

**T.C.  
İSTANBUL KENT ÜNİVERSİTESİ  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

**SAĞLIK KURULUŞLARINDA HEMŞİRELERİN BAKIŞ  
AÇISINDAN HASTANE GÜVENLİĞİ İKLİMİNİN  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Ferhat İKİER**

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

**Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi İlknur SAYAN**

**İSTANBUL – 2022**

T.C.  
İSTANBUL KENT ÜNİVERSİTESİ  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

**SAĞLIK KURULUŞLARINDA HEMŞİRELERİN BAKIŞ  
AÇISINDAN HASTANE GÜVENLİĞİ İKLİMİNİN  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Ferhat İKİER**

“Bu tez \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_ tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Oybirliği / Oyçokluğu ile kabul edilmiştir.”

| JÜRİ ÜYESİ | KANAATİ | İMZA |
|------------|---------|------|
|            |         |      |
|            |         |      |
|            |         |      |
|            |         |      |
|            |         |      |

## **BEYAN**

Bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez çalışması olarak sunulmadığını beyan ederim.

**Ferhat İKİER**

**08.11.2022**



## ÖN SÖZ

Araştırma sürecim boyunca desteklerini esirgemeyen başta aileme, çalışma arkadaşlarım Uzm. Hem. Mehmet ÖNER, Uzm. Hem. Mehmet GÜVEN, Hamza ŞAHİN, Günay ULUS, Selçuk KUZ, Hafız Mustafa ANDIÇ ve Selami AYDOĞAN'a, acil servis tecrübesinden istifade ettiğim kıymetli Doç. Dr. Utku Murat KALAFAT'a, akademik bilgi ve birikimlerinden istifade ettiğim kıymetli hocam Dr. Öğr. Üyesi İlknur SAYAN'a sonsuz şükranlarımı sunuyorum.

**Ferhat İKİER**

**08.11.2022**



## İÇİNDEKİLER

|                                                               |            |
|---------------------------------------------------------------|------------|
| <b>KISALTMALAR .....</b>                                      | <b>i</b>   |
| <b>TABLOLAR LİSTESİ.....</b>                                  | <b>ii</b>  |
| <b>ŞEKİLLER LİSTESİ.....</b>                                  | <b>iii</b> |
| <b>ÖZET.....</b>                                              | <b>iv</b>  |
| <b>ABSTRACT .....</b>                                         | <b>v</b>   |
| <b>GİRİŞ .....</b>                                            | <b>1</b>   |
| <b>BÖLÜM 1: SAĞLIK HİZMETLERİNE GENEL BAKIŞ.....</b>          | <b>4</b>   |
| 1.1. Sağlık Kavramı.....                                      | 4          |
| 1.2. Sağlığın Önemi .....                                     | 6          |
| 1.3. Sağlık Hizmetleri ve Özellikleri .....                   | 6          |
| 1.4. Sağlık Bakım Hizmetlerinde Hemşire .....                 | 8          |
| 1.4.1. Hemşirenin Tanımı .....                                | 8          |
| 1.4.2. Sağlık Ekibi İçinde Hemşirenin Rol ve İşlevleri.....   | 8          |
| <b>BÖLÜM 2: HASTA GÜVENLİĞİ İKLİMİ .....</b>                  | <b>11</b>  |
| 2.1. Hasta Güvenliği Kavramı ve Kapsamı.....                  | 12         |
| 2.1.1. Hasta Güvenliği Kavramının Tanımlanması.....           | 12         |
| 2.1.2. Hasta Güvenliğini Tehdit Eden Hatalar .....            | 14         |
| 2.1.2.1. Tıbbi Hatalar .....                                  | 14         |
| 2.1.2.2. İlaç Hataları .....                                  | 15         |
| 2.1.2.3. Cerrahi Hatalar .....                                | 16         |
| 2.1.2.4. Tanıda Yapılan Hatalar .....                         | 17         |
| 2.1.2.5. Tedavi/Bakım ve İzlem Sürecinde Yapılan Hatalar..... | 17         |
| 2.1.3. Hasta Güvenliği Yaklaşımları .....                     | 18         |
| 2.2. Kültür-İklim Ayrımı.....                                 | 19         |
| 2.2.1. Kültürün Tanımı.....                                   | 19         |
| 2.2.2. Hasta Güvenliği Kültürü .....                          | 21         |
| 2.2.3. Hasta Güvenliği Kültürü Oluşturulması .....            | 22         |
| 2.3. İklimin Tanımı .....                                     | 23         |
| 2.3.1. Hasta Güvenliği İklimi.....                            | 24         |
| 2.3.2. Hasta Güvenliği İkliminin Ölçümü.....                  | 25         |

|                                                                            |           |
|----------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 2.4. Hemşirelerin Çalışma Ortamı ve Hasta Güvenliğine Etkisi .....         | 26        |
| <b>BÖLÜM 3: YÖNTEM VE BULGULAR.....</b>                                    | <b>30</b> |
| 3.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi .....                                     | 30        |
| 3.2. Araştırmanın Kapsamı ve Sınırlılıkları .....                          | 30        |
| 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....                                | 30        |
| 3.4. Araştırmanın Verilerinin Toplanması.....                              | 31        |
| 3.5. Araştırmanın Modeli .....                                             | 31        |
| 3.6. Araştırmanın Analizi .....                                            | 32        |
| 3.7. Araştırmanın Bulguları.....                                           | 33        |
| 3.7.1. Demografik Özelliklerin Dağılımı .....                              | 33        |
| 3.7.2. Hasta Güvenliği Kültürü Ölçek İfadelerine Göre Dağılımı .....       | 34        |
| 3.7.3. Hasta Güvenliği Kültürünün Demografik Bilgilere Göre Değişimi ..... | 39        |
| 3.7.4. Araştırma Hipotezlerinin Değerlendirilmesi.....                     | 42        |
| <b>BÖLÜM 4: TARTIŞMA.....</b>                                              | <b>43</b> |
| <b>SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>                                              | <b>45</b> |
| <b>KAYNAKLAR.....</b>                                                      | <b>47</b> |
| <b>EKLER.....</b>                                                          | <b>55</b> |
| <b>ÖZ GEÇMİŞ.....</b>                                                      | <b>59</b> |

## KISALTMALAR

**ICN** : Uluslararası Hemşirelik Derneği

**JCI** : Uluslararası Ortak Komisyon

**KNA** : Kök Neden Analizi

**THD** : Türk Hemşireler Derneği

**WHO (DSÖ):** Dünya Sağlık Örgütü

**THD** : Türk Hemşireler Derneği

## TABLÖLAR LİSTESİ

|                                                                                               |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Tablo 1:</b> Veri Toplama Aracının Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizi.....                 | 32 |
| <b>Tablo 2:</b> Demografik Bilgilerin Dağılımı.....                                           | 33 |
| <b>Tablo 3:</b> Hasta Güvenliği Kültürü Ölçek Maddelerine Verilen Cevapların<br>Dağılımı..... | 34 |
| <b>Tablo 4:</b> Hasta Güvenliği Kültürünün Cinsiyete Göre Değişimi.....                       | 39 |
| <b>Tablo 5:</b> Hasta Güvenliği Kültürünün Eğitim Durumuna Göre Değişimi.....                 | 39 |
| <b>Tablo 6:</b> Hasta Güvenliği Kültürünün Yaşa Göre Değişimi.....                            | 40 |
| <b>Tablo 7:</b> Hasta Güvenliği Kültürünün Medeni Duruma Göre Değişimi.....                   | 40 |
| <b>Tablo 8:</b> Hasta Güvenliği Kültürünün Çalışma Yılına Göre Değişimi.....                  | 41 |
| <b>Tablo 9:</b> Hasta Güvenliği Kültürünün Çalışma Birimine Göre Değişimi.....                | 41 |

## ŞEKİLLER LİSTESİ

|                                       |    |
|---------------------------------------|----|
| Şekil 1: Güven Sürecinin Tasviri..... | 11 |
|---------------------------------------|----|



## ÖZET

### İstanbul Kent Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü - Yüksek Lisans Tez Özeti

**Tezin Başlığı:** Sağlık Kuruluşlarında Hemşirelerin Bakış Açısından Hastane Güvenliği İkliminin Değerlendirilmesi

**Tezin Yazarı:** Ferhat İKİER

**Danışman:** Dr. Öğr. Üyesi İlknur SAYAN

**Kabul Tarihi:** 08.11.2022

**Sayfa Sayısı:** v (ön kısım) + 54(tez) + 5(ek)

**Anabilimdalı:** Sağlık Yönetimi

**Bilimdalı:** Sağlık Yönetimi

Bu çalışmada, sağlık kuruluşlarında hemşirelerin bakış açısından hastane güvenliği ikliminin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Araştırma örneklemi 249 hemşireden oluşmaktadır. Araştırma tanımlayıcı nitelikte olup kesitsel tarama modeli kullanılmıştır. Kategorik değişkenlerin dağılımı için frekans analiz ile yapılmıştır. Nicel değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov ve Shapiro Wilks testi ile incelenmiş ve verilerin normal dağılıma uygunluk gösterdiği görülmüştür. Ölçümlerin gruplara göre anlamlı düzeyde farklılık gösterip göstermediği bağımsız gruplarda t testi ile incelenmiştir. Analizler SPSS 20.0 yazılımı ile elde edilmiştir.

Sağlık kuruluşlarında hemşirelerin bakış açısından hasta güvenliği iklimini katılımcıların demografik özelliklerine göre değerlendirildiğinde cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çalışma birimine göre anlamlı düzeyde farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Ancak hasta güvenliği ikliminin 18-25 yaş grubunda hasta güvenliği iklimi düzeyi 26-35 ve 36-45 yaş grubu kişilerden anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir. 1 yıldan az süre ile çalışanların hasta güvenliği iklimi düzeyi diğer gruplardan anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Sağlık kuruluşlarında hemşirelerin bakış açısından hasta güvenliği iklimi, katılımcıların demografik özelliklerine göre çalışma süresi (1 yıldan az) ve yaş grubuna göre (18-25) anlamlı farklılık gösterdiği görülmüştür.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık Hizmetleri, Hemşire, Hasta Güvenliği, Hastane Güvenliği İklimi

## ABSTRACT

### **İstanbul Kent University Postgraduate Education Institute-Abstract of Master's Thesis**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <b>Title of the Thesis:</b> Evaluation of Hospital Safety Climate from the Perspective of Nurses in Their Organizations                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                              |
| <b>Author:</b> Ferhat IKIER                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <b>Supervisor:</b> Asist. Prof. Dr. Ilknur SAYAN             |
| <b>Date:</b> 08.11.2022                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>Nu. of pages:</b> v (pre text)<br>54(main body) + 5(App.) |
| <b>Department:</b> Healthcare Management <b>Subfield:</b> Healthcare Management                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                              |
| <p>In this study, it is aimed to evaluate the hospital safety climate from the point of view of nurses in health institutions. The research sample consist of 249 nurses. The research is descriptive and cross-sectional scanning model was used. It was performed by frequency analysis for the distribution of categorical variables. The suitability of quantitative variables to the normal distribution was examined by Kolmogorov Smirnov and Shapiro Wilks test and it was seen that the data were suitable for the normal distribution. Whether the measurements differed significantly according to the groups was examined by t test in independent groups. The analyses were obtained with SPSS 20.0 software.</p> <p>When the patient safety climate is evaluated according to the demographic characteristics of the participants from the viewpoint of nurses who work in health institutions, it's determined that there is no remarkable difference depends on the gender, education level, marriage status, and working unit. However, it's determined that patient safety climate is remarkably higher in the 18-25 age group than in the 26-35 and 36-45 age group. The patient safety climate level of the employees who work for less then 1 year was found as remarkably higher then the other groups. It's seen that from the viewpoint of nurses who work in health institutions, patient safety climate differs remarkably depends on the demographic characteristics of participation, duration of work (lees than 1 year) and age group (18-25).</p> |                                                              |
| <b>Keywords:</b> Healthcare, Nurse, Patient Safety, Hospital Safety Climate                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                              |

## GİRİŞ

İnsanlar, sağlık hizmetlerini, mevcut sağlık durumlarını koruma, sağlıklarını yeniden kazanma ya da geliştirmek için talep etmektedirler. Sağlık çalışanları, insanlara yardım ederken onlara bazı nedenlerle hizmet sunumu sırasında verilebilecek hataları önlemek isterler. Hasta güvenliği, hasta bakımının güvenilir şekilde gelmesi ve hastaya verilen zararları azaltmak için hasta ile ilişkili riskleri ve olayları daimi olarak belirlemek, analiz etmek ve yönetmek anlamına gelir. Güvenlik, sistem bileşenlerinin etkileşiminden doğar (Kristensen vd., 2007). Hasta güvenliği, hasta için engellenebilir zararın engellenmesi ve sağlık hizmetleriyle ilişkili gereksiz zarar risklerinin kabul edilebilecek minimal seviyeye indirgenmesi şeklinde tanımlanmaktadır. Hasta güvenliği disiplini, sağlık hizmeti sürecinin sebebiyet verdiği zararın hastalara yansımaları önleyebilmek için verdiği gayretlerdir. (WHO, 2021).

