



Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

**GÜNEYDOĞU ANADOLU BÖLGESİNDEKİ
BİR ÖZEL HASTANEDE HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ**

Taner Hasan ÖZCAN

Yüksek Lisans Tezi

Ankara, 2018

GÜNEYDOĞU ANADOLU BÖLGESİNDEKİ
BİR ÖZEL HASTANEDE HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ

Taner Hasan ÖZCAN

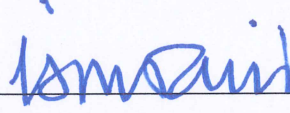
Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi

Ankara, 2018

KABUL VE ONAY

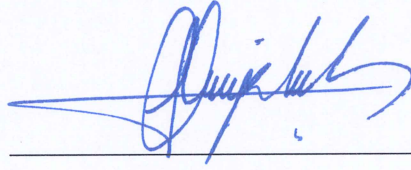
Taner Hasan ÖZCAN tarafından hazırlanan “Güneydoğu Anadolu Bölgesindeki Bir Özel Hastanede Hasta Güvenliği Kültürü” başlıklı bu çalışma, 01.06.2018 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.



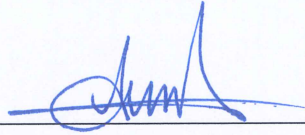
Prof. Dr. İsmet ŞAHİN (Başkan)



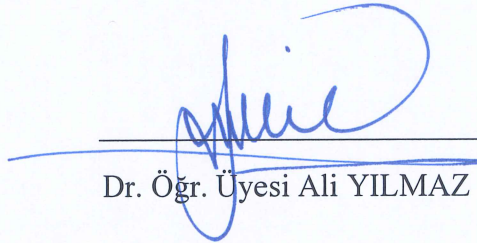
Prof. Dr. Sıdıka KAYA (Danışman)



Doç. Dr. Oğuz IŞIK



Doç. Dr. Türkan YILDIRIM



Dr. Öğr. Üyesi Ali YILMAZ

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Prof. Dr. Musa Yaşar SAĞLAM

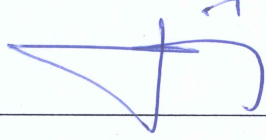
Enstitü Müdürü

BİLDİRİM

Hazırladığım tezin/raporun tamamen kendi çalışmam olduğunu ve her alıntıya kaynak gösterdiğimi taahhüt eder, tezimin/raporumun kağıt ve elektronik kopyalarının Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi onaylarım:

- ☐ Tezimin/Raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir.
- ☐ Tezim/Raporum sadece Hacettepe Üniversitesi yerleşkelerinden erişime açılabilir.
- ☒ Tezimin/Raporumun 2 (iki) yıl süreyle erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezimin/raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir.

01.06.2018



Taner Hasan Özcan

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kâğıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

o **Tezimin/Raporumun tamamı dünya çapında erişime açılabilir ve bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir.**

(Bu seçenekle teziniz arama motorlarında indekslenebilecek, daha sonra tezinizin erişim statüsünün değiştirilmesini talep etmeniz ve kütüphane bu talebinizi yerine getirirse bile, teziniz arama motorlarının önbelleklerinde kalmaya devam edebilecektir)

● **Tezimin/Raporumun 2020 tarihine kadar erişime açılmasını ve fotokopi alınmasını (İç Kapak, Özet, İçindekiler ve Kaynakça hariç) istemiyorum.**

(Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezimin/raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir, kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir)

● **Tezimin/Raporumun 2020 tarihine kadar erişime açılmasını istemiyorum ancak kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisinin alınmasını onaylıyorum.**

o **Serbest Seçenek/Yazarın Seçimi**

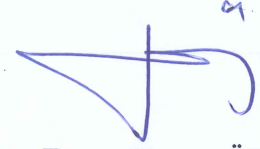
01 /06/2018



Taner Hasan ÖZCAN

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığımı verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, Prof. Dr. Sıdıka KAYA danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.



Taner Hasan ÖZCAN

TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın bütün aşamalarında değerli bilgileri, görüş ve önerileriyle yol gösteren tez danışmanım **Sayın Prof. Dr. Sıdıka KAYA'ya**,

Tez hazırlık aşamasında verdikleri değerli katkılardan dolayı **Uzm. Dr. Hıdır SARI'ya ve Sayın Arş. Gör. Mesut TELEŞ'e**,

Değerli görüş ve önerileri ile teze katkıda bulunan **sayın jüri üyelerine**,

Araştırmanın yapıldığı **hastanenin yönetimine ve araştırmaya katılan tüm personele**,

Her zaman beni destekleyen ve öğrenim hayatım ve tez süresince beni motive eden **Sevgili Eşim Beyza ÖZCAN'a** teşekkür ederim.

ÖZET

ÖZCAN, Taner Hasan. *Güneydoğu Anadolu Bölgesindeki Bir Özel Hastanede Hasta Güvenliği Kültürü*, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2018.

İnsanın hata yapabileceği varsayımından yola çıkarak, hatanın olmaması için insanların çalıştığı koşullar değiştirilebilir ve geliştirilebilir. Sağlık kuruluşlarında hasta güvenliği kültürünün yerleştirilmesi ve geliştirilmesi için yapılacakların başında çalışanların hasta güvenliği kültürünün ölçülmesi gelmektedir. Bu araştırmada, Güneydoğu Anadolu Bölgesindeki özel bir hastanede tüm çalışanların hasta güvenliği ile ilgili tutumlarını ve buna bağlı olarak hasta güvenliği kültürünü belirlemek amaçlanmıştır. Çalışanların, hasta güvenliği ile ilgili tutumlarının ve kültürünün soyodemografik ve mesleki özelliklerine göre değerlendirilmesi bu araştırmanın diğer bir amacıdır. Araştırmada tüm everene (340 kişi) ulaşmak hedeflenmiş, 284 kişiye (katılım oranı %84) ulaşılmıştır. Veri toplama aracı olarak Sexton ve diğerleri (2006) tarafından geliştirilen Güvenlik Tutumları Anketi (GTA) kullanılmıştır. GTA, 5'li Likert tipindedir, 30 madde ve 6 boyuttan oluşmaktadır. Çalışmada, boyutların Cronbach alpha değerleri 0,69-0,88 arasında güvenilir düzeyde bulunmuştur. Stresin kabulü boyutu hariç diğer boyutlar arasındaki ilişki katsayıları orta düzeyde ve kuvvetli (0,62-0,76); stresin kabulü boyutu ile diğer boyutlar arasındaki ilişki katsayıları ise çok düşük ve zayıftır (0,19-0,32). GTA'daki ifadelerden "İşimi severim." en yüksek ortalama ($4,55 \pm 0,99$) ve katılma oranına (%88,4) sahipken; "Acil durumlar (örneğin, acil resüsitasyonlar/canlandırmalar, kanamalar) sırasında aşırı yorgunluk performansımı bozar." en düşük ortalama ($2,93 \pm 1,54$) ve katılma oranına (%43) sahip ifade olmuştur. GTA'nın boyutlarından ortalaması en yüksek boyut "iş doyumu ($4,04 \pm 1,04$)" iken, ortalaması en düşük boyut "stresin kabulü ($3,25 \pm 1,25$)" boyutudur. Diğer boyutların ortalamaları (çalışma koşulları [$3,59 \pm 1,14$]; yönetime ilişkin algılar [$3,57 \pm 1,09$]; güvenlik iklimi [$3,49 \pm 0,88$]; ekip çalışması iklimi [$3,54 \pm 0,92$]) ise birbirine yakındır. Çalışmada genel olarak cinsiyeti kadın, yaşı ≤ 29 , eğitim düzeyi lise ve üniversite, pozisyonu hemşire, hastalarla etkileşim içinde olan, çalışma saatleri gündüz-gece, hastanede çalışma süresi ≥ 11 ay, meslekte çalışma süresi 13-72 ay veya ≥ 73 ay olan grupların hasta güvenliği kültürü algısı, diğer gruplara göre daha olumsuz bulunmuştur. Çalışmanın sonucunda; bu gruplarda hasta güvenliği kültürü algısının neden düşük olduğunun araştırılması, hasta güvenliğinin iyileştirilmesi, çalışanların belirli aralıklarla hasta güvenliği ile ilgili tutumlarının ve kültürünün ölçülmesi yönünde önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar Sözcükler

Hastane, Hasta Güvenliği, Güvenlik Tutumları, Hasta Güvenliği Kültürü, Özel Hastane.

ABSTRACT

ÖZCAN, Taner Hasan. *Culture of Patient Safety in a Private Hospital in Southeastern Anatolia*, Postgraduate Thesis, Ankara, 2018.

By assuming that people can make mistakes, the conditions under which people work can be changed and improved in order to avoid mistakes. The measurement of the patient safety culture of workers is the first thing that must be done for patient safety culture to be adopted and developed in health institutions. In this study, it was aimed to determine the attitudes and patient safety culture of all employees about patient safety in a private hospital in Southeastern Anatolia. Another aim of this study was to assess the attitudes and cultures of all employees according to sociodemographic and professional characteristics. The survey aimed to reach the entire population (340 people), and 284 people were reached (participation rate of 84%). The Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) developed by Sexton et al. (2006) was used as a data collection tool. SQA is in 5 Likert type, consists of 30 articles and 6 dimensions. In the study, the Cronbach alpha values of the dimensions were found to be reliable between 0.69-0.88. The coefficients of relationship between the dimensions except for the stress acceptance dimension are moderate and strong (0.62-0.76); however, the coefficients of correlation between stress acceptance dimension and other dimensions are very low and weak (0,19-0,32). While the "I like my job" statement of the SQA has the highest mean (4.55 ± 0.99) and participation rate (88.4%); "Excessive fatigue during emergency situations (eg. emergency resuscitation, bleeding) disrupts my performance" has been the statement to have the lowest mean (2.93 ± 1.54) and participation rate (43%). The dimension of the SQA with the highest mean is "job satisfaction" ($4,04 \pm 1,04$), while the lowest is "acceptance of stress ($3,25 \pm 1,25$)". The mean of other dimensions (working conditions [$3,59 \pm 1,14$], management perceptions [$3,57 \pm 1,09$], safety climate [$3,49 \pm 0,88$], teamwork climate [$3,54 \pm 0,92$]) are close to each other. In the study, generally female, age ≤ 29 , education level high school and university, position nurse, interacting with patients, working hours daytime-night, hospital work period ≥ 11 months, professional work period 13-72 months or ≥ 73 months groups were found to have a more negative patient safety culture than the other groups. At the end of the study; suggestions were made to investigate why the perception of patient safety culture is low, to improve patient safety, to measure employees' attitudes and cultures of patient safety at certain intervals in these groups.

Keywords

Hospital, Patient Safety, Safety Attitudes, Patient Safety Culture, Private Hospital.

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	i
BİLDİRİM	ii
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI.....	iii
ETİK BEYAN.....	iv
TEŞEKKÜR	v
ÖZET	vi
ABSTRACT	vii
İÇİNDEKİLER	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	x
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xii
GİRİŞ	1
I. BÖLÜM: HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ.....	3
1.1. KÜLTÜR KAVRAMI	3
1.2. GÜVENLİK KÜLTÜRÜ KAVRAMI.....	4
1.3. HASTA GÜVENLİĞİ KAVRAMI VE TIBBİ HATALAR.....	6
1.4. HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ KAVRAMI.....	13
1.5. HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜNÜN OLUŞTURULMASI.....	14
1.6. DÜNYADA HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ	17
1.7. TÜRKİYE’DE HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ	21
1.8. HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜNÜN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	30
2. BÖLÜM: GEREÇ VE YÖNTEM	33
2.1. ARAŞTIRMANIN AMACI.....	33
2.2. PROBLEM CÜMLESİ.....	33
2.3. EVREN VE ÖRNEKLEM	33
2.4. SINIRLILIKLAR	34
2.5. VERİ TOPLAMA ARACI	34

2.6. VERİLERİN TOPLANMASI.....	38
2.7. VERİLERİN ANALİZİ.....	39
2.7.1. Bağımlı Değişkenler	40
2.7.2. Bağımsız Değişkenler	40
3. BÖLÜM: BULGULAR	41
3.1. HASTANE PERSONELİNE İLİŞKİN TANIMLAYICI BULGULAR	41
3.2. GÜVENLİK TUTUMLARI ANKETİNE İLİŞKİN TANIMLAYICI BULGULAR.....	43
3.3. GÜVENLİK TUTUMLARI ANKETİNİN BOYUTLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ	47
3.3.1. Ekip Çalışması İklimi Boyutunun Değerlendirilmesi	47
3.3.2. Güvenlik İklimi Boyutunun Değerlendirilmesi	50
3.3.3. İş Doyumu Boyutunun Değerlendirilmesi	54
3.3.4. Stresin Kabulü Boyutunun Değerlendirilmesi	57
3.3.5. Yönetime İlişkin Algılar Boyutunun Değerlendirilmesi	60
3.3.6. Çalışma Koşulları Boyutunun Değerlendirilmesi	63
3.4. GÜVENLİK TUTUMLARI ANKETİ BOYUT ORTALAMALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ	66
3.5. GÜVENLİK TUTUMLARI ANKETİNİN BOYUTLARI ARASINDAKİ İLİŞKİLER.....	78
4. BÖLÜM: TARTIŞMA.....	80
5. BÖLÜM: SONUÇ ve ÖNERİLER	95
KAYNAKÇA.....	99
EK 1. ANKET FORMU	108
EK 2. TEZ ORJİNALLİK RAPORU	110

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AB	Avrupa Birliği
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ACSNI	Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations
ACSQHC	Australian Commission on Safety and Quality in Health Care
AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
AIMS	Australian Incident Monitoring System
CPSI	Canadian Patient Safety Institute
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
GRS	Güvenlik Raporlama Sistemi
GTA	Güvenlik Tutumları Anketi
HKS	Hizmet Kalite Standartları
HSS	Hata Sınıflandırma Sistemi
IOM	Institute of Medicine
ISMP	Institute for Safe Medication Practices
IP	Internet Protocol
JCI	Joint Commission International
JCAHO	The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations
MÖ	Milattan Önce
NHS	National Health Service
NPSA	National Patient Safety Agency
NRLS	National Reporting and Learning System
SAQ	Safety Attitudes Questionnaire
SBAR	Situation, Background, Assessment, Recommendation
SKS	Sağlıkta Kalite Standartları
SPSS	Statistical Package for Social Sciences for Windows
UAEA	Uluslararası Atom Enerji Ajansı
UGRS	Ulusal Güvenlik Raporlama Sistemi

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1. Ulusal Güvenlik Raporlama Sistemine Göre En Sık Yapılan Cerrahi Hatalar (25 Kasım 2017).....	28
Tablo 2. Ulusal Güvenlik Raporlama Sistemine Göre En Sık Yapılan İlaç Hataları (25 Kasım 2017).....	29
Tablo 3. Ulusal Güvenlik Raporlama Sistemine Göre En Sık Yapılan Laboratuvar Hataları (25 Kasım 2017).....	29
Tablo 4. Ulusal Güvenlik Raporlama Sistemine Göre En Sık Yapılan Hasta Güvenliği Hataları (25 Kasım 2017).....	30
Tablo 5. Güvenlik Tutumları Anketi Boyutlarının Güvenirlilik Katsayıları.....	38
Tablo 6. Araştırma Kapsamındaki Hastane Personelinin Sosyodemografik ve Mesleki Özellikleri.....	42
Tablo 7. Hastane Personelinin Güvenlik Tutumları Anketinin İfadelerine Katılma Durumu	44
Tablo 8. Ekip Çalışması İklimi Boyutundaki İfadelerin Bazı Katılımcı Özelliklerine Göre Karşılaştırılması	48
Tablo 9. Güvenlik İklimi Boyutundaki İfadelerin Bazı Katılımcı Özelliklerine Göre Karşılaştırılması	51
Tablo 10. İş Doyumu Boyutundaki İfadelerin Bazı Katılımcı Özelliklerine Göre Karşılaştırılması	55
Tablo 11. Stresin Kabulü Boyutundaki İfadelerin Bazı Katılımcı Özelliklerine Göre Karşılaştırılması	58
Tablo 12. Yönetime İlişkin Algılar Boyutundaki İfadelerin Bazı Katılımcı Özelliklerine Göre Karşılaştırılması	61
Tablo 13. Çalışma Koşulları Boyutundaki İfadelerin Bazı Katılımcı Özelliklerine Göre Karşılaştırılması	64
Tablo 14. Personel Özelliklerine Göre Boyut Ortalamalarının Karşılaştırılması	67
Tablo 15. Pearson Korelasyon Katsayısı İçin Nitelendirme	78
Tablo 16. Güvelik Tutumları Anketinin Boyutları Arasındaki Korelasyonlar	78

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Ulusal Güvenlik Raporlama Sistemine Göre Hata Türleri	27
--	----



GİRİŞ

Sağlık alanında güvenlik kültürü; bir kurumda nelerin önemli olduğunu ve hasta güvenliği ile ilgili nasıl davranılacağını kapsayan değer yargılarını, inançları ve kuralları kapsamaktadır. Hasta güvenliği kültürü dendiği zaman hasta güvenliğinin kurumun en öncelikli konusu ve ortak değeri olarak kabullenilmesi anlaşılmaktadır (Akalin, 2004).

Sağlık hizmetleri, özellikle ciddi hastalıkları tedavi etmek için sunulan karmaşık hizmetler “yüksek riskli endüstri” grubuna girer. Bu endüstriler öldürme ya da sakat bırakma gücü olan faaliyetleri içerir (Kaya, 2009). Sağlık sektöründe hasta güvenliği alanı, kaçınılmaz olumsuz olayların yüksek sayıda olması nedeniyle ortaya çıkmıştır (Reason, 1990). Institute of Medicine (2000) tarafından yayınlanan “To Err is Human” isimli rapora göre 1997 yılı içinde ABD’de hastaneye yatan 33,6 milyon hasta esas alınarak yapılan varsayımlarda, tıbbi hata nedeni ile her yıl en az 44.000, belki de 98.000 hastanın öldüğü öngörülmektedir. Tıbbi hataların maliyetinin 37,6 milyar ile 50 milyar dolar arasında olabileceği tahmin edilmektedir (Akalin, 2004).

Bu gelişmeler doğrultusunda hasta güvenliği, Dünya Sağlık Örgütü’nün dünya çapında yaptığı farkındalık çalışmaları sayesinde birçok ülke tarafından bilinir hale gelmiştir. Düşünce liderleri, insan faktör ilkeleriyle sistemlerin ve süreçlerin yeniden tasarlanarak hataların azaltılacağına dair ikna edici kanıtlar sunmuşlardır (Emanuel ve diğerleri, 2008). Tehlike unsurunun yüksek olduğu endüstrilere örnek oluşturan sağlık sektöründe güçlü güvenlik kültürleri, insan hayatına mal olabilecek tıbbi hataları önleme potansiyeline sahiptir (Tütüncü ve diğerleri, 2007). Uygulamalarını güvenlik programlarını esas alarak yapan sağlık kurumlarının çoğunda, güvenlik kültürünün geliştiği ve hastalara verilen zararın azaldığı görülmektedir (Deilkas ve Hofoss, 2008). Sağlık kuruluşlarında hasta güvenliği kültürünün yerleştirilmesi ve geliştirilmesi için yapılacakların başında çalışanların hasta güvenliği kültürünün ölçülmesi gelmektedir (Akalin, 2004).

Güneydoğu Anadolu Bölgesindeki özel bir hastanede yapılan bu araştırmada tüm çalışanların hasta güvenliği ile ilgili tutumlarını belirlemek ve hasta güvenliği kültürü algılarını ortaya koymak amaçlanmıştır. Çalışanların, hasta güvenliği ile ilgili

tutumlarının soyodemografik ve mesleki özelliklerine göre değerlendirilmesi bu araştırmanın diğer bir amacıdır.

Araştırma 5 bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümünde hasta güvenliği kültürü, ikinci bölümünde araştırmada kullanılan gereç ve yöntemler anlatılmıştır. Üçüncü bölümde bulgulara, dördüncü bölümde bulgularla ilgili tartışmaya, beşinci bölümde ise çalışmadan elde edilen sonuç ve önerilere yer verilmiştir.



I. BÖLÜM: HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ

Bu bölümde sırasıyla kültür kavramı, güvenlik kültürü kavramı, hasta güvenliği kavramı ve tıbbi hatalar, hasta güvenliği kültürü kavramı, hasta güvenliği kültürünün oluşturulması, Dünyada hasta güvenliği kültürü, Türkiye’de hasta güvenliği kültürü ve hasta güvenliği kültürünün değerlendirilmesi başlıklı konulara yer verilmiştir.

1.1. KÜLTÜR KAVRAMI

Kültür, tanımı en çok yapılan kavramlardan biridir ve aslında her birey farklı bir kültür tanımı yapabilir (Nişancı, 2012). Genel olarak kültür, farklı insan gruplarında var olan farklı yaşam biçimleri anlamına gelmektedir (Şimşek ve Fidan, 2005). Kültür, insan hayatındaki manevi ve maddi tüm yaşam pratiklerini içine alan dinamik bir kavram olup yaşama dair her ne varsa, bunların tamamını kapsayan inançlar ve değerler manzumesidir (Nişancı, 2012). Kültür, toplumların tarihlerinden devir aldıkları maddi ve manevi mirasların toplamı (Kongar, 1972), bir toplumun yaşam biçimidir (Nişancı, 2012). Kültür büyük ölçüde doğal, dinsel, hukuksal, toplumsal, ekonomik ve benzeri durumların eseri sayılabilir. Bu yönüyle bakıldığında kültür, insan ve içinde yaşadığı toplumsal çevreyle ilgili her şeyi kapsar ve toplum hakkında önemli ipuçları verir. Kısacası, insan kültürü şekillendirir, kültür de insanı (Nişancı, 2012).

Kültür, spesifik bir sosyal grubu tanımlayan ve onu diğer gruplardan ayıran biliş ve pratikler kümesi olarak tanımlanabilir. Kültür, yaratılan ve aktarılan sembollerle ifade edilen, insan gruplarının özgün yapılarını ortaya koyan, duygu, düşünce ve davranış biçimleridir (İşler, 2013).

Kültür, teknik açıdan ele alındığında ise örgütün genel değer yargılarını, davranışlarını, sembollerini, varsayımlarını aynı potada eriten ve o yerde işlerin nasıl yürüdüğünü gösteren bir kavramdır (Goffe ve Jones, 1998).

Davranış bilimleri açısından ise kültür, bir nesilden diğerine aktarılan, toplumdan bireye kazandırılan bir yaşam biçimi olmakla birlikte, bireyin yine toplumdaki diğer bireyler tarafından oluşturulan, maddi ve manevi öğeleri içeren çevresidir. Birey bu çevrenin bir

önceki nesilden devraldığı öğelerini kısmen değiştirerek bir sonraki nesile bırakır (Nişancı, 2012).

Klasik anlamda kültür, bir topluluğu oluşturan insanların sosyal miras ve gelenekler bütünü çerçevesinde yaşamları boyunca bütün öğrendiklerini ve paylaştıklarını kapsayan bir kavramdır (Şimşek ve Fidan, 2005).

Genel bir tanımla kültür, insanların yaşadığı yerlerde kabul edilen, paylaşılan, yaşanan, bazı zamanlarda bir şeyler eklenerek kısmen değiştirilebilen, daha önceki nesillerden miras kalan ve sonraki nesillere de kalacak olan yaşama dair her ne varsa –maddi ve manevi- tümünü kapsayan kurallar, inançlar, normlar ve değerler bütünü olarak tanımlanabilir (Nişancı, 2012).

Çok çeşitli tanımları yapılabilen kültürün, hangi çerçevede ele alınırsa alınsın, mutlak olan bir yönü bazı öğelerin bileşmesinden oluşmasıdır. Tüm yapılan tanımların ortak yönü ise, kültürün toplum üyelerince paylaşılması, öğrenilmiş davranışlar topluluğu olması, insanın psikolojik ve biyolojik gereksinimlerini karşılaması, değişebilmesi ve bütüncü eğilimi olmasıdır (Şimşek ve Fidan, 2005).

1.2. GÜVENLİK KÜLTÜRÜ KAVRAMI

Her toplumun kendine özgü bir kültürü olduğu gibi toplumda faaliyet gösteren örgütlerin de kendilerine özgü kültürleri vardır. Örgüt kültürü, örgütün kendisi tarafından toplumun kültüründen etkilenecek şekilde oluşturulmakta ve çalışanın örgütsel davranışı üzerinde önemli bir etkiye sahiptir (İşler, 2013). Örgüt kültürü, bir örgütteki bireylerin ve grupların davranışlarını güçlü bir biçimde şekillendiren ve örgüt üyeleri tarafından paylaşılmış inançlar ve beklentiler tarafından belirlenen normlardan oluşur (Şimşek, 2007). Örgüt kültürü, örgüt içinde çalışan grupların keşfettikleri, geliştirdikleri temel görüş ve düşüncelerden ibarettir. Güvenlik kültürü, örgüt kültürü bütününe bir alt elemanı olarak özellikle sağlık ve güvenlik sorunlarına ilişkin değer ve inançların yansıtıldığı örgüt kültürünün bir alt oluşumu niteliğindedir (İşler, 2013).

Bütüncül bir yaklaşımla örgüt kültürü, bir grubun kendi içinde bütünleşme ve dış çevreye uyum sorunlarını çözerken yarattığı ve geliştirdiği; yeni üyelerine algılama, düşünme ve hissetme yolu olarak aktardığı varsayımlar ve inançlar bütünü olarak

tanımlamıştır (Schein, 1984). Örgüt kültürünün alt boyutlarından biri olarak değerlendirilen güvenlik kültürü kavramı (Cooper, 2000), ilk kez 1986 Çernobil nükleer santralindeki kaza sonrası, Uluslararası Atom Enerji Ajansı (UAEK) tarafından 1988 yılında hazırlanan bir raporda “zayıf güvenlik kültürü” kavramı olarak ortaya çıkmıştır. UAEK’nın raporuna göre, kazanın yaşanmasının nedenlerinden birisi de kurumun güvenlik kültürünün zayıflamış olmasıdır (Budak, 2009).

Güvenlik kültürü kavramını oluşturan iki kelimedenden biri olan güvenlik; genel olarak emniyet içerisinde olma, yapılan işin ve çalışma şartlarının zarar veya tehlike içermeme durumudur (İşler, 2013; Tokuç, 2016). Güvenlik kültürü ise tüm çalışanların potansiyel olarak yanlış yapılma olasılığı olan iş ve işlemler konusunda sürekli ve aktif bir farkındalığa sahip olduğu kültürdür (Tak, 2010).

Güvenlik kültürü hakkında birçok tanım yapılmıştır, ancak en çok kabul gören tanımlardan birisi Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations (ACSNI) tarafından hazırlanan bir raporda sunulmuştur. ACSNI’nın bu raporundaki tanıma göre güvenlik kültürü; “bir kurumun sağlık ve güvenlik yönetimindeki tarzını ve yetkinliğini ve bu alandaki taahhütlerini belirleyen, bireye ya da gruba ait değerler, tutumlar, algılamalar, yetenekler ve davranış biçimlerinin ürünüdür” şeklinde ele alınmaktadır (Tütüncü ve diğ., 2007). İngiltere Sanayi Konfederasyonu (1991) güvenlik kültürünü; “örgütteki tüm üyelerin risk, kaza ve hastalık hakkında paylaştığı fikir ve inançlar” şeklinde tanımlamıştır (İşler, 2013).

Güvenlik kültürü kavramıyla ilgili çeşitli yazarlar tarafından yapılan tanımlar aşağıda verilmiştir (İşler, 2013; Tokuç, 2016):

Uttal (1983) güvenlik kültürünü “bir örgütte neyin önemli olduğuna yönelik paylaşılan değerler, inançlar ve organizasyonun yapısı ve davranış normları üreten kontrol sistemleri arasındaki etkileşim” olarak tanımlamıştır.

S. Cox ve T. Cox (1991) güvenlik kültürünü, “güvenlikle ilgili olarak çalışanlar tarafından paylaşılan, değerler, algılar, inançlar ve tutumların yansıması” olarak tanımlamışlardır.

Berends'e (1996) göre güvenlik kültürü, “organizasyon üyelerinin oluşturduğu grubun, güvenliğe yönelik ortak zihinsel programlamasıdır.”

Ostrom ve diğerlerine (1993) göre güvenlik kültürü, “eylemler, politikalar ve süreçlerde ortaya çıkan ve örgütün iş güvenliği performansını etkileyen örgütsel inanç ve tutumlardır.”

Cooper (1998)'a göre ise güvenlik kültürü; “birey, iş ve örgüt arasındaki çok sayıda amaca yönelik etkileşimin bir ürünüdür.”

Bu tanımlara göre 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 ve yönetime ve hataları etkileyen faktörlere karşı tutumları (yorgunluk, risk alma, süreçlerin ihlali vb.) ile de ilgili olduğu söylenebilir (Tütüncü ve diğ., 2007). Tanımlardan yola çıkarak, güvenlik kültürünün özellikleri aşağıdaki gibi sıralanabilir (İşler, 2013):

1. Güvenlik kültürü, bir örgütün en alt seviyesinden en üst seviyesine kadar, örgütün bütün üyeleri tarafından paylaşılan değerleri ifade eder.
2. Güvenlik kültürü, bir örgütün sadece denetim ve yönetim sistemleriyle sınırlı değildir, aynı zamanda resmi güvenlik sorunlarıyla da ilgilidir.
3. Güvenlik kültürü, örgütte çalışan herkesin katılımını önemser.
4. Güvenlik kültürü çalışanların davranışlarını etkiler.
5. Güvenlik kültürü, genellikle ödül sistemleri ve güvenlik performansı arasındaki durumsallığı yansıtır.
6. Güvenlik kültürü, bir örgütte meydana gelen olaylardan, hatalardan ve kazalardan öğrenme ve gelişmeyle ilgili gönüllülüğü yansıtır.
7. Güvenlik kültürü, değişime karşı oldukça dayanıklı, sabit ve dirençlidir.

1.3. HASTA GÜVENLİĞİ KAVRAMI VE TIBBİ HATALAR

Hasta güvenliği kavramının geçmişi çok iyi bilinmemekle beraber uzun zaman önceye dayandığı düşünülmektedir. Çok eski kanunlardan Babil'in Kralı Hammurabi'nin (MÖ. 1795-1750) adıyla anılan kanunlarda, bir hekimin hastasını öldürmesi veya tehlikeli bir şekilde yaralaması halinde, her iki elinin kesileceği bildirilmiştir. Bu kanunların

yaptırımları günümüzde geçerli evrensel hukuk ilkelerine uygun olmasa da hastalara zarar vermemek gerektiğinin altı çizilmek istenmiştir. Nitekim, “tıbbın babası” olarak anılan Hipokrat tarafından tıbbın ilk kuralı “öncelikle zarar verme” ilkesi olarak belirtilmiştir (Budak, 2009).

Sağlık sektöründe hasta güvenliği alanı, kaçınılmaz olumsuz olayların yüksek sayıda olması nedeniyle ortaya çıkmıştır. İlk olarak Schimmel 1964’te hastanede yatış risklerini belgelemiştir. Önlenebilir tıbbi yaralanmalar, hekim pratiği sonucu hastalar veya ekipmanla etkileşim sonucu meydana gelen “aktif hatalar” ve bir süre sonra ortaya çıkan “gizli hatalar” James Reason tarafından ortaya konmuştur (Reason, 1990). İnsanların hatalara nasıl katkı yaptığı incelendiğinde, gizli ve aktif hatalar arasındaki farkı ayırmak önemlidir. Aktif hatalar, direkt hastayla temas halinde olan çalışanlar seviyesinde olur ve genellikle çabucak hissedilir. Gizli hatalar ise çalışanların direkt kontrolünden uzaklaşma yönündedir ve yetersiz tasarım, yanlış kurulum, hatalı devam etme, kötü yönetim kararları ve yetersiz yapı organizasyonları gibi durumları içerir. Etkin hata uçaktaki pilot kazasıdır. Gizli hata ise öncelikli olarak keşfedilmemiş bozuk tasarımların neden olduğu, bir şekilde umulmadık rollerinde etkisiyle pilotun kontrol edemediği uçak kazasıdır. Karmaşık sistemlerde güvenliğe en büyük zararı gizli hatalar vermektedir (Institute of Medicine, 2000).

Hata insana özgüdür ve bu değiştirilemez. Ancak insanların çalıştığı koşullar değiştirilebilir ve geliştirilebilir (Reason, 2000). Geçmişte endüstrilerdeki hatalara baktığımızda, çarpıcı olarak havacılık endüstrisinde sistem hataları çok basit bir nedenden dolayı hemen kamuoyunda gündeme gelebilmektedir. Bunun en büyük nedeni, çok sayıda insan ve kaynak kaybına yol açmasındandır. Bu tür hatalar sağlık sektöründe de olup ölümcül sonuçlara neden olabilmektedir. Ancak sağlık sektöründe bu tür olaylar nadiren gerçekleşmektedir ve sonuçları havacılık kazalarındaki kadar dramatik değildir. Sağlık kurumlarındaki hataların kamuoyunun dikkatini çekmesi ancak 1990’lardan sonra olmuştur. Tıbbi müdahale sırasındaki hatalardan dolayı hastaların yaralanmasına yol açan tıbbi kazalar, insan hatasından veya teknolojik hatalardan veya bunların oluşturduğu sistemler bütününden kaynaklanabilmektedir (Bernstein ve diğerleri, 2003).

Institute of Medicine (IOM) tarafından yayınlanan bir raporda, hata; “planlanmış bir faaliyetin tasarlandığı gibi tamamlanamaması veya bir amaca ulaşmak için yanlış bir planın kullanılması” olarak tanımlanmaktadır (Null ve diğerleri, 2004). Son yıllarda, tıbbi hata kavramını hem sağlık sektöründe, hem de medyada sıklıkla duymaktayız. Tıbbi hata kavramı; planlama veya uygulama esnasında istenmeyen sonuçlara katkıda bulunan veya bulunabilecek olan herhangi bir ihmal veya eylemdir (Grober and Bohnen, 2005). Başka bir tanıma göre tıbbi hata, sonucuna bakılmaksızın, hizmet sunumunda, herhangi bir sağlık bakım personeli tarafından yapılan, herhangi bir yanlışlıktır. Bu amaçla kullanılan başka bir terim ise malpraktisttir ve Latince ’de “kötü, hatalı uygulama” anlamına gelir. “Tıbbi malpraktis” terimi tıp mensuplarının hatalı uygulamaları için kullanılmaktadır (Hökmen ve Güleç, 2010).

Tıbbi hatalar insanların tahmininden daha fazladır. Örneğin uçağa binen kişinin uçak kazasında ölme riski 1/1.000.000 iken, sağlık kuruluşu içine giren bir kişinin tıbbi bir hata nedeniyle zarar görme riski 1/300’dür. Kıyaslamak gerekirse, bungee jumping yapan bir kişinin ölme riski 1/100, dağcılık yapanın 1/300, araba kullanmanın 1/20.000’dir. Avrupa tren yollarında seyahat eden bir kişinin ölme riski ise 1/10.000.000’dur (Null ve diğerleri, 2004). IOM’nin 1999 yılında yayınlanan “To Err is Human” raporuna göre hastaneye yatan hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada, sağlık bakım hizmetleri sunumu esnasında bir hatanın veya yan etkinin ortaya çıkma sıklığı %2,9 bulunmuştur. Başka bir hastanede, benzer bir çalışmada bu sıklık %3,7 olarak bulunmuştur. Bu hataların sırasıyla %58 ve %53’ünün önlenabilir tıbbi hatalar olduğu belirtilmiştir (Akalin, 2001). Amerika’daki Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (Centers for Disease Control and Prevention) verilerine göre 2010’da meydana gelen ölümler ve sıklıkları şu şekilde sıralanmaktadır (Ovalı, 2010):

1. Kalp hastalıkları: 716.974
2. Kanser: 539.577
3. Serebrovasküler hastalıklar: 159.791
4. KOAH: 109.029
5. Tıbbi hatalar: 98.000
6. Kazalar: 95.644
7. Pnömoni: 86 449

8. Diyabet: 62.636
9. İntihar: 30.535
10. Böbrek hastalıkları: 25.331

Önlenebilir olumsuz olaylar (tıbbi hatalar) Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) ölümün temel bir nedenidir. 1997 yılında ABD hastanelerine 33,6 milyonun üzerinde hastanın kabul edildiği düşünülürse 44.000 – 98.000 arasında hastanın her yıl tıbbi hatalar sonucunda öldüğü ifade edilmektedir. Tıbbi hatalara bağlı ölümler, motorlu araç kazaları (42.297), göğüs kanseri (42.297) ya da AIDS'e (16.516) bağlı ölümleri geçmektedir (Institute of Medicine, 2000). İsrail, Avustralya, Birleşik Krallık ve diğer ülkelerde yapılan araştırmalar da hasta bakım hizmetlerinde yapılan hata düzeylerinin ABD'den düşük olmadığını göstermektedir (Kaya, 2009).

