

T.C  
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE GÖREV YAPAN  
HEKİM ve HEMŞİRELERİN HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜNE İLİŞKİN  
ALGILAMALARI

ŞULE AYDIN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİKTE YÖNETİM ANABİLİM DALI

DANIŞMAN ÖĞRETİM ÜYESİ  
PROF. DR. SELMA DOĞAN

EYLÜL 2010  
SİVAS

Bu çalışma Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanmış ve jürimiz tarafından Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı'nda yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan Prof. Dr. Selma Doğan



Üye Doç. Dr. Şerife Karagözoğlu

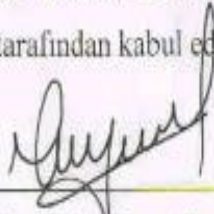


Üye Yrd. Doç. Dr. Meral Kelleci



#### ONAY

Bu tez çalışması, 23/09/2010 tarihinde Enstitü Yönetim Kurulu tarafından belirlenen ve yukarıda imzaları bulunan jüri üyeleri tarafından kabul edilmiştir.



Prof. Dr. Tijen Kaya Temiz

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

MÜDÜRÜ

Bu tez Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu'nun 24.09.2008 tarihli ve 007 sayılı toplantısında kabul edilen Fen/Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzu adlı yönergeye göre hazırlanmıştır.

## ÖZET

### BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE GÖREV YAPAN HEKİM ve HEMŞİRELERİN HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜNE İLİŞKİN ALGILAMALARI

ŞULE AYDIN

Yüksek Lisans Tezi, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı

Danışman: Prof. Dr. Selma DOĞAN

2010, 104 sayfa

Bu çalışma, hekim ve hemşirelerin hasta güvenliği kültürüne ilişkin algılarını ve ilişkili olabilecek faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırmanın örneklemini, 15 Mart-15 Mayıs 2009 tarihleri arasında bir üniversite hastanesinde görev yapan 172 hekim ve 136 hemşire oluşturmuştur. Çalışmada kullanılan veri toplama formlarını uygulamadan önce hekim ve hemşireler ile ön görüşme yapılmış, çalışma hakkında bilgi verilerek çalışmaya katılım onamları alınmıştır.

Araştırmada, orijinali Texas Üniversitesi'nden Sexton ve Thomas (2004) tarafından geliştirilen "Patient Safety Climate Questionnaire" (Hasta Güvenliği Kültürü Değerlendirme Ölçüm Aracı) kullanılmıştır. Hasta Güvenliği Kültürü Değerlendirme Ölçüm Aracı; hasta güvenliği kültürüne ilişkin kişilerin algılarını incelemektedir. Ölçüm aracının Ülkemiz için geçerlik ve güvenilirlik çalışması, Tütüncü ve arkadaşları tarafından 2007 yılında yapılmıştır. Form 19 sorudan oluşmaktadır ve ifadeler 5'li likert tipinde düzenlenmiştir.

Araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesi SPSS 15.0 programı kullanılarak yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde varyans analizi, tukey testi, iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi ve frekans analizi kullanılmıştır.

Araştırmada, hekim ve hemşirelerin hasta güvenliği kültürü (HGK) puanları orta düzeyde (3.25= ne katılıyorum, ne katılmıyorum) bulunmuştur. Hekimlerin HGK puanları (60.44±13.52) hemşirelerin puanları ise (63.58 ±12.40) bulunmuştur. Meslek grupları içerisinde en düşük puanın araştırma görevlisi hekimlere, (59.51±13.04)

ardından da servis hemşirelerine (61.10±9.82) ait olduğu saptanmıştır. HGK puanı düşük bulunan grupların çoğunluğu 1-5 yıldır hastanede çalışmaktadır. Ayrıca bireylerin hasta güvenliği konusunda yeterince eğitim almadıkları ve bilgilendirilmedikleri saptanmış olup, HGK konusunda bilgisi olmayanların puanı diğerlerinden düşük bulunmuştur. Çalışmada kurumda hastaya zarar veren ya da vermeyen hatalı olayların yeterince rapor edilmediği ve rapor edilmesinden de bireylerin aleyhlerine kullanılacağı ya da siciline işleneceği endişesi duyduğu saptanmış, puanlar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. HGK ölçüm aracı frekans dağılımında; en düşük puanın “Hasta olsaydım burada kendimi güvende hissederdim” maddesine ( 2,65 puan), en yüksek puan ise “Birimimizde yapılan hatalardan ders çıkarırız” maddesine verildiği tespit edilmiştir (4,25 puan).

Sonuç olarak; Hekim ve hemşirelerin, hastanenin güvenlik kültürü ile ilgili algıları genel olarak yetersiz olup, özellikle doğrudan hasta bakımı ve tedavisinde görev alan araştırma görevlisi hekimler ve klinik hemşireler kurumun hasta güvenliği kültürünü en yetersiz algılayan gruptur. Bu doğrultuda, hekim ve hemşireler öncelikli olmak üzere tüm personelin hasta güvenliği kültürü algısını geliştirmek için kurumda kalite ve güvenlik çalışmalarına hız verilmesi ve personel için güven artırıcı çalışmalar yapılması gerektiği söylenebilir.

Anahtar Kelimeler: Hasta Güvenliği, Hasta Güvenliği Kültürü, Hekim ve Hemşire Algılaması

## ABSTRACT

### PERCEPTIONS OF PATIENT SAFETY CULTURE BY PHYSICIANS AND NURSES WHO ARE WORKING AT A UNIVERSITY HOSPITAL

ŞULE AYDIN

Master of Science Thesis, Department of Management Nursing

Supervisor: Assist. Prof. Dr. Selma DOĞAN

2010, 104 pages

This descriptive study was carried out in order to determine the perceptions of patient safety culture and its related factors by physicians and nurses.

The universe of the study were 172 physicians and 136 nurses who are working at a university hospital between March 15 - May 15 in 2009. Before applying data collection tool, physicians and nurses were first approached in order to provide information about the study. Respondents gave verbal consent for the participation to the study.

Data collection tool of the study was “Patient Safety Climate Questionnaire” which was originally developed by Sexton ve Thomas (2004) in Texas University. This tool evaluates the perceptions of patient safety climate of people. The reliability and validity studies of the questionnaire was performed by Tütüncü et al in 2007 in Türkiye. The questionnaire is a five-point Likert scale and consists of 19 questions.

SPSS 15.0 was used for the evaluation of data and variance analysis, tukey test, t test and frequencies were used for the statistical analysis.

The patient safety climate (PSC) points of physicians and nurses were found to be at medium level ( 3.25, neither agree nor disagree). PSC points of physicians and nurses were (60.44±13.52; 63.58 ±12.40) respectively. It was found that the physicians who are research assistants had lowest points (59.51±13.04) followed by clinical nurses (61.10±9.82). The majority of the people who had low PSC points were working at the hospital between 1-5 years. It was also determined that participants did not receive adequate training on patient safety. In the study it was found that the reporting of malpractice or adverse events are not adequate whether it is harmful or not. The reasons

for not reporting malpractice or adverse events were the concern of proceeding against person reporting the event. In the questionnaire, the items which had the lowest points was “if I were a patient I would feel safe here” ( 2,65 point), and the highest points was “we learn from our mistakes” (4,25point).

In conclusion, the perceptions of physicians and nurses regarding patient safety culture of the hospital were generally insufficient. Especially the research assistants and clinical nurses, who are directly responsible from patient care, perceived the patient safety culture insufficient. Therefore it was suggested that the perception of all healthcare personnel about patient safety culture and quality and safety studies should be enhanced and priority should be given to the physicians and nurses.

Key words: patient safety, patient safety culture, perceptions of physicians and nurses

## TEŞEKKÜR

Çalıőmamın öğrenmek için olduğunu idrak ettiren Sayın Hocam ve Tez Danıőmanım Prof. Dr. Selma Doğan'a, istatistik çalıőmalarımnda verilerin yorumlanmasındaki katkılarından dolayı Değerli Hocam Yrd. Doç. Dr. Ziyet Çınar'a, lisans ve yüksek lisans eğitimim sırasında gelişimime katkı veren tüm Hocalarıma ve benden yardımlarını, desteğini, sabrını esirgemeyen Arkadaőlarım Ergül Koçak ve Aysun Dinçer 'e, her zaman her koşulda yanımda olan Sevgili Kardeőlerim Zuhal, Murat ve Ceyhun'a ve bugünlere gelmemi sağlayan hayatımdaki en büyük desteğim Annem őaziye Aydın ve Babam Senati Aydın'a teőekkürü bir borç bilirim.

şule Aydın



İÇİNDEKİLER	Sayfa No
I.GİRİŞ ve PROBLEMİN TANIMI.....	1
II.ARAŞTIRMANIN AMACI.....	8
III.GENEL BİLGİLER.....	9
1.Kültür.....	9
2. Kurum Kültürü.....	10
2.1.Kurum İklimi.....	12
2.2.Kurum Kültürünün Temel Özellikleri.....	13
3.Hasta Güvenliği.....	16
3.1.Hasta Güvenliği Göstergeleri.....	17
3.2.Hasta Güvenliğinde Hemşirenin Sorumlulukları.....	21
3.3.Güvenlik Kültürü.....	22
4.Hasta Güvenliği Kültürü.....	24
4.1.Hasta Güvenliği Kültürünü Geliştirmek İçin Yapılması Gerekenler.....	27
4.2.Bildirilmesi Gereken Olaylar.....	31
4.3.Hasta Güvenliği Kültürünü Geliştirmede Hemşirenin Sorumluluğu.....	32
IV.ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ	
1.Araştırmanın Şekli .....	36
2.Araştırmanın Yeri.....	36
3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	37
4.Verilerin Toplanması.....	37
4.1.Veritoplama Araçları.....	37
a)Kişisel Bilgi Formu.....	37
b)Hasta Güvenliği Kültürü Ölçüm Aracı.....	37
4.2.Etik Boyut.....	38
5.Veritoplama Formlarının Uygulanması.....	38
6.Verilerin Değerlendirilmesi.....	38
V.BULGULAR.....	40
VI.TARTIŞMA.....	54
VII.SONUÇLAR.....	68
VIII.ÖNERİLER.....	71

	Sayfa No
İÇİNDEKİLER	
KAYNAKLAR.....	72
EKLER.....	86
ÖZGEÇMİŞ.....	90

## **KISALTMALAR**

IOM	Institute of Medicine
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations
NPSA	National Patient Safety Agency
WHO	World Health Organization
NHS	National Health Service
AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality

## TABLolar LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 1. Bireylerin Demografik ve Mesleki Özelliklerine Göre Dağılımı (n=308)....	41
Tablo 2. Bireylerin Hasta Güvenliği Yönünden Hastaneyle İlgili Değerlendirmelerine Göre Dağılımı (n=308).....	43
Tablo 3. Hasta Güvenliği Kültürü Genel Puan Ortalaması (n:308).....	46
Tablo 4. Bireylerin Demografik Özelliklerine Göre Hasta Güvenliği Kültürü Puan Dağılımı (n=308).....	47
Tablo 5. Bireylerin Hasta Güvenliği Yönünden Hastaneyle İlgili Değerlendirmelerine Göre Hasta Güvenliği Kültürü Puan Ortalamaları (n=308).....	49
Tablo 6. Hasta Güvenliği Kültürü Ölçme Aracı Maddeleri Frekans Dağılımı (n=308).....	52

## I.GİRİŞ ve PROBLEMİN TANIMI

Sağlık hizmetleri karmaşık yapılar olup son yıllarda bilim ve teknolojiye gelişmeler, hasta haklarına yönelik çalışmalar, sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması ile ilgili çalışmaları hızlandırmıştır (Kathuria 2007). Sağlık hizmetlerinin sunumundaki yetersizlikler ve hatalardan kaynaklanan insan yaşamı ile ilgili ciddi sonuçlar, sağlık hizmetlerinde kalite kavramının önemini artırmıştır (Akgün 2007; Akalın 2004; Tütüncü, 2006). Diğer yandan giderek karmaşık hale gelen sağlık hizmetlerinde hatalı uygulamalarda da bir artış görülmektedir. Tıbbi hatalar yanlış uygulamaları kapsayabileceği gibi (örneğin; yanlış ilaç uygulaması, yetersiz antibiyotik dozu verilmesi, hastaya yanlış ya da uygun olmayan malzeme kullanılması, ameliyat sırasında yabancı cisim unutulması vb.) hastaların düşmesi, iletişim eksikliğinden kaynaklı hataların yapılması, transfüzyon hataları, kimlik hataları, hastane enfeksiyonları şeklinde de olabilir. Bu nedenle son yıllarda sağlık hizmetlerinin sunumunda “hasta güvenliği” kavramından sözedilmeye başlanmıştır (Feng, 2008; Akgün, 2007; Aştı ve Acaroğlu, 2000). Günümüzde hastaya verilecek zararı önlemek sağlık profesyonelleri için önemli bir öncelik haline gelmiştir.

(Connelly and Powers,

<http://www.ahrq.gov/downloads/pub/advances/vol4/Connelly.pdf> E.T:11.01.2010 )

Hasta güvenliği; sağlık hizmetine bağlı hataların önlenmesi ve bu hataların neden olduğu hastaya yönelik hasarların ortadan kaldırılması veya azaltılmasıdır (Akalın 2004). Bir başka deyişle hasta güvenliği, sağlık hizmetlerinin kişilere vereceği olası zararı önlemek amacıyla sağlık kuruluşları ve bu kuruluşlardaki çalışanlar tarafından alınan önlemlerin tamamıdır (Güven, 2007). Tanımlarda da görüldüğü gibi; hasta güvenliği tanımında “öncelikle zarar vermeme” ilkesi yer almaktadır (Sezgin, 2007). IOM’ ye (Institute of Medicine) göre hasta güvenliği; hataların olmaması değil, kazara yaralanmaların olmamasıdır. Bu nedenle birçok uzman, hataların yerine yaralanmaların sayısına odaklanmanın daha mantıklı olduğuna inanmaktadır (Leape, 2008).

Hasta güvenliğiyle ilgili olarak 2000 yılında IOM tarafından iki rapor yayınlanmıştır. “To Err is Human” (hatalar insanlar içindir) adlı bu rapor, daha güvenli bir sağlık sistemi oluşturmak için hasta güvenliği sorununa olan farkındalığı artırmıştır. Yine bu raporda, ABD’de 44.000- 98.000 kişinin doğrudan tıbbi hatalar sonucu öldüğü bildirilmiştir (Erlen, 2007; Institute of Medicine Report, 2000). Hasta güvenliği için büyük risk oluşturan hataların dağılımına bakıldığında; Uluslararası Akreditasyon

Birleşik Komisyonu'na (JCAHO) Eylül 2005 yılında 3343 hastaneden bildirilen tıbbi hataların değerlendirilmesinde; hataların % 12,8'inin ameliyat öncesi ve sonrası komplikasyonlara bağlı ortaya çıktığı, % 12,5' inde yanlış taraf ameliyatı uygulaması, % 10,5' inin ilaç reaksiyonlarına bağlı olduğu, %7.6'sının ise tedavide gecikmelerden kaynaklandığı ortaya çıkmıştır. (Akgün, 2007; [www.jointcommunication.org](http://www.jointcommunication.org)). Ülkemizde Boran ve ark. (2009) tarafından bir üniversite hastanesinde yapılan bir çalışmada; hemşirelerin doktor istem alma uygunsuzlukları % 11,6, ilaç uygulama uygunsuzlukları % 11,6, sıvı-izlem uygunsuzlukları % 11,0 hasta girişimi uygunsuzluğu % 7,6 olarak bulunmuştur. Yine Ovayolu ve ark. (2009) tarafından yapılan bir çalışmada; hemşirelerin % 46,4'ünün hastalar için kimlik tanımlayıcı bileklik kullanmadığı, % 66,0'ının yüksek riskli ilaçlar için alınan önlemleri bilmediği, % 100'ünün hastaların bağımlılık düzeyine göre alınması gereken önlemleri bilmediği, % 64,1'inin hasta yaralanmalarına karşı herhangi bir önlem almadığı belirlenmiştir.

Sağlık hizmetlerinde istem dışı gelişen olaylardan en önemlisi ilaç uygulama hatalarıdır. ABD'de yapılan bir çalışmada; hemşirelik uygulamalarında hatalı ilaç verme olayı 1000 olayda 227'dir (Leape, 2008). Bir diğer çalışmada, altı aylık süre boyunca yazılan kaza raporlarında ilaç uygulama hata oranları % 51 olarak bulunmuştur (Antonow, 2000). Erlen'den (2007) alındığına göre; Budnitz ve arkadaşları; acil servise müracaat eden 65 yaş ve üstü kişilerin ölüm oranındaki artışın doğrudan yanlış ilaç uygulamasından kaynaklandığını belirtmişlerdir. Bir başka çalışmada; raporlanan hastane kazalarının % 18'inin ilaç uygulama hatalarıyla ilgili olduğu görülmüştür (Mayo ve Duncan, 2004). Bu hataların ABD sağlık sigortası programına maliyetininin 2004–2006 yılları arasında 8.8 milyar dolar olduğu belirtilmektedir (Feng ve Bobay, 2008).

Yine Amerika Birleşik Devletleri'nde her yıl ilaca bağlı en az 1,5 milyon önlenebilir yan etki olduğu, bu sayının gerçekte çok daha fazla olabileceği belirtilmektedir (Institute of Medicine Report, 2006). Ülkemizde Durmaz (2007) tarafından yapılan çalışmada; hastaların hemşirelik öykü formu ve hemşire gözlem formundaki kayıtlarının yarısından fazlasında (% 66,0) ilaç hatası saptanmıştır. Yine Ülkemizde ilaç uygulama hatalarına yönelik sınırlı sayıdaki çalışmalardan birinde (1986) hemşirelerin ilaç uygulama hata oranı % 46.24 olarak belirlenmiştir (<http://www.turkhemsirelerdernegi.org.tr/menu/saglik-guncel/thd-sagligin-sesi> E.T:28.03.2010). Türkiye'de bu konuda fazla çalışma yapılmamış olmakla birlikte, Aştı ve arkadaşları (2000) tarafından yapılan “Hemşirelikte Hatalı Uygulamalar” çalışmasında ilaç hataları ikinci önemli sıradadır. Sezgin (2007) tarafından yapılan

çalışmada ise; hemşirelerin hasta düşmelerinin nedenleri üzerine görüşleri sorulmuş ve ilk beş neden arasında kenar parmaklıkların olmaması ve sınırlayıcıların kullanılmaması % 51,2 bozuk yataklar ise % 49,6 olarak bulunmuştur.

Günümüzde hasta güvenliği ile ilgili uygulamalara tüm kurumlarda öncelik verilmesi beklenmektedir. IOM tarafından 2003’de yayınlanan raporda “Güvenlik ve kalite birbirinden ayrılamaz” denilmektedir. Türkiye’de geçtiğimiz yıla kadar hasta güvenliğinden çok hasta şikâyetlerine ve haklarına eğilim gösterilmiştir (Eroğlu ve ark., 2009). Türkiye’de devlet otoriteleri ilk kez 2006 yılında “Hasta Güvenliği” toplantıları yaparak devletin bu konuya olan ilg 2 ortaya koymuşlardır. Aynı zamanda JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations-Uluslararası Akreditasyon Birleşik Komisyonu) ile Sağlık Bakanlığı’nın yaptığı anlaşma sonucunda ise hastane standartlarının hayata geçirilmesi için çalışmalar başlamış, pilot hastanelerde eğitimler yapılmaya başlanmıştır (<http://sbu.saglik.gov.tr/extras/hastahaklari/giris.html>). Bu doğrultuda kalite standartlarının geliştirilmesi ve hasta güvenliği alanında çalışmalar hız kazanmıştır.

Sağlık Bakanlığı tarafından 29 Nisan 2009 tarihli 27214 no’lu Resmi Gazete’de “Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usül ve Esaslar Hakkında Tebliğ” yayınlanmıştır ( **29.04.2009 tarihli Resmi Gazete**). Bir devlet hastanesinde bu doğrultuda yapılan çalışmada; Hasta Güvenliği çerçevesinde ilaç uygulamalarına yönelik; İlaç Hatalarının Önlenmesi ve Raporlanması Prosedürü, Sözel İlaç Order Uygulama Prosedürü, Güvenli İlaç Uygulama Talimatı, Narkotik İlaç İstek, Narkotik İlaç Devir Teslim, Antineoplastik İlaç Güvenli Kullanım Standartları Rehberi, İlaç-Besin Etkileşimleri, İlaç-İlaç Etkileşimleri, Benzer İsimli İlaç, Pediatrik İlaç Doz, Yüksek Riskli İlaçlar Listeleri, hastanın kullanacağı ilaçların anlatıldığı Taburcu Sonrası İzlem Formu, oluşturulmuştur. Alınan bu tedbirler sonrasında Bakanlık tarafından yapılan denetimler sırasında ilaç güvenliği ile ilgili bir sorunla karşılaşılmadığı belirtilmektedir (Yorgun ve ark., 2009). Yine çalışmanın yapıldığı hastanede; “Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usül ve Esaslar Hakkında Tebliğ” doğrultusunda, sözel ilaç order uygulama talimatı, ilaç-ilaç etkileşim listesi, ilaç-besin etkileşim listesi, yüksek riskli ilaç listesi, okunuşu benzer ilaç listesi, kullanılması uygun olmayan

kısaltmalar listesi, panik değer listesi gibi listeler hazırlanmış, mavi kod ve pembe kod uygulamasına geçilmiştir.

Hasta güvenliği konusunda iyileştirme yapabilmek için, kanıt toplama ve araştırma, sistemdeki sorunlara cevap verecek stratejilerin geliştirilmesi ve kurumda korkmadan, çekinmeden hataların bildirilebildiği bir hasta güvenliği kültürünün yaratılması gerekir (Akalin, 2004; Hobgood, 2008). Kurumlarda hasta güvenliği uygulamalarının geliştirilmesinin en önemli yolunun “güvenlik kültürünü” oluşturmak olduğu bildirilmektedir (Institute of Medicine Report, 1999). nk hasta güvenliği uygulamaları, temel insan gücünün bilinçli çabaları ile gerçekleştirilebilmektedir. Pizzi (2001), sağlık hizmetlerinde temel olarak, hasta güvenliği kültürünü oluşturmak gerektiğini, hasta güvenliğinin kurumun en öncelikli konusu ve ortak değeri olarak kabullenilmesi gerektiğini vurgulamaktadır.

Hasta güvenliği kültürü; bir kurumun sağlık ve güvenlik yönetimindeki tarzını, yetkinliğini ve bu alandaki taahhütlerini belirleyen, bireye ya da gruba ait değerler, tutumlar, algılamalar, yetenekler ve davranış biçimlerini yansıtan özellikleridir. Hasta güvenliği kültürü sadece yöneticinin güvenliğe ilişkin taahhüdü, iletişim stili, ve hataları rapor etmeye ilişkin açık kurallarını kapsamaz. Aynı zamanda çalışanların motivasyonu, morali, hataları algılama biçimleri, yönetime ve hataları etkileyen faktörlere karşı tutumlarını da içerir (Tütüncü, 2006; Farquhar, 2007).

Güçlü bir güvenlik kültürü, hataları en aza indirebilir. Bunun için tıbbi hataların bildirimini yapılması gerekir (Tütüncü, 2006; Akgün, 2007). Ancak bu konuda kurumlarda ciddi sorunlar olduğu bildirilmektedir. Leape (2008) kurumlarda, olayların bildirimini yetersiz olduğunu ortaya koymuştur. Akins ve Cole tarafından 2005 yılında düzenlenen Delphi panelinde, tıbbi hataların bildirimini yetersiz olmasının nedenleri arasında; ayıplanma kültürü, değişime direnç, deneyimli ve yaşlı yöneticilerin hasta güvenliği kavramını anlamamaları belirtilmiştir. Ayrıca sağlık çalışanları tarafından pek çok hatanın raporlanmadığı, hemşirelerin hatayı rapor etmede isteksiz oldukları, hatayı tanımadıkları ve raporlamanın önemini göz önünde bulundurmadıkları bildirilmektedir (Akgün, 2007). Ameliyathane hemşireleri ile yapılan bir çalışmada da hemşirelerin de hasta güvenliği ile ilgili sistem kaynaklı korkuları olduğu bulunmuştur (Alfredsdottir, 2007). Hastalarla ilgili risklerin azaltılabilmesi için bu risklerin belirleneceği raporlamaların yapılması gerekmektedir. Sağlık profesyonelleri, yaşadıkları ya da tanık oldukları olumsuz olayları diğerleri ile paylaşmama ve sonuçlarından ders çıkarmama eğilimindedirler. Bunun sonucunda aynı hatalar tekrarlanmaya ve hastalar bu hatalardan



zarar görmeye devam etmektedir. Sorunun çözümü, etkili raporlama sistemlerinin kullanılması ve yaygınlaştırılmasıdır (Seren, 2009).

Ülkemizde hasta güvenliği kültürü geliştirme çalışmaları henüz çok yenidir. Bu konuda az sayıda çalışma bulunmaktadır. Arslan ve arkadaşları (2009) tarafından yapılan çalışmada, hasta güvenliği kültürünün oluşturulabilmesi için konunun kurumda çalışanların tümü tarafından benimsenmesi ve hasta güvenliği kültürü ile ilgili ölçümlerin belirli aralıklarla tekrar edilmesi gerektiği vurgulanmaktadır.

John Hopkins Hospital 2001 yılında hasta güvenliği kültürünün yerleştirilmesi ve geliştirilmesi amacıyla bir program ortaya koymuştur. Bu programla kurumun hasta güvenliği kültürü seviyesini ölçmek, liderlik stratejisi ile yayılımını artırmak amaçlanmıştır. Bu programa göre; çalışmanın yapılacağı birimlerdeki tüm çalışanların hasta güvenliği kültürünün ölçülmesi, tüm çalışanların hasta güvenliği konusunda eğitilmesi, sonuçlara göre çalışanların hasta güvenliği konusundaki endişelerinin belirlenmesi, liderin sözkonusu birimde haftada bir hasta güvenliği vizite başlatması, iyileştirme yöntemlerinin uygulamaya konulması, sonuçların bildirilmesi, başarı öykülerinin geliştirilmesi, kültür ölçümünün tekrarlanması gerekmektedir (Akalin, 2004). Kurumlarda hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesi ile; hataların, ve sistemle ilgili sorunların açıkça, cezalandırma korkusu olmadan tartışılabildiği bir ortam yaratılabilir. Hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesi ile, kurumdaki çalışmaların başarılı ve sürekli olması sağlanabilir. Böylece tanı, tedavi ve bakım süreçleri ile sağlık çıktılarının önemli ölçüde iyileşmesine katkı verilebilir.

Spencer (2000), hasta güvenliği kültürü olumlu olan ve olmayan kurumları inceleyerek sonuçta güvenlik kültürünün geliştirilmesi gerektiğini belirtmiştir. Yine çalışmalarda; olumlu güvenlik kültürünün kazaların azalmasına, hasta sonuçlarının olumlu yönde gelişmesine katkı sağladığı bildirilmektedir (Feng, 2008; Ginsburg, 2008). Sağlık hizmetlerinin sunum sürecinde bulunan tüm personel, bir şekilde hatalarla karşı karşıya gelebilmektedir. Bu nedenle hasta güvenliği kurumsal kültürün en önemli parçalarından biri olmalıdır. Hasta güvenliği için yeterli kaynak ayrılmalıdır. Bu kaynaklar arasında nitelikli sağlık personelinin varlığı önemli bir yere sahiptir. Nitelikli sağlık personeli içerisinde tüm sağlık ekibi üyeleri yer almaktadır (Çırpı ve ark., 2009). Kurumlarda hizmet kalitesinin artırılmasında önemli olan güvenlik kültürü yönünden özellikle yöneticiler, tedavi ve bakımdan öncelikle sorumlu olan ve çalışanların çoğunluğunu oluşturan hekim ve hemşirelerin anlayışlarının geliştirilmesi önemlidir. Türkiye’de gazetelerde hatalı tıbbi uygulamalarla ilgili yayınlanmış haberleri içeren bir

araştırmada, hataları yapan kişilerin % 65.2' sini doktorların, % 12.2' sini hemşirelerin oluşturduğu belirtilmiştir (Ertem ve ark., 2009). Yapılan başka bir çalışmada hemşirelerin güvenlik algısı doktorlardan daha yüksek bulunmuştur (Pronovost ve ark., 2003). Yine başka bir çalışmada tıbbi hata bildirimlerinde doktorların katılımının az olmasından yakınılmaktadır (Foster ve ark.,2008).

Hasta güvenliği kültürünün bir kurumda yayılabilmesi için liderlerin rolü oldukça önemlidir. Bu nedenle yöneticiler hasta güvenliği konusunu sahiplenmeli, konunun tüm çalışanlar tarafından sahiplenilmesi gerektiğini ilan etmelidir. Yöneticiler, alışanlar ve hastalar arasında açık iletişimi sağlamalı, sürekliliğini korumalı, hasta güvenliğini tehdit eden durumları belirlemeli ve bunların azaltılması için sorumlulukları devretmelidir. Cezalandırıcı olmayan raporlama sistemi oluşturulmalı, sistem analizleri yapılmalı ve risk azaltma stratejileri geliştirmelidir. Süreçler ve ekipmanlar standardize edilmeli, kaynak ayrılmalı, eğitimlerin sürekliliği sağlanmalıdır (Pronovost, 2004; Akalın, 2004; Budak; 2008). Özellikle hataların sistematik olarak raporlanması ve bu raporların çalışanların performans lt olarak kullanılmaması, kurum tarafından hata raporlamaya yönelik olarak net politikaların belirlenmesi gerekmektedir (Pelech, 2001).

Yöneticilerin hasta güvenliği konusunda bilgili, güdüleyici ve dikkatli olduklarında hasta güvenliği kültürüne olumlu katkı yaptıkları belirtilmektedir. Hastane yönetiminin hasta güvenliği kültürüne destekleyici yaklaşımı, bu kültürünün oluşması için gerekli olan iklimin yaratılmasında önemli bir unsurdur (Tütüncü, 2006).

