

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
İŞLETME ENSTİTÜSÜ

**SAĞLIK ÇALIŞANLARININ HASTA GÜVENLİĞİ
İKLİMİ ALGILARINA YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA**

YÜKSEK LİSANS TEZİ
Ferhan NENNİ UNAL

Enstitü Anabilim Dalı : Sağlık Yönetimi
Enstitü Bilim Dalı : Sağlık Yönetimi

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Harun KIRILMAZ

NİSAN 2019

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
İŞLETME ENSTİTÜSÜ


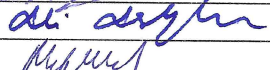
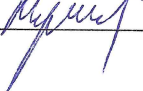
SAĞLIK ÇALIŞANLARININ HASTA GÜVENLİĞİ
İKLİMİ ALGILARINA YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA

YÜKSEK LİSANS TEZİ
Ferhan NENİ UNAL

Enstitü Anabilim Dalı : Sağlık Yönetimi

Enstitü Bilim Dalı : Sağlık Yönetimi

“Bu tez 12/04/2019 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Oybirliği / Oyçokluğu ile kabul edilmiştir.”

JÜRI ÜYESİ	KANAATI	İMZA
Doç.Dr. Horun KIRILMAZ	KABUL	
Dr. Öğr. Üyesi Ali ARSLANÖZGEN	KABUL	
Dr. Öğr. Üyesi Mustafa YILDIRIM	KABUL	



SAKARYA
ÜNİVERSİTESİ

T.C.

SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
İŞLETME ENSTİTÜSÜ

TEZ SAVUNULABİLİRLİK VE ORJİNALLİK BEYAN FORMU

Sayfa : 1/1

Öğrencinin

Adı Soyadı	:	Ferhan NENNİ UNAL
Öğrenci Numarası	:	Y166047007
Enstitü Anabilim Dalı	:	Sağlık Yönetimi
Enstitü Bilim Dalı	:	Sağlık Yönetimi
Programı	:	<input checked="" type="checkbox"/> YÜKSEK LİSANS <input type="checkbox"/> DOKTORA
Tezin Başlığı	:	Sağlık Çalışanlarının Hasta Güvenliği İklimi Algılarına Yönelik Bir Araştırma
Benzerlik Oranı	:	%10

İŞLETME ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Sakarya Üniversitesi Enstitüsü Lisansüstü Tez Çalışması Benzerlik Raporu Uygulama Esaslarını inceledim. Enstitünüz tarafından Uygulama Esasları çerçevesinde alınan Benzerlik Raporuna göre yukarıda bilgileri verilen tez çalışmasının benzerlik oranının herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi beyan ederim.

12.04.2019
İmza

Sakarya Üniversitesi Enstitüsü Lisansüstü Tez Çalışması Benzerlik Raporu Uygulama Esaslarını inceledim. Enstitünüz tarafından Uygulama Esasları çerçevesinde alınan Benzerlik Raporuna göre yukarıda bilgileri verilen öğrenciye ait tez çalışması ile ilgili gerekli düzenleme tarafımda yapılmış olup, yeniden değerlendirilmek üzere gsbttez@sakarya.edu.tr adresine yüklenmiştir.

Bilgilerinize arz ederim.

...../...../20.....
İmza

Uygundur

Danışman
Unvanı / Adı-Soyadı: Doç. Dr. Harun KIRILMAZ

Tarih: 12.04.2019

İmza: [Signature]

KABUL EDİLMİŞTİR

REDDEDİLMİŞTİR

EYK Tarih ve No:

Enstitü Birim Sorumlusu Onayı

ÖNSÖZ

Bu çalışmanın konusunun belirlenmesi ve yürütülmesi aşamasında benden desteğini esirgemeyen, akademik bilgi ve deneyimini benimle paylaşan kıymetli danışmanım Doç. Dr. Harun KIRILMAZ'a,

Akademiye sevmeme vesile olan, beni teşvik eden, desteğini esirgemeyen değerli hocalarım Dr. Öğr. Üyesi Ali ÜNAL, Dr. Öğr. Üyesi Aslı KÖSE ÜNAL, Doç. Dr. Sedat BOSTAN ve Doç. Dr. Mahmut AKBOLAT'a,

Veri toplama sürecinde bana destek olan canım Büşra YÜCEL YILMAZ ve sevgili Yeşim SEZER'e,

Tez yazım süreci boyunca benden desteğini esirgemeyen, pes etmeme asla izin vermeyen, bana olan inancımı hep hissettiğim değerli eşim Cihan UNAL'a,

Hayatımın her döneminde her türlü desteğini hissettiğim, tez çalışmam süresince yeterince zaman ayıramadığım canım aileme sonsuz teşekkürlerimle...

Ferhan NENNİ UNAL

12.04.2019

İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR	iii
TABLO LİSTESİ	iv
ŞEKİL LİSTESİ	v
ÖZET	vi
SUMMARY	vii
GİRİŞ	1
BÖLÜM 1: HASTA GÜVENLİĞİ VE HASTA GÜVENLİĞİ İLE İLGİLİ KAVRAMLAR	5
1.1. Hasta Güvenliği İle İlgili Kavramlar	5
1.2. Hasta Güvenliği Kavramı ve Önemi	6
1.3. Hasta Güvenliğini Etkileyen Hatalar	9
1.4. Hasta Güvenliğini İyileştirme	10
1.5. Hasta Güvenliğinin Tarihsel Gelişimi	11
1.6. Uluslararası Hasta Güvenliği Uygulamaları	14
1.7. Türkiye’de Hasta Güvenliği	15
BÖLÜM 2: HASTA GÜVENLİĞİ İKLİMİ	16
2.1. Hasta Güvenliği İklimi	16
2.2. Kültür-İklim Ayrımı	16
2.2.1. Kültür	16
2.2.2. İklim	17
2.3. Örgüt Kültürü-Örgüt İklimi Ayrımı	17
2.3.1. Örgüt Kültürü	18
2.3.1.1. Örgüt Kültürünün Özellikleri	19
2.3.1.2. Örgüt Kültürünün Türleri	19
2.3.2. Örgüt İklimi	20
2.3.2.1. Örgüt İkliminin Özellikleri	21
2.3.2.2. Örgüt İkliminin Türleri	22
2.4. Güvenlik Kültürü-Güvenlik İklimi	23
2.4.1. Güvenlik Kültürü	23
2.4.1.1. Güvenlik Kültürünün Bileşenleri	24
2.4.2. Güvenlik İklimi	25
2.5. Hasta Güvenliği Kültürü	27

2.6. Hasta Güvenliği İklimi	28
2.6.1. Hasta Güvenliği İkliminin Ölçümü	32
BÖLÜM 3: GEREÇ VE YÖNTEM	34
1.1. Araştırmanın Yöntemi ve Veri Toplama Aracı	34
1.2. Araştırma Evren ve Örneklemi	35
1.3. Araştırmanın Hipotezleri	35
1.4. Veri Toplama Aracının Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizi	35
BÖLÜM 4: BULGULAR.....	38
4.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri	38
4.2. Katılımcıların Değerlendirme Formundaki İfadelere Katılım Düzeyleri	40
4.3. Demografik Değişkenlere Göre Farklılıkların İncelenmesi	42
4.4. Sağlık Çalışanlarının Hasta Güvenliği İklimi Algılarının Değerlendirilmesi	46
4.5. Araştırma Hipotezlerinin Değerlendirilmesi	47
BÖLÜM 5: TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER.....	48
KAYNAKÇA	51
EKLER.....	64
ÖZGEÇMİŞ.....	67

KISALTMALAR

AHRQ	: Agency for Healthcare Research and Quality
CDC	: Centers for Disease Control and Prevention
CMS	: Content Management System
CQuIPS	: Center for Quality Improvement and Patient Safety
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
FDA	: Food and Drug Administration
IOM	: Institute of Medicine
NPSF	: National Patient Safety Foundation
Ort.	: Ortalama
S.s.	: Standart Sapma
TDK	: Türk Dil Kurumu
WHO	: World Health Organization

TABLO LİSTESİ

Tablo 1 : Hasta Güvenliğini Etkileyen Hatalar	10
Tablo 2 : Hasta Güvenliği ve Kalitesi ile İlgili Önemli Noktalar	12
Tablo 3 : Güvenlik İklimi Ölçeğine Ait Güvenilirlik ve Geçerlilik Bulguları.....	36
Tablo 4 : Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Frekansları	39
Tablo 5 : Katılımcıların Hasta Güvenliği İklimi Algısına İlişkin İfadelere Katılma Düzeylerinin Ortalamaları ve Standart Sapmaları	41
Tablo 6 : Cinsiyet Değişkenine Göre Farklılıkların T Testi ile İncelenmesi	43
Tablo 7 : Meslek Değişkenine Göre Farklılıkların Kruskal-Wallis Testi ile İncelenmesi.....	43
Tablo 8 : Bulunduğu Pozisyondaki Tecrübe Değişkenine Göre Farklılıkların Anova Testi ile İncelenmesi.....	44
Tablo 9 : Uzmanlığındaki Tecrübe Değişkenine Göre Farklılıkların Anova Testi ile İncelenmesi.....	44
Tablo 10 : Hastanedeki Tecrübe Değişkenine Göre Farklılıkların Kruskal-Wallis Testi ile İncelenmesi.....	45
Tablo 11 : Yaş Değişkenine Göre Farklılıkların Anova Testi ile İncelenmesi	45
Tablo 12 : Eğitim Düzeyi Değişkenine Göre Farklılıkların Kruskal-Wallis Testi ile İncelenmesi.....	46
Tablo 13 : Araştırma Hipotezlerinin Değerlendirilmesi	47

ŞEKİL LİSTESİ

- Şekil 1 :** Örgüt İklimi ve Örgüt Kültürünün İlişkisi 18
- Şekil 2 :** Sağlık Çalışanlarının Hasta Güvenliği İklimi Algılarının Grafik Üzerinde İncelenmesi 47



Tezin Başlığı: Sağlık Çalışanlarının Hasta Güvenliği İklimi Algılarına Yönelik Bir Araştırma	
Tezin Yazarı: Ferhan NENNİ UNAL Danışman: Doç. Dr. Harun KIRILMAZ	
Savunma Tarihi: 12.04.2019	Sayfa Sayısı: vii(ön kısım)+63(tez)+ 4(ekler)
Anabilim Dalı: Sağlık Yönetimi	Bilim Dalı: Sağlık Yönetimi
<p>Hasta güvenliği son dönemde hem ulusal hem de uluslararası literatürde üzerinde önemle durulan bir konu haline gelmiştir. Hasta güvenliğine farklı açılardan bakmak önemlidir. Günümüzün karmaşık ve değişen sağlık hizmetleri ortamlarında hasta refahını korumak için tek bir eğitim aracı veya değerlendirme aracı yeterli olmayacaktır. Hasta güvenliği ile ilgili endişeler sağlık çalışanlarının içinde yer alırken, hasta güvenliği ikliminin kabul edilmesi, ölçülmesi ve yönetilmesi nispeten yeni gelişmelerdir. Bu bağlamda bu tezde sağlık çalışanlarının hasta güvenliği iklimi algılarının ölçülmesi amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda bir kamu hastanesinde çalışan 254 sağlık çalışanı üzerinde anket çalışması yürütülmüştür. Çalışmada Sexton ve arkadaşları (2003) tarafından geliştirilen, Budak (2008) tarafından Türkçeye uyarlanan Güvenlik İklimi anketi kullanılmıştır. Nicel verilerin analizi frekans ve fark analizleri yapılarak değerlendirilmiştir.</p> <p>Araştırmanın bulgularına göre, demografik değişkenlerden eğitim düzeyi ile hasta güvenliği iklimi algısı arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Katılımcıların hasta güvenliği iklimi algılarını değerlendirildiğinde 116 (%45,7) kişinin hasta güvenliği iklimini iyi seviyede algıladığı tespit edilmiştir.</p> <p>Araştırmanın sonuçlarına göre, eğitim düzeyi arttıkça hasta güvenliği iklimi algısının da arttığı görülmüştür. Araştırmanın yapıldığı kurumda sağlık çalışanlarının yaklaşık olarak yarısı olumlu bir hasta güvenliği iklimi algılamaktadır.</p>	
Anahtar Kelimeler: Sağlık Çalışanları, Hasta Güvenliği, Hasta Güvenliği İklimi	

Title of the Thesis: Research On Patient Safety Climate Perceptions of Health Employees	
Author: Ferhan NENLİ UNAL	Supervisor: Assoc. Prof. Harun KIRILMAZ
Date: 12.04.2019	Nu. of pages: vii (pre text)+63(main body)+4(App.)
Department: Health Management	Subfield: Health Management
<p>Recently, patient safety has become an important matter in both national and international literature. It is important to see patient safety from different perspectives. In today's complicated and changing health service environment, only one education or assessment tool will not be sufficient in order to maintain patient comfort. While health employees carry worries regarding patient safety with them, acceptance, measurement, and management of patient safety climate are relatively new developments. In this thesis, the measurement of patient safety climate perceptions of health employees was aimed. In accordance with this aim, a survey study was made on 254 health employees in a public hospital. In this study, the Safety Climate survey was used, which was developed by Sexton et al. (2003) and translated to Turkish by Budak (2008). The analysis of quantitative data was evaluated by analyzing frequency and difference.</p> <p>According to the findings of this research, a significant difference between the demographic variables, education level, and patient safety climate perception was found. When patient safety climate perception of the participants was evaluated, it was determined that 116 (45.7%) participants perceived patient safety climate at a good level.</p> <p>According to the results of this research, it was seen that once the education level increases, patient safety climate perception increases equally. In the institution where the research took place in, almost half of the health employees perceive a positive patient safety climate.</p>	
Keywords: Health Employees, Patient Safety, Patient Safety Climate	

GİRİŞ

Çalışmanın Konusu

Günümüzde sağlık bakım hizmetleri gittikçe kompleks bir hal almaktadır. Sağlık kuruluşlarında teknolojinin kullanılmaya başlamasıyla sağlık bakım çevresi de hızla değişmiş ve sağlık bakım uzmanları birçok kararı baskı altında vermektedir. Bu durum da klinik kararlarda ya da uygulamalarda hataya sebebiyet vermekte ve hastanın zarar görmesine neden olmaktadır (Gökdoğan ve Yorgun, 2010: 53). Amerika Birleşik Devletleri'nde her yıl en az 44.000 kişi ve belki de 98.000 kadar insan, önlenilecek tıbbi hatalar nedeniyle hastanelerde ölmektedir. Daha düşük tahminde bile, hastanelerdeki önlenilebilir tıbbi hatalar motorlu araç batıkları, meme kanseri ve AIDS gibi korkulan tehditlere atfedilebilir ölümleri aşmaktadır (IOM, 2000: 1). Hasta bakımındaki bu hataların çoğu, bireylerin eylemlerinden değil, etkileşim içinde oldukları çelişkili, eksik ya da yetersiz sistemlerden kaynaklanmaktadır (Carayon ve diğerleri, 2006: 50).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre; karmaşık, baskı altında ve hızlı hareket eden ortamlarda daha güvenli bakım sunmak, bugün sağlık hizmetlerinin karşı karşıya kaldığı en büyük zorluklardan biridir (WHO, 2017). Institute of Medicine (IOM)'nin 2000 yılında yayınlamış olduğu rapora göre; sağlık hizmetlerinin sunulması sırasında sıkça görülen problemler arasında, istenmeyen ilaç olayları ve yanlış transfüzyonlar, cerrahi yaralanmalar ve yanlış saha cerrahisi, intiharlar, kısıtlamalarla ilişkili yaralanmalar veya ölüm, düşmeler, yanıklar, basınç ülserleri ve yanlış hasta kimlikleri sayılabilir. Yoğun bakım ünitelerinde, ameliyathanelerde ve acil servislerde ciddi sonuçlara yol açabilecek yüksek hata oranları ortaya çıkmaktadır (IOM, 2000: 1). Bu çığır açan rapor, sağlık hizmeti sunucularının, hastaların klinik sonuçlarını iyileştirme amacıyla kurumlarındaki hatalı sistemleri incelemeye teşvik etmiştir (Dicuccio, 2015: 135).

Hastalara zarar verme riski çoğu bakım sağlayıcı için belirgin olsa da, riski ortadan kaldırmak veya azaltmak her zaman sağlık yönetiminin ilk önceliği olmamıştır. Yönetim genellikle hastaların güvenliğinin sağlanmasını bekler ve hasta güvenliğini, sağlık profesyonellerinin sorumluluğu olarak görür (Deilkas ve Hofoss, 2010: 1). Sağlık sektöründe pek çok kişi, son on yılda hasta güvenliğinin potansiyel belirleyicilerini iyileştirmeye çalışmıştır (Hansen ve diğerleri, 2010: 598).

Güvenlik iklimi, belirli bir klinik alanda ön büro çalışanlarının hasta güvenliği normlarına ve davranışlarına ilişkin paylaşılan algıların birliğidir (Sexton ve diğerleri, 2011: 935). Sağlık kurumlarında hastaların güvenliğini sağlamak için tüm sağlık hizmeti sunucularının etkin bir güvenlik iklimi oluşturması gerekmektedir (Al-Ahmadi, 2011: 1). Sınırlı hasta güvenliği kaynaklarının etkili destekçileri olmak için, sağlık hizmetleri liderleri mevcut müdahaleler hakkında hastalara bilgi vermeli ve müdahaleleri seçip titizlikle uygulamalıdır (Frankel ve diğerleri, 2008: 2052).

Sağlık hizmeti sunucularının güvenlik iklimini benzer endüstrilerdeki kuruluşlarla karşılaştırması, güvenlik durumları hakkında geniş bir perspektif sunabilir ve bu da kıyaslama yoluyla güvenlik sonuçlarını iyileştirme potansiyeli sunar (Singer ve diğerleri, 2010: 135).

Pronovost ve arkadaşlarına (2004) göre; sağlık bakım liderlerinin, hastalara risk teşkil eden tehlikeleri tanımlamak ve ortadan kaldırmak için kurum çapında sistemler yaratması gerekir. Ancak, bunu yapabilme yetenekleri hasta güvenliğini destekleyen bir iklim yaratma yeteneklerine bağlıdır. Liderlerin gösterebileceği özel davranışlar aşağıdakileri içerir (Pronovost ve diğerleri, 2004: 59):

- Hasta güvenliğinin herkesin sorumluluğu olduğu görüşünü teşvik etmek
- Güvenlik endişeleri konusunda liderler, personel ve hastalar arasındaki açık iletişimi teşvik etmek
- Personelin hasta güvenliğine yönelik tehditleri belirlemesi ve azaltması için yetkilendirilmesi
- Güvenlik için kaynakları tahsis etmek
- Personeli emniyetle ilgili bilim konusunda eğitmek

Genel olarak hasta güvenliğini ele aldığımızda, özellikle Tıp Enstitüsü'nün 2000 yılında yayınlamış olduğu rapordan sonra daha fazla önem kazandığı görülmektedir. Bu durum hasta güvenliği ve hasta güvenliği iklimi ile ilgili çalışmaların artmasını sağlamış ve sağlık profesyonellerinin üzerinde önemle durduğu bir konu haline gelmiştir.

Çalışmanın İçeriği

Bu çalışma giriş, kaynakça ve ekler hariç beş bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm “Hasta güvenliği ve hasta güvenliği ile ilgili kavramlar”, ikinci bölüm “Hasta güvenliği

iklimi”, üçüncü bölüm “Gereç ve Yöntem”, dördüncü bölüm “Bulgular”, beşinci bölüm ise “Tartışma Sonuç ve Öneriler” şeklindedir.

Birinci bölümde hasta güvenliği kavramı, hasta güvenliği ile ilgili kavramlar, hasta güvenliğini etkileyen hatalar, hasta güvenliğini iyileştirme, hasta güvenliğinin tarihsel gelişimi, uluslararası hasta güvenliği uygulamaları ve son olarak da Türkiye’de hasta güvenliğinden bahsedilmiştir. İkinci bölümde kültür-iklim ayrımından bahsedilmiş, örgüt kültürü-örgüt iklimi ayrımına yer verilmiş ve güvenlik kültürü-güvenlik iklimi ayrımı anlatılmıştır. Daha sonra hasta güvenliği kültürünün tanımı yapılarak hasta güvenliği kültürü anlatılmıştır. Son olarak da hasta güvenliği ikliminin tanımı yapılmış ve hasta güvenliği ikliminin ölçümüne yer verilmiştir. Üçüncü bölümde ise araştırmanın yöntemi ve veri toplama aracı, araştırma evren ve örnekleme sonrasında araştırmanın hipotezlerine yer verilmiştir. Dördüncü bölümde araştırmanın verilerinin analiz sonuçlarına ve bu sonuçların değerlendirilmesine değinilmiştir. Beşinci bölümde ise araştırmanın sonucuna ve bu sonuçlar gözetilerek tartışma ve öneriler verilmiştir.