Tıbbi hata özelliklerine bakıldığı zaman, en sık yapılan tıbbi hatanın (%47) yanlış ilaç, doz, şema (tedavi çizelgesi- defteri) ve infüzyon hızı (besleyici ajanlar ve kan ürünleri) olduğu görülmektedir. Bunları, kullanılan tedavi yöntemleri hataları (%14), tanımlama hataları -anne sütünün yanlış hastaya verilmesi gibi- (%11), diğer sistem hataları (%9), tanıda hata ya da gecikme (%7) ile işlem ve prosedür hataları (%4) takip etmektedir (Ramachandrapa ve Jain, 2008).

Avrupa Komisyonu 2005'te Avrupa Birliği (AB) ülkelerinde tıbbi hatalarla ilgili bir genel algı araştırması yapmıştır. Araştırmada *“Bugün ülkenizde tıbbi hataların ne kadar önemli olduğunu düşünüyorsunuz?”* sorusuna hemen hemen her 5 AB vatandaşından 4'ü (78%), tıbbi hataları kendi ülkelerinde önemli bir problem olarak gördükleri cevabını vermiştir. Aynı araştırmada *“Siz ya da bir aile üyesi tıbbi hataya maruz kaldı mı?”* sorusuna ise AB vatandaşlarının % 23'ü tıbbi hatadan kendileri ya da ailelerinden birisinin doğrudan etkilendiklerini belirtmiştir (European Commission, 2006). Türkiye'de yapılan bir çalışmada 2002-2008 yılları arasında sağlık profesyonellerine yönelik tıbbi uygulama hatası ile Yüksek Sağlık Şurası'na gönderilen olgular irdelenmiştir. Bu dönem içinde 219 olgu dosyası ele alınmış, en fazla dava konusu olan meslek grubunun uzman hekimler ve ebeler olduğu ortaya konmuş, ayrıca olguların en fazla İç Anadolu Bölgesi ve en az Güneydoğu Anadolu Bölgesinde meydana geldiği belirtilmiştir (Elbüken, 2010).

Türkiye’de yapılan başka bir araştırmada, çalışanların algılarına göre hastanelerde en fazla görülen hatalar belirlenmiştir. Çalışmada, sağlık personelinin tıbbi hata yapma yüzdesi %6,2 olarak belirlenmiştir. Sağlık personelinin, herhangi bir arkadaşının yapmış olduğu tıbbi hataya şahit olma oranı ise %10,4 olarak belirlenmiştir. Çalışmada, hastanelerde en sık görülen tıbbi hata türlerinin sırasıyla; hastane enfeksiyonları, yatak yaraları, ameliyat sonrası komplikasyonlar, hastanın kaçması ve ameliyat komplikasyonlarının olduğu belirtilmiştir. Sağlık personelinin algısına göre tıbbi hatanın nedenleri sırası ile; iş yükünün fazla olması, çalışan hemşire sayısının az olması, hemşirelere görev dışı işlerin yüklenmesi, stres ve yorgunluktur (Özata ve Altunkan, 2010).

ABD’de 1997 yılı içinde hastaneye yatan 33,6 milyon hasta esas alınarak yapılan varsayımlarda, tıbbi hataların maliyetinin 37,6 milyar ile 50 milyar dolar arasında olabileceği tahmin edilmektedir. Önlenebilir hataların maliyeti ise 17 ila 29 milyar dolar arasındadır (Akalin, 2001). Fiol ve Gomez (2010) tarafından yapılan bir araştırmada ABD’de 2008 yılında 6,3 milyon tıbbi yaralanmanın 1,5 milyonunun tıbbi hataların sonucu olduğu, her tıbbi hatanın ortalama maliyetinin 13.000 dolar olduğu, her hastane ve diğer yataklı tedavi kurumlarına başvurunun %7’sinin tıbbi hatayla sonuçlandığı, önlenebilir tıbbi hataların 2.500’den fazla ölüme neden olduğu, Amerikan işçi ve işverenlerinin önlenebilir tıbbi hatalar nedeniyle meydana gelen kısa süreli iş kayıplarının 10 milyon günden daha fazla olduğu belirtilmiştir. Yine aynı araştırmada, önlenebilir tıbbi hataların tüm maliyetinin %55’inden sorumlu olan ve en sık görülen 5 hata türü, maliyetleri ile birlikte aşağıda verilmiştir (Fiol ve Gomez, 2010):

1. Ameliyat sonrası enfeksiyonlar: 3,7 milyar Dolar
2. Arka laminektomi sendromu (sinire basıyı hafifletmek için sırtta yapılan cerrahi sonrası kalıcı ağrı ve hareket zorluğu): 1,1 milyar Dolar
3. Tıbbi cihazlar, implantlar ve greftler nedeniyle olan mekanik sorunlar: 1,1 milyar Dolar
4. Bir işlemin komplikasyonu olarak meydana gelen kanamalar: 960 milyon Dolar
5. Bası ülserleri (bası yaraları; her zaman tıbbi hatanın sonucudur): 39 milyon Dolar

IOM'nin 2000 yılında yayınladığı rapor sonrasında, sağlık organizasyonları hasta güvenliğini geliştirecek girişimleri başlatmıştır. Dönüm noktası sayılan bu rapor ile Birleşik Krallık ve Avustralya'da da çok önemli raporların yayımlanmasından sonra hasta güvenliğini artırmaya yönelik büyük bir ilgi duyulmuş ve hasta güvenliği, tıbbi hatalar ve hastaların yaralanması ya da zarar görmesi konularını ele alan önemli araştırmalar başlatılmıştır. Hasta güvenliğine duyulan kamusal, profesyonel ve politik ilgi nedeniyle endüstrileşmiş ülkeler (Birleşik Krallık, Kanada, Avustralya, Danimarka ve ABD) çeşitli güvenlik girişimlerini başlatmıştır. Hasta güvenliği; performans ölçümü ve yönetiminin temel bir boyutu haline geldiğinden artan bir hasta güvenliği hareketi kaçınılmaz olmuştur (Null ve diğerleri, 2004).

Tıbbi uygulamalar, hastalığa ve şiddetine bağlı olarak, en basitinden teşhisle başlar ve sonrasında ilaç tedavisinden kompleks ameliyatlara kadar uzanabilir. Ancak bu uygulamalarda amaç hastanın iyileştirilmesi olmakla beraber istenmeyen sonuçlar da ortaya çıkabilir. Hastanın zarar görmesi; yaşam kalitesinin azalması, tedavi maliyetinin artması ve hayatının sona ermesine neden olabilmektedir. Bu tür olaylar, hasta ile sağlık personeli ve sağlık kurumu arasında hukuksal sorunlar doğurmakta, tazminat ve hak kayıplarına kadar varan sonuçlara yol açmaktadır. Tıbbi hataların önlenmesi için yapılan çalışmalar hasta güvenliğinin önemli bir parçasıdır ve kurumsal kültürde de önemli bir yer almaktadır. Hasta güvenliğinde amaç sağlık hizmeti sunumundaki hataların önlenerek hastaların zarar görmesinin önlenmesidir (Erkul ve diğerleri, 2015). Hasta güvenliği, kısaca “kazayla zarar vermeme” şeklinde tanımlansa da hasta güvenliği sadece hata olmaması değildir ve şu boyutları içerir (Kaya, 2009):

- 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 sonuç.

Ulusal Hasta Güvenliği Kuruluşu (The National Patient Safety Foundation) hasta güvenliğini, sağlık hizmeti süreçlerinden kaynaklanan olumsuz sonuçlardan veya

yaralanmalardan sakınma, bu olumsuz sonuç ve yaralanmaların önlenmesi ve iyileştirilmesi olarak tanımlamaktadır (Institute of Medicine, 2000).

Hasta güvenliği; süreçlerdeki basit hataların, hasta ve sağlık çalışanlarına zarar verecek şekilde ortaya çıkmasını engelleyecek tasarımlar yapmak; hataların, hasta ve sağlık çalışanlarına ulaşmadan önce belirlenmesini, raporlanmasını ve düzeltilmesini sağlayacak önlemler almaktır (Erkul ve diğerleri, 2015). Türkiye’deki Hasta ve Sağlık Çalışanı Güvenliği Platformu (2017)’na göre hasta güvenliği, “hastaya gereksiz zarar verme veya hastanın olası zarar görme durumundan uzak olması anlamına gelmekte ve sağlık hizmetlerinin kişilere vereceği zararı önlemek amacıyla sağlık kuruluşları ve bu kuruluşlarda çalışanlar tarafından alınan önlemleri kapsamaktadır.”

Hasta güvenliği son yıllarda sağlık bakım kalitesinin geliştirilmesi kapsamında ele alınan güncel ve önemli konulardan biridir. Çeşitli akreditasyon kuruluşları hasta güvenliğine çok önem vermektedir. En bilinen akreditasyon kuruluşlarından Uluslararası Birleşik Komisyon (Joint Comission International-JCI) tarafından belirlenen uluslararası hasta güvenliği hedefleri şunlardır (Joint Commission International, 2017):

1. Hastanın doğru kimliklendirilmesi
2. Etkili iletişimin geliştirilmesi
3. Yüksek riskli ilaçların güvenliğinin iyileştirilmesi
4. Güvenli cerrahinin sağlanması
5. Sağlık hizmetiyle ilişkili enfeksiyon riskini azaltılması
6. Düşmelerden kaynaklanan hastaların zarar görme risklerinin azaltılması.

20. yüzyılın ilk yarısında endüstriyel çağ, hizmet endüstrisi çağına dönüşmüştür. Sistem düşüncesi endüstriyel mühendisliğin parçası olarak yerleşmiş ve üretim hatlarına ve servis endüstrisine uygulanmıştır. Ancak tıp henüz bu değişikliklerden ayrı kalmıştır. Sağlık hizmet paradigması sistemsel uygulamalardan ziyade hasta-hekim ilişkisi ve tedavi bakış açısına odaklı kalmıştır. Kalite geliştirme ve risk yönetimi ve sağlık hizmet sunum araştırmaları ve ölçümüne vurgu sağlık hizmetlerinde yeni disiplinler olarak gelişmiştir. Bu ve diğer gelişmeler diğer yüksek riskli endüstrilerden ve karmaşık organizasyonlardan neler öğrenilebileceği ve adapte edilebileceğine dair bir hazırlık

olmuştur. Hasta güvenliği disiplini, hasta-hekim ilişkisi üzerinde tıp mesleğinin dışlayıcı hâkimiyetiyle yürüyen sağlık hizmet sunumunu reddetmektedir (Emanuel ve diğerleri, 2008).

Tıbbi hatalar sağlık çalışanlarında motivasyon ve moral kaybına, hastalarda ve hekimlerde güvensizliğe ve toplumda sağlık sisteminden memnuniyetsizliğe neden olmaktadır. Bütün bunlar sağlık çalışanlarında üretkensizliğe ve verimsizliğe ve nihayetinde toplumun sağlık statüsünde olumsuzluklara yol açmaktadır (Top ve diğ., 2008). Hasta güvenliği konusunda varılan sonuçlar sadece bir başlangıçtır ve yapılması gereken daha çok şeyler vardır. Bu nedenle, sağlık çalışanlarının hataya doğru yaklaşımları ve hataları önleyebilme becerilerinin önemi burada ortaya çıkmaktadır. Hataları azaltmak için hasta güvenliğini maddi ve manevi olarak benimsemiş kurum yöneticileri oluşturmak, hastane personelinin tamamına motive edici hizmet içi eğitimler vermek, hastaların eğitimini sağlamak, yapılan hatalardan ders çıkarmak ve öğrenmek, problemlerin esas nedenlerini bulmak, sistemden kaynaklanan hataları azaltmak, yeterli ve doğru bilgiye sahip olmak önem kazanmaktadır (Ovalı, 2010).

1.4. HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ KAVRAMI

Sağlık bakım hizmetleri, özellikle ciddi hastalıkları tedavi etmek için hastanede sunulan kompleks hizmetler “yüksek riskli endüstri” grubuna girmektedir. Bu endüstriler öldürme ya da sakat bırakma gücü olan faaliyetleri içerir. Dünyadaki bütün sağlık bakım sistemleri, yardım almak için kendilerine başvuran hastalara ara sıra istemeden zarar vermektedir (Kaya, 2009). Tehlike unsurunun yüksek olduğu endüstrilere örnek oluşturan sağlık sektöründe güçlü güvenlik kültürleri, insan hayatına mal olabilecek tıbbi hataları önleme potansiyeline sahiptir (Tütüncü ve diğerleri, 2007). Güçlü bir güvenlik kültürü, tıbbi hataları en aza indirebilir. Bu açıdan sağlık kurumlarının ve özellikle tıbbi laboratuvarların yöneticileri, hasta güvenliğinin garanti edilmesi bakımından sorumluluk almaya teşvik edilmektedir (American Medical Association, 2003). İyi bir güvenlik kültürü, bireyleri hatalar için suçlamak yerine sistemi iyileştirmeye odaklanır, hataları bildirmeyi ve onlardan ders almayı ve güvenli olmayan faaliyetlerin sık olmamasını sağlar (Thomas ve diğerleri, 2005).

Sağlık kurumlarında hasta güvenliğini artırmak için hasta güvenliği kültürünün oluşturulması gerektiği yaygın bir kabul görmektedir. Hasta güvenliği kültürü, örgüt kültürünün bir parçasıdır ve hasta güvenliği ile ilgili olarak çalışanların paylaştığı tutumlar, inançlar, algılar ve değerlerden meydana gelir (Kaya, 2009). Sağlık alanında güvenlik kültürü bir kurumda nelerin önemli olduğunu ve hasta güvenliği ile ilgili nasıl davranılacağını kapsayan değer yargılarını, inançları ve kuralları kapsamaktadır. Hasta güvenliği kültürü dendiği zaman hasta güvenliğinin kurumun en öncelikli konusu ve ortak değeri olarak kabullenilmesi anlaşılmaktadır (Akalın, 2004).

İyi bir hasta güvenliği kültürünün içerdiği özellikler şu şekilde sıralanabilir (Kaya, 2009):

- Lider güvenlik konusunda kararlıdır
- Hasta güvenliği için örgütsel kaynaklar ayrılır
- Güvenlik üretimden önce gelen bir değerdir
- İletişim etkili ve açıktır
- Ekip çalışmasına önem verilir
- Hatalar ve problemler konusunda açıklık vardır ve bunlar bildirilir
- Örgütsel öğrenmeye değeri verilir
- Sorunlar karşısında bireyleri suçlamak yerine sistem performansını artırmaya odaklanılır
- Güvensiz faaliyetler çok seyrektir.

1.5. HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜNÜN OLUŞTURULMASI

Yetersiz hasta güvenliğinin bireylerin ve teknik yetersizliğin bir sonucu olduğu düşünüldüğünden beri güvenliği artırma yolları gittikçe teknoloji, insan kaynakları ve örgütlerin etkileşimine ve bunların arkasında yatan değer sistemleri ve kültüre odaklanmaktadır (Koraşlı ve diğerleri, 2010). Güvenlik kültürünü geliştirmek, hasta güvenliği hareketinin en önemli elementlerinden birisi olmuştur. Güvenlik kültürü, önemli bir strateji olarak hasta güvenliğindeki eksiklikleri düzeltmek için gittikçe daha fazla önem kazanmaktadır (Thomas ve diğerleri, 2005). Hasta güvenliği kültürü sağlık

hizmeti veren tüm katılımcıların tıbbi hatalar hakkında disiplin korkusu olmaksızın açıkça konuşabilmesine olanak vermektedir (Budak, 2009).

IOM tarafından tıbbi hataların önlenmesi için yapılan önerilerin başında; ulusal hasta güvenliği merkezi'nin kurulması, bu merkezin konu ile ilgili yapılacak çalışmaların amaçlarını belirlemesi, liderlik ve araştırma planlanmasında rol alması, tüm sağlık kuruluşlarında isteğe bağlı veya zorunlu tıbbi hata bildirim sisteminin kurulması, sağlık hizmetlerine ödeme yapan kurumların hasta güvenliği konusunda iyileştirme yapan kurumlara öncelik tanınması, sağlık hizmeti veren organizasyonlarda “hasta güvenliği” kültürünün yaratılması gelmektedir (Budak, 2008; Budak, 2009).

Güvenli bir sağlık hizmeti sunumunun ilk adımının liderlik ve hasta güvenliği kültürünün oluşturulmasından geçtiği yadsınamaz (Budak, 2008). Değerleri, inançları ve tutumları değiştirmek kolay değildir. Bir örgütte güvenlik kültürünün geliştirilmesi, güçlü ve kararlı liderliği gerektirir. Liderin (veya yöneticinin) güvenlik kültürünü geliştirmesi için öncelikle onu anlaması ve şimdiki durumunu değerlendirmesi gerekir (Kaya, 2009). Bu kültüre sahip olan liderlerin göstermesi gereken davranışlardan bazıları şu şekilde sıralanabilir (Akalın, 2004):

- 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 ve tüm çalışanların hasta güvenliği konusunda sürekli eğitilmelerinin sağlanması.

Bir sağlık kuruluşunda hasta güvenliği kültürünün yerleştirilmesi ve iyileştirilmesi için yapılabileceklerin neler olduğu ve nasıl başarıya ulaşılacağı ana hatlarıyla aşağıda sıralanmıştır (Akalın, 2004):

1. Çalışmanın yapılacağı birimlerdeki tüm çalışanların hasta güvenliği kültürünün ölçülmesi (kültür surveyi),

2. Tüm çalışanların hasta güvenliği konusunda eğitilmesi,
3. Kültür surveyi sonuçlarına göre çalışanların hasta güvenliği konusundaki endişelerinin belirlenmesi,
4. Kıdemli liderin söz konusu birimde haftada bir hasta güvenliği viziti başlatması,
5. İyileştirme yöntemlerinin uygulamaya konulması,
6. Sonuçların bildirilmesi,
7. Bilgilerin yaygın olarak paylaşılması, başarı hikayelerinin geliştirilmesi,
8. Kültür surveyinin tekrarlanması.

Bu adımların ilk yedisi 6 ay almaktadır. İkinci kültür surveyi, yedinci adım tamamlandıktan 6 ay sonra yapılmaktadır ve sonrasında iki survey arasındaki fark değerlendirilmektedir. Bu tip çalışmaların başlangıçta özellikle hasta güvenliğinin çok önemli olduğu, hata riskinin yüksek olduğu birimlerde (yoğun bakım birimleri gibi) yapılması önerilmektedir. Hasta güvenliği konusunun kurumsal kültürde yer alabilmesi ve bu konudaki uğraşların başarılı olabilmesi için mutlaka hastaların da hasta güvenliği konusuna katkıda bulunmaları gerekir. Hasta ve hasta yakınlarının hasta güvenliği vizitlerinde yer almalarının, bu konuda kurulan komitelerde bulunmalarının, hasta güvenliğini iyileştirmek için başlatılan uygulamaların izlenmesinde rol almalarının sağlanması yararlı olabilir. Yapılan çalışmalarda, tıbbi hataların hasta ve hasta yakınlarına bütün açıklığı ile bildirilmesinin hekim değişikliğine neden olmadığı, hasta memnuniyetini ve güvenini arttırdığı, olumlu bir duygusal reaksiyona neden olduğu saptanmıştır (Akalin, 2004).

Bir sağlık kurumu, güvenlik merkezli bir kültür oluşturmak istiyorsa aşağıdaki gereklilikleri yerine getirmelidir (Budak, 2008; Budak, 2009):

- Cezalandırıcı olmayan raporlama sistemi oluşturmalı,
- Proaktif sistem analizi yapmalı ve risk azaltma stratejileri geliştirmeli,
- Süreçleri ve ekipmanları standardize etmeli,
- Etkili iletişimi sağlamalı/desteklemeli
- Yeterli ve etkili personel alımı yaptığından emin olmalı
- Tüm çalışanlara ‘ekip çalışması eğitimi’ vermeli
- Hastanın katılımını teşvik etmeli ve desteklemelidir.

Hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesi için bireysel düzeyde, ekip düzeyinde, çalışılan birim (departman) düzeyinde, kurum düzeyinde, ulusal düzeyde ve uluslararası düzeyde yapılabilecek şeyler vardır. Hasta güvenliği liderlik vizitleri, kısa güvenlik toplantıları, ekip çalışması eğitimi, SBAR (İngilizce dört kelimenin baş harflerinin biraraya getirilmesi ile oluşturulmuştur: Situation-durum, Background-klinik geçmiş, Assessment-değerlendirme, Recommendation-öneri) gibi tekniklerle iletişimin artırılması ve güvenlik bildirim sistemi kurulması bunlardan bazılarıdır. Sonuçta, güvenli sağlık bakım hizmeti sunmak herkesin sorumluluğudur. Fakat güvenli bir bakım ortamı sağlamak liderin, yöneticinin işidir. Yöneticinin yapması gereken en önemli değişikliklerden biri, güvenlik kültürünü sürekli iyileştirmektir (Kaya, 2009).

1.6. DÜNYADA HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ

Düşünce liderleri, insan faktör ilkeleriyle sistemlerin ve süreçlerin yeniden tasarlanarak hataların azaltılacağına dair ikna edici kanıtlar sunmuşlardır (Emanuel ve diğerleri, 2008). Dünyada sağlık sistemlerindeki değişim isteği ülkelerdeki sağlık sistemlerinin tamamen yeniden tasarlanması taleplerine dönüşmüştür. Burada öne çıkan ölçütler etkili, hasta merkezli, verimli/yeterli, zamanında, güvenli ve tarafsız/adil sağlık hizmet sunumu kriterleridir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2004'te "Küresel Hasta Güvenliği Mücadelesi" adı altında bir program başlatmıştır. Bu amaçla iki yılda bir hasta güvenliği başlığı üzerine küresel bir birliktelik ve eylem ortaya koymayı amaçlayan "Küresel Hasta Güvenliği Mücadelesi" toplantısını düzenlenmektedir. 2005-2006 yıllarında "enfeksiyon" ve sağlıkta "Temiz Tedavi Daha Güvenli Tedavidir" temasına odaklanılmıştır. 2007-2008 yılları içinse "Güvenli Cerrahi Hayat Kurtarır" teması belirlenmiş ve güvenli cerrahi işlemlere dikkat çekilmiştir. DSÖ 5 Mayıs 2014'te "Ellerinizi yıkayın hayat kurtarın" temalı küresel bir kampanya başlamıştır. DSÖ'nün hasta güvenliğiyle ilgili araştırma, kampanya, eğitim ve hasta katılımıyla ilgili programları vardır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014).

IOM ise yirmibirinci yüzyılda sağlık hizmetlerinde iyileştirilmesi amaçlanan konuların başında hasta güvenliğine yer vermiştir (Baker, 2001):

"Güvenli sağlık hizmeti (hasta güvenliği): Hastalara yardım ederken zarar vermeden kaçınma"

Ayrıca yine IOM'nin sağlık hizmetinde kalitede öncelikli olarak belirlediği yirmi konudan üçü hasta güvenliğiyle ilgilidir. Bunlar yaşlı sağlığı, ilaç yönetimi ve hastane enfeksiyonları konularıdır (Corrigan ve Adams, 2003). IOM, 21'inci yüzyıl için sağlık sisteminde iyileştirilmesi amaçlanan konuları şu şekilde sıralamıştır (Akalın, 2004; Güven, 2007; Budak, 2008; Budak, 2009):

1. Güvenli bir sağlık hizmeti (hasta güvenliği): Hastalara yardım ederken zarar vermeden kaçınma.
2. Etkili bir sağlık hizmeti: Bilimsel bilgiler ve kanıta dayalı tıp uygulamalarına dayalı hizmet sunumu, sağlık hizmetinin az veya gereksiz kullanımının önlenmesi.
3. Hasta-odaklı sağlık hizmeti: Hastanın ihtiyaç, değer yargıları ve tercihleri doğrultusunda ve klinik karar verme mekanizmalarına ortak edilerek sunulan bir sağlık hizmeti.
4. Zamanında verilen sağlık hizmeti: Beklemelerin sağlığa zarar vermesinin önlendiği bir sistem (sağlığa ulaşılabilirlik).
5. Verimli sunulan sağlık hizmeti: İsrafın önlendiği, maliyet-etkin bir sağlık hizmeti sunumu.
6. Adil dağılım: Sunulan sağlık hizmetinin kalitesinin ırk, cinsiyet, renk, coğrafya ve sosyoekonomik farklılıklara bakılmaksızın eşit olması.

The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations 60 yıldan uzun zamandır hasta güvenliğini amaç edinerek, sağlık hizmeti sunan organizasyonlara sağlık bakım kalite ve güvenliğini geliştirmeleri konularında destek olmuştur. 1994 yılında kurulan JCI ise uluslararası düzeyde sağlık kuruluşlarına hizmet veren koludur. JCI hasta güvenliği odaklı girişimleri, organizasyonların hasta güvenliğini ön planda tutmalarını sağlayacak desteği vermektedir. Bu girişimlerden bazıları şunlardır (Joint Commission International, 2018a):

1. Kullanılmaması gereken tıbbi kısaltmalar listesi
2. Etkili iletişim, kültürel uyum, hasta ve ailesi odaklı bakımı geliştirme
3. Ulusal hasta güvenliği hedefleri
4. Ödül almış olan hasta güvenliği “speak up” programı
5. Enfeksiyon kontrolü

6. Beklenmedik ölüm ve ciddi yaralanmalarla ilgili uyarı sistemi

Birleşik Komisyon (Joint Commission) tarafından 2002 yılında “Ulusal Hasta Güvenliği Hedefleri” programı kurulmuştur. Programın ilk seti 1 Ocak 2003’te yürürlüğe girmiştir. Hedefler, akredite kuruluşların hasta güvenliğiyle ilgili spesifik konuları ele almalarına yardımcı olmak içindir (Joint Commission International, 2018b). 2007’deki hasta güvenliği hedeflerine, güvenlik kültürünün yıllık olarak değerlendirilmesini dâhil etmiştir. Komisyon, 2018’te Ulusal Hasta Güvenliği Hedeflerine aşağıdaki alanları dahil etmiştir (Joint Commission International, 2018c):

1. Ayaktan tedavi hizmetleri
2. Davranışsal tedavi hizmetleri
3. Hastaneye kritik ulaşım
4. Evde bakım
5. Hastaneler
6. Laboratuvar hizmetleri
7. Hemşirelik bakım merkezleri
8. Cerrahi klinikler.

Yine ABD’de, Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) ulusal sağlık hizmet sisteminin kalitesinin ve hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesini desteklemeyi amaçlarının bir bölümü olarak belirlemiştir. AHRQ, hastaneler, huzurevi bakım hizmetleri, poliklinik hizmetleri, eczaneler ve günübirlik cerrahi merkezleri için hasta güvenliği kültürü değerlendirme anketinin geliştirilmesi için destek olmuştur. Oluşturulan 5 Hasta güvenliği kültürü anketleri şunlardır (Agency for Healthcare Research and Quality, 2017):

1. Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi
2. Hasta Güvenliği Kültürü Medikal Ofis Anketi
3. Hasta Güvenliği Kültürü Hemşire Bakımevi Anketi
4. Hasta Güvenliği Kültürü Eczane Anketi
5. Hasta Güvenliği Kültürü Günübirlik Cerrahi Merkezi Anketi

Sağlık hizmet kuruluşları bu değerlendirme anketlerini aşağıdakiler için kullanabilir (Agency for Healthcare Research and Quality, 2017):

- Çalışanlarda hasta güvenliği konusunda farkındalık yaratmak
- Hasta güvenliği kültürünün mevcut durumunu değerlendirmek ve teşhis koymak
- Hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesi için yeni alanlar belirlemek
- Zamanla hasta güvenliği kültürünün değişim eğilimlerini incelemek
- Hasta güvenliği girişimlerinin ve müdahalelerinin kültürel etkilerini değerlendirmek
- İç ve dış karşılaştırmalar yapmak.

Bunun yanında AHRQ, hasta güvenliği kültürü değerlendirme anketlerini uygulayan kuruluşların anket verilerini girdikleri merkezi bir veri tabanı kurmuştur. Veri tabanı, hasta güvenliği kültürünü geliştirmek isteyen kuruluşlar için hasta güvenliği kültürü anket sonuçlarını karşılaştırmaya hizmet etmektedir (Agency for Healthcare Research and Quality, 2017).

İngiltere’de Ulusal Sağlık Hizmetleri (National Health Service-NHS)’nin kolu olan Ulusal Hasta Güvenliği Ajansı (National Patient Safety Agency-NPSA) 2001 yılında hasta güvenliği sorunlarını belirlemek ve uygun çözümler bulmak için kurulmuştur. Ajans, hasta güvenliğini artırmak adına NHS’den hizmet alan hastaların karşılaşacağı riskleri tespit etmek ve azaltmak için çalışmalar yapmakta ve öncülük etmektedir. Bir hasta güvenliği olayı gerçekleştiğinde, İngiltere ve Galler’de NHS personeli, kendi yerel raporlama sistemleri aracılığıyla gizli online raporlar hazırlamaktadırlar. Tüm personel, hastalar zarar görsün ya da görmesin tüm olayları bildirmek için teşvik edilmektedir (National Patient Safety Agency, 2018).

Kanada’da Sağlık Bakanlığı tarafından Aralık 2003’te resmi olarak Kanada Hasta Güvenliği Enstitüsü (Canadian Patient Safety Institute-CPSI) için finansman oluşturulmuştur. CPSI, ulusal liderlik sağlamak ve Kanadalılar için daha güvenli bir sağlık sistemi kurmak ve geliştirmek için gerekli çalışmaları koordine etmeyi amaçlamaktadır. Bunu, hükümetler ve paydaşlar arasındaki işbirliğini teşvik ederek, Kanada sağlık sisteminin dünyanın en güvenli ve en iyi hale gelmesine yardımcı olacak hasta güvenliği girişimlerinin geliştirilmesini destekleyerek yapmayı hedeflemektedir.

CPSI; eğitim, araştırma, müdahaleler ve programlar, araçlar ve kaynaklar olmak üzere dört ana alana odaklanmaktadır. Kanada’da 2005 yılında 2,9 milyon dolarlık bir fon almak için 30’un üzerinde hasta güvenliği araştırması ve demonstrasyon projesi seçilmiştir (Canadian Patient Safety Institute, 2018).

Avustralya Sağlık Hizmetleri Güvenlik ve Kalite Komisyonu (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care-ACSQHC) ilk olarak 2006 yılında sağlık hizmetlerinde güvenlik ve kalite konusundaki ulusal gelişmeleri yönlendirmek ve koordine etmek amacıyla kurulmuştur. ACSQHC sürdürülebilir, güvenli ve yüksek kaliteli bir sağlık sistemi sağlamak için hastalar, tüketiciler, klinisyenler, yöneticiler, politika yapıcılar ve sağlık kuruluşları ile ortaklaşa çalışmaktadır. Komisyonun stratejik öncelikleri aşağıdaki alanlardan oluşmaktadır (ACSQHC, 2018):

1. Hasta güvenliği
2. Hastalarla, tüketicilerle ve topluluklarla ortaklık
3. Kalite maliyeti ve değeri
4. Sağlık profesyonellerini güvenli ve kaliteli bakım sağlamak için desteklemek.

DSÖ liderliğinde yürütülen “World Alliance for Patient Safety” çalışması kapsamında dünyadaki tüm raporlama sistemleri gözden geçirilmiş, DSÖ’nün bu çalışmasında raporlama sistemleri “Ulusal raporlama sistemleri” ve “Özel ve devlete bağlı olmayan raporlama sistemleri” başlıkları altında değerlendirilmiştir. Hasta güvenliği yaklaşımını destekleyen uluslararası standartlar hasta güvenliği sistemini yeni oluşturacak olan kurumlara fayda sağlamakla birlikte var olan sistemleri de geliştirmeye ve süreçleri standardize etmeye katkı sağlamaktadır (Budak, 2008).

1.7. TÜRKİYE’DE HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ

Dünyada son yıllarda giderek artan öneme sahip olan hasta güvenliği konusunun Türkiye’de gündeme gelmesi biraz zaman almıştır. Dünyada ve Türkiye’de hasta güvenliği kültürü ile ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında, araştırmaların genellikle ameliyathanelerde, servislerde ve yoğun bakım ünitelerinde yapıldığı görülmektedir. Zamanla yarışılan ve zamanında tanı konulması ve tedaviye başlanması gereken acil servislerde hata yapma olasılığının daha fazla olacağı düşünülebilir.

Türkiye’de Sağlık Bakanlığı tarafından hasta güvenliği alanında çeşitli çalışmaların yapıldığı görülmektedir. Bunlardan bir tanesi, 2007’de Sağlık Bakanlığı tarafından sağlık hizmetleri ile ilgili enfeksiyonlarla mücadele kapsamında “Ulusal Hastane Enfeksiyonları Sürveyans Programı”nın aktif hale getirilmiş olmasıdır. Çoğunlukla enfeksiyon hastalıkları disiplini tarafından tartışılan hastane enfeksiyonları, bu programla birlikte artık hasta güvenliği sorunu olarak değerlendirilmeye başlanmıştır (Erayman, 2009).

Sağlık alanındaki gelişmeler ve yaşanan hatalar Sağlık Bakanlığı’nı harekete geçirmiş ve yasal düzenlemenin kurgulanması gerektiği konusunda bir mutabakat metni ortaya çıkmıştır (Kurutkan, 2009). 29 Nisan 2009 tarihli resmi gazetede “Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ” yayınlanmıştır. 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 düzenleme” olarak belirlenmiştir. Sağlık kurum ve kuruluşlarının bu tebliğ ile beraber hasta ve çalışan güvenliği kapsamında yerine getirmesi gereken hasta ve çalışan güvenliği uygulamaları şu şekilde belirlenmiştir (T.C. Resmi Gazete, 2009):

1. Hasta kimlik bilgilerinin tanımlanması ve doğrulanması,
2. Sağlık hizmeti verenler arasında iletişim güvenliğinin geliştirilmesi,
3. İlaç güvenliğinin sağlanması,
4. Enfeksiyon risklerinin azaltılması,
5. Güvenli cerrahi uygulamalarının sağlanması,
6. Çalışan güvenliği için gerekli önlemlerin alınması,
7. Hasta ve çalışanların fiziksel saldırı, cinsel taciz ve şiddete maruz kalmalarına karşı gerekli güvenlik tedbirlerinin alınması,

8. Kan transfüzyonunda güvenli uygulamaların sağlanması,
9. Hasta düşmelerinin önlenmesi,
10. Sıra beklemeden kaynaklanan olumsuzlukların önlenmesi,
11. Temel yaşam desteği sürecinin güvence altına alınması (Mavi Kod uygulaması),
12. Yenidoğan ve çocuk güvenliğinin sağlanması (Pembe Kod uygulaması),
13. Afetler (deprem, yangın, sel) ve olağan dışı durumlarda tedbir alınması.

