T.C.
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

DİŞ HEKİMLERİNİN VE DİŞ HEKİMLİĞİ STAJYER ÖĞRENCİLERİNİN HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ ALGILARININ BELİRLENMESİ

AYŞE KÜBRA DEMİR

YÜKSEK LİSANS TEZİ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANA BİLİM DALI

SİVAS-2021

T.C.
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

DİŞ HEKİMLERİNİN VE DİŞ HEKİMLİĞİ STAJYER ÖĞRENCİLERİNİN HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ ALGILARININ BELİRLENMESİ

AYŞE KÜBRA DEMİR

YÜKSEK LİSANS TEZİ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANA BİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI
PROF. DR. HATİCE ULUSOY

SİVAS-2021

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

ÖZET

DİŞ HEKİMLERİNİN VE DİŞ HEKİMLİĞİ STAJYER ÖĞRENCİLERİNİN HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ ALGILARININ BELİRLENMESİ

Ayşe Kübra DEMİR
Yüksek Lisans Tezi
Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı
Danışman: Prof. Dr. Hatice ULUSOY
2021, 134 sayfa

Sağlık hizmetlerinde kalitenin sağlanabilmesi için gerekli olan en önemli unsurlardan birisi hasta güvenliğidir. Hasta güvenliği, sağlık hizmetine bağlı hataların önlenmesi ve bu hataların neden olduğu zararların eliminasyonu veya azaltılmasını amaçlar. Sağlık hizmetlerinde yaşanan hataların önlenmesi veya düzeltilmesinin bir yolu da kurumda hasta güvenliği kültürünün oluşturulmasıdır. Ağız ve diş sağlığını ilgilendiren tedavileri, hastanelerde uygulanan sağlık hizmetlerinden ve diğer sağlık hizmetleri alanlarından ayırt etmek gerekmektedir. Çünkü tıp literatüründe bildirilen olumsuz olayların doğasının diş hekimliğinde görülenlerden farklı olduğu, diş hekimliğindeki önemli hataların nadiren hayati tehlike oluşturduğu öne sürülmektedir. Diş hekimliğinde hasta güvenliğini tehdit eden olaylar; hata (%40), kaza (%20) ve komplikasyon (%40) adı altında 3 ana kategoride değerlendirilmektedir.

Ülkemizde değişik sağlık personelinin, özellikle de hemşirelerin, hasta güvenliği kültürü algısını inceleyen çalışmalar bulunmakla birlikte diş hekimlerinde ve diş hekimliği öğrencilerinde konuyu araştıran az sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmanın amacı, diş hekimleri ile diş hekimliği fakültesi öğrencilerinin hasta güvenliği kültürü algılarının belirlenmesidir. Tanımlayıcı kesitsel tipte tasarlanan araştırmanın evrenini, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Hastanesinde çalışan öğretim üyeleri ve araştırma görevlileri (N=109) ile bir diş hekiminin sorumluluğunda doğrudan hasta muayene ve tedavilerinde aktif rol alan diş hekimliği 4. ve 5. sınıf öğrencileri (N=197) oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemi 01.12.2019-31.01.2020 tarihleri arasında, çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden 107 diş hekimi ve 177 öğrenci olmak üzere toplam 284 katılımcıdan oluşmuştur. Araştırmanın verileri "Kişisel Bilgi Formu" ve “Agency for Healthcare and Research” tarafından 2004 yılında geliştirilen, Bodur ve Filiz

tarafından 2010 yılında geçerlilik güvenirlik çalışması yapılan “Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi” ile toplanmıştır. Ölçek sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürü algılarını ölçmektedir, beşli likert tipindedir, 42 soru ve 10 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekten alınan puanlar arttıkça hasta güvenliği kültürüne ait tutumların olumlu yönde arttığı kabul edilmektedir. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 22 programı kullanılmıştır. Veriler; normallik, iç tutarlılık, bağımsız örneklem tek yönlü t testi, f testi ve korelasyon analizleri kullanılarak değerlendirilmiştir.

Katılımcıların ölçek toplam puan ortalaması incelendiğinde; diş hekimlerinin ($\overline{X}$=2,93), öğrencilere ($\overline{X}$=2,73) göre, 5 yıldan daha uzun süre çalışan hekimlerin ($\overline{X}$=3,17), 5 yıldan daha kısa süre çalışan hekimlere ($\overline{X}$=2,87) göre, 4. Sınıf öğrencilerinin ($\overline{X}$=2,81), 5. Sınıf öğrencilerine ($\overline{X}$=2,65) göre, evlilerin ($\overline{X}$=2,99), bekarlara ($\overline{X}$=2,79) göre, hasta güvenliği hakkında eğitim alanların ($\overline{X}$=2,90), eğitim almayanlara ($\overline{X}$=2,76) göre, hasta güvenliği kültürü algısının istatistiksel açıdan daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Katılımcıların ölçeğin alt boyutlarına ilişkin puan ortalamaları ile cinsiyet, medeni durum, sınıf, meslekte çalışma süresi ve hasta güvenliği konusunda eğitim alma durumlarına göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar bulunmuştur ($p<0,05$). Sonuç olarak diş hekimlerinin ve öğrencilerin hasta güvenliği kültürüne ilişkin tutumlarının orta düzeyde olduğu saptanmıştır.

Anahtar sözcükler: Hasta Güvenliği Kültürü, Diş Hekimi, Diş Hekimliği Fakültesi Öğrencileri

ABSTRACT

EVALUATION OF DENTISTS AND DENTAL INTERNS' PERCEPTIONS OF PATIENT SAFETY CULTURE

Ayşe Kübra DEMİR
Master Thesis
Department of Health Management
Supervisor: Prof. Dr. Hatice ULUSOY
2021, 134 pages

One of the most important necessary factors in ensuring the quality of healthcare services is patient safety. Patient safety is aimed at preventing health care errors and eliminating or reducing the harm caused by these errors. One way to prevent or correct errors in healthcare services is to establish patient safety culture in institutions. Therefore, it is necessary to distinguish the treatments related to oral and dental health from the health services provided in hospitals and other healthcare settings. It is suggested that the nature of advers events reported in the medical literature is different from those observed in dentistry, and significant errors in dentistry are rarely life-threatening. Events threatening patient safety in dentistry are evaluated in three main categories as an error (40%), accident (20%), and complication (40%). In Turkey, there are studies examining the perception of the patient safety culture of different healthcare workers, especially the nurses, however a few studies are investigating this subject in dentists and dentistry students. This study aims to determine the perceptions of patient safety culture among dentists and the students of the Faculty of Dentistry.

The population of this descriptive cross-sectional type of the study was the Faculty senior lecturers and research assistants (N = 109) who work at Sivas Cumhuriyet University Faculty of Dentistry Hospital and dental interns (N = 197) who take an active role in patient examination and treatment directly under the responsibility of a dentist. The sample of the study consisted of a total of 284 participants, 107 dentists, and 177 students, who voluntarily agreed to participate in the study between 12.01.2019 and 01.31.2020. The data of the study were collected via the "Personal Information Form" and the "Patient Safety Culture Hospital Questionnaire" developed by the Agency for Healthcare and Research in 2004 and the validity and reliability study was conducted in 2010, by Bodur and Filiz in Turkey. The scale measures healthcare workers' perceptions of patient safety

culture. It is a five-point Likert type, consists of 42 questions and 10 sub-dimensions. As the scores on the scale increase, it is accepted that attitudes towards patient safety culture have increased positively. SPSS 22 program was used to evaluate the data. Data were evaluated using normality, internal consistency, independent sample, one-way T-test, F-test, and correlation analysis.

Statistically significant differences were found between the total score of the subdimensions of the scale and the participants' gender, marital status, class, period of work in the profession, and their education on patient safety culture ($p<0,05$). When the total score of the Scale was examined it was found that dentists' ($\overline{X}= 2,93$), 4th year students' ($\overline{X}= 2,81$), married participants' ($\overline{X}= 2,99$), and the participants' who worked more than five years ($\overline{X}= 3,17$) and also participants' who undertake a patient safety training patient ($\overline{X}= 2,90$), were higher than the other groups. ($p<0,05$). Statistically significant differences were found according to the mean scores of the participants on the sub-dimensions of the scale and their status of receiving education on gender, marital status, class, duration of work, and patient safety ($p <0.05$).

In conclusion attitudes of dentists and students towards patient safety culture are generally moderate.

Keywords: Patient Safety Culture, Dentist, Dentistry Faculty Students

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR ..... **iv**
ÖZET ..... **v**
ABSTRACT ..... **vii**
İÇİNDEKİLER ..... **ix**
TABLOLAR DİZİNİ ..... **xi**
KISALTMALAR DİZİNİ ..... **xiii**
1. GİRİŞ **1**
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi 1
1.2. Araştırmanın Amacı 4
1.3. Araştırmanın Hipotezleri 5
1.4. Araştırmanın Sınırlılıkları 5
2. GENEL BİLGİLER **7**
2.1. Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Akreditasyon 7
2.1.1 Sağlık Hizmetlerinde Kalite 7
2.1.2. Sağlık Hizmetlerinde Akreditasyon 11
2.1.3. Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Akreditasyon 14
2.2. Hasta Güvenliğinin Tanımı, Önemi ve Amacı 19
2.3. Dünyada Hasta Güvenliğinin Tarihsel Gelişimi 21
2.4. Türkiye'de Hasta Güvenliğinin Tarihsel Gelişimi 23
2.5. Uluslararası Hasta Güvenliği Uygulamaları 26
2.6. Tıbbi Hatalar 32
2.7. Hasta Güvenliği Kültürü 34
2.7.1. Kültür 35
2.7.2. Örgüt Kültürü 35
2.7.3. Güvenlik Kültürü 37
2.7.4. Hasta Güvenliği Kültürünün Oluşturulması 39
2.8. Diş Hekimliğinde Hasta Güvenliği 41
3. GEREÇ VE YÖNTEM **48**
3.1 Araştırmanın Tipi 48
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri 48
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 48
3.4. Veri Toplama Araçları 49

3.4.1. Kişisel Bilgi Formu 49
3.4.2. Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği (HGKÖ) 49
3.5. Verilerin Toplanması 51
3.6. Verilerin Analizi 51
3.7. Araştırmanın Etik Boyutu 52
4. BULGULAR 53
5.TARTIŞMA 81
5.1. Diş Hekimlerinin ve Diş Hekimliği Fakültesi Öğrencilerinin Hasta Güvenliği Kültürü Algılarına İlişkin Bulguların Tartışılması 81
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER 91
6.1. Sonuçlar 91
6.2. Öneriler 93
KAYNAKLAR 95
EKLER 106
Ek. 1 Anket Formu 106
Ek. 2 Etik Kurul Karar Formu 113
Ek. 3 Diş Hekimliği Fakültesinden Alınan Anket Uygulama İzni 115
Ek. 4 Anket Kullanımına İlişkin Yazar İzni 119
ÖZGEÇMİŞ 120

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeğinin Güvenilirlik Analizi.....51
Tablo 2. Katılımcıların Demografik Özelliklerinin Dağılımı 53
Tablo 3. Katılımcıların Tıbbi Hata ile Karşılaşma ve Hatayı Rapor Etme Durumlarının dağılımı 54
Tablo 4. Katılımcıların Hasta Güvenliğine İlişkin Raporladığı Olay Sayılarının Dağılımı 54
Tablo 5. Katılımcıların Hasta Güvenliği Eğitimi Alma Durumlarının Dağılımı 54
Tablo 6. Katılımcıların HGKÖ Toplam Puan Ortalaması ve Alt Boyutlardaki Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=278).....55
Tablo 7. Normallik Testi 56
Tablo 8. Diş Hekimlerinin ve Öğrencilerin HGKÖ' nün Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarına göre Dağılımı 57
Tablo 9. Katılımcıların HGKÖ' nün Üniteler İçinde Ekip Çalışması Alt Boyutuna İlişkin Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=95).....58
Tablo 10. Katılımcıların HGKÖ' nün Yönetici Beklentileri Alt Boyutuna İlişkin Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=95).....59
Tablo 11. Katılımcıların HGKÖ' nün Yönetimin Desteği ve Birimler Arası Ekip Çalışması Alt Boyutuna İlişkin Puan Ortalamaları(N=85).....60
Tablo 12. Katılımcıların HGKÖ' nün Organizasyonel Öğrenme Alt Boyutuna İlişkin Puan Ortalamaları(N=84) 61
Tablo 13. Katılımcıların HGKÖ' nün Güvenliğin Kapsamlı Algılanması Alt Boyutuna İlişkin Puan Ortalamaları (N=95) 62
Tablo 14. Katılımcıların HGKÖ' nün Hatalar Hakkında Geri Bildirim ve İletişim Alt Boyutuna İlişkin Puan Ortalamaları (N=63) 63
Tablo 15. Katılımcıların HGKÖ' nün Hataların Raporlanma Sıklığı Alt Boyutuna İlişkin Puan Ortalamaları(N=198) 63
Tablo 16. Katılımcıların HGKÖ' nün Hastane Müdahaleleri ve Değişim Alt Boyutuna İlişkin Puan Ortalamaları (N=26) 64
Tablo 17. Katılımcıların HGKÖ' nün Hataya Karşı Cezalandırıcı Olmayan Yanıt Alt Boyutuna İlişkin Puan Ortalamaları (N=27) 65

Tablo 18. Katılımcıların HGKÖ' nün İletişimin Açık Tutulması Alt Boyutuna İlişkin Puan Ortalamaları (N=133) 66
Tablo 19. Katılımcıların HGKÖ' nün Hasta Güvenliği için Hastane Yönetiminin Desteği Alt Boyutuna İlişkin Puan Ortalamaları (N=86) 67
Tablo 20. Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre HGKÖ' nün Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=278) 68
Tablo 21. Katılımcıların Medeni Durumuna Göre HGKÖ' nün Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=278) 69
Tablo 22. Öğrencilerin Sınıf Değişkenine HGKÖ' nün Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=174) 70
Tablo 23. Diş Hekimlerinin Meslek Sürelerine Göre HGKÖ' nün Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=104) 71
Tablo 24. Diş Hekimlerinin Kurumda Çalışma Sürelerine Göre HGKÖ' nün Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=104) 72
Tablo 25. Katılımcıların Güvenlik Eğitimi Alma Durumlarına Göre HGKÖ' nün Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=278) 73
Tablo 26. Katılımcıların Yaş Değişkenine Göre HGKÖ' nün Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=278) 74
Tablo 27. Katılımcıların Görev Türlerine Göre Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=278) 76
Tablo 28: Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki ilişkiyi Belirleyen Pearson Korelasyon Katsayısı Sonuçları 78

KISALTMALAR DİZİNİ

ADSH : Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri

ADSM : Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri

AHRQ : Agency for Healthcare Research and Quality (Sağlık Araştırmaları ve Kalite Kurumu)

HGKÖ : Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği

ISQua : International Society for Quality in Health Care (Uluslararası Sağlık Hizmetleri Kalite Derneği)

JCAHO : Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (Sağlık Kuruluşları Akreditasyon Ortak Komisyonu)

JCI : Joint Commission International (Uluslararası Ortak Komisyon)

SAS : Sağlıkta Akreditasyon Standartları

SKS : Sağlıkta Kalite Standartları

SKS-ADSM : Sağlıkta Kalite Standartları- Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri

(SAS-ADSH) : Sağlıkta Akreditasyon Standartları- Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Sağlık günlük yaşamın devamı, sürdürülebilirliği ve yaşam kalitesinin korunması için önemli unsurlardan biri olup bütün ülkelerin öncelikli konularından birisidir. Sağlık hizmetleri genel anlamda oldukça karmaşık bir yapıya sahiptir ve bu durum, hizmetin sunumu sırasında beklenmedik ve istenmeyen sorunları da beraberinde getirmektedir. Sağlık hizmeti sunan kişi ve kurumların, teknolojik ilerlemelerle birlikte tanı ve tedavilerdeki kararları etkilenmekte ve bu durum, tıbbi uygulamalar sonucunda meydana gelebilecek hata kaynaklarının yeniden gözden geçirilmesini zorunlu kılmaktadır. Bunun sonucunda da meydana gelebilecek istenmeyen olayları önlemeye yönelik hasta güvenliği programlarının önemi gün geçtikçe daha da artmaktadır (Akgün, 2007).

Sağlık hizmetlerinde yaşanan hataların önlenmesi veya düzeltilmesi, kurumda hasta güvenliği kültürünün oluşturulması ile mümkündür. Hasta güvenliği kültürü, örgüt kültürünün bir parçasıdır ve hasta güvenliği ile ilgili olarak çalışanların paylaştığı inançlar, algılar, tutumlar ve değerlerden meydana gelmektedir (Yılmaz ve ark, 2017: 69-80). Sağlık kurumlarında hasta güvenliği kültürüne yönelik sistemlerin oluşturulması, yerleştirilmesi ve yaygınlaştırılması tıbbi hataları önleyecek sistemlerin kurulmasını sağlayacak, böylece hastalar ve sağlık çalışanlarının zarar görmesi engellenecektir (Gündoğdu ve Bahçecik, 2012:119-120).

Hasta güvenliği ve tıbbi hatalar konusunda şimdiye kadar yapılmış en kapsamlı çalışma, ABD'de, 29 Kasım 1999 yılında, Amerikan Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine- IOM) tarafından yayımlanan ve tüm dünyanın hasta güvenliği konusuna bakış açısını değiştiren "To Err is Human: Building a Safer Health System" adlı rapor olmuştur. Bu rapor, tıbbi hataları önlemenin sosyal ve ekonomik önemini ortaya koymuştur. Raporun yayımlanmasından bu yana, tüm sağlık kuruluşları hasta güvenliğini temel bir faaliyet alanı olarak görmeye başlamıştır. Rapora göre, hastaneye yatan hastalarda yapılan iki çalışmada, yan etki veya tıbbi bakım sırasında bir hata görülme sıklığı %2,9 ve %3,7 bulunmuştur. Bunların %58 ve %53'ü önlenebilir tıbbi hatalar olarak tanımlanmıştır. Bu veriler kullanılarak, 1997 yılı içinde Amerika Birleşik Devletleri'nde hastaneye yatan 33,6 milyon hasta esas alınarak yapılan varsayımlarda, tıbbi hatalar nedeni ile her yıl en

az 44,000, belki de 98,000 hastanın öldüğü öngörülmektedir. En az sayı bile kabul edilse tıbbi hatalardan ölen hasta sayısı 8. ölüm nedeni olarak, trafik kazası, meme kanseri ve AIDS hastalığından ölümlerin önünde yer almaktadır. Yine rapora göre, tıbbi hataların maliyetinin 37,6 milyar ile 50 milyar dolar arasında olabileceği tahmin edilmektedir ve önlenebilir hataların maliyeti 17-29 milyar Dolar arasında olduğu ifade edilmektedir.

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 (DSÖ) 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).

Hasta güvenliğine yönelik uygulamaların tüm dünyada gelişimi sayesinde tıp ve diş hekimliği alanlarında sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında hataların, kazaların veya komplikasyonların kayıt altına alınması süreci başlamış; hasta güvenliği, geliştirilebilen, stratejilere açık bir bilimsel alan olmuştur (Pérez ve González, 2015). Bu süreç sağlık kuruluşlarının performans değerlendirmelerine kadar sistematik bir hal almış; dünya genelinde hastalara verilen hizmet sunum kalitesinin en uygun şekilde geliştirilmesi, hastalara güvenli bir çevrede bakım sağlanması, çalışanların ve hastaların karşılaşabilecekleri risklerin minimum düzeyde tutulması, hasta güvenliği konusunda kaliteli ve sürdürülebilir bir hizmet vermek amacıyla, hastaların ve teşkilatlanmış yapıların odak noktasında yer aldığı bir kalite sistemi geliştirilmiş ve bu oluşturulan bu sistemler doğrultusunda sağlık kuruluşlarının performansları değerlendirilmeye başlanmıştır (SKS- ADSH: Versiyon 3, 2017).

Hasta güvenliğine yönelik dünya çapında diğer gelişmeler incelendiğinde; Dünya Diş Hekimleri Federasyonu (World dental Federation-FDI), Avrupa Diş Hekimleri Konseyi (The Council of European Dentists-CED) veya Annapolis Güvenlik Merkezi (Annapolis Development Center-ADS), Asepsi ve Önleme Örgütü (The Organization for Safety Asepsis and Prevention-OSAP) gibi diş hekimliği ile ilgilenen kuruluşlar diş kliniğine giden hastaların güvenliğini artırmak için çeşitli girişimler uygulamıştır. İspanya Diş Hekimliği Birliği (Spanish Dental Association-SDA), İspanya Diş Hekimliği Hasta Güvenliği için Gözlemevi (Observatorio Español de Seguridad del Paciente Odontológico-OESPO) oluşturmuş ve ülke çapında "Diş Hekimliği Klinik Risk Önleme Planı" nı kabul etmiştir (Pérez ve González, 2015: 4). Kabul edilen bu planla birlikte diş hekimliği alanında hasta güvenliği önem kazanarak, çalışmalara açık hale gelmiştir.

Ülkemizde hasta güvenliğine yönelik gelişmeler incelendiğinde; tıp ve diş hekimliğinde hasta güvenliği kültürünün sağlanması için, hizmet sunumu esnasında ortaya çıkan hataların ve hasta yaralanmalarının nedenlerinin belirlenmesi, hasta güvenliğine yönelik tehditlerin tanımlanabilmesi ve sağlık kurumlarında bakım ve kalitenin güvence altına alınabilmesi için sağlık alanında 'sağlıkta dönüşüm programı' ile hasta güvenliği kültürünün yaygınlaşması amaçlanmıştır. Ağız ve Diş sağlığına yönelik kalite ve akreditasyon standartlarının belirlenmesi ise ülkemizde oldukça yenidir. Bu doğrultuda, Ağız ve Diş Sağlığı kapsamında yürütülen sağlık hizmetlerinin kalitesinin geliştirilmesi ve artırılması amacı ile ilk adım 2009 yılında atılmış ve 51 standarttan meydana gelen "Sağlıkta Kalite Standartları-Ağız Diş Sağlığı Merkezleri" (SKS-ADSM) seti yayımlanmıştır. 2011 yılında yapılan düzenleme ile bu standartların sayısı 165'e yükseltilmiştir. SKS-Hastane setinde 2015 yılında yapılan düzenleme sonucunda, SKS-ADSM seti de yeniden gözden geçirilmiştir. 2017 yılında "Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı" tarafından, "Sağlıkta Kalite Standartları-Ağız Diş Sağlığı Hizmetleri" (SKS-ADSH) (https://kalite.saglik.gov.tr/TR,19883/saglikta-kalite-standartlari-sks-adsh-versiyon-3-yayinlandi.html) ve 2018 yılında da "Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü" (TUSKA)" tarafından da SAS-ADSH kitapçıkları (https://www.tuseb.gov.tr/EnstituSayfa/ standartlar-6/) yayımlanmıştır. SKS-ADSH Türkiye'de Ağız ve Diş Sağlığı alanında hizmet veren özel, kamu ve üniversite hastanelerinin tamamına yönelik hazırlanmıştır. Bu standartların içerisinde hasta ve çalışan güvenliği komitesinin, çalışanların sağlığının, hasta ve çalışan güvenliği risk

yönetiminin, istenmeyen olumsuz olay bildirim sisteminin vb. birçok önemli kavramın tanımları bulunmaktadır.

Uluslararası literatür incelendiğinde hasta güvenliği konusunda diş hekimliği alanında çok sayıda çalışmaya rastlanmıştır. Yamalık ve Pérez. (2012)' in hasta güvenliğinin temelleri, güvenlik kültürü ve diş hekimliği uygulamalarında hasta güvenliği önlemlerinin uygulanmasıyla ilgili çalışmaları", Thusu ve ark. (2012)' nın diş hekimliğinde hasta güvenliği ve ulusal bir hata veri tabanıyla ilgili yaptıkları çalışma, ", Hiivala, ve ark. (2013)' nın Finlandiyalı diş hekimleri tarafından bildirilen hasta güvenliği olayları ve hasta güvenliği olaylarının önlenmesi ve yönetimi ile yaptıkları çalışmalar, Bailey ve ark. (2015)' nın diş hekimliğinde hasta güvenliği müdahalelerinin sistematik incelenmesi ve diş hekimlerinin hasta güvenliği konusunda çağdaş görüşleri ile yaptıkları çalışmalar. Obadan ve ark. (2015)' nın diş hekimliğinde hasta güvenliği rapor sonuçları ile ilgili çalışmaları, Cullingham, ve ark. (2017)' nın hasta güvenliğinin riskleri önleyici etkisi ile yaptıkları çalışmalar, Al-Mahalawy, ve ark. (2020)' nın diş hekimliğindeki uygulamalar ve hasta güvenliği ile ilgili yaptıkları kesitsel çalışmalar vb. uluslararası literatürde yer almaktadır. Ülkemizde ise; değişik sağlık personelinin özellikle de hemşirelerin, hasta güvenliği kültürü algısını inceleyen çok sayıda çalışma bulunmakla birlikte diş hekimlerinde ve diş hekimliği öğrencilerinde konuyu araştıran az sayıda çalışma bulunmaktadır. Türkiye'deki akademik çalışmalar incelendiğinde; diş hekimliği öğrencilerinin hasta güvenliği algılarına yönelik yayımlanmış bir çalışmaya rastlanmazken, diş hekimleri hakkında da çok kısıtlı çalışmalar göze çarpmıştır. Bu çalışmalar; Altındiş (2009), Sağlık düşüncesi ve tıp kültürü platformu dergisinde yayımlanan "Diş hekimliğinde hasta güvenliği" başlıklı çalışma ve Ferhat ve ark. (2018)' nın diş hekimliğinde ekip çalışması etkinliğinin iş tatmini ve hasta güvenliği kültürü üzerine etkisinin incelenmesi ile ilgili yaptıkları çalışmalardır.

Bu çalışmanın, ülkemizde diş hekimlerinin ve diş hekimliği öğrencilerinin hasta güvenliği kültürü algılarını ölçmeye yönelik yapılan ilk araştırma olması bakımından ve bu iki grup arasındaki değişimi incelemesi açısından önemli olduğu düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada, diş hekimleri ile geleceğin diş hekimi adayları olacak 4. ve 5. sınıf diş hekimliği öğrencilerinin hasta güvenliği konusundaki algılarının belirlenmesi

amaçlanmıştır. Araştırmada ayrıca diş hekimleri ve diş hekimi öğrencilerinin bazı sosyodemografik özelliklerine göre hasta güvenliği algısının belirlenmesi de amaçlanmıştır.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

Hipotez 1: Diş Hekimleri ile diş hekimliği öğrencilerinin hasta güvenliği kültürü ölçeği alt boyut algıları cinsiyetlerine göre anlamlı bir farklılık gösterir.

Hipotez 2: Diş Hekimleri ile diş hekimliği öğrencilerinin hasta güvenliği kültürü ölçeği alt boyut algıları medeni duruma göre anlamlı bir farklılık gösterir.

Hipotez 3: Diş Hekimleri ile diş hekimliği öğrencilerinin hasta güvenliği kültürü ölçeği alt boyut algıları hastanedeki görev değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterir.

Hipotez 4: Diş Hekimleri ile diş hekimliği öğrencilerinin hasta güvenliği kültürü ölçeği alt boyut algıları hasta güvenliği eğitimi alma durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterir

Hipotez 5: Diş Hekimleri ile diş hekimliği öğrencilerinin hasta güvenliği kültürü ölçeği alt boyut algıları yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterir.

Hipotez 6: Diş Hekimleri ile diş hekimliği öğrencilerinin hasta güvenliği kültürü ölçeği alt boyut algıları meslek yılına göre anlamlı bir farklılık gösterir.

Hipotez 7: Diş Hekimleri ile diş hekimliği öğrencilerinin hasta güvenliği kültürü ölçeği alt boyut algıları kurumdaki çalışma süresine göre anlamlı bir farklılık gösterir.

Hipotez 8: Diş Hekimleri ile diş hekimliği öğrencilerinin hasta güvenliği kültürü ölçeği alt boyut algıları raporlanan olay sayısına göre anlamlı bir farklılık gösterir.

Hipotez 9: Hasta Güvenliği kültürü ölçeği alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki vardır.

1.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışma;

1. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Hastanesinde çalışan öğretim üyesi ve araştırma görevlisi kadrosunda olan diş hekimleri ile 2019-2020 eğitim öğretim yılında Sivas Cumhuriyet Üniversitesi'nde eğitim gören diş hekimliği 4. ve 5. Sınıf öğrencileri ile sınırlıdır.

2. Ölçme amacıyla uygulanan araçtaki sorularla sınırlıdır.

3. Ölçme aracına verilen cevaplar ile sınırlıdır.

4. Yüksek lisans tez yazımı için ayrılan süre bakımından zaman sınırlılığına sahiptir.

2. GENEL BİLGİLER

Bu bölümde sağlık hizmetlerinde kalite kavramı açıklandıktan sonra hasta güvenliği kavramının tanımları yapılacak ve hasta güvenliğinin önemi, amacı ve tarihsel gelişimi anlatılacaktır. Hasta güvenliğini etkileyen hatalardan ve hasta güvenliğini iyileştirmek için neler yapılabileceğinden söz edilecek, Türkiye'de ve uluslararası alanda hasta güvenliği uygulamalarına değinilecek, hasta güvenliği kültürünün sağlanmasında etkili olan kavramların yanı sıra, kalite konusunda da genel bilgiler verilecektir.

2.1. Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Akreditasyon

Sağlık hizmetlerinin doğası gereği içerisinde yüksek risk faktörleri barındırıyor olması ve son yıllarda sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında tıbbi hataların artan bir eğilim göstermeye başlaması, sağlık hizmetlerinde kalite ve akreditasyon standartlarının yeniden gözden geçirilmesini ve hasta güvenliği konusundaki çalışmaların geliştirilmesini zorunlu kılmıştır. Sağlık hizmeti alan bireylere zarar verebilecek hataların önceden tespit edilip önlenebilmesi için, sağlık kuruluşları ve çalışanları üzerlerine düşen sorumlulukları yerine getirmek mecburiyetindedirler. Bu noktada, sağlık kuruluşları tarafından yürütülecek kalite ve akreditasyon uygulamaları devreye girmektedir. Bu uygulamalar; sağlık hizmeti alan bireylerin daha güvenli ve kaliteli bir sağlık hizmetinden faydalanmasını amaç edinmiştir.

Bu bölümde, Sağlık hizmetlerinde kalite ve akreditasyon kavramları tanımlanacak, hasta güvenliğinin oluşturulması sürecinde kalite ve akreditasyon çalışmalarının önemine değinilecektir. Ayrıca, ulusal ve uluslararası arenada hızla gelişme gösteren sağlık hizmetlerinde kalite ve akreditasyon kavramları da detaylı olarak irdelenecektir.

2.1.1 Sağlık Hizmetlerinde Kalite

Kalite kavramı, birkaç kelime ile tanımı yapılabilecek bir kavram değildir. Basit bir ifade ile; "ihtiyaçlara uygunluk" olarak tanımlanabilir. Kalite her birey tarafından farklı algılanan, subjektif bir kavramdır. Geçmişte kaliteli bir hizmet sunumunun başlıca göstergesi olarak; bireylerin hizmetlerden memnun kalması ve beklediği hizmetlere kolaylıkla ulaşabilmesi baz alınırken, günümüzde hizmet kalitesinin değerlendirilmesi sürecinde başka öğeler yer almaktadır. ISO kalite kavramında yer alan tanıma göre kalite;

"*bir mal ya da hizmetin belirlenen veya olabilecek gereksinimleri karşılama yeteneğine dayanan özelliklerin toplamı*" şeklinde ifade edilmiştir (Peşkircioğlu, 1994: 96).

TSE kaliteyi; "*bir ürün ya da hizmetin belirlenen veya olabilecek ihtiyaçları karşılama kabiliyetine dayanan özelliklerin toplamı*" olarak tanımlarken (TSE, 1994: 3), (JCAHO) Sağlık Hizmetleri Örgütlerinde Akreditasyon Ortak Komisyonu (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations-JCAHO) da kaliteyi; "*verilen bakımın istenen sonuçlarının alınmasını artırma ve olası istenmeyen sonuçlarını azaltma derecesi*" olarak tanımlamıştır (Yılmaz, 2001: 2).

Bazı uzmanlara göre ise kalitenin tanımı şu şekildedir:

Juran' a göre kullanıma uygunluk, Crosby' e göre şartlara uygunluk, Deming' e göre ise; herkesin sorumlu olduğu, kullanıcıyı tam manada tatmin eden en ucuz değerdir. Taguchi de kaliteyi; bir ürünün sevkiyatından itibaren topluma yansıyan en az kaybı olarak nitelendirirken, Ishikawa da kalitenin; kalite kontrolü yapmak, en ekonomik ve en kullanışlı olanı belirlemek ve tüketiciyi her daim tatmin eden kaliteli ürün geliştirmek, ürünün tasarımını yapıp üretmek ve satış sonrası hizmetlerini vermek olduğunu söylemiştir (Kibar, 2014: 6)

Kalite alanında yaptığı birçok çalışma ile kalite öncülerinden biri olan J. M. Juran, kaliteyi tek ve basit bir şekilde tanımlamayı uygun görmemiştir. Peşkircioğlu da Juran'ın iki önemli kalite tanımını şöyle ifade etmiştir:

- "Kalite, ürün tatminin sağlanması maksadıyla bir ürünün müşteri gereksinimlerine uygunluğunu tanımlayan özelliklerdir."
- "Kalite, içinde kusur barındırmamaktır."

Yukarıda yer alan ifadelere göre; kalitenin iki boyutu olduğu kabul görmektedir. Bunlardan ilki **"Gerçek Kalite"**, ikincisi de **"Algılanan Kalite"** dir. **Gerçek kalite**; "ürün ya da hizmet sunan kişi veya kuruluşun, ürün ya da hizmeti sunmak gayesiyle göstermiş olduğu çaba ve katlandığı maliyetler sonucu ürün ya da hizmetlerin istenilen özelliklere ulaşması halinde elde edilen kalite" dir. **Algılanan Kalite** ise; "öznel bir kavram olup müşterilerin benimseyip algıladığı kalite" dir. Bir ürün veya hizmet, müşterinin beklentilerini karşıladığı anda algılanan kalite gerçekleşmektedir (Sevim, 1996: 8).

