkması beklenmektedir (116,119,120).

Hastane enfeksiyonları, küresel ölçekte önemli bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir (6,116,117). Enfeksiyonların görülme sıklığını ve özellikle hangi birimlerde yoğunlaştığını belirlemek, önleyici stratejilerin geliştirilmesi ve sürecin etkin yönetimi için kritik bir öneme sahiptir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verileri, dünya genelinde hastaneye yatan her 100 hastadan yaklaşık 5'inin sağlık hizmeti ilişkili bir enfeksiyona yakalandığını göstermektedir (4,5,119). Enfeksiyon riski, hastanenin tüm birimlerinde eşit dağılmamaktadır. Yapılan çalışmalar, hastane enfeksiyonlarının yoğun bakım ünitelerinde (YBÜ) diğer servislere kıyasla 5 ila 10 kat daha sık görüldüğünü ortaya koymaktadır (5,115,121,122,123). YBÜ'lerdeki durumun ciddiyeti, spesifik verilerle daha da netleşmektedir. Bazı araştırmalar, yoğun bakımda yatan hastaların dörtte birinin (%25) hastane enfeksiyonuna yakalandığını ve enfeksiyon yayılım hızlarının %5 ile %64 gibi geniş bir aralıkta değişebildiğini bildirmektedir (121). Yoğun bakım ünitelerinde enfeksiyon oranları zirve yaparken, cerrahi kliniklerde nispeten daha düşük oranlar gözlemlenmektedir (124,125). Yenidoğan üniteleri ise kendine özgü bir dinamik sergiler; enfeksiyon riski, bebeğin gestasyon yaşı ve doğum ağırlığı ile ters orantılıdır. Söz konusu ünitelerdeki enfeksiyon oranları, %5 ila %66 gibi oldukça geniş bir aralıkta değişebilmektedir (126). Enfeksiyonların yaygınlığı birimden birime değiştiği gibi, her birimde öne çıkan enfeksiyon türleri de farklılaşabilmektedir. Her bir enfeksiyon türünün kendine özgü risk alanlarını,

yayılım süreçlerini ve görülme sıklığını bilmek, kanıta dayalı ve hedefe yönelik önleme stratejileri geliştirmek için temel bir gerekliliktir.

1. Üriner Sistem Enfeksiyonları (ÜSE): Hastanelerde en sık karşılaşılan enfeksiyon türü olan ÜSE, tüm hastane enfeksiyonlarının yaklaşık %40'ını oluşturmaktadır (127,128). Genellikle üretral kateter kullanımıyla tetiklenen bu enfeksiyonlar, özellikle uzun süreli kateterizasyon durumlarında polimikrobiyal (birden fazla mikroorganizmanın neden olduğu) bir nitelik kazanabilmektedir (128). Kateter takılma süreçlerindeki aseptik kurallara uyumun ve kateter bakımının önemi, bu noktada kritik bir rol oynamaktadır.

2. Cerrahi Alan Enfeksiyonları (CAE): Cerrahi operasyonları takiben ortaya çıkan en yaygın komplikasyonlardan biri olan CAE, operasyondan sonraki 30 ila 90 gün içinde gelişebilmektedir (5). Enfeksiyonun oluşma riski ve yayılımı, cerrahi kesinin boyutu ve derinliği gibi faktörlere bağlı olarak değişkenlik göstermektedir (5,124).

3. Ventilatörle İlişkili Olay (VİO): Tüm hastane enfeksiyonlarının %10-20'sini oluşturan VİO, özellikle yoğun bakım ünitelerinde mekanik ventilasyon (solunum cihazı) desteği alan hastalarda görülmektedir (122,129). Son yıllarda, K. pneumoniae nedeniyle hastanede edinilen enfeksiyonlarda önemli artış yaşandığından bu enfeksiyonlardan sorumlu olan K. pneumoniae suşlarının antibiyotik direnç genlerini ve virülans özelliklerini aydınlatmak için çok sayıda çalışma yapılmıştır (130,131). Çam ve ark. (153) çalışmalarında K. pneumoniae izolatlarında biyofilm oluşumu ile ilişkili anahtar virülans genleri tespit etmişler, bu suşların VAP hastalarında endotrakeal tüplerin yüzeyinde biyofilm oluşturabildiğini ve enfeksiyon gelişimine önemli ölçüde katkıda bulunduğunu ortaya koymuşlardır. Solunum cihazına bağlı tedavi süreçleri, bu enfeksiyon türü için en önemli risk faktörünü oluşturmaktadır (122,132).

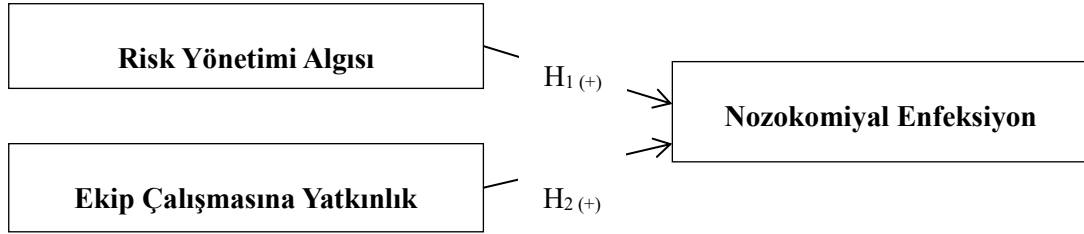
4. Kan Dolaşımı Enfeksiyonları (KDE): Yüksek mortalite (ölüm) oranları ile ilişkili olan kan dolaşımı enfeksiyonları, hastane kaynaklı enfeksiyonlar arasında özel bir öneme sahiptir (5). Enterokoklar, hastane kaynaklı kan dolaşımı enfeksiyonlarının önemli nedenlerindendir. Uzun süreli hastane yatışları, uzun süreli geniş spektrum lu antibiyotiklerin kullanımı ve altta yatan önemli alt hastalıklar dirençli enterokok kolonizasyonu ve enfeksiyonları için artırmaktadır (5). Kan dolaşımı enfeksiyonlarının yaklaşık %40'ının kateter kaynaklı olduğu tahmin edilmektedir. Kateterlerin takılması ve bakımı sırasında aseptik koşullara titizlikle uyulması, enfeksiyon kontrol stratejilerinin merkezinde yer almaktadır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın modeli ve hipotezlerine, evren ve örnekleme, araştırmanın sınırlılıklarına, veri toplama araçlarına, verilerin analizine ve araştırma etiğine yer verilmiştir.

3.1. Araştırmanın Modeli ve Hipotezleri

Araştırma modeli aşağıdaki Şekil 1’de yer almaktadır.



Şekil 3.1: Araştırma modeli.

H1: Sağlık çalışanlarının risk yönetimi algısı nozokomiyal enfeksiyon inanç ve tutumları pozitif yönde etkilemektedir.

H2: Sağlık çalışanlarının ekip çalışmasına yatkinlıkları nozokomiyal enfeksiyon inanç ve tutumları pozitif yönde etkilemektedir.

3.2. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini Kırşehir ilinde bulunan Sağlık Bakanlığı’na bağlı kurumlardaki sağlık çalışanları oluşturmaktadır. Sağlık Bakanlığı istatistiklerine (135) göre Kırşehir’de 1846 sağlık personeli yer almaktadır. Çalışmada basit tesadüfi örnekleme yöntemi kullanılmıştır (133). 462 sağlık çalışanından veri toplanmıştır. Literatürde evren sayısı belli olduğunda 384 örneklem sayısının yeterli olduğu belirtilmektedir (134).

3.3. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri, çevrimiçi anket yoluyla toplanmıştır. Veri toplama formu dört bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışılan alan, çalışma yılı ve mesleğe ilişkin 6 demografik soru bulunmaktadır. Anketin ikinci bölümünde Eraslan ve Çimen (136)'nin Sağlık ve Fitness Tesislerinde Risk Yönetimi Ölçeği yer almaktadır. Ölçek 34 ifade ve üç alt boyuttan oluşmaktadır. Anketin üçüncü bölümünde Meslekler Arası Ekip İş Birliğinin Değerlendirilmesi Ölçeği bulunmaktadır, 3 boyut ve 33 ifadeden oluşmaktadır. Bu ölçek Orchard, King, Khalili, Bezzina tarafından 2012 yılında geliştirilmiş, 2018 yılında Orchard, Pedersen, Read, Mahler, Laschinger tarafından revize edilmiştir. Anketin son bölümünde ise araştırmacılar tarafından geliştirilen nozokomiyal enfeksiyon inanç ve tutum ölçeği yer almaktadır ve bu ölçek 35 ifadeden ve 5 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekler 5'li Likert yapıdadırlar ve ölçeklere verilen puanlamalar 1= “Kesinlikle Katılmıyorum” ile 5= “Kesinlikle Katılıyorum” şeklinde derecelendirilmiştir. Çalışmaya ait veri toplama formu EK 1’de sunulmuştur (Bkz. EK-1).

3.3.1 Meslekler Arası Ekip İşbirliğinin Değerlendirilmesi Ölçeği

Orchard ve arkadaşları (138) tarafından literatüre kazandırılan Meslekler Arası Ekip İş Birliğinin Değerlendirilmesi Ölçeği (MEİDÖ); Kanada’daki farklı klinik çalışma alanlarında ekiplerin sergilediği iş birliği seviyelerini analiz etmek, sağlık hizmeti sunulan ortamlardaki uygulamaları incelemek ve hasta katılımının ekip süreçlerine dahil edilme düzeyini ölçmek amacıyla tasarlanmıştır. Bu ölçek (137), performans takibi, sürekli mesleki gelişim faaliyetleri ve ekip pratiklerinin nitel değerlendirmesi gibi pek çok farklı alanda kullanıma uygun, çok yönlü bir ölçüm aracı niteliğindedir.

Meslekler Arası Ekip İş Birliğinin Değerlendirilmesi Ölçeği'nde elde edilen toplam puanlar, her bir alt boyuta ait maddelerin aritmetik ortalamasının hesaplanmasıyla belirlenmektedir. Bu hesaplama yöntemi sonucunda, katılımcıların alabileceği puan aralığı 23 ile 115 olarak tanımlanmıştır (137, 140). Ölçeğin uygulama sürecinde; 1'den 5'e kadar derecelendirilen (1: Asla, 2: Nadiren, 3: Bazen, 4: Çoğu zaman, 5: Her zaman) beşli Likert yapısı kullanılarak, katılımcıların ekip iş birliğine yönelik algıları sistematik olarak ölçülmektedir. Ölçeğin (MAEİÖ-II) psikometrik yapısının ortaya konulmasının ardından, hem ilk versiyonu hem de geliştirilen güncel formu, farklı kültürlerde ve coğrafyalarda ekip içi iş birliği düzeyini belirlemek amacıyla sıklıkla tercih edilmiştir. Bu bağlamda ölçek, Fransızca, İspanyolca,

İsveççe, Japonca, Almanca, Portekizce ve Ruandaca gibi çeşitli dillerin yanı sıra çok sayıda farklı dile de adapte edilerek evrensel bir kullanım alanı bulmuştur (137).

Ölçeğin Türkçeye uyarlaması Terlemez ve ark. (141) tarafından yapılmıştır. Terlemez vd. çalışmasında 23 madde, ortaklık, dayanışma ve koordinasyon olmak üzere üç faktör yapısından oluşan model ortaya koymuştur. Ölçeğin güvenilirliği Cronbach's Alpha (α) ve McDonald'ın Omega (ω) katsayıları ile ölçülmüş olup, genel Cronbach's Alpha 0,971; ortaklık faktörü için 0,962; dayanışma faktörü için 0,971 ve koordinasyon faktörü için 0,964 olarak tespit edilmiştir (141).

3.3.2. Sağlık ve Fitness Tesislerinde Risk Yönetimi Ölçeği

Sağlık ve Fitness Tesislerinde Risk Yönetimi Ölçeği 24 maddeden oluşmaktadır ve 5'li Likert tiptedir. Üç farklı boyuta (yapı ve tasarım, üye hizmetleri, program) sahip ölçeğin faktör yükleri, 0,32 ile 0,75 aralığında, Cronbach alfa katsayıları ise 0,85 ile 0,90 aralığındadır. Sağlık tesislerinin ciddi sorunlara yol açabilecek risk durumlarını değerlendirmeleri ve güvenli bir ortam sağlamaları sorumlulukları bulunmaktadır. Sağlık çalışanlarının sağlık kuruluşlarındaki risklere yönelik farkındalıkları, risklerin yönetimi açısından önem arz etmektedir. Bu ölçek ile sağlık tesislerinde hizmet sunumuna yönelik, hizmet alanlara yönelik, yapı ve tasarıma yönelik riskler sağlık çalışanlarının gözüyle değerlendirilmektedir (136).

