



T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELERDE HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ ALGILAMASININ
BELİRLENMESİ

SEVAL KARABOĞA GÜNDOĞDU
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK

DANIŞMAN
Yard. Doç. Dr. NEFİSE BAHÇECİK

İSTANBUL-2010

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

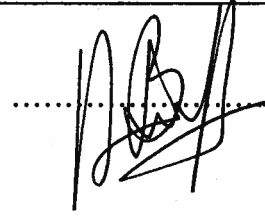
Hemşirelik programı Yüksek Lisans Öğrencisi Seval KARABOĞA GÜNDOĞDU tarafından hazırlanan "*Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürü Algılamasının Belirlenmesi*" konulu çalışması jürimizce Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi :02.11.2010

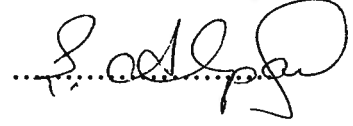
(Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu):

İmzası

Jüri Üyesi : Yrd.Doç.Dr.Nefise BAHÇECİK
: Marmara Üni. / Sağ. Bil. Fak.
(Danışmanı)



Jüri Üyesi : Prof.Dr.Şule ECEVİT ALPAR
: Marmara Üni. / Sağ. Bil. Fak.



Jüri Üyesi : Yrd.Doç.Dr.Leman ŞENTURAN
: Haliç Üni./ Sağ. Bil. YO.



Bu tez Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulunun kararıyla kabul edilmiştir.



Yrd.Doç.Dr.Leman ŞENTURAN
Sağlık Bilimleri Ens. Müdürü

I. TEŞEKKÜR

Tez çalışmam süresince profesyonelliği, bilgi birikimi ve deneyimlerini benimle paylaşarak yol gösterici olan, her zaman mükemmelliğin peşinden koşarak, her şeyin en iyi şekilde olması için çabalayan, insancıl, yardımsever, hoşgörülü ve değerli olan tez danışmanım Sn. Yard. Doç Dr. Nefise BAHÇECİK'e,

Yüksek lisans yapmam konusunda beni destekleyen, motive eden, yönlendiren ve her zaman varlığını hissettiğim çok değerli hocam Sn. Öğr. Gör. Nurcan KOLAÇ'a,

Tezimin başlangıcından itibaren bana bir eşin gösterebileceği en büyük desteği gösteren, sabırlı, anlayışlı, fedakar ve değerli eşim Tekin GÜNDOĞDU'ya,

Tez çalışmam süresince büyük yardımlarını aldığım çok değerli arkadaşım Dr. Seda GÜNEŞLİ'ye,

Varlıklarıyla gurur duyduğum, her türlü desteğini hissettiğim, tez çalışmam süresince yeterince zaman ayıramadığım ve göremediğim çok değerli annem, babam, ablalarım ve kardeşime,

Tezimin hazırlanmasında yardımlarını ve desteğini esirgemeyen Dr. Kadir KAYATAŞ, Ahmet KIVRAK ve Ayşe ŞİMŞEK'e,

Tezimde kullandığım anketin Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yaparak, Türk toplumuna kazandıran, bilgi ve deneyimlerini paylaşma konusunda büyük desteğini aldığım Sn. Öğr. Gör. Emel FİLİZ'e,

Anket çalışmamın gerçekleşmesini sağlayan tüm meslektaşlarıma,

Deneyimlerini benimle paylaşan ve yardımlarını esirgemeyen Uzm. Hemş. Esmâ YAVUZ'a

Çok teşekkür ederim...

Eylül/2010

II. İÇİNDEKİLER

Sayfa No

| | |
|--|----|
| I.TEŞEKKÜR..... | I |
| II.İÇİNDEKİLER..... | II |
| III.KISALTMALAR ve SİMGELER..... | IV |
| IV. Şekil ve Tabloların listesi | |
| i. Şekillerin listesi..... | V |
| ii. Tabloların listesi | V |
| 1.ÖZET..... | 1 |
| 2.SUMMARY..... | 2 |
| 3.GİRİŞ ve AMAÇ..... | 3 |
| 4.GENEL BİLGİLER..... | 7 |
| 4.1. HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ..... | 7 |
| 4.1.1. Hasta Güvenliği Kültürü ile İlgili Kavramlar..... | 7 |
| 4.1.1.1. Kültür..... | 7 |
| 4.1.1.2. Hasta Güvenliği..... | 10 |
| 4.1.1.3. Güvenlik Kültürü..... | 23 |
| 4.1.1.4. Hasta Güvenliği Kültürü..... | 25 |
| 4.2. HEMŞİRELİKTE HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ..... | 45 |
| 5. GEREÇ ve YÖNTEM..... | 64 |
| 5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi..... | 64 |
| 5.2. Araştırmanın Uygulandığı Yeri ve Zamanı..... | 64 |
| 5.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi..... | 64 |
| 5.4. Veri Toplama Araçları | 64 |
| 5.5. Veri Toplama Yöntemi..... | 69 |
| 5.6. Veri Analizi | 69 |
| 5.7. Etik Durum..... | 69 |
| 5.8. Araştırmanın Sınırlılıkları..... | 70 |

| | |
|----------------------------------|------------|
| 6. BULGULAR..... | 71 |
| 7. TARTIŞMA..... | 159 |
| 8. SONUÇ ve ÖNERİLER..... | 197 |
| 9.KAYNAKLAR | 208 |
| 10.EKLER..... | 223 |
| 11.ÖZGEÇMİŞ..... | 235 |

III. KISALTMALAR ve SİMGELER

| | |
|--------------|---|
| ABD | Amerika Birleşik Devletleri |
| AHRQ | Agency for Healthcare Research and Quality (Sağlık Hizmetlerinde Araştırma ve Kalite Ajansı) |
| AIDS | Acquired Immune Deficiency Syndrome (Edinsel Bağışıklık Eksikliği Sendromu) |
| AONE | American Organization of Nurse Executives (Amerikan Hastane Organizasyonları Topluluğuna Yardımcı Topluluk) |
| DSÖ | Dünya Sağlık Örgütü |
| IAEA | International Atomic Energy Agency (Uluslararası Atom Enerjisi Kurumu) |
| ICN | Uluslararası Hemşirelik Konseyi (International Council Of Nurses) |
| IOM | Institute Of Medicine (Ulusal Sağlık Akademisi) |
| JCI | Joint Commission International (Uluslararası Birleşik Komisyon) |
| K.D.T | Kanıt Dayalı Tıp |
| KOAH | Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı |
| NPSF | National Patient Safety Foundation (Ulusal Hasta Güvenliği Kurumu) |
| SBAR | Situation (Durum), Background (Klinik Geçmiş), Assessment (Değerlendirme) Recommendation (Öneri), |
| SPSS | Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paket Programı (Statistical Package for Social Sciences) |
| WHO | World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü) |

IV. ŞEKİL ve TABLOLARIN LİSTESİ

i. Şekillerin Listesi

| | |
|---|-----|
| Grafik 1. Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi Alt Alan Olumlu Skor Ortalamalarının Benchmark Skoru ile Karşılaştırılması..... | 110 |
|---|-----|

ii. Tabloların Listesi

| | |
|---|-----|
| Tablo 1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Kurumlara Göre Dağılımı..... | 71 |
| Tablo 2. Hemşirelerin Mesleki Yaşamına İlişkin Özelliklerinin Kurumlara Göre Dağılımı..... | 73 |
| Tablo 3. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi Sonuçlarının Dağılımı (n=475)..... | 76 |
| Tablo 4. Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi Sonuçlarının Dağılımı (n=275)..... | 84 |
| Tablo 5. Özel Hastanede Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi Sonuçlarının Dağılımı (n=200)..... | 92 |
| Tablo 6. Kurumlara Göre Hemşirelerin Çalışılan Birimi Hasta Güvenliği Konusunda Değerlendirme Derecesine Göre Dağılımı..... | 99 |
| Tablo 7. Kurumlara Göre Hemşirelerin Son 12 Ayda İdarecilere Yazılıp Verilen Olay Raporu Sayısına Göre Dağılımı..... | 100 |
| Tablo 8. Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi Sonuçlarının Dağılımı..... | 101 |
| Tablo 9. Kurumlara Göre Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi Sonuçlarının Dağılımı..... | 101 |
| Tablo 10. Kurumlara Göre Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi Alt Alanlarının Karşılaştırılması..... | 102 |
| Tablo 11. Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi Ortalama Alt Alan Skorları..... | 103 |

| | |
|--|-----|
| Tablo 12. Kurumlara Göre Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi Maddelerine Verilen Olumlu Cevap Skorları..... | 103 |
| Tablo 13. Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi Madde ve Alt Alan Olumlu Skor Ortalamaları ve Benchmark Skoru..... | 108 |
| Tablo 14. Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Alt Alan Algıları ile Yaş Grubunun Karşılaştırılması..... | 111 |
| Tablo 15. Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Alt Alan Algıları ile Medeni Durumun Karşılaştırılması..... | 112 |
| Tablo 16. Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Alt Alan Algıları ile Eğitim Durumunun Karşılaştırılması..... | 113 |
| Tablo 17. Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Alt Alan Algıları ile Kurumdaki Görev Süresinin Karşılaştırılması..... | 114 |
| Tablo 18. Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Alt Alan Algıları ile Mesleki Deneyim Süresinin Karşılaştırılması..... | 115 |
| Tablo 19. Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Alt Alan Algıları ile Çalışılan Birimin Karşılaştırılması..... | 116 |
| Tablo 20. Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Alt Alan Algıları ile Çalışılan Birimdeki Görev Süresinin Karşılaştırılması..... | 118 |
| Tablo 21. Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Alt Alan Algıları ile Çalışma Şeklinin Karşılaştırılması..... | 119 |
| Tablo 22. Eğitim ve Araştırma hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Alt Alan Algıları İle Haftalık Çalışma Saatinin Karşılaştırılması..... | 120 |
| Tablo 23. Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Alt Alan Algıları ile Hastanedeki Görevinin Karşılaştırılması..... | 121 |
| Tablo 24. Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Alt Alan Algıları ile İşinden Memnun Olma Durumunun Karşılaştırılması..... | 122 |

| | |
|---|-----|
| Tablo 25. Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Alt Alan Algıları ile Hasta Güvenliği Konusunda Birimini Değerlendirme Derecelerinin Karşılaştırılması..... | 123 |
| Tablo 26. Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Alt Alan Algıları İle Son 12 Ayda Hatalı Olay Raporu Sayısının Karşılaştırılması..... | 127 |
| Tablo 27. Özel Hastanede Çalışan Hemşirelerin Alt Alan Algıları ile Yaş Grubunun Karşılaştırılması..... | 128 |
| Tablo 28. Özel Hastanede Çalışan Hemşirelerin Alt Alan Algıları ile Medeni Durumunun Karşılaştırılması..... | 129 |
| Tablo 29. Özel Hastanede Çalışan Hemşirelerin Alt Alan Algıları ile Eğitim Durumunun Karşılaştırılması..... | 130 |
| Tablo 30. Özel Hastanede Çalışan Hemşirelerin Alt Alan Algıları ile Kurumdaki Görev Süresinin Karşılaştırılması..... | 131 |
| Tablo 31. Özel Hastanede Çalışan Hemşirelerin Alt Alan Algıları ile Mesleki Deneyim Süresinin Karşılaştırılması..... | 133 |
| Tablo 32. Özel Hastanede Çalışan Hemşirelerin Alt Alan Algıları ile Çalışılan Birimin Karşılaştırılması..... | 134 |
| Tablo 33. Özel Hastanede Çalışan Hemşirelerin Alt Alan Algıları ile Çalışılan Birimdeki Görev Süresinin Karşılaştırılması..... | 135 |
| Tablo 34. Özel Hastanede Çalışan Hemşirelerin Alt Alan Algıları ile Çalışma Şeklinin Karşılaştırılması..... | 136 |
| Tablo 35. Özel Hastanede Çalışan Hemşirelerin Alt Alan Algıları ile Haftalık Çalışma Saatinin Karşılaştırılması..... | 137 |
| Tablo 36. Özel Hastanede Çalışan Hemşirelerin Alt Alan Algıları ile Hastanedeki Görevinin Karşılaştırılması..... | 138 |
| Tablo 37. Özel Hastanede Çalışan Hemşirelerin Alt Alan Algıları ile İşinden Memnun Olma Durumunun Karşılaştırılması..... | 138 |

| | |
|---|-----|
| Tablo 38. Özel Hastanede Çalışan Hemşirelerin Alt Alan Algıları ile Hasta Güvenliği Konusunda Birimini Değerlendirme Derecesinin Karşılaştırılması..... | 140 |
| Tablo 39. Özel Hastanede Çalışan Hemşirelerin Alt Alan Algıları ile Son 12 Ayda Hatalı Olay Raporlama Sayısının Karşılaştırılması..... | 144 |

1. ÖZET

Araştırma, İstanbul İli Avrupa yakasında yer alan 200 ve üzeri hemşire kapasitesine sahip eğitim ve araştırma ile özel hastanelerde çalışan hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algılama düzeyini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak Aralık 2009-Mart 2010 tarihleri arasında 475 hemşire ile yapıldı. Araştırma verileri hemşirelerin tanıtıcı ve mesleki özellikleri içeren “Bilgi Formu” ve AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality) tarafından 2004 yılında geliştirilen, 2009 yılında Filiz tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan, 12 alt alandan oluşan “Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi” ile toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde frekans, yüzde, aritmetik ortalama, Student t testi, Tukey HSD testi, tek yönlü ANOVA analizi, Ki-kare testi kullanıldı. Hemşirelerin genel olarak hasta güvenliği kültürü algısı (%49,8±%22,3), eğitim ve araştırma hastanelerinde çalışan hemşirelerde (%40,4±%18,3), özel hastanelerde ise (%62,5±%20,9) olarak bulundu ve aralarında istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu belirlendi ($p<0,001$). Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi alt alanlarından “Üniteler içinde ekip çalışması” eğitim ve araştırma hastanelerinde (%61,8), özel hastanelerde (%84,2) olarak en yüksek bulundu. Alt alan olumlu skor yüzdeleri benchmark skorla karşılaştırıldığında, 12 alt alandan dokuzunda daha düşük bulundu. Eğitim ve araştırma hastanelerindeki hemşirelerin %72’sinin ve özel hastanedeki hemşirelerin %73,5’inin hatalı olayları hiç rapor etmedikleri belirlendi. Eğitim ve araştırma hastanelerindeki hemşirelerin %48,7’si çalıştığı birimi hasta güvenliği derecesi konusunda kabul edilebilir; özel hastanelerdeki hemşirelerin %51’i çok iyi olarak değerlendirdi. Araştırmada, elde edilen sonuçlar doğrultusunda hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algısını geliştirmek amacıyla önerilerde bulunuldu.

Anahtar Kelimeler: Hasta Güvenliği, Hasta Güvenliği Kültürü, Hemşire.

2. SUMMARY

DETERMINATION OF THE PERCEPTION OF PATIENT SAFETY CULTURE WITHIN NURSES

This study was performed as a descriptive, with the purpose of detecting the perception level of the patient safety culture of nurses who are working in the practise-and-research and private hospitals with at least 200-patient capacity, located in the European side of Istanbul Province. The survey was conducted within 475 nurses in between December 2009-March 2010. Research data was collected by "Information Form" which is including introductory and occupational specifications of nurses and "Patient Safety Culture Hospital Survey" which was developed by AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality) in 2004, was studied about validity and reliability by Filiz in 2009 and is formed of 12 sub-areas. For the evaluation of data, frequency, percentage, arithmetic mean, Student t test, Tukey HSD test, one-way ANOVA test, Chi Square test were used. The overall perception of patient safety culture of nurses ($49,8\% \pm 22,3\%$), perception of patient safety culture for the nurses working in the practise-and-research hospitals ($40,4\% \pm 18,3\%$) and private hospitals ($62,5\% \pm 20,9\%$) were found and statistically significant difference ($p < 0,001$) was determined. One of the sub-areas of Patient Safety Culture Hospital Survey, "Team work in units" was found as maximum ($61,8\%$) in practise-and-research hospitals and maximum ($84,2\%$) in private hospitals. When affirmative score percentages of sub-areas were compared by the benchmark score, 9 out of 12 sub-areas were found to be lower in Istanbul. It is determined that 72% of the nurses in practise-and-research hospitals and 73,5% of the nurses in private hospitals have never reported faulty events. 48,7% of the nurses in practise-and-research hospitals evaluated their units as acceptable, in terms of patient safety grade; 51% of the nurses in private hospitals evaluated it as very good. In this study towards the obtained results, suggestions were given in order to improve the nurses' perception of patient safety culture.

Keywords: Patient Safety, Patient Safety Culture, Nurse.

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Günümüzün en karmaşık yapıdaki işletmeleri olan hastanelerde sunulan sağlık hizmetleri, bir yandan tüm çağdaş toplumlarda bireylerin doğuştan elde edilen bir hak olması yanında diğer yandan da o ülkenin gelişmişlik ve kalkınma düzeyini yansıtan bir ölçüt durumundadır. Sanayi işletmelerinde yönetimdeki yanlış kararlar, en kötü ihtimalle üretimde azalma veya maddi zarar ile sonuçlanırken, sağlık kuruluşları yönetimindeki yanlış kararlar toplumun sağlık düzeyinde bozulma ve insan hayatının kalitesinde azalma ile sonuçlanmaktadır (Çakır, 2007).

Sağlık hizmetleri başından beri kaliteli hizmet vermek amacı ile varolmuştur. Ancak kalite tanımı beklentiler, süreç ve maddi kısıtlamalar nedeni ile tartışılır olmuştur. Sayıları her geçen gün artan hastalar sağlık hizmetleri, hizmet seçenekleri, sağlık sistemleri, bakım sağlayıcılar ve sağlık kurumlarının görevleri konusunda bilgi sahibi olmakta ve böylelikle de beklentileri yükselmektedir. Medya ise, hergün sağlık çalışanlarından kaynaklandığını öne sürdüğü haberleri yayınlamaktadır. Hastalıklar iyileştiren ve hayat kurtarıcı olarak bilinen sağlık kurumları artık ciddi sakatlanmalara ve ölümlere yol açmak suçlarından mercem altına alınmıştır. İşte bu nedenle sağlık kurumlarının hasta güvenliğini arttırmak için mevcut kültürünü değiştirme çabaları ele alınmaktadır (Johnson and Hudson, 2004).

Günümüzde sağlık hizmetleri, ülke ekonomilerinin önemli bir parçası olup, büyük bir hizmet endüstrisi olarak görülmektedir. Ülkemizde sağlık hizmetlerinin verimli ve kaliteli bir şekilde sunulabilmesine ilişkin çalışmalar son yıllarda artmıştır. Kaliteli ve verimli hizmet sunmanın bir yolu da tıbbi hatalardan oluşabilecek kayıpları önleyerek kaynakların etkin kullanımını sağlamaktır (Tütüncü ve Küçükusta, 2006b). Tıbbi hataların ortaya konmasında kaygı oluşturan cezalandırıcı disiplin konuları için yeni bir sistem ortaya konulmalıdır, bu da “Hasta Güvenliği Kültürü’dür” (Hughes and Clancy, 2005; Vogelsmeier and Cawiezell, 2007).

Hasta güvenliği kültürü, hata bildirimlerinde şeffaflık, tıbbi hataların önlenmesinde sistematik bir yaklaşım ve dürüstlük olarak tanımlanmaktadır (Gallagher et al., 2006). Sağlık hizmetlerinde optimal sonuç elde etmek, klinik uygulamadaki farkı en aza indirmek, daha kaliteli hizmet verebilmek için en etkin sağlık kültürü

“Hasta Güvenliği Kùltürü”dür (<http://www.sciencedirect.com>, Erişim Tarihi:04.03.2010). Ayrıca hasta güvenliği kùltürü, hasta güvenliğinin kurumun en öncelikli konusu ve ortak değeri olarak kabullenilmesidir (Aksayan, 2009).

İnstitute of Medicine'nin raporuna göre 21. yüzyıldaki sağlık sistemi şunu ortaya koymaktadır; sağlık sistemindeki en büyük meydan okuma hasta güvenliği kùltürüdür. Hatanın sorumluluğunu almak ve hatadan ders çıkarmak ile sistem gelişmekte ve tehlikeler önlenmektedir (Bonner et al., 2008). Yıllardır daha sağlıklı bir toplum için yapılan müdahalelerin bir kısmının aslında tıbbi hatalar içerdiği ve hataların her gün tekrar ederek toplum sağlığını riske attığı bir gerçektir. Fakat bu gerçek şimdiye kadar ortaya çıkartılmamış, bazı durumlarda gizli tutulmuştur. Artık hasta güvenliği konusunun ortaya çıkartılması ve tartışılmasının zamanıdır. Tartışmamak veya üzerini örtmek sadece her geçen gün istenmeden gerçekteşen hatalar ve ölümlerle sonuçlanmaktadır (McQueen, 2001). Dünya Sağlık Örgütü, 2007 yılında Cenevre'de Avrupa Komisyonunun desteklediği uluslararası konferansta her yıl dünyada tahminen 10 milyon insanın önlenebilir tıbbi uygulamalar nedeniyle sakatlandığını veya öldüğünü vurgulayarak hasta güvenliği konusunda daha fazla araştırma yapılması çağrısında bulunmuştur (Filiz, 2009).

Sağlık hizmetleri sunumunda hemşireler, diğer sağlık çalışanları içinde en büyük grubu oluşturmakta olup, bakımın her alanında hasta güvenliği ile iç içedirler (Çırpı ve ark., 2009; Filiz, 2009; Sezgin İnce, 2008). Bu önemli rol hemşirelere sağlık sisteminde hasta güvenliği ile ilgili problemleri belirleme ve çözümlerini sağlamada önemli bir sorumluluk vermektedir (<http://www.nursingworld.org>., Erişim Tarihi: 02.05.2010).

Hasta güvenliği kùltürünün en önemli anahtarlarından biri hemşirelerdir. Çünkü hemşireler sağlık sisteminde güçlü bir personel sayısına sahip, her alanda aktif olarak çalışan, önemli bir meslek grubudur (Hughes and Clancy, 2009). Fakat günümüzde hemşire sayısının yetersiz olması nedeniyle hasta güvenliği ve sağlık bakım hizmetlerinin kalitesinin ciddi bir tehlike ile karşı karşıya kaldığı düşünölmektedir (Storch, 2005). Yeterli kadronun olmaması, bireylerin eşit fedakarlıkla çalışmamaları ve aşırı yoğunlukta çalışma hasta güvenliği kùltürü düzeyinin düşük olmasının nedenleri arasındadır (Sezgin İnce, 2008; Flin et al., 2006). Hemşireler, hastalara en yakın kişiler olup, problemleri ve iş çevresinde karşılaşılan sorunları kolayca

tanımlayabilmektedirler (Vogelsmeier and Cawiezell, 2007). Hemşireler hataları tanımlamak, analiz etmek ve eylemde bulunmak açısından önemli konumdadırlar (Gökdoğan ve Yorgun, 2010).

Hasta güvenliği kültürü hemşireler ile kimlik bulmakta ve sırtını hemşirelere yaslamaktadır. Ne kadar bilime, eğitime ve pratiğe dayalı bir iş yürütülmeye çalışılsa da empati kurmak ve vicdan sorgusu yapmak güveni arttıracaktır. Hemşireler kritik düşünmeyi becerebilen, zorluklarla başedebilen, toplum için önem arz eden bir meslek grubunun üyeleridir. 21. yüzyılın lider hemşireleri karmaşık konularda soğukkanlı davranabilen, hızlı düşünebilen, yetenekli, tüm çalışanlarla bir sistem içinde köprü vazifesi gören kişiler olarak tanımlanmaktadır (Rich, 2009).

Türkiye’de henüz yapılandırılmış bir hasta güvenliği kültürü sistemi bulunmamakta, hekim ve hemşirelerin hasta güvenliği konusundaki yaklaşımları yeterince bilinmemektedir (Filiz, 2009; Budak, 2008b). Ayrıca evrensel düzeyde kabul görebilecek bir sağlık kültürünün oluşmamış olması hasta güvenliği kültürünün oluşmasını ve gelişmesini zorlaştıran en önemli nedendir (Pronovost et al., 2003). Hasta güvenliği kültürünün yaygınlaştırılmasında en önemli etken bilgi paylaşımıdır. Sağlık kuruluşlarının hasta ve çalışan güvenliği adına yaptıkları tüm çalışmaları paylaşmaları ülkemizde hasta güvenliği kültürünün yaygınlaşmasına katkı sağlayacaktır (Aydın, 2009; Sezgin, 2007). Güvenli bir sağlık bakım hizmeti sunmak herkesin sorumluluğudur. Fakat güvenli bir bakım ortamı sağlamak liderin, yöneticinin işidir. Yöneticinin yapması gereken en önemli değişikliklerden biri, bu kültürü sürekli iyileştirmektir (Kaya, 2009). Kültürün yayılması için gerek devlet gerekse özel kurumlar üzerlerine düşen görevleri yerine getirmeli, hasta güvenliği konusunda konuşulabilecek platformlar oluşturmalı ve ülkenin bu konudaki bilinci artırılmalıdır (Budak, 2008b). Hasta güvenliği kültürünün yaygınlaşması; sağlık kuruluşlarında tıbbi hataları önleyecek sistemlerin oluşmasını sağlayacak, böylelikle hastalar ve sağlık çalışanlarının zarar görmesi engellenmiş olacaktır (Aydın, 2009; Sezgin, 2007). Ülkemizde hasta güvenliği konusunda yapılan çalışmalar çok azdır. Bu da hasta güvenliği kültürünün yeterince yayılmasını engellemektedir (Gallagher et al., 2006)

Bu bilgilerden yola çıkarak araştırma, hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algılamasının belirlenmesi amacıyla planlanmıştır.

Araştırmanın Soruları

Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri: Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algılama düzeyi.

Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri: Hemşirelerin tanıtıcı özellikleri (yaş, medeni durum, eğitim durumu vb.) ve hemşirelerin mesleki yaşamına ilişkin özellikleridir (kurumdaki görev süresi, mesleki deneyim süresi, çalışılan birim, çalışılan birimdeki görev süresi vb.).

S1: Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algılama düzeylerinin belirlenmesi.

S2: Hemşirelerin tanıtıcı ve mesleki yaşamına ilişkin özellikleri ile hasta güvenliği kültürü algılama düzeyleri arasındaki anlamlılığın belirlenmesi.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ

4.1.1. Hasta Güvenliği Kültürü ile İlgili Kavramlar

4.1.1.1. Kültür

Kültür kavramı, birçok bilimsel araştırma disiplini ya da uygulama alanında kullanılmaktadır. Bu çok alanlılık kültüre pek çok farklı yaklaşımı ve farklı kültür tanımlarını da beraberinde getirmektedir (Demir, 2005). Kültürün tanımı ilk defa İngiliz antropolog Sir Edward Taylor (1871) tarafından yapılmıştır. Taylor'a göre kültür, "insanın gereksinimi olan inanç, sanat, moral, yasa, gelenek, alışkanlık ve becerileri içermektedir" (Taşcı, 2009; Kaya, 2007a; Güvenç, 2003). Bir toplumun yaşama biçimi olarak da tanımlanabilen kültür, bir grup insan tarafından öğrenilen, paylaşılan, nesilden nesile aktarılan bilgi, kanun kuralları, yetenekler, değerler, inançlar, tutum ve davranışlar, örf ve adetler olarak tanımlanmaktadır (Taşcı, 2009; Bolsoy ve Sevil 2006; Seren, 2005; Türker ve Lajunen, 2003). Kültür yaşamın dokusudur ve her insan bir kültüre sahiptir. Kültür doğanın yarattıklarına karşılık insanın yarattığı her şeydir (Bolsoy ve Sevil 2006; Güvenç, 2003).

Kültürün temelini geleneksel görüşler (tarihsel süreçte oluşmuş ve seçilmiş) özellikle de onlara atfedilen değerler oluşturmaktadır. Kültür bir yandan davranışın ürünü, bir yandan da gelecekteki davranışın koşullayıcısıdır (Seren, 2005; Türker ve Lajunen, 2003). Kültürün var olma nedeni insandır, ya da başka bir deyişle insan kültür varlığıdır. İnsanı diğer canlılardan ayıran da işte bu kültür yaratma özelliğidir. Bireysel açıdan bakılınca kültür insana özgüdür. Toplumsal açıdan ise tarihin damgasını taşıyan, kuşaktan kuşağa aktarılan, insanlararası ortak birçok şeyin paylaşımı olarak görülmektedir (Demir, 2005). Geniş kapsamlı olarak bakıldığında kültür, bir toplumun tüm yaşam biçimidir.

İnsanların sağlıkla ilgili inanç ve uygulamaları, içinde yaşadığı toplumun kültürünün bir parçasıdır. Daha iyi sağlık hizmeti verebilmek için bakım verilen grubun hastalık ve sağlığı nasıl algıladıklarını ve buna nasıl tepki verdiklerini anlamak gerekir. Toplumun sağlıkla ilgili davranışlarını geliştirebilmek için sağlık personellerinin bu tür davranışların arkasında hangi kültürel etmenlerin yer aldığını bilmesi, en azından anlamaya çalışması gerekmektedir (Tortumluoğlu ve ark., 2004).

Kültürü Oluşturan Öğeler

Kültürün başlıca elemanları dört ana başlık altında toplanmaktadır. Bunlar aşağıdaki şekilde belirtilmiştir:

Teknolojik (maddi) kültür elemanları; mimari eserler, teknoloji, yönetsel organizasyonel şekilleri gibi teknik, fiziki ve maddi değerleri içermektedir. Ayrıca, toplumların düzenlediği ekonomik faaliyetler, imalat veya üretim biçimleri ve çeşitli aletlerin kullanılması, hastanelerdeki insan sağlığı ile ilgili cihazlar da bu kültür elemanlarının önemli bir kısmını oluşturmaktadır (Seren, 2005).

Sosyolojik (manevi) kültür elemanları; kişilerin belirli gruplar ya da topluluklar içinde yaşamasından dolayı ortaya çıkan, dil, din, ahlak, hukuk, eğitim, örf ve adetler, çeşitli sosyal kurumlar ve normlar gibi sosyolojik elemanları oluşturmaktadır.

Duygusal (estetik) kültür elemanları; insanların subjektif yönlerini oluşturan ve daha çok çeşitli tutum ve duygularına hitap eden kültür elemanları girmektedir.

İdeolojik kültür elemanları; kültür sistemi içindeki bireylerin ve çeşitli sosyal grupların, inançları, fikirleri, ilkeleri, felsefeleri, ve dünya görüşleri ile ilgili yönleri kapsamaktadır. Bu anlamda, iktidar, devlet, siyasi partiler, sendikalar ve çeşitli dernekler şeklindeki kurumlar, bu kültür elemanlarının kurumlaşmış organlarıdır (Seren, 2005).

Kültürün Özellikleri

Bir toplumun yaşama biçimi olarak da tanımlanabilen kültür, insanın sağlık algısını etkiler. Sağlık personelinin topluma istenen düzeyde sağlık hizmeti sunabilmesi, hizmetlerin sunulan kişiler tarafından kabul edilmesi, hizmetlere halkın katılımının sağlanması ve halkın konu ile ilgili eğitilmesi için toplumun kültürel özelliklerinin çok iyi bilinmesi ve tanınması kaçınılmaz bir koşuldur (Bolsoy ve Sevil, 2006). Kültürün özellikleri genel olarak şu şekilde sıralanabilir:

- Kültür, yaşam deneyimleri ile her yeni kuşak tarafından öğrenilir. Dil, kültür aktarımı için temel kaynaktır.
- Kültür, belli bir grup içinde kabul edilen davranış biçimleridir, yol göstericidir.
- Kültür, toplumun üyelerince paylaşılmıştır.

- Kültür, durgun olduğu kadar devamlıdır ve deĐiŐebilir. Bu değişim, teknolojik ve ekonomik faktörler, fiziki  evre faktörleri, başka kültürlerle işbirliği kültürün kendi geliŐimidir.
 - Kültür, insanın biyolojik ve psikolojik ihtiyaçlarını giderici bir yapıdadır.
 - Kültür, bütünleŐtirici bir eğitime sahiptir.
 - Kültür, tarihi ve süreklidir.
 - Kültür, ideal ya da idealleŐtirilmiŐ kurallar sistemidir.
 - Kültür, ihtiyaçları karŐılayıcı ve doyum sağlayıcıdır.
-
- Kültür, bütünleŐtirici bir eğilime sahiptir.
 - Kültür bir soyutlamadır. Bütünüyle maddi ve gözlenebilir bir Şey ya da olgu değildir.
 - Kültürel uygulamalar ve inanıŐlar zamana uyum gösterirler, fakat asıl anlamlarını korurlar (Taşcı, 2009; Demir, 2005; Seren, 2005;  akır, 2007;  ing l, 2007; Güvenç, 2003).

Kültürel  zge miŐimiz, sağlık inançlarımızın, değerlerimizin ve sağlık davranıŐlarımızın oluşmasında önemli bir role sahiptir. Hemşirelik temelde kültürel bir olgudur. Hastanın kültürel değerleri, inançları ve uygulamaları bütüncül hemşirelik bakımının önemli bir parçasıdır. KüreselleŐen dünyada artık hemşirelik mesleği, tüm topluma ve etnik gruplara birey merkezli bakım vermenin gerekliliğini ve sorumluluğunu benimsemiŐtir. Bu nedenle, toplumun kültürel gereksinimlerine yanıt verecek kültürel bilgi ve becerilere sahip hemşirelerin yetiŐtirilmesi giderek önem kazanmaktadır (Bayık Temel, 2008).

Hemşireler 2000'li yıllarda bakım verirken toplumun kültürel yapısını göz ardı etmemeli, çok kültürlü toplumlarda kültürel içerikli bakım sağlayan yeni yolları araŐtırmalı, kültürün hastalık-sağlık tanımlarını nasıl etkilediğini anlamalı ve biomedikal sistem ile farklı kültürlerdeki bireylere yönelik verilen bakım arasında bir köprü görevi oluŐtırmalıdır. Hisama Japonya'da yaptığı bir araştırmada hemşireleri bakım verdikleri bireylerin kültürlerini tanımalarının hemşirelik bakımına olumlu katkı sağladığını belirlemiŐtir. Hemşire farklı kültürlerle çalıŐırken o kültürleri tanımalı ve hastaya ya da kendisine kültür Őoku yaŐatmamalıdır. Hemşireler bireylerini sağlık

davranışlarını etkileyen özel etmenleri anladığında, onların gereksinimlerini karşılamada daha başarılı olurlar (Tortumluoğlu ve ark., 2004).

4.1.1.2. Hasta Güvenliği

Hasta, sağlık bakımı alan kişi olarak; sağlık bakımı ise, sağlığın düzeltilmesi, korunması, sürdürülmesi ve iyileştirilmesi için bireyler ve toplum tarafından alınan hizmetler olarak tanımlanmaktadır. Güvenlik, tehlikeden uzak olma halidir. Tehlike ise, riske götürebilecek ya da riski artırabilecek hareket, etmen ya da koşuldur (Filiz, 2009).

Sağlık hizmetleri geliştikçe ve hastalar haklarını öğrendikçe sağlık hizmet sunumu da çeşitlilik kazanmakta ve kalite unsuru giderek ön plana çıkmaktadır. Bunların en önemlilerinden birisi de hasta güvenliğidir.

Hasta güvenliği, hastaya zarar verici her türlü etkiden, tıbbi hatadan ve hataları ortaya çıkarabilecek nedenlerden arındırılmış bir sağlık bakımının sağlanması, hastanın kendini güvende hissetmesi ve güvende olmasıdır (Ashkanasy et al., 2000; Flin et al., 2006).

Hasta güvenliği, hastaneye gelen her hastaya güvenli bir çevre yaratmak için alınan önlemleri tanımlamak ve bakımın sürekliliğini sağlamaktır (Pronovost et al., 2005).

Hasta güvenliği, sağlık bakımı hizmetlerinin hasta üzerindeki olası zararlarını önlemek ve ortaya çıkan zararın tekrarlanmaması amacıyla çalışanların aldığı önlemlerdir (Pronovost et al., 2005).

Hasta güvenliği, sağlık hizmeti veren kurumlarda hasta ve ailesinin güvenliğini olumsuz etkileyen faktörlerin engellenmesi ve ortadan kaldırılmasıdır (Göktaş, 2007; Gökdoğan ve ark., 2009).

Hasta güvenliği, sağlık bakım hizmetleri sırasında istenmeyen olaylara yol açan tıbbi hataların önlenmesi, raporlanması, analiz edilmesi ve hataların hastada yarattığı sorunların ortadan kaldırılması veya azaltılmasına yönelik sağlık kuruluşları ve bu

kuruluşlardaki çalışanlar tarafından alınan önlemlerin tamamını kapsamaktadır (Cebeci, 2010a; Gökdoğan ve Yorgun, 2010; Güven, 2007; Çırpı ve ark., 2009).

Hasta güvenliği Ulusal Hasta Güvenliği Kurumu (National Patient Safety Foundation-NPSF) tarafından ise, sağlık bakımı sırasında oluşabilecek yaralanma ve istenmeyen olaylardan kaçınma, bu türdeki olayları düzeltme ve önleme amacıyla sağlık kurumlarında izlenen süreçler olarak tanımlanmaktadır (<http://www.npsf.org/rc/mp/definitions.php>, Erişim Tarihi:30.11.2009). Hasta güvenliği, “kaza ile zarar vermeme” şeklinde de tanımlanabilir. Fakat hasta güvenliği sadece hata olmaması değildir ve aşağıda belirtilen boyutları da içerir:

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

Sağlık hizmetleri geliştikçe ve hastalar haklarını öğrendikçe sağlık hizmeti sunumunda çeşitlilik ve kalite unsuru giderek ön plana çıkmaktadır. Ön plana çıkan konuların en önemlilerinden birisi de hasta güvenliğidir (Çırpı ve ark., 2009). Hasta güvenliği, kaliteli sağlık hizmetinin temel taşıdır. Güvenli olmadıkça hizmetin kalitesinin yüksek olduğu düşünülemez. Kaliteli ve güvenli bakım verme ihtiyacı, önlenebilir tıbbi hataların yaygınlığı ve bu hataların maliyetinin yüksek olması, mortalite ve morbiditeyi artırması, hasta ve yakınlarının tıbbi hatalar nedeni ile açtığı davalar, hataları önlemeye ilişkin uygulamaların sınırlı olması, hasta güvenliğini önemle üzerinde durulması gereken konu haline getirmektedir (Cebeci, 2010a; Feng et al., 2008). Hasta güvenliği insan hayatını etkileyen gerçek konularla ilgili olup, kurumlardaki tüm sağlık çalışanları hasta güvenliğinden sorumludur (Kaya, 2009; Tütüncü ve ark., 2007; Pronovost et al., 2005; Seren, 2005). Kurumların en önemli görevi hasta güvenliğidir. Bunu öncelikli görev olarak benimseyen kurumsal kültürler kendileri için ortak değerler belirlemektedir (Handler et al., 2006; Ying Wunderlich and

Kohler 2001). Hasta Güvenliği sağlık bakımının önemli elementlerindedir (Rich, 2009).

Hasta güvenliği ile ilgili çalışmalar, öncelikle kurumlarda hasta güvenliği kültürü kurulması ile başlamalıdır (Sezgin, 2007). Liderliğin can alıcı rolüne rağmen, sağlık alanında güvenlilikle ilgili çalışan çok az sayıda üst düzey yönetici hasta güvenliğine yeterli zaman ve kaynak ayırmaktadır (Tütüncü ve ark., 2007).

Hasta güvenliğinin amacı, sağlık hizmeti sunum süreçlerindeki basit hataların hastalara zarar vermesini engellemek için tasarımlar yapmak, hatalar hastaya ulaşmadan önce önlenmesini ve düzeltilmesini sağlayacak önlemleri almaktır (Özyurt, 2008; Sezgin, 2007). Burada temel hedef; hizmet sunumu sırasında hata oluşmasını engelleyecek, hatalar nedeniyle hastayı olası zararlardan koruyacak, hata olasılığını ortadan kaldıracak bir sistemin kurulmasıdır (Güven, 2007). Dünya Sağlık Örgütü tıbbi hataların önemli bir sağlık problemi olduğunu görünce 2004 yılında bir hasta güvenliği birimi oluşturmuştur ve böylelikle hasta güvenliğine yönelik uygulamalar daha sistematik halde yürütülmeye başlanmıştır (Çırpı ve ark., 2009).

Sağlık hizmeti sunum süreçlerinde hasta güvenliğini olumsuz etkileyen pek çok faktör bulunmaktadır. Bu faktörler aşağdaki şekilde belirtilmiştir:

- Bilgilendirme eksikliği,
- Yanlış hasta kayıt bilgisinin girilmesi,
- Yanlış ilaç uygulaması,
- Laboratuvar ve radyoloji cihazları ile diğer ölçüm cihazlarının kalibre olmaması,
- Medikal cihaz altyapısının standart dışı kullanılması,
- Tesis güvenliğinde yaşanan aksaklıklar,
- Uygun olmayan tıbbi atıklar (iğne ucu yaralanmaları vb.),
- Bulguların atlanması ve tetkiklerin eksik irdelenmesi sonucu teşhis hataları,
- Hastanın yeterli beslenememesi,
- Hastane enfeksiyonları,
- Hastanın naklinde yaşanan olumsuzluklar (düşmeler ve yaralanmalar),
- Kontrol listesi kullanma alışkanlığının olmaması,
- Hastanın taburcu olması sırasında yeterince bilgilendirilmemesi,

- Çalışanların tekrar kontrol alışkanlığı edinmemeleri,
- Yönetimin yeterli desteği sağlamaması,
- Personelin yaptığı hatalardan dolayı cezalandırılacağını düşünmesi,
- Hizmet yetersizliği, hızlı ve gergin bir durumda çok iş yapmaya çalışmak,
- Hasta güvenliğini geliştirmek için olması gereken destekleyici liderliğin yetersiz olması,
- Koordinasyon eksikliğidir (Akalm, 2007; Aydın, 2009; Güven, 2007).

Hasta Güvenliği Uzlaşma Raporu, hasta güvenliğinde temel stratejilerin aşağıdaki dört aşama şeklinde olduğunu belirtmektedir:

- Sağlık kurumlarında hasta güvenliği konusunun yönetimin öncelikleri arasında yer alması ve hasta güvenliği konusunun kurumsal sorumluluk olarak benimsenmesi, ortaya çıkabilecek sorunlarda sorumluluğun üstlenilmesi (Hasta güvenliği kültürü),
- Sağlık kurumlarında hataların araştırılması ile ilgili süreçlerin belirlenmesi, hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesi,
- Güvenli uygulamaların yerleştirilmesi ve yaygınlaştırılması,
- Hasta güvenliği konusunda eğitimin artırılması, mesleki yanlış davranışların saptanması ve düzeltilmesi gerekmektedir (Akalm, 2007; Sezgin, 2007; Güven, 2007).

İnstitute of Medicine'nin yayınlamış olduğu bildiriler ülke hatta dünya çapında bir kıvılcım ortaya atmıştır bu da; sağlık sistemlerinde yapılan hatalardır (Vogelsmeier and Cawiezell, 2007; Hughes and Clancy, 2005).

Hata, önceden planlanan bir eylemin, tamamen istenen sonucu vermemesi veya hedefe ulaşmak için yapılan planın yanlış olmasıdır. Sağlık hizmetine bağlı hata (tıbbi hata) ise, hastaya sunulan sağlık hizmeti sırasında bir aksamının neden olduğu kasıtsız, beklenilmeyen sonuçlardır (Çakır, 2007; Akalm, 2007; Güven, 2007).

The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) tıbbi hata kavramını; “sağlık hizmeti sunan bir profesyonelin uygun ve etik olmayan bir davranışta bulunması, mesleki uygulamalarda yetersiz ve ihmalkar davranması sonucu hastanın zarar görmesi” şeklinde tanımlamaktadır (Özata ve Altuncan, 2010a).

Yıllardır daha sağlıklı bir toplum için yapılan müdahalelerin bir kısmının aslında tıbbi hatalar içerdiği ve hataların her gün tekrar ederek toplum sağlığını riske attığı bir gerçektir. Ancak bu gerçek şimdiye kadar karanlıkta kalmış, yerine göre inkar edilmiştir. Artık hasta güvenliği konusunun gün yüzüne çıkması ve tartışılmasının zamanıdır. Tartışmamak veya üzerini örtmek sadece her geçen gün istenmeden gerçekleşen hatalar ve ölümleri beraberinde getirmektedir (McQueen, 2001).

IOM (Institute of Medicine) tarafından yayımlanan bildirelere göre yapılan hatalar büyük olasılıkla kişi hatalarından kaynaklanmamaktadır. Hatalar ekipman, ortam ve kişisel nedenlerden (yorgunluk, stres, maaş yetersizliği gibi) kaynaklanan medikal hatalardır. Tıbbi hataların çoğu onaylanmış ilaç enstitülerinde meydana gelmekte, bu hataların çoğu da bireysel hatalardan kaynaklanmamaktadır (Strahan, 1997; Vogelsmeier and Cawiezell, 2007; Hughes and Clancy, 2005). Tedavi hatalarının oluşmasının algılanan nedenleri arasında işgücü talebi, birimler arasında personel akışı, eczaneden ilaçların dağıtımında yaşanan sorunlar, belirsiz doktor talimatları, personel arasında iletişim yetersizliği ve bilgi eksikliği gibi nedenler yer almaktadır (Tütüncü ve ark., 2007).

Tıbbi hatalar kök nedenlerine göre üçe ayrılmaktadır. Bunlar aşağıdaki şekilde belirtilmiştir:

- İşleme bağlı hatalar: Yanlış işlemi yapma
- İhmale bağlı hatalar: Doğru işlemi yapmama
- Uygulamaya bağlı hatalar: Doğru işlemi yanlış uygulamadır. (Akalin, 2005; Gallagher et al., 2006; Şen ve ark., 2009; Güven, 2007).

1990'lara kadar önlenemez tıbbi hataların sıklığı ve büyüklüğü yeterince bilinmezken, günümüzde tıbbi hatalar nedeni ile hastaların zarar gördüğünü ya da öldüğünü bildiren pek çok rapor mevcuttur. Hastanede yatan her on hastadan biri, acil

servislerde ise her on hastadan 1,8'i tıbbi hatalar nedeni ile zarar görmektedir (Cebeci, 2010a).

ABD'de her gün 100 hasta tıbbi hatalar nedeni ile ölmektedir (Gallagher et al., 2006).

1. Kalp hastalıkları
2. Kanser
3. Serebrovasküler hastalıklar
4. KOAH
5. Tıbbi hatalar
6. Kazalardır.

Tıbbi hatalar nedeniyle ölümler tüm ölümler içerisinde beşinci sırada yer almaktadır (Gallagher et al., 2006; Akgün ve Al-Assaf, 2007).

İnstitute of Medicine, stratejik bir plan geliştirerek yapılan hataları yazılı ya da sözel bir şekilde ifade eden personeli övme ve yapılan analizleri paylaşma yoluna gitmeyi hedeflemektedir (Hughes and Clancy, 2005; Vogelsmeier and Cawiezell, 2007).

Tıbbi hataların azaltılmasında hastaları karar verme mekanizmasına ortak etmek, aktif rol almalarını sağlamak, tıbbi sorunları ile ilgili olarak yeterli bilgi vermek, kaynak sunmak, hasta, hekim ve personel iletişimini geliştirmek ve hizmet sunumunda saydamlığı sağlamak gerekmektedir (Pronovost et al., 2004).

Hasta güvenliği ve tıbbi hatalar son yılların en fazla tartışılan konularından birisidir. "İnstitute of Medicine" yayınladığı iki rapor ile sağlık hizmetlerinin çok önemli iki sorununu gözler önüne sermiştir. Bunlar: Tıbbi hatalar veya hasta güvenliği ve sağlık hizmetlerinde kalite sorunudur. Bu raporlara göre ABD'de de her yıl 98.000 kişi tıbbi hatalar nedeniyle yaşamını kaybetmekte, tıbbi hataların büyük bir kısmı da kişisel hatalardan çok sistemdeki hatalardan kaynaklanmaktadır (Akalin, 2007; Helmreich, 2000; Cooper et al., 2008; Güven, 2007; Özata ve Altuncan, 2010a). İnsan faktörünün

yol açtığı hatalar incelendiğinde sadece %1'inin yetkin olmayan çalışanlardan, kalan %99'unun ise çok iyi niyetle işini yapmaya gayret eden ve görevlerinde başarılı olan kişilerden kaynaklandığı anlaşılmaktadır (Özata ve Altuncan, 2010a).

Sağlık hizmetlerinde meydana gelen hataları tanımlamak, bu hatalardan dolayı hastaların zarar görmesini engellemek ve hataları en aza indirmeye yönelik kullanılan en önemli yöntem, hataların rapor edilmesi ve analizidir (Aorn Guidance Statement, 2006).

Tıbbi hataların raporlanması için aşağıda yer alan maddelerin olması gerekmektedir.

- 1) Olay/Hata bildirim formu
- 2) Kalite iyileştirme Hasta ve Çalışan Güvenliği Komitesi kurulması
- 3) Hasta güvenliğini tehdit eden olaylar bildirim formu
- 4) Eğitimler (tıbbi hatalar, hata bildirimlerinin önemi, örnek olay ve vakalar)
- 5) Değerlendirmedir.

Çalışanlar arasında hata raporlamanın birbirlerini şikayet etme mekanizması olarak kullanılabilmesi endişesi yaygındır. Bu endişe sonucunda kurumlarda yapılan tıbbi hataların üstünün kapatılması refleksi ile karşılaşılmaktadır (Gallagher et al., 2006).

Tıbbi hataların raporlanması şarttır. Sağlık hizmetleri ve insan doğası hataya açıktır. Sağlık bakımında sıfır hata mümkün değildir (Akalin, 2007). Tıbbi hatalar kalite göstergelerini de etkilemektedir.

Tıbbi hata bildiriminde yaşanan endişeler aşağıda belirtildiği gibidir:

- Malpraktis davaları (%76-91),
- Profesyonel disiplin cezası (%46-%86),
- İmaj kaybı (%54-%76),
- Meslektaş suçlama/ayıplamadır (%47-%75) (Gallagher et al., 2006).

Institute of Medicine , 'To Err Is Human' raporuna göre tıbbi hatalar sonucunda Amerika'da her yıl 44,000-98,000 kişinin hayatını kaybettiği ve milyonlarca kişinin tıbbi zarar gördüğü öne sürülmektedir (Budak, 2008a; Gallagher et al., 2006; Jencks et al., 2003; Güven, 2007; Özata ve Altuncan, 2010a; Çırpı ve ark., 2009; Ulusoy, 2008). Dönüm noktası sayılan bu rapor ile Birleşik Krallık ve Avustralya'da çok önemli raporların yayınlanmasından sonra hasta güvenliğini artırmaya büyük bir ilgi duyulmuştur (Runciman et al., 2002). Aynı ülkede hekimler ve toplumun sağlık hizmeti aldıkları sırada tıbbi hatalarla karşılaşmış ve karşılaşmadıklarını araştıran bir çalışmada, tıbbi hata ile karşılaşma oranı hekimlerde %35, toplumda ise %42 olarak bulunmuştur (Akalin, 2007).

Medikasyon hatalarının dağılımı aşağıda belirtildiği gibidir:

- Hekim %39-49
- Hemşire %36-38
- Uyarılama %11-12
- Hazırlama (eczane) %11-14'tür (Gallagher et al., 2006).

Tıbbi hataların sonuçları aşağıda belirtildiği gibidir:

- Kişisel sonuçlar,
- Toplumsal sonuçlar,
- Artan sağlık harcamaları,
- Üretim ve verim kaybı,
- Sakatlık maliyetleri,
- Gelir azalmasıdır.

”Institute of Medicine” tarafından tıbbi hataların önlenmesi için yapılan önerilerin başlıcaları aşağıda belirtilmektedir:

- Ulusal Hasta Güvenliği Merkezi'nin kurulması, bu merkezin konu ile ilgili yapılacak amaçlarını belirlemesi, liderlik ve araştırma planlanmasında rol alması,
- Tüm sağlık kuruluşlarında isteğe bağlı veya zorunlu tıbbi hata bildirim sisteminin kurulması,
- Sağlık hizmetlerini ödeyen kuruluşların hasta güvenliği konusunda iyileştirme yapan kurumlara öncelik tanınması,
- Sağlık hizmeti veren organizasyonlarda “hasta güvenliği kültürünün yaratılması gerekmektedir (Lindberg et al., 2008; Reiling, 2005; Aorn Guidance Statement, 2006; Şen ve ark., 2009).

Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi'nde yapılan bir araştırmaya göre, hata nedenlerinin yarısını ihmal, dikkatsizlik, isteksizlik gibi insan faktörlerinin oluşturduğu saptanmıştır (Çakır, 2007).

Harvard Medical Tıp Fakültesi'nde yapılan bir araştırmaya göre; 100 hastadan 3,7'sinde tedavi nedeni sağlık zararları olduğu (oluşan zararların %67'si bariz hatalara dayalıdır) belirtilmiştir. Utah ve Colorado'da yapılan bir araştırmaya göre; 15,000 cerrahi hastasının %3'ünün sağlığı müdahale sırasındaki hata nedeni ile zarar görmektedir. Ve bunların %54'ünün önlenebilir nitelikte olduğu ortaya çıkmıştır (<http://www.gesundtheitssymposium.ch>., Erişim Tarihi: 30.11.2009).

Birleşik Krallık Sağlık Departmanı (2000), hafızaya dayalı sağlık sisteminde hastanede yaklaşık %10 ya da yılda yaklaşık 850,000 hatalı olay geliştiğini hesaplamıştır. The Quality in Australian Health Care Study (1995) hastanedeki hastalar arasında hatalı olay oranını %16,6 olarak bildirmiştir. The Hospitals for Europe's Working Party on Quality Care in Hospitals 2000 yılında Avrupa'daki hastanelerde her on hastadan birinin önlenebilir bir hata ve bakımla ilgili zararlarla karşılaştığını hesaplamıştır. Yeni Zelanda ve Kanada çalışmaları da hatalı olayların %10 gibi yüksek oranlarda olduğunu bildirmiştir (Gökdoğan, 2010).

Büyük bir kaza olmadan önce yaklaşık olarak üç yüz kez benzer bir hatanın fazla dikkat çekmeden gerçekleştiği bilinmektedir. Yanlış uygulamaları izlemek, saptamak,

görünen ve görünmeyen nedenlerine inmek gerekmektedir (<http://www.sbu.saglik.gov.tr/hastahaklari/elek.>, Erişim Tarihi: 30.11.2009).

Hastanede yatan hastalarla yapılan iki çalışmada yan etki veya tıbbi bakım sırasında hata görülme sıklığı %2,9 ve %3,7 olarak bulunmuştur. Bunların %58 ve %53'ü önlenebilir hatalardır (Jencks et al., 2003; Kaya ve ark., 2009).

Tıbbi hataların büyük bir kısmı önlenebilir hatalardır. Hasta güvenliğinin iyileştirilmesi ve tıbbi hataların önlenmesi için yapılan çalışmalarda ana amaç hataya en az izin veren bir sistemin yaratılması olmalıdır (Jeongeun et al., 2007). Tıbbi hataların maliyetlerinin 37,6-50 milyar dolar, önlenebilir hataların maliyetlerinin ise, 17-29 milyar dolar arasında olduğu tahmin edilmektedir. Bu nedenle akreditasyon standartları ve hasta güvenliği hedefleri önlenebilir hataların karşılanması için sistem kurulmasına rehberlik etmektedir (Çakmak, 2009). Hizmet kalitesi için olduğu kadar, maliyetler açısından da tıbbi hataların oldukça yüksek bir düzeye geldiği anlaşılınca, hataları önleme yönünde yapılabileceklerin sistemleştirilmesi hemen hemen dünyanın her tarafında sağlık sektörü paydaşlarının gündeminde yerini almaktadır (Reiling et al., 2004; Gallagher et al., 2006).

DSÖ Ekim 2007'de Cenevre'de Avrupa Komisyonunun desteklediği uluslararası konferansta her yıl dünyada tahminen 10 milyon insanın önlenebilir tıbbi uygulamalar nedeniyle sakatlandığını veya öldüğünü vurgulayarak hasta güvenliği konusunda daha fazla araştırma yapılması çağrısında bulunmuştur (Filiz, 2009).

Tıbbi hatalar kesinlikle ön plandaki sağlık personelini geri plana atmayarak yapılan hataları incelemek için zaman harcamaya değerlidir (Yates et al.). Burada en önemli konu personelin dikkatidir. Ancak birçok sağlık bakım merkezinde personel cezalandırılma korkuları nedeni ile hatalar hakkında konuşmamaktadır. Bu korkulan ve yapılacak tüm projeleri olumsuz etkileyen cezalandırıcı çalışma çevreleri hasta güvenliği kültürünün önündeki olumsuz engeldir (Hughes and Lapane, 2006; Vogelsmeier and Cawiezell, 2007). Hasta güvenliğinin sağlanabilmesi için konunun kurum kültürü içinde yer alması ve hataların cezalandırılmaması felsefesinin benimsenmesi şarttır (Jeongeun et al., 2007).

Çeşitli nedenlerle gerçekleşen tıbbi hatalar pek çok kişinin zarar görmesine, hatta ölümüne neden olabilmektedir. Böylesine ağır sonuçların oluşumuna neden olan tıbbi hataların büyük bir kısmı sistemden kaynaklanmaktadır. Doğru sistemlerin kurgulanmasıyla önlenebilecek bu hatalar sonucunda hem hastalar hem de sağlık çalışanları ağır bedeller ödemektedirler. Bu nedenle sağlık hizmeti sunumunun her aşamasında hasta güvenliğinin sağlanması ve tıbbi hataların önlenmesi sağlık sisteminin öncelikleri arasında yer almalıdır (Sezgin, 2007). Tıbbi hatalar çok geniş bir alandır. Örneğin, ilaç hatası, tanı ve tedavi hataları, cerrahi hatalar, laboratuvar hataları, hastane enfeksiyonları yapılan tıbbi hatalardan bazılarıdır. Sağlık hizmetlerinin sunum sürecinde bulunan tüm personel bir şekilde hatalar ile karşı karşıya gelebilmektedir. Ülkemizdeki hatalar konusunda yapılan araştırma ve bilimsel çalışmalar yetersizdir. Amerika'da bu konuda ehil sayılan IOM'a göre; kimlik doğrulama işlemlerinin yapılmaması cerrahi hata riskini, enfeksiyon kurallarına uygun hareket edilmemesi ise enfeksiyon riskini arttırmaktadır. Tıbbi hatalara yol açan en önemli hatalardan birisi de cihazlardır; doğru kullanılmamaları ya da arızalı olmaları ayarlarının doğru yapılmamasından kaynaklanan hatalar vardır. WHO'ya göre gelişmekte olan ülkelerdeki tıbbi cihazların %50'den fazlası doğru çalışmamaktadır. Hasta yatağı basit gibi görünmesine rağmen hastaya sakatlık ve ölüm gibi birçok problem çıkarmaktadır. 2004 yılında WHO tıbbi hatalardan yola çıkarak hasta güvenliği kültürü geliştirmiş ve birimini oluşturmuştur (Pronovost et al., 2003). AHRQ (Sağlık Hizmetlerinde Araştırma ve Kalite Ajansı-Agency for Healthcare Research and Quality) hasta güvenliğini iyileştirme yöntemlerinin hem sağlık hizmeti kalitesini iyileştireceğini hem de tıbbi hataların azaltılmasına yardım edeceğini belirtmektedir (Akalin, 2005).

Hasta güvenliği konusunun kurumsal kültürde yer alabilmesi ve bu konudaki uğraşların başarılı olabilmesi için, mutlaka hastaların da hasta güvenliği konusuna katkıda bulunmaları gerekmektedir. Hasta ve hasta yakınlarının hasta güvenliği ziyaretlerinde yer almalarının, bu konuda kurulan komitelerde bulunmalarının, hasta güvenliğini iyileştirmek için başlatılan uygulamaların izlenmesinde rol almalarının sağlanması yararlı olabilmektedir. Yakın zamanda yayınlanan bir çalışmada tıbbi hataların hasta ve hasta yakınlarına bütün açıklığı ile bildirilmesinin doktor değişikliğine neden olmadığı, hasta memnuniyetini, güvenini arttırdığı ve olumlu bir duygusal reaksiyona neden olduğu saptanmıştır (Akalin, 2004).

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 güvenliğini kurumsal kültürün en önemli parçalarından biri haline getirebilmek için; yüksek riskli aktiviteler belirlenmeli, tıbbi hataların korkusuzca ve çekinmeden bildirilebildiği cezalandırmanın olmadığı ve hasta güvenliği için yeterli kaynağın ayrıldığı bir ortam yaratılmalıdır (Aspden et al., 2004; Çırpı ve ark., 2009). Bu kaynaklar arasında nitelikli sağlık personelinin varlığı önemli bir yere sahiptir. Nitelikli sağlık personeli içerisinde doktorundan hemşiresine tüm sağlık ekip üyeleri yer almaktadır (Çırpı ve ark., 2009).

Tıbbi hataları en aza indirmenin bir yolu da güçlü bir hasta güvenliği kültürü oluşturmaktır. Bu açıdan sağlık kurumlarının ve özellikle tıbbi laboratuvarların idarecileri, hasta güvenliğinin garanti edilmesi bakımından sorumluluk almaya teşvik edilmektedir (Rich, 2009; Woolf et al., 2003).

Hasta güvenliğinin iyileştirilmesi konusunun sağlık kuruluşlarının en öncelikli konularından biri olduğunun kabul edilip bu konudaki çalışmaların ülkemizde de başlatılması ve yaygınlaştırılması gerekmektedir (Akalin, 2004). Bu kapsamda Ülkemizde Başbakanlık Mevzuatı Geliştirme ve Yayın Genel Müdürlüğü tarafından 29 Nisan 2009 tarihinde Resmi Gazetede yayınlanmış olan, “Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına” İlişkin Usul ve Esaslar Hakkındaki Tebliğ’de yer alan iki madde aşağıda açıklanmaktadır:

MADDE 1 – (1) Bu Tebliğin amacı, sağlık kurum ve kuruluşlarında hasta ve çalışan güvenliği ile ilgili risklerin azaltılması için hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesine ve yaygınlaştırılmasına, bunu tesis edecek uygun yöntem ve tekniklerin belirlenmesine, hasta ve çalışan güvenliği konusunda geliştirilen iyi uygulama örneklerinin yaygınlaştırılmasına, hizmet içi eğitim yoluyla personelin farkındalığının ve niteliklerinin artırılmasına, hasta ve çalışan güvenliği ile ilgili raporlama sistemlerinin oluşturulmasına, hasta bakım ve tedavi sürecinin güvenlik ve kalitesinin artırılmasına, hasta ve çalışanların sağlık hizmeti sunum sürecinde karşılaşılabilecekleri muhtemel risk ve zararlardan korunmasına yönelik, usul ve esasları düzenlemektir.

MADDE 6 – (1) 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 getirmektedir (T.C. Resmi Gazete, 29 Nisan 2009, sayı:351).

Sağlık Bakanlığı Hasta ve Çalışan Güvenliği Tebliğinde ulusal hedefleri açıklayarak tüm sağlık kuruluşlarının bu 13 hedefi karşılaması istenmekle birlikte tüm sağlık sektöründe kalite departmanlarının kurulması önem taşımaktadır (Çakmak, 2009).

Ülkemizde Başbakanlık Mevzuatı Geliştirme ve Yayın Genel Müdürlüğü tarafından 29 Nisan 2009 tarihinde Resmi gazetede yayınlanmış olan, “Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkındaki Tebliğ” tüm sağlık kuruluşlarında uygulanması beklenen hasta ve çalışan güvenliği hedeflerini ilk kez ortaya koymuştur. Bununla Sağlık Bakanlığı'nın

amaçladığı, hastanelerde hasta güvenliği konusunda bilinç oluşturmak ve güvenlik kültürü yaratmaktır. Aynı zamanda uluslararası olarak belirlenmiş hedeflerden en yaygın olanı JCI uluslararası hasta güvenliği hedefleridir. 2005'ten beri Amerika'daki hastanelerde uygulanması beklenen hedefler, yine ilk kez bu yıl akredite olmak isteyen hastaneler tarafından uygulanması zorunlu hale getirilmiştir (Joint Commission International, 2008). Türkiye'de akredite hastane sayılarımız son yıllarda büyük artış göstermiş ve JCI akreditasyon hedefleri karşılanmıştır (Çakmak, 2009).

4.1.1.3. Güvenlik Kültürü

Güvenlik kültürü kavramı ilk olarak 1986 yılında Çernobil Nükleer Santralında yaşanan kazadan sonra, güvenlik iklimi ile beraber kamuoyunun gündemine girmiştir. Kamuoyunun dikkatinin bu kavramlara çekilmesinde Uluslararası Atom Enerjisi Kurumu (IAEA)'nun 1986 yılında yayınladığı raporun etkisi büyük olmuştur. Rapora göre, kazanın yaşanmasının nedenlerinden birisi de kurumun güvenlik kültürünün zayıflamış olmasıdır (Çakır, 2007). Güvenlik kültürü kavramı, riskli süreçlerle güvenilir şekilde çalışma yeteneği ile bilinen uzay gemileri ve bunların donanımlarını üreten sanayi kolu (NASA), nükleer güç, havacılık ve askeriye (deniz, uçak gemileri ve nükleer denizaltılar) gibi endüstri ve örgütlerden alınmıştır. Bu yerlerdeki güvenlik kültürünün önemli bir özelliği, liderlerin güvenliğe çok açık bir şekilde bağlı ve bu konuda kararlı olmasıdır (Kaya, 2007b).

Güvenlik kültürü ile ilgili birçok tanım yapılmıştır. Ancak bunlardan en çok kabul edilen İngiltere'deki Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations tarafından yapılan tanımdır: Bu tanıma göre, güvenlik kültürü "bir örgütün sağlık ve güvenlik yönetimine bağlılığını, bu yönetimin stilini ve ustalığını belirleyen birey ve grup değerleri, tutumları, algıları, yetkinlikleri ve davranış modellerinin ürünü" olarak belirtilmektedir (Carayon, 2006; Kaya, 2007b). Güvenlik kültürünün oluşturulması ile, sağlıklı ve güvenli davranış alışkanlık haline getirilebilir (Çakır, 2007; Yavuz, 2009).

Güvenlik kültürünün oluşması için gerekli olan altı kriter aşağıda belirtilmektedir:

- Üst yönetimin taahhüdü,

- Gözetimcilerin performans odaklanması,
- Çalışanların aktif katılımı,
- Orta kademe yöneticilerin sürekli ilgisi,
- Esnek bir sistem,
- Güvenliğe ilişkin çalışanların olumlu algısıdır (Çakır, 2007).

Güvenlik kültürünü oluşturmak ve ölçmek hastaların zarar görmesini engellemek için var olan sistemin değerlendirilmesi ve iyileştirme çalışmalarının planlanması açısından önemlidir. Bir örgütte güvenlik kültürünün geliştirilmesi, güçlü liderliği gerektirir. Öncelikleri belirlemek ve güvenli uygulamayı desteklemek için klinisyenlerin ve yöneticilerin ortak hareket etmesi gerekir. Yönetim, verimlilik ve kar maksimizasyonunu yönettiği gibi hasta güvenliğini de “yönetmelidir”. Güçlü ve kararlı liderlik olmadan, hasta güvenliği hareketi başarılı olamaz. Başarılı bir hasta güvenliği programında liderlik kritik bir öğedir ve devredilemez (Kaya, 2009). Güvenlik kültürü değerlendirilmesi, bir kurumda çalışanların ve yöneticilerin güvenlikle ilgili algılamalarını ve tutumlarını anlamayı sağlar. Kültür değerlendirmesi, kurumda geliştirilmesi gereken birçok başlangıç noktasından en problemlili olan alanları tanımlamada yardımcıdır. Değerlendirme için pek çok araç geliştirilmiştir. Bu araçlarda ekip çalışması, iletişim, yönetimin desteği ve genel güvenlik değerlendirmeleri yer almaktadır. Hasta güvenliğinin sağlanması, sağlık çalışanlarının hasta güvenliğini tehdit eden durumları bilmeleri ve kurumlarında güvenlik kültürü geliştirilmeleri ile mümkündür (Filiz, 2009).

Olumlu bir güvenlik kültürüne sahip olan kurumlarda; karşılıklı güvene dayanan iletişim, güvenliğin önemi konusundaki ortak algılamalar ve önleyici tedbirlerin yararlı olacağına duyulan inanç ön plana çıkmaktadır (Tütüncü ve ark., 2007).

Güvenlik kültürünün sadece yöneticinin güvenliğe ilişkin taahhüdü, iletişim stili ve hataları rapor etmeye ilişkin açık kurallarla değil aynı zamanda çalışanların motivasyonu, morali, hataları algılama biçimleri, yönetime ve hataları etkileyen faktörlere karşı tutumları (yorgunluk, risk alma, süreçlerin ihlali gibi) ile de ilgili olduğu söylenebilir. Güçlü bir güvenlik kültürü, tıbbi hataları en aza indirebilir. Tehlike unsurunun yüksek olduğu endüstrilere örnek oluşturan sağlık sektöründe güçlü güvenlik kültürleri, insan hayatına mal olabilecek tıbbi hataları önleme potansiyeline sahiptir (Tütüncü ve ark., 2007, Tütüncü ve Küçükusta, 2006b). Büyük bir inançla şuna

inanılmaktadır ki (hastane sağlık çalışanları arasında), zarar vermektan kaçınmak güvenlik kültürü oluşturmanın temel mihenk taşıdır (Akalın, 2007).

Deneyimli liderlerin ve hasta ile doğrudan temas kuran personelin güvenlik kültürünü algılayış biçimleri arasında ve liderlerin güvenlik risklerine ilişkin bilinç düzeylerinde farklılıklar bulunmaktadır. Örneğin deneyimli liderler, güvenlik kültürüne daha iyimser yaklaşmaktadır. Bu farklılıklar bazı kurumlarda diğerlerine göre daha fazladır ve bu durum bazı liderlerin hasta güvenliğine ilişkin taahhütlerini iletmede daha başarılı olduğunu göstermektedir (Tütüncü ve ark., 2007; Tütüncü ve Küçükusta, 2006b).

4.1.1.4. Hasta Güvenliği Kültürü

Günümüzde sağlık bakım uygulamalarının kanıta dayalı olmadığı, uygulamalarda farklılıkların yaşandığı, sonuçlarla ilgili güvenilirliği tartışmalı ve yetersiz veri bulunabildiği, tedaviye ulaşmada eşitsizlik olduğu ve kanıt dayanağının eksikliği zaman zaman göze çarpmaktadır. Optimal sonuç elde etmek, klinik uygulamalardaki farkı en aza indirmek, daha kaliteli hizmet verebilmek için en etkin sağlık kültürü “Hasta Güvenliği Kültürü”dr (<http://www.sciencedirect.com>, Erişim Tarihi:04.03.2010).

Hasta güvenliği kültürü örgüt kültürünün bir parçasıdır ve tutumlar, inançlar, algılar ve değerlerden meydana gelir (Kaya, 2007b; 2009). Hasta güvenliği kültürünün örgüt kültürünün bir parçası olmasında, hasta güvenliği konusunun hastane yönetiminin öncelikleri arasında yer alması, tüm birimlerce de benimsenip, etkin uygulamalarla desteklenmesinin rolü oldukça büyüktür (Gallagher et al., 2006).

Hasta güvenliği kültürü hata bildirimlerinde şeffaflık, tıbbi hataların önlenmesinde sistematik bir yaklaşım ve dürüstlük olarak tanımlanmaktadır (Gallagher et al., 2006).

Hasta güvenliği kültürü; kurumda nelerin önemli olduğunu ve hasta güvenliği ile ilgili nasıl davranılacağını kapsayan değer yargılarını, inançları ve kuralları kapsamaktadır (Tütüncü ve Küçükusta, 2006b; ırpı ve ark., 2009).

Hasta güvenliği kültürü klinik deneyim, sistematik araştırma ile elde edilen mevcut en iyi kanıtlar, hasta değer ve beklentilerinin entegrasyonudur. Hasta koşul ve tercihleri ile en iyi kanıtların birleşmesi, personel (klinisyen, hemşire, lider) kararlarının kalitesini geliştirmek üzere oluşturulmaktadır. Hasta güvenliği kültürü sadece literatüre bağlı olan hasta güvenliği süreci değil, bilimsel veriler ışığında hasta ve sistem dinamikleri için en doğru, en uygun kararı alabilmek için oluşturulan bir ortamdır (Gambrill, 2006).

Sağlık bakım endüstrisi hastaların güvenini kazanmak için çalışmaktadır. Tüketici gruplarda hastaları, hastanelerde kendilerinin hakları için birimler oluşturmaları konusunda desteklemekte ve teşvik etmektedir (Rich, 2009). Hasta haklarında olduğu gibi hasta güvenliği kültüründe de kurulacak sistemlerde en iyi dinlemeyi öngören sistemler olmalıdır. Kurum ve birey düzeyinde herkes hastayı dinleme becerisini geliştirmek zorundadır. Kurumda çalışan personel hasta için var olduğu gerçeğini unutmamalıdır (Akalin, 2007; Nieva and Sorra, 2003).

Temelde hasta güvenliğini tehdit eden unsurlar sistem hatalarıdır. Sağlık personelleri belki de bu sistem içinde sadece o an için parmakla gösterilerek suçlanmaktadırlar. Uygulamada bir hata olduğunda dikkatler sağlık personeline odaklandırılmakta, böylece bir sonraki hataya kadar sistem bu mağdur personeli gündemde tutarak kendini gizlemektedir. Hasta güvenliği kültürü bunun önüne geçerek hataları yapmadan engellemeyi sağlamaktadır (Glanville, 1998).

Tıbbi hataların ortaya konmasında kaygı oluşturan cezalandırıcı disiplin konuları için yeni bir sistem ortaya konmalıdır, bu da “Hasta Güvenliği Kültürü’dür”. Hasta güvenliği kültürü, hata yapan personelin suçun sorumluluğunu yeni oluşacak hataları engellemek ve bireysel yönetim, değerlendirme yerine liderlik sistemini oturtmaktır. Ayrıca bu kültür oluşturulurken korkular ve hatalar açık bir iletişimle tartışılmalıdır (Hughes and Clancy, 2005; Vogelsmeier and Cawiezell , 2006).