Araştırmanın Amacı ve Önemi

Bu araştırma, bir kamu hastanesinde çalışan sağlık çalışanlarının hasta güvenliği iklimi algılarını ölçmek amacıyla yapılmıştır.

İlgili literatür incelendiğinde hasta güvenliği ve hasta güvenliği kültürüne vurgu yapan çalışmalar vardır. Entwistle ve arkadaşlarının (2005) yapmış olduğu çalışma, Blegen ve arkadaşlarının (2009) yaptığı çalışma, Dursun ve Bayram’ın (2010) yapmış olduğu çalışma, Bostan ve Köse’nin (2012) yapmış olduğu çalışma, Dicuccio’nun (2015) yapmış olduğu çalışma, Farup’un (2015) yapmış olduğu çalışma, Çiçek K.’nin (2018) yapmış olduğu çalışma örnek olarak gösterebileceğimiz araştırmalardan bazılarıdır. Hasta güvenliği iklimi ile ilgili çalışmalar ise sınırlı düzeydedir. Bu nedenle sağlık çalışanlarının hasta güvenliği iklimi algılarına farkındalık oluşturabileceği ve literatüre katkı sağlayacağı düşünüldüğünden çalışma önem arz etmektedir.

Araştırmanın Yöntemi ve Kısıtları

Araştırmada veri toplama aracı olarak Sexton ve arkadaşları (2003) tarafından geliştirilen, Budak (2008) tarafından Türkçeye uyarlanan güvenlik iklimi ölçeği kullanılmıştır.

Kullanılan ölçeğin tek bileşeni olup, hasta güvenliği iklimi algısı olarak değerlendirilmiştir. Araştırmaya katılan katılımcılardan sorulara altılı likert tipte ölçeklendirme olan ifadelerle “Geçersiz” (0), “Hiç Katılmıyorum” (1), “Katılmıyorum” (2), “Kararsızım” (3), “Katılıyorum” (4) ve “Tamamen Katılıyorum” (5) şeklinde cevap vermeleri istenmiştir. Bu süreçte 295 adet anket toplanmış, geçersiz veya hatalı doldurulan 41 anket elendikten sonra 254 anket elde edilmiştir. Elde edilen anketler, SPSS Statics 21 paket programı kullanılarak analiz edilmiştir.

Bu araştırma, bir kamu hastanesinde görev yapan 254 sağlık çalışanı ile sınırlıdır. Bireylere araştırmanın amacı belirtildikten sonra araştırmaya katılan gönüllü bireylere anket formu sunularak doldurmaları istenmiştir. Çalışma zaman ve bütçe kısıtlarından ötürü tek bir kamu hastanesinde yapılmıştır. Çalışma için gerekli etik izin, Sakarya Üniversitesi Etik Kurulu’nda alınmıştır.

BÖLÜM 1: HASTA GÜVENLİĞİ VE HASTA GÜVENLİĞİ İLE İLGİLİ KAVRAMLAR

1.1. Hasta Güvenliği İle İlgili Kavramlar

Hasta güvenliği kavramının giderek öneminin artmasıyla hasta güvenliğiyle ilgili uygulama ve fikir birliğine varabilmek için hasta güvenliği ile alakalı kavramlar aşağıdaki gibi tanımlanmıştır.

Hasta; Sağlık hizmetlerini, kendi sağlığı ya da toplulukların sağlığını geliştirmek, sürdürmek, izlemek ya da iyileştirmek için aldığı hizmetler olarak tanımlanan kişidir (WHO, 2009: 15). Kişi bu bakımı bekleyebilir, alabilir ya da almış olabilir (www.medicinenet.com).

Sağlık bakımı; Sağlığı geliştirmek, sürdürmek, izlemek veya iyileştirmek için bireyler veya toplumlar tarafından alınan hizmetler (WHO, 2009: 22).

Güvenlik kavramı; Toplum yaşamında yasal düzenin aksamadan yürütülmesi, bireylerin korkusuzca yaşayabilmesi durumudur (www.tdk.gov.tr). Güvenlik, gereksiz zarar riskini kabul edilebilir bir minimum düzeye indirmektir. Kabul edilebilir minimum düzey, verilen mevcut bilginin, mevcut kaynakların ve tedavi edilmeyen veya başka bir tedavi riskine karşı verilen bakımın sunulduğu bağlamın toplu kavramlarına atıfta bulunur (WHO, 2009: 15).

Tehlike; Zarar verme potansiyeline sahip bir eylemdir (WHO, 2009: 15).

Olay; Hastanın zarar görmesi şeklinde sonuçlanan durumdur (WHO, 2009: 15).

Hata; Bir eylemin planlandığı gibi yapılmaması veya yanlış bir planın uygulanmasıdır (WHO, 2009: 16).

Zarar; Vücudun yapısının veya işlevinin bozulması ve hastalık, yaralanma, acı, sakatlık gibi sağlığa zararlı bir etkinin olmasıdır (WHO, 2009: 16).

Ters olay; Gerekçeli bir tedaviden kaynaklanan beklenmeyen zararlardır (WHO, 2009: 17).

İhlal; Bir işlemin işleyişinden, standardından veya kuralından kasıtlı olarak sapma durumudur. (WHO, 2009: 22).

Risk; Bir olayın meydana gelme olasılığıdır (WHO, 2009: 22).

1.2.Hasta Güvenliği Kavramı ve Önemi

Hasta güvenliği son zamanlarda hem ulusal hem de uluslararası literatürde üzerinde önemle durulan bir konu haline gelmiştir (Tak, 2010: 73). Hasta güvenliği kavramı, ilk kez Hipokrat tarafından anlatılan ve tıbbın genel ilkesi haline gelmiş “önce zarar vermemek” anlayışı ile var olmuştur. Fakat sağlık hizmetlerinde her tıbbi uygulama ve teşebbüs, kendiliğinden bazı tehditleri de beraberinde getirmektedir.

Günümüzde bu tehditlerin azaltılması ya da elimine edilebilmesi için daha duyarlı ve ayrıntılı bir yaklaşım olan “hasta güvenliği” kavramı ön plana çıkmaktadır (Taş ve diğerleri, 2013: 2). Hasta güvenliği, sağlık hizmetlerine bağlı hataların önüne geçilmesi ve hataların sebep olduğu hasta hasarlarının azaltılması veya yok edilmesi olarak tanımlanır (Ovalı, 2010: 33, Akalın, 2014). Özdemir (2014) hasta güvenliğini, sağlık bakımıyla alakalı olarak hastanın lüzumsuz zarar veya muhtemel zarar görme durumundan uzak olması biçiminde tanımlamıştır (Özdemir, 2014: 1). Budak (2008) ve Güven (2007) hasta güvenliğini, sağlık çalışanlarının sağlık hizmeti sunarken hastalara vereceği muhtemel zararın önüne geçmek amacıyla aldıkları tedbirlerin tamamı olarak tanımlamışlardır (Budak, 2008; Güven, 2007: 411). DSÖ ise hasta güvenliğini, sağlık bakımı sürecinde hastaya zarar verilmemesi ve sağlık hizmeti ile ilişkili gereksiz zarar riskinin minimum seviyeye indirilmesi olarak tanımlamıştır (www.who.int/patientsafety). Tanımlarda da görüldüğü gibi hasta güvenliğinin birincil amacı hastaya zarar vermemektir.

Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı'na (2000) göre; hasta güvenliği aşığıdaki hususları içerecek şekilde tanımlanabilir (NPSF, 2000: 2-3);

- 1) Hasta güvenliği, temel olarak sağlık hizmetlerinden kaynaklanan olumsuz sonuçların veya yaralanmaların önlenmesi ve iyileştirilmesi ile ilgilidir. Sürekliliği, “hata” ve “sapmalar” olarak adlandırılabilenlerden “kaza” olarak tanımlayan olayları ele almalıdır.
- 2) Güvenlik, sistem bileşenlerinin etkileşiminden ortaya çıkar. Olumsuz sonuçların yokluğundan daha fazlasıdır ve tanımlanabilir “önlenebilir” hatalardan veya olaylardan kaçınmadan daha fazlasıdır. Güvenlik; kişi, cihaz veya bölümlerde

bulunmaz. Güvenliği geliştirmek, güvenliğin bileşenlerin etkileşimlerinden nasıl ortaya çıktığını öğrenmeye bağlıdır.

- 3) Hasta güvenliği “bakım kalitesi” ile ilgilidir, ancak iki kavram eř anlamlı değildir. Güvenlik, kalitenin önemli bir alt kümesidir. Bugüne kadar kalite güvencesi, sürekli kalite iyileştirme, toplam kalite yönetimi vb. gibi kaliteyi yönetecek faaliyetler, hasta güvenliği konularına yeterince odaklanmamıştır.

Sağlık hizmetlerinin çoğu günübirlik verildiğinden, sağlayıcılar ve araştırmacılar hasta güvenliğini artırmakla ilgilenmektedir. Sağlık hizmetleri ve havacılık endüstrisi gibi diğer kritik güvenlik ortamlarında yapılan araştırmalar, hizmet sunumunda yer alan sistemleri anlamının, hataları önlemek ve müdahaleler geliştirmek için önemli olduğunu göstermektedir. Örgüt içindeki bireylerin tutumları, sistemlerin nasıl işlediği ve nasıl geliştirilebileceği hakkında fikir verebilir (Modak ve diğerleri, 2007: 1). Sağlık hizmetlerinde hata riskini azaltmak, güvenlik konusunda araştırma yapılmasını, bulguların yayılmasını ve bakım için en iyi uygulamaların ve kanıta dayalı kılavuzların uygulanmasını gerektirir (VanGeest ve Cummins, 2003: 3-4). Hastaların güvenliğini sağlamak, yalnızca herhangi bir ülkede değil, dünya çapında sağlık hizmeti sunanlar için yüksek görünürlük sorunudur. Sağlık hizmetlerinin güvenliği artık önemli bir küresel sorundur. Güvenli olmayan ve düşük kaliteli hizmetler, sağlık çıktılarının azalmasına ve hatta zarar görmesine neden olur. Ulusal çabalara yoğun olarak katılan ülkelerin deneyimi, sağlık sistemlerinin ülkeden ülkeye farklılık göstermesine rağmen, hasta güvenliğine yönelik birçok tehdidin benzer sebeplere ve benzer çözümlere sahip olduğunu açıkça göstermektedir. İnsanları güvenli bir ortamda tedavi etmek ve önemsemek ve onları sağlıkla ilgili kaçınılmaz zararlardan korumak ulusal ve uluslararası önceliğe sahip olmalı ve uluslararası çabalar gerektirmelidir (WHO, 2017).

Sağlık sektörü, morbidite ve mortalite açısından yüksek risk içerdiğinden, yüksek tehlike potansiyeline sahip bir endüstri olarak görülmektedir (Colla ve diğerleri, 2005: 364). Sağlık sektöründe, hastalar müşteridir ve hasta güvenliği, sağlık hizmeti süreçlerinden kaynaklanan olumsuz sonuçların veya yaralanmaların önlenmesi ve iyileştirilmesi anlamına gelir (Katz-navon ve diğerleri, 2005: 1075). Bu nedenle hasta güvenliği, sağlık kuruluşları arasında en çok dikkat çeken konulardan biri olarak ortaya çıkmıştır (Zaheer ve diğerleri, 2015: 14). Hasta güvenliği, konuyla ilgili artan farkındalığın bir sonucu olarak, tüm dünyada ciddi bir endişe kaynağıdır (WHO, 2010). Sağlık hizmetlerinin

gittikçe kompleks bir yapıya dönüşmesi, gelişen ve değişen sağlık ihtiyaçları ve sağlık teknolojisindeki hızlı gelişmeler, sağlık çalışanları ve hastalar açısından tehditleri de beraberinde getirmektedir (Bostan ve Köse, 2012: 11). Hastanın zarar görmesini önlemek için güvenliğin artırılmasına verilen önem, sağlık uzmanları, yasa koyucular ve akreditasyon kuruluşları için hem ulusal hem de uluslararası olarak kilit bir öncelik haline gelmiştir (Connelly ve Powers, 2005: 416). Sağlık hizmeti sunumunun her basamağında, hasta güvenliğinin sağlanması ve tıbbi hataların önüne geçilmesi, sağlık sisteminin öncelikleri arasındadır (Güven, 2007: 411). Dünyadaki tüm sağlık hizmeti sunucuları, hizmet alma amacıyla kendilerine başvuran hastalara zaman zaman istemeyerek zarar vermektedir (Korkmazer ve diğerleri, 2016: 141). Her yıl, hastalar gereksiz yere sakatlığa ve hatta ölüme neden olabilecek kapasiteye sahip standart olmayan bakım ve tıbbi hatalara düşmektedir (Shell ve Dunlap, 2008: 19). Tıp hataları istisnasız tüm ülkelerin problemidir ve tıp hataları sebebiyle ölümler kalp hastalıkları, kanser, serebrovasküler hastalıklar ve akciğer hastalıklarından sonra beşinci sırada bulunmaktadır. Bu nedenle hastalara ve bütün sağlıklı bireylere daha güvenli bir sağlık bakımı sunulması, birinci öncelik haline gelmiştir (Onganer ve diğerleri, 2014: 171). Pek çok sağlık hizmeti sağlayıcısı şimdi hastalara bakımlarında hatalardan ve zararlardan kaçınmak için ne yapabileceklerine dair tavsiyelerde bulunmaktadır (Entwistle ve diğerleri, 2005: 483).

Hasta güvenliği, sağlık hizmeti tüketicileri ve sağlayıcıları için önemli bir endişe olmaya devam ederken, hastaneler azalan gelir ve artan maliyetlerle mücadele etmektedir (Armstrong ve diğerleri, 2009: 55). Modern sağlık hizmetleri sunumunda tıbbi hataların maliyeti hem finans hem de hasta bakımı açısından çok büyüktür (Zaheer ve diğerleri, 2015: 14). Hastaneler, bakım kalitesini artırmak için çeşitli baskılarla karşı karşıya kalmıştır. Amerika Birleşik Devletleri hastanelerinde hasta güvenliği sorunları endişe verici oranlara ulaşmıştır (Stock ve diğerleri, 2010: 7). McFadden ve arkadaşlarına (2015) göre; bugün tıbbi hatalar hala yaygın bir problemdir. Önde gelen bağımsız bir sağlık hizmeti derecelendirme kuruluşu olan HealthGrades, Medicare hastalarına 2006-2008 yıllarında yaklaşık bir milyon hata bildirdi. Tedavi sırasında tıbbi hata ortaya çıktığında, Medicare artık hastanelere masraflarını geri ödememektedir. Diğer sigorta şirketleri de yakında Medicare'in liderliğini takip edecektir. Ayrıca, 2011 yılında yürürlüğe giren Medicare kuralları uyarınca, hastanelerden edinilen enfeksiyonları bildirmeleri veya para cezası ödemeleri gerekmektedir. Hasta güvenliğinin sadece gereksiz hataların değil, aynı

zamanda yüksek maliyetinin de olması nedeniyle acil bir ulusal kaygı olduğu giderek daha açık bir hale gelmektedir (McFadden ve diğerleri, 2015: 24-25). IOM'un yayınladığı rapor, bu konuyu ele almanın genel sağlık sistemlerinde kapsamlı iyileştirmeler yapılmasını gerektirdiğini ileri sürmektedir (Stock ve diğerleri, 2010: 7).

1.3.Hasta Güvenliğini Etkileyen Hatalar

Sağlık hizmetleri daha etkin hale gelmekle birlikte, yeni teknolojilerin, ilaçların ve tedavilerin daha fazla kullanılmasıyla daha da karmaşık hale gelmiştir (WHO, 2010). Bazı ülkeler sağlık bakımı sırasında önemli sayıda hastaya zarar verildiğini ya da kalıcı yaralanmalara, sağlık kurumlarında kalma süresinin uzamasına ve hatta ölüme neden olduğunu gösteren çalışmalar yayınlamıştır. Açık politikalar, örgütsel liderlik kapasitesi, güvenliği geliştirmeye yönelik veriler, yetenekli sağlık çalışanları ve hastaların bakımlarına etkin katılımı, sağlık hizmetlerinin güvenliğinde sürdürülebilir ve önemli gelişmeler sağlamak için gereklidir (www.who.int/patientsafety).

McBride ve Foureur (2006) hasta güvenliğine etki eden hataları sistem kaynaklı hatalar ve insan kaynaklı hatalar olmak üzere ikiye ayırmıştır (McBride-Henry ve Foureur, 2006: 35-36). Hasta güvenliğini etkileyen sistem kaynaklı ve insan kaynaklı hatalar tablo 1 de gösterilmiştir.

Tablo 1
Hasta Güvenliğini Etkileyen Hatalar

İnsan Kaynaklı Hatalar	Sistem Kaynaklı Hatalar
Hataların nasıl gerçekleştiğini anlama	Yeterli personelin olmaması
Politika ve prosedür belgelerine uyulmaması	Hasta bakım düzeyleri
Vardiyasındaki saat sayısı	Politika ve ilaç bilgilerine yetersiz erişim
Dikkat dağıtıcı şeyler	Fiziksel çevre: aydınlatma, ilaç hazırlama tesisleri
İlaçlarla ilgili bilgi eksikliği	Örgüt kültürü
Dozaj hesaplanması	Örgütsel iletişim kanalları
İş yükü	Örgütsel rutinler
Bakım teslim modeli	İlaç ile ilgili konular
	Olay raporlama kültürü

Kaynak: McBride-Henry, K. ve Foureur, M. 2006, s. 36-37

1.4. Hasta Güvenliğini İyileştirme

IOM'un 2001 yılında yayınlamış olduğu rapora göre hastalık, yaralanma ve maluliyet yükünü sürekli olarak azaltmak ve Amerika Birleşik Devletleri halkının sağlığını ve işleyişini geliştirmek ve hasta güvenliğini sağlamak için altı özel amaç benimsenmiştir. Bunlar (IOM, 2001: 3);

Güvenli Bir Sağlık Hizmeti: Hastalara yardım etmeyi amaçlar ve yaralanmalardan kaçınmayı ifade eder.

Etkili Bir Sağlık Hizmeti: Yararlanabilecek herkese bilimsel bilgiye dayanan hizmetler sunmak ve faydası olmayanlara hizmet sunmayı reddetmeyi ifade eder.

Hasta Merkezli Sağlık Hizmeti: Bireysel hasta tercihlerine, gereksinimlerine ve değerlerine saygılı ve duyarlı bakım sağlamak ve hasta değerlerinin tüm klinik kararları yönlendirmesini sağlamayı ifade eder.

Zamanında Sunulan Sağlık Hizmeti: Hem bakım alanlar hem de bakım verenler için bekleme sürelerinin ve bazen de zararlı gecikmelerin azaltılmasını ifade eder.

Verimli Bir Sağlık Hizmeti: Ekipman, sarf malzemeleri, fikirler ve enerji israfı da dâhil olmak üzere israftan kaçınmayı ifade eder.

Adil Bir Sağlık Hizmeti: Cinsiyet, etnik köken, coğrafi konum ve sosyoekonomik statü gibi kişisel özellikler gibi ayrımlar yapılmadan gereken hizmetin sunulmasını ifade eder.

Bu altı alanda büyük kazançlar sağlayan bir sağlık sistemi, hasta ihtiyaçlarını karşılamada çok daha iyi olacaktır. Hastalar, daha güvenli, daha güvenilir, daha duyarlı, daha bütünleşmiş ve daha ulaşılabilir olan bakımlar ile karşılaşacaklar ve yararlı olduklarını kanıtlayacak olan tüm önleyici, akut ve kronik hizmetlerin alınmasına güvenebileceklerdir. Klinisyenler ve diğer sağlık çalışanları da işlerini daha iyi yapabilmeleri için artan memnuniyetlerinden yararlanacak ve böylece bakım alanlara daha iyi sağlık, daha uzun ömür, daha az acı ve ıstırap ve kişisel üretkenlik kazandıracaklardır (IOM, 2001: 3).

1.5. Hasta Güvenliğinin Tarihsel Gelişimi

Hasta güvenliğine son yıllarda önemli ölçüde ilgi olmasına rağmen, aslında kökleri çok eskiye dayanmaktadır (Çiçek K., 2018: 12). İlk olarak 1955 yılında Ernest Codman tarafından hasta güvenliği konusu ele alınmış ve Codman hasta güvenliği girişimlerini özel olarak tanımlamamış, hasta çıktılarını izlemek için, komplikasyonlar ve ölçümlerle ilgilenmiştir. Codman sağlık hizmetlerinin kalitesinin boyutları, ölçümlerin ve raporların önemi, uygulamadaki çeşitliliği azaltmak ve geliştirmek için araştırma veya kanıtların kullanımını da dâhil olmak üzere mevcut hasta güvenliğine önemli ölçüde katkı sağlamıştır (Byers ve White, 2004: 3-4).