Daha sonraları, 2 Nisan 2011 tarihinde “Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik” ile 2009’da yayınlanan bu tebliğ güncellenmiştir. Bu yönetmelik kapsamındaki sağlık kurumları; bu yönetmelik hükümleri doğrultusunda uygulama yapmak, hasta ve çalışan güvenliğini sağlamaya yönelik gerekli faaliyetleri gerçekleştirmek amacıyla, kendi iç düzenlemelerini yapmak ve tedbirleri almakla yükümlüdür (T.C. Resmi Gazete, 2011). Belirtilen bu yönetmelik 06.08.2013 tarihinde yürürlüğe giren “Sağlık Hizmeti Kalitesinin Geliştirilmesi Ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik” ile yürürlükten kaldırılmıştır. Bu yönetmeliğin amacı; “Sağlık kurumlarında (kamu, üniversite ve özel sektör ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumları) hasta ve çalışan güvenliği için güvenli hizmet sunumu ve güvenli bir ortam sağlanmasına, hizmet sunumunda kalitenin artırılmasına, sağlık kurumunda hasta ve çalışanlar için muhtemel risklerin belirlenmesine, bu risklerin giderilmesi için uygun yöntem ve tekniklerin belirlenmesine ve hizmet içi eğitimler ile güvenli hizmet sunumu ve güvenli çalışma ortamının sürdürülebilirliğinin sağlanmasına yönelik usul ve esasları düzenlemektir.” olarak belirlenmiştir (T.C. Resmi Gazete, 2013). Daha sonraları hasta ve çalışan güvenliği ile hasta ve çalışan memnuniyetinin sağlanmasını esas alan sağlıkta kalite standartları ile bu standartların uygulanmasına ilişkin usul ve esasları düzenleyen “Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik” 27.06.2015 tarih ve 29399 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Bu yönetmelik ile 06.08.2013 tarihli Resmi Gazete’de yayımlanan önceki yönetmelik yürürlükten kaldırılmıştır. Son yönetmelik ile sağlık kurum ve kuruluşlarında kaliteli hizmet sunumunun sağlanması amacıyla, hasta güvenliği, çalışan güvenliği, hasta memnuniyeti ve çalışan memnuniyetini esas alan sağlıkta kalite standartları ile bu standartların uygulanmasına ilişkin usul ve esasları düzenlemek amaçlanmıştır (T.C. Resmi Gazete, 2015).

Kamu hastanelerinde 2005’te hayata geçirilen “Kurumsal Performans ve Kaliteyi Geliştirme” çalışmasının en önemli parametresini kalite kriterleri oluşturmaktadır. 100 sorudan oluşan kalite kriterleri, 2007 yılı başında yapılan revizyonla 150 sorudan oluşan bir set halini almıştır. 2008 yılında yapılan revizyonda ise 150 sorudan oluşan kalite kriterleri tamamen revize edilerek hem yapısal, hem dizayn hem de metodolojik açıdan yeniden düzenlenmiştir. Kalite kriterleri, daha sonraları Hizmet Kalite Standartları (HKS) adını alarak toplam 354 standart ve yaklaşık 900 alt bileşenden oluşan bir set halini almıştır. 2009 yılı içinde özel hastane ve üniversite hastanelerine yönelik olarak toplam 388 standart ve yaklaşık 1450 alt bileşenden oluşan “Özel Hastane Hizmet Kalite Standartları” hazırlanarak yayınlanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011). Daha sonraları 27.06.2015’te yayınlanan “Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik” ile birlikte bunların adı Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) olmuştur. SKS, Sağlık Bakanlığınca sağlık kurum ve kuruluşlarında hasta ve çalışan güvenliği başta olmak üzere verimlilik, etkililik, etkinlik, süreklilik ve zamanlılık gibi hedeflerin gerçekleştirilmesine yönelik geliştirilen standartların tamamını kapsamaktadır. Sağlık kurum ve kuruluşları SKS esas alınarak yapılan öz değerlendirmeler ve sağlıkta kalite değerlendirmeleri kapsamında gerekli görülen iyileştirme faaliyetlerini gerçekleştirirler. Sağlık Bakanlığı, SKS doğrultusunda sağlık kurum ve kuruluşlarını değerlendirmektedir. Değerlendirmeler her yıl, Sağlık Bakanlığının belirlediği tarihlerde Bakanlıkça yapılmaktadır. Sağlık kurum ve kuruluşları; uygulamalarında SKS’ye uygun çerçevede düzenlemeler yapmak zorundadır (T.C. Resmi Gazete, 2015). Bu yönetmelik kapsamında sağlık kurum ve kuruluşları SKS ve rehberlerinin yayımlandığı tarihten itibaren altı ay sonra sorumlu tutulmuşlardır. Dolayısıyla tüm hastaneler Ocak 2016 tarihi itibari ile bu standartlardan sorumlu olduğundan Sağlıkta Kalite Değerlendirmeleri, SKS–Hastane (Versiyon 5) esas alınarak Ocak 2016 tarihi itibariyle gerçekleştirilmeye başlanmıştır. (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2018). SKS–Hastane (Versiyon 5) içerisinde hastaneler için kalite yönetiminin tüm esaslarını içinde barındıran çeşitli rehberler yayınlanmıştır. Bu rehberler şunlardır (Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, 2016);

- Güvenli cerrahi uygulama rehberi
- Doküman yönetimi rehberi

- Gösterge yönetimi rehberi
- Klinik mikrobiyoloji laboratuvarları kalite yönetimi rehberi
- Memnuniyet anketleri uygulama rehberi
- Güvenli doğum uygulama rehberi
- İlaç güvenliği rehberi

Sağlık Bakanlığı tarafından, ülke genelinde sağlık kuruluşlarında hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanması ve güvenlik kültürünün oluşturulması amacıyla düzenli aralıklarla Hasta ve Çalışan Güvenliği Sempozyumları düzenlenmektedir. Bu sempozyumlardan sonuncusu (19. Hasta ve Çalışan Güvenliği Sempozyumu) 13 Mayıs 2017’de Hatay ilinde gerçekleştirilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, 2017a). Sağlık Bakanlığı tarafından 2010’dan beri “Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi” kapsamında düzenli olarak “Sağlıkta Kalite ve Güvenlik Ödülleri” verilmektedir. Bakanlık tarafından düzenli aralıklarla “Performans-Kalite ve Hasta Güvenliği Ajansı” ve “Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi” isimleriyle yayınlar yapılmaktadır. (T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, 2017b).

Hasta ve çalışan güvenliğini tehdit eden olaylara karşı bir koruyucu olarak iş gören Güvenlik Raporlama Sistemi (GRS), kurumlarda kalite çalışmalarının en iyi göstergelerinden biridir. GRS ile ilgili olarak Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan yoğun çalışmalar sonucunda, 2016’da Ulusal Güvenlik Raporlama Sistemi (UGRS) faaliyete başlamıştır. UGRS, sağlık tesislerinin ve profesyonellerinin tıbbi süreçlerde karşılaştıkları hataları bildirebilecekleri, ülke genelinde yaygın olarak gerçekleşen hatalar ve bunların iyileştirilmesine yönelik önlemler hakkında bilgi edinebilecekleri bir platform olarak tanımlanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2017a). Tanımdan da anlaşılacağı gibi UGRS, sağlık tesislerinin iç güvenlik raporlama sistemlerinin yerini almak üzere geliştirilmiş bir sistem değildir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2017b).

Dünya çapında hata bildirimlerinde yaklaşım, kimin yaptığına değil, hataya odaklanmak olsa da çoğu ülke, hata bildiriminde yeterli kimliksizleştirme (anonimizasyon) şartlarını sağlayamadığı için ulusal bir güvenlik raporlama sistemi oluşturmakta çeşitli engeller ile karşılaşmaktadır. Sağlık Bakanlığı tarafından kurulan UGRS, bu gerekliliği

sağlamak adına her hangi bir manuel veri girişine imkân tanımamakta, hata bildirimini için Hata Sınıflandırma Sistemleri (HSS) standardını kullanmaktadır. Ayrıca bildirim sırasında IP (Internet Protocol) adresi, lokasyon bilgisi, kişi adı vb. hiçbir kişisel bilgi veri tabanına kaydedilmemektedir. Sisteme yapılan bildirimler, UGRS'nin raporlama yetenekleri sayesinde anında raporlanabilmektedir. Sağlık tesislerinin hata risklerine karşı önlem alma amacı ile gerçekleştirdiği faaliyetlerde yol gösterici olması, sağlık çalışanlarının yaygın hatalar konusunda daha bilinçli olması adına önemli raporlar, herkesin erişimine açık şekilde paylaşılmaktadır. Ayrıca hatalara ilişkin tüm raporlar, Sağlıkta Kalite Standartları'nın geliştirilmesi amacı ile kullanılmakta, böylece sağlık hizmet süreçlerine ilişkin hataların önüne geçilmesi hedeflenmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı; 2017a).

Sağlık Bakanlığı tarafından UGRS'nin amaç ve hedefleri maddeler halinde aşağıdaki gibi belirtilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2017b):

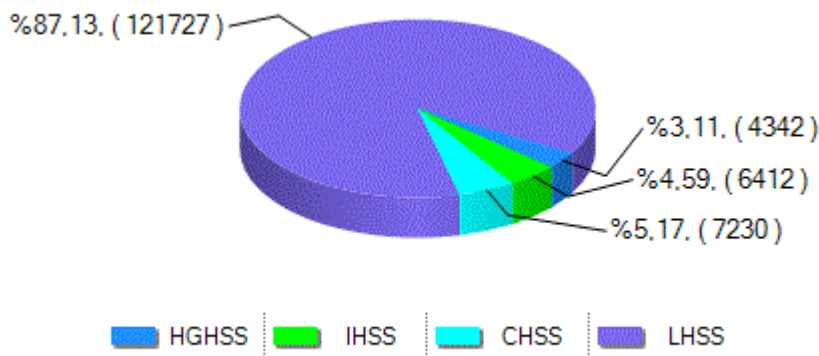
- Tıbbi süreçlerde yapılan hata bildirimlerini ulusal boyutta toplamak,
- Toplanan bildirimler kullanılarak yeni kalite standartlarının geliştirilmesi ve sistemsel boyutta iyileştirme sağlamak,
- Tıbbi hatalar ve bildirim konusunda sağlık profesyonellerinin farkındalığını artırmak,
- Elde edilen raporlar vasıtası ile sağlık tesislerine iyileştirme fırsatları açısından yol gösterici olmak,
- Bilgi merkezi vasıtası ile sağlık tesislerine iç güvenlik raporlama sistemlerini nasıl yapılandırabilecekleri konusunda rehberlik etmek.

UGRS'de herhangi bir kullanıcı girişi bulunmadığından, sağlık tesisine özel raporlar oluşturma veya takibi gibi işlemler mümkün olmamaktadır. Hata bildirimleri, tamamen HSS'de yer alan ana ve alt parametreler ile sınırlıdır. Mevcut durumda ilaç, laboratuvar, hasta güvenliği ve cerrahi süreç hatalarının bildiriminin yapılabildiği sistem için, son modül olan “Çalışan Güvenliği Hata Sınıflandırma Sistemi”nin geliştirilmesine yönelik çalışmalar devam etmektedir. Kullanılan mevcut HSS düzenli olarak gözden geçirilmekte, yeni hata kategorileri ve hatalar, geri bildirimler de dikkate alınarak ihtiyaca göre eklenmektedir. UGRS, tamamen gönüllülük esasına dayalıdır ve kurumsal

düzeyde her hangi bir bildirim zorunluluğu bulunmamaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2016).

UGRS, 2016 yılının Mart ayında ilaç, laboratuvar, ve cerrahi süreç hatalarının bildiriminin yapılabildiği şekliyle kullanıcıların hizmetine açılmıştır. Hasta güvenliği modülü geliştirme çalışmalarının tamamlanması ile 31 Ağustos 2016 tarihinden itibaren hasta güvenliği hataları da sisteme girilebilir hale gelmiştir. 2016 yılı içerisinde GRS'ye toplam 74380 hata bildirimi gerçekleştirilmiştir. Bunların 69782'si (%93,8) laboratuvar hataları; 1113'ü (%1,5) hasta güvenliği hataları; 1157'si (%1,6) cerrahi hatalar; 2328'i (%3,1) ise ilaç hatalarıdır. Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan bir raporda, laboratuvar hata bildirim sayısının çok fazla olması sebebinin, hata bildirimi ve takibinin laboratuvar işleyişinin temel süreçlerinin bir parçası olmasından kaynaklanan yaygın hata bildirim kültürü olduğu düşünülmüştür (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2016).

GRS altyapısını oluşturan HSS'ye yönelik revizyon çalışmaları 2017'de tamamlanmıştır. GRS'ye 2017 yılı içerisinde bildirimi yapılan hata sayıları, 25 Kasım 2017 (01.01.2017-25.11.2017) itibari ile kategorilerine göre Şekil 1'de verilmiştir. Bu sonuçlara göre, toplam hata bildirim sayısı 139714'tür. Bildirilen hatalar kategorilerine göre değerlendirildiğinde, 2016'da olduğu gibi, 2017'de de bildirilen toplam hatalar içerisinde laboratuvar hatalarının yüzdesi en yüksektir (%87,13). Bunu; %5,17 ile cerrahi hatalar; %4,59 ile ilaç hataları ve %3,11 ile de hasta güvenliği hataları takip etmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2017a).ge



Şekil 1. Ulusal Güvenlik Raporlama Sistemine Göre Hata Türleri

(Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, 2017a)

GRS verilerine göre, en sık yapılan ve ilk 10'a giren cerrahi güvenlik hataları Tablo 1'de verilmiştir. Cerrahi hatalar alt parametrelere göre değerlendirildiğinde, en sık bildirimi yapılan cerrahi hata türünün “Ameliyat bölgesinin/tafının işaretlenmemesi” olduğu görülmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2017a).

Tablo 1. Ulusal Güvenlik Raporlama Sistemine Göre En Sık Yapılan Cerrahi Hatalar (25 Kasım 2017)

Hata kodu	Ana parametre	Alt parametre	Bildirim sayısı
C1di	Klinik Cerrahi İşlem Hazırlığı	Ameliyat bölgesinin/tafının işaretlenmemesi	1094
C5kd	Ameliyat Kesisi Öncesi Kontroller	Hasta kimliği, ameliyat yeri ve cerrahi işlemin doğrulanmaması	440
C5et	Ameliyat Kesisi Öncesi Kontroller	Ekip üyelerinin kendini tanıtmaması	426
C5sk	Ameliyat Kesisi Öncesi Kontroller	Malzemelerin hazır ve steril olduğunun kontrol edilmemesi	412
C5kc	Ameliyat Kesisi Öncesi Kontroller	Cerrahi kaynaklı gerçekleşebilecek kritik olayların değerlendirilmemesi	410
C5cp	Ameliyat Kesisi Öncesi Kontroller	Gerekli cerrahi profilaksinin uygulanmaması	404
C5ka	Ameliyat Kesisi Öncesi Kontroller	Anestezi kaynaklı gerçekleşebilecek kritik olayların değerlendirilmemesi	396
C5ks	Ameliyat Kesisi Öncesi Kontroller	Kan şekeri kontrolü gerekliliğinin değerlendirilmemesi	394
C5vp	Ameliyat Kesisi Öncesi Kontroller	Gerekli DVT-profilaksisinin uygulanmaması	394
C5ko	Ameliyat Kesisi Öncesi Kontroller	Antikoagülan kullanımının sorgulanmaması	392

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, 2017a

GRS verilerine göre en sık yapılan ve ilk 10'a giren ilaç hataları Tablo 2'de verilmiştir. İlaç hataları, alt parametrelere göre değerlendirildiğinde, en sık bildirimi yapılan ilaç hatası türünün “Hatalı doz istemi” olduğu görülmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2017a).

Tablo 2. Ulusal Güvenlik Raporlama Sistemine Göre En Sık Yapılan İlaç Hataları (25 Kasım 2017)

Hata kodu	Ana parametre	Alt parametre	Bildirim sayısı
I1g	İstem	Hatalı doz istemi	1013
I1a	İstem	Yanlış ilaç istemi	689
I2b	Hazırlama	Yanlış ilaç hazırlanması	439
I3c	Transfer	Eczaneden yanlış ilacın transferi	334
I1b	İstem	Elektronik ortamda yanlış ilaç seçimi	331
I0a	Muhafaza	Sıcaklık ve nem uygunsuzluğu	261
I2c	Hazırlama	İlaçların yanlış paketlenmesi	253
I1j	İstem	İletişim eksikliği	246
I4d	Uygulama	Yanlış ilaç	173
I1f	İstem	Okunaksız el yazısı	160

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, 2017a

GRS verilerine göre en sık yapılan ve ilk 10’a giren laboratuvar hataları Tablo 3’te verilmiştir. Laboratuvar hataları, alt parametrelere göre değerlendirildiğinde, en sık bildirimi yapılan laboratuvar hatası türünün “Hemolizli numune” olduğu görülmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2017a).

Tablo 3. Ulusal Güvenlik Raporlama Sistemine Göre En Sık Yapılan Laboratuvar Hataları (25 Kasım 2017)

Hata kodu	Ana parametre	Alt parametre	Bildirim sayısı
L17	Preanalitik	Hemolizli numune	35768
L18	Preanalitik	Pıhtılı numune	29436
L16	Preanalitik	Yetersiz numune	14596
L01	Preanalitik	Hatalı test istemi	7888
L22	Preanalitik	Numune alma zamanının kaydedilmemesi	5589
L15	Preanalitik	Uygunsuz alınmış numune	4250
L03	Preanalitik	Patoloji istek formunun düzenlenmemesi	3985
L10	Preanalitik	Hatalı numune kabı/tüpü	3720
L05	Preanalitik	Hatalı kayıt	2579
L02	Preanalitik	Test isteminde eksik/yanlış bilgi	2551

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, 2017a

GRS verilerine göre en sık yapılan ve ilk 10’a giren hasta güvenliği hataları Tablo 4’te verilmiştir. Hasta güvenliği hataları, alt parametrelere göre değerlendirildiğinde, en sık bildirimi yapılan hasta güvenliği hatası türünün “Hastanın düşmesi” olduğu görülmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2017a).

Tablo 4. Ulusal Güvenlik Raporlama Sistemine Göre En Sık Yapılan Hasta Güvenliği Hataları (25 Kasım 2017)

Hata kodu	Ana parametre	Alt parametre	Bildirim sayısı
HRHc	Hasta/Refakatçi Kaynaklı Hatalar	Hastanın düşmesi	1276
TKHa	Tıbbi Kayıt ve Klinik Değerlendirme Hataları	Hastanın yanlış kimliklendirilmesi	200
BTHh	Bakım, Teşhis ve Tedavi Sürecine İlişkin Hatalar	Hastanın düşmesi	197
BYHa	Bina Yapısı ile İlişkili Hatalar	Hastanın asansör arızası nedeni ile mahsur kalması	155
BTHi	Bakım, Teşhis ve Tedavi Sürecine İlişkin Hatalar	Hasta tesliminin uygun yapılmaması	135
TKHd	Tıbbi Kayıt ve Klinik Değerlendirme Hataları	Yapılan bakım/tedavinin tıbbi kayıtlara hatalı işlenmesi	128
BTHg	Bakım, Teşhis ve Tedavi Sürecine İlişkin Hatalar	Bakım/tedavi uygulaması öncesinde hasta kimliğinin doğrulanmaması	125
BTHa	Bakım, Teşhis ve Tedavi Sürecine İlişkin Hatalar	Bakım/tedavi gecikmesine bağlı olarak hastada komplikasyon gelişmesi	120
ILHa	İletişim Hataları	Hastanın uygulanan bakım, teşhis metodu veya tedavi konusunda bilgilendirilmemesi	113
CSHc	Cihaz/Ekipman/Sistem Kaynaklı Hatalar	Arızalı ekipmanın zamanında onarılmaması/değiştirilmemesi	105

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, 2017a

Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan çalışmalarla birlikte hasta güvenliği, başta sağlık kuruluşları olmak üzere hastalar, akademisyenler, hukukçular, teknoloji üreten şirketler ve danışmanlar gibi çok geniş bir kitlenin ilgi alanına girmiştir. Türkiye’de düzenlenen hasta güvenliği temalı kongre, toplantılar ve literatür çalışmaları da bu yayılım sürecinde etkili olmuştur (Tak, 2010). Hasta güvenliği kültürünü yerleştirmek, uygulamalara yön vermek açısından Sağlık Bakanlığı’nın çalışmaları sağlık kurum ve kuruluşlarının gönüllük esasından öte daha somut adımlar atmasını sağlaması yönünden olumludur (Demirbaş, 2009). Bu ve benzeri çalışmalar aynı zamanda Türkiye’nin devlet olarak hasta güvenliği konusunu önemseyişinin bir göstergesidir (Budak, 2009).

1.8. HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜNÜN DEĞERLENDİRİLMESİ

Uzmanlar sağlık hizmet kalite ve güvenliğinin, hata ve olumsuz olayların meydana geldiği sistemler ve bağlamsal faktörler çerçevesinde araştırılması gerektiğine inanırlar. Daha önce değinildiği gibi hasta güvenliği kültürünün oluşturulmasında atılması

gereken ilk adım güvenlik kültürünün değerlendirilmesi olmalıdır. Hasta güvenliğini değerlendirmenin sebepleri aşağıdaki gibi sıralanabilir (Nieva ve Sorra, 2003):

1. Güvenlik kültürünü teşhis etmek, iyileştirme yapılacak alanları belirlemek ve hasta güvenliği hakkında farkındalığı artırmak
2. Hasta güvenliği müdahalelerini ya da programlarını değerlendirmek ve zaman içindeki değişimi izlemek
3. İçsel ve dışsal kıyaslama (benchmarking) yapmak
4. Direktiflerin veya düzenleme ile ilgili gerekliliklerin yerine getirilmesini sağlamak.

Güvenlik kültürünün değerlendirilmesi sonucu elde edilen veriler, örgüte, yöneticilerinin ve personelinin güvenlikle ilgili algıları ve tutumları hakkında temel bir anlayış sağlar. Güvenlik kültürü ölçüleri, iyileştirme yapılacak alanları belirlemek için tanısal araçlar olarak kullanılabilir. İyileştirme çabaları için birçok potansiyel başlama noktası olduğundan, güvenlik kültürünü değerlendirme, örgütün diğerlerinden daha problemli olduğu düşünülen alanları belirlemesine yardım edebilir. Problemli olduğu belirlenen kültürel konular, altta yatan “kök nedenlerin” daha ileri analizi için ve konulara doğrudan karışan personelden iyileştirme fikirleri almak için materyal sağlayabilir. Güvenlik kültüründeki değişiklikler, hasta güvenliği programlarının ve müdahalelerinin etkililiğinin kanıtı olarak da kullanılabilir (Kaya ve Güven, 2005).

İdealde, güvenlik kültürü değerlendirmeleri, örgütsel öğrenmenin ve sürekli iyileştirme sürecinin bir parçası olmalıdır. Teorik olarak ise güvenlik kültürü değerlendirmeleri, bir örgütün içindeki birimleri karşılaştırmak veya farklı örgütler ya da sistemlerdeki farklılıkları incelemek için kullanılabilir. Birçok örgütte ortak bir değerlendirme aracı olarak kullanıldığında dış kıyaslamaya da teknik olarak imkan vermektedir. Kıyaslama verisi, sağlık hizmeti sunan örgütleri seçerken sağlık bakım tüketicileri tarafından kullanılabileceği gibi, örgütün kalite iyileştirme çabalarında ve rekabet analizlerinde de kullanılabilir (Kaya, 2005).

Amerika’daki bazı hastaneler, JCAHO tarafından yayımlanan standartları yerine getirmenin bir yolu olarak güvenlik kültürünü değerlendirme ile ilgilenmektedir. JCAHO, hastanelerden performansı izlemek için veri toplamalarını istemektedir. Bu

veri, personelin tıbbi/sağlık bakım hatalarını bildirme konusundaki istekliliğini ve hasta güvenliğini iyileştirme önerilerini içermektedir (Nieva ve Sorra, 2003).

Konu, Türkiye açısından çok daha yenidir. Bu konuda öncü çalışmalar yapan Pronovost ve Sexton (2005), güvenlik kültürünü ölçmeyle ilgilenen sağlık bakım örgütlerine “güvenlik tutumlarını” ölçmelerini önermektedir. IOM ve NHS tarafından yayınlanan raporlara göre hasta güvenliği araştırmaları ve geliştirmeye yönelik artan bir ilgi vardır. Güvenliğin kritik olduğu diğer sektörlerde, takım çalışması ve işin kapsamıyla ilgili tutumların ölçümü güvenlik geliştirmenin önemli bir adımıdır. Sağlıkta da, hataların ve advers olayların meydana geldiği ortamın oluşmasını sağlayan sistem ve durumsal faktörlerin çerçevesinde değerlendirilmelidir. Örneğin, Vincent ve diğerleri (2000) klinik çalışmalara etki eden yedi faktör tanımlamışlardır; 1) kurumsal bağlam (ekonomik ve düzenleyici bağlam, ulusal sağlık hizmetleri yönetimi), 2) organizasyon ve yönetim faktörleri (finansal kaynaklar ve kısıtlamalar, organizasyonel yapı, politika standartları ve hedefleri, güvenlik kültürü ve öncelikleri), 3) çalışma ortamı faktörleri (personel seviyeleri ve becerileri karması, iş yükü ve çalışma şekli, ekipmanların tasarımı, kullanılabilirliği ve bakımı, idari ve yönetsel destek), 4) takım faktörleri (sözlü ve yazılı iletişim, denetleme ve yardım arama, takım yapısı - tutarlılık, liderlik gibi), 5) bireysel (personel) faktörler (bilgi ve beceri, yetkinlik, fiziksel ve ruhsal sağlık), 6) görev faktörleri (iş tasarımı ve yapının açıklığı, protokollerin ulaşılabilirliği ve kullanımı, test sonuçlarının ulaşılabilirliği ve doğruluğu), 7) hasta faktörleri (dil ve iletişim, kişisel ve sosyal faktörler ile koşullar - karmaşıklık ve ciddiyet gibi). Bu faktörlerin sağlık hizmetlerinin güvenli sunumuyla ilgili olduğuna inanılmaktadır.

Sektörün önde gelen kurumları bu konular hakkında sağlık hizmeti sunucularının tutumlarının araştırılması gerekliliğine inanmaktadırlar. Araştırma kurumlarından Agency for Healthcare Research and Quality, National Patient Safety Foundation, National Health Service; düzenleyicilerden Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations; bakım yönetim organizasyonları Kaiser Permanente; profesyonel organizasyonlar American Hospital Association vb. ve kalite geliştirme kurumları Institute for Healthcare Improvement bakım sunucularını işin kapsamı hakkındaki tutumları ölçmeye yönelik cesaretlendirmektedirler. Bu tutumlar ise genellikle iklim ve kültür olarak tanımlanmaktadır.

2. BÖLÜM: GEREÇ VE YÖNTEM

Bu bölümde; araştırmanın amacı, problem cümlesi, evren ve örneklem, sınırlılıklar, veri toplama aracı, verilerin toplanması ve verilerin analizi başlıklarına yer verilmektedir.

2.1. ARAŞTIRMANIN AMACI

Tezin amacı, Türkiye'nin Güneydoğu Anadolu Bölgesinde bulunan özel bir hastanede çalışan tüm personelin hasta güvenliği kültürü ile ilgili tutumlarını belirlemektir.

2.2. PROBLEM CÜMLESİ

Güneydoğu Anadolu Bölgesindeki özel bir hastanede yapılan bu araştırmanın problem cümleleri şunlardır:

- Hastane personelinin hasta güvenliği kültürü konusundaki tutumları nasıldır?
- Hastane personelinin hasta güvenliği kültürü konusundaki tutumları sosyodemografik ve mesleki özelliklerine göre değişmekte midir?

2.3. EVREN VE ÖRNEKLEM

Araştırmanın evrenini, Güneydoğu Anadolu Bölgesindeki özel bir hastanede çalışan tüm personel (hekim, hemşire/ebe, tekniker/teknisyen, yardımcı sağlık personeli, hasta danışmanı, poliklinik sekreteri, idari personel ve diğer personel) oluşturmaktadır.

Araştırma Sağlık Bakanlığı Hastane Kalite Standartlarına göre A sınıfı olarak sınıflandırılan ve Türkiye'de aynı kuruma bağlı olan zincir (grup) özel hastanelerden birinde yürütülmüştür. Hastanede; Üroloji, Beyin ve Sinir Cerrahisi, Çocuk Cerrahisi, Genel Cerrahi, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Kalp Damar Cerrahisi, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları, Ortopedi ve Travmatoloji, Göz Hastalıkları, Anestezi ve Reanimasyon, Nükleer Tıp, Tıbbi Onkoloji, Radyasyon Onkolojisi, Diş Hastalıkları, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, Cildiye, Kardiyoloji, Nöroloji, Göğüs Hastalıkları, Gastroenteroloji, Dâhiliye, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları branşları bulunmaktadır. Hastanede 140 yatak mevcuttur. Yıllık olarak hastaneye kabul edilen hasta sayısı 191.000 civarındadır.

Araştırma 1 Mart – 30 Nisan 2013 tarihleri arasında Diyarbakır’da özel bir hastanede yapılan kesitsel tipte epidemiyolojik bir çalışmadır. Araştırmanın yapıldığı sırada hastanede çalışan toplam personel sayısı 340’tır. Araştırmada örneklem seçilmemiş ve personelin tamamına ulaşılması hedeflenmiştir. Ankete katılım oranı %83 (n = 284) olarak gerçekleşmiştir.

2.4. SINIRLILIKLAR

Anket sorularında personelin çalıştığı birim veya kliniğin sorgulanmamış olması araştırmanın bir sınırlılığıdır.

2.5. VERİ TOPLAMA ARACI

Sağlık hizmetlerinde yaygın olarak kullanılan bir kültürel değerlendirme aracı, Texas Üniversitesi’nde Sexton ve diğerleri (2006) tarafından geliştirilen ve orijinali İngilizce olan Safety Attitudes Questionnaire (Güvenlik Tutumları Anketi - GTA)’dir. GTA, sağlık hizmetlerinde yaygın olarak kullanılan bir kültürel değerlendirme aracıdır ve iyi bir kavramsal geçerliliğe ve iç tutarlılığa sahiptir (Sexton ve diğ., 2006; Kaya ve diğ., 2010). GTA, sağlık hizmeti sunucularının tutumlarını 59 ifade içinden analitik olarak türetilen 6 boyut ve bu boyutları oluşturan 30 ifade ile ortaya koymaktadır. Bu boyutlar; ekip çalışması iklimi, güvenlik iklimi, iş doyumu, stresin kabulü, yönetime ilişkin algılar ve çalışma koşullarıdır (Sexton ve diğ., 2006).

Bu araştırmada orijinal GTA’nın Türkçe versiyonu (Kaya ve diğ., 2010) kullanılmıştır. GTA’nın 59 ifadeden oluşan orijinal yatan hasta versiyonu Kaya (2010) tarafından Türkçe’ye çevrilmiştir. Sonra, bu Türkçe versiyon, daha önce orijinal versiyonu hiç görmemiş olan bağımsız bir tercüman tarafından İngilizce’ye geri çevrilmiştir. Geri çeviri orijinal anketi geliştirenlerden J.B. Sexton tarafından orijinaline uygunluk bakımından kontrol edilmiş ve bütün ifadelerin anlamlarının aynı olduğu sonucuna varıldıktan sonra Türkçe çeviri geçerli olarak kabul edilmiştir. Daha sonra anketin ön denemesi yapılmış ve anlaşılmayan birkaç ifade için B.Sexton ile görüşülerek küçük bazı açıklamalar eklenmiştir. Anketin son şekli 2000 hekim ve hemşireye uygulanmış, 6 boyuttan (30 ifadeden) oluşan GTA’nın Türkçe versiyonunun güvenilir ve geçerli olduğu bulunmuştur (Kaya ve diğ., 2010). Anketin çeşitli versiyonları Kaya ve diğerleri

tarafından yatan hasta servislerinde, ameliyathanelerde, yoğun bakım ünitelerinde ve doğum salonlarında kullanılmıştır (Kaya, 2007).

Bu çalışmada, güvenlik tutumlarını ölçen 30 ifade ve kişisel bilgilerle ilgili 11 soru olmak üzere toplam 41 soruyu içeren bir anket uygulanmıştır (EK-1). Ayrıca kişilere kurumlarındaki çalışma süreleri sorularak, hastanedeki güvenlik kültürünü ne kadar yaşadıkları hakkında bilgi edinilmeye çalışılmıştır. Anketin yanıtlanma süresi ortalama 10-15 dakikadır.

Ankette kullanılan ifadeler eşit aralıklı 5’li Likert ölçeğine göre cevaplanmıştır: “hiç katılmıyorum”, “katılmıyorum”, “ne katılıyor ne de katılmıyorum”, kısmen katılıyorum” ve “tamamen katılıyorum”. Ortalamaların hesaplanmasında “hiç katılmıyorum=1”, “tamamen katılıyorum=5” olarak puanlandırılmıştır. Ankette yer alan “ekip çalışması iklimi” boyutundaki “Bu hastanede, hasta bakımıyla ilgili bir problem algılırsam, onu söylemekte zorlanırım” ve “güvenlik iklimi” boyutundaki “Bu hastanede, hataları tartışmak zordur” ifadeleri ters yönlü ifadelerdir. Bu negatif ifadeler için yeniden kodlama işlemi yapılmıştır. Bu işlem, Cronbach alfa katsayıları hesaplanmadan, maddeler tek tek değerlendirilmeden ve boyut ortalamaları hesaplanmadan önce 5’li Likert ölçeğinde 5 ve 4’e karşılık sırasıyla 1 ve 2 değerleri; 1 ve 2’ye karşılık ise sırasıyla 5 ve 4 değerleri verilerek yapılmıştır.

Ankette yer alan boyutlar, boyutların tanımları ve boyutların içerdiği ifadeler aşağıda kısaca açıklanmıştır (Sexton ve diğ., 2006; Kaya ve diğ.2010):

Ekip Çalışması İklimi: Personel arasındaki işbirliğinin algılanan kalitesini gösterir. Bu boyutun ifadeleri şunlardır:

- Bu hastanede hemşirelerin hasta bakımı hakkında verdiği bilgiler oldukça dikkate alınır.
- Bu hastanede, hasta bakımıyla ilgili bir problem algılırsam, onu söylemekte zorlanırım.
- Bu hastanedeki fikir ayrılıkları uygun şekilde çözülür (yani, kimin haklı olduğuna göre değil, hasta için neyin en iyi olduğuna göre).
- Diğer personelden hastaların bakımı için ihtiyaç duyduğum desteği görürüm.

- Bu hastanedeki personel için, anlamadıkları bir şey olduğunda soru sormak kolaydır.
- Buradaki hekimler ve hemşireler, iyi koordine edilmiş bir ekip olarak birlikte çalışırlar.

Güvenlik İklimi: Güvenlik için güçlü ve proaktif bir örgütsel bağlılık (kararlılık) algısını gösterir. Bu boyutun ifadeleri şunlardır:

- Burada hasta olarak tedavi edilseydim, kendimi güvende hissederdim.
- Bu hastanede tıbbi hatalar* uygun şekilde ele alınır.
- Performansım hakkında uygun bilgi ve yorum alırım.
- Bu hastanede, hataları tartışmak zordur.
- Hastaların güvenliğiyle ilgili olarak duyabileceğim herhangi bir endişeyi söylemek için meslektaşlarım tarafından cesaretlendirilirim.
- Bu hastanenin kültürü, başkalarının hatalarından öğrenmeyi kolaylaştırır.
- Bu hastanedeki hasta güvenliğiyle ilgili sorunları bildirebileceğim uygun kanalları biliyorum.

** Tıbbi hata, sonucuna bakılmaksızın, hizmet sunumunda, herhangi bir sağlık bakım personeli tarafından yapılan, herhangi bir yanlışlık olarak tanımlanır.*

İş Doyumu: İş deneyimi hakkındaki pozitiflik demektir. Bu boyutun ifadeleri şunlardır:

- İşimi severim.
- Bu hastanede çalışmak büyük bir ailenin bir parçası olmak gibidir.
- Bu hastane çalışmak için iyi bir yerdir.
- Bu hastanede çalışmaktan gurur duyuyorum.
- Bu hastanede moral yüksektir.

