



T.C.

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**AKREDİTASYON BELGESİNE SAHİP  
ÖZEL BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE SAĞLIK  
ÇALIŞANLARININ BAKIŞ AÇISIYLA  
HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜNÜN DEĞERLENDİRİLMESİ**

HARUN GÜLAY

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Prof. Dr. HACER ÖZGEN NARCI

İSTANBUL-2016

## TEZ ONAY FORMU

Kurum : İstanbul Medipol Üniversitesi

Programın Seviyesi : Yüksek Lisans (X) Doktora ( )

Anabilim Dalı : Sağlık Yönetimi

Tez Sahibi : Harun GÜLAY

Tez Başlığı : Akreditasyon Belgesine Sahip Özel Bir Üniversite Hastanesinde  
Sağlık Çalışanlarının Bakış Açısıyla Hasta Güvenliği Kültürünün  
Değerlendirilmesi

Sınav Yeri : İstanbul Medipol Üniversitesi Kavacık Yerleşkesi

Sınav Tarihi : 23.08.2016

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve nitelik yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

### Danışman

Prof.Dr. Hacer ÖZGEN NARCI

### Kurumu

İstanbul Medipol Üniversitesi

### İmza



### Sınav Jüri Üyeleri

Prof.Dr. Haydar SUR

Üsküdar Üniversitesi

Yrd.Doç.Dr.Nihal SUNAL

İstanbul Medipol Üniversitesi



Yukarıdaki jüri kararıyla kabul edilen bu Yüksek Lisans tezi, Enstitü Yönetim Kurulu'nun **01./09./2016** tarih ve **2016.../23** - **21** sayılı kararı ile şekil yönünden Tez Yazım Kılavuzuna uygun olduğu onaylanmıştır.

Prof.Dr. Nesrin EMEKLİ

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü



## BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içerisinde elde ettiğimi, bu tez çalışması ile elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Harun GÜLAY



## TEŞEKKÜR

Tez çalışmam süresince profesyonelliği, bilgi birikimi ve anlayışlı tavrı ile sabırla yanımda olan tez danışmanım Sn. Prof. Dr. Hacer ÖZGEN NARCI'ya,

Mesleki anlamda üzerimde büyük bir emeği olan, çalışanlarına karşı saygılı, hoşgörülü ve yol gösterici karakteri ile güven veren, hayatım boyunca örnek bir yönetici olarak gösterebileceğim değerli yöneticim Sn. Ayşegül ERGİN'e,

Lisans eğitimim süresince ilk iş tecrübemin kazanılmasında büyük katkı sağlayan, karakteri ve iş disiplini ile örnek aldığım Sayın İdris SARIAYDIN'a,

Eğitim hayatım boyunca yanımda olan ve hiçbir desteği esirgemeyen sabırlı, anlayışlı, fedakâr ve değerli eşim Gizem GÜLAY'a,

Varlıklarıyla gurur duyduğum ve bugünlere gelmemde en büyük pay sahibi olan, annem Ayten GÜLAY'a, babam Celal GÜLAY'a ve ablam Gülşah BOZ'a,

Lisans ve yüksek lisans eğitimimiz boyunca teorik ve pratik anlamda her türlü desteği sağlayarak, profesyonel sağlık yöneticilerinin yetişmesinde büyük katkı sağlayan Medipol Eğitim ve Sağlık Grubu'na,

Araştırmamın hastane uygulamalarında gönüllü katılımlarıyla destek veren tüm çalışma arkadaşlarıma sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

<b>TEZ ONAYI .....</b>	<b>i</b>
<b>BEYAN.....</b>	<b>ii</b>
<b>TEŞEKKÜR .....</b>	<b>iii</b>
<b>KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ.....</b>	<b>vi</b>
<b>ŞEKİL VE TABLOLAR LİSTESİ.....</b>	<b>vii</b>
<b>1-ÖZET .....</b>	<b>1</b>
<b>2-ABSTRACT.....</b>	<b>3</b>
<b>3-GİRİŞ VE AMAÇ .....</b>	<b>5</b>
<b>4-GENEL BİLGİLER.....</b>	<b>7</b>
4.1.Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Akreditasyon.....	7
4.1.1.Sağlık hizmetlerinde akreditasyonun amaç ve hedefleri .....	10
4.1.2.Sağlık hizmetlerinde akreditasyonun faydaları.....	12
4.1.3.Dünyada sağlık hizmetleri akreditasyonunun gelişimi .....	15
4.1.3.1. JCI hastane akreditasyonu.....	17
4.1.4.Türkiye’de sağlık hizmetleri akreditasyonu .....	18
4.1.5.Türkiye’de sağlık hizmetlerinde kalite standartları .....	21
4.2.Hasta Güvenliği ve Tıbbi Hatalar.....	23
4.2.1.Hasta güvenliği ve hasta güvenlik kültürü kavramları .....	23
4.2.2.Hasta güvenliğinin önemi ve amaçları.....	25
4.2.3.Dünyada ve Türkiye’de hasta güvenliği uygulamaları .....	26
4.2.4.Uluslararası hasta güvenlik hedefleri.....	28
4.2.5.Tıbbi hata kavramı, sınıflandırmaları ve bildirim yöntemleri .....	34
4.2.6.Dünyada ve Türkiye’de karşılaşılan tıbbi hatalar ve sonuçları.....	37
<b>5. MATERYAL VE METOT .....</b>	<b>41</b>
5.1. Araştırmanın Amacı ve Tasarımı .....	41
5.2. Araştırmanın Yapıldığı Tarih ve Yer .....	41
5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	41
5.4. Araştırma Verilerinin Toplanması.....	42
5.4.1. Veri toplama araçları .....	42

5.4.2. Verilerin toplanması .....	46
5.5. Verilerin Değerlendirilmesi.....	46
5.6. Araştırmanın Etik İlkeleri.....	48
5.7. Araştırmanın Sınırlılıkları .....	48
5.8. Araştırmanın Güçlükleri.....	48
<b>6. BULGULAR .....</b>	<b>49</b>
6.1. Tanımlayıcı Bulgular.....	49
6.1.1.Sağlık çalışanlarının demografik, sosyo-ekonomik ve çalışma yaşamlarına dair özelliklerine ilişkin bulgular .....	49
6.1.2.Sağlık Çalışanlarının Hasta Güvenliği Konusundaki Durum ve Düşüncelerine İlişkin Bulgular .....	53
6.2.Hasta güvenliği algısı ve çalışanların özelliklerine dair analitik bulgular .....	69
6.2.1.Hekimlerin/Asistan hekimlerin değerlendirilmesi.....	69
6.2.2.Hemşirelerin değerlendirilmesi.....	78
6.2.3.Hasta hizmetleri çalışanlarının değerlendirilmesi.....	89
<b>7. TARTIŞMA VE SONUÇ .....</b>	<b>99</b>
<b>8-KAYNAKLAR .....</b>	<b>110</b>
<b>9-EKLER .....</b>	<b>115</b>
<b>10-ETİK KURUL ONAYI.....</b>	<b>119</b>
<b>11-ÖZGEÇMİŞ .....</b>	<b>121</b>

## KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

<b>ABD:</b>	Amerika Birleşik Devletleri
<b>AHRQ:</b>	Agency for Healthcare Research and Quality-Sağlık Araştırma ve Kalite Ajansı
<b>AIOM:</b>	American Institute of Medicine –Amerikan Tıp Enstitüsü
<b>ATT:</b>	Acil Tıp Teknisyenliği
<b>GRS:</b>	Güvenlik Raporlama Sistemi
<b>ISQua:</b>	International Society for Quality in Healthcare
<b>ISMP:</b>	Institute for Safe Medication Practices
<b>JCI:</b>	Joint Commission International-Uluslararası Akreditasyon Komisyonu
<b>JCAHO:</b>	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations- Sağlık Kuruluşlarının Akreditasyonu Birleşik Komisyonu
<b>SAD:</b>	Sağlıkta Akreditasyon Denetçi
<b>SB:</b>	Sağlık Bakanlığı
<b>SDP:</b>	Sağlıkta Dönüşüm Programı
<b>SKS:</b>	Sağlıkta Kalite Standartları
<b>SPSS:</b>	Statistical Package for Social Sciences for Windows
<b>TÜRKAK:</b>	Türk Akreditasyon Kurumu
<b>TÜSEB:</b>	Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü
<b>WHO/DSÖ:</b>	World Health Organization-Dünya Sağlık Örgütü
<b>US CDC:</b>	United States Centers for Disease Control and Prevention- ABD Hastalık Kontrolü ve Önleme Merkezi

## ŞEKİL VE TABLOLAR LİSTESİ

### ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 6.1: Ekipler İçinde Takım Çalışması Boyutunun Cevap Dağılımları .....	56
Şekil 6.2: Yönetici Beklentileri ve Hasta Güvenliği Geliştirme Faaliyetleri Boyutunun Cevap Dağılımları .....	57
Şekil 6.3: Örgütsel Öğrenme - Sürekli İyileştirme Boyutunun Cevap Dağılımları ...	58
Şekil6.3: Hasta Güvenliği için Hastane Yönetiminin Desteği Boyutunun Cevap Dağılımları .....	59
Şekil 6.4: Güvenliğin Kapsamlı Algılanması Boyutunun Cevap Dağılımları .....	60
Şekil 6.5: Hatalar Hakkında İletişim ve Geri Bildirim Boyutunun Cevap Dağılımları .....	61
Şekil 6.6: İletişimin Açık Tutulması Boyutunun Cevap Dağılımları.....	62
Şekil6.7: Hataların Raporlanma Sıklığı Boyutunun Cevap Dağılımları .....	63
Şekil 6.8: Hastane Birimleri Arası Ekip Çalışması Boyutunun Cevap Dağılımları ..	64
Şekil 6.9: Personel Sağlama Boyutunun Cevap Dağılımları .....	65
Şekil 6.10: Hastanede Devirler ve Nakiller Boyutunun Cevap Dağılımları .....	66
Şekil 6.11: Hataya Karşı Cezalandırıcı Olmayan Yanıt Boyutunun Cevap Dağılımları .....	67
Şekil 6.12: 12 Hasta Güvenlik Boyutuna Verilen Toplam Olumlu Yanıt Dağılımları .....	68
Şekil 6.13: Kişilerin Çalıştıkları Birimleri Hasta Güvenliği Açısından Değerlendirme Sonuçları .....	69



## TABLULAR LİSTESİ

Sayfa No

Tablo-4.1: Akreditasyon ve Ruhsatlandırma Süreci Farkları .....	9
Tablo 4.2: Ülkelerin Sağlık Alanında Faaliyet Gösteren Akreditasyon Programları ve Başlangıç Yılları (Gray,1983).....	16
Tablo4.3:En Sık Bildirim Yapılan 10 Laboratuvar Hataları.....	38
Tablo4.4: En Sık Bildirim Yapılan 10 İlaç Hataları .....	39
Tablo4.5: En Sık Bildirim Yapılan 10 Cerrahi Güvenlik Hataları.....	40
Tablo 5.1: Anket Uygulama Planı.....	42
Tablo – 5.2: Araştırmanın Değişkenleri.....	47
Tablo 6.1: Sağlık Çalışanlarının Demografik ve Sosyo-Ekonomik Özelliklerinin Dağılımı .....	50
Tablo 6.2: Sağlık Çalışanlarının Çalışma Yaşamlarına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı .....	52
Tablo 6.3: Sağlık Çalışanlarının Hasta Güvenliği Konusunda Durum ve Düşüncelerinin Dağılımı .....	54
Tablo 6.4: Çalışanların Olay Rapor Yazma Alışkanlıklarının Dağılımı.....	55
Tablo 6.5: Hekim ve Asistan Hekimlerin Meslekteki Toplam Çalışma Yıllarına Göre Boyutların Karşılaştırılması .....	70
Tablo 6.6: Hekimlerin/Asistan Hekimlerin Haftalık Çalışma Saatlerine Göre Boyutların Karşılaştırılması .....	72
Tablo – 6.7: Hekimlerin/Asistan Hekimlerin Kurumda Toplam Çalışma Yıllarına Göre Boyutların Karşılaştırılması .....	73
Tablo 6.8: Hekimlerin/Asistan Hekimlerin Kurumsal Oryantasyon Eğitimi Alma Durumlarına Göre Boyutların Karşılaştırılması.....	76
Tablo 6.9: Hekimlerin/Asistan Hekimlerin Mesleklerini İsteyerek Seçme Durumlarına Göre Boyutların Karşılaştırılması.....	77
Tablo 6.10: Hemşirelerin Eğitim Düzeylerine Göre Boyutların Karşılaştırılması ....	78

Tablo 6.11: Hemşirelerin Meslekte Toplam Çalışma Yıllarına Göre Boyutların Karşılaştırılması .....	80
Tablo 6.12: Hemşirelerin Haftalık Çalışma Saatleri Düzeylerine Göre Boyutların Karşılaştırılması .....	83
Tablo 6.13: Hemşirelerin Kurumdaki Toplam Çalışma Yıllarına Göre Boyutların Karşılaştırılması .....	85
Tablo 6.14: Hemşirelerin İşe Başlarken Kurumsal Oryantasyon Eğitimi Alma Durumlarına Göre Boyutların Karşılaştırılması.....	87
Tablo 6.15: Hemşirelerin Mesleklerini İsteyerek Seçip Seçmeme Durumlarına Göre Boyutların Karşılaştırılması .....	88
Tablo 6.16: Hasta Hizmetleri Çalışanlarının Eğitim Düzeylerine Göre Boyutların Karşılaştırılması .....	89
Tablo 6.17: Hasta Hizmetleri Çalışanlarının Meslekte Çalışma Yıllarına Göre Boyutların Karşılaştırılması .....	91
Tablo 6.18: Hasta Hizmetleri Çalışanlarının Haftalık Çalışma Düzeylerine Göre Boyutların Karşılaştırılması .....	93
Tablo 6.19: Hasta Hizmetleri Çalışanlarının Kurumda Çalışma Yılları Düzeylerine Göre Boyutların Karşılaştırılması .....	95
Tablo 6.20: Hasta Hizmetleri Çalışanlarının İşe Başlarken Kurumsal Oryantasyon Eğitimi Alma Durumlarına Göre Boyutların Karşılaştırılması.....	97
Tablo 6.21: Hasta Hizmetleri Çalışanlarının Mesleklerini İsteyerek Seçme Durumlarına Göre Boyutların Karşılaştırılması.....	98

## 1-ÖZET

### AKREDİTASYON BELGESİNE SAHİP ÖZEL BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE SAĞLIK ÇALIŞANLARININ BAKIŞ AÇISIYLA HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜNÜN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırmamız, akredite olmuş özel bir üniversite hastanesinde sağlık çalışanlarının hasta güvenliği konusundaki algılarını belirlemek amacıyla gerçekleştirildi. Araştırmamızın evrenini, İstanbul'da bulunan ve 2014 yılının Şubat ayında, Joint Commission International (JCI) tarafından akredite edilmiş özel bir üniversite hastanesinde araştırmanın yapıldığı dönem içerisinde aktif olarak çalışan ve ankete katılmayı kabul eden 1636 sağlık çalışanı oluşturdu. Araştırmanın örneklemini kota örneklem yöntemi kullanılarak belirlenen toplam 561 sağlık çalışanı oluşturdu. Araştırmanın verileri, 2016 yılının Mart-Nisan aylarında toplandı. Veri toplamada, Sağlık Araştırma ve Kalite Ajansı tarafından geliştirilen hasta güvenliği kültürü hastane anketi ve çalışanların kişisel ve çalışma yaşamına ilişkin bulgularının tespitine yönelik anketler kullanıldı. Toplanan verilerin özetlenmesinde tanımlayıcı istatistiklerden yararlanıldı. Grupların karşılaştırılmasında t testi, üç veya daha fazla grup için ise tek yönlü varyans analizi kullanıldı. İstatistik analizlerde anlamlılık düzeyi 0.05 olarak dikkate alındı. Araştırmamıza en çok katılım sağlayan meslek grupları sırasıyla, hekimler, hemşirelik hizmetleri çalışanları ve hasta hizmetleri çalışanlarıdır. Araştırma sonucunda sağlık çalışanlarının en yüksek olumlu cevaba sahip olduğu hasta güvenlik boyutunun %72 ile ekipler içinde takım çalışması boyutu, en düşük boyutun ise %24 ile personel sağlama boyutunun olduğu bulundu. Hekimlerin/asistan hekimlerin kurumda çalışma yılları ile güvenliğin kapsamlı algılanması ve hastanede devirler ve nakiller hasta güvenlik boyutları arasında, kurumsal oryantasyon eğitimi alma durumları ile örgütsel öğrenme sürekli iyileştirme boyutu arasında, mesleklerini isteyerek seçme durumları ile hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği ve güvenliğin kapsamlı algılanması boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişkinin bulunduğu tespit edildi. Hemşirelerin meslekte toplam çalışma yılları ile hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği ve hatalar hakkında iletişim ve geri bildirim hasta güvenlik boyutları arasında, haftalık çalışma saati düzeyleri ile hastane birimleri arası ekip çalışması boyutu arasında,

kurumdaki toplam çalışma yılları ile ekipler içinde takım çalışması boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişkinin bulunduğu tespit edildi. Hasta hizmetleri çalışanlarının ise, eğitim düzeyleri ile yönetici beklentileri ve hasta güvenliğini geliştirme faaliyetleri ve personel sağlama hasta güvenlik boyutları arasında, meslekte çalışma yılları ve kurumda toplam çalışma yılları ile ekipler içinde takım çalışması boyutu arasında, işe başlarken kurumsal oryantasyon eğitimi alma durumları ile yönetici beklentileri ve hasta güvenliğini geliştirme faaliyetleri hasta güvenlik boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişkinin bulunduğu tespit edildi.

**Anahtar Kelimeler:** akreditasyon, hasta güvenlik kültürü, kalite, olay rapor, tıbbi hata.



## **2-ABSTRACT**

### **EVALUATION OF PATIENT SAFETY CULTURE WITHIN PERSPECTIVE OF HEALTH PROFESSIONALS WORKING IN A PRIVATE UNIVERSITY HOSPITAL WHICH HAS AN ACCREDITATION CERTIFICATE**

Our study was carried out to specify perception of health professionals, working in a accreditation private university hospital, on patient safety. Population of this study consists of health professionals who is working in a private university hospital - accredited by Joint Commission International (JCI) in February, 2014 and located in İstanbul-, and who is working actively on the date of the study. Sample of the study was performed by 561 health professional chosen by using quota sample method. Data of the study were collected March and April of 2016. Patient safety culture hospital survey developed by Health Research and Quality Agent, and surveys devoted to personal and working lives of professionals were used to collect data. Descriptive statistics were used to summarize collected data. T-test was used to compare groups and single direction variance analysis was used for three or more groups. Significance level of statistical analysis is 0.05. Doctors, nursing services professionals and hospital services professionals mostly took part in the survey. As a result of the survey, it was found out that the patient safety aspect that has the highest positive answer is teamwork as 72% and aspect that has lowest positive answers is providing staff with 24%. It has been detected that there is statically close relationship between years of experience of doctors/assistant doctors in the institution and understanding the safety and patient safety levels of transferring and transporting in hospital, receiving corporate orientation and continuous improvement of organizational learning, willingly choosing the profession and hospital management support for patient safety and understanding the safety extensively. It has been detected that there is statically close relationship between years of experience of nurses and support of hospital management on patient safety and communication and feedback about failures and patient safety aspects, weekly working hours and teamwork among departments of the hospital, total working years in the institution and teamwork within teams. When it comes to hospital services professionals, it has been detected that there is statically close relationship between educational level and manager expectation and

patient safety development activities and providing staff patient safety aspects, total working years of profession and working years in institution and teamwork among teams aspect, receiving corporate orientation and manager expectation and patient safety aspect of patient safety development activities.

Key Words: accreditation , patient safety culture, quality, statement of facts, medical error.



### 3-GİRİŞ VE AMAÇ

Günümüz dünyasında her sektörde alternatiflerin artması ile birlikte, sürekli tüketim halinde bulunan insanlar, bilinçsiz gerçekleştirdikleri hizmet/ürün alımlarını azaltmaktadır. Öyle ki kişiler, satın alacakları hizmet ve/veya ürün hakkında geçmişe göre çok daha fazla bilgiye sahip durumdadır. Buda hizmet sunucularının daha kaliteli, daha güvenli ve daha uzun ömürlü hizmetleri/ürünleri ortaya koymasını zorunlu hale getirmektedir. Özellikle sağlık sektörü gibi insan hayatının söz konusu olduğu hizmet sektöründe, kalitenin artırılma gereksinimi hizmet alım talebinden bağımsız olarak benimsenmelidir. Sağlık hizmetlerinde kalite; doğru hastaya, doğru tedavinin, en doğru zamanda, hastanın ödeyebileceği uygun maliyetle sunulmasıdır. Kalitenin sağlanabilmesi adına ülke bazında benimsenen sağlık politikalarının yanı sıra kurumlar, ulusal veya uluslararası örgütlerden akreditasyon hizmetleri alarak hem hasta potansiyellerinde artışı hem de genel hasta güvenliği düzeylerinde iyileşmeyi amaçlamaktadır. Akreditasyon hizmetlerinde sağlık kurumlarının her sürecinin ayrıntılı bir şekilde ele alınarak değerlendirilmesi, mevcut hasta güvenliğinin iyileştirilmesinde ve kişilerin kurumlara duydukları güvenin artmasında önemli rol oynamaktadır. Bireylerin sağlık kurumlarını tercih etmelerindeki temel amaçları, kaybettikleri sağlıklarına kavuşmak veya mevcut sağlık durumlarını korumaktır. Ancak sağlık hizmetlerinin bir çok meslek grubunu içerisinde barındırması ve bu meslek gruplarının aynı anda entegre bir şekilde çalışma zorunluluğu tıbbi hataları beraberinde getirmektedir. Bu nedenle sağlık kurumlarının birinci amacı, hastanın mevcut sağlık durumunu korumak ve kurumlara bağlı olarak gelişebilecek kötüye gidişleri engellemektir.

Hasta güvenliği kavramının oluşturulmasının temel dayanağı çalışanların bu konuda bilinçlendirilmesi ve güvenlik parametrelerinin sağlık kurumu içerisinde uygulanılabilesidir. Bu kavramların geliştirilmesindeki en önemli unsuru, hastane üst yönetimleri tarafından desteklenen kalite ve hasta güvenliği çalışmaları oluşturmaktadır.

Günümüzde gelişmiş ülkeler, sağlığı geliştirici stratejileri belirlemenin yanı sıra tıbbi hataları önlemeye yönelik kapsamlı çalışmalar geliştirmektedir. Bunun

önemli örneklerinden biri ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından oluşturulan sağlıkta kalite standartlarıdır. Bu standartlar ile amaçlanan temel hedef, hasta güvenliğinin sağlanması ve güvenli hastanelerin oluşturulmasıdır. Standartlar doğrultusunda, sağlık kurumlarında kalite ve hasta güvenliği komitelerinin belirli aralıklarla toplanarak mevcut hasta güvenliği düzeylerinin değerlendirilmesi zorunlu hale getirilmiştir. Ayrıca ülke bazında gerçekleştirilen hasta güvenlik ihlallerinin gönüllülük esas alınarak “Güvenlik Raporlama Sistemi”ne (GRS) iletilmesi sağlanmıştır. Hasta güvenliğini sağlamaya yönelik gerçekleştirilen önemli çalışmalardan biride oluşturulan akreditasyon kuruluşlarıdır. Bu kuruluşlarla birlikte güvenli hasta bakımı için uyulması gereken standartlar belirlenmiştir. Uluslararası alanda çalışmalar gerçekleştiren JCI akreditasyon kuruluşunun belirlemiş olduğu hasta güvenlik hedefleri tüm dünyaca bilinmektedir. Uluslararası boyutta verilebilecek bir diğer önemli hasta güvenlik çalışması ise Amerika Birleşik Devletleri’nde (ABD) bulunan AHRQ kurumunun geliştirmiş olduğu hastane güvenlik kültürü anketidir. Hastane güvenlik kültürü anketi uluslararası boyutta bir çok dile çevrilerek uygulanan referans anket konumuna gelmiştir. Araştırmamızda kullanılacak AHRQ hastane güvenlik anketi ile sağlık çalışanlarının hasta güvenliği konusundaki algılarının belirlenmesi amaçlanmaktadır. Bu amaç doğrultusunda çalışanların ve kurumların hasta güvenliği konusundaki zayıf noktaları belirlenerek gerek ülke bazında gerekse kurum bazında uygun sağlık politikalarının benimsenmesi hedeflenmektedir.



## 4-GENEL BİLGİLER

### 4.1.Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Akreditasyon

Kalite kavramı, müşteri ihtiyaç ve beklentilerinin karşılanması şeklinde tanımlanmaktadır. Diğer bir deyişle kalite, müşteri tatmini için verimli, esnek ve etkili olmayı içeren, süregelen gelişmeyi kapsayan, bir işi ilk defada doğru olarak yapmayı amaçlayan, kusursuzluk anlayışını benimseyen sistemli bir yaklaşımdır<sup>1</sup>. Kalite yönetimi, bir kurumdaki tüm faaliyetlerin, sürekli olarak gözden geçirilerek iyileştirilmesi ve tüm çalışanların takım çalışması yaparak kendisinin ve müşterilerinin beklentilerinin karşılanmasını/aşılmasını sağlayan katılımcı bir yönetim anlayışıdır. Kalite çalışmalarının bir başlangıcı mevcuttur ancak asla bir sona ulaşamamaktadır<sup>2</sup>. Genel bir ifade ile sağlık hizmetlerinde kalite ise, bir hastalık ya da durumun bir fonksiyonu olarak bireyin sağlık durumunda meydana gelebilecek gerilemeyi en azından durduracak ya da iyileşme sağlayacak bir biçimde belli faaliyetlerin doğru bir şekilde yerine getirilmesidir şeklinde tanımlanmaktadır.<sup>3</sup>Dünya ülkelerindeki hastaların sağlık bakım ihtiyaçlarını tatmin edici bir düzeyde karşılamak amacıyla önceleri özel hastanelerde başlayan ve kısa bir zaman içinde kamu hastanelerinde de yaygınlaşan kaliteli hizmet sunum çabaları, sağlık hizmetleri kalitesinin tarafsız bir dış kuruluş tarafından belgelenmesi ihtiyacını doğurmuştur Schyve (1). Sağlık hizmetleri kalitesinin tarafsız bir dış kuruluş tarafından belgelendirilmesi ihtiyacı ilk defa ABD’de doğmuş, belgelendirme, ülkede faaliyet gösteren ve sağlık organizasyonlarına akreditasyon belgesi veren Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations-Sağlık Kuruluşlarının Birleşik Komisyonu (JCAHO) tarafından verilmiştir Katzfey (2).

Sağlık hizmet kalitesinin tarafsız bir dış kuruluş tarafından belgelenmesi ihtiyacının arkasında çeşitli faktörler bulunmaktadır. Akreditasyon uzmanı Paul Van Ostenberg’e göre akreditasyon ihtiyacı özüne inildiğinde, globalleşme neticesinde çok uluslu şirketlerin değişik ülkelerde görev yapan çalışanlarına güvenli ve etkili sağlık

<sup>1</sup> [www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-9057/h/saglikhizmetlerindekaliteyonetimi.pdf](http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-9057/h/saglikhizmetlerindekaliteyonetimi.pdf) (Erişim Tarihi: 09.08.2016)

<sup>2</sup> [www.istanbul.saglik.gov.tr/w/sb/egt/pdf/saglik\\_hizmetlerinde\\_kalite.pdf](http://www.istanbul.saglik.gov.tr/w/sb/egt/pdf/saglik_hizmetlerinde_kalite.pdf) (Erişim Tarihi: 28.07.2016)

<sup>3</sup> [https://www.researchgate.net/profile/Bayram\\_Goektas/publication/237342840\\_Saglik\\_Hizmetlerinde\\_Kalite\\_De\\_neyimi\\_Dr\\_Ekrem\\_Hayri\\_Ustundag\\_Kadin\\_Hastalıkları\\_ve\\_Dogum\\_Hastanesi\\_Ornegi/links/54d4b8480cf2464758063838.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Bayram_Goektas/publication/237342840_Saglik_Hizmetlerinde_Kalite_De_neyimi_Dr_Ekrem_Hayri_Ustundag_Kadin_Hastalıkları_ve_Dogum_Hastanesi_Ornegi/links/54d4b8480cf2464758063838.pdf) (Erişim Tarihi: 09.08.2016)

hizmeti sunulması istemeleri olup bu konuya gösterdikleri çaba ve hassasiyettir Ostenberg (3). Devletlerin ise toplum sağlığını iyileştirme yönündeki çalışmaları, sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi yolundaki eğilimler gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin sağlık çalışanlarının mesleki anlamda kendilerini geliştirme ihtiyaçları gibi eğilimler bir araya getirildiğinde, sağlık hizmet kalitesinin tarafsız bir dış kuruluş tarafından belgelenmesi ihtiyacını ortaya çıkarmıştır Sur ve Palteki (4). Doğuş sürecinde gönüllülük esasına dayanan akreditasyon süreci, sağlık hizmetlerinin ve hasta beklentilerinin gelişimi ile birlikte gerek kurumlar gerekse uluslar için zorunlu gönüllülük niteliğine bürünmüştür.

Kurumların ve toplumların yakın geçmişte tanımaya başladıkları akreditasyon kavramı, kendisine nazaran çok daha büyük bir geçmişe sahip olan ruhsatlandırma kavramı ile karıştırılmaktadır. Birçok alanda eş anlamlı olarak kullanılan bu iki kavramın ayırt edici özellikleri belirtilerek tanımları açık bir şekilde gerçekleştirilmelidir.

Türk Akreditasyon Kurumu'na (TÜRKA) göre akreditasyon; “uygunluk değerlendirme kuruluşlarınca gerçekleştirilen çalışmaların ve dolayısıyla bu çalışmalar sonucunda düzenledikleri uygunluk teyit belgelerinin (deney ve muayene raporları, kalibrasyon sertifikaları, yönetim sistemi belgeleri, ürün belgeleri, personel belgeleri vb) güvenilirliğini ve geçerliliğini desteklemek amacıyla oluşturulmuş bir kalite altyapısıdır<sup>4</sup>.” Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü'ne (TÜSEB) göre akreditasyon; “organizasyonların kalite, etkinlik ve verimliliğini artırmak için kullanılan, belirlenmiş standartlara uygunluğun etkili bir kurum tarafından değerlendirilerek onaylanmasını içeren, genellikle gönüllülük esasına ve uluslararası kabul görmüş ilkelere dayanan bir programdır<sup>5</sup>.” Yapılan bir diğer tanım ise; “kamu veya özel bir kurumun gönüllü olarak sağlık kurumlarına verdiği yapı, süreç ve çıktılarda sürekli olarak gelişimi gerektiren belli standartları karşılayan tanınma, kabul özelliğini vermesinin gönüllü süreci” olarak yapılmıştır Ostenberg (5).

Ruhsatlandırma işlemi ise, tesisin güvenilir biçimde çalışması ve hastayı zarardan koruması için gerekli minimum standartları belirleyen bir grup standarttan

<sup>4</sup> <http://www.turkak.org.tr/turkaksite/akreditasyonakreditasyonnedir.aspx> (Erişim Tarihi: 30.05.2016)

<sup>5</sup> <http://www.tuseb.gov.tr/tuska/akreditasyon-nedir> (Erişim Tarihi: 30.05.2016)

oluşmaktadır. Sağlık tesislerine ilişkin ruhsatlandırma standartları, güvenli tıbbi bakım için gerekli ekipman tipi ve kalitesini, asgari çalışan seviyesi ve niteliklerini, fiziksel tesislerin hacmini ve özelliklerini belirlemektedir. Ruhsatlandırma gereksinimleri genelde “yapısal” veya “fiziksel” standart şeklindedir ve özellikle hasta güvenliğine ilişkin spesifik konularda uygulanmaktadır. Bu standartlar çoğunlukla;

- Oda büyüklüğü ile ilgili kriterleri,
- Ekipmanla ilgili kriterleri,
- Çevre ve hasta güvenliği ile ilgili kriterleri içermektedir.

Eğer sağlık tesisi bu kriterleri karşılıyorsa bu tesislere ruhsat verilir ve bu ruhsat, tesisin, hastalara hizmet vermesi için hükümetin verdiği izin anlamına gelir. Asgari standartlardan herhangi birini sağlamıyor ve güvenli hasta sağlık hizmeti veremiyorsa, kuruluşun çalışmasına izin verilmemelidir. Genellikle tesise eksikliğini gidermesi için 30 – 90 günlük süre verilir. İstenilen yerine getirilememişse sağlık hizmeti vermesini durdurması istenebilir Sur ve Palteki (6).

Tanımlarda da görüldüğü gibi, ruhsatlandırma sürecini akreditasyon kavramından ayıran önemli özellikler bulunmaktadır. Bu özellikler Tablo 4. 1’de belirtilmiştir.

**Tablo-4.1: Akreditasyon ve Ruhsatlandırma Süreci Farkları**

<b>Akreditasyon Süreci</b>	<b>Ruhsatlandırma Süreci</b>
Gönüllülük esastır.	Zorunluluk esasına dayanır.
Optimum seviyede hasta bakım kalitesinin geliştirilmesi amaçlanır.	Hizmet verilmesi için minimum standartların karşılanması gereken katı kurallar içerir.
Standartların karşılanmaması halinde kurum akredite edilmez, geliştirme için zaman verilerek önerilerde bulunulur.	Standartların karşılanmaması halinde hizmetin tamamen durdurulması yetkisi bulunur.
Devletten bağımsızdır.	Çoğu zaman devlete bağlıdır
Hizmet verilen faaliyet alanında, güvenli ve kaliteli bakımın gerçekleşmesi için standartlar belirler.	Hizmet verilecek faaliyet alanına izin verilir.

Dünyada pek çok ülke, sağlık hizmetleri tesisleri ve sağlık çalışanları için bir çeşit ruhsatlandırma sistemi kullanmaktadır, daha az sayıda ülke ise sağlık hizmetleri tesisleri için aynı zamanda akreditasyon sistemini de kullanmaktadır. Akreditasyon sistemlerini kullanan ülkelerin sayısı giderek artmaktadır. Akreditasyon, sağlık hizmetleri kalitesindeki gelişmeleri teşvik eden en iyi yol olarak seçilmektedir Shaw (7).

#### **4.1.1.Sağlık hizmetlerinde akreditasyonun amaç ve hedefleri**

Akreditasyon süreçlerinde amaç, devletten bağımsız bir kuruluş tarafından gönüllülük esasına dayanılarak, akredite olacak kurumun hasta ve çalışan güvenliği açısından uygunluğunun politika, prosedür ve saha denetimleri ile denetlenerek tüm hizmetlerin yerinde değerlendirilmesidir. Kurumların akreditasyon sürecine katılım istemelerinin en önemli sebepleri hizmet kalitesinin artış ile birlikte kuruma olan güvenin de artması, kalitenin belge bazında ispatlanabilirliği ve buna bağlı olarak hasta potansiyelinin artmasıdır. Akreditasyon belgesine sahip olan kurumlar gerek ülke içerisinde gerekse sağlık turizmi alanında tercih sebebi olmaktadır.

Akreditasyon sürecinin daha spesifik amaçları aşağıdaki gibi tanımlanabilir Shaw (7);

- Hasta beklentilerini karşılamak,
  - Doğru tanı,
  - Doğru tedavi,
  - Bilgi,
  - Saygı,
  - Güler yüz,
  - Temiz ortam,
  - Uygun fiyat

- Sağlık hizmet sunucuları tarafından performansın artırılması,
- Hizmet alıcıları tarafından hangisinin daha iyi olduğunu kararının verilmesi,
- Hizmetin kalitesini artırması,
- Performansın objektif değerlendirilmesi,
- Kuruluşa duyulan güvenin artırılması,
- Profesyonel kadroyu cezbetmesi,
- Çalışanların, hasta ve hasta yakınlarının eğitimi,
- Sigorta ödemelerini kolaylaştırması,
- Meslek sigorta primlerinin azaltılması,
- Kalite ve emniyetin değerlendirilmesi,
- Sağlık bakım kuruluşlarının hasta bakımı ile ilgili sürekli gelişme içerisinde olabilme becerisi,
- Yönlendirici ve açık tavsiyelerin dile getirilmesi,
- Bütün safhalarda kalite kontrolüne uzmanların dahil edilmesi,
- Kamu itimadını yükseltilmesi,
- Nesnel ölçülerde sağlık kurumlarına kalitenin tarif edilmesi,
- Akreditasyon kurumları veya düzenleyiciler tarafından sağlık kuruluşlarını izlemektir.

Akreditasyon örgütleri ise kuruluş amaçlarını; sağlık örgütlerinin daha yüksek kaliteye ulaşması için, sağlık kuruluşlarına sunulan akreditasyon hizmetleri kalitesinin geliştirilip, bu sürecin her geçen gün daha da yükseltilmesi şeklinde açıklamaktadır Timmons (8).

