



**T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HEMŞİRELİK ANABİLİMDALI
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**PEDİATRİ SERVİSLERİNDE ÇALIŞAN SAĞLIK ÇALIŞANLARININ
HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜNE İLİŞKİN ALGILARI VE
ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

Yüksel KARADEMİRLER

**Tez Danışmanı
Yrd. Doç. Dr. Gülay MANAV**

İSTANBUL – 2017



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİMDALI
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

PEDİATRİ SERVİSLERİNDE ÇALIŞAN SAĞLIK ÇALIŞANLARININ
HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜNE İLİŞKİN ALGILARI VE
ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Yüksel KARADEMİRLER

Tez Danışmanı
Yrd. Doç. Dr. Gülay MANAV

İSTANBUL-2017

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Anabilim Dalı : HEMŞİRELİK
Program : ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
Öğrenci No : 164204020
Öğrenci Adı Soyadı : Yüksel KARADEMİRLER

"Pediatri Servislerinde Çalışan Sağlık Çalışanlarının Hasta Güvenliği Kültürüne İlişkin Algıları ve Etkileyen Faktörler" isimli çalışma aşağıdaki jüri tarafından 31/10/2017 tarihinde yapılan sınavda Yüksek Lisans Tezi olarak oybirliğiyle kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı : Prof.Dr. Selma DOĞAN
(Üsküdar Üniversitesi)

İmza

Danışman : Yrd.Doç.Dr. Gülay MANAV

İmza

Üye : Prof.Dr. Nurcan ÖZYAZICIOĞLU
(Uludağ Üniversitesi)

İmza

ONAY

Bu tez, yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun tarih ve sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Prof.Dr.Nilgün SARP
Enstitü Müdürü

ÖZET

Sağlık hizmetlerinde Hasta Güvenliğinin oluşturulmasında kurumlarda Hasta Güvenliği Kültürünün yerleştirilmesi önemlidir. Bu çalışmada pediatri servislerinde sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürü ile ilgili algılamaları ve algılarını etkileyebilecek kişisel ve çalışma özellikleri ile ilgili bazı faktörlerin etkisini incelemek amaçlanmıştır.

Tanımlayıcı tipteki araştırma Aralık, 2016/Mayıs, 2017 tarihleri arasında Bursa ilinde bulunan dört kamu hastanesinde görev yapan 461 sağlık çalışanı ile yapılmıştır. Araştırma verileri “ Kişisel Bilgi Formu” ve “Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi (HGKHA)” kullanılarak toplanmıştır.

Çalışmada elde edilen bulgulara göre; sağlık çalışanlarının, %64,9'unun evli, %36,2'sinin 26–35 yaş aralığında, %63,3'ünün şuan ki çalıştıkları hastanenin ilk iş yerlerinin olmadığı, %51,6'sının kadrolu hemşire olarak çalıştığı, %45,6'sının çocuk servisinde çalıştığı, %61,4'ünün haftada 40–49 saat çalıştığı, %65,5'inin 1–5 yıl arasında birimde çalıştığı, %48,4'ünün 1–5 yıl arasında kurumda çalıştığı, %33,2'sinin mesleki kıdeminin 16yıl ve üzerinde olduğu, %88,5'inin çocuk ve aileleriyle etkileşim ve temas halinde oldukları belirlenmiştir.

Pediatri servislerinde çalışan sağlık çalışanlarının, Hastane Güvenliği Kültürü Hastane Anketi'ne verdikleri en yüksek olumlu yanıtın “Üniteler içinde ekip çalışması” alt boyutuna (%72.8) en düşük yanıtın ise, “Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt” alt boyutuna ait (%29.3) olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya katılan sağlık çalışanları, kurumların hasta güvenliği derecesini kabul edilebilir düzeyde olduğunu düşünmektedirler. Dört kamu hastanesinin pediatri servislerinde çalışan sağlık çalışanlarının çoğunluğunun hasta güvenliği kavramını bildikleri ve bakım verirken hasta güvenliği girişimlerini uyguladıkları belirlenmiştir. Grubun çalışma özellikleri yönünden incelendiğinde anketin alt gruplarına yönelik meslek deneyimlerinin olumlu cevapları etkilediği, istatistiksel farklılıklar gösterdiği bulunurken özellikle araştırma görevlilerinin ankette alt düzeyde olumlu cevap verdikleri saptanmıştır.

Bu bulgular sonucunda kurum çalışanlarının hasta güvenlik kültürü düzeylerinin sürekli olarak değerlendirilmesi, kurumlar ve kurumlarda görev alan sağlık çalışanları arasında değerlendirmelerin yapılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hasta güvenliği kültürü, pediatri, pediatri servisinde çalışan sağlık alışanları

ABSTRACT

Pediatric Patient Safety Cultur – Related Perceptions On Employee Health Services Employees

The research is intended to help healthcare professionals working in pediatric services measure the perceptions of the patient safety culture and identify factors that play a role in the development and development of patient safety culture and that hospital administrators should take care to develop safety culture policies. Therefore, the purpose of this study is to examine the perceptions and influencing factors of patient safety culture of health workers working in pediatric services.

The descriptive type of rickets was conducted between 2016-2017 and 461 healthcare workers in four hospitals in Bursa. The research data was collected using "Patient Safety Culture Hospital Questionnaire". The alpha value of the scale is $\alpha=0,91$.

Of the health workers, 64.9% were married, 36.2% were in the age range of 26-35, 63.3% of them had no first place of work, 51.6% worked as permanent nurses, Of them were working in children's services, 61.4% working 40-49 hours a week, 65.5% working in 1-5 years, 48,4% working in institutions between 1-5 years, 33.2% It was determined that professional occupation was over 16 years and 88.5% of them had interaction and contact with their children and their families.

The most positive response of the healthcare workers working in the pediatrics services to the hospital safety culture hospital survey was found to be in the sub-dimension of "team work within the units" (72.8%) and the lowest response to the "non-punitive response to haters" (29.3%) It has been identified. The health workers participating in the study think that the degree of patient safety of the institutions is acceptable. It has been determined that the majority of health professionals working in pediatric services of four public hospitals are aware of the concept of patient safety and implementing patient safety initiatives while caring. While it was found that the experience of the sub-groups of the questionnaire affected the positive answers and showed statistical differences when the group was

inclined to work characteristics, it was found out that the researchers especially responded positively to the questionnaire at the lower level.

As a result of these findings, it is suggested that institutional employees should be evaluated among the health workers taking part in the institutions and institutions that continuously evaluate the patient safety culture levels.

Key Words: Patient safety culture, pediatrics, healthcare workers working in pediatric service

ÖNSÖZ

Yüksek lisans eğitimime katkı sağlayan Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Bilim Dalı hocalarıma,

Araştırma süresince yardımlarını ve desteğini esirgemeyen, değerli görüşlerinden faydalandığım Sayın Prof.Dr. Selma DOĞAN ve Prof.Dr. Nurcan ÖZYAZICIOĞLU'na,

Yüksek lisans eğitim dönemimde desteklerini hissettiğim değerli arkadaşlarıma, çalışma ortamımdaki hocalarıma ve iş arkadaşlarıma,

Bugünlere gelmemde büyük pay sahibi olan, her türlü sabır gösterip yardımcı olan kıymetli kızım, torunlarım ve tez sürecinde kaybettiğim rahmetli anneme, babama destek ve sabırlarından dolayı şükranlarımı sunarım.

Ayrıca, yüksek lisans eğitimimde çalışmamım her aşamasında içten, yapıcı ve destekleyici tarzıyla yol gösteren, destek olan akademik gelişimimi sağlayan, mesleki yardımlarını aldığım, çalışmanın konusunun seçimi ve yürütülmesi aşamasında her türlü destek, yardım ve bilgilerini esirgemeyen çok değerli danışmanım Sayın Yrd.Doç. Dr. Gülay MANAV'a teşekkürlerimi sunarım.

BEYAN

Bu çalışmanın kendi tez çalışmam olduğunu, planlamasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

31/10/2017

Yüksel KARADEMİRLER

İmza

İÇİNDEKİLER

	<u>SAYFA NO</u>
TEZ ONAY SAYFASI.....	i
ÖZET.....	ii
ABSTRACT.....	iv
ÖNSÖZ.....	vi
BEYAN.....	vii
İÇİNDEKİLER.....	viii
TABLOLAR DİZİNİ.....	x
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xii
SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ.....	xiii
1. GİRİŞ VE PROBLEM TANIMI.....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	3
1.2. Araştırmanın Amacı.....	4
1.3. Araştırmanın Soruları.....	4
2. GENEL BİLGİLER.....	6
2.1 Kültür İle İlgili Kavramlar.....	6
2.1.1. Kültür kavramı.....	6
2.1.2. Kurum kültürü.....	6
2.1.3. Güvenlik kültürü.....	7
2.2. Hasta Güvenliği.....	9
2.2.1. Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri.....	10
2.2.2. Hasta güvenliği kavramı ve önemi.....	13
2.2.3. Hasta güvenliğinin tarihsel gelişimi.....	15
2.2.4. Ülkemizde hasta güvenliği mevzuatı.....	18
2.3. Sağlık Hizmetleri ve Hasta Güvenliği.....	22
2.3.1. İlaç hataları.....	23
2.3.2. Cerrahi hatalar.....	26
2.3.3. Hastane enfeksiyonu ve el hijyeni.....	26
2.3.4. Hekim ve hemşirelerin çalışma koşulları.....	28
2.3.5. Hemşirelerin Çalışma Ortamı ve Hasta Güvenliğine Etkisi.....	30
2.4. Hasta Güvenliğinde Hemşirenin Sorumlulukları.....	31
2.5. Hasta Güvenliğini Sağlamada Sağlık Yöneticilerinin Rolü.....	32

2.6. Hasta Güvenliğini Sağlamada Türkiye’de Yasal Durum Ve Sağlık Çalışanlarının Rolü	33
2.7. Hasta Güvenliği Kültürü	34
2.7.1. Hataların raporlanması	37
2.7.2. Hasta güvenliği kültürü oluşturulması.....	38
2.7.3. Hasta güvenliği kültürünün değerlendirilmesi	40
2.7.4. Hasta güvenliği kültürünü geliştirmede hemşirenin sorumluluğu	41
2.8. Dünyada Hasta Güvenliği Kültürü	43
2.9. Ülkemizde Hasta Güvenliği Kültürü	45
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	48
3.1. Araştırma Türü	48
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer.....	48
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme	49
3.4. Araştırmanın Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri	56
3.4.1. Dahil Edilme Kriterleri	56
3.4.2. Dışlanma Kriterleri	56
3.5. Verilerin Toplanması.....	51
3.6. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları	51
3.6.1. Kişisel Bilgi Formu	51
3.6.2. Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi.....	52
3.6.3. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.....	54
3.7. Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi	54
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	54
3.9. Araştırmanın Etiği	55
4. BULGULAR.....	56
5. TARTIŞMA	92
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	115
7. KAYNAKLAR	121
EKLER	131
ÖZGEÇMİŞ	159

TABLolar DİZİNİ

Tablo	Sayfa
Tablo 1: Hasta Güvenlik Kültürü Olgunlaşma Seviyeleri	39
Tablo 2: Araştırmanın Örnekleme	50
Tablo 3: Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi Alt Alanları.....	52
Tablo 4: Hastane Güvenliği Kültürü Hastane Anketi Alt Boyut İç Tutarlılık Güvenirlikleri	53
Tablo 5: Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının Bireysel Ve Çalışma Özelliklerine Göre Dağılımları.....	57
Tablo 6: Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi Alt Boyutlarına Göre Kurumların Olumlu Cevap Yüzdeleri.....	60
Tablo 7: Sağlık Çalışanlarının Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi Olumlu Cevap Yüzdeleri Ortalamaları	61
Tablo 8: Sağlık Çalışanlarının Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi Alt Boyut Yüzde Ortalamaları	62
Tablo 9: Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi Puanlarının Kurumlara Göre Karşılaştırılması	65
Tablo 10: Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi Puanlarının Çalışılan Birim Göre Değerlendirilmesi	67
Tablo 11: Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi Puanlarının Yaş Değişkenine Göre Test Sonuçları.....	70
Tablo 12: Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi Puanlarının Medeni Durum Değişkenine Göre Test Sonuçları.....	72
Tablo 13: Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi Puanlarının Haftalık Çalışma Saatleri Değişkenine Göre Test Sonuçları.....	74
Tablo 14: Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi Puanlarının Birimde Çalışma Süresi (Yıl) Değişkenine Göre Test Sonuçları	77
Tablo 15: Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi Puanlarının Şuanki Hastanede Çalışma Süresi (Yıl) Değişkenine Göre Test Sonuçları	78
Tablo 16: Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi Puanlarının Meslekte Çalışma Süresi (Yıl) Değişkenine Göre Test Sonuçları	80
Tablo 17: Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi Puanlarının Hastanenin İlk İş Yeri Olma Durumuna Göre Karşılaştırılması	82

Tablo 18: Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi Puanlarının ocuk Ve Ailesi İle Etkileşimde Bulunmasına Göre Karşılaştırılması	83
Tablo 19: Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi Puanlarının Kurumda Hasta Güvenliği Olmasına Göre Karşılaştırılması	85
Tablo 20: Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi Puanlarının Kurumda Tıbbi Hata Olması Durumuna Göre Karşılaştırılması	88
Tablo 21: Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi Puanlarının Kurumda Olay/Hata Raporlaması Olması Durumuna Göre Karşılatırılması	90

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil	Sayfa
Şekil 1: Araştırmanın Örneklem Seçimi.....	50

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ACSNI	: Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations
AHRQ	: Agency for Health Care Research and Quality
AIDS	: Acquired Immune Deficiency Syndrome
C.	: Cilt
CDC	: Centers for Disease Prevention and Control)
CNA	: Canada Nurses Association
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GRS	: Güvenlik Raporlama Sistemi
HGDHG	: Hasta Güvenliği Dostu Hastane Girişimini
HÖKM	: Hastalıkları Önleme ve Kontrol Merkezi
HRC	: Healthcare Risk Control
IAEA	: International Atomic Energy Agency
ICN	: International Council of Nurses
ILO	: International Labour Organization
IOM	: Institute of Medicine
İ.İ.B.F	: İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi
JCAHO	: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization
KCHB	: Kuzey Carolina Hemşireler Birliği
KHB	: Kanadalı Hemşireler Birliği
NCNA	: North Carolina Nurses Association
NPSA	: National Patient Safety Agency
NRLS	: National Reporting and Learning System
NTGDK	: Nükleer Tesislerin Güvenliği Danışma Komitesi
PSFHI	: Patient Safety Friendly Hospital Initiative
S.	: Sayı
SAKA	: Sağlık Araştırma ve Kalite Ajansı
SBAKK	: Sağlık Bakımı Araştırma ve Kalite Kuruluşu
SKA	: Sürekli Kalite İyileştirmesi
SKS	: Sağlıkta Kalite Standartları

SOABK	: Sağlık Organizasyonları Akreditasyonu Birleşik Komisyonu
SRD	: Sağlık Risk Denetimi
TE	: Tıp Enstitüsü
TKY	: Toplam Kalite Yönetimi
UAEK	: Uluslararası Atom Enerjisi Kurumu
UÇÖ	: Uluslararası Çalışma Örgütü
UHB	: Uluslararası Hemşireler Birliği
UHGA	: Ulusal Hasta Güvenliği Ajansı
URÖS	: Ulusal Raporlama ve Öğrenme Sistemi
Vd.	: Ve diğerleri
WHO	: World Health Organization
YBÜ	: Yoğunbakım Ünitesi

1. GİRİŞ

Hasta güvenliği, sürekli kalite iyileştirmesi (SKİ) ve toplam kalite yönetimi (TKY) gibi kalite girişimlerine göre sağlık alanında daha kalıcı olmuştur. Hasta güvenliği diğer kalite kavramlarından ve girişimlerinden önemli bir noktada farklılık göstermektedir. Hasta güvenliği insan hayatını etkileyen olgularla ilişkilidir.

Sağlık hizmeti karmaşık olduğu kadar riskler ileride içinde barındıran hizmetler bütünüdür. Hasta güvenliğinin sağlanabilmesi için sağlık hizmeti verilen kurumlarda olumlu hasta güvenliği kültürünün yerleşmesi hayati öneme sahiptir (Ovalı 2010).

Sağlık kurumlarında verilen hizmetlerin kalitesi ve güvenli olması son derece önemlidir. Sağlık kurumlarında verilen hizmetlerin yapısı gereği hizmet alan hastaların önlenemez olsa da zaman zaman zarar görebildiği, bu nedenle yönetici ve çalışanlar sorumluluk alarak oluşabilecek tıbbi ve tıbbi olmayan hataları edinilen tecrübeyle kurumlar arası iletişimle paylaşarak farkındalık yaratılmalı ve gerekli önlemler alınmalıdır (Kaya ve ark. 2013).

Sağlık kurumlarında verilen sağlık hizmeti bireyin sağlığını doğrudan etkilediğinden sağlık hizmeti sunan sağlık çalışanlarının kalite ve güvenilirliği de çok önemlidir. Hastaya verilecek hizmetin hata oran ya da hedefi sıfır hata olmalıdır (Ovalı 2010).

Hasta güvenliği, hastalara yardım ederken onlara zarar vermeden kaçınma, zarar vermeme demektir (Budak 2008). Hasta Güvenliği sorunu ciddi bir küresel kamu sağlığı konusudur. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tahminlerine göre gelişmiş ülkelerde hastanede bakım alan her 10 hastadan bir tanesinin zarar gördüğü yönündedir. WHO (World Health Organization) hasta güvenliğini önemli bir halk sağlığı sorunu olarak göstermektedir. (WHO 2014). Hasta güvenliği ile ilgili yapılan çalışmalar, çoğunlukla hatalı ilaç kullanımı ile ilgilidir (Woods et al. 2005; Tang et al. 2007).

Hasta güvenliği, sağlık hizmetinin temel bir ilkesidir. Bakım verme sürecindeki her nokta bir dereceye kadar doğal olarak güvensizdir. Sağlık kurum ve kuruluşların hizmet verme aşamasında bireylerde oluşabilecek zararların önlenmesi için çalışanlar tarafından alınan önlemlerin bütünüdür (Adıgüzel 2010).

Bazı ülkeler, önemli sayıda hastanın sağlık hizmetleri sırasında zarar gördüğünü, sağlık bakım tesislerinde kalış süresinin uzamasının veya ölümlerle sonuçlanacağını gösteren çalışmalar yayınlamıştır (WHO 2017).

Hasta güvenliğindeki amaç, sağlık hizmetinin hastaya ulaşımındaki süreçte hastada oluşturabileceği muhtemel hataların oluşumunu vereceği zararı oluşmadan engellemektir. Bunu sağlayabilmek için mevcut sistemdeki sorunlar tesbit edilmeli hata oluşturabileceği muhtemel sorunlara çözüm getirebilecek yeni çalışmalar yapılarak önlem alınmalıdır. Yönetimin sorumluluğunda olan sistem kaynaklı oluşabilecek bu hataları önleyecek eğitim ve projelerin önemi büyüktür ki aksi takdirde bu hataların önlenmesi mümkün olmayacaktır (Kaya ve ark. 2013).

Sağlık hizmetinde de diğer kurum ve kuruluşlarda olduğu gibi olumlu bir güvenlik kültürünü oluşturma geliştirme ve yayılmasında tüm ekip sorumluluk almalıdır. Amerikan Yönetici Hemşireler Birliği, hataların belirlenmesi ve en çabuk şekilde önlenmesi amacıyla güvenlik kültürünün kurumlarda sağlanması gerektiğini savunmaktadır. Bu kültürün sağlanmasında hasta güvenliği kültürü olarak tanımlanmaktadır. Sağlık kurumlarında merkezi göreve sahip olan hemşirelerin hasta güvenliği kültürünü oluşturma ve sürdürmede ideal görevdedirler (Tüzüner ve Ozarslan 2008).

Hastaların zarar görmeyeceği bir kültür yaratılmasında sorunların bilinmesi ve farkındalığın artırılması hatalardan oluşabilecek krize hazır olunması ve endişe yaratmadan çalışanların da zarar görmeyeceği bir kültür önemlidir (Kaya ve ark. 2013).

Hastanelerde öncelik hastalara zarar vermemek olmalıdır. Sağlık kurumlarında hizmet alan hastaların güvenliğinin sağlanmasıyla sağlık çalışanlarına yapılan tepkilerinde azalması ve yok olması sağlanır. Sağlık kurumlarında önemli role sahip olan hemşireler tıbbi olan hatalarında önlenmesinde önemli bir role sahiptirler bu nedenlerle bakımın geliştirilmesi hasta güvenliğinin artırılmasında yapılan iyileştirmeler yönetim yöneticiler tarafından desteklenmelidir. ICN (International Council of Nurses) Hasta güvenliği durum bildirgesinde hasta güvenliği aynı zamanda hemşirenin verdiği bakımın kalitesi olarak da değerlendirilmektedir. Hasta güvenliğine bağlı hataların oluşumunda en büyük nedenleri arasında iletişim sorunu fazla mesai sonucu yorgunluğa bağlı sorunlarda hata oranını arttıran nedenlerdir. Hastanelerde sağlık hizmetinin hatalı olaylarının çekinmeden korkmadan bildirilebildiği bir hasta güvenliği kültürünün yaratılmış olması sağlanmalıdır (Çırpı ve ark. 2009).

Sağlık hizmetlerinde hızlı değişen teknoloji uzman bakım vericileride zorunlu kılmaktadır. Geniş çapta teknolojiye sahip olan sağlık hizmetleri klinik işlem ve klinik kararlar aşamasında hatalarında oluşumu meydana gelebilmektedir fark edildiğinde

düzeltilen hatalar, bakım aşamasında hata meydana geldiğinde hasta zarar görebilir (Ovalı 2010).

Hastalarla yaptığı iş gereği daha fazla iletişim içerisinde olan hemşirelerin aynı zamanda hastanın hastaneye girişinden, kliniğe kabulünden, hastanede kaldığı süredeki bakım süreci ve evde bakım hizmetlerindeki süreçlerine kadar önemli rollere sahiptirler. Tüm bu süreçlerde olduğu gibi hasta güvenliğini sağlamada da önemli görevleri vardır (Parlayan ve Dökme 2016).

Hasta bakımında önemli role sahip hemşireler çalıştıkları alandaki çalışma koşulları, yönetimin tarzı, eğitimleri gibi buna benzer nedenler hasta güvenliği kültürü oluşturulmasında etkili olmaktadır (Ovalı 2010).

Sağlık hizmetlerinde birçok ülkenin hatalardan kaynaklı hastanın zarar görmesini önleyici çalışmalar yapılmış fakat yeterli olmamıştır. Hasta güvenliği konusunda başarılı bir sonuç alınmadığından alandaki sorunların farkedilip önem ve önceliklerin üzerinde durularak hataların tekrarlanmaması için bir kültür geliştirmelidir (WHO 2006).

Araştırma sayesinde hastanelerde hasta güvenliğini yaratmak amacıyla uygun çalışma koşullarının oluşturulması konusunda sağlık çalışanlarının fikir sahibi olmaları mümkün olacağı düşünülmektedir. Hasta güvenliği kültürünü sağlamak için atılacak adımların, planlanacak faaliyetlerin belirlenmesinde sağlık çalışanlarına yol gösterici olarak, çalışma ortamının iyileştirilmesi için gereken faaliyetlerin planlanmasını kolaylaştıracaktır. Ayrıca, hasta güvenliği kültürü alanında daha önce yapılmış araştırma sonuçlarına ek olarak alandaki bilgi birikiminin artmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

1.1.Problemin Tanımı ve Önemi

Pediyatri kliniklerinde geniş bir alanı yani 0-18 gurubundaki sağlıklı ve sağlık sorunları ile ergenlerin bakımını içermektedir. Pediyatri hastanın güvenliğinin sağlanmasında etkili olan çocukların gelişimsel dönemlerindeki fiziksel ve gelişimsel özelliklerinin etkili olmasıdır. Bu dönem pediyatrikte aktif ve riskli dönemleri içerir. Çocukların büyümesi ilk birkaç dönem hızlı ardından olgunlaşma ve daha sonrasında geç çocukluk çağı boyunca yavaş bir hızla devam etmektedir. Ayrıca çocukların bilişsel ve fiziksel gelişimlerinde hata riskini arttırmaktadır. Çocukların gereksinimlerinin

karşılanmasında yetişkinlere bağımlı olması erişkinlere kıyasla hata olma riskinin üç kat daha fazla olmasında etkili nedenlerdir (Özkan 2012).

Pediyatri klinikleri, hastaların özellikleri nedeniyle, özellik arzeden hususlarda daha fazla çaba harcanması gereken bölümlerdir. Hastaneler bebek ve çocuklar için alışlageldiği bir çevreden farklı olması nedeniyle, sağlığa karşı bir tehlike ve hastaların belirli bir süre yaşadığı çevre ve fonksiyonlarından da alıkoyan bir tehdit olarak görülmektedir. Bu nedenlerden dolayı olumlu ve güvenli bir çevrenin sağlanması bebek ve çocukların fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden iyileşmelerini ve hastanede kalış süresini kısalttığı bilinmektedir (Özkan 2012).

Ülkemizde özellikle pediyatri kliniklerinde hasta güvenliği konusunda yapılan araştırmalara ulaşılamamıştır. Hasta güvenliği kültürünün oluşmasında öncelikle bu konuda verilerin toplanması gerekmektedir. Bu bağlamda araştırma pediyatri kliniklerinde çalışan sağlık çalışanlarının hasta güvenliği konusunda anlayış ve kültürlerini belirlemek amacıyla yapılmış bir ön çalışma niteliğindedir. Çalışma, çalışanların güvenlik kültürü olgusunu tespit edip güçlendirilmesi açısından önemlidir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bursa ilinde bulunan dört kamu hastanesinde, pediyatri servislerinde görev alan sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürü ile ilgili algılamaları ve algılarını etkileyebilecek kişisel ve çalışma özellikleri ile ilgili bazı faktörlerin etkisini incelemek amaçlanmıştır.

1.3. Araştırmanın Soruları

Araştırmanın soruları aşağıdadır:

- Pediatri servislerinde çalışan sağlık çalışanlarının genel ve alt gurplardaki guvenlik kulturnu algı duzeyleri nedir?

- Pediatri servislerinde çalışan sağlık çalışanlarının bireysel ozellikleri yonunden guvenlik kulturnu algılarında fark var mıdır?

- Pediatri servislerinde çalışan sağlık çalışanlarının çalışma ozellikleri yonunden guvenlik kulturnu algılarında fark var mıdır?

- Pediatri servislerinde çalışan sağlık çalışanlarının hastaneler yonunden guvenlik kulturnu algılarında fark var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

Bu bölümde; kültür ile ilgili kavramlar, hasta güvenliği, hasta güvenliği kültürü, sağlık hizmetleri ve hasta güvenliği, hemşirelerin çalışma ortamı ve hasta güvenliğine etkisi, ülkemizde hasta güvenliği ve mevzuatı, pediatri hemşireliği ve hasta güvenliği ilişkisi üzerinde durulacaktır.

2.1. Kültür İle İlgili Kavramlar

2.1.1. Kültür Kavramı

Kültür konusunda birbirinden farklı yaklaşımlar ve tanımlar söz konusudur. Bu olgu kimi araştırmacılar tarafından olumsuzluk olarak değerlendirilmesine rağmen, kimi araştırmacılar tarafından bu çeşitliliğin doğal ve yaklaşım zenginliği için gerekli olduğu savunulmaktadır (Okay 2000).

Kültürün mana olarak anlamı geçmişte herkesi tatmin edecek şekilde ele alınmış değildir. Günümüze kadar ki süreçte de bilim adamları tarafından bir doğrultusu yâda kısmı olarak tanımlanmaya çalışılmıştır (Usal ve Kuşluvan 2002). Kültürün geçmişten günümüze kadar tanımlanamamasının nedeni anlamının tam olarak bilinmemesinden değil kültürün manasının çok kapsamlı ve çeşitli olmasından kaynaklanmaktadır (Güvenç 1999). Kültür; “toplumun yargı bütünlüğünü sağlayan değer tutum ve davranışların bütünü olarak ele alınmaktadır (Okay 2000).

Kültürün başka bir genel tanımında ise değerleri, inançları ve normları bir örgütte neyin önemli olduğuna ve hangi tutum ve davranışlara hasta güvenliği ile ilgili davranışlar, desteklenmekte, ödüllendirilmekte ve beklenmektedir denilmektedir. Başka kültürlerle etkileşimi, teknolojik ve maddi etmenler, çevresel etkenler ve değişimler de kültürün kendi içerisindeki gelişimidir (Güvenç 1999).

2.1.2. Kurum Kültürü

Sağlık kurumları hizmetinde insan esas alınmıştır. Sağlık kurumlarının başarısında insan odaklı olarak yapılanma olmazsa olmaz temel şarttır. Hasta sağlık kurumuna girdiğinde ayaktan ya da acil müdahale alanlarına müracaat eder, bu alanlardan gerekli görülürse tetkik ve tedavi amacıyla tıbbi araştırmalar (kan tahlili, röntgen, tomografi vs.) alanlarına yönlendirilir süreç ayakta tedavi veya yatan hasta

alanlarında (kliniklerde) ve ameliyathanelerde devam eder (Aktan ve Işık 2014). Kurumda sağlık hizmeti sunumunu da hasta güvenliği kurumların alt yapısı ve personel kalitesiyle doğrudan ilişkilidir. Bütün sağlık çalışanı ve yöneticileri hep birlikte sorumluluk almalı ve kurumda bu anlamda hasta güvenliği kültürü oluşturulmalıdır (Sabuncuoğlu ve Tüz 2001).

Kültürün belirgin özellikleri, toplumun bütün alt birimlerine değişik boyutlarda yansımaktadır. Bu boyutlardan biri de, kurum kültürüdür. Kurum kültürü kavramı, kurumların özelliklerini anlamasına yardımcı olur aynı zamanda kurum içerisindeki insanlar tarafından canlı tutulan bir kavramdır (Berberoğlu ve ark. 1998). Öncelikli tanımlarda kurum çalışanlarınca ortak değerlerin oluşturulması ve paylaşılması olarak ifade edilebilir (Sabuncuoğlu ve Tüz 2001). Kurum kültürü bütün çalışanlara benimsenebilir doğru davranışlarla, kabullenilemez olan yanlış davranışların farkını gösterir (Gödelek 2007).

2.1.3. Güvenlik Kültürü

Güvenliği zora sokarak tehdit eden tüm davranışların ya da uygulamaların ve tüm bu uygulamaların yer aldığı ortak kullanım hakkı olan tüm canlı ve nesnelere zararlarının en az olmasını hedefleyen güvenlik ve emniyet algısına önem veren hisler bütünü güvenlik kültürü olarak tanımlanmaktadır (Erengül 1997).

Güvenli olmayan çalışma koşullarının beklenmedik olaylara neden olduğu son derece açık bir gerçektir. Pek çok olayda, söz konusu güvenli olmayan çalışma koşullarının rolü ve önemi görülmektedir. Güvenli olmayan iş koşulları elbette bu tür olaylara neden olmaktadır ancak güvenliğe uymayan bireysel davranışlar, çok daha fazla sayıda beklenmedik olayın oluşmasına neden olmaktadır. Bu nedenle çalışma koşullarının en iyi düzenlenmiş hali bile, olayların bütün olarak ortadan kaldırılmasına yetmeyebilir. Beklenmedik olayları yok edebilmek için hem çevresel hem de insan faktörünün birlikte dikkate alınması bir zorunluluktur (Gödelek 2007).

Kavram ilk olarak 1986 senesinde Çernobil Nükleer kazasında yaşanan güvenlik sorunuyla birlikte gündeme gelmiştir. Kamuoyunun dikkatinin bu kavramlara çekilmesinde, Uluslararası Atom Enerjisi Kurumu (International Atomic Energy Agency [IAEA])'nun 1986 senesinde yayınlamış olduğu raporda etkisinden söz

edilebilir. Bu raporda yaşanan kazanın nedeni olarak kurumun güvenlik kültürünün zayıf olması gösterilmektedir (Erengül 1997).

Güvenlik kültürü yapılan bir başka tanıma göre, kurumda çalışan bireylerin çalışma koşulları hakkında paylaşılan algılardır (Gödelek 2007). Güvenlik kültürünün oluşturulması ile sağlıklı ve güvenli davranış alışkanlık haline getirilebilir (Güven 2007).

Güvenlik kültürünün oluşması için altı kriterden söz edilebilir:

- Üst yönetimin taahhüdü
- Gözetimcilerin performansa odaklanması
- Çalışanların aktif katılımı
- Orta kademe yöneticilerin sürekli ilgisi
- Esnek bir sistem
- Güvenliğe ilişkin çalışanların olumlu algısı (Şerifoğlu ve Sungur 2007).

Reiman ve Oedewald (2002) ise, olumlu güvenlik kültürünün kriterlerini şu şekilde sıralamıştır:

- Yönetimin güvenlik için kararlılığı ve yetkinliği,
- Güvenlik politikaları,
- Güvenlik öncelikli yönetim,
- Kalite kural ve düzenlemelerinin güncellenmesi,
- Sürekli iyileştirme,
- Güvenlik eğilimli pozitif algılar ve bu algılara bağlılık,
- Otorite ile olan iş ilişkileri
- Zorunluluk ve sorumlulukların açık tanımı,
- Çalışanlar arasında karşılıklı güven,
- Düzenli ekipman bakımı,
- Beklenmedik olayların ve kazaların yazılı bildirilmesi ve etkisinin azaltılması,
- Kurumların değişik seviye ve görevlerinden doğru bilgi akışının sağlanması,
- İhtiyaç duyulan kaynak.

Kurumların ve kurumların çalışma kültürlerinin sağlık desteği ve güvenlik desteğinin çalışma ortamında destekleyici olarak verilmesiyle girişimlerin performanslarına olumlu katkıda bulunacak pozitif bir sosyal çevrenin ve sağlıklı bir işleyişin oluşturulması sağlanmalıdır (Erengül 1997).

2.2. Hasta Güvenliği

Hasta güvenliği, olumsuz sonuçlara yol açan tıbbi hataların raporlanması, analizi ve önlenmesini vurgulayan yeni bir sağlık disiplinedir. Tıbbi hatalar yeni bir olgu olmamakla birlikte, tıbbi hatalara bağlı zararlar ve ölümlere ilişkin araştırmaların artması ve yayınlanan sonuçların yarattığı etki, özellikle son yıllarda hasta güvenliği kavramının ön plana çıkmasında etkili olmuştur (Özkan ve Lajunen 2003).

Pek çok ülkede, tıbbi hataların yol açtığı zarar ve ölümlere ilişkin raporlar 1990'larda yayınlanmaya başlayana kadar, olumsuz olayların sıklığı ve büyüklüğüne ilişkin yeterli düzeyde farkındalık yoktur (Berberoğlu ve ark.1998). Bu çalışmalardan birinde; hastaların %3.7'sinin tıbbi hatalara maruz kaldığı, bu hatalardan %27.6'sının ihmalden kaynaklandığı, her ne kadar olumsuz olayların %70.5'i altı aydan kısa süren sakatlığa yol amışsa da, %2.6'sının kalıcı olarak sakatlığa yol açan yaralanmalar olduğu ve %13.6'sının da ölüme neden olduğu ortaya konmuştur. Diğer alışmadaysa; ihmalden kaynaklanan olumsuz olaylar içinde en yüksek oranın %75 ile tanı hataları olduğu ve olayların %70'inin acil serviste meydana geldiği bulunmuştur (Şişman 1994).

Hasta güvenliğinin tarihsel gelişimine bakıldığında; Harvard Üniversitesi'nin, 1984 yılında New York'ta hastanelerde yatarak tedavi gören hastaların tıbbi kayıtlarını inceledikleri iki çalışma modern hasta güvenliği hareketinin başlangıcı sayılmaktadır. Şubat 1991'de New England Journal of Medicine'da ve ön sayfa makalesi olarak New York Times'da yayınlanmasına rağmen, çalışma bulguları görmezden gelinmiştir (Berberoğlu ve ark.1998).

WHO'nun 1994'de kabul ettiği özgün adı Avrupa'da Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesi (Declaration on the Promotion of Patient Rights in Europe) olan Amsterdam Bildirgesinde hastalar için süreçlere kendisinin de katıldığı, hasta odaklı, adil, gereksinimleri karşılayan, kaliteli ve güvenli bir sağlık hizmeti almanın temel bir hak olduğu vurgulanmaktadır (WHO 2009; Cristian 2009; Gökdoğan ve Yorgun 2010).

Hasta güvenliği konusunun esaslı bir şekilde gündeme gelişi, 1999'da Amerika Tıp Enstitüsü (IOM-Institute Of Medicine) tarafından yayınlanan ve Hasta güvenliği konusunun esaslı bir şekilde gündeme gelişi, 1999'da Amerika Tıp Enstitüsü tarafından yayınlanan ve Amerika Birleşik Devletleri'nde her yıl tıbbi hatalardan kaynaklanan

ölümlerin sayısının 44000-98000 arası olduğu bilgisini içeren “To Err is Human” isimli raporun yayınlanması sonrası olmuştur (Demir-Zencirci 2010). Söz konusu raporda; hasta güvenliği merkezinin kurulması, ülke çapında bir raporlama sisteminin geliştirilmesi, hasta güvenliği programlarının oluşturulması, hasta güvenliğine odaklı performans standartlarının belirlenmesi ve hasta güvenliğini geliştirmek için etkinliği kanıtlanmış uygulamaların hayata geçirilmesi gibi pek çok öneri yer almaktadır. Bu raporda yer alan veri ve önerilerin, hem konunun ciddiyetle ele alınması hem de hasta güvenliğine yönelik uygulamaların hayata geçirilmesi konusunda başlangıç noktasını oluşturduğu söylenebilir.

2001 yılında, İngiltere’de hükümet ve tıp profesyonelleri tarafından imzalanan bir bildiri yayımlanmıştır. İngiltere Ulusal Sağlık Sistemi’nde reformun köşe taşlarından biri sayılabilecek bu bildiri, tıbbi hataların bildirimini suçlamayla karşılaşmayacağı, öğrenme yoluyla riski azaltmak amacıyla kullanılacağı bir kültürün oluşturulmasına vurgu yapmakta, hastaların ihtiyaçları ve güvenliğini sağlamaya yönelik açık ve katılımcı bir kültür oluşturma taahhüdünü içermektedir (Budak 2008).

2000’li yılların başından itibaren sağlık hizmeti sunumu sırasında hastaya istemeden verilen zararların ciddi bir şekilde ele alınmaya başlamasıyla, hasta güvenliği kavramı bugün tüm dünyada bilimsel olarak ele alınan bir disiplin haline gelmiştir (Ulusal Hastane Enfeksiyonları Sürveyans Ağı- UHESA 2011).

2.2.1. Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri

Joint Commission international (JCI), Joint Commission’ın Ulusal Hasta Güvenliği Hedefleri’nden uyarlanarak Uluslararası Hasta Güvenliği Hedeflerini geliştirmiştir. Maksatı hasta güvenliğine etki eden özel alanların düzeltilmesinin artırılmasıdır. Bu maksatlar doğrultusunda sorunlu alanlar belirlendikten sonra bu sorunların çözümüne yönelik çıkar yollar ortaya çıkartılmıştır. JCI Uluslararası hastane standartları kullanılarak akredite edilen bütün kurumlarda 1 Ocak 2008 tarihinde yayınladığı ve uluslararası düzeyde hasta güvenliğini sağlamada uygulanması gerekli Uluslararası Hasta Güvenliği Hedeflerini aşağıda olduğu şekilde sıralamıştır⁴⁴(Bulun 2007).

Hedef 1. Hastaların Doğru Kimliklendirilmesi: Hastaya tedavi uygularken ve tetkik için kan alırken her ne amaçla olursa yapılan tüm girişim ve tedavilerde en az iki künye doğrulayıcı kimlik bilgisinin kullanılması gerektiğini ifade eder. Hastanın oda numarasının asla hasta tanımlamada kullanılmaması gerektiği kabul edilir. Bu hedefin amacı iki ayaklıdır; birincisi hizmeti veya tedaviyi alan insanın doğru insan olduğunun güvenilir bir biçimde belirlenmesi, ikincisi ise hizmetin veya tedavinin doğru insana gittiğinin belirlenmesidir.

Hedef 2. Etkili İletişimin Geliştirilmesi: Etkili iletişim; doğru zamanlı, kesin, tam, belirsizlik taşımayan ve alıcı tarafından anlaşılan, hataları azaltan ve hasta bakımında iyileşmeyle sonuçlanan iletişimdir. Sözel ya da kritik test sonuçlarının raporlanmasına yönelik bir süreç/işlem uygulanması gerekliliği hasta için önem taşır. Bütün direktifin veya test sonucunun bilgiyi alan kişi tarafından “tekrar okuma” ile teyit edilmesi doğru bilgi için önem taşımaktadır. Bu hedefin amacı sözel olarak veya telefonla bildirilen hasta direktiflerinden kaynaklanabilecek hataların önlenmesidir (Bulun 2007).

Sağlık çalışanları arasındaki iletişim eksikliğinden kaynaklanan hataların yaşandığı alanlardan biri cerrahi uygulamalardır. Bu duruma yönelik olarak Amerikan Cerrahlar Birliği (American College of Surgeons) ve Lisansüstü Tıbbi Eğitim Akreditasyon Kurulu [(Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME)] öğrenciler için iletişim, hata önlenmesi, devir teslim ve ekip çalışması gibi hasta güvenliği konularında eğitim programı geliştirmiştir. ABD’de önce perioperatif güvenlik eğitimi uygulanan ve bir güvenlik ölçeği kullanılarak yapılan bir araştırmada ekip çalışması kültürünün perioperatif hemşirelerde (%71) cerrah (%67) ve anesteziistlerden (%56) daha yüksek olduğu, ameliyattan önce sesli soru sormanın hemşirelerde cerrah ve anesteziistlerden daha yüksek (%78) olduğu, güvenlik kültürünün ise anesteziistlerde daha yüksek (%87), cerrahlarda (%75) ve hemşirelerde (%68) olduğu saptanmıştır (Pumar-Mèndez et al. 2014).

Hedef 3. İlaç güvenliğinin sağlanmasında yüksek riskli İlaçlar: İlaçlar hasta tedavi planının bir parçası olduğunda, hasta güvenliğini sağlanması için uygun yönetilmeleri kritik önemdedir. Sıklıkla ifade edilen ilaç güvenliği konusu yüksek yoğunluklu elektrolitlerin dikkatsiz kullanılmasıdır (örneğin potasyum klorid, potasyum fosfat, sodyum klorid ve magnezyum sülfat). Bu hata çalışanın hasta bakım ünitesine doğru oryante edilmediğinde ya da acil vakalarda ortaya çıkar. Bu vakaları azaltmanın

ya da ortadan kaldırmanın en etkili yolu yüksek yoğunluklu elektrolitlerin hasta bakım ünitesinden kaldırılması ile olabilir.

Hedef 4. Cerrahide yanlış işlem ve Yanlış-Taraf, yanlış, hasta cerrahisinin önlenmesi: Cerrahi prosedürler olsada cerrahi alanlarda işleme bağlı süreçte yanlışlıklar sağlık kurumlarında rahatsız edici bir ortam yaratmaktadır. Genelde bu hataların oluşum nedenleri ekip içi yetersiz iletişim hastanın işleme dahil edilmemesi ve yanlış taraf işaretleme gibi Ek olarak,da yetersiz hasta değerlendirmesi, yetersiz tıbbi kayıt gözden geçirmesi, cerrahi ekip arasındaki yeterli iletişimi desteklemeyen bir kültür yapısı, okunaksız el yazısı problemleri ve kısaltmaların kullanılması bu duruma katkı sağlayan faktörlerdir. Kurumlar bu rahatsız edici problemlerin ortadan kaldırılması için işbirliği içerisinde politika ve prosedürler geliştirmelidir. JCI Cerrahi hataları önlemede uluslararası uygulama protokoller,kanıta dayalı uygulamalar ve uygun prosedürler kullanılır (Bulun 2007).

Uluslararası uygulama süreç ve protokolleri ;

- Cerrahi süreçte doğru tarafın belirlenmesi işaretlenmesi
- Operasyon başlamadan önceki doğrulamanın yapılma süreci ve prosedürün başlamasından hemen önce verilen mola.

Cerrahi taraf işaretlenmesinde hastayıda sürece katarak işaretleme yapılmalıdır Yapılan işaret kurum içinde tanımlı olmalı,ve cerrahi taraf prosedürünü yüelten kişi tarafından yapılmalı hastanın bilinci yerindeyken yapılmalı ve hasta uyanık olmalıdır ,hastayı hazırladıktan ve üzeri örttükten sonra görülebilir olmalıdır.

Hedef 5: Sağlık Bakımına Başlı Enfeksiyon Riskinin Azaltılması: Enfeksiyon kontrolü ve önleme çoğu sağlık uygulamalarının en zorlayıcı yanısıdır ve yükselen enfeksiyon oranları sağlık bakımı sunanlar ve hastalar için büyük bir endişe kaynağıdır. Enfeksiyonlar kateter bağlantılı enfeksiyonlar, kan akış enfeksiyonları ve pnömoniye de içeren birçok sağlık bakım uygulamasında yaygın olarak ortaya çıkmaktadır. Güncel yayınlanmış ve genel olarak kabul görmüş el hijyeni konusundaki rehberlere uyulması gerekmektedir. Uluslar arası kabul edilebilir el hijyeni rehberleri DSÖ, ABD Hastalıkları Önleme ve Kontrol Merkezi ve diğer çeşitli ulusal ve uluslar arası kurumlarda mevcuttur.

Hedef 6: Hastaların Düşmelerine Neden Olan Risklerin Azaltılması: Düşmeler hastanede yatan hastaların yaralanmalarında önemli bir bölümü oluşturur. Hizmet verdiği nüfus, saşladışı hizmetler ve tesisleri başlamında kurum hastaların

düşme riskini hesaplamalı ve düşme riski önlemek için harekete geçmeli ve meydana gelecek bir düşme sonunda yaralanma riskini azaltmalıdır. Değerlendirme; düşme hikâyesini, ilaçların ve alkol durumunun gözden geçirilmesini, yürüyüş biçimi ve denge durumunu ve hasta tarafından kullanılan yürüteçleri içermelidir. Kurum uygun politika ve prosedürlere dayalı düşme riski azaltma programı oluşturmaktadır. Program uygulanmalıdır (Aştı ve Acaroğlu 2000; Semiz, Ergün ve Birbudak 2008).

2.2.2. Hasta Güvenliği Kavramı ve Önemi

Temel felsefesi “Öncelikle zarar vermemek” olan sağlık hizmeti; iyileştirme gücünün yanı sıra zarar verme potansiyelini de içinde barındıran, son derece riskli bir hizmet türüdür. Tedavi ve bakım esnasında, olumsuz etkilerin ortaya çıkma olasılığı her zaman vardır. Bu olumsuz etkilerin bir kısmı beklenen sonuçlar olsa da bir kısmı süreçte meydana gelen hatalara bağlıdır ve çoğu zaman telafisi mümkün olmadığı gibi ölüme yol açma ihtimali yüksektir (Berberoğlu ve ark. 1998). Doğası gereği zarara yol açma potansiyeli olan sağlık hizmetinin kendisinden kaynaklanan zarar ile hizmet sonucudan ya da süreçten kaynaklanan hata arasındaki sınır çok net değildir (Öztürk ve ark. 2011).

Literatürde sık sık karşımıza çıkan hasta güvenliği kavramlarından ikisi de sentinel event (beklenmedik olay) ve near miss (neredeyse hata/ramak kala)’dir. Joint Commission, ciddi fiziksel yaralanma ya da ölümlü sonuçlanan veya bunlara ilişkin risk içeren “beklenmedik olayları” sentinel event (nöbetçi/gözcü olay) olarak tanımlamıştır. Bu tanımda Türkçe karşılığı nöbetçi/gözcü olan sentinel ifadesi, bu olayların derhal inceleme ve yanıt ihtiyacı olduğunun sinyalini veren olaylar olduğunu vurgulamaktadır (Atasoy 2009).

Near miss (neredeyse hata/ramak kala) olaylar ise; ölüm, sakatlık ya da yaralanma ile sonuçlanmayan fakat bu potansiyeli taşıyan olaylardır. Bir hata meydana gelmiş fakat hasta herhangi bir zarar görmemiştir. Tıbbi hataların ve beklenmeyen olayların önlenmesi son yıllarda sağlık sektöründe önemli bir gündem maddesi haline gelmiş, bunun sonucu olarak hasta güvenliği kavramı ortaya çıkmıştır (Güvenç 1999).

Sağlıkta uygulamalarda hata tüm sağlık kurum ve kuruluşlarındaki ortaya çıkabilir. “Sağlık hizmetinin (medical management), altta yatan hastalığa veya hastanın içinde bulunduğu duruma bağlı olmaksızın yol açtığı hasar/zarar” (Akalin 2004; AORN

Journal 2006). Beklenmedik olay ise, tıbbi süreçleri içeren ve hastanın/hasta yakınının zarar gördüğü durumlar; Ölüm ve ciddi bir fiziksel, zihinsel ve psikolojik zarar ile sonuçlanan veya böyle bir durum taşıyan olaylardır (Güngör, Küçükörenköy ve Yıldırım 2004).

Ulusal hasta güvenliği vakfı (national patient safety foundation)'nın tanımları ise; sağlık hizmetine bağlı hata (tıbbi hata), hastaya sunulan sağlık hizmeti sırasında bir aksamının neden olduğu, yani kasıtsız beklenmeyen sonuçlardır (National Patient Safety Foundation 2003).

Tıbbi hatalar sağlık hizmetinin her aşamasında ortaya çıkabilir. Araştırmalar büyük bir hata meydana gelmeden önce yaklaşık 300 defa benzer bir hatanın fazla dikkat çekmeden gerçekleştiğine işaret etmektedir (Çakmakçı 2004; Aksayan, Armuşen ve Erdemir Çakmak 2009). Çalışma ortamında bazı hatalar boyutuna göre dikkat çekmeyip büyük hatalara sebebiyet verebilir. Bu nedenle hatanın boyutu, zarar derecesine bakmadan hata kabul edilip, önlem alınır ise daha büyük hataların gerçekleşmesi önlenebilir (Göktaş 2007; Ertem, Oksal ve Akbıyık 2009).

Sağlık kurumlarında hasta güvenliğinin sağlanmasında hemşirelerin önemli katkısı olduğu kabul edilmektedir. Sağlık kurumlarında hastalar bakım aldıkları dönemde güvenlikle ilgili hataların kurbanı olarak görülseler de hasta güvenliğinin iyileştirilmesinde katkılarının önemli olduğu kabul edilmektedir. Hastaların doğru tanıya ulaşmada, doğru tedavi ya da yönetim stratejisine karar verilmesinde, güvenli sağlık hizmeti sağlayan kişilerin seçiminde, tedavilerin uygun şekilde verilmesinin takip edilmesinde, yan etkilerin belirlenmesi ve uygun eylemin gerçekleştirilmesine katılarak hasta güvenliğinin sağlanmasında destek verebilecekleri belirtilmektedir (Akgün ve Al-Assaf 2007).

Hasta güvenliği hemşirelik bakımının en önemli kalite göstergelerinden biri ve kaliteli hemşirelik bakımı için temel hedef olarak kabul edilmektedir (Sammer et al. 2010; Mehtsun 2013). Hemşireler hasta güvenliği kapsamında yer alan ilaç hatalarının, cerrahiye ilişkin hataların, hasta düşmelerinin, hastane enfeksiyonlarının ve bası yaralarının önlenmesi ve malzeme güvenliğinin sağlanmasında önemli sorumluluklar üstlenmektedirler (Andermann 2011; Ausserhofer et al. 2013; Karaca ve Arslan 2014).

Uluslararası Hemşireler Birliği (International Council of Nursing [ICN-UHB]) hasta güvenliğinin sağlık ve hemşirelik bakım kalitesi için temel ilke olduğunu ve hemşirelerin bakımın tüm boyutlarında hasta güvenliğini ele alma sorumluluğuna sahip

olduklarını kabul etmektedir (Johnston and Irwin 2012; Patient Safety Curriculum Guide Multi-Professional Edition 2011). UHB hasta güvenliğinin iyileştirilmesi için yetkin kişilerin alınması, eğitiminin gerçekleştirilmesi, performanslarının iyileştirilmesi, enfeksiyon kontrolü, ilaçların güvenli kullanımı, güvenli klinik uygulamalar, tehlikesiz bir ortamda bakımın verilmesinin sağlanmasıyla çevreden kaynaklanan risklerin de önlenmesiyle bilimsel bilgi ile gelişiminin birleştirilmesi gerektiğini belirtmektedir (Patient Safety Curriculum Guide Multi-Professional Edition 2011).