Hasta güvenliği, iklim ya da kültür araştırmaları hastane personelinin hasta güvenliği endişelerini göstermektedir (Hellings, 2007). Güvenlik kültürü değerlendirmesi, bir kurumda çalışanların ve yöneticilerin güvenlikle ilgili algılamalarını ve tutumlarını anlamayı sağlar. Kültür değerlendirmesi, kurumda geliştirilmesi gereken potansiyel birçok başlangıç noktasından en problemlili olan alanları tanılamada yardımcıdır (Filiz, 2009).

Araştırmanın yapıldığı hastanede bu anlayış doğrultusunda ISO 9001:2008 kalite çalışmaları yürütülmekte ve ileri ki dönemler için akreditasyon çalışmaları düşünülmektedir. Hasta güvenliğinin tam olarak sağlanması çalışanların tıbbi hataları bildirmesi ile mümkün olabilmektedir. Bu nedenle bu çalışmada; kalite ve hasta güvenliği çalışmalarının temelini oluşturan hasta güvenliği kültürü anlayışının geliştirilerek, kalite çalışmalarına yn verilebilmesi, öncelikli olarak güvenlik kültürü alt yapısının incelenmesi düşünülmüştür. Bu doğrultuda öncelikli olarak hastalara verilen

hizmetin temel sorumluları olarak, hekim ve hemşirelerin çalışmaya alınması öngörülmüştür.

## **II. ARAŞTIRMANIN AMACI**

Bu alıŐma; Bir niversite hastanesinde çalışan hekim, hemşirelerin hasta güvenliği kültürüne ilişkin algılamalarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

### III. GENEL BİLGİLER

#### 1. KÜLTÜR

Kültür kelimesi, Latince'deki "Cultura" veya "Colere" fiilinden türetilmiştir. Kültür; bir toplumun üyeleri tarafından sergilenen düzenli eylemleri (davranış kalıplarını), nesnelere (alet ve eşyaları), düşünceleri (bilgi ve inançları), duyguları (tutum ve değerleri) içeren yaşam biçimleri bütünüdür. Türk Dil Kurumu kültürü; bir topluma ya da bir halk topluluğuna özgü düşünce ve sanat yapıtlarının tümü şeklinde tanımlamaktadır (Bakan ve ark., 2004, Eroğlu, 1996; Güvenç, 1996; Unutkan,1995). Uygur'a göre (1996) kültür ise ; insanın ortaya koyduğu, içinde insanın da var olduğu tüm gerçekler olarak tanımlanmaktadır. İngiliz Antropolog E.B.Taylor'da kültür kavramını, bilgi, sanat, hukuk, ahlak, töre ve tüm diğer yetenek ve alışkanlıkları içeren karmaşık bir bütün olarak tanımlamıştır. Hofstede ise kültürün bir insan grubunu diğerlerinden farklılaştıran kollektif düşünme programı olduğunu belirtmiştir (Baytok, 2006).

Kültür kavramının farklı yönlerine önem ve ağırlık veren bazı tanımlar ise şöyledir: Kültür zihinsel açıdan; öğrenilmiş alışkanlık ve düşünceler bütünüdür. Yapısal açıdan kültür birbiriyle ilişkili görüşler, semboller ve davranışlar örüntüsüdür. İşlevsel açıdan ise, insanın içinde yaşadığı çevreye uyum sağlamasında karşılaştığı problemleri çözme biçimidir. Sembolik açıdan kültür, paylaşılan anlamlı semboller sistemi olup, tarihsel açıdan gelecek kuşaklara aktarılan gelenek ya da sosyal mirastır. Davranışsal açıdan ise kültür, yaşamda öğrenilen ve paylaşılan insan davranışlarının toplamıdır (Şişman, 20002; Güvenç, 1996).

Birçok araştırmacı tarafından kabul edilen genel kültür özellikleri arasında şunlar sayılabilir (Şişman, 2002; Vural, 2003; Baytok, 2006; Güvenç, 1996; Odabaşı ve Barış, 2002) : Kültür, ideal ya da idealleştirilmiş kurallar sistemidir. Kültür bir grubun tüm üyeleri tarafından kabul gören ideal bir yapıyı temsil etmektedir. Özellikle değerler ve varsayımlar bireysel yargıların dışındadır ve kanıksanmış olarak kabul edilmektedir.

Kültür öğrenilir. Bir toplumda yaşayan bireyler kültür ile ilgili bilgileri sosyalleşme ve eğitim sürecinde öğrenmektedir. Kültür tarihseldir ve süreklidir. Kültür bir anda oluşmaz, bir birikimdir ve sosyalleşme ile nesilden nesile, gruptan gruba aktarılarak süreklilik kazanmaktadır.

Kültür toplumsaldır. Kültür bireylerin davranışları ile ortaya çıkar, ancak bireylerin gelişigüzel değil, toplum veya grup tarafından benimsenmiş davranışları ile ilgili bir kavramdır.

Kültür değişir. Sosyal, ekonomik ve diğer çevresel faktörlerin değişmesi kültürü etkiler ve değiştirir. Örneğin teknolojinin ilerlemesi kültür ögesi olarak dile yeni kelimelerin (sms, internet, chat vb.) katılmasını sağlayabilir.

Kültür ihtiyaçları karşılayıcı ve doyum sağlayıcıdır. Kültür insanın varlığını sürdürmesini sağlar. Kültür toplumu veya grubu oluşturan bireylerin ihtiyaçlarını karşılayamıyorsa ve doyum sağlamalarına katkı vermiyorsa bu durumda değişikliğe uğrayabilmektedir.

Kültür, toplumlar arasında değişiklik gösterebildiği gibi, bir toplum içindeki değişik gruplar arasında da farklılıklar gösterebilir. Bir toplumdaki çeşitli grupların oluşturdukları bu kültüre “alt kültür” denilmektedir. Alt kültür toplumun temel kültür unsurlarını paylaşan fakat bunun dışında kendini diğer gruplardan ayıran değerleri, hedefleri, yaşam biçimleri olan grupları kapsar (Şişman, 2002; Vural, 2003; Baytok, 2006; Güvenç, 1996; Odabaşı ve Barış, 2002).

## **2. KURUM KÜLTÜRÜ**

Ülkelerin, bölgelerin, grupların kendine özgü bir kültürü olabildiği gibi kurumların da hedeflerine ulaşmak için çeşitli ortak özellikler taşıması gerekir. Her kurumun onu diğerlerinden farklı kılacak kendine özgü bir kültürü vardır. Kurumlar varlıklarını sürdürmek için belli gelenekleri yaşatmak, kendilerine özgü bir kültür oluşturmak ve bu yolla da kendi kimliklerini, yani kurum kültürünü oluşturmak zorundadırlar (Odabaşı ve Barış, 2002; Sabuncuoğlu, 2004; Koçel,2001).

Kurum kültürü, kurumsal davranış biçimleri, semboller ve sembolik hareketler aracılığıyla somutlaşarak kesinlik kazanan, kurum üyelerinin tutum, davranış ve kararlarını şekillendiren ortak değer, inanç ve normlar bütünüdür. Peters ve Waterman’a göre kurum kültürü; paylaşılan değerler, Moore’a göre ise paylaşılan anlamlar bütünüdür. Deal ve Kennedy’e göre kurum kültürü, bir davranış düzenleyicisi, kurumda yapılan her şeyin yapılış biçimidir (Unutkan,1995; Özkalp ve Kirel, 2001).

Kurum kültürü kavramı ilk kez,1979 yılında Pettigrew tarafından Administrative Science Quartely’de yayımlanan “Örgütsel Kültürler Üzerinde Çalışırken” adlı makale ile ABD yönetim literetürüne girmiş, 1980’lerin başında

yönetim alanında yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır (Şişman, 2002; Bakan ve ark., 2004). Kurum kültürü kavramının ortaya çıkışı ve bu alandaki araştırmaların hızla artmaya başlamasının temel nedeni, 2.Dünya Savaşından sonra Japon firmalarının başarılarının artması ve 1970'lerin sonlarına doğru ekonomide süper güç olmaya yönelmelerine karşın Avrupa ve ABD firmalarının gerilemeleri ve bunun nedenlerini araştırmaya başlamalarıdır (Terzi, 2000).

Bir kurum, ancak organizasyon yapısı içinde yer alan üyelerinin uyum içinde benimsenmiş ortak amaçlar, standart ve değerler, felsefe ve ideolojileri paylaşması halinde var olabilir ve amaçlarını gerçekleştirebilir. Bu amaçla, örgüt üyeleri arasında içsel bağlılığı oluşturmak için ortak dil, ifade ve kavramları oluşturan, kişilerin güçlerini, statülerini, yükselmelerini, birbirleri ile ilişkilerini düzenleyen ve tüm kurumsal olaylara anlam vermelerini sağlayan güç kurum kültürüdür. Bu nedenle yöneticilerin kurum kültürünü anlamaları zorunludur. Yönetimlerin öncelikli görevlerinden birisi, kurum üyelerini ortak anlamlar çerçevesinde bir araya getirerek kurumsal bütünleşmeyi sağlamak, ortak eylemler içinde olacak insanların ortak değerleri ve ortak algı dayanaklarını paylaşmalarını sağlamaktır. Kurum kültürü, kurum içinde çalışanları o örgütün amaçlarına ve çalışanları da birbirine bağlayıcı bir rol oynar. Hemen her kuruluş amaçlarını gerçekleştirebilmek için üyelerinin desteğini, etkin katılımını ve performansını en üst düzeye çıkarmasını talep etmektedir. Çünkü insanların kurumlarda etkili olarak çalıştırılmaları, kurumun varlığı için önemlidir. Dolayısıyla, kurumun amaç, karar, strateji, plan ve politikalarının oluşturulmasında ve başarısında kurum kültürünün önemli bir yeri ve önemi vardır (Şişman, 2002; Eren ve ark.2003; Baytok, 2006).

Kurum kültürüne önem verilmesinin nedenleri ise şunlardır (Dinçer ve Fidan, 1996);

Kaliteye ve mükemmelliğe doğru yönelme: Rekabetin yaygınlaşması ve varolabilmenin daha kaliteli mal/hizmetler sunmaya bağlı olduğunun anlaşılması, kurumları yaptıkları işi daha iyi yapmaya yönlendirmiştir. Kurumlarda işi yapanın genelde insan olması özellikle eleman alımına daha fazla özen gösterilmesine sebep olmuştur.

Müşteri yönlendirmesi: Kurumlar mal/hizmetin bir defalığına ve tamamen satılmadığını anlamışlardır. Müşteriye ilişkin uzun dönemli pazarlama süreci ve tekrar

edici satışlara ağırlık verilmesinin önemli olduğu kavranmış, tatmin edilmiş bir müşterinin yerine gececek hiçbir şeyin olmadığı ortaya konulmuştur.

İnsana değer: Kurumlarda personelin, müşterilerle birlikte en değerli varlık olarak görölmesi eğilimi artmaya başlamıştır.

Her kurum birbirinden farklı özelliklere sahiptir. Her birinin ęalıřma kuralları, yönetim tarzı, geğmişi, sistem ve uygulamaları, amağları birbirinden farklıdır. Pek çok yönden farklı özelliklere sahip olan kurumların tek ve en önemli ortak noktaları ise kurumda mevcut olan inanę ve değerlerin, ęalıřanları amağları geręekleřtirme yönünde motive etmesidir.

### **2.1. Kurum İklimi**

Kurum iklimi, kurum kültürünün bir kurumda yarattığı hava veya ortam olarak tanımlanmaktadır (Varol, <http://kamyon.politics.ankara.edu.tr/dergi/belgeler>) Her kurumun kendine özgü bir kültürü olabildiği gibi ayrı bir kişiliği olduğundan da söz edilmektedir. İklim, kültürü oluşturan tanımlanabilir ve dokunulabilir nitelikleri yansıtır. Kurum iklimi bireylerin kurum içindeki ęalıřmanın nasıl olması gerektiğine dair beklentileriyle, bu beklentilerin ne ölçüde geręekleřtiğine dair algılarının sonunda oluşan genel bir havayı kurum kültürü ise tüm kurum üyelerinin düşünce ve davranışlarını şekillendiren hâkim değer ve inanęları temsil eder. Literatürde kurum kültürü ve kurum iklimi kavramlarını eř anlamlı olarak kullanılabilir. Ancak ęalıřmacılara göre iki kavram arasında sebep sonuç ilişkisi bulunmaktadır. Kurum kültürü, kurumun üyelerinin davranışlarında bir süreklilik ve uyum sağlayarak kurum ikliminin ortaya çıkmasını sağlamaktadır. Kültür belirleyici, iklim değerleyicidir. Kurum kültürü sosyoloji ve antropolojinin temel ilkeleriyle, kurum iklimi ise psikolojinin temel ilkeleriyle ilgili kavramlardır. Kültürde paylaşılan değerler, inanęlar ve normlar söz konusu iken, iklimde ise kurum ęalıřanları arasında paylaşılan algılamalar önemlidir. İklim, kültürün ağığa çıkmasıdır ve kültür iklime şekil verir. Kültür ve iklimin kurumun temel değerleri ve normları üzerinde büyük etkisi vardır. Kurum iklimi kavramı ęalıřanlarca algılanan ve ęalıřanın davranışlarda bulunduğu psikolojik ortamı işaret eder. ęalıřanların kurum kültürünü benimsemeleri durumunda güçlü bir kurum iklimi meydana gelir. Aksi takdirde zayıf bir kurum iklimi ortaya çıkmaktadır. Kurum kültürü ile kurum iklimini birbirinden ayıran önemli bir fark ise , kapsadıkları sürelerdir. Kurum kültürüne göre daha kısa süreli olan kurum iklimi,



nispeten kısa zaman aralıkları içinde farklılık gösterebilir (Çelik, 2009; Ataman, 1995; Bakan ve ark, 2004; Terzi, 2000; Unutkan, 1995; Dinçer, 2007; Varol, <http://kamyon.politics.ankara.edu.tr/dergi/belgeler/sbf/68.pdf>, E.T:16.10.2009).

. Olumlu bir kurum iklimi, yaratıcı ve üretken çalışmaları destekleyen, işbirliğinin egemen olduğu, kırıncı konuşma biçimlerinin olmadığı uygar bir ortam anlamına gelir.

Kurum iklimi başlıca yedi boyutta tanımlanmaktadır.

- Yetkilendirici
- Destekleyici
- Açık
- Güvene dayalı
- Saygılı
- Bütünleştirici
- İlkelere dayalı

Çalışanlarda iyi duygular uyandıran bir ortam, olumlu bir kurum iklimini ifade eder. Bu bir tür "bahar havası"nın yaşandığı durumdur. Bunun tersi ise, olumsuz bir kurum iklimini ifade eder ki, bu da bir tür "sıkıcı, bunaltıcı..." bir havanın yaşandığı bir durumdur. Bir kurum içinde olumlu, iyi bir kurumsal iklim yaratabilmek için öncelikle sağlam bir kurum kültürü oluşturmak ve kurumun değerleri ve beklentileriyle, çalışanların değer ve beklentileri arasında tam bir denge ve bütünlük sağlamak gerekmektedir. Bunun sonucunda; güçlü bir kurumsal kültürün türevi olarak iyi ve olumlu bir kurumsal iklim ortaya çıkar (Dinçer, 2007; Varol, <http://kamyon.politics.ankara.edu.tr/dergi/belgeler/sbf/68.pdf>, E.T:16.10.2009).

## **2.2. Kurum Kültürünün Temel Özellikleri**

Kurum kültürü konusunda çalışan çeşitli yazarların üzerinde fikir birliği oluşturdukları özellikler şu şekilde özetlenebilir: Kurum kültürü öğrenilmiş ya da sonradan kazanılmış bir olgudur. Kurum üyeleri arasında kabul edilebilir ve paylaşılabilmelidir. Kurum kültürü, yazılı bir metin halinde olmayıp, kurum üyelerinin düşünce yapılarında, bilinç ve beklentilerinde, inanç ve değerler olarak yer alır. Kurum kültürü, düzenli bir şekilde tekrarlanan ya da ortaya çıkarılan davranışsal kalıplar şeklindedir. Kültürün değişimi uzun sürdüğü için dengeli bir yapıda olup tarihseldir, belli bir geçmişi vardır ve değiştirilmesi zordur (Baytok, 2006; Vural, 2003; Unutkan, 1995).

Kurum kültürünün gelişimini etkileyen faktörler ise şu şekilde özetlenebilir (Okay, 2000; Çeltak, 2004; Şişman, 2002; Unutkan, 1995).

**Liderlik:** Liderler, farklı kültürlerden gelen çalışanlar için, onların benimseyecekleri veya en azından uyum sağlayabilecekleri ortak bir ortam oluşturmakla sorumludurlar.

**İletişim:** Kültürel inançları kurumun bir başından diğer başına taşır. Kültürel iletişim ağı, inanç ve değerleri canlı tutar ve bölümler, kademeler, pozisyonlar ve insanlar arasında bunların paylaşımını sağlar.

**Motivasyon:** Çalışanlar işlerini verimli bir biçimde başarmak için motive edilmelidir. Yaptığı işi severek ve isteyerek yapan kişiler, bu işlerinin daha başarılı bir biçimde sonuçlanmasını sağlayacaklardır ve iş ortamındaki memnuniyet kurum kültürüne de yansıtacaktır. Motivasyon, kurum kültürünü etkileyen bir faktör olduğu kadar, kurum kültürünün de motive edici bir etkisi vardır.

**Yönetim Süreci:** Açıklığa ve kolay iletişime dayanan yönetim süreçlerine sahip olan kurumlar, kültürlerinin gelişimine katkıda bulunmaktadır. Yeniliğe, ekip çalışmasına ve yaratıcı fikirlere önem veren bir yönetim süreci, kurum kültürünün istendik hale gelmesini sağlamaktadır.

**Organizasyon Yapısı ve Özellikleri:** Kurum yapısı içerisinde yetkinin dağılımı, karar alma süreci de kurum kültürü ile yakından ilgilidir. Kurumsal özellikler de kurum kültürünü etkilemektedir. Kurumlar, hacim ve karmaşıklık bakımından değişiklik göstermektedir. Kurum içerisindeki kişisel özgürlüğü etkileyen karar alma yetkilerinin merkezileşmesi de, kuruluşları farklı kılmaktadır.

**Yönetim Tarzı:** Kurumlardaki yöneticiler başarıya ulaşmak için farklı yönetim tarzları uygularlar. Yöneticilerin otoriter bir yönetim tarzı veya ortaklaşa yönetim tarzı benimsemelerine göre, kurum kültürü de etkilenmektedir.

Kurum kültürünün temel unsurları şunlardır: Seremoniler, törenler, değerler, normlar, inançlar, hikâyeler, masallar ve mitler.

**Değerler;** Çalışanların işlem ve eylemlerini nitelendirmeye, değerlendirmeye, yargılamaya yarayan ölçütlerin kaynağıdır. Çalışan davranışlarının kuruma yakışıp yakışmadığını ya da bir kurumda çalışana hangi davranışların yakıştığını kurumun değerleri gösterir. Değerler kısaca kurumda neyin önemli olduğunu göstermektedir (Unutkan, 1995; Şişman, 2002).

**Normlar;** Çalışanların çoğunluğunca benimsenen davranış kuralları ve ölçütleridir. Çalışanların kurum içinde nasıl davranacağını, nasıl ilişkide bulunacağını ve başkaları

ile nasıl iletişim kuracağını gösterirler. Davranışı doğrudan etkileyen, genellikle yazılı olmayan informal beklentilerdir (Terzi, 2000; Şişman, 2002).

Dil; Her ülkenin bir ana dili olduğu gibi, her kurumun içerisinde de o kuruma özgü bir dil vardır. Dil, diğer insanları motive etmede, kurumsal etkinlik ve eylemleri gerçekleştirmede önemli bir araçtır. Kurumların kendilerine özgü olan dile şarkılar, marşlar, işaretler, şakalar, mecazlar ve çalışanların oluşturduğu ve özel anlam yüklediği dil biçimleri, selamlaşma biçim ve ifadeleri de örnek olarak verilebilir (Şişman, 2002; Terzi, 2002).

İnançlar; Bireylerin sosyal gerçekleri nasıl anlamlandırıldığını gösterirler. İnançlar, insanların ya da sosyal grupların içinde yer aldıkları çevreye karşı tavırlarını belirlemektedir (Köse ve ark. 2001; Şişman, 2002; Terzi, 2002).

Seremoniler; Kahramanlara, mitlere, sembollere ait özel kutlamaların yapılmasıdır. Seremoniler özel olaylardır.

Törenler; Özel bir fikrin iletilmesi veya belli bir amacın gerçekleştirilmesi için yapılan seremonilerdir. Katılımcılara kültürel değerleri iletmek amacıyla detaylı bir şekilde hazırlanan planlanmış faaliyetlerdir (Geçiş töreni, şirket yemekleri, vb.). Törenler, kurumsal düzenin sürdürülmesine hizmet ederler. Törenler, kuruma yeni giren üyelerin diğer çalışanlara tanıtılmasını sağlarlar. Sembolik mesajları kurum üyelerine aktarır ve en önemlisi bağlılık duygusunun gelişmesine katkı verir (Vural, 2003; Terzi, 2000; Şişman, 2002).

Mitler; Bir kurumun değerlerine, kurucularına veya farklı hiyerarşik düzeylerdeki kişilere ait ilginç olaylar ve öyküler, zamanla belli bir anlam taşıyan mesaja dönüştüğünde mitleşir. Mitler dokunulmaz modeller gibi görünmelerine rağmen insanın girişimini engellemek yerine insanı yaratıcı olmaya sürükler ( Terzi, 2000 ; Özkalp ve Kirel, 2001; Köse ve ark., 2001).

Hikâyeler ve Masallar; Kurumlar kültürlerini, yönetim felsefelerini ve politikalarındaki mantığı çalışanlarına iletmede sembolik yaklaşım olan hikâyeleri kullanırlar. Kurum üyeleri arasındaki anlatılan olumlu hikâyeler, kurumsal bütünleşmeyi sağlarken, olumsuz hikâyeler de kurumsal çözülme ve çatışmaları yansıtabilir (Vural, 2003; Terzi, 2000; Özkalp ve Kirel 2001; Şişman, 2002).

Kahramanlar; Geçmişte kuruma çok yararlı hizmetlerde bulunmuş ve bu hizmetleri nedeniyle devleşmiş, kurumu zafere ulaştırmış kişilerdir. Kahramanlar başarının elde edilebileceğini gösterirler, performans için standart oluştururlar. Kurumdaki önemli olan

durumları korur, çalışanları motive eder ve kurumu dış dünyada temsil ederler (Sözer, 2006).

Semboller: Kurumun vizyonunun anlaşılmasını sağlar. Çalışanları motive etmek, istenmeyen davranışları önlemek gibi de yararları vardır. Semboller, kurumun işareti olarak kullanılan objeler, desenler, sloganlar, şarkılar, ritüellerdeki ilişkiler ve eylemlerdir. Sembollere örnek olarak kurumun mimari özellikleri, çalışma alanlarının düzenlenmesinde kullanılan eşyalar, araç-gereçler, kıyafetler, etiketler, logolar, amblemler, rozetler, posterler, afişler verilebilir (Terzi, 2000; Şişman, 2002; Bakan ve ark.; 2004 ).

### **3. HASTA GÜVENLİĞİ**

Sağlık hizmetleri geliştikçe ve hastalar haklarını öğrendikçe sağlık hizmeti sunumunda çeşitlilik ve kalite unsuru giderek öne çıkmaktadır. Öne çıkan konulardan en önemlisi de hasta güvenliğidir. Güvenlik teriminden “hatasız ve istenmeyen olay” yaşanmayan bir sağlık hizmeti anlaşılmaktadır ( Akalın, 2004; Saunders, 2004;Çırpı, 2009).

ICN (Uluslararası Hemşireler Konseyi) (2006) hasta güvenliğini; “profesyonel sağlık bakım personelinin işe alınması, eğitimi, meslekte tutulması, performanslarının iyileştirilmesi, enfeksiyonlarla mücadele, ilaçların güvenli kullanımı, cihaz güvenliği, sağlıklı klinik uygulamalar, sağlıklı bakım ortamının sağlanması, hasta güvenliği konusunda odaklanmış bilimsel bilgi ve liderlik gelişmesini sağlayacak alt yapı hizmetlerinin bir bütün halinde birleştirilmesi” olarak tanımlamaktadır. Hasta güvenliği tanımında “öncelikle zarar vermeme” (Primum non nocere) kavramı yer almaktadır. “Her şeye rağmen, yararlı olmak ve zarar vermemek” ilkesi Hipokrat Andı'nda "yeteneğim ve yargım doğrultusunda hastama tedavi uygulayacağım, ama asla onu incitip yanlış bir harekette bulunmayacağım" şeklinde ifade edilmektedir. Hasta güvenliği; sağlık hizmetlerinin kişilere vereceği zararı önlemek amacıyla sağlık kuruluşları ve kuruluşlarda çalışanlar tarafından alınan önlemlerin tamamıdır. Böylece hatalar hastaya ulaşmadan önce önlenmiş ya da düzeltilmiş olmaktadır (Yıldırım, 2008; Akalın, 2004; Ovalı, 2010; Aydın, [www.medinfo.hacettepe.edu.tr/ders/TR](http://www.medinfo.hacettepe.edu.tr/ders/TR)).

Hasta güvenliği gerçek anlamda 1960'larda sağlık dünyasının gündemine girmiştir. Hasta güvenliğini sağlamaya yönelik uygulamalar ise 1990'lı yılları kapsamaktadır. Hasta güvenliğinin öncelikli sorun haline getirilmesi ise 2000 yılında

IOM tarafından yayınlanan iki rapor sonucu olmuştur. Bu raporlar sonucunda dünya hasta güvenliği konusu üzerine odaklanmıştır. Bu raporlara göre her yıl ABD’de 44.000-98.000 kişi tıbbi hatalar nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Bununla birlikte tıbbi hataların giderek artması, uluslararası bir endişe haline gelmiştir. Çalışmalar tıbbi hataların ve önlenbilir ölümlerin kabul edilemez derecede yüksek oranlarda olduğunu göstermektedir (Leape, 2008; Assaf ve Akgün 2007; Tak, 2010; Akalın, 2004; Çırpı ve ark., 2009; National Healthcare Quality Report, 2007).

Hasta güvenliğinde amaç; hasta ve yakınlarını fiziki ve psikolojik olarak olumlu etkileyecek bir ortam yaratmaktır. Böylece basit hataların hastaya zarar verecek şekilde ortaya çıkması engellenebilecek, hatalar hastaya ulaşmadan belirlenebilecek, raporlanabilecek ve hatanın düzeltilmesini sağlayacak önlemler alınabilecektir. Hatalar, artık günümüzde sağlık sisteminin doğrudan bir kalitesizlik göstergesi olarak kabul edilmektedir. Oysa güvenlik ve kalite birbirinden ayrılmaz iki kavramdır. Teknolojideki hızlı ilerlemeler sağlık profesyonellerinin tanı ve tedavilerini etkilemekte, bakım planlarının ve tıbbi uygulamalardan doğabilecek hata kaynaklarının yeniden gözden geçirilmesini zorunlu kılmaktadır. Amaç; mümkün olduğunca hatayı minimize etmek, hasta tedavi ve bakımını etkin bir biçimde sunabilmektir. Bu kapsamda tedavi ve bakımdan kaynaklanan olası istenmeyen olayları önlemeye yönelik hasta güvenliği programlarının önemi gün geçtikçe artmaktadır. IOM tarafından yayımlanan raporda; daha güvenli bir sağlık sistemi için, hasta güvenliğinin şart olduğu, bunun için de hastalara zarar vermenin önlenmesi gerektiği vurgulanmaktadır. IOM’ un son raporlarından birisinde de sağlık hizmetinde kalite açısından öncelikli seçilen 20 alandan üçünün hasta güvenliği ile ilgili olduğu görülmektedir. Bu alanlar; ilaç yönetimi, hastane enfeksiyonları ve yaşlı sağlığıdır (Akgün, 2007; Sezgin, 2007; Çakmakçı, 2005; Akalın, 2004; Tütüncü, 2008; IOM Report Brief, 2003; Bal, <http://www.suvak.org.tr/pdf/kongreV, E.T:02.02.2010>, Çakmakçı, <http://www.turkmia.org/eski/kongre/konusma/cakmakci.pdfE.T: 02.02.2010>).

### **3.1. Hasta Güvenliği Göstergeleri**

Hasta güvenliği ile ilgili konular; ABD Ulusal Hasta Güvenliği Ajansı (National Patient Safety Agency –NPSA), Dünya Sağlık Örgütü, Sağlık Organizasyonları Akreditasyon Komisyonu (The Joint Commission on the Accreditation of Healthcare

Organizations –JCHAO) gibi organizasyonlar tarafından belirlenmekte ve yayınlanmaktadır. JCHAO'nun 2009 hasta güvenliği hedefleri şu şekilde belirlenmiştir.