Tüm tıbbi muayene ve tedavi tesislerinde hasta güvenliğini tehdit eden faktörlerin önüne geçebilmek için hemşirelerde hasta güvenliği kültürü anlayışının geliştirilmesi ve tedavinin sağlanması ünitelerinde hasta güvenliği hedefleri ile uyumlu bakımın sürekliliği gerekmektedir (Türk, 2015: 56). Hemşireler, hasta güvenliğini sağlamanın ve sağlık hizmetinin kalitesini artırmanın en önemli anahtarıdır. Bu nedenle hemşirenin bir tesisteki hasta güvenliği kültürünün farkında olması ve bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi, tesiste hasta güvenliği kültürünün oluşturulması, uygulanması ve geliştirilmesinin temelini oluşturmaktadır (Rızalar vd., 2015: 10).

Sağlık hizmetlerindeki karmaşık yapı, birbirlerinden farklı alan ve meslek grupları kapsamında hizmet alınmasından kaynaklanmaktadır. Bu farklı meslek grupları içinde yer alan hemşirelik, geçmiş zamandan bugüne kadar kültürel, sosyal ve teknolojik değişimlerden etkilenmiştir. Kişi, aile ve toplumun sağlık durumuyla alakadar olan uygulamaya dayalı sağlık disiplini şeklinde ifade edilen hemşirelik, alandaki hızlı ilerlemelerden etkilenen mesleklerden birisi olmuştur. Hemşireler, bireylerle kurduğu kişilerarası ilişkiler yoluyla insanlara doğrudan hizmet vermektedir. Hemşirelik hizmeti; tüm hasta ve sağlıklı bireylere, kaliteli sağlık bakımı sağlamaya odaklanır. Hemşirelik alanında sadece genel olarak insan yaşamı değil, kişisel deneyimler de yer almaktadır. Hemşirelik hizmetleri, toplumun temel

ihtiyaçlarını karşılama ilkesini sürekli olarak benimser. Ayrıca hemşirelerin üniformalı davranışları diğerk bireylerin hemşirelik mesleğine ilişkin algılarında önemli rol oynamaktadır.

Birey ve toplumun sağlık hizmetlerini karşılama konusunda hemşireliğin sorumluluk alanına bakıldığında oldukça geniş olduğu görülür. Hemşirelerin sorumluluklarını, hasta adına sorumluluğu üstlenme, ekipte bulunan diğerk çalışanlarla bir işbirliği geliştirme ve sağlık hizmetlerini etkin olarak sunmak için umut verici ve yeni yöntemleri desteklemek olarak sıralanmaktadır. Bunun yanında insanların manevi kaynaklarını, başka bir ifadeyle manevi baş etme stratejilerinin değerlendirilmesi için bir bakış açısına sahip olmak da hemşirenin sorumluluğu altındadır. Hemşireler; Hasta bakımıyla ilgili veya ilgisiz tüm işlerden kendilerini sorumlu gördükleri bir dönem geçirmişlerdir. Hemşireler hemşirelik ve hemşirelik dışı işleri ayırt edemezler ve hemşirelik yapmasalar bile zamanlarının önemli bir bölümünü alan hemşirelik dışı işlerden nasıl çıkacaklarını bilemezler. Bu durumda hastaların güvenliği kavramı önemli hale gelir.

Hastaların güvenliğini olumsuz etkileyebilen kusurların önlenebilmesi için kurumsal anlamda güvenlik kültürünün oluşturulması gerekmektedir. Yapılan hataların birçok hizmet alanında tolere edilebildiği görülürken, sağlık alanında daha ciddi ve düzeltilmesi çok da muhtemel olmayan sonuçlara sebebiyet verebilmektedir. Bu durum, sağlık hizmetlerinde kalite, hasta güvenliği kültürü gibi kavramları ön plana çıkarmaktadır.

Hasta güvenliğinin kurumlar için gerekli ve önemli olduğu görülmektedir. Güvenlik standartlarının bu anlamda belirlenmesi, kurumun bütün çalışanlarının bilinçlendirilmesi, kurumun çalışanlar ile alışanlarında hasta ve hasta yakınları ile iletişimin kuvvetlendirilmesi önerilmektedir. Kültürün gelişmesi ve oluşması için de öncelikle kurum sorumlularının bu sorunun önemini dikkate alması ve personel yönlendirmesi esastır. Ayrıca kuruluş liderliğinin yapılan hatalara karşı olumlu tutumu, çalışanların hataları işaret etmelerini sağlayacak ve geri bildirimler olumlu sonuçlar doğuracaktır. Sağlık kurumlarının yapması gereken diğerk vazife de yüksek riskli müdahalelerin belirlenmesi ve müdahale esnasında oluşması muhtemel tıbbi hataların korkmadan bildirilebildiği zemin yaratma ve bildirimler için yeterince kaynak ayırmak olarak sıralanmaktadır.

Bir sağlık kurumunda hasta guvenliği ortamı oluşturmanın veya var olan bir kültürü geliştirmenin en mühim adımı hastane yönetiminin desteğidir. Ayrıca guvenlik bilinci ve ekibinin birimlerdeki çalışması guvenliğin en önemli belirleyicilerindendir. Hasta guvenliğinde iyileştirme ve guvenlik kültürünün oluşması için düzenli ve sistemli bir tutum içinde olmak gerekir. Bu yaklaşımda da veri toplayıp araştırma yapmak, sistem içindeki sorunları yanıtlamak, strateji geliştirmek ve daha da önemli olan birim yönetiminden korkmadan, çekinmeden hataların bildirilebildiği, tebligatın değerli olduğu bir hasta guvenliği kültürünün oluşturulması gerekir. Kısacası hasta guvenliği kültürü, ekip işbirliği, iletişim, liderlik, öğrenme ve hastanın merkeze alındığı görüştür. Literatür incelendiğinde bu konuda yapılan çalışmaların yeterli düzeyde olmadığı görülmüştür. Bu boşluğu doldurmak ve katkı sağlamak için bu çalışmada, sağlık kuruluşlarında hemşirelerin bakış açısından hastane guvenliği ikliminin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

## **BÖLÜM 1: SAĞLIK HİZMETLERİNE GENEL BAKIŞ**

### **1.1. Sağlık Kavramı**

Sağlık ve sağlıklı olma kavramlarına; içerisinde bulunulan dönemin özelliklerine göre farklı anlamlar yüklenmiştir. Sağlığın tanımına ilişkin ilk yaklaşımlara baktığımızda; Hygieia; sağlığı açıklarken disiplinli ve sorumlu bir hayat sürdürme, Aesculap ise hastalıklarla baş etme sanatı olarak tanımlamıştır. Tanımlamaların yapıldığı zamanlarda sağlık, hastalık kavramıyla beraber ele alınmakta, hastalık halinin tersi gibi ortaya konulmaktadır. Benzer biçimde ilk çağlarda çoğu insan, bireylerin hastalanmalarının ana nedenini; kötü ruhlar ve cinler olduğunu düşünmüş ve hastalıktan kurtulmak için çoğunlukla büyü ve sihir gibi yöntemleri tercih etmişlerdir. Bu inanışlar zamanla bilimin gelişmesiyle paralel bir biçimde hastalıklara bakış açısı değişmiştir. Tıp alanında ki yenilikler ve mikroorganizmaların bulunması, teknolojiye dayalı geliştirilen tedavi usulleri gibi faktörlerin etkisiyle değişmiştir. Aggleton sağlığın tanımını, resmi ve resmi olmayan şeklinde sınıflandırmıştır. Sağlık profesyonelleri tarafından yapılan sağlık tanımları resmi tanım olarak kabul görürken; konuda yetkin olmayanların yaptığı tanımlamalar sağlığa ilişkin bireysel algılamalardan oluşmaktadır. Sağlığa dair resmi tanımlamalar kendi içerisinde ikiye ayrılmakta; negatif yönünü “hastalığın yokluğu” şeklinde ifade etmektedir. Ancak zaman içinde sağlıkla ilgili negatif tanımın, sağlık kavramının anlaşılmasını zorlaştırdığı ve hasta olmakla ilişkilendirilen tanımlamaların yerinde bir yaklaşım olmadığına dair görüşler artmıştır. Gelineen noktada sağlık; hastalığın simetriği kabul edilemeyeceği görüşleri ağır basmıştır (Tatar, 2012: 3-4).

Yüzyıllar boyunca sağlık, “hasta olmamak” üzerinden dar bir bakış açısıyla ortaya konulmuştur. Hastalık üzerinden gidildiğinde ise, hastalığın ne olduğunun bilinmesi gerekmektedir. Bir kimsenin hasta olup olmadığına dair algısı bireylerarası ve toplumlararası farklılıklar göstermektedir (Çirhinlioğlu, 2012: 12). Kişi, ağrısının olmadığı bir zamanda kendisini sağlıklı hissederken, tıbbi muayene ve tetkikleri itibarıyla hasta olduğu ortaya çıkabilmekte; kimi zaman tersi bir durumlarda mümkün olabilmektedir. Hasta olmakla ve sağlıklı olmak arasında kesin bir sınırın çizilememesi, bu tanımlara yüklenen anlamın göreceli olması; ilgili kurumlarla yasa

yapıcıları, sağlığı tanımlamaya veya sağlıklı olmanın çerçevesini çizmeye zorlamıştır. Sağlık hizmeti; insan sağlığı için zararlı etmenlerin ortadan kaldırılması, toplumun bütününün bu etmenlerden uzaklaştırılması, hastalananların tedavisi, sağlığına tam kavuşamayıp herhangi bir engeli kalanların, beden ve ruhen kabiliyeti azalanların, bağımsız bir biçimde yaşamlarını sürdürebilmeleri için rehabilitasyon ve, toplum sağlığı düzeyinin yükseltilmesi için planlanan çalışmaların bütünüdür. (Dağlı, 2006: 12).

Sağlık kavramı; çok farklı şekillerde yorumlanmıştır. Zaman içerisinde kabul gören genel tanımlar, değişiklik göstermiştir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) anayasasında genel olarak kabul edilen tanım ; “Sağlık sadece hastalıklar ve engel durumunun olmaması değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönlerden tam bir iyilik halidir” (WHO, 1947). Bu tanıma bakıldığında çok geniş bir çerçeve görmek kaçınılmazdır. Sağlıklı olmak için insanın tüm ihtiyaçlarının karşılanması gerekir. Bedensel, ruhsal ve sosyal yönlerden tam bir iyilik hali gerçekten çok zor bir durumdur. Çünkü insanın ihtiyaçları bitmez ve sürekli karşılanması gereken ihtiyaçlar insanda her zaman bir şeylerin eksik olduğu hissiyatına kapılmasına sebep olabilir. Bu hissiyat hasta olduğunda daha da yükselir. Tatminsizlik, alınganlık, hassaslık artar.

Sağlık hizmetlerini bu doğrultuda incelediğimizde farklı gruplara ve bölümlere ayırmak kaçınılmaz olur. Sağlığın tanımlanması ve sağlık kavramı dikkate alınarak bazı sağlık modelleri ortaya konulmuştur. Bunlar (Okay, 2016: 16).

- “Bio Tıbbi Model; sağlık için, hastalığın yada herhangi bir anomaliliğin olmadığı durumu tanımlar.
- Davranışsal Model; sağlığa bakışı, sağlıklı bir yaşamın tarzı seçilmesi ve uygulaması şeklinde tanımlar.
- Sosyo-Çevresel Model; sağlığı, teşvik önlemleri, kişilerin ve toplumun sağlığı noktasında bazı engel ve çerçeve oluşturan sosyal, ekonomik ve çevresel unsurların sonucu şeklinde tanımlar.

Özetle; DSÖ'ye göre bir insanın sağlıklı olması için hastalığının olmaması, bireyin yaşamını olumsuz yönde etkileyecek bir sakatlığının bulunmaması, ruhsal durumunun iyi olması ve sosyal yaşamının da başarılı olması gerekir. Birçok kaynağın belirttiği üzere, bu tanımlara ek olarak ekonomik iyilik hali eklenmiş olup,

tanım daha da genişletilmiştir. Sonuç olarak ekonomik iyilik ve refah da bireyin psikososyal olarak iyi durumda olmasını sağlamaktadır.

### **1.2. Sağlığın Önemi**

Sağlığın önemi, bireysel ve toplumsal açıdan değerlendirilebilir. Bireysel açıdan ele alındığında sağlık, kişinin yaşamını devam ettirebilmesi için önemlidir. Sağlığın yitirilmesi, bazen bireyin yaşamını yitirmesi ile sonuçlanabilmektedir. Birey için sağlığını yitirmenin en kötü sonucu, gerçekleşmiş olacaktır. Bireyin yaşamının refahı için sağlık hayati önem teşkil eder. Sağlığın tanımında da belirtildiği üzere kişinin sakatlık durumunun olması, kişinin fiziksel ve ruhsal gereksinimlerini yerine getirmesini engelleyebilmektedir. Sağlığın yitirilmesi durumunda geçici yada kalıcı olarak yaşanılacak kısıtlılık yada engel durumu, bireyin yaşam aktivitelerini önceki durumu gibi sürdürebilme imkanını zorlaştıracaktır. Bu durumun da bireyin duyguları, sosyokültürel münasebetleri ve ekonomik açıdan da olumsuz olacağı düşünülmektedir (Aydoğan, 2015: 10).

Sağlık hizmetinde temel amaç, toplumun sağlık yapısının korunması ve sağlık kalitesinin yükseltilmesi, hastalıklardan korunma, hastalanan bireylere uygun tedavi yöntemlerinin sağlanması ve toplumu oluşturan bireylerin başkalarına bağımlı olmadan yaşamalarını sürdürmesidir (Marşap, Akalp ve Yeniman, 2010: 3).