Kalitenin özellikleri ise; TSE' ye göre şu şekilde sıralanmıştır:

- Kalite, önlemdir ve problemler ortaya çıkmadan önce çözüm yolları üretir. Tasarım yoluyla ürün ve hizmetlerin yapısına, kusursuzluk arayışı katar.
- Kalite, müşterinin tatmin olmasını sağlamaktır. Ürün ve hizmetin ne derecede iyi olduğu hususunda verilen son karardan duyulan memnuniyettir.
- Kalite, verimlilik elde etmektir. İşlerini layıkıyla yapabilmek için gerekli eğitimi alan, ihtiyaç duyulan araç-gereç ve talimatlarla desteklenen çalışandan elde edilir.
- Kalite, esnek olmalıdır. Talepleri karşılayabilmek adına değişimi göze almak ve değişim konusunda istekli olmaktır.
- Kalite, etkili olmak durumundadır. İşleri çabuk ve doğru bir şekilde yapmaktır.
- Kalite, bir programa uyarak, işleri zamanında yerine getirmektir.
- Kalite, süregelen bir gelişmeyi içine alan bir süreçtir.
- Kalite, uzun süreli bir yatırımdır. Uzun vadede bir işi tek seferde doğru yapmak, hatayı sonradan düzeltmekten daha az maliyetlidir.
- Kalite, kusursuzluk arayışı yolunda ilerleyen bir sistem yaklaşımıdır (TSE, 1997: 1).

Kalitenin açıkça ifade edilen bu özelliklerine paralel olarak Garvin (1984)'in kalite için sıraladığı kalite boyutları, kavramın netlik kazanması bakımından önem teşkil etmektedir:

Performans Boyutu: Ürün ya da hizmette mutlaka olması gereken birincil, temel özelliklerdir.

Uygunluk Boyutu: Spesifikasyonlara ve standartlara uygunluk taşımasıdır.

Güvenilirlik Boyutu: Ürünün kullanım süresi içindeki performans özelliklerinin sürekliliğinin olmasıdır.

Dayanıklılık Boyutu: Ürünün kullanılabilirlik özelliğinin olmasıdır.

Hizmet Görürlük Boyutu: Ürüne ilişkin sorun ve şikayetlerin kolayca çözüme kavuşabilmesidir.

Estetik Boyutu: Ürünün albenisinin yüksek olması ve duyulara seslenebilme özelliğidir.

İtibar Boyutu: Ürünün geçmişte sergilediği performansıdır.

Diğer Unsurlar: Ürünün çekici olmasını sağlayan ikincil karakteristik özelliklerdir (Muluk ve ark., 2000: 6-7).

Sağlık hizmetlerinin sunulduğu sağlık kuruluşlarında kalite, birçok kuruma göre çok daha hayati önem taşımakta ve öncelikli bir yere sahip olmaktadır. Sağlıkta kaliteli hizmet sunumu ancak; verimli, dengeli, ulaşılabilir, planlı ve sıfır hata ile hizmet sunmakla mümkün olabilir. Kaliteli hizmet; sürdürülebilir olmalı, iç ve dış müşteri memnuniyetini yüksek düzeyde tutmaya çalışmalı, hasta ve çalışan güvenliğinin ön planda tutulduğu bir yönetim anlayışının ürünü olmalıdır. Sağlık hizmetlerinde kalite; insanlara hem ihtiyaç ve beklentilerini karşılayan hem de arzu ettikleri sağlık hizmetini en düşük maliyetle veren bir anlayışı içermektedir. Sağlıkta kalite anlayışı; ülkemizde sağlık kurumlarının gündemine, sağlıkta dönüşüm programlarıyla girmeye başlamıştır. İlk olarak kamu hastaneleriyle başlayan bu dönüşüm, zamanla sağlık hizmeti sunan tüm kuruluşlara yayılmıştır (Kibar, 2014: 14)

Sağlık kuruluşlarında sunulan hizmetlerin kalitesinin belirlenmesinde dikkate alınması gereken birçok değişken vardır ve bu değişkenler araştırmacılara göre farklılık göstermektedir. Kavuncubaşı tarafından yapılmış olan aşağıdaki sıralamada bu değişkenlerin temel özelliklerini görmek mümkün olabilmektedir:

- **"Etkenlik**: Bilimsel bilgiler ışığında ve mevcut olanaklar çerçevesinde, en kısa sürede ve en üst düzeyde hastanın durumunda gelişme sağlanması.
- **Etkililik:** Sunulan hizmetlerin, ideal hizmet kapsamında olması, bireyin sağlık durumunda veya hastalığının seyrinde olan değişimler için ihtiyaç duyulan tüm kaynakların etkili bir şekilde kullanılması.
- **Verimlilik:** Uygun olmayan tedavilerin yapılmaması, bakım süresinin gereksiz yere uzatılmaması, böylelikle en az maliyetle etkili bir hizmet sağlanması.
- **Optimal olma:** Sağlık hizmeti alan bireyin ruhsal, fiziksel ve sosyal açıdan dengesinin kurularak, fayda ve maliyetler açısından optimal bir denge sağlanması.
- **Kabul edilebilirlik:** Sunulan hizmetin, hasta ve yakınlarının istek ve beklentilerini karşılaması, değerleriyle uyumlu olması.
- **Yasallık:** Sunulan hizmetlerin toplum tarafından kabul görmesi.
- **Eşitlik:** Sağlık hizmeti alan tüm bireylere eşit ve adil biçimde sunulması, bireyler arasında ayrımcılık gözetilmeksizin, eşit fayda sağlanması.

- **Süreklilik;** Bakımda sürekliliğin sağlanması. Hastanın tıbbi kayıtlarının düzenli ve yeterli olması, böylece, hasta başka sağlık kuruluşuna gittiği zaman değerlendirilmesinin kolaylıkla yapılması,
- **Tam zamanında hizmet sunumu:** Hizmetlerin sunumunun çeşitli nedenlerle geciktirilmeden, erken teşhis ve tedavinin uygulamaları yapılarak, tam zamanında gerçekleştirilmesi.
- **Katılım:** Hastanın bakım sürecine bilinçli şekilde katılımının sağlanarak, hasta ile iş birliği yapılması.
- **Erişilebilirlik:** Bireylerin sağlık hizmetini ihtiyaç duyduğu anda alabilmesi. Sağlık hizmeti alma sürecinde uzaklık, bekleme süresi vb. engeller olmaması" (Kavuncubaşı, 2000: 284).

Yukarıda açıklanan temel özellikler, sağlık kuruluşlarında verilen hizmetlerin kalitesinin belirlenmesi açısından çok önemli noktalara değinmektedir. Bu kriterleri yerine getiren sağlık kuruluşları, sundukları sağlık hizmetlerinin kalitesi açısından belirli bir standardı yakalamış olabileceklerdir.

2.1.2. Sağlık Hizmetlerinde Akreditasyon

Akreditasyon; bir sağlık kuruluşunun, önceden belirlenmiş ve yayımlanmış standartlara uygunluk düzeyinin, herkes tarafından kabul gören tüzel bir kişilik tarafından değerlendirilip onaylandığı resmi süreç olarak tanımlanmaktadır. Akreditasyon, sağlık hizmetlerinde bakım kalitesinin iyileştirilmesi amacıyla kullanılan (International Standardisation Organisation-ISO), (European Foundation of Quality Management-EFQM) vb. dış değerlendirme yöntemlerinden birisi olarak kabul görmektedir. (Rooney ve Ostenberg,1999; Melo,2016) Çoğu ülke, ulusal standartların yaygınlaştırılması ve kamusal hesap verme sorumluluğunun artırılması için sağlık hizmetleri akreditasyonunu bir araç olarak görüp, benimsemektedir (Kavak, 2018: 15).

Akreditasyon, klinik uygulamalarda doğru olan çevreyi kurabilir. Sağlık kurumunun güvenliği ve başarısını sağlamak için bir gözlemleme aracı olarak kullanılabilir. Akreditasyon sisteminin çıktısı; halka ve hizmeti satın alanlara, hastanelerinin veya yerel sağlık hizmetlerinin akreditasyon statüsü hakkında bilgi vermek ve güvenlikle ilgili olası bütün önlemlerin alındığı konusunda teminat vermek için kullanılabilir. Akreditasyon statüsü; hizmeti satın alanlar yanında halka, bir sağlık kuruluşunun diğerleriyle

karşılaştırma yapıldığında ne kadar iyi çalıştığı konusunda karşılaştırmalı bilgi sağlayıp, seçim konusunda yardımcı olacak veya sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi konusunda yerel baskı yapılmasını teşvik edecek şekilde kullanılabilir (Scrivens ve Heidemann, 1995: 161-164).

Akreditasyon faaliyetleri ilk olarak; sağlık hizmetlerinin sunumunda gün geçtikçe gelişen standardizasyon gereksinimlerini karşılamak üzere, 1913 yılında Amerika'da başlamıştır. Temelde akreditasyon ihtiyacı, sağlık kuruluşlarının memnuniyet kayıtlarının tutularak rekabet ortamı oluşturma isteğinden yola çıkmıştır. Bu ihtiyacın baş göstermesiyle birlikte, 1917 yılında (Amerikan Cerrahlar Komitesi-American College of Surgeons-ACS), "Hastane Standardizasyon Programı" nı devreye sokmuş ve atılan bu adım, akreditasyon sistemlerinin temelini oluşturması açısından büyük önem teşkil etmiştir. Başlangıçta 5 adet olan bu standartlar, hastanelerdeki klinik sürecin denetlenmesini amaçlamış ve hastanelerin denetçiler tarafından uygulamaları değerlendirmesini içermiştir. Bu denetim süreci sonucunda sağlık kuruluşlarının, yeterli ve düzenli bir şekilde kayıt tutmaları teşvik edilmiştir. 1949'a gelindiğinde, gönüllülük esasına dayalı bu programa Amerika'daki hastanelerin neredeyse yarısı iştirak etmiştir. Gün geçtikçe sayıları artan hastanelerin akredite edilmesi süreci boyunca gerekli olan masrafları karşılayabilmek maksadıyla, sağlık hizmetleri bakımıyla ilgilenen kuruluşlar tarafından, 1951 yılında "Hastane Akreditasyonu Ortak Komisyonu" oluşturulmuş ve sonraları bu komisyon, Sağlık Bakım Organizasyonları JCAHO ismini almıştır. Sonraki yıllarda JCAHO; sağlık bakımı ağları, acil bakım organizasyonları, davranışsal bakım, uzun süreli bakım ve ruh sağlığı hizmetlerini de içerir hale gelmiştir (Demirbaş ve ark., 2005:3).

Sağlık hizmetleri sektöründeki ilk akreditasyon kurumu; 1951'de ABD'de ACS, (American College of Physicians-ACP), (American Hospital Association-AHA), (American Medical Association-AMA) ve (Canadian Medical Association-CMA) kuruluşlarının bir araya gelmesiyle kurulan (Joint Commission on Accreditation of Hospitals-JCAH) kuruluşudur (Kuş, 2000:3). Bu kuruluşun faaliyetleri, 1913 yılında ACS tarafından kurulup, 1917 yılında başlatılan hastane standardizasyon programının bir devamı olarak kabul edilmektedir. 1987 yılında hastaneler dışındaki diğer sağlık kuruluşları için de akreditasyon programları geliştirilince, bu komisyonun ismi JCAHO olarak değiştirilmiştir. 1959 yılında CMA, JCAHO' dan çekilmiş ve Kanada'da ulusal bir akreditasyon organizasyonu oluşturmuştur. Devamında Avustralya'da 1973 ve Yeni

Zelanda'da 1987 yıllarında ulusal akreditasyon kuruluşları kurulmuştur. 1988 yılında İngiltere'de küçük devlet hastanelerini denetlemek amacıyla Bristol Üniversitesi'nde hastane akreditasyon programı başlatılmıştır. 1989 yılında da genel hastaneleri değerlendirmek için, (King's Fund Organization al Audit-KFOA) komisyonu kurulmuştur. Böylelikle; ABD, Kanada ve Avustralya; akreditasyon sistemini ilk geliştiren ve sistemi yaygın olarak kullanan ülkeler arasında baş sıralarda yerlerini almışlardır. Brezilya, İngiltere, Güney Afrika Cumhuriyeti, Güney Kore, Çek Cumhuriyeti ve Pakistan gibi birçok ülke de akreditasyon sistemini kurmuş yahut kurma çabaları içerisine girmişlerdir (Çevik, 2007:12). Dünya genelindeki en büyük akreditasyon kuruluşu, 1994 yılı içerisinde 4264 organizasyonu denetleyen JCAHO komisyonudur (Bohigas, 1996:583-589, alıntılayan: Kuş, 2000:3). Komisyonun kalite değerlendirme yaklaşımı, hasta odaklı ve performans bazlı bir yaklaşımdır. Performans alanlarını ise; hastaların tedavisi ve bakımı, sağlık kuruluşunun kalite sistemi, yönetim ve profesyonel fonksiyonlar oluşturmaktadır (Şahin, 2006:7, alıntılayan: Etöz, 2008: 52-54).

Sağlık hizmetlerinde akreditasyonun amacı; hasta bakım sürecinin iyileştirilmesi ve sürekli gelişimin desteklenmesi, halkın güveninin kazanılması, etkinliğin artırılıp, maliyetin düşürülmesi, sağlık hizmetleri yönetiminin geliştirilmesi, daha iyi uygulamalarla eğitim sağlanması, bir kalite ölçüm sisteminin oluşturulması, kuruluşa kendisiyle ve diğer kuruluşlarla birlikte sektörün ileri gelen kuruluşlarıyla karşılaştırma yapma olanağının sağlanması, ayrıca hasta memnuniyetinin artırılması için sağlam bir sistem yerleştirmeye çalışılmasıdır. Ayrıca akreditasyon, nesnel bir değerlendirme olanağı sağlamakta ve sağlık kuruluşlarındaki kalite kültürünün geliştirilerek, canlandırılmasını sağlamaktadır (Yetkinlioğlu, 2009: 82)

Akreditasyon standartları, kurum yöneticilerine sürekli bir şekilde kalite gelişimini nasıl sağlayıp, yönetebilecekleri konusunda rehberlik sağlamaktadır. Bir sağlık kuruluşu, kalite standartlarını karşıladığı veya aştığı zaman, "akreditasyon" derecesini almaya hak kazanır. Kuruluşlar genellikle; sigorta kuruluşları, hükümet veya sağlığı koruma kuruluşları gibi sağlık için ödeme yapan birimlerden daha fazla geri ödeme alabilmeyi gerekçelendirmek amacıyla akreditasyon talebinde bulunmaktadırlar. Ödeme yapan birimler ise; ödeme yapılan hizmetlerin yüksek ve gelişen kalitede olmasını talep etmektedirler. Akredite kuruluşlar, tipik olarak akreditasyon işleminin yürütülmesinden

kaynaklanan maliyetleri ödemekle yükümlüdürler. Dolayısıyla akreditasyon programları bağımsız, sivil toplum-gönüllü kuruluşları ve bu kuruluşların tanınmış uzmanlarından oluşan, kendilerine ait fon kaynağına sahip yöneticiler kurulu tarafından gerçekleştirilmektedir (Gökmen, 2005:121).

2.1.3. Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Akreditasyon

Ülkemizde ekonominin iç pazara yönelik olması, üreticilerin yıllarca kalite kaygısından uzak kalmasına neden olmuştur. Ancak Gümrük Birliğine girilmesiyle birlikte firmaların, yurt dışında pazar payı telaşı başlamıştır. Üreticilerin standartlara uygun mal üretip, yurt dışında rekabet ortamı bulma çabaları ortaya çıkınca, 1990 yılında ülkemizdeki önde gelen kuruluşlar tarafından, (Kalite Derneği-KALDER) kurulmuştur. 1991 yılında faaliyete geçen KALDER, yönetim kalitesinin artırılması ve bireyler için daha iyi bir yaşam kalitesi sunulması gayesiyle çalışmalarını sürdürmektedir (Enişte, 2002)

SKS' ye yönelik çalışmalar, 2003' te "sağlıkta dönüşüm" programlarıyla başlamıştır. Etkili ve nitelikli bir sağlık hizmeti sunumunun sağlanması için, "kalite" ilkesinin ön planda olduğu programın içeriği, gelişen standartlarla birlikte yeniden düzenlenmiştir. 2005 yılında 100 kriterden oluşan bir soru seti yayımlayan SKS, 2011 yılında bu kriterleri 621' e çıkarmış ve bugünkü halini almıştır. Yıllar içerisinde kurumların değerlendirmeleri sonucu elde edilen veriler, çalışanların fikir ve önerilerinden, geri bildirimlerinden yola çıkarak uygulanan pilot çalışmalar sonucunda son halini alan SKS, günümüzde de tüm özel ve kamu hastanelerinde, üniversite hastanelerinde ve sağlık hizmeti veren tüm kuruluşlarda uygulanmaya devam etmektedir. SKS' nin temel niteliklerinden birisi, ulusal koşul ve gereksinimlerin değerlendirilmesiyle meydana gelmesidir. SKS' nin kurum ve kuruluşlardaki tatbikat seviyelerinin tespit edilmesi gayesiyle yapılan değerlendirmeler, standartların gelişimiyle doğru orantılı olarak gelişmiştir. 2005 yılında "İl Sağlık Müdürlüğü" aracılığıyla değerlendirmeler koordine edilirken, 2007 yılında, farklı şehirlerde çalışan farklı kuruluş çalışanlarının çapraz değerlendirme yoluyla yaptıkları değerlendirme faaliyetleri şeklinde sürmüştür. 2010 yılından itibaren ulus genelinde "Sağlık Bakanlığı" tarafından kriterler belirlenmiştir. Değerlendirmeler ise; önceden belirlenmiş takvim günlerinde olacak şekilde bakanlığın belirlediği, merkezi düzeyde değerlendirme faaliyetlerini yürüten ekipler tarafından yapılmıştır. "Merkezi değerlendirme komisyonu" zamanı etkili kullanmak, kuralların herkesçe bilinmesini sağlamak ve değerlendirme sürecini sağlıklı bir şekilde yürütebilmek için kurulmuştur.

Belirlenen ölçütler kişilere ve farklı yorumlara açık olmamakla beraber, objektiftir (Kibar, 2014: 22-23).

SKS hastane setinde, sağlık hizmeti sunan kurumların yapı, süreç ve çıktı gibi kalite düzeylerinin belirlenip puanlandırıldığı faaliyetler yer almaktadır. Bu sisteme göre, periyodik şekilde kalite değerlendirmeleri yapılır ve bu değerlendirmeler raporlanır. Bu setin geliştirilmesinin 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. Mart 2016'da yeniden düzenlenen set; 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 kriterinden oluşmaktadır. Bu boyutlar hastanelerde sunulan hizmetler, yönetim faaliyetleri ve hizmet sürecinde yer alan kişiler baz alınıp, hastanedeki tüm bölümleri kapsayacak şekilde geliştirilmiştir. Ayrıca SKS hastane setinde; hastanelerde hasta güvenliği, çalışan sağlığı ve güvenliği, tesis güvenliği komitelerinin bulundurulması, güvenlik raporlama sistemlerinin kurulması ve bu sistemlerle ilgili, çalışanlara eğitim verilmesi, güvenlik raporlama sistemine yapılan bildirimlerin değerlendirilerek, bu değerlendirme sonuçlarına göre iyileştirme çalışmaları yapılması, hasta-hasta yakını ve çalışan bazında gereken eğitim ihtiyaçlarının belirlenmesi, her tür tıbbi uygulama öncesi hasta rızasının alınması, hasta ve hasta yakınları ile sağlık çalışanları arasında sağlıklı bir iletişim sağlanması, hastanın bakım sürecine dahil edilmesi, tanı ve tedavi amacıyla yapılacak bütün işlemlerde hasta kimliğinin doğrulanması, hasta düşmeleri vakalarının önlenmesi için çalışmalar yapılması, hastanın güvenli bir şekilde transferinin sağlanması gibi hasta güvenliğini sağlamak hususunda dikkat çekici standartlar yer almaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2016: Aktaran, Dönmez, 2017: 35-36).

Kalitenin geliştirilmesinde ikinci önemli adımı oluşturan akreditasyon çalışmalarına da değinecek olursak; Sağlık Bakanlığı 2004 yılı itibariyle ulusal bir akreditasyon sisteminin kurulabilmesi için faaliyetlere başlamıştır. 23 Ekim 2004 tarihinde, JCI baş yöneticisi Karen Timmons ve "Uluslararası Akreditasyon Direktörü" Dr. Paul Van Ostanberg, JCI tarafından akredite edilmiş kurumların yöneticileri ve sağlık çalışanlarıyla birlikte İstanbul'da, "Sağlık Sektöründe Akreditasyon" konulu seminer düzenlenmiştir. Sağlık

Bakanlığınca, "Sağlıkta Dönüşüm Programı" çerçevesindeki ulusal görüşmeler sırasında Türkiye'deki devlet hastanelerinin ve özel hastanelerin sunduğu hizmet kalitesinin geliştirilmesi, en üst seviyeye çıkarılması ve hizmet alanın memnuniyet düzeyinin artırılması için, bağımsız bir akreditasyon kurumunun kurulmasına karar verilmiştir. Akreditasyon Kurumunun ulusal, kâr amacı gütmeyen ve bağımsız bir kurum olması ve ayrıca bu kurumun hastane akreditasyon sistemini de desteklemesi kararlaştırılmıştır (Ergenoğlu, 2006: 86).

"Sağlık Bakanlığı", bu konudaki ikinci önemli sorumluluğunu gerçekleştirmek adına, hastanelerin akreditasyon sürecine hazırlanmalarını sağlayabilmek için "Yataklı Tedavi Kurumları Kurumsal Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi" ni yürürlüğe koymuştur. Bu mevzuatın içerisinde JCI' nın hastane akreditasyon standartlarından yararlanılarak hazırlanan "Kalite Geliştirme ve Değerlendirme Kriterleri" bulunmaktadır. Bu yönerge, ülkemizdeki hastanelerin sağlık akreditasyon sistemine hazırlanmasını sağlamak amacıyla yürürlüğe girmiştir. Sağlık Bakanlığına bağlı tüm kurumlar, "Kurumsal Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi" nde tanımlanan kriterleri yerine getirmek ve bu kriterler doğrultusunda yapılanmak üzere çalışmalarını devam ettirmektedir (Aydın, 2007: 11).

"Dünya Bankası ve Sağlık Bakanlığı" Nisan 2004'te Uluslararası Sağlık Hizmetleri Akreditasyon Danışmanı George Purves'e, "Türkiye Cumhuriyeti Sağlıkta Dönüşüm Projesi Kurumsal Değerlendirme Hastane Akreditasyon Sistemi" konulu bir sonuç raporu hazırlatmıştır. Bu rapora göre hastane akreditasyon sistemi; hasta odaklı olmalı, hastalara yönelik sağlık hizmeti sunumunun kalitesine katkıda bulunmalı, sağlık sisteminde kalitenin gelişimini sürekli olarak teşvik etmeli, net standartların sağlanmasını temel alarak hastanelerin objektif ve sistematik değerlendirilmesini sağlamalı, hastalar için sağlık hizmetleri alanında tutarlılık ve hakkaniyet yaratmalıdır. Ayrıca raporda, "Ulusal Sağlık Tesisleri" akreditasyon programlarının geliştirilmesi ve uygulanması için çoğunlukla 3-5 yıl, tam manada işletime geçmesi için ise 5-10 yıl gerektiğinden söz edilmektedir (Ergenoğlu, 2006: 86). 2012 yılı verilerine göre Türkiye; dünya genelinde JCI akreditasyon belgesi bulunan hastanelerin %10'una sahiptir (Zengingönül vd., 2012: 8).

"Sağlık Bakanlığı" 2008 yılında JCI yönetim kurulu ile bir görüşme yapmış ve bu görüşmenin temel içeriğinde; yeni kriterler oluşturma, belgelendirme, sağlık

hizmetlerinin denetlenmesi için ulusal bir yöntem tasarımı hazırlama gibi konular yer almış ve bu konuları kapsayan bir tasarı sunulması talep edilmiştir. Bakanlık resmî kurulu, "Sağlık Bakım Hizmetlerinde Kalite ve Standartların Geliştirilmesi" hususunda iş birliği sağladığı JCI ile, bu tasarı hakkında görüşme yapmıştır. Bu görüşmede;

- Sağlık denetimi yapan kişilerin meslekî eğitiminin sağlanması ve değerlendirme metotlarının tespit edilmesi
- Sağlık kuruluşlarında belgelendirme kriterlerinin gelişiminin sağlanması
- Sağlık kuruluşlarının kaynak, güç ve yetilerinin geliştirilebilmesi için çalışmalar başlatılması
- Standartların gözden geçirilerek ülkemize adaptasyonunun sağlanması
- Ülkemizde faaliyet gösteren iki kamu hastanesinde bir pilot uygulama yapılması
- Ulusal akreditasyon sistemini geliştirebilmek için alt yapı çalışmaları yapılması
- Uluslararası tatbikatların özümsenmesi ve ülkemizdeki standartlarla karşılaştırma yapılması
- Uluslararası düzeyde sağlık bakanlıklarının bir araya gelmesiyle oluşan "hasta güvenliği" kurullarına, ülkemizin de iştirak etmesi yönünde konular yer almıştır (Bağcı, 2009: 24).

Ülkemizde sağlık hizmetlerinde ulusal akreditasyon sisteminin oluşturulmasına yönelik ilk adımlar, Sağlık Bakanlığı tarafından 2012 yılında (International Society for Quality in Health Care-ISQua) ile kurulan resmi iş birliği sonucunda atılmaya başlanmış ve 2012-2014 yılları arasında yapılan çalışmalar sonucu, ilk akreditasyon standart seti olan (Sağlıkta Akreditasyon Standartları-SAS) hazırlanmıştır.2015 yılından itibaren akreditasyon faaliyetleri kapsamında her türlü bilgi ve doküman vasıtasıyla yürütülen tüm iş ve işlemler Bakanlık Makamının 18.10.2015 Tarih ve 26325996/147 sayılı kararı ile (Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü-TÜSEB) ne devredilmiştir.

Ulusal ve uluslararası gereksinim ve öncelikleri içeren standartlar; WHO hedeflerini ve ISQua ilkelerini baz almıştır. Ayrıca bu standartlar; aralarında sağlık yöneticileri, akademisyenler, sağlık denetçileri ve uygulayıcıların bulunduğu çok sayıda uzmanın iştirakiyle, uygulanabilir, anlaşılır ve ölçülebilir parametrelerle desteklenip, çalışmalar yapılarak oluşturulmuştur.

Standartlar; hasta güvenliğinin sağlanması, kalitenin iyileştirilmesi, hasta ve hizmet kullanıcı odaklı olunması, kurumsal planlama ve performansın sağlanması gibi ilkeleri benimseyerek, hastanelerde "minimum risk, maksimum güvenlik ve optimum kalite" nin sağlanmasını gaye edinmiştir. Standartlar 10 temel hedefe ulaşılabileceğinin garantisini vermektedir. Bu temel hedefler; etkililik, etkinlik, verimlilik, sağlıklı bir çalışma yaşamı, hasta güvenliği, hakkaniyet, hasta odaklılık, uygunluk, zamanlılık ve süreklilik olarak belirlenmiştir. Standartlar niteliksel olarak; uluslararası gelişmeleri dikkatle izleyen, ülkemizdeki sağlık hizmetleri kalite altyapısı ile uyumlu, sağlık kuruluşlarındaki tüm hizmet alanlarını içine alan, hizmet sunum süreçlerine ve çıktılarına odaklı, inovasyonu teşvik eden, uygulanabilirliği ön planda tutan, kolay kullanımlı, kapsamlı standartlar içermektedir. Yapısal olarak ise; kılavuzlar ve değerlendirme ölçütünden oluşmaktadır. Kılavuzlarda standartların amaçları, ilkeleri ve standartların gereklilikleri yer almaktadır. Standartların kullanıcıları arasında ortak bir dil birliği sağlamak amacıyla bir kodlama sistematiği oluşturulmuştur. Böylelikle, her standart kendisine ait standart kodu ile tanımlanmaktadır. 09 Ocak 2014 tarihinde SAS-Hastane Seti, ISQua tarafından akredite edilmiştir. Bu set; Kamu, özel ve üniversite hastaneleri ayrımı yapılmaksızın, sağlık hizmeti sunan, 1.2.ve 3.basamak tüm hastaneleri kapsamaktadır. Standartların sağlık hizmet sunumuna ilişkin tüm süreçleri, "boyut ve bölümler" şeklinde oluşturulan bir yapıyla kullanıcıların hizmetine sunulmaktadır. Boyutlar; sağlık kurumunda sunulan sağlık hizmet süreçlerinin temel çerçevesini ifade etmektedir. Bölümler ise; ilgili olan boyutun altında düşünülebilecek alt hizmet süreçlerini ifade edecek şekilde hazırlanmıştır. Bu çerçevede hazırlanan SAS-Hastane Seti 7 boyut, 34 bölüm, 59 standart ve 242 değerlendirme ölçütünü kapsamaktadır. Sette yer alan boyutlar; sağlık kurumunda sunulan hizmetlerin, yönetsel faaliyetlerin ve sağlık hizmeti sürecinde yer alan kişilerin baz alınarak hazırlandığı, hastanenin bütün bölümlerinin içine alındığı ve hiçbir hizmet sürecinin açıkta kalmadığı bir şekilde belirlenmiştir. Yönetim ve organizasyon boyutu, performans ölçümü boyutu ve kalite iyileştirme boyutları doğrudan hastane yönetimi ile ilgili boyutlardır. Ayrıca; çalışanlar için sağlıklı bir çalışma ortamının oluşturulmasına öncelik tanınan, çalışanlara yönelik ayrı bir boyut bulunmaktadır. Hasta güvenliği ve hasta memnuniyetini artırmaya yönelik çalışmalar ve hasta haklarının uygulanması çalışmaları da ayrı bir boyutta değerlendirilmektedir. Hastanede sunulan hizmetler göz önüne alınarak; "Sağlık Hizmetleri ve Destek Hizmetleri" bölümleri hazırlanmış, olası

acil durumlara karşı tedbir almak ve sürecin daha hızlı ve güvenli bir şekilde yönetilmesi amacı ile "Acil Durum Yönetimi" boyutu oluşturulmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2015a).

SAS-ADSM Seti; 26 Kasım 2014 tarihinde ISQua tarafından akredite edilmiştir. "ADSM seti"; Türkiye'de Ağız ve diş sağlığı alanında fiili olarak hizmet sunmakta olan "Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri", "Ağız ve Diş Sağlığı Hastaneleri" ve "Diş Hekimliği Fakülteleri" ni kapsamaktadır. Bu setin içerisinde; 7 boyut, 31 bölüm, 50 standart ve 200 değerlendirme ölçütü bulunmakta ve ADSM' nin hizmet sunumuyla ilişkili "Protez Laboratuvarı" vb. bölümleri de içine almaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2015b). SKS; değişen ve hızla gelişen çevrede, hastaların güvenilir sağlık hizmeti aldığı ve sağlık çalışanlarının güvenilir bir ortamda sağlık hizmeti sunmasına imkân tanındığı bu çalışmaların kısa zamanda uluslararası alana taşınmasını hedeflemektedir (Kavak, 2018: 18-20)

İçinde bulunduğumuz yüzyılda, ülkemizde hasta güvenliği konusunda yararlı sayılacak birçok adım atılmıştır fakat, Ağız ve Diş Sağlığı hizmeti sunan sağlık kuruluşları, hasta güvenliği kültürünün oluşturulması konusunda çağın oldukça gerisinde kalmıştır. Bu konuda yapılan çalışmaların sayısının günden güne artış göstermesi umut vaat edicidir ancak, sağlık çalışanları arasında diş hekimlerinin hasta güvenliği kültürü algılarına yönelik yapılan çalışmaların sayısı yok denilecek kadar az sayıdadır. Sivas Cumhuriyet Üniversitesinde yapılan bu çalışma ile; diş hekimlerinin ve diş hekimliği fakültesi öğrencilerinin, hasta güvenliği konusundaki algılarının öğrenilmesi ve hasta güvenliği kültüründe rol oynayan faktörlerin önem ve önceliklerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Ayrıca bu çalışma; Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesinde hasta güvenliği kültürünün oluşturulması ve geliştirilmesi konusunda zayıf noktaların tespit edilmesi, eksik bırakılan noktaların belirlenmesi ve bu bağlamda uygun politikaların benimsenip, gerekli düzenlemelerin yapılması konusunda yol gösterici nitelikte olacağı düşünülmektedir.

2.2. Hasta Güvenliğinin Tanımı, Önemi ve Amacı

Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı (National Patient Safety Foundation-NPSF) hasta güvenliği tanımını; Sağlık hizmeti sunarken hastalarda oluşabilecek zararı ve önlenebilir ölüm oranlarını azaltarak bakımın sürekli ve daha güvenli hale getirilmesi olarak belirtmiştir Bununla birlikte NPSF' ye göre; hasta güvenliği aşağıdaki noktaları kapsayacak şekilde tanımlanabilir (NPSF, 2000: 2-3);

1) Hasta güvenliği, temel anlamda sağlık hizmetlerinden kaynaklanan olumsuz sonuçların veya yaralanmaların önlenmesi ve iyileştirilmesi ile ilgilidir. “Hata” ve “sapmalar” olarak adlandırılabileceklerden “kaza” olarak tanımlanan olayları ele almalıdır.

2) Güvenlik, sistem bileşenlerinin etkileşimiyle ortaya çıkar. Olumsuz sonuçların yokluğundan ve tanımlanabilir “önlenebilir” hatalardan veya olaylardan kaçınmadan daha fazlasıdır. Güvenlik; kişi, bölüm veya cihazlarda bulunmaz. Güvenliği geliştirmek, güvenliğin bileşenlerinin etkileşimlerinden nasıl ortaya çıktığının öğrenilmesine bağlıdır.

3) Hasta güvenliği “bakım kalitesi” ile ilgili bir kavramdır, fakat iki kavram eş anlamlı değildir. Güvenlik, kalite basamağının önemli bir alt kümesidir. Şimdiye kadar kalite güvencesi, toplam kalite yönetimi, sürekli kalite iyileştirme vb. kalite yönetim faaliyetleri, hasta güvenliği konularına yeteri kadar odaklanmamıştır. (Cooper ve ark., 2000).

