

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

**AKREDİTASYON BELGESİNE SAHİP BİR HASTANEDE
HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜNÜN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Kenan GÖZLÜ

**SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

ANKARA

2011

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

**AKREDİTASYON BELGESİNE SAHİP BİR HASTANEDE
HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜNÜN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Kenan GÖZLÜ

**SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Sıdıka KAYA**

**ANKARA
2011**

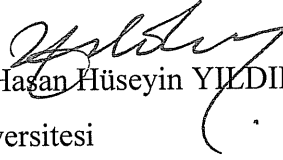
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne;

Bu çalışma jürimiz tarafından Sağlık Kurumları Yönetimi Programında Yüksek Lisans Tezi olarak oy birliği ile kabul edilmiştir.

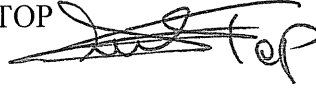
Jüri Başkanı: Prof. Dr. Sıdıka KAYA
(Danışman) Hacettepe Üniversitesi



Üye: Yrd. Doç. Dr. Hasan Hüseyin YILDIRIM
Hacettepe Üniversitesi



Üye: Yrd. Doç. Dr. Mehmet TOP
Hacettepe Üniversitesi



Üye: Yrd. Doç. Dr. H. İbrahim CANKUL
Gülhane Askeri Tıp Akademisi



Üye: Yrd. Doç. Dr. Ali YILMAZ
Kırıkkale Üniversitesi



ONAY:

Bu tez, Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu kararınca kabul edilmiştir.



Prof. Dr. Hakan S. ORER

Enstitü Müdürü

TEŐEKKÖR

Bu çalışmanın bÖtÖn aşamalarında değerli bilgileri, gÖrÖő ve Önerileriyle yol gÖsteren tez danıőmanım Sayın Prof. Dr. Sıdıka KAYA'ya,

Verilerin analizi ve istatistik bilgileri için Hacettepe Öniversitesi Tıp FakÖltesi Biyoistatistik Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Sayın Doç. Dr. Erdem KARABULUT'a,

Değerli gÖrÖő ve Önerileri ile teze katkıda bulunan Sayın jÖri üyelerine,

Araştırmanın yapıldığı hastanenin yÖnetimine ve araştırmaya katılan hemşirelere,

Çalışma sÖresince yardımcı olan değerli arkadaőım Sayın Ömit ÇIRAKLI'ya ve çok değerli iş arkadaşlarıma,

Hayatım boyunca sevgisini ve desteğini her zaman hissettiğim aileme,

Teşekkür ederim.

ÖZET

GÖZLÜ, Kenan. Akreditasyon Belgesine Sahip Bir Hastanede Hasta Güvenliği Kültürünün Değerlendirilmesi: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2011.

Sağlık hizmetleri sunumunda en çok tartışılan konulardan biri hasta güvenliğinin sağlanmasıdır. Hasta güvenliğinin sağlanması ve tıbbi hataların azaltılması için atılacak ilk adım hasta güvenliği kültürünün değerlendirilmesidir. Bu araştırma akreditasyon belgesine sahip bir hastanede hasta güvenliği kültürünü değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. Araştırmanın evrenini hastanenin kliniklerinde çalışan tüm doktor ve hemşireler (102 doktor ve 93 hemşire) oluşturmaktadır. Araştırmada doktorlardan geri dönen anket sayısı yetersiz olduğundan (geri dönüş oranı % 14,7), araştırma 70 hemşire üzerinde (geri dönüş oranı % 75,2) yapılmıştır. Veri toplama aracı olarak Agency for Healthcare Research and Quality tarafından hazırlanan “Hospital Survey on Patient Safety Culture” kullanılmıştır. 42 ifadeden oluşan anket 12 boyutta değerlendirilmiştir (1:Hiç Katılmıyorum, 2:Katılmıyorum, 3:Ne Katılıyorum Ne De Katılmıyorum, 4:Katılıyorum, 5: Tamamen Katılıyorum anlamındadır): Birimler içinde ekip çalışması (3,892 ± 0,581), güvenliğin kapsamlı algılanması (3,825 ± 0,511), hataların raporlanma sıklığı (3,809 ± 0,910), hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği (3,695 ± 0,719), hatalar hakkında iletişim ve geribildirim (3,685 ± 0,703), hastanede devirler ve nakiller (3,667 ± 0,774), örgütsel öğrenme-sürekli iyileştirme (3,552 ± 0,592), hastane birimleri arasında ekip çalışması (3,446 ± 0,529), iletişimin açık tutulması (3,423 ± 0,731), yönetici beklentileri ve hasta güvenliğini geliştirme faaliyetleri (3,335 ± 0,626), hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt (2,866 ± 0,827), personel sağlama (2,535 ± 0,474). Araştırmada hastanede çalışma süresi, birimde çalışma süresi, meslekte çalışma süresi, haftalık çalışma süresi bağımsız değişkenlerine göre on iki hasta güvenliği kültürü boyutunun hiçbirinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05). Hemşirelerin % 64,3'ünün çalışma alanındaki/birimindeki hasta güvenliğini çok iyi, % 14,3'ünün mükemmel bulduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin % 52,9'unun hiç olay rapor etmedikleri ve % 30'unun 1-2 olay rapor ettikleri tespit edilmiştir. Araştırmada ayrıca hemşirelerin bağımsız değişkenlere göre ankette yer alan ifadelere katılma derecelerinde farklılık olup olmadığı da incelenmiş ve genel olarak hastanede, birimde, meslekte ve haftada daha fazla çalışma süresine sahip hemşirelerin ifadelere katılma ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Hasta Güvenliği Kültürü, Akreditasyon, Hastane, Tıbbi Hata.

ABSTRACT

GOZLU, Kenan. Evaluating The Patient Safety Culture In a Hospital With The Certification of Accreditation: Hacettepe University, Institute of Health Sciences, Healthcare Management Program, Master's Thesis, Ankara, 2011.

One of the most discussed topics on healthcare delivery is to provide patient's safety. The first step to provide patient safety and to reduce medical errors is to evaluate patient safety culture. This research is made with the aim of evaluating the patient safety culture in a hospital with an accreditation certificate. The research is comprised of all the doctors and nurses (102 doctors and 93 nurses) working in the hospital's clinics. Hence, the number of surveys returning from the doctors is inadequate, the research is made on 70 nurses. "Hospital Survey on Patient Safety Culture" prepared by Agency for Healthcare Research and Quality is used as a tool for data collection. The survey comprised of 42 statements is evaluated in 12 different dimensions: (1.means strongly disagree, 2. means disagree, 3. means neither agree nor disagree, 4. means agree, 5. means totally agree) Teamwork in hospital units ($3,892 \pm 0,581$), overall perceptions of safety ($3,825 \pm 0,511$), the frequency of event reporting ($3,809 \pm 0,910$), hospital management support for patient safety ($3,695 \pm 0,719$), feedback and communication about error ($3,685 \pm 0,703$), hospital handoffs and transitions ($3,667 \pm 0,774$), organizational learning-continuous improvement ($3,552 \pm 0,592$), teamwork across the hospital units ($3,446 \pm 0,529$), communication openness ($3,423 \pm 0,731$), supervisor/manager expectation and actions promoting patient safety ($3,335 \pm 0,626$), nonpunitive response to error ($2,866 \pm 0,827$), staffing ($2,535 \pm 0,474$). Statistically, there was no significant difference found in none of the twelve different dimensions of patient safety culture according to the arguments of work period in the hospital, in the unit, at job and weekly working time ($p > 0,05$). It is identified that according to % 64,3 of the nurses, patient safety in the workspace/work unit is very good and according to % 14,3 it is perfect. It is identified that % 52,9 of the nurses have never reported any events and % 30 of them reported only one or two events. In the research, whether there is a difference in the rate of the statements participated is also examined and it is found that in general, nurses with more work hours in the hospital, in the unit, at job and in a week have higher rates of participation to the statements.

Key Words: Patient Safety Culture, Accreditation, Hospital, Medical Error.

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI.....	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
ÖZET.....	v
ABSTRACT.....	vi
İÇİNDEKİLER.....	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	x
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xi
TABLolar DİZİNİ.....	xii
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Tıbbi Hatalar ve Hasta Güvenliği.....	3
2.1.1. Tıbbi Hata Kavramı.....	3
2.1.1.1. Dünyada ve Türkiye’de Tıbbi Hatalar.....	5
2.1.1.2. Tıbbi Hataların Sınıflandırılması.....	8
2.1.1.3. Tıbbi Hataların Nedenleri.....	10
2.1.1.4. Tıbbi Hataların Sonuçları.....	11
2.1.2. Hasta Güvenliği Kavramı.....	12
2.1.2.1. Hasta Güvenliğinin Tarihsel Gelişimi.....	13
2.1.2.2. Hasta Güvenliğini Olumsuz Etkileyen Faktörler.....	16
2.2. Hastanelerde Hasta Güvenliği Kültürü.....	17
2.2.1. Hasta Güvenliği Kültürü.....	18
2.2.2. Hasta Güvenliği Kültürünün Oluşturulması.....	20

2.2.3. Hasta Güvenliği Kültürünün Oluşturulmasında Karşılaşılabilecek Engeller.....	27
2.2.4. Hasta Güvenliği Kültürünün Değerlendirilmesi.....	30
2.3. Akreditasyon ve Hasta Güvenliği.....	31
2.3.1. Sağlık Sektöründe Akreditasyon.....	31
2.3.2. Sağlık Sektöründe Akreditasyonun Faydaları.....	37
2.3.3. JCI Hastane Akreditasyonu Standartları.....	39
2.3.4. JCI Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri.....	41
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	45
3.1. Araştırmanın Amacı.....	45
3.2. Problem Cümlesi.....	45
3.3. Evren ve rneklem.....	45
3.4. Sınırlılıklar.....	45
3.5. Etik Durum.....	46
3.6. Veri Toplama Aracı.....	46
3.7. Verilerin Toplanması.....	48
3.8. Verilerin Analizi.....	49
4. BULGULAR VE TARTIşMA.....	50
4.1. Hemşirelerin Kişisel zellikleri.....	50
4.2. Hemşirelerin Anket Boyutlarını Oluşturan İfadelere Katılma Durumları.....	52
4.3. Hemşirelerin Birimler İçinde Ekip alışmasına İlişkin Algıları.....	60
4.4. Hemşirelerin Yönetici Beklentileri ve Güvenlik Geliştirme Faaliyetlerine İlişkin Algıları.....	63
4.5. Hemşirelerin Hasta Güvenliği İçin Yönetimin Desteğine İlişkin Algıları.....	67
4.6. Hemşirelerin rgtsel öğrenme ve Sürekli İyileştirmeye İlişkin Algıları.....	71

4.7. Hemşirelerin Güvenliğin Kapsamlı Algılanmasına İlişkin Algıları.....	76
4.8. Hemşirelerin Birimler Arasında Ekip Çalışmasına İlişkin Algıları.....	81
4.9. Hemşirelerin Personel Sağlamaya İlişkin Algıları.....	86
4.10. Hemşirelerin Hastanede Devirler (Handoffs) ve Nakillere (Transitions) İlişkin Algıları.....	90
4.11. Hemşirelerin Hataya Karşı Cezalandırıcı Olmayan Yanıtı İlişkin Algıları.....	95
4.12. Hemşirelerin Hatalar Hakkında İletişim ve Geribildirime İlişkin Algıları.....	100
4.13. Hemşirelerin İletişimin Açık Tutulmasına İlişkin Algıları.....	103
4.14. Hemşirelerin Hataların Raporlanma Sıklığına İlişkin Algıları.....	108
4.15. Hemşirelerin Hasta Güvenliğinin Derecesine İlişkin Algıları.....	112
4.16. Hemşirelerin Raporlanan Olay Sayısına İlişkin Algıları.....	113
5. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	115
KAYNAKLAR.....	121
EKLER	
Ek 1: Anket Formu	
Ek 2: Etik İzin	

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality (Sağlık Hizmet Araştırmaları ve Kalite Kuruluşu)
IOM	Institute of Medicine (Tıp Enstitüsü)
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (Sağlık Kurumları Akreditasyonu Birleşik Komisyonu)
JCI	Joint Commission International (Uluslararası Birleşik Komisyon)
NPSA	National Patient Safety Agency (Ulusal Hasta Güvenliği Kurumu)
SBAR	Situation Background Assessment Recommendation (Durum, Klinik Geçmiş, Değerlendirme, Öneri)
WHO	World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1.1. Tıbbi Hata-Malpraktis.....	5
--	---

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 2.2.2.1. Hasta Güvenliği Kültürü Olgunlaşma Seviyeleri.....	26
Tablo 2.2.3.1. Tıbbi Hata Bildirim Engelleri.....	28
Tablo 2.3.1.1. Avrupa'daki Ülkelerin Hastane Akreditasyon Programları Durumu.....	35
Tablo 4.1.1. Hemşirelerin Kişisel Özellikleri.....	51
Tablo 4.2.1. Hemşirelerin Anket Boyutlarını Oluşturan İfadelere Katılma Durumları.....	54
Tablo 4.3.1. Hastanede Çalışma Süresine Göre Hemşirelerin Birimler İçinde Ekip Çalışmasına İlişkin Algıları.....	60
Tablo 4.3.2. Birimde Çalışma Süresine Göre Hemşirelerin Birimler İçinde Ekip Çalışmasına İlişkin Algıları.....	61
Tablo 4.3.3. Meslekte Çalışma Süresine Göre Hemşirelerin Birimler İçinde Ekip Çalışmasına İlişkin Algıları.....	62
Tablo 4.3.4. Haftalık Çalışma Süresine Göre Hemşirelerin Birimler İçinde Ekip Çalışmasına İlişkin Algıları.....	63
Tablo 4.4.1. Hastanede Çalışma Süresine Göre Hemşirelerin Yönetici Beklentileri ve Güvenlik Geliştirme Faaliyetlerine İlişkin Algıları.....	64
Tablo 4.4.2. Birimde Çalışma Süresine Göre Hemşirelerin Yönetici Beklentileri ve Güvenlik Geliştirme Faaliyetlerine İlişkin Algıları.....	65
Tablo 4.4.3. Meslekte Çalışma Süresine Göre Hemşirelerin Yönetici Beklentileri ve Güvenlik Geliştirme Faaliyetlerine İlişkin Algıları.....	66
Tablo 4.4.4. Haftalık Çalışma Süresine Göre Hemşirelerin Yönetici Beklentileri ve Güvenlik Geliştirme Faaliyetlerine İlişkin Algıları.....	67
Tablo 4.5.1. Hastanede Çalışma Süresine Göre Hemşirelerin Hasta Güvenliği İçin Yönetimin Desteğine İlişkin Algıları.....	68
Tablo 4.5.2. Birimde Çalışma Süresine Göre Hemşirelerin Hasta Güvenliği İçin Yönetimin Desteğine İlişkin Algıları.....	69
Tablo 4.5.3. Meslekte Çalışma Süresine Göre Hemşirelerin Hasta Güvenliği İçin Yönetimin Desteğine İlişkin Algıları.....	70

Tablo 4.5.4. Haftalık Çalışma Süresine Göre Hemşirelerin Hasta Güvenliği İçin Yönetimin Desteğine İlişkin Algıları.....	71
Tablo 4.6.1. Hastanede Çalışma Süresine Göre Hemşirelerin Örgütsel Öğrenme ve Sürekli İyileştirmeye İlişkin Algıları.....	72
Tablo 4.6.2. Hastanede Çalışma Süresine Göre Hemşirelerin ‘ <i>Hasta güvenliğini geliştirmek için aktif olarak çalışmalar yapıyoruz</i> ’ ifadesine katılma durumu.....	73
Tablo 4.6.3. Birimde Çalışma Süresine Göre Hemşirelerin Örgütsel Öğrenme ve Sürekli İyileştirmeye İlişkin Algıları.....	74
Tablo 4.6.4. Meslekte Çalışma Süresine Göre Hemşirelerin Örgütsel Öğrenme ve Sürekli İyileştirmeye İlişkin Algıları.....	75
Tablo 4.6.5. Haftalık Çalışma Süresine Göre Hemşirelerin Örgütsel Öğrenme ve Sürekli İyileştirmeye İlişkin Algıları.....	75
Tablo 4.6.6. Haftalık Çalışma Süresine Göre Hemşirelerin ‘ <i>Burada, hatalar olumlu değişikliklere yol açmıştır</i> ’ ifadesine katılma durumu.....	76
Tablo 4.7.1. Hastanede Çalışma Süresine Göre Hemşirelerin Güvenliğin Kapsamlı Algılanmasına İlişkin Algıları.....	77
Tablo 4.7.2. Birimde Çalışma Süresine Göre Hemşirelerin Güvenliğin Kapsamlı Algılanmasına İlişkin Algıları.....	78
Tablo 4.7.3. Meslekte Çalışma Süresine Göre Hemşirelerin Güvenliğin Kapsamlı Algılanmasına İlişkin Algıları.....	79
Tablo 4.7.4. Meslekte Çalışma Süresine Göre Hemşirelerin ‘ <i>Bizim Prosedürlerimiz ve sistemlerimiz hataların meydana gelmesini önlemede iyidir</i> ’ ifadesine katılma durumu.....	80
Tablo 4.7.5. Haftalık Çalışma Süresine Göre Hemşirelerin Güvenliğin Kapsamlı Algılanmasına İlişkin Algıları.....	81
Tablo 4.8.1. Hastanede Çalışma Süresine Göre Hemşirelerin Birimler Arasında Ekip Çalışmasına İlişkin Algıları.....	82
Tablo 4.8.2. Hastanede Çalışma Süresine Göre Hemşirelerin ‘ <i>Hastane birimleri birbirleri ile eşgüdümlü (iyi bir uyum içinde) çalışmamaktadır</i> ’ ifadesine katılma durumu.....	83

Tablo 4.8.3. Hastanede Çalışma Süresine Göre Hemşirelerin “ <i>Hastalara en iyi bakımı sağlamak için hastane birimleri birlikte iyi çalışmaktadır</i> ” ifadesine katılma durumu.....	83
Tablo 4.8.4. Birimde Çalışma Süresine Göre Hemşirelerin Birimler Arasında Ekip Çalışmasına İlişkin Algıları.....	84
Tablo 4.8.5. Meslekte Çalışma Süresine Göre Hemşirelerin Birimler Arasında Ekip Çalışmasına İlişkin Algıları.....	85
Tablo 4.8.6. Haftalık Çalışma Süresine Göre Hemşirelerin Birimler Arasında Ekip Çalışmasına İlişkin Algıları.....	86
Tablo 4.9.1. Hastanede Çalışma Süresine Göre Hemşirelerin Personel Sağlamaya İlişkin Algıları.....	87
Tablo 4.9.2. Birimde Çalışma Süresine Göre Hemşirelerin Personel Sağlamaya İlişkin Algıları.....	88
Tablo 4.9.3. Meslekte Çalışma Süresine Göre Hemşirelerin Personel Sağlamaya İlişkin Algıları.....	89
Tablo 4.9.4. Haftalık Çalışma Süresine Göre Hemşirelerin Personel Sağlamaya İlişkin Algıları.....	89
Tablo 4.9.5. Haftalık Çalışma Süresine Göre Hemşirelerin “ <i>Hasta bakımı için gerekenden fazla geçici personel çalıştırıyoruz</i> ” ifadesine katılma durumu.....	90
Tablo 4.10.1. Hastanede Çalışma Süresine Göre Hemşirelerin Hastanede Devirler (Handoffs) ve Nakillere (Transitions) İlişkin Algıları.....	91
Tablo 4.10.2. Birimde Çalışma Süresine Göre Hemşirelerin Hastanede Devirler (Handoffs) ve Nakillere (Transitions) İlişkin Algıları.....	92
Tablo 4.10.3. Meslekte Çalışma Süresine Göre Hemşirelerin Hastanede Devirler (Handoffs) ve Nakillere (Transitions) İlişkin Algıları.....	93
Tablo 4.10.4. Haftalık Çalışma Süresine Göre Hemşirelerin Hastanede Devirler (Handoffs) ve Nakillere (Transitions) İlişkin Algıları.....	93
Tablo 4.10.5. Haftalık Çalışma Süresine Göre Hemşirelerin “ <i>Hastalar bir birimden diğerine nakledilirken bazı şeyler ihmal edilir, gözden kaçırılır, kaybedilir</i> ” ifadesine katılma durumu.....	94

Tablo 4.11.1. Hastanede Çalışma Süresine Göre Hemşirelerin Hataya Karşı Cezalandırıcı Olmayan Yanıtla İlişkin Algıları.....	95
Tablo 4.11.2. Hastanede Çalışma Süresine Göre Hemşirelerin “ <i>Bir olay rapor edildiğinde, problemin değil, kişinin rapor edildiği hissedilir</i> ” ifadesine katılma durumu.....	96
Tablo 4.11.3. Birimde Çalışma Süresine Göre Hemşirelerin Hataya Karşı Cezalandırıcı Olmayan Yanıtla İlişkin Algıları.....	97
Tablo 4.11.4. Meslekte Çalışma Süresine Göre Hemşirelerin Hataya Karşı Cezalandırıcı Olmayan Yanıtla İlişkin Algıları.....	98
Tablo 4.11.5. Meslekte Çalışma Süresine Göre Hemşirelerin “ <i>Bir olay rapor edildiğinde, problemin değil, kişinin rapor edildiği hissedilir</i> ” ifadesine katılma durumu.....	99
Tablo 4.11.6. Haftalık Çalışma Süresine Göre Hemşirelerin Hataya Karşı Cezalandırıcı Olmayan Yanıtla İlişkin Algıları.....	99
Tablo 4.12.1. Hastanede Çalışma Süresine Göre Hemşirelerin Hatalar Hakkında İletişim ve Geribildirime İlişkin Algıları.....	100
Tablo 4.12.2. Birimde Çalışma Süresine Göre Hemşirelerin Hatalar Hakkında İletişim ve Geribildirime İlişkin Algıları.....	101
Tablo 4.12.3. Meslekte Çalışma Süresine Göre Hemşirelerin Hatalar Hakkında İletişim ve Geribildirime İlişkin Algıları.....	102
Tablo 4.12.4. Haftalık Çalışma Süresine Göre Hemşirelerin Hatalar Hakkında İletişim ve Geribildirime İlişkin Algıları.....	103
Tablo 4.13.1. Hastanede Çalışma Süresine Göre Hemşirelerin İletişimin Açık Tutulmasına İlişkin Algıları.....	104
Tablo 4.13.2. Hastanede Çalışma Süresine Göre Hemşirelerin “ <i>Çalışanlar yetkisi daha fazla olan kişilerin karar ve eylemlerini sorgulamakta kendilerini özgür hissederler</i> ” ifadesine katılma durumu.....	105
Tablo 4.13.3. Birimde Çalışma Süresine Göre Hemşirelerin İletişimin Açık Tutulmasına İlişkin Algıları.....	106
Tablo 4.13.4. Meslekte Çalışma Süresine Göre Hemşirelerin İletişimin Açık Tutulmasına İlişkin Algıları.....	107

Tablo 4.13.5. Haftalık Çalışma Süresine Göre Hemşirelerin İletişimin Açık Tutulmasına İlişkin Algıları.....	108
Tablo 4.14.1. Hastanede Çalışma Süresine Göre Hemşirelerin Hataların Raporlanma Sıklığına İlişkin Algıları.....	109
Tablo 4.14.2. Birimde Çalışma Süresine Göre Hemşirelerin Hataların Raporlanma Sıklığına İlişkin Algıları.....	110
Tablo 4.14.3. Meslekte Çalışma Süresine Göre Hemşirelerin Hataların Raporlanma Sıklığına İlişkin Algıları.....	111
Tablo 4.14.4. Haftalık Çalışma Süresine Göre Hemşirelerin Hataların Raporlanma Sıklığına İlişkin Algıları.....	112
Tablo 4.15.1. Hemşirelerin Çalışma Alanındaki /Birimindeki Hasta Güvenliğinin Derecesine İlişkin Algıları.....	113
Tablo 4.16.1. Hemşireler Tarafından Raporlanan Olay Sayısı.....	114

1.GİRİŞ

Sağlık hizmetleri insan hayatının korunması ve yaşam kalitesinin sürdürülmesinde özel bir öneme sahiptir. İnsan hayatına doğrudan etki etmesi, ikamesinin olmaması, ertelenememesi, bireysel faydalar/zararlar yanında toplumsal faydaları/zararları beraberinde getirmesi, hatalara karşı oldukça hassas olması ve yapılan hataların bazen telafisinin mümkün olmaması sağlık hizmetlerinin yüksek güvenilirliğe sahip olmasını zorunlu kılmaktadır.

Sağlık kurumlarında kişisel veya kurumsal nedenlerle tıbbi hatalar meydana gelebilmektedir. Tıbbi hatalar hasta hayatının sona ermesi, yaşam kalitesinin azalması, tedavi maliyetinin artması, hasta ve sağlık personeli arasındaki güvenin azalması, sağlık personeline suçluluk duygusunun gelişmesi, sağlık kurumunun saygınlığının azalması, hasta ile sağlık personeli /sağlık kurumu arasında hukuksal sorunlar oluşması gibi olumsuz sonuçlar doğurmaktadır.

Tıbbi hataların önlenmesi için yapılan hataların tespit edilip raporlanması ve hasta güvenliğinin kurumsal kültürün önemli bir parçası olması gerekmektedir. Hasta güvenliği sağlık hizmetine bağlı hatalar nedeniyle hastaların uğrayacağı zararları önlemek için sağlık kuruluşları ve bu kuruluşlarda çalışanlar tarafından önlemler alınmasıdır. Hasta güvenliğinde amaç sağlık hizmeti sunum süreçlerindeki hataların hastalara zarar vermesini önlemektir.

Sağlık kurumlarında üst yönetimin liderliğinde, çalışanların tam katılımıyla hasta güvenliğini kurumsal kültürün bir parçası haline getiren süreçlerden birisi akreditasyondur (Güven, 2007). Akreditasyon bir sağlık kuruluşunun, önceden belirlenmiş ve yayınlanmış standartlara uygunluğunun herkesçe kabul gören bir tüzel kişilik tarafından değerlendirilip onaylandığı gönüllülük esasına dayalı bir süreçtir. Akreditasyon standartları sağlık hizmeti sunumunda risk faktörlerinin azaltılmasını ve oluşan tıbbi hataların bildirilip önlenmesi için çalışmalar yapılmasını sağlayarak hasta güvenliğine katkıda bulunmaktadır.

Bu araştırmanın amacı JCI akreditasyon belgesine sahip bir hastanede hasta güvenliği kültürünü değerlendirmektir. Çalışma beş bölüme ayrılmıştır. Giriş bölümünden sonra gelen genel bilgiler bölümünde; tıbbi hatalar ve hasta güvenliği, hastanelerde hasta güvenliği kültürü, akreditasyon ve hasta güvenliği konuları ele alınmıştır. Üçüncü bölümde, yapılan araştırmanın gereç ve yöntemi anlatılmakta,

dördüncü bölümde elde edilen bulgular ve bu bulgular ile ilgili tartışmalara yer verilmektedir. Son bölümde ise bu çalışmadan çıkarılan sonuç ve öneriler sunulmaktadır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Tıbbi Hatalar ve Hasta Güvenliği

Her insanın doğumundan ölümüne kadar ömrünü sağlıklı bir şekilde yaşayıp tamamlaması arzu edilmesine rağmen bu ideal çoğu zaman gerçekleşmez. Hayatın belirli dönemlerinde, gerek beden sağlığında ve gerekse ruh sağlığında bozulmalar ortaya çıkar. Sağlık durumunda ortaya çıkan her aksama, sağlığı bozulmuş olan kişi (hasta) ile hekimi (ve/veya diğer sağlık personelinin) karşı karşıya getirir. Ayan'a göre bu karşılaşma, bağımsız çalışan bir hekim hasta ilişkisi şeklinde ve/veya bir hastane organizasyonu (kamu/özel) dahilinde kendini gösterebilir. Tıbbi müdahaleler, hastalığın türüne ve şiddetine göre, basit teşhis ve ilaçla tedavi yöntemlerinden en ağır ameliyatlara kadar uzanır. Ancak, müdahalede bulunurken erişilmek istenen hedef hastanın iyileştirilmesi olmakla birlikte, bazen istenilmeyen sonuçlar ortaya çıkabilir (Aktaran: Özyurt, 2008).

Sağlık hizmeti, insanın en kırılgan anında bedenine ve hatta bazen benliğine müdahale fırsatı tanıdığından, yararı kadar zarar potansiyeli taşıyan bir olgudur. Bu yüzdendir ki, tıbbın en öncelikli klasik ilkesi “önce zarar verme!” olmuştur. Çağdaş anlamda sağlık hizmetlerinde bir yandan zarar vermemek yani güvenlik, diğer yandan en iyi şekilde yarar sağlamak yani kalite amaçlanmaktadır. Sağlıkta kalite ve güvenliğin sıklıkla bir arada anılması bu yüzdendir. Sağlık sisteminin kalitesinden söz ederken sistemin güvenliğinden de söz etmemiz gerekir (Aydın, 2011).

Toplum olarak bilinç düzeyinin yükselmesi, sağlık hizmetlerine olan talebin artması, teknolojik gelişmeler ve riskleri, artan maliyetler ve yükleri, kalite standartlarının yükselmesi, oluşan rekabet ortamı, ilerlemeyi şart koşan sağlık politikaları hasta güvenliğini bu alanın vazgeçilmezlerinden biri haline getirmiştir (Özmen ve Başol, 2010). Hasta güvenliğinin temelinde ise sağlık hizmeti sunumunun her aşamasında ortaya çıkabilen tıbbi hatalar bulunmaktadır. Bu nedenle birinci bölümde öncelikle tıbbi hata ve hasta güvenliği kavramları üzerinde durulmuş, çeşitli ülkelerde yapılan araştırmalarla hasta güvenliğinin sağlık hizmeti sunumundaki önemi vurgulanmaya çalışılmıştır.

2.1.1. Tıbbi Hata Kavramı

Literatürde tıbbi hatalara ilişkin farklı tanımlamaların yapıldığı, tıbbi hata, malpraktis, tıbbi uygulama hataları gibi kavramların birbirinin yerine kullanıldığı ve

ortak bir terminoloji birliğinin sağlanamadığı görülmektedir. Bu kavramlara ilişkin bazı tanımlamalar şunlardır:

1950'lerde yapılan araştırmalarda tıbbi hata “tıbbi süreçlerdeki bir arıza, aksama” ve “modern tanı ve tedavi uygulamalarının bir bedeli” olarak görülmektedir. Tıbbi hatalar konusunda öncü olan Schimmel'in 1964 yılında yaptığı araştırmalarında tıbbi hata “hastanede yatışın tehlikesi” olarak değerlendirilmekte ve hastanın tıbbi süreçlerde maruz kaldığı ilaçlar ve tedavilerden kaynaklanan istenmeyen reaksiyonlar, ihmallerin oluşturduğu toplam risk olarak hesaplanmaktadır. Schimmel, tıbbi hata kavramını hastada hastalık sırasında ortaya çıkan, hastalıkla ilgisi olmayan, tanı veya tedaviden kaynaklanan, ölçülebilir istenmeyen olaylar, komplikasyonlar ve kazalar olarak tanımlamaktadır (Yılmaz, 2009).

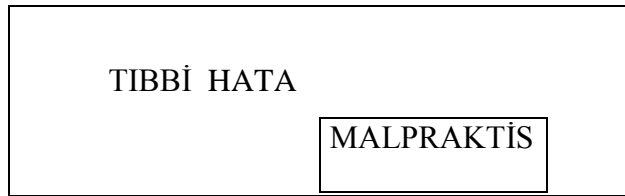
Tıbbi hata, planlanan bir tıbbi uygulamanın amaçlandığı şekilde tamamlanamaması (uygulama hatası) veya amaca ulaşabilmek için yanlış plan yapılması ve uygulanması (planlama hatası) olarak tanımlanmaktadır (Akalin, 2004a). Amerika Birleşik Devletleri'ndeki Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı (National Patient Safety Foundation) tıbbi hata kavramını; hastaya sunulan sağlık hizmeti sırasında bir aksamanın neden olduğu, kasıtsız, beklenilmeyen sonuçlar olarak tanımlarken, Sağlık Kurumları Akreditasyonu Birleşik Komisyonu (The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) ise; sağlık hizmeti sunan bir profesyonelin uygun ve etik olmayan bir davranışta bulunması, mesleki uygulamalarda yetersiz ve ihmalkâr davranması sonucu hastanın zarar görmesi şeklinde tanımlamaktadır (Aktaran: Altuncan, 2009).

Tıbbi uygulama hataları, “Hizmetleri sunan hekim, hemşire ve ilgili yasaya göre hastaya müdahale yetkisi bulunan fizyoterapist, psikolog veya diyetisyen gibi sağlık personelinin, öneri ve/veya uygulamaları sonucu, hastalığın normal seyrinin dışına çıkarak, iyileşmesinin gecikmesinden hastanın ölümüne kadar geniş bir yelpazedeki şartların” tamamını içermektedir. Malpraktis Latince “Male” ve “Praxis” kelimelerinden türemiş olup, “kötü, hatalı uygulama” anlamındadır. Uygulamada; bir meslek mensubunun, mesleğini uyguladığı esnada ortaya çıkan hatalı, kusurlu hareketleri olarak kullanılır. “Tıbbi Malpraktis” kavramı ise; tıp mesleği mensuplarının aynı şekildeki hareketleri sonucu ortaya çıkar. Dünya

Tabipler Birliği malpraktisi; ‘‘Hekimin tedavi sırasında standart güncel uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zarar’’ şeklinde tanımlamaktadır (Çetin, 2011).

Malpraktis, tıbbi uygulamadaki bilgi-beceri eksikliği ya da ihmal nedeniyle hizmet sunulan kişinin sağlığına zarar gelmesi anlamına gelmektedir. Bununla birlikte, Türk Tabipleri Birliği, ‘‘malpraktis’’ teriminin Türkçeleştirilmesi ve ‘‘sağlık hizmetinden kaynaklanan zarar’’, ‘‘tıbbi uygulama hataları’’ anlamlarını kapsayacak daha uygun bir karşılık bulunması çabası içindedir (Türk Tabipler Birliği Malpraktis Bildirgesi, 2010).

Sağlık alışanlarının yaptığı her tıbbi hata nedeniyle hastada zarar meydana gelmeyebilir. Örneğin bir ilacın fazla dozda verilmesiyle yapılan hata, hastada herhangi bir zarar oluşturmamış olabilir ama bu yine de tıbbi bir hatadır. Malpraktiste muhakkak zarar gelişmesi beklenirken tıbbi hataların bir kısmı zarara neden olmamakta ve dolayısıyla ortaya da ıkmayabilmektedir. Aşağıdaki şekil malpraktisin bir tıbbi hata olduğunu fakat zarar oluşmadığı için malpraktis sayılmayan tıbbi hataların da olduğunu göstermektedir (Karataş ve Yakıncı, 2010).



şekil 1: Tıbbi Hata-Malpraktis (Kaynak: Karataş ve Yakıncı, 2010).

2.1.1.1. Dünyada ve Türkiye’de Tıbbi Hatalar

İnsanın varoluşundan bu yana sağlık problemleri ve bunların tedavisi ile uğraşanlar olmuştur. M.. 1700’lerde ilan edildiği varsayılan Hammurabi Kanunlarında, daha sonra da eski Mısır kanunlarında ‘‘tıbbi hata’’dan söz edilmiştir (Yıldırım, 2008a). Myhre ve McRuer’e göre Hipokrat yemininde hekimler, hastaların güvenliği için onlara herhangi bir zarar vermeyeceklerine dair yemin etmelerine rağmen, uygulamada sağlık hizmetleri sunumunda tıbbi hatalar her zaman var olmuştur. Leape’ye göre de aslında araştırmalar tıbbi bakım hizmetlerinin hastalara hiçbir zarar veya yan etki olmaksızın verilmeyeceğine işaret etmektedir (Aktaran:

Top ve diğ., 2009). Sağlık sektöründe giderek artan bilgi birikimine rağmen geçmişte olduğu gibi günümüzde de tıbbi hatalar sağlık hizmeti sunumunda yerini almaktadır.

Kumar ve Chaudhary'e göre tıbbi hatalar konusu sağlık alanında her geçen gün büyüyen bir problem olarak karşımıza çıkmaktadır. Yapılan çalışmalardan elde edilen bulgular konunun önemini büyük bir açıklıkla ortaya koymaktadır (Aktaran: Özata ve Altuncan, 2010). Sağlık sisteminin kalitesinin doğrudan bir göstergesi sayılan tıbbi hataların ülkeden ülkeye farklılık gösterdiği, belirli ülkeler veya bölgelerle sınırlı olmadığı görülmektedir.

Amerika Birleşik Devletleri'nde bulunan Tıp Enstitüsü adlı kuruluş (The Institute of Medicine), 29 Kasım 1999'da tıbbi hatalar ve daha güvenli bir sağlık sistemi ile ilgili rapor yayınlamıştır (To Err Is Human: Building a Safer Health System). Bu rapor tüm sağlık çalışanlarına yönelik olarak, tıbbi hatalar ve bunların azaltılması ile ilgili geniş bilgiler içermektedir. Rapora göre hastaneye yatan hastalarda yapılan iki çalışmada, yan etki veya tıbbi bakım sırasında bir hata görülme sıklığı % 2,9 ve % 3,7 bulunmuştur. Bu hataların % 58 ve % 53'ü önlenemez tıbbi hatalar olarak tanımlanmıştır. Bu veriler kullanılarak, 1997 yılı içinde Amerika Birleşik Devletleri'nde hastaneye yatan 33.6 milyon hasta esas alınarak yapılan varsayımlarda, tıbbi hatalar nedeni ile her yıl en az 44.000, belki de 98.000 hastanın öldüğü öngörülmektedir. En az sayı bile kabul edilse tıbbi hatalardan ölen hasta sayısı 8. ölüm nedeni olarak, trafik kazası, meme kanseri ve AIDS hastalığından ölümlerin önünde yer almaktadır (Aktaran: Akalın, 2001).