1955 yılında ilk kez Ernest Codman'ın hasta güvenliğine odaklanmasıyla artan hasta güvenliği ve kalitesiyle ilgili gelişmeler Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2**Hasta Güvenliği ve Kalitesi İle İlgili Önemli Noktalar**

1955	Ernest Codman hasta çıktılarına odaklandı.
1984	Anestezi Hasta Güvenliği Vakfı New York'ta Harvard Tıp Uygulama Çalışmasını kurdu.
1992	Colorado/Utah'da Tıbbi Uygulama Çalışması yapıldı.
1995	İlk Annenberg Hasta Güvenliği Konferansı yapıldı.
1996	Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı kuruldu.
	Ortak Komisyon, Sentinel Etkinlik Politikasını yayınladı.
	Başkan Clinton, Sağlık Sektöründe Tüketicinin Korunması ve Kalitesi Konusunda Danışma Komisyonu kurdu.
	IOM ile birlikte Ulusal Sağlık Hizmeti Koalisyonu, ABD'de bakım kalitesinin kanıtlarını sağlamak amacıyla makaleler için akademik literatürü gözden geçirme RAND'ı görevlendirdi.
	Harvard Üniversitesi'nde Tıbbi Hata ve Hasta Güvenliği Konusunda İlk Yönetici Oturumu yapıldı.
1997-1998	Kalite Enstitüsü Tıp Enstitüsü Teknik Danışma Paneli, 1997-1998 yılları arasında yayımlanan çalışmalarını kapsayacak şekilde bir güncelleme yaptı.
	Başkan Clinton Kalite Mesleki Koordinasyon Görev Gücünü kurdu.
	Tüketicinin Korunması ve Kalite Danışma Komisyonunun bir sonucu olarak Tıp Enstitüsü tarafından başlatılan Amerika'da Sağlık Hizmeti Projesi yapıldı.
	Başkan Yardımcısı Gore, Sağlık Hizmeti Kalitesi Ölçme ve Raporlama Ulusal Forumu'nu oluşturdu.
	Sağlık Yüksekokulu Ulusal Yuvarlak Masa Sağlık Enstitüsü, üç tür kalite problemini (aşırı kullanım, düşük kullanım, yanlış kullanım) karşılaştırdı ve tanımladı.

Tablo 2 Devamı

Hasta Güvenliği ve Kalitesi İle İlgili Önemli Noktalar

2000	Sağlık Hizmeti Araştırma ve Kalite Ajansı için Sağlık Politikası ve Araştırma Ajansı değişiklikleri yapıldı.
	Leapfrog Grubu Business Roundtable tarafından kuruldu.
	Tıp Enstitüsü Kalite Güvence Ortak Komisyonu'nun Güvenlik Standartlarını yayınladı.
	Hasta Güvenliği Konferansı için Ortaklar (P4P) oluşturuldu.
	CQuIPS, QuIC ve AHRQ tarafından kurulan Sağlık Araştırmaları ve Kalite, Hasta Güvenliği araştırmaları için Ajans bünyesinde kuruldu.
	IOM, To Err Is Human: Building A Safer Health System adlı raporu yayınladı.
2001	Ulusal Hasta Güvenliği Görev Gücü kuruldu (FDA, AHRQ, CDC, CMS).
2002	Tıp Enstitüsü Ulusal Sağlık Bakım Kalitesi Raporunu Yayınladı.
	Ortak Komisyon Altı Ulusal Hasta Güvenliği Hedefini yayınladı.
	Medicare ve Medicaid Hizmetleri Merkezleri, tıbbi hataların azaltılması dâhil olmak üzere kalite değerlendirme ve performans iyileştirme gerektiren katılım koşullarını yayınladı.
2003	Ortak Komisyon paylaşılan Vizyonun yeni araştırma sürecini duyurdu.
	Tıp Enstitüsü Ulusal Eylem için Öncelikli Alanlar yayınladı.
	Medicare ve Medicaid Hizmetleri Merkezleri, tıbbi hataların azaltılması dâhil olmak üzere kalite ve performans iyileştirme programları gerektiren katılım koşullarını yayınladı.
	2003 yılı Hasta Güvenliği ve Kalite Geliştirme Yasası (HR 877), Ev Komitesi tarafından onaylandı.
	FDA, ilaçların barkodunu kodlamak için kurallar çıkardı.
	Sağlık Araştırmaları ve Kalite Ajansı hasta güvenliği göstergelerinin kitabını yayınladı ve web tabanlı kalite ölçümleri kaynağını başlattı.
	Sağlık İyileştirme Enstitüsü çevrimiçi etkileşimli kalite kaynağı geliştirdi.

Kaynak: Byers, J. F. ve White, S. V. (2004) s. 5-6.

1.6. Uluslararası Hasta Güvenliği Uygulamaları

Beklenmeyen ve istenmeyen olaylar, sağlık hizmetlerinin verildiği herhangi bir ortamda (birinci, ikinci ve üçüncü basamak bakım, toplum bakımı, sosyal ve özel bakım, akut ve kronik bakım) gerçekleşebilir. Avrupa'da her 10 hastadan biri hastanede önlenabilir zarar veya yan etkilere maruz kalmakta, hasta, aileleri ve sağlık hizmeti sağlayıcıları için acı ve zarara neden olmakta ve sağlık hizmetleri sistemlerine yüksek oranda parasal zarar vermektedir (www.euro.who.int). Amerika Birleşik Devletleri'ne baktığımızda da tıbbi bakım, bireysel hizmet sağlayıcı düzeyinde, sistem düzeyinde ve ulusal düzeyde teknik olarak karmaşıktır (James, 2013: 122).

Tüm bu nedenlerden ötürü Ocak 2002'de, DSÖ İcra Kurulu, hasta güvenliği konusunu kapsamlı bir şekilde ele aldı ve Elli beşinci Dünya Sağlık Kurulu'na bir çözüm önerdi. Mayıs 2002'de Sağlık Kurulu tarafından kabul edilen WHA55.18 kararı, üye devletlere hasta güvenliği sorununa mümkün olduğunca dikkat vermeye ve hastaların güvenliğini, ilaçların tıbbi ekipman ve teknolojilerinin izlenmesini de içeren sağlık hizmetlerinin kalitesini iyileştirmek için gerekli olan sistemleri güçlendirmeye çağırıldı. Dahası, Genel Direktörden küresel norm ve standartlar geliştirmesini talep etti. Bunlar; kanıta dayalı politikaların çerçevelemesini teşvik etmek ve uluslararası hasta güvenliği alanında mükemmelliği tanımak için mekanizmalar geliştirmek; konuyla ilgili araştırmaları teşvik etmek ve birkaç kilit alanda üye devletleri desteklemektir. O zamandan beri, birçok üye devlet kendi sağlık bakım sistemlerinde hasta güvenliği konusunda girişimlerde bulunmuştur. Mayıs 2004'te, Elli Yedinci Dünya Sağlık Asamblesi, WHA55.18 sayılı Kararın uygulanmasında kaydedilen ilerlemeyi ve üye devletlerin teknik bir bilgilendirmede yüksek katılım düzeyine dikkat çekti. Dünya Sağlık Asamblesi, küresel bir girişim olarak hasta güvenliğini arttırmak için uluslararası bir ittifak oluşturma önerisini değerlendirdi (WHO, 2005: 6). Hasta güvenliği için bir dünya ittifakı oluşturulması tüm Üye Devletlerde sağlık hizmetlerinin güvenliğini arttırma arayışında önemli bir adımdır (WHO, 2005: 6).

1.7. Türkiye’de Hasta Güvenliği

Ülkemizde sağlık hizmetleri sunumunda kalite ve akreditasyon çalışmalarının geniş bir yer tutmaya başlamasıyla hasta güvenliği konusunda hassasiyetin artması hızlanmıştır. Hasta güvenliği ilk olarak hastane akreditasyonu ve DSÖ’nün öncülük ettiği öncelikler sebebiyle araştırmacılar ve uygulamacılardan oluşan dar bir çevrenin gündeminde yer almıştır. Sağlık Bakanlığı aracılığıyla 2008 yılında “Sağlıkta Kalite ve Performans Yönergesi” ve 2009 yılında “alışan Sağlığı ve Hasta Güvenliği Tebliği” yayınlanmıştır (Tak, 2010: 74). alışan Sağlığı ve Hasta Güvenliği Tebliği’nin içerisinde otuz dört tane standart bulunmaktadır ve standartların tamamına bakıldığında yarısından çoğunun konuyla alakalı ve hasta güvenliğini sağlama amacı olduğu görölmektedir. (iek, 2012: 10). Bu yönergelerin yayınlanması sonucunda hasta güvenliği, başta sağlık kuruluşları olmak üzere hastalar, bilim insanları, hukukçular, teknoloji üreten şirketler ve danışmanlar gibi çok geniş bir topluluğun ilgi alanında olmuştur (Tak, 2010: 74).

BÖLÜM 2: HASTA GÜVENLİĞİ İKLİMİ

2.1. Hasta Güvenliği İklimi

Hasta güvenliği iklimini anlayabilmemiz için öncelikle kültür-iklim ve örgüt kültür-örgüt iklimi ayrımını yapmamız gerekir.

2.2. Kültür-İklim Ayrımı

2.2.1. Kültür

Schein (1990)'e göre kültür, bir grubun belli bir süre boyunca öğrendiği şeydir, çünkü o grup dış ortamda hayatta kalma sorunlarını ve iç entegrasyon sorunlarını çözer. Yeni üyelere bu problemlerle ilgili düşünce ve hissi algılamının doğru yolu olarak öğretilir. Bir kültürün iç tutarlılığının gücü ve derecesi bu nedenle grubun istikrarının, grubun var olduğu sürenin uzunluğunu, grubun öğrenme deneyimlerinin yoğunluğunu, öğrenmenin gerçekleştiği mekanizmaları ve grubun kurucuları ve liderleri tarafından yapılan varsayımların gücü ve açıklığıdır (Schein, 1990: 111). Problemler ortaya çıktığında, organizasyonlar problemleri örtbas edebilir, görmezden gelebilir veya onlardan bir şeyler öğrenebilir (Singer ve diğerleri, 2008: 1149).

Kültür çeşitli şekillerde tanımlanır ve ölçülür. Kültür tanımları genellikle personelin değerleri, tutumları, normları, inançları, uygulamaları, politikaları ve davranışları anlamına gelir. Temel olarak, kültür buradaki işleri yapma şeklimizdir, burada kelimesi hastaneye değil, belirli bir iş birimine atıfta bulunur. Güvenli bir kültürde çalışanlar, her üyenin kendi güvenlik normlarını ve meslektaşlarını korudukları organizasyon çapında güvenlik taahhüdü ile yönlendirilir (Pronovost ve Sexton, 2005: 231).

Kültür aynı zamanda klinisyen ve personelin çalışma alanındaki hasta güvenliği ile ilgili "normal" davranış hakkındaki algılarını da şekillendirir. Çalışma alanı liderleri veya meslektaşlar ve ekip üyeleri tarafından neyin övgüye değer olduğuna ve cezalandırılabilir olduğuna ilişkin algıları bildirir. Bu şekilde kültür, kişinin güvenli davranışlarda bulunma motivasyonunu ve bu motivasyonun günlük pratiğe ne ölçüde dönüştüğünü etkiler (Weaver ve diğerleri, 2013: 369).

2.2.2. İklim

İklim, kültürün yalnızca yüzeysel bir tezahürüdür ve bu nedenle iklim araştırması, kuruluşların nasıl işlediğinin daha derin nedensel yönlerine girmemizi sağlamamıştır (Schein, 1990: 109).

Hizmet için iklim, çalışanların müşteri hizmetleri ve müşteri hizmetleri kalitesi ile ilgili ödüllendirilen, desteklenen ve beklenen uygulamalara, prosedürlere ve davranışlara ilişkin algılarını ifade eder. Örneğin, çalışanların kaliteli hizmet sunmak için ödüllendirildiklerini algıladıkları ölçüde, kuruluşlarının hizmet ortamı daha güçlü olacaktır (Schneider ve diğerleri, 1998: 151). Schneider (1975)'e göre; uygulamaları ve prosedürleri ile bir sistem birçok iklime neden olabilir. İnsanlar iklimi algılarlar çünkü molar algılar davranış ile sistemin uygulama ve prosedürleri arasındaki bir uyumluluğa ulaşmak için referans çerçevesi olarak işlev görür. Ancak, iklim bireysel farklılıkların gösterimini ödüllendiren ve destekleyen bir iklim ise aynı sistemdeki insanlar aynı şekilde davranmayacaktır. Daha fazla memnuniyet, bir sistemin uygulama ve prosedürlerinin kişisel bir değerlendirmesi olduğundan, sistemdeki insanların memnuniyeti konusunda, sistemin iklimi ile ilgili tanımlarından daha az kabul etme eğiliminde olacaktır (Schneider, 1975: 473-475).

2.3. Örgüt Kültürü-Örgüt İklimi Ayrımı

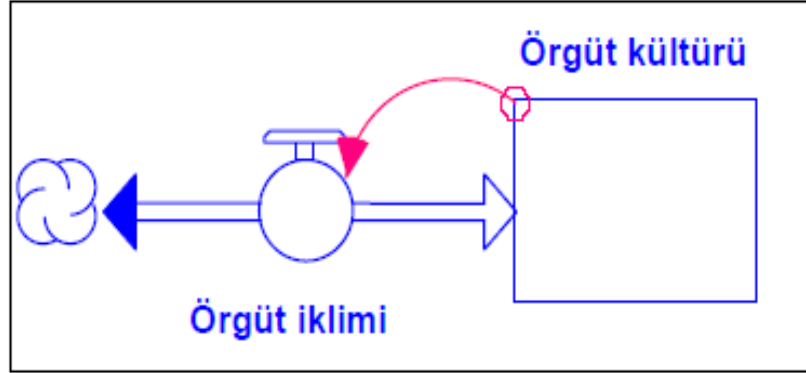
Örgütsel iklim ve örgütsel kültür arasındaki ilişki açık değildir. Her iki kavram da çalışanların kendi organizasyonlarında yaşadıkları çalışma ortamına odaklanmış ve iki yapının da ele aldığı içerikte bir miktar örtüşme olsa da, açık ve bazen derin farklılıklar da vardır (Ehrhart ve diğerleri, 2014: 296).

Örgütsel yapı, politikalar, süreçler ve iş yapma yöntemleri ile örgütlerin hedefe ulaşma ve ulaşılan hedefleri sürdürülebilirliğini sağlamak için ihtiyaç duyduğu kültürel özelliklerin birbirleriyle uyumlu olması gerekmektedir. Ayrıca iş yapma yöntemlerinin çalışanlar ile paylaşılması ve ortak paydada buluşulması örgüt ikliminin uygun olması ile sağlanabilir. Buradan hareketle örgüt kültürünün daha uzun zaman dilimi içerisindeki birikimleri ifade ettiği, örgüt ikliminin ise daha çok anlık durumları temsil ettiği söylenebilir. Şekil 1'den de anlayabileceğimiz gibi örgüt ikliminin uygunluğu zamanla istenilen örgüt kültürünün oluşmasını sağlayabilmektedir. Aynı şekilde örgüt iklimi örgüt

kültürünün zamanla kazanılmış olan olumlu ve olumsuz yönlerinden etlenir. Şekil 1’de kültür birikiminden iklim akışına doğru çizilmiş olan ok bu etkiyi göstermektedir (Türen ve diğerleri, 2014: 173-174).

Şekil 1

Örgüt İklimi ve Örgüt Kültürünün İlişkisi



Kaynak: TÜREN ve arkadaşları (2014), s.174

2.3.1. Örgüt Kültürü

Örgütsel literatürdeki iklim ve kültür terimleri arasında önemli bir örtüşme olmasına rağmen bu iki terim arasında ince ancak önemli farklılıklar vardır. Kültür daha derin bir seviyede bulunur ve bir ortamı karakterize eden paylaşılan temel varsayımlar, değerler ve inançlar olarak tanımlanabilir. İklimin ölçülmesi ve manipüle edilmesi daha kolaydır, oysa kültür daha derine gömülüdür ve değişime karşı dirençlidir (Zaheer ve diğerleri, 2015: 14).

Örgüt kültürünü tanımlama sorunu, örgütlenme kavramının kendisinin belirsiz olması gerçeğinden kaynaklanmaktadır. Öncelikle, belirli bir insan grubunun bir kültürün oluşmasına izin verecek kadar istikrarlı ve ortak bir geçmişe sahip olduğunu belirtmekte fayda var. Bunun anlamı, bazı kuruluşların genel bir kültürü olmayacağı, çünkü ortak bir geçmişinin bulunmadığıdır. Diğer kuruluşların uzun süre paylaşılan bir geçmişe bağlı olarak veya önemli ölçüde yoğun deneyimleri paylaştığı (bir savaş biriminde olduğu gibi) "güçlü" kültürleri olduğu varsayılabilir. Ancak bir kültürün içeriği ve gücü deneysel olarak belirlenmelidir. Yüzeysel kültürel olayları gözlemledikleri varsayılmaz. Kültür, bir grubun belli bir süre boyunca öğrendiği şeydir, çünkü o grup dış ortamda hayatta kalma sorunlarını ve iç uyum sorunlarını çözer (Schein, 1990: 111). Örgüt kültürü,

davranışsal normlar oluşturmak için bir işletmenin personelleri, örgütsel yapıları ve denetleme sistemleri ile karşılıklı etkileşimde olan sembol, dil, ideoloji, inanç, tören ve mitler gibi paylaşılmış değerler ve inançlar sistemidir (Tutar, 2016: 171).

2.3.1.1. Örgüt Kültürünün Özellikleri

Tutar'a göre (2016) örgüt kültürünün özellikleri aşağıdaki gibidir (Tutar, 2016: 172):

- Örgütsel kültür öğrenilmiş ya da sonradan kazanılmış bir olgudur. Kültür, bir örgütte önceden ve halen görevde bulunan yöneticilerinin ve çalışanlarının tutum ve davranışlarından oluşur. Sonradan gelenler de örgütte var olan inanç, değer, tutum ve davranışları öğrenirler.
- Örgütsel kültür üyeler arasında paylaşılan değerlerin tamamıdır.
- Örgütsel kültür soyut ve somut değerlerin tamamıdır.
- Örgüt kültürü davranışsal kalıplardan oluşmaktadır. Kültür inanç ve değerlerin sonucunda ortaya çıkan ve üyeleri tarafından sergilenen, kendi içinde bütünlük bir sistem oluşturan davranışsal durumlardır.

2.3.1.2. Örgüt Kültürünün Türleri

İlgili literatür incelendiğinde genel olarak örgüt kültürünün dört önemli türünden bahsedilmiştir. Bunlar; adhokratik (dış çevreye uyum) kültür, klan (insan ilişkileri ve gelişimi) kültürü, hiyerarşi (bürokrasi) kültürü ve piyasa (pazar) kültürüdür (Erdem ve diğerleri, 2010: 79-80).

Adhokratik (Dış Çevreye Uyum) Kültür: Bu kültürel yapı, örgütsel statünün önemsenmediği, dinamik, yaratıcı ve girişimci bir çalışma ortamını tarif eder. Bu kültürde liderler yaratıcıdır ve risk alırlar. Örgütü birlikte tutan en önemli öge yenilikçilik ve deneyselliğe olan bağlılıktır (Erdem, 2007: 66; Erdem ve diğerleri, 2010: 79).

Klan (İnsan İlişkileri ve Gelişimi) Kültürü: Bu tip kültür, insanların kendilerinden çok şey kattığı, içe yönelik, birlik ve beraberliğin önemli olduğu, örgütsel bağlılığın öne çıktığı sıcak bir ortamdır. Bu tür örgütler bir aile gibidirler (Erdem, 2007: 66; Erdem ve diğerleri, 2010: 79).

Hiyerarşi (Bürokrasi) Kültürü: Bu kültürde kurum içi roller, iş görenlerden daha önemlidir ve üstün tutulan örgütsel değerler, istekler ve yönergeler merkezden verilir.

Hiyerarşik kültürün baskın olduğu örgütlerde iş görenlerin gözetim ve denetimi sağlandıktan sonra onlardan itaat beklenir (Erdem, 2007: 66; Erdem ve diğerleri, 2010: 80; Tutar, 2016: 178).

Piyasa (Pazar) Kültürü: Bu tip kültürün olduğu örgütlerde her birey kendilerinin somut olarak ürettiklerine göre değerlendirildiğinden, şahsi faydalarının ardından koşmak durumundadır. Liderler işlerin yürütülmesi hususunda katı ve istemcidir. Örgütü birlikte tutan en önemli öge kazanmaya verilen önemdir (Erdem, 2007: 66; Erdem ve diğerleri, 2010: 80).