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 ifade edilmiştir. Emanuel ve ark., (2008) ise hasta güvenliğini "sağlık sektöründe, sağlık bakımının güvenilir bir sisteme erişmesi için güvenlik bilimi metotlarının uygulandığı bir disiplin" olarak ifade etmiştir. Akalın’a göre ise hasta güvenliği, ‘’Sağlık hizmetine bağlı hataların önlenmesi ve sağlık hizmetine bağlı hataların neden olduğu hasta hasarlarının eliminasyonu veya azaltılmasıdır.’’ Nordin’e (2015) göre hasta güvenliği, hastalar için olumsuz sonuçlar doğurabilecek tüm olayların önlenmesidir. Sağlık hizmetlerinin temel felsefesinin “öncelikle zarar verme” (Primum non nocere) olduğu varsayıldığında; hasta güvenliğindeki ana amacının hastaya hem fiziksel hem de psikososyal olarak güven ortamını sağlamak olduğu söylenebilir (Varol, 2012).

21. yüzyılda sağlık hizmetlerinde geliştirilmesi beklenen konular; güvenilir, etkili, kişi bazlı, zamanında ve herkese eşit hizmet anlayışıyla sağlık bakımı sunmak olarak belirlenmiş (Aydın ve Vural, 2014) ve kaliteli bir hizmet sunumunun birinci basamağını da hasta güvenliği oluşturmuştur. Günümüz koşullarında sağlık bakım hizmetlerinin, her geçen gün daha da karmaşık bir organizasyona dönüşmesi sonucunda sağlık bakım hizmetlerinin, bu hedeflerine ulaşabilmesi için bir takım olumsuz şartların üstesinden gelmek durumunda olduğu belirtmekte fayda vardır. Öyle ki; bazı durumlarda sağlık bakım kurumlarında sağlık bakım profesyonelleri tarafından alınan birçok karar ve yargı

baskı altında verilmekte ve bu sorun klinik karar ya da uygulamalarda yanlış ya da hataya, sonuç olarak hastanın zarar görmesine yol açabilmektedir. (Gökdoğan ve Yorgun, 2010: 53). Bazen de sağlık hizmeti sunan kuruluşlar, hatalar meydana geldiğinde önceki tecrübelerinden faydalanarak önleyici faaliyetleri belirleme ve uygulamaya geçirme için gerekli adımları atamamaktadırlar. Dolayısıyla, sürekli aynı hatalar tekrar edilmekte ve hastalar, önlenmesi mümkün olan bu hatalar nedeniyle zarar görmektedirler (Altındiş, 2010). Sağlık hizmetleri güvenliğinin önünde duran diğer olumsuz şartlar ise genel olarak; kültürel yaklaşım, hata yapmaya karşı gösterilen tepki, korku, konuyla ilgili eğitimin yetersizliği, hataların rapor edilmesinin hiçbir şeyi değiştirmeyeceği algısı durumlarıdır (VanGeest ve Cummins, 2003: 3-4). Bu ve bunun gibi durumların yol açtığı engelleri önlemek adına sağlık kuruluşlarında hasta güvenliğini artırmak gerekmektedir. Bunun için atılacak ilk adım, öncelikle hasta güvenliği kültürünün oluşturulmasıdır çünkü hasta güvenliği programına dayalı uygulama yapan sağlık kuruluşlarında, hasta güvenliği kültürünün gelişme gösterdiği ve hastalara verilen zararın giderek azalmaya başladığı bilimsel bir gerçektir (Korkmazer ve ark., 2016: 141).

Hasta güvenliği, günümüzde önemli bir küresel sorun haline gelmiş ve bu nedenle gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler tarafından, hasta güvenliğini artırmayı hedefleyen politikalar geliştirilmiştir (Donaldson ve Philip, 2004). Gelişmekte olan ülkeler, DSÖ ve Dünya Hasta Güvenliği İttifakı (World Alliance For Patient Safety-WAPS) ortak küresel girişimiyle problemin büyüklüğünün değerlendirilmesine yardımcı olacak ortak bir çaba başlatmaları için teşvik edilmiştir. Hastaların güvenliğini sağlamak, yalnızca herhangi bir ülkede değil, dünya çapında sağlık hizmeti sunanlar için yüksek öncelikli bir sorundur. Güvenli olmayan bir ortam ve düşük kaliteli hizmetler, sağlık çıktılarının azalmasına ve hatta zarar görmesine neden olmaktadır. Ulusal çabalara yoğun olarak katılan ülkelerin deneyimi, sağlık sistemlerinin ülkeden ülkeye farklılık göstermesine rağmen, hasta güvenliğine yönelik birçok tehdidin benzer sebeplere ve benzer çözümlere sahip olduğu açıkça görülmektedir. İnsanları güvenli bir ortamda tedavi etmek ve önemsemek ve onları sağlıkla ilgili olası ve kaçınılmaz zararlardan korumak ulusal ve uluslararası önceliğe sahip olmalı, uluslararası çabalar gerektirmelidir (WHO, 2017).

2.3. Dünyada Hasta Güvenliğinin Tarihsel Gelişimi

Sağlıkta kaliteli hizmet sunumu konusuna önem verilmeye başlanmasıyla birlikte kalitenin bir bileşeni olan hasta güvenliği konusuna son yıllarda daha fazla önem

verilmeye başlanmıştır. Hasta güvenliği kavramının tarihsel süreçteki gelişimi incelendiğinde Çiçek'in (2018) belirttiğine göre aslında hasta güvenliğinin kökleri çok eskiye dayanmaktadır M.Ö. 1700'lü yıllarda ilan edildiği varsayılan Hammurabi kanunlarında, daha sonraları da eski Mısır kanunlarında, tıbbi hatalardan söz edilmektedir (Yıldırım, 2008: 103). Yine milattan önce yaşamış olan Galenos'a atfedilmiş, "öncelikle zarar verme" öğretisi ve tarihte Roma hukukunda hekimin sorumluluğu, ihmal, tecrübesizlik, bilgisizlik gibi ağır kusurlar yer alırken, tıbbi ihmal adıyla ilk yazılı kanun 1883 yılında İngiliz yasalarında görülmüştür. 1820-1910 yıllarında yaşamış olan Florance Nightingale' in "garip gelebilir ama bir hastanenin hastaya, ilk önce zarar vermemeye çalışması gerekir" şeklindeki ifadesi de hasta güvenliği kavramına vurgu yapmaktadır (Sur, 2008: 43).

Hasta güvenliği çalışmalarının yakın geçmişteki gelişimi incelendiğinde; 1951 yılında kurulan JCI, sağlık hizmetlerinde kalite ve güvenliğin sağlanması için hasta güvenliği ile ilgili çalışmalar başlattığını ancak bu çalışmaların 1960'lardan sonra sağlık sisteminde yerini alabildiğini görüyoruz (Çakmakçı, 2004).

1955 yılında "Ernest Codman" hasta güvenliğinin temellerini atmış ve bu konuyla ilgili dikkatleri üzerine toplamıştır. Hasta çıktılarını gözlemlemek amacıyla hasta sonuçları ve komplikasyonlarıyla ilgilenen Codman, hasta güvenliği girişimleri konusunda bilgi vermemiştir. Nitekim Codman, sadece hasta sonuçlarının ölçümü ve raporlaması kavramlarıyla bakım kalitesinin geliştirilmesine katkı sağlamıştır (Byersand White, 2004:5-6). 1984 yılında ABD' de cerrahi birimindeki hastalarda mortalite oranının artması sonucu, Anestezi Hasta Güvenliği Vakfı **(**Anesthesia Patient Safety Foundation-APSF**)** tarafından Newyork' ta ''Harvard Tıp Uygulama Çalışması" kurulmuştur. 1992 yılında Colorado / Utah' ta ''Tıbbi Uygulama Çalışması '' yapılmış, 1995 yılında ise; ''Birinci Annenberg Hasta Güvenliği Konferansı'' düzenlenmiştir. 1996 yılında Ulusal Koalisyon IOM sağlık bakımı komisyonlarıyla beraber, Amerikan Araştırma ve Geliştirme Kuruluşu (Research and Development-RAND) için ABD bakım kalitesine kanıt sunmak üzere akademik alan yazını gözden geçirilmiş ve Harvard Üniversitesinde "Hasta Güvenliği ve Tıbbi Hatalar Yönetim Kürsüsü" açılmış ve ilk toplantı yapılmıştır (Çiçek K., 2018: 12). 1997-1999 yılları arasında hasta güvenliği ile ilgili yapılan çalışmalara, bu konu ile ilgili araştırma sonuçlarının yer bulduğu raporlar yön vermiş ve bu raporlar kamuoyuna sunulmuştur. 1999 yılında IOM' nin "Sağlık Bakımı Kalite

Komitesi" tarafından "To Err is Human" (Daha Güvenli Bir Sağlık Sistemi Oluşturmak) adı altında yayımlanan raporu, hasta güvenliğinin temel endişe kaynağı olduğunu vurgulaması ve bu konuyu odak noktası göstermesi sebebiyle, bu yılın önemli gelişmelerinden olmuştur.

Hasta güvenliği çalışmaları 21. yüzyılda hız kazanmıştır. 2000 yılında bakım kalitesinin artırılması için hasta güvenliği ve kalite ile ilgili standartlar oluşturulmaya başlanmıştır. IOM tarafından "Kalite Uçurumlarını Aşmak", JCI tarafından ise; "Güvenlik Standartları Raporu" yayımlanmıştır. Hasta Güvenliği Konferansı başkanlığında, "Hasta Güvenliği Araştırma ve Kalite Ajandası" (Agency for Healthcare Research and Quality-AHRQ) yayımlanmıştır. 2001 yılında "Ulusal Hasta Güvenliği Görev Gücü" (FDA, AHRQ, CDC, CMS) kurulmuştur. 2002 yılında sağlık sigorta şirketleri de hasta güvenliği konusuna, kendilerinin de yer aldıklarını gösteren çalışmalar yapmışlardır. 2003 yılında JCI tarafından yeni araştırma süreci boyunca "Halkın Sağlığını Artırma Stratejileri Vizyonu" duyurulmuş, IOM tarafından "Ulusal Eylem İçin Öncelikli Alanlar" isimli rapor yayımlanmıştır. AHRQ tarafından hasta güvenliği göstergeleri ve web tabanlı kalite ölçümleri kitabı yayımlanıp, "Sağlık Geliştirme Enstitüsü" tarafından interaktif kalite kaynakları daha da geliştirilmiştir (Çiçek K., 2018: 13). Sağlık hizmetinin verildiği hastanelerde ve diğer kurumlarda uygulanabilir hasta güvenliği hedeflerinin belirlenerek tıbbi hataların azaltılmasını hedefleyen JCAHO, 2003 yılında ABD 'de "Ulusal Hasta Güvenliği Hedefleri" ni ilan etmiş ve 2005 yılından itibaren bu hedefler, uluslararası hasta güvenliği hedefleri olarak kabul görmüştür (Spruill ve ark, 2009: 716-717). Bu hedefler sağlık hizmeti sunulan tüm alanlar için belirlenmiştir ve her yıl yeniden gözden geçirilmektedir (Calfee, 2012:359-371). 2005-2006 yılları arasında sağlık bakımı ile ilgili enfeksiyonların önlenmesi için "el hijyeni" konusunda ilk rehber oluşturulmuştur.

2.4. Türkiye'de Hasta Güvenliğinin Tarihsel Gelişimi

Uluslararası alanda giderek önem kazanan hasta güvenliği konusunun Türkiye'de gündeme gelmesi ve bu konuda bilimsel araştırmaların başlaması 2000'li yılların ortalarına doğru olmuştur. Sağlıkta Dönüşüm Programıyla birlikte "Hasta güvenliği" kavramına ilişkin önemli adımlar atılmaya başlanmıştır. 2006 yılında Hasta Güvenliği Derneğinin kurulması ülkemizin adım attığı ilk gelişme olup, bu dernek hasta güvenliği konusunda üç kez uluslararası kongre düzenleyerek hasta güvenliği kültürünün yayılmasını amaçlamıştır. (Çiçek, 2018:14). Ülkemizde sağlık hizmetleri sunumunda

kalite ve akreditasyon çalışmalarının geniş bir yer tutmaya başlamasıyla da hasta güvenliği konusundaki hassasiyet giderek artmıştır. Sağlık Bakanlığı tarafından 2007 yılında, sağlık hizmetleri ile ilgili enfeksiyonlarla mücadele kapsamında "Ulusal Hastane Enfeksiyonları Sürveyans Programı" aktif hale getirilmiştir. Genellikle enfeksiyon hastalıkları disiplini tarafından tartışılan hastane enfeksiyonları konusu, bu programla birlikte artık hasta güvenliği sorunu olarak değerlendirilmeye başlamıştır (Erayman, 2009: 22-23).

2008 yılında Sağlık Bakanlığı aracılığıyla "Sağlıkta Kalite ve Performans Yönergesi" ve 29 Nisan 2009 tarihli resmî gazetede "Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ" yayımlanmıştır (Tak, 2010: 74). Bu tebliğin amacı, "Sağlık kurum ve kuruluşlarında hasta ve çalışan güvenliği ile ilgili ortaya çıkabilecek risklerin azaltılması için, hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesine ve yaygınlaştırılmasına, bunu sağlayacak uygun yöntem ve tekniklerin belirlenmesine, hasta ve çalışan güvenliği hususunda geliştirilen iyi uygulama örneklerinin yaygınlaştırılmasına, hizmet içi eğitim yoluyla personelin farkındalık ve niteliklerinin artırılmasına, hasta ve çalışan güvenliğiyle ilgili raporlama sistemlerinin oluşturulmasına, hasta bakım ve tedavi sürecinde güvenlik ve kalitenin artırılmasına, hasta ve çalışanların sağlık hizmetinin sunum sürecinde karşılaşabilecekleri muhtemel risk ve zararlardan korunmasına yönelik usul ve esasları düzenleme" olarak belirlenmiştir. Sağlık kurum ve kuruluşlarının bu tebliğle beraber hasta ve çalışan güvenliği kapsamında yerine getirmesi gereken hasta ve çalışan güvenliği uygulamaları şu şekilde belirlenmiştir (Özcan, 2018: 22).

- Hasta kimlik bilgilerinin tanımlanması ve doğrulanması
- Sağlık hizmeti verenler arasında iletişim güvenliğinin geliştirilmesi
- İlaç güvenliğinin sağlanması
- Enfeksiyon risklerinin azaltılması
- Güvenli cerrahi uygulamalarının sağlanması
- Çalışan güvenliği için gerekli önlemlerin alınması
- Hasta ve çalışanların fiziksel saldırı, cinsel taciz ve şiddete maruz kalmalarına karşı gerekli güvenlik tedbirlerinin alınması
- Kan transfüzyonunda güvenli uygulamaların sağlanması,
- Hasta düşmelerinin önlenmesi

- Sıra beklemeden kaynaklanan olumsuzlukların önlenmesi
- Temel yaşam desteği sürecinin güvence altına alınması (Mavi Kod uygulaması)
- Yeni doğan ve çocuk güvenliğinin sağlanması (Pembe Kod uygulaması)
- Afetler (deprem, yangın, sel) ve olağan dışı durumlarda tedbir alınması (Resmî Gazete, 2009, Sayı: 27214)

Bu yönergelerin yayımlanması ile hasta güvenliği; başta sağlık kuruluşları olmak üzere hastalar, bilim insanları, hukukçular, teknoloji üreten şirketler ve danışmanlar gibi çok geniş bir topluluğun ilgi alanında yer almıştır (Tak, 2010: 74). Ayrıca Sağlık Bakanlığı tarafından; "Çok Paydaşlı Sağlık Sorumluluğunu Geliştirme Programı" kapsamında bir hasta güvenliği çalışma grubu oluşturulmuş ve Türkiye'de hasta güvenliğinin geliştirilmesi için temel hedef olarak birtakım konular belirlenmiştir. (Dönmez, 2017: 12-13) Bu konular;

- 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: 1007).

2.5. Uluslararası Hasta Güvenliği Uygulamaları

Sağlık hizmetlerinde hasta güvenliğini sağlayabilmek ve bakım kalitesini artırabilmek adına, dünya genelinde pek çok kurum ve kuruluş, çalışmalarını sürdürmektedir. Bu kuruluşlardan; JCAHO ve IOM başta olmak üzere; WHO, ISQua , (European Society for Quality in Health Care-ESQH), AHRQ, NPSF ve (National Health Service-NHS) gibi kuruluşlar da faaliyetlerini sürdürmektedir (Legido-Quigley ve ark., 2008: 12).

Bu faaliyetlerin sonucunda sağlık hizmetleri sunumunu daha kaliteli ve daha güvenli hale getirmek için bazı raporlar düzenlenmiştir. Bu raporların en önemlisi 1999 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde IOM tarafından yayımlanan "To Err is Human: Building a Safer System (Her İnsan Hata Yapabilir; Daha Güvenilir Bir Sağlık Sistemi Oluşturmak)" isimli rapordur. Raporun içeriğini; hasta güvenliği merkezlerinin kurulması, ülke çapında güvenlik raporlama sisteminin geliştirilmesi, hasta güvenliğiyle ilgili programların oluşturulması, hasta güvenliğine odaklı performans standartlarının belirlenmesi ve hasta güvenliğini geliştirmek için etkinliği kanıtlanmış uygulamaların hayata geçirilmesi gibi önemli konular oluşturmaktadır. (Kohn ve ark., 2000).

Bu önemli gelişmenin devamında, yine IOM tarafından 2001 yılında "Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century" isimli rapora göre ise; sağlık hizmetleri mevcut hizmet sunum yapısı ve organizasyonuyla hastaların ve ailelerin güvenli, etkin, etkili bir sağlık hizmeti sunumu beklentisini karşılayabilmekte yetersiz kalmaktadır. Bu nedenle, sağlık hizmeti sunucularının hizmet sunumu yaklaşımlarını ve örgütsel yapılarını yeni yaklaşımlara ve hedeflere göre değiştirmeleri gerekmektedir.

Ayrıca yayımlanan bu raporda; sağlık sisteminin etkili, güvenli, hasta merkezli, zamanında, verimli ve adil bir şekilde yeniden yapılandırılması önermektedir. Bu kavramlar da şu şekilde açıklanmıştır: (Akalın, 2004: 12).

Güvenli sağlık hizmeti (hasta güvenliği): Hastalara yardım ederken zarar vermeden kaçınılması

Etkili sağlık hizmeti: Hizmet sunumunun bilimsel bilgilerden ve kanıta dayalı tıp uygulamalarından beslenmesi, sağlık hizmetinin yetersiz ya da gereksiz kullanımının önlenmesi

Hasta odaklı sağlık hizmeti: Hastanın ihtiyaç, değer yargıları ve tercihlerine saygı duyulan ve klinik süreçte karar verme mekanizmalarına dahil edilerek sunulan sağlık hizmeti

Zamanında verilen sağlık hizmeti: Gecikmelerin ve beklemelerin sağlığa zarar vermesinin önlenmesi (ulaşılabilir sağlık hizmeti)

Verimli sunulan sağlık hizmeti: Maliyetin etkin olduğu, israfın önlenip kaçınıldığı sağlık hizmeti sunumu

Eşit dağılım: Sunulan sağlık hizmetinin ırk, renk, cinsiyet, coğrafya gibi sosyoekonomik farklılıklar gözetilmeksizin eşit kalitede olması (Institute Of Medicine, 2001).

2002 yılında AHRQ, hasta güvenliği doğrultusunda yaptığı analizler sonucunda yatan hastalarda istenmeyen olaylar ve bunların komplikasyonlarını belirlemekte kullanılmak üzere iki temel alan geliştirmiştir. Hastane seviyesinde 20, alan seviyesinde 7 olmak üzere toplam 27 seviyeden oluşan "Hasta Güvenliği Göstergesi" (indikatörü) belirlenmiştir.

Hastane seviyesinde hasta güvenliği göstergeleri arasında; anestezi komplikasyonları oranı, cerrahi işlem sırasında vücutta yabancı cisim bırakma oranı, tıbbi bakımdan kaynaklanan enfeksiyonların oranı, cerrahi girişim sonrasında kalça kırıkları oranı, cerrahi girişim sonrasında psikolojik veya metabolik düzensizlik oranı, yeni doğanı etkileyen doğum travması oranı vb. yer alırken, alan seviyesinde hasta güvenliği göstergeleri arasında ise; cerrahi işlem esnasında vücutta yabancı cisim bırakma oranı, tıbbi bakım kaynaklı enfeksiyonlar oranı, cerrahi işlem sonrası kanama veya hematom oranı vb. göstergeler yer almaktadır (AHRQ, 2003).

JCAHO ise IOM' nin raporları doğrultusunda 1999 yılından bu yana JCI aracılığıyla dünya genelinde sağlık kuruluşlarına akreditasyon hizmeti vermeye başlamış ve hasta güvenliği hedeflerini Amerika dışında da uygulamaya geçirmiştir. JCI, uzman bir grup danışmanlığında her yıl, "Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri" ni (International Patient Safety Goals- IPSG) yayımlamaktadır. Bu hedeflerini yıllık olarak gözden geçirmekte ve yenilerini eklemektedir. Son olarak 2007 yılında yayımlanan ve 2010 yılında yeniden güncelleştirilen "Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri" şunlardır:

- Hastanın Doğru Tanımlanması
- Etkin İletişimin Sağlanması
- Yüksek Riskli İlaçların Kullanımında Güvenliğin Sağlanması
- Doğru- Taraf, Doğru- Prosedür ve Doğru- Hasta Cerrahisinin Sağlanması
- Sağlık Bakımı İlişkili Enfeksiyon Riskinin Azaltılması
- Hastanın Düşmeden Kaynaklanan Zarar Görme Riskinin Azaltılması (JCI, 2010)

2004 yılında WHO aracılığıyla; sağlık bakanlıkları, hasta güvenliği uzmanları, ulusal hasta güvenliği kuruluşları, sağlık meslek kuruluşları ve tüketici örgütleri bir araya gelerek, hasta güvenliği konusundaki uluslararası gelişmelerin koordine edilip ivme kazanması için WAPS kurulmuştur (Pittet ve Donaldson, 2006). İttifak iki yılda bir "Küresel Hasta Güvenliği Mücadelesi Toplantıları" düzenlemekte ve her toplantıda bir sonraki iki yılın çalışma raporunu ve eylem alanlarını kapsayan bir ilerleme raporu yayınlamaktadır. 2008-2009 "World Alliance for Patient Safety Forward Programme" (Hasta Güvenliği İçin Dünya İttifakı İlerleme Programı) 'nda12 adet eylem alanı belirlenmiştir. (Dönmez, 2017: 14-16) Bu alanlar aşağıdaki gibi sıralanmıştır

1. Küresel Hasta Güvenliği Mücadelesi: Tüm üye devletler için önemli bir risk alanında yer alan küresel hasta güvenliği mücadelesi, hasta güvenliği hususunda 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 hizmetleri kaynaklı enfeksiyonlar konusuna odaklanmıştır. 2007-2008 yılları arasında ikinci Küresel Hasta Güvenliği Mücadelesi "Safe Surgery Saves Lives (Güvenli Cerrahi Hayat Kurtarır)" temasıyla bu kez, güvenli cerrahi konusuna odaklanırken, üçüncü Küresel Hasta Güvenliği Mücadelesi 2009-2010 yılları arasında "Tackling Antimicrobial Resistance (Antimikrobiyal Dirençle Mücadele)" temasıyla dikkat çekmiştir.

2. Hasta Güvenliği İçin Hastalar: Dünya çapındaki tüm hastaları hasta güvenliği hareketinin merkezine almaktadır.

3. Hasta Güvenliği için Araştırma: WHO üye devletleri içinde, daha güvenli bir sağlık hizmetini destekleyen uluslararası bir araştırma gündemi olanağı yaratmaktadır.

4. Hasta Güvenliği İçin Uluslararası Sınıflandırma: Küresel anlamda öğrenmenin kolaylaşması için, hasta güvenliği kavramlarını sınıflandıran uluslararası alanda kabul görmüş bir sistem geliştirilmesini açıklamaktadır.

5. Hasta Güvenliği İçin Raporlama ve Öğrenme: Var olan bilgilerden öğrenmeyi kolaylaştırmak ve güvenlik raporlama sistemleri için iyi uygulama kılavuzlarının oluşturulması amaçlanmaktadır.

6. Hasta Güvenliği Çözümleri: Bilginin pratik çözümlere dönüştürülmesini ve bu çözümlerin uluslararası alanda yayılmasını içermektedir.

7. Hasta Güvenliğinde High 5s: "High 5s" projesi; hasta güvenliğini geliştirmek konusunda organizasyonel, klinik ve takım çalışmalarında değişim için en iyi uygulamaları yaymayı planlamaktadır. Bu girişimin asıl amacı; girişime katılan yedi ülkenin (Avustralya, Almanya, Hollanda, Kanada, Yeni Zelanda, İngiltere ve ABD) hasta güvenliğini etkileyen beş önemli sorununa yönelik standart operasyon süreçlerinin gelecek beş yılda uygulanmasını ve öğrenilen bilgilerin diğer üye devletlerde yaygınlaştırılmasını içermektedir.

8. Hasta Güvenliği İçin Teknoloji: Bu eylem alanı, hasta güvenliğinin geliştirilmesi adına teknolojik yeniliklerin getirmiş olduğu fırsatlara odaklanır.

9. Bilgi Yönetimi: Üye ülkeler arasında hasta güvenliği gelişmelerine ilişkin bilgilerin toplanıp paylaşılması amaçlanmıştır.

10. Santral Venöz Kateter ile İlgili Kan Dolaşımı Enfeksiyonlarının Azaltılması: Bu eylem alanı, özellikle yoğun bakım hastalarının birçoğunun yaşamını değiştirmeyi amaçlamıştır.

11. Sağlık Bakımı Eğitimi: Sağlık bakım hizmetlerinin güvenliği, ancak hasta güvenliği hakkında uygun bilgi ve becerilere dönüşebilen eğitim ile geliştirilmesi mümkün olacaktır. Bu bağlamda bu eylem alanı, tıp öğrencileri için müfredatla ilgili bir rehber olacaktır.

12. Güvenlik Ödülü: Hasta güvenliği alanında uluslararası ödülü teşkil etmektedir (WHO, 2008).

JCI tarafından 2002 yılında kurulan "Ulusal Hasta Güvenliği Hedefleri" programının ilk seti 1 Ocak 2003' te yürürlüğe girdiğinde hedefler, akredite kuruluşlarının hasta

güvenliğiyle ilgili spesifik konuları ele almalarına yardımcı olmak içindi (JCI, 2018b). 2007' deki hasta güvenliği hedeflerine, güvenlik kültürünün yıllık olarak değerlendirilmesi dâhil edilmiş ve komisyon, 2018' de "Ulusal Hasta Güvenliği" hedeflerine aşağıdaki alanları dahil etmiştir:

- Ayaktan tedavi hizmetleri
- Davranışsal tedavi hizmetleri
- Hastaneye kritik ulaşım hizmetleri
- Evde bakım hizmetleri
- Hastaneler
- Laboratuvar hizmetleri
- Hemşirelik bakım merkezleri
- Cerrahi klinikler (JCI, 2018c).

Ulusal sağlık hizmet sisteminin kalitesinin ve hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesini desteklemeyi amaçlarının bir bölümü olarak belirleyen AHRQ; hastaneler, poliklinik hizmetleri, huzurevi bakım hizmetleri, günübirlik cerrahi merkezleri ve eczaneler için hasta güvenliği kültürü değerlendirme anketinin geliştirilmesine destek olmuştur.

Oluşturulan "Hasta Güvenliği Kültürü Anketleri" aşağıda sıralanmıştır:

1. Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi
2. Hasta Güvenliği Kültürü Medikal Ofis Anketi
3. Hasta Güvenliği Kültürü Hemşire Bakımevi Anketi
4. Hasta Güvenliği Kültürü Eczane Anketi
5. Hasta Güvenliği Kültürü Günübirlik Cerrahi Merkezi Anketi

Sağlık kuruluşları bu değerlendirme anketlerini; çalışanlarda hasta güvenliği hususunda farkındalık yaratmak, hasta güvenliği kültürünün var olan durumunu değerlendirerek teşhis koymak, hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesi adına yeni alanlar belirlemek, zaman içinde hasta güvenliği kültürünün değişim eğilimlerini incelemek, hasta güvenliği girişimlerinin ve müdahalelerinin kültürel alanda etkilerini değerlendirmek, iç ve dış alanda karşılaştırmalar yapmak için kullanabilirler. Bunun yanı sıra AHRQ, hasta güvenliği kültürü değerlendirme anketlerini uygulayan kuruluşların anket verilerini girdikleri merkezi bir veri tabanı oluşturmuştur. Bu veri tabanı, hasta güvenliği kültürünü

geliştirmek isteyen kuruluşlar için hasta güvenliği kültürü anket sonuçlarını karşılaştırma konusunda hizmet vermektedir (AHRQ, 2017).

İngiltere'de ise; hasta güvenliği sorunlarını belirlemek ve uygun çözümler bulmak için 2001 yılında NHS' nin bir kolu olan Ulusal Hasta Güvenliği Ajansı (National Patient Safety Agency-NPSA) kurulmuştur.

Ajans, hasta güvenliği konusunda farkındalık yaratmak ve güvenliği artırmak adına NHS' den hizmet alan hastaların karşılaşacağı riskleri tespit etmek ve azaltmak için çalışmalar yapmakta ve bu konuda öncülük etmektedir. Bir hasta güvenliği olayı gerçekleştiği anda, İngiltere ve Galler' de bulunan (NHS) personeli, kendi yerel raporlama sistemleri aracılığı ile gizli ve online raporlar hazırlamaktadırlar. Hastalar zarar görsün ya da görmesin tüm personel, olayları bildirmek için teşvik edilmektedir (National Patient Safety Agency, 2018).

Kanada'da da Sağlık Bakanlığı tarafından, resmi olarak Aralık 2003'te Kanada Hasta Güvenliği Enstitüsü (Canadian Patient Safety Institute-CPSI) için bir finansman oluşturulmuştur. CPSI, ulusal anlamda liderlik sağlamak, Kanadalılar için daha güvenli bir sağlık sistemi inşa etmek ve bu sistemi geliştirmek için gerekli çalışmaları koordine etmeyi amaçlamıştır. Bunu, hükümetler ve paydaşlar arasındaki iş birliğini teşvik etmek, Kanada sağlık sisteminin dünyanın en güvenli ve en iyi hale gelmesine olanak sağlayacak hasta güvenliği girişimlerinin geliştirilmesine destek olmak kaydıyla yapmayı hedeflemektedir. CPSI; eğitim, araştırma, araçlar ve kaynaklar, müdahaleler ve programlar olmak üzere dört ana alana odaklanmıştır. 2005 yılında Kanada'da, 2,9 milyon dolarlık bir fon almak için 30'un üzerinde demonstrasyon projesi ve hasta güvenliği araştırması seçilmiştir (CPSI, 2018).

Avustralya ise; ilk olarak 2006 yılında sağlık hizmetlerinde güvenlik ve kalite konusundaki ulusal gelişmelerin yönlendirilmesi ve koordine edilmesi amacıyla Sağlık Hizmetleri Güvenlik ve Kalite Komisyonu (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care-ACSQHC) kurulmuştur. ACSQHC sürdürülebilir, yüksek kaliteli ve güvenli bir sağlık sistemi sağlamak adına tüketiciler, hastalar, yöneticiler, politikacılar, klinisyenler ve sağlık kuruluşlarıyla ortak çalışmaktadır. Komisyonun stratejik önceliklerini şu konular belirlemektedir:

1. Hasta güvenliği
2. Hastalar, tüketiciler ve topluluklarla olan ortaklık
3. Kalite maliyeti ve kalite değeri
4. Sağlık profesyonellerinin güvenli ve kaliteli bir bakım sağlaması için desteklenmesi (ACSQHC, 2018).

WHO öncülüğünde yürütülen WAPS çalışması kapsamında dünyadaki tüm raporlama sistemleri gözden geçirilmiştir, WHO' nun bu çalışmasında raporlama sistemleri; "ulusal raporlama sistemleri" ve "özel ve devlete bağlı olmayan raporlama sistemleri" adı altında iki başlıkta değerlendirilmiştir. Hasta güvenliği yaklaşımını destekleyen uluslararası standartlar, hasta güvenliği sistemini yeni oluşturacak olan kurumlara fayda sağlamakta ve bunun yanı sıra var olan sistemleri de geliştirmeye ve süreçleri standardize etmeye katkı sağlamaktadır (Budak, 2008: 54-57).

2.6. Tıbbi Hatalar

Hata kavramı, TDK' ya göre: "*İstemeyerek ve bilmeyerek yapılan yanlış, kusur, yanılma, yanılgı*" olarak tanımlanmıştır. Tıbbi hata kavramı da JCI tarafından, "*Sağlık hizmeti sunan bir profesyonelin uygun ve etik olmayan bir davranışta bulunması, mesleki uygulamalarda yetersiz ve ihmalkâr davranması sonucu hastanın zarar görmesi*" şeklinde ifade edilmiştir (JCI, 2019b). IOM ise 1999 yılı raporunda tıbbi hatayı; *"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 tanımlamıştır (Null ve diğerleri, 2004). Tıbbi hatalar; önceden planlanmış bir işin amaca uygun şekilde tamamlanamaması ve bu amaca ulaşmak için yapılan plan ve uygulamanın yanlış olmasıdır (Güven, 2007: 412)

Tıbbi hatalar kök nedenlerine göre; işleme bağlı hatalar, ihmale bağlı hatalar ve uygulamaya bağlı hatalar olmak üzere üç sınıfa ayrılmıştır. İlaç hataları, cerrahi hatalar, teşhis ve tanı koyma hataları, sistem yetersizliklerinden kaynaklı hatalar, hastane enfeksiyonları, yanlış kan transfüzyonu, hastanın düşürülmesi vb. diğer tıbbi hatalar ise; sağlık hizmetlerinin her evresinde ortaya çıkabilmektedir. Örneğin ilaç hatalarının kök nedenleri arasında; eğitim ve oryantasyon eksikliği, hastanın değerlendirilmesi

sürecindeki eksiklikler, iletişim problemleri, yeterlilik ve beceri problemleri yer almaktadır.