- 1.Hasta kimlik tanılamada doğrulama,
- 2.Bakım verenler arasında iletişimin etkinliğini artırma,
- 3.Tedavi uygulamalarında güvenliği geliştirme,
- 4.Bakıma ilişkin enfeksiyon riskini azaltma,
- 5.Hastanın tedavisini doğru ve tam olarak uygulama,
- 6.Düşmeler sonucu zarar görmeyi azaltma,
- 7.Cerrahi yanık riskini azaltma,
- 8.Yanlış taraf, yanlış hasta, yanlış uygulama cerrahisini ortadan kaldırma,
- 9.Klinik alarm sistemlerinin etkinliğini geliştirme,
10. Yaşlı hastalarda grip ve pnömokoksal hastalık riskini azaltma,
11. Hastanın kendi bakımına katılımını cesaretlendirme,
12. Bası ülseri riskini önleme,
13. Organizasyondaki hastalarla ilgili riskleri tanımlama,

Hedeflerin tamamı mevcut riskleri azaltmaya yöneliktir. Risklerin azaltılabilmesi için bu risklerin belirleneceği raporlamaların yapılması gerekmektedir. Sağlık profesyonelleri, yaşadıkları ya da tanık oldukları olumsuz olayları diğerleri ile paylaşmama ve sonuçlarından ders çıkarmama eğilimindedirler. Oysa yapılan araştırmalar, büyük bir hata meydana gelmeden önce, yaklaşık 300 defa benzer bir hatanın fazla dikkat çekmeden gerçekleştiğine işaret etmektedir. Sonuçta aynı hatalar tekrarlanmaya ve hastalar bu hatalardan zarar görmeye devam etmektedir. Sorunun çözümü, etkili raporlama sistemlerinin kullanılması ve yaygınlaştırılmasıdır (Seren, 2009; Akgün 2007; Göktaş, 2007).

Ülkemizde de 29 Nisan 2009 tarihinde Resmi Gazete'de yayınlanan 27214 sayılı "Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğde"; Sağlık kurum ve kuruluşlarında hasta ve çalışan güvenliği ile ilgili risklerin azaltılması için aşağıdaki nedenlerle gerekli usul ve esaslar düzenlenmiştir; hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması, bunu tesis edecek uygun yöntem ve tekniklerin belirlenmesi, hasta ve çalışan güvenliği konusunda geliştirilen iyi uygulama örneklerinin yaygınlaştırılması, hizmet içi eğitim yoluyla personelin farkındalığının ve niteliklerinin artırılması, hasta ve çalışan güvenliği ile ilgili raporlama sistemlerinin oluşturulması,

hasta bakım ve tedavi sürecinin güvenlik ve kalitesinin artırılması, hasta ve çalışanların sağlık hizmeti sunum sürecinde karşılaşılabilecekleri muhtemel risk ve zararlardan korunması (Anonim, 2009).

Tebliğde belirlenen hasta güvenliği ile ilgili başlıklar aşağıdaki şekildedir.

Sağlık kurum ve kuruluşları hasta ve çalışan güvenliği kapsamında;

- a) Hasta kimlik bilgilerinin tanımlanması ve doğrulanması,
- b) Sağlık hizmeti verenler arasında iletişim güvenliğinin geliştirilmesi,
- c) İlaç güvenliğinin sağlanması,
- ç) Kan transfüzyonunda güvenli uygulamaların sağlanması,
- d) Enfeksiyon risklerinin azaltılması,
- e) Hasta düşmelerinin önlenmesi,
- f) Güvenli cerrahi uygulamalarının sağlanması,
- g) Sıra beklemeden kaynaklanan olumsuzlukların önlenmesi,
- ğ) Çalışan güvenliği için gerekli önlemlerin alınması,
- h) Temel yaşam desteği sürecinin güvence altına alınması (Mavi Kod uygulaması),
- ı) Yenidoğan ve çocuk güvenliğinin sağlanması (Pembe Kod uygulaması),
- i) Hasta ve çalışanların fiziksel saldırı, cinsel taciz ve şiddete maruz kalmalarına karşı gerekli güvenlik tedbirlerinin alınması,
- j) Afetler (deprem, yangın, sel) ve olağan dışı durumlarda tedbir alınması uygulamalarını yerine getirir.

Hasta güvenliği ile ilgili pek çok çalışma yapılmıştır. Bu çalışmaların en önemlisi IOM raporudur. 2000 yılında “Institute of Medicine” yayınladığı Harvard Medical Practice Study araştırması ve Utah ve Colorado eyaletlerinde yapılmış iki ayrı retrospektif çalışmaya dayanan bu raporlarda, ABD’de 98.000 kişinin doğrudan tıbbi hatalar sonucu öldüğü bildirilmiştir. Doğrudan tıbbi hatalara bağlı ölümlerin, ABD’de kalp hastalıkları, kanser, serebravasküler hastalıklar, kronik akciğer hastalıklarından sonra beşinci sıradaki ölüm nedeni olduğu ve bunun da moturlu taşıt kazaları (43.458), diyabet ve komplikasyonları, AIDS (16.516) ve meme kanserine bağlı ölümlerden (42.297) sayı olarak daha fazla olduğu rapor edilmektedir ( Akgün ve Assaf 2007; Ovalı, 2010; Institute of Medicine Report, 2006). Yine çalışmacılar tarafından, Amerika Birleşik Devletleri hastanelerinde her gün en az 100 hastanın, tıbbi hatalar nedeni ile öldüğü bildirilmektedir ( Berwick, 2003). ABD’lerinde Kolorado’da yapılan bir diğer çalışmanın raporuna göre ise; “Medicare” popülasyonunda bulunan hastalarda 2000–

2002 yılları arasında 37 milyon hastaneye yatışta 1.14 milyon (% 3.08) hasta güvenliği ihlali tespit edilmiştir. Hasta güvenliği ihlallerinin ilk üç sırasında; zamanında tanı koyma ve tedaviye başlamama, dekübitüs ülserleri oluşması ve post-operatif sepsis yer almaktadır. Bu üç olay, hasta güvenliği ihlallerinin % 60'ını oluşturmaktadır. Bu rapora göre Amerikan hastanelerinde bir yılda 195.000 hastanın önlenemez hatalardan dolayı ölebileceği öngörülmektedir (Health Grades Quality Study, 2004). 31.000 yatarak tedavi gören hastayı kapsayan Harvard çalışmasında da, hastaların % 4'ünün hastaneden kaynaklanan nedenlerden dolayı hastalandığı, bu olayların % 15'inin ölümle sonuçlandığı, % 70'inin ise kısıtlılık oluşturacak şekilde değişik hastalıklara neden olduğu belirtilmektedir (Akgün ve Assaf, 2007). Amerika Birleşik Devletlerinde hasta güvenliği ile ilgili yapılan çalışmalarda gerçek sayının çok daha yüksek olabileceği bildirilmektedir (Institute of Medicine Report Brief, 2006).

Tıbbi hataların nedenleri arasında yanlış ilaç uygulamaları, hastane enfeksiyonları, ameliyat komplikasyonları, kimlik hataları, düşmeler, tedavinin geciktirilmesi, transfüzyon hataları gibi sorunlar gelmektedir. Bu hataların dağılımına bakıldığında; Sağlık Kurumları Akreditasyonu Birleşik Komisyonuna (JCAHO) Eylül 2005 yılında 3343 hastaneden bildirilen tıbbi hata raporuna göre; hataların % 12,8'sini ameliyat öncesi ve sonrası komplikasyonlar, % 12,5'ini yanlış taraf ameliyatları, % 10,5'ini ilaç reaksiyonları, % 7,6'sını tedavi gecikmeleri, % 5,2'sini hasta düşmeleri, % 2,7'sini transfüzyon reaksiyonları, % 1,9'unu hastane enfeksiyonları, % 1,9'unu yanıklar, % 1,6'sını anesteziye bağlı komplikasyonlar, % 1,4'ünü cihazların kalibrasyon problemleri oluşturmaktadır (Akgün ve Assaf 2007). Düşmelerle ilgili yapılan bir çalışmada ise hasta düşmelerinin % 30'unun ciddi yaralanmalarla sonuçlandığı bildirilmektedir (Hendrich, 2006; Aştı, 2000). Gleason (2004) ve arkadaşlarının çalışmasında, yapılan hataların % 22 oranında hastada zarara yol açan hata kategorisinde yer aldığı saptanmıştır. Cornish (2005) ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise, saptanan tıbbi hataların % 38.6' sının hastanın klinik durumunun bozulmasına neden olduğu belirtilmiştir. Hastalar ya da hasta yakınları dışında sağlık çalışanları üzerinde yapılan başka bir çalışmada ise hekimlerin % 35'i, halkın ise % 42'si kendisinin ya da bir yakınının tıbbi hataya maruz kaldığını, bu hataların önemli bir kısmının ise ciddi hatalar olduğunu belirtmektedirler (Adams ve Boscarino 2004). Yine ABD'lerinde tıbbi hata yapıldığını düşünenlerin oranı % 34, Almanya'da tıbbi hata yapıldığını düşünenlerin oranı % 23, Kanada'da ise % 30'dur (Schoen, 2005). Ülkemizde Filiz (2009) tarafından



yapılan çalışmada ise; çalışmaya katılan hekimlerin % 20,5'i, hemşirelerin % 24,2'si, çalışmaya katılan toplumun % 21,7'si kendisinin ya da aile bireylerinin tıbbi hataya maruz kaldığını belirtmektedir. Yine aynı çalışmada, bireylerin hatalardan korunamayacaklarını düşündükleri belirtilmektedir.

Bütün bunların yanında tıbbi hataların ekonomik boyutları da ülkeler için ciddi sorunlar oluşturmaktadır. ABD'de 37 milyar dolarlık toplam bütçenin 17 milyar doları önlenebilen hatalara bağlı kayıplardır. Yine hastane yatışlarının % 2'sinde istenmeyen ilaç hataları ile karşılaşılmasına bağlı olarak hastanede yatış süresinin 4,6 gün uzadığı ve bu durumun hasta başına 4700 dolarlık bir maliyet artışına yol açtığı bilinmektedir (Akgün ve Assaf 2007). İngiltere'de tıbbi hatalar ile ilgili açılan dava sayısı 1975 yılında 500 iken 1990 yılında 6000'e, ödenen tazminat miktarı 1975 yılında 1 milyon pound iken, 1990 yılında 500 milyon pounda yükselmiştir (Ovalı, 2010).

### **3.2. Hasta Güvenliğinde Hemşirenin Sorumlulukları**

Hemşirelerin hastaların sağlık bakım gereksinimlerinin karşılanması ve yaşam kalitelerinin yükseltilmesinde önemli sorumlulukları bulunmaktadır. Hemşirelerin hastaya zarar verecek uygulamalardan kaçınması ve başkalarının hastaya verebileceği zararları önleyici girişimlerde bulunması gerekmektedir. Bu bağlamda hemşirelik hizmetlerindeki hasta güvenliği uygulamaları bakımın en önemli parçasını oluşturmaktadır. Hemşirelik uygulamalarında hasta güvenliği uygulamaları açısından en öncelikli konuların başında ilaç uygulamaları gelmektedir. İlaç hatalarının nedenlerine yönelik incelemeler bireysel düzeyde kalmakta ve hemşirelere odaklanılmaktadır. Hemşirelerin önem vermesi gereken konulardan biri de kanla ilgili işlemlerdir (kan transfüzyonu, kan alma vs.). İlaç ve kanla ilgili uygulamalarda kimlik tanımlaması hasta güvenliğini sağlamada önceliklidir. Bir diğer önemli hasta güvenliği boyutu hasta düşmeleridir. Yapılan hemşirelik protokolleri ile düşme olayının ve düşme sonrası oluşacak yaralanmalarının önüne geçilmeye çalışılmaktadır. Cerrahi alanlardaki tıbbi hataların önlenmesi için de başta kimlik tanımlanması olmak üzere hasta güvenliği hedeflerine uygun olarak işlemlerin gerçekleştirilmesi gerekmektedir (Seren, 2009; Çırpı ve ark., 2009; Göl, 2009).

Ülkemizde hasta güvenliği ile ilgili yapılan çalışmalarda ise; Ovayolu ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada; hemşirelerin % 46,4'ünün hasta için kimlik tanımlayıcı bileklik kullanmadığı, % 66,0'ının yüksek riskli ilaçlar için alınan önlemleri

bilmediği, % 64,1'inin hasta yaralanmalarına karşı herhangi bir önlem almadığı belirlenmiştir. Yine aynı çalışmada; hemşirelerin % 70,62' sının hasta güvenliğine yönelik hemşirelerin yapması gereken uygulamaları bilmediği rapor edilmiştir. Ayrıca yoğun bakımda çalışan hemşirelerin diğer kliniklerde çalışan hemşirelere göre kateter bakımı, kan transfüzyonu, kimlik doğrulama, hasta yaralanmalarına karşı güvenlik önlemlerini aldığı ve bunun da istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Boran (2009) ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada ise; hemşireler tarafından yapılan hatalı uygulamaların bildirimlerine bakıldığında; % 9,6 doktor istem alma uygunsuzluğu, %11,6 tedavi hazırlama ve uygulama ile ilgili uygunsuzluk, % 11,0 sıvı izlem uygunsuzluğu, % 18 hasta bakım uygunsuzluğu, % 25,9 hasta izlem uygunsuzluğu, % 7,6 hasta girişim uygunsuzluğu tespit edilmiştir.

Hemşireler sağlık çalışanları içerisinde doğrudan hasta bakımı veren en büyük grup olduğundan tıbbi hataların önlenmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Sağlık hizmeti verilirken hastaların zarar görmesine yol açan bu hatalar, insan hatasından, teknolojik hatalardan veya bunların oluşturduğu sistemler bütününden kaynaklanabilmektedir. Bu nedenle hasta güvenliğini geliştirmek için temel unsur, tüm çalışanların hasta güvenliği konusunda bilinçlenmesi ve konuya sahip çıkmasının sağlanmasıdır. Bu ise ancak etkili bir güvenlik kültürü oluşturmakla başarılabilir. Bunun için kurumlarda bu hataları engelleyecek bir güvenlik kültürünün oluşturulması gerekmektedir. Artık sağlık kurumları da hava taşımacılığı ve nükleer enerji merkezlerinde olduğu gibi hasta güvenliğini destekleyen çalışma ortamları oluşturarak yüksek güvenilirlikli organizasyonlar haline gelmeyi amaçlamaktadırlar (Pizzi ve ark 2001; Kohn ve ark 2000; Van Geest ve Cummins , 2003).

### **3.3. Güvenlik Kültürü**

“Güvenlik kültürü” kavramının ortaya çıkışı Çernobil kazasından sonra olmuştur. (IAEA –Uluslararası Atom Enerjisi Kurumu,1986). Hazırlanan raporda kurumun güvenlik kültürünün zayıflığından söz edilmiş ve bu kazanın nedenlerinden biri olarak gösterilmiştir. 1991 yılında IAEA (Uluslararası Atom Enerjisi Kurumu) “Güvenlik Kültürü” kavramını “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.” şeklinde tanımlamaktadır. Zohar (1980) güvenlik kültürü yerine “güvenlik iklimi” terimini tercih ederek, bu terimi

“çalışanların çalışma ortamları hakkında paylaştıkları temel algıların özeti” şeklinde tanımlamıştır (Özkan ve Lajunen , 2003).

Güvenlik kültürü, kavram olarak iş güvenliği sisteminin temelini oluşturmaktadır. Emniyetli çalışma, çalışanların iş yaşamı kalitesinin genel yaşam kalitesine olan etkisinin farkında olması, güvenlik ve sağlık konusunda bilgili olması, tutumunun sağlıklı ve güvenli çalışmaya karşı olumlu olması ve çalışma davranışının güvenli olması halinde elde edilir (Şerifoğlu ve Sungur, 2007).

Güvenlik kültürü, güvenliği tehdit edebilecek davranış veya uygulamalarla, bunların yer aldığı ortak alanda bulunan canlıların ya da nesnelere zararını en aza indirmeyi amaçlayan, güvenliğe öncelik veren algılar, inançlar, tutumlar, kurallar, roller, sosyal, teknik ve politik uygulamalarla, yetkinlikler ve sorumlulukların bütünüdür. Güvenlik kültürü yalnızca güvenliğe ilişkin taahhüt, iletişim tarzı ve hataları rapor etmeye yönelik açık kurallarla değil, aynı zamanda çalışanların motivasyonu, morali, hataları algılama biçimleri ve hataları etkileyen faktörlere karşı tutumları (yorgunluk, risk alma, süreçlerin ihlali) ile de ilgilidir. Bu nedenle olumlu bir güvenlik kültürüne sahip olan kurumlarda, karşılıklı güvene dayanan iletişim, güvenliğin önemi ve önleyici tedbirlerin yararlı olacağı yönündeki algılamalar ön plana çıkmaktadır (Tütüncü, 2006). Şerifoğlu ve Sungur (2007), güvenlik kültürünün oluşması için altı ölçütten söz etmektedir.

- Üst yönetimin görünür taahhüdü,
- Orta kademenin sürekli ilgisi,
- Gözetimcilerin performansa odaklanması,
- Çalışanların aktif katılımı,
- Sahadaki uygulamaların oturtulabilmesi için esnek bir sistem,
- Güvenliğe ilişkin tüm çalışanların olumlu algısı

Olumlu bir sağlık güvenlik kültürü insancıl, liderliğe dayalı, güvene dayalı, görünür ve bütüncül oluşu ile karakterizedir. 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. Hata yapmak insanın doğasının gereğidir ve bu değiştirilemez. Bununla birlikte insanların çalıştığı koşullar değiştirilebilir ve geliştirilebilir (Tütüncü,2006).

Yine olumlu güvenlik kültürünün kriterleri: güvenlik politikaları, yönetimin güvenlik için taahhüdü, demokratik uygulamalar, zorunluluk ve sorumlulukların açık tanımı, güvenlik öncelikli işlemler, güvenlik ve hizmet arasındaki denge, yetkin çalışanlar ve eğitim, yüksek motivasyon ve iş tatmini, yönetim ve çalışanlar arasında karşılıklı güven ve adil yaklaşım, kural ve düzenlemelerin güncellenmesi, düzenli ekipman bakımı, olayların ve kazaların rapor edilmesi ve etkin yorumu, farklı kurumsal seviyelerden ve görevlilerden sağlıklı bilgi akışı, yeterli kaynak ve sürekli iyileştirme, ve otorite ile olan iş ilişkileri şeklinde tanımlanmaktadır. Kısa vadede güvenlik iklimi olarak adlandırılan olumlu ortam koşullarının yaratılmasına katkı sağlanabilir. Ancak, çalışanlara sadece eğitim verilerek istenilen davranış değişikliğinin elde edilmesi mümkün değildir. Çalışanların güvenli çalışmaya inanması, güvenli çalışmanın bir refleks haline getirilmesi gerekmektedir ( Reiman ve Oedewald, 2002; Şerifoğlu ve Sungur, 2007).

Araştırmalar liderlerin güvenlik riskleri ve hatalarını algılamaları bakımından sağlık kurumları arasında farklılıklar olduğunu göstermektedir. Kıdemli liderlerin ve hasta ile doğrudan temas kuran personelinin güvenlik kültürünü algılayış biçimleri arasında ve liderlerin güvenlik risklerine ilişkin bilinç düzeyi bakımından da farklılıklar bulunmaktadır. Örneğin kıdemli liderler, güvenlik kültürüne daha iyimser yaklaşmaktadırlar. Bu farklılık bazı kurumlarda diğerlerine nazaran daha fazladır ve bu durum, bazı liderlerin hasta güvenliğine ilişkin taahhütlerini iletmede diğerlerine göre daha başarılı olduğunu göstermektedir. İşyerlerinin ve çalışma kültürlerinin, çalışma yaşamında sağlık ve güvenliği destekleyici yönde geliştirilmesi, böylece girişimlerin verimliliklerine olumlu katkı sağlayacaktır (Tütüncü, 2006;Çakır, 2009).

#### **4. HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ**

Hasta güvenliği kültürü; hasta güvenliği konusunun kurumun en öncelikli konusu ve ortak değeri olarak kabullenilmesidir. Hasta güvenliği konusundaki çalışmalar kurumlarda öncelikle hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesi çalışmaları ile başlamalıdır. Tüm çalışanların hasta güvenliğini öncelik olarak belirlemesi ve hasta güvenliğini görev tanımının bir parçası olarak görmesi gerekmektedir (Aksayan, 2009; Akalın, 2004).

Tıbbi hatalar konusunda genel algılamalar ve yaşanan tecrübeler ülkeler, toplumlar ve sağlık çalışanları arasında farklılıklar göstermektedir. Her ülke, kendi sağlık kurumlarında hasta güvenliği kültürü ölçümü yaparak hasta güvenliği konusunda öncelikle olarak geliştirmesi gereken alanları saptamaktadır. Yapılan güvenlik kültürü değerlendirmeleri, bir kurumda çalışanların ve yöneticilerin güvenlikle ilgili algılamalarını ve tutumlarını anlamayı sağlamaktadır. Güvenlik kültürü değerlendirmesi, kurumda geliştirilmesi gereken alanlar ile en problemlili olan alanları tanılamada yardımcı olmaktadır (Nieva ve Sorra, 2003; Pronovost, 2004).

Hasta güvenliğinin sağlanması, sağlık çalışanlarının hasta güvenliğini tehdit eden durumları bilmeleri ve kurumlarında güvenlik kültürünü geliştirmeleri ile mümkündür. Hasta güvenliğini iyileştirmek için sisteme müdahaleye odaklanmak gerekmektedir. En güvenli girişimlerin dahi hasta güvenliği kültürünün yokluğunda, başarısız olduğu bilinmektedir. Hasta güvenliği kültürünün yaratılması ve kalıcı olabilmesi için en başta liderlerin konuya sahip çıkması gerekmektedir. Bu nedenle hasta güvenliği kültürü ile ilgili olarak liderler tarafından kurumun öncelikleri stratejilerle belirlenmelidir. Sistem analizi yapılmalı ve risk azaltma stratejileri geliştirilmelidir. Hasta güvenliği için kurumlarda kaynak ayrılmalıdır. Bunların en önemlilerinden biri de insan kaynaklarının yeterli ve yetkin olmasıdır. Kurumda yeterli ve yetkin olan anahtar kişilerin hasta güvenliğinde etkin rol alması sağlanmalıdır. Hasta güvenliği kültürünü geliştirmek için ayrıca bilgiler sürekli olarak tüm çalışanlarla paylaşılmalı, iletişim sistemleri oluşturulmalı ve izlenmelidir. Çalışanlar ve hastalar arasında açık ve sürekli iletişim teşvik edilmelidir. Hasta güvenliği kültürünün en önemli konusu olan hatalar analiz edilmeli, hata raporları güvenlik altına alınmalıdır. Cezalandırıcı olmayan bir raporlama sistemi kullanılmalıdır. Tıbbi hatalardan etkilenen bireyler, aileleri ve personel desteklenmeli ve hastaların süreçlere katılımı mutlaka sağlanmalıdır. Personelin hasta güvenliği ile ilgili eğitimlerinin sürekliliği sağlanmalıdır. Çünkü; hasta güvenliği kültürü gelişimi devam eden bir süreçtir ve değerlendirme-analiz-eğitim-strateji geliştirme ve yeniden değerlendirme şeklinde sürekli ve periyodik olmalıdır (Helling, 2007; Mercurie, 2009; Pronovost ve ark., 2004; Aksayan, 2009; Akalın, 2004; Budak, 2008).

Olumlu bir hasta güvenliği ortamında sorunlar yapıcı bir şekilde ele alındığı zaman çalışanların konuları açıklıkla tartışma eğilimleri artmakta, hasta güvenliğini tehdit eden durumlarla ilgili bilgi akışı olabilmektedir. Olumsuz hasta güvenliği ortamında ise; çalışanların suçlanma ve ceza alma korkuları nedeniyle olayları yönetime

bildirmeyecekleri belirtilmektedir. Pek çok araştırmacı tarafından bunun suçlama ve utanma kültürünün yansımaları olduğu bildirilmektedir ( Nieva ve Sorra, 2003; Tak, 2010).

Hasta güvenliği kültürü oluşturmada en önemli kavram hataların raporlanması ve hataların açıklanmasıdır. Hangi hataların belirlendiği, kabullenildiği, raporlandığı, ilgili veya etkilenen kişilere bildirildiği durumu, güvenliğin ne kadar iyi işlediğinin göstergesidir. Fakat tıbbi hataların bildirimini engelleyen durumlarla karşı karşıya kalınabilmektedir.

Akın ve Cole tarafından 2005 yılında Delphi Panelinde tıbbi hataların bildirimini engelleyen en önemli 7 neden ve bunu etkileyen faktörler şu Şekilde belirtilmiştir (Van Geest, 2003; Kathuria, 2007).

**1-Hasta güvenliğinin öncelik olarak belirlenmediği kurumlarda eğer kaynak yetersizliği de söz konusu ise, hasta güvenliği göz ardı edilebilmektedir.**

**2-Kaynak yetersizliği:** alışanlar zaman yetersizliği ya da insan gücü yetersizliği nedeniyle hasta güvenliğine yeteri kadar önem verememekte, hasta güvenliği için gerekli olan bazı yöntemleri öğrenmeye ve bunlar için zaman ayırmaya istekli olmamaktadır. Yapılan araştırmalarda özellikle personel yetersizliğine bağlı olarak istenmeyen olayların daha sık grldğu bildirilmektedir. Örneğin hastanın düşmesi, bası yarası açılması, yanlış ilaç uygulamaları, nazokomiyal enfeksiyonlar ve aynı Őikyet sebebiyle hastaneye tekrar yatma gibi nedenler ve hastanede uzun süreli yatışlar, hastane ölüm oranlarının artması ile yetersiz istihdam seviyesi arasında güçlü bir ilişki bulunmuştur (Göktaş, 2007). Buna göre yetersiz sağlık çalışanı kaynağı sağlık hizmetinin kalitesini etkilemekte ve hasta güvenliğini tehdit etmektedir. Hemşirelerin alışma saatleriyle ilgili olarak yapılan bir çalışmada ise, günde 12 saatten fazla çalışan hemşirelerde hata oranının arttığı saptanmıştır (Rogers ve ark, 2004).

**3-Hasta güvenliği teknolojisine sahip olma:** zellikle alt yapı eksiklikleri ya da kaynak yetersizlikleri sağlık kuruluşları için önemli bir engeldir. Hizmet içi eğitimler, yeni teknolojiler, hasta kabul, laboratuvar analizleri, faturalama işlemleri için gerekli olan elektronik sistemlerin varlığı bu kaynakların en önemlileridir. Hasta güvenliğini etkin hale getirmek için özellikle hastane otomasyon sistemleri pek çok sağlık kuruluşunda mevcut değildir.

4-Değişime tepki: Sağlık çalışanlarının büyük bir bölümü uygulamaları zaten yaptıklarını savunmakta olup, değişim ya da iyileşme çalışmalarına tepki göstermektedir.

5-Ayıplanma kültürü: Saptanan hata sistemdeki eksiklik yerine profesyonellerin başarısızlığı olarak değerlendirilmekte ve kişi cezalandırılabilir. Saptanan hata sistemdeki eksiklik yerine profesyonellerin başarısızlığı olarak değerlendirilmekte ve kişi cezalandırılabilir.

6-Deneyimli, yaşlı yöneticilerin hasta güvenliği kavramını anlamamaları ve uygulamalara katılmamaları: Kurumlarda deneyimli yöneticilerin programa inanmamaları diğer önemli bir etkidir. Bu nedenle öncelikli olarak orta kademeli yöneticiler eğitilmelidir. Konuyla ilgili yöneticilerin ve personelin motive edilmesi gerekmektedir.

7-İşyeri ortamında tutum ve davranışlarda hataları ortaya çıkartacak, hataların ciddi hasarlara yol açmasını engellemek için bunların saptanmasının ne kadar önemli olduğunu vurgulayacak bir kurum kültürü geliştirmek gerekmektedir.

#### **4.1. Hasta Güvenliği Kültürünü Geliştirmek İçin Yapılması Gerekenler**

Hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesinde ve olumlu bir güvenlik ortamı yaratılması için her düzeydeki liderliğin önemi büyüktür. Liderler tarafından, hasta güvenliği konusunun herkesin sahiplenmesi gereken bir konu olduğunun ilan edilmesi, çalışanlara hasta güvenliğini tehdit eden süreçleri tanımlama azaltma konusunda sorumluluk verilmesi, takımların oluşturulması güvenlik toplantılarının düzenlenmesi, açık iletişimin sürekli ve tutarlı olarak teşvik edilmesi, hasta güvenliği için kaynak ayrılması ve tüm çalışanların oryantasyon ve sürekli eğitimlerinde hasta güvenliğine odaklanılması kültürün geliştirilmesinde en önemli uygulamalardır. Bazı tahminlere göre güvenli bir organizasyon içinde hissedilir bir hasta güvenliği kültürü geliştirmek için 5 yıldan uzun süre gerekebilmektedir. Güvenlik kültürü geliştirme aşamasının ilk basamağı kurumun mevcut güvenlik kültürünü tanımlamaktır Kurumun hasta güvenliği kültürünü geliştirmesi için adalet, esneklik, öğrenme, sistematik raporlama gibi yönlerinin geliştirmesi gerekmektedir. Bunun için gerekenler kuruluşun en üst düzeyinde yönetim tarafından taahhüt edilmelidir. Yine üst yönetimin kurumun tüm birimlerine, belirli aralıklarla liderlerin de katıldığı hasta güvenliği toplantılarının düzenlenmesi gerekmektedir. Belirli aralıklarla güvenlik toplantıları yapılmalı, hasta güvenliğinin önemi tüm çalışanlarla paylaşılmalıdır. Cezalandırma kültürü olmamalı, cezalandırıcı yaklaşım yerine sistemi gözden geçirip mevcut sorunlara çözüm üretebilmelerini

destekleyecek yaklaşımlarla tıbbi hataların raporlanmaları teşvik edilmelidir. Raporlamalar güvenli olmalıdır. Olayları rapor eden bireyler rapor edilmemelidir. Personel çabaları tanınmalı ve hasta güvenliğine katkıda bulunan personel ödüllendirmelidir. Çalışanlar için uyarıcı kurumsal öğrenmenin olması ve sistemlerin düzenlenmesi gerekmektedir. Ayrıca hasta ve yakınlarının hasta güvenliği konusunda farkındalıklarının artırılması için eğitilmeleri ve işbirliği sağlama yöntemlerinin geliştirilmesi de kurumdaki hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesine katkı sağlayacak önemli bir uygulamadır (Gingsburg, 2005; Hellings, 2007; Aksayan, 2009 ; Mercurie, 2009; PR Newswire Association LLC, 2009; WHO, 2005).