Hemşirelerin hizmet sundukları alanlarda olası tehlikelerden hastalarını korumak, yapılacak işlem ve tedavilerin istenmeyen sonuçlarını önlemek veya en aşağı çekmek için sorumlu oldukları kabul edilmektedir. Bu nedenle hemşirelerin hasta güvenliğini etkileyen faktörlere karşı titiz davranmalı, hastalara bakım verirken gereken özen göstermeleri gerektiği ifade edilmektedir (Turunen et al. 2013).

Türkiye’de pediatri servisinde çalışan sağlık personeline yönelik hasta güvenliği ile ilgili çalışmalara ulaşılamamıştır.

2.2.3. Hasta Güvenliğinin Tarihsel Gelişimi

Hasta güvenliğinin sağlanması sağlık bakım alanında yakın zamanın önemli küresel konularından biri olarak görülmesine rağmen, tıp tarihinin eski çağlarından beri var olduğu tarihsel belgelerden anlaşılmaktadır. Bu belgelerden Babil Kralı Hamurabi tarafından M.Ö.1700’lü yıllarda hazırlanan “Hamurabi Kanunları” kapsamında tıpla ilgili olarak özellikle cerrahlarla ilgili maddeler yer almaktadır. Bu kanunların 218. maddesinde “Eğer hekim, ağır yaralı adamın bronz neşterle üzerinde çalışıp adamın ölümüne sebep olursa veya adamın göz bölgesini bronz neşterle açıp, adamın gözünü kör ederse, cerrahın bileklerini kesilecektir” ifadesi hastasının güvenliğini tehdit eden cerrah için bir yaptırım olacağını göstermektedir (Güneş, Gürlek ve Sönmez 2015; Türk Tabipleri Birliği 2011).

Hasta güvenliği ile ilgili tarihsel süreçte Hipokrat’a mal edilen ancak 1860’larda İngiliz hekim Thomas Sydenham’a atfedilen “primum non nocere” (önce zarar verme) sözü hasta güvenliği hareketinin sloganı haline gelmiştir (Hughes and Mary A. Blegen 2008; Slater et al. 2012). Modern hemşireliğin kurucusu olan Florence Nightingale’in “bir hastanenin hastaya ilk önce zarar vermemeye çalışması gerekiyor, bir hastanenin yapmaması gereken gereken ilk şey mikrop saçmaktır” ifadesinin günümüzde de hasta

güvenliği tehditlerinden biri olan “hastane enfeksiyonlarına” dikkat çektiği görülmektedir (Nieva and Sora 2003; Olden and McCaughrin 2007).

Türkiye’de Osmanlı İmparatorluğu dönemine ait tıbbi kayıtlardan hasta güvenliğinin önemli bir yer tuttuğu anlaşılmaktadır. 1861 tarihli Beledi İspençiyarlık Sanatının İcrasına Dair Nizamnamenin 18. maddesinde “reçete ile eczacı dükkanından yapılıp verilen ilaçların ağzı mühürlü olup üzerinde filan kimse için şöyle isti’mal olunacaktır diye tahrir olunmuş yaftası ile verilecektir ve dahilen isti’mal olunan ilaçların yaftası beyaz ve haricen isti’mal olunan ilaçların yaftası turuncu olacaktır” denerek günümüzde hasta güvenliğini tehdit eden sorunlardan biri olan ilaç hatalarını önlemeye ilişkin yazılı hükümler olduğu görülmektedir (Thomas and Panchagnula 2008; Tokaç 2008).

Günümüzde kurumlara ait güvenlik kültürü kavramı ilk kez 1986 yılında yaşanan Çernobil nükleer santralindeki kaza sonrasında Uluslararası Atom Enerji Ajansı tarafından hazırlanan bir raporda “zayıf güvenlik kültürü (Poor Safety Culture)” kavramı olarak ortaya çıkmıştır (Dingley et al. 2008). Bu tanım, araştırmacılar tarafından teorik ve uygulama düzeyinde incelenmeye devam edilmiştir (Ertem, Oksel ve Akbıyık 2009). Nükleer Tesislerin Güvenliği Danışma Komitesi (Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations [ACSNI]) tarafından yapılan tanıma göre güvenlik kültürü, Sağlık kurumlarındaki güvenlik programları uygulamalarının devamlılığı ve içeriğinin yeterliliğine karar vermede yetkili olan birey ya da kişilerin algısı düşüncesi bakış açısından rutin alışkanlıklarından davranışına kadar tüm örüntüleri olarak ifade edilmektedir (Hak-İş: Haklar ve Özgürlükler Antolojisi 2003).

Sağlık kurumlarındaki güvenlik kültürünü, ABD’de faaliyet gösteren Sağlık Bakım Araştırma ve Kalite Kuruluşu (Agency for Healthcare Research and Quality [AHRQ-SBAKK]) kurumun sağlık ve güvenlik tarzını, yeterliğini ve bağlılığı belirleyen birey ve grupların değerler, tutumlar, algılar, yetkinlikler ve davranış örüntülerinin ürünü şeklinde tanımlamaktadır (Salinas et al. 2013). Bir başka tanıma göre sağlık kurumlarında güvenlik kültürü hasta güvenliğine yönelik normların, inançların, tutumların ve değerlerin paylaşılmasıdır (Atan, Dönmez ve Taşçı 2013; Probst et al. 2015).

DSÖ, 2002 yılında 55. Dünya Sağlık Asamble’sinde hasta güvenliğinin küresel bir sağlık sorunu olarak değerlendirilmesine ve üye ülkelerde bu konu ile ilgili olarak politika ve uygulamaların geliştirilmesi gerektiğine karar verilmiştir (Lunsford and

Wilson 2015). 2004 yılında 57. Dünya Sağlık Asamble'sinde ise "Uluslararası Hasta Güvenliği Birliği" kurulması konusunda fikir birliğine ulaşılmış ve ilk toplantıda politikacılar, çeşitli kurumlar ve hasta grupları "Önce zarar verme" (First Do No Harm) ilkesine ulaşmak ve güvenli olmayan sağlık bakımının istenmeyen sonuçlarını azaltmak için bir araya gelmişlerdir (Pinnock 2012). Bu Asamble'de küresel hasta güvenliği aşamalarına, hasta güvenliği için hastaları koordine etmeye, standart bir taksonomi geliştirmeye, çözümler belirlemeye, hasta güvenliğini değerlendirmeye yönelik ölçek geliştirmeye, en iyi "uygulama rehberleri"nin geliştirilmesine karar verilmiştir. Bu doğrultuda 2005-2006 yılında sağlık bakımı ile ilgili enfeksiyonları önlemek için "el hijyeni" konusunda ilk rehber oluşturulmuştur (Woloshynowych et al.2005; World Health Organization 2009). WHO 2007-2008 yılını "Güvenli Cerrahi Hayat Kurtarır" yılı ilan etmiş ve bu kapsamda cerrahide aseptik teknikler, güvenli anestezi, eğitilmiş personel, cerrahi donanım, izlem ve kalite güvenliği olmak üzere beş konuya odaklanılmıştır (WHO 2009). WHO tarafından cerrahi birimlerde tıbbi hataları azaltmak ve hasta güvenliğini sağlamak için "Cerrahi Güvenlik Kontrol Listesi" oluşturulmuş ve kullanımının yaygınlaştırılmasını önermiştir (WHO 2009). Ayrıca güvenli bir cerrahi için iyi bir ekip çalışması, Cerrahi Güvenlik Kontrol Listesi'nin kullanılması ve ortaya çıkan sorunlar ile ilgili kayıt tutulması gerektiği de kaydedilmiştir (WHO 2009; Nordin 2015).

DSÖ, Doğu Akdeniz Bölgesindeki ülkelerin katkısıyla, sağlık bakım kurumlarında hasta güvenliği kültürünü teşvik etmek amacıyla; liderlik ve yönetim, hasta ve toplum katılımı, güvenli kanıt dayalı klinik uygulamalar, güvenli çevre ve yaşam boyu öğrenme gibi beş etkinlik alanı belirleyen Hasta Güvenliği Dostu Hastane Girişimini (Patient Safety Friendly Hospital Initiative [PSFHI]) başlatmıştır (AbuAlrub and Abu Alhijaa 2014).

Sağlık hizmeti verilen hastanelerde ve diğer kurumlarda uygulanabilecek hasta güvenliği hedeflerini belirleyerek tıbbi hataların azaltılmasını amaçlayan Sağlık Bakım Kuruluşlarının Akreditasyonu Birleşik Komisyonu (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations [JCAHO-SBKABK]) tarafından ilk olarak 2003 yılında ABD 'de ulusal hasta güvenliği hedefleri ilan edilmiş ve 2005 yılından başlayarak bu hedefler uluslararası hasta güvenliği hedefleri olarak kabul edilmiştir (Spruill et al. 2009). Bu hedefler sağlık hizmeti verilen tüm alanlar için belirlenmekte ve her yıl gözden geçirilmektedir (Calfee 2012; Bulut, Türk ve Şahbaz 2013).

2.2.4. Ülkemizde Hasta Güvenliği Mevzuatı

Ülkemizde, hasta güvenliğine ilişkin temel uygulamalar Sağlık Bakanlığı'nca yayınlanan Hizmet Kalite Standartları içinde ele alınmıştır. Standartlar içerisinde "Hasta ve Çalışan Güvenliği" başlığı altında otuz dört adet standart yer almakla birlikte, standartların tümüne bakıldığında yarısından fazlasının doğrudan ya da dolaylı olarak konuyla ilişkili ve hasta güvenliğini sağlamaya yönelik olduğu görülmektedir (Zohar 1980).

Hasta güvenliğiyle ilgili bir başka mevzuat düzenlemesi ise, 29 Nisan 2009'da, 27224 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanarak yürürlüğe giren "Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ'dir. Tebliğ, birinci, ikinci ve üçüncü basamak kamu ve özel sektöre ait tüm sağlık kurum ve kuruluşlarını kapsamaktadır ve hasta güvenliğine ilişkin, aşağıda verilen on üç konuya odaklanmıştır:

- **Hasta künyelerine ait bilgi kontrol edilmeli doğrulanmalıdır:** Hastanın kimlik bilgilerini tanımlamak için barkotlu kol bandı kullanılmalı, tetkik, tedavi, cerrahi ve müdahale gerektiren tüm işlemlerin öncesinde ve tıbbi tedavi uygulamadan önce, hastaya kan takılmadan ve kan örneği alınmadan önce klinik testler için numune alınımında ve hasta transferlerinde de kimlik doğrulamaya ilişkin bir süreç hazırlanmalı ve bu sürece göre uygulamalarda mutlaka kimlik doğrulaması yapılmalıdır. Kimlik doğrulamanın temel amacı; doğru hastaya doğru işlemin yapılmasını sağlamak, özellikle isim benzerlikleri veya iş yoğunluğundan kaynaklanabilecek yanlış uygulamaların önüne geçmektir. İsim benzerlikleri lacivert, alerji kırmızı, izolasyon sarı ve diğer hastalarda beyaz bileklik kullanılmalıdır.

- **Sağlık hizmeti verenler arasında iletişim güvenliğinin geliştirilmesi:** Hastanın bakım sürecinde, sözlü/telefonla talimatların verilmesi ve alınması sadece steril girişimler esnasında, doktorun hastanede ya da serviste olmadığı durumlarda ve acil olarak ilaç verilmesi gereken durumlarda uygulanır. Sözlü/telefon talimatı sırasında uygulanacak ilacın adı, dozu, uygulama sıklığı ve uygulanma yolu açıkça belirtilir ve talimatı alan kişi tarafından yazılıp geri okunarak talimatı veren kişiye onaylatılır. Kemoterapi ilaçları ve yüksek riskli ilaçlarda sözlü talimat uygulanmaz. Kritik test değerleri, ilgili laboratuvar sorumlusu tarafından geri okuma yöntemi de kullanılarak telefonla ilgili hekim ya da hemşireye bildirilir ve bildirim kayıt altına alınır. Ayrıca ilaç

uygulamalarında hasta güvenliğini sağlamak üzere kullanılmaması gereken kısaltmalar listesi hazırlanarak, kısaltmalardan kaynaklanacak yanlış ilaç uygulamaları engellenmelidir. Amaç, yazılı ve sözlü iletişim esnasında yanlış anlamalardan kaynaklanabilecek hataların oluşmasını engellemek yoluyla, hastanın zarar görmesini önlemektir. İletişimin güvenli olması için kritik yol haritaları oluşturulmalı, eğitimler verilerek ortak dil sağlanmalı ve SBAR tekniğinin kullanılması önerilebilir.

- **İlaç güvenliğinin sağlanması:** İlaç hatalarının önlenmesi için hastanın yatış öncesi kullandığı, bakımı/tedavisi esnasında kullanılan ve taburcu sonrası kullanılacak ilaçlara ilişkin bir süreç tanımlanmalı, ilaç-ilaç ve ilaç-besin etkileşimi değerlendirilmeli ve hastanın ilaçları hemşire tarafından verilmelidir. Adı, ambalajı, ismi/okunuşu birbirine benzeyen ilaçların karışmaması için önlemler alınmalı, hasta kullandığı ilaçlar hakkında eğitilmelidir. Yüksek riskli ilaçlar etiketlenmeli, bağımlılık yapan uyarıcı ve uyuşturucu ilaçlar kilit altında muhafaza edilmelidir. İlaç güvenliği sağlanmalı buzdolabı dereceleri ile ısı takibi yapılmalı ve ilaçlar saklanma koşullarına uygun saklanmalıdır. Hasta yanında ilaç bulundurmamalı ve hastanın evden gelirken getirdiği ilaçlar eczacı tarafından uygunluğu kontrol edilerek hasta taburcu oluncaya kadar uygun koşullarda muhafaza edilmelidir.

- **Kan transfüzyonunda güvenli uygulamaların sağlanması:** Transfüzyon öncesi ve numune alımı esnasında kimlik doğrulaması yapılmalı, hastanın bilgilendirilmiş rızası alınmalı, uygulama esnasında gerekli takip yapılmalı, donörle ilgili testlerin güvenliği sağlanmalıdır. Hasta kanları güvenli saklama koşullarında saklanmalıdır.

- **Enfeksiyon risklerinin azaltılması:** Enfeksiyonla ilgili risklerin azaltılması amacıyla enfeksiyon kontrol ve önleme programı uygulanmalı, gerektiğinde eğitim tekrarlanmalıdır. Yataklı Tedavi Kurumları Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliği'nde belirlenen işlemler yürütülmelidir.

- **Hasta düşmelerinin önlenmesi:** Hasta düşmelerinden kaynaklanan zararların önlenmesi amacıyla hastanın düşme riski değerlendirilmeli, risk grubuna yönelik önlemler alınmalı, meydana gelen düşmelerle ilgili analizler ve düzeltici önleyici faaliyetler yapılmalı ve personele bu konuda eğitim verilmelidir. Hasta odalarında yatak kenarları yukarı kaldırılmalı ıslak zemin durumunda belirteç konmalıdır. Hastanın tek başına ani yataktan kalkmaması konusunda çalışan, hasta ve hasta yakınları bilgilendirilmeli işleyişe yönelik eğitimler verilmelidir.

- **Güvenli cerrahi uygulamalarının sağlanması:** Cerrahi işlem güvenliğini sağlamak amacıyla, cihazların periyodik bakım ve kalibrasyonları yapılmalı, anestezi gazların karışmaması için işlem öncesi kontroller yapılmalı, ekipmanın hazır olduğu teyit edilmeli ve bu amaçla bir kontrol listesi hazırlanmalıdır. Sterilizasyon ünitesinin yüksek güvenilirliği sağlanmalı, yanlış taraf cerrahisini önlemek için cerrahi girişim öncesi hastanın da katılımıyla hekim tarafından cerrahi taraf işaretlemesi yapılmalı, kimlik doğrulama gibi belirteçler kullanılmalıdır. DSÖ tarafından belirlenen evrensel protokol uygulanmalı, hastanın ameliyathaneye transferi servis hemşiresi tarafından kimlik doğrulaması yapıldıktan sonra sağlık personeli eşliğinde gerçekleştirilmelidir.

- **Sıra beklemeden kaynaklanan olumsuzlukların önlenmesi:** Sıra beklemeden kaynaklanabilecek olumsuzlukların önlenmesi amacıyla sağlık kurumuna başvuran hastalar risk gruplarına göre değerlendirilerek, yüksek riskli ve kronik hastaların daha önce hizmet almaları için gerekli düzenlemeler yapılmalı, bekleme süreleri izlenerek, nedenlerine yönelik analiz ve iyileştirme çalışmaları planlanmalıdır. Örneğin, Konsültasyonlar ve tetkik hastalarının randevu sistemleri farklı saatlerde değerlendirilmelidir.

- **Temel yaşam desteği sürecinin güvence altına alınması (Mavi Kod uygulaması):** Temel yaşam fonksiyonu durmuş ya da risk altında olan bireylere mesai içi ve mesai dışında gerekli müdahalelerin yapılabilmesi için tabip, hemşire, anestezi teknisyeni, hizmetli ve güvenlik görevlisinden oluşan bir ekip kurulmalı, hastanedeki tüm hekim ve sağlık personelinin eğitim alması sağlanmalıdır.

- **Yeni doğan ve çocuk güvenliğinin sağlanması (Pembe Kod uygulaması):** Yeni doğan/bebek/çocuk kaçırlması ve kaybolması durumlarına karşı önlem alınması ve bebek güvenliğinin sağlanması amacıyla hastane müdürünün başkanlığında bir ekip kurulmalı, ekibe gerekli eğitimler verilmeli, tatbikatlar planlanmalı, kaçırlma riski olan bebeklerin farkındalığını sağlamak üzere belirteçler kullanılmalı ve önlemler alınmalıdır. Kaçırlma riski olan, anne babası ayrı çocuklar, hemşire çalışma alanına yakın odalara yerleştirilmeli ve kapılarına beyaz uyarı işareti ile çalışanlar arasında ortak güvenlik ağı oluşturulmalıdır.

- **Hasta ve çalışanların fiziksel saldırı, cinsel taciz ve şiddete maruz kalmalarına karşı gerekli güvenlik tedbirlerinin alınması:** Hasta ve çalışanların fiziksel saldırı, cinsel taciz ve şiddete maruz kalmalarına karşı gerekli önlemler alınmalı ve bu amaçla 24 saat görev yapacak ekipler kurulmalıdır. Zorunlu durumlarda çalışanlar

beyaz kod, hastalar içinse güvenlik birimine haber verilir ve beklenmeyen olay bildirim yapılr ve hasta güvenliği sağlanır.

- **Afetler (deprem, yangın, sel) ve olağan dışı durumlarda tedbir alınması:** Afetler ve olağan dışı durumlar için bir plan yapılmalı, tatbikatlar gerçekleştirilmeli, tüm personele bu konuda eğitimler verilmelidir. Bu eğitimler belirli aralıklarla yılda en az bir kez verilmelidir.

Güvenli sağlık bakımı vermek hemşirenin, güvenli bakım ortamının tasarlanmasında yöneticilerin sorumluluğu olmalıdır. Hasta güvenliğinde sadece bireyler değil sistemde değerlendirilmelidir.

Türkiye'de son yıllarda hasta güvenliği ve sağlıkta kaliteyi geliştirmeyi amaç edinen dernekler kurulmuştur. Hasta Güvenliği Derneği, Sağlıkta Kalite İyileştirme Derneği çalışmalarına devam etmektedir.

Hasta güvenliği çalışmalarında; hasta güvenliği açısından iyileştirilmelerin yapılması için iki ayrı süreçten söz edilmektedir. Bu süreçlerde önleyici olan (proaktif) ve düzeltici olan (reaktif) yaklaşımdır. Düzeltici ve önleyici sürecin işleyişinde önleyici olan bir zarar oluşmadan ortaya çıkmasının beklenmemesi ve zarar oluşmadan önlenmesini düzeltici olarak da işleyiş de risk oluşturun, örneğin; klinikteki hastanın taburculuğa hazırlık aşamasında evraklar dosyaya yerleştirilirken farklı hasta evraklarının farklı dosyaya konulması ya da eksik kayıt yeterli veri olmaması. Bir başka örnekte ise; eczaneden gelen hasta bazlı ilaçların toplu ve geç gelmesi durumunda tedavi gecikmelerinden dolayı hastanın zarar görmesinden kaynaklı düzeltici formlarla durumun bildirilmesi, tekrarının önlenmesi ya da sorunun çözümlü ve sistemlerin analizini içermektedir. Aksaklıkların çözümlü, gerekli bilgilendirme ve eğitim sürecinden oluşmaktadır. Yine beklenmeyen olay bildirim de hastanın düşmesi, izinsiz klinikten ayrılması, pembe kod (çocuk kaçışma), iğne batması, iletişim sorunları gibi beklenmeyen olay durumlarını bildirerek hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanması, ilaç uygulama hataları bildirim formu advers, etki ve ilaç uygulama hatalarıyla ilgili sorunlar için doldurulur. Tüm bu sorunlar için kurumda oluşturulan hasta güvenlik komitesi bilgilendirilir. Uygunsuzlukları giderici/önleyici tedbirler alınır (Zohar 1980).

Hasta güvenliği komitesi tarafından, hasta güvenliği iyileştirilmesi çalışmaları yapılarak süreç gözden geçirilir prosedür ve talimatlar oluşturulduktan sonra tanılara yönelik hasta bilgilendirme kitapçıkları oluşturulur, hasta ve hasta yakınlarının hastanın bakıma katılması desteklenir/cesaretlendirilir, klinik uygulamalarda gereğinde

eğitimlerle olumlu davranış değişikliklerinin kazandırılması sağlanır ve bu sürece tüm çalışanlar dahil edilir.

2.3. Sağlık Hizmetleri ve Hasta Güvenliği

Bu alanla ilgili yayınların giderek artmasına rağmen genel bir literatür birliği olmamasından kaynaklanan güçlükler sebebiyle DSÖ'nün girişimiyle hasta güvenliğinin uluslararası sınıflandırılması için çalışma başlatılmıştır. Bu çalışmada, hasta güvenliği ile ilişkili olarak tanımlanan bazı kavramlar şunlardır:

Sağlık bakımı alan kişi olan hastalar sağlık bakımını, sağlıklarının düzeltilmesi, devam ettirilmesi ve tüm bunların korunması olarak tanımlamaktadırlar. Güvenlik risklerden uzak olma durumu iken tehlike, güvenliği riske sokacak ya da bu riski arttıracak durumdur. Hasta güvenliği ise; hastaların aldıkları sağlık hizmetlerinden gereksiz yere zarar görmesini engelleme durumudur. Hasta güvenliği hastaların zarar görmesi ve zarara neden olma halidir. Hatalar ise, eylemlerin yanlış tasarlanması ve uygulanmasıdır.

İhlal etme ise, hizmetin standartları ve kurallarından sapması olarak tanımlanmaktadır (Kohn et al. 2000). Hata ve ihlaller olay meydana gelmese de riski arttırmaktadır. Zarar, işlevin bozularak sağlığı olumsuz etkilemesidir.

Sağlık hizmetlerinde yaşanan tıbbi hataların kabul edilemez düzeyde yüksek olduğu düşünülmektedir (Kohn et al. 2000). Yapılan araştırma sonuçları değerlendirildiğinde, sağlık kurumlarından hizmet almanın potansiyel risklerinin neredeyse dağa tırmanma, bungee jumping gibi yüksek riskli etkinlikler kadar olduğu belirtilmektedir. ABD'de önlenebilir tıbbi hataların maliyetinin 17-29 milyar dolar arasında olabileceği tahmin edilmektedir (Kohn et al. 2000). Tıbbi hataların başka ülkelerin de sorunu olduğu çalışmalarla gösterilmiştir. Yetişkin hastalarla altı ülkede yapılan bir çalışmada hastaların tıbbi hata deneyiminin ABD'de %34, Kanada'da %30, Avustralya'da %27, Yeni Zelanda'da %25, Almanya'da %23 ve Birleşik Krallık'ta %22 oranında olduğu belirlenmiştir (Acar 2008).

New York'ta yapılan toplum bazlı bir çalışmada yetişkinlerin tıbbi hataya maruz kalma oranı %21 bulunmuştur (Adams ve Boscarino 2004). Başka bir çalışmada hekimlerin %35'inin, toplumun %42'sinin kendilerinin veya aile bireylerinden birinin

tıbbi hataya maruz kaldığı, bu hataların önemli bir bölümünün ciddi hatalar olduğu bildirilmiştir (Kohn et al. 2000).

Avrupa Komisyonunun Avrupa Birliğine üye ve aday ülkelerde yaptığı bir araştırmada halkın tıbbi hatalar konusundaki algılamaları ve deneyimleri sorgulanmış, katılımcıların %23'ü herhangi bir tip tıbbi hataya maruz kaldıklarını ifade etmişlerdir. Birliğe yeni üye ülkeler ve aday ülkelerin tıbbi hatalar konusunda daha az bilgili ve daha çok endişeli olduğu bildirilmiştir (European Commission 2006).

Tıbbi hatalar sadece hastanelerde yaşanmamaktadır. Doktorun muayenehanesinde, evde, huzurevlerinde ve polikliniklerde yaşanan hataların prevalansı hakkında yeterli veri bulunmamaktadır (Kohn et al. 2000). DSÖ Ekim 2006'da Cenevre'de Avrupa Komisyonu'nun desteklemekte olduğu bir konferansta dünya genelinde her yıl ortalama 10 milyon kişinin önlenebilir tıbbi uygulamalar nedeniyle sakatlandığı ya da vefat ettiğini belirterek hasta güvenliği konusunda çalışmalar yapılması önerisini sunmuştur (WHO 2006).

2.3.1. İlaç Hataları

Hasta güvenliğinin sağlanmasında görülen bir diğer önemli hata ilaç hatalarıdır. İlaç hatalarının hasta güvenliğinde son derece önemli olmasının sebebi, ilaçlara bağlı olarak yapılan hatalar neticesinde sakat kalma ve hatta ölüm gibi ciddi sorunların yaşanmasıdır. Hastalarda ciddi ve çoğu zaman kalıcı hasarların oluşmasına neden olan ilaç hataları sıklıkla görülebilmektedir. Özata ve Altuncan (2010) aktardığına göre Joint Sağlık Organizasyonları Akreditasyonu Birleşik Komisyonu 2005 Raporu'nda istenmeyen olaylar sıralamasında, ilaç hataları dördüncü sırada yer almaktadır. İlaç uygulaması birbirini izleyen reçeteleme, dağıtım, uygulama, izlem ve kontrol süreçleri ile yerine getirilmekte ve hatalar bu sürecin herhangi bir aşamasında karşımıza çıkabilmektedir.

İlaç hataları birçok nedenden dolayı ortaya çıkabilir. Benzer ilaç isimleri ya da benzer ilaç kutuları ilaç hatalarının ortaya çıkmasına neden olabilen sorunlar arasındadır. İlaç hatalarının yaşanmasının engellenmesi için bazı noktalara özen gösterilmelidir. Örneğin tüm uygulama alanlarına hazırlanan listeler asılmalıdır. Sorumlular konu ile ilgili bilgilendirilmelidir. Narkotik ilaçlarının çift kilit altında tutulması, acil ilaçların hazır bulundurulması, eczane kapalı iken ilaçların temin etmenin

bir yöntemi belirlenmesi ve tüm ekibin bu yöntemi bilmesi gereklidir. Yüksek elektrolit solüsyonları el altında bulundurulmamalıdır. Hazırlanan ilaçlar prosedüre uygun yapılmalıdır. Hasta üzerinde ilaç etkileşimleri hasta takip formunda kayıt altına alınmalıdır. Alerjen etkenlerin bakım verenler tarafından bilinmesi için hasta dosyaları üzerinde işaretlemeler yolu ile uyarı yapılmalıdır. Hastaların aldığı tüm ilaçlar kayıt altına tutulmalıdır. Enjektöre çekilen ilaçlar etiketlenmelidir (Acar 2008).

İlaç hatalarının ortaya çıkmasına, yukarıda da bahsedildiği üzere, birçok unsur neden olabilmektedir. Sayek (2011)'e göre ilaç hataları, reçeteleme, ilaç istem iletimi, ilaçların etiketlenmesi, paketlenmesi, adlandırılması, birleştirilmesi, dağıtımı, ilaç yönetimi, eğitim, izlenmesi ve ilaç kullanımını içeren sağlık çalışanı ilaç uygulamalarına, sağlık bakım ürününe ve prosedür ve sistemlere bağlı olarak ortaya çıkabilir.

İlaç hatalarının ortaya çıkmasında çoğunlukla hekimlerin ve hemşirelerin yer aldığı görülmektedir. Hekimden kaynaklanan ilaç hatalarının nedenleri arasında ilaç isimlerinin okunaksız bir biçimde yazılması, ilacın kullanımının anlaşılır ve doğru bir biçimde açıklanmaması, yanlış dozda ya da yanlış istemde bulunulması gibi hatalar bulunmaktadır. Ayrıca hekimler vizite sonrası hasta tedavi planındaki değişiklikleri kaydetmeyi unutmakta ya da bu değişikliği, istemi uygulayacak hemşireye iletmede gecikmektedirler. Bu değişikliğin saatini sıklıkla yazmamakta ve istem zamanında yerine getirilememektedir. İstem yapılırken ilaç isimlerinin kısaltılması, ilaç doz birimlerinin kısaltılması, dozlardaki virgül yanlışlıkları yapılan diğer hatalardır (Eroğlu 2011).

İlaç hatalarında rol oynayan bir diğer grup olan hemşirelerin de önemli hatalar yapabildikleri görülmektedir. İlaç uygulamalarında yer alan hemşirelerin ilaç hatalarına yönelik sorumluluğu büyüktür. Hemşire ilaç uygulamalarını "altı doğru ilkesi" ne uyarak yerine getirir. Bunlar doğru ilaç, doğru hasta, doğru doz, doğru verilme yolu, doğru zaman ve doğru kayıttır (Kohn et al. 2000).

Klinik uygulama alanlarında iletişim eksikliğinden kaynaklanan ilaç uygulama hataları yaşanabilmektedir. Örneğin; yoğun bakımda yatan sodyum düzeyi düşük bir çocuk hastanın hekim isteminde bir tatlı kaşığı tuz alması gerektiği yazılı olarak belirtilmesi, hekim tarafından mama birimine bildirilmesi ve hemşireye bu konuyla ilgili bilgi verilmemesi durumunda; hemşire ve mama birimi birbirinden bağımsız şekilde mamaya tuz ekleyebilmekte ve bu durum sonucunda çocukta sodyum

yüklemesine bağı idrar çıkışında sorun yaşanabilmektedir. Diğer bir ilaç hata örnekleri de hemşire oral ilaç tedavisi amacıyla hasta başına günlük dozun tamamı ile gittiğinde ortaya çıkabilmektedir. Hemşire, hasta çocuk odasında acil bir durum nedeniyle çağrıldığında tedavi tepsisini hasta çocuk başında bırakabilmekte ve bu durumda anne çocuğun dozunu atlamamak ve hemşireye yardım etmek amacı ile hasta çocuğun bir günlük dozunu tek bir öğünde vererek fazla ilaç dozu almasına neden olabilmektedir. Aynı durum dikkatli ve yeterli gerçekleştirilmeyen nöbet değişimlerinde de yaşanabilmektedir. Hemşirenin çocuğun alması gereken ilacı anneye verip bunu nöbet değişiminde nöbetçi hemşireye aktarmaması sonucu nöbetçi hemşirenin yeniden aynı ilaç dozunu vermesiyle de yaşanabilmektedir. Yukarıda verilen tüm bu ilaç uygulama hata örnekleri hasta güvenliğini tehdit eden riskleri oluşturmaktadır. İletişim hatalarından kaynaklanan bu tür ilaç uygulama hataların önlenmesi için sağlık personelleri arasında farkındalık yaratılmalı ve aralıklı olarak hizmet içi eğitimler düzenlenmelidir.

İletişim hatalarından da kaynaklanan bir güvenlik kültürü var ise eksikliğin giderilmesi için eğitim ve farkındalık yaratılmalı güvenli bir ilaç uygulama kültürü oluşturulmalıdır (Akalm 2005).

Türkiye’de Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) ve İlaç Güvenliği Rehberi’nde ilaç güvenliği ile ilgili hataların tüm tıbbi hataların %18-20’sini oluşturduğu bildirilmektedir. Bu rehberde göre raporlanan olaylardan elde edilen sonuçlar doğrultusunda ilaç hatalarının %20’sinin doktor istem hatası, %16’sının yanlış ilaç, %41’inin yanlış doz ve %50’ye yakınının uygulama hatası olduğu saptanmıştır (Özkan 2012).

İlaç hatalarından etkilenen hasta gruplarından biri pediatrik hastalardır. İngiltere’de pediatrik hastalarda damar içi sıvı tedavisi sonrasında gelişen hiponatremiye bağı ölümlerin olduğu dört rapor yayınlanmıştır. Bu olayların ardından UHGA tarafından 2007 yılında İngiltere ve Galler bölgesinde hekimlerin pediatrik hastalarda kullanmaları için damar içi sıvı reçeteleme rehberleri yayınlanmıştır (Smith 2005).

Çocuklar ilaçların reçetelendirilmesi, dağıtımı, uygulanması ve izlemi açısından yetişkinlerden farklı özelliklere sahiptir. Pediatrik özellikle 12 yaş altı çocuklar, sağlık sorunlarında birçok ilacın yetişkin formları ile tedavi edilmektedir (Kaushal et al. 2001). Carlton ve Smith (2005), çocukların yakın zamana kadar küçük yetişkinler olarak

anıldığını bu nedenle yetişkin dozların küçük beden kitlesine uygun hale getirerek kullanıldığını belirtmiştir.

2.3.2. Cerrahi Hatalar

Hastane içerisinde, özellikle ameliyathane içerisinde hasta güvenliğini tehdit eden birçok unsur bulunmaktadır. Ameliyathaneler, cerrahi tedavilerin uygulandığı yerler olarak karmaşık yapılara sahiptirler. Ameliyathaneler, karmaşık içyapısı, stresli çalışma ortamı ve kullanılan tıbbi cihazların çeşitliliği nedeniyle özel bilgi, beceri, donanım ve dikkat gerektiren yerlerdir. Bu özelliklerinden dolayı ameliyathanelerin hasta güvenliğini tehdit edebilecek birçok unsuru bünyesinde barındırdığı söylenebilir (Tunçel 2013).

Ameliyathane içerisinde karmaşık yapı nedeniyle ortaya çıkan cerrahi hatalar hasta güvenliğini tehdit edebilmektedir. Yapılan araştırmalarda yapılan cerrahi hatalar sonucu her 50 hastadan en az birinin öldüğünü ortaya koymuştur (Akalın 2005). Özellikle haberlere konu olabilen ve hasta vücudunda iğne ve benzeri malzemelerin unutulduğu hatalar cerrahi hatalar arasında yer almaktadır. Cerrahi hataların kapsamında yanlış hastaya yanlış ameliyatın uygulanması gibi durumlar da bulunmaktadır. Örneğin, kliniklerden ameliyathaneye hasta transferlerinin yapılması sırasında doğru taraf işaretlenmesi, hastaya doğru bileklik takılması, hastanın izolasyonu varsa ameliyathane görevlileri önceden bilgilendirilmelidir.

2.3.3. Hastane Enfeksiyonu ve El Hijyeni

Hijyen ve el hijyeni ile ilgili kavramlar zaman zaman birbiri yerine kullanılır fakat aslında her biri başka anlamlar taşımaktadır.

“Sterilizasyon: Maddelerin veya cisimlerin birlikte buldukları organizmaların bütün canlılardan arınması şeklindedir. Tıpta ise olası enfeksiyonlardan korunmak için hastaların dokusuna temas edecek aletlerin ve vücuda enjekte edilecek ilaçlarında steril olması önemlidir (Atasoy 2009).”

“Dezenfeksiyon: Patolojik organizmaların ve güçlü olmayan organizmaların zarar görmesi ya da ortamın hijyenik hale getirilmesi için su, kimyasal ya da vb. maddeler uygulanarak hijyenik hale getirilmesi şeklindedir (Atasoy 2009).”

Dezenfektan: Dezenfeksiyon sırasında kullanılan maddelere dezenfektan denilir.

“Sterilan: Sterilan maddeler mikroorganizmaların sporlar dahil tüm şekillerini tahrip eden gluteralaldehid, formaldehid ya da aldehidsiz olan özel kimyasal maddelerdir. Sterilan kelimesi mutlak steriliteyi ifade eder (Atasoy 2009).”

“Deterjan: Deterjanlar (örneğin, sürfektanlar) temizleme işlemini sağlayıcı bileşiklerdir. Hem lipofilik hem de hidrofilik kısımlar içerir ve anyonik, katyonik, amfoterik ve iyonik olmayan deterjanlar olmak üzere 4 gruba ayrılır (Atasoy 2009).”

“Asepsi: Mikroorganizmaların vücutta enfeksiyona neden olabilecekleri herhangi bir bölgeye girmesini engellemek için sağlık kuruluşlarında harcanan çabaların tümünü tanımlayan genel bir terimdir (Atasoy, 2009).”

“Antisepsi: Patojen mikroorganizmaların üremelerini durdurmak veya öldürmek için canlı doku üzerine kimyasal maddelerin uygulanmasıdır (Atasoy 2009).”

“Bakterisit/Bakterisidal: “Sit” ve “sidal” ekleri öldürme etkisi için kullanılır. Dezenfektan madde öldürücü etki gösterdiği mikroorganizmanın tipine göre virüsit, fungusit, bakterisit, sporosit olarak adlandırılabilir (Atasoy 2009).”

“Bakteriostatik: Bakteriler üzerine üremeyi durdurucu etki yapan maddeleri ifade eder. Dezenfektanlar genellikle düşük konsantrasyonlarda bakteriostatik, yüksek konsantrasyonlarda bakterisit etkinlik gösterir.

Düz sabun: Antimikrobiyal içermeyen ya da sadece koruyucu olacak kadar içeren deterjanı ifade eder. Kir ve beraberindeki mikroorganizmaların fiziksel olarak giderilmesi amacı ile kullanılır (Atasoy 2009).”

“Antimikrobiyal sabun: Cilt florasına karşı in vitro ve in vivo etkiye sahip antiseptik madde içeren sabunu ifade eder.

Belirgin olarak kirli el: Kir veya proteinli materyal, kan ve diğer vücut sıvıları ile görünür bir şekilde kontamine olmuş eli ifade eder.

El yıkama: Ellerin malzeme kullanılarak yıkanmasıdır (sabun su vb.) (Atasoy 2009).”

Cerrahi el temizliği yaparken amaç; bulaş riski olan floranın yıkımı yok edilmesi ile gücünü azaltıp kalıcı floranın da etkisinin mümkün olduğunca azaltılması ve bu sürecin operasyon süreci boyunca devam etmesidir (Zohar 1980).

El yıkamada kullanılan ve ihtiyaç olan malzemeleri yeterince bulundurulup ihtiyaç ve gereksinme göre de alanlara yerleştirilmelidir. Uluslararası kabul edilebilir el hijyeni rehberleri DSÖ, CDC (Centers for Disease Control and Prevention- Amerika

Birleşik Devletleri Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezleri) ve diğer çeşitli ulusal ve uluslararası kurumlarda mevcuttur (İnanır ve Serbest 2009).

Hemşirenin hastanın tedavisini hazırlamadan önce; tedavi arabasının temizliğine, el yıkamasına ve kullandığı enjektörün antiseptik temizliğe dikkat etmesi örnek verilebilir (Acar 2008).

İzolasyon gerektiren odaların atıklarının oda içerisinde kırmızı poşetle toplanması yine Kurum içindeki prosedür Çevre ve Orman Bakanlığı'nun atıkların kontrolü ile ilgili yönetmeliklerine uygun olarak uygulanmalıdır. Uygun şekilde atılmayan delici kesiciler sonucu oluşan yaralanmalar çalışan ve hasta güvenliğini ölüme götürecektir kadar risk oluşturabilmektedir (İnanır ve Serbest 2009).

Uygun el yıkamak, hastane enfeksiyonlarının azaltılmasında ve toplumsal olarak önemli role sahiptir. Enfeksiyondan korunma ve kontrol organizasyonları tarafından oluşturulan kurallar kadar enfeksiyonların önlenmesi de önemlidir. Tüm bunlara rağmen sağlık personelinin el yıkama ve hastane enfeksiyonları konusunda yetersiz olduğu görülmektedir. Yetersizliklerin nedeni olarak lavaboların yetersiz olması, uygun fiziki koşullarda olmaması, sabun gibi malzemelerin bulunmaması ilk sıralarda yer almaktadır (Atasoy 2009).

2.3.4. Hekim ve Hemşirelerin Çalışma Koşulları

IOM'un raporunda sağlık çalışanlarının güvenliğinin çoğu zaman hasta güvenliği ile ilişkili olduğu belirtilmiştir. Raporda, çalışanların güvenliği ne kadar fazla olursa, hasta güvenliği de o ölçüde artar denilmektedir (IOM 2001).

Uzun ve dinlenmesiz çalışma saatleri çalışanların sağlığını olumsuz etkilediği gibi, hata yapma ihtimalini artırarak hastaların nitelikli sağlık hizmeti almalarını da engellemektedir. Uyku düzensizlikleri ve yorgunluğun hata yapma ihtimalini artırdığı bilinmektedir (Weinger and Ancoli-Israel 2002). 657 sayılı Devlet Memurları Kanununa göre (1965) haftalık çalışma süresi 40 saat olarak; 2368 sayılı Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanunda ise (1980) haftalık çalışma süresi 45 saat olarak belirlenmiştir. Sağlık hizmetlerinin sürekliliği, personel dağılımındaki yetersizlik, personel eksikliği gibi hususlar sağlık personelinin çalışma sürelerini etkilemektedir.

Hekimler, özellikle asistanlar, çoğu zaman haftada 40-45 saatin üzerinde çalışmaktadır. Uzun çalışma saatlerine bağlı yorgunluk nedeniyle hekimlerin hata yapma olasılıkları artmaktadır. Bu doğrultuda; Bazı ülkelerde fazla mesai çalışma süreleri sınırlandırılmıştır (Jason and Daniel 2007).

Sağlık hizmetleri sunumunda hemşireler diğer sağlık çalışanları içinde oran olarak en büyük grubu oluşturmaktadır. Hasta güvenliğini geliştirici faaliyetler hemşirelik bakımıyla önemli derecede ilişkilidir (Milligan and Dennis 2004). Hasta bakımında kalitenin korunması sağlıklı istihdamın göstergesidir. Hemşire sayısının yetersiz olduğu ortamlarda güvenli hasta bakımından söz edilemez. "Hemşire istihdamı sadece hastaya bakım verecek personelin sayısına bağlı olmayıp iş yükü, iş ortamı, hasta durumunun karmaşıklığı, hemşirelerin bilgi ve beceri düzeyi, görev ve yetki dağılımı ile de ilgilidir (NCNA 2005)." Yeterli hemşire istihdamı hastanede yatan hastalarda ölüm oranını azaltmakta ve hastanede kalış süresini kısaltmaktadır (Lang et al. 2004). Hasta başına günlük ilave bir hemşire mesaisinin 30 günlük ölüm oranında %50'lik bir azalma meydana getirdiği belirtilmektedir (Aiken et al. 1999).

Yeterli istihdamın sağlanması hemşirelerin sağlığını da olumlu yönde etkiler. Hemşire başına düşen hasta sayısının fazla olduğu durumlarda ve sürekli mesaiye kalan hemşirelerde iş doyumunun yetersiz olduğu, işe devamsızlık ve sağlık sorunlarının da daha fazla görüldüğü belirtilmiştir (Sheward et al. 2005, Aiken et al. 2002).

Aşırı mesai yapılması durumunda; hastanın durumundaki değişikliği fark etmede azalma, hemşirelerin reaksiyon hızında azalma, ilaç hataları, klinik karar vermede hatalar, hastane enfeksiyonunda artış, yatak yaralarında artışlar görülmektedir. IOM'un son raporlarından birinde (2004) hemşirelerin gönüllü olarak çalıştıkları fazla mesaiye bile sınırlama getirilmesi önerilmektedir. "Ülkemizde kamu sağlık personelinin fazla mesai üst sınırı için bir yasal düzenleme bulunmamaktadır. Sadece fazla çalışmanın karşılığının ödenmesinde üst sınır belirtilmiştir (Resmi Gazete 1965)." Günümüzde dünya genelinde yaşanan hemşire açığı nedeniyle hasta güvenliği ve sağlık bakım hizmetlerinin kalitesinin ciddi bir tehlike ile karşı karşıya kaldığı düşünülmektedir.

2.3.5. Hemşirelerin Çalışma Ortamı ve Hasta Güvenliğine Etkisi

Sağlık bakım hizmeti veren hemşireler, denetleyici, koordinasyonu sağlayıcı ve 24 saat kesintisiz sağlık bakım hizmeti sağladıklarından hasta güvenliği sağlamada ideal meslek çalışanlarındandır. Kanadalı Hemşireler Birliği hasta güvenliğinin sağlanmasında ve hataların azaltılmasında hemşirelerin, diğer meslek çalışanları, işverenler ve devletle işbirliği içinde olmalarını önermektedir (Zohar 1980).

CNA, hasta güvenliği sağlanması ve en iyi hemşirelik uygulamalarının araştırılması için bilgi toplamanın kritik derecede önemli olduğuna inanmaktadır (2003 Yılı Kanadalı Hemşireler Derneği Raporu www.cna.aiic.ca). Hemşirelerin hasta güvenliğini koruyarak ve yükselterek önemli bir katkı sağladıklarını savunmaktadır.

Sağlık çalışanları içinde buldukları özel çevrelerden ve çalışma materyalinin insan olmasından kaynaklanan çok yönlü sağlık risklerine maruz kalmaktadırlar. Hemşirelerin işi hastalara bakım vermek olduğuna göre bu işini yaparken, yoğun tempoda vardiyalı ve sürekli ayakta kalarak çalışmak zorunda olduklarından, teknolojiye ayak uydurma çabaları, araç gereç eksikliği, enfeksiyon riski, yetersiz personel, kişiler arası olumsuz ilişkiler, hastalık, ölüm gibi kriz durumları ile karşılaşmaktadırlar (Sezgin 2007).

Verilen hizmetin normal mesai saatlerinin üzerinde tutulması, 24 saat kesintisiz çalışma temposu, çalışanların yorgunluk ve bezginliğine yol açan nöbet saatleri hizmetin kalitesini düşürdüğü gibi hasta bakımını ve güvenliğini de büyük ölçüde etkiler (International Labour Organization 2015). Hemşirelerin çalışmaları yoğun hizmet ve dikkat gerektirdiğinden aşırı yorgunluk, zihinsel karışıklık, hem hastaya hem de kendisine zarar verebilmektedir. Bu nedenle hemşirelerin çalışma saatleri hasta ve çalışan güvenliği açısından, Uluslararası Çalışma Örgütü'nün de öngördüğü şekilde günde 8 saat olmalıdır (Rachel and Egidio 2003).

Çalışanların, iş ortamları ve iş yaşamlarından aldığı haz onların iş doyumlarını oluşturmaktadır. İş ortamındaki yetersizliklerden dolayı çalışma şartlarının zorlaşması, hastaya verilen hizmetin aksaması; bu da bakım kalitesine olumsuz yansiyarak iş doyumunu ve kalitesini azalttığına ilişkin çalışmalar mevcuttur.

Hemşirelerin sayısal yetersizliğinin iş yükünü ciddi biçimde artırdığı ve hemşire başına düşen hasta sayısındaki oranın yüksek olması da fiziksel yorgunluğa neden olduğu hastalardan alınan olumsuz geri bildirimle alınmaktadır (Sezgin 2007). Ayrıca

yeterli personele sahip olma hemşirelerin etkin çalışmasını etkilemektedir. North Carolina Hemşireler Birliği (NCNA) tarafından yapılan açıklamaya göre; hastaların düşme oranları, bası yarası oranları, hastanedeki enfeksiyon oranlarının neden olduğu hastanın hastanede kalma süresinin uzamasına neden olan ve ölümle sonuçlanan olumsuz etkilerdeki artış, sağlık kurumlarındaki personel sayısının yetersiz kalmasıyla bağlantılı olarak yaşanmaktadır. Çalışana istenilen boyutta motive edici imkanların sunulmaması, iş performanslarını ve hasta güvenliğini sağlamada etkili unsurdur (Sağlıklı İstihdam Hayat Kurtarır Bilgi ve Eylem Klavuzu, <http://syo.kocaeli.edu.tr>).

Sağlık hizmetlerinde güvenli bir çalışma ortamında sunulan sağlık hizmetinin çalışanlarda performansta mükemmellik sağlamaya katkısı olduğu yapılan birçok araştırma ile desteklenmektedir (Göl 2009).

2.4. Hasta Güvenliğinde Hemşirenin Sorumlulukları

Hasta güvenliği sürecinde hasta bakım aşamasının ve tıbbi faaliyetlerin büyük bir kısmını hemşireler yürütmektedir (Korkmaz 2012). Hemşireler, hasta bakım sürecini kapsayan, hasta güvenliğinin sağlanmasındaki aşamalardan sorumludur. Tıbbi uygulamalarda da aynı süreçten sorumludurlar. Hemşirelerin hastalarla en fazla iletişim içinde olan sağlık çalışanı olması, hemşirelerin hasta güvenliği kültürü oluşturmalarında önemli role sahip olmalarını sağlar (Korkmaz 2012).

Hemşirelerin, hastaların sağlık bakım gereksinimlerinin karşılanması ve yaşam kalitelerinin yükseltilmesinde önemli sorumlulukları bulunmaktadır. Hemşirelerin hasta güvenliğine dikkat ederek, başkalarının da hastalara zarar verecekleri durumda savunucu rolünü kullanarak hastaya verilebilecek zararı önleyebilmektedir (Göl 2009).

Hemşirelik uygulamalarında hasta güvenliği uygulamaları açısından en öncelikli konuların başında ilaç uygulamaları gelmektedir. İlaç hatalarının nedenlerine yönelik incelemeler bireysel düzeyde kalmakta ve hemşirelere odaklanılmaktadır. Hemşirelerin önem vermesi gereken konulardan biri de kanla ilgili işlemlerdir (kan transfüzyonu, kan alma vs.). İlaç ve kanla ilgili uygulamalarda kimlik tanımlaması hasta güvenliğini sağlamada önceliklidir. Bir diğer önemli hasta güvenliği boyutu hasta düşmeleridir. Yapılan hemşirelik eğitim ve bakım planları ile düşmenin önlenmesi düşme sonucunda hastada oluşabilecek hasarlar Cerrahi alanlardaki tıbbi hataların önlenmesi için de başta

kimlik tanımlanması olmak üzere hasta güvenliği hedeflerine uygun olarak işlemlerin gerçekleştirilmesi gerekmektedir (Göl 2009).

Ülkemizde zaman zaman yapılan hasta güvenliği çalışmaları mevcuttur bu çalışmalardan biri olan; Ovayolu ve arkadaşları (2006) tarafından yapılan çalışmada; hemşirelerin %46,4'ü tanımlayıcı bileklik kullanmamakta, %66'sı yüksek riskli ilaç uygulamalarını bilmediği, %64,1'inin hasta yaralanmalarına karşı herhangi bir önlem almadığı belirlenmiştir. Yine aynı çalışmada; hemşirelerin %70,6'sinin hemşirelik uygulamalarında hasta güvenliğine yönelik kuralları bilmediği rapor edilmiştir. Ayrıca yoğun bakımda çalışan hemşirelerin diğer kliniklerde çalışan hemşirelere göre kateter bakımı, kan transfüzyonu, kimlik doğrulama, hasta yaralanmalarına karşı güvenlik önlemlerini aldığı ve bunun da istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Boran (2009) ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada ise; Hemşirelerin hatalı olay bildirimine bakıldığında hemşireler tarafında yapılan hatalı olaylardan %9,6 sının doktor direktif/ istem alma uygunsuzluğu %11,0 sıvı izlem uygunsuzluğu, %18 hasta bakım uygunsuzluğu, %25,9 hasta izlem uygunsuzluğu, %7,6 hasta girişim uygunsuzluğu tespit edilmiştir.