Leape ve arkadaşları ise; tıbbi hataları dört ana kategoride incelemişlerdir (Leape, Lawthers, Brennan, Johnson 1993: 144-49):

Tanı hataları: Tanının gecikmesine neden olan hatalar, tanıyı belirleyen testlerdeki eksiklikler, eski testlerin kullanılmasından kaynaklı hatalar, tetkik sonuçlarının ve uygulanan testlerin izlenmesinde yapılan hatalar.

Tedavi Hataları: Cerrahi işlem, prosedür veya testin uygulanmasında görülen hatalar, tedavi yöntem metoduya da verilen ilaç dozuyla ilgili hatalar, uygun olmayan bakım ve anormal test sonuçlarına yanıt verilmesi.

Önleme Hataları: Profilaktik tedavilerin yetersiz takibi veya tedavi takibi sırasında görülen hatalar.

Diğer hatalar: İletişim kaynaklı hatalar, ekipman yetersizliğinden kaynaklı hatalar ve diğer sistem eksikliklerinden kaynaklı hatalar (İntepeler, Dursun, 2012: 131)

NPSF de, tıbbi hata sınıflandırmasını aşağıdaki yapmıştır (NPSF, 2019):

Hastaya ulaşmayan hata: Hastaya özel ilaçların bulunduğu bölmede, başka hastaya ait ilaçların olduğunun fark edilmesi vb.

Hastaya ulaşan, ancak yaralanmaya veya olumsuz etkiye neden olmayan hata: Hastaya verilecek antibiyotiğin unutulması veya ağrı kesici ilacın üst üste iki kere yapılması ve bunun sonucunda hastada yan etki, olumsuz durum vs. gelişmemesi

Duygusal yaralanmalara neden olan hata: Hastanın yanlış tanı sebebiyle psikiyatri servisine yatırılması vb.

Geçici, hafif yaralanmalara sebep olan hata: Hasta gözleminin sıklaştırılmasına, tedavi planının değiştirilmesine sebebiyet veren ve yatış süresini bir günden daha az uzatan durumlar (sıyrıklar, insülin veya heparinin uygun dozda ayarlanamaması vb.)

Geçici, ciddi yaralanmalara neden olan yatış süresini uzatan hatalar: Hastanın bir günden fazla yatışına neden olan durumlar. (Yüzeysel dikişler, küçük kırıklar vb.)

Sağlık sektöründeki hataların gündeme gelip, kamuoyunun dikkatini çekmesi ancak 1990'lardan sonra olmuştur. Tıbbi müdahale sırasında oluşan hatalardan dolayı hastaların

yaralanmasına neden olan tıbbi kazalar, insan hatasından, teknolojik hatalardan ya da bunların oluşturduğu sistemler bütününden kaynaklı olabilmektedir (Bernstein ve diğerleri, 2003: 125-137).

Yapılan çalışmalarda; hataların sürekli bir şekilde tekrar edildiği ve hastaların önlenebilir hatalar nedeniyle zarar gördüğü açıkça belirtilmektedir (WHO 2005: 12-5). Tüm bu hataların insan sağlığında ciddi etkiler oluşturmadan belirlenmesi, bildirim sistemlerinin kullanılması, hataların tekrarının önlenmesi, çözüm yollarının üretilmesi ve hata olasılığını ortadan kaldıracak bir sistemin kurulması hedeflenmelidir (Akgün ve Al-Assaf, 2007: 42-7)

Tıbbi hatalar ile ilgili yapılan araştırmalara göre; ABD'de tıbbi hata kaynaklı ölümler yılda 251.454 olarak hesaplanmıştır. Aynı zamanda ABD'de tıbbi hataların kalp hastalığı ve kanserden sonra üçüncü en yaygın ölüm nedeni olduğu ve bu hataların ABD'de gerçekleşen tüm ölümlerin %9,5'ine karşılık geldiği belirtilmiştir (Makary, ve Daniel, 2016; Anderson ve Abrahamson, 2017). ABD gibi gelişmiş ülkelerin yanı sıra dünya genelinde meydana gelen toplam tıbbi hataların yaklaşık üçte ikisinin düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşandığı ifade edilmekte (WHO, 2017) ve bu ülkelerdeki hastanelerde her yıl 134 milyon tıbbi hata meydana geldiği ve her yıl 2,5 milyon ölüme neden olduğu yer alan bilgiler arasındadır (National Academies Of Sciences, Engineering And Medicine, 2018). Oysaki tıbbi hataların çoğu daha iyi politika ve uygulama yoluyla sistematik olarak önlenebilen türdendir. Bu hataları önleme maliyeti ise genellikle zararın neden olduğu maliyetten çok daha düşüktür. Tıbbi hataların toplam ulusal maliyetinin 37,6 milyar dolar ile 50 milyar dolar arasında olduğu, önlenebilir tıbbi hataların maliyetinin ise 17 milyar dolar ile 29 milyar dolar arasında olduğu tahmin edilmektedir (Slawomirski ve ark., 2017).

2.7. Hasta Güvenliği Kültürü

Tüm sağlık sistemleri içerisinde şüphesiz, hastaların zarar görmesi kaçınılmazdır ve hastaların sağlık kuruluşlarına her başvurusunda zarar görmesi ihtimali vardır (Sandars, 2009: 1-3). Sağlık hizmetlerine bağlı hataların önlenmesi ve bu hataların neden olduğu hasta hasarlarının ortadan kaldırılması veya azaltılması için hasta güvenliği kültürünün oluşturulması büyük önem taşımaktadır (Akalın, 2007: 32-35). NPSA hasta güvenliğini; hastanelerde risk değerlendirme, hasta ile ilişkili risklerin yönetimi ve de tanımlanması,

yinelenen risklerin azaltılması, raporlanması ve analizi için geliştirilen çözümlerin uygulamaya konulması sonucu hastaya daha güvenli bakım verme süreci olarak tanımlamaktadır (Gözlü ve Kaya, 2012: 175-182)

Bu bölümde, hasta güvenliği kültürünün daha iyi anlaşılabilmesi için; kültürün, örgüt kültürünün ve hasta güvenliği kültürünün tanımları yapılacak, hasta güvenliği kültürünü oluşturan alt bileşenlerden başlanarak sağlık hizmetlerinde hasta güvenliği kültürünün gelişimi kapsamlı bir şekilde açıklanacaktır.

2.7.1. Kültür

Kültür sözcüğü, farklı alanlarda farklı anlama gelecek şekilde kullanılmıştır. Deal ve Kennedy kültürü; kısaca ‘’ işleri yapma şeklimiz’’ şeklinde ifade ederken, Atchison ve Carlson ‘’ bir organizasyonun kişiliği’’ olarak açıklamıştır. Smircich'e göre kültür; birtakım önemli fonksiyonları yerine getiren ve aynı zamanda paylaşılan, anahtar değer ve inanışlar bütünü olarak algılanabilir. İşlevsel anlamda ilk olarak, örgüt üyelerinin her birine bir kimlik duygusu kazandırır. İkinci olarak, bireyin kendisinden büyük bir şeye bağlı olmasını sağlar, üçüncü olarak, sosyal sistemin dengesini güçlendirir, dördüncü olarak, davranışları yönlendirip şekillendiren bir rasyonelleştirme servisi olarak çalışır (Smircich, 1983:345).

2.7.2. Örgüt Kültürü

Örgüt kültürü, farklı boyutlarıyla tartışılan bir kavram olup, araştırmacılar tarafından henüz net bir tanımı yapılmamıştır. Literatüre göre ‘’örgüt kültürü’’ kavramı, 1980'li yıllarda önem kazanmıştır. 1979 yılında yayımlanan, Pettigrew'in "Örgüt Kültürleri Üzerine" (On Studying Organizational Cultures) isimli makalesi bu ivmenin bir başlangıcı olarak kabul edilmektedir (Yağmurlu, 1997: 717) Kousez, Caldwell ve Posner (1983) örgüt kültürünü; “İş yaşamında yaratılan sürekli ve semboller aracılığı ile iletilen inançlar ve değerler bütünü” olarak açıklanmıştır. Eliot Jaques’ a göre ise; "Bir örgütün kültürü, örgüt içerisindeki işlerin yapılış ve işleyişi dönüşümün genel bir biçimidir ve bu durum tüm örgüt üyeleri ile paylaşılmaktadır, ayrıca yeni üyeler örgüt hizmetine kabul edilebilmek adına bunları öğrenmek ve kabul etmek durumundadırlar.” David Farnham (1990) ise örgüt kültürünü; “İşin organize edilmesinin, otoritenin kullanılmasının, insanların ödüllendirilmesi ve kontrol edilmesinin nasıl olması gerektiğine ilişkin

kuvvetli inançlar bütünü" şeklinde ifade ederken, Caren Siehl ve Joanne Martin de "Örgütsel kültürün, örgütü bir arada tutan bir tutkal olarak nitelendirildiğini ve kültürün, onu oluşturan bireylerin değer, inanç ve beklentileri üzerinde odaklaşmakta olduğunu" söylemişlerdir (Terzi, 2000: 15)

Görüldüğü üzere örgüt kültürü kavramıyla ilgili, birçok bilim adamı tarafından farklı tanımlar yapılmış ve örgüt kültürüne, farklı yaklaşımlar getirilmiştir. 1970'li yıllardan başlayıp 1980'li yıllarda ivme kazanan bu kavramla ilgili yapılan tanımlar dikkate alındığında, "örgüt üyeleri tarafından ortak olarak paylaşılan değerler, varsayımlar, inançlar ve uygulamalar" ifadesiyle; örgüt kültürünün tanımı, ortak ve tamamlayıcı bir yaklaşımda birleştirilebilmektedir.

Örgüt kültürünün temel özellikleri ise şu şekilde sıralanabilmektedir:

- Örgüt kültürü, üyelerinin gereksinimlerini karşılar ve onlara karşı yol gösterici bir tutum sergiler.
- Örgüt kültürü, örgüt içindeki elemanların örgütsel bir kimlik edinmelerini sağlar, örgüte girmiş bir üye işlerini kendi başına yapan bir kişi olmayı bırakmış ve örgütü oluşturan temel bir unsur olmuştur. Birey kendisini; çalışma arkadaşları, işletme ve yönetimle bütünleştirir.
- Örgüt kültürü, şekli olarak belirlenmediğinden yazılmış kurallar bütünü olmayıp, yazılı kural özelliklerini de göstermez.
- Örgüt kültürü, birlik ve beraberlik hissini kolaylaştırır. Örgüt içindeki kuralların dışında olan, örgüt hedeflerine ulaşımı sağlayan, örgütte birlik ve beraberlik hissini oluşturan davranışlar da buna katkı sağlar.
- Örgüt kültürü örgütün yalnızca bir kısmına değil, örgütün tamamına yöneliktir. Ancak bazı örgütlerin içindeki yapılanmalardan dolayı oluşan farklılıklar, örgüt içinde farklı kültürler oluşmasına neden olabilir.
- Örgüt içinde düzene oturmuş bir örgüt kültürü, örgüt çalışanları için oldukça önem arz eden ödül sisteminin, düzgün bir şekilde işleyişine katkı sağlar.
- Örgüt kültürü, örgüt içindeki üyeler tarafından paylaşılan bir yapıdır. Zira örgüt kültürü doğal yollarla gelişen bir yapı olmamakla birlikte, örgüt içindeki üyeler tarafından örgüte kazandırılan bir olgudur.

- İnsan değişim gösterdiği müddetçe, örgüt kültürünün de değişime uğrama durumu mevcuttur. Yönetimdeki üst kademeler tarafından yapılacak olan kültür değişimlerinin, alt birimlerdeki değişime etkileri aynı ölçüde olamaz.
- Örgüt içindeki çalışanların katkısıyla oluşan örgüt kültüründe, üst kademenin desteği büyük önem taşır (Alamur, 2005: 26)

2.7.3. Güvenlik Kültürü

Güvenlik kültürü, günümüzde hasta güvenliğini iyileştirmeyi hedefleyen sağlık kuruluşları için önemli bir sorun haline gelmiştir (Kennedy, 2001). Sağlık hizmetlerinin organizasyonu sürecinde hasta güvenliği kültürünün değerlendirilmesi, sağlık hizmetlerinin kalitesinin iyileştirilmesi için kritik bir adım olarak kabul edilir (Kohn ve diğerleri, 2000). Bu durum; mevcut güvenlik kültürünün veriye dayalı değerlendirme yapması, personel ve yöneticilerin güvenlik konularına olan bağlılık algılarının anketleri gibi önlemlerle başlar (Clarke, 1999: 185-198). Nitekim bu görüş; diğer hasta güvenliği uygulamalarının faaliyete geçirilmesinde başarı elde edilebilmesi için, bir güvenlik kültürünün gerekli olduğunu ifade eden Shostek (2007) tarafından da desteklenmiştir.

"Güvenlik kültürü" kavramı ilk kez, 1986' da yaşanılan Çernobil nükleer faciası sonrasında, Uluslararası Atom Enerjisi Kurumu (International Atomic Energy Agency-IAEA)' nun yaptığı "zayıf güvenlik kültürü" şeklindeki açıklama ile gündeme gelmiştir. Olay sonrası IAEA kaza ile ilgili bir rapor hazırlamış ve bu raporda; olayın gerçekleşmesine, kurumdaki zayıf güvenlik kültürünün neden olduğunu belirtmiş, böylelikle güvenlik kültürü kavramına ve kavramın önemine dikkat çekmiştir. Bunun sonucunda güvenlik kültürü kavramı ve bununla ilgili yapılan araştırmalar gündemde yer almaya başlamıştır (Özkan ve Lajunen 2003: 3-4). Güvenlik kültürü kavramsal olarak ele alındığında; bir organizasyon içinde yer alan personelin hizmet verme süreçleri boyunca, sürekli ve aktif olarak hata yapma ihtimallerinin farkında oldukları bir kültürdür de denilebilir (NPSA, 2004).

Literatürde, güvenlik kültürünün çeşitli tanımları yapılmıştır. Bunlara değinecek olursak; Cooper' a göre güvenlik kültürü; sağlığı ve güvenliği bireysel anlamda etkileyen, iş ve örgütsel özellikleri ön plana çıkaran kurumsal kültürün bir alt bileşenidir. Ayrıca Cooper, güvenlik kültürünü değerlendirmenin amacının; kaza ve yaralanma oranlarının azaltılması, güvenlik konularına yeterli dikkat ve bağlılığın verilmesi olduğunu ifade

etmiştir (Cooper, 2000: 111-113). Pronovost ve arkadaşları (2009)ise; güvenlik kültürünü inançlar, normlar, tutum ve değerler olarak tanımlamışlardır. Kültür, tipik şekilde bir grubun uzun süren çalışmasını üstlenen etnograflar ve antropologlarla ilişkilidir. Buna mukabil, sağlık kuruluşları güvenlik kültürünün düzenli bir biçimde değerlendirilebilmesi için, bilimsel anlamda sağlam ve aynı zamanda uygulanabilir yöntemlere gereksinim duymaktadır. Güvenlik kültürü değerlendirmeleri, personelin hasta güvenliğine yönelik tutumlarını içermektedir (Pronovost ve diğerleri, 2009: 333).

Nieva ve Sorra (2003)'nın "Sağlık ve Güvenlik Komisyonu" öncülüğünde yayımlamış oldukları rapora göre; "Örgütün güvenlik kültürü, bir kurumun sağlık ve güvenlik yönetimine olan bağlılığını, yetkinliğini ve stilini belirleyen bireysel ve grup değerlerin, tutum ve algıların, yetkinliklerin oluşturduğu bir davranış kalıpları ürünüdür. Olumlu bir güvenlik kültürüne sahip kuruluşlar, karşılıklı güven esasına dayalı iletişim ile, güvenliğin önemine ilişkin ortak algılar ve önleyici önlemlerin etkinliğine karşı duyulan güven ile karakterize edilir." Ayrıca (Nieva ve Sorra); bir organizasyonda güvenlik uygulaması için bir teşhis aracı olarak hasta güvenliğinin değerlendirilmesine bakmış ve bu değerlendirmenin, personelin güvenlik konularına ilişkin farkındalığını artırabileceğini, güçlü ve zayıf alanların belirlenmesine yardımcı olabileceğini belirtmiş, böylelikle yöneticilerin güvenliği iyileştirmek, müdahalelerini değerlendirmek ve nihayetinde uygulamayı belirli bir hastane ile diğer hastaneler arasında kıyaslama olarak kullanabileceklerini ifade etmişlerdir (Nieva ve Sorra, 2003: 18). Flin ve arkadaşları da bu görüşü benimsemiş, ayrıca bir organizasyonda hasta güvenliği alanındaki zayıflıkları belirleyerek doğru bir değerlendirme sağlamak için, geçerli ve güvenilir bir ankete sahip olmanın önemini vurgulamışlardır, yöneticilerin doğru müdahale yapabilmeleri için bunu gerekli olduğunu savunmuşlardır (Flin ve ark., 2006: 109-115). Ancak Guldenmund; anketlerin başka bir değerlendirme aracı ile birleştirilmedikçe, uygulamanın organizasyon içindeki güvenlik kültürü ile ilgili temel sorunlara ulaşamayacağı konusunda uyarmıştır (Guldenmund, 2000: 215-257).

Tüm bu tanımlamalarla birlikte, güvenlik kültürü de hasta güvenliğindeki eksiklikleri gidermek amacıyla belirlenmiş olan önemli bir strateji olarak kabul edilmektedir (Gözlü ve Kaya 2016: 441). Bunun yanı sıra, tehlike unsurunun yüksek olduğu endüstriler arasında yer alan sağlık sektöründe, güçlü güvenlik kültürlerinin oluşturulması, insan hayatına mâl olan tıbbi hataları önleme potansiyeline sahip olunmasını sağlayacaktır

(Tütüncü ve diğerleri, 2007: 524). Sağlam temellere oturtulmuş güçlü bir güvenlik kültürü, tıbbi hataları en az seviyeye indirgeyebilir. Bu açıdan sağlık kuruluşları, bilhassa tıbbi laboratuvar yöneticileri, hasta güvenliğini garanti edebilmek adına, sorumluluk almaya teşvik edilmelidir. İyi bir güvenlik kültürü; hatalar için bireyleri suçlamak yerine sistemi iyileştirmeye odaklanmalı, hataları bildirmeyi ve onlardan ders almayı teşvik edip, güvenli olmayan faaliyetlerin sık tekrarlanmasının önüne geçmeyi hedeflemelidir (Thomas ve diğerleri, 2005: 2).

2.7.4. Hasta Güvenliği Kültürünün Oluşturulması

Güvenli bir sağlık hizmeti sunma yolunda atılacak ilk adımının liderlik ve hasta güvenliği kültürünün oluşturulmasından geçtiği yadsınamaz (Budak, 2008: 54). Değerlerin, inanç ve tutumların değiştirilmesi kolay değildir. Bir örgütte güvenlik kültürünün geliştirilebilmesi için, güçlü ve aynı zamanda kararlı bir liderlik şarttır. Liderin ya da yöneticinin güvenlik kültürünü geliştirebilmesi için öncelikle onu anlaması ve şimdiki durumla analizini yapabilmesi gereklidir (Kaya, 2009: 33). Bu kültüre sahip olan liderlerin göstermesi gereken davranışların bir kısmını şu şekilde sıralamak mümkündür (Akalın, 2004: 13):

- Hasta güvenliği konusunun herkes tarafından sahiplenilmesi gereken bir konu olduğunun bildirilmesi.
- Hasta güvenliği konusunda çalışanlar, hastalar ve liderler arasında açık iletişimin teşvik edilmesi.
- Hasta güvenliğini tehdit eden işlemleri belirlenmesi ve azaltılması hususunda çalışanlara sorumluluk verilmesi.
- Hasta güvenliği için kaynak ayrılması ve bütün çalışanların hasta güvenliği alanında sürekli eğitiminin sağlanması.

Hasta güvenliği kültürünün oluşturulmasında atılması gereken önemli adımlardan birisi de, güvenlik kültürünün değerlendirilmesidir. Hasta güvenliği kültürünü değerlendirmenin sebeplerini ise; güvenlik kültürünün teşhis edilip iyileştirme yapılacak alanların belirlenmesi, hasta güvenliği müdahalelerinin ya da programlarının değerlendirilerek zaman içerisindeki değişiminin izlenmesi, içsel ve dışsal kıyaslama (benchmarking) yapılarak, direktifler doğrultusunda düzenlemelerin gerekliliklerinin

yerine getirilmesi ve hasta güvenliği konusunda farkındalığın artırılması vb. şekilde sıralamak mümkündür (Nieva ve Sorra, 2003: 22).

Güvenlik kültürünün değerlendirilmesi sonucu elde edilen bu veriler; örgüt yöneticilerine ve çalışanlarına güvenlikle ilgili tutum ve algıları hakkında temel bir görüş sağlar. Güvenlik kültürü ölçüleri, iyileştirme yapılacak alanların belirlenmesi için tanısal araçlar olarak kullanılabilir. Bu tanısal araçlar; iyileştirme çabaları girişiminde birçok potansiyel başlama noktası olduğu için, güvenlik kültürünü değerlendirmek ve örgütün diğerlerinden daha problemli olduğu düşünülen alanları belirlemek noktasında yardımcı olabilmektedir. Problemli olduğu tespit edilen kültürel konular, altta yatan "kök nedenlerin" daha ileri derecede analizi için ve konularla doğrudan bağlantısı olan personelden iyileştirme fikirleri alabilmek için gerekli materyaller sağlayabilmektedir. Ayrıca güvenlik kültüründeki değişiklikler, hasta güvenliği programlarının ve uygulamalarının etkililiğinin bir kanıtı olarak da kullanılabilir (Kaya ve Güven, 2005).

Güvenlik kültürünün geliştirilmesi konusunda çalışmalar hızla ilerlerken, bir yandan da güvenlik kültürünün önünde birçok engel keşfedilmiş ve tartışılmıştır. Literatüre göre; 'hatalar için cezalandırıcı yanıt verme' sağlık hizmetlerindeki hataları önlemenin ve güvenlik kültürünü geliştirme çabalarının önündeki en büyük, tek engel olarak kabul edilmiş ve bu eylem, 'suçlama kültürü' olarak etiketlenmiştir (Leape, 1997).

Suçlama kültürü; sağlık hizmetlerinde tıbbi hatalara verilen geleneksel bir tepkidir ve hata meydana geldiğinde bir kişiyi tanımlayıp, suçlamak yoluyla oluşmuştur. Genellikle "suçlama ve utanç" yaklaşımı olarak anılan bu kültürde, olaya doğrudan dahil olanlar için ceza uygulanmaktadır. Şüphesiz bu durum, raporlamayı engelleyen cezalandırma korkusuna yol açmakta ve dolayısıyla daha fazla hatanın ortaya çıktığı kısır bir döngü ile sonuçlanmaktadır. Çünkü bu yaklaşımda kuruluş; hataların farkında değildir ve hatalarından ders alma fırsatına sahip değildir. Suçlamanın bir başka sonucu ve yarattığı korkuda, yenilikçiliğin ve yaratıcı problem çözme yetilerinin kaybıdır. Korku duyan çalışanlar, inovasyonun temel bir bileşeni olan risk alma eyleminden kaçınmaktadırlar. Bireyleri suçlamak kısa vadeli bir çözümdür ve uzun vadeli kalıcı bir çözüm arayışına gidilmez, suçlama vb. ek hızlı düzeltmelerle çözüm yolu arayışına gidilirse, sorunlar çözülemez ve hatalar devam eder. Bu tür bir yaklaşım, hasta güvenliğini kültürünün iyileştirilmesine ters etki yapar (Paul, 1997: 1-4).

IOM, daha güvenli bir sağlık sistemine doğru ilerlemenin önündeki zorlukları aşabilmek için; hataları kişisel hatalar olarak değil, sistemi iyileştirme ve zararı önleme fırsatları olarak ele almanın ve böyle bir yaklaşımla değerlendirme yapılmasının gerekliliğine vurgu yapmaktadır (IOM, 2001, s.79). Suçlama kültürünün atmosferini düzeltmek için; birçok hastane hasta güvenliğini artırmak gayesiyle, hataların rapor edilmesini teşvik eden güvenlik kültürü sistemine geçmiştir. Güvenlik kültürüne yönelişteki amaç; hizmet sağlayıcılar ile hastalar arasındaki sorunları ve gözden kaçan noktaları belirlemek, hataları azaltmak veya ortadan kaldırmak için açık iletişimin hâkim olduğu, şeffaf bir kültür ortamı elde etmektir (Frankel, Gandi ve Bates, 2003: 131).

2.8. Diş Hekimliğinde Hasta Güvenliği

Hasta Güvenliği son dönemlerde hem ulusal hem de uluslararası alanda üzerinde önemle durulan bir konu haline gelmiştir. Daha önce de belirtildiği gibi, IOM' nin 2000 yılında yayımladığı "To Err Is Human'' isimli rapor bu bağlamda bir kırılma noktası oluşturmuş ve hasta güvenliği alanında yapılan iyileştirme ve geliştirme çabalarını tetiklemiştir (Tak, 2010: 73) Literatüre bakıldığında; diş hekimliği sahasında hasta güvenliği kültürü, tıp alanındaki güvenlik kültürüne göre daha az gelişme göstermiş ve bu konuda tıp alanının gerisinde kalmıştır. Bu durumun en büyük nedeni ise; diş hekimliğinde karşılaşılan olumsuz olayların nadiren hayati tehlike oluşturduğu varsayımından ileri gelmektedir. Diş hekimliği alanında görülen olumsuz olaylar nadiren ölümcül vakaya neden olsa da; hasta güvenliğini tehdit edecek hatalar azımsanamayacak kadar çoktur. Nitekim, Obadan ve arkadaşları (PubMed, EMBASE, Web of Science ve CINAHL) veri tabanlarında 1970' den Haziran 2013'e kadar diş hekimliğinde hasta güvenliği konusunda yayımlanmış vaka raporlarını incelemişler ve diş hekimliği için geliştirilen advers olay şiddet ölçeğini kullanarak, karşılaşılan advers olayların zarar derecesine göre hastaları gruplandırmışlardır.

Bu çalışma için yayımlanan, diş hekimliğiyle ilgili 182 olumsuz olay raporunu incelemişler ve buna göre; bildirilen her üç advers olaydan ikisinin hastanın tedavisinin bitmesinden veya klinikten ayrıldıktan sonra olduğunu saptamışlardır. Her ne kadar yazarların %25,2' si hatanın meydana geldiği klinik ortamı belirtmemiş olsa da, istenmeyen olayların %40' ı bir hastanede, %34,8' i de üniversitelerdeki diş kliniklerinde ortaya çıkmıştır. Diş Hekimliğinde karşılaşılan olumsuz olayları zarar türlerine göre; gecikmiş tedavi/ yanlış tanı ile ilişkili gereksiz tedavi, dental cihaz, materyal ve prosedüre

olumsuz reaksiyonlar dahil diğer sistemik komplikasyonlar, alerji/ aşırı duyarlılık reaksiyonları, sistemik enfeksiyon, yumuşak doku yaralanması / iltihabı, yabancı cisim aspirasyonu, sinir hasarı veya yaralanması, sert doku hasarı, psikolojik sıkıntı / bozukluk, toksisite / aşırı dozda ilaç, orofasiyal enfeksiyon, kötü hemostaz / uzun süreli kanama, yabancı cisim yutulması, diğer orofasiyal komplikasyonlar, ameliyat sonrası kötü estetik sonuçlar olarak sınıflandırmışlardır.

Sonuçlara göre zarar kategorisinde ilk sırada yanlış tanı ve gereksiz tedavi yer alırken, kardiyovasküler, solunum, nörolojik ve diğer vücut sistemlerini içeren sistemik komplikasyonlar ikinci sırada, genel ve lokal anestezi sonucu gelişen komplikasyonlar üçüncü sırada yer almıştır.

Bu komplikasyonların sonucu olarak; hastaların %24,1' inin acil servise nakil veya hastaneye yatışının gerçekleştiği, %24,4' ünün kalıcı zarar gördüğü, %6,7' sinin yaşamını sürdürebilmek için tıbbi desteğe gerek duyduğu ve %11,1' inin ölümle sonuçlandığı saptanmıştır (Obadan ve ark., 2015).

Bununla birlikte, günümüz koşullarında özellikle bulaşıcı hastalıklarda ciddi anlamda artış olduğu göz önüne alındığında, mesleği gereği mukoza, kan ve kan ürünleri, kan ile kontamine vücut sıvıları ile direkt temas halinde olan, kan ile kontamine olmuş tıbbi alet-ekipmanları kullanmak zorunda kalan tüm sağlık çalışanları gibi diş hekimleri ve diş hekimliğinde yardımcı sağlık personelinin de enfeksiyon etkilerine maruz kalma olasılığı çok yüksektir (Cascella ve ark., 2020).

Çin'in Hubei eyaletine bağlı Wuhan şehrinde, 31 Aralık 2019 tarihinde nedeni açıklanamayan solunum yolu enfeksiyonu vakaları tespit edilmiş, 11 Şubat 2020' de Dünya Sağlık Örgütü WHO yeni CoV' ün neden olduğu hastalığı "COVID-19 hastalığı" olarak açıklamıştır. COVID-19 salgını karşısında sağlık personeli hem fiziksel hem psikolojik baskı altında kalmıştır. Çin Ulusal Sağlık Komisyonu raporuna göre salgınla mücadelede en başta rol alan ve COVID-19 enfekte bireylerle çalışan sağlık çalışanlarının her ülkenin en değerli kaynağı olduğu ifade edilmiştir (The Lancet, 2020).

Diş hekimleri, yardımcı personel ve buna bağlı olarak da hizmet alan hastalar, çapraz enfeksiyon konusunda yüksek risk altında olan bir gruptur. Bu durumun temel nedeni; hastalık transferlerinin, ağız sıvılarından izole edilen birçok patojen mikroorganizmadan kaynaklanıyor olmasından ileri gelmesidir. Ağız ortamındaki mikroorganizmalar; hepatit B (HBV), hepatit C (HCV), tip 1 ve tip 2 herpes simpleks, HIV, streptokok, stafilikok vb.

virüs ve bakterilerdir. Bununla birlikte enfeksiyöz hastalık taşıyıcılarının büyük bölümünün kolaylıkla tanımlanamıyor olması, bu riski daha da arttırmaktadır. Bu sebeple; diş hekimliği hizmeti alan her hasta, potansiyel patojenik mikroorganizma taşıyıcısıymış gibi düşünülmeli ve buna göre gerekli tedbirler alınmalıdır (Özkurt ve ark., 2011: 107)

Uygulama hatalarının minimum düzeyde tutulması, diş hekimliğinde hizmet kalitesinin yükseltilmesi ve hasta güvenliğinin sağlanması için, öncelikle diş hekimleri tarafından yapılan hataların neler olduğunun belirlenmesi çok önemlidir. Kandemir tarafından, Ege Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi'nde yapılan bir araştırmaya göre; diş hekimliğindeki uygulama hatalarının %64 'ünü diş hastalıkları ve tedavisiyle ilgili hatalar, %18' ini ağız diş ve çene hastalıkları cerrahisiyle ilgili hatalar, %14' ünü protetik diş tedavisiyle ilgili hatalar, %3' ünü ise; ortodonti ile ilgili hatalar oluşturmaktadır (Kandemir, 1991: 165)

Diş hastalıkları ve tedavisi ile ilgili hataların çoğunluğunu hatalı kanal tedavileri oluşturmaktadır ve bu birimde görülen en yaygın hatalar ise; kanal aleti kırma ya da kanal aleti unutmadan kaynaklı hatalardır. Bunun yanı sıra; kaide konulmadan yapılan dolgular ve iki dişe tek blok dolgunun yapıldığı durumlarda, bu birimde sıklıkla görülen hatalar arasında yer almaktadır (Cengiz, 1979: 155)

Ağız diş ve çene hastalıkları cerrahisiyle ilgili hataların çok büyük bir bölümünü de diş çekimiyle ilgili hatalar oluşturmaktadır. İlk sırada; ağızda bırakılmış kökler (radixrelicta) yer almaktadır. İkinci sırada ise; diş çekiminden önce radyografik tetkiklerin yapılmaması sebebiyle, çekim sonrası oluşan kistin yerinde bırakılmasından kaynaklı hatalar yer almaktadır. Bununla birlikte, hatalı teşhis ve tanı konulması, eksik radyografik tetkik, diş çekimi sonrası açılan sinüsün kontrolünün yapılmaması vb. hatalar da bu birimde sıkça rastlanan hatalar arasındadır (Çetingül, 1986- 10-11)

Üçüncü sırada yer alan protetik diş tedavisi ile ilgili hataların neredeyse tamamına yakınını, sabit protez (kuron- köprü) yapımı esnasında yapılan hatalar oluşturmaktadır. Bununla beraber, kesim sırasında pulpaya zarar verilmesi, destek dişlerin devitalize olması, 18 yaşından önce sabit protez yapılması, sabit protezin yüksek olmasından kaynaklanan (temporomandibular eklem-TME) problemleri, dişlerin preparasyonu sırasında komşu dişlerin zarar görmesi de bu birimde yaygın görülen hatalardandır (Halıcı ve Turgut, 1990)

Ortodonti biriminde en sık gözlemlenen hata ise, vestibül konumda bulunan kanin dişlerin çekilmesidir. Gömülü dişin arktaki yerine başka bir dişin getirilmesi de bu birimde sıklıkla karşılaşılan hatalardandır (Abuhan, 2014: 8-10)

Diş hekimliğinde hastaların zarar görmesini önlemenin en etkili yollarından biri de; olumsuz olayların tespit edilip araştırılabilmeleri için rapor edilmesidir. OESPO ve FDI vb. kuruluşlar, diş hekimliğinde oluşabilecek riskleri önlemek için girişimlerde bulunmuş ve diş hekimliğinde hasta güvenliğini sağlayacak beş temel prosedür geliştirmişlerdir. Bu prosedürler şu şekilde sıralanmıştır:

1. **Hasta Güvenliğine Öncelik Veren Sağlık Sistemleri:** Tıbbın herhangi bir dalında hasta güvenliği, bir bütün olarak sağlık sistemi ile başlamalıdır. Tıp pratisyenleri, işlerini yaparken hastaların güvenliğini sağlamayı bir hedef haline getirmelidir. Yaralanmaları önleyebilmek için tıbbi prosedürlere ilgili olmaları gereklidir. Diş hekimliği ekibinin üyeleri de hataları ve kazaları bildirmeli ve hasta güvenliğini kendi sorumlulukları bilmelidir.
2. **Diş Hekimlerinin Klinik Kayıtlara Odaklanması:** Diş hekimliğinde klinik kayıtların önemi fazlaca vurgulanmaz. OESPO' ya göre, bir diş hekiminin tedaviden önce mutlaka hastanın tıbbi geçmişini kontrol etmesi gerekir. Bu noktada alerjileri, patolojileri ve ilaçları gösteren klinik kayıtların düzenli olarak güncellenmesi de önem taşır. Alınan tüm bu önlemler, diş hekiminin hastayı gereksiz hata yapmadan tedavi etmesine yardımcı olmayı amaçlamaktadır.
3. **Tedavi Amaçlı Aletlerin ve Ambalaj Malzemelerinin Yeniden Kullanımından Kaçınma:** Diş hekimliğindeki hataların ana nedenlerinden biri, kapların paketlemek suretiyle yeniden kullanılmasıdır. Belirli bir malzeme kullanımdan sonra atılacaksa, diş hekimleri bunun yapılmasını hemen o anda sağlamalıdır. Yeniden kullanılırsa, bu tek kullanımlık malzemeler hastalar arasında enfeksiyon yayabilir. Daha az koruyucu içerdiğinden ve bulundukları alanlara bulaşabileceğinden kaplar tekrar kullanılmamalıdır.
4. **Reçete Yazarken Dikkatli Olma:** Diş hekimliğinde, yanlış reçete vermek çok sık görülen bir durumdur. Ancak bu alandaki tıp uzmanları, bu tür vakaların ortadan kaldırılmasını sağlamak için önlemler alabilir. Bunun bir

yolu, hastaya reçete hakkında bilgi vermektir. Ayrıntıların verilmesi bu noktada önemlidir. İlacın ne zaman alınacağı, enjeksiyon sayısı, süresinin belirtilmesi gerekir. Hastaya doktor tavsiyesine uymanın önemi dile getirilmelidir. Diş hekimi ayrıca herhangi bir reçete yazmadan önce hastanın tıbbi geçmişine bakmalıdır. Verilen dozların kesinliği de çok önemlidir. Hastayla konuşmak ve hastanın ilaca tepkilerini kaydetmek de aynı derecede hayati önem taşımaktadır.