2.3.2. Örgüt İklimi

Örgütsel iklim ve örgüt kültürü, insanların iş ortamlarını deneyimleme ve tanımlama biçimlerini kavramsallaştırmak için iki alternatif yapıdır (Schneider ve diğerleri, 2013: 362). İkisi de örgütlerde psikolojik fenomenleri anlamakla ilgilidir. Her iki kavram da, ortak anlamların, örgütsel bağlamın bazı yönlerine dair ortak bir anlayış varsayımına dayanır (Ostroff ve diğerleri, 2013: 643). Bazı kültür analistleri iklimi kültüre eşdeğer olarak görmektedir, ancak bazı temel varsayımların ürünü olarak düşünölmekte ve bu nedenle kültürün bir tezahürüdür (Schein, 2010: 1).

İklim bireysel ölçümlerin ve daha yüksek düzeydeki oluşumları temsil eden bireysel algıların toplanmasının gerekçesiyle ilgilidir (Kozlowski ve Hattrup, 1992: 162). Örgüt iklimi ise, bir süredir teori ve araştırma için popüler bir kavram olmuştur (Schneider ve Reichers, 1983: 19). Örgüt iklimi kısaca, insanların iş yerinde sahip oldukları, birbirleriyle ilişkili deneyimlerindeki algılar olarak tanımlanmaktadır. Örgüt kültürü kısaca dünya ile ilgili temel varsayımlar ve örgütlerde yaşamı yönlendiren değerler olarak tanımlanmaktadır (Schneider ve diğerleri, 2013: 361). Örgüt iklimi, örgüt üyelerinin yaşadıkları olaylara, politikalara, uygulamalara, prosedürlere ve ödüllendirildiğini, desteklendiğini, beklendiğini düşündüğü davranışlara ilişitirdikleri ortak anlamdır (Ehrhart ve diğerleri, 2014: 286).

Örgüt iklimi, örgütteki personellerin örgütün psikolojik ortamıyla alakalı algılarıdır. Algılar hakikati değil, onu anlama şeklini ele aldığı için örgüt iklimi personeller tarafından farklı idrak edilebilir. Bu nedenle bir örgütte personel sayısı kadar örgütsel iklim algısı vardır. “Aynı nehirde yıkanmak aynı suda yıkanmak anlamına gelmediği gibi,

aynı örgütsel ortamda bulunmak örgütsel iklimin aynı şekilde algılanmasını sağlamayabilir.” (Tutar, 2016: 155).

Örgütsel iklimin ana özelliği, çalışanların örgütsel ortamlarının seçilen karakterleri veya özellikleriyle ilgili algılarını içermesidir (Zohar, 2010: 1517). İklim algıları, insanların benzer şekilde veya farklı şekilde davranmasına neden olabilir. Bir sistemin uygulamaları ve prosedürleri bireysel farklılıkları destekleyip ödüllendirdiğinde, bir organizasyondaki bireysel davranış farklı olacaktır. Bununla birlikte, davranıştaki bu farklılıklar, bireysel farklılıkların ortaya çıkması için bir iklime ilişkin ortak algılardan kaynaklanacaktır (Schneider, 1975: 473-474).

Özetle kültür ve iklim kavramı eşanlamlı olarak kullanılsa da, bu iki kavramı anlamak farklıdır. Örgüt kültürünü ve örgüt iklimini kişiliğe ve ruh haline göre karşılaştırabiliriz. Birincisi kalıcıdır; ikincisi geçicidir. Temel kişiliklerimizi hayatımızın başlarında kazanırız, ancak ruh hallerimiz bir günde birkaç kez değişebilir (Al-Ahmadi, 2011: 19). Dolayısı ile iklim, kültürün bir tezahürüdür (Schein, 2010: 1).

2.3.2.1. Örgüt İkliminin Özellikleri

Tutar ve Altınöz’ün (2010) Campell ve arkadaşlarından (1970) aktardığına göre, örgütsel iklimin dört temel özelliği vardır. Bunlar; yapısal özellikler, çevresel özellikler, örgütsel iklim ve formel rol özellikleridir (Tutar ve Altınöz, 2010: 198). Tutar’a (2016) göre örgütsel yapıyı diğerlerinden ayıran, kendine özgü olan ve sürekli kılan örgütsel iklimin bazı özellikleri aşağıdaki gibidir (Tutar, 2016: 160):

- Örgüt iklimi kolay bir şekilde değişmez. İklimin algılanması çevresel faktörlerden etkilendiğine göre örgüt iklimi süreklilik gösteren bir durumdur.
- Örgütsel iklim ve personel arasında etkileşim vardır. Örgüt iklimi yönetim tarzı, örgüt yapısı gibi özelliklerden etkilenirken aynı zamanda çalışanların tutum ve davranışlarını da etkiler. Bu da karşılıklı etkileşimi oluşturur.
- Örgüt iklimi personelin destek, ödül, uyum, takdir ve güven gibi algılarından oluşur.
- İş görenlerin birbirleri arasındaki etkileşim seviyesini gösterir.
- Örgütü diğer kurumlardan ayıran psikolojik ve fiziksel yapıyı gösterir.
- Örgüt üyelerinin ve tutum ve davranışlarına yön verir.

- Örgüte kimlik duygusu kazandırmanın aracıdır.

2.3.2.2. Örgüt İkliminin Türleri

İlgili literatür incelendiğinde açık iklim, kapalı iklim, otonom iklim, ailesel iklim, babacan iklim ve kontrollü iklim olmak üzere altı iklim türünden bahsedildiği görülmüştür. Bunlar;

Açık İklim; Bu iklim türü, beraber çalışmaktan ve sözü edilen örgütte olmaktan onur duymak anlamına gelmektedir. Bu iklimin temel özelliği, tüm üyeler arasında meydana gelen davranışların gerçekliğidir (Halpin ve Croft, 1963: 3; Tutar ve Altınöz, 2010: 200).

Kapalı İklim; Bu iklim türünde umursamazlık hâkimdir. İş görenlerin ne başarı, ne de aidiyetlik ve bağlılık amacı vardır ve işbirliği görülmez. Yöneticinin, iş görenlerin sosyal gereksinimlerini karşılama ve iş doyumları hususunda yeterli gayreti yoktur (Tutar ve Altınöz, 2010: 201).

Otonom İklim: Liderlik faaliyetlerinin esas olarak gruptan çıktığı bir iklim türü olarak tanımlanmaktadır. Bu iklim türünde lider çok az çaba harcar (Halpin ve Croft, 1963: 3).

Ailesel İklim: Bu iklim türü son derece kişisel ve kontrolsüzdür. Örgüt üyeleri sosyal ihtiyaçlarını karşılar, ancak görev başarısı bakımından sosyal kontrole nispeten az dikkat eder. Bu iklim türünde örgüt içindeki davranışların çoğu "asılsız" olarak yorumlanabilir (Halpin ve Croft, 1963: 4).

Babacan İklim: Bu iklim türünde yöneticiler, örgütü denetleme ve iş görenlerin sosyal gereksinimlerini karşılama konusunda başarısızdır. Babacan davranış iş görenlerce içtensizlik olarak algılanır ve motivasyon seviyeleri düşer (Tutar ve Altınöz, 2010: 200).

Kontrollü İklim: Bu iklim türü en doğru şekilde, kişisel olmayan ve yüksek oranda iş odaklı olarak tanımlanır. Grubun davranışı öncelikle görev başarısına yöneliktir, sosyal ihtiyaç memnuniyetine yönelik davranışa ise çok az dikkat edilir. Bu iklim davranış açıklığı veya orijinalliklerinden yoksundur, çünkü grup orantısız bir şekilde görev başarısıyla meşguldür (Halpin ve Croft, 1963: 3).

2.4. Güvenlik Kültürü-Güvenlik İklimi

Literatürde güvenlik kültürü ve güvenlik iklimi arasında bazı ayrımlar vardır (McFadden ve diğerleri, 2015: 25). Weaver ve arkadaşları (2013)'na göre; kültür ve iklim arasındaki fark çoğu zaman yöntemdeki farklılığa indirgenir. Bu terimler genellikle birbirinin yerine kullanılsa da kapsam ve derinliklerinde kavramsal olarak anlamlı farklılıklar vardır (Weaver ve diğerleri, 2013: 369). Güvenlik kültürü, risk ve emniyet algısı ile ilgili olarak yönetim ve sağlık çalışanlarının tutum ve değerleri olarak kabul edilir (Hessels ve Larson, 2016: 2). Bir başka tanıma göre; güvenlik kültürü, güvenlik düşüncesi ve uygulamalarının klinik faaliyetlere entegrasyonu olarak tanımlanmaktadır (Pettker ve diğerleri, 2011: 216e1). Güvenlik iklimi ise, üst düzey organizasyon düzeyinde güvenlik kültürünün grup düzeyinde deneyimlerini içerir (Hessels ve Larson, 2016: 2) Güvenlik iklimi, güvenlik kültürünün nicel açıklamasıdır (Pettker ve diğerleri, 2011: 216e1).

2.4.1. Güvenlik Kültürü

Dünyanın dört bir yanındaki birçok endüstri, rutin görevlerle ilgili büyük ölçekli afet ve kaza potansiyelini azaltmanın bir yolu olarak “güvenlik kültürü” kavramına artan bir ilgi göstermektedir. Güvenlik kültürü, sağlığı ve güvenliği etkileyen bireysel, iş ve örgütsel özellikleri öne çıkaran kurumsal kültürün bir alt bileşenidir (Cooper, 2000: 111-113). Pronovost ve arkadaşları (2009) güvenlik kültürünü normlar, inançlar, tutumlar ve değerler olarak tanımlamıştır. Kültür tipik olarak bir grubun uzun bir çalışmasını üstlenen antropologlar ve etnograflarla ilişkilidir. Buna karşılık, sağlık kuruluşları güvenlik kültürünün düzenli olarak değerlendirilmesi için bilimsel olarak sağlam ancak uygulanabilir yöntemlere ihtiyaç duymaktadır. Güvenlik kültürü değerlendirmeleri, personellerin hasta güvenliğine yönelik tutumlarını değerlendirir (Pronovost ve diğerleri, 2009: 333). Nieva ve Sorra (2003)'nın Sağlık ve Güvenlik Komisyonu (1993)'nun yayınlamış olduğu bir rapordan aktardığına göre; “Bir örgütün güvenlik kültürü, bir kurumun sağlık ve güvenlik yönetimine bağlılığını, stilini ve yetkinliğini belirleyen bireysel ve grup değerlerinin, tutumların, algıların, yetkinliklerin ve davranış kalıplarının ürünüdür. Olumlu bir güvenlik kültürüne sahip olan kuruluşlar, karşılıklı güvene dayalı iletişim ile güvenliğin önemine dair ortak algılar ve önleyici önlemlerin etkinliğine duyulan güven ile karakterize edilir.” (Nieva ve Sorra, 2003: 18).

Parker ve arkadaşlarına (2015) göre son yıllarda, güvenlik kültürünün, işlerin nasıl ve neden yanlış gittiğini anlamadaki rolü giderek daha önemli hale geldi. Sağlık hizmetlerinde işler ters gittiğinde, politikacılar ve politika yapıcılar sıklıkla güvenlik kültürünün rolüne hasta güvenliğindeki iyileşmelerin hem nedeni hem de çözümü olarak odaklanmaktadır. Çoğu sağlık uzmanı, güvenlik kültürü geliştirilecekse açıklık ve şeffaflık kültürü oluşturmanın şart olduğu konusunda hemfikir olacaktır. Ancak, güvenlik kültüründeki gelişmeler ile zararın azaltılması arasında açık bir ilişki olduğuna dair çok az kanıt vardır (Parker ve diğerleri, 2015: 26-27).

Hasta güvenliğini arttırmak için sağlık kurumlarında klinik eğitim ve kılavuzlar, bilgi teknolojisi, örgütsel yapılar ve endüstri düzenlemeleri gibi çeşitli kaldıraçlar zorlanırken, bir kurumun zarardan kaçınma yeteneğinin ancak mümkün olduğunda gerçekleşebileceği inancı artmaktadır. Son zamanlarda, hasta güvenliğini artırmanın ve bir güvenlik kültürü yaratmanın, sağlık kuruluşlarında liderliğe ve iletişime büyük ölçüde bağlı olabileceği konusunda farkındalık artmıştır (Auer ve diğerleri, 2014: 23-24). Güvenlik kültürü, sağlık uzmanlarının hasta takdirini en yüksek önceliklerinden biri olarak görmelerine yönelik isteğe bağlı davranışlarını yönlendiren performans şekillendirici bir faktördür (Nieva ve Sorra, 2003: 17). Güvenlik kültürü, hasta güvenliğindeki yaygın açıkları iyileştirmek için önemli bir strateji (ve belki de gerekli bir öncü) olarak giderek daha fazla tanınmaktadır (Pronovost ve Sexton, 2005: 231). Güvenlik kültürü, hasta güvenliğini geliştirme çabalarının temelini oluşturur ve müdahaleye cevap verebilir. Birden fazla müdahale veya aracı bir araya getirmek, güvenlik kültürünü geliştirmek için ortak bir stratejidir (Weaver ve diğerleri, 2013: 370).

2.4.1.1. Güvenlik Kültürünün Bileşenleri

Singer ve arkadaşlarına (2003) göre güvenlik kültürünün bileşenleri aşağıdaki gibidir (Singer ve diğerleri, 2003: 113):

- Güvenliğe bağlılık, organizasyonun en üst seviyelerinde ifade edilir ve her seviyede ortak değerlere, inançlara ve davranış normlarına çevrilir.
- Kuruluş tarafından sağlanan gerekli kaynaklar, teşvikler ve ödüller bu taahhüdün ortaya çıkmasını sağlamıştır.

- Güvenlik, “üretim” veya “verimlilik” pahasına olsa bile, birincil öncelik olarak değerlendirilir; personel, yanlış çıkışlar bile güvenlik tarafına dikildikleri için ödüllendirilir.
- İşçiler arasındaki ve örgütsel seviyeler arasındaki iletişim sık ve samimidir.
- Yüksek üretim seviyelerine rağmen güvensiz eylemler nadirdir.
- Hatalar ve problemlerle ilgili bir açıklık vardır; gerçekleştiğinde rapor edilirler.
- Örgütsel öğrenmeye değer verilir; Bir soruna verilen yanıt bireysel suçlamadan ziyade sistem performansını iyileştirmeye odaklanır.

2.4.2. Güvenlik İklimi

“Güvenlik iklimi” kavramı ilk olarak çeşitli yüksek riskli sektörlerde güvenliği artırmak için kullanılmıştır (Zohar ve diğerleri, 2007: 1312). Önemli tehlikelerin bulunduğu (nadiren gerçekleştirilse bile) “yüksek güvenilirlik” endüstrilerinde, işletme şirketleri ve düzenleyicileri güvenlik değerlendirmesine büyük önem vermektedir. Son yıllarda, geriye dönük verilere veya ölümler, kaybedilen zaman, kaza oranları ve olaylar gibi çıktılara dayanan güvenlik önlemlerinden, güvenlik denetimleri veya güvenlik ikliminin ölçümleri gibi 'öncü göstergeler' olarak adlandırılan bir harekete geçilmiştir (Flin ve diğerleri, 2000: 177-178).

Singer ve arkadaşları (2009) güvenlik iklimini, bir kuruluşun güvenlikle ilgili olarak nasıl algılandığına dair ortak algılarının ifade eder (Singer ve diğerleri, 2009: 300). Ceyhun (2014) ise; güvenlik iklimini, personellerin çalıştıkları iş çevresi, güvenlik ortamı ve iş konusundaki tehlikeler gibi konularda paylaştıkları algı şeklinde tanımlamıştır (Ceyhun, 2014: 93-94). Güvenlik iklimi kavramı, özellikle emniyetin, bakım hızı veya kalitesi gibi diğer performans faktörleriyle rekabet ettiği durumlarda, birimlerindeki emniyet önceliği ve genel olarak organizasyonun ortak çalışan algılarını temsil eder (Zohar ve diğerleri, 2007: 1312).

Güvenlik iklimi en iyi biçimde örgütsel iklimin bir alt kümesi olarak kabul edilir (Coyle ve diğerleri, 1995: 248). Güvenlik iklimini şekillendirmek için önemli olan psikolojik iklim unsurlarını göz önünde bulundurarak, sınıflandırma için uygun bir taksonomi tanımlamak gerekir (Clarke, 2010: 554).

Farklı şirketlerdeki işçiler, örgütlerinde güvenlikle ilgili ortak algıları paylaşırlar. Bu algıların toplamı, organizasyondaki güvenlik iklimini oluşturur. Güvenlik iklimi, daha az elverişli olandan daha elverişli olana kadar değişebilir (Zohar, 1980: 98). Güvenlik iklimi, personellerin belirli bir zamandaki güvenlik algılarını aksettirmekte ve çevresel şartlara bağlı olarak farklı anlarda değişiklik ortaya çıkarabilmektedir (Şantaş ve diğerleri, 2018: 298). Güvenlik iklimi, kelimeler ve eylemler arasındaki tutarsızlıklar veya yanlış hizalamalar gibi ek özellikleri dikkate alarak güvenlik politikaları, prosedürleri ve uygulamaları arasındaki ilişkilerin niteliğine odaklanır. Bununla birlikte, izolasyondaki güvenlik algısına ek olarak, bir alanla ilgili kuralların ve prosedürlerin, diğer alanlarla ilişkili olanlarla rekabet ettiği düşüncesi de eklenmiştir (Zohar ve Hofmann, 2012: 5).

Sağlık sektöründe güvenlik iklimi kavramı, bakım sağlayıcılar arasında ekip çalışması ve iletişim, hasta güvenliği etkinlikleri ve hasta güvenliği adına hareket edenlere yönelik yönetim desteği dâhil çok boyutlu bir kavramdır. Bu şekilde, güvenlik iklimi kavramı, çoklu bileşenlerden oluşan bir kek gibidir. Pasta yapan tek bir bileşen değil, pasta yerine içine giren çeşitli bileşenler arasındaki karmaşık etkileşimlerden ve desenlerden ortaya çıkar. Aynı şekilde, güvenlik iklimi de, onu oluşturan tüm farklı boyutlardan ortaya çıkan kapsamlı bir kavram olarak düşünülebilir (Weaver ve diğerleri, 2014: 204).

Sağlık hizmetlerinde güvenlik ikliminin ölçülmesi, bir kuruluş veya iş biriminin temel güvenlik kültürünün teşhisine yardımcı olur. Hâkim kültür, hem sağlık çalışanları hem de hastalar için güvenlik davranışlarını ve sonuçlarını etkiler (Flin ve diğerleri, 2006: 113).

Güvenlik iklimi hastanelerde belirgin şekilde değişebilir. Güvenlik iklimi, eğitim ve diğer müdahaleler ile ilgili değerlendirmeler, hastaneler içindeki birimler arasında önemli farklılıklar olacağını öngörmelidir. Birçok hastane, analizlerinin çoğunu geniş personel veya çalışma alanı kategorilerine göre tutumların toplamalarını inceleyerek ya da sadece tüm hastane için sonuçları rapor ederek güvenlik iklimini ölçmektedir (Campbell ve diğerleri, 2010: 319). Güvenlik ikliminin, hasta güvenliğini arttırmada çok önemli olduğu düşünülmektedir ve güvenlik ikliminin ölçülmesi hasta güvenliğini arttırmaya yönelik ilk adımdır (Hoffmann ve diğerleri, 2013: 355). Düzenleyiciler ve hasta güvenliği kuruluşları güvenlik ikliminin değerlendirilmesini ve iyileştirilmesini hastaneler için önemli hedefler olarak belirlemiştir (Campbell ve diğerleri, 2010: 319).

2.5. Hasta Güvenliği Kùltürü

Hasta güvenliği kùltürü, üzerinde dikkatle durulması gereken bir kavram olup sağlık sektöründe, hem insani hem de maddi anlamda mühim kayıplara sebep olan bu durumun engellenmesi amacıyla, sağlık kuruluşlarında etkili bir güvenlik kùltürünün oluşturulması ve geliştirilmesi yönündeki çalışmalar son yıllarda önemli ölçüde artmıştır (Dursun ve diğerleri, 2010: 3). Sağlık kuruluşlarında hasta güvenliğini arttırmak için çeşitli kaldıraçlar kullanılmasına rağmen, kurumun zarardan kaçınma kabiliyetinin ancak personeli arasında bir güvenlik kùltürü oluşturabildiği zaman gerçekleşebileceği inancı artmaktadır (Nieva ve Sorra, 2003: 17). Güvenlik kùltürü kavramı, sağlık kurumlarında hasta güvenliği anlayışının merkezinde giderek daha fazla görölmektedir. Bir kurumun genel kùltürünün özel bir yönü olan hasta güvenliği kùltürü de, sağlık kuruluşlarında hasta güvenliğine odaklanmasıyla uluslararası bir öncelik haline geldiğinden, artan bir ilgi görmüştür. Hasta güvenliği kùltürü, yönetim ve personelin, bir sağlık kurumunda neyin önemli olduğuna, kuruluş üyelerinin nasıl davrandıkları ve hangi davranışlarının uygun ve uygunsuz olduğu, hasta güvenliği konusunda hangi süreç ve prosedürlerin ödüllendirildiği ve cezalandırıldığına dair inanç ve normları ifade eder (Sorra ve Dyer, 2010: 1).