2.5. Hasta Güvenliğini Sağlamada Sağlık Yöneticilerinin Rolü

Hasta güvenliği; sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında kişilerin maruz kalabileceği zararların önlenmesi tüm sağlık kurumlarında çalışanların ve kurumların aldığı önlemlerin bütünüdür. Sağlık hizmetleri kişilere zarar vermez.

Güvenli sağlık bakımı sağlamak tüm sağlık çalışanlarının sorumluluğunda olsa da; sağlık çalışanı liderleri bakım güvenliğini sağlamadan birinci derece sorumlu kişilerdir. Güvenli sağlık hizmetlerinin sunum öncesi ve sunum aşamasında liderin planlama, uygulama ve gözetmenlik rolleri vardır. Bu hedefler;

- Hasta güvenliğinin ortak hedef olması,
- Hasta güvenliğinin herkesin sorumluluğu olması,
- Hasta güvenliğinin sağlanmasında beklentilerin karşılanması ve gerekli atamaların yapılması gerekli alanlarda yeterli ekibin oluşturulması,
- Hasta güvenliğinin sunumuna kadar olan süreçte ki sistemlerin planlanması ve yeterli kaynakların sağlanması,
- Hasta güvenliğini sağlamak amacıyla çalışmalar yapılması,

- Hafızaya güvenin önlenmesi (Young 2005).

Hasta güvenliğini sağlamada sağlık sektöründe çalışanların ortak amaçları, organizasyonel yaklaşım kapsamında hasta odaklı planlamalar yapıp, hasta güvenliğini kurumun yönetim ve klinik süreçlerini de içine alan değerlendirmeler yaparak var olan sürecin gözden geçirip var olan uygunsuzluklar konusunda düzeltici ve önleyici faaliyetler başlatmalıdır. Bu faaliyetlerle ilgili kurumun üst yöneticilerinin, kendi sorumlulukları altındaki diğer yöneticilere hasta güvenliğini artırıcı eğitimler vermesi ve bu sorumlulukların çalışanlarla paylaşarak farkındalık yaratılması, gerektiğinde yetkilendirilmesi ve uygunsuzlukların raporlanması konusunda tüm birimlerle açık iletişimin sağlanması ve cesaretlendirilmesi; hasta güvenliğinin, hastaların değerlendirilmesinde ve bakımında standart uygulama haline getirmektir (Young 2015).

Sağlık kurum ve kuruluşlarında meydana gelen ve zarar veren tıbbi hataların önlenmesi için gerekli düzenlemeler yapılmalı hatanın nedeninde gerekli ders çıkarılmalı ve tekrarlamaması için önlem alınmalıdır (Bonner, Castle, Perera, Handler 2008). Amerikan Yönetici Hemşireler Birliği (The American Association of Nurse Executives).

2.6. Hasta Güvenliğini Sağlamada Türkiye’de Yasal Durum ve Sağlık

Çalışanlarının Rolü

Sağlık Bakanlığınca 29 Nisan 2009’da Resmi Gazetede yayınlanarak yürürlüğe giren “Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ” göre Türkiye’de hasta güvenliğini sağlamada yasal durum şöyledir:

Amaç

MADDE 1 – (1) Bu Tebliğin amacı, sağlık kurum ve kuruluşlarında hasta ve çalışan güvenliği ile ilgili risklerin azaltılması için hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesine ve yaygınlaştırılmasına, bunu tesis edecek uygun yöntem ve tekniklerin belirlenmesine, hasta ve çalışan güvenliği konusunda geliştirilen iyi uygulama örneklerinin yaygınlaştırılmasına, hizmet içi eğitim yoluyla personelin farkındalığının ve niteliklerinin artırılmasına, hasta ve çalışan güvenliği ile ilgili raporlama sistemlerinin oluşturulmasına, hasta bakım ve tedavi sürecinin güvenlik ve kalitesinin

artırılmasına, hasta ve çalışanların sağlık hizmeti sunum sürecinde karşılaşabilecekleri muhtemel risk ve zararlardan korunmasına yönelik, usul ve esasları düzenlemektir.

Kapsam

MADDE 2 – (1) Bu Tebliğ, kamu ve özel sektöre ait sağlık hizmeti sunan tüm sağlık kurum ve kuruluşlarını kapsar.

Dayanak

MADDE 3 – (1) Bu Tebliğ, 7/5/1987 tarihli ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununun 3. üncü maddesinin e ve f bentlerine, 13/12/1983 tarihli ve 181 sayılı Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 43.üncü maddesine, 1/8/1998 tarihli ve 23420 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliği’ne dayanılarak hazırlanmıştır.

Tanımlar

MADDE 4 – (1) Bu Tebliğde geçen;

a) Bakanlık: Sağlık Bakanlığını,

b) Hasta ve çalışan güvenliği: Sağlık hizmeti sunumunda hasta ve sağlık çalışanlarının zarar görmesine yol açabilecek her türlü işlem ve süreçlere karşı, alınacak tedbir ve iyileştirme uygulamalarını,

c) Sağlık kurum ve kuruluşu: Ayakta ve/veya yatarak sağlık hizmeti sunan, kamu ve özel sektöre ait tüm sağlık kurum ve kuruluşlarını, ifade eder.

Temel esaslar

MADDE 5 – (1) Bu Tebliğ kapsamındaki sağlık kurum ve kuruluşları, Tebliğ hükümleri doğrultusunda uygulama yapmak, hasta ve çalışan güvenliği faaliyetlerini gerçekleştirmek amacıyla, kendi iç düzenlemesini yapmakla yükümlüdür. Bakanlığa bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarında bu çalışmalar, performans ve kalite birimleri veya idarenin uygun gördüğü kalite akreditasyon eğitimi almış sertifikalı personel tarafından yürütülür (T.C. Resmi Gazete 2009).

2.7. Hasta Güvenliği Kültürü

Güvenlik kültürü özellikle risk faktörünün yüksek olduğu sektörlerde önemlidir. Risk faktörünün yüksek olduğu sektörlerden biri olan sağlık sektöründe hasta güvenliği kültürünün oluşması son derece önemlidir (Çakır 2007).

Güvenlik kültürü ikliminin oluşturulabilmesi için, organizasyon içerisinde çeşitli planlarla yürütülmesi gerekmektedir. Hasta güvenliği ile ilgili tüm çalışmalara yalnızca sağlık kuruluşunun hastalarla iletişimde bulunan sağlık çalışanları ve onları yöneten sağlık yöneticilerinin de yönetime katılarak hasta güvenliği kültürünün oluşumuna katkı sağlarlar. Sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürü oluşumunu benimseyerek, hasta kültürünün katkı sağlamaktadır (Adıgüzel 2010).

Bir kurumda hasta güvenlik kültürü geliştirme, çalışanları destekleme ve yol gösterici olma, risk yönetim aktivitelerini belirleme, kayıt işlemlerini gerçekleştirme, birey aile ve toplumla iletişim kurma, güvenlik ile ilgili konuları sağlık bakım profesyonelleriyle paylaşma ve güvenliği riske eden istenmeyen olayları önleme ve sorunlara çözüm aramayı içermektedir (National Patient Safety Agency [NPSA], 2004; Tütüncü ve ark. 2007). Hasta güvenlik kültürü yapılan hatalar için sağlık bakım profesyonellerini cezalandırmak yerine sistemi iyileştirmeye odaklanmalı, hataları bildirmeyi desteklemeli ve güvenliği riske sokan faaliyetlerin sıklığını azaltılmayı hedeflemelidir (Teleş ve Kaya, 2011). Sağlık bakım sistemi içinde hasta güvenlik kültürünün oluşturulabilmesi için yalnızca kurum çalışanları ve yöneticilerinin değil aynı zamanda birey, aile ve toplumun da hasta güvenliğine ilişkin bilgi ve farkındalıklarının artırılması gerekmektedir (Akalın, 2004).

Hasta güvenliğini geliştirmek için temel unsur, tüm çalışanların hasta güvenliği konusunda bilinçlenmesi ve konuya sahip çıkmasının sağlanmasıdır. Bu ise ancak etkili bir güvenlik kültürü oluşturmakla başarılabilir. Bunun için kurumlarda bu hataları engelleyecek bir güvenlik kültürünün oluşturulması gerekmektedir. Artık sağlık kurumları da hava taşımacılığı ve nükleer enerji merkezlerinde olduğu gibi hastalara hizmet verilen ortamlarda ki hasta güvenliğini yükseltici uygulamaların hazırlanması amaçlamaktadırlar (Kohn et al. 2000).

Hataların önlenmesi ve bildirimde, çalışanlara ceza yerine kurumsal bir ödüllendirme kültürü oluşturacak eğitimler sağlanması planlanmalıdır. Bu planlama aşamasında çalışanların hatalardan oluşan tutum ve davranışları ciddi hasarlara yol açmadan engellemek ve bunların belirlenmesinin önemini benimseyen kurum kültürü oluşturmaktır. Bu durumda tüm çalışanların hasta güvenliği kültürünü algılama biçimlerini değiştirerek hasta güvenliği kültürünü benimsemelerini sağlamak gerekmektedir (Young 2005). Hasta bakımındaki güvenliği sağlamak için yüksek güvenlik önlemleri ve kurumsal kültürdeki faktörler ele alınmalıdır (AHRQ 2009).

Sağlık hizmeti veren kurum içerisindeki güvenlik kültürü, sadece hastalar için değil, hastane çalışanları için de olumlu sonuçlar doğurmaktadır. Güçlü bir güvenlik kültürü, hastaların ve sağlık çalışanlarının fiziksel ve psikolojik olarak olumsuz durumlarla karşılaşma oranlarını en aza indirecektir. Hasta güvenlik kültürünün oluşmasındaki amaç, sağlık hizmetlerinin sunulması esnasında önlenebilir hataların oluşmasını engelleyecek sistemlerin kurulmasıdır (Çoban 2012).

Sağlık hizmeti verilen kurumlarda iyi bir hasta güvenlik kültürüne olan ihtiyaç tüm dünyada bilinmektedir. Sağlık kurumlarında hasta güvenlik kültürü açısından birçok sorun bulunmaktadır (Eroğlu 2011).

Sağlık hizmeti sunan kuruluşlarda sağlık politikaları koordine eden ve uygulamaya geçmesine yön veren danışmanların belirlenerek sağlık kuruluşlarında hasta güvenliğine yönelik komitelerin oluşturulması gereklidir. “Sağlık kuruluşlarında içsel ve dışsal karşılaştırılmaların yapılarak hasta güvenliği kültürünün kurum içerisindeki paydaş değerlerinin oluşturulması sağlanabilir (Adıgüzel 2010).

Sağlık hizmeti veren kurumlarda hasta güvenliği kültürü, meydana gelebilecek hataların sonucunda korkusuz, açıkça ve cezalandırma korkusu olmadan tartışılabileceği ortam oluşturularak, yapılan çalışmalarda hasta güvenliğinin başarılı olması sağlanarak sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi sağlanır.

İngiltere’de 2006’da Safety First (Önce Güvenlik) çağrısında uzmanlar sağlık bakımı içine güvenlik kültürünü yerleştirmek için yapılan girişimler üzerine yaptıkları yorum “değişim adımlarının oldukça yavaş” olduğudur. Birçok hata bireysel yetersizlikten daha çok sistem yetersizliğinden dolayı ortaya çıkmaktadır. Buna rağmen kişilerin hala hataları gizlediği ya da az bildirimde bulunduğu dair kanıtlar olduğu ifade edilmektedir (Patient Safety World Health Professions Alliance Fact Sheet 2002).

İngiltere’de Ulusal Hasta Güvenliği Ajansı (UHGA) 2001 yılında sağlık kurumlarının çalışanlarının anlamasını kolaylaştırmak için rehberler geliştirmesi, kurumlarındaki hasta güvenliği ile ilgili problemleri tespit ederek harekete geçmeleri ve hasta güvenlik problemleri için ulusal düzeyde çözüm geliştirilmesi gerektiğini bildirmiştir. UHGA’nın çekirdek çalışması Ulusal Raporlama ve Öğrenme Sistemi [National Reporting and Learning System (NRLS)] ile İngiltere’nin ulusal hasta güvenliği raporlama sistemi oluşturulmuştur (Maamoun 2009).

Sağlık kurumlarının kalite göstergelerinden biri olan hasta güvenliğinin iyileştirilmesindeki güvenlik kültürünün oluşturulmasında en önemli bariyerlerden biri, hatalara karşı suçlayıcı ve cezalandırıcı bir yaklaşımın gösterilmesidir. Güvenli sistemlere geçişteki en önemli değişim, yaşanan hatalar konusunda kişilerin suçlanmasından daha çok hatalardan öğrenme ve güvenliği geliştirmek için bunun bir fırsat olduğu inancının kurum çalışanları tarafından benimsenmesidir (Sullivan and Buchino 2004).

Hemşireler sağlık bakım hizmetlerinin en çok personel sayısına sahip olan grubu olduğu için hasta güvenliği kültürünün sağlanmasında anahtar bir role sahip olduğu kabul edilmektedir (Tural 2006).

2.7.1. Hataların Raporlanması

Faydalı bir güvenlik kültürünün oluşumunda iki önemli kavram vardır. Bunlar; yapılan hataların raporlanması ve yine yapılan bu hataların bildirilmesi. Bu hatalar belirlendikten sonra, kabullenilip raporlanarak, raporlayan ve etkilenen bireye durumun bildirilmesi güvenliğin şeffaflık düzeyinin göstergesidir (Healthcare Risk Control 2005). Bu şeffaflık güvenlik kültürü için, sağlık bakımı veren çalışanların var olan ya da oluşabilecek hataları cezalandırma korkusu yaşatmadan bildirimlerinin sağlanması için çalışanlarla güven bağı oluşturulmalıdır (Milligan ve Dennis 2005).

Ülkemizde ulusal bir raporlama sistemi bulunmamaktadır. Tıbbi hataların ifşa edildiği bir kültür ortamı oluşturulması hasta güvenliğinin gerçekleşmesinde önemli bir unsurdur. Güçlü bir liderlik yönetiminde yapılan çalışmalar olmaksızın hasta güvenliğinin başarıya ulaşamayacağı düşünülmektedir (WHO 2006). Hemşire liderler hataların ifşasını kolaylaştırmak için açık bir iletişim ortamı oluşturmada anahtar kişiler olarak görülmektedir.

Sağlık bakımının beklenmedik sonuçları hakkında hasta ve ailesinin bilgilendirilmesinin gereği savunulmaktadır. Hastaların zarar görmesine sebep olan bir hata meydana geldiği zaman hasta ve yakınlarından özür dilenmeli, hata kabullenilmeli ve telafi edilmelidir (Hebert 2001). Hataların ifşası sonucunda sağlık hizmeti ile ilgili davaların artma ihtimaline rağmen bu davaların şiddeti yüksek olmamaktadır. Tıbbi hataların önlenmesine yönelik yaklaşımlardan biri "suçlayıcı-cezalandırıcı" uygulamalardır ki bu yaklaşımda çalışanlar yapılan tıbbi hataları gizleme eğiliminde

olmuşlardır. Cezalandırıcı olmayan yaklaşımda, tıbbi hataların kişi tarafından gerçekleştirilmesine rağmen aslında sistemden kaynaklanan bir sorun neticesinde ortaya çıktığı savunulmaktadır. Ağır bir risk durumu ya da ölümle sonuçlanmayan kazaların öncesinde tahmini olarak pek çok kez yaşandığı bilinmektedir (Eroğlu 2011).

2.7.2. Hasta Güvenliği Kültürü Oluşturulması

Sağlık bakım sistemlerini ve sistem içinde çalışanları ilgilendiren bir konu olan hasta güvenliği kültürü insan hayatını içermesi açısından önemli bir konudur. Gerçek veya olası hatalar insan doğasının gereğidir ve değiştirilemez. Ancak sağlık bakım sisteminde çalışanların çalıştığı koşullar değiştirilebilir. Sağlık kuruluşlarında oluşturulan güvenlik kültürü ölümle sonuçlanabilecek hataları önlemektedir. Sağlık hizmetini sunarken en önemli öncelik hastaya zarar vermemek olduğuna göre, sağlık hizmetini sunanların yaşanan olayları görmezden gelmemesi bunları kayda geçirmesi ve analiz etmesi gerekmektedir. Sağlıkla ilgilenen bir kuruluşun hastaların güvenliğini sağlaması, en önemli görevi olduğundan dolayı, sağlık kurumu yönetiminde olan kişilerin öncelikli hedeflerinden biri hasta güvenliğini arttırmak için çalışma yapmak olmalıdır (Okay 2000). Bununla birlikte, personelin performanslarını artırıcı, motive edici etkinlikler planlamalı ve oluşabilecek hataları algılama biçimlerine karşı davranışları ile ilgili durumları inceleyip önlemlerini almak da liderlerin yapacakları işler arasındadır (Akalin, 2004).

Karmaşık bir yapıda olmasından dolayı sağlık hizmetlerinin verilmesi aşamasında hastaya zarar verilmesi kültür oluşumunu olumsuz etkileyebilmektedir. Bu durumda hizmet alım aşamasında hastaların zarar görmesi söz konusu olabilir bu olumsuzlukların önlenmesi için uluslararası standartların uygulanmaya başlanması hizmet kalitesi ve çalışan kalitesi (eğitilmiş ve nitelikli) olması olumlu kültür yayılımını kolaylaştıran nedenlerdendir. Türkiye’de son zamanlardaki kalite bilincinin yayılması hasta güvenliği kültürünü hem de kaliteli hizmet arayışı rekabetini arttırmakta hastanelerin uluslararası standartları süreçleri kullanmaya zorunlu kılmaktadır (Şişman 1994).

Sağlık kurumları çeşitli nedenlerle güvenlik kültürünü değerlendirmek isteyebilir. Gelişmiş güvenlik kültürünü başarmak için kilit noktası, güvenli hasta bakımını sağlamada kültürün nasıl bir etkisi olduğunun belirlenmesi ve güncel kültürün

değerlendirilmesinin yapılmasıdır. Değerlendirme yöntemi, çalışanların ve idarenin var olan görüşmelerinden hazırlanmış isimsiz inceleme anketleri olabilir. Güvenlik kültürü incelemeleri çalışanların önceden tanımlanmış bir ölçeği kullanarak yanıt vermeleri için sorulan ifadeleri kapsar. Sağlık kurumlarında ki hasta güvenliği sağlanırken davranış ve tutum değişikliklerinin oluşması belli bir zamanı gerektirdiğinden belli bir süreç gerektirmektedir. Güvenlik kültürü oluşum aşamalarında Fleming&Wentzell (2008) patolojik, gerçekleştikten sonraki reaktif, analitik, pro-aktif, üretken olarak 5 seviyeden oluşan bir model kullanılarak açıklanmaktadır.

Tablo 1: Hasta Güvenlik Kültürü Olgunlaşma Seviyeleri

Gelişme Seviyesi	Hasta güvenlik kültürünü ivileştirici yaklaşım
Patolojik (Pathological)	Pozitif güvenlik kültürünü geliştirecek bir sistem yok. Kazalar, “kötü şans” ve örgütün dışında hasta davranışlarından veya personel hatasından kaynaklı olarak görülüyor. Kazalar ve şikâyetler mümkünse sümen altı yapıyor. Bireyleri suçlama kültürü oldukça yaygın. Geçici bir raporlama sistemi var.
Reaktif (Reactive)	Denetleyici araştırmalar ve/veya olayların sorumluluğuyla ilgi parça parça olan bir sistem var. Bu örgütler kendini, şartların/olayların bir kurbanı olarak görüyor. Problemlerin sebebi olarak bireyler görülüyor. Çözümler ise daha çok yeniden eğitim ve cezalandırma.. Gelişmemiş bir raporlama sistemi var,. Personel, kazaların raporlanması konusunda cesaretlendirilmiyor. Kazaların raporlanması konusunda personelin isteksiz davranmasında sadece personeli suçlayıcı bir kültür var. Kazalar olduğu zaman, hastalar ve onlarla ilgili kesimleri destekleyici bir teşebbüs yok.
Analitik (Calculative)	Sistemik bir hasta güvenliği yaklaşımı var, fakat uygulamalar çok dağınık ve olayların soruşturulması dar kapsamlı bir çerçevede yapıyor. Personel kazaların raporlanması konusunda cesaretlendiriliyor fakat çalışanlar bu yaptıklarının güvenli olduğunu hissetmiyorlar. Şikâyetler dikkate alınıyor.
Pro-aktif (Proactive)	Kapsamlı bir pozitif güvenlik kültürü geliştirme yaklaşımı var. Kazalar, sistemin ve bireylerin hatasının bir kombinasyonu olarak kabul ediliyor. Kazaların ve ramak kaldı olayların raporlanması konusunda cesaretlendirme var. Personel bu raporlamayı, öğrenme için bir fırsat olarak görüyor.
Üretken (Generative)	Örgüt misyonunun merkezinde yaratıcı ve koruyucu bir pozitif güvenlik kültürü var. Örgüt etkinliği ölçüyor, başarısızlıklardan öğrenme söz konusu. Başarısızlıklar örgütün güvenliği iyileştirmesine imkân sağlayacak bir hareket anlamına geliyor. Personel, hastalar ve ilgililer aktif olarak destekleniyor ve örgütte yüksek seviyede açıklık ve güven bulunmakta.

Kaynak: Kirk et al. 2007.

Tablo 1’de olduğu gibi kurumlarda ki güvenlik patolojik bir seviyede problemidir. Bu seviyede bilgilendirme açıklılığı yoktur fakat güvenlik kişilerin sorumluluğu üzerindedir. Reaktif seviyede ise, güvenlik önemli olmakla beraber, zarar ortaya çıktıktan sonra sorumluluk söz konusudur. Analitik seviyede ise örgütler, kurallara ve pozisyonlara oldukça bağlıdırlar. Bir kaza oluşumundan sonra, bilgi bu örgütlerde yok sayılmaktadır ve başarısızlıkların açıklanmasında derinlemesine de soruşturma olmadan karar verilir. Pro-aktif seviyede, zararlar ortaya çıkmadan önce bütün paydaşlar arasında

güvenlik kültürüne geniş çaplı bir katılım söz konusudur. Son aşama olan üretken aşamada ise, örgütler güvenli ve güvensiz davranışlar hakkında bilgi sağlamak için aktif bir araştırma sürecinde yer alırlar. Bu seviyede, güvenilirliği fazla olan örgütler ile güvenlik kültürü üreten örgütlerin benzer özellikleri mevcuttur (Fleming and Natasha 2007).

Diğer taraftan yönetimdeki yöneticiler tarafından sunulan hasta güvenliği kültürüne yönelik bir meydan okuma vardır (Şişman 1994). Olumlu güvenlik kültürü yeniliğe gerek duymakta ve örgütün üst yönetiminin büyük sorumluluklar almasını gerektirmektedir. Bu anlamda, güvenlik kültürü oluşturma sürecinde psikolojik bağlılık zorunludur (Hebert 2001).

İş geliştirmeye yönelik geniş kapsamlı yaklaşıma olanak sağlayan hasta güvenliği kültürüne verilen önemin yeterli olmadığı görülmektedir (Budak 2008).

2.7.3. Hasta Güvenliği Kültürünün Değerlendirilmesi

Güvenlik kültürünün oluşumunda ilk aşamada, sağlık hizmeti veren organizasyonda mevcut kültürün değerlendirilmesi amacıyla yapılan çalışmalardır (Güven 2007). Kurum çalışanlarının ve yöneticilerinin güvenlik kültürünün değerlendirilmesi, onların güvenlik kültürüne yönelik tutumlarını ve davranışlarını belirlemeyi sağlar. Kurum kültürü değerlendirilirken, kurumda gelişmesi beklenen potansiyel birçok başlangıç noktasından en problemli olan alanları tanılamada yardımcıdır (Nieva and Sorra 2003).

Değerlendirme için uygun pek çok araç geliştirilmiştir. Bu araçlarda iletişim, ekip çalışması, yönetimin desteği ve genel güvenlik değerlendirmeleri yer almaktadır. Kurumda hasta güvenliği kültürünü ölçen ilk incelemeden sonra, hasta güvenliği faaliyetleri için sağlık hizmetleri sunum hedeflerinin belirlenmesi, geliştirilmesi konusunda kurum çalışanlarının bu konuda ortak görüşü benimsemeleri sağlanmalıdır. Güvenlik kültürünün ve güvenliğin gelişim sürecinin, devamlılığı olan ve geliştirilmesi belirli aralıklarla değerlendirilmesi gereken, bu konuyla ilgili kriterlerinin aralıklı değerlendirilmesi gerekmektedir.

2.7.4. Hasta Güvenliği Kültürünü Geliştirmede Hemşirenin Sorumluluğu

Hemşirelerin sağlıklarının korunması ve yaşam doyumlarının arttırılmasıyla ilgili önemli işlevleri bulunmaktadır. Hasta güvenliği ile hemşireler bakımın her alanında i içedirler. Hemşirelik hizmetlerinde esas amaç, hasta güvenliğini sağlamak ve güvenlik kültürünü oluşturmak olmalıdır. Hemşirelerin hastaların yaşam kalitesinin yükseltilmesine ilişkin sorumlulukları bulunmakta olup, hastaya zarar verecek uygulamalardan kaçınmak ve başkalarının verebileceği zararları önleyici girişimlerde bulunmak da görevleri arasındadır. Literatürde; hasta güvenliğinin, sağlık organizasyonlarında herkesin hedefi olması gerektiği belirtilirken, bu gruptan özellikle hemşireler üzerine vurgu yapılmakta, hasta güvenliğini arttırmak için hastalara yakınlığı nedeniyle hemşirelerin benzersiz bir konumu olduğundan söz edilmektedir (Adıgüzel 2010).

Sağlık kurumlarında sayıca en büyük grubu oluşturan hemşireler hastalarla en uzun süre bir arada olan ve doğrudan bakım sorumluluğunu alan gruptur. Bu nedenle hemşireler hasta güvenliği ile ilgili sorunları ve olası czmleri belirleyecek en önemli sağlık çalışanları arasındadır. Yurtdışında yapılan anketlerde hemşireler, halk tarafından sağlık sisteminin en büyük ve etik açıdan en dürüst bulunan grubu olarak kabul edilmektedir. Bu nedenle sağlık sistemleri içerisinde hasta güvenliği czmlerinin bir parçası olan hemşirelerin hasta güvenliği konusunda desteklenmesi gerekmektedir (oban 2012).

Hastalarla ilgili risklerin erken safhada tespit edilmesi, hasta yaralanmalarının önlenmesinde son derece önemli olup, güven ve dürüstlük ilkelerine bağlılık doğrultusunda, hastalar ile sağlık bakım sistemindeki hizmet sağlayıcılar arasında açık bir iletişim kurulması şarttır. Hastaların karşı karşıya kaldığı tıbbi hatalar tamamen yok edilemese de, azaltılabilir. Hatalar veya ramak kala olaylar hemşireler tarafından öğrenmek için fırsat olarak değerlendirilip, cezalandırılma korkusu olmaksızın güven ortamı içerisinde rapor edilebilmelidir. Bu yaklaşım hasta güvenliği kültüründe hemşirelerin üzerine düşen en önemli sorumluluklardan birisidir (Adıgüzel 2010).

Hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesinde en büyük rol yönetici hemşirelere düşmektedir. Güçlü bir liderlik yönetiminde, çalışmalar yapılmaksızın hasta güvenliğinin başarıya ulaşamayacağı bildirilmektedir. Hasta güvenliği uygulamalarında

özellikle lider hemşireler, hataların ortaya çıkmasını kolaylaştırmak için açık bir iletişim ortamı oluşturmada anahtar kişiler olarak görülmektedir (Eroğlu 2011).

Hasta güvenliği kültürünün gelişimi için yönetici hemşirelerin yanı sıra akademisyenler ve klinik hemşirelerine de çeşitli görevler düşmektedir;

- Yönetici hemşirelerin hasta güvenliği ile ilgili kültürü önce kendilerinin benimsemesi gerekmektedir.

- Yönetici hemşireler tarafından hastane genelinde ve birim düzeyinde hasta güvenliği kültürü ölçülmeli ve güvenlik kültürü çalışanlarla tartışılmalıdır.

- Meydana gelen tıbbi hatalar ve riskler hasta güvenliği için çalışanlarla paylaşılmalıdır. Hasta güvenliği ile ilgili stratejiler çalışanlara açıklanmalıdır.

- Yönetici hemşireler ve klinik hemşireleri hasta güvenliğini ilgilendiren süreçlerin prosedürlerini oluşturmalıdır.

- Hasta güvenliği kültürünü geliştirmek için; gönüllü raporlama sistemlerinin oluşturulması gerekmektedir. Hemşireler tarafından hatalı uygulamalar rapor edilmeli, kliniklerde gelişen beklenmedik olaylar izlenmeli ve analizleri yapılmalıdır.

- Hasta güvenliği araştırmaları yönetici hemşireler tarafından desteklenmelidir. Hemşirelerin bu araştırmalara katılımı sağlanmalıdır. Araştırmalar birimler ve hastane genelini kapsayacak şekilde olmalıdır. Çalışmalar genel hasta güvenliği algısı, yönetici çalışan beklentileri, hataların cezalandırıcı olmayacak şekilde nasıl raporlanacağı ve sürekli öğrenmeyi kapsayacak şekilde olmalıdır.

- Yönetici hemşirelerin öğrenen organizasyon yaklaşımını benimsemeleri hasta güvenliği kültürünü teşvikte yardımcı bir etkidir.

- Çalışan hemşirelere yöneticileri tarafından sürekli geri bildirimler yapılmalı ve ödüllendirme sistemleri kullanılmalıdır.

- Yönetici hemşireler tarafından çalışanlara hazırlanacak olan ortam destekleyici, güven veren, açık iletişimin olduğu, esnek ve yaratıcılığın desteklendiği, hatalara karşı cezalandırıcı olmayan yaklaşımın sergilendiği bir ortam olmalıdır.

- Yönetici hemşireler çalışanlarının başarısızlıkların değil, başarıların üzerine yoğunlaşmalıdır.

- Ayrıca yönetici ve klinisyen hemşirelerin hasta güvenliği ile ilgili geçmiş başarı ve başarısızlıklarını belli aralıklarla gözden geçirmesi gerekmektedir.

- Yönetici hemşireler hasta güvenliği ile ilgili kamuoyunda daha fazla yankı uyandırmak için akademik meslektaşları ile birlikte güçlü ortaklıklar kurmalı ve hasta güvenliği konusunda birlikte çalışmalıdırlar.

- Akademisyen hemşireler tarafından öğrenci hemşirelerin hasta güvenliği konularını çalışma ortamına gelmeden eğitimleri sırasında detaylı olarak almaları sağlanmalıdır. Bu çalışmalar klinisyen hemşirelerle işbirliği içinde olmalıdır.

- Yönetici hemşireler bölümlerinde ya da hastane genelinde belli aralıklarla sorumlu kişilerle birlikte güvenlik turları düzenlemeli ve iyileştirme faaliyetleri başlatmalıdır.

- Hasta güvenliğinde hemşire istihdamı çok önemlidir. Hasta güvenliğini tehdit etmeyecek şekilde istihdamın sağlanması gerekmektedir. Uygun istihdamla birlikte yorgunluk, yoğun çalışma, vardiyalı çalışma, yeterli sayıda hemşire olmaması gibi konularda çalışmalar yapılmalı bunların hasta güvenliğine yansımaları vurgulanmalıdır.

- Hasta güvenliği hedeflerine ulaşmak ve hasta güvenliği kültürünün gelişimine katkı vermek için yönetici, klinisyen ve akademisyen hemşireler tarafından ulusal ve uluslararası hasta güvenliği organizasyonları desteklenmelidir (Zohar 1980).

Sonuç olarak; Türkiye’de sağlık hizmeti veren kurumların, hasta güvenliği ve sağlık çalışanlarının hatalı uygulamalarına yönelik yasal işlemlerle maruz kalmamaları adına hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesi zorunludur. Güçlü hasta güvenliği kültürü, çalışan tüm bireylerin ortak değerler ve inançlar etrafında birleşmeleri sonucu ortaya çıkacaktır (Eroğlu 2011).

2.8. Dünyada Hasta Güvenliği Kültürü

Cenevre’de (2007) düzenlenen uluslararası konferansta, her yıl dünyada tahminen 10 milyon insanın önlenebilir tıbbi uygulamalar nedeniyle sakatlandığı veya öldüğü vurgulanarak, hasta güvenliği konusunda daha fazla araştırma yapılması çağrısında bulunulmuştur (WHO 2007). Son yıllarda pek çok ülkede hastaların daha güvenli bakım alabilmeleri için yapılan çalışmalar artmış, ancak henüz sınırlı başarılar elde edilmiştir (Dursun, Bayram ve Aytaç 2010).

2009-2010 yılları için “Antimikrobiyal Dirençle Mücadele” teması belirlenmiş olup, 2010 yılında başlanmıştır.

Eylem Alanı 1- Küresel Hasta Güvenliği Mücadelesi: İttifak, her iki yılda bir düzenlediği Küresel Hasta Güvenliği mücadelesi toplantısında tema belirlemektedir.

Eylem Alanı 2- Hastalarla Hasta Güvenliği: Tüm dünyada, hastaların sağlık sistemine dahil edilmesi yoluyla hasta güvenliğini arttırmak için, hasta güvenliği programlarına hastaların katılımını sağlamak amaçlanmaktadır.

Eylem Alanı 3- Hasta Güvenliği için Araştırma: Hasta güvenliği sorunlarına uygun çözümler bulmak için, sorunun büyüklüğünü ve katkıda bulunan faktörleri anlamak önemlidir. Bu amaçla DSÖ tarafından, hasta güvenliği konusunda zararları azaltmaya ve hasta güvenliğini geliştirmeye önemli ölçüde katkısı bulunacağı beklenen, araştırma önceliği olan konular “Hasta Güvenliği Araştırmaları için Küresel Öncelikler” adı altında belirlenmiştir.

Eylem Alanı 4- Hasta Güvenliği için Uluslararası Sınıflandırma (Taksonomi): Hasta güvenliği ile ilgili faktörleri analiz etmeye ve aydınlatmaya yardımcı olmak amacıyla hasta güvenliği kavramlarının uluslararası kabul gören bir sınıflandırma ile tanımlanması, gruplandırılması ve uyumlaştırılması amaçlanmaktadır.

Eylem Alanı 5- Raporlama ve Öğrenme: Mevcut bilgilerden öğrenmeyi kolaylaştırmak ve raporlama sistemleri için iyi uygulama kılavuzlarını oluşturmak amaçlanmaktadır. DSÖ bu amaçla bir olay bildirim rehberi hazırlamıştır.

Eylem Alanı 6- Hasta Güvenliği Çözümleri: 2005 yılında, hasta güvenliği çözümlerinin geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması çalışmalarını başlatmak ve geliştirmek üzere, Birleşik Komisyon (JC) ve Uluslararası Birleşik Komisyon (JCI) katılımıyla DSÖ İşbirliği Merkezi oluşturulmuş, Mayıs 2007’de dokuz adet hasta güvenliği çözümü üye ülkelerin kullanımına sunulmuştur.

Eylem Alanı 7- Hasta Güvenliğinde eylem-5s: Bu girişimin amacı, girişime katılan yedi ülkede, yaygın olarak görülen beş ana hasta güvenliği sorununa yönelik standart operasyon süreçlerinin (SOPs) beş yıl içinde uygulanması ve bu uygulamalardan öğrenilenlerin zamanla diğer üye ülkelerde de yaygınlaştırılmasıdır.

Eylem Alanı 8- Hasta Güvenliği için Teknoloji: Bu alan, hasta güvenliğini geliştirmek için yeni teknolojilerin kullanılmasına ilişkin fırsatlara odaklanır.

Eylem Alanı 9- Bilgi Yönetimi: Üye ülkeler arasında, hasta güvenliği gelişmelerine ilişkin bilgileri paylaşmak ve toplamak amaçlanmaktadır (Budak 2009).

2.9. Ülkemizde Hasta Güvenliği Kültürü

Türkiye’de son yıllarda sağlık sektöründe hızlı bir değişim yaşanmaktadır. Bu gelişim sürecinin hastaların daha kaliteli hizmet almasını sağlamakta olduğu açıktır. Hastaların tedavi süreci hakkında bilgilerinin artması, sağlık çalışanlarını da bu alanlarda yeni yayınları takip etmeye ve bu yenilikleri uygulamaya yöneltmektedir. Bu dönemde bu açıdan bakıldığında hasta güvenliği uygulamalarının önem kazandığı görülmüştür. Önceki yıllarda sadece uluslararası yayınlarda karşılaştığımız hasta güvenliği uygulamaları yavaş da olsa ülkemizdeki yayınlarda da rastlanır hale gelmiştir (Seren 2009).

Ülkemizde hasta güvenliğini destekleyen merkezi bir otorite olmaması ve kurumların kendi inisiyatiflerine bırakılması sonucunda farklı eğitim kültürlerinden gelen davranışların mesleki hayata yansıtılmasıyla standardizasyonun sağlanamaması, bundan dolayı da kayıt sistemleri ve kaydetme kültürünün çeşitlilik göstermesi, ayrıca kalite bilincine sahip sağlık yönetici sayısının yetersiz olması ve hizmetin kesintisiz/sürekli olması, uluslararası standartlarda çalışmayı mecbur kılmayan yapıların hala varolması, hasta güvenlik kültürünün oluşturulması ve yaygınlaşmasını zorlaştırıcı nedenlerdendir (Kurutkan 2009).

Hasta güvenliği ile ilgili çalışmalar istenilen düzeyde olmasa da, ülkemizde sağlık hizmetleri alanında kalite ve akreditasyon çalışmalarının yaygınlaşması hasta güvenliği konusunda duyarlılığın artmasını hızlandırmıştır. Daha sonraları Başbakanlık Mevzuatı Geliştirme ve Yayın Genel Müdürlüğü tarafından 29 Nisan 2009’da Resmi Gazetede “Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ” yayımlanmıştır. Bu çalışma, aynı zamanda devlet olarak da hasta güvenliği konusunu önemseyişimizin bir göstergesidir (Budak 2009).

Bu tebliğde kurumların maddeleri yerine getirebilmeleri için üç aylık bir geçiş süreci tayin edilmiştir. Tebliğde yer alan unsurlar açısından bakıldığında hedeflerin yüksek tutulduğu ve başka kurumların 6-7 senede geldikleri sürecin bir anda şekillendirilmeye çalışıldığı görülmektedir. Aslında yapılan, büyük bir zihniyet dönüşüm projesidir. “Bundan sonra yapılması gereken, tebliğde yazılan maddelerin eksiksiz uygulanmasını sağlamak, tıbbi bilgi ve pratiklerin güncelliği dikkate alınarak belli periyotlarla tebliğ maddelerinin zamanın ruhunu yansıtmasını sağlamak olacaktır

(Kurutkan 2009). “Hasta güvenliği kültürü oluşturabilmek için hastane liderlerinin mümkün merteye ulusal ve uluslararası çalışmalardan faydalanmaları ve konuyu gündemlerinden düşürmemeleri gerekmektedir (Budak 2009).

2 Nisan 2011 tarihinde “Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik” çıkmasıyla birlikte 6 Nisan 2011’de “Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ” yürürlükten kaldırılmıştır. Yeni çıkan yönetmelik ile sağlık kurumlarında, hasta ve çalışan güvenliği için güvenli hizmet sunumu ve güvenli bir ortam sağlanmasına, hizmet sunumunda kalitenin artırılmasına ve güvenli çalışma ortamının sürdürülebilirliğinin sağlanmasına yönelik usul ve esasların düzenlenmesi amaçlanmaktadır.

2005 yılında kamu hastanelerinde hayata geçirilen “Kurumsal Performans ve Kaliteyi Geliştirme” çalışmasının en önemli parametresini kalite kriterleri oluşturmaktadır. 100 sorudan oluşan kalite kriterleri, 2007 yılı başında yapılan revizyonla 150 sorudan oluşan bir set halini almıştır. 2008 yılında yapılan revizyonda ise 150 sorudan oluşan kalite kriterleri tamamen revize edilerek hem yapısal, hem dizayn hem de metodolojik açıdan yeniden düzenlenmiştir. Kalite kriterleri, Hizmet Kalite Standartları (HKS) adını alarak toplam 354 standart ve yaklaşık 900 alt bileşenden oluşan bir set halini almıştır. 2009 yılı içinde özel hastane ve üniversite hastanelerine yönelik olarak toplam 388 standart ve yaklaşık 1450 alt bileşenden oluşan “Özel Hastane Hizmet Kalite Standartları” hazırlanarak yayınlanmıştır (Zohar 1980).

Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı tarafından hazırlanan Hizmet Kalite Standartları ile sağlık kurum ve kuruluşlarında kalite sistemi oluşturulması hedeflenmektedir. Türkiye genelinde standart bir değerlendirme mantığı ile yürütülen değerlendirmelerin standartların uygulanabilirliğini artırması beklenmektedir (Öztürk ve ark. 2011).

HKS kapsamında hasta ve çalışan güvenliğini tehdit eden olaylara karşı bir koruyucu olarak iş gören “Güvenlik Raporlama Sistemi (GRS)” kurumlarda kalite çalışmalarının en iyi göstergelerinden biridir. GRS’nin kilit noktalarından biri bildirimlerin yapılacağı formlardır. Formlar, basit, anlaşılır ve doldurması kolay olmalıdır. HKS kapsamında kurumlar en az altı konu üzerinden bildirim yapılmasına yönelik bir sistem kurmalıdır (Kurutkan 2009).

Hasta güvenliği kültürünün yaygınlaşmasında en önemli etken ise bilgi paylaşımıdır. Sağlık kuruluşlarının hasta ve çalışan güvenliği adına yaptıkları tüm çalışmaları paylaşmaları ülkemizde hasta güvenliği kültürünün yaygınlaşmasına katkı sağlayacak, böylelikle sağlık kuruluşlarında tıbbi hataları önleyecek sistemler kurulabilecek ve hastalar ile sağlık çalışanlarının zarar görmesi engellenmiş olacaktır (Zohar 1980).

Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı tarafından güvenlik kültürünün oluşturulması amacıyla 81 ili hedef alan hasta ve çalışan güvenliği sempozyumları devam etmektedir. Bu amaçla gerçekleştirilen 8 sempozyumun son cnden; 6. Hasta ve alışan Güvenliği Sempozyumu 09 Ekim 2010'da Adana İl Sağlık Müdürlüğü ve Çukurova Üniversitesi Rektörlüğü'nn işbirliği ile Çukurova niversitesi'nde; 7. Hasta ve alışan Güvenliği Sempozyumu 06 Kasım 2010'da Tekirdağ İl Sağlık Müdürlüğü ve Namık Kemal Üniversitesi Rektörlüğü'nn işbirliği ve Edirne Sağlık Müdürlüğü ile Kırklareli Sağlık Müdürlüğü'nün katkılarıyla Namık Kemal niversitesi'nde ve 8. Hasta ve alışan Güvenliği Sempozyumu da 27 Kasım 2010'da Atatürk Üniversitesi, Erzurum ve Erzincan İl Sağlık Müdürlükleri işbirliği ile Atatürk niversitesi'nde gerçekleştirilmiştir (ztrk ve ark. 2011).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3. 1. Araştırmanın Türü

Araştırma Bursa İl'inde bulunan dört kamu hastanesinde, pediatri servislerinde görev alan sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürü ile ilgili algılamaları ve algılarını etkileyebilecek kişisel ve çalışma özellikleri ile ilgili bazı faktörlerin etkisini incelemek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılmıştır.

3. 2. Araştırmanın Yapıldığı Tarih ve Yeri

Çalışma Aralık, 2016/ Mayıs, 2017 tarihleri arasında Bursa ilinde hizmet veren Dörtçelik Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Zübeyde Hanım Doğumevi ve Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi pediatri servislerinde çalışan sağlık çalışanları ile yürütülmüştür.

Dörtçelik Çocuk Hastalıkları Hastanesi: 250 yatak kapasiteli olarak açılan hastane Çekirge Çocuk Hastanesi'ni de yönetimine almasıyla birlikte 250 yatak Dörtçelik Çocuk Hastanesi Merkez binası, 100 yatakta Çekirge yerleşkesi olmak üzere 350 yataklı olarak hizmetine devam etmektedir. Hastane bünyesinde Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Çocuk Cerrahisi, Çocuk Gastroenterolojisi, Çocuk Nörolojisi, Çocuk Ruh Sağlığı (Psikiyatri), Çocuk Hematolojisi, Çocuk KBB, Çocuk Alerjisi, Çocuk Kardiyolojisi, Çocuk Endokrinolojisi, Çocuk Diş sağlığı branşları bulunmaktadır. İlgili kliniklerde 273 sağlık çalışanı ve 150 hizmet alımı personel ile toplam 423 kişiyle hizmet vermektedir.

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi: Toplam 255 yatak kapasitelidir. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Yenidoğan Yoğun Bakım (Kuvöz ve Radyant Isıtıcı AÇık Yatak Dahil), Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları, Çocuk Cerrahisi, Çocuk Yoğun Bakım, Çocuk Hematolojisi ve Onkolojisi, Çocuk Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalığı, Çocuk Endokrinolojisi, Çocuk Kalp ve Damar Cerrahisi, Çocuk Nefrolojisi, Çocuk Gastroenterolojisi, Çocuk Nörolojisi, Çocuk Kardiyolojisi, Çocuk Metabolizma Hastalıkları branşları bulunmaktadır. İlgili kliniklerde 154 sağlık çalışanıyla hizmet vermektedir.

Zübeyde Hanım Doğumevi: Bursa İlindeki Sağlık Hizmeti sunumunun hizmet rolüne uygun olarak verilebilmesi amacıyla; Zübeyde Hanım Doğumevi Hastanesinin “Bursa Çekirge Devlet Hastanesi Zübeyde Hanım Hizmet Binası” adıyla ve tek Hastane Yöneticiliği İdaresi altında birleştirilerek, toplam 688 yatak kapasitesi ile A-II grubu hastane rolünde hizmet vermektedir. İlgili kliniklerde 34 hemşireyle hizmet vermektedir.

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi: Fiili 96’sı yoğun bakıma ait olmak üzere toplam 997 yatak kapasiteli bir araştırma hastanesi olup tüm birimleriyle, Joint Comission International (JCI) tarafından 2007 yılında akredite olmuş Türkiye’deki ilk iki tıp fakültesi Hastanesi’nden biridir. Hastane bünyesinde; çocuk yoğunbakım bölümü 21 hasta yatağı kapasitesi ve 23 personel ile hizmet vermekte, yenidoğan kliniği 16 küvöz ve 23 personel ile hizmet vermektedir. Genel olarak değerlendirdiğimizde ilgili kliniklerde 276 sağlık çalışanı ve 106 diğer personel ile toplam 382 kişiyle hizmet vermektedir.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Bursa ilinde hizmet veren dört kamu hastanesinde görev yapan toplam 993 sağlık çalışanı oluşturmaktadır. Aşağıda bu sağlık kurumlarında çalışan personele ait ifadeler yer almaktadır:

- Dörtçelik Çocuk Hastalıkları Hastanesi’nde görev yapan; 193 hemşire, 43 doktor, 13 sağlık memuru, 24 laborant ve 150 temizlik personeli olmak üzere toplam 423 sağlık çalışanı,

- Sağlık Bilimleri Üniversitesi Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde görev yapan; 100 Hemşire, 54 Doktor olmak üzere toplam 154 sağlık çalışanı,

- Zübeyde Hanım Doğumevi’nde görev yapan; 34 hemşire ve

- Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi pediatri servislerinde görev yapan; 127 Hemşire, 100 Doktor, 1 Biyolog, 1 Kimyager, 1 Pedagog, 3 Psikolog, 4 ATT Sağlık Memuru, 15 Diyetisyen, 12 Eczacı, 12 Ebe, 6 Teknisyen/Tekniker, 1 Veri Hazırlama, 38 Büro Hizmetlisi, 1 Girişimsel Hizmet (EEG), 36 Hasta Bakıcı ve 24 Temizlik personeli olmak üzere toplam 382 sağlık çalışanı görev yapmaktadır.

Örnekleme alınacak sağlık çalışanları daha önceden Dilmen (2016) tarafından yapılan çalışma referans alınarak $\alpha=0.05$, $\text{güç}=0.80$ ve hata %5 koşulunda Power Analysis and Sample Size (PASS) programı kullanılarak 461 kişi olarak belirlenmiştir. Belirlenen örnek birimlerinin hangi sağlık çalışanlarından oluşacağı ise olasılıklı örnekleme (random sampling) yöntemlerinden basit rasgele örnekleme yöntemi ile belirlenmiştir. Kurumlar ve kurumlardan belirlenen sağlık çalışanlarının örneklem sayıları Tablo 2’de verilmiştir.

Tablo 2. Araştırmanın örneklemi

Hastane Adı	Örneklem Sayı
Dörtçelik Çocuk Hastalıkları Hastanesi	159
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi	58
Zübeyde Hanım Doğumevi	18
Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi	226
Toplam	461

Sağlık çalışanlarına araştırmanın amacı açıklanmış, gönüllü ve istekli olmalarına özen gösterilerek hedef kitlenin %100’üne ($n=461$) ulaşılmıştır. Yapılan anketlerden geçerli anket sayısı da %100 olarak gerçekleşmiştir.

3.4. Araştırmaya Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri

3.4.1. Dahil Edilme Kriterleri

- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak
- İletişime ve işbirliğine açık olmak
- Görme, işitme gibi duyuşsal kayıpları olmayan.

3.4.2. Dışlanma Kriterleri

- Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen pediatri servislerinde çalışan sağlık çalışanları,
- Anket formu ve ölçekleri sağlıklı biçimde doldurmaya engel durumu bulunan pediatri servislerinde çalışan sağlık çalışanlarıdır.

3.5. Verilerin Toplanması

Veriler araştırmacı tarafından, kurumlara gidilerek, yüzyüze anket tekniği ile yapılmıştır. Verilerin doldurulma süresi 20-30 dakikadır.

3.6. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak anket yöntemi kullanılmıştır. Pediatri servislerinde çalışan sağlık çalışanlarının kişisel ve çalışma özelliklerini belirlemek amacıyla “Kişisel Bilgi Formu” (Ek.1) ve hasta güvenliği kùltürüne yönelik algıları için “Hasta Güvenliği Kùltürü Hastane Anketi (HGKHA)” (Ek.2) kullanılmıştır.

3.6.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından ilgili kaynaklar doğrultusunda hazırlanan formda toplam 10 soru bulunmaktadır. Bu formda araştırmaya katılacak kişilerin bireysel özelliklerine (yaşı, medeni durumu) ve çalışma özelliklerine (mesleki çalışma süresi, çalışılan ilk hastane mi, çalışılan hastanede çalışma süresi, çalışılan birimde çalışma süresi, haftalık çalışma saati, çalışılan birimde görevi, hastalarda doğrudan temas ve iletişim halinde olma ve mesleki kıdem) ilişkin sorular yer almaktadır.

3.6.2. Hasta Güvenliği Kùltürü Hastane Anketi

Hasta Güvenliği Kùltürü Hastane Anketi (Hospital Survey on Patient Safety Culture) 2004 yılında, Amerika’da, Sağlık Hizmetlerinde Araştırma ve Kalite Ajansı (Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) tarafından hastanelerde hasta güvenliği kùltürünü belirlemek amacıyla geliştirilmiştir (Nieva ve Sorra 2003).

Hasta Güvenliği Kùltürü Hastane Anketi, 42 madde ve 12 alt alandan (Güvenliğin Kapsamlı Algılanması, Hataların Raporlanma Sıklığı, Hastane Üniteleri Arasında Ekip Çalışması, Hastane Müdahaleleri ve Değişim, Yönetici Beklentileri ve Güvenlik Geliştirme Faaliyeti, Organizasyonel Öğrenme ve Sürekli Geliştirme, Üniteler İçinde Ekip Çalışması, İletişimin Açık Tutulması, Hatalar Hakkında Geribildirim ve İletişim, Hataya Karşı Cezalandırıcı Olmayan Yanıt, Personel Sağlama, Hasta Güvenliği İçin Hastane Yönetiminin Desteği) oluşmaktadır (Tablo 3).