3.3.3. Nozokomiyal Enfeksiyon İnanç ve Tutum Ölçeği

Araştırmacılar tarafından geliştirilen Nozokomiyal Enfeksiyon İnanç ve Tutum Ölçeği 5 faktör (İzolasyon, İnvaziv Girişim, El Hijyeni, Vio, Cerrahi Alan Enfeksiyonu) ve 35 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin Cronbach's Alpha katsayısı 0,890 olup elde edilen beş faktörlü yapı toplam varyansın %77,2'sini açıkladığından, ölçeğin ölçmek istediği yapıyı güçlü biçimde temsil etmektedir. "Diren insizyon yerinin enfeksiyon açısından dikkatli takibinin cerrahi alan enfeksiyonlarını önlemede önemli olduğunu düşünüyorum.", "Eldiven, maske, bone ve önlük giyme ve çıkarma sırasının önemli olduğunu düşünürüm.", "Sırt üstü yatış pozisyonunun VİO riskini artırdığına inanıyorum." ölçeğin örnek maddelerindendir. Bu ölçek ile sağlık çalışanlarının hastane enfeksiyonu farkındalıkları öz bildirim yoluyla ölçümlenmektedir.

3.4. Veri Analizi

Araştırmanın verileri toplandıktan sonra SPSS 29 programına yüklenmiştir ve tanımlayıcı istatistiki analizler yapılmıştır. Ölçeklerin güvenilirlik analizleri iç tutarlılık katsayısı yöntemiyle, geçerlilikleri ise açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi yöntemiyle incelenmiştir. Araştırmacılar tarafından geliştirilen Nozokomiyal Enfeksiyon İnanç ve Tutum Ölçeği ile diğer ölçekler arasında korelasyon analizi yaparak ölçeğin kriter geçerliliği doğrulanmıştır. AMOS 21 programında yapısal eşitlik modeli analizi ile ölçekler arası ilişkiler incelenmiştir.

3.5. Etik Hususlar

Etik kurul onayı, Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'ndan (Bkz. EK-2) 16.10.2024 tarih ve 2024/11/09 karar numarasıyla alınmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde, araştırmanın alt problemleri ile ilgili olan verilerin çözümlenmesi sonucu elde edilen bulgular yer almaktadır. Katılımcılara ait demografik bilgiler Tablo 4.1 de verilmiştir.

Tablo 4.1: Katılımcıların demografik özelliklerine göre dağılımları (N:462).

Yaş	Sayı	Yüzde	Çalışılan alan	Sayı	Yüzde
20-29	346	74,9	Poliklinik	175	37,9
30-39	65	14,1	Klinik	188	40,7
40-49	39	8,4	Ameliyathane	67	14,5
50+	12	2,6	Röntgen	9	1,9
			İdari birim	23	5,0
Cinsiyet	Sayı	Yüzde	Medeni durum	Sayı	Yüzde
Erkek	127	27,5	Evli	110	23,8
Kadın	335	72,5	Bekâr	352	76,2
Çalışma yılı	Sayı	Yüzde	Meslek	Sayı	Yüzde
1-5	327	70,8	Hekim	10	2,2
6-10	29	6,3	Hemşire	339	73,4
11-25	12	2,6	Ebe	1	0,2
16-20	33	7,1	Laboratuvar Teknikeri	1	0,2
21-25	36	7,8	Tıbbi Görüntüleme Teknikeri	3	0,6
26 ve üstü	25	5,4	Anestezi Teknikeri	3	0,6
			Diğer	105	22,7

Tablo 4.1’de katılımcıların %74,9’u (346 kişi) 20-29 yaş, % 14,1’i (65 kişi) ise 30-39 yaş, %8,4’ü (39 kişi) 40-49 yaş ve %2,6’sı (12 kişi) 50 yaş ve üzerinde yer almaktadır. Katılımcıların % 27,5’i (127 kişi) erkeklerden, % 72,5’i (335 kişi) kadınlardan oluşmaktadır ve % 23,8’i (110 kişi) evli, % 76,2’si (352 kişi) ise bekârdır. İşyerindeki çalıştıkları alan incelendiğinde % 37,9’u (175 kişi) poliklinikte, % 40,7’si (188 kişi) klinikte, % 14,5’i (67

kişi) ameliyathanede, % 1,9'u (9 kişi) röntgende ve % 5'i (23 kişi) idari birimde çalışmaktadırlar. Çalışma yılına bakıldığında % 70,8'i (327 kişi) 1-5 yıl arası, % 6,3'ü (29 kişi) 6-10 yıl arası, % 2,6'sı (12 kişi) 11-25 yıl arası, % 7,1'i (33 kişi) 16-20 yıl arası, % 7,8'i (36 kişi) 21-25 yıl arası ve % 5,4'ü (25 kişi) 26 yıl ve üzerinde bulundukları işte çalışmışlardır. Katılımcıların meslekleri incelendiğinde % 2,2'si (10 kişi), % 73,4'ü (339 kişi) hemşire, % 0,2'si (1 kişi) ebe, % 0,2'si (1 kişi) laboratuvar teknikeri, % 0,6'sı (3 kişi) tıbbi görüntüleme teknikeri, % 0,6'sı (3 kişi) anestezi teknikeri ve % 22,7'si (105 kişi) diğer meslek grubunda yer almaktadır.

Aşağıdaki Tablo 4.2'de ölçeklere ilişkin ortalama ve standart sapma, çarpıklık ve basıklık değerleri yer almaktadır:

Tablo 4.2: Ölçeklerin normal dağılımı ve faktör ortalamaları.

	Alt Boyut	Ortalama($\bar{x}$)	Standart sapma (ss)	Çarpıklık (Sk)	Basıklık (Ku)
Nozokomiyal Enfeksiyon	İnvaziv Girişim (N1)	2,12	0,50076	0,131	0,614
	İzolasyon (N2)	2,60	0,92105	-0,195	-0,851
	El Hijyeni (N3)	4,18	0,37967	1,003	0,382
	Cerrahi Alan Enfeksiyonu (N4)	4,17	0,38312	0,675	1,091
	Ventilatör İlişkili Olay (N5)	4,19	0,42438	-0,094	1,137
Risk Yönetimi	Yapı ve Tasarım (R1)	3,57	0,80831	-0,206	0,078
	Politika (R2)	3,28	0,90331	0,032	-0,095
	Üye Hizmetleri (R3)	3,42	0,85332	-0,035	0,031
Ekip Çalışması	Ortaklık (E1)	3,34	0,98354	-0,357	-0,205
	Dayanışma (E2)	3,65	1,03155	-0,817	0,219
	Koordinasyon (E3)	2,72	1,12254	0,435	-0,233

Çarpıklık değerleri -0,817 ile 1,003; basıklık değerleri ise -0,851 ile 1,137 aralığında değişmektedir. Bu sonuç veri setinin normal dağılım gösterdiğini ve tüm ifadelerin kabul edilebilir sınırlarda olduğunu ortaya koymaktadır.

Katılımcıların Nozokomiyal Enfeksiyon İnanç ve Tutum Ölçeği ifadelerine verdikleri cevaplar incelendiğinde; *Ventilatör İlişkili Olay Boyutunun* ($\bar{x}=4,19$) en yüksek, *İnvaziv Girişim Boyutunun* ($\bar{x}=2,12$) en düşük ortalamaoya sahip olduğu görölmektedir. Risk Yönetimi Ölçeğinde Yapı ve Tasarım Boyutu ($\bar{x}=3,57$) en yüksek, *Politika Boyutu* ($\bar{x}=3,28$) en düşük ortalamaoya sahiptir. Ekip Çalışması Ölçeğinde ise Dayanışma Boyutu ($\bar{x}=3,65$) en yüksek, *Koordinasyon Boyutu* ($\bar{x}=2,72$) en düşük ortalamaoya sahiptir (Tablo 4.2).

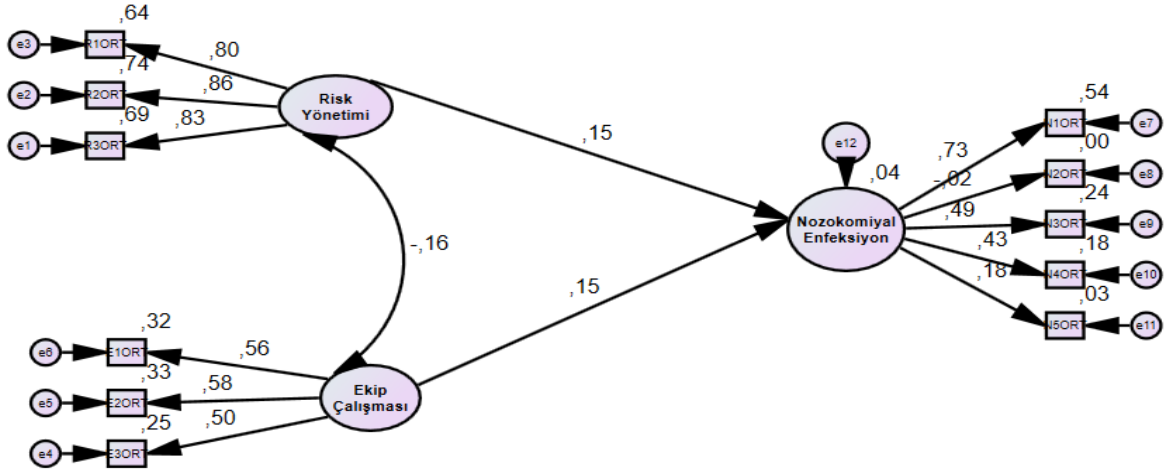
Çalışmada, Nozokomiyal Enfeksiyon İnanç ve Tutum Ölçeği'nin bazı alt boyutlarında el hijyeni ve VİO boyutların da yüksek düzeyde farkındalık saptanırken, invaziv girişim ile izolasyon boyutlarının düşük–orta düzeylerde kalması katılımcıların nozokomiyal enfeksiyonlara ilişkin tutumlarında farklılaşmalar olduğunu göstermiştir. Risk Yönetimi Ölçeği puanlarının tamamının orta-yüksek düzey aralığında yer alması, katılımcıların risk yönetimi konusunda genel olarak yeterli farkındalığa sahip olduğunu düşündürmektedir. Ekip Çalışması Ölçeği'nde ise ortaklık ve dayanışma alt boyutları orta-yüksek düzeyde olumlu tutum gösterirken, koordinasyon boyutunun düşük çıkması ekip içi iletişim, geri bildirim veya karar süreçlerinde iyileştirme gerektiren noktalar olabileceğine işaret etmektedir. Bu sonuçlar birlikte değerlendirildiğinde, katılımcıların genel farkındalık ve tutum düzeylerinin olumlu olmakla birlikte belirli alanlarda geliştirmeye ihtiyaç duyulduğu görölmektedir. Ölçeklerin açıklayıcı faktör analizi (AFA) sonuçlarına aşağıdaki Tablo 4,3'te yer verilmektedir.

Tablo 4.3: Ölçeklerin açıklayıcı faktör analizi sonuçları.