Son yıllarda hasta güvenliği kùltürü alanında çok sayıda çalışma yayınlanmıştır. Mevcut çalışmalardan bazıları dikkat gerektiren hasta güvenliği kùltürü konularını, hastane personelinin olay raporlamasını etkileyen faktörleri, işyeri ortamının güvenliği şekillendirmedeki rolünü ve güvenliği artırmak için izlenebilecek adımları ele almaktadır (El-jardali ve diğerleri, 2011: 2). Bu çalışmalar da gösteriyor ki hasta güvenliği kùltürü oldukça önemli bir konu haline gelmiştir.

Hasta güvenliği kùltürünün en önemli unsuru hastane yönetimine olan güvendir. Örneğin, klinisyenlerin ve bakım ekiplerinin genel hastane yönetimi desteğinin, klinisyenlerin hasta güvenliğine yönelik algı ve tutumu ile hastane yönetimine olan güvenleri de dâhil olmak üzere, belirli hasta güvenliği yönlerini nasıl etkileyebileceği henüz net değildir. Dahası açık iletişim, hataya duymusal olmayan cevaplar, hatalarla ilgili iletişim ve geri bildirim ve kurumsal öğrenme, güvenlik iletişiminde rol oynamasına rağmen belirli bilgiler hasta güvenliği ile bağlantıları konusunda yetersizdir (Auer ve diğerleri, 2014: 24). Hastane yönetimine güvenin yanı sıra güvenlik kùltürünün değerlendirilmesi ve

ölçülmesi gibi konular da kurum için büyük önem taşımaktadır. Sağlık hizmetlerinde güvenlik kültürünün değerlendirilmesi, hasta güvenliğini iyileştirme sürecinde gerekli bir adımdır ve hasta güvenliği değerlendirilirken, güvenlik kültürü araçlarının önemi giderek artan teşhis araçları haline gelmektedir (Hoffmann ve diğerleri, 2011: 797-798). Güvenlik kültürünü değerlendirme, iyileştirme ve hasta güvenliğindeki rolünü daha iyi tanımlamaya yönelik çabalar güvenlik kültürünün ölçümü ile kolaylaştırılmıştır. Yöneticiler güvenlikle ilgili potansiyel özellikleri tanımlayarak, bakım kalitesini iyileştirmek için müdahale edebilirler (Singla ve diğerleri, 2006: 105).

Sağlık kurumlarında güvenlik kültürü değerlendirmesine olan ilgi, güvenlik kültürünün iyileştirilmesine odaklanmaya paralel olarak artmıştır. Kültürü dönüştürmek için önce onu anlamak ve onunla yüzleşmek önemlidir. Kültür değerlendirme araçları bu anlayışa bir yol sağlar. Anlayıştan, eylem ortaya çıkabilir. Sağlık hizmetlerinde profesyonel ve örgütsel kültürler, daha güvenli hasta bakımını teşvik etmek için bir dönüşüm geçirmelidir (Nieva ve Sorra, 2003: 17). Bu dönüşüm için üç temel öneri ortaya çıkmıştır. Bunlar (Blegen ve diğerleri, 2009: 139);

- Sağlık bilgi teknolojisinin benimsenmesi,
- Personel çalışma koşullarındaki iyileşme ve
- Bir güvenlik kültürünün desteklenmesidir.

En geniş kapsamlı ve muhtemelen en aldatıcı olanı güvenlik kültürüdür. Her ne kadar çeşitli şekilde tanımlanmış olan güvenlik kültürü verimlilikten çok güvenliğe öncelik vermiş olsa da, bakım sağlayıcı iletişimini ve işbirliğini geliştirmeyi, hataları ve problemleri öğrenen ve öğreten bir sistem oluşturmayı da kapsamaktadır (Blegen ve diğerleri, 2009: 139). Bu üç temel öneriye ek olarak kurum, bireyler için kusursuz, hatasız performans gerektiren felsefesini bırakmalı ve bunun yerine güvenlik için sistemler tasarlamaya odaklanmalıdır. Sağlık hizmeti sistemleri, hatanın onaylanmasını önleyen ve bu nedenle herhangi bir hata olasılığını engelleyen mevcut “suçlama ve utanç” kültüründen uzaklaşmalıdır (Nieva ve Sorra, 2003: 17).

2.6. Hasta Güvenliği İklimi

Sağlık sektörü, hastaları tedavi ederken, bakım süreçlerinden kaynaklanan problemlerden ve olumsuz sonuçlardan kaçınır. Pek çok yönden, sağlık hizmetleri “yüksek

güvenilirlikli” bir işletme olmaya çalışmaktadır. Havacılık ve nükleer enerji endüstrilerini içeren yüksek güvenilirlikli organizasyonlar, kötü olaylardan kaçınırken, oldukça karmaşık ve tekrarlayan görevleri başarıyla yerine getirir (Hartmann ve diğerleri, 2008: 1263).

Hughes ve arkadaşlarına (2008) göre; geçtiğimiz yirmi yıl boyunca, hastaneler hasta güvenliğini sağlamak amacıyla işletim sistemlerini geliştirmek ve sürdürmek için hiç olmadığı kadar zorlandı. Bu zorluğa yanıt olarak, hastaneler güvenli olmayan olaylara neden olarak insan yanılabilirliğinin rolünü en aza indirgeyen donanımları, yeniden tasarım girişimlerini ve güvenli iş performansını destekleyen işi yeniden düzenleme girişimlerini benimsemiştir. Bu girişimlerin yanı sıra, sağlık hizmet sağlayıcılarının güvenlikle ilgili tutum ve davranışlarını şekillendirmede çalışma ortamına belirleyici bir faktör olarak büyük önem verilmiştir. Hastanelerde güvenlik ikliminin tanımlanması, güvenliğin sürekli olarak tanındığı ve yüksek öncelikli olduğu çalışma ortamlarının geliştirilmesinde önemli bir ilk adımdır (Hughes ve diğerleri, 2009: 19-20). Gelişim çabalarını bildirmek için hastanelerde güvenlik ikliminin seviyesini anlamak önemlidir (Hartmann ve diğerleri, 2008: 1280).

Sağlık kurumlarında hasta güvenliği girişimlerini uygulamadan önce yapılması gereken ilk önemli adım, algılanan hasta güvenliği iklimini anlamaktır (Kho ve diğerleri, 2005: 273).

İklim değerlendirmelerinin geniş çalışma alanına veya personel kategorilerine (doktorlar ve hemşireler veya cerrahlar ve cerrahi olmayan doktorlar gibi) odaklanması, daha yerel düzeylerde var olan önemli farklılıkları gizleyebilir. Birimler; hasta tipleri, keskinliği, klinik bakım faaliyetlerinin ve iş yükünün doğası ve hızlanmasının yanı sıra personel kompozisyonu, yerel liderlik ve örgütsel yapıya göre farklılık gösterir (Campbell ve diğerleri, 2010: 319).

Hastane organizasyonlarında, hastane kararlarında yönetim kararları ve örgütsel süreçler yerel işyerlerini sırasıyla birim seviyesini etkiler. Örneğin, çalışma ortamı ve sağlık çalışanlarının özellikleri (eğitim düzeyi, mesleki deneyimi gibi) ve hastaların özellikleri gibi tıbbi ve cerrahi birimlerin yapısal bileşenleri, hasta güvenliği ve hastaların bakımdan memnuniyeti de dâhil olmak üzere yüksek kalitede bakım sağlamada kritik bir rol oynar. Bireysel hemşire faktörleri, çalışma ortamı ile de ilişkilidir. Eğitim seviyesi ve mesleki

deneyim, hekimlerle yapılan profesyonel işbirliği hemşirelerin çalışma ortamının kalitesini etkilemektedir. Dahası, iş sistemindeki güvenlik açıkları veya dengesizlikler (hastane seviyesi ve ünite seviyesi), hemşire de dâhil olmak üzere sağlık çalışanlarının hata yapmalarına veya istenmeyen olaylara yol açmamalarına yol açabilecek bakım sürecini etkileyebilir (Ausserhofer ve diğerleri, 2013: 241-242).

Hasta güvenliğine farklı açılardan bakmak önemlidir (Farup, 2015: 6). Günümüzün karmaşık ve değişen sağlık hizmetleri ortamlarında hasta refahını korumak için tek bir eğitim aracı veya değerlendirme aracı yeterli olmayacaktır. Hasta güvenliği ile ilgili endişeler sağlık mesleği mensuplarının içinde yer alırken, hasta güvenliğinin ikliminin kabul edilmesi, ölçülmesi ve yönetilmesi nispeten yeni gelişmelerdir (Avramchuk ve McGuire, 2018: 176). Hasta güvenliği iklimi, örgütsel faktörlerin klinisyenin davranışını ve hasta sonuçlarını şekillendirmede oynadığı rolün anlaşılması, en fazla risk altındaki hastalara sağlanan bakımın kalitesini ve güvenliğini arttırmada kritik öneme sahiptir (Weaver ve diğerleri, 2014: 207). Schwendimann ve arkadaşları (2013) hasta güvenliği ikliminin “Belirli bir üniteye hasta güvenliğine yönelik algılanan bağlılık düzeyi ve odaklanma.” olarak tanımlandığını ve hasta güvenliği ikliminin, hasta güvenliği ile ilgili normlar ve davranışlar hakkında bir fikir birliği değerlendirmesi olduğunu savunmuştur (Schwendimann ve diğerleri, 2013: 416). Hasta güvenliği iklimi, hastanelerde güvenliği artırmak için temel bir belirleyici olarak kabul edilmiştir. İşgücü hasta güvenliği iklimine ilişkin algıların tanımlanması, güvenlik iklimi yönetiminin önemli bir parçasıdır (Zhou ve diğerleri, 2015: 1).

Hasta güvenliğinin artırılması, en acil sağlık hizmetleri zorluklarından biri olarak ortaya çıkmıştır (McFadden ve diğerleri, 2015: 24). Çoğu hastanın hastanede yatışı sırasında bakım aldığı tıbbi cerrahi birimlerindeki güvenlik ortamı hakkında çok az şey bilinmektedir (Hughes ve diğerleri, 2009: 20). Güvenli olmayan sağlık hizmetleri ortamlarıyla ilgili devam eden ıstırap ve maliyetler göz önüne alındığında (Levitt, 2014), hasta güvenliğini teşvik eden bir iklimi yaratmak ve sürdürmek, sağlık liderleri için en önemli öncelik olarak kalmalıdır. Bu öncelik, kültürel iklim değişimlerinin avantajlı olabileceği veya hasta güvenliğinin algılanmasına ve gerçeğine zarar verebileceği durumlarda, örgütsel değişimin yönetilmesi bağlamında özellikle önemlidir (Avramchuk ve McGuire, 2018: 176). Hasta güvenliği iklimi sağlık yöneticileri için de kilit bir yönetim noktası haline gelmiştir (Weng ve diğerleri, 2012: 2263). Yerel ihtiyaçların daha iyi

anlaşılmasını sağlamak için sağlık kuruluşlarında kökten bir değişimin, hatalar için bireyleri suçlamadan, hasta güvenliğini en üst düzeye çıkarmak için iyileştirici sağlık sistemlerinden birine taşınması gerekir. Sağlık kurumlarında hasta güvenliği girişimlerini uygulamadan önce, önemli bir adım, hasta güvenliği iklimini anlamaktır (Kho ve diğerleri, 2005: 273).

Hemşireler ve hasta bakım ekibine saygı duyulduğunda ve onlara değer verildiğinde, destekleyici bir hasta güvenliği iklimi yaşamaları, konuşmaları ve güvenli hasta bakımına olumlu katkıda bulunmaları daha muhtemeldir. Ayrıca, profesyonel pratiği destekleyen ortamlarda çalışan hemşirelerin, bu ortamları karakterize eden yüksek kaliteli hasta bakımına odaklanmanın, hataların hızlı bir şekilde tanımlanması ve raporlanması için beklenti ve destek sağladığını hissetmeleri muhtemeldir. Onlara, işlerini en iyi şekilde yapma güçlerini ve kaynaklarını sağlayan ve onların profesyonel hemşirelik uygulamalarını destekleyen bir ortamda çalışan hemşirelerin, çalışma ortamlarında olumlu bir güvenlik iklimi yaşayacaklardır (Armstrong ve diğerleri, 2009: 57).

Çalışma alanlarındaki farklılıklar göz önüne alındığında güvenlik ikliminin farklı alanlarda yapılan çalışmalarla ilişkili içsel tehlike düzeyiyle ne kadar ilişkili olduğu sorusu ortaya çıkmaktadır. Literatür, farklı çalışma alanlarında gerçekleştirilen işin hızı ve karmaşıklığı ile ilgili olarak güvenlik ikliminde değişikliklerin olabileceği görüşünü desteklemektedir (Singer ve diğerleri, 2009: 24).

Sağlık kurumlarının hiyerarşik yapısını göz önünde bulundurarak, güvenlik iklimi algılarını etkileyen faktörleri incelerken, farklı iklimlerde analiz yapmak, yani güvenlik seviyesini birim düzeyinde ve hastane düzeyinde ölçmek önemlidir (Jackson ve diğerleri, 2010: 634). Connelly ve Powers (2005) hasta güvenliği ikliminin üç faktörden oluştuğunu ortaya koymuştur. Bunlar (Connelly ve Powers, 2005: 418);

- 1) Organizasyondaki kişilerin çoğunun kendi hatalarını ve başkalarının raporlarını nasıl gördüğü,
- 2) İnsanların hasta güvenliği sorunlarına çözüm geliştirme konusunda işbirliği yapma istekliliği ve
- 3) Liderlik pozisyonlarında insanların algılanan hasta güvenliği tutumlarıdır.

2.6.1. Hasta Güvenliği İkliminin Ölçümü

Katz-navon ve arkadaşlarına (2005) göre; sağlık sektöründe güvenlik iklimi kavramı, daha fazla araştırma yapılmasını gerektirmektedir, çünkü sağlık sektörü, onu diğer endüstrilerden ayıran benzersiz özelliklere sahiptir. İlk olarak, sağlık hizmetlerinde güvenli bir ortamın sonuçları yalnızca bir kuruluşun personelini değil aynı zamanda müşterilerini yani hastalarını da doğrudan etkiler. Güvenlik iklimi üzerine yapılan çalışmalar temel olarak çalışan güvenliğine odaklanmıştır. İkincisi sağlık hizmeti ortamı, her bir hasta benzersiz olduğundan, görev özellikleri açısından oldukça karmaşıktır. Bu bağlamda, güvenlik politikalarına ve prosedürlerine sıkı sıkıya bağlı kalmak, kısmen iyi güvenlik performansı sağlayabilir, çünkü belirsizlik yüksektir ve uygun hasta bakımı esneklik ve sürekli karar vermeyi gerektirir. Üçüncüsü ise bir sağlık bakımı ortamında, çalışan davranışı sadece kuruluş tarafından değil, sağlık meslekleri (doktorlar ve hemşireler) tarafından kontrol edilir (Katz-navon ve diğerleri, 2005: 1075-1076).

Mevcut kalite ölçütlerinin çoğu süreç veya sonuç unsurlarına odaklanırken, birçok güvenlik önlemi hasta bakımı sunumunun yapısını ve kültürünü içerir. Son zamanlarda güvenlik ölçümüne odaklanma yeni yapısal önlemlerin dikkate alınmasını sağlamıştır. (Pronovost ve diğerleri, 2006: 1601-1602).

“Güvenlik iklimi” olarak adlandırılan bir organizasyonda çalışan personel arasında güvenlik kültürünün yüzey özellikleri hakkındaki algı ve tutumların ölçülmesi, güvenlik kültürünün seviyesinin önemli bir göstergesi olabilir ve toplanması gözlemsel verilerden çok daha kolaydır. Bununla birlikte iklim ölçümünü ve değişimin daha geniş bir hasta güvenliği iyileştirme programına dâhil edilmesi, bir kurumun ikliminin çeşitli kurucu tutum ve inançları yansıttığını ve iklimin kuruluşlar içinde önemli şekillerde değişebileceğini kabul etmeyi gerektirir (Singer ve diğerleri, 2009: 23). Singer ve arkadaşları (2007) hasta güvenliği iklimini ölçerken ele alınması gereken durumların olduğunu savunmuştur. Bunlar (Singer ve diğerleri, 2007: 2002);

- 1) Hasta sonuçlarının, birden fazla çalışma alanında faaliyet gösteren birçok sağlık çalışanı tarafından sunulan bakım ürünü olduğuy,
- 2) Bireysel değerler, inançlar ve davranışların, iş birimleri içindeki günlük etkileşimler yoluyla zaman içerisinde artması ve,

- 3) Bu normların kurumsal politikalardan, prosedürlerden ve kararlardan etkilendiği gibi durumların hasta güvenliği iklimini ölçerken dikkate alınması gerektiği savunulmuştur.



BÖLÜM 3: GEREÇ VE YÖNTEM

1.1. Araştırmanın Yöntemi ve Veri Toplama Aracı

Araştırmada veri toplama aracı olarak Sexton ve arkadaşları (2003) tarafından geliştirilen, Budak (2008) tarafından Türkçeye uyarlanan anket formu kullanılmıştır.

Araştırmada kullanılan veri toplama aracı, temelde iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde araştırmaya katılan bireylerin demografik bilgilerinin toplanmasına yönelik sorular yer almaktadır. İkinci bölümde ise güvenlik iklimi algısını belirlemek üzere 19 madde yer almaktadır.

Anket formunun güvenilirlik ve geçerlilik analizi yapılmış ve 19 maddenin tamamı kullanılmıştır. Yapılan analizler sonucunda Cronbach Alpha katsayısı 0,939 ve Kaiser-Mayer-Olkin katsayısı ise 0,931 olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılan katılımcılara altılı likert tipte ölçeklendirme kullanılarak sorular sorulmuştur. İfadelere “Geçersiz” (0), “Kesinlikle Katılmıyorum” (1), “Katılmıyorum” (2), “Kararsızım” (3), “Katılıyorum” (4) ve “Kesinlikle Katılıyorum” (5) şeklinde cevap vermeleri istenmiştir.

Araştırma kapsamında toplam 295 adet anket formu toplanmış, geçersiz ve hatalı doldurulan 41 adet anket formu çıkarılarak toplamda 254 adet anket formu kullanılmıştır. Elde edilen anket formları IBM SPSS Statics 21 paket programı kullanılarak hipotezler ve araştırma amaçları doğrultusunda frekans (sıklık) testi, 30 ve üstünde katılımcı gruplarına sahip olan değişkenler için parametrik bağımsız örneklerde T testi, Anova (Tek yönlü varyans) testi ve 30 kişi altında katılımcı gruplarına sahip olan değişkenler için parametrik olmayan Kruskal Wallis H testi uygulanmıştır. Ayrıca araştırmada kullanılan ölçekte belirtilen güvenlik iklimi puanlandırma yöntemiyle katılımcıların verdikleri cevaplara göre bir güvenlik iklimi algısı puanlandırması yapılmıştır. Sexton ve arkadaşları (2003) bu yöntemi şu şekilde açıklamıştır:

- 1, 2, 8, 9, 10, 11 ve 18 numaralı sorulara verilen cevapların ortalamasını toplayıp, bu soru sayısına bölün.
- Çıkan sonuç her bir katılımcının güvenlik iklimi algısının ortalamasıdır.
- Yüz üzerinden puanlandırmak için ise; her bir katılımcının güvenlik iklimi ortalamasından 1 çıkararak 25 ile çarpın.
- 75 ve üzerinde olan puanlar olumlu bir güvenlik iklimi algısını oluşturmaktadır.

1.2. Araştırma Evren ve rneklemi

Bu araştırmanın evrenini bir kamu hastanesinde görev yapan sağlık çalışanları oluşturmaktadır. Kamu hastanesinin bağlı olduğu İl Sağlık Müdürlüğü'nün verilerine göre hastanede çalışan toplam personel sayısı 458'dir. rneklemde yer alan katılımcıların tek bir kamu hastanesinde bulunması sebebiyle araştırmada tam sayım yöntemi kullanılarak evrenin tamamına ulaşılmaya çalışılmıştır. Bu doğrultuda araştırmaya katılmaya gönüllü olan 254 (%55,4) birey araştırmanın örneklemine oluşturmuştur.

1.3.Araştırmanın Hipotezleri

Bu araştırma kapsamında geliştirilen temel hipotez aşağıdaki gibidir.

H1: Sosyo-demografik özellikler ile hasta güvenliği iklimi algısı arasında anlamlı bir fark vardır.

1.4.Veri Toplama Aracının Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizi

Araştırmada kullanılan temel değişkenler ve temel değişkenlere ait bulguların geçerlilik ve güvenilirlik analizi sonuçları Tablo 3'te verilmiştir.