### **1.3. Sağlık Hizmetleri ve Özellikleri**

Sağlık hizmetleri yalnızca tedavi etmek değil; toplum sağlığının korunması ve bu sağlık düzeyinin artırılması için yapılan tüm çabaları eklemek gerekmektedir. Nusret Fişek sağlık hizmetini sağlığı korumak, geliştirmek ve hastalıkları tedavi etmek maksadıyla girişilen çalışmalar olarak ifade etmektedir. Sağlık hizmeti; hastalığın teşhis, tedavi ve rehabilitasyonundan ziyade hastalığın ortaya çıkmadan önlenmesi ve toplumun sağlık durumunun yükseltilmesini de kapsamını da barındırmalıdır (Ateş, 2011: 2). Sağlık hizmetlerinin özellikleri, diğer hizmet sektörlerine göre farklılıklar gösterir (Atlı ve Yücel, 2018:5). Sağlık hizmetlerinde süreçler oldukça karmaşıktır, çıktıların tanımlanması ve değerlendirilmesi zordur. Sağlık hizmetlerinde işler acildir ve ertelenemez, hata kabul etmez, uzmanlık düzeyi oldukça yüksektir ve profesyonelleşmek önemlidir (Altındış, 2018: 6). Sağlık hizmetlerini diğer

hizmetlerden ayıran kendine has özellikleri bulunmaktadır. Bu özellikler (Tengilimlioğlu vd., 2018: 25).

-Sağlık kurum ve kuruluşları dinamik yapılar olup 24 saat esasına göre hizmet vermektedir,

-Sağlık hizmetinin arz ve talebi arasında eşitsizlik olması, talebin belirsiz olması,

-Kârın ilk amaç olmaması, kâr amacı güden ve gütmeyen kurumlarca sağlanması,

-Sağlık profesyonellerinin branş bazında uzmanlaşması,

-Sağlık hizmetlerinde belirsizlik yüksektir,

-Organizasyon olarak matriks yapıya sahiptir,

-Sağlık hizmetlerinin tüketiminin tesadüfi olması,

-Sağlık hizmeti ikamesinin olmaması,

-Sağlık hizmetlerinde homojenlik sağlamanın güç olması,

-Sağlık hizmetinin ertelenememesi,

-Sağlık hizmetlerinde verilecek hizmetin, hizmetten yararlananın değil, hekim tarafından belirlenmesi (Asimetrik bilgi),

-Sağlık hizmetleri tüketicilerinin davranışlarının irrasyonel olması,

-Alınan hizmetten sağlanacak tatminin ve hizmetin kalitesinin önceden belirlenmesinin çok zor olması,

-Sağlık hizmetlerinde maliyetler ile fiyatlar arası korelasyon zayıftır.

Tüm bu maddeler göz önüne alındığında sağlık hizmetinin diğer tüm hizmetlerden daha zor ve stresli bir ortam, durum ve şartlarda sağlandığını söylemek mümkündür.

Bu bağlamda düşünüldüğünde sağlık hizmetlerinin kendine has ayrı bir yaklaşım gerektirdiği açıktır. Profesyonel ve multidisipliner yaklaşımı da beraberinde gerekli kılmaktadır.

## **1.4. Sağlık Bakım Hizmetlerinde Hemşire**

### **1.4.1. Hemşirenin Tanımı**

Uluslararası Hemşirelik Konseyi'nin (ICN) hemşirelik tanımı, “bireyin ailenin ve toplumun sağlığını korumak, hastalık durumunda iyileştirmek ve rehabilite etmek ve sağlığı geliştirmeye yardım eden rehabilitasyon sürecine dahil olan sağlık profesyonelidir. Bunun yanında hemşire, ekibin tedavi edici ve eğitici planlarını geliştirmeye ve uygulamaya katılan bir mensubudur. Türk Hemşireler Derneği (THD) tanımlamasında “hemşirelik, bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını ve sıhhatini koruma, geliştirme ve hastalık durumunda iyileştirebilme hedefine yönelik hemşirelik hizmetlerinin planlanması, uygulanması, örgütlenmesi, değerlendirilmesinden, ve kişilerin eğitimlerinden sorumlu bilim ve sanattan oluşan bir sağlık disiplini” olarak ifade edilmiştir (Birol, 2004: 21).

Hemşireler sağlık ekibinin ayrılmaz bir parçasıdır. Disiplinler arası bir grup olduğu için bu topluluğun oluşması ve sürdürülmesi kolay değildir. Hekim, hemşire, fizyoterapist, diyetisyen ve psikolog gibi sağlık profesyonellerinden oluşmuş olan ekip içinde her mesleğin kendisine özgü ancak birbirlerini tamamlayıcı hizmetler icra etmesi gerekir. Ekip içerisinde rol ve pozisyonların açık olmaması en fazla hemşirelik mesleği çalışanlarını etkilemektedir. Bu durumda bazı engellerin aşılması gerekir (Tekin, 2010: 42).

### **1.4.2. Sağlık Ekibi İçinde Hemşirenin Rol ve İşlevleri**

Sağlık ekibi, sağlık kurum/kuruluşlarında, farklı tip meslek mensuplarının birleştiği, her üyenin kendi işlerini icra ettiği, bilgilerinin ve deneyimlerinin bir araya getirildiği, sürekli paylaşımların, ortak kararların alındığı ve birlikte çalışıldığı birlik olarak tanımlanabilir. Ortak hedefleri olan bireyler için en kapsamlı ve kaliteli sağlık hizmetidir. Hemşire, hekim, diyetisyen, psikolog, fizyoterapist ve sosyal hizmet uzmanı gibi profesyonellerden oluşmuş olan sağlık ekibindeki her meslek üyesinin kendisine özgü ancak birbirlerini tamamlayıcı hizmet vermesi beklenmektedir (Tosun, 2009).

Hemşirelerin sağlık ekibi içinde tedavi ve bakım, karar vericiler, hasta savunuculuğu, eğitim ve yönetim gibi birçok rolü ve işlevi vardır. Bunlar aşağıda kısaca özetlenmiştir (Erdemir, 1998: 60; Akman, 2010: 23).

-Hemşireler, hasta bakım ihtiyaçlarını belirler, planlar ve uygular,

-Harekete geçmeden önce hemşire elindeki bilgileri açıklar en iyisinin ne olduğuna karar verir,

-Hemşire, baktığı kişi veya kişilere fiziksel ve psikolojik açıdan güvenilir bir ortam oluşturur. Bakımla ilgili karar vermede etik kuralları değerlendirir. Kişilerin/hastaların hak ve hukukunu korumak ve gerektiğinde haklarının kullanılmasına yardımcı olur,

-Hemşireler, bireyin/ailenin sağlığını korumak, geliştirmek veya desteklemek için bireyin sosyoekonomik kaynaklarını belirler ve kullanmasını sağlar,

-Hemşire hastalık vb. sebeplerle bedensel veya işlevsel kayıpların olduğu durumda, kişinin sahip olduğu potansiyelini maksimum seviyede kullanmasına, kayıp sonucunda meydana gelen farklılıklarla başa çıkabilmesi için kişi ve yakınlarına yardımcı olur,

-Hemşire emosyonel destekle kişiyenin bakımını vermektedir. Terapotik amaçlara ulaşabilmek için kişinin mevcut ihtiyacını karşılamaktadır,

-Hemşireler, hastaların ve ailelerin anlam bulabilmeleri, öğrenebilmeleri ve bu deneyimlerden bağımsızlık kazanabilmeleri için öğretilmesi gerekenleri belirler ve öğretir. Eğitim sonucunda davranıştaki gelişme ve değişimi değerlendirirler.

Hemşire, hasta ve hasta ailesinin bakıma aktif katılımını sağlar. Tavsiye veren hemşireler ekseriyetle bu rollerden birkaçını eş zamanlı olarak yaparlar. Tedavi sırasında eğitim verir, bununla beraber tavsiyelerde bulunur, korur ve denetler. Modern hemşirelik bakımı, sadece hastalık ve hastaların bakımını ön planda tutmakla kalmaz, aynı zamanda sağlıklıların da sağlığını ve esenliğini korur. Hemşirelerin görevleri arasında tedavi edici tıbbi hizmetler, koruyucu sağlık hizmetleri, eğitim ve idari hizmetler yer almaktadır (Akman, 2010: 24).

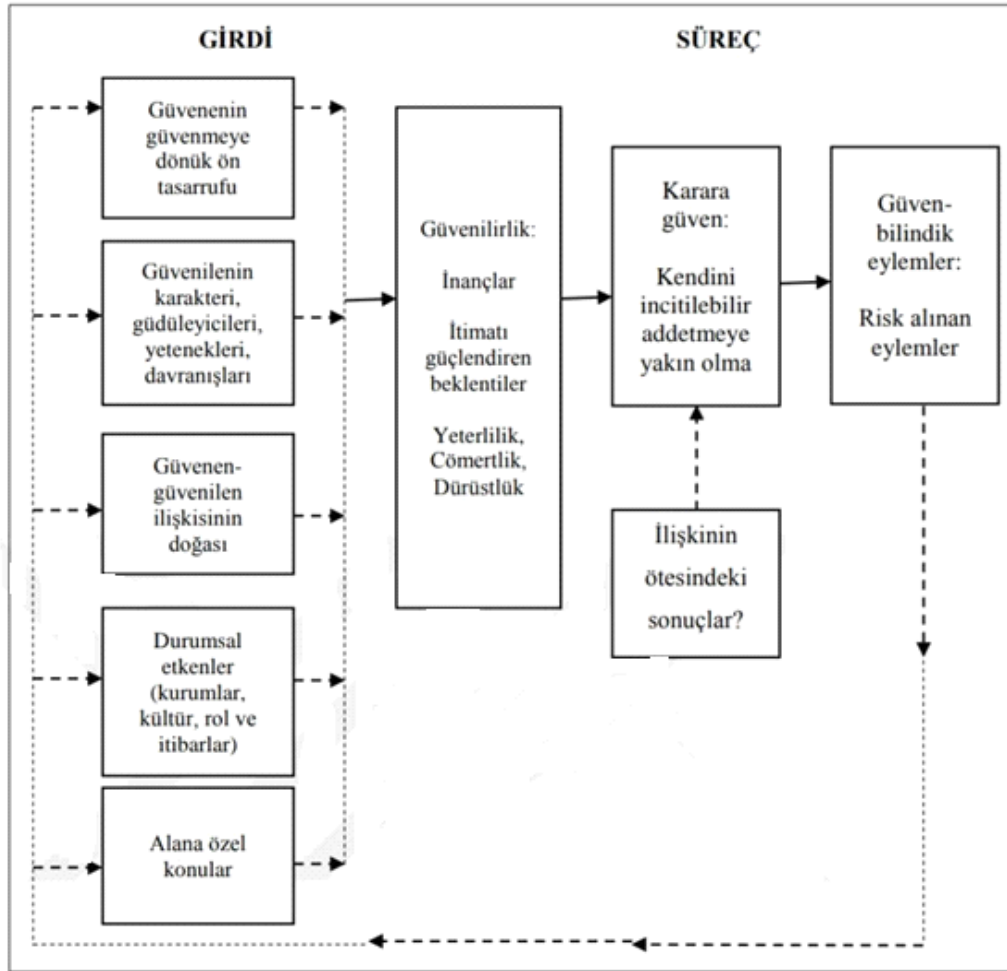
Hemşirelerin görev, yetki ve sorumlulukları ile ilgili olarak “hemşirelik hizmetleri bireyin, ailesinin ve toplumun sağlık ihtiyaçlarını belirler ve bakımı hemşirelik

tanılama süreci kapsamında kanıta dayalı olarak planlar, uygular ve değerlendirir” maddesi yer almaktadır (Resmi Gazete, 8 Mart 2010, sayı: 27515). Bu maddeye bakıldığında hemşirelik süreci ve kanıta dayalı bakım olarak iki değişkenden bahsedilmektedir. Sağlık profesyonellerinin tümü gibi hemşirelerin zamanla sorumluluk ve yetkilerin artmasıyla işlev ve rollerde artış meydana gelmiştir. Özerk, eğiticimci, bakım verici, araştırmacı, karar verici, savunucu, kariyer planlayıcı, yönetici ve sorumluluk sahibi olmak gibi çağdaş hemşirelik rollerinin yanında rehabilitasyon, tedavi verici, rahatlatıcı, iletişim ve koordine edici, danışmanlık gibi sorumluluklar da eklenmiştir (Aydemir, 2018: 255). Hemşirelerin özellikle iletişim ve rahatlatıcı rolleri hasta ile hemşire arasında güven ilişkisinin oluşmasına yardımcı olmaktadır.

Hemşirelik mesleğinin beklenen yaşamsal işlevlerini yerine getirmesinin temel dayanağı meslek hukukudur. Mesleklerin bütünlüklerini korumak ve faaliyetlerini düzene sokmak için bazı yasal düzenlemelere ihtiyaç vardır. Sağlık personelinin görev, yetki ve sorumlulukları kanunla (iş kanunu) belirlenir. Hemşirelerin topluma ve mesleğe karşı görev ve sorumluluklarını en faydalı şekilde yerine getirmeleri gerekmektedir. Bu anlamda mesleğiyle ilişkili olarak kanunların iyi bilinmesi ve uygulanmasında bazı eksikliklerin düzeltilmesi için gereken çalışmalar yapılmalıdır (Türkyılmaz, 2001: 55; Atik, 2008: 7).