Akreditasyon sürecinin olmazsa olmazı, yerine getirilmesi gereken standartlar ve standartlara ulaşmak için belirlenen hedeflerdir. Türkiye Sağlık Bakanlığı tarafından oluşturulan “Sağlıkta Kalite Standartları”nın (SKS) temel amacı hastalar ve çalışanlar için güvenli hastane inşa etmektir. Güvenli hastanelerin inşa edilmesi amacıyla kurumsal hizmetler, hasta ve çalışan odaklı hizmetler, sağlık hizmetleri, destek hizmetleri ve gösterge yönetimi oluşturularak 5 boyutta aşağıdaki kriterlere ulaşılması hedeflenmiştir.<sup>6</sup>

- Hasta güvenliği
- Hasta odaklılık
- Etkililik
- Verimlilik
- Hakkaniyet
- Süreklilik
- Uygunluk
- Zamanlılık
- Sağlıklı çalışma yaşamı

#### **4.1.2.Sağlık hizmetlerinde akreditasyonun faydaları**

Akreditasyon belgesine sahip olmak kurumların, somut ve soyut faydalar elde etmesinin yanı sıra hastalar ve kurumlar açısından birçok yarar sağlayabilir. Sağlık kurumu açısından elde edilen faydalar aşağıdaki gibidir;

- Tam ekip çalışması ve ekip için tutarlılığı sağlar,
- Politikaların revizyonuna imkan sağlar,

<sup>6</sup> [https://kalite.saglik.gov.tr/content/files/Yayin2016/SKS\\_Hastane\\_Seti\\_V\\_5\\_R\\_1.pdf](https://kalite.saglik.gov.tr/content/files/Yayin2016/SKS_Hastane_Seti_V_5_R_1.pdf) sayfa 25, (Erişim Tarihi: 02.06.2016)

- Sürekli kalite gündeminin kuruma entegrasyonunu sağlar,
- Standartların gerçekleşmesine imkan verir,
- Ulusal ve uluslararası kurumlarla ilişkileri geliştirir,
- Pazarlama ve reklam imkanı sağlar Akyurt (9).
- Akreditasyon sürecinin hasta açısından faydaları ise;
- Hastalara yapılan tüm uygulamaların, verilen ilaçların uygulayan hekim dışında bir uzman hekim tarafından da kontrol edilebilmesi,
- Ailelerinin ve hastaların bakım süreçlerine dahil edilebilmesi,
- Hastalara sunulan teşhis ve tedavi hizmetleri tıbbi literatürde tanımlanmış en yeni ve en ileri uygulamaları içerebilmesi,
- Hastaya, hekimini istediği zaman değiştirme hakkının verilebilmesi,
- Hastaya, hastalığı ile ilgili yapılan tüm girişimler ve girişim sonrası olası problemler hakkında önceden bilgi verilip, onay işleminin yapılabilmesi,
- Hastaya bilgi edinme hakkı, saygı görme hakkı, rıza alınması hakkı ve mahremiyet hakkı verilebilmesi,
- Hastayı uzman bir ekibin karşılaması (diploması olmayan bir hekim ya da hemşirenin müdahale etmesi imkansızdır),
- Hasta ve yakınlarının haklarına ve mahremiyetlerine saygı duyulması ve korunabilmesi,
- Tedavilerinin her aşamasında bilgilendirilerek onamlarının/izinlerinin alınması,
- Şikayetlerini iletecekleri bir adresin olduğunu, bir sistemin işlediğini bilmeleri,

- Hastanın teşhis ve tedavisinde kullanılacak tıbbi cihazların tümü, ilgili ve yetkili makamlarla kontrolleri yapıp kayıt altına alınabilmesidir Akyurt (9).

Akreditasyon sürecini başarı ile tamamlayan kuruluşlar kazanmış oldukları deneyimler ışığında bir bütün olarak aşağıdaki faydaları elde edebilir Hurst (10);

- Sağlık kurumlarının sunduğu hizmetlerin artırılması ve hasta bakımının geliştirilmesi için yeni yolların bulunmasını sağlamıştır.
- Hastane içi, bölümler arası, yatay ve yöneticiler arasındaki dikey iletişim önemli oranda artmıştır.
- Tıbbi kayıtların kalitesi yükselmiştir. Önceden kullanılmayan veya atılan tıbbi kayıtlar, akreditasyon değerlendirmesinde kullanılacağından çalışanların düzgün kayıt tutma alışkanlıkları gelişmiştir. Çalışanların, özellikle hekimlerin sağlık kuruluşuna olan tutumu değişmiştir. Önceden hastaneyi bir araç olarak gören çalışanlarda kuruma karşı bir sorumluluk duygusu oluşmuştur.
- Çalışanların mesleki konularda, kalite konusunda ve hastane yönetimi/işletmeciliği konusunda eğitimi gündeme gelmiştir.
- Başvuru ve eğitici etkisi sonucu hastaneler kendi kendilerini denetlemeye başlamışlardır.
- Tıbbi disiplin konularında ilerleme kaydedilmiştir. Hastane çalışanlarının performanslarını değerlendirmeye önem vermiş ve karşılaşılan sorunlar konusunda tedbirler alınmıştır.
- Etkinliğin artırılıp maliyetlerin azaltılması sağlanmıştır.
- Kalite kavramı gelişmiş, hizmet kalitesini artırma yönünde çalışmalar ivme kazanmıştır.



- Daha iyi risk yönetim programlarının geliştirilmesi sağlanmıştır. Bunun sonucunda;
- Yüksek düzeyde güvenlik sağlanır,
- Çalışanın motive olması, onları onurlandırması, daha çok sorumluluk verilmesi ve organizasyona sadık kalması sağlanır,
- Bireysel ve kurumsal performansın objektif değerlendirilmesini sağlanır,
- Sigorta ödemeleri kolaylaşır, meslek sigortası primleri azaltılır Akyurt (9).

#### **4.1.3.Dünyada sağlık hizmetleri akreditasyonunun gelişimi**

Günümüzün en köklü akreditasyon kuruluşlarının ABD de bulunmasının temel dayanağı, ilk akreditasyon oluşumunun 1917 yılında ABD de ortaya çıkmasıdır. Sağlık sektöründeki ilk akreditasyon örneği, 1951’de ABD’de American College of Surgeons, American College of Physicians, American Hospital Association, American Medical Association ve Canadian Medical Association’ın katılımıyla “Joint Commision on Accreditation of Hospitals”dir. Roa ve Rooney(11).

Kuruluşundan itibaren JCI örgütü 1917 – 1950 yılları arasında 3000 sağlık kuruluşunu akredite etmiştir. Bu rakam o dönemde ABD’deki sağlık kuruluşlarının %50’sine tekabül etmektedir (Roberts, Coale, Jack ve Redman) (12). Sonraki yıllarda Kanada ve Avusturalya’nın 1959 yılında JCAHO’dan çekilme kararı almasıyla iki ülke “The Canadian Council on Health Facilities Accreditation and the Australian Council on Health Care Standards” adı ile kendi ulusal akreditasyon standartlarını kurmuşlardır Scrivens (13). Sonraki dönemlerde ülkelerin oluşturdukları akreditasyon programları ve yılları Tablo 4.2’de verilmiştir. Gray (14), Sur ve Palteki (15).

**Tablo 4.2: Ülkelerin Sağlık Alanında Faaliyet Gösteren Akreditasyon Programları ve Başlangıç Yılları (Gray,1983)**

İlk Yıl Denetimi	Programlar	Program Adedi
1951	ABD (JCAHO)	1
1958	Kanada	1
1974	Avustralya (ACHS)	1
1979	ABD (AAAHC)	1
1986	Tayvan (TJCHA)	1
1987	Avustralya (QIC)	1
1989	Yeni Zelanda	1
1990	Birleşik Krallık (HAP)	1
1991	Birleşik Krallık (HQS),US (NCQA)	2
1994	Güney Afrika	1
1995	Finlandiya, Kore, Endonezya	3
1996	Arjantin, İspanya (FAD)	2
1997	Çek Cumhuriyeti, Japonya	2
1998	Avustralya (AGPAL), Brezilya (CBA), Joint Commission International, Polonya, İsviçre	5
1999*	Fransa, Malezya, Hollanda, Tayland, Zambiya	5
2000	Portekiz, İngiltere (CSBS), Filipinler	3
2001	Bulgaristan, Almanya, İtalya, İrlanda	4
Henüz işlevsel değil	Kolombiya, Slovakya, Moğolistan, Bosna	4
Toplam		38
Not:1999 yılından bu güne kadar Avrupa, Orta Doğu, Asya ve Latin Amerika'da toplam 55 hastane, JCI'nın standartlarına göre değerlendirilerek akredite olmuştur.		

Joint Commission International-Uluslararası Akreditasyon Komisyonu(JCI) aracılığıyla ulusal sağlık akreditasyon sistemini kuran ve başarı ile işleten ülkeler arasında Avusturalya, Fransa, Almanya, İspanya, İtalya, Kanada, Hindistan, Japonya, Hollanda, Zambiya, Tayvan, İskoçya, Arjantin, Yeni Zelanda, Çin, Kore ve İsviçre bulunmaktadır. Akreditasyon standartlarını kendi dillerine çeviren ülkeler arasında Portekiz, İtalya, İspanya, Almanya, Çin, Çek Cumhuriyeti, Türkiye ve Danimarka bulunmaktadır Sur ve Palteki (15).

#### 4.1.3.1. JCI hastane akreditasyonu

Dünyada sağlık kuruluşlarını denetleyip akreditasyon belgesini veren akreditasyon örgütü, merkezi ABD de bulunan JCAHO örgütüdür. Bu örgüt 1999 yılına kadar yaklaşık 20.000 sağlık kurumunu denetlemiştir. JCAHO örgütü ile ülkelerin geçirmiş olduğu aşamalar ve yapılan çalışmalar bilimsel ortamlarda paylaşılmıştır Poletti, Williamson ve Mitchell (16). Sağlık kuruluşu akreditasyonuna yönelik JCAHO'dan sonra Avustralya, Yeni Zelanda (1989), İngiltere ve İspanya'da hastane akreditasyonuna yönelik çalışmalar bulunmaktadır. JCAHO örgütü tarafından 1999 yılına kadar dünyanın çeşitli ülkelerinde yapılan akreditasyon denetimleri, 1999 yılından itibaren JCAHO örgütünün alt kuruluşu olan JCI tarafından yapılmaya başlanmıştır Sur ve Palteki (17). Ülkemize JCI tarafından 48 kurum akredite edilmiştir. JCI örgütü tarafından 4 farklı akreditasyon programı bulunmaktadır. Bunlar;<sup>7</sup>

- Akademik Tıp Merkezi Hastanesi Programı
- Ayakta Bakım Programı
- Hastane Programı
- Klinik Laboratuvar Programıdır.

Hizmet verdiği akreditasyon programları içerisinde en kapsamlı süreçleri bulunduran "Akademik Tıp Merkezi Hastanesi Programı" aşağıdaki ana ve alt kriterlerden oluşmaktadır JCI Hastaneler için Akreditasyon Standartları (18);

- Hasta merkezli standartlar,
  - Uluslararası hasta güvenliği hedefleri,
  - Bakıma erişim ve bakımın sürekliliği,
  - Hasta ve ailesi hakları,
  - Hastaların değerlendirilmesi,
  - Hastaların bakımı,
  - Anestezi ve cerrahi bakım,
  - Medikasyon yönetimi ve kullanımı,
  - Hasta ve aile eğitimi.

<sup>7</sup> <http://www.jointcommissioninternational.org/about-jci/jci-accredited-organizations/?c=Turkey> (Erişim Tarihi: 02.06.2016)

- Sağlık kurumu yönetim standartları,
  - Kalite iyileştirme ve hasta güvenliği,
  - Enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolü,
  - Üst yönetim, liderlik ve yönlendirme,
  - Tesis yönetimi ve güvenliği,
  - Çalışan nitelikleri ve eğitimi,
  - Bilgi yönetimi.
- Akademik tıp merkezi hastanesi standartları,
  - İnsan denekler üzerinde araştırma programları

#### **4.1.4. Türkiye’de sağlık hizmetleri akreditasyonu**

Türkiye’de 2002 yılında gerçekleştirilmeye başlanan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile birlikte sağlık alanında büyük yeniliklere imza atılmıştır. Reform hareketi sırasında; insan merkezilik, sürdürülebilirlik, sürekli kalite gelişimi, katılımcılık, uzlaşmacılık, gönüllülük, güçler ayrılığı, desantralizasyon ve hizmette rekabet ilkeleri benimsenmiştir. Bu ilkeler kapsamında ülkedeki mevcut sağlık sistemi, demografik ve epidemiyolojik özellikler, sağlık düzeyi, sağlık hizmetlerinin organizasyonu ve sunuluşu, sağlık hizmetlerinin finansmanı, insan kaynakları, bilgi sistemleri, ilaç politikaları ve sağlık bakanlığının mevcut yapısı açısından ayrıntılı olarak incelenmiş olup mevcut sağlık sistemini oluşturan her bir kriterde köklü değişiklikler yapılmıştır. Gerçekleştirilen mevcut durum analizleri ve benimsenen ilkeler ışığında, sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulması amaçlanmıştır. Bu amaçlar doğrultusunda oluşturulan SDP’nin bileşenlerini aşağıdaki köklü değişiklikler oluşturmaktadır;<sup>8</sup>

- Planlayıcı ve denetleyici bir Sağlık Bakanlığı,
- Herkesi tek çatı altında toplayan genel sağlık sigortası,
- Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi,

<sup>8</sup> <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-2906/saglikta-donusum-programi.html> (Erişim Tarihi: 02.06.2016)

- Güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri,
- Etkili, kademeli sevk zinciri,
- İdari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri,
- Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü,
- Sistemi denetleyecek eğitim ve bilim kurumları,
- Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon,
- Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma,
- Karar sürecinde etkili bilgiye erişim: Sağlık Bilgi Sistemi

SDP kapsamında hazırlanan “Kurumsal Değerlendirme Hastane Akreditasyon Sisteminin” ülkemiz hastanelerinde kurulması ve faaliyete geçirilmesiyle ilgili Sağlık Bakanlığı ve JCI yetkilileri ile Eylül 2004 tarihinde İstanbul’da protokol sözleşmesi imzalanması yoluyla konuya yönelik somut adımlar atılmıştır Yıldızcan (19). 19 Mart 2012 tarihinden itibaren Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı biriminin varlığı sona ermiş ve Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı bünyesindeki Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü çatısı altında “**Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı**” kurulmuştur<sup>9</sup>. Oluşturulan Başkanlığın görev alanları ise<sup>10</sup>;

- Kamu, üniversite ve özel sağlık hizmeti sunan kurum ve kuruluşlarda hasta ve çalışan güvenliği, hasta ve çalışan memnuniyeti, verimlilik ve klinik etkililik hususlarını esas alan kalite standartlarını belirlemek, bu standartların sağlık kurum ve kuruluşlarında uygulanmasını değerlendirmek,
- Klinik kalite göstergeleri geliştirmek,
- Sağlıkta kalite standartlarına ilişkin uygulama rehberleri oluşturmak,
- Hasta ve çalışan memnuniyeti ölçümüne ilişkin anketler ve uygulama rehberleri oluşturmak,

<sup>9</sup> <https://kalite.saglik.gov.tr/index.php?lang=tr&page=14> (Erişim Tarihi: 07.06.2016)

<sup>10</sup> [https://kalite.saglik.gov.tr/content/files/duyurular\\_2011/2011/22haz2012/dairegorev.pdf](https://kalite.saglik.gov.tr/content/files/duyurular_2011/2011/22haz2012/dairegorev.pdf) (Erişim Tarihi: 07.06.2016)

- Hasta ve çalışan güvenliğine yönelik düzenleme yapmak,
- Sağlık kurum ve kuruluşlarını sağlıkta kalite standartları ile hasta ve çalışan güvenliği çerçevesinde periyodik olarak değerlendirmek,
- Sağlıkta kalite, akreditasyon, hasta ve çalışan güvenliği konularında ulusal ve uluslararası kurum ve kuruluşlarla işbirliği yapmak,
- Sağlıkta kalite ve akreditasyon sistemini kurmak, kurallarını belirlemek ve kalite ve akreditasyona yönelik faaliyetleri değerlendirmek,
- Sağlıkta kalite değerlendiricisi kapasitesini oluşturmak,
- Sağlıkta kalite standartlarına yönelik sertifikasyon programları düzenlemek,
- Gerektiğinde çalışma ve bilimsel komisyonlar kurmak ve sekretarya işlemlerini yürütmektir.

2013 yılında Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığınca planlanan sağlıkta akreditasyon çalışmaları kapsamında, ISQua ile yapılan görüşmeler ve Sağlık Bakanlığı ile ISQua arasında imzalanan protokol ile birlikte ISQua-Uluslararası Akreditasyon Programı başlatılmıştır. Sonraki süreçte, bünyesinde Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü'nün de yer aldığı Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı'nın (TÜSEB) kurulmasını öngören kanun Türkiye Büyük Millet Meclisi'nde 19.11.2014 tarihinde kabul edilerek ulusal akreditasyon sisteminin temelleri atılmıştır<sup>11</sup>. Mevcut sistemin sağlıklı yürüyebilmesi adına, **Sağlıkta Akreditasyon Denetçi (SAD) Adayı Temel Eğitim Programı** oluşturulmuş olup, bu programda görev alacak eğiticiler içinde eğitim programları düzenlenmektedir. Planlanan eğitimlerin tamamlanması ile birlikte hastanelerin akreditasyonu kapsamında Sağlık Bakanlığı'na hazırlanan "Sağlıkta Akreditasyon Standartları - Hastane Seti" kullanılacaktır<sup>12</sup>.

<sup>11</sup> <https://kalite.saglik.gov.tr/index.php?lang=tr&page=46&newsCat=1&newsID=1176> (Erişim Tarihi: 07.06.2016)

<sup>12</sup> [http://tuseb.gov.tr/tuska/haber\\_detay.php?id=41](http://tuseb.gov.tr/tuska/haber_detay.php?id=41) (Erişim Tarihi: 30.06.2016)

#### 4.1.5. Türkiye’de sağlık hizmetlerinde kalite standartları

Sağlıkta dönüşüm reformu ile gerçekleştirilen köklü değişikliklerden biri de sağlık alanında oluşturulan kalite standartlarıdır. SKS – Hastane hazırlanırken uluslararası gelişmeler, ülkedeki mevcut durumun sağlıkta kalite alt yapısı ile uyumu, kurumlarda tüm hizmet alanlarının kapsamı ve amaçsal bir yorumlamaya uygun yapıda olmasına dikkat edilmiştir. Oluşturulan standartların durağan olmamasına dikkat edilmiş ve zamanın gerekliliklerini karşılaması amacıyla, SKS Hastane seti üzerinde, 2005, 2007, 2008 ve en son 2011 yılında köklü değişiklikler gerçekleştirilmiştir. 1 Temmuz 2015 tarihinde yayınlanan SKS – Hastane versiyon 5 veri setinde, 31.03.2016 tarihinde revizyon gerçekleştirilmiş ve şu anki güncel kalite standartları oluşturulmuştur. Oluşturulan standartların sahadaki uygulanabilirliğinin izlenmesi ile birlikte hem kurumsal hem de bireysel düzeyde geri bildirimlerin alınabilmesi amacıyla “SKS Görüş ve Öneri Platformu” oluşturulmuştur.

31.03.2016 tarihi itibarıyla güncelliğini koruyan SKS – Hastane standartları aşağıdaki ana ve alt bölümlerden oluşmaktadır SB, SKS – Hastane (20);

- Kurumsal Hizmetler
  - Kurumsal yapı
  - Kalite yönetimi
  - Doküman yönetimi
  - Risk yönetimi
  - Güvenlik ve raporlama sistemi
  - Acil durum ve afet yönetimi
  - Eğitim yönetimi
  - Sosyal sorumluluk
- Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler
  - Hasta deneyimi
  - Hizmete erişim
  - Yaşam sonu hizmetler
  - Sağlıklı çalışma yaşamı
- Sağlık Hizmetleri
  - Hasta bakımı

- İlaç yönetimi
- Enfeksiyonların önlenmesi
- Sterilizasyon hizmetleri
- Transfüzyon hizmetleri
- Radyasyon güvenliği
- Acil servis
- Ameliyathane
- Yoğun bakım ünitesi
- Yenidoğan yoğun bakım ünitesi
- Doğum hizmetleri
- Diyaliz ünitesi
- Psikiyatri hizmetleri
- Biyokimya laboratuvarı
- Mikrobiyoloji laboratuvarı
- Patoloji laboratuvarı
- Doku tiplleme laboratuvarı
- Destek Hizmetleri
  - Tesis yönetimi
  - Otelcilik hizmetleri
  - Bilgi yönetim sistemi
  - Malzeme ve cihaz yönetimi
  - Tıbbi kayıt ve arşiv hizmetleri
  - Atık yönetimi
  - Dış kaynak kullanımı
- Gösterge Yönetimi
  - Göstergelerin izlenmesi
  - Bölüm bazlı göstergeler
  - Klinik göstergeler
- Ekler
  - Düşme riski ölçekleri
  - Hata sınıflandırma sistemleri
  - Tanımlayıcı figürler



- Güvenli cerrahi kontrol listesi
- Güvenli doğum kontrol listesi
- Patoloji laboratuvarında tanı doğruluğunun izlenmesi

#### **4.2.Hasta Güvenliği ve Tıbbi Hatalar**

Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) kuruluş yasasında sağlığın tanımı yapılmıştır. Buna göre; “sağlık, sadece hastalığın veya sakatlığın olmayışı değil, beden, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik hali”dir. Bu tanımdan yola çıkarak kişilerin, bedenlerindeki, ruhlarındaki veya sosyal açıdan eksik hissettikleri yönlerini tamamlamak için sağlık kuruluşlarına başvurdukları söylenebilir. Ancak kişiler, sağlık kuruluşlarında her zaman sağlıklarına kavuşamadıkları gibi bazı durumlarda hasta güvenliğinin sağlanamaması ve/veya tıbbi hataların gerçekleşmesi nedeniyle mevcut sağlık durumlarından daha kötüye gidip yaşayabilmektedir. Kalite anlayışının tüm ülkelerde yaygınlaşması ile birlikte hasta güvenliği ve tıbbi hata kavramlarına verilen önem artmaktadır. Hasta güvenliği kavramının, uyulması gereken bir kalite standardı olmaktan ziyade hastaya verilmesi gereken temel haklardan biri olduğu kurumlar tarafından benimsenmeye başlamıştır. Çalışmamızın bu bölümünde hasta güvenliği ve tıbbi hatalar kavramları literatür ışığında incelenecek ve konu hakkında ayrıntılı bilgi verilecektir.

##### **4.2.1.Hasta güvenliği ve hasta güvenlik kültürü kavramları**

Türk Dil Kurumuna göre kültür<sup>13</sup>; “Tarihsel, toplumsal gelişme süreci içinde yaratılan bütün maddi ve manevi değerler ile bunları yaratmada, sonraki nesillere iletmede kullanılan, insanın doğal ve toplumsal çevresine egemenliğinin ölçüsünü gösteren araçların bütünüdür” şeklinde tanımlanmıştır. Hasta güvenliği kültürü ise; “Bireysel ya da grup değerlerin, tutumların, algıların, kabiliyetlerin, kuruma bağlılığı temsil eden davranış şekillerinin, kurumun sağlık ve güvenlik yönetiminin stilinin ve yeterliliğin bir ürünüdür”. şeklinde tanımlanmaktadır Agency for Healthcare Research and Quality (21)

<sup>13</sup> [http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com\\_gts&kelime=K%C3%9CLT%C3%9CR](http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&kelime=K%C3%9CLT%C3%9CR) (Erişim Tarihi: 24.06.2016)

Hasta güvenliği kavramının temelini Latince’de “Primum non nocere” olarak bilinen ve Türkçe’ye “Öncelikle zarar verme” olarak çevrilen altın kural oluşturmaktadır. 19. Yüzyıldan itibaren kullanılmaya başlanan bu kavram günümüzde de önemini korumaktadır<sup>14</sup>. Modern hemşireliğin kurucusu olarak bilinen ve 1820 – 1910 yılları arasında yaşamış olan Florence Nightingale “Garip gelebilir ama bir hastanenin öncelikle hastaya zarar vermemesi gerekiyor. Bir hastanenin yapmaması gereken ilk şey mikrop saçmaktır.” Sözleri hasta güvenliği kavramının ilk tespitlerinden sayılabilir Ilan ve Fowler (22).

Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı’nın ( National Patient Safety Foundation) tanımına göre hasta güvenliği “sağlık hizmetine bağlı istenmeyen sonuçların veya sağlık bakım sürecinde oluşan hataların önlenmesi ve azaltılmasıdır.” Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ’e göre hasta güvenliği; “Sağlık hizmeti sunumunda hasta ve sağlık çalışanlarının zarar görmesine yol açabilecek her türlü işlem ve süreçlere karşı, alınacak tedbir ve iyileştirme uygulamalarıdır.” şeklinde tanımlanmıştır.

Kurumlarda hasta güvenliği kültürünün etkin bir şekilde uygulanabilmesi, maddi ve manevi değerlerin doğru belirlenmesinin yanı sıra hasta güvenliği politikalarının sürdürülebilir olmasına ve birey ya da grupların algılarında kurumun sağlık ve güvenlik stiline benimsenmesine bağlıdır.

Hasta güvenliğinin kurumsal kültürün bir parçası olması istenilen kurumlarda yapılması gerekenler şunlardır Fisun Sayek TTB Raporları/Kitapları (23);

- Yüksek riskli ve hata yapılabilecek aktivitelerin belirlenmesi,
- Tıbbi hataların korkusuzca ve çekinmeden bildirilebildiği ve cezalandırılmadığı bir ortamın yaratılmış olması,
- Riske açık uygulamalarda her düzeyde çözümlerin üretilebiliyor olması,

<sup>14</sup> [https://tr.wikipedia.org/wiki/Primum\\_non\\_nocere](https://tr.wikipedia.org/wiki/Primum_non_nocere) (Erişim Tarihi: 24.06.2016)

- Hasta güvenliği konusunda kurumun kaynak ayırmasıdır.

#### **4.2.2.Hasta güvenliğinin önemi ve amaçları**

Hasta güvenliğinde amaç; hasta ve hasta yakınlarını, hastane çalışanlarını fiziki ve psikolojik olarak olumlu etkileyecek bir ortam yaratarak güvenliği sağlamaktır. Burada temel hedef, hizmet sunumu sırasında hata oluşmasını engelleyecek, hatalar nedeniyle hastayı olası zararlardan koruyacak, hata olasılığını ortadan kaldıracak bir sistemin kurulmasıdır Güleç ve Gökmen (24).

AIOM tarafından hasta güvenliği konusu 21. Yüzyıl Sağlık hizmeti üretim aşamalarının öncelikleri arasında en başa alınmıştır. Sağlık sisteminde iyileştirilmesi amaçlanan konular şu şekilde sıralanmıştır Fisun Sayek TTB Raporları/Kitapları (25);

- Güvenli bir sağlık hizmeti (hasta güvenliği): Hastalara yardım ederken zarar vermekten kaçınma
- Etkili bir sağlık hizmeti: Bilimsel bilgiler ve kanıta dayalı tıp uygulamalarına dayalı hizmet sunumu, sağlık hizmetinin az veya gereksiz kullanımının önlenmesi
- Hasta-odaklı sağlık hizmeti: Hastanın ihtiyaç, değer yargıları ve tercihleri doğrultusunda ve klinik karar verme mekanizmalarına ortak edilerek sunulan bir sağlık hizmeti
- Zamanında verilen sağlık hizmeti: Beklemelerin sağlığa zarar vermesinin önlenildiği bir sistem (sağlığa ulaşılabirlik)
- Verimli sunulan sağlık hizmeti: İsrafın önlenildiği, maliyet etkili bir sağlık hizmeti sunumu.

AIOM tarafından belirlenen 5 unsur hasta güvenliğinin sağlanmasında zincir etkisi yaratmakta ve büyük önem arz etmektedir.

### 4.2.3.Dünyada ve Türkiye’de hasta güvenliği uygulamaları

Yaşanan veya yaşanmadan fark edilen hasta güvenliği ihlallerinde, hatadan ders çıkarmak ve aynı/benzer olayların tekrarlanmaması için gerekli olan düzeltici/önleyici faaliyetlerin planlanması büyük önem arz etmektedir. Uygulamaya konulması gereken bir diğer husus, gerek kurumlarca gerekse devletlerce, hasta güvenliği ihlallerinin takibinin yapılması ve bu sayede benimsenecek olan hasta güvenliği politikalarına ilişkin fikir sahibi olunabilmesidir.

JCI tarafından, ABD’de kayda geçen hasta güvenliği ihlallerinin kök neden analizleri periyodik olarak yapılmaktadır. Gerçekleştirilen analizlerde en yüksek oranın %65 ile iletişim hatalarına ait olduğu görülmüştür Sur ve Palteki (26). En yüksek oranın iletişim hatalarına ait olması nedeniyle 2002 yılının Mart ayından itibaren JCI tıbbi hataları önlemede rol almak üzere hastaları teşvik etmek için bir kampanya düzenlemiştir. “Speak Up “(Sesli olarak sorularını sorun) adı verilen bu çalışmada, toplumun kendi sağlığı ile ilgili olarak kendilerine hizmet sunan sağlık çalışanlarına soru sormalarını, daha detaylı bilgi alabilecekleri kaynaklar konusunda sağlık çalışanlarına danışmalarını ve dolayısı ile kendi sağlıkları ile ilgili tüm süreçlere katılım göstermeleri teşvik edilmektedir. Böylelikle, tıbbi hataların en önemli nedenleri arasında iletişim yetersizlikleri ve hatalarının hasta - hekim ortaklığında azaltılması için zemin hazırlanmış olacaktır Fisun Sayek TTB Raporları/Kitapları (27).

JCI tarafından desteklenen “Speak Up” kampanyası aşağıdaki basamaklardan oluşmaktadır;

- **Speak Up:** Sesli olarak sorularını sorun.
- **Pay Attention:** Aldığınız bakım hizmetine odaklanın. Doğru sağlık personelinden doğru ilaçları aldığınıza emin olun.
- **Educate Yourself:** Kendinizi eğitin; araştırın.
- **Ask:** Çevrenizdeki güvendiğiniz kişilere sorular sorun.
- **Know:** Hangi ilacı neden aldığınızı, hangi tetkiki neden yaptırdığınızı bilin.

- **Use:** Hizmet aldığınız kurumun çalışma standartlarını, hizmet standartlarını sorgulayın.
- **Participate:** Bütün tedavi kararlarına katılım gösterin.

Türkiye de ise, sağlık tesislerinin ve profesyonellerinin tıbbi süreçlerde karşılaştıkları hataları bildirebilecekleri, ülkede yaygın olarak gerçekleşen hatalar ve bunların iyileştirilmesine yönelik önlemler hakkında bilgi edinebilecekleri GRS platformu oluşturulmuştur. Geliştirilen GRS sistemi ile amaçlanan;

- Tıbbi süreçlerde yapılan hata bildirimlerini ulusal boyutta toplamak
- Toplanan bildirimler kullanılarak yeni kalite standartlarının geliştirilmesi ve sistemsel boyutta iyileştirme sağlamak
- Tıbbi hatalar ve bildirim konusunda sağlık profesyonellerinin farkındalığını artırmak
- Elde edilen raporlar vasıtası ile sağlık tesislerine iyileştirme fırsatları açısından yol gösterici olmak
- Bilgi merkezi vasıtası ile sağlık tesislerine iç güvenlik raporlama sistemlerini nasıl yapılandırabilecekleri konusunda rehberlik etmektir.

Sisteme yapılan bildirimler, GRS'nin raporlama yetenekleri sayesinde anında raporlanabilmektedir. Sağlık tesislerinin hata risklerine karşı önlem alma amacı ile gerçekleştirdiği faaliyetlerde yol gösterici olması, sağlık çalışanlarının yaygın hatalar konusunda daha bilinçli olması adına önemli raporlar, herkesin erişimine açık şekilde paylaşılmaktadır. Ayrıca hatalara ilişkin tüm raporlar, Sağlıkta Kalite Standartları'nın geliştirilmesi amacı ile kullanılmakta, böylece sağlık hizmet süreçlerine ilişkin hataların önüne geçilmesi hedeflenmektedir.

GRS sisteminde tüm kullanıcıların erişebileceği raporlar aşağıda gösterilmiştir:

- En Sık Bildirimi Yapılan İlk 10 Hata Kodu
- Zaman Aralıklarına Göre Bildirim Sayı Dağılımları
- Meslek Gruplarına Göre Bildirim Sayı Dağılımları

- Hata Yerine Göre Bildirim Sayı Dağılımları
- Hata Sürecine Göre Bildirim Sayı Dağılımları
- En Sık Bildirimi Yapılan İlk 10 Hata
- Yıllık veya dönemsel hata analizleri

Ulusal boyutta oluşturulan Güvenlik Raporlama sisteminde herhangi bir kullanıcı girişi bulunmadığından, sağlık tesisine spesifik raporlar oluşturma veya takibi gibi fonksiyonlara sahip değildir. Saha geri bildirimlerine dayanarak sağlık tesislerinin kendi hatalarını otomatik olarak istatistik ve analize çevirebilecek bir yazılımın tasarımına Bakanlık bünyesinde başlanmıştır ve önümüzdeki süreçte yayınlanacağı duyurulmuştur.<sup>15</sup>

Hasta güvenliği ihlallerinin güvenlik raporlama sistemlerine bildirimleri gerek Türkiye’de gerekse dünya çapında elektronik ve/veya kağıt ortamında gerçekleştirilmektedir.

#### **4.2.4. Uluslararası hasta güvenlik hedefleri**

JCI tarafından belirlenmiş olan uluslararası hasta güvenlik hedefleri 6 maddede incelenmektedir JCI Hastaneler için Akreditasyon Standartları (28);

##### ***Hedef 1: Hasta Kimliğinin Doğru Belirlenmesi***

Hastaneler, hastaların kimlik doğrulamasını iyileştirmek için bir süreç geliştirmişlerdir ve uygulamaktadırlar. Yanlış hasta hataları, tanı ve tedavi hizmetlerinin neredeyse her alanında görülmektedir. Hasta sedasyon almış veya disoryante olabileceği gibi, tamamen uyanık olmayabilir veya komada olabilir; hastane içinde yatak, oda veya konum değişikliği söz konusu olabilir; duyuşal disabiliteleri olabilir; kimliğini hatırlamıyor olabilir veya kimliğinin yanlış belirlenmesine neden olabilecek farklı durumlara maruz kalabilir.

<sup>15</sup> <http://grs.saglik.gov.tr/BM/UGRS.aspx> (Erişim Tarihi: 24.06.2016)

Bu hedefin içeriği çift yönlüdür: ilk olarak kişinin, hizmet veya tedavinin planlandığı kişi olduğundan güvenilir biçimde emin olunması; ikinci olarak ise hizmet veya tedavinin ilgili kişiyle eşleştirilmesidir.

### ***Hedef 2:Etkin İletişimin İyileştirilmesi***

Hastaneler, bakım verenler arasındaki sözel ve/veya telefon iletişiminin etkililiğini iyileştirmek için bir süreç geliştirmiştir ve uygulamaktadır. Tanı testlerinin kritik sonuçlarının bildirilmesi için bir süreç geliştirmiş ve uygulamaktadır. Zamanında, tam doğru, eksiksiz, belirsizlik olmayacak ve alıcı tarafından anlaşılabilir şekilde gerçekleşen etkili bir iletişim, hataları azaltır ve hasta güvenliğini iyileştirir. İletişim elektronik, sözlü veya yazılı olabilir. Hasta bakım koşulları, iletişim yetersizliği, sözlü veya telefonla bildirilen hasta bakım istemleri (orders), kritik test sonuçlarının sözlü olarak veya telefonla bildirilmesi veya devir teslim iletişimden önemli ölçüde etkilenmektedir. Hasta devir teslimi iletişimi aynı zamanda hasta transferi iletişimi olarak da anılabilir. Hataya en açık iletişimler, sözel olarak verilen hasta bakım istemleri ve yerel yasa ve yönetmeliklerin izin verdiği durumlarda telefon üzerinden bildirilen istemlerdir. Farklı aksanlar, diyalektler ve telaffuzlar, istemi alan kişinin verilen istemi anlamasını zorlaştırabilir. Örneğin, okunuşları birbirine benzeyen eritromisin ve azitromisin gibi ilaç isimleri veya benzer telaffuza sahip sayılar, istemin doğru anlaşılmasını etkileyebilir. Arka plandaki sesler, kesintiler ve aşına olunmayan ilaç isimleri ve terminoloji de çoğu zaman bu sorunu daha da artırır. Sözlü bir istem alındıktan sonra yazılı bir istem şeklinde yazıya dökülmelidir ve bu durum istem sürecini karmaşıktırarak daha riskli hale getirir.

### ***Hedef 3:Yüksek Riskli Medikasyonların Güvenliğinin İyileştirilmesi***

Hastaneler, yüksek riskli medikasyonların güvenliğini iyileştirmek için bir süreç geliştirir ve uygular. Hastane, konsantre elektrolitlerin güvenli bir şekilde kullanımını yönetmek için bir süreç geliştirir ve uygular. Hastanın tedavi planında medikasyonlar da yer alıyorsa, hasta güvenliğinin sağlanması için uygun bir yönetim, hayati öneme sahiptir. Reçetesiz olarak alınabilenlerde dahil bütün medikasyonlar doğru kullanılmadıklarında zarar verebilirler. Ancak, yüksek riskli medikasyonlar daha sık zarar vermekte ve hatalı bir şekilde verildiklerinde çok daha ciddi sonuçlara

yol açabilmektedir. Bu durum hastanın çektiği acının artmasına ve bu hastaların bakımında ilave maliyetlerin ortaya çıkmasına neden olur.

İsimleri veya okunuşları diğer medikasyonların isimlerine benzeyen pek çok medikasyon vardır. Kafa karıştıran medikasyon isimleri, dünya çapındaki medikasyon hatalarının yaygın sebeplerindendir. Bu karışıklığa katkıda bulunan diğer nedenler şunlardır:

- İlaç isimlerinin tam olarak bilinmemesi;
- Yeni çıkan ürünler;
- Benzer ambalaj veya etiketler;
- Benzer klinik amaçlarla kullanım;
- Benzer etki, dozaj şekli, uygulama sıklıkları;
- Okunaksız reçeteler veya sözlü istemler yerine getirilirken gerçekleşen yanlış anlamalardır.

Yüksek riskli medikasyonların ve görünüşü/okunuşu benzer olan medikasyonların listelerine literatürden veya WHO ve Güvenli Medikasyon Uygulamaları Enstitüsü (Institute for Safe Medication Practices-ISMP) gibi kurumlar üzerinden ulaşmak mümkündür.

Hastaneler; hastane içindeki medikasyon kullanımına, advers ve ramak kala olaylara ve diğer bilgilere ilişkin hastane verilerini kullanarak hastalar açısından önemli risk teşkil eden tüm medikasyonların bir listesini hazırlamalıdır. Bu liste advers çıktılar açısından yüksek riskli olarak tanımlanan ve görünüşü/okunuşu benzer olduğundan karışıklığa yol açma riski bulunan medikasyonları içermelidir. Literatürden ve/veya Sağlık Bakanlığında alınan bilgiler de bu listeye eklenmesi gereken medikasyonların belirlenmesinde yardımcı olacaktır. Bu medikasyonlar, kaza sonucu uygulanması olasılığını azaltacak veya tercihen medikasyonun doğru kullanımında yönlendirme sağlayacak şekilde muhafaza edilmelidir. Yüksek riskli medikasyonların güvenliğinin artırılmasına ilişkin stratejiler, her ilacın taşıdığı



spesifik riske uygun olarak belirlenmeli ve güvenli depolama stratejilerinin yanı sıra reçeteleme, hazırlama, uygulama ve izleme süreçlerinin göz önünde bulundurulmasını da içermelidir. Hastaneler aynı zamanda, kanıtlar ve mesleki uygulamalar doğrultusunda konsantre elektrolit bulundurmanın klinik bir zorunluluk teşkil edebileceği acil servis veya ameliyathane gibi alanlar belirlemiş olmalı ve yanlışlık sonucu uygulanmasını engelleyecek şekilde bu medikasyonlara erişimi kısıtlayarak nasıl net bir şekilde etiketlendiklerini ve muhafaza edildiklerini tanımlamalıdır.