Hasta güvenliği kültürü geliştirmede en çok üzerinde durulması gereken konu yukarıda da belirtildiği gibi etkin bir raporlama sisteminin olması ve hataların açıklanmasıdır. Hataların belirlenmesi, kabullenilmesi, raporlanması, ilgili kişilere bildirilmesi, güvenliğin ne kadar iyi işlediğinin bir göstergesidir. Güvenlik kültürü için; sağlık bakımı çalışanlarının mevcut veya olası hataları, cezalandırılma korkusu olmadan raporlayabilmeleri gerekmektedir. Hasta güvenliği raporlama sistemlerinin temel rolü sağlık bakım sistemlerinde ki hataları öğrenerek hasta güvenliğini güçlendirmektir. Raporlama, hasta güvenliği ile ilgili tehlikelerin belirlenmesine yardımcı olmaktadır. Böylece aynı hataların birçok kez tekrarlanması ve hasta güvenliğini tehdit etmesi önlenmiş olur (WHO, 2005; Filiz, 2009).

Olumlu bir güvenlik kültürü olan kurumlarda iletişim karşılıklı güven üzerine kurulmuştur. Literatürde korku kültürünün ortasında gizli kalmış durumları ortaya çıkarmanın mümkün olmadığı belirtilmektedir. Hataların bildirilmesiyle ilgili yapılan bir çalışmaya katılanlar, tıbbi hataların rapor edilmesini engelleyecek faktörlere örnek olarak, olumsuz kurumsal yanıtlardan duyulan korku (örneğin ayıplama, disipline verme), dava açılmasından duyulan korku ve yönetimin verilen bilgileri ne yönde kullanacağı yönünde duyulan şüphe gibi faktörleri göstermektedir (Uribe ve ark., 2002). Hasta güvenliğini iyileştirmenin önündeki en önemli engellerden birisi de, hataların rapor edilmesinin hiçbir şeyi değiştirmeyeceği algılamasıdır. Yine; rapor edenlerin raporları doğrultusunda ceza alırlarsa bunu bildirmeyeceklerine dair literatürde uzun tartışmalar bulunmaktadır. Ülkemizde de Arslan ve arkadaşları (2009) tarafından yapılan bir çalışmada, sağlık çalışanlarının % 20'si tıbbi hataları ceza almaktan korktuğu için bildirmeyeceğini belirtmiştir. Doğasında ceza bulunan sistemler raporlamayı baskılamakta ve uygun güvenlik stratejilerinin yayılmasına ve geliştirilmesine faydası



olan hataların tartışılmasını engellemektedir (Kathuria, 2007; Mercurie, 2009; Nieva ve Sorra, 2003; Van Geest ve Cummins, 2003).

Güvenlik konusunda geçerli bir raporlama olabilmesi için, analitik ve denetleyici araçlara ihtiyaç vardır. Öyle ki bunlar öğrenme ve önleyici tedbirler için eylemde bulunma konularında ilerlemenin sağlanması için ortaya çıkan sorunların kaynaklarını ve risklerin nedenlerini tam ve açık olarak tanımlamakta kullanılır olmalıdır.

([www.performans.saglik.gov.tr/hastagüvenlik/kuresel\\_hasta\\_güvenligi.doc](http://www.performans.saglik.gov.tr/hastagüvenlik/kuresel_hasta_güvenligi.doc))

Raporlama iki şekilde olabilir. Birincisi herkesin kullandığı tüm çalışanlara geri bildirim sağlayacak “anonim” olarak adlandırılan raporlar, diğeri ise çoğunlukla üst yönetim ile paylaşılan gizli raporlar. Gizli raporlar detaylı kodlamaya olanak sağlayacak yeterli bilgi içermelidir. Mevcut tıbbi raporlama sistemleri üç temel prensibe dayanmaktadır. Bu sistemler anonim olmalı, cezalandırıcı olmamalı ve hemen deşifre edilmemelidir. En önemli prensip hatayı ortaya çıkarmanı ve raporlayanı koruma garantisinin mutlaka olma gerekliliğidir (Kathuria, 2007).

Kurum içi güçlü bir iletişim planı oluşturulması, hasta güvenliği ile ilgili kurum ve bireylerin performansının değerlendirilmesinde kullanılacak göstergelerin belirlenmesi ve bunların izlemi başarıların tüm çalışanlar tarafından paylaşımı için duyurulması ve başarı sahiplerinin ödüllendirilmesi gerekir. Olayları rapor eden bireyler rapor edilmemelidir. Raporlama güvenli olmalıdır. Ceza veya diğerkötü etkilere maruz bırakılmamalıdır. Bireyleri suçlayıcı, cezalandırıcı yaklaşım yerine sistemi gözden geçirip mevcut sorunlara çözüm üretebilmelerini destekleyecek yaklaşımlarla tıbbi hataların raporlanmalarını teşvik etmek gibi uygulamalar hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesinde önemle ele alınması gereken konulardır (Aksayan, 2009; WHO, 2005).

WHO liderliğinde yürütülen hasta güvenliği çalışması kapsamında dünyadaki tüm raporlama sistemleri gözden geçirilmiş, benzer yanları ortaya konulmuş ve ortak bir taksonomi (sınıflandırma) yapıp yapılamayacağı araştırılmıştır.

Türkiye’de henüz yapılandırılmış bir hasta güvenliği sistemi bulunmamaktadır. Bunun yanında uluslararası bir akreditasyon kurumu tarafından akredite edilmiş/edilecek hastanelerde, standartlar gereğince, hastanın ve çalışanın güvenliğini tehdit eden olaylar izlenmekte, kayıt altına alınmakta, analiz edilmekte ve iyileştirilmektedir. Sağlık Bakanlığı 2006 yılında Hasta Güvenliği toplantıları yapmaya başlayarak devletin bu konuya olan ilgisini ortaya koymuştur. Aynı zamanda JCAHO ile Sağlık Bakanlığı’nın yaptığı anlaşma neticesinde ise hastane standartlarının hayata

geçirilmesi için çalışmalar başlamış, pilot hastanelerde eğitimler yapılmaya başlanmıştır (Budak, 2008; <http://sbu.saglik.gov.tr/hastahaklari/faaliyet.htm>).

Uluslararası Hasta Güvenliği Ajansı (NPSA) tarafından, güvenlik iyileştirmeleri için ulusal raporlama ve Öğrenme Sistemi (NRLS) geliştirilmiştir. İngiltere'deki sağlık kuruluşlarının %90'ı NRLS'ye üye olmuştur. Raporlanan konular arasında, National Health Service (NHS)'ten hizmet alan bir hastada beklenmeyen ya da planlanmayan bir olay yaşanması ya da kazaya sebep olan herhangi bir olay yaşanması bulunmaktadır. Yine bir çok ülke hasta güvenliği için Ulusal Raporlama Sistemleri geliştirmiştir (WHO, 2005; Budak, M. 2008).

Hollanda'da: Cezalandırıcı olmayan, gönüllü raporlama sistemi mevcut olup buna rağmen ölümlerle sonuçlanan olayların raporlanması ise zorunludur. İsveç'te ise: National Board of Health and Welfare tarafından mevcut kalite sistemleri düzenlenip standardize edilmiştir. Yan etkiler, ramak kala hatalar, ekipman hataları, intihar ve diğer zarar veren olayların bildirilmesi beklenmektedir. Bu yolla, günlük olarak ortalama 1100 zorunlu, 2400 gönüllü rapor alınmaktadır. ABD'de: Amerika'da ulusal devlete bağlı bir raporlama sistemi bulunmamaktadır. Ancak 50 eyaletin 21'i zorunlu bir raporlama sistemine sahiptir. Zorunlu olarak bildirilmesi beklenen olaylardan biri beklenmeyen ölümlerdir. Yanlış taraf cerrahisi de bildirilmesi gereken diğer bir olaydır.

ABD'de: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) 1996 yılında beklenmedik olay (sentinel olay) raporlama sistemini kurmuştur. Sistem, gönüllü ve gizli bir sistemdir. Herhangi bir kurumun akreditasyonu raporlamadan dolayı tehlikeye girmez. Hastalığın seyrinden kaynaklanmayan bir olay veya beklenmeyen ölüm, organ ya da fonksiyon kaybı gelişmesi durumları bildirilmesi gereken olaylar arasındadır. Herhangi bir akredite kuruma bu raporlama yapılabilir. Sağlık kurumları bu bildirimleri kendileri yapabilir ve medya gibi diğer kaynaklar, şikâyetler ve eyalet sağlık bölümünden gelebilir. Japonya: Japonya'daki hastaneler Sağlık Bakanlığı'na bağlıdır ve internal bir raporlama sistemi bulunmaktadır. Japonya Sağlıkta Kalite Konseyi tarafından gönüllü olarak yapılan olay bildirimleri toplanmaktadır ve 2004 yılında ulusal bir sistem kurulmuştur. Bu yeni sistemde eğitim hastanelerinin olay bildirim yapması zorunlu, diğer hastaneler için gönüllüdür. Ramak kala hatalar ve ekipman hatalarından kaynaklanan hasta yaralanmaları bu bildirim kapsamına girmektedir (WHO, 2005; Budak, 2008).

Herhangi bir raporlama sisteminin sahip olması gereken özellikler;

- Açık ve net olarak tanımlanmış hedefler
- Raporlama yapacak kişilerin net olarak tarif edilmiş olması
- Rapordan hangi bilgilerin ve verilerin elde edileceği
- Raporu almak ve verileri yönetmek için gerekli mekanizmalar
- Analiz için gerekli uzmanlık bilgisi
- Bildirilen olaya geri dönme veya cevap verme sorumluluğu
- Raporlanan olayların sınıflandırılması için yöntem belirleme
- Bulgulardan faydalanma için mekanizma oluşturma
- Teknik yapı ve veri güvenliği

Tüm bunların yanı sıra bir sistem kurmaya karar verildiğinde hangi olayların raporlanmasının istendiğine karar verilmelidir.

#### **4.2. Bildirilmesi Gereken Olaylar**

JCAHO tarafından beklenmeyen olay (sentinel event) olarak tanımlanan olaylar; hastalığın doğal seyri dışında meydana gelen, beklenmeyen ölümler ya da kalıcı fonksiyon kaybıyla sonuçlanan olaylar olarak tanımlanmaktadır.

- Hastanın intihar etmesi,
- Çocuk ve bebek kaçırılması,
- Bebeğin yanlış aileye verilerek taburcu edilmesi,
- Sürekli ve ciddi fonksiyon kayıplarına yol açan yaralanmalar,
- Tedavi sırasında ortaya çıkan ciddi ilaç etkileşimleri ve intoksikasyonlar,
- Hastane içinde bir hasta veya çalışan tarafından tecavüz olayının yaşanması,
- Kan ve kan ürünlerinin verilmesi sonucunda hemolitik transfüzyon reaksiyonunun olması,
- Yanlış hasta veya yanlış taraf ameliyatlarının yapılması,

- Hastanın tedavisi ile ilgisi olmayan beklenmeyen ölümler ya da ortaya çıkan büyük fonksiyon kayıpları bu bildirimlerin kapsamına girmektedir.

Ayrıca “Neredeyse olacaktı” denilen ve “ramak kala” (near miss) olarak da adlandırılan olaylar organizasyonlarda sık olarak yaşanmaktadır. Bu olayların saptanması, raporlanması ve düzeltici faaliyetlerin yapılması büyük önem taşımaktadır.1997’de İngiltere’de Ulusal Sağlık Hizmetleri(NHS) geniş çaplı bir raporlama sistemi başlatmıştır. Ocak 2001 ile Mart 2002 arasında 19 kurumda 28000 raporlama yapılmıştır. Bu raporlarda mevcut hatalardan çok ramak kala hatalardan ve kök neden analizlerinden öğrenmenin üzerinde durulmaktadır (Seren, 2009). Güvenlik kültürünün oluşturulmasında “ramak kala” olayların raporlanmasının teşvik edilmesi gerekmektedir (WHO, 2005; Budak, 2008).

#### **4.3. Hasta Güvenliği Kültürünü Geliştirmede Hemşirenin Sorumluluğu**

Hemşirelerin sağlığın korunması ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi ile ilgili önemli işlevleri bulunmaktadır. Hemşireler bakımın her alanında hasta güvenliği ile iç içedirler. Hemşirelik hizmetlerinde esas amaç, hasta güvenliğini sağlamak ve güvenlik kültürünü oluşturmak olmalıdır. Hemşirelerin hastaların yaşam kalitesinin yükseltilmesine ilişkin sorumlulukları bulunmakta olup, hastaya zarar verecek uygulamalardan kaçınmak ve başkalarının verebileceği zararları önleyici girişimlerde bulunmak da görevleri arasındadır. Literatürde; hasta güvenliğinin, sağlık organizasyonlarında herkesin hedefi olması gerektiği belirtilirken, bu gruplardan özellikle hemşireler üzerine vurgu yapılmakta, hasta güvenliğini artırmak için hastalara yakınlığı nedeniyle hemşirelerin benzersiz bir konumu olduğundan söz edilmektedir (Thompson, 2005; Friesen, <http://www.nursingworld.org/mods/mod780/role.pdf>, E.T:28.08.2010). Sağlık kurumlarında sayıca en büyük grubu oluşturan hemşireler hastalarla en uzun süre bir arada olan ve doğrudan bakım sorumluluğunu alan gruptur. Bu nedenle hemşireler hasta güvenliği ile ilgili sorunları ve olası çözümleri belirleyecek en önemli sağlık çalışanları arasındadır. Friesen tarafından bildirildiğine göre, yurtdışında yapılan anketlerde hemşireler, halk tarafından sağlık sisteminin en büyük ve etik açıdan en dürüst bulunan grubu olarak kabul edilmektedir. Bu nedenle sağlık sistemleri içerisinde hasta güvenliği çözümlerinin bir parçası olan hemşirelerin hasta

güvenliği konusunda desteklenmesi gerekmektedir (Thompson ve ark., 2005; Friesen, <http://www.nursingworld.org/mods/mod780/role.pdf>, E.T:28.08.2010).

Hastalarla ilgili risklerin erken aşamada tespit edilmesi, hasta yaralanmalarının önlenmesinde son derece önemli olup, güven ve dürüstlük ilkelerine bağlılık doğrultusunda, hastalar ile sağlık bakım sistemindeki hizmet sağlayıcılar arasında açık bir iletişim kurulması şarttır. Hastaların ve hasta yakınlarının risk ve riskin azaltılması konusunda bilgilendirilmesi, hasta güvenliğinin savunulması ve istenmeyen olayların rapor edilmesi hemşirenin sorumlulukları arasındadır. Hastaların karşı karşıya kaldığı tıbbi hatalar tamamen yok edilemese de, azaltılabilir. Hatalar veya ramak kala olaylar hemşireler tarafından öğrenmek için fırsat olarak değerlendirilip, cezalandırılma korkusu olmaksızın güven ortamı içerisinde rapor edilebilmelidir. Bu yaklaşım hasta güvenliği kültüründe hemşirelerin üzerine düşen en önemli sorumluluklardan birisidir (Erlen, 2007; Feng, 2008; Fraquhar ve ark., 2007; Thompson ve ark 2005; Çırpı ve ark., 2009; Göl, 2009).

Hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesinde en büyük rol yönetici hemşirelere düşmektedir. Güçlü bir liderlik yönetiminde, çalışmalar yapılmaksızın hasta güvenliğinin başarıya ulaşamayacağı bildirilmektedir. Hasta güvenliği uygulamalarında özellikle hemşire liderler, hataların ortaya çıkmasını kolaylaştırmak için açık bir iletişim ortamı oluşturmada anahtar kişiler olarak görülmektedir

(Thompson ve ark., 2005; Callahan ve Ruchlin, 2003; Farquar ve ark., 2007; Rich; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/Bookshelf>, E.T:28.08.2010; Friesen, <http://www.nursingworld.org/mods/mod780/role.pdf>, E.T:28.08.2010).

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

(Thompson ve ark.,2005; Callahan ve Ruchlin, 2003; Farquar ve ark., 2007; Rich; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf>, E.T:28.08.2010; Friesen, <http://www.nursingworld.org/mods/mod780/> E.T:28.08.2010).

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

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

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

- Yönetici hemşireler ve klinik hemşireleri hasta güvenliğini ilgilendiren süreçlerin prosedürlerini oluşturmalarıdır.
- Hasta güvenliği kültürünü geliştirmek için; gönüllü raporlama sistemlerinin oluşturulması gerekmektedir. Hemşireler tarafından hatalı uygulamalar rapor edilmeli, kliniklerde gelişen beklenmedik olaylar izlenmeli ve analizleri yapılmalıdır.
- Hasta güvenliği araştırmaları yönetici hemşireler tarafından desteklenmelidir. Hemşirelerin bu araştırmalara katılımı sağlanmalıdır. Araştırmalar birimler ve hastane genelini kapsayacak şekilde olmalıdır. Çalışmalar genel hasta güvenliği algısı, yönetici çalışan beklentileri, hataların cezalandırıcı olmayacak şekilde nasıl raporlanacağı ve sürekli öğrenmeyi kapsayacak şekilde olmalıdır.
- Yönetici hemşirelerin öğrenen organizasyon yaklaşımını benimsemeleri hasta güvenliği kültürünü teşvikte yardımcı bir etkidir.
- Çalışan hemşirelere yöneticileri tarafından sürekli geri bildirimler yapılmalı ve ödüllendirme sistemleri kullanılmalıdır.
- Yönetici hemşireler tarafından çalışanlara hazırlanacak olan ortam destekleyici, güven veren, açık iletişimin olduğu, esnek ve yaratıcılığın desteklendiği, hatalara karşı cezalandırıcı olmayan yaklaşımın sergilendiği bir ortam olmalıdır.
- Yönetici hemşireler çalışanlarının başarısızlıkların değil, başarıların üzerine yoğunlaşmalıdır.
- Ayrıca yönetici ve klinisyen hemşirelerin hasta güvenliği ile ilgili geçmiş başarıları ve başarısızlıklarını belli aralıklarla gözden geçirmesi gerekmektedir.
- Yönetici hemşireler hasta güvenliği ile ilgili kamuoyunda daha fazla yankı uyandırmak için akademik meslektaşları ile birlikte güçlü ortaklıklar kurmalı ve hasta güvenliği konusunda birlikte çalışmalıdırlar.
- Akademisyen hemşireler tarafından öğrenci hemşirelerin hasta güvenliği konularını çalışma ortamına gelmeden eğitimleri sırasında detaylı olarak almaları sağlanmalıdır. Bu çalışmalar klinisyen hemşirelerle işbirliği içinde olmalıdır.
- Yönetici hemşireler bölümlerinde ya da hastane genelinde belli aralıklarla sorumlu kişilerle birlikte güvenlik turları düzenlemeli ve iyileştirme faaliyetleri başlatmalıdır.
- Hasta güvenliğinde hemşire istihdamı çok önemlidir. Hasta güvenliğini tehdit etmeyecek şekilde istihdamın sağlanması gerekmektedir. Uygun istihdamla birlikte yorgunluk, yoğun çalışma, vardiyalı çalışma, yeterli sayıda hemşire olmaması gibi konularda çalışmalar yapılmalı bunların hasta güvenliğine yansımaları vurgulanmalıdır.

—Hasta güvenliği hedeflerine ulaşmak ve hasta güvenliği kültürünün gelişimine katkı vermek için yönetici, klinisyen ve akademisyen hemşireler tarafından ulusal ve uluslararası hasta güvenliği organizasyonları desteklenmelidir.

Sonuç olarak; Ülkemizde sağlık kuruluşlarında hastaların güvenliği ve hemşirelerin hatalı uygulamalara ilişkin yasal durumlarla karşı karşıya kalmamaları için hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesi zorunludur. Güçlü hasta güvenliği kültürü, çalışan tüm bireylerin ortak değerler ve inançlar etrafında birleşmeleri sonucu ortaya çıkacaktır.

#### **IV. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ**

##### **1. Araştırmanın Şekli**

Araştırma; hekim ve hemşirelerin, hasta güvenliği kültürüne ilişkin algılarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

##### **2. Araştırmanın Yeri**

Araştırma Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde yapılmıştır. Araştırmanın verileri 15 Mart-15 Mayıs 2009 tarihleri arasında toplanmıştır. Çalışmanın yapıldığı tarihte hastanede 456 hekim, 350 hemşire bulunmakta idi. Toplam personel sayısı 1614 idi. Hastane, Cumhuriyet Üniversitesi Rektörlüğü'nün de bulunduğu kampus yerleşkesi içerisinde 88047m<sup>2</sup>lik alanda yer almakta olup, 7 blok ve 14 kattan oluşmaktadır. Hastane 917 yatak kapasitelidir ve hastanede günlük ortalama 900 hasta tedavi görmektedir. Ana bina dışında, 100 yatak kapasiteli Kardiyoloji - Kalp Damar Cerrahisi Merkezi, 8 yatak kapasiteli Acil Tıp Merkezi ve 50 yatak kapasiteli Yoğun Bakım Ünitesi yeni binalarında hizmet vermektedir. Ayrıca Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezi, şehir merkezinden 30 km. uzaklıktaki Sıcak Çermik mevkiinde hizmet vermektedir.

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde 2007 yılında kalite çalışmaları başlamış olup bu çalışmalar Kalite Yönetim Birimi tarafından yönlendirilmektedir. Hastane ISO 9001:2008 Kalite Yönetim belgelidir. Çalışma başladığında kurumda hasta güvenliği ile ilgili kalite çalışmaları yeni başlamış olup, hasta güvenliği ile ilgili personel eğitimleri henüz başlamamıştı. Uygulama tamamlandıktan sonra 29 Nisan 2009 tarihinde yayımlanan "Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ" doğrultusunda Kalite Yönetim Birimi tarafından hasta ve çalışan güvenliği çalışmaları başlatılmış, yeni başlayan uygulamalarla ilgili hastane geneli hedef alınarak eğitimler yapılmıştır. Eğitimler kapsamında 830 kişiye hasta ve çalışan güvenliği uygulamaları ile ilgili eğitimler verilmiştir. Çalışmanın anketlerinin yapıldığı tarihlerde bu eğitimlere başlanılmadığından katılımcıların çoğunluğu bu konuda eğitim almadıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca hastanede uzun süredir faaliyet gösteren Enfeksiyon Kontrol Komitesi tarafından hasta güvenliğine ilişkin çalışmalar yapılmaktadır.



### **3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde çalışan tüm hekim (N=456) ve hemşireler (N=350) oluşturmuştur. Çalışmanın örneklemini belirlemek üzere tabakalı örneklem yöntemi uygulanmış olup, 180 doktor, 140 hemşire olmak üzere toplam 320 kişi çalışmaya alınmıştır (hekim ve hemşire sayısı  $a_i=N_i/N$  ve  $n_i=a_i.n$  formülleri kullanılarak bulunmuştur). Herbir gruptan örnekleme alınacak hekim ve hemşire sayısı belirlendikten sonra bireyler basit rastgele örnekleme yöntemiyle belirlenmiştir. Çalışmaya alınan doktorlar; öğretim üyeleri ve asistan doktorlardan oluşmaktadır. Hemşireler ise servis sorumlu hemşireleri, servis hemşireleri, özel ünite hemşirelerinden oluşmaktadır. Hekim ve hemşirelere çalışma hakkında bilgi verilerek sözel onamları alınmıştır. Belirlenen sayıda hekim ve hemşireden toplanan anketler incelendiğinde demografik bilgileri eksik olan 8 hekim, 4 hemşire çalışma kapsamından çıkarılmış ve son olarak örneklem 308 kişiden oluşmuştur ( 172 hekim, 136 hemşire).

### **4. Verilerin Toplanması**

#### **4.1. Veri Toplama Araçları**

Araştırmanın verileri Kişisel Bilgi Formu ve Hasta Güvenliği Kültürü Değerlendirme Ölçüm Aracı ile toplanmıştır.

##### **a) Kişisel Bilgi Formu (EK-1)**

Araştırmacı tarafından ilgili kaynaklar doğrultusunda hazırlanan ve iki ayrı bölümden oluşan formda toplam 18 soru bulunmaktadır. Birinci bölümde; araştırmaya katılacak kişilerin yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, mesleği, eğitim durumu, çalışma yılı, hastanede kaç yıldır çalıştığı ve şu an çalıştığı bölümde kaç yıldır çalıştığını belirleyen 8 soru bulunmaktadır. İkinci bölümde ise; hekim ve hemşirelerin hasta güvenliği konusunda hastanedeki uygulamalarla ilgili görüşlerini içeren 10 soru bulunmaktadır.

##### **b) Hasta Güvenliği Kültürü Değerlendirme Ölçüm Aracı (EK-2)**

Çalışmada orijinali Texas Univesitesi'nden Sexton ve Thomas (2004) tarafından geliştirilen “Patient Safety Climate Questionnaire” (Hasta Güvenliği Kültürü Değerlendirme Ölçüm Aracı) kullanılmıştır. Hasta Güvenliği Kültürü Değerlendirme Ölçüm Aracı; hasta güvenliği kültürüne ilişkin kişilerin algılamalarını incelemektedir. Bu ölçüm aracının Ülkemiz için geçerlik ve güvenilirlik çalışması Tütüncü ve arkadaşları (2007) tarafından yapılmıştır. Form , 19 sorudan oluşmaktadır. Formda yer

alan ifadeler 5'li likert tipinde düzenlenmiştir. Formda "Kesinlikle katılıyorum" 5 puan, "katılıyorum" 4 puan, "ne katılıyorum ne katılmıyorum" 3 puan, katılmıyorum 2 puan, "kesinlikle katılıyorum" ise 1 puan olarak hesaplanmaktadır. Formdaki 18. sorunun puanlanması ters olarak yapılmaktadır. Formun toplam ortalama puanı hesaplanırken her bir anketten alınan puanlar toplanmakta ve toplam puan formdaki soru sayısına bölünmektedir. Formdan elde edilen puan 1 ile 5 arasında bir değer olarak bulunur. Formdan alınabilecek en yüksek puan 95, en düşük puan ise 19'dur. Bireylerin aldıkları puan arttıkça hasta güvenliği kültürünü algılama durumları daha olumlu olarak değerlendirilmektedir.

Tütüncü ve Arkadaşları'nın (2007), çalışmasında formun genel Cronbach's alfa katsayısı 0.87 bulunmuş ve bu değer kabul edilebilir sınırlar içinde değerlendirilmiştir. Bu çalışmada Cronbach's alfa katsayısı ise 0,91 olarak bulunmuş olup, güvenilir bir katsayıdır.

#### **4.2. Etik Boyut**

Çalışma başlamadan önce Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Başhekimliği'nden yazılı onam alınmıştır. Daha sonra çalışmaya alınan hekim ve hemşirelerden gönüllülük esası doğrultusunda sözel katılım izni alınmıştır.

#### **5. Veri Toplama Formlarının Uygulanması**

Çalışmada; veri toplamak amacıyla kullanılan formları uygulamadan önce hekim ve hemşireler ile ön görüşme yapılmış ve çalışma hakkında bilgi verilerek çalışmaya katılım onamları alınmıştır. Örnekleme alınan kişilerin tümü, yapılan açıklamadan sonra çalışmayı kabul etmişlerdir. Açıklamadan sonra formlar katılımcılara bırakılarak kendi kendilerine doldurmaları istenmiş ve formlar ertesi gün toplanmıştır. Veriler 15 Mart-15 Mayıs 2009 tarihleri arasında toplanmıştır.

#### **6. Verilerin Değerlendirilmesi**

Araştırmadan elde edilen veriler, SPSS programında uygun istatistiksel yöntemler kullanılarak bilgisayar ortamında değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde; yaş grubu, meslek grubu, eğitim durumu, meslekte toplam çalışma yılı, hastanede toplam çalışma yılı, birimde toplam çalışma yılı, hastanenin hasta güvenliği yönünden düzeyi,

hastaya zarar vermeyen uygulamaların rapor edilme durumu, hastaya zarar veren uygulamaların rapor edilme durumu, hastanenin kalite yönetim sistemini değerlendirme durumu, hastanenin hizmetinin kalitesi yönünden puanlar karşılaştırılırken varyans analizi kullanılmıştır. Analiz sonucunda önemlilik kararı verilen değişken yönünden farklılık yapan grup ya da grupları bulmak için Tukey Testi kullanılmıştır. Cinsiyet, meslek, hasta güvenliği konusunda eğitim alma durumu, hasta güvenliği geliştirme çalışmaları yapılma durumu, yapılan bir hatanın aleyhine kullanılma durumu, yapılan bir hatanın siciline işleme durumu yöünden gruplar karşılaştırıldığında iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi, ölçekteki maddelere ise frekans analizi uygulanmıştır. Veriler tablolarda aritmetik ortalama +\_ standart sapma şeklinde belirtilip yanılma düzeyi 0,05 olarak alınmıştır.

## **V. BULGULAR**

Bu bölümde, araştırmaya alınan hekim (172) ve hemşirelerin (136) demografik ve mesleki özellikleri, hasta güvenliği konusunda hastanedeki uygulamalarla ilgili görüşleri ve hasta güvenliği kültürü puanları ile ilgili bulgular yer almaktadır.