Blendon ve arkadaşları (2002) tarafından yapılan bir çalışmada, hekimlerin % 35'i, halkın da % 42'si kendilerine ya da yakınlarına uygulanan tedavide tıbbi hata yapıldığını belirtmiştir. Amerika Birleşik Devletleri Tıp Enstitüsü'nün (IOM) "To Err is Human: Building a Safer Health System" raporundan beş yıl sonra yapılan bir çalışmada ankete katılanların % 34'ü kendilerinin veya yakınlarının bir tıbbi hata ile karşılaştığını, bunların % 21'inin ciddi sonuçlara neden olduğunu, tıbbi hata ile karşılaşanların % 28'i doktorlarının veya diğer sağlık çalışanlarının bu hatayı kendilerine bildirdiğini belirtmiştir (Palosky ve diğ., 2011).

New York'ta toplumda yapılan bir araştırmada yetişkin hastaların tıbbi hataya maruz kalma oranı % 21 bulunmuştur (Adams ve Boscarino 2004). Altı ülkede yetişkin hastalara yönelik yapılan diğer bir araştırmada ise tıbbi hata yapıldığına

inananların oranının Birleşik Krallık'ta % 22, Almanya'da % 23, Yeni Zelanda'da % 25, Avustralya'da % 27, Kanada'da % 30 ve Amerika Birleşik Devletleri'nde % 34 oranında olduğu belirlenmiştir (Schoen ve diğ., 2005).

Avrupa Komisyonu'nun Avrupa Birliği'ne üye ve Avrupa Birliği'ne aday ülkelerde Eylül- Ekim 2005 tarihlerinde gerçekleştirdiği bir araştırmada halkın tıbbi hatalar konusundaki algılamaları ve deneyimleri sorgulanmıştır. Bu araştırmaya göre tıbbi hatalar Avrupa'da belirgin bir problemdir fakat tıbbi hatalar konusunda genel algılamalar ve yaşanan tecrübeler ülkeler arasında farklılıklar göstermektedir. Örneğin Avrupa Birliği'ne üye ülkelerde anket katılımcılarının tıbbi hataları kendi ülkelerinde önemli bir olgu olarak görme oranları İtalya'da % 97, Polonya'da % 91, Litvanya'da % 90, Hollanda'da % 82, Fransa'da % 75, Danimarka'da % 49, Finlandiya'da % 48 iken, Avrupa Birliği'ne aday ülkelerdeki anket katılımcılarında bu oranlar Hırvatistan'da ve Bulgaristan'da % 89, Türkiye'de % 88 olarak belirlenmiştir. Aynı araştırmada anket katılımcılarının % 23'ü herhangi bir tip hataya maruz kaldıklarını ifade etmişlerdir (European Commission, 2006).

Commonwealth Fund adlı bir araştırma enstitüsü tarafından endüstrileşmiş yedi ülkede 2007 yılında yapılan bir araştırmada yetişkin hastaların en az bir defa tıbbi hata ile karşılaşma oranı Almanya'da % 12, Birleşik Krallık'ta % 13, Hollanda'da % 14, Yeni Zelanda'da % 16, Kanada'da % 17, Avustralya'da ve Amerika Birleşik Devletleri'nde % 20 bulunmuştur (O'Hagan ve diğ., 2009). Amerika Birleşik Devletleri'nde 2008'de yapılan bir araştırmada ise 6.3 milyon tıbbi yaralanmanın 1.5 milyonunun tıbbi hataların bir sonucu olduğu ve kaçınılabilir tıbbi hataların 2.500 önlenebilir ölümden daha fazla ölüme sebep olduğu ifade edilmiştir. Yine aynı araştırmada her bir tıbbi hatanın ortalama maliyeti 13.000 ABD Doları olarak hesaplanmıştır (Fiol ve Gomez, 2011).

Ülkemizde tıbbi hataların boyutu ve yaygınlığı, basına yansıyan dramatik olgular ya da adli/resmi kurullarda seyrek olarak incelenen olayların dışında bilinmemektedir (Çakmakçı, 2001). Bununla birlikte Türkiye'de tıbbi hatalar ile ilgili araştırmaların adli makamlara yansıyan olgulara yönelik retrospektif çalışmalarla başladığı, hasta hakları bilincinin artmasının ve hasta-hekim arasındaki bilgi asimetrisinin azalmasının bir sonucu olarak geçmişe oranla daha da önemsendiği söylenebilir. Tıbbi hatalar ile ilgili olarak hem idari makamlara, hem de tabip

odalarına yapılan başvurularda artış gözlenmesi (Gökmen ve Güleç, 2010) bu durumu doğrular niteliktedir.

2006 yılında yapılan bir çalışmada Adli Tıp Kurumunda tıbbi uygulama hatası iddiası ile incelenen, ölümle ya da ölü doğumla sonuçlanan olgular değerlendirilmiş, 2001-2005 yılları arasında Adli Tıp Kurumu 1. ve 3. İhtisas Dairesi'nde değerlendirilen tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan ve ölümle ya da ölü doğumla sonuçlanan olgu sayısı 525 olarak bulunmuştur. Olgu sayısının 2001 yılında 73, 2005 yılında 193 olduğu ve beş yıllık dönemde olgu sayısındaki artış oranının % 160 olduğu belirtilmiştir. Aynı çalışmada olguların % 92'sinde (482 olgu) tıbbi uygulama hatası kararı verildiği, 43 olguda (% 8) ise değişik nedenlerle karar verilemediği ifade edilmiştir (Pakiş, 2006).

Elbüken (2010) tarafından yapılan bir çalışmada, 2002-2008 yılları arasında sağlık profesyonellerine yönelik tıbbi uygulama hatası ile Yüksek Sağlık Şurasına gönderilen olgular irdelenmiş, bu yedi yıllık dönemde toplam 45 ayrı toplantıda 219 olgu dosyasının ele alındığı, en çok dava konusu olan meslek grubunun ebeler ve uzman hekimler olduğu ve olguların en fazla İç Anadolu Bölgesi, en az ise Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde meydana geldiği belirtilmiştir.

240 sağlık personelinin katıldığı başka bir çalışmada en sık karşılaşılan hataların sırasıyla; hastane enfeksiyonları, yatak yaraları, ameliyat sonrası komplikasyonlar, ameliyat komplikasyonları, iğne-kesici alet yaralanmaları, araç-gerecin bozulmasına bağlı hatalar, yan etkisi olan ilacın kullanımına ilişkin hatalar, tanı testlerinin yetersizliği, tanı hataları, düşmeler, tedavide gecikme ve ventilatöre ilişkin hatalar şeklinde sıralandığı görülmüştür (Özata ve Altuncan, 2010).

Sağlık Bakanlığı da Bakanlık aleyhine açılan davalar dolayısıyla en çok rastlanan hata türlerini şöyle belirlemiştir: Yanlış teşhis ve tedavi, ameliyat öncesi ve sonrası gelişen komplikasyonlar, doğum esnasında ve sonrasında gelişen komplikasyonlar, hastane idaresinden kaynaklanan problemler, hatalı enjeksiyon, hatalı laboratuvar tetkikleri, poliklinik ve sevk işlemlerinde yanlış yönlendirmeler, acil servis hizmetlerinin yetersizliği (Hakeri, 2009).

2.1.1.2. Tıbbi Hataların Sınıflandırılması

Sağlık hizmetinin her evresinde ortaya çıkabilen tıbbi hatalar kök neden veya hata türü açısından iki farklı şekilde sınıflandırılabilir. Kök nedenlerine göre tıbbi

hatalar; işleme bağlı hatalar (yanlış işlemi yapma), ihmale bağlı hatalar (doğru işlemi yapmama) ve uygulamaya bağlı hatalar (doğru işlemi yanlış uygulama) olarak üç grupta toplanabilir. Tıbbi hatalar hata türüne göre ise beş ayrı başlık altında sınıflandırılabilir:

Medikasyon hataları: Çoğu önlenebilir olan bu hatalar istem yapılan ilaçların hastaya uygulanması ile ilgilidir. Yanlış doz, yanlış veriliş şekli, birlikte verilen başka ilaçlarla etkileşim, alerji hikayesi olan hastaya bilmeyerek bu ilacın verilmesi gibi hatalar bu gruptadır. Bu hataların % 34-56'sı önlenebilir.

Cerrahi hatalar: Çalışmalar cerrahi hataların her 50 yatan hastanın birinde görüldüğünü ortaya koymuştur.

Tanı koymada hatalar: Yanlış tanı, yanlış ve yetersiz tedaviye veya gereksiz ek tetkiklerin yapılmasına neden olabilir. Laboratuvar testlerinin yanlış uygulanması veya yorumlanması sık rastlanılan tıbbi hatalar arasında yer almaktadır. Tanısal hatalara deneyimsiz kişilerce yapılan tetkiklerde daha çok rastlanılmaktadır.

Sistem yetersizliklerine bağlı hatalar: Sağlık hizmetinin sunumu sırasında sistemde ortaya çıkan ve saptanması oldukça zor olan hatalardır. Bunlar arasında kullanılan aletlerdeki bozukluklar ancak ortaya çıkınca saptanabilmekte, fakat çok önemli sonuçlar doğurabilmektedir. Medikasyonların uygulanmasında da ortaya çıkan hataların büyük çoğunluğu sistem hataları olarak tanımlanmaktadır.

Diğer tıbbi hatalar: Hastane infeksiyonları, yanlış kan transfüzyonu gibi önemli konular da tıbbi hatalar arasında yer almaktadır (Akalın, 2005).

Amerikan Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine) ise tıbbi hataları dört başlık altında sınıflandırmaktadır (IOM,1999):

Tanı hataları: Tanıda gecikme veya hata, tetkiklerin yapılmasındaki başarısızlık, güncel olmayan tetkik ve terapilerin kullanımı, tetkik sonuçlarına göre davranmama/tetkikleri yanlış yorumlama.

Tedavi hataları: Bir test, işlem yada prosedürde yapılan hatalar, tedavi yönetimindeki hatalar, bir ilacın kullanım metodu veya dozundaki hatalar, tedavideki veya uygun olmayan bakımdaki önlenebilir gecikme.

Koruyucu işlemleri yapmamaya bağlı hatalar: Profilaktik tedavi sunumundaki başarısızlık, hastayı tedavi sonrası yeterli düzeyde izlememe veya takip tedavilerini uygulamada yetersizlik.

Diğer tıbbi hatalar: İletişimin eksikliği, ekipman arızası ve diğer sistem başarısızlıklarından kaynaklanan hatalar.

2.1.1.3. Tıbbi Hataların Nedenleri

Tıbbi hataların nedenleri karmaşıktır ve henüz tam olarak anlaşılamamıştır. Tespit edilen bazı nedenler şunlardır: İletişim hataları, aşırı iş yükü ve tükenmişlikten kaynaklanan insan hataları, sağlık bakımındaki uzmanlaşmanın giderek artması, ekipman arızası ve yanlış tanı (Encyclopedia of Surgery, 2011). McNutt ve arkadaşlarına (2002) göre ise tıbbi hataların ana nedenleri üç başlık altında toplanabilir:

İnsana bağlı faktörler : Yorgunluk, eğitim eksikliği, önlem almama, dikkatsizlik, zayıf iletişim, güç/kontrol, zamansızlık, yanlış karar, mantık hatası.

Kurumsal faktörler : İş yeri yapısı, plan/politikalar, idari/finansal yapı, liderlik, tedarik yönetimi, denetim/geri bildirim, personelin yanlış dağıtımı.

Teknik faktörler : Yetersiz otomasyon, yetersiz cihazlar, eksik cihazlar, karar verme destek eksikliği, integrasyon eksikliği, aşırı bilgi yükü, karmaşıklık.

Sağlık hizmetlerinde karar verme ve hizmet sunumunun her aşamasında insan ögesi vardır ve her sağlık kuruluşu mümkün olan en iyi hasta bakımını sunmak istemektedir. Sağlık sistemlerinin en önemli öğelerinden bir tanesi insan olduğundan insan hatalarına sıkça rastlanabilir. Bakım ile ilgili süreçleri tasarlarlarken bu gerçeğin göz önünde bulundurulması önemlidir. Bu durumda insan hatalarını zarar vermeden önce önleyecek sistemlerin oluşturulması önemli bir gereklilik olarak ortaya çıkmaktadır (Yıldırım 2008b).

Tıp Enstitüsü Amerikan Sağlık Hizmeti Kalite Komitesi “öncelikle zarar verme” sözünü veren, iyileşme ve rahatlık sunması beklenen sağlık hizmeti sisteminden zarar görmenin hastalar açısından kabul edilebilir bir durum olmadığı sonucuna varmış ve bu problemin çözümüne yardımcı olmak için IOM komitesinin

ilk raporu olan ‘‘Hata Yapmak İnsana Özgüdür: Daha Güvenli Bir Sağlık Hizmeti Sistemini Kurma’’ başlıklı raporunun yayınlanmasını hedeflemiştir. Hataların birçoğunu önleyecek teknolojik bilginin mevcut bulunduğu sonucuna varılan bu raporun temel sonuçlarından birisi, tıbbi hataların büyük bölümünün bireysel dikkatsizlik veya belirli bir grubun faaliyetlerinden köken almamasıdır. ‘‘Hatalar, insanların daha yaygın şekilde hata yapmasına veya hataları önlemede başarısız olmasına yol açacak hatalı sistemlerden, işlemlerden veya şartlardan kaynaklanır’’ tespiti öncelikle yapılmıştır (Özgönül, 2010). IOM bütün raporlarında tıbbi hataların sistem kaynaklı olduğunu vurgulamaktadır. Kalite alanında öncü konumunda yer alan Juran ve Deming’in hataları % 98-85 oranında sisteme bağladıkları bilinmektedir (Sur, 2008).

Tıbbi hataların uygulayıcı sağlık personelinin kişisel yanlışlarından çok sistem tasarımı ile ilgili sorunlardan kaynaklandığının bilinmesi önemlidir. İşin içine ‘‘insan faktörleri’’ girdiğinde de bunlar kişisel olduğu kadar, bir ekibin birlikte çalışma biçimi ile bu ekiplerin hataları farketmesi ve bunlarla başa çıkma becerileriyle de ilgili olmaktadır. Bu nedenle bugüne kadar sistem düzeyinde değil de kişisel düzeyde suçlayıcı ya da düzeltici önlemlere yoğunlaşmış olması yarar sağlamamıştır (Çakmakçı, 2004).

2.1.1.4. Tıbbi Hataların Sonuçları

Tıbbi hatalar hasta, sağlık personeli ve hizmetin sunulduğu sağlık kurumu üzerinde birçok olumsuz sonuçlar doğurmaktadır. Tıbbi hataların sonuçları hastanın hayatının sona ermesi, yaşam kalitesinin azalması, yeni komplikasyonların gelişmesi, tedavi süresinin uzaması, sağlık personelinin hasta yakınları tarafından şiddet görmesi, sağlık personelinin kendini suçlu hissetmesi, meslektaşları tarafından ayıplanması, sağlık personelinin görevinden uzaklaştırılması, hasta ve sağlık personeli arasındaki güvenin azalması, sağlık kurumunun kamuoyunda imajının zedelenmesi, sağlık personeli ve sağlık kurumu hakkında dava açılması, hastaların diğer sağlık kurumlarını tercih etmesi ve sağlık bakım maliyetlerinin artması olarak sıralanabilir.

2.1.2. Hasta Güvenliği Kavramı

Dünyada hastalık ve ölümlerin büyük kaynağı güvenli olmayan sağlık bakımındır (WHO, 2008). Çağdaş sağlık hizmetinin özellikleri olarak sıralanan, hasta merkezli, zamanında, tarafsız ve adil, verimli ve yeterli, etkili ve güvenli gibi maddeler arasında yer alan “güvenli” maddesi, sağlık hizmetinin kendisinin hastaya yarar yerine zarar vermesinin, yaralanma, sakatlık ve ölüme yol açmasının, hata yapılmasının önüne geçilmesi olarak tanımlanmaktadır (Akgün ve Al-Assaf, 2007).

Amerika Birleşik Devletleri Tıp Enstitüsü'nün (IOM) “To Err is Human:Building a Safer Health System” raporuna göre hasta güvenliği, kısaca “kazayla zarar vermeme” şeklinde tanımlanabilir. Fakat hasta güvenliği, sadece hata olmaması değildir ve şu boyutları içerir:

- Sağlık bakımının karmaşık ve riskli olduğu, çözümlerin daha geniş sistem içinde bulunduğu yaklaşımı,
- Tehlikeleri belirleyen, değerlendiren, en aza indiren ve sürekli olarak geliştiren bir dizi süreç,
- Daha az tıbbi hata ve en aza indirilmiş risk ya da tehlike şeklinde ortaya çıkan bir sonuç (Aktaran: Kaya, 2009).

Hasta güvenliği, sağlık hizmetine bağlı hataların önlenmesi ve sağlık hizmetine bağlı hataların neden olduğu hasta hasarlarının azaltılması veya eliminasyonudur. Hasta güvenliği bakımın kalitesi ile ilişkilidir ancak her ikisi aynı şey değildir. Güvenlik, kalitenin önemli bir alt grubudur. Bir diğer tanıma göre ise hasta güvenliği, sağlık hizmetinin sunum aşamalarında görülebilecek ‘basit hatalar’ nedeniyle, hastalar, yakınları ve sağlık kuruluşunda çalışanlar için zararlı sonuçlanabilecek süreçleri öngörmek, zarar ve hataları engellemek çabasıdır (Ovalı, 2010).

Hasta güvenliği, sağlık bakım sistemi içindeki güvenli olmayan eylemlerin azaltılmasının yanı sıra en iyi uygulamaların kullanımı aracılığıyla optimal bakım sonuçlarına ulaşmadır (Davies ve diğer., 2003). Başka bir tanıma göre hasta güvenliği, sağlık bakım hizmetlerinin zarar verici etkilerinden hastaları korumak için sağlık hizmeti veren kurum ya da bireyler tarafından üstlenilen eylemlerdir (Connelly ve Power, 2011).

Hasta güvenliği, risk değerlendirme, hasta ilişkili risklerin yönetimi ve tanımlanması, yinelenen risklerin azaltılması için kazaların raporlanması ve analizi, çözümlerin uygulanması gibi hastaya daha güvenli bakım verme sürecidir (National Patient Safety Agency, 2004). Hasta güvenliğinde amaç; hasta ve hasta yakınlarını, hastane çalışanlarını fiziki ve psikolojik olarak olumlu etkileyecek bir ortam yaratarak güvenliği sağlamaktır. Burada temel hedef; hizmet sunumu sırasında hata oluşmasını engelleyecek, hatalar nedeniyle hastayı olası zararlardan koruyacak, hata olasılığını ortadan kaldıracak bir sistemin kurulmasıdır (Güven, 2007).

Türk Eczacıları Birliği'ne göre en gelişmiş ülkelerin kendi hasta güvenliğini artırma stratejilerinde tanımladığı beş unsur şunlardır:

- Hem yerel hem de ulusal ölçekteki vakaları raporlamak ve analiz etmek için sistemler tarafından tamamlanan, bir raporlama ve sorgulama kültürünü teşvik eden “dürüst” ya da “adil” bir kültür.

- Seçilen ayrı vakalar için temel nedenleri saptamak ve bilgi sağlayan vaka incelemelerini bir araya getirmek için sağlam ve etraflı bir analiz süreci.

- Hasta güvenliği ve bakım kalitesindeki ilgili gelişmelerin kanıtlanabilmesini sağlamak için bir süreç.

- Farklı seviyelerde - ulusal, organizasyonel ve klinik ölçekte - bilgi edinme ve gelişme amaçlı bilgi paylaşımı için etkili süreçler.

- Sağlık bakımı ortamında hem cezai hem de cezai olmayan tazminat sistemlerinin yeniden tanımlanması ve bunların hasta güvenliği kültürü üzerindeki etkisinin ve başarılarının değerlendirilmesi (Türk Eczacıları Birliği, 2011).

2.1.2.1.Hasta Güvenliğinin Tarihsel Gelişimi

Hasta güvenliği hareketi 1970'ler ve 1980'lerde artan sayıda ve ciddiyette tıbbi hatalar üzerine başlamıştır. Bu olguların yayınlanması 1990'ları bulmuştur. Bu tarihten sonra hasta güvenliği konusu kamuoyunun dikkatini daha fazla çeker ve daha fazla tartışılır bir hale gelmiştir. Hasta güvenliği hareketi sağlıkta risk yönetiminin özelleşmiş bir meslek olarak yaygınlaşması, sağlık bakım liderleri tarafından sürekli kalite gelişiminin benimsenmesi ve eczacıların hastane

ortamındaki öneminin artması gibi ataklarla daha fazla güç kazanmıştır. Amerikan Tıp Enstitüsü'nün 1999-2001 yılları arasındaki bildirimleri ve Sağlık Kurumları Akreditasyonu Ortak Komisyonu'nun (JCAHO) benimsediği hasta güvenliği hedefleri bu meseleyi hastanelerde kritik önemde bir konu haline getirmiştir (Johnson, 2004).

Mayıs 2002'de 55. Dünya Sağlık Toplantısı'nda sağlık bakım güvenliğinin ve izleme sistemlerinin güçlendirilmesi değerlendirilmiş, bu durum küresel bir sorun olan hasta güvenliği konusuna hız kazandırmıştır. Mayıs 2004'de 57. Dünya Sağlık Toplantısında hasta güvenliğini geliştirmek için uluslararası bir ittifakın oluşturulması desteklenmiş ve Ekim 2004'de Dünya Sağlık Örgütü tarafından Hasta Güvenliği için Dünya İttifakı başlatılmıştır. Hasta Güvenliği için Dünya İttifakı, sağlık bakanlıkları, hasta güvenliği uzmanları, sağlık meslek kuruluşları ve tüketici örgütlerini biraraya getirerek hasta güvenliğindeki uluslararası gelişmeleri koordine etmeyi ve hızlandırmayı amaçlamaktadır (Pittet ve Donaldson, 2006).

Her iki yılda bir, Dünya İttifakı, hasta güvenliğine yönelik eylemler yapılması için Küresel Hasta Güvenliği Mücadelesi toplantısı düzenlemektedir. 2005-2006 yılları için yapılan İlk Küresel Hasta Güvenliği Mücadelesi toplantısı sağlık hizmetine bağlı enfeksiyon konusu ile birlikte sağlık hizmetinde “Temiz Bakım Güvenli Bakımdır” teması üzerine odaklanmıştır (WHO, 2005). 2007-2008 dönemi için yapılan İkinci Küresel Hasta Güvenliği Mücadelesi toplantısında “Güvenli Cerrahi Hayat Kurtarır” başlığı altında daha güvenli müdahale ve cerrahi işlemler vurgulanmıştır (WHO, 2011b). 2009-2010 dönemi için yapılan Üçüncü Küresel Hasta Güvenliği Mücadelesi toplantısında ise hastalar, sağlık bakımı sunanlar ve gıda üreticileri tarafından antimikrobiyallerin uygunsuz kullanımının giderek artan bir hasta güvenliği konusu olduğu belirtilmiş, reçeteleme davranışı ve yetersiz hijyen tedbirleri nedeniyle geri dönüşümü olmayan zararları önlemek amacıyla yapılacak işlemler “Antimikrobiyal Dirençle Mücadele” başlığı altında toplanmıştır (WHO, 2011a).

Küresel olarak hasta güvenliği hakkında atılan adımlar bir ivme kazanmaktadır. Sağlık hizmetleri alanında kamu politikası oluşturma sürecinde yetki sahibi olan kişi ve kurumlar, dünya genelinde hasta güvenliği başlığını bir öncelik olarak belirlemektedirler. İttifak'ın uluslararası eylem sahasında gerçekleştirdiği

çalışmalar tempo kazanmaktadır. Buna karşın, atılacak adımları daha ileriye taşıma noktasında konu, son derece zorlayıcı ve ivedilik arz eden özelliklere sahiptir. Yapılan tedavilerdeki hatalar coğrafyalarla sınırlı değildir. Yoksul ya da zengin olsun hiçbir ülke kendisinin, hasta güvenliği konusunda karşılaşılan tüm sorunları çözmüş bir sistem içerisinde sağlık hizmeti veriyor olduğu iddiasında bulunamaz (Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, 2011a).

Son yıllarda Türkiye’de de hasta güvenliğini sağlamaya yönelik çabaların arttığı gözlenmektedir. Başta sağlık politikalarının ana belirleyicisi olan Sağlık Bakanlığı olmak üzere sağlık sektörünün tüm paydaşları hasta güvenliği konusunda ciddi çalışmalar yapmaktadır. Sağlık Bakanlığı’nın hasta güvenliği konusundaki en somut çalışması, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nün liderliğinde sektör temsilcilerinin katılımıyla hazırlanarak 29 Nisan 2009 tarihinde yayınlanan; “Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ”dir. Bu tebliğ sağlık kuruluşlarında hasta ve çalışan güvenliği uygulamalarının çerçevesini belirlemektedir (Aydın, 2009). Nisan 2011’de de Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı tarafından “Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik” yayınlanmıştır. Bu Yönetmelik tüm sağlık kurumlarında, hasta ve çalışan güvenliği için güvenli bir hizmet sunumu ve güvenli bir ortam sağlanmasına, hizmet sunumunda kalitenin artırılmasına, sağlık kurumunda hasta ve çalışanlar için muhtemel risklerin belirlenmesine, bu risklerin giderilmesi için uygun yöntem ve tekniklerin belirlenmesine, hizmet içi eğitimlerle güvenli hizmet sunumu ve güvenli çalışma ortamının sürdürülebilirliğinin sağlanmasına yönelik usul ve esasları düzenlemektedir. (Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik, 2011).

Sağlık Bakanlığı’nın sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinin değerlendirilmesine ve iyileştirilmesine yönelik olarak hazırladığı Hizmet Kalite Standartları da hasta güvenliğine büyük önem verildiğini göstermektedir. Hasta ve çalışan güvenliğini merkezine alan bu standartlar kurumun tüm bölümlerini kapsayacak şekilde ana bir iskelet üzerinde boyutlandırılmıştır. Boyutlandırma sisteminde standartlar dikey ve yatay olarak beş boyuttan oluşan bir model üzerine yerleştirilmiştir. Dikey boyutlarda, Kurumsal Hizmet Yönetimi, Sağlık Hizmeti

Yönetimi, Destek Hizmeti Yönetimi, İndikatör Yönetimi yer alırken, yatay boyutta ise hasta ve çalışan güvenliği bulunmaktadır. Dikey boyutlarda yer alan standartlar, yatay boyutta yer alan hasta ve çalışan güvenliği açısından puanlandırılmaktadır (Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, 2011b).

Hasta güvenliği konusundaki farkındalığın oluşumunda etkili olan bir diğer yapı ise 2006 yılında kurulan Hasta Güvenliği Derneği'dir. Hasta Güvenliği Derneği geniş katılımlı uluslararası kongreler düzenleyerek küresel ölçekte bilgi paylaşımını sağlamaya çalışmaktadır. Ülkemiz sağlık sektöründe özel sağlık kuruluşlarının Joint Commission International'den akredite olma çabalarıyla başlayan ve Sağlık Bakanlığı ile Hasta Güvenliği Derneği'nin sistemli çalışmalarıyla devam eden süreçte hasta güvenliği konusu daha da önem kazanmaktadır (Aydın, 2009).

Hasta Güvenliği Derneği'nin dışında hasta güvenliği konusunda çalışan çeşitli sivil toplum kuruluşları da bulunmaktadır. Sağlık Kalite Derneği (SAĞKAL) ve Sağlıkta Kalite İyileştirme Derneği (SKİD) gibi sağlık hizmetlerinde kalite konusunda çalışan, Tıp Hukuku Derneği gibi hukuk ağırlıklı çalışan sivil toplum kuruluşları bu kuruluşlara örnek olarak gösterilebilir (Bulun, 2009).

2.1.2.2. Hasta Güvenliğini Olumsuz Etkileyen Faktörler

Sağlık hizmeti sunum süreçlerinde hasta güvenliğini olumsuz etkileyen pek çok faktör bulunmaktadır. Bu faktörler şöyle sıralanabilir:

- Bilgilendirme eksikliği,
- Yanlış hasta kayıt bilgisi girilmesi,
- Yanlış ilaç uygulaması,
- Laboratuvar ve radyoloji cihazları ile diğer ölçüm cihazlarının kalibre olmaması,
- Medikal cihaz altyapısının standart dışı kullanılması,
- Tesis güvenliğinde yaşanan aksaklıklar,
- Uygun olmayan tıbbi atıklar (iğne ucu yaralanmaları),
- Bulguların atlanması ve tetkiklerin eksik irdelenmesi sonucu teşhis hatalarının yapılması,
- Hastanın yeterli beslenememesi,

- Hastane enfeksiyonları,
- Hastanın naklinde yaşanan olumsuzluklar (düşmeler ve yaralanmalar),
- Kontrol listesi kullanma alışkanlığının olmaması,
- Hastanın taburcu olması sırasında yeterli bilgilendirilmemesi,
- Çalışanların tekrar kontrol alışkanlığı edinmemeleri,
- Yönetimin yeterli desteği sağlamaması,
- Koordinasyon eksikliği (Aydın, 2009).

Hasta güvenliğini olumsuz etkileyen bu faktörlerin ortadan kaldırılması ve sunulan sağlık hizmetinin kalitesinin artırılması için sağlık kurumlarında hasta güvenliği kültürünün oluşturulması gerekmektedir. Sağlık kurumlarında oluşturulacak hasta güvenliği kültürü, tıbbi hataların özgürce tartışılmasına, yapılan hatalardan ders alınmasına, tanı ve tedavi süreçlerinin kolaylaşmasına ve sonuç olarak hasta güvenliğinin sağlanmasına önemli katkılar sağlayacaktır.

2.2. Hastanelerde Hasta Güvenliği Kültürü

Güvenlik kültürü kavramı ile kamuoyunun tanışması Çernobil kazasından sonra olmuştur. Uluslararası Atom Enerjisi Kurumu'nun (IAEA) 1986 yılında yayınladığı raporda kurumun güvenlik kültürünün zayıflığından söz edilmiş ve bu kazanın nedenlerinden biri olarak gösterilmiştir. Bu kavram ve önemi çeşitli şekillerde vurgulanmasına rağmen detaylı bir şekilde tanımlanmamış ve ölçülebilirliği üzerine araştırmalar yapılmamıştır. Ancak IAEA 1991 yılında bu kavramı tanımlamıştır: Güvenlik kültürü, kurumun sağlık ve güvenlik programlarının yeterliliğine, tarzına ve uygulamadaki ısrarına karar veren birey ve grupların değer, tutum, yetkinlik ve davranış örüntülerinin bir ürünüdür (Özkan ve Lajunen, 2003).

Güvenlik kültürü kısaca kimse izlemediği zaman bile doğru olanı yapmak şeklinde ifade edilebilir (Sumwalt, 2008). Güvenlik kültürü, güvenliği tehdit edebilecek davranış veya uygulamalarla bunların yer aldığı ortak kullanım ya da etki alanında bulunan canlıların veya nesnelerin zararını en aza indirmeyi amaçlayan, güvenliğe öncelik veren algılar, inançlar, tutumlar, kurallar, roller, sosyal, teknik ve politik uygulamalarla, yetkinlikler ve sorumluluk hislerinin bütünüdür (Özkan ve Lajunen, 2003). Güvenlik kültürü, bir organizasyondaki tüm personelin potansiyel

olarak yanlış yapıma olasılığı olan işler hakkında sürekli ve aktif bir farkındalığa sahip olduğu bir kültürdür. Bu kültürde personelin yapılan hataları açıkça ve özgürce konuşması desteklenmekte, yapılan hataların öğrenilmesi ve doğru işlemin yapılması beklenmektedir (National Patient Safety Agency, 2004). Olumlu bir güvenlik kültürüne sahip olan kurumlarda karşılıklı güvene dayanan iletişim, güvenliğin önemi konusundaki ortak algılamalar ve önleyici tedbirlerin yararlı olacağına duyulan inanç ön plana çıkmaktadır (Tütüncü ve diğ., 2007).

Güvenlik kültürünün oluşması için altı kriterden söz edilebilir:

- Üst yönetimin taahhüdü,
- Gözetimcilerin performansa odaklanması,
- Çalışanların aktif katılımı,
- Orta kademe yöneticilerin sürekli ilgisi,
- Esnek bir sistem,
- Güvenliğe ilişkin çalışanların olumlu algısı (Şerifoğlu ve Sungur, 2011).

2.2.1.Hasta Güvenliği Kültürü

Kültür, sosyal bakımdan öğrenilen, bireyler tarafından paylaşılan pek çok şeyi kapsar. Kültür, bilgi, inanç, sanat, ahlak, hukuk, örf ve adetler gibi insanların toplumun bir üyesi olarak kabul ettikleri karmaşık bileşenler bütünü; bir duyuş, düşünüş ve davranış biçimi şeklinde tanımlanabilir (Yılmaz, 2007). Kültürün kuruma yansması ise en basit haliyle iş yapış stili olarak tanımlanabilir. Schein'e göre kurumsal kültür, çalışanlarca benimsenmiş değerler, normlar, inanışlar ve varsayımlardır. Hill'e göre ise kurumsal kültür, bir kurumda çalışanlar tarafından paylaşılan, diğer kurumlarda çalışanlarla iletişimlerini etkileyen değerlerin ve normların bütünüdür (Aktaran: Ataoğlu, 2010).

Kurumsal kültür, çalışanların belirli standartları, normları ve değerleri anlamalarına ve kendilerinden beklenen başarıya ulaşmaları konusunda daha tutarlı olmalarına, yöneticileri ile daha uyumlu çalışmalarına yardımcı olur. Kurumun iş yapma yöntem ve süreçlerinde standart uygulamalar getirerek örgütsel verimliliği artırır. Kurumsal kültür, çalışanlar ve özellikle işe yeni başlayanlar için yol gösteren ve kendilerini boşluk içinde hissetmemelerini sağlayan bir ortam yaratır. Bu ortam,

çalışanların kurum içinde ne için çaba gösterdiklerini anlamalarını sağlar (Toprak, 2007).

Helmreich ve diğerlerine göre sağlık hizmetlerinde güvenlik, üretim alanındaki güvenlikten bazı yönlerde ayrılmaktadır. En belirgin farklılık, sağlık güvenliği tartışmalarının merkezinde yer alan kişinin çalışan değil, hizmetten faydalanan yani hasta konumunda olan kişi olmasıdır. İkinci önemli farklılık ise sağlık alanında çalışanların ve işin doğasından kaynaklanmaktadır. Hizmet sunucuları bilgilerini uygulamaya geçiren, öğrenilen süreçlere uyum sağlayan ve bakım sürecinin her adımına kendi muhakemesini katan profesyonellerdir (Aktaran: Tütüncü ve Küçükusta, 2008).

Günümüzde sağlık bakım hizmetleri giderek karmaşık hale gelmektedir. Sağlık bakım kurumlarında teknolojinin kullanımı ile birlikte hızla değişen çevrede sağlık bakım profesyonelleri tarafından birçok karar ve yargı baskı altında verilmektedir. Bu durum klinik karar ya da uygulamalarda yanlış veya hataya, sonuç olarak klinik bir işlem sırasında veya klinik bir kararın sonucu olarak hastaların zarar görmesine yol açabilmektedir. Sağlık bakımı sürecindeki hatalar hastaların ciddi yaralanmalarına ve bazen ölümüne neden olabilmektedir (WHO, 2004). Sağlık bakım süreçlerinden kaynaklanan hasta yaralanmalarının ve istenmeyen olayların önlenmesi için yapılan bu hataların araştırılıp çözümlerin üretildiği bir hasta güvenliği kültürü oluşturulması ve hasta güvenliğinin kurumsal kültürün önemli bileşenleri arasında yerini alması gerekmektedir.

Hasta güvenliği kültürü, hasta güvenliğinin kurumun en öncelikli konusu ve ortak değeri olarak kabullenilmesidir (Akalin 2004b). Hasta güvenliği kültürü, bir sağlık kurumunda çalışanların, sağlık hizmetinin hastalara zarar vermemesine yönelik tutum, algılama ve davranış biçimlerinin bir ürünü olarak ortaya çıkmaktadır.

Güvenlik kültürü hasta güvenliğindeki yaygın eksiklikleri düzeltmek için önemli bir strateji olarak gittikçe daha fazla kabul edilmektedir (Pronovost ve Sexton, 2005). ABD'deki Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine) tarafından tıbbi hataların önlenmesi için yapılan önerilerin başında sağlık hizmeti veren organizasyonlarda hasta güvenliği kültürünün yaratılması gelmektedir (Budak, 2008). İngiltere'deki Ulusal Sağlık Servisi'ne göre (National Health Service) hasta güvenliğini geliştirmek için yapılması gerekenlerin başında NHS

organizasyonlarında güvenlik kültürünün oluşturulması gelmektedir (NPSA, 2004). Dalton ve arkadaşlarına göre (2008) de tıbbi hataların azaltılması için sağlık bakım kurumlarının hepsinde güvenlik kültürü oluşturulmalıdır.