Ölçekler	Faktör Simgeleri	Özdeğer (λ)	Açıklanan varyans (%)	Güvenilirlik (Cronbach Alfa) α
Nozokomiyal Enfeksiyon İnanç ve Tutum Ölçeği KMO: ,821 Barlett: 21234,371 p<0,001 C. Alfa: 0,890	N1	10,502	30,005	0,967
	N2	5,561	15,889	0,950
	N3	3,867	11,048	0,927
	N4	3,638	10,394	0,926
	N5	3,465	9,899	0,909
Ekip Çalışmasına Ölçeği KMO: ,759 Barlett: 1664,015 p<0,001 C. Alfa: 0,796	E1	3,520	39,112	0,844
	E2	1,576	17,513	0,731
	E3	1,483	16,482	0,844
Risk Yönetimi Ölçeği KMO: ,938 Barlett: 5622,381 p<0,001 C. Alfa: 0,945	R1	9,193	54,078	0,910
	R2	1,513	8,901	0,888
	R3	1,094	6,434	0,884

Nozokomiyal Enfeksiyon Tutum ve İnanç Ölçeği'ne ilişkin yapı geçerliliği ve güvenilirlik analizleri incelendiğinde, KMO değerinin 0,821 olması örneklemin faktör analizi için “çok iyi” düzeyde uygun olduğunu göstermektedir. Ölçeğin Cronbach's Alpha katsayısı 0,890 olup, yüksek iç tutarlılığa işaret etmektedir. Elde edilen beş faktörlü yapı toplam varyansın %77,2'sini açıkladığından, ölçeğin ölçmek istediği yapıyı güçlü biçimde temsil ettiği söylenebilir. Ekip Çalışması Ölçeği için KMO = 0,759 değeri örneklemin yeterli olduğunu göstermekte; 0,796 Cronbach's Alpha değeri ise kabul edilebilir düzeyde güvenilirlik sunmaktadır. Bu ölçeğin üç faktörlü yapısı toplam varyansın %73,1'ini açıkladığı için, alt boyutların anlamlı ve istatistiksel olarak güçlü olduğu söylenebilir. Risk Yönetimi Ölçeği'nde KMO = 0,938 değeri “mükemmel” olarak değerlendirilmektedir ve örneklemin faktör analizi için son derece uygun olduğunu göstermektedir. Ayrıca 0,945 Cronbach's Alpha değeri, ölçeğin çok yüksek düzeyde iç tutarlılığa sahip olduğuna işaret etmektedir. Ölçeğin üç faktörlü yapısının toplam varyansın %69,4'ünü açıklaması, yapının güvenilir ve geçerli olduğunu desteklemektedir. Genel olarak, tüm ölçeklerin faktör yapılarının ve

güvenilirlik düzeylerinin kabul edilebilir sınırların üzerinde olduğu, özellikle Risk Yönetimi ve Nozokomiyal Enfeksiyon İnanç ve Tutum ölçeklerinin oldukça güçlü psikometrik özellikler sergilediği söylenebilir.



Şekil 4.1: Sağlık çalışanlarının risk yönetimi ve ekip çalışmasına yatkınlıklarının nozokomiyal enfeksiyon inanç ve tutumlarına etkisine yönelik DFA yol şeması.

Şekil 4.1’de ele alınan verilerin ölçme modeline uyumu CMIN/DF (χ^2/sd), RMSEA, GFI, CFI, NFI ve IFI indisleri ile test edilmiştir. Elde edilen bulgulara göre, *RMSEA*: $0,035$; *GFI*: $0,975$; *CFI*: $0,976$; *NFI*: $0,936$; *IFI*: $0,976$ göstergeleri açısından verilerle uyumlu olduğu görülmektedir (143,144,145,146,147).

Tablo 4.4: Risk yönetimi ve ekip çalışmasına yatkınlıklarının nozokomiyal enfeksiyon inanç ve tutumlarına etkisi.

			β	SE	t	p
Sağlık çalışanlarının risk yönetimi algısı	→	Sağlık çalışanlarının nozokomiyal enfeksiyon inanç ve tutumları	,123	,049	1,966	,000
Sağlık çalışanlarının ekip çalışmasına yatkınlıkları	→	Sağlık çalışanlarının nozokomiyal enfeksiyon inanç ve tutumları	,146	,079	1,843	,000
Sağlık çalışanlarının risk yönetimi algısı	↔	Sağlık çalışanlarının ekip çalışması algısı	-,163	,028	2,347	,000

Tablo 4.4'e göre sağlık çalışanlarının risk yönetimi algısı nozokomiyal enfeksiyon inanç ve tutumlarını pozitif yönde etkilemektedir ($\beta = 0,123$, $t = 1,966$, $p < 0,001$). *Dolayısıyla H1 hipotezi kabul edilmektedir.* Bunun yanısıra sağlık çalışanlarının ekip çalışması algısının nozokomiyal enfeksiyon inanç ve tutumlarını pozitif yönde etkilemektedir ($\beta = 0,146$, $t = 1,843$, $p < 0,001$). *Bu bağlamda H2 hipotezi de kabul edilmektedir.* Ayrıca çalışma kapsamında, sağlık çalışanlarının risk yönetimi algısı ile ekip çalışmasına yatkınlık değişkenleri arasında negatif korelasyon belirlenmiştir ($\beta = - 0,163$, $t = 2,347$, $p < 0,001$).

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Kırşehir’de sağlık çalışanlarına yönelik gerçekleştirilen bu çalışmada, ekip çalışmasına yatkınlık ve risk yönetimi algısının hastane enfeksiyonu farkındalığı üzerindeki rolünün belirlenmesi amaçlanmıştır. Elde edilen demografik bulgulara göre katılımcıların çoğunluğu kadınlardan oluşmakta, 1-5 yıldan beri hemşirelik mesleğini icra etmekte, 20-29 yaş aralığında yer almakta ve klinikte çalışmaktadırlar.

Bu araştırmada yapısal eşitlik modeli analizi sonuçlarına göre sağlık çalışanlarının risk yönetimi algılarının nozokomiyal enfeksiyonlara yönelik inanç ve tutumlarını pozitif yönde ve anlamlı biçimde etkilediği belirlenmiştir. Buna göre çalışanların riskleri tanıma, değerlendirme ve önleme konusundaki farkındalıkları arttıkça hastane enfeksiyonlarına ilişkin farkındalıklarının, inançlarının ve koruyucu tutumlarının da güçlendiği anlaşılmaktadır.

Literatürde nozokomiyal enfeksiyonların önlenmesine yönelik çalışmalar incelendiğinde, enfeksiyon kontrolünün çok boyutlu bir risk yönetimi süreci olarak ele alındığı görülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü’nün cerrahi alan enfeksiyonlarının önlenmesine yönelik kanıta dayalı önerilerinde, enfeksiyon risklerinin ameliyat öncesi, sırası ve sonrasında bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (148). Benzer şekilde akut bakım hastanelerinde enfeksiyonların önlenmesine yönelik stratejilerin; risk değerlendirmesi, süreç izleme, çalışan eğitimi ve güvenlik kültürü bileşenlerini kapsadığı belirtilmektedir (149). Bu çerçevede risk yönetimi algısı yüksek olan çalışanların, enfeksiyon oluşumuna yol açabilecek süreç hatalarını daha erken fark etmeleri ve önleyici uygulamalara daha fazla önem vermeleri beklenmektedir. Hastane enfeksiyonlarının görülme sıklığı ve risk faktörlerini inceleyen ampirik çalışmalar da bu ilişkiyi dolaylı olarak desteklemektedir. Üçüncü basamak hastanelerde cerrahi alan enfeksiyonlarının değerlendirildiği çalışmalarda invaziv girişimler, sterilizasyon süreçleri ve çevresel faktörlerin etkin risk yönetimiyle kontrol altına alınabileceği gösterilmiştir (124). Yoğun bakım ünitelerinde yürütülen analizlerde ise hasta yoğunluğu, cihaz kullanımı ve bakım süreçlerindeki aksaklıkların enfeksiyon riskini artırdığı, bu nedenle sistematik risk izleme mekanizmalarının kritik olduğu vurgulanmıştır (120). Risk yönetimine bulgular, çalışanların

risk farkındalığı yükseldikçe enfeksiyonlara yönelik inanç ve önleme tutumlarının güçlenmesinin beklenen bir sonuç olduğunu düşündürmektedir.

Sağlık çalışanlarının hastane enfeksiyonlarına ilişkin bilgi ve tutum düzeylerini inceleyen araştırmalar da mevcut bulguyu destekler niteliktedir. Hemşirelerin enfeksiyon konusundaki bilgi düzeylerinin artırılmasının koruyucu uygulamalara uyumu güçlendirdiği (11) ve nozokomiyal enfeksiyonların önlenmesine yönelik bilgi ve tutumların kurumsal eğitimlerle geliştirilebildiği bildirilmektedir (150).

Risk yönetimi literatürü sağlık çalışanlarının risk algılarının tutum ve davranışlar üzerindeki belirleyici rolünü ortaya koymaktadır. İş sağlığı ve güvenliği bağlamında yapılan çalışmalarda çalışanların risk algısı yükseldikçe koruyucu önlemlere uyumlarının arttığı bildirilmektedir (83,89). Fiziksel ve ergonomik risklerin değerlendirilmesine yönelik araştırmalar, risk farkındalığının güvenli davranış geliştirmede temel bir unsur olduğunu göstermektedir (80,82). Sağlık hizmetlerinde hata türleri ve etkileri analizi (FMEA) gibi proaktif risk yönetimi tekniklerinin kullanımı, süreçlerdeki potansiyel enfeksiyon tehlikelerinin önceden belirlenmesini mümkün kılmaktadır (108).

Sağlık hizmetlerinde tıbbi hatalar ve malpraktis risklerine ilişkin hukuki sorumlulukların giderek daha fazla gündeme gelmesi, çalışanların risk farkındalığını artıran bir başka faktör olarak değerlendirilebilmektedir (25). Kurumsal risk yönetimi kültürünün geliştiği ortamlarda çalışanlar, hasta güvenliği, mesleki ve hukuki sorumluluklar açısından enfeksiyon risklerine daha duyarlı yaklaşmaktadırlar. Büyük ölçekli sağlık yatırımlarında ve projelerde risk yönetimi metodolojilerinin sistematik biçimde uygulanması sağlık sektöründe risk temelli düşünmenin kurumsallaştığını göstermektedir (109).

Bu çalışmada yapısal eşitlik modeli analizi sonucunda sağlık çalışanlarının ekip çalışmasına yatkınlıklarının nozokomiyal enfeksiyonlara yönelik inanç ve tutumlarını pozitif yönde ve anlamlı biçimde etkilediği belirlenmiştir. Elde edilen bu bulgu, ekip çalışmasına yatkınlık arttıkça çalışanların hastane enfeksiyonlarına yönelik farkındalıklarının, korunma inançlarının ve önleyici uygulamalara ilişkin tutumlarının da güçlendiğini göstermektedir. Ekip çalışmasının sağlık hizmetlerinde bakım kalitesi ve hasta güvenliği üzerindeki belirleyici rolü literatürde geniş biçimde vurgulanmaktadır. Etkin ekiplerin ortak amaç, açık iletişim, karşılıklı güven ve rol netliği temelinde şekillendiği belirtilmektedir (3). Sağlık kurumlarında disiplinlerarası ekip iş birliğinin belirleyicilerini inceleyen çalışmalar da bireysel, örgütsel ve ilişkisel faktörlerin ekip performansını etkilediğini ortaya koymaktadır

(140). Bu bağlamda ekip çalışmasına yatkınlığı yüksek olan çalışanların enfeksiyon kontrol süreçlerinde bilgi paylaşımına daha açık oldukları, klinik riskleri daha hızlı fark ettikleri ve ortak önleme davranışlarını daha etkin benimsediklerini söylemek mümkündür.

Hasta güvenliği literatürü, ekip çalışması ile güvenli bakım çıktıları arasındaki güçlü ilişkiye işaret etmektedir. Profesyoneller arası iletişim ve iş birliğinin güçlendirilmesinin, tıbbi hataları ve bakım kaynaklı riskleri azalttığı belirtilmektedir (151). Bu doğrultuda geliştirilen TeamSTEPPS gibi ekip temelli eğitim programlarının çalışanların iletişim, koordinasyon ve durumsal farkındalık becerilerini artırarak hasta güvenliğini güçlendirdiği bildirilmektedir (15). Enfeksiyonların önemli bir hasta güvenliği sorunu olduğu düşünüldüğünde, ekip çalışması algısının nozokomiyal enfeksiyonlara yönelik inanç ve tutumları güçlendirmesi kuramsal olarak beklenen bir bulgudur.

Nozokomiyal enfeksiyon literatürü incelendiğinde enfeksiyonların önlenmesinde ekip temelli yaklaşımın merkezi bir rol oynadığı görülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü rehberleri, cerrahi alan enfeksiyonlarının önlenmesinde cerrah, hemşire, anestezi ekibi ve enfeksiyon kontrol komiteleri arasındaki koordinasyonun önemini vurgulamaktadır (148). Akut bakım hastanelerinde enfeksiyonların azaltılmasına yönelik stratejilerde de çok disiplinli ekiplerin ortak protokoller doğrultusunda çalışmasının temel bir gereklilik olduğu belirtilmektedir (149).