**Tablo 1. Bireylerin Demografik ve Mesleki Özelliklerine Göre Dağılımı**

<b>ÖZELLİKLER</b>	<b>N</b>	<b>Yüzde (%)</b>
<b><u>Yaş</u></b>		
21- 26	67	21, 8
27- 32	144	46,7
33-38	63	20,5
39 ve üzeri	34	11,0
<b><u>Cinsiyet</u></b>		
Kadın	200	64,9
Erkek	108	35,1
<b><u>Medeni Durum</u></b>		
Evli	172	55,8
Bekâr	136	44,2
<b><u>Eğitim Durumu</u></b>		
Önlisans	30	9, 8
Lisans	101	32,7
Yüksek Lisans-Doktora- Tıpta Uzmanlık	177	57,5
<b><u>Görevi</u></b>		
Öğretim Üyesi	29	9,5
Asistan Doktor	143	46,4
Sorumlu Hemşire	21	6,8
Servis Hemşiresi	95	30,8
Özel Ünite Hemşiresi	20	6,5
<b><u>Toplam Çalışma Yılı</u></b>		
1yıldan az	31	10,1
1-5 yıl	125	40,6
6-10 yıl	81	26,3
11 yıl ve üzeri	71	23,0
<b><u>Hastanede Çalışma Yılı</u></b>		
1yıldan az	44	14,3
1-5 yıl	184	59,7
6-10 yıl	37	12,0
11 yıl ve üzeri	43	14,0
<b><u>Birimdeki çalışma süresi</u></b>		
1yıldan az	56	18,2
1-5 yıl	199	64,6
6-10 yıl	31	10,1
11 yıl ve üzeri	22	7,1
<b>Toplam</b>	<b>308</b>	<b>100.0</b>

Tablo 1’de bireylerin yaş gruplarına göre dağılımları incelendiğinde; en fazla bireyin 27- 32 yaş grubunda (% 46,7) olduğu, en az bireyin 39 ve üzeri yaş grubunda olduğu görülmektedir. Çalışmaya alınan bireylerin minimum yaşı 21, maksimum yaşı 57 olup yaş değerleri  $30,98 \pm 5,70$  olarak bulunmuştur. Bireylerin % 46,7’inin 27–32 yaş grubunda olduğu bulunmuştur.

Cinsiyet dağılımına bakıldığında; çalışmaya katılan bireylerin çoğunluğunu bayanlar oluşturmaktadır. (% 64,9). % 35,1’lik kısmı ise erkekler oluşturmaktadır.

Medeni durum incelendiğinde; çalışmaya katılan bireylerin % 55,8’inin evli, % 44,2’sinin bekâr olduğu görülmektedir.

Çalışmaya katılanların % 55,8’ini hekimler, % 44,2’sini hemşireler oluşturmaktadır. Bu grupların % 46,4’sını asistan doktorlar, % 30,8’ini ise servis hemşireleri oluşturmaktadır.

Eğitim durumlarına bakıldığında; bireylerin büyük çoğunluğunun (% 57,5) yüksek lisans, doktora ve tıpta uzmanlık eğitimi aldığı, % 9,8’inin ise önlisans mezunu bireylerden oluştuğu görülmektedir.

Çalışmaya katılan bireylerin % 40,6’sı 1 -5 yıldır çalışmaktadır.

Çalışmanın yapıldığı hastanede çalışma yılları incelendiğinde, bireylerin % 59,7’sinin 1–5 yıldır çalıştığı belirlenmiştir.

Şu an çalıştığı birimde ki çalışma yıllarına bakıldığında; % 64,6’lık bir grubun 1–5 yıldır aynı birimde çalıştığı, % 7,1’lik bir grubun ise 11–15 yıldan fazla bir süredir aynı birimde çalıştığı görülmektedir.

**Tablo 2. Bireylerin Hasta Güvenliği Yönünden Hastaneyle İlgili Değerlendirmelerine Göre Dağılımları**

<b>Bireylerin Hasta Güvenliği Yönünden Hastane ile İlgili Değerlendirmeleri</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b><u>Hasta güvenliği konusunda eğitim alma durumu</u></b>		
Evet	129	41,9
Hayır	179	58,1
<b><u>Hasta güvenliği konusunda kurum tarafından bilgilendirilme durumu</u></b>		
Evet	68	22,1
Hayır	240	77,9
<b><u>Kurumda hasta güvenliği geliştirme çalışmalarını yapılma durumu</u></b>		
Evet	48	15,6
Hayır	260	84,4
<b><u>Hasta güvenliği yönünden hastanenin düzeyini değerlendirme durumu</u></b>		
Kötü	77	25,0
Ne iyi, ne kötü	174	56,5
İyi	57	18,5
<b>Toplam</b>	<b>308</b>	<b>100,0</b>

**Tablo 2. Bireylerin Hasta Güvenliği Yönünden Hastaneyle İlgili Değerlendirmelerine Göre Dağılımları (devam)**

<b>Hasta Güvenliği Yönünden Hastane ile İlgili Değerlendirme İfadeleri</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b><u>Hasta güvenliği yönünden hastaya zarar vermeyen hatalı uygulamaların rapor edilme durumu</u></b>		
Hiçbir zaman	128	41,6
Arasıra	135	43,8
Her zaman	45	14,6
<b><u>Hasta güvenliği yönünden hastaya zarar veren hatalı uygulamaların rapor edilme durumu</u></b>		
Hiçbir zaman	103	33,4
Arasıra	128	41,6
Her zaman	77	25,0
<b><u>Kurumda yapılan bir hatanın aleyhine kullanılacağından endişe duyma durumu</u></b>		
Evet	260	84,4
Hayır	48	15,6
<b><u>Kurumda yapılan bir hatanın siciline işleneceğinden endişe duyma durumu</u></b>		
Evet	251	81,5
Hayır	57	18,5
<b><u>Kurumun kalite yönetim sistemini değerlendirme durumu</u></b>		
Kötü	89	28,9
Ne iyi, ne kötü	143	46,4
İyi	76	24,7
<b><u>Hastaneden sunulan hizmetin kalitesini değerlendirme durumu</u></b>		
Kötü	96	31,1
Ne iyi, ne kötü	136	44,2
İyi	76	24,7
<b>Toplam</b>	<b>308</b>	<b>100,0</b>



Tablo 2’de; Hasta güvenliği ile ilgili eğitim alıp almama durumu incelendiğinde, hekim ve hemşirelerin % 41,9’unun hasta güvenliği konusunda bilgisinin olduğu belirlenmiştir. Hasta güvenliği konusunda eğitim alan bireylerin % 17,9’unun bilgiyi eğitimleri sırasında,% 3,2’sinin kurs ve kongrelerden, % 2,3’ünün ise internet ve TV’den ,% 1,6’sının bilimsel dergilerden, % 2,9’unun hizmet içi eğitimlerden, % 1,6’sının ise önce ki çalıştığı kurumdan bilgi edindiği bulunmuştur.

Hasta güvenliği konusunda bilgilendirilme durumuna ise; 308 kişinin % 77,9’u bilgilendirilmediğini ifade etmiştir. Bireylerin % 22,1’i ise hasta güvenliği konusunda bilgilendirildiğini belirtmiştir.

Hasta güvenliği geliştirme çalışmaları yapılma durumuna göre; hekim ve hemşirelerin % 84,4’ü hasta güvenliği çalışmaları yapılmadığını, % 15,6’sı ise hasta güvenliği çalışmalarının yapıldığını belirtmiştir.

“Genel olarak hasta güvenliği yönünden hastanenin düzeyini derecelendiriniz” sorusuna verilen cevaplar incelendiğinde, hasta güvenliği yönünden hastanenin düzeyini “iyi” olarak değerlendirenlerin oranı % 18,5, “ne iyi ne kötü” olarak değerlendirenlerin oranı % 56,5, “kötü” olarak değerlendirenlerin oranı % 25,0 olarak bulunmuştur.

“Kurumunuzda hastayla ilgili yapılan ancak hastaya zarar vermeyen hatalı uygulamalar rapor ediliyor mu?” Sorusuna çalışanların % 41,6’sı hiçbir zaman rapor edilmemektedir derken, % 43,8’i arasıra rapor edilmekte olduğunu, % 14,6’sı ise her zaman rapor edildiğini belirtmektedir.

Hekim ve hemşirelerin % 41,6’sı arasıra hastaya zarar verebilecek düzeyde yapılan hataların rapor edildiğini belirtirken, yaklaşık üçte biri (% 33,4) hatalı uygulamaların hiçbir zaman rapor edilmediğini belirtmiştir. Yine her zaman rapor edildiğini belirten % 25,0’dır.

Çalışmaya katılan hekim ve hemşirelerin % 84,4’ünün kurumda yaptıkları bir hatanın aleyhlerine kullanılacağını düşündüğü saptanmıştır. % 15,6’sı ise yaptıkları hataların aleyhlerine kullanılacağını düşünmediklerini belirtmiştir.

Kurumda yaptığı hatanın siciline işleneceğinden endişe duyan hekim ve hemşire oranı % 81,5 olarak bulunmuştur. Yaptığı hatanın siciline işlenmeyeceğini düşünenlerin oranı ise % 18,5’tir.

Hekim ve hemşirelerin % 46,4’ü hastanenin kalite yönetim sistemini “ne iyi, ne kötü” olarak değerlendirmektedir. Kalite yönetim sistemini “iyi” olarak değerlendirenlerin oranı % 24,7’dir. Kalite yönetim sistemini “ kötü” olarak değerlendiren hekim ve hemşirelerin oranı % 28,9 ‘dur.

Hastanede sunulan hizmetin kalitesini hekim ve hemşirelerin % 44,2'si ne iyi ne kötü olarak değerlendirmiştir. Hizmet kalitesini "iyi" olarak değerlendiren hekim ve hemşire oranı % 24,7'dir. Hizmet kalitesini "kötü" olarak değerlendiren çalışanların oranı % 31,1'dir.

**Tablo 3. Hasta Güvenliği Kùltürü Genel Puan Ortalaması (n:308)**

	Alınan en düşük puan	Alınan en yüksek puan	Ortalama puan	Standart Sapma
Hasta Güvenliği Kùltürü Genel Puan Ortalaması	23,00	95,00	61,83	13,1

Hastanede görev yapan hekim ve hemşirelerin hasta güvenliği kùltürü puan ortalamaları  $61,83 \pm 13,1$  olarak bulunmuştur. Toplam puan soru sayısına bölündüğünde elde edilen sayı 3,25'dir.

**Tablo 4. Bireylerin Demografik Özelliklerine Göre Hasta Güvenliği Kültürü Puan Dağılımı (n=308)**

<b>ÖZELLİKLER</b>	<b>n=308</b>	<b>Yüzde (%)</b>	<b>X±S</b>	<b>TEST</b>
<b><u>Yaş</u></b>				
21- 26	67	21, 8	61,64±13,54	F=1,60
27- 32	144	46,7	60,37±12,34	p=0,187
33-38	63	20,5	63,92±13,51	p>0,05
39 ve üzeri	34	11,0	64,50±14,27	
<b><u>Cinsiyet</u></b>				
Kadın	200	64,9	62,40±12,79	t=1,03 p=0,301
Erkek	108	35,1	60,77±13,67	p>0,05
<b><u>Medeni Durum</u></b>				
Evli	172	55,8	62,71±13,61	t=1,33 p=0,182
Bekâr	136	44,2	60,69±12,44	p>0,05
<b><u>Meslek</u></b>				
Hekim	172	55,8	60,44±13,52	t=2,10 p=0,036
Hemşire	136	44,2	63,58±12,40	<b>p&lt;0,05</b>
<b><u>Görevi</u></b>				
Öğretim Üyesi	29	9,5	65,03±15,08	
Asistan Doktor	143	46,4	59,51±13,04	F=2,61
Sorumlu Hemşire	21	6,8	66,23±10,66	p=0,036
Servis Hemşiresi	95	30,8	61,10±9,82	<b>p&lt;0,05</b>
Özel Ünite Hemşiresi	20	6,5	61,10±9,82	
<b><u>Eğitim Durumu</u></b>				
Önlisans	30	9, 8	65,13±10,11	F=2,69
Lisans	101	32,7	63,34±13,15	p=0,069
Yüksek Lisans-Doktora- Tıpta Uzmanlık	177	57,5	60,40±13,40	p>0,05
<b><u>Toplam Çalışma Yılı</u></b>				
1yıldan az	31	10,1	61,90±15,81	
1-5 yıl	125	40,6	60,71±12,28	F=0,79
6-10 yıl	81	26,3	61,87±13,49	p=0,499
11 yıl ve üzeri	71	23,0	63,71±12,86	p>0,05
<b><u>Hastanede Çalışma Yılı</u></b>				
1yıldan az	44	14,3	63,02±14,64	
1-5 yıl	184	59,7	60,45±12,49	F=2,99
6-10 yıl	37	12,0	61,40±13,25	p=0,031
11 yıl ve üzeri	43	14,0	66,88±13,05	<b>p&lt;0,05</b>
<b><u>Birimdeki Çalışma Süresi</u></b>				
1yıldan az	56	18,2	63,12±13,71	
1-5 yıl	199	64,6	60,64±12,54	F=3,44
6-10 yıl	31	10,1	61,54±±13,16	p=0,017
11 yıl ve üzeri	22	7,1	69,68±14,40	<b>p&lt;0,05</b>

Tablo 4’de yer alan bulgulara göre bireylerin cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu ve toplam çalışma süreleri yönünden hasta güvenliği kültürü puanları arasında anlamlı düzeyde fark bulunamamıştır ( $p>0,05$ ).

Mesleklerine göre değerlendirildiğinde ise hekimlerin hasta güvenliği kültürü puan ortalaması  $60,44\pm 13,52$  iken hemşirelerin puan ortalaması  $63,58\pm 12,40$  olarak bulunmuş ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ( $p<0,05$ ).

Bireylerin görevlerine göre hasta güvenliği puanları incelendiğinde öğretim üyeleri ( $65,03\pm 15,08$ ) ve sorumlu hemşirelerin ( $66,23\pm 10,66$ ) ölçek puanlarının diğer gruplardan daha yüksek olduğu, en düşük puanın ( $59,51\pm 13,04$ ) ise araştırma görevlisi doktorlara ait olduğu belirlenmiştir. Meslek gruplarına göre puanlar ikişerli karşılaştırıldığında öğretim üyesi ile asistan doktorlar arasındaki farklılık, asistan doktorlarla sorumlu hemşireler arasındaki farklılık önemli bulunurken ( $p<0,05$ ) diğerleri arasında fark önemsiz bulunmuştur.

Diğer yandan hastanede 11 yıl ve üzeri süredir çalışanların puan ortalaması ( $66,88\pm 13,05$ ) diğerlerinden yüksek bulunmuştur. 1–5 yıl arasında çalışanların puan ortalaması ise  $60,45\pm 12,49$  bulunmuştur. Hasta güvenliği kültürü puanları ikişerli karşılaştırıldığında hastanede 1–5 yıl arası çalışanlar ile 11–15 yıldan fazla çalışanlar arasında fark önemli bulunurken ( $p<0,05$ ) diğerleri arasındaki fark önemsiz bulunmuştur. Bulunduğu birimde 11 yıl ve üzeri süredir çalışanların puan ortalaması ( $69,68\pm 14,40$ ), 1–5 yıldır çalışanların puan ortalaması  $60,64\pm 12,54$  bulunmuştur. Hasta güvenliği kültürü puanları ikişerli karşılaştırıldığında 1–5 yıl arası çalışanlar ile 11–15 yıldan fazla çalışanlar arasında fark önemli bulunurken ( $p<0,05$ ), diğerleri arasındaki fark önemsiz bulunmuştur.

**Tablo 5. Bireylerin Hasta Güvenliği Yönünden Hastaneyle İlgili Değerlendirmelerine Göre Hasta Güvenliği Kùltürü Puan Ortalamaları**

<b>Bireylerin Hasta Güvenliği Yönünden Hastane ile İlgili Değerlendirmeleri</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>X±S</b>	<b>TEST</b>
<b><u>Hasta güvenliği konusunda eğitim alma durumu</u></b>				
Evet	129	41,9	63,39±12,93	t=5,42
Hayır	179	58,1	58,54±12,25	p=0,001
				<b>p&lt;0,05</b>
<b><u>Hasta güvenliği konusunda kurum tarafından bilgilendirilme durumu</u></b>				
Evet	68	22,1	68,83±12,94	t=5,19
Hayır	240	77,9	59,84 ±12,48	p=0,001
				<b>p&lt;0,05</b>
<b><u>Hasta güvenliği yönünden hastanenin düzeyini değerlendirme durumu</u></b>				
Kötü	77	25,0	54,09±11,55	F=33,11
Ne iyi, ne kötü	174	56,5	62,25±12,17	p=0,001
İyi	57	18,5	70,98±11,65	<b>p&lt;0,05</b>
<b><u>Hasta güvenliği yönünden hastaya zarar vermeyen hatalı uygulamaların rapor edilme durumu</u></b>				
Hiçbir zaman	128	41,6	59,24±12,76	F=9,51
Arasıra	135	43,8	61,93±12,53	p=0,001
Her zaman	45	14,6	68,88±13,42	<b>p&lt;0,05</b>
<b><u>Hasta güvenliği yönünden hastaya zarar veren hatalı uygulamaların rapor edilme durumu</u></b>				
Hiçbir zaman	103	33,4	59,86±13,31	F=9,70
Arasıra	128	41,6	60,07±12,84	p=0,001
Her zaman	77	25,0	67,37±11,79	<b>p&lt;0,05</b>
<b>Toplam</b>	<b>308</b>	<b>100.0</b>		

**Tablo 5. Bireylerin Hasta Güvenliği Yönünden Hastaneyle İlgili Değerlendirmelerine Göre Hasta güvenliği Kültürü Puan Ortalamaları (Devam)**

<b>Bireylerin Hasta Güvenliği Yönünden Hastane ile İlgili Değerlendirmeleri</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>X±S</b>	<b>TEST</b>
<b><u>Kurumda hasta güvenliğini geliştirme çalışmaları yapılma durumu</u></b>				
Evet	48	15,6	66,47±15,77	t=2,70 p=0,007
Hayır	260	84,4	60,97±12,40	<b>p&lt;0,05</b>
<b><u>Kurumda yapılan bir hatanın alevhine kullanılacağından endişe duyma durumu</u></b>				
Evet	260	84,4	61,49±12,88	t=1,05 p=0,292
Hayır	48	15,6	63,66±14,30	p> 0,05
<b><u>Kurumda yapılan bir hatanın siciline işleneceğinden endişe duyma durumu</u></b>				
Evet	251	81,5	61,63±12,96	t=0,55 p=0,580
Hayır	57	18,5	62,70±13,82	p> 0,05
<b><u>Kalite yönetim sistemini değerlendirme durumu</u></b>				
Kötü	89	28,9	54,14±11,78	F=44,98
Ne iyi, ne kötü	143	46,4	61,60±12,02	p=0,001
İyi	76	24,7	71,26±10,33	<b>p&lt;0,05</b>
<b><u>Hastanede sunulan hizmetin kalitesini değerlendirme durumu</u></b>				
Kötü	96	31,1	53,55±11,90	F=51,80
Ne iyi, ne kötü	136	44,2	62,40±11,01	p=0,001
İyi	76	24,7	71,26±11,28	<b>p&lt;0,05</b>
<b>Toplam</b>	<b>308</b>	<b>100.0</b>		

Tablo 5'e göre; Bireylerden hasta güvenliği konusunda eğitim aldığını (63.39±12.93) ve kurum tarafından bilgilendirildiklerini (68.83±12.94) iletenlerin güvenlik kültürü puanlarının diğerlerinden yüksek olduğu ve farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir (  $p<0,05$ ).

Çalışmaya katılan bireylerden hasta güvenliği yönünden hastanenin düzeyini yetersiz bulanların güvenlik kültürü puan ortalamaları (54.09±11.55) iyi bulanların puan ortalamaları (70.98±11.65) bulunmuştur. Değerlendirme durumlarına göre puanlar ikişerli karşılaştırıldığında kötü ile ne iyi ne kötü, kötü ile iyi, ne iyi ne kötü ile iyi arasındaki farklılık önemli bulunmuştur (  $p<0,05$ ).

Ayrıca bireylerden kurumda hastaya zarar vermeyen ve zarar verici hatalı uygulamaların rapor edilmediğini iletenlerin puan ortalaması (59.24±12.76, 59.86±13.31) her zaman rapor edildiğini belirtenlerden (68.88±13.42, 67.37±11.79) anlamlı derecede düşük bulunmuştur (  $p<0,05$ ).

Kurumda hasta güvenliği geliştirme çalışmaları yapıldığını belirtenlerin puan ortalaması 66.47±15.77 iken, herhangi bir çalışma yapılmadığını belirtenlerin puan ortalaması ise 60.97±12.40 olarak bulunmuş ve aradaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir (  $p<0,05$ ).

Ayrıca bireylerden kurumdaki hizmet kalitesini yetersiz bulanların ölçek puan ortalaması 53.55±11.90 iken, yeterli bulanların ölçek puan ortalaması ise 71.26±11.28 olarak tespit edilmiş ve değerlendirme puanları ikişerli karşılaştırıldığında kötü ile ne iyi ne kötü arasındaki farklılık, kötü ile iyi arasındaki farklılık, ne iyi ne kötü ile iyi arasındaki farklılık önemli bulunmuştur (  $p<0,05$ ). Benzer şekilde kurumdaki kalite yönetim sistemini olumlu bulanların puan ortalaması (71.26±10.33), yetersiz bulanlardan (54.14±11.78) anlamlı derecede yüksek bulunmuş, seçeneklere göre değerlendirme puanları ikişerli karşılaştırıldığında kötü ile ne iyi ne kötü arasındaki farklılık, ne iyi ne kötü ile iyi arasındaki farklılık önemli bulunmuştur (  $p<0,05$ ).

**Tablo 6. Hasta Güvenliği Kültürü lme Aracı Maddeleri Frekans Dağılımı (n=308)**

SORULAR	Ortalama Puan	Standart Sapma
<u>1-Birimimizde yapılan hatalardan ders çıkarırız.</u>	4,25	,936
<u>2-Birimizde tıbbi hatalardan uygun Şekilde değerlendirilir.</u>	3,74	1,083
<u>3-Hastanemizdeki yöneticiler fikirlerimi dikkate alır.</u>	<b>2,74</b>	1,208
<u>4-Blmmdeki yöneticiler fikirlerimi dikkate alır.</u>	3,33	1,230
<u>5-Yönetim bizi güvenli bir kurum olmaya doğru yönlendirir.</u>	3,00	1,112
<u>6-Güvenlik hakkındaki önerilerimi yöneticiler dikkate alır.</u>	<b>2,84</b>	1,054
<u>7-Yönetim herhangi bir çıkar için güvenliği tehlikeye atmaz.</u>	3,22	1,123
<u>8-Hasta güvenliğini tehdit edici bir olayı rahatça rapor edebilirim.</u>	3,44	1,112
<u>9- Hasta güvenliği ile ilgili başvuracağımız yerler belirlidir.</u>	<b>2,82</b>	1,110
<u>10-Performansıyla ilgili yerinde geri bildirimleri alırım.</u>	3,03	1,252
<u>11-Hasta olsaydım burada kendimi güvende hissederdim.</u>	<b>2,65</b>	1,207
<u>12-Vardiya değişimlerinde hasta güvenliği acısından bilgi paylaŐırız.</u>	3,66	1,105
<u>13-Hastanemizde sıkça bilgilendirme toplantıları yaparız.</u>	<b>2,72</b>	1,039
<u>14-Birim yöneticilerime rahat ulaşabilirim.</u>	3,57	1,069
<u>15-Kurumumuz hasta güvenliğinde geçen yıla göre daha iyidir</u>	3,00	,985
<u>16-Birimimizde sistemden kaynaklanan hatalar kişiye mal edilmez.</u>	<b>2,96</b>	1,170
<u>17-Hasta güvenliğinde artı sorumluluk almaktan kaçınmayız.</u>	3,50	1,125
<u>18-çalışanlar tıbbi kurallara ve yönergelere aldırılmaz.</u>	3,83	,972
<u>19-Birimimizde hasta güvenliği önceliklidir.</u>	3,45	1,130

(Not: en düşük puan 1, en yüksek puan 5 )



Tablo 6’da; çalışanların hasta güvenliği kültürü ölçme aracının maddelerine verdikleri yanıtların frekans dağılımı yer almaktadır. Buna göre; ölçeğin maddelerinden özellikle “Hastanemizde yöneticiler fikirlerimi dikkate alır” (X:2.74±1.20), “Hasta olsaydım burada kendimi güvende hissederdim” (X:2.65±1.20), “Hastanemizde sıkça bilgilendirme toplantıları yaparız” (X:2.72±1.03), “Yöneticiler güvenlikle ilgili önerilerimi dikkate alır” (X:2.84±1.05), “Hasta güvenliği ile ilgili başvuracağımız yerler bellidir.” (X:2.82±1.11), “Birimimizden kaynaklanan hatalar kişiye mal edilmez” (X:2.96±1.17), maddelerinden bireylerin olumsuz görüş bildirdiği anlaşılmaktadır. Diğer yandan, “Birimimizde yapılan hatalardan ders çıkarırız” (4.25±0.93) maddesinin bireylerin en olumlu yanıt verdikleri madde olduğu belirlenmiştir.

Ölçme aracının diğer maddelerinde ise bireylerin değerlendirmelerinin “ne katılıyorum, ne katılmıyorum” şeklinde orta düzeyde olduğu saptanmıştır.

## VI. TARTIŞMA

Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesinde çalışan hekim ve hemşirelerin hasta güvenliği kültürüne ilişkin algılamalarını belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmadan elde edilen bulgular ilgili literatür ışığında tartışılmıştır.

Çalışmaya alınan bireylerin % 46,7'sinin 27–32 yaş grubunda, yaklaşık % 70'i kadın, % 55,8'i hekim olup, en büyük grubu % 46,4 ile araştırma görevlisi hekimler ve servis hemşireleri (% 30,8) oluşturmaktadır. Eğitim durumuna göre, bireylerin % 57,5'i yüksek lisans–doktora–tıpta uzmanlık eğitimi almış kişilerden oluşmaktadır. Mesleki çalışma süresi, hastanedeki çalışma yılı ve birimdeki çalışma süresi açısından değerlendirildiğinde, bireylerin büyük bir kısmının 1–5 yıldır çalıştığı görülmektedir.

### **1-Bireylerin Hasta Güvenliği Yönünden Kurumla İlgili Genel Değerlendirmelerinin Tartışılması**

Hasta güvenliği, sağlık hizmetlerine bağlı hataların önlenmesi ve sağlık hizmetlerine bağlı hataların neden olduğu hasta hasarlarının azaltılması veya ortadan kaldırılmasıdır (Ovalı,2010). IOM hasta güvenliğini: “hatalardan kurtulmak değil, kazara yapılan yaralanmalardan kurtulmak” olarak tanımlamaktadır (IOM Report, 1999).

IOM tarafından yayınlanan raporda tıbbi hatalardan ölümlerin AIDS, trafik kazaları gibi ölüm nedenlerinden önce geldiği belirtilmektedir. Fakat bu hataların % 90'ının önlenabilir hatalar olduğu bilgisinden sonra, hasta güvenliğine odaklanma, dünyanın her tarafında yaygın bir hale gelmiştir (Leape, 2008). Sonraki 5 yılda yapılan çalışmalar hasta güvenliği ile ilgili yapılan çalışmaların etkinliğini göstermeye yöneliktir. IOM raporundan sonraki 5 yılda hasta güvenliği ile ilgili nelerin değiştiğinin incelendiği raporda; ilaç hatalarında % 81 azalma, önlenabilir yan etkilerde % 66-78 azalma, ventilatör ilişkili pnömonide % 62 azalma tespit edilmiştir (Leape ve Berwick, 2005). Yapılan başka bir çalışmada, 2006 yılına kadar 2 yıllık bir süreçte, hasta güvenliği uygulamalarının bir veya altıdan fazlasını uygulayan 3100 hastanede 100.000 hastanın hatalı olaylar nedeniyle ölümünün engellendiği bildirilmektedir. 2005 yılında ise Pronovost ve arkadaşları tarafından Keystone projesi kapsamında Michigan'daki 68 hastanede hasta güvenliği ile ilgili müdahalelerin etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmada; ventilatör ilişkili pnömoni ve santral venöz kateter ile ilişkili

enfeksiyonların tamamının engellendiği bildirilmektedir. Bunun sonucunda elde edilen kazancın ise 1578 hayat ve 165 milyon dolar oluşu belirtilmektedir. Ve bunların sonuçları hasta güvenliği ile ilgili yapılan uygulamalara bağlanmaktadır (Leape, 2008).

Hasta güvenliği ile ilgili çalışmalar tüm dünyada olduğu gibi son yıllarda ülkemizde de önem kazanmıştır. Çalışmanın yapıldığı kurumda hizmet kalitesinin geliştirilmesi çalışmaları yeni başlamış olmakla birlikte hasta güvenliği ile ilgili çalışmalar araştırmanın yapıldığı tarihlerde henüz başlamamış idi. Nisan 2009 da çıkan “Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ” ile kurumlarda tüm personelin hasta güvenliği konusunda bilgilendirilmesi artık bir zorunluluk haline getirildikten sonra ilgili kurumda da hasta güvenliğini geliştirme çalışmaları başlamıştır.

Çalışmaya katılan bireylerin % 58,1’i hasta güvenliği konusunda eğitim almadıklarını, % 77,9’u hasta güvenliği konusunda kurum tarafından bilgilendirilmediğini belirtmiştir. Ülkemizde hasta güvenliği konusunun gündeme gelmesinden sonra birçok hastane ve eğitim kurumlarında bu konulara yer verilmeye başlanmıştır. Çalışanların konudan haberdar olmaması çalışmanın yapıldığı tarihlerde kurumda bu konudaki çalışmaların henüz başlamamış olması olabilir.