Stresin Kabulü: Performansın stres faktörlerinden nasıl etkilendiğinin kabul edilmesi demektir. Bu boyutun ifadeleri şunlardır:

- Acil durumlar (örneğin, acil resüsitasyonlar/ canlandırmalar, kanamalar) sırasında aşırı yorgunluk performansımı bozar.
- İş yüküm aşırı arttığı zaman performansım düşer.

- Çok yorgun olduğumda, işte daha az etkili olurum.
- Gergin ya da düşmanca durumlarda hata yapma ihtimalim daha fazladır.

Yönetime İlişkin Algılar: Yönetimsel faaliyetlerin onaylanması anlamına gelir. Bu boyutun ifadeleri şunlardır:

- Hastane yönetimi, günlük çalışmalarımı destekler.
- Hastane yönetimi hastaların güvenliğini bilerek tehlikeye atmaz.
- Bu hastanedeki personel sayısı, mevcut hastalara bakmak için yeterlidir.
- Hastanede olan ve işimi etkileyebilecek önemli ya da olağandışı olaylar (yeni politikalar, yeni çalışma programları, toplantılar, vb.) hakkında yeterince ve zamanında bilgilendirilirim.

Çalışma Koşulları: İş ortamı ve lojistik desteğin (personel, ekipman vb) algılanan kalitesi demektir. Bu boyutun ifadeleri şunlardır:

- Bu hastanede yeni personel iyi eğitilir.
- Teşhis ve tedaviyle ilgili kararlar için gerekli bütün bilgilere rutin olarak ulaşabilirim.
- Bu hastane, problem yaratan hekimler ve diğer çalışanlarla yapıcı şekilde ilgilenir.
- Benim mesleğimdeki asistanlar/stajyerler yeterince denetlenir.

GTA'nın boyutlarına ilişkin güvenirlik analizi Cronbach alfa katsayısı kullanılarak yapılmıştır. Cronbach alfa katsayısı, ölçek içinde bulunan maddelerin iç tutarlılığının bir ölçüsüdür. Bu katsayı ne kadar yüksekse, yanıtlayıcıların ölçek maddelerine verdikleri yanıtların birbirleriyle o derecede tutarlı olduğu söylenir. Cronbach alfa katsayısı genellikle aşağıdaki gibi nitelendirilir (Alpar, 2014):

Alfa katsayısı	Açıklama
0,80 – 1,00	Test/ölçek yüksek güvenirliğe sahiptir.
0,60 – 0,79	Test/ölçek oldukça güvenilirlerdir.
0,40 – 0,59	Testin/ölçeğin güvenirliği düşüktür.
0,00 – 0,39	Test/ölçek güvenir değildir.

Sexton ve diğerleri (2006) tarafından yapılan çalışmada, GTA'nın boyutlarının Cronbach alfa katsayısı her bir boyut için ayrı ayrı hesaplanmış ve sonuçlar Tablo 5'te verilmiştir.

Tablo 5. Güvenlik Tutumları Anketi Boyutlarının Güvenirlik Katsayıları

Boyutlar	İfade sayısı ve aralığı	Cronbach alfa katsayısı
1. Ekip çalışması iklimi	6 (1-6)	0,69
2. Güvenlik iklimi	7 (7-13)	0,74
3. İş doyumu	5 (14-18)	0,88
4. Stresin kabulü	4 (19-22)	0,80
5. Yönetime ilişkin algılar	4 (23-26)	0,76
6. Çalışma koşulları	4 (27-30)	0,85
Genel	30 (1-30)	0,93

Tablo 5'e göre GTA'nın boyutlarının Cronbach alfa katsayısı değerleri 0,69-0,88 arasındadır. GTA'nın genel güvenirlilik katsayısı ise 0,93'tür. Bu sonuca göre; “ekip çalışması iklimi, güvenlik iklimi ve yönetime ilişkin algılar boyutları” oldukça güvenilirken, “iş doyumu, stresin kabulü ve çalışma koşulları boyutları” yüksek güvenilirliğe sahiptir. Ayrıca GTA'nın geneli de yüksek güvenilirliğe sahiptir.

2.6. VERİLERİN TOPLANMASI

Anketlerin uygulanması sürecinde hastane direktörlüğü ve insan kaynakları direktörlüğünün desteği alınmıştır. Uygulamalar başlamadan önce bu direktörlükler ankette kullanılan kavramlar, anketin kullanım amacı ve verilerin gizliliği konusunda bilgilendirilmiştir. Anketin uygulandığı dönemde personelin bir bölümünün yasal izinli olması, istifa etmesi vb. nedenlerle ankete yanıt vermeleri mümkün olmamıştır. Anket formları, 1 Mart – 30 Nisan 2013 tarihleri arasında katılımcılara elden dağıtılarak ve düzenli aralıklarla toplanarak uygulanmıştır. Katılımcılar anketi yardım almaksızın kendi başlarına cevaplamıştır.

2.7. VERİLERİN ANALİZİ

Araştırma verileri Statistical Package for Social Sciences for Windows (SPSS Versiyon 20.0) istatistik programıyla bilgisayarda değerlendirilmiştir. Ankette yer alan ifadeler (maddeler) ve boyut ortalamalarının değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma, sayı ve yüzde) kullanılmıştır.

GTA'nın altı boyutunda (ekip çalışması iklimi, güvenlik iklimi, iş doyumu, stresin kabulü, yönetime ilişkin algılar ve çalışma koşulları) yer alan her bir ifade, katılımcı özelliklerinden cinsiyet, yaş, pozisyon ve en uzun süre yaşanan bölgeye göre karşılaştırılmıştır. Karşılaştırmada “hiç katılmıyorum, kısmen katılmıyorum, ne katılıyor ne de katılmıyorum” seçenekleri “katılmıyorum”; “kısmen katılıyorum, tamamen katılıyorum” seçenekleri ise “katılıyorum” şeklinde iki seçeneğe hale dönüştürülmüştür. Anketteki ifadelere “kısmen katılıyorum” ve “tamamen katılıyorum” cevapları, istenen yönde (pozitif) cevaplar olduğu için bunlar bir grupta toplanmış, diğer bütün cevaplar (ne katılıyorum ne de katılmıyorum, kısmen katılmıyorum, hiç katılmıyorum) ise diğer grupta toplanmıştır. Grupların karşılaştırılmasında Ki-kare testleri kullanılmıştır. Cinsiyet, yaş ve en uzun süre yaşanan bölge değişkenlerine göre yapılan karşılaştırmalarda 2x2 Ki-kare testleri uygulanmıştır. Ki-kare testlerinden; gözlerdeki sıklıkların tamamı ≥ 25 olduğunda Pearson Ki-kare testi, herhangi bir gözdeki sıklık < 25 olduğunda ise Yates düzeltmeli Ki-kare testi kullanılmıştır. Pozisyon değişkenine göre yapılan karşılaştırmalarda ise çok gözlü Ki-kare testi (3x2'li Ki-kare testi) kullanılmıştır.

GTA'nın boyut ortalamalarının 2 gruplu olan cinsiyet, yaş, en uzun süre yaşanan bölge, hastalarla doğrudan etkileşim, çalışma şekli, çalışma saatleri ve haftalık çalışma saati değişkenlerine göre karşılaştırılmasında iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (t testi) kullanılmıştır. Grupların varyanslarının homojenliğini test etmede LEVENE istatistiği kullanılmıştır. Karşılaştırılacak grup sayısının 2'den fazla olduğu eğitim, pozisyon, hastanede çalışma süresi ve meslekte çalışma süresi değişkenlerine göre boyut ortalamalarının karşılaştırılmasında, tek yönlü varyans analizi ve Welch istatistiğinden yararlanılmıştır. Tek yönlü varyans analizi, parametrik test varsayımları sağlandığında ölçümle belirtilen bir değişken yönünden 2'den fazla bağımsız grubun

ortalamaları arasında fark olup olmadığını test etmek için kullanılır. Varyans analizi varsayımlarından varyansların homojenliği varsayımı sağlanamadığında, istenirse yine F dağılımı gösteren istatistiklerden Welch istatistiği kullanılabilir (Alpar, 2014). Karşılaştırma yapmadan önce varyansların homojen olup olmadığına bakılmış, varyansların homojen olduğu durumlarda tek yönlü varyans analizi, olmadığı durumlarda ise Welch istatistiği kullanılmıştır. Gruplar arasında fark olduğunda, farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu anlamak için tek yönlü varyans analizi kullanıldığında post-hoc testlerinden Tukey HSD yöntemi; Welch istatistiği kullanıldığında Tamhane'nin T2 istatistiği kullanılmıştır. Boyutlar arasındaki korelasyon katsayılarını hesaplamada Pearson korelasyon katsayısından yararlanılmıştır.

Araştırmada kullanılan değişkenler aşağıda belirtilmiştir.

2.7.1. Bağımlı Değişkenler

Araştırmada kullanılan, nedenlerden olumlu ya da olumsuz etkilendiği düşünülen ve sonuç(lar) olduğu varsayılan öge olarak kabul edilen bağımlı değişkenler; GTA içerisinde yer alan bütün ifadeler ve bu ifadelerin oluşturduğu ekip çalışması iklimi, güvenlik iklimi, iş doyumu, stresin kabulü, yönetime ilişkin algılar ve çalışma koşulları boyutlarına ait ortalama puanlardır.

2.7.2. Bağımsız Değişkenler

Sosyodemografik ve mesleki değişkenlerdir (özelliklerdir). Sosyodemografik değişkenler; cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi ve en uzun süre yaşanan bölgedir. Araştırmaya katılanların en uzun süre yaşadıkları iller, 2002 yılının ikinci yarısında Türkiye'nin Avrupa Birliği'ne katılım sürecinde oluşturulan 5 coğrafi bölgeye göre gruplandırılmıştır (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2014). Mesleki değişkenler ise; pozisyon, hastalarla doğrudan etkileşim, çalışma şekli, çalışma saatleri, hastanede çalışma süresi, meslekte çalışma süresi ve haftalık çalışma saatidir.

3. BÖLÜM: BULGULAR

Bu bölümde, araştırma bulgularına yer verilmiştir. Araştırmanın bulguları aşağıdaki başlıklar altında sunulmuştur.

- Hastane Personeline İlişkin Tanımlayıcı Bulgular
- Güvenlik Tutumları Anketine İlişkin Tanımlayıcı Bulgular
- Güvenlik Tutumları Anketi Boyutlarının Değerlendirilmesi
 - Ekip Çalışması İklimi Boyutunun Değerlendirilmesi
 - Güvenlik İklimi Boyutunun Değerlendirilmesi
 - İş Doyumu Boyutunun Değerlendirilmesi
 - Stresin Kabulü Boyutunun Değerlendirilmesi
 - Yönetime İlişkin Algılar Boyutunun Değerlendirilmesi
 - Çalışma Koşulları Boyutunun Değerlendirilmesi
- Güvenlik Tutumları Anketinin Boyut Ortalamalarının Değerlendirilmesi
- Güvenlik Tutumları Anketinin Boyutları Arasındaki İlişkiler

3.1. HASTANE PERSONELİNE İLİŞKİN TANIMLAYICI BULGULAR

Tablo 6’da araştırmaya katılan hastane personelinin sosyodemografik ve mesleki özellikleri olarak cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, en uzun süre yaşanan bölge, pozisyon, hastalarla doğrudan etkileşim, çalışma şekli, çalışma saatleri, hastanede çalışma süresi, meslekte çalışma süresi ve haftalık çalışma saati değişkenlerine yer verilmiş ve personel bu değişkenlere göre tanımlanmıştır.

Tablo 6’ya göre, araştırmaya katılan hastane personelinin yaklaşık yarısı (%48,6) kadınlardan oluşmaktadır. Katılımcıların yaş ortalaması ise $28,9 \pm 6,8$ ’dir. Personelin yaklaşık yarısı (%47,9) üniversite mezunuyken, çoğunun (%84,2) en uzun süre yaşadığı bölge doğu bölgesidir. Doğu bölgesinde yer alan iller; Adıyaman, Ağrı, Bingöl, Bitlis, Diyarbakır, Elazığ, Erzincan, Erzurum, Gaziantep, Hakkari, Kars, Malatya, Mardin, Muş, Siirt, Tunceli, Şanlıurfa, Van, Bayburt, Batman, Şırnak, Ardahan, Iğdır, Kilis’tir. (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2014).

Tablo 6. Araştırma Kapsamındaki Hastane Personelinin Sosyodemografik ve Mesleki Özellikleri

Özellikler	Kategoriler	Sayı	Yüzde	Ortalama $\pm$ SS ^g (Min. – Mak.) ^h
Cinsiyet	Kadın	138	48,6	
	Erkek	146	51,4	
Yaş	≤ 29	179	63,0	28,9 $\pm$ 6,8
	≥ 30	105	37,0	(19 – 54)
Eğitim Düzeyi	İlköğretim	34	12,0	
	Lise	114	40,1	
	Üniversite ^a	136	47,9	
En Uzun Süre Yaşanılan Bölge	Doğu	239	84,2	
	Diğer ^b	45	15,8	
Pozisyon	Hekim	29	10,2	
	Hemşire ^c	73	25,7	
	Diğer ^d	182	64,1	
Hastalarla Doğrudan Etkileşim	Evet	197	69,4	
	Hayır	87	30,6	
Çalışma Şekli	Tam Zamanlı	253	89,1	
	Yarı Zamanlı ^e	31	10,9	
Çalışma Saatleri	Gündüz	180	63,4	
	Gündüz -Gece ^f	104	36,6	
Hastanede Çalışma Süresi (Ay)	≤ 5	74	26,0	8,6 $\pm$ 5,2
	6-10	115	40,5	(1 – 24)
	≥ 11	95	33,5	
Meslekte Çalışma Süresi (Ay)	≤ 12	69	24,3	69,3 $\pm$ 66,2
	13-72	115	40,5	(1 – 432)
	≥ 73	100	35,2	
Haftalık Çalışma Saati	≤ 55	168	59,2	54,5 $\pm$ 8,2
	≥ 56	116	40,8	(20 – 73)

^a71 Ön Lisans, 41 Lisans, 24 Lisansüstü.

^bBatı, Güney, Orta, Kuzey.

^c61 Klinik hemşiresi, 12 Destek hizmetlerinde çalışan hemşire. Ebeler hemşire grubuna dahil edilmiştir.

^d39 Tekniker/Teknisyen, 48 Hasta danışmanı, 42 Temizlik görevlisi, 12 Güvenlik görevlisi, 4 Şoför, 3 Bilgi işlem uzmanı, 34 Diğer personel.

^e20 kişi ihtiyaç halinde tam zamanlı olarak da çalışabilmektedir.

^f12 kişi sadece gece, 92 kişi gündüz ve gece çalışmaktadır.

^gStandart Sapma.

^h(Minimum – Maksimum).

Katılımcıların büyük çoğunluğu diğer grubundaki personelden oluşurken hekimlerin oranı %10,2; hemşirelerin oranı ise %25,7'dir. Katılımcıların pozisyona göre gruplandırılmasında, hekim ve hemşireler hastaya doğrudan müdahale etme durumları en fazla olduğundan, ayrı birer grup olarak alınmıştır. Bunların dışındaki personelin tamamı ise diğer grubu içinde toplanmıştır. Personelin yaklaşık üçte ikisi (%69,4) hastalarla doğrudan etkileşim halindeyken, yarıdan fazlası (%63,4) gündüz ve büyük çoğunluğu (%89,1) da tam zamanlı çalışmaktadır. Katılımcıların hastanede çalışma süresi ortalama $8,6 \pm 5,2$ ay iken meslekte çalışma süresi ortalaması $69,3 \pm 66,2$ aydır. Katılımcıların yarıdan fazlası (%59,2) haftada 55 saatten daha az çalışmaktadır.

3.2. GÜVENLİK TUTUMLARI ANKETİNE İLİŞKİN TANIMLAYICI BULGULAR

Hastane personelinin GTA'da yer alan ifadelere katılma durumları ve boyut ortalamaları Tablo 7'de verilmiştir.

Tablo 7 incelendiğinde; ekip çalışması iklimi boyutunda, "Bu hastanede hemşirelerin hasta bakımı hakkında verdiği bilgiler oldukça dikkate alınır." ifadesi en düşük katılma oranına (%56) ve ortalamasına ($3,34 \pm 1,38$) sahip iken; "Bu hastanede, hasta bakımıyla ilgili bir problem algıyorsam, onu söylemekte zorlanırım." ifadesi ters yönlü bir ifade olup (tersine çevrildikten sonra) en yüksek katılma oranına (%68) ve ortalamaya ($3,86 \pm 1,49$) sahip ifadedir.

Güvenlik iklimi boyutunda, "Bu hastanede, hataları tartışmak zordur." ifadesi ters yönlü bir ifade olup (tersine çevrildikten sonra) en düşük katılma oranına (%41,9) ve ortalamaya ($3,09 \pm 1,51$) sahip ifade iken; "Bu hastanedeki hasta güvenliğiyle ilgili sorunları bildirebileceğim uygun kanalları biliyorum." ifadesi ise en yüksek katılma oranına (%69,0) ve ortalamaya ($3,93 \pm 1,35$) sahip ifadedir.

Tablo 7. Hastane Personelinin Güvenlik Tutumları Anketinin İfadelerine Katılma Durumu

Boyutlar ve İfadeler	Ortalama ± Standart Sapma	Katılmıyorum		Katılıyorum	
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Ekip Çalışması İklimi	3,54 ± 0,92				
Bu hastanede hemşirelerin hasta bakımı hakkında verdiği bilgiler oldukça dikkate alınır.	3,34±1,38	125	44,0	159	56,0
Bu hastanede, hasta bakımıyla ilgili bir problem algılasam, onu söylemekte zorlanırım. ^a	3,86±1,49	91	32,0	193	68,0
Bu hastanedeki fikir ayrılıkları uygun şekilde çözülür (yani, kimin haklı olduğuna göre değil, hasta için neyin en iyi olduğuna göre).	3,47±1,53	115	40,5	169	59,5
Diğer personelden hastaların bakımı için ihtiyaç duyduğum desteği görürüm.	3,54±1,50	102	35,9	182	64,1
Bu hastanedeki personel için, anlamadıkları bir şey olduğunda soru sormak kolaydır.	3,60±1,52	103	36,3	181	63,7
Buradaki hekimler ve hemşireler, iyi koordine edilmiş bir ekip olarak birlikte çalışırlar.	3,45 ±1,40	120	42,3	164	57,7
Güvenlik İklimi	3,49±0,88				
Burada hasta olarak tedavi edilseydim, kendimi güvende hissederdim.	3,63±1,42	96	33,8	188	66,2
Bu hastanede tıbbi hatalar uygun şekilde ele alınır.	3,80±1,31	96	33,8	188	66,2
Performansım hakkında uygun bilgi ve yorum alırım.	3,28±1,60	134	47,2	150	52,8
Bu hastanede, hataları tartışmak zordur. ^a	3,09±1,51	165	58,1	119	41,9
Hastaların güvenliğiyle ilgili olarak duyabileceğim herhangi bir endişeyi söylemek için meslektaşlarım tarafından cesaretlendirilirim.	3,40±1,44	129	45,4	155	54,6
Bu hastanenin kültürü, başkalarının hatalarından öğrenmeyi kolaylaştırır.	3,31±1,32	145	51,1	139	48,9
Bu hastanedeki hasta güvenliğiyle ilgili sorunları bildirebileceğim uygun kanalları biliyorum.	3,93±1,35	88	31,0	196	69,0

Tablo 7. Hastane Personelinin Güvenlik Tutumları Anketinin İfadelerine Katılma Durumu (Devamı)

Boyutlar ve İfadeler	Ortalama ± Standart Sapma	Katılmıyorum		Katılıyorum	
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
İş Doyumu	4,04±1,04				
İşimi severim.	4,55±0,99	33	11,6	251	88,4
Bu hastanede çalışmak büyük bir ailenin bir parçası olmak gibidir.	4,02±1,36	74	26,1	210	73,9
Bu hastane çalışmak için iyi bir yerdir.	4,20±1,21	56	19,7	228	80,3
Bu hastanede çalışmaktan gurur duyuyorum.	4,13±1,26	67	23,6	217	76,4
Bu hastanede moral yüksektir.	3,31±1,47	128	45,1	156	54,9
Stresin Kabulü	3,25±1,25				
Acil durumlar (örneğin, acil resüsitasyonlar/canlandırmalar, kanamalar) sırasında aşırı yorgunluk performansımı bozar.	2,93±1,54	162	57,0	122	43,0
İş yüküm aşırı arttığı zaman performansım düşer.	3,44±1,60	110	38,7	174	61,3
Çok yorgun olduğumda, işte daha az etkili olurum.	3,44±1,56	101	35,6	183	64,4
Gergin ya da düşmanca durumlarda hata yapma ihtimalim daha fazladır.	3,20±1,61	134	47,2	150	52,8
Yönetime İlişkin Algılar	3,57±1,09				
Hastane yönetimi, günlük çalışmalarımı destekler.	3,38±1,48	125	44,0	159	56,0
Hastane yönetimi hastaların güvenliğini bilerek tehlikeye atmaz.	4,35±1,21	54	19,0	230	81,0
Bu hastanedeki personel sayısı, mevcut hastalara bakmak için yeterlidir.	2,99±1,57	158	55,6	126	44,4
Hastanede olan ve işimi etkileyebilecek önemli ya da olağandışı olaylar (yeni politikalar, yeni çalışma programları, toplantılar, vb.) hakkında yeterince ve zamanında bilgilendirilirim.	3,56±1,47	112	39,4	172	60,6

Tablo 7. Hastane Personelinin Güvenlik Tutumları Anketinin İfadelerine Katılma Durumu (Devamı)

Boyutlar ve İfadeler	Ortalama ± Standart Sapma	Katılmıyorum		Katılıyorum	
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Çalışma Koşulları	3,59±1,14				
Bu hastanede yeni personel iyi eğitilir.	3,58±1,40	111	39,1	173	60,9
Tehiş ve tedaviyle ilgili kararlar için gerekli bütün bilgilere rutin olarak ulaşabilirim.	3,69±1,29	99	34,9	185	65,1
Bu hastane, problem yaratan hekimler ve diğer çalışanlarla yapıcı şekilde ilgilenir.	3,50±1,40	127	44,7	157	55,3
Benim mesleğimdeki asistanlar/stajyerler yeterince denetlenir.	3,60±1,39	117	41,2	167	58,8

Ortalamalar Likert ölçeği üzerinden (1 = hiç katılmıyorum, 2 = kısmen katılmıyorum, 3 = ne katılıyorum ne de katılmıyorum, 4 = kısmen katılıyorum, 5 = tamamen katılıyorum); sayı ve yüzdelere ise katılmıyorum (hiç katılmıyorum, kısmen katılmıyorum, ne katılıyor ne de katılmıyorum) ve katılıyorum (kısmen katılıyorum, tamamen katılıyorum) şeklindeki iki seçenek üzerinden hesaplanmıştır. Daha yüksek ortalama ve katılma yüzdeleri daha iyi sonucu ifade etmektedir.

^aBu ifadeler ters ifadelerdir. Bu ifadelerle ilgili hesaplamalar tersine çevrilmiş olarak sunulmuştur.

İş doyumu boyutunda, “Bu hastanede moral yüksektir.” ifadesi en düşük katılma oranına (%54,9) ve ortalamaya (3,31±1,47) sahip ifade iken; “İşimi severim.” ifadesi en yüksek katılma oranına (%88,4) ve ortalamaya (4,55±0,99) sahip ifadedir.

Stresin kabulü boyutunda, “Acil durumlar (örneğin, acil resüsitasyonlar/ canlandırmalar, kanamalar) sırasında aşırı yorgunluk performansımı bozar.” ifadesi en düşük katılma oranına (%43) ve ortalamaya (2,93±1,54) sahip ifade iken; “Çok yorgun olduğumda, işte daha az etkili olurum.” ifadesi en yüksek katılma oranına (%64,4) ve ortalamaya (3,44±1,56) sahip ifadedir. Ayrıca, “İş yüküm aşırı arttığı zaman performansım düşer.” ifadesinin ortalaması (3,44±1,60) en yüksek iki ortalamadan biri olup ikinci en yüksek katılma oranına (%61,3) sahip ifadedir.

Yönetime İlişkin algılar boyutunda, “Bu hastanedeki personel sayısı, mevcut hastalara bakmak için yeterlidir.” ifadesi en düşük katılma oranına (%44,4) ve ortalamaya (2,99±1,57) sahip ifade iken; “Hastane yönetimi hastaların güvenliğini bilerek tehlikeye atmaz.” ifadesi en yüksek katılma oranına (%81,0) ve ortalamaya (4,35±1,21) sahip ifadedir.

Çalışma koşulları boyutunda, “Bu hastane, problem yaratan hekimler ve diğer çalışanlarla yapıcı şekilde ilgilenir.” ifadesi en düşük katılma oranına (%55,3) ve ortalamaya ($3,50 \pm 1,40$) sahip ifade iken; “Teşhis ve tedaviyle ilgili kararlar için gerekli bütün bilgilere rutin olarak ulaşabilirim.” ifadesi en yüksek katılma oranına (%65,1) ve ortalamaya ($3,69 \pm 1,29$) sahip ifadedir.

Araştırma sonuçlarına boyutların ortalamaları açısından bakıldığında en yüksek ortalamaya sahip boyut “iş doyumu ($4,04 \pm 1,04$)” boyutudur. Bunu $3,59 \pm 1,14$ ortalama ile “çalışma koşulları”; $3,57 \pm 1,09$ ortalama ile de “yönetime ilişkin algılar” boyutları izlemektedir. En düşük ortalamaya sahip boyut ise “stresin kabulü ($3,25 \pm 1,25$)” boyutudur. Diğer en düşük ortalamaya sahip boyutlar ise “güvenlik iklimi ($3,49 \pm 0,88$)” ve “ekip çalışması iklimi ($3,54 \pm 0,92$)” boyutlarıdır.

3.3. GÜVENLİK TUTUMLARI ANKETİNİN BOYUTLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Bu başlık altında hastane personelinin cinsiyet, yaş, pozisyon ve en uzun süre yaşanan bölge özelliklerine göre GTA’nın boyutlarında yer alan her bir ifadeye katılma durumlarıyla ilgili bulgular anlatılacaktır.

3.3.1. Ekip Çalışması İklimi Boyutunun Değerlendirilmesi

Hastane personelinin ekip çalışması boyutunu oluşturan ifadelere katılma durumlarının cinsiyet, yaş, pozisyon ve en uzun süre yaşanan bölge özelliklerine göre karşılaştırılması Tablo 8’de verilmiştir.

Tablo 8. Ekip Çalışması İklimi Boyutundaki İfadelerin Bazı Katılımcı Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

Özellikler	Bu hastanede hemşirelerin hasta bakımı hakkında verdiği bilgiler oldukça dikkate alınır				Bu hastanede, hasta bakımıyla ilgili bir problem algılırsam, onu söylemekte zorlanırım.				Bu hastanedeki fikir ayrılıkları uygun şekilde çözülür (yani, kimin haklı olduğuna göre değil, hasta için neyin en iyi olduğuna göre).				Diğer personelden hastaların bakımı için ihtiyaç duyduğum desteği görürüm.				Bu hastanedeki personel için, anlamadıkları bir şey olduğunda soru sormak kolaydır.				Buradaki hekimler ve hemşireler, iyi koordine edilmiş bir ekip olarak birlikte çalışırlar.			
	Katılmıyorum		Katılıyorum		Katılmıyorum		Katılıyorum		Katılmıyorum		Katılıyorum		Katılmıyorum		Katılıyorum		Katılmıyorum		Katılıyorum		Katılmıyorum		Katılıyorum	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Cinsiyet																								
Kadın	72	52,2	66	47,8	107	77,5	31	22,5	61	44,2	77	55,8	52	37,7	86	62,3	56	40,6	82	59,4	62	44,9	76	55,1
Erkek	53	36,3	93	63,7	106	72,6	40	27,4	54	37,0	92	63,0	50	34,2	96	65,8	47	32,2	99	67,8	58	39,7	88	60,3
	χ^2 =7,25; p=0,007				χ^2 =0,92; p=0,337				χ^2 =1,533; p=0,216				χ^2 =0,364; p=0,547				χ^2 =2,159; p=0,142				χ^2 =0,787; p=0,375			
Yaş																								
≤29	86	48,0	93	52,0	140	78,2	39	21,8	81	45,3	98	54,7	74	41,3	105	58,7	73	40,8	106	59,2	78	43,6	101	56,4
≥30	39	37,1	66	62,9	73	69,5	32	30,5	34	32,4	71	67,6	28	26,7	77	73,3	30	28,6	75	71,4	42	40,0	63	60,0
	χ^2 =3,192; p=0,074				χ^2 =2,664; p=0,103				χ^2 =4,549; p=0,033				χ^2 =6,191; p=0,013				χ^2 =4,269; p=0,039				χ^2 =0,347; p=0,556			
Pozisyon																								
Hekim	13	44,8	16	55,2	23	79,3	6	20,7	7	24,1	22	75,9	5	17,2	24	82,8	10	34,5	19	65,5	12	41,4	17	58,6
Hemşire	40	54,8	33	45,2	62	84,9	11	15,1	45	61,6	28	38,4	33	45,2	40	54,8	39	53,4	34	46,6	40	54,8	33	45,2
Diğer	72	39,6	110	60,4	128	70,3	54	19,7	63	34,6	119	65,4	64	35,2	118	64,8	54	29,7	128	70,3	68	37,4	114	62,6
	χ^2 =4,916; p=0,086				χ^2 =6,245; p=0,044				χ^2 =19,381; p<0,001				χ^2 =7,176; p=0,028				χ^2 =12,764; p=0,002				χ^2 =6,499; p=0,039			
E.U.S.Y.B ^a																								
Doğu	107	44,8	132	55,2	184	77,0	55	23,0	98	41,0	141	59,0	85	35,6	154	64,4	90	37,7	149	62,3	100	41,8	139	58,2
Diğer	18	40,0	27	60,6	29	64,4	16	35,6	17	37,8	28	62,2	17	37,8	28	62,2	13	28,9	32	71,1	20	44,4	25	55,6
	χ^2 =0,183; p=0,669				χ^2 =2,544; p=0,111				χ^2 =0,057; p=0,811				χ^2 =0,013; p=0,909				χ^2 =0,909; p=0,340				χ^2 =0,026; p=0,873			

^aEn Uzun Süre Yaşanılan Bölge

Tablo 8'deki ifadelere katılma bakımından bazı katılımcı özelliklerine göre istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Bu ifadeler aşağıda incelenmiştir.

“Bu hastanede hemşirelerin hasta bakımı hakkında verdiği bilgiler oldukça dikkate alınır.” ifadesine katılma bakımından cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş ($\chi^2=7,25$; $p=0,007$); yaş, pozisyon ve en uzun süre yaşanan bölgeye göre ise anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Cinsiyet değişkeni açısından gruplar karşılaştırıldığında, erkeklerin bu ifadeye katılma yüzdesi (%63,7), kadınların katılma yüzdesinden (%47,8) daha yüksektir. χ^2

“Bu hastanede, hasta bakımıyla ilgili bir problem algılasam, onu söylemekte zorlanırım.” ifadesi ters yönlü bir ifade olup (tersine çevrildikten sonra) bu ifadeye katılma bakımından pozisyona göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş ($\chi^2=6,245$; $p=0,044$); cinsiyet, yaş ve en uzun süre yaşanan bölgeye göre ise anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Pozisyon değişkeni açısından gruplar karşılaştırıldığında, hemşirelerin bu ifadeye katılma yüzdesi (%15,1), hekimlerin katılma yüzdesi (%20,7) ile diğer grubundaki personelin katılma yüzdesinden (%19,7) daha düşüktür. Belirtilen ifade ters yönlü bir ifade olduğundan, bu sonuca göre hemşireler bu hastanede hasta bakımıyla ilgili bir problem algıladıklarında onu söylemekte diğer gruplara göre daha çok zorlanmaktadır.

“Bu hastanedeki fikir ayrılıkları uygun şekilde çözülür (yani, kimin haklı olduğuna göre değil, hasta için neyin en iyi olduğuna göre).” ifadesine katılma bakımından yaş ($\chi^2=4,549$; $p=0,033$) ve pozisyona ($\chi^2=19,381$; $p=0,001$) göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş, cinsiyet ve en uzun süre yaşanan bölgeye göre ise anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Yaş değişkeni açısından gruplar karşılaştırıldığında, ≥ 30 yaş grubunun bu ifadeye katılma yüzdesi (%67,6), ≤ 29 yaş grubunun katılma yüzdesinden (%54,7) daha yüksektir. Pozisyon değişkeni açısından gruplar karşılaştırıldığında ise hemşirelerin bu ifadeye katılma yüzdesi (%38,4), hekimlerin katılma yüzdesi (%75,9) ile diğer grubundaki personelin katılma yüzdesinden (%65,4) çok daha düşüktür.

“Diğer personelden hastaların bakımı için ihtiyaç duyduğum desteği görürüm.” ifadesine katılma bakımından yaş ($\chi^2=6,191$; $p=0,013$) ve pozisyona ($\chi^2=7,176$; $p=0,028$) göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş, cinsiyet ve en uzun süre

yaşanılan bölgeye göre ise anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Yaş değişkeni açısından gruplar karşılaştırıldığında, ≥ 30 yaş grubunun bu ifadeye katılma yüzdesi (%73,3), ≤ 29 yaş grubunun katılma yüzdesinden (%58,7) daha yüksektir. Pozisyon değişkeni açısından gruplar karşılaştırıldığında ise hemşirelerin bu ifadeye katılma yüzdesi (%54,8), hekimlerin katılma yüzdesi (%82,8) ile diğer grubundaki personelin katılma yüzdesinden (%64,8) çok daha düşüktür.

“Bu hastanedeki personel için, anlamadıkları bir şey olduğunda soru sormak kolaydır.” ifadesine katılma bakımından yaş ($\chi^2=4,269$; $p=0,039$) ve pozisyona ($\chi^2=12,764$; $p=0,002$) göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş, cinsiyet ve en uzun süre yaşanılan bölgeye göre ise anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Yaş değişkeni açısından gruplar karşılaştırıldığında, ≥ 30 yaş grubunun bu ifadeye katılma yüzdesi (%71,4), ≤ 29 yaş grubunun katılma yüzdesinden (%59,2) daha yüksektir. Pozisyon değişkeni açısından gruplar karşılaştırıldığında ise hemşirelerin bu ifadeye katılma yüzdesi (%46,6), hekimlerin katılma yüzdesi (%65,5) ile diğer grubundaki personelin katılma yüzdesinden (%70,3) çok daha düşüktür.

“Buradaki hekimler ve hemşireler, iyi koordine edilmiş bir ekip olarak birlikte çalışırlar.” ifadesine katılma bakımından pozisyona göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş ($\chi^2=6,499$; $p=0,039$); cinsiyet, yaş ve en uzun süre yaşanılan bölgeye göre ise anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Pozisyon değişkeni açısından gruplar karşılaştırıldığında, hemşirelerin bu ifadeye katılma yüzdesi (%45,2), hekimlerin katılma yüzdesi (%58,6) ile diğer grubundaki personelin katılma yüzdesinden (%62,6) daha düşüktür.

3.3.2. Güvenlik İklimi Boyutunun Değerlendirilmesi

Hastane personelinin güvenlik iklimi boyutunu oluşturan ifadeler katılma durumlarının cinsiyet, yaş, pozisyon ve en uzun süre yaşanılan bölge özelliklerine göre karşılaştırılması Tablo 9’da verilmiştir.