5. **Acil Durumlara Hazırlık:** Diş hekimliğinde acil durumlar azdır ancak diş hekimliği personeli hazır olmadığında meydana gelir ve bu durum hasta için acı verici bir deneyim olabilir. Buradaki amaç, diş hekimliği ekibinin üyelerinin tedaviye hazır olmaları, acil bir duruma müdahale etmeleri gerektiğinde rollerini bilmeleri ve her an tetikte olmaları gerekmektedir. Bu durumda diş hekimleri hastalara yakın durmalı ve başka bir sağlık kuruluşuna nakledilmeleri durumunda onlara eşlik etmelidir.

Diş bakımında meydana gelen olumsuz olayların çoğu, önlenebilir bazı hataların sonucudur. Bu temel prosedürler, bu hataların oluşumlarını azaltmaya önemli ölçüde yardımcı olacaktır (Trader, 2017).

Diş hekimliğinde hasta güvenliğinin benimsenmesi ve yerleşmesi için; ağız ve diş sağlığı hizmeti sunan çalışanlar; güncel literatürü takip etmeli, bunun yanında pratik bilgi ve tecrübelerini geliştirmek ve hasta güvenliği konusunda farkındalıklarının artmasına katkı sağlamak üzere, düzenlenen sürekli mesleki eğitim kurslarından da faydalanmalıdırlar. Bu konuda özellikle CED ’nin 2008’de hazırladığı “hasta güvenliği” konulu yazısındaki öneriler; diş hekimlerinin klinikte kullandıkları çeşitli materyallerin hasta güvenliği ile uyumunun önemini vurgulamakta ve hasta güvenliği konusunda farkındalık yaratmak için diş hekimlerini teşvik etmektedir. Bunun yanı sıra CED, gelecekte sağlık hizmetlerinde hasta güvenliği kültürünün güçlendirilmesi için uzmanlık ve uzmanlık eğitimi müfredatı içine konulmasını da istemektedir.

Amerikan Pediatrik Diş Hekimliği Akademisi (American Academy of Pediatric Dentistry-AAPD) de; hasta güvenliği ve sağlığının korunması için birtakım tavsiye kararları almıştır. Bunlar:

1. Güncel düzenlemeleri, teknolojileri ve uygulamaları iyi bilen lisanslı dental profesyoneller tarafından sürekli mesleki eğitim sağlanması.
2. Ulusal kanun yapan kuruluşların hastaların kimlik bilgilerinin yanlış kullanımına karşı, hastaları korumaya yönelik kanunlar oluşturması ve hekimlerin bu kanuna uyma zorunluluğu.
3. Diş hekimliği hizmeti veren kuruluşlarda; hastadan hastaya, hastadan çalışana ve çalışandan hastaya enfeksiyon bulaşmasının önüne geçilmesi için, politika, prosedür ve uygulamaların öneminin kabul edilip hayata geçirilmesi ve enfeksiyon kontrolünün sağlanması.
4. Hasta güvenliği ile ilgili fiziksel tesis ve donanım ve ekipmanların bakımı ve rutin kontrolünü, yangın güvenlik protokolü bakım ve kontrolünü ve büro emniyetinin sağlanması.
5. Sağlık hizmeti sunumunda hasta ya da yakınıyla etkili iletişim ve ilişki sağlanması için; hastanın aktif olarak tedaviye katılmasına, bazı istenmedik olaylar ve problemlerden kaçınılmasına yardım etmesi konusunda hasta onam formlarının sağlanması.
6. Tam ve doğru hasta kimlik tespiti için; dental bakım, hizmet ya da tedavi sırasında, en az iki kimlik belirleyici bilgi ile hasta kayıtlarının tutulması (isim, doğum tarihi, baba adı vb.).
7. Diğer hekimlerce de yorumlanabilen, tam, doğru ve eksiksiz hasta dosyası bulunması.
8. Tıbbi tedavi süreci ve alerji durumu, hastanın tam, doğru ve kapsamlı medikal ve dental öyküsünün; hastanın her ziyaretinde hasta güvenliğinin sağlanması için sorgulanması.
9. Dental kliniklerde eğitimli personel istihdamının gözetilerek, uygun personel politikası izlenilmesi.
10. Ülke sağlık otoritesinin ve meslek odalarının önerilerinin dikkate alınması. Özellikle sedasyon, genel anestezi ve sterilizasyon-dezenfeksiyon, enfeksiyon kontrolü, tıbbi atık vb. uygulamalarda rehberlerin hazırlanarak dikkate alınması.
11. Uygulamalardaki süreçlerin uyumluluğun ve standardizasyonun sağlanması. Politika ve prosedürlerin gözden geçirilip yeniden düzenlenmesi, istenmeyen olayların azaltılması ve çalışanların farkındalığının artırılması.

12. Dentalalandanitröz oksit (N_2O)' ya maruz kalma durumunun minimuma indirgenmesi. Bu soluma ve teneffüs ajanlarının uygulanmasında ve hasta seçiminde klinik rehberlere uyulması, (N_2O) kullanım ve aktarım cihazlarının denetim ve bakımının rutin bir şekilde yapılması.
13. Diş hekimliğinde tanı ve tedavi işlemleri için, bütün sedasyon sürecinde, muhtemel yan etkilerin izlenebilmesi için kaydedilmesi.
14. Hasta güvenliğini sağlamak ve hastanın memnuniyetini artırabilmek için; hataların, riskin ve yan etkilerin ve hataların rutin bir şekilde değerlendirilerek, kalite ve güvenlik stratejilerinin geliştirilmesinin sürdürülmesi.
15. Olabilecek en düşük seviyede radyasyon maruziyeti için cihazların bakım ve kontrolünün ve uygun hasta seçme kriterlerinin baz alınması.

Tüm bu öneriler doğrultusunda; diş hekimliğinde hasta güvenliği kültürünün gelişebilmesi adına CED' nin tavsiyeleri de dikkate değerdir:

- Hastaların bilgilerinin yer aldığı veriler, emniyet altında olacak şekilde korunmalı ve ihtiyaç duyulduğunda kanunların gerektirdiği şekilde, sağlık hizmeti sunucularının bu verilere ulaşarak, faydalanması sağlanmalıdır.
- Kimlik belirtmeksizin, bizzat gönüllü olarak tıbbi hataların, yeterince başarılı olamamış tıbbi uygulamaların ve bunlarla ilgili sorunların raporlanabilmesi için ulusal düzeyde sistemlerin kurulmasına gayret edilmelidir.
- Diş hekimlerinin birbirleriyle ve hastalarıyla, bilim dilinin gerektirdiği şekilde etkili bir iletişim kurabilmeleri için çalışmalar yapılmalıdır.
- Diş hekimliği hizmeti veren çalışanların; bilgi ve deneyimlerini açık bir şekilde paylaşabilecekleri, bilgi alışverişi yapabilecekleri çalışma ortamlarının sağlanması gerekmektedir.
- Diş hekimliği alanında hizmet veren çalışanların; mesleki anlamda gelişmelerinin sağlanması için, hasta güvenliğine ilişkin bilgi ve yeteneklerini kullanıp, sürekli eğitimlere katılımları sağlanmalı ve güncel gelişmeler takip edilmelidir
- Güvenli bir ağız ve diş bakımının sağlanabilmesi için, genel sağlık risklerinin en düşük seviyede tutulması gerekmektedir (Altındiş, 2009).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Tipi

Bu çalışma; diş hekimlerinin ve diş hekimliği fakültesinde öğrenim gören stajyer öğrencilerin hasta güvenliği kültürüne ilişkin tutum ve algılarının değerlendirilmesine yönelik, tanımlayıcı kesitsel bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Bu araştırma, Sivas il merkezinde bulunan Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesinde yapılmıştır. Fakülte 1995 yılında kurulmuş 1996 yılında diş polikliniğinde hasta kabulüne başlamıştır. 1996 yılından bu yana faaliyetlerini yürütmekte olan kurum hem eğitim ve araştırma hastanesi niteliği taşımakta hem de yetişkinlerin ve çocukların ağız diş sağlığı sorunları ile ilgili tüm teşhis ve tedavi hizmetlerini yürütmektedir. Fakülte Sivas ve civar il ve ilçelerden gelen ortalama olarak yılda yaklaşık 30000 hastaya hizmet vermektedir. Diş Hekimliği Fakültesi bünyesinde; 109 akademik personel ve 70 idari personel çalışmaktadır.

Diş Hekimliği Fakültesinin halihazırda eğitim gören 631 öğrencisi mevcuttur. Bu öğrencilerin 197'sini; teorik eğitimin yanı sıra, pratik uygulamalar adı altında klinik uygulamalarına doğrudan katılan 4. ve 5. Sınıf öğrencileri oluşturmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Hastanesinde çalışan öğretim üyesi ve araştırma görevlisi kadrosunda olan diş hekimleri ile bir diş hekiminin sorumluluğunda doğrudan hasta muayene ve tedavilerinde aktif rol alan yakın gelecekte diş hekimi olacak 4. ve 5. Sınıf öğrencileri oluşturmaktadır. Araştırmanın yapıldığı tarihlerde Diş Hekimliği Fakültesi bünyesindeki toplam diş hekimi (Öğretim üyesi ve araştırma görevlisi) sayısı 109; 4. ve 5. Sınıf öğrencilerinin toplam sayısı ise 197'dir. Araştırmanın örneklemi "Raosoft" (http://www.raosoft.com/samplesize.html) programı kullanılarak hesaplanmıştır. Bu programda %99 güven aralığı seçilerek, çalışmada 94 diş hekimi ve 153 öğrenci olmak üzere toplam 247 bireyin örnekleme alınmasına karar verilmiştir. Ancak araştırmacının aynı hastanede 15 yıldır diş protez teknikeri olarak çalışıyor olması nedeniyle, çalışmaya katılım hedeflenen sayıdan

daha fazla olmuş ve 01.12.2019-31.01.2020 tarihleri arasında çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden 104 diş hekimi ve 174 öğrenci olmak üzere toplam 278 katılımcıya ulaşılmıştır.

3.4. Veri Toplama Araçları

Veriler araştırmacılar tarafından hazırlanan "Kişisel Bilgi Formu" ve "Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği" ile toplanmıştır (EK-1).

3.4.1. Kişisel Bilgi Formu

Bu form, çalışmaya katılan diş hekimleri ve diş hekimliği 4. ve 5. sınıf öğrencilerinin yaş, cinsiyet, medeni durum vb. sosyo-demografik bilgilerini ve hastanedeki görev/pozisyon, mesleki tecrübe, kurumda çalışma süresi ve hasta güvenliği eğitimi alma durumu gibi işe ilişkin faktörlerin belirlenmesi amacıyla hazırlanan 9 sorudan oluşmaktadır.

3.4.2. Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği (HGKÖ)

Bu çalışmada hasta güvenliği kültürünün ölçülmesi amacıyla 2004 yılında Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ- Sağlık Hizmetlerinde Araştırma ve Kalite Ajansı) tarafından hazırlanan ve Bodur ve Filiz (2010) tarafından geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılarak Türkçe'ye uyarlanan “Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği” (HGKÖ) kullanılmıştır. Ölçek 10 alt boyuttan oluşmaktadır. Bu ölçek; bir hastanenin güvenlik kültürünü bütün olarak değerlendirmede kullanılabileceği gibi, laboratuvarlar gibi daha küçük birimlerdeki güvenlik kültürünün değerlendirilmesinde veya hasta güvenliği alanında zaman içinde yaşanan değişim ve gelişmelerin tespiti ve hasta güvenliği konusundaki müdahalelerin etkisinin ölçülmesinde de kullanılabilmektedir. Toplamda yedi bölümden oluşan ölçeğin bölümleri şu şekilde sıralanmaktadır:

- Bölüm A: Çalışılan Birim
- Bölüm B: Yöneticiler
- Bölüm C: İletişim
- Bölüm D: Raporlanmış Olayların Sıklığı
- Bölüm E: Hasta Güvenliği Derecesi
- Bölüm F: Hastane
- Bölüm G: Raporlanan Olay Sayısı

42 madde, 7 bölüm ve 12 alt boyuttan oluşan Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği; 5'li likert tipindedir.

Güvenliğin kapsamlı algılanması, hataların raporlanma sıklığı, hastane üniteleri arasında ekip çalışması, hastane müdahaleleri ve değişim, yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri, organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme, üniteler içinde ekip çalışması, iletişimin açık tutulması, hatalar hakkında geribildirim ve iletişim, hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt, personel sağlama, hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği şeklinde başlıklara ayrılmıştır. Ankette kullanılan ölçekler 5'li likert tipi derecelendirmeye tabi tutulmuş olup, ölçeklerdeki maddelere ilişkin katılım düzeyleri "Hiç Katılmıyorum=1", "Az Katılıyorum=2", "Orta Düzeyde Katılıyorum=3", "Çok Katılıyorum=4" ve "Tamamen Katılıyorum=5"; sıklık düzeyleri ise "Hiçbir Zaman=1", "Nadiren=2", "Bazen=3", "Çoğu Zaman=4" ve "Her Zaman=5" şeklinde puanlandırılmıştır. Ankette yer alan A5, A7, A8, A10, A12, A14, A16, A17, B3, B4, C6, F2, F3, F5, F6, F7, F9 ve F11 maddelerindeki sorular ters yönlü sorulardır. Hasta güvenliği anket formundaki ters yönlü sorular çevrilmiş ve anketin orijinaline göre değerlendirilmeye alınmıştır. Alt ölçeklere ilişkin genel ortalama puanı değerlendirilirken "Hiç Katılmıyorum=1 (1.00-1.79) çok düşük'', "Az Katılıyorum=2 (1.80-2.59) düşük", "Orta Düzeyde Katılıyorum=3 (2.60-3.39) orta", "Çok Katılıyorum=4 (3.40-4.19) yüksek", "Tamamen Katılıyorum=5 (4.20-5.00) çok yüksek" aralıkları kriter olarak alınmıştır. Ayrıca araştırmanın yapıldığı hastanede nöbet olmadığından, ankette nöbet değişimi ile ilgili yer alan F5 ve F11 soruları anketten çıkarılmış ve 40 madde olarak uygulama yapılmıştır.

Ölçeğin alt boyutları ve soru sayıları aşağıda açıklanmıştır.

1. Güvenliğin Kapsamlı Algılanması (A10, A15, A17, A18)
2. Hataların raporlanma sıklığı (D1, D2, D3)
3. Hastane üniteleri arasında ekip çalışması (F2, F4, F6, F10)
4. Hastane müdahaleleri ve değişim (F3, F5, F7, F11)
5. Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri (B1, B2, B3, B4)
6. Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme (A6, A9, A13)
7. Üniteler içinde ekip çalışması (A1, A3, A4, A11)
8. İletişimin açık tutulması (C2, C4, C6)

9. Hatalar hakkında geri bildirim ve iletişim (C1, C3, C5)
10. Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt (A8, A12, A16)
11. Personel sağlama (A2, A5, A7, A14)
12. Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği (F1, F8, F9)

Bu çalışmada 42 maddeden oluşan hasta güvenliği kültürü ölçeğine ait Cronbach's Alpha değerinin 0,899 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=0,878) sahipken, personel sağlama boyutunda güvenilirliğin çok düşük düzeyde olduğu (Cronbach's Alpha=-0,311) tespit edilmiştir. Bu nedenle personel sağlama alt boyutu çalışmadan çıkartılmıştır. Tablo 1'de hasta güvenliği kültürü ölçeği alt boyutlarına ilişkin güvenilirlik analizi sonuçları verilmiştir.

Tablo 1. Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeğinin Güvenilirlik Analizi

	Cronbach's Alpha	Madde Sayısı
Üniteler içinde ekip çalışması	,837	4
Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri	,743	4
Hastane üniteleri arasında ekip çalışması	,687	4
Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme	,612	3
Güvenliğin kapsamlı algılanması	,638	4
Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim	,643	3
Hataların raporlanma sıklığı	,878	3
Personel sağlama (A2, A5, A7, A14)	-,311	4
Hastane müdahaleleri ve değişim (F3, F5, F7, F11)	,709	2
Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt	,613	3
İletişimin açık tutulması	,653	3
Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği	,569	3
HGKÖ	,899	42

3.5. Verilerin Toplanması

Araştırmada veriler, 01.12.2019-31.01.2020 tarihleri arasında araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden diş hekimleri ve diş hekimliği fakültesi 4. ve 5. sınıf öğrencileriyle yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır.

3.6. Verilerin Analizi

Çalışma sonucunda elde edilen verilerin değerlendirilmesi için SPSS 22 programı kullanılmıştır. Verilere normallik testi uygulandığında normal dağılım gösterdiği

görülmüş, bu sebeple çalışmada parametrik test yöntemlerinden f, t ve korelasyon analizleri kullanılmıştır.

3.7. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmaya başlanılmadan önce "Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu" nun 13.11.2019 tarih ve 2019-11/26 sayılı kararı ile etik kurul çalışma onayı alınmıştır (EK-2). Araştırmanın yapılacağı Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesinden, 11.02.2020 tarihinde anket uygulama için de izin alınmıştır (EK-3) Katılımcılara, araştırmaya katılıp katılmama konusundaki kararın tamamen kendilerine ait olduğu belirtilerek, anket formuna isim yazılmayacağı, bu çalışmadan elde edilecek verilerin yalnızca araştırma kapsamında kullanılacağı ve gizliliğin sağlanacağı yönünde sözel açıklamalar yapılmış çalışmaya gönüllü katılımları konusunda yazılı onamları alınmıştır. Ayrıca "Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği" nin kullanılması için Dr. Öğr. Üyesi Emel Filiz'den 12.09.2019 tarihinde, gerekli yazılı izin alınmıştır (EK-4)

4. BULGULAR

Bu bölümde araştırmadan elde edilen verilen tablolar halinde sunulmuş olup tablolarla ilgili açıklamalara yer verilmiştir. Araştırmaya katılan öğretim üyesi sayısının az olması nedeniyle Tablo 1'in haricindeki tüm tablolarda öğretim üyesi ve araştırma görevlileri birleştirilerek "diş hekimi" olarak gruplandırılmıştır.

Tablo 2. Katılımcıların Demografik Özelliklerinin Dağılımı

Yaş (N= 278)		
	Sayı	**%**
20-23 yaş	119	42,8
24-26 yaş	94	33,8
27-29 yaş	35	12,6
30+ yaş	30	10,8
Cinsiyet (N= 278)		
Kadın	164	59,0
Erkek	114	41,0
Medeni Durum (N= 278)		
Evli	29	10,4
Bekar	249	89,6
Pozisyon (N= 278)		
Öğretim Üyesi (Prof., Doçent, Dr. Öğr. Üyesi)	18	6,5
Araştırma Görevlisi	86	30,9
Öğrenci	174	62,6
Sınıf (N=174)		
4. sınıf	92	52,9
5. sınıf	82	47,1
Meslekte Çalışma Yılı (N=107)		
5 yıldan az	74	69,2
5 yıldan çok	30	28,0
Cevapsız	3	2,8
Kurumda Çalışma Yılı (N=107)		
5 yıldan az	83	77,6
5 yıldan çok	19	17,8
Cevapsız	5	4,6

Tablo 2'de katılımcıların demografik özellikleri verilmiştir. Buna göre katılımcıların %59'u kadın, %89,6'sı bekar, %62,6'sı öğrencidir ve öğrencilerin %52,9'u 4. Sınıf öğrencisidir. Ayrıca katılımcıların %69,2'si 5 yıldan daha az süredir diş hekimliği

mesleğini sürdürmekte ve %77,6'sı da 5 yıldan daha az süredir araştırmanın yapıldığı hastanede görev yapmaktadır.

Tablo 3. Katılımcıların Tıbbi Hata ile Karşılaşma ve Hatayı Rapor Etme Durumlarının dağılımı

Tıbbi hata ile karşılaştınız mı? (N=217)	**Sayı**	**%**
Evet	61	21,9
Hayır	217	78,1
Hatayı Rapor Ettiniz mi? (N=61)		
Evet	21	34,4
Hayır	40	65,6
Toplam	61	100,0

Tablo 3'te katılımcıların tıbbi hata ile karşılaşma ve tıbbi hatayı rapor etme durumları verilmiştir. Buna göre katılımcıların %21,9'unun şu ana kadarki çalışma yaşamında tıbbi hata ile karşılaştığı, ancak tıbbi hata ile karşılaşanların %65,6'sının karşılaştığı tıbbi hatayı rapor etmediği saptanmıştır.

Tablo 4. Katılımcıların Hasta Güvenliğine İlişkin Raporladığı Olay Sayılarının Dağılımı

	Diş Hekimi		**Öğrenci**	
	Sayı	**%**	**Sayı**	**%**
Hiç	87	83,7	160	92
1-2 olay raporu	12	11,5	9	5,2
3-5 olay raporu	0	0	4	2,3
11-20 olay raporu	4	3,8	1	0,6
20 ve üzeri olay raporu	1	1	0	0
Toplam	104	100	174	100

Tablo 4'te katılımcıların son bir yıl içinde kaç olay raporu yazıp idarecilere verdiklerine ilişkin durum verilmiştir. Buna göre diş hekimlerinin %83,7'sinin, öğrencilerin ise %92'sinin şu ana kadar hiç olay raporu vermediği saptanmıştır.

Tablo 5. Katılımcıların Hasta Güvenliği Eğitimi Alma Durumlarının Dağılımı

	Diş Hekimi		**Öğrenci**	
Hasta güvenliği konusunda eğitim aldınız mı?	**Sayı**	**%**	**Sayı**	**%**
Evet	29	27,9	58	33,3
Hayır	75	72,1	116	66,7
Toplam	104	100	174	100

Tablo 5'te katılımcıların hasta güvenliği konusunda eğitim alma durumları verilmiştir. Buna göre diş hekimlerinin %72,1' inin, öğrencilerin ise; %66,7' sinin bu konuda hiçbir eğitim almadığı saptanmıştır.

Tablo 6. Katılımcıların HGKÖ Toplam Puan Ortalaması ve Alt Boyutlardaki Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=278)

Alt Boyutlar	**Min.**	**Max.**	**Ort.**	**S.S.**
1. Güvenliğin kapsamlı algılanması	1,00	5,00	2,98	,738
2. Hataların raporlanma sıklığı	1,00	5,00	2,41	,931
3. Hastane üniteleri arasında ekip çalışması	1,00	5,00	3,04	,695
4. Hastane müdahaleleri ve değişim	1,00	5,00	2,92	,869
5. Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri	1,00	5,00	2,76	,798
6. Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme	1,00	5,00	2,79	,715
7. Üniteler içinde ekip çalışması	1,00	5,00	3,16	,866
8. İletişimin açık tutulması	1,00	5,00	2,67	,845
9. Hatalar hakkında geri bildirim ve iletişim	1,00	5,00	3,03	,766
10. Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt	1,00	5,00	2,57	,722
11. Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği	1,00	5,00	2,64	,711
Ölçek Toplam Puanı	**1,48**	**4,21**	**2,81**	**,448**

Tablo 6'da katılımcıların HGKÖ toplam puan ortalaması ve alt boyutlardaki puan ortalamaları verilmiştir. Buna göre, hekim ve öğrencilerin hasta güvenliği kültürü algılarının ($\overline{X}$=2,81) orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Katılımcıların HGKÖ' nün alt boyutlarına ilişkin puan ortalamalarına bakıldığında ise; "Üniteler İçinde Ekip Çalışması" alt boyutu ($\overline{X}$=3,16) en yüksek ortalama olarak saptanırken, en düşük puan ortalamaya sahip alt boyut "Hataların raporlanma sıklığı" ($\overline{X}$=2,41) olarak saptanmıştır.

Tablo 7. Normallik Testi

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk		
	Statistic	**df**	**Sig.**	**Statistic**	**df**	**Sig.**
HGKH	,038	278	,200*	,996	278	,763
gka	,114	278	,000	,982	278	,001
hrs	,143	278	,000	,936	278	,000
hüaeç	,127	278	,000	,977	278	,000
hmd	,183	278	,000	,952	278	,000
ybggf	,099	278	,000	,982	278	,002
oösg	,127	278	,000	,972	278	,000
üieç	,095	278	,000	,972	278	,000
iat	,110	278	,000	,973	278	,000
hhgi	,141	278	,000	,959	278	,000
hkcoy	,144	278	,000	,958	278	,000
ps	,121	278	,000	,971	278	,000
hgihg	,159	278	,000	,957	278	,000

a. LillieforsSignificanceCorrection

*. This is a lowerbound of thetruesignificance.

Bu çalışmada kullanılacak uygun analiz türünün belirlenebilmesi için ilk olarak normallik testi yapılmıştır. Bu şekilde verilerin parametrik olup olmadığı ölçülmüş, verilerin normal dağılmadığına yani bu varsayımı karşılamadığına karar verilmiş ve analizlere nonparametrik analiz teknikleri ile devam edilmiştir.

Verilerin dağılımının normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile yapılmıştır. Normal dağılıma uygunluk testi için sıfır hipotezi;

H_0: Verilerin dağılımı normal dağılıma uygundur.

şeklinde kurulur ve p(sig) değeri < $\alpha = 0,05$ ise H_0 reddedilir ancak özellikle sosyal bilimler araştırmalarında buna ek olarak verilerin normal dağılım kabul edilebilmesi için şu varsayımların 5'te 3'ünün karşılanıp karşılanmadığına bakılır[1]:

1. Histogram grafiği yorumu

2. Varyasyon katsayısının %30'dan az olması,

[1] Hayran Mutlu ve Hayran Murat (2018). Sağlık Araştırmaları İçin Temel İstatistik. Pelikan Kitabevi. Ankara. 421s.

3. Skewness - Kurtosis değerlerinin mutlak değerinin, standart hatalarının iki katın daha düşük olması,

4. Kolmogorov-Smirnov yani normallik test sonuçları beklenenin (p>0,05) altında olması,

5. Detrended plot grafiğinin normal dağılım göstermesi.

Bu araştırmada yukarıda belirtilen varsayımların 5'te 3'ünü karşıladığından dolayı veriler normal dağılmıştır. Bu sebeple çalışmada parametrik test yöntemlerinden f, t ve korelasyon analizleri kullanılmıştır.

Tablo 8. Diş Hekimlerinin ve Öğrencilerin HGKÖ' nün Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarına göre Dağılımı

	Pozisyon	**N**	**ORT**	**SS**	**t**	**Df**	**P**
Güvenliğin Kapsamlı Algılanması	Diş Hekimi	104	3,18	,793	3,712	276	,000
	Öğrenci	174	2,85	,675			
Hataların raporlanma sıklığı	Diş Hekimi	104	2,56	1,054	2,055	276	,041
	Öğrenci	174	2,33	,840			
Hastane üniteleri arasında ekip çalışması	Diş Hekimi	104	2,98	,782	-1,096	276	,274
	Öğrenci	174	3,07	,637			
Hastane müdahaleleri ve değişim	Diş Hekimi	104	2,81	,932	-1,637	276	,103
	Öğrenci	174	2,98	,825			
Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri	Diş Hekimi	104	3,02	,885	4,227	276	,000
	Öğrenci	174	2,61	,701			
Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme	Diş Hekimi	104	2,90	,805	1,912	276	,057
	Öğrenci	174	2,73	,650			
Üniteler içinde ekip çalışması	Diş Hekimi	104	3,36	,833	3,068	276	,002
	Öğrenci	174	3,04	,865			
İletişimin açık tutulması	Diş Hekimi	104	3,03	,861	5,951	276	,000
	Öğrenci	174	2,45	,756			
Hatalar hakkında geri bildirim ve iletişim	Diş Hekimi	104	3,20	,823	2,889	276	,004
	Öğrenci	174	2,93	,713			
Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt	Diş Hekimi	104	2,70	,751	2,325	276	,021
	Öğrenci	174	2,50	,694			
Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği	Diş Hekimi	104	2,70	,85005	1,030	276	,304
	Öğrenci	174	2,61	,61357			
Ölçek Toplam Puanı	Diş Hekimi	104	2,93	,504	3,616	276	,000
	Öğrenci	174	2,73	,395			

Katılımcıların HGKÖ' nün alt boyutlarına ilişkin algılarının pozisyon değişkenine göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar gösterdiği saptanmıştır. "Diş Hekimi" grubunu öğretim üyeleri ve araştırma görevlileri, öğrenci grubunu ise; diş hekimliği stajyer

öğrencileri oluşturmuştur. Buna göre; “Güvenliğin Kapsamlı Algılanması” alt boyutu için; diş hekimlerinin ($\overline{X}$=3,18), öğrencilere ($\overline{X}$=2,85) göre daha yüksek, “Hataların raporlanma sıklığı alt boyutu” için; diş hekimlerinin ($\overline{X}$=2,56), öğrencilere ($\overline{X}$=2,33) göre daha yüksek, “Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri” alt boyutu için; diş hekimlerinin ($\overline{X}$=3,02), öğrencilere ($\overline{X}$=2,61) göre daha yüksek, “İletişimin açık tutulması” alt boyutu için; diş hekimlerinin ($\overline{X}$=3,03), öğrencilere ($\overline{X}$=2,45) göre daha yüksek, “Hatalar hakkında geri bildirim ve iletişim” alt boyutu için; diş hekimlerinin ($\overline{X}$=3,20), öğrencilere ($\overline{X}$=2,93) göre daha yüksek, “Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt” alt boyutu için; diş hekimlerinin ($\overline{X}$=2,70), öğrencilere ($\overline{X}$=2,50) göre daha yüksek ve Ölçek toplam puanı için; diş hekimlerinin ($\overline{X}$=2,93), öğrencilere ($\overline{X}$=2,73) göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Diğer alt boyutlarda istatistiksel olarak anlamlı bir farka rastlanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 9. Katılımcıların HGKÖ' nün Üniteler İçinde Ekip Çalışması Alt Boyutuna İlişkin Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=95)

		Kesinlikle katılmıyorum	**Katılmıyorum**	**Kararsızım**	**Katılıyorum**	**Kesinlikle katılıyorum**	**ORT**	**SS**
Bu birimde çalışan kişiler birbirlerini destekler.	Sayı	31	49	89	83	26	3,086	1,136
	%	11,2	17,6	32,0	29,9	9,4		
Acilen yapılması gereken çok iş olduğunda ekip olarak birlikte çalışırız.	Sayı	26	48	87	102	15	3,115	1,058
	%	9,4	17,3	31,3	36,7	5,4		
Bu birimde çalışanlar birbirine saygılı davranır.	Sayı	21	41	79	113	24	3,280	1,061
	%	7,6	14,7	28,4	40,6	8,6		
Birim içinde bir çalışma alanı aşırı yoğunlaştığında diğerleri yardım eder.	Sayı	17	48	92	111	10	3,176	,965
	%	6,1	17,3	33,1	39,9	3,6		
Üniteler içinde ekip çalışması							3,164	,866

Tablo 9'da katılımcıların HGKÖ' nün "üniteler içinde ekip çalışması" alt boyutuna ilişkin puan ortalamaları verilmiştir. Buna göre, "Diş Hekimi" öğretim üyeleri, asistan ve öğrencilerinin “üniteler arası ekip çalışması" alt boyutuna ilişkin algılarının **($\overline{X}$=3,16) orta** düzeyde olduğu saptanmıştır. Bu alt boyutta, en yüksek puan ortalamasına sahip madde

"çalışanlar birbirlerine saygılı davranır" ($\overline{X}$=3,28) maddesiyken, en düşük puan ortalamasına sahip maddeler "bu birimde çalışan kişiler birbirini destekler" ($\overline{X}$=3,08) ve "açilen yapılması gereken bir olduğunda ekip olarak birlikte çalışırız " ($\overline{X}$=3,11) maddeleridir

Tablo 10. Katılımcıların HGKÖ' nün Yönetici Beklentileri Alt Boyutuna İlişkin Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=95)

		Kesinlikle katılmıyorum	**Katılmıyorum**	**Kararsızım**	**Katılıyorum**	**Kesinlikle katılıyorum**	**ORT**	**SS**
Yöneticilerimiz, oluşturulmuş hasta güvenliği prosedürlerine göre yapılmış bir işi gördüğünde takdir eder.	Sayı	34	72	91	70	11	2,827	1,064
	%	12,2	25,9	32,7	25,2	4,0		
Yöneticilerimiz, hasta güvenliğini geliştirmek için çalışanların önerilerini ciddiye alır.	Sayı	29	76	94	69	10	2,838	1,029
	%	10,4	27,3	33,8	24,8	3,6		
Yöneticilerimiz, kalite kaybı olsa bile bizim daha hızlı çalışmamızı ister.	Sayı	18	32	67	95	66	2,428	1,158
	%	6,5	11,5	24,1	34,2	23,7		
Yöneticilerimiz tekrar tekrar oluşan hasta güvenliği problemlerini görmezden gelir.	Sayı	14	71	111	61	21	2,985	,990
	%	5,0	25,5	39,9	21,9	7,6		
Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri							2,769	,798

Tablo 10'da katılımcıların HGKÖ' nün "yönetici beklentileri" alt boyutuna ilişkin puan ortalamaları verilmiştir. Buna göre, "Diş Hekimi" öğretim üyeleri, asistan ve öğrencilerinin "yönetici beklentileri" alt boyutuna ilişkin algılarının **($\overline{X}$=2,76)** düşük düzeyde olduğu saptanmıştır. Bu alt boyutta, en yüksek puan ortalamasına sahip madde "yöneticilerimiz tekrar tekrar oluşan hasta güvenliği problemlerini görmezden gelir" maddesiyken ($\overline{X}$=2,98), "yöneticilerimiz kalite kaybı olsa bile bizim daha hızlı çalışmamızı ister" maddesi en düşük ($\overline{X}$=2,42) puan ortalamasına sahiptir.