Tablo 3: Hasta güvenliği kültürü hastane anketi alt alanları

Hasta güvenliği kültürü alt alanları	Alt Alanlar
Güvenliğin kapsamlı algılanması	A10, A15,A17, A18
Hataların raporlanma sıklığı	D1, D2, D3
Hastane üniteleri arasında ekip çalışması	F2, F4, F6, F10
Hastane müdahaleleri ve değişim	F3, F5, F7, F11
Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri	B1, B2, B3, B4
Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme	A6, A9, A13
Üniteler içinde ekip çalışması	A1, A3, A4, A11
İletişimin açık tutulması	C2, C4, C6
Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim	C1, C3, C5
Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt	A8, A12, A16
Personel sağlama	A2, A5, A7, A14
Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği	F1, F8, F9

Beşli likert tipindeki anket, çalışılan birim, yönetim ve hastane alt alanlarında (A, B, F bölümlerinde) “1=kesinlikle katılmıyorum”, “2=katılmıyorum”, “3=ne katılırım ne katılmam”, “4=katılıyorum”, “5=kesinlikle katılıyorum” şeklinde; iletişim ve raporlanmış olayların sıklığı alt alanlarında (C ve D bölümlerinde) “1=hiçbir zaman”, “2=nadiren”, “3=bazen”, “4=çoğu zaman”, “5=her zaman” şeklinde yanıtlanmaktadır. Ankette 18 ters yönlü soru bulunmaktadır. Ankette yer alan A5, A7, A8, A10, A12, A14, A16, A17, B3, B4, C6, F2, F3, F5, F6, F7, F9 ve F11 maddelerindeki sorular ters yönlü sorulardır. Ters yönlü sorular çevrildikten sonra hangi maddelerin hangi alt alanlarda yer aldığı belirlenir. Her bir madde için verilen pozitif cevaplar “kesinlikle katılıyorum” (5) , “katılıyorum” (4) ile “çoğu zaman” (4), “her zaman” (5) olarak değerlendirilir. Her bir madde için verilen pozitif cevaplar maddelere verilen tüm cevap sayısına bölünür. Elde edilen sonuç maddelere verilen olumlu cevap ortalamasıdır. “Kesinlikle katılmıyorum” ve “hiçbir zaman” (1), “katılmıyorum ve nadiren” (2), “ne katılırım ne katılmam ve bazen” (3) grupları olumlu cevap puan ortalamalarının hesaplanmasına dahil edilmemektedir. Anketin değerlendirilmesi sadece olumlu cevap ortalama puanlarına göre yapılmaktadır (Nieva ve Sorra 2003).

Anketin ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışması Bodur ve Filiz (2009) tarafından yapılmış ve Cronbach alfa katsayısının $\alpha=0.86$ olduğu bulunmuştur. Bu araştırmada HGKHA ölçeğinin güvenilirliğini incelemek için yapılan analizde genel ölçek güvenilirliği $\alpha=0,90$ olarak belirlenmiş olup, ölçek yüksek derecede güvenilir bir ölçektir (Tablo 4).

Tablo 4. Hastane Güvenliği Kùltürü Hastane Anketi Alt Boyut İç Tutarlılık Güvenirlikleri

Hastane Güvenliği Kùltürü Hastane Anketi Alt boyutları	İç Tutarlılık Güvenirliği (Cronbach's Alpha)
Güvenliğin kapsamlı algılanması	0,80
Hataların raporlanma sıklığı	0,82
Hastane üniteleri arasında ekip alışması	0,79
Hastane müdahaleleri ve değişim	0,80
Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri	0,79
Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme	0,80
Üniteler içinde ekip alışması	0,81
İletişimin açık tutulması	0,80
Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim	0,80
Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt	0,82
Personel sağlama	0,82
Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği	0,79

*Reliability Analysis

3.7. Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi

Verilerin istatistiksel analizi, bilgisayarda Statistical Package For Social Sciences (SPSS) 17.0 paket programı kullanılarak yapılmıştır. Anket uygulaması ile elde edilen verilerin çözümlenebilmesi için ilk olarak bu verilerin frekans(f) ve yüzde (%) dağımları bulunmuştur. Deđerkenlerin normal dağılıma uygunluğu Tek Örnekleme Kolmogorov Smirnov Z Testi ile incelenmiştir. İki grup arasında fark olup olmadığını belirlemek için "Mann-Whitney U", ikiden fazla grupta farklılığu araştırmak için ise "Kruskal Wallis-H" testi uygulandı. Testler sonrası Levene's testi ile grup dağılımlarının homojenliğu kontrol edilerek hasta güvenliği kùltürü algılamalarının sosyo-demografik değerkenlere göre hangi gruplar arasında farklılaştığını belirlemek üzere Post-Hoc Tukey HSD, LSD ve Tamhane's T2 testleri yapılıp, $p < 0.05$ düzeyi anlamlı olarak kabul edilmiştir.

3.8. Araştırmanın Sınırları

Bu araştırmanın örneklemini Dörtçelik ocuk Hastalıkları Hastanesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Zübeyde Hanım Doğumevi Uludağ Üniversitesi Tıp Fakùltesi Hastanesi pediatri servislerinde çalışan 461 sağlık çalışanı oluşturmuştur.

3.9. Araştırmanın Etiği

Araştırma konusu, amaç ve yöntemi ile ilgili Üsküdar Üniversitesi Etik Kurulu'ndan onay alınıp, araştırmanın yapılacağı hastanelerin Dörtçelik ocuk Hastalıkları Hastanesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan ve araştırmaya katılmayı kabul eden kişilerden yazılı onam alınarak çalışmaya başlanmıştır (2016-17-17, EK 3).

4. BULGULAR

Bu bölümde, araştırmaya alınan pediatri servisi çalışanlarının bireysel ve çalışma özellikleri, hasta güvenliği konusunda hastanelerdeki uygulamalarla ilgili görüşleri ve hasta güvenliği kültürü puanları ile ilgili bulgular üç bölümde yer almaktadır.

Pediatri Servisi Çalışanlarının Bireysel ve Çalışma Özelliklerine İlişkin Bulgular

Araştırma kapsamına alınan sağlık çalışanlarının sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 5’de sunulmuştur. Sağlık çalışanlarından, Dört Çelik Çocuk Hastalıkları Hastanesi’nde görev yapanların %68.6’sının evli ve %45.9’unun 36–45 yaş aralığında, Uludağ Üniversitesi’nde görev yapanların %62.4’ünün evli ve %39.8’inin 26–35 yaş aralığında, Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde görev yapanların %56.9’unun evli ve %51.7’sinin 26–35 yaş aralığında ve Zübeyde Hanım Doğumevi’nde görev yapanların %88.9’unun evli ve %61.1’inin 36–45 yaş aralığında oldukları belirlenmiştir.

Sağlık çalışanlarının şuan ki görev yaptıkları hastanenin ilk iş yerleri olması durumları incelendiğinde; Dört Çelik Çocuk Hastalıkları Hastanesi’nde görev yapanların %79.2’sinin, Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde görev yapanların %70.7’sinin ve Zübeyde Hanım Doğumevi’nde görev yapanların %72.2’sinin şuan ki çalıştıkları hastanenin ilk iş yerlerinin olmadığı, Uludağ Üniversitesi’nde görev yapanların %50.4’ünün ise ilk iş yerlerinin olduğu belirlenmiştir.

Sağlık çalışanlarının mesleki dağılımları incelendiğinde; Dört Çelik Çocuk Hastalıkları Hastanesi’nde görev yapanların %61.0’mın, Uludağ Üniversitesi’nde görev yapanların %41.2’sinin, Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde görev yapanların %56.9’unun ve Zübeyde Hanım Doğumevi’nde görev yapanların %83.3’ünün kadrolu hemşire olarak çalıştıkları tespit edilmiştir.

Tablo 5. Sağlık Çalışanlarının Bireysel ve Çalışma Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellikler	Dört Çelik Çocuk Hastalıkları Hastanesi		Uludağ Üniversitesi		Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi		Zübeyde Hanım Doğumevi		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Medeni Durum										
Evli	109	68.6	141	62.4	33	56.9	16	88.9	299	64.9
Bekâr	50	31.4	85	37.6	25	43.1	2	11.1	162	35.1
Yaş										
25 ve altı	25	15.7	44	19.5	11	19.0	1	5.6	81	17.6
26 – 35	42	26.4	90	39.8	30	51.7	5	27.8	167	36.2
36 – 45	73	45.9	67	29.6	15	25.9	11	61.1	166	36.0
46 – 55	17	10.7	19	8.4	2	3.4	1	5.6	39	8.5
56 ve üzeri	2	1.3	6	2.7	0	0.0	0	0.0	8	1.7
Hastanenin ilk iş yeri olma durumu										
Evet	33	20.8	114	50.4	17	29.3	5	27.8	169	36.7
Hayır	126	79.2	112	49.6	41	70.7	13	72.2	292	63.3
Meslek										
Hemşire (n=253)										
Kadrolu Hemşire	97	61.0								
Sözleşmeli Hemşire	0	0.0	93	41.2	33	56.9	15	83.3	238	51.6
			13	5.8	2	3.4	0	0.0	15	3.3
Hekim (n=50)										
Öğretim Üyesi	7	4.4	8	3.5	0	0.0	0	0.0	9	2.0
Uzman	0	0.0	6	2.7	4	6.9	0	0.0	17	3.7
Araştırma Görevlisi			19	8.4	5	8.6	0	0.0	24	5.2
	54	34.0								
Diğer sağlık çalışanları (DSHS)										
			87	38.5	14	24.1	3	16.7	158	34.3
Çalışılan Birim										
Çocuk Servisi	39	24.5	148	65.5	20	34.5	3	16.7	210	45.6
Çocuk Yoğun Bakım	40	25.2	33	14.6	28	48.3	11	61.1	112	24.3
Çocuk Cerrahi	25	15.7	10	4.4	4	6.9	0	0.0	39	8.5
Diğer	55	34.6	35	15.5	6	10.3	4	22.2	100	21.7

Tablo 5 (Devam). Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının bireysel ve çalışma özelliklerine göre dağılımları

Özellikler	Dört Çelik Çocuk Hastalıkları Hastanesi		Uludağ Üniversitesi		Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi		Zübeyde Hanım Doğumevi		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Haftalık Çalışma Saatleri										
40 saati geçmiyor	36	22.6	38	16.8	10	17.2	0	0.0	84	18.2
40 – 49 saat	95	59.7	146	64.6	28	48.3	14	77.8	283	61.4
50 saatten fazla	28	17.6	42	18.6	20	34.5	4	22.2	94	20.4
Birimde Çalışma Süresi										
1 – 5 yıl	106	66.7	137	60.6	46	79.3	13	72.2	302	65.5
6 – 10 yıl	41	25.8	43	19.0	10	17.2	3	16.7	97	21.0
11 -15 yıl	8	5.0	19	8.4	1	1.7	2	11.1	30	6.5
16 yıl ve ↑	4	2.5	27	11.9	1	1.7	0	0.0	32	6.9
Hastanede Çalışma Süresi										
1 – 5 yıl	75	47.2	101	44.7	37	63.8	10	55.6	223	48.4
6 – 10 yıl	57	35.8	41	18.1	16	27.6	4	22.2	118	25.6
11 -15 yıl	16	10.1	28	12.4	4	6.9	2	11.1	50	10.8
16 yıl ve ↑	11	6.9	56	24.8	1	1.7	2	11.1	70	15.2
Meslekte Çalışma Süresi										
1 – 5 yıl	31	19.5	81	35.8	27	46.6	3	16.7	142	30.8
6 – 10 yıl	33	20.8	41	18.1	17	29.3	6	33.3	97	21.0
11 -15 yıl	29	18.2	32	14.2	5	8.6	3	16.7	69	15.0
16 yıl ve ↑	66	41.5	72	31.9	9	15.5	6	33.3	153	33.2
Çocuk Ve Ailesiyle Etkileşimde Bulunma										
Evet	142	89.3	199	88.1	52	89.7	15	83.3	408	88.5
Hayır	17	10.7	27	11.9	6	10.3	3	16.7	53	11.5
Toplam	159	100.0	226	100.0	58	100.0	18	100.0	461	100.0

Sağlık çalışanlarının şuan ki çalıştıkları birimleri değerlendirildiğinde; Dört Çelik Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde görev yapanların %34.6'sının diğer birimlerde (hastanenin birçok bölümü, eczane, laboratuvar, radyoloji vb.), Uludağ Üniversitesi'nde görev yapanların %65.5'inin çocuk servisinde, Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapanların %48.3'ünün ve Zübeyde Hanım Doğumevi'nde görev yapanların %61.1'inin çocuk yoğun bakım servisinde çalıştıkları belirlenmiştir.

Sağlık çalışanlarının haftalık çalışma saatleri değerlendirildiğinde; Dört Çelik Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde görev yapanların %59.7'sinin, Uludağ Üniversitesi'nde görev yapanların %64.6'sının, Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapanların %48.3'ünün ve Zübeyde Hanım Doğumevi'nde görev yapanların %77.8'inin haftada 40 – 49 saat çalıştıkları belirlenmiştir.

Sağlık çalışanlarının şundaki birimlerinde çalışma süreleri incelendiğinde; Dört Çelik Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde görev yapanların %66.7'sinin, Uludağ Üniversitesi'nde görev yapanların %60.6'sının, Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapanların %79.3'ünün ve Zübeyde Hanım Doğumevi'nde görev yapanların %72.2'sinin 1–5 yıl arasında çalıştıkları belirlenmiştir.

Sağlık çalışanlarının buldukları hastanede çalışma süreleri incelendiğinde; Dört Çelik Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde görev yapanların %47.2'sinin, Uludağ Üniversitesi'nde görev yapanların %44.7'sinin, Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapanların %63.8'inin ve Zübeyde Hanım Doğumevi'nde görev yapanların %55.6'sının 1–5 yıl arasında çalıştıkları belirlenmiştir.

Sağlık çalışanlarının mesleklerinde çalışma süreleri incelendiğinde; Uludağ Üniversitesi'nde görev yapanların %35.8'inin ve Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapanların %46.6'sının 1–5 yıl arasında, Dört Çelik Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde görev yapanların %41.5'inin ve Zübeyde Hanım Doğumevi'nde görev yapanların %33.3'ünün 16yıl ve üzerinde çalıştıkları belirlenmiştir.

Sağlık çalışanlarının çocuk ve ailesiyle etkileşimde bulunma durumları incelendiğinde; Dört Çelik Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde görev yapanların %89.3'ünün, Uludağ Üniversitesi'nde görev yapanların %88.1'inin, Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapanların %89.7'sinin ve Zübeyde Hanım Doğumevi'nde görev yapanların %83.3'ünün evet yönünde ifadelerinin olduğu belirlenmiştir.

Pediyatri Servisi Çalışanlarının Hasta güvenliği Hastane Anketi Puanlarına İlişkin Bulgular

Bu bölümde pediyatri servisi çalışanlarının hasta güvenliği hastane anketi puanlarına yer verilmiştir. Anket ve alt boyutlarından alınan olumlu cevap yüzdeleri ve bu yüzdeler arasında kurumlar arasında fark olup olmadığı incelenmiştir.

Tablo 7. Sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürü hastane anketi olumlu cevap yüzdeleri ortalamaları

Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi Alt Boyut ve Maddeler (n=461)	Olumlu Cevap (%)
1-Güvenliğin kapsamlı algılanması	62,35
2-Hataların raporlanma sıklığı	40,13
3-Hastane üniteleri arasında ekip çalışması	47,05
4-Hastane müdahaleleri ve değişim	52,97
5-Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri	46,7
6-Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme	51,5
7-Üniteler içinde ekip çalışması	71,55
8-İletişimin açık tutulması	49,76
9-Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim	42,3
10-Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt	28,06
11-Personel sağlama	31
12-Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği	47,43

Tablo 7’de sağlık çalışanlarının Hastane Güvenliği Kültürü Hastane Anketi’ne verilen olumlu cevap yüzdelerine yer verilmiştir. En yüksek olumlu cevap yüzde ortalamasının %71.55 ile “*üniteler içinde ekip çalışması*” alt boyutu ve en düşük olumlu cevap yüzde ortalamasının “*hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt*” (%28.06) alt boyutu olduğu belirlenmiştir.

Tablo 6. Hasta güvenliği kültürü hastane anketi alt boyutlarına göre kurumların olumlu cevap yüzdeleri

Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi Alt Boyutları	Olumlu Cevap Yüzdesi			
	Dört Çelik Çocuk Hastahalları Hastanesi	Uludağ Üniversitesi	Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Zübeyde Hanım Doğumevi
1-Güvenliğin kapsamlı alımlanması	65,9	61,15	55,6	68,05
2-Hataların raporlanma sıklığı	35,43	45,7	32,2	37,03
3-Hastane üniteleri arasında ekip çalışması	51,57	45,7	43,57	38,9
4-Hastane müdahaleleri ve değişim	61,95	50,12	44,37	37,5
5-Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri	44,35	50,32	39,65	45,82
6-Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme	56,16	52,8	56,56	68,5
7-Üniteler içinde ekip çalışması	77,05	67,82	74,57	79,17
8-İletişimin açık tutulması	49,46	50,4	46,56	53,7
9-Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim	58,16	60,9	57,6	61,1
10-Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt	33,6	24,93	29,3	12,96
11-Personel sağlama	35,37	29,65	24,57	36,1
12-Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği	54,1	44,53	39,66	48,93

Tablo 6 incelendiğinde anketin tüm maddelerinde, kurumlarda en yüksek olumlu cevap yüzde ortalamaları değerlendirildiğinde; Dört Çelik Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde çalışanların %77,05'i, Uludağ Üniversitesi'nde çalışanların %67,82'si, Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışanların %74,57'si ve ve Zübeyde Hanım Doğumevi'nde çalışanların %79,17'ü "Üniteler içinde ekip çalışması" maddesine en yüksek olumlu cevap beyan ettikleri belirlenmiştir.

Dört Çelik Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Uludağ Üniversitesi, Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Zübeyde Hanım Doğumevi'ne anketin tüm alt boyutlarına göre anlamlılık bulunamamıştır ($p < 0.001$) (Tablo 6).

Tablo 8. Sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürü hastane anketi alt boyut yüzde ortalamaları

Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi Alt Boyut ve Maddeler (n=461)	Alt boyut ortalaması (%)
1-Güvenliğin kapsamlı algılanması	64,8
2-Hataların raporlanma sıklığı	42,4
3-Hastane üniteleri arasında ekip çalışması	48,5
4-Hastane müdahaleleri ve değişim	55,2
5-Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri	48,4
6-Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme	56,0
7-Üniteler içinde ekip çalışması	72,8
8-İletişimin açık tutulması	51,7
9-Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim	61,9
10-Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt	29,3
11-Personel sağlama	31,9
12-Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği	49,1

Tablo 8'de sağlık çalışanlarının Hastane Güvenliği Kültürü Hastane Anketi'ne verilen olumlu cevap yüzdeleri ve alt boyut yüzde ortalamalarına yer verilmiştir.

Tablo 9. Hasta güvenliği kültürü hastane anketi puanlarının kurumlara göre karşılaştırılması

Altı Boyutlar	Kurumlar				p
	Dört Çelik Çocuk Hastahklar Hastanesi (n=159)	Uludağ Üniversitesi (n=226)	Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi (n=58)	Zübeyde Hanım Doğumevi (n=18)	
	Medyan (Min.:Maks) Ort.±St. Sapma	Medyan (Min.:Maks) Ort.±St. Sapma	Medyan (Min.:Maks) Ort.±St. Sapma	Medyan (Min.:Maks) Ort.±St. Sapma	
1-Güvenliğin kapsamlı algılanması	75(0:100) 69,81±28,56	75(0:100) 63,27±32,84	50(0:100) 56,04±33,54	75(25:100) 68,06±28,19	0.050
2-Hataların raporlanma sıklığı	33,3(0:100) 40,88±41,58	33,3(0:100) 46,16±44,97	0(0:100) 33,34±43,26	16,65(0:100) 38,89±44,65	0.170
3-Hastane üniteleri arasında ekip çalışması	50(0:100) 53,77±37,01	50(0:100) 46,24±34,11	50(0:100) 45,69±32,83	25(0:100) 38,89±37,60	0.111
4-Hastane müdahaleleri ve değişim	75(0:100) 66,35±31,57	50(0:100) 51,11±34,62	50(0:100) 46,12±32,04	37,5(0:100) 37,50±35,61	0.000*
5-Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri	50(0:100) 46,54±34,39	50(0:100) 51,77±34,83	37,5(0:100) 40,95±33,01	37,5(0:100) 45,83±43,09	0.149
6-Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme	66,7(0:100) 57,65±35,52	66,7(0:100) 53,54±35,42	66,7(0:100) 57,48±38,39	66,7(33,3:100) 68,54±17,98	0.318
7-Üniteler içinde ekip çalışması	100(0:100) 78,15±29,87	75(0:100) 68,03±35,57	87,5(0:100) 75,0±31,41	75(50:100) 79,17±19,65	0.064
8-İletişimin açık tutulması	66,7(0:100) 52,83±33,20	66,7(0:100) 52,07±34,12	50(0:100) 46,56±37,96	33,3(33,3:100) 53,70±25,94	0.723
9-Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim	66,7(0:100) 62,27±36,58	66,7(0:100) 62,83±36,18	66,7(0:100) 57,48±35,21	33,3(33,3:100) 61,09±32,86	0.723
10-Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt	33,3(0:100) 35,22±36,21	0(0:100) 25,95±31,66	33,3(0:100) 30,45±26,70	0(0:66,7) 14,81±20,52	0.017*
11-Personel sağlama	25(0:75) 36,32±20,22	25(0:100) 30,09±20,59	25(0:75) 25,43±20,67	25(0:75) 36,11±21,39	0.001*
12-Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği	66,7(0:100) 57,65±38,92	33,3(0:100) 44,99±39,22	33,3(0:100) 41,96±36,18	58,35(0:100) 49,08±44,46	0.008*

*p<0.05 Kruskal-Wallis testi.

Tablo 9’da görüldüğü üzere araştırma grubunu oluşturan sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürü ölçeği alt boyut olumlu cevap puanlarının kurumlara göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen Kruskal Wallis-H testi sonucunda “*hastane müdahaleleri ve değişim*”, “*hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt*”, “*personel sağlama*”, “*hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği*” olumlu cevap grup ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$).

Kruskal Wallis-H testi sonrası Levene’s testi ile grup dağılımlarının homojenliği kontrol edilerek HGKHA alt alanlarının kurumlara göre hangi gruplar arasında farklılaştığını belirlemek üzere yapılan Post-Hoc Tukey HSD ve Tamhane’s T2 testi sonucunda gerçekleştirilen istatistiksel değerlendirmeye göre;

Dört Çelik Çocuk Hastalıkları Hastanesi’nde görev yapan sağlık çalışanlarının “*hastane müdahaleleri ve değişim*” alt boyut olumlu cevap ortalama puanlarının Uludağ Üniversitesi ($p=0.000$), Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi ($p=0.001$) ve Zübeyde Hanım Doğumevi’nde ($p=0.003$) görev yapan sağlık çalışanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.01$).

Tamhane’s T2 testi sonucunda; Dört Çelik Çocuk Hastalıkları Hastanesi’nde görev yapan sağlık çalışanlarının “*hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt*” alt boyut olumlu cevap ortalama puanlarının Zübeyde Hanım Doğumevi’nde ($p=0.006$) görev yapan sağlık çalışanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.01$).

Dört Çelik Çocuk Hastalıkları Hastanesi’nde görev yapan sağlık çalışanlarının “*personel sağlama*” alt boyut olumlu cevap ortalama puanlarının Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi ($p=0.003$) ve Uludağ Üniversitesi’nde ($p=0.018$) görev yapan sağlık çalışanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Dört Çelik Çocuk Hastalıkları Hastanesi’nde görev yapan sağlık çalışanlarının “*hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği*” alt boyut olumlu cevap ortalama puanlarının Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi ($p=0.044$) ve Uludağ Üniversitesi’nde ($p=0.010$) görev yapan sağlık çalışanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Hasta güvenliği hastane anketi olumlu cevap yüzdelerinin bireysel ve çalışma özelliklerine göre incelenmesi

Bu bölümde hasta güvenliği hastane anketi olumlu cevap yüzdelerinin bireysel ve çalışma özelliklerine göre incelenmesi yer almaktadır.

Tablo 10. Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi Puanlarının Çalışılan Birim Göre Değerlendirilmesi

Alt Boyutlar	Çalışılan Birim				P
	Çocuk Kliniği (n=210)	Diğer (n=100)**	Yoğun Bakım (n=112)	Çocuk Cerrahi (n=39)	
	Medyan (Min.:Maks) Ort.±St. Sapma	Medyan (Min.:Maks) Ort.±St. Sapma	Medyan (Min.:Maks) Ort.±St. Sapma	Medyan (Min.:Maks) Ort.±St. Sapma	
1-Güvenliğin kapsamlı uygulanması	75(0:100) 61,07±33,61	75(0:100) 69,75±29,58	75(0:100) 65,18±29,51	75(0:100) 71,15±28,98	0.116
2-Hataların raporlanma sıklığı	33,3(0:100) 44,92±43,97	33,3(0:100) 43,67±44,37	33,3(0:100) 38,99±43,13	33,3(0:100) 35,89±42,16	0.530
3-Hastane üniteleri arasında ekip çalışması	50(0:100) 45,48±33,93	50(0:100) 54,25±38,61	50(0:100) 47,10±34,18	50(0:100) 53,85±35,14	0.167
4-Hastane müdahaleleri ve değişim	50(0:100) 52,97±34,41	75(0:100) 58,75±58,66	50(0:100) 57,14±31,38	50(0:100) 52,56±29,69	0.365
5-Yönetici beklentileri ve günlük geliştirme faaliyetleri	50(0:100) 48,57±35,58	50(0:100) 52,5±34,72	50(0:100) 47,99±34,41	25(0:100) 37,82±31,87	0.177
6-Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme	66,7(0:100) 53,34±35,31	66,7(0:100) 65,0±32,96	66,7(0:100) 51,79±36,59	66,7(0:100) 59,83±35,2	0.024*
7-Üniteler içinde ekip çalışması	75(0:100) 70,0±35,08	75(0:100) 74,25±30,66	100(0:100) 74,55±32,53	100(25:100) 79,49±26,82	0.453
8-İletişimin açık tutulması	33,3(0:100) 49,99±33,78	66,7(0:100) 56,0±34,13	66,7(0:100) 53,28±33,93	33,3(0:100) 45,3±34,62	0.287
9-Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim	66,7(0:100) 60,79±36,49	66,7(0:100) 63,33±35,30	66,7(0:100) 63,99±35,84	66,7(0:100) 58,12±36,46	0.761
10-Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt	16,65(0:100) 27,14±32,91	33,3(0:100) 34,0±36,39	33,3(0:100) 31,24±30,77	33,3(0:100) 23,07±25,54	0.237
11-Personel sağlama	25(0:100) 32,14±22,07	25(0:75) 36,0±20,51	25(0:75) 28,35±18,53	25(0:75) 30,13±19,17	0.050
12-Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği	33,3(0:100) 43,65±39,06	66,7(0:100) 57,34±42,14	33,3(0:100) 49,25±36,59	66,7(0:100) 57,27±37,43	0.017*

*p<0.05 Kruskal-Wallis testi.

** Tabloda diğer grubu; "acil tip", "laboratuvar", "eczane", "anestezi", "psikiyatri", "fizik tedavi ve rehabilitasyon" ve "radyoloji" gruplarının birleştirilmesiyle oluşturulmuştur.

Tablo 9’da görüldüğü üzere araştırma grubunu oluşturan sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürü ölçeği alt boyut olumlu cevap puanlarının çalışılan birimlere göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen Kruskal Wallis-H testi sonucunda “*Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme*” ile “*Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği*” olumlu cevap grup ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$).

Kruskal Wallis-H testi sonrası Levene’s testi ile grup dağılımlarının homojenliği kontrol edilerek HGKHA alt alanlarının çalışılan birimler göre hangi gruplar arasında farklılaştığını belirlemek üzere yapılan Post-Hoc Tukey HSD ve Tamhane’s T2 testi sonucunda gerçekleştirilen istatistiksel değerlendirmeye göre;

Diğer birimlerde (hastanenin birçok bölümü, eczane, laboratuvar, radyoloji vb.) çalışanların “*Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme*” alt boyut olumlu cevap ortalama puanlarının çocuk yoğun bakımda ($p=0.033$) ve çocuk servisinde ($p=0.033$) görev yapan sağlık çalışanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Diğer birimlerde (hastanenin birçok bölümü, eczane, laboratuvar, radyoloji vb.) çalışanların “*Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği*” alt boyut olumlu cevap ortalama puanlarının çocuk servisinde ($p=0.040$) görev yapan sağlık çalışanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Tablo 10. Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi Puanlarının Meslekler Göre Karşılaştırılması

Alt Boyutlar	Meslek		P
	Hemşire (n=253)**	Hekim (n=50)***	
	Medyan (Min.:Maks) Ort.±St. Sapma	Medyan (Min.:Maks) Ort.±St. Sapma	
1-Güvenliğin kapsamlı algılanması	75(0:100) 67,19±31,58	50(0:100) 49,0±34,61	0.002*
2-Hataların raporlanma sıklığı	33,3(0:100) 42,94±44,14	0(0:100) 26,66±38,68	0.023*
3-Hastane üniteleri arasında ekip çalışması	50(0:100) 46,24±36,26	25(0:100) 38,0±33,97	0.003*
4-Hastane müdahaleleri ve değişim	75(0:100) 58,2±32,11	50(0:100) 48,0±37,74	0.131
5-Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri	50(0:100) 48,12±35,48	50(0:100) 37,5±32,83	0.032*
6-Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme	66,7(0:100) 58,5±35,44	33,3(0:100) 41,33±34,71	0.007*
7-Üniteler içinde ekip çalışması	100(0:100) 74,3±32,9	75(0:100) 71,5±33,12	0.392
8-İletişimin açık tutulması	66,7(0:100) 53,75±32,81	33,3(0:100) 42,66±36,91	0.107
9-Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim	66,7(0:100) 64,55±35,1	66,7(0:100) 52,66±39,32	0.113
10-Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt	33,3(0:100) 31,21±32,33	0(0:100) 15,32±27,1	0.002*
11-Personel sağlama	25(0:75) 29,74±19,6	25(0:75) 25,5±21,12	0.000*
12-Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği	33,3(0:100) 47,23±38,56	33,3(0:100) 32,66±37,18	0.000*

*p<0.05 Kruskal-Wallis testi.

**Tabloda hemşire grubu; "kadrolu hemşire", ve "sözleşmeli hemşire" gruplarının birleştirilmesiyle oluşturulmuştur.

***Tabloda hekim grubu; "uzman", "öğretim üyesi", "yardımcı doçent", "doçent", "profesör" ve "araştırma görevlisi", gruplarının birleştirilmesiyle oluşturulmuştur.

****Tabloda diğer grubu; "uzmanlık öğrencisi", "araştırma görevlisi", "eczacı", "laborant" ve "teknisyen" gruplarının birleştirilmesiyle oluşturulmuştur.

Tablo 10’da görüldüğü üzere araştırma grubunu oluşturan sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürü ölçeği alt boyut olumlu cevap puanlarının unvanlara göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen Kruskal Wallis-H testi sonucunda “Güvenliğin kapsamlı algılanması”, “Hataların raporlanma sıklığı”, “Hastane üniteleri arasında ekip çalışması”, “Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri”, “Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme”, “Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt”, “Personel sağlama” ve “Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği” olumlu cevap grup ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$).

Kruskal Wallis-H testi sonrası Levene’s testi ile grup dağılımlarının homojenliği kontrol edilerek HGKHA alt alanlarının unvanlara göre hangi gruplar arasında farklılaştığını belirlemek üzere yapılan Post-Hoc Tukey HSD testi sonucunda gerçekleştirilen istatistiksel değerlendirmeye göre;

Hemşire olarak görev yapanların “Güvenliğin kapsamlı algılanması” alt boyut olumlu cevap ortalama puanlarının hekim olarak ($p=0.002$) görev yapan sağlık çalışanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.01$).

Diğer kadrolarda görev yapan sağlık çalışanlarının “Hataların raporlanma sıklığı” alt boyut olumlu cevap ortalama puanlarının hekim olarak ($p=0.023$) görev yapan sağlık çalışanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Diğer kadrolarda görev yapan sağlık çalışanlarının “Hastane üniteleri arasında ekip çalışması” alt boyut olumlu cevap ortalama puanlarının hekim olarak ($p=0.003$) görev yapan sağlık çalışanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.01$).

Diğer kadrolarda görev yapanların “Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri” alt boyut olumlu cevap ortalama puanlarının hekim olarak ($p=0.032$) görev yapan sağlık çalışanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Hemşire olarak görev yapanların “Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme” alt boyut olumlu cevap ortalama puanlarının hekim olarak ($p=0.007$) görev yapan sağlık çalışanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.01$).

Hemşire olarak görev yapanların “Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt” alt boyut olumlu cevap ortalama puanlarının hekim olarak ($p=0.002$) görev yapan sağlık çalışanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.01$).

Diğer kadrolarda görev yapan sağlık çalışanlarının “*Personel sağlama*” alt boyut olumlu cevap ortalama puanlarının hemşire olarak ($p=0.000$) görev yapan sağlık çalışanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$).

Diğer kadrolarda görev yapan sağlık çalışanlarının “*Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği*” alt boyut olumlu cevap ortalama puanlarının hekim olarak ($p=0.000$) görev yapan sağlık çalışanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$).

Tablo 11. Hasta güvenliği kültürü hastane anketi puanlarının yaşa göre karşılaştırılması

Alt Boyutlar	Yaş					p
	25 yaş ve altı (n=81)	26-35 yaş (n=167)	36-45 yaş (n=166)	46-55 yaş (n=39)	56 yaş ve üzeri (n=8)	
	Medyan (Min.:Maks) Ort.±St. Sapma	Medyan (Min.:Maks) Ort.±St. Sapma	Medyan (Min.:Maks) Ort.±St. Sapma	Medyan (Min.:Maks) Ort.±St. Sapma	Medyan (Min.:Maks) Ort.±St. Sapma	
1-Güvenliğin kapsamlı algılanması	75(0:100) 71,91±30,46	75(0:100) 56,14±32,17	75(0:100) 68,82±30,08	75(0:100) 64,74±31,27	100(75:100) 90,63±12,94	0.000*
2-Hataların raporlanma sıklığı	33,3(0:100) 42,39±43,15	33,3(0:100) 41,71±44,47	33,3(0:100) 44,98±44,02	0(0:100) 33,33±41,18	50(0:100) 75(25:100)	0.604
3-Hastane üniteleri arasında ekip çalışması	50(0:100) 55,24±36,16	25(0:100) 40,56±32,19	50(0:100) 51,51±36,37	50(0:100) 51,28±36,25	68,75±32,04 75(0:100)	0.004*
4-Hastane müdahaleleri ve değişim	75(0:100) 62,01±34,25	50(0:100) 47,46±33,34	75(0:100) 59,64±33,10	50(0:100) 52,56±37,52	68,75±37,20 87,5(25:100)	0.002*
5-Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri	50(0:100) 55,24±34,62	25(0:100) 42,66±34,52	50(0:100) 48,04±34,37	50(0:100) 53,21±35,44	81,25±25,88 66,7(33,3:100)	0.004*
6-Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme	66,7(0:100) 59,26±36,14	66,7(0:100) 50,69±34,88	66,7(0:100) 57,43±35,33	66,7(0:100) 63,25±36,52	70,85±21,37 100(50:100)	0.090
7-Üniteler içinde ekip çalışması	100(0:100) 77,78±29,05	75(0:100) 67,66±35,6	74,69±30,89 66,7(0:100)	72,44±36,63 33,3(0:100)	93,75±17,68 66,7(33,3:100)	0.052
8-İletişimin açık tutulması	66,7(0:100) 61,31±30,49	33,3(0:100) 47,9±33,45	66,7(0:100) 51,0±34,95	47,0±36,46 66,7(0:100)	70,83±27,88 100(0:100)	0.020*
9-Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim	66,7(0:100) 67,9±32,69	66,7(0:100) 57,68±37,03	64,05±35,77 33,3(0:100)	66,7(0:100) 55,55±36,94	75,0±38,83 33,3(0:66,7)	0.123
10-Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt	29,21±30,91 25(0:75)	0(0:100) 25,14±31,78	32,32±33,52 25(0:100)	34,18±37,06 25(0:75)	29,16±27,82 50(0:50)	0.268
11-Personel sağlama	29,62±18,58 66,7(0:100)	29,79±21,59 33,3(0:100)	33,58±19,41 66,7(0:100)	37,17±26,2 33,3(0:100)	37,5±18,89 100(0:100)	0.190
12-Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği	51,43±39,11	42,71±38,01	52,31±39,73	52,13±39,73	52,13±41,04	0.029*

*p<0.05 Kruskal-Wallis testi

Tablo 11’de görüldüğü üzere araştırma grubunu oluşturan sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürü ölçeği alt boyut olumlu cevap puanlarının yaşlara göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen Kruskal Wallis-H testi sonucunda “Güvenliğin kapsamlı algılanması”, “Hastane üniteleri arasında ekip çalışması”, “Hastane müdahaleleri ve değişim”, “Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri”, İletişimin açık tutulması” ve “Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği” olumlu cevap grup ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$).

Kruskal Wallis-H testi sonrası Levene’s testi ile grup dağılımlarının homojenliği kontrol edilerek HGKHA alt alanlarının yaşlara göre hangi gruplar arasında farklılaştığını belirlemek üzere yapılan Post-Hoc Tukey HSD ve LSD testi sonucunda gerçekleştirilen istatistiksel değerlendirmeye göre;

Yaşları 56 ve üzerinde olan sağlık çalışanlarının “Güvenliğin kapsamlı algılanması” alt boyut olumlu cevap ortalama puanlarının 26-35 yaş aralığında ($p=0.018$) görev yapan sağlık çalışanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Yaşları 56 ve üzerinde olan sağlık çalışanlarının “Hastane üniteleri arasında ekip çalışması” alt boyut olumlu cevap ortalama puanlarının 26-35 yaş aralığında ($p=0.026$) görev yapan sağlık çalışanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Yaşları 25 ve altı olan sağlık çalışanlarının “Hastane müdahaleleri ve değişim” alt boyut olumlu cevap ortalama puanlarının 26-35 yaş aralığında ($p=0.013$) görev yapan sağlık çalışanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Yaşları 56 ve üzerinde olan sağlık çalışanlarının “Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri” alt boyut olumlu cevap ortalama puanlarının 26-35 yaş aralığında ($p=0.018$) görev yapan sağlık çalışanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Yaşları 25 ve altı olan sağlık çalışanlarının “İletişimin açık tutulması” alt boyut olumlu cevap ortalama puanlarının 26-35 yaş aralığında ($p=0.028$) görev yapan sağlık çalışanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Yaşları 56 ve üzerinde olan sağlık çalışanlarının “Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği” alt boyut olumlu cevap ortalama puanlarının 26-35 yaş aralığında ($p=0.010$) görev yapan sağlık çalışanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Tablo 12. Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi Puanlarının Medeni Duruma Göre Karşılaştırılması

Alt Boyutlar	Medeni Durum		p
	Evli (n=299)	Bekar (n=162)	
	Medyan (Min.:Maks) Ort.±St. Sapma	Medyan (Min.:Maks) Ort.±St. Sapma	
1-Güvenliğin kapsamlı algılanması	75(0:100) 64,29±32,03	75(0:100) 65,74±30,76	0.640
2-Hataların raporlanma sıklığı	33,3(0:100) 41,13±44,01	33,3(0:100) 44,85±43,06	0.383
3-Hastane üniteleri arasında ekip çalışması	50(0:100) 47,07±35,44	50(0:100) 51,08±34,84	0.244
4-Hastane müdahaleleri ve değişim	50(0:100) 52,75±34,49	75(0:100) 59,72±33,58	0.037*
5-Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri	50(0:100) 46,73±34,99	50(0:100) 51,38±34,61	0.172
6-Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme	66,7(0:100) 56,18±35,11	66,7(0:100) 55,76±35,99	0.902
7-Üniteler içinde ekip çalışması	75(0:100) 71,41±34,05	100(0:100) 75,46±30,71	0.193
8-İletişimin açık tutulması	33,3(0:100) 47,26±33,6	66,7(0:100) 59,88±33,26	0.000*
9-Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim	66,7(0:100) 58,19±36,48	66,7(0:100) 68,72±34,19	0.002*
10-Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt	33,3(0:100) 29,65±32,74	33,3(0:100) 28,59±32,78	0.741
11-Personel sağlama	25(0:100) 34,03±21,62	25(0:75) 27,93±18,56	0.002*
12-Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği	33,3(0:100) 47,88±51,43	66,7(0:100) 39,73±38,63	0.355

*p<0.05 Mann-Whitney U testi

Tablo 12’de görüldüğü üzere araştırma grubunu oluşturan sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürü ölçeği alt boyut olumlu cevap puanlarının medeni durumlara göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen Mann-Whitney U testi sonucunda “*Hastane müdahaleleri ve değişim*”, “*İletişimin açık tutulması*”, “*Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim*” ve “*Personel sağlama*” olumlu cevap grup ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$).

Medeni durumları bekar olan (%59.72) sağlık çalışanlarının “*Hastane müdahaleleri ve değişim*” alt boyut olumlu cevap ortalama puanlarının evli olan (%52.75) sağlık çalışanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 13).

Medeni durumları bekar olan (%59.88) sağlık çalışanlarının “*İletişimin açık tutulması*” alt boyut olumlu cevap ortalama puanlarının evli olan (%47.26) sağlık çalışanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$) (Tablo 13).

Medeni durumları bekar olan (%68.72) sağlık çalışanlarının “*Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim*” alt boyut olumlu cevap ortalama puanlarının evli olan (%58.19) sağlık çalışanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.01$) (Tablo 13).

Medeni durumları evli olan (%34.03) sağlık çalışanlarının “*Personel sağlama*” alt boyut olumlu cevap ortalama puanlarının bekar olan (%27.93) sağlık çalışanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.01$) (Tablo 13).

Tablo 13. Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi Puanlarının Haftalık Çalışma Saatleri Göre Karşılaştırılması

Alt Boyutlar	Haftalık Çalışma Saatleri				P		
	40 saati geçmiyor (n=84)		40-49 saat (n=283)			50 saatten fazla (n=94)	
	Medyan (Min.:Maks) Ort.±St. Sapma	Medyan (Min.:Maks) Ort.±St. Sapma	Medyan (Min.:Maks) Ort.±St. Sapma	Medyan (Min.:Maks) Ort.±St. Sapma			
1-Güvenliğin kapsamlı algılanması	75(0:100) 70,23±30,67 33,3(0:100)	75(0:100) 65,81±31,14 33,3(0:100)	75(0:100) 65,81±31,14 33,3(0:100)	50(0:100) 56,91±31,56 0(0:100)	0.012*		
2-Hataların raporlanma sıklığı	43,65±42,97 50(0:100)	44,28±44,22 50(0:100)	44,28±44,22 50(0:100)	35,81±42,4 50(0:100)	0.274		
3-Hastane üniteleri arasında ekip çalışması	55,65±36,68 75(0:100)	46,37±34,88 50(0:100)	46,37±34,88 50(0:100)	48,4±34,54 50(0:100)	0.112		
4-Hastane müdahaleleri ve değişim	59,52±34,47 75(0:100)	54,77±34,19 50(0:100)	54,77±34,19 50(0:100)	52,65±34,48 50(0:100)	0.374		
5-Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri	59,22±36,56 66,7(0:100)	47,52±34,18 66,7(0:100)	47,52±34,18 66,7(0:100)	41,22±33,54 66,7(0:100)	0.002*		
6-Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme	61,11±32,66 100(0:100)	56,65±35,48 75(0:100)	56,65±35,48 75(0:100)	49,65±36,83 75(0:100)	0.111		
7-Üniteler içinde ekip çalışması	78,27±31,94 66,7(0:100)	71,2±33,17 66,7(0:100)	71,2±33,17 66,7(0:100)	72,87±32,92 33,3(0:100)	0.139		
8-İletişimin açık tutulması	55,95±36,65 66,7(0:100)	53,94±32,31 66,7(0:100)	53,94±32,31 66,7(0:100)	41,13±34,72 66,7(0:100)	0.004*		
9-Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim	67,85±32,91 33,3(0:100)	62,77±35,8 33,3(0:100)	62,77±35,8 33,3(0:100)	53,9±38,21 0(0:100)	0.040*		
10-Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt	39,67±33,33 50(0:75)	29,91±33,34 20(0:100)	29,91±33,34 20(0:100)	18,08±26,62 25(0:75)	0.000*		
11-Personel sağlama	38,69±19,56 66,7(0:100)	32,07±20,49 66,7(0:100)	32,07±20,49 66,7(0:100)	25,26±20,89 33,3(0:100)	0.000*		
12-Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği	58,73±39,95	49,47±38,63	49,47±38,63	39,53±39,11	0.005*		

*p<0.05 Kruskal-Wallis testi.

Tablo 13’de görüldüğü üzere araştırma grubunu oluşturan sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürü ölçeği alt boyut olumlu cevap puanlarının haftalık çalışma saatlerine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen Kruskal Wallis-H testi sonucunda “*Güvenliğin kapsamlı algılanması*”, “*Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri*”, “*İletişimin açık tutulması*”, “*Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim*”, “*Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt*”, “*Personel sağlama*” ve “*Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği*” olumlu cevap grup ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$).

Kruskal Wallis-H testi sonrası Levene’s testi ile grup dağılımlarının homojenliği kontrol edilerek HGKHA alt alanlarının haftalık çalışma saatlerine göre hangi gruplar arasında farklılaştığını belirlemek üzere yapılan Post-Hoc Tukey HSD testi sonucunda gerçekleştirilen istatistiksel değerlendirmeye göre;

Haftalık çalışma saati 40 saati geçmeyen sağlık çalışanlarının “*Güvenliğin kapsamlı algılanması*” alt boyut olumlu cevap ortalama puanlarının haftalık çalışma saati 50 saatten fazla ($p=0.013$) olan sağlık çalışanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Haftalık çalışma saati 40 saati geçmeyen sağlık çalışanlarının “*Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri*” alt boyut olumlu cevap ortalama puanlarının haftalık çalışma saati 50 saatten fazla ($p=0.002$) ve 40-49 saat ($p=0.018$) olan sağlık çalışanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Haftalık çalışma saati 40 saati geçmeyen sağlık çalışanlarının “*İletişimin açık tutulması*” alt boyut olumlu cevap ortalama puanlarının haftalık çalışma saati 50 saatten fazla ($p=0.010$) olan sağlık çalışanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Haftalık çalışma saati 40 saati geçmeyen sağlık çalışanlarının “*Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim*” alt boyut olumlu cevap ortalama puanlarının haftalık çalışma saati 50 saatten fazla ($p=0.026$) olan sağlık çalışanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Haftalık çalışma saati 40 saati geçmeyen sağlık çalışanlarının “*Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt*” alt boyut olumlu cevap ortalama puanlarının haftalık çalışma saati 50 saatten fazla ($p=0.000$) olan sağlık çalışanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$).

Haftalık çalışma saati 40 saati geçmeyen sağlık çalışanlarının “*Personel sağlama*” alt boyut olumlu cevap ortalama puanlarının haftalık çalışma saati 50 saatten fazla ($p=0.000$) ve 40-49 saat ($p=0.025$) olan sağlık çalışanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Haftalık çalışma saati 40 saati geçmeyen sağlık çalışanlarının “*Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği*” alt boyut olumlu cevap ortalama puanlarının haftalık çalışma saati 50 saatten fazla ($p=0.003$) olan sağlık çalışanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.01$).

Tablo 14. Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi Puanlarının Birimde Çalışma Süresine (Yıl) Göre Karşılaştırılması

Alt Boyutlar	Birimde çalışma süresi (yıl)				P
	1-5 yıl (n=302)	6-10 yıl (n=97)	11-15 yıl (n=30)	16 yıl ve üzeri (n=32)	
	<u>Medyan (Min.:Maks)</u> <u>Ort.±St. Sapma</u>	<u>Medyan (Min.:Maks)</u> <u>Ort.±St. Sapma</u>	<u>Medyan (Min.:Maks)</u> <u>Ort.±St. Sapma</u>	<u>Medyan (Min.:Maks)</u> <u>Ort.±St. Sapma</u>	
1-Güvenliğin kapsamlı algılanması	75(0:100) 63,65±31,79 33,3(0:100)	75(0:100) 66,75±31,81 33,3(0:100)	75(0:100) 66,67±33,04 50(0:100)	75(25:100) 27,84±31,56 33,3(0:100)	0.758
2-Hataların raporlanma sıklığı	41,61±43,15 50(0:100)	42,95±45,88 50(0:100)	51,11±45,26 37,5(0:100)	40,62±41,25 50(0:100)	0.743
3-Hastane üniteleri arasında ekip çalışması	48,84±35,39 50(0:100)	50,0±34,42 75(0:100)	41,67±36,75 50(0:100)	46,87±35,78 62,5(0:100)	0.696
4-Hastane müdahaleleri ve değişim	54,88±34,02 50(0:100)	59,79±34,71 50(0:100)	44,16±33,27 25(0:100)	54,68±35,60 62,5(0:100)	0.169
5-Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri	48,17±34,65 66,7(0:100)	47,42±35,26 66,7(0:100)	44,16±36,37 66,7(0:100)	57,03±34,91 66,7(0:100)	0.477
6-Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme	53,31±35,67 75(0:100)	60,48±35,79 75(0:100)	60,0±33,23 75(0:100)	64,58±31,61 100(0:100)	0.144
7-Üniteler içinde ekip çalışması	72,51±33,45 66,7(0:100)	76,28±29,17 33,3(0:100)	65,0±37,48 33,3(0:100)	72,65±34,4 66,7(0:100)	0.645
8-İletişimin açık tutulması	53,32±34,38 66,7(0:100)	51,54±32,29 66,7(0:100)	43,32±31,75 50(0:100)	54,17±37,63 83,4(0:100)	0.490
9-Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim	61,48±35,62 33,3(0:100)	62,88±36,6 33,3(0:100)	53,33±37,76 0(0:100)	70,83±35,67 33,3(0:100)	0.263
10-Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt	30,24±32,80 25(0:75)	28,85±33,55 25(0:75)	22,21±31,96 25(0:100)	28,13±30,66 25(0:75)	0.547
11-Personel sağlama	30,29±20,19 33,3(0:75)	36,85±20,12 66,7(0:100)	30,83±25,15 66,7(0:100)	32,81±22,39 66,7(0:100)	0.052
12-Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği	46,30±38,88	54,98±39,39	52,22±39,81	55,21±42,01	0.208

*p<0.05 Kruskal-Wallis testi.

Tablo 14'de görüldüğü üzere araştırma grubunu oluşturan sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürü ölçeği alt boyut olumlu cevap puanlarının birimde çalışma sürelerine (yıl) göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen Kruskal Wallis-H testi sonucunda olumlu cevap grup ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi (p>0.05).

Tablo 15. Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi Puanlarının Şuanki Hastanede Çalışma Süresine (Yıl) Göre Karşılaştırılması

Alt Boyutlar	Şuanki hastanede çalışma süresi (yıl)				P				
	1-5 yıl (n=223)		6-10 yıl (n=118)			11-15 yıl (n=50)		16 yıl ve üzeri (n=70)	
	Medyan (Min.:Maks)	Ort.±St. Sapma	Medyan (Min.:Maks)	Ort.±St. Sapma		Medyan (Min.:Maks)	Ort.±St. Sapma	Medyan (Min.:Maks)	Ort.±St. Sapma
1-Güvenliğin kapsamı algılanması	75(0:100)	61,99±32,25	75(0:100)	69,91±29,51	75(0:100)	61,5±34,7	75(0:100)	67,5±29,59	0.153
2-Hataların raporlanma sıklığı	33,3(0:100)	40,81±42,61	33,3(0:100)	41,8±44,69	33,3(0:100)	45,99±46,61	33,3(0:100)	46,19±43,7	0.767
3-Hastane üniteleri arasında ekip çalışması	50(0:100)	47,98±35,14	50(0:100)	51,27±35,33	50(0:100)	43,5±36,0	50(0:100)	48,92±35,21	0.612
4-Hastane müdahaleleri ve değişim	50(0:100)	54,26±34,69	50(0:100)	59,32±33,46	50(0:100)	48,5±30,47	75(0:100)	56,07±36,72	0.244
5-Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri	50(0:100)	47,98±35,21	50(0:100)	45,55±33,75	25(0:100)	41,0±31,44	75(0:100)	59,64±36,19	0.018*
6-Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme	66,7(0:100)	54,26±35,53	66,7(0:100)	57,91±35,52	75(0:100)	52,67±35,06	66,7(0:100)	60,95±34,98	0.438
7-Üniteler içinde ekip çalışması	75(0:100)	72,75±32,71	75(0:100)	72,24±31,98	75(0:100)	67,5±37,88	100(0:100)	77,85±31,43	0.421
8-İletişimin açık tutulması	66,7(0:100)	52,01±33,85	50(0:100)	50,84±32,54	33,3(0:100)	45,33±32,83	66,7(0:100)	56,66±37,37	0.320
9-Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim	66,7(0:100)	62,18±35,93	66,7(0:100)	58,47±36,97	66,7(0:100)	60,67±36,07	66,7(0:100)	67,61±34,51	0.415
10-Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt	33,3(0:100)	28,84±32,26	33,3(0:100)	29,37±34,09	33,3(0:100)	27,99±30,39	33,3(0:100)	31,42±34,0	0.962
11-Personel sağlama	25(0:75)	29,48±20,05	25(0:75)	33,47±20,72	25(0:100)	36,5±23,26	25(0:75)	33,57±20,8	0.114
12-Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği	33,3(0:100)	43,72±38,2	66,7(0:100)	56,78±41,19	50(0:100)	48,66±35,78	66,7(0:100)	53,81±40,25	0.023*

*p<0.05 Kruskal-Wallis testi.

