T.C.
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEKİM VE HEMŞİRELERİN HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ ALGILARININ DEĞERLENDİRİLMESİ: SİVAS NUMUNE HASTANESİ ÖRNEĞİ

BARIŞ DÖNMEZ

YÜKSEK LİSANS TEZİ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

SİVAS-2017

T.C.
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEKİM VE HEMŞİRELERİN HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ ALGILARININ DEĞERLENDİRİLMESİ: SİVAS NUMUNE HASTANESİ ÖRNEĞİ

BARIŞ DÖNMEZ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI
DOÇ. DR. HATİCE ULUSOY

SİVAS-2017

"Hekim ve Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Algılarının Değerlendirilmesi: Sivas Numune Hastanesi Örneği" adlı **Yüksek Lisans** Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna uygun olarak hazırlanmış ve jürimiz tarafından Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Sağlık Yönetimi** Anabilim Dalında **Yüksek Lisans** Tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan	Prof. Dr. Nilgün SARP	_____
Üye	Yrd. Doç. Dr. Ferda ALPER AY	_____
Üye (Danışman)	Doç. Dr. Hatice ULUSOY	_____

ONAY

Bu tez çalışması, ……..tarihinde Enstitü Yönetim Kurulu tarafından belirlenen ve yukarıda imzaları bulunan jüri üyeleri tarafından kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Zübeyda AKIN POLAT

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

MÜDÜRÜ

Bu tez, Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu'nun 18.02.2015 tarihli ve 4/4 sayılı kararı ile kabul edilen Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna göre hazırlanmıştır.

ÖZET

HEKİM VE HEMŞİRELERİN HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ ALGILARININ DEĞERLENDİRİLMESİ: SİVAS NUMUNE HASTANESİ ÖRNEĞİ

Barış Dönmez
Yüksek Lisans Tezi
Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı
Danışman: Doç. Dr. Hatice ULUSOY
2017, 133 Sayfa

Sağlık kurumlarında hasta güvenliğinin sağlanması için öncelikle hasta güvenliği kültürünün oluşturulması gerekmektedir. Hasta güvenliği kültürü, hasta güvenliğinin kurumun en öncelikli konusu ve ortak değeri olarak kabul edilmesini ifade etmektedir.

Bu çalışma, hekim ve hemşirelerin hasta güvenliği konusundaki algılarının ve hasta güvenliği kültüründe rol oynayan faktörlerin önem düzeylerinin saptanması amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın evrenini, 20 Aralık 2015-20 Şubat 2016 tarihleri arasında Sivas Numune Hastanesi'nde çalışan 288 hekim ve 617 hemşire oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini ise, aynı tarihler arasında hastanede çalışmakta olan ve araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden 93 hekim ve 187 hemşire oluşturmaktadır. Veriler araştırmacılar tarafından hazırlanan "Kişisel Bilgi Formu" ve AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality) tarafından hazırlanan "Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi " ile toplanmıştır. Bodur ve Filiz (2010) tarafından Türkçe' ye uyarlanan ve geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılan ölçek 5'li likert tipindedir ve 10 alt boyuttan oluşmaktadır. Verilerin değerlendirilmesi SPSS 22 programında yapılmış olup Mann-Whitney U Testi, Kruskal-Wallis H Testi, Spearman Korelasyon Katsayısı ve Frekans Testleri ile karşılaştırmalar yapılmıştır.

Katılımcıların genel olarak hasta güvenliği kültürü algısının (X=3,25) orta düzeyde olduğu saptanmıştır. En olumlu değerlendirilen alan "üniteler arası ekip çalışması" (X=3,89) alt boyutu olmuştur. Hemşirelerin "hataların raporlanma sıklığı" alt boyutuna ilişkin algıları hekimlerden daha yüksektir. Ayrıca kadınlar "güvenliğin kapsamlı algılanması" alt boyutunda erkeklerden daha yüksek bir puan ortalamasına sahiptir.

Çalışmaya katılan personellerin hasta güvenliği kültürü algılarının istenilen seviyede olmadığı saptanmıştır. Hasta güvenliğinin kurumun öncelikli konusu olması, hasta güvenliğine ilişkin eğitim programlarıyla hekim ve hemşirelerin hasta güvenliğiyle ilgili farkındalığının arttırılması ve orta düzeyde olan hasta güvenliği kültürü algısının geliştirilerek yüksek düzeylere çıkarılması önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Hasta Güvenliği, Hasta Güvenliği Kültürü, Hastane, Hekim, Hemşire

ABSTRACT

THE EVALUATION OF THE PERCEPTIONS OF PATIENT SAFETY CULTURE OF PHYSICIANS AND NURSES: THE EXAMPLE OF SİVAS NUMUNE HOSPITAL

Master's Thesis, Department of Health Management
Advisor: Associate Professor Hatice ULUSOY
2017, 133 pages

In order to provide patient safety in health institutions, firstly patient safety culture should be established. The culture of patient safety refers to the acceptance of patient safety as the highest priority and common value of the institution.

This study was conducted as a descriptive study to determine the importance levels of physicians and nurses' perceptions of patient safety and the factors that play a role in patient safety culture. The population of the research consists of 288 physicians and 617 nurses working at Sivas Numune Hospital between December 20, 2015 and February 20, 2016. The sample of the study consists of 93 physicians and 187 nurses working at the hospital between the same dates and agreeing to participate in the study. The data were collected through the "Personal Information Form", prepared by the researchers, and the "Patient Safety Culture Survey" This Survey, which was adapted to Turkish by Bodur and Filiz (2010) and whose validity reliability study was performed, is in the type of 5 point Likert scale and consists of 10 sub-dimensions. The data were evaluated in SPSS 22 program and compared with Mann-Whitney U Test, Kruskal-Wallis H Test, Spearman Correlation Coefficient and Frequency Tests.

Participants were found to have a moderate level of patient safety culture perception (X = 3.25). The most positively evaluated area was the "inter-unit team work" (X = 3.89). Nurses' perceptions of the "reporting frequency of errors" sub-dimension are higher than those of physicians. Furthermore, it was found that women had more positive perceptions about the "comprehensive perception of safety" sub-dimension.

Perceptions of patient safety culture of the staff participating in the study were not at the desired level. It has been suggested that patient safety should be a primary issue for the institution, the awareness of employees about patient safety

should be enhanced through training programs on patient safety, and patient safety culture perception which is already at medium level should be improved and increased to high levels.

Key Words: Patient Safety, Patient Safety Culture, Hospital, Physician, Nurse

TEŞEKKÜR

Doğduğum günden bu yana çıktığım her yolda, karşılaştığım her zorlukta maddi ve manevi olarak hiçbir desteğini esirgemeyen, sabır ve özveriyle her zaman yanımda olan, bu günlere gelmemde karşılığını ödeyemeyeceğim emekler sarf eden başta babam Ahmet DÖNMEZ ve annem Yüksel DÖNMEZ' e

Tez çalışmamın her aşamasında gece-gündüz demeden engin bilgi ve deneyimleriyle beni destekleyen, hem lisans hem yüksek lisans eğitimim boyunca kişisel gelişimim için büyük çabalar sarf eden, bundan sonraki akademik kariyerimde de her zaman örnek alacağım kıymetli hocam Doç. Dr. Hatice ULUSOY' a

En zor zamanlarımda bile beni yalnız bırakmayan, moral motivasyonumu yüksek tutmak için yeri geldiğinde kendinden ödün veren kıymetli arkadaşım Merve CAN' a

Çalışmam için Sivas'ta bulunduğum süre zarfında yanımda olan ve yardımlarını esirgemeyen arkadaşlarım Yiğit Alıcı, Fatih Altan, İsa Şahin ve Ecem Demir' e

Çalışmamın uygulandığı Sivas Numune Hastanesi'nde çalışan tüm hekim ve hemşirelere,

Tüm içtenliğimle sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER DİZİNİ

ÖZET iv
ABSTRACT vi
TEŞEKKÜR viii
TABLOLAR DİZİNİ xi
KISALTMALAR DİZİNİ xiii
1. GİRİŞ 1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi 1
1.2. Araştırmanın Amacı 5
1.3. Araştırmanın Hipotezleri 5
2. GENEL BİLGİLER 8
2.1. Hasta Güvenliğinin Tanımı, Önemi ve Amacı 8
2.2. Hasta Güvenliğinin Tarihsel Gelişimi 10
2.3. Türkiye'de Hasta Güvenliği 11
2.4. Uluslararası Hasta Güvenliği Uygulamaları 13
2.5. Tıbbi Hatalar 19
2.6. Hasta Güvenliği Kültürü 21
2.6.1. Kültür: 21
2.6.2. Örgüt Kültürü: 22
2.6.3. Güvenlik Kültürü 25
2.6.4. Hasta Güvenliği Kültürünün Oluşturulması 27
2.7. Sağlık Hizmetlerinde Kalite 30
2.8. Sağlıkta Hizmetlerinde Akreditasyon 32
2.9. Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Akreditasyon Standartları 35
3. GEREÇ ve YÖNTEM 39
3.1 Araştırmanın Tipi 39
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri 39
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 39
3.4. Veri Toplama Araçları 40
3.4.1. Kişisel Bilgi Formu 40
3.4.2. Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği (HGKÖ) 40
3.5. Verilerin Toplanması 41
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi 42
3.7. Araştırmanın Etik Yönü 42
4.BULGULAR 43

5. TARTIŞMA 83
5.1. Hekim ve Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Algılarına İlişkin Bulguların Tartışılması 83
6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER 93
6.1. Sonuçlar 93
6.2. Öneriler 94
7. KAYNAKLAR 95
EKLER 110
EK-1 110
EK-2 114
EK-3 116
ÖZGEÇMİŞ 118

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1: Sağlık Personelinin Demografik Özelliklerinin Dağılımı 43
Tablo 2: Katılımcıların Hasta Güvenliği Eğitimi Alma Durumu 44
Tablo 3: Katılımcıların Çalıştıkları Birimi Hasta Güvenliği Açısından Değerlendirmeleri 44
Tablo 4: Hasta Güvenliğine İlişkin Raporlanan Olay Sayısı 45
Tablo 5: Normallik Testi 45
Tablo 6: Katılımcıların HGKÖ Toplam Puan Ortalaması ve Alt Boyutlardaki Puan Ortalamaları 46
Tablo 7: Katılımcıların HGKÖ' nün Üniteler İçinde Ekip Çalışması Alt Boyutuna İlişkin Puan Ortalamaları 47
Tablo 8: Katılımcıların HGKÖ' nün Yönetici Beklentileri Alt Boyutuna İlişkin Puan Ortalamaları 48
Tablo 9: Katılımcıların HGKÖ' nün Yönetimin Desteği ve Birimler Arası Ekip Çalışması Alt Boyutuna İlişkin Puan Ortalamaları 49
Tablo 10: Katılımcıların HGKÖ' nün Organizasyonel Öğrenme Alt Boyutuna İlişkin Puan Ortalamaları 50
Tablo 11: Katılımcıların HGKÖ' nün Güvenliğin Kapsamlı Algılanması Alt Boyutuna İlişkin Puan Ortalamaları 51
Tablo 12: Katılımcıların HGKÖ' nün Hatalar Hakkında Geri Bildirim ve İletişim Alt Boyutuna İlişkin Puan Ortalamaları 52
Tablo 13: Katılımcıların HGKÖ' nün Hataların Raporlanma Sıklığı Alt Boyutuna İlişkin Puan Ortalamaları 53
Tablo 14: Katılımcıların HGKÖ' nün Personel Sağlama Alt Boyutuna İlişkin Puan Ortalamaları 54
Tablo 15: Katılımcıların HGKÖ' nün Hastane Müdahaleleri ve Değişim Alt Boyutuna İlişkin Puan Ortalamaları 55
Tablo 16: Katılımcıların HGKÖ' nün Hataya Karşı Cezalandırıcı Olmayan Yanıt Alt Boyutuna İlişkin Puan Ortalamaları 56
Tablo 17: Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeğinin Güvenilirlik Analizi 57
Tablo 18: Katılımcıların HGKÖ' nün Alt Boyutlarına İlişkin Algılarının Cinsiyete Göre Farklılaşma Durumuna Ait Bağımsız Örneklem Mann-Whitney U Testi Sonuçları 58
Tablo 19: Katılımcıların HGKÖ' nün Alt Boyutlarına İlişkin Algılarının Medeni Duruma Göre Farklılaşma Durumuna Ait Bağımsız Örneklem Mann-Whitney U Testi Sonuçları 59
Tablo 20: Katılımcıların HGKÖ' nün Alt Boyutlarına İlişkin Algılarının Hastanedeki Görev Değişkenine Göre Farklılaşma Durumuna Ait Bağımsız Örneklem Mann-Whitney U Testi Sonuçları 60
Tablo 21: Katılımcıların HGKÖ' nün Alt Boyutlarına İlişkin Algılarının Hasta Güvenliği Eğitimi Alma Durumuna Göre Farklılaşma Durumuna Ait Bağımsız Örneklem Mann-Whitney U Testi Sonuçları 61
Tablo 22: Katılımcıların HGKÖ' nün Alt Boyutlarına İlişkin Algılarının Çalışılan Birime Göre Farklılaşma Durumuna Ait Bağımsız Örneklem Mann-Whitney U Testi Sonuçları 62
Tablo 23: Katılımcıların HGKÖ' nün Alt Boyutlarına İlişkin Algılarının Yaş Değişkenine Göre Farklılaşma Durumuna Ait Kruskal-Wallis H Testi Sonuçları 63

Tablo 24: Katılımcıların HGKÖ' nün Alt Boyutlarına İlişkin Algılarının Öğrenim Durumuna Göre Farklılaşma Durumuna Ait Kruskal-Wallis H Testi Sonuçları 65
Tablo 25: Katılımcıların HGKÖ' nün Alt Boyutlarına İlişkin Algılarının Meslek Süresine Göre Farklılaşma Durumuna Ait Kruskal-Wallis H Testi Sonuçları 66
Tablo 26: Katılımcıların HGKÖ' nün Alt Boyutlarına İlişkin Algılarının Kurumdaki Çalışma Süresine Göre Farklılaşma Durumuna Ait Kruskal-Wallis H Testi Sonuçları 68
Tablo 27: Katılımcıların HGKÖ' nün Alt Boyutlarına İlişkin Algılarının Haftalık Çalışma Süresine Göre Farklılaşma Durumuna Ait Kruskal-Wallis H Testi Sonuçları 69
Tablo 28: Katılımcıların HGKÖ' nün Alt Boyutlarına İlişkin Algılarının Birim Değerlendirmesine Göre Farklılaşma Durumuna Ait Kruskal-Wallis H Testi Sonuçları 71
Tablo 29: Katılımcıların HGKÖ' nün Alt Boyutlarına İlişkin Algılarının Raporlanan Olay Sayısına Göre Farklılaşma Durumuna Ait Kruskal-Wallis H Testi Sonuçları 73
Tablo 30: Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki ilişkiyi Belirleyen Pearson Korelasyon Katsayısıs Sonuçları 75

KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ACS	American College of Surgeons
AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
ESQH	European Society for Quality in Health Care
HGKÖ	Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği
IAEA	International Atomic Energy Agency
IOM	Institute of Medicine
ISQua	International Society for Quality in Health Care
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations
JCI	Joint Commission International
NHS	National Health Service
NPSF	National Patient Safety Foundation
OECD	The Organisation for Economic Co-operation and Development (Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü)
SAS	Sağlıkta Akreditasyon Standartları
SKS	Sağlıkta Kalite Standartları
WHO	World Health Organization

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Sağlık hizmetlerinin giderek karmaşık bir hal alması, sürekli artan ve değişen sağlık gereksinimleri ve hızla büyüyen çevre hem sağlık hizmeti sunanlar hem de bu hizmetten faydalananlar için riskleri de beraberinde getirmektedir. Teknolojideki ilerlemeler sağlık hizmeti sunan profesyonellerin tanı ve tedavilerindeki kararlarını etkilemekte ve tıbbi uygulamalar sonucu meydana gelebilecek hata kaynaklarının yeniden gözden geçirilmesini zorunlu kılmaktadır. Sağlık hizmetlerinin temel amaçlarından birisi, olası bir hata ihtimalini en aza indirmek ve hasta bakımını etkin bir biçimde sunabilmektir. Bu kapsamda, sağlık hizmetleri sunumu sonucunda meydana gelebilecek istenmeyen olayları önlemeye yönelik hasta güvenliği programlarının önemi gün geçtikçe daha da artmaktadır (Gökdoğan ve Yorgun, 2009; Akgün ve Al-Assaf, 2007). Sağlıkta kaliteli bakımın en önemli basamaklarından biri olan hasta güvenliği, Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı (National Patient Safety Foundation) tarafından; "*sağlık bakım sürecinden kaynaklanan hata, hasar ya da istenmeyen sonuçlardan kaçınılması, bunların önlenmesi ve iyileştirilmesi*" şeklinde tanımlanmıştır. Bir diğer tanımda Connelly ve ark. (2005) hasta güvenliğini; "*sağlık bakım hizmetlerinin zarar verici etkilerinden hastaları korumak için sağlık hizmeti veren kurum ya da bireyler tarafından üstlenilen eylemler*" şeklinde ifade ederken, Hindle ve ark. (2008) hasta güvenliğini; "*hastanın önlenebilir medikal hatalardan korunması*" olarak tanımlamıştır. Sağlık Bakanlığı ise bu kavramı; "*hizmet alan tüm paydaşların zarar görmelerine yol açabilecek ve önceden öngörülebilen tüm tehlikeleri, kabul edilebilir bir düzeyde risk seviyesinde tutmak için alınabilecek tedbir ve iyileştirme faaliyetleridir"* şeklinde ifade etmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2016).

Sağlık hizmetleri sunumunda faaliyet gösteren tüm sağlık personeli bir şekilde hatalarla karşılaşabilmektedir. Genellikle bilgisizlik, deneyimsizlik, ilgisizlik veya kullanılan teknolojiye bağlı olarak ortaya çıkan bu hatalar sonucu ölüm, yaralanma, sakatlık veya tedavinin gecikmesi gibi durumlar ortaya çıkabilmekte ve bu durum "tıbbi hata" olarak değerlendirilmektedir (Çırpı ve ark., 2009; Özata ve Altunkan, 2010; Dikmen ve ark., 2014). Dünya çapında her yıl on milyonlarca hastanın zarar görmesine ve milyar dolarlarla ifade edilen ekonomik

zararlara yol açan tıbbi hatalar Sağlık Hizmetleri Örgütlerinde Akreditasyon Ortak Komisyonu (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations-JCAHO) tarafından; "*sağlık hizmeti sunan bir profesyonelin uygun ve etik olmayan bir davranışta bulunması, mesleki uygulamalarda yetersiz ve ihmalkar davranması sonucu hastanın zarar görmesi*" şeklinde tanımlanmıştır (Vural ve ark., 2014; JCAHO, 2006).Bu tanım Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı tarafından; "*hastaya sunulan sağlık hizmeti sırasında bir aksamanın neden olduğu kasıtsız, beklenilmeyen sonuçlar*" şeklinde ifade edilirken, ABD Ulusal Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine) tıbbi hata kavramını; "*planlanan bir işin amaçlandığı şekilde tamamlanamaması veya amaca ulaşmak için yanlış plan yapılması ve uygulanması*" şeklinde tanımlamıştır.

Sağlık kurumlarında tıbbi hataların önlenmesi ve hasta güvenliğinin geliştirilmesi için öncelikle hasta güvenliğine ait bir kültürün oluşturulması ve bu kültüre ait alt yapı bileşenlerinin sağlanması gerekmektedir. Akalın (2004) hasta güvenliği kültürünü "*hasta güvenliğinin gerek yönetim gerekse çalışanlar tarafından kurumun en öncelikli konusu ve ortak değeri olarak kabul edilmesi"* şeklinde ifade ederken, Economic Cycle Research Institute (ECRI) tarafından hasta güvenliği kültürünün bileşenleri; hasta güvenliği liderliği, olay raporlama sistemi, güvenlik komitesi, teknoloji ve formel bir hasta güvenliği eğitimi şeklinde sıralanmaktadır (Adıgüzel, 2010).

Hasta güvenliği ve tıbbi hatalar konusunda şimdiye kadar yapılmış en kapsamlı çalışma, 1999 yılında Institute of Medicine tarafından yayınlanan ve tüm dünyanın hasta güvenliği konusuna bakış açısını değiştiren "To Err is Human" adlı rapor olmuştur. Raporda biri New York diğeri Colorado ve Utah hastanelerinde olmak üzere iki önemli çalışmanın bulgularına yer verilmiştir. Buna göre; New York hastanelerinde hastaneye yatışların %2,9'unda ve Colorado-Utah hastanelerinde hastaneye yatışların %3,7'sinde tıbbi hata görüldüğü belirtilmektedir. Bu olayların sırasıyla % 58'i ve %53'ü önlenebilir tıbbi hatalar olarak tanımlanmıştır. Yine aynı raporda ABD'de her yıl yaklaşık olarak 44.000-98.000 kişinin tıbbi hatalar nedeniyle hayatını kaybettiği ve bu hataların büyük bir kısmının kişisel hatalardan çok sistemdeki hatalardan kaynaklandığı belirtilmektedir. Bu sayılar dikkate alındığında ABD'de ölüme yol açan faktörler arasında tıbbi hatalar; trafik kazaları, akciğer kanseri ve AIDS' e bağlı ölümlerin

önünde yer almaktadır. Ayrıca, tıbbi hataların toplam ulusal maliyetinin 37,6 milyar dolar ile 50 milyar dolar arasında olduğu tahmin edilirken önlenebilir tıbbi hataların maliyetinin 17-29 milyar dolar arasında olduğu ifade edilmektedir (Kohn ve ark., 1999). Dünya çapında tıbbi hatalar ve hasta güvenliğine ilişkin yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar olduğu göze çarpmaktadır. Kanada'da yapılan bir çalışmada tıbbi hatalar sonucu hayatını kaybedenlerin sayısının yıllık olarak 5.000 ile 10.000 arasında olduğu tahmin edilmektedir (Wong ve Beglaryan, 2004). Almanya'da da durum benzerdir ve her yıl gerçekleşen 100.000 tıbbi hata olayları sonucu 25.000 kişi hayatını kaybetmektedir (Dikmen ve ark., 2014). Tütüncü ve Küçükusta'ya (2006) göre ise bu sayı İngiltere'de yıllık olarak 40.000'i bulmaktadır. Ortaya çıkan bu çarpıcı rakamlar sonucu Dünya Sağlık Örgütü (WHO) sağlık hizmetlerinde tıbbi hataların ne denli önemli bir sorun olduğunu görmüş, Ekim 2004'de yayınladığı rapor ile hasta güvenliği sorununa dikkat çekmiş ve bir hasta güvenliği birimi oluşturmuştur. Rapora göre; Avustralya, İngiltere, Kanada gibi gelişmiş ülkelerde tıbbi hatalar ya da hasta güvenliği sorununun beklenenden fazla olduğu ve bu hataların kişilerden çok sistemden kaynaklı olup benzer şekillerde ortaya çıktığı ileri sürülmüştür. Ayrıca tüm üye ülkelerin bu konu hakkında stratejiler geliştirmesi için çağrıda bulunulmuş ve böylelikle hasta güvenliğine yönelik uygulamalar dünya çapında daha sistematik bir şekilde yürütülmeye başlanmıştır (WHO, 2004).

Türkiye'ye bakıldığında; 2000'li yıllarda başlayan sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi hareketleri sağlıkta kalite ve akreditasyon çalışmalarının kısa sürede hem kamuda hem de özelde yaygınlaşmasını sağlamış, böylece sağlıkta kaliteli bakım sunmanın birinci basamağı olan hasta güvenliği kavramı Türkiye'de tüm sağlık çalışanları tarafından tartışılmaya başlanmıştır (Türkmen ve ark., 2011). Hastanelerde güvenli bir ortamın oluşturulması, hasta ve çalışanların karşılaşabileceği risklerin en aza indirilmesi, kalite iyileştirme ve hasta güvenliğinin sürekliliğinin sağlanması amacıyla geliştirilen kalite sistemleri 2003 yılında başlayan "Sağlıkta Dönüşüm Programı" ile birlikte Türkiye'de uygulamaya girmiş ve bu sistemler aracılığıyla sağlık kurumlarının performansları değerlendirilmeye başlanmıştır. Bu doğrultuda hazırlanan "Sağlıkta Kalite Standartları (SKS-Hastane)" son olarak Mart 2016' da revize edilmiş olup; DSÖ hasta güvenliği hedefleri ve ülkemiz ihtiyaçları göz önüne alınarak hastanelerde

bakım ve kalitenin güvence altına alınması amaçlanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2016). Ayrıca Sağlık Bakanlığı tarafından Nisan 2011'de; güvenli hizmet sunumunun sağlanması, hizmet sunumunda kalitenin arttırılması ve güvenli çalışma ortamının sürdürülebilirliğinin sağlanması amacıyla "Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik" yayınlanarak ulusal hasta ve çalışan güvenliği politikaları belirlenmiştir (R.G. 06.04.2011/27897; Sözer, 2012).

Institute of Medicine tarafından 2003 yılında yayınlanan "Priority Areas for National Action: Transforming Health Care Quality" adlı raporda sağlık hizmetlerinde kalite açısından öncelikli alanlar belirlenmiştir. İlaç yönetimi, hastane enfeksiyonları ve yaşlı sağlığı olmak üzere öncelikli seçilen 20 alandan 3'ü hasta güvenliği ile ilgili konulardır (Institute of Medicine, 2003). İlaç yönetimi ve hastane enfeksiyonları literatürde tıbbi hatalar konusunda üzerinde en fazla durulan konular olmuştur. Scott (2002), 2001 yılında İngiltere'de 1200 kişinin ilaç hataları sonucu hayatını kaybettiğini ifade ederken, Beyea (2002), ABD'de hastaneye yatan 770.000-2.000.000 kişinin bir ilaç hatasıyla karşılaştığını belirtmiştir. Yine Institute of Medicine'nin 2006 yılında yayınladığı bir diğer raporda ise her yıl 1,5 milyon kişinin ilaç uygulama hatalarıyla karşılaştığı belirtilmiş ve bu hataların en az dörtte birinin önlenebilir olduğuna vurgu yapılmıştır (Institute of Medicine, 2006). Türkiye'de; Şahin ve Özdemir'in (2015) 210 hemşire üzerinde yaptıkları çalışmada, çalışmaya katılan personellerin %67'sinin tıbbi hata ile karşılaştığı ve en fazla yapılan tıbbi hata türünün ilaç hatası olduğu saptanmıştır. Benzer şekilde Türkiye'de yapılan diğer çalışmalarda da en fazla karşılaşılan hata türlerinin ilaç hataları olduğuna vurgu yapılmıştır (Ersun ve ark., 2013; Özkan ve ark., 2011; Çırpı ve ark., 2009; Bodur ve ark., 2011).

Hasta güvenliğinde amaç; sağlık bakım hizmetlerinin zararlı etkilerinden hastaları korumaktır. Bu bağlamda, sağlık kurumlarında hasta güvenliğinin sağlanmasının temel koşulu hasta güvenliği kültürünün oluşturulmasıdır (Kohn ve ark., 2000). Bunun için de sistematik ve planlı bir yaklaşım gerekmektedir. Hastanelerde hataya sebep olabilecek riskli aktiviteler belirlenmeli, tıbbi hataların cezalandırılma korkusu olmadan bildirilebildiği bir ortam yaratılmalı ve hasta güvenliği konusunda kaynak ayrılmalıdır (Adıgüzel, 2010; Agency for Healthcare Research and Quality, 2016).

Sağlık kurumlarında hasta güvenliği kültürünün yaratılmasında liderlerin rolü oldukça önemlidir. Hasta güvenliğinin kurumun en önemli önceliği olduğu ve bu amaçla takım çalışmasının en üst seviyeye çıkarıldığı gösterilmelidir. Klinik uygulamalar, süreçler ve çalışma koşulları sürekli olarak değerlendirilmeli, bildirim ve güvenliği arttırıcı karar verme mekanizmaları geliştirilmeli, bu mekanizmaların kullanılması için çalışanlar teşvik edilmeli ve hasta güvenliği raporları düzenli olarak duyurulmalıdır. Ayrıca karşılaşılan durumlar sistematik olarak değerlendirilmeli ve bu olaylardan ders çıkarılarak sistemlerin iyileştirilmesi konusunda rehber alınmalıdır. Alınacak önlemler cezalandırıcı olmamalı ve hasta güvenliği kültürünün sahiplenilmesi ve başarılı olması için hasta ve hasta yakınları bu kültürün gelişmesine yardımcı olmaya davet edilmelidir. Bu doğrultuda, hasta ve hasta yakınlarının hasta güvenliği vizitlerinde yer alması, kurulan komitelerde bulunması ve hasta güvenliğinin geliştirilmesi için başlatılan çalışmalarda rol alması sağlanmalıdır. (Çakmakçı ve Akalın, 2011).

Türkiye'de, yaklaşık olarak son on yılda hasta güvenliği konusunda gerekli bazı adımlar atılmış olsa da sağlık kurumlarında henüz hataların önlenmesi ve güvenli ortamın sağlanması adına tam olarak yerleşmiş bir güvenlik kültürü algısı bulunmamaktadır. Bu çalışma, özellikle Sivas Numune Hastanesi için hasta güvenliği kültürünün oluşturulması ve geliştirilmesi konusunda zayıf ya da eksik bırakılan noktaların belirlenmesi ve bu doğrultuda uygun politikaların benimsenerek gerekli düzenlemelerin yapılması konusunda yol gösterici nitelikte olacaktır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Sivas ili hastanelerinde yapılan bu çalışmanın amacı; hekim ve hemşirelerin hasta güvenliği konusundaki algılarını ve hasta güvenliği kültüründe rol oynayan faktörlerin önem düzeylerini belirlemektir.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

Hipotez 1: **H_0:** Katılımcıların hasta güvenliği kültürü ölçeği alt boyut algıları cinsiyetlerine göre anlamlı bir farklılık göstermez.

H_1: Katılımcıların hasta güvenliği kültürü ölçeği alt boyut algıları cinsiyetlerine göre anlamlı bir farklılık gösterir.

Hipotez 2: **H_0:** Katılımcıların hasta güvenliği kültürü ölçeği alt boyut algıları medeni duruma göre anlamlı bir farklılık göstermez.

H_1: Katılımcıların hasta güvenliği kültürü ölçeği alt boyut algıları cinsiyetlerine göre anlamlı bir farklılık gösterir.

Hipotez 3: **H_0:** Katılımcıların hasta güvenliği kültürü ölçeği alt boyut algıları hastanedeki görev değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermez.

H_1: Katılımcıların hasta güvenliği kültürü ölçeği alt boyut algıları hastanedeki görev değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterir.

Hipotez 4: **H_0:** Katılımcıların hasta güvenliği kültürü ölçeği alt boyut algıları hasta güvenliği eğitimi alma durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermez.

H_1: Katılımcıların hasta güvenliği kültürü ölçeği alt boyut algıları hasta güvenliği eğitimi alma durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterir

Hipotez 5: **H_0:** Katılımcıların hasta güvenliği kültürü ölçeği alt boyut algıları çalışılan birime göre anlamlı bir farklılık göstermez.

H_1: Katılımcıların hasta güvenliği kültürü ölçeği alt boyut algıları çalışılan birime göre anlamlı bir farklılık gösterir.

Hipotez 6: **H_0:** Katılımcıların hasta güvenliği kültürü ölçeği alt boyut algıları yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermez.

H_1: Katılımcıların hasta güvenliği kültürü ölçeği alt boyut algıları yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterir.

Hipotez 7: **H_0:** Katılımcıların hasta güvenliği kültürü ölçeği alt boyut algıları öğrenim durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermez.

H_1: Katılımcıların hasta güvenliği kültürü ölçeği alt boyut algıları öğrenim durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterir.

Hipotez 8: **H_0:** Katılımcıların hasta güvenliği kültürü ölçeği alt boyut algıları meslek süresine göre anlamlı bir farklılık göstermez.

H_1: Katılımcıların hasta güvenliği kültürü ölçeği alt boyut algıları meslek süresine göre anlamlı bir farklılık gösterir.

Hipotez 9: **H_0:** Katılımcıların hasta güvenliği kültürü ölçeği alt boyut algıları kurumdaki çalışma süresine göre anlamlı bir farklılık göstermez.

H_1: Katılımcıların hasta güvenliği kültürü ölçeği alt boyut algıları kurumdaki çalışma süresine göre anlamlı bir farklılık gösterir.

Hipotez 10: **H_0:** Katılımcıların hasta güvenliği kültürü ölçeği alt boyut algıları haftalık çalışma süresine göre anlamlı bir farklılık göstermez.

H_1: Katılımcıların hasta güvenliği kültürü ölçeği alt boyut algıları haftalık çalışma süresine göre anlamlı bir farklılık gösterir.

Hipotez 11: **H_0:** Katılımcıların hasta güvenliği kültürü ölçeği alt boyut algıları birim değerlendirmesine göre anlamlı bir farklılık göstermez.

H_1: Katılımcıların hasta güvenliği kültürü ölçeği alt boyut algıları birim değerlendirmesine göre anlamlı bir farklılık gösterir.

Hipotez 12: **H_0:** Katılımcıların hasta güvenliği kültürü ölçeği alt boyut algıları raporlanan olay sayısına göre anlamlı bir farklılık göstermez.

H_1: Katılımcıların hasta güvenliği kültürü ölçeği alt boyut algıları raporlanan olay sayısına göre anlamlı bir farklılık gösterir.

Hipotez 13: **H_0:** Hasta Güveliği kültürü ölçeği alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

H_1: Hasta Güveliği kültürü ölçeği alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki vardır.

2. GENEL BİLGİLER

Bu bölümde hasta güvenliği kavramının tanımı, önemi, amacı, Türkiye'deki ve dünyadaki genel durumu, tarihsel gelişimi ve hasta güvenliği kültürünün sağlanmasında etkili olan kavramların yanı sıra hasta güvenliği konusuna temel oluşturan, kalite konusunda da genel bilgiler verilecektir.

2.1. Hasta Güvenliğinin Tanımı, Önemi ve Amacı

Ülke ekonomilerinin önemli bir parçası olan sağlık hizmetleri aynı zamanda bir ülkenin gelişmişlik ve kalkınma düzeyini göstermektedir. Bu doğrultuda, sürekli değişen ve gelişen sağlık hizmetlerinin yanı sıra toplumun bilinç düzeyinin artması bireylerin sağlık hizmetlerinde aradığı standartları değiştirmeye başlamıştır. Sağlık hizmetlerinden faydalananlar, en kısa sürede sağlıklarına kavuşmayı talep etmekte, gelişen teknoloji yoluyla tanı ve tedavilerinin doğru ve eksiksiz olarak yapılmasını istemekte ve böylelikle kalite unsuru giderek ön plana çıkmaktadır (Adıgüzel, 2010; Altındiş, 2009).