Tablo 11. Katılımcıların HGKÖ' nün Yönetimin Desteği ve Birimler Arası Ekip Çalışması Alt Boyutuna İlişkin Puan Ortalamaları(N=85)

		Kesinlikle katılmıyorum	**Katılmıyorum**	**Kararsızım**	**Katılıyorum**	**Kesinlikle katılıyorum**	**ORT**	**SS**
Hastane üniteleri birbirleriyle uyum içerisinde çalışmaz.	Sayı	11	79	87	66	35	2,874	1,082
	%	4,0	28,4	31,3	23,7	12,6		
Birimler arasında birlikte çalışmayı gerektiren iyi iş birliği vardır.	Sayı	24	56	117	75	6	2,938	,949
	%	8,6	20,1	42,1	27,0	2,2		
Diğer bölümlerden gelen kişilerle çalışmak genellikle hoş karşılanmaz.	Sayı	24	114	106	25	9	3,428	,891
	%	8,6	41,0	38,1	9,0	3,2		
Hastalar için en iyi bakımı sağlama amacıyla birimler birlikte iyi çalışır.	Sayı	26	48	130	68	6	2,928	,935
	%	9,4	17,3	46,8	24,5	2,2		
Hastane üniteleri arasında ekip çalışması							3,042	,695

Tablo 11'de katılımcıların HGKÖ' nün "yönetimin desteği ve birimler arası ekip çalışması" alt boyutuna ilişkin puan ortalamaları verilmiştir. Buna göre, "Diş Hekimi" öğretim üyeleri, asistan ve öğrencilerinin "yönetimin desteği ve birimler arası ekip çalışması" alt boyutuna ilişkin algılarının **($\overline{X}$=3,04)** orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Bu alt boyutta, en yüksek puan ortalamasına sahip madde "diğer bölümden gelen kişilerle çalışmak genellikle hoş karşılanmaz" ($\overline{X}$=3,42) maddesiyken, en düşük puan ortalamasına sahip madde "hastane üniteleri birbirleriyle uyum içerisinde çalışır." ($\overline{X}$=2,87) maddesidir.

Tablo 12. Katılımcıların HGKÖ' nün Organizasyonel Öğrenme Alt Boyutuna İlişkin Puan Ortalamaları(N=84)

		Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum	ORT	SS
Hasta güvenliğini geliştirme çalışmalarına aktif olarak katılırız.	Sayı	23	63	112	71	9	2,928	,969
	%	8,3	22,7	40,3	25,5	3,2		
Yapılan hatalar bu bölümde pozitif değişikliklere yol göstermiştir.	Sayı	38	79	104	51	6	2,669	,997
	%	13,7	28,4	37,4	18,3	2,2		
Hasta güvenliğini geliştirmek için değişiklikler yaptıktan sonra bunların etkinliğini değerlendiririz.	Sayı	23	72	129	49	5	2,787	,892
	%	8,3	25,9	46,4	17,6	1,8		
Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme							2,795	,715

Tablo 12'de katılımcıların HGKÖ' nün "organizasyonel öğrenme" alt boyutuna ilişkin puan ortalamaları verilmiştir. Buna göre, "Diş Hekimi" öğretim üyeleri, asistan ve öğrencilerinin "organizasyonel öğrenme" alt boyutuna ilişkin algılarının **(**$\overline{X}$**=2,79)** orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Bu alt boyutta, en yüksek puan ortalamasına sahip maddeler "hasta güvenliği geliştirme çalışmalarına aktif olarak katılırız" ($\overline{X}$=2,92) maddesidir. En düşük puan ortalamasına sahip madde ise "yapılan hatalar bu bölümde pozitif değişiklere yol göstermiştir." ($\overline{X}$=2,66) maddesidir

Tablo 13. Katılımcıların HGKÖ' nün Güvenliğin Kapsamlı Algılanması Alt Boyutuna İlişkin Puan Ortalamaları (N=95)

		Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum	ORT	SS
Burada daha ciddi hataların oluşmaması sadece tesadüfe bağlıdır.	Sayı	23	78	84	65	28	3,010	1,119
	%	8,3	28,1	30,2	23,4	10,1		
Hasta güvenliği, daha fazla iş yapmaktan daha öncelikli bir ilkedir.	Sayı	31	78	65	86	18	2,935	1,138
	%	11,2	28,1	23,4	30,9	6,5		
Bu bölümde hasta güvenliği ile ilgili problemler vardır.	Sayı	23	73	83	76	23	2,989	1,096
	%	8,3	26,3	29,9	27,3	8,3		
Uyguladığımız prosedürler ve sistemler hata oluşmasını önlemede başarılıdır.	Sayı	18	47	143	59	11	2,992	,895
	%	6,5	16,9	51,4	21,2	4,0		
Güvenliğin Kapsamlı Algılanması							2,982	,738

Tablo 13' te katılımcıların HGKÖ' nün "güvenliğin kapsamlı algılanması" alt boyutuna ilişkin puan ortalamaları verilmiştir. Buna göre, diş hekimi ve öğrencilerin "güvenliğin kapsamlı algılanması" alt boyutuna ilişkin algılarının ($\overline{X}$=2,98) orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Bu alt boyutta, en yüksek puan ortalamasına sahip madde "burada daha ciddi hataların oluşmaması sadece tesadüfe bağlıdır" ($\overline{X}$=3,01) maddesiyken, en düşük puan ortalaması "hasta güvenliği daha fazla iş yapmaktan daha öncelikli bir ilkedir." ($\overline{X}$=2,93) maddesine aittir.

Tablo 14. Katılımcıların HGKÖ' nün Hatalar Hakkında Geri Bildirim ve İletişim Alt Boyutuna İlişkin Puan Ortalamaları (N=63)

		Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman	ORT	SS
Raporlanan olaylara dayandırılarak yapılan değişiklikler hakkında bilgilendiririliriz.	Sayı	26	55	98	89	10	3,007	1,019
	%	9,4	19,8	35,3	32,0	3,6		
Bu birimde oluşan hatalar hakkında bilgilendiririliriz.	Sayı	17	39	86	121	15	3,280	,980
	%	6,1	14,0	30,9	43,5	5,4		
Bu birimde biz, hataların tekrar oluşmasını engelleyecek yöntemleri tartışırız.	Sayı	30	71	111	54	12	2,809	1,010
	%	10,8	25,5	39,9	19,4	4,3		
Hatalar hakkında geri bildirim ve iletişim							3,032	,766

Tablo 14' te katılımcıların HGKÖ' nün "hatalar hakkında geri bildirim ve iletişim" alt boyutuna ilişkin puan ortalamaları verilmiştir. Buna göre, "Diş Hekimi" öğretim üyeleri, asistan ve öğrencilerinin "hatalar hakkında geri bildirim ve iletişim" alt boyutuna ilişkin algılarının **($\overline{X}$=3,03)** orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Bu alt boyutta, en yüksek puan ortalamasına sahip madde "bu birimde oluşan hatalar hakkında bilgilendiririliriz" ($\overline{X}$=3,28) maddesiyken, en düşük puan ortalamasına sahip madde "bu birimde biz, hataların tekrar oluşmasını engelleyecek yöntemleri tartışırız " ($\overline{X}$=2,80) maddesidir.

Tablo 15. Katılımcıların HGKÖ' nün Hataların Raporlanma Sıklığı Alt Boyutuna İlişkin Puan Ortalamaları(N=198)

		Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman	ORT	SS
Bir hata yapıldığında ancak hastayı etkilemeden fark edilip düzeltildiğinde ne sıklıkla rapor ediliyor?	Sayı	62	77	106	26	7	2,420	1,015
	%	22,3	27,7	38,1	9,4	2,5		
Bir hata yapıldığında ancak hastaya zarar verme potansiyeli olmadığında ne sıklıkla rapor ediliyor?	Sayı	63	84	101	26	4	2,366	,981
	%	22,7	30,2	36,3	9,4	1,4		
Hastaya zarar verebilme olasılığı olan ancak zarar vermeyen bir hata yapıldığında ne sıklıkla rapor ediliyor?	Sayı	73	59	95	44	7	2,471	1,116
	%	26,3	21,2	34,2	15,8	2,5		
Hataların raporlanma sıklığı							2,419	,931

Tablo 15' te katılımcıların HGKÖ' nün "hataların raporlanma sıklığı" alt boyutuna ilişkin puan ortalamaları verilmiştir. Buna göre "Diş Hekimi" öğretim üyeleri, asistan ve öğrencilerinin "hataların raporlanma sıklığı" alt boyutuna ilişkin algılarının **($\overline{X}$=2,41)** 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?" ($\overline{X}$=2,47) maddesine aittir. En düşük puan ortalamasına sahip madde ise, "bir hata yapıldığında ancak hastaya zarar verme potansiyeli olmadığında ne sıklıkla rapor ediliyor?" ($\overline{X}$=2,36) maddesidir.

Tablo 16. Katılımcıların HGKÖ' nün Hastane Müdahaleleri ve Değişim Alt Boyutuna İlişkin Puan Ortalamaları (N=26)

		Kesinlikle katılmıyorum	**Katılmıyorum**	**Kararsızım**	**Katılıyorum**	**Kesinlikle katılıyorum**	**ORT**	**SS**
Hastalar bir üniteden diğerine nakledilirken bazı şeyler ihmal edilir, gözden kaçırılır, kaybedilir.	Sayı	12	62	111	70	23	2,892	,985
	%	4,3	22,3	39,9	25,2	8,3		
Birimler arasında bilgi aktarımında sıklıkla problemler oluşur	Sayı	14	62	125	51	26	2,953	,991
	%	5,0	22,3	45,0	18,3	9,4		
Hastane müdahaleleri ve değişim							2,922	,869

Tablo 16' da katılımcıların HGKÖ' nün "hastane müdahaleleri ve değişim" alt boyutuna ilişkin puan ortalamaları verilmiştir. Buna göre, "Diş Hekimi" öğretim üyeleri, asistan ve öğrencilerinin "hastane müdahaleleri ve değişim" alt boyutuna ilişkin algılarının **($\overline{X}$=2,92)** orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Bu alt boyutta, en yüksek puan ortalamasına sahip madde "birimler arasında bilgi aktarımında sıklıkla problemler oluşur" ($\overline{X}$=2,95) maddesidir. En düşük puan ortalaması ise "hastalar bir üniteden diğerine nakledilirken bazı şeyler ihmal edilir, gözden kaçırılır, ihmal edilir" ($\overline{X}$=2,89) maddesine aittir.

Tablo 17. Katılımcıların HGKÖ' nün Hataya Karşı Cezalandırıcı Olmayan Yanıt Alt Boyutuna İlişkin Puan Ortalamaları (N=27)

		Kesinlikle katılmıyorum	**Katılmıyorum**	**Kararsızım**	**Katılıyorum**	**Kesinlikle katılıyorum**	**ORT**	**SS**
Çalışanlar yaptıkları hatalardan dolayı suçlanacaklarını hissederler.	Sayı	8	42	74	114	40	2,510	1,008
	%	2,9	15,1	26,6	41	14,4		
Bir olay rapor edildiği zaman olayla ilgili problem değil, olayla ilgili kişi şikâyet ediliyor duygusu vardır.	Sayı	9	32	78	130	29	2,503	,941
	%	3,2	11,5	28,1	46,8	10,4		
Çalışanlar yaptıkları hataların kişisel dosyalarında muhafaza edildiğinden endişe duyarlar.	Sayı	10	44	102	103	19	2,723	,934
	%	3,6	15,8	36,7	37,1	6,8		
Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt							2,579	,722

Tablo 17' de katılımcıların HGKÖ' nün "hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt" alt boyutuna ilişkin puan ortalamaları verilmiştir. Buna göre, "Diş Hekimi" öğretim üyeleri, asistan ve öğrencilerinin "hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt" alt boyutuna ilişkin algılarının **($\overline{X}$=2,50)** orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Bu alt boyutta, en yüksek puan ortalamasına sahip madde "çalışanlar yaptıkları hataların kişisel dosyalarında muhafaza edildiğinden endişe duyarlar" ($\overline{X}$=2,72) maddesiyken, en düşük puan ortalamasına sahip madde "bir olay rapor edildiği zaman olayla ilgili problem değil, olayla ilgili kişi şikayet ediliyor duygusu vardır" ($\overline{X}$=2,51) maddesidir.

Tablo 18. Katılımcıların HGKÖ' nün İletişimin Açık Tutulması Alt Boyutuna İlişkin Puan Ortalamaları (N=133)

		Hiçbir zaman	**Nadiren**	**Bazen**	**Çoğu zaman**	**Her zaman**	**ORT**	**SS**
Çalışanlar, hasta bakımını olumsuz etkileyebilen bir şey gördüklerinde bunu serbestçe dile getirebilir.	Sayı	19	82	88	76	13	2,935	1,014
	%	6,8	29,5	31,7	27,3	4,7		
Çalışanlar, yöneticilerinin karar ve eylemlerini sorgulamakta kendilerini özgür hissederler.	Sayı	89	73	72	35	9	2,287	1,138
	%	32,0	26,3	25,9	12,6	3,2		
Çalışanlar, bir şey yanlış göründüğünde soru sormaktan korkarlar.	Sayı	25	47	86	84	36	2,787	1,143
	%	9,0	16,9	30,9	30,2	12,9		
İletişimin açık tutulması							2,670	,845

Tablo 18' de katılımcıların HGKÖ' nün "iletişimin açık tutulması" alt boyutuna ilişkin puan ortalamaları verilmiştir. Buna göre, "Diş Hekimi" öğretim üyeleri, asistan ve öğrencilerinin "iletişimin açık tutulması" alt boyutuna ilişkin algılarının **($\overline{X}$=2,67)** orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Bu alt boyutta, en yüksek puan ortalamasına sahip madde "çalışanlar hasta bakımını etkileyen olumsuz bir şey gördüklerinde bunu serbestçe dile getirebilirler." ($\overline{X}$=2,93) maddesiyken, en düşük puan ortalamasına sahip madde "çalışanlar yöneticilerin karar ve eylemlerini sorgulamakta kendilerini özgür hissederler." ($\overline{X}$=2,51) maddesidir.

Tablo 19. Katılımcıların HGKÖ' nün Hasta Güvenliği için Hastane Yönetiminin Desteği Alt Boyutuna İlişkin Puan Ortalamaları (N=86)

		Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum	ORT	SS
Hastane yönetimi hasta güvenliğini artıran bir çalışma atmosferi sağlamaktadır.	Sayı	36	70	122	47	3	2,679	,939
	%	12,9	25,2	43,9	16,9	1,1		
Yönetimin faaliyetleri, hasta güvenliğinin üst düzey bir öncelik olduğunu gösteriyor	Sayı	38	69	131	36	4	2,636	,923
	%	13,7	24,8	47,1	12,9	1,4		
Yönetim, sadece istenmeyen olay olduğunda hasta güvenliği ile ilgili gibi gözükmektedir.	Sayı	12	39	101	83	43	2,618	1,043
	%	4,3	14,0	36,3	29,9	15,5		
Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği							2,645	,711

Tablo 19' da katılımcıların HGKÖ' nün "hasta güvenliği için hastane yönetim desteği" alt boyutuna ilişkin puan ortalamaları verilmiştir. Buna göre, "Diş Hekimi" öğretim üyeleri, asistan ve öğrencilerinin " hasta güvenliği için hastane yönetim desteği " alt boyutuna ilişkin algılarının **($\overline{X}$=2,64)** orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Bu alt boyutta, en yüksek puan ortalamasına sahip madde "hasta yönetimi hasta güvenliğini artıran bir çalışma atmosferi sağlamaktadır." ($\overline{X}$=2,67) maddesiyken, en düşük puan ortalamasına sahip madde "yönetim sadece istenmeyen olaylar olduğunda hasta güvenliğiyle ilgili gibi gözükmektedir." ($\overline{X}$=2,61) maddesidir.

Tablo 20. Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre HGKÖ' nün Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=278)

	Cinsiyet	**N**	**ORT**	**SS**	**t**	**df**	**P**
Güvenliğin Kapsamlı Algılanması	Kadın	164	3,010	,686	,776	276	,439
	Erkek	114	2,940	,808			
Hataların raporlanma sıklığı	Kadın	164	2,396	,875	-,500	276	,617
	Erkek	114	2,453	1,009			
Hastane üniteleri arasında ekip çalışması	Kadın	164	3,021	,691	-,601	276	,548
	Erkek	114	3,072	,702			
Hastane müdahaleleri ve değişim	Kadın	164	2,932	,855	,236	276	,814
	Erkek	114	2,907	,893			
Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri	Kadın	164	2,780	,775	,268	276	,789
	Erkek	114	2,754	,833			
Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme	Kadın	164	2,760	,671	-,972	276	,332
	Erkek	114	2,845	,775			
Üniteler içinde ekip çalışması	Kadın	164	3,155	,854	-,209	276	,834
	Erkek	114	3,177	,887			
İletişimin açık tutulması	Kadın	164	2,695	,834	,587	276	,558
	Erkek	114	2,634	,864			
Hatalar hakkında geri bildirim ve iletişim	Kadın	164	3,022	,777	-,261	276	,794
	Erkek	114	3,046	,753			
Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt	Kadın	164	2,652	,709	2,042	276	,042
	Erkek	114	2,473	,729			
Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği	Kadın	164	2,648	,655	,092	276	,926
	Erkek	114	2,640	,787			
Ölçek Toplam Puanı	Kadın	164	2,814	,420	,088	276	,930
	Erkek	114	2,809	,488			

Tablo 20' de katılımcıların HGKÖ ve alt boyutlarına ilişkin algılarının cinsiyete göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Bağımsız Örneklem T Testi Sonuçları verilmiştir. Buna göre, kadınların HGKÖ alt boyutlarından "Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt" puan ortalamaları erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Tablo 21. Katılımcıların Medeni Durumuna Göre HGKÖ' nün Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=278)

	Medeni durum	**N**	**ORT**	**SS**	**t**	**df**	**P**
Güvenliğin Kapsamlı Algılanması	Evli	29	3,387	,806	3,179	276	,002
	Bekar	249	2,934	,717			
Hataların raporlanma sıklığı	Evli	29	2,517	1,060	,595	276	,552
	Bekar	249	2,408	,917			
Hastane üniteleri arasında ekip çalışması	Evli	29	3,000	,826	-,345	276	,730
	Bekar	249	3,047	,679			
Hastane müdahaleleri ve değişim	Evli	29	2,931	,970	,055	276	,956
	Bekar	249	2,921	,859			
Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri	Evli	29	3,137	1,010	2,652	276	,008
	Bekar	249	2,726	,761			
Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme	Evli	29	3,000	,826	1,635	276	,103
	Bekar	249	2,771	,699			
Üniteler içinde ekip çalışması	Evli	29	3,293	,804	,844	276	,400
	Bekar	249	3,149	,873			
İletişimin açık tutulması	Evli	29	3,206	,944	3,692	276	,000
	Bekar	249	2,607	,812			
Hatalar hakkında geri bildirim ve iletişim	Evli	29	3,241	,791	1,556	276	,121
	Bekar	249	3,008	,761			
Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt	Evli	29	2,735	,644	1,234	276	,218
	Bekar	249	2,560	,729			
Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği	Evli	29	2,816	,833	1,370	276	,172
	Bekar	249	2,625	,694			
Ölçek Toplam Puanı	Evli	29	2,998	,550	2,375	276	,018
	Bekar	249	2,791	,431			

Tablo 21'de katılımcıların HGKÖ ve alt boyutlarına ilişkin algılarının medeni duruma göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Bağımsız Örneklem T Testi Sonuçları verilmiştir. Buna göre, evlilerin HGKÖ alt boyutlarından "güvenliğin kapsamlı algılanması", "yönetici beklentileri" ve "güvenlik geliştirme faaliyetleri", "İletişimin açık tutulması" ve HGKÖ ölçeği toplam puan ortalamaları, bekarlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Tablo 22. Öğrencilerin Sınıf Değişkenine HGKÖ' nün Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=174)

	Sınıf	**N**	**ORT**	**SS**	**t**	**df**	**P**
Güvenliğin Kapsamlı Algılanması	4. sınıf	92	3,005	,682	3,129	172	,002
	5. sınıf	82	2,692	,632			
Hataların raporlanma sıklığı	4. sınıf	92	2,478	,778	2,478	172	,014
	5. sınıf	82	2,166	,879			
Hastane üniteleri arasında ekip çalışması	4. sınıf	92	3,057	,559	-,449	172	,654
	5. sınıf	82	3,100	,716			
Hastane müdahaleleri ve değişim	4. sınıf	92	2,956	,817	-,540	172	,590
	5. sınıf	82	3,024	,838			
Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri	4. sınıf	92	2,769	,704	3,083	172	,002
	5. sınıf	82	2,448	,662			
Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme	4. sınıf	92	2,851	,587	2,612	172	,010
	5. sınıf	82	2,597	,694			
Üniteler içinde ekip çalışması	4. sınıf	92	3,097	,749	,883	172	,379
	5. sınıf	82	2,981	,981			
İletişimin açık tutulması	4. sınıf	92	2,521	,753	1,324	172	,187
	5. sınıf	82	2,369	,757			
Hatalar hakkında geri bildirim ve iletişim	4. sınıf	92	2,927	,712	-,068	172	,946
	5. sınıf	82	2,935	,719			
Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt	4. sınıf	92	2,554	,609	1,055	172	,293
	5. sınıf	82	2,443	,778			
Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği	4. sınıf	92	2,746	,568	3,159	172	,002
	5. sınıf	82	2,459	,629			
Ölçek Toplam Puanı	4. sınıf	92	2,812	,387	2,623	172	,010
	5. sınıf	82	2,657	,389			

Tablo 22'de öğrencilerin HGKÖ ve alt boyutlarına ilişkin algılarının sınıf değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Bağımsız Örneklem T Testi Sonuçları verilmiştir. Buna göre, 4. sınıf öğrencilerinin HGKÖ alt boyutlarından "güvenliğin kapsamlı algılanması", "hataların raporlanma sıklığı", "yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri", "organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme", "hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği " ve HGKÖ ölçeği toplam puan ortalamaları, 5. Sınıf öğrencilerine göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Tablo 23. Diş Hekimlerinin Meslek Sürelerine Göre HGKÖ' nün Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=104)

	Meslek yılı	**N**	**ORT**	**SS**	**t**	**df**	**P**
Güvenliğin Kapsamlı Algılanması	5 yıldan az	74	3,114	,784	-1,525	102	,130
	5 yıldan çok	30	3,375	,798			
Hataların raporlanma sıklığı	5 yıldan az	74	2,684	,939	1,801	102	,075
	5 yıldan çok	30	2,277	1,268			
Hastane üniteleri arasında ekip çalışması	5 yıldan az	74	2,929	,744	-1,109	102	,270
	5 yıldan çok	30	3,116	,867			
Hastane müdahaleleri ve değişim	5 yıldan az	74	2,804	,847	-,144	102	,886
	5 yıldan çok	30	2,833	1,132			
Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri	5 yıldan az	74	2,989	,886	-,617	102	,539
	5 yıldan çok	30	3,108	,892			
Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme	5 yıldan az	74	2,900	,795	,005	102	,996
	5 yıldan çok	30	2,900	,844			
Üniteler içinde ekip çalışması	5 yıldan az	74	3,368	,844	,009	102	,993
	5 yıldan çok	30	3,366	,819			
İletişimin açık tutulması	5 yıldan az	74	2,914	,803	-2,356	102	,020
	5 yıldan çok	30	3,344	,936			
Hatalar hakkında geri bildirim ve iletişim	5 yıldan az	74	3,193	,818	-,159	102	,874
	5 yıldan çok	30	3,222	,850			
Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt	5 yıldan az	74	2,630	,709	-1,671	102	,098
	5 yıldan çok	30	2,900	,826			
Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği	5 yıldan az	74	2,639	,838	-1,176	102	,242
	5 yıldan çok	30	2,855	,873			
Ölçek Toplam Puanı	5 yıldan az	74	2,904	,496	-1,010	102	,315
	5 yıldan çok	30	3,014	,524			

Tablo 23'te katılımcıların HGKÖ ve alt boyutlarına ilişkin algılarının meslek sürelerine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Bağımsız Örneklem T Testi Sonuçları verilmiştir. Buna göre, meslek süresi 5 yıldan çok olan diş hekimlerinin HGKÖ alt boyutlarından " iletişimin açık tutulması " meslek süresi 5 yıldan çok olan diş hekimlerine göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Tablo 24. Diş Hekimlerinin Kurumda Çalışma Sürelerine Göre HGKÖ' nün Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=104)

	Çalışma yılı	N	ORT	SS	t	df	P
Güvenliğin Kapsamlı Algılanması	5 yıldan az	85	3,093	,779	-2,445	100	,016
	5 yıldan çok	19	3,57	,786			
Hataların raporlanma sıklığı	5 yıldan az	85	2,518	1,019	-,680	100	,498
	5 yıldan çok	19	2,701	1,241			
Hastane üniteleri arasında ekip çalışması	5 yıldan az	85	2,924	,764	-1,498	100	,137
	5 yıldan çok	19	3,223	,869			
Hastane müdahaleleri ve değişim	5 yıldan az	85	2,716	,856	-1,874	100	,064
	5 yıldan çok	19	3,157	1,190			
Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri	5 yıldan az	85	2,948	,868	-1,516	100	,133
	5 yıldan çok	19	3,289	,951			
Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme	5 yıldan az	85	2,859	,756	-,517	100	,606
	5 yıldan çok	19	2,964	,980			
Üniteler içinde ekip çalışması	5 yıldan az	85	3,355	,820	,062	100	,950
	5 yıldan çok	19	3,342	,913			
İletişimin açık tutulması	5 yıldan az	85	2,915	,812	-2,626	100	,010
	5 yıldan çok	19	3,473	,931			
Hatalar hakkında geri bildirim ve iletişim	5 yıldan az	85	3,160	,823	-,818	100	,416
	5 yıldan çok	19	3,333	,860			
Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt	5 yıldan az	85	2,634	,726	-2,311	100	,023
	5 yıldan çok	19	3,070	,805			
Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği	5 yıldan az	85	2,610	,840	-2,065	100	,042
	5 yıldan çok	19	3,052	,848			
Ölçek Toplam Puanı	5 yıldan az	85	2,870	,490	-2,426	100	,017
	5 yıldan çok	19	3,174	,505			

Tablo 24'te katılımcıların HGKÖ ve alt boyutlarına ilişkin algılarının kurumda çalışma sürelerine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Bağımsız Örneklem T Testi Sonuçları verilmiştir. Buna göre, kurumda çalışma süresi 5 yıldan çok olan diş hekimlerinin HGKÖ alt boyutlarından "güvenliğin kapsamlı algılanması", "iletişimin açık tutulması", "hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt", "hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği" ve HGKÖ ölçeği toplam puan ortalamaları, kurumda çalışma süresi 5 yıldan az olan diş hekimlerine göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Tablo 25. Katılımcıların Güvenlik Eğitimi Alma Durumlarına Göre HGKÖ' nün Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=278)

	Güvenlik Eğitimi	**N**	**ORT**	**SS**	**t**	**df**	**P**
Güvenliğin Kapsamlı Algılanması	Evet	87	3,097	,754	1,770	276	,078
	Hayır	191	2,929	,727			
Hataların raporlanma sıklığı	Evet	87	2,540	,970	1,459	276	,146
	Hayır	191	2,364	,910			
Hastane üniteleri arasında ekip çalışması	Evet	87	3,100	,737	,944	276	,346
	Hayır	191	3,015	,675			
Hastane müdahaleleri ve değişim	Evet	87	2,896	,905	-,337	276	,736
	Hayır	191	2,934	,855			
Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri	Evet	87	2,893	,812	1,752	276	,081
	Hayır	191	2,713	,787			
Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme	Evet	87	2,984	,755	3,025	276	,003
	Hayır	191	2,708	,681			
Üniteler içinde ekip çalışması	Evet	87	3,385	,859	2,901	276	,004
	Hayır	191	3,064	,853			
İletişimin açık tutulması	Evet	87	2,789	,909	1,588	276	,113
	Hayır	191	2,616	,811			
Hatalar hakkında geri bildirim ve iletişim	Evet	87	3,210	,747	2,647	276	,009
	Hayır	191	2,951	,763			
Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt	Evet	87	2,524	,646	-,845	276	,399
	Hayır	191	2,603	,754			
Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği	Evet	87	2,685	,730	,644	276	,520
	Hayır	191	2,626	,703			
Ölçek Toplam Puanı	Evet	87	2,908	,473	2,411	276	,017
	Hayır	191	2,769	,430			

Tablo 25'te katılımcıların HGKÖ ve alt boyutlarına ilişkin algılarının güvenlik eğitimi alma durumlarına göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Bağımsız Örneklem T Testi Sonuçları verilmiştir. Buna göre, eğitim alanların " organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme", "üniteler içinde ekip çalışması", "hatalar hakkında geri bildirim ve iletişim " ve HGKÖ ölçeği toplam puan ortalamaları, eğitim almayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Tablo 26. Katılımcıların Yaş Değişkenine Göre HGKÖ' nün Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=278)

		Kareler Toplamı	**df**	**Kareler Ortalaması**	**F**	**P**	**Anlamlılık*****
Güvenliğin Kapsamlı Algılanması	GA*	9,287	3	3,096	5,984	,001	
	Gİ**	141,748	274	,517			
	Toplam	151,035	277				4-1, 4-2, 4-3
Hataların raporlanma sıklığı	GA*	2,319	3	,773	,890	,447	
	Gİ**	238,053	274	,869			
	Toplam	240,373	277				
Hastane üniteleri arasında ekip çalışması	GA*	,789	3	,263	,542	,654	
	Gİ**	133,027	274	,485			
	Toplam	133,816	277				
Hastane müdahaleleri ve değişim	GA*	,384	3	,128	,168	,918	
	Gİ**	209,203	274	,764			
	Toplam	209,587	277				
Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri	GA*	10,534	3	3,511	5,792	,001	
	Gİ**	166,107	274	,606			
	Toplam	176,641	277				3-1, 3-2, 4-1,4-2
Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme	GA*	,789	3	,263	,510	,675	
	Gİ**	141,191	274	,515			
	Toplam	141,980	277				
Üniteler içinde ekip çalışması	GA*	4,191	3	1,397	1,878	,134	
	Gİ**	203,842	274	,744			
	Toplam	208,033	277				
İletişimin açık tutulması	GA*	23,966	3	7,989	12,570	,000	
	Gİ**	174,141	274	,636			
	Toplam	198,108	277				3-1, 3-2
Hatalar hakkında geri bildirim ve iletişim	GA*	5,173	3	1,724	2,999	,031	
	Gİ**	157,536	274	,575			
	Toplam	162,709	277				3-1, 4-1
Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt	GA*	5,588	3	1,863	3,676	,013	
	Gİ**	138,838	274	,507			
	Toplam	144,426	277				4-1, 4-2
Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği	GA*	3,516	3	1,172	2,351	,073	
	Gİ**	136,576	274	,498			
	Toplam	140,093	277				
Ölçek Toplam Puanı	GA*	2,582	3	,861	4,440	,005	
	Gİ**	53,115	274	,194			
	Toplam	55,697	277				3-1, 3-2, 4-1,4-2

* GA: Gruplar Arası
** Gİ: Grup İçi
*** Anlamlılık
1: 20-23 yaş grubu
2: 24-26 yaş grubu
3: 27-29 yaş grubu
4: 30+ yaş grubu

Tablo 26'da katılımcıların HGKÖ ve alt boyutlarına ilişkin algılarının yaş gruplarına göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Bağımsız Örneklem Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları verilmiştir. Buna göre, 27-29 yaş

grubunun HGKÖ ölçeği toplam puan ortalamaları, 20-23 yaş grubundan ve 24-26 yaş grubundan daha yüksek olduğu saptanmıştır. 30+ yaş grubunun HGKÖ ölçeği toplam puan ortalamaları, 20-23 yaş grubundan ve 24-26 yaş grubundan daha yüksek olduğu saptanmıştır. 30+ yaş grubunun “güvenliğin kapsamlı algılanması” alt boyutuna ait ortalama puanlarının 20-23 yaş grubundan, 24-26 yaş grubundan ve 27-29 yaş grubundan daha yüksek olduğu saptanmıştır. 27-29 yaş grubunun "yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri" alt boyutuna ait ortalama puanlarının 20-23 yaş grubundan ve 24-26 yaş grubundan daha yüksek olduğu saptanmıştır. 30+ yaş grubunun "yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri" alt boyutuna ait ortalama puanlarının 20-23 yaş grubundan ve 24-26 yaş grubundan daha yüksek olduğu saptanmıştır. 27-29 yaş grubunun "iletişimin açık tutulması" alt boyutuna ait ortalama puanlarının 20-23 yaş grubundan ve 24-26 yaş grubundan daha yüksek olduğu saptanmıştır. 27-29 yaş grubunun ve 30+ yaş grubunun "hatalar hakkında geri bildirim ve iletişim" alt boyutuna ait ortalama puanlarının 20-23 yaş grubundan daha yüksek olduğu saptanmıştır. 30+ yaş grubunun "hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt" alt boyutuna ait ortalama puanlarının 20-23 yaş grubundan ve 24-26 yaş grubundan daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Tablo 27. Katılımcıların Görev Türlerine Göre Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=278)