Güvenlik iklimi lğinin elde edilen Cronbach Alpha değeri 0,939'dur. Bu durumda lğinin güvenilir olduğu söylenebilir. lğinin Kaiser Meyer Olkin değeri 0,931 olarak bulunmuştur. Güvenlik iklimi lğinin açıklanan toplam varyansı 48,755 olarak bulunmuştur.

Tablo 3**Güvenlik İklimi Ölçeğine Ait Güvenilirlik ve Geçerlilik Bulguları**

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.			0,931
Bartlett's Test of Sphericity	Anlamlı	Sig.	0,000
Approx. Chi-Square	2971,577	Df	171
Açıklanan Toplam Varyans	48,755	Cronbach Alpha toplam	0,939
Öz değer	9,263		
Hasta Güvenliği İklimi Anketi			
HASTA GÜVENLİĞİ İKLİMİ BOYUTU			Faktör yükü
1.Bu klinik alanda hasta güvenliği iklimi başkalarının hatalarından öğrenmeyi destekler.			0,401
2.Bu klinik alanda hatalar uygun bir şekilde ele alınır.			0,639
3.Hastanemdeki yöneticiler beni dinler ve endişelerimi ciddiye alır.			0,708
4.Bölümümdeki hekim ve hemşire yöneticiler beni dinler ve endişelerimi ciddiye alır.			0,758
5.Yönetim (Liderler) bizi hasta güvenliği odaklı bir kurum olmaya doğru yönlendirir.			0,773
6.Yönetime ifade ettiğim hasta güvenliğini ilgilendiren önerilerim dikkate alınarak harekete geçilir.			0,758
7.Yönetim (liderler) hasta güvenliğini etkileyen konularda bilinçlidir ve verimliliği etkilese bile ödün vermez.			0,671
8.Hastanın güvenliği konusunda oluşabilecek endişelerimi olay bildirimini yapmam için meslektaşlarım tarafından cesaretlendirilirim.			0,579
9.Hasta güvenliği konusundaki sorularımı yönlendirebileceğim uygun kanalları biliyorum.			0,704
10.Performansım hakkında uygun geri bildirim alırım.			0,684
11.Buradan hasta olarak tedavi alsaydım kendimi güven içinde hissedirdim.			0,760
12.Burada nöbet değişimlerinden önce çalışan(lar)ı hasta hakkında bilgilendirmek için “hasta teslimleri” yapılır.			0,745

Tablo 3 Devamı

Güvenlik İklimi Ölçeğine Ait Güvenilirlik ve Geçerlilik Bulguları

13.Nöbet değişimlerinden önce çalışan(lar)ı hasta hakkında bilgilendirmek için yapılan “hasta teslimleri” hasta güvenliği açısından önemlidir.	0,751
14.Klinik liderlerin (Hekim, Hemşire, Eczacı) varlığını hissederim ve onlara gerektiğinde ulaşabilirim.	0,772
15.Bu kurum hasta güvenliği için önceki yıla göre daha fazla çaba sarf etmektedir.	0,703
16.Birçok istenmeyen yan etkinin çoklu sistemlerin bulunmasından kaynaklandığını ve bir bireye mal edilemeyeceğine inanıyorum.	0,522
17.Bu klinik alandaki çalışanlar kendilerini hasta güvenliğinden sorumlu hissederler.	0,725
18.Çalışanlar bu klinik alan için hazırlanmış kuralları ya da kılavuzları genellikle dikkate almaz.	0,753
19.Bu klinik alanda hasta güvenliğinin yüksek önceliğe sahip olduğu sürekli vurgulanır.	0,739

BÖLÜM 4: BULGULAR

4.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri

Katılımcıların cinsiyet, meslek, bulunduğu pozisyondaki tecrübe, uzmanlığındaki tecrübe, hastanedeki tecrübe, yaş ve eğitim durumu gibi sosyo demografik özelliklerine Tablo 4’te yer verilmiştir. Katılımcıların 162 (%63,8)’si kadın ve 92 (%36,2)’si erkektir.

Katılımcıların 17 (%6,7)’si hekim, 25 (%9,8)’i teknisyen, 103 (%40,6)’ü hemşire, 95 (%37,4)’i diğer sağlık çalışanı, 14 (%5,5)’ü yardımcı personel meslek grubundadır. Meslek dağılımları karşılaştırmasında, örneklemin büyük oranda hemşire ve diğer sağlık çalışanından oluştuğu görülmektedir.

Katılımcıların 56 (%22,1)’sı 1 yıldan daha az, 53 (%20,9)’ü 1-2 yıl, 56 (%22)’sı 3-7 yıl, 44 (%17,3)’ü 8-12 yıl, 45 (%17,7)’i 13 yıl ve daha fazla süredir bulunduğu pozisyonda tecrübe sahibidir.

Katılımcıların 63 (%24,8)’ü 1 yıldan daha az, 52 (%22,5)’si 1-2 yıl, 60 (%23,6)’ı 3-7 yıl, 37 (%14,6)’si 8-12 yıl, 42 (%16,5)’si 13 yıl ve daha fazla süredir uzmanlığında tecrübe sahibidir.

Katılımcıların 71 (%27,9)’i 1 yıldan daha az, 61 (%24)’i 1-2 yıl, 56 (%22)’sı 3-7 yıl, 28 (%11) 8-12 yıl, 38 (%15) 13 yıl ve daha fazla süredir hastanede tecrübe sahibidir.

Katılımcıların yaş dağılımının 25 yaşından küçük olan 54 (%21,3) kişi, 25-30 yaş aralığında 98 (%38,6) kişi, 31-35 yaş aralığında 43 (%16,9) kişi, 36 ve üstü yaş aralığında 59 (%23,3) kişi olduğu görülmektedir.

Katılımcıların 83 (%32,7)’ünün lise ve altı, 53 (%20,9)’ünün ön lisans mezunu, 101 (%39,8)’inin lisans mezunu ve 17 (%6,79)’sinin lisansüstü eğitim düzeyine sahip olduğu görülmektedir.

Tablo 4**Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Frekansları**

Cinsiyet	n	%	Meslek	n	%
Kadın	162	63,8	Hekim	17	6,7
Erkek	92	36,2	Teknisyen (EKG, Lab, Radyoloji vb.)	25	9,8
Toplam	254	100,0	Hemşire	103	40,6
			Diğer Sağlık Çalışanları	95	37,4
			Yardımcı Personel	14	5,5
			Toplam	254	100,0
Bulunduğu Pozisyondaki Tecrübe	n	%	Uzmanlığındaki Tecrübe	n	%
1<	56	22,1	1<	63	24,8
1-2 Yıl	53	20,9	1-2 Yıl	52	20,5
3-7 Yıl	56	22,0	3-7 Yıl	60	23,6
8-12 Yıl	44	17,3	8-12 Yıl	37	14,6
13≥	45	17,7	13≥	42	16,5
Toplam	254	100,0	Toplam	254	100,0

Tablo 4 Devamı

Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Frekansları

Hastanedeki Tecrübe	n	%	Yaş	n	%
1<	71	27,9	25<	54	21,2
1-2 Yıl	61	24,0	25-30	98	38,6
3-7 Yıl	56	22,0	31-35	43	16,9
8-12 Yıl	28	11,0	36≥	59	23,3
13≥	38	15,1			
Toplam	254	100,0	Toplam	254	100,0
Eğitim Durumu		n		%	
Lise ve altı	83		32,7		
Ön Lisans	53		20,9		
Lisans	101		39,7		
Lisansüstü	17		6,7		
Toplam	254		100,0		

4.2. Katılımcıların Değerlendirme Formundaki İfadelere Katılım Düzeyleri

Tablo 5’te hasta güvenliği iklimi algısı anket formunda yer alan 19 ifadeye katılımcıların vermiş oldukları yanıtların ortalama ve standart sapma değerleri görülmektedir. Bu kapsamda “Nöbet değişimlerinden önce çalışan(lar)ı hasta hakkında bilgilendirmek için yapılan hasta teslimleri hasta güvenliği açısından önemlidir.”, “Burada nöbet değişimlerinden önce çalışan(lar)ı hasta hakkında bilgilendirmek için hasta teslimleri yapılır” ve “Klinik liderlerin (Hekim, hemşire, eczacı) varlığını hissederim ve onlara gerektiğinde ulaşabilirim.” İfadelerine katılım sırasıyla “4,24”, “4,20” ve “4,14” ortalama değer ile araştırmaya katılan bireylerin en çok katıldıkları ifadeler olarak tespit edilmiştir.

Diğer yandan “Bu klinik alanda hasta güvenliği iklimi başkalarının hatalarından öğrenmeyi destekler.”, “Hastanemdeki yöneticiler beni dinler ve endişelerimi ciddiye alır.”, “Yönetime ifade ettiğim hasta güvenliğini ilgilendiren önerilerim dikkate alınarak

harekete geçilir.” ve “Performansım hakkında uygun geri bildirim alırım.” İfadelerine katılım sırasıyla “3,33”, “3,59”, “3,64” ve “3,64” ortalama değer ile araştırmaya katılan bireylerin en düşük katılım gösterdiği ifadeler olarak tespit edilmiştir.

Tablo 5

Katılımcıların Hasta Güvenliği İklimi Algısına İlişkin İfadelere Katılma Düzeylerinin Ortalamaları ve Standart Sapmaları

Sorular	Ort.	S.s.
Hasta Güvenliği İklimi		
1.Bu klinik alanda hasta güvenliği iklimi başkalarının hatalarından öğrenmeyi destekler.	3,33	1,01
2.Bu klinik alanda hatalar uygun bir şekilde ele alınır.	3,69	0,97
3.Hastanemdeki yöneticiler beni dinler ve endişelerimi ciddiye alır.	3,59	1,12
4.Bölümümdeki hekim ve hemşire yöneticiler beni dinler ve endişelerimi ciddiye alır.	3,86	1,01
5.Yönetim (Liderler) bizi hasta güvenliği odaklı bir kurum olmaya doğru yönlendirir.	3,85	1,02
6.Yönetime ifade ettiğim hasta güvenliğini ilgilendiren önerilerim dikkate alınarak harekete geçilir.	3,64	1,00
7.Yönetim (liderler) hasta güvenliğini etkileyen konularda bilinçlidir ve verimliliği etkilese bile ödün vermez.	3,69	1,07
8.Hastanın güvenliği konusunda oluşabilecek endişelerimi olay bildirimini yapmam için meslektaşlarım tarafından cesaretlendirilirim.	3,88	0,93
9.Hasta güvenliği konusundaki sorularımı yönlendirebileceğim uygun kanalları biliyorum.	3,83	0,91
10.Performansım hakkında uygun geri bildirim alırım.	3,64	1,05
11.Buradan hasta olarak tedavi alsaydım kendimi güven içinde hissederdim.	3,87	1,05

Tablo 5 Devamı

Katılımcıların Hasta Güvenliği İklimi Algısına İlişkin İfadelere Katılma Düzeylerinin Ortalamaları ve Standart Sapmaları

12.Burada nöbet değişimlerinden önce çalışan(lar)ı hasta hakkında bilgilendirmek için “hasta teslimleri” yapılır.	4,20	1,00
13.Nöbet değişimlerinden önce çalışan(lar)ı hasta hakkında bilgilendirmek için yapılan “hasta teslimleri” hasta güvenliği açısından önemlidir.	4,24	1,00
14.Klinik liderlerin (Hekim, hemşire, eczacı) varlığını hissedirim ve onlara gerektiğinde ulaşabilirim.	4,14	0,94
15.Bu kurum hasta güvenliği için önceki yıla göre daha fazla çaba sarf etmektedir.	3,69	1,04
16.Birçok istenmeyen yan etkinin çoklu sistemlerin bulunmasından kaynaklandığını ve bir bireye mal edilemeyeceğine inanıyorum.	3,73	0,92
17.Bu klinik alandaki çalışanlar kendilerini hasta güvenliğinden sorumlu hissedirler.	4,00	0,87
18.Çalışanlar bu klinik alan için hazırlanmış kuralları ya da kılavuzları genellikle dikkate almaz.	3,99	0,90
19.Bu klinik alanda hasta güvenliğinin yüksek önceliğe sahip olduğu sürekli vurgulanır.	3,96	0,96

4.3. Demografik Değişkenlere Göre Farklılıkların İncelenmesi

Cinsiyet değişkeninin katılımcıların hasta güvenliği iklimi algısına göre farklılık oluşturup oluşturmadığını incelemek amacıyla bağımsız örneklerde t testi analizi sonuçları Tablo 6’da verilmiştir. Yapılan analiz sonuçlarına göre, katılımcıların erkek veya kadın olmaları hasta güvenliği iklimi algısında anlamlı bir fark oluşturmadığı tabloda görülmektedir ($p>0,05$)

Tablo 6**Cinsiyet Değişkenine Göre Farklılıkların T Testi ile İncelenmesi**

	Cinsiyet	n	Ort.	S.s.	T	p
Hasta Güvenliği İklimi	Kadın	162	3,8687	0,66727	0,97	0,33
	Erkek	92	3,7815	0,72165		

Katılımcıların meslek durumlarına göre farklılıklarının olup olmadığına ilişkin bulgular, Kruskal-Wallis analizi yapılarak Tablo 7’de verilmiştir. Yapılan analiz sonuçlarına göre, katılımcıların hasta güvenliği iklimi algısına yönelik anlamlı bir fark oluşturmadığı tabloda görülmektedir ($p>0,05$).

Tablo 7**Meslek Değişkenine Göre Farklılıkların Kruskal-Wallis Testi ile İncelenmesi**

	Meslek	n	Medyan	k-w	p
Hasta Güvenliği İklimi	Hekim	17	140,76	2,29	0,68
	Teknisyen	25	123,32		
	Hemşire	103	130,76		
	Diğer Sağlık Çalışanı	95	126,14		
	Yardımcı Personel	14	104,11		

Katılımcıların bulunduğu pozisyondaki tecrübe durumlarına göre farklılıklarının olup olmadığına ilişkin bulgular, tek yönlü varyans analizi yapılarak Tablo 8’de verilmiştir. Analiz sonuçlarına göre, katılımcıların bulunduğu pozisyondaki tecrübelerinin hasta güvenliği iklimi algısına yönelik anlamlı bir fark oluşturmadığı tabloda görülmektedir ($p>0,05$).

Tablo 8**Bulunduğu Pozisyondaki Tecrübe Değişkenine Göre Farklılıkların Anova Testi İle İncelenmesi**

	Bulunduğu Pozisyondaki Tecrübe	n	Ort.	S.s.	F	p
Hasta Güvenliği İklimi	1<	56	3,8449	0,86741	0,30	0,87
	1-2 Yıl	53	3,7627	0,63592		
	3-7 Yıl	56	3,9023	0,52252		
	8-12 Yıl	44	3,8122	0,71388		
	13≥	45	3,8585	0,66743		

Katılımcıların uzmanlığındaki tecrübe durumlarına göre farklılıklarının olup olmadığına ilişkin bulgular, tek yönlü varyans analizi yapılarak Tablo 9’da verilmiştir. Analiz sonuçlarına göre katılımcıların uzmanlığındaki tecrübelerinin hasta güvenliği iklimi algısına yönelik anlamlı bir fark oluşturmadığı tabloda görülmektedir ($p>0,05$).

Tablo 9**Uzmanlığındaki Tecrübe Değişkenine Göre Farklılıkların Anova Testi İle İncelenmesi**

	Uzmanlığındaki Tecrübe	n	Ort.	S.s.	F	p
Hasta Güvenliği İklimi	1<	63	3,8630	0,83328	0,61	0,65
	1-2 Yıl	52	3,7206	0,63068		
	3-7 Yıl	60	3,9211	0,52134		
	8-12 Yıl	37	3,8293	0,74447		
	13≥	42	3,8296	0,68117		

Katılımcıların hastanedeki tecrübe durumlarına göre farklılıklarının olup olmadığına ilişkin bulgular, Kruskal-Wallis analizi yapılarak Tablo 10’da verilmiştir. Yapılan analiz

sonuçlarına göre, katılımcıların hastanedeki tecrübelerinin hasta güvenliği iklimi algısına yönelik anlamlı bir fark oluşturmadığı tabloda görülmektedir ($p>0,05$).

Tablo 10

Hastanedeki Tecrübe Değişkenine Göre Farklılıkların Kruskal-Wallis Testi İle İncelenmesi

	Hastanedeki Tecrübe	n	Medyan	k-w	p
Hasta Güvenliği İklimi	1<	71	132,08	2,32	0,67
	1-2 Yıl	61	115,27		
	3-7 Yıl	56	129,76		
	8-12 Yıl	28	134,43		
	13≥	38	130,13		

Katılımcıların yaş durumlarına göre farklılıklarının olup olmadığına ilişkin bulgular, tek yönlü varyans analizi yapılarak Tablo 11’de verilmiştir. Analiz sonuçlarına göre, katılımcıların yaşlarının hasta güvenliği iklimi algısına yönelik anlamlı bir fark oluşturmadığı tabloda görülmektedir ($p>0,05$).

Tablo 11

Yaş Değişkenine Göre Farklılıkların Anova Testi İle İncelenmesi

	Yaş	n	Ort.	S.s.	F	p
Hasta Güvenliği İklimi	25<	54	3,8733	0,87549	0,25	0,85
	25-30	98	3,8647	0,52983		
	31-35	43	3,8029	0,74901		
	36≥	59	3,7832	0,69158		

Eğitim düzeyi durumlarına göre gruplar arasında farklılıklarının olup olmadığına ilişkin bulgular, Kruskal Wallis analizi yapılarak Tablo 12’de verilmiştir. Analiz sonuçlarına göre; gruplar arasında hasta güvenliği iklimi algısında anlamlı farklılıklar bulunmaktadır

($p < 0,05$, $k-w = 9,34$). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu bulmak amacıyla yapılan Tamhane's çoklu karşılaştırma testine göre lise ve altı düzeyinde eğitime sahip bireyler ile ön lisans ve lisans düzeyinde eğitime sahip bireyler arasındaki farktan kaynaklanmaktadır. Tablo incelendiğinde eğitim düzeyi yüksek olan bireylerin sahip olduğu ortalama ve medyan değerlerinin de lise ve altı eğitim düzeyine sahip olan bireylere nazaran yüksek olduğu görülmektedir. Bu durumda ön lisans ve üstünde eğitim düzeyine sahip bireylerin lise ve altı düzeyinde eğitime sahip bireylere göre hasta güvenliği iklimi algılarının daha yüksek olduğu söylenebilir.

Tablo 12

Eğitim Düzeyi Değişkenine Göre Farklılıkların Kruskal-Wallis Testi İle İncelenmesi

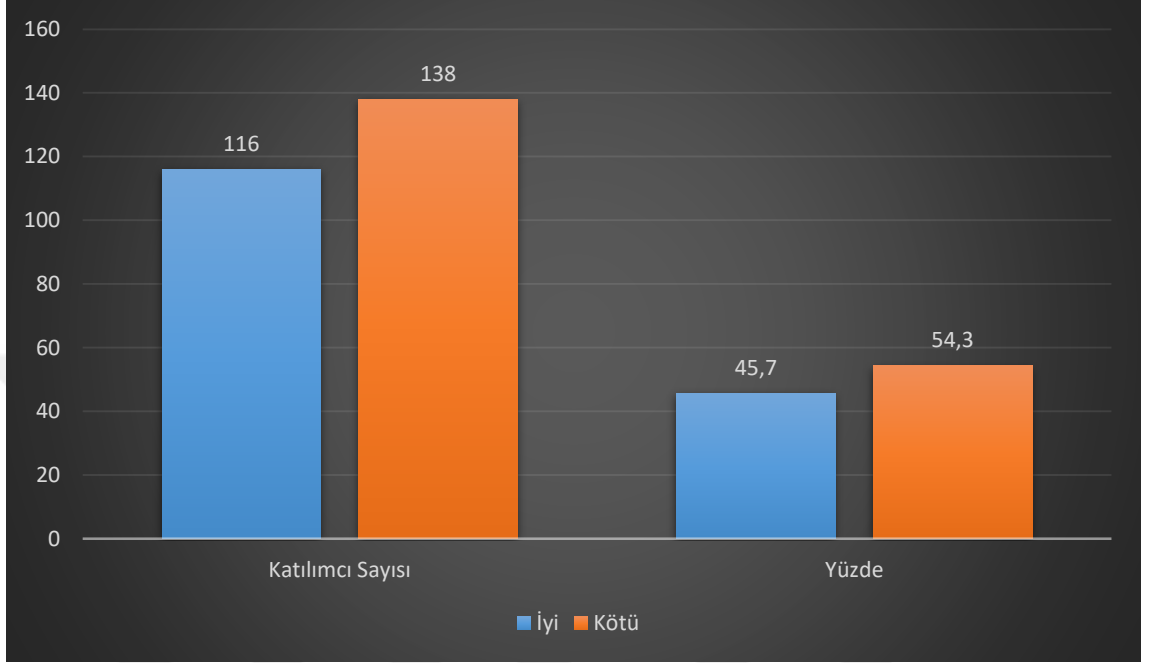
	Eğitim Durumu	n	Medyan	k-w	p	Tamhane's
Hasta Güvenliği İklimi	Lise ve altı	83	110,10	9,34	0,025	1-2 $p=0,010$ 1-3 $p=0,013$
	Ön lisans	53	148,90			
	Lisans	101	129,62			
	Lisansüstü	17	133,15			

4.4. Sağlık Çalışanlarının Hasta Güvenliği İklimi Algılarının Değerlendirilmesi

Katılımcıların vermiş oldukları cevaplara göre belirlenen hasta güvenliği iklimi algı düzeyleri araştırmanın yönteminde de değinildiği üzere Sexton ve arkadaşları (2003) tarafından önerilen ve formül ile hesaplanarak (1, 2, 8, 9, 10, 11 ve 18 numaralı maddelerin ortalaması eksi 1 çarpı 25) elde edilen bulgular Şekil 2'de verilmiştir. Bu grafiğe göre mavi renkteki çubuk hasta güvenliği iklimi algı düzeyinin iyi seviyede, turuncu renkteki çubuk hasta güvenliği iklimi algısının kötü seviyede olduğunu göstermektedir. Buna göre hasta güvenliği iklimini iyi seviyede algılayan 116 (%45,7) kişi olduğu, hasta güvenliği iklimini kötü seviyede algılayan 138 (%54,3) kişi olduğu grafikte görülmektedir. Bu durumda araştırmaya katılan 254 bireyin yaklaşık olarak yarısının hastanenin hasta güvenliği iklimini iyi düzeyde algıladığı söylenebilir.