Kaliteli hizmet sunumunun birinci basamağını hasta güvenliği oluşturmaktadır. Institute of Medicine'nin basit bir deyişle *"kazara zarar vermeme"* olarak ifade ettiği hasta güvenliği kavramı, Davies ve ark. (2003) tarafından; *"sağlık bakım sistemi içindeki güvenli olmayan eylemlerin azaltılmasının yanı sıra en iyi uygulamaların kullanımı aracılığıyla optimal bakım sonuçlarına ulaşma"* şeklinde tanımlanırken, Emanuel ve ark. (2008) hasta güvenliğini; *"sağlık sektöründe, sağlık bakımının güvenilir bir sisteme erişmesi için güvenlik bilimi metodlarının uygulandığı bir disiplin"* olarak ifade etmişlerdir.

Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı (National Patient Safety Foundation) ise hasta güvenliğini oluşturan karakteristik özellikleri şu şekilde sıralamıştır;

- ✓ hasta güvenliği, öncelikle sağlık bakım sürecinin kendisinden kaynaklanan yaralanma ya da olumsuz sonuçların iyileştirilmesi, önlenmesi ve onlardan kaçınılması faaliyetlerini içermektedir.

- ✓ hasta güvenliği, sağlık bakım sisteminin bileşenlerinden ortaya çıkar ve sadece hataların olmaması durumu ya da önlenebilir hatalardan kaçınılmasından daha fazlasını ifade etmektedir.
- ✓ güvenlik tek bir kişi, cihaz ya da bölüme bağlı değildir ve güvenliğin geliştirilmesi, sağlık sistemi bileşenlerinin etkileşiminden güvenliğin nasıl ortaya çıktığını öğrenmeye bağlıdır.
- ✓ hasta güvenliği "bakım kalitesi" ile ilişkilidir fakat bu iki kavram aynı şey değildir. Hasta güvenliği kalitenin bir alt dalıdır ve bugüne kadar toplam kalite yönetimi, kalite güvencesi ve sürekli kalite iyileştirme gibi kalite yönetim faaliyetleri hasta güvenliği ile ilgili konulara yeterince odaklanmamıştır (Cooper ve ark., 2000).

Sağlık hizmetleri sunumu sürecinde oluşan hatalar doğrudan insanın ölümüyle veya önemli derecede zarar görmesiyle sonuçlanabilmektedir. Hasta güvenliği çalışmaları söz konusu bu hataları ve bunlara bağlı olarak meydana gelen ölümleri en aza indirmeye odaklanmaktadır. Diğer kalite kavramları ve girişimlerinden farklı olarak sağlık kurumlarında hasta güvenliği süreçlerinin hayata geçirilmesi ticari çıktılardan ziyade sosyal faydalar yaratmaktadır (Kohn ve ark., 2000; Tütüncü ve ark., 2006).

Sağlık kuruluşları için hastaların güvenliğini sağlamaktan daha önemli bir şey yoktur. Bu konuda lider ve yöneticiler yüksek bir önceliğe sahiptir ve hasta güvenliğinin geliştirilebilmesi için görülebilir ve aktif bir rol almaları gerekmektedir (Graham ve ark., 2007). Bu bağlamda hasta güvenliğinin amacı; güvenli bir çevrenin sağlanması, olası hataların araştırılması ve hata ihtimallerini azaltmak için mevcut sistemin işleyişini değiştirecek bir savunma sisteminin oluşturulmasıdır (Youngberg, 2011). Sağlık hizmetine bağlı hatalar; yetersiz eğitim, düşük kalite standartları, zayıf ya da yetersiz teknoloji, kullanışsız prosedürler, yetersiz ve tecrübesiz personeller, eksik ekipman ve zaman baskısı sebebiyle ortaya çıkmaktadır (Sandars ve Cook, 2007). Hasta güvenliğini etkileyen unsurlar ise; yasal düzenlemeler, finans, sağlık bakım çevresi, personeller, tüketicilerin özellikleri, çalışanlar ve tüketicilerin eğitimi, çalışanların özellikleri ve iletişim şeklinde sıralanmaktadır (Hansen ve ark., 2003).

2.2. Hasta Güvenliğinin Tarihsel Gelişimi

Hasta güvenliği kavramı dünya gündemine son yıllarda girmiş olsa da aslında yeni bir kavram değildir. Hipokrat zamanından beri sağlık bakımı sunucuları, hastaları kazara zararlardan korumak için temel bir sorumluluğa sahiptir (Kilbridge ve Classen, 2008). Birçok tarihçi tarafından Galen' e atfedilen, Türkçeye "öncelikle zarar verme" olarak çevrilen "primum non nocere" kavramı ve Florance Nightingale'nin *"tuhaf bir prensip gibi görünebilir ama bir hastanenin öncelikle hastaya zarar vermemeye çalışması gerekir"* ifadesi aslında hasta güvenliği kavramına vurgu yapmaktadır (Ilan ve Fowler, 2005).

Hasta güvenliği çalışmaları ilk olarak 1955 yılında Ernest Codman tarafından başlatılmıştır. Ancak Codman spesifik olarak hasta güvenliğinin tanımını yapmamış ve hasta sonuçları üzerine odaklanmıştır. Codman'ın hasta güvenliğine katkısı, hasta sonuçlarının ölçülmesi kavramının gelişmesi ve sağlık bakımını iyileştirmek için bu sonuçların raporlanması konusunda olmuştur. 1984 yılında ise ABD' de cerrahi hastalardaki mortalite oranının artması sebebiyle Anestezi Hasta Güvenliği Birimi kurulmuştur. 1984 ve 1992 yıllarında birincisi New York, ikincisi Colorado ve Utah hastanelerinde olmak üzere tıbbi hatalar ve hasta güvenliği konusunda iki büyük çalışma yapılmıştır. Sonuçlar oldukça dikkat çekici olmasına rağmen bu çalışmalar Institute of Medicine tarafından 1999 yılındaki *"To Err is Human: Building a Safer Health System"* adlı rapor yayınlanıncaya dek göz ardı edilmiştir. Bu rapor, tüm dünyanın hasta güvenliğine bakış açısını değiştirmiş ve bu konudaki çalışmaların hızlanmasına büyük bir katkı sağlamıştır (Byers ve White, 2004; Kohn ve ark.,2000).

1995-1996 yıllarında tıbbi hatalar ve hasta güvenliğine olan ilgi zirve yapmıştır ve bu zaman periyodunda hasta güvenliği konusunda ilk Annenberg Konferansı yapılmıştır. Ayrıca, Ulusal Hasta Güvenliği Kurumu (NPSF) kurulmuş, Joint Commission Olay Raporlama Sistemini oluşturmuş ve Harward Üniversitesi'nde tıbbi hatalar ve hasta güvenliği konusunda ilk yönetim toplantısı yapılmıştır. 2001 yılında Ulusal Hasta Güvenliği Güçleri (FDA, AHRQ, CDC, CMS) oluşturulmuş, 2002 yılında Institute of Medicine tarafından *"Envisioning the National Health Care Quality"* yayınlanmış ve Joint Commission tarafından 6 ulusal hasta güvenliği hedefleri açıklanmıştır. 2003 yılında ise Institute of Medicine tarafından *"Priority Areas for National Action"* adlı bir diğer rapor

yayınlanmış ve AHRQ tarafından hasta güvenliği indikatörleri kitabı çıkarılmıştır (Byers ve White, 2004).

2.3. Türkiye'de Hasta Güvenliği

Hasta güvenliği kavramı, 2003 yılındaki sağlıkta dönüşüm programı ile birlikte Türkiye'nin gündemini meşgul etmeye başlamıştır. Hasta güvenliği bilincini yaymak, hasta güvenliği kültürünü geliştirmek ve kalite standartlarını yerleştirmek amacıyla 2006 yılında "Hasta Güvenliği Derneği" kurulmuştur. Türkiye için önemli bir gelişme olan bu dernek, 2007, 2008 ve 2009 yıllarında olmak üzere üç kez uluslararası kongre organize etmiştir (Altındiş, 2009). Ayrıca devlet otoriteleri ilk kez 2006 yılında hasta güvenliği arama toplantıları yaparak devletin bu konuya olan ilgisini ortaya koymuşlardır (Budak, 2008).

Türkiye'de henüz yapılandırılmış bir hasta güvenliği sistemi bulunmamaktadır (Ardahan ve Alp, 2015). Hasta güvenliğinin sağlanması için Türkiye'de yapılan ilk kurumsal girişim Mayıs 2007'de Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı bünyesinde "Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı" nın kurulması olmuştur. Kasım 2007'den itibaren müstakil daire başkanlığı olarak hizmet veren bu başkanlık, Eylül 2009'da aynı isimle Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesine girmiştir. 19 Mart 2012'den itibaren ise, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü çatısı altında "Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı" olarak hasta güvenliğine ilişkin çalışmaları yürütmektedir (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2016).

Hasta güvenliğine ilişkin mevzuata bakıldığında; Sağlık Bakanlığı ilk olarak 2008 yılında "Sağlıkta Kalite ve Performans Yönergesi" ni çıkarmıştır. 29 Nisan 2009 tarihinde ise "Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ" yayınlamış; 2011 yılında bu tebliği "Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik" e çevirmiştir (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2016; Biçer ve ark., 2013). Bu yönetmeliğin amacı; *"tüm kamu, üniversite ve özel sektördeki ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında, hasta ve çalışan güvenliği için güvenli hizmet sunumu ve güvenli bir ortam sağlanmasına, hizmet sunumunda kalitenin arttırılmasına, sağlık kurumlarında hasta ve çalışanlar için muhtemel risklerin belirlenmesine, bu risklerin giderilmesi için uygun yöntem ve*

tekniklerin belirlenmesine ve hizmet içi eğitimler ile güvenli hizmet sunumu ve güvenli çalışma ortamının sürdürülebilirliğinin sağlanmasına yönelik usul ve esasları düzenlemektir". Ayrıca yönetmelikte belirtilen hasta güvenliği uygulamaları şöyledir; hasta kimlik bilgilerin tanımlanması ve doğrulanması, hastaya uygulanacak girişimsel işlemler için hastanın rızanın alınması, sağlık hizmeti sunumunda iletişim güvenliğinin sağlanması, ilaç güvenliğinin sağlanması, kan ve kan ürünlerinin transfüzyon güvenliğinin sağlanması, cerrahi güvenliğin sağlanması, hasta düşmelerinin önlenmesi, radyasyon güvenliğinin sağlanması ve engelli hastalara yönelik düzenlemelerin yapılması (R.G. 06.04.2011/ 27897).

Sağlık Bakanlığı tarafından "Çok Paydaşlı Sağlık Sorumluluğunu Geliştirme Programı" kapsamında bir hasta güvenliği çalışma grubu oluşturulmuştur ve Türkiye'de hasta güvenliğinin geliştirilmesi için temel hedef olarak bir takım hususlar belirlenmiştir. Bunlar;

- ✓ Acil sağlık hizmetlerinde hasta güvenliğini tehdit eden faktörlerin belirlenmesi ve önlenmesi
- ✓ Toplumda hasta güvenliği konusunda farkındalık oluşturulması
- ✓ Bağımsız ulusal kalite ve akreditasyon kurumunun oluşturulması
- ✓ Ulusal hasta güvenliği enstitüsünün kurulması
- ✓ Hasta bilgilerinin güvenliğinin sağlanması
- ✓ Hasta eğitimlerini etkin bir şekilde verecek ve koordinasyonu sağlayacak eğitim merkezlerinin kurulması
- ✓ Sağlık kurum ve kuruluşlarında hasta güvenliğinin iyileştirilmesi için gerekli insan gücünün planlanması ve sağlanması
- ✓ Tüm sağlık kuruluşlarında hasta güvenliği odaklı risk yönetimi birimlerinin oluşturulması
- ✓ Sağlık bakım kaynaklı enfeksiyonların azaltılması ve önlenmesi
- ✓ Tesis güvenliği uygulamaları ve hasta güvenliği odaklı altyapı, donanım ve malzeme kullanımının sağlanması
- ✓ Ulusal düzeyde sağlık kurum ve kuruluşlarında uluslararası hasta güvenliği hedeflerinin uygulanması, izlenmesi, denetlenmesi ve kıyaslanması
- ✓ Tıbbi hatalı uygulama konusu ile ilgili ayrı bir yasa hazırlanması

- ✓ Uygun olmayan sağlık hizmetini kullanımının engellenmesi
- ✓ İlaç ve ilaç yerine kullanılan ürünlerin hasta güvenliğine olan olumsuz etkilerinin ortadan kaldırılması şeklinde ifade edilmiştir (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2016).

2.4. Uluslararası Hasta Güvenliği Uygulamaları

Sağlık bakım kalitesinin arttırılması, dolayısıyla hasta güvenliğinin sağlanması adına dünya çapında çeşitli faaliyetlerde bulunan birçok kuruluş vardır. Bunlar; Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) ve Institute of Medicine (IOM) başta olmak üzere, World Health Organization (WHO), International Society for Quality in Health Care (ISQua), European Society for Quality in Health Care (ESQH), Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ), National Patient Safety Foundation (NPSF) ve National Health Service (NHS) gibi kuruluşlardır (Legido-Quigley ve ark., 2008).

1950'li yıllarla birlikte gündeme gelen hasta güvenliği kavramına dünyanın ilgisi 1999-2000 yıllarından sonra yoğunlaşmıştır. Bu ilginin temelini Institute of Medicine'nin 1999 yılındaki raporu oluşturmaktadır. Rapordan sonra tüm dünyada hasta güvenliğine ilişkin çalışmaların sayısında büyük bir artış olmuştur (Stelfox ve ark., 2006). Ayrıca raporda; hasta güvenliği hedeflerinin belirlenmesi, bir araştırma gündemi geliştirilmesi ve tüketicilerin hasta güvenliği konusunda eğitilmesi için yöntem ve araçların geliştirilmesi amacıyla bir *hasta güvenliği merkezinin kurulması*, ölüm ya da ciddi yaralanmalarla sonuçlanan istenmeyen olaylar hakkında bilgi toplanması için hükümet tarafından ulusal çapta bir *raporlama sisteminin geliştirilmesi,* sağlık bakım organizasyonlarında hasta güvenliğine odaklı *performans standartlarının geliştirilmesi* ve güvenliğe ilişkin güçlü, açık ve görülebilir bir ilgi sağlayan *hasta güvenliği programlarının geliştirilmesi* gibi bazı önemli tavsiyeler yer almaktadır (Kohn ve ark., 2000).

Bu raporun ardından yine Institute of Medicine tarafından 2001 yılında *"Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century"* adlı rapor yayınlanmıştır. 21. yy için sağlık sisteminde önemli değişiklikler öngören bu rapora göre sağlık sisteminde iyileştirilmesi amaçlanan konular şu şekilde sıralanmıştır:

- ✓ **Güvenli Sağlık Hizmeti:** Hastalara yardım etme niyetiyle yapılan sağlık bakımı sırasında ortaya çıkabilecek yaralanmalardan kaçınılması
- ✓ **Etkili Sağlık Hizmeti:** Sağlık hizmetinden faydalanan herkese bilimsel bilgiye dayalı hizmet sunulması ve sağlık hizmetinin az veya aşırı kullanımından kaçınılması
- ✓ **Hasta Merkezli Sağlık Hizmeti:** Hastaların tercihleri, ihtiyaçları ve değerlerine karşı sorumlu ve saygılı olarak tüm klinik süreçlerde bu değerlerin rehber alınarak sunulduğu bir sağlık hizmetinin sağlanması
- ✓ **Zamanında Sunulan Sağlık Hizmeti:** Hem sağlık hizmeti sunanlar hem de faydalananlar için zararlı olan gecikmelerin ve beklemelerin azaltılması
- ✓ **Verimli Sunulan Sağlık Hizmeti:** Kaynakların, fikirlerin, enerji ve ekipmanların israfından kaçınılması
- ✓ **Eşit Sunulan Bir Sağlık Hizmeti:** Sunulan sağlık hizmetinin kalitesinde ırk, cinsiyet, renk, coğrafik konum ve sosyoekonomik farklılıklar gibi karakteristik özelliklere göre değişiklik olmaması (Institute Of Medicine, 2001).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından 2004 yılı Mayıs ayında gerçekleştirilen "57. Dünya Sağlık Toplantısı" nda ise hasta güvenliğinin geliştirilmesi için uluslararası bir birlik kurulması konusu desteklenmiş ve Ekim 2004'te sağlık bakanlıkları, hasta güvenliği uzmanları, ulusal hasta güvenliği kuruluşları, sağlık meslek kuruluşları ve tüketici örgütlerini bir araya getirerek hasta güvenliğindeki uluslararası gelişmeleri koordine etmek ve hızlandırmak amacıyla "Hasta Güvenliği için Dünya İttifakı" kurulmuştur (Pittet ve Donaldson, 2006). İttifak iki yılda bir "Küresel Hasta Güvenliği Mücadelesi Toplantıları" düzenlemektedir ve her toplantıda sonraki iki yılın çalışma raporu ve eylem alanlarını içeren bir ilerleme raporu yayınlamaktadır. 2008-2009 World Alliance for Patient Safety Forward Programme (Hasta Güvenliği İçin Dünya İttifakı İlerleme Programı)'de 12 adet eylem alanı belirlenmiştir ve bunlar aşağıdaki gibi sıralanmaktadır (WHO, 2008).

1. Eylem Alanı-Küresel Hasta Güvenliği Mücadelesi: Küresel Hasta Güvenliği Mücadelesi tüm üye devletler için önemli bir risk alanı olan hasta güvenliği konusunda küresel bağlılığı ve eylemleri harekete geçirmektedir. İlk olarak 2005 yılında başlatılan Küresel Hasta Güvenliği Mücadelesi "Clean Care is Safer Care

(Temiz Bakım Daha Güvenli Bakımdır)" temasıyla sağlık hizmetlerine bağlı enfeksiyonlar konusu üzerine odaklanmıştır. 2007-2008 yıları için ikinci Küresel Hasta Güvenliği Mücadelesi "Safe Surgery Saves Lives (Güvenli Cerrahi Hayat Kurtarır)" teması ile güvenli cerrahi konusuna odaklanırken, üçüncü Küresel Hasta Güvenliği Mücadelesi 2009-2010 yılları için "Tackling Antimicrobial Resistance (Antimikrobiyal Dirençle Mücadele)" temasına odaklanmıştır.

2. Eylem Alanı-Hasta Güvenliği İçin Hastalar: Dünya çapında hastaları hasta güvenliği hareketinin merkezine almaktadır.

3. Eylem Alanı-Hasta Güvenliği için Araştırma: Dünya Sağlık Örgütü üye devletlerinde daha güvenli sağlık hizmetini destekleyen uluslararası bir araştırma gündemine olanak tanımaktadır.

4. Eylem Alanı-Hasta Güvenliği İçin Uluslararası Sınıflandırma: Küresel öğrenmeyi kolaylaştırmak için hasta güvenliği kavramlarını sınıflandıran uluslararası kabul görmüş bir sistem geliştirilmesini ifade etmektedir.

5. Eylem Alanı-Hasta Güvenliği İçin Raporlama ve Öğrenme: Mevcut bilgilerden öğrenmeyi kolaylaştırmak ve raporlama sistemleri için iyi uygulama kılavuzlarının oluşturulması amaçlanmaktadır.

6. Eylem Alanı-Hasta Güvenliği Çözümleri: Bilginin pratik çözümlere dönüştürülmesi ve bu çözümlerin uluslararası camiada yayılmasını içermektedir.

7. Eylem Alanı-Hasta Güvenliğinde High 5s: High 5s girişimi hasta güvenliğini geliştirmek adına organizasyonel, takım ve klinik çalışmalarında değişim için en iyi uygulamaları yayacaktır. Bu girişimin amacı, girişime katılan 7 ülkede (Avustralya, Kanada, Almanya, Hollanda, Yeniz Zelanda, İngiltere ve Amerika Birleşik Devletleri) hasta güvenliğini etkileyen beş önemli soruna yönelik standart operasyon süreçlerinin gelecek beş yılda uygulanması ve öğrenilenlerin diğer üye devletlerde yaygınlaştırılmasını içermektedir.

8. Eylem Alanı-Hasta Güvenliği İçin Teknoloji: Bu eylem alanı hasta güvenliğinin geliştirilmesi için teknolojik yeniliklerin getirdiği fırsatlara odaklanır.

9. Eylem Alanı-Bilgi Yönetimi: Amaç, üye ülkeler arasında hasta güvenliği gelişmelerine ilişkin bilgileri toplamak ve paylaşmaktır.

10. Eylem Alanı-Santral Venöz Kateter ile İlgili Kan Dolaşımı Enfeksiyonlarının Azaltılması: Bu eylem alanı sayesinde özellikle yoğun bakım hastalarının birçoğunun yaşamı değişecektir.

11. Eylem Alanı-Sağlık Bakımı Eğitimi: Sağlık bakım hizmetlerinin güvenliği hasta güvenliği hakkında uygun bilgi ve becerilere dönüşebilen eğitim sayesinde geliştirilebilir. Bu doğrultuda bu eylem alanı tıp öğrencileri için müfredatla ilgili bir rehber olacaktır.

12. Eylem Alanı-Güvenlik Ödülü: Hasta güvenliği alanında uluslararası bir ödülü teşkil etmektedir.

Uluslararası alanda hasta güvenliğine yönelik bir diğer önemli gelişme Joint Commission International tarafından "Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri"nin belirlenmesi olmuştur. Son olarak 2013 yılında güncellenen JCI Akreditasyon Standartları'na göre bu hedefler; hastaların kimliklerinin doğru şekilde tespit edilmesi, etkin iletişimin sağlanması, yüksek riskli ilaçların güvenliğinin sağlanması, doğru taraf, doğru prosedür ve doğru cerrahinin sağlanması, sağlık bakımı ile ilgili enfeksiyon risklerinin azaltılması ve düşmelerden kaynaklı hastanın zarar görme riskinin azaltılması şeklinde sıralanmıştır (JCI, 2013). Ayrıca 2003 yılında Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) tarafından "Hasta Güvenliği Göstergeleri" yayınlanmış ve bu göstergeler "hastane düzeyinde" ve "birim düzeyinde" olmak üzere iki kategoride sınıflandırılmıştır. Hastane düzeyindeki hasta güvenliği göstergeleri, hastaların hastanede kaldığı süre zarfında meydana gelen potansiyel güvenlik problemlerini belirlemek için kullanılırken, bölge düzeyindeki göstergeler, coğrafik bölgeler içerisinde istenmeyen olayların toplam görülme sıklığını değerlendirmek için kullanılmaktadır (AHRQ, 2003). Son olarak 2015 yılında güncellenen bu göstergeler şöyledir;

- ✓ *Hastane düzeyindeki göstergeler:* düşük mortaliteye sahip tanı ilişkili gruplardaki doğum oranı, yatak yarası oranı, tedavi edilebilir koşullara sahip cerrahi hastalardaki ölüm oranı, cerrahi işlem sırasında yabancı

cisim unutma, iatrojenik pnömotoraks oranı, santral venöz kateter ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonlarının oranı, post-operatif kalça kırığı oranı, peri-operatif kanama ya da hematom oranı, post-operatif psikolojik ve metabolik düzensizlik oranı, post-operatif solunum yetmezliği oranı, peri-operatif akciğer embolisi ya da derin ven trombozuoranı, post-operatif sepsis oranı, post-operatif yara açılması oranı, kazara delme ya da yırtılma oranı, transfüzyon reaksiyonları, yeni doğan'a zarar veren doğum yaralanması oranı, vajinanın aletle yaralandığı doğum yaralanmaları ve vajinanın aletsiz yaralandığı doğum yaralanmaları.

- ✓ *Birim düzeyindeki göstergeler:* cerrahi işlem sırasında yabancı cisim unutma, iatrojenik pnömotoraks oranı, santral venöz kateter ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonlarının oranı, post-operatif yara açılması oranı, delme ya da yırtılma oranı, transfüzyon reaksiyonları, post-operatif kanama ya da hematom oranı (AHRQ, 2015).

Uluslararası Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD) ise bu konuyla ilgili olarak 2001 yılında "Health Care Quality Indicator (HCQI)" projesini başlatmıştır. Projeye göre, 23 katılımcı ülkeyi temsil eden bir uzman grubu, bazı göstergelerin geliştirilmesi için ilk olarak 5 öncelikli alan belirlemişlerdir. Bu alanlar; kardiyoloji, diyabet, ruh sağlığı, hasta güvenliği ve birinci basamak sağlık hizmetleri ile sağlığın korunması ve geliştirilmesi şeklinde sıralanmıştır. Bu öncelikli alanların her biri için bir uzman paneli yapılmış ve potansiyel göstergeler belirlenmiştir. Bu doğrultuda hasta güvenliği göstergelerini belirlemek amacıyla OECD bir Hasta Güvenliği Paneli gerçekleştirmiştir. Bu panel sonucu hasta güvenliği göstergeleri; hastane enfeksiyonları, istenmeyen olaylar, operatif ve post-operatif komplikasyonlar, doğum ve tıbbi bakımla ilgili diğer istenmeyen olaylar olmak üzere 5 başlık altında toplanmış olup; OECD'nin 21 maddeden oluşan "Hasta Güvenliği Göstergeleri" listesi 2004 yılında "Selecting Indicators for Patient Safety at the Health Systems Level in OECD Countries" adlı çalışmada yayınlanmıştır (Romano, 2007). İlk pilot uygulamalar 2007 yılında 7 OECD ülkesinde yapılmış geri kalan 16 ülkede ise 2008 yılından itibaren söz konusu göstergeler izlenmeye başlamış ve yöntemin uygunluğu kanıtlanmıştır. Buna göre "Hasta Güvenliği Göstergeleri" 5 alanda aşağıdaki gibi sıralanmaktadır:

Hastane Enfeksiyonları: Vantilatöre bağlı pnömoni, yara enfeksiyonu, tıbbi bakıma bağlı enfeksiyon ve yatak yarası.

Operatif ve Post-operatif Komplikasyonlar: Anestezi komplikasyonları, post-operatif kalça kırıkları, post-operatif pulmoner emboli veya derin ven trombozları, post-operatif sepsis ve cerrahi girişimde teknik zorluklar.

İstenmeyen olaylar: Transfüzyon reaksiyonları, yanlış kan verme, hatalı-taraf cerrahisi, cerrahi işlemde yabancı cisim bırakma, tıbbi cihazlarla ilgili istenmeyen olaylar ve ilaç hataları.

Gebelik: Neonatal dönem ilişkili doğum travması, normal doğum, sezaryen ameliyatı ve doğumla ilgili problemler.

Diğer tıbbi bakımla ilgili istenmeyen olaylar: Hasta düşmeleri ve hastanede kalça kırığı ya da düşme (Millar veMattke, 2004).

OECD tarafından yayınlanan bu 21 maddenin 12'si, aslında 2002 yılından beri AHRQ tarafından hasta güvenliği göstergeleri olarak sunulmaktadır. Ayrıca bu 12 maddenin 6'sı da 2006 yılından beri "AHRQ Pediatrik Kalite Göstergeleri" olarak çocuklara uygulanmaktadır.

2005 yılına gelindiğinde, tüm dünyada hızla yayılan hasta güvenliği kavramı Avrupa Birliği'nin de gündemine girmiş ve Lüksemburg'da hasta güvenliği konulu bir konferans yapılmıştır. Konferans sonrası yayımlanan bildirgede, ölüm ve ciddi yaralanmalara neden olan istenmeyen olayların hastalıktan ziyade tedavi süreçlerinden kaynaklandığı, bu yüzden sağlık sektörünün riskli bir alan olduğu ifade edilmiştir. Birçok hastane ve sağlık bakım kuruluşunun hasta güvenliğini sağlamak için uygun prosedürlere sahip olmasına rağmen, sağlık sektörünün hala sistemli güvenlik süreçlerini uygulayan diğer birçok sektörün gerisinde kaldığına vurgu yapılmıştır. Sağlık sisteminde öncelikli olarak bir hasta güvenliği kültürünün oluşturulması gerektiği ve Avrupa Birliği'nin siyasi gündeminde hasta güvenliğine yüksek öncelikli bir yer ayrıldığı ilan edilmiştir. Ayrıca konferansta hasta güvenliğinin sağlanmasına ilişkin şu öneriler yer almaktadır;

- ✓ Avrupa Birliği ve üye ülkelerin hasta güvenliği ile ilgili faaliyetlerinin tartışılması için ilgili paydaşların katılımıyla bir Avrupa Birliği Forumu'nun oluşturulması,
- ✓ Hasta güvenliği konularında ortak bir anlayışa sahip olunması için Dünya Sağlık Örgütü İttifakı ile birlikte çalışılması, "Avrupa Birliği Çözüm Bankası"nın kurulması ve "iyi uygulamalar" örnek ve standartlarının geliştirilmesi,
- ✓ Hasta güvenliği projeleri ile ilgili ulusal girişimleri destekleyen bir mekanizmanın oluşturulması,
- ✓ Medikal ürünler ve bunlarla ilişkili hizmetler konusunda Avrupa Birliği'nde düzenlemeler yapılması,
- ✓ Medikal teknoloji ve güvenlik alanında uluslararası standartların gelişiminin desteklenmesi,
- ✓ Hasta kayıtlarının gizlilik ve mahremiyetini koruyan aynı zamanda sağlık bakım uzmanlarının hasta bilgilerine hızlıca erişimini sağlayan düzenlemelerin yapılması (European Union, 2005).

2.5. Tıbbi Hatalar

Tıbbi hatalar küresel bir sağlık sorunudur. Hastalar açısından olumsuz sonuçlar yaratması ve oldukça yüksek maliyetlere yol açması sebebiyle tıbbi hataların kontrolü hayati önem taşımaktadır. Tedavi süreçlerinin herhangi bir aşamasında ortaya çıkabilen bu hatalar sadece hastanelerde değil; kliniklerde, günübirlik bakım merkezlerinde, muayenehanelerde, evlerde, eczanelerde ve huzurevlerinde de görülebilmektedir (Kohn ve ark., 2000; Anderson, 2000; Mrayyan ve ark. 2007).

Institute of Medicine 1999 yılı raporunda tıbbi hata kavramını, *"yalnızca bir girişimin, bir tedavinin ya da uygulamanın eksik veya yanlış yapılması değil; aynı zamanda yapılması gerektiği halde yapılmayan, ya da yapılmaması gerektiği halde yapılan bir işlem"* şeklinde tanımlamış ve Amerika Birleşik Devletleri'nde tıbbi hataların boyutlarının kabul edilemeyecek düzeyde yüksek olduğunu ifade etmiştir. ABD'de işyerindeki yaralanmalar sebebiyle yıllık olarak 6.000 insan hayatını kaybederken, sadece 1993 yılında tıbbi hatalardan dolayı yaklaşık 7.000 insanın hayatını kaybettiği vurgulanmıştır (Kohn ve ark.,2000). Dünya Sağlık Örgütü ise 2007 yılında Cenevre'de düzenlediği konferansta her yıl 10 milyon

insanın güvenli olmayan tıbbi uygulamalar sebebiyle sakatlık ya da ölüme maruz kaldığını ve sadece Avrupa'da, hastaneye kabul edilen her 10 hastadan birinin önlenebilir hatalardan dolayı muzdarip olduğunu vurgulamıştır (WHO, 2007). Sonuçlar sadece bunlarla da sınırlı değildir. Tıbbi hatalar başarısız sağlık sonuçları yaratmasının yanı sıra, toplum için doğrudan ve dolaylı olarak maliyetlere de sebep olmaktadır. Doğrudan maliyetler yüksek sağlık bakım masraflarını ifade ederken dolaylı maliyetler verimin azalması, sakatlık maliyetleri ve personel maliyetlerini içermektedir (Kohn ve ark., 2000). Öyle ki, Wechsler'in (2000) belirttiğine göre tıbbi hataların yıllık maliyetinin 7 milyar dolar olduğu tahmin edilmektedir (Aktaran: Kumar ve Steinebach, 2008).

Sağlık hizmetlerinde meydana gelen hatalar Leape ve ark. (1993) tarafından tanısal hatalar, tedavi hataları, koruyucu tedavi hataları ve diğer hatalar olmak üzere dört kategoride toplanmıştır. Bunlar;

- ✓ *Tanısal Hatalar:* yanlış tanı ve tanı koymada gecikme, gerekli tetkiklerin yapılamaması, güncel olmayan tanı ve tedavi yöntemlerinin kullanılması ve tetkik sonuçlarına göre hareket edilmemesi
- ✓ *Tedavi Hataları:* cerrahi bir işlem, prosedür ya da tetkikin uygulanmasında hata yapılması, tedavinin uygulanmasında hata yapılması, bir ilacın dozu veya kullanım şeklinde hata yapılması, anormal test sonuçlarına karşılık vermede veya tedavide gecikmeler yaşanması ve uygun olmayan tedavinin yapılması
- ✓ *Koruyucu Tedavi Hataları:* belirlenmiş koruyucu tedavilerin sağlanmasında başarısız olunması ve tedavinin takibinin yetersiz olması
- ✓ *Diğer Hatalar:* iletişim eksikliğine bağlı hatalar, kullanılan ekipmana bağlı hatalar ve diğer sistem eksikliklerine bağlı hatalar şeklinde sıralanmıştır.

Söz konusu bu hatalar, hastaların hastanede kalış süresinin uzamasına, mortalite ve morbiditenin artmasına, hasta ve hasta yakınlarının psikolojik rahatsızlıklar yaşamasına neden olabilmekte ve aynı zamanda sağlık çalışanları da bu hatalardan olumsuz etkilenmektedir (Pronovost ve ark. 2005). Reason (2000), hataların oluşumu konusunda insanların değiştirilemeyeceği ancak çalışma koşullarının değiştirilebileceğini vurgulamış ve sistem içerisinde hata

kaynaklarının bilinmesinin onların önlenmesi açısından büyük önem arz ettiğini ifade etmiştir. Bu doğrultuda, McNutt ve ark. (2002) hatalı tıbbi uygulamaların nedenlerini insana bağlı faktörler, kurumsal faktörler ve teknik faktörler olmak üzere üç başlık altında toplamıştır. Bu faktörler;

- ✓ *İnsana bağlı faktörler:* yorgunluk, eğitim eksikliği, yetersiz iletişim, güç ve kontrol, kin ve düşmanlık, dikkatin dağılması, kötü karar, sezgileri kullanma ve mantık hatası
- ✓ *Kurumsal Faktörler:* çalışma alanının tasarımı, politikalar, yönetim ve finansal yapı, liderlerin teşviki, yönetimin desteği, yetki devri, denetim ve geri bildirim, uygun olmayan personel
- ✓ *Teknik Faktörler:* zayıf otomasyon, kötü ekipman, ekipman eksikliği, karmaşıklık, zayıf etkileşim, geri döndürülemez hatalar, aşırı bilgi yükü ve kontrol listelerinin eksikliği şeklinde sınıflandırılmıştır.

2.6. Hasta Güvenliği Kültürü

Sağlık hizmetleri sunumunda meydana gelebilecek hataların önlenmesi konusunda en önemli faktörlerden biri olan hasta güvenliği kültürü; sağlık kurumlarında hasta güvenliğine ilişkin davranışlara yön veren, hasta güvenliğini kurumun temel önceliği yapan ve kurumda nelerin önemli nelerin önemsiz olduğunu belirleyen değer yargılarını, inançları ve kuralları içermektedir (Tütüncü ve Küçükusta, 2006; Akalın, 2004). Yalçın (2010) hasta güvenliği kültürünü; tüm sağlık personelinin hasta haklarına göstereceği saygı, özen ve her türlü ortamda hasta haklarının korunması şeklinde tanımlamaktadır. Bu bölümde, hasta güvenliği kültürünün daha iyi anlaşılması açısından kültür, örgüt kültürü ve güvenlik kültürü kavramlarına kısaca değinmek faydalı olacaktır.