2.2.2. Hasta Güvenliği Kültürünün Oluşturulması

Suresh ve diğerlerine göre sağlıklı bir hasta güvenliği kültürü oluşturabilmek için göz önüne alınması gereken temel ilkeler şu şekilde sıralanabilir:

- Yüksek riskli ve hata yapılabilecek durumları saptamak,
- Tıbbi hataları araştıran ve belirleyen bir ortam yaratmak,
- Zamanında ve israfı önleyerek verimli sağlık hizmeti sunmak,
- Tedavileri bilgisayar destekli programlar aracılığı ile düzenlemek,
- Bilgisayar programlarının, protokollerin ve kontrol listelerinin yaygın olarak kullanımını sağlayarak sağlık personelinin yalnızca belleklerine güvenerek karar vermelerinin önüne geçmek,
- Hekimin gerekli bilgiye çabuk ve kolay ulaşmasını sağlamak,
- Bilgisayar destekli ilaç barkod sistemleri oluşturmak,
- İntravenöz ilaç karışımlarını hasta başında değil, hastane eczanesinde hazırlamak,
- Yüksek riskli ve nadir kullanılan ilaçlar ile ilgili özel protokoller hazırlamak,
- Hastane eczanesinde 24 saat nöbetçi eczacı bulundurmak,
- Tedavi işlemlerini mümkün olduğunca standart hale getirmek,
- Cezanın ön planda olmadığı bir kültür oluşturmak,
- Yüksek riskli durumlarda işbirliği ile ortak çözüm oluşturmak,
- Yeni teknolojilerin içerdiği riskler konusunda halkı aydınlatmak, bu tür tedavi ve cerrahilerde hastanın bilgilendirilmiş onamını almak üzere hekimlere eğitim vermek,
- Tıp alanındaki sorunları ortaya çıkarmak ve sağlık hizmetlerindeki kaynak yetersizliği konusunda kamuoyu oluşturmak,
- Okullarda ve sosyal ortamlarda, genel sağlık eğitimi programları yapmak,

- Tıp eğitiminin düzeyini yükseltmek,
- Hekimler için tıbbi hizmetlerin niteliğini artıracak programlar yapmak,
- Bilgi ve becerisi yetersiz olan hekimler için uygun politikalar geliştirmek,
- Halkı ve hükümetleri defansif tıp uygulamasının çeşitli yönleri konusunda uyarmak,
- Halkı, tıbbi uygulamalar sırasında önceden tespit edilemeyen durumlar olabileceği ve bunların kötü uygulama olmadığı konusunda uyarmak,
- Ulusal yasalarda, tıbbi zarar görmüş hastaların zararının karşılanabilmesi için herhangi bir engel olmaması,
- Yasaların, tıbbi hataların zararlarının ödenmesi için yöntemleri ve zarar kanıtlandığında ödenmesi gereken miktarları belirlemesi (Aktaran: Ovalı, 2010).

Hasta güvenliğini artırmak için gerekli kültürel değişim, kuruluşlar için en zor ama aynı zamanda en önemli olan adımı oluşturmaktadır (Ralston ve Larson, 2005). O'Reilly ve Chatman bir kuruluşta kültürel değişimin sağlanması için dört mekanizmadan yararlanılabileceğini belirtmektedir. Bunlar, çalışanların karar alma süreçlerine katılımının ve kuruluşa aidiyet geliştirmelerinin sağlanması, liderlerin kuruluşta neyin önemli olduğuna dair öncelikler oluşturulması ve bu öncelikle yöneticilerin eylem ve söylemleri ile çalışanlara hissettirmeleri, semboller ve ritüeller yaratılarak öncelikli konunun çalışanlar tarafından net bir şekilde algılanmasının sağlanması, enformasyon sistemi kullanılarak beklenen davranışın ne olduğunun, özellikle yeni işe başlayanlara "oyunun kuralının ne olduğunun" aktarılması, ödüllendirme ve takdir etme sistemlerini kullanarak konunun vurgulanmasıdır. Görüldüğü üzere liderlik, katılım, iletişim, takdir ve ödüllendirme süreçleri anahtar kavramlar olarak karşımıza çıkmaktadır. Dolayısıyla hasta güvenliği sistemi kurulmasında yeniden yapılandırılması gereken süreçler de liderlik, iletişim, katılım ve insan kaynakları yönetim süreçleridir (Tak, 2010).

Değerleri, inançları ve tutumları değiştirmek kolay değildir. Bir örgütte güvenlik kültürünün geliştirilmesi, güçlü liderliği gerektirir. Öncelikleri belirlemek ve güvenli uygulamayı desteklemek için klinisyenlerin ve yöneticilerin ortak hareket

etmesi gerekir. Yönetim, verimlilik ve kâr maksimizasyonu için yönettiği gibi, hasta güvenliği için de “yönetmelidir”. Güçlü ve kararlı bir liderlik olmadan hasta güvenliği hareketi başarılı olamaz. Başarılı bir hasta güvenliği programında, liderlik kritik bir ögedir ve devredilemez. Liderin (veya yöneticinin) güvenlik kültürünü geliştirmesi için öncelikle onu anlaması ve şimdiki durumunu değerlendirmesi gerekir. Kültür değerlendirme araçları böyle bir anlayışa olanak sağlar. Bu tür araçlarla iyileştirme yapılacak alanlar belirlenerek hasta güvenliğini destekleyen bir kültür oluşturma yönünde çalışmalara başlanabilir (Kaya, 2009).

Üst yönetiminin hastanenin misyon ve vizyonunda hasta güvenliğine verilen önemi yansıtan ifadelere yer vererek, kuruluşun stratejik planına hasta güvenliğine ilişkin hedefler ekleyerek ve konuyu sahiplendiğini söylem ve eylemleri ile - aldığı kararlar ile - destekleyerek liderlik rolünü yerine getirmesi gerekmektedir. Bundan başka, sağlık kuruluşunda hasta güvenliği sağlama adına çaba gösteren, olay bildirimleri ile sistemin risklerden arındırılmasına katkıda bulunan personelin yönetim tarafından takdir edilmesi ve ödüllendirilmesi de üst yönetimin liderlik rolü kapsamındadır. Böylece “neyin önemli olduğu, yönetim tarafından arzu edilen davranışın ne olduğu, çalışanların hangi davranışlarının yönetim tarafından kabul göreceği” kendilerine iletilmiş olacaktır. Araştırmalar yöneticilerin hasta güvenliğine sahip çıkarak gücünü bu yönde kullandığında tedavi hatalarının azaldığını, yönetimin liderlik rolünü üstlenmediği durumlarda güvenlik konusunun önceliği ne kadar vurgulansa da kaza veya hataların sayısında azalma olmadığını; güçlü bir liderlik altında faaliyette bulunan, güvenlik konusunun önceliğinin kesinlikle vurgulandığı birimlerde güvenlik açısından risk düzeyinin düştüğünü göstermektedir (Tak, 2010).

Herhangi bir kuruluştaki bir ekibin etkileşimi, o ekibin başarısını büyük ölçüde etkiler. Bir ekibin üyeleri beraber iyi çalışmadığında ve birbirlerinin rollerini eşit önemde görmediklerinde beklenmedik durumları iyi idare edememeleri şaşırtıcı olmaz. Ekip çalışması davranışları organizasyon veya birimin toplam kültüründen kaynaklanmaktadır. Aynı organizasyon içinde bile birimler veya departmanlar arasında muazzam kültür farklılıkları olabilir. Kişiler en çok zamanlarının çoğunu geçirdikleri departmanın kültüründen etkilenirler. Bir birimdeki kültür yüzeyde belirgin olmayabilir. Personel, doktorlar ve yöneticiler arasında sık çekişme ve

tartışmalar olmuyorsa iyi olarak da algılanabilir. Bu tür aşık problemlerin olmaması altta yatan iyi kültürün göstergesi değildir (Griffin ve Haraden, 2005).

Her departman, birim ve organizasyon, ne kadar iyi olsa bile personelin birbiriyle etkileşimine ve iletişimine odaklanarak kültürünü geliştirmeli ve yükseltmelidir. Bu durum hastalara verilen bakımı kesinlikle geliştirecektir. Bunun yanında başka pek çok yararı da vardır. Ekibin her üyesi kendisini değerli hissettiğinde ve katılımında bulunabildiğinde iş tatmini artar. Uygulamayı yapanlar arasındaki gelişmiş iletişim, bakımın daha iyi koordine olmasını, hataların erken farkedilmesini, daha hızlı müdahaleleri sağlar (Griffin ve Haraden, 2005).

İletişimi geliştirmede kullanılacak araçlardan birisi SBAR'dır. SBAR, önemli bilgileri iletmek için etkili ve verimli bir yoldur. İletişimi standartlaştırmaya yardım eder. Çok miktarda bilgiyi kısaca ve özlü olarak nakletmek için tasarlanan yapılandırılmış bir iletişim tekniğidir. Herhangi bir konuşmaya, özellikle klinisyenin hemen ilgisini ve faaliyetini gerektiren konuşmalara şekil veren bir mekanizmadır. Ekip üyeleri arasında neyin, nasıl iletileceği konusunda beklentiler oluşturur (Kaya, 2009).

SBAR, dört İngilizce kelimenin baş harflerinin biraraya getirilmesi ile oluşturulmuştur.

Situation (Durum): Problemin az ve öz ifadesidir. Şu anda neler oluyor?

Background (Klinik geçmiş): Durumla ilgili kısa bilgidir. Bu duruma yol açan şartlar nelerdir?

Assessment (Değerlendirme): Seçeneklerin analizidir. Sorunun ne olduğunu düşünüyorum?

Recommendation (Öneri): Önerilen faaliyettir. Sorunu gidermek için ne yapmalıyız? (Kaya, 2009).

SBAR; bilgi alışverişini gerektiren kritik durumlarda paylaşılan bir zihinsel model oluşturarak sözel ve yazılı iletişim arızalarını önlemeye yardımcı olur, doktorlar ve diğer sağlık bakım profesyonelleri arasında ortak bir dil platformu oluşturarak sağlık bakım profesyonelleri arasındaki iletişim bariyerlerini azaltır, çalışanları durum değerlendirmeye teşvik eder (National Health Service Institute for Innovation and Improvement, 2011).

Hasta ve ailelerini tüm süreç boyunca tedavilerinin tartışılmasına dahil etmek de kültür değişiminde zorunlu olan noktalardan biridir. Sağlık hizmetlerinin her bölümü, doktorların, hemşirelerin, diğer klinik personelin veya diğer sağlık hizmeti kurumlarının ihtiyaçlarına değil, öncelikle hastanın ihtiyaçları üzerine odaklanmalıdır (Griffin ve Haraden, 2005). Dünya Sağlık Örgütü (WHO) de sağlık hizmetlerinde kalite ve güvenliğin iyileştirilmesinde hasta ve yakınlarının katılımının merkezi bir rol oynayabileceğini vurgulamaktadır (WHO, 2011c).

Hasta güvenliği sisteminin yapılandırılması açısından insan kaynakları yönetimi çok kritik bir rol üstlenmektedir. İnsan kaynakları süreçlerinin yeniden yapılandırılması kapsamında hasta güvenliğini sağlamaya yönelik eğitimlerin planlanması ve uygulanması konusu üzerinde durmak gerekmektedir (Tak, 2010). Hasta güvenliği kültürünün yerleştirilmesi için kurumsal öğrenme sürecinde hekimlere ve hemşirelere verilmesi önerilen eğitimlerden bazıları şunlardır (VanGeest ve Cummins, 2003):

Hekimler için önerilen eğitim konuları

- Tıbbi hatalar ve hasta güvenliği tanımları
- Teknoloji ve hasta güvenliği
- İnsan faktörleri : yorgunluk, karmaşık sağlık sorunlarını çözme
- Doktor-hasta iletişimi
- Sağlık hizmeti sunan ekipler arası iletişim
- Hatalardan öğrenme: hata bildirim ve analizi
- Hastalara ve ailelerine sağlık bakım hatalarının açıklanması
- Sağlık bakım hatalarının finansal ve hukuksal sonuçları
- Tıp eğitiminde hata sorunu
- Sistem ve kültür değişimi ihtiyacı

Hemşireler için önerilen eğitim konuları

- Etik (şeffaflık ve açık sözlülük)
- Sağlık bakımındaki hatalara yönelik proaktif bir yaklaşım
- Hataların belirlenmesi
- Hata bildirim ve takibi
- Hatalardan öğrenme

- Personel alımı ve hatalar
- Teknoloji ve hatalar
- Hasta eğitimi.

Sağlık kurumlarında hasta güvenliği kültürünün oluşturulması hasta güvenliğine yönelik önceliklerin belirlenmesini, sağlık personeli ve hastaların katılımının sağlanmasını, tutum ve davranışların değişimini gerektirdiğinden bir anda olabilecek bir şey değildir. Fleming ve Wentzell (2008) hasta güvenliği kültürünün zayıf bir güvenlik kültüründen iyi bir güvenlik kültürüne geçiş aşamalarını, patolojik, reaktif, analitik, pro-aktif ve üretken olmak üzere 5 seviyeden oluşan bir model kullanarak açıklamıştır. Patolojik seviyede kurumlar güvenliği bir problem olarak görür. Ancak bilgiler gizlenir ve güvenliğin sağlanmasında bireylerin sorumluluğu üzerine odaklanılır. Kurumlar reaktif seviyede, güvenliği önemli olarak görür fakat zarar ortaya çıktıktan sonra olaya müdahale eder. Analitik seviyede kurumlar, kurallara ve pozisyonlara bağlıdır. Bir olay olduktan sonra, bu tür kurumlarda bilgi yok sayılır, başarısızlıkların açıklanmasında veya çözüme kavuşturulmasında derinlemesine bir soruşturma olmadan karar verilir. Pro-aktif seviyedeki kurumlarda olaylar ortaya çıkmadan önce bütün paydaşlar arasında hasta güvenliğiyle ilgili geniş çaplı bir katılım söz konusudur. Üretken seviyede ise kurumlar güvenli ve güvensiz davranışlar hakkında bilgi sağlamak için aktif bir araştırma sürecinde yer alır, güvenlikle ilgili olaylar hakkındaki soruşturmalar şartların anlaşılmasını sağlar. Hasta güvenliği kültürünün olgunlaşma seviyeleri Tablo 2.2.2.1’de sunulmuştur.

Tablo 2.2.2.1. Hasta Güvenliği Kültürü Olgunlaşma Seviyeleri

Olgunluk Seviyesi	Hasta Güvenliği Kültürünü İyileştirmek için Yaklaşım
Patolojik (Pathological)	Pozitif güvenlik kültürünü geliştirecek bir sistem yok.
Reaktif (Reactive)	Sadece akreditasyon gereklilikleri veya olaylara cevap vermek için geliştirilmiş parça parça olan bir sistem var.
Analitik (Calculative)	Sistematik bir hasta güvenliği yaklaşımı var, fakat uygulamalar çok dağınık ve olayların soruşturulması dar kapsamlı bir çerçevede yapılır.
Pro-aktif (Proactive)	Kapsamlı bir pozitif güvenlik kültürü geliştirme yaklaşımı var. Kanıta dayalı müdahaleler uygulanır.
Üretken (Generative)	Kurum misyonunun merkezinde yaratıcı ve koruyucu bir pozitif güvenlik kültürü var. Kurum girişimlerin etkinliğini ölçer, başarısızlıklardan öğrenme söz konusu. Başarısızlıklar güvenliğin iyileştirmesine imkân sağlayacak bir hareket anlamına gelir.

Kaynak: Fleming ve Wentzell, 2008.

Association of periOperative Registered Nurses'e (ABD) göre IOM 1999 raporundan bu yana hasta güvenliği ile ilgili çalışmaların çoğu ilaç hataları ve yanlış taraf cerrahisi üzerinde yoğunlaşmış, genellikle reaktif bir yaklaşım izlenmiştir. Makro ve proaktif bir yaklaşıma olanak veren hasta güvenliği kültürü konusuna yeterli derecede önem verilmemiştir (Aktaran: Budak, 2008). Hasta güvenliği kültürüne yönelik yapılan çalışmalar ve bilgi paylaşımı artıkça sağlık kurumlarında hasta güvenliği kültürü patolojik seviyeden üretken seviyeye doğru değişim gösterecektir.

2.2.3. Hasta Güvenliği Kùltürü Oluşturulmasında Karşılaşılabilecek Engeller

Hasta güvenliği kùltürünün oluşturulmasında bir takım engeller bulunmaktadır. Ünsal'a göre bu engeller;

- Hastaya yansıyan istenmeyen etkileri takip yöntemlerinin yetersiz olması veya hiç olmaması,
- Hastadan ayrı çalışma kùltürü,
- Takip kriterlerinin yanlış vurgulanması (hata sayısı yerine hata oranı gibi),
- Sistemden önce çalışanı suçlama geleneği,
- Hatalı kişi arama çabasının hasta güvenliği konusunda veri elde edilmesini zorlaştırması,
- Hastaya odaklanmamış kalite sistemi,
- Hataların açıkça tartışılması konusunda çalışanların endişeleri,
- Gizli bir hatadansa açık bir hata aramaya doğal eğilim olarak sıralabilir (Aktaran: Çakır, 2007; Çakır ve Tütüncü, 2009).

Hasta güvenliği kùltürünün oluşturulmasındaki en büyük engel sağlık personelinin suçlanacağı, meslektaşları tarafından dışlanacağı veya yöneticileri tarafından cezalandırılacağı korkusuyla tıbbi hataları bildirmekten kaçınması ve bilgi paylaşımında bulunmamasıdır. Gizliliđin ve savunma davranışlarının ağırlıklı olduğu, tıbbi hataların bildirilmediği sağlık kurumlarında tıbbi hatalar yapılmaya devam eder ve hasta güvenliği kùltürünün yerleşmesi oldukça zor olur. Tıbbi hataların bildirilmesi ile ilgili engeller Tablo 2.2.3.1'de gösterilmiştir.

Tablo 2.2.3.1. Tıbbi Hata Bildirim Engelleri

Korku
<ul style="list-style-type: none"> - Negatif hasta bakışı ile suçlanma korkusu - Diğer personelin, hatayı yapan personelin yetersiz olduğunu düşünme korkusu - Doktorlar tarafından azarlanma korkusu - Hastaların negatif tutum geliştirmesi korkusu - Hatanın başkasına söylenmesi korkusu - Bildirmenin olumsuz sonuçlarından korkma
Anlayış
<ul style="list-style-type: none"> - Hata ve neredeyse hataların tanımlamalarındaki karışıklık - Kurumun hata tanımını ile aynı fikirde olmama - Hatanın oluştuğunun farkına varılmaması - Hangi içeriğin bildirileceği hakkında kişilerin önyargısı - Neredeyse hatalar gibi bazı olayların bildirmeye değer, önemli olmadığı düşüncesi - Yarar algılamama
Yönetim/ İdare/ Kurumsal
<ul style="list-style-type: none"> - Yönetimin tepkisi - Bildirilen hataların geri beslemesinde eksiklik - Suçlama ve utanma kültürünün devam etmesi, bireyin suçlanması - Bakımın ve kalitenin ölçümünde tıbbi hata sayısında aşırı kararlılık
Sorumluluk Çabası
<ul style="list-style-type: none"> - Hata bildirimini tamamlamanın çok zaman alması - Doktorlara sözel bildirim ve doktora ulaşmanın çok zaman alması - İş yoğunluğundan bildirim yapılmasının unutulması - Bildirim ektra iş gerektirmesi

Kaynak: Wolf ve Hughes, 2011.

Organizasyonların sistemlerini geliştirmeleri için meydana gelen hata ve istenmeyen olaylar hakkında bilgi sahibi olmaya gereksinimleri vardır. Çoğu organizasyon bu bilgiyi elde etmek için istemli bildirim sistemlerine bel bağlar ama

bunlar en iyi kaynak değildirler. Eksik bildirim belirgin bir problemdir ve bildirimini artırmak için sağlık hizmeti organizasyonları çeşitli girişimlerde bulunurlar. Bunların bazıları eğitimler, posterler, kısa bildirim formları, en çok bildirim bulunan departmanlar için ödüller ve diğer teşviklerdir. Bu stratejiler uygulanırken anonimliğin garanti edileceği ve cezai işlem olmayacağına dair teminat yoğun olarak vurgulanmaktadır. Kısa bir dönem için bildirim artar fakat zaman geçtikçe bildirim düşmeye başlar ve genellikle daha önce olduğu noktada sonlanarak girişimi yapan kişileri yıldırır ve hevesini kırar. Bu döngü asıl noktaya; altta yatan kültüre odaklanılmadığı için tekrar etmektedir. Bildirim üzerindeki ağır odaklanma geçici bir artışa neden olur ama bildirim günlük rutine entegre olmaz, biri çığırtaan rolünü alıp ivmeyi hareket halinde tutuncaya kadar bildirimden gittikçe daha az söz edilir. Teşvikler de yardımcı olabilir ama çekicilikleri yeni oldukları zaman en üst düzeydedir. Zamanla insanlar ya teşvikleri unutur ya da artık onlarla motive olmamaktadır. Garanti edilmiş anonimliğe odaklanmak beklenen etkinin tersine neden olabilir. Yerleşmiş bir kültürde bildirim yapan kişinin, karşılık görme korkusu olmadığı için anonim kalması gerekmez. Garanti edilmiş anonimliği vurgulamak personel üzerinde potansiyel cezai işlemlerin hala mevcut olduğu izlenimi verebilir (Griffin ve Haraden, 2005).

İstemli bildirimde etkileyici ve sürekli artış gören hastaneler bunu bildirim mekanizmasına yoğunlaştırarak sağlamamıştır. Bunun yerine kültürlerine ve güvenlik bilinçli çevre oluşturmaya odaklanmışlardır. Liderlerin güvenlikle ilgili sözleri ve tüm seviyelerdeki ekip çalışmasını artırıcı stratejiler temel ilk adımlardır. Diyalog başladığında geri bildirim kritik bir hal alır. Ön saflardaki personel, yönetimi güvenlik konularında ve ilerleme fırsatları konusunda uyarmaya başladığında, inançları sadece önerileri hakkında geri bildirim aldıklarında yerleşmiş olacaktır. Tüm bu değişimler organizasyon içinde kök saldıkça kültür değişir ve istemli bildirim daha önce görülmemiş düzeylere çıkar. Ortaya çıkan her hata, öğrenme ve alınan dersleri içte ve dışta paylaşma fırsatını temsil eder. Güvenlik amaçlı bir kültür yaratmak için organizasyonun hatalar ve bunları azaltmak için yapılan eylemlerin açık olarak paylaşıldığından emin olması gerekir. Ön saflardaki personel diğerlerinin deneyimlerinden çok şey öğrenebilir ve organizasyonların bunu teşvik edecek mekanizmalar geliştirmesi gerekir. Hasta güvenliği konularının vardiya değişimi

raporlarına eklenmesi veya personelin güvenlik brifingi almaları için düzenli bir zaman ayrılması, iletişim ve ekip çalışmasını geliştirmek için kullanılabilecek iki yoldur. Bu bilginin departmanları, üniteleri ve bölümleri aşması için yollar bulmak önemlidir. Eğer bir alanda önemli bir hasta güvenliği dersi alındıysa, aynı olayın başka bir alanda gizli hata olarak devamını engellemek ve tanımlanmış bir noktaya çevrilmesi için tüm organizasyonda paylaşılmasını sağlamak tek yoldur (Griffin ve Haraden, 2005).

2.2.4. Hasta Güvenliği Kültürünün Değerlendirilmesi

Sağlık kurumları çeşitli nedenlerle hasta güvenliği kültürlerini değerlendirebilirler. Bu nedenler şöyle sıralanabilir (Nieva ve Sorra, 2003):

- **Güvenlik kültürünü teşhis etmek, iyileştirme yapılacak alanları belirlemek ve hasta güvenliği hakkında farkındalığı artırmak.**

Güvenlik kültürü değerlendirmesi, bir kurumdaki yöneticilerin ve personelin güvenlikle ilgili algılamalarının ve tutumlarının anlaşılmasını sağlar. Hasta güvenliğini geliştirmek için pek çok başlangıç noktası bulunduğu için, güvenlik kültürü ölçümleri hangi alanın diğerlerinden daha problemlili olduğunu belirlemeye yardımcı olur, sağlık kurumu için arzu edilen durumların anlaşılmasını ve farkındalığın artmasını sağlar.

- **Hasta güvenliği müdahalelerini ya da programlarını değerlendirmek ve zaman içindeki değişimi izlemek.**

Güvenlik kültüründeki değişiklikler hasta güvenliği programlarının veya girişimlerinin etkinliğinin bir kanıtı olarak kullanılabilir. Bu bağlamda kültür değişikliği, hata oranları ve klinik sonuçlar gibi hasta güvenliğinin daha doğrudan ölçümleri ile birlikte genellikle bir “sonuç ölçütü” olarak kabul edilir. Güvenlik kültürü değerlendirmeleri de zaman içindeki kültürel dönüşüm süreçlerinin izlenmesini sağlar.

- **İçsel ve dışsal kıyaslama yapmak.**

Güvenlik kültürü değerlendirmeleri bir kurum içindeki birimlerin karşılaştırılması veya farklı kurumlar ve sistemler arasındaki farklılıkların

incelenmesi için kullanılabilir. Sağlık bakımını da içeren kalite iyileştirme ve tüketiciyi güçlendirme hareketleri içinde bu tür kıyaslama karşılaştırmalarının popülaritesi artmaktadır.

- **Talimat veya düzenleyici gereksinimlerin yerine getirilmesini sağlamak.**

Sağlık kuruluşları güvenli sağlık hizmeti sunumunda direktiflerin yerine getirilmesi için güvenlik kültürlerini değerlendirebilir.

2.3. Akreditasyon ve Hasta Güvenliği

Sağlık hizmetlerinin sunuluş biçimi ve kullanımı, ülkelerin sosyo-ekonomik kalkınmışlık düzeylerini belirleyen en önemli göstergeler arasında yer almaktadır. Bir toplumda herkesin sağlıklı yaşamaya hakkı vardır. Bu nedenle sürekli, ulaşılabilir, etkili ve kaliteli sağlık hizmetlerinin, hem birey hem de toplum için zorunluluk olarak görülmesi büyük bir önem taşımaktadır. Sağlık hizmeti alanların bilinç düzeyinin artması sağlık kuruluşlarının kaliteli hizmet sunumunu zorunlu kılmaktadır. Sağlık kuruluşlarının kaliteli hizmet sunumunu sağlamak ve hizmeti alanların beklentilerine yanıt verebilmek için en çok kullandıkları kalite geliştirme araçlarından birisi de akreditasyon programlarıdır (Aydın, 2008).

2.3.1. Sağlık Sektöründe Akreditasyon

Günümüzde toplumlar, bilgiye ulaşmanın hızlı ve kolay olduğu, bireylerin kendi yaşam planlarıyla ilgili olarak toplumdan ve onun kurumlarından hak ve hizmet talep edebildikleri yapılar olmak üzere hızla evrimleşmektedirler. Bireyin taleplerini karşılamaya yönelik hizmetlerde kalite, verimlilik, ulaşılabilirlik ve ekonomik açıdan elde edilebilir olma gibi özellikler aranmaktadır. Kurumların ve sundukları hizmetlerin bu özellikler açısından değerlendirilmesi de, giderek her türlü bilgiye kolayca ve hızla ulaşma olanağına kavuşan bireyin bizzat kendisi tarafından gerçekleştirilmekte; toplumsal dinamikler içinde bu değerlendirmelerin sonuçlarının yaptırımlara, tanıtıma ve bunun gibi kamusal alana yansıyan ifadelerle dönüşmesini olanaklı kılacak düzenekler oluşmaktadır (Oğuz, 2011).

Bilgiye ulaşmadaki bu hızlanma ve toplumun tüm kurum ve olanaklarından yararlanmaya yönelik bireysel talepteki artış sağlık alanında da önemli bir dönüşüme

yol açmıştır. Hekimin toplumdaki yeri, hekim-hasta ilişkisindeki tümgüçlü duruşu, otoritesi ve güç kullanımını sorgulanır olmuştur. Bu sorgulamanın sonucunda hekimler gibi, sağlık hizmetlerinin sunulduğu mekânlar ve kurumlar da çevrelerini saran kutsallık hâlesinden ve kendilerine duyulan geleneksel güvenden çok şey kaybetmişlerdir. Sağlık sisteminin sihirli sözcüğü olan “iyileşmek-şifa bulmak” yerini “kaliteli sağlık hizmeti alma”ya bırakmıştır (Oğuz, 2011).

Kaliteli bir sağlık hizmetinden söz edebilmek için; kaynakların verimli bir şekilde kullanılması ve dağıtılması, etkili ve hakkaniyete özen gösteren hizmet sunumu ve hizmeti kullananların hizmet aldıkları sırada ve sonrasında memnuniyetlerinin sağlanması gerekmektedir (Tarhan ve Güler, 2009). Sağlık hizmeti alan hastalar doğru, kesintisiz, zamanında ve kaliteli hizmet almanın yollarını aramaktadır. Sağlık kurumları da bu beklentileri karşılayacak hatta daha fazlasını sunacak sistemleri inceleyerek, deneyerek, hep daha iyisini sunmanın çabasıdadır. Akreditasyon sağlık hizmeti sunumunda belli standartların konması ve bunların değerlendirilmesi anlamında tercih edilen bir sistem olarak yaygınlaşmaktadır (Öcal, 2005).

Akreditasyon, hizmet kalitesini korumak ve geliştirmek amacıyla belirli standartlara sağlık kurumlarındaki uygulamaların ne derece uygun olduğunun bağımsız ve kâr amacı gütmeyen bir kuruluş tarafından belgelenmesidir. Optimal hasta bakım kalitesinin ve güvenilir hasta bakım ortamının sağlanması, hasta ve hizmet verenlerin risklerinin azaltılması ilkelerini taşıyan, iyileştirme ve geliştirme çalışmalarının devamlılığını amaçlayan kurumsal bir süreçtir (Sur, 2005). Akreditasyon etkin bir kalite değerlendirme ve yönetim aracı olarak dünya çapında ilgi görmüştür (Joint Commission International, 2011a).

Sağlık hizmetlerinin akreditasyonu; hastanın değerlendirilmesi, bakımı, tedavi sürecine etkisi olan; hasta ve yakınlarının eğitimi, hasta hakları ve yönetimle ilgili süreçlere kadar uzanan oldukça geniş bir alanı kapsamaktadır (Aydın ve diğ., 2005). Akreditasyon programlarının uygulanmasının genel olarak;

- Sağlık hizmeti sunan kuruluşlara yönelik standartları karşılamada, optimal başarı hedefleri koyarak sağlık hizmetlerinin kalitesini geliştirmek,

- Sağlık hizmetlerinin yönetim yapısını geliştirmek,
- Sağlık hizmeti sunan kuruluşların karşılaştırmalı veri tabanını oluşturmak,
- Hizmetlerin artan verimliliği ve etkililiği üzerine odaklanarak sağlık hizmetleri maliyetlerini düzenlemek,
- Sağlık hizmetleri kuruluşlarına, yöneticilerine ve sağlık çalışanlarına; sağlık hizmetlerinde kalite geliştirme stratejileri ve en iyi uygulamalar konusunda eğitim sağlamak,
- Halkın sağlık hizmetlerinin kalitesine olan güvenini artırmak,
- Hastalar ve personelle ilgili olarak yaralanma ve enfeksiyonlara bağlı riskleri azaltmak gibi amaçları bulunduğu söylenebilir (Demirbaş ve diğ., 2005).

Akreditasyon ilk olarak sağlık hizmeti sunumunda büyüyen standardizasyon ihtiyaçlarını karşılamak üzere 1913 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde başlamıştır. Amerikan Cerrahlar Birliği 1917 yılında Hastane Standardizasyon Programını devreye sokmuştur. Bu adım akreditasyon sistemlerinin temelini oluşturması bakımından önemli olmuştur. Başlangıçta sadece 5 tane olan bu standartlar hastanelerdeki klinik süreci denetlemeyi amaçlamakta ve hastanelerin uygulamaları açısından denetçiler tarafından değerlendirilmesini içermektedir. Bu standartlar sağlık kuruluşlarının en temel gereksinimleri karşılayıp karşılamadıklarını ölçmüştür. Daha sonraki yıllarda standartların sayısı ve niteliği giderek artmış, kaliteli hizmet sunumuna olan ihtiyacın artması ve farkındalığın yükselmesi sonucu Amerika Birleşik Devletleri'ndeki sağlık kurumları kaliteli sağlık hizmet sunumunu sağladıklarını kanıtlamak amacıyla standartlara sahip olduklarını belgeleme ihtiyacı hissetmeye başlamışlardır (Bayram, 2009).

Sağlık sektöründeki ilk akreditasyon kurumu 1951'de Amerikan Cerrahlar Birliği (American College of Surgeons), Amerikan Hekimler Birliği (American College of Physicians), Amerikan Hastaneler Birliği (American Hospital Association), Amerikan Tıp Birliği (American Medical Association) ve Kanada Tıp Birliği (Canadian Medical Association)'nin katılımıyla Hastaneler Akreditasyonu Birleşik Komisyonu "Joint Commission on Accreditation of Hospitals" olarak

kurulmuştur. 1987 yılında hastaneler dışındaki sağlık kuruluşları için de akreditasyon programları geliştirilince komisyonun adı Sağlık Kurumları Akreditasyonu Birleşik Komisyonu “Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO)” olarak değiştirilmiştir (Bayram, 2009). ABD’deki yaklaşık 6800 hastanenin % 80’inin akreditasyonunu üstlenmiş olan JCAHO, ABD dışındaki ülkelere de açılmış ve uluslararası akreditasyon için Uluslararası Birleşik Komisyon “Joint Commission International” (JCI) isimli alt kuruluşunu oluşturmuştur (Türköz, 2011).

Lorence, JCAHO’nun bir kurumu denetlerken, o kurumun kaliteyi sağlama kapasitesine değil, kaliteyi sağlayıp sağlamadığına baktığını, tek tek bireylerin performansını ölçmek yerine tüm sürecin performansını değerlendirdiğini ifade etmektedir. Toktamışoğlu da JCAHO’nun sağlık kurumlarında her bir “yapı-süreç-sonuç” bileşeni için standartlar geliştirdiğini belirtmektedir. Standartlarda yer alan kriterler puanlandırılmaktadır. Ayrıca JCAHO’da geliştirilen standartlar alt komisyonlar aracılığı ile sürekli gözden geçirilmekte ve gereken iyileştirmeler yapılmaktadır. Bu sürekli iyileştirme ışığında, hizmet sunulan kuruluşlar ile sağlanan bilgi akışı sayesinde etkili bir iletişim ve işbirliği gerçekleştirilmektedir. Sağlık kuruluşlarının denetimi periyodik ve odaklı olmak üzere iki farklı tipte yapılmaktadır:

Periyodik Denetim : Tam denetimdir. Akreditasyonun yenilenme zamanı geldiğinde veya kurum ilk kez akredite edilirken yapılan denetimdir.

Odaklı Denetim : Kısmi denetimdir. Periyodik denetimde saptanan eksikliklerin denetimi için yapılan işlemdir. Bu denetimlerde hastaneler eksikliklerini tamamlamak için gereken eğitim ve danışmanlık konularında destek almaktadırlar (Aktaran: Erdoğan, 2003).

Sağlık hizmetlerinin akreditasyonu, özellikle hastaneler bazında Dünya Sağlık Örgütü/Avrupa genelinde hızla yaygınlaşmaktadır. 1980’lerde ilk olarak Katalanya-İspanya’da başlamış olan bölgesel program ile 1990’da İngiltere’de başlamış bulunan iki adet bağımsız program bulunmaktadır. 1990’ların ortalarından beri Avrupa Birliği’nde, Balkan ülkelerinde ve eski Sovyetler Birliği’ne bağlı devletlerde bu programlar sürekli bir gelişme göstermektedir. Bu programların sayısındaki artış, Dünya Sağlık Örgütü/Avrupa içinde dünyanın diğer bölgelerinde olduğundan daha

hızlı gelişmektedir (Shaw, 2008). Avrupa'daki ülkelerin hastane akreditasyon programları durumu Tablo 2.3.1.1'de sunulmuştur.

Tablo 2.3.1.1. Avrupa'daki Ülkelerin Hastane Akreditasyon Programları Durumu

Program Durumu	Ülkeler
Program Var	Almanya Birleşik Krallık (3) Bulgaristan Çek Cumhuriyeti Finlandiya Fransa Hollanda İrlanda İskoçya İspanya (7) İtalya (5) Letonya Lüksemburg (2) Polonya Portekiz
Gelişim Aşamasında	Danimarka Litvanya

Kaynak: Walcque ve diğerleri, 2008.

Dünyada sağlık hizmetlerinin kalitesinin arttırılmasına yönelik yapılan çalışmalar artık daha çok ulusal akreditasyon sistemleri üzerinden yürütülmektedir. Ülkelerin de böyle bir sisteme yönelmeleri ülkelerin sağlık sistemlerinin ihtiyaçları, öncelikleri ve beklentilerinin farklı boyutlarda olmasından kaynaklanmaktadır. Ayrıca ulusların kendi anadilinde oluşturulan standart seti tüm çalışanlar için anlaşılabilir olmasını da sağlamaktadır. Diğer bir önemli nokta ise uluslararası akreditasyon sistemlerinin maddi boyutunun o ülkeye getirdiği mali yüküdür. Tüm bu nedenlerden dolayı ulusal akreditasyon sistemlerinin oluşturulması tüm dünyada

büyük bir hız kazanmaktadır. Günümüzde ulusal akreditasyon standartlarına sahip ülkeler arasında İngiltere, Kanada, Avustralya, Fransa, Tayland, Malezya, Kırgızistan, Danimarka, Hollanda, Mısır, Hindistan, Polonya ve Japonya gibi ülkeler yer almaktadır (Süzük, 2011).