Şekil 2

Sağlık Çalışanlarının Hasta Güvenliği İklimi Algılarının Grafik Üzerinde İncelenmesi



4.5. Araştırma Hipotezlerinin Değerlendirilmesi

Araştırmanın daha önce geliştirilen hipotezlerine yönelik sonuçları aşağıdaki gibidir. Araştırma kapsamında kurulan ve hasta güvenliği iklimi algısı boyutuyla anlamlı farkı test eden analizler sonucunda hipotez (H1) reddedilmiştir (Tablo 13).

Tablo 13

Araştırma Hipotezlerinin Değerlendirilmesi

Hipotezler	Kabul	Red
H1: Sosyo-demografik özellikler ile hasta güvenliği iklimi algısı arasında anlamlı bir fark vardır.		X

BÖLÜM 5: TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırma kapsamında 254 sağlık çalışanının hasta güvenliği iklimini algılama düzeyini ölçmek amacıyla bazı testler yapılmıştır. Yapılan bu testler sonucunda “Nöbet değişimlerinden önce çalışan(lar)ı hasta hakkında bilgilendirmek için yapılan hasta teslimleri hasta güvenliği açısından önemlidir.”, “Burada nöbet değişimlerinden önce çalışan(lar)ı hasta hakkında bilgilendirmek için hasta teslimleri yapılır” ve “Klinik liderlerin (Hekim, hemşire, eczacı) varlığını hissedirim ve onlara gerektiğinde ulaşabilirim.” İfadeleri katılımcıların en çok katıldıkları ifadeler olarak tespit edilmiştir. Bu durumda katılımcıların hasta güvenliği açısından “hasta teslimlerine” önem verdiği ve gerektiğinde klinik liderlere ulaşabilmeyi önemli gördükleri söylenebilir. Katılımcıların en az katıldıkları ifadeler ise; “Bu klinik alanda hasta güvenliği iklimi başkalarının hatalarından öğrenmeyi destekler.”, “Hastanemdeki yöneticiler beni dinler ve endişelerimi ciddiye alır.”, “Yönetime ifade ettiğim hasta güvenliğini ilgilendiren önerilerim dikkate alınarak harekete geçilir.” ve “Performansım hakkında uygun geri bildirim alırım.” ifadeleridir. Bu durumda katılımcıların hasta güvenliği ile ilgili endişelerini yönetime bildirmede çekimser olduklarını söyleyebiliriz.

Araştırmaya katılan katılımcıların demografik özelliklerine baktığımızda çoğunluğun kadınlardan oluştuğu, meslek değişkenine göre çoğunluğun hemşirelerden oluştuğu, hastanedeki tecrübe değişkenine göre çoğunluğun 1-2 yıldır bu hastanede görev yaptığı, yaş değişkenine göre çoğunluğun 25-30 yaş aralığında olduğu, eğitim düzeyi değişkenine göre ise çoğunluğun lisans düzeyinde eğitime sahip olduğu tespit edilmiştir. Bu durumda katılımcıların genç nüfustan oluştuğunu ve kadınların daha ağırlıkta olduğunu söyleyebiliriz.

Demografik değişkenlere göre farklılıklar incelendiğinde; cinsiyet, meslek, bulunduğu pozisyondaki tecrübe, uzmanlığındaki tecrübe, hastanedeki tecrübe ve yaş değişkenine göre katılımcıların hasta güvenliği iklimi algısına yönelik anlamlı bir fark bulunamamıştır. Ancak eğitim düzeyi değişkenine göre katılımcıların hasta güvenliği iklimi algısına yönelik anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Katılımcılardan lise ve altı eğitim düzeyine sahip olanların ön lisans, lisans ve lisansüstü eğitim düzeyine sahip olanlara göre hasta güvenliği iklimi algısının daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Bu durumda eğitim düzeyi arttıkça hasta güvenliği iklimi algısının da artacağı söylenebilir.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının hasta güvenliği iklimi algısını genel olarak değerlendirdiğimizde ise; 116 kişinin hasta güvenliği iklimini iyi seviyede algıladığı, 138 kişinin ise, kötü seviyede algıladığı tespit edilmiştir. Bu durumda araştırmaya katılan bireylerin yaklaşık olarak yarısının hasta güvenliği iklimini iyi düzeyde algıladığı yani olumlu bir güvenlik iklimine sahip olduğu söylenebilir. Araştırmaya katılan bireylerin %54,3'ün ise hasta güvenliği iklimini kötü algıladığı yani olumsuz bir güvenlik iklimine sahip olduğu söylenebilir.

Araştırmamızdan elde ettiğimiz verilere göre sağlık çalışanları genel anlamda hasta güvenliği ikliminin önemini bilincindedir. Yapılan diğer araştırmaları incelediğimizde de;

Hoffmann ve arkadaşlarının (2013) yapmış olduğu çalışmada da hasta güvenliği iklimi algısının genel anlamda olumlu olduğu tespit edilmiştir (Hoffmann ve diğerleri, 2013: 359). Connelly ve Powers'ın (2005) yapmış olduğu çalışmanın sonuçlarına göre hasta güvenliği iklimi algısının genel anlamda olumlu olduğu tespit edilmiştir (Connelly ve Powers, 2005: 426-427). Ballangrud ve arkadaşları (2012) yoğun bakım ünitelerinde yapmış oldukları birim bazlı çalışmalarında hasta güvenliği iklimi algısının genel anlamda olumlu olduğunu tespit etmişler ve hasta güvenliği iklimi algısının hastaneden hastaneye değişiklik gösterebileceğini öngörmüşlerdir (Ballangrud ve diğerleri, 2012: 352). Yine Hartmann ve arkadaşları da (2008) çalışmalarında olumlu bir güvenlik iklimi algısı olduğunu tespit etmişlerdir (Hartmann ve diğerleri, 2008: 1280).

Sonuç olarak yapılan diğer araştırmaların sonuçları araştırmamızın sonucunu desteklemektedir. Araştırma sonuçlarımıza göre; araştırmanın yapıldığı kurumda görev yapan sağlık çalışanlarının yaklaşık olarak yarısının güvenlik iklimi algıları olumludur. Fakat kötü düzeyde güvenlik iklimi algısına sahip olan kitle çoğunluktadır. Bu nedenle kötü düzeyde güvenlik iklimi algısına sahip olan kitlenin, iyi düzeyde yani olumlu bir güvenlik iklimi algısına sahip olabilmesi için hastane yönetiminin çalışmalar yürütmesi gerekmektedir. Ayrıca demografik değişkenlere baktığımızda da sadece eğitim düzeyi değişkeniyle hasta güvenliği iklimi arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Araştırmaya katılanların kadın ya da erkek olması, mesleğinin farklı olması, tecrübe ettiği zaman dilimleri ya da yaş farkı ile hasta güvenliği iklimi arasında anlamlı bir fark yoktur. Fakat

bu durum yalnızca bu araştırmaya özgüdür. Farklı kurumlarda yapılan araştırmalarda bu bulgular değişkenlik gösterebilir.

Avramchuk ve McGuire (2018), hasta güvenliği için sağlık liderlerinin örgütsel iklimlerini sürekli olarak değerlendirmesi gerektiğini ve zaman içindeki değişimleri takip ederek diğer kuruluşlarla karşılaştırması gerektiğini savunmuştur (Avramchuk ve McGuire, 2018: 187). Araştırmayı genel olarak değerlendirdiğimizde sağlık çalışanlarının eğitim düzeylerini arttırmaları için bir farkındalık oluşturulması, hastane yöneticilerinin düzenli olarak iklim değerlendirmesi yapması, hasta güvenliğini arttırmak ve daha iyi hizmet verebilmek için yönetimin personeline performansı hakkında uygun geribildirimler yapması önerilebilir.

Araştırmaya katılan fakat formu hatalı dolduran 41 katılımcının bu çalışmada yer alan 254 katılımcıdan nasıl farklı olabileceğini değerlendirmemiz mümkün olmamıştır. Araştırmamız tek bir kamu hastanesinde yapıldığından bir genelleme yapmamız mümkün değildir. Bu nedenle bu araştırmanın diğer kamu hastaneleri, özel hastaneler ya da üniversite hastaneleri gibi kurumlarda da yapılması önerilmektedir.

KAYNAKÇA

Kitaplar

Byers, J. F. ve White, S. V. (2004). Patient Safety: Principles and Practice.

Ehrhart, M. G., Schneider, B. ve Macey, W. H. (2014). Organizational Climate and Culture An Introduction To Theory, Research and Practice. New York: Routledge.

Tutar, H. (2016). Örgütsel Davranış (Örgüt Teorileri ve Çağdaş Yaklaşımlar Açısından). Detay Yayıncılık. Ankara.



Sürekli Yayınlar

- Armstrong, K., Laschinger, H. ve Wong, C. (2009). Workplace Empowerment And Magnet Hospital Characteristics As Predictors Of Patient Safety Climate. *Journal Of Nursing Care Quality*, 24(1), 55–62. Doi:10.1097/NCQ.0b013e31818f5506
- Auer, C., Schwendimann, R., Koch, R., De Geest, S. ve Ausserhofer, D. (2014). How Hospital Leaders Contribute To Patient Safety Through The Development Of Trust. *JONA: The Journal Of Nursing Administration*, 44(1), 23–29. Doi:10.1097/NNA.0000000000000017
- Ausserhofer, D., Schubert, M., Desmedt, M., Blegen, M. A., Geest, S. De 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. Doi:10.1016/J.İjnurstu.2012.04.007
- Avramchuk, A. S. ve Mcguire, S. J. J. (2018). Patient Safety Climate. *Journal Of Healthcare Management*, 63(3), 175–192. Doi:10.1097/JHM-D-16-00004
- Ballangrud, R., Hedelin, B. ve Hall-Lord, M. L. (2012). Nurses ' Perceptions Of Patient Safety Climate İn Intensive Care Units : A Cross-Sectional Study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 28(6), 344–354. Doi:10.1016/J.İccn.2012.01.001
- Blegen, M. A., Gearhart, S., O'Brien, R., Sehgal, N. L. ve Alldredge, B. K. (2009). AHRQ's Hospital Survey On Patient Safety Culture: Psychometric Analyses. *J Patient Saf*, 5(3), 139–144.
- Bostan, S. ve Köse, A. (2012). Hemşirelerin Hasta ve Çalışan Güvenliği Konusunda Kurumsal Uygulamaları Değerlendirmesi Bir Üniversite Hastanesi Örneği. *Türkiye Klinikleri Journal Of Medical Ethics-Law And History*, 20(1), 10–15.
- Campbell, E. G., Singer, S., Kitch, B. T., Iezzoni, L. I. ve Meyer, G. S. (2010). Patient Safety Climate İn Hospitals : Act Locally On Variation Across Units. *Joint Commission Journal On Quality And Patient Safety*, 36(7), 319–326. Doi:10.1016/S1553-7250(10)36048-X
- Carayon, P., Hundt Schoofs, A., Karsh, B.-T., Gurses, A. P., Alvarado, C. J., Smith, M.

- ve Flatley Brennan, P. (2006). Work System Design For Patient Safety: The Seips Model. *Qual Saf Health Care*, 15, 50–58. Doi:10.1136/Qshc.2005.015842
- Ceyhun, G. Ç. (2014). Güvenlik İklimi Ve İş-Aile Çatışmasının Yorgunluğa Etkileri : Türk Kılavuz Kaptanlar Üzerine Bir Araştırma. *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 6(2), 91–105.
- Çiçek Korkmaz, A. (2018). Geçmişten Günümüze Hasta Güvenliği. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 6(1), 10–19.
- Clarke, S. (2010). An Integrative Model Of Safety Climate: Linking Psychological Climate and Work Attitudes To Individual Safety Outcomes Using Meta-Analysis. *Journal Of Occupational and Organizational Psychology*, 83, 553–578. Doi:10.1348/096317909X452122
- Connelly, L. M. ve Powers, J. L. (2005). On-Line Patient Safety Climate Survey : Tool Development and Lessons Learned. *Advances In Patient Safety*, 4(1), 415–428.
- Coyle, I. R., Sleeman, S. D. ve Adams, N. (1995). Safety Climate. *Journal Of Safety Research*, 26(4), 247–254.
- Deilkas, E. ve Hofoss, D. (2010). Patient Safety Culture Lives In Departments and Wards: Multilevel Partitioning Of Variance In Patient Safety Culture. *BMC Health Services Research*, 10(85), 1–5.
- Dicuccio, M. H. (2015). The Relationship Between Patient Safety Culture and Patient Outcomes: A Systematic Review. *J Patient Saf*, 11(3), 135–142.
- Dursun, S., Bayram, N. ve Aytaç, S. (2010). Hasta Güvenliği Kültürü Üzerine Bir Uygulama. *Sosyal Bilimler*, 8(1), 1–14.
- El-Jardali, F., Dimassi, H., Jamal, D., Jaafar, M. ve Hemadeh, N. (2011). Predictors And Outcomes Of Patient Safety Culture İn Hospitals. *BMC Health Services Research*, 11(45), 1–12. Doi:10.1186/1472-6963-11-45
- Entwistle, V. A., Mello, M. M. ve Brennan, T. A. (2005). Advising Patients About Patient Safety: Current Initiatives Risk Shifting Responsibility. *Joint Commission Journal On Quality And Patient Safety*, 31(9), 483–494. Doi:10.1016/S1553-

7250(05)31063-4

- Erdem, R. (2007). Örgüt Kültürü Tipleri İle Örgütsel Bağlılık Arasındaki İlişki : Elazığ İl Merkezindeki Hastaneler Üzerinde Bir Çalışma. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İİBF Dergisi*, 2(2), 63–79.
- Erdem, R., Adıgüzel, O. ve Kaya, A. (2010). Akademik Personelin Kurumlarına İlişkin Algıladıkları ve Tercih Ettikleri Örgüt Kültürü Tipleri. *Erciyes Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 36, 73–88.
- Farup, P. G. (2015). Are Measurements Of Patient Safety Culture And Adverse Events Valid And Reliable? Results From A Cross Sectional Study. *BMC Health Services Research*, 15(1), 1–7. Doi:10.1186/S12913-015-0852-X
- Flin, R., Burns, C., Mearns, K., Yule, S. ve Robertson, E. M. (2006). Measuring Safety Climate In Health Care. *Qual Saf Health Care*, 15, 109–115. Doi:10.1136/Qshc.2005.014761
- Flin, R., Mearns, K., O'Connor, P. ve Bryden, R. (2000). Measuring Safety Climate: Identifying The Common Features. *Safety Science*, 34, 177–192.
- Frankel, A., Grillo, S. P., Pittman, M., Thomas, E. J., Horowitz, L., Page, M. ve Sexton, B. (2008). Revealing And Resolving Patient Safety Defects: The Impact Of Leadership Walkrounds On Frontline Caregiver Assessments Of Patient Safety. *HSR: Health Services Research*, 43(6), 2050–2066. Doi:10.1111/J.1475-6773.2008.00878.X
- Gökdoğan, F. ve Yorgun, S. (2010). Sağlık Hizmetlerinde Hasta Güvenliği ve Hemşireler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(2), 53–59.
- Güven, R. (2007). Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon Uygulamalarında Hasta Güvenliği Kavramı. 5. *Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi* İçinde (Ss. 411–422).
- Halpin, A. W. ve Croft, D. B. (1963). The Organizational Climate Of Schools. *United States Office Of Education, Department Of Health, Education and Welfare*, 11(7), 1–6.
- Hansen, L. O., Williams, M. V. ve Singer, S. J. (2010). Perceptions Of Hospital Safety

- Climate and Incidence Of Readmission. *HSR: Health Services Research*, 46(2), 596–616. Doi:10.1111/J.1475-6773.2010.01204.X
- Hartmann, C. W., Rosen, A. K., Meterko, M., Shokeen, P., Zhao, S., Singer, S., Gaba, D. M. (2008). An Overview Of Patient Safety Climate In The VA. *HSR: Health Services Research*, 43(4), 1263–1284. Doi:10.1111/J.1475-6773.2008.00839.X
- Hessels, A. J. ve Larson, E. L. (2016). Relationship Between Patient Safety Climate And Standard Precaution Adherence: A Systematic Review Of The Literature. *Journal Of Hospital Infection*, 92(4), 349–362. Doi:10.1016/J.Jhin.2015.08.023
- Hoffmann, B., Domanska, O. M., Albay, Z., Mueller, V., Guethlin, C., Thomas, E. J. ve Gerlach, F. M. (2011). The Frankfurt Patient Safety Climate Questionnaire For General Practices (Frasik): Analysis Of Psychometric Properties. *BMJ Qual Saf*, 20, 797–806. Doi:10.1136/Bmjqs.2010.049411
- Hoffmann, B., Miessner, C., Albay, Z., Schröber, J., Weppler, K., Gerlach, F. M. ve Güthlin, C. (2013). Impact Of Individual And Team Features Of Patient Safety Climate: A Survey In Family Practices. *Annals Of Family Medicine*, 11(4), 355–362.
- Hughes, L. C., Chang, Y. ve Mark, B. A. (2009). Quality And Strength Of Patient Safety Climate On Medical–Surgical Units. *Health Care Manage Rev*, 34(1), 19–28.
- Jackson, J., Sarac, C. ve Flin, R. (2010). Hospital Safety Climate Surveys: Measurement Issues. *Current Opinion In Critical Care*, 16(6), 632–638. Doi:10.1097/MCC.0b013e32833f0ee6
- James, J. T. (2013). A New, Evidence–Based Estimate Of Patient Harms Associated With Hospital Care. *Journal Of Patient Safety*, 9(3), 122–128.
- Katz-Navon, T., Naveh, E. ve Stern, Z. (2005). Safety Climate In Health Care Organizations : A Multidimensional Approach. *Academy Ofmanagement Journal*, 48(6), 1075–1089.
- Korkmazer, F., Yıldız, A. ve Ekingen, E. (2016). Sağlık Personeli Hasta Güvenliği Kültürü Algılarının Değerlendirilmesine Yönelik Bir Araştırma. *Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 4(2), 141–154. Doi:10.18506/Anemon.258558