Personel düşünmektedir ki hataları ortaya koyduklarında liderleri onları korumayacak, desteklemeyecek ve daha kötü, negatif sonuçlarla karşılaşacaklardır (Weissman et al., 2005). Liderler öncelikle hataları engelleme yolunda liderlik

çalışmaları yapmalı ve çalışanlarının mesleki hayat ve kariyerlerini korumalıdır (Hughes and Clancy, 2005).

Güvenli bir sağlık hizmeti ve bakımı için düşünülen hasta güvenliği kültürü hataların açık bir yolla ortaya konulması ile mümkündür. Hasta güvenliği kültüründeki şeffaflık şunu açıklamaktadır; “sırlar olmamalı” nerede hatalar açık bir şekilde tartışılıyor ve iyileştirme yoluna gidiliyor ise orada tıbbi hata en aza indirgenmektedir (Hughes and Clancy, 2005; Jencks et al., 2003; Vogelsmeier and Cawiezell, 2007).

Hasta güvenliği kültüründe en önemli element, mihenk taşı yapılan tıbbi hataların ortaya konulmasıdır. Şeffaflık, hataların açık bir şekilde ifadesi ile güven kazanmakta ve çalışanlar arasında hataların korkular yaratmaktan çok yapılması gereken bir sistem olduğunu hatırlatmaktadır (Hughes and Clancy, 2005; Jencks et al., 2003; Vogelsmeier and Cawiezell, 2007).

Yapılan araştırmalar hasta güvenliği kültürünün kişisel değerler, davranışlar, algılamalar, yetenekler ve gözlemlerle birebir alakalı olduğunu ve bunu yönetmesi gereken bir örgüt kültürü olması gerektiğini ortaya koymaktadır (Handler et al., 2006; Ying Wunderlich and Kohler, 2001; Matsubara et al., 2008).

Hastanelerde hasta güvenliği kültürü tam anlamı ile etkili bir risk yönetimidir. Sağlık sistemi binlerce faaliyetten oluşan süreçlerin sistemidir ve bu sistemde bazı şeyler yanlış gidebilir, kültür burada bu yanlışlıkları en aza indirerek risk yönetimi yapmaktadır (<http://www.hastaguvenligikongresi.net.>, Erişim Tarihi: 01.03.2010).

Hasta güvenliği kültürü klinik epidemiyolojiye dayanmaktadır. Hem her bir birey, hem de toplum için alınan klinik kararlarda rehber görevi üstlenmektedir. Hasta güvenliği kültürü kanıta dayalı şekilde bilgi hakimiyeti ile güçlenerek günümüzde daha da çok kabul görmekte ve uygulanmaktadır. Hasta güvenliği kültürü eğitim ve klinik uygulamalarda temel unsur olmalıdır. Örneğin, antibiyotik önerilmesi gerekmeyen durumlarda hastaya antibiyotik başlanması hastanın gereksiz yere yan etkilere maruz kalmasına ve antibiyotik direncinin artırılmasına neden olmaktadır. Bu durumda hasta güvenliğini tehdit ederken, maliyetleri de gereksiz yere arttırmaktadır (Geyman ve Bliss, 2001).

Hasta güvenliği kültürü politika yönelimlidir ve hedefi politik kararlara bilimsel destek sağlamaktır. Aynı zamanda araştırmalarla, klinik kararlar ve özellikle de politik kararlar arasında köprü vazifesi görmektedir (Flin et al., 2006).

Hasta güvenliği kültüründe primer amaç, hastaların bilinçli ve bilgilendirilmiş tercihler yapmalarına yardım ederek, yönetim kurumlarında sağlık bakım güvenliğini arttırmak ve ulusal sağlık sistemini iyileştirmektir (<http://www.cpsqa.ie/./patientsafety.pdf>., Erişim Tarihi: 05.01.2010).

Sağlık bakım hizmetleri, özellikle ciddi hastalıkları tedavi etmek için hastanede sunulan kompleks hizmetler “yüksek riskli endüstri” grubuna girer. Bu endüstriler öldürme ya da sakat bırakma gücü olan faaliyetleri içerir (Singer et al., 2003). Hastanelerde meydana gelen önlenbilir istenmeyen olaylar nedeniyle ölümler; motorlu taşıt kazaları, meme kanseri ya da AIDS nedeniyle meydana gelen ölümlerden daha fazladır. (Rich, 2009). Avusturalya, İsrail, Birleşik Krallık ve diğer ülkelerde yapılan araştırmalarda hasta bakım hizmetleri yapılan hata düzeylerinin ABD’den düşük olmadığını göstermektedir. Sağlık kurumlarında hasta güvenliğini arttırmak için hasta güvenliği kültürünün oluşturulması gerektiği kabul görmektedir (Kaya, 2009). Hasta güvenliği kültürü oluşturma iddiası güvenli bir sağlık sistemi sunmaktadır. Bu sistem bütün çalışanların katılımı, hassasiyeti, özeni ve bu sisteme güveni ile başarılı bir hale gelmektedir. Hasta güvenliği kültüründe tüm elemanlar kendi görev, davranış ve işlerini akıllarında tutmalı ve doğru şekilde yerine getirmelidirler. Organizasyon yöneticileri, müdürler ve personel hep birlikte birbirlerini ve kültürü destekleyerek güvenliği hasta güvenliği kültürü içerisine yerleştirmelidir (Hughes and Clancy, 2005).

Güçlü ve proaktif bir kültürünün özellikleri; liderlerin hataları tartışmaya ve hatalardan ders almaya bağlılığını, hasta güvenliğini belgelemeyi ve iyileştirmeyi, ekip çalışmasını teşvik etmeyi ve uygulamayı, potansiyel tehlikeleri bulmayı, istenmeyen (beklenmedik) olayları raporlama ve analiz etme sistemlerini kullanmayı ve çalışanları hata yapan suçlular olarak ilan etmek yerine güvenliği geliştiren kahramanlar olarak kutlamayı, örgütsel öğrenmeye değer vermeyi içerir (Kaya, 2009; Pronovost et al., 2003). Sağlık hizmet sunucuları, çeşitli nedenlerle hasta güvenliği kültürünü

değerlendirmek isteyebilirler. Kültürel değerlendirme aşağıda belirtilen amaçlarla kullanılabilir:

- İyileştirme yapılacak alanları belirlemek,
- Hasta güvenliği hakkındaki farkındalığı arttırmak için güvenlik kültürünü teşhis etmek,
- Hasta güvenliği müdahalelerini ya da programlarını değerlendirmek ve zaman içindeki değişimi izlemek,
- İçsel ve dışsal kıyaslama yapmak,
- İstekleri ya da düzenleme ile ilgili gereksinimleri yerine getirmektir (Budak, 2008b).

Pozitif Hasta Güvenliği Kültürünün Özellikleri

- İletişim, karşılıklı güven ve açıklığa dayanır.
- İyi bir bilgi akışı ve bilginin kullanımı vardır.
- Hasta güvenliğinin önemi konusunda ortak bir algılama vardır.
- Hatanın kaçınılmaz olduğu bilinir.
- Güvenliği etkileyen gizli tehditler erken tanımlanır.
- Organizasyonel öğrenme önemlidir.
- Liderlik ve yönetim sorumluluğunda kararlılık vardır.
- Hata/olay bildirim ve analizlerine “cezasız” yaklaşım ön plandadır (Sandars and Cook, 2007).

Hasta güvenliği kültüründe hasta kendi hakkında karar verme hakkını kullanması için aydınlatılmalıdır. Ayrıca hastane, kurum, hekim, hemşire ve personel güvenlik için aydınlatılmalı ve yapılan aydınlatmalar kaydedilmelidir (Akalin, 2004; Çakmak, 2009). Hastayı ya da yasal temsilcisini uyarmak bu kültürde önemli yer tutmaktadır (<http://www.performans.saglik.gov.tr/conten..>, Erişim Tarihi: 01.12.2009).

Hastanelerde hasta güvenliğine yönelik sistemlerin oluşturulması ve hasta güvenliği kültürünün yerleştirilmesi sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması açısından kritik öneme sahiptir (Tak, 2009).

İyi bir hasta güvenliği kültürü için 4 önemli öge mevcuttur. Bu ögeler aşağıdaki şekilde belirtilmektedir:

- 1.) Adalet ve kurallara uygunluk,
- 2.) Esneklik,
- 3.) Eğitim,
- 4.) Sistematik raporlamadır.

Bu ögeleri multidisipliner bir sistematik haline getirmek hastane yöneticilerine ve liderlerine düşmektedir (Al-Ishaq, 2008; Hellings et al., 2007).

Hasta güvenliği kültürü oluşumunda aşağıda yer alan maddeler önem taşımaktadır:

- Tıbbi hataları açığa vurmaya en önemli adımdır. Ayrıca sağlık hizmetlerinin gelişmesinde personele ait hataların raporlanması önemli kısmı oluşturmaktadır.
- Personel bildirimlerindeki (hata raporları) eksiklikler kesinlikle uğraşmaya değerdir. Çünkü personelde cezalandırma korkusu hataların sesli bir şekilde dile getirilmesini engellemektedir.
- Sağlık hizmetlerindeki şahit kavramının hala devam etmekte olması da hataların raporlanmasındaki en önemli engellerden biridir. Bu cezalandırma korkusu hem hata yapan personeli hem de şahit konumundaki kişinin raporlama yapmasına engel olmaktadır.
- Kadro sayısı, eş kıdemliler karşısında zor duruma düşme hatalı olan personelin önündeki engellerin statü kısmını oluşturmaktadır.
- Hatalı olaylar karşısında bireyler bunu disiplinsizliğin göstergesi saydıkları için raporlama oranı düşmektedir.

Burada iş hemşire liderlere düşmektedir. Lider personeli disiplin korkusu taşımadan, açık iletişim halinde sistem hatalarını ortaya çıkarma konusunda ikna yoluna gitmelidir (Vogelsmeier and Cawiezell, 2007).

Etkili güvenlik kültürü oluşturmada iki önemli kavram güvenlik kültürünü etkilemektedir. Bunlar; hataların raporlanması ve hataların açıklanmasıdır. Hangi hataların belirlendiği, kabullenildiği, raporlandığı, ilgili veya etkilenen kişilere bildirildiği durumu, güvenliğin ne kadar iyi işlediğinin göstergesidir (Filiz, 2009). Raporlama, risklerin erken tanınmasında hasta yaralanmalarını önlemede son derece önemlidir. Bu durum güvenlik, dürüstlük, doğruluk kültürü sağlamaya hastalar ve sağlık bakım profesyonelleri arasındaki açık iletişimle bağlantılıdır. ICN hasta güvenliğini sağlamada açık yönetim politikalarını ve şeffaflık felsefesinin önemini vurgulayarak, hata yapanların suçlanma ve ayıplanma gibi nedenlerden dolayı bildirimde bulunmamasını bu yaklaşım ile önleyebileceğini belirtmektedir (Sezgin, 2007). Spenser hasta güvenliği kültürünün yeterli rapor hazırlama sistemlerini, raporları temel alarak yerine getirilen faaliyetleri, esneklik ve edinilen deneyimlerden öğrenme gibi unsurları (öğrenen örgüt) içermesi gerektiğini ileri sürmektedir (Gallagher et al., 2006). Hata rapor edilmesinde en büyük yanlışlık (hatayı önlemede en büyük engeldir) hata yapanları cezalandırmaktır (Leape and Berwick, 2005). Hata nedeni ile personelin cezalandırılması ile hataların raporlanması azalır, doğal olarak hatalar raporlanmayınca da gerekli önlemler alınamayacak ve aynı hatalar tekrarlayacaktır (Aspden et al., 2004).

Hataların rapor edilmeme nedenleri yönetim, hastalar, laboratuvar çalışanları ve doktorlar tarafından ayıplanmaktan duyulan korku; hatanın tanımı konusunda ortak bir görüşe varılamaması, yönetimin destekleyici olmayan yanıtları ve rapor hazırlamanın belirli bir çaba gerektirmesi gibi unsurlardan kaynaklanmaktadır (Tütüncü ve ark., 2007).

Raporlama sisteminin sahip olması gereken özellikler aşağıdaki şekilde belirtilmiştir:

- Açık ve net olarak tanımlanmış hedefler olmalıdır.
- Raporlama yapacak kişiler net olarak tarif edilmelidir.

- Rapordan hangi bilgilerin ve verilerin elde edileceği bilinmelidir.
- Raporu almak ve verileri yönetmek için gerekli mekanizmalar olmalıdır.
- Analiz için uzmanlık bilgisi olmalıdır.
- Bildirilen olaya geri dönme veya cevap verme sorumluluğu olmalıdır.
- Raporlanan olayların sınıflandırılması için yöntem belirlenmelidir.
- ~~Bulgulardan faydalanma için mekanizma oluşturulmalıdır.~~
- Teknik yapı ve veri güvenliği olmalıdır.
- Suçlamalar kaldırılmalıdır.
- Liderlik geliştirilmelidir.
- Sistem odaklı olunmalıdır.
- Çalışanlar arasında açık bir iletişim geliştirilmelidir (Kaya Eroğlu 2009, <http://www.performans.saglik.gov.tr/com.>, Erişim Tarihi: 30.11.2009).

Leepe, rapor edilmeyen tıbbi hataların ülke genelinde giderek arttığını, büyük hataların yalnızca %3'ünün rapor edildiğini belirtmiştir. Hataların rapor edilmesinde yapılan en büyük yanlışlığın (hatayı önlemede en büyük engeldir) hata yapanları cezalandırmak olduğuna işaret etmiştir (Çakır, 2007). Kurum hasta güvenliği kültürünün oluşmasında pasif etken gibi görünen hasta ve hasta yakınlarını takımın bir parçası oldukları ve daha fazla kalite talep etmeleri gerektiği konusunda bilgilendirmelidir (Hellings et al., 2007).

Hasta güvenliği kültürü oluşturulurken farkındalık yaratma düzeyindeki bir eğitimde verilmesi gereken mesajlar aşağıda belirtilmektedir:

- Tıbbi hataların varlığı, herkesin hata yapabileceği ya da hataya maruz kalabileceği,
- Raporlama, değerlendirme ve düzeltici faaliyetleri içine alan bir sistemin çalışanların görüşlerinin alınarak oluşturulması,

- Hataların raporlanması, raporların toplanması ve değerlendirilmesinde dikkat edilecek gizlilik ilkesi,
- Önlenmesi veya düzeltilmesi için üst yönetimle paylaşım sonrası cezalandırıcı olmayan yaptırımlar şeklinde olmalıdır (Hellings et al., 2007).

Hasta güvenliğinin öneminin vurgulanması ve tüm çalışanlarca benimsenmesi de hasta güvenliği kültürünün oluşmasında en önemli unsurlardan biridir. Hastanelerde hasta güvenliği kültürü oluşturmak ya da geliştirmek amacıyla hastane yöneticilerinin en fazla dikkate almaları gereken konuların başında, genel olarak hastane yönetim desteği gelmektedir. Hasta güvenliği konusunda hastane yönetim desteği, bu kültürün oluşmasında en önemli unsur olarak karşımıza çıkmaktadır (Tütüncü ve Küçükusta, 2006b). Genel güvenlik algısı ve birimler içindeki takım çalışması da güvenlik kültüründe en önemli değişkenler arasındadır (Gallagher et al., 2006).

Evrensel düzeyde kabul görebilecek bir sağlık kültürünün oluşmamış olması hasta güvenliği kültürünün oluşmasını ve gelişmesini zorlaştıran en önemli nedendir (Pronovost et al., 2003). Hasta güvenliğinin hatalara bağlı olduğu hasta güvenliği kültürü oluştururken çok net bir şekilde ortaya konulmuştur. İnsanlar mutlaka hata yapacaklardır: Yöntem, donanım hataları olduğu kadar insani, profesyonel sistem, prosedür ve tıbbi malzeme kaynaklı hatalar da olabilmektedir. Hasta güvenliği kültüründe profesyonel ve organizasyonel kültür arasında bir fark vardır ancak aralarındaki etkileşimde göz ardı edilemez. Sağlık kurumlarında doktorlar ve hemşireler eğitilmeli ve bir çeşit profesyonellik kültürü oluşturulmalıdır (Flin et al., 2006).

Birçok çalışan hasta güvenliği kültürü oluştururken yapılmış tıbbi ve uygulama hatalarının açıklanması sonucunda hataların kriminal suç, kendilerinin de kriminal suçlu olarak düşünüldüğüne inanmaktadırlar (Hughes and Lapane, 2006; Al-Ishaq, 2008).

Hasta güvenliği kültürü oluşturmayı ilk öncelik olarak benimsemiş olan sağlık kuruluşlarının bazı karakteristik özelliklerinden dolayı zorluklar yaşaması olağandır. Bunlar aşağıdaki şekilde belirtilmektedir:

- **İleri seviyede otonomi sahibidirler ve aynı zamanda birbirine bağımlıdırlar:** Bireyler bağımsız operatörler olarak hareket yetkisine sahiptir fakat görevlerini gerçekleştirecek diğer kişilere de güvenmek durumundadırlar.
- **Birbirine bağlı çalışan değişik kültürlerden kişiler ve ekipler mevcuttur:** Bireyler (doktorlar ve hemşireler gibi) bir takımın üyesi gibi birbirine bağlı çalışırlar bu sebeple birbirlerinden farklı meslek grubundakilerin karmaşık olan görevlerini etkili bir biçimde yerine getireceğine güvenmelidirler.
- **Potansiyel güvenlik tehditleri konusunda sürekli kaygının egemen olduğu bir tutum vardır:** Genellikle yüksek riskli durumlarda bir kişi yönetimi eline alıp, sonuçları izlemektedir.
- **Eğitim, yüksek önceliklidir:** Sürekli olarak eğitimlere katılırlar ve güncel bilgileri ile hizmet sunma sorumlulukları vardır.
- **Yüksek riskli durumlarda işbirlikçi bir yapı öne çıkmaktadır:** Yüksek riskli durumlarda güvenliği sağlamak için hiyerarşik yapı ortadan kalkar. Tüm ekip üyeleri birbirinin aksiyonlarını geri bildirim yapılması sayesinde takip etmektedir (Sandars and Cook, 2007).

Hasta Güvenliği Kültürü Yaratma ve Uygulamada Başarı Faktörleri

Hasta güvenliği kültürü yaratma ve uygulamadaki başarı faktörleri aşağıdaki şekilde sıralanmaktadır:

- Kuvvetli bir iletişim planı,
- Gözle görülür lider desteği,
- İyileşmeyi değerlendirmede kullanılacak anketlerin çok iyi belirlenmesi, uygulama öncesi ve sonrası yapılan değerlendirmelerde bu anketlerin kullanılması,
- Kısa dönem başarılarının duyurulması, kutlanması ve tüm çalışanlar tarafından paylaşımının sağlanması,

- Uzun süreli başarılar için takım çalışmaları ve takım olarak çalışmanın iyileştirilmesi programlarının uygulanması,
- Hasta ve ailesi ile ortaklık kurulmasıdır.

Güven duyarak sağlık hizmeti almak üzere başvuran birey, hak ettiği hizmeti almayı ve sağlıklı bir yaşam sürdürme hedefine ulaşmayı planlamaktadır. Bu hedefe varma sürecinde sağlık personeli “görünen” sistem ise “görünmeyen” ve aslında her şeyin “özünde” yer alan araçtır. Hasta güvenliği kültüründe görünen ve görünmeyen ortak bir organizasyon içerisinde yer almalıdır (Glanville, 1998).

Sağlık kurumu güvenlik merkezli bir kültür oluşturmak için aşağıda yer alan ilkeleri yerine getirmelidir:

- Cezalandırıcı olmayan raporlama sistemi oluşturmalı,
- Proaktif sistem analizi yapmalı ve risk azaltma stratejileri geliştirmeli,
- Süreçleri ve ekipmanları standardize etmeli,
- Etkili bir iletişim sağlamalı,
- Yeterli ve etkili personel alımı yaptığından emin olmalı,
- Tüm çalışanlara ekip çalışması eğitimi vermeli,
- Hastanın katılımını teşvik etmeli ve desteklemelidir (Dang et al., 2002).

Hasta güvenliği kültürünün gelişmesi için yeterli sayıda ve düzenli aralıklarla eğitimler verilmesi gerekmektedir. Sadece kurum çalışanlarına eğitim vermek yeterli değildir, liderleri de eğitimlere dahil etmek gerekmektedir. Liderlerin desteğini almadan yapılan iyi niyetli çalışmalar zamanla birbirini şikayet etme, suçluyu bulma ve cezalandırma süreçlerine dönüşecektir. Ancak çok az sayıda idareci ve lider güvenlik kültürünü birinci öncelik haline getirmektedir (Gallagher et al., 2006).

Kanada'da hasta güvenliği kültürü ve kalitenin geliştirilmesinde altı önemli anahtar madde bulunmaktadır.

1. Stratejik oryantasyon yapmak,
2. Açık ve görülebilen politikalar geliştirmek,
3. Araştırmaların hasta güvenliği kültürünün ayrılmaz parçası olmasını sağlamak,
4. Birlikte hareket etmek,
5. Ulusal hasta güvenliği kültürü sorumluluğu başlatmak,
6. Academy of Canadian Executive Nurses (ACEN) ile yerleşmiş gelenekler arasındaki bağlantıyı göstermektir (Nicklin et al., 2004).

Hasta güvenliği kültürünün yaygınlaştırılmasında en önemli etken bilgi paylaşımıdır. Sağlık kuruluşlarının hasta ve çalışan güvenliği adına yaptıkları tüm çalışmaları paylaşmaları ülkemizde hasta güvenliği kültürünün yaygınlaşmasına katkı sağlayacaktır. Hasta güvenliği kültürünün yaygınlaşması; sağlık kuruluşlarında tıbbi hataları önleyecek sistemlerin oluşmasını sağlayacak, böylelikle hastalar ve sağlık çalışanlarının zarar görmesi engellenmiş olacaktır (Sezgin, 2007). Türkiye'de hasta güvenliğini destekleyen merkezi bir otorite yoktur ve kurumlar kendi inisiyatiflerine göre hareket etmektedir. Sağlık hizmeti sunumunda standardize edilmiş süreçlerin kullanılmaması, tıp eğitiminde farklı kültürlere sahip eğitmenlerden gelen davranışların meslek hayatına yansıtılması ve standardizasyonun anlamsız bulunması, kayıt sistemlerinin ve kaydetme kültürünün yetersiz olması, eğitim alt yapısının çeşitlilik göstermesi, kalite bilincine sahip sağlık yöneticisi sayısının yetersiz olması, kesintisiz sağlık hizmeti sunuyor olmak, uluslararası standartlarla çalışmayı zorunlu kılmayan bir yapının olması hasta güvenliği kültürünün yayılmasını zorlaştırabilecek faktörler arasında sayılabilir (Vogelsmeier and Cawiezell, 2007; Budak, 2008b).

Çalışanların eğitilmiş ve nitelikli olması ve Türkiye'de kalite bilincinin yayılmaya başlaması kültürün yayılmasını kolaylaştırabilecek faktörlerden sayılabilir. Uluslararası hastane standartlarını kullanan hastane sayısının gittikçe artması, hem rekabeti

arttırmakta hem de hastanedeki standardize edilmiş süreçleri kullanmaya itmektedir (Budak, 2008b).

Hasta güvenliği kültürü; bilgi ve iletişim teknolojilerini bir araya getiren multidisipliner bir yapıdır. Bilgili olmayı ve enformasyonu ayıklamayı sağlayan en önemli davranış “kayıt tutma”dır. Tutulan kayıtların işe yararlılığının en önemli kriteri ise kullanılan terminoloji ve benimsenen ortak dildir. Kültür oluşturmada çağımızın sorunu budur. (Hellings et al., 2007).

Yapılan çalışmalar sonucunda “Institute of Medicine” 1999 Raporu’ndan bu yana hasta güvenliği ile ilgili çalışmaların çoğu ilaç hataları ve yanlış taraf cerrahisi üzerinde yoğunlaşmış, çoğunlukla reaktif bir yaklaşım izlenmiştir. Makro ve proaktif bir yaklaşıma olanak veren hasta güvenliği kültürü konusuna yeterli derecede önem verilmemiştir (Çakır, 2007; Budak, 2008b; Vogelsmeier and Cawiezell, 2007). IOM 1999 yılından bu yana ilaç hataları ve yanlış taraf cerrahileri gibi hasta güvenliği konularına odaklanmış ve hasta güvenliği kültürünü önemle vurgulamıştır (Çakır, 2007).

Havacılık kazalarının dikkat çekmesinin en büyük nedeni, çok sayıda insan ve kaynak kaybına yol açmasındandır. Sağlık kurumlarındaki hataların kamuoyunun dikkatini çekmesi ancak 1990’lardan sonra olmuştur. Amerika Birleşik Devletleri’nde hastaneye yatan 33,6 milyon hasta temel alınarak yapılan çalışma sonucuna göre tıbbi kazalar sonucunda her yıl 44,000 ile 98,000 kişinin öldüğü ortaya konulmuştur. İngiltere’de her yıl 40,000 hastanın benzer nedenlerden öldüğü tahmin edilmektedir. Kanada’da bu sayının 5,000 ile 10,000 arasında olduğu tahmin edilmektedir. Ayrıca hastaların hastanede yatma süresinin uzamasının ve sağlık kurumlarında meydana gelen tıbbi hatalardan kaynaklanan ölümlerin önemli sayılara ulaştığını Avustralya’da yapılan çalışmalar da ortaya koymaktadır. Bu konu sadece söz edilen ülkeler için değil dünyadaki diğer ülkeler bakımından da önemlidir. Bu açıdan, kültürler arası çalışmalar hasta güvenliği kültürünün gelişmesine yardımcı olabilir (Tütüncü ve ark., 2007; Akalın, 2005).

Sağlık personelinin hizmet verme sürecindeki beklentisi, iyi hizmet vererek mesleki tatmin ve toplumsal fayda elde etmektir. Bu yolculukta personel için en uygun araç

Kanıt Dayalı Tıp (KDT)'tir. Bu ise en iyi hasta güvenliği kültürü oluşturularak kullanılabilir. KDT, hasta bakımı ile ilgili alınan kararlarda mevcut en iyi kanıtların dikkatli, şeffaf ve akılcı kullanımınıdır (Glanville, 1998).

Kurumlarda oluşturulacak hasta güvenliği kültürü; hataların süreçlerin ve sistemle ilgili sorunların açıkça ve cezalandırılma korkusu olmadan tartışılabilir bir ortam yaratacak, hasta güvenliği ile ilgili yapılan çalışmaların başarılı ve sürekli olmasını sağlayacak ve böylelikle, tanı ve tedavi süreçleri ile sağlık çıktıları önemli ölçüde iyileşecektir (Budak, 2008a). Hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesi için bireysel düzeyde, ekip düzeyinde, çalışılan birim/departman düzeyinde, kurum düzeyinde, ulusal düzeyde ve uluslararası düzeyde yapılabilecekler vardır. Hasta güvenliği liderlik vizitleri, güvenlik toplantıları, ekip çalışması eğitimi, SBAR (Situation/Durum, Background/Klinik Geçmiş, Assessment/Değerlendirme, Recommendation/Öneri-Çok miktarda bilgiyi kısaca ve özlü olarak aktarmak için tasarlanan yapılandırılmış bir iletişim tekniği) gibi tekniklerle iletişimin artırılması ve güvenlik bildirim sistemi kurulması yapılabileceklerden bazılarıdır (Kaya, 2009).

Press Ganey'in araştırma sonuçlarında hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesi için gerekli olan beş önceliğin iletişimi ile ilgili olduğu belirtilmektedir:

1. Hastane yönetimi ancak olumsuz bir durum ortaya çıktıktan sonra hasta güvenliğine ilgi göstermektedir.
2. Personel, üst yetkililerin kararlarını ve eylemlerini sorgulamakta kendini özgür hissetmektedir.
3. Kısa sürede birçok uğraşlarla ilgilenerek sürekli kriz halinde çalışılmaktadır.
4. Olay raporlarına dayanarak geliştirilen değişiklikler hakkında geri veri alınmaktadır.
5. Hastane birimleri birbiriyle iyi koordinasyon sağlayamamaktadır (Budak, 2009).

John Hopkins Hospital'de hasta güvenliği kültürünün yerleştirilmesi ve iyileştirilmesi için yapılabileceklerin neler olduğu ve nasıl başarıya ulaştığı ile ilgili olarak yapılan programın ana hatları aşağıdaki şekilde belirtilmektedir:

1. Çalışmanın yapılacağı birimlerdeki tüm çalışanların hasta güvenliği kültürünün ölçülmesi,
2. Tüm çalışanların hasta güvenliği konusunda eğitilmesi,

3. Kùltür anketi sonuçlarına göre çalışanların hasta güvenliği konusundaki endişelerinin belirlenmesi,
4. Kıdemli liderin söz konusu birimde haftada bir hasta güvenliği viziti yapması,
5. İyileştirme yöntemlerinin uygulamaya konulması,
6. Sonuçların bildirilmesi,
7. Bilgilerin yaygın olarak paylaşılması, başarı hikâyelerinin geliştirilmesi,
8. Kùltür anketinin tekrarlanmasıdır.

Bu çalışmanın ilk altı aşaması altı ay, son iki aşaması ise bundan altı ay sonra yapılmaktadır. Hasta güvenliği kùltürünün kurumsal kùltürde yer alabilmesi için mutlaka hastaların da hasta güvenliği konusuna katkıda bulunması gerekmektedir. Hasta ve hasta yakınları hasta güvenliği vizitlerinde yer almalıdır. Hasta güvenliğini iyileştirmek için başlatılan uygulamaların izlenmesinde rol almalarının faydası olabilmektedir (Handler et al., 2006). Bu tip çalışmaların başlangıçta özellikle hasta güvenliğinin çok önemli olduğu, hata riskinin yüksek olduğu birimlerde (yoğun bakım birimleri gibi) yapılması önerilmektedir (Akalin, 2004).

Türkiye sağlık sektöründe JCI hedeflerinde içinde olduğu ulusal ve uluslararası hasta güvenliği kùltürü yaygınlaşmaya başlamıştır. Joint Commission International'ın hasta güvenliği kùltürünü sağlamada güzel bir sloganı vardır: "Önce Zarar Verme". Bu sözden anlıyoruz ki; tıbbi hatalar ve hasta güvenliğine zarar verecek tüm riskler önceden alınacak tedbirlerle önlenbilir veya en aza indirgenbilir (Çakmak, 2009).

Kurumların hasta güvenliğini sağlamada; akreditasyon standartlarının hasta güvenliği hedeflerine uygun sistemi kurması önem taşımaktadır. Akreditasyon standartları ve hasta güvenliği hedefleri, hasta bakım kalitesinin geliştirilmesi, güvenli bakım çevresinin oluşturulması, bina ve tesisat risklerinin tanımlanması ve kontrolü, ilaç güvenliği, hasta ve çalışan güvenliği risklerinin en aza indirgenmesi ve süreçlerin objektif izlenerek iyileştirilmesi için en yararlı kalite yönetim sistemi modelidir. Bu modelin kurulması ile kuruluştta hasta ve çalışan güvenliği kùltürü başlar. Bu kùltür hekim, hemşire, yönetici kadrolarının sisteme sahip çıkarak yürütmesiyle kurum kùltürü haline gelir ve önlenbilir tıbbi hatalardan kaynaklı önce hastaların zarar görmesi

azaltılır veya sıfırlanır; bunun yansımaları olarak maliyetler de azaltılmış olur (Çakmak, 2009).

Hasta güvenliği kültüründe elde edilecek olumlu katkılar, maddi kazançlardan ayrı insan yaşamının uzamasına, insan kayıplarının giderilmesine ve yanlış sonuçların oluşmasına engel olabilecektir. Bunlara bağlı olarak maddi kazançlar daha iyi sağlık hizmetinin verilmesine kanalize edilebilecektir (Tütüncü ve ark., 2007).

Kapitalist ülkelerin içinde bulunduğu vahşi ortam, gelir katmanlarına göre insanların tedavi süreçlerinden yararlanabilmelerini ve buna bağlı olarak ta ciddi bazı sorunların gündeme gelmesini beraberinde getirmektedir. Bu sistem içinde yer alan hastanelerin sigorta şirketleri ve bilinçli hastaların hasta hakları çerçevesinde davranışlarıyla, önemli kayıplara uğramaları sonucuna götürmektedir. Buna bağlı olarak sivil toplum örgütleri hasta güvenliği kültürünün olumlu bir şekilde dönüşüme uğratılması gerekliliği üzerinde şiddetle durmaktadır. Oluşturulan kamuoyu ve baskılar devletlerin de bu alanda yapılan çalışmalara destek olması zorunluluğunu ortaya koymuştur. Dünya Sağlık Örgütü de gelişmiş olduğu varsayılan bazı ülkelerin ivmesiyle, bu sürece katılmıştır. Tüm dünyada esen bu hızlı olumlu değişim havası, hasta güvenliği kültürüne yönelik araçların geliştirilmesi zorunluluğunu beraberinde getirmiştir (Tütüncü ve ark., 2007).

Hasta güvenlik kültürünü ölçmek için çok sayıda araç vardır. Ancak bunlar, kültürün tek alanını ölçmede ve sınırlı geçerlilik, güvenilirliği bulunmaktadır (Pronovost and Sexton, 2005). Hasta güvenliği kültürünün iyileştirilmesinde yararlı olabilecek yöntemler aşağıda belirtilmektedir:

- Klinik uygulama rehberleri,
- Klinik yol haritaları,
- Klinik karar verme destek sistemleri,
- Davranış değişikliğini sağlayacak eğitim programları,
- Yasal önlemler, akreditasyon, hizmet alıcıların zorlamalarıdır (Akalin, 2005; Çakmak, 2009).

Hasta güvenliğinin sağlanabilmesi için konunun kurum kültürü içinde yer alması ve hataların cezalandırılmaması felsefesinin benimsenmesi şarttır. “Tıbbi hatalar neden geliyor?” sorusunun cevabını verebilmek ve hasta güvenliği konusunda iyileştirme yapabilmek için AHRQ eski direktörü JM Eisenberg’in de belirttiği gibi öncelikli olarak sistematik bir yaklaşım içine girmek gerekir. Bu yaklaşım içinde kanıt toplama ve araştırma, sistemdeki sorunlara cevap verecek stratejilerin geliştirilmesi ve kurumda korkmadan, çekinmeden hataların bildirilebildiği bir hasta güvenliği kültürünün yaratılması yer almalıdır (Jeongeun et al., 2007; Helmreich, 2000; Cooper et al., 2008). Hasta güvenliği kültürünün yaratılması ve kalıcı olabilmesi için liderlerin bu konuyu sahiplenmesi gerekir (Jeongeun et al., 2007; Pronovost et al., 2003).

Lider hasta güvenliği konusunda bazı davranışlar sergilemelidir. Bunlar aşağıdaki şekilde belirtilmiştir:

- Hasta güvenliği konusunun herkesin sahiplenmesi gereken bir konu olduğunu ilan etmesi,
- Hasta güvenliği konusunda liderler, çalışanlar ve hastalar arasında açık iletişimi teşvik etmesi,
- Çalışanlara hasta güvenliğini tehdit eden işlemleri belirleme ve azaltma konusunda sorumluluk devretmesi,
- Hasta güvenliği için kaynak ayırması,
- Tüm çalışanların hasta güvenliği konusunda sürekli eğitimlerinin sağlanmasıdır (Flin et al., 2006).

Hasta güvenliğinde liderlik yönetimi ileri bir nitelik ve ustalık gerektirmektedir. Hasta güvenliği kültürünün en temel unsurlarından biri olan liderlik pozisyonu kültürün evrim ve yansımalarında kilit noktadır (Handler et al., 2006; Ying Wunderlich and Kohler, 2001; Matsubara et al., 2008; Castle and Sonon, 2006).

Hasta güvenliği kültürünün anahtar elemanları;

- Sağlık sisteminin yüksek riskli sorumluluk olduğunun bilinmesi,
- Hasta zararlarının üstlenilmesi ve açıkça ortaya konulması,
- Disiplinli bir sistemle çevresel dengenin sağlanmasıdır (Aspden et al., 2004; Castle and Sonon, 2006).

Hasta güvenliği kültürü kolay geliştirilebilecek bir değer değildir. Öncelikle kurumsal liderliğin bu değişimin ne kadar önemli olduğunu kendisinin kabul etmesi, daha sonra da tüm kuruma değişimin gereğini ve neler getireceğini açık bir şekilde anlatması ve paylaşması gerekmektedir. Hasta güvenliği kültüründe; yüksek riskli ve hata yapılabilecek aktivitelerin belirlenmesi, tıbbi hataların korkusuzca ve çekinmeden bildirilebildiği ve cezalandırılmadığı bir ortamın yaratılmış olması, riske açık uygulamalarda her düzeyde çözümlerin üretiliyor olması önem taşımaktadır (<http://www.pfeiffer.com>, Erişim Tarihi:05.03.2010).

Şeffaflık, sağlık personelinin çalışma sorumluluğuna öncülük eder ve hatalarını, sorumluluklarını kabullenmesini sağlar. Şeffaflığın gelişmesi için öncelikle personelde bireysel kültür ortaya çıkarılmalıdır. Hasta güvenliği kültüründe ilerleme için birey sorumluluğu sürdürülürken; açığa çıkarılan geri dönüşümlerden öğrenme teşvik edilmekte ve bu hasta güvenliği kültürünün ana damarını oluşturmaktadır. Bu kültürün başarılı olabilmesi tüm üyelerinin yapılanlardan kuşku duymadan (şeffaflık, hata raporlama) organizasyonda aktif rol almaları ile sağlanmaktadır. Üyeler daha dikkatli olacaklar, çalışma ve davranışlarının süreçleri konusunda bilgi sahibi olacaklardır. Hasta güvenliği kültürünün sağlanmasında öncelikli olarak liderler, yöneticiler ve üyeler sorumlu tutulmaktadır (Vogelsmeier and Cawiezell, 2007).

Hasta güvenliği kültürü sadece hekim ve hemşireleri ilgilendirmemektedir. Tüm sağlık personeli doğrudan ve dolaylı olarak hasta güvenliğinden sorumlu olduğu için; oluşturulacak kültür ortamı tüm personeli içermelidir (Matsubara et al., 2008). Ayrıca hasta güvenliği kültürü hasta ve hasta yakınlarını da ilgilendirmektedir (Aspden et al., 2004).

Bakım evleri hastaların (özellikle 65 yaş üstü) sıkça başvurdukları ve bakım hizmeti aldıkları birimlerdendir. Bu birimlerde hasta güvenliği organizasyonları hastanelerdeki kadar mümkün olamamaktadır ve hasta güvenliği kültürü anketlendirme ile kalan bir gelişimden öteye geçememektedir (Lee, 1996; Al-Ishaq, 2008; Castle and Sonon 2006).

Hasta Güvenliği Kültüründe aşağıda yer alan tüm bölümler bir arada çalışmalıdır:

-Üst Yönetim,

-Tıbbi kadro yönetiminde tanımlanan komiteler,

-Risk yönetim komitesi,

-İlaç yönetim komitesi,

-Transfüzyon komitesi,

-Tıbbi kayıt komitesi,

-Sürekli kalite geliştirme bölümü,

-Hasta güvenliği ölçme ve değerlendirme,

-Standardizasyon, Akreditasyon,

-Tıbbi ve idari tüm bölümlerde yer alan sistemler bir arada çalışmalıdır (Gallagher et al., 2006).

Hasta güvenliği kültüründe temel hedefe ulaşırken uygulanması beklenenler aşağıdaki şekilde belirtilmektedir:

- Güvenli bir sağlık hizmeti (hasta güvenliği): Hastalara yardım ederken zarar vermekten kaçınma,
- Etkili bir sağlık hizmeti: Bilimsel bilgiler ve kanıta dayalı tıp uygulamalarına dayalı hizmet sunumu, sağlık hizmetinin az veya gereksiz kullanımının önlenmesi,

- Hasta odaklı sağlık hizmeti: Hastanın ihtiyaç, değer yargıları, ve tercihleri doğrultusunda ve klinik karar verme mekanizmalarına ortak edilerek sunulan bir sağlık hizmeti,
- Zamanında verilen sağlık hizmeti: Beklemelerin sağlığa zarar vermesinin önlendiği bir sistem,
- Verimli sunulan sağlık hizmeti: İsrafın önlendiği, maliyet etkin bir sağlık hizmeti sunumu,
- Eşit dağılım: Sunulan sağlık hizmetinin kalitesinin ırk, cinsiyet, renk, coğrafya ve sosyoekonomik farklılıklara bakılmaksızın eşit olmasıdır (Akalin, 2004; Güven, 2007).

Burada amaç öyle bir model oluşturmaktır ki bu model sağlık birimlerindeki patolojik ve bürokratik kültürü büyük ve sistemli bir “hasta güvenliği kültürü” haline getirmektir. Bu açıklığa kavuşturulduğunda hasta güvenliği kültüründe;

- Sistematik birikim ve organizasyonlar doğrultusunda, yaşam tecrübesi ve kültürü, zikredilen faaliyet alanını düşünceleri değiştirmek için hazır bulunmalıdır. Bunun nasıl hazırlanacağı ve yapılacağı da hasta güvenliği kültürü ile sağlanabilmektedir. Hastalara sağlık hizmeti veren kurum ya da birimlerin tarzı ne olursa olsun; fonksiyona göre hasta güvenliği sağlanmalıdır.
- Sistemlerin kör uçları organizasyonda bulunan kişileri; yönetici, müteveli heyeti, en üstteki lider hasta ve hastaya ait sistemden bürokratik, teknolojik, kültürel ve ekonomik kararlar nedeni ile uzak tutmaktadır. Hasta güvenliği kültürü bunun önüne geçmeyi hedeflemektedir.
- Sistemin keskin ucunu oluşturanlar ise, hasta ve hasta yakınları ile direkt münasebette bulunmak durumunda kalan kısımdır. Bunlar: Hemşire, doktor, eczacı, tekniker, özel medikal görevliler ve hasta bakıcı personeldir. Ayrıca bunlar hasta güvenliği için en temel basamaklardır (Rich, 2009).
- Kültürün oluş sisteminde paylaşılan duygu, inanç, değer, gelenek, inanış ve objelerin nasıl bir tutumda değerlendirildiği ve davranış standartlarının sağlık vericiler tarafından nasıl düşünüldüğü yer almaktadır. Hasta güvenliği kültürü genellikle öğrenilerek kazanılmış ve kalıtsal davranışları içermektedir (Rich, 2009).

Genel ve informasyonel güvenlik kültürü örtülü bir iletişime değil; açık, şeffaf, nazik bir iletişime, organizasyonun her kademesinde güvene dayanmaktadır. Bu güveni oluşturmak için personeli eğitmek, gerekli yerlerde ödüllendirmek sistemi daha güçlü kılacak ve ilerletecektir. Hasta güvenliği kültürü içerisindeki bu sistemde çalışanlarda hataları açık ve doğru bir şekilde ifade edecek ve çalışma süresi içerisinde eğitimlerine imkan verilecektir (Rich, 2009).

Azarlayıcı, aşağılayıcı, kabul etmez şekildeki sorunlu bir sistemden uzaklaştırılarak onure edici, aşırı önemseyici ve güçlü personele sahip sisteme geçilmelidir (Reeder, 2001).

Daha güvenli bir sağlık sistemine ulaşmak, hataların ertelenmesi ve yeni hataların doğmaması için hasta güvenliği kültürü değerlendirilmeli ve geliştirilmelidir (Handler et al., 2006; Ying Wunderlich and Kohler, 2001; Matsubara et al., 2008).

Kurumlarda oluşturulacak hasta güvenliği kültürü hataların, süreçlerin ve sistemle ilgili sorunların açıkça ve cezalandırılma korkusu olmadan tartışılabileceği bir ortam yaratacak hasta güvenliği ile ilgili yapılan çalışmaların başarılı ve sürekli olmasını sağlayacak ve böylelikle, tanı ve tedavi süreçleri ile sağlık çıktıları önemli ölçüde iyileşecektir (Dang et al., 2002).

4.2. HEMŞİRELİKTE HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ

Sağlık hizmetleri sunumunda hemşireler, diğer sağlık çalışanları içinde en büyük grubu oluşturmakta olup, bakımın her alanında hasta güvenliği ile iç içedirler (Çırpı ve ark., 2009; Filiz, 2009; Sezgin İnce, 2008). Bu önemli rol hemşirelere sağlık sisteminde hasta güvenliği ile ilgili problemleri belirleme ve çözümlerini sağlamada önemli bir sorumluluk vermektedir (<http://www.nursingworld.org.>, Erişim Tarihi: 02.05.2010).

Fakat günümüzde yaşanan hemşire eksikliği nedeniyle hasta güvenliği ve sağlık bakım hizmetlerinin kalitesinin ciddi bir tehlike ile karşı karşıya kaldığı düşünülmektedir (Storch, 2005). Hastanelerde sağlık bakım hizmeti veren, verdikleri hizmeti denetleyen, koordine eden, 24 saat aralıksız sağlık bakım hizmeti sağlayan hemşireler, hasta güvenliğinin sağlanmasında büyük öneme sahip olan meslek üyeleridir ([www.cna.aiic.ca/patient safety.](http://www.cna.aiic.ca/patient_safety.), Erişim Tarihi: 29.11.2009; Filiz, 2009).

Hasta bakımında kalitenin korunması, sağlıklı istihdamın göstergesi olduğu için hemşire sayısının yetersiz olduğu ortamlarda güvenli hasta bakımından söz edilemez. Hemşire istihdamı sadece hastaya bakım verecek personel sayısına bağlı olmayıp, iş yükü, iş ortamı, hasta durumunun karmaşıklığı, hemşirelerin bilgi ve beceri düzeyi, görev ve yetki dağılımı ile de ilgilidir (Filiz, 2009). Hasta güvenliğinin oluşumunda en önemli faktörlerden birisi de iletişimdir. 1994 yılında Winnipeg Sağlık Bilimleri Merkezinde yaşanan bir olaya göre kalp cerrahisi operasyonu geçiren bebeklerin ölümünde hemşireler arasındaki iletişim sorununun etkili olduğu görülmüştür. Hasta güvenliği kültürünün en önemli anahtarlarından biri hemşirelerdir. Çünkü hemşireler sağlık sisteminde güçlü bir personel sayısına sahip, her alanda aktif olarak çalışan önemli bir meslek grubudur (Hughes and Clancy, 2009). Fakat kadro durumunda olumsuz anlamda en çok etkilenen birim hemşirelerdir. Yeterli kadronun olmaması, bireylerin eşit fedakarlıkla çalışmamaları ve aşırı yoğun çalışma hasta güvenliği kültürü düzeyinin düşük olmasının nedenleri arasında sayılabilmektedir (Sezgin İnce, 2008; Flin et al., 2006).

İstenmeyen olay ya da tıbbi hataların önlenmesinde erken eyleme geçebilmek için, hemşirelerin güçlendirilmesi gerekmektedir. Hemşireler hataları tanımlamak, analiz etmek ve eylemde bulunmak açısından önemli konumdadırlar. Çünkü hemşireler kurumda ve yönetimde sürekliliği olan kıdemli kişilerdir, kalite güvenliğine ilişkin çalışmalarda yer alır ve bu çalışmalara katılırlar. Teknolojiyi en fazla kullanan grup olarak hemşireler sağlık hizmetlerinin sunumunda işlemlerin belirlenmesi ve iyileştirilmesinde yer alır, hataları tanımlama ve analiz etmede gerekli becerilere sahiptir. Hemşire eğitiminde tıbbi hatalara ve nedenlerine ilişkin farkındalık geliştirilmesi gerekir (Gökdoğan ve Yorgun, 2010).

Kanada Hasta Güvenliği Enstitüsü hasta güvenliği gelişimi için hemşirelerin anahtar rol oynadığını belirtmektedir (Hughes and Glancy, 2009).

Uluslararası Hemşireler birliği (ICN), hasta güvenliği konusunda hemşirelerin sorumluluklarını aşağıdaki şekilde belirtmiştir:

- Hastaların ve ailelerinin olası riskler konusunda bilgilendirilmeleri,
- İstenmeyen olayların derhal ilgili birimlere rapor edilmesi,

- Bakım hizmeti güvenliği ve kalitesinin değerlendirilmesinde aktif rol alınması,
- Hastalar ve diğer profesyonel sağlık bakım personeli ile iletişimin güçlendirilmesi,
- Yeterli istihdam düzeyleri sağlanması konusunda lobi faaliyetleri yürütülmesi,
- Hasta güvenliğini artırıcı önlemlerin desteklenmesi,
- Sıkı ve kapsamlı enfeksiyon ile mücadele programlarının teşvik edilmesi,
- Hataları en aza indirecek tedavi politikaları ve protokollerinin standart hale getirilmesine yönelik lobi faaliyetlerinin yürütülmesidir (Filiz, 2009; Sezgin, 2007).

Hemşirelik yetkinliği, hasta güvenliğini sağlamak ve hemşirelik bakım kalitesini geliştirmek için oldukça önemlidir (Ying L. Et al., 2007). 2004 yılında Sağlık Birimleri Liderliği İttifakı (Amerikan Hemşirelik Yöneticileri, diğer sağlık birimleri yöneticileri); Sağlık birimlerindeki yöneticilerin nasıl olması gerektiğini tanımlamışlardır. Hemşireler için tanımlanan liderlikte yetkinlikler aşağıdaki şekilde sıralanmaktadır:

- Liderlik,
- İş becerisi ve ilkeleri,
- İletişim ve yönetici ilişkiler,
- Profesyonellik,
- Sağlık ve çevre sağlığı bilgisidir (Rich, 2009).

Hemşirelikteki listelenen bu beş yetkinliğe göre, 7 zorunlu ilke ortaya çıkmaktadır. Bu ilkeler aşağıda belirtilmiştir:

1. Hasta güvenliği için oluşturulan geniş ve kapsamlı bir organizasyonu destekleme, genişletme ve yürürlüğe koyma,
2. Güvenli bir klinik sistemi oturtmak için yöntem, işlem, prosedür ve gerekli politikayı uygulama,
3. Klinik aktivitelerde olması beklenen ve beklenmeyen risk ve beklentileri izleme,
4. Cezalandırıcı olmayan risk bildirimini oluşturma hatta güvenli olmayan girişimlerde bildirimleri ödüllendirme,
5. Güvenilir anketlendirmeler ortaya koyma, sonuçlarına göre bunlara yanıt verme ve güvenilir anketleri övme,

6. Çalışanların kliniklerde yeterliliğini sağlama ve öncelikli rollerinin hasta güvenliği olduğunu unutturmama,
7. Joint Commission's National Patient Safety Goals'ın amaçlarını açık bir şekilde ifade edip, eylemleri desteklemektir

Bu gereklilikler hasta güvenliği için hemşire liderlerinin taşları yerlerine koymasını ve hasta güvenliği kültürünü oluşturup, büyümesini sağlamaktadır (Rich, 2009).

Bugünkü sağlık sektöründe, sağlık bakım çevresi ve güvenliği öncelikli konulardandır. Hasta güvenliği kültürü oluşturmak ise özellikle "To Err is Human" raporu yayımlandıktan sonra tüm sağlık kuruluşlarında stratejik bir hedef haline gelmiştir. Hasta güvenliği kültürü oluşturma hedefine ulaşmak için hemşireler kritik rol oynamaktadırlar. Hemşireler, hastalara en yakın kişiler olup, problemleri ve iş çevresinde karşılaşılan sorunları kolayca tanımlayabilmektedirler. IOM tarafından yayınlanan "Hasta güvenliğini korumak: Hemşirelerin Çalışma Ortamı Dönüşümü" başlıklı üçüncü raporda ise hemşirelerin çalışma ortamındaki hasta güvenliğinin üzerinde etkili olan durumlar ortaya konulmuş ve hasta güvenliği kültürünü geliştirmek için çalışma ortamı ile ilgili özel bazı önerilerde bulunulmuştur. Bunlar aşağıda belirtilmektedir:

- Her bir bölüme yeterli sayıda hemşire verilmesi ve hemşirelerin çalıştığı bölümde yapacakları uygulamaların neler olduğunun belirlenmesi,
- Oryantasyon yapılması ve görev süresi boyunca gerekli bilgi ve beceriyi geliştirmek için kaynak sağlanması,
- İşbirliğini teşvik eden disiplinlerarası etkinliklerin desteklenmesi,
- Çalışma saati sınırlarının belirlenmesi,
- İlaç yönetimi ve el yıkamaya öncelikle odaklanılarak çalışma ortamı ve bakım süreçlerinin yeniden tasarlanması,

- Sağlık kuruluşlarında genel bir hasta güvenliği kültürü oluşturulmasıdır (Vogelsmeier and Cawiezell, 2007).

Amerikada'ki IOM raporu hemşire iş çevresinin hasta güvenliğinde ne kadar önemli bir rol oynadığını ortaya çıkarmıştır (Storch, 2005). Fazla saat çalışması sonucunda hastanın durumundaki değişikliği fark etmede azalma, hemşirelerin reaksiyon hızında azalma, ilaç hataları, klinik karar vermede hatalar, hastane enfeksiyonunda artış, yatak yaralarında artışlar görülmektedir. IOM'un raporuna göre (2004) hemşirelerin gönüllü olarak çalıştırılan fazla mesailerine sınırlama getirilmesi önerilmektedir (Filiz, 2009).

Hemşirelerin çalışmaları yoğun hizmet ve dikkat gerektirdiğinden aşırı yorgunluk, zihinsel karışıklık, hem hastaya hem de hemşireye zarar verebilmektedir. Bu nedenle hemşirelerin çalışma saatleri çalışan güvenliği açısından, (İnternational Labour Organization-ILO)- Uluslararası Çalışma Örgütü'nün de öngördüğü şekilde günde 8 saat olmalıdır (Sezgin İnce, 2008).

California Hemşireler Birliği, ABD'deki tüm hastanelerin hemşire istihdamının istenilen düzeyde olması ile yılda 60 bin istenmeyen olayın önlenebileceğini; hemşire hasta oranını 1:4'e düşürmek ile 72 bin hayat kurtarılabileceğini öne sürmektedir (Ulusoy, 2008).

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), bir raporunda hemşirelerin hasta izlemi konusundaki rolünün önemine değinerek, hemşire sayısının yetersiz olduğu birimlerde hastada oluşabilecek bir sorunun erken tanılanmama veya hiç fark edilmeme riskini arttırdığı belirtilmektedir (Ulusoy, 2008).

Direkt bakım veren çalışanın dahil olduğu süreçlerin tanımlanması, iş akışlarının oluşturulması, yönetim ve güvenlik arasındaki bağlantının kurulması, bütün yönetim seviyelerinde lider hemşirelerin var olması gerektiği yapılan öneriler arasında yer almaktadır (Storch, 2005).

Hasta güvenliği kültürünü geliştirmek, mevcut örgüt kültürünün değişimi anlamına gelmektedir. Hasta güvenliği kültürünü oluşturmada ilk adım, vizyondur. Hemşireler

bu vizyona inanarak hizmet veriyorlarsa hasta güvendedir (www.web.deu.edu.tr., Erişim Tarihi: 29.11.2009).

Amerikan Yönetici Hemşireler Topluluğu; hataların açığa çıkması ve bu doğrultuda hızlı bir şekilde hataların düzeltilmeye gidilmesi için bir güvenlik kültürü oluşturulması gerektiğini düşünmüşlerdir. Bu da “hasta güvenliği kültürü’dür” (Vogelsmeier and Cawiezell, 2007; Hughes and Clancy, 2009).

Artan talep, teknolojik gelişmeler, malpraktis yasaları, bilgi ve bilgi kaynaklarının hızlı artışı hemşire, doktor ve diğer personeli hasta güvenliği kültürüne yönlendirmekte ancak beraberinde hasta güvenliği kültürü uygulamaları için beceri edinme yükünü de getirmektedir. Yaşam boyu öğrenmenin önemi vurgulanmaktadır. (Glanville, 1998).

Hasta Güvenliği Kültürü Geliştirmede Yönetici Hemşirelerin Rollerini

Hasta güvenliği kültürünün yaratılmasında American Organization of Nurse Executives (AONE) tarafından yönetici hemşirelere kılavuzluk edecek ilkeler dört başlık altında aşağıdaki şekilde belirlenmiştir:

1. Kültürel değişimi yönetmek,
2. Paylaşılan liderliği sağlamak,
3. İşbirliği oluşturmak,
4. Liderlik becerilerini geliştirmektir.

İlkelerin bileşenleri ve bu bileşenleri gerçekleştirmek için bazı yöntemler ortaya konulmuştur:

1. Kültürel Değişimi Yönetmek

a. Bileşenler

- Bireysel katkılara ve perspektiflere saygı duyan bir güvenlik kültürünün geliştirilmesi,
- Güvenliğin bir tasarım ögesi olarak en üst düzeyde liderler tarafından kabul edilmesi,

- Hemşirelere güvenlik planının hazırlanması için bilgi, araç ve diğer kaynakların sağlanması,
- Güvenlik kültürü yaratmak için çaba sarf eden yönetici ve çalışan hemşirelere değer verilmesi ve terfi ettirilmesi,
- Bakım sürecinin gerçeklerini anlamak için hasta ve ailesi ile ortak olarak hasta merkezli bakım sağlanmasıdır.

b. Metotlar

- Hasta güvenliği konularında çalışanlarla üst yönetimin etkileşiminin artırılması,
- Hata ve neredeyse hataların tanımlanması ve raporlamaların ödüllendirilmesi,
- Sıfır hata konusunda iş gücü bilgisinin geliştirilmesi,
- Beklenmeyen sonuçların iletişimde beceri geliştirilmesi,
- Raporlamalardan sonra yapılan değişiklikler hakkında çalışanlara yapılan geri bildirim miktarının ve kalitesinin artırılması,
- Organizasyonun kritik politikaları ve bu politikalara uyulmadığında yaşanacak sorunların anlaşıldığından emin olunması,
- Geniş personel katılımı için süreç geliştirip uygulanması,
- Bakım süresince hasta ve ailesinin doğru olmayan ve anlamadıkları şeyleri söylemeleri yoluyla, bakım sürecine dahil edildiği hasta güvenliği broşürleri oluşturulması,
- Geçerliliği olan bir hasta güvenliği kültürü aracının tanımlanarak, gelişiminin izlenmesi,
- Yönetici ve çalışanlara iyileştirme beklentileri için araçlar sağlanması,
- Şeffaflık amacıyla sonuçların tüm kuruma raporlanması,
- Denetim planı yapılması, gelişmelerin yönetime ve kuruma raporlanması,

- Hasta bakımını güvenli hale getiren üstün ekipleri tanımak için yıllık hasta güvenliği ödüllendirmesi yapılmasıdır.

2. Paylaşılan Liderliği Sağlamak

a. Bileşenler

Güvenlik girişimleriyle ilgili bir konu hakkında etkili iletişim kurmak için CEO, CFO gibi öteki üst düzey liderlerin bakış açısının öğrenilmesi,

- Organizasyonel finans konuları ve hasta güvenliği arasında köprü kurmak için “performans temelli” toplantılarına aktif olarak katılması,
- Hiyerarşik yapıdan ortak dayanışma modeline geçilmesi,
- Paylaşılan yönetim modelleri yaratmak için kullanılan iyi uygulama ve araştırma gereçlerinin anlaşılması,
- Hasta güvenliği liderliğinde hemşirenin rolünün tanımlanmasıdır.

b. Metotlar

- Organizasyonun her aktivitesine hasta güvenliğinin dahil edilmesi,
- Detaylara mutlaka önem verilmesi,
- Hasta merkezli hareket edilmesi,
- Yaşanan olayların ve hata potansiyellerinin tanımlandığı sistemler ve süreçler geliştirilmesi,
- Paylaşılan liderlik takımlarına kendi ihtiyaç ve isteklerini belirleyebileceklerini bildirerek, onay verilmesidir. Bu ihtiyaç ve istekler grupların sağlıklı işlemesi için gereklidir. Amacı ileri taşımak için işbirlikçi profesyonellerle birlikte olunmalıdır.
- Kurumuna uyan, bütünlük ve sürdürülebilirliği sağlayan bir model yaratılmalıdır. Hemşirenin sesinin duyurulup, yetkinlikleri geliştirilmeye devam edilmelidir.

3. İşbirliği Oluşturmak

a. Bileşenler

- Hasta güvenliği planının işbirliği ve ortaklıklarla yürütülmesi,
- Hemşirelik ve hasta güvenliği savunuculuğu için akademik kuruluşlar, teknoloji üreten/geliştiren firmalar, toplum, sağlık bakımı politikası yapan makamlar, düzenleyici makamlar, ve profesyonel organizasyonlara ulaşılması,
- Çalışma gerçeklerini ve güvenlik ilkelerini kapsayan etkili müfredatlar uygulamak için akademik kurumlarla proaktif ortaklıklar geliştirilmesi,
- Hasta güvenliği inisiyatiflerinin etrafında toplumla işbirliği yaratılması,
- Etkili bir şekilde hasta güvenliği ilkelerini yerine getirmelerini sağlamak için teknoloji üreten/geliştiren ortaklıkta bakım veren hemşirenin güçlendirilmesi,
- Hasta güvenliğini desteklemesi için dış çevreye şekil verilmesidir.

b. Metotlar

DIŞ ORTAK

Akademik Kuruluşlar
(Üniversiteler)

METOD

- İyi uygulamaların geliştirilmesi,
- İş gerçeklerini ve hasta güvenliğini içeren etkili müfredatların uygulanması,
- Hemşireleri yetiştirmek için hasta güvenliği konusunda fakülte kurulması,
- Eksiklikleri azaltması için mezun olan hemşireler ve işgücü ihtiyaçları arasında bağlantı kurulmasıdır.

Teknoloji Üreten/Geliştiren
Kurumlar

- Yeni ve yenilik getirilen pratiklerin paylaşılması için seminerlere ve kullanıcı gruplarına sponsor olunması,
- İnsanları anlamak için bir arada çalışılması, güvenli sistem tasarlamak için süreç ve teknoloji değişikliklerinin gerekliliğinin sağlanması,

Toplum

- Yeni teknolojilerin sahiplenilmesi ve etkili bir şekilde yerine getirilmesinin yaygınlaştırılması için bakım veren hemşire ile çalışılmasıdır.
- Hasta güvenliği çerçevesinde toplumla görülebilen bir ortaklık sağlanmasıdır.

Sağlık Bakımı Politikası Yapan
Kurumlar

- Toplum politikasını şekillendirmek için sorunlar ve çözümlerin tanımlanmasıdır.

Düzenleyici Kurumlar

- Standart oluşturma komitelerinin çalışmalarının izlenmesi, düzenlemeler yayınlandığı zaman yorum yapılması, mümkün olduğu zaman katılımın sağlanmasıdır.

Yerel ve Ülke Yönetimi

- Hasta güvenliği konularında sonuçların ve eğilimlerin izlenmesi,
- Yönetim toplantılarında üst yönetimin hasta güvenliği konusundaki görüşlerinin sözlü ve yazılı olarak alınmasıdır.

Profesyonel Organizasyonlar

- Anahtar konularda, konuları şekillendirmeye yardım eden komitelere katılımı,
- Yıllık ve yerel toplantılara organizasyonun en iyi pratiklerini paylaşmak için katılımın

sağlanmasıdır.

Hasta ve Ailesi

- Süreçlerin yeniden tasarımı ve politikaların şekillendirilmesinde hasta ve ailesi ile işbirliği yapılmasıdır.

c. Liderlik Becerilerini Geliştirmek

a.Bileşenler

- Geleceğin lider hemşirelerinin hasta güvenliği becerilerine odaklanması ve geliştirmesi,
- Hasta güvenliğinde hemşirelik liderliği ile ilgili becerileri tanımlaması,
- Sanayi işbirliği boyunca farklı birçok araçların geliştirilmesi, yerine getirilmesi ve değerlendirilmesi,
- Hasta güvenliği şampiyonları yaratılmasıdır.

b.Metotlar

Güvenli çevre uygulamalarının yerleştirilmesi ve geliştirilmesi için gerekli olan üç beceri alanı tanımlanmıştır:

- Hasta güvenliği liderliği,
- Hasta güvenliği teknolojisi,
- Güvenlik kültürüdür (American Organization of Nurse Executives, 2007).

Armstrong and Laschinger'in (2006) çalışmasına göre, yönetici hemşirelerin çalışma ortamlarındaki hasta güvenliğini geliştirmek için çabaladığı ve iş ortamlarındaki hemşire kalitesine odaklanarak hemşireleri endişelendirecek durumları düzeltmeye çalıştıkları belirtilmiştir. Ayrıca bu çalışmada nitelikli hemşirelerin hasta güvenliği kültüründe önemli rol oynadığı belirtilmektedir.

Yapılan bir araştırmaya göre, yönetim tarafından yapılan hastane güvenlik turlarına katılan hemşirelerin hasta güvenliği tutumlarının yüksek olduğu belirtilmiştir. Bu turlara iki başkan yardımcısı ve dört başkan yardımcısı asistanı katılmaktadır (Thomas et al., 2005).

Hatalı sistemlerin ortaya çıkışlarını yükseltmek ve denetim altına almak amacı ile liderlik özelliği ve bu özelliğin getireceği süreç ve koşullarda iyileşmeler göze çarpmaktadır. Bu liderlik çalışmalarından birini de hemşirelik hizmetlerinde liderlik oluşturmaktadır. Hemşireler tıbbi müdahale ve tedavilerde büyük önem taşımaktadırlar (Strahan, 1997). Hemşire liderler bu kültür ortamında odak noktası olup, kendisi, personeli ve hasta için sorumluluk almaktadırlar. Liderdeki bu sorumluluk bilinci lidere sorumluluk duygusu aşılacaktır. Liderler ve personel birlikte çalışma problemlerini çözmeli, itirazlar dinlenmeli ve tartışılmalı (açık tartışma), çalışma ortamı, koşul ve süreçleri iyileştirilmelidir. Hasta ve personel, personel ve lider arasındaki bariyerler kaldırılmalıdır (Handler et al., 2006). Hasta güvenliği kültürü hemşirelik liderliğinin temel ilim prensibini oluşturmaktadır.

Sağlık bakımının etkinliği ve başarılı sonuç alınmasında hemşireliğin liderliği temel unsurdur. Hemşireler hastanelerde merkezi bir role sahiptirler ve hasta güvenlik stratejilerini, kültürünü oluşturmak ve sürdürmek konusunda ideal pozisyonları vardır (Rich, 2009).

Hasta güvenliği kültürünün oluşturulması, geliştirilmesi ve hemşirelik hizmetlerinin sunumuna yansıtılması için gerekli stratejiler geliştirilmelidir. Bu stratejiler aşağıda belirtilmektedir:

- Hemşirelik hizmetlerinde hasta güvenliğinin sağlanması için liderliğin olması,
- Hasta güvenliği odaklı süreç tasarımları yapılması ve güvenilirliğin geliştirilmesi,
- Hasta güvenliği bilgilerinin paylaşılması ve farkındalık yaratılması,
- Raporlama sistemi ile ilgili çalışanların desteklenmesi,

- Diğer tüm bölüm ve disiplinlerle iletişim ve işbirliği halinde olunması,
- Bölüm içi hemşirelik bakım süreçlerinin rutin olarak incelenmesidir (Al-Ishaq, 2008).

Burada asıl görev hemşire liderlere düşmektedir. Lider personeli disiplin korkusu taşımadan, açık iletişim halinde sistem hatalarını ortaya çıkarma konusunda ikna yoluna gitmelidir(Vogelsmeier and Cawiezell, 2007).

Hasta güvenliği için oluşturulan kültür görevlerin ve sorumlulukların liderler ve personel arasında yeterlilikleri dahilinde desteklenmelidir. Bu kültür ortamı öyle bir ortam olmalıdır ki, yapılan hatalar gözlemlenmeli, liderler tarafından organize edilip, sebep ve sonuçlarına inilmeli ve öğrenilmeye olanak verilmelidir (Vogelsmeier and Cawiezell, 2007).

Hemşire liderler, öyle bir sistemle hasta güvenliği kültürünün oluşumuna katkıda bulunmalıdırlar ki önde giden ve geride kalan personel görevlerinde aynı hassasiyeti uygulasin, işlerini yaparken korku ve işini kaybetme kaygısı taşımasınlar (Hughes and Clancy, 2009; Al-Ishaq, 2008). Hemşire liderler personeli hatalı davranışlar ve hatalar için risk oluşturacak konular, olaylar hakkında bilgilendirmeli ve uyarmalıdır. Bu uyarıda kullanılacak dil personelin anlayabileceği şekilde ifade edilmeli ve personelin anlaşılabilirliği onaylanmalıdır (Vogelsmeier and Cawiezell, 2007).

Hemşire liderler personelin kendi yeteneklerini kullanmalarına izin vermelidirler. Oluşturulan hasta güvenliği kültüründe herkesin gözü yapılacak hatalarda olmamalı, bir başkasının hatası açığa vurularak kendisini yüceltmemeli ve organizasyon olarak güvenlik ve sağlığa odaklanmalıdır (Vogelsmeier and Cawiezell, 2007).

Güçlü bir şekilde ortaya konulmaktadır ki, hasta güvenliği kültüründe meslektaşlar arasında birlik ve iletişim olması şarttır. Hemşireler çalışma ortamlarında önemli değişim kararları açısından desteklenmelidirler. Yapılan tıbbi işlemlerde kritik karar alma yetisine güvenmeli, güçlü hemşirelik eğitimine, kişisel kararlılık ve derinlemesine düşünme yeteneğine sahip olmalıdırlar. Hasta güvenliği kültürüne bir yolculuk yapılıncaya, hasta güvenliği içerisindeki çelişki, kaos ve karmaşıklıklar doğrultusunda bir model geliştirilmiştir. Bu "Mindfulness Model of Proactive Patient

Safety” modelidir. Modelde tüm çalışanlar, her seviyedeki profesyoneller tıbbi hatalar konusunda bilgilendirilerek, farkındalıkları sağlanmaktadır (Rich, 2009).

Bu model risk ve güvenlik kavramlarını sağlık sistemleri içerisinde iyice harmanlamaktadır. Yontulmuş uç liderleri, keskin uç ise klinik çalışanlar ve ekipmanları oluşturmaktadır (Rich, 2009). Bu modelde etkin bir liderlik yeteneğine ihtiyaç vardır. Çünkü keskin ve kör uç arasındaki iletişimi personelden önce kendisi cezalandırma korkusu taşıyarak yanlış iletir ya da iletmezse ve iletişim kanallarını kapatırsa hasta güvenliği kültürü istediği hedefi yakalayamaz. Lider ve yönetici arasındaki iletişimsizlik, hemşireler ve hastalar arasındaki problem ve iletişimsizliği arttıracak bunun sonucunda da tıbbi hatalar artacaktır (Rich, 2009).

Hemşire liderler ve diğer personel (doktor, diyetisyen, hemşire) risk nedenlerini belirlemeli ve bu doğrultuda yapılması gerekenleri adım adım gerçekleştirmelidir. Bunları gerçekleştirirken ne kadar güçlü bir organizasyona ihtiyaç olduğunu ortaya koymalıdır. Hemşire liderler bazı ilkeleri yerine getirme ve geliştirme yetisine sahip olmalıdırlar. Bu ilkeler aşağıda belirtilmektedir:

1. Fikirler alınmalı ve önerilen tavsiyeleri değerlendirmeli,
2. Politikaları gözden geçirerek yeniden düzenlemeli ve hatalı uygulamaları değiştirmeli,
3. Hasta güvenliği kültürü için araştırmaları, fikirleri gözden geçirmeli, kaynak, bildiri ve araştırmaları takip etmeli,
4. Hasta güvenliği kültürü oluşumunu olumsuz etkileyen sistemleri uzaklaştırmalı (yedek sistemler oluşturmalı),
5. Daha fazla teknolojik çözüm getirilmeli ve araç-gereç bulundurulmalıdır (Rich, 2009).

Hasta güvenliği kültürü lider olan hemşire yöneticisi tarafından hastaların güvenliğine dikkat etmek için oluşturulmalıdır. Liderlerin projesindeki anahtarlara sadık kalırsa hatalar en aza indirilip, hatalardan zarar görmeye gözle görülür azalma sağlanabilmektedir.

Hemşirelikte üç tip hata değerlendirilmektedir. Bunlar aşağıda belirtildiği gibidir:

1. Beceri kaynaklı: Hemşirenin beceri düzeyinin hataya neden olması,
2. Görev kaynaklı: Hemşirenin yaptığı hataların politika ve prosedüre dayalı olması,
3. Bilgi kaynaklı: Hemşirenin yanlış bir bilginin doğruluğunu kabullenmesidir (Rich, 2009).

Bir hata meydana geldiğinde fikir yürütmeden önce yönetimle ilgili izinler alınarak soruşturulmalıdır. Hemşire öncelikle hatanın nedeni ve nasıl olduğu konusunda dinlenmeli ve problemin köküne inilmelidir. Yönetimden önce hata yapan hemşire, hemşire lideri tarafından dinlenmeli ve değerlendirilmelidir. Unutulmamalıdır ki hemşirenin aşağılanması ve suçlanmasının yaratacağı; utanç ve suçluluk hasta güvenliği kültürünü etkileyecektir (Phillips and Barnsteiner, 2005; Rich, 2009).

Hemşirelikte Sık Karşılaşılan Hatalı Uygulamalar

Hemşirelikte sık karşılaşılan hatalı uygulamalar aşağıdaki şekilde sıralanmaktadır:

- Hekim istemine veya mevcut protokollere uymama,
- İlaç hataları,
- Yanlış veya uygun olmayan malzemenin kullanımına bağlı hatalar,
- İletişim eksikliğinden kaynaklanan hatalar,
- Düşmelerden kaynaklanan hatalar,
- El yıkamadan kaynaklanan enfeksiyonlardır (Rich, 2009; Hellings et al., 2007).

Hemşireler aşağıda yer alan ilkeleri yaptırım gücüne sahip olmalıdırlar:

- Hasta bakım prosedürlerinin oluşturulması ve işleyişinin sağlanması,
- Hasta bakım standartlarının oluşturulması, hasta ve ailesinin eğitimi,
- Bakımın sürekliliğini sağlamaya yönelik eğitimler verilmesi,
- Kontrol ve geliştirme faaliyetlerinin yürütülmesi,
- Hemşirelik kayıtları ve sürekliliğinin sağlanmasıdır.