Tablo 15’de görüldüğü üzere araştırma grubunu oluşturan sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürü ölçeği alt boyut olumlu cevap puanlarının şuan ki hastanede çalışma sürelerine (yıl) göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen Kruskal Wallis-H testi sonucunda “*Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri*” ve “*Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği*” olumlu cevap grup ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$).

Kruskal Wallis-H testi sonrası Levene’s testi ile grup dağılımlarının homojenliği kontrol edilerek HGKHA alt alanlarının şuan ki hastanede çalışma sürelerine (yıl) göre hangi gruplar arasında farklılaştığını belirlemek üzere yapılan Post-Hoc Tukey HSD testi sonucunda gerçekleştirilen istatistiksel değerlendirmeye göre; Buldukları hastanede 16 yıl ve üzeri görev yapan sağlık çalışanlarının “*Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri*” alt boyut olumlu cevap ortalama puanlarının buldukları hastanede 11-15 yıl ($p=0.020$) ve 6-10 yıl ($p=0.036$) arasında görev yapan sağlık çalışanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Buldukları hastanede 6-10 yıl görev yapan sağlık çalışanlarının “*Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği*” alt boyut olumlu cevap ortalama puanlarının buldukları hastanede 1-5 yıl ($p=0.018$) arasında görev yapan sağlık çalışanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Tablo 16. Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi Puanlarının Meslekte Çalışma Süresine (Yıl) Göre Test Sonuçları

Alt Boyutlar	Meslekte çalışma süresi (Yıl)				P
	1-5 yıl (n=142)	6-10 yıl (n=97)	11-15 yıl (n=69)	16 yıl ve üzeri (n=153)	
	<u>Medyan (Min.:Maks)</u> <u>Ort.±St. Sapma</u>	<u>Medyan (Min.:Maks)</u> <u>Ort.±St. Sapma</u>	<u>Medyan (Min.:Maks)</u> <u>Ort.±St. Sapma</u>	<u>Medyan (Min.:Maks)</u> <u>Ort.±St. Sapma</u>	
1-Güvenliğin kapsamlı algılanması	75(0:100) 64,08±31,85	75(0:100) 60,56±33,23	75(0:100) 62,68±32,82	75(0:100) 69,11±29,35	0.235
2-Hataların raporlanma sıklığı	33,3(0:100) 40,61±43,69	33,3(0:100) 40,2±43,55	33,3(0:100) 45,89±45,77	33,3(0:100) 44,01±43,03	0.784
3-Hastane üniteleri arasında ekip çalışması	50(0:100) 50,52±35,41	25(0:100) 39,69±32,22	50(0:100) 48,18±36,71	50(0:100) 52,28±35,62	0.044*
4-Hastane müdahaleleri ve değişim	50(0:100) 52,64±36,31	50(0:100) 53,09±31,71	50(0:100) 48,91±32,77	75(0:100) 61,76±33,93	0.022*
5-Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri	50(0:100) 51,41±35,82	25(0:100) 38,91±32,26	50(0:100) 50,36±33,34	50(0:100) 50,65±35,58	0.030*
6-Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme	66,7(0:100) 54,22±36,52	66,7(0:100) 52,23±35,01	66,7(0:100) 57,0±34,83	66,7(0:100) 59,7±34,77	0.361
7-Üniteler içinde ekip çalışması	75(0:100) 74,11±31,0	75(0:100) 68,29±35,26	100(0:100) 71,01±37,28	100(0:100) 75,32±31,01	0.559
8-İletişimin açık tutulması	66,7(0:100) 53,05±34,42	33,3(0:100) 49,82±31,6	66,7(0:100) 55,07±32,26	66,7(0:100) 66,7(0:100)	0.646
9-Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim	66,7(0:100) 61,5±35,58	66,7(0:100) 61,51±37,06	66,7(0:100) 61,35±36,88	66,7(0:100) 62,74±35,66	0.989
10-Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt	33,3(0:100) 26,05±30,78	33,3(0:100) 27,48±31,18	33,3(0:100) 31,87±32,56	33,3(0:100) 32,24±35,34	0.450
11-Personel sağlama	25(0:75) 27,28±19,04	25(0:75) 32,73±21,75	25(0:100) 34,78±21,53	25(0:75) 34,31±20,85	0.027*
12-Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği	33,3(0:100) 46,24±38,66	33,3(0:100) 46,22±38,9	66,7(0:100) 55,07±39,53	33,3(0:100) 50,97±40,11	0.346

*p<0.05 Kruskal-Wallis testi.

Tablo 16’da görüldüğü üzere araştırma grubunu oluşturan sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürü ölçeği alt boyut olumlu cevap puanlarının meslekte çalışma sürelerine (yıl) göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen Kruskal Wallis-H testi sonucunda “*Hastane üniteleri arasında ekip çalışması*”, “*Hastane müdahaleleri ve değişim*”, “*Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri*” ve “*Personel sağlama*” olumlu cevap grup ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$).

Kruskal Wallis-H testi sonrası Levene’s testi ile grup dağılımlarının homojenliği kontrol edilerek HGKHA alt alanlarının meslekte çalışma sürelerine (yıl) göre hangi gruplar arasında farklılaştığını belirlemek üzere yapılan Post-Hoc Tukey HSD testi sonucunda gerçekleştirilen istatistiksel değerlendirmeye göre;

Mesleğinde 16 yıl ve üzeri görev yapan sağlık çalışanlarının “*Hastane üniteleri arasında ekip çalışması*” alt boyut olumlu cevap ortalama puanlarının 6-10 yıl ($p=0.030$) arasında görev yapan sağlık çalışanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Mesleğinde 16 yıl ve üzeri görev yapan sağlık çalışanlarının “*Hastane müdahaleleri ve değişim*” alt boyut olumlu cevap ortalama puanlarının 11-15 yıl ($p=0.047$) arasında görev yapan sağlık çalışanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Mesleğinde 1-5 yıl görev yapan sağlık çalışanlarının “*Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri*” alt boyut olumlu cevap ortalama puanlarının 6-10 yıl ($p=0.033$) arasında görev yapan sağlık çalışanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Mesleğinde 16 yıl ve üzeri görev yapan sağlık çalışanlarının “*Personel sağlama*” alt boyut olumlu cevap ortalama puanlarının 1-5 yıl ($p=0.019$) arasında görev yapan sağlık çalışanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Tablo 17. Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi Puanlarının Hastanenin İlk İş Yeri Olma Durumuna Göre Karşılaştırılması

Alt Boyutlar	Hastanenin İlk İş Yeri Olma Durumu		p
	Evet (n=169)	Hayır (n=292)	
	Medyan (Min.:Maks) Ort.±St. Sapma	Medyan (Min.:Maks) Ort.±St. Sapma	
1-Güvenliğin kapsamlı algılanması	75(0:100) 67,45±30,11	75(0:100) 63,27±32,33	0.217
2-Hataların raporlanma sıklığı	33,3(0:100) 43,78±44,42	33,3(0:100) 41,66±43,29	0.599
3-Hastane üniteleri arasında ekip çalışması	50(0:100) 52,21±34,59	50(0:100) 46,31±35,49	0.081
4-Hastane müdahaleleri ve değişim	50(0:100) 56,51±33,65	50(0:100) 54,45±34,7	0.574
5-Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri	50(0:100) 52,36±36,0	50(0:100) 46,06±34,08	0.062
6-Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme	66,7(0:100) 57,0±34,96	66,7(0:100) 55,48±35,67	0.687
7-Üniteler içinde ekip çalışması	75(0:100) 72,18±33,34	75(0:100) 73,2±32,75	0.841
8-İletişimin açık tutulması	66,7(0:100) 52,07±35,79	66,7(0:100) 51,48±32,96	0.835
9-Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim	66,7(0:100) 62,52±35,49	66,7(0:100) 61,53±36,35	0.814
10-Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt	33,3(0:100) 30,56±33,42	33,3(0:100) 28,53±32,34	0.563
11-Personel sağlama	25(0:100) 32,54±20,01	25(0:75) 31,51±21,24	0.525
12-Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği	66,7(0:100) 52,26±39,63	66,7(0:100) 47,31±39,12	0.192

*p<0.05 Mann-Whitney U testi

Tablo 17'de görüldüğü üzere araştırma grubunu oluşturan sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürü ölçeği alt boyut olumlu cevap puanlarının hastanenin ilk iş yeri olma durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen Mann-Whitney U testi sonucunda olumlu cevap grup ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi (p>0.05).

Tablo 18. Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi Puanlarının Çocuk Ve Ailesi İle Etkileşimde Bulunmasına Göre Karşılaştırılması

Alt Boyutlar	Çocuk Ve Ailesi İle Etkileşimde Bulunma		P
	Evvel (n=408)	Hayır (n=53)	
	Medyan (Min.:Maks) Ort.±St. Sapma	Medyan (Min.:Maks) Ort.±St. Sapma	
1-Güvenliğin kapsamlı algılanması	75(0:100) 64,64±31,81	75(0:100) 66,03±29,86	0.868
2-Hataların raporlanma sıklığı	33,3(0:100) 42,15±43,88	33,3(0:100) 44,65±42,34	0.677
3-Hastane üniteleri arasında ekip çalışması	50(0:100) 47,61±35,42	50(0:100) 55,19±33,38	0.135
4-Hastane müdahaleleri ve değişim	50(0:100) 55,45±34,15	50(0:100) 53,3±35,71	0.686
5-Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri	50(0:100) 47,61±34,94	50(0:100) 54,24±34,22	0.194
6-Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme	66,7(0:100) 57,27±35,0	33,3(0:100) 46,54±37,18	0.045*
7-Üniteler içinde ekip çalışması	75(0:100) 73,35±32,67	75(0:100) 68,86±34,98	0.334
8-İletişimin açık tutulması	66,7(0:100) 50,65±33,7	66,7(0:100) 59,75±35,42	0.065
9-Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim	66,7(0:100) 61,92±36,34	66,7(0:100) 61,63±33,59	0.840
10-Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt	33,3(0:100) 28,42±32,09	33,3(0:100) 35,85±36,9	0.209
11-Personel sağlama	25(0:100) 31,31±20,92	25(0:100) 36,32±19,34	0.081
12-Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği	33,3(0:100) 48,57±39,21	66,7(0:100) 53,45±40,48	0.385

*p<0.05 Mann-Whitney U testi

Tablo 18’de görüldüğü üzere araştırma grubunu oluşturan sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürü ölçeği alt boyut olumlu cevap puanlarının hastalarla doğrudan etkileşim ve teması göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen Mann-Whitney U testi sonucunda “*Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme*” olumlu cevap grup ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$).

Hastalarla doğrudan etkileşim ve teması olan (%57.27) sağlık çalışanlarının “*Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme*” alt boyut olumlu cevap ortalama puanlarının hastalarla doğrudan etkileşim ve teması olmayan (%46.54) sağlık çalışanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 18).

Tablo 19: Hasta güvenliği kültürü hastane anketi puanlarının kurumda hasta güvenliği olmasına göre karşılaştırılması

	Kurumda hasta güvenliği				p-değeri
	Yok		Var		
	n	Medyan (Min.:Maks) Ort.±St. Sapma	n	Medyan (Min.:Maks) Ort.±St. Sapma	
Güvenliğin Kapsamlı Algılanması	30	50(0:100) 53,33±31,98 0(0:100)	98	75(0:100) 72,28±28,16 33,33(0:100)	0,004*
Hataların raporlanma sıklığı	30	37,78±45,26 25(0:100)	96	46,18±43,63 75(0:100)	0,322
Hastane üniteleri arasında ekip çalışması	30	34,17±33,79 50(0:100)	97	65,21±34,42 75(0:100)	0,001*
Hastane müdahaleleri ve değişim	30	45,83±33,53 50(0:100)	97	72,68±28,66 50(0:100)	0,001*
Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri	29	47,41±35,57 33,33(0:100)	96	49,48±34,98 66,67(0:100)	0,783*
Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme	30	45,56±34,45 75(0:100)	98	65,82±35,20 100(0:100)	0,006*
Üniteler içinde ekip çalışması	30	69,17±35,16 66,67(0:100)	98	83,50±25,44 66,67(0:100)	0,032*
İletişimin açık tutulması	30	47,78±33,54 66,67(0:100)	97	63,23±34,52 100(0:100)	0,030*
Hatalar hakkında geri bildirim ve iletişim	30	56,67±32,93 0(0:100)	97	70,79±35,44 33,33(0:100)	0,027*
Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt	30	18,89±27,24 25(0:50)	98	32,14±32,48 25(0:75)	0,035*
Personel sağlama	30	21,67±17,04 0(0:100)	98	32,40±19,18 66,67(0:100)	0,006*
Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği	30	31,11±37,07	97	63,75±37,19	0,001*

*p<0.05 Mann-Whitney U testi
Fikrim yok grubuna birim sayısı istatistiksel karşılaştırma için yetersiz olduğu için (n=2) tabloda yer verilmemiştir.

Tablo 19’de katılımcılara göre çalıştıkları kurumda hasta güvenliği olması durumuna göre HGKHA ölçeğinin alt boyutlarına verilen olumlu cevap yüzdelerinin karşılaştırılması incelenmiştir.

Çalışmaya katılanlar, çalıştıkları hastanede/kuruluşlarında hasta güvenliğinin varlığına ya da yokluğuna ilişkin görüş bildirmişlerdir. Buna göre gruplar arasında yapılan karşılaştırmalarda HGKHA alt boyutlarının olumlu cevap yüzdeleri incelendiğinde; gruplar arasında “güvenliğin kapsamlı algılanması”, “hastane üniteleri arasında ekip çalışması”, “hastane müdahaleleri ve değişim”, “organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme”, “üniteler içinde ekip çalışması”, “iletişimin açık tutulması”, “hatalar hakkında geri bildirim ve iletişim”, “hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt”, “personel sağlama” ve “hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği” alt boyutlarına ait medyan olumlu cevap yüzdelerine göre farklılık belirlenmiştir. HGKHA ölçeğinin diğer alt boyutlarında ise olumlu cevap yüzdesine göre gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Güvenliğin kapsamlı algılanması alt boyutuna ait medyan olumlu cevap yüzdesinin kurumlarında hasta güvenliği olduğunu belirten katılımcılarda, hasta güvenliği olmadığını belirtenlere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p=0,004$). Hastane üniteleri arasında ekip çalışması alt boyutuna ait medyan olumlu cevap yüzdesinin kurumlarında hasta güvenliği olduğunu belirten katılımcılarda, hasta güvenliği olmadığını belirtenlere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$). Hastane müdahaleleri ve değişim alt boyutuna ait medyan olumlu cevap yüzdesinin kurumlarında hasta güvenliği olduğunu belirten katılımcılarda, hasta güvenliği olmadığını belirtenlere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$). Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme alt boyutuna ait medyan olumlu cevap yüzdesinin kurumlarında hasta güvenliği olduğunu belirten katılımcılarda, hasta güvenliği olmadığını belirtenlere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p=0,006$). Üniteler içinde ekip çalışması alt boyutuna ait medyan olumlu cevap yüzdesinin kurumlarında hasta güvenliği olduğunu belirten katılımcılarda, hasta güvenliği olmadığını belirtenlere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p=0,032$). İletişimin açık tutulması alt boyutuna ait olumlu cevap yüzdesi düzeyinin kurumlarında hasta güvenliği olduğunu belirten katılımcılarda, hasta güvenliği olmadığını belirtenlere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p=0,030$). Hatalar hakkında geri bildirim ve iletişim alt boyutuna ait medyan olumlu cevap yüzdesinin kurumlarında hasta güvenliği olduğunu belirten katılımcılarda, hasta güvenliği olmadığını belirtenlere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p=0,027$). Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt alt

boyutuna ait medyan olumlu cevap yüzdesinin kurumlarında hasta güvenliği olduğunu belirten katılımcılarda, hasta güvenliği olmadığını belirtenlere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p=0,035$). Personel sağlama alt boyutuna ait olumlu cevap yüzdesi düzeyinin kurumlarında hasta güvenliği olduğunu belirten katılımcılarda, hasta güvenliği olmadığını belirtenlere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p=0,006$). Hastane güvenliği için hastane yönetiminin desteği alt boyutuna ait medyan olumlu cevap yüzdesinin kurumlarında hasta güvenliği olduğunu belirten katılımcılarda, hasta güvenliği olmadığını belirtenlere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$).

Tablo 20: Hasta güvenliği kültürü hastane anketi puanlarının kurumda tıbbi hata olması durumuna göre karşılaştırılması

	Kurumda tıbbi hata				p-değeri
	Yok		Var		
	n	Medyan (Min.:Maks) Ort.±St. Sapma	n	Medyan (Min.:Maks) Ort.±St. Sapma	
Güvenliğin Kapsamlı Algılanması	39	75(0:100) 74,36±31,14	61	75(0:100) 59,84±31,71	0,015*
Hataların raporlanma sıklığı	38	33,33(0:100) 50±43,67	60	0(0:100) 33,33±42,07	0,059
Hastane üniteleri arasında ekip çalışması	39	75(0:100) 63,46±35,28	60	50(0:100) 52,64±37,50	0,143
Hastane müdahaleleri ve değişim	39	75(0:100) 66,67±32,10	60	50(0:100) 60±34,20	0,343
Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri	39	50(0:100) 50,64±37,82	58	50(0:100) 50,43±33,93	1,00
Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme	39	66,67(0:100) 70,94±29,79	61	66,67(0:100) 55,46±37,36	0,044*
Üniteler içinde ekip çalışması	39	100(33,33:100) 86,11±20,71	61	100(0:100) 74,59±34	0,155
İletişimin açık tutulması	39	66,67(0:100) 58,12±32,19	60	66,67(0:100) 54,44±35,77	0,603
Hatalar hakkında geri bildirim ve iletişim	39	66,67(0:100) 68,38±31,48	60	66,67(0:100) 64,44±38,26	0,785
Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt	39	33,33(0:100) 27,35±27,44	61	33,33(0:100) 30,33±33,82	0,922
Personel sağlama	39	25(0:50) 25,85±17,71	61	25(0:75) 32,57±18,80	0,108
Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği	39	66,67(0:100) 60,26±35,79	60	33,33(0:100) 47,22±40,38	0,114

*p<0.05 Mann-Whitney U testi
Fikirim yok grubuna birim sayısı istatistiksel karşılaştırma için yetersiz olduğu için (n=4) tabloda yer verilmemiştir.

Tablo 20’de katılımcılara göre çalıştıkları kurumda tıbbi hata olması durumuna göre HGKHA ölçeğinin alt boyutlarına verilen olumlu cevap yüzdelerinin karşılaştırılması incelenmiştir.

Çalışmaya katılanlar, çalıştıkları hastanede/kuruluşlarında tıbbi hatanın varlığına ya da yokluğuna ilişkin görüş bildirmişlerdir. Buna göre gruplar arasında yapılan karşılaştırmalarda HGKHA alt boyutlarının olumlu cevap yüzdeleri incelendiğinde; gruplar arasında “güvenliğin kapsamlı algılanması” ve “organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme” alt boyutlarına ait medyan olumlu cevap yüzdelerine göre farklılık belirlenmiştir. HGKHA ölçeğinin diğer alt boyutlarında ise olumlu cevap yüzdesine göre gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Güvenliğin kapsamlı algılanması alt boyutuna ait olumlu cevap yüzdesi düzeyinin kurumlarında tıbbi hata olmadığını belirten katılımcılarda, belirtenlere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p=0,015$). Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme alt boyutuna ait olumlu cevap yüzdesi düzeyinin kurumlarında tıbbi hata olmadığını belirten katılımcılarda, belirtenlere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p=0,044$).

Tablo 21: Hasta güvenliği kültürü hastane anketi puanlarının kurumda olay/hata raporlaması olması durumuna göre karşılaştırılması

	Yok			Fikrim Yok			Var			p-değeri
	n	Medyan (Min.:Maks) Ort.±St. Sapma	n	Medyan (Min.:Maks) Ort.±St. Sapma	n	Medyan (Min.:Maks) Ort.±St. Sapma	n	Medyan (Min.:Maks) Ort.±St. Sapma		
Güvenliğin Kapsamlı Algılanması	21	50(0:100) 58,33±35,65	5	100(75:100) 90±13,69	72	75(0:100) 68,40±31,40	0,136*			
Hataların raporlanma sıklığı	21	0(0:100) 25,40±39,31	5	0(0:100) 20±44,72	70	66,67(0:100) 54,29±44,02	0,008*			
Hastane üniteleri arasında ekip çalışması	21	50(0:100) 47,62±37,84	5	100(50:100) 85±22,36	71	75(0:100) 59,27±34,55	0,096			
Hastane müdahaleleri ve değişim	21	75(0:100) 58,33±38,19	5	100(50:100) 85±22,36	71	75(0:100) 65,49±31,73	0,299			
Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri	20	25(0:100) 43,75±35,24	5	25(25:75) 35±22,36	71	50(0:100) 47,18±36,24	0,804			
Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme	21	33,33(0:100) 47,62±42,91	5	100(33,33:100) 80±29,81	72	66,67(0:100) 63,89±33,92	0,146			
Üniteler içinde ekip çalışması	21	100(0:100) 84,52±30,08	5	100(0:100) 70±44,72	72	100(0:100) 79,28±28,56	0,602			
İletişimin açık tutulması	21	33,33(0:100) 43,65±31,83	5	66,67(33,33:100) 63,33±24,72	71	66,67(0:100) 64,32±33,49	0,041*			
Hatalar hakkında geri bildirim ve iletişim	21	33,33(0:100) 47,62±38,83	5	33,33(0:100) 46,67±50,55	71	100(0:100) 77,00±31,16	0,004*			
Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt	21	33,33(0:100) 39,68±37,44	5	33,33(33,33:66,67) 40±14,91	72	33,33(0:100) 26,62±29,69	0,171			
Personel sağlama	21	25(0:75) 28,57±19,82	5	50(25:50) 40±13,69	72	25(0:75) 28,94±18,92	0,358			
Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği	21	33,33(0:100) 34,92±37,23	5	33,33(0:100) 53,33±44,72	71	66,67(0:100) 60,56±37,08	0,033			

*p<0.05 Kruskal-Wallis H testi.

Tablo 21’de katılımcılara göre çalıştıkları kurumda olay/hata raporlaması olması durumuna göre HGKHA ölçeğinin alt boyutlarına verilen olumlu cevap yüzdelerinin karşılaştırılması incelenmiştir.

Çalışmaya katılanlar, çalıştıkları hastanede/kuruluşlarında olay/hata raporlamasının varlığına ya da yokluğuna ya da bu konu hakkında fikirlerinin olmadığına ilişkin görüş bildirmişlerdir. Buna göre gruplar arasında yapılan karşılaştırmalarda HGKHA alt boyutlarının olumlu cevap yüzdeleri incelendiğinde; gruplar arasında “hataların raporlanma sıklığı”, “iletişimin açık tutulması”, “hatalar hakkında geri bildirim ve iletişim” ve “hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği” alt boyutlarına ait medyan olumlu cevap yüzdelerine göre farklılık belirlenmiştir. HGKHA ölçeğinin diğer alt boyutlarında ise olumlu cevap yüzdesine göre gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Hataların raporlanma sıklığı alt boyutuna ait medyan olumlu cevap yüzdesinin kurumlarında olay/hata raporlaması olduğunu belirten katılımcılarda, belirtmeyenlere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p=0,006$). Bu alt boyut için yapılan diğer karşılaştırmalarda gruplar arasında fark bulunmamıştır ($p>0,05$). İletişimin açık tutulması alt boyutuna ait medyan olumlu cevap yüzdesinin kurumlarında olay/hata raporlaması olduğunu belirten katılımcılarda, belirtmeyenlere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p=0,012$). Bu alt boyut için yapılan diğer karşılaştırmalarda gruplar arasında fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Hatalar hakkında geri bildirim ve iletişim alt boyutuna ait medyan olumlu cevap yüzdesinin kurumlarında olay/hata raporlaması olduğunu belirten katılımcılarda, belirtmeyenlere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p=0,002$). Bu alt boyut için yapılan diğer karşılaştırmalarda gruplar arasında fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği alt boyutuna ait medyan olumlu cevap yüzdesinin kurumlarında olay/hata raporlaması olduğunu belirten katılımcılarda, belirtmeyenlere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p=0,009$). Bu alt boyut için yapılan diğer karşılaştırmalarda gruplar arasında fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

5. TARTIŞMA

Bu çalışma, Bursa il merkezinde yer alan Dörtçelik Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Zübeyde Hanım Doğumevi ve Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi pediatri servislerinde görev yapan sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürüne ilişkin algıları ve etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının genel tanımlayıcı özellikleri araştırma raporunun bulgular bölümünde Tablo 5'de verilmektedir. Sağlık çalışanlarından, Dört Çelik Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde görev yapanların %68.6'sının evli ve %45.9'unun 36-45 yaş aralığında, Uludağ Üniversitesi'nde görev yapanların %62.4'ünün evli ve %39.8'inin 26-35 yaş aralığında, Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapanların %56.9'unun evli ve %51.7'sinin 26-35 yaş aralığında ve Zübeyde Hanım Doğumevi'nde görev yapanların %88.9'unun evli ve %61.1'inin 36-45 yaş aralığında oldukları belirlenmiştir. Güler (2014) özel bir hastanede sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürü algısının değerlendirilmesine yönelik gerçekleştirdiği çalışmada, sağlık çalışanlarının %43,7'sinin 18-25 yaş grubunda, %25,2'sinin 26-35 yaş grubunda, % 16,5'inin 36-45 ve %14,6'sının 46 yaş ve üzerinde olduğunu belirlemiştir. Yılmaz (2014) yaptığı yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerde hasta güvenliği kültürünün belirlenmesi konulu araştırmasında, hemşirelerin yaş ortalamasını 30.4 ± 5.3 , %65.8'inin evli ve %56.3'ünün Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalıştığını tespit etmiştir. Güdülüoğlu ve Bahçecik (2011)'in hemşirelerin örgüt kültürünü değerlendirdikleri çalışmada, örgüt kültürü ile yaş grupları karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Teleş (2011)'de sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürü algılaması çalışmasında; birimler içinde ekip çalışması, yönetici beklentileri ve hasta güvenliğini geliştirme faaliyetleri, güvenliğin kapsamlı algılanması, hatalar hakkında iletişim ve geribildirim, iletişimin açık tutulması, hataların raporlanma sıklığı, boyutlarında yaşa göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığını saptamıştır. Güdülüoğlu ve Bahçecik (2011)'in çalışmasında da örgüt kültürü ile medeni durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Abdou ve Saber (2011)'in hemşireler üzerinde yaptığı hasta güvenlik kültürü algısı çalışmasında medeni durumla kullandıkları güvenlik kültürü ölçeklerinin alt boyutlarından olan güvenlik iklimi, çalışma koşulu, yönetim

algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Gündoğdu (2010)'nun hemşireler üzerinde yaptığı hasta güvenlik kültürü algısı çalışmasında medeni durumla güvenlik kültürü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Güduloğlu ve Bahçecik (2011)'in güvenlik kültürünü ölçmek için eğitim araştırma hastaneleri ve özel hastanelerde yaptıkları çalışmada, kurumlarda hemşirelerin güvenlik kültürü algıları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Literatür bilgisine dayanarak üniversite hastanesinin diğer iki hastaneye göre daha yoğun ve karmaşık çalışma koşullarının ve buna bağlı gelişebilecek rol karmaşası yüzünden yaşanabilen hatalar bu sonuca neden olmuş olabilir. Yapılan çalışmalar, araştırma bulgularımızdan elde edilen Uludağ Üniversitesi ve Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapan sağlık çalışanları özellikleriyle paralellik göstermektedir. Hastaneler çalışanlar açısından genç ve dinamik bir yapıya sahiptir diyebiliriz.

Sağlık çalışanlarının şuan ki görev yaptıkları hastanenin ilk iş yerleri olması durumları incelendiğinde; Dört Çelik Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde görev yapanların %79.2'sinin, Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapanların %70.7'sinin ve Zübeyde Hanım Doğumevi'nde görev yapanların %72.2'sinin şuan ki çalıştıkları hastanenin ilk iş yerlerinin olmadığı, Uludağ Üniversitesi'nde görev yapanların %50.4'ünün ise ilk iş yerlerinin olduğu belirlenmiştir (Tablo 5).

Sağlık çalışanlarının meslek durumları incelendiğinde; Dört Çelik Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde görev yapanların %61.0'mın, Uludağ Üniversitesi'nde görev yapanların %41.2'sinin, Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapanların %56.9'unun ve Zübeyde Hanım Doğumevi'nde görev yapanların %83.3'ünün kadrolu hemşire olarak çalıştıkları tespit edilmiştir (Tablo 5). Alp (2011) birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinde yapmış olduğu sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürünün incelenmesi konulu araştırmasında, ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerden dahili birimlerde çalışanların %5.9'unun uzman hekim, %94.1'inin uzmanlık öğrencisi hekim, cerrahi birimlerde çalışanların %2.1'inin uzman hekim, %97.9'unun uzmanlık öğrencisi hekim, hemşirelerden dahili birimlerde çalışanların %80.4'ünün kadrolu hemşire/ebe, %19.6'sının sözleşmeli hemşire/ebe, cerrahi birimlerde çalışanların %75.0'mın kadrolu hemşire/ebe, %25.0'mın sözleşmeli

hemşire/ebe olarak görev yaptığını tespit etmiştir. Yılmaz (2014) yapmış olduğu araştırmasında, hemşirelerin %77.2'sinin kadrolu olarak görev yaptığını belirlemiştir.

Sağlık çalışanlarının şuan ki çalıştıkları birimleri değerlendirildiğinde; Dört Çelik Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde görev yapanların %34.6'sının diğer birimlerde (hastanenin birçok bölümü, eczane, laboratuvar, radyoloji vb.), Uludağ Üniversitesi'nde görev yapanların %65.5'inin çocuk servisinde, Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapanların %48.3'ünün ve Zübeyde Hanım Doğumevi'nde görev yapanların %61.1'inin çocuk yoğun bakım servisinde çalıştıkları belirlenmiştir (Tablo 5). Bir kurumun hasta güvenlik kültürünün çalışılan bölümlere göre farklılık göstermemesi beklenir. Hasta güvenliğine önem verme, hasta güvenliğini değerlendirme, finansal kaynak sağlama, çalışanların değerlendirilmesinde hasta güvenliği kriterlerine yer verme, riskleri değerlendirme, raporlama gibi unsurların yer aldığı güvenlik kültürünün bir kurumda hatta bölümden bölüme farklılık göstermemesi standartların her bölümde uygulanması beklenir. Bu bulgu standartların her bölümde aynı düzeyde uygulandığını düşündürmektedir. Literatürde hasta güvenliği kültürü, kurumda nelerin önemli olduğunu ve hasta güvenliği ile ilgili nasıl davranılacağını, değer yargılarını, inançları ve kuralları kapsamaktadır şeklinde tanımlanmaktadır. Bu araştırmanın bulguları literatür bilgisini desteklemektedir.

Sağlık çalışanlarının haftalık çalışma saatleri değerlendirildiğinde; Dört Çelik Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde görev yapanların %59.7'sinin, Uludağ Üniversitesi'nde görev yapanların %64.6'sının, Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapanların %48.3'ünün ve Zübeyde Hanım Doğumevi'nde görev yapanların %77.8'inin haftada 40-49 saat çalıştıkları belirlenmiştir (Tablo 5). Alp (2011) yapmış olduğu çalışmada, hekimlerin, % 80.8'inin haftada 50 saat ve üstü çalıştığını, hemşirelerin %73.7'sinin 40-49 saat arası çalıştığını belirlemiştir. Ayrıca ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanlara göre tıbbi hata sebeplerini incelediğinde; ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların %89.9'unun tıbbi hata sebebi olarak uzun çalışma saatleri nedeniyle yorgunluk ve stresi ifade ettiklerini tespit etmiştir. Rogers ve ark. (2004) yaptıkları çalışmada günlük 12 saatten çok ve haftalık 40 saatten fazla görev yapan hemşirelerde hata oranının arttığını kanıtlamıştır. Yılmaz (2014) araştırmasında, hemşirelerin %56.0'ının haftalık 40-49 saat çalıştıklarını tespit etmiştir. Gülay (2016) yapmış olduğu araştırmasında, sağlık çalışanlarının %90'ının gündüz mesai saatleri içerisinde çalıştığını, %74,7'sinin 50 saatten fazla çalıştığını

belirlemiştir. Çin, Tayvan ve ABD’de ortak yapılan bir çalışmada; hemşire çalışma saatlerinin hasta güvenliği kültürü üzerine etkisi araştırılmış. Her üç ülkede de çalışma süresi uzun olan hemşirelerin hasta güvenlik kültürü derecesinde azalma ve raporlanan olay sayısında artış tespit edilmiş (Wu et al. 2013). Sağlık personeli eğitim ve öğretim sürecinin zaman ve ekonomik bakımdan fazla maliyet gerektirmesi ve bu göreve atananların ihtiyacı giderecek sayıda olmaması sebebiyle mevcut sağlık çalışanlarının fazla mesai saatleriyle yaşamlarını devam ettirmek durumunda kaldıkları düşünülmektedir.

Sağlık çalışanlarının şundaki birimlerinde çalışma süreleri incelendiğinde; Dört Çelik Çocuk Hastalıkları Hastanesi’nde görev yapanların %66.7’sinin, Uludağ Üniversitesi’nde görev yapanların %60.6’sının, Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde görev yapanların %79.3’ünün ve Zübeyde Hanım Doğumevi’nde görev yapanların %72.2’sinin 1–5 yıl arasında çalıştıkları belirlenmiştir (Tablo 5). Yılmaz (2014) yaptığı araştırmasında, hemşirelerin %48.4’ünün çalıştıkları birimlerdeki görev sürelerinin 1 yıl ve altında olduğunu belirlemiştir. Birimlerdeki personel sayısındaki yetersizlik göz önünde bulundurulduğunda ve ayrıca bu duruma ek olarak izin durumları olduğunda, personel yönünden birimler arası sirkülasyonun kaçınılmaz olması nedeniyle birimlerdeki çalışma sürelerinin kısa olduğunu söyleyebiliriz.

Sağlık çalışanlarının buldukları hastanede çalışma süreleri incelendiğinde; Dört Çelik Çocuk Hastalıkları Hastanesi’nde görev yapanların %47.2’sinin, Uludağ Üniversitesi’nde görev yapanların %44.7’sinin, Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde görev yapanların %63.8’inin ve Zübeyde Hanım Doğumevi’nde görev yapanların %55.6’sının 1–5 yıl arasında çalıştıkları belirlenmiştir (Tablo 5). Yılmaz (2014) yapmış olduğu yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerde hasta güvenliği kültürünün belirlenmesi konulu çalışmasında, hemşirelerin %44.6’sının kurumlarında 2-5 yıldır görev yaptıklarını belirlemiştir. Yapılan çalışma araştırmamızla benzerlik göstermektedir. Gülay (2016) yapmış olduğu akreditasyon belgesine sahip özel bir üniversite Hastanesi’nde sağlık çalışanlarının bakış açısıyla hasta güvenliği kültürünün değerlendirilmesi konulu araştırmasında, kurumda toplam çalışma yılını incelediğinde, çalışanların %25,8’inin 3 yıl veya daha fazla, %22,1’inin ise 2-3 yıldır aynı kurumda çalıştıklarını tespit etmiştir. Gündoğdu ve Bahçecik (2012)’in hemşirelerin örgüt kültürünü değerlendirdikleri çalışmada; meslekte çalışma süresi ve aynı kurumda çalışma süresine göre örgüt kültürü puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak

anlamli fark bulunmamıştır. Kurumda uzun süre çalışmaya paralel olarak hataların raporlanması ve beklenmedik olaylar karşısında yaşanan olumsuz deneyimlerin fazla olma olasılığı bu sonuca neden olmuş olabilir. Tespit edilen sonuçlara göre, kısa süredir çalışan personel oranının yüksek olmasından dolayı ilgili kurumlarda çalışan devir hızının yüksek olduğu söylenebilir.

Sağlık çalışanlarının mesleklerinde çalışma süreleri incelendiğinde; Uludağ Üniversitesi'nde görev yapanların %35.8'inin ve Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapanların %46.6'sının 1-5 yıl arasında, Dört Çelik Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde görev yapanların %41.5'inin ve Zübeyde Hanım Doğumevi'nde görev yapanların %33.3'ünün 16 yıl ve üzerinde çalıştıkları belirlenmiştir (Tablo 5). Mesleğinde yeni olan sağlık çalışanlarının daha kapsamlı hizmet veren üniversite ile eğitim ve araştırma hastanelerini tercih ettikleri söylenebilir. Nitekim Gülay (2016) üniversite Hastanesi'nde yapmış olduğu hasta güvenliği kültürü değerlendirilmesi konulu araştırmasında, meslekte toplam çalışma yılını incelediğinde, 1-5 yıllık tecrübeye sahip çalışan sayısında %43,7 ile yığılma olduğunu belirlemiştir. Üniversite ile Eğitim ve Araştırma Hastaneleri buldukları ilin mevcut hasta kapasitesine göre personel arzı sağlanması sebebiyle kurumdaki tecrübesiz sağlık çalışanı sayısının yüksek olduğu şeklinde düşünülebilir. Güler (2014) yaptığı çalışmada, katılımcıların meslekte çalışma süreleri 10 yıl ve üzeri olan sağlık çalışanları %35 olup çoğunluğu oluşturmaktadır. Çalışma süresi 7-9 yıl arası olanların oranını % 16.5, 4-6 yıl arası olanların oranı %12.6, 1-3 yıl arası olanların %17.5 ve bir yıldan daha az süredir bu meslekte çalışanların oranını ise % 18.4 olarak saptamıştır. Nordin (2015)'in çalışmasında da çalışma süresi 10 yıl ve üzeri olan sağlık çalışanlarının "*güvenliğin kapsamlı algılanması*" alt boyutu bu çalışma ile benzerlik gösterdiği "*hataların raporlanma sıklığı*", "*personel sağlama*", "*hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği*", "*hastane üniteleri arasında ekip çalışması*" alt boyut olumlu cevap yüzde ortalamaları ile benzerlik göstermediği bulunmuştur. Gündoğdu ve Bahçecik (2012) çalışma süresi 6-10 yıl arası ve 11 yıl ve üzeri olan hemşirelerin "*hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği*" alt boyut olumlu cevap yüzde ortalamalarının 1-5 yıl olanlardan daha yüksek olması bu çalışma ile uyumlu bulunmamıştır. Bu sonuçlara göre çalışma deneyiminin hasta güvenliği kültür algısının gelişiminde olumlu etkisinin olduğu söylenebilir. Abdou ve Saber (2011)'in hemşireler üzerinde yaptığı hasta güvenlik kültürü algısı çalışmasında, çalışma süresi ile güvenlik kültürü arasında

istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Teleş (2011)'in sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürü algılaması çalışmasında “birimler içinde ekip çalışması, yönetici beklentileri ve hasta güvenliğini geliştirme faaliyetleri, güvenliğin kapsamlı algılanması, hatalar hakkında iletişim ve geribildirim, hataların raporlanma sıklığı, hastane birimleri arasında ekip çalışması, personel sağlama, hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt” boyutlarında meslekte çalışma süresi durumuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı görülmüştür. Dört Çelik Çocuk Hastalıkları Hastanesi ve Zübeyde Hanım Doğumevi'nde görev yapan sağlık çalışanlarının meslek süreleriyle benzerlik göstermektedir.

Sağlık çalışanlarının çocuklarla ve aileleri ile etkileşimde bulunma durumları incelendiğinde; Dört Çelik Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde görev yapanların %89.3'ünün, Uludağ Üniversitesi'nde görev yapanların %88.1'inin, Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapanların %89.7'sinin ve Zübeyde Hanım Doğumevi'nde görev yapanların %83.3'ünün evet yönünde ifadelerinin olduğu belirlenmiştir (Tablo 5). Güler (2014) yaptığı çalışmada, katılımcıların tamamına yakınının %93,2'sinin hastalarla doğrudan etkileşim ve temas içerisinde olduğunu tespit etmiştir. Yılmaz (2014) yaptığı yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerde hasta güvenliği kültürünün belirlenmesi konulu çalışmada, hemşirelerin %97.5'inin hastalarla doğrudan etkileşim ve temas durumlarının olduğunu tespit etmiştir. Filiz'in (2009) çalışmasında sağlık personellerinin %81'i çalışma birimlerindeki hasta güvenliği derecesine olumlu cevap verirken %13,6'sı bu konuda çalışma birimlerini zayıf ve başarısız bulmuşlardır (Filiz 2009). Çakır ve Tütüncü'nün (2009) çalışmasında çalışanların %46,3'ü çalıştıkları hastanede hasta güvenliğinin iyi olduğunu belirtmişlerdir. Koraşlı ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (2010) hemşirelerin %45,9'unun iyi, %42,9'unun kabul edilebilir yanıtını vermiş oldukları belirtilmiştir (Çakır ve Tütüncü 2009; Koraşlı, Torun ve Esra 2010). Yapılan çalışmalar, tarafımızdan gerçekleştirilen araştırmayla benzerlik göstermektedir.

Katılımcıların çalıştıkları kurumda hasta güvenliğini olumsuz yönde etkileyen faktörleri değerlendirmelerine yönelik bulgular incelendiğinde; Çalışan personel sayısında yetersizlik ve yoğun çalışma saatleri en çok etkileyen faktörler olarak öne çıkmakta olduğu ifade edilmiş olup, tıbbi ekipmanın da ihtiyacı karşılayacak derecede olmadığı belirtilmiş olup, bu sorunların hasta güvenliğini olumsuz etkilediği ifade edilmiştir.

Yaşları 56 ve üzerinde olan sağlık çalışanlarının “*Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği*” alt boyut olumlu cevap ortalama puanlarının 26-35 yaş aralığında ($p=0.010$) görev yapan sağlık çalışanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Hataların raporlanması konusunda Uludağ Üniversite Hastanesi’nde görev yapan sağlık çalışanlarının diğer hastanelere göre daha duyarlı olduğu söylenebilir. Yılmaz (2014) yapmış olduğu çalışmada, Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde “Hataların raporlanma sıklığı”, “Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri”, “Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt” ve “Personel sağlama” alt alanlarına katılımların Erciyes Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi’ne göre anlamlı düzeyde yüksek olduğunu belirlemiştir. Gülay (2016) yapmış olduğu araştırmasında, sağlık çalışanlarının büyük bir kısmının son bir yıl içerisinde hiç olay rapor yazmadıklarını tespit etmiştir. Hasta güvenliğinin yürütülmesi ve gerçekleşebilecek hadiselerin düzeltilmesi ve önlenmesi adına sağlık çalışanlarınca içselleştirilmiş, aktif bir olay rapor prosesinin hastanelerde uygulanması gerekmektedir. Bu sebeple çalışanları olaylarla ilgili rapor yazmaktan alıkoyan veya kararsız kalmalarına sebep olan nedenler belirlenip gerekli faaliyetler gerçekleştirilmelidir.

Hastane müdahaleleri ve değişim alt alanına verilen olumlu cevap yüzdeleri Dört Çelik Çocuk Hastalıkları Hastanesi’nde diğer hastanelere göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 6).

Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt alt boyutuna verilen olumlu cevap yüzdeleri Dört Çelik Çocuk Hastalıkları Hastanesi’nde diğer hastanelere göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 6). Güler (2014) yapmış olduğu araştırmasında, sağlık çalışanlarının çoğunun (%62,2) hata yaptıklarında cezalandırılacaklarını düşündüklerini belirlemiştir. Çalışanların, yöneticilerin hata ile ilgili olaya değil de hatayı yapan kişiye odaklanarak suçlayıcı bir tavır sergileyeceklerini (%78,6) ve yaptıkları hataların kişisel dosyalarında saklanacağından (% 60,2) endişe duyduklarını tespit etmiştir. Bu fikre sahip olan sağlık kurumlarında hataların raporlanmaması kaçınılmaz bir olgudur. Yapılan çalışma araştırmamızla benzerlik göstermektedir. Sherer ve Fitzpatric’de (2008) gerçekleştirmiş oldukları araştırmalarında, hekim ve hemşirelerin % 63.0’ının hata yaptıklarında ceza verilme endişesi taşıdıklarını ifade ettiklerini tespit etmişlerdir. Bal (2010) yaptığı çalışmada, “Hasta Güvenliği Derecesi”ni Devlet Hastanesi’nde %57.0 olarak saptamıştır. Fakat

sağlık çalışanlarının hata bildiriminde bulunmadıklarını ifade etmiştir. Sağlık personelinin %58.0'nin hatalardan dolayı suçlanacaklarını ve %43.0'nin yaptıkları hataların kişisel dosyalarında muhafaza edileceğini düşündüklerini tespit etmiştir. Hastane yöneticileri çalışanlara her şeyden önce insan oldukları için değer vermelidir. Yöneticiler çalışanlara önemsendiklerini hissettirmek ve aidiyet duygusunu maksimum seviyeye çıkartabilmek için gerekli önlemleri alabilecek inovatif düşünce kültürüne sahip kişilerden belirlenebilir. Nitekim Aiken (2012) gerçekleştirmiş olduğu araştırmasında, işinden memnun olmayan ve ayrılmayı düşünen hemşirelerin çalıştıkları birimi hasta güvenliği konusunda zayıf bulduklarını tespit etmiştir. Yılmaz (2014) yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerde hasta güvenliği kültürünün belirlenmesi konusunda yapmış olduğu çalışmasında, hemşirelerin %13.6'sının hasta güvenliğini tehdit edici bir olayla karşılaştığını ifade etmesine rağmen, sadece %16.3'ünün bu olaylarda rapor bildiriminde bulduklarını belirlemiştir. Ayrıca hemşirelerin %88.0'nin son 12 ay içerisinde hiç bir olay rapor bildirimi yapmadıklarını saptamıştır. Hastanede hasta güvenliği kültürünün gelişmesini engelleyecek öncelikli nedenlerden biri olan hataların karşılıksız kalmayacağı fikrinin yerleştirilemediğini, kurumda bunu destekleyecek bir yapının algılanamadığını düşündürmektedir (Tunçel, 2013).

Personel sağlama alt boyutuna verilen olumlu cevap yüzdeleri Dört Çelik Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde diğer hastanelere göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0.001$) (Tablo 6). Yılmaz (2014) hemşirelerin kurumlara göre hasta güvenliği kültürü ölçeği alt alan algılarını değerlendirdiğinde, Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin "Hataların raporlanma sıklığı", "Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri", "Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt" ve "Personel sağlama" alt alanlarına verdikleri puanları, Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi hemşirelerinin verdikleri puanlara göre daha yüksek bulmuştur.

Dört Çelik Çocuk Hastalıkları Hastanesi diğer hastanelere göre; birimlerde iş yükünün üstesinden gelecek kadar personel bulundurmasıyla ve bu birimlerde çalışanların birbirine saygılı davranmasıyla örnek teşkil ederken, çalışanların yaptıkları hataların kendi aleyhlerine olduğunun bilinmesi, bir olay rapor edildiği zaman olayla ilgili problem değil, olayla ilgili kişi şikâyet ediliyor duygusunun yaşanması, birimler arasında bilgi aktarımında sıklıkla problemlerin oluşması ve hastanede nöbet değişimlerinin hastalar açısından problem teşkil etmesinin geliştirilmesi gereken yönlerinin olduğu söylenilebilir.

Zübeyde Hanım Doğumevi Hastanesi diğer hastanelere göre; hasta güvenliğini geliştirmek için değişiklikler yaptıktan sonra bunların etkinliğini değerlendirmesiyle, birimlerde çalışan kişilerin birbirlerini desteklemesiyle ve acilen yapılması gereken çok iş olduğunda ekip olarak birlikte çalışmalarıyla örnek teşkil etmektedir.

Hastane Güvenliği Kültürü Hastane Anketi maddelerine verilen olumlu cevap yüzdeleri ve alt boyut yüzde ortalamaları incelendiğinde, elde edilen bulgulara göre ölçek genel skoru %51.0 olarak belirlenmiştir. Dilmen (2016) yapmış olduğu araştırmasında, hemşirelerin hastane güvenliği kültürü alt boyut yüzde ortalamasını düşük (%43.3) düzeyde, Chi ve Hung-Hui (2010) Tayvan'da gerçekleştirmiş oldukları çalışmalarında %64, Güneş ve ark. (2015) %52 oranında bulmuşlardır. Bu sonucun Filiz (2009)'in çalışması (%44) ile benzerlik gösterdiği belirlenmiştir (Flin 2007). Güneş ve arkadaşlarının (2015), Ballangrud ve arkadaşlarının (2012) ve Chen ve Li (2010)'nin çalışmalarında ise HGKHA'nin alt boyut yüzde ortalamasının bu çalışmadan yüksek olduğu bulunmuştur. Atan ve ark. (2013) çalışmasında pozitif yanıtların oranı %39.6, Gündoğdu ve Bahçecik (2012) çalışmasında %49.81 bulunmuştur. Bulgularımıza benzer "üniteler içinde ekip çalışması" konusunda Bodur ve Filiz (2009) %72, Sorra ve ark. (2008) %75 oranında, Atan ve ark. (2013) ise %60 oranında bulmuştur. Tayvanda yapılan bir araştırmada; birim içinde ekip çalışması %78, birimler arası ekip çalışması %57 olarak belirtilmiştir (Chi Chen and Hung-Hui Li 2010). Pronovost ve arkadaşlarının (2003) çalışmasında hemşire yöneticiler (%90), hekimler (%76) ve hemşireler (%71) birim içinde ekip arkadaşlarıyla olumlu ilişkilerinin olduğunu bildirmişlerdir (Pronovost et al. 2003). Diğer bir çalışmada (Kim et al. 2007) hemşireler, kendi bölümlerinde ekip çalışması konusunda endişelerinin olmadığını, buna karşın diğer birimlerle çalışma konusunda endişelerinin olduğunu ve aralarındaki işbirliğinin iyi olmadığını bildirmişlerdir (Kim et al. 2007). Ekip çalışması kaliteli hasta bakımı verme ve hasta güvenliğini geliştirmede önemli bir unsurdur ve etkili bir güvenlik kültürü oluşturabilmek için kurumun en üst düzeyinde belirlenmiş ortak değerler, tutumlar ve inançlar, tüm birimlerde aynı düzeyde olmalıdır. Ayrıca, etkili bir güvenlik kültürü oluşturmada çalışanlar kendi birimleri dışındakilerle de sık ve samimi bir iletişim kurabilmelidir (Filiz 2009). "Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt" konusunda Atan ve ark. (2013) ise %24, Bodur ve Filiz (2009) %20 çalışmalarında sonuçlar benzer, Sorra ve ark. (2008) %37 çalışmasında ise daha yüksek oranda bulunmuştur. Türkiye'de yapılan bazı çalışmalarda bu alt boyuta verilen olumlu cevap

yüzdesi daha düşük olarak bildirilmiştir (Aştı ve Acaroğlu 2000; Flin 2007; Gündoğdu ve Bahçecik 2012). Bu oran ABD, Çin ve Saudi Arabistan'da yapılan çalışmalarda daha düşük iken (Elliott and Liu 2010; Snyder et al. 2012; Wakefield et al. 2005), Norveç'te yapılan bir çalışmada ise daha yüksek bulunmuştur (Balas, Scott and Rogers 2004). Bu sonuçlar hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt yaklaşımının kurumlara göre değişiklik gösterdiğini ve genel olarak yeterli düzeyde olmadığını göstermektedir. Kurumlar çalışanlara karşı cezalandırıcı olmayan yaklaşımlarını geliştirerek, hata bildirimlerinin artırılması ve gerekli önlemlerin alınmasında katkı sağlanabilir. Çalışmada "Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt" konusunda düşük puan alınmış olması bu konuda kişisel değil olaya/probleme yönelik hareket edileceği yönünde çalışana güvence verilmesi gerekmektedir. "Hasta Güvenliği Hata Bildirim Modülü" Sağlık Bakanlığı'nın sitesinde yer aldığı gibi kurumlarda hataya ilişkin çalışanların endişelerinin giderilmesi yönünde hata sınıflandırma sistemi kullanılarak manuel veri giriş ihtiyacı tamamen ortadan kalkmıştır. Bu sayede hata bildirim sırasında kişi adı, tesis adı veya lokasyon bilgisi gibi hukuki süreç başlatabilecek verilerin girilmesinin önüne geçilmesi hedeflenebilir. Ayrıca bildirim sırasında arka planda ip adresi gibi kişinin tespitini sağlayabilecek verilerin de kaydedilmemesi gerekmektedir.