- Kozlowski, S. W. J. ve Hattrup, K. (1992). A Disagreement About Within-Group Agreement: Disentangling Issues Of Consistency Versus Consensus. *Journal Of Applied Psychology*, 77(2), 161–167. Doi:10.1037/0021-9010.77.2.161
- Mcbride-Henry, K. ve Foureur, M. (2006). Medication Administration Errors: Understanding The Issues. *Australian Journal Of Advanced Nursing*, 23(3), 33–41.
- Mcfadden, K. L., Stock, G. N. ve Gowen, C. R. (2015). Leadership, Safety Climate And Continuous Quality Improvement. *Health Care Management Review*, 40(1), 24–34. Doi:10.1097/HMR.0000000000000006
- Modak, I., Sexton, J. B., Lux, T. R., Helmreich, R. L. ve Thomas, E. J. (2007). Measuring Safety Culture In The Ambulatory Setting: The Safety Attitudes Questionnaire Ambulatory Version. *Journal Of General Internal Medicine*, 22(1), 1–5. Doi:10.1007/S11606-007-0114-7
- Nieva, V. F. ve Sorra, J. (2003). Safety Culture Assessment: A Tool For Improving Patient Safety In Healthcare Organizations. *Qual Saf Health Care*, 12, 17–24.
- Onganer, E., Bozkurt, B. ve Kılıç, M. (2014). Hastalar İçin Hasta Güvenliği. *The Journal Of Kartal Training And Research Hospital*, 25(2), 171–174. Doi:10.5505/Jkartaltr.2014.49389
- Ovalı, F. (2010). Hasta Güvenliği Yaklaşımları. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 1(1), 33–43.
- Parker, D., Wensing, M., Esmail, A. ve Valderas, J. M. (2015). Measurement Tools and Process Indicators Of Patient Safety Culture In Primary Care. A Mixed Methods Study By The Linneaus Collaboration On Patient Safety In Primary Care. *European Journal Of General Practice*, 21(September), 26–30. Doi:10.3109/13814788.2015.1043732
- Pettker, C. M., Thung, S. F., Raab, C. A., Donohue, K. P., Copel, J. A., Lockwood, C. J. ve Funai, E. F. (2011). A Comprehensive Obstetrics Patient Safety Program Improves Safety Climate and Culture. *American Journal Of Obstetrics & Gynecology*, 204(3), 216.E1-216.E6. Doi:10.1016/J.Ajog.2010.11.004
- Pronovost, P. J., Berenholtz, S. M., Goeschel, C. A., Needham, D. M., Sexton, J. B.,

- Thompson, D. A. ve Hunt, E. (2006). Creating High Reliability In Health Care Organizations. *Health Services Research*, 41(4), 1599–1617. Doi:10.1111/J.1475-6773.2006.00567.X
- Pronovost, P. J., Goeschel, C. A., Marsteller, J. A., Sexton, J. B., Pham, J. C. ve Berenholtz, S. M. (2009). Framework For Patient Safety Research And Improvement. *Circulation Journal Of The American Heart Association*, 119(2), 330–337. Doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.107.729848
- Pronovost, P. J., Weast, B., Bishop, K., Paine, L., Griffith, R., Rosenstein, B. J. ve Davis, R. (2004). Senior Executive Adopt A Work Unit: A Model For Safety Improvement. *The Joint Commission Journal On Quality And Safety*, 30(2), 59–68. Doi:10.1016/S1549-3741(04)30007-9
- Pronovost, P. ve Sexton, B. (2005). Assessing Safety Culture: Guidelines and Recommendations. *Qual Saf Health Care*, 14, 231–233. Doi:10.1136/Qshc.2005.015180
- Şantaş, F., Şantaş, G., Özer, Ö. ve Şahin Say, D. (2018). Sağlık Çalışanlarının Güvenlik İklimi Algularının Belirlenmesine İlişkin Bir Kamu Hastanesinde Araştırma. *Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi Pamukkale*, (30), 297–307.
- Schein, E. H. (1990). Organizational Culture. *American Psychological Association*, 45(2), 109–119.
- Schein, E. H. (2010). The Three Levels Of Culture. *Organizational Culture And Leadership* İçinde (Ss. 1–7). Jossey-Bass. Message:%3CHE1PR01MB1529070239AA462DF593312786A90@HE1PR01MB1529.Eurprd01.Prod.Exchangelabs.Com%3E%0Apapers3://Publication/Uuid/0223D38C-9914-4E3E-8DC1-66C32A9731FD Adresinden Erişildi.
- Schneider, B., Ehrhart, M. G. ve Macey, W. H. (2013). Organizational Climate And Culture. *Annual Review Of Psychology*, 64(1), 361–388. Doi:10.1146/Annurev-Psych-113011-143809
- Schneider, B., White, S. S. ve Paul, M. C. (1998). Linking Service Climate and Customer

- Perceptions Of Service Quality: Tests Of A Causal Model. *Journal Of Applied Psychology*, 83(2), 150–163. Doi:10.1037/0021-9010.83.2.150
- Schneider, B. (1975). Organizational Climates : An Essay. *Personnel Psychology*, 28, 447–479.
- Schwendimann, R., Milne, J., Frush, K., Ausserhofer, D., Frankel, A. Ve Sexton, J. B. (2013). A Closer Look At Associations Between Hospital Leadership Walkrounds And Patient Safety Climate And Risk Reduction: A Cross-Sectional Study. *American Journal Of Medical Quality*, 28(5), 414–421. Doi:10.1177/1062860612473635
- Sexton, J. B., Berenholtz, S. M., Goeschel, C. A., Watson, S. R., Holzmueller, C. G., Thompson, D. A. ve Pronovost, P. J. (2011). Assessing And Improving Safety Climate In A Large Cohort Of Intensive Care Units. *Crit Care Med*, 39(5), 934–939. Doi:10.1097/CCM.0b013e318206d26c
- Sexton, J. B., Helmreich, R., Pronovost, P. J. ve Thomas, E. (2003). Safety Climate Survey. *Qualityhealthcare.Org*, 1–7. Doi:10.1136/Qshc.2005.014316
- Shell, C. M. ve Dunlap, K. D. (2008). Florence Nightingale, Dr. Ernest Codman, American College Of Surgeons Hospital Standardization Committee and The Joint Commission: Four Pillars In The Foundation Of Patient Safety. *Perioperative Nursing Clinics*, 3, 19–26. Doi:10.1016/J.Cpen.2007.11.004
- Singer, S. J., Falwell, A., Gaba, D. M. ve Baker, L. C. (2008). Patient Safety Climate In US Hospitals Variation By Management Level. *Medical Care*, 46(11), 1149–1156.
- Singer, S. J., Falwell, A., Gaba, D. M., Meterko, M., Rosen, A., Hartmann, C. W. ve Baker, L. (2009). Identifying Organizational Cultures That Promote Patient Safety. *Health Care Management Review*, 34(4), 300–311. Doi:Http://Dx.Doi.Org/10.1097/HMR.0b013e3181afc10c
- Singer, S. J., Gaba, D. M., Falwell, A., Lin, S., Hayes, J. ve Baker, L. (2009). Patient Safety Climate In 92 US Hospitals. *Medical Care*, 47(1), 23–31. Doi:10.1097/MLR.0b013e31817e189d
- Singer, S. J., Gaba, D. M., Geppert, J. J., Sinaiko, A. D., Howard, S. K. ve Park, K. C.

- (2003). The Culture Of Safety: Results Of An Organization-Wide Survey In 15 California Hospitals. *Qual Saf Health Care*, 12, 112–118.
- Singer, S. J., Rosen, A., Zhao, S., Ciavarelli, A. P. ve Gaba, D. M. (2010). Comparing Safety Climate In Naval Aviation and Hospitals: Implications For Improving Patient Safety. *Health Care Manage Rev*, 35(2), 134–146.
- Singer, S., Meterko, M., Baker, L., Gaba, D., Falwell, A. ve Rosen, A. (2007). Workforce Perceptions Of Hospital Safety Culture: Development and Validation Of The Patient Safety Climate In Healthcare Organizations Survey. *Health Services Research*, 42(5), 1999–2021. Doi:10.1111/J.1475-6773.2007.00706.X
- Singla, A. K., Kitch, B. T., Weissman, J. S. ve Campbell, E. G. (2006). Assessing Patient Safety Culture : A Review and Synthesis Of The Measurement Tools. *J Patient Saf*, 2(3), 105–115.
- Sorra, J. S. ve Dyer, N. (2010). Multilevel Psychometric Properties Of The AHRQ Hospital Survey On Patient Safety Culture. *BMC Health Services Research*, 10(199), 1–13.
- Stock, G. N., Mcfadden, K. L. ve Gowen, C. R. (2010). Organizational Culture, Knowledge Management and Patient Safety In U.S. Hospitals. *Quality Management Journal*, 17(2), 7–26. Doi:10.1080/10686967.2010.11918267
- Tak, B. (2010). Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Ana Unsuru Olarak Hasta Güvenliği Sistemlerinin Oluşturulması: Hastaneler İçin Bir Yol Haritası Önerisi. *Sağlıkta Performans Ve Kalite Dergisi*, 1, 72–113.
- Taş, Y., Akpınar, A. T. ve İşçi, E. (2013). Kalite Yönetim Sistemi İle Hasta Güvenliği Kültürü İlişkisinin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma: Üniversite Hastanesi Örneği. 7. *Ulusal Sağlık Ve Hastane İdaresi Kongresi* İçinde (Ss. 1–10).
- Türen, U., Gökmen, Y., Tokmak, İ. ve Bekmezci, M. (2014). Güvenlik İklimi Ölçeğinin Geçerlilik Ve Güvenilirlik Çalışması. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 19(4), 171–190.
- Tutar, H. ve Altınöz, M. (2010). Örgütsel İklimin İşgören Performansı Üzerine Etkisi: Ostim İmalât İşletmeleri Çalışanları Üzerine Bir Araştırma. *Ankara Üniversitesi*

SBF Dergisi, 65(2), 195–218.

- Weaver, S. J., Lubomksi, L. H., Wilson, R. F., Pfoh, E. R., Martinez, K. A. ve Dy, S. M. (2013). Promoting A Culture Of Safety As A Patient Safety Strategy : A Systematic Review. *Annals Of Internal Medicine*, 158(5), 369–375.
- Weaver, S. J., Weeks, K., Pham, J. C. ve Pronovost, P. J. (2014). On The CUSP: Stop BSI : Evaluating The Relationship Between Central Line Associated Bloodstream Infection Rate and Patient Safety Climate Profile. *American Journal Of Infection Control*, 42(10), 203–208. Doi:10.1016/J.Ajic.2014.05.020
- Weng, R., Huang, C., Huang, J. ve Wang, M. (2012). The Cross Level Impact Of Patient Safety Climate On Nursing Innovation : A Cross Sectional Questionnaire Survey. *Journal Of Clinical Nursing*, 21, 2262–2274. Doi:10.1111/J.1365-2702.2012.04170.X
- Zaheer, S., Ginsburg, L., Chuang, Y.-T. ve Grace, S. L. (2015). Patient Safety Climate (PSC) Perceptions Of Frontline Staff In Acute Care Hospitals. *Health Care Management Review*, 40(1), 13–23. Doi:10.1097/HMR.0000000000000005
- Zhou, P., Bundorf, M. K., Gu, J., He, X. ve Xue, D. (2015). Survey On Patient Safety Climate İn Public Hospitals In China. *BMC Health Services Research*, 15(53), 1–10. Doi:10.1186/S12913-015-0710-X
- Zohar, D. (1980). Safety Climate In İndustrial Organizations: Theoretical and Applied Implications. *Journal Of Applied Psychology*, 65(1), 96–102. Doi:10.1037/0021-9010.65.1.96
- Zohar, D. (2010). Thirty Years Of Safety Climate Research: Reflections and Future Directions. *Accident Analysis And Prevention*, 42(5), 1517–1522. Doi:10.1016/J.Aap.2009.12.019
- Zohar, D. ve Hofmann, D. A. (2012). *Organizational Culture And Climate. The Oxford Handbook Of Organizational Psychology* (C. 1). Oxford University Press. Doi:10.1093/Oxfordhb/9780199928309.013.0020
- Zohar, D., Livne, Y., Tenne-Gazit, O., Admi, H. ve Donchin, Y. (2007). Healthcare Climate: A Framework For Measuring and Improving Patient Safety. *Crit Care Med*,



Diğer Yayınlar

- Akalın, H. E. (2014). Hasta Güvenliği Değişen Paradigma. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Platformu. [Http://Www.Sdplatform.Com/Dergi/818/Hasta-Guvenligi-Degisen-Paradigma.aspx](http://Www.Sdplatform.Com/Dergi/818/Hasta-Guvenligi-Degisen-Paradigma.aspx) Erişim Tarihi: 11.12.2018
- Al-Ahmadi, S. (2011). Patient Safety Climate and Leadership In The Emergency Department. University Of Alberta. Master Of Science. Edmonton, Alberta.
- Çiçek, A. (2012) Hemşirelerin Hasta Güvenliğine Yönelik Görüş ve Tutumlarının İncelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. İzmir.
- Health And Safety Commission (HSC). Organizing For Safety: Third Report Of The Human Factors Study Group Of ACSNI. Sudbury: HSE Books, 1993.
- Institute Of Medicine (2001). Crossing The Quality Chasm: A New Health System For The 21st Century. Washington, DC: National Academy Press.
- Institute Of Medicine (2000). To Err Is Human: Building A Safer Health System. Washington, DC: National Academy Press.
- Levitt, P. (2014,). When Medical Errors Kill. Los Angeles Times. [Http://Articles.Latimes.Com/2014/Mar/15/Opinion/La-Oe-Levitt-Doctors-Hospital-Errors-20140316](http://Articles.Latimes.Com/2014/Mar/15/Opinion/La-Oe-Levitt-Doctors-Hospital-Errors-20140316) Erişim Tarihi: 25.12.2018.
- Medicinenet, Medical Definition Of Patient [Https://Www.Medicinenet.Com/Script/Main/Art.Asp?Articlekey=39154](https://Www.Medicinenet.Com/Script/Main/Art.Asp?Articlekey=39154) Erişim Tarihi: 10.12.2018
- Sexton, J. B., Helmreich, R., Pronovost, P. ve Thomas, E. (2003). Safety Climate Survey. University Of Texas.
- The National Patient Safety Foundation (2000). Agenda For Research And Development In Patient Safety.
- Türk Dil Kurumu (TDK), [Http://Www.Tdk.Gov.Tr/Index.Php?Option=Com_Gts&Arama=Gts&Guid=TDK.GTS.5c0e99b58ad3b1.09237870](http://Www.Tdk.Gov.Tr/Index.Php?Option=Com_Gts&Arama=Gts&Guid=TDK.GTS.5c0e99b58ad3b1.09237870) Erişim Tarihi: 10.12.2018
- Vangeest, J. B. ve Cummins, D. S. (2003). An Educational Needs Assessment For

İmproving Patient Safety. White Paper Report, 3.

WHO (2009), Conceptual Framework For The International Classification For Patient Safety https://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf
Erişim Tarihi: 11.12.2018

WHO, Patient Safety <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-systems/patient-safety> Erişim Tarihi: 10.12.2018

WHO (2010), http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0015/111507/E93833.pdf
Erişim Tarihi: 11.12.2018

WHO (2017), Patient Safety Making Health Care Safer, <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255507/WHO-HIS-SDS-2017.11eng.pdf?sequence=1> Erişim Tarihi: 11.12.2018

WHO, Patient Safety <https://www.who.int/patientsafety/en/> Erişim Tarihi: 10.12.2018

WHO, (2005), World Alliance For Patient Safety Forward Programme, https://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf Erişim Tarihi: 21.12.2018

EKLER

Ek 1: Etik Kurul Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 13/12/2018-E.15899



T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Etik Kurulu

Sayı : 61923333/050.99/
Konu : 07/20 Ferhan NENNİ UNAL

Sayın Ferhan NENNİ UNAL

İlgi : Ferhan NENNİ UNAL 26/11/2018 tarihli ve 0 sayılı yazı

Üniversitemiz Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulu Başkanlığının 12.12.2018 tarihli ve 07 sayılı toplantısında alınan "20" nolu karar örneği ekte sunulmuştur. Bilgilerinizi rica ederim.

Prof.Dr. Arif BİLGİN
Etik Kurulu Başkanı

20. Ferhan NENNİ UNAL'ın "Sağlık Çalışanlarının Hasta Güvenliği İklimi Algılarını Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma" başlıklı çalışması görüşmeye açıldı.

Yapılan görüşmeler sonunda; Ferhan NENNİ UNAL'ın "Sağlık Çalışanlarının Hasta Güvenliği İklimi Algılarını Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma" başlıklı çalışmasının Etik açıdan uygun olduğuna oy birliği ile karar verildi.

Evrakı Doğrulamak İçin : <http://193.140.253.232/envision.Sorgula/BelgeDogrulama.aspx?V=BELC4MMAC>

Etik Kurulu Esentepe Kampüsü 54187 Serdivan SAKARYA / KEP Adresi:
sakaryauniversitesi@hs01.kep.tr
Tel:0264 295 50 00 Faks:0264 295 50 31
E-Posta :ozelkalem@sakarya.edu.tr Elektronik Ağ :www.sakarya.edu.tr



Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek 2: Anket Formu

Değerli Katılımcı,

Aşağıda yer alan anket formundaki bilgilerden Doç. Dr. Harun KIRILMAZ danışmanlığında gerçekleştirilecek olan Yüksek Lisans Tez çalışmasında yararlanılacaktır. Anket soruları genel olarak değerlendirileceği için isminiz istenmeyecektir. Anketin amacı sağlık çalışanlarının hasta güvenliği iklimi algılarını ölçmektir. Bu nedenle lütfen sorulara içtenlikle cevap veriniz. Araştırmaya katkıda bulunduğunuz için teşekkür ederiz.

Ferhan NENİ UNAL

Sakarya Üniversitesi Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans Öğrencisi

Kişisel Bilgiler

1) Cinsiyetiniz

Kadın Erkek

2) Göreviniz

Hekim Eczacı Teknisyen (EKG, Lab, Radyoloji vb.)

Hemşire Yönetici Hemşire Diğer Sağlık Çalışanları

Yardımcı Personel Hasta Danışmanı Yönetici Diğer

3) Bulduğunuz Pozisyondaki Tecrübeniz

1 yıldan daha az 1-2 yıl 3-7 yıl
 8-12 yıl 13-20 yıl 21 yıl ve daha fazla

4) Uzmanlığınızdaki Tecrübeniz

1 yıldan daha az 1-2 yıl 3-7 yıl
 8-12 yıl 13-20 yıl 21 yıl ve daha fazla

5) Hastanedeki Tecrübeniz

1 yıldan daha az 1-2 yıl 3-7 yıl
 8-12 yıl 13-20 yıl 21 yıl ve daha fazla

6) Yaşınız:

7) Eğitim Durumunuz

Okur-yazar değil İlkokul ya da ortaokul Lise Ön lisans
 Lisans Yüksek Lisans Doktora

Güvenlik İklimi Ölçeği		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum	Geçersiz
1)	Bu klinik alanda hasta güvenliği iklimi başkalarının hatalarından öğrenmeyi destekler.						
2)	Bu klinik alanda hatalar uygun bir şekilde ele alınır.						
3)	Hastanemdeki yöneticiler beni dinler ve endişelerimi ciddiye alır.						
4)	Bölümümdeki hekim ve hemşire yöneticiler beni dinler ve endişelerimi ciddiye alır.						
5)	Yönetim (Liderler) bizi hasta güvenliği odaklı bir kurum olmaya doğru yönlendirir.						
6)	Yönetime ifade ettiğim hasta güvenliğini ilgilendiren önerilerim dikkate alınarak harekete geçilir.						
7)	Yönetim (liderler) hasta güvenliğini etkileyen konularda bilinçlidir ve verimliliği etkilese bile ödün vermez.						
8)	Hastanın güvenliği konusunda oluşabilecek endişelerimi olay bildirimini yapmam için meslektaşlarım tarafından cesaretlendirilirim.						
9)	Hasta güvenliği konusundaki sorularımı yönlendirebileceğim uygun kanalları biliyorum.						
10)	Performansım hakkında uygun geri bildirim alırım.						
11)	Buradan hasta olarak tedavi alsaydım kendimi güven içinde hissederdim.						
12)	Burada nöbet değişimlerinden önce çalışan(lar)ı hasta hakkında bilgilendirmek için “hasta teslimleri” yapılır.						
13)	Nöbet değişimlerinden önce çalışan(lar)ı hasta hakkında bilgilendirmek için yapılan “hasta teslimleri” hasta güvenliği açısından önemlidir.						
14)	Klinik liderlerin (Hekim, hemşire, eczacı) varlığını hissedirim ve onlara gerektiğinde ulaşabilirim.						
15)	Bu kurum hasta güvenliği için önceki yıla göre daha fazla çaba sarf etmektedir.						
16)	Birçok istenmeyen yan etkinin çoklu sistemlerin bulunmasından kaynaklandığını ve bir bireye mal edilemeyeceğine inanıyorum.						
17)	Bu klinik alandaki çalışanlar kendilerini hasta güvenliğinden sorumlu hissederek.						
18)	Çalışanlar bu klinik alan için hazırlanmış kuralları ya da kılavuzları genellikle dikkate alır.						
19)	Bu klinik alanda hasta güvenliğinin yüksek önceliğe sahip olduğu sürekli vurgulanır.						

ÖZGEÇMİŞ

Ferhan NENNİ UNAL, 1992 yılında Adana’da doğdu. İlk, orta ve lise öğrenimini Adana’da tamamladı. 2015 yılında Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Sağlık Yönetimi Bölümünden mezun oldu. 2016 yılında Sakarya Üniversitesi İşletme Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Sağlık Yönetimi Bilim Dalı’nda başladığı yüksek lisans eğitimini 2019 yılında tamamladı.