## BÖLÜM 2: HASTA GÜVENLİĞİ İKLİMİ

Güven, toplumları ve bireyleri bir arada tutmaktadır. Ancak üzerinde halen çalışılan bir vakadır. Sosyal bilimciler güvenin ehemmiyeti hususunda fikir birliği içindeler, ancak tanımlama konusunda bir netliğin olmadığını söylemek mümkündür. Güveni tanımlayabilmek için belirsizlik, risk, olumlu beklentiler, doğruluk, dürüstlük, tutarlılık-uygunluk, iş kabiliyeti, iyi niyet, hesap verebilirlik gibi faktörlerden bahsedilmektedir. Bunun yanında süreç, inanılrlık, öngörülebilirliğin de önemli olduğu görülmektedir. Bu yönlerden hareketle güvenin tek yönlü bir yapıya sahip olmadığı söylenebilir (Şahin vd., 2016: 45).



Şekil 1: Güven sürecinin tasviri

**Kaynak:** Dietz, G. ve Den Hartog, D. . N., 2006. Measuring Trust Inside Organisations. *Personnel Review*, 35(5), 557-588.

Güven, belirli bir dizi eylemin sonucu olarak ortaya çıkar. Bu süreçte bireysel ve çevresel durumlarla ilgili güven durumu girdi, bu eylemler dizisinden kaynaklanan olaylar çıktı olarak tanımlanır. Güven, bir süreçler dizisi olarak tanımlanır (Dietz ve Den Hartog, 2006: 558). Yukarıdaki şekilde gösterilen farklı ögeler, çok yönlü güven konusunda dikkate alınması gereken birçok etken belirtilmektedir.

## **2.1. Hasta Güvenliği Kavramı ve Kapsamı**

### **2.1.1. Hasta Güvenliği Kavramının Tanımlanması**

Tıbbi hizmetin özelliklerinden biri olan "güvenli" sıfatı, verilen bir hizmetin hastaya fayda sağlamaktan çok hastaya zarar vermesini, yaralanmasını, sakat kalmasını ve ölümünü engellemesi ve suçsuz olması şeklinde ifade edilmektedir. Hasta güvenliği konusu, sağlık hizmetlerinin sunumu esnasında bireylerin maruz kalması muhtemel zararları önleyebilmek için sağlık kurum ve kuruluşları ile bu kurumların personelleri tarafından alınmış olan tedbirlerin tamamını kapsamaktadır. Sağlık hizmetleri bireylere zarar vermemektedir. Burada belirtilmiş olan, hizmetlerin sunum süreçleri kapsamında oluşabilecek riskler sebebiyle ortaya çıkabilecek zararlardır. Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı tarafından yapılan tanıma göre hasta güvenliği kavramı, sağlık hizmetinden dolayı oluşacak kusurları önlenme ve sağlık hizmetinden dolayı yapılan kusurların sebebiyet verdiği hasta zararlarının mümkün olduğu kadar en aza indirilmesidir (Akgün ve Al-Assaf, 2007: 43). Hasta güvenliğinin amacı hasta için olumlu bir fiziksel ve psikolojik ortam oluşturmak, güvenliğini sağlamak ve hastaya zarar verebilecek faaliyetlerden uzak tutmak ve olası tehlikelerden kaçınmaktır (Uzun, 2009: 18).

Sağlık hizmetlerine güvence, hastalardan sağlık çalışanlarına, tedarikçilere, sigorta şirketlerine kadar çokça etkileşimin temelini oluşturmaktadır. Bu durumda sağlık hizmetlerinde güvenin önemli rolü olduğunu söylemek mümkündür. Güven, sağlığın üretiminde gereken bütün iş birliğini içermektedir (Gilson, 2003: 1454). Ayrıca etkin terapötik bir iletişim için önemli bir gerekliliktir (Ozawa ve Sripad, 2013: 11). Bu nedenle bugünün şartlarında sağlık hizmetlerine duyulan güven üzerine yapılan araştırmalar popülerlik kazanmıştır. Sağlık hizmetlerine olan güvenin ölçülmesi için; sağlık hizmetlerinin algılanan kalitesinin iyileştirilmesinde, hastalar ve hizmet

sağlayıcılar arasındaki iletişim ve etkileşimin artırılmasında ve sağlık çalışanlarının motivasyonunun artırılmasında önem kazanmıştır.

Burada kurum temelli hasta güvenliğinin oluşumunu etkileyen bazı faktörlere değinmek gerekir (Claridge ve Sanders, 2007: 20).

-Yüksek seviyede bağımsızlık ile birlikte çalışma kültürü,

-Birbirlerine bağımlı çalışan kültürler ve takımlar bütünü,

-Kendisini geliştirme eğilimi,

-Fazla riskli durumlarda işbirlikçi yaklaşımlar.

Sağlık kuruluşu bünyesinde geliştirilen güvenlik kültürü, kusurların net bir şekilde ortaya konabileceği ve sistemdeki mevcut aksaklıkların nedenlerinin tartışılabileceği bir ortam sağlar. Özellikle teşhis, tedavi ve sağlık sonuçları açısından daha başarılıdır. Bu nedenle sağlık kurumları, bazı sebeplerle güvenlik kültürünü oluşturmak, geliştirmek ve değerlendirmek gibi durumlara ihtiyaç duyulmaktadır. Sağlık kuruluşlarının kültürel değerlendirme yapmalarındaki temel amaçları aşağıdaki gibi sıralamak mümkündür (Yalçın, 2010: 15).

-Mevcut kültür alanlarının iyi olabilmesi konusunda, iyileştirilebilecek olan konuların belirlenmesi,

-Hasta güvenliği konusunda çalışanların bilgilendirilmesi ve güvenlik kültürünün tespit edilmesi,

-Hasta güvenliği süreçlerinde geliştirilmiş olan sistemlerin denetlenmesi ve gelinen noktanın belirlenmesi,

-Oluşturulmuş olan güvenlik kültürünü, kurumlar kapsamında ve kendi çerçevesinde kıyaslama yapılması,

-Güvenlikle ilişkili isteklerin gerçekleştirilmesi ve yeni düzenlemelerin yapılması.

Hasta güvenliğini sağlamak için tıbbi hizmet sunum sürecinin tüm aşamalarında önlemler alınmalıdır. Sağlık hizmetlerinin sunumunda tehlikeli durumlar olabilir. Bu nedenle bir süreç olarak bakıldığında sağlık hizmetlerinin uçtan uca sunulmasında tüm adımların atılması gerekmektedir. Sağlık hizmetlerindeki temel amaç kişinin sağlık sorunlarının ortadan kaldırılmasıdır. Bu nedenle, hasta güvenliğiyle kişinin yeni sağlık sorunlarını bakımı sırasında yaşanmaması amaçlanmaktadır. Hasta bakımının yapıldığı ortamlardaki beşeri ve fiziki olasılıkların tümünün dikkate alınması ve gereken tedbirlerin uygulanması gerekmektedir (Yetginlioğlu, 2009: 36). Serbest (2011) tarafından genel kabul görmüş olan hedefler aşağıda listelenmiştir:

- Düşmeden kaynaklanan zarar görme risklerinde azalma,
- Hastaların doğru bir şekilde tanımlanması ve kimliklendirilmesi,
- Yüksek riskli ilaçların güvenliğinin sağlanması,
- Etkin iletişimin iyileştirilmesi,
- Sağlık bakımı konusunda enfeksiyonlarda düşüklük,
- Doğru hasta, doğru yöntem ile doğru cerrahi işlemin yapılması.

Hasta güvenliğiyle, hastalar, aile üyeleri ve personel üzerinde olumlu psikolojik ve fiziksel etkiye sahip bir ortam yaratılmaktadır. Amaç, hizmet sunumunda hataları önlemek, insanları muhtemel zararlardan korumak ve minimum hata seviyesini sağlamaktır. (Güven, 2007: 411).

### **2.1.2. Hasta Güvenliğini Tehdit Eden Hatalar**

Muhtemel hataların önüne geçilmesi hasta güvenliği açısından önemlidir. Hataların önüne geçilmesi ile verilen sağlık hizmetinin, hasta güvenliğini sağlanması daha etkili olacaktır. Hasta güvenliğini tehdit eden tıbbi hatalar; ilaç hataları, cerrahi hatalar, tanı hataları, tedavi, bakım ve takipteki hatalar olarak ele alınacaktır (Dağdelen, 2014: 88).

#### **2.1.2.1. Tıbbi Hatalar**

Tıbbi hatalar Reason(2016) tarafından aktif ve gizli hata olarak ikiye ayrılarak incelenmiştir. Aktif hatalarda, ön plandaki sağlık çalışanları düzleminde gerçekleşen ve etkileri olay sırasında fark edilen hatalardır. Gizli hatalarsa sağlık çalışanlarının kontrolünün dışında yaşanan ve tasarımın yetersiz olması, yanlış kurulum, kötü idari karar, hatalı bakım ve yapılanma gibi sorunları kapsayan hatalardır (Saygın ve Keklik, 2014: 105). Tıbbi hatalar genellikle sağlık çalışanları, hastalar, teknik sorunlar, ekipler ve süreçler ile ortaya çıkar (Öztürk ve Kahrıman, 2016: 59).

Tıbbi hataları tarif ederken, zararların genellikle ihmal ve yanlış yapmaktan kaynaklandığı ifade edilmektedir. Yanlış tanı veya tanıda gecikme, yanlış/uygun olmayan tedaviye veya gereksiz araştırmalara yol açabilir. Laboratuvar testlerinin uygulanması veya yanlış yorumlanması, tıbbi tesis ekipmanlarının arızalanması, iletişim eksikliği, hastane enfeksiyonları, yanlış kan transfüzyonları gibi tespit edilmesi zor olan tıbbi hatalara neden olabilmektedir. (Akılın, 2005: 142).

Ülkemizde tıbbi hataların nedenlerine bakıldığında; tıbbi insan kaynağı yetiştiren eğitim kurumlarının standartlara uygun olmadığı, tıbbi işgücünün yetersiz olduğu, çalışma süresinin uzun olduğu, vaka sayısının fazla olduğu, hasta sayısının fazla olduğu, çalışanların yorgunluğu, iş yerinde memnuniyetsizlik, gerilim, yetersiz sayıda cihaz ve kalibrasyon, fiziki alandan kaynaklanan sorunlar, sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların yetersizliği, bilişim teknolojilerinin yetersiz kullanımı gibi birçok faktörün hataların oluşmasına yol açtığı tespit edilmiştir. İş performansına göre ödeme şekli nedeniyle, hastaya zarar verecek şekilde yüksek gelir elde etmek için yapılan analiz, muayene ve manipülasyonlar da eklenebilir (Özata ve Atuncan, 2010: 104).

#### **2.1.2.2. İlaç Hataları**

Hemşirelik sorumlulukları içerisinde ilaç uygulamalarının önemli bir yeri vardır. İlaç uygulaması pek çok disiplini içeren bir süreç olmakla birlikte, hastanın muayenesinden sonra hekimin isteği üzerine başlar; Hemşireler, doktorlar, hastaların kendileri veya sevdikleri tarafından ilaç uygulaması, kaydı ve doğru yanıt takibi ile sona erer (Uzun ve Arslan, 2008: 218).

İlacın hatalı kullanımı, ilacın sağlık çalışanlarının, hasta ya da ilaç üretimi yapan şirketin kontrolünde olmasına karşın, hastanın ilaçtan kaynaklı bir zarar görmesi veya yanlış ilaç kullanmasına sebep olan “önlenebilir bir olay” ifadesi ile tanımlanır (Ebik, 2017: 41). Önlenebilen nitelik taşıyan bu hataların hastaya ilaç verilme esnasında yapılan uygulamalarla ilişkili olduğu görülmektedir. Yanlış dozda, yanlış ilacın verilmesi, birçok ilacın aynı anda kullanımıyla hastada oluşabilen komplikasyonlar, tedavi uygulamalarında gecikme, uygun olmayan tedavi biçimleri gibi hataların risk taşıyan sakatlık, hastalık ve ölümlere sebep olan yatan hastaların hastanede sıklıkla karşılaştığı bu grup içinde yer aldığı görülür. İlaç hataları ayaktan tedavi gören hastalarda sıklıkla yaşandığı görülmektedir (Tunçel, 2013: 24).

İlaç hataları, hasta güvenliğini etkileyen tipik rastgele hatalardır. Aile ve toplum sağlığının korunmasına, hastalık durumunda sağlığın geliştirilmesi ve iyileştirilmesine yönelik tüm araştırmalarda hemşirenin yeri önemlidir. İlaç yönetimi, hemşirenin sorumluluklarının önemli bir parçasıdır. Pek çok alanı kapsayan tıp pratiği, bir hastanın muayenesinin ardından doktorun istemi ile başlar ve hastanın ilaçlarını uygulama, kayıt altına alma ve doğru yanıtı gözlemlleme ile süreç devam

eder. İlaç hataları, sistem hatasından ya da uygulama hatasından kaynaklanabilir. İlaç hatalarını bildirmek sağlık profesyoneli tarafından rapor edildikten sonra sağlanır. Sağlık sektöründe tecrübesiz personelin çalışması, iş yükünün çok olması, hemşire sayısının ihtiyaçtan az olması, hemşirelerin görevlerinden çekilmesi ve hatanın nedeni olarak çalışanların tükenmişliği, aşırı stres ve tükenmişlik duyguları katkıda bulunan faktörlerdir (Çağlıyan, 2013: 56).