Genel olarak değerlendirdiğimizde, yapılan bu araştırmada sorunlu olan alanlar ve ilk geliştirilmesi gereken alanlar;

- Hataların raporlanma sıklığı,
- Hastane üniteleri arasında ekip çalışması,
- Hastane müdahaleleri ve değişim,
- Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme,
- Üniteler içinde ekip çalışması,
- Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt,
- Personel sağlama olarak tespit edilmiştir.

Güler (2014) yaptığı çalışmada; iletişimin açık tutulması, hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt ve personel sağlama alt alanlarını, Filiz (2009) ise çalışmasında; hataların raporlanması, hatalara karşı cezalandırıcı olmayan yaklaşım, iletişimin açık tutulması, hastane yönetiminin desteği ve personel sağlama alt alanlarını öncelikli geliştirilmesi gereken alanlar olarak tespit etmişlerdir. Yapılan çalışmalar araştırmamızla paralellik göstermektedir.

En yüksek olumlu cevap yüzde ortalamasının %71.55 ile “*üniteler içinde ekip çalışması*” alt boyutu olduğu belirlenmiştir (Tablo 7). Bu sonuç Türkiye’de yapılan bazı çalışmalar (Aştı ve Acaroğlu 2000; Flin 2007; Ovalı 2010; Gündoğdu ve Bahçecik 2012) ve diğer ülkelerde yapılan bazı araştırmalar ile benzerlik göstermemektedir (Balas, Scott and Rogers 2004; Elliott and Liu 2010; Snyder et al. 2012; Wakefield et al. 2005). Tunçel (2013) araştırmasında, “üniteler içinde ekip çalışması” alt boyutunda “acilen yapılması gereken çok iş olduğunda ekip olarak birlikte çalışırız” maddesinin (%77.0), güvenliğin kapsamlı algılanması alt boyutunda “hasta güvenliği, daha fazla iş yapmaktan daha öncelikli bir ilkedir” maddesinin (%71.6) en yüksek olumlu skor yüzdesine sahip olduğunu tespit etmiştir. Atan ve ark. (2013) %64, Bodur ve Filiz (2009) %67, Sorra ve ark. (2008)’nın çalışmasında ise düşük (%56) bulunmuştur. Yapılan çalışma araştırmamızla benzerlik göstermektedir. Bu oran bazı çalışmalarda bildirilen sonuçlardan daha düşük bulunmuştur (Aştı ve Acaroğlu 2000; Filiz 2009; Elliott and Liu 2010; Gündoğdu ve Bahçecik 2012; Snyder et al. 2012; Wakefield et al. 2005). Bu sonuçlar güvenliğin kapsamlı algılanması alt boyutuna verilen olumlu cevap yüzdelерinin orta düzeyde olduğunu ve örneklem grubunun özelliklerine bağlı olarak değiştiğini düşündürmektedir. Dilmen (2016) ve Yılmaz (2014) yapmış olduğu araştırmasında, “üniteler içindeki ekip çalışması” alt boyutuna verilen olumlu cevap yüzde ortalamasını tüm alt gruplar içinde en yüksek oranda olduğunu (%68.5 ve %80.3) saptamıştır. Bu alt boyuta verilen olumlu cevap yüzdesi Güneş ve arkadaşlarının (2015) ve Filiz (2009)’in araştırma sonuçlarından daha düşük iken Özkan (2010) ve Atan ve arkadaşlarının (2012) çalışmalarında bildirilenlerden daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Aştı ve Acaroğlu 2000; Flin 2007; Ovalı 2010; Gündoğdu ve Bahçecik 2012). Bodur ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında sağlık çalışanlarının aynı ankete verdikleri cevaplarda alt boyutlardan en yüksek “Birimler içinde ekip çalışması” ve en düşük ise “Hatalara karşı cezalandırıcı olmayan yanıt” alt boyutu alanları olduğu belirlenmiştir. Bu alt boyutun olumlu cevap yüzde ortalamasının diğer bazı ülkelerde ise daha yüksek olduğu saptanmıştır (Balas, Scott and Rogers 2004; Elliott and Liu 2010; Snyder et al. 2012; Wakefield et al. 2005). Chi ve Hung-Hui (2010) gerçekleştirmiş oldukları çalışmalarında, birim içerisindeki ekip çalışmasını %78, birimler arası ekip çalışmasını ise %57 olarak tespit etmiştir. Benzer bir bulgu olarak Kim ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında; hemşireler, yapılan hatalar hakkında bilgilendirildikleri halde, kurumlarında iletişimin açıklığı konusunda olumlu düşünmemektedir. Hemşirelerin

yaklaşık yarısı yanlış bir şey gördüklerinde soru sormaya korktuklarını belirtmiştir (Kim et al. 2007). Sorra ve arkadaşlarının (2013) yaptığı; farklı ülke hastanelerinde hasta güvenliği kültürü algısının değerlendirilmesi çalışmasında; Hollanda, Tayvan ve ABD’de uyguladıkları hasta güvenliği kültürü hastane anketi alt sonuçlarına göre; İletişimin açık tutulması oranı; Tayvan’da %40 düşük olarak saptanmıştır (Sorra et al. 2013). Bu sonuçlara göre sağlık çalışanlarının üniteler içindeki ekip çalışmasına önem verdiği, ancak hala desteklenmesi gerektiği söylenebilir. Literatürde de sağlık çalışanları arasında iletişim problemlerinin yaşanması hasta güvenliğini tehdit eden istenmeyen olayların yaşamasında önemli bir faktör olarak kabul edilmektedir (Dhatt et al. 2011). Üniteler arasındaki ekip çalışması maksimum seviyede hastaya kaliteli bakım hizmeti sunma ve hasta güvenliğini geliştirmede etkin bir değerdir. Verimli ve etkili güvenlik kültürü geliştirebilmek adına kurumun misyon ve vizyonunda belirlenmiş olan amaçların tüm birimlerde aynı düzeyde içselleştirilmiş olması sağlanmalıdır.

En düşük olumlu cevap yüzde ortalamasının *“hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt”* (%28.06) alt boyutu olduğu belirlenmiştir Chi ve Hung-Hui (2010) ve Yılmaz (2014) yapmış oldukları çalışmalarında, çalışanların hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıtının (%45.0 ve %25.1) düşük olduğunu tespit etmişlerdir. Dilmen (2016) yapmış olduğu araştırmasında, orta düzeyde (%57.6) olduğunu tespit etmiştir. Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt boyutunun genel olarak yetersiz düzeyde olduğu görülmektedir. Hastanelerin sağlık çalışanlarına yönelik olarak cezalandırıcı olmayan misyonlarını geliştirerek ve hata bildirimlerinin artırılması teşvik ederek kesin tedbirlerin alınmasında katkı sağlanabilir. Alp (2011) yaptığı araştırmasında, ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin %88.9’unun çalıştığı kurumda hiç olay raporlamadığını ifade ederken, hemşireler de bu oranın %84.8 olduğunu ifade etmiştir. Kim (2007) gerçekleştirmiş olduğu araştırmasında, hemşirelerin hastanın zarar görmesine yol açabilecek hataları dahi düşük oranda (% 23) raporladığını belirlemiştir. Tunçel (2013) çalışmasında, hemşirelerin kurumlarında son 12 ayda % 80.2 oranında hiç olay raporlamadıklarını, % 16.2 oranında 1-2 olay raporladıklarını saptamıştır.

“Personel sağlama” alt boyutu (%31) olarak tespit edilmiştir (Tablo 7). Chi ve Hung-Hui (2010) ve Tunçel (2013) yapmış oldukları çalışmalarında, personel sağlamayı (%39 ve %11.7) düşük olarak belirlemişlerdir. Dilmen (2016) yapmış olduğu araştırmasında, “personel sağlama” alt boyutuna verilen olumlu cevap yüzdesinin %26.9 olduğunu belirlemiştir. Gülay (2016) araştırmasında, boyutlar arasında en düşük

olumlu cevap ortalamasını personel sağlama boyutu olarak tespit etmiştir. Güneş ve arkadaşlarının (2015) ve Filiz (2009)'in çalışmalarında daha yüksek iken Atan ve arkadaşlarının (2013) araştırmasında benzer ve Özkan (2012)'in çalışmasında ise daha düşük olarak bildirilmiştir (Aştı ve Acaroğlu 2000; Elliott and Liu 2010; Gündoğdu ve Bahçecik 2012; Snyder et al. 2012; Wakefield et al. 2005). Yine bu oran Sora ve arkadaşlarının (2014) ve Ballangrud ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında daha yüksek iken, Wang ve arkadaşlarının (2014) ve El-Jardali ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında daha düşük olarak rapor edilmiştir (Balas, Scott and Rogers 2004; Elliott and Liu 2010; Snyder et al. 2012; Wakefield et al. 2005). Singer ve arkadaşlarının (2003) 15 hastanede güvenlik kültürü araştırmasında katılımcılar deneyimli personel kaybının hasta bakımını olumsuz etkilediğini belirtmiştir (Singer et al. 2003). Hasta güvenliği konusunda yüksek pozitif algılamalar saptanan Scherer ve Fitzpatrick'in (2008) çalışmasında hekim ve hemşirelerin çoğu (%57) iş yükünün üstesinden gelecek kadar elemanları olduğunu belirtmiştir (Scherer and Fitzpatrick 2008). Tayvan'da sağlık çalışanlarına uygulanan araştırmada; Araştırmacıların uyguladıkları hasta güvenliği kültürü hastane anketi sonuçlarına göre; Personel sağlama %31 düşük olarak saptanmıştır (Chi Chen and Hung-Hui Li 2010). Çalışmamızda araştırma yapılan hastanelerde görev yapan personelin çalışma süresi konusunda fedakarlık yapmaması ve yapılacak yoğun ve acil iş olduğunda istekli olmamaları kuruma dolayısıyla da birimlerine karşı aidiyet duygularındaki azalmayı ve tükenmişliği de beraberinde getireceğini düşündüğümüzde, hastanelerde sağlık çalışanı sayısının yeterli olmadığını ve personel sayısının artırılması gerektiğini söyleyebiliriz.

Araştırma bulgularında tespit ettiğimiz sağlık çalışanlarının haftalık 40-49 saat (%61.4) ve 50 saatten fazla (%20.4) çalıştıkları düşünüldüğünde, nitelikli sağlık personeli istihdamının sağlanmadığı aşıkardır. Sağlık hizmetleri sunumunda hemşireler diğer sağlık çalışanları içinde oran olarak en büyük grubu oluşturmaktadırlar. Hemşire sayısının yetersizliği, özellikle iyi eğitilmiş ve deneyimli hemşirelerin bulunmaması istenmeyen olaylarda artışa yol açmaktadır. Kadro durumunda yeterli kadronun olmaması, bireylerin eşit fedakarlıkla çalışmaması, aşırı yoğun tempo skorlarının düşük olmasının sebepleri arasında bulunmuştur. Personel yetersizliği hasta güvenliği ortamını zayıflatmaktadır.

Sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürü ölçeği alt boyutu “hatalar hakkında geri bildirim ve iletişim” alt boyutuna verilen olumlu cevap yüzdesinin orta düzeyde (%61.58) olduğu belirlenmiştir. Elde edilen bu sonuç Güneş ve arkadaşlarının (2015) çalışması ile benzerlik gösterirken, Atan ve arkadaşlarının (2013), Özkan (2012) ve Filiz (2009)’in çalışmaları ile benzerlik göstermemektedir (Aştı ve Acaroğlu 2000; Flin 2007; Ovalı 2010; Gündoğdu ve Bahçecik 2012). Bu oran Sorra ve arkadaşlarının (2013), Wang ve arkadaşlarının (2014), El-Jardali ve arkadaşlarının (2014) çalışmalarında daha yüksek, Ballangrud ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında ise daha düşük olarak bildirilmiştir (Balas, Scott and Rogers 2004; Elliott and Liu 2010; Snyder et al. 2012; Wakefield et al. 2005). Bu sonuç çalışmanın yapıldığı kurumların hataların bildirim konusunda çalışanlarına olumlu bir yaklaşım göstermesi ile açıklanabilir.

Çocuk servisi, çocuk yoğun bakım ve çocuk cerrahi branşlarında görev yapan sağlık çalışanlarının hasta güvenliği için organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirmeye katılımları konusunda hastane yönetiminin desteği sağlanarak farkındalıklarının oluşturulması aşikardır. Türkiye’deki bazı çalışmalarda bu alt boyuta verilen olumlu cevap yüzdesinin %10-52 arasında değişim gösterdiği görülmüştür (Aştı ve Acaroğlu 2000; Flin 2007; Gündoğdu ve Bahçecik 2012; Ovalı 2010). Filiz’in (2009) çalışmasında hasta güvenliği geliştirmede yönetimin desteğinin (%37) yetersiz olduğu görülmektedir. Tütüncü ve Küçükusta’nın (2006); Hemşireler üzerinde yapmış olduğu bir diğer araştırmada ise, hastane yönetimlerinin hasta güvenlik kültürünün geliştirilmesinde, genel güvenlik algısına, örgütsel öğrenme/sürekli gelişmeye, yönetici yaklaşımlarının belirlenmesine ve hasta güvenliği konusunda yönetiminin desteğine çalışanlarının ihtiyaç duyduğunu bilmesi ve oluşturulacak hasta güvenliği kültürü ile ilgili politikalarda, bu unsurları dikkate alması gerektiği saptanmıştır (Tütüncü ve Küçükusta 2006). Diğer ülkelerde yapılan bazı çalışmalarda ise, bu oranın %26.3-72 arasında değiştiği görülmüştür (Balas, Scott and Rogers 2004; Elliottve Liu 2010; Snyder et al., 2013; Wakefield et al., 2005). Sorra ve arkadaşlarının (2013) yaptığı; farklı ülke hastanelerinde hasta güvenliği kültürü algısının değerlendirilmesi çalışmasında; Hollanda, Tayvan ve ABD’de uyguladıkları hasta güvenliği kültürü hastane anketi sonuçlarına göre; Hasta güvenliği için yönetimin desteği; Hollanda’da %31 düşük olarak saptanmıştır (Sorra et al. 2013). Belçika’da beş hastanede çoğunluğu hemşire olan farklı sağlık meslek gruplarını içeren bir çalışmadaki katılımcılar da yönetici desteğinin çok yetersiz olduğunu belirtmiştir. Buna karşılık, başka bir

araştırmada, çalışanlar hasta güvenliği konusunda yönetimin desteğini oldukça yeterli bulmuşlardır (Scherer and Fitzpatrick 2008). Bu sonuca göre, araştırma yapılan hastanelerde hasta güvenliğinin sağlanmasında hastane yönetimlerinin desteğinin farklılık gösterdiği söylenebilir. Dilmen (2016) yapmış olduğu araştırmasında, cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin “hataların raporlanma sıklığı” alt boyut olumlu cevap yüzde ortalamalarının, kritik alanlarda çalışanlardan, cerrahi birimlerde çalışanların “yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri” alt boyut olumlu cevap yüzde ortalamalarının dahili birimler ve kritik alanlarda çalışanlardan daha yüksek olduğunu tespit etmiştir. Türkiye’de yapılan bazı çalışmalarda bu alt boyuta verilen olumlu cevap yüzdelerinin %8-48 arasında değiştiği saptanmıştır (Aştı ve Acaroğlu 2000; Flin 2007; Ovalı 2010; Gündoğdu ve Bahçecik 2012). Alp (2011) yapmış olduğu çalışmada, dahili birimlerde çalışanların olumlu cevap ortalamalarını cerrahi birimlerde çalışanlara göre daha yüksek bulmuştur. Ayrıca, ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların çalıştıkları birimlere göre hasta güvenliği kültürü anketi maddelerinden en yüksek olumlu cevap yüzdesi dahili birimlerde çalışanlar (%72) ve cerrahi birimlerde çalışanlar (%69) tarafından “Acilen yapılması gereken çok iş olduğunda ekip olarak birlikte çalışırız” maddesine verdiklerini tespit etmiştir. Güneş ve ark. (2015) yapmış oldukları çalışmalarında yoğun bakımda görev yapan hemşirelerin “hataların raporlanma sıklığı” olumlu cevap yüzde ortalamalarının ameliyathane ve dahili birimlerde çalışanlardan daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Güler (2014) yapmış olduğu çalışmada, sağlık çalışanlarının %50.5’inin organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirmeye ve %56.3’ünün hasta güvenliği geliştirme çalışmalarına aktif katıldıklarını tespit etmiştir. Yapılan çalışma, araştırmamızdaki diğer birimlerde görev yapan sağlık çalışanları tutumlarıyla benzerlik göstermektedir.

Hataların raporlanmamasının sebebi genellikle, kurumlarda hata yapanı suçlayıcı ve cezalandırıcı bir yaklaşım sergilenmesinden kaynaklanmaktadır. Ayrıca hastanelerde hata bildirim sistemlerinin bulunmaması ve hekim ve hemşirelerin yoğun iş yükü de hata bildirimini engellemektedir. Hastaya zarar vermemiş olsa bile, hataların bildirilmesi hasta güvenliği açısından büyük önem taşır. Bu durum, sistemdeki sorunların belirlenerek, ileride hastalara zarar verebilecek ciddi hataların önlenmesine yol açar. Hataların daha kolay raporlanmasını sağlamak için elektronik raporlama sistemlerinin oluşturulması yararlı olabilir. Bulgularımızı destekleyecek şekilde Kim ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında da hemşirelerin “neredeyse hata olacaktı” denilen

durumları dikkate almadıkları görülmektedir. Aynı çalışmada hemşirelerin, hastanın zarar görmesine yol açabilecek hataları dahi düşük oranda (%23) raporladığı saptanmıştır (Kim et al. 2007). Scherer ve Fitzpatrick'in (2008) perioperatif alanda 40 hekim ve 43 hemşire ile yaptığı çalışmada kıl payı atlatılan hataların %86, hastaya zarar verme potansiyeli olmayanların %72 ve hastaya zarar verebilecek hataların %88 oranında rapor edildiği bildirilmiştir (Scherer and Fitzpatrick 2008). Nieva ve Sorra'ya göre; sağıktaki profesyonel ve örgütsel kültürler daha güvenli hasta bakımını teşvik yönünde bir dönüşüm geçirmek zorundadır. Sağık sistemi, bireylerden mükemmel, hatasız performans gerektiren bir sektör olduğu felsefesini terk edip bunun yerine güvenlik için sistemler tasarlamaya odaklanmalıdır. Sağık sistemleri, hata bildirimini engelleyen ve dolayısıyla hatalardan öğrenmeyi engelleyen "suçlama ve utandırma" kültüründen uzak durmalıdır (Nieva and Sorra 2003). Scherer ve Fitzpatric'de (2008) hekim ve hemşirelerin (%63) hata yaptıklarında cezalandırılma endişesi taşıdıklarını bildirmiştir (Scherer and Fitzpatric 2008). Hellings ve arkadaşlarının (2007) Belçika hastanelerinde çoğunluğu hemşire olan farklı sağık meslek gruplarıyla yaptığı çalışmasında bu oran %64 olarak bulunmuştur (Hellings et al. 2007). Kore'de eğitim hastanelerinde çalışan 886 hemşirenin katıldığı bir araştırmada hemşirelerin sadece %5'i hataları raporlamaktan korkmadıklarını belirtmiştir (Kim et al. 2007). Sorra ve arkadaşlarının (2013) yaptığı; farklı ülke hastanelerinde hasta güvenliği kültürü algısının değerlendirilmesi çalışmasında; Hollanda, Tayvan ve ABD'de uyguladıkları hasta güvenliği kültürü hastane anketi sonuçlarına göre; Hataların rapor edilme oranı; Hollanda'da %36, Tayvan'da %31, hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt oranı Tayvan'da %31, ABD'de %44 düşük olarak belirtilmiştir (Sorra et al. 2013). Tayvan'da sağık çalışanlarına uygulanan araştırmada; Araştırmacıların uyguladıkları hasta güvenliği kültürü hastane anketi sonuçlarına göre; Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt %45 düşük olarak belirtilmiştir (Chi Chen and Hung-Hui Li 2010). Sağık hizmeti sunanların tıbbi hatalara ilişkin rapor hazırlama konusunu nasıl algıladıklarını ele alan bir araştırmada, iş arkadaşları tarafından kabul edilmeme veya dışlanma ya da hata yaptığını toplum içinde kabule zorlanma gibi nedenlerle yeterli raporlamanın olmadığı anlaşılmıştır (Dursun, Bayram ve Aytaç 210).

Sağık çalışanlarının hasta güvenliği kültürü ölçeği alt boyut olumlu cevap puanlarının mesleğe göre karşılaştırılması yapıldığında, "Güvenliğin kapsamlı algılanması", "Hataların raporlanma sıklığı", "Hastane üniteleri arasında ekip

çalışması”, “Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri”, “Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme”, “Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt”, “Personel sağlama” ve “Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği” olumlu cevap grup ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$) (Tablo 10).

Çalışmadaki hemşirelerde, hasta güvenliği kültürü alt boyutlarından “Güvenliğin kapsamlı algılanması”, “Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme” ve “Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt” faktörlerindeki olumlu cevap oranının hekim ve diğer unvanlardan anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir. Güler (2014) araştırmasında, hemşirelerde; hasta güvenliği kültürü alt alanlarından “güvenliğin kapsamlı algısı” ve “iletişimin açık tutulması” faktörlerinde olumlu cevap oranını hekim ve diğer meslek gruplarından anlamlı olarak daha yüksek bulmuştur. Hemşirelerdeki bu farkın sebebinin, hemşire-hasta ilişkisinin doktor ve diğer sağlık personeline göre ileri düzeyde olmasından kaynaklandığı söylenilebilir. Yılmaz (2014) hemşirelerin hastanedeki istihdam şekilleri ile hasta güvenliği kültürü alt alan algılarını karşılaştırdığında, kadrolu statüsünde çalışan hemşirelerin “Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme” ve “Hasta güvenliği için yönetimin desteği” alt alanlarındaki olumlu cevap puanlarının sözleşmeli hemşirelere göre daha yüksek olduğunu saptamıştır. Akın (2010) yaptığı çalışmada, kadrolu hemşirelerde “organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme”, “iletişimin açık tutulması” ve “güvenliğin kapsamlı algılanması” alt alanlarındaki olumlu cevap puanlarının sözleşmeli hemşirelere göre daha yüksek olduğunu tespit etmiştir.

Diğer kadrolarda görev yapan sağlık çalışanlarında, “Hataların raporlanma sıklığı”, “Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri”, “Personel sağlama”, “Hastane üniteleri arasında ekip çalışması” ve “Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği” olumlu cevap oranının hekim ve hemşirelerden anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir. Çalışma kapsamındaki hastanelerde hekim ve hemşirelere göre diğer personele iş anlamında destek olabilecek istihdamın sağlanarak, gerek olduğunda çalışma süresi konusunda fedakar olmaları ve yapılacak çok iş olduğunda ve çok çabuk yapmak gerektiğinde kriz modunda çalışmaları teşvik edilebilir. Alp (2011) yapmış olduğu çalışmada, ikinci basamakta çalışan hekimlerin “Personel sağlama” olumlu cevap ortalamalarını hemşirelere göre daha düşük bulmuştur.

Sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürü ölçeği alt boyut olumlu cevap puanlarının yaşlara göre karşılaştırılması yapıldığında, “Güvenliğin kapsamlı algılanması”, “Hastane üniteleri arasında ekip çalışması”, “Hastane müdahaleleri ve değişim”, “Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri”, İletişimin açık tutulması” ve “Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği” olumlu cevap grup ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$) (Tablo 11).

Sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürü ölçeği alt boyut olumlu cevap puanlarının yaşlara göre karşılaştırılması yapıldığında, “Güvenliğin kapsamlı algılanması”, “Hastane üniteleri arasında ekip çalışması”, “Hastane müdahaleleri ve değişim”, “Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri”, İletişimin açık tutulması” ve “Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği” olumlu cevap grup ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$) (Tablo 11).

Hasta güvenliği kültürü anketi alt alanlarının yaş gruplarına göre olumlu cevap oranı dağılımında; “Hastane müdahaleleri ve değişim” ve “İletişimin açık tutulması” 25 yaş ve altı olan grupta diğer yaş gruplarına göre daha yüksektir. “Güvenliğin kapsamlı algılanması”, “Hastane üniteleri arasında ekip çalışması”, “Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri” ve “Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği” 56 yaş ve üzerinde olan grupta diğer yaş gruplarına göre daha yüksektir. Güler (2014) yapmış olduğu araştırmasında, “hastane üniteleri arasında ekip çalışmasını” ve “yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetlerini” 18-25 yaş gurubunda diğer yaş gruplarına göre daha düşük bulmuştur. Yapılan çalışma, yüksek yaş gruplarındaki sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürüne yönelik pozitif düşünceleri nedeniyle çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürü ölçeği alt boyut olumlu cevap puanlarının medeni durumlara göre karşılaştırılması yapıldığında, “Hastane müdahaleleri ve değişim”, “İletişimin açık tutulması”, “Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim” ve “Personel sağlama” olumlu cevap grup ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$) (Tablo 12).

Medeni durumları bekar olan (%59.72) sağlık alışanlarının “Hastane müdahaleleri ve değişim”, “İletişimin açık tutulması” ve “Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim” alt boyut olumlu cevap ortalama puanlarının evli olan (%52.75) sağlık çalışanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 12).

Medeni durumları evli olan (%34.03) sağlık alışanlarının “Personel sağlama” alt boyut olumlu cevap ortalama puanlarının bekar olan (%27.93) sağlık çalışanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.01$) (Tablo 12).

Sağlık alışanlarının hasta güvenliği kltri leği alt boyut olumlu cevap puanlarının haftalık çalışma saatlerine göre karşılaştırılması yapıldığında, “Güvenliğin kapsamlı algılanması”, “Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri”, “İletişimin açık tutulması”, “Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim”, “Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt”, “Personel sağlama” ve “Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği” olumlu cevap grup ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$) (Tablo 13).

Haftalık alışma saati 40 saati geçmeyen sağlık alışanlarının “Güvenliğin kapsamlı algılanması”, “Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri”, “İletişimin açık tutulması”, “Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim”, “Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt”, “Personel sağlama” ve “Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği” alt boyut olumlu cevap ortalama puanlarının haftalık çalışma saati 50 saatten fazla ve 40-49 saat olan sağlık çalışanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 13). Gülay (2016) yapmış olduğu çalışmasında, haftalık çalışma saati 50 saatten fazla olan sağlık alışanlarında, “hastane üniteleri arasında ekip çalışması” alt boyut olumlu cevap ortalama puanlarının diğer çalışma saatlerinden anlamlı düzeyde yüksek olduğunu belirlemiştir. Türkiye’de yapılan bazı çalışmalarda ise bu alt boyuta verilen olumlu cevap yüzdelerinin değişiklik gösterdiği bulunmuştur (Aştı ve Acaroğlu 2000; Flin 2007; Ovalı 2010; Gündoğdu ve Bahçecik 2012).

Sağlık alışanlarının hasta güvenliği kltri leği alt boyut olumlu cevap puanlarının birimde çalışma sürelerine (yıl) göre karşılaştırılması yapıldığında, olumlu cevap grup ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi ($p>0.05$) (Tablo 14).

Sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürü ölçeği alt boyut olumlu cevap puanlarının şuan ki hastanede çalışma sürelerine (yıl) göre karşılaştırılması yapıldığında, “Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri” ve “Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği” olumlu cevap grup ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$) (Tablo 15).

Buldukları hastanede 16 yıl ve üzeri görev yapan sağlık çalışanlarının “Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri” alt boyut olumlu cevap ortalama puanlarının buldukları hastanede 11-15 yıl ve 6-10 yıl arasında görev yapan sağlık çalışanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 15). Hastane yöneticileri, sağlık çalışanlarını her ne kadar oluşturulmuş hasta güvenliği prosedürlerine göre yapılmış bir işi gördüklerinde takdir etseler ve hasta güvenliğini geliştirmek için çalışanların önerilerini ciddiye alsalar dahi, kalite kaybı olsa bile sağlık çalışanlarının daha hızlı çalışmalarını istememeleri ve tekrar tekrar oluşan hasta güvenliği problemlerini görmezden gelmemeleri gerekir. Buldukları hastanede uzun süre görev yapan tecrübeli sağlık çalışanlarının bu konudaki hassasiyeti hastane yönetimince göz önünde bulundurulmalıdır.

Buldukları hastanede 6-10 yıl görev yapan sağlık çalışanlarının “Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği” alt boyut olumlu cevap ortalama puanlarının buldukları hastanede 1-5 yıl arasında görev yapan sağlık çalışanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 15). Gülay (2016) yaptığı araştırmasında, “üniteler içinde ekip çalışması” alt boyut olumlu cevap ortalama puanlarını kurumda toplam çalışma süresi 6 ay-1 yıl arasında olan grupta diğer gruplara göre daha yüksek olduğunu tespit etmiştir. Hastane yönetimi kurumlarında yıl olarak daha yeni olan personellerine karşı hasta güvenliğini artıran bir çalışma atmosferi sağlamalı, kendi faaliyetleri, hasta güvenliğinin üst düzey bir öncelik olduğunu göstermeli ve yönetim, sadece istenmeyen olay olduğunda hasta güvenliği ile ilgili gibi gözükmemelidir. Bu konulara yönelik personelin farkındalığı artırılmalıdır.

Sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürü ölçeği alt boyut olumlu cevap puanlarının meslekte çalışma sürelerine (yıl) göre karşılaştırılması yapıldığında, “Hastane üniteleri arasında ekip çalışması”, “Hastane müdahaleleri ve değişim”, “Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri” ve “Personel sağlama” olumlu cevap grup ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$) (Tablo 16).

Mesleğinde 16 yıl ve üzeri görev yapan sağlık çalışanlarının “Hastane üniteleri arasında ekip çalışması”, “Hastane müdahaleleri ve değişim” ve “Personel sağlama” alt boyut olumlu cevap ortalama puanlarının 1-5 yıl, 6-10 yıl ve 11-15 yıl arasında görev yapan sağlık çalışanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 16). Çalışanların kurumdaki edinmiş oldukları tecrübelerdeki artışın, hastane üniteleri arasındaki ekip çalışması boyutunu olumlu düzeyde etkilemesi beklenmektedir.

Mesleğinde 1-5 yıl görev yapan sağlık çalışanlarının “Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri” alt boyut olumlu cevap ortalama puanlarının 6-10 yıl arasında görev yapan sağlık çalışanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 16). Gülay (2016) yaptığı araştırmasında, meslekte toplam çalışma yılına göre, 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 kaynaklandığını, “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 kaynaklandığını belirlemiştir.

Sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürü ölçeği alt boyut olumlu cevap puanlarının hastanenin ilk iş yeri olma durumuna göre karşılaştırılması yapıldığında, olumlu cevap grup ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi ($p>0.05$) (Tablo 17).

Sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürü ölçeği alt boyut olumlu cevap puanlarının hastalarla doğrudan etkileşim ve temasa göre karşılaştırılması yapıldığında, “Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme” olumlu cevap grup ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$).

Hastalarla doğrudan etkileşim ve teması olan (%57.27) sağlık çalışanlarının “Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme” alt boyut olumlu cevap ortalama puanlarının hastalarla doğrudan etkileşim ve teması olmayan (%46.54) sağlık çalışanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 18). Bu sonucun Güneş ve arkadaşlarının (2015), Atan ve arkadaşlarının (2013) çalışmalarında daha düşük iken, Filiz (2009) ve Özkan (2012)’in çalışmalarında daha yüksek olduğu saptanmıştır (Aştı ve Acaroğlu 2000; Flin 2007; Ovalı 2010; Gündoğdu ve Bahçecik 2012). Yurt dışında yapılan bazı çalışmalarda ise bu alt boyut için verilen olumlu cevap yüzdelerinin daha yüksek olduğu görülmüştür (Balas, Scott and Rogers 2004; Elliott and Liu 2010; Snyder et al. 2012; Wakefield et al. 2005). Güler (2014) araştırmasında,

hastalarla temas durumuna evet (%69,3) diyenlerde “uniteler içinde ekip çalışması” alt alanını hayır (%92,9) diyenlere oranla anlamlı olarak düşük bulmuştur. Bu sonuçlar Türkiye’de araştırmaların yapıldığı sağlık kurumlarında hasta güvenlik kültürü çalışmalarının diğer ülkelere göre daha geç başlaması nedeniyle yönetim ve çalışanlar arasında istendik düzeyde bir etkileşimin olmadığını düşündürmektedir.

Hastane yönetimi, hastalarla doğrudan etkileşim ve teması olmayan sağlık çalışanlarına, hasta güvenliğini geliştirme çalışmalarına aktif olarak katılmalarını, yapılan hataların unitelerinde pozitif değişikliklere yol gösterebileceğini ve hasta güvenliğini geliştirmek için değişiklikler yaptıktan sonra bunların etkinliğini değerlendirebilecekleri fikrini yerleştirmelidir.

Kurumda hasta güvenliği var diyen sağlık çalışanlarının “güvenliğin kapsamlı algılanması”, “hastane uniteleri arasında ekip çalışması”, “hastane müdahaleleri ve değişim”, “organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme”, “uniteler içinde ekip çalışması”, “iletişimin açık tutulması”, “hatalar hakkında geri bildirim ve iletişim”, “hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt”, “personel sağlama” ve “hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği” alt boyut olumlu cevap ortalama puanlarının kurumda hasta güvenliği yok diyen sağlık çalışanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 19).

Kurumlarında tıbbi hata olmadığını belirten sağlık çalışanlarının “güvenliğin kapsamlı algılanması” ve “organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme” alt boyut olumlu cevap ortalama puanlarının kurumlarında tıbbi hata olduğunu belirten sağlık çalışanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 20).

Pediyatri hemşirelerinin karşı karşıya kaldığı hatalı tıbbi uygulamalar genellikle hatalı ilaç uygulamaları, hasta çocuğu izleme ve korumada başarısızlık ve ekipmanın hatalı kullanımı şeklinde sıralanır. Pediyatri kliniklerinde hatalı tıbbi uygulamalar arasında yapılan birçok çalışmada ilaç hatalarının sıklıkla araştırıldığı görülmektedir. Pediyatriye özel doz hesaplama ve sulandırma gerekliliği önemli ölçüde hata olasılığını arttırmaktadır. Pediyatri hemşirelerinin hasta güvenliği sağlamada ilaç hatalarının oluşmasını engelleyici klinik standartlar geliştirmeleri ve uygulamalarında yer alması sağlanmalıdır. Türkiye’de yapılan bir çalışmada benzer sonuç bildirilmiştir (Gündoğdu ve Bahçecik 2012).

Kurumlarında olay/hata raporlaması olduğunu belirten sağlık çalışanlarının “hataların raporlanma sıklığı”, “iletişimin açık tutulması”, “hatalar hakkında geri bildirim ve iletişim” ve “hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği” alt boyut olumlu cevap ortalama puanlarının kurumlarında olay/hata raporlaması olmadığını belirten sağlık çalışanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 21).

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bursa il merkezinde yer alan Dörtçelik Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Zübeyde Hanım Doğumevi ve Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi pediatri servislerinde görev yapan sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürüne ilişkin algıları ve etkileyen faktörlerin incelenmesini amaçlayan bu araştırmanın sonuçlarına göre;

- Sağlık çalışanlarından, Dört Çelik Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde görev yapanların %68.6'sının evli ve %45.9'unun 36 – 45 yaş aralığında, Uludağ Üniversitesi'nde görev yapanların %62.4'ünün evli ve %39.8'inin 26 – 35 yaş aralığında, Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapanların %56.9'unun evli ve %51.7'sinin 26 – 35 yaş aralığında ve Zübeyde Hanım Doğumevi'nde görev yapanların %88.9'unun evli ve %61.1'inin 36 – 45 yaş aralığında oldukları belirlenmiştir.

- Dört Çelik Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde görev yapanların %79.2'sinin, Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapanların %70.7'sinin ve Zübeyde Hanım Doğumevi'nde görev yapanların %72.2'sinin şuan ki çalıştıkları hastanenin ilk iş yerlerinin olmadığı, Uludağ Üniversitesi'nde görev yapanların %50.4'ünün ise ilk iş yerlerinin olduğu belirlenmiştir.

- Dört Çelik Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde görev yapanların %61.0'mın, Uludağ Üniversitesi'nde görev yapanların %41.2'sinin, Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapanların %56.9'unun ve Zübeyde Hanım Doğumevi'nde görev yapanların %83.3'ünün kadrolu hemşire olarak çalıştıkları tespit edilmiştir.

- Dört Çelik Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde görev yapanların %34.6'sının diğer birimlerde (hastanenin birçok bölümü, eczane, laboratuvar, radyoloji vb.), Uludağ Üniversitesi'nde görev yapanların %65.5'inin çocuk servisinde, Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapanların %48.3'ünün ve Zübeyde Hanım Doğumevi'nde görev yapanların %61.1'inin çocuk yoğun bakım servisinde çalıştıkları belirlenmiştir.

- Dört Çelik Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde görev yapanların %59.7'sinin, Uludağ Üniversitesi'nde görev yapanların %64.6'sının, Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapanların %48.3'ünün ve Zübeyde Hanım Doğumevi'nde görev yapanların %77.8'inin haftada 40-49 saat çalıştıkları belirlenmiştir.

- Dört Çelik Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde görev yapanların %66.7'sinin, Uludağ Üniversitesi'nde görev yapanların %60.6'sının, Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapanların %79.3'ünün ve Zübeyde Hanım Doğumevi'nde görev yapanların %72.2'sinin 1-5 yıl arasında çalıştıkları belirlenmiştir.

- Dört Çelik Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde görev yapanların %47.2'sinin, Uludağ Üniversitesi'nde görev yapanların %44.7'sinin, Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapanların %63.8'inin ve Zübeyde Hanım Doğumevi'nde görev yapanların %55.6'sının 1-5 yıl arasında çalıştıkları belirlenmiştir.

- Uludağ Üniversitesi'nde görev yapanların %35.8'inin ve Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapanların %46.6'sının 1-5 yıl arasında, Dört Çelik Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde görev yapanların %41.5'inin ve Zübeyde Hanım Doğumevi'nde görev yapanların %33.3'ünün 16 yıl ve üzerinde çalıştıkları belirlenmiştir.

- Dört Çelik Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde görev yapanların %89.3'ünün, Uludağ Üniversitesi'nde görev yapanların %88.1'inin, Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapanların %89.7'sinin ve Zübeyde Hanım Doğumevi'nde görev yapanların %83.3'ünün hastalarla doğrudan etkileşim ve temaslarının olduğu belirlenmiştir.

- Sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürü ölçeği alt boyut olumlu cevap puanlarının kurumlara göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen Kruskal Wallis-H testi sonucunda "*hastane müdahaleleri ve değişim*", "*hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt*", "*personel sağlama*", "*hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği*" olumlu cevap grup ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p < 0.05$).

- Diğer birimlerde (hastanenin birçok bölümü, eczane, laboratuvar, radyoloji vb.) çalışanların "*Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme*" ve "*Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği*" alt boyut olumlu cevap ortalama

puanlarının çocuk yoğun bakımda ve çocuk servisinde görev yapan sağlık çalışanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir.

- Kadrolu hemşire olarak görev yapanların “Güvenliğin kapsamlı algılanması”, “Hastane müdahaleleri ve değişim”, “Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme” ve “Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt” alt boyut olumlu cevap ortalama puanlarının araştırma görevlisi olarak görev yapan sağlık çalışanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir.

- Diğer kadrolarda görev yapan sağlık çalışanlarının “Hastane üniteleri arasında ekip çalışması”, “Personel sağlama” ve “Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği” alt boyut olumlu cevap ortalama puanlarının araştırma görevlisi olarak görev yapan sağlık çalışanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir.

- Sözleşmeli hemşire olarak görev yapanların “İletişimin açık tutulması” alt boyut olumlu cevap ortalama puanlarının araştırma görevlisi olarak görev yapan sağlık çalışanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir.

- Yaşları 56 ve üzerinde olan sağlık çalışanlarının “Güvenliğin kapsamlı algılanması”, “Hastane üniteleri arasında ekip çalışması”, “Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri” ve “Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği” alt boyut olumlu cevap ortalama puanlarının 26-35 yaş aralığında görev yapan sağlık çalışanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir.

- Yaşları 25 ve altı olan sağlık çalışanlarının “Hastane müdahaleleri ve değişim” ve “İletişimin açık tutulması” alt boyut olumlu cevap ortalama puanlarının 26-35 yaş aralığında görev yapan sağlık çalışanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir.

- Medeni durumları bekar olan (%59.72) sağlık çalışanlarının “Hastane müdahaleleri ve değişim” alt boyut olumlu cevap ortalama puanlarının evli olan (%52.75) sağlık çalışanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir.

- Medeni durumları bekar olan (%59.88) sağlık çalışanlarının “İletişimin açık tutulması” alt boyut olumlu cevap ortalama puanlarının evli olan (%47.26) sağlık çalışanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir.

- Medeni durumları bekar olan (%68.72) sağlık çalışanlarının “Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim” alt boyut olumlu cevap ortalama puanlarının evli olan (%58.19) sağlık çalışanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir.

- Medeni durumları evli olan (%34.03) sağlık alışanlarının “*Personel sağlama*” alt boyut olumlu cevap ortalama puanlarının bekar olan (%27.93) sağlık çalışanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir.

- Haftalık alışma saati 40 saati geçmeyen sağlık alışanlarının “*Güvenliğin kapsamlı algılanması*”, “*Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri*”, “*İletişimin açık tutulması*”, “*Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim*”, “*Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt*”, “*Personel sağlama*” ve “*Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği*” alt boyut olumlu cevap ortalama puanlarının haftalık çalışma saati 40-49 saat ve 50 saatten fazla olan sağlık çalışanlarından yüksek olduğu belirlenmiş olup, gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur.

- Sağlık alışanlarının hasta güvenliği kltri leği alt boyut olumlu cevap puanlarının birimde çalışma sürelerine göre grup ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir.

- Buldukları hastanede 16 yıl ve üzeri görev yapan sağlık alışanlarının “*Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri*” alt boyut olumlu cevap ortalama puanlarının buldukları hastanede 11-15 yıl ve 6-10 yıl arasında görev yapan sağlık çalışanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir.

- Buldukları hastanede 6-10 yıl görev yapan sağlık alışanlarının “*Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği*” alt boyut olumlu cevap ortalama puanlarının buldukları hastanede 1-5 yıl arasında görev yapan sağlık çalışanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir.

- Mesleğinde 16 yıl ve üzeri görev yapan sağlık alışanlarının “*Hastane niteleri arasında ekip alışması*”, “*Hastane müdahaleleri ve değişim*” ve “*Personel sağlama*” alt boyut olumlu cevap ortalama puanlarının 1-5 yıl, 6-10 yıl ve 11-15 yıl arasında görev yapan sağlık çalışanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir.

- Mesleğinde 1-5 yıl görev yapan sağlık alışanlarının “*Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri*” alt boyut olumlu cevap ortalama puanlarının 6-10 yıl arasında görev yapan sağlık çalışanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir.

- Sağlık alışanlarının hasta güvenliği kltri leği alt boyut olumlu cevap puanlarının hastanenin ilk iş yeri olma durumuna göre grup ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir.

- Hastalarla doğrudan etkileşim ve teması olan (%57.27) sağlık çalışanlarının “Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme” alt boyut olumlu cevap ortalama puanlarının hastalarla doğrudan etkileşim ve teması olmayan (%46.54) sağlık çalışanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir.

- Kurumda hasta güvenliği var diyen sağlık çalışanlarının “güvenliğin kapsamlı algılanması”, “hastane üniteleri arasında ekip çalışması”, “hastane müdahaleleri ve değişim”, “organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme”, “üniteler içinde ekip çalışması”, “iletişimin açık tutulması”, “hatalar hakkında geri bildirim ve iletişim”, “hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt”, “personel sağlama” ve “hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği” alt boyut olumlu cevap ortalama puanlarının kurumda hasta güvenliği yok diyen sağlık çalışanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir.

- Kurumlarında tıbbi hata olmadığını belirten sağlık çalışanlarının “güvenliğin kapsamlı algılanması” ve “organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme” alt boyut olumlu cevap ortalama puanlarının kurumlarında tıbbi hata olduğunu belirten sağlık çalışanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir.

- Kurumlarında olay/hata raporlaması olduğunu belirten sağlık çalışanlarının “hataların raporlanma sıklığı”, “iletişimin açık tutulması”, “hatalar hakkında geri bildirim ve iletişim” ve “hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği” alt boyut olumlu cevap ortalama puanlarının kurumlarında olay/hata raporlaması olmadığını belirten sağlık çalışanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir.

Bu sonuçlar ışığında Pediatri servislerinde görev yapan sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürüne ilişkin algılarının istenilen düzeyde olumlu sağlık davranışları sergilemesine ve hizmet verdikleri gruba bu davranışları aktarmaları için aşağıdaki öneriler yapılabilir:

- Hastanelerde hasta güvenliğiyle ilgili problemleri planlama, bildirme, çözümlenme ve yanlışlıklardan ders almayı kolaylaştıracak proseslerin geliştirilmesi,

- Ünitelere özgü eğitim almış, tecrübeli, yetkin ve yeterli sayıda personel istihdamının sağlanması,

- Sağlık çalışanlarının hasta güvenliğiyle ilgili mevzuat çerçevesi içerisinde güncel başlıkları takip edebileceği ve kolay ulaşabileceği kaynak materyallerin oluşturulması,

- Sağlık çalışanlarının hasta güvenliğine yönelik farkındalıklarının maksimum düzeye çıkartılması adına hizmet içi eğitim programlarının düzenli ve rutin olarak yapılması,
- Sağlık Bakanlığı takibi ile hasta güvenliği kültürüne yönelik hastane gruplarına göre hastaneler arası kıyaslamaların yapılması,
- Elektronik ortamda takibinin de yapılabileceği hata raporlamayı destekleyecek ve geliştirecek sistem oluşturulması,
- Hastanelerde hasta güvenlik kültürü seviyesinin belirlenmesine süreklilik kazandırılması,
- Yöneticilerin hasta güvenliği konularında personeli cesaretlendirici desteğinin artırılması,
- Hastalar ve sağlık çalışanları arasındaki iletişimin güçlendirilmesi,
- Hataları raporlayan sağlık çalışanların ödüllendirilmesi,
- Yöneticiler hasta güvenliğiyle ilgili verdikleri karar ve eylemlerde sağlık çalışanlarının fikirlerini dikkate almaları,
- Sağlık çalışanları adına yöneticilerin, çalışma saatlerini hasta güvenliğini de dikkate alarak düzenlemeleri,

KAYNAKLAR

- “2003 Yılı Kanadalı Hemşireler Derneği Raporu”; www.cna.aaic.ca (Ulaşım: 13 Eylül, 2017).
- “Aorn Guidance Statement: Creating a Patient Safety Culture”, (2006) AORN Journal, Vol. 83, No: IV, s.936-942.
- “National Patient Safety Foundation”, July, (2003) www.npsf.org/ (Ulaşım: 27.Eylül, 2017).
- Abdou HA, Saber KM. A baseline assessment of patient safety culture among nurses at student university hospital, *World Journal of Medical Sciences*, 2011, 6 : 17-26.
- Abu Alrub, R. F., Abu Alhijaa, E. H. (2014) The Impact of Educational Interventions On Enhancing Perceptions of Patient Safety Culture Among Jordanian Senior Nurses. *Nursing Forum*, 49(2), 139-149.
- Acar, E. (2008) Ameliyathanedeki Hasta Ve Çalışan Güvenliği. *İstanbul Tıp Dergisi*, 3(1):26-39.
- Adıgüzel, O. (2010) Hasta Güvenliği Kültürünün Sağlık Çalışanları Tarafından Algılanmasına Yönelik Bir Araştırma. *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 28(1):54-57.
- Ahrq. Agency for Health Care Research and Quality [online]. U.S. Department of Health and Human Services, (2009). The Effect of Health Care Working Conditions on Patient Safety, Evidence Report/Teknoloji Assessment. <http://www.ahrq.gov> (Ulaşım: 13 Eylül 2017).
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J. ve Silber, H. J. (2002) Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, And Job Dissatisfaction. *Journal of the American Medical Association*, 288(16),1987-1993.
- Aiken, L., H., Sermeus, W., Sloane, M.,D. (2012) Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in europe and the United States. *BMJ* 2012; 44: 1-14.
- Aiken, L.H., Sloane, D.M., Lake, E.T. (1999) Organization And Outcomes Of İnpatient AIDS Care. *Medical Care*, 37(5):301-303,
- Akalın, E. (2004) Hasta Güvenliği Kültürü: Nasıl Geliştirebiliriz?.*Ankem Dergisi*, 1(1):10-13.
- Akalın,E. H. (2005) “Yoğun Bakım Ünitelerinde Hasta Güvenliği”, *Yoğun Bakım Dergisi*, 4(3):141-146.
- Akgün, S., Al-Assaf, A. F. (2007) Sağlık Kuruluşlarında Hasta Güvenliği Kültürünü Nasıl Oluşturabiliriz?,*Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Platformu*, 3, 42-47.
- Akın, A., Üçel, S.,A., Dogan, N. (2010) “Göztepe Eğitim Ve Araştırma Hastanesi’nde Hasta Güvenliği Kültürünün Algılanması Ve Çalışan Uzman Hekim, Asistan Hekim Ve Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürüne Yönelik Tutumlarının Belirlenmesi”, II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı, s 98-104, 28 Nisan-1 Mayıs, Ankara.
- Aksayan S., Aydın Armutçen A., Erdemir Çakmak N. (2009) “Sözel / Telefon İle Verilen İlaç / Laboratuar İstemleri Konusunda Liderlik: Hasta Güvenliğinin Bir Boyutu”, *VI. Ulusal Sağlık Kuruluşları Yönetimi Kongresi*, 21-24 Mayıs, KKTC, s. 164-165.
- Aktan C.C. ve Işık A.K., (2014) Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Alternatif Yöntemler, www.canaktan.org/ekonomi/sağlık (Ulaşım: 08.11.2016).
- Alp, F., Y. (2011) “Sağlık Çalışanlarının Hasta Güvenliği Kültürünün İncelenmesi”, Yüksek Lisans Tezi. Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

- Andermann, A., Ginsburg, L., Norton, P., Arora, N., Bates, D., Wu, A. ve diğeri. (2011) Core Competencies for Patient Safety Research: A Cornerstone for Global Capacity Strengthening. *BMJ Quality Safety*, 20, 96-101.
- Aorn Guidance Statement: Creating a Patient Safety Culture, (2006) *AORN Journal*, Vol. 83, No: IV, s.936-942.
- Aren A. (2008) Ameliyathanede Hasta Ve Çalışan Güvenliği. *İstanbul Tıp Dergisi*, 3:141-5.
- Arman D. (2003) El yıkama ve el dezenfeksiyonu. Hastane İnfeksiyonları. Bilimsel Tıp Yayınevi, Ankara.
- Aslan F.E., Öntürk Z.K. (2011) Güvenli Ameliyathane Ortamı; Biyolojik, Kimyasal, Fiziksel Ve Psikososyal Riskler, Etkileri Ve Önlemler. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 4(1):133-40.
- Aştı, T., Acaroğlu, R. (2000). Hemşirelikte Sık Karşılaşılan Hatalı Uygulamalar. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 4 (2), 22-27.
- Atan, Ü.Ş., Dönmez, S., Taşçı, E. (2013) Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürünün İncelenmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 21(3),172-180.
- Atasoy, A. (2009) Sandıklı devlet hastanesi sağlık çalışanlarında el hijyeni uygulamalarının belirlenmesi. Uluslararası sağlıkta performans ve kalite kongresi bildiriler kitabı, 2008, Antalya, 103-110.
- Ausserhofer, D., Schubert, M., Desmedt, M., Blegen, M.A., DeGeest, S. ve Schwendimann, R. (2013) The Association of Patient Safety Climate and Nurse-Related Organizational Factors with Selected Patient Outcomes: A Cross-Sectional Survey. *International Journal of Nursing Studies*, 50, 240-252.
- Bal, A. (2010) Giresun Prof. Dr. İlhan Özdemir Devlet Hastanesi'nde Hasta Güvenliği Kültürü Algılaması, II. Uluslararası Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Performans Yönetimi Kongresi, Ankara.
- Balas M.C., Scott L.D., Rogers A.E. (2004) The Prevalence and Nature of Errors and Near Errors Reported by Hospital Staff Nurses. *Applied Nursing Research*, 17(4), 224-230.
- Ballangrud R., Hedelin B., Hall-Lord M.L. (2012) Nurses' Perceptions of Patient Safety Climate in Intensive Care Units: A Cross- Sectional Study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 28, 344-354.
- Başbakkal, Z., Taş, F., Bal Yılmaz, H. (2009). Pediatri Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürüne İlişkin Görüşlerinin İncelenmesi, *Ege Pediatri Bülteni*, 16 (2): 87-9
- Berberoğlu, G., Besler, S., Tonus, Z. (1998) Örgüt Kültürü: Anadolu Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Örgüt Kültürü Araştırması. *Eskişehir Anadolu Üniversitesi İ.İ.B.F Dergisi*, 5(8):17-29.
- Bodur, S., Filiz, E. (2009). A Survey On Patient Safety Culture İn Primary Healthcare Services İn Turkey, *International Journal For Quality İn Health Care* 2009; Volume 21, Number 5: Pp. 348-355
- Bulun M. (2007) "JCI 2007 Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri" Hasta Güvenliği Bülteni, Sayı I, Ocak-Şubat

- Bulut, S., Türk, G., Şahbaz, M. (2013) Hemşirelerin Hasta Düşmelerini Önlemeye Yönelik Uygulamalarının Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16(3),163-169.
- Calfee, D. P. (2012) Crisis in Hospital- Acquired, Healthcare-Associated Infections. *Annual Review of Medicine*, 63, 359-371.
- Chen, C., Li, H. (2010). Measuring Patient Safety Culture in Taiwan Using the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). *BMC Health Services Research*, 10,152.
- Chi Chen., Hung-Hui Li. (2010). Measuring Patient Safety Culture İn Taiwan Using The Hospital Survey On Patient Safety Culture (HSOPSC) Chen And Li *BMC Health Services Research*, 10:152
- Cristian, A. (2009) Medical Management of Adults with Neurologic Disabilities. New York: Demos Medical Publishing.
- Çakır, A. (2007) Hasta güvenliği kültürü ile kalite yönetim sistemi arasındaki ilişkinin analizi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. İzmir.
- Çakır, A., Tütüncü O. (2009). İzmir İli Hastanelerinde Hasta Güvenliği Algısı. Ed: Kırılmaz H. I. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, Kongre Kitabı, Ankara.
- Çakmakçı M. (2004)Saşlıkta Yeni Kalite Göstergesi: Hasta Güvenliği ve Tıbbi Hatalar, *Acıbadem Hemşirelik Dergisi*, s. 30.
- Çırpı, F., Doğan Merih, Y., Yaşar Kocabay, M. (2009) Hasta Güvenliğine Yönelik Hemsirelik Uygulamalarının Ve Hemşirelerin Bu Konudaki Görüşlerinin Belirlenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2 (3), 26-34.
- Çoban, İ. (2012) Ailelerin hasta güvenliği konusundaki görüşlerinin belirlenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Dhatt G.S., Damir H.A., Matarelli S., Sankaranarayanan K., James D.M. (2011) Patient Safety: Patient Identification Wristband Errors. *Clinical Chemistry and Laboratory Medicine*, 49(5), 927- 929.
- Dilmen, B. (2016). "Hemşirelik Öğrencileri Ve Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Algılamalarının Değerlendirilmesi", Doktora Tezi. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Dingley, C., Daugherty, K., Derieg, K.M., Persing, R. (2008) Improving Patient Safety Though Provider Communication Strategy Enhancements. www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK43663/pdf/B.
- Dursun, S., Bayram, N., Aytaç, S. (2010) Hasta Güvenliği Kültürü Üzerine Bir Uygulama. *Sosyal Bilimler*, 8(1): 1-14.
- El-Jardali, F., Sheikh, F., Garcia, A.N., Jamal D., Abdo A. (2014) Patient Safety Culture in a Large Teaching Hospital in Riyadh: Baseline Assessment, Comparative Analysis and Opportunities for Improvement. *BMC Health Services Research*, 14, 122.
- Elliott, M., Liu, Y. (2010) The Nine Rights of Medication Administration: An Overview. *British Journal of Nursing*, 19(5), 300-305.
- Er, M. (2006) Çocuk, Hastalık, Anne-Babalar Ve Kardeşler. *Çocuk Sağlığı ve Hastahkları Dergisi*, 49:155-68.
- Erdoğan, İ. (1991) İşletmelerde Davranış, İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Yayın, No.242, İstanbul,
- Erengül, B. (1997) Kültür Sihirbazları, Evrim Yayınevi, İstanbul.