***Hedef 4: Doğru Taraf, Doğru İşlem, Doğru Hasta Cerrahisinin Güvence Altına Alınması***

Hastaneler; doğru taraf, doğru işlem ve doğru hasta cerrahisini güvence altına almaya yönelik bir süreç geliştirmiştir ve uygulamaktadır. Hastaneler, doğru taraf, doğru işlem ve doğru hasta cerrahisini sağlamak üzere ameliyattan hemen önce ameliyathanede gerçekleştirilen mola (son kontrol; time-out) için bir süreç geliştirmiştir ve uygulamaktadır. Yanlış taraf, yanlış işlem ve yanlış hasta cerrahisi, hastanelerde ürkütücü sıklıkta görülen bir olgudur. Bu hatalar; cerrahi ekibin üyeleri arasında etkisiz veya yetersiz iletişim, cerrahi yapılacak tarafın işaretlenmesi sürecine hastanın katılmaması ve ameliyat yerinin doğrulanmasına yönelik işlemlerin olmaması sonucunda meydana gelmektedir. Bunlara ek olarak; hastanın yetersiz değerlendirilmesi, tıbbi kayıtların yeterli ölçüde gözden geçirilmemesi, cerrahi ekip üyeleri arasında açık bir iletişimi destekleyen bir kurumsal kültürün olmayışı, okunaksız el yazısıyla ilgili sorunlar ve kısaltmaların kullanılması, hatalara sıklıkla katkıda bulunan faktörlerdir.

Kanıtla dayalı uygulamalar, JCI'nın Universal Protocol for Preventing Wrong Site, Wrong Procedure, Wrong Person Surgery™ (Yanlış Taraf, Yanlış İşlem, Yanlış Hasta Cerrahisinin Önlenmesine Yönelik Evrensel Protokol) adlı çalışması içinde tarif edilmiştir. Evrensel Protokolde yer alan elzem süreçler şunlardır:

- Cerrahi tarafın işaretlenmesi;
- Preoperatif bir doğrulama süreci ve
- Bir işleme başlamadan hemen önce gerçekleştirilen bir mola (son kontrol/ time-out).

Cerrahi ve invaziv işlem alanının işaretlenmesi süreci hastanın katılımını da içerir ve işaretleme ilk bakışta tanınabilecek şekilde yapılır. İşaretlemenin hastane çapında tek tip olması ve cerrahi işlemi gerçekleştirecek kişi tarafından yapılması şarttır; işaretleme mümkünse, hasta uyanık ve bilinçli olarak yapılmalıdır ve hasta hazırlanıp örtüldükten sonra da işaret mutlaka görülebilir olmalıdır. Cerrahi tarafı işaretleme lateralite, çoklu yapı (el ve ayak parmakları, lezyonlar) ve çoklu seviye (omurga) içeren işlemlerin tümünde zorunludur. Preoperatif doğrulama sürecinin amacı:

- Doğru tarafın, işlemin ve hastanın teyit edilmesi;
- Tüm ilgili dokümanların, filmlerin/görüntülerin ve tetkiklerin mevcut olduğunun, uygun bir şekilde etkilenmiş ve ekrana yansıtılmış olduklarının doğrulanması ve
- Gereken her türlü özel tıbbi teknolojinin ve/veya protezin/implantın mevcut olduğunun teyit edilmesidir.

İşlemin başlamasından önce, bütün ekip üyeleri hazır bulunurken gerçekleştirilen mola (time-out), bütün yanıtlanmamış soruların veya kafa karışıklıklarının çözüme kavuşturulmasına olanak sağlar. Mola (time-out), işlemin yapılacağı yerde, işleme başlamadan hemen önce ve ameliyat ekibinin tamamının katılımıyla gerçekleştirilir. Hastanın mola (time-out) sürecine katılması şart değildir. Mola (time-out) sürecinin nasıl dokümante edileceğini hastane belirler.

#### ***Hedef 5: Sağlık Bakımıyla İlişkili Enfeksiyonlar Riskinin Azaltılması***

Hastaneler; sağlık bakımıyla ilişkili enfeksiyonlar riskinin azaltılmasına yönelik, kanıtlara dayalı el hijyeni kılavuzlarını benimser ve uygular. Enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolü, çoğu bakım ortamında zorlu bir görevdir ve sağlık bakımıyla ilgili enfeksiyon oranlarında görülen artış, hem hastalar hem de sağlık çalışanları için önemli bir endişe kaynağıdır. Tüm bakım ortamlarında görülen ortak enfeksiyonlar arasında kateterle ilişkili idrar yolu enfeksiyonları, kan dolaşımı enfeksiyonları ve (sıklıkla mekanik ventilasyonla ilişkili) pnömoni sayılabilir. Bu ve diğer enfeksiyonların eliminasyonunda en temel husus, uygun el hijyenidir. El hijyeniyle

ilgili uluslararası kabul gören kılavuzlar, Dünya Sağlık Örgütü (WHO/DSÖ) ve ABD Hastalık Kontrolü ve Önleme Merkezleri (United States Centers for Disease Control and Prevention/ US CDC) ve diğer ulusal ve uluslararası organizasyonlardan temin edilebilir. Hastane, halen yayınlanmış olan, kanıtlara dayalı el hijyeni kılavuzlarını benimsemiş ve uygulamaya koymuş olmalıdır. El hijyeni kılavuzları uygun yerlerde bulundurulur ve çalışan, uygun el yıkama ve el dezenfeksiyonu işlemleri ile ilgili olarak eğitilir. El yıkama ve el dezenfeksiyonu işlemlerinin gerekli olduğu yerlerde sabun, dezenfektanlar ile havlular ve diğer kurutma araçları bulundurulur.

***Hedef 6: Hastaların Düşme Olayları Sonucu Zarar Görme Riskinin Azaltılması***

Hastaneler, düşme olaylarından kaynaklanan hasta zararının azaltılmasına yönelik bir süreç geliştirir ve uygular. Hastanelerde, yatan ve ayakta hastaların maruz kaldığı yaralanmaların büyük bir kısmı düşme kaynaklıdır. Düşme riski hasta, durum ve/veya yerle bağlantılıdır. Hastalarla bağlantılı riskler arasında hastanın geçmişinde düşme hikayesi olması, kullanılan medikasyonlar, alkol tüketimi, yürüyüş ve denge bozuklukları, görme kaybı, ruhsal durum değişiklikleri ve benzerleri bulunabilir. Başlangıçta düşme riski düşük olarak tanımlanan hastalar, birdenbire yüksek riskli hasta grubuna geçebilir. Bunun nedenleri arasında (bunlarla sınırlı olmamakla birlikte) ameliyat ve/veya anestezi, hastanın durumunda ani değişiklikler ve medikasyonlara adaptasyon süreci bulunmaktadır. Çoğu hastanın hastaneye yatışı sırasında yeniden değerlendirilmesi gerekmektedir. Dokümanite edilmiş kriterler, düşme riski yüksek olan hasta türlerini tanımlamaktadır.

Hastaneler, uygun politika ve/veya prosedürler doğrultusunda düşme riskinin azaltılmasına yönelik bir program geliştirmelidir. Bu program kapsamında düşmelerin azaltılması için alınan önlemlerin hem istenilen hem de istenmeyen sonuçları izlenmelidir. Örneğin, fiziksel kısıtlamanın uygunsuz kullanımı veya sıvı alımına getirilen kısıtlama, yaralanmaya, dolaşım bozukluklarına veya cilt bütünlüğünün bozulmasına yol açabilmektedir. Söz konusu program uygulamaya geçirilmelidir.

#### 4.2.5. Tıbbi hata kavramı, sınıflandırmaları ve bildirim yöntemleri

Tıbbi hata, planlanan bir tedavinin amaçlandığı şekilde tamamlanamaması (uygulama hatası) veya yanlış planlanması ve uygulanmasıdır (planlama hatası). Hastanede yatan hastalarda veya ayaktan tedavi gören hastalarda olabilmektedir Akalın (29). AIOM **tıbbi hata** (*medical error*) tanımını : “planlanan tıbbi bir uygulamanın amaçlandığı şekilde tamamlanamaması veya amaca ulaşmak için yanlış plan yapılması” olarak ifade ederken **yan etki** (*adverse event*) kavramını: “sağlık hizmetinin, altta yatan hastalığa veya hastanın içinde bulunduğu duruma bağlı olmaksızın yol açtığı hasar/zarar” şeklinde belirtmektedir. Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı’na (National Patient Safety Foundation) göre ise **sağlık hizmetine bağlı hata (tıbbi hata)**, sunulan sağlık hizmeti sırasında bir sorunun neden olduğu, kasıtsız, beklenilmeyen sonuçlardır Altındış (30). Tıbbi hatalar, aşağıda sıralandığı şekilde dört ana grupta değerlendirilebilir Akalın (29);

##### **Tanıma Hataları;**

- Yanlış tanı veya tanı koymada gecikme,
- Uygun ve gerekli tetkiklerin yapılmaması,
- Güncel olmayan tanı ve tedavi yöntemlerinin kullanılması,
- Tetkik sonuçlarına uygun hareket edilmemesidir.

##### **Tedavi Hataları;**

- Cerrahi bir girişim, işlem ya da tetkikin yanlış uygulanması,
- Tedavinin verilişinde hata yapılması,
- İlaç doz veya veriliş yönteminde hata yapılması,
- Tedavinin uygulanmasında gecikme,
- Uygun olmayan tedavi yapılmasıdır.

### **Koruyucu Tedavi Hataları;**

- Profilaktik tedavinin uygulanmaması veya uygulamada hata yapılması,
- Tedavide yetersiz izlemdir.

### **Diğer Hatalar,**

- İletişimde yetersizliğe bağlı hatalar,
- Kullanılan ekipmanda yetersizlik/eksikliklere bağlı hatalar,
- Diğer sistem yetersizlikleridir.

Hasta güvenliği kavramında büyük önem arz eden konulardan biri de yaşanan ve yaşanması muhtemel olayların bildirimlerinin yapılmasıdır. Literatürde “Güvenlik Raporlama” olarak bilinen olay bildirim sistemi, hastaneler için büyük bir veri kaynağı ve önemli bir iyileştirici faaliyet aracıdır. Olay bildirim sistemlerini canlı tutmayı başaran kurumlar, sahada olan biten bütün olaylar hakkında bilgi sahibidir. Kurumun zayıf ve güçlü yönlerini bilme şansına sahiptir ve personelin üst yönetime olan inancı güçlüdür. Zira bildirilen olay sonrasında herhangi bir değişiklik yapılmaması durumunda kişilerin sisteme olan inançları ve güvenleri azalacaktır. Olay bildirim sistemlerinin en önemli getirilerinden biri de hatanın kaynağının bulunabilmesi ve aynı olayların tekrar yaşanmasının önlenmesidir. Hasta güvenliğini iyileştirmede yapılması gereken faaliyetlerin başında; hataların raporlanması ve dinamik bir hata rapor sisteminin oluşturulması gelmektedir. Gönüllülük esasına dayanan ve ceza yaptırımı bulunmayan, bildirim yapan kişilerin gizlendiği, kullanıcıların kendilerini rahat hissettikleri sistemler dinamikliğini korumaktadır.

Olay bildirim için kullanılan teknikler aşağıdaki gibidir Fisun Sayek TTB Raporları/Kitapları (31);

### **Elektronik form ile bildirim;**

- Kolay raporlamayı sağlar.
- Hız kazandırır.

- Kullanılan hastane bilgi sistemi üzerinden ek bilgi edinmeyi sağlar.
- Çalışanlar bildirim yaparken form vb. konularla uğraşmadığı için bildirim sayısını artırır.
- Raporlamada kolaylık sağlar.

#### **Elektronik posta ile bildirim;**

- Kolay raporlamayı sağlar.
- Hız kazandırır.
- Standart bir format kullanılmadığı takdirde eksik bilgi gelebilir.
- Takip etmek ve sınıflandırmada zorluk yaşanabilir.
- Çalışanlar bildirim yaparken form vb. konularla uğraşmadığı için bildirim sayısını artırır.

#### **Telefon ile bildirim;**

- Sürekli telefon takibi yapacak bir süreç gerektirir.
- Standart bir format kullanılmadığı takdirde eksik bilgi gelebilir.
- Takip etmek ve sınıflandırmada zorluk yaşanabilir.
- Çalışanlar bildirim yaparken form vb. konularla uğraşmadığı için bildirim sayısını artırır.

#### **Form ile bildirim;**

- Takip etmek ve sınıflandırma daha kolay yapılabilir ve gerekli tüm bilgiler istenebilir.
- Çalışanlar formu bulmakta ve uğraşmakta zorluk yaşayıp daha az bildirimde bulunabilir.

- Formların gönderme şekli belirlenmeli ve gizlilik sağlanabilmesi gerekir.
- Formlar kaybolabilir.

Olay bildirim yöntemleri kurumların iç yapılarına ve ekonomik durumlarına göre farklılık göstermekle birlikte, Sağlık Bakanlığı tarafından ulusal GRS kurulmuş olup, ilaç güvenliği, laboratuvar güvenliği ve cerrahi güvenliğe dair bildirimler web üzerinden gerçekleştirilmektedir<sup>16</sup>. Oluşturulan yeni sistemde hatalar yer, kişi, zaman ve işlem bakımından kodlanarak takip edilmektedir. Sağlıkta Kalite Standartları – Hastane (32).

#### 4.2.6.Dünyada ve Türkiye’de karşılaşılan tıbbi hatalar ve sonuçları

Global anlamda gerçekleştirilen ne büyük çalışmalardan biri, “**Patient Safety Movement**” ve “**Joint Commision, Center for Transforming Healthcare**” tarafından gerçekleştirilmiştir. Bu çalışma sonucunda 2014 yılının en önemli 10 hasta güvenliği konusu belirlenmiştir;

1. Sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonlar (healthcare-associated infections),
2. Cerrahi komplikasyonlar,
3. Nöbet değişimlerinde hasta ile ilgili iletişim eksiklikleri,
4. Tanı hataları,
5. İlaç hataları,
6. Hasta güvenliği geliştirmede başarısızlık,
7. Elektronik hasta kaydı sistemlerinin birbirini görmemesi,
8. Hasta düşmeleri ve yaşlılık ile gelen diğer sorunlar,
9. Daha iyi tedavi yöntemlerinin seçimi,

<sup>16</sup> <http://grs.saglik.gov.tr/Bildirim.aspx> (Erişim Tarihi: 28.06.2016)

10. Alarm yorgunluğu. Özellikle yoğun bakımda monitorize edilen hastaların fizyolojik verilerindeki değişiklikler “alarm” sistemlerine bağlı olarak izlenmektedir. Yapılan çalışmalar bu uyarıların %85-99’unda her hangi bir klinik girişime ihtiyaç olmadığını göstermiştir. Ancak buna bağlı gelişen yorgunluk sonucu, gelişebilecek sentinel olayların atlanması ölümlerle sonuçlanabilir Akalın (33).

Türkiye’de gerçekleşen tıbbi hatalara ilişkin en kapsamlı veriye, 23.03.2016 tarihinde test sürecini tamamlayarak aktif veri kabulüne başlayan Güvenlik Raporlama Sisteminde ulaşılmaktadır. Gönüllülük esasına dayanarak sahadaki tüm kullanıcıların veri girişi yaptığı hata bildirim sistemine aktif olduğu günden bu yana toplam 9,576 olay bildirilmiştir. Bu olayların %89,66’sını (8586 olay) laboratuvar hata bildirimleri oluştururken, %6,98’ini (668 olay) ilaç hataları, %3,36’sını ise (322 olay) cerrahi süreçlere ait olaylar oluşturmaktadır.

En sık bildirim yapılan ilk 10 hata incelendiğinde<sup>17</sup>;

**Tablo4.3:En Sık Bildirim Yapılan 10 Laboratuvar Hataları**

<b>LABORATUVAR HATALARI</b>		
<b>Bildirim Sayısı</b>	<b>Ana Parametre</b>	<b>Alt Parametre</b>
3002	Preanalitik	Hemolizli numune
1980	Preanalitik	Pıhtılı numune
992	Preanalitik	Yetersiz numune
443	Preanalitik	Uygunsuz alınmış numune
344	Preanalitik	Hatalı kayıt
316	Preanalitik	Hatalı test istemi
235	Preanalitik	Hatalı numune kabı/tüpü
220	Preanalitik	Diğer
133	Postanalitik	Zamanında verilmeyen sonuç
102	Preanalitik	Test isteminde eksik/yanlış bilgi

Laboratuvar süreçlerine ait bildirilen hatalar incelendiğinde ilk 3 sırayı hemolizli numuneler, pıhtılı numuneler ve yetersiz numunelerin aldığı ve preanalitik süreçlere ait hatalar olduğu görülmektedir. Olayların hastaya ulaşım dereceleri bakımından değerlendirilmesi yapıldığında, hastada ciddi bir etki yaratma niteliğine

<sup>17</sup> [http://grs.saglik.gov.tr/Stat\\_G05.aspx](http://grs.saglik.gov.tr/Stat_G05.aspx) (Erişim Tarihi: 10.07.2016)



sahip olmadığı ancak hastaneye tekrar gelmesini gerektirebilecek veya sonuç sürelerinin gecikmesine neden olabilecek nitelikte olayların olduğu görülmüştür. (Tablo4.3)

Eczane süreçlerine ait hatalar incelendiğinde, ilk 3 sırada hatalı doz istemi, elektronik ortamda yanlış ilaç seçimi ve sıcaklık nem uygunsuzluğuna ait olayların bulunduğu görülmüştür. Bu olayların fark edilmemesi halinde hastaya ulaşım dereceleri incelendiğinde, hastada ciddi etkiler yaratabilecek ve tedavi sürecini etkileyebilecek nitelikte olaylar olduğu görülmektedir. (Tablo 4.4)

**Tablo4.4: En Sık Bildirim Yapılan 10 İlaç Hataları**

<b>İLAÇ HATALARI</b>		
<b>Bildirim Sayısı</b>	<b>Ana Parametre</b>	<b>Alt Parametre</b>
122	İstem	Hatalı doz istemi
57	İstem	Elektronik ortamda yanlış ilaç seçimi
37	Muhafaza	Sıcaklık ve nem uygunsuzluğu
37	İstem	Yanlış ilaç isteme
34	Hazırlama	Yanlış ilaç hazırlanması
29	İstem	Okunaksız el yazısı
25	Hazırlama	İlaçların yanlış paketlenmesi
21	Transfer	Eczaneden yanlış ilacın transferi
19	Uygulama	Yanlış teknik
17	Uygulama	Yanlış ilaç

Cerrahi süreçlere ait hatalar incelendiğinde, ilk 3 sırada ameliyat bölgesinin/tafının işaretlenmemesi, diğer hatalar ve hasta transferine sağlık çalışının eşlik etmemesine ait olayların bulunduğu görülmüştür. Ameliyat bölgesinin/tafının işaretlenmemesi olaylarının hastalara ulaşım dereceleri bakımından incelendiğinde fark edilmemesi halinde hastada uzuv kayıplarına dahi neden olabilecek ve tedavi sürecini ciddi derecede etkileyecek nitelikte olduğu görülmüştür.

**Tablo4.5: En Sık Bildirim Yapılan 10 Cerrahi Güvenlik Hataları**

<b>CERRAHİ GÜVENLİK HATALARI</b>		
<b>Bildirim Sayısı</b>	<b>Ana Parametre</b>	<b>Alt Parametre</b>
100	Klinik cerrahi işlem hazırlığı	Ameliyat bölgesinin/tafının işaretlenmemesi
37	Diğer hatalar	Diğer hatalar
22	Ameliyathaneye transfer ve hasta kabulü	Hasta transferine sağlık çalışının eşlik etmemesi
19	Anestezi öncesi hazırlık ve kontroller	Ameliyat bölgesinin/tafının işaretlenmesinin kontrol edilmemesi
17	Klinik cerrahi işlem hazırlığı	Ameliyat bölgesinin tıraşının yapılmamış olması
15	Klinik cerrahi işlem hazırlığı	Makyaj, protez ve değerli eşyalarının çıkarıldığıının teyit edilmemesi
11	Ameliyathaneye transfer ve hasta kabulü	Hasta kimliği, ameliyat yeri ve cerrahi işlemin doğrulanmaması
9	Anestezi öncesi hazırlık ve kontroller	Hasta kimliği, ameliyat yeri ve cerrahi işlemin doğrulanmaması
8	Ameliyathane cerrahi işlem hazırlığı	Ameliyat odasının ve masasının temizliğinin uygun olmaması
7	Ameliyat sonu kontrolleri	Kullanılan alet, spanç, kompres ve iğne sayımlarının kontrol edilmemesi

## **5. MATERYAL VE METOT**

### **5.1. Araştırmanın Amacı ve Tasarımı**

Araştırmamızın amacı akredite olmuş özel bir üniversite hastanesinde doğrudan veya dolaylı yönden hasta güvenliğine etki edebilecek sağlık çalışanlarının hasta güvenliğine ilişkin görüşlerini değerlendirmektir. Bu amaçla araştırmada “Sağlık çalışanlarının hasta güvenliğine ilişkin görüşleri nasıldır?” sorusuna yanıt arandı. Bu çalışmada ayrıca sağlık çalışanlarının hasta güvenliği algılarında fark yaratabilecek faktörler de incelendi.

Araştırmada, kesitsel araştırma tasarımı kullanıldı. Böylece araştırmada incelenen her iki konuya ilişkin toplanan tüm veriler belirli zamanda ve noktada toplanmıştır.

### **5.2. Araştırmanın Yapıldığı Tarih ve Yer**

Araştırmamız, İstanbul’da bulunan ve 2014 yılının Şubat ayında, JCI tarafından akredite edilmiş özel bir üniversite hastanesinde 2016 yılının Mart-Nisan aylarında gerçekleştirildi.

### **5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırmamızın evrenini, özel bir üniversite hastanesinde araştırmanın yapıldığı dönem içerisinde aktif olarak çalışan tüm sağlık çalışanları oluşturdu. Araştırmanın yapılacağı dönem içerisinde hastane bünyesinde 1636 sağlık çalışanının olacağı belirlendi. Bu büyüklükte bir evrende araştırmanın uygulanabilirliği açısından sorun yaşanabilme olasılığı bulunması nedeniyle örneklem çekilme yoluna gidildi.

Çalışmamızın sadece sağlık çalışanlarına yönelik olması nedeniyle olasılıklı olmayan örneklem yöntemi seçilerek tüm sağlık çalışanları, meslek gruplarına göre sınıflandırılarak araştırmaya dahil edilmiştir. Ancak evren sayısının oldukça yüksek oluşu ve kurumun büyük ölçekli bir yapıya sahip olması nedeniyle kota örneklem yöntemi ile örneklem çekilmiştir. Ulaşılması hedeflenen kota, meslek grubunda en az %25 belirlendi. Araştırmanın başında amaçlanan tüm meslek gruplarında en az %25

örnekleme ulaşılmış olup, toplam sağlık çalışanı üzerinden ulaşılan genel örneklem oranı ise %33'tür. Meslek gruplarına göre araştırmaya dahil edilen anket sayıları Tablo 5.1'de belirtildi.

**Tablo 5.1: Anket Uygulama Planı**

Meslek Grubu	Toplam Çalışan Sayısı	Ankete Katılan ve Doğru Anket Dolduran Çalışan Sayısı
Hekim/Asistan Hekim	290	79
Hemşire (Sağlık Memuru, Ebe, ATT)	527	202
Eczacı	14	11
Diyetisyen	8	5
Fizyoterapist, Ergoterapist, Solunum ve Konuşma Terapisti	17	11
Tekniker/Teknisyen (Laboratuvar, Radyoloji, Anestezi)	97	56
Hasta Hizmetleri	392	99
Yönetici	74	24
Yardımcı Sağlık Personeli	177	47
Temizlik Personeli	30	22
Diğer	10	5
<b>Toplam</b>	<b>1636</b>	<b>561</b>

Araştırmamıza gönüllü olarak katılmak isteyen ve araştırmanın yapıldığı tarihlerde bir sebeple izinli olmayan toplam 589 kişi araştırmaya alındı. Bu kişiler arasında 28 kişi, araştırma anketini uygun olmayan şekilde doldurduğu için araştırma kapsamı dışında bırakıldı. Böylece, araştırmaya toplam 561 sağlık çalışanı katıldı ve cevaplama yüzdesi %95 olarak gerçekleşti.

#### **5.4. Araştırma Verilerinin Toplanması**

##### **5.4.1. Veri toplama araçları**

Araştırmamızda, hastanenin hasta güvenliği kültürünün ölçülmesi için kullanılacak veriler, Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi ile toplandı. Bu anket, ABD'deki Sağlık Hizmetlerinde Kalite Ajansı(AHRQ) tarafından 2004 yılında

geliştirilen Hospital Survey on Patient Safety Culture (Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi) anketidir. AHRQ (34).

Sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürüne ilişkin görüşlerini etkileyebilecek faktörlerin incelenmesi amacıyla “Sağlık Çalışanlarının Kişisel Bilgilerini, Çalışma Yaşamını ve Tıbbi Hatalara Yönelik Görüşlerini İçeren Anket Formu” da kullanıldı. Katılımcılara kolaylık sağlanması açısından kullanılan 2 anket entegre bir şekilde katılımcılarla paylaşıldı.

Hasta güvenliği kültürü hastane anketimiz aşağıdaki bölümlerden oluşmaktadır;

- A Bölümü: Çalışma Alanı / Birimi
- B Bölümü: Yönetici
- C Bölümü: İletişim
- D Bölümü: Olay Raporlama Sıklığı
- E Bölümü: Hasta Güvenliği Derecesi
- F Bölümü: Hastane
- G Bölümü: Raporlanan Olay Sayısı.

Yalnızca çoktan seçmeli olarak bulunan Çalışma Alanı bölümü anketimizin uygulandığı hastaneye göre uyarlanmış olup anketin diğer kısımlarında orijinaline bağlı kalındı.

Anketimizde ölçeklendirme yöntemi olarak 5’li Likert Tipi Ölçek kullanılan bölümler aşağıdaki gibidir;

A, B ve F Bölümleri;

- Kesinlikle Katılmıyorum (1)
- Katılmıyorum (2)

- Ne Katılıyorum Ne De Katılmıyorum (3)
- Katılıyorum (4)
- Kesinlikle Katılıyorum (5)
- C ve D – Bölümleri;
- Asla (1)
- Nadiren (2)
- Bazen (3)
- Çoğu Zaman (4)
- Her Zaman (5)

Hasta güvenliğinin derecelendirilmesinin istendiği E bölümünde “Mükemmel (1)”, “Çok İyi (2)”, “Makul (3)”, “Kötü (4)” ve “Zayıf (5)” ifadeleri, raporlanan olay sayısının belirtilmesi istenen G bölümünde ise “0 olay raporu (1)”, “1-2 olay raporu (2)”, “3-5 olay raporu (3)”, “6-10 olay raporu (4)”, “11-20 olay raporu (5)”, “21 ya da daha fazla olay raporu (6)” ifadeleri bulunmaktadır.

Ankette yer alan A5, A7, A8, A10, A12, A14, A16, A17, B3, B4, C6, F2, F3, F5, F6, F7, F9 ve F11 ifadeleri ters yönlü ifadelerdir. Filiz (35), Bodur ve Filiz (36); AHRQ (37)

AHRQ tarafından geliştirilen Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi 42 ifadeden oluşmaktadır ve her biri 3 veya 4 ifade ile ölçülen 12 boyutta değerlendirildi AHRQ, Hospital Survey On Patient Safety Culture (38):

- Birimler içinde ekip çalışması (A1, A3, A4, A11)
- Yönetici beklentileri ve hasta güvenliği geliştirme faaliyetleri (B1,B2,B3R\*<sup>18</sup>,B4R)

---

<sup>18</sup> Analiz sırasında ters çevrilen olumsuz ifade içeren sorular

- Örgütsel öğrenme – Sürekli iyileştirme (A6, A9, A13)
- Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği (F1, F8, F9R)
- Güvenliğin kapsamlı algılanması (A10R, A15, A17R, A18)
- Hatalar hakkında iletişim ve geri bildirim (C1, C3, C5)
- İletişimin açık tutulması (C2, C4, C6R)
- Hataların raporlanma sıklığı (D1, D2, D3)
- Hastane birimleri arası ekip çalışması (F2R, F4, F6R, F10)
- Personel sağlama (A2, A5R, A7R, A14R)
- Hastanede devirler ve nakiller (F3R, F5R, F7R, F11R)
- Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt (A8R, A12R, 16R)

Sağlık çalışanlarının ve toplumun hasta güvenliği kültürü algılamasının değerlendirildiği bir çalışmada (Filiz (35) anketin Türkçe çevirisi yapılmıştır. Türkçe çevirinin ardından anketi ilk geliştiren Joann Sorra'ya (AHRQ) danışılarak gerekli olan onaylar alınmıştır. İlgili kişinin önerisinin ardından gerekli düzeltmeler anket üzerinde gerçekleştirilmiştir Filiz (35); Bodur ve Filiz (36).

Bodur ve Filiz (36) tarafından hasta güvenliği kültürü hastane anketinin 42 ifadesi 12 boyutta incelenmiş, geçerlilik ve güvenilirlik analizi yapılmıştır. Yapılan analizler sonucunda, 12 güvenlik kültürü boyutunun on tanesinin iç tutarlılığı değerlendirilmiş ve Cronbach alfa katsayısı 0,50'nin üzerinde (0,57-0,86) bulunmuştur. Tüm ifadeler için iç tutarlılık güvenilirliğinin ise 0,86 olarak hesaplandığı çalışmada Split-half korelasyon katsayısı = 0,686 ve Guttman Split-half katsayısı = 0,766 olarak belirlenmiştir. Bodur ve Filiz (36).

#### 5.4.2. Verilerin toplanması

Araştırmanın verileri, araştırmaya katılacak ilgili sağlık çalışanlarına araştırma hakkında ayrıntılı bilgi verildikten sonra, katılmaya gönüllü olanlara anket formu dağıtılarak toplandı. Dağıtılan anketler aynı gün veya birkaç gün sonra toplandı. Örneklemin büyük olması nedeniyle anket kayıplarının önüne geçilebilmesi amacıyla anket dağıtılan kişiler için takip çizelgesi oluşturularak etkili takip sağlandı. Anket formunun doldurulması sağlık çalışanlarının yaklaşık olarak 20 dakikasını aldı.

#### 5.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmamızdan elde edilen verilerin özetlenmesinde tanımlayıcı istatistiklerden yararlanıldı. Sürekli değişkenler için ortalama ve standart sapma; kategorik değişkenler için sayı ve yüzdeler kullanıldı. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogrov-Smirnov testiyle incelendi. Grupların karşılaştırılmasında, iki grup için normal dağılım gösteren değişkenler bağımsız gruplarda t test, üç veya daha fazla grup için ise tek yönlü varyans analizi (one-Way ANOVA) kullanıldı. İstatistik analizlerde anlamlılık düzeyi 0,05 olarak dikkate alındı. Boyutların bağımsız değişkenlerle karşılaştırıldığı analizlerde yalnızca yeterli sayıya ulaşılan hekim, hemşire ve hasta hizmetleri çalışanları dikkate alındı. Eczacı, diyetisyen, fizyoterapist, ergoterapist, solunum ve konuşma terapisti, tekniker/teknisyen (laboratuvar, radyoloji, anestezi) ,yönetici, yardımcı sağlık personeli, temizlik personeli ve diğer çalışanlar için örneklem olarak yeterli sayıya ulaşamaması nedeniyle karşılaştırmalı analiz yapılmamıştır. Kapsam dışı bırakılan meslek gruplarının her birinin farklı bireyleri temsil etmesi ve çok farklı eğitim düzeylerine sahip olması nedeniyle ilgili gruplar tek bir grupla birleştirilerek karşılaştırmalı analiz yapılma yoluna gidilmedi.

Hasta Güvenliği Anketinde bulunan 12 boyuta verilen cevapların ortalamaları alınarak skorlar hesaplandı. Örneğin, “Örgütsel öğrenme – sürekli iyileştirme” boyutu için A6, A9 ve A13 sorularına verilen “Katılıyorum” ve “Kesinlikle Katılıyorum” ifadelerinin ortalaması kişilerin bu sorulara katılım yüzdelerini ifade etmektedir. A6 sorusunun katılım yüzdesini %60, A9 sorusunun katılım yüzdesini %70 ve A13 sorusunun katılım yüzdesini %50 olarak varsayarsak kişilerin “Örgütsel öğrenme – sürekli iyileştirme” boyutuna katılım yüzdesi  $(\%60 + \%70 + \%50) / 3 = \%60$ ’dır.



Boyutların katılım yüzdelerinin hesaplanmasında, araştırmaya katılan tüm sağlık çalışanları çalışmaya dahil edildi. Boyutlarda bulunan ters ifadeli sorular çevrilmiş ve tersine kodlama yapıldı.

Araştırmada hasta güvenliği kültürü ile ilişkili faktörlerin incelenmesi amacıyla kullanılan değişkenler, konuyla ilgili ulusal ve uluslararası literatüre dayalı olarak belirlendi. Faydalanılan literatür bilgilerine dair kaynaklar ve araştırma sonuçlarına tartışma bölümünde yer verildi. Sağlık hizmetlerinin eğitim yoğun bir sektör olması nedeniyle, demografik ve sosyo-ekonomik değişkenler arasından yalnızca eğitim durumları ile hasta güvenlik boyutları cevapları karşılaştırıldı. Araştırmanın değişkenlerine ilişkin detaylı bilgi Tablo – 5.2’de sunulmaktadır.

**Tablo – 5.2: Araştırmanın Değişkenleri**

Değişkenin Adı	Tanımı	Ölçüm Şekli
<b><i>Bağımlı Değişken</i></b>		
Sağlık çalışanlarının hasta güvenliğine ilişkin düşünceleri	Sağlık çalışanlarının 12 hasta güvenliği boyutuna ilişkin düşünceleri	Ordinal Değişken
Sağlık çalışanlarının mesleği	Sağlık çalışanlarının mesleğinin hekim/asistan hekim, hemşire veya hasta hizmetleri çalışanı olma durumu	Nominal değişken
<b><i>Bağımsız Değişkenler</i></b>		
Meslekte çalışma yılları	Sağlık çalışanlarının meslekte çalışarak geçirdikleri yıllar	Ordinal değişken
Haftalık çalışma saatleri	Sağlık çalışanlarının haftalık çalışma saatleri	Ordinal değişken
Eğitim düzeyleri	Sağlık çalışanlarının eğitim düzeyi	Ordinal değişken
Mesleklerini isteyerek seçme durumları	Sağlık çalışanlarının mesleklerini isteyerek seçip seçme durumları	Nominal değişken
Kurumsal oryantasyon eğitimi alma durumları	Sağlık çalışanlarının işe başlarken kurumsal oryantasyon eğitimi alma durumları	Nominal değişken

Araştırmamızda toplanan veriler, Statistical Package for Social Sciences for Windows (SPSS v.22) ve AHRQ tarafından geliştirilen “Hospital Survey Excel Tool 1.6 v2” ile analiz edilerek değerlendirildi.

## **5.6. Araştırmanın Etik İlkeleri**

Çalışmamız gerçekleştirilmeden önce anketi ilk defa Türkçeye eviren ve güvenilirlik analizlerini gerçekleştiren Emel FİLİZ' den 08.03.2016 tarihinde mail yoluyla onay alındı. Araştırmamızın gerçekleştirileceği hastanenin başhekimliğinden gerekli izinler alındı ve ankete katılacak kişilere ayrıntılı bilgi verilerek katılımlarının gönüllülük esasına dayandığı belirtildi. Araştırmamızın gerçekleştirilmesi için “İstanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu” ndan alınan onay 10.başlıkta belirtildi.

## **5.7. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırmamız, çalışmanın gerçekleştirildiği özel bir niversite hastanesinin sağlık çalışanları ile sınırlıdır. Ayrıca, araştırmanın örnekleme olasılıksız örnekleme yöntemi ile çekildiğinden bulgular, araştırma yapılan sağlık kurumuna da genellenememektedir.

## **5.8. Araştırmanın Güçlükleri**

Verilerin toplanması aşamasında aktif çalışmalarına devam eden sağlık çalışanlarından bilgi toplanmasında güçlükler yaşandı. Özellikle poliklinikte ve yatan hasta katlarında hasta bakmaya devam eden hekim ve hemşirelerden dönüş alınması sırasında güçlükler yaşandı.

## 6. BULGULAR

Bu bölümde, araştırmada toplanan verilerin analizi sonucunda elde edilen tanımlayıcı ve analitik bulgular sunulmaktadır. Tanımlayıcı bulgular, araştırmamıza dahil edilen sağlık çalışanlarının demografik, sosyo-ekonomik ve çalışma yaşamlarına dair özellikleri itibariyle sunuldu. Araştırmanın asıl amacı olan sağlık çalışanlarının hasta güvenliğine ilişkin düşünceleride, hasta güvenliği açısından durumları ile ilgili bulgularla birlikte tanımlayıcı bulgular başlığı altında yer aldı. Analitik bulgular ise sağlık çalışanlarının hasta güvenliğine ilişkin düşüncelerinde fark yaratma potansiyeli olan faktörlerle ilgili bulguları içerdi.

### 6.1. Tanımlayıcı Bulgular

#### 6.1.1. Sağlık çalışanlarının demografik, sosyo-ekonomik ve çalışma yaşamlarına dair özelliklerine ilişkin bulgular

Tablo 6.1’de araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının demografik ve sosyo-ekonomik özellikleri itibariyle dağılımı sunulmaktadır. Sağlık çalışanlarının %77’sinin kadın olduğu belirlendi. Sağlık çalışanlarının meslek grupları incelendiğinde; %14,1’inin hekim/asistan hekim, %36’sının hemşire (sağlık memuru, ebe, att), %2’sinin eczacı, %0,9’unun diyetisyen, %2’sinin fizyoterapist, ergoterapist, solunum ve konuşma terapisti, %10’unun tekniker/teknisyen (laboratuvar, radyoloji, anestezi), %17,6’sının -hasta hizmetleri, %4,3’ünün yönetici, %8,4’ünün yardımcı sağlık çalışanı, %3,9’unun temizlik personeli, %0,9’unun diğer sağlık çalışanı kategorisinde olduğu görülmüştür. Eğitim durumlarının dağılımlarına bakıldığında %28’inin lise, %21’inin ise ön lisans mezunu oldukları tespit edilmiştir. Çalışmaya katılanların medeni durumları araştırıldığında, katılımcıların çoğunun hiç evlenmediği (%54,5), %37,8’inin evli olduğu görülmüştür. Toplam hane gelirlerine göre bireylerin memnuniyet düzeyleri incelendiğinde, %26,4’ünün toplam hane gelirlerinden memnun olduğu, yaşamdan duyulan memnuniyet oranının ise %50,3 olduğu görüldü.