		Kareler Toplamı	**df**	**Kareler Ortalaması**	**F**	**P**	**Anlamlılık*****
Güvenliğin Kapsamlı Algılanması	GA*	10,317	2	5,158	10,081	,000	
	Gİ**	140,718	275	,512			
	Toplam	151,035	277				1-2, 1-3, 2-3
Hataların raporlanma sıklığı	GA*	3,925	2	1,962	2,282	,104	
	Gİ**	236,448	275	,860			
	Toplam	240,373	277				
Hastane üniteleri arasında ekip çalışması	GA*	2,296	2	1,148	2,400	,093	
	Gİ**	131,520	275	,478			
	Toplam	133,816	277				
Hastane müdahaleleri ve değişim	GA*	4,747	2	2,373	3,186	,043	
	Gİ**	204,840	275	,745			
	Toplam	209,587	277				3-2
Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri	GA*	13,015	2	6,508	10,937	,000	
	Gİ**	163,626	275	,595			
	Toplam	176,641	277				1-3, 2-3
Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme	GA*	1,940	2	,970	1,905	,151	
	Gİ**	140,039	275	,509			
	Toplam	141,980	277				
Üniteler içinde ekip çalışması	GA*	6,888	2	3,444	4,709	,010	
	Gİ**	201,145	275	,731			
	Toplam	208,033	277				2-3
İletişimin açık tutulması	GA*	27,543	2	13,771	22,203	,000	
	Gİ**	170,565	275	,620			
	Toplam	198,108	277				1-3, 2-3
Hatalar hakkında geri bildirim ve iletişim	GA*	5,152	2	2,576	4,497	,012	
	Gİ**	157,556	275	,573			
	Toplam	162,709	277				1-3, 2-3
Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt	GA*	6,637	2	3,319	6,623	,002	
	Gİ**	137,789	275	,501			
	Toplam	144,426	277				1-2, 1-3,
Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği	GA*	3,552	2	1,776	3,576	,029	
	Gİ**	136,541	275	,497			
	Toplam	140,093	277				1-2, 1-3
Ölçek Toplam Puanı	GA*	4,004	2	2,002	10,650	,000	
	Gİ**	51,693	275	,188			
	Toplam	55,697	277				1-2, 1-3, 2-3

* GA: Gruplar Arası
** Gİ: Grup İçi
*** Anlamlılık
1: Öğretim Üyesi
2: Araştırma Görevlisi
3: Öğrenci

Tablo 27'de katılımcıların HGKÖ ve alt boyutlarına ilişkin algılarının yaşlarına göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Bağımsız

Örneklem Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları verilmiştir. Buna göre; 27-29 ve 30+ yaş grubu katılımcıların HGKÖ toplam puan ortalamalarının, 20-23 ve 24-26 yaş grubu katılımcılara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. “Güvenliğin kapsamlı algılanması” alt boyutunda, 30+ yaş grubu katılımcıların ortalama puanlarının, diğer yaş gruplarına göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. "Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri" alt boyutunda, 27-29 ve 30+ yaş grubu katılımcıların ortalama puanlarının, 20-23 ve 24-26 yaş gruplarına göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. "İletişimin açık tutulması" alt boyutunda 27-29 yaş grubu katılımcıların ortalama puanlarının, 20-23 ve 24-26 yaş gruplarına göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. "Hatalar hakkında geri bildirim ve iletişim" alt boyutunda 27-29 ve 30+ yaş grubu katılımcıların ortalama puanlarının, 20-23 yaş grubu katılımcılara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. "Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt" alt boyutunda 30+ yaş grubu katılımcıların ortalama puanlarının, 20-23 ve 24-26 yaş grubu katılımcılara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Tablo 28: Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki ilişkiyi Belirleyen Pearson Korelasyon Katsayısı Sonuçları

		Güvenliğin Kapsamlı Algılanması	Hataların raporlanma sıklığı	Hastane üniteleri arasında ekip çalışması	Hastane müdahaleleri ve değişim	Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme	Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme	Üniteler içinde ekip çalışması	İletişimin açık tutulması	Hatalar hakkında geri bildirim ve iletişim	Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt	Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği
Güvenliğin Kapsamlı Algılanması	PC*	1	,375**	,236**	,284**	,636**	,475**	,341**	,504**	,308**	,308**	,518**
	P		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278
Hataların raporlanma sıklığı	PC*	,375**	1	,091	,146*	,335**	,382**	,281**	,442**	,452**	,160**	,350**
	P	,000		,132	,015	,000	,000	,000	,000	,000	,007	,000
	N	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278
Hastane üniteleri arasında ekip çalışması	PC*	,236**	,091	1	,615**	,388**	,384**	,500**	,158**	,392**	,075	,411**
	P	,000	,132		,000	,000	,000	,000	,008	,000	,215	,000
	N	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278
Hastane müdahaleleri ve değişim	PC*	,284**	,146*	,615**	1	,362**	,258**	,291**	,206**	,272**	,205**	,385**
	P	,000	,015	,000		,000	,000	,000	,001	,000	,001	,000
	N	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278
Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri	PC*	,636**	,335**	,388**	,362**	1	,421**	,389**	,520**	,426**	,280**	,596**
	P	,000	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278
Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme	PC*	,475**	,382**	,384**	,258**	,421**	1	,631**	,324**	,459**	,034	,437**
	P	,000	,000	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,570	,000
	N	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278
Üniteler içinde ekip çalışması	PC*	,341**	,281**	,500**	,291**	,389**	,631**	1	,324**	,506**	,034	,360**
	P	,000	,000	,000	,000	,000	,000		,000	,000	,576	,000
	N	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278
İletişimin açık tutulması	PC*	,504**	,442**	,158**	,206**	,520**	,324**	,324**	1	,458**	,333**	,496**
	P	,000	,000	,008	,001	,000	,000	,000		,000	,000	,000
	N	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278
Hatalar hakkında geri bildirim ve iletişim	PC*	,308**	,452**	,392**	,272**	,426**	,459**	,506**	,458**	1	,015	,388**
	P	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000		,809	,000
	N	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278
Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt	PC*	,308**	,160**	,075	,205**	,280**	,034	,034	,333**	,015	1	,233**
	P	,000	,007	,215	,001	,000	,570	,576	,000	,809		,000
	N	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278
Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği	PC*	,518**	,350**	,411**	,385**	,596**	,437**	,360**	,496**	,388**	,233**	1
	P	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	
	N	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278	278

* PC: Pearson Correlation

Tablo 28'de hasta güvenliği kültürü alt boyutları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan pearson korelasyon katsayısı sonuçları verilmiştir. Buna göre HGKÖ' nün; "güvenliğin kapsamlı algılanması" alt boyutu ile "yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri" alt boyutu arasında pozitif yönlü bir ilişki vardır ($p<0,05$) ($0,5<r<1$) (r=,636). HGKÖ' nün alt boyut algılarından "yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri " algısında bir artış olduğunda "güvenliğin kapsamlı algılanması" algısının da artabileceği saptanmıştır. "güvenliğin kapsamlı algılanması" alt boyutu ile "İletişimin açık tutulması" alt boyutu arasında pozitif yönlü bir ilişki vardır ($p<0,05$) ($0,5<r<1$) (r=,504). HGKÖ' nün alt boyut algılarından "güvenliğin kapsamlı algılanması" algısında bir artış olduğunda "iletişimin açık tutulması" algısının da artabileceği saptanmıştır. "güvenliğin kapsamlı algılanması" alt boyutu ile "hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği " alt boyutu arasında pozitif yönlü bir ilişki vardır ($p<0,05$) ($0,5<r<1$) (r=,518). HGKÖ' nün alt boyut algılarından "güvenliğin kapsamlı algılanması" algısında bir artış olduğunda "hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği" algısının da artabileceği saptanmıştır. "hastane üniteleri arasında ekip çalışması" alt boyutu ile "hastane müdahaleleri ve değişim" alt boyutu arasında pozitif yönlü bir ilişki vardır ($p<0,05$) ($0,5<r<1$) (r=,615). HGKÖ' nün alt boyut algılarından "hastane üniteleri arasında ekip çalışması" algısında bir artış olduğunda "hastane müdahaleleri ve değişim" algısının da artabileceği saptanmıştır. "hastane üniteleri arasında ekip çalışması" alt boyutu ile "üniteler içinde ekip çalışması" alt boyutu arasında pozitif yönlü bir ilişki vardır ($p<0,05$) ($0,5<r<1$) (r=,500). HGKÖ' nün alt boyut algılarından "Üniteler içinde ekip çalışması" hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği" algısının da artabileceği saptanmıştır. "yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri" alt boyutu ile "İletişimin açık tutulması" alt boyutu arasında pozitif yönlü bir ilişki vardır ($p<0,05$) ($0,5<r<1$) (r=,520). HGKÖ' nün alt boyut algılarından "yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri" algısında bir artış olduğunda "iletişimin açık tutulması" algısının da artabileceği saptanmıştır. "yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri" alt boyutu ile "Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği" alt boyutu arasında pozitif yönlü bir ilişki vardır ($p<0,05$) ($0,5<r<1$) (r=,596). HGKÖ' nün alt boyut algılarından "yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri" algısında bir artış olduğunda "hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği" algısının da artabileceği saptanmıştır. "organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme" alt boyutu ile "üniteler içinde ekip çalışması" alt boyutu arasında pozitif yönlü bir ilişki vardır ($p<0,05$) ($0,5<r<1$) (r=,631).

HGKÖ' nün alt boyut algılarından "organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme " algısında bir artış olduğunda "üniteler içinde ekip çalışması" algısının da artabileceği saptanmıştır. "üniteler içinde ekip çalışması" alt boyutu ile "hatalar hakkında geri bildirim ve iletişim" alt boyutu arasında pozitif yönlü bir ilişki vardır ($p<0,05$) ($0,5<r<1$) ($r=,506$). HGKÖ' nün alt boyut algılarından "üniteler içinde ekip çalışması" algısında bir artış olduğunda "hatalar hakkında geri bildirim ve iletişimi" algısının da artabileceği saptanmıştır.

5.TARTIŞMA

Bu bölümde, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Hastanesi'nde çalışan diş hekimleri ve Diş Hekimliği Fakültesi öğrencilerinin hasta güvenliği kültürüne ilişkin algılarının belirlenmesi ve bu algılarını etkileyen sosyo-demografik özelliklerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmış olan bu çalışmanın bulguları, konuya ilişkin literatür doğrultusunda tartışılacaktır.

5.1. Diş Hekimlerinin ve Diş Hekimliği Fakültesi Öğrencilerinin Hasta Güvenliği Kültürü Algılarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmamızda tüm katılımcıların HGKÖ toplam puan ortalamalarının, başka bir deyişle, hasta güvenliği kültürü algılarının $\overline{X}$=2,81 (Tablo 6), diş hekimlerinin $\overline{X}$=2,93 ve öğrencilerin $\overline{X}$=2,73 olarak (Tablo 8) orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Diş hekimlerinin hasta güvenliği kültürü algıları beklenildiği gibi istatistiksel olarak da anlamlı düzeyde öğrencilerden daha yüksektir ($p<0,05$). Ulusal literatürde, diş hekimlerinin ve diş hekimliği öğrencilerin hasta güvenliği kültürü algılarına yönelik herhangi bir çalışmaya rastlanmadığından, çalışma bulguları ulusal literatürle kıyaslanamamıştır.

Ancak uluslararası literatür tarandığında; 2014 yılında Ramoni ve arkadaşlarının, ABD'deki üç büyük diş hekimliği fakültesinde hasta güvenliği kültürünü kıyaslamak amacıyla, bu fakültelerdeki diş hekimleri, diş hekimliği öğrencileri, diş hijyenistleri ve klinik personele yönelik yaptıkları çalışma, bulgularımızı desteklemektedir. Çalışmaya göre; diş hekimlerinin hasta güvenliği kültürü algılarının daha yüksek olduğu saptanırken, en yüksek ortalamasına sahip alt boyutun, "üniteler arası ekip çalışması" boyutu, en düşük ortalamaya sahip boyutun da, "hastane yönetiminin desteği" alt boyutu olduğu saptanmış ve hasta güvenliği kültürü algılarının orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Benzer şekilde Al-Surumi ve arkadaşlarının da 2018 yılında, Suudi Arabistan'ın Riyad kentindeki iki büyük diş hekimliği fakültesinde, diş hekimliği ve diş hijyenistliği öğrenimi gören kız öğrencilere yönelik yaptıkları çalışma da, bulgularımızı destekler niteliktedir. Çalışmada diş hekimliği öğrencilerinin hasta güvenliği kültürü algılarının, diş hijyenistliği öğrencilerine göre daha yüksek olduğu ve hasta güvenliği kültürü algılarının orta düzeyde olduğu saptanmış ve çalışmamızda olduğu gibi, en yüksek puan ortalamaya sahip alt boyutun "üniteler arası ekip çalışması" boyutu olduğu saptanmıştır.

Diş hekimliğinde hasta güvenliği kültürüne yönelik çalışmaların sayısı oldukça kısıtlı olduğundan ve ülkemizde diş hekimlerinin ve diş hekimliği öğrencilerinin hasta güvenliği kültürü algılarını belirlemeye yönelik bir çalışmaya rastlanmadığından, hekim, hemşire gibi diş hekimleri dışındaki diğer sağlık personelinin hasta güvenliği kültürü algılarına yönelik çalışmalarla kıyaslama yapılacaktır.

Katılımcıların HGKÖ' nün alt boyutlarına ilişkin puan ortalamalarına bakıldığında ise; "Üniteler İçinde Ekip Çalışması" alt boyutu ($\overline{X}$=3,16) en yüksek ortalama olarak saptanırken, en düşük puan ortalamasına sahip alt boyut "Hataların raporlanma sıklığı" ($\overline{X}$=2,41) olarak saptanmıştır. Konuyla ilgili diğer sağlık personeli ile ulusal ve uluslararası alanda yapılan çalışmalar, bulgularımızı destekler niteliktedir. Örneğin 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 olan "üniteler arası ekip çalışması" alt boyutuyken en düşük puan ortalamasına sahip olanlar "Hataların raporlanma sıklığı" ve "hatalara karşı cezalandırıcı olmayan yanıt" alt boyutları olmuştur. Kore'de sekiz üniversite hastanesinde toplam 886 hemşire üzerinde yapılan başka bir 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 çalışmalar incelendiğinde, 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 Programı" ile başlayan 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. Aradan geçen yaklaşık 15 yılda akademik alanda da hasta güvenliğine ilişkin çalışmalar yapılmaktadır. Tüm bunlara rağmen hasta güvenliği konusunun Türkiye'de hala istenilen düzeyde olmaması dikkate alınması gereken bir konu olarak değerlendirilebilir, güvenlik kültürünün neden istendik düzeyde gelişmediği başka araştırmalarla derinlemesine incelenebilir.

Çalışmamıza katılan diş hekimleri ve öğrencilerin hasta güvenliği kültürü algılarının orta düzeyde ($\overline{X}$=2,81) olduğu bulgusuna dayanarak, çalışmanın yapıldığı kurumda hasta güvenliğinin arttırılmasına yönelik yapılan çalışmaların hedefine yeterince ulaşmadığını söylemek mümkün olabilir. Bu durumun nedenleri arasında; hasta güvenliğine ilişkin verilen eğitimlerin (gerek diş hekimliği eğitimi sürecinde gerekse mezuniyet sonrasında) nitelik ve niceliğinin istendik düzeyde olmaması, Ulusal düzeyde güvenlik kültürünün benimsenip kurumsal bir davranışa dönüşmesi konusunda yönetsel ve yasal düzeyde politika ve prosedürlerde eksikliklerin olması ve iyi bir güvenlik kültürünün sağlanması için gerekli olan köklü değişimlerin başlatılması ve yaygınlaştırılması konusunda bazı sorunların yaşanması gibi durumlar olabilir. Ulusal çapta güvenli bir hizmet sunum ortamının sağlanması adına bu durumun altında yatan kök nedenler araştırılabilir, gerçekten uygulamada mı yoksa yapılması planlanan faaliyetlerde mi eksiklik ya da hatalar olduğu saptanabilir ve konuyla ilgili gereken iyileştirme çalışmaları yapılabilir.

Çalışmamızda dikkat çekici diğer bir bulgu ise hasta güvenliğine ilişkin raporlanan olay sayısıdır. Çalışmaya katılan diş hekimleri (%83,7) ve öğrencilerin (%92) toplamda %88,8'i şimdiye kadar hiç olay raporlamadığını ifade etmiştir (Tablo 3). 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 diş hekimleri (%83,7) ve öğrencilerin (%92) olay raporlamamasına neden olmuş olabilir.

Türkiye'de diş hekimleri dışındaki diğer sağlık personeli ile yapılan çalışmalar incelendiğinde, raporlama konusu bulgularımız ile uyumludur. Can'ın (2019) hekimlerle yaptığı bir çalışmada, katılımcıların %72,5'inin tıbbi hataya tanık olduğu ve bu katılımcıların %55,6'sının tanık olduğu tıbbi hatayı rapor etmedikleri saptanmıştır. Dönmez (2017) hekim ve hemşireler ile yaptığı bir çalışmada, katılımcıların %75,4'ünün şimdiye kadar hiç olay rapor etmediğini saptamıştır. 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 personeli (n=181) ile yaptıkları çalışmada katılımcıların %71'inin olayları raporlamadığını ifade etmiştir. Özmen ve Başol'un (2010) yine hemşire ve diğer sağlık personelinden 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 olay raporu yazdığını ifade edenlerin toplam oranı yalnızca %11,2'dir (Tablo 3).

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 personelinin 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). Tanık olunan ya da bizzat yapılan hatalar, kişisel kaynaklı değil sistemsel kaynaklı hatalar olarak değerlendirilmeli ve kök neden analizleri yapılmalıdır. 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 "yönetici beklentileri" alt boyutuna ilişkin puan ortalamaları incelendiğinde, Diş Hekimi öğretim üyeleri, asistan ve öğrencilerinin "yönetici beklentileri" alt boyutuna ilişkin algılarının ($\overline{X}$=2,76) düşük düzeyde olduğunu görüyoruz. Bu alt boyutta, en yüksek puan ortalamasına sahip madde "yöneticilerimiz tekrar tekrar oluşan hasta güvenliği problemlerini görmezden gelir" maddesiyken ($\overline{X}$=2,98), "yöneticilerimiz kalite kaybı olsa bile bizim daha hızlı çalışmamızı ister" maddesi en düşük ($\overline{X}$=2,42) puan ortalaması ile karşımıza çıkmıştır. Katılımcıların "yönetimin desteği ve birimler arası ekip çalışması" alt boyutuna ilişkin puan ortalamaları incelendiğinde Diş Hekimi öğretim üyeleri, asistan ve öğrencilerinin "yönetimin desteği ve birimler arası ekip çalışması" alt boyutuna ilişkin algılarının ($\overline{X}$=3,04) orta düzeyde olduğu görülürmüştür. Bu alt boyutta, en yüksek puan ortalamasına sahip madde "diğer bölümden gelen kişilerle çalışmak genellikle hoş karşılanmaz" ($\overline{X}$=3,42) maddesiyken, en düşük puan ortalamasına sahip madde "hastane üniteleri birbirleriyle uyum içerisinde çalışır." ($\overline{X}$=2,87) maddesi olarak tespit edilmiştir. (Tablo 10). Katılımcıların HGKÖ' nün "güvenliğin kapsamlı algılanması" alt boyutuna ilişkin puan ortalamaları incelendiğinde ise diş hekimi ve öğrencilerin "güvenliğin kapsamlı algılanması" alt boyutuna ilişkin algılarının ($\overline{X}$=2,98) orta düzeyde olduğu gözlemlenmiştir. Bu alt boyutta, en yüksek puan ortalamasına sahip madde "burada daha ciddi hataların oluşmaması sadece tesadüfe bağlıdır" ($\overline{X}$=3,01) maddesiyken, en düşük puan ortalaması "hasta güvenliği daha fazla iş yapmaktan daha öncelikli bir ilkedir." ($\overline{X}$=2,93) maddesine aittir. (Tablo 12). Sağlık kurumlarında hasta güvenliğine ilişkin farkındalığın arttırılması ve güvenli ortamın sağlanması adına planlanan faaliyetlere öncelikle yöneticilerden başlanmalıdır. 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 diş hekimlerinin (%27,9) ve öğrencilerin (%33,3) hasta güvenliği konusunda eğitim alma oranlarının düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 4). Literatür

incelendiğinde genel olarak hasta güvenliği konusunda eğitim alma durumunun yüksek olduğu saptanmıştır. Karaca ve Aslan'ın (2014) hemşireler üzerinde yaptığı çalışmada katılımcıların %76,2'si hasta güvenliği konusunda eğitim aldığını ifade ederken; Aydemir'in (2015) hemşireler ile 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. Bu durum örneklem seçimimize dahil olan katılımcıların hasta güvenliği eğitimi alma durumlarının genele göre düşük olduğu izlenimi vermektedir. Çalışmamızda hasta güvenliği konusunda eğitim alma durumunun düşük olmasının verilen eğitimlerin etkin ve etkili olmaması, diş hekimleri ve öğrencilerin bu eğitimlere gönüllü olarak değil de kurumu tarafından belli yaptırımlara maruz bırakılarak katılması ve çoğu zaman bu eğitimlerin diş hekimlerinin ve öğrencilerin mesai gün ve saatlerine uymaması sebebiyle katılıma isteksiz olmaları düşünülebilir.

HGKÖ' nün alt boyutları incelendiğinde; katılımcıların cinsiyete göre hasta güvenliği kültürü algıları literatürde bulunan çalışmalardan farklı olarak "Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt" alt boyutunda anlamlı farklılıklar göstermektedir ($p<0,05$) (Tablo 21). Buna göre kadınlar ($\overline{X}=2,652\pm0,709$) "Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt" alt boyutunda erkeklere ($\overline{X}=2,473\pm0,729$) 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, yapılan çalışmalarda genel olarak medeni durum değişkeninin, hasta güvenliği kültürünün algılanması konusunda anlamlı bir fark yaratmadığı saptanmıştır (Durmaz, 2016; Erdağı ve Özer, 2015; Abdou ve Samer, 2011). Çalışmamızda katılımcıların medeni durumuna göre hasta güvenliği kültürü algıları incelendiğinde, evlilerin "HGKÖ" boyutuna ilişkin algılarının ($\overline{X}=2,998\pm0,550$) bekarlardan ($\overline{X}=2,791\pm0,431$) daha yüksek olduğu, evlilerin "Güvenliğin Kapsamlı Algılanması" alt boyutuna ilişkin algılarının ($\overline{X}=3,387\pm0,806$) bekarlardan ($\overline{X}=2,934\pm0,717$) daha yüksek olduğu, evlilerin "Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri" alt boyutuna ilişkin algılarının ($\overline{X}=3,137\pm1,010$) bekarlardan ($\overline{X}=2,726\pm0,761$) daha yüksek olduğu ve

son olarak Evlilerin "İletişimin açık tutulması" alt boyutuna ilişkin algılarının ($\overline{X}$=3,206±0,944) bekarlardan ($\overline{X}$=2,607±0,812) daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 22).

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 dört alt boyutlarda daha yüksek bir puan ortalamasına sahip olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$) (Tablo 26). Hasta güvenliği konusunda eğitim alanların "HGKÖ" boyutuna ilişkin algılarının ($\overline{X}$=2,908±0,473) eğitim almayanlardan ($\overline{X}$=2,769±0,430) daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Alt boyutlar incelendiğinde ise eğitim alanların "Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme" alt boyutuna ilişkin algılarının ($\overline{X}$=2,984±0,755) eğitim almayanlardan ($\overline{X}$=2,708±0,681), eğitim alanların " Üniteler içinde ekip çalışması" alt boyutuna ilişkin algılarının ($\overline{X}$=3,385±0,859) eğitim almayanlardan ($\overline{X}$=3,064±0,853), eğitim alanların "Hatalar hakkında geri bildirim ve iletişim" alt boyutuna ilişkin algılarının ($\overline{X}$=3,21079±0,74729) eğitim almayanlardan ($\overline{X}$=2,951±0,763) daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ancak "Güvenliğin Kapsamlı Algılanması, Hataların raporlanma sıklığı, Hastane üniteleri arasında ekip çalışması, Hastane müdahaleleri ve değişim, Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri, İletişimin açık tutulması, Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt ve Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği" alt boyutunda eğitim alma durumunun anlamlı bir fark yaratmadığı saptanmıştır. 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. Çalışmamızın bu konuda literatürü desteklememesinin bir nedeni örneklem grubumuzdaki eğitim alan kişi sayısının oldukça düşük olması olabilir.

Çalışmamızda 27-29 yaş grubunun ($\overline{X}$=2,941±0,510) “HGKÖ” boyutuna ait ortalama puanlarının 20-23 yaş grubundan ($\overline{X}$=2,759±0,416) ve 24-26 yaş grubundan ($\overline{X}$=2,762±0,415), 30+ yaş grubunun ($\overline{X}$=3,030±0,516) “HGKÖ” boyutuna ait ortalama puanlarının 20-23 yaş grubundan ($\overline{X}$=2,759±0,416) ve 24-26 yaş grubundan ($\overline{X}$=2,762±0,415) daha yüksek olduğu, 30+ yaş grubunun ($\overline{X}$=3,45±0,766) “Güvenliğin Kapsamlı Algılanması” alt boyutuna ait ortalama puanlarının 20-23 yaş grubundan

($\overline{X}$=2,960±0,701), 24-26 yaş grubundan ($\overline{X}$=2,824±0,722) ve 27-29 yaş grubundan ($\overline{X}$=3,078±0,727) daha yüksek olduğu, 27-29 yaş grubunun ($\overline{X}$=3,085±0,861) "Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri" alt boyutuna ait ortalama puanlarının 20-23 yaş grubundan ($\overline{X}$=2,644±0,731) ve 24-26 yaş grubundan ($\overline{X}$=2,686±0,766) daha yüksek olduğu, 30+ yaş grubunun ($\overline{X}$=3,158±0,894) "Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri" alt boyutuna ait ortalama puanlarının 20-23 yaş grubundan ($\overline{X}$=2,644±0,731) ve 24-26 yaş grubundan ($\overline{X}$=2,686±0,766) daha yüksek olduğu, 27-29 yaş grubunun ($\overline{X}$=3,104±0,869) "İletişimin açık tutulması" alt boyutuna ait ortalama puanlarının 20-23 yaş grubundan ($\overline{X}$=2,507±0,767) ve 24-26 yaş grubundan ($\overline{X}$=2,514±0,764) daha yüksek olduğu, 27-29 yaş grubunun ($\overline{X}$=3,266±0,858) ve 30+ yaş grubunun ($\overline{X}$=3,2±0,805) "Hatalar hakkında geri bildirim ve iletişim" alt boyutuna ait ortalama puanlarının 20-23 yaş grubundan ($\overline{X}$=2,893±0,712) daha yüksek olduğu ve son olarak 30+ yaş grubunun ($\overline{X}$=2,966±0,850) "Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt" alt boyutuna ait ortalama puanlarının 20-23 yaş grubundan ($\overline{X}$=2,532±0,614) ve 24-26 yaş grubundan ($\overline{X}$=2,492±0,786) daha yüksek olduğu saptanmıştır. Buna göre çalışmamızda, yaş arttıkça hasta güvenliği kültürüne ait algılar pozitif yönde artış göstermektedir (Tablo 27). Bulgularımızın aksine, literatürdeki çalışmalarda (Durmaz, 2016; Erdağı ve Özer, 2015; Balık 2014) hasta güvenliği kültürü algısının yaş değişkenine göre bir farklılık göstermediği saptanmıştır. Bu farklılık, çalışmamızda hekimler ve öğrenciler arasındaki yaş farkının yanı sıra pozisyon ve iş tecrübesinin getirdiği ekstra avantajların da yoruma dahil edilmesi gerektiğini gösteriyor olabilir.

Hekimlerin meslek sürelerine göre hasta güvenliği kültürü algılarına bakıldığında, kurumda çalışma süresi 5 yıldan çok olanların "HGKÖ" boyutuna ilişkin algılarının ($\overline{X}$=3,174±0,505) kurumda çalışma süresi 5 yıldan az olanlardan ($\overline{X}$=2,870±0,490) daha yüksek olduğu, kurumda çalışma süresi 5 yıldan çok olanların "Güvenliğin Kapsamlı Algılanması " alt boyutuna ilişkin algılarının ($\overline{X}$=3,578±0,786) kurumda çalışma süresi 5 yıldan az olanlardan ($\overline{X}$=3,093±0,779) daha yüksek olduğu, kurumda çalışma süresi 5 yıldan çok olanların "İletişimin açık tutulması" alt boyutuna ilişkin algılarının ($\overline{X}$=3,473±0,931) kurumda çalışma süresi 5 yıldan az olanlardan ($\overline{X}$=2,915±0,812) daha yüksek olduğu, kurumda çalışma süresi 5 yıldan çok olanların "Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt" alt boyutuna ilişkin algılarının ($\overline{X}$=3,070±0,805) kurumda çalışma süresi 5 yıldan az olanlardan ($\overline{X}$=2,634±0,726) daha yüksek olduğu, kurumda çalışma süresi 5

yıldan çok olanların "Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği" alt boyutuna ilişkin algılarının ($\overline{X}$=3,052±0,848) kurumda çalışma süresi 5 yıldan az olanlardan ($\overline{X}$=2,610±0,840) daha yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda yukarıda da belirtildiği üzere, yaş arttıkça hasta güvenliği ve alt boyutlarında pozitif yönde bir artış görülmektedir. Buna paralel olarak bu etkinin içine iş tecrübesinin de eklenmesi gerektiğini vurgulamıştık. Bu sonuçlardan da anlaşılacağı üzere her zaman tecrübenin artması hasta güvenliği genel ölçeğinde ve alt boyutlarında pozitif etki yaratmaktadır (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. Literatürün bu konuda çelişkili yanıtlar sunmasının altında, kurumda çalışma süresinin yaş, tecrübe şekli, motivasyon vs. gibi etmenlerden bağımsız tek değişken olarak değerlendirilemeyeceğini gösteriyor olabilir.