- Eroğlu, K.E. (2011) Bir eğitim ve araştırma Hastanesi'nde iş yükünün hasta güvenliği üzerindeki etkisinin belirlenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Atılım Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Ertem, G., Oksel, E. ve Akbıyık, A. (2009) Hatalı Tıbbi Uygulamalar (Malpraktis) ile İlgili Retrospektif Bir İnceleme. *Dirim Tıp Gazetesi*, 84(1), 1-10.
- European Commission. (2006) Medical errors. Opinion and Social, Eurobarometer 241/64.1 and 64.3 TNS.
- Filiz E. (2009) Hastanede hasta güvenliği kültürü algılamasının ve sağlık çalışanları ile toplumun hasta güvenliği hakkındaki tutumunun belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Fleming, M. And Wentzell N. (2008) "Patient Safety Culture Improvement Tool: Development and Guidelines for Use", Mark Fleming and Natasha Wentzell: 12,
- Flin, R. (2007) Measuring Safety Culture In Healthcare: A Case For Accurate Diagnosis. *Safety Science*, 45,653-667.
- Gödelek, E. (2007) İnşaat, otomotiv, mobilya-hızır sektöründe çalışanların güvenli iş davranışları değişim basamakları yordanabilir mi?.*IV. İş Sağlığı ve Güvenliği Kongresi Bildirileri, 20-21 Nisan 2007*, Adana.
- Gökdoğan, F., Yorgun, S. (2010) Sağlık Hizmetlerinde Hasta Güvenliği Ve Hemşireler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(2), 53-59.
- Göktaş S. (2007) "Bir Kamu Hastanesi'nde Hemşire İstihdamının Hasta Güvenliğine Etkisi". Yüksek Lisans Tezi. Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Göl, G. (2009) Bakım kalitesi ve hasta güvenliği. 12.Ulusal Uluslararası Katılımlı Hemşirelik Kongresi Kitabı, Sivas.
- Grober, E. D., Bohnen, J. M.A. (2005) Defining Medical Error. *Canadian Journal of Surgery*, 48(1), 39-44.
- Güdüloğlu N, Bahçecik N. Özel bir hastanede çalışan hemşirelerin örgüt kültürü algıları ve öğrenen organizasyon özelliklerinin belirlenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2011, 4:1, 103-114.
- Gülay H. (2016) "Akreditasyon Belgesine Sahip Özel Bir Üniversite Hastanesi'nde Sağlık Çalışanlarının Bakış Açısıyla Hasta Güvenliği Kültürünün Değerlendirilmesi", Yüksek Lisan Tezi. İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Güler, S. (2014) "Özel Bir Hastanede Sağlık Çalışanlarının Hasta Güvenliği Kültürü Algısının Değerlendirilmesi", Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Bilim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Gündoğdu S., Bahçecik N. (2012) Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürü Algılamasının Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*,15(2), 119-128.
- Güneş Y.Ü., Gürlek Ö., Sönmez M. (2015) A Survey of the Patient Safety Culture of Hospital Nurses in Turkey. *Collegian*, 310,1-8.
- Güneş, Y.Ü., Gürlek, Ö., Sönmez, M. (2015). A Survey of the Patient Safety Culture of Hospital Nurses in Turkey. *Collegian*, 310,1-8.

- Güven, R. (2007) Güvenlik kültürü. *IV. İş sağlığı ve Güvenliği Kongresi Bildirileri*, 20-21 Nisan 2007, Adana.
- Güvenç, B. (1999) İnsan ve Kültür, Remzi Kitabevi, İstanbul.
- Hak-İş: Haklar ve Özgürlükler Antolojisi. (2003) Magna Charta'dan 20 Yüzyıla Değın Özgürlük Mücadeleleri ve Yayımlanan İnsan Hakları Bildirgeleri. (Ed: Çoşku Can Aktan). http://www.hakis.org.tr/yayinlar/icindekiler_ve_giris.pdf
- Healthcare Risk Control. Risk Analysis, Culture of Safety. ECRI Institute. (2005) Available from. <https://www.ecri.org/Documents/PatientSafetyCenter/HRCCultureofSafety.pdf> (Ulaşım: 13 Eylül, 2017).
- Hebert, PC. (2001) Disclosure of Advers Events and Errors in Healthcare:an Ethical Perspective. *Drug Safety*.
- Hellings, J., Schrooten, W., Klazinga, N., Vleugels A. (2007). Challenging Patient Safety Culture: Survey Rresults. *Int J Health Care Qual Assur*, 20:620-632.
- Hughes, R. G., Mary A. Blegen, A. M. (2008) Patient Safety and Quality An Evidence-Based Handbook for Nurses. Rockville. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2651> (Ulaşım: 20 Eylül, 2017)
- Hüner S.Ç.G., Küçükerenköy F., Yıldırım Ö. (2004) "Hasta Güvenliği ve Beklenmedik Olaylar", *II. Ulusal Sağlık Kuruluşları Yönetimi Kongresi*, 4-7.Mart. Pamukkale, s. 140- 142.
- Institute of Medicine. (2001) Committee on Quality of Health Care in America Crossing the Quality Chasm: A New Health System For The 21st Century, *National Academy Press*, Washington.
- International Labour Organization. (2001) What is workplace stress?, <http://www.ilo.org/> (Ulaşım: 23 Eylül, 2016).
- İnanır, İ., Serbest, Ş. (2009) Hemşirelik Bakım Planları, 6. Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi, Hasta Güvenliği Kursu Eğitim Kitapçığı.
- Jason, N.E., Daniel, C.V. (2007) Three Measures of Sleep, Sleepiness, and Sleep Deprivation and The Risk of Injury: A Case-Control and Case-Crossover Study, *J Am Board Fam Med*, 20(1):16-22.
- Johnston, R., Irwin, T. (2012) Patient Safety: An Overview. *Surgery*, 30(9), 486-488.
- Johnstone MJ, Kanitsaki O. (2007) Clinical risk management and patient safety education for nurses: A critique. *Nurse Education Today*, 27: 185-191.
- Johnstone MJ, Kanitsaki O. (2007) Clinical risk management and patient safety education for nurses: A critique. *Nurse Education Today*, 27: 185-191.
- Karaca,A., Arslan,H. (2014) Hemşirelik Hizmetlerinde Hasta Güvenliği Kültürünün Değerlendirilmesine Yönelik Bir Çalışma, Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi, *Journal of Health and Nursing Management*. 1(1):9-18.
- Kaushal R, Bates D.W., Landrigan C, McKenna K.J. ve ark. (2001) Medication errors and adverse drug events in pediatric inpatients. *JAMA*, 285, 2114-20.
- Kaya, S., Tengilimoğlu, D., Işık, O., Akbolat, M., Yılmaz, A. (2013) Sağlık Kurumlarında Kalite Yönetimi, T.C. Anadolu Üniversitesi Yayını No: 2864, Anadolu Üniversitesi, Eskişehir, Ocak Sayısı.
- Kim, J., An, K., Kim, M.,K., Yoon, S.,H. (2007) Nurses' Perception of error reporting and patient safety culturein Korea, *Journal of NursingResearch*, Western, 29:827.

- Kirk vd. (2007) "Patient Safety Culture in Primary Care: Developing a Theoretical Framework for Practical Use": 316.
- Kohn, L.T., Corrigan, J.M., Donaldson, M.S. (2000) *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Institute of Medicine. *National Academy Press*, Washington.
- Koraşlı, D., Torun, E., Esra, G.Y. (2010). Sağlık Çalışanlarının Hasta Güvenliği Algısının Değerlendirilmesi: Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği. Ed: Kırılmaz H. II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, Kongre Kitabı, Ankara.
- Lang, T.A., Hodge, M., Olson, V., Romano, P.S., Kravitz, R.L. (2004) Nurse-Patient Ratios. A Systematic Review on the Effects of Nurse Staffing on Patient, J Nurs Admin, Nurse Employee and Hospital Outcomes.
- Lunsford, B., Wilson, L. D. (2015) Assessing Your Patients' Risk for Falling. *American Nurse Today*, 29-31.
- Maamoun, J. (2009) An Introduction to Patient Safety. *Journal of Medical Imaging and Radiation Sciences*, 40, 123-133.
- Mehtsun, W.T., Ibrahim, A. M., Diener-West, M., Pronovost, P.J., Makary, M. A. (2013) Surgical Events in the United States. *Surgery*, 153(4), 465-472.
- Milligan, F., Dennis, S. (2005) Building a Safety Culture. *Nurs Stand*.
- National Patient Safety Foundation. (2008) <http://www.npsf.org/rc/mp/definitions.php> (Ulaşım: 23 Eylül, 2017).
- Nieva, V.F., Sorra J. (2003). Safety Culture Assessment: A Tool For Improving Patient Safety In Health Care Organizations. *Qual Saf Health Care* 2003,12:17-23.
- Nordin, A. (2015) Patient Safety Culture in Hospital Settings- Measurements, Health Care Staff Perceptions and Suggestions for Improvement. *Karistad University Studies*.
- North Carolina Nurses Association Commission of Standards and Professional Practice (2005) *Tar Heel Nurse, Position Paper on Safe Staffing*.
- NPSA (National Patient Safety Agency) (2004) *Seven Steps to Patient Safety*, London : NPSA.
- Okay, A. (2000) *Kurum Kimliği, MdiaCat Kitapları*, Ankara.
- Olden, P. C., McCaughrin, W. C. (2007) Designing Healthcare Organizations to Reduce Medical Errors and Enhance Patient Safety. *Hospital Topics: Research and Perspectives on Healthcare*, 85(4), 4-9.
- Ovalı, F. (2010) Hasta Güvenliği Yaklaşımları. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 1: 33-43.
- Özata, M., Altuncan, H. (2010) Hastanelerde tıbbi hata görülme sıklıkları, tıbbi hata türleri ve tıbbi hata nedenlerinin belirlenmesi. *Konya Örneği, Tıp Araştırmaları Dergisi*, 8(2). <http://dergipark.ulakbim.gov.tr/etad/article/viewFile/5000143800/5000131316> (Ulaşım: 13 Eylül, 2017).
- Özkalp, E., Kirel, Ç. (2001) *Örgütsel Davranış, Eskişehir, Anadolu Üniversitesi, Eğitim Sağlık ve Bilimsel Araştırma Vakfı Yayınları, Eskişehir*.
- Özkan A. (2012) Hasta güvenliği önlemlerinin perinatal kliniklere uyarlanması ve uygulama rehberlerinin geliştirilmesi. Doktora tezi. *Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü*.
- Özkan, T., Lajunen, T. (2003).Güvenlik Kültürü Ve İklimi. *Pivolka Dergisi*, 10(1):156-158.

- Öztürk, R. (2008) Hastane enfeksiyonları: sorunlar, yeni hedefler ve hukuki sorumluluk. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, <http://www.ctf.edu.tr/stek/pdfs/60/6003.pdf> (Ulaşım: 13 Eylül, 2016).
- Parlayan, M.A., Dökme, S. (2016) Özel Hastanelerdeki Hemşire ve Hastaların İletişim Seviyelerinin Değerlendirilmesi: Bir Hastane Örneği, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, *Sosyal Bilimler Dergisi*, 13(2):73.
- Patient Safety Curriculum Guide Multi-Professional Edition (2011) World Health Organization. Geneva.
- Patient Safety World Health Professions Alliance Fact Sheet. (2002) World Health Organization, Geneva.
- Pinnock, D. (2012) The Role of the Ward Manager in Promoting Patient Safety. *British Journal of Nursing*, 21(19), 1144-1149.
- Polat, O. (2005) Tıbbi Uygulama Hataları, Seçkin Yayınları, Ankara.
- Probst, C. A., Wolf, L., Bollini, M., Xiao, Y. (2015) Human Factors Engineering Approaches to Patient Identification Armband Design. *Applied Ergonomics*, 52, 2-7.
- Pronovost, P.J., Thompson D. A., Holzmueller C. G. (2005) Defining and measuring patient safety. *Crit Care Clin*.
- Pronovost, P.J., Weast, B., Holzmueller, CG., Rosenstein, BJ., Kidwell, RP., Haller, KB., Feroli, ER., Sexton, JB., Rubin, HR. (2003). Evaluation of the Culture of Safety: Survey of Clinicians and Managers in an Academic Medical Center. *Qual Saf Health Care*, 12:405-10.
- Pumar-Méndez, M. J., Attree, M., Wakefield, A. (2014) Methodological Aspects in the Assessment of Safety Culture in the Hospital Setting: A Review of the Literature. *Nurse Education Today*, 34,162-170.
- Rachel, L., Egidio, F., Colecchia, Berardi, A. M. (2003) Individual Differences In Subjective And Objective Alertness During Sleep Deprivation Are Stable And Unrelated. *Am J Physiol Regul Integr Comp Physiol*, 1(284):54-56.
- Reiman, T., Oedewald, P. (2002) The assesment of organizational culture: a methodological study. VTT Research Notes 2140, Finland.
- Resmi Gazete (1961) 224 sayılı "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun". Resmi Gazete No:10705, 12.01.
- Resmi Gazete (2009) Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin usul ve Esaslar hakkında Tebliğ. (<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2009/04/20090429-12.htm>).
- Rogers, A.,E., Hwang, W.,T., Scott, L., D. (2004) The working hours of hospital staff nurses and patient safety, *Health Aff* ;23:202-12.
- Sabuncuoğlu Z., Tüz, M. (2001) Örgütsel Psikoloji, Ezgi Kitabevi, Bursa.
- Salinas, M., López-Garrigós, M., Lillo, R., Gutiérrez, M. , Lugo, J., Leiva- Salinas, C. (2013) Patient Identification Errors: the Detective in the Laboratory. *Clinical Biochemistry*, 46, 1767–1769.
- Sammer, C. E., Lykens, K., Singh, K. P., Mains, D.A. ve Lackan, N. A. (2010) What Is Patient Culture? A Review of The Literature. *Journal of Nursing Scholarship*, 42(2), 156-165.
- Sayek, F. (2011) Hasta Güvenliği: Türkiye ve Dünya, TTB Raporları.

- Scherer, D., Fitzpatrick, J. (2008) Perceptions of Patient Safety Culture Among Physicians and RNs in the Perioperative Area, *AORN*, Journal; 87:163-75.
- Semiz C., Akbal E.Y., Birbudak S. (2008) "Hemşirelikte Hatalı Tıbbi Uygulamaların (Malpraktis) Yasal ve Etik Yönü", VI. Ulusal Sağlık Kuruluşları Yönetimi Kongresi, 1-4.Mayıs. Bodrum, s. 115-121.
- Sezgin B. (2007) Kalite belgesi alan hastanelerde çalışma ortamı ve hemşirelik uygulamalarının hasta ve hemşire güvenliği açısından değerlendirilmesi.Doktora Tezi. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelikte Yönetim ABD.
- Singer, S.J., Gaba, D.M., Geppert, J.J., Sinaiko, A.D., Howard, S.K., Park K.C. (2003). The Culture of Safety:Results of an Organization-Wide Survey in 15 California hospitals. *Qual Saf HealthCare*, 12:112-8.
- Slater, B. L., Lawton, R., Armitage, G., Bibby, J. ve Wright, J. (2012) Training and Action for Patient Safety: Embedding Interprofessional Education for Patient Safety Within an Improvement Methodology. *Journal of Continuing Education in The Health Professions*, 32(2), 80-89.
- Smith, C.M. (2005). Origin and Uses of Primum Non Nocere- Above All, Do No Harm! *Journal of Clinical Pharmacology*,45, 371-377.
- Snyder S.R., Favoretto A.M., Derzon J.H., Christenson R.H., Kahn S.E., Shaw C.S. (2012) Effectiveness of Barcoding for Reducing Patient Specimen and Laboratory Testing Identification Errors: A Laboratory Medicine Best Practices Systematic Review and Meta- Analysis. *Clinical Biochemistry*, 45, 988-998.
- Sorra ve ark. (2008). Patient Safety. Hospital Survey on patient safety culture: 2008 comparative database report. AHRQ Publication, United States, <http://www.ahrq.gov.tr> (15.10.2017).
- Sorra, J., Wangne,r C., Smits, M., Huang, C.C. (2013). Assessing Patient Safety Culture in Hospitals Across Countries. *International Journal for Quality in Health Care*, 2013, 25: 213-221.
- Spruill, A., Eron, B., Coghill, A.,Talbert, G. (2009) Decreasing Patient Misidentification Before Chemotherapy Administration. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 13(6), 716-717.
- Sullivan, J. E., Buchino, J. J. (2004) Medication Errors in Pediatrics- The Octopus Evading Defeat. *Journal of Surgical Oncology*, 88, 182-188.
- Şerifoğlu, U.K., Sungur, E. (2007) Kazaların habercileri: kaza habercisi olayların yönetimi ve sağlık-güvenlik kültürü ilişkisi. IV. İş sağlığı ve Güvenliği Kongresi Bildirileri, 20-21 Nisan 2007 Adana.
- Şişman, M. (1994) Örgüt Kültürü. Anadolu Üniversitesi Basımevi, Eskişehir.
- Tak, B. (2010) Sağlık Hizmetlerinde Olay Raporlama Ve Hasta Güvenliğine Etkileri. *Sağlıkta Kalite Ve Performans Dergisi*, 1(2):72-113.
- Tang FI, Sheu SJ, Yu S, Wei IL, Chen CH. (2007) Nurses Relate The Contributing Factors Involved İn Medication Errors.*J Clin Nurs* 16: 447-457.
- Teleş M. Sağlık Personelinin Hasta Güvenliği Kültürü Algıları İle Hastaların Sağlık Hizmeti Kalitesi Algıları Arasındaki İlişkinin Analizi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2011.
- Tezcan, M. (1991) Sosyolojiye Giriş-Temel Kavramlar, Bilgi Basım Merkezi, Ankara.

- Thomas, A. N., Panchagnula, U. (2008) Medication-Related Patient Safety Incidents In Critical Care: A Review Of Reports To The UK National Patient Safety Agency. *Anaesthesia*, 63,726-733.
- Tokaç, M. (2008) Türk Tıp Tarihine Ait Belgelerde Hasta Güvenliği. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Platformu. <http://www.sdplatform.com/Kategori/Yazilar/Aciklama.aspx?ID=84> (Ulaşım: 05 Nisan 2015).
- Tunçel, K. (2013) Hemşirelerin hasta güvenliği kültürünü algılama düzeyi ve hasta güvenliği uygulamaları. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Tural, E. (2006) Bir Belge Beledi İspençiyarlık San'atının İcrasına Dair Nizamname. *Çağdaş Yerel Yönetimler*, 15(3), 111-116.
- Turunen, H., Partanen, P., Kvist, T., Miettinen, M., Vehviäinen-Julkunen, K. (2013) Patient Safety Culture in Acute Care: A Web-Based Survey of Nurse Managers' and Registered Nurses' Views in Four Finnish Hospitals. *International Journal of Nursing Practice*, 19, 609-617.
- Türk Tabipleri Birliği Füsün Sayek TTB Raporları/Kitapları (2011) Hasta Güvenliği: Türkiye ve Dünya. Ankara.
- Tütüncü, Ö., Küçükusta, D. (2006). Hasta Güvenliği Kültürü ve Hemşireliğe Yönelik Bir Uygulama, *Hastane Yönetimi Dergisi*, 10 (2), 61-68.
- Tütüncü, Ö., Küçükusta, D., Yağcı, K. (2006) Toplam Kalite Yönetimi Kapsamında Hasta Güvenliği Ve Akreditasyon: Tıbbi Laboratuvarlar Değerlendirmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi, *Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 8(49):147-149.
- Tüzüner V.L., Ozarslan B., (2008) ""Hastanelerde İş Sağlığı Ve Güvenliği Uygulamalarının Değerlendirilmesine Yönelik Bir Araştırma", *1. Ulusal Çalışma İlişkileri Kongresi, Sakarya, Türkiye, 6-8 Kasım 2008.* ss.514-524
- Ulusal Hastane Enfeksiyonları Sürveyans Ağı (UHESA) (2010) T.C. SAĞLIK Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Türkiye Hastane Enfeksiyonları Sürveyans Rehberi, Ankara, <http://Hastaneenfeksiyonlari.Rshm.Gov.Tr/> (Ulaşım: 08.Mayıs, 2017)
- Usal, A., Kuşlivan, Z. (2002) Davranış Bilimleri, Fakülteler Kitapevi Barış Yayınları, İzmir.
- Uzun, Ö. (2009) Hastanelerde hasta güvenliğini olumsuz etkileyen etmenler inönü üniversitesi malatya sağlık yüksekokulu, hemşirelik bölümü, Kampus, -Merkez, 44280-Malatya. *V. Nörojiyürji Hemşireleri Kongresi, 17-21 Nisan 2009 Girne, KKTC.*
- Wakefield A., Attree M., Braidman I., Carlisle C., Johnson M., Cooke H. (2005) Patient Safety: Do Nursing and Medical Curricula Address This Theme? *Nurse Education Today*, 25,333-340.
- Wang X., Liu K., You L.M., Xiang J.G., Hu H.G., Zhang L.F. (2014) The Relationship Between Patient Safety Culture and Adverse Events: A Questionnaire Survey. *International Journal of Nursing Studies*, 51,1114-1122.
- Weinger, M.B., Ancoli-Israel, S.A. (2002) Sleep deprivation and clinical performance. *JAMA*.
- Wolf, Z.R., Serembus, J., Smetzer, J., et.al. (2000) Responses and concerns of healthcare providers to medication errors, *Clin Nurse Spec*, 14(6):25-74.

- Woloshynowych, M., Rogers, S. , Taylor-Adams, S. ,Vincent, C. (2005) The Investigation and Analysis of Critical Incident and Adverse Events in Healthcare. *Health Technology Assessment*, 9(19), 1-5.
- Woods, D., Thomas, E., Holl, J., Altman, S., Brennan, T. (2005) Adverse events and preventable adverse events in children. *Pediatrics* 115: 155-160.,
- World Health Organization (2009) Patient Safety A World Alliance For Safer Health Care WHO Guidelines for Safe Surgery. http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/99789241598552_eng.pdf
- World Health Organization. (2006) World Alliance for patient safety. Forward programme 2006- 2007. WHO Press, Geneva, Switzerland.
- World Health Organization. (2009) Who Guidelines on Hand Hygiene in Health Care First Global Patient Safety Challenge Clear Safe is Safer Care. Geneva.
- Wu, Y., Fujita, S., Seto, K., Ito, S., Matsumoto, K., Huang, C.C., Hasegawa, T. (2013). The impact of nurse working hours on patient safety culture: a cross-national survey including Japan, the United States and Chinese Taiwan using the Hospital Survey on Patient Safety Culture. *BMC Health Serv Res.* Oct 7;13:394. doi: 10.1186/1472-6963-13-394.
- Yılmaz, Z. (2014) “Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürünün Belirlenmesi”, Yüksek Lisan Tezi. Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Kayseri
- Young, S. (2005) The role of health in reducing medical errors and improving healthcare quality & patient safety. agency for healthcare research&quality. <http://www.ehealthinitiative.org> (Ulaşım: 15 Eylül, 2017).
- Zencirci, A.D. (2010) Hemşirelik ve Hatalı Tıbbi Uygulamalar, *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 1; 68.
- Zohar, D. (1980) Safety Climate in Industrial Organizations: Theoretical and Applied Implications. *J Appl Psychol.*
- Zorlutuna Y. Sağlık kurumlarında hasta güvenliği. http://www.saglikyonetimikongresi.org/OnlineWebEditor/userfiles/SYK_Sunumlar/YZSKHG.pdf (Ulaşım: 6 Mayıs, 2017).

EKLER

EK-1 (Kişisel Bilgi Formu)

Kişisel bilgiler

1. Çalıştığınız Birim:

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Hastanenin Birçok Bölümü / Belirli Bir Bölüm Söz Konusu Değil. | <input type="radio"/> Yoğun Bakım |
| <input type="radio"/> Dahiliye | <input type="radio"/> Psikiyatri |
| <input type="radio"/> Cerrahi | <input type="radio"/> Fizik Tedavi Ve Rehabilitasyon |
| <input type="radio"/> Kadın Doğum | <input type="radio"/> Eczane |
| <input type="radio"/> Çocuk | <input type="radio"/> Laboratuvar |
| <input type="radio"/> Anestezi | <input type="radio"/> Radyoloji |
| <input type="radio"/> Acil Tıp | <input type="radio"/> Diğer. Lütfen Belirtiniz :..... |

2. Yaş

- 25 ve altı 26- 35 36 -45 46 -55 56 ve üzeri

3. Medeni durumunuz:

- Evli Bekar

4. Ne kadar süredir hemşirelik yapmaktasınız?

- 0 - 1 yıl 2 - 3 yıl 4 - 7 yıl 8 - 15 yıl 16 yıl ve

üzeri

5. Bu hastane çalıştığınız ilk iş yeriniz mi?

- Evet Hayır

6. Kaç yıldır bu hastanede çalışıyorsunuz?

7. Şu anda çalıştığınız birimde kaç yıldır çalışıyorsunuz?

8. Haftada kaç saat çalışıyorsunuz?

- a. 40 saati geçmiyor b. 40-49 saat c. 50 saatten fazla

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

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> a. Kadrolu hemşire | <input type="checkbox"/> d. Araştırma Görevlisi |
| <input type="checkbox"/> a. Öğretim Görevlisi | <input type="checkbox"/> d. Doçent |
| <input type="checkbox"/> a. Uzman | <input type="checkbox"/> d. Yardımcı Doçent |
| <input type="checkbox"/> b. Profesör | <input type="checkbox"/> e. Sözleşmeli Hemşire |
| <input type="checkbox"/> e. Uzmanlık öğrencisi | <input type="checkbox"/> F. Diğer |

10. Çocuk ve ailesiyle etkileşim halinde misiniz?

- a. Evet b. Hayır

11. Mesleğinizi kaç yıldır yapıyorsunuz?

12. **Son 12 ayda** kaç kez olay raporu yazıp idarecilerinize verdiniz?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> a. Hiç | <input type="checkbox"/> d. 6-10 olay raporu |
| <input type="checkbox"/> b. 1-2 olay raporu | <input type="checkbox"/> e. 11-20 olay raporu |
| <input type="checkbox"/> c. 3-5 olay raporu | <input type="checkbox"/> f. 21 ve olay raporu |

EK-2 (Hasta Güvenliği Kùltürü Hastane Anketi)

HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ HASTANE ANKETİ*

Bu ankette size hasta güvenliği, tıbbi hata ve olay raporlama konusunda sorular sorulmaktadır.

- “**Olay**”, hastanın zarar görmesiyle sonuçlansın ya da sonuçlanmasın yapılan bir hata, yanlış veya kaza olarak tanımlanmaktadır.
- “**Hasta güvenliği**”, sağlık bakım hizmetleri verilirken hastanın yaralanması veya istenmeyen olayların ortaya çıkmasını önlemedir.

BÖLÜM A: Çalıştığımız Birim

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

BÖLÜM B: Yöneticileriniz/supervisor

Yönetici/supervisor veya doğrudan bağlı olduğunuz kişiler ile ilgili aşağıdaki konulara katılma derecenizi belirtiniz.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. Yöneticilerimiz, oluşturulmuş hasta güvenliği prosedürlerine göre yapılmış bir işi gördüğünde takdir eder.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Yöneticilerimiz, hasta güvenliğini geliştirmek için çalışanların önerilerini ciddiye alır.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Yöneticilerimiz, kalite kaybı bile olsa bizim 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. Yöneticilerimiz tekrar tekrar oluşan hasta güvenliği problemlerini görmezden gelir.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

BÖLÜM C: İletişim

Bölümünüzde aşağıdakiler ne sıklıkta oluyor?	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu Zaman	Her zaman
1. Raporlanan olaylara dayandırılarak yapılan değişiklikler hakkında bilgilendiriliriz.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Çalışanlar, hasta bakımını olumsuz etkileyebilen bir şey gördüklerinde bunu serbestçe dile getirebilir.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Bu birimde oluşan hatalar hakkında bilgilendiriliriz.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Çalışanlar, yöneticilerinin karar ve eylemlerini sorgulamakta kendilerini özgür hisseder.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. Bu birimde biz, hataların tekrar oluşmasını engelleyecek yöntemleri tartışırız.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. Çalışanlar, bir şey yanlış gözüktüğünde soru sormaktan korkarlar.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

BÖLÜM D: Raporlanmış Olayların Sıklığı

Biriminizde aşağıdaki hatalar olduğunda ne sıklıkla rapor ediliyor?	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu Zaman	Her zaman
1. Bir hata yapıldığında ancak hastayı etkilemeden fark edilip düzeltildiğinde ne sıklıkla rapor ediliyor?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Bir hata yapıldığında ancak hastaya zarar verme potansiyeli olmadığında ne sıklıkla rapor ediliyor?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Hastaya zarar verebilme olasılığı olan ancak zarar vermeyen bir hata yapıldığında ne sıklıkla rapor ediliyor?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

BÖLÜM E: Hasta Güvenliği Derecesi

Hasta güvenliği konusunda biriminiz değerlendiriz.

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

BÖLÜM F: Hastanemiz

Hastanemiz ile ilgili olarak aşağıda belirtilen konulara katılma derecenizi belirtiniz.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılmıyorum Ne Katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. Hastane yönetimi hasta güvenliğini artıran bir çalışma atmosferi sağlamaktadır.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Hastane üniteleri birbiriyle uyum içinde çalışmaz.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Hastalar bir üniteden diğerine nakledilirken bazı şeyler ihmal edilir, gözden kaçırılır, kaybedilir.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Birimler arasında birlikte çalışmayı gerektiren iyi bir işbirliği vardır.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. Nöbet değişimi sırasında hasta bakımıyla ilgili önemli bilgiler çoğu zaman kaybedilir.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. Diğer bölümlerinden gelen kişilerle çalışmak genellikle hoş karşılanmaz.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7. Birimler arasında bilgi aktarımında sıklıkla problemler oluşur.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8. Yönetimin faaliyetleri, hasta güvenliğinin üst düzey bir öncelik olduğunu gösteriyor.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9. Yönetim, sadece istenmeyen olay olduğunda hasta güvenliği ile ilgili giib gözükmemektedir.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10. Hastalar için en iyi bakımı sağlama amacıyla birimler birlikte iyi çalışır.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11. Bu hastanede nöbet değişimleri açısından problemlidir.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

BÖLÜM G: Yorumlarınız

Lütfen hastanemiz/kuruluşunuzdaki “hasta güvenliği, tıbbi hata ve olay raporlama” konularındaki düşünce/yorumunuzu yazınız.

Hasta güvenliği:


Tıbbi hatalar:

Olay/hata raporlama:

ANKETİ DOLDURDUĞUNUZ İÇİN

TEŞEKKÜR EDERİZ

EK-3 (Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu)

	UŞTIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (ANKET ARAŞTIRMALARI İÇİN)		
	Dok.Kodu : FR-HYH-22	İlk Yay.Tarihi : 04 Ocak 2010	Sayfa : 1 / 5
Rev. No : 02	Rev.Tarihi : 26 Şubat 2014		

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Sizi Yüksel Karademirler tarafından yürütülen "Pediatri servislerinde çalışan sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürü algıları ve etkileyen faktörler" başlıklı ankete dayalı bir araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. İsterseniz bu bilgileri aileniz ve/veya yakınlarınız ile tartışınız. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu anket çalışmasına katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama hakkına sahipsiniz. Anketi yanıtlamaz, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen anket formlarındaki soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

Yrd. Doç. Dr. Gülay MANAV
Üsküdar Üniversitesi SBE
SBF Ebelik Bölümü Müdür Yardımcısı
(Sorumlu Araştırmacı)

Yüksel Karademirler
U.Ü.Tıp Fakültesi
Ç.S.H. AD. Başhekimliği
(Yardımcı Araştırmacı)

Araştırmanın Amacı:

(Anket çalışmasının amacı, çalışmaya katılmayı kabul edecek olan gönüllünün anlayacağı bir dille anlatılmaktadır).

Geniş bir alanı kapsayan pediatri servisleri 0-18 yaş grubu arasındaki sağlıklı ve sağlık sorunları olan çocuklar ile ergenlerin bakımını içerir. Pediatri servislerinde çalışan sağlık çalışanlarının çalışma alanlarındaki koşulları, yönetimin tarzı, eğitimleri ve bunlar gibi faktörler hasta güvenliği kültürü oluşturulması gibi önemli bir konuda etkili olmaktadır. Bu sebeplerle ilişkili olarak, mevcut durumu ortaya konulup, farkındalığın artırılması ve konuya dikkat çekilmesi açısından bilimsel çalışmaların sürekli yenilenmesi ve devamlılığı gerekmektedir. Araştırmada, pediatri servislerinde çalışan sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürü algıları ve etkileyen faktörleri karşılaştırmak, var olan kültür alanlarının daha iyi olması için iyileştirme yapılacak konuları belirlemek, hasta güvenliği hakkında çalışanları bilgilendirmek ve güvenlik kültürünü tespit etmek, hasta güvenliği sürecinde geliştirilen sistemleri denetlemek ve geline noktayı belirlemek, oluşturulan güvenlik kültürünü diğer kurumlar çerçevesinde ve kendi bünyesinde kıyaslamak, güvenlik ile ilgili istekleri yerine getirmek ve yeni düzenlemeler yapılması amacıyla yapılacak olup özette; hasta güvenliği kültürünün oluşumunda ve gelişiminde rol oynayan faktörlerle, hastane yönetiminin

Çalışmanın adı: Pediatri servislerinde çalışan sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürü algıları ve etkileyen faktörleri
Tarih: 2016-17/13 g



ÜTİP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU
(ANKET ARAŞTIRMALARI İÇİN)

Dok.Kodu : FR-HYH-22	İlk Yay.Tarihi : 04 Ocak 2010	Sayfa : 2 / 5
Rev. No : 02	Rev.Tarihi : 26 Şubat 2014	

güvenlik kültürü politikalarını oluşturmalarında dikkat edecekleri hususları saptamasına yardımcı olacağı düşünülmektedir. Dolayısıyla, bu çalışmanın amacı pediatri servislerinde çalışan sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürü algıları ve etkileyen faktörlerin incelenmesidir.

İzlenecek Olan Yöntem ve Yapılacak İşlemler:

(Gönüllüye verilecek anket formlarının kaç sorudan oluştuğu, nasıl ve ne zaman doldurulacağı, doldurma esnasında gönüllünün dikkat etmesi gereken noktalar, anket sorularını yanıtlarken yaklaşık ne kadar zamana gereksinim olduğu vb. yazılmaktadır)

Araştırma pediatri servislerinde çalışan sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürü algıları ve etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı olarak düşünülmüştür. Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı araştırma, durum saptanmasına yöneliktir. Tanımlayıcı araştırmada gerçeği yansıtan durum saptamalarına dayanarak sorunlara çözüm getireci nitelikte ilişkilerin araştırılmasına yönelebilir. Bu anlamda durum saptama birinci aşamayı, olaylar arasında ilişki aramak da ikinci aşamayı oluşturur (Aslan ve Öntürk, 2011). Yapacağımız araştırma tanımlayıcı nitelikte araştırmanın içeriği ile uyumaktadır.

Araştırmada veri toplama aracı olarak anket yöntemi kullanılmıştır. Anket formunda pediatri servislerinde çalışan sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürü algıları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesini ölçen "Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi" ile "Kişisel Bilgi Formu"na yer verilmiştir.

Kişisel Bilgi Formu: Araştırmacı tarafından ilgili kaynaklar doğrultusunda hazırlanan formda toplam 12 soru bulunmaktadır. Araştırmaya katılacak kişilerin yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, mesleği, eğitim durumu, çalışma yılı, hastanede kaç yıldır çalıştığı ve şu an çalıştığı bölümde kaç yıldır çalıştığını belirleyen sorular bulunmaktadır.

Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi: Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi (Hospital Survey on Patient Safety Culture) 2004 yılında, Amerika'da, Sağlık Hizmetlerinde Araştırma ve Kalite Ajansı (Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) tarafından hastanelerde hasta güvenliği kültürünü belirlemek amacıyla geliştirilmiştir (Sorra and Nieva 2004). Anketin geçerlik ve güvenilirliği tüm sağlık çalışanlarına (doktor, hemşire, diyetisyen vb.), hastane yöneticilerine, sekreterlere ve hasta bakıcılara yapılmıştır. Anketin ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışması Filiz ve Bodur (2009) tarafından yapılmış ve Cronbach alfa katsayısının $\alpha=0.86$ olduğu bulunmuştur. Ankette, hasta güvenliği kültürünün alanlarını ünite/birim düzeyinde ve hastane düzeyinde ölçen sorular, sonuç değişkenleri ile ilgili sorular ve kişisel bilgilerinde yer aldığı 7 soru bulunmaktadır. Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi, 42 madde ve 12 alt alandan (Güvenliğin Kapsamlı Algılanması, Hataların Raporlanma Sıklığı, Hastane Üniteleri Arasında Ekip Çalışması, Hastane Müdahaleleri ve Değişim, Yönetici Beklentileri ve Güvenlik Geliştirme Faaliyeti, Organizasyonel Öğrenme ve Sürekli Geliştirme, Üniteler İçinde Ekip Çalışması, İletişimin Açık Tutulması, Hatalar Hakkında Geribildirim ve İletişim, Hataya Karşı Cezalandırıcı Olmayan Yanıt, Personel Sağlama, Hasta Güvenliği İçin Hastane Yönetiminin Desteği) oluşmaktadır.

İstanbul Üsküdar Bölgesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
Gözetimden geçirilmiştir.
Tarih : 04.10.2016
Form No : 2016-17/17

Çalışmanın adı: Pediatri servislerinde çalışan sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürü algıları ve etkileyen faktörler
Tarih:



UUTIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU
(ANKET ARAŞTIRMALARI İÇİN)

Dok.Kodu : FR-HYH-22 İlk Yay.Tarihi : 04 Ocak 2010 Sayfa
Rev. No : 02 Rev.Tarihi : 26 Şubat 2014 3 / 5

Tablo 1. Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi Alt Alanları

Hasta güvenliği kültürü alt alanları	Alt Alanlar
Güvenliğin kapsamlı algılanması	A10, A15, A17, A18
Hataların raporlanma sıklığı	D1, D2, D3
Hastane üniteleri arasında ekip çalışması	F2, F4, F6, F10
Hastane müdahaleleri ve değişim	F3, F5, F7, F11
Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri	B1, B2, B3, B4
Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme	A6, A9, A13
Üniteler içinde ekip çalışması	A1, A3, A4, A11
İletişimin açık tutulması	C2, C4, C6
Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim	C1, C3, C5
Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt	A8, A12, A16
Personel sağlama	A2, A5, A7, A14
Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği	F1, F8, F9

Anket ABD'deki hastanelerde yaygın olarak kullanıldığından AHRQ hastane sonuçlarını karşılaştırmak için ilk olarak 2007 yılında veri tabanını oluşturmuş; 2008 yılında ise anketi yeniden uygulayan hastanelerin sonuçlarını karşılaştırarak veri tabanını güncellemiştir. Karşılaştırmalı verilerin her yıl güncellenerek en azından 2012 yılına kadar devam edeceği bildirilmiştir (Filiz, 2009).

Beşli likert tipindeki anket, çalışılan birim, yönetim ve hastane alt alanlarında (A, B, F bölümlerinde) "1=kesinlikle katılmıyorum", "2=katılmıyorum", "3=ne katılıyorum ne katılmam", "4=katılıyorum", "5=kesinlikle katılıyorum" şeklinde; iletişim ve raporlanmış olayların sıklığı alt alanlarında (C ve D bölümlerinde) "1=hiçbir zaman", "2=nadiren", "3=bazen", "4=çoğu zaman", "5=her zaman" şeklinde yanıtlanmaktadır. Ankette 18 ters yönlü soru bulunmaktadır. Ankette yer alan A5, A7, A8, A10, A12, A14, A16, A17, B3, B4, C6, F2, F3, F5, F6, F7, F9 ve F11 maddelerindeki sorular ters yönlü sorulardır. Ters yönlü sorular çevrildikten sonra hangi maddelerin hangi alt alanlarda yer aldığı belirlenir. Her bir madde için verilen pozitif cevaplar "kesinlikle katılıyorum" (5), "katılıyorum" (4) ile "çoğu zaman" (4), "her zaman" (5) olarak değerlendirilir. Her bir madde için verilen pozitif cevaplar maddelere verilen tüm cevap sayısına bölünür. Elde edilen sonuç maddelere verilen olumlu cevap ortalamasıdır. "Kesinlikle katılmıyorum" ve "hiçbir zaman" (1), "katılmıyorum ve nadiren" (2), "ne katılıyorum ne katılmam ve bazen" (3) grupları olumlu cevap puan ortalamalarının hesaplanmasına dahil edilmemektedir. Anketin değerlendirilmesi sadece olumlu cevap ortalaması puanlarına göre yapılmaktadır (Sorra and Nieva 2004).

Anket güvenlik kültürüne ilişkin 3 kademede hastanenin bakış açısını değerlendirir;

- Hastane yönetiminin hasta güvenliğine desteğine,
 - Birimler arası ekip çalışmasının bütünlüğü,
 - Hastanenin sınırları ve arada kaldığı noktalar.
- Bunların sonucunda varılacak 4 temel sonuç;
- Tümünden güvenlik anlayışı,
 - Raporlanan olayların sıklığı,
 - Hasta güvenliği düzeyi (hastane birimlerinin),

UUTIP Fakültesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
Taraftından onaylanmıştır.
Tarih : 04.10.2016
Karar No : 2016-19/17

Çalışmanın adı: Pediatri servislerinde çalışan sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürü algıları ve etkileyen faktörler
Tarih:



UÜTIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU
(ANKET ARAŞTIRMALARI İÇİN)

Dok.Kodu	: FR-HYH-22	İlk Yay.Tarihi	: 04 Ocak 2010	Sayfa	
Rev. No	: 02	Rev.Tarihi	: 26 Şubat 2014		4 / 5

-Raporlanan olayların sayısı.

Araştırmadan elde edilen veriler, SPSS programında uygun istatistiksel yöntemler kullanılarak bilgisayar ortamında değerlendirilecektir. Verilerin değerlendirilmesinde; yaş grubu, meslek grubu, eğitim durumu, meslekte toplam çalışma yılı, hastanede toplam çalışma yılı, birimde toplam çalışma yılı, hastanenin hasta güvenliği yönünden düzeyi, hastaya zarar vermeyen uygulamaların rapor edilme durumu, hastaya zarar veren uygulamaların rapor edilme durumu, hastanenin kalite yönetim sistemini değerlendirme durumu, hastanenin hizmetinin kalitesi yönünden puanlar karşılaştırılırken varyans analizi kullanılacaktır. Analiz sonucunda önemlilik kararı verilen değişken yönünden farklılık yapan grup ya da grupları bulmak için Tukey Testi kullanılacaktır. Cinsiyet, meslek, hasta güvenliği konusunda eğitim alma durumu, hasta güvenliği geliştirme çalışmaları yapılma durumu, yapılan bir hatanın aleyhine kullanılma durumu, yapılan bir hatanın siciline işlenme durumu yönünden gruplar karşılaştırıldığında iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi, ölçekteki maddelere ise frekans analizi uygulanacaktır. Veriler tablolarda aritmetik ortalama \pm standart sapma şeklinde belirtilip yanılma düzeyi 0,05 olarak alınacaktır.

Araştırmanın Süresi: 1 yıl

Katılması Beklenen Gönüllü Sayısı: Bu çalışma Bursa ilindeki iki kamu hastanesi ve bir üniversite hastanesi pediatri servislerinde çalışan sağlık çalışanlarına uygulanacaktır. Araştırmanın evrenini Dörtçelik Çocuk Hastalıkları Hastanesi (n=423), Sağlık Bilimleri Üniversitesi Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi (n=154) ve Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi (n=634), Bursa Zübeyde Hanım Doğumevi (n=50) pediatri servislerinde çalışan tüm sağlık çalışanları oluşturmuştur.

Çalışmanın örneklemini belirlemek üzere tabakalı örneklem yöntemi uygulanmış olup, doktor, hemşire, tekniker ve diğer sağlık personeli olmak üzere toplam 1261 kişi çalışmaya alınmıştır. Araştırmanın örneklem sayısının, örneklem belirleme formülü kullanılarak $n = (z \cdot \sigma)^2 / (e^2 + (z \cdot \sigma)^2 / N) = 295$ hesaplanmıştır (Özdamar, 2003). Araştırma sonrasında geçersiz anketlerin olacağı göz önünde bulundurularak hesaplanan örneklem miktarından fazla anket dağıtılması planlanmıştır. Belirlenen sayıda hekim ve hemşire ve diğer sağlık personelinde toplanan anketler incelendikten sonra örneklem 300 kişiden oluşmuştur.

Araştırmanın Yapılacağı Yer(ler):

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Dörtçelik Çocuk Hastalıkları Hastanesi
Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi
Bursa Zübeyde Hanım Doğumevi

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
Kararından onaylanmıştır.
Tarih: 04.02.2016
Yazdır No: 2016-17/12

Çalışmanın adı: Pediatri servislerinde çalışan sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürü algıları ve etkileyen faktörler
Tarih:



UÜTİP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU
(ANKET ARAŞTIRMALARI İÇİN)

Dok.Kodu	: FR-HYH-22	İlk Yay.Tarhi	: 04 Ocak 2010	Sayfa
Rev. No	: 02	Rev.Tarhi	: 26 Şubat 2014	5 / 5

Araştırmaya Katılan Araştırmacılar:

- Yrd. Doç. Dr. Gülay MANAV (Üsküdar Üniversitesi SBE, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, SBF Ebelik Bölümü Müdür Yardımcısı, gulaymanav@gmail.com, 05534259736)

- Yüksel KARADEMİRLER (Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Ç.S.H. A.D. Başhemsiresi, yuksekarademirler@uludag.edu.tr, 05059771960)

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
Tarafından onaylanmıştır.
Tarih : 06.10.2016
Karar No : 2016.17/137

Çalışmanın adı: Pediatri servislerinde çalışan sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürü algıları ve etkileyen faktörler
Tarih:

EK-4 Kurum İzin Belgeleri

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Pediyatri servislerinde çalışan sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürü alguları ve etkileyen faktörler
-----------------------	---

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ	Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Rektörlük Binası Kat.1 Görükle Kampüsü Nilüfer/ Bursa
	TELEFON	0.224. 295 00 20
	FAKS	0.224. 295 00 29
	E-POSTA	uukaek@uludag.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Yrd.Doç.Dr.Gülşay Manav			
	SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul Üsküdar Üniversitesi SBE, Sağlık Bilimleri Enstitüsü SBF Ebelik Bölümü			
	YARDIMCI ARAŞTIRMACININ UNVANI/ADI/SOYADI	Başhemsire Yüksel Karademirler			
	YARDIMCI ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Anket çalışması			
	ARAŞTIRMANIN YAPILIŞ AMACI	Yüksek Lisans tez çalışması			
	ARAŞTIRMANIN BAŞLAMA TARİHİ/ SÜRESİ	20.10.2016 / 1 yıl			
	GÖNÜLLÜ/DOSYA SAYISI	1211			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

DEĞERLENDİRİLEN İLGİLİ BELGELER	Belge Adı	Tarih	Dili
	GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR İÇİN BAŞVURU FORMU	03.10.2016	Türkçe
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	03.10.2016	Türkçe
	ANKET FORMU	-	Türkçe

DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama
	ARAŞTIRMA BÜTÇE FORMU	<input checked="" type="checkbox"/> Tarih: 03.10.2016
	ARAŞTIRICILAR İÇİN TAAHHÜTNAME FORMU	<input checked="" type="checkbox"/> Tarih: 03.10.2016
	PROSPEKTİF ÖZELLİKLI GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMA TAAHHÜTNAMESİ	<input checked="" type="checkbox"/> Tarih: 03.10.2016
	IKU klavuzunun okunduğuna dair taahhütname	<input type="checkbox"/>
	SONUÇ ÖZET RAPORU	<input type="checkbox"/>
DİĞER:	<input checked="" type="checkbox"/> Araştırma ilk başvuru ön yazısı (03.10.2016), sorumlu araştırmacı özgeçmişi, araştırmacılar tarafından imzalanmış Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi, Literatür.	