Hastane enfeksiyonlarının görülme sıklığı ve risk faktörlerini inceleyen çalışmalar, ekip içi uyum ve süreç koordinasyonundaki aksaklıkların enfeksiyon riskini artırabildiğini göstermektedir. Cerrahi alan enfeksiyonlarının değerlendirildiği araştırmalarda sterilizasyon, ameliyathane disiplini ve bakım süreçlerindeki ekip uyumunun belirleyici olduğu ifade edilmektedir (124). Yoğun bakım ünitelerinde yapılan analizlerde ise bakımın çok sayıda profesyonelin eş zamanlı katkısını gerektirmesi nedeniyle ekip koordinasyonunun enfeksiyon riskini doğrudan etkilediği vurgulanmaktadır (120).

Araştırma bulguları, risk yönetimi farkındalığı ve ekip çalışmasına yatkınlığın nozokomiyal enfeksiyonlara yönelik inanç ve tutumları artırdığını göstererek literatürdeki kuramsal ve ampirik birikimle paralellik göstermektedir. Enfeksiyonların önlenmesinde disiplinlerarası iletişimin güçlendirilmesi, ekip temelli eğitimlerin yaygınlaştırılması ve ortak güvenlik kültürünün geliştirilmesi kritik görünmektedir. Bu doğrultuda sağlık kurumlarında risk yönetimi farkındalığının artırılmasının, ekip çalışmasını destekleyen liderlik yaklaşımlarının benimsenmesinin, standart iletişim protokollerinin uygulanmasının ve ekip performansını

izleyen değerlendirme sistemlerinin kurulmasının enfeksiyon kontrol programlarının etkililiğini artırabileceği öngörülmektedir.

5.1. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma, uygulama süresinin 2024-2025 yılı olarak sınırlandırılması, kullanılan ölçekler ve demografik bilgilerle sınırlanması ile Kırşehir ilinde bulunan sağlık çalışanları ve sağlık kurumlarıyla sınırlandırılması çerçevesinde yürütölmüştür. Bu araştırma, sağlık çalışanlarının nozokomiyal enfeksiyonlara yönelik inanç ve tutumlarının genel olarak olumlu düzeyde olduğunu, ancak alt boyutlar arasında önemli farklılıklar bulunduğunu ortaya koymuştur. Özellikle ventilatör ilişkili olaylar ve el hijyeni gibi alanlarda yüksek düzeyde farkındalık saptanırken, invaziv girişimler ve izolasyon uygulamalarına yönelik tutumların görece düşük düzeyde kalması dikkat çekmektedir. Bu durum, sağlık çalışanlarının enfeksiyon kontrolüne ilişkin bilgi ve farkındalıklarının bazı spesifik uygulama alanlarında yeterince bütöncöl olmadığını göstermektedir. Risk yönetimi algısının orta-yüksek düzeyde olması, çalışanların riskleri tanıma ve yönetme konusunda genel bir farkındalığa sahip olduğunu düşöndürmektedir. Bununla birlikte, politika boyutunun diğer boyutlara kıyasla daha düşük ortalamaoya sahip olması, kurumsal düzeyde standartların ve uygulamaların yeterince içselleştirilmemiş olabileceğine işaret etmektedir. Ekip alışması açısından ise dayanışma ve ortaklık boyutlarının güçlü olması olumlu bir bulgu iken, koordinasyon boyutunun düşük düzeyde kalması ekip içi iletişim, görev dağılımı ve karar alma süreçlerinde geliştirilmesi gereken yönler olduğunu göstermektedir. Yapısal eşitlik modeli sonuçları, risk yönetimi ve ekip çalışması algılarının nozokomiyal enfeksiyonlara yönelik inanç ve tutumları anlamlı ve pozitif yönde etkilediğini ortaya koymuştur. Bulgular, alışanların risk farkındalığı ve ekip çalışmasına yatkınlıkları arttıkça enfeksiyon kontrolüne yönelik farkındalıklarının ve koruyucu tutumlarının da güçlendiğini göstermektedir. Risk yönetimi algısının ekip çalışması algısını negatif yönde etkilemesi, bu iki yapı arasında karmaşık bir ilişki olabileceğini ve örgötsel süreçlerde denge gerektirdiğini düşöndürmektedir.

5.2. Araştırmanın Önerileri

El hijyeni gibi yüksek farkındalık gösterilen alanlardaki iyi uygulamalar, diğer enfeksiyon kontrol alanlarına da yaygınlaştırılmalıdır.

Sağlık kuruluşlarının hastane enfeksiyonlarına yönelik risk yönetimi politikalarının daha görünür ve uygulanabilir hale getirilmesi için standart protokoller güncellenmeli ve çalışanların bu süreçlere aktif katılımı sağlanmalıdır.

Multidisipliner ekip çalışmasını teşvik eden uygulamalar artırılmalı, enfeksiyon kontrol komitelerinin etkinliği güçlendirilmelidir.

Gelecek araştırmalarda, farklı kurum türleri ve örneklemeler üzerinde karşılaştırmalı çalışmalar yapılarak bulguların genellenebilirliği artırılmalıdır.

Nitel araştırma yöntemleri kullanılarak sağlık çalışanlarının invaziv girişimler, izolasyon ve ekip koordinasyonu konularındaki algı ve deneyimleri daha derinlemesine incelenmelidir.

KAYNAKLAR

1. Aslan Y. Hastane tesis yönetimi süreçleri risk analizinin Fine-Kinney metodu ile değerlendirilmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi. 2023;26(4):935-958.
2. Nekkab N, Astagneau P, Temime L, Crépey P. Spread of hospital-acquired infections: A comparison of healthcare networks. PLoS computational biology. 2017;13(8):e1005666.
3. Katzenbach JR, Smith DK. The wisdom of teams: Creating the high-performance organization. Boston: Harvard Business Review Press; 2015.
4. İnfal S, Şahin TK. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin hastane enfeksiyonları konusundaki bilgi düzeyleri. Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2018;9(3):1-6.
5. Çelik R, Özel F. Yoğun bakım ünitelerinde oluşan hastane enfeksiyonları bulunma oranlarının karşılaştırılması. Sağlık Akademisi Kastamonu. 2020;5(2):158-169.
6. Organ A, Gürbüz T. Hastanelerde enfeksiyon alanlarının belirlenmesine yönelik istatistiksel kalite kontrol çalışması. Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2012;(13):43-54.
7. Aytaç N, Naharcı H, Öztunç G. Adana’da eğitim araştırma hastanelerinin yoğun bakım hemşirelerinde hastane enfeksiyonları bilgi düzeyi. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2008;9(3):9-15.
8. Ersoy S, Çetinkaya F, Alp E. Hastane temizlik çalışanlarının hastane enfeksiyonları ve korunma ile ilgili bilgi, tutum ve davranışları. Sağlık Bilimleri Dergisi. 2014;23(1):1-9.
9. Akyıl Y, Uzun Ö. Hastanede çalışan hemşirelerin el yıkama durumlarının belirlenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2007;10(2):66-72.
10. Orhan Z, Kayış A, Sönmez M, İnal Ş, Kaya E, Aral M. Hemşirelerin mesleki riskleri ve hastane enfeksiyonları ile ilgili bilgi düzeyleri ve uygulamaları. Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi. 2021;4(1):18-30.
11. Aylaz R, Şahin F, Yıldırım H. Hemşirelerin hastane enfeksiyonu konusuna ilişkin bilgi düzeylerinin belirlenmesi. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi. 2018;7(2):67-73.
12. Munabi-Babigumira S, Glenton C, Lewin S, Fretheim A, Nabudere H. Factors that influence intrapartum and postnatal care. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2017;(11):CD011558.
13. Smith V, Devane D, Nichol A, Roche D. Care bundles for improving outcomes in patients with COVID-19 in intensive care. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2020;(12):CD013819.

14. Stewart S, Robertson C, Pan J, Kennedy S, Dancer S, Haahr L, et al. Epidemiology of healthcare-associated infection reported from a hospital-wide incidence study: considerations for infection prevention and control planning. *Journal of Hospital Infection*. 2021;114:10-22.
15. Dener H, Elçin M. Ekip Çalışması ve Hasta Güvenliği Üzerine Bir Eğitim Programı Tasarımı: TeamSTEPPS. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*. 2022;31(6):469-478.
16. Tamer G, Jafarov GÜ, Boz D, Tetik G, Oktay S. Sağlık çalışanları etik kodlar ölçeği: Bir ölçek geliştirme çalışması. *IGUSABDER*. 2024;(23):468-488.
17. Abaoğlu H, Cesim ÖB, Kars S, Akel S. Sağlık bilimleri alanında öğrenim gören üniversite öğrencilerinin interdisipliner ekip çalışmasına bakışının incelenmesi. *H.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 2018;5(2):67-76.
18. Keklik B, Özgüneş Ö. Ambulans Personeli Acil Tıp Teknisyenleri(Att) Ve Paramediklerin Ekip Çalışması Tutumları Üzerine Bir Araştırma. *Giresun Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*. 2022;8(2):311-330.
19. Olejarczyk JP, Young M. Patient rights and ethics. StatPearls Publishing; 2024.
20. Varkey B. Clinical ethical principles and their implementation. *Principles and Practice of Medicine*. 2020;30(1):17-28.
21. Hemberg J, Hemberg H. Ethical competence in a profession: healthcare professionals' views. *Nursing Open*. 2020;7(4):1249-1259.
22. Varkey B. Principles of Clinical Ethics and Their Application to Practice. *Medical principles and practice*. *International journal of the Kuwait University, Health Science Centre*. 2021;30(1):17-28.
23. Şahbaz G, Yücesoy H, Akın Ö, Erbil N. Malpraktis ve Sağlık Profesyonellerinin Sorumlulukları. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*. 2022;4(2):85-90.
24. Kamran M, Syahrul S. Professionalism and Medical Liability of Physician: Patient Protection and Civil Remedies. *SIGN Jurnal Hukum*. 2024;6(2):206-218.
25. Arimbi D. Legal Responsibility for Medical Risks, Medical Errors, and Malpractice in Health Services. *Lex Publica*. 2025;12(1):63-89.
26. Yaşar KK. Hekimin Hukuki Sorumluluğu. *Hamidiye Tıp Dergisi*. 2025;6(4):194-200.
27. Slawomirski L, Auraaen A, Klazinga N. The economics of patient safety: Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level. *OECD Health Working Papers*. 2017;96.
28. Reis CT, Paiva SG, Sousa P. The patient safety culture: A systematic review by characteristics of hospital survey on patient safety culture dimensions. *International Journal for Quality in Health Care*. 2018;30(9):660-677.
29. Okuyama A, Wagner C, Bijnen B. Speaking up for patient safety by hospital-based health care professionals: A literature review. *BMC Health Services Research*. 2014;14(61):1-8.