**Tablo 6.1: Sağlık Çalışanlarının Demografik ve Sosyo-Ekonomik Özelliklerinin Dağılımı**

		<i>Sayı</i>	<i>%</i>
<b>Cinsiyet</b>	Erkek	129	23,0%
	Kadın	432	77,0%
<b>Hizmet verdiğiniz meslek grubunuz?</b>	Hekim - asistan hekim	79	14,1%
	Hemşire (sağlık memuru, ebe, att)	202	36,0%
	Eczacı	11	2,0%
	Diyetisyen	5	0,9%
	Fizyoterapist, ergoterapist, solunum ve konuşma terapisti	11	2,0%
	Tekniker/teknisyen(laboratuvar, radyoloji, anestezi)	56	10,0%
	Hasta hizmetleri	99	17,6%
	Yönetici	24	4,3%
	Yardımcı sağlık personeli	47	8,4%
	Temizlik personeli	22	3,9%
	Diğer	5	0,9%
	<b>Eğitim durumu</b>	İlköğretim	66
Lise		157	28,0%
Ön lisans		118	21,0%
Lisans		108	19,3%
Yüksek lisans		45	8,0%
Doktora		67	11,9%
<b>Medeni durum</b>	Hiç evlenmedi	306	54,5%
	Evli	212	37,8%
	Evli, ayrı yaşıyor	23	4,1%
	Eşi vefat etti	2	0,4%
	Boşandı	18	3,2%
<b>Toplam hane geliriniz düşünüldüğünde ekonomik düzeyinizden duyduğunuz memnuniyet</b>	Çok memnunum	18	3,02%
	Memnunum	148	26,4%
	Ne memnunum ne de değilim	145	25,8%
	Memnun değilim	155	27,6%
	Hiç memnun değilim	95	16,9%
<b>Yaşamdan duyduğunuz memnuniyet düzeyinizi nasıl tanımlarsınız?</b>	Çok memnunum	66	11,8%
	Memnunum	282	50,3%
	Ne memnunum ne de değilim	134	23,9%
	Memnun değilim	57	10,2%
	Hiç memnun değilim	22	3,9%

Kişilerin çalışma yaşamlarına ilişkin bulguları incelendiğinde (Tablo 6.2); bireylerin %25'inin 3 yıl ve daha fazla, %18,4'ünün 2-3 yıl arası bağlı oldukları birimde çalıştıkları görülmüştür. Kurumda toplam çalışma yılları incelendiğinde bireylerin yarısına yakın bir çoğunluğunun uzun süredir aynı kurumda çalıştıkları %25,8'inin 3 yıl veya daha fazla, %22,1'inin 2- 3 yıl arası, kurumda çalıştıkları gözlenmiştir. Meslekteki toplam çalışma yılları düzeyleri incelendiğinde %43,7'sinin 1-5 yıl arasında mesleklerinde çalıştıkları tespit edilmiştir. İşe başlarken kurumsal oryantasyon eğitimi alıp almama durumları incelendiğinde %90'ının eğitim aldığı, görülmüştür. Gündüz çalışma şekilleri incelendiğinde bireylerin %93'ünün gündüz çalıştıkları görülmüştür. Haftalık çalışma saatleri düzeyleri incelendiğinde %74,7'sinin 50 saatten çalıştıkları görülmüştür. Mesleklerini isteyerek seçip seçmeme durumları incelendiğinde, %85,9'unun mesleklerini isteyerek seçtikleri görülürken, %14,1'inin istemeyerek seçtikleri görülmüştür. Çalışmaya katılan bireylerin yaptıkları işten memnun olup olmadıkları incelendiğinde, %86,5'inin yaptıkları işten memnun olduklarını dile getirmişlerdir.

**Tablo 6.2: Sağlık Çalışanlarının Çalışma Yaşamlarına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı**

		<i>Sayı</i>	<i>%</i>
<b>Şu anda çalıştığınız alanda/birimde çalışma yılınız?</b>	6 aydan az	78	13,9%
	6 ay - 1 yıl arası	111	19,8%
	1-2 yıl arası	129	23,0%
	2-3 yıl arası	103	18,4%
	3 yıl veya daha fazla	140	25,0%
<b>Kurumda toplam çalışma yılınız?</b>	6 aydan az	60	10,7%
	6 ay - 1 yıl arası	98	17,5%
	1-2 yıl arası	134	23,9%
	2-3 yıl arası	124	22,1%
	3 yıl veya daha fazla	145	25,8%
<b>Meslekte toplam çalışma yılınız?</b>	1 yıldan az	93	16,6%
	1-5 yıl arası	245	43,7%
	6-10 yıl arası	96	17,1%
	11-15 yıl arası	59	10,5%
	16 - 20 yıl arası	33	5,9%
	21 yıl veya daha fazla	35	6,2%
<b>İşe başlarken kurumsal oryantasyon alma durumunuz</b>	Evet	505	90,0%
	Hayır	56	10,0%
<b>Çalışma şekli gündüz</b>	Evet	522	93,0%
	Hayır	39	7,0%
<b>Haftada kaç saat çalışıyorsunuz?</b>	40 saati geçmiyor	21	3,7%
	40 - 49 saat arası	121	21,6%
	50 saatten fazla	419	74,7%
<b>Mesleğinizi isteyerek mi seçtiniz?</b>	Evet	482	85,9%
	Hayır	79	14,1%
<b>Yaptığınız işten memnun musunuz?</b>	Evet	485	86,5%
	Hayır	76	13,5%

### **6.1.2.Sağlık Çalışanlarının Hasta Güvenliği Konusundaki Durum ve Düşüncelerine İlişkin Bulgular**

Bu bölümde, sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kavramını oluşturan konularla ilgili mevcut durumları ve bu kavrama ilişkin düşünceleri yer almaktadır. Ayrıca AHRQ tarafından oluşturulan hasta güvenliği boyutlarına ilişkin sağlık çalışanlarının ilgili düşüncelere katılma yüzdeleri yer almaktadır.

Tablo 6.3 incelendiğinde, kurumlarında hasta güvenliği komitesinin mevcut olup olmadığı sorulduğunda %54,5'inin mevcut olduğunu, %42,6'sının bilgisinin olmadığını söyledikleri görülmüştür. Kurumda yürütülen kalite çalışmalarında aktif olarak yer alma durumları incelendiğinde, %56,9'unun aktif olarak kalite çalışmalarında yer almak istediklerini dile getirmişlerdir. Bireylerin %72,2'sinin çalıştıkları kurumda hasta güvenliğinin yeterli oranda sağlandığını söyledikleri görülmüştür. Bireylerin %47,8'inin en çok tıbbi hatanın hekimler tarafından yapıldığını, %62,4'ünün en çok tıbbi hatanın hemşireler, %13,2 ile en çok tıbbi hatanın hasta hizmetleri çalışanlarının ve %16,9 ile en çok tıbbi hatanın yardımcı sağlık çalışanlarının yaptığı görüşleri alınmıştır. Hasta güvenliği konusunda daha önceki çalıştıkları kurumlarda eğitim alma durumları incelendiğinde %57,4'ünün eğitim aldıkları görülmüştür. Daha önce çalıştıkları kurumlarda hasta güvenliği ile ilgili bir komitede yer alma dağılımlarına bakıldığında %84'ünün hasta güvenliği ile ilgili bir komitede yer almadığı, görülmüştür.

**Tablo 6.3: Sağlık Çalışanlarının Hasta Güvenliği Konusunda Durum ve Düşüncelerinin Dağılımı**

		Sayı	%
<b>Kurumunuzda hasta güvenliği komitesi mevcut mu?</b>	Evet	306	54,5%
	Hayır	16	2,9%
	Bilgim yok	239	42,6%
<b>Kurumunuzda yürütülen kalite çalışmalarında (komite toplantıları, denetimler vs.)Aktif olarak yer almak ister misiniz?</b>	Evet	319	56,9%
	Hayır	242	43,1%
<b>Kurumunuzda hasta güvenliğinin yeterli oranda sağlandığını düşünüyor musunuz?</b>	Evet	405	72,2%
	Hayır	156	27,8%
<b>En çok tıbbi hata hekim tarafından yapılıyor.</b>	Evet	268	47,8%
	Hayır	293	52,2%
<b>En çok tıbbi hata hemşire tarafından yapılıyor</b>	Evet	350	62,4%
	Hayır	211	37,6%
<b>En çok tıbbi hata hasta hizmetleri tarafından yapılıyor</b>	Evet	74	13,2%
	Hayır	487	86,8%
<b>En çok tıbbi hata yardımcı sağlık personeli tarafından yapılıyor</b>	Evet	95	16,9%
	Hayır	466	83,1%
<b>Çalışma yaşamınız boyunca tıbbi hata gerçekleştirdiğinizi düşünüyor musunuz?</b>	Hayır, tıbbi hataya neden olmadım	412	73,4%
	Tıbbi hataya neden oldum ancak hata hastaya ulaşmadan önlendi.	120	21,4%
	Tıbbi hataya neden oldum ve hata hastaya ulaştı.	29	5,2%
<b>Hasta güvenliği konusunda daha önce çalıştığınız kurumlarda eğitim aldınız mı?</b>	Evet	322	57,4%
	Hayır	239	42,6%
<b>Daha önce çalıştığınız kurumlarda hasta güvenliği ile ilgili bir komitede yer aldınız mı?</b>	Evet	90	16,0%
	Hayır	471	84,0%

Tablo 6.4 incelendiğinde, araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %59'unun hiç olay rapor yazmadığı, olay rapor yazarların ise %23,5'inin 1 ila 2 olay rapor yazdıkları görülmüştür.



**Tablo 6.4: Çalışanların Olay Rapor Yazma Alışkanlıklarının Dağılımı**

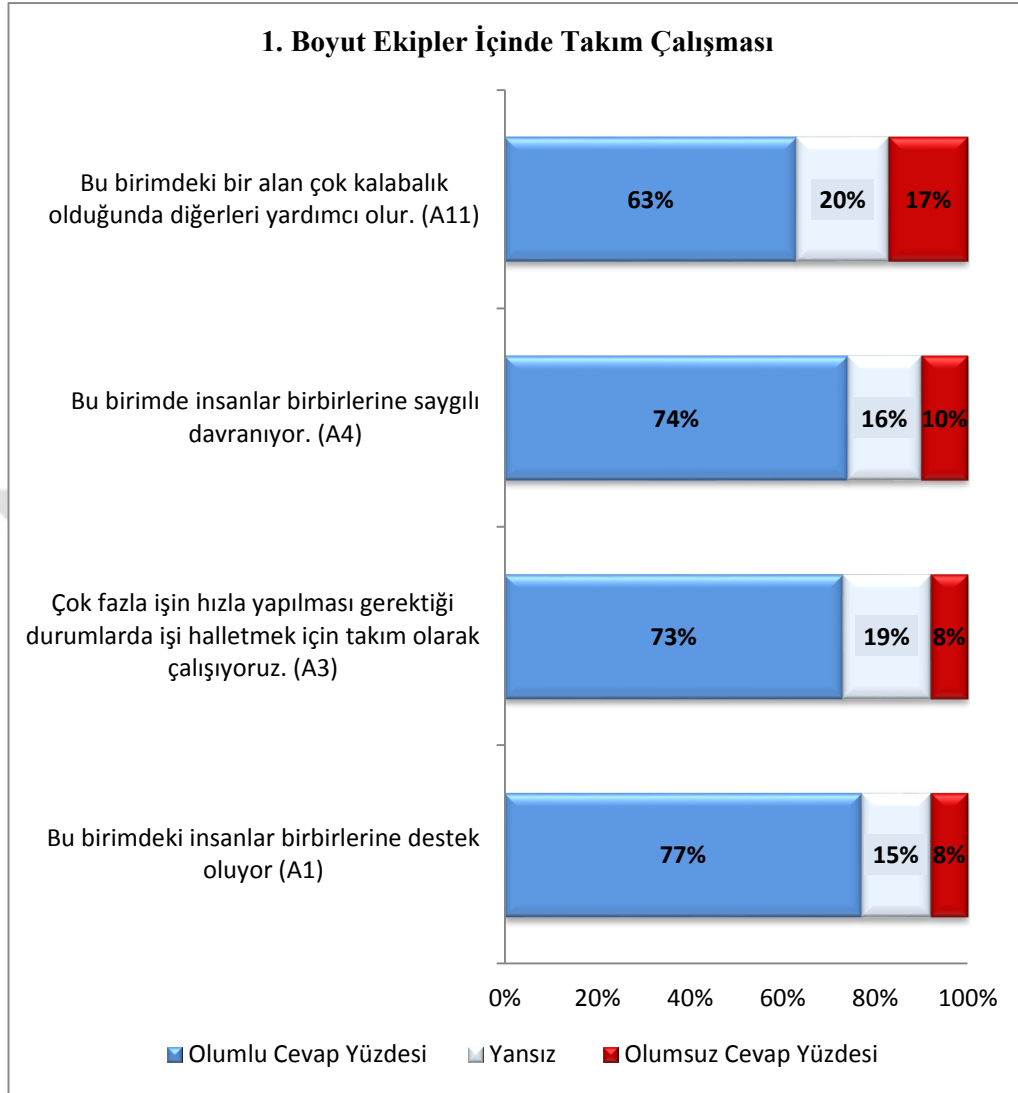
	<i>Sayı</i>	<i>%</i>
<b>Son 12 ay içerisinde kaç adet olay rapor formu doldurdunuz ve teslim ettiniz?</b>	<b>Olay raporu yok</b>	331 59,0%
	<b>1 ila 2 vaka raporu</b>	132 23,5%
	<b>3 ila 5 vaka raporu</b>	52 9,3%
	<b>6 ila 10 vaka raporu</b>	23 4,1%
	<b>11 ila 20 vaka raporu</b>	15 2,7%
	<b>21 vaka raporu veya daha fazla</b>	8 1,4%

### **Hasta güvenlik boyutları**

AHRQ tarafından belirlenen 12 hasta güvenlik boyutu için araştırmamıza katılan sağlık çalışanlarının olumlu, olumsuz ve yansız cevap yüzdeleri (verilen ne katılıyorum ne de katılmıyorum cevapları) araştırıldı. Boyutları oluşturan her sorunun olumlu cevap yüzdeleri toplanarak, toplam soru sayısına bölündü ve her boyutun toplam pozitif cevap dağılımları elde edildi.

Sağlık çalışanlarının 1. Boyut sorularına vermiş oldukları olumlu cevaplar incelendiğinde: “Bu birimde bir alan çok kalabalık olduğunda diğerleri yardımcı olur.” sorusunun olumlu cevap oranının %63, “Bu birimde insanlar birbirlerine saygılı davranıyor” sorusunun %74, “Çok fazla işin hızla yapılması gerektiği durumlarda işi halletmek için takım olarak çalışıyoruz.” sorusunun %73, “Bu birimde insanlar birbirlerine destek oluyor.” sorusunun ise %77 oranında olumlu cevaba sahip olduğu görüldü.

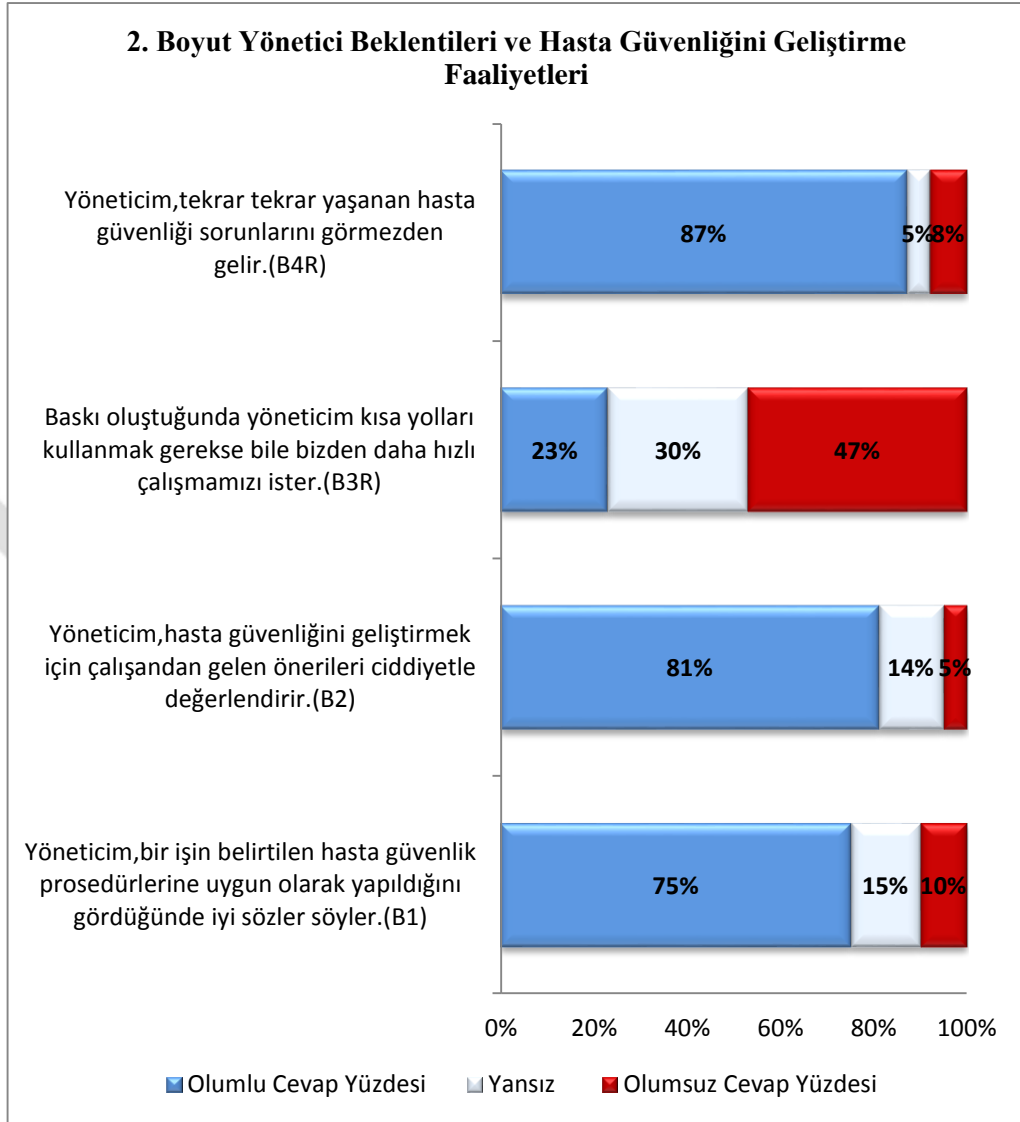
## 1.Boyut – Ekipler içinde takım çalışması



**Şekil 6.1: Ekipler İçinde Takım Çalışması Boyutunun Cevap Dağılımları**

Sağlık çalışanlarının 2. Boyut sorularına verdikleri cevaplar incelediğinde; “Yöneticim, tekrar tekrar yaşanan hasta güvenliği sorunlarını görmezden gelir.” sorusunun olumlu cevap yüzdesinin %87, “Baskı oluştuğunda yöneticim kısa yolları kullanmak gerekse bile bizden daha hızlı çalışmamızı ister.” sorusunun %23, “Yöneticim, hasta güvenliğini geliştirmek için çalışandan gelen önerileri ciddiyle değerlendirir.” sorusunun %81, “Yöneticim, bir işin belirtilen hasta güvenlik prosedürlerine uygun olarak yapıldığını gördüğünde iyi sözler söyler.” sorusunun ise %75 oranında olumlu cevaba sahip olduğu görüldü.

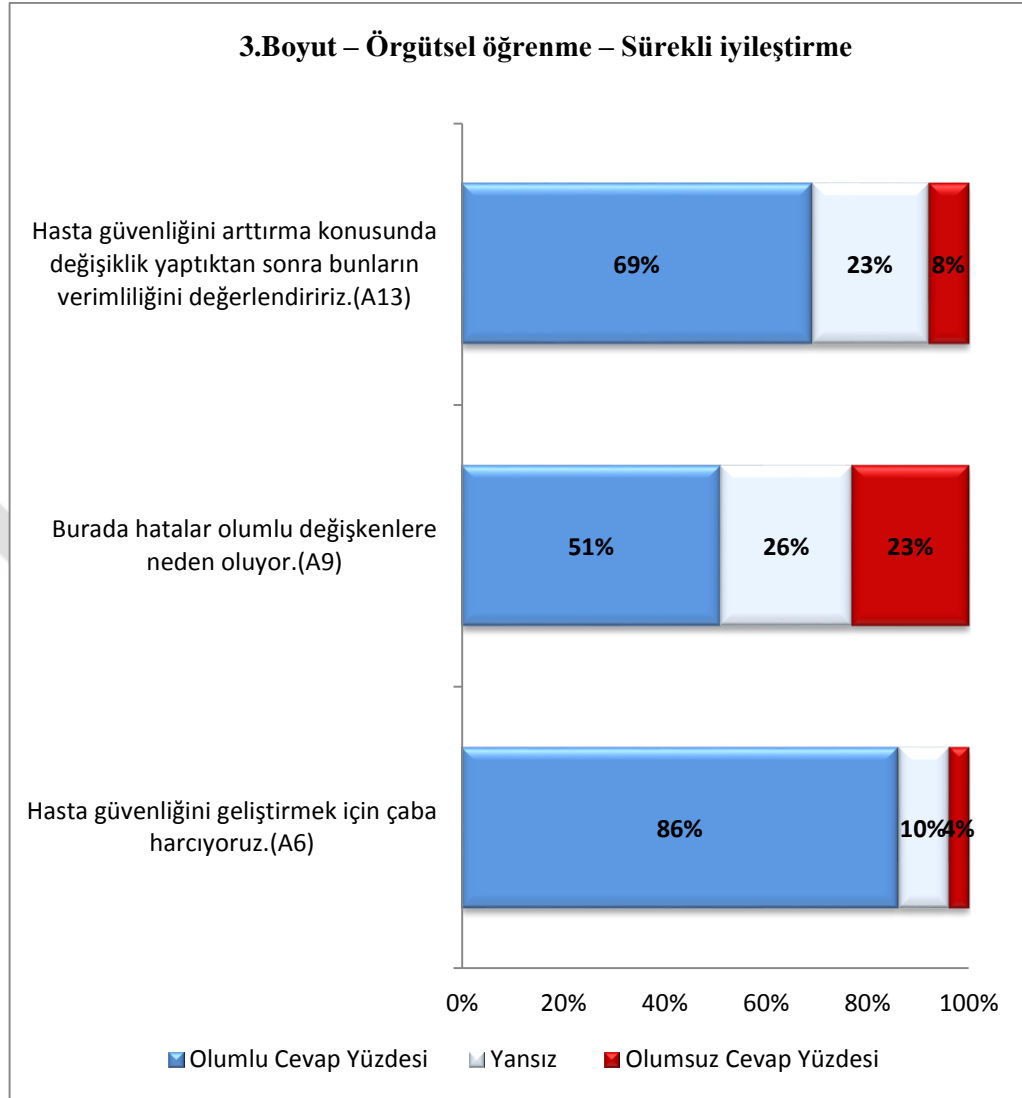
## 2.Boyut – Yönetici beklentileri ve hasta güvenliğini geliştirme faaliyetleri



**Şekil 6.2: Yönetici Beklentileri ve Hasta Güvenliği Geliştirme Faaliyetleri Boyutunun Cevap Dağılımları**

Sağlık çalışanlarının 3. Boyut sorularına verdikleri cevaplar incelendiğinde, “Hasta güvenliğini arttırma konusunda değişiklik yaptıktan sonra bunların verimliliğini değerlendiririz.” sorusuna verilen olumlu cevap oranının %69, “Burada hatalar olumlu değişikliklere neden oluyor.” sorusunun %51, “Hasta güvenliğini iyileştirmek için aktif çaba harcıyoruz.” sorusunun ise %86 oranında olumlu cevaba sahip olduğu görüldü.

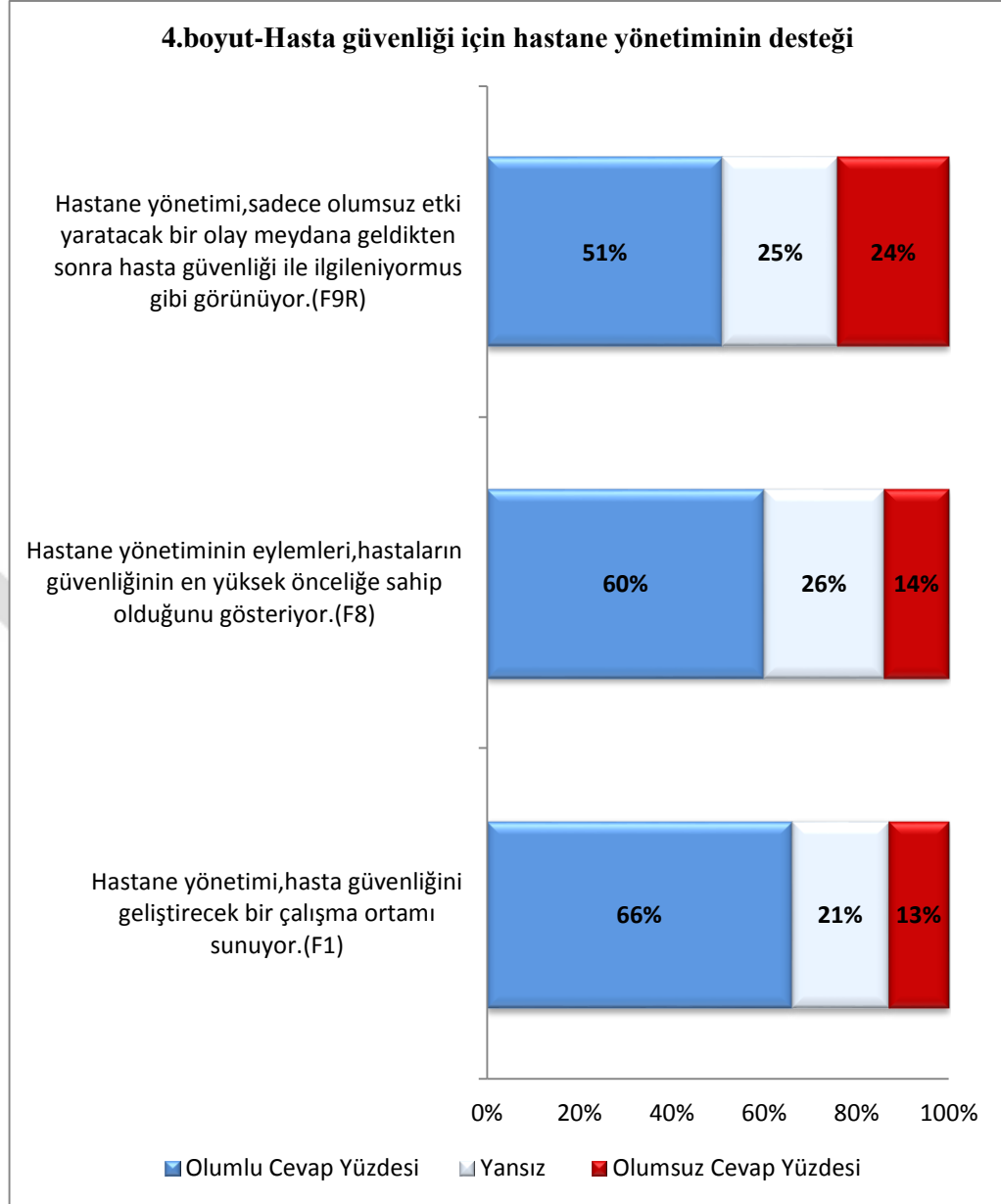
### 3.Boyut – Örgütsel öğrenme – Sürekli iyileştirme



**Şekil 6.3: Örgütsel Öğrenme - Sürekli İyileştirme Boyutunun Cevap Dağılımları**

Sağlık çalışanlarının 4. Boyut sorularına vermiş oldukları cevaplar incelendiğinde: “Hastane yönetimi, sadece olumsuz etki yaratacak bir olay meydana geldikten sonra hasta güvenliği ile ilgileniyormuş gibi görünüyor.” sorusuna verilen olumlu cevap oranının %51, “Hastane yönetiminin eylemler, hastaların güvenliğinin en yüksek önceliğe sahip olduğunu gösteriyor.” sorusunun %60, “Hastane yönetimi, hasta güvenliğini geliştirecek bir çalışma ortamı sunuyor.” sorusunun ise %66 oranında olumlu cevaba sahip olduğu görüldü.

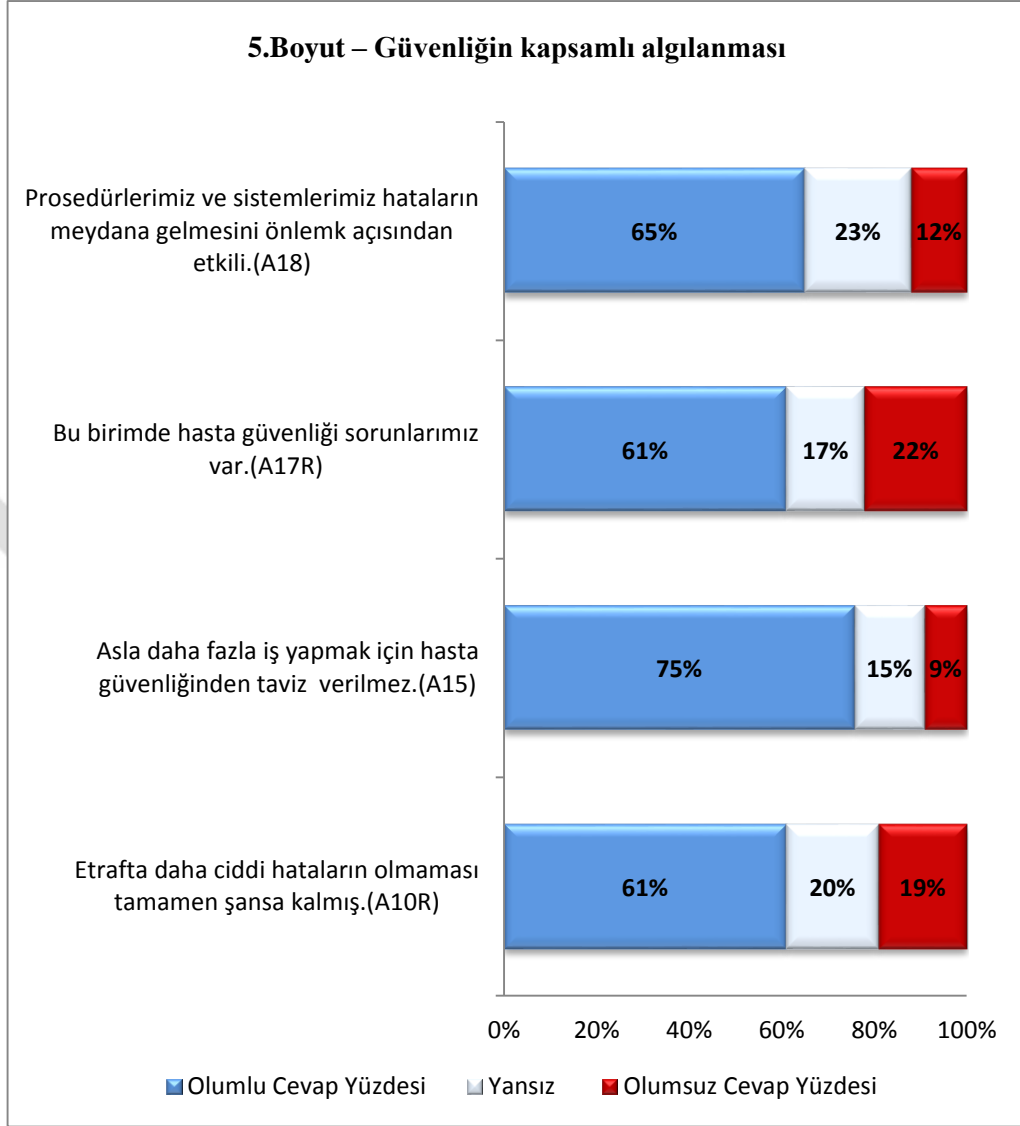
### 4.Boyut – Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği



**Şekil6.3: Hasta Güvenliği için Hastane Yönetiminin Desteği Boyutunun Cevap Dağılımları**

Sağlık çalışanlarının 5. Boyuta vermiş oldukları cevaplar incelendiğinde: “Prosedürlerimiz ve sistemlerimiz hataların meydana gelmesini önlemek açısından etkili.” sorusuna verilen olumlu cevap oranının %65, “Bu birimde hasta güvenliği sorunlarımız var.” sorusunun %61, “Asla daha fazla iş yapmak için hasta güvenliğinden taviz verilmez.” sorusunun %75, “Etrafta daha ciddi hataların olmaması tamamen şansa kalmış.” sorusunun ise %61 oranında olumlu cevaba sahip olduğu görüldü.

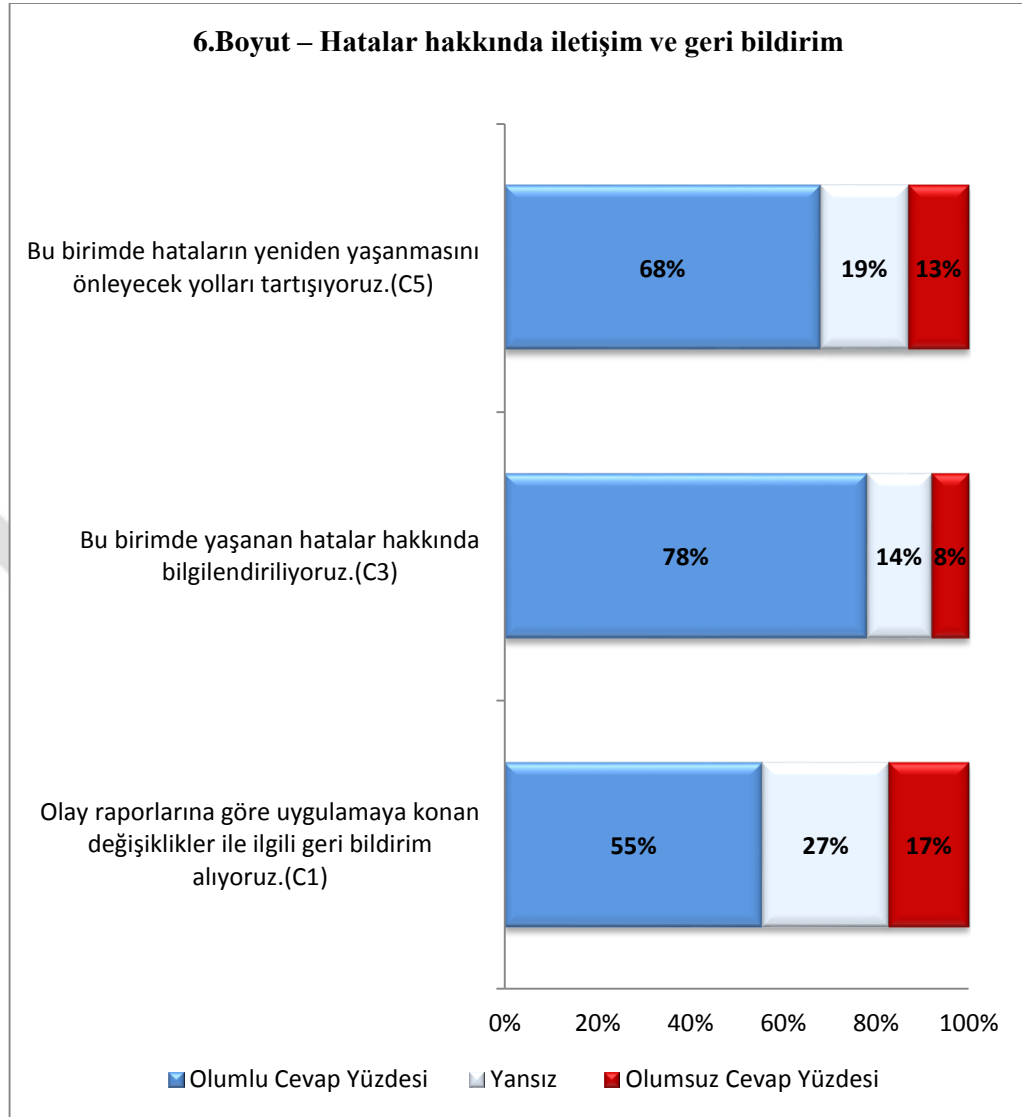
### 5.Boyut – Güvenliğin kapsamlı algılanması



**Şekil 6.4: Güvenliğin Kapsamlı Algılanması Boyutunun Cevap Dağılımları**

Sağlık çalışanlarının 6. Boyuta vermiş oldukları cevaplar incelendiğinde : “Bu birimde hataların yeniden yaşanmasını önleyecek yolları tartışıyoruz.” sorusuna verilen olumlu cevap oranının %68, “Bu birimde yaşanan hatalar hakkında bilgilendiriliyoruz.” sorusunun %78, “Olay raporlarına göre uygulamaya konan değişiklikler ile ilgili geri bildirim alıyoruz.” sorusunun ise %55 oranında olumlu cevaba sahip olduğu görüldü.