2.6.1. Kültür:

Kültür, çeşitli alanlarda farklı şekillerde kullanılan bir kavramdır. Bu sebepten dolayı net bir tanımının yapılması oldukça güçtür. Kökeni Latincede zirai anlamda kullanılan "cultura" sözcüğüne dayanmaktadır. Sözcük anlamı "el değmemiş doğanın, insan aklı ve yapıcılığıyla işlenmesi ve yararlı hale gelmesi" şeklinde ifade edilen bu kavramın herkesi tatmin edebilecek tek bir tanımının yapılamamasının sebebi "kültür" sözcüğünün çok anlamlı ve kapsamlı olmasının yanında zaman içinde değişikliklere uğraması, farklı anlamlar yüklenmesi ve

farklı alanlardaki bilim adamlarının konuyu kendi bakış açısı ve mesleki ön yargılarıyla incelemesinden kaynaklanmaktadır (Çakır, 2007; Unutkan, 1995; Sözer, 2012).

Yapılan çeşitli tanımlar arasında en çok başvurulan kültür tanımı 1871 yılında İngiliz antropolog E.B. Taylor tarafından yapılmıştır. Bu tanıma göre kültür; *"bilgi, inanç, sanat, ahlak, hukuk ve geleneklerle insanın toplumun bir üyesi olarak kazandığı tüm yetenek ve alışkanlıklardan oluşan karmaşık bir bütün"* şeklinde ifade edilmektedir (Usal ve Kuşluvan, 2002). Türk Dil Kurumu sözlüğüne göre ise kültür; *"tarihsel, toplumsal gelişme süreci içinde yaratılan bütün maddi ve manevi değerler ile bunları yaratmada, sonraki nesillere iletmede kullanılan, insanın doğal ve toplumsal çevresine egemenliğinin ölçüsünü gösteren araçların bütünü"* şeklinde tanımlamıştır (www.tdk.gov.tr). Bu tanımlamaların yanı sıra kültür; bireyin içinde yaşadığı toplumdan edindiği sosyal miras, bireyin düşünme, hissetme ve inanma biçimi, bir toplumun yaşama biçimi, öğrenilen davranışlar bütünü ve doğada var olana karşılık insanların oluşturduğu her şey şeklinde de ifade edilebilmektedir (Şişman, 2011).

2.6.2. Örgüt Kültürü:

Japonya'nın 1970'li yılların sonlarına doğru süper güç olmaya yönelmesiyle birlikte Amerikan firmalarının pazar paylarını kaybetmeyle yüz yüze kalmaları ve Avrupa ve Amerika'da artan iflaslar örgütsel başarının sebeplerinin araştırılmasında yoğun bir ilgiye neden olmuştur. Japonya ve Güney Kore'deki örgütlerin başarısının örgütsel bağlılıkla yakından ilgili olduğu gündeme getirilince örgüt kültürü kavramının da önemi gün geçtikçe artmaya başlamıştır. Örgüt kültürü Amerikan yazınında ilk olarak 1979 yılında Pettigrew tarafından "Administrative Science Quarterly" de yayınlanan "Örgütsel Kültürler Üzerine Çalışırken" adlı makalede kullanılmıştır ve 1980'lerin başından itibaren yönetim ve organizasyon alanında yaygın bir şekilde kullanılmaya başlanmıştır. Bu kavram çok eski olmamakla birlikte, grup kültürüne ilişkin ilk çalışmalar aslında 1930'lu ve 1940'lı yıllarda yapılmıştır. Bunlar Elton Mayo'nun insan ilişkileriyle ilgili yaptığı "Hawthorne Araştırmaları" ve Chester Bernard'ın informal örgütler üzerinde yaptığı çalışmalardır. Örgüt kültürü kavramının ortaya çıkışı ve yaygın bir şekilde kullanılması 1982 yılında Deal ve Kennedy'nin "Örgüt Kültürü" ve Peters ve Waterman'ın "Mükemmeli Arayış" adlı kitaplarıyla olmuştur. Ayrıca,

Ouchi tarafından ortaya atılan "Z Teorisi" ve Pascale ve Athos'un "Japon Yönetim Tarzı" yine örgüt kültürü açısından yapılmış diğer önemli çalışmalardandır (Güney, 2015; Unutkan, 1995; Terzi, 2000).

Kültür kavramında olduğu gibi örgüt kültürünün de üzerinde uzlaşma sağlanmış net bir tanımı yoktur. Andrew Pettigrew örgüt kültürünü; *"bir grup tarafından ortaklaşa paylaşılan anlamlar sistemi olup; sembol, ideoloji, inanç, dil, mitlerden ve törenlerden oluşmaktadır."* şeklinde ifade ederken Edger Schein; *"belirli grubun dış uyum ve iç entegrasyon sorunlarını çözmeyi öğrenirken keşfettiği ya da geliştirdiği, geçerli sayılabilecek kadar iyi işleyen, dolayısıyla yeni üyelere bu sorunlarla ilgili doğru algılama, düşünme ve hissetme biçimi olarak öğretilebilecek paylaşılan temel varsayımlar modelidir."* şeklinde tanımlamıştır (Pettigrew, 1979; Schein, 1984). Bir diğer tanımda ise Peter ve Waterman örgüt kültürünü; *"baskın ve paylaşılan değerlerden oluşan, çalışanlara sembolik anlamlarla yansıyan, örgüt içindeki hikayeler, inançlar, sloganlar ve masallardan meydana gelmiş bir yapı"* şeklinde tanımlarken, Deal ve Kennedy; *"iş yapma ve yürütme biçimi"* şeklinde tanımlamıştır (Şimşek ve ark., 2014).

Konuyla ilgili çeşitli tanımlar yapılmış olsa da üzerinde durulan belli başlı ortak noktalar vardır. Buna göre örgüt kültürü, bir örgütte işlerin yapılış biçimini ifade eder, paylaşılan temel değer ve normlar bütünüdür, örgüt üyelerinin bilişsel yapıları ve algı dayanağıdır, davranış kuralları ve örüntülerden oluşur, anlamlı semboller sistemidir ve örgüt üyelerince paylaşılan anlam, duygu, anlayış, ideoloji, felsefe, beklenti ve tutumları içermektedir (Şişman, 2011).

Örgüt kültürü, bir örgütü diğerinden ayıran özellikler bütününü ifade etmektedir. Schein'e göre bu özellikler; davranışsal düzenlemeler, çalışma gruplarına ilişkin normlar, örgüt amaçları doğrultusunda örgüt üyelerince benimsenmiş kalite, müşteri odaklılık, fiyat liderliği gibi sloganlaşmış değerler, düşünme alışkanlıkları, zihinsel modeller, örgüt üyelerince konuşulan dil, tüm örgüt üyelerince paylaşılan anlamlar ve örgütsel bütünleşmeyi sağlayan benzetimler veya semboller şeklinde sıralanmaktadır (Aktaran: Doğan, 2007).

Örgütlerde belli süreçler sonucunda oluşan örgüt kültürünün hem kuruma hem de çalışanlara çeşitli faydaları vardır. Bunlar şu şekilde özetlenebilir;

- ✓ İşletmelerin amaç, strateji ve politikalarının oluşmasına katkı sağlamakla birlikte, yöneticiler tarafından belirlenen stratejilerin uygulamasını kolaylaştırır. Böylelikle kuruma rekabet avantajı sağlar.
- ✓ İşletmedeki süreç ve uygulamalara belli bir standartlaştırma veya rasyonellik getirerek çalışanların psikolojisini ve moralini olumlu yönde etkiler. Böylece verimliliğin artmasını sağlar.
- ✓ Gelecekte yönetim kademesinde görev alabilecek yeni yöneticilerin bilgi, beceri ve davranış kazanmalarına katkıda bulunarak örgütün temel değer ve dinamikleri doğrultusunda yetişmelerini sağlar.
- ✓ Örgüt içi iletişim ve bireyler arası ilişkilerde önemli bir rol oynar. Böylece örgüt üyeleri arasında biz duygusunu ve takım ruhunu geliştirerek birlikteliği sağlar. Ayrıca bireylerin birbirlerine ve örgüte olan bağlılığını arttırır.
- ✓ Örgüt içinde ortaya çıkabilecek çatışmalar, örgüt kültürünün geliştirdiği standart uygulama ve süreçler ile önlenebilir ya da azaltılabilir.
- ✓ Örgüt kültürünün nesilden nesile aktarılmasıyla örgütsel yaşamın sürekliliği sağlanır.
- ✓ Örgüt için tanıtıcı bir kimlik oluşturur. Bir örgüt hakkında değerlendirmeler o kurumun kültürüne göre yapılır (Eren, 2015; Şimşek ve ark., 2014; Unutkan, 1995).

Örgüt kültürünün kuruma ve çalışanlara sağladığı faydaların yanı sıra örgütlerde yerine getirmiş olduğu bir dizi işlevler de vardır. Bunlar ise şu şekilde sıralanmaktadır;

- ✓ Örgüt üyelerinin bireysel çıkarlardan ziyade ortak bir değer etrafında toplanmalarını sağlar,
- ✓ Örgütteki sosyal sistemi güçlendirir ve örgüt üyelerinin uyması gereken standartları belirleyerek örgütü bir arada tutan tutkal görevi görür,
- ✓ Ortak norm ve değerler aracılığıyla çalışanların moral ve motivasyonunu arttırır,

- ✓ Örgütün sınırlarını tanımlayan bir rolü vardır. Bir örgütü diğerinden ayıran özellikleri ifade eder,
- ✓ Örgüt üyeleri için kurumsal bir kimlik oluşturur ve ayrıcalıklı bir benlik hissi duymalarını sağlar,
- ✓ Örgütsel istikrarın oluşturulmasında önemli bir rol oynar,
- ✓ Bir kontrol mekanizması gibi çalışarak örgüt üyelerinin hal ve hareketlerini kontrol altında tutar,
- ✓ Örgütsel sorunların çözümünde bir anahtar görevi görür,
- ✓ Örgütsel iklimin oluşmasını sağlar ve verimliliği arttırır (Demir, 2007; Acuner, 2010; Dinçer ve Fidan, 1996; Sabuncuoğlu ve Tüz, 2008; Güney, 2015; Şimşek ve ark., 2014).

2.6.3. Güvenlik Kültürü

Örgüt kültürünün bir alt elemanı olan güvenlik kültürü kavramı, riskli süreçlerde güvenilir şekilde çalışma yeteneğiyle bilinen uzay, nükleer güç, havacılık ve askeriye (nükleer denizaltılar ve uçak gemileri) gibi sanayi dalları ve organizasyonlardan gelmektedir. Bu kavram ilk olarak, 1986 yılında meydana gelen Çernobil nükleer felaketi sonrasında International Atomic Energy Agency (IAEA-Uluslararası Atom Enerjisi Kurumu) tarafından hazırlanan raporda ortaya çıkmıştır. Kurumun zayıf bir güvenlik kültürüne sahip olduğuna vurgu yapılmış ve bu durum kazanın sebeplerinden biri olarak gösterilmiştir (Cooper, 2000; Thomas ve ark., 2005; Özkan ve Lajunen, 2003).

Güvenlik kavramı, yanlışlıkla ya da hata sonucu meydana gelebilecek bir kazaya maruz kalmama durumunu ifade etmektedir. Vincoli (1994), kazanın oluşumunu domino etkisiyle açıklamaktadır. Domino taşlarından ilki "yönetimin kontrol eksikliği" dir. İkincisi "sorunun temel sebepleri", üçüncüsü "ani sebepler", dördüncüsü "kaza" ve beşincisi de "yaralanma, hatta bazı durumlarda ölüm" dür. Bu taşlardan ilki devrildiğinde domino etkisi ortaya çıkar ve diğer taşlar da sırayla devrilir. Bu olgular zincirini durdurup kazaların önüne geçilmesi ve bu sayede ölüm ve yaralanmaların önlenmesi ancak güçlü bir güvenlik kültürüyle mümkün olacaktır.

Şerifoğlu ve Sungur'a (2007) göre bir örgütte güvenlik kültürünün oluşturulması için gerekli kriterler; üst yönetimin görünür taahhüdü, orta

kademenin sürekli ilgisi, gözetimcilerin performansa odaklanması, çalışanların aktif katılımı, sahadaki uygulamaların oturtulabilmesi için esnek bir sistem ve güvenliğe ilişkin tüm çalışanların olumlu algısı şeklinde sıralanmaktadır. Pronovost ve arkadaşları'na (2003) göre güçlü bir güvenlik kültürünün özellikleri ise; liderlerin hatalardan öğrenme ve onları tartışma konusundaki bağlılığını, hasta güvenliğini belgelemeyi ve geliştirmeyi, ekip çalışmasının uygulanmasını ve teşvik edilmesini, potansiyel tehlikelerin ayırt edilmesini, istenmeyen olayları analiz etmek ve yorumlamak için sistemler kullanılmasını ve çalışanların hata yapan kötü adamlar olarak ilan edilmesi yerine güvenliği geliştiren kahramanlar olarak kutlanmasını içermelidir.

Güvenlik kültürüne ilişkin literatürde birçok tanım bulunmaktadır. Bunlardan en kabul görmüş olanı Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) tarafından yapılmıştır. Bu tanıma göre güvenlik kültürü; *"bir kurumun sağlık ve güvenlik yönetimine bağlılığını, bu yönetimin stilini ve ustalığını belirleyen birey ve grupların değer, tutum, algı, yetkinlik ve davranış modellerinin bir ürünü"* dür (Aktaran: Sammer ve ark., 2010). Uluslararası Atom Enerjisi Kurumu'nun 1991 yılında yaptığı diğer bir tanımda ise güvenlik kültürü; *"organizasyonlarda ve bireylerde, kesin bir öncelik olarak, nükleer tesisin güvenliği ile ilgili önemli konuların, spesifik özelliklerin ve önleyici yaklaşımların bütünüdür"* şeklinde ifade edilmiştir (IAEA, 1991). Özkan ve Lajunen (2003), literatürde bulunan tanımlara ilaveten güvenlik kültürü kavramının tanımı içerisine "ortak kullanım ve etki alanları" nın yanı sıra "nesneler" i de dahil etmiştir. Buna göre güvenlik kültürü; *"güvenliği veya emniyeti tehdit edebilecek davranış veya uygulamalarla bunların yer aldığı ortak kullanım ya da etki alanında bulunan canlıların veya nesnelerin zararını en aza indirmeyi amaçlayan, güvenlik veya emniyete öncelik veren algılar, inançlar, tutumlar, kurallar, roller, sosyal, teknik ve politik uygulamalarla, yetkinlikler ve sorumluluk hislerinin bütünüdür"* şeklinde tanımlanmıştır.

Güvenlik kültürü, yönetimin güvenliğe ilişkin taahhüdü, iletişim stili ve hataların raporlanmasına ilişkin belirlenmiş açık kuralların yanı sıra çalışanların morali, motivasyonu ve hataları algılama biçimlerini de içermektedir. Bu bağlamda, karşılıklı güvene dayanan iletişim ve önleyici tedbirlerin faydalı olacağına dair algılamalar olumlu bir güvenlik kültürünün oluşmasında giderek ön

plana çıkmaktadır. Ayrıca örgütün içinde bulunduğu toplumsal kültür de güvenlik kültürünün oluşmasında etkili bir rol oynamaktadır. Çalışanların sağlığa ve güvenliğe olan ilgisi, mensubu oldukları kültürün özelliklerinden etkilenecektir ve örgütlerin güvenlik kültürünü oluşturması, içinde bulunduğu toplumun kültürel özelliklerine göre kimi zaman kolay kimi zaman da daha zor olacaktır (Itoh ve ark., 2002; Şerifoğlu ve Sungur, 2007; Tütüncü ve Küçükusta, 2006).

2.6.4. Hasta Güvenliği Kültürünün Oluşturulması

Sağlık kurumlarında hasta güvenliği kültürünün oluşturulması, süreçlerin ve sistemle ilgili sorunların cezalandırılma korkusu olmadan tartışılabildiği bir ortamın yaratılması için oldukça önemlidir (Gündoğdu ve Bahçecik, 2012). Güçlü bir güvenlik kültürünün sağlanmasıyla insan hayatına mal olabilecek hatalar önlenebilecek, hasta güvenliğine ilişkin çalışmaların sürekliliği sağlanacak ve böylelikle sağlık hizmetlerinde tanı, tedavi ve sağlığın çıktıları önemli ölçüde iyileştirilecektir. Bu doğrultuda, Suresh ve ark. (2004) tarafından hasta güvenliği kültürünün sağlanması için gerekli olan faktörler; yüksek riskli ve hata yapılabilecek durumların saptanması, tıbbi hataların araştırıldığı bir ortamın yaratılması, zamanında ve verimli bir sağlık hizmeti sunulması, hekimin gerekli bilgiye çabuk ve kolay ulaşımının sağlanması, bilgisayar destekli programlar ile tedavilerin düzenlenmesi, cezanın ön planda olmadığı bir kültürün oluşturulması, yüksek riskli durumlarda işbirliği ile ortak çözüm oluşturulması, yeni teknolojilerin içerdiği riskler konusunda halkın aydınlatılması ve bu tür tedavi ve cerrahilerde hastanın bilgilendirilmiş onamının alınması konusunda hekimlerin bilgilendirilmesi, tıp eğitiminin niteliğinin yükseltilmesi ve tıbbi hataya maruz kalmış hastaların zararının karşılanması konusunda yasal bir engelin olmaması şeklinde sıralanmaktadır (Aktaran: Ovalı, 2010). John Hopkins Hospital' in Mayıs 2001'de geliştirmiş olduğu programda ise bir sağlık kuruluşunda hasta güvenliği kültürünün sağlanması ve geliştirilmesi için;

- ✓ Öncelikle tüm çalışanların hasta güvenliği kültürünün ölçülmesi,
- ✓ Çalışanların hasta güvenliği konusunda eğitilmesi,
- ✓ Çalışanların hasta güvenliği konusundaki endişelerinin belirlenmesi,
- ✓ Liderlerin birimlerde haftada bir hasta güvenliği viziti başlatması,
- ✓ İyileştirme yöntemlerinin uygulamaya konulması,
- ✓ Sonuçların bildirilmesi ve olayların paylaşılması,

- ✓ Hasta güvenliği kültürü ölçümlerinin belli aralıklarla tekrarlanması gerektiği vurgulanmıştır (Pronovost ve ark, 2004).

Sağlık kurumlarında hasta güvenliği kültürünün oluşturulması köklü değişimler sonucu mümkün olacaktır. Ancak bir kurumda alışılagelmiş değerler ve inançların değiştirilmesi pek kolay değildir. Bu sebeple üst yönetimin liderliği hasta güvenliği kültürünün sağlanması konusunda kritik bir öneme sahiptir. Institute of Medicine'nin 1999 yılı raporunda sağlıklı bir güvenlik ortamının sağlanması için örgütün amaçlarını, planlarını, personelini ve bütçesini programlayan ve yönetim kuruluna sunulmak üzere hazırlanan ilerleme programlarının düzenli aralıklarla kontrolünü yapan bir liderliğin olması gerektiği vurgulanmıştır. Bu doğrultuda güvenli bir bakım ortamının sağlanması adına liderler; sağlık hizmetleri sunumundaki süreçlerin hasta güvenliği ile bütünleştirilmesi adına stratejiler belirlemeli, kurumun misyon ve vizyonuna hasta güvenliğine verdikleri önemi gösteren ifadeler ekleyerek hasta güvenliği konusunu sahiplenmeli ve kurumda herkesin kabul etmesi gereken bir konu olduğunu ilan etmelidir. Ayrıca, çalışanlar ve hastalarla aralarındaki iletişimi açık tutmalı, hasta güvenliğini tehdit eden unsurların belirlenmesi ve azaltılması konusunda çalışanlara sorumluluk devretmeli ve tüm çalışanların hasta güvenliği konusunda sürekli olarak eğitilmelerini sağlamalıdır (Kohn ve ark., 2000; Akalın, 2004; Altındiş, 2010).

Sağlık kurumlarında hasta güvenliği kültürünün sağlanması konusunda liderlik faaliyetlerinin yanı sıra bir diğer önemli husus, hataların sorumluluğunun alınması ve bunlardan ders çıkarılmasıdır. Sağlık hizmetleri sunumunda meydana gelen hatalarının neden ve nasıl oluştuğu konusunda sorunun kaynağına inilmeli ve tekrarının yaşanmaması için gerekli önlemler alınmalıdır. The American Association of Nurse Executives' e göre (Amerikan Yönetici Hemşireler Birliği) hataların açığa çıkması ve hızlı bir şekilde düzeltilmesi ancak kurumda yerleştirilmiş bir hasta güvenliği kültürüyle mümkün olacaktır (Vogelsmeier ve Scott-Cawiezell, 2007; Gündoğdu ve Bahçecik, 2012). Bunun için de kurumda bir raporlama sisteminin oluşturulması ve bu sistemin etkin çalışması konusunda çalışanların cesaretlendirilmesi gerekmektedir (Alp ve Ardahan, 2015).

Sağlık Bakanlığı hazırlamış olduğu SKS-Hastane Seti'nde bu konuya değinmiş, güvenlik raporlama sisteminin sağlık kurumlarında önemli bir kalite göstergesi olduğuna vurgu yapılmış ve bununla ilgili olarak hastanelerde uygulanması gereken standartlar belirlenmiştir. Buna göre, hastanelerde hasta ve çalışanların güvenliğini tehdit edebilecek, gerçekleşmek üzereyken gerçekleşmeyen (ramak kala olaylar) ya da gerçekleşen istenmeyen olayların bildirilmesini sağlamak, bu olayları izlemek ve bildirimlerin sonucunda bu olaylara yönelik önlemler almak amacıyla bir güvenlik raporlama sistemi oluşturulması gerektiği ifade edilmiştir. Aynı zamanda sette, hem hasta hem de çalışan güvenliğini kapsayacak şekilde planlanan bu sistemin çalışanların kendilerini güvende hissedecek şekilde tasarlanması, sistemle ilgili çalışanlara eğitim verilmesi, yapılan bildirimlerin analiz edilerek iyileştirme çalışmalarının yapılması ve çalışanların sistemle ilgili görüş ve önerilerinin alınarak düzenli aralıklarla sistemin kullanımı ile ilgili onlara geri bildirim verilmesi başlıca standartlar olarak belirlenmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2016).

Tüm klinik süreçlerde hastaların değerleri, inançları, tercihleri ve ihtiyaçları göz önüne alınarak sunulan sağlık hizmeti, hasta merkezli sağlık bakımını ifade etmektedir. Hasta merkezli bakım hasta güvenliği kültürünün oluşturulmasında etkili olan önemli bir faktördür. Sağlık bakım sistemlerinin hasta ve hasta yakınlarını sisteme dahil ederek kendi sağlık bakımlarına katılımları konusunda onları desteklemesi hasta güvenliği kültürünün sağlanması açısından son derece önem arz etmektedir. Konuyla ilgili olarak, Joint Commission International (JCI) 2002 yılında hasta-hekim ortaklığını başlatarak hastaları tıbbi hataların önlemesi konusunda rol almaya teşvik etmek üzere "Speak-Up" programını başlatmıştır. Buna göre, toplumun sağlık hizmeti sunan çalışanlara soru sormaları, kendi sağlıkları ile ilgili tüm süreçlere katılım göstermeleri ve böylelikle iletişimsizlik nedeniyle ortaya çıkan hataların önlenmesi amaçlanmaktadır. "Sesli olarak sorun" anlamına gelen "Speak-Up" kavramını konuyla ilgili hastalara verilen tavsiyelerin baş harfleri oluşturmaktadır. Programda; hastaların bir soru ya da endişeleri olduğunda yüksek sesle konuşmaları, aldıkları bakım hizmetine odaklanmaları, hastalıkları hakkında kendilerini eğitmeleri ve geliştirmeleri, kendilerini savunabilmek için güvendikleri kişilere soru sormaları, hangi ilacı aldıklarını ve neden aldıklarını

bilmeleri gerektiği, dikkatli bir şekilde kontrol edilen bir sağlık kuruluşunu kullanmaları ve kendi tedavileri hakkında tüm kararlara katılım göstermeleri gerektiği belirtilmiştir (Institute of Medicine, 2001; JCI, 2016; Onganer ve ark., 2014).

2.7. Sağlık Hizmetlerinde Kalite

Sağlık hizmetleri sadece hastalıkların teşhis, tedavi ve rehabilitasyonu değil, aynı zamanda hastalıkların önlenerek toplumun ve bireylerin sağlık düzeylerinin geliştirilmesi faaliyetlerini içermektedir. Klasik olarak "Koruyucu Sağlık Hizmetleri", "Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri" ve "Rehabilite Edici Sağlık Hizmetleri" olmak üzere üç başlık altında sınıflandırılan bu kavram doğrudan insan hayatı ile ilgili olduğundan hata kabul etmemektedir. Bu yüzden de sağlık hizmetleri sunumunda kalitenin önemi gün geçtikçe daha da artmaktadır. İlk olarak üretim işletmelerinde ortaya çıkan kalite kavramı pazarlama bakış açısıyla "müşteri istek ve beklentilerinin karşılanması" olarak tanımlanmaktadır. Ancak bu yaklaşım tıbbi bakımın bilimsel ve teknik yönünü göz ardı etmektedir. Zira hastaların sağlık hizmetlerinden faydalanırken ne tür bir tıbbi bakım almaları gerektiği konusunda tercih ve değerlendirme yapma olanakları diğer hizmet işletmelerine göre yok denecek kadar azdır. Bu sebeple sağlık hizmetlerinin kalitesi kendi öz nitelikleri, örgütlenmesi ve süreçleri ile diğer sektörlerden farklı özellikler göstermektedir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010; Hayran, 2008).

Literatürde sağlık hizmetlerinin kalitesine ilişkin çeşitli tanımlar mevcuttur. Bunlardan en kabul görmüş olanları Donabedian, American Medical Association (Amerikan Tabipler Birliği) ve Institute of Medicine tarafından yapılmış olan tanımlardır. Donabedian sağlık hizmetleri kalitesini "*hizmet sürecinin bütün kısımlarındaki beklenen kazançlar ve kayıplar dengesi hesaba katıldıktan sonra, hastanın iyilik halinin kapsamlı bir ölçüsünü en üst düzeye çıkarması gereken hizmet*" olarak tanımlarken; Amerikan Tabipler Birliği bu kavramı; "*yaşam kalitesini ve/veya süresini iyileştirmeye veya sürdürmeye sürekli olarak katkıda bulunan hizmet*" şeklinde ifade etmektedir. Institute of Medicine ise sağlık hizmetleri kalitesini "*bireylere ve topluma sunulan sağlık hizmetlerinin, arzulanan sağlık sonuçlarına ulaşma olasılığını arttırma ve şimdiki profesyonel bilgiyle tutarlı olma derecesi*" olarak tanımlamaktadır (Kaya ve ark., 2013).

Sağlık hizmetlerinin sunulduğu hastaneler bünyesinde barındırdığı çeşitli meslek gruplarıyla son derece karmaşık bir yapıyı teşkil etmektedir. Bununla birlikte tedavi hizmetlerindeki artış ve teknolojideki ilerlemeler sağlık kurumlarında kalitenin sağlanması konusunda bir takım zorlukları da beraberinde getirmektedir. Donebedian sağlık kurumlarında sunulan hizmetin kalitesinin belirlenmesinde dikkate alınması gereken değişkenleri 7 başlıkta toplamıştır ve bunlar hizmetin kaliteli olup olmadığı konusunda yol gösterici nitelikte olan temel özelliklerdir. Bu başlıklar şu şekilde sıralanmaktadır;

- ***Etkenlik:*** Sağlık bilim ve teknolojisinin en uygun veya belirli koşullar altında kullanıldığında sağlıkta iyileştirmeler meydana getirme yeteneğini ifade etmektedir.
- ***Etkililik:*** Sağlık bakımının sahip olduğu imkanlarla elde edebileceği maksimum gelişmeyi ifade etmektedir.
- ***Verimlilik:*** En düşük maliyetle en çok çıktının üretilmesini ifade eder. Ancak maliyetler düşürülürken hizmet kalitesinden ödün verilmemesi oldukça önemli bir unsurdur.
- ***Optimallik:*** Sağlıktaki iyileştirmeleri bu iyileştirmelerin maliyetleri ile dengelemeyi ifade etmektedir. Bu modelde "maksimum etkili hizmet" ve "optimum etkili hizmet" olmak üzere iki kalite standardı vardır. Optimallik kalite standardı olarak seçildiğinde optimuma ulaşmak için gerekenden fazla harcama israf olarak görülür ancak maksimum etkili hizmet kalite standardı olarak alındığında bu noktanın altındaki harcamalar doğrudur, bu noktadan sonraki harcamalar ise israftır.
- ***Kabul Edilebilirlik:*** Sağlık hizmetlerinin hasta ve hasta yakınlarının isteklerine, arzularına ve beklentilerine uygunluğunu ifade etmektedir.
- ***Yasallık:*** Kısaca sosyal kabul edilebilirlik olarak görülen bu kavram etik değerler, prensipler, normlar, yasalar ve düzenlemelerde ifade edilen sosyal tercihlere uygunluk şeklinde tanımlanmaktadır.
- ***Hakkaniyet:*** Sağlık bakım hizmetlerinin ve faydalarının toplumun üyeleri arasında dağıtımında doğru ya da adil olanı belirleyen prensipleri ifade etmektedir.

Ovretveit sağlık hizmetlerinde kaliteyi; "*hizmete en çok ihtiyacı olanların ihtiyaçlarını, örgüte maliyeti en az olacak şekilde ve daha yüksek otoriteler ve satın alıcılar tarafından belirlenen sınırlar ve direktifler içerisinde tamamen karşılamak*" şeklinde tanımlarken sağlık hizmetlerinde kalitenin üç boyutu olduğunu ifade etmiştir. Bunlar; "hasta kalitesi", "profesyonel kalite" ve "yönetim kalitesi" dir (Kaya ve ark., 2013; Tengilimoğlu ve ark., 2015).

- **Hasta Kalitesi:** Sağlık bakımı sırasında ve sonrasında hastaların istek ve beklentilerine uygun hizmetlerin verilmesidir. Başka bir deyişle, sunulan hizmetten doğrudan faydalananların ve onlara bakanların, hizmetin istek ve beklentilerini karşılama derecesi hakkındaki görüşlerini ifade etmektedir.
- **Profesyonel Kalite:** Sağlık personelleri tarafından belirlenen, hastanın klinik ihtiyaçlarını en etkin şekilde sağlayacak yöntem ve süreçlerdir. Profesyonellere göre değerlendirmelerin ve tedavilerin doğru şekilde yapılıp yapılmadığını ve gereken sonuçların üretilip üretilmediğini ifade eder.
- **Yönetim Kalitesi:** Hastaların ihtiyaçlarını karşılayacak hizmet sunum süreçlerinde hata ve israf olmaksızın kaynakların en verimli şekilde kullanmak üzere tasarlanıp tasarlanmadığını ifade etmektedir.

2.8. Sağlıkta Hizmetlerinde Akreditasyon

Dünya çapında hasta bakım kalitesinin optimal düzeyde geliştirilmesi, güvenli bir hizmet sunum çevresinin oluşturulması, hasta ve çalışanların karşılaşabileceği olası risklerin en aza indirilmesi, kalite iyileştirme ve hasta güvenliğinin sürekliliğinin sağlanması çabaları sağlık hizmetleri kalitesinin dış bir kuruluş tarafından değerlendirilmesi ihtiyacını doğurmuş ve akreditasyon kavramı ortaya çıkmıştır. Hastanın bakımı ve değerlendirilmesinden, tedavi sürecine katkısı olan hasta ve yakınlarının eğitimine, hasta haklarından yönetimle ilgili süreçlere kadar oldukça geniş bir alanı kapsayan bu kavram Amerikan Sağlık Kuruluşları Akreditasyon Komitesi (JCAHO) tarafından; "*sağlık kuruluşlarında bütün çalışanların katılımı ile kalite, hasta güvenliği ve sürekli gelişim anlayışının kurum kültürü haline getirildiği üç bileşenli süreç*" olarak tanımlanmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2015; Gülkaya, 2009).

Günümüzde en çok bilineni Joint Commission International (JCI) olmak üzere pek çok farklı ülkede akreditasyon programları yürütülmektedir ve akreditasyon programlarının amaçları genel olarak;

- ✓ Sağlık hizmeti sunan kuruluşların standartları karşılaması konusunda optimal başarı hedefleri koyarak kalitenin iyileştirilmesi,
- ✓ Sağlık hizmeti sunan kuruluşların karşılaştırılmalı veri tabanının oluşturulması,
- ✓ Sağlık hizmetlerinin yönetim yapısının değiştirilmesi,
- ✓ Sağlık hizmeti maliyetlerinin düzenlenmesi adına hizmetlerin artan verimliliği ve etkililiği üzerine odaklanılması,
- ✓ Sağlık kuruluşlarına, yöneticilerine ve çalışanlarına sağlık hizmetlerinde kalite geliştirme stratejileri ve en iyi uygulamalar konusunda eğitim sağlanması,
- ✓ Sağlık hizmetlerinin kalitesine halkın güveninin arttırılması,
- ✓ Hasta ve çalışanların karşılaşabileceği yaralanma ve enfeksiyonlara bağlı risklerin azaltılması şeklinde sıralanmaktadır (Rooney ve Ostenberg, 1999).

Sağlık hizmetlerinin bağımsız bir kuruluş tarafından değerlendirilmesi ihtiyacı ilk olarak ABD'de ortaya çıkmıştır. 1913 yılında Ernest Codman'ın son sistem bir hastane standardizasyonu kurulmasını teklif etmesiyle American College of Surgeons-ACS (Amerikan Cerrahlar Birliği) kurulmuşve1917 yılında hastaneler için minimum standartlar geliştirilmiştir. İlk etapta çok az sayıda olan ve sağlık kurumlarının temel gereksinimleri karşılayıp karşılamadığını ölçen bu standartların sonraki yıllarda sayısı ve niteliği giderek artmış, ABD'deki sağlık kuruluşları sundukları hizmetin kaliteli olduğunu kanıtlamak amacıyla gerekli standartlara sahip olduklarını belgeleme ihtiyacı duymuşlardır. Bu doğrultuda, American College of Physicians (Amerikan Hekimler Birliği), American Medical Association (Amerikan Tıp Birliği), American Hospital Association (Amerikan Hastaneler Bilriği) ve Canadian Medical Association'un (Kanada Tıp Birliği) ACS' ye katılımıyla 1951 yılında ilk akreditasyon kurumu olan "Joint Commission on Accreditation of Hospital" Chicago'da kurulmuştur. Tamamen bağımsız olan ve kar amacı gütmeyen bu kurumun temel amacı gönüllü olarak akreditasyon sağlamaktır (Joint Commission International, 2016b).