30. Vincent C, Amalberti R. Safer healthcare: Strategies for the real world. Springer Open; 2016.
31. Bakır N, Özcan A. Sağlık çalışanlarının iş yaşam dengesi, sessiz istifa ve tükenmişlik düzeylerinin araştırılması. Atlas Journal of Health Management. 2025;5(12):1-11.
32. Portoghese I, Galletta M, Coppola RC, Finco G, et al. Burnout and workload among health care workers: the moderating role of job control. Safety and Health at Work. 2014;5(3):152-158.
33. Tekin Epik M, Öztürk M. Sağlık Hizmetlerinde Psikososyal Riskler. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2020;25(4):451-467.
34. WHO. Health workforce [Internet]. 2025 [Erişim Tarihi 3 Haziran 2026]. Erişim adresi: <https://www.who.int/health-topics/health-workforce>
35. Ayala B. Ethical and Legal Implications of Healthcare Worker Shortages. The Journal of Healthcare Ethics & Administration. 2025;11(1):1-6.
36. Widayana IGAA, Agustina HR, Mediawati AS. Factors Associated with Work Life Balance Among Nurses in Hospitals: A Socio-Ecological Scoping Review. Journal of multidisciplinary healthcare. 2025;18:4511-4521.
37. Michalska K, Domagała A. Addressing the health workforce crisis in Poland from the key stakeholders' perspectives - a qualitative study. BMC Health Services Research. 2025;25(1):1121.
38. Campus Security Today. Healthcare Trends Report 2026: AI, Workforce Strain, and Rising Safety Risks [Internet]. 2026 [Erişim Tarihi 3 Haziran 2026]. Erişim adresi: <https://campussecuritytoday.com/articles/2026/01/28/healthcare-trends-report-2026-and-ai-and-workforce-strain-and-rising-safety-risks.aspx?admgarea=Topics>
39. Babacan E, Öztürk H, Kahriman İ. Tıbbi hatalar ve hasta güvenliği: Hemşirelere yönelik eğitimlerin etkinliğinin değerlendirilmesi. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi. 2018;14(2):57-72.
40. Demirhan N. Sağlık çalışanlarının hukuku. Uysal B, editör. Sağlık hukuku içinde. Efe Akademi Yayınları; 2025. s. 61-78.
41. Türkili S, Aslan E, Tot Ş. Türkiye’de sağlık çalışanları arasında koronavirüs salgını nedeniyle yaşanan zorluklar, kaygı, depresyon ve tükenmişlik sendromunun incelenmesi. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2022;15(1):74-87.
42. Daneshvar E, Otterbach S. Workplace stressors and burnout among healthcare professionals: Insights from the pandemic and implications for future public health crises. Scientific Reports. 2025;15(1):42015.
43. Roberts K. Job Burnout At 66% In 2025, New Study Shows [Internet]. LinkedIn; 2025 [Erişim Tarihi 3 Haziran 2026]. Erişim adresi: https://www.linkedin.com/posts/katerobertshumanitarian_job-burnout-at-66-in-2025-new-study-shows-activity-7344355317003997184-AwIG
44. Pak M, Topaloğlu G, Okumuş A. Research on the effect of employees' role ambiguity and role conflict on burnout: Nature Conservation and National Parks application in

- Türkiye. Business & Management Studies: An International Journal (BMIJ). 2025;13(3):1260-1278.
45. Yıldız S, Dumlu B. Duygusal emeğin çalışan iyi oluşuna etkisi. EKEV Akademi Dergisi. 2020;(84):551-574.
46. Deriglazov D, Halamová J, Kernová L. Burnout, Compassion Fatigue, and Compassion Satisfaction Interventions via Mobile Applications: A Systematic Review and a Meta-Analysis. Worldviews on evidence-based nursing. 2025;22(3):e70033.
47. Zhang Y, Liu J, Dai F, Fan T. Moral distress in emergency nurses: a qualitative systematic review and meta-synthesis protocol. BMJ open. 2025;15(11):e107371.
48. Thakur NA, Deshpande YM. Prevalence and related factors of compassion fatigue and compassion satisfaction among intensive care healthcare professionals: A systematic review and meta-analysis. Intensive & critical care nursing. 2025;93:104289. Advance online publication.
49. Sinnathamby A, Ibrahim H, Ong YT, et al. Towards a theory of compassion fatigue in palliative care and oncology: A systematic scoping review. American Journal of Hospice and Palliative Medicine. 2026;43(2):193-205.
50. Capobianco Dos Santos CG, Fideles Dos Santos Neto M, Regina Pedroso Vilela Torres de Carvalho S, Regina Furlani M, Canato Martins C, Roberto Santos E, et al. Compassion Fatigue and Burnout Among Health Care Professionals: Protocol for a Scoping Review. JMIR research protocols. 2025;14:e66360.
51. Tsukamoto SAS, Galdino MJQ, Barreto MFC, Martins JT. Burnout syndrome and workplace violence among nursing staff: a cross-sectional study. Sao Paulo medical journal Revista paulista de medicina. 2022;140(1):101-107.
52. Çakır O, Akkoç İ, Arun K, Dığrak E, Ulurmak Ünlüeroğlugil HS. The Complex Dynamics of Violence and Burnout in Healthcare: A Closer Look at Physicians and Nurses. International nursing review. 2025;72(3):e70075.
53. Lombardi B, Jensen T, Galloway E, Fraher E. Son 10 yılda sağlık sektöründeki meslekler ve tesislerdeki işyeri şiddetindeki eğilimler. Health Affairs Scholar. 2024;2(12):Article qxae134.
54. Ayal B. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet. International Journal of Original Educational Research. 2024;2(3):24-38.
55. Uğurlu H, Şantaş F. Sağlıkta şiddete ilişkin bir çalışma. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi. 2023;26(2):305-334.
56. McLaney E, Morassaei S, Hughes L, Davies R, Campbell M, Di Prospero L. A framework for interprofessional team collaboration in a hospital setting: Advancing team competencies and behaviours. Healthcare Management Forum. 2022;35(2):112-117.
57. Morley L, Cashell A. Collaboration in Health Care. Journal of medical imaging and radiation sciences. 2017;48(2):207-216.

58. Rosen MA, DiazGranados D, Dietz AS, Benishek LE, Thompson D, Pronovost PJ, et al. Teamwork in healthcare: Key discoveries enabling safer, high-quality care. *American Psychologist*. 2018;73(4):433-450.
59. Salas E, Shuffler ML, Thayer AL, Bedwell WL, Lazzara EH. Understanding and improving teamwork in organizations. *Human Resource Management*. 2015;54(4):599-622.
60. Calderwood MS, Anderson DJ, Bratzler DW, Dellinger EP, Garcia-Houchins S, Maragakis LL, et al. Strategies to prevent surgical site infections in acute-care hospitals: 2022 Update. *Infection control and hospital epidemiology*. 2023;44(5):695-720.
61. Jeong YS, Kim JH, Lee S, Lee SY, Oh SM, Lee E, et al. Scope of a weekly infection control team rounding in an acute-care teaching hospital: A pilot study. *Antimicrobial Resistance & Infection Control*. 2020;9(1):1-4.
62. Yang M, Huang Y, Li Q, Zhao H, Liu X, Gao S, et al. Matrix management of prevention and control for carbapenem-resistant Enterobacteriaceae. *Indian Journal of Medical Microbiology*. 2023;43:30-35.
63. Carboneau C, Bengé E, Jaco MT, Robinson M. A Lean Six Sigma team increases hand hygiene compliance and reduces hospital-acquired MRSA infections by 51%. *Journal for Healthcare Quality*. 2010;32(4):61-70.
64. Kozlowski SW, Ilgen DR. Enhancing the effectiveness of work groups and teams. *Psychological Science in the Public Interest*. 2006;7(3):77-124.
65. Mody L, Washer L, Flanders S. Can infection prevention programs in hospitals and nursing facilities be integrated? *JAMA*. 2018;319(11):1089-1090.
66. Lunenburg FC. Organizational structure: Mintzberg's framework. *International Journal of Scholarly, Academic, Intellectual Diversity*. 2012;14(1):1-8.
67. Mehta Y, Gupta A, Todi S, Myatra S, Samaddar DP, Patil V, et al. Guidelines for prevention of hospital acquired infections. *Indian journal of critical care medicine: peer-reviewed, official publication of Indian Society of Critical Care Medicine*. 2014;18(3):149-163.
68. Gregory ME, MacEwan SR, Sova LN, Gaughan AA, Scheck McAlearney A. A qualitative examination of interprofessional teamwork for infection prevention. *Medical Care Research and Review*. 2023;80(1):30-42.
69. Dellinger EP. Teamwork and collaboration for prevention of surgical site infections. *Surgical Infections*. 2016;17(2):198-202.
70. Brannigan ET, Murray E, Holmes A. Where does infection control fit into a hospital management structure? *Journal of Hospital Infection*. 2009;73(4):392-396.
71. Zingg W, Holmes A, Dettenkofer M, Goetting T, Secci F, Clack L, et al. Hospital organisation, management, and structure for prevention of healthcare-associated infection. *The Lancet Infectious Diseases*. 2015;15(2):212-224.

72. Khan HA, Baig FK, Mehboob R. Nosocomial infections: Epidemiology, prevention, control and surveillance. *Asian Pacific Journal of Tropical Biomedicine*. 2017;7(5):478-482.
73. Emhan A. Risk yönetim süreci ve risk yönetmekte kullanılan teknikler. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*. 2009;23(3):209-220.
74. Özcan N. Sağlık kurumlarında risk yönetimi. *Sağlık Hizmetleri ve Eğitimi Dergisi*. 2018;2(1):15-24.
75. Mert Körük M. Kurumsal risk yönetimi sürecinin iç denetimi ve bir araştırma [Tez]. ProQuest Dissertations & Theses Global; 2024.
76. Topçu B. İşletmelerde kurumsal risk yönetimi. İstanbul: İstanbul Ticaret Odası; 2014.
77. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı. İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu (Resmi Gazete Tarih: 30.06.2012, Sayı: 28339) [Internet]. 2012 [Erişim Tarihi 3 Haziran 2026]. Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=16925&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>
78. Karan Buturak G, Yapıcı N. Kamu Sağlık Kurumlarında Farklı Risk Analiz Yöntemlerinin İncelenmesi: Örnek Bir Uygulama. *Çukurova Üniversitesi Mühendislik Fakültesi Dergisi*. 2022;37(3):753-764.
79. Solmaz M, Solmaz T. Hastanelerde iş sağlığı ve güvenliği. *Gümüşhane Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2017;6(3):147-156.
80. Ağuş M, Akbel E. Sağlık Çalışanlarında Fiziksel Risk Etmenlerinin Değerlendirilmesi. *OHS Academy*. 2020;3(3):230-237.
81. Beşer A. Sağlık çalışanlarının sağlık riskleri ve yönetimi. *DEUHFED*. 2012;5(1):39-44.
82. Buzak A, Ağuş M, Celep G. Sağlık Çalışanlarında Ergonomik Risklerin Değerlendirilmesi. *Uşak Üniversitesi Fen ve Doğa Bilimleri Dergisi*. 2019;3(2):84-90.
83. Coşkun Erçelik H, Çamlıca T, Kaya V, et al. Sağlık Çalışanlarının İş Sağlığı ve Güvenliği Risk Algıları ile Risklere Karşı Tutumlarının Değerlendirilmesi. *Sağlık Profesyonelleri Araştırma Dergisi*. 2024;6(3):151-163.
84. Bozkurt C. Risk, kurumsal risk yönetimi ve iç denetim. *Denetişim*. 2016;(4):17-30.
85. Uslu Y, Hancıoğlu Y, Yılmaz E, Gedikli E. Sağlık yöneticilerinin bakış açısıyla sağlık kuruluşlarında risk yönetimi olgusunun Analitik Hiyerarşi Süreci (AHS) yöntemi ile değerlendirilmesi. *Üçüncü Sektör Sosyal Ekonomi Dergisi*. 2022;57(3):1508-1513.
86. Soajın OTM. Başarılı bir risk yönetiminin kurumsal yönetime etkisi. İstanbul, Türkiye [Yüksek lisans tezi]. İstanbul: İstanbul Ticaret Üniversitesi; 2020.
87. Korkmaz G, Görmen M. Kamuda Kurumsal Yönetim (Yönetişim) Olgunluk Seviyesinin Ölçülmesi. *Pamukkale University Journal of Social Sciences Institute / Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 2022;49(1):191-211.
88. İncesu E. Sağlık Hizmetlerinde Kurumsal Risk Yönetim Modeli Önerisi. *Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dergisi*. 2019;2(1):47-54.