Hasta güvenliğinde yapılan hataların genellikle personelden kaynaklandığı vurgulanmaktadır. Hasta güvenliği kültüründe tüm birimler kendi içlerinde organize oldukları gibi, hasta güvenliği için diğer birimlerle de multidisipliner şekilde hareket etmelidirler. Bunun gerçekleştirilmesi için aşağıdaki maddeler yerine getirilmelidir:

1. Kültürü oluşturmak ve büyütmek hataların raporlanması ile mümkündür. Gerekli durumların ödüllendirilmesi ile gelecekteki hatalar engellenmektedir.

- Personel için uygun ortam sağlanıp gerçeğe uygun olmayan senaryoların yazılıp hataların sır olarak kalmasını engellemek,
- Hataları raporlayan ve gözden kaçırılanları bildiren hemşireleri ödüllendirmek,
- Hataların raporlanması şeklini ve alacakları tepkilerin ifade dilini belirtmek, hataların köküne inerek farkındalık kazandırmak, farklı fikirleri geçerli kılmak ve alternatif fikirlere açık olmak,
- Yıllık analiz raporları çıkarmak, hataların ana nedenleri ve bunların nasıl düzeltilebileceği konusunda yapılacak fizibilite çalışmaları ve stratejiler geliştirmek,
- Hasta ve hasta yakınlarının gösterebileceği yüksek gerilim ve tepkilere nasıl tepki vereceklerini bilmek,
- Kasıtlı, dikkatsiz davranışlarda, haksız ve temkinsiz kural ihlallerine karşı cezalandırılacağını bilmektir.

2. Hasta güvenliği konusunda uzman hemşireler yetiştirmektir.

- Önceden hazırlanmış eğitim programları ve materyalleri ile hasta güvenliğini anlatmak, kültürün oluşturulması için bir organizasyon ile işbirliği yapmak,
- Herkesin kendi görevi doğrultusunda hasta güvenliğinin farkında olmasını sağlamak,
- Hasta güvenliği kültüründe özel eğitimciler bulundurmak ve burada özel alanlar, alarmlar, kodlar ve anketler geliştirmektir (Phillips and Barnsteiner, 2005; Rich, 2009).

3. Hasta güvenliği için personele gerekli araç-gereçler ve kaynaklar sağlamak gerekmektedir.

- Bilgisayar sistemi temin ederek, anonim, isimsiz ve karmaşık raporlamaların kolayca yapılmasını sağlamak gerekmektedir. Toplanmış dataları belli zamanlarda göstererek ilgi yaratılmalıdır.
- Mantıklı bir yayılım ve rasyonel düşünme ile yeni güvenlik ekipmanları almak ve yerine getirilmesi gerekenleri mantıklı bir şekilde yapmaktır.

• Tüm hemşirelik birimleri için skor kartlar geliştirmek, klinik işlemlerin, geribildirimlerin yazılacağı bu kartlar hastanın güvenliğini amaçlamaktadır. Örneğin, hastanın kimlik bilgilerinin güvenilirliği hastayı birçok tıbbi hatadan koruyacaktır.

• Kanıta dayalı bir sistem yaratarak hemşirelerin güvenliği sağlanırken, yaptıkları birimlere bağlı pratikleri en az yılda bir kez personelle paylaşmalıdır.

• Bir iletişim hemşiresi belirlemek gerekmektedir. Bu hemşire gazete, dergi ve yayınlardaki aylık hasta güvenliği-hemşire güvenliği konuları ile ilgili yazıları yerli ve yabancı basından takip ederek en son gelişmelerden haberdar olup liderini bilgilendirmelidir.

• Yenilikler yaratmak için yeni teknolojiler geliştirmek gerekmektedir. Beklenmedik hataları, başarısız bir performansı meydana getirmeden önce, etkili bir şekilde yapılmış analizleri yürütme ve yenilikleri erken bir şekilde benimsetme gerekmektedir (Rich, 2009; Reeder, 2001).

• Endüstride bulunan kişilerle açık iletişimler sağlanarak (örneğin, öğle yemeği) onlarla da hasta güvenliği konusunda bilgi aktarımında bulunulabilir. Sağlık birimlerinde profesyonel alıcı ve satıcılar bulundurulabilir.

4. Mantıklı hatırlatmalar ile hemşirelere hasta güvenliğinin önemi vurgulanmalıdır. Ayrıca bu uygulamanın hastalar ve kendilerinin güvenliği için olduğu tekrar hatırlatılmalıdır. Örneğin, çalışanların yakalarına bazı “hasta güvenliği temalı rozetler” takılabilir.

- “Endişe etme nasıl iyi olacak diye, eğer gerekli dikkati veriyorsan”,

- “Dur-dur ve elindeki işe odaklan”,
- “Bak-bak ve hastanın bir tane olduğunu gör”,
- “Dinle-dinle bak hasta güvenliği kültürü için neler söylüyorsun” mesajları bu yolla iletilmelidir.

5. Etkili liderlere imkan vererek hasta güvenliğini sağlamak gerekmektedir.

- Hitap etmeyi bilen liderler seçilmelidir. Hitap etmeyi bilmeyen liderler profesyonelliklerini ve iş ortamında kendilerine duyulan saygıyı kaybetmektedirler.
- Liderlerin yöneltme ve heyecanlı direktiflerine hızlı cevaplar verilmeli ve takım olarak yerine getirilmelidir. Başarılı bir iletişim sadece hemşire ve tıbbi personel arasında değil, tüm iş yapıcılar arasında olmalıdır. Başarıların görülüp, takdir edilip, terfi ettirilmesi lider hemşire tarafından desteklenmelidir (Rich, 2009; Reeder, 2001).
- Lider hemşirenin hasta için vicdani morale ihtiyacı vardır Bazen istenen ve yapılması beklenenler güvenlik ve finansal zaruriyetler nedeniyle yerine getirilemeyebilir. Bazen de ödün vermek hasta ve hemşire güvenliğini uğratacağı risklerden dolayı kabul edilemez.
- Araştırma-çeviri mekanizmaları geliştirerek ve keskin bir iş zekası ile harmanlayarak iş konularında da hasta ve meslektaşlarının güvenliği sağlanmalıdır.
- Teknolojiden haberdar olmak, hasta güvenliği için yenilikler getirmek ve heyecanlı bir şekilde desteklemek ayrıca bunları her şekilde savunmak gerekir.
- En iyisini yapmaya çalışan güvenilir liderin özellikleri; işte açık iletişim kurması, mesajları doğru vermesi, güvenilir, dengeli, saygılı ve sır tutabilen olmalıdır (Rich, 2009).

6.) Hasta ve hasta yakınlarına da hasta güvenliğini geliştirmede imkan verilmelidir.

- Önceden seçilmiş hasta ve yakınları davet edilerek onlarla açıkça (hemşire tarafından) güvenlik beklentilerinin ne olduğu, eğer istenmeden bir tıbbi hata ile

karşı karşıya kalırlarsa yaşadıkları bu deneyimi nasıl adlandıracakları ve bunu yaşayabilecekleri anlatılmalıdır.

- Onlara yetki veren hastanın da hasta güvenliği için bazı görevleri olmalıdır. Bunlar; kimlik bilgileri ile kolundaki bant bilgilerini doğrulamalı, kendisine işlemde bulunacakları doğrulanmalı, steriliteye, koşullara nasıl dikkat edildiğine önem vermelidir.
- Tıbbi hataların her zaman sorun oluşturacağı hatırlanmalıdır. Bundan herkes, sadece hasta ve yakınları değil, hemşire ve klinisyenlerde bu hatalardan etkilenirler.

Hasta güvenliği kültürü hemşireler ile kimlik bulmakta ve sırtını hemşirelere yaslamaktadır. Ne kadar bilime, eğitime ve pratiğe dayalı bir iş yürütülmeye çalışılsa da empati kurmak ve vicdan sorgusu yapmak güveni arttıracaktır. Hemşireler kritik düşünmeyi becerebilen, zorluklarla baş edebilen, toplum için önem arz eden bir gruptur. 21. yüzyılın lider hemşireleri karmaşık konularda soğukkanlı, hızlı düşünebilen, yetenekli, tüm iş görenlerle arasında bir sistem içinde köprü gören kişi olarak tanımlanmaktadır (Rich, 2009).

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Araştırma, hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algılamalarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

5.2. Araştırmanın Uygulandığı Yeri ve Zamanı

Araştırma, İstanbul İlinde iki eğitim ve araştırma ile iki özel olmak üzere toplam dört hastaneden gerekli izinler alındıktan (Ek-3,4,5,6,7,8) sonra Aralık 2009-Mart 2010 tarihleri arasında yapılmıştır.

5.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, İstanbul İli Avrupa yakasında yer alan, tam teşekküllü, 24 saat hizmet veren ve hemşire sayısının 200'ün üzerinde olduğu iki özel hastane ile iki eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan 1187 hemşire oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem seçimine gidilmeyip, izinli, raporlu olmayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden tüm hemşireler araştırma kapsamına alınmıştır. Araştırma kapsamındaki eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşire sayısı 793 olup, bu sayıdan %35 (n=275) oranında, özel hastanede çalışan hemşire sayısı 394 olup, bu sayıdan ise %51 (n=200) oranında geri dönüş sağlanarak, %41 (n=475) oranında hemşireye ulaşılmıştır.

5.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmada kullanılan veri toplama araçları iki bölümden oluşmaktadır.

1. Bilgi Formu (Ek-1)

2. Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi (Ek-2) yer almaktadır.

5.4.1. Bilgi Formu: Bilgi formu araştırmanın amacına uygun literatür bilgisi doğrultusunda hazırlanmış olup, hemşirelerin tanıtıcı ve mesleki özelliklerini içermektedir (Filiz, 2009; Çakır ve Tütüncü, 2009; Göktaş, 2007). Bilgi formunda hemşirelerin yaşı, medeni durumu, eğitim durumu, çalıştığı hastane, çalışma şekli ve işinden memnun olup olmadığı olmak üzere toplam 6 soru bulunmaktadır.

5.4.2.Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi

Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi, Sağlık Hizmetlerinde Araştırma ve Kalite Ajansı (Agency for Healthcare Research and Quality- AHRQ) tarafından hastanelerde hasta güvenliği kültürünü belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Filiz (2009) tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılarak Türk toplumuna uyarlanmıştır. Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi 42 madde ve 12 alt alandan oluşmaktadır. Ankette hasta güvenliği kültürünün boyutlarını ünite/birim düzeyinde ve hastane düzeyinde ölçen sorularla, sonuç değişkenlerinin yer aldığı sorularda bulunmaktadır. Ankette ayrıca kişisel bilgilerin yer aldığı yedi soru bulunmaktadır.

Hasta Güvenliği Kültürü Anketinin nite/bölüm düzeyinde alt alanları aşağıdaki Şekilde belirtilmektedir:

Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri

B1:Yöneticilerimiz, oluşturulmuş hasta güvenliği prosedürlere göre yapılmış bir işi gördüğünde takdir eder.

B2:Yöneticilerimiz, hasta güvenliğini geliştirmek için çalışanların önerilerini ciddiye alır.

B3:Yöneticilerimiz, kalite kaybı olsa bile bizim daha hızlı çalışmamızı ister.

B4:Yöneticilerimiz tekrar tekrar oluşan hasta güvenliği problemlerini görmezden gelir.

Organizasyonel ğrenme ve sürekli geliştirme

A6:Hasta güvenliğini geliştirme çalışmalarına aktif olarak katılırız.

A9:Yapılan hatalar bölümde pozitif değişikliklere yol göstermiştir.

A13:Hasta güvenliğini geliştirmek için değişiklikler yaptıktan sonra bunların etkinliğini değerlendiririz.

niteler içinde ekip alışması

A1:Bu birimde çalışan kişiler birbirlerini destekler.

A3:Acilen yapılması gereken çok iş olduğunda ekip olarak birlikte çalışırız.

A4:Bu birimde çalışanlar birbirine saygılı davranır.

A11:Birim içinde bir çalışma alanı aşırı yoğunlaştığında diğerleri yardım eder.

İletişimin açık tutulması

C2:alışanlar, hasta bakımını olumsuz etkileyebilen bir Şey gördüklerinde bunu serbestçe dile getirebilir.

C4:Çalışanlar, yöneticilerinin karar ve eylemlerini sorgulamakta kendilerini özgür hisseder.

C6:Çalışanlar, bir şey yanlış gözüktüğünde soru sormaktan korkarlar.

Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim

C1:Raporlanan olaylara dayandırılarak yapılan değişiklikler hakkında bilgilendiriliriz.

C3:Bu birimde oluşan hatalar hakkında bilgilendiriliriz.

C5:Bu birimde biz, hataların tekrar oluşmasını engelleyecek yöntemleri tartışırız.

Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt

A8:Çalışanlar yaptıkları hatalardan dolayı suçlanacaklarını hissederler.

A12:Bir olay rapor edildiği zaman olayla ilgili problem değil, olayla ilgili kişi şikâyet ediliyor duygusu vardır.

A16:Çalışanlar yaptıkları hataların kişisel dosyalarında muhafaza edildiğinden endişe duyarlar.

Personel sağlama

A2:Bu birimde iş yükünün üstesinden gelecek kadar personel mevcuttur.

A5:Bu birimde çalışanlar hasta bakımı için en uygun olan süreden daha uzun süre çalışırlar.

A7:Bu birimde gerekenden fazla geçici personel çalıştırılır.

A14:Yapılacak çok iş olduğunda ve çok çabuk yapmak gerektiğinde "kriz modunda" çalışırız.

Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği

F1:Hastane yönetimi hasta güvenliğini artıran bir çalışma atmosferi sağlamaktadır.

F8:Yönetimin faaliyetleri, hasta güvenliğinin üst düzey bir öncelik olduğunu gösteriyor.

F9:Yönetim, sadece istenmeyen olay olduğunda hasta güvenliği ile ilgili gibi gözükmektedir.

Güvenlik kültürünün hastane düzeyinde ölçtüğü boyutlar aşağıdaki şekilde belirtilmektedir:

Hastane üniteleri arasında ekip çalışması

F2:Hastane üniteleri birbirleriyle uyum içinde çalışmaz.

F4:Birimler arasında birlikte çalışmayı gerektiren iyi bir işbirliği vardır.

F6:Diğer bölümlerden gelen kişilerle çalışmak genellikle hoş karşılanmaz.

F10:Hastalar için en iyi bakımı sağlama amacıyla birimler birlikte iyi çalışır.

Hastane müdahaleleri ve değişim

F3:Hastalar bir üniteden diğerine nakledilirken bazı şeyler ihmal edilir, gözden kaçırılır, kaybedilir.

F5:Nöbet değişimi sırasında hasta bakımıyla ilgili önemli bilgiler çoğu zaman kaybedilir.

F7:Birimler arasında bilgi aktarımında sıklıkla problemler oluşur.

F11:Bu hastanede nöbet değişimleri hastalar açısından problemlidir.

Sonuç değişkenlerini kapsayan konular aşağıdaki şekilde belirtilmektedir:

Güvenliğin Kapsamlı Algılanması

A10:Burada daha ciddi hataların oluşmaması sadece tesadüfe bağlıdır.

A15:Hasta güvenliği, daha fazla iş yapmaktan daha öncelikli bir ilkedir.

A17:Bu bölümde hasta güvenliği ile ilgili problemler vardır.

A18:Uyguladığımız prosedürler ve sistemler hata oluşmasını önlemede başarılıdır.

Hataların raporlanma sıklığı

D1:Bir hata yapıldığında ancak hastayı etkilemeden fark edilip düzeltildiğinde ne sıklıkla rapor ediliyor?

D2:Bir hata yapıldığında ancak hastaya zarar verme potansiyeli olmadığında ne sıklıkla rapor ediliyor?

D3:Hastaya zarar verebilme olasılığı olan ancak zarar vermeyen bir hata yapıldığında ne sıklıkla rapor ediliyor?

E. Hastane ünitesinde hasta güvenliğinin derecesi

G. Raporlanan olayların sayısı

Anket ABD'deki hastanelerde yaygın olarak kullanıldığından AHRQ hastane sonuçlarını karşılaştırmak için 2007 yılında ilk karşılaştırmalı veri tabanını oluşturmuş, 2010 yılında anketi yeni ve yeniden uygulayan hastanelerin sonuçlarını karşılaştırarak veri tabanını güncellemiştir (Benchmark skor). Karşılaştırmalı verilerin her yıl güncellenerek en azından 2012 yılına kadar devam edeceği bildirilmektedir (Filiz, 2009).

Hasta Güvenliği Kùltürü Hastane Anketi Alt Alanlarının İç Tutarlılık Güvenilirlikleri

| Hasta Güvenliği Kùltürü Hastane Anketi Alt Alanları | İç Tutarlılık Güvenilirliği (Cronbach's Alpha) |
|--|--|
| Güvenliğin kapsamlı algılanması (4 madde) | 0,55 |
| Hataların raporlanma sıklığı (3 madde) | 0,93 |
| Hastane üniteleri arasında ekip çalışması (4 madde) | 0,68 |
| Hastane müdahaleleri ve değişim (4 madde) | 0,69 |
| Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyeti (4 madde) | 0,77 |
| Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme (3 madde) | 0,62 |
| Üniteler içinde ekip çalışması (4 madde) | 0,83 |
| İletişimin açık tutulması (3 madde) | 0,59 |
| Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim (3 madde) | 0,74 |
| Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt (3 madde) | 0,57 |
| Personel sağlama (4 madde) | 0,54 |
| Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği (3 madde) | 0,76 |
| Alt boyutların genel ortalaması (42 madde) | 0,92 |

Reliability Analiz

Hasta Güvenliği Kùltürü Hastane Anketinin 12 alt alanının Cronbach Alpha Katsayısı (0,54-0,93) arasında değişmekte olup, tüm maddeler için Cronbach Alpha Deđeri 0,92 bulunmuştur. Filiz'in çalışmasında Cronbach Alpha Katsayısı (0,864), Tütüncü ve Küçükusta'nın çalışmasında ise (0,796) bulunmuştur (Filiz, 2009; Tütüncü ve Küçükusta, 2006b).

5.4.2.1. Hasta Güvenliği Kùltürü Hastane Anketinin Yanıtlanması

Anketin, A, B ve F bölümlerinde “kesinlikle katılmıyorum”, “katılmıyorum”, ne katılıyorum ne katılmıyorum”, “katılıyorum”, “kesinlikle katılıyorum” ifadeleri C ve D bölümlerinde “hiçbir zaman”, “nadiren”, “bazen”, “oğu zaman”, “her zaman” ifadeleri kullanılmış, E bölümünde hasta güvenliği derecesi “mükemmel”, “ok iyi”, kabul edilebilir”, “zayıf” ve “başarısız” olarak, G bölümünde raporlanan olayların sayısı sınıflandırılarak değerlendirilmektedir. A bölümünden bir ve H bölümünden altı soru kişisel bilgilerle ilgili olup, son bölümde katılımcılardan hasta güvenliği, tıbbi hata ve olay raporlama hakkındaki yorumlarını yazmaları istenmektedir.

5.4.2.2. Hasta Güvenliği Kùltürü Hastane Anketinin Yorumlanması ve Puanlanması

Ankette yer alan A5,A7,A8,A10,A12,A14,A16,A17,B3,B4,C6,F2,F3,F5,F6,F7,F9 ve F11 maddelerindeki sorular ters yönlü sorulardır. Ters sorular çevrildikten sonra hangi maddelerin hangi alt alanda yer aldığı belirlenir. Her bir madde için verilen pozitif cevaplar “Kesinlikle katılıyorum” (5) , “Katılıyorum” (4) ile “Çoğu zaman” (4), “Her zaman” (5) hesaplanır. Daha sonra tüm maddeler için verilen pozitif cevaplar hesaplanır. Her bir madde için verilen pozitif cevaplar maddelere verilen tüm cevap sayısına bölünür. Elde edilen sonuç maddelere verilen olumlu cevap yüzdesidir. Olumlu yüzdelerin hesaplanmasında, “Kesinlikle katılmıyorum” ve “Hiçbir zaman” (1), “Katılmıyorum ve Nadiren” (2), “Ne katılırım ne katılmam ve Bazen” (3) grubu olumlu yüzdelerin hesaplanmasına dahil edilmemektedir.

5.5. Veri Toplama Yöntemi

Araştırmaya katılmayı kabul eden hemşirelere araştırmacı tarafından gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra, veri toplama araçları katılımcılara verilerek toplanmıştır. Ortalama görüşme süresi 20-30 dakikadır.

5.6. Veri Analizi

Araştırmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için bilgisayar ortamında SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 15.0 programı kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanılayıcı istatistik metodların (ortalama, standart sapma, frekans, yüzde) yanı sıra; sürekli değişkenler için ikili gruplarda bağımsız gruplarda Student t testi; ikiden fazla olan gruplarda ise Oneway Anova tek yönlü varyans analizi testi ve çoklu karşılaştırmalar için Tukey HSD testi kullanılmıştır. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında Ki-kare testi kullanılmıştır. Sonuçlar % 95’lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde ve iki yönlü değerlendirilmiştir.

5.7. Etik Durum

Araştırma için İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Dekanlığı 2 No’lu Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan (Ek 6) etik kurul onayı alındıktan sonra, eğitim ve araştırma hastanelerinde araştırmanın yapılabilmesi için İstanbul İli İl Sağlık

Müdürlüğü'nden gerekli izinler alınmıştır (Ek-1,3). Ayrıca özel hastanelerden de araştırmanın yapılabilmesi için gerekli izinler alınmıştır (Ek-2,4,5). Çalışma süresince etik kurul onay dahilinde yer alan İnsan Hakları Helsinki Deklarasyonu'na sadık kalınmıştır. Araştırmaya katılan bireylere araştırmaya katılma ya da katılmama veya istediği zaman araştırmayı bırakma hakkına sahip oldukları, bilgi vermeyi reddetme ve araştırmaya ilişkin aydınlatılmaya hakları olduğu, araştırmaya katılmamış olmalarının araştırmaya katılan diğer hemşirelerden farklı muamele görmelerine neden olmayacağı konusunda bilgi verilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden bireylere kendilerinden alınan bilgilerin yalnızca anketi uygulayan kişi tarafından değerlendirileceği, başka birisi tarafından incelenmeyeceği konusunda açıklama yapılmıştır.

5.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma, İstanbul İli Avrupa yakasında bulunan bir üniversite hastanesi ve bir özel hastaneyi de kapsamına rağmen, gerekli iznin verilmemesi nedeniyle araştırma kapsamına alınmamıştır.

6. BULGULAR

Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algılama düzeylerinin belirlenmesi amacıyla planlanan araştırmada elde edilen bulgular;

6.1. Hemşirelerin tanıtıcı özellikleri,

6.2. Hemşirelerin mesleki yaşamına ilişkin özellikleri,

6.3. Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü hastane anketi algılaması ile ilgili bulgular,

6.4. Hasta güvenliği kültürü hastane anketi olumlu skor ortalamalarının benchmark skoru ile karşılaştırılması,

6.5. Hemşirelerin hasta güvenliği kültürlerini etkileyen faktörlerin karşılaştırılmasıdır.

6.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri

Tablo 1 incelendiğinde, araştırma kapsamına alınan 475 hemşireye ait tanıtıcı özellikler görülmektedir.

Tablo 1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Kurumlara Göre Dağılımı (n=475)

| Özellikler | | Eğitim ve Araştırma Hastanesi (n=275) | | Özel Hastane (n=200) | | Toplam | |
|---------------|----------------------|---------------------------------------|------|----------------------|------|--------|------|
| | | n | % | n | % | n | % |
| Yaş Grubu | 25 yaş ve altı | 44 | 16 | 98 | 49 | 142 | 29,9 |
| | 26-30 yaş | 116 | 42,2 | 59 | 29,5 | 175 | 36,8 |
| | 31-35 yaş | 72 | 26,2 | 28 | 14 | 100 | 21,1 |
| | 36-40 yaş | 22 | 8 | 9 | 4,5 | 31 | 6,5 |
| | 41 yaş ve üzeri | 21 | 7,6 | 6 | 3 | 27 | 5,7 |
| Medeni Durum | Evli | 153 | 55,6 | 86 | 43 | 239 | 50,3 |
| | Bekar | 122 | 44,4 | 114 | 57 | 236 | 49,7 |
| Eğitim Durumu | Sağlık Meslek Lisesi | 63 | 22,9 | 54 | 27 | 117 | 24,6 |
| | Önlisans | 94 | 34,2 | 11 | 5,5 | 105 | 22,1 |
| | Lisans | 101 | 36,7 | 116 | 58 | 217 | 45,7 |
| | Yüksek Lisans | 17 | 6,2 | 19 | 9,5 | 36 | 7,6 |

Tanımlayıcı istatistikler

Hemşirelerin yaş grupları incelendiğinde; eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerin %16'sının (n=44) 25 yaş ve altı yaş grubunda, %42,2'sinin (n=116) 26-30 yaş grubunda, %26,2'sinin (n=72) 31-35 yaş grubunda, %8'inin (n=22)

36-40 yaş grubunda, %7,6'sının (n=21) ise 41 yaş ve üzeri yaş grubunda; özel hastanede çalışan hemşirelerin %49'unun (n=98) 25 yaş ve altı yaş grubunda, %29,5'inin (n=59) 26-30 yaş grubunda, %14'ünün (n=28) 31-35 yaş grubunda, %4,5'inin (n=9) 36-40 yaş grubunda, %3'ünün (n=6) ise 41 yaş ve üzeri yaş grubunda olduğu görülmüştür.

Hemşirelerin **medeni durumları incelendiğinde**; eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerin %55,6'sının (n=153) evli, %44,4'ünün (n=122) bekar; özel hastanede çalışan hemşirelerin %43'ünün (n=86) evli, %57'sinin (n=114) bekar olduğu görülmüştür.

Hemşirelerin **eğitim durumları incelendiğinde**; eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerin %22,9'unun (n=63) sağlık meslek lisesi, %34,2'sinin (n=94) önlisans, %36,7'sinin (n=101) lisans, %6,2'sinin (n=17) yüksek lisans mezunu; özel hastanede çalışan hemşirelerin %27'sinin (n=54) sağlık meslek lisesi, %5,5'inin (n=11) önlisans, %58'inin (n=116) lisans, %9,5'inin (n=19) yüksek lisans mezunu olduğu görülmüştür.

6.2. Hemşirelerin Mesleki Yaşamına İlişkin Özellikleri

Tablo 2 incelendiğinde, araştırma kapsamına alınan 475 hemşirenin mesleki yaşamına ilişkin özellikler görülmektedir.

Tablo 2. Hemşirelerin Mesleki Yaşamına İlişkin Özelliklerinin Kurumlara Göre Dağılımı (n=475)

| Özellikler | | Eğitim ve Araştırma Hastanesi (n= 275) | | Özel Hastane (n=200) | | Toplam | |
|----------------------------------|--------------------|--|------|----------------------|------|--------|------|
| | | n | % | n | % | n | % |
| Kurumdaki Görev Süresi | 1 yıldan az | 11 | 4 | 40 | 20 | 51 | 10,7 |
| | 1-5 yıl | 153 | 55,6 | 133 | 66,5 | 286 | 60,2 |
| | 6-10 yıl | 60 | 21,8 | 26 | 13 | 86 | 18,1 |
| | 11-15.yıl | 28 | 10,2 | 1 | 0,5 | 29 | 6,1 |
| | 16 yıl ve üzeri | 23 | 8,4 | 0 | 0 | 23 | 4,9 |
| Mesleki Deneyim Süresi | 1 yıldan az | 2 | 0,8 | 24 | 12 | 26 | 5,5 |
| | 1-5 yıl | 93 | 33,8 | 100 | 50 | 193 | 40,6 |
| | 6-10 yıl | 78 | 28,4 | 46 | 23 | 124 | 26,1 |
| | 11-15 yıl | 51 | 18,5 | 15 | 7,5 | 66 | 13,9 |
| | 16 yıl ve üzeri | 51 | 18,5 | 15 | 7,5 | 66 | 13,9 |
| Çalışılan Birim | Dahili Birimler | 90 | 32,7 | 47 | 23,5 | 137 | 28,8 |
| | Cerrahi Birimler | 61 | 22,2 | 81 | 40,5 | 142 | 29,9 |
| | Yoğun Bakım | 50 | 18,2 | 42 | 21 | 92 | 19,4 |
| | Acil | 53 | 19,3 | 19 | 9,5 | 72 | 15,1 |
| | Ameliyathane | 21 | 7,6 | 11 | 5,5 | 33 | 6,8 |
| Çalışılan Birimdeki Görev Süresi | 1 yıldan az | 29 | 10,5 | 45 | 22,5 | 74 | 15,6 |
| | 1-5 yıl | 182 | 66,2 | 137 | 68,5 | 319 | 67,2 |
| | 6-10 yıl | 46 | 16,8 | 17 | 8,5 | 63 | 13,3 |
| | 11-15 yıl | 11 | 4 | 1 | 0,5 | 12 | 2,5 |
| | 16 yıl ve üzeri | 7 | 2,5 | - | - | 7 | 1,4 |
| Çalışma Şekli | Gündüz | 62 | 22,5 | 62 | 31 | 124 | 26,1 |
| | Vardiya | 36 | 13,2 | 106 | 53 | 142 | 29,9 |
| | Nöbet Usulü | 177 | 64,3 | 32 | 16 | 209 | 44 |
| Haftalık Çalışma Saati | 40 saati geçmiyor | 25 | 9,1 | 4 | 2 | 29 | 6,1 |
| | 40-49 saat | 170 | 61,8 | 106 | 53 | 276 | 58,1 |
| | 50 saatten fazla | 80 | 29,1 | 90 | 45 | 170 | 35,8 |
| Hastanedeki Görevi | Kadrolu Hemşire | 166 | 60 | 89 | 45 | 255 | 53,7 |
| | Sözleşmeli Hemşire | 109 | 40 | 111 | 55 | 220 | 46,3 |
| İşinden Memnun Olma | Memnunum | 178 | 64,7 | 180 | 90 | 358 | 75,3 |
| | Memnun değilim | 97 | 35,2 | 20 | 10 | 117 | 24,6 |

Tanımlayıcı istatistikler

Hemşirelerin **kurumdaki görev süreleri incelendiğinde**; eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerin %4'ünün (n=11) 1 yıldan az, %55,6'sının (n=153) 1-5 yıl arasında, %21,8'inin (n=60) 6-10 yıl arasında, %10,2'sinin (n=28) 11-15 yıl arasında, %8,4'ünün (n=23) 16 yıl ve üzerinde; özel hastanede çalışan hemşirelerin %20'sinin (n=40) 1 yıldan az, %66,5'inin (n=133) 1-5 yıl arasında, %13'ünün (n=26) 6-10 yıl arasında, %0,5'inin (n=1) 11-15 yıl arasında olduğu görülmüştür.

Hemşirelerin **mesleki deneyim süreleri incelendiğinde**; eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerin %0,8'inin (n=2) 1 yıldan az, %33,8'inin (n=93) 1-5 yıl arasında, %28,4'ünün (n=78) 6-10 yıl arasında, %18,5'inin (n=51) 11-15 yıl arasında, %18,5'inin (n=51) 16 yıl ve üzerinde; özel hastanede çalışan hemşirelerin %12'sinin (n=24) 1 yıldan az, %50'sinin (n=100) 1-5 yıl arasında, %23'ünün (n=46) 6-10 yıl arasında, %7,5'inin (n=15) 11-15 yıl arasında, %7,5'inin (n=15) 16 yıl ve üzerinde olduğu görülmüştür.

Hemşirelerin **çalıştığı birimler incelendiğinde**; eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerin %32,7'sinin (n=90) dahili, %22,2'sinin (n=61) cerrahi, %18,2'sinin (n=50) yoğun bakım, %19,3'ünün (n=53) acil, %7,6'sının (n=21) ameliyathane; özel hastanede çalışan hemşirelerin %23,5'inin (n=47) dahili, %40,5'inin (n=81) cerrahi, %21'inin (n=42) yoğun bakım, %9,5'inin (n=19) acil, %5,5'inin (n=11) ameliyathane birimlerinde çalıştığı görülmüştür.

Hemşirelerin **çalıştığı birimdeki görev süreleri incelendiğinde**; eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerin %10,5'inin (n=29) 1 yıldan az, %66,2'sinin (n=182) 1-5 yıl arasında, %16,8'inin (n=46) 6-10 yıl arasında, %4'ünün (n=11) 11-15 yıl arasında, %2,5'inin (n=7) 16 yıl ve üzerinde; özel hastanede çalışan hemşirelerin %22,5'inin (n=45) 1 yıldan az, %68,5'inin (n=137) 1-5 yıl arasında, %8,5'inin (n=17) 6-10 yıl arasında, %0,5'inin (n=1) 11-15 yıl arasında olduğu görülmüştür.

Hemşirelerin **çalışma şekilleri incelendiğinde**; eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerin %22,5'inin (n=62) gündüz, %13,2'sinin (n=36) vardiyalı, %64,3'ünün (n=177) nöbet usulü; özel hastanede çalışan hemşirelerin %31'inin (n=62) gündüz, %53'ünün (n=106) vardiyalı, %16'sının (n=32) nöbet usulü çalıştığı görülmüştür.

Hemşirelerin **haftalık çalışma saatleri incelendiğinde**; eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerin %9,1'inin (n=25) 40 saati geçmediği, %61,8'sinin (n=170) 40-49 saat arası, %29,1'inin (n=80) 50 saatin üzerinde olduğu; özel hastanede çalışan hemşirelerin %2'sinin (n=4) 40 saati geçmediği, %53'ünün (n=106) 40-49 saat arası, %45'inin (n=90) 50 saatin üzerinde olduğu görülmüştür.

Hemşirelerin **hastanedeki görevleri incelendiğinde**; eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerin %60'ının (n=166) kadrolu, %40'ının (n=109) sözleşmeli olduğu; özel hastanede çalışan hemşirelerin %45'inin (n=89) kadrolu, %55'inin (n=111) sözleşmeli olarak görev yaptığı görülmüştür.

Hemşirelerin **işinden memnun olma durumları incelendiğinde**; eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerin %64,7'sinin (n=178) işinden memnun olduğu, %35,3'ünün (n=97) işinden memnun olmadığı; özel hastanede çalışan hemşirelerin %90'ının (n=180) işinden memnun olduğu, %10'unun (n=20) işinden memnun olmadığı görülmüştür.

6.3. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi Algılaması ile İlgili Bulgular

Bu bölümde eğitim ve araştırma hastanesi ve özel hastanede çalışan hemşirelerin hasta güvenliği kültürü hastane anketi cevapları, puanları ve alt alan algılarının dağılımları verilmiştir.

Tablo 3. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi Sonuçlarının Dağılımı (n=475)

| Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi | Kesinlikle Katılmıyorum | | Katılmıyorum | | Ne Katırım Ne Katılmam | | Katılıyorum | | Kesinlikle Katılıyorum | |
|--|-------------------------|------|--------------|------|------------------------|------|-------------|------|------------------------|------|
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Güvenliğin kapsamlı algılanması | | | | | | | | | | |
| Burada daha ciddi hataların oluşmaması sadece tesadüfe bağlıdır. | 23 | 4,9 | 41 | 8,6 | 74 | 15,6 | 182 | 38,3 | 155 | 32,6 |
| Hasta güvenliği, daha fazla is yapmaktan daha öncelikli bir ilkedir. | 31 | 6,5 | 37 | 7,7 | 56 | 11,7 | 209 | 44 | 142 | 29,8 |
| Bu bölümde hasta güvenliği ile ilgili problemler vardır. | 29 | 6,1 | 75 | 15,8 | 79 | 16,6 | 173 | 36,4 | 119 | 25,1 |
| Uyguladığımız prosedürler ve sistemler hata oluşmasını önlemede başarılıdır. | 32 | 6,8 | 50 | 10,5 | 113 | 23,8 | 219 | 46,1 | 61 | 12,8 |
| Hastane üniteleri arasında ekip çalışması | | | | | | | | | | |
| Hastane üniteleri birbirleriyle uyum içinde çalışmaz. | 24 | 5,1 | 103 | 21,6 | 134 | 28,2 | 158 | 33,3 | 56 | 11,8 |
| Birimler arasında birlikte çalışmayı gerektiren iyi bir işbirliği vardır. | 31 | 6,5 | 103 | 21,7 | 153 | 32,2 | 147 | 30,9 | 41 | 8,7 |
| Diğer bölümlerden gelen kişilerle çalışmak genellikle hoş karşılanmaz. | 31 | 6,5 | 76 | 16 | 142 | 29,9 | 168 | 35,4 | 58 | 12,2 |
| Hastalar için en iyi bakımı sağlama amacıyla birimler birlikte iyi çalışır. | 20 | 4,2 | 85 | 17,9 | 148 | 31,2 | 172 | 36,2 | 50 | 10,5 |
| Hastane müdahaleleri ve değişim | | | | | | | | | | |
| Hastalar bir üniteden diğerine nakledilirken bazı şeyler ihmal edilir, gözden kaçırılır, kaybedilir. | 18 | 3,8 | 98 | 20,6 | 112 | 23,6 | 154 | 32,4 | 93 | 19,6 |
| Nöbet değişimi sırasında hasta bakımıyla ilgili önemli bilgiler çoğu zaman kaybedilir. | 43 | 9,1 | 70 | 14,7 | 86 | 18,1 | 165 | 34,7 | 111 | 23,4 |
| Birimler arasında bilgi aktarımında sıklıkla problemler oluşur. | 30 | 6,3 | 96 | 20,2 | 148 | 31,2 | 144 | 30,3 | 57 | 12 |
| Bu hastanede nöbet değişimleri hastalar açısından problemlidir. | 10 | 2,1 | 40 | 8,4 | 89 | 18,7 | 199 | 41,9 | 137 | 28,9 |
| Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri | | | | | | | | | | |
| Yöneticilerimiz, oluşturulmuş hasta güvenliği prosedürlerine göre yapılmış bir işi gördüğünde takdir eder. | 63 | 13,3 | 99 | 20,8 | 98 | 20,6 | 177 | 37,3 | 38 | 8 |
| Yöneticilerimiz, hasta güvenliğini geliştirmek için çalışanların önerilerini ciddiye alır. | 59 | 12,4 | 76 | 16 | 115 | 24,2 | 189 | 39,8 | 36 | 7,6 |
| Yöneticilerimiz, kalite kaybı olsa bile bizim daha hızlı çalışmamızı ister. | 67 | 14,1 | 106 | 22,3 | 134 | 28,2 | 125 | 26,3 | 43 | 9,1 |
| Yöneticilerimiz tekrar tekrar oluşan hasta güvenliği problemlerini görmezden gelir. | 23 | 4,8 | 57 | 12 | 100 | 21,1 | 177 | 37,3 | 118 | 24,8 |

Tablo 3'ün devamı

| | | | | | | | | | | | |
|--|-----|------|-----|------|-----|------|-----|------|-----|------|--|
| Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme | | | | | | | | | | | |
| Hasta güvenliğini geliştirme çalışmalarına aktif olarak katılırız. | 23 | 4,8 | 46 | 9,7 | 94 | 19,8 | 231 | 48,6 | 81 | 17,1 | |
| Yapılan hatalar bölümde pozitif değişikliklere yol göstermiştir. | 36 | 7,6 | 82 | 17,3 | 126 | 26,5 | 194 | 40,8 | 37 | 7,8 | |
| Hasta güvenliğini geliştirmek için değişiklikler yaptıktan sonra bunların etkinliğini değerlendiririz. | 26 | 5,5 | 51 | 10,7 | 126 | 26,5 | 219 | 46,1 | 53 | 11,2 | |
| Üniteler içinde ekip çalışması | | | | | | | | | | | |
| Bu birimde çalışan kişiler birbirlerini destekler. | 23 | 4,8 | 60 | 12,6 | 73 | 15,4 | 214 | 45,1 | 105 | 22,1 | |
| Acilen yapılması gereken çok iş olduğunda ekip olarak birlikte çalışırız. | 22 | 4,6 | 37 | 7,8 | 47 | 9,9 | 256 | 53,9 | 113 | 23,8 | |
| Bu birimde çalışanlar birbirine saygılı davranır. | 16 | 3,4 | 35 | 7,4 | 92 | 19,4 | 234 | 49,2 | 98 | 20,6 | |
| Birim içinde bir çalışma alanı aşırı yoğunlaştığında diğerleri yardım eder. | 32 | 6,7 | 49 | 10,3 | 60 | 12,6 | 252 | 53,1 | 82 | 17,3 | |
| İletişimin açık tutulması | | | | | | | | | | | |
| Çalışanlar, hasta bakımını olumsuz etkileyebilen bir şey gördüklerinde bunu serbestçe dile getirebilir. | 13 | 2,8 | 69 | 14,5 | 116 | 24,4 | 181 | 38,1 | 96 | 20,2 | |
| Çalışanlar, yöneticilerinin karar ve eylemlerini sorgulamakta kendilerini özgür hisseder. | 136 | 28,6 | 83 | 17,5 | 147 | 30,9 | 75 | 15,8 | 34 | 7,2 | |
| Çalışanlar, bir şey yanlış gözüktüğünde soru sormaktan korkarlar. | 27 | 5,7 | 50 | 10,5 | 124 | 26,1 | 128 | 26,9 | 146 | 30,8 | |
| Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim | | | | | | | | | | | |
| Raporlanan olaylara dayandırılarak yapılan değişiklikler hakkında bilgilendiriliriz. | 36 | 7,5 | 94 | 19,8 | 112 | 23,6 | 158 | 33,3 | 75 | 15,8 | |
| Bu birimde oluşan hatalar hakkında bilgilendiriliriz. | 26 | 5,5 | 49 | 10,3 | 121 | 25,5 | 178 | 37,5 | 101 | 21,2 | |
| Bu birimde biz, hataların tekrar oluşmasını engelleyecek yöntemleri tartışırız. | 29 | 6,1 | 57 | 12 | 116 | 24,4 | 185 | 38,9 | 88 | 18,6 | |
| Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt | | | | | | | | | | | |
| Çalışanlar yaptıkları hatalardan dolayı suçlanacaklarını hissederler. | 55 | 11,6 | 187 | 39,3 | 112 | 23,6 | 103 | 21,7 | 18 | 3,8 | |
| Bir olay rapor edildiği zaman olayla ilgili problem değil, olayla ilgili kişi şikâyet ediliyor duygusu vardır. | 77 | 16,2 | 150 | 31,6 | 98 | 20,6 | 104 | 21,9 | 46 | 9,7 | |
| Çalışanlar yaptıkları hataların kişisel dosyalarında muhafaza edildiğinden endişe duyarlar. | 36 | 7,6 | 137 | 28,8 | 164 | 34,5 | 102 | 21,5 | 36 | 7,6 | |
| Personel sağlama | | | | | | | | | | | |
| Bu birimde iş yükünün üstesinden gelecek kadar personel mevcuttur. | 114 | 24 | 138 | 29,1 | 54 | 11,4 | 127 | 26,7 | 42 | 8,8 | |
| Bu birimde çalışanlar hasta bakımı için en uygun olan süreden daha uzun süre çalışırlar. | 105 | 22,1 | 213 | 44,8 | 73 | 15,4 | 71 | 14,9 | 13 | 2,5 | |
| Bu birimde gerekenden fazla geçici personel çalıştırılır. | 17 | 3,6 | 41 | 8,6 | 66 | 13,9 | 210 | 44,2 | 141 | 29,7 | |
| Yapılacak çok iş olduğunda ve çok çabuk yapmak gerektiğinde "kriz modunda" çalışırız. | 83 | 17,5 | 223 | 46,9 | 86 | 18,1 | 58 | 12,2 | 25 | 5,3 | |
| Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği | | | | | | | | | | | |
| Hastane yönetimi hasta güvenliğini artıran bir çalışma atmosferi sağlamaktadır. | 43 | 9,1 | 65 | 13,6 | 97 | 20,4 | 208 | 43,8 | 62 | 13,1 | |
| Yönetimin faaliyetleri, hasta güvenliğinin üst düzey bir öncelik olduğunu gösteriyor. | 36 | 7,6 | 59 | 12,4 | 129 | 27,2 | 195 | 41 | 56 | 11,8 | |

| Tablo 3'ün devamı | | | | | | | | | | |
|---|--------------|------|---------|------|-------|------|------------|------|-----------|------|
| Yönetim, sadece istenmeyen olay olduğunda hasta güvenliği ile ilgili gibi gözükmektedir. | 34 | 7,2 | 89 | 18,7 | 139 | 29,2 | 149 | 31,4 | 64 | 13,5 |
| Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi | Hiçbir zaman | | Nadiren | | Bazen | | Çoğu zaman | | Her zaman | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Hataların raporlanma sıklığı | | | | | | | | | | |
| Bir hata yapıldığında ancak hastayı etkilemeden fark edilip düzeltildiğinde ne sıklıkla rapor ediliyor? | 88 | 18,5 | 105 | 22,1 | 110 | 23,2 | 115 | 24,2 | 57 | 12 |
| Bir hata yapıldığında ancak hastaya zarar verme potansiyeli olmadığına ne sıklıkla rapor ediliyor? | 78 | 16,4 | 107 | 22,5 | 130 | 27,4 | 100 | 21,1 | 60 | 12,6 |
| Hastaya zarar verebilme olasılığı olan ancak zarar vermeyen bir hata yapıldığında ne sıklıkla rapor ediliyor? | 77 | 16,2 | 104 | 21,9 | 105 | 22,1 | 124 | 26,1 | 65 | 13,7 |

Tanımlayıcı istatistikler

Hasta güvenliği kültürü hastane anketinde eğitim ve araştırma hastanesi ve özel hastanede çalışan hemşirelerin maddelere katılımları incelendiğinde;

“Burada daha ciddi hataların oluşmaması sadece tesadüfe bağlıdır.” maddesine %4,9'unun (n=23) “kesinlikle katılmıyorum”, %8,6'sının (n=41) “katılmıyorum”, %15,6'sının (n=74) “ne katılırım ne katılmam”, %38,3'ünün (n=182) “katılıyorum”, %32,6'sının (n=155) “kesinlikle katılıyorum” yanıtını verdikleri,

“Hasta güvenliği, daha fazla iş yapmaktan daha öncelikli bir ilkedir.” maddesine %6,5'inin (n=31) “kesinlikle katılmıyorum”, %7,7'sinin (n=37) “katılmıyorum”, %11,7'sinin (n=56) “ne katılırım ne katılmam”, %44'ünün (n=209) “katılıyorum”, %29,8'inin (n=142) “kesinlikle katılıyorum” yanıtını verdikleri,

“Bu bölümde hasta güvenliği ile ilgili problemler vardır.” maddesine %6,1'inin (n=29) “kesinlikle katılmıyorum”, %15,8'inin (n=75) “katılmıyorum”, %16,6'sının (n=79) “ne katılırım ne katılmam”, %36,4'ünün (n=173) “katılıyorum”, %25,1'inin (n=119) “kesinlikle katılıyorum” yanıtını verdikleri,

“Uyguladığımız prosedürler ve sistemler hata oluşmasını önlemede başarılıdır.” maddesine %6,8'inin (n=32) “kesinlikle katılmıyorum”, %10,5'inin (n=50) “katılmıyorum”, %23,8'inin (n=113) “ne katılırım ne katılmam”, %46,1'inin (n=219) “katılıyorum”, %12,8'inin (n=61) “kesinlikle katılıyorum” yanıtını verdikleri,

“Hastane üniteleri birbirleriyle uyum içinde çalışmaz.” maddesine %5,1'inin (n=24) “kesinlikle katılmıyorum”, %21,6'sının (n=103) “katılmıyorum”, %28,2'sinin

(n=134) “ne katılırim ne katılmam”, %33,3’ünün (n=158) “katılıyorum”, %11,8’inin (n=56) “kesinlikle katılıyorum” yanıtını verdikleri,

“Birimler arasında birlikte çalışmayı gerektiren iyi bir işbirliği vardır.” maddesine %6,5’inin (n=31) “kesinlikle katılmıyorum”, %21,7’sinin (n=103) “katılmıyorum”, %32,2’sinin (n=153) “ne katılırim ne katılmam”, %30,9’unun (n=147) “katılıyorum”, %8,7’sinin (n=41) “kesinlikle katılıyorum” yanıtını verdikleri,

“Diğer bölümlerinden gelen kişilerle çalışmak genellikle hoş karşılanmaz.” maddesine %6,5’inin (n=31) “kesinlikle katılmıyorum”, %16’sının (n=76) “katılmıyorum”, %29,9’unun (n=142) “ne katılırim ne katılmam”, %35,4’ünün (n=168) “katılıyorum”, %12,2’sinin (n=58) “kesinlikle katılıyorum” yanıtını verdikleri,

“Hastalar için en iyi bakımı sağlama amacıyla birimler birlikte iyi çalışır.” maddesine %4,2’sinin (n=20) “kesinlikle katılmıyorum”, %17,9’unun (n=85) “katılmıyorum”, %31,2’sinin (n=148) “ne katılırim ne katılmam”, %36,2’sinin (n=172) “katılıyorum”, %10,5’inin (n=50) “kesinlikle katılıyorum” yanıtını verdikleri,

“Hastalar bir üniteden diğerine nakledilirken bazı şeyler ihmal edilir, gözden kaçırılır, kaybedilir.” maddesine %3,8’inin (n=18) “kesinlikle katılmıyorum”, %20,6’sının (n=98) “katılmıyorum”, %23,6’sının (n=112) “ne katılırim ne katılmam”, %32,4’ünün (n=154) “katılıyorum”, %19,6’sının (n=93) “kesinlikle katılıyorum” yanıtını verdikleri,

“Nöbet değişimi sırasında hasta bakımıyla ilgili önemli bilgiler çoğu zaman kaybedilir.” maddesine %9,1’inin (n=43) “kesinlikle katılmıyorum”, %14,7’sinin (n=70) “katılmıyorum”, %18,1’inin (n=86) “ne katılırim ne katılmam”, %34,7’sinin (n=165) “katılıyorum”, %23,4’ünün (n=111) “kesinlikle katılıyorum” yanıtını verdikleri,

“Birimler arasında bilgi aktarımında sıklıkla problemler oluşur.” maddesine %6,3’ünün (n=30) “kesinlikle katılmıyorum”, %20,2’sinin (n=96) “katılmıyorum”, %31,2’sinin (n=148) “ne katılırim ne katılmam”, %30,3’ünün (n=144) “katılıyorum”, %12’sinin (n=57) “kesinlikle katılıyorum” yanıtını verdikleri,

“Bu hastanede nöbet değişimleri hastalar açısından problemlidir.” maddesine %2,1’inin (n=10) “kesinlikle katılmıyorum”, %8,4’ünün (n=40) “katılmıyorum”, %18,7’sinin (n=89) “ne katılırim ne katılmam”, %41,9’unun (n=199) “katılıyorum”, %28,9’unun (n=137) “kesinlikle katılıyorum” yanıtını verdikleri,

“Yöneticilerimiz, oluşturulmuş hasta güvenliği prosedürlerine göre yapılmış bir işi gördüğünde takdir eder.” maddesine %13,3’ünün (n=63) “kesinlikle katılmıyorum”, %20,8’inin (n=99) “katılmıyorum”, %20,6’sının (n=98) “ne katılırim ne katılmam”, %37,3’ünün (n=177) “katılıyorum”, %8’inin (n=38) “kesinlikle katılıyorum” yanıtını verdikleri,

“Yöneticilerimiz, hasta güvenliğini geliştirmek için çalışanların önerilerini ciddiye alır.” maddesine %12,4’ünün (n=59) “kesinlikle katılmıyorum”, %16’sının (n=76) “katılmıyorum”, %24,2’sinin (n=115) “ne katılırim ne katılmam”, %39,8’inin (n=189) “katılıyorum”, %7,6’sının (n=36) “kesinlikle katılıyorum” yanıtını verdikleri,

“Yöneticilerimiz, kalite kaybı olsa bile bizim daha hızlı çalışmamızı ister.” maddesine %14,1’inin (n=67) “kesinlikle katılmıyorum”, %22,3’ünün (n=106) “katılmıyorum”, %28,2’sinin (n=134) “ne katılırim ne katılmam”, %26,3’ünün (n=125) “katılıyorum”, %9,1’inin (n=43) “kesinlikle katılıyorum” yanıtını verdikleri,

“Yöneticilerimiz tekrar tekrar oluşan hasta güvenliği problemlerini görmezden gelir.” maddesine %4,8’inin (n=23) “kesinlikle katılmıyorum”, %12’sinin (n=57) “katılmıyorum”, %21,1’inin (n=100) “ne katılırim ne katılmam”, %37,3’ünün (n=177) “katılıyorum”, %24,8’inin (n=118) “kesinlikle katılıyorum” yanıtını verdikleri,

“Hasta güvenliğini geliştirme çalışmalarına aktif olarak katılırız.” maddesine %4,8’inin (n=23) “kesinlikle katılmıyorum”, %9,7’sinin (n=46) “katılmıyorum”, %19,8’inin (n=94) “ne katılırim ne katılmam”, %48,6’sının (n=231) “katılıyorum”, %17,1’inin (n=81) “kesinlikle katılıyorum” yanıtını verdikleri,

“Yapılan hatalar bölümde pozitif değişikliklere yol göstermiştir.” maddesine %7,6’sının (n=36) “kesinlikle katılmıyorum”, %17,3’ünün (n=82) “katılmıyorum”, %26,5’inin (n=126) “ne katılırim ne katılmam”, %40,8’inin (n=194) “katılıyorum”, %7,8’inin (n=37) “kesinlikle katılıyorum” yanıtını verdikleri,

“Hasta güvenliğini geliştirmek için değişiklikler yaptıktan sonra bunların etkinliğini değerlendiririz.” maddesine %5,5’inin (n=26) “kesinlikle katılmıyorum”, %10,7’sinin (n=51) “katılmıyorum”, %26,5’inin (n=126) “ne katılırim ne katılmam”, %46,1’inin (n=219) “katılıyorum”, %11,2’sinin (n=53) “kesinlikle katılıyorum” yanıtını verdikleri,

“Bu birimde çalışan kişiler birbirlerini destekler.” maddesine %4,8’inin (n=23) “kesinlikle katılmıyorum”, %12,6’sının (n=60) “katılmıyorum”, %15,4’ünün

(n=73) “ne katılırim ne katılmam”, %45,1’inin (n=214) “katılıyorum”, %22,1’inin (n=105) “kesinlikle katılıyorum” yanıtını verdikleri,

“Acilen yapılması gereken çok iş olduğunda ekip olarak birlikte çalışırız.” maddesine %4,6’sının (n=22) “kesinlikle katılmıyorum”, %7,8’inin (n=37) “katılmıyorum”, %9,9’unun (n=47) “ne katılırim ne katılmam”, %53,9’unun (n=256) “katılıyorum”, %23,8’inin (n=113) “kesinlikle katılıyorum” yanıtını verdikleri,

“Bu birimde çalışanlar birbirine saygılı davranır.” maddesine %3,4’ünün (n=16) “kesinlikle katılmıyorum”, %7,4’ünün (n=35) “katılmıyorum”, %19,4’ünün (n=92) “ne katılırim ne katılmam”, %49,2’sinin (n=234) “katılıyorum”, %20,6’sının (n=98) “kesinlikle katılıyorum” yanıtını verdikleri,

“Birim içinde bir çalışma alanı aşırı yoğunlaştığında diğerleri yardım eder.” maddesine %6,7’sinin (n=32) “kesinlikle katılmıyorum”, %10,3’ünün (n=49) “katılmıyorum”, %12,6’sının (n=60) “ne katılırim ne katılmam”, %53,1’inin (n=252) “katılıyorum”, %17,3’ünün (n=82) “kesinlikle katılıyorum” yanıtını verdikleri,

“Çalışanlar, hasta bakımını olumsuz etkileyebilen bir şey gördüklerinde bunu serbestçe dile getirebilir.” maddesine %2,8’inin (n=13) “kesinlikle katılmıyorum”, %14,5’inin (n=69) “katılmıyorum”, %24,4’ünün (n=116) “ne katılırim ne katılmam”, %38,1’inin (n=181) “katılıyorum”, %20,2’sinin (n=96) “kesinlikle katılıyorum” yanıtını verdikleri,

“Çalışanlar, yöneticilerinin karar ve eylemlerini sorgulamakta kendilerini özgür hisseder.” maddesine %28,6’sının (n=136) “kesinlikle katılmıyorum”, %17,5’inin (n=83) “katılmıyorum”, %30,9’unun (n=147) “ne katılırim ne katılmam”, %15,8’inin (n=75) “katılıyorum”, %7,2’sinin (n=34) “kesinlikle katılıyorum” yanıtını verdikleri,

“Çalışanlar, bir şey yanlış gözüktüğünde soru sormaktan korkarlar.” maddesine %5,7’sinin (n=27) “kesinlikle katılmıyorum”, %10,5’inin (n=50) “katılmıyorum”, %26,1’inin (n=124) “ne katılırim ne katılmam”, %26,9’unun (n=128) “katılıyorum”, %30,8’inin (n=146) “kesinlikle katılıyorum” yanıtını verdikleri,

“Raporlanan olaylara dayandırılarak yapılan değişiklikler hakkında bilgilendiriliriz.” maddesine %7,5’inin (n=36) “kesinlikle katılmıyorum”, %19,8’inin (n=94) “katılmıyorum”, %23,6’sının (n=112) “ne katılırim ne katılmam”, %33,3’ünün (n=158) “katılıyorum”, %15,8’inin (n=75) “kesinlikle katılıyorum” yanıtını verdikleri,

“Bu birimde oluşan hatalar hakkında bilgilendiriliriz.” maddesine %5,5’inin (n=26) “kesinlikle katılmıyorum”, %10,3’ünün (n=49) “katılmıyorum”, %25,5’inin (n=121) “ne katılıyorum ne katılmam”, %37,5’inin (n=178) “katılıyorum”, %21,2’sinin (n=101) “kesinlikle katılıyorum” yanıtını verdikleri,

“Bu birimde biz, hataların tekrar oluşmasını engelleyecek yöntemleri tartışırız.” maddesine %6,1’inin (n=29) “kesinlikle katılmıyorum”, %12’sinin (n=57) “katılmıyorum”, %24,4’ünün (n=116) “ne katılıyorum ne katılmam”, %38,9’unun (n=185) “katılıyorum”, %18,6’sının (n=88) “kesinlikle katılıyorum” yanıtını verdikleri,

“Çalışanlar yaptıkları hatalardan dolayı suçlanacaklarını hissederler.” maddesine %11,6’sının (n=55) “kesinlikle katılmıyorum”, %39,3’ünün (n=187) “katılmıyorum”, %23,6’sının (n=112) “ne katılıyorum ne katılmam”, %21,7’sinin (n=103) “katılıyorum”, %3,8’inin (n=18) “kesinlikle katılıyorum” yanıtını verdikleri,

“Bir olay rapor edildiği zaman olayla ilgili problem değil, olayla ilgili kişi şikâyet ediliyor duygusu vardır.” maddesine %16,2’sinin (n=77) “kesinlikle katılmıyorum”, %31,6’sının (n=150) “katılmıyorum”, %20,6’sının (n=98) “ne katılıyorum ne katılmam”, %21,9’unun (n=104) “katılıyorum”, %9,7’sinin (n=46) “kesinlikle katılıyorum” yanıtını verdikleri,

“Çalışanlar yaptıkları hataların kişisel dosyalarında muhafaza edildiğinden endişe duyarlar.” maddesine %7,6’sının (n=36) “kesinlikle katılmıyorum”, %28,8’inin (n=137) “katılmıyorum”, %34,5’inin (n=164) “ne katılıyorum ne katılmam”, %21,5’inin (n=102) “katılıyorum”, %7,6’sının (n=36) “kesinlikle katılıyorum” yanıtını verdikleri,

“Bu birimde iş yükünün üstesinden gelecek kadar personel mevcuttur.” maddesine %24’ünün (n=114) “kesinlikle katılmıyorum”, %29,1’inin (n=138) “katılmıyorum”, %11,4’ünün (n=54) “ne katılıyorum ne katılmam”, %26,7’sinin (n=127) “katılıyorum”, %8,8’inin (n=42) “kesinlikle katılıyorum” yanıtını verdikleri,

“Bu birimde çalışanlar hasta bakımı için en uygun olan süreden daha uzun süre çalışırlar.” maddesine %22,1’inin (n=105) “kesinlikle katılmıyorum”, %44,8’inin (n=213) “katılmıyorum”, %15,4’ünün (n=73) “ne katılıyorum ne katılmam”, %14,9’unun (n=71) “katılıyorum”, %2,5’inin (n=13) “kesinlikle katılıyorum” yanıtını verdikleri,

“Bu birimde gerekenden fazla geçici personel çalıştırılır.” maddesine %3,6’sının (n=17) “kesinlikle katılmıyorum”, %8,6’sının (n=41) “katılmıyorum”,

%13,9'unun (n=66) "ne katılırım ne katılmam", %44,2'sinin (n=210) "katılıyorum", %29,7'sinin (n=141) "kesinlikle katılıyorum" yanıtını verdikleri,

"Yapılacak çok iş olduğunda ve çok çabuk yapmak gerektiğinde "kriz modunda" çalışırız." maddesine %17,5'inin (n=83) "kesinlikle katılmıyorum", %46,9'unun (n=223) "katılmıyorum", %18,1'inin (n=86) "ne katılırım ne katılmam", %12,2'sinin (n=58) "katılıyorum", %5,3'ünün (n=25) "kesinlikle katılıyorum" yanıtını verdikleri,

"Hastane yönetimi hasta güvenliğini artıran bir çalışma atmosferi sağlamaktadır." maddesine %9,1'inin (n=43) "kesinlikle katılmıyorum", %13,6'sının (n=65) "katılmıyorum", %20,4'ünün (n=97) "ne katılırım ne katılmam", %43,8'inin (n=208) "katılıyorum", %13,1'inin (n=62) "kesinlikle katılıyorum" yanıtını verdikleri,

"Yönetimin faaliyetleri, hasta güvenliğinin üst düzey bir öncelik olduğunu gösteriyor." maddesine %7,6'sının (n=36) "kesinlikle katılmıyorum", %12,4'ünün (n=59) "katılmıyorum", %27,2'sinin (n=129) "ne katılırım ne katılmam", %41'inin (n=195) "katılıyorum", %11,8'inin (n=56) "kesinlikle katılıyorum" yanıtını verdikleri,

"Yönetim, sadece istenmeyen olay olduğunda hasta güvenliği ile ilgili gibi gözükmektedir." maddesine %7,2'sinin (n=34) "kesinlikle katılmıyorum", %18,7'sinin (n=89) "katılmıyorum", %29,2'sinin (n=139) "ne katılırım ne katılmam", %31,4'ünün (n=149) "katılıyorum", %13,5'inin (n=64) "kesinlikle katılıyorum" yanıtını verdikleri,

"Bir hata yapıldığında ancak hastayı etkilemeden fark edilip düzeltildiğinde ne sıklıkla rapor ediliyor?" maddesine %18,5'inin (n=88) "hiçbir zaman", %22,1'inin (n=105) "nadiren", %23,2'sinin (n=110) "bazen", %24,2'sinin (n=115) "çoğu zaman", %12'sinin (n=57) ise "her zaman" yanıtını verdikleri,

"Bir hata yapıldığında ancak hastaya zarar verme potansiyeli olmadığında ne sıklıkla rapor ediliyor?" maddesine %16,4'ünün (n=78) "hiçbir zaman", %22,5'inin (n=107) "nadiren", %27,4'ünün (n=130) "bazen", %21,1'inin (n=100) "çoğu zaman", %12,6'sının (n=60) "her zaman" yanıtını verdikleri,

"Hastaya zarar verebilme olasılığı olan ancak zarar vermeyen bir hata yapıldığında ne sıklıkla rapor ediliyor?" maddesine %16,2'sinin (n=77) "hiçbir zaman", %21,9'unun (n=104) "nadiren", %22,1'inin (n=105) "bazen", %26,1'inin (n=124) "çoğu zaman", %13,7'sinin (n=65) "her zaman" yanıtını verdikleri görülmüştür.