### **2.1.2.3. Cerrahi Hatalar**

Hatalar insan eli olan her alanda olduğu gibi cerrahi alanda da görülebilmektedir. En hatasız olması gereken işlemler cerrahi işlemler olsa da bu hataların varlığı göz ardı edilemez.

Cerrahi uygulamalara bağlı olarak cerrahi hatalar gelişir ve hastanede yatan 50 hastadan 1'inde cerrahi hatalar meydana gelir (Özata ve Atunkan, 2010: 104). 2010 yılında en sık görülen hatalar postoperatif komplikasyonlar, cerrahi komplikasyonlar, iğne ve neşter kesileri ve cerrahi alan enfeksiyonlarıydı (Özata ve Atunkan, 2010: 105). Cerrahi prosedürlerdeki hatalar hem sistemik hem de prosedürel faktörlere atfedilir. Sisteme ilişkin faktörleri aşağıdaki gibi sıralamak mümkündür (Mülayımoğlu ve Ayaz, 2012: 19).

- Kurumsal eksikliklerle cerrahi işlemlerin resmi anlamda doğrulanmaması,
- Cerrahi işlemler konusunda ameliyat öncesinde kontrol listesinin olmayışı,
- Cerrahi alanın belirlenme durumunun sadece cerrahın sorumlu olması,
- Olağan dışı ve acil vakalar,
- Ameliyattan önce hazırlık süreçlerinin kısa tutulmak istenmesi,
- Cerrahi işlemde alışılmamış araç-gereç kullanımı veya hastaya özel pozisyona ihtiyaç duyulması,
- Oryantasyon ve eğitimin yetersiz kalması,
- Bedensel bozukluklarla obezite gibi etkenlerdir (JCI, 2008: 31).

Cerrahi işlemde hataları en aza indirmek için atılabilecek en önemli adımlar; ameliyat öncesi isim, yer ve ameliyat bölgesi ilgili hekim tarafından doldurulur, doğru ve eksiksiz kayıtlar tutulur ve bireysel onam alınır. Ancak klinikten

ayrılmadan önce ameliyat edilecek kişi/hastadan sorumlu hekimin tedavi tarafını yeniden değerlendirmek ve işaretlemek son derece önemlidir (Enişte, 2006: 84).

#### **2.1.2.4. Tanıda Yapılan Hatalar**

Hastanın bakımı için sorumlu olan hemşire hastaya edinmiş olduğu bilgiler sonucunda hemşirelik tanısı koymaktadır. Koyulan tanıya uygun olarak hasta bakımı yapılmaktadır. Bu sebeple hemşirelik tanısıyla tıbbi tanı birbirlerinden farklıdır. Hemşireler sadece hasta bakım süreci içindeki hemşirelik tanılarından sorumludurlar (Tunçel, 2013: 25). Yanlış teşhis, yanlış ve eksik tedaviye veya gereksiz testlere yol açar. Hasta güvenliği açısından; Yanlış teşhis, geç teşhis ve sonuçların yanlış yorumlanması, ciddi hastalık ilerlemesine ve hatta ölüme neden olabilir. Hemşirelik teşhisi ve tıbbi teşhis birbirinden çok uzaktır. Hasta açısından bakımı ile ilgilenen hemşire, topladığı verilere göre hemşirelik tanısı koyar, koyduğu tanı sayesinde hastayı tedavi eder. Bu nedenle hemşire, hastaya bakma sürecinde sadece hemşirelik tanılama görevine sahiptir (Tunçel, 2013: 56).

#### **2.1.2.5. Tedavi/Bakım ve İzlem Sürecinde Yapılan Hatalar**

Sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında sistemde oluşan hatalar olan tedavi/bakım ve takipteki hataların tespit edilmesi güçtür. Ayrıca tıbbi cihazların kullanımında sorunlar ortaya çıktıkça tespit edilmekte ve çok önemli sonuçlar ortaya çıkabilmektedir. Tıbbi uygulamalarda meydana gelen hataların sistem hataları olarak tanımlandığı görülmektedir. Bu hataların çoğu kullanılan ilaçların uygulamasında ortaya çıkar. Sistem verimsizliklerinden kaynaklanan hatalar, diğer arıza türleri ile yakından ilişkilidir. Bu durumun nedeni, tıbbi hizmetlerin bir prosedüre göre yapılmasından kaynaklanmaktadır (Dağdelen, 2014: 47). Tedavi/bakım ve takipteki hatalar, sağlık hizmeti sunumu esnasında sistemde oluşan ve tespit edilmesi zor olan hatalardır. Bunlardan kullanılan araçlardaki hatalar oluştuğu tespit edilebilir. Ancak bunun çok önemli sonuçları olabilir. Medikasyon uygulanmaların da yaşanan hataların çoğunluğunun sistem hataları şeklinde tanımlandığını belirtmek gerekir (Tunçel, 2013: 75).

-Tedaviyi geciktirmek,

-Tedavi seçimlerinde kullanılan yanlış yöntemler,

- Yanlış ilaç uygulamaları,
- İlaç uygulamalarında yöntem veya doz hatası,
- Yanlış cerrahi seçeneği, yanlış işlemler, yanlış hastalara cerrahi uygulanması,
- Cerrahi yanık ve laserasyonlar,
- Personellerin tedavi/bakım uygulama listelerinin düzenli kontrolünü sağlamamaları,
- Transfüzyonda yapılan hatalar,
- Yeterli önleyici tedbirlerin alınmaması,
- Yetersiz hasta takibi,
- Tedavinin ardından yapılan gözlem eksikliği,
- Hastaların taşınması konusunda yaşanan advers durumlar.

### **2.1.3. Hasta Güvenliği Yaklaşımları**

Hasta güvenliği bakımından sistemin iyileştirilmesiyle ilgili olarak uygulanan iki farklı yaklaşımın olduğu görülmektedir. Bu yaklaşımların; “proaktif” ve “reaktif” olarak sıralandığı görülmektedir.

#### **Proaktif (Önleyici) Yaklaşım**

Proaktif yaklaşım, sürecinde farklılık yapabilmek için bir hatanın ya da kaybın oluşmasını beklemenin gerekmediğine dikkat çekiyor. Burada, hastalara ve kötü sonuçlara zarar verebilecek gelecekteki hataları önlemek için önlem almak esastır. Başka bir ifade ile, proaktif risk azaltma yaklaşımı, yüksek riskli durumlara odaklanır. Bu sebepten dolayı (Alp, 2011: 21).

- Kurumda önceden karşılaşılan, zarar ve hatayla sonuçlanan durumlarla ilgili veriler,
- Kaynaklarda yüksek risk belirtilmiş süreçlerden yararlanılmaktadır.

Bunların yanında; kurumdaki kurum içi denetlemelerde performansı yetersiz durumlar, risk yönetimi verileriyle farklı sağlık kurumlarının karşılaştığı süreçlerden de faydalanılması önemiyet taşır.

## **Reaktif (Düzeltici) Yaklaşım**

Bu tarz yaklaşımda hasta için olumsuz bir durum veya hatanın oluşmasının ardından uygulanabildiği aktarılır. Hastanın zarara uğraması; veya riski gibi durumların “Kök Neden Analizi (KNA)” tekniği kullanılıp; analiz edilip gelişmeye açık alanlara odaklanılmaktadır. KNA, zarar ve hataya sebep olan olayların temel nedenini belirleyebilmek, ilgili sistem ve süreçleri analiz etme, ileride bu gibi durumların yaşanmamasını sağlayacak tasarımlar veya geliştirmeyi sağlayacak incelikleri belirleme, bu gibi durumların tekrar meydana gelmesinin önlenmesi hedefiyle yapılabilmektedir. Bu teknik, olayların esas sebebini bulabilmeyi hedeflemektedir. Diğer adımları şu şekilde sıralamak mümkündür (Yıldırım, 2005: 65).

-Hata / zararın temel nedenini (standarttan veya beklenenden sapmaya sebep olan bir durum) ve ortaya çıkmasıyla ilgili süreçleri ve sistemlerin tanımlanması,

-İlgili sistem ve süreçlerin analizi,

-İleride buna benzeyen olayların yaşanmaması için riskleri düşürecek olan tasarımlar veya geliştirilmesini gerektiren durumların tespiti,

-Daha önce belirlenen faaliyetleri kimlerin gerçekleştireceğini belirleyin ve bu uygulamanın etkinliğinin pilot uygulamayla nasıl ölçüleceğine dair bir plan oluşturma,

-Yakalanan fırsatların gelişim sağlaması için plan yapılması veya oluşan fırsatlardan fayda sağlanamıyorsa nedenlerinin belirlenip analiz edilmesi,

-Analiz tamamlandığı zaman prosedür ve süreçlerdeki farklılıklar konusunda bölüm-kiş-i-süreç içindeki kişilerin konuyla ilgili bilgilendirilerek, eğitilmesinin ardından uygulamaya geçmek ve sonuçları izlemek.

## **2.2. Kültür-İklim Ayrımı**

### **2.2.1. Kültür Tanımı**

Bireylerin sosyal çevreleri açısından değerlendirdiklerinde kültür, kavram olarak sahip oldukları bilgi, inanç ve adaleti içerir. Kültür, bireylere sosyal kanallar aracılığıyla iletilen değerler, inançlar, yargılar, semboller, çeşitli davranış biçimleri

ve ölçütlerden, öte yandan kalıplaşmış davranışlardan ortaya çıkan ürün ve ifade malzemelerinden oluşur (Çakır, 2007: 22).

Kültür birçok farklı şekilde tanımlanır. Kültürün tanımları genel olarak çalışanların değerlerine, tutumlarına, normlarına, inançlarına, uygulamalarına, politikalarına ve davranışlarına atıfta bulunur. Temel olarak kültür, burada işleri nasıl yaptığımızdır, buradaki kelime bir hastaneyi değil, belli bir iş birimini ifade eder. Güvenlik kültüründeki çalışanlara, her üyenin kendisinin ve meslektaşlarının güvenlik standartlarına saygı duyduğu, kuruluş çapında bir güvenlik taahhüdü rehberlik eder (Pronovost ve Sexton, 2005: 231).

Kurum kültürünün oluşması sürecinde kurum sosyalleşmesi; çalışanların kültüre katılması için kullanıldığı görülen sistematik süreçler vardır. Sosyalleşme teriminin genel anlamı, genç üyelerin toplum içinde daha iyi işlev görmelerini sağlamak için toplumun yaşlı üyeleri tarafından bilgi ve topluma hakimiyettir; bu genç üyelere iletilir. Kurumsal sosyalleşmede üst düzey yöneticiler, yeni işe alınan çalışanlarına bir kültür aktarmakta ve böylece onların kurum içindeki işlevlerini ve görevlerini etkin bir biçimde yapabilmeleri için yardımcı olmaktadır. Bu şekilde, yeni işe alınanlar organizasyonda işlerin nasıl yürüdüğünü anlayabilir. Takım halinde çalışmayı, bölüm değerlerini, kurallarını, prosedürlerini ve standartlarını benimsemeyi, sosyal ilişkiler geliştirmeyi ve becerilerini ve bilgilerini geliştirmeyi öğrenirler (Şimşek vd., 2008: 34). Kurum kültürünün temel özelliklerini aşağıdaki gibi sıralamak mümkündür (Özkalp ve Kirel, 2001: 162).

- Kurum kültürü, tecrübe ile oluşturulan veya öğrenilen bir olgudur,
- Kurum kültürü belge değil, kurumdaki üyelerin bilinç, hatıra ve düşüncelerine değerler, inançlar şeklinde yansır ve çalışanların kuruma bağlılığını sağlar,
- Kurum kültürü, çalışanlar ve ekip üyelerinin kendi içinde paylaşılabilmelidir,
- Kurum kültürü, meydana gelen veya sistemli olarak tekrar edilen davranış kalıplarını ifade eder,
- Kültür, kurumdaki personeller için çehre oluşturur,
- Kültür, bir kurumu, başka kurumlardan ayıracak sınırları belirler,
- Kurum kültürü, personeller adına idare mekanizması olarak yorumlanır.

Hasta güvenliğinin kurum kültürünün bir faktörü olarak yerleştirilmesini sağlamanın en mühim noktaları aşağıda sıralanmıştır (Altındış, 2018: 70-71).

- Hasta güvenliğinin bütün personellerin sahiplenildiğinin duyurulması,
- Açık iletişimin yöneticilerden, çalışan ve hastalara da dahil herkesi kapsayacak şekilde sağlanmasını motive etme,
- Hastaların güvenliğini tehlikeye sokacak işlemlerin belirlenmesi ve azaltılma görevinin personellere verilmesi,
- Hastaların güvenliğinin oluşması için kaynakların sağlanması,
- Hasta güvenliği konusunda eğitimlerin devamlılığı sağlanmalıdır.

Bir güvenlik kültürü oluşturmak için sağlık profesyonellerinin, hasta sağlığını tehlikeye sokacak muhtemel veya gerçek hataları cezai işlem tehtidi olmaksızın belirtmeleri ve şeffaf ve uygun iletişime geçmeleri gereklidir. (Milligan ve Dennis, 2005: 48-52).