1987 yılına gelindiğinde, faaliyetlerine hastaneler dışındaki sağlık kuruluşlarını da dahil ederek kapsamını genişletmek amacıyla kurumun ismi "Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)" olarak değiştirilmiştir. 1997 yılında uluslararası akreditasyon verme kararı alınmış ve 1998 yılında da JCAHO' nun bir alt dalı olarak "Joint Commission International (JCI)" kurulmuştur. Temel amacı sağlık hizmeti sunan tüm kuruluşlarda hizmet standartlarını geliştirmek, izlemek ve değerlendirmek olan JCAHO bu tarihe kadar dünyanın çeşitli yerlerinde yaklaşık 20.000 sağlık kuruluşunu denetlemiş ve akreditasyon belgesi vermiştir. 1999 yılından itibaren ise bu görevi tümüyle JCAHO' nun bir alt kuruluşu olan JCI devralmıştır. JCI akreditasyonunun amacı, sağlık hizmeti sunan kuruluşların değerlendirilmesi için uluslararası boyutta yerel ihtiyaçlara göre de şekillenebilen standart temelli ve objektif bir değerlendirme süreci sunmaktır. Son olarak 2014 yılındaki beşinci baskısıyla revize edilen JCI akreditasyon standartlarına dördüncü baskıdan farklı olarak "Akademik Tıp Merkezi Hastaneleri" adı altında yeni bir bölüm eklenmiş ve böylelikle standartlar üç bölümde toplam 16 başlık altında toplanmıştır. Buna göre JCI akreditasyon standartları aşağıdaki gibi sıralanmaktadır;

Hasta merkezli standartlar:

- ✓ Uluslararası hasta güvenliği hedefleri
- ✓ Bakıma erişim ve bakımın sürekliliği
- ✓ Hasta ve aile hakları
- ✓ Hastaların değerlendirilmesi
- ✓ Hastaların bakımı
- ✓ Anestezi ve cerrahi bakım
- ✓ İlaç yönetimi ve kullanımı
- ✓ Hasta ve aile eğitimi

Sağlık kurumu yönetim standartları:

- ✓ Kalite iyileştirme ve hasta güvenliği
- ✓ Enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolü
- ✓ Yönetim, liderlik ve yönlendirme
- ✓ Tesis yönetimi ve güvenliği
- ✓ Personel nitelikleri ve eğitimi

- ✓ Bilgi yönetimi

Akademik tıp merkezi hastane standartları

- ✓ İnsan denekler üzerinde araştırma programları
- ✓ Tıbbi mesleki eğitim (Joint Commission International, 2016b).

2.9. Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Akreditasyon Standartları

Türkiye'de Sağlık Bakanlığı bünyesinde gerçekleştirilen kalite çalışmalarının tarihi çok eskiye dayanmamaktadır. 2003 yılında başlayan "Sağlıkta Dönüşüm Programı" kapsamında "nitelikli ve etkili sağlık hizmeti için kalite ve akreditasyon" hedefiyle Türkiye'ye özgü olarak geliştirilen sağlıkta kalite yapılanması iki kısımdan oluşmaktadır. Bunlar; "Sağlıkta Kalite Değerlendirmeleri" ve "Sağlıkta Akreditasyon Sistemi" dir (Sağlık Bakanlığı, 2015; Sağlık Bakanlığı, 2016).

Sağlıkta Kalite Değerlendirmeleri, "SKS-Hastane Seti" esas alınarak sağlık hizmeti sunan kurum ve kuruluşlarda yapı, süreç ve çıktı bazlı kalite düzeyinin belirlenerek puanlandırılması faaliyetlerini içermektedir. Buna göre, periyodik olarak kalite değerlendirmeleri yapılır ve raporlanır. Ayrıca sağlıkta akreditasyon sisteminden farklı olarak sağlıkta kalite değerlendirmelerinde zorunluluk esastır. SKS-Hastane Seti'nin amacı; "*Dünya Sağlık Örgütü'nün hasta güvenliği hedefleri, uluslararası gelişmeler ve ülkemizin öncelik ve ihtiyaçları dikkate alınarak Türkiye'de sağlık hizmeti sunan tüm hastanelerde standartları karşılamaya yönelik kalite hedefleri oluşturmak ve optimum kalite düzeyini sağlamak*" tır. Bu doğrultuda gerçekleştirilmesi beklenen hedefler başta hasta güvenliği olmak üzere; hasta odaklılık, sağlıklı çalışma yaşamı, süreklilik, etkililik, etkinlik, verimlilik, uygunluk, zamanlılık ve hakkaniyet şeklinde sıralanmaktadır. Son olarak Mart 2016'da revize edilen SKS-Hastane Seti; kurumsal hizmetler, hasta ve çalışan odaklı hizmetler, sağlık hizmetleri, destek hizmetleri ve gösterge yönetimi olmak üzere toplam 5 boyut, 39 bölüm, 557 standart ve 1100 değerlendirme ölçütünden oluşmaktadır. Bu boyutlar hastanelerde sunulan hizmetler, yönetimsel faaliyetler ve hizmet sürecinde yer alan kişiler baz alınarak hastanenin tüm bölümlerini kapsayacak şekilde geliştirilmiş olup, SKS-Hastane Seti'nde;

- ✓ hastanelerde hasta güvenliği komitesi bulundurulması,

- ✓ çalışan sağlığı ve güvenliği komitesi bulundurulması,
- ✓ tesis güvenliği komitesi bulundurulması,
- ✓ güvenlik raporlama sisteminin kurulması,
- ✓ güvenlik raporlama sistemleri ile ilgili çalışanlara eğitim verilmesi,
- ✓ güvenlik raporlama sistemine yapılan bildirimlerin analiz edilerek analiz sonuçlarına göre iyileştirme çalışmalarının yapılması,
- ✓ hasta, hasta yakını ve çalışan bazında eğitim ihtiyaçlarının belirlenmesi,
- ✓ her türlü tıbbi müdahale öncesinde hasta rızasının alınması,
- ✓ hasta veya hasta yakınlarının hastaya sunulabilecek teşhis, tedavi, bakım hizmetleri, hasta sorumlulukları ile diğer hizmetler hususunda bilgilendirilmesi,
- ✓ hasta ve hasta yakınları ile sağlık çalışanları arasında sağlıklı iletişim sağlanması,
- ✓ hastanın bakım sürecine katılımının sağlanması,
- ✓ tanı ve tedavi amacıyla yapılacak tüm işlemlerde hasta kimliğinin doğrulanması,
- ✓ hasta düşmelerinin önlenmesine yönelik çalışmalar yapılması,
- ✓ hastanın güvenli transferinin sağlanması vb.

gibi hasta güvenliğini sağlamaya yönelik dikkat çekici standartlar bulunmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2016).

Türkiye'deki kalite yapılanmasının ikinci önemli basamağı ise Sağlıkta Akreditasyon Sistemi'dir. Sağlıkta Akreditasyon Sistemi, SAS-Hastane Seti esas alınarak Türkiye'de sağlık hizmeti sunan kurum ve kuruluşlarının gönüllü olarak başvuracakları ve başarı durumlarına göre belgelendirilecekleri bir sistemi ifade etmektedir. Türkiye'de ilk akreditasyon çalışmaları 2005 yılında "Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları Kurumsal Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi" kapsamında oluşturulan ve uygulamaya konulan 100 standart ile başlamıştır. 2006 yılında bu standartlar üzerinde kısmi değişiklikler yapılarak hastaneler "İl Performans Kalite Koordinatörlükleri" tarafından değerlendirilmeye başlanmış ve kurumlar için de kendilerini değerlendirme sürecinden dış değerlendirme sürecine geçiş başlamıştır. 2007 yılında "Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları Kurumsal Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi Hakkında Değişiklik Yapılmasına Dair Yönerge" ile de

standartlar üzerinde ikinci revizyon yapılarak standart sayısı 150'ye çıkarılmıştır. Bundan sonra kurumların tamamı İl Performans Kalite Koordinatörlükleri ve bakanlık değerlendiricileri tarafından değerlendirilmeye başlanmıştır. 2008 yılına gelindiğinde "Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi" kapsamında standartlar yeniden revize edilmiş, hasta ve çalışan güvenliği temasıyla hazırlanan set bu kez 354 standarttan oluşmuştur. Yine revizyonlarla 2009'da bu standartlar 388'e 2011'de de 621'e çıkarılmıştır. 2012 yılında Sağlıkta Akreditasyon Sistemi'nin oluşturulmasına yönelik akreditör ISQua ile görüşmeler yapılarak Mart 2013'te resmi işbirliği süreci başlatılmıştır. Daha sonra "ISQua International Principles for Healthcare Standards" detaylı olarak incelenmiş ve Sağlıkta Kalite Standartları revizyona tabi tutulmuştur. Bu doğrultuda SAS-Hastane Seti hem uluslararası hem de ulusal düzeyde yapılan sağlıkta kalite çalışmaları ile Dünya Sağlık Örgütü ve ISQua ilkeleri dikkate alınarak hazırlanmıştır. Bu set; yönetim ve organizasyon, performans ölçümü ve kalite geliştirme, sağlıklı çalışma yaşamı, hasta deneyimi, sağlık hizmetleri, destek hizmetleri ve acil durum yönetimi olmak üzere toplamda 7 boyut, 34 bölüm, 59 standart ve 242 değerlendirme ölçütünden oluşmaktadır. Sette hasta güvenliğine yönelik risklerin analiz edilmesi, değerlendirilmesi, risk düzeylerinin belirlenmesi ve analiz sonuçlarına göre gerekli iyileştirme çalışmalarının yapılması gerektiği vurgulanarak aşağıdaki konuların bu kapsamda ele alınması gerektiği üzerinde önemle durulmuştur. Bu konular;

- ✓ Enfeksiyon kontrolü,
- ✓ İlaç güvenliği,
- ✓ Radyasyon güvenliği,
- ✓ Düşmelerin önlenmesi,
- ✓ Güvenli Cerrahi,
- ✓ Kimlik doğrulama,
- ✓ Bilgi güvenliği,
- ✓ Acil durum yönetimi,
- ✓ Tesis güvenliği,
- ✓ Transfüzyon güvenliği,
- ✓ Tıbbi cihaz güvenliği,
- ✓ Güvenlik raporlama sistemi
- ✓ Atık yönetimi şeklinde sıralanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2015).

Türkiye'de yaklaşık olarak son on yılda hasta güvenliği konusunda gerekli bazı adımlar atılmış olsa da sağlık kurumlarında henüz hataların önlenmesi ve güvenli ortamın sağlanması adına tam olarak yerleşmiş bir güvenlik kültürü algısı bulunmamaktadır. Yapılan çalışmaların sayısı giderek artmakla beraber sağlık personelleri içinde özellikle hekimler üzerinde yapılmış çalışmaların sayısı oldukça azdır (Bodur ve Filiz, 2010). Çalışmalar daha çok hemşireler üzerinde yapılmıştır (Atan ve ark., 2013; Dursun ve ark., 2010; Özmen ve Başol, 2010; Karaca ve Aslan, 2014). Sivas Numune Hastanesi'nde yapılan bu çalışmanın amacı hekim ve hemşirelerin hasta güvenliği konusundaki algılarını ve hasta güvenliği kültüründe rol oynayan faktörlerin önem düzeylerini belirlemektir. Bu çalışma aynı zamanda Sivas Numune Hastanesi için hasta güvenliği kültürünün oluşturulması ve geliştirilmesi konusunda zayıf ya da eksik bırakılan noktaların belirlenmesi ve bu doğrultuda uygun politikaların benimsenerek gerekli düzenlemelerin yapılması konusunda yol gösterici nitelikte olacaktır.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Tipi

Bu çalışma, hekim ve hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algılarının değerlendirilmesine yönelik tanımlayıcı bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Sivas il merkezinde bulunan C.Ü. Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Sivas Devlet Hastanesi ve Sivas Numune Hastanesi'nde yapılmak üzere planlanmıştır. Ancak araştırmanın uygulanması konusunda C.Ü. Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nden gerekli izinin çıkmaması ve Sivas Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'ne bağlı olan Sivas Devlet Hastanesi ve Sivas Numune Hastanesi'nin tek çatı altında toplanarak Sivas Devlet Hastanesi'nin kapatılması sebebiyle araştırma Sivas Numune Hastanesinde yapılmıştır.

19 Ekim 2015 tarihinde yeni binasında resmi olarak hizmete başlayan Sivas Numune Hastanesi, İstasyon ve Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Ek Hizmet Binaları ile birlikte 3 ayrı yerleşkede toplam 905 yatak kapasitesi ile hizmet vermektedir. Hastane ana binası, 150.000 m²'lik yerleşkede 104.160 m²kapalı alana sahip olup; 252 hasta odası, 83 poliklinik muayene odası, 28 ameliyathane salonu ve 700 yatak kapasitesine sahiptir. Toplamda 24.490 m² yerleşkeye sahip olan ek hizmet binaları ise; 45 poliklinik muayene odası, 3 ameliyathane salonu ve 205 yatak kapasitesi ile hizmet vermektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini 20 Aralık 2015 - 20 Şubat 2016 tarihleri arasında Sivas Numune Hastanesi'nde çalışan tüm hekim (N=288) ve hemşireler (N=617) oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini ise, bu tarihler arasında hastanede çalışmakta olup çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden, "Raosoft" (www.raosoft.com) programı kullanılarak hesaplanan, 280 sağlık personeli oluşturmaktadır.

α=0.05, t=1.96, p=0.50 olarak alındığında

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

Formülü ile 280 bireyin örnekleme alınmasına karar verilmiştir.

3.4. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında iki bölümden oluşan veri toplama aracı kullanılmıştır. Bunlar; araştırmacılar tarafından hazırlanan "Kişisel Bilgi Formu" ve AHRQ tarafından hastanelerde hasta güvenliği kültürü düzeyinin belirlenmesi amacıyla hazırlanan "Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği" dir (EK-1).

3.4.1. Kişisel Bilgi Formu

Bu form, çalışmaya katılan hekim ve hemşirelerin; cinsiyet, yaş, medeni durum ve öğrenim durumu gibi bazı sosyo-demografik bilgilerini ve hastanedeki görev, mesleki deneyim, kurumda çalışma süresi, haftalık çalışma süresi ve hasta güvenliği eğitimi alma durumu gibi işe ilişkin faktörleri belirlemek amacıyla hazırlanan sorulardan oluşmaktadır. Formda toplam 9 adet soru bulunmaktadır.

3.4.2. Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği (HGKÖ)

"Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği", hasta güvenliği kültürünün hastane ya da birim bazında değerlendirilmesi amacıyla 2004 yılında Amerika'daki AHRQ tarafından geliştirilmiştir. Ölçek toplamda yedi bölümden oluşmaktadır. Bunlar;

- ✓ Bölüm A: Çalışılan Birim
- ✓ Bölüm B: Yöneticiler/Supervisörler
- ✓ Bölüm C: İletişim
- ✓ Bölüm D: Raporlanan Olay Sıklığı
- ✓ Bölüm E: Hasta Güvenliği Derecesi
- ✓ Bölüm F: Hastane
- ✓ Bölüm G: Raporlanan Olay Sıklığı' dır.

Toplam 42 madde ve 12 alt boyuttan oluşan ölçek 5'li likert tipindedir. Puanlama A, B ve F bölümlerinde "5" kesinlikle katılıyorum, "4" katılıyorum, "3" kararsızım, "2" katılmıyorum, "1" kesinlikle katılmıyorum; C ve D bölümlerinde ise "5" her zaman, "4" çoğu zaman, "3"bazen, "2" nadiren, "1" hiçbir zaman

şeklindedir. E bölümünde katılımcıların çalıştıkları birimi hasta güvenliği konusunda değerlendirmeleri istenmektedir ve puanlama şu şekildedir; "1" mükemmel, "2" çok iyi, "3" kabul edilebilir, "4" zayıf, "5" başarısız. G bölümünde ise raporlanan olayların sayısı "1" hiç, "2" 1-2 olay, "3" 3 ve üzeri olay şeklinde gruplandırılarak değerlendirilmektedir.

Ölçeğin Türkçe' ye uyarlanması ve geçerlilik güvenilirlik çalışması Bodur ve Filiz (2010) tarafından yapılmıştır. Buna göre bazı alt boyutlardaki madde sayıları değişmiştir ve Türkiye'de geçerli olan "Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği" 10 alt boyuttan oluşmaktadır. Bunlar;

1. Üniteler İçinde Ekip Çalışması: Toplam 4 soru
2. Yönetici Beklentileri: Toplam 4 soru
3. Yönetimin Desteği ve Birimler Arası Ekip çalışması: Toplam 6 soru
4. Organizasyonel Öğrenme: Toplam 3 soru
5. Güvenliğin Kapsamlı Algılanması: Toplam 4 Soru
6. Hatalar Hakkında Geribildirim ve İletişim: Toplam 6 soru
7. Hataların Raporlanma Sıklığı: Toplam 3 soru
8. Personel Sağlama: Toplam 3 soru
9. Hastane Müdahaleleri ve Değişim: Toplam 5 soru
10. Hataya Karşı Cezalandırıcı Olmayan Yanıt: Toplam 4 soru

Araştırmacıların yapmış olduğu faktör analizi sonuçlarına göre tüm alt boyutlar 0,40'ın üzerinde değer almıştır. KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) skoru=0.9, Bartlett's test X^2=4238; df=861; p<0,001, Spearman-Brown katsayısı 0,84 ve Guttman iki yarı katsayısı 0,80'dir. Ayrıca alt boyutlara ilişkin Cronbach Alpha değerleri 0,57 ile 0,86 arasındadır. Bu sonuçlara göre ölçeğin güvenilir ve geçerli bir ölçek olduğu, Türkiye'deki hastanelerde hasta güvenliği kültürünün değerlendirilmesi için uygun bir araç olduğu belirtilmiştir.

3.5. Verilerin Toplanması

Araştırmaya başlamadan önce Sivas Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nden yazılı izin alınmıştır (EK-2). Veriler, gönüllü olarak araştırmaya katılmayı kabul eden hekim ve hemşirelerden yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak anket formu ile toplanmıştır. Ayrıca hekim ve hemşirelere, araştırmaya katılıp katılmama konusundaki kararın tamamen kendilerine ait

olduğu, anket formuna isim yazılmayacağı, bu çalışmadan toplanılacak verilerin sadece araştırma kapsamında kullanılacağı ve gizliliğin kesinlikle sağlanacağı gibi bilgiler sözel olarak verilmiştir. Hekim ve hemşirelerin bir kısmı anketi hemen cevaplayarak teslim etmiş, bir kısmı ile daha sonraki günler için randevulaşılmış ve o günlerde ziyaret edilerek anketler toplanmıştır.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 22 programı kullanılmıştır. Yapılan normallik testi sonucunda verilerin normal dağılımdan gelmediği saptanmış ve analizlere non-parametrik testlerle devam edilmiştir. Mann-Whitney U Testi, Kruskal-Wallis H Testi, Spearman Korelasyon Katsayısı ve Frekans Testleri ile karşılaştırmalar yapılmıştır.

3.7. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce "**Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu**" nun 20.11.2015 tarih ve 2015-11/05 sayılı etik kurul onayı alınmıştır (EK-3). Ayrıca "Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği" nin kullanılmasına dair yazarlarından gerekli izinler de alınmıştır.

4.BULGULAR

Tablo 1: Sağlık Personelinin Demografik Özelliklerinin Dağılımı (N=280)

Yaş	**Sayı**	**Yüzde(%)**
25 yaş ve altı	49	17,5
26-30	63	22,5
31-35	68	24,3
36-44	68	24,3
45 yaş ve üzeri	32	11,4
Cinsiyet		
Kadın	183	65,4
Erkek	97	34,6
Medeni Durum		
Evli	209	74,6
Bekar	71	25,4
Öğrenim Durumu		
Lise/Ön Lisans	66	23,6
Lisans	109	38,9
Yüksek Lisans/Doktora	105	37,5
Meslek Süresi		
1-5 yıl	82	29,3
5-9 yıl	63	22,5
10-14 yıl	56	20,0
15 yıl ve üzeri	79	28,2
Kurumdaki Çalışma Süresi		
1 yıldan az	79	28,2
1-4 yıl	115	41,1
5-9 yıl	42	15,0
10 yıl ve üzeri	44	15,7
Haftalık Çalışma Süresi		
40 saati geçmiyor	77	27,5
40-49 saat	131	46,8
50 saatten fazla	72	25,7
Hastanedeki Görev		
Hemşire	187	66,8
Hekim	93	33,2
Çalışılan Birim		
Dahili Birimler	189	67,5
Cerrahi Birimler	91	32,5
Toplam	280	100,0

Tablo 1'de çalışmaya katılan sağlık personelinin demografik özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Buna göre katılımcıların %48,6'sı 31-44 yaş aralığındadır. %65,4'ü kadın, %74,6'sı evli, %38,9'u lisans mezunu olup %29,3'ünün 1-5 yıl

arasında mesleki deneyime sahip olduğu saptanmıştır. %66,8'i hemşire, %33,2'si hekim olan katılımcıların %67,5'i dahili birimlerde çalışmaktadır. Ayrıca katılımcıların %41,1'i 1-4 yıl arasında bu kurumda çalıştığını belirtirken, %46,8'i haftalık çalışma süresinin 40-49 saat olduğunu ifade etmiştir. Çalışmaya katılmayı kabul eden yalnızca 1 hekim, 4 hemşire olmak üzere toplam 5 yönetici olması nedeniyle çalışmada, yöneticiler ayrı bir grup olarak değerlendirilmeye alınmamıştır.

Tablo 2: Katılımcıların Hasta Güvenliği Eğitimi Alma Durumu

Hasta Güvenliği Konusunda Eğitim Aldınız mı?	**Sayı**	**Yüzde(%)**
Evet	245	87,5
Hayır	35	12,5
Toplam	280	100,0

Tablo 2'de görüldüğü gibi, çalışmaya katılan hekim ve hemşirelerin büyük bir çoğunluğu (%87,5'i) hasta güvenliği konusunda eğitim aldığını ifade etmiştir.

Tablo 3: Katılımcıların Çalıştıkları Birimi Hasta Güvenliği Açısından Değerlendirmeleri

Birim Değerlendirmesi	**Sayı**	**Yüzde(%)**
Mükemmel	22	7,9
Çok iyi	100	35,7
Kabul edilebilir	131	46,8
Zayıf	27	9,6
Toplam	280	100,0

Tablo 3'te çalışmaya katılan hekim ve hemşirelerin çalıştıkları birimi hasta güvenliği açısından değerlendirmelerine ilişkin sonuçlar verilmiştir. Buna göre katılımcıların yaklaşık olarak yarısı (%46,8'i) birimlerini hasta güvenliği açısından "kabul edilebilir" olarak nitelendirirken, %35,7'si birimlerinin hasta güvenliği konusunda "çok iyi" olduğunu ifade etmiştir.

Tablo 4: Hasta Güvenliğine İlişkin Raporlanan Olay Sayısı

Raporlanan Olay Sayısı	**Sayı**	**Yüzde(%)**
Hiç	211	75,4
1-2 olay raporu	54	19,3
3 ve üzeri olay raporu	15	5,4
Toplam	280	100,0

Tablo 4'te katılımcıların raporladıkları olay sayısına ilişkin sonuçlar verilmiştir. Buna göre hekim ve hemşirelerin oldukça büyük bir çoğunluğunun (%75,4'ü) şimdiye kadar herhangi bir olay raporlamadıkları saptanmıştır.

Tablo 5: Normallik Testi

	Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Üniteler İçinde Ekip Çalışması	,184	280	,000	,927	280	,000
Yönetici Beklentileri	,097	280	,000	,978	280	,000
Yönetimin Desteği ve Birimler Arası Ekip Çalışması	,085	280	,000	,984	280	,003
Organizasyonel Öğrenme	,138	280	,000	,964	280	,000
Güvenliğin Kapsamlı Algılanması	,103	280	,000	,977	280	,000
Hatalar Hakkında Geri Bildirim ve İletişim	,087	280	,000	,987	280	,014
Hataların Raporlanma Sıklığı	,115	280	,000	,963	280	,000
Personel Sağlama	,117	280	,000	,972	280	,000
Hastane Müdahaleleri ve Değişim	,084	280	,000	,983	280	,003
Hataya Karşı Cezalandırıcı Olmayan Yanıt	,127	280	,000	,972	280	,000

Yapılan normallik testi sonucunda (Kolmogorov-Smirnov) verilerin normal dağılımdan gelmediği ($p<0,05$) saptanmıştır. Bu yüzden analizlere non-parametrik testlerle devam edilmiştir.

Tablo 6: Katılımcıların HGKÖ Toplam Puan Ortalaması ve Alt Boyutlardaki Puan Ortalamaları (N=280)

Alt Boyutlar	Min.	Max.	Ort.	SS.
Üniteler İçinde Ekip Çalışması	1,00	5,00	3,9018	,74698
Yönetici Beklentileri	1,00	5,00	3,0902	,81162
Yönetimin Desteği ve Birimler Arası Ekip Çalışması	1,50	5,00	3,2375	,68044
Organizasyonel Öğrenme	1,33	5,00	3,6976	,68481
Güvenliğin Kapsamlı Algılanması	1,25	5,00	3,6786	,62775
Hatalar Hakkında Geri Bildirim ve İletişim	1,50	13,00	3,3756	,90383
Hataların Raporlanma Sıklığı	1,00	5,00	2,8726	1,02344
Personel Sağlama	1,00	4,00	2,4321	,66559
Hastane Müdahaleleri ve Değişim	1,40	5,00	3,5543	,71255
Hataya Karşı Cezalandırıcı Olmayan Yanıt	1,00	10,50	2,8366	,82569
Genel Ölçek	1,83	4,86	3,2973	,45273

Tablo 6'da katılımcıların HGKÖ toplam puan ortalaması ve alt boyutlardaki puan ortalamaları verilmiştir. Buna göre, hekim ve hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algılarının **(X=3,29)** orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Katılımcıların HGKÖ' nün alt boyutlarına ilişkin puan ortalamalarına bakıldığında ise; "Üniteler İçinde Ekip Çalışması" alt boyutu **(X=3,90)** en yüksek ortalamaya sahipken, en düşük puan ortalaması "Personel Sağlama" alt boyutuna **(X=2,43)** aittir.

Tablo 7: Katılımcıların HGKÖ' nün Üniteler İçinde Ekip Çalışması Alt Boyutuna İlişkin Puan Ortalamaları

Maddeler		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum	$\overline{X}$	s.s.
Bu birimde çalışan kişiler birbirini destekler	f	13	29	31	136	71	3,79	1,07
	%	4,6	10,4	11,1	48,6	25,4		
Acilen yapılması gereken çok iş olduğunda ekip olarak birlikte çalışırız	f	9	14	16	159	82	4,03	0,91
	%	3,2	5,0	5,7	56,8	29,3		
Bu birimde çalışanlar birbirine saygılı davranır	f	7	13	38	144	78	3,97	0,90
	%	2,5	4,6	13,6	51,4	27,9		
Birim içinde bir çalışma alanı aşırı yoğunlaştığında diğerleri yardım eder	f	12	23	37	146	62	3,79	1,01
	%	4,3	8,2	13,2	52,1	22,1		
Üniteler İçinde Ekip Çalışması Genel Ortalama=3,89								

Tablo 7'de katılımcıların HGKÖ' nün "üniteler içinde ekip çalışması" alt boyutuna ilişkin puan ortalamaları verilmiştir. Buna göre, hekim ve hemşirelerin "üniteler arası ekip çalışması" alt boyutuna ilişkin algılarının **(X=3,89)** yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır. Bu alt boyutta, en yüksek puan ortalamasına sahip madde "acilen yapılması gereken çok iş olduğunda ekip olarak birlikte çalışırız" (X=4,03) maddesiyken, en düşük puan ortalamasına sahip maddeler "bu birimde çalışan kişiler birbirini destekler" (X=3,79) ve "birim içinde bir çalışma alanı aşırı yoğunlaştığında diğerleri yardım eder" (X=3,79) maddeleridir.

Tablo 8: Katılımcıların HGKÖ' nün Yönetici Beklentileri Alt Boyutuna İlişkin Puan Ortalamaları

Maddeler		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum	$\bar{X}$	s.s.
Yöneticilerimiz, oluşturulmuş hasta güvenliği prosedürlerine göre yapılmış bir işi gördüğünde takdir eder	f	38	57	69	88	28	3,03	1,21
	%	13,6	20,4	24,6	31,4	10,0		
Yöneticilerimiz, hasta güvenliğini geliştirmek için çalışanların önerilerini ciddiye alır	f	30	54	73	107	16	3,08	1,10
	%	10,7	19,3	26,1	38,2	5,7		
Yöneticilerimiz, kalite kaybı olsa bile bizim daha hızlı çalışmamızı ister	f	39	91	83	68	19	2,77	1,16
	%	13,9	32,5	22,5	24,3	6,8		
Yöneticilerimiz tekrar tekrar oluşan hasta güvenliği problemlerini görmezden gelir	f	15	41	69	111	44	3,45	1,08
	%	5,4	14,6	24,6	39,6	15,7		
Yönetici Beklentileri Genel Ortalama=3,08								

Tablo 8'de katılımcıların HGKÖ' nün "yönetici beklentileri" alt boyutuna ilişkin puan ortalamaları verilmiştir. Buna göre, hekim ve hemşirelerin "yönetici beklentileri" alt boyutuna ilişkin algılarının **(X=3,08)** orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Bu alt boyutta, en yüksek puan ortalamasına sahip madde "yöneticilerimiz tekrar tekrar oluşan hasta güvenliği problemlerini görmezden gelir" maddesiyken (X=3,45), "yöneticilerimiz kalite kaybı olsa bile bizim daha hızlı çalışmamızı ister" maddesi en düşük (X=2,77) puan ortalamasına sahiptir.

Tablo 9: Katılımcıların HGKÖ' nün Yönetimin Desteği ve Birimler Arası Ekip Çalışması Alt Boyutuna İlişkin Puan Ortalamaları

Maddeler		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum	$\bar{X}$	s.s.
Hastane yönetimi hasta güvenliğini artıran bir çalışma atmosferi sağlamaktadır	f	14	53	80	111	22	3,26	1,01
	%	5,0	18,9	28,6	39,6	7,9		
Hastane üniteleri birbirleriyle uyum içinde çalışmaz	f	9	56	81	117	17	3,27	0,95
	%	3,2	20,0	28,9	41,8	6,1		
Birimler arasında birlikte çalışmayı gerektiren iyi bir işbirliği vardır	f	12	52	83	120	13	3,25	0,95
	%	4,3	18,6	29,6	42,9	4,6		
Yönetimin faaliyetleri, hasta güvenliğinin üst düzey bir öncelik olduğunu gösteriyor	f	16	47	86	114	17	3,24	0,99
	%	5,7	16,8	30,7	40,7	6,4		
Yönetim, sadece istenmeyen olay olduğunda hasta güvenliği ile ilgili gibi gözükmektedir	f	22	72	77	86	23	3,05	1,09
	%	7,9	25,7	27,5	30,7	8,23		
Hastalar için en iyi bakımı sağlama amacıyla birimler birlikte iyi çalışır	f	8	44	97	109	22	3,33	0,93
	%	2,9	15,7	34,6	38,9	7,9		
Yönetimin Desteği ve Birimler Arası Ekip Çalışması Genel Ortalama=3,23								

Tablo 9'da katılımcıların HGKÖ' nün "yönetimin desteği ve birimler arası ekip çalışması" alt boyutuna ilişkin puan ortalamaları verilmiştir. Buna göre, hekim ve hemşirelerin "yönetimin desteği ve birimler arası ekip çalışması" alt boyutuna ilişkin algılarının **(=3,23)** orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Bu alt boyutta, en yüksek puan ortalamasına sahip madde "hastalar için en iyi bakımı sağlama amacıyla birimler birlikte iyi çalışır" (X=3,33) maddesiyken, en düşük puan ortalamasına sahip madde "yönetim sadece istenmeyen olay olduğunda hasta güvenliği ile ilgili gibi gözükmektedir" (X=3,05) maddesidir.

Tablo 10: Katılımcıların HGKÖ' nün Organizasyonel Öğrenme Alt Boyutuna İlişkin Puan Ortalamaları

Maddeler		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum	$\bar{X}$	s.s.
Bu birimde çalışanlar hasta bakımı için en uygun olan süreden daha uzun süre çalışırlar	f	6	35	46	127	66	3,75	1,01
	%	2,1	12,5	16,4	45,5	23,6		
Hasta güvenliğini geliştirme çalışmalarına aktif olarak katılırız	f	4	30	56	131	59	3,75	0,95
	%	1,4	10,7	20,0	46,8	21,1		
Hasta güvenliğini geliştirmek için değişiklikler yaptıktan sonra bunların etkinliğini değerlendiririz	f	5	26	73	153	23	3,58	0,83
	%	1,8	9,3	26,1	54,6	8,2		
Organizasyonel Öğrenme Genel Ortalama=3,69								

Tablo 10'da katılımcıların HGKÖ' nün "organizasyonel öğrenme" alt boyutuna ilişkin puan ortalamaları verilmiştir. Buna göre, hekim ve hemşirelerin "organizasyonel öğrenme" alt boyutuna ilişkin algılarının **(X=3,69)** yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır. Bu alt boyutta, en yüksek puan ortalamasına sahip maddeler "bu birimde çalışanlar hasta bakımı için en uygun olan süreden daha uzun süre çalışırlar" (X=3,75) ve "hasta güvenliğini geliştirme çalışmalarına aktif olarak katılırız" (X=3,75) maddeleridir. En düşük puan ortalamasına sahip madde ise "hasta güvenliğini geliştirmek için değişiklikler yaptıktan sonra bunların etkinliğini değerlendiririz" (X=3,58) maddesidir.

Tablo 11: Katılımcıların HGKÖ' nün Güvenliğin Kapsamlı Algılanması Alt Boyutuna İlişkin Puan Ortalamaları

Maddeler		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum	$\bar{X}$	s.s.
Burada daha ciddi hataların oluşmaması sadece tesadüfe bağlıdır	f	7	40	40	111	82	3,78	1,09
	%	2,5	14,3	14,3	39,6	29,3		
Hasta güvenliği, daha fazla iş yapmaktan daha öncelikli bir ilkedir	f	8	12	33	147	80	3,99	0,91
	%	2,9	4,3	11,8	52,5	28,6		
Bu bölümde hasta güvenliği ile ilgili problemler vardır	f	13	53	63	101	50	3,43	1,12
	%	4,6	18,9	22,5	36,1	17,9		
Uyguladığımız prosedürler ve sistemler hata oluşmasını önlemede başarılıdır	f	8	34	75	138	25	3,49	0,91
	%	2,9	12,1	26,8	49,3	8,9		
Güvenliğin Kapsamlı Algılanması Genel Ortalama=3,67								

Tablo 11'de katılımcıların HGKÖ' nün "güvenliğin kapsamlı algılanması" alt boyutuna ilişkin puan ortalamaları verilmiştir. Buna göre, hekim ve hemşirelerin "güvenliğin kapsamlı algılanması" alt boyutuna ilişkin algılarının **(X=3,67)** yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır. Bu alt boyutta, en yüksek puan ortalamasına sahip madde "hasta güvenliği daha fazla iş yapmaktan daha öncelikli bir ilkedir" (X=3,99) maddesiyken, en düşük puan ortalaması "bu bölümde hasta güvenliği ile ilgili problemler vardır" (X=3,43) maddesine aittir.