89. Bayer E, Günel D. Hemşirelerin İş Sağlığı ve Güvenliği Algılarının İncelenmesi - Investigation Of Occupational Health And Safety Perceptions Of Nurses. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2018;10(25):503-519.
90. Özkılıç Ö. Tehlike ve risk kavramları-terminoloji [Bildiri]. 5. Uluslararası İş Sağlığı ve Güvenliği Konferansı; 3 Kasım 2008; İstanbul, Türkiye.
91. Korkmaz M, Aytaç A, Kılıç B, et al. Sağlık çalışanlarında risk yönetimi ve uygulamaları: özel kamu sağlık kurumları örneği. Akademik Bakış Uluslararası Hakemli Sosyal Bilimler Dergisi. 2014;(44).
92. NHS National Services Scotland. National Infection Prevention and Control Manual (NIPCM) [Internet]. 2024 [Erişim Tarihi 3 Haziran 2026]. Erişim adresi: <https://www.nipcm.scot.nhs.uk>
93. T.C. Hazine ve Maliye Bakanlığı. Kamu Risk Yönetimi Rehberi (22 Ocak 2024) [Internet]. 2024 [Erişim Tarihi 3 Haziran 2026]. Erişim adresi: <https://ms.hmb.gov.tr/uploads/2024/01/Kamu-Risk-Yonetimi-Rehberi-22-Ocak-2024.pdf>
94. T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Daire Başkanlığı. SKS Hastane Risk Yönetimi Rehberi (07.07.2023) [Internet]. 2023 [Erişim Tarihi 3 Haziran 2026]. Erişim adresi: <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/46042/0/48sks-hastane-risk-yonetimi-rehberi-07072023pdf.pdf>
95. Özkan Ö. Hastanede çalışan hemşirelerin iş ve çalışma ortamı tehlike ve riskleri ile risk algılarının saptanması [Doktora tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2005.
96. Özkan Ö, Emiroğlu ON. Hastane sağlık çalışanlarına yönelik işçi sağlığı ve iş güvenliği hizmetleri. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2006;10(3):43-51.
97. Gül A, Üstündağ FH, Kahraman B, PURİSA S. Hemşirelerde kas iskelet ağrılarının değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi. 2014;1(1):1-10.
98. Salman E, Karahan ZC. Sağlık Çalışanlarında Enfeksiyon Riskleri ve Korunma II: Solunum Yoluyla Bulaşan Enfeksiyonlar. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası. 2015;67(3):84-86.
99. Appiagyei H, Nakua EK, Donkor P, Mock C. Occupational injuries among health care workers at a public hospital in Ghana. Pan African Medical Journal. 2021;39:103.
100. Hisar A. Sağlık hizmetlerinde risk yönetiminin çalışan güvenliğine etkisi ve bir uygulama [Tez]. ProQuest Dissertations & Theses Global; 2013.
101. Kırılmaz H, Yorgun S, Atasoy A. A Research on Determination of Psychosocial Risk Factors in Health Employee. International Journal of Cultural and Social Studies. 2016;2(1):66-82.
102. Domanski J. Risk categories and risk management processes in nonprofit organizations. Foundations of Management. 2016;8(1):227-242.
103. Carroll RL, Hoppes M, Hagg-Rickert S, Youngberg BJ, McCarthy BA, Shope D, et al. Enterprise risk management: A framework for success. American Society for Healthcare

- Risk Management [Internet]. 2014 [Erişim Tarihi 3 Haziran 2026]. Erişim adresi: <https://www.ashrm.org/sites/default/files/ashrm/ERM-White-Paper-8-29-14-FINAL.pdf>
104. Sepp J, Reinhold K, Jarvis M, Tint P. Health care workers and patients safety in nursing homes. *European Scientific Journal*. 2016;Special Edition:99-110.
 105. Ayenew E, Kafu W, Wolde D. Prevalence of work-related health risks and associated factors among employees in public health institutions in Gambella town, Western Ethiopia: A cross-sectional study. *Journal of Environmental and Public Health*. 2022;2022:Article 6224280.
 106. Annagür B. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet: Risk faktörleri, etkileri, değerlendirilmesi ve önlenmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar (Current Approaches in Psychiatry)*. 2010;2(2):161-173.
 107. Kantarcıoğlu H, Kantarcıoğlu A, Dinç H. Sağlık kurumlarında iş sağlığı ve güvenliği: Kamu hastanelerinde risk değerlendirme yöntemlerine yönelik bir inceleme. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*. 2020;7(1):61-67.
 108. Aksay K, Orhan F, Kurutkan MN. Sağlık hizmetlerinde bir risk yönetimi tekniğı olarak FMEA: Laboratuvar sürecine yönelik bir uygulama. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*. 2012;4(2):121-142.
 109. Anağı M, İnan UH. İş Sağlığı Ve Güvenliği Anlamında Başakşehir Şehir Hastanesi İnşaatının Projesi, Risk Yönetimi Ve Fine Kinney Metodunun Uygulanması. *Journal of Management Theory and Practices Research*. 2021;2(1):45-57.
 110. Dağı S, Kızılay V, Güngör FE, Sezen S, Kutun FÇ. Sağlık kurumlarında risk yönetimi ve süreçleri. *Journal of 5N1Quality*. 2023;1(2):88-100.
 111. Yanık A, Kurul N. SAĞLIK ÇALIŞANLARININ RİSK YÖNETİMİ ALGISI: HASTANELERDE BİR UYGULAMA. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*. 2020;6(2):287-302.
 112. PricewaterhouseCoopers Türkiye Danışmanlık Hizmetleri. Her yönüyle kurumsal risk yönetimi: Yeni risk anlayışı, kurumsal risk yönetiminin faydaları, içeriğı ve başarı için kritik etkenler. İstanbul: Infomag Yayıncılık; 2006.
 113. Yalçın ZG, Dağ M, Aydoğmuş E. Laboratuvarında İnce Kinney Yöntemi ile Risk Analizi. *Fiziksel Kimya ve Fonksiyonel Malzemeler Dergisi*. 2018;1(1):57-62.
 114. Aydın C. Sağlık kuruluşlarında risk değerlendirme ve bir üniversite hastanesinde risk azaltma çalışması. Bursa, Türkiye [Yüksek lisans tezi]. Bursa: Uludağ Üniversitesi; 2010.
 115. Gozel MG, Hekimoglu CH, Gozel EY, Batir E, McLaws ML, Mese EA. National Infection Control Program in Turkey: The healthcare associated infection rate experiences over 10 years. *American journal of infection control*. 2021;49(7):885-892.
 116. Ülgen C. Hastane enfeksiyonlarında risk faktörleri. Dicle Üniversitesi, Diyarbakır [Uzmanlık tezi]. Diyarbakır: Dicle Üniversitesi; 2014.

117. Erdem HA, Sipahi OR, Kepeli N, Dikiş D, Küçükler ND, Ulusoy B, et al. Ege Üniversitesi Hastanesi'nde hastane enfeksiyonları nokta prevalansı. *Mediterranean Journal of Infection Microbes and Antimicrobials*. 2015;4(4):12-12.
118. Ertek M. Hastane enfeksiyonları: Türkiye verileri. *Hastane Enfeksiyonları: Korunma ve Kontrol Sempozyum Dizisi*. 2008;60:9-14.
119. Swenson SA. Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesinde görülen hastane enfeksiyonları. Hacettepe Üniversitesi, Ankara [Yüksek lisans tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 1989.
120. Dagli O, Namıduru M. Geçmişten bir analiz; Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi yoğun bakım ünitelerinde nozokomiyal enfeksiyonların irdelenmesi ve enfeksiyon risk faktörlerinin belirlenmesi. *Health Academy Kastamonu*. 2018;3(3):185-209.
121. Taş SŞ, Kahveci K. Uzun süreli yoğun bakım ünitesi ve palyatif bakım merkezinde hastane enfeksiyonlarının sürveyansı; 3 yıllık analiz. *Çağdaş Tıp Dergisi*. 2018;8(1):55-59.
122. Özçetin M, Saz EU, Karapınar B, Özen S, Aydemir Ş, Vardar F. Hastane enfeksiyonları; sıklığı ve risk faktörleri. *J Pediatr Inf*. 2009;3(3):49-53.
123. Öncül A, Koçulu S, Elevli K. Bir devlet hastanesinin yoğun bakım ünitelerinde kazanılan hastane enfeksiyonlarının epidemiyolojisi. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*. 2012;46(2):60-66.
124. Aslaner H, Akıncı E, But A, Kanyılmaz D, Baştuğ A, Aypak A, et al. Üçüncü basamak bir hastanede tespit edilen cerrahi alan enfeksiyonlarının değerlendirilmesi. *Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi*. 2018;75(3):265-276.
125. Tümbaş BA, Şen İ, Kurt BK. Cerrahi alan enfeksiyonları. *Turkish Veterinary Journal*. 2022;3(2):38-40.
126. Parlak E, Kahveci H, Alay HK. Yenidoğan yoğun bakım ünitesindeki hastane enfeksiyonları. *Güncel Pediatri*. 2014;12(1):1-8.
127. Tenke P, Mezei T, Böde I, Köves B. Catheter-associated urinary tract infections. *European Urology Supplements*. 2017;16(4):138-143.
128. Maraş GB, Yetkin B, Özlü Ö, Ceylan M. Yaşlılarda sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonlar: Huzurevlerine genel bir bakış. *Yüksek İhtisas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2022;3(3):73-78.
129. Türe Z, Alp E. Infection control bundles for the prevention of hospital infections. *Mediterranean Journal of Infection Microbes and Antimicrobials*. 2016.
130. Juan CH, Chuang C, Chen CH, Li L, Lin YT. Clinical characteristics, antimicrobial resistance and capsular types of community-acquired, healthcare-associated, and nosocomial *Klebsiella pneumoniae* bacteremia. *Antimicrobial Resistance & Infection Control*. 2019;8:1-9.
131. Le T, Wang L, Zeng C, Fu L, Liu Z, Hu J. Clinical and microbiological characteristics of nosocomial, healthcare-associated, and community-acquired *Klebsiella pneumoniae*

- infections in Guangzhou, China. *Antimicrobial Resistance & Infection Control*. 2021;10:1-11.
132. Orucu M, Geyik MF. Yoğun bakım ünitesinde sık görülen enfeksiyonlar. *Düzce Tıp Fakültesi Dergisi*. 2008;10(1):40-43.
133. Erkuş A. Davranış bilimleri için bilimsel araştırma süreci. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2017.
134. Cohen L, Manion L, Morrison K. Research methods in education. 5th ed. London: Routledge Falmer, Taylor & Francis Group; 2000.
135. Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllıkları [Internet]. 2023 [Erişim Tarihi 10 Aralık 2025]. Erişim adresi: <https://www.saglik.gov.tr/TR-84930/saglik-istatistikleri-yilliklari.html>
136. Eraslan A, Çimen Z. Sağlık ve fitness tesislerinde risk yönetimi ölçeği: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Spor Bilimleri Araştırmaları Dergisi*. 2022;7(1):132-148.
137. Orchard C, Pederson LL, Read E, Mahler C, Laschinger H. Assessment of interprofessional team collaboration scale (AITCS): Further testing and instrument revision. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*. 2018;38(1):11-18.
138. Orchard CA, King GA, Khalili H, Bezzina MB. Assessment of interprofessional team collaboration scale (AITCS): development and testing of the instrument. *Journal of Continuing Education in The Health Professions*. 2012;32(1):58-67.
139. Walters SJ, Stern C, Robertson-Malt S. The measurement of collaboration within healthcare settings: a systematic review of measurement properties of instruments. *JBİ database of systematic reviews and implementation reports*. 2016;14(4):138-197.
140. Dellafiore F, Caruso R, Conte G, Grugnetti AM, Bellani AM, Arrigoni C. Individual-level determinants of interprofessional team collaboration in healthcare. *Journal of Interprofessional Care*. 2019;33(6):762-767.
141. Terlemez B, Erdem Artan İ, Elber Börü D, Orchard C. Meslekler Arası Ekip İş Birliğinin Değerlendirilmesi Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması: Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması (T-AITCS-II). *Journal of Organizational Behavior Review*. 2020;4(1):91-111.
142. Kline R. Principles and practice of structural equation modeling. 3rd ed. New York: Guilford Press; 2011.
143. Bentler PM, Bonett DG. Significance tests and goodness of fit in the analysis of covariance structures. *Psychological Bulletin*. 1980;88(3):588-606.
144. Tanaka JS, Huba GJ. A fit index for covariance structure models under arbitrary GLS estimation. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology*. 1985;38(2):197-201.
145. Browne MW, Cudeck R. Alternative ways of assessing model fit. *Sociological Methods and Research*. 1992;21(2):230-258.
146. McDonald RP, Marsh HW. Choosing a multivariate model: Noncentrality and goodness of fit. *Psychological Bulletin*. 1990;107(2):247-255.