Tablo 4. Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi Sonuçlarının Dağılımı (n=275)

| Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi | Kesinlikle Katılmıyorum | | Katılmıyorum | | Ne Katılıyorum Ne Katılmam | | Katılıyorum | | Kesinlikle Katılıyorum | |
|--|-------------------------|------|--------------|------|----------------------------|------|-------------|------|------------------------|------|
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Güvenliğin kapsamlı algılanması | | | | | | | | | | |
| Burada daha ciddi hataların oluşmaması sadece tesadüfe bağlıdır. | 13 | 4,7 | 24 | 8,7 | 57 | 20,7 | 114 | 41,5 | 67 | 24,4 |
| Hasta güvenliği, daha fazla is yapmaktan daha öncelikli bir ilkedir. | 28 | 10,2 | 28 | 10,2 | 38 | 13,8 | 117 | 42,5 | 64 | 23,3 |
| Bu bölümde hasta güvenliği ile ilgili problemler vardır. | 24 | 8,7 | 62 | 22,5 | 57 | 20,7 | 91 | 33,1 | 41 | 15 |
| Uyguladığımız prosedürler ve sistemler hata oluşmasını önlemede başarılıdır. | 23 | 8,4 | 40 | 14,5 | 94 | 34,2 | 106 | 38,5 | 12 | 4,4 |
| Hastane üniteleri arasında ekip çalışması | | | | | | | | | | |
| Hastane üniteleri birbirleriyle uyum içinde çalışmaz. | 19 | 6,9 | 78 | 28,4 | 84 | 30,5 | 76 | 27,6 | 18 | 6,5 |
| Birimler arasında birlikte çalışmayı gerektiren iyi bir işbirliği vardır. | 29 | 10,6 | 82 | 29,8 | 82 | 29,8 | 70 | 25,4 | 12 | 4,4 |
| Diğer bölümlerden gelen kişilerle çalışmak genellikle hoş karşılanmaz. | 22 | 8 | 47 | 17,1 | 81 | 29,5 | 99 | 36 | 26 | 9,4 |
| Hastalar için en iyi bakımı sağlama amacıyla birimler birlikte iyi çalışır. | 19 | 6,9 | 68 | 24,7 | 86 | 31,3 | 87 | 31,7 | 15 | 5,4 |
| Hastane müdahaleleri ve değişim | | | | | | | | | | |
| Hastalar bir üniteden diğerine nakledilirken bazı şeyler ihmal edilir, gözden kaçırılır, kaybedilir. | 17 | 6,2 | 82 | 29,8 | 71 | 25,8 | 76 | 27,6 | 29 | 10,6 |
| Nöbet değişimi sırasında hasta bakımıyla ilgili önemli bilgiler çoğu zaman kaybedilir. | 22 | 8 | 42 | 15,3 | 61 | 22,2 | 114 | 41,4 | 36 | 13,1 |
| Birimler arasında bilgi aktarımında sıklıkla problemler oluşur. | 26 | 9,4 | 77 | 28 | 86 | 31,3 | 63 | 22,9 | 23 | 8,4 |
| Bu hastanede nöbet değişimleri hastalar açısından problemlidir. | 7 | 2,6 | 33 | 12 | 57 | 20,7 | 119 | 43,3 | 59 | 21,4 |
| Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri | | | | | | | | | | |
| Yöneticilerimiz, oluşturulmuş hasta güvenliği prosedürlerine göre yapılmış bir işi gördüğünde takdir eder. | 55 | 20 | 78 | 28,4 | 55 | 20 | 75 | 27,2 | 12 | 4,4 |
| Yöneticilerimiz, hasta güvenliğini geliştirmek için çalışanların önerilerini ciddiye alır. | 50 | 18,2 | 69 | 25,1 | 71 | 25,8 | 78 | 28,4 | 7 | 2,5 |
| Yöneticilerimiz, kalite kaybı olsa bile bizim daha hızlı çalışmamızı ister. | 49 | 17,8 | 73 | 26,5 | 67 | 24,4 | 61 | 22,2 | 25 | 9,1 |
| Yöneticilerimiz tekrar tekrar oluşan hasta güvenliği problemlerini görmezden gelir. | 18 | 6,5 | 44 | 16 | 7 | 24,4 | 103 | 37,4 | 43 | 15,7 |
| Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme | | | | | | | | | | |
| Hasta güvenliğini geliştirme çalışmalarına aktif olarak katılırız. | 23 | 8,4 | 42 | 15,2 | 71 | 25,8 | 113 | 41,1 | 26 | 9,5 |
| Yapılan hatalar bölümde pozitif değişikliklere yol göstermiştir. | 32 | 11,6 | 68 | 24,7 | 67 | 24,4 | 92 | 33,4 | 16 | 5,9 |
| Hasta güvenliğini geliştirmek için değişiklikler yaptıktan sonra bunların etkinliğini değerlendiririz. | 25 | 9,1 | 47 | 17,1 | 85 | 30,9 | 97 | 35,2 | 21 | 7,7 |
| Üniteler içinde ekip çalışması | | | | | | | | | | |
| Bu birimde çalışan kişiler birbirlerini destekler. | 19 | 6,9 | 47 | 17,1 | 56 | 20,2 | 115 | 41,8 | 38 | 13,9 |

| Tablo 4'ün devamı | | | | | | | | | | |
|--|---------------------|----------|----------------|----------|--------------|----------|-------------------|----------|------------------|----------|
| Acilen yapılması gereken çok iş olduğunda ekip olarak birlikte çalışırsınız. | 22 | 8 | 28 | 10,1 | 34 | 12,3 | 153 | 55,6 | 38 | 13,4 |
| Bu birimde çalışanlar birbirine saygılı davranır. | 14 | 5,1 | 31 | 11,2 | 61 | 22,2 | 140 | 50,9 | 29 | 10,6 |
| Birim içinde bir çalışma alanı aşırı yoğunlaştığında diğerleri yardım eder. | 28 | 10,2 | 38 | 13,8 | 42 | 15,3 | 145 | 52,7 | 22 | 8 |
| İletişimin açık tutulması | | | | | | | | | | |
| Çalışanlar, hasta bakımını olumsuz etkileyebilen bir şey gördüklerinde bunu serbestçe dile getirebilir. | 13 | 4,7 | 55 | 20 | 72 | 26,2 | 88 | 32 | 47 | 17,1 |
| Çalışanlar, yöneticilerinin karar ve eylemlerini sorgulamakta kendilerini özgür hisseder. | 103 | 37,4 | 54 | 19,7 | 75 | 27,3 | 29 | 10,5 | 14 | 5,1 |
| Çalışanlar, bir şey yanlış gözüktüğünde soru sormaktan korkarlar. | 22 | 8 | 41 | 14,9 | 80 | 29,1 | 69 | 25,1 | 63 | 22,9 |
| Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim | | | | | | | | | | |
| Raporlanan olaylara dayandırılarak yapılan değişiklikler hakkında bilgilendiriliriz. | 31 | 11,2 | 76 | 27,6 | 67 | 24,4 | 79 | 28,8 | 22 | 8 |
| Bu birimde oluşan hatalar hakkında bilgilendiriliriz. | 23 | 8,4 | 35 | 12,7 | 83 | 30,2 | 102 | 37,1 | 32 | 11,6 |
| Bu birimde biz, hataların tekrar oluşmasını engelleyecek yöntemleri tartışırız. | 27 | 9,8 | 48 | 17,4 | 73 | 26,5 | 93 | 33,8 | 34 | 12,5 |
| Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt | | | | | | | | | | |
| Çalışanlar yaptıkları hatalardan dolayı suçlanacaklarını hissederler. | 39 | 14,2 | 119 | 43,2 | 50 | 18,2 | 55 | 20 | 12 | 4,4 |
| Bir olay rapor edildiği zaman olayla ilgili problem değil, olayla ilgili kişi şikâyet ediliyor duygusu vardır. | 57 | 20,7 | 115 | 41,8 | 43 | 15,6 | 41 | 14,9 | 19 | 7 |
| Çalışanlar yaptıkları hataların kişisel dosyalarında muhafaza edildiğinden endişe duyarlar. | 25 | 9,1 | 93 | 33,8 | 85 | 30,9 | 49 | 17,8 | 23 | 8,4 |
| Personel sağlama | | | | | | | | | | |
| Bu birimde iş yükünün üstesinden gelecek kadar personel mevcuttur. | 97 | 35,2 | 98 | 35,6 | 24 | 8,7 | 51 | 18,5 | 5 | 2 |
| Bu birimde çalışanlar hasta bakımı için en uygun olan süreden daha uzun süre çalışırlar. | 60 | 21,8 | 117 | 42,5 | 46 | 16,7 | 44 | 16 | 8 | 3 |
| Bu birimde gerekenden fazla geçici personel çalıştırılır. | 13 | 4,8 | 26 | 9,5 | 39 | 14,1 | 115 | 41,8 | 82 | 29,8 |
| Yapılacak çok iş olduğunda ve çok çabuk yapmak gerektiğinde "kriz modunda" çalışırsınız. | 48 | 17,4 | 132 | 48 | 45 | 16,4 | 35 | 12,7 | 15 | 5,5 |
| Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği | | | | | | | | | | |
| Hastane yönetimi hasta güvenliğini artıran bir çalışma atmosferi sağlamaktadır. | 37 | 13,4 | 51 | 18,5 | 62 | 22,6 | 111 | 40,4 | 14 | 5,1 |
| Yönetimin faaliyetleri, hasta güvenliğinin üst düzey bir öncelik olduğunu gösteriyor. | 27 | 9,8 | 42 | 15,3 | 84 | 30,6 | 103 | 37,4 | 19 | 6,9 |
| Yönetim, sadece istenmeyen olay olduğunda hasta güvenliği ile ilgili gibi gözükmemektedir. | 26 | 9,4 | 65 | 23,7 | 88 | 32 | 77 | 28 | 19 | 6,9 |
| Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi | | | | | | | | | | |
| | Hiçbir zaman | | Nadiren | | Bazen | | Çoğu zaman | | Her zaman | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Hataların raporlanma sıklığı | | | | | | | | | | |
| Bir hata yapıldığında ancak hastayı etkilemeden fark edilip düzeltildiğinde ne sıklıkla rapor ediliyor? | 74 | 26,9 | 75 | 27,3 | 59 | 21,4 | 53 | 19,3 | 14 | 5,1 |

| Tablo 4'ün devamı | | | | | | | | | | |
|---|----|------|----|------|----|------|----|------|----|-----|
| Bir hata yapıldığında ancak hastaya zarar verme potansiyeli olmadığında ne sıklıkla rapor ediliyor? | 70 | 25,4 | 76 | 27,7 | 71 | 25,8 | 43 | 15,7 | 15 | 5,4 |
| Hastaya zarar verebilme olasılığı olan ancak zarar vermeyen bir hata yapıldığında ne sıklıkla rapor ediliyor? | 68 | 24,8 | 75 | 27,3 | 59 | 21,4 | 59 | 21,4 | 14 | 5,1 |

Tanımlayıcı istatistikler

Hasta güvenliği kültürü hastane anketinde eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerin maddelere katılımları incelendiğinde;

“Burada daha ciddi hataların oluşmaması sadece tesadüfe bağlıdır.” maddesine %4,7'sinin (n=13) kesinlikle katılmıyorum, %8,7'sinin (n=24) katılmıyorum, %20,7'sinin (n=57) ne katılıyorum ne katılmam, %41,5'inin (n=114) katılıyorum, %24,4'ünün (n=67) kesinlikle katılıyorum yanıtını verdikleri,

“Hasta güvenliği, daha fazla is yapmaktan daha öncelikli bir ilkedir.” maddesine %10,2'sinin (n=28) kesinlikle katılmıyorum, %10,2'sinin (n=28) katılmıyorum, %13,8'inin (n=38) ne katılıyorum ne katılmam, %42,5'inin (n=117) katılıyorum, %23,3'ünün (n=64) kesinlikle katılıyorum yanıtını verdikleri,

“Bu bölümde hasta güvenliği ile ilgili problemler vardır.” maddesine %8,7'sinin (n=24) kesinlikle katılmıyorum, %22,5'inin (n=62) katılmıyorum, %20,7'sinin (n=57) ne katılıyorum ne katılmam, %33,1'inin (n=91) katılıyorum, %15'inin (n=41) kesinlikle katılıyorum yanıtını verdikleri,

“Uyguladığımız prosedürler ve sistemler hata oluşmasını önlemede başarılıdır.” maddesine %8,4'ünün (n=23) kesinlikle katılmıyorum, %14,5'inin (n=40) katılmıyorum, %34,2'sinin (n=94) ne katılıyorum ne katılmam, %38,5'inin (n=106) katılıyorum, %4,4'ünün (n=12) kesinlikle katılıyorum yanıtını verdikleri,

“Hastane üniteleri birbirleriyle uyum içinde çalışmaz.” maddesine %6,9'unun (n=19) kesinlikle katılmıyorum, %28,4'ünün (n=78) katılmıyorum, %30,5'inin (n=84) ne katılıyorum ne katılmam, %27,6'sının (n=76) katılıyorum, %6,5'inin (n=18) kesinlikle katılıyorum yanıtını verdikleri,

“Birimler arasında birlikte çalışmayı gerektiren iyi bir işbirliği vardır.” maddesine %10,6'sının (n=29) kesinlikle katılmıyorum, %29,8'inin (n=82) katılmıyorum, %29,8'inin (n=82) ne katılıyorum ne katılmam, %25,4'ünün (n=70) katılıyorum, %4,4'ünün (n=12) kesinlikle katılıyorum yanıtını verdikleri,

“Diğer bölümlerinden gelen kişilerle çalışmak genellikle hoş karşılanmaz.” maddesine %8’inin (n=22) kesinlikle katılmıyorum, %17,1’inin (n=47) katılmıyorum, %29,5’inin (n=81) ne katılıyorum ne katılmam, %36’sının (n=99) katılıyorum, %9,4’ünün (n=26) kesinlikle katılıyorum yanıtını verdikleri,

“Hastalar için en iyi bakımı sağlama amacıyla birimler birlikte iyi çalışır.” maddesine %6,9’unun (n=19) kesinlikle katılmıyorum, %24,7’sinin (n=68) katılmıyorum, %31,3’ünün (n=86) ne katılıyorum ne katılmam, %31,7’sinin (n=87) katılıyorum, %5,4’ünün (n=15) kesinlikle katılıyorum yanıtını verdikleri,

“Hastalar bir üniteden diğerine nakledilirken bazı şeyler ihmal edilir, gözden kaçırılır, kaybedilir.” maddesine %6,2’sinin (n=17) kesinlikle katılmıyorum, %29,8’inin (n=82) katılmıyorum, %25,8’inin (n=71) ne katılıyorum ne katılmam, %27,6’sının (n=76) katılıyorum, %10,6’sının (n=29) kesinlikle katılıyorum yanıtını verdikleri,

“Nöbet değişimi sırasında hasta bakımıyla ilgili önemli bilgiler çoğu zaman kaybedilir.” maddesine %8’inin (n=22) kesinlikle katılmıyorum, %15,3’ünün (n=42) katılmıyorum, %22,2’sinin (n=61) ne katılıyorum ne katılmam, %41,4’ünün (n=114) katılıyorum, %13,1’inin (n=36) kesinlikle katılıyorum yanıtını verdikleri,

“Birimler arasında bilgi aktarımında sıklıkla problemler oluşur.” maddesine %9,4’ünün (n=26) kesinlikle katılmıyorum, %28’inin (n=77) katılmıyorum, %31,3’ünün (n=86) ne katılıyorum ne katılmam, %22,9’unun (n=63) katılıyorum, %8,4’ünün (n=23) kesinlikle katılıyorum yanıtını verdikleri,

“Bu hastanede nöbet değişimleri hastalar açısından problemlidir.” maddesine %2,6’sının (n=7) kesinlikle katılmıyorum, %12’sinin (n=33) katılmıyorum, %20,7’sinin (n=57) ne katılıyorum ne katılmam, %43,3’ünün (n=119) katılıyorum, %21,4’ünün (n=59) kesinlikle katılıyorum yanıtını verdikleri,

“Yöneticilerimiz, oluşturulmuş hasta güvenliği prosedürlerine göre yapılmış bir işi gördüğünde takdir eder.” maddesine %20’sinin (n=55) kesinlikle katılmıyorum, %28,4’ünün (n=78) katılmıyorum, %20’sinin (n=55) ne katılıyorum ne katılmam, %27,2’sinin (n=75) katılıyorum, %4,4’ünün (n=12) kesinlikle katılıyorum yanıtını verdikleri,

“Yöneticilerimiz, hasta güvenliğini geliştirmek için çalışanların önerilerini ciddiye alır.” maddesine %18,2’sinin (n=50) kesinlikle katılmıyorum, %25,1’inin

(n=69) katılmıyorum, %25,8'inin (n=71) ne katılıyorum ne katılmam, %28,4'ünün (n=78) katılıyorum, %2,5'inin (n=7) kesinlikle katılıyorum yanıtını verdikleri,

“Yöneticilerimiz, kalite kaybı olsa bile bizim daha hızlı çalışmamızı ister.” maddesine %17,8'inin (n=49) kesinlikle katılmıyorum, %26,5'inin (n=73) katılmıyorum, %24,4'ünün (n=67) ne katılıyorum ne katılmam, %22,2'sinin (n=61) katılıyorum, %9,1'inin (n=25) kesinlikle katılıyorum yanıtını verdikleri,

“Yöneticilerimiz tekrar tekrar oluşan hasta güvenliği problemlerini görmezden gelir.” maddesine %6,5'inin (n=18) kesinlikle katılmıyorum, %16'sının (n=44) katılmıyorum, %24,4'ünün (n=67) ne katılıyorum ne katılmam, %37,4'ünün (n=103) katılıyorum, %15,7'sinin (n=43) kesinlikle katılıyorum yanıtını verdikleri,

“Hasta güvenliğini geliştirme çalışmalarına aktif olarak katılırız.” maddesine %8,4'ünün (n=23) kesinlikle katılmıyorum, %15,2'sinin (n=42) katılmıyorum, %25,8'inin (n=71) ne katılıyorum ne katılmam, %41,1'inin (n=113) katılıyorum, %9,5'inin (n=26) kesinlikle katılıyorum yanıtını verdikleri,

“Yapılan hatalar bölümde pozitif değişikliklere yol göstermiştir.” maddesine %11,6'sının (n=32) kesinlikle katılmıyorum, %24,7'sinin (n=68) katılmıyorum, %24,4'ünün (n=67) ne katılıyorum ne katılmam, %33,4'ünün (n=92) katılıyorum, %5,9'unun (n=16) kesinlikle katılıyorum yanıtını verdikleri,

“Hasta güvenliğini geliştirmek için değişiklikler yaptıktan sonra bunların etkinliğini değerlendiririz.” maddesine %9,1'inin (n=25) kesinlikle katılmıyorum, %17,1'inin (n=47) katılmıyorum, %30,9'unun (n=85) ne katılıyorum ne katılmam, %35,2'sinin (n=97) katılıyorum, %7,7'sinin (n=21) kesinlikle katılıyorum yanıtını verdikleri,

“Bu birimde çalışan kişiler birbirlerini destekler.” maddesine %6,9'unun (n=19) kesinlikle katılmıyorum, %17,1'inin (n=47) katılmıyorum, %20,2'sinin (n=56) ne katılıyorum ne katılmam, %41,8'inin (n=115) katılıyorum, %13,9'unun (n=38) kesinlikle katılıyorum yanıtını verdikleri,

“Acilen yapılması gereken çok iş olduğunda ekip olarak birlikte çalışırız.” maddesine %8'inin (n=22) kesinlikle katılmıyorum, %10,1'inin (n=28) katılmıyorum, %12,3'ünün (n=34) ne katılıyorum ne katılmam, %55,6'sının (n=153) katılıyorum, %13,4'ünün (n=38) kesinlikle katılıyorum yanıtını verdikleri,

“Bu birimde çalışanlar birbirine saygılı davranır.” maddesine %5,1’inin (n=14) kesinlikle katılmıyorum, %11,2’sinin (n=31) katılmıyorum, %22,2’sinin (n=61) ne katılıyorum ne katılmam, %50,9’unun (n=140) katılıyorum, %10,6’sının (n=29) kesinlikle katılıyorum yanıtını verdikleri,

“Birim içinde bir çalışma alanı aşırı yoğunlaştığında diğerleri yardım eder.” maddesine %10,2’sinin (n=28) kesinlikle katılmıyorum, %13,8’inin (n=38) katılmıyorum, %15,3’ünün (n=42) ne katılıyorum ne katılmam, %52,7’sinin (n=145) katılıyorum, %8’inin (n=22) kesinlikle katılıyorum yanıtını verdikleri,

“Çalışanlar, hasta bakımını olumsuz etkileyebilen bir şey gördüklerinde bunu serbestçe dile getirebilir.” maddesine %4,7’sinin (n=13) kesinlikle katılmıyorum, %20’sinin (n=55) katılmıyorum, %26,2’sinin (n=72) ne katılıyorum ne katılmam, %32’sinin (n=88) katılıyorum, %17,1’inin (n=47) kesinlikle katılıyorum yanıtını verdikleri,

“Çalışanlar, yöneticilerinin karar ve eylemlerini sorgulamakta kendilerini özgür hisseder.” maddesine %37,4’ünün (n=103) kesinlikle katılmıyorum, %19,7’sinin (n=54) katılmıyorum, %27,3’ünün (n=75) ne katılıyorum ne katılmam, %10,5’inin (n=29) katılıyorum, %5,1’inin (n=14) kesinlikle katılıyorum yanıtını verdikleri,

“Çalışanlar, bir şey yanlış gözüktüğünde soru sormaktan korkarlar.” maddesine %8’inin (n=22) kesinlikle katılmıyorum, %14,9’unun (n=41) katılmıyorum, %29,1’inin (n=80) ne katılıyorum ne katılmam, %25,1’inin (n=69) katılıyorum, %22,9’unun (n=63) kesinlikle katılıyorum yanıtını verdikleri,

“Raporlanan olaylara dayandırılarak yapılan değişiklikler hakkında bilgilendiriliriz.” maddesine %11,2’sinin (n=31) kesinlikle katılmıyorum, %27,6’sının (n=76) katılmıyorum, %24,4’ünün (n=67) ne katılıyorum ne katılmam, %28,8’inin (n=79) katılıyorum, %8’sinin (n=22) kesinlikle katılıyorum yanıtını verdikleri,

“Bu birimde oluşan hatalar hakkında bilgilendiriliriz.” maddesine %8,4’ünün (n=23) kesinlikle katılmıyorum, %12,7’sinin (n=35) katılmıyorum, %30,2’sinin (n=83) ne katılıyorum ne katılmam, %37,1’inin (n=102) katılıyorum, %11,6’sının (n=32) kesinlikle katılıyorum yanıtını verdikleri,

“Bu birimde biz, hataların tekrar oluşmasını engelleyecek yöntemleri tartışırız.” maddesine %9,8’inin (n=27) kesinlikle katılmıyorum, %17,4’ünün (n=48)

katılmıyorum, %26,5'inin (n=73) ne katılıyorum ne katılmam, %33,8'inin (n=93) katılıyorum, %12,5'inin (n=34) kesinlikle katılıyorum yanıtını verdikleri,

“Çalışanlar yaptıkları hatalardan dolayı suçlanacaklarını hissederler.” maddesine %14,2'sinin (n=39) kesinlikle katılmıyorum, %43,2'sinin (n=119) katılmıyorum, %18,2'sinin (n=50) ne katılıyorum ne katılmam, %20'sinin (n=55) katılıyorum, %4,4'ünün (n=12) kesinlikle katılıyorum yanıtını verdikleri,

“Bir olay rapor edildiği zaman olayla ilgili problem değil, olayla ilgili kişi şikâyet ediliyor duygusu vardır.” maddesine %20,7'sinin (n=57) kesinlikle katılmıyorum, %41,8'inin (n=115) katılmıyorum, %15,6'sının (n=43) ne katılıyorum ne katılmam, %14,9'unun (n=41) katılıyorum, %7'sinin (n=19) kesinlikle katılıyorum yanıtını verdikleri,

“Çalışanlar yaptıkları hataların kişisel dosyalarında muhafaza edildiğinden endişe duyarlar.” maddesine %9,1'inin (n=25) kesinlikle katılmıyorum, %33,8'inin (n=93) katılmıyorum, %30,9'unun (n=85) ne katılıyorum ne katılmam, %17,8'inin (n=49) katılıyorum, %8,4'ünün (n=23) kesinlikle katılıyorum yanıtını verdikleri,

“Bu birimde iş yükünün üstesinden gelecek kadar personel mevcuttur.” maddesine %35,2'sinin (n=97) kesinlikle katılmıyorum, %35,6'sının (n=98) katılmıyorum, %8,7'sinin (n=24) ne katılıyorum ne katılmam, %18,5'inin (n=51) katılıyorum, %2'sinin (n=5) kesinlikle katılıyorum yanıtını verdikleri,

“Bu birimde çalışanlar hasta bakımı için en uygun olan süreden daha uzun süre çalışırlar.” maddesine %21,8'inin (n=60) kesinlikle katılmıyorum, %42,5'inin (n=117) katılmıyorum, %16,7'sinin (n=46) ne katılıyorum ne katılmam, %16'sının (n=44) katılıyorum, %3'ünün (n=8) kesinlikle katılıyorum yanıtını verdikleri,

“Bu birimde gerekenden fazla geçici personel çalıştırılır.” maddesine %4,8'inin (n=13) kesinlikle katılmıyorum, %9,5'inin (n=26) katılmıyorum, %14,1'inin (n=39) ne katılıyorum ne katılmam, %41,8'inin (n=115) katılıyorum, %29,8'inin (n=82) kesinlikle katılıyorum yanıtını verdikleri,

“Yapılacak çok iş olduğunda ve çok çabuk yapmak gerektiğinde "kriz modunda" çalışırız.” maddesine %17,4'ünün (n=48) kesinlikle katılmıyorum, %48'inin (n=132) katılmıyorum, %16,4'ünün (n=45) ne katılıyorum ne katılmam, %12,7'sinin (n=35) katılıyorum, %5,5'inin (n=15) kesinlikle katılıyorum yanıtını verdikleri,

“Hastane yönetimi hasta güvenliğini artıran bir çalışma atmosferi sağlamaktadır.” maddesine %13,4’ünün (n=37) kesinlikle katılmıyorum, %18,5’inin (n=51) katılmıyorum, %22,6’sının (n=62) ne katılırım ne katılmam, %40,4’ünün (n=111) katılıyorum, %5,1’inin (n=14) kesinlikle katılıyorum yanıtını verdikleri,

“Yönetimin faaliyetleri, hasta güvenliğinin üst düzey bir öncelik olduğunu gösteriyor.” maddesine %9,8’inin (n=27) kesinlikle katılmıyorum, %15,3’ünün (n=42) katılmıyorum, %30,6’sının (n=84) ne katılırım ne katılmam, %37,4’ünün (n=103) katılıyorum, %6,9’unun (n=19) kesinlikle katılıyorum yanıtını verdikleri,

“Yönetim, sadece istenmeyen olay olduğunda hasta güvenliği ile ilgili gibi gözükmetedir.” maddesine %9,4’ünün (n=26) kesinlikle katılmıyorum, %23,7’sinin (n=65) katılmıyorum, %32’sinin (n=88) ne katılırım ne katılmam, %28’inin (n=77) katılıyorum, %6,9’unun (n=19) kesinlikle katılıyorum yanıtını verdikleri,

“Bir hata yapıldığında ancak hastayı etkilemeden fark edilip düzeltildiğinde ne sıklıkla rapor ediliyor?” maddesine %26,9’unun (n=74) hiçbir zaman, %27,3’ünün (n=75) nadiren, %21,4’ünün (n=59) bazen, %19,3’ünün (n=53) çoğu zaman, %5,1’inin (n=14) her zaman yanıtını verdikleri,

“Bir hata yapıldığında ancak hastaya zarar verme potansiyeli olmadığında ne sıklıkla rapor ediliyor?” maddesine %25,4’ünün (n=70) hiçbir zaman, %27,7’sinin (n=76) nadiren, %25,8’inin (n=71) bazen, %15,7’sinin (n=43) çoğu zaman, %5,4’ünün (n=15) her zaman yanıtını verdikleri,

“Hastaya zarar verebilme olasılığı olan ancak zarar vermeyen bir hata yapıldığında ne sıklıkla rapor ediliyor?” maddesine %24,8’inin (n=68) hiçbir zaman, %27,3’ünün (n=75) nadiren, %21,4’ünün (n=59) bazen, %21,4’ünün (n=59) çoğu zaman, %5,1’inin (n=14) her zaman yanıtını verdikleri görülmüştür.

Tablo 5. Özel Hastanede Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi Sonuçlarının Dağılımı (n=200)

| Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi | Kesinlikle Katılmıyorum | | Katılmıyorum | | Ne Katılım Ne Katılmam | | Katılıyorum | | Kesinlikle Katılıyorum | |
|--|----------------------------|------|--------------|------|---------------------------|------|-------------|------|---------------------------|------|
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Güvenliğin kapsamlı algılanması | | | | | | | | | | |
| Burada daha ciddi hataların oluşmaması sadece tesadüfe bağlıdır. | 10 | 5 | 17 | 8,5 | 17 | 8,5 | 68 | 34 | 88 | 44 |
| Hasta güvenliği, daha fazla iş yapmaktan daha öncelikli bir ilkedir. | 3 | 1,5 | 9 | 4,5 | 18 | 9 | 92 | 46 | 78 | 39 |
| Bu bölümde hasta güvenliği ile ilgili problemler vardır. | 5 | 2,5 | 13 | 6,5 | 22 | 11 | 82 | 41 | 78 | 39 |
| Uyguladığımız prosedürler ve sistemler hata oluşmasını önlemede başarılıdır. | 9 | 4,5 | 10 | 5 | 19 | 9,5 | 113 | 56,5 | 49 | 24,5 |
| Hastane üniteleri arasında ekip çalışması | | | | | | | | | | |
| Hastane üniteleri birbirleriyle uyum içinde çalışmaz. | 5 | 2,5 | 25 | 12,5 | 50 | 25 | 82 | 41 | 38 | 19 |
| Birimler arasında birlikte çalışmayı gerektiren iyi bir işbirliği vardır. | 2 | 1 | 21 | 10,5 | 71 | 35,5 | 77 | 38,5 | 29 | 14,5 |
| Diğer bölümlerden gelen kişilerle çalışmak genellikle hoş karşılanmaz. | 9 | 4,5 | 29 | 14,5 | 61 | 30,5 | 69 | 34,5 | 32 | 16 |
| Hastalar için en iyi bakımı sağlama amacıyla birimler birlikte iyi çalışır. | 1 | 0,5 | 17 | 8,5 | 62 | 31 | 85 | 42,5 | 35 | 17,5 |
| Hastane müdahaleleri ve değişim | | | | | | | | | | |
| Hastalar bir üniteden diğerine nakledilirken bazı şeyler ihmal edilir, gözden kaçırılır, kaybedilir. | 1 | 0,5 | 16 | 8 | 41 | 20,5 | 78 | 39 | 64 | 32 |
| Nöbet değişimi sırasında hasta bakımıyla ilgili önemli bilgiler çoğu zaman kaybedilir. | 21 | 10,5 | 28 | 14 | 25 | 12,5 | 51 | 25,5 | 75 | 37,5 |
| Birimler arasında bilgi aktarımında sıklıkla problemler oluşur. | 4 | 2 | 19 | 9,5 | 62 | 31 | 81 | 40,5 | 34 | 17 |
| Bu hastanede nöbet değişimleri hastalar açısından problemlidir. | 3 | 1,5 | 7 | 3,5 | 32 | 16 | 80 | 40 | 78 | 39 |
| Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri | | | | | | | | | | |
| Yöneticilerimiz, oluşturulmuş hasta güvenliği prosedürlerine göre yapılmış bir işi gördüğünde takdir eder. | 8 | 4 | 21 | 10,5 | 43 | 21,5 | 102 | 51 | 26 | 13 |
| Yöneticilerimiz, hasta güvenliğini geliştirmek için çalışanların önerilerini ciddiye alır. | 9 | 4,5 | 7 | 3,5 | 44 | 22 | 111 | 55,5 | 29 | 14,5 |
| Yöneticilerimiz, kalite kaybı olsa bile bizim daha hızlı çalışmamızı ister. | 18 | 9 | 33 | 16,5 | 67 | 33,5 | 64 | 32 | 18 | 9 |
| Yöneticilerimiz tekrar tekrar oluşan hasta güvenliği problemlerini görmezden gelir. | 5 | 2,5 | 13 | 6,5 | 33 | 16,5 | 74 | 37 | 75 | 37,5 |
| Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme | | | | | | | | | | |
| Hasta güvenliğini geliştirme çalışmalarına aktif olarak katılırız. | - | - | 4 | 2 | 23 | 11,5 | 118 | 59 | 55 | 27,5 |
| Yapılan hatalar bölümde pozitif değişikliklere yol göstermiştir. | 4 | 2 | 14 | 7 | 59 | 29,5 | 102 | 51 | 21 | 10,5 |
| Hasta güvenliğini geliştirmek için değişiklikler yaptıktan sonra bunların etkinliğini değerlendiririz. | 1 | 0,5 | 4 | 2 | 41 | 20,5 | 122 | 61 | 32 | 16 |
| Üniteler içinde ekip çalışması | | | | | | | | | | |
| Bu birimde çalışan kişiler birbirlerini destekler. | 4 | 2 | 13 | 6,5 | 17 | 8,5 | 99 | 49,5 | 67 | 33,5 |

| Tablo 5'in devamı | | | | | | | | | | |
|--|---------------------|----------|----------------|----------|--------------|----------|-------------------|----------|------------------|----------|
| Acilen yapılması gereken çok iş olduğunda ekip olarak birlikte çalışırız. | - | - | 9 | 4,5 | 13 | 6,5 | 103 | 51,5 | 75 | 37,5 |
| Bu birimde çalışanlar birbirine saygılı davranır. | 2 | 1 | 4 | 2 | 31 | 15,5 | 94 | 47 | 69 | 34,5 |
| Birim içinde bir çalışma alanı aşırı yoğunlaştığında diğerleri yardım eder. | 4 | 2 | 11 | 5,5 | 18 | 9 | 107 | 53,5 | 60 | 30 |
| İletişimin açık tutulması | | | | | | | | | | |
| Çalışanlar, hasta bakımını olumsuz etkileyebilen bir şey gördüklerinde bunu serbestçe dile getirebilir. | - | - | 14 | 7 | 44 | 22 | 93 | 46,5 | 49 | 24,5 |
| Çalışanlar, yöneticilerinin karar ve eylemlerini sorgulamakta kendilerini özgür hisseder. | 33 | 16,5 | 29 | 14,5 | 72 | 36 | 46 | 23 | 20 | 10 |
| Çalışanlar, bir şey yanlış gözüktüğünde soru sormaktan korkarlar. | 5 | 2,5 | 9 | 4,5 | 44 | 22 | 59 | 29,5 | 83 | 41,5 |
| Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim | | | | | | | | | | |
| Raporlanan olaylara dayandırılarak yapılan değişiklikler hakkında bilgilendiriliriz. | 5 | 2,5 | 18 | 9 | 45 | 22,5 | 79 | 39,5 | 53 | 26,5 |
| Bu birimde oluşan hatalar hakkında bilgilendiriliriz. | 3 | 1,5 | 14 | 7 | 38 | 19 | 76 | 38 | 69 | 34,5 |
| Bu birimde biz, hataların tekrar oluşmasını engelleyecek yöntemleri tartışırız. | 2 | 1 | 9 | 4,5 | 43 | 21,5 | 92 | 46 | 54 | 27 |
| Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt | | | | | | | | | | |
| Çalışanlar yaptıkları hatalardan dolayı suçlanacaklarını hissederler. | 16 | 8 | 68 | 34 | 62 | 31 | 48 | 24 | 6 | 3 |
| Bir olay rapor edildiği zaman olayla ilgili problem değil, olayla ilgili kişi şikâyet ediliyor duygusu vardır. | 20 | 10 | 35 | 17,5 | 55 | 27,5 | 63 | 31,5 | 27 | 13,5 |
| Çalışanlar yaptıkları hataların kişisel dosyalarında muhafaza edildiğinden endişe duyarlar. | 11 | 5,5 | 44 | 22 | 79 | 39,5 | 53 | 26,5 | 13 | 6,5 |
| Personel sağlama | | | | | | | | | | |
| Bu birimde iş yükünün üstesinden gelecek kadar personel mevcuttur. | 17 | 8,5 | 40 | 20 | 30 | 15 | 76 | 38 | 37 | 18,5 |
| Bu birimde çalışanlar hasta bakımı için en uygun olan süreden daha uzun süre çalışırlar. | 45 | 22,5 | 96 | 48 | 27 | 13,5 | 27 | 13,5 | 5 | 2,5 |
| Bu birimde gerekenden fazla geçici personel çalıştırılır. | 4 | 2 | 15 | 7,5 | 27 | 13,5 | 95 | 47,5 | 59 | 29,5 |
| Yapılacak çok iş olduğunda ve çok çabuk yapmak gerektiğinde "kriz modunda" çalışırız. | 35 | 17,5 | 91 | 45,5 | 41 | 20,5 | 23 | 11,5 | 10 | 5 |
| Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği | | | | | | | | | | |
| Hastane yönetimi hasta güvenliğini artıran bir çalışma atmosferi sağlamaktadır. | 6 | 3 | 14 | 7 | 35 | 17,5 | 97 | 48,5 | 48 | 24 |
| Yönetimin faaliyetleri, hasta güvenliğinin üst düzey bir öncelik olduğunu gösteriyor. | 9 | 4,5 | 17 | 8,5 | 45 | 22,5 | 92 | 46 | 37 | 18,5 |
| Yönetim, sadece istenmeyen olay olduğunda hasta güvenliği ile ilgili gibi gözükmemektedir. | 8 | 4 | 24 | 12 | 51 | 25,5 | 72 | 36 | 45 | 22,5 |
| Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi | Hiçbir zaman | | Nadiren | | Bazen | | Çoğu zaman | | Her zaman | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Hataların raporlanma sıklığı | | | | | | | | | | |
| Bir hata yapıldığında ancak hastayı etkilemeden fark edilip düzeltildiğinde ne sıklıkla rapor ediliyor? | 14 | 7 | 30 | 15 | 51 | 25,5 | 62 | 31 | 43 | 21,5 |

| Tablo 5'in devamı | | | | | | | | | | |
|---|---|-----|----|------|----|------|----|------|----|------|
| Bir hata yapıldığında ancak hastaya zarar verme potansiyeli olmadığında ne sıklıkla rapor ediliyor? | 8 | 4 | 31 | 15,5 | 59 | 29,5 | 57 | 28,5 | 45 | 22,5 |
| Hastaya zarar verebilme olasılığı olan ancak zarar vermeyen bir hata yapıldığında ne sıklıkla rapor ediliyor? | 9 | 4,5 | 29 | 14,5 | 46 | 23 | 65 | 32,5 | 51 | 25,5 |

Tanımlayıcı istatistikler

Hasta güvenliği kültürü hastane anketinde özel hastanede çalışan hemşirelerin maddelere katılımları incelendiğinde;

“Burada daha ciddi hataların oluşmaması sadece tesadüfe bağlıdır.”

maddesine %5'inin (n=10) “kesinlikle katılmıyorum”, %8,5'inin (n=17) “katılmıyorum”, %8,5'inin (n=17) “ne katılırım ne katılmam”, %34'ünün (n=68) “katılıyorum”, %44'ünün (n=88) “kesinlikle katılıyorum” yanıtını verdikleri,

“Hasta güvenliği, daha fazla is yapmaktan daha öncelikli bir ilkedir.”

maddesine %1,5'inin (n=3) “kesinlikle katılmıyorum”, %4,5'inin (n=9) “katılmıyorum”, %9'unun (n=18) “ne katılırım ne katılmam”, %46'sının (n=92) “katılıyorum”, %39'unun (n=78) “kesinlikle katılıyorum” yanıtını verdikleri,

“Bu bölümde hasta güvenliği ile ilgili problemler vardır.”

maddesine %2,5'inin (n=5) “kesinlikle katılmıyorum”, %6,5'inin (n=13) “katılmıyorum”, %11'inin (n=22) “ne katılırım ne katılmam”, %41'inin (n=82) “katılıyorum”, %39'unun (n=78) “kesinlikle katılıyorum” yanıtını verdikleri,

“Uyguladığımız prosedürler ve sistemler hata oluşmasını önlemede başarılıdır.”

maddesine %4,5'inin (n=9) “kesinlikle katılmıyorum”, %5'inin (n=10) “katılmıyorum”, %9,5'inin (n=19) “ne katılırım ne katılmam”, %56,5'inin (n=113) “katılıyorum”, %24,5'inin (n=49) “kesinlikle katılıyorum” yanıtını verdikleri,

“Hastane üniteleri birbirleriyle uyum içinde çalışmaz.”

maddesine %2,5'inin (n=5) “kesinlikle katılmıyorum”, %12,5'inin (n=25) “katılmıyorum”, %25'inin (n=50) “ne katılırım ne katılmam”, %41'inin (n=82) “katılıyorum”, %19'unun (n=38) “kesinlikle katılıyorum” yanıtını verdikleri,

“ Birimler arasında birlikte çalışmayı gerektiren iyi bir işbirliği vardır.”

maddesine %1'inin (n=2) “kesinlikle katılmıyorum”, %10,5'inin (n=21) “katılmıyorum”, %35,5'inin (n=71) “ne katılırım ne katılmam”, %38,5'inin (n=77) “katılıyorum”, %14,5'inin (n=29) “kesinlikle katılıyorum” yanıtını verdikleri,

“ Diğer bölümlerinden gelen kişilerle çalışmak genellikle hoş karşılanmaz.” maddesine %4,5’inin (n=9) “kesinlikle katılmıyorum”, %14,5’inin (n=29) “katılmıyorum”, %30,5’inin (n=61) “ne katılırım ne katılmam”, %34,5’inin (n=69) “katılıyorum”, %16’sının (n=32) “kesinlikle katılıyorum” yanıtını verdikleri,

“ Hastalar için en iyi bakımı sağlama amacıyla birimler birlikte iyi çalışır.” maddesine %0,5’inin (n=1) “kesinlikle katılmıyorum”, %8,5’inin (n=17) “katılmıyorum”, %31’inin (n=62) “ne katılırım ne katılmam”, %42,5’inin (n=85) “katılıyorum”, %17,5’inin (n=35) “kesinlikle katılıyorum” yanıtını verdikleri,

“Hastalar bir üniteden diğerine nakledilirken bazı şeyler ihmal edilir, gözden kaçırılır, kaybedilir.” maddesine %0,5’inin (n=1) “kesinlikle katılmıyorum”, %8’inin (n=16) “katılmıyorum”, %20,5’sinin (n=41) “ne katılırım ne katılmam”, %39’unun (n=78) “katılıyorum”, %32’sinin (n=64) “kesinlikle katılıyorum” yanıtını verdikleri,

“ Nöbet değişimi sırasında hasta bakımıyla ilgili önemli bilgiler çoğu zaman kaybedilir.” maddesine %10,5’inin (n=21) “kesinlikle katılmıyorum”, %14’inin (n=28) “katılmıyorum”, %12,5’inin (n=25) “ne katılırım ne katılmam”, %25,5’inin (n=51) “katılıyorum”, %37,5’inin (n=75) “kesinlikle katılıyorum” yanıtını verdikleri,

“Birimler arasında bilgi aktarımında sıklıkla problemler oluşur.” maddesine %2’sinin (n=4) “kesinlikle katılmıyorum”, %9,5’inin (n=19) “katılmıyorum”, %31’inin (n=62) “ne katılırım ne katılmam”, %40,5’inin (n=81) “katılıyorum”, %17’sinin (n=34) “kesinlikle katılıyorum” yanıtını verdikleri,

“Bu hastanede nöbet değişimleri hastalar açısından problemlidir.” maddesine %1,5’inin (n=3) “kesinlikle katılmıyorum”, %3,5’inin (n=7) “katılmıyorum”, %16’sının (n=32) “ne katılırım ne katılmam”, %40’ının (n=80) “katılıyorum”, %39’unun (n=78) “kesinlikle katılıyorum” yanıtını verdikleri,

“Yöneticilerimiz, oluşturulmuş hasta güvenliği prosedürlerine göre yapılmış bir işi gördüğünde takdir eder.” maddesine %4’ünün (n=8) “kesinlikle katılmıyorum”, %10,5’inin (n=21) “katılmıyorum”, %21,5’inin (n=43) “ne katılırım ne katılmam”, %51’inin (n=102) “katılıyorum”, %13’ünün (n=26) “kesinlikle katılıyorum” yanıtını verdikleri,

“Yöneticilerimiz, hasta güvenliğini geliştirmek için çalışanların önerilerini ciddiye alır.” maddesine %4,5’inin (n=9) “kesinlikle katılmıyorum”, %3,5’inin (n=7)

“katılmıyorum”, %22’sinin (n=44) “ne katılırim ne katılmam”, %55,5’inin (n=111) “katılıyorum”, %14,5’inin (n=29) “kesinlikle katılıyorum” yanıtını verdikleri,

“Yöneticilerimiz, kalite kaybı olsa bile bizim daha hızlı çalışmamızı ister.” maddesine %9’unun (n=18) “kesinlikle katılmıyorum”, %16,5’inin (n=33) “katılmıyorum”, %33,5’inin (n=67) “ne katılırim ne katılmam”, %32’sinin (n=64) “katılıyorum”, %9’unun (n=18) “kesinlikle katılıyorum” yanıtını verdikleri,

“Yöneticilerimiz tekrar tekrar oluşan hasta güvenliği problemlerini görmezden gelir.” maddesine %2,5’inin (n=5) “kesinlikle katılmıyorum”, %6,5’inin (n=13) “katılmıyorum”, %16,5’inin (n=33) “ne katılırim ne katılmam”, %37’sinin (n=74) “katılıyorum”, %37,5’inin (n=75) “kesinlikle katılıyorum” yanıtını verdikleri,

“Hasta güvenliğini geliştirme çalışmalarına aktif olarak katılırız.” maddesine %2’sinin (n=4) “katılmıyorum”, %11,5’inin (n=23) “ne katılırim ne katılmam”, %59’unun (n=118) “katılıyorum”, %27,5’inin (n=55) “kesinlikle katılıyorum” yanıtını verdikleri,

“Yapılan hatalar bölümde pozitif değişikliklere yol göstermiştir.” maddesine %2’sinin (n=4) “kesinlikle katılmıyorum”, %7’sinin (n=14) “katılmıyorum”, %29,5’inin (n=59) “ne katılırim ne katılmam”, %51’inin (n=102) “katılıyorum”, %10,5’inin (n=21) “kesinlikle katılıyorum” yanıtını verdikleri,

“Hasta güvenliğini geliştirmek için değişiklikler yaptıktan sonra bunların etkinliğini değerlendiririz.” maddesine %0,5’inin (n=1) “kesinlikle katılmıyorum”, %2’sinin (n=4) “katılmıyorum”, %20,5’inin (n=41) “ne katılırim ne katılmam”, %61’inin (n=122) “katılıyorum”, %16’sinin (n=32) “kesinlikle katılıyorum” yanıtını verdikleri,

“Bu birimde çalışan kişiler birbirlerini destekler.” maddesine %2’sinin (n=4) “kesinlikle katılmıyorum”, %6,5’inin (n=13) “katılmıyorum”, %8,5’inin (n=17) “ne katılırim ne katılmam”, %49,5’inin (n=99) “katılıyorum”, %33,5’inin (n=67) “kesinlikle katılıyorum” yanıtını verdikleri,

“Acilen yapılması gereken çok iş olduğunda ekip olarak birlikte çalışırız.” maddesine %4,5’inin (n=9) “katılmıyorum”, %6,5’inin (n=13) “ne katılırim ne katılmam”, %51,5’inin (n=103) “katılıyorum”, %37,5’inin (n=75) “kesinlikle katılıyorum” yanıtını verdikleri,

“Bu birimde çalışanlar birbirine saygılı davranır.” maddesine %1’inin (n=2) “kesinlikle katılmıyorum”, %2’sinin (n=4) “katılmıyorum”, %15,5’inin (n=31) “ne katılıyorum ne katılmam”, %47’sinin (n=94) “katılıyorum”, %34,5’inin (n=69) “kesinlikle katılıyorum” yanıtını verdikleri,

“Birim içinde bir çalışma alanı aşırı yoğunlaştığında diğerleri yardım eder.” maddesine %2’sinin (n=4) “kesinlikle katılmıyorum”, %5,5’inin (n=11) “katılmıyorum”, %9’unun (n=18) “ne katılıyorum ne katılmam”, %53,5’inin (n=107) “katılıyorum”, %30’unun (n=60) “kesinlikle katılıyorum” yanıtını verdikleri,

“Çalışanlar, hasta bakımını olumsuz etkileyebilen bir şey gördüklerinde bunu serbestçe dile getirebilir.” maddesine %7’sinin (n=14) “katılmıyorum”, %22’sinin (n=44) “ne katılıyorum ne katılmam”, %46,5’inin (n=93) “katılıyorum”, %24,5’inin (n=49) “kesinlikle katılıyorum” yanıtını verdikleri,

“Çalışanlar, yöneticilerinin karar ve eylemlerini sorgulamakta kendilerini özgür hisseder.” maddesine %16,5’inin (n=33) “kesinlikle katılmıyorum”, %14,5’inin (n=29) “katılmıyorum”, %36’sinin (n=72) “ne katılıyorum ne katılmam”, %23’ünün (n=46) “katılıyorum”, %10’unun (n=20) “kesinlikle katılıyorum” yanıtını verdikleri,

“Çalışanlar, bir şey yanlış gözüktüğünde soru sormaktan korkarlar.” maddesine %2,5’inin (n=5) “kesinlikle katılmıyorum”, %4,5’inin (n=9) “katılmıyorum”, %22’sinin (n=44) “ne katılıyorum ne katılmam”, %29,5’inin (n=59) “katılıyorum”, %41,5’inin (n=83) “kesinlikle katılıyorum” yanıtını verdikleri,

“Raporlanan olaylara dayandırılarak yapılan değişiklikler hakkında bilgilendiriliriz.” maddesine %2,5’inin (n=5) “kesinlikle katılmıyorum”, %9’unun (n=18) “katılmıyorum”, %22,5’inin (n=45) “ne katılıyorum ne katılmam”, %39,5’inin (n=79) “katılıyorum”, %26,5’inin (n=53) “kesinlikle katılıyorum” yanıtını verdikleri,

“Bu birimde oluşan hatalar hakkında bilgilendiriliriz.” maddesine %1,5’inin (n=3) “kesinlikle katılmıyorum”, %7’sinin (n=14) “katılmıyorum”, %19’unun (n=38) “ne katılıyorum ne katılmam”, %38’inin (n=76) “katılıyorum”, %34,5’inin (n=69) “kesinlikle katılıyorum” yanıtını verdikleri ve ortalama puanın $(3,97 \pm 0,98)$ olduğu,

“Bu birimde biz, hataların tekrar oluşmasını engelleyecek yöntemleri tartışırız.” maddesine %1’inin (n=2) “kesinlikle katılmıyorum”, %4,5’inin (n=9) “katılmıyorum”, %21,5’inin (n=43) “ne katılıyorum ne katılmam”, %46’sinin (n=92) “katılıyorum”, %27’sinin (n=54) “kesinlikle katılıyorum” yanıtını verdikleri,

“Çalışanlar yaptıkları hatalardan dolayı suçlanacaklarını hissederler.” maddesine %8’inin (n=16) “kesinlikle katılmıyorum”, %34’ünün (n=68) “katılmıyorum”, %31’inin (n=62) “ne katılırim ne katılmam”, %24’ünün (n=48) “katılıyorum”, %3’ünün (n=6) “kesinlikle katılıyorum” yanıtını verdikleri,

“Bir olay rapor edildiği zaman olayla ilgili problem değil, olayla ilgili kişi şikâyet ediyor duygusu vardır.” maddesine %10’unun (n=20) “kesinlikle katılmıyorum”, %17,5’inin (n=35) “katılmıyorum”, %27,5’inin (n=55) “ne katılırim ne katılmam”, %31,5’inin (n=63) “katılıyorum”, %13,5’inin (n=27) “kesinlikle katılıyorum” yanıtını verdikleri,

“Çalışanlar yaptıkları hataların kişisel dosyalarında muhafaza edildiğinden endişe duyarlar.” maddesine %5,5’inin (n=11) “kesinlikle katılmıyorum”, %22’sinin (n=44) “katılmıyorum”, %39,5’inin (n=79) “ne katılırim ne katılmam”, %26,5’inin (n=53) “katılıyorum”, %6,5’inin (n=13) “kesinlikle katılıyorum” yanıtını verdikleri,

“Bu birimde iş yükünün üstesinden gelecek kadar personel mevcuttur.” maddesine %8,5’inin (n=17) “kesinlikle katılmıyorum”, %20’sinin (n=40) “katılmıyorum”, %15’inin (n=30) “ne katılırim ne katılmam”, %38’inin (n=76) “katılıyorum”, %18,5’inin (n=37) “kesinlikle katılıyorum” yanıtını verdikleri,

“Bu birimde çalışanlar hasta bakımı için en uygun olan süreden daha uzun süre çalışırlar.” maddesine %22,5’inin (n=45) “kesinlikle katılmıyorum”, %48’inin (n=96) “katılmıyorum”, %13,5’inin (n=27) “ne katılırim ne katılmam”, %13,5’inin (n=27) “katılıyorum”, %2,5’inin (n=5) “kesinlikle katılıyorum” yanıtını verdikleri,

“Bu birimde gerekenden fazla geçici personel çalıştırılır.” maddesine %2’sinin (n=4) “kesinlikle katılmıyorum”, %7,5’inin (n=15) “katılmıyorum”, %13,5’inin (n=27) “ne katılırim ne katılmam”, %47,5’inin (n=95) “katılıyorum”, %29,5’inin (n=59) “kesinlikle katılıyorum” yanıtını verdikleri,

“Yapılacak çok iş olduğunda ve çok çabuk yapmak gerektiğinde "kriz modunda" çalışırız.” maddesine %17,5’inin (n=35) “kesinlikle katılmıyorum”, %45,5’inin (n=91) “katılmıyorum”, %20,5’inin (n=41) “ne katılırim ne katılmam”, %11,5’inin (n=23) “katılıyorum”, %5’inin (n=10) “kesinlikle katılıyorum” yanıtını verdikleri,

“Hastane yönetimi hasta güvenliğini artıran bir çalışma atmosferi sağlamaktadır.” maddesine %3’ünün (n=6) “kesinlikle katılmıyorum”, %7’sinin

(n=14) “katılmıyorum”, %17,5’inin (n=35) “ne katılırım ne katılmam”, %48,5’inin (n=97) “katılıyorum”, %24’ünün (n=48) “kesinlikle katılıyorum” yanıtını verdikleri,

Yönetimin faaliyetleri, hasta güvenliğinin üst düzey bir öncelik olduğunu gösteriyor.” maddesine %4,5’inin (n=9) “kesinlikle katılmıyorum”, %8,5’inin (n=17) “katılmıyorum”, %22,5’inin (n=45) “ne katılırım ne katılmam”, %46’sının (n=92) “katılıyorum”, %18,5’inin (n=37) “kesinlikle katılıyorum” yanıtını verdikleri,

“ Yönetim, sadece istenmeyen olay olduğunda hasta güvenliği ile ilgili gibi gözükmetedir.” maddesine %4’inin (n=8) “kesinlikle katılmıyorum”, %12’sinin (n=24) “katılmıyorum”, %25,5’inin (n=51) “ne katılırım ne katılmam”, %36’sının (n=72) “katılıyorum”, %22,5’inin (n=45) “kesinlikle katılıyorum” yanıtını verdikleri,

“Bir hata yapıldığında ancak hastayı etkilemeden fark edilip düzeltildiğinde ne sıklıkla rapor ediliyor?” maddesine %7’sinin (n=14) “hiçbir zaman”, %15’sinin (n=30) “nadiren”, %25,5’inin (n=51) “bazen”, %31’inin (n=62) “çoğu zaman”, %21,5’inin (n=43) “her zaman” yanıtını verdikleri,

“Bir hata yapıldığında ancak hastaya zarar verme potansiyeli olmadığında ne sıklıkla rapor ediliyor?” maddesine %4’ünün (n=8) “hiçbir zaman”, %15,5’inin (n=31) “nadiren”, %29,5’inin (n=59) “bazen”, %28,5’inin (n=57) “çoğu zaman”, %22,5’inin (n=45) “her zaman” yanıtını verdikleri,

“Hastaya zarar verebilme olasılığı olan ancak zarar vermeyen bir hata yapıldığında ne sıklıkla rapor ediliyor?” maddesine %4,5’inin (n=9) “hiçbir zaman”, %14,5’sinin (n=29) “nadiren”, %23’ünün (n=46) “bazen”, %32,5’inin (n=65) “çoğu zaman”, %25,5’inin (n=51) “her zaman” yanıtını verdikleri görülmüştür.

Tablo 6. Kurumlara Göre Hemşirelerin Çalışılan Birimi Hasta Güvenliği Konusunda Değerlendirme Derecesine Göre Dağılımı

| Çalışılan Birimi Hasta Güvenliği Konusunda Değerlendirme Derecesi | Mükemmel | | Çok iyi | | Kabul Edilebilir | | Zayıf | | Başarısız | |
|---|----------|------|---------|------|------------------|------|-------|------|-----------|-----|
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Eğitim ve Araştırma-Özel | 65 | 13,7 | 183 | 38,5 | 170 | 35,8 | 36 | 7,6 | 21 | 4,4 |
| Eğitim ve Araştırma | 9 | 3,2 | 81 | 29,5 | 134 | 48,7 | 30 | 10,9 | 21 | 7,7 |
| Özel | 56 | 28 | 102 | 51 | 36 | 18 | 6 | 3 | - | - |

Tanımlayıcı istatistikler

Eğitim ve araştırma hastanesi ve özel hastanede çalışan hemşireler çalışılan birimi hasta güvenliği konusunda değerlendirdiğinde; %13,7'sinin (n=65) mükemmel, %38,5'inin (n=183) çok iyi, %35,8'inin (n=170) kabul edilebilir, %7,6'sının (n=36) zayıf, % 4,4'ünün (n=21) başarısız yanıtını verdikleri görülmüştür.

Eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşireler çalışılan birimi hasta güvenliği konusunda değerlendirdiğinde; %3,2'sinin (n=9) mükemmel, %29,5'inin (n=81) çok iyi, %48,7'sinin (n=134) kabul edilebilir, %10,9'unun (n=30) zayıf, %7,7'sinin (n=21) başarısız yanıtını verdikleri görülmüştür.

Özel hastanede çalışan hemşireler çalıştığı birimi hasta güvenliği konusunda değerlendirdiğinde; %28'inin (n=56) mükemmel, %51'inin (n=102) çok iyi, %18'inin (n=36) kabul edilebilir, %3'ünün (n=6) zayıf yanıtını verdikleri görülmüştür.

Tablo 7. Kurumlara Göre Hemşirelerin Son 12 Ayda İdarecilere Yazılıp Verilen Olay Raporu Sayısına Göre Dağılımı

| Son 12 Ayda İdarecilere Yazılıp Verilen Olay Raporu Sayısı | Hiç | | 1-2 olay raporu | | 3-5 olay raporu | | 6-10 olay raporu | | 11-20 olay raporu | | 21 ve üzeri olay raporu | |
|--|-----|------|-----------------|------|-----------------|-----|------------------|-----|-------------------|-----|-------------------------|-----|
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Eğitim ve Araştırma-Özel | 345 | 72,6 | 107 | 22,5 | 9 | 1,9 | 6 | 1,3 | 5 | 1,1 | 3 | 0,6 |
| Eğitim ve Araştırma | 198 | 72 | 63 | 22,9 | 6 | 2,2 | 4 | 1,4 | 3 | 1,1 | 1 | 0,4 |
| Özel | 147 | 73,5 | 44 | 22 | 3 | 1,5 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 |

Tanımlayıcı istatistikler

Eğitim ve araştırma hastanesi ve özel hastanede çalışan hemşirelerin son 12 ayda idarecilerine yazıp verdiği olay raporu sayısı incelendiğinde; %72,6'sının (n=345) hiç, %22,5'inin (n=107) 1-2 olay raporu, %1,9'unun (n=9) 3-5 olay raporu, %1,3'ünün (n=6) 6-10 olay raporu, %1,1'inin (n=5) 11-20 olay raporu, %0,6'sının (n=3) 21 ve üzeri olay raporu yanıtını verdikleri görülmüştür.

Eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerin son 12 ayda idarecilerine yazıp verdiği olay raporu sayısı incelendiğinde; %72'sinin (n=198) hiç, %22,9'unun (n=63) 1-2 olay raporu, %2,2'sinin (n=6) 3-5 olay raporu, %1,4'ünün (n=4) 6-10 olay raporu, %1,1'inin (n=3) 11-20 olay raporu, %0,4'ünün (n=1) 21 ve üzeri olay raporu yanıtını verdikleri görülmüştür.

Özel hastanede çalışan hemşirelerin son 12 ayda idarecilerine yazıp verdiği olay raporu sayısı incelendiğinde; %73,5'inin (n=147) hiç, %22'sinin (n=44) 1-2 olay raporu, %1,5'inin (n=3) 3-5 olay raporu, %1'inin (n=2) 6-10 olay raporu, %1'inin (n=2) 11-20 olay raporu, %1'inin (n=2) 21 ve üzeri olay raporu yanıtını verdikleri görülmüştür.

Tablo 8. Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi Sonuçlarının Dağılımı

| Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi | n | Min(%) | Max(%) | Ort±SS(%) |
|--|-----|--------|--------|-------------|
| | 475 | 2,1 | 97,9 | 49,81±22,34 |

Tanımlayıcı istatistikler

Tablo 8 incelendiğinde, araştırmaya katılan grubun hasta güvenliği kültürü hastane anketi olumlu cevap yüzde ortalamasının (49,81±22,34) olduğu görülmüştür.

Tablo 9. Kurumlara Göre Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi Sonuçlarının Dağılımı

| Hastaneler | n | Min(%) | Max(%) | Ort±SS(%) | t=12,22 p<0,001*** |
|---------------------|-----|--------|--------|-------------|-----------------------|
| Eğitim ve Araştırma | 275 | 17,4 | 97,9 | 40,42±18,34 | |
| Özel | 200 | 2,1 | 95,8 | 62,52±20,96 | |

(***p<0,001) (t= Student t test)

Tablo 9 incelendiğinde, olumlu cevap yüzde ortalamalarının eğitim ve araştırma hastanesindeki hemşirelerde (40,42±18,34) ve özel hastanedeki hemşirelerde (62,52±20,96) olduğu görülmüştür. Kurumlardaki hasta güvenliği kültürü hastane anketi ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu görülmüştür (p<0,001). Eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerin hasta güvenliği kültürü hastane anketi olumlu cevap yüzde ortalaması, özel hastanede çalışan hemşirelere göre daha düşüktür.

Tablo 10. Kurumlara Göre Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi Alt Alanlarının Karşılaştırılması

| Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi Alt Alanları | | Min | Max | Ort±SS(%) | t | p* |
|--|-------------------------------|-----|-----|-------------|-------|----------|
| Güvenliğin kapsamlı algılanması | Eğitim ve Araştırma Hastanesi | 0 | 100 | 55,62±31,35 | 9,84 | 0,001*** |
| | Özel Hastane | 0 | 100 | 81,01±24,72 | | |
| Hataların raporlanma sıklığı | Eğitim ve Araştırma Hastanesi | 0 | 100 | 24,02±38,13 | 7,67 | 0,001*** |
| | Özel Hastane | 0 | 100 | 53,86±44,25 | | |
| Hastane üniteleri arasında ekip çalışması | Eğitim ve Araştırma Hastanesi | 0 | 100 | 36,64±31,42 | 5,96 | 0,001*** |
| | Özel Hastane | 0 | 100 | 55,81±36,92 | | |
| Hastane müdahaleleri ve değişim | Eğitim ve Araştırma Hastanesi | 0 | 100 | 47,13±33,17 | 6,49 | 0,001*** |
| | Özel Hastane | 0 | 100 | 67,64±34,87 | | |
| Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyeti | Eğitim ve Araştırma Hastanesi | 0 | 100 | 36,75±31,36 | 8,45 | 0,001*** |
| | Özel Hastane | 0 | 100 | 62,34±34,36 | | |
| Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme | Eğitim ve Araştırma Hastanesi | 0 | 100 | 44,24±33,64 | 10,83 | 0,001*** |
| | Özel Hastane | 0 | 100 | 75,03±28,14 | | |
| Üniteler içinde ekip çalışması | Eğitim ve Araştırma Hastanesi | 0 | 100 | 61,83±36,74 | 7,58 | 0,001*** |
| | Özel Hastane | 0 | 100 | 84,21±27,74 | | |
| İletişimin açık tutulması | Eğitim ve Araştırma Hastanesi | 0 | 100 | 37,53±31,75 | 7,02 | 0,001*** |
| | Özel Hastane | 0 | 100 | 58,39±31,87 | | |
| Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim | Eğitim ve Araştırma Hastanesi | 0 | 100 | 43,82±36,95 | 8,06 | 0,001*** |
| | Özel Hastane | 0 | 100 | 70,51±34,45 | | |
| Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt | Eğitim ve Araştırma Hastanesi | 0 | 100 | 24,14±30,16 | 3,56 | 0,001*** |
| | Özel Hastane | 0 | 100 | 35,06±34,66 | | |
| Personel sağlama | Eğitim ve Araştırma Hastanesi | 0 | 100 | 32,26±20,17 | 4,69 | 0,001*** |
| | Özel Hastane | 0 | 100 | 41,58±21,97 | | |
| Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği | Eğitim ve Araştırma Hastanesi | 0 | 100 | 41,55±37,95 | 6,63 | 0,001*** |
| | Özel Hastane | 0 | 100 | 65,17±38,76 | | |

(***p<0,001) (t= Student t test)

Tablo 10 incelendiğinde, hasta güvenliği kültürü hastane anketi alt alanlarından “Üniteler içinde ekip çalışması” eğitim ve araştırma hastanesi (%61,83) ve özel hastanede (%84,21) en yüksek olumlu cevap ortalamasına sahip olduğu görülmüştür. “Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt” alt alanı özel hastanede (%35,06), “Hataların raporlanma sıklığı” (%24,02) ve “Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt” (%24,14) alt alanları eğitim ve araştırma hastanesinde en düşük olumlu cevap ortalamasına sahip olduğu görülmüştür.

Kurumlar arasındaki hasta güvenliği kültürü hastane anketi alt alan olumlu cevap yüzde ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak aralarında çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu görülmüştür (p<0,001).

Tablo 11. Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi Ortalama Alt Alan Skorları

| Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi Alt Alanları | Olumlu Cevap Ortalaması (%) |
|--|-----------------------------|
| Güvenliğin kapsamlı algılanması | 66,3 |
| Hataların raporlanma sıklığı | 36,5 |
| Hastane üniteleri arasında ekip çalışması | 44,7 |
| Hastane müdahaleleri ve değişim | 55,7 |
| Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyeti | 47,5 |
| Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme | 57,1 |
| Üniteler içinde ekip çalışması | 71,2 |
| İletişimin açık tutulması | 46,3 |
| Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim | 55,1 |
| Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt | 28,7 |
| Personel sağlama | 36,1 |
| Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği | 51,5 |

Tanımlayıcı istatistikler

Tablo 11 incelendiğinde, hasta güvenliği kültürü hastane anketi alt alanlarından “Üniteler içinde ekip çalışması” en yüksek olumlu cevap ortalamasına (%71,2), “Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt” ise en düşük olumlu cevap ortalamasına sahip olduğu bulunmuştur (%28,7).

Tablo 12. Kurumlara Göre Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi Maddelerine Verilen Olumlu Cevap Skorları

| Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi Alt Alan ve Maddeler | Olumlu Cevap Yüzdesi | | p* |
|---|---------------------------------------|----------------------|----------|
| | Eğitim ve Araştırma Hastanesi (n=275) | Özel Hastane (n=200) | |
| Güvenliğin kapsamlı algılanması | | | |
| Burada daha ciddi hataların oluşmaması sadece tesadüfe bağlıdır. | 65,8 | 78 | 0,004** |
| Hasta güvenliği, daha fazla iş yapmaktan daha öncelikli bir ilkedir. | 65,8 | 85 | 0,001*** |
| Bu bölümde hasta güvenliği ile ilgili problemler vardır. | 48 | 80 | 0,001*** |
| Uyguladığımız prosedürler ve sistemler hata oluşmasını önlemede başarılıdır. | 42,9 | 81 | 0,001*** |
| Hataların raporlanma sıklığı | | | |
| Bir hata yapıldığında ancak hastayı etkilemeden fark edilip düzeltildiğinde ne sıklıkla rapor ediliyor? | 24,3 | 52,5 | 0,001*** |
| Bir hata yapıldığında ancak hastaya zarar verme potansiyeli olmadığında ne sıklıkla rapor ediliyor? | 21 | 51 | 0,001*** |
| Hastaya zarar verebilme olasılığı olan ancak zarar vermeyen bir hata yapıldığında ne sıklıkla rapor ediliyor? | 26,5 | 58 | 0,001*** |
| Hastane üniteleri arasında ekip çalışması | | | |
| Hastane üniteleri birbirleriyle uyum içinde çalışmaz. | 34,1 | 60 | 0,001*** |
| Birimler arasında birlikte çalışmayı gerektiren iyi bir işbirliği vardır. | 29,8 | 53 | 0,001*** |
| Diğer bölümlerden gelen kişilerle çalışmak genellikle hoş karşılanmaz. | 45,4 | 50,5 | 0,27 |
| Hastalar için en iyi bakımı sağlama amacıyla birimler birlikte iyi çalışır. | 37 | 60 | 0,001*** |

| Tablo 12'nin devamı | | | |
|--|------|------|----------|
| Hastane müdahaleleri ve değişim | | | |
| Hastalar bir üniteden diğerine nakledilirken bazı şeyler ihmal edilir, gözden kaçırılır, kaybedilir. | 38 | 71 | 0,001*** |
| Nöbet değişimi sırasında hasta bakımıyla ilgili önemli bilgiler çoğu zaman kaybedilir. | 54,5 | 63 | 0,001*** |
| Birimler arasında bilgi aktarımında sıklıkla problemler oluşur. | 31,2 | 57,5 | 0,001*** |
| Bu hastanede nöbet değişimleri hastalar açısından problemlidir. | 64,7 | 79 | 0,01** |
| Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri | | | |
| Yöneticilerimiz, oluşturulmuş hasta güvenliği prosedürlerine göre yapılmış bir işi gördüğünde takdir eder. | 31,6 | 64 | 0,001*** |
| Yöneticilerimiz, hasta güvenliğini geliştirmek için çalışanların önerilerini ciddiye alır. | 30,9 | 70 | 0,001*** |
| Yöneticilerimiz, kalite kaybı olsa bile bizim daha hızlı çalışmamızı ister. | 31,2 | 41 | 0,02* |
| Yöneticilerimiz tekrar tekrar oluşan hasta güvenliği problemlerini görmezden gelir. | 53 | 74,5 | 0,001*** |
| Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme | | | |
| Hasta güvenliğini geliştirme çalışmalarına aktif olarak katılırız. | 50,5 | 86,5 | 0,001*** |
| Yapılan hatalar bölümde pozitif değişikliklere yol göstermiştir. | 39,2 | 61,5 | 0,001*** |
| Hasta güvenliğini geliştirmek için değişiklikler yaptıktan sonra bunların etkinliğini değerlendiririz. | 42,9 | 77 | 0,001*** |
| Üniteler içinde ekip çalışması | | | |
| Bu birimde çalışan kişiler birbirlerini destekler. | 55,6 | 83 | 0,001*** |
| Acilen yapılması gereken çok iş olduğunda ekip olarak birlikte çalışırız. | 69,4 | 89 | 0,001*** |
| Bu birimde çalışanlar birbirine saygılı davranır. | 61,4 | 81,5 | 0,001*** |
| Birim içinde bir çalışma alanı aşırı yoğunlaştığında diğerleri yardım eder. | 60,7 | 83,5 | 0,001*** |
| İletişimin açık tutulması | | | |
| Çalışanlar, hasta bakımını olumsuz etkileyebilen bir şey gördüklerinde bunu serbestçe dile getirebilir. | 49 | 71 | 0,001*** |
| Çalışanlar, yöneticilerinin karar ve eylemlerini sorgulamakta kendilerini özgür hisseder. | 15,6 | 33 | 0,001*** |
| Çalışanlar, bir şey yanlış gözüktüğünde soru sormaktan korkarlar. | 48 | 71 | 0,001*** |
| Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim | | | |
| Raporlanan olaylara dayandırılarak yapılan değişiklikler hakkında bilgilendiriliriz. | 36,7 | 66 | 0,001*** |
| Bu birimde oluşan hatalar hakkında bilgilendiriliriz. | 48,7 | 72,5 | 0,001*** |
| Bu birimde biz, hataların tekrar oluşmasını engelleyecek yöntemleri tartışırız. | 46,1 | 73 | 0,001*** |
| Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt | | | |
| Çalışanlar yaptıkları hatalardan dolayı suçlanacaklarını hissederler. | 24,3 | 27 | 0,51 |
| Bir olay rapor edildiği zaman olayla ilgili problem değil, olayla ilgili kişi şikâyet ediliyor duygusu vardır. | 21,8 | 45 | 0,001*** |
| Çalışanlar yaptıkları hataların kişisel dosyalarında muhafaza edildiğinden endişe duyarlar. | 26,1 | 33 | 0,10 |
| Personel sağlama | | | |
| Bu birimde iş yükünün üstesinden gelecek kadar personel mevcuttur. | 20,3 | 56,5 | 0,001*** |
| Bu birimde çalışanlar hasta bakımı için en uygun olan süreden daha uzun süre çalışırlar. | 18,9 | 16 | 0,41 |
| Bu birimde gerekenden fazla geçici personel çalıştırılır. | 71,6 | 77 | 0,18 |
| Yapılacak çok iş olduğunda ve çok çabuk yapmak gerektiğinde "kriz modunda" çalışırız. | 18,1 | 16,5 | 0,63 |
| Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği | | | |
| Hastane yönetimi hasta güvenliğini artıran bir çalışma atmosferi sağlamaktadır. | 45,4 | 72,5 | 0,001*** |
| Yönetimin faaliyetleri, hasta güvenliğinin üst düzey bir öncelik olduğunu gösteriyor. | 44,3 | 64,5 | 0,001*** |
| Yönetim, sadece istenmeyen olay olduğunda hasta güvenliği ile ilgili gibi gözükmemektedir. | 34,9 | 58,5 | 0,001*** |

(* p<0,05) (** p<0,01) (** *p<0,001) Ki kare test

Tablo 12 incelendiğinde, anketin tüm maddelerinde eğitim ve araştırma hastanesinde en yüksek olumlu cevap yüzde ortalamalarının “Bu birimde gerekenden fazla geçici personel çalıştırılır” maddesine (%71,6), en düşük olumlu cevap yüzde ortalamalarının ise “Çalışanlar, yöneticilerinin karar ve eylemlerini sorgulamakta kendilerini özgür hisseder” maddesine (%15,6) ait olduğu belirlenmiştir. Özel hastanede en yüksek olumlu cevap yüzde ortalamalarının “Acilen yapılması gereken çok iş olduğunda ekip olarak birlikte çalışırız” maddesine (%89), en düşük olumlu cevap yüzde ortalamalarının ise “Bu birimde çalışanlar hasta bakımı için en uygun olan süreden daha uzun süre çalışırlar” maddesine (%16) ait olduğu belirlenmiştir.

Güvenliğin kapsamlı algılanması alt alanındaki “Hasta güvenliği daha fazla iş yapmaktan daha öncelikli bir ilkedir” ($p<0,001$), “Bu bölümde hasta güvenliği ile ilgili problemler vardır” ($p<0,001$) ve “Uyguladığımız prosedürler ve sistemler hata oluşmasını önlemede başarılıdır” ($p<0,001$) maddelerine verilen olumlu cevap yüzdeleri özel hastanede, eğitim ve araştırma hastanesine göre çok ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek, “Burada daha ciddi hataların oluşmaması sadece tesadüfe bağlıdır” maddesi ise ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p=0,004$).

Hataların raporlanma sıklığı alt alanındaki “Bir hata yapıldığında ancak hastayı etkilemeden fark edilip düzeltildiğinde ne sıklıkla rapor ediliyor?” ($p<0,001$), “Bir hata yapıldığında ancak hastaya zarar verme potansiyeli olmadığında ne sıklıkla rapor ediliyor?” ($p<0,001$), “Hastaya zarar verebilme olasılığı olan ancak zarar vermeyen bir hata yapıldığında ne sıklıkla rapor ediliyor?” ($p<0,001$) maddelerine verilen olumlu cevap yüzdeleri özel hastanede, eğitim ve araştırma hastanesine göre çok ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Hastane üniteleri arasında ekip çalışması alt alanındaki “Hastane üniteleri birbirleriyle uyum içinde çalışmaz” ($p<0,001$), “Birimler arasında birlikte çalışmayı gerektiren iyi bir işbirliği vardır” ($p<0,001$), “Hastalar için en iyi bakımı sağlama amacıyla birimler birlikte iyi çalışır” ($p<0,001$) maddelerine verilen olumlu cevap yüzdeleri özel hastanede, eğitim ve araştırma hastanesine göre çok ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. “Diğer bölümlerden gelen kişilerle çalışmak genellikle hoş karşılanmaz” maddesinde hastanelere göre anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,27$).

Hastane müdahaleleri ve değişim alt alanındaki “Hastalar bir üniteden diğerine nakledilirken bazı şeyler ihmal edilir, gözden kaçırılır, kaybedilir” ($p<0,001$), “Birimler arasında bilgi aktarımında sıklıkla problemler oluşur” ($p<0,001$) ve “Nöbet değişimi sırasında hasta bakımıyla ilgili önemli bilgiler çoğu zaman kaybedilir” ($p<0,001$) maddeleri, özel hastanede eğitim ve araştırma hastanesine göre çok ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek, “Bu hastanede nöbet değişimleri hastalar açısından problemlidir” ($p=0,01$) maddesi ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri alt alanındaki “Yöneticilerimiz, oluşturulmuş hasta güvenliği prosedürlerine göre yapılmış bir işi gördüğünde takdir eder” ($p<0,001$), “Yöneticilerimiz, hasta güvenliğini geliştirmek için çalışanların önerilerini ciddiye alır” ($p<0,001$) ve “Yöneticilerimiz tekrar tekrar oluşan hasta güvenliği problemlerini görmezden gelir” maddelerine verilen olumlu cevap yüzdeleri özel hastanede, eğitim ve araştırma hastanesine göre çok ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek, “Yöneticilerimiz, kalite kaybı olsa bile bizim daha hızlı çalışmamızı ister” maddesi hastaneler arasında anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p=0,02$).

Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme alt alanındaki “Hasta güvenliğini geliştirme çalışmalarına aktif olarak katılırız” ($p<0,001$), “Yapılan hatalar bölümde pozitif değişikliklere yol göstermiştir” ($p<0,001$) ve “Hasta güvenliğini geliştirmek için değişiklikler yaptıktan sonra bunların etkinliğini değerlendiririz” ($p<0,001$) maddelerine verilen olumlu cevap yüzdeleri özel hastanede, eğitim ve araştırma hastanesine göre çok ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Üniteler içinde ekip çalışması alt alanındaki “Bu birimde çalışan kişiler birbirlerini destekler” ($p<0,001$), “Acilen yapılması gereken çok iş olduğunda ekip olarak birlikte çalışırız” ($p<0,001$), “Bu birimde çalışanlar birbirine saygılı davranır” ($p<0,001$), “Birim içinde bir çalışma alanı aşırı yoğunlaştığında diğerleri yardım eder” maddelerine verilen olumlu cevap yüzdeleri özel hastanede, eğitim ve araştırma hastanesine göre çok ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

İletişimin açık tutulması alt alanındaki “Çalışanlar, hasta bakımını olumsuz etkileyebilen bir şey gördüklerinde bunu serbestçe dile getirebilir” ($p<0,001$), “Çalışanlar, yöneticilerinin karar ve eylemlerini sorgulamakta kendilerini özgür hisseder” ($p<0,001$), “Çalışanlar, bir şey yanlış gözüktüğünde soru sormaktan

korkarlar” ($p<0,001$) maddelerine verilen olumlu cevap yüzdeleri özel hastanede, eğitim ve araştırma hastanesine göre çok ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim alt alanındaki “Raporlanan olaylara dayandırılarak yapılan değişiklikler hakkında bilgilendiriliriz” ($p<0,001$), “Bu birimde oluşan hatalar hakkında bilgilendiriliriz” ($p<0,001$) ve “Bu birimde biz, hataların tekrar oluşmasını engelleyecek yöntemleri tartışırız” ($p<0,001$) maddelerine verilen olumlu cevap yüzdeleri özel hastanede, eğitim ve araştırma hastanesine göre çok ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt alt alanındaki “Çalışanlar yaptıkları hatalardan dolayı suçlanacaklarını hissederler” ($p=0,51$) ve “Çalışanlar yaptıkları hataların kişisel dosyalarında muhafaza edildiğinden endişe duyarlar” ($p=0,1$) maddeleri hastaneler arasında anlamlı bulunmamıştır “Bir olay rapor edildiği zaman olayla ilgili problem değil, olayla ilgili kişi şikâyet ediliyor duygusu vardır” ($p<0,001$) maddesine verilen olumlu cevap yüzdeleri özel hastanede, eğitim ve araştırma hastanesine göre çok ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Personel sağlama alt alanındaki “Bu birimde çalışanlar hasta bakımı için en uygun olan süreden daha uzun süre çalışırlar” ($p=0,41$), “Bu birimde gerekenden fazla geçici personel çalıştırılır” ($p=0,18$) ve “Yapılacak çok iş olduğunda ve çok çabuk yapmak gerektiğinde "kriz modunda" çalışırız” ($p=0,63$) maddeleri hastaneler arasında anlamlı bulunmamıştır. “Bu birimde iş yükünün üstesinden gelecek kadar personel mevcuttur” ($p<0,001$) maddesine verilen olumlu cevap yüzdeleri özel hastanede, eğitim ve araştırma hastanesine göre çok ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği alt alanındaki “Hastane yönetimi hasta güvenliğini artıran bir çalışma atmosferi sağlamaktadır” ($p<0,001$), “Yönetimin faaliyetleri, hasta güvenliğinin üst düzey bir öncelik olduğunu gösteriyor” ($p<0,001$) ve “Yönetim, sadece istenmeyen olay olduğunda hasta güvenliği ile ilgili gibi gözükmemektedir” ($p<0,001$) maddelerine verilen olumlu cevap yüzdeleri özel hastanede, eğitim ve araştırma hastanesine göre çok ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

6.4. Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi Olumlu Skor Ortalamalarının Benchmark Skoru ile Karşılaştırılması

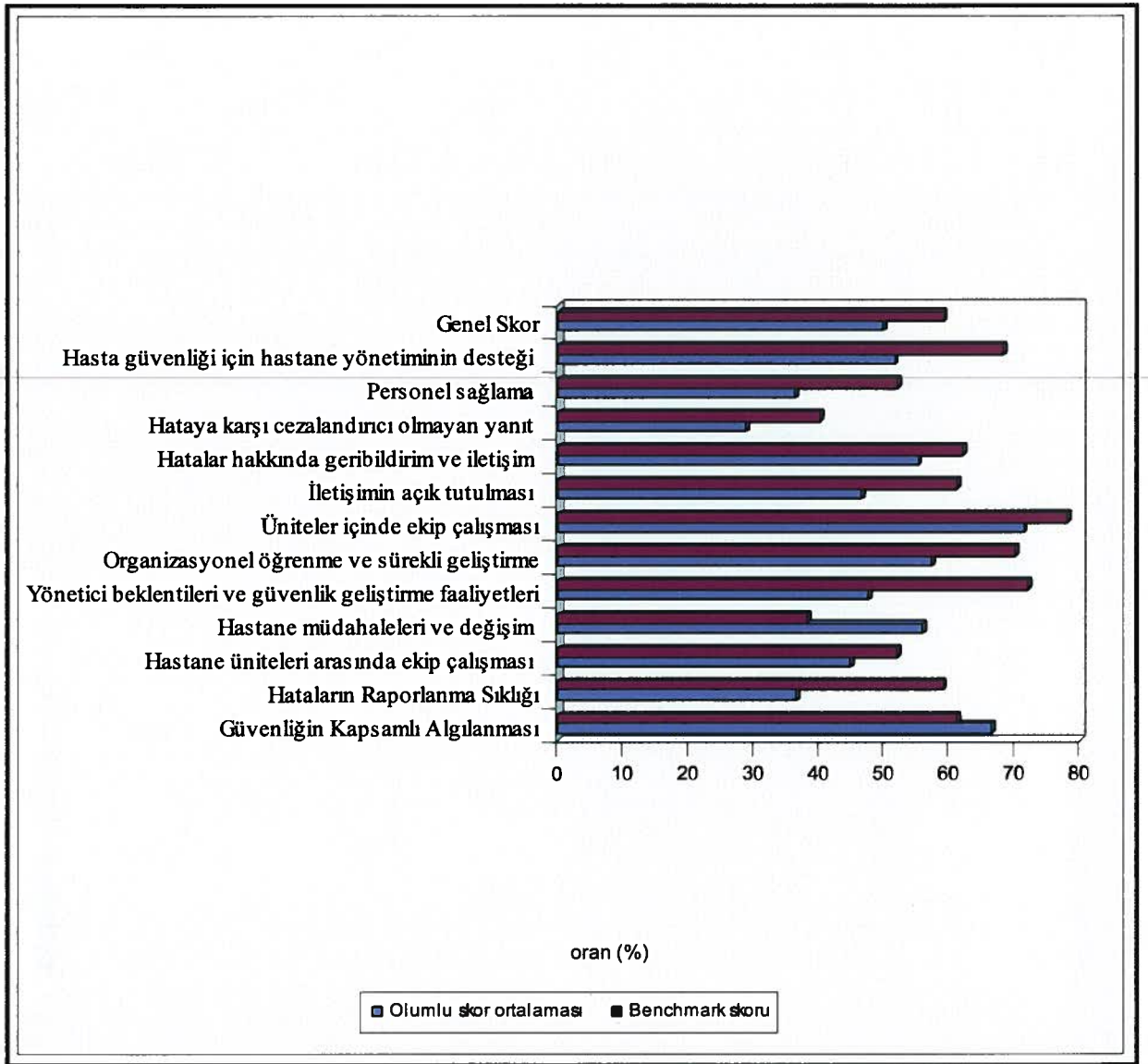
Bu bölümde hasta güvenliği kültürü hastane anketi madde ve alt alan olumlu skor ortalamalarının benchmark skoru ile karşılaştırılması ile ilgili bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 13. Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi Madde ve Alt Alan Olumlu Skor Ortalamaları ve Benchmark Skoru

| Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi Alt Alan ve Maddeler | Olumlu-skor ortalaması (%) | Benchmark skoru (%) |
|---|----------------------------|---------------------|
| Güvenliğin Kapsamlı Algılanması | 66,3 | 61 |
| Burada daha ciddi hataların oluşmaması sadece tesadüfe bağlıdır. | 70,9 | 57 |
| Hasta güvenliği, daha fazla iş yapmaktan daha öncelikli bir ilkedir. | 73,9 | 60 |
| Bu bölümde hasta güvenliği ile ilgili problemler vardır. | 61,5 | 58 |
| Uyguladığımız prosedürler ve sistemler hata oluşmasını önlemede başarılıdır. | 58,9 | 69 |
| Hataların Raporlanma Sıklığı | 36,5 | 59 |
| Bir hata yapıldığında ancak hastayı etkilemeden fark edilip düzeltildiğinde ne sıklıkla rapor ediliyor? | 36,2 | 53 |
| Bir hata yapıldığında ancak hastaya zarar verme potansiyeli olmadığında ne sıklıkla rapor ediliyor? | 33,7 | 55 |
| Hastaya zarar verebilme olasılığı olan ancak zarar vermeyen bir hata yapıldığında ne sıklıkla rapor ediliyor? | 39,8 | 70 |
| Hastane üniteleri arasında ekip çalışması | 44,7 | 52 |
| Hastane üniteleri birbirleriyle uyum içinde çalışmaz. | 45,1 | 39 |
| Birimler arasında birlikte çalışmayı gerektiren iyi bir işbirliği vardır. | 39,6 | 53 |
| Diğer bölümlerden gelen kişilerle çalışmak genellikle hoş karşılanmaz. | 47,6 | 54 |
| Hastalar için en iyi bakımı sağlama amacıyla birimler birlikte iyi çalışır. | 46,7 | 62 |
| Hastane müdahaleleri ve değişim | 55,7 | 38 |
| Hastalar bir üniteden diğerine nakledilirken bazı şeyler ihmal edilir, gözden kaçırılır, kaybedilir. | 52 | 32 |
| Nöbet değişimi sırasında hasta bakımıyla ilgili önemli bilgiler çoğu zaman kaybedilir. | 58,1 | 45 |
| Birimler arasında bilgi aktarımında sıklıkla problemler oluşur. | 42,3 | 36 |
| Bu hastanede nöbet değişimleri hastalar açısından problemlidir. | 70,7 | 38 |
| Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri | 47,5 | 72 |
| Yöneticilerimiz, oluşturulmuş hasta güvenliği prosedürlerine göre yapılmış bir işi gördüğünde takdir eder. | 45,3 | 71 |
| Yöneticilerimiz, hasta güvenliğini geliştirmek için çalışanların önerilerini ciddiye alır. | 47,4 | 74 |
| Yöneticilerimiz, kalite kaybı olsa bile bizim daha hızlı çalışmamızı ister. | 35,4 | 70 |
| Yöneticilerimiz tekrar tekrar oluşan hasta güvenliği problemlerini görmezden gelir. | 62,1 | 73 |
| Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme | 57,1 | 70 |
| Hasta güvenliğini geliştirme çalışmalarına aktif olarak katılırız. | 65,7 | 82 |
| Yapılan hatalar bölümde pozitif değişikliklere yol göstermiştir. | 48,6 | 62 |
| Hasta güvenliğini geliştirmek için değişiklikler yaptıktan sonra bunların etkinliğini değerlendiririz. | 57,3 | 67 |
| Üniteler içinde ekip çalışması | 71,2 | 78 |
| Bu birimde çalışan kişiler birbirlerini destekler. | 67,2 | 84 |
| Acilen yapılması gereken çok iş olduğunda ekip olarak birlikte çalışırız. | 77,7 | 84 |
| Bu birimde çalışanlar birbirine saygılı davranır. | 69,9 | 77 |
| Birim içinde bir çalışma alanı aşırı yoğunlaştığında diğerleri yardım eder. | 70,3 | 66 |

| Tablo 13'ün devamı | | |
|--|-------------|-----------|
| İletişimin açık tutulması | 46,3 | 61 |
| Çalışanlar, hasta bakımını olumsuz etkileyebilen bir şey gördüklerinde bunu serbestçe dile getirebilir. | 58,3 | 73 |
| Çalışanlar, yöneticilerinin karar ve eylemlerini sorgulamakta kendilerini özgür hisseder. | 22,9 | 47 |
| Çalışanlar, bir şey yanlış gözüktüğünde soru sormaktan korkarlar. | 57,7 | 62 |
| Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim | 55,1 | 62 |
| Raporlanan olaylara dayandırılarak yapılan değişiklikler hakkında bilgilendiriliriz. | 49,1 | 56 |
| Bu birimde oluşan hatalar hakkında bilgilendiriliriz. | 58,7 | 62 |
| Bu birimde biz, hataların tekrar oluşmasını engelleyecek yöntemleri tartışırız. | 57,5 | 68 |
| Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt | 28,7 | 40 |
| Çalışanlar yaptıkları hatalardan dolayı suçlanacaklarını hissederler. | 25,5 | 46 |
| Bir olay rapor edildiği zaman olayla ilgili problem değil, olayla ilgili kişi şikâyet ediliyor duygusu vardır. | 31,6 | 43 |
| Çalışanlar yaptıkları hataların kişisel dosyalarında muhafaza edildiğinden endişe duyarlar. | 29,1 | 30 |
| Personel sağlama | 36,1 | 52 |
| Bu birimde iş yükünün üstesinden gelecek kadar personel mevcuttur. | 35,6 | 52 |
| Bu birimde çalışanlar hasta bakımı için en uygun olan süreden daha uzun süre çalışırlar. | 17,7 | 49 |
| Bu birimde gerekenden fazla geçici personel çalıştırılır. | 73,9 | 64 |
| Yapılacak çok iş olduğunda ve çok çabuk yapmak gerektiğinde "kriz modunda" çalışırız. | 17,5 | 43 |
| Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği | 51,5 | 68 |
| Hastane yönetimi hasta güvenliğini artıran bir çalışma atmosferi sağlamaktadır. | 56,8 | 77 |
| Yönetimin faaliyetleri, hasta güvenliğinin üst düzey bir öncelik olduğunu gösteriyor. | 52,8 | 71 |
| Yönetim, sadece istenmeyen olay olduğunda hasta güvenliği ile ilgili gibi gözükmemektedir. | 44,8 | 56 |
| Genel Skor | 49,8 | 59 |

Tanımlayıcı istatistikler



Grafik 1. Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi Alt Alan Olumlu Skor Ortalamalarının Benchmark Skoru ile Karşılaştırılması

Tablo 13 ve Grafik 1 incelendiğinde, çalışmaya katılan hastanelerin genel skoru benchmark skoruyla karşılaştırıldığında, anket maddelerine verilen olumlu cevap yüzdeleri çoğu maddede daha düşük bulunmuştur. En büyük fark “Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyeti” alt alanındaki maddelerde görülmüştür.

6.5. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Algılamasının Tanıtıcı ve Mesleki Özelliklere Göre Karşılaştırılması

Bu bölümde eğitim ve araştırma hastanesi ve özel hastanede çalışan hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algılamasının tanıtıcı ve mesleki özelliklere göre karşılaştırılması ile ilgili bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 14. Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Alt Alan Algıları ile Yaş Grubunun Karşılaştırılması

| Alt Alanlar | YAŞ GRUBU | | | | | F | p* |
|--|-----------------------|-------------------|------------------|------------------|------------------------|------|----------|
| | 25 yaş ve altı (n=44) | 26-30 yaş (n=116) | 31-35 yaş (n=72) | 36-40 yaş (n=22) | 41 yaş ve üzeri (n=21) | | |
| | Ortalama (%) | Ortalama (%) | Ortalama (%) | Ortalama (%) | Ortalama (%) | | |
| Güvenliğin kapsamlı algılanması | 53,4 | 56,4 | 50,3 | 54,5 | 75 | 2,65 | 0,03* |
| Hataların raporlanma sıklığı | 25 | 21,8 | 24 | 16,6 | 41,2 | 1,38 | 0,23 |
| Hastane üniteleri arasında ekip çalışması | 37,5 | 36,6 | 37,1 | 21,5 | 48,8 | 2,09 | 0,04* |
| Hastane müdahaleleri ve değişim | 39,7 | 50,8 | 46,8 | 46,5 | 44 | 0,95 | 0,43 |
| Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyeti | 42,6 | 34,4 | 35,4 | 26,1 | 52,3 | 2,56 | 0,03* |
| Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme | 43,9 | 41,6 | 46,2 | 39,3 | 57,1 | 1,12 | 0,34 |
| Üniteler içinde ekip çalışması | 59,1 | 60,7 | 58,6 | 60,2 | 85,7 | 2,50 | 0,04* |
| İletişimin açık tutulması | 41,6 | 37,6 | 34,2 | 28,7 | 49,2 | 1,51 | 0,19 |
| Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim | 50 | 44,2 | 39,3 | 37,8 | 50,7 | 0,90 | 0,46 |
| Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt | 28 | 20,4 | 25,4 | 33,3 | 22,2 | 1,20 | 0,30 |
| Personel sağlama | 41,4 | 28,6 | 32,9 | 25 | 38,1 | 4,67 | 0,001*** |
| Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği | 33,3 | 42,2 | 38,8 | 37,8 | 68,2 | 3,37 | 0,01** |

(*p<0,05) (**p<0,01) (**p<0,001) (F=Oneway Anova test)

Tablo 14 incelendiğinde, 41 yaş ve üzeri grubun “Güvenliğin kapsamlı algılanması” olumlu cevap ortalaması (%75) 31-35 yaş grubuna göre (%54,5) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p<0,05).

41 yaş ve üzeri grubun “Hastane üniteleri arasında ekip çalışması” olumlu cevap ortalaması (%48,8) 36-40 yaş grubuna göre (%21,5) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p<0,05).

41 yaş ve üzeri grubun “Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyeti” olumlu cevap ortalaması (%52,3) 36-40 yaş grubuna göre (%26,1) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

41 yaş ve üzeri grubun “Üniteler içinde ekip çalışması” olumlu cevap ortalaması (%85,7) 25 ve altı yaş grubu (%59,1), 26-30 yaş grubu (%60,7), 31-35 yaş grubu (%58,6) 36-40 yaş grubuna göre (%60,2) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

25 ve altı yaş grubunun “Personel sağlama” olumlu cevap ortalaması (%41,4) 26-30 yaş grubu (%28,6) ve 36-40 yaş grubuna göre (%25) çok ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,001$).

41 yaş ve üzeri grubun “Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği” olumlu cevap ortalaması (%68,2) 25 ve altı yaş grubu (%33,3), 26-30 yaş grubu (%42,2), 31-35 yaş grubu (%38,8) 36-40 yaş grubuna göre (%37,8) ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,01$).

Tablo 15. Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Alt Alan Algıları ile Medeni Durumun Karşılaştırılması

| Alt Alanlar | MEDENİ DURUM | | t | p |
|--|-----------------|------------------|------|------|
| | Evli (n=153) | Bekar (n=122) | | |
| | Ortalama (%) | Ortalama (%) | | |
| Güvenliğin kapsamlı algılanması | 57,8 | 52,8 | 1,30 | 0,19 |
| Hataların raporlanma sıklığı | 24,4 | 23,4 | 0,19 | 0,84 |
| Hastane üniteleri arasında ekip çalışması | 34,9 | 38,7 | 0,98 | 0,32 |
| Hastane müdahaleleri ve değişim | 48,3 | 45,6 | 0,66 | 0,50 |
| Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyeti | 38,2 | 34,8 | 0,89 | 0,37 |
| Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme | 47,4 | 40,1 | 1,77 | 0,07 |
| Üniteler içinde ekip çalışması | 64,2 | 58,8 | 1,21 | 0,22 |
| İletişimin açık tutulması | 38,1 | 36,8 | 0,32 | 0,74 |
| Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim | 41,8 | 46,4 | 1,02 | 0,30 |
| Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt | 25,4 | 22,4 | 0,84 | 0,39 |
| Personel sağlama | 33 | 31,3 | 0,67 | 0,49 |
| Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği | 43,1 | 39,6 | 0,76 | 0,44 |

(t=student t test)

Tablo 15 incelendiğinde, alt alanların tümünde medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 16. Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Alt Alan Alguları ile Eğitim Durumunun Karşılaştırılması

| Alt Alanlar | EĞİTİM DURUMU | | | | F | p* |
|--|-----------------------------|-----------------|----------------|----------------------|------|---------|
| | Sağlık Meslek Lisesi (n=63) | Önlisans (n=94) | Lisans (n=101) | Yüksek Lisans (n=17) | | |
| | Ortalama (%) | Ortalama (%) | Ortalama (%) | Ortalama (%) | | |
| Güvenliğin kapsamlı algılanması | 53,5 | 59 | 54,2 | 52,9 | 0,56 | 0,63 |
| Hataların raporlanma sıklığı | 24,3 | 28,3 | 21,4 | 13,7 | 0,97 | 0,40 |
| Hastane üniteleri arasında ekip çalışması | 34,1 | 43,1 | 32,9 | 32,3 | 2,04 | 0,10 |
| Hastane müdahaleleri ve değişim | 46,8 | 49,2 | 45 | 50 | 0,29 | 0,82 |
| Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyeti | 40,8 | 39,1 | 31,6 | 38,2 | 1,43 | 0,23 |
| Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme | 42,3 | 50,3 | 41,5 | 33,3 | 1,93 | 0,12 |
| Üniteler içinde ekip çalışması | 61,5 | 65,1 | 59,9 | 55,8 | 0,49 | 0,68 |
| İletişimin açık tutulması | 39,6 | 35,8 | 38,6 | 33,3 | 0,32 | 0,80 |
| Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim | 42,3 | 41,4 | 45,8 | 50,9 | 0,47 | 0,70 |
| Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt | 26,4 | 22,3 | 24,1 | 25,4 | 0,24 | 0,86 |
| Personel sağlama | 34,9 | 30,1 | 32,6 | 32,3 | 0,76 | 0,51 |
| Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği | 35,9 | 51,7 | 33,9 | 50,9 | 4,58 | 0,004** |

(**p<0,01) (F=Oneway Anova test)

Tablo 16 incelendiğinde, önlisans mezunu hemşire grubunun “Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği” olumlu cevap ortalamasının (%51,7) sağlık meslek lisesi (%35,9) ve lisans mezunu hemşire grubuna (%33,9) göre ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek olduğu bulunmuştur (p<0,01).

Tablo 17. Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Alt Alan Alguları ile Kurumdaki Görev Süresinin Karşılaştırılması

| Alt Alanlar | KURUMDAKİ GÖREV SÜRESİ | | | | | F | p* |
|--|------------------------|--------------------|--------------------|---------------------|------------------------------|------|----------|
| | 1 yıldan az (n=11) | 1-5 yıl (n=153) | 6-10 yıl (n=60) | 11-15 yıl (n=28) | 16 yıl ve üzeri (n=23) | | |
| | Ortalama (%) | Ortalama (%) | Ortalama (%) | Ortalama (%) | Ortalama (%) | | |
| Güvenliğin kapsamlı algılanması | 45,4 | 52,2 | 60,8 | 58,9 | 65,2 | 1,76 | 0,13 |
| Hataların raporlanma sıklığı | 39,3 | 22 | 17,2 | 28,5 | 42 | 2,45 | 0,04* |
| Hastane üniteleri arasında ekip çalışması | 25 | 33,3 | 40 | 46,4 | 43,4 | 1,94 | 0,10 |
| Hastane müdahaleleri ve değişim | 31,8 | 48,2 | 47,9 | 50 | 42,3 | 0,80 | 0,52 |
| Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyeti | 36,3 | 37,1 | 30 | 35,7 | 53,2 | 2,35 | 0,05* |
| Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme | 54,5 | 40,3 | 46,1 | 45,2 | 59,4 | 2,03 | 0,08 |
| Üniteler içinde ekip çalışması | 68,1 | 57,3 | 64,1 | 64,2 | 79,3 | 2,08 | 0,08 |
| İletişimin açık tutulması | 39,3 | 36,1 | 33,3 | 44 | 49,2 | 1,43 | 0,22 |
| Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim | 45,4 | 41,8 | 44,4 | 52,3 | 44,9 | 0,49 | 0,73 |
| Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt | 21,2 | 25,2 | 21,6 | 29,7 | 17,3 | 0,71 | 0,58 |
| Personel sağlama | 36,3 | 33,4 | 29,1 | 29,4 | 33,6 | 0,77 | 0,54 |
| Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği | 30,3 | 32,2 | 52,2 | 63,1 | 57,1 | 7,33 | 0,001*** |

(*p<0,05) (**p<0,001) (F=Oneway Anova test)

Tablo 17 incelendiğinde, kurumdaki görev süresi 16 yıl ve üzerinde olan hemşire grubunun “Hataların raporlanma sıklığı” olumlu cevap ortalamasının (%42) kurumdaki görev süresi 6-10 yıl arasında olan hemşire grubuna (%17,2) göre anlamlı şekilde yüksek olduğu bulunmuştur (p<0,05).

Kurumdaki görev süresi 16 yıl ve üzerinde olan hemşire grubunun “Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyeti” olumlu cevap ortalamasının (%53,2) kurumdaki görev süresi 6-10 yıl arasında olan hemşire grubuna (%30) göre anlamlı şekilde yüksek olduğu bulunmuştur (p<0,05).

Kurumdaki görev süresi 1-5 yıl ve arasında olan hemşire grubunun “Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği” olumlu cevap ortalamasının (%32,2) kurumdaki görev süresi 6-10 yıl (%52,2), 11-15 yıl (%63,1) ve 16 yıl ve üzeri (%57,1) olan hemşire grubuna göre çok ileri düzeyde anlamlı şekilde düşük olduğu bulunmuştur (p<0,001).

Tablo 18. Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Alt Alan Algıları ile Mesleki Deneyim Süresinin Karşılaştırılması

| Alt Alanlar | MESLEKİ DENEYİM SÜRESİ | | | | | F | p* |
|--|------------------------|-------------------|--------------------|---------------------|---------------------------|------|----------|
| | 1 yıldan az (n=2) | 1-5 yıl (n=93) | 6-10 yıl (n=78) | 11-15 yıl (n=51) | 16 yıl ve üzeri (n=51) | | |
| | Ortalama (%) | Ortalama (%) | Ortalama (%) | Ortalama (%) | Ortalama (%) | | |
| Güvenliğin kapsamlı algılanması | 87,5 | 50 | 58,3 | 51,9 | 64,2 | 2,74 | 0,04* |
| Hataların raporlanma sıklığı | 100 | 18,2 | 25,2 | 18,9 | 34,6 | 2,40 | 0,07 |
| Hastane üniteleri arasında ekip çalışması | 50 | 33,8 | 39,1 | 38,2 | 35,7 | 0,45 | 0,71 |
| Hastane müdahaleleri ve değişim | 75 | 43 | 51,2 | 50,9 | 43,6 | 1,31 | 0,27 |
| Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyeti | 75 | 36,5 | 37,8 | 30,8 | 39,7 | 0,77 | 0,50 |
| Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme | 83,3 | 39,1 | 44,8 | 42,4 | 52,9 | 1,95 | 0,12 |
| Üniteler içinde ekip çalışması | 75 | 54,8 | 64,7 | 54,9 | 76,4 | 4,77 | 0,003** |
| İletişimin açık tutulması | 100 | 36,5 | 37,1 | 34,6 | 40,5 | 0,31 | 0,81 |
| Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim | 100 | 41,5 | 48,7 | 37,9 | 44,4 | 1,01 | 0,38 |
| Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt | 50 | 25,8 | 21,3 | 24,1 | 24,1 | 0,31 | 0,81 |
| Personel sağlama | 50 | 36 | 28,2 | 30,8 | 32,3 | 2,25 | 0,83 |
| Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği | 66,6 | 28,6 | 47,4 | 47,7 | 49 | 5,57 | 0,001*** |

(*p<0,05) (**p<0,01) (**p<0,001) (F=Oneway Anova test)

(Mesleki deneyim süresi 1 yıldan az olan grup 2 olguda görüldüğünden değerlendirme dışı bırakılmıştır.)

Tablo 18 incelendiğinde, mesleki deneyim süresi 16 yıl ve üzerinde olan hemşire grubunun “Güvenliğin kapsamlı algılanması” olumlu cevap ortalaması (%64,2) 1-5 yıl arası gruba göre (%50) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p<0,05).

Mesleki deneyim süresi 16 yıl ve üzerinde olan hemşire grubunun “Üniteler içinde ekip çalışması” olumlu cevap ortalaması (%76,4), 1-5 yıl arası (%54,8) ve 11-15 yıl arası (%54,9) gruba göre ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p<0,01).

Mesleki deneyim süresi 1-5 yıl arasında olan hemşire grubunun “Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği” olumlu cevap ortalaması (%28,6) 6-10 yıl arası (%47,4), 11-15 yıl arası (%47,7) ve 16 yıl ve üzeri (%49) gruba göre çok ileri düzeyde anlamlı şekilde düşük bulunmuştur (p<0,001).

Tablo 19. Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Alt Alan Alguları ile Çalışılan Birimin Karşılaştırılması

| Alt Alanlar | ÇALIŞILAN BİRİM | | | | | F | p* |
|--|---------------------------|----------------------------|-----------------------|-----------------|------------------------|------|----------|
| | Dahili Birimler (n=90) | Cerrahi Birimler (n=61) | Yoğun Bakım (n=50) | Acil (n=53) | Ameliyathane (n=21) | | |
| | Ortalama (%) | Ortalama (%) | Ortalama (%) | Ortalama (%) | Ortalama (%) | | |
| Güvenliğin kapsamlı algılanması | 61,6 | 52,8 | 68 | 38,6 | 51,1 | 7,51 | 0,001*** |
| Hataların raporlanma sıklığı | 32,5 | 16,3 | 37,3 | 6,9 | 20,6 | 6,43 | 0,001*** |
| Hastane üniteleri arasında ekip çalışması | 32,5 | 44,6 | 41,5 | 30,1 | 35,7 | 2,28 | 0,06 |
| Hastane müdahaleleri ve değişim | 47,5 | 50,4 | 48,5 | 41 | 48,8 | 0,63 | 0,64 |
| Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyeti | 45,2 | 22,1 | 46 | 34,9 | 25 | 7,51 | 0,001*** |
| Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme | 47,7 | 42,1 | 56 | 37,1 | 25,3 | 4,28 | 0,002** |
| Üniteler içinde ekip çalışması | 71,9 | 52,4 | 76,5 | 38,6 | 69 | 11,7 | 0,001*** |
| İletişimin açık tutulması | 40,3 | 36,1 | 54 | 23,2 | 26,9 | 7,47 | 0,001*** |
| Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim | 51,4 | 46,9 | 57,3 | 22,6 | 23,8 | 9,72 | 0,001*** |
| Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt | 17 | 30,1 | 33,3 | 22,6 | 19 | 3,30 | 0,01* |
| Personel sağlama | 34,4 | 27,8 | 34 | 34,9 | 25 | 2,03 | 0,09 |
| Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği | 47,7 | 43,7 | 50 | 26,4 | 26,9 | 4,36 | 0,002** |

(*p<0,05) (**p<0,01) (**p<0,001) (F=Oneway Anova test)

Tablo 19 incelendiğinde, acil birimde çalışan hemşire grubunun “Güvenliğin kapsamlı algılanması” olumlu cevap ortalaması (%38,6) dahili birimler (%61,6) ve yoğun bakımda (%68) çalışan hemşire grubuna göre çok ileri düzeyde anlamlı şekilde düşük bulunmuştur (p<0,001).

Yoğun bakımda çalışan hemşire grubunun “Hataların raporlanma sıklığı” olumlu cevap ortalaması (%37,3) cerrahi birimler (%16,3) ve acil birimde (%6,9) çalışan hemşire grubuna göre çok ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p<0,001).

Dahili birimlerde çalışan hemşire grubunun “Hataların raporlanma sıklığı” olumlu cevap ortalaması (%32,5) acil birimde (%6,9) çalışan hemşire grubuna göre çok ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,001$).

Dahili birimlerde çalışan hemşire grubunun “Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyeti” olumlu cevap ortalaması (%45,2) cerrahi birimler (%22,1) ve ameliyathanede (%25) çalışan hemşire grubuna göre çok ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,001$).

Yoğun bakımda çalışan hemşire grubunun “Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme” olumlu cevap ortalaması (%56) acil birim (%37,1) ve ameliyathanede (%25,3) çalışan hemşire grubuna göre ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,01$).

Yoğun bakımda çalışan hemşire grubunun “İletişimin açık tutulması” olumlu cevap ortalaması (%54) cerrahi birimler (%36,1), acil birim (%23,2) ve ameliyathanede (%26,9) çalışan hemşire grubuna göre çok ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,001$).

Acil birimde çalışan hemşire grubunun “İletişimin açık tutulması” olumlu cevap ortalaması (%23,2) dahili birimlerde (%40,3) çalışan hemşire grubuna göre çok ileri düzeyde anlamlı şekilde düşük bulunmuştur ($p<0,001$).

Acil birimde çalışan hemşire grubunun “Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim” olumlu cevap ortalaması (%22,6) dahili birimler (%51,4), cerrahi birimler (%46,9) ve yoğun bakımda (%57,3) çalışan hemşire grubuna göre çok ileri düzeyde anlamlı şekilde düşük bulunmuştur ($p<0,001$).

Dahili birimlerde çalışan hemşire grubunun “Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim” olumlu cevap ortalaması (%51,4) ameliyathanede (%23,8) çalışan hemşire grubuna göre çok ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,001$).

Yoğun bakımda çalışan hemşire grubunun “Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim” olumlu cevap ortalaması (%57,3) ameliyathanede (%23,8) çalışan hemşire grubuna göre çok ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,001$).

Dahili birimlerde çalışan hemşire grubunun “Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt” olumlu cevap ortalaması (%17) yoğun bakımda (%33,3) çalışan hemşire grubuna göre anlamlı şekilde düşük bulunmuştur ($p<0,05$).

Acil birimde çalışan hemşire grubunun “Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği” olumlu cevap ortalaması (%26,4) dahili birimler (%47,7) ve yoğun bakımda (%50) çalışan hemşire grubuna göre ileri düzeyde anlamlı şekilde düşük bulunmuştur (p<0,01).

Tablo 20. Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Alt Alan Alguları ile Çalışılan Birimdeki Görev Süresinin Karşılaştırılması

| Alt Alanlar | ÇALIŞILAN BİRİMDEKİ GÖREV SÜRESİ | | | | F | p* |
|--|----------------------------------|--------------------|--------------------|---------------------|------|---------|
| | 1 yıldan az (n=29) | 1-5 yıl (n=182) | 6-10 yıl (n=46) | 11-15 yıl (n=18) | | |
| | Ortalama (%) | Ortalama (%) | Ortalama (%) | Ortalama (%) | | |
| Güvenliğin kapsamlı algılanması | 51,7 | 54,3 | 68,4 | 41,6 | 4,13 | 0,007** |
| Hataların raporlanma sıklığı | 33,3 | 20,3 | 28,9 | 33,3 | 1,77 | 0,15 |
| Hastane üniteleri arasında ekip çalışması | 31 | 35,1 | 40,7 | 50 | 1,79 | 0,14 |
| Hastane müdahaleleri ve değişim | 41,3 | 48,7 | 46,1 | 43,1 | 0,53 | 0,65 |
| Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyeti | 37,1 | 37,5 | 30,4 | 44,4 | 1,02 | 0,38 |
| Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme | 45,9 | 42,8 | 47,1 | 48,1 | 0,31 | 0,81 |
| Üniteler içinde ekip çalışması | 64,6 | 59,2 | 69 | 65,2 | 1,01 | 0,38 |
| İletişimin açık tutulması | 32,1 | 38,2 | 37,6 | 38,8 | 0,31 | 0,81 |
| Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim | 42,5 | 43,4 | 49,2 | 37 | 0,55 | 0,64 |
| Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt | 22,9 | 23,2 | 30,4 | 18,5 | 0,94 | 0,41 |
| Personel sağlama | 29,3 | 32,8 | 31,5 | 33,3 | 0,29 | 0,83 |
| Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği | 36,7 | 37,1 | 57,2 | 53,7 | 4,34 | 0,005** |

(**p<0,01) (F=Oneway Anova test)

Tablo 20 incelendiğinde, çalışılan birimdeki görev süresi 6-10 yıl arasında olan hemşire grubunun “Güvenliğin kapsamlı algılanması” olumlu cevap ortalaması (%68,4) 1-5 yıl arası (%54,3) ve 11-15 yıl (%41,6) arası gruba göre ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p<0,01).

Çalışılan birimdeki görev süresi 1-5 yıl arasında olan hemşire grubunun “Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği” olumlu cevap ortalaması (%37,1) 6-10 yıl (%57,2) arası gruba göre ileri düzeyde anlamlı şekilde düşük bulunmuştur ($p<0,01$).

Tablo 21. Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Alt Alan Algıları ile Çalışma Şeklinin Karşılaştırılması

| Alt Alanlar | ÇALIŞMA ŞEKLİ | | | F | p* |
|--|------------------|-------------------|------------------------|------|---------|
| | Gündüz (n=62) | Vardiya (n=36) | Nöbet Usulü (n=177) | | |
| | Ortalama (%) | Ortalama (%) | Ortalama (%) | | |
| Güvenliğin kapsamlı algılanması | 50,8 | 63,1 | 55,7 | 1,79 | 0,16 |
| Hataların raporlanma sıklığı | 22,5 | 37 | 22 | 2,44 | 0,08 |
| Hastane üniteleri arasında ekip çalışması | 30,6 | 46,5 | 36,7 | 2,94 | 0,04* |
| Hastane müdahaleleri ve değişim | 46,3 | 50 | 46,8 | 0,15 | 0,85 |
| Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyeti | 37,5 | 43,7 | 35 | 1,18 | 0,30 |
| Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme | 40,8 | 57,4 | 42,7 | 3,30 | 0,03* |
| Üniteler içinde ekip çalışması | 67,3 | 68,7 | 58,4 | 2,1 | 0,12 |
| İletişimin açık tutulması | 34,4 | 46,2 | 36,9 | 1,71 | 0,18 |
| Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim | 38,7 | 62 | 41,9 | 5,33 | 0,005** |
| Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt | 21,5 | 35,1 | 22,7 | 2,88 | 0,06 |
| Personel sağlama | 34,6 | 33,3 | 31,2 | 0,73 | 0,47 |
| Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği | 53,7 | 50 | 35,5 | 6,53 | 0,002** |

(* $p<0,05$) (** $p<0,01$) (F=Oneway Anova test)

Tablo 21 incelendiğinde, çalışma şekli gündüz olan hemşire grubunun “Hastane üniteleri arasında ekip çalışması” olumlu cevap ortalaması (%30,6) vardiyalı (%46,5) çalışan hemşire grubuna göre anlamlı şekilde düşük bulunmuştur ($p<0,05$).

Çalışma şekli vardiyalı olan hemşire grubunun “Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme” olumlu cevap ortalaması (%57,4) gündüz (%40,8) ve nöbet usulü (%42,7) çalışan hemşire grubuna göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Çalışma şekli vardiyalı olan hemşire grubunun “Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim” olumlu cevap ortalaması (%62) gündüz (%38,7) ve nöbet usulü (%41,9) çalışan hemşire grubuna göre ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p<0,01).

Çalışma şekli gündüz olan hemşire grubunun “Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği” olumlu cevap ortalaması (%53,7) nöbet usulü (%35,5) çalışan hemşire grubuna göre ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p<0,01).

Tablo 22. Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Alt Alan Algıları ile Haftalık Çalışma Saatinin Karşılaştırılması

| Alt Alanlar | HAFTALIK ÇALIŞMA SAATI | | | F | p* |
|--|--------------------------|--------------------|-------------------------|------|----------|
| | 40 saati geçmiyor (n=25) | 40-49 saat (n=170) | 50 saatten fazla (n=80) | | |
| | Ortalama (%) | Ortalama (%) | Ortalama (%) | | |
| Güvenliğin kapsamlı algılanması | 58 | 59,2 | 47,1 | 4,20 | 0,01* |
| Hataların raporlanma sıklığı | 18,6 | 29,2 | 14,5 | 4,36 | 0,01* |
| Hastane üniteleri arasında ekip çalışması | 42 | 39,7 | 28,4 | 3,96 | 0,02* |
| Hastane müdahaleleri ve değişim | 43 | 48,5 | 45,6 | 0,42 | 0,65 |
| Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyeti | 43 | 38,6 | 30,6 | 2,37 | 0,09 |
| Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme | 54,6 | 43,7 | 42,1 | 1,39 | 0,25 |
| Üniteler içinde ekip çalışması | 69 | 67,1 | 48,4 | 7,90 | 0,001*** |
| İletişimin açık tutulması | 38,6 | 38,6 | 35 | 0,37 | 0,69 |
| Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim | 58,6 | 43,9 | 39,1 | 2,67 | 0,07 |
| Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt | 36 | 22,7 | 23,3 | 2,17 | 0,11 |
| Personel sağlama | 33 | 32,2 | 32,1 | 0,01 | 0,98 |
| Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği | 49,3 | 45,4 | 30,8 | 4,75 | 0,009** |

(*p<0,05) (**p<0,01) (**p<0,001) (F=Oneway Anova test)

Tablo 22 incelendiğinde, haftalık çalışma saati 40-49 saat arası olan hemşire grubunun “Güvenliğin kapsamlı algılanması” olumlu cevap ortalaması (%59,2) haftalık çalışma saati 50 saatten fazla (%47,1) olan gruba göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p<0,05).

Haftalık çalışma saati 40-49 saat arası olan hemşire grubunun “Hataların raporlanma sıklığı” olumlu cevap ortalaması (%29,2) haftalık çalışma saati 50 saatten fazla (%14,5) olan gruba göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Haftalık çalışma saati 40-49 saat arası olan hemşire grubunun “Hastane üniteleri arasında ekip çalışması” olumlu cevap ortalaması (%39,7) haftalık çalışma saati 50 saatten fazla (%28,4) olan gruba göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Haftalık çalışma saati 50 saatten fazla olan hemşire grubunun “Üniteler içinde ekip çalışması” olumlu cevap ortalaması (%48,4) haftalık çalışma saati 40 saati geçmeyen (%69) ve 40-49 saat arası olan gruba göre (%67,1) olan gruba göre çok ileri düzeyde anlamlı şekilde düşük bulunmuştur ($p<0,001$).

Haftalık çalışma saati 40-49 saat arası olan hemşire grubunun “Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği” olumlu cevap ortalaması (%45,4) haftalık çalışma saati 50 saatten fazla (%30,8) olan gruba göre ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,01$).

Tablo 23. Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Alt Alan Algıları ile Hastanedeki Görevinin Karşılaştırılması

| Alt Alanlar | HASTANEDEKİ GÖREVİ | | t | p* |
|--|----------------------------|-------------------------|------|---------|
| | Sözleşmeli Hemşire (n=109) | Kadrolu Hemşire (n=166) | | |
| | Ortalama (%) | Ortalama (%) | | |
| Güvenliğin kapsamlı algılanması | 54,8 | 56,1 | 0,35 | 0,72 |
| Hataların raporlanma sıklığı | 22 | 25,3 | 0,69 | 0,48 |
| Hastane üniteleri arasında ekip çalışması | 34,4 | 38,1 | 0,95 | 0,34 |
| Hastane müdahaleleri ve değişim | 47,7 | 46,8 | 0,21 | 0,83 |
| Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyeti | 38,5 | 35,5 | 0,77 | 0,44 |
| Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme | 40,3 | 46,7 | 1,55 | 0,12 |
| Üniteler içinde ekip çalışması | 56,8 | 65,1 | 1,78 | 0,07 |
| İletişimin açık tutulması | 36,3 | 38,3 | 0,50 | 0,61 |
| Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim | 40,9 | 45,7 | 1,05 | 0,29 |
| Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt | 29,9 | 20,2 | 2,64 | 0,009** |
| Personel sağlama | 36 | 29,8 | 2,40 | 0,01* |
| Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği | 34,8 | 45,9 | 2,47 | 0,01* |

(* $p<0,05$) (** $p<0,01$) (t=Student t test)

Tablo 23 incelendiğinde, kadrolu hemşire grubunun “Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt” olumlu cevap ortalaması (%20,2) sözleşmeli hemşire grubuna (%29,9) göre ileri düzeyde anlamlı şekilde düşük bulunmuştur ($p<0,01$).

Kadrolu hemşire grubunun “Personel sağlama” olumlu cevap ortalaması (%29,8) sözleşmeli hemşire grubuna (%36) göre anlamlı şekilde düşük bulunmuştur ($p<0,05$).

Kadrolu hemşire grubunun “Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği” olumlu cevap ortalaması (%45,9) sözleşmeli hemşire grubuna (%34,8) göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 24. Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Alt Alan Algıları ile İşinden Memnun Olma Durumunun Karşılaştırılması

| Alt Alanlar | İŞİNDEN MEMNUN OLMA | | t | p* |
|--|---------------------|-----------------------------|------|----------|
| | Memnunum (n=178) | Memnun değilim (n=97) | | |
| | Ortalama (%) | Ortalama (%) | | |
| Güvenliğin kapsamlı algılanması | 32,5 | 43,6 | 4,93 | 0,001*** |
| Hataların raporlanma sıklığı | 26,4 | 18,9 | 1,59 | 0,11 |
| Hastane üniteleri arasında ekip çalışması | 36,9 | 35,5 | 0,35 | 0,72 |
| Hastane müdahaleleri ve değişim | 47,4 | 46,5 | 0,21 | 0,83 |
| Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyeti | 41,1 | 28,1 | 3,55 | 0,001*** |
| Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme | 49,2 | 35,1 | 3,36 | 0,01* |
| Üniteler içinde ekip çalışması | 70,9 | 45,2 | 5,58 | 0,001*** |
| İletişimin açık tutulması | 41,7 | 30,1 | 3,03 | 0,003** |
| Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim | 47,7 | 37,1 | 2,40 | 0,17 |
| Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt | 23,4 | 23,5 | 0,21 | 0,82 |
| Personel sağlama | 32,5 | 31,5 | 0,39 | 0,69 |
| Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği | 44 | 36,4 | 1,56 | 0,12 |

(* $p<0,05$) (** $p<0,01$) (***) $p<0,001$) (t=Student t test)

Tablo 24 incelendiğinde, işinden memnun olan hemşire grubunun “Güvenliğin kapsamlı algılanması” olumlu cevap ortalaması (%32,5) işinden memnun olmayan gruba (%43,6) göre çok ileri düzeyde anlamlı şekilde düşük bulunmuştur ($p<0,001$).

İşinden memnun olan hemşire grubunun “Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyeti” olumlu cevap ortalaması (%41,1) işinden memnun olmayan gruba (%28,1) göre çok ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,001$).

İşinden memnun olan hemşire grubunun “Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme” olumlu cevap ortalaması (%49,2) işinden memnun olmayan gruba (%35,1) göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

İşinden memnun olan hemşire grubunun “Üniteler içinde ekip çalışması” olumlu cevap ortalaması (%70,9) işinden memnun olmayan gruba (%45,2) göre çok ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,001$).

İşinden memnun olan hemşire grubunun “İletişimin açık tutulması” olumlu cevap ortalaması (%41,7) işinden memnun olmayan gruba (%30,1) göre ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,01$).

Tablo 25. Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Alt Alan Algıları ile Hasta Güvenliği Konusunda Birimini Değerlendirme Derecelerinin Karşılaştırılması

| Alt Alanlar | HASTA GÜVENLİĞİ KONUSUNDA BİRİMLERİNİ DEĞERLENDİRME DERECESİ | | | | | F | p* |
|--|--|-------------------|-----------------------------|-----------------|---------------------|-------|----------|
| | Mükemmel (n=9) | Çok iyi (n=81) | Kabul Edilebilir (n=134) | Zayıf (n=30) | Başarısız (n=21) | | |
| | Ortalama (%) | Ortalama (%) | Ortalama (%) | Ortalama (%) | Ortalama (%) | | |
| Güvenliğin kapsamlı algılanması | 75 | 71,6 | 51,1 | 45 | 29,7 | 13,2 | 0,001*** |
| Hataların raporlanma sıklığı | 40,7 | 40,7 | 19,1 | 12,2 | - | 8,49 | 0,001*** |
| Hastane üniteleri arasında ekip çalışması | 50 | 48,7 | 34,3 | 25 | 15,4 | 7,66 | 0,001*** |
| Hastane müdahaleleri ve değişim | 66,6 | 53,7 | 47,7 | 33,3 | 29,7 | 4,55 | 0,001*** |
| Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyeti | 52,7 | 47,8 | 33 | 20,8 | 33,3 | 6,1 | 0,001*** |
| Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme | 66,6 | 55,1 | 44 | 25,5 | 20,6 | 8,97 | 0,001*** |
| Üniteler içinde ekip çalışması | 44,4 | 76,2 | 63,2 | 48,3 | 23,8 | 11,97 | 0,001*** |
| İletişimin açık tutulması | 55,5 | 48,5 | 32,8 | 26,6 | 33,3 | 5,16 | 0,001*** |
| Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim | 74,1 | 55,1 | 41,2 | 26,6 | 28,5 | 6,55 | 0,001*** |
| Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt | 18,5 | 21,8 | 25,8 | 22,2 | 26,9 | 0,38 | 0,81 |
| Personel sağlama | 30,5 | 32,7 | 30,5 | 33,3 | 40,4 | 1,16 | 0,32 |
| Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği | 59,2 | 64,1 | 36,8 | 23,3 | 3,1 | 19,4 | 0,001*** |

(*** $p<0,001$) (F=Oneway Anova test)

Tablo 25 incelendiğinde, hasta güvenliği konusunda birimini değerlendirme derecesini çok iyi bulan hemşire grubunun “Güvenliğin kapsamlı algılanması” olumlu cevap ortalaması (%71,6) kabul edilebilir (%51,1), zayıf (%45) ve başarısız (%29,7) olarak değerlendiren gruplara göre çok ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,001$).

Hasta güvenliği konusunda birimini değerlendirme derecesini mükemmel bulan hemşire grubunun “Hataların raporlanma sıklığı” olumlu cevap ortalaması (%40,7) çok iyi (%40,7) ve başarısız (%0) olarak değerlendiren gruplara göre çok ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,001$).

Hasta güvenliği konusunda birimini değerlendirme derecesini çok iyi bulan hemşire grubunun “Hataların raporlanma sıklığı” olumlu cevap ortalaması (%40,7) kabul edilebilir (%19,1), zayıf (%12,2) ve başarısız (%0) olarak değerlendiren gruplara göre çok ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,001$).

Hasta güvenliği konusunda birimini değerlendirme derecesini çok iyi bulan hemşire grubunun “Hastane üniteleri arasında ekip çalışması” olumlu cevap ortalaması (%48,7) kabul edilebilir (%34,3), zayıf (%25) ve başarısız (%15,4) olarak değerlendiren gruplara göre çok ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,001$).

Hasta güvenliği konusunda birimini değerlendirme derecesini mükemmel bulan hemşire grubunun “Hastane üniteleri arasında ekip çalışması” olumlu cevap ortalaması (%50) başarısız (%15,4) olarak değerlendiren gruba göre çok ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,001$).

Hasta güvenliği konusunda birimini değerlendirme derecesini çok iyi bulan hemşire grubunun “Hastane müdahaleleri ve değişim” olumlu cevap ortalaması (%53,7) kabul edilebilir (%47,7) ve zayıf (%33,3) olarak değerlendiren gruba göre çok ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,001$).

Hasta güvenliği konusunda birimini değerlendirme derecesini mükemmel bulan hemşire grubunun “Hastane müdahaleleri ve değişim” olumlu cevap ortalaması (%66,6) zayıf (%33,3) olarak değerlendiren gruba göre çok ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,001$).

Hasta güvenliği konusunda birimini değerlendirme derecesini kabul edilebilir bulan hemşire grubunun “Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyeti” olumlu cevap ortalaması (%33) mükemmel (%52,7) ve çok iyi (%47,8) olarak değerlendiren gruplara göre çok ileri düzeyde anlamlı şekilde düşük bulunmuştur ($p<0,001$).

Hasta güvenliği konusunda birimini değerlendirme derecesini zayıf bulan hemşire grubunun “Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme” olumlu cevap ortalaması (%25,5) mükemmel (%66,6), çok iyi (%55,1) ve kabul edilebilir (%44) olarak değerlendiren gruplara göre çok ileri düzeyde anlamlı şekilde düşük bulunmuştur ($p<0,001$).

Hasta güvenliği konusunda birimini değerlendirme derecesini başarısız bulan hemşire grubunun “Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme” olumlu cevap ortalaması (%20,6) mükemmel (%66,6), çok iyi (%55,1) ve kabul edilebilir (%44) olarak değerlendiren gruplara göre çok ileri düzeyde anlamlı şekilde düşük bulunmuştur ($p<0,001$).

Hasta güvenliği konusunda birimini değerlendirme derecesini çok iyi bulan hemşire grubunun “Üniteler içinde ekip çalışması” olumlu cevap ortalaması (%76,2) zayıf (%48,3) ve başarısız (%23,8) olarak değerlendiren gruba göre çok ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,001$).

Hasta güvenliği konusunda birimini değerlendirme derecesini kabul edilebilir bulan hemşire grubunun “Üniteler içinde ekip çalışması” olumlu cevap ortalaması (%63,2) başarısız (%23,8) olarak değerlendiren gruba göre çok ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,001$).

Hasta güvenliği konusunda birimini değerlendirme derecesini çok iyi bulan hemşire grubunun “İletişimin açık tutulması” olumlu cevap ortalaması (%48,5) kabul edilebilir (%32,8) ve zayıf (%26,6) olarak değerlendiren gruplara göre çok ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,001$).

Hasta güvenliği konusunda birimini değerlendirme derecesini mükemmel bulan hemşire grubunun “Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim” olumlu cevap ortalaması

(%74,1) zayıf (%26,6) ve başarısız (%28,5) olarak değerlendiren gruba göre çok ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,001$).

Hasta güvenliği konusunda birimini değerlendirme derecesini çok iyi bulan hemşire grubunun “Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim” olumlu cevap ortalaması (%55,1) kabul edilebilir (%41,2), zayıf (%26,6) ve başarısız (%28,5) olarak değerlendiren gruplara göre çok ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,001$).

Hasta güvenliği konusunda birimini değerlendirme derecesini mükemmel bulan hemşire grubunun “Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği” olumlu cevap ortalaması (%59,2) zayıf (%23,3) ve başarısız (%3,1) olarak değerlendiren gruba göre çok ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,001$).

Hasta güvenliği konusunda birimini değerlendirme derecesini çok iyi bulan hemşire grubunun “Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği” olumlu cevap ortalaması (%64,1) kabul edilebilir (%36,8), zayıf (%23,3) ve başarısız (%3,1) olarak değerlendiren gruba göre çok ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,001$).

Hasta güvenliği konusunda birimini değerlendirme derecesini başarısız bulan hemşire grubunun “Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği” olumlu cevap ortalaması (%3,1) kabul edilebilir (%36,8) olarak değerlendiren gruba göre çok ileri düzeyde anlamlı şekilde düşük bulunmuştur ($p<0,001$).

Tablo 26. Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Alt Alan Algıları ile Son 12 Ayda Hatalı Olay Raporu Sayısının Karşılaştırılması

| Alt Alanlar | SON 12 AYDA OLAY RAPORU SAYISI | | | F | p* |
|--|--------------------------------|---------------------------|----------------------------------|------|-------|
| | Hiç (n=198) | 1-2 olay raporu (n=63) | 3 ve üzeri olay raporu (n=14) | | |
| | Ortalama (%) | Ortalama (%) | Ortalama (%) | | |
| Güvenliğin Kapsamlı Algılanması | 55,3 | 57,2 | 53,6 | 0,11 | 0,89 |
| Hataların raporlanma sıklığı | 21,7 | 30,7 | 26,2 | 1,34 | 0,26 |
| Hastane üniteleri arasında ekip çalışması | 38,8 | 27,4 | 46,4 | 3,99 | 0,02* |
| Hastane müdahaleleri ve değişim | 47,9 | 40,7 | 67,8 | 4,33 | 0,01* |
| Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyeti | 35,3 | 42,1 | 32,1 | 1,25 | 0,29 |
| Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme | 43,2 | 46,0 | 50,0 | 0,37 | 0,69 |
| Üniteler içinde ekip çalışması | 59,9 | 63,9 | 78,6 | 1,81 | 0,16 |
| İletişimin açık tutulması | 38,5 | 32,3 | 47,6 | 1,68 | 0,19 |
| Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim | 43,6 | 43,4 | 50,0 | 0,20 | 0,82 |
| Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt | 25,1 | 24,3 | 9,52 | 1,76 | 0,17 |
| Personel sağlama | 31,9 | 34,5 | 26,8 | 0,94 | 0,39 |
| Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği | 43,4 | 35,9 | 40,6 | 0,93 | 0,39 |

(*p<0,05) (F=Oneway Anova test)

Tablo 26 incelendiğinde, son 12 ayda doldurulan hatalı olay raporu sayısı 3 ve üzerinde olan hemşire grubunun “Hastane üniteleri arasında ekip çalışması” olumlu cevap ortalaması (%46,4) hiç olay raporu doldurmamayan (%38,8) ve 1-2 olay raporu dolduran gruplara (%27,4); “Hastane müdahaleleri ve değişim” olumlu cevap ortalaması (%67,8) hiç olay raporu doldurmamayan (%47,9) ve 1-2 olay raporu dolduran (%40,7) gruplara göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p<0,05).

Tablo 27. Özel Hastanede Çalışan Hemşirelerin Alt Alan Algıları ile Yaş Grubunun Karşılaştırılması

| Alt Alanlar | YAŞ GRUBU | | | | | F | p |
|--|--------------------------|---------------------|---------------------|--------------------|--------------------------|------|------|
| | 25 yaş ve altı (n=98) | 26-30 yaş (n=59) | 31-35 yaş (n=28) | 36-40 yaş (n=9) | 41 yaş ve üzeri (n=6) | | |
| | Ortalama (%) | Ortalama (%) | Ortalama (%) | Ortalama (%) | Ortalama (%) | | |
| Güvenliğin kapsamlı algılanması | 79,1 | 84,3 | 77,6 | 88,8 | 83,3 | 0,78 | 0,54 |
| Hataların raporlanma sıklığı | 53,7 | 54,2 | 48,8 | 55,5 | 72,2 | 0,34 | 0,84 |
| Hastane üniteleri arasında ekip çalışması | 58,9 | 55,9 | 47,3 | 50 | 54,1 | 0,59 | 0,66 |
| Hastane müdahaleleri ve değişim | 68,8 | 69,1 | 57,1 | 80,5 | 62,5 | 1,03 | 0,39 |
| Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyeti | 61,2 | 63,1 | 56,2 | 83,3 | 70,8 | 1,18 | 0,31 |
| Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme | 74,4 | 75,1 | 75 | 70,3 | 88,8 | 0,43 | 0,78 |
| Üniteler içinde ekip çalışması | 83,4 | 86,8 | 77,6 | 94,4 | 87,5 | 0,86 | 0,48 |
| İletişimin açık tutulması | 58,1 | 56,4 | 60,7 | 62,9 | 61,1 | 0,14 | 0,96 |
| Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim | 68,1 | 72,3 | 66,6 | 85,1 | 88,8 | 1,09 | 0,36 |
| Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt | 30,9 | 34,4 | 47,6 | 44,4 | 33,3 | 1,44 | 0,22 |
| Personel sağlama | 41,5 | 40,6 | 42,8 | 41,6 | 41,6 | 0,04 | 0,99 |
| Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği | 66,3 | 64,4 | 55,9 | 88,8 | 61,1 | 1,29 | 0,27 |

(F=Oneway Anova test)

Tablo 27 incelendiğinde, alt alanların tümünde yaş grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 28. Özel Hastanede Çalışan Hemşirelerin Alt Alan Algıları ile Medeni Durumunun Karşılaştırılması

| Alt Alanlar | MEDENİ DURUM | | t | p |
|--|-----------------|------------------|------|------|
| | Evli (n=86) | Bekar (n=114) | | |
| | Ortalama (%) | Ortalama (%) | | |
| Güvenliğin kapsamlı algılanması | 82,2 | 80 | 0,62 | 0,53 |
| Hataların raporlanma sıklığı | 55,4 | 52,6 | 0,44 | 0,66 |
| Hastane üniteleri arasında ekip çalışması | 52,3 | 58,5 | 1,18 | 0,23 |
| Hastane müdahaleleri ve değişim | 65,9 | 68,8 | 0,57 | 0,56 |
| Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyeti | 60,4 | 63,8 | 0,68 | 0,49 |
| Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme | 74,8 | 75,1 | 0,08 | 0,93 |
| Üniteler içinde ekip çalışması | 84,3 | 84,2 | 0,02 | 0,98 |
| İletişimin açık tutulması | 60,8 | 56,4 | 0,97 | 0,33 |
| Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim | 70,9 | 70,1 | 0,15 | 0,87 |
| Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt | 32,9 | 36,5 | 0,72 | 0,46 |
| Personel sağlama | 43 | 40,3 | 0,85 | 0,39 |
| Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği | 62,4 | 67,2 | 0,87 | 0,38 |

(t=student t test)

Tablo 28 incelendiğinde, alt alanların tümünde medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 29. Özel Hastanede Çalışan Hemşirelerin Alt Alan Alguları ile Eğitim Durumunun Karşılaştırılması

| Alt Alanlar | EĞİTİM DURUMU | | | | F | p* |
|--|-----------------------------|-----------------|----------------|----------------------|------|---------|
| | Sağlık Meslek Lisesi (n=54) | Önlisans (n=11) | Lisans (n=116) | Yüksek Lisans (n=19) | | |
| | Ortalama (%) | Ortalama (%) | Ortalama (%) | Ortalama (%) | | |
| Güvenliğin kapsamlı algılanması | 78,2 | 93,1 | 79,9 | 88,1 | 1,73 | 0,16 |
| Hataların raporlanma sıklığı | 61,1 | 21,2 | 52,5 | 59,9 | 2,68 | 0,04* |
| Hastane üniteleri arasında ekip çalışması | 50 | 47,7 | 59,9 | 52,6 | 1,14 | 0,33 |
| Hastane müdahaleleri ve değişim | 63,8 | 72,7 | 69,1 | 65,7 | 0,37 | 0,77 |
| Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyeti | 52,3 | 72,7 | 62,9 | 81,5 | 4,04 | 0,008** |
| Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme | 74,1 | 78,7 | 72,7 | 89,4 | 2,05 | 0,10 |
| Üniteler içinde ekip çalışması | 78,7 | 86,3 | 87,2 | 80,2 | 1,34 | 0,26 |
| İletişimin açık tutulması | 58,6 | 51,5 | 57,4 | 66,6 | 0,62 | 0,59 |
| Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim | 66,6 | 72,7 | 70,6 | 78,9 | 0,61 | 0,60 |
| Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt | 31,4 | 42,4 | 35,6 | 36,8 | 0,38 | 0,76 |
| Personel sağlama | 40,2 | 56,8 | 41,3 | 36,8 | 2,17 | 0,09 |
| Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği | 64,1 | 63,6 | 63,5 | 78,9 | 0,88 | 0,44 |

(*p<0,05) (**p<0,01) (F=Oneway Anova test)

Tablo 29 incelendiğinde, sağlık meslek lisesi mezunu hemşire grubunun “Hataların raporlanma sıklığı” olumlu cevap ortalaması (%61,1) önlisans mezunu (%21,2) hemşire grubuna göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p<0,05).

Yüksek lisans mezunu hemşire grubunun “Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyeti” olumlu cevap ortalaması (%81,5) sağlık meslek lisesi (%52,3) hemşire grubuna göre ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p<0,01).

Tablo 30. Özel Hastanede Çalışan Hemşirelerin Alt Alan Algıları ile Kurumdaki Görev Süresinin Karşılaştırılması

| Alt Alanlar | KURUMDAKİ GÖREV SÜRESİ | | | | F | p* |
|--|------------------------|--------------------|--------------------|--------------------|------|----------|
| | 1 yıldan az (n=40) | 1-5 yıl (n=133) | 6-10 yıl (n=26) | 11-15 yıl (n=1) | | |
| | Ortalama (%) | Ortalama (%) | Ortalama (%) | Ortalama (%) | | |
| Güvenliğin kapsamlı algılanması | 83,7 | 80,1 | 82,6 | 50 | 0,39 | 0,67 |
| Hataların raporlanma sıklığı | 73,3 | 46,6 | 62,8 | 0 | 6,53 | 0,002** |
| Hastane üniteleri arasında ekip çalışması | 74,3 | 48,8 | 63,4 | 50 | 8,52 | 0,001*** |
| Hastane müdahaleleri ve değişim | 78,1 | 63,7 | 71,1 | 75 | 2,81 | 0,62 |
| Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyeti | 70 | 56,9 | 76,9 | 100 | 5,18 | 0,006** |
| Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme | 80,8 | 73,1 | 74,3 | 100 | 1,14 | 0,32 |
| Üniteler içinde ekip çalışması | 86,8 | 82,8 | 87,5 | 75 | 0,51 | 0,60 |
| İletişimin açık tutulması | 65 | 54,6 | 67,9 | 33,3 | 3,01 | 0,06 |
| Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim | 80,8 | 64,9 | 84,6 | 33,3 | 6,03 | 0,003** |
| Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt | 35,8 | 30,5 | 53,8 | 100 | 5,19 | 0,006** |
| Personel sağlama | 43,1 | 38,5 | 53,8 | 50 | 5,68 | 0,004** |
| Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği | 83,3 | 56,6 | 79,4 | 100 | 10,2 | 0,001*** |

(*p<0,05) (**p<0,01) (**p<0,001) (F=Oneway Anova test)

(Kurumdaki görev süresi 11-15 yıl arası olan bir olgu olduğundan değerlendirme dışı bırakılmıştır.)

Tablo 30 incelendiğinde, kurumdaki görev süresi 1 yıldan az olan hemşire grubunun “Hataların raporlanma sıklığı” olumlu cevap ortalamasının (%73,3) kurumdaki görev süresi 1-5 yıl arasında olan hemşire grubuna (%46,6) göre ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek olduğu bulunmuştur (p<0,01).

Kurumdaki görev süresi 1 yıldan az olan hemşire grubunun “Hastane üniteleri arasında ekip çalışması” olumlu cevap ortalamasının (%74,3) kurumdaki görev süresi 1-5 yıl arasında olan hemşire grubuna (%48,8) göre çok ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek olduğu bulunmuştur (p<0,001).

Kurumdaki görev süresi 1-5 yıl arasında olan hemşire grubunun “Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyeti” olumlu cevap ortalamasının (%56,9)

kurumdaki görev süresi 6-10 yıl arasında olan hemşire grubuna (%76,9) göre ileri düzeyde anlamlı şekilde düşük olduğu bulunmuştur ($p<0,01$).

Kurumdaki görev süresi 1-5 yıl arasında olan hemşire grubunun “Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim” olumlu cevap ortalamasının (%64,9) kurumdaki görev süresi 1 yıldan az (%80,8) ve 6-10 yıl arasında olan hemşire grubuna (%84,6) göre ileri düzeyde anlamlı şekilde düşük olduğu bulunmuştur ($p<0,01$).

Kurumdaki görev süresi 6-10 yıl arasında olan hemşire grubunun “Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt” olumlu cevap ortalamasının (%53,8) kurumdaki görev süresi 1-5 yıl arasında olan hemşire grubuna (%30,5) göre ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,01$).

Kurumdaki görev süresi 6-10 yıl arasında olan hemşire grubunun “Personel sağlama” olumlu cevap ortalamasının (%53,8) kurumdaki görev süresi 1-5 yıl arasında olan hemşire grubuna (%38,5) göre ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,01$).

Kurumdaki görev süresi 1-5 yıl arasında olan hemşire grubunun “Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği” olumlu cevap ortalamasının (%56,6) kurumdaki görev süresi 1 yıldan az (%83,3) ve 6-10 yıl arasında olan hemşire grubuna (%79,4) göre çok ileri düzeyde anlamlı şekilde düşük olduğu bulunmuştur ($p<0,001$).

Tablo 31. Özel Hastanede Çalışan Hemşirelerin Alt Alan Algıları ile Mesleki Deneyim Süresinin Karşılaştırılması

| Alt Alanlar | MESLEKİ DENEYİM SÜRESİ | | | | | F | p* |
|--|------------------------|--------------------|--------------------|---------------------|---------------------------|------|-------|
| | 1 yıldan az (n=24) | 1-5 yıl (n=100) | 6-10 yıl (n=46) | 11-15 yıl (n=15) | 16 yıl ve üzeri (n=15) | | |
| | Ortalama (%) | Ortalama (%) | Ortalama (%) | Ortalama (%) | Ortalama (%) | | |
| Güvenliğin kapsamlı algılanması | 82,2 | 79,7 | 80,9 | 90 | 78,3 | 0,61 | 0,65 |
| Hataların raporlanma sıklığı | 70,8 | 47,6 | 60,8 | 48,8 | 51,1 | 1,74 | 0,14 |
| Hastane üniteleri arasında ekip çalışması | 78,1 | 53,7 | 50,5 | 48,3 | 58,3 | 2,77 | 0,02* |
| Hastane müdahaleleri ve değişim | 88,5 | 66,5 | 62,5 | 61,6 | 63,3 | 2,68 | 0,03* |
| Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyeti | 71,8 | 59,2 | 61,9 | 65 | 66,6 | 0,74 | 0,56 |
| Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme | 77,7 | 73 | 74,6 | 86,6 | 73,3 | 0,84 | 0,49 |
| Üniteler içinde ekip çalışması | 93,7 | 84,2 | 77,7 | 85 | 88,3 | 1,44 | 0,22 |
| İletişimin açık tutulması | 73,6 | 53,6 | 62,3 | 44,4 | 66,6 | 3,20 | 0,01* |
| Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim | 81,9 | 66,6 | 69,5 | 60 | 91,1 | 2,76 | 0,02* |
| Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt | 44,4 | 30,6 | 34,1 | 46,6 | 40 | 1,35 | 0,25 |
| Personel sağlama | 48,9 | 39,5 | 39,6 | 46,6 | 43,3 | 1,22 | 0,30 |
| Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği | 80,5 | 61 | 65,9 | 57,7 | 73,3 | 1,56 | 0,18 |

(* p<0,05) (F=Oneway Anova test)

Tablo 31 incelendiğinde, mesleki deneyim süresi 1 yıldan az olan hemşire grubunun “Hastane üniteleri arasında ekip çalışması” olumlu cevap ortalamasının (%78,1) mesleki deneyim süresi 1-5 yıl (%53,7) ve 6-10 yıl arası (%50,5) olan hemşire grubuna göre anlamlı şekilde yüksek olduğu bulunmuştur (p<0,05).

Mesleki deneyim süresi 1 yıldan az olan hemşire grubunun “Hastane müdahaleleri ve değişim” olumlu cevap ortalamasının (%88,5) mesleki deneyim süresi 1-5 yıl (%66,5) ve 6-10 yıl arası (%62,5) olan hemşire grubuna göre anlamlı şekilde yüksek olduğu bulunmuştur (p<0,05).

Mesleki deneyim süresi 1 yıldan az olan hemşire grubunun “İletişimin açık tutulması” olumlu cevap ortalamasının (%73,6) mesleki deneyim süresi 1-5 yıl (%53,6) ve 11-15 yıl arası (%44,4) olan hemşire grubuna göre anlamlı şekilde yüksek olduğu bulunmuştur (p<0,05).

Mesleki deneyim süresi 16 yıl ve üzeri olan hemşire grubunun “Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim” olumlu cevap ortalamasının (%91,1) mesleki deneyim süresi 1-5 yıl (%66,6) arası olan hemşire grubuna göre anlamlı şekilde yüksek olduğu bulunmuştur (p<0,05).

Tablo 32. Özel Hastanede Çalışan Hemşirelerin Alt Alan Algıları ile Çalışılan Birimin Karşılaştırılması

| Alt Alanlar | ÇALIŞILAN BİRİM | | | | | F | p* |
|--|---------------------------|----------------------------|-----------------------|-----------------|------------------------|------|-------|
| | Dahili Birimler (n=47) | Cerrahi Birimler (n=81) | Yoğun Bakım (n=42) | Acil (n=19) | Ameliyathane (n=11) | | |
| | Ortalama (%) | Ortalama (%) | Ortalama (%) | Ortalama (%) | Ortalama (%) | | |
| Güvenliğin kapsamlı algılanması | 84 | 80,2 | 82,7 | 73,6 | 79,5 | 0,67 | 0,61 |
| Hataların raporlanma sıklığı | 54,6 | 53,9 | 50,7 | 49,1 | 69,6 | 0,45 | 0,76 |
| Hastane üniteleri arasında ekip çalışması | 64,8 | 50,3 | 55,9 | 55,2 | 59,1 | 1,18 | 0,31 |
| Hastane müdahaleleri ve değişim | 73,9 | 66,3 | 75,5 | 50 | 50 | 2,98 | 0,02* |
| Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyeti | 68,6 | 61,1 | 61,9 | 57,8 | 54,5 | 0,63 | 0,63 |
| Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme | 70,9 | 74,8 | 75,3 | 85,9 | 72,7 | 0,99 | 0,41 |
| Üniteler içinde ekip çalışması | 82,4 | 84,8 | 87,5 | 88,1 | 68,1 | 1,22 | 0,30 |
| İletişimin açık tutulması | 62,4 | 59,6 | 57,1 | 49,1 | 51,5 | 0,76 | 0,55 |
| Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim | 75,8 | 72,8 | 67,4 | 61,4 | 57,5 | 1,18 | 0,31 |
| Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt | 36,1 | 30,8 | 47,6 | 24,5 | 30,3 | 2,22 | 0,06 |
| Personel sağlama | 45,7 | 38,8 | 42,8 | 46,1 | 29,5 | 1,82 | 0,12 |
| Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği | 70,9 | 66,2 | 60,3 | 66,6 | 48,4 | 0,95 | 0,43 |

(* p<0,05) (F=Oneway Anova test)

Tablo 32 incelendiğinde, acil birimde çalışan hemşire grubunun “Hastane müdahaleleri ve değişim” olumlu cevap ortalamasının (%50) dahili birimler (%73,9) ve yoğun bakımda (%75,5) çalışan hemşire grubuna göre anlamlı şekilde düşük olduğu bulunmuştur (p<0,05).

Tablo 33. Özel Hastanede Çalışan Hemşirelerin Alt Alan Alguları ile Çalışılan Birimdeki Görev Süresinin Karşılaştırılması

| Alt Alanlar | ÇALIŞILAN BİRİMDEKİ GÖREV SÜRESİ | | | | F | p* |
|--|----------------------------------|--------------------|--------------------|--------------------|------|---------|
| | 1 yıldan az (n=45) | 1-5 yıl (n=137) | 6-10 yıl (n=17) | 11-15 yıl (n=1) | | |
| | Ortalama (%) | Ortalama (%) | Ortalama (%) | Ortalama (%) | | |
| Güvenliğin kapsamlı algılanması | 83,3 | 80,2 | 82,3 | 50 | 0,27 | 0,75 |
| Hataların raporlanma sıklığı | 66,6 | 50,6 | 49 | 0 | 2,38 | 0,09 |
| Hastane üniteleri arasında ekip çalışması | 72,2 | 50,3 | 57,3 | 50 | 6,23 | 0,002** |
| Hastane müdahaleleri ve değişim | 76,1 | 65,5 | 61,7 | 75 | 1,82 | 0,16 |
| Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyeti | 65,5 | 60 | 70,5 | 100 | 0,99 | 0,37 |
| Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme | 80 | 72,5 | 80,3 | 100 | 1,57 | 0,21 |
| Üniteler içinde ekip çalışması | 88,8 | 82,8 | 83,8 | 75 | 0,80 | 0,45 |
| İletişimin açık tutulması | 67,4 | 55,2 | 60,7 | 33,3 | 2,56 | 0,08 |
| Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim | 77,7 | 68,1 | 72,5 | 33,3 | 1,36 | 0,25 |
| Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt | 37 | 32,3 | 47,1 | 100 | 1,52 | 0,22 |
| Personel sağlama | 44,4 | 39,7 | 47,1 | 50 | 1,37 | 0,25 |
| Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği | 77 | 60,8 | 66,6 | 100 | 3,04 | 0,05* |

(*p<0,05) (**p<0,01) (F=Oneway Anova test)

Çalışılan birimdeki görev süresi 11-15 yıl arası olan bir olgu değerlendirme dışı bırakılmıştır.

Tablo 33 incelendiğinde, çalışılan birimdeki görev süresi 1 yıldan az olan hemşire grubunun “Hastane üniteleri arasında ekip çalışması” olumlu cevap ortalamasının (%72,2) çalışılan birimdeki görev süresi 1-5 yıl arası (%50,3) olan hemşire grubuna göre ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek olduğu bulunmuştur (p<0,01).

Çalışılan birimdeki görev süresi 1 yıldan az olan hemşire grubunun “Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği” olumlu cevap ortalamasının (%77) çalışılan birimdeki görev süresi 1-5 yıl arası (%60,8) olan hemşire grubuna göre anlamlı şekilde yüksek olduğu bulunmuştur (p<0,05).

Tablo 34. Özel Hastanede Çalışan Hemşirelerin Alt Alan Algıları ile Çalışma Şeklinin Karşılaştırılması

| Alt Alanlar | ÇALIŞMA ŞEKLİ | | | F | p* |
|--|------------------|--------------------|-----------------------|-------|----------|
| | Gündüz (n=62) | Vardiya (n=106) | Nöbet Usulü (n=32) | | |
| | Ortalama (%) | Ortalama (%) | Ortalama (%) | | |
| Güvenliğin kapsamlı algılanması | 85,1 | 76,1 | 89,1 | 4,73 | 0,01* |
| Hataların raporlanma sıklığı | 49,4 | 52,2 | 67,7 | 1,96 | 0,14 |
| Hastane üniteleri arasında ekip çalışması | 54,8 | 54,4 | 62,5 | 0,61 | 0,54 |
| Hastane müdahaleleri ve değişim | 68,1 | 64,3 | 77,3 | 1,71 | 0,18 |
| Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyeti | 68,5 | 54,2 | 77,3 | 7,45 | 0,001*** |
| Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme | 78,4 | 71,6 | 79,1 | 1,57 | 0,21 |
| Üniteler içinde ekip çalışması | 81,8 | 84,4 | 88,2 | 0,57 | 0,56 |
| İletişimin açık tutulması | 63,4 | 54,1 | 60,4 | 1,55 | 0,21 |
| Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim | 72,5 | 66,6 | 79,1 | 1,79 | 0,16 |
| Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt | 38,7 | 32,7 | 35,4 | 0,58 | 0,55 |
| Personel sağlama | 41,5 | 41,5 | 41,4 | 0,000 | 1,00 |
| Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği | 66,1 | 60,6 | 78,1 | 2,55 | 0,08 |

(* p<0,05) (**p<0,001) (F=Oneway Anova test)

Tablo 34 incelendiğinde, çalışma şekli nöbet usulü olan hemşire grubunun “Güvenliğin kapsamlı algılanması” olumlu cevap ortalaması (%89,1) vardiyalı (%76,1) çalışan hemşire grubuna göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p<0,05).

Çalışma şekli vardiyalı olan hemşire grubunun “Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyeti” olumlu cevap ortalaması (%54,2) gündüz (%68,5) ve nöbet usulü (%77,3) çalışan hemşire grubuna göre çok ileri düzeyde anlamlı şekilde düşük bulunmuştur (p<0,001).