### **2.2.2. Hasta Güvenliği Kültürü**

Güvenlik kültürü; kuruluşun sunduğu hizmet için önemlidir. Güvenlik yönetimindeki becerilerini ve bu alanlarda gerçekleştirdiği, değer yaratma, kişi veya kuruluşların değer, tutum, algı, yetkinlik ve davranış standartlarını belirlemeyi kapsamaktadır (Tütüncü, 2006: 288). Güvenlik kültürünün, hasta güvenliğinde rastlantısal noksanlıkların giderilmesi için önemli bir amaç olduğunu belirtmek gerekir (Yönt. 2011 663). Bir kuruluşun güvenlik kültürü, o kuruluşun sağlığı ve güvenliği açısından yönetim biçimini, birey ya da topluluklara karşı algı ve tutumlarını, yeterlilik, değer ve davranış şekillerini oluşturur. Hasta güvenliği de tıbbi teşhis ve tedavi sırasında tıbbi bakımda olası hataların azaltılması, hataların neden olduğu olumsuz etkilerin en aza indirilmesi ve ortadan kaldırılması için tüm önlem ve tedbirlerin alınmasını içerir (Yılmaz, 2014: 55).

Başka bir ifadeyle sağlık hizmetlerine bağlı hataları önleme ve sağlık hizmeti esnasında yaşanan kusurların sebebiyet verdiği hasta hasarlarının ortadan kaldırılması veya hasarların azaltılmasına hasta güvenliği denir. Sağlık hizmetleri sunum esnasında insanların yaşayabilecekleri muhtemel zararların önlenmesi için, sağlık kurumları ve bu kurumlardaki sağlık hizmeti sunanlarca alınması gerekli olan tedbirleri de kapsamaktadır (Güven, 2007: 411). Hasta güvenliği, müdahalelerin uygulanması sırasında sağlık açısından risk oluşturabilecek durumlardan sağlık

hizmeti arayanların uzak tutulmasını, sağlık hizmetlerinden kaynaklanan hataların oluşmasının önlenmesini ve bu hatalar sonucunda hastalara verilen zararın en aza indirilmesini içerir. Sağlık hizmet sunumunda olası bir hata, hastaya sunulan hizmette önlenebilir bir kesintiden kaynaklanan istenmeyen bir durumdur. (Yalçın, 2010: 12). Bunun yanında hasta güvenliği; hastanın tedavisini yapıldığı sırada düşmesi, hastaneden enfeksiyon kapmak, yanlış ilaç tedavisi, yanlış dozlarda veya yanlış zamanlarda ilaç vermek, idrar yollarının iltihap kapsamı, zatürre ve ölüm gibi yaşanabilecek aksaklıkların önlenmesi olarak da yorumlanabilmektedir (Henneman, 2010: 128).

Hasta güvenliği kültürü; kurumun kalitesi; hasta güvenliğine bağlılığının belirlendiği bireysel ve toplu inançların, değerlerin, tutumların, algıların, becerilerin ve davranış kalıplarının ürünü olarak görülür. Güçlü güvenlik kültürü oluşmuş kurumlar, güvene dayanan iletişim, güvenliğin önemi konusunda oluşan farkındalık ve önleyen hazırlıkların etkili olması güvenle elde edilebilir. Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılan tanımlamada ise hasta güvenliği kültürü sağlık bakım sistemlerinde meydana gelen karışıklıklardan dolayı sağlık kuruluşlarında oluşan hastaların karıştığı zararın fazla olmasıyla meydana gelen bir sağlık hizmeti disiplini olarak ifade edilir. Bu disiplin, hastaların tıbbi hizmet sunarken karşılaşılabilecekleri olumsuzlukları, kusurları ve zararları önleme ve en aza indirmeyi hedeflemektedir. Bu disiplinin temellerinden biri, kusurlardan ve negatif durumlardan ders almayı sağlayacak daima iyileştirmedir. Hasta güvenliği, nitelikli birinci basamak hizmetleri sağlamak için esastır (Güvener, 2022: 56-57).

### **2.2.3. Hasta Güvenliği Kültürü Oluşturulması**

Hasta güvenliği, hastaların tıbbi hizmet sunarken karşılaşılabilecekleri hataları, riskleri ve zararların önlenmesini ve azaltılmasını amaçlamaktadır. Bu disiplinin temellerinden biri, hatalardan ve negatif olaylardan öğrenmeye dayalı sürekli iyileştirmedir. Hasta güvenliği, kaliteli birinci basamak hizmetleri sağlamak için esastır (Tak, 2010: 76). Hasta güvenliğin süreci de bakım sürecindeki olası hataların önüne geçilmesi, kaçınılmaz hataların hastaya ve bakım verenlere zarar vermeden belirlenmesi, gerekli birimlere bildirilmesi ve hataların düzeltilmesi için bir sistemin kurulmasını sağlayacak adımların atılmasıdır. Hasta güvenliğinde alınacak puan;

hastaların, sağlık personelleri ve hasta yakınlarının fiziksel ve psikolojik olarak hatalardan etkilenmeyecekleri güvenli ortam sağlamaktır.

Hasta güvenliği kültürü oluşturmak; Gerekli olan, iyi bir liderlik, çalışanların arasında kurumsal bağlılık, kaliteli destek, ekip anlayışı ile çalışabilen ve önlemleri ile çalışanları motive eden, şirket teşviki olan bir sistem oluşturmaktır (Severinsson vd., 2015: 1110). Bu sebeple hasta güvenliği kültürünün oluşturabilmesi için; kurum içinde hasta güvenliği kültürünün gerekli olduğu, alınacak olan önlemlerin belirlenebilmesi ve farkındalığın oluşturulması, çalışanlara hem işe girişte hem de düzenli eğitim planlanmasını gerektirir. Bunun yanında etkin bir hasta güvenliği kültürü için; yalnızca personel ve kurum yöneticileri değil hastaların da bu konuda bilgilendirilmesi gerekir (Akalin, 2005: 142).

Hasta güvenliği kültürüyle, tıbbi yanlışlık önleminin alınması konusunda süreç yönetimi oluşturulmalı ve yaklaşımın raporlamasında açıklık getirilmelidir (Gallagher, 2006). Hasta güvenliğinin sağlık bakım hizmetiyle ilgili hataların neden olduğu hastada oluşabilecek zararların azaltılması veya önlenmesidir (Sayek, 2011: 85). Tedavi sürecinde hastanın düşme riski, yanlış tedavi yöntemi, ilaçların hasta için dozajı veya zamanında kullanılması, hastanın başına gelebilecek bulaşıcı hastalıkların önlenmesi ve hastanın güvenliğini sağlanabilmektedir. Sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında hasta güvenliğinde olası hataların önüne geçilmesi, kaçınılması mümkün olmayan hataların sağlık personeline ve hastalara zarar vermeden tespit edilmesi, gerekli vakalarla ilgili raporların gönderilmesi için bir yöntem oluşturulmalıdır. Sağlık tesislerinin pozitif güvenlik kültürü, karşılıklı güveni ortaya koyar, güvenliğin önemi konusunda ortak bir algı oluşturur ve risk yönetimi ile tedbirlerin alınması faydalı olacaktır. Tesiste güvenlik kültürünün gelişebilmesi için tesiste çalışan tüm çalışanların güvenli uygulamaları öğrenmesi, yapılan gerekliliklere aktif olarak katılması ve çalışırken uygulaması gerekmektedir (Tunçel, 2013: 56).

### **2.3. İklimin Tanımı**

Etimolojik olarak iklim “climate” sözcüğü Yunanca kökenli ve eğilim anlamına gelmektedir. Bu kelime sadece basınç ve ısı gibi fiziksel olayları ifade etmez. Aynı zamanda kurum üyelerinden birisinin iç çevreyi betimleme durumunu da anlatır. Kısaca psikolojik bir anlamının da olduğu görülmektedir. İnsanlarda davranış ve

tutumlarını tahmin etmeye yardımcı sabit ve kalıcı özellikler olduğu gibi, kurumların da insanlar gibi katı, sıcak, dost, tutucu ya da yenilikçi gibi kavramlarla ifade edilebilir özelliklere sahiptir. Bu özelliklerin kurumun psikolojik tarafını oluşturduğu görülür (Robbins, 1994: 299).

Hizmet ortamı, personellerin müşteri hizmetleri ve hizmet kalitesiyle ilgili olarak ödüllendirilen, beklenen ve desteklenen uygulama, prosedür ve davranışlarla ilgili algıları ifade etmektedir. Örneğin, kuruluşlarının hizmet ortamı, çalışanların kaliteli hizmet sunumları ve sonrasında ödüllendirildiklerinde güçlü olacaktır (Schneider vd., 2013: 362).

### **2.3.1. Hasta Güvenliği İklimi**

Bir hastanede güvenlik ikliminin geliştirilmesi, bütün çalışanların güçlü ve tam katılımıyla mümkündür. Hastane çalışanlarının güvenlik, refahı ve sağlığı için ekip çalışması ve gelişebilmek adına birlik çabası gerekmektedir (Gershon vd., 2000: 212). Sağlık kurumlarında güvenli ortamlarla ilgili çalışmalara bakıldığında, güvenli bir ortamın varlığını gösterebilecek birtakım boşluklar olduğu söylenebilir. Türkiye'de milletlerarası arenada meydana gelen değişimler doğrultusunda iş sağlığı ve güvenliğiyle alakalı faaliyetler uygulanmakta ve yasalaştırılmaktadır. Fakat yasanın uygulanmasında çeşitli zorluklar yaşanmaktadır. Kanunen işyeri sahipleri, çalışanlarının sağlık ve güvenliğini korumak zorundadır. Bunu başarmak için çalışanlara gereken araç ve koruyucu ekipmanları sağlamak, çalışanları ekipman kullanmaya teşvik etmek, çalışanları ilgili konularda eğitmek, radyasyon vb. konularda önlemlerin alınması sağlanmalıdır. Riskler önceden belirlenmeli ve kimyasal maddelerle çalışan kişilerin düzenli tıbbi muayeneleri yapılmalıdır. Çalışanların mevcut durumdan ne kadar yararlandığının belirlenmesi de son derece mühim bir faktördür. Bundan dolayı çalışanların kendisini ve ekibinin diğer üyelerini tehlikeye atmadan güvenlik kurallarına göre çalışmaları gerekmektedir (Avcı, 2014: 45).

Sağlık hizmetleri görev özellikleri açısından çok karmaşıktır, çünkü her hasta ve dolayısıyla hastalık benzersizdir. Bu doğrultuda, güvenlik yöntemlerine ve yollarına tam anlamıyla sadık olmak yalnızca kısmen iyi güvenlik verimi oluşturabilir, zira belirsizlik fazladır ve münasip hasta bakımı esneklik ve her zaman güncel hükümler verilmesini gerekli kılar. Belirsiz durumlarda, güvenli çalışan davranışının sağlanması

yani buna uygun politika ve prosedürlerin belirlendiği bir yapı kurmak oldukça zordur (Hoffer, 2002:1410).

Güvenlik iklimi, genellikle güvenlik kültürü kavramı ile birbirinin yerine kullanılır. Güvenlik kültürünün ölçülebilir bileşenleri olarak belirtilebilir. Belirli bir zamanda bir kuruluşun mevcut hasta güvenliği kültürünün nasıl olduğuna dair sağlık çalışanlarının algı ve tutumlarının anlık görüntüsünü vermeyi sağlar. Güvenlik kültürü ve güvenlik iklimi, o örgütün kültürü ve ikliminin türevleri olarak ifade edilebilir (Alsalem vd., 2018: 12). Güvenlik kültürünün güvenlik ikliminden daha yüksek bir soyutlama düzeyi vardır ve güvenlik iklimi güvenlik kültürünün bir tezahürüdür. Başka bir deyişle, güvenlik kültürü daha geniş bir örgütsel nitelik iken, güvenlik iklimi güvenlik kültürünün bir alt kümesidir. Güvenlik iklimi alternatif bir güvenlik performansı göstergesi olarak değerlendirilebilir (Reichers ve Schneider 1990: 23).

### **2.3.2. Hasta Güvenliği İkliminin Ölçümü**

Sağlık alanında güvenlik iklimi konusunda, daha çok araştırma yapılmasının bir gereklilik olduğu görülmektedir. Bunun nedeni ise sağlık alanını diğer sektörlerden ayıran önemli özelliklere sahip olmasıdır. Öncelikle sağlık sunumunda güvenli alanın neticeleri, sadece bir kurumun çalışanlarını kapsamaz, eş zamanlı olarak hizmet alıcılarını, yani hastaları da resen etkilemektedir. Güvenlik çalışmalarının esas amacı personel güvenliğine konsantre olmuştur. Bir diğeri, sağlık hizmeti alanı, görev özellikleri açısından karmaşıktır, çünkü her hasta benzersizdir. Bu anlamda, güvenlik politikaları ve prosedürlerine sıkı bir şekilde bağlılık, kısmen yüksek esneklik, belirsizlik ve devamlı karar vermeyi gerektiren uygun hasta bakımı nedeniyle iyi bir güvenlikle sonuçlanabilir. Üçüncüsü, sağlık bakım ortamlarında, personel hareketleri sadece organizasyon mensuplarınca değil sağlık mesleği (doktor ve hemşire) mensuplarınca denetlenir. (Katz-navon vd., 2005: 1075-1076).