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI | Pediatri servislerinde çalışan sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürü algıları ve etkileyen faktörler

Karar No : 2016-17/ 17 **Tarih :** 04 Ekim 2016

KARAR BİLGİLERİ

Yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler, araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak değerlendirildi.

1-Araştırmanın yapılmasının uygun olduğuna, ancak diğer çalışma merkezlerden alınacak izin yazılarının kurumumuza iletilmesinden sonra çalışmaya başlanılmasına,

2-Araştırmanın yürütülmesi sırasında Etik kurul kağıdı bulunan "Onam" formunun kullanılması ve bu formun çalışmaya katılan gönüllülere çalışma hakkında sözlü bilgi verilmesi sonrasında eksiksiz bir şekilde doldurulmasına,

3-Araştırmanın başlama tarihinin bildirilmesi ve araştırma tamamlandığında özet bir sonuç raporunun hazırlanarak kurumumuza iletilmesine,

4-Araştırma protokolünde ve başvuru formunda yapılacak tüm değişiklikler için Etik Kuruldan izin alınması gerektiğinin sorumlu araştırmacılara iletilmesine oybirliği ile karar verildi.

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

ÇALIŞMA ESASI | İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu

BAŞKANIN UNVANI/ADI SOYADI | Prof.Dr.Mustafa HACIMUSTAFAOĞLU

ÜYELER							
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile İlgili	Katılım *	İmza
Prof.Dr.Mustafa HACIMUSTAFAOĞLU Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	U.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD.	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"/>	
Prof.Dr. Elif BAŞAĞAN MOĞOL Başkan Yardımcısı	Anesteziyoloji	U.Ü.T.F. Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD.	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"/>	
Prof.Dr. Mehmet CANSEV Üye	Farmakoloji	U.Ü.T.F. Tıbbi Farmakoloji AD.	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. Alpaalan YÜRKÜKAN Üye	Halk Sağlığı	U.Ü.T.F. Halk Sağlığı AD.	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. Pınar VURAL Üye	Psikiyatri	U.Ü.T.F. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD.	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"/>	
Doç.Dr. Hilal ÖZKAN Üye	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	U.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD.	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"/>	
Doç.Dr. Hasan ARI Üye	Kardiyoloji	Bursa Yüksek İhtisas EAH Kardiyoloji Kliniği	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. Tuna GÜLTEN Üye	Tıbbi Genetik	U.Ü.T.F. Tıbbi Genetik AD.	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. Çiğdem Mine YILMAZ Üye	Hukuk	U.Ü.Hukuk Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	Başka bir toplantıda
Yrd.Doç.Dr. Engin SAĞDİLEK Üye	Biyofizik	U.Ü.T.F. Biyofizik AD.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	Başka bir toplantıda
Yrd.Doç.Dr. Sezer ERER Üye	Tip Tarihi ve Etik	U.Ü.T.F. Tip Tarihi ve Etik AD.	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"/>	
Uz.Dr. Kağan HUYSAL Üye	Biyokimya	Bursa Yüksek İhtisas EAH Biyokimya	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"/>	
Ahmet GÖREN Üye	Sağlık mesleği mensubu olmayan üye	Serbest Meslek	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı

* Toplantıda Bulunma

B. ARAŞTIRMADA YER ALAN DANIŞMANLAR
(Birden çok danışman olması durumunda bu bölümü yinелейiniz.)*
* Bu bölümde danışman Öğretim Üyesi ile ilgili bilgiler verilmelidir.

B.1	Adı Soyadı: Yrd. Doç. Dr. Gülşay MANAV
B.2	Unvan: Üsküdar Üniversitesi SBE, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, SBF Ebelik Bölümü Müdür Yardımcısı
B.3	Uzmanlık alanı:
B.4	İş adresi: Üsküdar Üniversitesi SBE, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, SBF Ebelik Bölümü
B.5	E-posta adresi: gulaymanav@gmail.com
B.6	Telefon numarası: 05534259736
B.7	Faks numarası:

C. DİĞER BELGELER

(Bu bölümde belirtilen belgeler sırası ile başvuru dosyasına eklenmelidir.)

C.1	Üniversite / Kurum Talep Yazısı
C.2	VARSA ANKET FORMU* * Anketin geçerliliği/güvenilirliği ile ilgili olarak, anket hazırlanmasında yararlanılan kaynaklar belirtilmelidir. Ayrıca, her sayfasında sorumlu araştırmacının imzası olan bir örneği başvuru formuna eklenmelidir. Anket formunda araştırmaya katılanların kimliğini açığa çıkaran sorular olmamasına özen gösterilmelidir.
C.3	Çalışma Yapılacak İlişiler Listesi
C.4	Çalışma Yapılacak Sağlık Tesis(leri) Listesi

D. BAŞVURU SAHİBİNİN İMZASI

D.1	İşbu başvuru formu ile kendim/başvuru sahibi adına
D.2	<ul style="list-style-type: none">• Başvuruda sağlanan bilgilerin doğru olduğunu,• Araştırmamın ilgili mevzuata, Değerlendirme Formuna ve genel Helsinki Bildirgesi ilkelerini uygun olarak gerçekleştirileceğini,• Araştırma sona erdikten sonra sonuç raporunun bir kopyasını Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna sunacağımı taahhüt ederim.
D.3	Başvuru sahibi: Yüksel KARADEMİRLER
D.4	Adı soyadı: Yüksel KARADEMİRLER
D.5	Tarih (gün/ay/yıl olarak): 07/12/2016
D.6	İmza:

NOT:

- Bu formu doldurularak Kamu Hastaneleri Birlikleri Genel Sekreterliklerine müracaat edilecektir.
- Sadece başvuru yapılmış olması, yapılacak araştırmaya başlamak için yeterli değildir. Araştırmaya başlanabilmesi için ilgili başvurunun Genel Sekreterlik tarafından **UYGUN GÖRÜLMESİ** gerekmektedir.
- Çalışma başka fazla ilda yapılacak ise ilgili Genel Sekreterliklere ayrı ayrı başvuru yapılması gerekmektedir.

EK-1 ARAŞTIRMA ÇALIŞMALARI BAŞVURU FORMU

A. ARAŞTIRMACIYA VE ARAŞTIRMAYA AİT BİLGİLER

A.1	ARAŞTIRMACIYA AİT BİLGİLER		
A.1.1	Adı Soyadı: Yüksel KARADEMİRLER		
A.1.2	Kurumu / Üniversitesi: Üsküdar Üniversitesi		
A.1.3	Bölümü: Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği		
A.2	ARAŞTIRMAYA AİT BİLGİLER		
A.2.1	Araştırmanın Konusu (Araştırmanın açık adı): Pediyatri servislerinde çalışan sağlık çalışanlarının hasta		
A.2.2	Araştırmanın Statüsü (Aşağıdaki kutucuklardan uygun olanları işaretleyiniz.) güvenliği kültürü algıları ve etkileyen faktörler		
A.2.2.1	Yüksek Lisans Tezi		
A.2.2.2	Doktora Tezi		
A.2.2.3	Uzmanlık Tezi		
A.2.2.4	Bireysel Araştırma Projesi		
A.2.2.5	Diğer ise, lütfen belirtiniz.		
A.2.3	Amaç/Kapsam: Çalışmanın amacı pediatri servislerinde çalışan sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürüne ilişkin algılarının incelenmesidir.		
A.2.4	Veri Toplama Yöntemi: Anket		
A.2.5	Hipotez(ler):		
A.2.6	Araştırmanın Kısıtlı/kları (sınırlılıkları): Araştırma çalışmanın yapılacağı örneklem ile sınırlıdır.		
A.2.7	Araştırmanın Evreni/Örneklemini (yaş aralıkları ve cinsiyet belirtilmiş ise yazılacaktır): 1211/300		
A.2.8	Araştırmanın Yapılacağı Zaman: Araştırmanın süresi 1 yıl olarak planlanmıştır.		
A.2.9	bu çalışmada kullanılan materyal ve/veya elde edilen veriler kullanılarak başka araştırma planlanmaktadır mı?	Evet	Hayır
A.2.10	Yanıtınız evet ise, lütfen yapılacak olan araştırmalar ile ilgili bilgi veriniz:		
A.2.11	Araştırma katılımcılarının fiziksel ve ruhsal sağlıklarını tehdit edici sorular içeriyor mu?	Evet	Hayır
A.2.12	Göndürlü katılımcı olumsuz yönde etkileyecek herhangi bir soru veya durum var mı?	Evet	Hayır
A.2.13	Araştırma başvurusunun onaylandığı etik kurul/komisyon var mı?	Evet	Hayır
A.2.14	Araştırmanın aşağıda belirtilen alanlarda varsa yararlarını yazınız?		
A.2.14.1	Araştırmanın bireysel yararı var mı? Mesleki deneyime katkı sağlayacağı düşünülmektedir.		
A.2.14.2	Araştırmanın kurumsal (Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu) yararı var mı? Çalışan algılarının farkındalığı açısından yarar sağlayacağı düşünülmektedir.		
A.2.14.3	Araştırmanın toplumsal yararı var mı?		
A.2.14.4	Araştırmanın bilimsel yararı var mı? İleride yapılacak çalışmalara katkı sağlayacağı düşünülmektedir.		



T.C.
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 52588837-000/ 421
Konu : Etik Kurul kararı

17 /AŞ./2016

Sayın Doç.Dr.Gülşay MANAV
İstanbul Üsküdar Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü SBF Ebelik Bölümü Öğretim Üyesi

Kurulumuza başvurusunu yaptığınız ve sorumlu araştırmacısı olduğunuz "Pediatri servislerinde çalışan sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürü algıları ve etkileyen faktörler" konulu araştırmanıza ilişkin Kurulumuzun 04 Ekim 2016 tarih ve 2016-17/17 nolu kararı ekte gönderilmektedir.

Gereği için bilgilerinize sunulur.


Prof.Dr.Mustafa HACIMUSTAFAOĞLU
Kurul Başkanı

EKLER:

- 1-Karar (1 adet)
- 2-BGO formu (1 adet)
- 3-Anket formu (1 adet)

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Rektörlük Binası, Görükle Kampüsü 16059 Nilüfer/BURSA
Tel: 0-224-2950020 Fax: 0-224-2950029
e-posta: uukaek@uludag.edu.tr Elektronik Ağ: www.tip.uludag.edu.tr



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu

Sayı : 95796091-010.07

Konu : Araştırma İzni

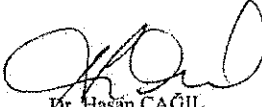
T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
TKHK - TRTÜK KAMU HASTANE BİRLİKLERİ
DAİRE BAŞKANLIĞI
16.06.2013 10:38 - 95/76091/010/4603
01530930

Üniversiteler, diğer özel ve kamu kuruluşları, araştırma görevlileri veya şahıslar tarafından Kurumumuza bağlı 2 inci ve 3 üncü basamak sağlık tesisleri ile ağız ve diş sağlığı merkezlerinde hasta ve/veya çalışanları kapsayacak şekilde araştırma, tez çalışması, anket ve benzeri çalışmaların yapılması konusunda izin talebinde bulunmaktadır.

Döner Sermaye İşletmesi Kapsamında Destekleyici Talebi İle Yürütülecek Çalışmalar ile İlgili Usul Ve Esaslar Hakkında Yönerge kapsamında bulunmayan söz konusu çalışmalara ilişkin izin/onay taleplerinin, çalışmaya başlama sürecinin ve bürokrasinin azaltılması bakımından Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliklerince mevzuat ve bilimsel esaslar çerçevesinde değerlendirilerek izin verilmesi uygun görülmüştür.

Bu çerçevede; Başvuruların Kurumumuzla yazışmaya gerek kalmadan mahallinde değerlendirilip sonuçlandırılması, çalışmaların sağlık tesislerinde hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, anket/araştırmaya katılımların gönüllülük esasına göre yapılması, kişisel verilere ve özel hayatın korunmasına özen gösterilmesi, ekte gönderilen başvuru formundaki bilgilerin göz önünde bulundurulması ve yapılacak çalışmanın sonucunun Bakanlığımız bilgisi dışında ilan edilmemesi kaydıyla izin taleplerinin Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliklerince değerlendirilerek sonuçlandırılması hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.


Dr. Hasan ÇAGIL
Kurum Başkanı

EK:
Başvuru Formu (2 sayfa)

DAĞITIM:
87 Kamu Hastaneleri Birliğine (Genel Sekreterlik)
Yükseköğretim Kurulu Başkanlığına

Kamu Hastane Birlikleri Daire Başkanlığı
Nasuh Akar mah.Ziyabey Cad.1407.sok.No:4
Balgat-Çankaya/Ankara

Ayrıntılı bilgi için irtibat: N.GÜNERİ
Tel: 0(312)705 16 76
Faks:0(312)705 15 98



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Bursa İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

BURSA İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL
SEKRETERLİĞİ - BURSA İLİ KHİNGS İDARİ HİZMETLER
BAŞKANLIĞI
00112016 11 23 88553808 774 99 E 29765
00035091594

Sayı : 88553808-774.99
Konu : Yüksel KARADEMİRLER'in Yüksek
Lisans Tez Araştırma İzni

GENEL SEKRETERLİK MAKAMINA

Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik ABD Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans öğrencisi Yüksel KARADEMİRLER "Pediatri servisinde Çalışan Sağlık Çalışanlarının Hasta Güvenliği Kültürü Algıları ve Etkileyen Faktörler" başlıklı tez çalışmasının anket sorularını birliğimize bağlı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile Dörtçelik Çocuk Hastalıkları Hastanesinde uygulama isteği, Başkanlığımızca uygun görülmüş olup;
Olur'larınıza arz ederim.

Op. Dr. Muhammed GÜNAYDIN
İdari Hizmetler Başkanı.

OLUR
../12/2016
Prof. Dr. Rüstem AŞKIN
Genel Sekreter

Organize Sanayi Bölgesi 75 Yıl Bulvarı Park Caddesi No:1 Nilüfer/BURSA

Faks No:02246003398

e-Posta:fatma.dogan6@saglik.gov.tr İnt.Adresi: F.DOĞAN Tel: 0 224 6003300-1152

E-Posta: Fatma.Dogan6@saglik.gov.tr

Evrakin elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 3998987c-bd5c-49e4-8887-41d7efc2e8fb kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:Fatma DOĞAN

Unvan:HEMŞİRE

Telefon No:0224 600 33 00 /1152



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Bursa İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

BURSA İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL
SEKRETERLİĞİ - BURSA İLİ KHBGS İDARI HİZMETLER
BAŞKANLIĞI
09.12.2016 15:31 - 88553808 - 774.99 - E 29781
0035127347

Sayı : 88553808-774.99
Konu : Yüksel KARADEMİRLER'in Yüksek
Lisans Tez Araştırma İzni

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜNE

Üniversitenizin Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik ABD Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans öğrencisi Yüksel KARADEMİRLER "Pediatri servisinde Çalışan Sağlık Çalışanlarının Hasta Güvenliği Kültürü Algıları ve Etkileyen Faktörler" başlıklı tez çalışmasının anket sorularını birliğimize bağlı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile Dörtçelik Çocuk Hastalıkları Hastanesinde uygulama yapabilmesi için 09.12.2016 tarih ve 29765 sayılı Makam Onayı Ek'te sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Prof.Dr.Rüstem AŞKIN
Genel Sekreter

EK: Makam Oluru (1 sayfa).

Organize Sanayi Bölgesi 75 Yıl Bulvarı Park Caddesi No:1 Nülüfer/BURSA

Faks No:02246003398

e-Posta:fatma.dogan6@saglik.gov.tr İnt.Adresi: F.DOĞAN Tel: 0 224 6003300-1152

E-Posta: Fatma.Dogan6@saglik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-bolge.saglik.gov.tr> adresinden 0b1dd6d2-5940-4f54-b687-82f48b1ba02c kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:Fatma DOĞAN

Unvan:HEMŞİRE

Telefon No:0224 600 33 00 / 1152



T.C.
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Genel Sekreterlik



Sayı: 26468960-044/46854
Konu: Araştırma İzni

14/12/2016

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

İlgi : 02.12.2016 tarihli ve 60560713-044-E.2236 sayılı yazınız.

İlgi yazınızda bahsi geçen Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği yüksek lisans öğrencisi Yüksel KARADEMİRLER'in "Pediatri Servislerinde Çalışan Sağlık Çalışanlarının Hasta Güvenliği Kültürü Algıları ve Etkileyen Faktörler" konulu tez çalışması kapsamında Üniversitemiz Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezinde araştırma yapma isteği Rektörlüğümüzce uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. Eray ALPER
Rektör a.
Rektör Yardımcısı

Bu Belge, 5070 sayılı Kanun hükümlerine uygun olarak elektronik imza ile imzalanmıştır.

U.U Rektörlüğü Görükle Kampusu 16059 Nilüfer/BURSA
Tel: 0224 294 00 44 Faks: 0224 294 00 37
e-posta : uugs@uludag.edu.tr Elektronik Ağ: www.uludag.edu.tr

Bilgi için : Çiğdem ŞENOL
Şef
Tel: 0224 294 00 38

Bu belge UDOS ile hazırlanmıştır. Teyit için: <https://udos.uludag.edu.tr/teyit/?UCsOUdREYkGHOoamleEryA>

BURSA



T.C.
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ MÜDÜRLÜĞÜ
Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı Başkanlığı



Sayı: B.30.2.ULU.0.H1.12.04-819/518
Konu: Hemşire Yüksel KARADEMİRLER'in
Araştırma İzni

06/01/2017

SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ MÜDÜRLÜĞÜNE
İlgi : 20.12.2016 tarihli ve 73115338-819/35681 sayılı yazınız.

Hemşire Yüksel KARADEMİRLER'in Araştırması uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini saygularım ile arz ederim.

Prof. Dr. Selçuk YILMAZLAR
Anabilim Dalı Başkanı

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı/Görükle Kampüsü 16059
Nilüfer/BURSA
Tel:0-224-2952740
e-posta: heyincerrahi@uludag.edu.tr
Bu belge UDOS ile hazırlanmıştır. Teyit için: <https://udos.uludag.edu.tr/teyit/?cB8cibASAEqe3051507F4A>

BURSA



T.C.
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ MÜDÜRLÜĞÜ
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı



Sayı: B.30.2.ULU.0.H1.11.18-819/36236
Konu: Hemşire Yüksel KARADEMİRLER'in
Araştırma İzni

26/12/2016

SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi: 20.12.2016 tarihli ve 73115338-819/35681 sayılı yazınız.

Hastanemiz Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Hemşirelerinden Yüksel KARADEMİRLER'in, yüksek lisans tezi için, yapmak istediği çalışmaya ilişkin dilekçesi incelenmiş olup uygun bulunmuştur.

Gereği bilgilerinize arz olunur.

Doç. Dr. Pınar VURAL
Anabilim Dalı Başkanı

U.Ü. Tıp Fakültesi Dekanlığı Dahili Tıp Bilimleri Bölüm Başkanlığı Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı Başkanlığı Görükle Kampüsü 16059 Nilüfer/BURSA Bilgi için: Aylin Kökten
Tel : 0224 295 18 80 – Faks: 0224 295 00 99 Ünyan: A.D Sekreter
e-posta : aylink@uludag.edu.tr Elektronik Ağ: www.uludag.edu.tr
Bu belge UDOS ile hazırlanmıştır. Teyit için: https://udos.uludag.edu.tr/teyit/?K_AHXzegEaFIORlxshLQ

BURSA



T.C.
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ MÜDÜRLÜĞÜ
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı



Sayı: B.30.2.ULU.0.H1.11.03-819/35757
Konu: Hemşire Yüksel KARADEMİRLER'in
Araştırma İzni

21/12/2016

SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi: 20.12.2016 tarihli ve 73115338-819/35681 sayılı yazınız.

Hastanemiz Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Hemşirelerinden Yüksel KARADEMİRLER'in, yüksek lisans tezi için, yapmak istediği "Sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürü algıları ve etkileyen faktörler" başlıklı tez çalışması için; pediatri hastası yatırılan bölümlerde çalışan tüm sağlık çalışanları (Dr.hemşire, personel) ve (ÇSH AD., Ç.Cerrahi AD, Çocuk Psikiyatri AD, Ç.Nöroşirurji BD) gibi bölümler ve bu bölümlere hizmet veren diğer birimler (Eczane, Laboratuvar, Radyoloji, Temizlik, Yemek) gibi ayrıca pediatriye hizmet veren BİM ve Hasta kabul birimi çalışanları ile Baş sağlık teknisyenine bağlı çalışanlar, teknik hizmetler, Yönetimden sorumlu olan idari birimler dahil anket çalışması uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize arz olunur.

imza

Prof. Dr. Betül Berrin SEVİNİR
Anabilim Dalı Başkanı

Bu belge, 5070 sayılı Kanun hükümlerine uygun olarak elektronik imza ile imzalanmıştır.

U.Ü. Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Gözükle Kampüsü 16059 Nilüfer/BURSA

Tel : 0224 295 04 43 - 295 04 44 Faks: 0224 442 81 43

e-posta : tipdek@uludag.edu.tr Elektronik Ağ: www.uludag.edu.tr

Bilgi için: Gülay Çabuk

VHKİ

Tel: 0224 295 04 43

Bu belge UDÖS ile hazırlanmıştır. Teyit için: <https://udos.uludag.edu.tr/teyit?KETnfujxJ06JvGnDM8pCUg>

BURSA



T.C.
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ MÜDÜRLÜĞÜ
Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı Başkanlığı



Sayı: B.30.2.ULU.0.H1.12.02-819/36455
Konu: Hemşire Yüksel Karademirler' in Araştırma
izni

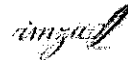
28/12/2016

SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 20.12.2016 tarihli ve 73115338-819/35681 sayılı yazınız.

İlgili yazınız gereğince, Hemşire Yüksel Karademirler' in Araştırma izni Anabilim
Dalımızca uygun bulunmuştur.

Gereğini arz ederim.


Prof. Dr. Hasan DOĞRUYOL
Anabilim Dalı Başkanı

Bu Belge, 5070 sayılı Kanun hükümlerine uygun olarak elektronik imza ile imzalanmıştır.
Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı 0224.295 19 40
Bu belge UDOS ile hazırlanmıştır. Teyit için: <https://udos.uludag.edu.tr/teyit/?p7VnHrQHkuflAzQfb3k3g>





T.C.
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğü



Sayı: 73115338-819/753
Konu: Araştırma İzni (Hemşire Yüksel
KARADEMİRLER)

09/01/2017

Sayın Hemşire Yüksel KARADEMİRLER
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Kliniği

İlgi : 16.12.2016 tarihli dilekçeniz.

İlgi dilekçenizde belirtmiş olduğunuz yüksek lisans teziniz için, yapmak istediğiniz çalışmaya ilişkin, söz konusu Anabilim Dalı Başkanlıklarının yazıları ekte gönderilmiştir. Bilgilerinize rica ederim.

Doç. Dr. Şaduman BALABAN ADIM
Başhekim Yardımcısı

Ek :
1-ÇSH AD' nın yazısı
2-Ç.Cer.AD' nın yazısı
3-Ç.Ruh Sağ.AD'nın yazısı
4-Beyin ve Sin. Cer. AD'nın yazısı

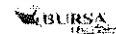
Bu evrakın 5070 sayılı Kanun gereğince
e-İmza ile imzalandığı tasdik olunur.

..09/ Ocak 2017. Fulya DEMİRTAŞ
Evrak Kayıt Birim Sorumlusu

Bu Belge, 5070 sayılı Kanun hükümlerine uygun olarak elektronik imza ile imzalanmıştır.

U.Ü. Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Görükle Kampüsü 16059 Nilüfer/BURSA Bilgi için:
Tel : 0224 295 01 41- 295 01 42 /295 01 44 Faks: 0224 295 00 99 Aylin GÜNDAY / Memur
e-posta : yzislere@uludag.edu.tr Elektronik Ağ: www.uludag.edu.tr

Bu belge U/DOS ile hazırlanmıştır. Teyit için: <https://udos.uludag.edu.tr/teyit/?ucxWcpst-0-C11U-42CrfA>



[Arama](#) [Görseller](#) [Posta](#) [Drive](#) [Takvim](#) [Sites](#) [Gruplar](#) [Kişiler](#) [Daha fazlası »](#)

yuksekarademirler@uludag.edu.tr | [Hesap](#) | [Ayarlar](#) | [Yardım](#) | [Oturumu kapat](#)

Bu tarayıcı desteklenmediği için temel HTML sürümüne yönlendirildiniz. Standart görünümü kullanmak için lütfen desteklenen bir tarayıcıya geçin.



Uludağ
Üniversitesi bodur said

Posta Ara

Web'de ara

[Arama seçeneklerini göster](#)
[Filtre oluştur](#)

[Posta Oluştur](#)

[Gelen](#)

[Kutusu \(936\)](#)

[Yıldızlı](#)

[Gönderilmiş](#)

[Postalar](#)

[Taslaqlar \(18\)](#)

[Tüm Postalar](#)

[Spam](#)

[Çöp kutusu](#)

[Rehber](#)

[Etiketler](#)

[Etiketleri düzenle](#)

« [Arama sonuçları görünümüne geri dön](#)

Diğer İşlemler...

[Git](#)

[« Daha yeni 7 / 8](#) [Daha eski »](#)

[Tümünü genişlet](#)

[Yazdır](#)

[Yeni pencere](#)

Hasta güvenliği kültürü

Gelen Kutusu

[Yuksekarademirler](#)

4 Mart 2015 23:13

[Said Bodur](#) <saidsbodur@gmail.com>

5 Mart 2015 13:28

Alıcı: Yuksekarademirler <yuksekarademirler@uludag.edu.tr>

[Yanıtla](#) | [Yanıtı tüm alıcılara gönder](#) | [Yönlendir](#) | [Yazdır](#) | [Sil](#) | [Orijinali göster](#)

Hayırlı çalışmalar

4 Mart 2015 23:13 tarihinde Yuksekarademirler <yuksekarademirler@uludag.edu.tr> yazdı:

Said Hocam Uludağ Üniversitesinde çalışıyorum Üsküdar Üniversitesinde yüksek lisans yapıyorum Uludağ Üniversitesinde çalışan Hekim Hemşire ve diğer çalışanlarına Hasta güvenliği kültürü anketi kullanarak bitirme proje tez çalışması yapmak istiyorum çalışmanızda kullandığınız türkçeye uyarlama yaptığınız ölçek ve varsa değerlendirme protokolünü kullanmak istiyorum yardımcı olursanız sevinirim.

A.Said Bodur, MD
Professor of Public Health
Balıkesir University School of Medicine, Department of Public Health
Çalışma Yerleşkesi, 10145, Balıkesir, TURKEY
Tel: +90 266 6121454/1058
Fax: +90 266 6121459

2 eklenti — [Tüm eklentileri tara ve indir](#)

[Bodur_Filiz_Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi.pdf](#)
102K HTML olarak görüntüle [Tara ve indir](#)

[Patient Safety Culture_user guide_2004.pdf](#)
1573K HTML olarak görüntüle [Tara ve indir](#)

[Yanıtla](#) | [Yanıtı tüm alıcılara gönder](#) | [Yönlendir](#) | [Yazdır](#) | [Sil](#) | [Orijinali göster](#)

[Yuksekarademirler](#) <yuksekarademirler@uludag.edu.tr>

5 Mart 2015 23:06

Alıcı: Said Bodur <saidsbodur@gmail.com>

[Yanıtla](#) | [Yanıtı tüm alıcılara gönder](#) | [Yönlendir](#) | [Yazdır](#) | [Sil](#) | [Orijinali göster](#)

Hocam Teşekkür ederim gönderinizi aldım

5 Mart 2015 13:28 tarihinde Said Bodur <saidsbodur@gmail.com> yazdı:

- [Alınılacak materyaller](#) -

[Yuksekarademirler](#) <yuksekarademirler@uludag.edu.tr>

2 Nisan 2015

11:46

Alıcı: Said Bodur <saidsbodur@gmail.com>

[Yanıtla](#) | [Yanıtı tüm alıcılara gönder](#) | [Yönlendir](#) | [Yazdır](#) | [Sil](#) | [Orijinali göster](#)

Hocam Hasta güvenliği kültürü anketinizi aldım değerlendirme formunu da gönderirseniz memnun olurum Saygılar

5 Mart 2015 23:05 tarihinde Yüksel KARADEMİRLER <yukselkarademirler@uludag.edu.tr> yazdı:

- Alınılan metni göster -

[Said Bodur](#) <saidbodur@gmail.com>

2 Nisan 2015 12:21

Alıcı: Yüksel KARADEMİRLER <yukselkarademirler@uludag.edu.tr>

[Yanıtla](#) | [Yanıtı tüm alıcılara gönder](#) | [Yönlendir](#) | [Yazdır](#) | [Sil](#) | [Orijinali göster](#)

5 marttaki mailde göndermişim anketle beraber gönderdiğim dokümanda nasıf değerlendirileceği anlatılıyor, okumalısın

iyi çalışmalar

2 Nisan 2015 11:46 tarihinde Yüksel KARADEMİRLER <yukselkarademirler@uludag.edu.tr> yazdı:

- Alınılan metni göster -

- Alınılan metni göster -

Tel: +90 266 6121010/1097

Fax: +90 266 6121459

[Yanıtla](#) | [Yanıtı tüm alıcılara gönder](#) | [Yönlendir](#) | [Yazdır](#) | [Sil](#) | [Orijinali göster](#)

[Yüksel KARADEMİRLER](#) <yukselkarademirler@uludag.edu.tr>

2 Nisan 2015 16:14

Alıcı: Said Bodur <saidbodur@gmail.com>

[Yanıtla](#) | [Yanıtı tüm alıcılara gönder](#) | [Yönlendir](#) | [Yazdır](#) | [Sil](#) | [Orijinali göster](#)

Hocam evet teşekkürler

2 Nisan 2015 12:21 tarihinde Said Bodur <saidbodur@gmail.com> yazdı:

- Alınılan metni göster -

Hızlı Yanıt

Alıcı: Said Bodur <saidbodur@gmail.com>

[Diğer Yanıt Seçenekleri](#)

[Gönder](#)

[Taslağı Kaydet](#)

Yanıtla birlikte alınılan metni gönder

[« Arama sonuçları görünümüne geri dön](#)

[« Daha yeni 7 / 8 Daha](#)

[Diğer İşlemler...](#)

[Gül](#)

[eski »](#)

Telefonunuzun web tarayıcısını kullanarak <http://mail.google.com> adresinden Uludağ Üniversitesi Posta ürününü cep telefonunuza alın. [Daha fazla bilgi](#)

1.68 GB alan kullanılıyor

Bu hesap şu anda bu IP adresinde başka 1 konumda daha (194.27.118.1) kullanılıyor. Bu bilgisayardaki

<https://mail.google.com/mail/u/0/h/1e3ork2fj1k/?th=14c7a0de40830472&q=bodur...> 10.10.2016

EK-5 Katılımların Hasta Güvenliği ile İlgili Düşünceler

MESLEK	HASTA GÜVENLİĞİ	TIBBİ HATA	OLAY RAPORLAMA
Hemşire	<ul style="list-style-type: none"> - Personel daha iyi eğitilirse daha iyi olacak genel olarak - Hasta güvenliği bizim mesleğimizin en önemli bölümü diyebiliriz herkesin bütün sağlık çalışanlarının dikkat etmesi gereken husustur. - Hastane ve servis olarak hasta güvenliğine önem veririz - Hasta güvenliği ön planda çalışıyoruz. - Üçtinde yeterince önem verilir. - Oldukça güvenli hastane olarak dikkatli. - Yoğun çalışıldığı hatta kapasitenin üzerinde hasta güvenliğini yeterisizbuluyoruz. - Asistan sirkülasyonu çok fazla olduğu için küvöz kapaklarının kapatılması konusunda sıkıntı yaşıyoruz. - Hasta güvenliği ile ilgili kendimizce tedbirler alıyoruz. - Hastalarımızın psikolojik ve fizikse güvenliği için hastanemizde gerekli önlemleri alıyoruz onlara ve ailelerinin her türlü sorunlarını çözmekte yardımcı oluyoruz. - Hastanemizde hasta güvenliği ile ilgili raporlamalar düzgün bir şekilde yapılmaktadır. - Hasta güvenliği için çalışanların fikir ve düşüncelerine yer verilmeli dikkate alınmalı. - Hastaneye giriş çıkışlarda yeteri kadar güvenlik önlemi yok yataklar uygunsuz kailarda güvenlik sorunu çözümleni her katın güvenliği olmalı - Hasta güvenliği sadece hemşireden beklenen bir durum personel uzm hoca vb hiç kimse hastaya katkıda bulunmak istemiyor hastanın neredeyse tüm sorumluluğu hemşirededir (yoğunbakım için) buda hemşireye ağır iş yükü getirmektedir ve hasta güvenliğini azaltmaktadır. - Hastanın olası zarar görme durumundan uzak tutulması anlamına gelmektedir sağlık kuruluşları çalışanlar tarafından alınan önlemlerdir. - Kendi çabalarımızla güvenliği sağlamaya çalışıyoruz. -Hasta güvenliği prosedürler oldukça gelişmiştir hasta güvenliğine önem verilmektedir -Çalışan sayısının az ve fazla mesaili olduğundan hasta güvenliğini sıkıntıya soktuğunu düşünüyorum 	<ul style="list-style-type: none"> - Karşılaşmamayı temenni ederim - Genellikle nadirdir. - Tıbbi hata gözlemlenmedi. - İş yoğunluğu ve hasta hemşire oranın fazla olması nedeniyle tıbbi hata yatkınlığımızın fazla olduğunu düşünüyorum daha az hasta bakarsak 2 hasta enfeksiyon ve tıbbi hatalarda azalma olacaktır yaptığımız hatalar raporlanıyor. - Tıbbi hatalarla ilgili problemlerde komiteden hemen dönüş yapılarak soruşturma açılırken iş yoğunluğu veya personel eksikliği ile ilgili yaşanan problemlerde lehimize bir dönüş yapılmıyor. - Genellikle sağlık uygulamalarındaki insan hataları olarak tanınlanabilir. - Tıbbi hatalar olduktan sonra önlemeye çalışılmakta, bölüm içi pek fazla tıbbi bilgi uygulama beceri aktarımı yoğunluktan ve bıkmalıktan olmamaktadır. - Birimizde çok fazla tıbbi hata olmuyor. -İşyükü fazla olduğundan kaynaklı -Meslektaşlarımızın yapmadıklarını düşünüyorum. - Tıbbi hatalar nadiren yaşanmaktadır. -İlaç hataları doz hataları verilmiş hıza önemlidirbu konuda order üzerinde farkedilen hatalarda dr uyarılır -Tıbbi doğruların yanlış anlaşılması ve dikkat eksikliği ile çalışanlar tarafından meydana gelir 5 doğruya dikkat etmemiz gerekir yapılan bir hatayı kendimize zarar geleceğini düşünmeden açıkça rapor etmeliyiz çocuk kliniklerinde bu zaten yapıyorhasta tanınması için muhakkak bileklik kontrol edilmelidir -Düzgün bir şekilde raporlandığını sanıyorum. -Uygulama sonrası enjektör iğne ucu batması. -Hastane yönetimi bilgi işlem sistemi ve sarf malzeme alımlarında hasta güvenliği görmezden geliniyor. -Hastanenin geçmiş olduğu yeni bilgi işlem sistemi(Karmed)deki eksiklikler tıbbi hata riskini ciddi oranda arttırmaktadır iyileştirme çabalarında yeterli düzeyde değildir 	<ul style="list-style-type: none"> - Hata yapılmışsa bildirmek gerekir. - Olan olay ivedilikle raporlanır. - Karşılaşılan istenmeyen durumlar karşısında olayın asıl nedenlerini bulmak için yapılan bir uygulamadır aynı zamanda benzer olayların yaşanmaması için önlemlerin alınabilmesi için yapılmalıdır. - Olay olduktan sonra bildirim olmakta ancak işe işbaşı anında yani berebir uygulama alanında hata önleme amaçlı oryantasyon aksamaktadır. - Tıbbi hata beklenmeyen olay olduğunda raporlanır. -Suçlanma korkusundan oran düşük. -İstenmeyen olay veya hataların raporlanmadığını görüyorum. - Eger bir hata oluşmuşsa hemen rapor tutulur yer saat etkilenen kişi etken madde tarih yazılarak ilgili kişilerin hepsine haber verilir -Raporlamaların düzgün ve düzenli yapıldığına inanıyorum

	<p>-İşyükü fazla hasta merkezli bakım yok -İyi şekilde yapmaya çalıştıklarını düşünüyorum -Hastanın yatısından çıkışına kadar bizim için önem taşıyan bir konudur öncelikle hasta uygun boydaki yatağa alınır(yaşa uygun) aile bilgilendirilir küçük çocukların yatak korumaları sürekli yukarıda kalmalıdır aileler sık sık uyarılır. -Hastanın kaldığı odanın ve ortamın uygun olması lazım uygun yatak yeterli ısınma aydınlanma kesici delici fere yakın olmaması gibi klimik kapıların şifreli olması gerekir. -Hastanemizde hasta güvenliği düzgün bir şekilde yapıldığına inanıyorum</p>		
<p>Araştırma görevlisi Uzman</p>	<p>-Oldukça yoğun olması nedeniyle güvenlik çoğunlukla ikinci planda - Pek çok çalışma var uygulamalarda eksiklikler var dökümanlar çok fazla uğraşılıp asıl uygulamaya vakit bırakılmıyor dökümanlar sadeleştirilip uygulamalar takip edilmeleli takipler sadece döküman üzerinde değil sahada gözlemle yapılmalı dökümanlar süper sahada problemler devam ediyor. - Dökümanlar bol bol ama uygulamada pek hasta güvenliği bölümüm haricinde uygulandığını gözlemlemiyorum hasta ancak uyardığımızda dikkat eden bölümler bile var - Uygulamada evrak yükü fazla olduğundan sahada güçlükler mevcut -Hasta güvenliği önemli bir konu olarak ele alınmaktadır. -Herşeyin üzerinde tutulması gereken bir durumdur. -Bu konuda hastane çalışanları oldukça duyarlı bilgi sahibi hastalar çocuk olduğu için hasta güvenliği birebir kullanılmaktadır. -Hakkında hemşire hanımla uyumlu bir şekilde çalışıyoruz -Hastanemizden kaynaklanan önemli bir güvenlik açığı olduğunu düşünüyorum -Daha iyi olabilir</p>	<p>- Genelde ince eleyp sık dokuyan çift kontrol yöntemi uygulayan bölüm olarak diğer bölümler için aynısını düşünmüyorum. - Tıbbi hataların en aza indirilmesi hedefler içinde en önemli sıradadır . -En az sayıda hata yapılmaktadır. -Tıbbi hatalar minimum düzeyde ve hatalar profesyonel bir şekilde irdelenmektedir -Genelde yönetim uyarılarımızı dikkate alıyor tıbbi hataları önlemek için azami gayrat gösteriyoruz -Belirgin anlamda yok</p>	<p>- Hata raporlama bildirimini doldurup kalite birimine iletiyoruz ama sonucu konusunda hiçbir fikrim yok. - Alışkanlıkların sahada oturtulması gerekli sözel olarak konuşulsada yazılı raporlama alışkanlığı yok. -Raporlamalar titizlikle yapılmaktadır. -Hataların yazılı raporlarının tutulduğuna pek rastlamadım kötü bir sonuç olmadan da yapılan hatalar rapor edilmiyor. -Çok nadir oluyor. -Henüz şahit olmadım.</p>

Laborant	- Hasta larada çalışmada gereken önem verilmemesi kaldi kafalar ve zihniyet değişmediği medetçe snıfta kalmaya mahkum.	-Çalışma şartlarımız süre bakımından olumsuz ve dengesiz bazen haftalık 40 saat bazen 62-70 saat olabiliyor -Tıbbi hatalarında doğru ve düzgün bir şekilde yapıldığına inanıyorum -Yeterli personel olmalı hemşireye düşen hasta sayısı düşürülmeli haftalık çalışma saatleri azaltılmalı	-Uruma göre değişir -Olay ve hatalar olduğunda raporlamaların eksiksiz yapıldığını düşünüyorum -Genellikle sözlü halledilmeye çalışılır halledilemiyorsa raporlanır
Müdür Yrd.	-Tesisimizin yenilenmeye ihtiyacı olup bu konuda gerekli tespitler yapılmıştır iyileştirme çalışmaları başlatılmıştır. -Büyük ölçekli yapım işlerinde hizmet alımı ile ilgili yasal süreçler,zaman zaman süreci yavaşlatmaktadır.	-Kalite yönetim sistemi çerçevesinde,hasta güvenliğini sağlayan talimat ve prosedürler yürürlükte olup tüm çalışanlar tarafından bilinmekte ve uygulanmaktadır	-Hastanemizde raporlanan olayların iyileştirilmesi yönünde eylem ve takip sistemi çalışıyor tesbitler kalite yönetim sistemi üst kurulu ve idare tarafından değerlendirilerek çözüm için değerlendirilmeye alınıyor
Diyetisyen	-Yöneticilere ve çalışanlara hasta güvenliği konusunda	-Tıbbi hatalar ve olaylar konusunda daima en iyisini yapmaya çalışılır	
Öğrenci	-Çocuk kliniğinde televizyonlar hasta güvenliği açısından risk faktörü oluşturuyor her an birinin başına düşebilir buna hastanenin el atması gerektiğini düşünüyorum. -Hasta güvenliğine son derece dikkat ediyor çalışanlar genel olarak bu konuda bilgili -Dikkat ediyor yanlış yapılmamaya çalışılıyor -Gerekli önlemlerin alındığını gördüm birçok hastanın birkaç adım ölündeyiz	-Çalıştığım bölümde hata yapılmaması için çok özen gösteriliyor her konuda çok dikkatli davranılıyor. -Hata yapılmaması konusunda herkes çok dikkatli herhangi bir tedavi yapılıcağında en az iki kez kontrol ediliyor. -Hatalarla karşılaşmadım.	-Mümkün olduğunca anında kontrol edilmeye çalışılıyor. -Genellikle yapılmıyor -Hatalarla karşılaşmadığım için raporlamaya denk gelmedim başarılı.
İnt hemşire	-Klinik hasta güvenliğine açısından yeterli konumdadır. -Hasta güvenliğine öncelik veriliyor 8 d ilkesine uyuluyor tedavide önce hastanın güvenliğinin oluşturulması sağlanıyor. -Hasta kimlik bilgileri tanımlanıyor tedavi öncesi girişimler için hastayla konuşulur ve iletişim kurulur -Sağlık bakımı verirken hastanın güvenliğinin sağlanmasında hastaya zarar vermemektir hasta güvenliği yeterli değildir	-Çalışanlar tıbbi hata konusunda dikkatli olmaktadır. -Çocuk kliniği olduğumu için daha çok dikkat ediyor özellikle ilaç dozlarını hesaplamada çalışan arkadaşlar çok dikkat ediyorlar -Bakım verirken hastaya verilen hatalardır birçok tıbbi hata vardır bunların çoğu can kaybına neden olur. -Tıbbi hatanın olmaması için hasta güvenliği sağlanıyor öncelikle zarar vermeme daha sonra yarar verme ilkesine uyuluyor. -Tıbbi bir hata olduğunda olayla ilgili rapor düzenleniyor -Tıbbi hataların en aza indirilmesine çalışılmaktadır	-Yapılan her işlem olay hata raporlanmaktadır. -Klinikte şimdiye kadar herhangi bir hastaya rastlamadım ve raporlama işlemini yapamıyordum -Yapılan hatalar çoğu zaman rapor edilmiyor.
Stajyer hemş	-Hasta güvenliğine önem verilmektedir bunu bir yandan personel kendini korumak adına yapmaktadır		-Raporlamalar yapılmaktadır ama bir sorun teşkil etmiyorsa atlanabilmektedir
ATT	-Fiziki koşullardan dolayı (ortam havalandırma ışıklandırma yatakların durumu)hasta güvenliğinin tam sağlanmadığını düşünüyorum	Çok ciddi tıbbi hatalar pek olmadığını olsada gerekli - önlemlerin hemen alındığını düşünüyorum	
Stajyer	-Hastanemiz hasta güvenliği açısından gerekli önlemleri almıştır eğitimleri yapılmıştır.. Gayet iyi	-Hastanemizde tıbbi hata oranı çok düşüktür Oldukça az -Nadiren oluyor	-Hastanemizde olay raporlama açısından dikkatli davranılır. -Gerektiğinde yapılıyor

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı :Yüksel KARADEMİRLER
Doğum Yeri ve Tarihi :Malatya/.....
Yabancı Dili :İngilizce
İletişim (Telefon/e-posta) :05322571606/ yukselkarademirler@uludag.edu.tr

Eğitim Durumu (Kurum ve Yıl)

Lise :Sağlık koleji 1973-74/1978-1979
Lisans :Atatürk Üniversitesi
Yüksek Lisans :Üsküdar Üniversitesi (Tezsiz)

Çalıştığı Kurum/Kurumlar ve Yıl :Bursa Özel Hastanesi 1979 Mayıs-Kasım
(Ameliyathane, Doğumhane hemşireliği)
Uludağ Üniversitesi 1979-1980 Enfeksiyon
hastalıkları
Uludağ Üniversitesi 1985-2016 Halen çalışıyorum-
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim dalı (1985-
1992 Çocuk Yoğun Bakım-1993Süt çocuğu 1994-
1997Anabilimdalı başhemşire yardımcılığı-1997-
2016 Anabilim Dalı Başhemşireliği görevlerinde
bulundum).

Yayımları (SCI ve diğer) :

Diğer konular : *Düzenleme Kurulunda yer aldığı kongreler*
Sosyal Komite: 1. Milli pediatri Hemşireliği
Kongresi Yıl 4-8 Eylül 2000 Bursa
Konuşmacı: Uludağ pediatri kış kongresi
Hemşirelik oturumu

Oturum Başkanlığı: Uludağ pediatri kış kongresi
Türk Standartları enstitüsü Bölge Müdürlüğünün;
Kalite Sistem Dökümantasyonları 17-18/03/1998
Temel Kalibrasyon eğitimi 26.03.1998,
Kalite Güvencesi Yönetimi. 03-05-1998,
Kuruluş içi Kalite Tetkiki ve Başarı belgesi 24-25
1998,
Sağlık Hizmetlerinde Yalın Düşünce Eğitimi
Uludağ Üniversitesi Rektörlüğü 2 Nisan 2014
Bursa.
Uludağ Üniversitesi Hastane Enfeksiyonları ve
Önleme Kursu 20 Nisan 2012 Bursa.
Ağrı ve Akut Ağrılı Hastaya Yaklaşım ve
İntravenöz İnfüzyon eğitim programı Sanrec
22.03.2003 Bursa.
Bursa Tabip Odası Diksiyon eğitimi 20 saatlik 17-
28 Mart 2003 Bursa.
Uludağ Üniversitesi Hastane Enfeksiyonları ve
Önleme Kursu 9 Mart 2002 Bursa.
New Tecnological Developments in health care; 1st
Internationalsymposium This to certify that attend
the course on "Suture Metarialis" 13 April, 2005
Antalya Türkiye.
"Toplam Kalite Yönetimi Sunan Kuruluşlarda
Toplam Kaliteye Ulaşma Süreci" Hizmet içi eğitim
programları Çerçevesinde 13 Aralık 2002-2003 1
yıllık eğitim Uludağ Üniversitesi Bursa.
Uneko9 Uluslararası neonetoloji kongresi 25-28
ekim 1998, Hemşirelik kurs programı.
Sağlık Bakanlığı Neonetal Resustasyon Programı
Sertifikasyon Uygulayıcı kursu başarı belgesi 20-21
Eylül 2007 Bursa.

UNİCEF ile Adli Tıp kurumunun 4-5 Aralık 2003
Bursa da gerçekleştirilen Adli tıp Uzmanları ve
Adli Hekimlik görevi yapan Doktorların Çocuk
İstismarı ve İhmali konulu eğitimi
Yenidoğan Yoğunbakım Hemşirelik kursu
katılımcı 24 Nisan 2008 Bursa
Yenidoğan Yoğunbakım Hemşirelik kursu Eğitici
24-25 Nisan 2008 Bursa
10.Uludag Pediatri kış günleri 2014 Bursa.
11.Uludag Pediatri kış günleri 2015 Bursa.

Katıldığı bilimsel toplantılar

**İnternationalCouncil of Nurses-Continuing
Nursing Education Certificate 12
OctoberCertificate of courseattendance to 15
october 2008 Toward a New World:Challenges for
Nursing Leadership Conferred by
İnternationalCouncil of Nurses Genova,
Switzerland.**

4thİnternational Nursing Management Conference
Certificate of Attendance This is certify that
Octobar 13-15,2008.Antalya-Turkey

30.PediatriGünleri ve9.Pediatri Hemşireliği
Günleri14-17 Nisan 2008 İstanbul

58.Türkiye milli pediatri kongresi 13.milli çocuk
hemşireliği kongresi22-26 Ekim 2014-Antalya

47.Milli Pediatri Kongresi2.PediatriAsistanları
Kongresi.3.Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi21-
23 Ekim 2003 İstanbul

New TechnologicalDevelopments İn Health
Care;1stİnternational symposium 9th-14th

April,2005 antalya-Türkiye Certificate of attendance

HİEP2003 Hastane Enfeksiyonları eğitim Programı
17-20 Nisan 2003 Bursa.

Uluslararası Yaşlanma ve Yaşlılık Kongresi 29-
Eylül-2 Ekim 2011 Bursa.

Gata Yenidoğan enfeksiyonları sempozyumu 2-3
Kasım 2007 Ankara.

Yoğunbakım Hemşireliği Eğitim Programı 26-29
Nisan 2001 Bursa.

1.Uludag Pediatri kış günleri10-13 Şubat
2005Bursa.

2.Uludag Pediatri kış günleri19-22 Şubat
2006Bursa.

3.Uludag Pediatri kış günleri18-
21Şubat2007Bursa.

4.Uludag Pediatri kış günleri17-
21Şubat2008Bursa.

5.Uludag Pediatri kış günleri 15-
18Şubat2009Bursa.

6.Uludag Pediatri kış günleri7-10 Mart2010Bursa.

7.Uludag Pediatri kış günleri 6-9 Mart2011Bursa.

8.Uludag Pediatri kış günleri18-21Mart2012Bursa.

9.Uludag Pediatri kış günleri17-20Mart2013
Bursa.

10.Uludag Pediatri kış günleri 16-19Mart
2014Bursa.

11.Uludag Pediatri kış günleri 15-18 Mart
2015Bursa.

Üyesi olduğu dernek ve kuruluşlar: Türk Hemşireler Derneği Bursa Şubesi,

Çocuk Hemşireliği Derneği İstanbul Şubesi.

PEDİATRİ SERVİSLERİNDE ÇALIŞAN SAĞLIK ÇALIŞANLARININ HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜNE İLİŞKİN ALGILARI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

ORJİNALLİK RAPORU

%29 BENZERLİK ENDEKSİ	%21 İNTERNET KAYNAKLARI	%12 YAYINLAR	%20 ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ
---------------------------------	--------------------------------------	------------------------	--------------------------------

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	Submitted to Beykent Üniversitesi Öğrenci Ödevi	%6
2	Submitted to TechKnowledge Turkey Öğrenci Ödevi	%5
3	www.adanasm.gov.tr İnternet Kaynağı	%2
4	www.kalite.saglik.gov.tr İnternet Kaynağı	%2
5	acikerisim.deu.edu.tr İnternet Kaynağı	%1
6	docplayer.biz.tr İnternet Kaynağı	%1
7	e-dergi.atauni.edu.tr İnternet Kaynağı	%1