Araştırmaya alınan bireyler çalıştıkları kurumu hasta güvenliği uygulamaları yönünden yetersiz bulduklarını belirtmişlerdir. Bunun nedeni; çalışanların bu konuda yeterince bilgi sahibi olmamaları ve gerçekçi değerlendirmede sorun yaşamaları olabileceği gibi, kurumda kalite çalışmalarının yeterince gelişmemesi ya da kurumda hasta güvenliğiyle ilgili sorunların bulunması olabilir. Bireylerin % 46,4’lük bir kısmı kurumdaki kalite yönetim sistemi çalışmalarını, % 44,2’lik bir kısmı ise hastanede sunulan hizmetin kalitesini orta düzeyde bulduklarını belirtmişlerdir. Hastanenin hasta güvenliği yönünden düzeyini değerlendirme durumlarına bakıldığında da, çalışanların büyük çoğunluğunun hastaneyi hasta güvenliği yönünden yetersiz bulduğu görülmektedir Bu bulgular çalışanların kurumda hasta güvenliği çalışmalarının yeterli olmadığını düşündüklerini göstermektedir. Ülkemizde Özmen ve ark. (2010) tarafından özel bir hastanede 213 hemşire, teknisyen ve diğer sağlık çalışanları üzerinde yapılan hasta güvenliği kültürünün değerlendirildiği bir çalışmada, çalışanların % 50’si kurumun hasta güvenliği derecesini çok iyi bulduğunu belirtmiştir. Yine Soydan ve Arslanoğlu (2010) tarafından bir eğitim hastanesinde 110 hemşire üzerinde yapılan çalışmada, hemşirelerin % 74,5’i çalıştıkları birimleri hasta güvenliği yönünden mükemmel olarak

değerlendirmiştir. Koraşlı ve arkadaşları (2010) tarafından 236 hekim ve hemşire üzerinde yapılan benzer bir çalışmada, hemşirelerin % 45,9'u, hekimlerin yaklaşık % 50'si hasta güvenliği konusunda birimlerini iyi olarak belirtmiştir. Araştırmadan elde edilen sonuçlar bu çalışmaların sonuçlarından daha düşük olup, araştırmanın yapıldığı kurumda çalışanların kurumun hasta güvenliği kültürünü yetersiz olarak algıladıkları söylenebilir. Ayrıca, devlet hastaneleri ve özel hastanelerde hasta güvenliği çalışmalarının daha önce başlamasına bağlı olarak çalışmamızdaki bireylerin konu ile ilgili yeterince bilgi sahibi olmadıkları düşünülebilir. Grubun konu ile ilgili olarak yeteri kadar bilinçli olmaması, değerlendirme yapmasına engel oluşturuyor olabilir.

Çalışmada yine hasta güvenliği yönünden kurumda hastaya zarar veren ve vermeyen uygulamaların rapor edilme durumu çalışanlar tarafından yetersiz bulunmuştur. Bu bulgulara benzer şekilde Mayo ve Duncan (2004) tarafından ABD'de 983 hemşire üzerinde yapılan ilaç hatalarıyla ilgili hemşire algılarının incelendiği bir çalışmada, hemşirelerin hastaya yapılan ilaç uygulama hatalarını % 25 gibi düşük bir oranda raporladığı belirtilmektedir. Kim ve ark. (2007) tarafından Kore'de yapılan başka bir çalışmada ise, hasta güvenliğinde hata raporlamayla ilgili hemşire algılamalarına bakılmış ve hemşirelerin hata raporlama ile ilgili endişelerinin olduğu belirlenmiştir. Ülkemizde Filiz (2009) tarafından tıp fakültesi hastanesi ve devlet hastanesinde çalışan toplam 489 hekim, hemşire ve diğer sağlık personeli üzerinde yapılan sağlık çalışanlarının hastanede hasta güvenliği kültürü algılanmasının ve tutumlarının belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmada ise; çalışanlar tarafından "hataların rapor edilme sıklığı" % 15 olarak bildirilmiştir. Yine aynı çalışmada; hekimlerin % 78'inin, hemşirelerin % 86'sının, diğer sağlık personelinin ise % 89'unun hatalı olayları hiç rapor etmedikleri saptanmıştır. Bu çalışmaların sonuçları hataların çok düşük oranda rapor edildiğini göstermesi açısından bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Çalışmaya katılan bireylerin hataların rapor edilme sıklığını yetersiz bulmalarının nedeni, hatanın kendi aleyhlerine kullanılacağından endişe duymaları ya da sicillerine işleneceğinden korkmaları olabilir. Nitekim çalışmamızda hekim ve hemşirelerin % 81,5'i kurumda yapılan bir hatanın aleyhine kullanılacağını, % 84,4'ü kurumda yapılan bir hatanın siciline işleneceğini düşündüğünü belirtmiştir (Tablo 2).

## **2-Bireylerin Hasta Güvenliği Kùltürü Genel Puanlarının Tartışılması**

Hasta güvenliği kùltürü; “hasta güvenliği konusunun kurumun en öncelikli konusu ve ortak değeri olarak kabullenilmesidir”. Tüm çalışanların potansiyel olarak yanlış yapılma olasılığı olan iş ve eylemler konusunda sürekli olarak aktif bir farkındalığa sahip olması gerekmektedir. Hataların cezalandırıldığı ve çalışanların hataları iletmede kendilerine engel olunan ortam patolojik kùltürün olduğu bir ortam olarak tanımlanmaktadır. Bu yaklaşımda insanlar, hata yaptıkları için etiketlenirler, yaptıkları hatalar yüzlerine vurulur, utandırılır ve sürekli olarak suçlandıkları için suçluluk duygusu içinde yaşarlar Böyle bir ortam bireyin yaptığı hatayı gizlemesine, aleyhine kullanılabileceği hissine kapılmasına ve sonuçta hataların daha büyük boyutta zararlara dönüşebilmesine yol açabilmektedir (Ovalı, 2010; Tak, 2010; Aksayan, 2009; Akalın, 2004).

Hasta güvenliği kùltürü gelişmiş kurumlarda ise; hatalar açık olarak konuşulur, tartışılır, nedenler ortaya çıkarılarak hatalara yönelik olarak iyileştirme faaliyetlerine başlanır. Böyle bir yaklaşımda kurumda çalışan herkes hatalardan bir şeyler öğrenir. Hatanın sistemden mi yoksa kişilerden mi kaynaklandığı ortaya konularak ilgili birim düzeltilir. Eđer hata sistemde ise, sistemde yapılacak düzenlemeler ortaya konur. Kişilerde ise, kişi kaynaklı hataları en aza indirecek şekilde planlamalar yapılır. Olumlu hasta güvenliği kùltürü olan kurumlarda, olmayanlara göre kazaların azaldığı bildirilmektedir (Feng, 2008; Ginsburg, 2008). Yine pek çok kaynakta güçlü bir hasta güvenliği kùltürünün hataları en aza indireceği bildirilmektedir (Kudo, 2009; Ovalı, 2010; Tak, 2010 Aksayan, 2009, Akalın,2004).

Yapılan çalışmada, kurumda hasta güvenliği kùltürü ile ilgili algılamının ne düzeyde olduğu değerlendirilmeye çalışılmıştır. Bu çalışmada hekim ve hemşirelerin hasta güvenliği kùltürü genel puan ortalaması  $61.83 \pm 13,10$  bulunmuştur. Hasta güvenliği ile ilgili bireylerin olumlu ortam algılamasının orta düzeyde olduğu anlaşılmaktadır. Oysa hastalara verilecek kaliteli hizmet için hasta güvenlik kùltürünün gelişmiş olması gerekmektedir. Literatürde olumlu bir güvenlik kùltürü yaratarak hastalar için potansiyel risk faktörlerinin ortadan kaldırılabileceği bildirilmektedir (Wentzell, 2007). Dolayısıyla kurumda çalışanların algılarını yansıtan bu puan olumlu bir hasta güvenliği kùltürü algısı için yeterli görülmemektedir.

Bu konuda yurtdışında yapılan çalışmalara bakıldığında, Thomas ve Sexton tarafından ABD’de hekim dışımda kalan ve 598’i hemşire olan 1119 sağlık çalışanı

üzerinde hasta güvenliği ikliminin nasıl algılandığıyla ilgili yapılan çalışmada, çalışanlar hastanelerinde olumlu bir hasta güvenliği ortamı olduğunu belirtmiştir. Aynı çalışmada hasta güvenliği algısının olumlu olmasında sürekli hasta güvenliği turları yapılmasının etkili olduğu bulunmuştur. Connelly tarafından ABD 'de 37 hastanede hasta güvenliği iklimi ölçeği geliştirmek için yapılan çalışmada katılımcılar çalıştıkları ortamı hasta güvenlik kültürü yönünden olumlu bulduklarını belirtmişlerdir (<http://www.ahrq.gov/downloads/pub/advances/vol4/Connelly.pdf> E.T:11.01.2010). Yurtdışındaki hemşirelerin çalışma ortamını hasta güvenliği yönünden algılamaları bizim çalışmamızın bulgularından daha iyi görünmektedir.

Ülkemizde ise kalite ve akreditasyon çalışmalarına son yıllarda daha çok özel ve vakıf hastaneleri tarafından ağırlık verilmiştir. Son birkaç yıldır Sağlık Bakanlığının yayınladığı “Kalite Standartları” ve “Hasta ve Çalışan Güvenliği Tebliği” devlet hastanelerinde konuyla ilgili çalışmaların başlamasını sağlamıştır. Bu konuda üniversite hastanelerinde yapılan çalışma sayısı oldukça azdır.

Bununla birlikte çalışmamızla benzer şekilde Birgili ve ark.(2010) tarafından; hastanelerinde hasta güvenliği kültürü algısının değerlendirilmesi amacıyla 178 hekim ve hemşire ve diğer sağlık personeli üzerinde yapılan çalışmada; sağlık çalışanlarının tutumları ve kurumsal faktörler hasta güvenliği açısından orta düzeyde bulunmuştur. Akın ve ark.(2010) tarafından 150 hekim ve hemşire üzerinde yapılan ve hekim-hemşirelerin hasta güvenliği kültürünün algılanmasının değerlendirildiği çalışmada ise hasta güvenliği konusunun algılanması ve uygulamaya geçirilmesinin ünitelerde orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Koraşlı ve ark.(2010) tarafından bir eğitim hastanesinde çalışan 236 hekim ve hemşire üzerinde yapılan hasta güvenliği kültürü algısının belirlendiği çalışmada ise hasta güvenliği kültürünün kabul edilebilir düzeyde olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada asistan doktorlarla uzman doktorlar arasında anlamlı derecede fark bulunmuştur. Bal ve ark.(2010) tarafından bir devlet hastanesinde çalışanların hasta güvenliği kültürü algılama derecesini belirlemek amacıyla yapılan çalışmada hasta güvenliği kültürü algılama dereceleri % 57,64 olarak bulunmuştur. Yine Özmen ve ark. (2010) tarafından özel bir hastanede 213 hemşire, teknisyen ve hastabakıcı üzerinde yapılan hasta güvenliği kültürü değerlendirme çalışmasında ise hasta güvenliği ortalaması 3,41 (kabul edilebilir düzeyde) bulunmuştur.

Ülkemizde yapılan bu çalışmalar hasta güvenliği kültürü ile ilgili çalışanların algılamalarının çalışmamızla benzer şekilde orta ya da kabul edilebilir düzeyde olduğunu göstermektedir. Çalışmaların devlet hastanelerinde daha fazla yapılıyor olması da dikkat çekicidir. Bunun nedeni Sağlık Bakanlığının kalite standartlarını devlet hastaneleri için zorunlu hale getirmiş olması olabilir. Bu sonuçlar çalışmanın yapıldığı kurumda kalite ve hasta güvenliği ile ilgili çalışmaların yetersiz olduğunu ve hızla geliştirilmesi gerektiğini göstermektedir. Buna rağmen çalışma yapılan kurumda, kalite çalışmalarının başlamış olması da az sayıdaki çalışanın ortamı olumlu algıladığını gösterebilir.

### **3-Bireylerin Hasta Güvenliği Kültürü Puanlarının Bireysel Özelliklere Göre Tartışılması**

Çalışmada hekim ve hemşire grubunun hasta güvenliği puanları hekimlerde  $60,44 \pm 13,52$  hemşirelerde  $63,58 \pm 12,40$  olarak bulunmuştur. Buna göre hekimlerin hasta güvenliği kültürü puanlarının hemşirelerden daha düşük olduğu görülmektedir. Çalışmaya katılan bireylerin % 46,4'ünü araştırma görevlisi hekimler oluşturmaktadır. Hasta güvenliği puanı en düşük olan grup ( $59,5 \pm 13,04$ ) araştırma görevlisi hekimlerdir. Hekim grubunun hasta güvenliği puanlarının hemşirelerden daha düşük olması araştırma görevlisi hekimlerle ilgili görünmektedir.

Görevlerine göre bakıldığında, öğretim üyeleri ve sorumlu hemşirelerin hasta güvenliği kültürü puanının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bunun yanı sıra araştırma görevlisi doktorların en düşük puanı alan grup olduğu görülmektedir. Bunu servis hemşireleri takip etmektedir. Özellikle hekim grubunun çoğunluğunu oluşturan araştırma görevlisi doktorlar, hastayla çalışan ve hastanın doğrudan sorumluluğunu alan gruptur. Aşırı yoğun ve stres altında çalışıyor olma araştırma görevlisi doktorların kaygı düzeylerini artırıyor olabilir. Buna bağlı olarak çalışma ortamını hasta güvenliği yönünden güvenli bulmuyor olabilirler. Nitekim kurumda daha çok yönetici pozisyonunda bulunan öğretim üyeleri ve sorumlu hemşireler hasta güvenliği ile ilgili ortamı daha olumlu bulmuşlardır. Çünkü bu gruplar hasta bakım ve tedavi ortamını iyileştirmede doğrudan sorumlu oldukları için hasta güvenliği ve güvenlik kültürü açısından gerekenlerin yapıldığını düşünüp, kurumu konumları nedeniyle daha olumlu algılıyor olabilirler.

Konuyla ilgili Ülkemizde yapılan çalışmalarda özellikle araştırma görevlisi hekim grubunun hasta güvenliği ile ilgili algısının bizim çalışmamızdaki sonuçlara benzer olarak hasta güvenliği kültürü algısının daha düşük olduğu bulunmuştur. Akın ve ark. (2010) tarafından yapılan çalışmada, çalışmamızla benzer olarak asistan hekimlerin hasta güvenliği algılamaları daha düşük düzeyde bulunmuştur. Yine Koraşlı ve ark.(2010) tarafından yapılan çalışmada da asistan doktorlarla uzman doktorlar arasında anlamlı derecede fark bulunmuş, asistan doktorların algısının uzman doktorlara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Çalışma süreleri yönünden bakıldığında en fazla grubun 1–5 yıl arası çalışanlardan oluştuğu görülmektedir (% 60,45). Bununla birlikte 10 yıl ve üzeri çalışanların daha memnun oldukları saptanmıştır. Yukarıdaki bulgularda da görüldüğü gibi özellikle 1-5 yıl arası çalışan grup araştırma görevlisi doktorlar ve genç servis hemşireleridir. Diğer yandan uzun süredir çalışanların ise yöneticiler ve sorumlu hemşireler olduğu düşünülmürse, bu sonucun doğal olduğu söylenebilir.

Yurtdışındaki çalışmalara bakıldığında, Singer (2009) tarafından ABD’de 91 hastanede güvenlik iklimi popülasyonu açısından fark olup olmadığını karşılaştırmak için yapılan çalışmada da, sağlık çalışanlarından daha yaşlı ve daha kıdemli olanların hasta güvenliği algılarının daha olumlu olduğu bulunmuştur. Al Ateeq (2008) tarafından ABD’de Kuzey Virginia Hastanelerinde 160 hemşire üzerinde yapılan ve hemşirelerin çalışma ortamlarında hasta güvenliği kültürü algılamalarını inceleyen çalışmada ise, yaşları daha büyük olan kıdemli hemşirelerin hasta güvenliği algısı daha olumlu bulunmuştur. Singer ve Tucker (2005) tarafından yapılan bir başka çalışmada kıdemli liderlerin güvenlik kültürüne daha iyimser yaklaştıkları belirtilmektedir (Tütüncü, 2006). Bu sonuçlar ileri yaşlarda ve daha deneyimli çalışanların hasta güvenliğini ortamını daha olumlu algılama açısından bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Kıdemli hekim ve hemşirelerin çoğu yönetici konumunda olup hastaların tedavisi ve bakımını geliştirmeden öncelikli sorumlu olmaları nedeniyle kurumun hasta güvenliği ve güvenlik kültürü ortamını daha olumlu algılıyor olabilirler.

Holden ve Watts (2009) tarafından ABD’de 1. basamakta çalışan 213 sağlık personeli üzerinde yapılan bir çalışmada, meslek grupları arasında hasta güvenliği ortamı algısı açısından fark bulunmamıştır. Bizim çalışmamızda fark çıkması araştırma görevlilerinin çalışmaları sırasında sorunlar yaşadıklarını ve kurumdan memnun olmadıklarını gösterebilir. Bu durumun nedenlerinin araştırılması gerekmektedir.



Çalışmamızda araştırmaya katılanların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durum yönünden hasta güvenliği kültürü puanlarında önemli bir farklılık saptanmamıştır. Bununla birlikte yapılan bazı çalışmalarda yaşın önemli olduğu bulunmuştur. Holden ve Watts (2009) tarafından yapılan çalışmada, hasta güvenliği ikliminde yaşın önemi araştırılmış ve 31 yaşından küçük bireylerde hasta güvenliği iklim algısının düşük olduğu bulunmuştur. Bizim çalışmamızda da anlamlı olmamakla birlikte ileri yaşlarda olan bireylerin puanları daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca çalışmaya katılanların eğitim yönünden de puanları arasında anlamlı düzeyde bir fark bulunmamıştır. Bununla birlikte anlamlı olmasa da lisansüstü, doktora ve tıpta uzmanlık eğitimi alanların puanları daha düşük bulunmuştur. Bunun nedeni eğitim düzeyi arttıkça hasta güvenliğiyle ilgili beklentinin artıyor olması olarak değerlendirilebilir. Benzer şekilde Ülkemizde Tekeş ve arkadaşları tarafından Ülke genelinde 2615 sağlık çalışanının hastanelerindeki hasta güvenliğini algılama düzeyi ile ilgili yapılan çalışmada; üniversite ve yüksek lisans eğitimi alanlar hasta güvenliğini anlamlı olarak yetersiz bulmuşlardır (Tekeş ve ark., 2010). Çalışmada eğitim seviyesi düştükçe beklenen güvenlik ihtiyacının düştüğü belirtilmiştir.

#### **4-Bireylerin Hasta Güvenliği Yönünden Hastaneyle İlgili Değerlendirmelerine Göre HGK Puanlarının Tartışılması**

Hasta güvenliği kültürünün kurumlarda geliştirilmesiyle elde edilecek olumlu katkılar insan yaşamının kurtarılmasına ve yanlış sonuçların oluşmasına engel olmaktadır (Tütüncü, 2007). Bu ise ancak çalışanların katkısı ile sağlanabilmektedir. Sağlık hizmeti veren çalışanlar tüm hataları yok edemese de hataları azaltabilir ve hasta bakımı ile ilgili sonuçları geliştirebilir.(Feng ve Bobay, 2008; Erlen, 2007) Yapılan çalışmalarda çalışanlar hasta güvenliği konusunun kendileri ile ilgili olduğunu belirtmektedir. İzlanda'da ameliyathane hemşirelerinin hasta güvenliği algısı ile ilgili yapılan bir çalışmada hemşireler hasta güvenliğinin sağlanmasının kendi işleri olduğunu belirtmektedir (Alfredsdottir ve Bjornsdottir, 2008). Bu durum çalışanların konuyu sahiplenmesi açısından oldukça önemlidir. Hizmet sunucuları bilgilerini uygulamaya geçiren, öğrenilen süreçlere uyum sağlayan ve bakım sürecinin her adımına kendi muhakemesini katan profesyonellerdir. Böyle personellere sahip sağlık kurumları sundukları sağlık hizmetinde de farklılık yaratmaktadırlar (Tütüncü, 2008; Akalın, 2005).

Çalışanların hasta güvenliği konusunda eğitilmiş ve nitelikli olması hasta güvenliği ve kalite bilincinin yayılmasını kolaylaştırabilmektedir (Budak, 2008). Çalışmanın yapıldığı kurumda çalışanların çoğunun konuyla ilgili eğitim almamış oldukları anlaşılmaktadır. Eğitim almamış grubun puan ortalaması  $58.54 \pm 12.25$  olarak bulunmuştur. Bilgilendirilmeyen bu grubun hasta güvenliği kültürü puanları diğerlerinden daha düşük bulunmuştur ( $59.84 \pm 12.48$ ). Bu durum bu grupların öncelikle eğitilmesi ve güçlendirilmesinin gerekliliğini göstermektedir. ABD’de Al Ateeq (2008) tarafından 160 hemşirenin çalışma ortamlarında hasta güvenliği kültürü algılamasının incelendiği çalışmada çalışmamızla benzer olarak hemşirelerin eğitim seviyesi açısından hasta güvenliği kültürü algısı arasında fark bulunmamış, bu sonucun hasta güvenliği konusunda eğitim ile ilgili bilgi eksikliğine bağlı olabileceği bildirilmiştir. Ayrıca bu nedenle literatürde akademisyenlerin tıp ve hemşirelik eğitimlerine güvenlik kültürü ilkelerini dâhil etmeleri gerektiği vurgulanmaktadır (Sammer, 2009). Yine Uribe ve arkadaşları tarafından ABD’de 122 hekim ve hemşire üzerinde yapılan hata raporlamayı engelleyen algıları belirlemek amacıyla yapılan çalışmada ise; hasta güvenliğini etkileyen konularda personelin sürekli eğitilmesi gerekliliği ile özellikle tıp ve hemşirelik öğrencilerinin bu eğitimlere tabii tutulmasının önemi vurgulanmıştır. Tıp ve hemşirelik eğitimlerine hasta güvenliği eğitimlerinin konulması, kurumlarda hasta güvenliği kültürünün gelişmesine olumlu katkı verecektir. Ülkemizde Karaoğlu ve arkadaşları (2008) tarafından tıp fakültesine yeni başlayan öğrencilerin tıbbi hatalar konusunda bilgi düzeylerinin saptanması amacıyla yapılan çalışmada ise, hasta güvenliği kültürünü yerleştirmek için tıp eğitiminin ilk yıllarından itibaren tıbbi hatalar konusunda bilgi düzeyinin artırılması gerektiği vurgulanmaktadır. Bütün bu çalışmalar bizim çalışmamızla paralel olarak hasta güvenliği konusunda eğitimin gerekliliğini vurgulamaktadır.

Kurumda hasta güvenliği geliştirme çalışmaları yapılmadığına bakıldığında hasta güvenliği kültürü puan ortalamalarının ( $60.97 \pm 12.40$ ) düşük olduğu görülmektedir. Diğer taraftan hasta güvenliği çalışmalarının yapılmadığının ya da yetersiz olduğunun bir göstergesi olarak çalışanlar kurumda hasta güvenliği ile ilgili hastaya zarar veren ya da vermeyen hatalı uygulamaların rapor edilmediğini bildirmektedir. Zarar veren hatalı uygulamaların rapor edilmediğini bildirenlerin hasta güvenliği kültürü puan ortalamaları ( $59.24 \pm 12.76$ ) ile hastaya zarar vermeyen hatalı uygulamaların rapor edilmediğini bildirenlerin HGK puan ortalamaları ( $59.86 \pm 13.31$ )

diğerlerinden daha düşüktür. Yüksek puan alanların büyük ihtimalle yöneticiler ve sorumlu hemşireler olduğu olduğu düşünülmektedir. Yılan (2009) tarafından Çin’de 217 hemşire üzerinde yapılan güvenlik kültürü algısı değerlendirmesinde yönetici hemşirelerin hasta güvenliğiyle ilgili ortamı diğer hemşirelerden daha olumlu algıladıkları bulunmuştur.

Kurumda yapılan bir hatanın rapor edilmesinin aleyhine kullanılacağını (% 84,4) ve siciline işleneceğini düşünenlerin (% 81,5) oranın çok yüksek olmasına rağmen puan açısından anlamlı fark bulunmamıştır. Bunun nedeni evet diyenler ile hayır diyenler arasında sayı açısından dengeli bir dağılımın olmaması olabilir.

Connelly tarafından ABD’de 37 hastanede hasta güvenliği iklimi ölçüğü geliştirmek amacıyla yapılan bir çalışmada, çalışanlar klinikte yapılan hataların düzenli olarak raporlandığına katıldıklarını bildirmişlerdir. Fakat aynı çalışmada bu oranın çok yüksek olmaması sebebiyle personel arasında tıbbi hataları rapor için endişenin ve rapor etme ile ilgili isteksizliğin devam ettiği de bildirilmektedir. Bu çalışmaların bizim çalışmamızla benzerliği bulunmamakla beraber, rapor etmeyle ilgili endişelerin olabileceği üzerinde durulması, konuyla ilgili daha fazla çalışma yapılması gereğini göstermektedir.

Uribe ve arkadaşları (2002) tarafından ABD’de 122 hekim ve hemşire üzerinde yapılan bir çalışmada ise, tıbbi hataları raporlamayı engelleyen durumlar incelenmiş, bu faktörlerin başında ayıplanma korkusu, disiplin cezası alma korkusu, dava açılması korkusu, kurumun verilen bilgileri ne yönde kullanacağını bilememe ve buna bağlı yaşanan korkuların aldığı bulunmuştur. Kim ve Yoon (2007) tarafından Kore’de hata raporlamayla ilgili hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algısının incelendiği çalışmada ise; hemşirelerin sadece % 5’i hataları raporlamaktan çekinmediğini belirtmiştir. Osborne ve ark. (1999) tarafından hemşirelerin ilaç hatalarının raporlanmasıyla ilgili algılamalarının incelendiği çalışmada ise hemşirelerin yöneticilerinin tepkisinden korktuğu için ilaç hatalarını raporlamadıkları görülmüştür. Yine Webster ve Anderson (2002) tarafından ilaç hatalarını azaltmak için hazırlanan kılavuzda hemşirelik uygulama hatalarının raporlanmasında ayıplanma ve suçlanma korkusunun çok baskın olduğu bildirilmektedir. Oysa literatürde, suçlama kültürünün olumlu güvenlik kültürüne zıt bir durum olduğu bildirilmektedir (Gearhart, 2008). Bu sonuçlar bizim sonuçlarımızla benzerlik göstermekte olup raporlamanın kişilerin aleyhlerine kullanılacağı düşüncesinin çok kuvvetli olduğunu göstermektedir.

Bu çalışmalardan farklı olarak Sorra ve arkadaşları tarafından hazırlanan (AHRQ 2008 Hospital Survey on Patient Safety Culture: Comparative Database Report) raporunda ise “çalışanlar hata yaptıklarında rahatça konuşabilirler” ifadesine çalışanların % 76’sı katıldıklarını belirtmişlerdir. Yine AHRQ 2008 (Sorra ve ark. 2008) raporunda çalışanlar hataların bildirilmesinin % 62 oranında olumlu değişikliklere sebep olduğunu belirtmişlerdir. AHRQ tarafından bildirilen başka bir raporda ise; çalışanların yaptıkları hatalar nedeniyle bunların dosyalarına kayıt edilme endişesi yaşama oranı % 36 olarak bulunmuştur. (<http://www.ahrq.gov/qual/hospurvey08/hospdbch5.htm>) Bizim çalışmamızla karşılaştırıldığında arada önemli oranda fark olduğu, raporlama ile ilgili korku ve endişenin bizim çalışmamıza göre düşük olduğu ve çalışmamızla benzerlik göstermediği görülmektedir.

Ülkemizde Çakır (2008) tarafından hasta güvenliği kültürü ile kalite çalışmaları arasındaki ilişkinin incelendiği 803 hekim ve hemşire üzerinde yapılan çalışmada, çalışanların % 82’si hiç olay raporu doldurmadığını belirtmişlerdir. Ovayolu ve ark. (2009) tarafından devlet hastanesinde kurumda hasta güvenliği ile ilgili alınan önlemlerin hemşirelik hizmetlerine yansımalarının belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmada hemşirelerin % 58,8’i yapılan hataları rapor etmediklerini bildirmişlerdir. Yıldız ve ark. (2009) tarafından hemşirelerin hasta güvenliğine yönelik bilgi, tutum ve davranışlarını belirlemek amacıyla yapılan çalışmada ise, katılımcıların % 40,4’ü yanlış bir uygulama sonucunda hasta ciddi hata görmediyse rapor etmediklerini, % 50 si ise yanlış bir uygulama sonucunda hasta etkilenmeden fark edip düzeltildiğinde bildirimde bulunmadığını belirtmişlerdir. Bu çalışmalar rapor edilme düzeyinin çok düşük olması nedeniyle bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Yine Ülkemizde Arslan ve ark. (2009) tarafından yapılan bir diğer çalışmada ise; hastane personelinin % 20,0’si tıbbi hataları ceza almaktan korktuğu için, % 30,0’u ise ilişkileri bozmamak için bildirmeyeceğini belirtmiştir. Yıldız ve ark. (2009) tarafından yapılan hemşirelerin hasta güvenliğine yönelik bilgi tutum ve davranışlarını belirlemek amacıyla yapılan çalışmada ise çalışanların %78,8’i hataların sicil dosyalarına işlenmesinden endişe duyduğunu belirtmektedir. Bu çalışmaların sonuçları da endişe ve korku yaşanması açısından bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

## **5-Hasta Güvenliği Kùltürü Ölçeđme Aracının Maddelerinin Ayrı Ayrı Tartışılması**

Çalışmamızda kullanılan ölçeğin min-max puan aralığı 19–95 puan arasındadır. Hasta güvenliği kùltürü puanının olumlu algılanması için 4 veya 5 olması gerekmektedir (Thomas, Sexton, 2005). Çalışmamızda hasta güvenliği kùltürü puan ortalaması  $61,83 \pm 13,1$  olarak bulunmuştur. 1 ile 5 arasında bir değer bulmak için yapılan değerlendirmeye göre ise bu ortalama 3,25 çıkmıştır. Bizim çalışmamızda 3, 6, 9, 11, 13, 16 numaralı maddelere verilen puanın 3'ün altında olduğu gör÷lmüştür. “Hastanemizde yöneticiler fikirlerimi dikkate alır” ( $2.74 \pm 1.20$ ), “Hasta olsaydım burada kendimi güvende hissederdim” ( $2.65 \pm 1.20$ ), “Hastanemizde sıkça bilgilendirme toplantıları yaparız” ( $2.72 \pm 1.03$ ), “Yöneticiler güvenlikle ilgili önerilerimi dikkate alır” ( $2.84 \pm 1.05$ ), “Hasta güvenliği ile ilgili başvuracağımız yerler bellidir.” ( $2.82 \pm 1.11$ ), “Birimimizden kaynaklanan hatalar kişiye mal edilmez” ( $2.96 \pm 1.17$ ).