147. Marsh HW, Hocevar D. Application of confirmatory factor analysis to the study of self-concept: First-and higher order factor models and their invariance across groups. *Psychological Bulletin*. 1985;97(3):562-582.
148. Allegranzi B, Zayed B, Bischoff P, Kubilay NZ, de Jonge S, de Vries F, et al. New WHO recommendations on intraoperative and postoperative measures for surgical site infection prevention: An evidence-based global perspective. *The Lancet Infectious Diseases*. 2016;16(12):e288-e303.
149. Anderson DJ, Podgorny K, Berríos-Torres SI, Bratzler DW, Dellinger EP, Greene L, et al. Strategies to prevent surgical site infections in acute care hospitals: 2014 update. *Infection Control & Hospital Epidemiology*. 2014;35(6):605-627.
150. Bulut A, Yiğitbaş Ç, Bulut A, Güner L. Knowledge and attitudes of nurses working in a public hospital regarding nosocomial infections and their prevention. *KSU Medical Journal*. 2022;17(3):117-122.
151. O'Daniel M, Rosenstein AH. Professional communication and team collaboration. Hughes RG, editör. *Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses*. Agency for Healthcare Research and Quality; 2008. Chapter 33.
152. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*. 1951;16(3):297-334.
153. Çam B, Hizmalı L, Sevim E. Phenotypic and genotypic investigation of virulence factors in *Klebsiella pneumoniae* strains isolated from ventilator-associated pneumonia (VAP) cases. *Folia microbiologica*. 2025;10:1007/s12223-025-01302-3. Advance online publication.
154. Çelik C, Taşkın-Kafa AH, Hasbek M, Büyüktuna SA. Kan dolaşımı enfeksiyonlarından izole edilen *Enterococcus faecalis* ve *Enterococcus faecium* bakterilerinde antimikrobiyal direnç: Tek merkez değerlendirmesi. *Klinik Dergisi*. 2021;34(1):37-41.
155. WHO. Guidelines on core components of infection prevention and control programmes at the national and acute healthcare facility level. Geneva: World Health Organization; 2017.
156. Saylı M, Özer Ö. Sağlık çalışanlarında ekip çalışması tutumlarının incelenmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*. 2020;11(27):444-454.
157. Weller JM, Mahajan R, Fahey-Williams K, Webster CS. Teamwork matters: team situation awareness to build high-performing healthcare teams, a narrative review. *British Journal of Anaesthesia*. 2024;132(4):771-778.
158. Fallatah AA, Nasseeb AO, Alwadei MHF, Maddawi EJ, Althobaiti NSM, Aallhyani AH, et al. Perceptions and engagement of interprofessional collaboration between registered nurses and physical therapists in a home health care setting at Saudi Arabia. *Journal of International Crisis and Risk Communication Research*. 2024;7(S8).
159. Dinh JV, Traylor AM, Kilcullen MP, Perez JA, Schweissing EJ, Venkatesh A, et al. Cross-disciplinary care: A systematic review on teamwork processes in health care. *Small Group Research*. 2020;51(1):125-166.

160. Costar DM, Hall KK. Improving team performance and patient safety on the job through team training and performance support tools: A systematic review. *Journal of Patient Safety*. 2020;16(Suppl 1):S48-S56.
161. Kandemir AÖ, Öztürk H. Hemşirelerin takım çalışması ile bireysel iş performans algıları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*. 2025;12(3):570-580.
162. Verma S, Verma R, Singh V, Sharma P. Interdisciplinary collaboration in healthcare management: Strengthening healthcare delivery - A review. *International Journal of Advanced Multidisciplinary Research and Studies*. 2025;5(5):210-216.
163. Saldamlı A, Andsoy İİ. Cerrahi süreçteki sağlık profesyonellerinin kişilerarası iletişim tarzları ve ekip çalışması tutumları. *Cukurova Medical Journal*. 2019;44:483-491.
164. Mankin D, Cohen SG. *Business without boundaries: An action framework for collaborating across time, distance, organization, and culture*. San Francisco: Jossey-Bass; 2004.
165. Pittet D. Improving adherence to hand hygiene practice: A multidisciplinary approach. *Emerging Infectious Diseases*. 2001;7(2):234-240.

EKLER

EK 1: Veri Toplama Formu

Sayın Katılımcı,

Bu anket formu, hazırlanmakta olan bilimsel bir çalışma çerçevesinde hazırlanmıştır. Anket yoluyla toplanan veriler bütünsel olarak değerlendirilecek ve bilimsel yayın dışında hiçbir amaçla kullanılmayacaktır. Bu çalışmanın amacı, sağlık çalışanlarının ekip çalışmasına yatkınlıkları ve risk yönetimi algılarının hastane enfeksiyonlarına karşı inanç ve tutumları üzerindeki etkilerini incelemektir. Araştırmanın amacına ulaşması, içtenlikle vereceğiniz cevaplarla sağlanabilecektir. Araştırmaya yapacağınız katkılardan dolayı şimdiden teşekkür ederiz.

A. Demografik Özellikler

Çalışma yılınız ☒ 1-5 ☒ 6-10 ☒ 11-15 ☒ 16-20 ☒ 21-25 ☒ 26 ve üstü	Yaşınız ☐ 20-29 ☐ 30-39 ☐ 40-49 ☐ 50 ve üstü	Meslek ☐ Hekim ☐ Hemşire ☐ Ebe ☐ Laboratuvar Teknikeri ☐ Tıbbi Görüntüleme Teknikeri ☐ Anestezi Teknikeri ☐ Tıbbi Dokümantasyon Teknikeri ☐ Diğer
Cinsiyetiniz ☐ Erkek ☐ Kadın	Medeni Durum ☐ Evli ☐ Bekâr	Çalışılan Alan ☒ Poliklinik ☒ Klinik ☒ Ameliyathane ☒ Röntgen ☒ Laboratuvar ☒ İdari birim

B. Risk Yönetimi Ölçeği

Lütfen aşağıdaki ifadeleri okuduktan sonra kendinizi değerlendirip sizin için en uygun seçeneğin yanına çarpı (X) işareti koyunuz. Her sorunun karşısında bulunan; (1) Kesinlikle katılmıyorum (2) Katılmıyorum (3) Ne katılıyorum ne de katılmıyorum (4) Katılıyorum (5) Kesinlikle katılıyorum anlamına gelmektedir.		1	2	3	4	5
1	Bu tesisin tasarımı, acil durum müdahalelerine (üyelerin tahliyesi, sedye geçişi) uygundur.	1	2	3	4	5
2	Bu tesis, kullanıcıların (üye-çalışan) dolaşımı sırasında güvenlik riski oluşturabilecek (kör köşeler, gereksiz kapı) tehlikeleri önleyecek şekilde tasarlanmıştır.	1	2	3	4	5
3	Bu tesisin etkinlik alanlarının zemini yaralanma ve sakatlanma riskini en aza indirecek yapıdadır	1	2	3	4	5

4	Bu tesisin alan dağılımı (fiziksel etkinlik ile diğer alanlar) kullanıcı taleplerini karşılayacak şekilde tasarlanmıştır.	1	2	3	4	5
5	Bu tesisin alan dağılımı her bir etkinlik (kuvvet, kardiyo, esneklik vb.) için yeterli olacak şekilde tasarlanmıştır.	1	2	3	4	5
6	Bu tesisteki etkinlik alanlarının hava kalitesi (sıcaklık, nem vb.) ideal düzeydedir.	1	2	3	4	5
7	Bu tesisin aydınlatması ideal düzeydedir.	1	2	3	4	5
8	Bu tesisin fiziksel etkinlik alanlarının ortam gürültü seviyesi üyeleri rahatsız etmeyecek şekilde tasarlanmıştır	1	2	3	4	5
9	Bu tesiste fiziksel etkinlik alanları diğer alanlardan (yönetim, temizlik, teknik vb. hizmetler) ayrı konumlandırılmıştır.	1	2	3	4	5
10	Bu tesiste fiziksel etkinlik alanların dışındaki alanların (soyunma odası, duş vb.) kapasitesi üyeler için yeterlidir.	1	2	3	4	5
11	Bu tesis engelli bireylerin kullanımına uygundur.	1	2	3	4	5
12	Bu tesiste gerekli yerlerde ses yalıtımı yapılmıştır.	1	2	3	4	5
13	Bu tesiste risk yaratan cam yüzeyler (çatlak ve kırık) için gerekli tedbirler alınır.	1	2	3	4	5
14	Bu tesiste cam yüzeyler (cam aksamı mobilyalar, kapı, pencere vb.) uygun şekilde monte edilmiştir	1	2	3	4	5
15	Bu tesisin etkinlik alanlarındaki müzik sesi ideal düzeydedir	1	2	3	4	5
16	Bu tesiste her türlü hırsızlığa karşı gerekli güvenlik tedbiri alınır.	1	2	3	4	5
17	Bu tesiste, görüntü kaydıyla ilgili kuralların düzenlendiği hususunda üyeler bilgilendirilir	1	2	3	4	5
18	Bu tesiste risk yönetim politikaları belirli aralıklarla güncellenir.	1	2	3	4	5
19	Bu tesiste acil durumlarla nasıl başa çıkılacağına yönelik etkili bir eylem planı bulunur	1	2	3	4	5
20	Bu tesiste kaza ve yaralanma sonucunda prosedürlere uygun bir şekilde rapor tutulur.	1	2	3	4	5
21	Bu tesiste hasar görmüş veya arızalı araç gereçlerin kullanılmaması için yeterli tedbirler alınır.	1	2	3	4	5
22	Bu tesiste kullanılan temizlik ürünleri insan sağlığı açısından kontrol edilerek yetkili kişilerce kullanılır	1	2	3	4	5
23	Bu tesiste riskli durumlarda (zemin kayganlığı vb.) uyarı levhaları herkes tarafından görülebilecek yerlere yerleştirilir	1	2	3	4	5
24	Bu tesiste acil durumlarda kullanılacak araç gereçler uygun şekilde konumlandırılmıştır.	1	2	3	4	5
25	Bu tesiste acil durumlarda kullanılacak araç gereçler için yeterli yönlendirme (gösterge, renk vb.) yapılmıştır	1	2	3	4	5
26	Bu tesiste acil durum tatbikatları tüm çalışanların katılımıyla periyodik olarak (yılda en az iki) yapılır.	1	2	3	4	5
27	Bu tesiste çalışanlara yeterli hizmet içi eğitimler verilir.	1	2	3	4	5
28	Bu tesiste her alan için kontrol listeleri vardır.	1	2	3	4	5
29	Bu tesiste üyelerin amaçlarını yerine getirebilecek sayıda ve özellikte araç-gereç bulunur	1	2	3	4	5
30	Bu tesisteki araç gereçlerin bakımları belirli program dâhilinde düzenli olarak yapılır.	1	2	3	4	5
31	Bu tesiste engelli bireylerin kullanabileceği yeterli ekipman bulunur	1	2	3	4	5
32	Bu tesiste acil durumlarda kullanılabilecek yeterli sayı ve özellikte araç gereç bulunur.	1	2	3	4	5
33	Bu tesiste kendi alanlarında uzman (sertifikalı) eğitmenler tarafından hizmet verilir	1	2	3	4	5
34	Bu tesiste çalışanların yasalarla belirlenmiş sağlık ve sosyal güvenlik hakları gözetilir.	1	2	3	4	5
35	Bu tesiste çalışma saatleri içinde (görevde olmak üzere) ilk yardım bilgisine sahip en az bir çalışan bulunur.	1	2	3	4	5
36	Bu tesiste üyelere 'Fiziksel Etkinlik Hazırlık Anketi' (PAR-Q) uygulanır.	1	2	3	4	5
37	Bu tesiste eğitmenler tarafından, üyelere kişisel egzersiz programı hazırlanır.	1	2	3	4	5

38	Bu tesiste üyeler egzersiz programlarını uygularken yardım edilir ve/veya rehberlik yapılır.	1	2	3	4	5
39	Bu tesiste fiziksel değerlendirme ölçümleri düzenli olarak yapılır.	1	2	3	4	5
40	Bu tesiste sağlık sorunu olduğu fark edilen üyeler, sağlık uzmanlarına yönlendirilir	1	2	3	4	5
41	Bu tesiste üyelere araç gereçlerin kullanımıyla ilgili bilgilendirme yapılır.	1	2	3	4	5
42	Bu tesiste üyelerin/katılımcıların tüm bilgileri (gönüllü katılım, üyelik formu vb.) uygun bir şekilde dosyalanır	1	2	3	4	5
43	Bu tesiste üyelere kapsamlı sağlık kontrolü yaptırmaları önerilir.	1	2	3	4	5
44	Bu tesiste üyeler kullandıkları araç gereçleri yerlerine koymaları konusunda yönlendirilir	1	2	3	4	5
45	Bu tesiste üyeler, uygun egzersiz kıyafetleri kullanmaları konusunda bilgilendirilir.	1	2	3	4	5