Türkiye’de ise sağlık akreditasyon sisteminin yapılandırılmasına yönelik çalışmalar Sağlık Bakanlığı tarafından ‘‘Sağlıkta Dönüşüm Programı’’ kapsamında sürdürülmektedir. Sağlık akreditasyon sisteminin yapılandırılması sürecinde Sağlık Bakanlığı’nın iki temel sorumluluğu bulunmaktadır:

1. Sağlık sektöründeki paydaşların katılımını sağlayarak sağlık akreditasyon sisteminin yapılandırılması sürecine önderlik etmek,
2. Kamu ve özel sektör kuruluşlarının sağlık akreditasyon sürecine hazırlanmalarını sağlamak.

Sağlık Bakanlığı birinci sorumluluğu kapsamında; akreditasyon konusunda paydaşlar arasında görüş birliği oluşturmak amacıyla toplantılar düzenlemiştir. Sağlık sektörünün tüm temsilcilerinin de katılımıyla gerçekleştirilen toplantılar sonucunda Türkiye’de sağlık akreditasyon sisteminin kurulması konusunda tüm taraflar arasında mutabakat sağlanmıştır. Akreditasyon sisteminin uluslararası deneyimler ışığında kurulması amacıyla Sağlık Bakanlığı ve ‘‘Joint Commission International (JCI)’’ arasında; sistemin yapılandırılması, standart geliştirme, kalite izleme ve ölçme sistemlerinin geliştirilmesi, veri tabanı oluşturulması konularını kapsayan bir işbirliği protokolü imzalanmıştır. Sağlık Bakanlığı sağlık sektörü temsilcilerinin katılımıyla sağlık akreditasyon sisteminin yapılandırılması sürecinde etkin rol oynayacak Yönlendirme Komitesi ile Politika-Metod ve Organizasyon-Kaynaklar adlı çalışma gruplarını oluşturmuştur.

Sağlık Bakanlığı ikinci sorumluluğu kapsamında hastanelerin akreditasyon sürecine hazırlanmalarını sağlamak amacını da taşıyan bir mevzuatı yürürlüğe koymuştur. ‘‘Yataklı Tedavi Kurumları Kurumsal Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi’’ içerisinde JCI’nın hastane akreditasyon standartlarından yararlanılarak hazırlanan Kalite Geliştirme ve Değerlendirme Kriterleri yer almaktadır (Aydın ve diğ., 2005).

17.03.2005 tarih 1831 sayı ile yürürlüğe giren bu yönergenin amacı, sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, kaliteli, verimli hizmet sunumunun sağlanması ve sağlık

kurumlarının bu hedeflere ulaşmaları için ölçülebilir, karşılaştırılabilir hizmet sunum kriterlerinin belirlenmesi ve halkın görüşlerinin bu sürece yansıtılması ile buna katkısı olan personelin teşvik edilmesi olarak belirtilmiştir. Bu yönerge ile hastanelerin sağlık akreditasyon sistemine hazırlanmaları hedeflenmiştir. Ancak ilgili yönerge 05.12.2006 tarih 9414 sayılı Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi ile yürürlükten kaldırılmış, 1 Mayıs 2009 tarihinden itibaren geçerli olmak üzere 06.05.2009 tarih ve 2774 sayılı “Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi'nde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönerge” yürürlüğe girmiştir (Yıldız, 2010). Son olarak aynı yönergede 20/09/2010 tarihli ve 37421 sayılı Makam Onayı ile 01/09/2010 tarihinden itibaren geçerli olmak üzere değişiklik yapılmıştır (Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, 2011c). Sağlık Bakanlığı 2010-2014 yıllarını kapsayan Stratejik Planında da Sağlıkta Performans Yönetimi, Kalite ve Akreditasyon Sistemi'nin etkili, verimli ve gelişime açık bir şekilde sürdürülebilmesini sağlamayı hedeflerinden biri olarak ifade etmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2011).

2.3.2. Sağlık Sektöründe Akreditasyonun Faydaları

Akreditasyonun faydaları Joint Commission tarafından hasta ve sağlık kurumu açısından ayrı ayrı değerlendirilmektedir. Akreditasyonun hasta açısından faydaları şöyle sıralanabilir:

- Hastalara yapılan tüm uygulamaların, verilen ilaçların uygulayan hekim dışında, bir uzman hekim tarafından da kontrol edilebilmesi,
- Ailelerinin ve hastaların bakım süreçlerine dahil edilebilmesi,
- Hastalara sunulan teşhis ve tedavi hizmetlerinin tıbbi literatürde tanımlanmış en yeni ve en ileri uygulamaları içerebilmesi,
- Hastaya, hekimini istediği zaman değiştirme hakkının verilebilmesi,
- Hastaya, hastalığıyla ilgili yapılan tüm girişimler ve girişim sonrası olası problemler hakkında önceden bilgi verilip, onay işleminin yapılabilmesi,
- Hastaya bilgi edinme hakkı, saygı görme hakkı, rıza alınması hakkı ve mahremiyet hakkı verilebilmesi,

- Hastayı uzman bir ekibin karşılaması (diploması olmayan bir hekim ya da hemşirenin müdahale etmesi imkansızdır),
- Hasta ve yakınlarının haklarına ve mahremiyetlerine saygı duyulması,
- Tedavilerinin her aşamasında bilgilendirilerek onamlarının/izinlerinin alınması,
- Şikâyetlerini iletecekleri bir adresin olduğunu, bir sistemin işlediğini bilmeleri,
- Hastanın teşhis ve tedavisinde kullanılacak tıbbi cihazların tümünün, ilgili ve yetkin makamlarca kontrollerinin yapıp kayıt altına alınması.

Akreditasyonun sağlık kurumu açısından faydaları ise;

- Tam ekip çalışması ve ekip içi tutarlılık: Profesyonel gruplar, uzmanlık birimleri, klinik ve destek hizmetleri, yöneticiler ve klinisyenler arasında daha fazla işbirliği,
- Politikaların revizyonu: Kurumun belirlemiş olduğu politikaların standardizasyonu ve geliştirilen klinik ve idari prosedürlerle ilgili iç görüşmeler,
- Sürekli kalite gündeminin kuruma entegrasyonu: Sağlık kuruluşunda çalışan farklı uzmanlık bilgi ve becerisine sahip personelin kalite faaliyetleri ile becerilerini bir araya getirmeye yönelik çalışmalar,
- Standartların başarılması: Akreditasyona uygun olmayan durumların belirlenmesi ve faaliyetlerin düzeltilmesi için öz-değerlendirme yapılması,
- Dış ağ: Diğer hastanelerdeki deneyimli personelle veya akreditasyon belgesini almış kurumlarla görüşerek akreditasyon denetimine hazırlanırken geçirilen zamanı öğrenmek ve iyi uygulamalarla kıyaslama yapabilmek,
- Pazarlama, reklam: Sağlık kuruluşunun toplumdaki imajını arttırma ve alıcılarla personeli çekme fırsatı sağlamak olarak ifade edilebilir (Aktaran: Akyurt, 2007).

Akreditasyon uygulayan ülkelerin hastanelerinde oluşan iyileşmeleri Gül (2011) şu şekilde sıralamaktadır:

- Hastane içi bölümler arası yatay iletişim ve yöneticilerle çalışanlar arasındaki dikey iletişim önemli oranda artmıştır.
- Tıbbi kayıtların kalitesi yükselmiştir. Önceden kullanılmadan atılan tıbbi kayıtlar değerlendirme için kullanılacağından çalışanlar düzgün kayıt tutmaya önem vermişlerdir.
- Çalışanların (özellikle hekimlerin) kuruluşa karşı olan tutumu değişmiştir. Önceden hastaneyi bir araç olarak gören çalışanlarda kuruma karşı bir sorumluluk duygusu oluşmuştur.
- Çalışanların mesleki konularda, kalite konusunda ve hastane yönetimi / işletmeciliği konusunda eğitimi gündeme gelmiştir.
- Tıbbi disiplin konularında ilerleme kaydedilmiştir. Hastane, çalışanların performanslarını değerlendirmeye önem vermiş ve karşılaşılan sorunlar konusunda tedbirler alınmıştır.
- Başvuru ve hazırlık sürecinin eğitici etkisi sonucu hastaneler kendi kendilerini denetlemeye başlamışlardır.

Greenfield ve Braithwaite (2008) tarafından akreditasyonun faydalarına yönelik yapılan bir literatür araştırmasında akredite olan hastanelerde altı alandaki (yönetim, tıbbi personel organizasyonu, gözden geçirme sistemleri, hemşirelik hizmetleri organizasyonu, fiziksel tesis ve güvenlik, hastane rol tanımı ve planlama) önemli değişikliklerin ayırt edilebildiği, akreditasyondan en çok etkilenen alanların ise hemşirelik hizmetleri organizasyonu ile fiziksel tesis ve güvenlik alanları olduğu belirtilmiştir. Aynı araştırmada akreditasyonun iletişimi geliştirdiği, planlanan değişimi, personel yönetimini ve personel gelişimini desteklediği de ifade edilmiştir.

2.3.3. JCI Hastane Akreditasyonu Standartları

JCI akreditasyonu sağlık bakımında standart-temelli değerlendirmeye artan talebi karşılamak için dünya çapında dizayn edilen girişimlerin bir çeşididir. JCI akreditasyonunun amacı sağlık bakım kuruluşlarını değerlendirmek için uluslararası

topluluğa standart-temelli ve objektif bir değerlendirme süreci sunmaktır. JCI akreditasyon programları yerel ihtiyaçlara adapte edilebilen uluslararası bir standartlar çerçevesi üzerine temellenmiştir.

JCI akreditasyon standartları, hasta odaklı ve organizasyon odaklı olmak üzere 2 ana kategoriye ayrılmaktadır:

Hasta Odaklı Standartlar:

- Bakıma Ulaşım ve Bakımın Sürekliliği
- Hasta ve Ailesinin Hakları
- Hastaların Değerlendirilmesi
- Hastaların Bakımı
- Hasta ve Yakınlarının Eğitimi
- İlaç Kullanımı ve Yönetimi
- Anestezi ve Cerrahi Bakım

Organizasyon Odaklı Standartlar:

- Kalite İyileştirme ve Hasta Güvenliği
- Enfeksiyonların Kontrolü ve Önlenmesi
- Yönetim, Liderlik ve Yönlendirme
- Tesis Yönetimi ve Güvenlik
- Çalışanların Niteliği ve Eğitimi
- İletişim ve Bilgi Yönetimi (Joint Commission International, 2011a).

JCI akreditasyonu; hasta güvenliği ve hasta bakım standartlarının mevcut kalitesini uluslararası alanda rekabet edebilir düzeye taşımayı hedefler. Akreditasyon standartlarının % 50'sinden fazlası hasta güvenliği ile ilgilidir ve bu standartlar, sistem yaklaşımı ile oluşturulmuş, önemli idari ve klinik fonksiyonları içeren hasta odaklı, organizasyonun yapısına, süreçlere ve çıktılarına yönelik optimal ve ölçülebilir gereklilikleri içerir. Bu gerekliliklerin büyük çoğunluğu hasta değerlendirmeye ve yeniden değerlendirmeye, hastanın bakımına, hasta kimliğinin

tanımlanmasına ve doğrulanmasına, medikal gaz sistemlerinin kontrolüne, çalışanlar arasında etkin iletişime, güvenli ve standart uygulamalara işaret eder (Aydın, 2008).

2.3.4. JCI Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri

JCI sağlık kurumlarında hasta güvenliği bilincinin oluşturulması ve geliştirilmesi için hasta güvenliğine yönelik hedefler belirlemektedir. Bu hedefler 1 Ocak 2011'den itibaren 6 tanedir (Joint Commission International, 2011b):

Hedef 1: Hasta Kimliğinin Doğrulanması

Organizasyon, hasta teşhislerinin doğruluğunu geliştirmek için bir yaklaşım geliştirir. Yanlış hasta hataları tanı ve tedavinin neredeyse tüm yönlerinde ortaya çıkar. Hastalar yatıştırıcı verilmiş, kafası karışmış bir halde olabilirler veya tam uyanık olmayabilirler; organizasyon içinde yatak, oda veya konum değiştirebilirler, duyuşsal engelleri olabilir veya teşhiste hatalara yol açabilecek diğer durumlarla karşı karşıya olabilirler. Bu hedef iki ayrı amaç taşımaktadır: Birincisi, hastayı hizmet veya tedavinin amaçlandığı kişi olarak güvenilir bir şekilde kimliklendirmek; ikincisi hizmet veya tedaviyi hastayla eşleştirmektir.

Politikalar ve/veya prosedürler, teşhis süreçlerini özellikle ilaç, kan veya kan ürünleri verilirken, klinik testler için kan veya diğer numuneler alınırken veya herhangi bir diğer tedavi veya prosedür uygulanırken bir hastayı teşhis etmekte kullanılan süreçleri iyileştirmek için ortaklaşa geliştirilmiştir. Politikalar ve/veya prosedürlerde bir hastayı teşhis etmek için en az iki yol vardır: Örneğin hastanın adı, kimlik numarası, doğum tarihi veya diğer yollar. Hastanın oda numarası veya konumu teşhis için kullanılamaz. Politikalar ve/veya prosedürler, organizasyon içinde farklı konumlardaki iki farklı tanımlayıcı kullanımını netleştirir, örneğin ayakta tedavide veya diğer ayakta tedavi gören hasta hizmetlerinde, acil bölümünde veya ameliyathanede. Mümkün olan tüm teşhis durumlarında uygulanabilmelerini sağlamak için politikalar ve/veya prosedürler geliştirmek üzere ortak bir süreç kullanılır.

Hedef 2: Etkili İletişimin Geliştirilmesi

Organizasyon, bakım veren kişiler arasında iletişimin etkililiğini iyileştirmek için bir yaklaşım geliştirir. Zamanında, doğru, eksiksiz, kesin ve alıcı tarafından

anlaşılan etkili iletişim hataları azaltır ve geliştirilmiş hasta güvenliğiyle sonuçlanır. İletişim elektronik, sözlü veya yazılı olabilir. Organizasyon bilgiyi alan tarafından işlemin veya test sonucunun okunaklı şekilde yazılmasını (veya bir bilgisayara girilmesini), alıcının işlemi veya test sonucunu geri okumasını, yazılan ve geri okunan bilginin doğru olduğunun onaylanmasını içeren sözlü veya telefon talimatları için işbirliği halinde bir politika ve/veya prosedür geliştirir.

Hedef 3: Yüksek Riskli İlaçların Güvenliğinin Geliştirilmesi

Organizasyon yüksek riskli ilaçların güvenliğini artırmak için bir yaklaşım geliştirir. İlaçlar hasta tedavi planının bir parçası olduğunda uygun yönetim hasta güvenliğinin sağlanmasında çok önemlidir. Yüksek riskli ilaçlar, yüksek hata yüzdesine sahip, olumsuz sonuçlar açısından yüksek bir risk taşıyan, görünüşleri ve okunuşları birbirine benzeyen ilaçlardır. Personel hasta bakım ünitesine doğru yönlendirilmediğinde veya acil durumlar sırasında hatalar meydana gelebilir. Bu olayları azaltmanın veya yok etmenin en etkili yolu, yüksek riskli ilaçların yönetilmesi için hasta bakım ünitesinden konsantre elektrolitlerin eczaneye çıkarılmasını da içeren bir süreç geliştirmektir.

Organizasyon işbirliği halinde, organizasyonun kendi verilerine dayalı olarak yüksek riskli ilaçların listesini belirleyen bir politika ve/veya prosedür geliştirir. Politika ve/veya prosedür, konsantre elektrolitlerin kanıtla veya profesyonel uygulama yoluyla klinik olarak gerekli olduğunun belirlendiği acil durum bölümü veya ameliyathane gibi alanları belirler ve yanlışlıkla verilmelerini önlemek için erişimi kısıtlayan bir şekilde bu alanlarda nasıl saklandıklarını ifade eder.

Hedef 4: Doğru Taraf, Doğru Prosedür, Doğru Hasta Cerrahisinin Sağlanması

Organizasyon, doğru taraf, doğru prosedür, doğru hasta cerrahisini sağlamaya yönelik bir yaklaşım geliştirir. Yanlış taraf, yanlış prosedür, yanlış hasta cerrahisi sağlık hizmetleri organizasyonlarında korku verecek derecede yaygın bir vakadır. Bu hatalar, cerrahi ekip üyeleri arasında etkisiz veya yetersiz iletişimin, yer işaretlemeye hastanın dahil olmamasının veya ameliyat yerinin doğrulanması prosedürlerinin olmayışının bir sonucudur. Ayrıca yetersiz hasta değerlendirmesi, yetersiz tıbbi kayıt

incelemesi, cerrahi ekip üyeleri arasında açık iletişimi desteklemeyen bir kültür, okunaksız el yazısıyla ilgili sorunlar ve kısaltmaların kullanılması cerrahi hatalara katkıda bulunan etkenlerdir.

Organizasyonların bu alarm veren sorunu gidermede işbirliği halinde etkili bir politika ve/veya prosedür geliştirmeleri gerekir. Bu politika; en azından kesme, çıkarma, değiştirme veya tanısal/terapötik kapsamların eklenmesiyle insan vücudunun hastalık ve bozukluklarını araştıran ve/veya tedavi eden prosedürleri kapsayan bir cerrahi tanımı içerir. Kanıta dayalı uygulamalar Joint Commission'un (ABD) "Yanlış Taraf, Yanlış Prosedür, Yanlış Kişi Cerrahisini Önleme Evrensel Protokolü"nde tanımlanmıştır. Evrensel Protokolde yer alan temel süreçler şunlardır:

- Cerrahi bölgenin işaretlenmesi,
- Ameliyat öncesi bir doğrulama süreci,
- Bir prosedür başlamadan hemen önce yapılan bir son kontrol.

Cerrahi bölgenin işaretlenmesi prosedürü uygulayan kişi tarafından mümkünse hasta ayık ve bilinçli olarak yapılmalı ve hasta hazırlandıktan ve cerrahi örtüyle örtüldükten sonra görünür olmalıdır. Cerrahi bölge, lateralite, çoklu yapılar (parmaklar, topuklar, lezyonlar) veya çoklu seviyeler (omurga) içeren tüm durumlarda işaretlenir.

Ameliyat öncesi doğrulama sürecinin amacı doğru bölge, prosedür ve hastayı doğrulamak, tüm ilgili belge, görüntü ve çalışmaların hazır olmasını, uygun şekilde etiketlenmesini ve görüntülenmesini sağlamak, gereken özel ekipman ve/veya implantların var olduğunu doğrulamaktır.

Son kontrol yanıtlanmamış soruların veya karışıklığın çözülmesine izin verir. Son kontrol, prosedürün gerçekleştirileceği konumda prosedürü başlatmadan hemen önce yapılır ve tüm ameliyat ekibini kapsar. Organizasyon son kontrol sürecinin nasıl belgeleneceğini belirler.

Hedef 5: Sağlık Hizmetleriyle Bağlantılı Enfeksiyon Riskinin Azaltılması.

Organizasyon sağlık hizmetleriyle bağlantılı enfeksiyon riskini azaltmak için bir yaklaşım geliştirir. Enfeksiyon önleme ve kontrolü çoğu sağlık hizmetleri

ortamında zordur ve sağlık hizmetleriyle bağlantılı enfeksiyon oranındaki artış hastalar ve sağlık hizmeti sunanlar için büyük bir sorundur. Birçok sağlık hizmeti ortamında yaygın olan enfeksiyonlar arasında kateterle bağlantılı üriner sistem enfeksiyonları, kan dolaşımı enfeksiyonları ve (genelde mekanik havalandırmayla bağlantılı) akciğer iltihabı yer alır. Bu enfeksiyonların giderilmesinde esas olan doğru el hijyenidir. Organizasyon, mevcut olarak yayımlanmış olan ve genel kabul görmüş el hijyeni kurallarını benimseyen politikalar ve/veya prosedürler geliştirmelidir.

Hedef 6: Hastada Düşmelerden Kaynaklanan Zarar Riskinin Azaltılması.

Organizasyon, hastada düşmelerden kaynaklanan zarar riskini azaltmak için bir yaklaşım geliştirir. Hastaneye yatırılan hastalarda yaralanmaların önemli bir bölümü düşmelerden kaynaklanır. Hizmet verdiği topluluk, sunduğu hizmetler ve tesisleri bağlamında organizasyon, hastalarının düşme riskini değerlendirmeli, düşme riskini ve bir düşme olması durumunda yaralanma riskini azaltmak için önlem almalıdır.

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Akreditasyon belgesine sahip bir hastanenin kliniklerinde sağlık hizmeti sunan personelin hasta güvenliği kültürü konusundaki algılarını değerlendirmektir.

3.2. Problem Cümlesi

“Akreditasyon belgesine sahip bir hastanenin kliniklerinde sağlık hizmeti sunan personelin hasta güvenliği kültürü konusundaki algıları nelerdir?” sorusu araştırmanın problem cümlesini oluşturmaktadır.

3.3. Evren ve Örneklem

Araştırma Ankara’da, Joint Commission International (JCI) akreditasyon belgesine sahip özel bir hastanede yürütülmüştür. Araştırmanın yapıldığı hastanede Beyin ve Sinir Cerrahisi, Çocuk Cerrahisi, Dahiliye, Gastroenteroloji, Genel Cerrahi, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Kalp Damar Cerrahisi, Kardiyoloji, Nöroloji ve Üroloji klinikleri bulunmaktadır. Hastanede özel odalardaki 251 yatağa ilave olarak 50 adet yoğun bakım yatağı mevcuttur. Yıllık olarak hastaneye kabul edilen hasta sayısı 260.000 olup yılda 1500 doğum ve 15.000 ameliyat gerçekleştirilmektedir. Hastane ilk JCI akreditasyon belgesini Mart 2008’de almış, Mart 2011’de de JCI tarafından yeniden akredite edilmiştir.

Araştırmanın evrenini hastanenin kliniklerinde çalışan tüm doktor ve hemşireler (102 doktor ve 93 hemşire) oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem seçimine gidilmeden evrenin tümüne ulaşılması hedeflenmiştir. Ancak dağıtılan anketlerin 85’i geri dönmüştür. Doktorlardan geri dönen anket sayısı 15 olduğundan, (geri dönüş oranı % 14,7) doktorlar araştırma kapsamından çıkarılmıştır. Hemşirelerden geri dönen anket sayısı 70 olup, geri dönüş oranı % 75,2’dir. Böylece hemşirelerden geri dönen 70 anket geçerli sayılarak araştırmada hemşirelerin hasta güvenliği kültürü konusundaki algıları değerlendirmeye alınmıştır.

3.4. Sınırlılıklar

Araştırma JCI akreditasyon belgesine sahip özel hastanenin kliniklerinde çalışan 70 hemşire üzerinde yapılmıştır. Doktorlardan geri dönen anketlerin yeterli

olmaması nedeniyle doktorların araştırma kapsamına alınamamış olması araştırmanın en önemli sınırlılığıdır. Araştırma sadece hemşirelere uygulandığından çalışma sonuçları hemşirelerin değerlendirmeleriyle sınırlıdır. Ayrıca araştırmanın yapıldığı hastanenin “gizlilik” ilkesi gereğince kliniklerde çalışan hemşire sayısını toplam olarak vermesi (kliniklere göre dağılımını vermemesi) nedeniyle dahili ve cerrahi klinikler arasında karşılaştırma yapılamamış olması ve araştırmanın sadece kliniklerde yapılmış olması araştırmanın diğer önemli sınırlılıklarıdır.

3.5. Etik Durum

Araştırmanın etik izni Hacettepe Üniversitesi Senatosu Etik Komisyonu’ndan alınmıştır (Ek-2).

3.6. Veri Toplama Aracı

Araştırmada veri toplama aracı olarak ABD’deki Sağlık Hizmetlerinde Araştırma ve Kalite Ajansı (AHRQ) tarafından 2004 yılından geliştirilen “Hospital Survey on Patient Safety Culture” kullanılmıştır (AHRQ, 2004). Bu anket genel olarak hastanenin ya da hastane içindeki bir birimin hasta güvenliği kültürünün değerlendirilmesinde kullanılmaktadır.

Anket formu kişisel özellikleri belirleyen ifadelerin dışında 7 bölümden oluşmaktadır. Anketteki bölümler aşağıda listelenmiştir:

Bölüm A : Çalışma Alanı / Birimi

Bölüm B : Süpervizör / Yönetici

Bölüm C : İletişim

Bölüm D : Rapor Edilen Olayların Sıklığı

Bölüm E : Hasta Güvenliği Derecesi

Bölüm F : Hastane

Bölüm G : Raporlanan Olay Sayısı.

Veri toplama aracı olarak kullanılan ankette ölçeklendirme yöntemi olarak eşit aralıklı 5’li Likert tipi ölçek kullanılmıştır. A, B ve F bölümlerindeki soruların cevaplandırılmasında “Hiç Katılmıyorum (1)”, “Katılmıyorum (2)”, “Ne

Katılıyorum Ne De Katılmıyorum (3)”, “Katılıyorum (4)”, “Tamamen Katılıyorum (5)” ifadeleri, C ve D bölümlerindeki soruların cevaplandırılmasında ise “Hiçbir Zaman (1)”, “Nadiren (2)”, “Bazen (3)”, “Çoğu Zaman (4)”, “Her Zaman (5)” ifadeleri bulunmaktadır. Hasta güvenliğinin derecelendirilmesinin istendiği E bölümünde “Mükemmel (1)”, “Çok İyi (2)”, “Kabul Edilebilir (3)”, “Zayıf (4)” ve “Başarısız (5)” ifadeleri, raporlanan olay sayısının belirtilmesi istenen G bölümünde ise “0 olay raporu (1)”, “1-2 olay raporu (2)”, “3-5 olay raporu (3)”, “6-10 olay raporu (4)”, “11-20 olay raporu (5)”, “21 ya da daha fazla olay raporu (6)” ifadeleri vardır. Ankette yer alan A5, A7, A8, A10, A12, A14, A16, A17, B3, B4, C6, F2, F3, F5, F6, F7, F9 ve F11 ifadeleri ters yönlü ifadelerdir (Filiz, 2009; Bodur ve Filiz, 2009; AHRQ, 2011c).

AHRQ tarafından geliştirilen “Hospital Survey on Patient Safety Culture” 42 ifadeden oluşmaktadır ve her biri 3 veya 4 ifade ile ölçülen 12 boyutta değerlendirilmektedir:

- Birimler içinde ekip çalışması
- Yönetici beklentileri ve hasta güvenliğini geliştirme faaliyetleri
- Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği
- Örgütsel öğrenme-Sürekli iyileştirme
- Güvenliğin kapsamlı algılanması
- Hastane birimleri arasında ekip çalışması
- Personel sağlama
- Hastanede devirler (handoffs) ve nakiller (transitions)
- Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt
- Hatalar hakkında iletişim ve geribildirim
- İletişimin açık tutulması
- Hataların raporlanma sıklığı (AHRQ, 2011a).

Hastanede hasta güvenliği kültürü algılamasının ve sağlık çalışanları ile toplumun hasta güvenliği hakkındaki tutumunun belirlenmesine yönelik yapılan bir çalışmada (Filiz, 2009) anketin Türkçe çevirisi yapılmış olup, anadili Türkçe olan bir İngilizce dil uzmanınca gözden geçirilmiştir. Anketin İngilizceye geri çevirisi anadili İngilizce olan, Türkçe’yi iyi bilen ve anket hakkında bilgisi olmayan bir uzman

tarafından yapılmıştır. Bu İngilizce yeni anket metni, anketi ilk olarak geliştirenlerden Joann Sorra'ya (AHRQ) iletilerek orijinaliyle çevirisi arasındaki ifade farklılıklarının sorun oluşturup oluşturmayacağı ve bu haliyle kullanılıp kullanılmayacağı danışılmıştır. Anketin 42 ifadesinin üçünde farklı anlam çıkarılabileceği kuşkusunu ile yapılan değişiklik önerileri doğrultusunda gerekli düzeltmeler yapılmıştır (Filiz, 2009; Bodur ve Filiz, 2009).

Bodur ve Filiz (2009) tarafından hasta güvenliği kültürü hastane anketinin 42 ifadesi 12 boyutta incelenmiş, geçerlilik ve güvenilirlik analizi yapılmıştır. 12 güvenlik kültürü boyutunun iç tutarlılığı incelenmiş, on boyutta Cronbach alfa katsayısı 0,50'nin üzerinde (0,57-0,86) bulunmuştur. Tüm ifadeler için iç tutarlılık güvenilirliği ise 0,86 olarak hesaplanmıştır. Split-half korelasyon katsayısı = 0,686 ve Guttman Split-half katsayısı = 0,766 şeklinde yüksek düzeydedir (Bodur ve Filiz, 2009). Bu çalışmada hasta güvenliği kültürü hastane anketinin tüm ifadeler için iç tutarlılık güvenilirliği 0,65 olarak hesaplanmıştır.

Hastaneler arasında güvenlik kültürünün her boyutu için Varyans Analizi ile yapılan karşılaştırmalarda, boyutların yarıya yakınında farklılıklar bulunmuştur. Bu durum, hastanelerin güvenlik kültürü farklı düzeyde olabileceğinden anketin geçerliliğini desteklemektedir. Bununla beraber her boyutta farklılık çıkmaması hastanelerin aynı kültür ortamında birbirine yakın ve aralarında personel aktarımının bulunmasından kaynaklanabilir. Sağlık personelinin mesleklerine göre benzer sonuçlar elde edilmiş olması anketin hastane hasta güvenliği kültürü ile ilgili geçerliliğinin bir başka kanıtı sayılabilir (Filiz, 2009; Bodur ve Filiz, 2009). Bu çalışmada, AHRQ anketi Türkçe'ye çevrilirken Bodur ve Filiz'in (2009) çevirisi ile birlikte Çakır (2007) ve Saraç'ın (2007) çalışmalarında kullandıkları çevirilerden de yararlanılmıştır.

3.7. Verilerin Toplanması

Anketlerin uygulanması sürecinde hastane başhekimliğinin ve insan kaynakları müdürlüğünün desteği alınmıştır. Uygulamalar başlamadan önce hastane başhekimliği ve insan kaynakları müdürlüğü ankette kullanılan kavramlar, anketin kullanım amacı ve verilerin gizliliği konusunda bilgilendirilmiştir. Anketin uygulandığı dönemde hemşirelerin bir bölümünün yasal izinli olması, istifa etmesi

vb. nedenlerle ankete yanıt vermeleri mümkün olmamıştır. Anket formları 1 Mart - 1 Temmuz 2011 tarihleri arasında katılımcılara araştırmanın yapıldığı hastanenin insan kaynakları müdürlüğü tarafından elden dağıtılarak uygulanmıştır.

3.8. Verilerin Analizi

Anketler toplandıktan sonra elde edilen veriler araştırmacı tarafından Statistical Package for Social Sciences for Windows (SPSS) veri tabanına aktarılmıştır. Araştırmanın amacına uygun olarak derlenen veriler bilgisayar ortamına aktarıldıktan sonra “SPSS 15.0” programında gerekli istatistiksel analizlerle değerlendirilmiştir.

Ankette yer alan 12 boyut için (ters ifadeler çevrildikten / tersine kodlama yapıldıktan sonra) ifade ortalamaları alınarak skorlar hesaplanmıştır. Örneğin “Birimler içinde ekip çalışması” boyutu için A1, A3, A4 ve A11 ifadelerine verilen cevapların ortalamaları toplanıp ifade sayısına (4’e) bölünerek bu boyuta ilişkin ortalama skor bulunmuştur. Boyut skorlarının normal dağılıma uygunlukları Shapiro Wilk testi ile test edilmiş ve 12 boyut 4 bağımsız değişken açısından (hastanede çalışma süresi, birimde çalışma süresi, meslekte çalışma süresi, haftalık çalışma süresi) ayrı ayrı incelenmiştir.

Hastanede çalışma süresi, birimde çalışma süresi, meslekte çalışma süresi bağımsız değişkenleri açısından 12 boyutta farklılık olup olmadığı, grup sayısının 2’den fazla olması ve boyut skorlarının normal dağılım göstermemesi nedeniyle Kruskal Wallis Varyans Analizi ile değerlendirilmiştir. Haftalık çalışma süresi bağımsız değişkeni açısından ise katılımcılar 2 gruba ayrıldığından ve boyut skorları normal dağılım gösterdiğinden bu değişken açısından gruplar arasında farklılık olup olmadığını incelemek için Bağımsız Gruplarda t Testi (Independent Samples t Test) kullanılmıştır. Ayrıca anketi oluşturan ifadeler bağımsız değişkenlere göre ayrı ayrı da değerlendirilmiş, Fisher Kesin Ki-Kare testinin çok gözlü tablolara genellenmiş biçimi kullanılmıştır. İfadelerin bağımsız değişkenlere göre değerlendirilmesinde ankette kullanılan 5’li Likert ölçeği 3 seçenekli yanıtlar haline dönüştürülerek (Hiç katılmıyorum ve katılmıyorum “katılmıyorum”, katılıyorum ve tamamen katılıyorum “katılıyorum” başlığı altında toplanmıştır) analiz yapılmıştır. “Ne katılıyorum ne de katılmıyorum” yerine “kararsızım” terimi kullanılmıştır.

4. BULGULAR VE TARTIŞMA

Bu bölümde, araştırma bulgularına ve bu bulgulara ilişkin tartışmalara yer verilmiştir. Bulgular ve tartışma, aşağıdaki başlıklar altında sunulmuştur:

- Hemşirelerin kişisel özellikleri,
- Hemşirelerin anket boyutlarını oluşturan ifadelerle katılma durumları,
- Hemşirelerin birimler içinde ekip çalışmasına ilişkin algıları,
- Hemşirelerin yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetlerine ilişkin algıları,
- Hemşirelerin hasta güvenliği için yönetimin desteğine ilişkin algıları,
- Hemşirelerin örgütsel öğrenme ve sürekli iyileştirmeye ilişkin algıları,
- Hemşirelerin güvenliğin kapsamlı algılanmasına ilişkin algıları,
- Hemşirelerin birimler arasında ekip çalışmasına ilişkin algıları,
- Hemşirelerin personel sağlamaya ilişkin algıları,
- Hemşirelerin hastanede devirler (handoffs) ve nakillere (transitions) ilişkin algıları,
- Hemşirelerin hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıtla ilişkin algıları,
- Hemşirelerin hatalar hakkında iletişim ve geribildirime ilişkin algıları,
- Hemşirelerin iletişimin açık tutulmasına ilişkin algıları,
- Hemşirelerin hataların raporlanma sıklığına ilişkin algıları,
- Hemşirelerin hasta güvenliğinin derecesine ilişkin algıları,
- Hemşirelerin raporlanan olay sayısına ilişkin algıları.

4.1. Hemşirelerin Kişisel Özellikleri

Araştırmaya katılan toplam 70 hemşireye ait kişisel özellikler; hastanede çalışma süresi, birimde çalışma süresi, meslekte çalışma süresi, haftalık çalışma süresi Tablo 4.1.1’de verilmiştir. Hemşirelerin % 35,7’si 1-5 yıl arası, % 27,1’i 1 yıldan az süredir hastanede çalışmaktadır. Hemşirelerin görev yaptıkları birimde çalışma süreleri incelendiğinde % 37,2’sinin 1-5 yıl arası, % 35,7’sinin 1 yıldan az zamandır birimlerinde çalıştığı görülmektedir. Meslekte çalışma süreleri açısından % 35,7’sinin 1-5 yıl arası, % 28,6’sının 6-10 yıl arası çalıştıkları belirlenmiştir. Hemşirelerin % 71,4’ü haftada 40-59 saat arası, % 28,6’sı haftada 60-79 saat arası

çalıştıklarını ifade etmiştir. Hemşirelerin tamamı (% 100) hastalarla doğrudan etkileşim ve temas içinde bulduklarını belirtmiştir.

Tablo 4.1.1. Hemşirelerin Kişisel Özellikleri

Kişisel Özellikler		Sayı	Yüzde
Hastanede çalışma süresi	1 yıldan az	19	27,1
	1-5 yıl	25	35,7
	6-10 yıl	17	24,3
	11-15 yıl	6	8,6
	16-20 yıl	2	2,9
	21 yıl ve daha fazla	1	1,4
	Toplam	70	100,0
Birimde çalışma süresi	1 yıldan az	25	35,7
	1-5 yıl	26	37,2
	6-10 yıl	12	17,1
	11 yıl ve daha fazla	7	10,0
	Toplam	70	100,0
Meslekte çalışma süresi	1 yıldan az	5	7,1
	1-5 yıl	25	35,7
	6-10 yıl	20	28,6
	11-15 yıl	10	14,3
	16-20 yıl	5	7,1
	21 yıl ve daha fazla	5	7,1
	Toplam	70	100,0
Haftalık çalışma süresi	40-59 saat	50	71,4
	60-79 saat	20	28,6
	Toplam	70	100,0
Hastalarla doğrudan etkileşim ve temas	Evet	70	100,0
	Hayır	0	0,0
	Toplam	70	100,0

4.2. Hemşirelerin Anket Boyutlarını Oluşturan İfadelere Katılma Durumları

Hemşirelerin anket boyutlarını oluşturan ifadeler katılma durumları (Tablo 4.2.1) incelendiğinde; “Bu birimde insanlar birbirini destekler” ifadesi en yüksek katılma yüzdesine (% 84,3) sahip ifadedir. Bu ifadeyi “Çalışanlar hasta bakımını olumsuz etkileyebilen bir şey gördüklerinde bunu serbestçe dile getirebilirler” (% 80,0), “Bu birimde olan hatalar hakkında bilgilendiriliriz” (% 80,0), “Bu birimde insanlar birbirine saygılı davranır” (% 78,6) ve “Daha fazla iş yapmak uğruna hasta güvenliğinden asla vazgeçilmez” (% 78,6) ifadeleri izlemektedir. Agency for Healthcare Research and Quality tarafından 351 eğitim, 681 eğitim amaçlı olmayan, 207 kamu ve 825 özel olmak üzere toplam 2064 hastanede hasta güvenliği kültürünün değerlendirilmesine yönelik yapılan bir çalışmada (AHRQ, 2011b) en yüksek katılma yüzdesi “Hızlı bir şekilde bitirilmesi gereken pek çok iş olduğunda, işi bitirmek için takım olarak beraber çalışırız” (% 85,5), “Bu birimde insanlar birbirini destekler” (% 85,0), “Hasta güvenliğini geliştirmek için aktif olarak çalışmalar yapıyoruz” (% 83,5), “Hastane yönetimi hasta güvenliğini artıran bir çalışma atmosferi sağlamaktadır” (% 81,2) ve “Bu birimde insanlar birbirine saygılı davranır” (% 77,5) ifadelerine aittir. En yüksek katılım yüzdesi açısından çalışmamızın sonuçları ile AHRQ’nun çalışmasının sonuçları benzerlik göstermektedir. Her iki çalışmada da en yüksek katılım yüzdesine sahip ifadeler birimler içinde ekip çalışması boyutuna aittir.