Tablo 35. Özel Hastanede Çalışan Hemşirelerin Alt Alan Alguları ile Haftalık Çalışma Saatinin Karşılaştırılması

| Alt Alanlar | HAFTALIK ÇALIŞMA SAATİ | | | F | p |
|--|----------------------------|-----------------------|----------------------------|------|------|
| | 40 saati geçmiyor (n=4) | 40-49 saat (n=106) | 50 saatten fazla (n=90) | | |
| | Ortalama (%) | Ortalama (%) | Ortalama (%) | | |
| Güvenliğin kapsamlı algılanması | 93,7 | 80,8 | 80,5 | 0,54 | 0,58 |
| Hataların raporlanma sıklığı | 16,6 | 55,6 | 53,3 | 1,51 | 0,22 |
| Hastane üniteleri arasında ekip çalışması | 62,5 | 59,4 | 51,3 | 1,22 | 0,29 |
| Hastane müdahaleleri ve değişim | 56,2 | 68,1 | 67,5 | 0,22 | 0,80 |
| Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyeti | 87,5 | 63,4 | 60 | 1,34 | 0,26 |
| Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme | 58,3 | 75,1 | 75,5 | 0,72 | 0,48 |
| Üniteler içinde ekip çalışması | 75 | 88,2 | 80 | 2,39 | 0,09 |
| İletişimin açık tutulması | 41,6 | 57,8 | 59,6 | 0,63 | 0,53 |
| Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim | 83,3 | 66 | 75,1 | 2,02 | 0,13 |
| Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt | 41,6 | 36,7 | 32,5 | 0,43 | 0,65 |
| Personel sağlama | 37,5 | 42,9 | 40 | 0,49 | 0,60 |
| Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği | 66,6 | 69,1 | 60,3 | 1,26 | 0,28 |

(F=Oneway Anova test)

Tablo 35 incelendiğinde, haftalık çalışma saati ile alt alanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$).

Tablo 36. Özel Hastanede Çalışan Hemşirelerin Alt Alan Alguları ile Hastanedeki Görevinin Karşılaştırılması

| Alt Alanlar | HASTANEDEKİ GÖREVİ | | t | p |
|--|----------------------------|------------------------|------|------|
| | Sözleşmeli Hemşire (n=111) | Kadrolu Hemşire (n=89) | | |
| | Ortalama (%) | Ortalama (%) | | |
| Güvenliğin kapsamlı algılanması | 82,2 | 79,4 | 0,77 | 0,44 |
| Hataların raporlanma sıklığı | 54,3 | 53,1 | 0,18 | 0,85 |
| Hastane üniteleri arasında ekip çalışması | 60,1 | 50,5 | 1,83 | 0,06 |
| Hastane müdahaleleri ve değişim | 70,2 | 64,3 | 1,18 | 0,23 |
| Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyeti | 61 | 64 | 0,61 | 0,54 |
| Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme | 74,7 | 75,2 | 0,12 | 0,90 |
| Üniteler içinde ekip çalışması | 84,4 | 83,9 | 0,11 | 0,90 |
| İletişimin açık tutulması | 58,2 | 58,4 | 0,03 | 0,97 |
| Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim | 72,9 | 67,4 | 1,13 | 0,25 |
| Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt | 30,9 | 40,1 | 1,86 | 0,06 |
| Personel sağlama | 41,8 | 41 | 0,28 | 0,77 |
| Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği | 65,4 | 64,7 | 0,22 | 0,90 |

(t=student t test)

Tablo 36 incelendiğinde, hastanedeki görev ile alt alanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$).

Tablo 37. Özel Hastanede Çalışan Hemşirelerin Alt Alan Alguları ile İşinden Memnun Olma Durumunun Karşılaştırılması

| Alt Alanlar | İŞİNDEN MEMNUN OLMA | | t | p* |
|--|---------------------|-----------------------|------|----------|
| | Memnunum (n=180) | Memnun değilim (n=20) | | |
| | Ortalama (%) | Ortalama (%) | | |
| Güvenliğin kapsamlı algılanması | 82,9 | 63,7 | 3,37 | 0,001*** |
| Hataların raporlanma sıklığı | 55,9 | 35 | 2,20 | 0,03* |
| Hastane üniteleri arasında ekip çalışması | 59 | 27,5 | 4,79 | 0,001*** |
| Hastane müdahaleleri ve değişim | 70,2 | 43,7 | 3,30 | 0,001*** |
| Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyeti | 65,6 | 32,5 | 4,27 | 0,001*** |
| Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme | 76,2 | 63,3 | 2,25 | 0,03* |
| Üniteler içinde ekip çalışması | 88,1 | 50 | 4,94 | 0,001*** |
| İletişimin açık tutulması | 61,1 | 33,3 | 3,82 | 0,001*** |
| Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim | 73,3 | 45 | 3,59 | 0,001*** |
| Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt | 36,2 | 23,3 | 1,59 | 0,11 |
| Personel sağlama | 43,1 | 26,2 | 3,73 | 0,001*** |
| Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği | 67,7 | 41,6 | 2,91 | 0,004** |

(* $p<0,05$) (** $p<0,01$) (***) $p<0,001$) (t=student t test)

Tablo 37 incelendiğinde, işinden memnun olan hemşire grubunun “Güvenliğin kapsamlı algılanması” olumlu cevap ortalaması (%82,9) işinden memnun olmayan gruba (%63,7) göre çok ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,001$).

İşinden memnun olan hemşire grubunun “Hataların raporlanma sıklığı” olumlu cevap ortalaması (%55,9) işinden memnun olmayan gruba (%35) göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

İşinden memnun olan hemşire grubunun “Hastane üniteleri arasında ekip çalışması” olumlu cevap ortalaması (%55,9) işinden memnun olmayan gruba (%27,5) göre çok ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,001$).

İşinden memnun olan hemşire grubunun “Hastane müdahaleleri ve değişim” olumlu cevap ortalaması (%70,2) işinden memnun olmayan gruba (%43,7) göre çok ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,001$).

İşinden memnun olan hemşire grubunun “Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyeti” olumlu cevap ortalaması (%65,6) işinden memnun olmayan gruba (%32,5) göre çok ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,001$).

İşinden memnun olan hemşire grubunun “Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme” olumlu cevap ortalaması (%76,2) işinden memnun olmayan gruba (%63,3) göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

İşinden memnun olan hemşire grubunun “Üniteler içinde ekip çalışması” olumlu cevap ortalaması (%88,1) işinden memnun olmayan gruba (%50) göre çok ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,001$).

İşinden memnun olan hemşire grubunun “İletişimin açık tutulması” olumlu cevap ortalaması (%61,1) işinden memnun olmayan gruba (%33,3) göre çok ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,001$).

İşinden memnun olan hemşire grubunun “Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim” olumlu cevap ortalaması (%73,3) işinden memnun olmayan gruba (%45) göre çok ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,001$).

İşinden memnun olan hemşire grubunun “Personel sağlama” olumlu cevap ortalaması (%43,1) işinden memnun olmayan gruba (%26,2) göre çok ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,001$).

İşinden memnun olan hemşire grubunun “Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği” olumlu cevap ortalaması (%67,7) işinden memnun olmayan gruba (%41,6) göre ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,01$).

Tablo 38. Özel Hastanede Çalışan Hemşirelerin Alt Alan Algıları ile Hasta Güvenliği Konusunda Birimini Değerlendirme Derecesinin Karşılaştırılması

| Alt Alanlar | HASTA GÜVENLİĞİ KONUSUNDA BİRİMİNİ DEĞERLENDİRME DERECESİ | | | | | F | p* |
|--|---|-----------------|-------------------------|--------------|-----------------|------|----------|
| | Mükemmel (n=56) | Çok iyi (n=102) | Kabul Edilebilir (n=36) | Zayıf (n=6) | Başarısız (n=0) | | |
| | Ortalama (%) | Ortalama (%) | Ortalama (%) | Ortalama (%) | Ortalama (%) | | |
| Güvenliğin kapsamlı algılanması | 89,7 | 85 | 59 | 62,5 | - | 17,2 | 0,001*** |
| Hataların raporlanma sıklığı | 66,1 | 53,2 | 39,8 | 33,3 | - | 3,16 | 0,02* |
| Hastane üniteleri arasında ekip çalışması | 75,8 | 55,3 | 29,1 | 37,5 | - | 14,8 | 0,001*** |
| Hastane müdahaleleri ve değişim | 86,1 | 68,8 | 40,2 | 37,5 | - | 17,7 | 0,001*** |
| Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyeti | 75,8 | 65,6 | 35,4 | 41,6 | - | 13,4 | 0,001*** |
| Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme | 83,9 | 75,8 | 63,8 | 44,4 | - | 6,67 | 0,001*** |
| Üniteler içinde ekip çalışması | 95,1 | 87,9 | 60,4 | 62,5 | - | 16,8 | 0,001*** |
| İletişimin açık tutulması | 70,2 | 61,1 | 36,1 | 33,3 | - | 11,5 | 0,001*** |
| Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim | 81,5 | 74,5 | 46,2 | 44,4 | - | 10,8 | 0,001*** |
| Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt | 45,8 | 35,6 | 16,6 | 33,3 | - | 5,54 | 0,001*** |
| Personel sağlama | 49,5 | 39,9 | 32,6 | 45,8 | - | 5,01 | 0,002** |
| Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği | 87,5 | 65,6 | 35,1 | 27,7 | - | 19,5 | 0,001*** |

(* $p<0,05$) (** $p<0,01$) (***) $p<0,001$) (F=Oneway Anova test)

Tablo 38’de hasta güvenliği konusunda birimini değerlendirme derecesini mükemmel bulan hemşire grubunun “Güvenliğin kapsamlı algılanması” olumlu cevap ortalaması (%89,7) kabul edilebilir (%59) ve zayıf (%62,5) olarak değerlendiren gruplara göre çok ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,001$).

Hasta güvenliği konusunda birimini değerlendirme derecesini çok iyi bulan hemşire grubunun “Güvenliğin kapsamlı algılanması” olumlu cevap ortalaması (%85) kabul edilebilir (%59) olarak değerlendiren gruba göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Hasta güvenliği konusunda birimini değerlendirme derecesini mükemmel bulan hemşire grubunun “Hataların raporlanma sıklığı” olumlu cevap ortalaması (%66,1) kabul edilebilir (%39,8) olarak değerlendiren gruba göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Hasta güvenliği konusunda birimini değerlendirme derecesini mükemmel bulan hemşire grubunun “Hastane üniteleri arasında ekip çalışması” olumlu cevap ortalaması (%75,8), çok iyi (%55,3), kabul edilebilir (%29,1) ve zayıf (%37,5) olarak değerlendiren gruplara göre çok ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,001$).

Hasta güvenliği konusunda birimini değerlendirme derecesini çok iyi bulan hemşire grubunun “Hastane üniteleri arasında ekip çalışması” olumlu cevap ortalaması (%55,3) kabul edilebilir (%29,1) olarak değerlendiren gruba göre çok ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,001$).

Hasta güvenliği konusunda birimini değerlendirme derecesini mükemmel bulan hemşire grubunun “Hastane müdahaleleri ve değişim” olumlu cevap ortalaması (%86,1) çok iyi (%68,8), kabul edilebilir (%40,2) ve zayıf (%37,5) olarak değerlendiren gruplara göre çok ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,001$).

Hasta güvenliği konusunda birimini değerlendirme derecesini çok iyi bulan hemşire grubunun “Hastane müdahaleleri ve değişim” olumlu cevap ortalaması (%68,8) kabul edilebilir (%40,2) olarak değerlendiren gruba göre çok ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,001$).

Hasta güvenliği konusunda birimini değerlendirme derecesini kabul edilebilir bulan hemşire grubunun “Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyeti” olumlu cevap ortalaması (%35,4) mükemmel (%75,8) ve çok iyi (%65,6) olarak değerlendiren gruplara göre çok ileri düzeyde anlamlı şekilde düşük bulunmuştur ($p<0,001$).

Hasta güvenliği konusunda birimini değerlendirme derecesini mükemmel bulan hemşire grubunun “Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme” olumlu cevap ortalaması (%83,9) kabul edilebilir (%63,8) ve zayıf (%44,4) olarak değerlendiren gruplara göre çok ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,001$).

Hasta güvenliği konusunda birimini değerlendirme derecesini çok iyi bulan hemşire grubunun “Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme” olumlu cevap ortalaması (%75,8) zayıf (%44,4) olarak değerlendiren gruba göre çok ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,001$).

Hasta güvenliği konusunda birimini değerlendirme derecesini mükemmel bulan hemşire grubunun “Üniteler içinde ekip çalışması” olumlu cevap ortalaması (%95,1) kabul edilebilir (%60,4) ve zayıf (%62,5) olarak değerlendiren gruplara göre çok ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,001$).

Hasta güvenliği konusunda birimini değerlendirme derecesini çok iyi bulan hemşire grubunun “Üniteler içinde ekip çalışması” olumlu cevap ortalaması (%87,9) kabul edilebilir (%60,4) olarak değerlendiren gruba göre çok ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,001$).

Hasta güvenliği konusunda birimini değerlendirme derecesini mükemmel bulan hemşire grubunun “İletişimin açık tutulması” olumlu cevap ortalaması (%70,2) kabul edilebilir (%36,1) ve zayıf (%33,3) olarak değerlendiren gruplara göre çok ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,001$).

Hasta güvenliği konusunda birimini değerlendirme derecesini çok iyi bulan hemşire grubunun “İletişimin açık tutulması” olumlu cevap ortalaması (%61,1) kabul edilebilir (%36,1) olarak değerlendiren gruba göre çok ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,001$).

Hasta güvenliği konusunda birimini değerlendirme derecesini mükemmel bulan hemşire grubunun “Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim” olumlu cevap ortalaması (%81,5) kabul edilebilir (%46,2) ve zayıf (%44,4) olarak değerlendiren gruplara göre çok ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,001$).

Hasta güvenliği konusunda birimini değerlendirme derecesini çok iyi bulan hemşire grubunun “Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim” olumlu cevap ortalaması (%74,5) kabul edilebilir (%46,2) olarak değerlendiren gruba göre çok ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,001$).

Hasta güvenliği konusunda birimini değerlendirme derecesini kabul edilebilir bulan hemşire grubunun “Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt” olumlu cevap ortalaması (%16,6) mkemmел (%45,8) ve çok iyi (%35,6) olarak değerlendiren gruplara göre çok ileri düzeyde anlamlı şekilde düşük bulunmuştur ($p<0,001$).

Hasta güvenliği konusunda birimini değerlendirme derecesini mkemmел bulan hemşire grubunun “Personel sağlama” olumlu cevap ortalaması (%49,5) ok iyi (%39,9) ve kabul edilebilir (%32,6) olarak değerlendiren gruba göre ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,01$).

Hasta güvenliği konusunda birimini değerlendirme derecesini mkemmел bulan hemşire grubunun “Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği” olumlu cevap ortalaması (%87,5) ok iyi (%65,6), kabul edilebilir (%35,1) ve zayıf (%27,7) olarak değerlendiren gruplara göre çok ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,001$).

Hasta güvenliği konusunda birimini değerlendirme derecesini çok iyi bulan hemşire grubunun “Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği” olumlu cevap ortalaması (%65,6) kabul edilebilir (%35,1) ve zayıf (%27,7) olarak değerlendiren gruplara göre çok ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,001$).

Tablo 39. Özel Hastanede Çalışan Hemşirelerin Alt Alan Alguları ile Son 12 Ayda Hatalı Olay Raporlama Sayısının Karşılaştırılması

| Alt Alanlar | SON 12 AYDA OLAY RAPORU SAYISI | | | F | p* |
|--|--------------------------------|---------------------------|---------------------------------|------|-------|
| | Hiç (n=147) | 1-2 olay raporu (n=44) | 3 ve üzeri olay raporu (n=9) | | |
| | Ortalama (%) | Ortalama (%) | Ortalama (%) | | |
| Güvenliğin Kapsamlı Algılanması | 79,7 | 86,4 | 75 | 1,49 | 0,23 |
| Hataların raporlanma sıklığı | 51 | 55,3 | 92,6 | 3,87 | 0,02* |
| Hastane üniteleri arasında ekip çalışması | 58,5 | 49,4 | 44,4 | 1,48 | 0,23 |
| Hastane müdahaleleri ve değişim | 70,4 | 62,5 | 47,2 | 2,52 | 0,08 |
| Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyeti | 63,7 | 59,1 | 35,4 | 0,49 | 0,61 |
| Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme | 75,5 | 71,9 | 81,5 | 0,52 | 0,59 |
| Üniteler içinde ekip çalışması | 86,5 | 81,8 | 58,3 | 4,79 | 0,01* |
| İletişimin açık tutulması | 57,8 | 56,1 | 74,1 | 1,17 | 0,31 |
| Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim | 72,1 | 64,4 | 74,1 | 0,90 | 0,41 |
| Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt | 34,4 | 38,6 | 25,9 | 0,56 | 0,57 |
| Personel sağlama | 42,8 | 38,6 | 33,3 | 1,28 | 0,27 |
| Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği | 67,1 | 59,8 | 59,2 | 0,70 | 0,49 |

(*p<0,05) (F=Oneway Anova test)

Tablo 39 incelendiğinde, son 12 ayda doldurulan hatalı olay raporu sayısı 3 ve üzerinde olan hemşire grubunun “Hataların raporlanma sıklığı” olumlu cevap ortalaması (%92,6) hiç olay raporu doldurmayan (%51) ve 1-2 olay raporu dolduran (%55,3) gruplara göre anlamlı şekilde yüksek (p<0,05); “Üniteler içinde ekip çalışması” olumlu cevap ortalaması (%58,3) hiç olay raporu doldurmayan (%86,5) gruba göre anlamlı şekilde düşük bulunmuştur (p<0,05).

**ARAŞTIRMA YAPILAN HASTANELERDE ÇALIŞAN
HEMŞİRELERİN “HASTA GÜVENLİĞİ, TIBBİ HATA ve
OLAY/HATA RAPORLAMA” KONULARINDAKİ
DÜŞÜNCE/YORUMLARI**

HASTA GÜVENLİĞİ

- Olumlu yönde gelişmeler olduğunu düşünüyorum (Dahili birim hemşiresi, 28 yaş, eğitim ve araştırma hastanesi).
- Hasta güvenliği ile ilgili çalışmalar yapılıyor fakat çalışan güvenliği çalışmaları yapılmıyor (Dahili birim hemşiresi, 42 yaş, eğitim ve araştırma hastanesi).
- Bir sorun yaşandığında güvenliğin olay yerine ulaşması uzun sürüyor, istenilen sürede ulaşılamıyor (Dahili birim hemşiresi, 29 yaş, eğitim ve araştırma hastanesi).
- Hasta güvenliği hastanemizde önemli bir konudur (Yönetici hemşire, 28 yaş, eğitim ve araştırma hastanesi).
- Hasta güvenliği ile ilgili çalışmalar yapılıyor fakat çalışan güvenliği çalışmaları yapılmıyor (Dahili birim hemşiresi, 41 yaş, eğitim ve araştırma hastanesi).
- Hastalara hastane ve çalışanların sağladığı koruyucu önlemleri kapsayan önemli bir konudur (Dahili birim hemşiresi, 29 yaş, eğitim ve araştırma hastanesi).
- Önemli bir konu, ihmal edilmemeli, her birimde hasta güvenliğine yönelik talimat ve prosedürler geliştirilmeli (Dahili birim hemşiresi, 28 yaş, eğitim ve araştırma hastanesi).
- Genel olarak güvenliğin tam olduğunu düşünmüyorum. Hastalar ve refakatçiler istedikleri saatte servise giriyorlar (Dahili birim hemşiresi, 40 yaş, eğitim ve araştırma hastanesi).
- Hasta güvenliği kesinlikle sağlanmalı ve desteklenmeli fakat bunların yanında çalışan güvenliği de sağlanmalıdır (Cerrahi birim hemşiresi, 32 yaş, eğitim ve araştırma hastanesi).
- Hasta güvenliği kısmen yapılıyor (Dahili birim hemşiresi, 30 yaş, eğitim ve araştırma hastanesi).
- Hastane hasta güvenliği konusunda iyi çalışmaktadır (Cerrahi birim hemşiresi, 45 yaş, eğitim ve araştırma hastanesi).

- Hasta güvenliği ile ilgili son 15 yıl içerisinde bir problemle karşılaşmadım. Tam aksine çalışan güvenliği ile ilgili problem var (Cerrahi birim hemşiresi, 44 yaş, eğitim ve araştırma hastanesi).
- Hastalar ameliyathaneye hemşireler ile indiriliyor. Serviste tek hemşire nöbet tuttuğu için servisteki hastalar yalnız kalıyor, böylelikle de hastaların güvenliği tehlike altına giriyor (Cerrahi birim hemşiresi, 24 yaş, eğitim ve araştırma hastanesi).
- Hasta güvenliği çalışmaları iyi bir şekilde yapılmaktadır (Cerrahi birim hemşiresi, 28 yaş, eğitim ve araştırma hastanesi).
- Genellikle hasta güvenliği ile ilgili çalışmalar yapılmaktadır (Cerrahi birim hemşiresi, 34 yaş, eğitim ve araştırma hastanesi).
- Hasta güvenliği nemseniyormuş gibi görünse de bu sadece sözde kalıyor (Yoğun bakım birimi hemşiresi, 28 yaş, eğitim ve araştırma hastanesi).
- Hasta güvenliği sağlanıyor (Yoğun bakım birimi hemşiresi, 27 yaş, eğitim ve araştırma hastanesi).
- Hasta güvenliği çalışmaları devam etmektedir (Yoğun bakım birimi hemşiresi, 29 yaş, eğitim ve araştırma hastanesi).
- Hasta güvenliğinin yeterli seviyede sağlanmadığı ve güvenlik algısının da tam olmadığını düşünüyorum (Yoğun bakım birimi hemşiresi, 22 yaş, eğitim ve araştırma hastanesi).
- Hasta ve personel güvenliği yetersizdir (Yoğun bakım birimi hemşiresi, 29 yaş, eğitim ve araştırma hastanesi).
- Birimin şartları standartlara uygun olmadığı için hasta güvenliği çok zor şartlarda yapılmaktadır (Yoğun bakım birimi hemşiresi, 29 yaş, eğitim ve araştırma hastanesi).
- Sadece sözel olarak ifade ediliyor fakat çözümlene konusunda herhangi bir faaliyette bulunulmuyor (Yoğun bakım birimi hemşiresi, 26 yaş, eğitim ve araştırma hastanesi).
- Hasta güvenliği sadece evrak üstünde kalmaktadır (Yoğun bakım birimi hemşiresi, 28 yaş, eğitim ve araştırma hastanesi).
- Hasta güvenliği pek sağlanmıyor (Yoğun bakım birimi hemşiresi, 24 yaş, eğitim ve araştırma hastanesi).

- Hasta güvenliği pek sağlanmıyor (Yoğun bakım birimi hemşiresi, 23 yaş, eğitim ve araştırma hastanesi).
- Özellikle hasta tanılama, ilaç uygulama (doz, zaman, hız), tanı hataları ve kan transfüzyonu hataları sıklıkla görölmektedir (Yoğun bakım birimi hemşiresi, 29 yaş, eğitim ve araştırma hastanesi).
- Hasta güvenliği uygulamaları sağlanıyor fakat çalışan güvenliği hiç sağlanmıyor (Acil birim hemşiresi, 30 yaş, eğitim ve araştırma hastanesi).
- Hasta güvenliğine olduğu kadar çalışan güvenliğine de dikkat edilmelidir (Acil birim hemşiresi, 27 yaş, eğitim ve araştırma hastanesi).
- Bu konuda fazla sorunla karşılaşmıyoruz (Acil birim hemşiresi, 27 yaş, eğitim ve araştırma hastanesi).
- Hastanemizde hasta güvenliği üzerine ciddi çalışmalar var ancak bunun yolunun eleman ve malzeme artışından geçtiği fark edilememiştir (Cerrahi birim hemşiresi, 32 yaş, eğitim ve araştırma hastanesi).
- Hasta güvenliği kriterleri sağlanıyor (Dahili birim hemşiresi, 29 yaş, eğitim ve araştırma hastanesi).
- Hasta güvenliği kriterleri sağlanıyor (Dahili birim hemşiresi, 30 yaş, eğitim ve araştırma hastanesi).
- Hasta güvenliği ölkemizde yeni yeni ele alınıyor.(Ameliyathane hemşiresi, 37 yaş, eğitim ve araştırma hastanesi).
- Hasta güvenliği kendi güvenliğimiz kadar önemlidir (Yoğun bakım birimi hemşiresi, 30 yaş, eğitim ve araştırma hastanesi).
- Hasta güvenliği kriterlerine uygun çalışılıyor (Cerrahi birim hemşiresi, 47 yaş, eğitim ve araştırma hastanesi).
- Hasta güvenliği önemli bir konudur (Dahili birim hemşiresi, 29 yaş, eğitim ve araştırma hastanesi).
- Çalışma saatlerinin fazla olması tıbbi hataların artışına yol açmaktadır (Acil birim hemşiresi, 28 yaş, eğitim ve araştırma hastanesi).
- Hastanemizin hasta güvenliği açısından birçok eksikliği bulunmaktadır (Acil birim hemşiresi, 26 yaş, eğitim ve araştırma hastanesi).

- Hastanemizde hasta güvenliği yeterince sağlanmamaktadır. Hastalar isim ve soy isimleri ile değil de yatak numaraları ve fiziksel özelliklerine göre değerlendiriliyor (Cerrahi birim hemşiresi, 28 yaş, eğitim ve araştırma hastanesi).
- Hastanemizde hasta güvenliği yeterince sağlanmamaktadır (Cerrahi birim hemşiresi, 25 yaş, eğitim ve araştırma hastanesi).
- Hastanemizde hasta güvenliği yeterince sağlanmamaktadır (Cerrahi birim hemşiresi, 33 yaş, eğitim ve araştırma hastanesi).
- Hastanemizde hasta güvenliği yeterince sağlanmamaktadır (Acil birim hemşiresi, 34 yaş, eğitim ve araştırma hastanesi).
- Hasta güvenliği önemli bir konudur, hastane genelinde dikkat edilmelidir (Dahili birim hemşiresi, 23 yaş, eğitim ve araştırma hastanesi).
- Hastanemizde hasta güvenliği sağlanmaktadır (Acil birim hemşiresi, 35 yaş, eğitim ve araştırma hastanesi).
- Hasta güvenliğini dikkate alarak çalışıyoruz. Peki ya çalışan güvenliği ne durumda? (Cerrahi birim hemşiresi, 31 yaş, eğitim ve araştırma hastanesi).
- Toplam kalite yönetimi nedeniyle yapılır ve ilk amaç kar elde etmektir. Herşey kağıt üstünde iyidir (Yoğun bakım birimi hemşiresi, 37 yaş, eğitim ve araştırma hastanesi).
- Hasta güvenliği için yeterince eğitilmiş personel ve profesyonel bir ortam yok (Cerrahi birim hemşiresi, 32 yaş, eğitim ve araştırma hastanesi).
- Hastanemiz hasta güvenliği çalışmalarına önem vermektedir (Acil birim hemşiresi, 33 yaş, eğitim ve araştırma hastanesi).
- Hasta güvenliği hastanemizde iyi düzeydedir (Yoğun bakım birimi hemşiresi, 25 yaş, eğitim ve araştırma hastanesi).
- Hasta güvenliği zorunlu olmalı ve güvenlik artırılmalıdır. Hastalar tuvaletlerde düşebiliyor, röntgen ve kan tahlillerinde yalnız bırakılabiliyor. Kanlar laboratuvar tarafından hasta yatağında alınmalı, yataklıklar güvenli olmalı, güvenlik görevini tam yapmalı, hastaneye giriş ve çıkışlar kontrol edilmelidir (Cerrahi birim hemşiresi, 32 yaş, eğitim ve araştırma hastanesi).
- Gerekli ve yeterli önlemler alınmıyor. Bilgilendirme yapılmıyor (Cerrahi birim hemşiresi, 27 yaş, eğitim ve araştırma hastanesi).
- Son 2 senedir hasta güvenliği çalışmalarına daha çok özen gösteriliyor (Cerrahi birim hemşiresi, 28 yaş, eğitim ve araştırma hastanesi).

- Ne hasta güvenliği ne de çalışan güvenliğine dair, önlem ve bir çalışma yok (Acil birim hemşiresi, 25 yaş, eğitim ve araştırma hastanesi).
- Hasta güvenliği kriterlerine uygun çalışmaktayız (Dahili birim hemşiresi, 23 yaş, özel hastane).
- Hasta güvenliği kriterlerine uygun çalışmaktayız (Dahili birim hemşiresi, 26 yaş, özel hastane).
- Hasta güvenliği kalite koordinatörlüğü tarafından denetlenmekte, çalışanlar tarafından uygulanmaktadır (Acil birim hemşiresi, 24 yaş, özel hastane).
- Hasta güvenliğine yönelik çalışmalar yapılıyor, uygun önlemler alınır ve sürekli geliştirilir (Dahili birim hemşiresi, 34 yaş, özel hastane).
- Hasta güvenliği kriterlerine uygun çalışmaktayız (Dahili birim hemşiresi, 25 yaş, özel hastane).
- Hasta güvenliği ile ilgili olabilecek bütün tedbirler prosedürlerle belirlenmiştir ve büyük lde doğru olarak uygulanmaktadır. Bu konudaki çalışmalar süreklidir (Yönetici hemşire, 34 yaş, özel hastane).
- Hasta güvenliği için önlemler alınmaktadır (Cerrahi birim hemşiresi, 22 yaş, özel hastane).
- Güvenlik nlemleri önemseniyor, uygulanıyor ve gerektiğinde revize ediliyor. Ekibimiz bu konunun öneminin bilincindedir (Cerrahi birim hemşiresi, 25 yaş, özel hastane).
- Hasta güvenliği komitemiz olup, hasta güvenliği en uygun koşullarda yapılmaya çalışılıyor (Cerrahi birim hemşiresi, 29 yaş, özel hastane).
- Hasta güvenliği komitemiz olup, hasta güvenliği en uygun koşullarda yapılmaya çalışılıyor (Yoğun bakım birimi hemşiresi, 32 yaş, özel hastane).
- Hasta güvenliğinin sağlanabilmesi için bir kurumda öncelikle hastalara kaliteli hizmet vermeleri gereken çalışanın güvenliği sağlanmalıdır. Bu sağlandıktan sonra hastaların kaliteli bir hizmet almaları sağlanarak güvenliği sağlanmış olur (Yoğun bakım birimi hemşiresi, 24 yaş, özel hastane).
- Hasta güvenliği için tüm personel yeterli şekilde eğitiliyor ve gerekenler yapılıyor (Yoğun bakım birimi hemşiresi, 24 yaş, özel hastane).
- Hasta güvenliği kriterlerine uygun çalışmaktayız (Dahili birim hemşiresi, 23 yaş, özel hastane).

- Hasta güvenliği yönetim ve hemşireler için önemlidir (Cerrahi birim hemşiresi, 26 yaş, özel hastane).
 - Hasta güvenliği kriterlerine uygun çalışmaktayız (Dahili birim hemşiresi, 26 yaş, özel hastane).
 - Hasta güvenliğinin olabilmesi için yeterli sayıda personelle çalışmak gerekmektedir (Yoğun bakım birimi hemşiresi, 40 yaş, özel hastane).
 - Hasta güvenliğini tehdit eden her türlü unsur raporlandırılmalı ve düzeltici faaliyetler uygulanmalıdır (Yönetici hemşire, 28 yaş, özel hastane).
-
- Hasta güvenliği öncelikli bir konudur (Yoğun bakım birimi hemşiresi, 24 yaş, özel hastane).
 - Hasta güvenliği kriterlerine uygun çalışmaktayız (Yoğun bakım birimi hemşiresi, 26 yaş, özel hastane).
 - Hasta güvenliği kurumlarda öncelikli konudur (Cerrahi birim hemşiresi, 26 yaş, özel hastane).
 - Hasta güvenliği kurumlarda öncelikli konudur (Cerrahi birim hemşiresi, 30 yaş, özel hastane).
 - İş yükünden dolayı genellikle raporlamak yerine çözümleme yoluna gidilir (Cerrahi birim hemşiresi, 24 yaş, özel hastane).
 - Hasta güvenliği açısından hastanemiz yeterli değildir. Hastalarımızın bazıları taburculuk işlemleri bitmeden nasıl hastaneden çıkıyorlar anlamak zor (Cerrahi birim hemşiresi, 20 yaş, özel hastane).
 - Hasta güvenliği hastanemizde yeterli düzeyde değildir (Cerrahi birim hemşiresi, 24 yaş, özel hastane).

TIBBİ HATA

- Tıbbi hataların olmaması için gereken önlemler alınır ve hatalar göz ardı edilmez (Yönetici hemşire, 28 yaş, eğitim ve araştırma hastanesi).
- Tıbbi hatalar çok sayıda yapılıyor fakat kayıt edilmiyor (Dahili birim hemşiresi, 29 yaş, eğitim ve araştırma hastanesi).
- Tıbbi hatalar önlenemez hatalardır. Talimat ve prosedürlere uygun çalışılmalıdır (Dahili birim hemşiresi, 28 yaş, eğitim ve araştırma hastanesi).
- Servisimizde tıbbi hata yok denecek kadar az sayıdadır (Dahili birim hemşiresi, 40 yaş, eğitim ve araştırma hastanesi).
- Tıbbi araç ve gereçlerden bazılarının eksik olması, iletişim sorunları tıbbi hatalara bazen yol açabiliyor (Cerrahi birim hemşiresi, 32 yaş, eğitim ve araştırma hastanesi).
- Kalite çalışmalarından sonra tıbbi hatalar yok sayılacak düzeydedir (Cerrahi birim hemşiresi, 45 yaş, eğitim ve araştırma hastanesi).
- Tıbbi hatalar olabiliyor (Cerrahi birim hemşiresi, 44 yaş, eğitim ve araştırma hastanesi).
- İlaçları uygun şekilde hazırlanmaması tıbbi hatalara yol açabiliyor (Cerrahi birim hemşiresi, 24 yaş, eğitim ve araştırma hastanesi).
- Personel eksikliğinden kaynaklı tıbbi hatalar olabilmektedir (Cerrahi birim hemşiresi, 28 yaş, eğitim ve araştırma hastanesi).
- Çok fazla tıbbi hata yaşamıyoruz (Yoğun bakım birimi hemşiresi, 28 yaş, eğitim ve araştırma hastanesi).
- Tıbbi hata şimdiye kadar olmadı (Yoğun bakım birimi hemşiresi, 27 yaş, eğitim ve araştırma hastanesi).
- Tıbbi hataları kendimiz çözdüğümüz için tıbbi hata olmuyormuş gibi görünmektedir (Yoğun bakım birimi hemşiresi, 40 yaş, eğitim ve araştırma hastanesi).
- Tıbbi hata olmamasına dikkat edilmekte ve hata yapılmamaktadır (Yoğun bakım birimi hemşiresi, 29 yaş, eğitim ve araştırma hastanesi).
- Çalıştığım birimde tıbbi hatalar az ya da yoktur. Çalıştığım süre içerisinde herhangi bir sıkıntı yaşanmadı (Yoğun bakım birimi hemşiresi, 22 yaş, eğitim ve araştırma hastanesi).

- Asistan doktorların bilgisizliği ve iletişim sorunlarından kaynaklanan hatalar vardır (Yoğun bakım birimi hemşiresi, 29 yaş, eğitim ve araştırma hastanesi).
- Çalışanlar arasındaki iletişim sorunları ve evrakların istenildiği şekilde kullanılmaması tıbbi hata oluşumunu sağlamaktadır (Yoğun bakım birimi hemşiresi, 29 yaş, eğitim ve araştırma hastanesi).
- Tıbbi hatalarla pek karşılaşmamaktayız (Yoğun bakım birimi hemşiresi, 26 yaş, eğitim ve araştırma hastanesi).
- Tıbbi hatalarla pek karşılaşmamaktayız (Yoğun bakım birimi hemşiresi, 28 yaş, eğitim ve araştırma hastanesi).
- Tıbbi hatalarla bazen karşılaşmaktayız (Yoğun bakım birimi hemşiresi, 24 yaş, eğitim ve araştırma hastanesi).
- Tıbbi hatalarla bazen karşılaşmaktayız. (Yoğun bakım birimi hemşiresi, 23 yaş, eğitim ve araştırma hastanesi).
- Tıbbi hatalar yapılmaktadır (Yoğun bakım birimi hemşiresi, 29 yaş, eğitim ve araştırma hastanesi).
- Çalışma saatleri arttıka tıbbi hatalar da buna bağlı artmaktadır. Tıbbi hatalar var (Acil birim hemşiresi, 30 yaş, eğitim ve araştırma hastanesi).
- Tıbbi hatalar çok nadir yapılıyor. Çok ciddi bir hatayla karşılaşmadım (Acil birim hemşiresi, 27 yaş, eğitim ve araştırma hastanesi).
- Az eleman ve çok iř mantıđıyla minimal hatalar olduđunu dűřünüyorum (Cerrahi birim hemřiresi, 32 yař, eđitim ve arařtırma hastanesi).
- Eleman yetersizliğinden kaynaklanan tıbbi hatalar olabilir (Dahili birim hemşiresi, 30 yaş, eğitim ve araştırma hastanesi).
- Tıbbi hatalar bildirilmek istenmiyor (Ameliyathane hemşiresi, 37 yaş, eğitim ve araştırma hastanesi).
- Personel yetersizliğine bağlı tıbbi hatalar olabiliyor (Cerrahi birim hemşiresi, 47 yaş, eğitim ve araştırma hastanesi).
- Sűrekli yeni başlayan personellerin olması ve eleman sayısının yetersiz olması tıbbi hataların ortaya çıkmasını sağlamaktadır (Acil birim hemşiresi, 26 yař, eğitim ve araştırma hastanesi).

- Acil servislerde kan takılması, kemoterapi uygulanması gibi acil serviste yapılmaması gereken işlemlerin yapılması tıbbi hata riskini arttırmaktadır (Acil birim hemşiresi, 34 yaş, eğitim ve araştırma hastanesi).
- Hastanemizde tıbbi hata yok denecek kadar az sayıdadır (Acil birim hemşiresi, 35 yaş, eğitim ve araştırma hastanesi).
- Tıbbi hatalar hemşireler tarafından çok az sayıda yapılmaktadır (Cerrahi birim hemşiresi, 31 yaş, eğitim ve araştırma hastanesi).
- Personel yetersizliği, iş yükünün fazla olması, tükenmişlik sendromu, tıbbi araç gereçlerden kaynaklanan sorunlar tıbbi hatalara yol açıyor (Cerrahi birim hemşiresi, 32 yaş, eğitim ve araştırma hastanesi).
- Alınan önlemler daha dikkatli olunmasını sağlamıştır (Cerrahi birim hemşiresi, 28 yaş, eğitim ve araştırma hastanesi).
- Hastanın sağlık durumunu, güvenliğini etkilemedikçe hatalar sözlü olarak konuşulur (Dahili birim hemşiresi, 33 yaş, eğitim ve araştırma hastanesi).
- Tıbbi hata birimizde yapılmamıştır (Acil birim hemşiresi, 24 yaş, özel hastane).
- Hastanemizde tıbbi hatalar dikkatli çalıştığımız için yok denecek kadar azdır (Dahili birim hemşiresi, 25 yaş, özel hastane).
- Hastaya zarar veren tıbbi hatalar olduğunda genellikle toleranslı davranılmıyor (Cerrahi birim hemşiresi, 25 yaş, özel hastane).
- Tıbbi hatalar ile ilgili çalışmalar sürekli dir. Eğitim ve denetim sürekli devam eder. Hataları en aza indirmek için tüm kurum sürekli olarak araştırma yapmakta, uygulamakta ve çalışmaktadır (Yönetici hemşire, 34 yaş, özel hastane).
- Tıbbi hataları en aza indirmek veya tamamen ortadan kaldırmak için gereken önlemler alınıyor (Yoğun bakım birimi hemşiresi, 24 yaş, özel hastane).
- Tıbbi hatalar yok denecek kadar az sayıdadır (Cerrahi birim hemşiresi, 26 yaş, özel hastane).
- Hastanemizde tıbbi hata olmaması için gereken özen gösteriliyor (Dahili birim hemşiresi, 26 yaş, özel hastane).
- Tıbbi hatalar yok denecek kadar az sayıdadır (Yoğun bakım birimi hemşiresi, 40 yaş, özel hastane).
- Tıbbi hatalar olabilmektedir (Yoğun bakım birimi hemşiresi, 24 yaş, özel hastane).
- Tıbbi hatalar olabilmektedir (Yoğun bakım birimi hemşiresi, 26 yaş, özel hastane).

- Tıbbi hatalar yok denecek kadar az sayıdadır (Cerrahi birim hemşiresi, 26 yaş, özel hastane).
 - Tıbbi hata hemşireden değil doktorlardan daha çok kaynaklanmaktadır ve o da raporlanmaz (Cerrahi birim hemşiresi, 24 yaş, özel hastane).
 - Tıbbi hatalarla son iki ay içerisinde hiç karşılaşmadım (Cerrahi birim hemşiresi, 20 yaş, özel hastane).
 - Eleman sirkülasyonundan kaynaklanan tıbbi hatalar olabiliyor (Sorumlu hemşire, 26 yaş, özel hastane).
-

OLAY/HATA RAPORLAMA

- Yapılan hatalar fark edildiğinde mutlaka raporlanır (Yönetici hemşire, 28 yaş, eğitim ve araştırma hastanesi).
- Hatalar cezalandırma korkusu nedeniyle raporlanmıyor (Dahili birim hemşiresi, 29 yaş, eğitim ve araştırma hastanesi).
- Beklenmeyen hata olduğunda mutlaka rapor edilmelidir (Dahili birim hemşiresi, 28 yaş, eğitim ve araştırma hastanesi).
- Çok ciddi hata yapılmadığı sürece raporlama yapılmıyor (Dahili birim hemşiresi, 40 yaş, eğitim ve araştırma hastanesi).
- Raporlamalar sık sık yapılmaktadır (Dahili birim hemşiresi, 30 yaş, eğitim ve araştırma hastanesi).
- Bu zamana kadar hiç raporlama yapmadım fakat raporlamalar yapılmaktadır (Cerrahi birim hemşiresi, 44 yaş, eğitim ve araştırma hastanesi).
- Hatalar yazılıyor fakat değerlendirilmiyor, numaralandırılıp işleme konulmuyor ve rapor tutan kişiler tepki ile karşılaşıyorlar (Cerrahi birim hemşiresi, 24 yaş, eğitim ve araştırma hastanesi).
- Bizler rapor tutuyoruz fakat bunlarla hiç ilgilenilmiyor. İdare sadece kendini düşünüyor. Koltukta olanlar, sadece koltuğunu düşünüyor. Koltuğunu kaybetmemek için elinden geleni yapıyor. Bu çabayı çalışanları ve hastaları için gösterecekler daha anlamlı olur (Yoğun bakım birimi hemşiresi, 28 yaş, eğitim ve araştırma hastanesi).
- Raporlama yapılıyor (Yoğun bakım birimi hemşiresi, 27 yaş, eğitim ve araştırma hastanesi).
- Raporlama yapılması istenmemektedir. Raporlama çözüm olursa yapılmalıdır. Fakat hatalar ortaya konulmak istenmediği için rapor tutulmuyor (Yoğun bakım birimi hemşiresi, 40 yaş, eğitim ve araştırma hastanesi).
- Gerekli görülen ve önemli hatalar/olaylar ilgili birime bildirilir (Yoğun bakım birimi hemşiresi, 29 yaş, eğitim ve araştırma hastanesi).
- Hastaların oluşan hatalardan etkilenme derecesine göre rapor tutulmaktadır (Yoğun bakım birimi hemşiresi, 29 yaş, eğitim ve araştırma hastanesi).
- Problem yaşadığımızda rapor tutuyoruz fakat etkili bir geri bildirim alamıyoruz (Yoğun bakım birimi hemşiresi, 26 yaş, eğitim ve araştırma hastanesi).

- Rapor tutulmasına rağmen gerekli işlemler yapılmıyor (Yoğun bakım birimi hemşiresi, 28 yaş, eğitim ve araştırma hastanesi).
- Hatalar pek raporlanmıyor (Yoğun bakım birimi hemşiresi, 24 yaş, eğitim ve araştırma hastanesi).
- Hatalar hiçbir zaman raporlanmamaktadır (Yoğun bakım birimi hemşiresi, 23 yaş, eğitim ve araştırma hastanesi).
- Olayların raporlanması çok nadir yapılmaktadır. Kişiyi suçlama görüşü yaygındır bu yüzden çoğu hata örtbas ediliyor. Hataların tekrarlanmaması yönünde önlem alınmamaktadır (Yoğun bakım birimi hemşiresi, 29 yaş, eğitim ve araştırma hastanesi).
- Hatalar rapor edilmemektedir (Acil birim hemşiresi, 27 yaş, eğitim ve araştırma hastanesi).
- Olay meydana geldiğinde raporlanır (Cerrahi birim hemşiresi, 32 yaş, eğitim ve araştırma hastanesi).
- Sağlık personeli kendisine olumsuz döneceğini düşünerek raporlama yapmıyor olabilir (Dahili birim hemşiresi, 30 yaş, eğitim ve araştırma hastanesi).
- Hatalar cezalandırılma korkusu sebebiyle raporlandırılmıyor (Ameliyathane hemşiresi, 37 yaş, eğitim ve araştırma hastanesi).
- Raporlar kişiselleştirilmemelidir (Yoğun bakım birimi hemşiresi, 30 yaş, eğitim ve araştırma hastanesi).
- Hatalar sözel olarak ifade edilip, bu yolla çözülmeye çalışılıyor (Cerrahi birim hemşiresi, 47 yaş, eğitim ve araştırma hastanesi).
- Olay bildirim formları hiç doldurulmamaktadır (Acil birim hemşiresi, 26 yaş, eğitim ve araştırma hastanesi).
- Hastanemizde hata raporlamalar hemen hemen hiç yapılmamaktadır (Cerrahi birim hemşiresi, 25 yaş, eğitim ve araştırma hastanesi).
- Hastanemizde hata raporlamalar hemen hemen hiç yapılmamaktadır (Cerrahi birim hemşiresi, 33 yaş, eğitim ve araştırma hastanesi).
- Raporlamalar konusunda online sistemler kurulmalıdır (Acil birim hemşiresi, 34 yaş, eğitim ve araştırma hastanesi).
- Raporlama sonuçları iyi değerlendirilmeli ve çözüm üretilmelidir (Dahili birim hemşiresi, 23 yaş, eğitim ve araştırma hastanesi).

- Hastanemizde raporlamalar yapılmamaktadır (Acil birim hemşiresi, 35 yaş, eğitim ve araştırma hastanesi).
 - Hemşireler ve personeller küçük bir hata bile yapsalar hemen bildirilir ve raporlar tutulur (Cerrahi birim hemşiresi, 31 yaş, eğitim ve araştırma hastanesi).
 - Hatalar suçlanma korkusu nedeniyle raporlanmaz (Yoğun bakım birimi hemşiresi, 37 yaş, eğitim ve araştırma hastanesi).
 - Pek rapor edilmiyor, olaylar örtbas ediliyor ya da o an düzeltilip sonra unutuluyor (Cerrahi birim hemşiresi, 28 yaş, eğitim ve araştırma hastanesi).
-
- Şimdiye kadar raporlanacak bir olay/hataya rastlamadım (Dahili birim hemşiresi, 33 yaş, eğitim ve araştırma hastanesi).
 - Hastanemizde raporlamalar yapmaktayız (Dahili birim hemşiresi, 23 yaş, özel hastane).
 - Raporlamalar olayları yargılamaktan ziyade önlem almak için yapılmaktadır (Dahili birim hemşiresi, 34 yaş, özel hastane).
 - Hastanemizde raporlama formları gerekli durumlarda doldurulmaktadır (Dahili birim hemşiresi, 25 yaş, özel hastane).
 - Olay/hata raporlama konusunda araştırma ve çalışmalar sürmektedir. Tüm çalışmalar ve eğitimlere rağmen, çalışanlar kişisel dosyalarında yer alacağı korkusuyla hataları raporlamaktan kaçınmaktadır (Yönetici hemşire, 34 yaş, özel hastane).
 - Hatalar raporlanmaktadır (Cerrahi birim hemşiresi, 22 yaş, özel hastane).
 - Hatalar raporlanmaktadır (Cerrahi birim hemşiresi, 29 yaş, özel hastane).
 - Raporlamalar hastanemizde yapılmaktadır (Yoğun bakım birimi hemşiresi, 24 yaş, özel hastane).
 - Raporlamalar bazen yapılamayabiliyor (Cerrahi birim hemşiresi, 26 yaş, özel hastane).
 - Raporlama yapmamaktayız (Dahili birim hemşiresi, 26 yaş, özel hastane).
 - Raporlama önemlidir fakat geri bildirim olması daha da önemlidir (Yoğun bakım birimi hemşiresi, 40 yaş, özel hastane).
 - Olay/hata yapmaktan korkulur. Hatalar işten atılma korkusu nedeniyle bildirilmez. Raporlar konusunda geri bildirim yapılmaz (Cerrahi birim hemşiresi, 24 yaş, özel hastane).

- Hata raporlamaların tüm birimlerde yapıldığını düşünmüyorum (Sorumlu hemşire, 26 yaş, özel hastane).
 - Hatalar çok nadir raporlanmaktadır (Cerrahi birim hemşiresi, 24 yaş, özel hastane).
-

7. TARTIŞMA

Hasta güvenliği kültürü klinik tecrübe, sistematik araştırma ile elde edilen mevcut en iyi kanıtlar, hasta değer ve beklentilerinin entegrasyonudur. Hasta koşul ve tercihleri ile en iyi kanıtların birleşmesi ve personel (klinisyen, hemşire, lider) kararlarının kalitesini geliştirmek üzere oluşturulmaktadır. Hasta güvenliği kültürü sadece literatüre bağlı olan hasta güvenliği süreci değil, bilimsel veriler ışığında hasta ve sistem dinamikleri için en doğru, en uygun kararı alabilmek adına oluşturulan bir ortamdır (Flin et al., 2006; Gambrill, 2006).

Yıllardır daha sağlıklı bir toplum için yapılan müdahalelerin bir kısmının aslında tıbbi hatalar içerdiği ve hataların her gün tekrar ederek toplum sağlığını riske attığı bir gerçektir. Fakat bu gerçek şimdiye kadar ortaya çıkartılmamış, bazı durumlarda gizli tutulmuştur. Artık hasta güvenliği konusunun ortaya çıkartılması ve tartışılmasının zamanıdır. Tartışmamak veya üzerini örtmek sadece her geçen gün istenmeden gerçekleşen hatalar ve ölümlerle sonuçlanmaktadır (McQueen, 2001).

Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algılama düzeylerinin belirlenmesi amacıyla planlanan araştırma, eğitim ve araştırma ile özel hastane olmak üzere iki ayrı kurumda, dört ayrı hastanede ve toplam 475 hemşirenin katılımıyla gerçekleştirilmiş olup, elde edilen bulgular literatür bilgilerinin ışığında ve bulguların bölümleri doğrultusunda tartışılmıştır.

Araştırmaya katılan eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerin %42,2'si 26-30 yaş grubunda, %26,2'si 31-35 yaş grubunda; özel hastanede çalışan hemşirelerin %49'u 25 ve altı yaş grubunda ve %29,5'i 26-30 yaş grubunda olup gençtir (Tablo 1).

Filiz'in (2009) çalışmasında hemşirelerin %62,2'si 25-34 yaş grubunda, Çakır ve Tütüncü'nün (2009) çalışmasında tüm sağlık personellerinin (hemşire, hekim, teknisyen, diğer) %47,1'i 26-33 yaş grubunda, Altındış'in (2010) çalışmasında çalışanların %49,4'ü 26-35 yaş grubunda olup, 18-25 yaş grubunda olanların oranı ise %33,1'dir.

Özel hastanede çalışan hemşirelerin %49'u çoğunun 25 ve altı yaş grubunda olması yeni mezun hemşirelerin özel hastanede iş hayatına başlamalarıyla açıklanabilir.

Araştırmaya katılan eğitim ve araştırma hastanesindeki hemşirelerin 55,6'sı evli, %34,2'si önlisans ve %36,7'si lisans mezunu; özel hastanede çalışan hemşirelerin %57'si bekar ve %58'i lisans mezunudur (Tablo 1).

Filiz'in (2009) çalışmasında hemşirelerin çoğunluğunun evli ve önlisans mezunu, Çakır ve Tütüncü'nün (2009) çalışmasında %47,1'inin önlisans mezunu, Altındış'in (2010) çalışmasında ise %43'ünün lisans mezunu olduğu belirtilmiştir. Çalışmamızda eğitim ve araştırma hastanesi ve özel hastanede çalışan hemşirelerin büyük çoğunluğunun lisans mezunu olması yıllar ilerledikçe hemşirelik mesleği eğitiminin gelişimini gösteren bir bulgu olması açısından önemlidir.

Eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerin %55,6'sının, özel hastanede çalışan hemşirelerin %66,5'inin kurumdaki görev süresi 1-5 yıl arasındadır (Tablo 2).

Tütüncü ve Küçükusta'nın (2006a) çalışmasında eğitim ve araştırma hastanesindeki hemşirelerin %26,3'ünün kurumdaki görev süresinin 1-5 yıl arasında olduğu, Bal ve ark.'nın (2010) çalışmasında %46,2'sinin 5 yıl ve daha az süre ile kurumda görev yaptığı belirtilmiştir. Filiz'in (2009) çalışmasında hemşirelerin %33,6'sının 1-4 yıl arası, %15,7'sinin 5-9 yıl arası görev yaptığı belirtilmiştir.

Çalışma sonuçlarımız Filiz (2009), Tütüncü ve Küçükusta (2006a) ve Bal ve ark.'nın (2010) çalışması ile paralellik göstermemektedir. Çalışmamızda Filiz (2009), Tütüncü ve Küçükusta (2006a) ve Bal ve ark.'nın (2010) çalışmasına göre 1-5 yıl arasında kurumda çalışan hemşirelerin oranı yüksek bulunmuştur. Bu sonuç çalışmamızdaki hemşirelerin kurumdaki görev sürelerinin az olduğunu göstermektedir.

Eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerin %33,8'inin, özel hastanede çalışan hemşirelerin %50'sinin mesleki deneyim süresi 1-5 yıl arasındadır (Tablo 2).

Tütüncü ve Küçükusta'nın (2006a) çalışmasında eğitim ve araştırma hastanesindeki hemşirelerin %29,8'i mesleki deneyim süresini 1-5 yıl arasında, Bal ve

ark.'nın (2010) çalışmasında çalışanların %28,4'ü 11-15 yıl arasında, Al-Ishaq'ın (2008) çalışmasında hemşirelerin %22'si 1-5 yıl arasında, Tütüncü ve Küçükusta'nın (2006b) çalışmasında %22,7'si 1-5 yıl arasında, Filiz'in (2009) çalışmasında hemşirelerin %24,4'ü 5 yıldan az, Çakır ve Tütüncü'nün (2009) çalışmasında, %30'u çoğunluğu 1-5 yıl arasında, Altındış'in (2010) çalışmasında, çalışanların %42'si 1-5 yıl arasında olarak belirtmişlerdir.

Çalışma sonuçlarımız Tütüncü ve Küçükusta (2006a) ile Çakır ve Tütüncü'nün (2009) çalışmasıyla paralellik gösterirken, Bal ve ark. (2010), Al-Ishaq (2008), Filiz (2009), Tütüncü ve Küçükusta (2006b) ve Altındış'in (2010) çalışmasıyla paralellik göstermemektedir.

Eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerin %32,7'sinin dahili, %22,2'sinin cerrahi, %18,2'sinin yoğun bakım, %19,3'ünün acil, %7,6'sının ameliyathane; özel hastanede çalışan hemşirelerin %23,5'inin dahili, %40,5'inin cerrahi, %21'inin yoğun bakım, %9,5'inin acil, %5,5'inin ameliyathane birimlerinde çalıştığı görülmüştür (Tablo 2).

Tütüncü ve Küçükusta'nın (2006a) çalışmasında eğitim ve araştırma hastanesindeki hemşirelerin %17,9'u cerrahi birimlerde, %18,1'i yoğun bakımda ve %63,7'si diğer birimlerde; Filiz'in (2009) çalışmasında, hemşirelerin %48,9'u dahili birim, %28,1'i cerrahi birimlerde çalışmaktadır. Çalışma sonuçlarımız Tütüncü ve Küçükusta'nın (2006a) çalışması ile paralellik göstermektedir. Eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerin çoğunluğunu dahili birimlerde çalışan hemşireler oluşturmasına karşın Filiz'in (2009) çalışmasına göre dahili birimlerde çalışma oranı düşük bulunmuştur.

Eğitim ve araştırma hastanesindeki hemşirelerin %66,2'si, özel hastanedeki hemşirelerin %68,5'i çalışılan birimdeki görev süresinin 1-5 yıl arasında olduğunu belirtmiştir (Tablo 2).

Tütüncü ve Küçükusta'nın (2006a) çalışmasında eğitim ve araştırma hastanesindeki hemşirelerin %39,1'i 1-5 yıl arasında, Bal ve ark.'nın (2010) çalışmasında %66'sı 5 yıl ve daha az, Al-Ishaq'ın (2008) çalışmasında %45'inin 1-5 yıl arası, Tütüncü ve Küçükusta'nın (2006b) çalışmasında %35,7'sinin 1-5 yıl arası olduğu

ve %18,2'sinin soruyu yanıtı bırakmış, Filiz'in (2009) çalışmasında %40'ının 1-4 yıl arası, %15,6'sının ise 5-9 yıl arası olduğu belirtilmiştir.

Araştırma çalışılan birimdeki görev süresine göre değerlendirildiğinde, Bal ve ark.'nın (2010) çalışmasıyla paralellik göstermektedir.

Eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerin %64,3'ünün nöbet usulü, özel hastanede çalışan hemşirelerin %53'ünün vardiya şeklinde çalıştığı görülmüştür (Tablo 2).

Yavuz'un (2009) çalışmasında, hemşirelerin %46,4'ünün gündüz, %34,6'sının nöbet usulü şeklinde çalıştığı görülmektedir. Yavuz'un (2009) çalışmasında gündüz çalışan hemşire sayısının fazla olması, yönetici pozisyonundaki hemşirelerin hemşirelik hizmetleri müdürleri, başhemşire, sorumlu hemşire olduğundan sadece gündüz çalışmaları, poliklinikler ve bazı birimlerin sadece gündüz hizmet vermesi, ayrıca gece nöbetlerinde görev yapan hemşire sayısının, gündüz çalışan hemşire sayısından daha az olmasıyla açıklanmaktadır.

Altun'un (2008) çalışmasında eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerin %68,23'ünün nöbet usulü, özel hastanede yaptığı çalışmada ise, %52,61'inin vardiyalı çalıştığı belirtilmiştir. Araştırma sonuçları Altun'un (2008) sonuçlarıyla paralellik göstermektedir.

Eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerin %61,8'i, özel hastanede çalışanların %53'ü haftada 40-49 saat arası çalışmaktadır (Tablo 2).

Bal ve ark.'nın (2010) çalışmasında çalışanların %55'i haftalık çalışma saatinin 50 saatten fazla, Tütüncü ve Küçükusta'nın (2006b) çalışmasında %70,1'i 40-59 saat arası, Soydan ve Arslanoğlu'nun (2010) çalışmasında hemşirelerin %44,8'i 40-49 saat arası, Filiz'in (2009) çalışmasında hemşirelerin %72,6'sı 40-49 saat arası olduğunu belirtmişlerdir. Akın ve ark.'nın (2010) çalışmasında, hemşirelerin çoğunluğu haftada 40-49 saat arasında çalışmaktadırlar. Özmen ve Başol'un (2010) özel hastanede yaptığı çalışmada çalışanların %33,7'si haftada 49 saatten az, %66,3'ü ise 50 saatten fazla çalıştığını belirtmişlerdir.

Çalışma sonuçlarımız Akın ve ark.'nın (2010) çalışmasıyla paralellik gösterirken, diğer çalışmalarla paralellik göstermemektedir. Özmen ve Başol'un (2010) özel hastanede yaptığı çalışmada haftalık çalışma saatinin fazla olması personel yetersizliğini ve tüm çalışanları kapsayan bir çalışma olmasını düşündürmektedir.

Eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerin %60'ı kadrolu, %40'ı sözleşmeli; özel hastanede çalışan hemşirelerin %45'i kadrolu, %55'i sözleşmeli çalışmaktadır (Tablo 2).

Çiftlik ve ark.'nın (2010a) çalışmasında hemşirelerin %66,3'ünün kadrolu, %33,7'sinin sözleşmeli; Akın ve ark.'nın (2010) çalışmasında hemşirelerin %54'ünün kadrolu, %46'sının sözleşmeli; Soydan ve Arslanoğlu'nun (2010) çalışmasında hemşirelerin %100'ünün kadrolu; Bakır Doğru ve ark.'nın (2010) çalışmasında hemşirelerin %42'sinin kadrolu, %58'inin sözleşmeli olduğu belirtilmiştir.

Eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerin %64,7'si, özel hastanede çalışan hemşirelerin %90'ı işinden memnundur (Tablo 2).

Altun'un (2008) eğitim ve araştırma hastanesinde yaptığı çalışmada hemşirelerin %57,40'ı, özel hastanede yaptığı çalışmada %77,25'i işinden memnun olduğunu belirtmiştir. Altun'un (2008) çalışmasına göre çalışmamızda işinden memnun olan hemşire oranının yüksek olduğu görülmektedir.

Eğitim ve araştırma hastanesi ve özel hastane'de çalışan hemşirelerin %53,9'unun "Acilen yapılması gereken çok iş olduğunda ekip olarak birlikte çalışırız." maddesine katıldığı, %2,1'inin ise "Bu hastanede nöbet değişimleri hastalar açısından problemlidir" maddesine kesinlikle katılmadığı görülmüştür (Tablo 3).

Sonuçlarımız Bal ve ark.'nın (2010) çalışmasıyla paralellik göstermektedir.

Çalışmamızda "Acilen yapılması gereken çok iş olduğunda ekip olarak birlikte çalışırız." maddesine eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerin %55,6'sının katıldığı görülmüştür (Tablo 4).

Bal ve ark.'nın (2010) çalışmasında çalışanların %58,6'sının "Acilen yapılması gereken çok iş olduğunda ekip olarak birlikte çalışırız." maddesine katıldığı belirtilmiştir.

Soydan ve Arslanoğlu'nun (2010) çalışmasında "Acilen yapılması gereken çok iş olduğunda ekip olarak birlikte çalışırız." maddesine hemşirelerin %52,7'sinin katıldığı belirtilmiştir.

Çakır ve Tütüncü'nün (Çakır ve Tütüncü, 2009) çalışmasında, çalışanlar "iş yükü ağırlaştığında işleri tamamlayabilmek için bir takım gibi çalışırız" ifadesine %53,1 oranında katılmışlardır.

Çalışma sonuçlarımız Soydan ve Arslanoğlu (2010), Bal ve ark. (2010), Çakır ve Tütüncü'nün (2009) çalışmasıyla paraleldir.

Çalışmamızda "Hasta güvenliğini geliştirmek için değişiklikler yaptıktan sonra bunların etkinliğini değerlendiririz" maddesine özel hastanede çalışan hemşirelerin %61'inin katıldığı görülmüştür (Tablo 5).

Özmen ve Başol'un (2010) çalışma sonuçları bulgularımızı desteklemektedir.

Eğitim ve araştırma hastanesi ve özel hastanede çalışan hemşireler çalıştığı birimi hasta güvenliği konusunda değerlendirdiğinde, %38,5'i çok iyi, %35,8'i kabul edilebilir yanıtını vermişlerdir (Tablo 6).

AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality- Sağlık Hizmetlerinde Araştırma ve Kalite Ajansı) (<http://www.ahrq.gov.tr> Erişim Tarihi: 10.05.2010) tarafından ABD'de 862 hastanede, 114,973 hemşire ile yapılan ankette hemşireler çalıştığı birimi hasta güvenliği konusunda değerlendirdiğinde %22'sinin mükemmel, %47'sinin çok iyi, %24'ünün kabul edilebilir yanıtını verdiği belirtilmiştir.

AHRQ (<http://www.ahrq.gov.tr> Erişim Tarihi: 10.05.2010) tarafından ABD'de 400 ve üzeri yatak kapasitesine sahip 47 hastanede, 38,312 kişi ile yapılan ankette çalışanlar çalıştığı birimi hasta güvenliği konusunda değerlendirdiğinde %25'inin mükemmel, %45'inin çok iyi, %24'ünün kabul edilebilir yanıtını verdiği belirtilmiştir.

Çalışmamız ABD'de yapılan araştırma sonuçları ile karşılaştırıldığında hemşireler çalıştığı birimi hasta güvenliği konusunda daha yetersiz bulmaktadır. Bunun nedeni ülkemizin ABD'ye göre gelişmişlik düzeyinin düşük olması ve hasta güvenliği konusunun ülkemizde yeni bir konu olması ile açıklanabilir. Yalçın ve Acar'ın (2010) çalışmasında hasta güvenliğinin Avrupa Birliği Ülkeleri tarafından oldukça ciddiye alınan bir konu olduğu fakat ülkemizde devlet otoritelerinin hasta güvenliğinden çok hasta şikayetlerine ve haklarına eğildiğini belirtmesi çalışmamızı desteklemektedir.

Eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşireler çalıştığı birimi hasta güvenliği konusunda değerlendirdiğinde %48,7'si kabul edilebilir yanıtını vermiştir (Tablo 6).

Bal ve ark.'nın (2010) alışmasında %44,4'ünün çok iyi, %25,9'unun kabul edilebilir, Soydan ve Arslanoğlu'nun çalışmasında (2010) ise %50,9'unun kabul edilebilir yanıtını verdiği belirtilmiştir.

ırpı ve ark.'nın (2009) alışmasında hemşirelerin hasta güvenliği uygulamalarını değerlendirmek için verdikleri puanların dağılımına bakıldığında %72,3 oranıyla ilk sırada etkinliği iyi olarak nitelendirmişler ve %40 oranıyla ikinci sırada etkinliğin orta derecede olduğunu ve yeni uygulamaların yapılması gerektiğini ifade etmişlerdir. Filiz'in (2009) alışmasında sağlık personellerinin %81'i çalışma birimlerindeki hasta güvenliği derecesine olumlu cevap verirken, %13,6'sı bu konuda çalışma birimlerini zayıf ve başarısız bulmuşlardır. akır ve Tütüncü'nn (2009) alışmasında, çalışanların %46,3' çalıştıkları hastanede hasta güvenliğinin iyi olduğunu belirtmişlerdir. Koraşlı ve ark.'nın çalışmasında (2010) hemşirelerin %45,9'unun iyi, %42,9'unun kabul edilebilir yanıtını verdiği belirtilmiştir.

Çalışma sonuçlarımız Filiz'in (2009) alışmasıyla (2010) paralellik gösterirken, ırpı ve ark. (2009), akır ve Tütüncü (2009), Koraşlı ve ark. (2010) alışmalarıyla paralellik göstermemektedir.

Özel hastanede çalışan hemşireler çalıştığı birimi hasta güvenliği konusunda değerlendirdiğinde, %28'i mükemmel, %51'i çok iyi yanıtını vermiştir (Tablo 6).

AHRQ (<http://www.ahrq.gov.tr> Erişim Tarihi: 10.05.2010) tarafından ABD'de 713 özel hastanede 301,949 kişi ile yapılan çalışmada çalışanlar çalıştığı birimi hasta güvenliği konusunda değerlendirdiğinde, %28'inin mükemmel, %46'sının çok iyi, %21'inin kabul edilebilir yanıtını verdiği belirtilmiştir. Çalışmamızın ABD'deki hastanelerle paralellik göstermesi çalışanların kurumları hakkında olumsuz görüş bildirmekten ekinmeleriyle açıklanabilir.

Özmen ve Başol'un (2010) özel hastanede yaptığı çalışmada, çalışanlar çalıştığı birimi hasta güvenliği konusunda değerlendirdiğinde, %15,8'inin mükemmel, %50'sinin çok iyi, %28,2'sinin kabul edilebilir yanıtını verdiği belirtilmiştir. Çalışmamıza katılan hemşireler Özmen ve Başol'un (2010) çalışmasına göre hasta güvenliği konusunda birimlerini daha iyi olarak değerlendirmişlerdir.

Çalışmamızda eğitim ve araştırma hastanesi ve özel hastanede çalışan hemşirelerin son 12 ayda idarecilerine yazıp verdiği olay raporu sayısı incelendiğinde; %72,6'sının hiç, %22,5'inin 1-2 olay raporu yanıtını verdiği görülmektedir (Tablo 7).

AHRQ (<http://www.ahrq.gov.tr> Erişim Tarihi: 10.05.2010) tarafından ABD'de 862 hastanede 114,973 hemşire ile yapılan ankette hemşirelerin %30'unun hiç, %39'unun 1-2 olay raporu, %21'inin 3-5 olay raporu doldurduğu belirtilmiştir.

Çalışmamız ABD'de yapılan araştırma sonuçlarıyla karşılaştırıldığında, her iki çalışmada da hiç olay raporu doldurmama oranlarının yüksek olduğu görülmekle birlikte ülkemizde raporlama sayısının daha az olduğu ve raporlama kültürünün olmadığı anlaşılmaktadır. Hatalı olayların raporlanması hasta güvenliğinin sağlanması için geliştirilmesi gereken önemli bir konudur. Hataların raporlanmama sebebi genellikle kurumlarda hata yapanı suçlayıcı ve cezalandırıcı bir yaklaşım sergilenmesinden kaynaklanmaktadır. Çakır ve Tütüncü'nün (2009) çalışmasında çalışanların olay bildirim raporlarını doldurmamalarının gerekçesi olarak %71,4'ünün "personel yaptığı hataların siciline işleyeceğinden endişe duyar" maddesi olduğu belirtilmiştir. Yöneticilerin hataların geribildirim konusunda yapıcı, destekleyici ve açıklayıcı olmaları personelin olayları raporlamasına zemin hazırlayacaktır (Özmen ve Başol, 2010). Ayrıca hastanelerde hata bildirim sistemlerinin bulunmaması ve hemşirelerin yoğun iş yükü de hata bildirimini engelleyen önemli bir sorundur (Filiz, 2009).

Hellings et al.'ın (2007) Belçika'daki hastanelerde çoğunluğunu hemşirelerin oluşturduğu sağlık çalışanları ile yaptığı çalışmada çalışanların %68'i hata yaptıklarında cezalandırılma endişesi taşıdıklarını bildirmişlerdir. Sonuçlar çalışmamızı desteklemektedir.

Özata ve Aslan'ın (2010) çalışmasına göre "Son 12 ay içerisinde tıbbi hata veya yanlış uygulamalarla ilgili olarak kaç rapor doldurdunuz ve teslim ettiniz mi?" sorusuna

büyük çoğunluğun “hayır” %10,5’inin ise 1-2 kez cevabını verdiği belirtilmiştir. Çalışma sonuçlarımız Özata ve Aslan (2010)’ın çalışması ile paralellik göstermektedir.

AHRQ (<http://www.ahrq.gov.tr> Erişim Tarihi: 10.05.2010) tarafından ABD’de 400 ve üzeri yatak kapasitesine sahip 47 hastanede yapılan ankette %54’ünün hiç, %26’sının 1-2 olay raporu, %12’sinin 3-5 olay raporu doldurduğu belirtilmiştir. Çalışmamızda ABD’deki 400 ve üzeri yatak kapasitesine sahip hastanelere göre olay bildirim raporlarının az sayıda doldurulması, cezalandırılma korkusunu ve kaydetme kültürünün olmamasını düşündürmektedir. Ülkemizde sağlık kuruluşlarında hasta güvenliği kültürünün olmaması ve hata yapılması durumunda ceza sisteminin uygulanması nedeniyle, çalışanların yaptıkları hataları bildirme konusunda (ceza alma, dışlanma, kariyerinin olumsuz etkilenmesi vb. nedenlerle) istekli davranmadıkları görülmektedir (Özata ve Altuncan, 2010b).

Al-Ishaq’ın (2008) çalışmasında hemşirelerin yapılan hataları cezalandırılma endişesi ile yayınlayıp bildirmedikleri belirtilmiştir. Bunun sebepleri arasında cezalandırılma korkusu, suçluluk duygusu, utanç hissetme yer almakta ve sonuçta literatürde rapor edilen hataların oranı düşmektedir. Hemşireler sonucu ne olursa olsun cezalandırılma ve işlerini kaybetme korkusu ile hataları raporlamaktan kaçınmaktadırlar. Bu çalışmadan ve literatürden yola çıkarak liderlerin geliştirecekleri stratejiler ile hemşirelerinin hataları raporlama ve hataların oluşum nedenlerini öğrenerek tekrarlamalarını engellemek ve hasta güvenliği kültürünü ve çalışan güvenlik kültürünü geliştirmek ellerindedir (Al-Ishaq, 2008).

Çırpı ve ark.’nın (2009) çalışmasında hemşireler hatalı uygulama bildirimlerini ilk sırada %60 oranı ile olay bildirim formu doldurarak, ikinci sırada ise %40 oranı ile servis sorumlu hemşirelerine bildirerek yaptıklarını ifade etmişlerdir. Hataların bildirimlerinin yapılması önlemeye yönelik uygulamaların başında gelmektedir. Özellikle bildirimler sırasında nedenlerinde ifade edilmesi bunların ortadan kaldırılarak hataların tekrarlanmasını önlemek açısından önemlidir (Çırpı ve ark., 2009).

Akın ve ark.’nın (2010) çalışmasında tüm sağlık çalışanlarından (150 kişi) 104’ü hiç olay raporu yazmadığını, 37’si 1-2 olay raporu yazdığını belirtmişlerdir. Çalışma sonuçlarımız Akın ve ark.’nın (2010) çalışmasıyla paralellik göstermektedir.

Literatüre göre, Meurier ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada hemşirelerin %18'i yaptıkları hataları sonuçlarından korktukları için sakladığını belirtmişlerdir (Özata ve Altuncan, 2010).

Hasta güvenliğinin sağlanmasında ilk hedef riskleri azaltmak olmalıdır. Bunu da mevcut uygunsuzluk ve hataların raporlanması, nedenlerin araştırılması, tekrarların önlenmesi için tedbir alınması ile yapmak mümkündür (Çiftlik ve ark., 2010a). Çalışmamızda eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerin %72'sinin son 12 ayda hiç olay raporu doldurmadığı, %22,9'unun 1-2 olay raporu doldurduğu görülmüştür (Tablo 7).

Tütüncü ve Küçükusta'nın (2006b) çalışmasında %50,6'sının 0 olay raporu, %29,2'sinin 1 ya da 2 olay raporu, %15,6'sının 3 ya da 5 olay raporu doldurduğu belirtilmiştir. Bu çalışmada raporlama oranının çalışmamıza göre yüksek bulunması tüm personelleri kapsayan bir çalışma olmasıyla açıklanabilir.