Çalışmamızda HGKÖ'nün güvenilirlik analizi yapıldığında (Tablo 20) “Personel Sağlama” alt boyutunda güvenilirliğin çok düşük düzeyde olması nedeniyle (Cronbach's Alpha=-0,311) bu çalışmada ölçeğin bu boyutuna yer verilmemiştir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

"Diş hekimi" grubunu öğretim üyeleri ve araştırma görevlileri, "öğrenci" grubunu ise; diş hekimliği 4. ve 5. Sınıf öğrencilerinin oluşturduğu bu çalışmada katılımcıların hasta güvenliği kültürü algıları, sosyo-demografik özelliklerine göre incelenmiş ve araştırmanın hipotezleri doğrultusunda aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir;

1. Katılımcıların %59'u kadın, %89,6'sı bekar, %62,6'sı öğrencidir ve öğrencilerin %52,9'u 4. Sınıf öğrencisidir. Ayrıca katılımcıların %69,2'si 5 yıldan daha az süredir diş hekimliği mesleğini sürdürmekte ve %77,6'sı da 5 yıldan daha az süredir araştırmanın yapıldığı hastanede görev yapmaktadır.
2. Katılımcıların %21,9'unun şu ana kadarki çalışma yaşamında tıbbi hata ile karşılaştığı, ancak tıbbi hata ile karşılaşanların %65,6'sının karşılaştığı tıbbi hatayı rapor etmediği,
3. Diş hekimlerinin %83,7'si, öğrencilerin %92'sinin hasta güvenliğine ilişkin şu ana kadar hiç olay raporu vermediği,
4. Diş hekimlerinin %72,1' inin, öğrencilerin ise; %66,7' sinin hasta güvenliğine ilişkin hiçbir eğitim almadığı,
5. Hekim ve öğrencilerin hasta güvenliği kültürü algılarının ($\overline{X}$=2,81) orta düzeyde olduğu, "Üniteler İçinde Ekip Çalışması" alt boyutu ($\overline{X}$=3,16) en yüksek ortalama puan olduğu, en düşük puan ortalamaya sahip alt boyutun "Hataların raporlanma sıklığı" $\overline{X}$=2,41 alt boyutu olduğu,
6. Katılımcıların HGKÖ' nün üniteler içinde ekip çalışması alt boyutuna ilişkin puan ortalamalarının tümünün orta düzeyde olduğu,
7. Katılımcıların HGKÖ' nün yönetici beklentileri alt boyutuna ilişkin puan ortalamalarının tümünün orta düzeyde olduğu,
8. Katılımcıların HGKÖ' nün yönetimin desteği ve birimler arası ekip çalışması alt boyutuna ilişkin puan ortalamalarının tümünün orta düzeyde olduğu,
9. Katılımcıların HGKÖ' nün "organizasyonel öğrenme", "güvenliğin kapsamlı algılanması", "hatalar hakkında geri bildirim ve iletişim", "hataların raporlanma sıklığı", "hastane müdahaleleri ve değişim", "hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt", "iletişimin açık tutulması" ve "hasta güvenliği için hastane yönetiminin

desteği" alt boyutlarına ilişkin puan ortalamalarının tümünün orta düzeyde olduğu,

10. Yalnızca "güvenliğin kapsamlı algılanması" alt boyutuna ilişkin kadınların algılarının ($\overline{X}$=2,652±0,709) erkeklerden ($\overline{X}$=2,473±0,729) daha yüksek olduğu, diğer tüm alt boyutlarda ise cinsiyete ilişkin bir farkın olmadığı,
11. Evlilerin ölçek toplam puanı, güvenliğin kapsamlı algılanması, yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri, iletişimin açık tutulması alt boyutlarında bekarlara göre daha yüksek algıya sahip olduğu, diğer alt boyutlarda anlamlı bir farkın olmadığı,
12. 4. Sınıf öğrencilerinin ölçek toplam puanı, güvenliğin kapsamlı algılanması, hataların raporlanma sıklığı, yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri, organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme, hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği alt boyutlarında 5. Sınıf öğrencilerine göre daha yüksek algıya sahip olduğu, diğer alt boyutlarda anlamlı bir fark olmadığı,
13. Yalnızca "İletişimin açık tutulması" alt boyutuna ilişkin meslek süresi 5 yıldan çok olanların algılarının ($\overline{X}$=3,344±0,936) meslek süresi 5 yıldan çok olanlardan ($\overline{X}$=2,914±0,803) daha yüksek olduğu, diğer alt boyutlarda anlamlı bir fark olmadığı,
14. Kurumda çalışma süresi 5 yıldan çok olanların; ölçek toplam puanı, güvenliğin kapsamlı algılanması, iletişimin açık tutulması, hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt, hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği alt boyutlarının tümünde, kurumda çalışma süresi 5 yıldan az olan ardan daha yüksek olduğu, diğer alt boyutlarda anlamlı bir fark olmadığı,
15. Hasta güvenliği eğitimi alanların; ölçek toplam puanı, organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme, üniteler içinde ekip çalışması, hatalar hakkında geri bildirim ve iletişim desteği alt boyutlarının tümünde hasta güvenliği eğitimi almayanlardan daha yüksek olduğu, diğer alt boyutlarda anlamlı bir fark olmadığı,
16. Katılımcıların yaşlarına göre hasta güvenliği algılarına bakıldığında yaşı büyük olan katılımcıların; ölçek toplam puanı, güvenliğin kapsamlı algılanması, yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri, iletişimin açık tutulması, hatalar hakkında geri bildirim ve iletişim, hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt alt boyutlarının tümünde yaşı küçük olan katılımcılardan daha yüksek olduğu, diğer alt boyutlarda anlamlı bir fark olmadığı,

17. Hastane müdahaleleri ve değişim alt boyutu hariç diğer tüm alt boyutlarda hasta güvenliği algısı öğretim üyesi > araştırma görevlisi > öğrenci büyüklüğü ile sıralandığı, hataların raporlanma sıklığı, hastane üniteleri arasında ekip çalışması, organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme alt boyutlarında ise istatistiksel açıdan manidar bir fark olmadığı,
18. "Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri " algısında bir artış olduğunda "Güvenliğin Kapsamlı Algılanması" algısının da artabileceği,
19. "Güvenliğin Kapsamlı Algılanması" algısında bir artış olduğunda "İletişimin açık tutulması" algısının ve "Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği" algısının da artabileceği,
20. "Hastane üniteleri arasında ekip çalışması" algısında bir artış olduğunda "Hastane müdahaleleri ve değişim" algısının da artabileceği,
21. "Üniteler içinde ekip çalışması" Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği" algısının ve "Hatalar hakkında geri bildirim ve iletişimi" algısının da artabileceği,
22. "Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri" algısında bir artış olduğunda "İletişimin açık tutulması" algısının ve "Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği" algısının da artabileceği,
23. "Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme " algısında bir artış olduğunda "Üniteler içinde ekip çalışması" algısının da artabileceği,

Saptanmıştır.

6.2. Öneriler

Çalışmadan elde edilen veriler doğrultusunda;

1. Hasta güvenliğine ilişkin güncel eğitim programlarıyla konuya ilişkin farkındalığın arttırılması, diş hekimlerinin ve diş hekimliği öğrencilerinin orta düzeyde olan hasta güvenliği kültürü algılarının geliştirilerek daha yüksek düzeye çıkarılması,
2. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Hastanesi'nde yapılan bu çalışmanın örnekleminin genişletilerek; tüm ilçe hastaneleri, özel hastaneler ve Ağız ve Diş Sağlığı Hastanelerinin de dahil edilerek yapılması,
3. Hasta güvenliği kültürü algısının belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmalarda hemşire ve diğer sağlık personelinin yanı sıra Diş Hekimleri ve Diş Hekimliği Fakültesi öğrencileriyle yapılan çalışmaların sayısının arttırılması,

4. Hasta güvenliği konusunun diş hekimliği fakültesi müfredat programında kalite ve hasta güvenliği konularını içerek şekilde bir ders olarak eklenmesi ve diş hekimlerinin uzmanlık eğitimi ve/veya sürekli eğitimlerinde hasta güvenliği konusunun ele alınması,
5. Diş Hekimliği öğrencilerinin kalite güvencesi, iyileştirme ve hasta güvenliği açısından ihtiyaçlarının belirlenmesi,
6. Bu konularda bilgi, anlayış ve farkındalıklarını geliştirme çabalarıyla güncel hasta güvenliği çalışmalarının takip edilmesi, böylelikle gerçek bir hasta güvenliği kültürü için temel oluşturulması,
7. Oluşturulan bu temellerin, özellikle yüksek riskli dental prosedürler için ulusal kurallara, yönetmeliklere ve yönergelere dahil edilmesi,
8. Araştırmanın yapıldığı fakültede ve diğer Diş Hekimliği Fakültelerinde, hataların raporlanmasını destekleyici ortamların sağlanması ve ihtiyaca uygun sistem oluşturulması.
9. Çalışanların ve özellikle de öğrencilerin, hataların raporlanması konusunda bu sistemi kolaylıkla kullanabilmeleri ve bu konuda teşvik edilmeleri,
10. Hastanede hasta güvenliği odaklı bir kültürel değişim sağlanabilmesi için yöneticilerin aktif katılımının artırılması,
11. Hasta güvenliği çalışmalarının “sürekli eğitim” çerçevesinde yapılması,

Önerilmiştir.

KAYNAKLAR

Abuhan, E. (2014). Diş Hekimliğinde Malpraktis. *Uzmanlık Tezi, Ege Üniversitesi, Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı*, İzmir.

AHRQ (2004). Hospital Survey Patient Safety Culture 2.0 (English). URL:https://www.ahrq.gov/sops/surveys/hospital/index.html (Erişim Tarihi: 02.09.2019).

Akalın, E. (2007). Klinik Araştırmalar ve Hasta Güvenliği. *İyi Klinik Uygulamalar Dergisi*, 17(2): 32-35.

Akalın, E. (2001). Hasta güvenliği. URL:http://slideplayer. biz.tr/slide/2018301/?/. (Erişim Tarihi: 12.12.2019).

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

Akalın, H.E. (2014). Hasta Güvenliği: Değişen Paradigma. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, (32): 64-67.

Akgün, S., Al-Assaf, A.F. (2007). Sağlık Kuruluşlarında Hasta Güvenliği Anlayışını Nasıl Oluşturabiliriz? *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, (3):42-7.

Al-Mahalawy, H., El-Mahallawy, Y., & El Tantawi, M. (2020).*Dentists' practices and patient safety: a cross sectional study. European Journal of Dental Education.* doi:10.1111/eje.12513

Al-Surimi, K., AlAyadi, H., Salam, M. (2017). Female dental students' perceptions of

patient safety culture: a cross sectional study at a middle eastern setting. BMC Medical Education (2018) 18:301

Altındiş, S. (2009). Diş Hekimliğinde Hasta Güvenliği, Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Platformu. URL:https://www.sdplatform.com/Dergi/197/Dis-hekimliginde-hasta-guvenligi.aspx (Erişim Tarihi: 12.08.2019)

Atchison, T., Carlson, G. (2009). Leading Healthcare Cultures: How Human Capital Drives Financial Performance. Chicago, IL: Health Administration Press.

Aydın, B. (2007). Sağlık Sektöründe Kalite Çalışmaları ve Akreditasyon. 5. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi.

Alamur, B. (2005). Örgüt Kültürü ve Örgütsel Bağlılık Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Anadolu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi'nde Bir Uygulama. *Yüksek Lisans Tezi, Anadolu Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü*, Eskişehir.

Bağcı, H. (2009). Sağlık Hizmetlerinde Akreditasyonun Geleceği. *Sağlık Yönetimi ve Eğitimi Dergisi,* C&B Basımevi, İstanbul.

Bailey, E., Tickle, M., Campbell, S. and O'Malley, L. (2015) Systematic review of patient safety interventions in dentistry, BMC Oral Health 15:152, doi: 10.1186/s12903-015-0136-1

Bernstein, M., Hebert, P.C., Etchells, E. (2003). Patient Safety in Neurosurgery: Detection of Errors, Prevention of Errors, and Disclosure of Errors. *Neurosurgery Quarterly*, 13(2): 125-137.

Bodur, S., Filiz, E. (2010). Validity and Reliability of Turkish Version of "Hospital Survey on Patient Safety Culture" and Perception of Patient Safety in Public Hospitals in Turkey, BMC Health Services Research, 3-8.

Bohigas, L., Smıth, D., Brooks T. (1996). Accreditation Programs for Hospitals, Funding and Operation. *International Journal for Quality in Care*, 8(6): 583-589.

Budak, M. (2008). Hasta güvenliği kültürü. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi,* 54-57.

Byers, J. F., White, S.V. (Eds.). (2004). Patient Safety: Principles and Practice. Springer Publishing Company, New York, 5-6.

Calfee, D.P. (2012). Crisis in Hospital- Acquired, Healtcare-Associated Infections. Annual Review of Medicine, (63): 359-371.

Carayon, P., Hundt, A., Karsh, BT., ve ark. (2006). Work System Design for Patient Safety: the SEIPS Model. *Qual Saf Health Care*, 15(Suppl 1): 50–8.

Cascella, M., Rajnik, M., Cuomo, A., Dulebohn, S.C., Di Napoli, R. (2020). Features, Evaluation and Treatment Coronavirus (COVID-19). Stat Pearls.

Cengiz, T. (1979). Endodonti. Ege Üniversitesi Matbaası, İzmir, 155.

Cetingul E (1986). Bildiğimiz ama Zaman Zaman Göz Ardı Ettiğimiz Olaylar, *İzmir Diş hekimleri Odası Dergisi*, (1): 10-11.

Clarke, S. (1999). Perceptions of Organizational Safety: Implications for the Development of Safety Culture. *Journal of Organizational Behavior,* 20(2): 185-198.

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

Çakmakçı, Metin: (2004). Sağlıkta Yeni Kalite Göstergesi: Hasta Güvenliği ve Tıbbi Hatalar, *Acıbadem Hemşirelik Dergisi,* s.30.

Çevik, M.A. (2007.) Kalite ve Akreditasyon.

Çiçek, A. (2012). Hemşirelerin Hasta Güvenliğine Yönelik Görüş ve Tutumlarının İncelenmesi. *Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü,* İzmir.

Danışman, F., Tanış, C., Gürsel, M. (2018) Diş Hekimliğinde Ekip Çalışması Etkinliğinin İş Tatmini ve Hasta Güvenliği Kültürü Üzerine Etkisinin İncelenmesi, Selcuk Dental Journal, https://doi.org/10.15311/selcukdentj.373840

Deal, T., Kennedy, A. (2000). Corporate Cultures: The Rites and Rituals of Corporate Life. Perseus Books Publishing, New York.

Demirbaş, A.R., Bal, İ.E., Barsbay, S. (2005). Başlangıçtan Bugüne Akreditasyon, *Sağlık Bakanlığı Diyalog Dergisi,* (Eylül).

Demir Dikmen, Y., Yönder, M., Yoğun, S., Usta, Y., Umur, S., & Aytekin, A. (2014). Hemşirelerin profesyonel tutumları ile bunu etkileyen faktörlerin incelenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 17 (3), 158-164.

Donaldson, L., Philip, P. (2004). Patient safety: a Global Priority. *Bull World Health Organ* (82):892-2.

Dönmez, B. (2017). Hekim ve Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Algılarının Değerlendirilmesi: Sivas Numune Hastanesi Örneği, *Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü,* Sivas.

Elmontsri, M., Almashrafi, A., Banarsee, R., Majeed A. (2016). Status of Patient Safety Culture in Arab Countries: a Systematic Review, 5.

Enişte, K. (2002). Kalite Yönetimi, Kalite Yolculuğunun Tarihçesi. Bursa. URL:http://www.bsm.gov.tr/kalite/02.asp?sira=2, (Erişim Tarihi: 10.10.2019)

Erayman, İ. (2009). Sağlık hizmetlerinde Güvenlik ve kalite Parametresi: Hastane infeksiyonları. *Sağlık Hizmetlerinde Kalite, Akreditasyon ve Hasta Güvenliği Dergisi,* 1(1): 22-23.

Ergenoğlu, A. (2006). Sağlık Kurumlarının İyileştiren Hastane Anlayışı ve Akreditasyon Bağlamında Tasarımı ve Değerlendirilmesi. *Doktora Tezi, Yıldız Teknik Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü,* İstanbul.

Erkmen, T. (2010). Örgüt Kültürü, İstanbul.

Etöz, S. (2008). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Belgelendirme Sistemleri ve Akreditasyon, *Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.* Isparta.

Flin, R., Burns, C., Mearns, K., Yule, S. and Robertson, E. (2006). Measuring Safety Climate in Health Care. *Quality and Safety in Health Care*, 15(2): 109-115.

Frankel, A., Gandi, T., Bates, D. (2003). Improving Patient Safety Across a Large Integrated Health Care Delivery System. *International Journal for Quality in Health Care,* 15(1): 131-140.

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

Gözlü, K., Kaya, S. (2016). Patient Safety Culture as Perceived by Nurses in a Joint Commission International Accredited Hospital in Turkey and its Comparison with Agency for Healthcare Research and Quality Data. *Patient Safety & Quality Improvement Journal,* 4(4): 441-449.

Gözlü, K., Kaya, S. (2012). Akreditasyon Belgesine Sahip Bir Hastanede Hasta Güvenliği Kültürünün Değerlendirilmesi. 6. Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi, Isparta, 175-182.

Guldenmund, F.W. (2000). The Nature of Safety Culture: a Review of Theory and Research. *Safety Science*, 34(1): 215-257.

Gündoğdu, S., Bahçeçik, N. (2012). Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürü Algısının Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi,* 15(2): 119-120.

Halıcı, N.T. (1990). Diş Hekimliğinde Uygulama Hataları. Hacettepe Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, III. Bilimsel Kongresi (tebliğ), Ankara.

İntepeler, Ş.S., Dursun, M. (2012). Tıbbi Hatalar ve Tıbbi Hata Bildirim Sistemleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15(2): 129-135.

Joint Commision International-JCIb. (2019). News Details | Joint Commission. URL:https://www.jointcommission.org/standards_information/npsgs.aspx (Erişim Tarihi: 09.03.2020)

Jones, L.K. (2012). The Use of Red Rules in Patient Safety Culture. *Doktora Tezi Alabama Birmingham Üniversitesi.*

Kandemir, S., Ergul, N. (1991). Diş Hekimliğinde Uygulama Hataları, *Ege Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi,* (12): 163-166.

Kavak, D.G. (2018). Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü Sağlıkta Akreditasyon Standartları. *Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dergisi,* 14-20.

Kaya, S., Güven, G. (2005). Tıbbi Hatalar ve Hasta Güvenliği: Dahiliye Servislerinde Bir Güvenlik Tutumları Araştırması. Sağlık ve Hastane Yönetimi 2. Ulusal Kongresi, Ankara.

Kaya, S. (2009). Hasta Güvenliği Kültürü Nedir ve Nasıl Geliştirilebilir? Sağlık Hizmetlerinde Kalite, *Akreditasyon ve Hasta Güvenliği Dergisi,* 1(1): 32-34.

Kennedy, I. (2001). Bristol Royal Infirmary Final Report, London: TSO.

Kibar, E. (2014). Kalite ve Sağlık Hizmetlerinde Kalite Standartları Uygulamaları (Kocaeli Seka Devlet Hastanesi Örneği). *Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı,* İstanbul.

Kohn, L.T., Corrigan, J.M. and Donaldson, M.S. (2000). To err is Human: Building a Safer Health System. *National Academies Press.* URL:https://books.google.com.tr/books?hl=en&lr=&id=Jj25GlLKXSgC&oi=fnd&pg=PT25&ots=bJhbtrQ82D&sig=VPpdyyaAvx5YVVdk0VGCZ90N-_k&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false (Erişim Tarihi: 11.10.2020).

Korkmazer, F., Yıldız, A., Ekingen, E. (2016). Sağlık Personeli Hasta Güvenliği Kültürü Algılarının Değerlendirilmesine Yönelik Bir Araştırma. *Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 4(2): 141-154.

Kuş, H. (2000). Sağlık Sektöründe Akreditasyon ve Iso Standartları. *Modern Hastane Yönetimi Dergisi,* (4):2.

Leape, L.L., Lawthers, A.G., Brennan, T.A., Johnson, W.G. (1993). Preventing Medical Injury. *Quality Review Bulletin,* 19(5):144-49.

Leape, L. (1997). Testimony to United States Congress House Committee on Veterans' Affairs. Washington, DC. (October 12).

Manav, G., Karademirler, Y. (2018). Hasta Güvenliği Kültürü. *JCP*, 16(3):103-116.

Melo, S. (2016). The Impact of Accreditation on Healthcare Quality İmprovement: a Qualitative Case Study. *Journal of Health Organization and Management,* 30(8): 1242-1258.

Muluk, Z., Danacıoğlu, N., Burcu, E. (2000). Türkiye'de Kalite Olgusunun Gelişimi. Kalder Yayınları, No:30, Ankara.

National Patient Safety Agency (2000). URL:http://www.ihi.org/Topics/PatientSafety /Pages/Overview. aspx, (Erişim Tarihi: 10.12.2019).

National Patient Safety Agency (2004). The Seven Steps to Patient Safety: a Guide for NHS Staff. London: National Patient Safety Agency. National Patient Safety Foundation. Improve the Safety of Patients. URL:http://www.nrls.npsa.nhs.uk/ resources/collections/seven-steps-to-patient-safety/ (Erişim Tarihi: 29.04.2020)

National Patient Safety Agency (2019). Patient Safety Dictionary A-E- Institute for Healthcare Improvement. URL:https://www.npsf.org/page/dictionaryae?&hhsearchterms=%22medical+and+errors%22 (Erişim Tarihi: 11.12.2019).

Nieva, V.F., Sorra, J. (2003). Safety Culture Assessment: A Tool For Improving Patient Safety In Healthcare Organizations. *Qual Saf Health Care,* (12): 17–24.

Null, G., Dean, C., Feldman, M., Rasio, D., Smith, D. (2004). Death by Medicine. URL:http://www.webdc.com/pdfs/deathbymedicine.pdf. (Erişim Tarihi: 16.09.2020).

Obadan E., Ramoni R.B., Kalenderian E. (2015). Lessons Learned from Dental Patient Safety Case Reports. *J. Am Dent Assoc,* (146): 318−326.

Ovalı, F. (2010). Hasta Güvenliği Yaklaşımları. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi,* (1): 33- 43.

Özcan, T.H. (2018). Güneydoğu Anadolu Bölgesindeki Bir Özel Hastanede Hasta Güvenliği Kültürü, *Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü,* Ankara.

Özgen, H. (1995). Sağlık Bakım Hizmetlerinde Kalite Nedir? Hasta Tatmini Boyutuyla İlgili Bir Değerlendirme. *Toplum ve Hekim Dergisi*, Ankara, 10(3):47.

Özkan, T., Lajunen, T. (2003). Güvenlik Kültürü ve İklimi. *Pivolka Dergisi,* 2(10): 3-4.

Özkurt, Z., Özçakır, C.,Gürsoy, H.,Dölekoğlu, S., Kazazoğlu, E. (2011). Diş Hekimliği Pratiğinde Çapraz Enfeksiyon Kontrolü: Hasta Tutum ve Duyarlılığının İncelenmesi. *Cumhuriyet Dent J,* 14(2):106-112.

Paul, M. (1997). Moving from Blame to Accountability, *The Systems Thinker,* 8 (1): 1-5.

Perea Pérez, B., González, E.L. (2015). Eleven Basic Procedures/Practices for Dental Patient Safety. *Journal of Patient Safety,* 1-5.

Perea Pérez, B., Sáez, S. (2011). Patient Safety in Dentistry: Dental Care Risk Management Plan. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, 16(6): 805-809.

Peşkircioğlu, N. (1994). Toplam Kalite Yönetimi Sistemi. ISO 9000 Standartlar, *Verimlilik Dergisi.*

Pronovost, P.J., Berenholtz, S.M., Goeschel, C.A., Needham, D.M., Sexton, J.B., Thompson, D.A., Hunt, E. (2006). Creating High Reliability ın Health Care Organizations. *Health Services Research,* 41(4): 1599–1617.

Ramoni R, Walji MF, Tavares A, White J, Tokede O, et al. Open wide: looking into the safety culture of dental school clinics. Journal of Dental Education. 2014; 78: 745-756.

Rooney, A., Van Ostenberg, P. (1999). Licensure, Accre-ditation and Certification: Approaches to Health Servi-ces Quality. Bethesda, Quality Assurance Project,

URL:http://www.usaidassist.org/sites/assist/fi-les/accredmon.pdf. (Erişim Tarihi: 22.05.2019).

Sağlık Bakanlığı (2015a). Sağlıkta Akreditasyon Standartları Hastane Seti (v.1.1) Pozitif Matbaa, Ankara, ISBN: 978-975-590-479-5. URL:http://www.tuseb.gov.tr/tuska/yuklemeler/sag-likta_akreditasyon_standartlari_hastane.pdf.(Erişim Tarihi: 11.07.2020).

Sağlık Bakanlığı (2015b). Sağlıkta Akreditasyon Standartları ADSM (Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri) Seti (v.1.1) Pozitif Matbaa, Ankara, ISBN: 978-975-590-503-7 URL:http://tuseb.gov.tr/tuska/yuklemeler/yayin-lar/sas-adsm-seti-2018.pdf. (Erişim Tarihi: 25.08.2020).

Sağlık Bakanlığı (2017). (SKS ADSH (V. 3) Ankara. URL:https://kalite.saglik.gov.tr/TR,19883/saglikta-kalite-standartlari-sks-adsh-versiyon-3-yayinlandi.html (Erişim Tarihi: 19.10.2019).

Sağlık Bakanlığı (2018). (SAS ADSH Ankara URL:https://www.tuseb.gov.tr/Enstitu Sayfa/standartlar-6/ (Erişim Tarihi: 23.06.2019).

Sandars, J. (2009). The Scope of the Problem. In Sandars J. and Cook, G. (ed.) ABC of Patient Safety, Blackwell Publishing, BMJ Books, USA, 1-3.

Schein, E. (2004). Organizational Culture and Leadership (Third Ed.). San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Schein, E.H. (1985). Organizational Psychology. Englewood Cliffs, NJ: Prentice- Hall.

Scrivens, E., Heidemann, E. (1995). International Journal of Health Planning and Management, Guest Editorial

Sevim, A. (1996). Toplam Kalite Yönetiminde Bir Araç Olarak Toplam Kalite Maliyet Sisteminin Kurulması ve Bir Uygulama. *Yayımlanmamış Doktora Tezi, Anadolu Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü*, Eskişehir.

Shostek, K. (2007). Developing a Culture of Safety in Ambulatory Care Settings. *The Journal of Ambulatory Care Management*, 30(2): 105-113.

Smircich, L. (1983). Organizational Culture and Organizational Analysis. *Administrative Science Quarterly*, (28): 339-358.

Spath, P.L. (2012). Error Reduction in Health Care: a Systems Approach to Improving Patient Safety. *J Nurs Regul*, (2):60.

Spruill, A., Eron, B., Coghill, A., Talbert, G. (2009). Decreasing Patient Misidentification Before Chemotherapy Administration. C*linical Journal of Oncology Nursing,* 13(6): 716-717.

Sur, H. (2008). Hasta Güvenliği Yaklaşımları. (1). İstanbul: Medipolitan Eğitim ve Sağlık Vakfı Yayınları

Şahin, Ü. (2006). Ülkemiz Hastane İşletmeciliğinde Kalite, Sorunlar ve Öneriler.

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, Ankara, 1007.

Tak, B. (2010). Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Ana Unsuru Olarak Hasta Güvenliği Sistemlerinin Oluşturulması: Hastaneler İçin Bir Yol Haritası Önerisi. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, (1): 72–113.

Taş, Y., Akpınar, A. T. ve İşçi, E. (2013). Kalite Yönetim Sistemi ile Hasta Güvenliği Kültürü İlişkisinin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma: Üniversite Hastanesi Örneği. 7. Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi, 1–10.

Terzi, A.R. (2000). Örgüt Kültürü, Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara, 170.

The Institute of Medicine-IOM. (2001). Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Report Brief. 1st ed. Washington: National Academies Press, 1-8.

The Lancet. (2020). COVID-19: Protecting Health-Care Workers. C. 395, The Lancet. Lancet Publishing Group, 922.

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.

Thusu, S., Panesar, S., & Bedi, R. (2012). *Patient safety in dentistry – state of play as revealed by a national database of errors. British Dental Journal, 213(3), E3–E3.* doi:10.1038/sj.bdj.2012.669

Top, M., Gider Ö., Taş Y., Çimen S. (2008). Hekimlerin Tıbbi Hatalara Neden Olan Faktörlere İlişkin Değerlendirmeleri: Kocaeli İlinden Bir Alan Çalışması. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 11(2): 161-199.

Trader, J. (2017). URL:https://www.rightpatient.com/blog/5-procedures-dental-patient-safety/ (Erişim Tarihi: 29.08.2019).

TSE (1994). Kalite Notları, Ankara.

TSE (2006). TS-EN-ISO9000 Kalite Broşürü. Uluslararası Hemşirelik Konseyi, Uluslararası Hemşireler Günü Teması; "Sağlıklı İstihdam Hayat Kurtarır", Bilgi Eylem Kılavuzu.

Tütüncü, Ö., Küçükusta, D., Yağcı, K. (2007). Toplam Kalite Yönetim Kapsamında Hasta Güvenliği Kültürü ve Bir Ölçme Aracı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi,* 9(1): 519-533.

Wong, J. & Beglaryan, H. (2004). Strategies for Hospitals to Improve Patient Safety: A Review of the Research. Indirilme tarihi: 05.10.2005, WWW: Web: http://www.changefoundation.com.

World Health Organization (2009). URL:http://www.who.int/patientsafety/safesurgery /tools _resources/ SSSL_ checklist _ finaljun08 .pdf. (Erişim Tarihi: 09.05.2020)

World Health Organization (2009). Patient Safety A World Alliance For Safer Health Care WHO Guidelines for Safe Surgery. URL:http://whqlibdoc.who. int/publications/ 2009/99789241598552_ eng.pdf. (Erişim Tarihi: 10.06.2020).

World Health Organization (2005). The Role of Reporting in Enhancing Patient Safety WHO Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning System from Information to Action. 1st ed. Geneva: WHO Press, 12-5.

Yağmurlu, A. (1997). Örgüt Kültürü: Tanımlar ve Yaklaşımlar. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 52(1): 717-720.

Yamalik, N., Perea Pérez, B. (2012). Patient Safety and Dentistry: What do We Need to Know? Fundamentals of Patient Safety, the Safety Culture and İmplementation of Patient Safety Measures in Dental Practice. *Int Dent J.* (62): 189-196.

Yetkinlioğlu, Ö. (2009). Sağlık Kurumlarında Hasta Güvenliğinin Sağlanmasında Kalite ve Akreditasyon Çalışmalarının Önemi: Ankara İlindeki İki Hastanede Hasta

Güvenliği Çalışmalarının Değerlendirilmesine Yönelik Mukayeseli Bir Uygulama. *Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü,* Konya.

Yılmaz, A., Işık, O., Akca, N. (2017). Hastane Çalışanlarının Hasta Güvenliği Tutumu Algı Düzeylerinin Belirlenmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi,* 20(1): 69-80.

Youngberg, B.J. (2011). Risk Management and Patient Safety: The Synergy and the Tension. In Youngberg B. J. (ed) Principles of Risk Management and Patient Safety, Jones &Bartlett Learning, USA, 3-11.

Yöyler, F. (2019). Sağlık Çalışanlarının Tıbbi Hata Farkındalıkları ile Raporlama Durumları Arasındaki İlişki. *Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi,* İzmir

Zengingönül, O., Emeç, H., İyilikçi, D.E., Bingöl, P. (2012). Sağlık Turizmi: İstanbul'a Yönelik Bir Değerlendirme. URL:http://www.ekonomistler.org.tr/wp-content/ uploads/ 2012/04/ saglik_turizmi_rapor.pdf (Erişim Tarihi: 05.01.2020)

EKLER

Ek. 1 Anket Formu

EK-1 HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ ANKETİ

Sayın katılımcı, bu ankette size hasta güvenliği, tıbbi hata ve olay raporlama konusunda önermeler yer almaktadır.

''Olay''*, hastanın zarar görmesiyle sonuçlansın ya da sonuçlanmasın yapılan bir hata, yanlış veya kaza olarak tanımlanmaktadır.*

BÖLÜM A: Calıştığınız Birim

Hastanedeki çalışma biriminiz: ……

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

	Kesinlikle katılmıyorum	**Katılmıyorum**	**Kararsızım**	**Katılıyorum**	**Kesinlikle katılıyorum**
1. Bu birimde çalışan kişiler birbirlerini 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 şikâyet 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

Yöneticiniz veya doğrudan bağlı olduğunuz kişiler ile ilgili aşağıdaki konulara katılma derecenizi belirtiniz.

	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	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 bilgilendiririliriz.	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 bilgilendiririliriz.	1	2	3	4	5
4. Çalışanlar, yöneticilerinin karar ve eylemlerini sorgulamakta kendilerini özgür hissederler.	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 göründüğünde 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.

☐	☐	☐	☐	☐
A	B	C	D	E
Mükemmel	Çok iyi	Kabul edilebilir	Zayıf	Başarısız

BÖLÜM F: Hastaneniz

Hastaneniz ile ilgili olarak aşağıda belirtilen konulara katılma derecenizi belirtiniz.

	Kesinlikle	**Katılmıyorum**	**Kararsızım**	**Katılıyorum**	**Kesinlikle**
1. Hastane yönetimi hasta güvenliğini artıran bir çalışma atmosferi sağlamaktadır.	1	2	3	4	5
2. Hastane üniteleri birbirleriyle uyum içerisinde 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 işbirliği vardır.	1	2	3	4	5
5. Diğer bölümlerden gelen kişilerle çalışmak genellikle hoş karşılanmaz.	1	2	3	4	5
6. Birimler arasında bilgi aktarımında sıklıkla problemler oluşur.	1	2	3	4	5
7. Yönetimin faaliyetleri, hasta güvenliğinin üst düzey bir öncelik olduğunu gösteriyor.	1	2	3	4	5
8. Yönetim, sadece istenmeyen olay olduğunda hasta güvenliği ile ilgili gibi gözükmektedir.	1	2	3	4	5
9. Hastalar için en iyi bakımı sağlama amacıyla birimler birlikte iyi çalışır.	1	2	3	4	5

BÖLÜM G: Raporlanan Olay Sayısı

Son 12 ayda kaç kez olay raporu yazıp idarecilerinize verdiniz?

- ☐ **a.** Hiç
- ☐ **b.** 1-2 olay raporu
- ☐ **c.** 3-5 olay raporu
- ☐ **d.** 6-10 olay raporu
- ☐ **e.** 11-20 olay raporu
- ☐ **f.** 21 ve üzeri olay raporu

Yapılan çalışmalarda hatalı olayları raporlama durumunun az olduğu saptanmıştır. Sizce bu durumun nedenleri nelerdir?

BÖLÜM H: Kisisel bilgiler

1. Yaşınız……..……

2. Cinsiyetiniz ……...□1. Kadın □2. Erkek

3. Medeni durumunuz……...□1. Evli □2. Bekâr

4. Göreviniz/Pozisyonunuz

A. Öğretim Üyesi……...□1. Profesör □2. Doçent □3.Dr. Öğretim Üyesi

B. Araştırma Görevlisi...□

C. Öğrenci……□4. Sınıf □5. Sınıf

***(Öğrenci iseniz lütfen 7. Soruya geçiniz.)**

5. Mesleğinizi kaç yıldır yapıyorsunuz?**.....**

6. Bu hastanede kaç yıldır çalışıyorsunuz?**.....**

7. Şu ana kadar hasta güvenliği konusunda herhangi bir eğitim aldınız mı?

□1. Evet □2. Hayır

8. Şu ana kadar herhangi bir tıbbi hata yaptınız mı?

□1. Evet □2. Hayır

Cevabınız evet ise; bu hatayı rapor ettiniz mi /bildirdiniz mi?

□1. Evet □2. Hayır

9. Şu ana kadar herhangi bir tıbbi hataya tanık oldunuz mu?

□1. Evet □2. Hayır

<u>Cevabınız evet ise</u>; bu hatayı rapor ettiniz mi/ bildirdiniz mi?

□1. Evet □2. Hayır

KATILIMINIZ İÇİN TEŞEKKÜR EDERİM

AYŞE KÜBRA DEMİR

Bilimsel Yayınlar

Makale

Soygun, K., Bolayır, G., Demir, H., **Demir A.K**. (2009) Esneyebilir Bir Protez Kaide Rezin ile Hareketli Bölümlü Protezlerin Yapımı: Vaka Sunumu, Cumhuriyet Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi, 12 (1): 52-55

Bildiriler

Soygun, K., Bolayır, G., Demir, H., **Demir A.K.** (2009) Esneyebilir Bir Protez Kaide Rezin ile Hareketli Bölümlü Protezlerin Yapımı: Vaka Sunumu- TDB 16. Uluslararası Diş Hekimliği Kongresi 25-27 Haziran, İstanbul (Poster bildiri)

Demir, A.K. Ulusoy, H., (2020) Diş Hekimlerinin ve Diş Hekimliği Öğrencilerinin Hasta Güvenliği Kültürü Algıları, QPS 14. Uluslararası Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Hasta Güvenliği Kongresi 14-15 Aralık, Antalya (Sözel bildiri)