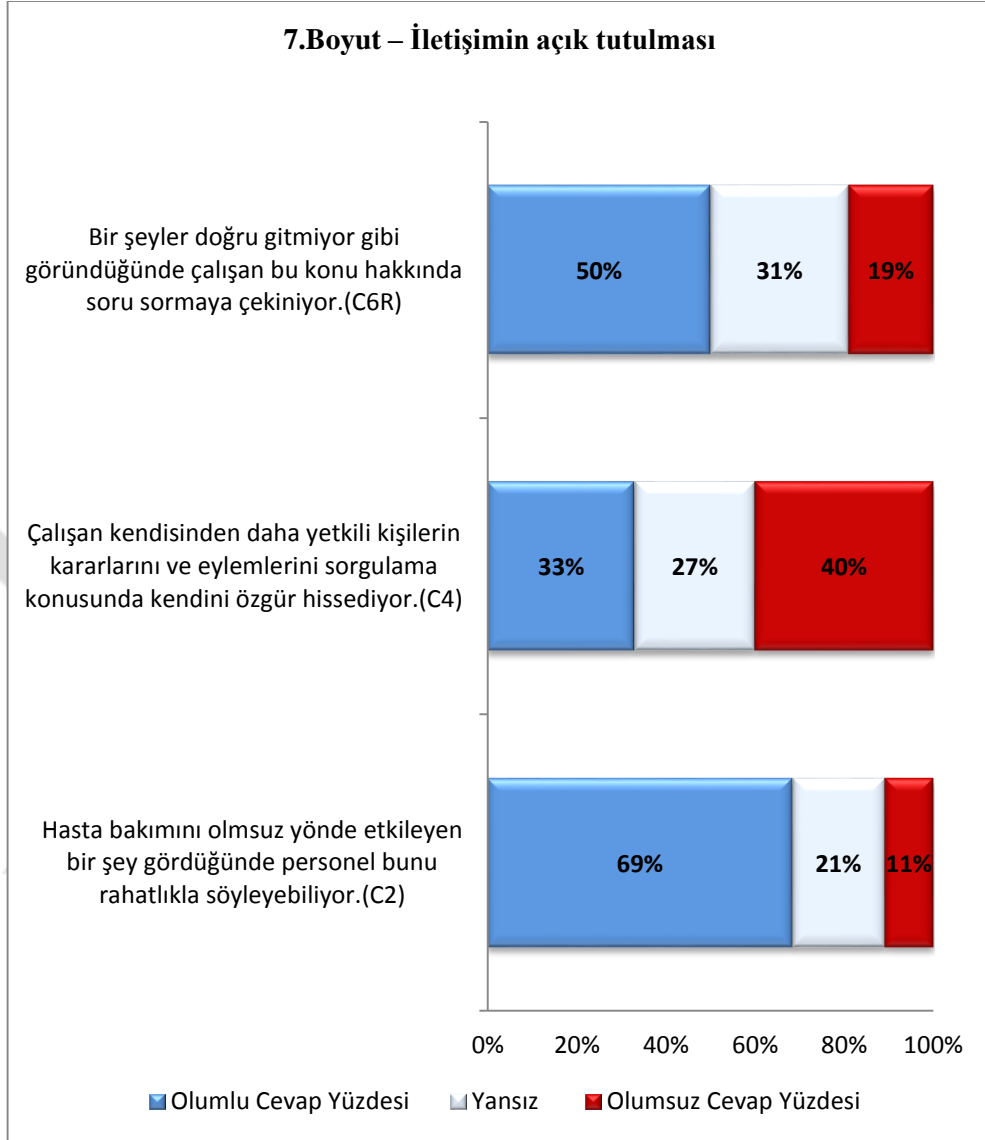
## 6.Boyut – Hatalar hakkında iletişim ve geri bildirim



**Şekil 6.5: Hatalar Hakkında İletişim ve Geri Bildirim Boyutunun Cevap Dağılımları**

Sağlık çalışanlarının 7. Boyuta vermiş oldukları cevaplar incelendiğinde: “Bir şeyler doğru gitmiyor gibi görüldüğünde çalışan bu konu hakkında soru sormaya çekiniyor.” sorusuna verilen olumlu cevap oranının %50, “Çalışan kendisinden daha yetkili kişilerin kararlarını ve eylemlerini sorgulama konusunda kendisini özgür hissediyor.” sorusunun %33, “Hasta bakımını olumsuz yönde etkileyen bir şey gördüğünde personel bunu rahatlıkla söyleyebiliyor.” sorusunun ise %69 oranında olumlu cevaba sahip olduğu görüldü.

### 7.Boyut – İletişimin açık tutulması

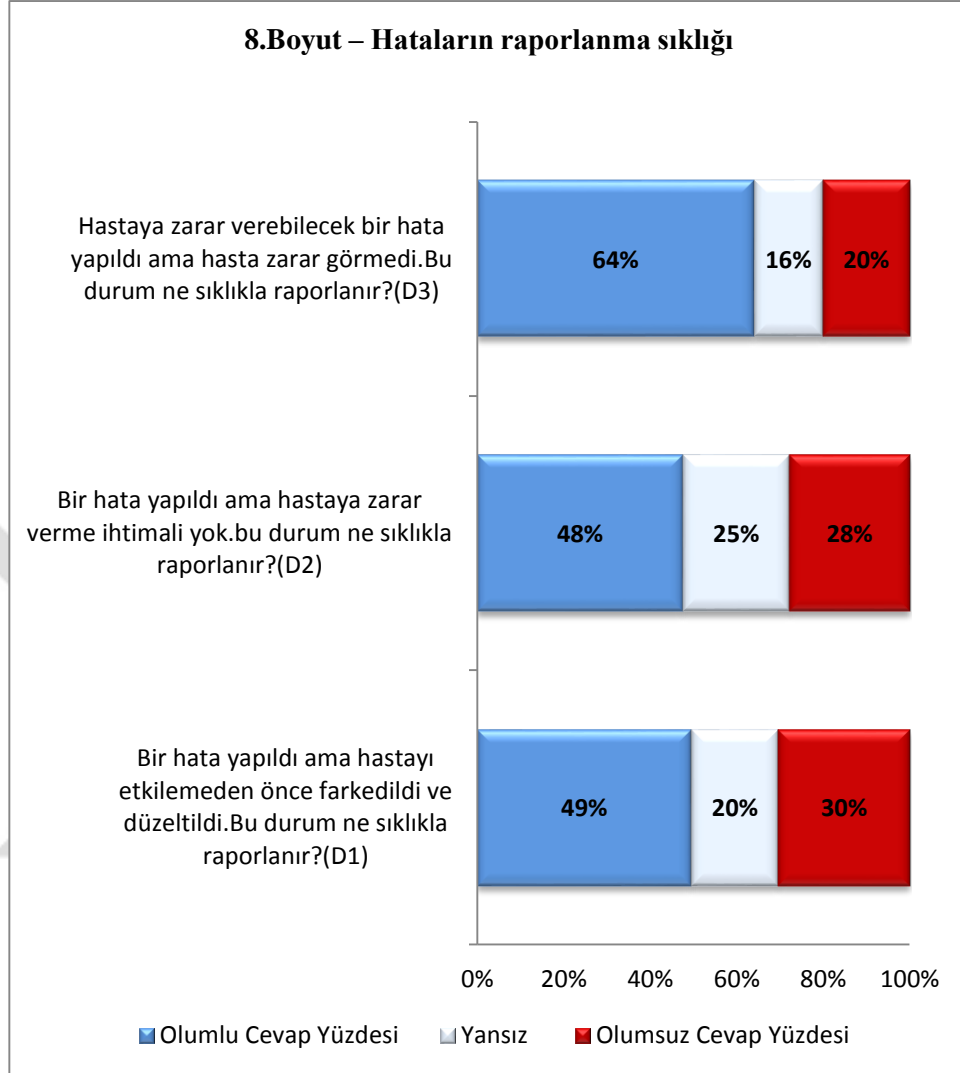


**Şekil 6.6: İletişimin Açık Tutulması Boyutunun Cevap Dağılımları**

Sağlık çalışanlarının 8. Boyut sorularına vermiş oldukları cevaplar incelendiğinde: “Hastaya zarar verebilecek bir hata yapıldı ama hasta zarar görmedi. Bu durum ne sıklıkla raporlanır ?” sorusuna verilen olumlu cevap oranının %64, “Bir hata yapıldı ama hastaya zarar verme ihtimali yok. Bu durum ne sıklıkla raporlanır ?” sorusunun %48, “Bir hata yapıldı ama hastayı etkilemeden önce fark edildi ve düzeltildi. Bu durum ne sıklıkla raporlanır ?” sorusunun ise %49 oranında olumlu cevaba sahip olduğu görüldü.



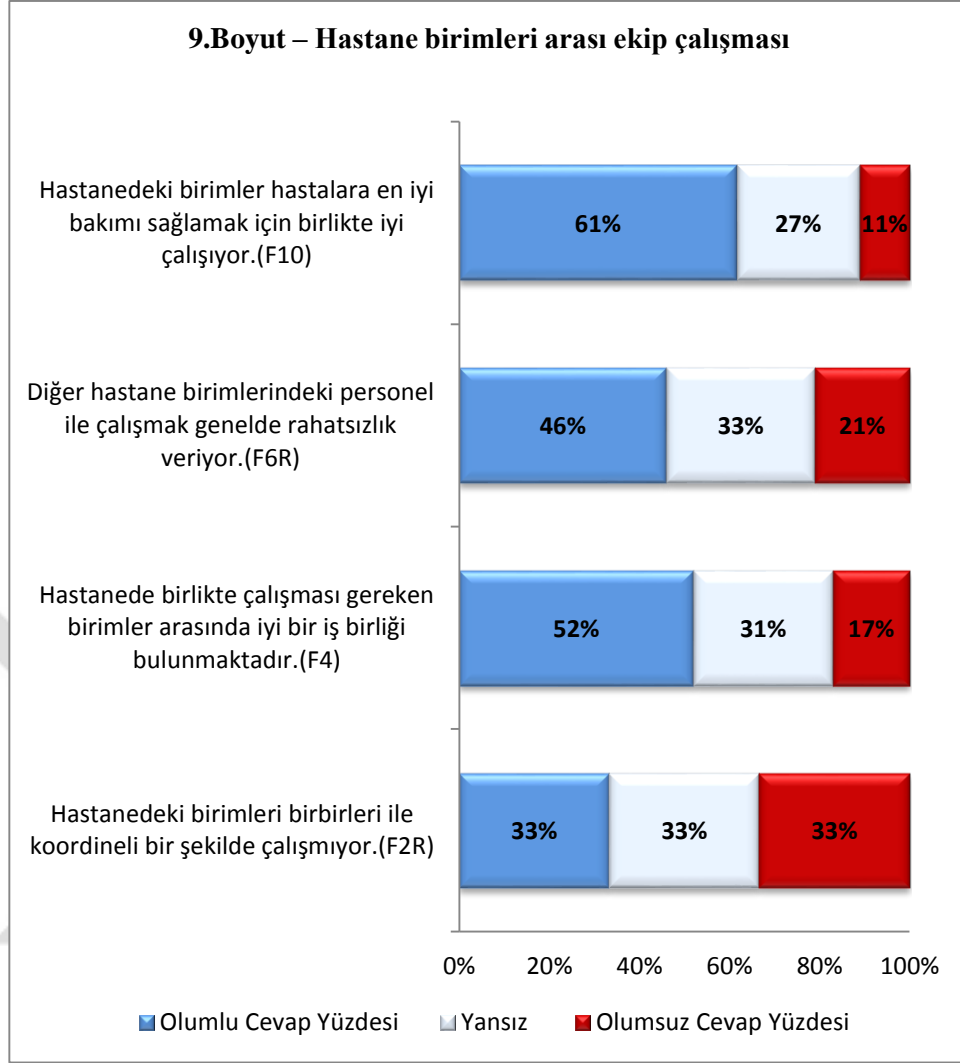
### 8.Boyut – Hataların raporlanma sıklığı



**Şekil6.7: Hataların Raporlanma Sıklığı Boyutunun Cevap Dağılımları**

Sağlık çalışanlarının 9. Boyut sorularına vermiş oldukları cevaplar incelendiğinde: “Hastanedeki birimler hastalara en iyi bakımı sağlamak için birlikte iyi çalışıyor.” ifadesine verilen olumlu cevap oranının %61, “Diğer hastane birimlerindeki personel ile çalışmak genelde rahatsızlık veriyor.” ifadesinin %46, “Hastanede birlikte çalışması gereken birimler arasında iyi bir iş birliği bulunmaktadır.” ifadesinin %52, “Hastanedeki birimler birbirleri ile koordineli bir şekilde çalışmıyor.” ifadesinin ise %33 oranında olumlu cevaba sahip olduğu görüldü.

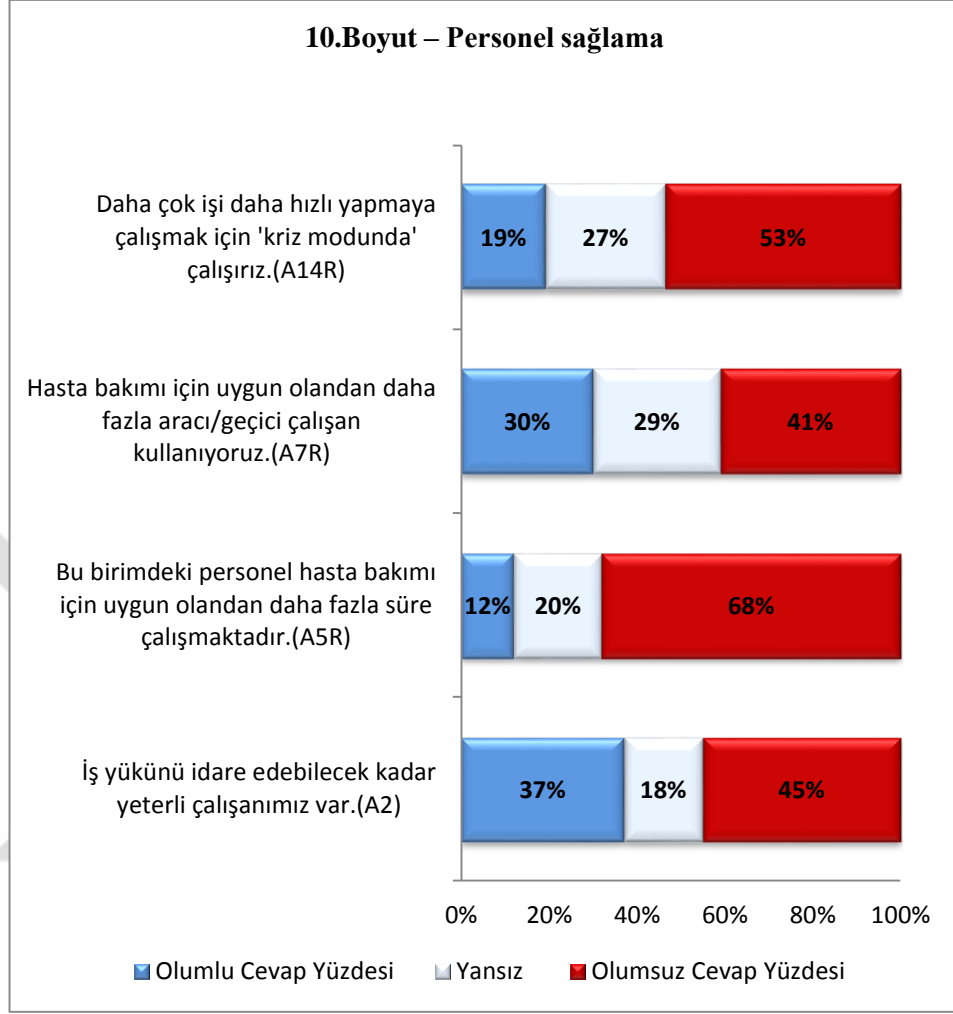
### 9.Boyut – Hastane birimleri arası ekip çalışması



**Şekil 6.8: Hastane Birimleri Arası Ekip Çalışması Boyutunun Cevap Dağılımları**

Sağlık çalışanlarının 10. Boyut sorularına verdikleri cevaplar incelendiğinde: “Daha çok işi daha hızlı yapmaya çalışmak için “kriz modunda” çalışırız .” ifadesine verilen olumlu cevap oranının %19, “Hasta bakımı için uygun olandan daha fazla aracı/geçici çalışan kullanıyoruz.” ifadesinin %30, “Bu birimdeki personeller hasta bakımı için uygun olandan daha fazla süre çalışmaktadır.” ifadesinin %12, “İş yükünü idare edebilecek kadar yeterli çalışmamız var.” İfadesinin ise %37 oranında olumlu cevaba sahip olduğu görüldü.

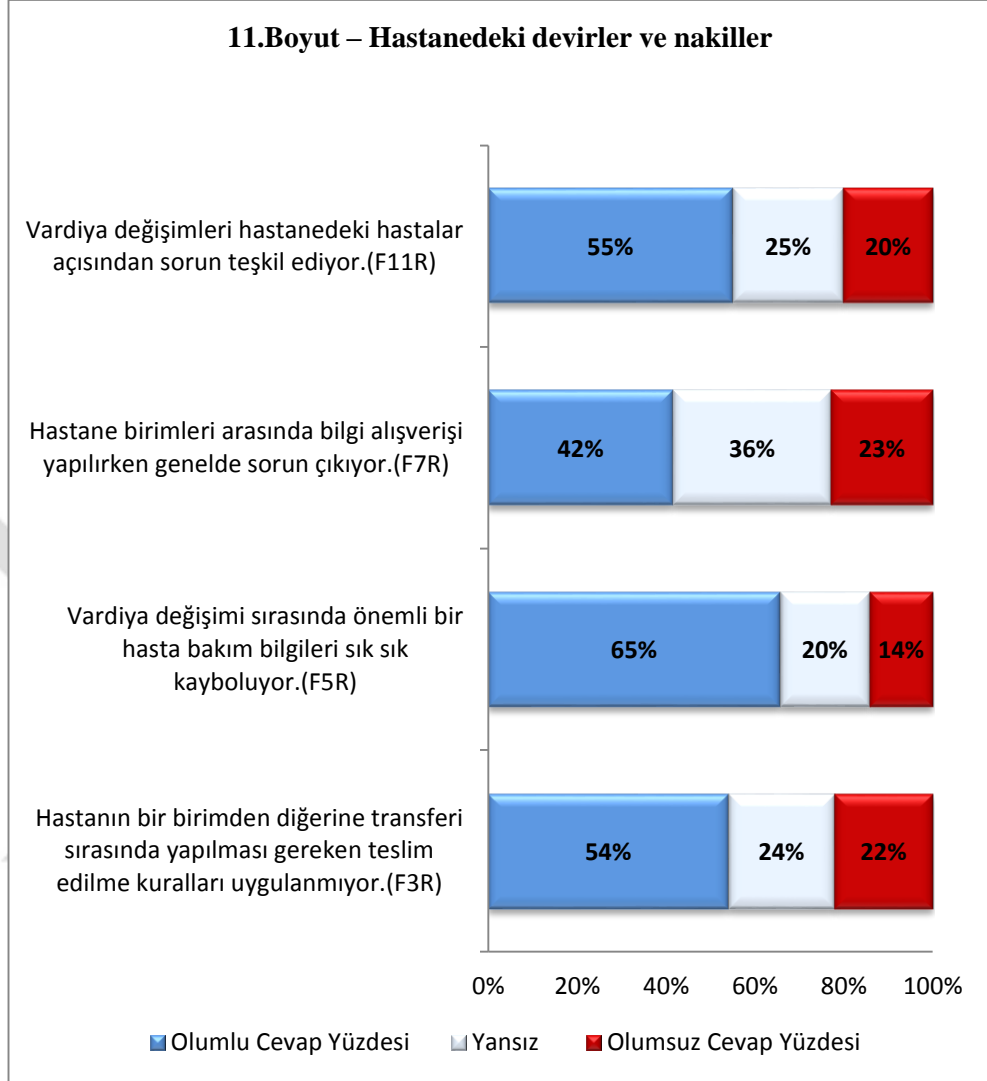
## 10.Boyut – Personel sağlama



**Şekil 6.9: Personel Sağlama Boyutunun Cevap Dağılımları**

Sağlık çalışanlarının 11. Boyut sorularına verdikleri cevaplar incelendiğinde, “Vardiya değişimleri hastanedeki hastalar açısından sorun teşkil ediyor.” ifadesine verilen olumlu cevap oranının %55, “Hastane birimleri arasında bilgi alışverişi yapılırken genelde sorun çıkıyor.” ifadesinin %42, “Vardiya değişimi sırasında önemli hasta bilgileri sık sık kayboluyor” ifadesinin %65, “Hastanın bir birimden diğerine transferi sırasında yapılması gereken teslim edilme kuralları uygulanmıyor”. ifadesinin ise %54 oranında olumlu cevaba sahip olduğu görüldü.

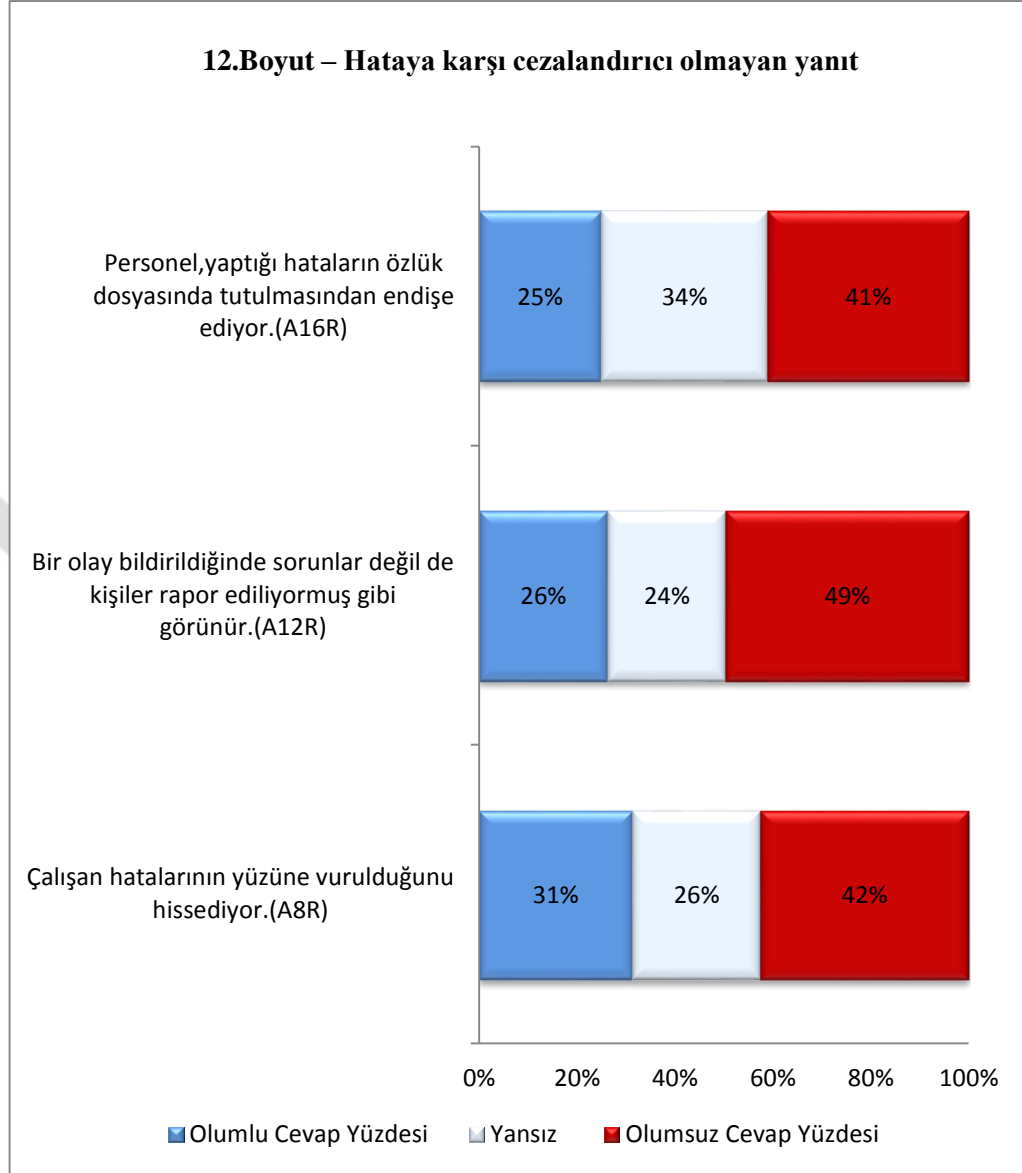
### 11.Boyut – Hastanedeki devirler ve nakiller



**Şekil 6.10: Hastanede Devirler ve Nakiller Boyutunun Cevap Dağılımları**

Sağlık çalışanlarının 12. Boyuta verdikleri cevaplar incelendiğinde: “Personel yaptığı hataların özlük dosyasında tutulmasından endişe ediyor.” ifadesinin olumlu cevap oranı %25, “Bir olay bildirildiğinde sorunlar değil de kişiler rapor ediliyormuş gibi görünür.” ifadesinin %26, “Çalışan hataların yüzüne vurulduğunu hissediyor.” ifadesinin ise %31 oranında olumlu cevaba sahip olduğu görüldü.

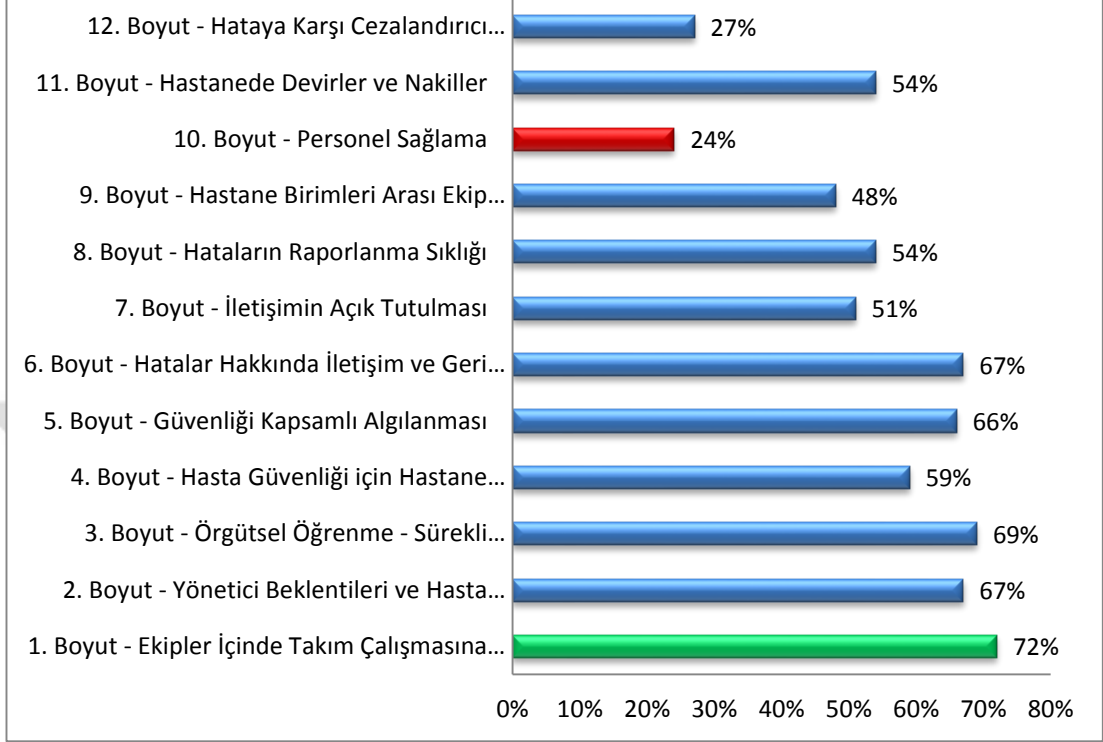
## 12.Boyut – Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt



**Şekil 6.11: Hataya Karşı Cezalandırıcı Olmayan Yanıt Boyutunun Cevap Dağılımları**

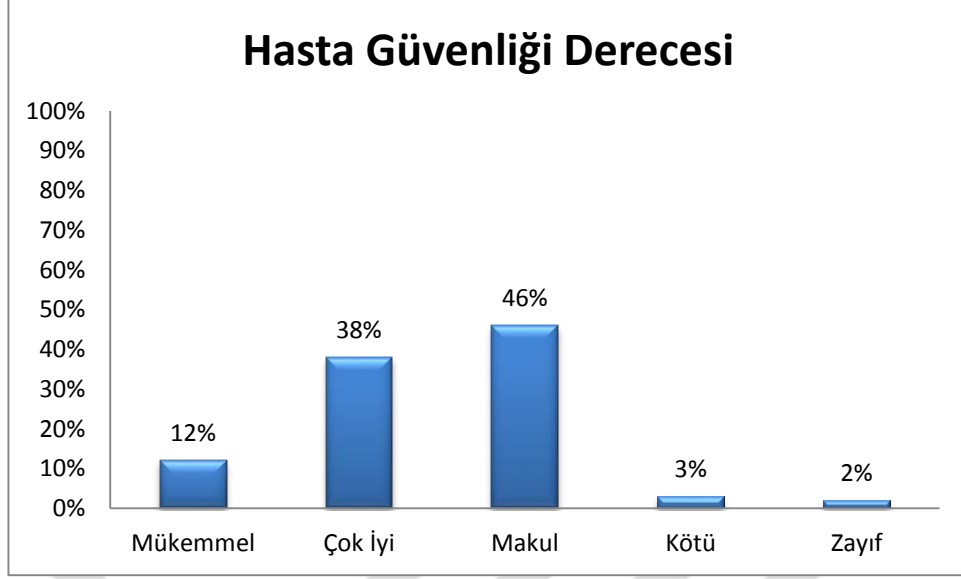
Hasta güvenlik boyutlarının toplam olumlu cevapları incelendiğinde, en yüksek olumlu cevap alınan boyutun 1. Boyut olan “Ekipler içerisinde Takım Çalışması” na ait olduğu, en düşük olumlu cevabın ise, 10.Boyut olan “Personel Sağlama” boyutuna ait olduğu görüldü.

## Hasta Güvenliği Boyutları Toplam Pozitif Cevap Dağılımları



**Şekil 6.12: 12 Hasta Güvenlik Boyutuna Verilen Toplam Olumlu Yanıt Dağılımları**

Şekil 6.14'te Sağlık çalışanlarının çalışma alanlarını/birimlerini hasta güvenlik derecesi açısından değerlendirmesi incelendiğinde, sağlık çalışanlarının %12'si çalışma alanlarını mükemmel olarak tanımlarken, %38'i çok iyi, %46'sı makul, %3'ü kötü ve %2'sinin zayıf olarak tanımladığı görülmüştür.



**Şekil 6.13: Kişilerin Çalıştıkları Birimleri Hasta Güvenliği Açısından Değerlendirme Sonuçları**

## **6.2.Hasta güvenliği algısı ve çalışanların özelliklerine dair analitik bulgular**

Bu bölümde, sağlık çalışanlarının hasta güvenliği konusunda beyan ettikleri görüşleri ile çalışma yaşamlarına ilişkin özellikleri arasında bir ilişki olup olmadığının incelendiği analiz bulguları sunulmaktadır. Analizler örneklem olarak yeteli sayıya ulaşılan hekim, hemşire ve hasta hizmetleri çalışanları itibariyle yapıldı. Hekim ve asistan hekimlerin eğitim durumlarında farklılık olmaması (tek bir yığılım göstermesi) nedeniyle hasta güvenliği boyutları ile eğitim durumları karşılaştırılmamıştır. Araştırma bulguları hekim ve asistan hekimler, hemşireler ve hasta hizmetleri çalışanları için ayrı verilmiştir.

### **6.2.1.Hekimlerin/Asistan hekimlerin değerlendirilmesi**

Tablo 6.5 incelendiğinde; hasta güvenliğinin 12 boyutu hakkında beyan edilen görüşlerle meslekte toplam çalışma yılları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulundu ( $p>0.05$ ). Yeterli cevap sayısına sahip olmayan iki grup birleştirilerek analiz edildi.( 1 yıldan az olan ( $n=1$ ) ve 1-5 yıl arası ( $n=6$ ) )

**Tablo 6.5: Hekim ve Asistan Hekimlerin Meslekteki Toplam Çalışma Yıllarına Göre Boyutların Karşılaştırılması**

		<i>N</i>	<i>Ort.</i>	<i>SS</i>	<i>p</i>
- Ekipler içinde takım çalışması	1-5 yıl arası	7	16,71	3,20	0,225
	6-10 yıl arası	15	15,53	2,53	
	11-15 yıl arası	21	16,10	3,42	
	16 - 20 yıl arası	14	15,14	2,85	
	21 yıl veya daha fazla	22	17,18	2,06	
	Total	79	16,18	2,83	
- Yönetici beklentileri ve hasta güvenliğini geliştirme faaliyetleri	1-5 yıl arası	7	13,57	1,27	0,291
	6-10 yıl arası	15	12,73	1,44	
	11-15 yıl arası	21	12,81	2,16	
	16 - 20 yıl arası	14	11,93	1,69	
	21 yıl veya daha fazla	22	12,73	1,28	
	Total	79	12,68	1,67	
-Örgütsel öğrenme-Sürekli iyileştirme	1-5 yıl arası	7	11,29	2,06	0,123
	6-10 yıl arası	15	10,87	2,00	
	11-15 yıl arası	21	11,14	1,56	
	16 - 20 yıl arası	14	10,29	1,77	
	21 yıl veya daha fazla	22	11,91	1,82	
	Total	79	11,16	1,84	
-Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği	1-5 yıl arası	7	9,14	1,35	0,757
	6-10 yıl arası	15	9,80	1,74	
	11-15 yıl arası	21	9,43	1,91	
	16 - 20 yıl arası	14	9,21	1,58	
	21 yıl veya daha fazla	22	9,77	1,38	
	Total	79	9,53	1,62	
-Güvenliğin kapsamlı algılanması	1-5 yıl arası	7	12,14	1,95	0,296
	6-10 yıl arası	15	12,80	1,66	
	11-15 yıl arası	21	12,95	1,63	
	16 - 20 yıl arası	14	12,00	1,47	
	21 yıl veya daha fazla	22	12,14	1,49	
	Total	79	12,46	1,61	
-Hatalar hakkında iletişim ve geribildirim	1-5 yıl arası	7	11,57	3,41	0,074
	6-10 yıl arası	15	10,87	2,53	
	11-15 yıl arası	21	9,90	2,96	
	16 - 20 yıl arası	14	9,86	2,91	
	21 yıl veya daha fazla	22	11,95	1,91	
	Total	79	10,80	2,74	
- İletişimin açık tutulması	1-5 yıl arası	7	8,86	2,41	0,245
	6-10 yıl arası	15	9,07	2,09	
	11-15 yıl arası	21	9,19	1,97	



	16 - 20 yıl arası	14	8,50	1,79	
	21 yıl veya daha fazla	22	9,95	1,65	
	Total	79	9,23	1,93	
- Hataların raporlanma sıklığı	1-5 yıl arası	7	11,14	2,41	0,419
	6-10 yıl arası	15	9,20	3,10	
	11-15 yıl arası	21	9,24	3,18	
	16 - 20 yıl arası	14	9,71	3,00	
	21 yıl veya daha fazla	22	10,68	3,68	
	Total	79	9,89	3,23	
- Hastane birimleri arası ekip çalışması	1-5 yıl arası	7	11,57	1,62	0,072
	6-10 yıl arası	15	12,67	1,29	
	11-15 yıl arası	21	12,57	1,33	
	16 - 20 yıl arası	14	12,93	1,33	
	21 yıl veya daha fazla	22	11,59	2,17	
	Total	79	12,29	1,68	
-Personel sağlama	1-5 yıl arası	7	14,57	3,74	0,244
	6-10 yıl arası	15	13,27	2,37	
	11-15 yıl arası	21	13,05	1,80	
	16 - 20 yıl arası	14	13,29	1,73	
	21 yıl veya daha fazla	22	12,36	2,24	
	Total	79	13,08	2,26	
- Hastanede devirler (handoffs) ve nakiller (transitions)	1-5 yıl arası	7	9,43	3,46	0,319
	6-10 yıl arası	15	10,27	3,22	
	11-15 yıl arası	21	11,05	2,99	
	16 - 20 yıl arası	14	10,57	3,01	
	21 yıl veya daha fazla	22	9,14	3,04	
	Total	79	10,14	3,11	
- Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt	1-5 yıl arası	7	9,57	2,64	0,270
	6-10 yıl arası	15	10,27	2,52	
	11-15 yıl arası	21	8,67	2,13	
	16 - 20 yıl arası	14	9,29	2,43	
	21 yıl veya daha fazla	22	8,59	2,67	
	Total	79	9,14	2,48	

Tablo 6.6’da görüldüğü üzere, hasta güvenliğinin 12 boyutu hakkında hekim ve asistan hekimlerin görüşleri ile haftalık çalışma saatleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı bulundu ( $p>0.05$ ). Örneklem sayısı yetersiz olan 40 saati geçmiyor ( $n=4$ ) grubu yeterli örneklem elde edilebilmesi için diğer gruplarla birleştirildi.

**Tablo 6.6: Hekimlerin/Asistan Hekimlerin Haftalık Çalışma Saatlerine Göre Boyutların Karşılaştırılması**

		<i>N</i>	<i>Ort.</i>	<i>SS</i>	<i>p</i>
- Ekipler içinde takım çalışması	40 - 49 saat arası	32	15,50	3,29	0,079
	50 saatten fazla	47	16,64	2,40	
	Total	79	16,18	2,83	
- Yönetici beklentileri ve hasta güvenliğini geliştirme faaliyetleri	40 - 49 saat arası	32	12,75	2,00	0,772
	50 saatten fazla	47	12,64	1,42	
	Total	79	12,68	1,67	
-Örgütsel öğrenme-Sürekli iyileştirme	40 - 49 saat arası	32	11,16	1,67	0,974
	50 saatten fazla	47	11,17	1,97	
	Total	79	11,16	1,84	
-Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği	40 - 49 saat arası	32	9,69	1,64	0,483
	50 saatten fazla	47	9,43	1,61	
	Total	79	9,53	1,62	
-Güvenliğin kapsamlı algılanması	40 - 49 saat arası	32	12,63	1,39	0,443
	50 saatten fazla	47	12,34	1,75	
	Total	79	12,46	1,61	
-Hatalar hakkında iletişim ve geribildirim	40 - 49 saat arası	32	11,13	2,34	0,384
	50 saatten fazla	47	10,57	2,98	
	Total	79	10,80	2,74	
- İletişimin açık tutulması	40 - 49 saat arası	32	9,38	1,66	0,580
	50 saatten fazla	47	9,13	2,11	
	Total	79	9,23	1,93	
- Hataların raporlanma sıklığı	40 - 49 saat arası	32	9,53	3,22	0,424
	50 saatten fazla	47	10,13	3,25	
	Total	79	9,89	3,23	
- Hastane birimleri arası ekip çalışması	40 - 49 saat arası	32	12,28	1,42	0,966
	50 saatten fazla	47	12,30	1,85	
	Total	79	12,29	1,68	
-Personel sağlama	40 - 49 saat arası	32	13,53	2,03	0,141
	50 saatten fazla	47	12,77	2,38	
	Total	79	13,08	2,26	
- Hastanede devirler (handoffs) ve nakiller (transitions)	40 - 49 saat arası	32	10,16	3,14	0,968
	50 saatten fazla	47	10,13	3,12	
	Total	79	10,14	3,11	
- Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt	40 - 49 saat arası	32	9,31	2,74	0,611
	50 saatten fazla	47	9,02	2,31	
	Total	79	9,14	2,48	

Tablo – 6.7 incelendiğinde, hasta güvenliğinin 12 boyutu arasında, hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği ve hastanede devirler ve nakiller alt boyutları hakkında beyan edilen görüşlerin, kurumda toplam çalışma yılına göre

istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği bulundu ( $p < 0.05$ ). Bu farklılıkların güvenliğin kapsamlı algılanması alt boyutunda 6 aydan az ile 1-2 yıl ve 2-3 yıl gruplarından, hastanede devirler ve nakiller alt boyutunda ise 2-3 yıl arası ve 3 yıl veya daha fazla olan ikili gruplarından kaynaklandığı görülmüştür. 6 aydan az ( $n=4$ ) ve 6 ay-1 yıl arası( $n=7$ ) gruplarında örneklem yetersiz olduğu için birleştirilerek analiz edildi.