Tablo 12: Katılımcıların HGKÖ' nün Hatalar Hakkında Geri Bildirim ve İletişim Alt Boyutuna İlişkin Puan Ortalamaları

Maddeler		Hiçbir Zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu Zaman	Her Zaman	$\bar{X}$	s.s.
Raporlanan olaylara dayandırılarak yapılan değişiklikler hakkında bilgilendiririliz	f	19	41	104	92	24	3,21	1,02
	%	6,8	14,6	37,1	32,9	8,6		
Çalışanlar, hasta bakımını olumsuz etkileyebilen bir şey gördüklerinde bunu serbestçe dile getirebilir	f	3	38	79	122	38	3,55	0,92
	%	1,1	13,6	28,2	43,6	13,6		
Bu birimde oluşan hatalar hakkında bilgilendiririliz	f	6	26	66	139	43	3,66	0,91
	%	2,1	9,3	23,6	49,6	15,4		
Çalışanlar, yöneticilerinin karar ve eylemlerini sorgulamakta kendilerini özgür hisseder	f	63	50	92	57	18	2,70	1,20
	%	22,5	17,9	32,9	20,4	6,4		
Bu birimde biz, hataların tekrar oluşmasını engelleyecek yöntemleri tartışırız	f	6	44	75	116	39	3,49	3,23
	%	2,1	15,7	26,8	41,4	13,9		
Çalışanlar, bir şey yanlış gözüktüğünde soru sormaktan korkarlar	f	8	42	101	76	53	3,44	1,04
	%	2,9	15,0	36,1	27,1	18,9		
Hatalar Hakkında Geri Bildirim ve İletişim Genel Ortalama=3,33								

Tablo 12'de katılımcıların HGKÖ' nün "hatalar hakkında geri bildirim ve iletişim" alt boyutuna ilişkin puan ortalamaları verilmiştir. Buna göre, hekim ve hemşirelerin "hatalar hakkında geri bildirim ve iletişim" alt boyutuna ilişkin algılarının **(X=3,33)** orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Bu alt boyutta, en yüksek puan ortalamasına sahip madde "bu birimde oluşan hatalar hakkında bilgilendiririliz" (X=3,66) maddesiyken, en düşük puan ortalamasına sahip madde "çalışanlar yöneticilerin karar ve eylemlerini sorgulamakta kendilerini özgür hisseder" (X=2,70) maddesidir.

Tablo 13: Katılımcıların HGKÖ' nün Hataların Raporlanma Sıklığı Alt Boyutuna İlişkin Puan Ortalamaları

Maddeler		Hiçbir Zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu Zaman	Her Zaman	$\bar{X}$	s.s.
Bir hata yapıldığında ancak *hastayı etkilemeden fark edilip düzeltildiğinde* ne sıklıkla rapor ediliyor?	f	37	76	71	79	17	2,86	1,14
	%	13,2	27,1	25,4	28,2	6,1		
Bir hata yapıldığında ancak *hastaya zarar verme potansiyeli olmadığında* ne sıklıkla rapor ediliyor?	f	39	70	89	65	17	2,82	1,12
	%	13,9	25,0	31,8	23,2	6,1		
Hastaya zarar verebilme olasılığı olan ancak zarar vermeyen bir hata yapıldığında ne sıklıkla rapor ediliyor?	f	37	64	80	81	18	2,95	1,14
	%	13,2	22,9	28,6	28,9	6,4		
Hataların Raporlanma Sıklığı Genel Ortalama=2,87								

Tablo 13'te katılımcıların HGKÖ' nün "hataların raporlanma sıklığı" alt boyutuna ilişkin puan ortalamaları verilmiştir. Buna göre, hekim ve hemşirelerin "hataların raporlanma sıklığı" alt boyutuna ilişkin algılarının **(X=2,87)** orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Bu alt boyutta, en yüksek puan ortalaması "hastaya zarar verebilme olasılığı olan ancak zarar vermeyen bir hata yapıldığında ne sıklıkla rapor ediliyor?" (X=2,95) maddesine aittir. En düşük puan ortalamasına sahip madde ise, "bir hata yapıldığında ancak hastaya zarar verme potansiyeli olmadığında ne sıklıkla rapor ediliyor?" (X=2,82) maddesidir.

Tablo 14: Katılımcıların HGKÖ' nün Personel Sağlama Alt Boyutuna İlişkin Puan Ortalamaları

Maddeler		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum	$\bar{X}$	s.s.
Bu birimde iş yükünün üstesinden gelecek kadar personel mevcuttur	f	61	73	43	83	20	2,74	1,28
	%	21,8	26,1	15,4	29,6	7,1		
Bu birimde gerekenden fazla geçici personel çalıştırılır	f	78	115	49	28	10	2,20	1,06
	%	27,9	41,1	17,5	10,0	3,6		
Yapılacak çok iş olduğunda ve çok çabuk yapmak gerektiğinde "kriz modunda" çalışırız.	f	42	152	44	30	12	2,35	1,00
	%	15,0	54,3	15,7	10,7	4,3		
Personel Sağlama Genel Ortalama=2,43								

Tablo 14'te katılımcıların HGKÖ' nün "personel sağlama" alt boyutuna ilişkin puan ortalamaları verilmiştir. Buna göre, hekim ve hemşirelerin "personel sağlama" alt boyutuna ilişkin algılarının **(=2,43)** düşük düzeyde olduğu saptanmıştır. Bu alt boyutta, en yüksek puan ortalamasına sahip madde "bu birimde iş yükünün üstesinden gelecek kadar personel mevcuttur" (X=2,74) maddesiyken, en düşük puan ortalamasına sahip madde "bu birimde gerekenden fazla geçici personel çalıştırılır" (X=2,20) maddesidir.

Tablo 15: Katılımcıların HGKÖ' nün Hastane Müdahaleleri ve Değişim Alt Boyutuna İlişkin Puan Ortalamaları

Maddeler		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum	$\bar{X}$	s.s.
Hastalar bir üniteden diğerine nakledilirken bazı şeyler ihmal edilir, gözden kaçırılır, kaybedilir	f	7	46	66	128	33	3,47	0,98
	%	2,5	16,4	23,6	45,7	11,8		
Nöbet değişimi sırasında hasta bakımıyla ilgili önemli bilgiler çoğu zaman kaybedilir	f	16	47	36	112	69	3,61	1,18
	%	5,7	16,8	12,9	40,0	24,6		
Diğer bölümlerinden gelen kişilerle çalışmak genellikle hoş karşılanmaz	f	20	37	57	124	42	3,46	1,11
	%	7,1	13,2	20,4	44,3	15,0		
Birimler arasında bilgi aktarımında sıklıkla problemler oluşur	f	7	48	74	124	27	3,41	0,96
	%	2,5	17,1	26,4	44,3	9,6		
Bu hastanede nöbet değişimleri hastalar açısından problemlidir	f	12	19	52	127	70	3,80	1,02
	%	4,3	6,8	18,6	45,4	25,0		
Hastane Müdahaleleri ve Değişim Genel Ortalama=3,55								

Tablo 15'te katılımcıların HGKÖ' nün "hastane müdahaleleri ve değişim" alt boyutuna ilişkin puan ortalamaları verilmiştir. Buna göre, hekim ve hemşirelerin "hastane müdahaleleri ve değişim" alt boyutuna ilişkin algılarının **(X=3,55)** orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Bu alt boyutta, en yüksek puan ortalamasına sahip madde "bu hastanede nöbet değişimleri hastalar açısından problemlidir" (X=3,80) maddesidir. En düşük puan ortalaması ise "birimler arasında bilgi aktarımında sıklıkla problemler oluşur" (X=3,41) maddesine aittir.

Tablo 16: Katılımcıların HGKÖ' nün Hataya Karşı Cezalandırıcı Olmayan Yanıt Alt Boyutuna İlişkin Puan Ortalamaları

Maddeler		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum	$\bar{X}$	s.s.
Çalışanlar yaptıkları hatalardan dolayı suçlanacaklarını hissederler	f	42	126	55	41	16	2,51	1,09
	%	15,0	45,0	19,6	14,6	5,7		
Yapılan hatalar bu bölümde pozitif değişikliklere yol göstermiştir	f	15	44	96	102	33	3,26	0,99
	%	5,4	15,7	34,3	36,4	8,2		
Bir olay rapor edildiği zaman olayla ilgili problem değil, olayla ilgili kişi şikayet ediliyor duygusu vardır	f	45	105	66	41	23	2,61	1,16
	%	16,1	37,5	23,6	14,6	8,2		
Çalışanlar yaptıkları hataların kişisel dosyalarında muhafaza edildiğinden endişe duyarlar	f	28	85	86	63	18	2,85	1,08
	%	10,0	30,4	30,7	22,5	6,4		
Hataya Karşı Cezalandırıcı Olmayan Yanıt Genel Ortalama=2,80								

Tablo 16'da katılımcıların HGKÖ' nün "hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt" alt boyutuna ilişkin puan ortalamaları verilmiştir. Buna göre, hekim ve hemşirelerin "hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt" alt boyutuna ilişkin algılarının **(X=2,80)** orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Bu alt boyutta, en yüksek puan ortalamasına sahip madde "yapılan hatalar bu bölümde pozitif değişikliklere yol göstermiştir" (X=3,26) maddesiyken, en düşük puan ortalamasına sahip madde "çalışanlar yaptıkları hatalardan dolayı suçlanacaklarını hissederler" (X=2,51) maddesidir.

Tablo 17: Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeğinin Güvenilirlik Analizi

	Cronbach's Alpha	Madde Sayısı
Üniteler İçinde Ekip Çalışması	0,757	4
Yönetici Beklentileri	0,672	4
Yönetimin Desteği ve Birimler Arası Ekip Çalışması	0,773	6
Organizasyonel Öğrenme	0,558	3
Güvenliğin Kapsamlı Algılanması	0,458	4
Hatalar Hakkında Geri Bildirim ve İletişim	0,557	6
Hataların Raporlanma Sıklığı	0,884	3
Personel Sağlama	0,073	3
Hastane Müdahaleleri ve Değişim	0,697	5
Hataya Karşı Cezalandırıcı Olmayan Yanıt	0,500	4
Genel Ölçek	0,885	42

Tablo 17'de hasta güvenliği kültürü ölçeği alt boyutlarına ilişkin güvenilirlik analizi sonuçları verilmiştir. 42 maddeden oluşan hasta güvenliği kültürü ölçeğine ait güvenilirlik katsayıları incelendiğinde, ölçeğe ait Cronbach's Alpha değerinin **0,885** olduğu saptanmıştır. Bu değer ölçeğin güvenilirliğinin çok yüksek düzeyde olduğunu göstermektedir. Alt boyutlara ilişkin güvenilirliğe bakıldığında ise; hataların raporlanma sıklığı çok yüksek güvenilirliğe (Cronbach's Alpha=0,884) sahipken, personel sağlama boyutunda güvenilirliğin çok düşük düzeyde olduğu (Cronbach's Alpha=0,070) görülmektedir.

Tablo 18: Katılımcıların HGKÖ' nün Alt Boyutlarına İlişkin Algılarının Cinsiyete Göre Farklılaşma Durumuna Ait Bağımsız Örneklem Mann-Whitney U Testi Sonuçları

	Cinsiyet	**n**	**Mean Rank**	U	**p**
Üniteler İçinde Ekip Çalışması	Kadın	183	138,85	8573,0	0,634
	Erkek	97	143,62		
Yönetici Beklentileri	Kadın	183	137,50	8327,0	0,392
	Erkek	97	146,15		
Yönetimin Desteği ve Birimler Arası Ekip Çalışması	Kadın	183	144,57	8130,0	0,246
	Erkek	97	132,81		
Organizasyonel Öğrenme	Kadın	183	142,08	8585,5	0,649
	Erkek	97	137,51		
Güvenliğin Kapsamlı Algılanması	Kadın	183	148,10	7484,5	0,030*
	Erkek	97	126,16		
Hatalar Hakkında Geri Bildirim ve İletişim	Kadın	183	142,60	8490,5	0,549
	Erkek	97	136,53		
Hataların Raporlanma Sıklığı	Kadın	183	146,16	7839,0	0,105
	Erkek	97	129,81		
Personel Sağlama	Kadın	183	123,77	5814,5	0,000*
	Erkek	97	172,06		
Hastane Müdahaleleri ve Değişim	Kadın	183	145,39	7981,5	0,164
	Erkek	97	131,28		
Hataya Karşı Cezalandırıcı Olmayan Yanıt	Kadın	183	136,25	8098,0	0,224
	Erkek	97	148,52		

***p<0,05**

Tablo 18'de katılımcıların HGKÖ' nün alt boyutlarına ilişkin algılarının cinsiyete göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann-Whitney U testi sonuçları verilmiştir. Buna göre, hekim ve hemşirelerin "güvenliğin kapsamlı algılanması" (U=7484,5; p<0,05) ve "personel sağlama" (U=5814,5; p<0,05) alt boyutlarına ilişkin algılarının cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gösterdiği saptanmıştır. Kadınların "güvenliğin kapsamlı algılanması" alt boyutuna ilişkin algılarının **(Mean Rank=148,60**) erkeklerden **(Mean Rank=126,16**) daha yüksek olduğu; erkeklerin

"personel sağlama" alt boyutuna ilişkin algılarının **(Mean Rank=172,06**) ise, kadınlardan **(Mean Rank=123,77**) daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 19: Katılımcıların HGKÖ' nün Alt Boyutlarına İlişkin Algılarının Medeni Duruma Göre Farklılaşma Durumuna Ait Bağımsız Örneklem Mann-Whitney U Testi Sonuçları

	Medeni Durum	**n**	**Mean Rank**	U	**p**
Üniteler İçinde Ekip Çalışması	Evli	209	142,29	7045,5	0,520
	Bekar	71	135,23		
Yönetici Beklentileri	Evli	209	138,40	6981,5	0,455
	Bekar	71	146,67		
Yönetimin Desteği ve Birimler Arası Ekip Çalışması	Evli	209	142,15	7075,0	0,558
	Bekar	71	135,65		
Organizasyonel Öğrenme	Evli	209	143,76	6739,0	0,242
	Bekar	71	130,92		
Güvenliğin Kapsamlı Algılanması	Evli	209	141,63	7183,0	0,686
	Bekar	71	137,17		
Hatalar Hakkında Geri Bildirim ve İletişim	Evli	209	137,01	6690,5	0,215
	Bekar	71	150,77		
Hataların Raporlanma Sıklığı	Evli	209	138,45	6991,0	0,464
	Bekar	71	146,54		
Personel Sağlama	Evli	209	136,86	6659,5	0,192
	Bekar	71	151,20		
Hastane Müdahaleleri ve Değişim	Evli	209	141,91	7124,0	0,615
	Bekar	71	136,34		
Hataya Karşı Cezalandırıcı Olmayan Yanıt	Evli	209	142,80	6939,5	0,411
	Bekar	71	133,74		

***p<0,05**

Tablo 19'da katılımcıların HGKÖ' nün alt boyutlarına ilişkin algılarının medeni duruma göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann-Whitney U testi sonuçları verilmiştir. Buna göre, hekim ve hemşirelerin HGKÖ' nün alt boyutlarına ilişkin algıları konusunda medeni durumun istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratmadığı saptanmıştır (p>0,05).

Tablo 20: Katılımcıların HGKÖ' nün Alt Boyutlarına İlişkin Algılarının Hastanedeki Görev Değişkenine Göre Farklılaşma Durumuna Ait Bağımsız Örneklem Mann-Whitney U Testi Sonuçları

	Hastanedeki Görev	**n**	**Mean Rank**	U	**P**
Üniteler İçinde Ekip Çalışması	Hemşire	187	139,08	8430,5	0,674
	Hekim	93	143,35		
Yönetici Beklentileri	Hemşire	187	137,68	8168,0	0,406
	Hekim	93	146,17		
Yönetimin Desteği ve Birimler Arası Ekip Çalışması	Hemşire	187	135,55	7769,0	0,145
	Hekim	93	150,46		
Organizasyonel Öğrenme	Hemşire	187	144,30	7984,0	0,259
	Hekim	93	132,85		
Güvenliğin Kapsamlı Algılanması	Hemşire	187	141,89	8436,0	0,682
	Hekim	93	137,71		
Hatalar Hakkında Geri Bildirim ve İletişim	Hemşire	187	142,39	8342,0	0,578
	Hekim	93	136,70		
Hataların Raporlanma Sıklığı	Hemşire	187	149,53	7006,0	0,008*
	Hekim	93	122,33		
Personel Sağlama	Hemşire	187	125,62	5913,0	0,000*
	Hekim	93	170,42		
Hastane Müdahaleleri ve Değişim	Hemşire	187	140,76	8646,5	0,939
	Hekim	93	139,97		
Hataya Karşı Cezalandırıcı Olmayan Yanıt	Hemşire	187	136,70	7985,5	0,262
	Hekim	93	148,13		

***p<0,05**

Tablo 20'de katılımcıların HGKÖ' nün alt boyutlarına ilişkin algılarının hastanedeki görev değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann-Whitney U testi sonuçları verilmiştir. Buna göre, katılımcıların "hataların raporlanma sıklığı" (U=7006,0; p<0,05) ve "personel sağlama" (U=5913,0; p<0,05) alt boyutlarına ilişkin algılarının hastanedeki görev değişkenine göre anlamlı farklılıklar gösterdiği saptanmıştır. Hemşirelerin "hataların raporlanma sıklığı" alt boyutuna ilişkin algıları **(Mean Rank=149,53)** hekimlerden **(Mean Rank=122,53)** daha yüksektir. "Personel

sağlama" alt boyutuna ilişkin olarak ise hekimler **(Mean Rank=170,42**) hemşirelerden **(Mean Rank=125,62**) daha yüksek bir algıya sahiptir.

Tablo 21: Katılımcıların HGKÖ' nün Alt Boyutlarına İlişkin Algılarının Hasta Güvenliği Eğitimi Alma Durumuna Göre Farklılaşma Durumuna Ait Bağımsız Örneklem Mann-Whitney U Testi Sonuçları

	Hasta Güvenliği Eğitimi Alma Durumu	**n**	**Mean Rank**	U	**P**
Üniteler İçinde Ekip Çalışması	Evet	245	144,23	3373,0	0,039*
	Hayır	35	114,37		
Yönetici Beklentileri	Evet	245	144,48	3312,5	0,029*
	Hayır	35	112,64		
Yönetimin Desteği ve Birimler Arası Ekip Çalışması	Evet	245	147,02	2691,0	0,000*
	Hayır	35	94,89		
Organizasyonel Öğrenme	Evet	245	146,94	2709,5	0,000*
	Hayır	35	95,41		
Güvenliğin Kapsamlı Algılanması	Evet	245	145,09	3162,0	0,011*
	Hayır	35	108,34		
Hatalar Hakkında Geri Bildirim ve İletişim	Evet	245	143,19	3628,5	0,140
	Hayır	35	121,67		
Hataların Raporlanma Sıklığı	Evet	245	144,45	3319,5	0,029*
	Hayır	35	112,84		
Personel Sağlama	Evet	245	140,34	4248,5	0,930
	Hayır	35	141,61		
Hastane Müdahaleleri ve Değişim	Evet	245	145,47	3070,0	0,006*
	Hayır	35	105,71		
Hataya Karşı Cezalandırıcı Olmayan Yanıt	Evet	245	144,06	3414,5	0,049*
	Hayır	35	115,56		

***p<0,05**

Tablo 21'de katılımcıların HGKÖ' nün alt boyutlarına ilişkin algılarının hasta güvenliği eğitimi alma durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann-Whitney U testi sonuçları verilmiştir. Buna göre, hekim ve hemşirelerin "üniteler içinde ekip çalışması"

(U=3373,0; p<0,05), "yönetici beklentileri" (U=3312,5; p<0,05), "yönetimin desteği ve birimler arası ekip çalışması" (U=2691,0; p<0,05), "organizasyonel öğrenme" (U=2709,5; p<0,05), "güvenliğin kapsamlı algılanması" (U=3162,0; p<0,05), "hataların raporlanma sıklığı" (U=3319,5; p<0,05), "hastane müdahaleleri ve değişim" (U=3070,0; p<0,05) ve "hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt" (U=3414,5; p<0,05) alt boyutlarına ilişkin algılarının hasta güvenliği eğitimi alma durumuna göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar gösterdiği saptanmıştır. Buna göre, hasta güvenliği konusunda eğitim alan katılımcıların HGKÖ' nün alt boyutlarına ilişkin algılarının "personel sağlama" ve "hatalar hakkında geri bildirim ve iletişim" alt boyutları hariç tüm alt boyutlarda hasta güvenliği konusunda eğitim almayanlara göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 22: Katılımcıların HGKÖ' nün Alt Boyutlarına İlişkin Algılarının Çalışılan Birime Göre Farklılaşma Durumuna Ait Bağımsız Örneklem Mann-Whitney U Testi Sonuçları

	Çalışılan Birim	**n**	**Mean Rank**	U	**P**
Üniteler İçinde Ekip Çalışması	Dahili Birimler	189	133,78	7329,00	0,042
	Cerrahi Birimler	91	154,46		
Yönetici Beklentileri	Dahili Birimler	189	140,74	8554,000	0,943
	Cerrahi Birimler	91	140,00		
Yönetimin Desteği ve Birimler Arası Ekip Çalışması	Dahili Birimler	189	137,82	8092,500	0,423
	Cerrahi Birimler	91	146,07		
Organizasyonel Öğrenme	Dahili Birimler	189	140,03	8511,000	0,888
	Cerrahi Birimler	91	141,47		
Güvenliğin Kapsamlı Algılanması	Dahili Birimler	189	134,89	7540,000	0,092
	Cerrahi Birimler	91	152,14		
Hatalar Hakkında Geri Bildirim ve İletişim	Dahili Birimler	189	137,84	8096,000	0,426
	Cerrahi Birimler	91	146,03		
Hataların Raporlanma Sıklığı	Dahili Birimler	189	145,11	7728,500	0,167
	Cerrahi Birimler	91	130,93		
Personel Sağlama	Dahili Birimler	189	142,39	8243,000	0,570
	Cerrahi Birimler	91	136,58		

Hastane Müdahaleleri ve Değişim	Dahili Birimler	189	138,81	8280,500	0,614
	Cerrahi Birimler	91	144,01		
Hataya Karşı Cezalandırıcı Olmayan Yanıt	Dahili Birimler	189	139,62	8434,000	0,793
	Cerrahi Birimler	91	142,32		

***p<0,05**

Tablo 22'de katılımcıların HGKÖ' nün alt boyutlarına ilişkin algılarının çalışılan birime göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann-Whitney U testi sonuçları verilmiştir. Buna göre, hekim ve hemşirelerin "üniteler içindeki ekip çalışması" alt boyutuna ilişkin algılarının çalışılan birime göre anlamlı farklılıklar gösterdiği saptanmıştır (U=7329,0; p<0,05). Cerrahi bilimlerde çalışanların "üniteler içinde ekip çalışması" alt boyutuna ilişkin algıları **(Mean Rank=154,46**) dahili birimlerde çalışanlara göre **(Mean Rank=133,78**) daha yüksektir.

Tablo 23: Katılımcıların HGKÖ' nün Alt Boyutlarına İlişkin Algılarının Yaş Değişkenine Göre Farklılaşma Durumuna Ait Kruskal-Wallis H Testi Sonuçları

Motivasyon	**Yaş**	**N**	**Mean Rank**	**X^2**	**p**	**Fark**
Üniteler İçinde Ekip Çalışması	25 yaş ve altı(1)	49	155,08	9,802	0,044*	(2-1)
	26-30(2)	63	115,87			(2-3)
	31-35(3)	68	146,88			(4-2)
	36-44(4)	68	151,22			
	45 yaş ve üzeri(5)	32	130,34			
Yönetici Beklentileri	25 yaş ve altı	49	129,36	7,442	0,114	-
	26-30	63	129,77			
	31-35	68	137,28			
	36-44	68	162,87			
	45 yaş ve üzeri	32	138,00			
Yönetimin Desteği ve Birimler Arası Ekip Çalışması	25 yaş ve altı	49	134,70	3,662	0,454	-
	26-30	63	127,06			
	31-35	68	142,86			
	36-44	68	152,43			
	45 yaş ve üzeri	32	145,45			
Organizasyonel	25 yaş ve altı	49	151,95	6,981	0,137	-
	26-30	63	127,78			

Öğrenme	31-35	68	146,07			
	36-44	68	150,12			
	45 yaş ve üzeri	32	115,73			
Güvenliğin Kapsamlı Algılanması	25 yaş ve altı	49	145,40	3,423	0,490	-
	26-30	63	138,62			
	31-35	68	130,54			
	36-44	68	153,21			
	45 yaş ve üzeri	32	130,86			
Hatalar Hakkında Geri Bildirim ve İletişim	25 yaş ve altı	49	145,74	3,083	0,544	-
	26-30	63	134,80			
	31-35	68	130,90			
	36-44	68	152,76			
	45 yaş ve üzeri	32	138,03			
Hataların Raporlanma Sıklığı	25 yaş ve altı(1)	49	172,56	12,656	0,013*	(1-2)
	26-30(2)	63	137,46			(1-3)
	31-35(3)	68	121,04			(1-5)
	36-44(4)	68	144,77			
	45 yaş ve üzeri(5)	32	129,66			
Personel Sağlama	25 yaş ve altı(1)	49	129,98	12,033	0,017*	(2-3)
	26-30(2)	63	120,02			(2-5)
	31-35(3)	68	157,51			
	36-44(4)	68	136,95			
	45 yaş ve üzeri(5)	32	168,31			
Hastane Müdahaleleri ve Değişim	25 yaş ve altı	49	139,92	1,856	0,762	-
	26-30	63	138,25			
	31-35	68	139,60			
	36-44	68	150,06			
	45 yaş ve üzeri	32	127,42			
Hataya Karşı Cezalandırıcı Olmayan Yanıt	25 yaş ve altı(1)	49	148,23	11,524	0,021*	(2-4)
	26-30(2)	63	112,04			
	31-35(3)	68	144,01			
	36-44(4)	68	157,41			
	45 yaş ve üzeri(5)	32	141,28			

***P<0,05**

Tablo 23'te katılımcıların HGKÖ' nün alt boyutlarına ilişkin algılarının yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal-Wallis H testi sonuçları verilmiştir. Buna göre, hekim ve hemşirelerin "üniteler arası ekip çalışması" (X^2=9,802; p<0,05), "hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt" (X^2=11,524; p<0,05), "personel sağlama"

(X^2=12,033; p<0,05) ve "hataların raporlanma sıklığı" (X^2=12,656; p<0,05) alt boyutlarına ilişkin algılarının yaş değişkenine göre anlamlı farklılıklar gösterdiği saptanmıştır. 26-30 yaş grubundaki katılımcıların "üniteler arası ekip çalışması" **(Mean Rank=115,87)**, "hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt" **(Mean Rank=112,04)** ve "personel sağlama" alt boyutuna ilişkin algıları **(Mean Rank=120,02)** diğer yaş gruplarına göre daha düşüktür. "Hataların raporlanma sıklığı" alt boyutunda ise 25 yaş ve altındaki katılımcılar **(Mean Rank=172,56)** diğer yaş gruplarına göre en yüksek algıya sahiptir.

Tablo 24: Katılımcıların HGKÖ' nün Alt Boyutlarına İlişkin Algılarının Öğrenim Durumuna Göre Farklılaşma Durumuna Ait Kruskal-Wallis H Testi Sonuçları

Motivasyon	**Öğrenim Durumu**	**N**	**Mean Rank**	**X^2**	**p**	**Fark**
Üniteler İçinde Ekip Çalışması	Lise/Ön Lisans(1)	66	162,20	8,153	0,017*	(1-2)
	Lisans(2)	109	126,67			
	Yüksek Lisans/Doktora(3)	105	141,22			
Yönetici Beklentileri	Lise/Ön Lisans	66	144,49	0,775	0,679	-
	Lisans	109	135,22			
	Yüksek Lisans/Doktora	105	143,48			
Yönetimin Desteği ve Birimler Arası Ekip Çalışması	Lise/Ön Lisans	66	139,95	4,039	0,133	-
	Lisans	109	129,79			
	Yüksek Lisans/Doktora	105	151,96			
Organizasyonel Öğrenme	Lise/Ön Lisans(1)	66	164,97	8,275	0,016*	(1-2)
	Lisans(2)	109	130,61			
	Yüksek Lisans/Doktora(3)	105	135,38			
Güvenliğin Kapsamlı Algılanması	Lise/Ön Lisans	66	145,20	0,349	0,840	-
	Lisans	109	137,80			
	Yüksek Lisans/Doktora	105	140,35			
Hatalar Hakkında Geri Bildirim ve İletişim	Lise/Ön Lisans	66	153,24	2,380	0,304	-
	Lisans	109	139,16			
	Yüksek Lisans/Doktora	105	133,89			
Hataların Raporlanma Sıklığı	Lise/Ön Lisans	66	154,90	4,052	0,132	-
	Lisans	109	142,15			
	Yüksek Lisans/Doktora	105	129,73			
Personel Sağlama	Lise/Ön Lisans(1)	66	124,99	15,176	0,001*	(1-3)
	Lisans(2)	109	126,72			
	Yüksek Lisans/ Doktora(3)	105	164,55			

Hastane Müdahaleleri ve Değişim	Lise/Ön Lisans	66	151,76	2,240	0,326	-
	Lisans	109	132,99			
	Yüksek Lisans/ Doktora	105	141,22			
Hataya Karşı Cezalandırıcı Olmayan Yanıt	Lise/Ön Lisans	66	137,85	3,075	0,215	-
	Lisans	109	132,02			
	Yüksek Lisans/ Doktora	105	150,97			

***P<0,05**

Tablo 24'te katılımcıların HGKÖ' nün alt boyutlarına ilişkin algılarının öğrenim durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal-Wallis H testi sonuçları verilmiştir. Buna göre, hekim ve hemşirelerin "üniteler arası ekip çalışması" (X^2=8,153; p<0,05) "organizasyonel öğrenme" (X^2=8,275; p<0,05) ve "personel sağlama" (X^2=15,176; p<0,05) alt boyutlarına ilişkin algılarının öğrenim durumuna göre anlamlı farklılıklar gösterdiği saptanmıştır. Lise/ön lisans mezunlarının "üniteler arası ekip çalışması" alt boyutuna ilişkin algıları **(Mean Rank=162,20)**, lisans mezunları **(Mean Rank=126,67)** ve yüksek lisans/doktora mezunlarına göre **(Mean Rank=141,22)** daha yüksektir. Benzer şekilde lise/ön lisans mezunlarının "organizasyonel öğrenme" alt boyutuna ilişkin algıları **(Mean Rank=164,97)** lisans mezunları **(Mean Rank=130,61)** ve yüksek lisans/doktora mezunlarına göre **(Mean Rank=135,38)** daha yüksektir. "Personel sağlama" alt boyutunda ise en yüksek algıya sahip olan grup yüksek lisans/doktora mezunlarıdır **(Mean Rank=164,55)**.

Tablo 25: Katılımcıların HGKÖ' nün Alt Boyutlarına İlişkin Algılarının Meslek Süresine Göre Farklılaşma Durumuna Ait Kruskal-Wallis H Testi Sonuçları

Motivasyon	**Meslek Süresi**	**N**	**Mean Rank**	**X^2**	**P**	**Fark**
Üniteler İçinde Ekip Çalışması	1-5 yıl	82	136,26	2,064	0,559	-
	5-9 yıl	63	134,23			
	10-14 yıl	56	138,69			
	15 yıl ve üzeri	79	151,19			
Yönetici Beklentileri	1-5 yıl	82	130,09	1,961	0,581	-
	5-9 yıl	63	145,73			
	10-14 yıl	56	143,49			
	15 yıl ve üzeri	79	145,01			

Yönetimin Desteği ve Birimler Arası Ekip Çalışması	1-5 yıl	82	121,32	7,359	0,061	-
	5-9 yıl	63	153,60			
	10-14 yıl	56	140,57			
	15 yıl ve üzeri	79	149,91			
Organizasyonel Öğrenme	1-5 yıl	82	133,38	1,638	0,651	-
	5-9 yıl	63	142,63			
	10-14 yıl	56	150,71			
	15 yıl ve üzeri	79	138,96			
Güvenliğin Kapsamlı Algılanması	1-5 yıl	82	136,13	1,293	0,731	-
	5-9 yıl	63	145,75			
	10-14 yıl	56	133,45			
	15 yıl ve üzeri	79	145,85			
Hatalar Hakkında Geri Bildirim ve İletişim	1-5 yıl	82	136,79	3,249	0,355	-
	5-9 yıl	63	128,10			
	10-14 yıl	56	152,68			
	15 yıl ve üzeri	79	145,60			
Hataların Raporlanma Sıklığı	1-5 yıl(1)	82	156,95	10,322	0,016*	(1-2)
	5-9 yıl(2)	63	114,93			
	10-14 yıl(3)	56	147,79			
	15 yıl ve üzeri(4)	79	138,65			
Personel Sağlama	1-5 yıl	82	132,05	1,403	0,705	-
	5-9 yıl	63	144,64			
	10-14 yıl	56	146,35			
	15 yıl ve üzeri	79	141,82			
Hastane Müdahaleleri ve Değişim	1-5 yıl	82	139,70	0,893	0,827	-
	5-9 yıl	63	147,81			
	10-14 yıl	56	133,98			
	15 yıl ve üzeri	79	140,12			
Hataya Karşı Cezalandırıcı Olmayan Yanıt	1-5 yıl	82	136,71	2,058	0,560	-
	5-9 yıl	63	130,88			
	10-14 yıl	56	146,77			
	15 yıl ve üzeri	79	147,66			

***P<0,05**

Tablo 25'te katılımcıların HGKÖ' nün alt boyutlarına ilişkin algılarının meslek süresine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal-Wallis H testi sonuçları verilmiştir. Buna göre, hekim ve hemşirelerin "hataların raporlanma sıklığı" alt boyutuna ilişkin algılarının (X^2=10,322; p<0,05) meslek süresine göre anlamlı farklılıklar gösterdiği saptanmıştır. 1-5 yıl arasında mesleki deneyime sahip olanların "hataların

raporlanma sıklığı" alt boyutuna ilişkin algıları **(Mean Rank=156,95)** diğer gruplara göre daha yüksektir.