Tablo 9. Güvenlik İklimi Boyutundaki İfadelerin Bazı Katılımcı Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

Özellikler	Burada hasta olarak tedavi edilseydim, kendimi güvende hissederdim.				Bu hastanede tıbbi hatalar uygun şekilde ele alınır.				Performansım hakkında uygun bilgi ve yorum alırım.				Bu hastanede, hataları tartışmak zordur.				Hastaların güvenliğiyle ilgili olarak duyabileceğim herhangi bir endişeyi söylemek için meslektaşlarım tarafından cesaretlendirilirim.				Bu hastanenin kültürü, başkalarının hatalarından öğrenmeyi kolaylaştırır.				Bu hastanedeki hasta güvenliğiyle ilgili sorunları bildirebileceğim uygun kanalları biliyorum.			
	Katılmıyorum		Katılıyorum		Katılmıyorum		Katılıyorum		Katılmıyorum		Katılıyorum		Katılmıyorum		Katılıyorum		Katılmıyorum		Katılıyorum		Katılmıyorum		Katılıyorum		Katılmıyorum		Katılıyorum	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Cinsiyet																												
Kadın	53	38,4	85	61,6	57	41,3	81	58,7	73	52,9	65	47,1	78	56,5	60	43,5	66	47,8	72	52,2	72	52,2	66	47,8	37	26,8	101	73,2
Erkek	43	29,5	103	70,5	39	26,7	107	73,3	61	41,8	85	58,2	95	65,1	51	34,9	63	43,2	83	56,8	73	50,0	73	50,0	51	34,9	95	65,1
	$\chi^2=2,542$; p=0,111				$\chi^2=6,751$; p=0,009				$\chi^2=3,519$; p=0,061				$\chi^2=2,177$; p=0,140				$\chi^2=0,626$; p=0,429				$\chi^2=0,134$; p=0,714				$\chi^2=2,187$; p=0,139			
Yaş																												
≤29	71	39,7	108	60,3	74	41,3	105	58,7	89	49,7	90	50,3	109	60,9	70	39,1	90	50,3	89	49,7	91	50,8	88	49,2	58	32,4	121	67,6
≥30	25	23,8	80	76,2	22	21,0	83	79,0	45	42,9	60	57,1	64	61,0	41	39,0	39	37,1	66	62,9	54	51,4	51	48,6	30	28,6	75	71,4
	$\chi^2=7,435$; p=0,006				$\chi^2=11,400$; p=0,001				$\chi^2=1,251$; p=0,263				$\chi^2=0,000$; p=0,992				$\chi^2=4,607$; p=0,032				$\chi^2=0,009$; p=0,923				$\chi^2=0,454$; p=0,500			
Pozisyon																												
Hekim	6	20,7	23	79,3	7	24,1	22	75,9	14	48,3	15	51,7	20	69,0	9	31,0	8	27,6	21	72,4	18	62,1	11	37,9	7	24,1	22	75,9
Hemşire	39	53,4	34	46,6	37	50,7	36	49,3	44	60,3	29	39,7	56	76,7	17	23,3	43	58,9	30	41,1	47	64,4	26	35,6	36	49,3	37	50,7
Diğer	51	28,0	131	72,0	52	28,6	130	71,4	76	41,8	106	58,2	97	53,3	85	46,7	78	42,9	104	57,1	80	44,0	102	56,0	45	24,7	137	75,3
	$\chi^2=17,507$; p<0,001				$\chi^2=12,734$; p=0,002				$\chi^2=7,183$; p=0,028				$\chi^2=12,878$; p=0,002				$\chi^2=9,557$; p=0,008				$\chi^2=10,268$; p=0,006				$\chi^2=15,440$; p<0,001			
E.U.S.Y.B ^a																												
Doğu	76	31,8	163	68,2	82	34,3	157	65,7	116	48,5	123	51,5	144	60,3	95	39,7	108	45,2	131	54,8	123	51,5	116	48,5	79	33,1	160	66,9
Diğer	20	44,4	25	55,6	14	31,1	31	68,9	18	40,0	27	60,0	29	64,4	16	35,6	21	46,7	24	53,3	22	48,9	23	51,1	9	20,0	36	80,0
	$\chi^2=2,171$; p=0,141				$\chi^2=0,060$; p=0,807				$\chi^2=0,791$; p=0,374				$\chi^2=0,131$; p=0,717				$\chi^2=0,000$; p=0,984				$\chi^2=0,024$; p=0,877				$\chi^2=2,438$; p=0,118			

^aEn Uzun Süre Yaşanılan Bölge.

Tablo 9'daki ifadelere katılma bakımından bazı katılımcı özelliklerine göre istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Bu ifadeler aşağıda incelenmiştir.

“Burada hasta olarak tedavi edilseydim, kendimi güvende hissederdim.” ifadesine katılma bakımından yaş ($\chi^2=7,435$; $p=0,006$) ve pozisyona ($\chi^2=17,507$; $p<0,001$) göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş, cinsiyet ve en uzun süre yaşanan bölgeye göre ise anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Yaş değişkeni açısından gruplar karşılaştırıldığında, ≥ 30 yaş grubunun bu ifadeye katılma yüzdesi (%76,2), ≤ 29 yaş grubunun katılma yüzdesinden (%60,3) daha yüksektir. Pozisyon değişkeni açısından gruplar karşılaştırıldığında ise hemşirelerin bu ifadeye katılma yüzdesi (%46,6), hekimlerin katılma yüzdesi (%79,3) ile diğer grubundaki personelin katılma yüzdesinden (%72,0) daha düşüktür.

“Bu hastanede tıbbi hatalar uygun şekilde ele alınır.” ifadesine katılma bakımından cinsiyet ($\chi^2=6,751$; $p=0,009$), yaş ($\chi^2=11,400$; $p=0,001$) ve pozisyona ($\chi^2=12,734$; $p=0,002$) göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş, en uzun süre yaşanan bölgeye göre ise anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Cinsiyet değişkeni açısından gruplar karşılaştırıldığında, erkeklerin bu ifadeye katılma yüzdesi (%73,3), kadınların katılma yüzdesinden (%58,7) daha yüksektir. Yaş değişkeni açısından gruplar karşılaştırıldığında, ≥ 30 yaş grubunun bu ifadeye katılma yüzdesi (%79), ≤ 29 yaş grubunun katılma yüzdesinden (%58,7) daha yüksektir. Pozisyon değişkeni açısından gruplar karşılaştırıldığında ise hemşirelerin bu ifadeye katılma yüzdesi (%49,3), hekimlerin katılma yüzdesi (%75,9) ile diğer grubundaki personelin katılma yüzdesinden (%71,4) daha düşüktür.

“Performansım hakkında uygun bilgi ve yorum alırım.” ifadesine katılma bakımından pozisyona ($\chi^2=7,183$; $p=0,028$) göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş, cinsiyet, yaş ve en uzun süre yaşanan bölgeye göre ise anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Pozisyon değişkeni açısından gruplar karşılaştırıldığında hemşirelerin bu ifadeye katılma yüzdesi (%39,7), hekimlerin katılma yüzdesi (%51,7) ile diğer grubundaki personelin katılma yüzdesinden (%58,2) daha düşüktür.

“Bu hastanede, hataları tartışmak zordur.” ifadesi ters yönlü bir ifade olup (tersine çevrildikten sonra) bu ifadeye katılma bakımından pozisyona ($\chi^2=12,878$; $p=0,002$) göre

istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş, cinsiyet, yaş ve en uzun süre yaşanan bölgeye göre ise anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Pozisyon değişkeni açısından gruplar karşılaştırıldığında hemşirelerin bu ifadeye katılma yüzdesi (%23,3), hekimlerin katılma yüzdesi (%31,0) ile diğer grubundaki personelin katılma yüzdesinden (%46,7) daha düşüktür. Belirtilen ifade ters yönlü bir ifade olduğundan, bu sonuca göre hemşireler bu hastanede hastanede hataları tartışmakta diğer gruplara göre daha çok zorlanmaktadır.

“Hastaların güvenliğiyle ilgili olarak duyabileceğim herhangi bir endişeyi söylemek için meslektaşlarım tarafından cesaretlendirilirim.” ifadesine katılma bakımından yaş ($\chi^2=4,607$; $p=0,032$) ve pozisyona ($\chi^2=9,557$; $p=0,008$) göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş, cinsiyet ve en uzun süre yaşanan bölgeye göre ise anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Yaş değişkeni açısından gruplar karşılaştırıldığında, ≥ 30 yaş grubunun bu ifadeye katılma yüzdesi (%62,9), ≤ 29 yaş grubunun katılma yüzdesinden (%49,7) daha yüksektir. Pozisyon değişkeni açısından gruplar karşılaştırıldığında ise hemşirelerin bu ifadeye katılma yüzdesi (%41,1), hekimlerin katılma yüzdesi (%72,4) ile diğer grubundaki personelin katılma yüzdesinden (%57,1) daha düşüktür.

“Bu hastanenin kültürü, başkalarının hatalarından öğrenmeyi kolaylaştırır.” ifadesine katılma bakımından pozisyona ($\chi^2=10,268$; $p=0,006$) göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş; cinsiyet, yaş ve en uzun süre yaşanan bölgeye göre ise anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Pozisyon değişkeni açısından gruplar karşılaştırıldığında diğer grubundaki personelin bu ifadeye katılma yüzdesi (%56), hekimlerin katılma yüzdesinden (%37,9) ve hemşirelerin katılma yüzdesinden (%35,6) daha yüksektir.

“Bu hastanedeki hasta güvenliğiyle ilgili sorunları bildirebileceğim uygun kanalları biliyorum.” ifadesine katılma bakımından pozisyona ($\chi^2=15,440$; $p<0,001$) göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş, cinsiyet, yaş ve en uzun süre yaşanan bölgeye göre ise anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Pozisyon değişkeni açısından gruplar karşılaştırıldığında hemşirelerin bu ifadeye katılma yüzdesi (%50,7), hekimlerin katılma yüzdesi (%75,9) ile diğer grubundaki personelin katılma yüzdesinden (%75,3) daha düşüktür.

3.3.3. İş Doyumu Boyutunun Değerlendirilmesi

Hastane personelinin iş doyumu boyutunu oluşturan ifadeler katılma durumlarının cinsiyet, yaş, pozisyon ve en uzun süre yaşanan bölge özelliklerine göre karşılaştırılması Tablo 10’da verilmiştir.



Tablo 10. İş Doyumu Boyutundaki İfadelerin Bazı Katılımcı Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

Özellikler	İşimi severim.				Bu hastanede çalışmak büyük bir ailenin bir parçası olmak gibidir.				Bu hastane çalışmak için iyi bir yerdir.				Bu hastanede çalışmaktan gurur duyuyorum.				Bu hastanede moral yüksektir.			
	Katılmıyorum		Katılıyorum		Katılmıyorum		Katılıyorum		Katılmıyorum		Katılıyorum		Katılmıyorum		Katılıyorum		Katılmıyorum		Katılıyorum	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Cinsiyet																				
Kadın	16	11,6	122	88,4	44	31,9	94	68,1	27	19,6	111	80,4	38	27,5	100	72,5	73	52,9	65	47,1
Erkek	17	11,6	129	88,4	30	20,5	116	79,5	29	19,9	117	80,1	29	19,9	117	80,1	55	37,7	91	62,3
	$\chi^2=0,000$; p=1,000				$\chi^2=4,732$; p=0,030				$\chi^2=0,004$; p=0,950				$\chi^2=2,317$; p=0,128				$\chi^2=6,645$; p=0,010			
Yaş																				
≤29	27	15,1	152	84,9	57	31,8	122	68,2	42	23,5	137	76,5	52	29,1	127	70,9	88	49,2	91	50,8
≥30	6	5,7	99	94,3	17	16,2	88	83,8	14	13,3	91	86,7	15	14,3	90	85,7	40	38,1	65	61,9
	$\chi^2=4,782$; p=0,029				$\chi^2=7,623$; p=0,006				$\chi^2=3,674$; p=0,055				$\chi^2=7,205$; p=0,007				$\chi^2=3,274$; p=0,070			
Pozisyon																				
Hekim	0	0,0	29	100,0	4	13,8	25	86,2	3	10,3	26	89,7	3	10,3	26	89,7	9	31,0	20	69,0
Hemşire	15	20,5	58	79,5	38	52,1	35	47,9	30	41,1	43	58,9	34	46,6	39	53,4	43	58,9	30	41,1
Diğer	18	9,9	164	90,1	32	17,6	150	82,4	23	12,6	159	87,4	30	16,5	152	83,5	76	41,8	106	58,2
	$\chi^2=10,009$; p=0,007				$\chi^2=34,656$; p<0,001				$\chi^2=28,448$; p<0,001				$\chi^2=29,317$; p<0,001				$\chi^2=8,757$; p=0,013			
E.U.S.Y.B^a																				
Doğu	29	12,1	210	87,9	63	26,4	176	73,6	48	20,1	191	79,9	57	23,8	182	76,2	109	45,6	130	54,4
Diğer	4	8,9	41	91,1	11	24,4	34	75,6	8	17,8	37	82,2	10	22,2	35	77,8	19	42,2	26	57,8
	$\chi^2=0,388$; p=0,533				$\chi^2=0,072$; p=0,788				$\chi^2=0,127$; p=0,721				$\chi^2=0,056$; p=0,814				$\chi^2=0,175$; p=0,676			

^aEn Uzun Süre Yaşanılan Bölge.

Tablo 10'daki ifadeler katılma bakımından bazı katılımcı özelliklerine göre istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Bu ifadeler aşağıda incelenmiştir.

“İşimi severim.” ifadesine katılma bakımından yaş ($\chi^2=4,782$; $p=0,029$) ve pozisyona ($\chi^2=10,009$; $p=0,007$) göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş, cinsiyet ve en uzun süre yaşanan bölgeye göre ise anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Yaş değişkeni açısından gruplar karşılaştırıldığında, ≥ 30 yaş grubunun bu ifadeye katılma yüzdesi (%94,3), ≤ 29 yaş grubunun katılma yüzdesinden (%84,9) daha yüksektir. Pozisyon değişkeni açısından gruplar karşılaştırıldığında ise hemşirelerin bu ifadeye katılma yüzdesi (%79,5), hekimlerin katılma yüzdesi (%100) ile diğer grubundaki personelin katılma yüzdesinden (%90,1) daha düşüktür.

“Bu hastanede çalışmak büyük bir ailenin bir parçası olmak gibidir.” ifadesine katılma bakımından cinsiyet ($\chi^2=4,732$; $p=0,030$), yaş ($\chi^2=7,623$; $p=0,006$) ve pozisyona ($\chi^2=34,656$; $p<0,001$) göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş, en uzun süre yaşanan bölgeye göre ise anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Cinsiyet değişkeni açısından gruplar karşılaştırıldığında, erkeklerin bu ifadeye katılma yüzdesi (%79,5), kadınların katılma yüzdesinden (%68,1) daha yüksektir. Yaş değişkeni açısından gruplar karşılaştırıldığında, ≥ 30 yaş grubunun bu ifadeye katılma yüzdesi (%83,8), ≤ 29 yaş grubunun katılma yüzdesinden (%68,2) daha yüksektir. Pozisyon değişkeni açısından gruplar karşılaştırıldığında ise hemşirelerin bu ifadeye katılma yüzdesi (%47,9), hekimlerin katılma yüzdesi (%86,2) ile diğer grubundaki personelin katılma yüzdesinden (%82,4) daha düşüktür.

“Bu hastane çalışmak için iyi bir yerdir.” ifadesine katılma bakımından pozisyona ($\chi^2=28,448$; $p<0,001$) göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş, cinsiyet, yaş ve en uzun süre yaşanan bölgeye göre ise anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Pozisyon değişkeni açısından gruplar karşılaştırıldığında hemşirelerin bu ifadeye katılma yüzdesi (%58,9), hekimlerin katılma yüzdesi (%89,7) ile diğer grubundaki personelin katılma yüzdesinden (%87,4) daha düşüktür.

“Bu hastanede çalışmaktan gurur duyuyorum.” ifadesine katılma bakımından yaş ($\chi^2=7,205$; $p=0,007$) ve pozisyona ($\chi^2=29,317$; $p<0,001$) göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş, cinsiyet ve en uzun süre yaşanan bölgeye göre ise anlamlı fark

bulunmamıştır ($p>0,05$). Yaş değişkeni açısından gruplar karşılaştırıldığında, ≥ 30 yaş grubunun bu ifadeye katılma yüzdesi (%85,7), ≤ 29 yaş grubunun katılma yüzdesinden (%70,9) daha yüksektir. Pozisyon değişkeni açısından gruplar karşılaştırıldığında ise hemşirelerin bu ifadeye katılma yüzdesi (%53,4), hekimlerin katılma yüzdesi (%89,7) ile diğer grubundaki personelin katılma yüzdesinden (%83,5) daha düşüktür.

“Bu hastanede moral yüksektir.” ifadesine katılma bakımından cinsiyet ($\chi^2=6,645$; $p=0,010$) ve pozisyona ($\chi^2=8,757$; $p=0,013$) göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş, yaş ve en uzun süre yaşanan bölgeye göre ise anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Cinsiyet değişkeni açısından gruplar karşılaştırıldığında, erkeklerin bu ifadeye katılma yüzdesi (%62,3), kadınların katılma yüzdesinden (%47,1) daha yüksektir. Pozisyon değişkeni açısından gruplar karşılaştırıldığında ise hemşirelerin bu ifadeye katılma yüzdesi (%41,1), hekimlerin katılma yüzdesi (%69) ile diğer grubundaki personelin katılma yüzdesinden (%58,2) daha düşüktür.

3.3.4. Stresin Kabulü Boyutunun Değerlendirilmesi

Hastane personelinin stresin kabulü boyutunu oluşturan ifadelere katılma durumlarının cinsiyet, yaş, pozisyon ve en uzun süre yaşanan bölge özelliklerine göre karşılaştırılması Tablo 11’de verilmiştir.

Tablo 11. Stresin Kabulü Boyutundaki İfadelerin Bazı Katılımcı Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

Özellikler	Acil durumlar (örneğin, acil resüsitasyonlar/ canlandırmalar, kanamalar) sırasında aşırı yorgunluk performansımı bozar.				İş yüküm aşırı arttığı zaman performansım düşer.				Çok yorgun olduğumda, işte daha az etkili olurum.				Gergin ya da düşmanca durumlarda hata yapma ihtimalim daha fazladır.			
	Katılmıyorum		Katılıyorum		Katılmıyorum		Katılıyorum		Katılmıyorum		Katılıyorum		Katılmıyorum		Katılıyorum	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Cinsiyet																
Kadın	86	62,3	52	37,7	60	43,5	78	56,5	61	44,2	77	55,8	75	54,3	63	45,7
Erkek	76	52,1	70	47,9	50	34,2	96	65,8	40	27,4	106	72,6	59	40,4	87	59,6
	$\chi^2=3,050$; p=0,081				$\chi^2=2,548$; p=0,110				$\chi^2=8,744$; p=0,003				$\chi^2=5,529$; p=0,019			
Yaş																
≤29	109	60,9	70	39,1	76	42,5	103	57,5	71	39,7	108	60,3	98	54,7	81	45,3
≥30	53	50,5	52	49,5	34	32,4	71	67,6	30	28,6	75	71,4	36	34,3	69	65,7
	$\chi^2=2,931$; p=0,087				$\chi^2=2,832$; p=0,092				$\chi^2=3,554$; p=0,059				$\chi^2=11,120$; p=0,001			
Pozisyon																
Hekim	10	34,5	19	65,5	6	20,7	23	79,3	4	13,8	25	86,2	4	13,8	25	86,2
Hemşire	44	60,3	29	39,7	35	47,9	38	52,1	35	47,9	38	52,1	41	56,2	32	43,8
Diğer	108	59,3	74	40,7	69	37,9	113	62,1	62	34,1	120	65,9	89	48,9	93	51,1
	$\chi^2=6,727$; p=0,035				$\chi^2=6,641$; p=0,036				$\chi^2=11,060$; p=0,004				$\chi^2=15,552$; p<0,001			
E.U.S.Y.B^a																
Doğu	138	57,7	101	42,3	95	39,7	144	60,3	86	36,0	153	64,0	119	49,8	120	50,2
Diğer	24	53,3	21	46,7	15	33,3	30	66,7	15	33,3	30	66,7	15	33,3	30	66,7
	$\chi^2=0,300$; p=0,584				$\chi^2=0,657$; p=0,418				$\chi^2=0,116$; p=0,733				$\chi^2=4,116$; p=0,042			

^aEn Uzun Süre Yaşanılan Bölge.

Tablo 11'deki ifadelere katılma bakımından bazı katılımcı özelliklerine göre istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Bu ifadeler aşağıda incelenmiştir.

“Acil durumlar (örneğin, acil resüsitasyonlar/ canlandırmalar, kanamalar) sırasında aşırı yorgunluk performansımı bozar.” ifadesine katılma bakımından pozisyona ($\chi^2=6,727$; $p=0,035$) göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş, cinsiyet, yaş ve en uzun süre yaşanan bölgeye göre ise anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Pozisyon değişkeni açısından gruplar karşılaştırıldığında hekimlerin bu ifadeye katılma yüzdesi (%65,5), hemşirelerin katılma yüzdesi (%39,7) ile diğer grubundaki personelin katılma yüzdesinden (%40,7) daha yüksektir.

“İş yüküm aşırı arttığı zaman performansım düşer.” ifadesine katılma bakımından pozisyona ($\chi^2=6,641$; $p=0,036$) göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş, cinsiyet, yaş ve en uzun süre yaşanan bölgeye göre ise anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Pozisyon değişkeni açısından gruplar karşılaştırıldığında hekimlerin bu ifadeye katılma yüzdesi (%79,3), hemşirelerin katılma yüzdesi (%52,1) ile diğer grubundaki personelin katılma yüzdesinden (%62,1) daha yüksektir.

“Çok yorgun olduğumda, işte daha az etkili olurum.” ifadesine katılma bakımından cinsiyet ($\chi^2=8,744$; $p=0,003$) ve pozisyona ($\chi^2=11,060$; $p=0,004$) göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş, yaş ve en uzun süre yaşanan bölgeye göre ise anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Cinsiyet değişkeni açısından gruplar karşılaştırıldığında, erkeklerin bu ifadeye katılma yüzdesi (%72,6), kadınların katılma yüzdesinden (%55,8) daha yüksektir. Pozisyon değişkeni açısından gruplar karşılaştırıldığında ise hemşirelerin bu ifadeye katılma yüzdesi (%52,1), hekimlerin katılma yüzdesi (%86,2) ile diğer grubundaki personelin katılma yüzdesinden (%65,9) daha düşüktür.

“Gergin ya da düşmanca durumlarda hata yapma ihtimalim daha fazladır.” ifadesine katılma bakımından katılımcı özelliklerinin tamamına göre; yani cinsiyet ($\chi^2=5,529$; $p=0,019$), yaş ($\chi^2=11,120$; $p=0,001$), pozisyon ($\chi^2=15,552$; $p<0,001$) ve en uzun süre yaşanan bölgeye ($\chi^2=4,116$; $p=0,042$) göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Cinsiyet değişkeni açısından gruplar karşılaştırıldığında, erkeklerin bu ifadeye katılma yüzdesi (%59,6), kadınların katılma yüzdesinden (%45,7) daha yüksektir. Yaş değişkeni açısından gruplar karşılaştırıldığında, ≥ 30 yaş grubunun bu

ifadeye katılma yüzdesi (%65,7), ≤ 29 yaş grubunun katılma yüzdesinden (%45,3) daha yüksektir. Pozisyon değişkeni açısından gruplar karşılaştırıldığında hemşirelerin bu ifadeye katılma yüzdesi (%43,8), hekimlerin katılma yüzdesi (%86,2) ile diğer grubundaki personelin katılma yüzdesinden (%51,1) daha düşüktür. En uzun süre yaşanan bölge değişkeni açısından gruplar karşılaştırıldığında ise en uzun süre diğer bölgelerde yaşayanların bu ifadeye katılma yüzdesi (%66,7), doğu bölgesinde yaşayanların katılma yüzdesinden (%50,2) daha yüksektir.

3.3.5. Yönetime İlişkin Algılar Boyutunun Değerlendirilmesi

Hastane personelinin yönetime ilişkin algılar boyutunu oluşturan ifadelere katılma durumlarının cinsiyet, yaş, pozisyon ve en uzun süre yaşanan bölge özelliklerine göre karşılaştırılması Tablo 12’de verilmiştir.

Tablo 12. Yönetime İlişkin Algılar Boyutundaki İfadelerin Bazı Katılımcı Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

Özellikler	Hastane yönetimi, günlük çalışmalarını destekler.				Hastane yönetimi hastaların güvenliğini bilerek tehlikeye atmaz.				Bu hastanedeki personel sayısı, mevcut hastalara bakmak için yeterlidir.				Hastanede olan ve işimi etkileyebilecek önemli ya da olağandışı olaylar (yeni politikalar, yeni çalışma programları, toplantılar, vb.) hakkında yeterince ve zamanında bilgilendirilirim.			
	Katılmıyorum		Katılıyorum		Katılmıyorum		Katılıyorum		Katılmıyorum		Katılıyorum		Katılmıyorum		Katılıyorum	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Cinsiyet																
Kadın	69	50,0	69	50,0	28	20,3	110	79,7	93	67,4	45	32,6	58	42,0	80	58,0
Erkek	56	38,4	90	61,6	26	17,8	120	82,2	65	44,5	81	55,5	54	37,0	92	63,0
	$\chi^2=3,903$; $p=0,048$				$\chi^2=0,284$; $p=0,594$				$\chi^2=15,034$; $p<0,001$				$\chi^2=0,755$; $p=0,385$			
Yaş																
≤ 29	91	50,8	88	49,2	39	21,8	140	78,2	108	60,3	71	39,7	79	44,1	100	55,9
≥ 30	34	32,4	71	67,6	15	14,3	90	85,7	50	47,6	55	52,4	33	31,4	72	68,6
	$\chi^2=9,149$; $p=0,002$				$\chi^2=2,419$; $p=0,120$				$\chi^2=4,336$; $p=0,037$				$\chi^2=4,473$; $p=0,034$			
Pozisyon																
Hekim	3	10,3	26	89,7	3	10,3	26	89,7	12	41,4	17	58,6	6	20,7	23	79,3
Hemşire	43	58,9	30	41,1	26	35,6	47	64,4	47	64,4	26	35,6	44	60,3	29	39,7
Diğer	79	43,4	103	56,6	25	13,7	157	86,3	99	54,4	83	45,6	62	34,1	120	65,9
	$\chi^2=19,937$; $p<0,001$				$\chi^2=17,775$; $p<0,001$				$\chi^2=4,765$; $p=0,092$				$\chi^2=19,736$; $p<0,001$			
E.U.S.Y.B^a																
Doğu	108	45,2	131	54,8	48	20,1	191	79,9	134	56,1	105	43,9	94	39,3	145	60,7
Diğer	17	37,8	28	62,2	6	13,3	39	86,7	24	53,3	21	46,7	18	40,0	27	60,0
	$\chi^2=0,844$; $p=0,358$				$\chi^2=0,725$; $p=0,394$				$\chi^2=0,031$; $p=0,861$				$\chi^2=0,000$; $p=1,000$			

^aEn Uzun Süre Yaşanılan Bölge.

Tablo 12'deki ifadelere katılma bakımından bazı katılımcı özelliklerine göre istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Bu ifadeler aşağıda incelenmiştir.

“Hastane yönetimi, günlük çalışmalarımı destekler.” ifadesine katılma bakımından cinsiyet ($\chi^2=3,903$; $p=0,048$), yaş ($\chi^2=9,149$; $p=0,002$) ve pozisyona ($\chi^2=19,937$; $p<0,001$) göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş, en uzun süre yaşanan bölgeye göre ise anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Cinsiyet değişkeni açısından gruplar karşılaştırıldığında, erkeklerin bu ifadeye katılma yüzdesi (%61,6), kadınların katılma yüzdesinden (%50) daha yüksektir. Yaş değişkeni açısından gruplar karşılaştırıldığında, ≥ 30 yaş grubunun bu ifadeye katılma yüzdesi (%67,6), ≤ 29 yaş grubunun katılma yüzdesinden (%49,2) daha yüksektir. Pozisyon değişkeni açısından gruplar karşılaştırıldığında ise hemşirelerin bu ifadeye katılma yüzdesi (%41,1), hekimlerin katılma yüzdesi (%89,7) ile diğer grubundaki personelin katılma yüzdesinden (%56,6) daha düşüktür.

“Hastane yönetimi hastaların güvenliğini bilerek tehlikeye atmaz.” ifadesine katılma bakımından pozisyona ($\chi^2=17,775$; $p<0,001$) göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş, cinsiyet, yaş ve en uzun süre yaşanan bölgeye göre ise anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Pozisyon değişkeni açısından gruplar karşılaştırıldığında hemşirelerin bu ifadeye katılma yüzdesi (%64,4), hekimlerin katılma yüzdesi (%89,7) ile diğer grubundaki personelin katılma yüzdesinden (%86,3) daha düşüktür.

“Bu hastanedeki personel sayısı, mevcut hastalara bakmak için yeterlidir.” ifadesine katılma bakımından cinsiyet ($\chi^2=15,034$; $p<0,001$) ve yaşa ($\chi^2=4,336$; $p=0,037$) göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş, pozisyon ve en uzun süre yaşanan bölgeye göre ise anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Cinsiyet değişkeni açısından gruplar karşılaştırıldığında, erkeklerin bu ifadeye katılma yüzdesi (%55,5), kadınların katılma yüzdesinden (%32,6) daha yüksektir. Yaş değişkeni açısından gruplar karşılaştırıldığında ise ≥ 30 yaş grubunun bu ifadeye katılma yüzdesi (%52,4), ≤ 29 yaş grubunun katılma yüzdesinden (%39,7) daha yüksektir.

“Hastanede olan ve işimi etkileyebilecek önemli ya da olağandışı olaylar (yeni politikalar, yeni çalışma programları, toplantılar, vb.) hakkında yeterince ve zamanında bilgilendirilirim.” ifadesine katılma bakımından yaş ($\chi^2=4,473$; $p=0,034$) ve pozisyona

($\chi^2=19,736$; $p<0,001$) göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş, cinsiyet ve en uzun süre yaşanan bölgeye göre ise anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Yaş değişkeni açısından gruplar karşılaştırıldığında, ≥ 30 yaş grubunun bu ifadeye katılma yüzdesi (%68,6), ≤ 29 yaş grubunun katılma yüzdesinden (%55,9) daha yüksektir. Pozisyon değişkeni açısından gruplar karşılaştırıldığında ise hemşirelerin bu ifadeye katılma yüzdesi (%39,7), hekimlerin katılma yüzdesi (%79,3) ile diğer grubundaki personelin katılma yüzdesinden (%65,9) daha düşüktür.

3.3.6. Çalışma Koşulları Boyutunun Değerlendirilmesi

Hastane personelinin çalışma koşulları boyutunu oluşturan ifadelere katılma durumlarının cinsiyet, yaş, pozisyon ve en uzun süre yaşanan bölge özelliklerine göre karşılaştırılması Tablo 13'te verilmiştir.

Tablo 13. Çalışma Koşulları Boyutundaki İfadelerin Bazı Katılımcı Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

Özellikler	Bu hastanede yeni personel iyi eğitilir.				Teşhis ve tedaviyle ilgili kararlar için gerekli bütün bilgilere rutin olarak ulaşabilirim.				Bu hastane, problem yaratan hekimler ve diğer çalışanlarla yapıcı şekilde ilgilenir.				Benim mesleğimdeki asistanlar/stajyerler yeterince denetlenir.			
	Katılmıyorum		Katılıyorum		Katılmıyorum		Katılıyorum		Katılmıyorum		Katılıyorum		Katılmıyorum		Katılıyorum	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Cinsiyet																
Kadın	56	40,6	82	59,4	52	37,7	86	62,3	70	50,7	68	49,3	59	42,8	79	57,2
Erkek	55	37,7	91	62,3	47	32,2	99	67,8	57	39,0	89	61,0	58	39,7	88	60,3
	$\chi^2=0,252$; p=0,616				$\chi^2=0,941$; p=0,332				$\chi^2=3,917$; p=0,048				$\chi^2=0,268$; p=0,604			
Yaş																
≤29	68	38,0	111	62,0	70	39,1	109	60,9	84	46,9	95	53,1	75	41,9	104	58,1
≥30	43	41,0	62	59,0	29	27,6	76	72,4	43	41,0	62	59,0	42	40,0	63	60,0
	$\chi^2=0,244$; p=0,621				$\chi^2=3,846$; p=0,050				$\chi^2=0,956$; p=0,328				$\chi^2=0,099$; p=0,754			
Pozisyon																
Hekim	13	44,8	16	55,2	6	20,7	23	79,3	7	24,1	22	75,9	15	51,7	14	48,3
Hemşire	36	49,3	37	50,7	36	49,3	37	50,7	41	56,2	32	43,8	39	53,4	34	46,6
Diğer	62	34,1	120	65,9	57	31,3	125	68,7	79	43,4	103	56,6	63	34,6	119	65,4
	$\chi^2=5,536$; p=0,063				$\chi^2=10,287$; p=0,006				$\chi^2=8,964$; p=0,011				$\chi^2=9,087$; p=0,011			
E.U.S.Y.B^a																
Doğu	95	39,7	144	60,3	82	34,3	157	65,7	108	45,2	131	54,8	100	41,8	139	58,2
Diğer	16	35,6	29	64,4	17	37,8	28	62,2	19	42,2	26	57,8	17	37,8	28	62,2
	$\chi^2=0,131$; p=0,717				$\chi^2=0,077$; p=0,781				$\chi^2=0,041$; p=0,839				$\chi^2=0,118$; p=0,732			

^aEn Uzun Süre Yaşanılan Bölge.

Tablo 13'teki ifadelere katılma bakımından bazı katılımcı özelliklerine göre istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Bu ifadeler aşağıda incelenmiştir.

“Bu hastanede yeni personel iyi eğitilir.” ifadesine katılma bakımından katılımcı özelliklerinin tamamına göre, yani cinsiyet, yaş, pozisyon ve en uzun süre yaşanan bölgeye göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

“Teşhis ve tedaviyle ilgili kararlar için gerekli bütün bilgilere rutin olarak ulaşabilirim.” ifadesine katılma bakımından yaş ($\chi^2=3,846$; $p=0,050$) ve pozisyona ($\chi^2=10,287$; $p=0,006$) göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş; cinsiyet ve en uzun süre yaşanan bölgeye göre ise anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Yaş değişkeni açısından gruplar karşılaştırıldığında, ≥ 30 yaş grubunun bu ifadeye katılma yüzdesi (%72,4), ≤ 29 yaş grubunun katılma yüzdesinden (%60,9) daha yüksektir. Pozisyon değişkeni açısından gruplar karşılaştırıldığında ise hemşirelerin bu ifadeye katılma yüzdesi (%50,7), hekimlerin katılma yüzdesi (%79,3) ile diğer grubundaki personelin katılma yüzdesinden (%68,7) daha düşüktür.

“Bu hastane, problem yaratan hekimler ve diğer çalışanlarla yapıcı şekilde ilgilenir.” ifadesine katılma bakımından cinsiyet ($\chi^2=3,917$; $p=0,048$) ve pozisyona ($\chi^2=8,964$; $p=0,011$) göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş, yaş ve en uzun süre yaşanan bölgeye göre ise anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Cinsiyet değişkeni açısından gruplar karşılaştırıldığında, erkeklerin bu ifadeye katılma yüzdesi (%61), kadınların katılma yüzdesinden (%49,3) daha yüksektir. Pozisyon değişkeni açısından gruplar karşılaştırıldığında ise hemşirelerin bu ifadeye katılma yüzdesi (%43,8), hekimlerin katılma yüzdesi (%75,9) ile diğer grubundaki personelin katılma yüzdesinden (%56,6) daha düşüktür.

“Benim mesleğimdeki asistanlar/stajyerler yeterince denetlenir.” ifadesine katılma bakımından pozisyona ($\chi^2=9,087$; $p=0,011$) göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş, cinsiyet, yaş ve en uzun süre yaşanan bölgeye göre ise anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Pozisyon değişkeni açısından gruplar karşılaştırıldığında diğer grubundaki personelin bu ifadeye katılma yüzdesi (%65,4), hekimlerin katılma yüzdesi (%48,3) ve hemşirelerin katılma yüzdesinden (%46,6) daha yüksektir.