**Tablo – 6.7: Hekimlerin/Asistan Hekimlerin Kurumda Toplam Çalışma Yıllarına Göre Boyutların Karşılaştırılması**

		<i>N</i>	<i>Ort.</i>	<i>SS</i>	<i>p</i>
- Ekipler içinde takım çalışması	6 ay - 1 yıl arası	11	17,00	2,00	0,252
	1-2 yıl arası	16	16,31	2,47	
	2-3 yıl arası	20	16,80	2,28	
	3 yıl veya daha fazla	32	15,44	3,42	
	Total	79	16,18	2,83	
- Yönetici beklentileri ve hasta güvenliğinin geliştirme faaliyetleri	6 ay - 1 yıl arası	11	12,64	1,50	0,443
	1-2 yıl arası	16	12,25	1,18	
	2-3 yıl arası	20	12,50	1,28	
	3 yıl veya daha fazla	32	13,03	2,09	
	Total	79	12,68	1,67	
-Örgütsel öğrenme-Sürekli iyileştirme	6 ay - 1 yıl arası	11	11,55	2,02	0,479
	1-2 yıl arası	16	11,13	1,45	
	2-3 yıl arası	20	11,55	2,09	
	3 yıl veya daha fazla	32	10,81	1,80	
	Total	79	11,16	1,84	
-Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği	<b>6 ay - 1 yıl arası</b>	11	10,36	2,25	<b>0,029</b>
	<b>1-2 yıl arası</b>	16	9,13	,89	
	<b>2-3 yıl arası</b>	20	10,10	1,55	
	<b>3 yıl veya daha fazla</b>	32	9,09	1,53	
	Total	79	9,53	1,62	
-Güvenliğin kapsamlı algılanması	6 ay - 1 yıl arası	11	13,18	2,04	0,147
	1-2 yıl arası	16	11,81	1,52	
	2-3 yıl arası	20	12,30	1,22	
	3 yıl veya daha fazla	32	12,63	1,64	
	Total	79	12,46	1,61	
	6 ay - 1 yıl arası	11	11,82	2,23	0,414

-Hatalar hakkında iletişim ve geribildirim	1-2 yıl arası	16	11,13	2,19	
	2-3 yıl arası	20	10,80	2,55	
	3 yıl veya daha fazla	32	10,28	3,21	
	Total	79	10,80	2,74	
- İletişimin açık tutulması	6 ay - 1 yıl arası	11	9,27	1,35	0,931
	1-2 yıl arası	16	9,44	1,15	
	2-3 yıl arası	20	9,30	1,89	
	3 yıl veya daha fazla	32	9,06	2,44	
	Total	79	9,23	1,93	
- Hataların raporlanma sıklığı	6 ay - 1 yıl arası	11	10,91	3,59	0,434
	1-2 yıl arası	16	9,56	3,83	
	2-3 yıl arası	20	10,45	2,72	
	3 yıl veya daha fazla	32	9,34	3,09	
	Total	79	9,89	3,23	
- Hastane birimleri arası ekip çalışması	6 ay - 1 yıl arası	11	12,18	1,60	0,952
	1-2 yıl arası	16	12,50	1,86	
	2-3 yıl arası	20	12,20	,89	
	3 yıl veya daha fazla	32	12,28	2,02	
	Total	79	12,29	1,68	
-Personel sağlama	6 ay - 1 yıl arası	11	13,55	2,54	0,779
	1-2 yıl arası	16	13,00	1,71	
	2-3 yıl arası	20	13,30	2,41	
	3 yıl veya daha fazla	32	12,81	2,38	
	Total	79	13,08	2,26	
- Hastanede devirler (handoffs) ve nakiller (transitions)	6 ay - 1 yıl arası	11	8,91	3,67	0,015
	1-2 yıl arası	16	9,94	2,26	
	<b>2-3 yıl arası</b>	20	8,95	3,00	
	<b>3 yıl veya daha fazla</b>	32	11,41	2,97	
	Total	79	10,14	3,11	
- Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt	6 ay - 1 yıl arası	11	8,91	2,66	0,886
	1-2 yıl arası	16	8,81	2,10	
	2-3 yıl arası	20	9,15	3,34	
	3 yıl veya daha fazla	32	9,38	2,01	
	Total	79	9,14	2,48	

Tablo 6.8’de görüldüğü üzere, hasta güvenliğinin 12 boyutu arasında yalnızca örgütsel öğrenme-sürekli iyileştirme alt boyutu hakkında beyan edilen görüşlerin

çalışmaya katılan hekim ve asistan hekimlerin kurumsal oryantasyon eğitimi alma durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği bulundu ( $p<0.05$ ).

Örgütsel öğrenme-sürekli iyileştirme alt boyutunda farklılıklar incelendiğinde ise hekim ve asistan hekimlerde işe başlarken kurumsal oryantasyon eğitimi alanların ortalamasının almayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir.



**Tablo 6.8: Hekimlerin/Asistan Hekimlerin Kurumsal Oryantasyon Eğitimi Alma Durumlarına Göre Boyutların Karşılaştırılması**

	Hizmet verdiğiniz meslek grubunuz?	İşe başlarken kurumsal oryantasyon alma durumunuz	N	Ortalama	Std. Sapma	p
- Ekipler içinde takım çalışması	Hekim - asistan hekim	Evet	70	16.33	2.69	0,187
		Hayır	9	15.00	3.74	
- Yönetici beklentileri ve hasta güvenliğini geliştirme faaliyetleri	Hekim - asistan hekim	Evet	70	12.79	1.71	0,130
		Hayır	9	11.89	1.05	
-Örgütsel öğrenme- Sürekli iyileştirme	Hekim - asistan hekim	Evet	70	11.33	1.78	0,026*
		Hayır	9	9.89	1.90	
-Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği	Hekim - asistan hekim	Evet	70	9.64	1.53	0,088
		Hayır	9	8.67	2.06	
-Güvenliğin kapsamlı algılanması	Hekim - asistan hekim	Evet	70	12.57	1.64	0,074
		Hayır	9	11.56	1.01	
-Hatalar hakkında iletişim ve geribildirim	Hekim - asistan hekim	Evet	70	10.97	2.71	0,116
		Hayır	9	9.44	2.74	
- İletişimin açık tutulması	Hekim - asistan hekim	Evet	70	9.36	1.92	0,098
		Hayır	9	8.22	1.86	
- Hataların raporlanma sıklığı	Hekim - asistan hekim	Evet	70	10.10	3.26	0,101
		Hayır	9	8.22	2.54	
- Hastane birimleri arası ekip çalışması	Hekim - asistan hekim	Evet	70	12.23	1.74	0,359
		Hayır	9	12.78	1.09	
-Personel sağlama	Hekim - asistan hekim	Evet	70	12.96	2.20	0,195
		Hayır	9	14.00	2.69	
- Hastanede devirler (handoffs) ve nakiller (transitions)	Hekim - asistan hekim	Evet	70	9.93	3.04	0,093
		Hayır	9	11.78	3.31	
- Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt	Hekim - asistan hekim	Evet	70	9.07	2.59	0,501
		Hayır	9	9.67	1.32	

Independent Sample t Test kullanıldı. \*:p<0.05

Tablo 6.9 incelendiğinde, mesleğini isteyerek seçmeyen hekim/asistan hekim sayısının n=3 olması nedeniyle karşılaştırma analizi dikkate alınmamıştır.

**Tablo 6.9: Hekimlerin/Asistan Hekimlerin Mesleklerini İsteyerek Seçme Durumlarına Göre Boyutların Karşılaştırılması**

	Hizmet verdiğiniz meslek grubunuz?	Mesleğinizi isteyerek mi seçtiniz?	N	Ortalama	Std. Sapma	p
- Ekipler içinde takım çalışması	Hekim - asistan hekim	Evet	76	16,21	2,88	0,602
		Hayır	3	15,33	,58	
- Yönetici beklentileri ve hasta güvenliğini geliştirme faaliyetleri	Hekim - asistan hekim	Evet	76	12,68	1,70	0,989
		Hayır	3	12,67	,58	
-Örgütsel öğrenme- Sürekli iyileştirme	Hekim - asistan hekim	Evet	76	11,18	1,87	0,636
		Hayır	3	10,67	,58	
-Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği	Hekim - asistan hekim	Evet	76	9,55	1,64	0,004*
		Hayır	3	9,00	,00	
-Güvenliğin kapsamlı algılanması	Hekim - asistan hekim	Evet	76	12,53	1,58	0,049*
		Hayır	3	10,67	1,53	
-Hatalar hakkında iletişim ve geribildirim	Hekim - asistan hekim	Evet	76	10,79	2,79	0,897
		Hayır	3	11,00	1,00	
- İletişimin açık tutulması	Hekim - asistan hekim	Evet	76	9,20	1,96	0,484
		Hayır	3	10,00	1,00	
- Hataların raporlanma sıklığı	Hekim - asistan hekim	Evet	76	9,93	3,26	0,509
		Hayır	3	8,67	2,52	
- Hastane birimleri arası ekip çalışması	Hekim - asistan hekim	Evet	76	12,28	1,69	0,696
		Hayır	3	12,67	1,53	
-Personel sağlama	Hekim - asistan hekim	Evet	76	13,08	2,30	0,953
		Hayır	3	13,00	1,00	
- Hastanede devirler (handoffs) ve nakiller (transitions)	Hekim - asistan hekim	Evet	76	10,13	3,17	0,913
		Hayır	3	10,33	,58	
- Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt	Hekim - asistan hekim	Evet	76	9,09	2,51	0,399
		Hayır	3	10,33	,58	

Independent Sample t Test kullanıldı. \*p<0.05

## 6.2.2.Hemşirelerin değerlendirilmesi

Tablo 6.10’da görüldüğü üzere, hasta güvenliğinin 12 boyutu hakkında hemşirelerin görüşleri ile eğitim düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı bulundu ( $p>0.05$ ).

**Tablo 6.10: Hemşirelerin Eğitim Düzeylerine Göre Boyutların Karşılaştırılması**

Hizmet verdiğiniz meslek grubunuz?		<i>N</i>	<i>Ortalama</i>	<i>Std. Sapma</i>	<i>p</i>
Hemşire (Sağlık - Ekipler içinde takım Memuru. Ebe. çalışması Att)	Lise	94	14.78	3.16	0.299
	Ön lisans	26	15.54	2.18	
	Lisans	60	15.42	2.73	
	Yüksek lisans	22	14.32	3.60	
	Toplam	202	15.01	2.99	
- Yönetici beklentileri ve hasta güvenliğini geliştirme faaliyetleri	Lise	94	12.60	2.24	0.823
	Ön lisans	26	12.77	1.88	
	Lisans	60	12.73	1.88	
	Yüksek lisans	22	13.05	1.84	
	Toplam	202	12.71	2.04	
-Örgütsel öğrenme-Sürekli iyileştirme	Lise	94	11.18	2.20	0.431
	Ön lisans	26	11.69	1.67	
	Lisans	60	11.58	1.78	
	Yüksek lisans	22	11.05	2.01	
	Toplam	202	11.35	2.00	
-Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği	Lise	94	9.79	1.44	0.240
	Ön lisans	26	10.38	1.39	
	Lisans	60	9.87	1.28	
	Yüksek lisans	22	9.68	1.52	
	Toplam	202	9.88	1.40	
-Güvenliğin kapsamlı algılanması	Lise	94	12.40	2.15	0.809
	Ön lisans	26	12.19	1.60	
	Lisans	60	12.48	1.87	
	Yüksek lisans	22	12.05	2.38	
	Toplam	202	12.36	2.02	
-Hatalar hakkında iletişim ve geribildirim	Lise	94	11.51	2.04	0.875
	Ön lisans	26	11.69	1.81	
	Lisans	60	11.57	1.93	
	Yüksek lisans	22	11.23	2.31	
	Toplam	202	11.52	2.00	
- İletişimin açık tutulması	Lise	94	9.24	1.80	0.890
	Ön lisans	26	9.46	1.73	



	<b>Lisans</b>	60	9.17	1.69	
	<b>Yüksek lisans</b>	22	9.36	1.33	
	<b>Toplam</b>	202	9.26	1.70	
<b>- Hataların raporlanma sıklığı</b>	<b>Lise</b>	94	11.02	3.39	0.323
	<b>Ön lisans</b>	26	11.92	2.87	
	<b>Lisans</b>	60	10.57	2.92	
	<b>Yüksek lisans</b>	22	11.00	2.37	
	<b>Toplam</b>	202	11.00	3.10	
<b>- Hastane birimleri arası ekip çalışması</b>	<b>Lise</b>	94	12.72	1.62	0.116
	<b>Ön lisans</b>	26	13.50	1.53	
	<b>Lisans</b>	60	13.17	1.71	
	<b>Yüksek lisans</b>	22	12.77	1.69	
	<b>Toplam</b>	202	12.96	1.66	
<b>- Personel sağlama</b>	<b>Lise</b>	94	13.47	2.42	0.338
	<b>Ön lisans</b>	26	13.85	2.87	
	<b>Lisans</b>	60	13.48	2.31	
	<b>Yüksek lisans</b>	22	12.59	2.38	
	<b>Toplam</b>	202	13.43	2.45	
<b>- Hastanede devirler (handoffs) ve nakiller (transitions)</b>	<b>Lise</b>	94	9.39	3.16	0.242
	<b>Ön lisans</b>	26	9.27	2.79	
	<b>Lisans</b>	60	10.32	2.85	
	<b>Yüksek lisans</b>	22	9.91	2.69	
	<b>Toplam</b>	202	9.71	2.99	
<b>- Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt</b>	<b>Lise</b>	94	9.88	2.29	0.285
	<b>Ön lisans</b>	26	9.81	2.08	
	<b>Lisans</b>	60	10.52	2.34	
	<b>Yüksek lisans</b>	22	9.73	2.10	
	<b>Toplam</b>	202	10.04	2.26	

One-Way ANOVA kullanıldı. \*: $p < 0.05$

Tablo 6.11 incelendiğinde, hasta güvenliğinin 12 boyutu arasında, hastane yönetiminin desteği ve hatalar hakkında iletişim ve geri bildirim alt boyutları hakkında beyan edilen görüşlerin, meslekte toplam çalışma yılına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği bulundu ( $p < 0.05$ ). Farklılıkların hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği alt boyutunda 1 yıldan az olan hemşireler ile 1-5, 11-15 ve 21 yıl ve daha fazla olan ikili gruplarından kaynaklandığı, hatalar hakkında iletişim ve geri bildirim alt boyutunda ise 21 yıl veya daha fazla yıldır meslekte çalışma süresi olan hemşireler ile 1 yıldan az ve 1-5 yılları arasında çalışan ikili gruplardan kaynaklandığı görülmüştür.

**Tablo 6.11: Hemşirelerin Meslekte Toplam Çalışma Yıllarına Göre Boyutların Karşılaştırılması**

Hizmet verdiğiniz meslek grubunuz?		<i>N</i>	<i>Ortalama</i>	<i>Std. Sapma</i>	<i>p</i>	
Hemşire (sağlık memuru. ebe. att)	- Ekipler içinde takım çalışması	1 yıldan az	28	15.36	2.74	0.361
		1-5 yıl arası	103	14.57	3.23	
		6-10 yıl arası	35	15.51	2.74	
		11-15 yıl arası	17	15.59	1.97	
		16 - 20 yıl arası	11	16.00	3.52	
		21 yıl veya daha fazla	8	14.75	2.12	
		<b>Toplam</b>	<b>202</b>	<b>15.01</b>	<b>2.99</b>	
- Yönetici beklentileri ve hasta güvenliğini geliştirme faaliyetleri		1 yıldan az	28	12.75	1.90	0.214
		1-5 yıl arası	103	12.43	2.08	
		6-10 yıl arası	35	12.71	2.16	
		11-15 yıl arası	17	13.41	1.84	
		16 - 20 yıl arası	11	13.45	1.69	
		21 yıl veya daha fazla	8	13.63	2.00	
		<b>Toplam</b>	<b>202</b>	<b>12.71</b>	<b>2.04</b>	
-Örgütsel öğrenme-Sürekli iyileştirme		1 yıldan az	28	11.43	1.85	0.600
		1-5 yıl arası	103	11.19	2.16	
		6-10 yıl arası	35	11.57	1.82	
		11-15 yıl arası	17	11.00	1.58	
		16 - 20 yıl arası	11	12.09	1.76	
		21 yıl veya daha fazla	8	11.88	2.23	
		<b>Toplam</b>	<b>202</b>	<b>11.35</b>	<b>2.00</b>	
-Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği		1 yıldan az	28	10.50	1.32	0.046
		1-5 yıl arası	103	9.70	1.45	
		6-10 yıl arası	35	10.11	1.18	
		11-15 yıl arası	17	9.65	.93	
		16 - 20 yıl arası	11	10.09	1.87	
		21 yıl veya daha fazla	8	9.13	1.55	
		<b>Toplam</b>	<b>202</b>	<b>9.88</b>	<b>1.40</b>	
	1 yıldan az	28	12.18	2.14	0.071	

<b>-Güvenliğin kapsamlı algılanması</b>	<b>1-5 yıl arası</b>	103	12.33	1.91	
	<b>6-10 yıl arası</b>	35	11.83	1.90	
	<b>11-15 yıl arası</b>	17	12.65	1.93	
	<b>16 - 20 yıl arası</b>	11	13.18	2.71	
	<b>21 yıl veya daha fazla</b>	8	14.00	2.07	
	<b>Toplam</b>	202	12.36	2.02	
	<b>-Hatalar hakkında iletişim ve geribildirim</b>	<b>1 yıldan az</b>	28	11.07	
<b>1-5 yıl arası</b>		103	11.24	2.05	
<b>6-10 yıl arası</b>		35	11.86	2.07	
<b>11-15 yıl arası</b>		17	12.18	1.74	
<b>16 - 20 yıl arası</b>		11	12.00	2.10	
<b>21 yıl veya daha fazla</b>		8	13.13	1.36	
<b>Toplam</b>		202	11.52	2.00	
<b>- İletişimin açık tutulması</b>	<b>1 yıldan az</b>	28	9.18	2.00	0.913
	<b>1-5 yıl arası</b>	103	9.25	1.72	
	<b>6-10 yıl arası</b>	35	9.11	1.71	
	<b>11-15 yıl arası</b>	17	9.29	1.10	
	<b>16 - 20 yıl arası</b>	11	9.73	1.01	
	<b>21 yıl veya daha fazla</b>	8	9.63	2.33	
	<b>Toplam</b>	202	9.26	1.70	
<b>- Hataların raporlanma sıklığı</b>	<b>1 yıldan az</b>	28	10.54	2.96	0.889
	<b>1-5 yıl arası</b>	103	11.10	3.01	
	<b>6-10 yıl arası</b>	35	10.69	3.15	
	<b>11-15 yıl arası</b>	17	11.29	3.46	
	<b>16 - 20 yıl arası</b>	11	11.36	3.53	
	<b>21 yıl veya daha fazla</b>	8	11.63	3.70	
	<b>Toplam</b>	202	11.00	3.10	
<b>- Hastane birimleri arası ekip çalışması</b>	<b>1 yıldan az</b>	28	13.54	1.97	0.089
	<b>1-5 yıl arası</b>	103	12.83	1.70	
	<b>6-10 yıl arası</b>	35	13.17	1.46	
	<b>11-15 yıl arası</b>	17	12.59	1.18	
	<b>16 - 20 yıl arası</b>	11	13.36	1.12	
	<b>Toplam</b>	202	13.00	1.40	

	<b>21 yıl veya daha fazla</b>	8	11.88	1.64	
	<b>Toplam</b>	202	12.96	1.66	
<b>-Personel sağlama</b>	<b>1 yıldan az</b>	28	13.86	2.61	0.256
	<b>1-5 yıl arası</b>	103	13.14	2.37	
	<b>6-10 yıl arası</b>	35	13.69	2.62	
	<b>11-15 yıl arası</b>	17	13.18	1.81	
	<b>16 - 20 yıl arası</b>	11	14.82	3.03	
	<b>21 yıl veya daha fazla</b>	8	13.13	2.17	
	<b>Toplam</b>	202	13.43	2.45	
<b>- Hastanede devirler (handoffs) ve nakiller (transitions)</b>	<b>1 yıldan az</b>	28	10.29	3.32	0.283
	<b>1-5 yıl arası</b>	103	9.56	3.03	
	<b>6-10 yıl arası</b>	35	9.00	2.92	
	<b>11-15 yıl arası</b>	17	10.12	1.83	
	<b>16 - 20 yıl arası</b>	11	11.18	3.34	
	<b>21 yıl veya daha fazla</b>	8	9.75	2.55	
	<b>Toplam</b>	202	9.71	2.99	
<b>- Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt</b>	<b>1 yıldan az</b>	28	10.14	2.43	0.838
	<b>1-5 yıl arası</b>	103	10.11	2.33	
	<b>6-10 yıl arası</b>	35	10.06	2.03	
	<b>11-15 yıl arası</b>	17	10.24	2.19	
	<b>16 - 20 yıl arası</b>	11	9.55	2.58	
	<b>21 yıl veya daha fazla</b>	8	9.13	1.81	
	<b>Toplam</b>	202	10.04	2.26	

One-Way ANOVA kullanıldı. \*:p<0.05

Tablo 6.12 incelendiğinde, hasta güvenliğinin 12 boyutu arasında yalnızca hastane birimleri arası ekip çalışması alt boyutu hakkında beyan edilen görüşlerin çalışmaya katılan hemşirelerin haftalık çalışma saatlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği bulundu ( $p<0.05$ ). Örneklem sayısı yetersiz olan 40 saati geçmiyor ( $n=3$ ) grubu yeterli örneklem sayısı elde edebilmek için birleştirilerek analiz edildi.

**Tablo 6.12: Hemşirelerin Haftalık Çalışma Saatleri Düzeylerine Göre Boyutların Karşılaştırılması**

Hizmet verdiğiniz meslek grubunuz?		N	Ort.	SS	p	
Hemşire (Sağlık Memuru. Ebe. Att)	- Ekipler içinde takım çalışması	40 - 49 saat arası	46	14,70	2,54	0,411
		50 saatten fazla	156	15,11	3,11	
		Total	202	15,01	2,99	
	- Yönetici beklentileri ve hasta güvenliğini geliştirme faaliyetleri	40 - 49 saat arası	46	12,74	2,27	0,906
		50 saatten fazla	156	12,70	1,98	
		Total	202	12,71	2,04	
	-Örgütsel öğrenme-Sürekli iyileştirme	40 - 49 saat arası	46	11,11	1,73	0,349
		50 saatten fazla	156	11,42	2,07	
		Total	202	11,35	2,00	
	-Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği	40 - 49 saat arası	46	10,11	1,06	0,202
50 saatten fazla		156	9,81	1,49		
Total		202	9,88	1,40		
-Güvenliğin kapsamlı algılanması	40 - 49 saat arası	46	12,13	1,65	0,380	
	50 saatten fazla	156	12,43	2,12		
	Total	202	12,36	2,02		
-Hatalar hakkında iletişim ve geribildirim	40 - 49 saat arası	46	11,24	1,82	0,280	
	50 saatten fazla	156	11,60	2,05		
	Total	202	11,52	2,00		
- İletişimin açık tutulması	40 - 49 saat arası	46	9,20	1,89	0,763	
	50 saatten fazla	156	9,28	1,65		
	Total	202	9,26	1,70		
- Hataların raporlanma sıklığı	40 - 49 saat arası	46	10,67	3,72	0,418	
	50 saatten fazla	156	11,10	2,89		
	Total	202	11,00	3,10		
- Hastane birimleri arası ekip çalışması	40 - 49 saat arası	46	12,43	1,89	0,014	
	50 saatten fazla	156	13,12	1,55		
	Total	202	12,96	1,66		

	-Personel sağlama	40 - 49 saat arası	46	13,52	2,18	
		50 saatten fazla	156	13,40	2,53	0,763
		Total	202	13,43	2,45	
	- Hastanede devirler (handoffs) ve nakiller (transitions)	40 - 49 saat arası	46	10,02	2,88	
		50 saatten fazla	156	9,62	3,02	0,419
		Total	202	9,71	2,99	
	- Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt	40 - 49 saat arası	46	10,00	2,42	
		50 saatten fazla	156	10,06	2,22	0,880
		Total	202	10,04	2,26	

Tablo 6.13’de görüldüğü üzere hasta güvenliğinin 12 boyutu arasında yalnızca ekipler içinde takım çalışması alt boyutu hakkında beyan edilen görüşlerin çalışmaya katılan hemşirelerin kurumdaki toplam çalışma yıllarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği bulundu ( $p<0.05$ ). Ekipler içinde takım çalışması alt boyutunda farklılığın 2-3 yıl ile 6 aydan az ve 3 yıl ve daha fazla olan ikili gruplardan kaynaklandığı görülmüştür.

**Tablo 6.13: Hemşirelerin Kurumdaki Toplam Çalışma Yıllarına Göre Boyutların Karşılaştırılması**

Hizmet verdiğiniz meslek grubunuz?			<i>N</i>	<i>Ortalama</i>	<i>Std. Sapma</i>	<i>p</i>
Hemşire (Sağlık Memuru. Ebe. Att)	- Ekipler içinde takım çalışması	6 aydan az	13	15.38	1.94	0.028*
		6 ay - 1 yıl arası	42	15.52	2.47	
		1-2 yıl arası	55	15.07	3.10	
		2-3 yıl arası	36	13.58	3.36	
		3 yıl veya daha fazla	56	15.41	2.98	
		<b>Toplam</b>	202	15.01	2.99	
- Yönetici beklentileri ve hasta güvenliğinin geliştirme faaliyetleri	- Yönetici beklentileri ve hasta güvenliğinin geliştirme faaliyetleri	6 aydan az	13	12.15	1.99	0.482
		6 ay - 1 yıl arası	42	12.76	1.75	
		1-2 yıl arası	55	12.44	2.11	
		2-3 yıl arası	36	13.11	2.57	
		3 yıl veya daha fazla	56	12.80	1.79	
		<b>Toplam</b>	202	12.71	2.04	
-Örgütsel öğrenme-Sürekli iyileştirme	-Örgütsel öğrenme-Sürekli iyileştirme	6 aydan az	13	11.38	2.14	0.913
		6 ay - 1 yıl arası	42	11.52	1.88	
		1-2 yıl arası	55	11.35	2.19	
		2-3 yıl arası	36	11.08	2.17	
		3 yıl veya daha fazla	56	11.39	1.79	
		<b>Toplam</b>	202	11.35	2.00	
-Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği	-Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği	6 aydan az	13	10.31	1.97	0.121
		6 ay - 1 yıl arası	42	10.19	1.25	
		1-2 yıl arası	55	9.64	1.42	
		2-3 yıl arası	36	10.08	1.30	
		3 yıl veya daha fazla	56	9.64	1.37	
		<b>Toplam</b>	202	9.88	1.40	
-Güvenliğin kapsamlı algılanması	-Güvenliğin kapsamlı algılanması	6 aydan az	13	12.00	2.16	0.665
		6 ay - 1 yıl arası	42	12.43	2.34	
		1-2 yıl arası	55	12.09	1.39	
		2-3 yıl arası	36	12.67	2.00	
		3 yıl veya daha fazla	56	12.46	2.29	
		<b>Toplam</b>	202	12.36	2.02	
-Hatalar hakkında iletişim ve geribildirim	-Hatalar hakkında iletişim ve geribildirim	6 aydan az	13	11.08	1.80	0.231
		6 ay - 1 yıl arası	42	11.71	1.58	
		1-2 yıl arası	55	11.51	2.10	
		2-3 yıl arası	36	10.94	2.35	
		3 yıl veya daha fazla	56	11.86	1.95	
		<b>Toplam</b>	202	11.52	2.00	
- İletişimin açık tutulması	- İletişimin açık tutulması	6 aydan az	13	8.92	2.22	0.527
		6 ay - 1 yıl arası	42	9.48	1.94	
		1-2 yıl arası	55	9.24	1.64	

	<b>2-3 yıl arası</b>	36	8.92	1.63	
	<b>3 yıl veya daha fazla</b>	56	9.43	1.49	
	<b>Toplam</b>	202	9.26	1.70	
<b>- Hataların raporlanma sıklığı</b>	<b>6 aydan az</b>	13	11.69	2.75	0.595
	<b>6 ay - 1 yıl arası</b>	42	11.24	2.76	
	<b>1-2 yıl arası</b>	55	10.65	3.20	
	<b>2-3 yıl arası</b>	36	10.56	3.63	
	<b>3 yıl veya daha fazla</b>	56	11.29	2.96	
	<b>Toplam</b>	202	11.00	3.10	
<b>- Hastane birimleri arası ekip çalışması</b>	<b>6 aydan az</b>	13	13.54	2.54	0.260
	<b>6 ay - 1 yıl arası</b>	42	13.17	1.67	
	<b>1-2 yıl arası</b>	55	12.62	1.53	
	<b>2-3 yıl arası</b>	36	13.17	1.93	
	<b>3 yıl veya daha fazla</b>	56	12.88	1.27	
	<b>Toplam</b>	202	12.96	1.66	
<b>-Personel sağlama</b>	<b>6 aydan az</b>	13	14.08	2.72	0.215
	<b>6 ay - 1 yıl arası</b>	42	13.83	2.25	
	<b>1-2 yıl arası</b>	55	12.89	2.49	
	<b>2-3 yıl arası</b>	36	13.14	2.22	
	<b>3 yıl veya daha fazla</b>	56	13.68	2.58	
	<b>Toplam</b>	202	13.43	2.45	
<b>- Hastanede devirler (handoffs) ve nakiller (transitions)</b>	<b>6 aydan az</b>	13	9.08	3.38	0.136
	<b>6 ay - 1 yıl arası</b>	42	10.50	3.36	
	<b>1-2 yıl arası</b>	55	9.16	2.76	
	<b>2-3 yıl arası</b>	36	10.25	3.21	
	<b>3 yıl veya daha fazla</b>	56	9.45	2.55	
	<b>Toplam</b>	202	9.71	2.99	
<b>- Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt</b>	<b>6 aydan az</b>	13	9.46	1.94	0.815
	<b>6 ay - 1 yıl arası</b>	42	9.98	2.58	
	<b>1-2 yıl arası</b>	55	9.95	2.41	
	<b>2-3 yıl arası</b>	36	10.28	2.12	
	<b>3 yıl veya daha fazla</b>	56	10.18	2.05	
	<b>Toplam</b>	202	10.04	2.26	

One-Way ANOVA kullanıldı. \*:p<0.05

Tablo 6.14 incelendiğinde, hasta güvenliğinin 12 boyutu hakkında hemşirelerin görüşleri ile işe başlarken kurumsal oryantasyon eğitimi alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı bulundu (p>0.05).



**Tablo 6.14: Hemşirelerin İşe Başlarken Kurumsal Oryantasyon Eğitimi Alma Durumlarına Göre Boyutların Karşılaştırılması**

	Hizmet verdiğiniz meslek grubunuz?	İşe başlarken kurumsal oryantasyon alma durumunuz	N	Ortalama	Std. Sapma	p
- Ekipler içinde takım çalışması	Hemşire (sağlık memuru. ebe. att)	Evet	195	15.06	3.00	0.242
		Hayır	7	13.71	2.36	
- Yönetici beklentileri ve hasta güvenliğini geliştirme faaliyetleri	Hemşire (sağlık memuru. ebe. att)	Evet	195	12.72	2.04	0.578
		Hayır	7	12.29	2.21	
-Örgütsel öğrenme- Sürekli iyileştirme	Hemşire (sağlık memuru. ebe. att)	Evet	195	11.37	2.00	0.392
		Hayır	7	10.71	1.89	
-Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği	Hemşire (sağlık memuru. ebe. att)	Evet	195	9.90	1.41	0.258
		Hayır	7	9.29	1.11	
-Güvenliğin kapsamlı algılanması	Hemşire (sağlık memuru. ebe. att)	Evet	195	12.36	2.02	0.920
		Hayır	7	12.29	2.14	
-Hatalar hakkında iletişim ve geribildirim	Hemşire (sağlık memuru. ebe. att)	Evet	195	11.51	2.01	0.651
		Hayır	7	11.86	1.77	
- İletişimin açık tutulması	Hemşire (sağlık memuru. ebe. att)	Evet	195	9.27	1.71	0.851
		Hayır	7	9.14	1.57	
- Hataların raporlanma sıklığı	Hemşire (sağlık memuru. ebe. att)	Evet	195	11.00	3.11	0.999
		Hayır	7	11.00	3.00	
- Hastane birimleri arası ekip çalışması	Hemşire (sağlık memuru. ebe. att)	Evet	195	12.96	1.66	0.949
		Hayır	7	13.00	1.73	
-Personel sağlama	Hemşire (sağlık memuru. ebe. att)	Evet	195	13.41	2.46	0.529
		Hayır	7	14.00	2.08	
- Hastanede devirler (handoffs) ve nakiller (transitions)	Hemşire (sağlık memuru. ebe. att)	Evet	195	9.71	3.01	0.995
		Hayır	7	9.71	2.21	
- Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt	Hemşire (sağlık memuru. ebe. att)	Evet	195	10.04	2.27	0.775
		Hayır	7	10.29	2.14	

Independent Sample t Test kullanıldı. \*p<0.05

Tablo 6.15'te görüldüğü üzere, hasta güvenliğinin 12 boyutu hakkında hemşirelerin görüşleri ile mesleklerini isteyerek seçip seçmeme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı bulundu ( $p>0.05$ ).

**Tablo 6.15: Hemşirelerin Mesleklerini İsteyerek Seçip Seçmeme Durumlarına Göre Boyutların Karşılaştırılması**

	Hizmet verdiğiniz meslek grubunuz?	Mesleğinizi isteyerek mi seçtiniz?	N	Ortalama	Std. Sapma	p
- Ekipler içinde takım çalışması	Hemşire (sağlık memuru. ebe. att)	Evet	167	14.96	3.08	0.556
		Hayır	35	15.29	2.53	
- Yönetici beklentileri ve hasta güvenliğini geliştirme faaliyetleri	Hemşire (sağlık memuru. ebe. att)	Evet	167	12.78	1.92	0.245
		Hayır	35	12.34	2.53	
-Örgütsel öğrenme-sürekli iyileştirme	Hemşire (sağlık memuru. ebe. att)	Evet	167	11.25	1.99	0.120
		Hayır	35	11.83	1.99	
-Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği	Hemşire (sağlık memuru. ebe. att)	Evet	167	9.85	1.28	0.658
		Hayır	35	10.00	1.89	
-Güvenliğin kapsamlı algılanması	Hemşire (sağlık memuru. ebe. att)	Evet	167	12.41	2.10	0.484
		Hayır	35	12.14	1.63	
-Hatalar hakkında iletişim ve geribildirim	Hemşire (sağlık memuru. ebe. att)	Evet	167	11.57	2.03	0.448
		Hayır	35	11.29	1.89	
- İletişimin açık tutulması	Hemşire (sağlık memuru. ebe. att)	Evet	167	9.23	1.77	0.600
		Hayır	35	9.40	1.35	
- Hataların raporlanma sıklığı	Hemşire (sağlık memuru. ebe. att)	Evet	167	11.07	3.06	0.472
		Hayır	35	10.66	3.27	
- Hastane birimleri arası ekip çalışması	Hemşire (sağlık memuru. ebe. att)	Evet	167	12.90	1.60	0.245
		Hayır	35	13.26	1.92	
-Personel sağlama	Hemşire (sağlık memuru. ebe. att)	Evet	167	13.40	2.39	0.700
		Hayır	35	13.57	2.73	
- Hastanede devirler (handoffs) ve nakiller (transitions)	Hemşire (sağlık memuru. ebe. att)	Evet	167	9.63	2.96	0.412
		Hayır	35	10.09	3.11	
- Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt	Hemşire (sağlık memuru. ebe. att)	Evet	167	9.95	2.22	0.178
		Hayır	35	10.51	2.45	

Independent Sample t Test kullanıldı. \*: $p<0.05$

### 6.2.3.Hasta hizmetleri çalışanlarının değerlendirilmesi

Tablo 6.16’da görüldüğü üzere hasta güvenliğinin 12 boyutu arasında yönetici beklentileri ve hasta güvenliğini geliştirme faaliyetleri, personel sağlama ve hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt alt boyutları hakkında beyan edilen görüşlerin çalışmaya katılan hasta hizmetleri çalışanlarının eğitim düzeylerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği bulundu ( $p<0.05$ ). Bu farklılığın her üç alt boyutta da ön lisans-lisans ikili gruplarından kaynaklandığı görülmüştür.