Güvenlik ikliminin olumlu olarak geliştirildiği bir ortamda çalışanlar arasında güvenlik kültürünün yüzey özellikleriyle ilgili algı ve tutumları ölçmek, kültür seviyesinin önemli bir göstergesi olabilir. Tüm bunlarla beraber, iklim değişikliği ve ölçümünü daha kapsamlı şekilde hasta güvenliği reformu gündemine entegre etmek, bir kuruluşun ortamının kurucularının tutum ve inançlarının çoğunu yansıttığını ve kuruluş bünyesinde mühim ölçüde değişikliğe uğrayabileceğini kabullenmeyi

gerektirir. (Singer vd., 2009: 23). Singer vd. (2007) hasta güvenliği iklimi ölçülürken önemli bazı durumları tespit etmişlerdir. Bunları aşağıdaki gibi sıralamak mümkündür (Singer vd., 2007: 2002).

-Hasta sonuçları, birden fazla alanda çalışan çok çeşitli sağlık profesyonelleri tarafından sunulan sağlık ürünleri olması,

-Kişisel inançlar, davranışlar ve değerlerin, iş birimleri içerisindeki günlük etkileşimlerle zamanla artması,

-Bu standartların kurumsal politikalar, prosedürler ve kararlardan etkilenmesi ve hasta güvenliği ortamını ölçerken dikkate alınması önerilmektedir.

#### **2.4. Hemşirelerin Çalışma Ortamı ve Hasta Güvenliğine Etkisi**

Hemşirelik mesleği uygulamalı bir sağlık disiplini. Bu meslek, insan yaşamının başından sonuna kadar, sıhhat ve rahatsızlık durumunu tanılama gerekli uygulamaları planlayıp problem giderme becerisine sahiptir (Biol, 2013: 78). Hemşirelik süreci, profesyonel hemşirelik girişimlerinde olabilecek en iyi bakımı verme ve eleştirel düşünme süreci için sistematik bir yaklaşım sunar. Hemşirelik mesleğini profesyonel bir meslek haline getiren hemşirelik süreci bilimsel anlamda araştırma ve düşünmeyi gerektiren, yaratıcılık, eleştirel düşünme, karar verme ve problem çözme aşamalarını barındıran bireye, aile ve gruplara özgü planlanan, uygulanan ve değerlendirilen dinamik ve sistematik bir yaklaşım yöntemi olarak ifade edilmektedir (Babadag, 2010: 59). Hemşirelikte bilimsel yöntem kullanımı, hemşirelik ve hemşirelik uygulamalarının bilimsel temelini geliştirir, klinik araştırmaları destekler ve sorunları çözen bilimsel yöntemlerin sistematik olarak kullanılmasını sağlar. Hemşirelik sürecinin amaçlarını aşağıdaki gibi sıralamak mümkündür (Biol, 2005: 38).

-Hastanın sağlık bakım gereksinimlerinin kayıt altına alınmasını sağlar,

-Hemşirelik bakımını koordine eder,

-Bakımın eksik, hatalı ve yanlış olma olasılığını azaltır,

-Bakım planı süresince karar verme, hasta problemlerini tanılama ve hedefleri belirlemeyi sağlar.

Hemşirelerin önemli niteliklerinden biri olan güven, hastalar ile anlamlı iletişim kurma yeteneğini etkilemektedir. Dolaylı anlamda sağlık sonuçlarını etkilemektedir.

Hemşireliğin temel değerlerinden biri olarak görülen güven, hemşireleri mesleğe hazırlarken hemşire eğitimciler tarafından beslenmelidir. Hemşireler, hastalar ile en kuvvetli bağa sahip sağlık profesyonelleridir. Hasta-hemşire ilişkisinde güven mühimdir. Hemşire-hasta ilişkisinde güvenin mühimliği tartışılmış ve hemşire literatüründe güven olgusunun hasta-hemşire ilişkisinin temeli olduğu tespit edilmiştir (Eriksson ve Nilsson, 2008: 2352; Dinç ve Gastmans, 2012: 224). Hasta ve hemşire arasında güven duygusu geliştikçe hastanın uygulamalı hemşireliğe daha uygun olduğu ve hemşirenin iş doyumunun arttığı gözlemlenmektedir (Belcher ve Jones, 2009: 145).

Hasta bakımından hemşirelik güveni, hasta kaygısını azaltma ve sağlık eğitimiyle kontrol sağlamada ayrılmaz bir olgudur. Hastalar ve sağlık çalışanları arasındaki ilişkide çok önemli olan güvenin, etkin ve profesyonel bakımın sağlanabilmesi için sağlık çalışanları arasında olması gerekmektedir (Haavisto ve Jarva, 2018: 3).

Dirik (2020: 152) hemşirelere yönelik hazırlanan hasta güvenliği iklimi, otantik liderlik ve güçlendirme esaslı çok yönlü bir yapının etkililiğini test etmeyi amaçladığı çalışma sonucunda, yazar tarafından düzenlenen ölçeğin Türkiye'deki hemşire örnekleme için geçerli ve güvenilir olduğu bulgusuna ulaşmıştır. Programın etkililiğine yönelik bulgularda ise özellikle hemşire grubunda etkili olduğu ancak yönetici hemşirelerdeki etkilerinin kısıtlı kaldığını tespit etmiştir. Ünal (2019:1-78). sağlık çalışanlarının hasta güvenliği iklimi algı düzeylerini tespit etmek amacıyla yapmış olduğu çalışmada eğitim düzeyi arttıkça hasta güvenliğine yönelik algı ve tutumlarda anlamlı bir farklılaşma tespit etmiştir.

Sağlık Bakanlığı'nın yayımlanan hemşirelik yönetmeliğine bakıldığında hasta güvenliğiyle ilişkili olarak hemşirelerin sorumluluk ve görevleri aşağıdaki gibi sıralanmıştır (Aksay vd., 2012: 122; Öztürk vd., 2011: 154).

-Hastanın dahil olduğu sağlık bakım sürecinin planlanması ve yönetilmesi, bu süreç içinde olası tıbbi hatalar karşısında önlem alınması,

-Hasta ve ailesine tedavisinin süreciyle ilgili eğitim planı oluşturmak ve eğitim vermek,

-Hastanın bakım ve tedavi süreci kapsamında başka sağlık personelleriyle haberleşmek ve ortak iş yapmak,

-Hastalarda hastane enfeksiyon gelişiminin engellenmesi için gereken önlemlerin alınması,

-Tedavi süreci içinde kullanılmış olan araç gereçleri dezenfekte etmek,

-Hastaların hastalıklarına yönelik uygulanacak ilaçların etkilerini ve yan etkilerini bilmek,

-Hasta ve yakınlarıyla tedavi süreci içinde terapötik iletişim kurmak,

-Hasta ve yakınlarına tedavi ve bakım süreçlerine katılmaları hususunda destek vermek,

-Hasta güvenliğiyle ilgili beklenmeyen olayların raporlandırılması.

Bu bağlamda hemşirelerin sorumluluk ve görevlerinin bilincinde olmaları, verdikleri bakımın hasta üzerindeki olumlu ve olumsuz etkilerini bilmeleri için uygun eğitim almaları esastır. Öte yandan, eğitim sırasında çalıştıkları alandaki becerilerini geliştirmek için teknolojik imkanlardan en üst seviyede faydalanmaları gerekir. Hasta güvenliğinin sağlanması konusunda önemli rolü olan hemşirelerin hasta güvenliğine yönelik tutumları, doğrudan hastaya fayda sağlayan kişiler olarak düşünülmelidir.

Bakım ve tedavi süreci içinde hemşirelik uygulamalarının hasta güvenliği bakımından kimlik doğrulamanın da önemi büyüktür. Kimlik doğrulama konusunda yapılan hatalar, kan uygulamaları ve ilaç hatalarıyla ilişkili hatalar, hasta transfer hataları ve cerrahi işlemlerle ilişkili hataları da beraberinde getirir. Bunun yanı sıra diğer önemli hasta güvenliği boyutuysa hasta düşmeleri olarak belirlenmiştir (Türk, 2015: 45). Hasta güvenliği ile ilgili bir olay meydana geldiğinde, hemşirelerin birincil görevi olayla ilgili bir rapor yazmak ve bunu yöneticilerine iletmektir. Yönetici hemşire, olay raporlarının hatalı yazılması veya olumsuz durumlarda olay raporlarının yazılmaması gibi durumları izlemeli, hemşirenin farkındalık düzeyi bilgi ve gerekli eğitimlerle arttırılmalıdır. Ayrıca meydana gelen advers olayların olay raporları tıbbi kayıt olarak tutulmalı ve yıl sonunda gerekli istatistikler derlenmeli ve güvenlik kültürü bilincinin sürekliliği sağlanmalıdır. Hastaları, özellikle tüm tıp profesyonelleri, hemşireler ve aldıkları önlemler istatistiksel olarak değerlendirilmelidir (Françolin vd., 2015: 276).

Özellikle son yıllarda sağlık sistemine duyulan güvensizliğin artması nedeniyle sağlık profesyonelleri arasındaki ilişki bozulmakta, dolaylı olarak tedavi sonuçlarını ve tıp uzmanlarının çalışmalarından memnuniyeti etkilemektedir. Günümüzde sağlık ve hemşirelik sistemlerinde güvenin önemi sınırlı sayıda kaynaktan dile getirilmektedir. Alıcıların güvenliğini ölçmek, sağlık ve hemşirelik kalitesinin iyileştirilmesine katkı sağlayabilir. Algılanan hizmetin niteliği ve bakım hizmetlerinden duyulan kıvanç, güvenin gelişimi üzerinde pozitif tesire sahiptir. (Dinç ve Gastmans, 2012: 224).

Hasta güvenliğini sağlamak tüm sağlık çalışanlarının görevidir. Hasta güvenliği, hemşireler tarafından nitelikli ve öncelikli hasta bakımının temeli olarak tanımlanmaktadır. Öte yandan, hata raporlama, hata riskini azaltmaya ve önlemeye hizmet ettiği için hasta güvenliğinin bir parçası olarak kabul edilir (Cebeci vd., 2012: 189). Hemşireler, sağlık hizmeti sunumunun her aşamasında başka sağlık hizmeti sunucularından daha etkin roller üstlendikleri için hasta güvenliğini sağlama ve sürdürme konusunda mühim bir sorumluluğa sahiptir (Caymaz, 2015: 5).

Hasta güvenliğini sağlamak, kaliteli tıbbi hizmetler sunmak için kritik öneme sahiptir. Hastanın sorunu çözülmeden önce hastanın başka sağlık sorunları yaşamasını önlemek önemlidir. Bir hasta, tıbbi hizmetlerin sunumundaki ihmal nedeniyle yeni sağlık sorunları yaşıyorsa, sunulan tıbbi hizmetlerin kalitesinden yoksun olduğu söylenebilir. Kaliteli sağlık hizmeti sunmanın en önemli adımlarından biri hasta güvenliğidir (Tuncel, 2013).

Sonuç olarak sağlık çalışanları, hizmetlerin sunumunda bazen tıbbi hatalarla karşılaşmaktadır. Bu nedenle hasta güvenliğini sağlayacak hasta güvenliği kültürü kurum kültürünün en önemli parçası olmalıdır. Sağlık kurumlarında bu kültürün sağlanması için, bunu sağlayan uygulamaların standart hale getirilmesi, olay raporlama ve raporlama sistemlerinin korkusuzca ve cezasız bir şekilde raporlandığı bir ortam yaratılarak hasta güvenliğinin üst düzeyde sağlanması için gerekli kaynakların ayrılması ve her türlü çabanın gösterilmesi gerekmektedir.

## **BÖLÜM 3: YÖNTEM VE BULGULAR**

### **3.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi**

Sağlık hizmetleri yapısal olarak toplumun sosyal, kültürel değişimlerinden ve birçok faktörden etkilenmektedir. Türkiye'de halkın çoğunluğunda gözlenen bilinç değişimlerinin yanı sıra sağlık hizmetlerine yönelik beklenti ve taleplerde de değişimler yaşanmaktadır. Sağlık politikası ve hizmet finansmanı reformları, hizmet sunumunu çeşitli şekillerde değiştirmiştir. Bunun gibi değişiklikler sonunda sağlık hizmetlerinin yerinde, etkili ve hakkaniyetli sunumu vb. mevzular günümüzün sağlık sistemlerinin başlıca hedefi haline gelmeye başlamıştır (Ovalı, 2010: 35). Bu süreç içinde önemli başlıklardan birisinin de hasta güvenliğinin oluşturulması, sürdürülebilmesi ve sağlık çalışanlarının bu hususta yetkinleştirilmesi olduğu görülmektedir (Bacaksız vd., 2020: 526). Bu anlamda yapılmış olan bu çalışmanın literatüre katkıda bulunacağı ümit edilmektedir. Bu çalışma hemşirelerle yürütülmüştür. Bu çalışmada sağlık kuruluşlarında hemşirelerin bakış açısından hastane güvenliği ikliminin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

### **3.2. Araştırmanın Kapsamı ve Sınırlılıkları**

Araştırma, İstanbul ilinde yer alan, iki eğitim ve araştırma ile bir devlet hastanesinde gerçekleştirildi. Araştırmanın evrenini, İstanbul ili Avrupa yakasında yer alan kamu hastanelerinde görev yapan hemşirelerden oluşmaktadır. Araştırmanın örneklemini kolayda örnekleme yöntemiyle ve kesitsel tarama yöntemi ile seçilen iki eğitim ve araştırma ve bir devlet hastanesinde çalışan 249 hemşire oluşturmaktadır. Bu araştırma, İstanbul ilinde Avrupa yakasında kamu hastanelerinde görev yapan hemşireleri temsil etmektedir. Bu nedenle, bu çalışma bulgularımızı belirli hastane popülasyonlarına genellerken sınırlılık oluşturmaktadır.