Filiz'in (2009) çalışmasında, sağlık personellerinin %83,9'u son 12 ayda hiç olay raporu doldurmadığını, %10,9'u 1-2 olay raporu doldurduğunu; Çakır ve Tütüncü'nün (2009) çalışmasında %81,5'i hiç olay bildirim formu doldurmadığını, %13,4'ü 1-2 olay raporu doldurduğunu; Altındiş'in (2010) 118 kişi ile yaptığı çalışmada, 86 kişi hiç olay bildirim formu doldurmadığını, 20 kişi 1-2 olay raporu doldurduğunu; Koraşlı ve ark.'nın (2010) çalışmasında hemşirelerin %73,5'i hiç olay raporu doldurmadığını, %19,4'ü 1-2 olay raporu doldurduğunu; Bal ve ark.'nın (2010) çalışmasında %84,9'u hiç olay raporu doldurmadığını, %11,5'i 1-2 olay raporu doldurduğunu; Soydan ve Arslanoğlu'nun (2010) çalışmasında %74,5'i hiç olay raporu doldurmadığını, %21,8'i 1-2 olay raporu doldurduğunu belirtmiştir.

Çalışma sonuçlarımız Filiz (2009), Bal ve ark. (2010), Çakır ve Tütüncü'nün (2009) çalışmasıyla paralellik göstermezken, Altındiş (2010), Soydan ve Arslanoğlu (2010), Koraşlı ve ark. (2010) sonuçlarıyla paralellik göstermektedir. Sonuçlarımız, Filiz (2009), Bal ve ark. (2010), Çakır ve Tütüncü'nün (2009) çalışmasına göre çalışma yaptığımız hastanede raporlama kültürünün daha iyi olduğunu göstermektedir.

Literatüre göre Kore'de eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan 886 hemşireyle yapılan çalışmada hemşirelerin sadece %5'inin hataları raporlamaktan korkmadığı belirtilmiştir (Jeongeun et al, 2007).

Çiftlik ve ark.'nın (2010a) yaptığı çalışmada son 12 ayda raporlanan olay sayısı değerlendirildiğinde, devlet hastanelerinde %75 oranında hiç raporlama yapılmamışken, eğitim ve araştırma hastanelerinde bu oran %55 bulunmuştur. Çalışma sonuçlarımız Çiftlik ve ark.'nın (2010a) sonuçlarıyla paralellik göstermemektedir. Bu çalışmanın sonuçları değerlendirildiğinde eğitim ve araştırma hastaneleri çalışanlarında olay raporlama bilincinin daha fazla olduğu saptanmıştır. Cebeci ve ark.'nın çalışmasında (2010b) öğrenci hemşireler, hemşirelerin hataları %38 oranında rapor etmediğini ve rapor edilme oranının sadece %3,8 oranında olduğunu belirtmişlerdir. Cebeci ve ark.'nın çalışmasında (2010b) da hataların rapor edilme oranının düşük bulunması çalışmamızı desteklemektedir.

Özel hastanede çalışan hemşirelerin %73,5'i son 12 ayda hiç olay raporu doldurmadığını, %22'si 1-2 olay raporu doldurduğunu belirtmiştir (Tablo 7). Olay raporlama sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi, hatalı süreç ve uygulamaların belirlenmesi ve güvenli bakım verilmesinde temel anahtar olarak dikkate alınması gereken önemli bir konudur (Altındış, 2010).

AHRQ (<http://www.ahrq.gov.tr> Erişim Tarihi: 10.05.2010) tarafından ABD'de 713 özel hastanede 301,949 kişi ile yapılan çalışmada çalışanların %53'ünün hiç olay raporu doldurmadığı, %28'inin 1-2 olay raporu doldurduğunu belirtilmiştir. Sonuçlarımızın ABD'deki hastanelere göre farklı bulunması ülkemizde raporlama kültürünün ve eğitimlerin yetersiz olması, hataların bir suç unsuru olarak değerlendirilmesinden çekinilmesi, yapılan raporlamaların kendilerinin ve çalışma arkadaşlarının performansına yansıtıldığının düşünülmesi ve böylece iş hayatının zarar göreceği görüşünde olmalarıyla açıklanabilir.

Altındış'in (2010) özel hastanede 63 kişi ile yaptığı çalışmada, 48 kişinin hiç olay bildirim formu doldurmadığı, 7 kişinin 1-2 olay raporu doldurduğunu belirtilmiştir. Özmen ve Başol'un (2010) özel hastanede yaptığı çalışmada %69,3'ü 0 olay raporu, %15,6'sı 1 ya da 2 olay raporu doldurduğunu belirtmiştir. Castle et al.'ın (2010) çalışma sonuçlarına göre, yapılan hataları raporlamaların yetersiz olduğu belirtilmiştir.

Çalışma sonuçlarımız Altındış (2010), Özmen ve Başol (2010) ve Castle et al.'ın (2010) sonuçlarıyla paralellik göstermektedir.

Eğer hastanelerde bir olay raporlama sistemi var ve iyi bir şekilde işliyorsa, bu hastanede olay raporlama konusunda etkin bir liderliğin, raporlama için uygun bir iş ortamının ya da güvenlik kültürünün olduğu söylenebilir. Ayrıca raporlamanın öneminin kavrandığı, bunun için gerekli eğitimlerin verildiği bir organizasyon olduğu düşünülebilir. Çünkü olay raporlama tüm personelin katılımının sağlanması için etkin bir liderliği, personelin bu konuda eğitilmesini, iyi bir güvenlik kültürünün kurum içinde olmasını gerektirir (Altındış, 2010).

Çalışmamızda hasta güvenliği kültürü hastane anketi olumlu cevap yüzde ortalaması (%49,8) bulunmuştur (Tablo 8).

AHRQ (<http://www.ahrq.gov.tr> Erişim Tarihi: 10.05.2010) tarafından ABD'de 862 hastanede 114,973 hemşire ile yapılan çalışmada hasta güvenliği kültürü hastane anketi olumlu cevap yüzde ortalamasının (%62) olduğu belirtilmiştir. Çalışma sonuçlarımızın düşük olması ülkemizdeki hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algılamalarının daha düşük olduğunu göstermektedir. Bunun nedeni ülkemizde hasta güvenliği çalışmalarının yeni başlaması ve bu konuda eğitimlerin yetersiz olmasıyla açıklanabilir. Çiftlik ve ark.'nın (2010b) çalışmasına göre kurumlarda hasta güvenliği kültürünü oluşturabilmek için konu ile ilgili stratejik hedefler belirlenmeli, çalışanların bilincinin artırılması ve kültürün yaygınlaştırılması için sürekli eğitimlerle desteklenmelidir.

Çalışma sonuçlarımız AHRQ (<http://www.ahrq.gov.tr> Erişim Tarihi: 10.05.2010) tarafından ABD'de 400 ve üzeri yatak kapasitesine sahip hastanelerin sonuçlarıyla (%59) karşılaştırıldığında düşük, Filiz'in (2009) çalışmasıyla (%44) karşılaştırıldığında ise yüksek bulunmuştur. Sonuçlarımızın Filiz'in (2009) çalışmasına göre yüksek olması özel hastanede çalışan hemşirelerin ortalamayı yükseltmesiyle açıklanabilir.

Çalışmamızda eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerin hasta güvenliği kültürü hastane anketi olumlu cevap yüzde ortalaması (%40,9) olup, özel hastanedeki hemşirelere (%62,5) göre istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı farklılık olduğu görülmüştür ($p<0,001$). Eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerin olumlu cevap yüzde ortalamaları, özel hastanede çalışan hemşirelere göre daha düşüktür (Tablo 9). Özel hastanede çalışan hemşirelerin hasta güvenliği

algılamasının daha iyi olması, hasta güvenliği çalışmalarının daha çok önemsenmesi ve uygulanmasıyla açıklanabilir.

Çalışmamızda “Üniteler içinde ekip çalışmasının” eğitim ve araştırma hastanesi (%61,8) ve özel hastanede (%84,2) en yüksek olumlu cevap ortalamasına sahip olduğu bulunmuştur. “Hataların raporlanma sıklığı” (%24) ve “Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt” (%24,1) alt alanları eğitim ve araştırma hastanesinde, “Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt” (%35) alt alanı özel hastanede, “Personel sağlama” (%36,1) alt alanı ise her iki hastanede de en düşük olumlu cevap ortalamasına sahip bulunmuştur (Tablo 10-11).

AHRQ (<http://www.ahrq.gov.tr> Erişim Tarihi: 11.05.2010) tarafından ABD’de 285 eğitim ve araştırma hastanesinde yapılan çalışmada en yüksek olumlu cevap ortalamasının “Üniteler içinde ekip çalışması” (%79), en düşük olumlu cevap ortalamasının ise “Hastane müdahaleleri ve değişim” (%41) alt alanına; 713 özel hastanede yapılan çalışmada ise en yüksek olumlu cevap ortalamasının “Üniteler içinde ekip çalışması” (%80), en düşük olumlu cevap ortalamasının ise “Hastane müdahaleleri ve değişim” (%44) ve “Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt” (%44) alt alanlarına ait olduğu belirtilmiştir. ABD’de eğitim ve araştırma hastanesi ve özel hastanede yapılan çalışma sonuçları çalışmamızla paralellik göstermektedir.

Çalışmamızda hemşirelerin, çalıştıkları birimde uyum içerisinde ve yardımlaşarak ekip çalışması yürüttükleri halde, birimler arasındaki ekip çalışmasında daha olumsuz sonuçlar vermeleri her birimin birbirinden bağımsız bir kültüre sahip olduğunu göstermesi açısından önemlidir. Kim ve ark.’nın (2007) çalışmasında da hemşirelerin birim içindeki ekip çalışmalarının birimler arasında göre daha iyi olduğu belirtilmiştir. Hasta güvenliği kültürünün oluşmasında birimler içi olduğu kadar birimler arası ekip çalışması da oldukça önemlidir (Singer et al., 2003).

Literatüre göre Yunanistan’da Kickkas ve arkadaşlarının yoğun bakım servisinde yaptıkları bir çalışmada (2008), hemşire sayısının etkili bir şekilde artırılması ve hastaların sayısının azaltılması ile hasta güvenliğinin artacağı belirtilmiştir (Saraç, 2009). Sonuçlar çalışmamızla paralellik göstermektedir.

AHRQ (<http://www.ahrq.gov.tr> Erişim Tarihi: 11.05.2010) tarafından ABD’de 862 hastanede 114,973 hemşire ile yapılan çalışmada “Üniteler içinde ekip çalışması” (%80) alt alanı en yüksek olumlu cevap ortalamasına, “Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt” (%44) alt alanı en düşük olumlu cevap ortalamasına sahip bulunmuştur. Sonuçlar çalışmamızı desteklemektedir.

Pronovost et al.’ın (2003) çalışmasında yönetici hemşirelerin %90’ının, hemşirelerin ise %71’inin üniteler içinde ekip çalışması konusunda olumlu görüş bildirmesi bulgularımızı desteklemektedir. Çiftlik ve ark.’nın (2010b) eğitim ve araştırma hastanesinde yaptığı çalışmada “Üniteler içinde ekip çalışması” alt alanı (%63,3) oranıyla en yüksek olumlu cevap ortalamasına sahip bulunarak çalışmamızı desteklerken, çalışmamıza göre olumlu cevap ortalamasının daha düşük bulunması tüm personelleri kapsayan çalışma olmasıyla açıklanabilir. Ulusoy ve Moroğlu Tokgöz’ün (2009) çalışmasında hemşirelerin ekip çalışması ile ilgili bilgilerinin hekim ve diğer sağlık profesyonellerine göre daha fazla olduğunun belirtilmesi bulgularımızı desteklemektedir.

Eğitim ve araştırma hastanesinde hataların raporlanma sıklığı (%24) oranının düşüklüğü Kim et al.’ın (2007) çalışmasıyla paralellik göstermektedir. Bu çalışmada da hemşirelerin “neredeyse hata olacaktı” denilen durumları dikkate almadığı ve hastanın zarar görmesine neden olacak hataları (%23) oranında raporladığı belirtilmiştir.

AHRQ (<http://www.ahrq.gov.tr> Erişim Tarihi: 11.05.2010) tarafından ABD’de 400 ve üzeri yatak kapasitesine sahip hastanelerde 12 alt alan içerisinde en yüksek olumlu cevap ortalamasının “Üniteler içinde ekip çalışması” (%78), en düşük olumlu cevap ortalamasının ise “Hastane müdahaleleri ve değişim” (%38) alt alanına ait olduğu belirtilmiştir. “Üniteler içinde ekip çalışması” alt alanının en yüksek olumlu cevap ortalamasına sahip olması çalışmamızla paralellik gösterirken, çalışmamızda “Hastane müdahaleleri ve değişim” alt alan olumlu cevap ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuç çalışmamızda, hastalar bir üniteden diğerine nakledilirken ihmallerin olmadığını, nöbet teslimlerinde önemli bilgilerin aktarıldığını, birimler arası bilgi aktarımının iyi olduğunu, nöbet değişimlerinin hastalar açısından problemlili olmadığını göstermek açısından önemlidir. Bu farklılık kültürel özelliklerin farklı olmasından

kaynaklanabileceği gibi, hemşirelerin olumsuz görüş bildirmekten çekinmelerini de düşündürmektedir.

Filiz'in (2009) çalışmasında 12 alt alan içerisinde en yüksek olumlu cevap ortalamasının "Üniteler içinde ekip çalışması" (%71), en düşük olumlu cevap ortalamasının ise "Hataların raporlanma sıklığı" (%15) alt alanına ait olduğu belirtilmiştir. Al-Ishaq'ın (2008) çalışmasında ise, sağlık çalışanlarının en çok olumlu cevap verdikleri madde 'Birimler içinde ekip çalışmasıdır (%78).

Gökdoğan ve ark.'nın (2009) çalışmasında hemşirelerin %81,7'si hataları rapor etme konusunda kurum tarafından desteklendiğini, %83,7'si hasta güvenliğine ilişkin rapor etmede kendilerini rahat hissettiklerini, %66,3'ü rapor etme konusunda yeterince hizmet içi eğitim verildiğini belirtmiştir. Altındış'in (2010) çalışmasında, kurumlarında olay raporlama sisteminin olduğunu söyleyenlerin olmayanlara göre, hasta güvenliği yönünden genel hasta güvenliği algılama durumlarının daha olumlu olduğu belirtilmiştir.

Çalışma sonuçlarımız Al-Ishaq (2008) ve Filiz'in (2009) çalışma sonuçlarıyla paralellik gösterirken, Gökdoğan ve ark.'nın (2009) çalışmasıyla paralellik göstermemektedir. Çalışmamızda raporlama konusunda hemşirelerin kurum tarafından daha az desteklendiği ve kendilerini rahat hissetmedikleri görülmektedir.

Çalışmamızda "Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt" alt alan maddelerine katılım oranının düşük olması Filiz (2010), Çiftlik ve ark.'nın (2010b) çalışmasıyla paralellik gösterirken, Bal ve ark.'a (2010) göre düşük bulunmuştur. Sonuçlarımızın Bal ve ark.'nın (2010) çalışmasına göre düşük bulunması, Bal ve ark.'nın (2010) çalışmasının kurumda çalışan kişiler tarafından yapılması ve çalışanların sonuçları yönetimin de bilgilenmesi endişesi taşıyarak gerçekçi yanıtlar verememesiyle açıklanabilir.

Gökdoğan ve Yorgun'un (2010) çalışmasında hemşirelerin %64,4'ü kurumda hatalı ya da istenmeyen bir olay olduğunda sorunun anlaşılmaya çalışıldığını, %14,4'ü ise cezalandırma ya da suçlama davranışı gösterildiğini bildirmiş; %12,2'si ise "bilmiyorum, karşılaşmadım, ya da hiçbir şey yapılmaz" şeklinde yanıt vermiştir. Yöneticilerin hataların raporlanması konusunda cezalandırıcı değil destekleyici ve

bilgilendirici olmaları şarttır. Çalışanların yaptığı hatayı gizlemesi, aleyhine kullanılabilceği hissine kapılması, hataların daha büyük boyutta zararlara dönüşmesine yol açacaktır (Özmen ve Başol, 2010).

Koraşlı ve ark.'nın (2010) çalışmasında “Bu birimde iş yükünün üstesinden gelecek kadar personel mevcuttur” maddesine hemşirelerin %91,8'inin katılmadığını belirtmesi bulgularımızı desteklemektedir. Çalışmamızda “Personel sağlama” (%36,1) alt alanı olumlu cevap yüzdesi Filiz'in (2009) çalışmasıyla (%38), paralellik gösterirken, AHRQ (<http://www.ahrq.gov.tr> Erişim Tarihi: 11.05.2010) tarafından ABD'de 862 hastanede 114,973 hemşire ile yapılan çalışma sonuçlarına (%58) göre düşük bulunması ülkemizde personel yetersizliğinin fazla olmasıyla açıklanabilir.

Sağlık kuruluşlarında hemşire sayısının yetersiz olması nedeniyle çoğu zaman hastalara yeterince zaman ayırlamamakta ve hasta bakımı için yeterince özen gösterilememektedir. Bu durum günlük rutin faaliyetlerin tam olarak yapılamaması sonucunu getirmekte ve hemşirelerin yoğun iş baskısı yaşamalarına yol açmaktadır. Yaşanan baskı ise hasta güvenliğini olumsuz yönde etkilemektedir (Özata ve Altuncan, 2010b).

Çalışmamızda anketin tüm maddelerinde eğitim ve araştırma hastanesinde en yüksek olumlu cevap yüzde ortalamalarının “Bu birimde gerekenden fazla geçici personel çalıştırılır” maddesine (%71,6), en düşük olumlu cevap yüzde ortalamalarının ise “Çalışanlar, yöneticilerinin karar ve eylemlerini sorgulamakta kendilerini özgür hisseder” maddesine (%15,6); özel hastanede en yüksek olumlu cevap yüzde ortalamalarının “Acilen yapılması gereken çok iş olduğunda ekip olarak birlikte çalışırız” maddesine (%89), en düşük olumlu cevap yüzde ortalamalarının ise “Bu birimde çalışanlar hasta bakımı için en uygun olan süreden daha uzun süre çalışırlar” maddesine (%16) ait olduğu belirlenmiştir. Alt alanların büyük çoğunlunun özel hastanede, devlet hastanesine göre çok ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,001$) (Tablo 12).

Çalışmamızda eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerin olumlu cevap ortalamalarının daha düşük olması; hemşire sayısının yetersiz olması, hemşire başına düşen hasta sayısının fazla olması, hasta güvenliği kültürü eğitimlerinin eğitim ve araştırma hastanelerinde daha geç başlaması gibi nedenlerle açıklanabilir.

Eğitim ve araştırma hastanesinde “Bu birimde gerekenden fazla geçici personel çalıştırılır” maddesine katılım oranının yüksek olması Filiz’in (2009) alışmasıyla paralellik gösterirken, Bal ve ark. (2010) ve Koraşlı ve ark.’nın (2010) alışmasına göre yüksek bulunmuştur. Birimlerde geçici olarak çalıştırılan personellerin fazla olması, kişilerin buldukları servislere aidiyet duygusunun eksikliğine yol açarak, yetersiz kurum kültürü ve hasta güvenliği kültürünün oluşmasına sebep olacaktır.

Singer et al.’ın (2003) 15 hastanede yaptığı güvenlik kültürü araştırmasında ankete katılanlar alanında deneyimli olan personel kaybının hasta bakımını olumsuz etkilediğini belirtmişlerdir.

Eğitim ve araştırma hastanesinde “alışanlar, yöneticilerinin karar ve eylemlerini sorgulamakta kendilerini zgr hisseder” maddesine katılım oranının düşük olması Filiz (2009), Bal ve ark.’nın (2010) alışmasıyla paralellik gösterirken, Koraşlı ve ark.’nın (2010) alışmasında bu maddeye katılım oranının yüksek olduğu görülmektedir. Çalışanların yöneticilerinin karar ve eylemlerini sorgulamakta kendilerini zgr hissetmemesi hasta güvenliği kültürü sonuçlarını olumsuz etkileyecektir.

AHRQ (<http://www.ahrq.gov.tr> Erişim Tarihi: 11.05.2010) tarafından ABD’de 400 ve üzeri yatak kapasitesine sahip 47 hastanede yapılan ankette tüm maddeler incelendiğinde, en yüksek olumlu cevap ortalamasının “Bu birimde çalışan kişiler birbirlerini destekler” (%84) ve “Acilen yapılması gereken çok iş olduğunda ekip olarak birlikte çalışırız” (%84) maddelerine, en düşük olumlu cevap ortalamasının ise “alışanlar yaptıkları hataların kişisel dosyalarında muhafaza edildiğinden endişe duyarlar” (%30) maddesine ait olduğu belirtilmiştir. AHRQ (<http://www.ahrq.gov.tr> Erişim Tarihi: 11.05.2010) tarafından ABD’de 285 eğitim ve araştırma hastanesi ve 713 özel hastanede yapılan çalışmada da benzer sonuçlar bulunmuştur. Çalışmamızda “alışanlar yaptıkları hataların kişisel dosyalarında muhafaza edildiğinden endişe duyarlar” maddesine katılım oranı (%29,1) olup paralellik göstermektedir.

Çalışmamızın genel olumlu skor ortalaması %49,8’dir (Tablo 13). AHRQ (<http://www.ahrq.gov.tr> Erişim Tarihi: 11.05.2010) tarafından ABD’de 400 ve üzeri yatak kapasitesine sahip 47 hastanede yapılan anketin genel olumlu skor ortalaması %59’dur. Filiz’in çalışmasının genel olumlu skor ortalaması ise %44’tür.

Araştırma sonuçlarımız Filiz'in (2009) çalışmasına göre yüksek bulunmuştur. Bunun nedeni çalışmamızdaki özel hastanenin ortalamayı yükseltmesiyle açıklanabilir. Sonuçların ABD'ye göre düşük olmasının sebebi ülkemizde hasta güvenliği konusu ve çalışmalarının yeni olması ile açıklanabilir. Ayrıca ülkemizde yeterli insan gücünün olmaması, bireylerin eşit fedakarlıkla çalışmaması, yoğun çalışma koşulları olumlu cevapların düşük olmasının sebepleri arasında sayılabilir.

Araştırmaya katılan hastanelerin genel skoru benchmark skorla karşılaştırıldığında, anketteki maddelerin çoğunda olumlu cevap yüzdeleri benchmark skordan düşük bulunmuştur (<http://www.ahrq.gov.tr> Erişim Tarihi: 11.05.2010). En büyük fark "Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri" alt alanında yer alan "Yöneticilerimiz, kalite kaybı olsa bile bizim daha hızlı çalışmamızı ister" maddesidir. Hemşireler "Güvenliğin kapsamlı algılanması" ve "Hastane müdahaleleri ve değişim" (hasta transferi, nöbet değişimi, bilgi aktarımı) alt alanlarına benchmark skordan daha yüksek pozitif cevaplar vermişlerdir (Tablo 13). Bu durum kültürel farklılıklardan kaynaklanabileceği gibi, sağlık çalışanlarının kurumları hakkında olumsuz görüş bildirmekten çekinmeleri olarak da yorumlanabilir (Filiz, 2009). Ülkemizde hemşire sayısının yetersizliği ve hemşire başına düşen hasta sayısının fazla olması iş yükünün artmasına yol açmaktadır. Artan iş yükü nedeniyle yöneticiler kaliteyi önemsemeyerek çalışanlarından sadece rutin işlerin hızlı bir şekilde yapılmasını beklemektedirler. Bunun sonucunda ise kurumun hasta güvenliği kültürü zayıf olmaktadır.

Filiz'in (2009) çalışmasında hastaneler genel skoru benchmark skoruyla karşılaştırıldığında en büyük farkın "Hataların raporlanma sıklığı" alt alanındaki maddelere ait olduğu görülmüştür. Çalışma sonuçlarımız Filiz'in (2009) çalışmasıyla paralellik göstermemektedir. Bunun nedeni çalışmamızdaki özel hastanelerin ortalamayı değiştirmesiyle açıklanabilir.

Çalışmamızda hasta güvenliği kültürü algılaması hastaneler ortalaması benchmark skorla karşılaştırıldığında 12 alt alanın 10'unda olumlu cevap ortalamaları daha düşük bulunmuştur. En büyük fark "Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyeti", en düşük fark ise "Hastane üniteleri içinde ekip çalışması" alt alanındaki maddelerde görülmüştür (Grafik 1).

Filiz'in (2009) çalışmasında, "Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği", "Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim", "İletişimin açık tutulması", "Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt" ve "Hataların raporlanma sıklığı" alt alanları çalışmamıza göre daha düşük, diğer alt alanlar ise paralel bulunmuştur.

Ülkemizde Başbakanlık Mevzuatı Geliştirme ve Yayın Genel Müdürlüğü tarafından 29 Nisan 2009 tarihinde Resmi gazetede yayınlanmış olan, Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkındaki Tebliğ'in tüm sağlık kuruluşlarında uygulanmasının beklenmesi ve hastanelerde hasta güvenliğine yönelik eğitimlerin zorunlu hale getirilmesi çalışmamızın sonuçlarının farklı çıkma nedenini düşündürmektedir. (Joint Commission International, 2008). Çalışmamızın tebliğin Resmi Gazetede yayınlanmasından ve Filiz'in çalışmasından sonra yapılması da farklı sonuçların elde edilme nedenleri arasında sayılabilir. Ayrıca çalışmamızda özel hastanenin de olması Filiz'in sonuçlarından farklı sonuçların olması nedenini düşündürmektedir. Kurumlarda zaman ilerledikçe ve eğitimler arttıkça hasta güvenliği kültürü bilinci de artmaktadır. Çalışmamızın sonuçlarının AHRQ'dan farklı çıkması da ülkemizde diğer ülkelere göre hasta güvenliği konusunun yeni gündeme gelmesiyle açıklanabilir.

Çalışmamızda eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerden 41 yaş ve üzeri grubun "Güvenliğin kapsamlı algılanması" olumlu cevap ortalaması (%75) 31-35 yaş (%54,5), "Hastane üniteleri arasında ekip çalışması" ortalaması (%48,8) 36-40 yaş (%21,5), "Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyeti" ortalaması (%52,3) 36-40 yaş (%26,1), "Üniteler içinde ekip çalışması" ortalaması (%85,7) 25 ve altı yaş (%59,1), 26-30 yaş (%60,7), 31-35 yaş (%58,6) 36-40 yaş grubuna göre (%60,2) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Ayrıca 41 yaş ve üzeri grubun "Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği" olumlu cevap ortalaması (%68,2) 25 ve altı yaş (%33,3), 26-30 yaş (%42,2), 31-35 yaş (%38,8) 36-40 yaş grubuna göre (%37,8) ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,01$). 25 ve altı yaş grubunun "Personel sağlama" olumlu cevap ortalaması (%41,4) 26-30 yaş (%28,6) ve 36-40 yaş grubuna göre (%25) çok ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,001$) (Tablo 14).

Eğitim ve araştırma hastanesindeki çalışma sonuçlarımızı değerlendirdiğimizde, yaş ilerledikçe hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algılama düzeylerinin de arttığı görülmektedir. 25 ve altı yaş grubunda olan hemşireler birimlerinde iş yükünün üstesinden gelecek personellerinin olduğunu ve hasta bakımı için en uygun olan süreden fazla çalışılmadığını belirtmişlerdir. Soydan ve Arslanoğlu'nun (2010) alışmasında ise hemşirelerin hasta bakımının standart süreden uzun sürdüğünü belirttiği görülmüştür. Soydan ve Arslanoğlu'nun sonuçlarının farklı bulunması yaş gruplaması yapılmamasıyla açıklanabilir.

Oğuz'un (2007) alışmasına göre 21-30 yaş grubundaki hemşirelerin hataları raporlama sıklığının daha fazla olduğu belirtilmiştir.

Gökdoğan ve ark.'nın (2009) alışmasında, hemşirelerin %85,6'sı hataların rapor edilmesi gerektiğini, tıbbi hataların rapor edilmesini isteyen hemşirelerin çoğunluğunun 31-40 yaş grubunda yer aldığı ve bu dağılımın ileri düzeyde anlamlı fark oluşturduğu saptanmıştır ($p=0,016$).

Çalışma sonucumuz Oğuz (2007) ve Gökdoğan ve ark.'nın (2009) alışmasıyla paralellik göstermemektedir. Çalışmamızda "Hataların raporlanma sıklığı" alt alanı olumlu cevap yüzdesinin en fazla 41 yaş ve üzeri grupta olduğu görülmüştür. Bu sonuç hemşirelerin yaşının ilerlemesiyle mesleki bilgi, deneyim ve özgüvenlerinin artması ve hasta güvenliğini önemsemesi ile açıklanabilir. Akın ve ark.'nın (2010) alışmasında iş arkadaşları tarafından kabul edilmeme, dışlanma ya da hata yaptığını toplum içinde kabule zorlanma ve hata raporunun bir kopyasının personel dosyası içinde bulundurulması hata raporlamaların düşük bulunması nedenleri olarak gösterilerek çalışmamızı desteklemektedir.

Eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerin eğitim durumu incelendiğinde, nlisans mezunu hemşire grubunun "Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği" olumlu cevap ortalamasının (%51,7) sağlık meslek lisesi (%35,9) ve lisans mezunu hemşire grubuna (%33,9) göre ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,01$). nlisans mezunu hemşirelerin (%28,3), lisans (%21,4), yüksek lisans (13,7) ve sağlık meslek lisesi mezunu (%24,3) gruba göre hataları daha fazla raporladıkları bulunmuştur (Tablo 16).

Gökdoğan ve ark.'nın (2009) çalışmasında önlisans, Oğuz'un (2007) çalışmasında lisans mezunlarının tıbbi hataların raporlanması yönünde daha fazla olumlu düşündüğü belirlenmiştir.

Kaya ve ark.'nın (2009) eğitim ve araştırma hastanesinde doktor ve hemşirelerle yaptığı çalışmasında eğitimden önce katılımcılar tıbbi hata bildiriminde bulunmamışken, 5 aylık uygulama döneminde 21 tıbbi hata bildirmişlerdir.

Çalışma sonucumuz Gökdoğan ve ark.'nın (2009) çalışmasıyla paralellik gösterirken, Kaya ve ark.'nın (2009) ve Oğuz'un (2007) çalışmasıyla paralellik göstermemektedir.

Tekeş ve ark.'nın (2010) çalışmasında üniversite ve yüksek lisans eğitimi almış sağlık çalışanlarının hastane güvenliğini yetersiz bulduğu belirtilmiştir. Çalışmamızda ise önlisans ve yüksek lisans mezunu hemşirelerin hasta güvenliğini yetersiz bulması Tekeş ve ark.'nın (2010) çalışmasıyla kısmen paralellik göstermektedir. Eğitim seviyesi hızla artan ülkemiz eğitim seviyesinin yükselmesiyle artan beklentilere karşılık veren bir sağlık sektörü olma yönünde ilerlemelidir.

Çalışmamızda eğitim ve araştırma hastanesinde kurumdaki görev süresi 16 yıl ve üzerinde olan hemşire grubunun "Hataların raporlanma sıklığı" olumlu cevap ortalamasının (%42) kurumdaki görev süresi 6-10 yıl arasında olan hemşire grubuna (%17,2) göre, "Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyeti" olumlu cevap ortalamasının (%53,2) kurumdaki görev süresi 6-10 yıl arasında olan hemşire grubuna (%30) göre anlamlı şekilde yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Kurumdaki görev süresi 1-5 yıl ve arasında olan hemşire grubunun "Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği" olumlu cevap ortalamasının (%32,2) kurumdaki görev süresi 6-10 yıl (%52,2), 11-15 yıl (%63,1) ve 16 yıl ve üzeri (%57,1) olan hemşire gruplarına göre çok ileri düzeyde anlamlı şekilde düşük olduğu bulunmuştur ($p<0,001$) (Tablo 17).

Çalışma sonuçlarımız değerlendirildiğinde, kurumdaki görev süresi arttıkça hata raporlamaların arttığı görülmektedir. Kurumdaki görev süresi arttıkça hata raporlamaların artması çalışanların raporlama yapmaktan korkmamaları, kendilerini çalışmalarıyla kurumda tanıtmış olmaları ve özgüvenlerinin yüksek olmasıyla açıklanabilir. Ayrıca kurumda çalışma süresi artan hemşirelerin, yöneticilerinin hasta

güvenliği prosedürlerine uygun bir iş yaptıklarında kendilerini takdir ettiğini, ciddiye aldığını, problemlerini önemseydiğini düşündükleri görülmüştür. Kurumdaki görev süresi 1-5 yıl arasında olan hemşire grubunun diğer gruptaki hemşirelere göre, hastane yönetiminin hasta güvenliğini arttıran bir çalışma atmosferi sağlamadığını, hasta güvenliğini öncelikli bir konu olarak görmediğini düşündüğü belirlenmiştir.

Tütüncü ve Küçükusta'nın (2006a) çalışmasında kurumdaki görev süresi 11-15 yıl arasında olan hemşirelerin "Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme" ve "Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim" alt alanlarına en yüksek ortalamayı verdikleri belirtilmiştir. Bu çalışmada kurumdaki görev süresi arttıkça verilen ortalamalar da anlamlı düzeyde artmış, ancak 16 yıl ve üzerinde çalışanlar da azalma görülmüştür.

Çınar ve ark.'nın (2010) çalışmasında, hastanedeki çalışma yılı ile alt alanlar arasında anlamlı farklılık olmadığı belirtilmiştir.

Çalışma sonuçlarımız Tütüncü ve Küçükusta (2006a) ve Çınar ve ark.'nın (2010) çalışmasıyla paralellik göstermemektedir. Fakat 12 alt alanın altı tanesinde Tütüncü ve Küçükusta'nın (2006a) çalışmasıyla paralel olarak kurumdaki görev süresi arttıkça verilen ortalamaların da anlamlı düzeyde arttığı görülmüştür (Tablo 17).

Tütüncü ve Küçükusta'nın (2006b) çalışmasında, kurumdaki görev süresi en az olan grubun, birimler arası takım çalışmasına en yüksek ortalamayı verdiği belirtilmiştir. Çalışmamız Tütüncü ve Küçükusta'nın (2006b) çalışmasıyla paralellik göstermektedir.

Eğitim ve araştırma hastanesindeki çalışma sonuçlarımız değerlendirildiğinde, mesleki deneyim süresi 16 yıl ve üzerinde olan hemşire grubunun "Güvenliğin kapsamlı algılanması" olumlu cevap ortalaması (%64,2) 1-5 yıl arası gruba göre (%50) anlamlı şekilde yüksek ($p<0,05$), "Üniteler içinde ekip çalışması" olumlu cevap ortalaması (%76,4), 1-5 yıl arası (%54,8) ve 11-15 yıl arası (%54,9) gruba göre ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,01$). Mesleki deneyim süresi 1-5 yıl arasında olan hemşire grubunun "Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği" olumlu cevap ortalaması (%28,6) 6-10 yıl arası (%47,4), 11-15 yıl arası (%47,7) ve 16 yıl ve

üzeri (%49) gruba göre çok ileri düzeyde anlamlı şekilde düşük bulunmuştur ($p<0,001$) (Tablo 18).

Çalışma sonuçlarımıza göre, mesleki deneyim süresi 16 yıl ve üzerinde olan hemşire grubunun diğer gruplara göre, daha fazla meslektaşlarını destekledikleri, ekip çalışmasına önem verdikleri ve meslektaşlarına karşı daha saygılı oldukları bulunmuştur.

Literatürde yapılan çalışmaların sonuçlarına göre, meslekte çalışma süreleri on yıl ve daha fazla olan sağlık çalışanlarının daha az hata yaptıkları belirlenmiştir (Özata ve Altuncan, 2010b).

Tütüncü ve Küçükusta'nın (2006a) çalışmasında mesleki deneyim süresi 16-20 yıl arasında olan hemşirelerin "Üniteler içinde ekip çalışması" alt alanına en yüksek ortalamayı verdikleri belirtilmiştir. Bu çalışmada ayrıca hemşirelerin mesleki deneyim süresi arttıkça "Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyeti" ve "Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt" puanında azalma olduğu belirtilmiştir. Gökdoğan ve ark.'nın (2009) çalışmasında mesleki çalışma yılı fazla olanların tıbbi hataların raporlanması yönünde daha fazla olumlu düşündüğü belirtilmiştir.

Çalışma sonuçlarımız Tütüncü ve Küçükusta (2006a), Gökdoğan ve ark.'nın (2009) çalışmasıyla paralellik göstermektedir.

Çalışmamızda eğitim ve araştırma hastanesinde acil birimde çalışan hemşire grubunun "Güvenliğin kapsamlı algılanması" olumlu cevap ortalaması (%38,6) dahili birimler (%61,6) ve yoğun bakımda (%68) çalışan hemşire grubuna, "İletişimin açık tutulması" olumlu cevap ortalaması (%23,2) dahili birimlerde (%40,3) çalışan hemşire grubuna, "Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim" olumlu cevap ortalaması (%22,6) dahili birimler (%51,4), cerrahi birimler (%46,9) ve yoğun bakımda (%57,3) çalışan hemşire grubuna göre çok ileri düzeyde anlamlı şekilde düşük bulunmuştur ($p<0,001$). Acil birimde çalışan hemşire grubunun "Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği" olumlu cevap ortalaması (%26,4) dahili birimler (%47,7) ve yoğun bakımda (%50) çalışan hemşire grubuna göre ileri düzeyde anlamlı şekilde düşük bulunmuştur ($p<0,01$) (Tablo 19).

Öğün'ün (2008) İstanbul ilinde 21 eğitim ve araştırma hastanesinde yaptığı çalışmada ameliyathanelerin tümünde ekip içi, ekipler arası ve ameliyathane destek birimleriyle iletişimde sorun yaşanmadığı belirtilmiştir. Çalışma sonuçlarımız Öğün'ün (2008) çalışmasıyla paralellik göstermektedir.

Bakır Doğru ve ark.'nın (2010) çalışmasında çalışılan birim ile iletişimin açık tutulması ve yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyeti arasında çok ileri düzeyde anlamlı farklılık ($p<0,001$) olduğunun belirtilmesi bulgularımızla paralellik gösterirken, çalışılan birim ile hataların raporlanma sıklığı arasında anlamlı farklılık bulunmaması çalışmamızla paralellik göstermemektedir. Bu farklılığın nedeni Bakır Doğru ve ark.'nın (2010) çalışmasının tüm personelleri kapsayan bir çalışma olmasını düşündürmektedir.

İtalya, Almanya, İsviçre, İsrail ve ABD'deki 12 hastanede çalışan ameliyathane personelinin ve ABD'de bir yoğun bakım ünitesinde çalışan doktor ve hemşirelerin katıldığı bir araştırmada tıbbi personelin dörtte birinin güvenlikle ilgili endişelerini bildirmek için teşvik edilmediklerini belirttikleri bulunmuştur (Sexton et al., 2000).

Acil servislerde hasta güvenliğini sağlamak ve sürdürmek için acil hemşireleri, hasta güvenliğini tehdit edebilecek durumları belirleyerek, gerekli tedbirleri almak, hasta güvenliği kültürü geliştirmek için multidisipliner çalışmalar başlatmak, stratejiler geliştirmek ve acil birimlerde tıbbi hataları önlemek/azaltmak için gerekli girişimlerde bulunmak durumundadırlar (Cebeci, 2010a).

Çalışmamız AHRQ (<http://www.ahrq.gov.tr> Erişim Tarihi: 11.05.2010) tarafından ABD'de 613 hastanenin acil ünitesinde yapılan sonuçlarla karşılaştırıldığında 12 alt alanın tamamı çalışmamızda düşük bulunmuştur. Bu sonuç, ülkemizde hasta güvenliği konusunun yeni bir konu olması ve hasta güvenliği kültürü düzeyinin düşük olmasıyla açıklanabilir. ABD'deki bu 613 hastanenin acil ünitesinin alt alan sonuçları anestezi, laboratuvar, kadın doğum, cerrahi, çocuk, yoğun bakım, radyoloji, rehabilitasyon, psikiyatri, eczane gibi birimlerle karşılaştırıldığında 12 alt alanın sekiz tanesi bu birimlerden düşük bulunmuştur.

Çalışmamızda yoğun bakımda çalışan hemşire grubunun "Hataların raporlanma sıklığı" olumlu cevap ortalaması (%37,3) cerrahi birimler (%16,3) ve acil birimde

(%6,9) çalışan hemşire grubuna, “İletişimin açık tutulması” olumlu cevap ortalaması (%54) cerrahi birimler (%36,1), acil birim (%23,2) ve ameliyathanede (%26,9) çalışan hemşire grubuna, “Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim” olumlu cevap ortalaması (%57,3) ameliyathanede (%23,8) çalışan hemşire grubuna göre çok ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,001$). Yoğun bakımda çalışan hemşire grubunun “Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme” olumlu cevap ortalaması (%56) acil birim (%37,1) ve ameliyathanede (%25,3) çalışan hemşire grubuna göre ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,01$) (Tablo 19).

AHRQ (<http://www.ahrq.gov.tr> Erişim Tarihi: 12.05.2010) tarafından ABD’de 529 hastanenin yoğun bakım ünitesinde yapılan çalışmada 12 alt alanın üç tanesi diğer birimlerden düşük bulunmuştur. Sonuçlarımız ABD’deki 529 hastanenin yoğun bakım ünitesinde yapılan sonuçlarla karşılaştırıldığında “Güvenliğin kapsamlı algılanması” alt alanı çalışmamızda düşük, “Hastane müdahaleleri ve değişim” ve “Hatalar hakkında geri bildirim ve iletişim” alt alanı ise paralel bulunmuştur.

Tütüncü ve Küçükusta’nın (2006a) çalışmasında yoğun bakım hemşirelerinin diğer birimlerdeki hemşirelere göre yöneticilerinin hasta güvenliği konusunda daha duyarlı, yapıcı ve dikkatli olduğunu belirttiği, örgütsel öğrenme ve sürekli geliştirme alt alanına ve takım çalışmasına daha yüksek puan verdikleri, hasta güvenliği konusunda daha duyarlı ve ciddi olduğu belirtilmiştir. Çalışma sonuçlarımız Tütüncü ve Küçükusta’nın (2006a) çalışmasıyla paralellik göstermektedir. Tütüncü ve Küçükusta’nın (2006a) çalışmasında yoğun bakım hemşirelerinin cerrahi ve diğer birimlerdeki hemşirelere göre hasta güvenliği konusunda sorunları daha rahatlıkla dile getirdikleri ve “Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim” alt alanına daha yüksek puan verdikleri belirtilmiştir. Çalışma sonuçlarımız Tütüncü ve Küçükusta’nın (2006a) çalışmasıyla paralellik göstermektedir.

Dahili birimlerde çalışan hemşire grubunun “Hataların raporlanma sıklığı” olumlu cevap ortalaması (%32,5) acil birimde (%6,9), “Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyeti” ortalaması (%45,2) cerrahi birimler (%22,1) ve ameliyathanede (%25), “Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim” ortalaması (%51,4) ameliyathanede (%23,8) çalışan hemşire grubuna göre çok ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,001$). Dahili birimlerde çalışan hemşire grubunun “Hataya

karşı cezalandırıcı olmayan yanıt” ortalaması (%17) yoğun bakımda (%33,3) çalışan hemşire grubuna göre anlamlı şekilde düşük bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 19).

Tütüncü ve Küçükusta'nın (2006a) çalışmasında yoğun bakım hemşirelerinin diğer birimlerdeki hemşirelere göre, birimler arası hasta transferi, bilgilerin doğru aktarılması, vardiya değişiklikleri sırasında bilgilerin doğru bir şekilde aktarılması sorularına en yüksek puanı verdikleri belirtilmiştir. Çalışmamızda bu sorulara cerrahi birim hemşirelerinin olumlu cevap bildirme oranları daha yüksek bulunmuştur.

Filiz'in (2009) çalışmasında hasta-güvenliği kültürü alt alanlarına verilen olumlu cevap ortalamaları bölümlere göre incelendiğinde maddelerin çoğunda fark olmadığı belirlenmiştir. “Hataların raporlanma sıklığı” cerrahi bölümlerde ($P=0,010$), “Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri” ($P=0,000$), ile “Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim” ($P=0,042$) acil, yoğun bakım ve ameliyathanede daha düşük bulunmuştur. Bu çalışmada acil, yoğun bakım ve ameliyathanede çalışan sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürü olumlu cevap yüzdeleri nispeten daha düşük bulunmuştur. Çalışma sonuçlarımız Filiz'in (2009) çalışmasıyla paralellik göstermemektedir. Çalışmamızda “Hataların raporlanma sıklığı” alt alanının acil birimde düşük olduğu bulunmuştur. Acil birimlerde hasta sirkülasyonunun, iş yükünün, stresin fazla olması ve cezalandırılma korkusu raporlamaların düşük olma nedenleri arasında sayılabilir. Çalışmamızda “Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim” alt alan olumlu cevap ortalamasının en fazla yoğun bakımda olduğu görülmüştür. Bu sonuç yoğun bakımda hasta güvenliğinin önemsendiğini göstermektedir.

Bakır Doğru ve ark.'nın (2010) çalışmasına göre raporlama ile çalışılan birim arasında anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir. Çalışmamız Bakır Doğru ve ark.'nın (2010) çalışmasıyla paralellik göstermemektedir. Çalışmamızda acil ünitesinde raporlamanın düşük olması hasta sirkülasyonunun fazla olması ve cezalandırılma korkusu nedeniyle hemşirelerin raporlamayı önemsemediğini düşündürmektedir.

Eğitim ve araştırma hastanesinde çalışılan birimdeki görev süresi 6-10 yıl arasında olan hemşire grubunun “Güvenliğin kapsamlı algılanması” olumlu cevap ortalaması (%68,4) 1-5 yıl (%54,3) ve 11-15 yıl (%41,6) arası gruplara göre ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,01$). Çalışılan birimdeki görev süresi 1-5 yıl arasında olan hemşire grubunun “Hasta güvenliği için hastane yönetiminin

desteği” ortalaması (%37,1) 6-10 yıl (%57,2) arası gruba göre ileri düzeyde anlamlı şekilde düşük bulunmuştur ($p<0,01$) (Tablo 20).

Tütüncü ve Küçükusta'nın (2006b) çalışmasında birimdeki görev süresi ile iletişimin açıklığı, çalışılan süreye göre değişiklik göstermektedir. 1 yıldan az görev yapanlar iletişimin açıklığına 3,24 ortalama verirken, 1-5 yıl arasında çalışanlar 2,83 ortalama vermişlerdir. Sonuçlarımız Tütüncü ve Küçükusta'nın (2006b) çalışmasıyla paralellik göstermemektedir. Aynı çalışmada birimde çalışma yılı arttıkça çalışanların hatalarla ilgili geribildirim ve iletişim konusunda beklenti düzeylerinin de arttığı belirtilmiştir. Bu sonuç çalışmamızla paralellik göstermektedir.

Çalışma şekli gündüz olan hemşire grubunun “Hastane üniteleri arasında ekip çalışması” olumlu cevap ortalaması vardiyalı çalışan hemşire grubuna göre anlamlı şekilde düşük ($p<0,05$), “Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği” ortalaması nöbet usulü çalışan hemşire grubuna göre ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,01$). Çalışma şekli vardiyalı olan hemşire grubunun “Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme” olumlu cevap ortalaması (%57,4) gündüz (%40,8) ve nöbet usulü (%42,7) çalışan hemşire grubuna göre anlamlı şekilde yüksek ($p<0,05$), “Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim” olumlu cevap ortalaması (%62) gündüz (%38,7) ve nöbet usulü (%41,9) çalışan hemşire grubuna göre ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,01$) (Tablo 21).

Acaroğlu (2009), Kılıç ve Öztürk'ün (2006) çalışmasına göre hemşireler gece vardiyalarında daha fazla sayıda hastanın bakım sorumluluğunu üstlenmekte ve genellikle daha az deneyimli sağlık ekibi üyeleri ile birlikte çalışmakta olduğu için bazı durumlarda karar vermeyle ilgili sorunlar yaşayabilmektedirler. Bu durum üniteler arası ekip çalışmalarının daha olumlu olma sonucunu beraberinde getirmektedir. Acaroğlu'nun (2009) çalışması bulgularımızı desteklemektedir. Gündüz çalışan hemşirelerin yönetimin desteğini daha iyi buldukları belirlenmiştir. Kılıç ve Öztürk'ün (2006) çalışmasında hastanenin amaçlarına etkin bir şekilde ulaşması, hastane giderlerinin kontrol altında tutulması, hizmet alan hastanın sağlığı ve güvenliği açısından, hastanelerin mesai saatleri dışında da yönetiminin büyük önem taşıdığı belirtilmesi bulgularımızı desteklemektedir. Yüksel'in (2002) çalışmasında nöbet şeklinde çalışma biçiminin işgörenin sağlığı, sosyal yaşamı, fizyolojik uyumu ve iş

başarımı üzerinde olumsuz etkilere neden olduğu belirtilmiştir. Ayrıca bu çalışmada nöbet şeklinde çalışmanın bireysel ve yönetsel sorunlara vardiyalar arası iletişimsizliğe, işin örgütlenmesine ilişkin güçlükler, iş başarımının düşmesine, iş kazalarının artmasına, motivasyon düzeyinin azalmasına, iş devamsızlıklarının artmasına neden olduğu belirtilmiştir. Yüksel'in (2002) çalışması bulgularımızı desteklemektedir.

Eğitim ve araştırma hastanesinde haftalık çalışma saati 40-49 saat arası olan hemşire grubunun "Güvenliğin kapsamlı algılanması" olumlu cevap ortalaması (%59,2) haftalık çalışma saati 50 saatten fazla (%47,1) olan gruba, "Hataların raporlanma sıklığı" ortalaması (%29,2) 50 saatten fazla (%14,5) olan gruba, "Hastane üniteleri arasında ekip çalışması" ortalaması (%39,7) 50 saatten fazla (%28,4) olan gruba göre anlamlı şekilde yüksek ($p<0,05$), "Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği" ortalaması (%45,4) 50 saatten fazla (%30,8) olan gruba göre ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,01$) (Tablo 22).

Haftalık çalışma saati 50 saatten fazla olan hemşire grubunun "Üniteler içinde ekip çalışması" ortalaması (%48,4) 40 saati geçmeyen (%69) ve 40-49 saat arası (%67,1) olan gruba göre çok ileri düzeyde anlamlı şekilde düşük bulunmuştur ($p<0,001$) (Tablo 22).

Çalışma sonuçlarımız değerlendirildiğinde, hemşirelerin çalışma saati arttıkça güvenliğin kapsamlı algılanması, hataların raporlanma sıklığı, üniteler arası ve üniteler içi ekip çalışması, hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği ortalamalarının düşmesi hasta güvenliğinin tehlike altına girmesini düşündürmektedir. Hemşirelerin haftalık çalışma saatinin artması iş yükünün artmasına, motivasyon ve performanslarının düşmesine, işinden memnuniyet oranının azalmasına ve tıbbi hatalara yol açacaktır. Bu durum hasta güvenliği kültürünün oluşumunun önünde önemli bir engeldir. Bir kurumda hasta güvenliği kültürünün oluşmasını sağlayabilmek için hemşirelerin haftalık çalışma saatleri de azaltılmalıdır.

Uzun çalışma saatleri hasta güvenliğini tehdit eden bir etkidir. Literatüre göre, ABD'de 393 hemşire üzerinde yapılan bir araştırmaya göre günde 12 saatten fazla nöbet

tutan ve haftada 40 saatten fazla çalışan hemşirelerin hata yapma olasılığının arttığı ve hasta güvenliğini tehlikeye atabildikleri ortaya çıkartılmıştır (Özmen ve Başol, 2010).

Aştı ve Kıvanç'ın (2003) hemşirelerin hata yapma nedenlerini belirlemeye yönelik yaptıkları çalışmada, hemşirelerin %23,3'ünün çalışma saatlerinin fazla olmasını, %16'sının ise hemşire sayısının yetersizliğini ve yorgunluğu hata sebebi olarak gösterdikleri belirtilmiştir.

Hemşirelerin hasta güvenliği uygulamalarındaki etkinliğini gösteren birçok çalışma vardır. Örneğin, günlük hasta başına ek bir hemşire ilavesi ile 30 günlük ölüm oranında %50, hemşire bakım saatinde 0,25'lik ilave ile ölüm oranında %20 azalma sağlandığı belirtilmiştir. Günlük hasta başına verilen hemşirelik bakım saatinde bir saatlik artış ile pnömoni vakalarında %8,5, bakım saatinde %10'luk bir artışın sağlanması ile %9,5 oranında azalmaya yol açtığı belirlenmiştir. Hemşirelik bakım saatinde artış ile bası yaralarında azalmaya yol açtığı belirtilmiştir (Sezgin, 2007).

Uzun saatler, kesintisiz çalışma ve nöbetler, iş yoğunluğunu ve dolayısıyla hemşirelerin sağlık bakım hizmetlerini verimli ve güvenli bir şekilde sunmalarını engelleyebilmekte ve buna bağlı tıbbi hatalara yol açabilmektedir. Literatürde hasta güvenliğini etkileyen faktörlerle ilgili yapılan çalışmalarda hata nedeni olarak hemşirelerin uzun saatler boyunca çalışması gösterilmiştir (Gökdoğan ve Yorgun, 2010).

Gökdoğan ve ark.'nın (2009) çalışmasında nöbetteki çalışma saati fazla olanların tıbbi hataların raporlanması yönünde daha fazla olumlu düşündüğü belirlenmiştir.

Özmen ve Başol (2010), Gökdoğan ve Yorgun (2010), Sezgin (2007), Aştı ve Kıvanç'ın (2003) sonuçları çalışma sonuçlarımızla paralellik gösterirken, Gökdoğan ve ark.'nın (2009) çalışması paralellik göstermemektedir. Çalışmamızda haftalık çalışma saatleri arttıkça hemşirelerin yaptıkları hatalar da artmasına rağmen raporlama oranlarının düşük çıkması kurumun hasta güvenliği kültürünün zayıf olduğunun bir göstergesidir.

Eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan kadrolu hemşire grubunun "Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt" olumlu cevap ortalaması (%20,2) sözleşmeli hemşire

grubuna (%29,9) göre ileri düzeyde anlamlı şekilde düşük ($p<0,01$), “Personel sağlama” ortalaması (%29,8) sözleşmeli hemşire grubuna (%36) göre anlamlı şekilde düşük ($p<0,05$), “Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği” ortalaması (%45,9) sözleşmeli hemşire grubuna (%34,8) göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 23).

Akın ve ark.’nın (2010) çalışmasında, sözleşmeli hemşireler, iş kaygısı nedeniyle gördükleri olumsuzlukları dile getirememekte, yönetici kararlarını sorgulayamamakta ve hasta bakımını olumsuz etkileyen durumlarda sessiz kalmaktadır. Kadrolu hemşireler ise, kadronun getirisi olan iş garantisinin verdiği güveni çalışmalarına yansıtarak olumsuzlukları dile getirmede ve yönetici kararlarını sorgulamada daha cesur davranmakta olduğu belirtilmiştir. Çalışmamız Akın ve ark.’nın (2010) çalışmasıyla paralellik göstermektedir. Akın ve ark.’nın (2010) çalışmasında “Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme” konusunda kadrolu hemşireler, sözleşmeli hemşirelere göre daha az çaba göstermektedirler. Eğitim seviyesinin sürekli yükselmesi, çalışmamızın büyük çoğunluğunu lisans mezunu hemşirelerin oluşturması ve bu hemşirelerin çoğunluğunun da işinden memnun olması sözleşmeli ve kadrolu hemşireler arasında anlamlı fark olmama nedenini düşündürmektedir.

Eğitim ve araştırma hastanesinde işinden memnun olan hemşire grubunun “Güvenliğin kapsamlı algılanması” olumlu cevap ortalaması (%32,5) işinden memnun olmayan gruba (%43,6) göre çok ileri düzeyde anlamlı şekilde düşük bulunmuştur ($p<0,001$) (Tablo 24).

İşinden memnun olan hemşire grubunun “Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyeti” olumlu cevap ortalaması (%41,1) işinden memnun olmayan gruba (%28,1), “Üniteler içinde ekip çalışması” ortalaması (%70,9) işinden memnun olmayan gruba (%45,2) göre çok ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,001$) (Tablo 24).

İşinden memnun olan hemşire grubunun “Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme” olumlu cevap ortalaması (%49,2) işinden memnun olmayan gruba (%35,1) göre anlamlı şekilde ($p<0,05$), İletişimin açık tutulması” ortalaması (%41,7) işinden memnun olmayan gruba (%30,1) göre ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,01$) (Tablo 24).

Al-Ishaq'ın (2008) çalışmasına göre, yüksek seviyedeki çalışan memnuniyetinin yüksek bir bakım sağladığı ve hasta güvenliğini arttırdığı, sağlık hizmeti alanların da memnuniyeti ve verimliliklerinin arttığı ve stres seviyesinin düştüğü belirtilmiştir. Çalışmamız Al-Ishaq'ın (2008) çalışmasıyla paralellik göstermektedir. Atasoy ve ark.'nın (2010) çalışmasında olumlu bir güvenlik kültürü oluşturulması ve geliştirilmesi için çalışanların iş memnuniyetlerinin önemli bir yer tuttuğu belirtilmiştir.

Çalışan memnuniyeti, çalışanın işiyle ilgili çeşitli faktörleri değerlendirmesi sonucu ortaya çıkan duygusal durumun bir-yansımasıdır (Orman ve ark., 2010).

Orman ve ark.'nın (2010) çalışmasında çalışanların memnuniyetlerini etkileyen unsurlar arasında çalışma ortamı, ücret, yönetsel unsurların yer aldığı belirtilmiştir.

Eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerin hasta güvenliği konusunda birimlerini değerlendirme derecesi arttıkça alt alan olumlu cevap ortalamalarının da çok ileri düzeyde anlamlı şekilde arttığı, birimlerini değerlendirme derecesi azaldıkça alt alan olumlu cevap ortalamalarının çok ileri düzeyde anlamlı şekilde azaldığı görülmektedir ($p < 0,001$) (Tablo 25).

Çınar ve ark.'nın (2010) çalışmasında hasta güvenliği derecesi arttıkça hataların raporlanma sıklığının azaldığı belirtilmiştir.

Tütüncü ve Küçükusta'nın (2006b) çalışmasında, hasta güvenliği derecesi arttıkça raporlanan olay sayısında arttığı; Çınar ve ark.'nın (2010) çalışmasında ise güvenlik derecesi arttıkça olay raporlama sıklığı ve sayısının da azaldığı belirtilmiştir.

Çalışma sonuçlarımız Tütüncü ve Küçükusta'nın (2006b) çalışmasıyla paralellik gösterirken, Çınar ve ark.'nın (2010) çalışmasıyla paralellik göstermemektedir.

Al-Ishaq'ın (2008) çalışmasında, katılımcıların %60'ının hasta güvenliğini geliştirmede yönetimin yetersiz olduğunu düşündüğü belirtilmektedir. Katılımcıların güvenlik kültürü algılama düzeyi yüksek buldukça yönetim desteğinin de arttığı gözlenmiştir. Bu çalışma göstermektedir ki yönetici ve liderler ile etkili bir iletişim hasta güvenliği için kritik bir noktadır. Ayrıca liderler hemşireler ile açık iletişimde bulunabilir, hasta güvenliği kültürü hakkında düşüncelerini alabilir, anksiyeteyi azaltıp

hata oranlarını en aza indirebilir. Al-Ishaq'ın (2008) çalışması bulgularımızla paralellik göstermektedir.

Tütüncü ve Küçükusta'nın (2006b) çalışmasına göre, hasta güvenliği derecesini en fazla etkileyen bağımsız değişkenin hastane yönetim desteği, ikinci bağımsız değişkenin genel güvenlik algısı, üçüncü değişkenin ise birimler içinde takım çalışması olduğu belirtilmiştir.

Eğitim ve araştırma hastanesinde son 12 ayda doldurulan hatalı olay raporu sayısı 3 ve üzerinde olan hemşire grubunun "Hastane üniteleri arasında ekip çalışması" ve "Hastane müdahaleleri ve değişim" olumlu cevap ortalamaları hiç olay raporu doldurmayan ve 1-2 olay raporu dolduran gruplara göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 26).

Çalışmamızda hemşirelerin hatalı olayları raporlama sayıları arttıkça, üniteler arası ekip çalışmasının artması, hastalar bir üniteden diğerine nakledilirken ihmaller ve gözden kaçan durumların olmaması, nöbet değişimlerinde bilgi aktarımının iyi olması ve problemler oluşmaması kurumda hasta güvenliğinin önemsenmediğinin göstergesidir.

Bakır Doğru ve ark.'nın (2010) çalışmasında son 12 ayda doldurulan hatalı olay raporu sayısı ile "İletişimin açık tutulması" alt alanı arasında çok ileri düzeyde anlamlı farklılık olduğunun belirtilmesi bulgularımızla paralellik göstermemektedir. Bu farklılık Bakır Doğru ve ark.'nın (2010) sonuçlarının tüm sağlık çalışanlarının ortalaması olmasıyla açıklanabilir.

Sağlık hizmeti sunanların tıbbi hatalara ilişkin rapor hazırlama konusunu nasıl algıladıklarını ele alan bir çalışmada, çalışma iklimine benzer bir takım faktörlerin etkili olduğu ortaya konulmuştur. Bu faktörler, iş arkadaşları tarafından kabul edilmeme, dışlanma ya da hata yaptığını toplum içinde kabule zorlanma ve hata raporunun personel dosyası içinde bulundurulması şeklindedir (Tütüncü ve Küçükusta, 2006b).

Çınar ve ark.'nın (2010) çalışmasında, olay raporu sıklığı arttıkça genel güvenlik algısının da arttığı belirtilmiştir. Çalışmamız Çınar ve ark.'nın (2010) çalışmasıyla paralellik göstermektedir.

Gökdoğan ve Yorgun'un (2010) çalışmasına göre hemşireler hastalara yönelik hataların rapor edilmesi gerektiğini (%85,6), tıbbi hataları rapor etme konusunda hemşirelerin kurum tarafından desteklendiklerini (%81,7), hasta güvenliğine ilişkin rapor etmede kendilerini rahat hissettiklerini (%83,7), rapor etme konusunda yeterince hizmet içi eğitim verildiğini (%66,3) ve deneyimleri paylaşmanın hataları önlediğini bildirmişlerdir.

Çalışmamız Gökdoğan ve Yorgun'un (2010) çalışmasıyla paralellik göstermemektedir. Bunun nedeni, çalışma yaptığımız eğitim ve araştırma hastanesinde raporlamaların yeterli sayıda yapılmaması nedeniyle açıklanabilir.

Özel hastanede sağlık meslek lisesi mezunu hemşire grubunun "Hataların raporlanma sıklığı" olumlu cevap ortalaması (%61,1) önlisans mezunu (%21,2) hemşire grubuna göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 29).

Yüksek lisans mezunu hemşire grubunun "Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyeti" olumlu cevap ortalaması (%81,5) sağlık meslek lisesi (%52,3) hemşire grubuna göre ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,01$) (Tablo 33).

Çalışmamız değerlendirildiğinde, özel hastanede çalışan sağlık meslek lisesi mezunu hemşirelerin, yöneticilerinin hasta güvenliği prosedürlerine göre yapılmış bir işi gördüğünde kendilerini takdir etme, önerilerini ciddiye alma, hasta güvenliği konusunda yaşanan problemleri görme ve daha hızlı çalışmak uğruna kaliteyi düşürmeme konularında yüksek lisans mezunu hemşirelere göre düşük ortalamaya sahip olması yönetimin eğitim durumlarına göre farklı şekilde davrandığını göstermeleri açısından önemlidir.

Özel hastanede kurumdaki görev süresi 1 yıldan az olan hemşire grubunun "Hataların raporlanma sıklığı" olumlu cevap ortalamasının (%73,3) kurumdaki görev süresi 1-5 yıl arasında olan hemşire grubuna (%46,6) göre ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek ($p<0,01$), "Hastane üniteleri arasında ekip çalışması" ortalamasının (%74,3) kurumdaki görev süresi 1-5 yıl arasında olan hemşire grubuna (%48,8) göre çok ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,001$) (Tablo 30).

Kurumdaki görev süresi 1-5 yıl arasında olan hemşire grubunun “Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyeti” olumlu cevap ortalamasının (%56,9) kurumdaki görev süresi 6-10 yıl arasında olan hemşire grubuna (%76,9) göre, “Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim” ortalamasının (%64,9) kurumdaki görev süresi 1 yıldan az (%80,8) ve 6-10 yıl arasında olan hemşire grubuna (%84,6) göre ileri düzeyde anlamlı şekilde düşük olduğu bulunmuştur ($p<0,01$). Kurumdaki görev süresi 1-5 yıl arasında olan hemşire grubunun “Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği” ortalamasının (%56,6) kurumdaki görev süresi 1 yıldan az (%83,3) ve 6-10 yıl arasında olan hemşire grubuna (%79,4) göre çok ileri düzeyde anlamlı şekilde düşük olduğu bulunmuştur ($p<0,001$) (Tablo 30).

Kurumdaki görev süresi 6-10 yıl arasında olan hemşire grubunun “Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt” olumlu cevap ortalamasının (%53,8) kurumdaki görev süresi 1-5 yıl arasında olan hemşire grubuna (%30,5), “Personel sağlama” ortalamasının (%53,8) kurumdaki görev süresi 1-5 yıl arasında olan hemşire grubuna (%38,5) göre ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,01$) (Tablo 30).

Özmen ve Başol’un (2010) çalışmasında, hastanede uzun süredir çalışan kişilerin hastaneyi hasta güvenliği konusunda daha güvenilir bulduğu belirtilmiştir.

Çalışma sonuçlarımız Özmen ve Başol’un (2010) çalışmasıyla paralellik göstermemektedir. Bunun nedeni çalışmamıza katılan hemşirelerin büyük çoğunluğunu beş yıl ve altındaki hemşirelerin oluşturmasıyla açıklanabilir.

Özel hastanede mesleki deneyim süresi 1 yıldan az olan hemşire grubunun “Hastane üniteleri arasında ekip çalışması” olumlu cevap ortalamasının (%78,1) mesleki deneyim süresi 1-5 yıl (%53,7) ve 6-10 yıl arası (%50,5), “İletişimin açık tutulması” ortalamasının (%73,6) mesleki deneyim süresi 1-5 yıl (%53,6) ve 11-15 yıl arası (%44,4), “Hastane müdahaleleri ve değişim” ortalamasının (%88,5) mesleki deneyim süresi 1-5 yıl (%66,5) ve 6-10 yıl arası (%62,5) olan hemşire grubuna göre anlamlı şekilde yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Mesleki deneyim süresi 16 yıl ve üzeri olan hemşire grubunun “Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim” ortalamasının (%91,1) mesleki deneyim süresi 1-5 yıl (%66,6) arası olan hemşire grubuna göre anlamlı şekilde yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 31).

Literatüre göre, meslek hayatına yeni başlayanların eski çalışanlara göre daha çok hasta gördüğü, daha rutin işleri yaptığı ve üzerlerinde daha fazla baskı ve denetim hissettiği belirtilmiştir (Taycan ve ark., 2006). Bu sonuç mesleki çalışma süresi azaldıkça “Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim” ortalamalarının azalmasını desteklemektedir.

Ulupınar Alıcı ve Çakır’ın (2009) çalışmasında işe yeni başlayan hemşirelerin en az iletişim konusunda zorlanmaları bulgularımızı desteklemektedir.

Özel hastanede acil birimde çalışan hemşire grubunun “Hastane müdahaleleri ve değişim” olumlu cevap ortalamasının (%50) dahili birimler (%73,9) ve yoğun bakımda (%75,5) çalışan hemşire grubuna göre anlamlı şekilde düşük olduğu bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 32).

Çalışmamız AHRQ (<http://www.ahrq.gov.tr> Erişim Tarihi: 11.05.2010) tarafından ABD’de 613 hastanenin acil ünitesinde yapılan araştırma sonuçlarıyla paralellik göstermektedir.

AHRQ (<http://www.ahrq.gov.tr> Erişim Tarihi: 11.05.2010) tarafından ABD’de 529 hastanede 22,248 kişi ile yapılan araştırma sonuçları diğer birimlerle karşılaştırıldığında, yoğun bakım ünitesinde hata raporlamaların daha fazla olduğu belirtilmiştir. Çalışmamızda ise ameliyathanede çalışan hemşirelerin raporlama konusunda daha olumlu cevap verdiği bulunmuştur.

Malpraktis korkusu, iş kaybı, cezalandırılma korkusu cerrahi gibi tıbbi hataların çok olduğu bir birimde hata bildirim oranlarını azaltmaktadır. Hata bildirimlerinin azalması, net ve doğru yapılmaması hasta güvenliği kültürünü olumsuz etkilemektedir (Makary et al., 2006).

Literatüre göre, ABD’de bir yoğun bakım ünitesinde yapılan araştırmada doktor ve hemşirelerin yarısından fazlasının hataları tartışmayı zor buldukları belirlenmiştir. Ayrıca çeşitli ülkelerdeki ameliyathane personelinin ve ABD’deki bir yoğun bakım ünitesinde çalışan doktor ve hemşirelerin katıldığı bir araştırmada personelin sadece üçte biri hastanelerinde tıbbi hataların uygun şekilde ele alındığını belirtmiştir (Sexton et al., 2000). Çalışmamızda yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin hataları tartışma, ameliyathane ve yoğun bakım hemşirelerinin ise tıbbi hataları uygun şekilde

ele alma konusunda daha olumlu düşündüğü görülmektedir. Çalışmamızda özel hastanede çalışan hemşirelerin ABD ve diğer ülkelere göre tıbbi hataları daha fazla önemsedığı görülmüştür. Çalışmamıza katılanların sadece hemşirelerden oluşması bu farklılığın nedenleri arasında sayılabilir. Wilson ve arkadaşlarının 201 hemşire ve doktor üzerinde yaptıkları bir çalışmada hemşirelerin hekimlere göre raporlama konusunda daha pozitif bir tutum ve algı içinde oldukları belirtilmiştir (Sexton et al., 2000).

Özel hastanede çalışılan birimdeki görev süresi 1 yıldan az olan hemşire grubunun “Hastane üniteleri arasında ekip çalışması” olumlu cevap ortalamasının (%72,2) çalışılan birimdeki görev süresi 1-5 yıl arası (%50,3) olan hemşire grubuna göre ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek ($p<0,01$), “Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği” olumlu cevap ortalamasının (%77) çalışılan birimdeki görev süresi 1-5 yıl arası (%60,8) olan hemşire grubuna göre anlamlı şekilde yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 33).

Soylu'nun (2007) çalışmasında ekip çalışmasının diğer sağlık profesyonelleriyle iletişime katkıda bulunduğu (%81) belirtilmiştir. Çalışmamızda çalıştığı birimde 1 yıldan az görev yapan hemşirelerin birbirleriyle uyum içinde çalışması, iyi bir işbirliği kurması, hastalar için en iyi bakımı verme amacıyla birlikte iyi çalışması ve diğer bölümlerden gelen kişilerle çalışmayı hoş karşılaması; bulunduğu servisteki deneyiminin az olması ve öğrenme isteklerinin fazla olmasını düşündürmektedir.

Özel hastanede haftalık çalışma saati ile alt alanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$) (Tablo 35).

Özmen ve Başol'un (2010) çalışmasında, haftalık çalışma saati temel alındığında hasta güvenliği açısından anlamlı farklılık olmadığı belirtilmiştir. Çalışma sonuçlarımız Özmen ve Başol'un çalışmasıyla (2010) paralellik göstermektedir.

Özel hastanede işinden memnun olan hemşire grubunun “Güvenliğin kapsamlı algılanması”, “Hastane müdahaleleri ve değişim”, “Hastane üniteleri arasında ekip çalışması”, “Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyeti”, “Üniteler içinde ekip çalışması”, “İletişimin açık tutulması”, “Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim”, “Personel sağlama”, “Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği” olumlu cevap

ortalamaları işinden memnun olmayan gruplara göre çok ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek ($p<0,001$), İşinden memnun olan hemşire grubunun “Hataların raporlanma sıklığı” ve “Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme” olumlu cevap ortalamaları işinden memnun olmayan gruplara göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 37).

Atasoy ve ark.’nın (2010) çalışmasında, olumlu bir güvenlik kültürünün oluşturulması ve geliştirilmesi için iş memnuniyetinin önemli olduğu belirtilmiştir. Çalışanlar mutlu edilirse daha verimli bir hizmet verirler ve performansları da artar. Bu da hasta güvenliği kültürünün oluşumunda önemli bir yere sahiptir.

Ulusoy’un (2008) çalışmasına göre yetersiz istihdam, hemşire memnuniyetsizliğinin artmasına sebep olmaktadır. Memnuniyetsizlik ise işe devamsızlığın ve personel devir hızının artmasına neden olduğu için ilave maliyetleri de beraberinde getirmektedir.

Ulupınar Alıcı ve Çakır’ın (2009) çalışmasında da çalışılan bölümden memnuniyet oranlarının çok yüksek olduğu belirtilmiştir.

Çalışma sonuçlarımız Atasoy ve ark. (2010), Ulupınar Alıcı ve Çakır (2009) Ulusoy’un (2008) çalışmasıyla paralellik göstermektedir.

Özel hastanede hasta güvenliği konusunda birimlerini değerlendirme derecesi arttıkça olumlu cevap ortalamalarının da anlamlı şekilde arttığı görülmektedir (Tablo 38).

Al-Ishaq’ın (2008) çalışmasında, personel sayı ve yetenekleri ile çalışma alanı yetersiz görülmekte olup, personel yetersizliğinin hasta güvenliği ortamını zayıflattığı belirtilmektedir.

Özmen ve Başol’un çalışmasında (2010), birimlerini hasta güvenliği açısından mükemmel bulan katılımcıların ekip çalışmalarını 3,81; zayıf bulanların ise takım çalışmalarını 3,10 ile raporlamışlardır. Bu çalışmada ekip çalışması ile hasta güvenliğinin değerlendirilmesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Çalışma sonuçlarımız Al-Ishaq (2008) ve Özmen ve Başol'un çalışmasıyla (2010) paralellik göstermektedir.

Özel hastanede son 12 ayda doldurulan hatalı olay raporu sayısı 3 ve üzerinde olan hemşire grubunun "Üniteler içinde ekip çalışması" olumlu cevap ortalaması hiç olay raporu doldurmayan gruba göre anlamlı şekilde düşük ($p<0,05$); "Hataların raporlanma sıklığı" olumlu cevap ortalaması hiç olay raporu doldurmayan ve 1-2 olay raporu dolduran gruplara göre anlamlı şekilde yüksek ($p<0,05$) bulunmuştur (Tablo 39).