En düşük katılma yüzdesine sahip ifade “Bu birimde çalışanlar hasta bakımı için en iyi olan süreden daha uzun süre çalışırlar” (% 1,4) ifadesidir. Bunu sırayla “İş yüküyle başa çıkmak için yeterince personelimiz vardır” (% 12,8), “Çok fazla şeyi çok hızlı yapmaya çalışarak kriz modunda çalışırız” (% 18,6), “Baskı arttığı zaman süpervizörüm/yöneticim kestirme yollar kullanılması gerekse bile daha hızlı çalışmamızı ister” (% 28,6), “Çalışanlar yaptıkları hatalardan dolayı suçlanacaklarını hissederler” (% 31,4) ve “Çalışanlar yetkisi daha fazla olan kişilerin karar ve eylemlerini sorgulamakta kendilerini özgür hisseder” (% 31,4) ifadeleri izlemektedir. AHRQ’nun çalışmasında en düşük katılma yüzdesine sahip ifade “Çalışanlar yaptıkları hataların kişisel dosyalarında tutulduğundan endişe duyarlar” (% 35,0) ifadesidir. Bunu sırasıyla “Hastalar bir birimden diğerine nakledilirken bazı şeyler ihmal edilir, gözden kaçırılır, kaybedilir” (% 41,0), “Hastane birimleri

arasında bilgi alışverişinde sıklıkla problemler oluşur” (% 43,2), “Bu hastanede nöbet değişimleri hastalar açısından problemlidir” (% 45,0) ve “Hastane birimleri birbirleri ile eşgüdümlü (iyi bir uyum içinde) çalışmamaktadır” (% 45,2) ifadeleri izlemektedir. En düşük katılım yüzdesi açısından çalışmamızın sonuçları ile AHRQ’nun çalışmasının sonuçları farklılık göstermektedir. En düşük katılım yüzdesine sahip ifadelerin çoğu çalışmamızda personel sağlama boyutuna aitken, AHRQ’nun çalışmasında hastanede devirler (handoffs) ve nakiller (transitions) boyutuna aittir.

Bu çalışmada en yüksek katılma yüzdesine sahip ifadelerden ikisinin birimler içinde ekip çalışması, en düşük katılma yüzdesine sahip ifadelerden üçünün de personel sağlama boyutuna ait olması dikkat çekicidir. Bu sonuçlardan araştırmaya katılan hemşirelerin çalıştıkları birimlerde birbirlerini destekledikleri, birbirlerine saygı duydukları, birbirlerine yardım ettikleri, hastane yönetiminin hasta güvenliğini artıran bir çalışma atmosferi sağladığı anlaşılmaktadır. Yine bu sonuçlara göre hemşirelerin hasta bakımı için en iyi olan süreden daha uzun süre çalışmadıkları, personel sayısını yetersiz buldukları, çok fazla şeyi çok hızlı yapmaya çalışarak kriz modunda çalışmadıkları, yaptıkları hatalardan dolayı suçlanmayacaklarını hissettikleri, baskı arttığı zaman yöneticilerinin kestirme yollar kullanılması gerekse bile daha hızlı çalışmalarını istemedikleri ve yetkisi daha fazla olan kişilerin karar ve eylemlerini sorgulamakta kendilerini özgür hissetmedikleri anlaşılmaktadır.

Tablo 4.2.1.Hemşirelerin Anket Boyutlarını Oluşturan İfadelere Katılma Durumları

Hasta Güvenliği Kültürü Boyutu	Ort ± SS*	Hiç Katılmıyorum		Katılmıyorum		Ne Katılıyorum Ne de Katılmıyorum		Katılıyorum		Tamamen Katılıyorum		Toplam	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Birimler İçinde Ekip Çalışması													
A1.Bu birimde insanlar birbirini destekler.	3,97±0,722	0	0,0	4	5,7	7	10,0	46	65,7	13	18,6	70	100,0
A3.Hızlı bir şekilde bitirilmesi gereken pek çok iş olduğunda, işi bitirmek için takım olarak beraber çalışırız.	3,86±0,822	2	2,9	1	1,4	14	20,0	41	58,6	12	17,1	70	100,0
A4.Bu birimde insanlar birbirine saygılı davranır.	3,87±0,779	1	1,4	3	4,3	11	15,7	44	62,9	11	15,7	70	100,0
A11. Birim içinde bir çalışma alanı aşırı yoğunlaştığında, diğerleri yardım ederler.	3,87±0,741	0	0,0	2	2,9	18	25,7	37	52,9	13	18,6	70	100,0
Yönetici Beklentileri ve Güvenlik Geliştirme Faaliyetleri													
B1.Süpervizörüm/yöneticim, oluşturulmuş hasta güvenliği prosedürlerine göre yapılmış bir iş gördüğünde takdir eder.	3,17±1,007	2	2,9	21	30,0	13	18,6	31	44,3	3	4,3	70	100,0
B2.Süpervizörüm/yöneticim, hasta güvenliğini geliştirmek için çalışanların önerilerini ciddiye alır.	3,54±0,774	0	0,0	9	12,9	17	24,3	41	58,6	3	4,3	70	100,0
B3.Baskı arttığı zaman, süpervizörüm/yöneticim, kestirme yollar kullanılması gerekse bile daha hızlı çalışmamızı ister. **	2,80±0,972	3	4,3	30	42,9	17	24,3	18	25,7	2	2,9	70	100,0

Tablo 4.2.1. Hemşirelerin Anket Boyutlarını Oluşturan İfadelere Katılma Durumları (Devamı)

Hasta Güvenliği Kültürü Boyutu	Ort ± SS*	Hiç Katılmıyorum		Katılmıyorum		Ne Katılıyorum Ne de Katılmıyorum		Katılıyorum		Tamamen Katılıyorum		Toplam	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yönetici Beklentileri ve Güvenlik Geliştirme Faaliyetleri													
B4.Süpervizörüm/yöneticim, tekrar tekrar oluşan hasta güvenliği sorunlarını görmezden gelir.**	3,83±0,884	0	0,0	8	11,4	10	14,3	38	54,3	14	20,0	70	100,0
Hasta Güvenliği İçin Yönetim Desteği													
F1.Hastane yönetimi hasta güvenliğini artıran bir çalışma atmosferi sağlamaktadır.	3,79±0,976	3	4,3	6	8,6	6	8,6	43	61,4	12	17,1	70	100,0
F8. Hastane yönetiminin faaliyetleri, hasta güvenliğinin üst düzey bir öncelik olduğunu göstermektedir.	3,67±0,863	0	0,0	8	11,4	17	24,3	35	50,0	10	14,3	70	100,0
F9.Hastane yönetimi, sadece istenmeyen bir olay olduğunda hasta güvenliği ile ilgileniyor gibi gözükmektedir.**	3,63±0,995	2	2,9	8	11,4	16	22,9	32	45,7	12	17,1	70	100,0
Örgütsel Öğrenme ve Sürekli İyileştirme													
A6.Hasta güvenliğini geliştirmek için aktif olarak çalışmalar yapıyoruz.	3,56±0,911	2	2,9	7	10,0	18	25,7	36	51,4	7	10,0	70	100,0
A9.Burada, hatalar olumlu değişikliklere yol açmıştır.	3,43±0,941	3	4,3	7	10,0	23	32,9	31	44,3	6	8,6	70	100,0
A13.Hasta güvenliğini geliştirmek için değişiklikler yaptıktan sonra bunların ne kadar etkili olduğunu değerlendiririz.	3,67±0,717	1	1,4	5	7,1	12	17,1	50	71,4	2	2,9	70	100,0

Tablo 4.2.1. Hemşirelerin Anket Boyutlarını Oluşturan İfadelere Katılma Durumları (Devamı)

Hasta Güvenliği Kültürü Boyutu	Ort ± SS*	Hiç Katılmıyorum		Katılmıyorum		Ne Katılıyorum Ne de Katılmıyorum		Katılıyorum		Tamamen Katılıyorum		Toplam	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Güvenliğin Kapsamlı Algılanması													
A10.Burada, sadece şans eseri daha ciddi hatalar oluşmamaktadır.**	3,74±1,031	3	4,3	9	12,9	3	4,3	43	61,4	12	17,1	70	100,0
A15.Daha fazla iş yapmak uğruna hasta güvenliğinden asla vazgeçilmez.	4,07±0,748	0	0,0	1	1,4	14	20,0	34	48,6	21	30,0	70	100,0
A17.Bu birimde hasta güvenliği ile ilgili problemler vardır.**	3,81±0,767	0	0,0	4	5,7	16	22,9	39	55,7	11	15,7	70	100,0
A18. Bizim prosedürlerimiz ve sistemlerimiz hataların meydana gelmesini önlemede iyidir.	3,67±0,775	1	1,4	5	7,1	15	21,4	44	62,9	5	7,1	70	100,0
Birimler Arasında Ekip Çalışması													
F2. Hastane birimleri birbirleri ile eşgüdümlü (iyi bir uyum içinde) çalışmamaktadır.**	3,27±0,962	3	4,3	12	17,1	22	31,4	29	41,4	4	5,7	70	100,0
F4.Birlikte çalışması gereken hastane birimleri arasında iyi bir işbirliği vardır.	3,69±0,713	0	0,0	6	8,6	14	20,0	46	65,7	4	5,7	70	100,0
F6.Diğer hastane birimlerinden gelen kişiler ile çalışmak genellikle hoş olmamaktadır.**	3,01±0,955	5	7,1	14	20,0	28	40,0	21	30,0	2	2,9	70	100,0
F10.Hastalara en iyi bakımı sağlamak için hastane birimleri birlikte iyi çalışmaktadır.	3,81±0,748	0	0,0	5	7,1	12	17,1	44	62,9	9	12,9	70	100,0

Tablo 4.2.1. Hemşirelerin Anket Boyutlarını Oluşturan İfadelere Katılma Durumları (Devamı)

Hasta Güvenliği Kültürü Boyutu	Ort ± SS*	Hiç Katılmıyorum		Katılmıyorum		Ne Katılıyorum Ne de Katılmıyorum		Katılıyorum		Tamamen Katılıyorum		Toplam	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Personel Sağlama													
A2.İş yüküyle başa çıkmak için yeterince personelimiz vardır.	2,33±1,018	17	24,3	23	32,9	21	30,0	8	11,4	1	1,4	70	100,0
A5.Bu birimde çalışanlar hasta bakımı için en iyi olan süreden daha uzun süre çalışırlar.**	1,87±0,700	19	27,1	43	61,4	7	10,0	0	0,0	1	1,4	70	100,0
A7.Hasta bakımı için gerekenden fazla geçici personel çalıştırıyoruz.**	3,50±1,060	1	1,4	14	20,0	17	24,3	25	35,7	13	18,6	70	100,0
A14.Çok fazla şeyi çok hızlı yapmaya çalışarak “kriz modunda” çalışırız.**	2,44±1,058	13	18,6	28	40,0	16	22,9	11	15,7	2	2,9	70	100,0
Hastanede Devirler ve Nakiller													
F3. Hastalar bir birimden diğerine nakledilirken bazı şeyler ihmal edilir, gözden kaçırılır, kaybedilir.**	3,69±0,925	3	4,3	3	4,3	17	24,3	37	52,9	10	14,3	70	100,0
F5.Nöbet değişimleri sırasında, hasta bakımıyla ilgili önemli bilgiler çoğu zaman kaybolur.**	3,87±1,089	2	2,9	11	15,7	1	1,4	36	51,4	20	28,6	70	100,0
F7. Hastane birimleri arasında bilgi alışverişinde sıklıkla problemler oluşur.**	3,39±0,906	3	4,3	8	11,4	21	30,0	35	50,0	3	4,3	70	100,0
F11.Bu hastanede nöbet değişimleri hastalar açısından problemlidir.**	3,73±0,931	2	2,9	8	11,4	6	8,6	45	64,3	9	12,9	70	100,0

Tablo 4.2.1. Hemşirelerin Anket Boyutlarını Oluşturan İfadelere Katılma Durumları (Devamı)

Hasta Güvenliği Kültürü Boyutu	Ort ± SS*	Hiç Katılmıyorum		Katılmıyorum		Ne Katılıyorum Ne de Katılmıyorum		Katılıyorum		Tamamen Katılıyorum		Toplam	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hataya Karşı Cezalandırıcı Olmayan Yanıt													
A8.Çalışanlar yaptıkları hatalardan dolayı suçlanacaklarını hissederler.**	2,73±1,089	10	14,3	22	31,4	16	22,9	21	30,0	1	1,4	70	100,0
A12.Bir olay rapor edildiğinde, problemin değil, kişinin rapor edildiği hissedilir.**	3,01±1,042	7	10,0	13	18,6	25	35,7	22	31,4	3	4,3	70	100,0
A16.Çalışanlar, yaptıkları hataların kişisel dosyalarında tutulduğundan endişe duyarlar.**	2,86±1,158	9	12,9	20	28,6	18	25,7	18	25,7	5	7,1	70	100,0
Hasta Güvenliği Kültürü Boyutu	Ort ± SS*	Hiçbir Zaman		Nadiren		Bazen		Çoğu Zaman		Her Zaman		Toplam	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hatalar Hakkında İletişim ve Geribildirim													
C1.Olay raporlarına dayanarak yapılan değişiklikler hakkında geribildirim alırız.	3,30±0,968	4	5,7	10	14,3	20	28,6	33	47,1	3	4,3	70	100,0
C3. Bu birimde olan hatalar hakkında bilgilendiriliriz.	3,94±0,814	1	1,4	3	4,3	10	14,3	41	58,6	15	21,4	70	100,0
C5.Bu birimde hataların tekrar olmasını engelleme yollarını tartışırız.	3,81±0,889	1	1,4	7	10,0	8	11,4	42	60,0	12	17,1	70	100,0

Tablo 4.2.1. Hemşirelerin Anket Boyutlarını Oluşturan İfadelere Katılma Durumları (Devamı)

Hasta Güvenliği Kültürü Boyutu	Ort ± SS*	Hiçbir Zaman		Nadiren		Bazen		Çoğu Zaman		Her Zaman		Toplam	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
İletişimin Açık Tutulması													
C2.Çalışanlar, hasta bakımını olumsuz etkileyebilen bir şey gördüklerinde, bunu serbestçe dile getirebilirler.	3,86±0,921	3	4,3	3	4,3	8	11,4	43	61,4	13	18,6	70	100,0
C4.Çalışanlar, yetkisi daha fazla olan kişilerin karar ve eylemlerini sorgulamakta kendilerini özgür hisseder.	2,81±1,146	12	17,1	14	20,0	22	31,4	19	27,1	3	4,3	70	100,0
C6.Çalışanlar, bir şey doğru gözükmediğinde, soru sormaktan korkarlar.**	3,60±1,290	5	7,1	10	14,3	17	24,3	14	20,0	24	34,3	70	100,0
Hataların Raporlanma Sıklığı													
D1.Bir hata yapıldığında, ancak <i>hastayı etkilemeden fark edilip, düzeltilmediğinde</i> , ne sıklıkla rapor edilmektedir?	3,77±1,052	2	2,9	7	10,0	15	21,4	27	38,6	19	27,1	70	100,0
D2.Bir hata yapıldığında, ancak <i>hastaya zarar verme potansiyeli olmadığına</i> , ne sıklıkla rapor edilmektedir?	3,54±1,176	5	7,1	9	12,9	14	20,0	27	38,6	15	21,4	70	100,0
D3.Hastaya <i>zarar verebilecek</i> bir hata yapıldığında, fakat hastaya zarar vermediğinde, ne sıklıkla rapor edilmektedir?	4,11±0,956	0	0,0	7	10,0	7	10,0	27	38,6	29	41,4	70	100,0

*Ortalama ± Standart Sapma

** Ters yönlü ifadeler ters kodlama yapılarak sunulmuştur.

4.3.Hemşirelerin Birimler İçinde Ekip Çalışmasına İlişkin Algıları

Hemşirelerin birimler içinde ekip çalışmasına ilişkin algıları dört bağımsız değişkene göre ayrı ayrı değerlendirilmiştir. Hemşirelerin birimler içinde ekip çalışmasına ilişkin algıları hastanede çalışma süresine göre incelendiğinde (Tablo 4.3.1), hemşirelerin genel olarak bu boyutu oluşturan ifadeler katıldığı ($3,892 \pm 0,581$), hastanede çalışma süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı ($p=0,068$) bulunmuştur. “Birimler içinde ekip çalışması” boyutunu oluşturan ifadeler hastanede çalışma süresine göre ayrı ayrı da değerlendirilmiş, hastanede çalışma süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı görülmüştür.

Hemşirelerin çalıştıkları birimde insanların çoğunlukla birbirini desteklediği, birbirine saygılı davrandığı, hızlı bir şekilde bitirilmesi gereken pek çok iş olduğunda, işi bitirmek için takım olarak beraber çalıştıkları ve birim içinde bir çalışma alanı aşırı yoğunlaştığında diğerlerinin yardım ettiği yönünde bir algılarının olduğu söylenebilir.

Tablo 4.3.1. Hastanede Çalışma Süresine Göre Hemşirelerin Birimler İçinde Ekip Çalışmasına İlişkin Algıları

Hasta Güvenliği Kültürü Boyutu	Hastanede Çalışma Süresi	n	Ort ^a	SS ^b	KW ^c	p
Birimler İçinde Ekip Çalışması	1 yıldan az	19	3,921	0,583	7,131	0,068
	1-5 yıl	25	3,640	0,564		
	6-10 yıl	17	4,102	0,468		
	11 yıl veya daha fazla	9	4,138	0,626		
	Toplam	70	3,892	0,581		

^aOrtalama, ^bStandart Sapma, ^cKruskal Wallis Varyans Analizi.

Birimde çalışma süresine göre hemşirelerin birimler içinde ekip çalışmasına ilişkin algıları incelendiğinde (Tablo 4.3.2), birimde çalışma süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı ($p=0,662$) bulunmuştur. “Birimler içinde ekip çalışması” boyutunu oluşturan ifadeler birimde çalışma süresine göre ayrı ayrı da değerlendirilmiş, birimde çalışma süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı görülmüştür.

Tablo 4.3.2. Birimde Çalışma Süresine Göre Hemşirelerin Birimler İçinde Ekip Çalışmasına İlişkin Algıları

Hasta Güvenliği Kültürü Boyutu	Birimde Çalışma Süresi	n	Ort ^a	SS ^b	KW ^c	p
Birimler İçinde Ekip Çalışması	1 yıldan az	25	3,890	0,520	1,590	0,662
	1-5 yıl	26	3,778	0,675		
	6-10 yıl	12	4,125	0,626		
	11 yıl veya daha fazla	7	3,928	0,121		
	Toplam	70	3,892	0,581		

^aOrtalama, ^bStandart Sapma, ^cKruskal Wallis Varyans Analizi.

Meslekte çalışma süresine göre hemşirelerin birimler içinde ekip çalışmasına ilişkin algıları incelendiğinde (Tablo 4.3.3), meslekte çalışma süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı ($p=0,145$) bulunmuştur. “Birimler içinde ekip çalışması” boyutunu oluşturan ifadeler meslekte çalışma süresine göre ayrı ayrı da değerlendirilmiş, meslekte çalışma süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı görülmüştür.

Tablo 4.3.3. Meslekte Çalışma Süresine Göre Hemşirelerin Birimler İçinde Ekip Çalışmasına İlişkin Algıları

Hasta Güvenliği Kültürü Boyutu	Meslekte Çalışma Süresi	n	Ort ^a	SS ^b	KW ^c	p
Birimler İçinde Ekip Çalışması	0-5 yıl	30	3,691	0,632	5,396	0,145
	6-10 yıl	20	4,025	0,531		
	11-15 yıl	10	4,175	0,635		
	16 yıl veya daha fazla	10	3,950	0,197		
	Toplam	70	3,892	0,581		

^aOrtalama, ^bStandart Sapma, ^cKruskal Wallis Varyans Analizi.

Haftalık çalışma süresine göre hemşirelerin birimler içinde ekip çalışmasına ilişkin algıları incelendiğinde (Tablo 4.3.4), haftalık çalışma süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı ($p=0,155$) bulunmuştur. “Birimler içinde ekip çalışması” boyutunu oluşturan ifadeler haftalık çalışma süresine göre ayrı ayrı da değerlendirilmiş, haftalık çalışma süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı görülmüştür.

Tablo 4.3.4. Haftalık Çalışma Süresine Göre Hemşirelerin Birimler İçinde Ekip Çalışmasına İlişkin Algıları

Hasta Güvenliği Kültürü Boyutu	Haftalık Çalışma Süresi	n	Ort ^a	SS ^b	t ^c	p
Birimler İçinde Ekip Çalışması	40-59 saat	50	3,975	0,429	1,471	0,155
	60-79 saat	20	3,687	0,830		
	Toplam	70	3,892	0,581		

^aOrtalama, ^bStandart Sapma, ^cBağımsız Gruplarda t Testi.

4.4. Hemşirelerin Yönetici Beklentileri ve Güvenlik Geliştirme Faaliyetlerine İlişkin Algıları

Hemşirelerin yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetlerine ilişkin algıları dört bağımsız değişkene göre ayrı ayrı değerlendirilmiştir. Hemşirelerin yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetlerine ilişkin algıları hastanede çalışma süresine göre incelendiğinde (Tablo 4.4.1), hemşirelerin genel olarak bu boyutu oluşturan ifadeler katılıp katılmamakta kararsız olduğu ($3,335 \pm 0,626$), hastanede çalışma süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı ($p=0,184$) bulunmuştur. “Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri” boyutunu oluşturan ifadeler hastanede çalışma süresine göre ayrı ayrı da değerlendirilmiş, hastanede çalışma süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı görülmüştür.

Hemşirelerin; süpervizörlerinin/yöneticilerinin oluşturulmuş hasta güvenliği prosedürlerine göre yapılmış bir iş gördüğünde takdir etmesi, hasta güvenliğini geliştirmek için çalışanların önerilerini ciddiye alması, baskı arttığı zaman, kestirme yollar kullanılması gerekse bile daha hızlı çalışmalarını istemesi ve tekrar tekrar oluşan hasta güvenliği sorunlarını görmezden gelmesi konusunda net bir algılarının olmadığı söylenebilir.

Tablo 4.4.1. Hastanede Çalışma Süresine Göre Hemşirelerin Yönetici Beklentileri ve Güvenlik Geliştirme Faaliyetlerine İlişkin Algıları

Hasta Güvenliği Kültürü Boyutu	Hastanede Çalışma Süresi	n	Ort^a	SS^b	KW^c	p
Yönetici Beklentileri ve Güvenlik Geliştirme Faaliyetleri	1 yıldan az	19	3,184	0,650	4,842	0,184
	1-5 yıl	25	3,290	0,619		
	6-10 yıl	17	3,338	0,605		
	11 yıl veya daha fazla	9	3,777	0,522		
	Toplam	70	3,335	0,626		

^aOrtalama, ^bStandart Sapma, ^cKruskal Wallis Varyans Analizi.

Birimde çalışma süresine göre hemşirelerin yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetlerine ilişkin algıları incelendiğinde (Tablo 4.4.2), birimde çalışma süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı ($p=0,826$) bulunmuştur. “Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri” boyutunu oluşturan ifadeler birimde çalışma süresine göre ayrı ayrı da değerlendirilmiş, birimde çalışma süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı görülmüştür.

Tablo 4.4.2. Birimde Çalışma Süresine Göre Hemşirelerin Yönetici Beklentileri ve Güvenlik Geliştirme Faaliyetlerine İlişkin Algıları

Hasta Güvenliği Kültürü Boyutu	Birimde Çalışma Süresi	n	Ort ^a	SS ^b	KW ^c	p
Yönetici Beklentileri ve Güvenlik Geliştirme Faaliyetleri	1 yıldan az	25	3,250	0,581	0,896	0,826
	1-5 yıl	26	3,336	0,764		
	6-10 yıl	12	3,375	0,445		
	11 yıl veya daha fazla	7	3,571	0,514		
	Toplam	70	3,335	0,626		

^aOrtalama, ^bStandart Sapma, ^cKruskal Wallis Varyans Analizi.

Meslekte çalışma süresine göre hemşirelerin yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetlerine ilişkin algıları incelendiğinde (Tablo 4.4.3), meslekte çalışma süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı ($p=0,850$) bulunmuştur. “Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri” boyutunu oluşturan ifadeler meslekte çalışma süresine göre ayrı ayrı da değerlendirilmiş, meslekte çalışma süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı görülmüştür.

Tablo 4.4.3. Meslekte Çalışma Süresine Göre Hemşirelerin Yönetici Beklentileri ve Güvenlik Geliştirme Faaliyetlerine İlişkin Algıları

Hasta Güvenliği Kültürü Boyutu	Meslekte Çalışma Süresi	n	Ort ^a	SS ^b	KW ^c	p
Yönetici Beklentileri ve Güvenlik Geliştirme Faaliyetleri	0-5 yıl arası	30	3,275	0,695	0,798	0,850
	6-10 yıl arası	20	3,262	0,625		
	11-15 yıl arası	10	3,475	0,506		
	16 yıl veya daha fazla	10	3,525	0,532		
	Toplam	70	3,335	0,626		

^aOrtalama, ^bStandart Sapma, ^cKruskal Wallis Varyans Analizi.

Haftalık çalışma süresine göre hemşirelerin yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetlerine ilişkin algıları incelendiğinde (Tablo 4.4.4), haftalık çalışma süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı ($p=0,656$) bulunmuştur. “Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri” boyutunu oluşturan ifadeler haftalık çalışma süresine göre ayrı ayrı da değerlendirilmiş, haftalık çalışma süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı görülmüştür.

Tablo 4.4.4. Haftalık Çalışma Süresine Göre Hemşirelerin Yönetici Beklentileri ve Güvenlik Geliştirme Faaliyetlerine İlişkin Algıları

Hasta Güvenliği Kültürü Boyutu	Haftalık Çalışma Süresi	n	Ort ^a	SS ^b	t ^c	p
Yönetici Beklentileri ve Güvenlik Geliştirme Faaliyetleri	40-59 saat	50	3,310	0,535	-0,451	0,656
	60-79 saat	20	3,400	0,824		
	Toplam	70	3,335	0,626		

^aOrtalama, ^bStandart Sapma, ^cBağımsız Gruplarda t Testi.

4.5. Hemşirelerin Hasta Güvenliği İçin Yönetimin Desteğine İlişkin Algıları

Hemşirelerin hasta güvenliği için yönetimin desteğine ilişkin algıları dört bağımsız değişkene göre ayrı ayrı değerlendirilmiştir. Hemşirelerin hasta güvenliği için yönetimin desteğine ilişkin algıları hastanede çalışma süresine göre incelendiğinde (Tablo 4.5.1), hemşirelerin genel olarak bu boyutu oluşturan ifadelere katıldığı ($3,695 \pm 0,719$), hastanede çalışma süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı ($p=0,792$) bulunmuştur. “Hasta güvenliği için yönetimin desteği” boyutunu oluşturan ifadeler hastanede çalışma süresine göre ayrı ayrı da değerlendirilmiş, hastanede çalışma süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı görülmüştür.

Hemşirelerin; hastane yönetiminin hasta güvenliğini artıran bir çalışma atmosferi sağladığı, hastane yönetiminin faaliyetlerinin hasta güvenliğinin üst düzey bir öncelik olduğunu gösterdiği, hastane yönetiminin sadece istenmeyen bir olay olduğunda hasta güvenliği ile ilgilendiği yönünde bir algılarının olduğu söylenebilir.

Tablo 4.5.1. Hastanede Çalışma Süresine Göre Hemşirelerin Hasta Güvenliği İçin Yönetimin Desteğine İlişkin Algıları

Hasta Güvenliği Kültürü Boyutu	Hastanede Çalışma Süresi	n	Ort ^a	SS ^b	KW ^c	p
Hasta Güvenliği İçin Yönetimin Desteği	1 yıldan az	19	3,701	0,646	1,039	0,792
	1-5 yıl	25	3,653	0,690		
	6-10 yıl	17	3,607	0,747		
	11 yıl veya daha fazla	9	3,963	0,934		
	Toplam	70	3,695	0,719		

^aOrtalama, ^bStandart Sapma, ^cKruskal Wallis Varyans Analizi.

Birimde çalışma süresine göre hemşirelerin hasta güvenliği için yönetimin desteğine ilişkin algıları incelendiğinde (Tablo 4.5.2), birimde çalışma süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı ($p=0,374$) bulunmuştur. “Hasta güvenliği için yönetimin desteği” boyutunu oluşturan ifadeler birimde çalışma süresine göre ayrı ayrı da değerlendirilmiş, birimde çalışma süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı görülmüştür.

Tablo 4.5.2. Birimde Çalışma Süresine Göre Hemşirelerin Hasta Güvenliği İçin Yönetimin Desteğine İlişkin Algıları

Hasta Güvenliği Kültürü Boyutu	Birimde Çalışma Süresi	n	Ort ^a	SS ^b	KW ^c	p
Hasta Güvenliği İçin Yönetimin Desteği	1 yıldan az	25	3,546	0,693	3,116	0,374
	1-5 yıl	26	3,807	0,789		
	6-10 yıl	12	3,750	0,726		
	11 yıl veya daha fazla	7	3,714	0,558		
	Toplam	70	3,695	0,719		

^aOrtalama, ^bStandart Sapma, ^cKruskal Wallis Varyans Analizi.

Meslekte çalışma süresine göre hemşirelerin hasta güvenliği için yönetimin desteğine ilişkin algıları incelendiğinde (Tablo 4.5.3), meslekte çalışma süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı ($p=0,524$) bulunmuştur. “Hasta güvenliği için yönetimin desteği” boyutunu oluşturan ifadeler meslekte çalışma süresine göre ayrı ayrı da değerlendirilmiş, meslekte çalışma süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı görülmüştür.

Tablo 4.5.3. Meslekte Çalışma Süresine Göre Hemşirelerin Hasta Güvenliği İçin Yönetimin Desteğine İlişkin Algıları

Hasta Güvenliği Kültürü Boyutu	Meslekte Çalışma Süresi	n	Ort ^a	SS ^b	KW ^c	p
Hasta Güvenliği İçin Yönetimin Desteği	0-5 yıl	30	3,611	0,732	2,243	0,524
	6-10 yıl	20	3,850	0,566		
	11-15 yıl	10	3,533	0,983		
	16 yıl veya daha fazla	10	3,800	0,688		
	Toplam	70	3,695	0,719		

^aOrtalama, ^bStandart Sapma, ^cKruskal Wallis Varyans Analizi.

Haftalık çalışma süresine göre hemşirelerin hasta güvenliği için yönetimin desteğine ilişkin algıları incelendiğinde (Tablo 4.5.4), haftalık çalışma süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı ($p=0,133$) bulunmuştur. “Hasta güvenliği için yönetimin desteği” boyutunu oluşturan ifadeler haftalık çalışma süresine göre ayrı ayrı da değerlendirilmiş, haftalık çalışma süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı görülmüştür.

Tablo 4.5.4. Haftalık Çalışma Süresine Göre Hemşirelerin Hasta Güvenliği İçin Yönetimin Desteğine İlişkin Algıları

Hasta Güvenliği Kültürü Boyutu	Haftalık Çalışma Süresi	n	Ort ^a	SS ^b	t ^c	p
Hasta Güvenliği İçin Yönetimin Desteği	40-59 saat	50	3,613	0,723	-1,520	0,133
	60-79 saat	20	3,900	0,684		
	Toplam	70	3,695	0,719		

^aOrtalama, ^bStandart Sapma, ^cBağımsız Gruplarda t Testi.

4.6. Hemşirelerin Örgütsel Öğrenme ve Sürekli İyileştirmeye İlişkin Algıları

Hemşirelerin örgütsel öğrenmeye ilişkin algıları dört bağımsız değişkene göre ayrı ayrı değerlendirilmiştir. Hemşirelerin örgütsel öğrenme ve sürekli iyileştirmeye ilişkin algıları hastanede çalışma süresine göre incelendiğinde (Tablo 4.6.1), hemşirelerin genel olarak bu boyutu oluşturan ifadeler katıldığı ($3,552 \pm 0,592$), hastanede çalışma süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı ($p=0,269$) bulunmuştur. Hemşirelerin hasta güvenliğini geliştirmek için aktif olarak çalışmalar yaptıkları, birimde yapılan hataların olumlu değişiklere yol açtığı, hasta güvenliğini geliştirmek için değişiklikler yaptıktan sonra bunların ne kadar etkili olduğunu değerlendirdikleri yönünde bir algılarının olduğu söylenebilir.

Tablo 4.6.1. Hastanede Çalışma Süresine Göre Hemşirelerin Örgütsel Öğrenme ve Sürekli İyileştirmeye İlişkin Algıları

Hasta Güvenliği Kültürü Boyutu	Hastanede Çalışma Süresi	n	Ort ^a	SS ^b	KW ^c	p
Örgütsel Öğrenme ve Sürekli İyileştirme	1 yıldan az	19	3,596	0,593	3,929	0,269
	1-5 yıl	25	3,440	0,614		
	6-10 yıl	17	3,470	0,553		
	11 yıl veya daha fazla	9	3,925	0,521		
	Toplam	70	3,552	0,592		

^aOrtalama, ^bStandart Sapma, ^cKruskal Wallis Varyans Analizi.

“Örgütsel öğrenme ve sürekli iyileştirme” boyutunu oluşturan ifadeler hastanede çalışma süresine göre ayrı ayrı da değerlendirilmiş, “Hasta güvenliğini geliştirmek için aktif olarak çalışmalar yapıyoruz” ifadesine 11 yıl veya daha fazla çalışan hemşirelerin % 89’unun, 6-10 yıl arası çalışan hemşirelerin % 53’ünün katıldığı, hastanede çalışma süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olduğu (p=0,028) bulunmuştur. Hemşirelerin “Hasta güvenliğini geliştirmek için aktif olarak çalışmalar yapıyoruz” ifadesine katılma durumu Tablo 4.6.2’de sunulmuştur.

Tablo 4.6.2. Hastanede Çalışma Süresine Göre Hemşirelerin “Hasta güvenliğini geliştirmek için aktif olarak çalışmalar yapıyoruz” ifadesine katılma durumu

Hastanede Çalışma Süresi	Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		X ²	p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
1 yıldan az	1	5	7	37	11	58	9,105*	0,028
1-5 yıl	5	20	5	20	15	60		
6-10 yıl	2	12	6	35	9	53		
11 yıl veya daha fazla	1	11	0	0	8	89		
Toplam	9	13	18	26	43	61		

*Fisher Kesin Ki-kare Testi

Agency for Healthcare Research and Quality tarafından 351 eğitim, 681 eğitim amaçlı olmayan, 207 kamu ve 825 özel olmak üzere toplam 2064 hastanede hasta güvenliği kültürünün değerlendirilmesine yönelik yapılan bir çalışmada (AHRQ, 2011b) “Hasta güvenliğini geliştirmek için aktif olarak çalışmalar yapıyoruz” ifadesine eğitim ve kamu hastanelerinde % 83, eğitim amaçlı olmayan ve özel hastanelerde % 84 pozitif cevap verildiği tespit edilmiştir. Soydan ve Arslanoğlu'nun (2010) askeri bir eğitim hastanesinde çalışan hemşireler üzerinde yaptığı araştırmada aynı ifade için pozitif cevap alma oranı % 74,5 olarak bulunmuştur. “Örgütsel öğrenme ve sürekli iyileştirme” boyutunu oluşturan diğer ifadelerde hastanede çalışma süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı görülmüştür.

Birimde çalışma süresine göre hemşirelerin örgütsel öğrenme ve sürekli iyileştirmeye ilişkin algıları incelendiğinde (Tablo 4.6.3), birimde çalışma süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı (p=0,897) bulunmuştur. “Örgütsel öğrenme ve sürekli iyileştirme” boyutunu oluşturan ifadeler birimde çalışma süresine göre ayrı ayrı da değerlendirilmiş, birimde çalışma süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı görülmüştür.

Tablo 4.6.3. Birimde Çalışma Süresine Göre Hemşirelerin Örgütsel Öğrenme ve Sürekli İyileştirmeye İlişkin Algıları

Hasta Güvenliği Kültürü Boyutu	Birimde Çalışma Süresi	n	Ort ^a	SS ^b	KW ^c	p
Örgütsel Öğrenme ve Sürekli İyileştirme	1 yıldan az	25	3,506	0,594	0,599	0,897
	1-5 yıl	26	3,576	0,643		
	6-10 yıl	12	3,500	0,522		
	11 yıl veya daha fazla	7	3,714	0,590		
	Toplam	70	3,552	0,592		

^aOrtalama, ^bStandart Sapma, ^cKruskal Wallis Varyans Analizi.