3.4. GÜVENLİK TUTUMLARI ANKETİ BOYUT ORTALAMALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Bu bölümde, GTA'nın boyutları (ekip çalışması iklimi, güvenlik iklimi, iş doyumu, stresin kabulü, yönetime ilişkin algılar ve çalışma koşulları), hastane personelinin sosyodemografik (cinsiyet, yaş, eğitim ve en uzun süre yaşanan bölge) ve mesleki (pozisyon, hastalarla doğrudan etkileşim, çalışma şekli, çalışma saati, hastanede çalışma süresi, meslekte çalışma süresi ve haftalık çalışma saati) özelliklerine göre karşılaştırılmıştır. Karşılaştırma, boyut ortalamaları üzerinden yapılmıştır.

Boyut ortalamalarının katılımcıların özelliklerine göre karşılaştırılmasının sonuçları Tablo 14'te verilmiştir.

Tablo 14. Personel Özelliklerine Göre Boyut Ortalamalarının Karşılaştırılması

Özellikler	n	Ekip Çalışması İklimi Ortalama±SS	Güvenlik İklimi Ortalama±SS	İş Doyumu Ortalama±SS	Stresin Kabulü Ortalama±SS	Yönetim İlişkin Algılar Ortalama±SS	Çalışma Koşulları Ortalama±SS
Cinsiyet							
Kadın	138	3,45±0,96	3,41±0,87	3,96±1,06	3,03±1,23	3,40±1,08	3,51±1,19
Erkek	146	3,63±0,89	3,57±0,90	4,11±1,02	3,45±1,23	3,72±1,09	3,68±1,09
t-Testi		t=1,618; p=0,107	t=1,540; p=0,125	t=1,227; p=0,221	t=2,904; p=0,004	t=2,494; p=0,013	t=1,251; p=0,212
Yaş							
≤29	179	3,43±0,97	3,41±0,91	3,88±1,14	3,09±1,27	3,40±1,16	3,51±1,23
≥30	105	3,73±0,81	3,63±0,84	4,30±0,78	3,53±1,17	3,86±0,89	3,74±0,96
t-Testi		t=2,795; p=0,006	t=1,975; p=0,049	t=3,677; p<0,001	t=2,910; p=0,004	t=3,823; p<0,001	t=1,797; p=0,74
Eğitim							
İlköğretim	34	3,63±0,94	3,55±1,10	4,26±1,04	3,76±1,15	3,79±1,02	3,91±1,14
Lise	114	3,50±0,92	3,49±0,84	4,01±1,12	3,10±1,26	3,53±1,13	3,64±1,11
Üniversite	136	3,56±0,93	3,47±0,87	4,01±0,97	3,25±1,23	3,54±1,08	3,48±1,16
ANOVA		F=0,298; p=0,742	F=0,102; p=0,903	F=0,853; p=0,427	F=3,756; p=0,025	F=0,773; p=0,463	F=2,128; p=0,121
E.U.S.Y.B^a							
Doğu	239	3,54±0,91	3,49±0,87	4,04±1,05	3,21±1,26	3,55±1,10	3,59±1,14
Diğer	45	3,56±1,01	3,52±0,97	4,04±1,01	3,46±1,16	3,67±1,04	3,61±1,15
t-Testi		t=0,091; p=0,928	t=0,218; p=0,827	t=0,032; p=0,974	t=1,200; p=0,231	t=0,693; p=0,489	t=0,073; p=0,942
Pozisyon							
Hekim	29	3,78±0,71	3,61±0,83	4,30±0,60	4,07±0,96	4,19±0,61	3,71±0,85
Hemşire	73	3,21±1,13	3,15±1,07	3,37±1,39	2,89±1,41	2,95±1,39	3,08±1,47
Diğer	182	3,64±0,83	3,61±0,78	4,27±0,79	3,26±1,16	3,72±0,89	3,78±0,96
Welch		F=5,438; p=0,006	F=5,437; p=0,006	F=13,891; p<0,001	F=12,240; p<0,001	F=19,459; p<0,001	F=6,99; p=0,002
Etkileşim							
Evet	197	3,46±0,94	3,43±0,90	4,00±1,11	3,26±1,32	3,49±1,14	3,57±1,16
Hayır	87	3,72±0,87	3,63±0,85	4,14±0,86	3,22±1,06	3,74±0,96	3,66±1,09
t-Testi		t=2,195; p=0,029	t=1,750; p=0,081	t=1,244; p=0,215	t=0,289; p=0,773	t=1,896; p=0,059	t=0,598; p=0,550
Çalışma Şekli							
Tam Zamanlı	253	3,54±0,92	3,50±0,88	4,07±1,02	3,28±1,23	3,59±1,07	3,60±1,11
Yarı Zamanlı	31	3,57±0,98	3,42±0,97	3,77±1,17	3,00±1,37	3,39±1,27	3,51±1,39
t-Testi		t=1,65; p=0,869	t=0,445; p=0,957	t=1,549; p=0,123	t=1,187; p=0,236	t=0,981; p=0,327	t=0,445; p=0,657
Çalışma Saatleri							
Gündüz	180	3,68±0,83	3,59±0,79	4,20±0,85	3,32±1,16	3,73±0,86	3,76±0,94
Gündüz-Gece	104	3,31±1,03	3,31±1,01	3,77±1,27	3,14±1,39	3,29±1,36	3,31±1,36
t-Testi		t=3,102; p=0,002	t=2,426; p=0,016	t=3,044; p=0,003	t=1,114; p=0,267	t=2,957; p=0,004	t=2,997; p=0,003
H.Ç.S.^b (Ay)							
≤5	74	3,54±0,93	3,47±0,87	4,09±1,08	3,38±1,25	3,47±1,04	3,63±1,06
6-10	115	3,67±0,83	3,51±0,79	4,17±0,83	3,40±1,18	3,70±1,00	3,75±1,05
≥11	95	3,40±1,02	3,48±1,01	3,84±1,20	2,97±1,29	3,48±1,23	3,38±1,28
Welch/ ANOVA		F=2,124; p=0,123	F=0,078; p=0,925	F=2,540; p=0,082	F^c=3,807; p=0,023	F ^e =1,499; p=0,225	F=2,431; p=0,091
M.Ç.S.^c (Ay)							
≤12	69	3,61±0,87	3,66±0,70	4,29±0,82	3,24±1,11	3,74±0,72	3,97±0,78
13-72	115	3,48±1,01	3,46±0,95	3,84±1,22	3,04±1,35	3,43±1,31	3,36±1,30
≥73	100	3,57±0,86	3,41±0,91	4,10±0,90	3,50±1,18	3,61±1,01	3,60±1,09
Welch/ *ANOVA		F ^e =0,443; p=0,643	F=2,335; p=0,100	F=4,402; p=0,014	F=3,487; p=0,033	F=2,031; p=0,134	F=8,553; p<0,001
H.Ç.S.^d							
≤55	168	3,46±0,96	3,52±0,93	4,01±1,13	3,22±1,28	3,60±1,20	3,51±1,25
≥56	116	3,67±0,86	3,45±0,81	4,09±0,89	3,30±1,21	3,53±0,91	3,71±0,94
t-Testi		t=1,887; p=0,060	t=-0,731; p=0,466	t=0,695; p=0,487	t=0,497; p=0,619	t=-0,577; p=0,565	t=1,487; p=0,138

^aEn Uzun Süre Yaşanılan Gölge; ^bHastanede Çalışma Süresi; ^cMeslekte Çalışma Süresi; ^dHaftalık Çalışma Saati;^eBuradaki F istatistiklerinde One Way ANOVA testi yapılmıştır.

Boyut ortalamaları cinsiyet değişkenine göre karşılaştırıldığında “ekip çalışması iklimi, güvenlik iklimi, iş doyumu ve çalışma koşulları” boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken ($p>0,05$); “stresin kabulü ve yönetime ilişkin algılar” boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). “Stresin kabulü” boyutunda erkeklerle ($3,45\pm1,23$) kadınlar ($3,03\pm1,23$) arasındaki ortalama farkı 0,42’dir, bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($t=2,904$; $p=0,004$) ve erkeklerde stresin kabulü daha yüksektir. “Yönetime ilişkin algılar” boyutunda erkeklerle ($3,72\pm1,09$) kadınlar ($3,40\pm1,08$) arasındaki ortalama farkı 0,32’dir, bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($t=2,494$; $p=0,013$) ve erkeklerin algıları daha olumludur.

Boyut ortalamaları yaş değişkenine göre karşılaştırıldığında “çalışma koşulları” boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken ($p>0,05$); “ekip çalışması iklimi, güvenlik iklimi, iş doyumu, stresin kabulü ve yönetime ilişkin algılar” boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). “Ekip çalışması iklimi” boyutunda ≥ 30 yaş grubuyla ($3,73\pm0,81$) ≤ 29 yaş grubu ($3,43\pm0,97$) arasındaki ortalama farkı 0,3’dir, bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($t=2,795$; $p=0,006$) ve ≥ 30 yaş grubunun algısı daha olumludur. “Güvenlik iklimi” boyutunda ≥ 30 yaş grubuyla ($3,63\pm0,84$) ≤ 29 yaş grubu ($3,41\pm0,91$) arasındaki ortalama farkı 0,22’dir, bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($t=1,975$; $p=0,049$) ve ≥ 30 yaş grubunun algısı daha olumludur. “İş doyumu” boyutunda ≥ 30 yaş grubuyla ($4,30\pm0,78$) ≤ 29 yaş grubu ($3,88\pm1,14$) arasındaki ortalama farkı 0,42’dir, bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($t=3,677$; $p<0,001$) ve ≥ 30 yaş grubunun algısı daha olumludur. “Stresin kabulü” boyutunda ≥ 30 yaş grubuyla ($3,53\pm1,17$) ≤ 29 yaş grubu ($3,09\pm1,27$) arasındaki ortalama farkı 0,44’dir, bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($t=2,910$; $p=0,004$) ve ≥ 30 yaş grubunun algısı daha olumludur. “Yönetime ilişkin algılar” boyutunda ≥ 30 yaş grubuyla ($3,86\pm0,89$) ≤ 29 yaş grubu ($3,40\pm1,16$) arasındaki ortalama farkı 0,46’dır, bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($t=3,823$; $P<0,001$) ve ≥ 30 yaş grubunun algısı daha olumludur.

Boyut ortalamaları eğitim değişkenine göre karşılaştırıldığında “ekip çalışması iklimi, güvenlik iklimi, iş doyumu, yönetime ilişkin algılar ve çalışma koşulları” boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken ($p>0,05$); “Stresin kabulü” boyutunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Farklılığın hangi gruplar arasında

olduğunu anlamak için yapılan Tukey HSD yönteminde, eğitim düzeyi ilköğretim ve lise olan gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Eğitim düzeyi ilköğretim olanlarla ($3,76 \pm 1,15$) lise olanlar ($3,10 \pm 1,26$) arasındaki ortalama farkı 0,66'dır, bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($F=3,756$; $p=0,025$) ve eğitim düzeyi ilkokul olan grubun stresi kabulü daha yüksektir.

Boyut ortalamaları en uzun süre yaşanan bölge değişkenine göre karşılaştırıldığında boyutların tamamında (ekip çalışması iklimi, güvenlik iklimi, iş doyumu, stresin kabulü, yönetime ilişkin algılar ve çalışma koşulları) istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Boyut ortalamaları pozisyon değişkenine göre karşılaştırıldığında boyutların tamamında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($P<0,05$). Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu anlamak için yapılan ikişerli karşılaştırmalarda Tamhane'nin T2 istatistiği kullanılmıştır. "Ekip çalışması iklimi" boyutunda hemşirelerle ($3,21 \pm 1,13$) hekimler ($3,78 \pm 0,71$) arasındaki ortalama farkı 0,57'dir, hemşirelerle ($3,21 \pm 1,13$) diğer grubundaki personel ($3,64 \pm 0,83$) arasındaki ortalama farkı ise 0,57'dir; bu farklar istatistiksel olarak anlamlıdır ($F=5,438$; $p=0,006$) ve hemşirelerin algısı diğer iki grubun algısından daha düşüktür. "Güvenlik iklimi" boyutunda hemşirelerle ($3,15 \pm 1,07$) diğer grubundaki personel ($3,61 \pm 0,78$) arasındaki ortalama farkı 0,46'dır, bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($F=5,437$; $p=0,006$) ve hemşirelerin algısı diğer grubundaki personelin algısından daha olumsuzdur. "İş doyumu" boyutunda hemşirelerle ($3,37 \pm 1,39$) hekimler ($4,30 \pm 0,60$) arasındaki ortalama farkı 0,93'dür, hemşirelerle ($3,37 \pm 1,39$) diğer grubundaki personel ($4,27 \pm 0,79$) arasındaki ortalama farkı 0,9'dur, bu farklar istatistiksel olarak anlamlıdır ($F=13,891$; $p<0,001$) ve hemşirelerin algısı diğer iki grubun algısından daha olumsuzdur. "Stresin kabulü" boyutunda hekimlerle ($4,07 \pm 0,96$) hemşireler ($2,89 \pm 1,41$) arasındaki ortalama farkı 1,18'dir, hekimlerle ($4,07 \pm 0,96$) diğer grubundaki personel ($3,26 \pm 1,16$) arasındaki ortalama farkı 0,81'dir, bu farklar istatistiksel olarak anlamlıdır ($F=12,240$; $p<0,001$) ve hekimlerin stresi kabulü diğer iki gruba göre daha yüksektir. "Yönetime ilişkin algılar" boyutunda hemşirelerle ($2,95 \pm 1,39$) hekimler ($4,19 \pm 0,61$) arasındaki ortalama farkı 1,24'dür, hemşirelerle ($2,95 \pm 1,39$) diğer grubundaki personel ($3,72 \pm 0,89$) arasındaki ortalama farkı 0,77'dir, hekimlerle ($4,19 \pm 0,61$) diğer grubundaki personel ($3,72 \pm 0,89$) arasındaki ortalama farkı

0,47'dir, bu farklar istatistiksel olarak anlamlıdır ($F=19,459$; $p<0,001$) ve hemşirelerin algısı diğer iki grubun algısından, diğer grubundaki personelin algısı da hekimlerin algısından daha olumsuzdur. "Çalışma koşulları" boyutunda hemşirelerle ($3,08\pm1,47$) hekimler ($3,71\pm0,85$) arasındaki ortalama farkı 0,63'dür, hemşirelerle ($3,08\pm1,47$) diğer grubundaki personel ($3,78\pm0,96$) arasındaki ortalama farkı 0,7'dir, bu farklar istatistiksel olarak anlamlıdır ($F=6,99$; $p=0,002$) ve hemşirelerin algısı diğer iki grubun algısından daha olumsuzdur.

Boyut ortalamaları hastalarla doğrudan etkileşim değişkenine göre karşılaştırıldığında "güvenlik iklimi, iş doyumu, stresin kabulü, yönetime ilişkin algılar ve çalışma koşulları" boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken ($p>0,05$); "ekip çalışması iklimi" boyutunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). "Ekip çalışması iklimi" boyutunda hastalarla doğrudan etkileşimi olanlar ile ($3,46\pm0,94$) olmayanlar ($3,72\pm0,87$) arasındaki ortalama farkı 0,26'dır, bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($t=2,195$; $p=0,029$) ve hastalarla doğrudan etkileşimi olanların algısı daha olumsuzdur.

Boyut ortalamaları çalışma şekli değişkenine göre karşılaştırıldığında boyutların hiçbirinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Boyut ortalamaları çalışma saatleri değişkenine göre karşılaştırıldığında "stresin kabulü" boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken ($p>0,05$); "ekip çalışması iklimi, güvenlik iklimi, iş doyumu, yönetime ilişkin algılar ve çalışma koşulları" boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). "Ekip çalışması iklimi" boyutunda gündüz grubuyla ($3,68\pm0,83$) gündüz-gece grubu ($3,31\pm1,03$) arasındaki ortalama farkı 0,37'dir, bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($t=3,102$; $p=0,002$) ve gündüz-gece grubunun algısı daha olumsuzdur. "Güvenlik iklimi" boyutunda gündüz grubuyla ($3,59\pm0,79$) gündüz-gece grubu ($3,31\pm1,01$) arasındaki ortalama farkı 0,28'dir, bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($t=2,426$; $p=0,016$) ve gündüz-gece grubunun algısı daha olumsuzdur. "İş doyumu" boyutunda gündüz grubuyla ($4,20\pm0,85$) gündüz-gece grubu ($3,77\pm1,27$) arasındaki ortalama farkı 0,43'dür, bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($t=3,044$; $p=0,003$) ve gündüz-gece grubunun algısı daha olumsuzdur. "Yönetime ilişkin algılar" boyutunda gündüz grubuyla ($3,73\pm0,86$) gündüz-gece grubu ($3,29\pm1,36$) arasındaki ortalama farkı

0,44'dür, bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($t=2,957$; $p=0,004$) ve gündüz-gece grubunun algısı daha olumsuzdur. "Çalışma koşulları" boyutunda gündüz grubuyla ($3,76\pm0,94$) gündüz-gece grubu ($3,31\pm1,36$) arasındaki ortalama farkı 0,45'dir, bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($t=2,997$; $p=0,003$) ve gündüz-gece grubunun algısı daha olumsuzdur.

Boyut ortalamaları hastanede çalışma süresi (ay) değişkenine göre karşılaştırıldığında "ekip çalışması iklimi, güvenlik iklimi, iş doyumu, yönetime ilişkin algılar ve çalışma koşulları" boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken ($p>0,05$); "stresin kabulü" boyutunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu anlamak için yapılan ikişerli karşılaştırmalarda Tukey HSD yöntemi kullanılmıştır. "Stresin kabulü" boyutunda 6-10 aydır hastanede çalışanlarla ($3,40\pm1,18$) ≥ 11 aydır hastanede çalışanlar ($2,97\pm1,29$) arasındaki ortalama farkı 0,43'tür, bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($F=3,807$; $p=0,023$) ve ≥ 11 aydır hastanede çalışanların stresi kabulü 6-10 aydır hastanede çalışanlara göre daha düşüktür.

Boyut ortalamaları meslekte çalışma süresi (ay) değişkenine göre karşılaştırıldığında "ekip çalışması iklimi, güvenlik iklimi ve yönetime ilişkin algılar" boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken ($p>0,05$); "iş doyumu, stresin kabulü ve çalışma koşulları" boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu anlamak için yapılan ikişerli karşılaştırmalarda Tamhane'nin T2 istatistiği kullanılmıştır. "İş doyumu" boyutunda meslekte çalışma süresi ≤ 12 ay olanlarla ($4,29\pm0,82$) 13-72 ay olanlar ($3,84\pm1,22$) arasındaki ortalama farkı 0,45'tir, bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($F=4,402$; $p=0,014$) ve meslekte çalışma süresi 13-72 ay olanların iş doyumu ≤ 12 ay olanlara göre daha düşüktür. "Stresin kabulü" boyutunda meslekte çalışma süresi 13-72 ay olanlarla ($3,04\pm1,35$) ≥ 73 ay olanlar ($3,50\pm1,18$) arasındaki ortalama farkı 0,46'dır, bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($F=3,487$; $p=0,033$) ve meslekte çalışma süresi 13-72 ay olanların stresi kabulü ≥ 73 ay olanlara göre daha düşüktür. "Çalışma koşulları" boyutunda meslekte çalışma süresi ≤ 12 ay olanlarla ($3,97\pm0,78$) 13-72 ay olanlar ($3,36\pm1,30$) arasındaki ortalama farkı 0,61'dir, meslekte çalışma süresi ≤ 12 ay olanlarla ($3,97\pm0,78$) ≥ 73 ay olanlar ($3,60\pm1,09$) arasındaki ortalama farkı 0,37'dir, bu farklar

istatistiksel olarak anlamlıdır ($F=8,553$; $p<0,001$) ve meslekte çalışma süresi ≤ 12 ay olanların algısı diğer iki grubun algısından daha olumludur.

Boyut ortalamaları haftalık çalışma saati değişkenine göre karşılaştırıldığında boyutların hiçbirinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

3.5. GÜVENLİK TUTUMLARI ANKETİNİN BOYUTLARI ARASINDAKİ İLİŞKİLER

GTA'nın boyutları arasındaki ilişkileri belirlemede Pearson korelasyon katsayısı (r) kullanılmıştır. Pearson korelasyon katsayısı, ölçümle belirtilen iki değişken arasındaki doğrusal ilişkinin kuvveti ve yönü hakkında bilgi veren bir katsayıdır ve -1 ile $+1$ arasında değişir ($-1 \leq r \leq +1$). Pearson korelasyon katsayıları, büyüklükleri dikkate alındığında Tablo 15'teki gibi nitelendirilebilir (Alpar, 2014).

Tablo 15. Pearson Korelasyon Katsayısı İçin Nitelendirme

r'nin Değeri	Nitelendirme
0,00 – 0,19	İlişki yok ya da önemsenmeyecek düzeyde düşük ilişki
0,20 – 0,39	Zayıf (düşük) ilişki
0,40 – 0,69	Orta düzeyde ilişki
0,70 – 0,89	Kuvvetli ilişki
0,90 -1,00	Çok kuvvetli ilişki

Kaynak: Alpar, 2014

Çalışmada, GTA'nın boyutları arasındaki ilişki katsayıları Tablo 16'daki gibi bulunmuştur.

Tablo 16. Güvenlik Tutumları Anketinin Boyutları Arasındaki Korelasyonlar

Boyutlar	1	2	3	4	5	6
1. Ekip çalışması iklimi	1					
2. Güvenlik iklimi	0,73*	1				
3. İş doyumu	0,62*	0,70*	1			
4. Stresin kabulü	0,19*	0,25*	0,27*	1		
5. Yönetime ilişkin algılar	0,64*	0,69*	0,72*	0,32*	1	
6. Çalışma koşulları	0,67*	0,71*	0,73*	0,30*	0,76*	1

* Bütün korelasyonlar $p<0,01$ düzeyinde anlamlıdır.

Tablo 16'ya göre boyutlar arasındaki ilişki katsayıları 0,19-0,76 arasındadır ve tamamı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,01$). Stresin kabulü boyutu hariç diğer boyutlar arasındaki ilişki katsayıları 0,62-0,76 arasında, orta düzeyde ve kuvvetlidir. Stresin kabulü boyutu ile diğer boyutlar arasındaki ilişki sayıları 0,19-0,32 arasında, çok düşük ve zayıftır. Boyutlar arasındaki en yüksek ilişki ($r=0,76$) çalışma koşulları ile yönetime ilişkin algılar boyutları arasında; en düşük ilişki ($r= 0,19$) ise ekip çalışması iklimi ile stresin kabulü boyutları arasındadır.



4. BÖLÜM: TARTIŞMA

Bu bölümde Güneydoğu Anadolu Bölgesindeki özel bir hastanede çalışan tüm personelin hasta güvenliği ile ilgili tutumlarını belirlemek, bu tutumları personelin sosyodemografik ve mesleki özelliklerine göre karşılaştırmak amacıyla yapılan araştırmanın bulguları tartışılmaktadır.

Çalışmada kullanılan GTA'nın güvenirlik analizi Cronbach alfa katsayısı kullanılarak yapılmış ve boyutların alfa katsayıları 0,69-0,88 arasında güvenilir düzeyde bulunmuştur. Kaya ve diğerlerinin (2010) Sağlık Bakanlığına bağlı 10 eğitim ve araştırma hastanesinde, 1349 sağlık çalışanı (734 hekim, 615 hemşire) ile yaptıkları bir çalışmada bu katsayılar 0,66-0,77 arasındadır. Gabrani ve diğerlerinin (2015) Arnavutluk'ta 4 bölgesel hastanede, 341 sağlık çalışanı (132 hemşire, 209 hekim) ile yaptıkları bir çalışmada GTA'nın boyutlarının güvenirlik katsayıları 0,64-0,82 arasındadır. Zimmermann ve diğerlerinin (2013) İsviçre'de bir üniversite hastanesinin cerrahi ve dâhiliye servislerinde görevli 319 sağlık personeli (273 hemşire, 46 hekim) üzerinde yaptıkları bir çalışmada, GTA'nın boyutlarının alfa katsayıları 0,65-0,83 arasındadır. Hem bu çalışmada hem de diğer çalışmalarda bulunan GTA'nın boyutlarının güvenirlik katsayıları benzerlik göstermektedir. Dolayısıyla GTA'nın hasta güvenliği ile ilgili tutumları ölçmede güvenilir bir araç olduğu söylenebilir.

Çalışmaya katılan hastane personelinin yaklaşık yarısı kadınlardan ve üniversite mezunlarından oluşmaktadır. Katılımcıların yarısından çoğu (%64,1) diğer grubundaki personelden, yaklaşık dörtte biri (%25,7) hemşirelerden, onda biri de (%10,2) hekimlerden oluşmaktadır.

GTA'yı oluşturan 30 ifadeden en yüksek ortalamaya sahip ilk 3 ifade şunlardır: “İşimi severim (4,55±0,99), Hastane yönetimi hastaların güvenliğini bilerek tehlikeye atmaz (4,35±1,21), Bu hastane çalışmak için iyi bir yerdir (4,20±1,21)”. Kaya ve diğerlerinin (2010)'nin çalışmasında ortalaması en yüksek ilk 3 ifade; “İşimi severim (4,36±0,88), İş yüküm aşırı arttığı zaman performansım düşer (4,05±1,20), Çok yorgun olduğumda, işte daha az etkili olurum (3,96±1,22)” ifadeleridir. Gabrani ve diğerlerinin (2015) çalışmasında ortalaması en yüksek 3 ifade; “İşimi severim (4,38±0,88), Bu hastanedeki personel için, anlamadıkları bir şey olduğunda soru sormak kolaydır (4,13±0,96),

Hastaların güvenliğiyle ilgili olarak duyabileceğim herhangi bir endişeyi söylemek için meslektaşlarım tarafından cesaretlendirilirim (4.05 ± 0.94)” ifadeleridir. Zimmermann ve diğerlerinin (2013) çalışmasında ortalaması en yüksek 3 ifade; “İşimi severim (4.61 ± 0.64), Bu hastanedeki personel için, anlamadıkları bir şey olduğunda soru sormak kolaydır (4.50 ± 0.73), Bu hastanede hemşirelerin hasta bakımı hakkında verdiği bilgiler oldukça dikkate alınır (4.40 ± 0.74)” ifadeleridir. Sexton ve diğerlerinin (2006) 3 ülkede (ABD, Birleşik Krallık, Yeni Zelanda) 10843 sağlık personeli üzerinde yaptıkları kesitsel bir araştırmalardan elde edilen GTA uluslararası kıyaslama verisindeki en yüksek ortalamaya sahip ilk 3 ifade şunlardır: “İşimi severim (4.37 ± 0.88), Bu hastanedeki personel için, anlamadıkları bir şey olduğunda soru sormak kolaydır (4.17 ± 0.96), Hastaların güvenliğiyle ilgili olarak duyabileceğim herhangi bir endişeyi söylemek için meslektaşlarım tarafından cesaretlendirilirim (4.08 ± 0.94)”. Bu çalışma ve diğer çalışmalar birlikte değerlendirildiğinde “işimi severim” ifadesi bütün çalışmalarda ortalaması en yüksek ifadedir ve iş doyumu boyutu içerisinde yer almaktadır.

Kişinin işini sevmesi iş doyumunu artırmada önemli bir faktördür ve iş doyumu genel olarak, kişinin işinden ve işle ilgili olan faktörlerden aldığı hazzı ve mutluluğu açıklamaktadır (Eğimli, 2009). Çalışmada, iş doyumu ile güvenlik iklimi boyutu arasındaki ilişki kuvvetli ve pozitifdir ($r=0.70$; $p<0.01$). Hasta güvenliği, çalışanların tutum ve memnuniyetlerinden büyük ölçüde etkilenmektedir. Yapılan birçok çalışmada hasta güvenliğinin çalışan memnuniyetinden etkilendiği kanıtlanmıştır (Strategic Talent Management, 2008). İran’da 322 hemşirenin katılımıyla gerçekleştirilen bir çalışmada, hemşirelerin iş doyumu ile hasta güvenliği kültürü algısı arasında pozitif ilişki ($r=0.643$; $p<0.001$) bulunmuştur (Ooshaksaraie ve diğ., 2016). Hamlan (2015)’ın Kanada’da bir üniversite hastanesinde çalışan 748 hemşirenin katılımıyla gerçekleştirdiği bir çalışmada, hemşirelerin iş doyumu ile hasta güvenliği arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=0.55$; $p<0.001$). Aynı çalışmada, hasta güvenliğinin belirlenmesinde hemşirelerin iş doyumu algısının ($\beta=0.47$) profesyoneller arası işbirliği algısından bile ($\beta=0.18$) daha belirleyici olduğu bulunmuştur ($R^2=0.30$; $p<0.001$).

GTA ifadeleri içinde en düşük ortalamaya sahip 3 ifade şunlardır: “Acil durumlar (örneğin, acil resüsitasyonlar/ canlandırmalar, kanamalar) sırasında aşırı yorgunluk performansımı bozar (2.93 ± 1.54), Bu hastanedeki personel sayısı, mevcut hastalara

bakmak için yeterlidir ($2,99 \pm 1,57$), Bu hastanede, hataları tartışmak zordur ($3,09 \pm 1,51$)". Kaya ve diğerlerinin (2010) çalışmasında "Bu servisteki personel sayısı, mevcut hastalara bakmak için yeterlidir ($2,24 \pm 1,43$), Hastane yönetimi, günlük çalışmalarımı destekler ($2,45 \pm 1,34$), Performansım hakkında uygun bilgi ve yorum alırım ($2,48 \pm 1,38$)" ifadeleri ortalaması en düşük ifadelerdir. Gabrani ve diğerlerinin (2015) çalışmasında ortalaması en düşük 3 ifade; "Bu hastanede, hasta bakımıyla ilgili bir problem algılasam, onu söylemekte zorlanırım ($2,45 \pm 1,26$), Hastane yönetimi, günlük çalışmalarımı destekler ($2,48 \pm 1,75$), Hastane yönetimi hastaların güvenliğini bilerek tehlikeye atmaz ($2,54 \pm 1,27$)" ifadeleridir. Zimmermann ve diğerlerinin (2013) çalışmasında ortalaması en düşük 3 ifade; "Hastane yönetimi, günlük çalışmalarımı destekler ($2,80 \pm 1,15$), Acil durumlar (örneğin, acil resüsitasyonlar/ canlandırmalar, kanamalar) sırasında aşırı yorgunluk performansımı bozar ($2,88 \pm 1,33$), Hastane yönetimi hastaların güvenliğini bilerek tehlikeye atmaz ($3,30 \pm 1,45$)" ifadeleridir. Sexton ve diğerlerinin (2006) uluslararası kıyaslama verisindeki en düşük ortalamaya sahip 3 ifade; "Bu hastanede, hasta bakımıyla ilgili bir problem algılasam, onu söylemekte zorlanırım ($2,40 \pm 1,21$), Bu hastanede, hataları tartışmak zordur ($2,53 \pm 1,13$), Bu hastanedeki personel sayısı, mevcut hastalara bakmak için yeterlidir ($2,68 \pm 1,34$)" ifadeleridir. Hem bu çalışmada hem de diğer çalışmalarda "Acil durumlar (örneğin, acil resüsitasyonlar/ canlandırmalar, kanamalar) sırasında aşırı yorgunluk performansımı bozar" ve "Bu hastanedeki personel sayısı, mevcut hastalara bakmak için yeterlidir" ifadeleri, ortalaması en düşük ifadeler arasında yer almaktadır.

Personel sayısının yetersiz olması hasta güvenliğini ciddi şekilde etkileyebilmektedir. Önder ve diğerlerinin (2014) hemşireler üzerinde yaptığı bir çalışmaya göre iş yükünün fazla olması, stres düzeyini etkileyen en önemli stres kaynağıdır. Türkiye, her 1000 kişiye düşen hekim sayısı (1,8) ve hemşire sayısı (1,8) bakımından OECD ülkeleri arasında son sırada yer almaktadır. OECD ortalamasında bu oranlar hekimler için 3,3; hemşireler için 9,1'dir. (OECD, 2015). Türk Tabipleri Birliği (2010) tarafından yapılan bir çalışmaya göre, önlenabilir tıbbi uygulama hatalarının en önemli beş nedeni sırasıyla; aşırı iş yükü ve iş yükü zorlaması, hekimlerin hastalarına ayırdıkları sürenin yetersizliği, kurumda hasta yükünün çok olması, sağlık çalışanlarının eğitim yetersizliği ve hemşire sayısının azlığı olarak belirlenmiştir. Çalışmada, hastane personeli tarafından personel sayısının yetersiz olduğu düşünülmektedir. Yeterli personelin

olmaması, mevcut personelin daha yoğun ve fazla çalışması anlamına gelebilmektedir. Bu durum ise hasta güvenliğini olumsuz etkileyebileceğinden hastane yönetimi tarafından nitelikli ve yeterli sayıda personel alımı yapılmalıdır.

Araştırma sonuçlarına boyutların ortalamaları açısından bakıldığında, en yüksek ortalamaya sahip boyut “iş doyumu ($4,04 \pm 1,04$)” boyutu iken, en düşük ortalamaya sahip boyut ise “stresin kabulü ($3,25 \pm 1,25$)” boyutu olmuştur. Diğer boyutların ortalamaları [(çalışma koşulları ($3,59 \pm 1,14$); yönetime ilişkin algılar ($3,57 \pm 1,09$); güvenlik iklimi ($3,49 \pm 0,88$); ekip çalışması iklimi ($3,54 \pm 0,92$)] ise birbirine yakındır. Kaya ve diğerlerinin (2010) çalışmasında, bu çalışmanın aksine stresin kabulü ortalaması ($3,83 \pm 0,95$) en yüksek boyut olmuştur. Yönetime ilişkin algılar ise ortalaması ($2,84 \pm 0,96$) en düşük boyuttur. Yılmaz ve diğerlerinin (2017) bir kamu hastanesinde görevli 414 hastane personeli (34 hekim, 208 hemşire, 51 sağlık teknisyeni, 32 memur, 89 şirket elamanı) ile yaptıkları bir çalışmada da bu çalışmanın aksine stresin kabulü ortalaması ($3,48 \pm 0,86$) en yüksek boyut olmuştur. Çalışma koşulları ise ortalaması ($2,84 \pm 0,96$) en düşük boyuttur. Balık (2014)’ın GTA kullanarak acil servislerde çalışan 189 hemşire üzerinde yaptığı bir çalışmada (ortalamalar maddelerin toplam puanı alınarak hesaplanmıştır), iş doyumu boyutu ortalaması ($36,67 \pm 9,02$) en yüksek boyut iken, güvenlik iklimi boyutu ortalaması ($13,51 \pm 3,48$) en düşük, stresin kabulü boyutu ise ortalaması ($15,80 \pm 3,84$) en düşük ikinci boyut olmuştur. Ongün (2015)’ün GTA-Ameliyathane versiyonunu kullanarak 5 hastanenin ameliyathane bünyesinde çalışan 477 sağlık personeliyle gerçekleştirdiği çalışmada (ortalamalar 0-100 arasında yeniden ölçeklendirilmiştir), stresin kabulü en düşük ortalamaya ($33,94 \pm 15,44$); ekip çalışması iklimi ise en yüksek ortalamaya ($59,27 \pm 13,91$) sahip boyut olmuştur. Buljac-Samardzic ve diğerlerinin (2015) Hollanda’da hemşirelik ve evde bakım hizmetlerinde çalışan 521 sağlık personeli ile yaptıkları bir araştırmada, stresin kabulü ortalaması ($52,7 \pm 18,9$) en düşük boyut iken ekip çalışması iklimi ortalaması ($70,1 \pm 13,1$) en yüksek boyut olmuştur. Chaboyer ve diğerlerinin (2013) Avustralya’da yoğun bakım ünitelerinde çalışan 672 sağlık personeli (513 hemşire, 89 hekim, 70 profesyonel olmayan sağlık çalışanları) ile yaptıkları bir çalışmada yönetime ilişkin algılar ortalaması ($54,3 \pm 20,2$) en düşük boyut iken ekip çalışması iklimi ortalaması ($69,8 \pm 16,2$) en yüksek boyut olmuştur. Lee ve diğerleri (2010) tarafından Tayvan’da ülke genelinde 200 hastanede, 45.242 katılımcı ile

GTA'nın stresin kabulü boyutu hariç beş boyut üzerinden değerlendirildiği bir araştırmada, ekip çalışması iklimi ortalaması ($48,9 \pm 11,8$) en yüksek boyut iken çalışma koşulları ortalaması ($31,8 \pm 13,5$) en düşük boyut olmuştur. Relihan ve diğerlerinin (2009) bir eğitim hastanesinde akut medikal hastaların yattığı birimde görevli 92 sağlık personeli ile yaptığı bir çalışmada, stresin kabulü ortalaması ($74,7 \pm 17,1$) en yüksek boyut iken yönetime ilişkin algılar ortalaması ($48 \pm 19,1$) en düşük boyut olmuştur. Bu çalışma ve diğer çalışmalar karşılaştırıldığında, stresin kabulü boyutunun (stresin performansı etkilediğini kabul etmenin - stres farkındalığının) bazı çalışmalarda ortalaması en yüksek boyutken, bu çalışmada olduğu gibi bazı çalışmalarda da ortalaması en düşük boyut olduğu görülmüştür. Çalışmalarda, iş doyumu boyutunun ortalaması ise genellikle yüksektir ve bunun hasta güvenliğini olumlu yönde etkileyeceği söylenebilir.