Al-Ishaq'ın (2008) çalışmasına göre, iletişimin kaybolması çalışanlar ve hizmet alanlar için olumsuz etkiler yaratır, çalışanları hataya bakış konusunda yanlışlıklara iter. Böylece çalışanlar hastayı etkilemediğini düşündüğü hatayı raporlamaz. Sonuçta da, çalışanlar arasındaki iletişim ekip çalışmasını olumsuz etkileyerek, tıbbi hataların ortaya çıkışını en aza indirmektedir.

Çalışmamızda çalışanlar arasında iletişimin açıklığı arttıkça, hata raporlama sayısının azaldığı görülmektedir. Sonuçlarımız Al-Ishaq'ın (2008) çalışmasıyla paralellik göstermektedir.

Literatüre göre Meurier ve arkadaşlarının 124 hemşire ile yaptıkları çalışmada, hemşirelerin en çok (%33) uygulama sırasında hata yaptığı ve bu hataların %27,9'unun iletişim sorunlarından kaynaklandığı belirtilmiştir (Özata ve Altuncan, 2010b).

Literatüre göre, ABD'de Johns Hopkins Hospital (JHH)'da yapılan bir araştırmada, "Gördüğüm güvenli olmayan herhangi bir durumu bildirmek için denetçilerim ve çalışma arkadaşlarım tarafından teşvik edirim" ifadesine doktorların %54'ünün, hemşirelerin %84'ünün ve yönetici hemşirelerin %97'sinin katıldığı bulunmuştur (Pronovost et al., 2003). Çalışma sonuçlarımız ABD'deki Johns Hopkins Hospital (JHH)'da yapılan araştırma ile paralellik göstermektedir.

Özmen ve Başol'un (2010) çalışmasında, raporlanan olay sayısı arttıkça rapor bildirme olayında da artış yaşandığı belirtilmiştir. Ayrıca hastanenin işleyiş biçimi ile ilgili sorulara olumlu yanıt veren ile vermeyenler arasında raporlanan olay sayısı bakımından anlamlı farklılık olduğu belirtilmiştir. Çalışma sonuçlarımız Özmen ve Başol'un (2010) çalışmasıyla paralellik göstermektedir.

8. SONUÇ ve ÖNERİLER

8.1. Sonuçlar

- Eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerin %42,2'si 26-30 yaş grubunda, %26,2'si 31-35 yaş grubunda; özel hastanede çalışan hemşirelerin %49'u 25 ve altı yaş grubunda, %29,5'i 26-30 yaş grubundadır.
- Eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerin %55,6'sı evli, %44,4'ü bekar; özel hastanede çalışan hemşirelerin %43'ü evli, %57'si bekindir.
- Eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerin %34,2'si önlisans, %36,7'si lisans; özel hastanede çalışan hemşirelerin %27'si sağlık meslek lisesi, %58'i lisans mezunudur.
- Eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerin %55,6'sı 1-5 yıl arasında ve %21,8'i 6-10 yıl arasında; özel hastanede çalışan hemşirelerin %20'si 1 yıldan az, %66,5'i 1-5 yıl arasında kurumda çalışma süresine sahiptir.
- Eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerin %33,8'i 1-5 yıl, %28,4'ü 6-10 yıl arasında; özel hastanede çalışan hemşirelerin %50'si 1-5 yıl, %23'ü 6-10 yıl arasında mesleki deneyim süresine sahiptir.
- Eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerin %32,7'si dahili, %22,2'si cerrahi birimde; özel hastanede çalışan hemşirelerin %23,5'i dahili, %40,5'i cerrahi birimde çalışmaktadır.
- Eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerin %66,2'si 1-5 yıl, %16,8'i 6-10 yıl arasında, özel hastanede çalışan hemşirelerin %22,5'i 1 yıldan az, %68,5'i 1-5 yıl arasında bulunduğu birimde çalışma süresine sahiptir.
- Eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerin %22,5'i gündüz, %64,3'ü nöbet usulü; özel hastanede çalışan hemşirelerin %31'i gündüz, %53'ü vardiyalı çalışmaktadır.
- Eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerin %61,8'i haftada 40-49 saat arası, %29,1'i 50 saatten fazla, özel hastanede çalışan hemşirelerin %53'ü 40-49 saat arası, %45'i 50 saatten fazla çalışmaktadır.

- Eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerin %60'ı kadrolu, %40'ı sözleşmeli ve %64,7'si işinden memnun; özel hastanede çalışan hemşirelerin %45'i kadrolu, %55'i sözleşmeli ve %90'ı işinden memnundur.
- Eğitim ve araştırma hastanesi ve özel hastanede çalışan hemşirelerin %38,5'i çalıştığı birimi hasta güvenliği konusunda çok iyi, %35,8'i kabul edilebilir; eğitim ve araştırma hastanesinde çalışanların %29,5'i çok iyi, %48,7'si kabul edilebilir; özel hastanede çalışanların %28'i mükemmel, %51'i çok iyi bulmaktadır.
- Eğitim ve araştırma hastanesi ve özel hastanede çalışan hemşirelerin son 12 ayda idarecilerine yazıp verdiği olay raporu sayısı incelendiğinde %72,6'sı hiç, %22,5'i 1-2 olay raporu; eğitim ve araştırma hastanesinde çalışanların %72'si hiç, %22,9'u 1-2 olay raporu; özel hastanede çalışanların %73,5'i hiç, %22'si 1-2 olay raporu doldurduğunu belirtmişlerdir.
- Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü hastane anketi olumlu cevap yüzde ortalaması (49,8±22,3)'dir. Bu oran eğitim ve araştırma hastanesindeki hemşirelerde (40,4±18,3) ve özel hastanedeki hemşirelerde (62,5±20,9)'dur.
- Eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerin hasta güvenliği kültürü hastane anketi olumlu cevap yüzde ortalaması özel hastanede çalışan hemşirelere göre çok ileri düzeyde anlamlı şekilde düşüktür ($p<0,001$).
- Hasta güvenliği kültürü hastane anketi alt alanlarından "Üniteler içinde ekip çalışması" eğitim ve araştırma hastanesi (%61,8) ve özel hastanede (%84,2) en yüksek olumlu cevap ortalamasına sahip bulunmuştur. "Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt" alt alanı özel hastanede (%35), "Hataların raporlanma sıklığı" (%24) ve "Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt" (%24,1) alt alanları eğitim ve araştırma hastanesinde en düşük olumlu cevap ortalamasına sahip bulunmuştur.
- Eğitim ve araştırma hastanesi ve özel hastanede çalışan hemşireler "Üniteler içinde ekip çalışması" alt alanına en yüksek (%71,2), "Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt" alt alanına en düşük (%28,7) ortalamayı vermiştir.
- Anketin tüm maddelerinde eğitim ve araştırma hastanesinde en yüksek olumlu cevap yüzde ortalamasının "Bu birimde gerekenden fazla geçici personel çalıştırılır" (%71,6), en düşük olumlu cevap yüzde ortalamasının "Çalışanlar, yöneticilerinin karar ve eylemlerini sorgulamakta kendilerini özgür hisseder" maddesine (%15,6);

özel hastanede en yüksek olumlu cevap ortalamasının “Acilen yapılması gereken çok iş olduğunda ekip olarak birlikte çalışırız” maddesine (%89), en düşük olumlu cevap yüzde ortalamasının “Bu birimde çalışanlar hasta bakımı için en uygun olan süreden daha uzun süre çalışırlar” maddesine (%16) ait olduğu belirlenmiştir.

- Hastanelerin genel skoru benchmark skoruyla karşılaştırıldığında, anket maddelerine verilen olumlu cevap yüzdeleri çoğu maddede daha düşük bulunmuştur. En büyük fark “Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyeti” alt alanındaki maddelerde görülmüştür.
- Eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan 41 yaş ve üzeri grubun “Güvenliğin kapsamlı algılanması” olumlu cevap ortalaması 31-35 yaş grubuna, “Hastane üniteleri arasında ekip çalışması” ortalaması 36-40 yaş grubuna, “Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyeti” ortalaması 36-40 yaş grubuna, “Üniteler içinde ekip çalışması” ortalaması diğer yaş gruplarına göre anlamlı şekilde yüksek ($p<0,05$); “Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği” ortalaması diğer yaş gruplarına göre ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,01$). 25 ve altı yaş grubunun “Personel sağlama” olumlu cevap ortalaması 26-30 yaş grubu ve 36-40 yaş grubuna göre çok ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,001$).
- Eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan önlisans mezunu hemşire grubunun “Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği” olumlu cevap ortalaması sağlık meslek lisesi ve lisans mezunu hemşire grubuna göre ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,01$).
- Eğitim ve araştırma hastanesinde kurumdaki görev süresi 16 yıl ve üzerinde olan hemşire grubunun “Hataların raporlanma sıklığı” ve “Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyeti” olumlu cevap ortalamaları kurumdaki görev süresi 6-10 yıl arasında olan hemşire grubuna göre anlamlı şekilde yüksek ($p<0,05$); kurumdaki görev süresi 1-5 yıl ve arasında olan hemşire grubunun “Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği” olumlu cevap ortalaması diğer gruplara göre çok ileri düzeyde anlamlı şekilde düşük bulunmuştur ($p<0,001$).

- Eğitim ve araştırma hastanesinde mesleki deneyim süresi 16 yıl ve üzerinde olan hemşire grubunun “Güvenliğin kapsamlı algılanması” olumlu cevap ortalaması 1-5 yıl arası gruba göre anlamlı şekilde yüksek ($p<0,05$), “Üniteler içinde ekip çalışması” ortalaması 1-5 yıl ve 11-15 yıl arası gruba göre ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek ($p<0,01$); mesleki deneyim süresi 1-5 yıl arasında olan hemşire grubunun “Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği” ortalaması diğer gruplara göre çok ileri düzeyde anlamlı şekilde düşük bulunmuştur ($p<0,001$).
- Eğitim ve araştırma hastanesinde acil birimde çalışan hemşire grubunun “Güvenliğin kapsamlı algılanması” olumlu cevap ortalaması dahili birimler ve yoğun bakımda çalışan hemşire grubuna, “İletişimin açık tutulması” ortalaması dahili birimlerde çalışan hemşire grubuna, “Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim” ortalaması dahili birimler, cerrahi birimler ve yoğun bakımda çalışan hemşire grubuna göre çok ileri düzeyde anlamlı şekilde düşük ($p<0,001$), “Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği” ortalaması dahili birimler ve yoğun bakımda çalışan hemşire grubuna göre ileri düzeyde anlamlı şekilde düşük bulunmuştur ($p<0,01$).
- Eğitim ve araştırma hastanesinde dahili birimlerde çalışan hemşire grubunun “Hataların raporlanma sıklığı” ve “Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyeti” olumlu cevap ortalamaları acil birimde çalışan hemşire grubuna, “Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim” ortalaması ameliyathanede çalışan hemşire grubuna göre çok ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek ($p<0,001$), “Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt” ortalaması yoğun bakımda çalışan hemşire grubuna göre anlamlı şekilde düşük bulunmuştur ($p<0,05$).
- Eğitim ve araştırma hastanesinde yoğun bakımda çalışan hemşire grubunun “Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme” olumlu cevap ortalaması acil birim ve ameliyathanede çalışan hemşire grubuna göre ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek ($p<0,01$); “İletişimin açık tutulması” ortalaması cerrahi birimler, acil birim ve ameliyathanede çalışan hemşire grubuna, “Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim” ortalaması ameliyathanede çalışan hemşire grubuna, “Hataların raporlanma sıklığı” ortalaması cerrahi birimler ve acil birimde çalışan hemşire grubuna göre çok ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,001$).

- Eğitim ve araştırma hastanesinde çalışılan birimdeki görev süresi 6-10 yıl arasında olan hemşire grubunun “Güvenliğin kapsamlı algılanması” olumlu cevap ortalaması 1-5 yıl ve 11-15 yıl arası gruplara göre ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek ($p<0,01$), görev süresi 1-5 yıl arasında olan hemşire grubunun “Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği” ortalaması 6-10 yıl arası gruba göre ileri düzeyde anlamlı şekilde düşük bulunmuştur ($p<0,01$).
- Eğitim ve araştırma hastanesinde çalışma şekli gündüz olan hemşire grubunun “Hastane üniteleri arasında ekip çalışması” olumlu cevap ortalaması vardiyalı çalışan hemşire grubuna göre anlamlı şekilde düşük ($p<0,05$), vardiyalı çalışan hemşire grubunun “Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme” ortalaması gündüz ve nöbet usulü çalışan hemşire grubuna göre anlamlı şekilde yüksek ($p<0,05$), vardiyalı çalışan hemşire grubunun “Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim” ortalaması gündüz ve nöbet usulü çalışan hemşire grubuna göre ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek ($p<0,01$), gündüz çalışan hemşire grubunun “Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği” ortalaması nöbet usulü çalışan hemşire grubuna göre ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,01$).
- Eğitim ve araştırma hastanesinde haftalık çalışma saati 40-49 saat arası olan hemşire grubunun “Güvenliğin kapsamlı algılanması”, “Hataların raporlanma sıklığı”, “Hastane üniteleri arasında ekip çalışması” olumlu cevap ortalamaları 50 saatten fazla olan gruba göre anlamlı şekilde yüksek ($p<0,05$), çalışma saati 50 saatten fazla olan hemşire grubunun “Üniteler içinde ekip çalışması” ortalaması diğer gruplara göre çok ileri düzeyde anlamlı şekilde düşük bulunmuştur ($p<0,001$). Haftalık çalışma saati 40-49 saat arası olan hemşire grubunun “Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği” ortalaması haftalık çalışma saati 50 saatten fazla olan gruba göre ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,01$).
- Eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan kadrolu hemşire grubunun “Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt” olumlu cevap ortalaması, sözleşmeli hemşire grubuna göre ileri düzeyde anlamlı şekilde düşük ($p<0,01$), “Personel sağlama” ortalaması sözleşmeli hemşire grubuna göre anlamlı şekilde düşük ($p<0,05$), “Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği” ortalaması sözleşmeli hemşire grubuna göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

- Eğitim ve araştırma hastanesinde işinden memnun olan hemşire grubunun “Güvenliğin kapsamlı algılanması” olumlu cevap ortalaması işinden memnun olmayan gruba göre çok ileri düzeyde anlamlı şekilde düşük ($p<0,001$), “İletişimin açık tutulması” ortalaması işinden memnun olmayan gruba göre ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek ($p<0,01$), “Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme” ortalaması işinden memnun olmayan gruba göre anlamlı şekilde yüksek ($p<0,05$), “Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyeti” ve “Üniteler içinde ekip çalışması” olumlu cevap ortalamaları işinden memnun olmayan gruba göre çok ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,001$).
- Eğitim ve araştırma hastanesinde hasta güvenliği konusunda birimini değerlendirme derecesini çok iyi ve mükemmel bulan hemşire grubunun “Güvenliğin kapsamlı algılanması”, “Hataların raporlanma sıklığı”, “Hastane üniteleri arasında ekip çalışması”, “Hastane müdahaleleri ve değişim”, “Üniteler içinde ekip çalışması”, “İletişimin açık tutulması”, “Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim”, “Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği” alt alan olumlu cevap ortalamalarının da çok ileri düzeyde anlamlı şekilde arttığı ($p<0,001$), kabul edilebilir, zayıf ve başarısız bulan grupların “Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyeti”, “Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme”, “Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği” olumlu cevap ortalamalarının çok ileri düzeyde anlamlı şekilde azaldığı bulunmuştur ($p<0,001$).
- Eğitim ve araştırma hastanesinde son 12 ayda doldurulan hatalı olay raporu sayısı 3 ve üzerinde olan hemşire grubunun “Hastane üniteleri arasında ekip çalışması” ve “Hastane müdahaleleri ve değişim” olumlu cevap ortalamaları hiç olay raporu doldurmayan ve 1-2 olay raporu dolduran gruplara göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).
- Özel hastanede sağlık meslek lisesi mezunu hemşire grubunun “Hataların raporlanma sıklığı” olumlu cevap ortalaması önlisans mezunu hemşire grubuna göre anlamlı şekilde yüksek ($p<0,05$), yüksek lisans mezunu hemşire grubunun “Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyeti” ortalaması sağlık meslek lisesi mezunu hemşire grubuna göre ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,01$).

- Özel hastanede kurumdaki görev süresi 1 yıldan az olan hemşire grubunun “Hataların raporlanma sıklığı” olumlu cevap ortalaması kurumdaki görev süresi 1-5 yıl arasında olan hemşire grubuna göre ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek ($p<0,01$), “Hastane üniteleri arasında ekip çalışması” ortalaması kurumdaki görev süresi 1-5 yıl arasında olan hemşire grubuna göre çok ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,001$).
- Özel hastanede kurumdaki görev süresi 1-5 yıl arasında olan hemşire grubunun “Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyeti” olumlu cevap ortalamasının kurumdaki görev süresi 6-10 yıl arasında olan hemşire grubuna, “Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim” ortalamasının kurumdaki görev süresi 1 yıldan az ve 6-10 yıl arasında olan hemşire grubuna göre ileri düzeyde anlamlı şekilde düşük ($p<0,01$), “Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği” ortalamasının kurumdaki görev süresi 1 yıldan az ve 6-10 yıl arasında olan hemşire grubuna göre çok ileri düzeyde anlamlı şekilde düşük olduğu bulunmuştur ($p<0,001$). Kurumdaki görev süresi 6-10 yıl arasında olan hemşire grubunun “Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt”, “Personel sağlama” olumlu cevap ortalamalarının kurumdaki görev süresi 1-5 yıl arasında olan hemşire grubuna göre ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,01$).
- Özel hastanede mesleki deneyim süresi 1 yıldan az olan hemşire grubunun “Hastane üniteleri arasında ekip çalışması”, “Hastane müdahaleleri ve değişim”, olumlu cevap ortalamalarının mesleki deneyim süresi 1-5 yıl ve 6-10 yıl arası olan hemşire grubuna, “İletişimin açık tutulması” olumlu cevap ortalamasının mesleki deneyim süresi 1-5 yıl ve 11-15 yıl arası olan hemşire grubuna göre anlamlı şekilde yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Mesleki deneyim süresi 16 yıl ve üzeri olan hemşire grubunun “Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim” ortalamasının mesleki deneyim süresi 1-5 yıl arası olan hemşire grubuna göre anlamlı şekilde yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,05$).
- Özel hastanede acil birimde çalışan hemşire grubunun “Hastane müdahaleleri ve değişim” olumlu cevap ortalamasının dahili birimler ve yoğun bakımda çalışan hemşire grubuna göre anlamlı şekilde düşük olduğu bulunmuştur ($p<0,05$).

- Özel hastanede çalışılan birimdeki görev süresi 1 yıldan az olan hemşire grubunun “Hastane üniteleri arasında ekip çalışması” olumlu cevap ortalamasının çalışılan birimdeki görev süresi 1-5 yıl arası olan hemşire grubuna göre ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek ($p<0,01$), “Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği” ortalamasının çalışılan birimdeki görev süresi 1-5 yıl arası olan hemşire grubuna göre anlamlı şekilde yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,05$).
- Özel hastanede nöbet usulü çalışan hemşire grubunun “Güvenliğin kapsamlı algılanması” olumlu cevap ortalaması vardiyalı çalışan hemşire grubuna göre anlamlı şekilde yüksek ($p<0,05$), vardiyalı çalışan hemşire grubunun “Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyeti” ortalaması gündüz ve nöbet usulü çalışan hemşire grubuna göre çok ileri düzeyde anlamlı şekilde düşük bulunmuştur ($p<0,001$).
- Özel hastanede işinden memnun olan hemşire grubunun “Güvenliğin kapsamlı algılanması”, “Hastane üniteleri arasında ekip çalışması”, “Hastane müdahaleleri ve değişim”, “Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyeti”, “Üniteler içinde ekip çalışması”, “İletişimin açık tutulması”, “Personel sağlama”, “Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim” olumlu cevap ortalamaları işinden memnun olmayan gruplara göre çok ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,001$). İşinden memnun olan hemşire grubunun “Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme” ve “Hataların raporlanma sıklığı” ortalamaları işinden memnun olmayan gruplara göre anlamlı şekilde yüksek ($p<0,05$), “Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği” ortalaması işinden memnun olmayan gruba göre ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,01$).
- Özel hastanede hasta güvenliği konusunda birimini değerlendirme derecesini çok iyi ve mükemmel bulan hemşire grubunun “Güvenliğin kapsamlı algılanması”, “Hastane üniteleri arasında ekip çalışması”, “Hastane müdahaleleri ve değişim”, “Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme”, “Üniteler içinde ekip çalışması”, “İletişimin açık tutulması”, “Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim”, “Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği”, olumlu cevap ortalamalarının da çok ileri düzeyde anlamlı şekilde arttığı ($p<0,001$), birimini değerlendirme derecesini kabul edilebilir bulan hemşire grubunun “Yönetici beklentileri ve güvenlik

geliştirme faaliyeti” ve “Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt” olumlu ortalamalarının da çok ileri düzeyde anlamlı şekilde azaldığı bulunmuştur ($p<0,001$).

- Özel hastanede son 12 ayda doldurulan hatalı olay raporu sayısı 3 ve üzerinde olan hemşire grubunun “Üniteler içinde ekip çalışması” olumlu cevap ortalaması hiç olay raporu doldurmuyan gruba göre anlamlı şekilde düşük ($p<0,05$); “Hataların raporlanma sıklığı” olumlu cevap ortalaması hiç olay raporu doldurmuyan ve 1-2 olay raporu dolduran gruplara göre anlamlı şekilde yüksek ($p<0,05$) bulunmuştur.
-

8.2. Öneriler

- ✓ Hemşireler yaptıkları hatalardan dolayı suçlanacaklarını hissetmekte, yaptıkları hataların kişisel dosyalarında saklı tutulduğundan endişe duymakta ve bir olayı rapor ettikleri zaman olayla ilgili problem değil, olayla ilgili kişi şikayet ediliyor duygusuna kapılmaktadırlar. Bunun önüne geçebilmek için hataları raporlayan kişiler ödüllendirilmeli, hata raporlamayı destekleyen ortamlar oluşturulmalı (elektronik ortamda hata bildirim, hata yapan kişinin gizli tutulması, hata yapan hemşireyi güvence altına alan yasal düzenlemelerin olması gibi), yöneticiler hataların geribildirim konusunda yapıcı, destekleyici ve açıklayıcı olmalıdırlar. Bunların gerçekleştirilmemesi hemşirelerin yaptığı hatayı gizlemesine, aleyhine kullanılabileceği hissine kapılmasına ve hataların daha büyük boyutta zararlara dönüşebilmesine yol açabilecektir.
- ✓ Hemşire sayısının yetersiz olması ve birimlerde gerekenden fazla geçici personel çalıştırılması hemşirelerin hasta güvenliği kültürü sonuçlarını olumsuz etkileyeceğinden, yöneticiler personel sağlama konusunda hemşirelere destek olmalıdırlar.
- ✓ Hemşirelerin yöneticilerinin karar ve eylemlerini sorgulamakta kendilerini özgür hissetmemesi, hasta güvenliği kültürünü olumsuz etkileyebileceğinden yöneticiler hasta güvenliği ile ilgili aldıkları karar ve eylemlerde hemşirelerin fikirlerini dikkate almalıdırlar.
- ✓ Hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması sayesinde ciddi hataların önüne geçilebilir. Bu sebeple hasta güvenliği ile ilgili süreçlerin iyi yönetilmesi ve hasta güvenliği ile ilgili yönetici yaklaşımlarının etkin olması sağlanmalıdır.
- ✓ Riskleri belirlemek, olası riskleri en aza indirmek ve güvenli bir ortamda sağlık hizmeti sunmak konusunda sağlık kurumlarımızda ciddi çalışmalar yapılmalı ve sürekli eğitimlerle konu ile ilgili bilinç artırılmalıdır. Hasta güvenliğini kültür haline getirebilmek ve sağlık hizmeti sunumu sırasında hayata geçirebilmek için hemşirelere konunun önemi anlatılmalıdır.

- ✓ Hemşirelerin eğitim gördükleri okullarda hasta güvenliği ile ilgili konular eğitim sistemine dahil edilerek, ayrı bir ders olarak verilmelidir.
 - ✓ Haftalık çalışma saatleri ve iş yükü arttıkça hemşireler uykusuz kalmakta, yeterince dinlenememektedirler. Sonuçta hemşireler hastaya tedavi ve bakım verirken verimsiz, dikkatsiz olmakta ve hata yapabilmektedirler. Hasta güvenliğinin tehlike altına girmemesi ve hemşirelik hizmetlerinin kalitesinin düşmemesi için yöneticilerin çalışma saatlerini hasta güvenliğini de dikkate alarak düzenlemeleri gerekmektedir.
-
- ✓ Hasta güvenliği kültürünün yaratılması ve kalıcı olabilmesi için hemşirelerin hasta güvenliği uygulamaları içerisindeki rol ve görevlerinin düzenli eğitimlerle vurgulanması ve bu konuyu sahiplenmesinin sağlanması gerekmektedir.

9. KAYNAKLAR

Acaroğlu R., Savcı C., Bilir A., Kaya H., Őendir M., Őrenli E., Temel Z. (2009) Bir nŐroŐirŐrji kliniğinde gece verilen hemşirelik bakımının değerlendirilmesi. Maltepe Őniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2(1):34-40.[Elektronik Dergi]. <http://hemşirelik.maltepe.edu.tr/dergiler>

Akalın HE. (2007) Klinik araştırmalar ve hasta gŐvenliđi. İKU, 17:32-35.

Akalın HE. (2005) Yoğun bakım Őnitelerinde hasta gŐvenliđi. Yoğun Bakım Dergisi, 5(3):141-146.

Akalın HE. (2004) Hasta gŐvenliđi kŐltŐrŐ: Nasıl geliŐtirebiliriz? Ankem Dergisi, 18(Ek-2):12-13.

AkgŐn S., Al-Assaf AF. (2007) Sağlık kuruluşlarında hasta gŐvenliđi kŐltŐrŐnŐ nasıl oluŐturabiliriz? Sağlık DŐŐŐncesi ve Tıp KŐltŐrŐ Dergisi, 3:42-47.

Akın A., Şen Őçel A., Doğan N. (2010) GŐztepe Eğitim ve araştırma hastanesinde hasta gŐvenliđi kŐltŐrŐnŐn algılanması ve çalışan uzman hekim, asistan hekim ve hemşirelerin hasta gŐvenliđi kŐltŐrŐne yönelik tutumlarının belirlenmesi. II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, Ankara, Kongre Kitabı, Ed: Kırılmaz H. 1:98-103.

Aksayan S. (2009) Hasta gŐvenliđi kŐltŐrŐnŐn geliştirilmesi. 12. Ulusal Hemşirelik Kongresi, Sivas, Kongre Kitabı, Ed: Selma Doğan. s:100.

Al-Ishaq M. (2008) Nursing Perceptions of Patient Safety at Hamad Medical Corporation in the State of Qatar. School of Nursing. (Doctor of Philosophy School of Nursing, İndiana University).Qatar.

Altındış S. (2010) Sağlık hizmetlerinde olay raporlama ve hasta gŐvenliđine etkileri. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi, 1:18-32.

Altun N. (2008) Yataklı Tedavi Kurumlarında Çalışan Hemşirelerin İş Zenginleştirme Faaliyetlerinin Belirlenmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul (Danışman: Yardc. Doç. Dr. Nefise Bahçecik).

American Organization of Nurse Executives (2007), AONE Guiding Principles for Diversity in Health Care Organizations. Nurse Leader Journal, 5(5):17-24.

Aorn Guidance Statement. (2006) Creating a Patient Safety Culture. AORN Journal, 83(4):936-942.

Armstrong KJ., Laschinger H. (2006) Structural Empowerment, Magnet Hospital Characteristics and patient safety culture: Making the Link. [abstract] Journal of Nursing Care Quality, 21(2):124-132.

Ashkanasy NM., Broadfoot LF., Falkus S. (2000) Questionnaire measures of organizational culture. In: Handbook of organizational Culture Climate. Eds: Askhanasy NM., Wilderom C., Peterson M, p:131-145. [Electronic book] www.books.google.com.tr.

Aspden P., Corrigan JM., Wolcott J., Erickson SM. (2004) Patient safety: Achieving a new standart for care Institute of Medicine. Committee on data standarts. Ed: Philip Aspden. p:20. [Electronic book] www.iom.edu.tr.

Aştı T., Kıvanç Madenoğlu M. (2003) Ağız yolu ile ilaç verilmesine ilişkin hemşirelerin bilgi ve uygulamaları. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 6(3):14-19.

Atasoy A., Aksoy S., Arslan H., Başkesen N. (2010) Hasta güvenliği kültürü, iş stresi, içsel motivasyon, iş performansı, iş tatmini arasındaki ilişkiler. II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, Ankara, Kongre Kitabı, Ed: Kırılmaz H. 1:194-200.

Aydın B. (2009) Hasta güvenliği için bilgi paylaşımı. Hasta Güvenliği Dergisi, 2:34-36.

Bakır Doğru F., Sanin AS., 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, Ankara, Kongre Kitabı, Ed: Kırılmaz H. 1:525-540.

Bal A., Çalış A., Tosun F., Yılmaz H., Memiş R., Yıldız A., Menevşe SF. (2010) Giresun Prof. Dr. A. İlhan Özdemir Eğitim ve araştırma hastanesinde çalışanların hasta güvenliği algısı. II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, Ankara, Kongre Kitabı, Ed: Kırılmaz H. 1:551-563.

Bayık Temel A. (2008) Kültürlerarası (Çok kültürlü) hemşirelik eğitimi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 11(2):92-101.

Bolsoy N., Sevil Ü. (2006) Sağlık-hastalık ve kültür etkileşimi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 9(3):78-87.

Bonner AF., Castle NG., Perera S., Handler SM. (2008) Patient safety culture: A review of the nursing home literature and recommendations for practice. ISSN:1524-7929, Vol:16. [Electronic Journal]. <http://www.annalsoflongtermcare.com/article>.

Budak M. (2009) Hasta güvenliği kültürü oluşturmak için stratejiler. Hasta Güvenliği Dergisi, 1:24-26.

Budak M. (2008a) Hasta güvenliği kültürü. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, 7:54-57.

Budak M. (2008b) Hasta Güvenliği Kültürü. İçinde: Hasta Güvenliği Yaklaşımları. Ed: Sur H, Eğitim ve Sağlık Vakfı Yayınları, İstanbul, s:193-212.

Burke KG. (2005) Executive summary: The state of the science on safe medication administration symposium. Am. J. Nurs, 105 (supp 3):73-79. [Electronic Journal]. www.journals.lww.com.

Carayon P. (2006) Handbook of Human Factors and Ergonomics in Health Care and Patient Safety. University of Wisconsin, Madison-USA, p:202.

Castle NG., Sonon KE. (2006) A culture of patient safety in nursing homes. Qual. Saf. Health Care, 15(6):405-408.

Castle NG., Wagner LM., Perera S., Ferguson JC., Handler SM. (2010) Assessing resident safety culture in nursing homes: Using the nursing home survey on resident safety. [abstract] *Journal of Patient Safety*, 6(2):59-67.

Cebeci C. (2010a) Hasta güvenliğinde acil hemşirelerinin rolü. [Özet] *Hemşirelik Bilimleri Dergisi*, 2(1):57-63.

Cebeci F., Karazeybek E., Sucu G. (2010b) Öğrenci hemşirelerin hastane uygulamaları sırasında şahit oldukları tıbbi hata durumları. II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, Ankara, Kongre Kitabı, Ed: Kırılmaz H. 1:139.

Cooper JB., Blum RH., Carrd JS., Dershwitz M., Feinstein DM., Gaba DM., Morey JC., Singla AK. (2008) International Anesthesia Research Society: Differences in Safety Climate Among Hospital Anesthesia Departments and the Effect of a Realistic Simulation-Based Training Program 106. p:574-584.

Çakır A., Tütüncü Ö. (2009) İzmir ili hastanelerinde hasta güvenliği algısı. I. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, Ankara, Kongre Kitabı, Ed: Kırılmaz H. 2:189-204.

Çakır A. (2007) Hasta Güvenliği Kültürü ile Kalite Yönetim Sistemi Arasındaki İlişkinin Analizi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir (Danışman : Doç. Dr. Özkan Tütüncü).

Çakmak G. (2009) Sağlık hizmetlerinde tıbbi hatalar ve hasta güvenliği kültürünün önemi. *Hasta Güvenliği Dergisi*, 3:34-37.

Çınar F., Yılmaz Yalçınkaya E., Soy D., Öneş K. (2010) Rehabilitasyon hastanelerinde hasta güvenliği kültürü. II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, Ankara, Kongre Kitabı, Ed: Kırılmaz H. 1:432-441.

Çırpı F., Doğan Merih Y., Yaşar Kocabey M. (2009) Hasta güvenliğine yönelik hemşirelik uygulamalarının ve hemşirelerin bu konudaki görüşlerinin belirlenmesi. I. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, Ankara, Kongre Kitabı, Ed: Kırılmaz H. 2:85-94.

Çiftlik EE., Kesgin V., Kurt M., Özkan S., Çoban D. (2010b) Hasta ve çalışan güvenliği kültürünün oluşmasında eğitimin önemi. II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, Ankara, Kongre Kitabı, Ed: Kırılmaz H. 1:586.

Çiftlik EE., Kesmezacar Ö., Kurt M., Kesgin V., Özkan S., Çoban D., Abalı Y. (2010a) Eğitim ve araştırma hastaneleri ile devlet hastanelerinde hasta güvenliği kültürü algılaması. II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, Ankara, Kongre Kitabı, Ed: Kırılmaz H. 1:3-11.

Çingöl N. (2007) Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Kurum Kültürüne İlişkin Değerlendirmeleri. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sivas (Danışman : Yard. Doç. Dr. Hatice Ulusoy).

Dang D., Johantgen ME., Pronovost PJ., Jenckes WM., Bass EB. (2002) Postoperative complications: Does intensive care unit staff nursing make a difference, 31:219-228.

Demir N. (2005) Hastanelerde Örgüt Kültürü ve Hastane Yöneticilerinin Örgüt Kültürü Oluşturmadaki Yeterlilik Derecesi. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara (Danışman : Doç. Dr. Dilaver Tengilimoğlu).

Feng X., Bobay K., Weiss M. (2008) Patient safety culture in nursing: A dimensional concept analysis. [abstract] Journal of Advanced Nursing, 63(3):310-319.

Filiz E. (2009) Hastanede Hasta Güvenliği Kültürü Algılamasının ve Sağlık Çalışanları ile Toplumun Hasta Güvenliği Hakkındaki Tutumunun Belirlenmesi. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Konya, (Danışman: Prof. Dr. Said Bodur).

Flin R., Burns C., Mearns K., Yule S., Robertson E. (2006) Measuring safety climate in health care. Qual Saf Health Care, 15(2):109-115.

Gallagher TH., Waterman AD., Garbutt JB., Kapp JM., Chan DK., Dunagan CW., Fraser VJ., Levinson W. (2006) Us and Canadian Physicians Attitudes and Experiences Regarding Disclosing Errors to Patients. Arch Intern Med, 166:1609. [Electronic Journal]. <http://www.archinternmed.com>.

Gambrill E. (2006) Evidence-based practice and policy: Choices a head research on social work practice, 16(3):338-357. [Electronic Journal]. <http://rsw.sagepub.com>.

Geyman JP., Bliss E. (2001) What does family practice need to do next? A cross-generational view. *Fam. Med*, 33(4):259-267.

Glanville J. (1998) Getting research into practice findings information of clinical effectiveness. [Abstract] *BMJ*, 317:200-203.

Gökdoğan F. (2010) Hasta güvenliği kültürü. I. Hasta Bakımı ve hasta güvenliği kongresi, Kongre kitabı, Zonguldak, s:19.

Gökdoğan F., Yorgun S. (2010) Sağlık hizmetlerinde hasta güvenliği ve hemşireler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(2):53-59.

Gökdoğan F., Yorgun S., Yapıcı M., Yıldırım Y., Özdener S., Mısırlıoğlu N., Şentürk E. (2009) Sağlık Hizmetlerinde Hasta Güvenliği ve Hemşireler. I. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, Ankara, Kongre Kitabı, Ed: Kırılmaz H. 2:95-104.

Göktaş S. (2007) Bir Kamu Hastanesinde Hemşire İstihdamının Hasta Güvenliğine Etkisi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul (Danışman: Prof Dr. Sevgi Oktay).

Güvenç B. (2003) İnsan ve Kültür. 10. Baskı. Remzi Kitabevi, İstanbul, s:95-113.

Güven R. (2007) Dezenfeksiyon ve sterilizasyon uygulamalarında hasta güvenliği kavramı. 5. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi, Kongre Kitabı, s:411-422.

Handler SM., Castle NG., Studenski SA., Perera S., Fridsma DB., Nace DA., Hanlon T. (2006) Patient safety culture assesment in the nursing home. *Qual. Saf Healht Care*, 15(6):400-404.

Hellings J., Schrooten W., Klazinga N., Vleugels A. (2007) Challenging patient safety culture: Survey results. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 20(7):620-632. [Electronic Journal]. <http://www.emeraldinsight.com>.

Helmreich RL. (2000) Culture and error in space: Implications from analog environments. *Aviation, Space and Environmental Medicine*, 71 (9-11):133-139.

Hughes CM., Lapane KL. (2006) Nurses' and nursing assistants' perceptions of patient safety culture in nursing homes. *International Journal for Quality in Health Care*, 18(4):281-286.

Hughes RG., Clancy CM. (2009) Nurse's role in patient safety. *Journal of Nursing Care Quality*, 24(1):1-4.

Hughes RG., Clancy CM. (2005) Working conditions that support patient safety. *Journal of Nursing Care Quality*, Vol:20. Issue:4, p:289-292. Department: AHRQ Commentary Wolters Kluwer Health/ Lippincott Williams&Wilkins

Jencks SF., Huff ED., Cuedon T. (2003) Change in the quality of care delivered to medicare beneficiaries 1998-1999 to 2000-2001. [abstract] *The Journal of the American Medical Association*, 289:305-312.

Jeongeun Kim., Kyungh An., Minah Kang Kim., Sook Hee Yoon. (2007) Nurses' perception of error reporting and patient safety culture in Korea. *Western Journal of Nursing Research.*, 27:827-844.

Johnson K., Hudson MA. (2004) Keeping patients safe: An analysis of organizational culture and caregiver tr. *Journal of Healthcare Management*, 49(3):171.

Joint Commission International (2008). *JCI Accreditation Standarts for Hospitals*, p:31-35.

Kaya Eroğlu E., Berk Y., Öksüz AS., Keser N., Mercan F. (2009) Sağlık çalışanlarının hata bildiri alanında eğitilmesi ve tıbbi hataların değerlendirilmesi. I. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, Ankara, Kongre Kitabı, Ed: Kırılmaz H. 2:76-84.

Kaya E. (2007a) Sağlık Kurumlarında Örgüt Kültürü. Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Isparta, 2007 (Danışman : Prof.Dr. Metin Özkul).

Kaya S. (2009) Hasta güvenliği kültürü nedir ve nasıl geliştirilebilir? Hasta Güvenliği Dergisi, 1:32-34.

Kaya S (2007b) Türkiye'deki hastanelerde hasta güvenliği kültürü. Uluslararası Sağlık ve Hastane Yönetimi Kongresi, Lefkoşa-KKTC, Kongre Kitabı, Eds: Gökçekuş H., Arasıl T. s:13-19.

Kılıç M., Öztürk H. (2006) Hastanelerde mesai saatleri dışında yürütülen yönetim hizmetleri:Ankara ili eğitim hastanelerinde bir alan araştırması. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 9(1):55-80. [Elektronik Dergi]. [http:// www.sid.hacettepe.edu.tr](http://www.sid.hacettepe.edu.tr).

Koraşlı D., Torun E., Yüzden GE. (2010) Sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürü algılamasının değerlendirilmesi: Eğitim ve araştırma hastanesi örneği. II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, Ankara, Kongre Kitabı, Ed: Kırılmaz H. 1:442-453.

Leape L., Berwick DM. (2005) Five years after to err is human: What have we learned? The Journal of the American Medical Association (JAMA), 293(19):2384-2390.

Lee TR. (1996) Perception, attitudes and behaviour: The vital elements of a safety culture, Health Safety; 10:1-15.

Lindberg L., Judd K., Snyder J. (2008) Developing a safety culture with front-line staff. Hospital Health Network, 82(9):84-85.

Makary MA., Sexton JB., Freischlag JA., Millman EA., Pryor D., Holzmueller C., Pronovost PJ. (2006) Patient safety in surgery. Annals of Surgery, 243(5):628-635.

Matsubara S., Hagihara A., Nobutomo K. (2008) Development of a patient safety climate scale in Japan. International Journal for Quality in Health Care, 20(3):211-220.

McQueen MJ. (2001) Overview of evidence-based medicine: Challenges for evidence-based laboratory medicine. [abstract] American Association for Clinical Chemistry. 47:1536-1546.

Nicklin W., Mass H., Affonso DD., O'Connor P., Ferguson-Pare M., Jeffs L., Tregunno D., White P. (2004) Patient safety culture and leadership within Canada's Academic Health Science Centres: Towards the development of a collaborative position paper. [abstract] Nursing Leadership 17(1):22-34.

Nieva VF., Sorra J. (2003) Safety culture assessment: A tool for improving patient safety in healthcare organizations. Qual Safety Health Care, 12(2):17-23.

Oğuz Ö. (2007) İlaç Hataları ve Hataların Raporlanmasına Yönelik Hemşirelerin Alışkanlık ve Deneyimlerinin Belirlenmesi ve İlaç Hatalarının Önlenmesine İlişkin Stratejilerin Geliştirilmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul (Danışman : Prof. Dr. Atıf Akdaş).

Orman H., Mumyalmaz M., Taşçı F., Erdemir F. (2010) Çalışan memnuniyetinin hizmet alanın memnuniyetine etkisi: Bir hastane uygulaması. II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, Ankara, Kongre Kitabı, Ed: Kırılmaz H. 2:362-363.

Öğün B. (2008) Ameliyathanede Hasta Güvenliğinin İncelenmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. Fatma Eti Aslan).

Özata M., Altuncan H. (2010a) Hastanelerde tıbbi hata görülme sıklıkları, tıbbi hata türleri ve tıbbi hata nedenlerinin belirlenmesi: Konya örneği. Tıp Araştırmaları Dergisi, 8(2):100-111.

Özata M., Altuncan H. (2010b) Hemşirelikte tıbbi hataya eğilim ölçeğinin geliştirilmesi ve geçerlilik güvenilirlik analizinin yapılması. II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, Ankara, Kongre Kitabı, Ed: Kırılmaz H. 1:417-419.

Özata M., Aslan Ş. (2010) Hasta güvenliği kültürü ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, Ankara, Kongre Kitabı, Ed: Kırılmaz H. 1:377-388.

Özmen S., Başol O. (2010) Hasta güvenliği kültürü: Bursa'da Özel bir hastane uygulama örneği. II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, Ankara, Kongre Kitabı, Ed: Kırılmaz H. 1:81-97.

Özyurt F. (2008) Özel Bir Vakıf Hastanesinde Karşılaşılan İstenmeyen Olaylar ve Bu Olayların Meydana Gelmesini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Doç. Dr. Aytolan Yıldırım).

Phillips J., Barnsteiner JH. (2005) Clinical alarms: Improving efficiency and effectiveness. [abstract] Crit Care Nurs Q, 28(4):317-323.

Pronovost P., Sexton B. (2005) Assessing safety culture: Guidelines and recommendations. Qual Saf Health Care, 14:231-233. [Electronic Journal]. <http://qshc.bmj.com/content/14/4/231.full>.

Pronovost PJ., Weast B., Bishop K., Panie L., Griffith R., Rosenstein BJ., Kidwell RP., Haller KB., Davis R. (2004) Senior executive adopt a work unit: A model for safety improvement. [abstract] Jt Comm J Qual Saf, 30(2):59-68.

Pronovost PJ., Weast B., Holzmueller CG., Rosenstein BJ., Kidwell RP., Haller KB. (2003) Evaluation of the culture of safety: Survey of clinicians and managers in an academic medical center. [abstract] Quality and Safety in Health Care, 12:405-410

Pronovost P., Weast B., Rosentein B., Sexton JB., Holzmueller CG., Christine G., Paine L., Paine L., Davis R., Rubin HR. (2005) Implementing and validating a comprehensive unit-based safety program. [abstract] Journal of Patient Safety, 1(1):33-40.

Reeder JM. (2001) Patient safety: Culturel changes needed [corrected]. [abstract] Healthc Pap, 2(1), 48-54.

Reiling JG. (2005) Creating a culture of patient safety through innovative hospital design. *Advances in patient safety: From research to implementation*. [abstract] AHRQ Publication, Vol.2, p:425.

Reiling JG., Knutzen BL., Wallen TK., McCullough S., Miller R., Chernos S. (2004) Enhancing the traditional hospital design process: A focus on patient safety. [abstract] *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 30(5):233.

Rich VL. (2009) *Creation of a Patient Safety Culture: A Nurse Executive Leadership Imperative : An Evidence-Based Handbook for Nurses*, Chapter:20. p:1-11.

Runciman WB., Edmonds MJ., Pradhan M. (2002) Setting priorities for patient safety. [abstract] *Quality and Safety in Health Care*, 11:224-229.

Sandars J., Cook G. (2007) *ABC of Patient Safety*. p:20-21. [Electronic book]. <http://www.books.google.com.tr>.

Saraç A. (2009) *Trabzon İl Merkezinde Birinci Basamakta Çalışan Sağlık Personelinin Hasta Hakları, Hasta Güvenliği ve Kendi Hakları Hakkındaki Bilgi ve Tutumları*. Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Trabzon (Danışman : Doç. Dr. Murat Topbaş).

Seren Ş. (2005) *Değişime Karşı Tutum Ölçeğinin Geliştirilmesi ve Kalite Belgesi Alan Hastanelerde Değişim ile Örgüt Kültürü Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul (Danışman : Yard. Doç. Dr. Ülkü Baykal).

Sexton JB., Thomas EJ., Helmreich RL. (2000) Error, stres and teamwork in medicine and aviation: Cross sectional surveys. *BMJ*, 320:745-749.

Sezgin B. (2007) *Kalite Belgesi Alan Hastanelerde Çalışma Ortamı ve Hemşirelik Uygulamalarının Hasta ve Hemşire Güvenliği Açısından Değerlendirilmesi*. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul (Danışman : Doç. Dr. Aytolan Yıldırım).

Sezgin İnce B. (2008) Hemşire Güvenliği: Çalışma ortamı ve riskler. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 24(3):61-71.

Singer SJ., Gaba DM., Geppert JJ. (2003). The culture of safety: Results of an organization-wide survey in 15 California Hospitals. Qual. Safe. Health Care, 12:112-118.

Soydan H., Arslanoğlu A. (2010) Bir eğitim hastanesinde görev yapan hemşirelerin birimlerindeki hasta güvenliği konusundaki uygulamaları değerlendirmeleri. II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, Ankara, Kongre Kitabı, Ed: Kırılmaz H. 1:329-341.

Soylu F. (2007) Hemşirelerin Ekip Çalışmasına İlişkin Görüşleri ve İş Doyumları. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara (Danışman: Doç. Dr. Süheyla Abaan).

Storch LJ. (2005) Patient Safety: Is it Just Another Bondwagon? [abstract] Nurs Leadership (To Ont) 18(2):39-55.

Strahan GW. (1997) An overview of nursing homes and their current residents: Data from the 1995 National Nursing Home Survey. [abstract] Adv Data, 23(280):1-12.

Şen S., Er S., Sevil Ü. (2009) Hasta güvenliği ve tıbbi hatalar. I. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, Ankara, Kongre Kitabı, Ed: Kırılmaz H. 2:24-33.

Tak B. (2009) Hastanelerde hasta güvenliği kültürünün benimsenme düzeyinin ölçümü: Çok kültürlü bir alan araştırması. [Özet] 3. Hasta Güvenliği Kongresi. İstanbul. Kongre Özet Kitabı. s:39.

Taşcı S. (2009) Kültür ve sağlık. Hemşirelik ve Ebelikte Kültürlerarası Yaklaşım Sempozyumu, Çanakkale, Sempozyum Kitabı. s:20-29.

Taycan O., Kutlu L., Çimen S., Aydın N. (2006) Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde depresyon ve tükenmişlik düzeyinin sosyodemografik özelliklerle ilişkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 7:100-108.

T.C. Resmi Gazete. Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ. 24.04.2009. Sayı: 27214, Başbakanlık Basımevi, Ankara.

Tekeş B., Turhan NA., Taşkın A., Karaca A., Sağdıç H. (2010) Güvenli hastaneler ve iletişim hastane güvenliğinin çalışanlar ve hizmet alanlar tarafından algılanma düzeyi. II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, Ankara, Kongre Kitabı, Ed: Kırılmaz H. 1:39.

Thomas EJ., Sexton JB., Neilands TB., Frankel A., Helmreich RL. (2005) The effect of executive walk rounds on nurse safety climate attitudes: A randomized trial of clinical units. [abstract] BMC Health Services Research, 5:28.

Tortumluoğlu G., Okanlı A., Özer N. (2004) Hemşirelik bakımında kültürel yaklaşım ve önemi. İnsan Bilimleri Dergisi, ISSN:1303-5134. [Elektronik Dergi]. <http://www.insanbilimleri.com>.

Türker Ö., Lajunen T. (2003) Güvenlik kültürü ve iklimi, Pıvolka 2 (10):3-4.

Tütüncü Ö., Küçükusta D. (2006a) Hasta güvenliği kültürü ve hemşireliğe yönelik bir uygulama. Hastane Yönetimi Dergisi, 10(2):61-68.

Tütüncü Ö., Küçükusta D. (2006b) Hastanelerde hasta güvenliği kültürü ve İzmir ili uygulaması. 4. Ulusal Sağlık Kuruluşları Yönetimi Kongresi, Muğla. [Elektronik Dergi]. http://web.deu.edu.tr/kalite/pdf/ozkan_tutuncu.pdf.

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):519-533.

Ulupınar Alıcı S., Çakır A. (2009) Hemşirelerin özel bir hastanede uygulanan klinik oryantasyon programına ilişkin görüşleri. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2(1):45-56.

Ulusoy H. (2008) Güvenli istihdamın önemi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 11(3):106-112.

Ulusoy H., Moroğlu Tokgöz D. (2009) Hekim ve hemşirelerin ekip çalışmasına ilişkin görüşleri. Pamukkale Tıp Dergisi, 2(2):55-61.

Vogelsmeier A., Cawiezell JS. (2007) A just culture the role of nursing leadership, J Nurs Care Qual, 22(3):210-212.

Weissman JS., Annas CL., Epstein AM. (2005) Error reporting and disclosure system: Views From Hospital Leaders JAMA, 293(11):1359-1366.

Woolf A., Litovitz T., Leape LL. (2003) Reporting of Adverse Events. The New England Journal of Medicine, 348(14):1410-1411.

Yalçın Ş., Acar A. (2010) Avrupa Birliği ülkelerinde hasta güvenliği ve güvenli hastane ilişkisi. II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, Ankara, Kongre Kitabı, Ed: Kırılmaz H. 1:12-26.

Yates GR., Bernd DL., Sayles SM., Stockmeler CA., Burke G., Merti GE. (2005) Building and sustaining a systemwide culture of safety. [abstract] Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety, 31(12):684-689.

Yavuz E. (2009) Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin İş Sağlığı ve İş Güvenliği Durumlarının İncelenmesi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul (Danışman : Yard. Doç. Dr. Nefise Bahçecik).

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, 9(3):221-227.

Yüksel İ. (2002) Vardiyalı ve vardiyasız çalışan hemşirelerin iş gücünü ayırt edici değişkenlerin belirlenmesi. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 7(1):199-210.

[http:// www.ahrq.gov.tr](http://www.ahrq.gov.tr) Erişim Tarihi: 10.04.2010.

[http:// www.cna.aiic.ca/patient_safety](http://www.cna.aiic.ca/patient_safety)., Erişim Tarihi: 29.11.2009.

[http:// www.cpsqa.ie/./patientsafety.pdf](http://www.cpsqa.ie/./patientsafety.pdf), Erişim Tarihi: 05.01.2010.

[http:// www.gesundheits-symposium.ch](http://www.gesundheits-symposium.ch)., Erişim Tarihi: 30.11.2009.

[http:// www.hastaguvenligikongresi.net](http://www.hastaguvenligikongresi.net)., Erişim Tarihi: 01.03.2010.

[http:// www.npsf.org/rc/mp/definitions.php](http://www.npsf.org/rc/mp/definitions.php).,Erişim Tarihi:30.11.2009.

[http:// www.nursingworld.org](http://www.nursingworld.org)., Erişim Tarihi: 02.05.2010.

[http://: www.performans.saglik.gov.tr/conten](http://www.performans.saglik.gov.tr/conten)., Erişim Tarihi: 01.12.2009.

[http:// www.pfeiffer.com](http://www.pfeiffer.com), Erişim Tarihi:05.03.2010.

[http:// www.sbu.saglik.gov.tr/hastahaklari/elek](http://www.sbu.saglik.gov.tr/hastahaklari/elek)., Erişim Tarihi: 30.11.2009.

[http:// www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com), Erişim Tarihi:04.03.2010.

[http:// www.web.deu.edu.tr](http://www.web.deu.edu.tr)., Erişim Tarihi: 29.11.2009.

10. EKLER

Bilgi Formu (Ek-1)

Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi (Ek-2)

İzin Yazıları (Ek-3,4,5,6,7)

Etik Kurul Onayı (Ek-8)

Ek-1

Sayın Meslektaşımız,

Araştırma, hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algılamalarının belirlenmesi amacıyla planlanmış olan bir yüksek lisans tez çalışmasıdır. Araştırmada kullanılacak veri toplama formları 2 bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde hemşirelerin tanıtıcı özelliklerini içeren “Bilgi Formu”, ikinci bölümde ise “Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi” yer almaktadır. Araştırma, sizin doğru ve samimi cevaplarınız ölçüsünde anlamlı ve geçerli olacaktır. Değerli katkılarınız ve işbirliğinizden dolayı teşekkür ederiz.

Seval KARABOĞA GÜNDOĞDU

Yrd.Doç.Dr.Nefise BAHÇECİK

Haliç Üniversitesi

Tez Danışmanı

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Öğrencisi

Vakıf Gureba Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Diyabet Eğitim Hemşiresi

1. Yaşınız

2. Medeni Durumunuz

() Evli () Bekar

3. Eğitim Durumu

() Sağlık Meslek Lisesi () Lisans

() Ön lisans () Lisansüstü/Doktora

4. Çalıştığınız Hastane

() Özel () Eğitim ve Araştırma Hastanesi

5. Çalışma Şekli

() Gündüz () Vardiya () Nöbet Usulü

6. İşinizden memnun musunuz?

() Evet () Hayır

HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ HASTANE ANKETİ

Aşağıda Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi yer almaktadır.

Cevaplarınıza ve ilginize teşekkür ederiz.

BÖLÜM A : Çalıştığınız Birim

Hastanedeki çalışma biriminiz.....

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

BÖLÜM B: Yöneticileriniz/supervisor

Yönetici/supervisor veya doğrudan bağlı olduğunuz kişiler ile ilgili aşağıdaki konulara katılma derecenizi belirtiniz.

| | Kesinlikle Katılmıyorum ▼ | Katılmıyorum ▼ | Ne Katılım Ne Katılmam ▼ | Katılıyorum ▼ | Kesinlikle Katılıyorum ▼ |
|---|---------------------------------|----------------------------|--------------------------------------|----------------------------|--------------------------------|
| 1. Yöneticilerimiz, oluşturulmuş hasta güvenliği prosedürlerine göre yapılmış bir işi gördüğünde takdir eder. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 2. Yöneticilerimiz, hasta güvenliğini geliştirmek için çalışanların önerilerini ciddiye alır. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 3. Yöneticilerimiz, kalite kaybı olsa bile bizim daha hızlı çalışmamızı ister. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 4. Yöneticilerimiz tekrar tekrar oluşan hasta güvenliği problemlerini görmezden gelir. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

BÖLÜM C: İletişim

Bölümünüzde aşağıdakiler ne sıklıkta oluyor?

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

BÖLÜM D: Raporlanmış Olayların Sıklığı

Biriminizde aşağıdaki hatalar olduğunda ne sıklıkla rapor ediliyor?

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

BÖLÜM E: Hasta Güvenliği Derecesi

Hasta güvenliği konusunda biriminizi değerlendiriniz.

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

BÖLÜM F: Hastanemiz

Hastanemizle ilgili olarak aşağıda belirtilen konulara katılma derecenizi belirtiniz.

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

BÖLÜM G: Raporlanan Olay Sayısı

Son 12 ayda kaç kez olay raporu yazıp idarecilerinize verdiniz?

- a. Hiç d. 6-10 olay raporu
 b. 1-2 olay raporu e. 11-20 olay raporu
 c. 3-5 olay raporu f. 21 ve üzeri olay raporu

BÖLÜM H: Kişisel bilgiler

1. Kaç yıldır bu hastanede çalışıyorsunuz?

2. Su anda çalıştığınız birimde kaç yıldır çalışıyorsunuz?

3. Haftada kaç saat çalışıyorsunuz? a. 40 saati geçmiyor b. 40-49 saat c. 50 saatten fazla

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

a. Kadrolu Hemşire e. Uzman Doktor/Öğretim Üyesi

b. Sözleşmeli Hemşire d. Uzmanlık Öğrencisi

c. Pratisyen Doktor j. Diğer.....

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

a. EVET b. HAYIR

6. Mesleğinizi kaç yıldır yapıyorsunuz?

BÖLÜM I: Yorumlarınız

Lütfen hastaneniz/kuruluşunuzdaki "hasta güvenliği, tıbbi hata ve olay raporlama" konularındaki düşünce/yorumunuzu yazınız.

Hasta güvenliği:

Tıbbi hatalar:

Olay/hata raporlama:

ANKETİ DOLDURDUĞUNUZ İÇİN TEŞEKKÜR EDERİZ.

PROTOKOL

Taraflar:

Madde 1-

Bu protokol TC Sağlık Bakanlığı İstanbul Sağlık Müdürlüğü ile Haliç Üniversitesi /Hastanesi Sağlık Bilimler Enstitüsü /Kliniği arasında düzenlenmiştir.

Çalışmanın gerçekleştirileceği kurum/kuruluşlar: İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Çalışmanın adı: Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürü Algılanmasının Belirlenmesi

Bu çalışmayı yürütecek kişi/kişiler Seval KARABOĞA GÜNDOĞDU' dur.

Konusu:

Madde 2-

a) Bu protokol ilimiz sınırları içinde İstanbul İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı kurum ve kuruluşlarda verilen hizmetleri, yapılan koruyucu sağlık hizmeti çalışmalarını ya da yapılan kayıtlar sonucu elde edilen istatistik verileri içeren ve kurum personeli ve/veya kuruma başvuran kişilerle yapılacak anket çalışmalarını kurala bağlamak amacı ile düzenlenmiştir.

b)Yapılacak bilimsel çalışma proje aşamasında iken İl Sağlık Müdürlüğü tarafından değerlendirilecektir.

c)Çalışma uygulanırken kapsam dışı hiçbir veri toplanmayacaktır.

d)Veri toplama sırasında Sağlık Bakanlığı Personelinden de yararlanılacaksa ayrıca Sağlık Müdürlüğünden onay alınacaktır.

Sözleşme şartlarında aykırılık:

Protokol süresince yapılacak çalışmalar sırasında, yapılan çalışmayı devam ettiren kişi ya da kişiler aynı olacaktır. Saha çalışmasına katılan ve protokolle tesbit edilen kişide değişiklik yapılması ya da yeni kişinin çalışmaya dahil edilmesi ancak Sağlık Müdürlüğünün onayı olursa olacaktır. Ya da protokol iptal edilecektir.

Protokolün süresi:

a) Bu çalışmanın yürütücüsü kurumlarımızda^{3 ay}.....süre ile çalışmasını yürütecektir.

b) Başlangıç: 25/02/2010 /Bitiş: 25/05/2010

c) Protokol, çalışmanın taraflarca planlanan ve kabul edilen süresi ile sınırlıdır. Uzatılması ancak yeni bir protokole bağlıdır.

d)Şartlarda oluşabilecek değişikliklere bağlı olarak Sağlık Müdürlüğü protokolü daha önce de sonlandırabilir.

İhtilafların çözümü:

Protokolün uygulanması ile ilgili çıkabilecek sorunlar tarafların yetkili temsilcileri tarafından görüşülerek çözülecektir.

Yürürlük:

a) Çalışma yayın/tez haline getirilmeden önce Sağlık Müdürlüğünün ilgili şubesi tarafından verilerin analizi değerlendirilecektir. Toplum sağlığı açısından sakıncalı verilerin yayınlanması kısıtlanabilecektir.

b) Çalışma Üniversite ya da kurum tarafından kabul edildikten sonra bir nüshası kitapçık halinde İstanbul Sağlık Müdürlüğü Eğitim Şubesine teslim edilecektir.

c)Yürürlük bölümündeki a ve b maddelerinin yerine getirilmediği takdirde kurumumuza ait veriler yayın/proje/tezvs gibi bilimsel bir çalışmada kullanılamayacaktır.

d)Çalışmayı gerçekleştiren kişi ya da kişiler kurumda görevlendirileceklerse ayrıca vilayet oluru da alınacaktır.

e) Her çalışmanın biri Sağlık Müdürlüğü personeli olmak üzere en az iki yürütücüsü olacaktır.

f)Yapılacak çalışmalarda Protokole ek olarak vilayet oluru da alınacaktır.

g)Çalışma esnasında her tür ilaç uygulaması veya girişim için gerek hastanın kendisi ya da yasal vasisinden gerekse etik kuruldan onay alınacaktır.

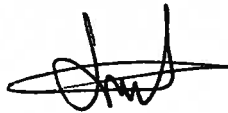
Ek Bilgi:

Taraflar:

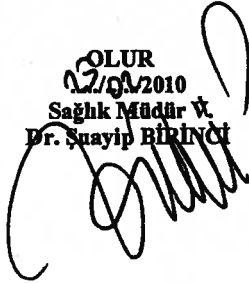
24/02/2010

Adı-Soyadı

Seval KARABOĞA GÜNDOĞDU

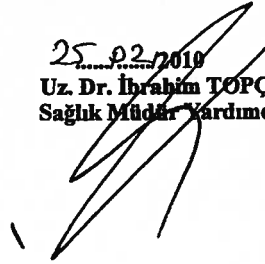


OLUR
22/02/2010
Sağlık Müdürü
Dr. Şuayip BİRİNCİ



25/02/2010

Uz. Dr. İbrahim TOPÇU
Sağlık Müdür Yardımcısı



Ek-4



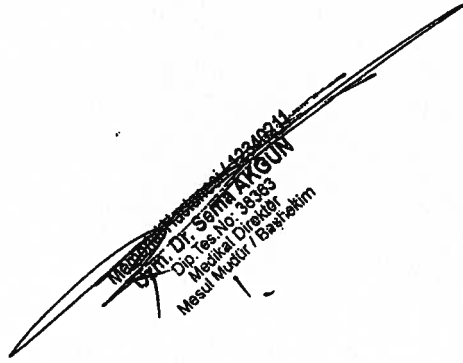
T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

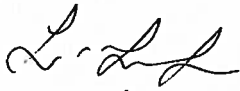
SAYI : B.30.2.HAL.0.42.00.00-174
KONU:

09.12.2009

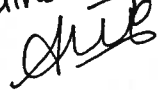
MEMORIAL HASTANESİ
HEMŞİRELİK HİZMETLERİ DİREKTÖRLÜĞÜ' NE

Haliç Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Seval KARABOĞA GÜNDOĞDU' nun Yrd.Doç.Dr.Nefise BAHÇECİK danışmanlığında Yüksek Lisans Tezi olarak hazırladığı "*Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürü Algılamasının Belirlenmesi*" konulu araştırmasının anketlerini hastanenizde uygulayabilmesi için gerekli iznin verilmesini saygılarımla arz ederim.


Memorial Hastanesi / 152043044
Yrd. Doç. Dr. Selma AKGÜN
Dip. Tes. No: 36 763
Medikal Direktör
Mesul Müdür / Başhekim


Yrd.Doç.Dr.Leman ŞENTURAN
Sağlık Bilimleri Ens. Müdürü

Ek(1):Anket Formu

Uygundur.
Ayime Uslu


Büyükdere Cad. No: 101 Mecidiyeköy – İstanbul
Tel: (0212) 275 20 20- 444 25 42

Ek-5



T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SAYI : B.30.2.HAL.0.42.00.00- 16
KONU:

27.10.2010

MEDICANA HOSPİTAL İSTANBUL
HEMŞİRELİK HİZMETLERİ DİREKTÖRLÜĞÜ' NE

Haliç Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Seval KARABOĞA GÜNDOĞDU' nun Yrd.Doç.Dr.Nefise BAHÇECİK danışmanlığında Yüksek Lisans Tezi olarak hazırladığı "*Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürü Algılamasının Belirlenmesi*" konulu araştırmasının anketlerini hastanenizde uygulayabilmesi için gerekli iznin verilmesini saygılarımla arz ederim.

uygundur.
Hemşirelik Hım Direktör
Gülay Karer

Ek(1):Anket Formu

Yrd.Doç.Dr.Leman ŞENTURAN
Sağlık Bilimleri Ens. Müdürü



Ek-6



T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SAYI : B.30.2.HAL.0.42.00.00-16
KONU:

24/01/2010

MEDICANA HOSPİTAL AVCILAR
HEMŞİRELİK HİZMETLERİ DİREKTÖRLÜĞÜ' NE

Haliç Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Seval KARABOĞA GÜNDOĞDU' nun Yrd.Doç.Dr.Nefise BAHÇECİK danışmanlığında Yüksek Lisans Tezi olarak hazırladığı "*Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürü Algılamasının Belirlenmesi*" konulu araştırmasının anketlerini hastanenizde uygulayabilmesi için gerekli iznin verilmesini saygılarımla arz ederim.

29.01.2010

uygundur.

H.İsmet Ddabağ,
Başhemşire

Ek(1):Anket Formu

Yrd.Doç.Dr.Leman ŞENTURAN
Sağlık Bilimleri Ens. Müdürü

Ek-7

PROTOKOL

Taraflar:

Madde 1-

Bu protokol TC Sağlık Bakanlığı İstanbul Sağlık Müdürlüğü ile Haliç Üniversitesi /Hastanesi Sağlık Bilimler Enstitüsü /Kliniği arasında düzenlenmiştir.

Çalışmanın gerçekleştirileceği kurum/kuruluşlar: Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Çalışmanın adı: Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürü Algılanmasının Belirlenmesi

Bu çalışmayı yürütecek kişi/kişiler Seval KARABOĞA GÜNDOĞDU' dur.

Konusu:

Madde 2-

a) Bu protokol ilimiz sınırları içinde İstanbul İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı kurum ve kuruluşlarda verilen hizmetleri, yapılan koruyucu sağlık hizmeti çalışmalarını ya da yapılan kayıtlar sonucu elde edilen istatistik verileri içeren ve kurum personeli ve/veya kuruma başvuran kişilerle yapılacak anket çalışmalarını kurala bağlamak amacı ile düzenlenmiştir.

b)Yapılacak bilimsel çalışma proje aşamasında iken İl Sağlık Müdürlüğü tarafından değerlendirilecektir.

c)Çalışma uygulanırken kapsam dışı hiçbir veri toplanmayacaktır.

d)Veri toplama sırasında Sağlık Bakanlığı Personelinden de yararlanılacaksa ayrıca Sağlık Müdürlüğünden onay alınacaktır.

Sözleşme şartlarında aykırılık:

Protokol süresince yapılacak çalışmalar sırasında, yapılan çalışmayı devam ettiren kişi ya da kişiler aynı olacaktır. Saha çalışmasına katılan ve protokolle tesbit edilen kişide değişiklik yapılması ya da yeni kişinin çalışmaya dahil edilmesi ancak Sağlık Müdürlüğünün onayı olursa olacaktır. Ya da protokol iptal edilecektir.

Protokolün süresi:

a) Bu çalışmanın yürütücüsü kurumlarımızda^{3 ay}.....süre ile çalışmasını yürütecektir.

b) Başlangıç.....^{15/12/2009}Bitiş.....^{15/03/2010}

c) Protokol, çalışmanın taraflarca planlanan ve kabul edilen süresi ile sınırlıdır. Uzatılması ancak yeni bir protokole bağlıdır.

d)Şartlarda oluşabilecek değişikliklere bağlı olarak Sağlık Müdürlüğü protokolü daha önce de sonlandırabilir.

İhtilafların çözümü:

Protokolün uygulanması ile ilgili çıkabilecek sorunlar tarafların yetkili temsilcileri tarafından görüşülerek çözülecektir.

Yürürlük:

a) Çalışma yayın/tez haline getirilmeden önce Sağlık Müdürlüğünün ilgili şubesi tarafından verilerin analizi değerlendirilecektir. Toplum sağlığı açısından sakıncalı verilerin yayınlanması kısıtlanabilecektir.

b) Çalışma Üniversite ya da kurum tarafından kabul edildikten sonra bir nüshası kitapçık halinde İstanbul Sağlık Müdürlüğü Eğitim Şubesine teslim edilecektir.

c)Yürürlük bölümündeki a ve b maddelerinin yerine getirilmediği takdirde kurumumuza ait veriler yayın/proje/tezvs gibi bilimsel bir çalışmada kullanılmayacaktır.

d)Çalışmayı gerçekleştiren kişi ya da kişiler kurumda görevlendirileceklerse ayrıca vilayet oluru da alınacaktır.

e) Her çalışmanın biri Sağlık Müdürlüğü personeli olmak üzere en az iki yürütücüsü olacaktır.

f)Yapılacak çalışmalarda Protokole ek olarak vilayet oluru da alınacaktır.

g)Çalışma esnasında her tür ilaç uygulaması veya girişim için gerek hastanın kendisi ya da yasal vasisinden gerekse etik kuruldan onay alınacaktır.

Ek Bilgi:

Taraflar:

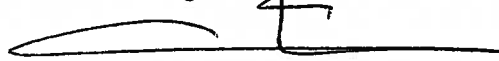
14.12.2009

Adı-Soyadı

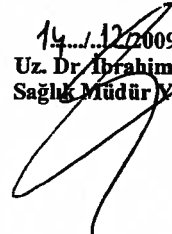
Seval KARABOĞA GÜNDOĞDU



OLUR
14.12.2009
Vali a.
Doç. Dr. Ali İhsan DOKUCU
Sağlık Müdürü



14.12.2009
Uz. Dr. İbrahim TOPÇU
Sağlık Müdür Yardımcısı





T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ
İSTANBUL 2 NO'LU KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURUL TUTANAĞI

Toplantı Tarihi : 16/12/2009

Toplantı Yeri : Behçet Kütüphanesi Etik Kurul Toplantı Salonu

Toplantı Sayısı : 07

Sorumlu araştırmacılığını Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yrd.Doç.Dr. Nefise BAHÇEÇİK'in üstlendiği ve Yüksek Lisans Öğrencisi Hemşire Seval KARABOĞA GÜNDOĞDU'nun üniversitemizde ve diğer merkezlerde yürüteceği 2009/2976-116 dosya numaralı "Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürü Algılamasının Belirlenmesi" başlıklı anketli yüksek lisans tez çalışması kurulumuzda incelendi.

Etik yönden bir sakınca taşımadığı görüldü, uygulamaya konulabileceğine karar verildi.

Prof.Dr. A. Yağız ÜRESİN
İ.Ü. Farmakoloji ve Klinik Far. A.D.
Etik Kurul Başkanı

Prof.Dr. Ayşen BULUT
Halk Sağlığı (Emekli)

Prof.Dr. Berrin UYMAN
İ.Ü. Kardiyoloji A.D. (Bşk. Yardımcısı)

Doç.Dr. Tufan TÜKEK
Vakıf Gureba E. ve Araş. Hst. İç Hast.

Prof.Dr. Ahmet GÜL
İ.Ü. İç Hastalıkları A. D.

Prof.Dr. Ünal KUZGUN
Şişli Etfal Eğitim ve Araş. Hst. Ortopedi

Prof.Dr. Oğuzhan COBAN
İ.Ü. Nöroloji A. D.

Prof.Dr. Ahmet O. ARAMAN
İ.Ü. Eczacılık Fakültesi Eczacı

Prof.Dr. Pınar SAİP
İ.Ü. Onkoloji Enstitüsü

Prof.Dr. Demir TIRYAKI
Biyofizik (Emekli)

Prof.Dr. Rukiye Eker ÖMEROĞLU
İ.Ü. Çocuk Sağ. ve Hast. A. D.

Av. Dilek TEMİZ ÖZBEK
İstanbul Üniversitesi

Uzm.Dr. Ahmet Rıza URAS
Vakıf Gureba E. ve Araş. Hst. Biyokimya

M. Kerim AKMAN
İİBF İktisat Bölümü (Özel)

Doç.Dr. H. Hanzade DOĞAN
İ.Ü. Cerrahpaşa T.F. Dentoloji

11. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı: Seval KARABOĞA GÜNDOĞDU

Doğum Yeri ve Tarihi: İstanbul, 1982

Medeni Hali: Evli

Yabancı Dil: İngilizce

E-posta Adresi: seval_karaboga@hotmail.com

Telefon: 0505 478 93 40

Eğitim ve Akademik Durumu

| Mezun Olduğu Kurumun Adı | Mezuniyet Yılı |
|--|----------------|
| Lise: Eyüp/Alibeyköy Lisesi | 1999 |
| Lisans: Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu | 2004 |

İş Tecrübesi

Görev: Diyabet Eğitim Hemşiresi **Süre:** 2005 Haziran <>...

Mesleki Dernek/Kurum Üyeliği: Diyabet Hemşireleri Derneği

Bildiriler/Yayınlar

Karaboğa S., Davutoğlu M. (2009) Diyabet eğitimi alan tip2 diyabetlilerin bilgi ve kan glukoz kontrolü düzeyi. 45. Ulusal Diyabet Kongresi, Antalya, Kongre Kitabı, s:256.

Karaboğa S., Davutoğlu M. (2009) Diyabetli hastaların bilgi düzeylerine göre kan şekeri, HbA1c ve beden kitle indeksi değerleri, 45. Ulusal Diyabet Kongresi, Antalya, Kongre Kitabı, s:259.