Tablo 26: Katılımcıların HGKÖ' nün Alt Boyutlarına İlişkin Algılarının Kurumdaki Çalışma Süresine Göre Farklılaşma Durumuna Ait Kruskal-Wallis H Testi Sonuçları

Motivasyon	Kurumdaki Çalışma Süresi	N	Mean Rank	X^2	p	Fark
Üniteler İçinde Ekip Çalışması	1 yıldan az	79	151,51	5,659	0,129	-
	1-4 yıl	115	135,75			
	5-9 yıl	42	120,11			
	10 yıl ve üzeri	44	152,63			
Yönetici Beklentileri	1 yıldan az	79	141,46	0,137	0,987	-
	1-4 yıl	115	141,21			
	5-9 yıl	42	141,05			
	10 yıl ve üzeri	44	136,39			
Yönetimin Desteği ve Birimler Arası Ekip Çalışması	1 yıldan az	79	143,51	1,309	0,727	-
	1-4 yıl	115	138,03			
	5-9 yıl	42	131,74			
	10 yıl ve üzeri	44	149,91			
Organizasyonel Öğrenme	1 yıldan az	79	143,21	1,835	0,607	-
	1-4 yıl	115	133,14			
	5-9 yıl	42	145,98			
	10 yıl ve üzeri	44	149,64			
Güvenliğin Kapsamlı Algılanması	1 yıldan az	79	141,96	4,284	0,232	-
	1-4 yıl	115	142,59			
	5-9 yıl	42	118,74			
	10 yıl ve üzeri	44	153,19			
Hatalar Hakkında Geri Bildirim ve İletişim	1 yıldan az	79	148,56	5,234	0,155	-
	1-4 yıl	115	132,97			
	5-9 yıl	42	126,85			
	10 yıl ve üzeri	44	158,73			
Hataların Raporlanma Sıklığı	1 yıldan az	79	151,55	3,799	0,284	-
	1-4 yıl	115	130,43			
	5-9 yıl	42	149,07			
	10 yıl ve üzeri	44	138,80			
Personel Sağlama	1 yıldan az	79	136,06	4,276	0,233	-
	1-4 yıl	115	148,70			
	5-9 yıl	42	146,70			
	10 yıl ve üzeri	44	121,13			

Hastane Müdahaleleri ve Değişim	1 yıldan az(1)	79	158,41	12,988	0,005*	(1-3)
	1-4 yıl(2)	115	138,73			
	5-9 yıl(3)	42	103,87			
	10 yıl ve üzeri(4)	44	147,94			
Hataya Karşı Cezalandırıcı Olmayan Yanıt	1 yıldan az	79	143,96	2,295	0,513	-
	1-4 yıl	115	142,41			
	5-9 yıl	42	123,40			
	10 yıl ve üzeri	44	145,61			

***P<0,05**

Tablo 26'da katılımcıların HGKÖ' nün alt boyutlarına ilişkin algılarının kurumdaki çalışma süresine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal-Wallis H testi sonuçları verilmiştir. Buna göre, hekim ve hemşirelerin "hastane müdahaleleri ve değişim" alt boyutuna ilişkin algılarının (X^2=12,988; p<0,05) kurumdaki çalışma süresine göre anlamlı farklılıklar gösterdiği saptanmıştır. Kurumdaki çalışma süresi 1 yıldan az olan katılımcıların "hastane müdahaleleri ve değişim" alt boyutuna ilişkin algıları **(Mean Rank=158,41)** kurumdaki çalışma süresi 1-4 yıl **(Mean Rank=138,73),** 5-9 yıl **(Mean Rank=103,87)** ve 10 yıl ve üzeri **(Mean Rank=147,94)** olanlardan daha yüksektir.

Tablo 27: Katılımcıların HGKÖ' nün Alt Boyutlarına İlişkin Algılarının Haftalık Çalışma Süresine Göre Farklılaşma Durumuna Ait Kruskal-Wallis H Testi Sonuçları

Motivasyon	**Haftalık Çalışma Süresi**	**N**	**Mean Rank**	**X^2**	**p**
Üniteler İçinde Ekip Çalışması	40 saati geçmiyor	77	144,88	0,938	0,625
	40-49 saat	131	135,57		
	50 saatten fazla	72	144,78		
Yönetici Beklentileri	40 saati geçmiyor	77	144,03	2,920	0,232
	40-49 saat	131	146,07		
	50 saatten fazla	72	126,60		
Yönetimin Desteği ve Birimler Arası Ekip Çalışması	40 saati geçmiyor	77	148,75	1,109	0,574
	40-49 saat	131	137,46		
	50 saatten fazla	72	137,21		

Organizasyonel Öğrenme	40 saati geçmiyor	77	145,25	1,608	0,447
	40-49 saat	131	134,08		
	50 saatten fazla	72	147,10		
Güvenliğin Kapsamlı Algılanması	40 saati geçmiyor	77	134,83	1,155	0,561
	40-49 saat	131	139,34		
	50 saatten fazla	72	148,67		
Hatalar Hakkında Geri Bildirim ve İletişim	40 saati geçmiyor	77	152,31	2,289	0,318
	40-49 saat	131	136,52		
	50 saatten fazla	72	135,10		
Hataların Raporlanma Sıklığı	40 saati geçmiyor	77	154,53	3,282	0,194
	40-49 saat	131	136,07		
	50 saatten fazla	72	133,56		
Personel Sağlama	40 saati geçmiyor	77	142,71	1,427	0,490
	40-49 saat	131	144,50		
	50 saatten fazla	72	130,87		
Hastane Müdahaleleri ve Değişim	40 saati geçmiyor	77	141,71	1,414	0,493
	40-49 saat	131	135,09		
	50 saatten fazla	72	149,04		
Hataya Karşı Cezalandırıcı Olmayan Yanıt	40 saati geçmiyor	77	148,75	2,154	0,341
	40-49 saat	131	133,13		
	50 saatten fazla	72	145,10		

Tablo 27'de katılımcıların HGKÖ' nün alt boyutlarına ilişkin algılarının haftalık çalışma süresine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal-Wallis H testi sonuçları verilmiştir. Haftalık çalışma süresinin hasta güvenliği kültürünün algılanma düzeyine ilişkin istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Tablo 28: Katılımcıların HGKÖ' nün Alt Boyutlarına İlişkin Algılarının Birim Değerlendirmesine Göre Farklılaşma Durumuna Ait Kruskal-Wallis H Testi Sonuçları

Motivasyon	Birim Değerlendirmesi	N	Mean Rank	X^2	P	Fark
Üniteler İçinde Ekip Çalışması	Mükemmel(1)	22	174,18	18,684	0,000*	(2-3)
	Çok iyi(2)	100	160,55			
	Kabul edilebilir(3)	131	125,99			
	Zayıf(4)	27	109,20			
Yönetici Beklentileri	Mükemmel(1)	22	117,77	31,690	0,000*	(1-2)
	Çok iyi(2)	100	171,06			(1-4)
	Kabul edilebilir(3)	131	133,13			(2-3)
	Zayıf(4)	27	81,61			(2-4)
Yönetimin Desteği ve Birimler Arası Ekip Çalışması	Mükemmel(1)	22	172,61	64,368	0,000*	(1-3)
	Çok iyi(2)	100	183,47			(1-4)
	Kabul edilebilir(3)	131	117,20			(2-3)
	Zayıf(4)	27	68,22			(2-4)
						(3-4)
Organizasyonel Öğrenme	Mükemmel(1)	22	186,27	32,671	0,000*	(1-3)
	Çok iyi(2)	100	165,78			(1-4)
	Kabul edilebilir(3)	131	123,23			(2-3)
	Zayıf(4)	27	93,41			(2-4)
						(3-4)
Güvenliğin Kapsamlı Algılanması	Mükemmel(1)	22	185,27	58,203	0,000*	(1-3)
	Çok iyi(2)	100	173,15			(1-4)
	Kabul edilebilir(3)	131	125,61			(2-3)
	Zayıf(4)	27	55,31			(2-4)
						(3-4)
Hatalar Hakkında Geri Bildirim ve İletişim	Mükemmel(1)	22	153,45	22,017	0,000*	(2-3)
	Çok iyi(2)	100	165,52			(2-4)
	Kabul edilebilir(3)	131	128,90			
	Zayıf(4)	27	93,54			
Hataların Raporlanma Sıklığı	Mükemmel(1)	22	166,09	21,477	0,000*	(2-3)
	Çok iyi(2)	100	164,83			(2-4)
	Kabul edilebilir(3)	131	124,81			
	Zayıf(4)	27	105,65			

Personel Sağlama	Mükemmel	22	129,20	0,556	0,906	-
	Çok iyi	100	139,87			
	Kabul edilebilir	131	142,11			
	Zayıf	27	144,24			
Hastane Müdahaleleri ve Değişim	Mükemmel(1)	22	173,34	34,837	0,000*	(1-3) (1-4)
	Çok iyi(2)	100	169,64			(2-3)
	Kabul edilebilir(3)	131	124,18			(2-4)
	Zayıf(4)	27	85,02			(3-4)
Hataya Karşı Cezalandırıcı Olmayan Yanıt	Mükemmel(1)	22	126,30	18,419	0,000*	(2-3) (2-4)
	Çok iyi(2)	100	167,45			
	Kabul edilebilir(3)	131	128,16			
	Zayıf(4)	27	112,13			

***P<0,05**

Tablo 28'de katılımcıların HGKÖ' nün alt boyutlarına ilişkin algılarının birim değerlendirmesine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal-Wallis H Testi sonuçları verilmiştir. Buna göre, hekim ve hemşirelerin "personel sağlama" (p>0,05) alt boyutu hariç diğer tüm alt boyutlara ilişkin algılarının birim değerlendirmesine göre anlamlı farklılıklar gösterdiği saptanmıştır. Birimlerini "mükemmel" olarak değerlendiren katılımcıların "üniteler içinde ekip çalışması" **(Mean Rank=174,18)**, "organizasyonel öğrenme" **(Mean Rank=186,27)**, "güvenliğin kapsamlı algılanması" **(Mean Rank=185,27)**, "hataların raporlanma sıklığı" **(Mean Rank=166,09)** ve "hastane müdahaleleri ve değişim" alt boyutlarına ilişkin algılarının **(Mean Rank=173,34)** birimlerini "çok iyi", "kabul edilebilir" veya "zayıf" olarak değerlendirenlere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Ayrıca, birimlerini "çok iyi" olarak değerlendiren katılımcıların, "yönetici beklentileri" **(Mean Rank=171,06)**, "yönetimin desteği ve birimler arası ekip çalışması" **(Mean Rank=183,47)**, "hatalar hakkında geri bildirim ve iletişim" **(Mean Rank=165,52)** ve "hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt" alt boyutlarına ilişkin algılarının **(Mean Rank=167,45)** birimlerini "mükemmel", "kabul edilebilir" veya "zayıf" olarak değerlendirenlerden daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 29: Katılımcıların HGKÖ'nün Alt Boyutları Algılarının Raporlanan Olay Sayısına Göre Farklılaşma Durumuna Ait Kruskal-Wallis H Testi Sonuçları

Motivasyon	Raporlanan Olay Sayısı	N	Mean Rank	X^2	p	Fark
Üniteler İçinde Ekip Çalışması	Hiç	211	137,32	2,897	0,235	-
	1-2 olay raporu	54	143,93			
	3 ve üzeri olay raporu	15	172,87			
Yönetici Beklentileri	Hiç	211	138,99	0,407	0,816	-
	1-2 olay raporu	54	146,78			
	3 ve üzeri olay raporu	15	139,20			
Yönetimin Desteği ve Birimler Arası Ekip Çalışması	Hiç	211	135,45	4,450	0,108	-
	1-2 olay raporu	54	161,31			
	3 ve üzeri olay raporu	15	136,51			
Organizasyonel Öğrenme	Hiç	211	140,23	1,070	0,586	-
	1-2 olay raporu	54	136,10			
	3 ve üzeri olay raporu	15	160,13			
Güvenliğin Kapsamlı Algılanması	Hiç	211	137,38	1,318	0,517	-
	1-2 olay raporu	54	150,83			
	3 ve üzeri olay raporu	15	147,23			
Hatalar Hakkında Geri Bildirim ve İletişim	Hiç	211	137,82	1,180	0,554	-
	1-2 olay raporu	54	151,19			
	3 ve üzeri olay raporu	15	139,70			
Hataların Raporlanma Sıklığı	Hiç(1)	211	131,72	10,228	0,006*	(1-2)
	1-2 olay raporu(2)	54	167,83			
	3 ve üzeri olay raporu(3)	15	165,57			
Personel Sağlama	Hiç	211	144,72	2,741	0,254	-
	1-2 olay raporu	54	130,67			
	3 ve üzeri olay raporu	15	116,57			
Hastane Müdahaleleri ve Değişim	Hiç	211	136,75	3,441	0,179	-
	1-2 olay raporu	54	158,43			
	3 ve üzeri olay raporu	15	128,77			
Hataya Karşı Cezalandırıcı Olmayan Yanıt	Hiç	211	135,64	5,011	0,082	-
	1-2 olay raporu	54	162,33			
	3 ve üzeri olay raporu	15	130,27			

***P<0,05**

Tablo 29'da katılımcıların HGKÖ' nün alt boyutlarına ilişkin algılarının raporlanan olay sayısına göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini

belirlemek amacıyla yapılan Kruskal-Wallis H testi sonuçları verilmiştir. Buna göre, hekim ve hemşirelerin "hataların raporlanma sıklığı" alt boyutuna ilişkin algılarının (X^2=10,228; p<0,05) raporlanan olay sayısına göre gruplar arasında anlamlı farklılıklar gösterdiği saptanmıştır. Herhangi bir olay raporlamadığını ifade eden katılımcıların "hataların raporlanma sıklığı" alt boyutuna ilişkin algıları **(Mean Rank=131,72)** 1-2 olay raporlaması **(Mean Rank=167,83)** veya 3 ve üzeri olay raporlaması yapan personellere göre **(Mean Rank=165,57)** daha düşüktür.

Tablo 30: Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki ilişkiyi Belirleyen Pearson Korelasyon Katsayısı Sonuçları

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Üniteler içinde ekip çalışması (1)	r	1	,194*	,296*	,532*	,410*	,303*	,165*	-,159*	,299*	,245*
	p		,001	,000	,000	,000	,000	,006	,008	,000	,000
Yönetici beklentileri (2)	r	,194*	1	,571*	,303*	,402*	,554*	,229*	,110	,293*	,330*
	p	,001		,000	,000	,000	,000	,000	,066	,000	,000
Yönetimin desteği ve birimler arası ekip çalışması (3)	r	,296*	,571*	1	,419*	,533*	,518*	,316*	,107	,490*	,209*
	p	,000	,000		,000	,000	,000	,000	,073	,000	,000
Organizasyonel öğrenme (4)	r	,532*	,303*	,419*	1	,380*	,343*	,316*	-,100	,219*	,208*
	p	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,094	,000	,000
Güvenliğin kapsamlı algılanması (5)	r	,410*	,402*	,533*	,380*	1	,445*	,253*	-,195*	,496*	,263*
	p	,000	,000	,000	,000		,000	,000	,001	,000	,000
Hatalar hakkında geri bildirim (6)	r	,303*	,554*	,518*	,343*	,445*	1	,330*	,036	,271*	,286*
	p	,000	,000	,000	,000	,000		,000	,546	,000	,000
Hataların Raporlanma Sıklığı (7)	r	,165*	,229*	,316*	,316*	,253*	,330*	1	-,098	,163*	,139
	p	,006	,000	,000	,000	,000	,000		,102	,006	,020
Personel Sağlama(8)	r	-,159*	,110	,107	-,100	-,195*	,036	-,098	1	-,149*	-,002
	p	,008	,066	,073	,094	,001	,546	,102		,013	,975
Hastane müdahaleleri ve değişim (9)	r	,299*	,293*	,490*	,219*	,496*	,271*	,163*	-,149*	1	,216*
	p	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,006	,013		,000
Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt (10)	r	,245*	,330*	,209*	,208*	,263*	,286*	,139	-,002	,216*	1
	p	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,020	,975	,000	

*istatistiksel olarak anlamlıdır

Tablo 30'da hasta güvenliği kültürü alt boyutları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan pearson korelasyon katsayısı sonuçları verilmiştir. Buna göre HGKÖ' nün;

"Üniteler içinde ekip çalışması" alt boyutu ile "yönetici beklentileri" alt boyutu arasında pozitif yönlü çok düşük kuvvetli bir ilişki vardır ($p<0,05$) ($0<r<0,20$) ($r=0,194$). HGKÖ' nün alt boyut algılarından "üniteler içinde ekip çalışması" algısında bir artış olduğunda "yönetici beklentileri" algısının da artabileceği saptanmıştır.

"Üniteler içinde ekip çalışması" alt boyutu ile "yönetimin desteği ve birimler arası ekip çalışması" alt boyutu arasında pozitif yönlü düşük kuvvetli bir ilişki vardır ($p<0,05$) ($0,20<r<0,40$) ($r=0,296$). HGKÖ' nün alt boyut algılarından "üniteler içinde ekip çalışması" algısında bir artış olduğunda "yönetimin desteği ve birimler arası ekip çalışması" algısının da artabileceği saptanmıştır.

"Üniteler içinde ekip çalışması" alt boyutu ile "organizasyonel öğrenme" alt boyutu arasında pozitif yönlü orta kuvvetli bir ilişki vardır ($p<0,05$) ($0,40<r<0,60$) ($r=0,532$). HGKÖ' nün alt boyut algılarından "üniteler içinde ekip çalışması" algısında bir artış olduğunda "organizasyonel öğrenme" algısının da artabileceği saptanmıştır.

"Üniteler içinde ekip çalışması" alt boyutu ile "güvenliğin kapsamlı algılanması" alt boyutu arasında pozitif yönlü orta kuvvetli bir ilişki vardır ($p<0,05$) ($0,40<r<0,60$) ($r=0,410$). HGKÖ' nün alt boyut algılarından "üniteler içinde ekip çalışması" algısında bir artış olduğunda "güvenliğin kapsamlı algılanması" algısının da artabileceği saptanmıştır.

"Üniteler içinde ekip çalışması" alt boyutu ile "hatalar hakkında geri bildirim ve iletişim " alt boyutu arasında pozitif yönlü düşük kuvvetli bir ilişki vardır ($p<0,05$) ($0,20<r<0,40$) ($r=0,303$). HGKÖ' nün alt boyut algılarından "üniteler içinde ekip çalışması" algısında bir artış olduğunda "hatalar hakkında geri bildirim ve iletişim" algısının da artabileceği saptanmıştır.

"Üniteler içinde ekip çalışması" alt boyutu ile "hataların raporlanma sıklığı" alt boyutu arasında pozitif yönlü çok düşük kuvvetli bir ilişki vardır ($p<0,05$) ($0<r<0,20$) ($r=0,165$). HGKÖ' nün alt boyut algılarından "üniteler içinde

ekip çalışması" algısında bir artış olduğunda "hataların raporlanma sıklığı" algısının da artabileceği saptanmıştır.

"Üniteler içinde ekip çalışması" alt boyutu ile "personel sağlama" alt boyutu arasında negatif yönlü çok düşük kuvvetli bir ilişki vardır ($p<0,05$) ($0<r<0,20$) ($r=-0,159$). HGKÖ' nün alt boyut algılarından "üniteler içinde ekip çalışması" algısında bir artış olduğunda "personel sağlama" algısının azalabileceği saptanmıştır.

"Üniteler içinde ekip çalışması" alt boyutu ile "hastane müdahaleleri ve değişim" alt boyutu arasında pozitif yönlü düşük kuvvetli bir ilişki vardır ($p<0,05$) ($0,20<r<0,40$) ($r=0,299$). HGKÖ' nün alt boyut algılarından "üniteler içinde ekip çalışması" algısında bir artış olduğunda "hastane müdahaleleri ve değişim" algısının da artabileceği saptanmıştır.

"Üniteler içinde ekip çalışması" alt boyutu ile "hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt" alt boyutu arasında pozitif yönlü düşük kuvvetli bir ilişki vardır ($p<0,05$) ($0,20<r<0,40$) ($r=0,245$). HGKÖ' nün alt boyut algılarından üniteler arası ekip çalışması algısında bir artış olduğunda hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt algısının da artabileceği saptanmıştır.

"Yönetici beklentileri" alt boyutu ile "yönetimin desteği ve birimler arası ekip çalışması" alt boyutu arasında pozitif yönlü orta kuvvetli bir ilişki vardır ($p<0,05$) ($0,40<r<0,60$) ($r=0,571$). HGKÖ' nün alt boyut algılarından "yönetici beklentileri" algısında bir artış olduğunda "yönetimin desteği ve birimler arası ekip çalışması" algısının da artabileceği saptanmıştır.

"Yönetici beklentileri" alt boyutu ile "organizasyonel öğrenme" alt boyutu" arasında pozitif yönlü düşük kuvvetli bir ilişki vardır ($p<0,05$) ($0,20<r<0,40$) ($r=0,303$). HGKÖ' nün alt boyut algılarından "yönetici beklentileri" algısında bir artış olduğunda "organizasyonel öğrenme" algısının da artabileceği saptanmıştır.

"Yönetici beklentileri" alt boyutu ile "güvenliğin kapsamlı algılanması" alt boyutu arasında pozitif yönlü orta kuvvetli bir ilişki vardır ($p<0,05$) ($0,40<r<0,60$) ($r=0,402$). HGKÖ' nün alt boyut algılarından "yönetici beklentileri" algısında bir artış olduğunda "güvenliğin kapsamlı algılanması" algısının da artabileceği saptanmıştır.

"Yönetici beklentileri" alt boyutu ile "hatalar hakkında geri bildirim ve iletişim" alt boyutu arasında pozitif yönlü orta kuvvetli bir ilişki vardır ($p<0,05$) ($0,40<r<0,60$) ($r=0,554$). HGKÖ' nün alt boyut algılarından "yönetici beklentileri" algısında bir artış olduğunda "hatalar hakkında geri bildirim ve iletişim" algısının da artabileceği saptanmıştır.

"Yönetici beklentileri" alt boyutu ile "hataların raporlanma sıklığı" alt boyutu arasında pozitif yönlü düşük kuvvetli bir ilişki vardır ($p<0,05$) ($0,20<r<0,40$) ($r=0,229$). HGKÖ' nün alt boyut algılarından "yönetici beklentileri" algısında bir artış olduğunda "hataların raporlanma sıklığı" algısının da artabileceği saptanmıştır.

"Yönetici beklentileri" alt boyutu ile "hastane müdahaleleri ve değişim" alt boyutu arasında pozitif yönlü düşük kuvvetli bir ilişki vardır ($p<0,05$) ($0,20<r<0,40$) ($r=0,293$). HGKÖ' nün alt boyut algılarından yönetici beklentileri algısında bir artış olduğunda "hastane müdahaleleri ve değişim" algısının da artabileceği saptanmıştır.

"Yönetici beklentileri" alt boyutu ile "hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt" arasında pozitif yönlü düşük kuvvetli bir ilişki vardır ($p<0,05$) ($0,20<r<0,40$) ($r=0,330$). HGKÖ' nün alt boyut algılarından "yönetici beklentileri" algısında bir artış olduğunda "hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt" algısının da artabileceği saptanmıştır.

"Yönetimin desteği ve birimler arası ekip çalışması" alt boyutu ile "organizasyonel öğrenme" alt boyutu arasında pozitif yönlü orta kuvvetli bir ilişki vardır ($p<0,05$) ($0,40<r<0,60$) ($r=0,419$). HGKÖ' nün alt boyut algılarından "yönetimin desteği ve birimler arası ekip çalışması" algısında bir artış olduğunda "organizasyonel öğrenme" algısının da artabileceği saptanmıştır.

"Yönetimin desteği ve birimler arası ekip çalışması" alt boyutu ile "güvenliğin kapsamlı algılanması" alt boyutu arasında pozitif yönlü orta kuvvetli bir ilişki vardır ($p<0,05$) ($0,40<r<0,60$) ($r=0,533$). HGKÖ' nün alt boyut algılarından "yönetimin desteği ve birimler arası ekip çalışması" algısında bir artış olduğunda "güvenliğin kapsamlı algılanması" algısının da artabileceği saptanmıştır.

"Yönetimin desteği ve birimler arası ekip çalışması" alt boyutu ile "hatalar hakkında geri bildirim ve iletişim" alt boyutu arasında pozitif yönlü orta kuvvetli bir ilişki vardır ($p<0,05$) ($0,40<r<0,60$) ($r=0,518$). HGKÖ' nün alt boyut algılarından "yönetimin desteği ve birimler arası ekip çalışması" algısında bir artış olduğunda "hatalar hakkında geri bildirim ve iletişim" algısının da artabileceği saptanmıştır.

"Yönetimin desteği ve birimler arası ekip çalışması" alt boyutu ile "hataların raporlanma sıklığı" alt boyutu arasında pozitif yönlü düşük kuvvetli bir ilişki vardır ($p<0,05$) ($0,20<r<0,40$) ($r=0,316$). HGKÖ' nün alt boyut algılarından "yönetimin desteği ve birimler arası ekip çalışması" algısında bir artış olduğunda "hataların raporlanma sıklığı" algısının artabileceği saptanmıştır.

"Yönetimin desteği ve birimler arası ekip çalışması" alt boyutu ile "hastane müdahaleleri ve değişim" alt boyutu arasında pozitif yönlü orta kuvvetli bir ilişki vardır ($p<0,05$) ($0,40<r<0,60$) ($r=0,490$). HGKÖ' nün alt boyut algılarından "yönetimin desteği ve birimler arası ekip çalışması" algısında bir artış olduğunda "hastane müdahaleleri ve değişim" algısının da artabileceği saptanmıştır.

"Yönetimin desteği ve birimler arası ekip çalışması" alt boyutu ile "hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt" alt boyutu arasında pozitif yönlü düşük kuvvetli bir ilişki vardır ($p<0,05$) ($0,20<r<0,40$) ($r=0,209$). HGKÖ' nün alt boyut algılarından "yönetimin desteği ve birimler arası ekip çalışması" algısında bir artış olduğunda "hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt" algısının da artabileceği saptanmıştır.

"Organizasyonel öğrenme" alt boyutu ile "güvenliğin kapsamlı algılanması" alt boyutu arasında pozitif yönlü düşük kuvvetli bir ilişki vardır ($p<0,05$) ($0,20<r<0,40$) ($r=0,380$). HGKÖ' nün alt boyut algılarından "organizasyonel öğrenme" algısında bir artış olduğunda "güvenliğin kapsamlı algılanması" algısının da artabileceği saptanmıştır.

"Organizasyonel öğrenme" alt boyutu ile "hatalar hakkında geri bildirim" alt boyutu arasında pozitif yönlü düşük kuvvetli bir ilişki vardır ($p<0,05$) ($0,20<r<0,40$) ($r=0,343$). HGKÖ' nün alt boyut algılarından "organizasyonel öğrenme" algısında bir artış olduğunda "hatalar hakkında geri bildirim" algısının da artabileceği saptanmıştır.

"Organizasyonel öğrenme" alt boyutu ile "hataların raporlanma sıklığı" arasında pozitif yönlü düşük kuvvetli bir ilişki vardır ($p<0,05$) ($0,20<r<0,40$) ($r=0,316$). HGKÖ' nün alt boyut algılarından "organizasyonel öğrenme" algısında bir artış olduğunda "hataların raporlanma sıklığı" algısının da artabileceği saptanmıştır.

"Organizasyonel öğrenme" alt boyutu ile "hastane müdahaleleri ve değişim" alt boyutu arasında pozitif yönlü düşük kuvvetli bir ilişki vardır ($p<0,05$) ($0,20<r<0,40$) ($r=0,219$). HGKÖ' nün alt boyut algılarından "organizasyonel öğrenme" algısında bir artış olduğunda "hastane müdahaleleri ve değişim" algısının da artabileceği saptanmıştır.

"Organizasyonel öğrenme" alt boyutu ile "hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt" alt boyutu arasında pozitif yönlü düşük kuvvetli bir ilişki vardır ($p<0,05$) ($0,20<r<0,40$) ($r=0,208$). HGKÖ' nün alt boyut algılarından "organizasyonel öğrenme" algısında bir artış olduğunda "hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt" algısının da artabileceği saptanmıştır.

"Güvenliğin kapsamlı algılanması" alt boyutu ile hatalar "hakkında geri bildirim ve iletişim" alt boyutu arasında pozitif yönlü orta kuvvetli bir ilişki vardır ($p<0,05$) ($0,40<r<0,60$) ($r=0,445$). HGKÖ' nün alt boyut algılarından "güvenliğin kapsamlı algılanması" algısında bir artış olduğunda "hatalar hakkında geri bildirim ve iletişim" algısının da artabileceği saptanmıştır.

"Güvenliğin kapsamlı algılanması" alt boyutu ile "hataların raporlanma sıklığı" alt boyutu arasında pozitif yönlü düşük kuvvetli bir ilişki vardır ($p<0,05$) ($0,20<r<0,40$) ($r=0,253$). HGKÖ' nün alt boyut algılarından "güvenliğin kapsamlı algılanması" algısında bir artış olduğunda "hataların raporlanma sıklığı" algısının da artabileceği saptanmıştır.

"Güvenliğin kapsamlı algılanması" alt boyutu ile "personel sağlama" alt boyutu arasında negatif yönlü çok düşük kuvvetli bir ilişki vardır ($p<0,05$) ($0<r<0,20$) ($r=-0,195$). HGKÖ' nün alt boyut algılarından "güvenliğin kapsamlı algılanması" algısında bir artış olduğunda "personel sağlama" algısının azalabileceği saptanmıştır.

"Güvenliğin kapsamlı algılanması" alt boyutu ile "hastane müdahaleleri ve değişim" alt boyutu arasında pozitif yönlü orta kuvvetli bir ilişki vardır ($p<0,05$)

(0,40<r<0,60) (r=0,495). HGKÖ' nün alt boyut algılarından "güvenliğin kapsamlı algılanması" algısında bir artış olduğunda "hastane müdahaleleri ve değişim" algısının da artabileceği saptanmıştır.

"Güvenliğin kapsamlı algılanması" alt boyutu ile "hataya karşı cezalandırıcı olmayana yanıt" alt boyutu arasında pozitif yönlü düşük kuvvetli bir ilişki vardır (p<0,05) (0,20<r<0,40) (r=0,263). HGKÖ' nün alt boyut algılarından "güvenliğin kapsamlı algılanması" algısında bir artış olduğunda "hataya karşı cezalandırıcı olmayana yanıt" algısının da artabileceği saptanmıştır.

"Hatalar hakkında geri bildirim ve iletişim" alt boyutu ile "hataların raporlanma sıklığı" alt boyutu arasında pozitif yönlü düşük kuvvetli bir ilişki vardır (p<0,05) (0,20<r<0,40) (r=0,330). HGKÖ' nün alt boyut algılarından "hatalar hakkında geri bildirim ve iletişim" algısında bir artış olduğunda "hataların raporlanma sıklığı" algısının da artabileceği saptanmıştır.

"Hatalar hakkında geri bildirim ve iletişim" alt boyutu ile "hastane müdahaleleri ve değişim" alt boyutu arasında pozitif yönlü düşük kuvvetli bir ilişki vardır (p<0,05) (0,20<r<0,40) (r=0,271). HGKÖ' nün alt boyut algılarından "hatalar hakkında geri bildirim ve iletişim" algısında bir artış olduğunda "hastane müdahaleleri ve değişim" algısının da artabileceği saptanmıştır.

"Hatalar hakkında geri bildirim ve iletişim" alt boyutu ile "hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt" alt boyutu arasında pozitif yönlü düşük kuvvetli bir ilişki vardır (p<0,05) (0,20<r<0,40) (r=0,286). HGKÖ' nün alt boyut algılarından "hatalar hakkında geri bildirim ve iletişim" algısında bir artış olduğunda "hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt" algısının da artabileceği saptanmıştır.

"Hataların raporlanma sıklığı" alt boyutu ile "hastane müdahaleleri ve değişim" alt boyutu arasında pozitif yönlü çok düşük kuvvetli bir ilişki vardır (p<0,05) (0<r<0,20) (r=0,163). HGKÖ' nün alt boyut algılarından "hataların raporlanma sıklığı" algısında bir artış olduğunda "hastane müdahaleleri ve değişim" algısının da artabileceği saptanmıştır.

"Hataların raporlanma sıklığı" alt boyutu ile "hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt" alt boyutu arasında pozitif yönlü çok düşük kuvvetli bir ilişki vardır (p<0,05) (0<r<0,20) (r=0,139). HGKÖ' nün alt boyut algılarından

"hataların raporlanma sıklığı" algısında bir artış olduğunda "hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt" algısının da artabileceği saptanmıştır.

"Personel sağlama" alt boyutu ile "hastane müdahaleleri ve değişim" alt boyutu arasında negatif yönlü çok düşük kuvvetli bir ilişki vardır ($p<0,05$) ($0<r<0,20$) ($r=-0,149$). HGKÖ' nün alt boyut algılarından "personel sağlama" algısında bir artış olduğunda "hastane müdahaleleri ve değişim" algısının azalabileceği saptanmıştır.

"Hastane müdahaleleri ve değişim" alt boyutu ile "hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt" alt boyutu arasında pozitif yönlü düşük kuvvetli bir ilişki vardır ($p<0,05$) ($0,20<r<0,40$) ($r=0,216$). HGKÖ' nün alt boyut algılarından "hastane müdahaleleri ve değişim" algısında bir artış olduğunda "hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt" algısının da artabileceği saptanmıştır.

5. TARTIŞMA

Bu bölümde, Sivas Numune Hastanesi'nde çalışan hekim ve hemşirelerin hasta güvenliği kültürüne ilişkin algılarının belirlenmesi ve bu algılarını etkileyen sosyo-demografik özelliklerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmış olan bu çalışmanın bulguları, konuya ilişkin literatür ışığında tartışılacaktır.

5.1. Hekim ve Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Algılarına İlişkin Bulguların Tartışılması

HGKÖ'nün güvenilirlik analizi yapıldığında (Tablo 17) "Personel Sağlama" alt boyutunda güvenilirliğin çok düşük düzeyde olması nedeniyle (Cronbach's Alpha=0,070) tartışmada ölçeğin bu alt boyutuna yer verilmemiştir.

Çalışmamızda katılımcıların hasta güvenliği kültürü algılarının orta düzeyde **($\overline{X}$=3,25)** olduğu saptanmıştır (Tablo 6). Katılımcıların, hasta güvenliği kültürü alt boyutlarına ilişkin en yüksek algıya sahip oldukları alan "üniteler arası ekip çalışması" alt boyutuyken; bu alanda en yüksek ortalamaya sahip madde "acilen yapılması gereken çok iş olduğunda ekip olarak birlikte çalışırız maddesi" olmuştur. Konuyla ilgili literatür, bulgularımızı destekler niteliktedir. Hellings ve ark.'nın (2007) Belçika'da toplam 5 hastane üzerinde yaptıkları çalışmada hasta güvenliği kültürünün ciddi gelişmelere ihtiyacı olduğu saptanmıştır. Ayrıca bulgularımıza benzer olarak hasta güvenliği kültürüne ilişkin en yüksek puan ortalamasına sahip alan "üniteler arası ekip çalışması" alt boyutuyken en düşük puan ortalamasına sahip alanlar "yönetimin desteği" ve "hatalara karşı cezalandırıcı olmayan yanıt" alt boyutları olmuştur. Kore'de 8 üniversite hastanesinde toplam 886 hemşire üzerinde yapılan çalışmada, hasta güvenliği kültürünün yine arzu edilenden düşük olduğu vurgulanmış (Kim ve ark., 2007); 2003 yılında Kaliforniya'da toplam 15 hastane üzerinde yapılan diğer bir çalışmada ise hasta güvenliği kültürünün yüksek güvenilirliğe sahip bir organizasyonda olması gerektiği kadar güçlü olmadığı ifade edilmiştir (Singer ve ark, 2003).