Hastane personelinin “ekip çalışması iklimi” boyutunu oluşturan ifadeler katılma durumları cinsiyet, yaş, pozisyon ve en uzun süre yaşanan bölge özelliklerine göre karşılaştırıldığında; bazı ifadelerde cinsiyet, yaş ve pozisyon değişkenlerine göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0,05$). Karşılaştırma sonuçlarına göre cinsiyeti kadın, yaş grubu ≤ 29 ve pozisyonu hemşire olan grupların algıları genellikle daha olumsuzdur.

Ekip çalışması iklimi boyutunun ortalaması hastane personelinin özelliklerinin tamamına göre karşılaştırıldığında; yaş, pozisyon, hastalarla doğrudan etkileşim ve çalışma saatleri değişkenlerine göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0,05$). Gruplardan yaşı ≤ 29 , pozisyonu hemşire, hastalarla doğrudan etkileşimi olan ve çalışma saatleri gündüz-gece olanların algıları daha olumsuzdur.

Chaboyer ve diğerlerinin (2013)'nin çalışmasında GTA'nın ekip çalışması iklimi boyutunda hemşirelerin algısı hekimlerin algısından daha olumsuz bulunmuştur ($p < 0,001$). Gabrani ve diğerlerinin (2015) çalışmasında da GTA'nın ekip çalışması iklimi boyutunda hemşirelerin algısı ($45,7 \pm 11,3$) hekimlerin ($52,3 \pm 10,7$) algısından daha olumsuz bulunmuştur ($p < 0,01$). Raftopoulos ve diğerlerinin (2011)'nin dört farklı hastanenin doğum birimlerinde görevli 140 ebe üzerinde yaptıkları bir çalışmada, GTA'nın ekip çalışması iklimi boyutunda meslekte çalışma süresi az olan ebelerin algısı ($55,37 \pm 18,58$) meslekte çalışma süresi fazla olan ebelerin algısından ($64,24 \pm 20,09$)

daha olumsuz bulunmuştur ($p<0,05$). Aynı çalışmada istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmasa da birimde çalışma süresi az ve yaşı daha küçük olan grupların algıları daha olumsuzdur. Yılmaz ve diğerlerinin (2017) çalışmasında, GTA'nın ekip çalışması iklimi boyutunda gruplar arasında cinsiyete ve çalışma süresine göre fark bulunmazken, pozisyona ve yaşa göre anlamlı fark olduğu görülmüştür. Hemşirelerin algısı, hekimlerin ve diğer hastane personelinin (sağlık teknisyeni, memur ve şirket elamanı olarak çalışanların ortalaması alındığında) algısına göre daha olumsuzdur. Aynı çalışmada yaşa göre değerlendirildiğinde, ekip çalışması iklimi boyutunda yaşı daha küçük olan hastane personelinin algısı daha olumsuzdur. Kaya ve diğerlerinin (2007a) üçüncü basamak bir hastanede, toplam 243 hemşire ve hekim üzerinde yaptıkları bir çalışmada ise GTA'nın ekip çalışması iklimi boyutunda hekimlerin algısı (3,33) ile hemşirelerin (3,39) algısı arasında fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Kaya ve diğerlerinin (2007b) bir eğitim ve araştırma hastanesinin 6 yoğun bakım ünitesinde yaptıkları bir çalışmada ise hemşirelerin ekip çalışması iklimini hekimlerden daha olumsuz olarak algıladıkları bulunmuştur. Işık ve diğerlerinin (2008) bir devlet hastanesinde çalışan 68 hemşire ve 34 hekim; Kaya ve diğerlerinin (2008) 1190 hekim ve 810 hemşire üzerinde yaptıkları çalışmalarda da GTA'nın ekip çalışması iklimi boyutunda hekimlerin algısı ile hemşirelerin algısı arasında fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Dağdelen (2014)'in Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi (Hospital Survey on Patient Safety Culture – HSPSC) kullanarak 332 sağlık çalışanı üzerinde yaptığı bir çalışmada, güvenlik kültürünün birimler arasında ve birimler içinde ekip çalışması boyutlarında hastalarla doğrudan etkileşim, çalışma süresi, pozisyon ve cinsiyete göre gruplar arasında fark bulunmazken haftalık çalışma saatine göre fark bulunmuştur; çalışma saati fazla (≥ 50 saat) olan grubun algısı çalışma saati az olan (40-49 saat) grubun algısına göre daha olumsuzdur ($p<0,05$). Teleş (2011)'in HSPSC kullanarak bir hastanenin genel cerrahi servislerinde çalışan 124 sağlık personeli (50 hekim, 34 hemşire, 40 diğer) üzerinde yaptığı bir çalışmada, birimler içinde ekip çalışması hakkında ≤ 30 yaş grubunun; birimler arası ekip çalışması hakkında ise yaşı ≤ 30 , pozisyonu hemşire ve haftalık çalışma saati ≥ 60 olan grupların algısı daha olumsuz bulunmuş; cinsiyete ve meslekte çalışma süresine göre ise gruplar arasında fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Ekip çalışması iklimi boyutu için genel olarak bir değerlendirme yapıldığında, hem bu çalışmada hem de diğer çalışmalarda hemşirelerin ve yaşı daha küçük olan hastane personelinin hasta

güvenliği kültürü algısı daha olumsuzdur. Bu çalışmada ayrıca, çalışma saatleri gündüz-gece olanların hasta güvenliği kültürü algısı da daha olumsuz bulunmuştur. Sadece geceleri veya haftanın bazı günleri gece, bazı günleri ise gündüz çalışmak başta uyku problemi olmak üzere hastane personelini olumsuz etkilediğinden dolayı bu şekilde çalışanların algısı olumsuz olmuş olabilir.

Hastane personelinin “güvenlik iklimi” boyutunu oluşturan ifadeler katılma durumları cinsiyet, yaş, pozisyon ve en uzun süre yaşanan bölge özelliklerine göre karşılaştırıldığında; bazı ifadelerde cinsiyet ve yaş değişkenlerine göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Pozisyon değişkeni için ise ifadelerin tamamında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Karşılaştırma sonuçlarına göre cinsiyeti kadın, yaş grubu ≤ 29 ve pozisyonu hemşire olan grupların algıları daha olumsuzdur.

Güvenlik iklimi boyutunun ortalaması hastane personelinin özelliklerinin tamamına göre karşılaştırıldığında ise yaş, pozisyon ve çalışma saatleri değişkenlerine göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Gruplardan yaşı ≤ 29 , pozisyonu hemşire ve çalışma saatleri gündüz-gece olanların algıları daha olumsuzdur.

Yılmaz ve diğerlerinin (2017) çalışmasında, GTA’nın güvenlik iklimi boyutunda gruplar arasında cinsiyete ve çalışma süresine göre fark bulunmazken, pozisyona ve yaşa göre anlamlı fark olduğu görülmüştür. Hemşirelerin algısı, hekimlerin ve diğer hastane personelinin (sağlık teknisyeni, memur ve şirket elamanı olarak çalışanların ortalaması alındığında) algısına göre daha olumsuzdur. Aynı çalışma yaşa göre değerlendirildiğinde, güvenlik iklimi boyutunda yaşı daha küçük olan hastane personelinin algısı daha olumsuzdur. Kaya ve diğerlerinin (2007a) çalışmasında GTA’nın güvenlik iklimi boyutunda hemşirelerin algısı (2,96) hekimlerin algısından (3,26) daha olumsuz bulunmuştur ($p<0,05$). Demirkasımoğlu ve diğerlerinin (2008) ameliyathanede çalışan 132 sağlık personeli üzerinde yaptıkları bir çalışmada, GTA’nın güvenlik iklimi boyutunda hemşirelerin algısı (2,72) hekimlerin algısından (3,15) daha olumsuz bulunmuştur. Başka bir devlet hastanesinin ameliyathanesinde yapılan bir çalışmada da hemşirelerin güvenlik iklimini hekimlerden daha olumsuz olarak algıladıkları bulunmuştur (Kaya ve Akturan, 2007c). Chaboyer ve diğerlerinin (2013)

çalışmasında da GTA'nın güvenlik iklimi boyutunda hemşirelerin algısı hekimlerin algısından daha olumsuz bulunmuştur ($p<0,001$). Gabrani ve diğerlerinin (2015) çalışmasında GTA'nın güvenlik iklimi boyutunda istatistiksel olarak fark olmamakla ($p>0,05$) birlikte hemşirelerin algısı ($36,8\pm10,3$) hekimlerin algısından ($38,7\pm11,1$) daha olumsuz bulunmuştur. Makary ve diğerlerinin (2006)'nin 60 hastanede cerrahi birimlerde çalışan 2135 sağlık personeli (222 cerrah, 564 cerrahi teknisyen, 170 anestezi uzmanı, 121 sertifikalı hemşire anestezi uzmanı, 1058 hemşire) ile yaptıkları bir çalışmada, "Burada hasta olarak tedavi edilseydim, kendimi güvende hissederdim" ifadesinde hemşirelerin algısı cerrahi hekimlerden ve anestezi uzmanlarından daha olumsuz bulunmuştur ($p<0,05$). Raftopoulos ve diğerlerinin (2011) çalışmasında, GTA'nın güvenlik iklimi boyutunda meslekte ve birimde çalışma süresi az, yaşı <35 olan grupların algıları daha olumsuz bulunmuştur ($p<0,05$). Güvenlik iklimi boyutu için genel olarak bir değerlendirme yapıldığında, hem bu çalışmada hem de diğer çalışmalarda özellikle hemşirelerin ve yaşı daha küçük olan hastane personelinin hasta güvenliği kültürü algısı daha olumsuzdur.

Hastane personelinin "iş doyumu" boyutunu oluşturan ifadelerle katılma durumları cinsiyet, yaş, pozisyon ve en uzun süre yaşanan bölge özelliklerine göre karşılaştırıldığında; bazı ifadelerde cinsiyet ve yaş değişkenlerine göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Pozisyon değişkeni için ise ifadelerin tamamında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Karşılaştırma sonuçlarına göre cinsiyeti kadın, yaş grubu ≤ 29 ve pozisyonu hemşire olan grupların algıları daha olumsuzdur.

İş doyumu boyutunun ortalaması hastane personelinin özelliklerinin tamamına göre karşılaştırıldığında ise yaş, pozisyon, çalışma saatleri ve meslekte çalışma süresi değişkenlerine göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Gruplardan yaşı ≤ 29 , pozisyonu hemşire, çalışma saatleri gece ve gündüz, meslekte çalışma süresi 13-72 ay olanların algıları daha olumsuzdur.

Yılmaz ve diğerlerinin (2017) çalışmasında, GTA'nın iş doyumu boyutunda gruplar arasında cinsiyete göre fark bulunmazken; pozisyon, yaş ve çalışma süresine göre anlamlı fark olduğu görülmüştür. Hemşirelerin algısı, hekimlerin ve diğer hastane personelinin (sağlık teknisyeni, memur ve şirket elamanı olarak çalışanların ortalaması

alındığında) algısına göre daha olumsuzdur. Aynı çalışmada yaşa ve çalışma süresine göre değerlendirildiğinde, iş doyumu boyutunda yaşı daha küçük, çalışma süresi fazla olan hastane personelinin algısı daha olumsuzdur. Chaboyer ve diğerlerinin (2013)'nin çalışmasında GTA'nın iş doyumu boyutunda hemşirelerin algısı hekimlerin algısından daha olumsuz bulunmuştur ($p<0,001$). Gabrani ve diğerlerinin (2015) çalışmasında da GTA'nın iş doyumu boyutunda hemşirelerin algısı ($40,6\pm12,2$) hekimlerin algısından ($49,7\pm9,2$) daha olumsuz bulunmuştur ($p<0,01$). Raftopoulos ve diğerlerinin (2011) çalışmasında, GTA'nın iş doyumu boyutunda meslekte ve birimde çalışma süresi az ($p<0,05$), yaşı <35 (istatistiksel olarak anlamlı fark olmasa da) olan grupların algıları daha olumsuz bulunmuştur. İş doyumu boyutu için genel olarak bir değerlendirme yapıldığında, hem bu çalışmada hem de diğer çalışmalarda özellikle hemşirelerin ve yaşı daha küçük olan hastane personelinin hasta güvenliği kültürü algısı daha olumsuzdur. Meslekte çalışma süresine göre değerlendirme yapıldığında ise bazı çalışmalarda çalışma süresi fazla olan, bazılarında ise çalışma süresi daha az olan personelin iş doyumu boyutunda hasta güvenliği kültürü algısı daha düşüktür. Hastane personelinin çalıştıkları yerlerin kurum kültürleri farklı olduğundan böyle bir sonuç bulunmuş olabilir.

Hastane personelinin “stresin kabulü” boyutunu oluşturan ifadeler katılma durumları cinsiyet, yaş, pozisyon ve en uzun süre yaşanan bölge özelliklerine göre karşılaştırıldığında; bazı ifadelerde cinsiyet, yaş ve en uzun süre yaşanan bölge değişkenlerine göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Pozisyon değişkeni için ifadelerin tamamında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). En uzun süre yaşanan bölge değişkeni açısından sadece “Gergin ya da düşmanca durumlarda hata yapma ihtimalim daha fazladır” ifadesinde gruplar arasında anlamlı fark bulunmuş ($p<0,05$) olup en uzun süre yaşadığı bölge doğu bölgesi olanlar bu ifadeye daha az katılmıştır. Belki de doğuda yaşayanlar gergin durumlarda yaşadıklarından buna alışmıştır ve bu onları etkilemiyordur. Karşılaştırma sonuçlarına göre genel bir değerlendirme yapıldığında cinsiyeti kadın, yaş grubu ≤ 29 ve pozisyonu hemşire olan grupların algıları genel olarak daha olumsuzdur.

Stresin kabulü boyutunun ortalaması hastane personelinin özelliklerinin tamamına göre karşılaştırıldığında ise cinsiyet, yaş, eğitim durumu, pozisyon, hastanede çalışma süresi

ve meslekte çalışma süresi değişkenlerine göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Gruplardan cinsiyeti kadın, yaşı ≤ 29 , eğitim düzeyi lise ve üniversite, pozisyonu hemşire ve diğer, hastanede çalışma süresi ≥ 11 ay, meslekte çalışma süresi 13-72 ay olanların algıları daha olumsuzdur.

Yılmaz ve diğerlerinin (2017) çalışmasında, GTA'nın stresin kabulü boyutunda gruplar arasında yaşa ve çalışma süresine göre fark bulunmazken, cinsiyet ve pozisyona göre anlamlı fark olduğu görülmüştür. Çalışmada, erkeklerin algısı daha olumsuzdur. Hekimlerin algısı, hemşirelerin ve diğer hastane personelinin (sağlık teknisyeni, memur ve şirket elamanı olarak çalışanların ortalaması alındığında) algısına göre daha olumludur. Aynı çalışmada, diğer boyutlardan ve bu çalışmadan farklı olarak stresin kabulü boyutunda hemşirelerin algısı da diğer hastane personelinin (sağlık teknisyeni, memur ve şirket elamanı olarak çalışanların ortalaması alındığında) algısına göre daha olumludur. Demirkasımoğlu ve diğerlerinin (2008) çalışmasında ise bu çalışmayla benzer olarak GTA'nın stresin kabulü boyutunda hemşirelerin algısı (3,91) cerrahların algısından (4,42) daha olumsuz bulunmuştur. Balık (2014)'ın çalışmasında yaşı daha küçük (≤ 21 yaş) olan hemşirelerin stresin kabulü boyutunda algıları daha olumsuz bulunmuştur. Gabrani ve diğerlerinin (2015) çalışmasında GTA'nın stresin kabulü boyutunda bu çalışmanın aksine hemşirelerin algısı ($46,7 \pm 11,4$) hekimlerin ($39,5 \pm 9,2$) algısından daha olumlu bulunmuştur ($p<0,01$). Raftopoulos ve diğerlerinin (2011) çalışmasında, GTA'nın stresin kabulü boyutunda meslekte ve birimde çalışma süresi ile yaşa göre gruplar arasında fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Stresin kabulü boyutu için genel olarak bir değerlendirme yapıldığında, hem bu çalışmada hem de diğer çalışmaların çoğunda özellikle hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algısı daha olumsuzdur.

Hastane personelinin “yönetime ilişkin algılar” boyutunu oluşturan ifadeler katılma durumları cinsiyet, yaş, pozisyon ve en uzun süre yaşanan bölge özelliklerine göre karşılaştırıldığında; bazı ifadelerde cinsiyet, yaş ve pozisyon değişkenlerine göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Karşılaştırma sonuçlarına göre cinsiyeti kadın, yaş grubu ≤ 29 ve pozisyonu hemşire olan grupların algıları genellikle daha olumsuzdur.

Yönetime ilişkin algılar boyutunun ortalaması hastane personelinin özelliklerinin tamamına göre karşılaştırıldığında ise cinsiyet, yaş, pozisyon ve çalışma saatleri değişkenlerine göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Gruplardan cinsiyeti kadın, yaşı ≤ 29 , pozisyonu hemşire ve diğer, çalışma saatleri gündüz-gece olanların algıları daha olumsuzdur.

Yılmaz ve diğerlerinin (2017) çalışmasında, GTA'nın yönetime ilişkin algılar boyutunda gruplar arasında cinsiyete göre fark bulunmazken; pozisyon, yaş ve çalışma süresi göre anlamlı fark olduğu görülmüştür. Hemşirelerin algısı, hekimlerin ve diğer hastane personelinin (sağlık teknisyeni, memur ve şirket elamanı olarak çalışanların ortalaması alındığında) algısına göre daha olumsuzdur. Aynı çalışmada yaşa ve çalışma süresine göre değerlendirildiğinde, yönetime ilişkin algılar boyutunda yaşı daha küçük ve çalışma süresi fazla olan hastane personelinin algısı daha olumsuzdur. Çiçek (2012)'in 267 hemşire ile gerçekleştirdiği ve hastane yönetiminin hasta güvenliğine yönelik tutumlarının incelendiği bir araştırmada yaşı ≤ 35 , meslekte çalışma süresi daha az olan hemşirelerin algısı daha olumsuz bulunmuş; kurumda çalışma süresi, haftalık çalışma saati ve vardiya durumuna göre ise hemşireler arasında fark bulunmamıştır. Dilmen (2016)'in 420 hemşire üzerinde yaptığı bir çalışmada da meslekte çalışma süresi daha az olan hemşirelerin hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği hakkındaki algıları daha olumsuz bulunmuştur. Gündoğdu (2010)'nun bir eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan 275 hemşire üzerinde yaptığı bir çalışmada; nöbet usulu çalışan, haftalık çalışma saati fazla, hem kurum hem de birimdeki çalışma süresi daha az ve meslekte çalışma süresi 1-5 yıl olan hemşirelerin hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği hakkındaki algıları daha olumsuz bulunmuştur. Teleş (2011)'in çalışmasında; yaşı ≤ 30 , meslekte çalışma süresi ≤ 5 yıl, haftalık çalışma süresi ≥ 60 saat olan personelin hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği hakkındaki algıları daha olumsuzdur. Gabrani ve diğerlerinin (2015) çalışmasında katılımcılar arasında GTA'nın yönetime ilişkin algılar boyutunda istatistiksel olarak fark olmamakla ($p>0,05$) birlikte hemşirelerin algısı ($44,8\pm 13,1$) hekimlerin ($46,8\pm 9,6$) algısından daha olumsuz bulunmuştur. Raftopoulos ve diğerlerinin (2011) çalışmasında, GTA'nın yönetime ilişkin algılar boyutunda meslekte ve birimde çalışma süresine göre gruplar arasında fark bulunmazken ($p>0,05$), yaşı <35 olan grupların algıları daha olumsuz bulunmuştur ($p<0,05$). Yönetime ilişkin algılar boyutu için genel olarak bir

değerlendirme yapıldığında, hem bu çalışmada hem de diğer çalışmaların çoğunda özellikle hemşirelerin, yaşı daha küçük ve çalışma saatleri gündüz-gece olan hastane personelinin hasta güvenliği kültürü algısı daha olumsuzdur.

Hastane personelinin “çalışma koşulları” boyutunu oluşturan ifadeler katılma durumları cinsiyet, yaş, pozisyon ve en uzun süre yaşanan bölge özelliklerine göre karşılaştırıldığında; bazı ifadelerde cinsiyet, yaş ve pozisyon değişkenlerine göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Karşılaştırma sonuçlarına göre cinsiyeti kadın, yaş grubu ≤ 29 ve pozisyonu hemşire olan grupların algıları daha olumsuzdur.

Çalışma koşulları boyutunun ortalaması hastane personelinin özelliklerinin tamamına göre karşılaştırıldığında ise pozisyon, çalışma saatleri ve meslekte çalışma süresi değişkenlerine göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Gruplardan pozisyonu hemşire, çalışma saatleri gündüz-gece, meslekte çalışma süresi 13-72 ay ve ≥ 73 ay olanların algıları daha olumsuzdur.

Yılmaz ve diğerlerinin (2017) çalışmasında, GTA’nın çalışma koşulları boyutunda gruplar arasında yaşa göre fark bulunmazken; cinsiyet, pozisyon ve çalışma süresi göre anlamlı fark olduğu görülmüştür. Kadınların algısı daha olumsuzdur. Hemşirelerin algısı, hekimlerin ve diğer hastane personelinin (sağlık teknisyeni, memur ve şirket elamanı olarak çalışanların ortalaması alındığında) algısına göre daha olumsuzdur. Aynı çalışmada çalışma süresine göre değerlendirildiğinde, çalışma koşulları boyutunda çalışma süresi fazla olan hastane personelinin algısı daha olumsuzdur. Chaboyer ve diğerlerinin (2013) çalışmasında GTA’nın çalışma koşulları boyutunda hemşirelerin algısı hekimlerin algısından daha olumsuz bulunmuştur ($p<0,001$). Gabrani ve diğerlerinin (2015) çalışmasında da GTA’nın çalışma koşulları boyutunda hemşirelerin algısı ($29,2\pm 13,4$) hekimlerin ($42,4\pm 11,4$) algısından daha olumsuz bulunmuştur ($p<0,01$). Raftopoulos ve diğerlerinin (2011) çalışmasında, GTA’nın çalışma koşulları boyutunda meslekte ve birimde çalışma süresi az ($p<0,05$), yaşı <35 (istatistiksel olarak fark olmasa da) olan grupların algıları daha olumsuz bulunmuştur. Çalışma koşulları boyutunun ortalaması ve ifadeleri için genel olarak bir değerlendirme yapıldığında, hem bu çalışmada hem de diğer çalışmalarda özellikle kadınların, hemşirelerin ve yaşı daha küçük olan hastane personelinin hasta güvenliği kültürü algısı daha olumsuzdur.

Meslekte çalışma süresine göre çalışma koşulları boyutu değerlendirildiğinde sonuçlar Yılmaz ve diğerlerinin (2017) çalışmasıyla benzerlik gösterirken; Raftopoulos ve diğerlerinin (2011) çalışmasıyla benzerlik göstermemektedir.

Hastane personelinin GTA’da yer alan ifadeler katılma durumları ve GTA’nın boyut ortalamaları genel olarak değerlendirildiğinde cinsiyeti kadın, yaşı daha küçük, eğitim düzeyi daha yüksek, pozisyonu hemşire, hastalarla doğrudan etkileşim içinde, çalışma saatleri gündüz-gece, hastanede çalışma süresi daha fazla ve meslekte çalışma süresi 13-72 ay aralığında olan personelin hasta güvenliği kültürü algıları daha olumsuzdur. Yılmaz ve diğerlerinin (2017) çalışması için genel olarak değerlendirme yapıldığında, bu çalışmayla benzer olarak pozisyonu hemşire, yaşı daha küçük ve çalışma süresi daha fazla olan grupların hasta güvenliği kültürü algıları daha olumsuzdur. Ongün (2015)’ün çalışmasında bu çalışmayla benzer olarak yaşı daha küçük, cinsiyeti kadın olan; bu çalışmadan farklı olarak ise meslekte ve kurumda çalışma süresi daha az, haftalık çalışma saati fazla olan grupların algıları daha olumsuz bulunmuştur. Teleş (2011)’in çalışmasında da bu çalışmayla benzer şekilde yaşı daha küçük, pozisyonu hemşire olan; bu çalışmadan farklı olarak ise meslekte çalışma süresi az, haftalık çalışma saati fazla olan personelin hasta güvenliği kültürü algısı daha olumsuzdur. Alp (2011) bir üniversite hastanesinde yaptığı çalışmada, bu çalışmanın aksine, hemşirelerin (n=97) hasta güvenliği kültürü algısını hekimlerin (n=97) algısından daha olumlu bulmuştur. Aydın (2010)’ın 308 sağlık çalışanı (172 hekim, 136 hemşire) üzerinde bir üniversite hastanesinde yaptığı çalışmada yaş, cinsiyet, eğitim durumu ve toplam çalışma yılı özelliklerine göre gruplar arasında fark bulunmazken; asistan hekimlerin, hastanede ve birimde çalışma süresi fazla olan personelin hasta güvenliği kültürü algısı daha olumsuz bulunmuştur. Balık (2014)’ın çalışmasında yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, hemşire olarak çalışma süresi ve acil serviste çalışma süresi özelliklerine göre hemşirelerin hasta güvenliği tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken sadece stresin kabulü boyutunda yaşı daha küçük olan hemşirelerin algısı daha olumsuz bulunmuştur. Durmaz (2016)’ın 135 cerrahi hemşiresi üzerinde yaptığı bir çalışmada eğitim düzeyi yüksek olan hemşirelerin algısı daha olumsuzdur. Chaboyer ve diğerleri (2013) ile Gabrani ve diğerlerinin (2015) çalışmaları genel olarak değerlendirildiğinde, bu çalışmayla benzer şekilde hemşirelerin algısı hekimlerin algısından daha olumsuzdur. Lee ve diğerlerinin (2010) çalışmasında ise hemşirelerin

algısı ($71,1 \pm 10,4$) hekimlerin ($60,0 \pm 13,4$) ve eczacıların ($52,4 \pm 16$) algısından daha olumlu bulunmuştur. Raftopoulos ve diğerlerinin (2011)'nin çalışmasında birçok boyutta meslekte ve birimde çalışma süresi az, yaşı daha küçük olan grupların algıları daha olumsuz bulunmuştur.

Hem bu çalışmada, hem de diğer birçok çalışmada genellikle hastalarla doğrudan etkileşimi, meslekte çalışma süresi daha fazla, yaşı daha küçük, eğitim düzeyi yüksek ve özellikle de pozisyonu hemşire olan çalışanların hasta güvenliği kültürüne ilişkin algıları daha olumsuzdur. Bu çalışmada ayrıca cinsiyeti kadın olan çalışanların hasta güvenliği kültürüne ilişkin algıları daha olumsuzdur. Hastalarla doğrudan etkileşimi fazla olan hastane personeli hastalarla daha fazla vakit geçirmektedir. Bu nedenle oluşan hataları daha sık fark etmekte ve hasta güvenliği kültürünü daha olumsuz bulmakta olabilirler. Yaşı daha küçük olan personelin yeterli iş tecrübesi olmadığından hata yapma olasılığı daha yüksek olduğu için hasta güvenliği kültürü algısı daha olumsuz bulunmuş olabilir. Eğitim düzeyi yüksek olanların hasta güvenliği konusunda farkındalığı da yüksek olabilir. Bu nedenle eğitim düzeyi yüksek olan hastane personelinin hasta güvenliği kültürü algısı daha olumsuz bulunmuş olabilir. Ayrıca, kadınların çoğu hemşirelerden oluştuğu ve hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algısı daha olumsuz olduğu için de kadınların hasta güvenliği kültürü algısı daha olumsuz bulunmuş olabilir. Çalışmada, hemşirelerin hasta güvenliği algısı birçok karşılaştırmada olumsuz bulunmuştur. Hemşireler zamanlarının yaklaşık %90'ını hastalara ayırmaktadırlar (El-Jardali ve diğ., 2008). Hemşirelerin algısının olumsuz olmasının nedeni; hemşirelerin hastalarla olan etkileşimlerinin fazla olmasından ve oluşan hataları daha sık fark etmelerinden kaynaklanmış olabilir.

GTA'nın boyutları arasındaki ilişki katsayıları 0,19-0,76 arasında bulunmuştur. En düşük ilişkiler stresin kabulü boyutu ile diğer boyutlar arasındadır ($r=0,19-0,32$). Stresin kabulü boyutu hariç diğer boyutlar arasındaki ilişki katsayıları ise orta düzeyde ve kuvvetlidir (0,62-0,76). Boyutlar arasındaki en yüksek ilişki ($r=0,76$) çalışma koşulları ile yönetime ilişkin algılar boyutları arasında; en düşük ilişki ($r=0,19$) ise ekip çalışması iklimi ile stresin kabulü boyutları arasındadır. Kaya ve diğerlerinin (2010) çalışmasında da benzer şekilde stresin kabulü ile diğer boyutlar arasındaki ilişkiler çok düşük ($-0,06$ – $-0,12$), stresin kabulü boyutu hariç diğer boyutlar arasındaki ilişkiler orta

düzeydedir ($r=0,44-0,69$). Ongün (2015)'ün çalışmasında yine benzer şekilde stresin kabulü ile diğer boyutlar arasındaki ilişkiler çok düşük ($0,028-0,154$), stresin kabulü boyutu hariç diğer boyutlar arasındaki ilişkiler orta düzeyde ve kuvvetlidir ($r=0,611-0,746$). Yılmaz ve diğerlerinin (2017) çalışmasında da benzer şekilde stresin kabulü ile diğer boyutlar arasındaki ilişkiler çok düşükken ($0,002-0,211$) stresin kabulü boyutu hariç diğer boyutlar arasındaki ilişkiler orta düzeyde ve kuvvetlidir ($r=0,579-0,788$). Yurtdışında yapılan çalışmalarda da benzer durum söz konusudur. Örneğin; Buljac-Samardzic ve diğerlerinin (2015) çalışmasında stresin kabulü ile diğer boyutlar arasındaki ilişkiler çok düşük ($-0,08 - -0,18$) iken stresin kabulü boyutu hariç diğer boyutlar arasındaki ilişkiler daha yüksektir ($r=0,31-0,63$). Gabrani ve diğerlerinin (2015) çalışmasında da stresin kabulü ile diğer boyutlar arasındaki ilişkiler çok düşük ($0,02-0,25$), stresin kabulü boyutu hariç diğer boyutlar arasındaki ilişkiler ise daha yüksektir ($r=0,46-0,79$). Bu çalışmayla benzer olarak boyutlar arasındaki en yüksek ilişki ($r=0,79$) çalışma koşulları ile yönetime ilişkin algılar boyutları arasındadır. Sexton ve diğerlerinin (2006) uluslararası kıyaslama verisinde de benzer şekilde stresin kabulü ile diğer boyutlar arasındaki ilişkiler çok düşükken ($-0,12- -0,17$) stresin kabulü boyutu hariç diğer boyutlar arasındaki ilişkiler yüksek düzeydedir ($r=0,69-0,94$). Stresin kabulü ile diğer boyutlar arasındaki düşük ilişkinin nedeni, stresin kabulü boyutundaki ifadeleri katılımcıların farklı şekillerde algılamasından ve yorumlamasından kaynaklanmış olabilir. Kimi katılımcılar bu boyuttaki ifadelere katılma yani bu ifadeleri kabullenmeye yönelik algılarına göre cevap verirken, kimi katılımcılar da gerçek yaşamlarında ne yaptıklarına göre cevap vermiş olabilir. Lee ve diğerleri (2010), yaptıkları çalışmada stresin kabulü boyutu ile diğer boyutlar arasındaki ilişki çok düşük olduğundan ve stresin kabulü boyutu ölçeğin ayırt etme özelliğini artırmadığından, bu boyutu değerlendirmeye almadıklarını ifade etmişlerdir.

5. BÖLÜM: SONUÇ ve ÖNERİLER

Güneydoğu Anadolu Bölgesindeki özel bir hastanede çalışan tüm personelin hasta güvenliği ile ilgili tutumlarını belirlemek, ayrıca bu tutumların katılımcıların sosyodemografik ve mesleki özelliklerine göre değişip değişmediğini ortaya koymak amacıyla yapılan bu çalışmanın bulgularından elde edilen sonuçlar şu şekilde sıralanabilir:

- Çalışmada, güvenirlik analizi Cronbach alfa katsayısı kullanılarak yapılmıştır ve GTA'nın boyutlarının alfa katsayıları 0,69-0,88 arasında güvenilir düzeydedir. Boyutlar arasındaki ilişki katsayıları 0,19-0,76 arasındadır. Stresin kabulü boyutu hariç diğer boyutlar arasındaki ilişki katsayıları orta düzeyde ve kuvvetlidir (0,62-0,76). Stresin kabulü boyutu ile diğer boyutlar arasındaki ilişki katsayıları çok düşük ve zayıftır (0,19-0,32).
- Katılımcıların yaklaşık yarısının eğitim düzeyi lise ve altında; yarısından fazlasının ise yaşı 29 ve altında, hastanede çalışma süresi 10 ay ve altında, meslekte çalışma süresi 72 ay (6 yıl) ve altındadır.
- Katılımcıların değerlendirmeleri sonucunda GTA'daki en yüksek ortalamaya sahip ilk 3 ifadeye göre personel işini sevmekte, hastane yönetimi hastaların güvenliğini bilerek tehlikeye atmamakta ve personel bu hastaneyi çalışmak için iyi bir yer olarak algılamaktadır.
- Katılımcıların değerlendirmeleri sonucunda GTA'daki en düşük ortalamaya sahip ilk 3 ifadeye göre personelin çoğu acil durumlar (örneğin, acil resüsitasyonlar/ canlandırmalar, kanamalar) sırasında aşırı yorgunluğun performanslarını bozduğunu kabul etmemekte, hastanedeki personel sayısını mevcut hastalara bakmak için yeterli bulmamakta ve hastanede hataları tartışmanın zor olduğunu düşünmektedir.
- Çalışmada, GTA'nın boyutlarından ortalaması en yüksek boyut iş doyumu, ortalaması en düşük boyut ise stresin kabulü boyutudur.
- Çalışmada, hastane personelinin GTA'daki ifadelere katılma durumları cinsiyet, yaş, pozisyon ve en uzun süre yaşanan bölge özelliklerine göre incelendiğinde; maddelerin çoğunda cinsiyeti kadın, yaş grubu ≤ 29 ve pozisyonu hemşire olan grupların algıları genellikle daha olumsuzdur. En uzun süre yaşanan bölgeye

göre ise (“Gergin ya da düşmanca durumlarda hata yapma ihtimalim daha fazladır.” ifadesi hariç) gruplar arasında fark bulunmamıştır.