Meslekte çalışma süresine göre hemşirelerin örgütsel öğrenme ve sürekli iyileştirmeye ilişkin algıları incelendiğinde (Tablo 4.6.4), meslekte çalışma süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı ($p=0,733$) bulunmuştur. “Örgütsel öğrenme ve sürekli iyileştirme” boyutunu oluşturan ifadeler meslekte çalışma süresine göre ayrı ayrı da değerlendirilmiş, meslekte çalışma süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı görülmüştür.

Tablo 4.6.4. Meslekte Çalışma Süresine Göre Hemşirelerin Örgütsel Öğrenme ve Sürekli İyileştirmeye İlişkin Algıları

Hasta Güvenliği Kültürü Boyutu	Meslekte Çalışma Süresi	n	Ort ^a	SS ^b	KW ^c	p
Örgütsel Öğrenme ve Sürekli İyileştirme	0-5 yıl	30	3,433	0,644	1,283	0,733
	6-10 yıl	20	3,616	0,585		
	11-15 yıl	10	3,633	0,554		
	16 yıl veya daha fazla	10	3,700	0,483		
	Toplam	70	3,552	0,592		

^aOrtalama, ^bStandart Sapma, ^cKruskal Wallis Varyans Analizi.

Haftalık çalışma süresine göre hemşirelerin örgütsel öğrenme ve sürekli iyileştirmeye ilişkin algıları incelendiğinde (Tablo 4.6.5), haftalık çalışma süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı (p=0,311) bulunmuştur.

Tablo 4.6.5. Haftalık Çalışma Süresine Göre Hemşirelerin Örgütsel Öğrenme ve Sürekli İyileştirmeye İlişkin Algıları

Hasta Güvenliği Kültürü Boyutu	Haftalık Çalışma Süresi	n	Ort ^a	SS ^b	t ^c	p
Örgütsel Öğrenme ve Sürekli İyileştirme	40-59 saat	50	3,506	0,584	-1,022	0,311
	60-79 saat	20	3,666	0,611		
	Toplam	70	3,552	0,592		

^aOrtalama, ^bStandart Sapma, ^cBağımsız Gruplarda t Testi

“Örgütsel öğrenme ve sürekli iyileştirme” boyutunu oluşturan ifadeler haftalık çalışma süresine göre ayrı ayrı da değerlendirilmiş, “Burada, hatalar olumlu değişikliklere yol açmıştır” ifadesine haftada 60-79 saat arası çalışan hemşirelerin % 65’inin, haftada 40-59 saat arası çalışan hemşirelerin % 48’inin katıldığı, haftalık çalışma süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olduğu ($p=0,017$) bulunmuştur. Hemşirelerin “Burada, hatalar olumlu değişikliklere yol açmıştır” ifadesine katılma durumu Tablo 4.6.6’da sunulmuştur.

Tablo 4.6.6. Haftalık Çalışma Süresine Göre Hemşirelerin “Burada, hatalar olumlu değişikliklere yol açmıştır” ifadesine katılma durumu

Haftalık Çalışma Süresi	Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		X ²	p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
40-59 saat	10	20	16	32	24	48	-2,454*	0,017
60-79 saat	0	0	7	35	13	65		
Toplam	10	14	23	33	37	53		

*Fisher Kesin Ki-kare Testi.

“Burada, hatalar olumlu değişikliklere yol açmıştır” ifadesine verilen pozitif cevap Soydan ve Arslanoğlu’nun (2010) çalışmasında % 56,3, AHRQ’nun (2011b) çalışmasında ise, eğitim ve kamu hastanelerinde % 63, özel hastanelerde % 64 olarak belirtilmiştir. Bu sonuçlar ile çalışmamızın sonuçlarının paralellik gösterdiği söylenebilir. “Örgütsel öğrenme ve sürekli iyileştirme” boyutunu oluşturan diğer ifadelerde haftalık çalışma süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı görülmüştür.

4.7. Hemşirelerin Güvenliğin Kapsamlı Algılanmasına İlişkin Algıları

Hemşirelerin güvenliğin kapsamlı algılanmasına ilişkin algıları dört bağımsız değişkene göre ayrı ayrı değerlendirilmiştir. Hemşirelerin güvenliğin kapsamlı algılanmasına ilişkin algıları hastanede çalışma süresine göre incelendiğinde (Tablo 4.7.1), hemşirelerin genel olarak bu boyutu oluşturan ifadelerle katıldığı ($3,825 \pm 0,511$) hastanede çalışma süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı ($p=0,626$) bulunmuştur. “Güvenliğin kapsamlı algılanması” boyutunu

oluşturan ifadeler hastanede çalışma süresine göre ayrı ayrı da değerlendirilmiş, hastanede çalışma süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı görülmüştür.

Hemşirelerin daha fazla iş yapmak uğruna hasta güvenliğinden asla vazgeçilmediği, hastane prosedürlerinin ve sistemlerinin hataların meydana gelmesini önlemede iyi olduğu, daha ciddi hatalar oluşmamasının şansa bağlanamayacağı ve çalıştıkları birimde hasta güvenliği ile ilgili problemler olmadığı yönünde bir algılarının bulunduğu söylenebilir.

Tablo 4.7.1. Hastanede Çalışma Süresine Göre Hemşirelerin Güvenliğin Kapsamlı Algılanmasına İlişkin Algıları

Hasta Güvenliği Kültürü Boyutu	Hastanede Çalışma Süresi	n	Ort ^a	SS ^b	KW ^c	p
Güvenliğin Kapsamlı Algılanması	1 yıldan az	19	3,802	0,729	1,750	0,626
	1-5 yıl	25	3,780	0,377		
	6-10 yıl	17	3,823	0,448		
	11 yıl veya daha fazla	9	4,000	0,433		
	Toplam	70	3,825	0,511		

^aOrtalama, ^bStandart Sapma, ^cKruskal Wallis Varyans Analizi.

Birimde çalışma süresine göre hemşirelerin güvenliğin kapsamlı algılanmasına ilişkin algıları incelendiğinde (Tablo 4.7.2), birimde çalışma süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı (p=0,785) bulunmuştur. “Güvenliğin kapsamlı algılanması” boyutunu oluşturan ifadeler birimde çalışma süresine göre ayrı ayrı da değerlendirilmiş, birimde çalışma süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı görülmüştür.

Tablo 4.7.2. Birimde Çalışma Süresine Göre Hemşirelerin Güvenliğin Kapsamlı Algılanmasına İlişkin Algıları

Hasta Güvenliği Kültürü Boyutu	Birimde Çalışma Süresi	n	Ort^a	SS^b	KW^c	p
Güvenliğin Kapsamlı Algılanması	1 yıldan az	25	3,790	0,671	1,069	0,785
	1-5 yıl	26	3,788	0,456		
	6-10 yıl	12	3,916	0,342		
	11 yıl veya daha fazla	7	3,928	0,278		
	Toplam	70	3,825	0,511		

^aOrtalama, ^bStandart Sapma, ^cKruskal Wallis Varyans Analizi.

Meslekte çalışma süresine göre hemşirelerin güvenliğin kapsamlı algılanmasına ilişkin algıları incelendiğinde (Tablo 4.7.3), meslekte çalışma süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı ($p=0,704$) bulunmuştur.

Tablo 4.7.3. Meslekte Çalışma Süresine Göre Hemşirelerin Güvenliğin Kapsamlı Algılanmasına İlişkin Algıları

Hasta Güvenliği Kültürü Boyutu	Meslekte Çalışma Süresi	n	Ort ^a	SS ^b	KW ^c	p
Güvenliğin Kapsamlı Algılanması	0-5 yıl	30	3,758	0,610	1,407	0,704
	6-10 yıl	20	3,800	0,433		
	11-15 yıl	10	4,000	0,390		
	16 yıl veya daha fazla	10	3,900	0,444		
	Toplam	70	3,825	0,511		

^aOrtalama, ^bStandart Sapma, ^cKruskal Wallis Varyans Analizi.

“Güvenliğin kapsamlı algılanması” boyutunu oluşturan ifadeler meslekte çalışma süresine göre ayrı ayrı da değerlendirilmiş, “Bizim prosedürlerimiz ve sistemlerimiz hataların meydana gelmesini önlemede iyidir” ifadesine 16 yıl veya daha fazla çalışan hemşirelerin % 90’ının, 6-10 yıl arası çalışan hemşirelerin % 55’inin katıldığı, meslekte çalışma süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olduğu ($p=0,042$) bulunmuştur. Hemşirelerin “Bizim prosedürlerimiz ve sistemlerimiz hataların meydana gelmesini önlemede iyidir” ifadesine katılma durumu Tablo 4.7.4’te sunulmuştur.

Tablo 4.7.4. Meslekte Çalışma Süresine Göre Hemşirelerin “Bizim prosedürlerimiz ve sistemlerimiz hataların meydana gelmesini önlemede iyidir” ifadesine katılma durumu

Meslekte Çalışma Süresi	Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		X ²	p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
0-5 yıl	3	10	7	23	20	67	8,213*	0,042
6-10 yıl	3	15	6	30	11	55		
11-15 yıl	0	0	1	10	9	90		
16 yıl veya daha fazla	0	0	1	10	9	90		
Toplam	6	9	15	21	49	70		

*Fisher Kesin Ki-kare Testi

“Bizim prosedürlerimiz ve sistemlerimiz hataların meydana gelmesini önlemede iyidir” ifadesine verilen pozitif cevap AHRQ’nun (2011b) çalışmasında eğitim ve kamu hastanelerinde % 71, özel hastanelerde % 72, Soydan ve Arslanoğlu’nun (2010) çalışmasında ise % 61,8 olarak belirtilmiştir. Hastanede hasta güvenliği kültürü algılamasının değerlendirildiği, hekim, hemşire ve diğer sağlık personelinin (ebe, acil tıp teknisyeni, sağlık memuru) kapsayan bir başka çalışmada (Filiz, 2009) aynı ifade için verilen pozitif cevap alma oranı tıp fakültesi hastanesinde % 54, eğitim araştırma hastanesinde % 63 olarak tespit edilmiştir. Aynı çalışmada doktorların % 46’sının, hemşirelerin % 60’ının, diğer sağlık personelinin ise % 67’sinin hastanelerindeki prosedür ve sistemleri hataların oluşmasını önlemede başarılı bulduğu ifade edilmiştir. “Güvenliğin kapsamlı algılanması” boyutunu oluşturan diğer ifadelerde meslekte çalışma süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı görülmüştür.

Haftalık çalışma süresine göre hemşirelerin güvenliğin kapsamlı algılanmasına ilişkin algıları incelendiğinde (Tablo 4.7.5), haftalık çalışma süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı (p=0,442) bulunmuştur. “Güvenliğin kapsamlı algılanması” boyutunu oluşturan ifadeler haftalık çalışma süresine göre ayrı ayrı da değerlendirilmiş, haftalık çalışma süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı görülmüştür.

Tablo 4.7.5. Haftalık Çalışma Süresine Göre Hemşirelerin Güvenliğin Kapsamlı Algılanmasına İlişkin Algıları

Hasta Güvenliği Kültürü Boyutu	Haftalık Çalışma Süresi	n	Ort ^a	SS ^b	t ^c	p
Güvenliğin Kapsamlı Algılanması	40-59 saat	50	3,855	0,527	0,774	0,442
	60-79 saat	20	3,750	0,472		
	Toplam	70	3,825	0,511		

^aOrtalama, ^bStandart Sapma, ^cBağımsız Gruplarda t Testi

4.8. Hemşirelerin Birimler Arasında Ekip Çalışmasına İlişkin Algıları

Hemşirelerin birimler arasında ekip çalışmasına ilişkin algıları dört bağımsız değişkene göre ayrı ayrı değerlendirilmiştir. Hemşirelerin birimler arasında ekip çalışmasına ilişkin algıları hastanede çalışma süresine göre incelendiğinde (Tablo 4.8.1), hemşirelerin genel olarak bu boyutu oluşturan ifadelerle katılıp katılmamakta kararsız olduğu ($3,446 \pm 0,529$), hastanede çalışma süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı ($p=0,052$) bulunmuştur. Hemşirelerin, hastane birimlerinin eşgüdümlü çalıştığı, birlikte çalışması gereken hastane birimleri arasında iyi bir işbirliğinin bulunduğu, diğer hastane birimlerinden gelen kişiler ile çalışmanın hoş olmadığı ve hastalara en iyi bakımı sağlamak için hastane birimlerinin birlikte iyi çalıştığı yönünde net bir algılarının bulunmadığı söylenebilir.

Tablo 4.8.1. Hastanede Çalışma Süresine Göre Hemşirelerin Birimler Arasında Ekip Çalışmasına İlişkin Algıları

Hasta Güvenliği Kültürü Boyutu	Hastanede Çalışma Süresi	n	Ort ^a	SS ^b	KW ^c	p
Birimler Arasında Ekip Çalışması	1 yıldan az	19	3,407	0,554	7,726	0,052
	1-5 yıl	25	3,260	0,537		
	6-10 yıl	17	3,705	0,469		
	11 yıl veya daha fazla	9	3,555	0,390		
	Toplam	70	3,446	0,529		

^aOrtalama, ^bStandart Sapma, ^cKruskal Wallis Varyans Analizi.

“Birimler arasında ekip çalışması” boyutunu oluşturan ifadeler hastanede çalışma süresine göre ayrı ayrı da değerlendirilmiş, iki ifadeye hastanede çalışma süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. “Hastane birimleri birbirleri ile eşgüdümlü (iyi bir uyum içinde) çalışmamaktadır” ifadesine 1 yıldan az çalışan hemşirelerin % 53’ünün, 11 yıl veya daha fazla çalışan hemşirelerin % 11’inin katılıp katılmamakta kararsız olduğu, hastanede çalışma süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olduğu (p=0,029) görülmüştür. Hemşirelerin “Hastane birimleri birbirleri ile eşgüdümlü (iyi bir uyum içinde) çalışmamaktadır” ifadesine katılma durumu Tablo 4.8.2’de sunulmuştur.

Tablo 4.8.2. Hastanede Çalışma Süresine Göre Hemşirelerin “Hastane birimleri birbirleri ile eşgüdümlü (iyi bir uyum içinde) çalışmamaktadır” ifadesine katılma durumu

Hastanede Çalışma Süresi	Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		X ²	p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
1 yıldan az	4	21	10	53	5	26	9,024*	0,029
1-5 yıl	8	32	7	28	10	40		
6-10 yıl	1	6	4	23,5	12	70,5		
11 yıl veya daha fazla	2	22	1	11	6	67		
Toplam	15	21	22	32	33	47		

*Fisher Kesin Ki-kare Testi

“Hastalara en iyi bakımı sağlamak için hastane birimleri birlikte iyi çalışmaktadır” ifadesine 1 yıldan az çalışan hemşirelerin % 95’inin, 1-5 yıl arası çalışan hemşirelerin % 52’sinin katıldığı ve hastanede çalışma süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olduğu (p=0,006) bulunmuştur. Hemşirelerin “Hastalara en iyi bakımı sağlamak için hastane birimleri birlikte iyi çalışmaktadır” ifadesine katılma durumu Tablo 4.8.3’te sunulmuştur.

Tablo 4.8.3. Hastanede Çalışma Süresine Göre Hemşirelerin “Hastalara en iyi bakımı sağlamak için hastane birimleri birlikte iyi çalışmaktadır” ifadesine katılma durumu

Hastanede Çalışma Süresi	Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		X ²	p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
1 yıldan az	0	0	1	5	18	95	12,446*	0,006
1-5 yıl	5	20	7	28	13	52		
6-10 yıl	0	0	3	18	14	82		
11 yıl veya daha fazla	0	0	1	11	8	89		
Toplam	5	7	12	17	53	76		

*Fisher Kesin Ki-kare Testi.

“Hastalara en iyi bakımı sağlamak için hastane birimleri birlikte iyi çalışmaktadır” ifadesine verilen pozitif cevap Soydan ve Arslanoğlu'nun (2010) çalışmasında % 36,4 iken, AHRQ'nun (2011b) çalışmasında eğitim hastanelerinde % 66, kamu hastanelerde % 69, özel hastanelerde % 68 olarak belirlenmiştir. Birimler arasında ekip çalışması” boyutunu oluşturan diğer ifadelerde hastanede çalışma süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı görülmüştür.

Birimde çalışma süresine göre hemşirelerin birimler arasında ekip çalışmasına ilişkin algıları incelendiğinde (Tablo 4.8.4), birimde çalışma süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı (p=0,159) bulunmuştur. “Birimler arasında ekip çalışması” boyutunu oluşturan ifadeler birimde çalışma süresine göre ayrı ayrı da değerlendirilmiş, birimde çalışma süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı görülmüştür.

Tablo 4.8.4. Birimde Çalışma Süresine Göre Hemşirelerin Birimler Arasında Ekip Çalışmasına İlişkin Algıları

Hasta Güvenliği Kültürü Boyutu	Birimde Çalışma Süresi	n	Ort ^a	SS ^b	KW ^c	p
Birimler Arasında Ekip Çalışması	1 yıldan az	25	3,360	0,535	5,174	0,159
	1-5 yıl	26	3,384	0,534		
	6-10 yıl	12	3,770	0,432		
	11 yıl veya daha fazla	7	3,428	0,534		
	Toplam	70	3,446	0,529		

^aOrtalama, ^bStandart Sapma, ^cKruskal Wallis Varyans Analizi.

Meslekte çalışma süresine göre hemşirelerin birimler arasında ekip çalışmasına ilişkin algıları incelendiğinde (Tablo 4.8.5); meslekte çalışma süresi

açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı ($p=0,096$) bulunmuştur. “Birimler arasında ekip çalışması” boyutunu oluşturan ifadeler meslekte çalışma süresine göre ayrı ayrı da değerlendirilmiş, meslekte çalışma süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı görülmüştür.

Tablo 4.8.5. Meslekte Çalışma Süresine Göre Hemşirelerin Birimler Arasında Ekip Çalışmasına İlişkin Algıları

Hasta Güvenliği Kültürü Boyutu	Meslekte Çalışma Süresi	n	Ort ^a	SS ^b	KW ^c	p
Birimler Arasında Ekip Çalışması	0-5 yıl	30	3,350	0,543	6,349	0,096
	6-10 yıl	20	3,712	0,399		
	11-15 yıl	10	3,325	0,577		
	16 yıl veya daha fazla	10	3,325	0,553		
	Toplam	70	3,446	0,529		

^aOrtalama, ^bStandart Sapma, ^cKruskal Wallis Varyans Analizi.

Haftalık çalışma süresine göre hemşirelerin birimler arasında ekip çalışmasına ilişkin algıları incelendiğinde (Tablo 4.8.6), haftalık çalışma süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı ($p=0,513$) bulunmuştur. “Birimler arasında ekip çalışması” boyutunu oluşturan ifadeler haftalık çalışma süresine göre ayrı ayrı da değerlendirilmiş, haftalık çalışma süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı görülmüştür.

Tablo 4.8.6. Haftalık Çalışma Süresine Göre Hemşirelerin Birimler Arasında Ekip Çalışmasına İlişkin Algıları

Hasta Güvenliği Kültürü Boyutu	Haftalık Çalışma Süresi	n	Ort ^a	SS ^b	t ^c	p
Birimler Arasında Ekip Çalışması	40-59 saat	50	3,420	0,503	-0,657	0,513
	60-79 saat	20	3,512	0,598		
	Toplam	70	3,446	0,529		

^aOrtalama, ^bStandart Sapma, ^cBağımsız Gruplarda t Testi

4.9. Hemşirelerin Personel Sağlamaya İlişkin Algıları

Hemşirelerin personel sağlamaya ilişkin algıları dört bağımsız değişkene göre ayrı ayrı değerlendirilmiştir. Hemşirelerin personel sağlamaya ilişkin algıları hastanede çalışma süresine göre incelendiğinde (Tablo 4.9.1), hemşirelerin genel olarak bu boyutu oluşturan ifadelerle katılıp katılmamakta kararsız olduğu ($2,535 \pm 0,474$) hastanede çalışma süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı ($p=0,381$) bulunmuştur. “Personel Sağlama” boyutunu oluşturan ifadeler hastanede çalışma süresine göre ayrı ayrı da değerlendirilmiş, hastanede çalışma süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı görülmüştür.

Hemşirelerin iş yüküyle başa çıkmak için personelin yeterli olduğu, personelin hasta bakımı için en iyi olan süreden daha uzun süre çalıştığı, hasta bakımı için gerekenden fazla geçici personelin bulunduğu ve personelin çok fazla şeyi çok hızlı yapmaya çalışarak kriz modunda görevini yaptığı yönünde net bir algılarının bulunmadığı söylenebilir.

Tablo 4.9.1. Hastanede Çalışma Süresine Göre Hemşirelerin Personel Sağlamaya İlişkin Algıları

Hasta Güvenliği Kültürü Boyutu	Hastanede Çalışma Süresi	n	Ort ^a	SS ^b	KW ^c	p
Personel Sağlama	1 yıldan az	19	2,552	0,530	3,068	0,381
	1-5 yıl	25	2,460	0,418		
	6-10 yıl	17	2,485	0,487		
	11 yıl veya daha fazla	9	2,805	0,446		
	Toplam	70	2,535	0,474		

^aOrtalama, ^bStandart Sapma, ^cKruskal Wallis Varyans Analizi.

Birimde çalışma süresine göre hemşirelerin personel sağlamaya ilişkin algıları incelendiğinde (Tablo 4.9.2), birimde çalışma süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı ($p=0,108$) bulunmuştur. “Personel sağlama” boyutunu oluşturan ifadeler birimde çalışma süresine göre ayrı ayrı da değerlendirilmiş, birimde çalışma süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı görülmüştür.

Tablo 4.9.2. Birimde Çalışma Süresine Göre Hemşirelerin Personel Sağlamaya İlişkin Algıları

Hasta Güvenliği Kültürü Boyutu	Birimde Çalışma Süresi	n	Ort ^a	SS ^b	KW ^c	p
Personel Sağlama	1 yıldan az	25	2,510	0,512	6,078	0,108
	1-5 yıl	26	2,394	0,375		
	6-10 yıl	12	2,750	0,522		
	11 yıl veya daha fazla	7	2,785	0,443		
	Toplam	70	2,535	0,474		

^aOrtalama, ^bStandart Sapma, ^cKruskal Wallis Varyans Analizi.

Meslekte çalışma süresine göre hemşirelerin personel sağlamaya ilişkin algıları incelendiğinde (Tablo 4.9.3), meslekte çalışma süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı ($p=0,960$) bulunmuştur. “Personel sağlama” boyutunu oluşturan ifadeler meslekte çalışma süresine göre ayrı ayrı da değerlendirilmiş, meslekte çalışma süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı görülmüştür.

Tablo 4.9.3. Meslekte Çalışma Süresine Göre Hemşirelerin Personel Sağlamaya İlişkin Algıları

Hasta Güvenliği Kültürü Boyutu	Meslekte Çalışma Süresi	n	Ort ^a	SS ^b	KW ^c	p
Personel Sağlama	0-5 yıl	30	2,508	0,475	0,299	0,960
	6-10 yıl	20	2,512	0,476		
	11-15 yıl	10	2,600	0,579		
	16 yıl veya daha fazla	10	2,600	0,411		
	Toplam	70	2,535	0,474		

^aOrtalama, ^bStandart Sapma, ^cKruskal Wallis Varyans Analizi.

Haftalık çalışma süresine göre hemşirelerin personel sağlamaya ilişkin algıları incelendiğinde (Tablo 4.9.4), haftalık çalışma süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı ($p=0,073$) bulunmuştur.

Tablo 4.9.4. Haftalık Çalışma Süresine Göre Hemşirelerin Personel Sağlamaya İlişkin Algıları

Hasta Güvenliği Kültürü Boyutu	Haftalık Çalışma Süresi	n	Ort ^a	SS ^b	t ^c	p
Personel Sağlama	40-59 saat	50	2,600	0,446	1,822	0,073
	60-79 saat	20	2,375	0,516		
	Toplam	70	2,535	0,474		

^aOrtalama, ^bStandart Sapma, ^cBağımsız Gruplarda t Testi

“Personel sağlama” boyutunu oluşturan ifadeler haftalık çalışma süresine göre ayrı ayrı da değerlendirilmiş, “Hasta bakımı için gerekenden fazla geçici personel çalıştırıyoruz” ifadesine (Tablo 4.9.5) haftada 60-79 saat arası çalışan hemşirelerin % 75’inin, haftada 40-59 saat arası çalışan hemşirelerin % 46’sının katıldığı, haftalık çalışma süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olduğu ($p=0,045$), “Personel sağlama” boyutunu oluşturan diğer 3 ifadede ise haftalık çalışma süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı görülmüştür.

Tablo 4.9.5. Haftalık Çalışma Süresine Göre Hemşirelerin “Hasta bakımı için gerekenden fazla geçici personel çalıştırıyoruz” ifadesine katılma durumu

Haftalık Çalışma Süresi	Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		X ²	p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
40-59 saat	12	24	15	30	23	46	-2,043*	0,045
60-79 saat	3	15	2	10	15	75		
Toplam	15	21	17	25	38	54		

*Fisher Kesin Ki-kare Testi.

4.10. Hemşirelerin Hastanede Devirler (Handoffs) ve Nakillere (Transitions) İlişkin Algıları

Hemşirelerin hastanede devirler (handoffs) ve nakillere (transitions) ilişkin algıları dört bağımsız değişkene göre ayrı ayrı değerlendirilmiştir. Hemşirelerin hastanede devirler (handoffs) ve nakillere (transitions) ilişkin algıları hastanede çalışma süresine göre incelendiğinde (Tablo 4.10.1), hemşirelerin genel olarak bu boyutu oluşturan ifadelere katılmadıkları ($3,667 \pm 0,774$) hastanede çalışma süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı ($p=0,893$) bulunmuştur. “Hastanede devirler (handoffs) ve nakiller (transitions)” boyutunu oluşturan ifadeler hastanede çalışma süresine göre ayrı ayrı da değerlendirilmiş, hastanede çalışma süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı görülmüştür.

Hemşirelerin, hastalar bir birimden diğerine nakledilirken bazı şeylerin ihmal edilmediği, gözden kaçırılmadığı, nöbet değişimleri sırasında hasta bakımıyla ilgili

önemli bilgilerin kaybolmadığı, hastane birimleri arasında bilgi alışverişinde problem bulunmadığı ve nöbet değişimlerinin hastalar için problemlili olmadığı yönünde bir algılarının olduğu söylenebilir.

Tablo 4.10.1. Hastanede Çalışma Süresine Göre Hemşirelerin Hastanede Devirler (Handoffs) ve Nakillere (Transitions) İlişkin Algıları

Hasta Güvenliği Kültürü Boyutu	Hastanede Çalışma Süresi	n	Ort ^a	SS ^b	KW ^c	p
Hastanede Devirler ve Nakiller	1 yıldan az	19	3,513	0,918	0,616	0,893
	1-5 yıl	25	3,590	0,783		
	6-10 yıl	17	3,897	0,545		
	11 yıl veya daha fazla	9	3,777	0,794		
	Toplam	70	3,667	0,774		

^aOrtalama, ^bStandart Sapma, ^cKruskal Wallis Varyans Analizi.

Birimde çalışma süresine göre hemşirelerin hastanede devirler (handoffs) ve nakillere (transitions) ilişkin algıları ilişkin algıları incelendiğinde (Tablo 4.10.2), birimde çalışma süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı ($p=0,655$) bulunmuştur. “Hastanede devirler (handoffs) ve nakiller (transitions)” boyutunu oluşturan ifadeler birimde çalışma süresine göre ayrı ayrı da değerlendirilmiş, birimde çalışma süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı görülmüştür.

Tablo 4.10.2. Birimde Çalışma Süresine Göre Hemşirelerin Hastanede Devirler (Handoffs) ve Nakillere (Transitions) İlişkin Algıları

Hasta Güvenliği Kültürü Boyutu	Birimde Çalışma Süresi	n	Ort ^a	SS ^b	KW ^c	p
Hastanede Devirler ve Nakiller	1 yıldan az	25	3,460	0,909	1,617	0,655
	1-5 yıl	26	3,750	0,674		
	6-10 yıl	12	3,875	0,815		
	11 yıl veya daha fazla	7	3,750	0,408		
	Toplam	70	3,667	0,774		

^aOrtalama, ^bStandart Sapma, ^cKruskal Wallis Varyans Analizi.

Meslekte çalışma süresine göre hemşirelerin hastanede devirler (handoffs) ve nakillere (transitions) ilişkin algıları incelendiğinde (Tablo 4.10.3), meslekte çalışma süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı ($p=0,689$) bulunmuştur. ‘‘Hastanede devirler (handoffs) ve nakiller (transitions)’’ boyutunu oluşturan ifadeler meslekte çalışma süresine göre ayrı ayrı da değerlendirilmiş, meslekte çalışma süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı görülmüştür.

Tablo 4.10.3. Meslekte Çalışma Süresine Göre Hemşirelerin Hastanede Devirler (Handoffs) ve Nakillere (Transitions) İlişkin Algıları

Hasta Güvenliği Kültürü Boyutu	Meslekte Çalışma Süresi	n	Ort ^a	SS ^b	KW ^c	p
Hastanede Devirler ve Nakiller	0-5 yıl	30	3,533	0,934	1,469	0,689
	6-10 yıl	20	3,875	0,598		
	11-15 yıl	10	3,550	0,743		
	16 yıl veya daha fazla	10	3,775	0,532		
	Toplam	70	3,667	0,774		

^aOrtalama, ^bStandart Sapma, ^cKruskal Wallis Varyans Analizi.

Haftalık çalışma süresine göre hemşirelerin hastanede devirler (handoffs) ve nakillere (transitions) ilişkin algıları incelendiğinde (Tablo 4.10.4), haftalık çalışma süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı ($p=0,053$) bulunmuştur.

Tablo 4.10.4. Haftalık Çalışma Süresine Göre Hemşirelerin Hastanede Devirler (Handoffs) ve Nakillere (Transitions) İlişkin Algıları

Hasta Güvenliği Kültürü Boyutu	Haftalık Çalışma Süresi	n	Ort ^a	SS ^b	t ^c	p
Hastanede Devirler ve Nakiller	40-59 saat	50	3,555	0,786	-1,969	0,053
	60-79 saat	20	3,950	0,681		
	Toplam	70	3,667	0,774		

^aOrtalama, ^bStandart Sapma, ^cBağımsız Gruplarda t Testi.

“Hastanede devirler (handoffs) ve nakiller (transitions)” boyutunu oluşturan ifadeler haftalık çalışma süresine göre ayrı ayrı da değerlendirilmiş, “Hastalar bir birimden diğerine nakledilirken bazı şeyler ihmal edilir, gözden kaçırılır, kaybedilir” ifadesine haftada 40-59 saat arası çalışan hemşirelerin % 10’unun, haftada 60-79 saat arası çalışan hemşirelerin % 5’inin katılmadığı (Tablo 4.10.5), haftalık çalışma süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olduğu ($p=0,036$), bulunmuştur.

Tablo 4.10.5. Haftalık Çalışma Süresine Göre Hemşirelerin “Hastalar bir birimden diğerine nakledilirken bazı şeyler ihmal edilir, gözden kaçırılır, kaybedilir” ifadesine katılma durumu

Haftalık Çalışma Süresi	Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		χ^2	p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
40-59 saat	5	10	14	28	31	62	-2,136*	0,036
60-79 saat	1	5	3	15	16	80		
Toplam	6	9	17	24	47	67		

*Fisher Kesin Ki-kare Testi.

“Hastalar bir birimden diğerine nakledilirken bazı şeyler ihmal edilir, gözden kaçırılır, kaybedilir” ifadesine verilen negatif cevap AHRQ’nun (2011b) çalışmasında eğitim hastanelerinde % 64, kamu hastanelerinde % 55, özel hastanelerde % 60 olarak bulunmuştur. Filiz’in (2009) çalışmasında ise aynı ifade için verilen negatif cevap alma oranı tıp fakültesi hastanesinde % 61, eğitim araştırma hastanesinde % 49 olarak tespit edilmiştir. Aynı çalışmada doktorların % 62’sinin, hemşirelerin ise % 54’ünün hastalar bir birimden diğer birime nakledilirken bazı şeylerin ihmal edildiğine, gözden kaçırıldığına katılmadığı ifade edilmiştir. “Hastanede devirler ve nakiller” boyutunu oluşturan diğer ifadelerde haftalık çalışma süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı görülmüştür.

4.11. Hemşirelerin Hataya Karşı Cezalandırıcı Olmayan Yanıt İlişkin Algıları

Hemşirelerin hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt ilişkin algıları dört bağımsız değişkene göre ayrı ayrı değerlendirilmiştir. Hemşirelerin hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt ilişkin algıları hastanede çalışma süresine göre incelendiğinde (Tablo 4.11.1), hemşirelerin genel olarak bu boyutu oluşturan ifadeler katılıp katılmamakta kararsız olduğu ($2,866 \pm 0,827$), hastanede çalışma süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı ($p=0,070$) bulunmuştur.

Hemşirelerin; çalışanların yaptıkları hatalardan dolayı suçlanacaklarını hissettikleri, yaptıkları hataların kişisel dosyalarında tutulmasından endişe duymaları ve bir olay rapor edildiğinde problemin değil, kişinin rapor edildiğinin hissedildiği yönünde net bir algılarının bulunmadığı söylenebilir.

Tablo 4.11.1. Hastanede Çalışma Süresine Göre Hemşirelerin Hataya Karşı Cezalandırıcı Olmayan Yanıt İlişkin Algıları

Hasta Güvenliği Kültürü Boyutu	Hastanede Çalışma Süresi	n	Ort ^a	SS ^b	KW ^c	p
Hataya Karşı Cezalandırıcı Olmayan Yanıt	1 yıldan az	19	2,719	0,862	7,062	0,070
	1-5 yıl	25	2,613	0,842		
	6-10 yıl	17	3,235	0,684		
	11 yıl veya daha fazla	9	3,185	0,709		
	Toplam	70	2,866	0,827		

^aOrtalama, ^bStandart Sapma, ^cKruskal Wallis Varyans Analizi.

“Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt” boyutunu oluşturan ifadeler hastanede çalışma süresine göre ayrı ayrı değerlendirildiğinde; “Bir olay rapor

edildiğinde, problemin değil, kişinin rapor edildiği hissedilir” ifadesine 11 yıl veya daha fazla çalışan hemşirelerin % 67’sinin, 1-5 yıl arası çalışan hemşirelerin % 20’sinin katıldığı (Tablo 4.11.2), hastanede çalışma süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olduğu ($p=0,028$) bulunmuştur. “Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt” boyutunu oluşturan diğer ifadelerde ise hastanede çalışma süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı görülmüştür.

Tablo 4.11.2. Hastanede Çalışma Süresine Göre Hemşirelerin “Bir olay rapor edildiğinde, problemin değil, kişinin rapor edildiği hissedilir” ifadesine katılma durumu.

Hastanede Çalışma Süresi	Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		X ²	p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
1 yıldan az	7	37	7	37	5	26	9,110*	0,028
1-5 yıl	9	36	11	44	5	20		
6-10 yıl	2	12	6	35	9	53		
11 yıl veya daha fazla	2	22	1	11	6	67		
Toplam	20	28	25	36	25	36		

*Fisher Kesin Ki-kare Testi.

Birimde çalışma süresine göre, hemşirelerin hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıtla ilişkin algıları incelendiğinde (Tablo 4.11.3), birimde çalışma süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı ($p=0,357$) bulunmuştur. “Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt” boyutunu oluşturan ifadeler birimde çalışma süresine göre ayrı ayrı da değerlendirilmiş, birimde çalışma süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı görülmüştür.

Tablo 4.11.3. Birimde Çalışma Süresine Göre Hemşirelerin Hataya Karşı Cezalandırıcı Olmayan Yanıtla İlişkin Algıları

Hasta Güvenliği Kültürü Boyutu	Birimde Çalışma Süresi	n	Ort ^a	SS ^b	KW ^c	p
Hataya Karşı Cezalandırıcı Olmayan Yanıt	1 yıldan az	25	2,786	0,775	3,231	0,357
	1-5 yıl	26	2,769	0,987		
	6-10 yıl	12	3,277	0,632		
	11 yıl veya daha fazla	7	2,809	0,503		
	Toplam	70	2,866	0,827		

^aOrtalama, ^bStandart Sapma, ^cKruskal Wallis Varyans Analizi.

Meslekte çalışma süresine göre hemşirelerin hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıtla ilişkin algıları incelendiğinde (Tablo 4.11.4), meslekte çalışma süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı (p=0,340) bulunmuştur.

Tablo 4.11.4. Meslekte Çalışma Süresine Göre Hemşirelerin Hataya Karşı Cezalandırıcı Olmayan Yanıtla İlişkin Algıları

Hasta Güvenliği Kültürü Boyutu	Meslekte Çalışma Süresi	n	Ort ^a	SS ^b	KW ^c	p
Hataya Karşı Cezalandırıcı Olmayan Yanıt	0-5 yıl	30	2,644	0,852	3,353	0,340
	6-10 yıl	20	3,016	0,819		
	11-15 yıl	10	3,033	0,760		
	16 yıl veya daha fazla	10	3,066	0,782		
	Toplam	70	2,866	0,827		

^aOrtalama, ^bStandart Sapma, ^cKruskal Wallis Varyans Analizi.

“Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt” boyutunu oluşturan ifadeler meslekte çalışma süresine göre ayrı ayrı değerlendirildiğinde; “Bir olay rapor edildiğinde, problemin değil, kişinin rapor edildiği hissedilir” ifadesine 6-10 yıl arası çalışan hemşirelerin % 55’inin, 0-5 yıl arası çalışan hemşirelerin % 16’sının katıldığı (Tablo 4.11.5), meslekte çalışma süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olduğu (p=0,007) bulunmuştur. “Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt” boyutunu oluşturan diğer ifadelerde ise meslekte çalışma süresine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı görülmüştür.

Tablo 4.11.5. Meslekte Çalışma Süresine Göre Hemşirelerin “Bir olay rapor edildiğinde, problemin değil, kişinin rapor edildiği hissedilir” ifadesine katılma durumu

Meslekte Çalışma Süresi	Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		X ²	p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
0-5 yıl	14	47	11	37	5	16	12,216*	0,007
6-10 yıl	2	10	7	35	11	55		
11-15 yıl	2	20	3	30	5	50		
16 yıl veya daha fazla	2	20	4	40	4	40		
Toplam	20	28	25	36	25	36		

*Fisher Kesin Ki-kare Testi

Haftalık çalışma süresine göre hemşirelerin hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıtla ilişkin algıları incelendiğinde (Tablo 4.11.6), haftalık çalışma süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı (p=0,398) bulunmuştur. “Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt” boyutunu oluşturan ifadeler haftalık çalışma süresine göre ayrı ayrı da değerlendirilmiş, haftalık çalışma süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı görülmüştür.

Tablo 4.11.6. Haftalık Çalışma Süresine Göre Hemşirelerin Hataya Karşı Cezalandırıcı Olmayan Yanıtla İlişkin Algıları

Hasta Güvenliği Kültürü Boyutu	Haftalık Çalışma Süresi	n	Ort ^a	SS ^b	t ^c	p
Hataya Karşı Cezalandırıcı Olmayan Yanıt	40-59 saat	50	2,920	0,775	0,851	0,398
	60-79 saat	20	2,733	0,952		
	Toplam	70	2,866	0,827		

^aOrtalama, ^bStandart Sapma, ^cBağımsız Gruplarda t Testi.

4.12. Hemşirelerin Hatalar Hakkında İletişim ve Geribildirime İlişkin Algıları

Hemşirelerin hatalar hakkında iletişim ve geribildirime ilişkin algıları dört bağımsız değişkene göre ayrı ayrı değerlendirilmiştir. Hemşirelerin hatalar hakkında iletişim ve geribildirime ilişkin algıları hastanede çalışma süresine göre incelendiğinde (Tablo 4.12.1), hemşirelerin genel olarak bu boyutu oluşturan ifadelerle “çoğu zaman” yanıtını ($3,685 \pm 0,703$) verdikleri, hastanede çalışma süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı ($p=0,346$) bulunmuştur. “Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim” boyutunu oluşturan ifadeler hastanede çalışma süresine göre ayrı ayrı da değerlendirilmiş, hastanede çalışma süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı görülmüştür.

Hemşirelerin çoğu zaman olay raporlarına dayanarak yapılan değişiklikler hakkında geri bildirim aldıkları, hatalar hakkında bilgilendirildikleri, hataların tekrar olmasını engelleme yollarını tartıştıkları yönünde bir algılarının bulunduğu söylenebilir.

Tablo 4.12.1. Hastanede Çalışma Süresine Göre Hemşirelerin Hatalar Hakkında İletişim ve Geribildirime İlişkin Algıları

Hasta Güvenliği Kültürü Boyutu	Hastanede Çalışma Süresi	n	Ort ^a	SS ^b	KW ^c	p
Hatalar Hakkında İletişim ve Geribildirim	1 yıldan az	19	3,736	0,790	3,312	0,346
	1-5 yıl	25	3,520	0,714		
	6-10 yıl	17	3,784	0,716		
	11 yıl veya daha fazla	9	3,851	0,412		
	Toplam	70	3,685	0,703		

^aOrtalama, ^bStandart Sapma, ^cKruskal Wallis Varyans Analizi.

Birimde çalışma süresine göre hemşirelerin hatalar hakkında iletişim ve geribildirime ilişkin algıları incelendiğinde (Tablo 4.12.2), birimde çalışma süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı ($p=0,410$) bulunmuştur. “Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim” boyutunu oluşturan ifadeler birimde çalışma süresine göre ayrı ayrı da değerlendirilmiş, birimde çalışma süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı görülmüştür.

Tablo 4.12.2. Birimde Çalışma Süresine Göre Hemşirelerin Hatalar Hakkında İletişim ve Geribildirime İlişkin Algıları

Hasta Güvenliği Kültürü Boyutu	Birimde Çalışma Süresi	n	Ort ^a	SS ^b	KW ^c	p
Hatalar Hakkında İletişim ve Geribildirim	1 yıldan az	25	3,746	0,753	2,883	0,410
	1-5 yıl	26	3,551	0,729		
	6-10 yıl	12	3,916	0,668		
	11 yıl veya daha fazla	7	3,571	0,417		
	Toplam	70	3,685	0,703		

^aOrtalama, ^bStandart Sapma, ^cKruskal Wallis Varyans Analizi.

Meslekte çalışma süresine göre hemşirelerin hatalar hakkında iletişim ve geribildirime ilişkin algıları incelendiğinde (Tablo 4.12.3), meslekte çalışma süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı ($p=0,483$) bulunmuştur. “Hatalar hakkında iletişim ve geribildirim” boyutunu oluşturan ifadeler meslekte çalışma süresine göre ayrı ayrı da değerlendirilmiş, meslekte çalışma süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı görülmüştür.

Tablo 4.12.3. Meslekte Çalışma Süresine Göre Hemşirelerin Hatalar Hakkında İletişim ve Geribildirime İlişkin Algıları

Hasta Güvenliği Kültürü Boyutu	Meslekte Çalışma Süresi	n	Ort ^a	SS ^b	KW ^c	p
Hatalar Hakkında İletişim ve Geribildirim	0-5 yıl	30	3,677	0,719	2,458	0,483
	6-10 yıl	20	3,766	0,831		
	11-15 yıl	10	3,733	0,562		
	16 yıl veya daha fazla	10	3,500	0,549		
	Toplam	70	3,685	0,703		

^aOrtalama, ^bStandart Sapma, ^cKruskal Wallis Varyans Analizi.

Haftalık çalışma süresine göre hemşirelerin hatalar hakkında geribildirim ve iletişime ilişkin algıları incelendiğinde (Tablo 4.12.4), haftalık çalışma süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı ($p=0,915$) bulunmuştur. “Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim” boyutunu oluşturan ifadeler haftalık çalışma süresine göre ayrı ayrı da değerlendirilmiş, haftalık çalışma süresine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı görülmüştür.

Tablo 4.12.4. Haftalık Çalışma Süresine Göre Hemşirelerin Hatalar Hakkında İletişim ve Geribildirime İlişkin Algıları

Hasta Güvenliği Kültürü Boyutu	Haftalık Çalışma Süresi	n	Ort ^a	SS ^b	t ^c	p
Hatalar Hakkında İletişim ve Geribildirim	40-59 saat	50	3,680	0,659	-0,107	0,915
	60-79 saat	20	3,700	0,822		
	Toplam	70	3,685	0,703		

^aOrtalama, ^bStandart Sapma, ^cBağımsız Gruplarda t Testi.

4.13. Hemşirelerin İletişimin Açık Tutulmasına İlişkin Algıları

Hemşirelerin iletişimin açık tutulmasına ilişkin algıları dört bağımsız değişkene göre ayrı ayrı değerlendirilmiştir. Hemşirelerin iletişimin açık tutulmasına ilişkin algıları hastanede çalışma süresine göre incelendiğinde (Tablo 4.13.1), hemşirelerin genel olarak bu boyutu oluşturan ifadelerle “bazen” yanıtını ($3,423 \pm 0,731$) verdikleri, hastanede çalışma süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı ($p=0,484$) bulunmuştur.

Hemşirelerin hasta bakımını olumsuz etkileyen bir şey gördüklerinde bunu bazen serbestçe dile getirebildikleri, yetkisi daha fazla olan kişilerin karar ve eylemlerini sorgulamakta kendilerini bazen özgür hissettikleri ve bir şey doğru gözükmediğinde soru sormaktan bazen korktukları yönünde bir algılarının bulunduğu söylenebilir.

Tablo 4.13.1. Hastanede Çalışma Süresine Göre Hemşirelerin İletişimin Açık Tutulmasına İlişkin Algıları

Hasta Güvenliği Kültürü Boyutu	Hastanede Çalışma Süresi	n	Ort ^a	SS ^b	KW ^c	p
İletişimin Açık Tutulması	1 yıldan az	19	3,403	0,978	2,451	0,484
	1-5 yıl	25	3,266	0,638		
	6-10 yıl	17	3,549	0,622		
	11 yıl veya daha fazla	9	3,666	0,527		
	Toplam	70	3,423	0,731		

^aOrtalama, ^bStandart Sapma, ^cKruskal Wallis Varyans Analizi.

“İletişimin açık tutulması” boyutunu oluşturan ifadeler hastanede çalışma süresine göre ayrı ayrı değerlendirildiğinde; “Çalışanlar yetkisi daha fazla olan kişilerin karar ve eylemlerini sorgulamakta kendilerini özgür hissederler” ifadesine 6-10 yıl arası çalışan hemşirelerin % 47’sinin, 1 yıldan az çalışan hemşirelerin % 21’inin “bazen” yanıtını verdikleri (Tablo 4.13.2), hastanede çalışma süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olduğu ($p=0,043$) bulunmuştur. “İletişimin açık tutulması” boyutunu oluşturan diğer ifadelerde ise hastanede çalışma süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı görülmüştür.

Tablo 4.13.2. Hastanede Çalışma Süresine Göre Hemşirelerin “Çalışanlar yetkisi daha fazla olan kişilerin karar ve eylemlerini sorgulamakta kendilerini özgür hissederler” ifadesine katılma durumu

Hastanede Çalışma Süresi	Hiçbir Zaman		Nadiren		Bazen		Çoğu Zaman		Her Zaman		X ²	p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
1 yıldan az	7	37	5	26	4	21	2	11	1	5	8,155*	0,043
1-5 yıl	4	16	1	4	8	32	11	44	1	4		
6-10 yıl	1	6	4	24	8	47	3	17	1	6		
11 yıl veya daha fazla	0	0	4	45	2	22	3	33	0	0		
Toplam	12	17	14	20	22	32	19	27	3	4		

*Fisher Kesin Ki-kare Testi.

Birimde çalışma süresine göre hemşirelerin iletişimin açık tutulmasına ilişkin algıları incelendiğinde (Tablo 4.13.3), birimde çalışma süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı ($p=0,759$) bulunmuştur. “İletişimin açık tutulması” boyutunu oluşturan ifadeler birimde çalışma süresine göre ayrı ayrı da değerlendirilmiş, birimde çalışma süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı görülmüştür.

Tablo 4.13.3. Birimde Çalışma Süresine Göre Hemşirelerin İletişimin Açık Tutulmasına İlişkin Algıları

Hasta Güvenliği Kültürü Boyutu	Birimde Çalışma Süresi	n	Ort ^a	SS ^b	KW ^c	p
İletişimin Açık Tutulması	1 yıldan az	25	3,333	0,902	1,175	0,759
	1-5 yıl	26	3,397	0,666		
	6-10 yıl	12	3,694	0,626		
	11 yıl veya daha fazla	7	3,381	0,356		
	Toplam	70	3,423	0,731		

^aOrtalama, ^bStandart Sapma, ^cKruskal Wallis Varyans Analizi.

Meslekte çalışma süresine göre hemşirelerin iletişimin açık tutulmasına ilişkin algıları incelendiğinde (Tablo 4.13.4), meslekte çalışma süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı ($p=0,632$) bulunmuştur. “İletişimin açık tutulması” boyutunu oluşturan ifadeler meslekte çalışma süresine göre ayrı ayrı da değerlendirilmiş, meslekte çalışma süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı görülmüştür.

Tablo 4.13.4. Meslekte Çalışma Süresine Göre Hemşirelerin İletişimin Açık Tutulmasına İlişkin Algıları

Hasta Güvenliği Kültürü Boyutu	Meslekte Çalışma Süresi	n	Ort ^a	SS ^b	KW ^c	p
İletişimin Açık Tutulması	0-5 yıl	30	3,333	0,778	1,722	0,632
	6-10 yıl	20	3,533	0,752		
	11-15 yıl	10	3,633	0,483		
	16 yıl veya daha fazla	10	3,266	0,766		
	Toplam	70	3,423	0,731		

^aOrtalama, ^bStandart Sapma, ^cKruskal Wallis Varyans Analizi.

Haftalık çalışma süresine göre, hemşirelerin iletişimin açık tutulmasına ilişkin algıları incelendiğinde (Tablo 4.13.5), haftalık çalışma süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı ($p=0,305$) bulunmuştur. “İletişimin açık tutulması” boyutunu oluşturan ifadeler haftalık çalışma süresine göre ayrı ayrı da değerlendirilmiş, haftalık çalışma süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı görülmüştür.

Tablo 4.13.5. Haftalık Çalışma Süresine Göre Hemşirelerin İletişimin Açık Tutulmasına İlişkin Algıları

Hasta Güvenliği Kültürü Boyutu	Haftalık Çalışma Süresi	n	Ort ^a	SS ^b	t ^c	p
İletişimin Açık Tutulması	40-59 saat	50	3,366	0,694	-1,035	0,305
	60-79 saat	20	3,566	0,817		
	Toplam	70	3,423	0,731		

^aOrtalama, ^bStandart Sapma, ^cBağımsız Gruplarda t Testi.

4.14. Hemşirelerin Hataların Raporlanma Sıklığına İlişkin Algıları

Hemşirelerin hataların raporlanma sıklığına ilişkin algıları dört bağımsız değişkene göre ayrı ayrı değerlendirilmiştir. Hemşirelerin hataların raporlanma sıklığına ilişkin algıları hastanede çalışma süresine göre incelendiğinde (Tablo 4.14.1), hemşirelerin genel olarak bu boyutu oluşturan ifadelerle “çoğu zaman” yanıtını ($3,809 \pm 0,910$) verdikleri, hastanede çalışma süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı ($p=0,852$) bulunmuştur. “Hataların raporlanma sıklığı” boyutunu oluşturan ifadeler hastanede çalışma süresine göre ayrı ayrı da değerlendirilmiş, hastanede çalışma süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı görülmüştür.

Hemşirelerin bir hata yapıldığında, ancak hastayı etkilemeden fark edilip düzeltildiğinde, hatanın hastaya zarar verme potansiyeli olmadığı ve hastaya zarar verebilecek bir hata yapıldığında fakat hastaya zarar vermediğinde çoğu zaman hataların rapor edildiği yönünde bir algılarının bulunduğu söylenebilir.

Tablo 4.14.1. Hastanede Çalışma Süresine Göre Hemşirelerin Hataların Raporlanma Sıklığına İlişkin Algıları

Hasta Güvenliği Kültürü Boyutu	Hastanede Çalışma Süresi	n	Ort ^a	SS ^b	KW ^c	p
Hataların Raporlanma Sıklığı	1 yıldan az	19	3,894	0,909	0,789	0,852
	1-5 yıl	25	3,813	0,948		
	6-10 yıl	17	3,764	0,941		
	11 yıl veya daha fazla	9	3,703	0,888		
	Toplam	70	3,809	0,910		

^aOrtalama, ^bStandart Sapma, ^cKruskal Wallis Varyans Analizi.

Birimde çalışma süresine göre hemşirelerin hataların raporlanma sıklığına ilişkin algıları incelendiğinde (Tablo 4.14.2), birimde çalışma süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı ($p=0,755$) bulunmuştur. ‘‘Hataların raporlanma sıklığı’’ boyutunu oluşturan ifadeler birimde çalışma süresine göre ayrı ayrı da değerlendirilmiş, birimde çalışma süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı görülmüştür.

Tablo 4.14.2. Birimde Çalışma Süresine Göre Hemşirelerin Hataların Raporlanma Sıklığına İlişkin Algıları

Hasta Güvenliği Kültürü Boyutu	Birimde Çalışma Süresi	n	Ort ^a	SS ^b	KW ^c	p
Hataların Raporlanma Sıklığı	1 yıldan az	25	3,893	0,875	1,191	0,755
	1-5 yıl	26	3,782	0,984		
	6-10 yıl	12	3,805	1,029		
	11 yıl veya daha fazla	7	3,619	0,650		
	Toplam	70	3,809	0,910		

^aOrtalama, ^bStandart Sapma, ^cKruskal Wallis Varyans Analizi.

Meslekte çalışma süresine göre hemşirelerin hataların raporlanma sıklığına ilişkin algıları incelendiğinde (Tablo 4.14.3), meslekte çalışma süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı ($p=0,245$) bulunmuştur. ‘‘Hataların raporlanma sıklığı’’ boyutunu oluşturan ifadeler meslekte çalışma süresine göre ayrı ayrı da değerlendirilmiş, meslekte çalışma süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı görülmüştür.

Tablo 4.14.3. Meslekte Çalışma Süresine Göre Hemşirelerin Hataların Raporlanma Sıklığına İlişkin Algıları

Hasta Güvenliği Kültürü Boyutu	Meslekte Çalışma Süresi	n	Ort ^a	SS ^b	KW ^c	p
Hataların Raporlanma Sıklığı	0-5 yıl	30	3,811	0,916	4,159	0,245
	6-10 yıl	20	4,016	0,951		
	11-15 yıl	10	3,600	1,130		
	16 yıl veya daha fazla	10	3,600	0,516		
	Toplam	70	3,809	0,910		

^aOrtalama, ^bStandart Sapma, ^cKruskal Wallis Varyans Analizi.

Haftalık çalışma süresine göre, hemşirelerin hataların raporlanma sıklığına ilişkin algıları incelendiğinde (Tablo 4.14.4), haftalık çalışma süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı ($p=0,743$) bulunmuştur. ‘‘Hataların raporlanma sıklığı’’ boyutunu oluşturan ifadeler haftalık çalışma süresine göre ayrı ayrı da değerlendirilmiş, haftalık çalışma süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı görülmüştür.

Tablo 4.14.4. Haftalık Çalışma Süresine Göre Hemşirelerin Hataların Raporlanma Sıklığına İlişkin Algıları

Hasta Güvenliği Kültürü Boyutu	Haftalık Çalışma Süresi	n	Ort ^a	SS ^b	t ^c	p
Hataların Raporlanma Sıklığı	40-59 saat	50	3,786	0,864	-0,330	0,743
	60-79 saat	20	3,866	1,039		
	Toplam	70	3,809	0,910		

^aOrtalama, ^bStandart Sapma, ^cBağımsız Gruplarda t Testi.

4.15. Hemşirelerin Hasta Güvenliğinin Derecesine İlişkin Algıları

Hemşirelerin çalışma alanındaki / birimindeki hasta güvenliğinin derecesine ilişkin algıları incelendiğinde (Tablo 4.15.1), hasta güvenliğinin derecesini % 14,3'ünün mükemmel, % 64,3'ünün çok iyi, % 15,7'sinin kabul edilebilir, % 5,7'sinin zayıf bulduğu tespit edilmiştir. Hemşirelerin hasta güvenliğinin derecesine ilişkin algıları dört bağımsız değişkene göre ayrı ayrı değerlendirilmiş, bağımsız değişkenler açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı ($p>0,05$) görülmüştür.

AHRQ'nun (2011b) çalışmasında hasta güvenliğinin derecesi eğitim hastanelerinde % 27 mükemmel, % 46 çok iyi, kamu hastanelerinde % 28 mükemmel, % 48 çok iyi, özel hastanelerde % 30 mükemmel, % 46 çok iyi bulunmuştur. Soydan ve Arslan'ın (2010) askeri bir eğitim hastanesindeki hemşirelere yönelik yaptığı çalışmada % 50,9 kabul edilebilir, % 29,1 çok iyi olarak belirtilen hasta güvenliği derecesi, Filiz'in (2009) tıp fakültesi ve eğitim hastanesinde çalışan doktor, hemşire ve diğer sağlık personeline yönelik yaptığı çalışmasında da benzer şekilde tıp fakültesi hastanesinde % 50,8 kabul edilebilir, % 26,5 çok iyi olarak tespit edilmiştir. El-Jardali ve arkadaşlarının (2011) Lübnan'da 68 hastane ve 6807 katılımcı (yönetici, doktor, hemşire, eczacı, diğer sağlık personeli) üzerinde yaptığı bir çalışmada ise hemşire pozisyonundaki katılımcıların % 71,3'ünün, akreditasyon statüsüne sahip hastanelerde çalışan katılımcıların ise % 74,2'sinin, hasta güvenliğinin derecesini mükemmel veya çok iyi bulduğu belirtilmiştir. Bu

çalışmaların sonuçları, araştırma yaptığımız akreditasyon belgesine sahip hastanenin sonuçları ile karşılaştırıldığında, çalışmamızın yapıldığı hastanede hasta güvenliğinin derecesi daha olumlu algılanmaktadır. Akreditasyon standartları sağlık hizmeti sunumunda risk faktörlerinin azaltılmasını ve oluşan tıbbi hataların bildirilip önlenmesi için çalışmalar yapılmasını sağlayarak hasta güvenliğine katkıda bulunduğundan, araştırma yaptığımız hastanede hasta güvenliğinin derecesi daha olumlu algılanmış olabilir.

Tablo 4.15.1. Hemşirelerin Çalışma Alanındaki /Birimindeki Hasta Güvenliğinin Derecesine İlişkin Algıları

Hasta Güvenliği Derecesi	Sayı	Yüzde
Mükemmel	10	14,3
Çok İyi	45	64,3
Kabul Edilebilir	11	15,7
Zayıf	4	5,7
Toplam	70	100,0

4.16. Hemşirelerin Raporlanan Olay Sayısına İlişkin Algıları

Hemşirelerin raporlanan olay sayısına ilişkin algıları değerlendirildiğinde (Tablo 4.16.1), hemşirelerin % 52,9'unun hiç olay rapor etmedikleri, % 30'unun 1-2 olay, % 14,3'ünün 3-5 olay rapor ettikleri bulunmuştur. Raporlanan olay sayısına ilişkin algılar dört bağımsız değişkene göre ayrı ayrı değerlendirilmiş, 1-5 yıl arası çalışan hemşirelerin % 44,0'ının, 11 yıl veya daha fazla çalışan hemşirelerin % 11,1'inin 1-2 olay raporu doldurdukları, sadece hastanede çalışma süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olduğu ($p=0,013$) tespit edilmiştir. Hastanede yeni göreve başlayan veya hastanede çalışma süresi daha az olan hemşirelerin daha fazla olay raporu doldurdukları söylenebilir.

AHRQ'nun (2011b) çalışmasında sıfır rapor sayısı eğitim hastanelerinde % 54, kamu hastanelerinde % 58, özel hastanelerde % 53 olarak bulunmuştur. 1-2 raporlanan olay sayısı ise eğitim hastanelerinde % 27, kamu hastanelerinde % 24, özel hastanelerde % 28 olarak ifade edilmiştir. Hasta güvenliği kültürü ile kalite yönetim sistemi arasındaki ilişkinin analiz edildiği bir çalışmada (Çakır, 2007) ISO

9001:2000 kalite belgesine sahip hastanelerde daha fazla olay bildirimini yapıldığı bulunmuştur. El-Jardali ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında akreditasyon statüsüne sahip hastanelerde % 57,5 oranında hiç olay rapor edilmediği, % 34,7 oranında 1-2 olay rapor edildiği belirtilmiştir. Aynı çalışmada hemşirelerin % 57,2'sinin, doktorların % 57,1'inin hiç olay rapor etmediği görülmüştür. Filiz'in (2009) çalışmasında ise hemşirelerin % 85,5'inin, doktorların % 78,4'ünün hiç olay rapor etmediği tespit edilmiştir. Eğitim ve araştırma hastaneleri ile devlet hastanelerinde hasta güvenliği kültürü algılamasına yönelik yapılan bir çalışmada (Kesgin, 2010), eğitim ve araştırma hastanelerinde % 55, devlet hastanelerinde % 75 oranında hiç olay raporu doldurulmadığı bulunmuştur. Eğitim ve araştırma hastanesinde yapılan başka bir çalışmada da (Koraşlı, 2010) hemşirelerin % 73,5'inin, asistan doktorların % 72,6'sının ve uzman doktorların % 74,1'inin hiç olay raporlamadıkları ifade edilmiştir. Bu çalışmalarda akreditasyon veya kalite belgesine sahip hastanelerde raporlanan olay sayısının daha fazla olduğu, çalışmamızı gerçekleştirdiğimiz hastanenin olay raporlama sonuçlarının AHRQ (2011b) ile El-Jardali ve arkadaşlarının (2011) çalışmalarının sonuçları ile paralellik gösterdiği görülmektedir.

Hasta güvenliği kültürünün bir sağlık kurumunda yerleşebilmesi için hasta güvenliğini tehdit eden olayların mutlaka rapor edilmesi gerekmektedir. Yukarıdaki çalışmalara bakıldığında tüm çalışmalarda hiç olay rapor edilmeme oranı % 50'nin üzerindedir. Bu oranın yüksekliği sağlık personelinin ayıplanma, mesleğini kaybetme, meslektaşları tarafından dışlanma, hukuksal birtakım sorunlarla karşı karşıya kalma gibi çeşitli endişelerine bağlanabilir.

Tablo 4.16.1. Hemşireler Tarafından Raporlanan Olay Sayısı

Raporlanan Olay Sayısı	Sayı	Yüzde
0	37	52,9
1-2	21	30,0
3-5	10	14,3
6-10	1	1,4
11-20	1	1,4
Toplam	70	100,0

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Akreditasyon belgesine sahip bir hastanede hasta güvenliği kültürünün değerlendirildiği bu araştırmada şu sonuçlar elde edilmiştir:

- Araştırmaya katılan hemşirelerin yarısından fazlası hastanede 6 yıldan az bir süredir çalışmaktadır. Hemşirelerin hastanede çalışma süresine göre anketteki ifadeler katılma durumları incelendiğinde en düşük ortalamanın genellikle 1-5 yıl arası çalışanlarda, en yüksek ortalamanın ise genellikle 11 yıl veya daha fazla çalışanlarda olduğu görülmektedir. Bu sonuçlara göre hastanede daha uzun süredir çalışan hemşirelerin hasta güvenliği kültürüne yönelik algılarının hastanede yeni göreve başlayan hemşirelere oranla daha olumlu olduğu söylenebilir.
- Araştırmaya katılan hemşirelerin % 70'inden fazlasının görev yaptıkları birimde çalışma süresi 0-5 yıldır. Araştırmanın yapıldığı hastanede hemşirelerin belirli zamanlarda birimlerinin değiştirilmesi bu oranın yüksekliğinin başlıca nedeni olabilir. Birimde çalışma süresi açısından hemşirelerin anketteki ifadeler katılma durumları incelendiğinde en düşük ortalamanın genellikle buldukları birimde 6 yıldan az çalışan hemşirelerde, en yüksek ortalamanın ise genellikle buldukları birimde 6-10 yıl arası çalışan hemşirelerde olduğu görülmektedir.
- Araştırmaya katılan hemşirelerin yarısından fazlasının meslekte çalışma süresi 1-10 yıl arasında değişmektedir. Hemşirelerin meslekte çalışma süresine göre anketteki ifadeler katılma durumları incelendiğinde; en düşük ortalamanın 0-5 yıl arası meslekte çalışan hemşirelere ait olduğu görülmektedir. Hemşirelik mesleğini yeni ifa edenlerin hasta güvenliği kültürünü olumlu algılama düzeyinin uzun süredir hemşirelik yapanlara göre daha düşük olduğu söylenebilir.
- Araştırmaya katılan hemşirelerin % 71,4'ü haftada 40-59 saat, % 28,6'sı haftada 60-79 saat çalışmaktadır. Hemşirelerin haftalık çalışma süresine göre anketteki ifadeler katılma durumları

incelendiğinde genellikle haftada 60-79 saat çalışan hemşirelerin, haftada 40-59 saat çalışan hemşirelere göre hasta güvenliği kültürünü olumlu algılama düzeyi daha yüksektir.

- Bağımsız değişkenler (hastanede çalışma süresi, birimde çalışma süresi, meslekte çalışma süresi ve haftalık çalışma süresi) açısından on iki hasta güvenliği kültürü boyutunun hiçbirinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p>0,05$) yoktur. Bu durum, araştırmanın yapıldığı hastanede araştırmaya katılan hemşirelerin hasta güvenliği kültürüne yönelik benzer algılar içinde olduğunu göstermektedir. JCI akreditasyonu, hasta güvenliği kültürünün hemşireler tarafından birbirine yakın algılanmasını sağlamış olabilir.
- On iki hasta güvenliği kültürü boyutu arasında en yüksek ortalamalar “birimler içinde ekip çalışması” ($3,892 \pm 0,581$), “güvenliğin kapsamlı algılanması” ($3,825 \pm 0,511$), “hataların raporlanma sıklığı” ($3,809 \pm 0,910$), “hasta güvenliği için yönetimin desteği” ($3,695 \pm 0,719$) ve “hatalar hakkında iletişim ve geribildirim” ($3,685 \pm 0,703$) boyutlarına aittir. Buna göre araştırmanın yapıldığı hastanede araştırmaya katılan hemşirelerin çalıştıkları birimde birbirlerini destekledikleri, birbirlerine saygılı davrandıkları, bir alan çok yoğunlaştığında diğerlerinin yardım ettikleri, hızlı bir şekilde bitirilmesi gereken pek çok iş olduğunda, işi bitirmek için takım olarak beraber çalıştıkları, daha fazla iş yapmak uğruna hasta güvenliğinden asla vazgeçilmediği, olay raporlarına dayanarak yapılan değişiklikler hakkında çoğu zaman geribildirim alındığı ve hastane yönetiminin hasta güvenliğini artıran bir çalışma atmosferi sağladığı anlaşılmaktadır.
- On iki hasta güvenliği kültürü boyutu arasında en düşük ortalamalar “personel sağlama ($2,535 \pm 0,474$)”, “hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt ($2,866 \pm 0,827$)” yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri” ($3,335 \pm 0,626$), “iletişimin açık tutulması ($3,423 \pm 0,731$)” ve “birimler arasında ekip çalışması” ($3,446 \pm 0,529$) boyutlarına aittir.

- Hemşirelerin iş yüküyle başa çıkmak için yeterli personelin olması ve hasta bakımı için gerekenden fazla geçici personel çalıştırılması hususunda net bir algıları bulunmamaktadır.
- Hemşireler yaptıkları hatalardan dolayı suçlanmaları, bir olay rapor edildiğinde problemin değil, kendilerinin rapor edilmeleri ve yaptıkları hataların kişisel dosyalarında tutulması konusunda tereddüt yaşamaktadır.
- Hemşireler, süpervizörlerinin / yöneticilerinin oluşturulmuş hasta güvenliği prosedürlerine göre yapılmış bir iş gördüğünde kendilerini takdir etmeleri, önerilerini ciddiye almaları ve kestirme yollar kullanılması gerekse bile daha hızlı çalışmalarını istemeleri hususunda kararsızdır.
- Hemşireler hasta bakımını olumsuz etkileyebilen bir şey gördüklerinde bunu serbestçe dile getirebilmekten, yetkisi daha fazla olan kişilerin karar ve eylemlerini sorgulamaktan ve bir şey doğru gözükmediğinde soru sormaktan bazen çekinmektedir.
- Birlikte çalışması gereken hastane birimleri arasında iyi bir işbirliği bulunması, hastalara en iyi bakımı sağlamak için hastane birimlerinin birlikte iyi çalışması, diğer hastane birimlerinden gelen kişilerle çalışmanın hoş olmaması hususunda hemşirelerin net bir algıları yoktur.
- Hemşirelerin anket boyutlarını oluşturan ifadelerle katılma durumları incelendiğinde; en yüksek katılma yüzdesine sahip ifade “Bu birimde insanlar birbirini destekler” (% 84,3) ifadesidir. Bu ifadeyi “Çalışanlar hasta bakımını olumsuz etkileyebilen bir şey gördüklerinde bunu serbestçe dile getirebilirler” (% 80,0), “Bu birimde olan hatalar hakkında bilgilendiriliriz” (% 80,0), “Bu birimde insanlar birbirine saygılı davranır” (% 78,6) ve “Daha fazla iş yapmak uğruna hasta güvenliğinden asla vazgeçilmez” (% 78,6) ifadeleri izlemektedir.
- Anket boyutlarını oluşturan ifadelerle katılma durumları açısından hemşirelerin en az katıldığı ifade “Bu birimde çalışanlar hasta bakımı

için en iyi olan süreden daha uzun süre çalışırlar” (% 1,4) ifadesidir. Bu ifadeyi sırayla “İş yüküyle başa çıkmak için yeterince personelimiz vardır” (% 12,8), “Çok fazla şeyi çok hızlı yapmaya çalışarak kriz modunda çalışırız” (% 18,6), “Baskı arttığı zaman süpervizörüm/yöneticim kestirme yollar kullanılması gerekse bile daha hızlı çalışmamızı ister” (% 28,6), “Çalışanlar yaptıkları hatalardan dolayı suçlanacaklarını hissederler” (% 31,4) ve “Çalışanlar yetkisi daha fazla olan kişilerin karar ve eylemlerini sorgulamakta kendilerini özgür hisseder” (% 31,4) ifadeleri izlemektedir. Bu sonuçlardan en düşük katılma yüzdesine sahip ifadelerin çoğunun “personel sağlama” boyutuna ait olduğu anlaşılmaktadır.

Araştırma bulgularına dayanılarak aşağıdaki önerilerde bulunulabilir:

- İş yükünü kaldırabilecek nitelik ve nicelikte personel istihdam edilmelidir. Yeterli sayıda olmayan personelin artan iş yükü ve azalan mesleki doyumu tıbbi hataların oluşmasına neden olabileceğinden sağlık kurumları ihtiyaçları doğrultusunda yeterli sayıda sağlık personeli ile hizmet vermelidir.
- Sağlık personelinin çalışma süreleri dengeli bir şekilde düzenlenmelidir. Fazla çalışma saatinin sağlık personelinin verimini düşürebileceği ve hataların oluşmasına neden olabileceği göz önüne alınarak nöbet değişim süreleri ayarlanmalıdır.
- Sağlık hizmetlerinin zamana karşı oldukça duyarlı olması nedeniyle, acil durumlar veya çok fazla şeyin çok hızlı yapılması gerektiği anlar için sağlık personelinin yeterli bilgi ve beceriye sahip olması sağlanmalı, gün geçtikçe gelişen tıp teknolojisi sürekli takip edilmelidir.
- Tıbbi hatalar gizlenip bildirilmedikçe sağlık hizmeti sunumunda var olmaya devam edeceğinden, sağlık personelinin yaptığı hatalardan dolayı suçlanmayacağı, yapılan hataların bildirimini teşvik edileceği

bir kültür oluşturulmalıdır. Tıbbi hatalara yönelik standart bir raporlama sistemi geliştirilmeli ve bilgi paylaşımı ile hastaların da hasta güvenliği faaliyetlerine katılımı sağlanmalıdır.

- Sağlık kurumlarının yöneticileri tekrar tekrar oluşan hasta güvenliği sorunlarını görmezden gelmemeli, hasta güvenliğinden taviz vermemeli, oluşturulmuş hasta güvenliği prosedürlerine göre bir iş gördüğünde sağlık personelinin takdir etmeli ve hasta güvenliğini geliştirmek için çalışanların önerilerini ciddiye almalıdır.
- Sağlık personelinin hasta güvenliğini olumsuz etkileyen bir şeyi gördüğünde bunu serbestçe dile getirmesi sağlanmalı, hasta güvenliğini olumsuz etkileyen faktörlerin önlenmesi için çalışma grupları oluşturulmalıdır.
- Birimler arasındaki iletişim ve sağlık personelinin kendi arasındaki iletişim geliştirilmeli, hastane birimlerinin birbirleri ile iyi bir uyum içinde çalışması sağlanmalıdır. İşlevsel bağımlılığın son derece yüksek olduğu sağlık kurumlarında iyi bir iletişim birçok tıbbi hatayı önleme potansiyeline sahiptir.
- Hasta güvenliğini geliştirmek için değişiklikler yapıldıktan sonra bunların ne kadar etkili olduğu değerlendirilmeli, sağlık personeli ve üst yönetim arasında sağlıklı bir geribildirim mekanizması kurulmalıdır.
- Belirli aralıklarla hasta güvenliği kültürü değerlendirmeleri yapılarak hem hasta güvenliği kültürünün farkındalığı artırılmalı, hem de sorunların daha çok hangi alanlarda olduğu ortaya çıkarılarak çözümlerin yoğunlaştırılması gereken alanlar (iyileştirme yapılacak alanlar) belirlenmelidir.
- Hizmet içi eğitimler vb. yollarla özellikle sağlık kurumuna yeni katılan ve meslekte çalışma süresi kısa olan personele hasta güvenliği kültürü bilinci yerleştirilmelidir.
- Hastanede çalışma süresi, meslekte çalışma süresi, birimde çalışma süresi ve haftalık çalışma süresi daha az olan hemşirelerin ifadelere katılma ortalamalarının genel olarak daha düşük olduğu görülmüştür.

Bunun nedenleri üzerinde çalışmalar yapılmalı ve sonuçlara göre çözümler üretilmelidir.