Türkiye'de yapılan çalışmalara bakıldığında, genel olarak hasta güvenliği kültürü algısının orta düzeyde olduğu ve henüz olası hataları önleyecek ve güvenliği sağlayacak yapılandırılmış bir sistemin oluşturulamadığı

belirtilmektedir (Göz ve Kayahan, 2011; Gündoğdu ve Bahçecik, 2012; Çiftlik ve ark. 2010; Yalçın ve Acar, 2010; Atan ve ark, 2013; Vural ve ark., 2014). Bunun en önemli sebeplerinden birisi Türkiye'de yakın tarihe kadar hasta güvenliğinden çok hasta şikayetleri ve hasta hakları konularına ağırlık verilmesidir (Yalçın ve Acar, 2010). 2006 yılında "Hasta Güvenliği Derneği" nin kurulmasıyla başlayan hasta güvenliğinin sağlanmasına ilişkin çalışmalar geçtiğimiz 10 yılda yoğun bir şekilde devam etmiş ve bu konuda önemli adımlar atılmıştır. Yukarıda genel bilgiler bölümünde anıldığı gibi; günümüzde Sağlık Bakanlığı bünyesinde "Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı" olarak hizmet veren başkanlık ilk olarak 2007 yılında "Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı" olarak kurulmuş, 2008 yılında "Sağlıkta Kalite ve Performans Yönergesi" çıkarılmış, 2009 yılında hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanmasına ilişkin yayımlanan tebliğ 2011 yılında güncellenerek "Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına İlişkin Yönetmelik" e çevrilmiş ve 2003 yılında başlayan sağlıkta dönüşüm ile hayatımıza giren hizmet kalite standartları 2005, 2007, 2008, 2011 ve 2016 yıllarında geniş çaplı revizyonlar geçirerek "SKS Hastane Seti" başlığı altında hastanelerde hasta güvenliğinin sağlanması konusunda önemli adımlar atılmıştır. Ayrıca o tarihten bu yana akademik alanda da hasta güvenliğine ilişkin çalışmalar yapılmaktadır. Tüm bunlara rağmen hasta güvenliği konusunun Türkiye'de hala istenilen düzeyde olmaması dikkate alınması gereken bir konudur.

Çalışmamıza katılan hekim ve hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algılarının orta düzeyde **(X=3,29)** olduğu bulgusuna dayanarak, hasta güvenliğinin arttırılmasına yönelik yapılan çalışmaların hedefine yeterince ulaşmadığını söylemek mümkündür. Bu durumun sebepleri arasında; hasta güvenliğine ilişkin verilen eğitimlerin niteliğinin düşük olması, güvenlik kültürünün benimsenip kurumsal bir davranışa dönüşmesi konusunda yöneticilerin sorumluluklarını yeterli düzeyde yerine getirmemesi ve iyi bir güvenlik kültürünün sağlanması için gerekli olan köklü değişimlerin başlatılması ve yaygınlaştırılması konusunda dirençle karşılaşılması gösterilebilir. Ulusal çapta güvenli bir hizmet sunum ortamının sağlanması adına bu durumun altında yatan kök nedenler araştırmalı, gerçekten uygulamada mı yoksa yapılması planlanan faaliyetlerde mi eksiklik ya

da hatalar olduğu saptanmalı ve konuyla ilgili gereken iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.

Çalışmamızda dikkat çekici diğer bir bulgu ise hasta güvenliğine ilişkin raporlanan olay sayısıdır. Çalışmaya katılan sağlık personellerinin %75,4'ü şimdiye kadar hiç olay raporlamadığını ifade etmiştir (Tablo 4). Çalışanların meydana gelen istenmeyen olayları bildirmeleri halinde; kendilerinin suçlanacağından ve sicillerine işleneceğinden endişe duymaları (Çakır ve Tütüncü, 2009), kurumlardaki korku kültürü, çalışanların olayları nasıl raporlayacaklarını bilmemeleri (Dirik, 2014), raporlama yaptıklarında bir takım yasal süreçlerle (ifade vermek, mahkemeye gitmek vb.) karşılaşmak zorunda kalacakları, olay raporlamayı ekstra bir iş yükü olarak görmeleri ve iş yükünün ağır olması sebebiyle hata bildiriminin zaman alıcı olduğunu düşünmeleri (Evans ve ark., 2006) ve yöneticilerin hatadan çok hatayı yapana odaklanma olasılığının olması çalışanların %75,4'ünün hiç olay raporlamamasına neden olmuş olabilir.

Türkiye'de yapılan çalışmalar incelendiğinde raporlama konusu bulgularımız ile uyumludur. Atan ve ark. (2012) bir üniversite hastanesinde çalışan 148 hemşirenin %83'ünün herhangi bir olay raporlamadığını ve %8'inin olay raporlamadan korktuğunu ifade ederken, Dursun ve ark. (2010) bir özel hastanede çalışan hemşire ve yardımcı sağlık personelleri (n=181) ile yaptıkları çalışmada katılımcıların %71'inin olayları raporlamadığını ifade etmiştir. Özmen ve Başol'un (2010) yine hemşire ve diğer sağlık personellerinden oluşan (n=243) çalışmasında katılımcıların %69'unun çalıştıkları kurumda herhangi bir olayı raporlamadığı saptanmıştır. Çakır ve Tütüncü'nün (2009) çalışmasında ise çalışanların yaptıkları hataların siciline işleneceği endişesi nedeniyle olayları raporlamama eğiliminde olduğu saptanmıştır.

Konuyla ilgili uluslararası literatür incelendiğinde ise genel olarak hasta güvenliğine ilişkin olayları raporlama durumunun Türkiye'ye göre daha iyi durumda olduğunu söyleyebiliriz. Amerika'da Famolaro ve ark. (2016) tarafından toplam 680 hastanede 447.584 sağlık personelinin katılımıyla gerçekleştirilen çalışmada katılımcıların %45'inin en az bir kez olay bildiriminde bulunduğu belirtilirken, İskoçya'da toplam 7 hastanede 1969 sağlık personelinin katılımıyla gerçekleştirilen çalışmada katılımcıların %92'sinin en az bir kez raporlama

yaptığı ifade edilmiştir. Fujita ve ark. (2013) tarafından Japonya, Tayvan ve Birleşik Devletlerin karşılaştırıldığı çalışmada ise Japonya'daki katılımcıların %64'ü en az bir kez olay raporladığını ifade ederken bu oranın Tayvan (%48) ve Amerika'da (%46,6) daha düşük olduğu saptanmıştır. Nordin (2015), İsviçre'de 3 hastanede toplam 3713 sağlık personeli ile yaptığı çalışmada katılımcıların %67'sinin kurumda çalıştıkları süre boyunca en az bir olay bildiriminde bulunduğunu ifade ederken, Norveç'te toplam 6 hastane ve 220 hemşire ile yapılan çalışmada katılımcıların yaklaşık olarak yarısının en az bir kez olay bildiriminde bulunduğu saptanmıştır. Suudi Arabistan'da da konuyla ilgili iki önemli çalışma mevcuttur. Al Ahmadi (2010) tarafından Riyad'da toplam 13 hastanede 1224 sağlık personelinin katılımıyla gerçekleştirilen çalışmada katılımcıların %57'si en az bir kez olay bildiriminde bulunduğunu ifade ederken, Mahrous (2017) Medine'de bir hastanede 240 hemşire ile yaptığı çalışmada hemşirelerin %60'ının en az bir kez olay bildiriminde bulunduğunu ifade etmiştir. Çalışmamızda ise hasta güvenliği ile ilişkili olarak şimdiye dek en az 1-2 kez olay raporu yazdığını ifade edenlerin oranı yalnızca %19,3'tür (Tablo 4).

Tüm bu çalışmalar göz önüne alındığında, hasta güvenliği kültürünün sağlanmasında temel yapıtaşlarından biri olan olay raporlama sisteminin Türkiye'de ciddi şekilde eksik olduğu; cezalandırıcı olmayan ve şeffaf bir olay bildirim sisteminin sağlık hizmeti sunan kurum ve kuruluşlarda henüz oluşturulamadığı söylenebilir. Ayrıca hiç olay raporlanmama oranının diğer ülkelerden farklı olarak; Türkiye'de yapılmış olan ve yukarıda bahsedilen tüm çalışmalarda (Atan ve ark., 2012; Dursun ve ark., 2010; Çakır ve Tütüncü, 2009) %69'un üzerinde olmasının toplumumuzun kültürel özelliklerinden kaynaklandığı düşünülebilir. Sağlık personellerinin ayıplanacaklarını düşünmesinin yanı sıra meslektaşları tarafından dışlanacakları ve olay bildiriminde bulunduklarında muhbir olarak yargılanacakları endişesiyle raporlama yapmadıkları söylenebilir. Oysa rapor edilen her hata, hasta güvenliğini tehdit eden unsurların belirlenmesinde ve hata kaynaklarının belirlenerek gerekli önlemlerin alınmasında etkin bir rol oynayacaktır. Çünkü raporlama sisteminin temelinde, bireylerin yaşadığı hata ve istenmeyen olaylar konusundaki deneyiminden tüm organizasyonun öğrenmesi mantığı yatmaktadır (Altındiş, 2010). Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan SKS-Hastane Setinde, çalışanların kendilerini güvende

hissedecekleri şekilde tasarlanan bir güvenlik raporlama sisteminin kurulması, bu sistemle ilgili çalışanlara eğitim verilmesi ve bu sisteme yapılan bildirimlerin analiz edilerek sonuçlara göre iyileştirmeler yapılması hastaneler için birer kalite standardı olarak belirlenmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2016). Ancak bulgularımıza ve Türkiye'de yapılan diğer çalışmaların sonuçlarına dayanarak Türkiye'de henüz bu kalite standardının yeterince uygulanamadığını ifade edebiliriz.

Sağlık kurumlarında hasta güvenliğine ilişkin kültürel bir değişim yaratılarak, hasta güvenliği çalışmalarının sürekliliğinin ve etkinliğinin sağlanması için yönetimin güvenliğe olan inancı ve taahhüdü en önemli faktördür. Çalışmamızda katılımcıların %39,6'sı "yöneticilerimiz tekrar tekrar oluşan hasta güvenliği problemlerini görmezden gelir" maddesine katıldığını ifade ederken (Tablo 8), %30,7'si "yönetimin faaliyetleri hasta güvenliğinin üst düzey bir öncelik olduğunu gösteriyor" maddesine "kararsızım" cevabını vermiştir (Tablo 9). Ayrıca katılımcıların %39,6'sı da "burada daha ciddi hataların oluşmaması sadece tesadüfe bağlıdır" maddesine "katılıyorum" cevabını vermiştir (Tablo 11). Bu bulgular araştırmanın uygulandığı hastanede yöneticilerin hasta güvenliği konusunda üstüne düşen sorumlulukları tam olarak yerine getirmediklerini ve çalışanların bu konudaki beklentilerini karşılayamadıklarını gösteriyor olabilir. Bu nedenle sağlık kurumlarında hasta güvenliğine ilişkin farkındalığın arttırılması ve güvenli ortamın sağlanması adına planlanan faaliyetler öncelikle yöneticilerden başlamalıdır. Üst yönetim bu konudaki kararlılığını göstermeli, çalışanların hasta güvenliğine katılımını desteklemeli ve mevcut sistemi "güvenlik odaklı" bir sistem haline dönüştürmelidir. Bu bağlamda sağlık kurumlarında kurulmuş olan hasta ve çalışan güvenliği komiteleri daha etkin çalışmalı ve çalışanlarla daha yakın ilişkiler içinde olan orta kademe yöneticilere hasta güvenliği konusunda yetki ve sorumluluk devredilmelidir (Akman, 2010).

Çalışmamıza katılan hekim ve hemşirelerin oldukça büyük bir çoğunluğunun (%87,5'i) hasta güvenliği konusunda eğitim aldığı saptanmıştır (Tablo 2). Literatürde genel olarak bulgularımızı destekleyici nitelikte çalışmalar mevcuttur. Karaca ve Aslan'ın (2014) hemşireler üzerinde yaptığı çalışmada katılımcıların %76,2'si hasta güvenliği konusunda eğitim aldığını ifade ederken; hemşireler üzerinde Aydemir'in (2015) yapmış olduğu bir diğer çalışmada katılımcıların %87,5'inin hasta güvenliği konusunda eğitim aldığı ifade edilmiştir.

Durmaz'ın (2016) çalışmasında ise örneklemi oluşturan hemşirelerin tamamının hasta güvenliği konusunda eğitim aldığı saptanmıştır.

Çalışmamızda hasta güvenliği konusunda eğitim alma durumunun bu kadar yüksek olmasına karşın hasta güvenliği kültürü düzeyinin orta veya düşük düzeyde olmasının nedenleri arasında; verilen eğitimlerin etkin ve etkili olmaması, sağlık personelinin bu eğitimlere gönüllü olarak değil de kurumu tarafından belli yaptırımlara maruz bırakılarak katılması ve çoğu zaman bu eğitimlerin sağlık personelinin mesai gün ve saatlerine uymaması sebebiyle katılıma isteksiz olmaları düşünülebilir. Uluslararası literatüre bakıldığında; Chen ve Li'nin (2010) hekim, hemşire ve yöneticilerden oluşan toplam 788 sağlık personelini kapsayan çalışmasında katılımcıların %78'i hastane içinde hasta güvenliğine ilişkin eğitim aldığını belirtirken, %45,7'si hastane dışında hasta güvenliği eğitimi aldığını belirtmiştir ve bu çalışmada hasta güvenliği eğitimi alma durumuyla paralel olarak katılımcıların %64'ünün kurumlarındaki hasta güvenliği kültürü algısının olumlu düzeyde olduğu ifade edilmiştir.

HGKÖ' nün alt boyutları incelendiğinde; katılımcıların cinsiyete göre hasta güvenliği kültürü algıları literatürde bulunan çalışmalardan farklı olarak "Güvenliğin Kapsamlı Algılanması" alt boyutunda anlamlı farklılıklar göstermektedir ($p<0,05$) (Tablo 18). Buna göre kadınlar "Güvenliğin Kapsamlı Algılanması" alt boyutunda erkeklere göre daha yüksek bir puan ortalamasına sahiptir. Yapılan çalışmalarda genel olarak cinsiyet değişkeninin, hasta güvenliği kültürünün algılanması konusunda anlamlı bir fark yaratmadığı, çalışılan ortamın cinsiyete göre herhangi bir fark göstermeksizin aynı özellikleri taşıdığı ve genel olarak bunun beklenen bir sonuç olduğu ifade edilmiştir (Erdağı ve Özer, 2015; Balık, 2014; Teleş, 2011; Tabrizchi ve Sedaghat, 2012).

Benzer şekilde, çalışmamızda hekim ve hemşirelerin medeni durumuna göre hasta güvenliği kültürü algıları incelendiğinde, medeni durumun hasta güvenliği kültürünün algılanması konusunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratmadığı saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 19). Bulgularımız ilgili literatürü destekler niteliktedir (Durmaz, 2016; Erdağı ve Özer, 2015; Abdou ve Samer, 2011).

Hasta güvenliği kültürü algısının hastanedeki görev değişkenine göre puan ortalamalarına bakıldığında ise; "Hataların Raporlanma Sıklığı" konusunda hemşirelerin, hekimlerden daha yüksek bir algıya sahip olduğu saptanmıştır. Diğer alt boyutlarda hastanedeki görev değişkenine ilişkin anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p<0,05$) (Tablo 20). Veriler detaylı olarak incelendiğinde hemşirelerin %70,6'sının, hekimlerin ise %29,4'ünün hasta güvenliği konusunda eğitim aldığı saptanmıştır. Bu bulgulara göre hasta güvenliği konusunda eğitim alma durumu, hemşirelerin "Hataların Raporlanma Sıklığı" konusunda daha yüksek bir algıya sahip olmasına neden olmuş olabilir. Bununla ilgili literatürdeki çalışmalarda farklı sonuçlara ulaşılmıştır. Scherer ve Fitzpatrick (2008) yaptıkları çalışmada hekim ve hemşireler arasında "Yönetici Beklentileri" ve "Hatalar Hakkında Geri Bildirim ve İletişim" alt boyutlarında anlamlı farklılıklar olduğunu ifade etmiştir. Buna göre "Yönetici Beklentileri" alt boyutunda hemşirelerin hekimlere göre daha yüksek bir algıya sahip olduğu saptanmış olup; "yöneticilerimiz oluşturulmuş hasta güvenliği prosedürlerine göre yapılmış bir iş gördüğünde takdir eder" maddesi için hemşirelerin %60,5'i "katılıyorum" cevabını verirken hekimlerin %47.5'i buna katıldığını ifade etmiştir. "Yöneticilerimiz, hasta güvenliğini geliştirmek için çalışanların önerilerini ciddiye alır" maddesi için; hemşirelerin %16'sı "katılıyorum" cevabını verirken, hekimlerin hiçbiri bu madde için "katılıyorum" ya da "tamamen katılıyorum" yanıtını vermemiştir. "Yöneticilerimiz tekrar tekrar oluşan hasta güvenliği problemlerini görmezden gelir" maddesi için ise; hemşirelerin %63'ü ve hekimlerin de %47,5'i "katılıyorum" cevabını vermiştir. "Hatalar Hakkında Geri Bildirim ve İletişim" alt boyutunda da yine hemşirelerin hekimlere göre daha yüksek bir algıya sahip olduğu saptanmıştır ve "bu birimde oluşan hatalar hakkında bilgilendiririliz" maddesi için hemşirelerin %51'i "katılıyorum" ya da "tamamen katılıyorum" cevabını verirken; hekimlerin sadece %37,5'i bu madde için "katılıyorum" cevabını vermiştir. Laal ve ark.'ın (2016) hekim, hemşire ve yardımcı sağlık personelleri üzerinde yaptıkları çalışmada ise hekimlerin hasta güvenliği kültürü alt boyutlarına ilişkin algılarının birkaç alt boyut haricinde tüm alt boyutlarda hemşire ve yardımcı sağlık personellerinden daha yüksek olduğu saptanmıştır. Özmen ve Başol'un (2010) hemşire ve diğer sağlık personelleri üzerinde yaptıkları çalışmada da yine sağlık çalışanlarının pozisyonu ve hasta güvenliği kültürü arasında anlamlı bir ilişki olduğu ifade edilmiştir.

Çalışmamızda hasta güvenliği eğitimi alma durumuna göre hasta güvenliği kültürü alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, bu konuda eğitim alanların hasta güvenliği kültürü algısının eğitim almayanlara göre nerdeyse tüm alt boyutlarda daha yüksek bir puan ortalamasına sahip olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$) (Tablo 21). Hasta güvenliği konusunda eğitim alanların HGKÖ toplam puan ortalaması ($X=3,33$) iken, eğitim almayanların ortalaması ($X=3,05$)'tir. Ancak "Hatalar Hakkında Geri Bildirim" alt boyutunda eğitim alma durumunun anlamlı bir fark yaratmadığı saptanmıştır. Bulgularımıza benzer olarak Aydemir'in (2015) çalışmasında hasta güvenliği ile ilgili eğitim alma durumunun hasta güvenliği kültürünün algılanması konusunda etkili olduğu saptanmış ve bu bulgunun hastanelerde hasta güvenliğinin sağlanması amacıyla yapılacak eğitim ve uygulamaları arttırmasının yanı sıra profesyonellerin bu konudaki bilgi ve farkındalığını arttırması açısından önemli olduğu vurgulanmıştır.

Çalışılan birim değişkenine göre hasta güvenliği kültürü alt boyut puan ortalamaları değerlendirildiğinde ise, cerrahi birimlerde çalışan katılımcıların dahili birimlerde çalışanlara göre "Üniteler İçindeki Ekip Çalışması" alt boyutunda daha yüksek bir puan ortalamasına sahip olduğu saptanmış, diğer alt boyutlarda anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p<0,05$) (Tablo 18).

Çalışmamızda 26-30 yaş grubundaki personeller diğer yaş gruplarına göre "Üniteler Arası Ekip çalışması" alt boyutunda daha düşük bir puan ortalamasına sahipken, 25 yaş ve altındaki personeller "Hataların Raporlanma Sıklığı" konusunda diğer gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bir puan ortalamasına sahiptir ($p<0,05$) (Tablo 23). Bulgularımızın aksine, literatürdeki çalışmalarda (Durmaz, 2016; Erdağı ve Özer, 2015; Balık 2014) hasta güvenliği kültürü algısının yaş değişkenine göre bir farklılık göstermediği saptanmıştır. Bu duruma 25 yaş ve üzerindeki personellerin daha fazla mesleki deneyime sahip olması nedeniyle hem raporlamanın ekstra bir iş yükü getireceğini düşünmeleri, hem raporlama yaptıklarında bir takım yasal faaliyetlerde bulunmak zorunda kalacakları hem de meslektaşları tarafından yaptıkları bildirim sonucu beceriksiz olarak nitelendirileceklerinden korkmalarının sebep olduğu düşünülebilir. Ayrıca, 26-30 yaş grubundaki personellerin "Hataya Karşı Cezalandırıcı Olmayan Yanıt" alt boyutundaki algılamalarının da en düşük puan ortalamasına sahip olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların öğrenim durumlarına göre hasta güvenliği kültürü algıları incelendiğinde, lise/ön lisans mezunlarının "Üniteler Arası Ekip Çalışması" ve "Organizasyonel Öğrenme" alt boyutlarına ilişkin algılarının lisans mezunları ve yüksek lisans/doktora mezunlarına göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 24). Konuyla ilgili literatür bulgularımızı destekler niteliktedir. Aydemir'in (2015) çalışmasında bulgularımıza benzer olarak; ön lisans, lisans ve yüksek lisans mezunlarında hasta güvenliği kültürü algısının yüksek olması beklenirken sağlık meslek lisesi mezunlarının daha yüksek bir algıya sahip olduğu ifade edilmiştir. Özdemir'in (2014) çalışmasında ise ön lisans ve lisans mezunu hemşireler lise mezunları ve lisansüstü mezunlarına göre daha olumsuz değerlendirmelerde bulunmuştur.

Hekim ve hemşirelerin meslek sürelerine göre hasta güvenliği kültürü algılarına bakıldığında, 1-5 yıl mesleki deneyime sahip olan katılımcıların "Hataların Raporlanma Sıklığı" alt boyutuna ilişkin algılarının diğer gruplardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 25). Bulgularımıza benzer olarak Dağdelen'in (2014) çalışmasında 6-10 yıl arasında mesleki deneyime sahip olan hemşirelerin "Hataların Raporlanma Sıklığı" alt boyutunda en yüksek algıya sahip oldukları ifade edilmiştir. Erdağı ve Özer'in (2015) çalışmasında ise çalışanların beklentilerinin ve enerjilerinin yıllar geçtikçe azaldığı, 18 yıl ve üzerinde mesleki deneyime sahip olanların hasta güvenliği kültürü konusunda en düşük algıya sahip oldukları belirtilmiştir.

Kurumda çalışma süresine göre katılımcıların hasta güvenliği kültürü algıları incelendiğinde ise, 1 yıldan az süredir kurumda çalışan hekim ve hemşirelerin "Hastane Müdahaleleri ve Değişim" alt boyutuna ilişkin algılarının diğer gruplardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu ($p<0,05$) saptanmıştır (Tablo 26). Yapılan çalışmalarda bulgularımızın aksine aynı kurumda uzun süre çalışan kişilerin kurumlarını hasta güvenliği kültürü açısından daha olumlu değerlendirdikleri görülmektedir. Önler' in (2010) çalışmasında 11 yıldan fazla süredir aynı kurumda çalışanların hasta güvenliği tutumlarına ilişkin puan ortalamaları 11 yıldan az süredir çalışanlara göre daha yüksektir. Benzer olarak Ongün' ün (2015) çalışmasında 15 yıldan uzun süre aynı kurumda çalışan personellerin hasta güvenliği kültürüne ilişkin puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Çalışma yılı arttıkça çalışanların kurumunu benimsemesi, kendini o

kurumun kültürünün bir parçası olarak görmesi ve buna bağlı olarak olumlu değerlendirmelerde bulunması bu durumun sebepleri arasında sayılabilir.

Çalışmamızda hekim ve hemşirelerin haftalık çalışma süresine göre hasta güvenliği kültürü algıları incelendiğinde haftalık çalışma süresinin hasta güvenliği kültürünün algılanması konusunda anlamlı bir fark yaratmadığı ($p<0,05$) saptanmıştır (Tablo 27). Bu durumun çalışmaya katılan hekim ve hemşirelerin haftalık çalışma süresinin 657 saylı Devlet Memurları Kanunu'nda belirtilen ideal çalışma süresine (40 saat) yakın olmasından kaynaklandığı düşünülebilir. Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde bulgularımıza benzer olarak sağlık çalışanlarının haftalık çalışma süresinin hasta güvenliği kültürünün algılanması konusunda etkili olmadığı saptanmıştır (Famolaro ve ark., 2016; Fujita ve ark., 2013; Ballangrud ve ark., 2012).

6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Hekim ve hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algılarının sosyo-demografik özelliklerine göre incelendiği bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir;

- Katılımcıların %66,8'i hemşire, %33,2'si hekimdir. %87,5'i hasta güvenliği konusunda eğitim almıştır.
- Hekim ve hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algıları orta düzeydedir.
- Ölçeğin "Üniteler Arası Ekip Çalışması" alt boyutu en yüksek puan ortalamasına sahiptir.
- Katılımcıların %46,8'i birimlerini hasta güvenliği konusunda kabul edilebilir olarak değerlendirmiştir.
- Katılımcıların %75,4'ü hasta güvenliği ile ilişkili herhangi bir olay raporlamadığını ifade etmiştir.
- Kadınların "Güvenliğin Kapsamlı Algılanması" alt boyutuna ilişkin algıları erkeklerden daha yüksektir ($p<0,05$).
- Hemşirelerin "Hataların Raporlanma Sıklığı" alt boyutuna ilişkin algıları hekimlerden daha yüksektir ($p<0,05$).
- Hasta güvenliği konusunda eğitim alanların hasta güvenliği kültürü algıları eğitim almayanlara göre hemen hemen tüm alt boyutlarda daha yüksektir. "Hatalar Hakkında Geri Bildirim ve İletişim" alt boyutunda hasta güvenliği konusunda eğitim alma durumunun anlamlı bir fark oluşturmadığı saptanmıştır ($p<0,05$).
- Cerrahi birimlerde çalışanların "Üniteler Arası Ekip Çalışması" alt boyutuna ilişkin algıları dahili birimlerde çalışanlara göre daha yüksektir ($p<0,05$).
- 26-30 yaş grubundaki katılımcılar, "Üniteler Arası Ekip Çalışması", "Hataya Karşı Cezalandırıcı Olmayan Yanıt" alt boyutlarında en düşük puan ortalamalarına sahiptir ($p<0,05$).
- Lise/ön lisans mezunlarının "Üniteler Arası Ekip Çalışması" ve "Organizasyonel Öğrenme" alt boyutlarına ilişkin algıları lisans mezunları ve yüksek lisans/doktora mezunlarına göre daha yüksektir ($p<0,05$).

- 1-5 yıl arasında mesleki deneyime sahip olanların "Hataların Raporlanma Sıklığı" alt boyutuna ilişkin algıları diğer gruplara göre daha yüksektir ($p<0,05$).
- 1 yıldan az süredir kurumda çalışanların "Hastane Müdahaleleri ve Değişim" alt boyutuna ilişkin algıları diğer gruplara göre daha yüksektir ($p<0,05$).
- Hekim ve hemşirelerin haftalık çalışma süresi hasta güvenliği kültürünün algılanması konusunda etkili değildir ($p<0,05$).

6.2. Öneriler

Çalışmadan elde edilen veriler doğrultusunda;

- Hasta güvenliğine ilişkin eğitim programlarıyla konuya ilişkin farkındalığın arttırılması, hekim ve hemşirelerin orta düzeyde olan hasta güvenliği kültürü algılarının geliştirilerek yüksek düzeye çıkarılması,
- Sivas Numune Hastanesi'nde yapılan bu çalışmanın örnekleminin genişletilerek; tüm ilçe hastaneleri, özel hastaneler ve üniversite hastanesinin dahil edilerek yapılması,
- Hasta güvenliği kültürü algısının belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmalarda hemşire ve diğer sağlık personellerinin yanı sıra hekimlerle yapılan çalışmaların sayısının arttırılması,
- Sağlık kurumlarında hataların raporlanmasını destekleyici ortamların sağlanması,
- Tüm hataların raporlanması için çalışanların bu sistemi kullanmaya teşvik edilmesi,
- Sağlık kurumlarında hasta güvenliği odaklı bir kültürel değişimin sağlanması adına yöneticilerin daha fazla sorumluluk alması, bu konudaki farkındalıklarının arttırılması ve çalışanların bu değişime aktif katılımının sağlanması,
- Hasta güvenliği çalışmalarının sağlık kurumlarında sürekliliğinin sağlanması,

Önerilmiştir.

7. KAYNAKLAR

Abdou, H.A., Saber, K.M. (2011). A Baseline Assessment of Patient Safety Culture among Nurses at Student University Hospital. *World Journal of Medical Sciences*, 6(1):17-26.

Acuner, Ş.A. (2010). Örgüt Kültürünü Oluşturan Unsurların Çalışanlar Üzerindeki Motivasyonel Etkileri. *Milli Prodüktivite Merkezi Yayınları,* Ankara.

Adıgüzel, O. (2010). Hasta Güvenliği Kültürünün Sağlık Çalışanları Tarafından Algılanmasına Yönelik Bir Araştırma. *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi,* 28:159-170.

Agency for Healthcare Research and Quality. (2003). Guide to the Patient Safety Indicators. Rockville, MD: AHRQ, Version 2.1, Revision 2, (October 22, 2004). AHRQ Pub.03-R203.https://www.qualityindicators.ahrq.gov/downloads/modules/psi/v21/psi_guide_rev2.pdf (E.T:01.02.2017)

Agency for Healthcare Research and Quality. (2015). AHRQ Quality Indicators: Patient Safety Indicators. AHRQ Pub.15-M053-4EF. https://www.qualityindicators.ahrq.gov/Downloads/Modules/PSI/V50/PSI_Brochure.pdf (E.T:01.02.2017)

Agency for Healthcare Research and Quality. (2016). Patient Safety Network Glossary of Terms. https://psnet.ahrq.gov/primers/primer/5/safety-culture (E.T:06.01.2017)

Akalın, H.E. (2004). Hasta Güvenliği Kültürü: Nasıl Geliştirebiliriz?.*ANKEM Dergisi*, 18(2): 12-13.

Akgün, S., Al-Assaf, A.F. (2007). Sağlık Kuruluşlarında Hasta Güvenliği Kültürünü Nasıl Oluşturabiliriz? *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, (3).

Akman, A.B. (2010). *Hasta Güvenliği Kültürü ve Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü ile İlgili Algılarını*

Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmeisine Yönelik Bir Araştırma, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Ünivesitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Hastane ve Sağlık Kuruluşlarında Yönetim Anabilim Dalı, İstanbul.

Al Ahmadi, H.A. (2010). Assessment of Patient Safety Culture in Saudi Arabian Hospitals, *Qual Saf Health Care*, 19(17): 1-5.

Altındiş, S. (2009).Bilgi Yönetimi Uygulamalarının Hasta Güvenliğine Katkısı: Kavramsal Bir Çerçeve. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi,* 15(3): 325-52.

Anderson, R.E. (2000). Comment. How Many Deaths are Due to Medical Error? *JAMA*, 284(17): 2188-2189.

Ardahan, M., Alp, F.Y. (2015). Hasta Güvenliği ve Hasta Güvenliğini Sağlamada Sağlık Çalışanlarının ve Yöneticilerin Rolü. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi,* 6(2): 85-88.

Atan, Ş.Ü., Dönmez, S., Duran, E.T. (2013). Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürünün İncelenmesi. *F.N. Hemşirelik Dergisi,* 21(3): 172-180.

Aydemir, A. (2015). *Acil Serviste Çalışan Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürü ve Tutumunu Etkileyen Faktörler.* Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Acil Tıp Hemşireliği Anabilim Dalı, Samsun.

Balık, H. (2014). *Acil Servislerde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliğine İlişkin Tutumları.* Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Ballangrud, R., Hedeli, B., Hall-Lord, M.L. (2012). Nurses' Perceptions of Patient Safety Climate in Intensive Care Units: A cross-sectional Study. Intensive and Critical Care Nursing 28: 344-354.

Beyea, S. (2002). Wake Up Call-Standardization is Crucial To Eliminating Medication Errors. *AORN Journal*, 75(5): 1010-1013.

Biçer, E.K., Güçlüel, E., Neymen, A.,Yiğit, Ş. (2013). Hasta Güvenliğine İlişkin Düzenlenen Hizmet İçi Eğitimin Hemşirelerin Bilgi Düzeyine Etkisi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi,* 10(1): 14-20.

Bodur, S., Filiz, E. (2010). Validity and Reliability of Turkish Version of "Hospital Survey on Patient Safety Culture" and Perception Patient Safety in Public Hospitals in Turkey. *BMC Health Services Research,* 10:28.

Bodur, S., Filiz, E., Durduran, Y. (2011). Sağlık Personeli ve Toplumun Tıbbi Hatalar ile İlgili Görüşlerinin Karşılaştırılması. *Genel Tıp Dergisi,* 21(4): 123-130.

Budak, M. (2008). Hasta Güvenliği Kültürü. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, (7): 54-57.

Byers, J.B., White, S.V. (2004). Patient Safety: Principles and Practice. *Springer Publishing Company*, New York.

Chen, I., Li, H. (2010). Measuring Patient Safety Culture in Taiwan Using The Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). *BMC Health Services Research*, 10(152)

Connelly, L., Powers, J., On-line Patient Safety Climate Survey: Tool Development and Lessons Learnedhttp://www.ahrq.gov/downloads/pub/advances/vol4/Connelly.pdf, (E.T:21.12.2016)

Cooper, J.B., Gaba, D.M., Liang, B.A., Woods, J.D.D., Blum, L. (2000). Agenda for Research and Development in Patient Safety. *National Patient Safety Foundation*, Chicago.

Cooper, M.D. (2000). Towards A Model of Safety Culture. *Safety Science*, 36: 111-136.

Çakır, A. (2007). *Hasta Güvenliği Kültürü ile Kalite Yönetim Sistemi Arasındaki İlişkinin Analizi.* Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi.

Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Toplam Kalite Yönetimi Anabilim Dalı. İzmir.

Çakır, A., Tütüncü, Ö. (2009). İzmir İli Hastanelerinde Hasta Güvenliği Algısı. I. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Kitabı, 2: 189-204.

Çakmakçı, M., Akalın, E. (2011). Hasta Güvenliği: Türkiye ve Dünya.*Füsun Sayek TTB Raporları/Kitapları,* Ankara.

Çırpı, F., Merih, Y.D., Kocabey, M.Y. (2009). Hasta Güvenliğine Yönelik Hemşirelik Uygulamalarının ve Hemşirelerin Bu Konudaki Görüşlerinin Belirlenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi,* 2(3):27-28.

Çiftlik, E.E., Kesmezacar, Ö., Kurt, M., Kesgin, V., Özkan, S., Çoban, D., Abalı, Y. (2010). Eğitim ve Araştırma Hastaneleri İle Devlet Hastanelerinde Hasta Güvenliği Kültürü Algılaması. *II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı.* Ed. Harun Kırılmaz, 789, Baydan Ofset, 3-11.