Bu sonuçlar kurumda çalışanların düşüncelerine önem verilmesi gerektiğini göstermektedir. Diğer yandan bireylerin kurumda kendilerini hasta olarak güvende hissetmedikleri, kurumun hasta güvenliği çalışmalarından memnun olmadıkları gör÷lmektedir. Yöneticilerin özellikle bu konular ile ilgili çalışmalar yapması gerekmektedir.

Literatürde, aşırı hiyerarşik güç yapılanmalarından alınacak sonuçların hasta güvenliği için felaketler yaratabileceği bildirilmektedir (Gearhart, 2009). Yöneticilerin ya da amirlerin hataların geri bildirim konusunda yapıcı, destekleyici ve açıklayıcı olmaları gerekmektedir. Bunun aksi bir durum, bireyin yaptığı hatayı gizlemesine, aleyhine kullanılacağı hissine kapılmasına ve sonuçta hataların daha büyük boyutta zararlara dönüşebilmesine yol açabilecektir (Tütüncü, 2006). Tıbbi hataların ve beklenmedik kötü olayların cezalandırılma korkusu olmaksızın müşterek saygı ve güven ortamı içinde rapor edilmesi için çalışanların buna cesaretlendirilmesi gerekmektedir (Farquhar ve ark., 2007).

Alahmadi (2010) tarafından yapılan bir çalışmada hasta güvenlik kùltürünü geliştirmek için suçluluk korkusunu ortadan kaldırmak ve bunun için de açık iletişim ve sürekli öğrenme ortamı yaratmak gerektiği vurgulanmaktadır. Yine takım odaklı çalışmanın hasta güvenliği iklimine etkisini inceleyen ve ABD’de 310 hekim, hemşire ve diğer personel üzerinde yapılan başka bir çalışmada ekibi sürekli olumlu

yönlendirmekle güvenlik algısı arasında pozitif bir ilişki tespit edilmiştir (Linroth, 2010). Bu nedenle hasta güvenliği ile ilgili olarak tüm süreçlerin yeniden gözden geçirilmesi ve sürekli iyileştirme çalışmalarının yapılması gerekmektedir. Bunun içinde ekip çalışmalarına ve çalışanların önerilerine gereksinim vardır (Tütüncü ve ark., 2007). Ancak bu şekilde hasta güvenliği kültürü değişecektir. Sonuçta; Hasta güvenliği kültüründeki değişim, hastalar ile ilgili sonuçların da gelişmesini sağlayacaktır (Feng ve ark., 2008).

Çalışmada çalışanların çoğu en olumlu puanı “birimimizde yapılan hatalardan ders çıkarırız” maddesine vermiştir. Bu da daha çok hasta güvenliğiyle ilgili algılamının bireysel düzeyde olduğunu göstermektedir.

Konuyla ilgili olarak yurtdışında yapılan çalışmalara bakıldığında; Thomas ve Sexton (2005) tarafından yapılan çalışmada bizim çalışmamızda düşük puan verilen soruların cevapların tamamı bizim sonuçlarımızın tersine “katılıyorum” veya “kesinlikle katılıyorum” şeklindedir. Yine Linroth (2010) tarafından takım odaklı çalışmanın hasta güvenliği iklimi üzerine etkisinin incelendiği ABD’de 310 hekim, hemşire ve diğer personel üzerinde yapılan başka bir çalışmada; “bir hasta olarak burada kendimi güvende hissedirim” sorusuna çalışanlar tarafından verilen puan 4,69’dır (katılıyorum). Yine aynı çalışmada; “performansım hakkında olumlu geri bildirim alırım” sorusuna 4,17 puan (katılıyorum) “hasta güvenliği ile ilgili olarak başvuracağımız yerler bellidir.” sorusuna verilen puan ise 4,57’dir (katılıyorum). Sammer (2009) tarafından ABD’de yapılan hasta güvenlik kültürü ile ilgili bir çalışmada ise; “Burada kendimi hasta olarak güvende hissedirdim.” sorusuna % 75 oranında olumlu cevap verilmiştir. “Hasta güvenliği ile ilgili başvurulacak kanalları biliyorum” sorusuna % 92 oranında olumlu cevap verilmiştir. “Geri bildirim alırım” sorusuna % 77 oranında olumlu cevap verilmiştir. Literatüre bakıldığında yurtdışında hasta güvenliği kültürü ile ilgili algılamının oldukça iyi düzeyde olduğu görülmektedir. Bu sonuçların ortamın hasta güvenliği ile ilgili ortamın olumlu algılanması açısından bizim çalışmamızla benzerliği bulunmamaktadır.

Ülkemizde Soydan ve ark. (2010) tarafından 110 hemşire üzerinde yapılan çalışmada; hemşirelerin % 65,4’ü yöneticilerinin hasta güvenliği ile ilgili önerilerini alacağını, % 70,9’u ise hatalar hakkında bilgilendirildiklerini belirtmişlerdir. Çınar (2010) tarafından 197 sağlık çalışanı üzerinde yapılan hasta güvenliği kültürü değerlendirmesinde ise hatalar hakkında geri bildirim aldığını belirten çalışan sayısı % 60’dır. Bu çalışmaların yöneticiler tarafından bilgilendirilme, çalışanlardan hasta

güvenliği konusunda öneri alma durumuyla ilgili çalışmamızla benzerliği bulunmamaktadır.

Sonuç olarak; hekim ve hemşirelerin, hastanenin güvenlik kùltürü ile ilgili algıları genel olarak olumsuz olup, özellikle doğrudan hasta bakımı ve tedavisinde görev alan araştırma görevlisi hekimler ve klinik hemşireler kurumun hasta güvenliği kùltürünü en yetersiz algılayan gruptur. Hasta güvenliği kùltürünün temel unsurlarından biri olan, hatalı uygulamaların rapor edilme durumu ise oldukça yetersiz olup, bireylerin raporlama ile ilgili endişeleri bulunmaktadır. Çalışanlar hasta güvenliği ile ilgili yöneticilerinin önerilerini dikkate almamasından, sürekli bilgilendirme yapılmamasından, hasta güvenliğiyle ilgili başvuracakları yerlerin belli olmamasından rahatsızdırlar.

## VII. SONUÇLAR

Bir üniversite hastanesinde çalışan hekim, hemşirelerin hasta güvenliği kültürüne ilişkin algılamalarını belirlemek amacıyla yapılan çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

1. Çalışmaya katılan bireylerin % 46,7'si 27-32 yaş arasında, % 64,9'u kadın, % 55,8'i ise evlidir. Bireylerin %55,8'ini hekimler, % 44,2'sini hemşireler oluşturmaktadır. Bireylerin büyük çoğunluğu araştırma görevlisi hekimlerden (% 46,4), % 30,8'i ise servis hemşirelerinden oluşmakta, % 57,5'i yüksek lisans, doktora ve tıpta uzmanlık eğitimi almıştır. Bireylerin % 40,6'sının meslekteki çalışma yılı, % 59,72'sinin hastanedeki çalışma yılı, % 64,6'sının ise birimdeki çalışma süreleri 1 -5 yıl arasındadır (Tablo 1).

2. Bireylerin % 58,1'i hasta güvenliği ile ilgili eğitim almadığını, % 77,9'u ise hasta güvenliği konusunda kurum tarafından bilgilendirilmediğini ifade etmişlerdir. Bireylerin hasta güvenliği yönünden hastaneyi değerlendirme düzeyleri orta derecede bulunmuş olup, hastaneyi "ne iyi, ne kötü" bulanların oranı % 56,5 olarak belirlenmiştir (Tablo 2).

3. Hekim ve hemşirelerin % 43,8'i hastaya zarar vermeyen hatalı uygulamaların ara sıra rapor edildiğini belirtirken, % 41,6'sı hiçbir zaman rapor edilmediğini belirtmiş, hastaya zarar veren hatalı uygulamaların ise % 41,6'sı ara sıra rapor edildiğini ifade ederken % 33,4'ü hiçbir zaman rapor edilmediğini ifade etmiştir (Tablo 2).

4. Bireylerin % 84,4'ü kurumda hasta güvenliği çalışmalarını yapılmadığını ifade etmişlerdir. Kurumda yapılan bir hatanın aleyhine kullanılacağını düşünenlerin oranı % 84,4 iken, yapılan hatanın siciline işleneceğinden endişe edenlerin oranı % 81,5 olarak bulunmuştur (Tablo 2).

5. Kurumda yürütülen kalite yönetim sistemi çalışmalarını bireylerin % 46,4'sı orta düzeyde bulduğunu belirtirken, hastanede sunulan hizmetin kalitesini de bireylerin % 44,2'si orta düzeyde bulduğunu ifade etmişlerdir (Tablo 2).

6. Bireylerin hasta güvenliği kültürü genel puan ortalaması  $61,83 \pm 13,1$  olup, frekans ortalaması da 3.25 olarak saptanmıştır (Tablo 3).



7. Cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu ve toplam çalışma süreleri yönünden bireylerin hasta güvenliği kültürü puanları arasında anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 4).

8. Mesleklere göre, hekimlerin hasta güvenliği kültürü puan ortalaması  $60,44\pm 13,52$  iken, hemşirelerin puan ortalaması  $63,58\pm 12,40$  olarak bulunmuş ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ( $p<0,05$ ) (Tablo 4).

9. Bireylerin görevlerine göre hasta güvenliği puanlarında öğretim üyeleri ( $65,03\pm 15,08$ ) ve sorumlu hemşirelerin ( $66,23\pm 10,66$ ) ölçek puanlarının diğer gruplardan daha yüksek olduğu, en düşük puanın ( $59,51\pm 13,04$ ) ise araştırma görevlisi doktorlara ait olduğu belirlenmiştir. Puanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ) (Tablo 4).

10. Hastanede 11 yıl ve üzeri süredir çalışanların hasta güvenliği puan ortalamalarının ( $66,88\pm 13,05$ ) ile) 1-5 yıldır çalışanların puan ortalamalarından ( $60,45\pm 12,49$ ) yüksek olduğu ve farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ) (Tablo 4).

11. Bulunduğu birimde 11 yıl ve üzeri süredir çalışanların hasta güvenliği kültürü puan ortalamalarının ( $69,68\pm 14,40$ ) 1-5 yıldır çalışanların puan ortalamalarından ( $60,64\pm 12,54$ ) yüksek olduğu ve farkın anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p<0,05$ ) (Tablo 4).

12. Bireylerden hasta güvenliği konusunda eğitim aldığını bildirenlerin hasta güvenliği kültürü puan ortalamalarının ( $63,39\pm 12,93$ ) eğitim almayanların hasta güvenliği kültürü puan ortalamalarından ( $58,54\pm 12,25$ ) yüksek olduğu ve farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ) (Tablo 5).

13. Hekim ve hemşirelerden kurum tarafından bilgilendirildiklerini iletenlerin hasta güvenliği puan ortalamalarının ( $68,83\pm 12,94$ ), kurum tarafından bilgilendirilmediğini belirtenlerin hasta güvenliği puan ortalamasından ( $59,84\pm 12,48$ ) anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 5).

14. Çalışmaya katılan bireylerden hasta güvenliği yönünden hastanenin düzeyini yetersiz bulanların güvenlik kültürü puan ortalamaları ( $54,09\pm 11,55$ ) iyi bulanlardan ( $70,98\pm 11,65$ ) anlamlı derecede düşük bulunmuştur ( $p<0,05$ ) (Tablo 5).

15.Bireylerden kurumda hastaya zarar vermeyen hatalı uygulamaların hiçbir zaman rapor edilmediğini belirtenlerin puan ortalamaları (59.24±12.76), her zaman rapor edildiğini belirtenlerden (68.88±13.42) anlamlı derecede düşük bulunmuştur (  $p<0,05$ ) (Tablo 5).

16.Hekim ve hemşirelerden hastaya zarar veren hatalı uygulamaların hiçbir zaman rapor edilmediğini belirtenlerin puan ortalaması (59.86±13.31), her zaman rapor edildiğini belirtenlerin puan ortalamasından ( 67.37±11.79) düşük bulunmuş ve aradaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir (  $p<0,05$ ) (Tablo 5).

17.Kurumda hasta güvenliği geliştirme çalışmaları yapıldığını belirtenlerin puan ortalamaları 66.47±15.77 iken, herhangi bir çalışma yapılmadığını belirtenlerin puan ortalaması ise 60.97±12.40 olarak bulunmuş ve aradaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır (  $p<0,05$ ) (Tablo 5).

18.Kurumda yapılan bir hatanın aleyhine kullanılacağından endişe duyan bireylerle aleyhine kullanılacağını düşünmediğini belirten bireyler ile yapılan bir hatanın siciline işleneceğinden endişe duyan bireyler ile siciline işleneceğini düşünmediğini belirten bireyler arasında anlamlı fark bulunamamıştır (  $p>0,05$ ) (Tablo 5).

19.Bireylerden kurumdaki hizmet kalitesini yetersiz bulanların ölçek puan ortalaması 53.55±11.90 iken, yeterli bulanların ölçek puanı ortalaması ise 71.26±11.28 olarak tespit edilmiş ve aradaki fark anlamlı bulunmuştur (  $p<0,05$ ). Benzer şekilde kurumdaki kalite yönetim sistemini olumlu bulanların hasta güvenliği puan ortalamaları (71.26±10.33), yetersiz bulanların puan ortalamalarından (54.14±11.78) anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (  $p<0,05$ ) (Tablo 5).

20.Bireyler tarafından ölçeğin maddelerine verilen puanlarda, en düşük puanın “Hasta olsaydım burada kendimi güvende hissederdim” (2.65±1.20) maddesine, en yüksek puanın ise “Birimimizde yapılan hatalardan ders çıkarırız” (4.25±0.93) maddesine verildiği saptanmıştır (Tablo 6).

## VIII. ÖNERİLER

Araştırmada elde edilen verilerin değerlendirilmesi sonucunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur.

1. Araştırmada, çalışanlar özellikle araştırma görevlisi hekimler ve klinik hemşireler kurumun hasta güvenliği kültürünü genel olarak yetersiz bulmuşlardır. Bu nedenle çalışanların hasta güvenliği kültürünü geliştirici programlar yapılması,

2. Çalışanların hasta güvenliği ve güvenlik kültürü yönünden kurumu yetersiz bulma nedenlerinin araştırmalar yoluyla ortaya konulması,

3. Bireylerin hastaya zarar veren ve zarar vermeyen hatalı uygulamaları rapor etmemesinin nedenlerinin araştırılması,

4. Yöneticilerin, bireyler tarafından dikkat çekilen raporlama sistemi ile ilgili olarak etkin bir raporlama sisteminin kurulmasını sağlaması ve hasta güvenliği geliştirme çalışmalarına hız vermesi,

5. Hasta güvenliği ve kalite çalışmaları ile ilgili olarak tüm çalışanların özellikle de klinik çalışanlarının sürekli bilgilendirilmesi, hasta güvenliği ve kalite çalışmalarında hekim ve hemşirelerin de görüş ve önerilerinin alınması, bilgilendirme toplantılarının sık yapılması, geri bildirim mekanizmalarının uygulamaların bir parçası durumuna getirilmesi,

6. Belirli sürelerle hasta güvenliği kültürü algısının tekrar ölçülmesi önerilebilir.

## KAYNAKLAR

1. Adams, RE., Boscarino, JA.(2004). A community survey of medical errors in New York, International Journal for Quality in Health Care, (16):353–362.
2. AHRQ. (2003). Guide to Patient Safety Indicators. :AHRQ Quality Indicators, March
3. AHRQ.( 2008). Comparative Database Report, Hospital Survey on Patient Safety Culture, <http://www.ahrq.gov/qual/hospsurvey08/hospdbch5.htm> ,E.T:28.08.2010.
4. Akalın, E., (2004). Hasta Güvenliği Kültürü Nasıl Geliştirebiliriz?, Ankem Dergisi, 18 (Ek 2):12-13.
5. Akalın, E. (2005). Yoğun Bakım Ünitelerinde Hasta Güvenliği, Yoğun Bakım Dergisi, 5(3):141–146.
6. Akgün, S.(2007). Sağlık Kuruluşlarında Hasta Güvenliği Kültürü Nasıl Oluşturabiliriz?, 4.Uluslararası -11.Ulusal Hemşirelik Kongre Kitabı, Tübitak.
7. Akgün, S., Al-Assaf, A.F.(2007). Hasta Güvenliği ve Hasta Güvenliği Göstergeleri, Hastane Forumu, Ocak-Şubat.
8. Akın, A., Üçel, A.Ş., Doğan, N.(2010). Göztepe Eğitim Araştırma Hastanesinde Hasta Güvenliği Kültürünün Algılanması ve Çalışan Uzman Hekim, Asistan Hekim ve Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürüne Yönelik Tutumlarının Belirlenmesi, II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı, Kırılmaz, H.(Ed.),Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara.
9. Akins, R.B., Cole, BR.,(2005). Barriers to Implementation of Patient Safety Systems in Healthcare Institutions:Leadership and Policy Implications, Journal of Patient Safety 1(1):9-16.
10. Aksayan, S.(2009). Hasta Güvenliği Kültürünün Geliştirilmesi, 12.Ulusal-Uluslararası Katılımlı Hemşirelik Kongresi Kitabı, 20-24 Ekim 2009 , Sivas.
11. Alfredsdottir, H., Bjornsdottir, K.(2007). Nursing and Patient Safety in the Operating Room, Journal of Advanced Nursing, Original Research, 61(1): 29-37.
12. Alahmadi, H.(2010). Assessment of Patient Safety Culture In Saudi Arabian Hospitals, Quality Safety Health Care .April 2010.
13. Al-Ateeq, E. A.(2008). The Relationship Between Registered Nurses' Perceptions of their Work Environment and Their Perceptions of Patient Safety Culture , Doctor of Philosophy , George Mason University, Fairfax.

14. Anonim (2009). Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ , 27214 Sayılı Tebliğ, Resmi Gazete 29 Nisan.
15. Antonow, A.J., Smith B.A., Silver P.M. (2000). Medication Error Reporting:A Survey Of Nursing Staff, Journal of Nursing Care Quality, 15(1):42-48.
16. Arslan, B., Kısa,S., Hisar,F. (2009). Ankara’da Bir Devlet Hastanesinde Çalışan Personelin Hasta Güvenliği Kültürü ve Hasta Güvenliğine İlişkin Algılama ve Görüşleri, 12.Ulusal-Uluslararası Katılımlı Hemşirelik Kongresi Kitabı, 20-24 Ekim, Sivas.
17. Aştı T., Acaroğlu R. (2000). Hemşirelikte Sık Karşılaşılan Hatalı Uygulamalar, C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, s:22- 27.
18. Ataman, G.U. (1995). İşletmelerin Yönetimi ve Örgüt Kültürü, Türkmen Kitabevi, İstanbul.
19. Aufseeser-Weiss M., Ondeck D.A. (2001). Medication use Risk Management:Hospital Meets Home Care, Journal of Nursing Care Quality, 15(2):50-57.
20. Bakan, İ., Büyükbeşe, T.,Bedestenci, H.Ç. (2004). Örgüt Kültürü, Alfa Aktüel Yayınları, İstanbul, s:11.
21. Bal, E., <http://www.suvak.org.tr/pdf/kongreV/5%20Ercan%20Bal.pdf>, E.T:02.02.2010
22. Bal, A., Yılmaz, H., Çalış, A., Memiş, R., Yıldız, A., Menevşe, S.F. (2010). Uygunsuzluk Bildirimlerinin Hasta Güvenliği Açısından Değerlendirilmesi, II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı, Kırılmaz, H.(Ed.),Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara.
23. Baytok, A. (2006). Hizmet İşletmelerinde Örgüt Kültürünün Oluşturulmasında Liderin Rolü, Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Afyonkarahisar, 235s.
24. Berkem, R. (2007). Hasta Güvenliği ve Transfüzyonla Bulaş Sonrası Yapılması Gerekenler , Ankem Dergisi, 21 (Ek 2):153–160.
25. Berwick, D.M. (2003). Errors Today and Errors Tomorrow , The New England Journal of Medicine , 348;2570.
26. Birgili, F., Salış, F., Çekirdekçi, S.,Ece, G. (2010). Hastanelerde Hasta Güvenliği İklimi: Muğla İlinde Bir Hastane Örneği, II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı, Kırılmaz, H.(Ed.),Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara.

27. Boran, P.K., Baysak, Ş., Bengü,N., Eşrefgil, G. (2009). Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri 2008 Yılı Hatalı Uygulamaların Saptanması ve İyileştirme Çalışmaları, 12.Ulusal Uluslararası Katılımlı Hemşirelik Kongresi Kitabı, 20-24 Ekim 2009, Sivas.
28. Bozkurt, S., Uğurlu, D.,İmancı, S. (2010). Hemşirelerde Hasta Güvenliği Farkındalığının Oluşma Düzeyi: Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği, II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı, Kırılmaz, H. (Ed.), Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara.
29. Budak,M., [www.semahastanesi.com.tr/2008/docs/hastaguvenciligi.doc](http://www.semahastanesi.com.tr/2008/docs/hastaguvenciligi.doc), E.T:15.12.2008.
30. Callahan, M.A., Ruchlin, H. (2003). The Role Of Nursing Leadership In Establishing A Safety Culture, Nursing Economics, Nov-Dec.
31. Canbolat, Ç., Bulut, H. (2009). Ameliyathanede Hasta ve Çalışan Güvenliğine İlişkin Ameliyathane Hemşirelerinin Görüşleri, 12.Ulusal Uluslararası Katılımlı Hemşirelik Kongresi Kitabı, 20-24 Ekim, Sivas.
32. Comparative Database Report, Medical Errors-Patient Safety, Hospital Survey on Patient Safety Culture:2008, <http://www.ahrq.gov/qual/hospurvey08/hospdbch5.htm> E.T 10.01.2010.
33. Connelly, L., Powers, J., On-line Patient Safety Climate Survey: Tool Development and Lessons Learned <http://www.ahrq.gov/downloads/pub/advances/vol4/Connelly.pdf>, E.T:11.01. 2010
34. Cooper, M.D. (2000). Towards a Model of Safety Culture, Safety Science, 36, 111-116.
35. Cornish, P.L., Knowles, S.R., Marchesano, R., Tam, V. (2005). Unintended Medication Discrepancies at the Time of Hospital Admission, Archives of Internal Medicine, (165): 424-429.
36. Çakmakçı, M.(2005). Sağlıkta Kalite ve Bilişim, <http://www.turkmia.org/eski/kongre/konusma/cakmakci.pdf>, E.T:02.02.2010.
37. Çakır, A., Tütüncü, Ö. (2009). İzmir İli Hastanelerinde Hasta Güvenliği Algısı, Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı, Cilt: 2, Antalya.
38. Çeltek, E. (2004). Motivasyon Yönetimi, Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi, 6 (1):5 / No: 182.

39. Çelik, V. (2009). Okul Kültürü ve Yönetimi, Pegem Akademi Yayıncılık, 4. Baskı, Ankara.
40. Çınar, F., Yalçınkaya, E., Soy, D., Öneş, K. (2010). Rehabilitasyon Hastanesinde Hasta Güvenliği Kültürü, II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı, Kırılmaz, H.(Ed.), Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara.
41. Çırpı, F., Merih, Y.D., Kocabey, M.Y. (2009). Hasta Güvenliğine Yönelik Hemşirelik Uygulamalarının Ve Hemşirelerin Bu Konudaki Görüşlerinin Belirlenmesi, Uluslararası Sağlıkta Performans Ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı,(2):19-21, Mart Antalya.
42. Çiftlik, E., Kesmezacar, Ö., Kurt, M., Kesgin, V., Özkan, S., Çoban, D., Abalı, Y.(2010). Eğitim ve Araştırma Hastaneleri İle Devlet Hastanelerinde Hasta Güvenliği Kültürü Algılaması, II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı, Kırılmaz, H.(Ed.), Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara.
43. Dinçer, Ö., Fidan, Y. (1996). İşletme Yönetimi. Beta Yayınları, 1. Baskı, İstanbul, s:408.
44. Dinçer, Ömer. (2007). Stratejik Yönetim ve İşletme Politikası. Alfa Yayınları 8. Baskı, İstanbul.
45. Doğru, F.B., Sanin, A.S.,Turgut, S. (2010). Kamu Hastanelerinde Kalite Yönetim Çalışmalarının Hasta Güvenliğine Etkileri ve Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği, II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı, Kırılmaz, H.(Ed.),Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara.
46. Durmaz, A. (2007). Hastaların Hastaneye Yatmadan Önce Kullandıkları İlaçların Kliniğe Kabul Edildikten Sonra Kullanımı İle İlgili İlaç Hatalarının İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
47. Erdem, O., Dikici, M. (2009). Liderlik ve Kurum Kültürü Etkileşimi, Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi, 8 (29): 198-213.
48. Eren ,E., Alpkan, L., Ergün, E. (2003). Kültürel Boyutlar Olarak İşletmelerde İçsel Bütünleşme ve Dışsal Odaklanma Düzeylerinin Performansa Etkileri, Doğuş Üniversitesi Dergisi, 4 (1): 55-70.
49. Erlen, J. (2007).Patient Safety, Error Reduction, and Ethical Practice”,Orthopaedic Nursing, 26 (2):130-134.

50. Ertem, G., Oksem, E., Akbıyık, A. (2009). Hatalı Tıbbi Uygulamalar ile İlgili Retrospektif Bir İnceleme, *Dirim Tıp Gazetesi*, 84 (1): 1-10.
51. Eroğlu, E., Berk, Y., Öksüz, A.S., Keser, N., Mercan, F. (2009). Sağlık Çalışanlarının Hata Bildirimi Alanında Eğitilmesi Ve Tıbbi Hataların Değerlendirilmesi, *Uluslararası Sağlıkta Performans Ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı*, Cilt 2, 19-21 Mart, Antalya.
52. Eroğlu, F. (1996). *Davranış Bilimleri*. Beta Basım Dağıtım A.Ş., 3. Baskı, İstanbul, s:10.
53. Farquhar, M., Sharp B.,Clancy C. (2007). Patient Safety in Nursing Practice, *AORN Journal*, 86 (3).
54. -Farrell, V. E., Davies, K. A. (2006). Shaping And Cultivating A Perioperative Culture Of Safety, *AORN Journal*, 84 (5): 857-860.
55. Feng, X., Bobay, K.,Weiss, M. (2008). Patient Safety Culture in Nursing : A Dimensional Concept Analysis, *Journal of Advanced Nursing*, 63(3):310-319.
56. Filiz, E. (2009). Hastanede Hasta Güvenliği Kùltürü Algılamasının Ve Sağlık Çalışanları ile Toplumun Hasta Güvenliği Hakkındaki Tutumunun Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Halk Sağliğı Ana Bilim Dalı, Konya.
57. Friesen, M.A., The Nurse's Role in Promoting a Culture of Patient Safety, CPHQ. Doctoral Student College of Nursing and Health Science, <http://www.nursingworld.org/mods/mod780/role.pdf>, E.T:28.08.2010
58. Foster, P., Sidhu,R., Gadhia, D., De Muis, M. (2008). Leveraging Computerized Sign-Out to Increase Error Reporting and Addressing Patient Safety in Graduate Medical Education, *Journal of General Internal Medicine*, 23(4): 478-481.
59. Gearhart, Susan Frances (2008). The Relationship Between Care Provider Perceptions Of Safety Culture And Patient Perceptions Of Care On Three Hospital Units, Doctor Of Philosophy, Universty Of California, San Francisco.
60. Ginsburg, L., Norton, P., Casebeer, A., Lewis S. (2005). An Educational İntervention to Enhance Nurse Leaders Perceptions of Patient Safety, *Health Services Research*, 40:4.
61. Ginsburg, L., Gilin, D., Tregunno, D., Norton, P., Flemons, W., Fleming, M. (2008). Advancing Measurement of Patient Safety Culture, *Health Services Research*.
62. Gleason, KM, Grozsek, JM, Sullivan, C, Rooney, D. (2004). Reconciliation of Discrepancies in Medication Histories and Admission Orders of Newly Hospitalize Patients, *Am J Health- Syst Pharm*, (61): 1689-1694.