**Tablo 6.16: Hasta Hizmetleri Çalışanlarının Eğitim Düzeylerine Göre Boyutların Karşılaştırılması**

Hizmet verdiğiniz meslek grubunuz?			<i>N</i>	<i>Ortalama</i>	<i>Std. Sapma</i>	<i>p</i>
Hasta hizmetleri	- Ekipler içinde takım çalışması	Lise	37	14.46	2.47	0,063
		Ön lisans	46	15.72	2.26	
		Lisans	16	14.69	3.16	
		<b>Toplam</b>	99	15.08	2.54	
	- Yönetici beklentileri ve hasta güvenliğini geliştirme faaliyetleri	Lise	37	13.46	2.53	0,021*
		Ön lisans	46	14.37	2.38	
		Lisans	16	12.56	1.41	
		<b>Toplam</b>	99	13.74	2.39	
	-Örgütsel öğrenme-Sürekli iyileştirme	Lise	37	10.73	1.52	0,559
		Ön lisans	46	11.13	1.78	
		Lisans	16	11.06	1.95	
		<b>Toplam</b>	99	10.97	1.71	
	-Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği	Lise	37	9.73	1.30	0,373
		Ön lisans	46	10.15	1.40	
		Lisans	16	10.13	1.71	
		<b>Toplam</b>	99	9.99	1.42	
	-Güvenliğin kapsamlı algılanması	Lise	37	12.41	1.17	0,370
		Ön lisans	46	12.89	2.00	
		Lisans	16	13.00	2.16	
		<b>Toplam</b>	99	12.73	1.77	
	-Hatalar hakkında iletişim ve geribildirim	Lise	37	10.59	2.91	0,067
		Ön lisans	46	11.85	1.99	
		Lisans	16	11.19	2.26	
		<b>Toplam</b>	99	11.27	2.46	
	- İletişimin açık tutulması	Lise	37	8.62	2.41	0,287
		Ön lisans	46	9.37	1.95	
		Lisans	16	9.25	2.29	
		<b>Toplam</b>	99	9.07	2.19	
	- Hataların raporlanma sıklığı	Lise	37	9.19	3.02	0,363
		Ön lisans	46	9.59	3.39	
		Lisans	16	10.56	3.10	

	<b>Toplam</b>	99	9.60	3.21	
<b>- Hastane birimleri arası ekip çalışması</b>	<b>Lise</b>	37	12.84	1.80	0,926
	<b>Ön lisans</b>	46	12.70	1.67	
	<b>Lisans</b>	16	12.69	1.96	
	<b>Toplam</b>	99	12.75	1.75	
<b>-Personel sağlama</b>	<b>Lise</b>	37	13.59	1.99	<b>0,020*</b>
	<b>Ön lisans</b>	46	13.87	1.86	
	<b>Lisans</b>	16	12.25	2.24	
	<b>Toplam</b>	99	13.51	2.03	
<b>- Hastanede devirler (handoffs) ve nakiller (transitions)</b>	<b>Lise</b>	37	10.05	2.37	0,404
	<b>Ön lisans</b>	46	10.33	2.94	
	<b>Lisans</b>	16	11.13	2.36	
	<b>Toplam</b>	99	10.35	2.65	
<b>- Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt</b>	<b>Lise</b>	37	9.86	1.84	<b>0,010*</b>
	<b>Ön lisans</b>	46	9.33	1.83	
	<b>Lisans</b>	16	11.00	2.03	
	<b>Toplam</b>	99	9.80	1.94	

One-Way ANOVA kullanıldı. \*:p<0.05

Tablo 6.17’de görüldüğü üzere, hasta güvenliğinin 12 boyutu arasında yalnızca ekipler içinde takım çalışması alt boyutu hakkında beyan edilen görüşlerin çalışmaya katılan hasta hizmetleri çalışanlarının meslekte çalışma yıllarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği bulundu (p<0.05). Bu farklılığın 1 yıldan az ile 6-10 yıl arası ikili grubundan kaynaklandığı görülmüştür.

**Tablo 6.17: Hasta Hizmetleri Çalışanlarının Meslekte Çalışma Yıllarına Göre Boyutların Karşılaştırılması**

Hizmet verdiğiniz meslek grubunuz?		N	Ortal ama	Std. Sapma	p	
Hasta hizmetleri	- Ekipler içinde takım çalışması	1 yıldan az	16	16,69	2,89	0,017*
		1-5 yıl arası	66	14,94	2,42	
		6-10 yıl arası	14	13,86	2,21	
		11-15 yıl arası	3	15,33	,58	
		<b>Toplam</b>	99	15,08	2,54	
	- Yönetici beklentileri ve hasta güvenliğini geliştirme faaliyetleri	1 yıldan az	16	13,31	2,24	0,135
		1-5 yıl arası	66	14,09	2,41	
		6-10 yıl arası	14	13,00	2,18	
		11-15 yıl arası	3	11,67	2,52	
		<b>Toplam</b>	99	13,74	2,39	
-Örgütsel öğrenme-Sürekli iyileştirme	1 yıldan az	16	11,63	1,67	0,375	
	1-5 yıl arası	66	10,79	1,79		
	6-10 yıl arası	14	11,07	1,38		
	11-15 yıl arası	3	11,00	1,00		
	<b>Toplam</b>	99	10,97	1,71		
-Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği	1 yıldan az	16	9,88	1,20	0,548	
	1-5 yıl arası	66	10,12	1,48		
	6-10 yıl arası	14	9,64	1,39		
	11-15 yıl arası	3	9,33	1,15		
	<b>Toplam</b>	99	9,99	1,42		
-Güvenliğin kapsamlı algılanması	1 yıldan az	16	12,63	1,59	0,524	
	1-5 yıl arası	66	12,77	1,84		
	6-10 yıl arası	14	12,36	1,74		
	11-15 yıl arası	3	14,00	1,00		
	<b>Toplam</b>	99	12,73	1,77		
-Hatalar hakkında iletişim ve geribildirim	1 yıldan az	16	11,81	2,01	0,656	
	1-5 yıl arası	66	11,11	2,42		
	6-10 yıl arası	14	11,21	3,24		
	11-15 yıl arası	3	12,33	1,53		
	<b>Toplam</b>	99	11,27	2,46		
- İletişimin açık tutulması	1 yıldan az	16	8,13	1,86	0,245	
	1-5 yıl arası	66	9,35	2,27		
	6-10 yıl arası	14	8,86	2,18		
	11-15 yıl arası	3	9,00	1,00		
	<b>Toplam</b>	99	9,07	2,19		
- Hataların raporlanma sıklığı	1 yıldan az	16	9,25	3,13	0,473	
	1-5 yıl arası	66	9,44	3,28		
	6-10 yıl arası	14	10,21	3,09		
	11-15 yıl arası	3	12,00	2,65		
	<b>Toplam</b>	99	9,60	3,21		
- Hastane birimleri arası ekip çalışması	1 yıldan az	16	12,88	1,59	0,835	
	1-5 yıl arası	66	12,79	1,82		
	6-10 yıl arası	14	12,36	1,74		
	11-15 yıl arası	3	13,00	1,73		
	<b>Toplam</b>	99	12,75	1,75		

<b>-Personel sağlama</b>	<b>1 yıldan az</b>	16	14,31	3,05	0,294
	<b>1-5 yıl arası</b>	66	13,44	1,68	
	<b>6-10 yıl arası</b>	14	13,07	2,02	
	<b>11-15 yıl arası</b>	3	12,67	2,52	
	<b>Toplam</b>	99	13,51	2,03	
<b>- Hastanede devirler (handoffs) ve nakiller (transitions)</b>	<b>1 yıldan az</b>	16	9,31	3,20	0,339
	<b>1-5 yıl arası</b>	66	10,65	2,57	
	<b>6-10 yıl arası</b>	14	10,21	2,46	
	<b>11-15 yıl arası</b>	3	10,00	1,00	
	<b>Toplam</b>	99	10,35	2,65	
<b>- Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt</b>	<b>1 yıldan az</b>	16	9,31	1,82	0,283
	<b>1-5 yıl arası</b>	66	10,06	1,91	
	<b>6-10 yıl arası</b>	14	9,14	2,11	
	<b>11-15 yıl arası</b>	3	9,67	2,08	
	<b>Toplam</b>	99	9,80	1,94	

One-Way ANOVA kullanıldı. \*:p<0.05

Tablo 6.18 incelendiğinde, hasta güvenliğinin 12 boyutu hakkında hasta hizmetleri çalışanlarının görüşleri ile haftalık çalışma saatleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı bulundu (p>0.05).

**Tablo 6.18: Hasta Hizmetleri Çalışanlarının Haftalık Çalışma Düzeylerine Göre Boyutların Karşılaştırılması**

Hizmet verdiğiniz meslek grubunuz?		N	Ortalama	Std. Sapma	p
Hasta hizmetleri	- Ekipler içinde 40 saati geçmiyor	7	16,43	2,23	0,350
	40 - 49 saat arası	11	15,00	2,37	
	50 saatten fazla	81	14,98	2,58	
	<b>Toplam</b>	99	15,08	2,54	
- Yönetici beklentileri ve hasta güvenliğini geliştirme faaliyetleri	40 saati geçmiyor	7	14,00	1,15	0,836
	40 - 49 saat arası	11	13,36	1,43	
	50 saatten fazla	81	13,77	2,57	
	<b>Toplam</b>	99	13,74	2,39	
-Örgütsel öğrenme-Sürekli iyileştirme	40 saati geçmiyor	7	10,86	2,41	0,553
	40 - 49 saat arası	11	10,45	1,21	
	50 saatten fazla	81	11,05	1,71	
	<b>Toplam</b>	99	10,97	1,71	
-Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği	40 saati geçmiyor	7	10,14	2,19	0,790
	40 - 49 saat arası	11	9,73	1,27	
	50 saatten fazla	81	10,01	1,37	
	<b>Toplam</b>	99	9,99	1,42	
-Güvenliğin kapsamlı algılanması	40 saati geçmiyor	7	12,57	2,70	0,850
	40 - 49 saat arası	11	13,00	1,67	
	50 saatten fazla	81	12,70	1,71	
	<b>Toplam</b>	99	12,73	1,77	
-Hatalar hakkında iletişim ve geribildirim	40 saati geçmiyor	7	10,00	3,27	0,083
	40 - 49 saat arası	11	10,18	2,48	
	50 saatten fazla	81	11,53	2,33	
	<b>Toplam</b>	99	11,27	2,46	
- İletişimin açık tutulması	40 saati geçmiyor	7	8,14	2,04	0,324
	40 - 49 saat arası	11	8,55	2,25	
	50 saatten fazla	81	9,22	2,19	
	<b>Toplam</b>	99	9,07	2,19	
- Hataların raporlanma sıklığı	40 saati geçmiyor	7	10,29	4,35	0,363
	40 - 49 saat arası	11	10,73	1,95	
	50 saatten fazla	81	9,38	3,23	
	<b>Toplam</b>	99	9,60	3,21	
- Hastane birimleri arası ekip çalışması	40 saati geçmiyor	7	12,29	2,43	0,741
	40 - 49 saat arası	11	12,64	1,12	
	50 saatten fazla	81	12,80	1,77	
	<b>Toplam</b>	99	12,75	1,75	

<b>-Personel sağlama</b>	<b>40 saati geçmiyor</b>	7	12,86	1,57	0,510
	<b>40 - 49 saat arası</b>	11	14,00	1,26	
	<b>50 saatten fazla</b>	81	13,49	2,15	
	<b>Toplam</b>	99	13,51	2,03	
<b>- Hastanede devirler (handoffs) ve nakiller (transitions)</b>	<b>40 saati geçmiyor</b>	7	9,86	3,13	0,635
	<b>40 - 49 saat arası</b>	11	11,00	2,49	
	<b>50 saatten fazla</b>	81	10,31	2,65	
	<b>Toplam</b>	99	10,35	2,65	
<b>- Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt</b>	<b>40 saati geçmiyor</b>	7	9,29	1,98	0,772
	<b>40 - 49 saat arası</b>	11	9,82	2,18	
	<b>50 saatten fazla</b>	81	9,84	1,92	
	<b>Toplam</b>	99	9,80	1,94	

One-Way ANOVA kullanıldı. \*:p<0.05

Tablo 6.19’da görüldüğü üzere, hasta güvenliğinin 12 boyutu arasında yalnızca ekipler içinde takım çalışması alt boyutu hakkında beyan edilen görüşlerin çalışmaya katılan hasta hizmetleri çalışanlarının kurumda çalışma yıllarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği bulundu (p<0.05). Bu farklılığın 2-3 yıl arası ile 6 aydan az, 6 ay-1 yıl arası ve 1-2 yıl arası ikili gruplarından kaynaklandığı gözlemlendi.



**Tablo 6.19: Hasta Hizmetleri Çalışanlarının Kurumda Çalışma Yılları Düzeylerine Göre Boyutların Karşılaştırılması**

Hizmet verdiğiniz meslek grubunuz?			<i>N</i>	<i>Ortalama</i>	<i>Std. Sapma</i>	<i>p</i>
Hasta hizmetleri	- Ekipler içinde takım çalışması	6 aydan az	7	16,43	2,44	0,045*
		6 ay - 1 yıl arası	20	15,50	2,87	
		1-2 yıl arası	33	15,58	2,35	
		2-3 yıl arası	22	13,82	2,04	
		3 yıl veya daha fazla	17	14,71	2,69	
		<b>Toplam</b>	99	15,08	2,54	
- Yönetici beklentileri ve hasta güvenliğini geliştirme faaliyetleri		6 aydan az	7	12,29	2,98	0,510
		6 ay - 1 yıl arası	20	13,60	2,26	
		1-2 yıl arası	33	14,00	2,22	
		2-3 yıl arası	22	14,00	2,96	
		3 yıl veya daha fazla	17	13,65	1,73	
		<b>Toplam</b>	99	13,74	2,39	
-Örgütsel öğrenme-Sürekli iyileştirme		6 aydan az	7	11,71	1,50	0,309
		6 ay - 1 yıl arası	20	10,90	1,65	
		1-2 yıl arası	33	11,21	1,60	
		2-3 yıl arası	22	10,36	1,97	
		3 yıl veya daha fazla	17	11,06	1,68	
		<b>Toplam</b>	99	10,97	1,71	
-Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği		6 aydan az	7	11,00	,58	0,319
		6 ay - 1 yıl arası	20	9,80	1,28	
		1-2 yıl arası	33	9,79	1,49	
		2-3 yıl arası	22	10,09	1,48	
		3 yıl veya daha fazla	17	10,06	1,52	
		<b>Toplam</b>	99	9,99	1,42	
-Güvenliğin kapsamlı algılanması		6 aydan az	7	13,14	1,35	0,289
		6 ay - 1 yıl arası	20	13,30	2,30	
		1-2 yıl arası	33	12,36	1,52	
		2-3 yıl arası	22	12,41	1,65	
		3 yıl veya daha fazla	17	13,00	1,73	
		<b>Toplam</b>	99	12,73	1,77	
-Hatalar hakkında iletişim ve geribildirim		6 aydan az	7	12,14	2,12	0,891
		6 ay - 1 yıl arası	20	11,30	2,39	
		1-2 yıl arası	33	11,06	2,55	
		2-3 yıl arası	22	11,23	2,52	
		3 yıl veya daha fazla	17	11,35	2,60	
		<b>Toplam</b>	99	11,27	2,46	
- İletişimin açık tutulması		6 aydan az	7	10,00	1,41	0,523
		6 ay - 1 yıl arası	20	8,50	2,40	
		1-2 yıl arası	33	8,94	2,21	
		2-3 yıl arası	22	9,23	2,51	

	<b>3 yıl veya daha fazla</b>	17	9,41	1,70	
	<b>Toplam</b>	99	9,07	2,19	
<b>- Hataların raporlanma sıklığı</b>	<b>6 aydan az</b>	7	10,29	3,45	0,098
	<b>6 ay - 1 yıl arası</b>	20	9,55	2,68	
	<b>1-2 yıl arası</b>	33	9,18	3,38	
	<b>2-3 yıl arası</b>	22	8,68	3,24	
	<b>3 yıl veya daha fazla</b>	17	11,35	2,91	
	<b>Toplam</b>	99	9,60	3,21	
<b>- Hastane birimleri arası ekip çalışması</b>	<b>6 aydan az</b>	7	13,29	1,98	0,924
	<b>6 ay - 1 yıl arası</b>	20	12,85	1,35	
	<b>1-2 yıl arası</b>	33	12,70	2,04	
	<b>2-3 yıl arası</b>	22	12,68	1,99	
	<b>3 yıl veya daha fazla</b>	17	12,59	1,23	
	<b>Toplam</b>	99	12,75	1,75	
<b>-Personel sağlama</b>	<b>6 aydan az</b>	7	13,71	2,06	0,227
	<b>6 ay - 1 yıl arası</b>	20	13,20	2,42	
	<b>1-2 yıl arası</b>	33	14,12	1,93	
	<b>2-3 yıl arası</b>	22	13,32	1,70	
	<b>3 yıl veya daha fazla</b>	17	12,82	2,01	
	<b>Toplam</b>	99	13,51	2,03	
<b>- Hastanede devirler (handoffs) ve nakiller (transitions)</b>	<b>6 aydan az</b>	7	8,71	3,40	0,096
	<b>6 ay - 1 yıl arası</b>	20	10,10	2,79	
	<b>1-2 yıl arası</b>	33	9,97	2,71	
	<b>2-3 yıl arası</b>	22	11,50	2,43	
	<b>3 yıl veya daha fazla</b>	17	10,59	1,91	
	<b>Toplam</b>	99	10,35	2,65	
<b>- Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt</b>	<b>6 aydan az</b>	7	9,57	2,64	0,767
	<b>6 ay - 1 yıl arası</b>	20	9,60	1,27	
	<b>1-2 yıl arası</b>	33	9,58	2,06	
	<b>2-3 yıl arası</b>	22	10,14	1,83	
	<b>3 yıl veya daha fazla</b>	17	10,12	2,26	
	<b>Toplam</b>	99	9,80	1,94	

One-Way ANOVA kullanıldı. \*:p<0.05

Tablo 6.20 incelendiğinde, hasta güvenliğinin 12 boyutu arasında yalnızca yönetici beklentileri ve hasta güvenliğini geliştirme faaliyetleri alt boyutunda hakkında beyan edilen görüşlerin çalışmaya katılan hasta hizmetleri çalışanlarının kurumsal oryantasyon eğitimi alma durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği bulundu (p<0.05). Bu farklılığın kurumsal oryantasyon eğitimi alanların ortalamasının almayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu için görülmüştür.

**Tablo 6.20: Hasta Hizmetleri Çalışanlarının İşe Başlarken Kurumsal Oryantasyon Eğitimi Alma Durumlarına Göre Boyutların Karşılaştırılması**

	Hizmet verdiğiniz meslek grubunuz?	İşe başlarken kurumsal oryantasyon alma durumunuz	N	Ortalama	Std. Sapma	p
- Ekipler içinde takım çalışması	Hasta hizmetleri	Evet	85	15,12	2,58	0,724
		Hayır	14	14,86	2,38	
- Yönetici beklentileri ve hasta güvenliğini geliştirme faaliyetleri	Hasta hizmetleri	Evet	85	13,99	2,41	<b>0,009*</b>
		Hayır	14	12,21	1,63	
-Örgütsel öğrenme- Sürekli iyileştirme	Hasta hizmetleri	Evet	85	10,93	1,79	0,566
		Hayır	14	11,21	1,12	
-Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği	Hasta hizmetleri	Evet	85	9,93	1,44	0,298
		Hayır	14	10,36	1,28	
-Güvenliğin kapsamlı algılanması	Hasta hizmetleri	Evet	85	12,76	1,83	0,606
		Hayır	14	12,50	1,34	
-Hatalar hakkında iletişim ve geribildirim	Hasta hizmetleri	Evet	85	11,42	2,49	0,133
		Hayır	14	10,36	2,13	
- İletişimin açık tutulması	Hasta hizmetleri	Evet	85	9,01	2,24	0,512
		Hayır	14	9,43	1,87	
- Hataların raporlanma sıklığı	Hasta hizmetleri	Evet	85	9,44	3,27	0,222
		Hayır	14	10,57	2,68	
- Hastane birimleri arası ekip çalışması	Hasta hizmetleri	Evet	85	12,67	1,82	0,284
		Hayır	14	13,21	1,19	
-Personel sağlama	Hasta hizmetleri	Evet	85	13,49	2,12	0,896
		Hayır	14	13,57	1,45	
- Hastanede devirler (handoffs) ve nakiller (transitions)	Hasta hizmetleri	Evet	85	10,34	2,71	0,910
		Hayır	14	10,43	2,34	
- Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt	Hasta hizmetleri	Evet	85	9,80	1,97	0,980
		Hayır	14	9,79	1,76	

Independent Sample t Test kullanıldı. \*:p<0.05

Tablo 6.21’de görüldüğü üzere, hasta güvenliğinin 12 boyutu hakkında hasta hizmetleri çalışanlarının görüşleri ile mesleklerini isteyerek seçip seçmeme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği bulundu (p>0.05).

**Tablo 6.21: Hasta Hizmetleri Çalışanlarının Mesleklerini İsteyerek Seçme Durumlarına Göre Boyutların Karşılaştırılması**

	Hizmet verdiğiniz meslek grubunuz?	Mesleğinizi isteyerek mi seçtiniz?	N	Ortalama	Std. Sapma	p
- Ekipler içinde takım çalışması	Hasta hizmetleri	Evet	72	15,29	2,71	0,179
		Hayır	27	14,52	1,97	
- Yönetici beklentileri ve hasta güvenliğini geliştirme faaliyetleri	Hasta hizmetleri	Evet	72	13,79	2,43	0,714
		Hayır	27	13,59	2,31	
-Örgütsel öğrenme- Sürekli iyileştirme	Hasta hizmetleri	Evet	72	11,13	1,77	0,141
		Hayır	27	10,56	1,50	
-Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği	Hasta hizmetleri	Evet	72	10,01	1,43	0,785
		Hayır	27	9,93	1,41	
-Güvenliğin kapsamlı algılanması	Hasta hizmetleri	Evet	72	12,74	1,82	0,936
		Hayır	27	12,70	1,64	
-Hatalar hakkında iletişim ve geribildirim	Hasta hizmetleri	Evet	72	11,44	2,47	0,258
		Hayır	27	10,81	2,42	
- İletişimin açık tutulması	Hasta hizmetleri	Evet	72	9,08	2,17	0,926
		Hayır	27	9,04	2,30	
- Hataların raporlanma sıklığı	Hasta hizmetleri	Evet	72	9,72	3,41	0,526
		Hayır	27	9,26	2,64	
- Hastane birimleri arası ekip çalışması	Hasta hizmetleri	Evet	72	12,82	1,66	0,507
		Hayır	27	12,56	2,01	
-Personel sağlama	Hasta hizmetleri	Evet	72	13,39	1,98	0,356
		Hayır	27	13,81	2,17	
- Hastanede devirler (handoffs) ve nakiller (transitions)	Hasta hizmetleri	Evet	72	10,08	2,78	0,098
		Hayır	27	11,07	2,16	
- Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt	Hasta hizmetleri	Evet	72	9,58	1,90	0,072
		Hayır	27	10,37	1,94	

Independent Sample t Test kullanıldı. \*:p<0.05

## 7. TARTIŞMA VE SONUÇ

Araştırmamız sağlık çalışanlarının hasta güvenliğine ilişkin görüşlerinin ölçülmesi ana fikriyle gerçekleştirildi. Ayrıca sağlık çalışanlarının hasta güvenliği konusundaki görüşlerini etkileyen faktörlerde araştırıldı. Araştırmayı gerçekleştirmiş olduğumuz kurum, büyük ölçekli genel amaçlı bir özel üniversite hastanesidir. Bu kuruluş ayrıca JCI tarafından akredite edilme başarısı göstermiş olması nedeniyle hasta güvenliğine hizmetin her aşamasında özen gösteren büyük bir kurumdur. Kurumda yer alan sağlık çalışanları için hasta güvenliği kavramını oluşturan her konunun önemi büyüktür. Bu nedenle sağlık çalışanlarının hasta güvenliğine ilişkin görüşlerinin değerlendirilmesi önem arz etmektedir.

Araştırmada elde edilen bulgularla ilgili tartışma, yorum ve öneriler aşağıdaki başlıklar itibariyle sunulmaktadır:

- Sağlık Çalışanlarının Çalışma Yaşamlarına Dair Özellikleri
- Sağlık Çalışanlarının Hasta Güvenliği Konusundaki Durumları ve Düşünceleri
- Hasta Güvenliği Algısı ve Çalışanların Özellikleri
  - Hekimlerin/Asistan Hekimlerin Değerlendirilmesi
  - Hemşirelerin Değerlendirilmesi
  - Hasta Hizmetleri Çalışanlarının Değerlendirilmesi

### **Sağlık Çalışanlarının Çalışma Yaşamlarına Dair Özellikleri**

Sağlık çalışanlarının yarısına yakın bir diliminin 2 ve daha uzun yıllardır aynı birimde çalışmasının ilgili çalışanların bölümlerinde mutlu olduklarını ve uzun dönemdir aynı bölümde çalıştıkları şeklinde yorumlanabilir.

Kurumda toplam çalışma yılı incelendiğinde, çalışanların %25,8'inin 3 yıl veya daha fazla, %22,1'inin ise 2-3 yıldır aynı kurumda çalıştıkları görülmektedir.

Çalışmanın gerçekleştirildiği kurumun 5 yıllık bir geçmişi olduğu düşünüldüğünde, 2 ve daha uzun süredir çalışan personel oranının yüksek olması, ilgili kurumda çalışan devir hızının düşük olduğu söylenebilir.

Meslekte toplam çalışma yılı incelendiğinde, 1-5 yıllık tecrübeye sahip çalışan sayısında %43,7 ile yığılma olduğu görülmektedir. Araştırma gerçekleştirilen kurumun üniversite hastanesi olması ve bulunduğu ilin mevcut hasta potansiyeline orantısız bir şekilde personel arzı bulundurması nedeniyle kurumdaki tecrübesiz personel sayısının yüksek olduğu şeklinde yorumlanabilir.

Ülkemizde Aydın (39) tarafından gerçekleştirilen üniversite hastanesindeki hekim ve hemşirelerin hasta güvenliği kültürlerinin değerlendirildiği bir araştırmada, çalışanların %58,1' inin hasta güvenliği konusunda eğitim almadıkları görülmüştür. Ameliyathane çalışanlarının hasta güvenliğine ilişkin tutumlarının incelendiği Önler'e (40) ait çalışmada, kişilerin ameliyathane gibi hasta güvenliği açısından büyük risk teşkil eden bir alanda çalışmalarına rağmen %57,2'sinin kurumsal oryantasyon eğitimine katılmadığı ve %71,4'ünde hasta güvenliği konusunda eğitim almadıkları görülmüştür. Benzer bir şekilde Tansüyer (41) tarafından gerçekleştirilen bir diğer çalışmada, sağlık çalışanlarının %49,4'ünün hasta güvenliği konusunda eğitim almadıklarını ifade etmişlerdir. Yapmış olduğumuz çalışmanın sonucunda ise, çalışanların %90'ının işe başlamadan önce kurumsal oryantasyon eğitimlerini aldıkları görülmektedir. Literatürle uyuşmayan bu sonucun sebebinin, araştırmamızın yapıldığı kurumda "Kalite ve Hasta Güvenliği" eğitimlerinin kurumsal oryantasyon eğitimi ile entegre bir şekilde verilmesi, eğitimlerin organizasyon ve takibinden sorumlu ayrı bir bölümün bulunması ve kişilerin kurumsal oryantasyon eğitimlerini almadan çalışma alanlarına gönderilmemesi gibi nedenlerle gerçekleştiği düşünülmektedir. Çalışmamızın yapıldığı kurumda sisteme dayalı bir kurumsal oryantasyon eğitim programının oluşturulmasının ve ilgili çalışanların eğitimlerinin tamamlanmadan sahaya iletilmemesi yönünde alınan kararların olumlu yönde etki ettiği ve kurumsal oryantasyon eğitimi alan çalışan oranının oldukça yüksek olduğu görülmüştür. Oysa literatür çalışmaları araştırıldığında hasta güvenliği açısından hata kabul etmeyen alanlarda dahi eğitim oranlarının oldukça düşük olduğu görülmüştür. Çalışmamızdaki kurumun eğitim bölümü adı altında ayrı bir istihdam alanı yaratması, kurumsal

oryantasyon eğitimlerinin bölüm yöneticileri ve bölüm çalışanları tarafından verilmesi ve eğitimleri tamamlama yönündeki arzuları diğer kurumlar için örnek teşkil etmesi gerektiği düşünülmektedir.

Sağlık çalışanlarının %90'ının gündüz mesai saatleri içerisinde çalıştığı, %74,7'sinin 50 saatten fazla çalıştığı görülmektedir. Sağlık çalışanı yetiştirilme sürecinin hem zaman hem ekonomik açıdan büyük bir maliyete sahip olması ve bu çalışanların ihtiyacı karşılayacak sayıda olmaması nedeniyle mevcut sağlık çalışanlarının uzun çalışma saatleri ile yaşamlarını sürdürmek zorunda kaldıkları düşünülmektedir. Kurumdaki sağlık çalışanlarının %85,9'u mevcut olan işlerini isteyerek seçtiklerini ve %86,5'inin yaptıkları işten memnun oldukları görülmüştür. Mesleğin isteyerek seçilmesi ile yapılan işten duyulan memnuniyet oranının paralel olması, üniversite döneminde gerçekleştirilen doğru meslek seçiminin tüm meslek hayatını etkilediği şeklinde yorumlanabilir. Sağlık sektörünün genel problemlerinden olan haftalık çalışma saatlerinin yüksek oluşu, ilgili çalışanların dönem içerisinde motivasyonlarını düşürücü bir etki yaratma tehlikesi oluşturabilir. Araştırmamıza konu olan kurumda işten duyulan memnuniyet oranının yüksek olmasına rağmen haftalık çalışma saatlerinin uzun oluşunun çalışanlar arasında etkisinin azaltılması amacıyla sosyal komiteler kurularak çalışanların iş stresinden uzaklaşması sağlanması önerilebilir.

### **Sağlık Çalışanlarının Hasta Güvenliği Konusundaki Durumları ve Düşünceleri**

Kurumda hasta güvenliği komitesi mevcut mu sorusuna verilen cevapta, sağlık çalışanlarının %54,5'i evet yanıtını verirken, %42,6'sının komite hakkında bilgisi olmadığını dile getirdiği görülmüştür. Araştırma gerçekleştirilen kurumun açılış tarihinden itibaren Kalite ve Hasta Güvenliği Komitesi'nin mevcut olduğu düşünüldüğünde, kurum içi haberleşme ve gerçekleştirilen çalışmalar hakkında çalışanların bilgilendirilmesi konusunda problem yaşandığı düşünülebilir. Komite hakkında bilgisi olmayan çalışan sayısının yüksek olmasına rağmen kalite çalışmalarında yer almak isteyen çalışan oranının %56,9 olduğu görülmüştür. %56,9'luk oranın iyileştirme çalışmaları, denetim faaliyetleri gibi kalite çalışmalarında aktif olarak kullanılarak mevcut insan gücünden yararlanılabilir. Balçık

Akman (42) tarafından sadece hemşireler üzerinde gerçekleştirilen hasta güvenliği kültürünün değerlendirildiği çalışmada hemşirelerin hasta güvenliği ve çalışan güvenliği komitesinin varlığını %56 oranında bildikleri görülmektedir. Bu çalışmada oranın düşük oluşu komitenin yakın zamanda oluşturulmasına bağlanmıştır. Araştırmamızla literatür bilgisi uyuşmamaktadır. Sağlık çalışanların %72,2'sinin kurumda yeterli düzeyde hasta güvenliğinin sağlandığı yönündeki düşünceleri kurumlarına olan güvenlerinin yüksek olduğu şeklinde yorumlanabilir. Gerek çalışmamızda gerekse literatürde hasta güvenliği komitesi hakkında çalışanlarda bilgi eksikliğinin bulunduğu görülmüştür. Bunun giderilmesi ve hasta güvenliği komitelerinin aktif kullanımının sağlanması amacıyla standartlarda belirlenen komite takvimleri takip edilmeli ve her komite toplantısına diğer bölümleri temsil etmesi adına yöneticiler davet edilebilir ve toplantı raporu tüm çalışanlar ile paylaşılması,

Sağlık çalışanları tıbbi hataların en fazla hemşireler tarafından yapıldığını beyan etmiştir. Türkmen (43) tarafından gerçekleştirilen sağlık çalışanlarında hasta güvenliği algısının belirlenmesi konulu çalışmada, en sık tıbbi hata gerçekleştiren meslek grubunun %51,9 ile hekimler, %20,4 hemşireler, %27,8 ise diğer çalışanlar olduğu görülmektedir. Literatür bilgileri ve çalışmamızın verileri değerlendirildiğinde sağlık çalışanlarının büyük bir çoğunluğunun hataların hekim ve hemşireler tarafından yapıldığı yönünde bir yoruma sahip olduğu düşünülebilir. En çok tıbbi hatanın hekim ve hemşireler tarafından gerçekleştirilmesi nedeniyle bu meslek grupları tarafından yazılan olay rapor formlarının ayrı bir şekilde değerlendirilerek hasta güvenliği komitesinde ayrıntılı olarak değerlendirilmesi önerilebilir.

Araştırmamızda, sağlık çalışanlarının büyük çoğunluğu tıbbi hataya neden olmadıklarını iletirken, çok düşük bir kesim hastaya ulaşan bir tıbbi hataya neden olduğunu ifade etmiştir. Araştırmanın gerçekleştirildiği kurumun kalite iyileştirme ve hasta güvenliği komite tutanakları incelendiğinde 2015 yılında toplam 1125 adet olay rapor formunun kalite koordinatörlüğüne iletildiği tespit edilmiştir. Bu nedenle tıbbi hataya neden oldum ifadesinin iletilen olay raporlarla kıyaslandığında gerçeği yansıtmadığı düşünülmektedir. Araştırmacının anket doldurulması sırasında odada bulunması ve yüz yüze iletişim halinde olması veya kişilerin kişisel çekincelerinin bulunması nedeniyle ilgili soruya gerçekçi cevap vermedikleri düşünülmektedir.



Çalışmaya katılan kişilerin yaklaşık %57'sinin daha önce çalıştıkları kurumda hasta güvenliği konusunda eğitimi almaları, hasta güvenliği komitesinin aktif bir biçimde kullanılmadığı şeklinde yorumlanabilir.

Sağlık çalışanlarının büyük çoğunluğunun son bir yıl içerisinde hiç olay rapor yazmadıkları tespit edildi. Filiz (44) tarafından gerçekleştirilen çalışmada, sağlık çalışanlarının %83,9'unun hiç olay rapor formu yazmadığı vurgulanmıştır. Gözlü (45) tarafından gerçekleştirilen bir diğer çalışmada, hemşirelerin %52,9'unun hiç olay rapor yazmadığı, 1 ila 2 olay rapor yazan hemşire oranının ise %30 olduğu görülmektedir. AHRQ (38) tarafından gerçekleştirilen 2012 Kullanıcı Karşılaştırmalı Veritabanı Raporu (user comparative database report ) isimli çalışmada sağlık çalışanlarının %55'inin hiç olay rapor formu yazmadığı görülmektedir. Hasta güvenliğinin etkili bir şekilde yürütülmesi ve olası olayların tespiti/önlenmesi için çalışanlar tarafından benimsenmiş, aktif bir olay rapor sürecinin kurumlarda uygulanması gerekmektedir. Bu nedenle kişileri olay rapor yazmaktan alıkoyan veya çekinmelerine neden olan hususlar tespit edilip gerekli çalışmalar gerçekleştirilmelidir. Genel olarak kişiler ceza, kınanma ve çalışma ortamında ifşa edilme gibi korkularının bulunması nedeniyle olay rapor sürecinde yer almamaktadır. Bu gibi çekincelerin ortadan kaldırılması ve kişilerin gönüllülük esasına dayanarak kimliklerini belli etmeden bildirim yapabilecekleri "Güvenlik Raporlama Bildirim Sistemi" Sağlık Bakanlığı tarafından yakın zamanda hayata geçirilmiştir. Olay rapor sürecinin sistemdeki problemleri ve personellerdeki eksiklikleri gün yüzüne çıkarması nedeniyle gerek sağlık kurumlarının gerekse devletlerin yönetsel kararlar vermesinde büyük önem arz etmektedir. Çalışmanın gerçekleştirildiği kurumda hasta güvenliği eğitimi kapsamında olay rapor süreci hakkında ayrıntılı bilgi verilmesine rağmen olay rapor yazmayan çalışan oranının yüksek olduğu görülmüştür. Bunun nedeni olarak olay raporların kağıt ortamında iletilmesi ve personellerin kimlik endişesinin bulunması gösterilebilir. Olay raporların aktif kullanımının sağlanması amacıyla kullanıcı dostu olan ve kişi kimliğinin belli olmadığı elektronik sistemlere tüm kurumlarda geçilmesi önerilebilir. Ayrıca kurumlarda yürütülen olay rapor süreçlerinin haricinde yakın zamanda Sağlık Bakanlığı tarafından oluşturulan güvenlik raporlama bildirim sistemine kişiler veya kalite koordinatörlükleri tarafından düzenli

veri girişinin sağlanarak ülke politikalarının belirlenmesinde aktif rol oynanması öneri olarak sunulabilir.

Sağlık çalışanlarının hasta güvenlik boyutlarını oluşturan sorulara verdikleri toplam olumlu cevaplar esas alındığında, en yüksek olumlu cevap ortalamasına sahip hasta güvenlik boyutunun %72 ile ekipler içinde takım çalışması olmuştur. Boyutu oluşturan sorular incelendiğinde, birimdeki kişilerin birbirlerine destek olduğu, çok fazla iş yapılması gerektiği durumlarda takım olarak çalışmanın benimsenerek personellerin birbirlerine yardımcı olduğu ve insanların birbirlerine karşı saygılı davrandıkları yorumları yapılabilir. Boyutlar arasında en düşük olumlu cevap ortalamasının ise, personel sağlama boyutu olmuştur. Bu boyutu oluşturan alt maddeler incelendiğinde, kurum mevcut iş yükünü idare edebilecek düzeyde yeteri kadar çalışanın bulunmadığı, çalışanların olması gerekenden daha fazla süre çalıştığı, kullanılan geçici/aracı çalışan sayısının olması gerekenden fazla olduğu ve çok fazla işin yapılması gerektiği durumlarda kalite kaybı göze alınarak kriz modunda çalışıldığı yorumları yapılabilir. Araştırmamızda elde edilen, birimdeki insanlar hasta bakımı için uygun olandan daha fazla süre çalışıyor (%68) bulgusu ile 50 saatten fazla çalışan personel oranının %74,7 oluşu çalışmamızdaki verilerin birbirleri ile tutarlı olduğunun bir göstergesidir. En düşük hasta güvenlik boyutu ortalamasının çalışan istihdamına ait olmasının sebebi çalışan sayısında yaşanan sıkıntılar olduğu aşikardır. Sağlık sektöründe süregelen nitelikli çalışan ihtiyacının tam anlamıyla karşılanamaması günümüzde de devam etmektedir. Bu gibi sorunların giderilmesi adına politika bazında yenilikler yapılarak sağlık üniversitelerine daha kapsamlı teşvikler verilmesi önerilebilir. Ayrıca hasta güvenlik anketlerinin hastanelerde daha kısa aralıklarla ve daha büyük örneklemeler üzerinde gerçekleştirilmesi, özellikle hekim ve hemşire gruplarının dışında kalan sağlığa etki eden diğer sağlık gruplarının da değerlendirmeye alınması ve bu değerlendirmeler sonucunda düzenli olarak sistemler üzerinde gerekli olan düzeltici faaliyetlerin oluşturulması yönünde önerilerde bulunulabilir.

Sözer (46) tarafından gerçekleştirilen hasta güvenliği kültürü ve ölçüm yöntemlerinin değerlendirildiği çalışmada AHRQ tarafından geliştirilen hasta güvenliği kültürü anketinin güçlü ve zayıf yönleri değerlendirilmiş ve çeşitli ülkelerde

elde edilen en yüksek ve en düşük olumlu ifade ortalamaları değerlendirilmiştir. Belçika'da Hellings (47) beş hastane ve 3,940 sağlık çalışanı üzerinde yapılan çalışmada, En düşük skor, % 35 ile Hastane yönetiminin hasta güvenliği ne olan desteği, % 36 ile Hataya karşı cezalandırıcı olmayan tutum ve yine % 36 ile Hastane içi ve dışı hasta devirleri boyutları olarak saptanmıştır. Aynı çalışmada bölümler arası takım çalışması boyutu %70 olarak ölçülmüş ve en yüksek skoru almıştır. Lübnan'da anket adapte edilerek 68 hastanede uygulanmıştır. El-Jardali F J. M. (48) ve 6,807 sağlık çalışanı üzerinde uygulanan anketten yüksek skorları, bölümler arası ekip çalışması, hastane yönetiminin hasta güvenliğine olan desteği, organizasyonel öğrenme ve sürekli iyileştirme, en düşük skorlar ise, kadrolaşma, hataya karşı cezalandırıcı olmayan tutum olarak raporlanmıştır.