C. Nozokomiyal Enfeksiyon İnanç ve Tutum Ölçeği

Lütfen aşağıdaki ifadeleri okuduktan sonra kendinizi değerlendirip sizin için en uygun seçeneğin yanına çarpı (X) işareti koyunuz. Her sorunun karşısında bulunan; (1) Kesinlikle katılmıyorum (2) Katılmıyorum (3) Ne katılıyorum ne de katılmıyorum (4) Katılıyorum (5) Kesinlikle katılıyorum anlamına gelmektedir.					
1	Eldiven, maske, bone ve önlük giyme ve çıkarma sırasının önemli olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4 5
2	* Klinikler arası hasta nakillerinde izolasyon bilgilendirilmesine önem verilmelidir.	1	2	3	4 5
3	* İzolasyon önlemi uygulanan hastanın mümkün olduğunca odasından çıkarılmaması gerektiğine inanırım.	1	2	3	4 5
4	* İzolasyon önlemi uygulanan hastaya kullanılan teknik ekipmanın odadan çıkmadan temizlenmesi gerektiğini düşünürüm.	1	2	3	4 5
5	* İzolasyon kurallarına uyulmayan durumların sıkça raporlanmasının, sağlık çalışanları arasında farkındalık yaratmada etkili olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4 5
6	* İzolasyon alanlarında kullanılan atık yönetimi prosedürlerine uyulmasının enfeksiyonları önlemede kritik olduğuna inanırım.	1	2	3	4 5
7	* İzolasyon kurallarına uyulmadığında hem hastaların hem de sağlık çalışanlarının risk altında olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4 5
8	* İnvaziv girişim öncesinde cilde uygulanan antiseptiğin kuruması beklenmelidir.	1	2	3	4 5
9	* SVK işlemlerinde bundle paketi kullanmanın enfeksiyonları önlemede etkili olduğunu düşünüyorum	1	2	3	4 5
10	* Yoğun bakım ünitelerinde klorheksidin banyosunun Santral Venöz Kateter (SVK) ilişkili enfeksiyonları önlemede etkili olduğunu düşünüyorum	1	2	3	4 5
11	* Periferik venöz kateterlerin (kanül, branül, IV Kateter) 72-96 saatte bir rutin olarak değiştirmenin gerekli olduğuna inanırım.	1	2	3	4 5
12	* Kateter üzerindeki kapalı pansuman örtüleri 2 günde bir değiştirilmelidir.	1	2	3	4 5
13	* Üriner kateter uygulamalarında steril eldiven kullanılması gerektiğini düşünürüm.	1	2	3	4 5
14	* Üriner kateter takıldıktan sonra balonun doldurulmasında musluk suyu kullanımının yeterli olduğunu düşünüyorum.	1	2	3	4 5
15	* İdrar torbaları mesane seviyesinin altında tutulmalıdır.	1	2	3	4 5
16	* İdrar torbalarının yere temas etmesi önlenmelidir.	1	2	3	4 5
17	* Ameliyat öncesi hazırlıkta ameliyat bölgesinin eğitimli sağlık personeli tarafından hazırlanması gerektiğine inanırım.	1	2	3	4 5
18	*İnvaziv girişimler öncesinde hastanın genel hijyen durumunun göz önünde bulundurulmasının enfeksiyon riskini azalttığına inanırım.	1	2	3	4 5
19	*Hasta ile temas öncesi el hijyeni (el yıkama ya da alkol bazlı antiseptik ile el ovma) sağlamayı önemserim.	1	2	3	4 5
20	*Eldiven giyilmeden önce de el hijyeni sağlanmalıdır	1	2	3	4 5
21	* Eldivenleri çıkardıktan sonra da el hijyeni sağlanmalıdır.	1	2	3	4 5
22	* Non invaziv işlemlere de (vital bulguların takibi) el hijyeni sağlanmalıdır.	1	2	3	4 5
23	*El hijyeni ürünlerinin yeterli miktarda ve ulaşılabilir yerlerde bulundurulmasının önemine inanırım.	1	2	3	4 5
24	*El hijyenine ilişkin farkındalığı artırmak için sürekli kampanyalar düzenlenmesi gerektiğini düşünüyorum.	1	2	3	4 5
25	*Kullanılan malzemelerin gereksiz yere sık değiştirilmesinin VİO riskini artırdığına inanıyorum.	1	2	3	4 5
26	*Sırt üstü yatış pozisyonunun VİO riskini artırdığına inanıyorum.	1	2	3	4 5
27	*Yetersiz bakımın (ağız bakımı, yara bakımı, vs.) VİO riskini artırdığına inanıyorum.	1	2	3	4 5
28	*VİO'yu önlemek için ventilatör cihazlarının bakımı ve kalibrasyonunun düzenli olarak yapılması gerektiğini düşünüyorum.	1	2	3	4 5
29	*VİO'yu önlemede aspirasyon tekniklerinin önemli olduğunu düşünüyorum.	1	2	3	4 5
30	*Yetersiz sterilizasyon ve dezenfeksiyonun CAE riskini artırdığını düşünüyorum.	1	2	3	4 5
31	*Sağlık çalışanlarının cerrahi aletlerin kuru ısı, buhar, etilen oksit, vb. steril edilme koşullarını bilmesi gerektiğini düşünüyorum.	1	2	3	4 5
32	*Sağlık çalışanlarının cerrahi aletlerin sterilizasyon kontrol kriterlerini bilmesi gerektiğini düşünüyorum.	1	2	3	4 5
33	*Ameliyathane personelinin rutin aşı ve sağlık taramalarının yapılması gerektiğini düşünüyorum.	1	2	3	4 5
34	*Diren insizyon yerinin enfeksiyon açısından dikkatli takibinin cerrahi alan enfeksiyonlarını önlemede önemli olduğunu düşünüyorum.	1	2	3	4 5
35	*Pansuman ekibinin sertifikalı eğitim almış sağlık çalışanlarından oluşmasının cerrahi alan enfeksiyonlarını önlemede önemli olduğunu düşünüyorum.	1	2	3	4 5

D. Meslekler Arası Ekip İş Birliği Değerlendirme Ölçeği

Lütfen aşağıdaki ifadeleri okuduktan sonra kendinizi değerlendirip sizin için en uygun seçeneğin yanına çarpı (X) işareti koyunuz. Her sorunun karşısında bulunan; (1) Asla (2) Nadiren (3) Bazen (4) Çoğu zaman (5) Her zaman anlamına gelmektedir. Bir ekip olarak çalıştığımızda, tüm ekip üyelerim.....		1	2	3	4	5
1	Hastaları, bakımları için hedef belirlemeye dâhil eder.	1	2	3	4	5
2	Ekip tarafından seçilen bakımın sürecini belirlerken hastalarının isteklerini dinlerler.	1	2	3	4	5
3	Düzenli olarak bir araya gelir ve hasta bakımını görüşürler.	1	2	3	4	5
4	Hasta bakımı gereksinimlerine göre sağlık ve sosyal hizmetleri (Ör. Finansal, mesleki, barınma, toplumla bağlantı, manevi) koordine ederler.	1	2	3	4	5
5	Hasta bakımını görüşmek için tüm ekip üyeleriyle tutarlı bir iletişim kullanırlar.	1	2	3	4	5
6	Her bir hasta için hedef belirlemeye dâhil olurlar.	1	2	3	4	5
7	Hasta bakım planlarının geliştirilmesinde birbirlerini, hastaları ve hasta ailelerini, her birimizin sağlayabileceği bilgi ve becerileri kullanmaya teşvik ederler.	1	2	3	4	5
8	Hasta bakım planlarının belirlenmesinde hasta ve yakınlarıyla birlikte çalışırlar.	1	2	3	4	5
9	Sahip oldukları gücü birbirleriyle paylaşırlar.	1	2	3	4	5
10	Birbirlerine saygı duyarlar ve güvenirlir.	1	2	3	4	5
11	Birbirlerine karşı açık ve dürüsttürler.	1	2	3	4	5
12	Yansıtılan yorumlara dayanarak ekiplerinin işleyişinde değişiklikler yaparlar.	1	2	3	4	5
13	Fikir farklılıkları için karşılıklı olarak tatmin edici bir çözüm elde etmeye çalışırlar.	1	2	3	4	5
14	Birbirlerinin yapabileceklerinin sınırlarını bilirler.	1	2	3	4	5
15	Ekipteki sağlık çalışanları arasında paylaşılan bilgi ve becerilerin olduğunu bilirler.	1	2	3	4	5
16	Ekip üyeleri arasında güven duygusu oluştururlar.	1	2	3	4	5
17	“Meslekler Arası İşbirlikçi Uygulamanın” uygulama ortamına özgü bir tanımını uygulatırlar.	1	2	3	4	5
18	Kararlaştırılan hedefleri ekip içerisinde eşit olarak bölerler.	1	2	3	4	5
19	Ekip toplantılarında, hasta ve hasta yakınlarını da kapsayacak şekilde, açık iletişimi destekler ve teşvik ederler.	1	2	3	4	5
20	Çatışmaları çözmek için üzerinde anlaşmaya varılmış bir süreç kullanırlar.	1	2	3	4	5
21	Hastalarımızın gereksinimlerine bağlı olarak ekip değişimi için lideri desteklerler.	1	2	3	4	5
22	Ekibimiz için lideri birlikte seçerler.	1	2	3	4	5
23	Hastanın, ekip toplantılarımıza dâhil edilmesini açıkça desteklerler.	1	2	3	4	5

© C Orchard, 2015

EK 2: Etik Kurul İzni



KIRŞEHİR AHİ EVRAN ÜNİVERSİTESİ ETİK KURUL DEĞERLENDİRME VE KARAR FORMU



Değerlendirme Talebinde Bulunan Kişi/Kurum	Ferhat POLAT		
Değerlendirme Başvuru Tarihi	01.10.2024		
Değerlendirilmesi Talep Edilen Eserin/Araştırmanın Adı	“Sağlık Çalışanlarının Ekip Çalışmasına Yatkinlıklarının ve Risk Yönetimi Algılarının Nozokomiyal Enfeksiyon İnanç ve Tutumlarına Etkileri”		
Değerlendirilmesi Talep Edilen Araştırma/Ölçek/Anket/Görüşme Formu			
Değerlendirmeyi Yapan Etik Kurul	KIRŞEHİR AHİ EVRAN ÜNİVERSİTESİ SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİK KURULU		
Değerlendirme Toplantı Bilgileri	Yeri Eğitim Fakültesi Toplantı Salonu	Tarihi 16.10.2024	Saati 11:30
Karar No	Karar Tarihi	16.10.2024	
	Karar No	2024/11/09	
Karar Sonucu	(X) Kabul	(X) Oybirliği	
		() Oy Çokluğu	
	() Ret	() Oybirliği	
		() Oy Çokluğu	

Etik Kurulumuz, yukarıda başvuru bilgileri yer alan eser/araştırma için toplanarak bilimsel araştırmalar ve yayın etiği açısından değerlendirme yapmış ve aşağıda gerekçesi açıklanan karar(lar)ı almıştır:

Karar ve Gerekçesi

Ferhat POLAT'a ait “Sağlık Çalışanlarının Ekip Çalışmasına Yatkinlıklarının ve Risk Yönetimi Algılarının Nozokomiyal Enfeksiyon İnanç ve Tutumlarına Etkileri” başlıklı araştırmanın, bilimsel araştırmalar etiği açısından yapılan değerlendirme sonucunda kabulüne ancak YÖK Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi 4. maddesinin 2/g fıkrasına göre araştırma verilerinin yayımlanabilmesi için araştırma yapılan kurumdan resmi izin alınması sorumluluğunun araştırmacıya ait olduğuna **oy birliğiyle karar verildi.**

Etik Kurul Başkanı
Prof. Dr. Ayfer ŞAHİN

(Form No: FR- 586 ; Revizyon Tarihi: .../.../... ; Revizyon No: ...)

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler	
Adı soyadı	Ferhat POLAT
Doğum yeri	K****/K*****
Doğum Tarihi	**.*.*.****
Uyruğu	T.C.
E posta adresi	*****@*****.com

Eğitim bilgileri	
Lisans	
Üniversite	Aksaray Üniversitesi
Fakülte	Sağlık Yüksekokulu
Bölümü	Hemşirelik
Mezuniyet yılı	2014

Eğitim bilgileri	
Yüksek Lisans	
Üniversite	Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi
Fakülte	Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Ana bilim dalı	Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji
Program	Hastane Enfeksiyonu Kontrolü Tezli Yüksek Lisans Programı
Mezuniyet yılı	Devam ediyor

Makale ve Bildiriler	
Uluslararası kongrede tam metin bildiri Turan A ve Polat P (2025). Hastane Enfeksiyonlarının Ekip Çalışmasıyla Stratejik Yönetimi. Tam metin bildiri. I. International Sarajevo Scientific Research And Innovation Congress, 18-19 January, 2025, BOSNIA-HERZEGOVINA, Editor Prof. Dr. Recep ARDOĞAN, BILSEL PUBLISHING, ISBN: 978-625-95532-9-0. sayfa: 170- 187.	