Dağdelen, Ü.A. (2014). *Öğrenen Organizasyonlarda Hasta Güvenliği Kültürünün Değerlendirilmesi,* Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Isparta.

Davies, J. M., Hebert, P., Hoffman, C. (2003). The Canadian Patient Safety Dictionary. Calgary, Toronto and Regina, Canada.

Demir, N. (2007). Örgüt Kültürü ve İş Tatmini. *Türkmen Kitabevi,* İstanbul.

Dikmen, Y.D., Yorgun, S., Yeşilçam, N. (2014). Hemşirelerin Tıbbi Hatalara Eğilimlerinin Belirlenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi,* 44-56.

Dinçer, Ö., Fidan, Y. (1996). İşletme Yönetimi. *Beta Yayınevi,* İstanbul.

Dirik, H.F. (2014). *Çalışma Ortamı ve Güçlendirmenin Hasta Güvenliği Kültürüne Etkisi*, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül

Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, İzmir.

Doğan, B. (2007). Örgüt Kültürü, Beta Yayınevi, İstanbul.

Durmaz, G. (2016). *Cerrahi Hemşirelerinde Hasta Güvenliği Kültürü Algısını Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul.

Dursun, S., Bayram, N., Aytaç, S. (2010). Hasta Güvenliği Kültürü Üzerine Bir Uygulama. *Sosyal Bilimler,* 8(1): 1-14.

Emanuel, L., Berwick, D., Conway, J., Combes, J., Hatlie, M., Leape, L., Reason, J., Schyve, P., Vincent, C., Walton, M. (2008). What Exactly Is Patient Safety?. In: Henriksen, K., Battles, J.B., Keyes, M.A., et al., editors. Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches. (Vol. 1: Assesment). Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality

Erdağı, S., Özer, N. (2015). Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Çalışma Ortamlarının, Hasta Güvenliği Kültürü Algılarının ve Tükenmişlik Durumlarının İncelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi,* 18(2):94-106.

Eren, E. (2015). Örgütsel Davranış ve Yönetim Psikolojisi. *Beta Yayınevi,* İstanbul.

Ersun, A., Başbakkal, Z., Yardımcı, F., Muslu, G., Beytut, D. (2013). Çocuk Hemşirelerinin Tıbbi Hata Yapma Eğilimlerinin Belirlenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi,* 29(2): 33-45.

European Union (2005). Patient Safety-Making it Happen!, Luxembourg Declaration on Patient Safety. *Italian Journal of Public Health,* 2(3-4): 7-8.

Evans, S.M., Berry, J.G., Smith, B.J., Esterman, A., Selim, P., O'Shaughnessy, J., Dewit, M. (2006). Attitudes and Barriers to Incident Reporting: A

Collaborative Hospital Study. *Quality and Safety in Healthcare,*15:39-43.

Famolaro, T., Yount, N., Burns, W. (2016). Hospital Survey on Patient Safety Culture 2016 User Comparative Database Report. (Prepared by Westat, Rockville, MD, under Contract No. HHSA 290201300003C). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; March 2016. AHRQ Publication No. 16-0021-EF.

Fujita, S., Seto, K., Ito, S., Wu, Y., Huang, C., Hasegawa, T. (2013). The Characteristics of Patient Safety Culture in Japan, Taiwan and the United States. *BMC Health Services Researh,*13:20.

Gökdoğan, F., Yorgun, S. (2010). Sağlık Hizmetlerinde Hasta Güvenliği ve Hemşireler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi,* 13(2): 53-54.

Göz, F., Kayahan, M. (2011). Hemşirelerin Çalıştıkları Kurumlardaki Hasta Güvenliği Kültürünü Değerlendirmeleri. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi,*8(2):44-50.

Gündoğdu, S., Bahçecik, N. (2012). Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürü Algılamasının Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi,*15(2):119-128.

Güney, S. (2015). Örgütsel Davranış. Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara.

Gülkaya, E. (2009). Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesinde Yapılan Akreditasyon Çalışmaları Sürecinde, Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliği Konusunda Bilgi Düzeyleri, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Programı, Ankara.

Graham, S., Brookey, J., Steadman, C. (2007). Patient Safety Executive Walkarounds. *Advances in Patient Safety*, 4: 223-235.

Hansen, M.M., Durbin, J., Sinkowitz, R. Vaughn. A., Langowski, M., Gleason, S. (2003). Do No Harm Provider Perceptions of Patient Safety. *JONA,* 33(10): 507-508.

Hayran, O. (2008). Sağlık işletmelerinde Yönetim ve Kalite. II. Uluslararası katılımlı Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Hasta Güvenliği Kongresi Bildiri Kitabı. Antalya.

Hellings, J., Schrooten, W., Klazinga, N., Vleugels, A. (2007). Challenging Patient Safety Culture: Survey Results. *International Journal of Health Care Quality Assurance,* 20(7): 620-632.

Hindle, D., Haraga, S., Rapu, C.P., Yazbeck A-M. (2008). What Do Health Professionals Think About Patient Safety. *J Public Health,* 16:87-96.

Ilan, R., Fowler, R. (2005). Brief History of Patient Safety Culture and Science. *Journal of Critical Care,* 20: 2-5.

Institute of Medicine (2001). Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. *National Academies Press,* Washington DC.

Institute of Medicine, (2003). Priority Areas for National Action: Transforming Health Care Quality.*National Academies Press,* Washington DC.

Institute of Medicine, (2006). Preventing Medication Errors. *National Academies Press,* Washington DC.

International Atomic Energy Agency, (1991). Safety Culture. *International Nuclear Safety Advisory Group, Safety Series 75-INSAG-4,* Vienna.

Itoh, K., Abe, T., Andersen, H.B. (2002). A Survey of Safety Culture in Hospitals Including Staff Attitudes about Incident Reporting. *In Proceedings of the Workshop on Investigation and Reporting of Incidents and Accidents,* 144: 53, Glasgow, UK July.

JCAHO (2006). Sentinel Event Statistics http://www.jointcommission.org/Library/TM_Physicians/tmp_11_06.htm, (E.T: 21.12.2016)

Joint Commission International (2013). Joint Commission International Accreditation Standarts for Hospitals. 5. Baskı. ABD.

Joint Commission International (2016). Facts About Speak Up. https://www.jointcommission.org/facts_about_speak_up/ (E.T:18.04.2017)

Joint Commission International (2016b). The Joint Commission: Over A Century of Quality and Safety. https://www.jointcommission.org/assets/1/6/TJC-history-timeline_through_20161.PDF (E.T: 19.04.2017).

Karaca, A., Arslan, H. (2014). Hemşirelik Hizmetlerinde Hasta Güvenliği Kültürünün Değerlendirilmesine Yönelik Bir Çalışma. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi,* 1(1): 9-18.

Kavuncubaşı, Ş., Yıldırım, S. (2010). Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi. Siyasal Kitabevi, Ankara.

Kaya, S., Tengilimoğlu, D., Işık, O., Akbolat, M., Yılmaz, A. (2013). Sağlık Kurumlarında Kalite Yönetimi. Ed. Sıdıka Kaya, *Anadolu Üniversitesi Yayını,* No: 2864, Eskişehir.

Kilbridge, P.M., Classen, D.C. (2008). The Informatics Opportunities at the Intersection of Patient Safety and Clinical Informatics. *Journal of the American Medical Informatics Association,* 15(4):397-407.

Kim, J., An, K., Kim, M.K., Yoon, S.H. (2007). Nurses' Perception of Error Reporting and Patient Safety Culture in Korea. *Western Journal of Nursing Research,* 29(7): 827-844.

Kohn, L.T., Corrigan, J.M., Donaldson, M.S. (2000). To Err is Human: Building a Safer Health System. *National Academy Press,*Washington, D.C.

Kumar, S., Steinebach, M. (2008). Eliminating US Hospital Medical Errors. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 21(5): 444-471.

Laal, F., Fazli, B., Balarak, D., Dalir, F., Mohammadi, M., Mirzaei, R. (2016). Attitude toward the Patient Safety Culture in Healthcare Systems. *Patient Safety&Quality Improvement Journal*, 4(2):363-368.

Leape, L.L., Lawthers, A.G., Brennan, T.A., Johnson, W.G. (1993). Preventing Medical Injury. *QRB*, 144-149.

Legido-Quigley, H., McKee, M., Nolte, E., Glinos, I.A. (2008). Assuring the Quality of Health Care in the European Union: A case for Action. *Observatory Studies Series*, *No:12*, MPG Books Ltd., Bodmin, Cornwall, United Kingdom.

Mahrous, M.S. (2017).Patient Safety Outcome as A Predictor of Quality Care in A Saudi Public Hospital. IOSR Journal of Nursing and Health Science, 6(2): 24-30.

McNutt, R.A., Abrams, R., Aron, D.C. (2002). Patient Safety Efforts Should Focus on Medical Errors. *JAMA*, 287(15).

Millar, J., Mattke, S. (2004). Selecting Indicators for Patient Safety at the Health Systems Level in OECD Countries, OECD Health Technical Papers, No:18, *OECD Publishing*, Paris.

Mrayyan, M.T., Shishani, K., Al-Faouri, İ. (2007). Rate, Causes and Reporting of Medication Errors in Jordan: Nurses' Perspectives. *Journal of Nursing Management*, 15:659-670.

National Patient Safety Foundation, December 2016, www.npsf.org/

Nordin, A. (2015). Patient Safety Culture in Hospital Settings: Measurements, Healthcare Staff Perceptions and Suggestions for Improvement. Dissertation, Faculty of Health, Science and Technology, Nursing Science, Karlstad University Studies, Karlstad, Sweeden.

Onganer, E., Bozkurt, B., Kılıç, M. (2014). Hastalar İçin Hasta Güvenliği. *J Kartal TR,* 25(2): 171-174.

Ongün, P. (2015). *Ameliyathane Çalışanlarının Hasta Güvenliğine İlişkin Tutumları ve Etkileyen Faktörler.* Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

Ovalı, F. (2010). Hasta Güvenliği Yaklaşımları. *Performans ve Kalite Dergisi,* 33.

Önler, E. (2010). *Ameliyathane Çalışanlarının Hasta Güvenliğine İlişkin Tutumlarının Değerlendirilmesi,* Yayımlanmamış Hekima Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Özata, M., Altunkan, H. (2010). Hastanelerde Tıbbi Hata Görülme Sıklıkları, Tıbbi Hata Türleri ve Tıbbi Hata Nedenlerinin Belirlenmesi: Konya Örneği. *Tıp Araştırmaları Dergisi,* 8(2): 100-111.

Özdemir, H. (2014). *Cerrahi Hemşirelerinde Hasta Güvenliği Kültürü Algılarının Belirlenmesi: Afyonkarahisar'da Bir Uygulama.* Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Afyonkarahisar.

Özkan, S., Kocaman, G., Öztürk, C., Seren, Ş. (2011). Frequency of Pediatric Medication Administration Errors and Contributing Factors. *J Nurse Care Qual*, 26(2): 136-143.

Özkan, T., Lajunen, T. (2003). Güvenlik Kültürü ve İklimi. *Pivolka Dergisi, Başkent Üniversitesi İktisadi ve İdari bilimler Fakültesi,* Yıl:2 Sayı:10: 3-4.

Özmen, S., Başol, O. (2010). Hasta Güvenliği Kültürü: Bursa'da Özel Bir Hastane Uygulama Örneği. *II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı.* Ed. Harun Kırılmaz, 789, Baydan Ofset, 81-97.

Pettigrew, A.M. (1979). On Studying Organizational Cultures. *Administrative Science Quarterly*,24(4): 574.

Pittet, D., Donaldson, L. (2006). Challenging the World: Patient Safety and Health Care-Associated Infection. *International Journal for Quality in Health Care*, 1-5.

Pronovost, P.J., Weast, B., Holzmueller, C.G., Rosenstein, B.J., Kidwell, R.P., Haller, K.B., Feroli, E.R., Sexton, J.B., Rubin, H.R. (2003). Evaluation of The Culture of Safety: Survey of Clinicians And Managers in An Academic Medical Center. *Qual Saf Health Care*, 12: 405-410.

Pronovost, P.J., Weast, B., Bishop, K., Paine, L., Griffith, R., Rosenstein, B.J., Kidwell, R.P., Haller, K.B., Davis, R. (2004). Senior Executive Adopt-A-Work Unit: A Model for Safety Improvement. *The Joint Commission Journal on Quality and Safety*,30(2):59-68.

Pronovost, P.J., Thompson, D.A., Holzmueller, C.G. Morlock, L.L. (2005). Defining and Measuring Patient Safety. *Crit Care Clin*,21: 1-19.

Reason, J. (2000). Human Error: Models and Management. *BMJ*, 320: 768-770.

Resmi Gazete, (2011). T.C. Sağlık Bakanlığından: Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik, Sayı 27897.

Romano, P.S. (2007). Selecting Indicators for Patient Safety at the Health Systems Level in OECD Countries. In: *Healthcare Quality Indicators Patient Safety Subgroup Meeting/Healthcare Quality Indicators Expert Meeting.*

Rooney, A.L., Ostenberg, P.R. (1999). Licensure, Accreditation and Certification: Approaches to Health Services Quality. Quality Assurance Methodology Refinement Series, *Quality Assurance Project*, 7200 Wisconsin Ave., Sulte 600, Bethesda, MD 20814 USA.

Sabuncuoğlu, Z., Tüz, M. (2008). Örgütsel Psikoloji. Alfa Aktüel Yayınevi, Bursa.

Sammer, C.E., Lykens, K., Singh, K.P., Mains, D.A., Lackan, N.A. (2010). What is Patient Safety Culture? A Review of the Literature. *Journal of Nursing Scholarship,* 42(2): 156-165.

Sandars, J., Cook, G. (2009). ABC of Patient Safety. (Vol. 72). *John Wiley & Sons.*

Schein, E. (1984). Coming to A New Awareness of Organizational Culture. *Sloan Management Review,* Winter 1984, 25(2): 3.

Scherer, D., Fitzpatrick, J.J. (2008). Perceptions of Patient Safety Culture Among Physicians and RNs in the Perioperative Area. *AORN Journal,* 87(1):163-175.

Scott, H. (2002). Increasing Number of Patients Are Being Given Wrong Drugs. *British Journal of Nursing,* 11(1).

Singer, S.J., Gaba, D.M., Geppert, J.J., Sinaiko, A.D., Howard, S.K., Park, K.C. (2003). The Culture of Safety: Results of an Organization-Wide Survey in 15 California Hospitals. *Qual Saf Health Care,*12:112-118.

Sözer, E. (2012). *Hasta Güvenliği Kültürü ve Ölçüm Yöntemleri.* Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Hastane ve Sağlık Kuruluşları Yönetimi Programı, İzmir.

Stelfox, H.T., Palmisani, S., Scurlock, C., Orav, E.J., Bates, D.W. (2006). The "To Err is Human" Report and the Patient Safety Literature. *Qual Saf Health Care,* 15: 174-178.

Şahin, Z.A., Özdemir, F.K. (2015). Hemşirelerin Tıbbi Hata Yapma Eğilimlerinin Belirlenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi,* 12(3): 210-214.

Şerifoğlu, U.K., Sungur, E. (2007). İşletmelerde Sağlık ve Güvenlik Kültürünün Oluşturulması; Tepe Yönetimin Rolü ve Kurum İçi İletişim Olanaklarının Kullanımı. *İstanbul Üniversitesi İşletme İktisadı Enstitüsü, Yönetim Dergisi,* 58: 1-17.

Şişman, M. (2011). Örgütler ve Kültürler. Pegem Akademi Yayınları, Ankara.

Şimşek, M.Ş., Çelik, A., Akgemci, T. (2014). Davranış Bilimlerine Giriş ve Örgütlerde Davranış. Eğitim Yayınevi, Konya.

Tabrizchi, N., Sedaghat, M. (2012). The First Study of Patient Safety Culture in Iranian Primary Health Centers. *Acta Medica Iranica,* 50(7):505-510.

Teleş, M. (2011). *Sağlık Personelinin Hasta Güvenliği Kültürü Algıları İle Hastaların Sağlık Hizmeti Kalitesi Algıları Arasındaki ilişkinin Analizi*. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Tengilimoğlu, D., Akbolat, M., Işık, O. (2015). Sağlık İşletmeleri Yönetimi, *Nobel Akademik Yayıncılık,* Ankara.

Terzi, A.R. (2000). Örgüt Kültürü. Nobel Yayın Dağıtım, Ankara.

T.C. Sağlık Bakanlığı, (2015). Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, Sağlıkta Akreditasyon Standartları Hastane Seti, *Pozitif Matbaa,* Ankara.

T.C. Sağlık Bakanlığı, (2016). Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, Sağlıkta Kalite Standartları-Hastane, *Pozitif Matbaa,* Ankara.

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, (2016). Çok Paydaşlı Sağlık Sorumluluğunu Geliştirme Programı, Tedavi ve Rehabilite Edici Sağlık Hizmetlerinde Çok Paydaşlı Yaklaşım, *Hasta Hakları ve Hasta Güvenliği,* Anıl Matbaacılık, 1007, Ankara.

Thomas, E.J., Sexton, J.B., Neilands, T.B., Frankel, A., Helmreich, R.L. (2005). The Effect of Executive Walk Rounds on Nurse Safety Climate Attitudes: A Randomized Trial of Clinical Units. *BMC Health Services Research,* 5(28): 1-9.

Türkmen, E., Baykal, Ü., Seren, Ş., Altuntaş, S. (2011). Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği' nin Geliştirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi,* 14:4.

Tütüncü, Ö., Küçükusta, D. (2006). Hasta Güvenliği Kültürü ve Hemşirelere Yönelik Bir Uygulama. *Hastane Yönetimi Dergisi,* 61-68.

Tütüncü, Ö., Yağcı, K., Küçükusta, D. (2006). Toplam Kalite Yönetimi Kapsamında Hasta Güvenliği ve Akreditasyon: Tıbbi Laboratuarlar Değerlendirmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyla Bilimler Enstitüsü Dergisi,* 8(4): 286-302.

Unutkan, G.A. (1995). İşletmelerin Yönetimi ve Örgüt Kültürü. Türkmen Kitabevi, İstanbul.

Usal, A., Kuşluvan, Z. (2002). Davranış Bilimleri. Fakülteler Kitabevi, Barış Yayınları, İzmir.

Wong, J., Beglaryan, H. (2004). Strategies for Hospitals to Improve Patient Safety: A Review of The Research. The Change Foundation.

World Health Organization. (2004). World Alliance for Patient Safety Forward Programme 2005.

World Health Organization. (2007). Call for More Research on Patient Safety. http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr52/en/ (E.T: 03.02.2017).

World Health Organization. (2008). World Alliance for Patient Safety Forward Programme 2008-2009.

www.tdk.gov.tr (E.T: 13.01.2017)

Vincoli, J.W. (1994). Basic Guide To Accident Investigation And Loss Control. *VNR Basic Guide Series,* New York.

Vogelsmeier, A., Scott-Cawiezell, J. (2007). A Just Culture: The Role of Nursing Leadership. *Journal of Nursing Care Quality,* 22(3): 210-212.

Vural, F., Çiftçi, S., Fil, Ş., Vural, B. (2014). Sağlık Çalışanlarının Hasta Güvenliği İklimi Algıları ve Tıbbi Hataların Raporlanması. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi,* 5(2): 152-157.

Yalçın, Ş., Acar, A. (2010). Avrupa Birliği Ülkelerinde Hasta Güvenliği ve Güvenli Hastane İlişkisi. *II. Uluslararası Sağlıkta Performans veKalite Kongresi Bildiriler Kitabı.* Ed. Harun Kırılmaz, 789, Baydan Ofset, 12-26.

Youngberg, J.B. (2011). Principles of Risk Management and Patient Safety. *Jones & Bartlett Learning,* USA.

EKLER

EK-1

HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ HASTANE ANKETİ

BÖLÜM A: Çalıştığınız Birim

☐ **1.** Dahili Birimler ☐ **2.** Cerrahi Birimler

Lütfen *çalışma biriminizle ilgili olarak* aşağıda belirtilen konulara katılma derecenizi belirtiniz.

	Kesinlikle Katılmı-yorum	Katılmı-yorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. Bu birimde çalışan kişiler birbirini destekler.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
2. Bu birimde iş yükünün üstesinden gelecek kadar personel mevcuttur.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
3. Acilen yapılması gereken çok iş olduğunda ekip olarak birlikte çalışırız	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
4. Bu birimde çalışanlar birbirine saygılı davranır.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
5. Bu birimde çalışanlar hasta bakımı için en uygun olan süreden daha uzun süre çalışırlar.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
6. Hasta güvenliğini geliştirme çalışmalarına aktif olarak katılırız.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
7. Bu birimde gerekenden fazla geçici personel çalıştırılır.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
8. Çalışanlar yaptıkları hatalardan dolayı suçlanacaklarını hissederler.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
9. Yapılan hatalar bu bölümde pozitif değişikliklere yol göstermiştir.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
10. Burada daha ciddi hataların oluşmaması sadece tesadüfe bağlıdır.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
11. Birim içinde bir çalışma alanı aşırı yoğunlaştığında diğerleri yardım eder.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
12. Bir olay rapor edildiği zaman olayla ilgili problem değil, olayla ilgili kişi şikayet ediliyor duygusu vardır.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
13. Hasta güvenliğini geliştirmek için değişiklikler yaptıktan sonra bunların etkinliğini değerlendiririz.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
14. Yapılacak çok iş olduğunda ve çok çabuk yapmak gerektiğinde "kriz modunda" çalışırız.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
15. Hasta güvenliği, daha fazla iş yapmaktan daha öncelikli bir ilkedir.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
16. Çalışanlar yaptıkları hataların kişisel dosyalarında muhafaza edildiğinden endişe duyarlar.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
17. Bu bölümde hasta güvenliği ile ilgili problemler vardır.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
18. Uyguladığımız prosedürler ve sistemler hata oluşmasını önlemede başarılıdır.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5

BÖLÜM B: Yöneticileriniz/süpervisor

Yönetici/süpervisor veya doğrudan bağlı olduğunuz kişiler ile ilgili aşağıdaki konulara katılma derecenizi belirtiniz.

	Kesinlikle Katılmı-yorum	Katılmı-yorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. Yöneticilerimiz, oluşturulmuş hasta güvenliği prosedürlerine göre yapılmış bir işi gördüğünde takdir eder.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
2. Yöneticilerimiz, hasta güvenliğini geliştirmek için çalışanların önerilerini ciddiye alır.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
3. Yöneticilerimiz, kalite kaybı olsa bile bizim daha hızlı çalışmamızı ister.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
4. Yöneticilerimiz tekrar tekrar oluşan hasta güvenliği problemlerini görmezden gelir.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5

BÖLÜM C: İletişim

Bölümünüzde aşağıdakiler ne sıklıkta oluyor?

	Hiçbir Zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu Zaman	Her Zaman
1. Raporlanan olaylara dayandırılarak yapılan değişiklikler hakkında bilgilendiririz.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
2. Çalışanlar, hasta bakımını olumsuz etkileyebilen bir şey gördüklerinde bunu serbestçe dile getirebilir.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
3. Bu birimde oluşan hatalar hakkında bilgilendiririz.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
4. Çalışanlar, yöneticilerinin karar ve eylemlerini sorgulamakta kendilerini özgür hisseder.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
5. Bu birimde biz, hataların tekrar oluşmasını engelleyecek yöntemleri tartışırız.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
6. Çalışanlar, bir şey yanlış gözüktüğünde soru sormaktan korkarlar.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5

BÖLÜM D: Raporlanmış Olayların Sıklığı

Biriminizde aşağıdaki hatalar olduğunda ne sıklıkla rapor ediliyor?

	Hiçbir Zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu Zaman	Her Zaman
1. Bir hata yapıldığında ancak *hastayı etkilemeden fark edilip düzeltildiğinde* ne sıklıkla rapor ediliyor?	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
2. Bir hata yapıldığında ancak *hastaya zarar verme potansiyeli olmadığında* ne sıklıkla rapor ediliyor?	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
3. *Hastaya zarar verebilme olasılığı olan ancak zarar vermeyen* bir hata yapıldığında ne sıklıkla rapor ediliyor?	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5

BÖLÜM E: Hasta Güvenliği Derecesi

Hasta güvenliği konusunda biriminizi değerlendiriniz.

☐	☐	☐	☐	☐
1	**2**	**3**	**4**	**5**
Mükemmel	Çok İyi	Kabul Edilebilir	Zayıf	Başarısız

BÖLÜM F: Hastaneniz

Hastaneniz ile ilgili olarak aşağıda belirtilen konulara katılma derecenizi belirtiniz.

	Kesinlikle Katılmı-yorum	Katılmı-yorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. Hastane yönetimi hasta güvenliğini artıran bir çalışma atmosferi sağlamaktadır.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
2. Hastane üniteleri birbirleriyle uyum içinde çalışmaz.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
3. Hastalar bir üniteden diğerine nakledilirken bazı şeyler ihmal edilir, gözden kaçırılır, kaybedilir.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
4. Birimler arasında birlikte çalışmayı gerektiren iyi bir işbirliği vardır.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
5. Nöbet değişimi sırasında hasta bakımıyla ilgili önemli bilgiler çoğu zaman kaybedilir.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
6. Diğer bölümlerinden gelen kişilerle çalışmak genellikle hoş karşılanmaz.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
7. Birimler arasında bilgi aktarımında sıklıkla problemler oluşur.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
8. Yönetimin faaliyetleri, hasta güvenliğinin üst düzey bir öncelik olduğunu gösteriyor.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
9. Yönetim, sadece istenmeyen olay olduğunda hasta güvenliği ile ilgili gibi gözükmektedir.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
10. Hastalar için en iyi bakımı sağlama amacıyla birimler birlikte iyi çalışır.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
11. Bu hastanede nöbet değişimleri hastalar açısından problemlidir.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5

BÖLÜM G: Raporlanan Olay Sayısı

Son 12 ayda kaç kez olay raporu yazıp idarecilerinize verdiniz?

☐**1.** Hiç

☐**2.** 1-2 olay raporu

☐**3.** 3-5 olay raporu

☐**4.** 6-10 olay raporu

☐**5.** 11-20 olay raporu

☐**6.** 21 ve üzeri olay raporu

BÖLÜM H: Kişisel Bilgiler

1. **Yaş grubunuz:**

   ☐1. 25 yaş ve altı ☐2. 26-30 yaş ☐3. 31-35 yaş ☐4. 36-44 yaş ☐5. 45 yaş ve üstü

2. **Cinsiyetiniz:**

   ☐1. Kadın ☐2. Erkek

3. **Medeni durumunuz:**

   ☐1. Evli ☐2. Bekar

4. **Öğrenim durumunuz:**

   ☐1. Lise/Ön lisans ☐2. Lisans ☐3. Yüksek lisans/Doktora

5. **Mesleğinizi kaç yıldır yapıyorsunuz:**

   ☐1. 1-5 yıl ☐2. 5-9 yıl ☐3. 10-14 yıl ☐4. 15 yıl+

6. **Kaç yıldır bu hastanede çalışıyorsunuz?**

   ☐1. 1 yıldan az ☐2. 1-4 yıl ☐3. 5-9 yıl ☐4. 10 yıl+

7. **Haftada kaç saat çalışıyorsunuz?**

   ☐1. 40 saati geçmiyor

   ☐2. 40-49 saat

   ☐3. 50 saatten fazla

8. **Hastanedeki göreviniz nedir? Pozisyonunuzu en iyi tanımlayan sadece BİR cevabı işaretleyiniz.**

   ☐1. Kadrolu Hemşire ☐4. Uzman Doktor/Öğretim Üyesi

   ☐2. Sözleşmeli Hemşire ☐5. Uzmanlık öğrencisi

   ☐3. Pratisyen Doktor

9. **Hasta güvenliği ile ilgili eğitim aldınız mı?**

   ☐1. Evet ☐2. Hayır

EK-2

SİVAS İLİ KAMU HASTANE BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ - SİVAS İLİ KHBGS ARGE BİRİMİ
01/12/2015 16:20 - 75723911 - 663.08 - E.3073
00015801263

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Sivas İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Sayı : 75723911/663.08
Konu : Araştırma - Barış DÖNMEZ'in Dilekçesi

Sayın: Barış DÖNMEZ

İlgi : a) Barış DÖNMEZ'in 18/11/2015 tarihli dilekçesi.
b) TKHK Kamu hastane birlik daire başkanlığının 19.06.2013 tarih ve 95796091-010.07 sayılı yazısı.

Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Barış DÖNMEZ'in "Sivas İli Hastanelerinde Çalışan Yöneticilerinde Çalışan Yöneticilerin, Hekim ve Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Algılarının Değerlendirilmesi" konulu anket çalışma başvurusu Tıbbi Hizmetler Başkanlığındaki inceleme komisyonu tarafından değerlendirilmiştir.

İlgi (a) tarihli dileçede belirtilen anket uygulama çalışmasını ilgi (b) yazı gereği, çalışmaların Sağlık Tesisinde hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, anket/araştırmaya katılımların gönüllülük esasına göre yapılması, kişisel verilere ve özel hayatın korunmasına özen gösterilmesi, sonucun Bakanlığımız bilgisi dışında ilan edilmemesi hususları dikkate alınarak Genel Sekreterliğimize bağlı Sivas Numune Hastanesinde ve Sivas Devlet Hastanesinde yapması uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Uzm.Dr.Yavuz ORAK
Genel Sekreter

EKLER
1- Komisyon Kararı

Dağıtım:
Gereği:
Barış Dönmez

Bilgi:
Sivas Numune Hastanesi
Sivas Devlet Hastanesi

Bu evrakın 5070 Sayılı Kanun gereğince imza ile imzalandığı tasdik olunur.
02/12/2015 Evrak Kayıt Yetkilisi

Sivas İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Kadıburhanettin Mahallesi Demiryolları Caddesi No:7
Kat:3 (Eski Demiryolu Hastanesi) 58040 Sivas
Hilal ÖZBEK Tel: 0 (346) 225 80 80 Dahili:309

Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden 1ec0fcf4-4848-41fa-85c6-5cfacad28dbe kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Sivas İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

İZİN BAŞVURU TALEBİ İNCELEME KOMİSYON TUTANAĞI

Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Barış DÖNMEZ'in "Sivas İli Hastanelerinde Çalışan Yöneticilerinde Çalışan Yöneticilerin, Hekim ve Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Algılarının Değerlendirilmesi" konulu anket çalışmasını Genel Sekreterliğimize bağlı Sivas Numune Hastanesi ve Sivas Devlet Hastanesi yürütmek üzere ön izin formu ile başvuruda bulunmuştur.

Yapılan başvuru, Tıbbi Hizmetler Başkanlığındaki inceleme Komisyonumuz tarafından Sivas Devlet Hastanesinin ve Sivas Numune Hastanesinin de görüşü alınarak, değerlendirilmiş ve yapılan çalışma programı dahilinde kişisel bilgilerin gizliliği ilkesi göz önünde bulundurularak belirtilen çalışmanın Sivas Devlet Hastanesi ve Sivas Numune Hastanesinde yapılması uygun görülmüştür.

İş bu tutanak komisyonumuz tarafından imza altına alınmıştır.

Başkan
Uzm. Dr. Ahmet Kemal Filiz
Tıbbi Hizmetler Başkanı

Üye
Uzm. Dr. Yaşar TAŞTEMUR
İdari Hizmetler Başkanı

Üye
Enver ÇELİK
Mali Hizmetler Başkanı

Üye
Op.Dr. Emin Ertan TEMİZÖZ
Sivas Numune Hastanesi Yönetici V.

Üye
Op. Dr. İzzet ÖZGÜRLÜK
Sivas Devlet Hastanesi Başhekimi

Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden 1ec0fef4-4848-41fa-85c6-5cfacad28dbe kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-3

GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Sivas İli Hastanelerinde Çalışan Yöneticilerin, Hekim ve Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Algılarının Değerlendirilmesi

	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐

	Belge Adı		Açıklama
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	SİGORTA	☐	
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐	
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐	
	İLAN	☐	
	YILLIK BİLDİRİM	☐	
	SONUÇ RAPORU	☐	
	DİĞER:	☐	
KARAR BİLGİLERİ	**Karar No: 2015-11/05**	**Tarih: 20.11.2015**	
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerden gerekli izin alınarak gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.		

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu, Helsinki Bildirgesi, Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Yönergesi
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	**Prof. Dr. Zeynep Sümer**

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Zeynep Sümer	Mikrobiyoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Şahande Elagöz	Patoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Naim Nur	Halk Sağlığı	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç. Dr. Ercan Özdemir	Fizyoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç. Dr. Diğdem Eren	Diş Hastalıkları ve Tedavisi	Cumhuriyet Üniversitesi, Diş Hekimliği	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç. Dr. Hatice Ulusoy	Sağlık Yönetimi	Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☒	H ☐	E ☒	H ☐	
Doç. Dr. Sulhattin Arslan	Göğüs Hastalıkları	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç. Dr. Gülay Yıldırım	Tıp Tarihi ve Etik	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Yrd. Doç. Dr. Pakize Cantürk Kılıçkaya	Eczacılık Farmasötik Biyoteknoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Eczalık Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	

*: Toplantıda bulunma

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Zeynep Sümer
İmza:

GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Sivas İli Hastanelerinde Çalışan Yöneticilerin, Hekim ve Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Algılarının Değerlendirilmesi

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Cumhuriyet Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başhekimlik Girişi Kampüs, TR-58140 Merkez/Sivas
	TELEFON	0 346 258 00 25
	FAKS	0 346 258 00 24
	E-POSTA	gokaek2014@gmail.com

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. Hatice Ulusoy			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimler Fakültesi			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-			
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yüksek lisans tezi			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐	ULUSLARARASI ☐

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Zeynep Sümer
İmza:

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel bilgiler

Adı Soyadı	Barış DÖNMEZ
Doğum Yeri ve Tarihi	Antakya-1993
Medeni Hali	Bekar
Yabancı Dil	İngilizce (YDS: 68,75)
ALES	75
İletişim Adresi	Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, 58140-Sivas
E-posta Adresi	barisdnmez@gmail.com

Eğitim ve Akademik Durumu

Lise	Hüseyin Özbuğday Anadolu Lisesi, 2010
Lisans	Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü, 2014
Yüksek Lisans	Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Ünvan	Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı (Devam Ediyor) Yüksek Lisans Öğrencisi

Bilimsel Yayınlar

Kitap Bölümü:

Ulusoy, H., **Dönmez, B**. (2016) "Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Sağlık Personeli İle Alan Çalışması" Türkiye'de İş Sağlığı ve Güvenliği Uygulamaları, Ed. Berrin FİLİZÖZ ve Ayşe KOCABACAK, 201-231. Seçkin Yayıncılık, ANKARA.

Bildiri:

Ulusoy H, **Dönmez B**. (2016) Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Sağlık Personelinin Hastanedeki İş Güvenliğine Yönelik Değerlendirmeleri 10. Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi 1-3 Aralık Kızılcahamam-Ankara

Katılım Belgeleri

1- Sağlıkta Değişim: Değişim Yönetimi Sempozyumu (2012) Sivas

2- 21. Yüzyılın Liderlik Becerileri ve Donanımları Konulu Seminer (2012)

3- Üniversite Hastaneleri Başmüdürleri 8. İstişare Toplantısı (2014) Sivas

4- 10. Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi (2016) Ankara