Filiz (44) tarafından gerçekleştirilen bir diğer çalışmada, en yüksek ortalamaya ait hasta güvenlik boyutunun %71 ile ekipler içinde takım çalışması boyutuna ait olduğu görülürken çalışmamızla tutarlı bir sonuç elde edildiği görülmektedir. En düşük ortalamalara sahip boyutların ise, %15 hataların raporlanma sıklığı, %19 hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt ve %38 ile personel sağlama boyutuna ait olduğu görülmektedir. Çalışmamızın akredite edilmiş bir kurumda gerçekleştirilmiş olması ve hasta güvenliği konusunda gerçekleştirilen eğitimler bir sistem halinde verilmesi nedeniyle literatürden farklı bir bulgunun elde edildiği düşünülmektedir.

Araştırmada sağlık çalışanlarının çalıştıkları birimleri hasta güvenliği açısından değerlendirmelerine bakıldığında %12'si mükemmel, %38'inin çok iyi, %46'sının ise makul şeklinde tanımlanmıştır. Hasta güvenlik derecesinin genel anlamda yüksek olması ile araştırmamızda elde edilen %72,2 oranında kişinin kurumda hasta güvenliğinin yeterli oranda sağlandığı bulgusunun tutarlı olduğu ve hasta güvenliği açısından birimlerine güvenen kişilerin hasta güvenliği konusunda kurumlarına duydukları güvenleri de etkiledikleri yönünde yorum yapılabilir.

Tansüyer (41) tarafından gerçekleştirilen çalışmada, kişiler hasta güvenlik derecesi açısından kurumlarını %17,3 oranında mükemmel, %17,9 oranında çok iyi, %59,3 oranında kabul edilebilir şeklinde tanımlamıştır. Filiz'in (44) gerçekleştirmiş olduğu çalışmada ise hasta güvenlik dereceleri,%8,4 oranında mükemmel, %32 oranında çok iyi ve %46 oranında kabul edilebilir şeklinde tanımlanmıştır. Hasta

güvenlik dereceleri literatür ile kıyaslandığında benzer sonuçların elde edildiği ve kişilerin çalıştıkları alanlara güvendikleri yönünde yorum yapılabilir.

Tüm bulgular ve edinilen sonuçlar göstermektedir ki, sağlık hizmetlerinde hasta güvenliği gün geçtikçe önemini arttırmakta ve her daim özellikle yoğunlaşılması gereken büyük bir öneme sahiptir. Sağlık politikaları ve bireyler için bu kadar kritik öneme sahip olan “Hasta Güvenliği” kavramı için yüksek lisans programı açılması önerilebilir. Sağlıkla ilgili olan tüm fakülteleri ilgilendiren büyük bir konunun, ülke politikalarına getireceği pozitif etki, açılacak olan yüksek lisans programlarıyla desteklenebilir.

### **Hasta Güvenliği Algısı ve Çalışanların Özellikleri Arasındaki İlişki**

#### **Hekimlerin/Asistan Hekimlerin Değerlendirilmesi**

Literatür bilgisi araştırıldığında, hastane güvenlik kültürü çalışmalarının hemşireler üzerinde gerçekleştirildiği görülmüştür. Hekimlere ulaşmanın zor olması veya anket doldurma konusunda isteksiz olmaları nedeniyle araştırmacıların hekimleri çalışma dışında bıraktıkları düşünülmektedir. Bu nedenle yalnızca araştırmamızda elde edilen veriler tartışılacaktır.

Yalnızca hatalar hakkında iletişim ve geri bildirim alt boyutu ortalamaları ile meslekte toplam çalışma yılları arasında anlamlı bir farkın olması, hekim ve asistan hekimlerin meslek tecrübeleri arttıkça, olay rapor süreçlerine duydukları farkındalığın ve iletişimin arttığı yönünde yorumlanabilir. Hasta güvenlik kültürü boyutları ile hekimlerin/asistan hekimlerin haftalık çalışma saatleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmaması, haftalık çalışma saatlerinin güvenlik boyutları hakkındaki düşünceler üzerinde etkili olmadığı söylenebilir. Hasta güvenliğinin kapsamlı algılanması ve hastanede devirler ve nakillerin boyutlarının kurumda toplam çalışma yıllarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermesi, hekimlerin bu konulardaki algılarının kurumdaki çalışma yılları ile ilişkili olabileceğine işaret etmektedir. Yalnızca örgütsel öğrenme - sürekli iyileştirme alt boyutu ile kurumsal oryantasyon eğitimi alma durumları arasında anlamlı farklılık olması ise kurumsal

oryantasyon eğitimi alan çalışan oranının oldukça yüksek olması nedeniyle kişilerin boyut hakkındaki düşüncelerinin etkilenmesi olasılığı ile açıklanabilir.

### **Hemşirelerin Değerlendirilmesi**

Araştırmada, hasta güvenlik boyutları ile hemşirelerin eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Türk'ün (49) ameliyathane hemşirelerinin hasta güvenliği algılarını ölçtüğü çalışmada da güvenlik boyutları ile meslek grupları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Balçık Akman (42) tarafından gerçekleştirilen hemşirelerin hasta güvenliği algılarının ölçüldüğü bir başka çalışmada, yalnızca güvenliğin kapsamlı algılanması boyutunda anlamlı derecede farklılık olduğu görülmüştür. Karaboğa Gündoğdu (50) tarafından gerçekleştirilen araştırmada özel hastanede çalışan hemşirelerin hasta güvenliği ve eğitim düzeyleri karşılaştırıldığında hataların raporlanma sıklığı ve yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri arasında anlamlı bir ilişkinin bulunduğu görülmüştür.

Hemşirelerin meslekte toplam çalışma yılları ile hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği ve hatalar hakkında iletişim ve geri bildirim boyutları arasında anlamlı bir farklılık olması, meslekte çalışma yıllarının bu iki boyut açısından önemli olabileceğinin düşündürmektedir. Balçık Akman'ın (42) çalışmasında, güvenliğin kapsamlı algılanması ve takım çalışması boyutlarının meslekte toplam çalışma yılları değerlendirmesinde anlamlı düzeyde farklılık bulunmuştur. Karaboğa Gündoğdu'nun (50) özel hastanede çalışan hemşirelerin meslekte toplam çalışma yılları ile hasta güvenlik boyutları analiz edildiğinde, hastane üniteleri arasında ekip çalışması, hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği boyutları arasında anlamlı düzeyde ilişkinin olduğu bulunmuştur.

Hastane birimleri arası ekip çalışması boyutu ile haftalık çalışma saatleri arasında anlamlı düzeyde fark bulunması kişilerin haftalık çalışma saatlerinin birimler arası ekip çalışmasını etkilediği şeklinde açıklanabilir. Haftalık çalışma saatlerindeki artış ve düşüşler kişilerin ekip çalışmasını benimsemede olumlu veya olumsuz etkilere neden olabilir. Haftalık çalışma saati ile personelin birimler arası ekip çalışması algıları arasında ilişki olduğu şeklinde yorumlanabilir. Karaboğa Gündoğdu'nun (50)

çalışmasında ise boyutlar ile haftalık çalışma saatleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Ekipler içinde takım çalışması boyutu ile kurumdaki toplam çalışma yılları arasında anlamlı bir fark bulunması, kişilerin kurumda geçirmiş olduğu tecrübelerin ekipler içinde takım çalışması boyutunu etkilediği şeklinde açıklanabilir. Kişilerin kurumdaki kazanmış oldukları tecrübelerdeki artışın, takım çalışması boyutunu olumlu düzeyde etkilemesi beklenmektedir. Araştırma gerçekleştirilen kurumun yeni bir kurum olması ve soru şıklarının kuruma göre revize edilmesi nedeniyle literatür ile karşılaştırma yapılamamıştır.

İşe başlarken kurumsal oryantasyon eğitimi alma durumları ile hasta güvenlik boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı görülmüştür. Balçık Akman'ın (42) çalışmasında, kurumsal oryantasyon eğitimi alma durumları ile güvenliğin kapsamlı algılanması, hata değerlendirmesi, hastane yönetimi desteği ve hata raporlama boyutları arasında anlamlı düzeyde bir farklılık olduğu görülmüştür. Araştırmamızda literatürden farklı sonuç elde edilmesinin nedeni olarak, kurumsal oryantasyon eğitimi alan personel sayısının çok yüksek oluşu düşünülmektedir.

Hemşirelerin mesleklerini isteyerek seçme durumları ile hasta güvenlik boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı görülmüştür. Balçık Akman'ın (42) çalışmasında ise mesleklerini isteyerek seçme durumu ile birçok güvenlik boyutu arasında anlamlı ilişki olduğu görülmüştür. Güvenliğin kapsamlı algılanması, örgütsel öğrenme, takım çalışması, hata değerlendirmesi, hastane yönetimi desteği ve birimler arası ilişki boyutlarında anlamlı ilişki olduğu ifade edilmiştir. Literatürle uyuşmayan bu sonucun nedeni, araştırmamızı gerçekleştirdiğimiz kurumdaki personellerin mesleklerini isteyerek seçme oranlarının oldukça yüksek oluşu düşünülmektedir.

### **Hasta Hizmetleri Çalışanlarının Değerlendirilmesi**

Hasta güvenliği kültürü konusunda literatür araştırması yapıldığında hasta hizmetleri çalışanlarına yönelik bir araştırma yapılmadığı görülmüştür. Hastalarla birebir temas içerisinde olan ve hasta kaydının açılmasından taburculuk sürecine kadar

bütün süreçlerde etkin bir şekilde yer alan hasta hizmetleri çalışanlarının sağlık sektöründeki yeri büyük önem arz etmektedir.

Hasta hizmetleri çalışanlarının yönetici beklentileri ve hasta güvenliği geliştirme faaliyetleri, personel sağlama ve hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt açısından eğitim düzeyleri itibariyle istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olması, eğitim düzeyi yükseldikçe hasta güvenliği konularında daha bilinçli olmaları ile açıklanabilir. Yönetici ve hasta hizmetleri güvenliği geliştirme faaliyetleri ile işe başlarken kurumsal oryantasyon eğitimi alma durumları arasında anlamlı bir farklılık olması, araştırmada kurumsal oryantasyon eğitimi alan kişilerin yüzdesinin yüksek olması ile açıklanabilir.

Araştırmamızda olasılıksız örneklem yöntemi kullanılması nedeniyle araştırmanın bulguları yanlı olabilir. Bu nedenle gelecekte gerçekleştirilecek araştırmaların olasılıklı örneklem yöntemi ile gerçekleştirilmesi önerilir.

## 8-KAYNAKLAR

- 1-Schyve,P.M.;''The evolution of external quality evaluation:observations from the Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations'',International journal for Quality in Health Care'',Volume 12,Number 3,pp.255-258, 2000.
- 2-Katzfey,R.P.;''JCAHO's Shared Visions-New Pathways:The New Hospital Survey and Accreditation Process for 2004 From'' American Journal of Health-System Pharmacy61(13),pp.1358-1364,2004.
- 3-Ostenberg,V.P.;Akreditasyon Felsefesi:Joint Commission International'' Akreditasyon Aracılığıyla Mükemmellik''(Akreditasyonla Mükemmellik)Eğitim Semineri,ss 15-21,Antalya,17 Kasım 2005.
- 4-Sur H,Palteki T.Hastane Yönetimi,sayfa 454,Nobel Tıp Kitabevleri,İstanbul,2013.
- 5- Ostenberg,P.V.;''Dış Kalite Değerlendirme Sistemi olarak Akreditasyon'' Akreditasyon aracılığıyla Mükemmellik(Akreditasyonla Mükemmellik) Eğitim Semineri, ss.13-14,Antalya ,17 Kasım 2005.
- 6- Sur H,Palteki T.Hastane Yönetimi,sayfa 454,Nobel Tıp Kitabevleri,İstanbul,2013.
- 7-Shaw,C.D.;''Developing the accreditation system, Developing hospital accreditation in Europe'', Division of Country Support WHO Regional Office for Europe December 2004,World Health Organization,pp.32-42,2006.
- 8-Timmons,K.;''Health Care Accreditation System Key Elements'', Erişim Tarihi: Ekim 2004,[http://www.akreditasyon2004.org/pdf/Karen Timmons.pdf](http://www.akreditasyon2004.org/pdf/Karen%20Timmons.pdf),p.14,2004.
- 9-Akyurt,N.;''Hastanelerde Akreditasyon Standartları:İstanbul'daki Özel Hastanelerin Radyoloji Yöneticilerinin Standartları Ne Ölçüde Yerine Getirildiği Konusundaki Görüşlerine İlişkin Bir Araştırma'', Danışman:Prof.Dr.İşıl Pekdemir, İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimleri Enstitüsü, İşletme Yönetimi ve Organizasyon Bilim Dalı,2007.



- 10-Hurst,K.;''The nature and valua of small and commity hospital accreditation'',International Journal of Health Care Quality Assurance,10:(3):1997,pp.94-106,1997.
- 11-Roa,D.V.,Rooney,A.;''Improving Health Services Delivery with Accreditation,Licensure,and Certification''QA Brief 8(2), pp.4-11,1999.
- 12-Roberts,J.S.,Coale,J.G.,Redman,RR;''A History of the Joint Commission on Accreditation of Hospitals'2, J Am Med Assoc.;Aug 21, '258(7),pp.936-940,1987.
- 13-Scrivens,E.'''Recent Developments In Accreditation, Int J Qual Health Care ''7(4),pp.427-433,1995.
- 14-Gray,C.'''Canadian Council on Hospital Accreditation:Worth Watcing'',Can Med Assoc J.,128(5),March,pp.565-567,1983.
- 15- Sur H,Palteki T.Hastane Yönetimi,sayfa 455-456,Nobel Tıp Kitabevleri,İstanbul,2013.
- 16-Poletti,J.L.,Williamson,B.D.,Mitchell,A. W.;''Mammography in New Zealand:Radiation dose and image quality'',Australasi Phys.Eng.Sci.Med.,14,pp-97-102,1991.
- 17- Sur H,Palteki T,Hastane Yönetimi,sayfa 466,Nobel Tıp Kitabevleri,İstanbul,2013.
- 18-Joint Commission İnternational Hastaneler için Akreditasyon Standartları,5.edisyon, sayfa 3-4,yürürlük tarihi:1 Nisan 2014.
- 19-Yıldızcan G.;''Hastaneler Ulusal Akreditasyona Hazırlanıyor''Hastane Dergisi,Eylül-Ekim,Sayı36,ss.28-33,2005.
- 20-Sağlıkta Kalite Standartları, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, Versiyon-5; Revizyon-01,Ankara,sayfa 10-13,2016.
- 21- Agency for Healthcare Research and Quality. AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture: User's Guide. Rockville: Westat,2016.

22-İlan,R.,Fowler,R.;’’Brief History of Patient Safety Culture and Science,Journal of Critical Care’’,20,pp.2-5,2005.

23- Fisun Sayek TTB Raporları/Kitapları,’’Hasta Güvenliği:Türkiye ve Dünya’’, Birinci Baskı, Ekim 2011, Ankara Türk Tabipleri Birliği Yayınları,sayfa 62,2010.

24-Güleç,S.ve Gökmen H.;’’Bir İşletme Olarak Hastanelerde Risk Yönetimi ve Hasta Güvenliği’’,Ed.Kırılmaz,H.,Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı,Cilt:2,19-21 Mart 2009,Antalya,ss.174-175,2009.

25- Fisun Sayek TTB Raporları/Kitapları,’’Hasta Güvenliği:Türkiye ve Dünya’’, Birinci Baskı, Ekim 2011, Ankara Türk Tabipleri Birliği Yayınları,sayfa 18,2010.

26- Sur H,Palteki T.Hastane Yönetimi,sayfa 512,Nobel Tıp Kitabevleri,İstanbul,2013.

27- Fisun Sayek TTB Raporları/Kitapları,’’Hasta Güvenliği:Türkiye ve Dünya’’, Birinci Baskı, Ekim 2011, Ankara Türk Tabipleri Birliği Yayınları,sayfa 68,- 69,2010.

28- Joint Commission İnternational Hastaneler için Akreditasyon Standartları,5.edisyon, sayfa 24-30,yürürlük tarihi:1 Nisan 2014.

29-Akalın HE.;’’Medikasyon Hataları’’,ANKEM Dergisi,18(Ek 2),ss.10-11,2004.

30-Altındış M.; ‘’Hasta Güvenliği ve Komplikasyonlar’’, Medipolitan Eğitim ve Sağlık Vakfı Yayınları, İstanbul ss. 68-73,2014.

31- Fisun Sayek TTB Raporları/Kitapları,’’Hasta Güvenliği:Türkiye ve Dünya’’, Birinci Baskı, Ekim 2011, Ankara Türk Tabipleri Birliği Yayınları,sayfa 84,- 85,2010.

32- Sağlıkta Kalite Standartları, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, Versiyon-5; Revizyon-01,Ankara,sayfa 409,2016.

33- Akalın E.; ‘’Hasta Güvenliği: Değişen Paradigma’’, Medipolitan Eğitim ve Sağlık Vakfı Yayınları, İstanbul ss. 66-67,2014.

- 34-AHRQ . Hospital Survey On Patient Safety Culture. Erişim Tarihi: 16.06. 2016, <http://www.ahrq.gov/qual/patientsafetyculture/hospscanform.pdf>. U.S.2004.
- 35- Filiz E. Hastanede Hasta Güvenliği Kùltürü Algılamasının ve Sağlık alışanları ile Toplumun Hasta Güvenliği Hakkındaki Tutumunun Belirlenmesi. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Konya,2009.
- 36-Bodur S., Filiz E. Hasta Güvenliği Kùltürü Hastane Anketi. Sağlık Hizmetlerinde Kalite, Akreditasyon ve Hasta Güvenliği Dergisi, Yıl:1, Sayı:1, s.12-14,2009.
- 37-AHRQ. Surveys on Patient Safety Culture. Safety Culture Dimensions and Reliabilities. Erişim Tarihi: 16.06.2016, <http://www.ahrq.gov/qual/patientsafetyculture/hospdim.htm>.
- 38- AHRQ, Hospital Survey On Patient Safety Culture, User Comparative Database Report,Erişim Tarihi:16.06.2016,<http://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/2012/hospSurv121.pdf>. U.S., 2012
- 39-Aydın Ő,Bir Üniversite Hastanesinde Görev Yapan Hekim ve Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kùltürüne İlişkin Algılamaları.C.Ü.Sağlık Bilimleri Enstitüsü,Yüksek Lisans Tezi,s.43,Sivas,2010.
- 40-Önler E,Ameliyathane alışanlarının Hasta Güvenliğine İlişkin Tutumlarının Değerlendirilmesi,İ.Ü.Sağlık Bilimleri Enstitüsü,Doktora Tezi,s.56,İstanbul,2010.
- 41-Tansuyer T.Hasta Güvenliği ve Tıbbi Hatalar Konusunda Sağlık Personelinin Görüşlerini Belirlemeye Yönelik Bir Alan Araştırması,G.Ü.Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi,s.82,Ankara,2010.
- 42-Balçık Akman A.Hasta Güvenliği Kùltürü ve Bir Üniversite Hastanesinde alışan Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kùltürü ile İlgili Algılarını Etkileyen Faktörlerin Deđerlendirilmesine Yönelik Bir Araştırma,İ.Ü.Sosyal Bilimler Enstitüsü,Yüksek Lisans Tezi,s.89-92,95,İstanbul,2010.

- 43-Türkmen T.Sağlık Çalışanlarında Hasta Güvenliği Algısının Belirlenmesi,B.Ü.Sosyal Bilimler Enstitüsü,Yüksek Lisans Tezi,s.56-57,İstanbul,2015
- 44-Filiz E.Hastanede Hasta Güvenliği Kültürü Algılamasının ve Sağlık Çalışanlarıile Toplumun Hasta Güvenliği Hakkındaki Tutumunun Belirlenmesi,S.Ü.Sağlık Bilimleri Enstitüsü,s.53-60,Konya,2009.
- 45-Gözlü K.Akreditasyon Belgesine Sahip Bir Hastanede Hasta Güvenliği Kültürünün Değerlendirilmesi,H.Ü.Sağlık Bilimleri Enstitüsü,Yüksek Lisans Tezi,s.113-114,Ankara,2011.
- 46-Sözer E.Hasta Güvenliği Kültürü ve Ölçüm Yöntemleri,D.E.Ü.Sosyal Bilimler Enstitüsü,Yüksek Lisans Tezi,s.64-65,İzmir,2012.
- 47-Hellings, J.S. Challenging patient safety culture survey results, . İntl. Jurnal Healthcare Quality Assurance: 620-32,2007.
- 48-El-Jardali, F. The current state of patient safety culture in Lebanese hospitals: a study at baseline. Int J Qual Health Care: 386 – 95,2010.
- 49-Türk S.Ameliyathane Hemşirelerinin Hasta Güvenliğine İlişkin Tutumları,İ.M.Ü.Sağlık Bilimleri Enstitüsü,Yüksek Lisans Tezi,s.32-38,İstanbul,2015.
- 50-Karaboğa Gündoğdu S.Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürü Algılamasının Belirlenmesi,H.Ü.Sağlık Bilimleri Enstitüsü,s.73,103,115-120,İstanbul,2010.

## 9-EKLER

### Ek – 1 Hasta Güvenliği Anket Formu ve Sağlık Çalışanlarının Kişisel Bilgilerini, Çalışma Yaşamını ve Tıbbi Hatalara Yönelik Görüşlerini İçeren Anket Formu

#### HASTA GÜVENLİĞİ ANKETİ

Talimatlar	
<p><i>Bu ankette hastanenizdeki sağlık çalışanlarının "Hasta Güvenliği Kültürü" konusundaki düşüncelerini belirlemek amaçlanmıştır. Anketin ilk bölümünde, hastanenizdeki hasta güvenliği sorunları, tıbbi hata ve olay raporlama ile ilgili fikirlerinizi belirtmeniz istenmektedir. İkinci bölümünde ise (H Bölümü), kişisel bilgilerinizi, çalışma yaşamınıza dair bilgileri ve tıbbi hatalara yönelik düşüncelerinizi paylaşmanız istenmektedir. Anketi tamamlamanız yaklaşık 10-15 dakika olacaktır.</i></p> <p><i>Ankete sağladığınız destek için teşekkür ederiz.</i></p>	
<p>⟨ "Olay (Vaka)" hastaya zarar verip vermemesine bakılmaksızın her türlü yanlış, hata, durum, kaza veya sapma anlamına gelmektedir.</p>	
<p>⟨ "Hasta Güvenliği" hasta yaralanmalarından ve sağlık hizmeti verilirken ortaya çıkan olumsuz etkilerden kaçınmak ve bunları önlemek anlamına gelmektedir.</p>	
A BÖLÜMÜ: Çalışma Alanınız/Biriminiz	
<p><i>Bu ankette "birim" ifadesini çalışma saatlerinizin çoğunu geçirdiğiniz veya klinik hizmetlerinizin çoğunu yerine getirdiğiniz çalışma alanı, departman veya hastanenin klinik bölümü olarak düşünebilirsiniz.</i></p>	
<p><i>Hastane içerisindeki birincil çalışma alanınız veya biriminiz neresidir? BİR seçeneği işaretleyin.</i></p>	
<input type="checkbox"/> a. Poliklinik	<input type="checkbox"/> h. Nükleer Tıp
<input type="checkbox"/> b. Klinik	<input type="checkbox"/> i. Radyasyon Onkolojisi
<input type="checkbox"/> c. Yoğun bakım ünitesi	<input type="checkbox"/> j. Laboratuvar
<input type="checkbox"/> d. Acil Servis	<input type="checkbox"/> k. Radyoloji
<input type="checkbox"/> e. Ameliyathane	<input type="checkbox"/> l. Katater Laboratuvarı
<input type="checkbox"/> f. Eczane	<input type="checkbox"/> m. Anestezi
<input type="checkbox"/> g. Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Ünitesi	<input type="checkbox"/> n. Diğer, lütfen belirtiniz.

Lütfen çalışma alanınız/biriminiz ile ilgili aşağıdaki konulara katılıp katılmadığınızı belirtiniz.

Hastane çalışma alanı/biriminiz hakkında düşündüğünüzde...	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne katılıyorum ne de katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. Bu birimdeki insanlar birbirlerine destek oluyor.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. İş yükünüzü idare edebilecek kadar yeterli çalışmanız var.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Çok fazla işin hızla yapılması gerektiği durumlarda işi halletmek için takım olarak çalışıyoruz.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Bu birimde insanlar birbirine saygılı davranıyor.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. Bu birimdeki personel hasta bakımı için uygun olandan daha fazla süre çalışmaktadır.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. Hasta güvenliğini geliştirmek için aktif çaba harcıyoruz .	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7. Hasta bakımı için uygun olandan daha fazla aracı/geçici çalışan kullanıyoruz.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8. Çalışan hatalarının yüzüne vurulduğunu hissediyor.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9. Burada hatalar olumlu değişikliklere neden oluyor.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10. Etrafta daha ciddi hataların olmaması tamamen şansa kalmış.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11. Bu birimdeki bir alan çok kalabalık olduğunda diğerleri yardımcı olur.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
12. Bir olay bildirildiğinde sorunlar değil de kişiler rapor edilmiş gibi görünür.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
13. Hasta güvenliğini artırma konusunda değişiklik yaptıktan sonra bunların verimliliğini değerlendiririz.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
14. Daha çok işi daha hızlı yapmaya çalışmak için "kriz modunda" çalışırız.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
15. Asla daha fazla iş yapmak için hasta güvenliğinden taviz verilmez.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
16. Personel, yaptığı hataların özlük dosyasında tutulmasından endişe ediyor	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
17. Bu birimde hasta güvenliği sorunlarımız var.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
18. Prosedürlerimiz ve sistemlerimiz hataların meydana gelmesini önlemek açısından etkili.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

B BÖLÜMÜ: Yöneticiniz					
Lütfen ilk şefiniz/yöneticiniz veya doğrudan bildirimde bulunduğunuz kişi ile ilgili aşağıdaki konulara katılıp katılmadığınızı belirtiniz.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne katılıyorum ne de katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. Yöneticim, bir işin belirtilen hasta güvenlik prosedürlerine uygun olarak yapıldığını gördüğünde iyi sözler söyler.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Yöneticim, hasta güvenliğini geliştirmek için çalışandan gelen önerileri ciddiyle değerlendirir.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Baskı oluştuğunda yöneticim kısa yolları kullanmak gerekse bile bizden daha hızlı çalışmamızı ister.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Yöneticim, tekrar tekrar yaşanan hasta güvenliği sorunlarını görmezden gelir.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
C BÖLÜMÜ: İletişim					
Aşağıda belirtilenler çalışma alanınızda/biriminizde ne sıklıkla meydana geliyor?					
Hastane çalışma alanı/biriminiz hakkında düşündüğünüzde...	Asla	Nadiren	Bazen	Çoğu Zaman	Her zaman
1. Olay raporlarına göre uygulamaya konan değişiklikler ile ilgili geri bildirim alıyoruz.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Hasta bakımını olumsuz yönde etkileyen bir şey gördüğünde personel bunu rahatlıkla söyleyebiliyor.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Bu birimde yaşanan hatalar hakkında bilgilendiriliyoruz.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Çalışan kendisinden daha yetkili kişilerin kararlarını ve eylemlerini sorgulama konusunda kendini özgür hissediyor.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. Bu birimde hataların yeniden yaşanmasını önleyecek yolları tartışıyoruz.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. Bir şeyler doğru gitmiyor gibi görüldüğünde çalışan bu konu hakkında soru sormaya çekiniyor.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
D BÖLÜMÜ: Olay Raporlama Sıklığı					
Hastanedeki çalışma alanınızda/biriminizde aşağıdaki hatalar meydana geldiğinde ne sıklıkla rapor ediliyorlar?	Asla	Nadiren	Bazen	Çoğu Zaman	Her zaman
1. Bir hata yapıldı ama hastayı etkilemeden önce fark edildi ve düzeltildi. Bu durum ne sıklıkla raporlanır?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Bir hata yapıldı ama hastaya zarar verme ihtimali yok. Bu durum ne sıklıkla raporlanır?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Hastaya zarar verebilecek bir hata yapıldı ama hasta zarar görmedi. Bu durum ne sıklıkla raporlanır?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

E BÖLÜMÜ: Hasta Güvenliği Derecesi					
Lütfen hasta güvenliği ile ilgili olarak bu hastanedeki çalışma alanınız/biriminizi genel olarak değerlendirin.					
<input type="checkbox"/> A Mükemmel		<input type="checkbox"/> B Çok İyi		<input type="checkbox"/> C Makul	
				<input type="checkbox"/> D Kötü	
				<input type="checkbox"/> E Zayıf	
F BÖLÜMÜ: Hastanemiz					
Lütfen hastanemiz ile ilgili aşağıdaki konulara katılıp katılmadığınızı belirtiniz.					
Hastanemiz hakkında düşündüğünüzde	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne katılıyorum ne de katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. Hastane yönetimi, hasta güvenliğini geliştirecek bir çalışma ortamı sunuyor	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Hastanedeki birimler birbirleri ile koordineli bir şekilde çalışmıyor.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Hastanın bir birimden diğerine transferi sırasında yapılması gereken teslim edilme kuralları uygulanmıyor.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Hastanede birlikte çalışması gereken birimler arasında iyi bir iş birliği bulunmaktadır.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. Vardiya değişimi sırasında önemli hasta bakım bilgileri sık sık kayboluyor.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. Diğer hastane birimlerindeki personel ile çalışmak genelde rahatsızlık veriyor.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7. Hastane birimleri arasında bilgi alışverişi yapılırken genelde sorun çıkıyor.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8. Hastane yönetiminin eylemleri, hastaların güvenliğinin en yüksek önceliğe sahip olduğunu gösteriyor.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9. Hastane yönetimi, sadece olumsuz etki yaratacak bir olay meydana geldikten sonra hasta güvenliği ile ilgileniyormuş gibi görünüyor.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10. Hastanedeki birimler hastalara en iyi bakımı sağlamak için birlikte iyi çalışıyor.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11. Vardiya değişimleri hastanedeki hastalar açısından sorun teşkil ediyor.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

G BÖLÜMÜ: Raporlanan Olay Sayısı	
Son 12 ay içerisinde kaç adet olay rapor formu doldurdunuz ve teslim ettiniz?	
<input type="checkbox"/> a. Olay raporu yok	<input type="checkbox"/> d. 6 ila 10 vaka raporu
<input type="checkbox"/> b. 1 ila 2 vaka raporu	<input type="checkbox"/> e. 11 ila 20 vaka raporu
<input type="checkbox"/> c. 3 ila 5 vaka raporu	<input type="checkbox"/> f. 21 vaka raporu veya daha fazla
H BÖLÜMÜ: Sağlık Çalışanlarının Kişisel Bilgilerini, Çalışma Yaşamını ve Tıbbi Hatalara Yönelik Görüşlerini İçeren Anket Formu	
1. Yaşınız:	
2. Cinsiyetiniz:	
<input type="checkbox"/> Erkek <input type="checkbox"/> Kadın	
3. Hizmet verdiğiniz meslek grubunuz?	
<input type="checkbox"/> Hekim <input type="checkbox"/> Asistan Hekim <input type="checkbox"/> Hemşire (Sağlık Memuru, Ebe, ATT) <input type="checkbox"/> Eczacı <input type="checkbox"/> Diyetisyen <input type="checkbox"/> Fizyoterapist, Ergoterapist, Solunum ve Konuşma Terapist <input type="checkbox"/> Tekniker/Teknisyen (Laboratuvar, Radyoloji, Anestezi) <input type="checkbox"/> Hasta Hizmetleri <input type="checkbox"/> Yönetici <input type="checkbox"/> Yardımcı Sağlık Personeli <input type="checkbox"/> Temizlik Personeli <input type="checkbox"/> Diğer (.....)	
4. Eğitim durumunuz:	
<input type="checkbox"/> Lise <input type="checkbox"/> Ön Lisans <input type="checkbox"/> Lisans <input type="checkbox"/> Yüksek Lisans <input type="checkbox"/> Doktora	
5. Medeni durumunuz:	
<input type="checkbox"/> Hiç evlenmedi <input type="checkbox"/> Evli <input type="checkbox"/> Evli, ayrı yaşıyor <input type="checkbox"/> Eşi vefat etti <input type="checkbox"/> Boşandı	
6. Şu anda çalıştığınız alanda/birimde çalışma süreniz:	
<input type="checkbox"/> 6 aydan az <input type="checkbox"/> 6 ay - 1 yıl arası <input type="checkbox"/> 1 - 2 yıl arası <input type="checkbox"/> 2 - 3 yıl arası <input type="checkbox"/> 3 yıl veya daha fazla	
7. Kurumda toplam çalışma yılınız:	
<input type="checkbox"/> 6 aydan az <input type="checkbox"/> 6 ay - 1 yıl arası <input type="checkbox"/> 1 - 2 yıl arası <input type="checkbox"/> 2 - 3 yıl arası <input type="checkbox"/> 3 yıl veya daha fazla	
8. Meslekte toplam çalışma yılınız:	
<input type="checkbox"/> 1 yıldan az <input type="checkbox"/> 1 - 5 yıl arası <input type="checkbox"/> 6 - 10 yıl arası <input type="checkbox"/> 11 - 15 yıl arası <input type="checkbox"/> 16 - 20 yıl arası <input type="checkbox"/> 21 yıl veya daha fazla	
9. İşe başlarken kurumsal oryantasyon eğitimi alma durumunuz:	
<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	

10. Çalışma saatleriniz:
<input type="checkbox"/> Gündüz <input type="checkbox"/> Gece vardiyası
11. Haftada kaç saat çalışıyorsunuz:
<input type="checkbox"/> 40 saati geçmiyor <input type="checkbox"/> 40 - 49 saat arası <input type="checkbox"/> 50 saatten fazla
12. Hasta güvenliği konusunda daha önce çalıştığınız kurumlarda eğitim aldınız mı?
<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
13. Daha önce çalıştığınız kurumlarda hasta güvenliği ile ilgili bir komitede yer aldınız mı?
<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
14. Kurumunuzda "Hasta Güvenliği Komitesi" mevcut mu?
<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Bilgim yok
15. Kurumunuzda yürütülen kalite çalışmalarında (Komite toplantıları, denetimler, iyileştirme çalışmaları vs.) aktif olarak yer almak ister misiniz?
<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
16. Mesleğinizi isteyerek mi seçtiniz?
<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
17. Yaptığınız işten memnun musunuz?
<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
18. Toplam hane geliriniz düşünüldüğünde ekonomik düzeyinizden duyduğunuz memnuniyeti nasıl tanımlarsınız?
<input type="checkbox"/> Çok memnunum <input type="checkbox"/> Memnunum <input type="checkbox"/> Ne memnunum ne de değilim <input type="checkbox"/> Memnun değilim <input type="checkbox"/> Hiç memnun değilim
19. Yaşamdan duyduğunuz memnuniyet düzeyinizi nasıl tanımlarsınız?
<input type="checkbox"/> Çok memnunum <input type="checkbox"/> Memnunum <input type="checkbox"/> Ne memnunum ne de değilim <input type="checkbox"/> Memnun değilim <input type="checkbox"/> Hiç memnun değilim
20. Kurumunuzda hasta güvenliğinin yeterli oranda sağlandığını düşünüyor musunuz?
<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır

<b>21. Sizde tıbbi hatalar <u>en çok</u> hangi meslek grubu tarafından yapılıyor?</b>
<input type="checkbox"/> Hekim <input type="checkbox"/> Hemşire <input type="checkbox"/> Diğer (.....)
<b>22. Çalışma yaşamınız boyunca tıbbi hata gerçekleştirdiğinizi düşünüyor musunuz?</b>
<input type="checkbox"/> Hayır, hiç tıbbi hataya neden olmadım. <input type="checkbox"/> Tıbbi hataya neden oldum ancak hata hastaya ulaşmadan önlemlendi. <input type="checkbox"/> Tıbbi hataya neden oldum ve hata hastaya ulaştı.
<b>23. Sizde tıbbi hataların meydana gelmesindeki <u>en önemli</u> sebep nedir?</b>
<input type="checkbox"/> Personelin sayı olarak yetersiz oluşu <input type="checkbox"/> Uzun çalışma saatleri <input type="checkbox"/> İletişim bozuklukları <input type="checkbox"/> Ekip çalışmasının benimsenmemesi <input type="checkbox"/> Kurumun büyük ve karmaşık bir yapıya sahip olması <input type="checkbox"/> Hastalara yeterince vakit ayrılmaması <input type="checkbox"/> Mesleki eğitim düzeyinin yetersiz olması <input type="checkbox"/> Teknolojik imkanların yetersiz olması <input type="checkbox"/> Hastane bilgi yönetim sisteminin yetersiz olması <input type="checkbox"/> Denetim eksikliği <input type="checkbox"/> Diğer (.....)
<b>I BÖLÜMÜ: Yorumunuz</b>
<i>Lütfen hastanenizdeki hasta güvenliği, hata veya vaka raporlama konuları hakkındaki yorumlarınızı belirtiniz.</i>
<b>ANKETİ DOLDURDUĞUNUZ İÇİN TEŞEKKÜR EDERİZ.</b>



## 10-ETİK KURUL ONAYI

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

<b>BAŞVURU BİLGİLERİ</b>	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Akreditasyon Belgesine Sahip Özel Bir Üniversite Hastanesinde Sağlık Çalışanlarının Bakış Açısıyla Hasta Güvenliği Kültürünün Değerlendirilmesi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Harun Gülay			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI				
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

**İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU**

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI	23.02.2016		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	23.02.2016		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
Karar Bilgileri	Karar No: 126	Tarih: 24/02/2016		
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna "oybirliği" ile karar verilmiştir.			

**İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**

BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Şeref DEMİRAYAK	Eczacılık	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK	Farmakoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Sibel DOĞAN	Psiko-onkoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Devrim TARAKCI	Ergoterapi	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. İlkur KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Öğr. Gör. Dr. Mehmet Hikmet ÜÇİŞİK	Biyoteknoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

\* Toplantıda Bulunma