- Bu araştırma akreditasyon belgesine sahip bir hastanenin kliniklerinde çalışan hemşirelerin algıları değerlendirilerek yapılmıştır. Diğer hastanelerde de nesnel göstergelere dayanan, doktorlar ve diğer sağlık profesyonellerinin hasta güvenliği kültürüne yönelik algılarının değerlendirildiği araştırmalar yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Adams R.E., Boscarino J.A. (2004). A Community Survey of Medical Errors in New York. *Int J Qual Health Care*, 16:353-62.
2. AHRQ (2004). Hospital Survey On Patient Safety Culture. Erişim Tarihi: 01.04.2011, <http://www.ahrq.gov/qual/patientsafetyculture/hospscanform.pdf>
3. AHRQ (2011a). Questions Specific to the Hospital Survey on Patient Safety Culture. Erişim Tarihi: 07.07.2011, <http://www.ahrq.gov/qual/patientsafetyculture/pscfaq.htm#Q9>
4. AHRQ (2011b). Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2011 User Comperative Database Report. Erişim Tarihi: 15.08.2011, <http://www.ahrq.gov/qual/hospsurvey11/hosp11appa.htm>
5. AHRQ (2011c). Surveys on Patient Safety Culture. Safety Culture Dimensions and Reliabilities. Erişim Tarihi: 16.08.2011, <http://www.ahrq.gov/qual/patientsafetyculture/hospdim.htm>
6. Akalın, H.E. (2001). Tıbbi Hatalar: Nedir, Nasıl Önlenebilir? *ANKEM Dergisi*, 15 (No.3): 244-246.
7. Akalın, H.E. (2004a). Medikasyon Hataları. *ANKEM Dergisi*, 18 (Ek 2): 10-11.
8. Akalın, H.E. (2004b). Hasta Güvenliği Kültürü: Nasıl Geliştirebiliriz?. *ANKEM Dergisi*, 18 (Ek 2): 12-13.
9. Akalın, H.E. (2005). Yoğun Bakım Ünitelerinde Hasta Güvenliği. *Yoğun Bakım Dergisi*, 5(3):141-146.
10. Akgün, S., Al-Assaf, A.F. (2007). Sağlık Kuruluşlarında Hasta Güvenliği Anlayışını Nasıl Oluşturabiliriz?. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, Yaz 2007, Sayı:3 s.42- 47.

11. Akyurt, N. (2007). Hastanelerde Akreditasyon Standartları: İstanbul'daki Özel Hastanelerin Radyoloji Yöneticilerinin Standartların Ne Ölçüde Yerine Getirildiği Konusundaki Görüşlerine İlişkin Bir Araştırma. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Yönetim ve Organizasyon Bilim Dalı Doktora Tezi.
12. Altunkan, H. (2009). Hemşirelik Hizmeti Sunan Sağlık Personelinde Malpraktis: Konya Örneği. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. Konya.
13. Ataoğlu, B.T. (2010). Performans Denetiminde Bütçe Kurgusunun Kamuda Kurumsal Kültüre Etkisi. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Isparta.
14. Aydın, B., Gezen, A.K., Gülay, S. (2005). Ulusal Sağlık Akreditasyon Sistemi Yapılandırılıyor. Sağlık Bakanlığı Diyalog Dergisi, Eylül 2005 Sayı:15, s.22-24.
15. Aydın, B. (2008). Akreditasyon ve Hasta Güvenliği. H., Sur. (Ed.), Hasta Güvenliği Yaklaşımları, s.233-264. Medipolitan Eğitim ve Sağlık Vakfı Yayınları, İstanbul.
16. Aydın, B. (2009). Hasta Güvenliği İçin Bilgi Paylaşımı. Sağlık Hizmetlerinde Kalite, Akreditasyon ve Hasta Güvenliği Dergisi, Yıl:1, Sayı:2, s.34-36.
17. Aydın, S. (2011). Sağlık Sisteminde Kalite ve Güvenlik Stratejileri. Erişim Tarihi: 30.01.2011,
http://www.performans.saglik.gov.tr/content/files/performans_yazilari/kalite_gvenlik.pdf.
18. Bayram, M. (2009). Akreditasyon: Kavram ve Tarihçe. Sağlık Hizmetlerinde Kalite, Akreditasyon ve Hasta Güvenliği Dergisi, Yıl:1, Sayı:1, s.16-17.

- 19.** Blendon, Robert J., DesRoches, C.M., Brodie, M., Benson, J.M., Rosen, A.B., Schneider, E., Altman, D.E., Zapert, K., Herrmann, M.J., Steffenson, A.E. Patient Safety: Views of Practicing Physicians and the Public on Medical Errors. N Engl J Med, 2002; Volume 347(24) pp 1933-1940.
- 20.** Bodur, S., Filiz, E. (2009). Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi. Sağlık Hizmetlerinde Kalite, Akreditasyon ve Hasta Güvenliği Dergisi, Yıl:1, Sayı:1, s.12-14.
- 21.** Budak, M. (2008). Hasta Güvenliği Kültürü. H., Sur. (Ed.), Hasta Güvenliği Yaklaşımları, s.193-212. Medipolitan Eğitim ve Sağlık Vakfı Yayınları, İstanbul.
- 22.** Bulun, M. (2009). Hasta Güvenliği ve Sivil Toplum Kuruluşları. Sağlık Hizmetlerinde Kalite, Akreditasyon ve Hasta Güvenliği Dergisi, Yıl:1,Sayı:2 s.6-7.
- 23.** Connelly, L.M. Power, J.L. (2011). On-Line Patient Safety Climate Survey: Tool Development And Lessons Learned. Erişim Tarihi: 03.03.2011, <http://www.ahrq.gov/downloads/pub/advances/vol4/Connelly.pdf>
- 24.** Çakır, A. (2007). Hasta Güvenliği Kültürü İle Kalite Yönetim Sistemi Arasındaki İlişkinin Analizi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Toplam Kalite Yönetimi Anabilim Dalı Toplam Kalite Yönetimi Programı Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
- 25.** Çakır, A., Tütüncü, . (2009). İzmir İli Hastanelerinde Hasta Güvenliği Algısı. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı, Cilt 2: s. 189-204.
- 26.** Çakmakçı, M. (2001). Tıbbi Hatalar: Tanımlar ve Konunun nemi. ANKEM Dergisi, 15 (No.3): 247-249.
- 27.** Çakmakçı, M. (2004). Sağlıkta Yeni Kalite Göstergesi: Hasta Güvenliği ve Tıbbi Hatalar. Sağlık Bakanlığı Diyalog Dergisi, Mayıs 2004 Sayı:2, s.29-31.

- 28.** Çetin, G. (2011). İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri; Yeni Yasalar Çerçevesinde Hekimlerin Hukuki ve Cezai Sorumluluğu, Tıbbi Malpraktis ve Adli Raporların Düzenlenmesi. Erişim Tarihi: 10.02.2011, <http://www.steteskop.net/News-file-print-sid-938.html>
- 29.** Dalton, G. D., Samaropoulos, X.F., Dalton, A.C. (2008) Improvements In The Safety of Patient Care Can Help End the Medical Malpractice Crisis in the United States. Health Policy, Volume 86, Issues 2-3, pp.153-162.
- 30.** Davies J., Hebert P., Hoffman C., Editors. (2003). The Canadian Patient Safety Dictionary. Calgary: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada and Health Canada.
- 31.** Demirbaş, A.R., Bal, E., Barsbay, S. (2005). Başlangıçtan Bugüne Akreditasyon. Sağlık Bakanlığı Diyalog Dergisi, Eylül 2005 Sayı:15, s.17-19.
- 32.** Elbüken, B. (2010). Sağlık Profesyonellerine Yönelik Tıbbi Uygulama Hata İddiası İle Yüksek Sağlık Şurasına Gönderilen Olguların İrdelenmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.
- 33.** El- Jardali, F., Dimassi, H., Jamal, D., Jaafar M., Hemadeh, N. (2011). Predictors and Outcomes of Patient Safety Culture in Hospitals. BMC Health Services Research 2011, 11:45.
- 34.** Encyclopedia of Surgery (2011). Erişim Tarihi:15.02.2011, www.surgeryencyclopedia.com/La-Pa/Medical-Errors.html
- 35.** Erdoğan, Ö.N. (2003). Sağlık Hizmetlerinde Akreditasyon Standartları. Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Dergisi Cilt:23 Sayı:2 ss.95-107.
- 36.** European Commission, 2006. Medical Errors. Erişim Tarihi: 27.02.2011, http://ec.europa.eu/health/ph_information/documents/eb_64_en.pdf

- 37.** Filiz, E. (2009). Hastanede Hasta Güvenliği Kùltürü Algılamasının ve Sağlık Çalışanları ile Toplumun Hasta Güvenliği Hakkındaki Tutumunun Belirlenmesi. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Konya.
- 38.** Fiol, P.A., Gomez, P.A. (2011). Medical Errors: Costly Compromises of Quality Care. Erişim tarihi: 10.03.2011, <http://www.disabled-world.com/medical/errors.php>.
- 39.** Fleming, M., Wentzell, N. (2008). Patient Safety Culture Improvement Tool: Development and Guidelines for Use. Healthcare Quarterly, 11, 10-15.
- 40.** Greenfield, D., Braithwaite, J. (2008). Health Sector Accreditation Research: A Systematic Review. International Journal for Quality in Health Care; Volume 20, Number 3: pp.172-183.
- 41.** Griffin F.A., Haraden, C. (2005). The Healthcare Quality Book: Vision, Strategy And Tools, Washington, Health Administration Press.
- 42.** Gökmen, H., Güleç, S. (2010). Tıbbi Malpraktis Riskinin Yönetiminde Bir Araç Olarak Hekim Mesleki Sorumluluk Sigortaları. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi, Ocak 2010, Sayı:1 s.9-16.
- 43.** Gül, Y. (2011). Avrupa'da Hastane Akreditasyonu. Erişim Tarihi:25.06.2011 <http://www.performans.saglik.gov.tr/content/files/kongre/sunum2/031.pdf>.
- 44.** Güven, R. (2007). Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon Uygulamalarında Hasta Güvenliği Kavramı. 5. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi Kitabı, s: 411-422.
- 45.** Hakeri, H. (2009) Tıp Hukuku. s.303, Seçkin Yayıncılık, İkinci Baskı, Ankara.
- 46.** Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması Dair Yönetmelik. Resmi Gazete Sayı No:27897, 6 Nisan 2011.

- 47.** Institute of Medicine, (1999). To Err Is Human: Building A Safer Health System.
Erişim Tarihi: 20.03.2011, <http://www.iom.edu/~media/Files/Report%20Files/1999/To-Err-is-Human/To%20Err%20is%20Human%201999%20%20report%20brief.pdf>
- 48.** Johnson, K. (2004). Keeping Patients Safe: An Analysis of Organizational Culture and Caregiver Training. *Journal of Healthcare Management*; Vol.49(3) p.171-179.
- 49.** Joint Commission International (2011a). Erişim Tarihi: 20.06.2011,
<http://tr.jointcommissioninternational.org/entr/AccreditationManuals/IAS400/1543>
- 50.** Joint Commission International (2011b). Erişim Tarihi: 01.07.2011,
<http://tr.jointcommissioninternational.org/entr/International-Patient-Safety-Goals/>
- 51.** Karataş, M. Yakıncı, C. (2010). Tıbbi Hata Nedenleri ve Çözüm Yolları. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, sayı: 17(3) s. 233-236.
- 52.** Kaya, S. (2009). Hasta Güvenliği Kültürü Nedir ve Nasıl Geliştirilebilir? Sağlık Hizmetlerinde Kalite, Akreditasyon ve Hasta Güvenliği Dergisi, Yıl:1, Sayı:1, s.32-34.
- 53.** Kesgin, V. (2010). Sağlık Bakanlığı Eğitim Araştırma Hastaneleri İle Devlet Hastanelerinde Hasta Güvenliği Kültürü Algılaması. Erişim Tarihi: 20.08.2011,
<http://www.performans.saglik.gov.tr/content/files/kongre/sunum2/036.pdf>
- 54.** Koraşlı, D. (2010). Sağlık Çalışanlarının Hasta Güvenliği Kültürü Algılamasının Değerlendirilmesi. Erişim Tarihi: 20.08.2011,
<http://www.performans.saglik.gov.tr/content/files/kongre/sunum2/088.pdf>
- 55.** McNutt, A.R., Abrams, R., Aron, C.D. (2002). Patient Safety Efforts Should Focus on Medical Errors. *JAMA*; 287(15): 1997-2001.

- 56.** National Health Service Institute for Innovation and Improvement (2011). SBAR. Erişim: 17.03.2011, http://www.institute.nhs.uk/safer_care/safer_care/Situation_Background_Assessment_Recommendation.html#why
- 57.** National Patient Safety Agency (2004). Seven Step To Patient Safety, The Full Reference Guide, Second Print. Erişim Tarihi: 05.03.2011, www.npsa.nhs.uk/sevensteps
- 58.** Nieva, V.F., Sorra, J. (2003). Safety Culture Assessment: A Tool for Improving Patient Safety in Healthcare Organizations. *Quality and Safety in Health Care*; 12:17-23.
- 59.** Oğuz, Yasemin (2011). Yüksek Riskli Bir Mekân: Sağlık Kuruluşu. Erişim Tarihi: 02.04.2011, <http://www.biyotetik.org.tr/makaleler/Malpraktis/Yasemin.pdf>
- 60.** O'Hagan, J., MacKinnon, N.J., Persaud, D., Etchegary, H. (2009). Self-Reported Medical Errors in Seven Countries: Implications for Canada. *Healthcare Quarterly*;12:55-61.
- 61.** Ovalı, F. (2010). Hasta Güvenliği Yaklaşımları. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, Ocak 2010, Sayı:1 s.33-43.
- 62.** Öcal, İ.E. (2005). JCI Standartları ve Uluslararası Kalite. *Sağlık Bakanlığı Diyalog Dergisi*, Eylül 2005 Sayı:15, s.30-32.
- 63.** Özata, M., Altuncan, H. (2010). Hastanelerde Tıbbi Hata Görülme Sıklıkları, Tıbbi Hata Türleri ve Tıbbi Hata Nedenlerinin Belirlenmesi: Konya Örneği. *Tıp Araştırmaları Dergisi*; 2010; 8 (2): 100-111.
- 64.** Özgönül, L.M. (2010). Türkiye’de Tıp Etiği ve Hukuk Açısından Tıbbi Hata Kavramı. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı Doktora Tezi. Ankara.

65. Özkan, T., Lajunen, T. (2003). Güvenlik Kültürü ve İklimi. Pivolka Dergisi, Yıl: 2, Sayı: 10, s.3-4.
66. Özmen, S. Başol, O. (2010). Hasta Güvenliği Kültürü: Bursa’da Özel Bir Hastane Uygulama Örneği. T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü İkinci Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı, Cilt 1 s. 81-97.
67. Özyurt, N. (2008). 2002-2006 Yılları Arasında Adli Tıp Kurumu 3. İhtisas Kurulunca Görüş Bildirilen Pediatrik Malpraktis İddiası İçeren Kararların İncelenmesi ve Tıbbi Hataların Tespiti. İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü Sosyal Bilimler Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.
68. Palosky, C., Peacock, C., Holland, H. (2011). Five Years After IOM Report on Medical Errors, Nearly Half of All Consumers Worry About The Safety of Their Health Care. Erişim Tarihi: 15.02.2011,
<http://www.kff.org/kaiserpolls/pomr111704nr.cfm>
69. Pakiş, I. (2006). Ölüm ya da Ölü Doğumla Sonuçlanan Tıbbi Uygulama Hatalarına Yaklaşımında Adli Otopsinin Rolü. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Adli Tıp Anabilim Dalı Doktora Tezi. İstanbul.
70. Pittet D., Donaldson L. (2006). Challenging The World: Patient Safety and Health Care-Associated Infection. International Journal for Quality in Health Care; Volume 18, Number 1: pp. 4-8.
71. Pronovost, P., Sexton, B. (2005). Assessing Safety Culture: Guidelines and Recommendations. Quality and Safety in Health Care;14:231–233.
72. Ralston J.D., Larson E.B. (2005). Crossing The Safety: Transforming Healthcare Organizations for Patient Safety. J Postgrad Med;51;61-67.

- 73.** Sağlık Bakanlığı (2011). Sağlık Bakanlığı 2010-2014 Stratejik Planı.
Erişim Tarihi: 17.06.2011,
<http://www.sp.gov.tr/documents/planlar/SaglikBakanligiSP1014.pdf>
- 74.** Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, (2011a). WHO Küresel Hasta Güvenliği Mücadelesi Erişim Tarihi: 10.04.2011,
http://www.performans.saglik.gov.tr/.../hastaguvenlik/kuresel_hasta_guvenligi.doc
- 75.** Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, (2011b). Hastane Hizmet Kalite Standartları. Erişim Tarihi: 12.04.2011,
http://www.performans.saglik.gov.tr/content/files/yayinlar_yeni/hastane_hizmet_kalite_standartlari.pdf
- 76.** Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, (2011c). Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönerge. Erişim Tarihi: 30.06.2011,
<http://www.performans.saglik.gov.tr/index.php?lang=tr&page=46&newsCat=1&newsID=357&newsPage=9>
- 77.** Saraç, Ç. (2007). Tıbbi Uygulama Üzerinde Kurumsal Kültür ve Bireysel Faktörler Arası İlişki. Ortadoğu Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- 78.** Schoen C., Osborn R., Huynh PT., Doty M., Zapert K., Peugh J., Davis, K. (2005). Taking The Pulse of Health Care Systems: Experiences of Patients With Health Problems in Six Countries. *Health Affairs* 2005:509-25.
- 79.** Shaw, C. (2008). Avrupa’da Hastane Akreditasyonunun Geliştirilmesi. Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, Bakanlık Yayın No:736, s.9
- 80.** Soydan, H., Arslan, A. (2010). Bir Eğitim Hastanesinde Görev Yapan Hemşirelerin Birimlerindeki Hasta Güvenliği Konusunu Değerlendirmeleri. İkinci Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, Antalya.

Erişim Tarihi: 17.08.2011,

<http://www.performans.saglik.gov.tr/content/files/kongre/sunum2/068.pdf>

- 81.** Sumwalt, R.L. (2007). Do You Have a Safety Culture? The Journal of Flight Safety Foundation; Volume 2, Issue 7: pp.37-49.
- 82.** Sur, H. (2005). Sağlık Yönetimi Gündeminin Yeni Gözdesi Akreditasyon. Sağlık Bakanlığı Diyalog Dergisi, Eylül 2005 Sayı:15, s.14-16.
- 83.** Sur, H. (2008). Hasta Güvenliği İle İlgili Gelişmeler. H., Sur. (Ed.), Hasta Güvenliği Yaklaşımları, s.41-54. Medipolitan Eğitim ve Sağlık Vakfı Yayınları, İstanbul.
- 84.** Süzük, S. (2011). Türk Sağlık Sisteminde Kaliteden Akreditasyona Giden Yol. Erişim Tarihi: 22.06.2011, http://www.performans.saglik.gov.tr/content/files/performans_yazilari/turk_saglik_sisteminde_kaliteden_akreditasyona_giden_yol.pdf.
- 85.** Şerifoğlu, K., Sungur, E. (2011). Kazaların Habercileri: Kaza Habercisi Olayların Yönetimi ve Sağlık&Güvenlik Kültürü İlişkisi. Erişim Tarihi: 10.03.2011, <http://akademik.maltepe.edu.tr/~eyapicier/Sunu4.Ulusal%20DDSG%20Kongresi,2007,%20Kazalar%FDn%20Habercileri.pdf>.
- 86.** Tak, B. (2010). Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Ana Unsuru Olarak Hasta Güvenliği Sistemlerinin Oluşturulması: Hastaneler İçin Bir Yol Haritası Önerisi. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi, Ocak 2010, Sayı:1 s.33-43.
- 87.** Tarhan, D., Güler, H. (2009). Sınıflandırma, Kalite ve Hasta Güvenliği. Sağlık Bakanlığı Performans, Kalite ve Hasta Güvenliği Ajansı, Ekim 2009, s.34-43.
- 88.** Top, M., Gider, Ö., Taş. Y., Çimen, S. Tarcan, M. (2009). Hekimlerin Tıbbi Hataların Nedenlerine Yönelik Yaklaşımları: Kocaeli İli Örneği. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı, Cilt 2: s. 205-223.

- 89.** Toprak, M. A. (2007). Kurumsal Kültürün Belirlenmesi ve Kobi'lere Yönelik Bir Uygulama. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Doktora Tezi.
- 90.** Türk Eczacıları Birliği, (2011). Güvenlik İçin E-Sağlık. Erişim Tarihi: 25.03.2011, http://www.ekutuphane.teb.org.tr/pdf/raporlar/avrupa_esaglik/4.pdf.
- 91.** Türk Tabipler Birliği Malpraktis Bildirgesi (2010). Türk Tabipler Birliği Yayınları Türk Tabipler Birliği Etik Bildirgeleri. Birinci Baskı, s.22-23. Ankara. Erişim Tarihi: 10.02.2011, http://www.ttb.org.tr/kutuphane/etik_bldgeler2010.pdf.
- 92.** Türköz, Y. (2011). Türk Hastanelerine Özgü Bir Kalite Modeli Oluşturulabilir mi? Erişim Tarihi: 21.06.2011, <http://www.merih.net/m1/wyturk02.htm>.
- 93.** Tütüncü, Ö., Küçükusta, D., Yağcı, K. (2007). Toplam Kalite Yönetimi Kapsamında Hasta Güvenliği Kültürü ve Bir Ölçme Aracı. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Cilt 9; Sayı:1, s. 519-533.
- 94.** Tütüncü, Ö., Küçükusta D. (2008). Tedarik Zinciri Entegrasyonu ve Hasta Güvenliği İlişkisinin Analizi. Dokuz Eylül Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi, Cilt 9, Sayı:1, s. 93-106.
- 95.** VanGeest, B.J., Cummins, S.D. (2003). An Educational Needs Assessment for Improving Patient Safety. National Patient Safety Foundation. Erişim Tarihi:15.06.2011, <http://www.npsf.org/download/EdNeedsAssess.pdf>
- 96.** Walcque De C., Seuntjens, B., Vermeyen K., Peeters, G., Vinck, I. (2008). Comparative Study of Hospital Accreditation Programs in Europe. KCE Reports 70C, Belgian Health Care Knowledge Centre. Erişim Tarihi: 15.06.2011, http://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/d20081027303.pdf
- 97.** Wolf, Z.R., Hughes, G.R. (2011). Error Reporting and Disclosure. Erişim Tarihi: 17.06.2011, http://www.ahrq.gov/qual/nursesbdbk/docs/WolfZ_ERED.pdf.

- 98.** WHO (2004). World Alliance for Patient Safety Forward Programme, France.
- 99.** WHO(2005). World Alliance for Patient Safety. Global Patient Safety Challenge 2005-2006: Clean Care is Safer Care, Geneva.
- 100.** WHO (2008). Summary of The Evidence on Patient Safety: “Implication For Research”, Spain.
- 101.** WHO (2011a). WHO Global Patient Safety Challenge: Tackling Antimicrobial Resistance. Erişim Tarihi: 07.04.2011,
<http://www.who.int/drugresistance/activities/en/>
- 102.** WHO (2011b). Safe Surgery Saves Lives. Erişim Tarihi: 07.04.2011,
<http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/en/index.html>
- 103.** WHO (2011c). Patients for Patient Safety. Erişim Tarihi: 09.06.2011,
http://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/en/
- 104.** Yıldırım, A. (2008a). Tıbbi Hatalar ve Alınabilecek Tedbirler. H. Sur. (Ed.), Hasta Güvenliği Yaklaşımları, s.103-113. Medipolitan Eğitim ve Sağlık Vakfı Yayınları, İstanbul.
- 105.** Yıldırım, Ö. (2008b). Sağlık Kuruluşlarında İnsan Faktörü Mühendisliğinin Önemi ve Hasta Güvenliği Alanında Uygulama Örnekleri. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları Yöneticiliği Anabilim Dalı Doktora Tezi. İstanbul.
- 106.** Yıldız, A. (2010). Akreditasyon Belgesine Sahip Bir Hastanede Çalışan Hemşirelerin Akreditasyonun Hizmet Kalitesine Etkisi Hakkındaki Algıları. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi Programı Yüksek Lisans Tezi. Ankara.

107. Yılmaz, A. (2009). Hemşirelerin İlaç Hataları Bildirimi Önündeki Engellere İlişkin Algıları. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi Programı Doktora Tezi, Ankara.

108. Yılmaz, D. (2007). Toplumsal Kültürün Kurumsal Kültür ve İnsan Kaynakları Uygulamaları Üzerine Etkileri: Türkiye’de Kurulmuş Alman Firmalarında Bir Araştırma. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ HASTANE ANKETİ

Bu ankette hastanenizdeki hasta güvenliği, tıbbi hata ve olay raporlama konusundaki düşünceleriniz sorulmaktadır.

- “*Olay*”, hastanın zarar görmesiyle sonuçlansın ya da sonuçlanmasın, herhangi bir hata, yanlış, kaza ya da sapma olarak tanımlanmaktadır.
- “*Hasta Güvenliği*”, sağlık bakım hizmeti verilmesi süreçlerinden kaynaklanan hasta yaralanmaları ya da istenmeyen olayları önleme olarak tanımlanmaktadır.

BÖLÜM A: Çalışma Alanınız / Biriminiz

Bu ankette, “biriminizi” hastanede çalışma zamanınızın çoğunu geçirdiğiniz ya da klinik hizmetlerinizi en çok sunduğunuz çalışma alanı, bölüm ya da klinik alan olarak düşününüz.

Hastanedeki birincil (başlıca) çalışma alanınız ya da biriminiz nedir? BİR daireyi doldurarak cevap veriniz.

- a. Birçok farklı klinik / Belirli bir klinik yok
- b. Dahiliye
- c. Genel Cerrahi
- d. Kalp-Damar Cerrahisi
- e. Çocuk Cerrahisi
- f. Beyin Cerrahisi
- g. Kadın Hastalıkları ve Doğum
- h. Kardiyoloji
- i. Nöroloji
- j. Gastroenteroloji
- k. Üroloji
- l. VIP
- m. Diğer, Lütfen belirtiniz.
-

Lütfen çalışma alanınız/biriminiz ile ilgili olarak aşağıdaki ifadelere katılıp katılmadığınızı belirtiniz. Daireyi doldurarak cevabınızı işaretleyiniz.

Çalıştığınız alanı/birimi düşünerek cevaplayınız.	Ne Katılıyorum				
	Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne De Katılmıyorum	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1. Bu birimde insanlar birbirlerini destekler.....	①	②	③	④	⑤
2. İş yüküyle başa çıkmak için yeterince personelimiz vardır.....	①	②	③	④	⑤
3. Hızlı bir şekilde bitirilmesi gereken pek çok iş olduğunda, işi bitirmek için takım olarak beraber çalışırız.	①	②	③	④	⑤
4. Bu birimde insanlar birbirine saygılı davranır.. ..	①	②	③	④	⑤
5. Bu birimde çalışanlar hasta bakımı için en iyi olan süreden daha uzun süre çalışırlar. ..	①	②	③	④	⑤
6. Hasta güvenliğini geliştirmek için aktif olarak çalışmalar yapıyoruz.. ..	①	②	③	④	⑤
7. Hasta bakımı için gerekenden fazla geçici personel çalıştırıyoruz.. ..	①	②	③	④	⑤
8. Çalışanlar, yaptıkları hatalardan dolayı suçlanacaklarını hissederler.....	①	②	③	④	⑤
9. Burada, hatalar olumlu değişikliklere yol açmıştır.....	①	②	③	④	⑤

BÖLÜM A: Çalışma Alanınız / Biriminiz

Çalıştığınız alanı/birimi düşünerek cevaplayınız.	Hiç		Ne		Tamamen	
	Katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılmıyorum
10. Burada, sadece şans eseri daha ciddi hatalar oluşmamaktadır.....	①	②	③	④	⑤	
11. Birim içinde bir çalışma alanı aşırı yoğunlaştığında, diğerleri yardım ederler.....	①	②	③	④	⑤	
12. Bir olay rapor edildiğinde, problemin değil, kişinin rapor edildiği hissedilir.....	①	②	③	④	⑤	
13. Hasta güvenliğini geliştirmek için değişiklikler yaptıktan sonra bunların ne kadar etkili olduğunu değerlendiririz.	①	②	③	④	⑤	
14. Çok fazla şeyi, çok hızlı yapmaya çalışarak "kriz modunda" çalışırız.	①	②	③	④	⑤	
15. Daha fazla iş yapmak uğruna hasta güvenliğinden asla vazgeçilmez.	①	②	③	④	⑤	
16. Çalışanlar, yaptıkları hataların, kişisel dosyalarında tutulduğundan endişe duyarlar.	①	②	③	④	⑤	
17. Bu birimde hasta güvenliği ile ilgili problemler vardır.	①	②	③	④	⑤	
18. Bizim prosedürlerimiz ve sistemlerimiz hataların meydana gelmesini önlemede iyidir.....	①	②	③	④	⑤	

BÖLÜM B: Süpervizörünüz / Yöneticiniz

Süpervizörünüz/yöneticiniz ya da doğrudan rapor verdiğiniz kişi hakkında aşağıdaki ifadelere katılıp katılmadığınızı daireyi doldurarak belirtiniz.

	Hiç		Ne		Tamamen	
	Katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılmıyorum
1. Süpervizörüm/yöneticim, oluşturulmuş hasta güvenliği prosedürlerine göre yapılmış bir iş gördüğünde takdir eder.....	①	②	③	④	⑤	
2. Süpervizörüm/yöneticim, hasta güvenliğini geliştirmek için çalışanların önerilerini ciddiye alır.	①	②	③	④	⑤	
3. Baskı arttığı zaman, süpervizörüm/yöneticim kestirme yollar kullanılması gerekse bile daha hızlı çalışmamızı ister.	①	②	③	④	⑤	
4. Süpervizörüm/yöneticim, tekrar tekrar oluşan hasta güvenliği sorunlarını görmezden gelir.	①	②	③	④	⑤	

BÖLÜM C: İletişim

Çalışma alanınızda/biriminizde aşağıdakiler ne sıklıkta oluyor? Daireyi doldurarak cevabınızı işaretleyiniz.

	Hiçbir zaman ▼	Nadiren ▼	Bazen ▼	Çoğu zaman ▼	Her zaman ▼
Hastanede çalıştığınız alanı/birimi düşünerek cevaplayınız.					
1. Olay raporlarına dayanarak yapılan değişiklikler hakkında geri bildirim alıyoruz.....	①	②	③	④	⑤
2. Çalışanlar, hasta bakımını olumsuz etkileyebilen bir şey gördüklerinde, bunu serbestçe dile getirebilirler.	①	②	③	④	⑤
3. Bu birimde olan hatalar hakkında bilgilendiriliriz.	①	②	③	④	⑤
4. Çalışanlar, yetkisi daha fazla olan kişilerin karar ve eylemlerini sorgulamakta kendilerini özgür hisseder.	①	②	③	④	⑤
5. Bu birimde, hataların tekrar olmasını engelleme yollarını tartışırız.	①	②	③	④	⑤
6. Çalışanlar, bir şey doğru gözükmediğinde, soru sormaktan korkarlar.	①	②	③	④	⑤

BÖLÜM D: Rapor Edilen Olayların Sıklığı

Çalışmakta olduğunuz hastane alanında / biriminde, aşağıda belirtilen hatalar olduğunda, ne sıklıkla rapor edilmektedir? Daireyi doldurarak cevabınızı işaretleyiniz.

	Hiçbir zaman ▼	Nadiren ▼	Bazen ▼	Çoğu zaman ▼	Her zaman ▼
1. Bir hata yapıldığında, ancak <i>hastayı etkilemeden fark edilip, düzeltilmediğinde</i> , ne sıklıkla rapor edilmektedir?	①	②	③	④	⑤
2. Bir hata yapıldığında, ancak <i>hastaya zarar verme potansiyeli olmadığında</i> , ne sıklıkla rapor edilmektedir?	①	②	③	④	⑤
3. Hastaya <i>zarar verebilecek</i> bir hata yapıldığında, fakat hastaya zarar vermediğinde, ne sıklıkla rapor edilmektedir?....	①	②	③	④	⑤

BÖLÜM E: Hasta Güvenliği Derecesi

Lütfen hastanedeki çalışma alanınızı / biriminizi hasta güvenliği açısından genel olarak değerlendiriniz. BİR cevap işaretleyiniz.

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

BÖLÜM F: Hastaneniz

Lütfen hastanenizle ilgili olarak aşağıdaki ifadelere katılma derecenizi belirtiniz. Daireyi doldurarak cevabınızı işaretleyiniz.

Hastanenizi düşünerek cevaplayınız.	Hiç		Ne		Tamamen
	Katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum	Katılıyorum
	▼	▼	▼	▼	▼
1. Hastane yönetimi hasta güvenliğini artıran bir çalışma atmosferi sağlamaktadır	①	②	③	④	⑤
2. Hastane birimleri birbirleri ile eşgüdümlü (iyi bir uyum içinde) çalışmamaktadır	①	②	③	④	⑤
3. Hastalar bir birimden diğerine nakledilirken bazı şeyler ihmal edilir, gözden kaçırılır, kaybedilir.	①	②	③	④	⑤
4. Birlikte çalışması gereken hastane birimleri arasında iyi işbirliği vardır.....	①	②	③	④	⑤
5. Nöbet değişimleri sırasında, hasta bakımıyla ilgili önemli bilgiler çoğu zaman kaybolur.....	①	②	③	④	⑤
6. Diğer hastane birimlerinden gelen kişiler ile çalışmak genellikle hoş olmamaktadır.....	①	②	③	④	⑤
7. Hastane birimleri arasında bilgi alışverişinde sıklıkla problemler oluşur.	①	②	③	④	⑤
8. Hastane yönetiminin faaliyetleri, hasta güvenliğinin üst düzey bir öncelik olduğunu göstermektedir.....	①	②	③	④	⑤
9. Hastane yönetimi, sadece istenmeyen bir olay olduğunda hasta güvenliği ile ilgileniyor gibi gözükmektedir	①	②	③	④	⑤
10. Hastalara en iyi bakımı sağlamak için hastane birimleri birlikte iyi çalışmaktadır.	①	②	③	④	⑤
11. Bu hastanede, nöbet değişimleri hastalar açısından problemlidir.....	①	②	③	④	⑤

BÖLÜM G: Raporlanan Olay Sayısı

Son 12 ay içinde kaç tane olay raporu doldurup idarecilerinize verdiniz? BİR cevabı işaretleyiniz.

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> a. 0 olay raporu | <input type="radio"/> d. 6-10 |
| <input type="radio"/> b. 1-2 | <input type="radio"/> e. 11-20 |
| <input type="radio"/> c. 3-5 | <input type="radio"/> f. 21 ya da daha fazla olay raporu |

BÖLÜM H: Kişisel Bilgiler

Bu bilgiler anket sonuçlarının analizinde yardımcı olacaktır. Daireyi doldurarak cevabınızı işaretleyiniz.

1. Kaç yıldır bu hastanede çalışıyorsunuz?

- a. 1 yıldan az d. 11-15 yıl arası
 b. 1-5 yıl arası e. 16-20 yıl arası
 c. 6-10 yıl arası f. 21 yıl veya daha fazla

2. Şu anda çalıştığınız alanda/birimde kaç yıldır çalışıyorsunuz?

- a. 1 yıldan az d. 11-15 yıl arası
 b. 1-5 yıl arası e. 16-20 yıl arası
 c. 6-10 yıl arası f. 21 yıl veya daha fazla

3. Bu hastanede, genellikle haftada kaç saat çalışıyorsunuz?

- a. Haftada 20 saatten az d. Haftada 60-79 saat arası
 b. Haftada 20-39 saat arası e. Haftada 80-99 saat arası
 c. Haftada 40-59 saat arası f. Haftada 100 saat veya daha fazla

4. Hastanedeki göreviniz nedir? Pozisyonunuzu en iyi tanımlayan cevabı işaretleyiniz.

- a. Uzman Hekim
 b. Pratisyen Hekim
 c. Fizyoterapist
 d. Hemşire
 e. Klinik sekreteri
 f. Hasta bakıcı
 h. Diğer (Belirtiniz).....

5. Bulduğunuz görevde, genellikle hastalarla doğrudan etkileşim ve temas içinde misiniz?

- a. EVET
 b. HAYIR

6. Şu andaki uzmanlık alanınızda ya da mesleğinizde kaç yıldır çalışıyorsunuz?

- a. 1 yıldan az d. 11-15 yıl arası
 b. 1-5 yıl arası e. 16-20 yıl arası
 c. 6-10 yıl arası f. 21 yıl veya daha fazla

BÖLÜM I: Yorumlarınız

Lütfen hastanenizdeki hasta güvenliği, tıbbi hatalar ve olay raporlama konularındaki düşüncelerinizi ve yorumlarınızı yazmaktan çekinmeyiniz.

ANKETE KATILDIĞINIZ İÇİN TEŞEKKÜR EDERİZ.



HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
ANKARA

Yazı İşleri Müdürlüğü

Sayı : B.30.2.HAC.0.70.00.01/431-3250

Konu :

06.12.10

İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dekanlığına,

İlgi: 01.11.2010 tarih ve 1246 sayılı yazınız.

Fakülteniz Sağlık İdaresi Bölümü öğretim üyesi **Prof.Dr. Sıdıka KAYA**'nın sorumlu araştırmacısı olduğu; "**Akreditasyon belgesine sahip bir hastanede hasta güvenliği kültürünün değerlendirilmesi**" başlıklı ve 410.01-3046 başvuru nolu proje, Üniversitemiz Senatosu Etik Komisyonunun 29 Kasım 2010 tarihinde yapmış olduğu toplantıda incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini saygılarımla rica ederim.

Sıdıka KAYA

9

Ek: Tutanak

Prof.Dr. Sevil GÜRGAN
Rektör a.
Rektör Yardımcısı