63. Göktaş.S. (2007). Bir Kamu Hastanesinde Hemşire İstihdamının Hasta Güvenliğine Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
64. Göl., G. (2009). Bakım Kalitesi ve Hasta Güvenliği, 12.Ulusal Uluslararası Katılımlı Hemşirelik Kongresi Kitabı, 20-24 Ekim 2009 , Sivas.
65. Güven, R. (2007). Dezenfeksiyon Sterilizasyon Uygulamalarında Hasta Güvenliği Kavramı, 5.Ulusal Dezenfeksiyon Kongre Kitabı.
66. Güvenç, B. (1996). İnsan ve Kültür, 7.B., Remzi Kitabevi,s:101-105 , İstanbul.
67. Hartmann, C.W., Rosen, A.K., Meterko, M., Shoken, P., Zhao, S., Singer, S., Falwell, A., Gaba,D:M.(2008). An Overview of Patient Safety Climate in the VA, Health Services Research, 43(4) ;1263-1284.
68. Health Grades Quality Study, Patient Safety in American Hospitals, July 2004.
69. Hellings, J., Schrooten W., Klazinga,N., Vleugels A.(2007) .Challenging Patient Safety Culture: Survey Results, International Journal of Health Care Quality Assurance, 20 (7): 620.
70. Hendrich, A. (2006). Inpatient Falls: Lessons From The Field, Patient Safety and Quality Healthcare, 3 (3): 26-30.
71. Hobgood, C., Hevia, A., Hinchey, P. (2004). Profiles in Patient Safety:When an Error Occurs, Academic Emergency Medicine, 11(7). Hospital Nurse Staffing and Quality of Care. :AHRQ Research in Action, Issue.14.
72. Holden, L.M., Watts, D.D, Hinton Walker, P. (2009). Patient Safety Climate İn Primary Care: Age Matters, Journal Patient Safety,. March;5 (1):23–8.
73. Huang. D.T., Clermont, G., Sexton, J.B., Karlo, C.A., Miller, R.G., Weissfeld, L.A, Rowan, K.M., Angus, D.C.(2007). Perceptions of Safety Culture Vary Across The Intensive Care Units of a Single İnstitution.
74. Hughes, R.G. (2004). First,Do No Harm.Avoiding the Near Misses, American Journal Nursing, 104(5):81-84
75. <http://sbu.saglik.gov.tr /hastahaklari/faaliyet.htm> , E.T:13.02.2010.
76. Institute of Medicine Report (2006). Preventing Medication Errors. [www.iom.edu/Object.File/Master/35/943/medication%20errors%20new.pdf](http://www.iom.edu/Object.File/Master/35/943/medication%20errors%20new.pdf), E.T:20.12.2008
77. Institute of Medicine Report (2003), Patient Safety :Achieving a New Standart for Care, [www.iom.edu/Object.File/Master/27/174/PatientSafety-web.pdf](http://www.iom.edu/Object.File/Master/27/174/PatientSafety-web.pdf), E.T:20.12.2008.

78. Institute of Medicine Report. (2006). What You Can Do to Avoid Medication Errors, [www.iom.edu/Object.File/Master/35/945/medication](http://www.iom.edu/Object.File/Master/35/945/medication) , E.T:19.12.2008.
79. Institute of Medicine Report. (1999). To Err is Human:Building a Safer Health System. [www.iom.edu/object.file/master/4/117/ToEr-8pager.pdf](http://www.iom.edu/object.file/master/4/117/ToEr-8pager.pdf) . , E.T:19.12.2008.
80. Institute of Medicine Report Brief , November, 2003.
81. Institute of Medicine Report Brief, July 2006.
82. Karadağ, A., Hemşireler İlaç Uygulama Hatalarını Önlemede Anahtar Kişi(mi)dir?, <http://www.turkhemsirelerderneği.org.tr/menu/saglik-guncel/thd-sagligin-sesi>, E.T:28.03.2010.
83. Karaoğlu, N., Şeker, M., Kara, F., Okka, B. (2008) Selçuk Üniversitesinde Tıp Fakültesine Yeni Başlayan Öğrencilerin Tıbbi Hatalar Konusunda Bilgi Düzeyleri:Eğitimsel Bir Perspektif, Tıp Bilimleri Dergisi, 28:663–671.
84. Kathuria, C., Al-Assaf, A.F., Akgün, S. (2007). Hasta Güvenliği Nasıl Sağlanabilir? Sağlık Kuruluşlarında Tıbbi Hataların Bildirilmesi Nasıl Etkin Hale Getirilebilir?, Hastane Forumu Dergisi, Ocak-Şubat.
85. Katz-Navon, T., Naveh, E., Stern, Z. (2005). Safety Climate In Healthcare Organizations: A Multidimensional Approach, Academy of Management Journal, 48, 1075–1089.
86. Kim, J., An, K., Kim, M.K., Yoon, S.H. (2007). Nurses Perception of Error Reporting and Patient Safety Culture in Korea, Western Journal of Nursing Research, 29:827-844.
87. Koçel, T. (2001). İşletme Yöneticiliği: Yönetim ve Organizasyon, Organizasyonlarda Davranış, Klasik-Çağdaş ve Güncel Yaklaşımlar, Beta Yayınevi, 8. Basım, İstanbul.
88. Kohn, L.T.; Corrigan, J.M., Donaldson, M.S. (2000). To Err Is Human: Building a Safer Health System, Institute of Medicine,: The National Academy Press, Washington, DC.
89. Koraşlı, D., Torun, E., Yüzden, G.E. (2010). Sağlık Çalışanlarının Hasta Güvenliği Kültürü Algılamasının Değerlendirilmesi: Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği, , II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı, Kırılmaz, H.(Ed.),Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara.
90. Köse, S., Tetik, S., Ercan, C. (2001). Örgüt Kültürünü Oluşturan Faktörler, Yönetim ve Ekonomi, Celal Bayar Üniversitesi, İ.İ.B.F Dergisi, 7(1).

91. Kudo, Y., Kido, S., Shahzad, M., Saegusa, Y., Satoh, T., Aizawa, Y. (2009). Safety Climate and Motivation Toward Patient Safety Among Japanese Nurses in Hospitals of Fewer than 250 Beds, *Industrial Health*, 47 (1) :70-79, Kitasato.
92. Leape, L., (2008). Scope of Problem and History of Patient Safety, *Obstetrics Gynecology Clinics of North America*, (35): 1-10.
93. Leape, L., Berwick, D. (2005), Five Years After "To Err Is Human": What Have We Learned?, *Journal of American Medical Association*, May 18, 293(19): 2384-90.
94. Linroth, R. S. (2010). Relationships Between Organizational Culture, Team Orientation, and Patient Safety Climate Within a Specialty Hospital and Clinic System, *College Of Management And Technology*, Doctor Of Philosophy, Walden University.
95. Marshall, M., Parker, D., Esmail, A., Kirk, S., Claridge, T. (2003). Culture Safety, Quality and Safety in Health Care , 12 (4):318.
96. Mayo, M.A., Duncan, D. (2004). Nurse Perception of Medication Errors, What We Need to Know for Patient Safety, *Journal of Nursing Care Quality*, 19 (3),: 209-217.
97. Mercurio, P. (2009). Measuring Perception Of Safety Culture Along The Path Of Patient Flow, Master of Nursing at Northern Kentucky University.
98. National Healthcare Disparities Report. (2007). Patient Safety, Agency for Healthcare Research and Quality, Chapter 2.
100. National Healthcare Quality Report. (2007): Patient Safety, Agency for Healthcare Research and Quality, Chapter 3.
101. National Patient Safety Goals. (2009). [www.jointcommunication.org](http://www.jointcommunication.org), E.T:01.06.2010.
102. Nieva, V.F., J.Sorra. (2003). Safety Culture Assessment: A Tool for Improving Patient Safety in Healthcare Organizations, *Quality and Safety in Health Care* (12):17-23.
103. Odabaşı, Y., ve Barış, G. (2002). Tüketici Davranışı, 3. Baskı, MediaCat Kitapları, İstanbul, s:314-315.
104. Okay, Ayla. (2000). Kurum Kimliği, MediaCat Kitapları, Ankara.
105. Osborne, J., Blais, K., Hayes, S.J. (1999). Nurses Perceptions When is it a Medication Error?, *Journal of Nursing Administration*, 29 (4):33-38.
106. Ovalı, F. (2010). Hasta Güvenliği Yaklaşımları, Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi, Ocak 2010, Sayı:1, Sağlık Bakanlığı, Ankara.
107. Ovayolu, Ö., Ovayolu, N., Dişbudak, Z. (2009). Hasta Güvenliği ile İlgili Alınan Önlemlerin Hemşirelik Hizmetlerine Yansıması, 12. Ulusal-Uluslararası Katılımlı

- Hemşirelik Kongresi Kitabı, 20-24 Ekim 2009 ,Sivas.
- 108.Önen, L. (2008). Örgüt İklimi Üzerinde Kültürün Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İletişim Anabilim Dalı Halkla İlişkiler Bilim Dalı, İstanbul, 138s.
- 109.Özarda, Y.(2010). Tıp Laboratuarlarında Hasta Güvenliği ve Hasta Güvenliğinin Toplam Kalite Yönetimindeki Rolü, II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı, Kırılmaz, H.(Ed.),Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara.
- 110.Özkan, T., Lajunen, T. (2003). Güvenlik Kültürü ve İklimi, PİVOLKA, 2(10): 3-4
- 111.Özkalp, E., Kirel, Ç. (2001).Örgütsel Davranış, Etom A.Ş.Matbaacılık, Eskişehir.
- 112.Özmen, S., Başol, O. (2010). Hasta Güvenliği Kültürü: Bursa’da Özel Bir Hastane Uygulama Örneği, II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı, Kırılmaz, H.(Ed.), Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara.
- 113.Pelech, D. (2001). Medical Errors in Health Care:One Approach to the Problem, Master’s Thesis, California State University
- 114.Pizzi, LT., Goldfarb, NI., Nash, DB. (2001). Promoting a Culture of Safety, Making HealthCare Safer, AHRQ Publication O1-E058.
- 115.Pronovost, P., Sexton, B. (2005). Assessing Safety Culture:Guidelines and Recommendations, Quality and Safety Health Care, 14 (4):231-233.
- 116.Pronovost, PJ., Weast, B., Bishop, K. (2004). Senior Executive Adopt a Work Unit:A Model for Safety İmprovement, Jt Comm J Qual Saf, (30):59-68.
- 117.Pronovost, P.; Holzmueller, C.G.; Rosenstein, B.J.; Kidwell, R.P; Haller, K.B; Feroli, R.E; Sexton, B.J., Rubin, H.R. (2003). Evaluating Of The Culture Of Safety: Survey Of Clinicians And Managers In An Academic Medical Center, Quality and Safety in Health Care, (12):405–410.
- 118.Pronovost, P., Needham, D., Berenholtz, S., Sinopoli, D., Chu, H., Cosgrove, S., Sexton, B., Hyzy, R., Welsh, R., Roth, G., Bander, J., Kepros, J., Goeschel, C. (2006). An Intervention to Decrease Catheter-Related Bloodstream Infections in the ICU, New England Journal of Medicine, (355):2725-2732.
- 119.PR Newswire Association (2009), “Joint Commission Alert: Effective Leadership Critical to Preventing Medical Errors” New York: Aug 27.
- 120.Reiman,T., Oedewald, P. (2002). The assessment of organizational culture: A methodological study, VTT Research Notes 2140, Espoo, Finland.

121. Rich, V.L., Creation of a Patient Safety Culture: A Nurse Executive Leadership Imperative <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/br.fcgi?book=nursehb&part=ch20c>  
E.T:28.08.2010
122. Rogers, E.A., Hwang, W., Scott, L. D., Aiken, L. H., Dinges D. F. (2004). The Working Hours of Hospital Staff Nurses And Patient Safety, Health Affairs, . 23 (4): 202-210.
123. Runciman, W., Baker, R., Michel, P., Jauregui, L., Lilford, R., Andermann, A., Flin, R., Weeks, W. (2008). The Epistemology of Patient Safety Research, International Journal of Evidence Based Healthcare, 6 (4):476-486.
124. Sabuncuoğlu, Z. (2004). İşletmelerde Halkla İlişkiler, , Aktüel Yayınevi, İstanbul , s.33.
125. Sammer, C.E. (2009). Culture Of Safety In Hospitals: A Three-Part Analysis Of Safety Culture, Evidence-Based Practice Guidelines, And Patient Outcomes, Doctor of Philosophy, Public Health, University of North Texas.
126. Sandars J., Cook, G. (2007). ABC of Patient Safety Book, Patient Safety Culture, Chapter 6.
127. Satuk, Ç. (2006). Örgütsel Başarıda Örgüt Kültürünün Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Kafkas Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Kars, 156s.
128. Saunders, M.C. (2004). Measuring Change: Enabling Health Care Organizations To Cross The Safety Quality Chasm, Health Care Administration Program, California State University Report.
129. Schoen, C., Osborn, R., Huynh, P.T., 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 , November, (16):509-525.
130. Seren, Ş. (2009). Bakım Kalitesi ve Hasta Güvenliğinin Geliştirilmesi, 12. Ulusal – Uluslararası Katılımlı Hemşirelik Kongresi Kitabı, 20-24 Ekim, Sivas.
131. Sezgin, B. (2007). Kalite Belgesi Alan Hastanelerde Hemşirelik Uygulamalarının Hasta ve Hemşire Güvenliği Açısından Değerlendirilmesi, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
132. Singer, S., Meterko, M., Baker, L., Gaba, D., Falwell, A., Rosen, A. (2007). Workforce Perceptions of Hospital Safety Culture Development and Validation of the Patient Safety Climate in Healthcare Organizations Survey, Health Services Research, 42:5.

- 133.Singer, S., Lin, S., Falwell, A., Gaba, D., Baker, L. (2008). Relationship of Safety Climate and Safety Performance in Hospital, Health Services Research, Apr,44 (2):399-421
- 134.Singer, S. (2007). Safety Climate in US Hospitals :Its Measurement,Variation and Relationship to Organizational Safety Performance, Doctor of Philosophy, Harvard University.
- 135.Singer, S. J., Gaba, D. M., Geppert, J. J., Sinaiko, A. D., Howard, S. K., Park, K. C. (2003). The Culture of Safety: Results of an Organization Wide Survey in 15 California Hospitals, Quality-Safety in Health Care, (12):112-118.
- 136.Singer, S. J., Hartmann, C W., Hanchate, A., Zhao, S., Meterko, M., Shokeen, P., Lin, S., Gaba, D. M., Rosen, A.K. (2009). Comparing Safety Climate Between Two Populations of Hospitals in the United States , Health Services Research, Part I October, (44):5.
- 137.Spencer, F.C. (2000). Human Error in Hospital and Industrial Accident:Current Concept, Journal of the American College of Surgeons, 191(4):410-418.
- 138.Sorra, J., Famolaro,T., Dyer, N., Nelson, D., Khanna, K. (2008). Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2008,Comparative Database Report,  
<http://www.premierinc.com/safety/topics/culture/downloads/AHRQ-hospital-survey-part-1-2008.pdf>, ET:10.01.2010.
- 140.Soydan, H., Arslanoğlu, A. (2010). Bir Eğitim Hastanesinde Görev Yapan Hemşirelerin Birimlerindeki Hasta Güvenliği Konusundaki Uygulamaları Değerlendirmeleri, II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı, Kırılmaz, H.(Ed.),Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara.
- 141.Sözer, Z. (2006). Örgüt Kültürünün İşgören Motivasyonu İle İlişkisi ve Bir Uygulama, Yüksek Lisans Tezi, Yıldız Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Ana Bilim Dalı İnsan Kaynakları Yönetimi Bilim Dalı, İstanbul, 164s.
- 142.Şerifoğlu, U.K., Sungur, E. (2007). Kazaların Habercileri:Kaza Habercisi Olayların Yönetimi ve Sağlık-Güvenlik Kültürü İlişkisi, IV.İş Sağlığı ve Güvenliği Kongresi Bildirileri, 20-21 Nisan 2007, MMO Yayınları, Yayın No:E/2007/424, Adana.
- 143.Şişman, A. (2002). Örgütler ve Kültürler, Pegem A Yayıncılık, s, 2, Ankara.

- 144.Tak, B. (2010). Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Ana Unsuru Olarak Hasta Güvenliği Sistemlerinin Oluşturulması: Hastaneler için Bir Yol Haritası Önerisi, Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi, Ocak 2010, Sayı:1, Sağlık Bakanlığı, Ankara.
- 145.Tekeş, B., Turhan, N.A., Taşkın, A., Karaca,A., Sağdıç, H. (2010). Güvenli Hastaneler ve İletişim Hastane Güvenliğinin Çalışanlar ve Hizmet Alanlar Tarafından Algılanma Düzeyi, II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı, Kırılmaz, H.(Ed.),Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara.
- 146.Terzi, A.R. (2000). Örgüt Kültürü, Nobel Yayın Dağıtım Ltd.Şti, Ankara.
- 147.Thomas, E.J., Sexton, B., Neilands, T.B., Frankel, A., Helmreich, R.L. (2005). The Effect Of Executive Walk Rounds On Nurse Safety Climate Attitudes: A Randomized Trial Of Clinical Units, BMC Health Service Research, April; (5): 28.
- 148.Thompson. P.A., Navara, M.B., Antonson, N. (2005). Patient Safety: the Four Domains of Nursing Leadership, Nursing Economics, Nov-Dec, (23):331-333
- 149.Türkoğlu, N., Gün, S. (2006). Uluslararası Akreditasyon Standartlarına Göre Yoğun Bakım Ünitelerinde Hemşirelik Hizmetleri Kalite Yönetimi,Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi, 10(1-2):14-18.
- 150.Tütüncü, Ö., Küçükusta, D. (2006). Hasta Güvenliği Kültürü ve Hemşirelere Yönelik Bir Uygulama, Hastane Yönetimi Dergisi, 10(2):61-68.
- 151.Tütüncü, Ö. (2006). Hastanelerde Hasta Güvenliği Kültürü ve İzmir İli Uygulaması,[http://web.deu.edu.tr/kalite/dosyalar/ulusal\\_bildiri/EkH.doc](http://web.deu.edu.tr/kalite/dosyalar/ulusal_bildiri/EkH.doc), E.T:14.01.2010.
- 152.Tütüncü, Ö., Yağcı, K., Küçükusta, D. (2006). Toplam Kalite Yönetimi Kapsamında Hasta Güvenliği ve Akreditasyon Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 8 (4).
- 153.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, 9 (1).
- 154.Tütüncü, Ö., Küçükusta, D., Akman, A., Baykan, A., Kiremitçi, İ., Nizamoğlu G. (2007). The Role of Patient Safety Climate on Quality Management System: Perceptions of Nurses, 51st European Organization for Quality Annual Congress, Prague, Czech Republic.
- 155.Tütüncü, Ö. (2008). Relationship Between Patient Safety and Quality Management System: A Comparative Analysis Among ISO 9000 Certified and Non-Certified

- Hospitals in Turkey, The 6th Asia Network for Quality Congress 2008, Bangkok, Thailand.
156. Tütüncü, Ö., Küçükusta, D. (2008). Tedarik Zinciri Entegrasyonu ve Hasta Güvenliği İlişkisinin Analizi, Dokuz Eylül Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi, 9 (1).
157. Tüzün, T., Güvenlik Kültürü Oluşumunda Sivil Toplum Kuruluşlarının Rolü [www.cs.gb.gov.tr/www.isggm.gov.tr/htdocs/files/tulin\\_tuzun.pdf](http://www.cs.gb.gov.tr/www.isggm.gov.tr/htdocs/files/tulin_tuzun.pdf), E.T: 08.10.2009
158. Unutkan, G.A. (1995). İşletmelerin Yönetimi ve Örgüt Kültürü, Türkmen Kitabevi, İstanbul.
159. Uribe., C.L., Schweikhart, S.B., Pathak, D.S., Dow, M., Marsh, G.B. (2002) Perceived Barriers To Medical-Error Reporting: An Exploratory Investigation, Journal of Healthcare Management, July-August,
160. Varol, M., Örgüt Kültürü ve Örgüt İklimi, <http://kamyon.politics.ankara.edu.tr/dergi/belgeler/sbf/68.pdf>, E.T:16.10.2009.
161. VanGeest, J.B., Cummins, D.S. (2003). An Educational Needs Assessment For Improving Patient Safety, National Patient Safety Foundation, White Paper Report 3. <http://www.npsf.org/download/EdNeedsAssess.pdf>, E.T:01.08.2010.
162. Vural, Z.B.A. (2003). Kurum Kültürü ve Örgütsel İletişim, G.B., İletişim Yayınları, s,38 İstanbul.
163. Webster, C.S., Anderson, D.J.(2002).A Practical Guide to the Implementation of an Effective Incident Reporting Scheme to Reduce Medication Error on the Hospital Ward,International Journal of Nursing Practice, 8,176-183.
164. Weinberg, J. (2002). Medical Error and Patient Safety Understanding Cultures in Conflict, Law -Policy, 24 (2):93-113.
165. Wentzell, N. (2008). Improving the Measurement of Patient Safety: Development of a New Patient Safety Climate Survey, A Thesis Degree of Master of Science, Saint Mary's University, Halifax, Nova Scotia.
166. WHO. (2005). Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems,[http://www.who.int/patientsafety/events/05/Reporting\\_Guidelines.pdf](http://www.who.int/patientsafety/events/05/Reporting_Guidelines.pdf), E.T:30.08.2010
167. [www.performans.saglik.gov.tr/hastaguvenlik/kuresel\\_hasta\\_guvenligi.doc](http://www.performans.saglik.gov.tr/hastaguvenlik/kuresel_hasta_guvenligi.doc), E.T:13.02.2010



- 168.Yates, G.R., Bernd, D.L., Sayles, S. M., Stockmeier, C.A., Burke, G., Merti, G.E. (2005). Building and Sustaining a Systemwide Culture of Safety”. Journal of Quality and Patient Safety, 31(12): 684-689.
- 169.Yıldız, G., Alan, H.(2009). Hemşirelerin Hasta Güvenliğine Yönelik Bilgi Tutum ve Davranışlarının İncelenmesi, 3.Uluslararası Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Hasta Güvenliği Kongresi, 11-14 Şubat 2009, Antalya.
- 170.Yilan; L., Beatrice , K., Liang; Z., Juan, X. (2009). Perception of Safety Culture by Nurses in Hospitals in China, Journal of Nursing Care Quality, January/March 24 (1):63–68.
- 171.Ying, L., Kunaviktikul, W., Tonmukayakal, O. (2007). Nursing Competency and Organizational Climate as Perceived by Staff Nurses in a Chinese University Hospital, Nursing and Health Sciences, Aug ,9 (3):221-227.
- 172.Yorgun, S., Baysal, Z., Özdener, S., Umur, S. (2009). Hizmet Kalite Standartları ve İlaç Uygulamalarında Hasta Güvenliği Boyutu, Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı, Cilt 2, Antalya.
- 173.Zorlutuna, Y., Sağlık Kurumlarında Hasta Güvenliği,  
[www.saglikyonetimikongresi.org/Online/WebEditor/userfiles/SYKsunumlarYZ](http://www.saglikyonetimikongresi.org/Online/WebEditor/userfiles/SYKsunumlarYZ).  
E.T:15.12.2008.

# EKLER

## EK-1

### Sayın Katılımcı,

Bu çalışma, hastanemizdeki hekim, hemşire ve tekniker/teknisyenlerin hasta güvenliği kültürüne ilişkin algılamalarını belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Anketin doldurulması 5-10 dakikanızı alacaktır. Yardımlarınız ve göstermiş olduğunuz ilgi için teşekkür ederim.

Şule Aydın

1. Yaşınız .....
2. Cinsiyetiniz ( ) Kadın ( ) Erkek
3. Medeni Durum ( ) Evli ( ) Bekar ( ) Boşanmış-Dul
4. Mesleğiniz : ( ) Hekim  
( ) Öğretim Üyesi ( ) Uzman Doktor ( ) Asistan Doktor  
( ) Hemşire  
( ) Yönetici hemşire ( ) Sorumlu hemşire ( ) Servis hemşiresi  
( ) Poliklinik Hemşiresi ( ) Özel ünite hemşiresi
5. Eğitim durumunuz  
( ) Lise ( ) Önlisans ( ) Lisans ( ) Lisansüstü.....
6. Mesleki Çalışma Yılıınız.....
7. Kaç yıldır bu hastanede çalışmaktasınız?.....
8. Şu an çalıştığınız birimde ne kadar süredir çalışmaktasınız?.....
9. Hasta güvenliği konusunda bilginiz var mı? ( ) Evet ( ) Hayır  
Cevabınız evet ise; bilgiyi nereden edindiğinizi ve içeriğini lütfen belirtiniz.  
.....  
.....  
.....
10. Genel olarak hasta güvenliği yönünden hastanenin düzeyini derecelendiriniz.  
( ) Çok İyi ( ) İyi ( ) Ne iyi, Ne kötü ( ) Kötü ( ) Çok Kötü

11. Kurumunuzda hastayla ilgili yapılan ancak hastaya zarar vermeyen hatalı uygulamalar rapor ediliyor mu?

Hiçbir zaman  Ara sıra  Çoğu zaman  Her zaman

12. Kurumunuzda hastaya zarar verebilecek düzeyde yapılan hatalı uygulamalar rapor ediliyor mu?

Hiçbir zaman  Ara sıra  Çoğu zaman  Her zaman

13. Hastanenizde yapılan hatalar konusunda bilgilendiriliyor musunuz?

Evet  Hayır

14. Sizce kurumunuzda hasta güvenliği geliştirme çalışmaları yapılmakta mıdır?

Evet  Hayır

Cevabınız evet ise ne gibi çalışmalar yapılmaktadır, lütfen belirtiniz.

.....  
.....  
.....

15. Yaptığınız bir hatanın aleyhinize kullanılacağını düşünür müsünüz?

Evet  Hayır

16. Kurumunuzda yaptığınız bir hatanın sicilinize işleneceğinden endişe duyar mısınız?

Evet  Hayır

17. Hastanenizin kalite yönetim sistemini genel olarak değerlendiriniz.

Çok iyi  İyi  Ne iyi, ne kötü  Kötü  Çok kötü

18. Genel olarak hastanenizde sunulan hizmetin kalitesini değerlendiriniz.

Çok iyi  İyi  Ne iyi, ne kötü  Kötü  Çok kötü

## EK-2

## Hasta Güvenliği Kültürü Anketi

Lütfen, aşağıda yer alan ifadeleri, gerçekleştiğini düşündüğünüz düzeye göre "X" ile işaretleyiniz.	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Ne Katılıyorum, Ne Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
1- Birimimizde yapılan hatalardan ders çıkarırız.					
2- Birimimizde tıbbi hatalar uygun şekilde değerlendirilir.					
3- Hastanemizdeki yöneticiler fikirlerimi dikkate alır.					
4- Bölümümdeki yöneticiler fikirlerimi dikkate alır.					
5- Yönetim bizi güvenli bir kurum olmaya doğru yönlendirir.					
6- Güvenlik hakkındaki önerilerimi yöneticiler dikkate alır					
7- Yönetim herhangi bir çıkar için güvenliği tehlikeye atmaz.					
8- Hasta güvenliğini tehdit edici bir olayı rahatça rapor edebilirim.					
9- Hasta güvenliği ile ilgili başvuracağımız yerler belirlidir.					
10- Performansıyla ilgili yerinde geribildirimleri alırım.					
11- Hasta olsaydım burada kendimi güvende hissederdim.					
12- Vardiya değişimlerinde hasta güvenliği açısından bilgi paylaşıyoruz.					
13- Hastanemizde sıkça bilgilendirme toplantıları yaparız.					
14- Birim yöneticilerime rahat ulaşabilirim.					
15- Kurumumuz hasta güvenliğinde geçen yıla göre daha iyidir.					
16- Birimimizde sistemden kaynaklanan hatalar kişiye mal edilmez.					
17- Hasta güvenliğinde artı sorumluluk almaktan kaçınmayız					
18- Çalışanlar tıbbi kurallara ve yönergelere aldırılmaz.					
19- Birimimizde hasta güvenliği önceliklidir.					

## ÖZGEÇMİŞ

<u>Kişisel Bilgiler</u>	
Adı Soyadı	Şule Aydın
Doğum Yeri ve Tarihi	Sivas, 14.03.1974
Medeni Hali	Bekâr
Yabancı Dil	İngilizce
İletişim Adresi	Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi 58140-Sivas
E-posta Adresi	<a href="mailto:suleaydin@cumhuriyet.edu.tr">suleaydin@cumhuriyet.edu.tr</a>

<u>Eğitim ve Akademik Durumu</u>	
Lise	Gazi Lisesi, 1991
Lisans	Cumhuriyet Üniversitesi, 1997
Yüksek Lisans	Cumhuriyet Üniversitesi, 2010

<u>İş Tecrübesi</u>	
Cumhuriyet Üniversitesi	Servis Servis Hemşiresi, 1997-1999
	Süpervisior Hemşire, 1999-2003
	Servis Hemşiresi, 2003-2005
	Başhemşire Yardımcısı, 2005-2009
	Kalite Sorumlusu, 2009-

<u>Üyelikler</u>	
1.Türk Hemşireler Derneği	


T.C.  
Cumhuriyet Üniversitesi  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

SAYI : B.30.2.CUM.0.A1.00.00-50/ 181  
KONU :

10.03.2009

REKTÖRLÜK MAKAMINA

Enstitümüz Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Şule AYDIN'ın "Bir Üniversite Hastanesinde Görev Yapan Sağlık Çalışanlarının Hasta Güvenliği Kültürüne İlişkin Algılamaları" konulu yüksek lisans tez çalışmasında veri toplama aracı olarak kullanacağı ekte yer alan anket formlarını 15 Mart-15 Mayıs 2009 tarihleri arasında Üniversitemiz Hastanesi'nin tüm birimlerinde çalışan hekim, hemşire, tekniker ve teknisyenlere uygulayabilmesi için gerekli iznin alınması hususunda gereğini arz ederim.

  
Prof. Dr. Tijen KAYA TEMİZ  
MÜDÜR

Eki \_\_\_\_\_ :  
Anket Formu ( 3 Adet)



T.C.  
Cumhuriyet Üniversitesi

TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI

SAYI :B.30.2.CUM.0.01.00.01-50/1735

12/03/2009

KONU :

C.Ü. SAĞLIK HİZMETLERİ UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ  
BAŞHEKİMLİĞİNE

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Şule AYDIN'ın "Bir Üniversite Hastanesinde Görev Yapan Sağlık Çalışanlarının Hasta Güvenliği Kültürüne İlişkin Algılamaları" konulu yüksek lisans tez çalışmalarında veri toplama aracı olarak kullanacağı anket formlarını 15 Mart-15 Mayıs 2009 tarihleri arasında Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanemizde çalışan hekim, hemşire, tekniker ve teknisyenlere uygulamak istemesi ile ilgili Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'nün 10/03/2009 tarih ve B.30.2.CUM.0.A1.00.00-50/181 sayılı yazısı ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Ek:1tk

Tarih	20.03.09
Gelen Evrak Kayıt No.	2047
Sevki Edilme Bölümü	
Eki	

Prof.Dr.Mehmet SENCAN  
Dekan