- Çalışmada GTA’nın boyut ortalamaları hastane personelinin sosyodemografik ve mesleki özelliklerine göre karşılaştırıldığında; cinsiyeti kadın, yaşı ≤ 29 , eğitim düzeyi lise ve üniversite, pozisyonu hemşire, hastalarla doğrudan etkileşim içinde olan, çalışma saatleri gündüz-gece, hastanede çalışma süresi ≥ 11 ay, meslekte çalışma süresi 13-72 ay ve ≥ 73 ay olan grupların hasta güvenliği kültürü algısı genellikle daha olumsuzdur.
- Çalışmada, Güneydoğu Anadolu Bölgesinde yer alan hastanede diğer bölgelerdeki hastanelere göre hasta güvenliği tutumlarıyla ilgili önemli bir fark bulunmamıştır. Önemli bir fark bulunmaması, hastanenin kurumsal bir hastane grubunun şubesi olması ve grubun tüm hastanelerinde hasta güvenliği kültürünün geçmişten beri var olmasına bağlanabilir. Personel ne kadar farklı hastanelerden ve buna bağlı olarak farklı kurum kültürlerinden bir araya gelse de yönetimin tutumu personelin hasta güvenliği kültürünü etkilemektedir. Hastanenin hizmet verdiği bölge ile hasta güvenliği kültürü arasında doğrudan bir ilişki bulunmamaktadır. Kurumun yarattığı hasta güvenliği iklimi personelin hasta güvenliğiyle ilgili davranışları için olumlu bir zemin hazırlamaktadır.

Bu sonuçlar doğrultusunda, hastane yöneticilerine, çalışanlarına ve araştırmacılara sunulacak öneriler şu şekilde sıralanabilir:

- Başta stresin kabulü boyutu olmak üzere güvenlik iklimi, ekip çalışması iklimi ve yönetimi ilişkin algılar ortalaması düşük olan boyutlar olduğundan bu boyutlar öncelikle iyileştirme yapılması gereken alanları göstermektedir.
- Çalışanlar; aşırı yorgunluğun kişinin performansını bozabileceğini, bu durumda insanların hata yapma olasılıklarının daha fazla olabileceğini kabullenmeli ve böyle durumlarda daha dikkatli davranmaları gerektiğini bilmelidirler. Çalışanların iş yükleri arttığı zaman performanslarının etkilenmemesi için iyi bir insan kaynağı yaklaşımıyla performans yönetimi programı hastane tarafından oluşturulmalıdır. Çalışan motivasyonunu arttırmaya yönelik çalışma da bu programda olmalıdır. Yine hastanede ekip çalışmasına uygun bir ortam hazırlanmalı ve ekip çalışmasını teşvik edecek program oluşturulup çalışana

rahat ve huzurlu bir çalışma fırsatı verilmelidir. Çalışanlar, hastanedeki personel sayısını yeterli bulmamakta ve hataları tartışmanın zor olduğunu düşünmektedirler. Hastane yönetimi, hasta güvenliği açısından kurumda çalışan personel sayısını tıbbi gerekliliklere uygun şekilde optimize etmeli, hataları tartışmanın önündeki engellerin neler olduğunu araştırmalı ve bu engelleri ortadan kaldırmalıdır. Bunun için hata bildirimiyle ilgili iletişim kanalları tanımlanmalı çalışanların hata bildirimi yapmaları için teşvik edecek mekanizmalar yaratılmalıdır. Hata bildirimi sonucunda çalışan cezalandırılmayacağını bilmeli ve buna uygun bir liderlik yaklaşımı getirilmelidir.

- Çalışanlarda iş doyumunun yüksek olması, çalışanların işlerinden memnun olması ve kendilerini bu kurumun bir parçası gibi görmeleri anlamına gelmektedir. Bu da hasta güvenliğine olumlu yönde katkıda bulunmaktadır. Hastane yönetimi, çalışanların iş doyumunu desteklemeye ve artırmaya devam etmelidir. Daha önce bahsettiğimiz motivasyon programları ve iş ortamıyla ilgili düzenlemeler bunu destekleyecektir.
- Kurumda çalışan personelin çoğunun işini seven kişilerden oluşması hasta güvenliği açısından olumlu bir durumdur. Ayrıca, çalışanların algısına göre hastane yönetiminin hastaların güvenliğini bilerek tehlikeye atmaması ve personelin çoğunun bu hastanedeki hasta güvenliğiyle ilgili sorunları bildirebileceği uygun kanalları bilmesi, hastane yönetiminin hasta güvenliğine verdiği önemi göstermektedir. Bu ve benzeri uygulamalar hastane yönetimi tarafından desteklenmeye devam edilmelidir.
- Güvenlik tutumları ve hasta güvenliği kültürüne ilişkin algılar, hastane personelinin sosyodemografik ve mesleki özelliklerine göre değiştiği için hastane yöneticileri çalışanların bu özelliklerini bilmeli ve hasta güvenliği kültürünü geliştirmek üzere yapılacak girişimleri planlarken bu özellikleri dikkate almalıdır. Özellikle meslek gruplarına göre çalışan göreve başladığında oryantasyon programlarıyla başlayan sonrasında kalite çalışmaları kapsamında devam eden hasta güvenliği eğitimleri planlanmalıdır.
- Özellikle, mesleki ve sosyodemografik özelliklerine göre çalışanlar incelendiğinde, bazı grupların hasta güvenliği kültürü algısı olumsuzdur.

Hastane yönetimi, başta hemşireler olmak üzere bu gruplarda hasta güvenliği kültürünün neden düşük algılandığı üzerinde durmalıdır. Hemşirelerin özellikle yönetime ilişkin algıları olumsuzdur. Hemşirelerin yarısından fazlası personel sayısını yetersiz bulmakta, hastanede olan ve işini etkileyebilecek önemli ya da olağandışı olaylar (yeni politikalar, yeni çalışma programları, toplantılar, vb) hakkında yeterince ve zamanında bilgilendirilmediğini, hastane yönetiminin günlük çalışmalarını desteklemediğini düşünmektedir. Yöneticiler bu konulara yönelik iyileştirme çalışmaları yapmalıdır. Bu doğrultuda, hasta güvenliği çalışmalarında hemşirelerin ne derece önemli olduğu bilinmeli ve hasta güvenliği eğitimleri ve uygulamaları bu gruba yönelik yoğun bir şekilde sürdürülmelidir. Hemşire personel sayısı, bölümüne göre yönetmeliklerle düzenlenmiştir ve buna uyulduğunda hasta güvenliğini tehlikeye atacak sorunların azalması beklenir. Hastane yönetimi tüm personele kurum strateji ve hedeflerini anlatmalı bu doğrultuda ortak amaç ve yol birliği sağlamalıdır. Hasta güvenliğiyle ilgili tüm komitelerde hemşirelere yer verilmelidir. Bildirilen tıbbi hataların ortaya konmasında ve nedenlerinin araştırılmasında kök-neden analizi gibi çalışmalara hemşireler bilfiil katılmalıdır.

- Hasta güvenliği kültürünün yaratılması ve kalıcı olabilmesi için başta lider olmak üzere tüm hastane yönetimi ve çalışanların hasta güvenliğini sahiplenmesi gerekir. Hastane yönetimi, hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesi için bireysel düzeyde, ekip düzeyinde, çalışılan birim düzeyinde ve kurum düzeyinde hangi iyileştirmelerin yapılabileceğini araştırmalıdır. Hata saptanan süreçler ve iyileştirme yapılması planlanan alanlarda kalite iyileştirme çalışmaları yapılmalı, bu çalışmalara konuyla ilgili olan her birimden katılım sağlanmalıdır.
- Hastane personelinin hasta güvenliği kültürüne yönelik algıları belirli aralıklarla ölçülerek yapılan iyileştirmeler değerlendirilmeli, yapılabilecek başka iyileştirmelerin olup olmadığı araştırılmalı ve varsa bunların neler olduğu belirlenmelidir.
- Çalışmada kullanılan ölçeğin boyutlarının alfa katsayılarının 0,69 ve üzerinde olması ölçeğin güvenilir olduğunu göstermektedir. Ancak, stresin kabulü boyutu ile diğer boyutlar arasındaki ilişkilerin düşük olması düşündürücüdür. Gelecek çalışmalarda bunun nedeninin araştırılması önerilir.

KAYNAKÇA

- Agency for Healthcare Research and Quality. (2017). Surveys on Patient Safety Culture. Erişim Tarihi: 05.12.2017, <https://www.ahrq.gov/sops/quality-patient-safety/patientsafetyculture/index.html>.
- Akalın, E. (2001). *Hasta güvenliği*. Erişim Tarihi: 10.02.2009, <http://slideplayer.biz.tr/slide/2018301/?/>.
- Akalın, E. (2004). Hasta güvenliği kültürü: nasıl geliştirebiliriz? *ANKEM Derg.*, 18(2), 12-13.
- Alp, F.Y. (2011). Sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürünün incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir.
- Alpar, R. (2014). *Uygulamalı İstatistik ve Geçerlilik-Güvenilirlik*. Ankara: Detay Yayıncılık, 3. Baskı.
- American Medical Association (2003). Sağlık Kurumlarının Akreditasyonu Ortak Komisyonu. ABD Ulusal Kalite Forumu.
- Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. (2018). Governance. Erişim Tarihi: 10.04.2018, <https://www.safetyandquality.gov.au/about-us/governance/>.
- Aydın, Ş. (2010). Bir üniversite hastanesinde görev yapan hekim ve hemşirelerin hasta güvenliği kültürüne ilişkin algılamaları. Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas.
- Baker, A. (2001). Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century. *BMJ: British Medical Journal*, 323(7322), 1192.
- Balık, H. (2014). Acil servislerde çalışan hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin tutumları. Yüksek lisans tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- Bernstein, M., Hebert, P. C. & Etchells, E. (2003). Patient safety in neurosurgery: detection of errors, prevention of errors, and disclosure of errors. *Neurosurgery Quarterly*, 13(2), 125-137.
- Budak, M. (2008). Hasta güvenliği kültürü. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, 54-57
- Budak, M. (2009). Hasta Güvenliği Kültürü Oluşturmak İçin Stratejiler. Sağlık Hizmetlerinde Kalite, Akreditasyon ve Hasta Güvenliği Dergisi, 1(1), 24-26.
- Buljac-Samardzic, M., van Wijngaarden, J. D. & Dekker-van Doorn, C. M. (2015). Safety culture in long-term care: a cross-sectional analysis of the Safety Attitudes Questionnaire in nursing and residential homes in the Netherlands. *BMJ quality & safety*, 0,1-9.

- Canadian Patient Safety Institute. (2018). Patient Safety. Erişim Tarihi: 10.04.2018, <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/quality-care/patient-safety/canadian-patient-safety-institute-cpsi.html>.
- Chaboyer, W., Chamberlain, D., Hewson-Conroy, K., Greal, B., Elderkin, T., Brittin, M., ... & Thalib, L. (2013). Safety culture in Australian intensive care units: establishing a baseline for quality improvement. *American Journal of Critical Care*, 22(2), 93-102.
- Çiçek, A. (2012). Hemşirelerin hasta güvenliğine yönelik görüş ve tutumlarının incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir.
- Cooper Ph. D, M. D. (2000). Towards a model of safety culture. *Safety science*, 36(2), 111-136.
- Corrigan, J. M. & Adams, K. (Eds.). (2003). *Priority areas for national action: transforming health care quality*. National Academies Press.
- Dağdelen, Ü.A. (2014). Öğrenen organizasyonlarda hasta güvenliği kültürünün değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Isparta.
- Deilkas, E.T., Hofoss, D. (2008). Psychometric Properties of the Norwegian Version of the Safety Attitudes Questionnaire, Generic Version. *BMC Health Services Research*, 8 (191).
- Demirbaş, F. (2009). Hasta güvenliği uygulamalarında ölçümleme-Türkiye modeli hasta güvenliği endeksi. *Sağlık Hizmetlerinde Kalite, Akreditasyon ve Hasta Güvenliği Dergisi*, 1(1), 20-21.
- Demirkasımoğlu E., Mutlu, N.M. & Kaya, S. (2008). Patient safety culture in the operating room. 2nd International Patient Safety Congress, Antalya, Turkey.
- Dilmen, B. (2016). Hemşirelik öğrencileri ve hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algılamalarının değerlendirilmesi. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Durmaz, G. (2016). Cerrahi hemşirelerinde hasta güvenliği kültürü algısını etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Yeditepe Üniversitesi, İstanbul.
- Eğinli, A. T. (2009). Çalışanlarda iş doyumu: Kamu ve özel sektör çalışanlarının iş doyumuna yönelik bir araştırma. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 23(3), 35-52.
- Elbüken, B. (2010). Sağlık profesyonellerine yönelik tıbbi uygulama hata iddiası ile yüksek sağlık şurasına gönderilen olguların irdelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul.

- El-Jardali, F., Jamal, D., Dimassi, H., Ammar, W. & Tchaghchaghian, V. (2008). The impact of hospital accreditation on quality of care: perception of Lebanese nurses. *Int. J. Qual. Health Care*, 20(5), 363-71.
- Emanuel, L., Berwick, D., Conway, J., Combes, J., Hatlie, M., Leape, L., ... & Walton, M. (2008). *What exactly is patient safety?* Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, ABD.
- Erayman, İ. (2009). Sağlık hizmetlerinde güvenlik ve kalite parametresi: Hastane infeksiyonları. *Sağlık Hizmetlerinde Kalite, Akreditasyon ve Hasta Güvenliği Dergisi*, 1(1), 22-23.
- Erkul, M., Bilişli, Y. & Özdoğan, N. (2015). Hemşirelerde hasta güvenliği kültürü algısı: üniversite hastanesi örneği. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 3(12), 330-337.
- European Commission. (2006). *Medical Errors*. Eurobarometer, European Commission.
- Fiol & Gomez, P.A. (2010). Medical errors: costly compromises of quality care. Erişim Tarihi: 13.11.2014, <http://www.disabled-world.com/medical/errors.php>.
- Gabrani, A., Hoxha, A., Simaku, A. & Gabrani, J. C. (2015). Application of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) in Albanian hospitals: a cross-sectional study. *BMJ open*, 5(4).
- Goffe R., Jones G. (1998). *The Character of a Corporation*. Çeviri: Kutmandı K. (2002). Ankara: Kapital Medya A.Ş.
- Grober, E.D., Bohnen J.M.A. (2005). Defining medical error. *Can J Surg*, 48(1), 39-44.
- Gündoğdu, N.K.. (2010). Hemşirelerde hasta güvenliği kültürü algılamasının belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi, İstanbul.
- Güven, R. (2007). Dezenfeksiyon ve sterilizasyon uygulamalarında hasta güvenliği kavramı. *5. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi*, Antalya, Türkiye.
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2014). *2013 Türkiye nüfus ve sağlık araştırması*. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.
- Hamlan, N.M. (2015). The relationship between inter-professional collaboration, job satisfaction, and patient safety climate for nurses in a tertiary-level acute care hospital" (2015). Electronic Thesis and Dissertation Repository, The University of Western Ontario, Canada.

- Hasta ve Çalışan Güvenliği Platformu. (2017). *Hasta güvenliği nedir?* Erişim Tarihi: 06.12.2017, <http://www.hscgp.org/Content/132/HastaGuvenligiNedir>.
- Hökmen, H., Güleç, S. (2010). Tıbbi malpraktis riskinin yönetiminde bir araç olarak hekim mesleki sorumluluk sigortaları. *Performans ve Kalite Dergisi*, 1, 9-16.
- Institute of Medicine. (2000). *To Err is Human: Building a Safer System*. Washington, D.C.: National Academy Press.
- Işık, O., Kaya, S. & Akturan, S. (2008). Teamwork climate: Results of survey in a nonteaching hospital in Turkey. 2nd International Patient Safety Congress, Antalya, Turkey.
- İşler, M.C. (2013). İş sağlığı ve güvenliği eğitimleri ile güvenlik kültürünün iş kazası ve meslek hastalıklarının önlenmesindeki etkisi. İş Müfettişi Yardımcılığı Etüdü, Ankara, Türkiye.
- Joint Commission International. (2017). International Patient Safety Goals. Erişim Tarihi: 02.11.2017, <https://www.jointcommissioninternational.org/improve/international-patient-safety-goals/>
- Joint Commission International. (2018a): Patient Safety. Erişim Tarihi: 10.04.2018, https://www.jointcommission.org/topics/patient_safety.aspx.
- Joint Commission International. (2018b). Facts about the National Patient Safety Goals. Erişim Tarihi: 10.04.2018, https://www.jointcommission.org/facts_about_the_national_patient_safety_goals/
- Joint Commission International. (2018c). National Patient Safety Goals. Erişim Tarihi: 10.04.2018, https://www.jointcommission.org/standards_information/npsgs.aspx
- Kaya, S. (2005). *Sağlık hizmetlerinde sürekli kalite iyileştirme*. Ankara, Pelikan Yayınları.
- Kaya, S. (2007). Türkiye'deki hastanelerde hasta güvenliği kültürü. Uluslararası Sağlık ve Hastane Yönetimi Kongresi. KKTC.
- Kaya, S. (2009). Hasta Güvenliği Kültürü Nedir ve Nasıl Geliştirilebilir? Sağlık Hizmetlerinde Kalite, Akreditasyon ve Hasta Güvenliği Dergisi, 1(1), 32-34.
- Kaya, S. & Güven, G. (2005). Tıbbi Hatalar ve Hasta Güvenliği: Dahiliye Servislerinde Bir Güvenlik Tutumları Araştırması. Sağlık ve Hastane Yönetimi 2. Ulusal Kongresi, Ankara.

- Kaya, S., Barsbay, S., Bal, E., Yalcin, P. & Karabulut, E. (2007a). Variation in caregiver perceptions of teamwork climate in a tertiary care hospital in Turkey. 24th International Society for Quality in Health Care, Boston, ABD.
- Kaya, S., Demir, C., Cankul, H.İ., Yiğit, Ç., Peker, S., Karabulut, E. (2007b). Divergent attitudes about teamwork among intensive care unit nurses and physicians in a Turkish hospital. 2007 European Health Management Association Annual Conference. 27th-29th June 2007b, Lyon, France.
- Kaya, S., Akturan, S. (2007c). Attitudes to patient safety and teamwork in the operating room: a survey in a Turkish hospital. 2007 European Health Management Association Annual Conference. 27th-29th June 2007, Lyon, France.
- Kaya, S., Barsbay, S., Bal, E., Yalcin, P. & Karabulut, E. (2008). Safety climate and teamwork climate in Turkish hospitals. 2nd International Patient Safety Congress, Antalya, Turkey.
- Kaya, S., Barsbay, S. & Karabulut, E. (2010). The Turkish version of the safety attitudes questionnaire: psychometric properties and baseline data. *Quality and Safety in Health Care*, 19, 572-577.
- Kongar, E. (1972). *Toplumsal değişme*. Ankara, Bilgi Yayınevi.
- Koraşlı, D., Torun, E. & Yüzden, G. E. (2010). Sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürü algılamasının değerlendirilmesi: eğitim ve araştırma hastanesi örneği. 11. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, Ankara.
- Kurutgan, M.N. (2009). Hasta ve çalışan güvenliği tebliği için genel bir değerlendirme. *Sağlık Hizmetlerinde Kalite, Akreditasyon ve Hasta Güvenliği Dergisi*, 1(1), 66-67.
- Lee, W. C., Wung, H. Y., Liao, H. H., Lo, C. M., Chang, F. L., Wang, P. C., ... & Hou, S. M. (2010). Hospital safety culture in Taiwan: a nationwide survey using Chinese version safety attitude questionnaire. *BMC health services research*, 10(1), 234.
- Makary, M. A., Sexton, J. B., Freischlag, J. A., Millman, E. A., Pryor, D., Holzmueller, C., & Pronovost, P. J. (2006). Patient safety in surgery. *Annals of surgery*, 243(5), 628-635.
- National Health Service. (2018). Erişim Tarihi: 10.04.2018, <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/collections/seven-steps-to-patient-safety/?entryid45=59787>.
- National Patient Safety Agency. (2018). Patient Safety. Erişim Tarihi: 10.04.2018, <http://www.npsa.nhs.uk/corporate/about-us/what-we-do/nrls/>.

- Nieva, V. F., & Sorra, J. (2003). Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Quality and Safety in Health Care*, 12(suppl 2), 17-23.
- Nişancı, Z.N. (2012). Toplumsal kültür-örgüt kültürü ilişkisi ve yönetim üzerine yansımaları. *Journal of Life Sciences*, 1(1), 1279-93.
- Null, G., Dean, C., Feldman, M., Rasio, D., & Smith, D. (2004). Death by Medicine. Erişim Tarihi: 02.03.2010, <http://www.webdc.com/pdfs/deathbymedicine.pdf>.
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2015). Health at a Glance 2015: OECD Indicators. OECD Publishing. Paris.
- Ongün, P. (2015). Ameliyathane çalışanlarının hasta güvenliğine ilişkin tutumları ve etkileyen faktörler. Yüksek lisans tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- Ooshaksaraie, M., Azadehdel, M. R. & Jabbari Sadowdi, F. (2016). The relationship between nurses' job satisfaction and patient safety culture in the hospitals of Rasht city. *Journal of Health and Safety at Work*, 6(3), 91-102.
- Ovalı, F. (2010). Hasta Güvenliği Yaklaşımları. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 1, 33-43.
- Önder, G., Aybas, M. & Önder, E. (2014). Hemşirelerin stres seviyesine etki eden faktörlerin öncelik sırasının çok kriterli karar verme tekniği ile belirlenmesi. *Optimum Ekonomi ve Yönetim Bilimleri Dergisi*, 1(1), 21-35.
- Özata, M. & Altunkan, H. (2010). Hastanelerde tıbbi hata görülme sıklıkları, tıbbi hata türleri ve tıbbi hata nedenlerinin belirlenmesi: Konya örneği. *Tıp Araştırmaları Dergisi*, 8(2), 100-111.
- Pronovost, P. & Sexton, B. (2005). Assessing safety culture: guidelines and recommendations. *Qual Saf Health Care*, 14(4), 231-233.
- Raftopoulos, V., Savva, N., & Papadopoulou, M. (2011). Safety culture in the maternity units: a census survey using the Safety Attitudes Questionnaire. *BMC health services research*, 11(1).
- Ramachandrappa, A. & Jain, L. (2008). Iatrogenic disorders in modern neonatology: a focus on safety and quality of care. *Clinics in perinatology*, 35(1), 1-34.
- Reason, J. (1990). Human error. Boston: Cambridge University.
- Reason, J. (2000). Human error: models and management. *Western Journal of Medicine*, 172(6), 393.

- Relihan, E., Glynn, S., Daly, D., Silke, B. & Ryder, S. (2009). Measuring and benchmarking safety culture: application of the safety attitudes questionnaire to an acute medical admissions unit. *Irish journal of medical science*, 178(4), 433.
- Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı. (2016). *Sağlıkta Kalite Standartları-Hastane*. 1.Revizyon, 2. Baskı, Ankara.
- Schein, E. H. (1984). Coming to a new awareness of organizational culture. *Sloan management review*, 25(2), 3-16.
- Sexton, J. B., Helmreich, R. L., Neilands, T. B., Rowan, K., Vella, K., Boyden, J., ... & Thomas, E. J. (2006). The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC health services research*, 6(1), 44.
- Şimşek, H. (2007). Toplam Kalite Yönetimi; Kuram, İlkeler, Uygulamalar. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Şimşek, N., Fidan M. (2005). *Kurum Kültürü ve Liderlik*. Konya, Türkiye, Sebat Ofset Matbaacılık.
- Strategic Talent Management. (2008). *The influence of employee satisfaction on patient satisfaction and safety*. Halogen Software, Newyork, ABD.
- T.C. Resmi Gazete. (2009). Sağlık kurum ve kuruluşlarında hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanması ve korunmasına ilişkin usul ve esaslar hakkında tebliğ. Erişim Tarihi: 01.12.2017, <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2009/04/20090429-12.htm>.
- T.C. Resmi Gazete. (2011). Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik. Erişim Tarihi: 01.12.2017, <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110406-3.htm>.
- T.C. Resmi Gazete. (2013). Sağlık Hizmeti Kalitesinin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik. Erişim Tarihi: 05.04.2018, http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=864:hasta-ve-calisan-guevenlenn-salanmasına-dar-yoenetmelk&Itemid=33.
- T.C. Resmi Gazete. (2015). Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik. Erişim Tarihi: 05.04.2018, <http://kalite.saglik.gov.tr/TR,12545/saglikta-kalitenin-gelistirilmesi-ve-degerlendirilmesine-dair-yonetmelik.html>
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2011). *Hastane Kalite Standartları*. Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, Ankara, Türkiye.

- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2014). WHO Küresel Hasta Güvenliği Mücadelesi. Erişim Tarihi: 08.03.2017, <http://www.kalite.saglik.gov.tr/Eklenti/4113,kureselhastaguenligipdf.pdf?0>
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2016). *Güvenlik Raporlama Sistemi, 2016 Yılı İstatistik ve Analiz Raporu*. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Kalite ve Akreditasyon Genel Müdürlüğü, Ankara, Türkiye.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2017a). Güvenlik Raporlama Sistemi. Erişim tarihi: 25.11.2017, <http://grs.saglik.gov.tr/>.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2017b). Ulusal Güvenlik Raporlama Sistemi. Erişim tarihi: 25.11.2017, <http://grs.saglik.gov.tr/BM/UGRS.aspx>.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı. (2017a). 19. Hasta ve Çalışan Güvenliği Sempozyumu 13 Mayıs 2017, Hatay. Erişim Tarihi: 27.11.2017, <http://www.kalite.saglik.gov.tr/TR,21289/19-hasta-ve-calisan-guvenligi-sempozyumu-13-mayis-2017-hatay.html>.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı. (2017b). Erişim Tarihi: 27.11.2017, <http://kalite.saglik.gov.tr/>.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2018). Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik. Erişim Tarihi: 05.04.2018, <http://kalite.saglik.gov.tr/TR,12545/saglikta-kalitenin-gelistirilmesi-ve-degerlendirilmesine-dair-yonetmelik.html>.
- Tak, B. (2010). Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Ana Unsuru Olarak Hasta Güvenliği Sistemlerinin Oluşturulması: Hastaneler İçin Bir Yol Haritası Önerisi. *Sağlıkta Kalite ve Performans Dergisi*, Ocak 2010, Sayı: 1.
- Teleş, M. (2011). Sağlık personelinin hasta güvenliği kültürü algıları ile hastaların sağlık hizmeti kalitesi algıları arasındaki ilişkinin analizi. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Thomas, E. J., Sexton, J. B., Neilands, T. B., Frankel, A., & Helmreich, R. L. (2005). The effect of executive walk rounds on nurse safety climate attitudes: a randomized trial of clinical units. *BMC health services research*, 5(1), 28.
- Tokuç, B. (2016). *Güvenlik kültürü*. Trakya Üniversitesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı.
- Top M., Gider Ö., Taş Y., Çimen S. (2008). Hekimlerin Tıbbi Hatalara Neden Olan Faktörlere İlişkin Değerlendirmeleri: Kocaeli İlinden Bir Alan Çalışması. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 11 (2).

- Türk Tabipleri Birliği. (2010). *Hasta güvenliği: Türkiye ve Dünya*. Füsün Sayek Türk Tabipleri Birliği Raporları, Ankara, Türkiye.
- Tütüncü, Ö., Küçükusta, D. & Yağcı, K. (2007). Toplam kalite yönetim kapsamında hasta güvenliği kültürü ve bir ölçme aracı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 9(1), 519-533.
- Vincent, C., Taylor-Adams, S., Chapman, E. J., Hewett, D., Prior, S., Strange, P., & Tizzard, A. (2000). How to investigate and analyse clinical incidents: clinical risk unit and association of litigation and risk management protocol. *BMJ: British Medical Journal*, 320(7237), 777.
- Yılmaz, A., Işık, O. & Akca, N. (2017). Hastane Çalışanlarının Hasta Güvenliği Tutumu Algı Düzeylerinin Belirlenmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 20(1), 69-80.
- Zimmermann, N., Küng, K., Sereika, S. M., Engberg, S., Sexton, B. & Schwendimann, R. (2013). Assessing the safety attitudes questionnaire (SAQ), German language version in Swiss university hospitals-a validation study. *BMC health services research*, 13(1), 347.

EK 1. ANKET FORMU

HASTA GÜVENLİĞİ TUTUMLARI ANKETİ

Bu anket, hasta güvenliği ve tıbbi hatalarla ilgili tutum ve davranışların ölçülmesi amacıyla hazırlanmıştır ve yaklaşık 10 dakika sürecektir. Cevabınızı aşağıda verilen ölçeği kullanarak işaretleyiniz.

Hiç katılmıyorum	Kısmen katılmıyorum	Ne katılıyorum ne de katılmıyorum	Kısmen katılıyorum	Tamamen katılıyorum
①	②	③	④	⑤

		Hiç Katılmıyorum	Kısmen Katılmıyorum	Ne katılıyor ne de katılmıyorum	Kısmen katılıyorum	Tamamen katılıyorum
1.	Bu hastanede hemşirelerin hasta bakımı hakkında verdiği bilgiler oldukça dikkate alınır.	①	②	③	④	⑤
2.	Bu hastanede, hasta bakımıyla ilgili bir problem algılasam, onu söylemekte zorlanırım.	①	②	③	④	⑤
3.	Bu hastanede fikir ayrılıkları uygun şekilde çözülür (yani, <i>kimin</i> haklı olduğuna göre değil, hasta için <i>neyin</i> en iyi olduğuna göre).	①	②	③	④	⑤
4.	Diğer personelden hastaların bakımı için ihtiyaç duyduğum desteği görürüm.	①	②	③	④	⑤
5.	Bu hastanede personel için, anlamadıkları bir şey olduğunda soru sormak kolaydır.	①	②	③	④	⑤
6.	Buradaki hekimler ve hemşireler, iyi koordine edilmiş bir ekip olarak birlikte çalışırlar.	①	②	③	④	⑤
7.	Burada hasta olarak tedavi edilseydim, kendimi güvende hissederdim.	①	②	③	④	⑤
8.	Bu hastanede tıbbi hatalar* uygun şekilde ele alınır.	①	②	③	④	⑤
9.	Performansım hakkında uygun bilgi ve yorum alırım.	①	②	③	④	⑤
10.	Bu hastanede, hataları tartışmak zordur.	①	②	③	④	⑤
11.	Hastaların güvenliğiyle ilgili olarak duyabileceğim herhangi bir endişeyi söylemek için meslektaşlarım tarafından cesaretlendirilirim.	①	②	③	④	⑤
12.	Bu hastanenin kültürü, başkalarının hatalarından öğrenmeyi kolaylaştırır.	①	②	③	④	⑤
13.	Bu hastanede hasta güvenliğiyle ilgili sorunları bildirebileceğim uygun kanalları biliyorum.	①	②	③	④	⑤
14.	İşimi severim.	①	②	③	④	⑤
15.	Bu hastanede çalışmak büyük bir ailenin bir parçası olmak gibidir.	①	②	③	④	⑤
16.	Bu hastane çalışmak için iyi bir yerdir.	①	②	③	④	⑤
17.	Bu hastanede çalışmaktan gurur duyuyorum.	①	②	③	④	⑤
18.	Bu hastanede moral yüksektir.	①	②	③	④	⑤
19.	Acil durumlar (örneğin, acil resüsitasyonlar/ canlandırmalar, kanamalar) sırasında aşırı yorgunluk performansımı bozar.	①	②	③	④	⑤

EK 1. ANKET FORMU (Devamı)

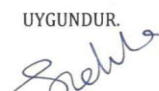
20.	İş yüküm aşırı arttığı zaman performansım düşer.	①	②	③	④	⑤
21.	Çok yorgun olduğumda, işte daha az etkili olurum.	①	②	③	④	⑤
22.	Gergin ya da düşmanca durumlarda hata yapma ihtimalim daha fazladır.	①	②	③	④	⑤
23.	Hastane yönetimi, günlük çalışmalarımı destekler.	①	②	③	④	⑤
24.	Hastane yönetimi hastaların güvenliğini bilerek tehlikeye atmaz.	①	②	③	④	⑤
25.	Bu hastanedeki personel sayısı, mevcut hastalara bakmak için yeterlidir.	①	②	③	④	⑤
26.	Hastanede olan ve işimi etkileyebilecek önemli ya da olağandışı olaylar (yeni politikalar, yeni çalışma programları, toplantılar, vb.) hakkında yeterince ve zamanında bilgilendirilirim.	①	②	③	④	⑤
27.	Bu hastanede yeni personel iyi eğitilir.	①	②	③	④	⑤
28.	Teşhis ve tedaviyle ilgili kararlar için gerekli bütün bilgilere rutin olarak ulaşabilirim.	①	②	③	④	⑤
29.	Bu hastane, problem yaratan hekimler ve diğer çalışanlarla yapıcı şekilde ilgilenir.	①	②	③	④	⑤
30.	Benim mesleğimdeki asistanlar/stajyerler yeterince denetlenir.	①	②	③	④	⑤
31.	Cinsiyetiniz?	① Erkek		② Kadın		
32.	Kaç yaşındasınız?					
33.	Eğitim durumunuz?	① İlk Öğretim Okulu	② Lise	③ Ön Lisans	④ Lisans	⑤ Lisans Üstü
34.	Şimdiye kadar en uzun süre yaşadığınız il?					
35.	Hastanedeki göreviniz?	① Hekim	② Hemşire/Ebe	③ Yardımcı Sağlık Personeli	④ Tekniker/teknisyen	
		⑤ Hasta Danışmanı	⑥ Hekim sekreteri	⑦ İdari personel	⑧ Diğer (Belirtiniz):	
36.	Bulduğunuz görevde, genellikle hastalarla doğrudan etkileşim ve temas içinde misiniz?	① Evet		② Hayır		
37.	Bu hastanede kaç yıldır çalışıyorsunuz?					
38.	Şu andaki uzmanlık alanınızda ya da mesleğinizde kaç yıldır çalışıyorsunuz?					
39.	Hastanedeki çalışma şekliniz?	① Tam zamanlı		② Yarı zamanlı		④ Diğer (Belirtiniz):
40.	Çalışma saatleriniz?	① Gündüz		② Gece		③ Diğer (Belirtiniz):
41.	Bu hastanede, genellikle haftada kaç saat çalışıyorsunuz?					

*Tıbbi hata, sonucuna bakılmaksızın, hizmet sunumunda, herhangi bir sağlık bakım personeli tarafından yapılan, herhangi bir yanlışlık olarak tanımlanır.

ANKETİ DOLDURMAYA ZAMAN AYIRDIĞINIZ İÇİN TEŞEKKÜR EDERİZ.



EK 2. TEZ ORJİNALLİK RAPORU

 HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ YÜKSEK LİSANS TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI'NA
Tarih: 21/06/2018
Tez Başlığı : Güneydoğu Anadolu Bölgesindeki Bir Özel Hastanede Hasta Güvenliği Kültürü Yukarıda başlığı gösterilen tez çalışmamın a) Kapak sayfası, b) Giriş, c) Ana bölümler ve d) Sonuç kısımlarından oluşan toplam 98 sayfalık kısmına ilişkin, 21/06/2018 tarihinde şahsım/tez danışmanım tarafından Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda işaretlenmiş filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı % 19'dur. Uygulanan filtrelemeler: 1- ☒ Kabul/Onay ve Bildirim sayfaları hariç 2- ☒ Kaynakça hariç 3- ☐ Alıntılar hariç 4- ☒ Alıntılar dâhil 5- ☒ 5 kelimeden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Çalışması Orijinallik Raporu Alınması ve Kullanılması Uygulama Esasları'nı inceledim ve bu Uygulama Esasları'nda belirtilen azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim. Gereğini saygılarımla arz ederim. Adı Soyadı: <u>Taner Hasan ÖZCAN</u> Öğrenci No: <u>N11122513</u> Anabilim Dalı: <u>Sağlık Yönetimi</u> Programı: <u>Sağlık Yönetimi</u> 21.06.2018 Tarih ve İmza 
<u>DANIŞMAN ONAYI</u> UYGUNDUR.  Prof. Dr. Sıdıka Kaya (Unvan, Ad Soyad, İmza)