### **3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırmanın evreni iki eğitim ve araştırma hastanesi ve bir devlet hastanesinde görevli hemşirelerden oluşmakta olup örneklem 249 hemşireden oluşmaktadır.

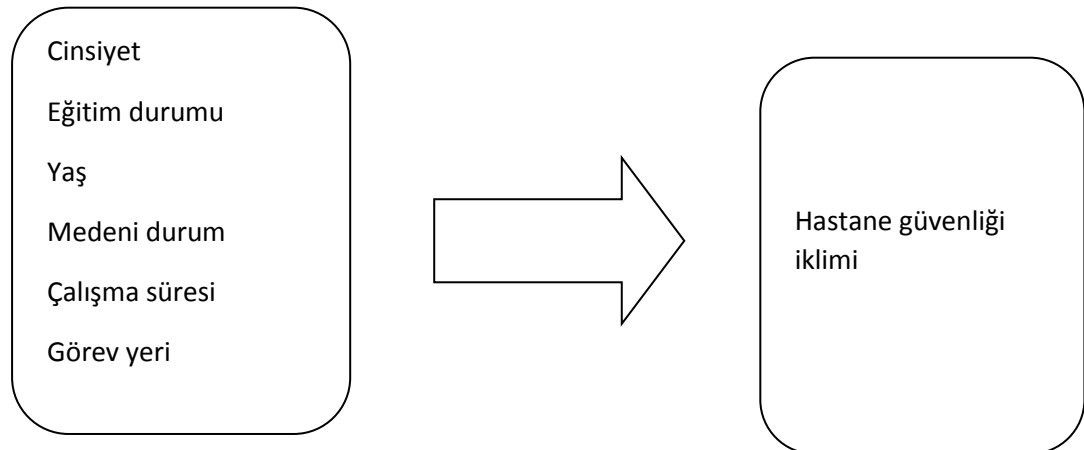
### 3.4. Araştırmanın Verilerinin Toplanması

Bu araştırma tanımlayıcı nitelikte bir araştırma olup anket yöntemi kullanılmıştır. Araştırma verileri hastanede çalışan gönüllü katılımcı olan 249 hemşirenin sosyo-demografik bilgilerini ve Güvenlik İklimi Ölçeği'nin yer aldığı anketler ile toplanmıştır. Anketler ilgili birimlere dağıtılarak veriler toplanmıştır. Anketler sosyo-demografik özellikleri içeren altı (6) madde ve Güvenlik İklimi Ölçeğini içeren ondokuz (19) maddeden oluşmaktadır. Araştırmada kullanılan Choudry ve ark. (2009) tarafından geliştirilmiş olan ve M. Budak (2008) tarafından sağlık çalışanları ve elektronik sektörü çalışanlarını kapsayan iki farklı örnekleme Türkçeye uyarlanmış olan “Güvenlik İklimi Ölçeği” (GIÖ) kullanılmıştır.

Beşli Likert kullanılmıştır. Katılımcılar ölçekte yer alan ifadelere kesinlikle katılıyorum (beş puan) ile kesinlikle katılmıyorum (bir puan) arasında bir seçeneği işaretleyerek puan vermektedir. Bu araştırmada bağımsız değişkenler katılımcıların sosyodemografik özellikleri, bağımlı değişken Güvenlik İklimi Ölçeğidir.

### 3.5. Araştırmanın Modeli

Araştırmada kesitsel tarama modeli kullanılmıştır.



**Tablo 1**  
**Veri Toplama Aracının Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizi**

|          | Cronbach's Alpha |           | İfade sayısı |
|----------|------------------|-----------|--------------|
|          | ,857             |           | 21           |
|          | Ortalama         | Std Sapma | Sayı         |
| Soru 1   | 3,36             | ,98       | 249          |
| Soru 2   | 3,65             | ,90       | 249          |
| Soru 3   | 2,91             | 1,23      | 249          |
| Soru 4   | 3,29             | 1,12      | 249          |
| Soru 5   | 3,61             | ,86       | 249          |
| Soru 6   | 3,15             | 1,04      | 249          |
| Soru 7   | 3,24             | 1,02      | 249          |
| Soru 8   | 3,61             | ,86       | 249          |
| Soru 9   | 3,60             | ,89       | 249          |
| Soru 10  | 3,27             | 1,10      | 249          |
| Soru 11  | 3,13             | 1,13      | 249          |
| Soru 12  | 4,46             | ,60       | 249          |
| Soru 13  | 4,34             | ,68       | 249          |
| Soru 14a | 2,90             | 1,39      | 249          |
| Soru 14b | 3,43             | 1,49      | 249          |
| Soru 14c | 2,74             | 1,45      | 249          |
| Soru 15  | 3,45             | ,98       | 249          |
| Soru 16  | 3,66             | ,93       | 249          |
| Soru 17  | 3,97             | ,71       | 249          |
| Soru 18  | 3,61             | 1,04      | 249          |
| Soru 19  | 3,79             | ,79       | 249          |

Alfa katsayısının bulunabileceği aralıklar ve buna bağlı olarak da ölçeğin güvenilirlik durumu aşağıda verilmiştir •  $0,00 \leq \alpha < 0,40$  ise ölçek güvenilir değildir, •  $0,40 \leq \alpha < 0,60$  ise ölçek düşük güvenilirliktedir, •  $0,60 \leq \alpha < 0,80$  ise ölçek oldukça güvenilir,  $0,80 \leq \alpha < 1,00$  ise ölçek yüksek derecede güvenilir bir ölçektir. Hasta güvenliği iklimi Ölçeği Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,857 olarak hesaplandı. Bulunan bu sonuçlar ölçeğin güvenilirliğinin yüksek olduğunu göstermektedir.

### 3.6. Araştırmanın Analizi

Araştırmada, kategorik değişkenlerin dağılımı için frekans analiz ile yapılmıştır. Nicel değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogrov Smirnov ve Shapiro Wilks testi ile analiz edildi ve verilerin normal dağılıma uygunluk gösterdiği görülmüştür. Ölçümlerin gruplara göre anlamlı düzeyde farklılık gösterip

göstermediği bağımsız gruplarda t testi ile incelenmiştir. Analizler sonucunda %95 güven düzeyinde olduğu, SPSS 20.0 yazılımı ile elde edilmiştir.

### 3.7. Araştırmanın Bulguları

#### 3.7.1. Demografik Özelliklerin Dağılımı

Katılımcıların, demografik özelliklerine ilişkin cinsiyet, eğitim durumu, yaş, medeni durum, çalışma süresi ve görev bilgilerinin dağılımı Tablo 2.'de verilmiştir.

**Tablo 2**  
**Demografik Özelliklerin Dağılımı**

|                |                                | n   | %     |
|----------------|--------------------------------|-----|-------|
| Cinsiyet       | Erkek                          | 136 | 54,6  |
|                | Kadın                          | 113 | 45,4  |
|                | Toplam                         | 249 | 100,0 |
| Eğitim Durumu  | Lise                           | 18  | 7,2   |
|                | Üniversite                     | 215 | 86,3  |
|                | Lisansüstü ( Y.Lisans-Doktora) | 16  | 6,4   |
|                | Toplam                         | 249 | 100,0 |
| Yaş            | 18-25                          | 89  | 35,7  |
|                | 26-35                          | 151 | 60,6  |
|                | 36-45                          | 9   | 3,6   |
|                | Toplam                         | 249 | 100,0 |
| Medeni Durum   | Evli                           | 72  | 28,9  |
|                | Bekar                          | 177 | 71,1  |
|                | Toplam                         | 249 | 100,0 |
| Çalışma Süresi | 1 yıldan az                    | 39  | 15,7  |
|                | 1-5 yıl                        | 179 | 71,9  |
|                | 6-10 yıl                       | 20  | 8,0   |
|                | 11 yıl ve üzeri                | 11  | 4,4   |
|                | Toplam                         | 249 | 100,0 |
| Görev Yeri     | Acil                           | 190 | 76,3  |
|                | Yoğun Bakım                    | 25  | 10,0  |
|                | Servis                         | 34  | 13,7  |
|                | Toplam                         | 249 | 100,0 |

Katılımcıların cinsiyete göre dağılımı incelendiğinde; 136 (%54,6)'ü erkek, 113'ü (%45,4) kadın, eğitim durumuna göre lise mezunu olanların oranı 18 (%7,2), üniversite mezunu olanların oranı 215 (%86,3), lisansüstü mezunu olanların oranı 16 (%6,4)'tür. Yaş gruplarına göre dağılım incelendiğinde; 18-25 yaş grubu kişilerin oranı 89 (%35,7), 26-35 yaş grubu kişilerin oranı 151 (%60,6), 36-45 yaş grubu kişilerin oranı 9 ( %3,6)'dır. Evli olanların oranı 72 (%28,9), bekar olanların oranı

177 (%71,1)'dir. Çalışma süresine göre dağılım incelendiğinde; 1 yıldan az süre ile çalışanların oranı 39 (%15,7), 1-5 yıl süre ile çalışanların oranı 179 (%71,9), 6-10 yıl süre ile çalışanların oranı 20 (%8), 11 yıl ve üzeri süre ile çalışanların oranı 11 (%4,4)'tür. Göreve göre dağılım incelendiğinde; acilde çalışanların oranı 190 (%76,3), yoğun bakımda çalışanların oranı 25 (%10), serviste çalışanların oranı 34 (%13,7)'dir.

### 3.7.2. Hasta Güvenliği Kültürü Ölçek İfadelerine Göre Dağılımı

Hasta güvenliği kültürü ölçeği maddelerine verilen cevapların dağılımı frekans analizi ile incelenmiştir.

**Tablo 3**

#### **Hasta güvenliği kültürü ölçeği maddelerine verilen cevapların dağılımı**

|                                                                                                    | Kesinlikle Katılmıyorum |       | Katılmıyorum |       | Kararsızım |       | Katılıyorum |       | Kesinlikle Katılıyorum |      | Geçersiz |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-------|--------------|-------|------------|-------|-------------|-------|------------------------|------|----------|----|
|                                                                                                    | n                       | %     | n            | %     | n          | %     | n           | %     | n                      | %    | n        | %  |
| Bu klinik alanda hasta güvenliği iklimi başkalarının hatalarından öğrenmeyi destekler              | 9                       | 3,6%  | 45           | 18,1% | 62         | 24,9% | 114         | 45,8% | 19                     | 7,6% | 0        | 0% |
| Bu klinik alanda hatalar uygun bir şekilde ele alınır                                              | 8                       | 3,2%  | 26           | 10,4% | 34         | 13,7% | 159         | 63,9% | 22                     | 8,8% | 0        | 0% |
| Hastanemdeki yöneticiler beni dinler ve endişelerimi ciddiye alır                                  | 43                      | 17,3% | 54           | 21,7% | 53         | 21,3% | 81          | 32,5% | 18                     | 7,2% | 0        | 0% |
| Bölümümdeki hekim ve hemşire yöneticiler beni dinler ve endişelerimi ciddiye alır                  | 24                      | 9,6%  | 36           | 14,5% | 53         | 21,3% | 115         | 46,2% | 21                     | 8,4% | 0        | 0% |
| Yönetim (liderler) bizi hasta güvenliği odaklı bir kurum olmaya doğru yönlendirir                  | 5                       | 2,0%  | 26           | 10,4% | 50         | 20,1% | 147         | 59,0% | 21                     | 8,4% | 0        | 0% |
| Yönetime ifade ettiğim hasta güvenliğini ilgilendiren önerilerim dikkate alınarak harekete geçilir | 21                      | 8,4%  | 45           | 18,1% | 69         | 27,7% | 103         | 41,4% | 11                     | 4,4% | 0        | 0% |
| Yönetim (liderler) hasta güvenliğini                                                               | 19                      | 7,6%  | 40           | 16,1% | 60         | 24,1% | 122         | 49,0% | 8                      | 3,2% | 0        | 0% |

|                                                                                                                                            |    |       |    |       |    |       |     |       |     |       |    |      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-------|----|-------|----|-------|-----|-------|-----|-------|----|------|
| etkileyen konularda bilinçlidir ve verimliliği etkilese bile ödün vermez                                                                   |    |       |    |       |    |       |     |       |     |       |    |      |
| Hastanın güvenliği konusunda oluşabilecek endişelerimi olay bildirimini yapmam için meslektaşlarım tarafından cesaretlendirilirim          | 5  | 2,0%  | 28 | 11,2% | 44 | 18,1% | 153 | 61,4% | 18  | 7,2%  | 0  | 0%   |
| Hasta güvenliği konusundaki sorularımı yönlendirebileceğim uygun kanalları biliyorum                                                       | 7  | 2,8%  | 25 | 10,0% | 51 | 20,5% | 144 | 57,8% | 22  | 8,8%  | 0  | 0%   |
| Performansım hakkında uygun geri bildirim alırım                                                                                           | 19 | 7,6%  | 49 | 19,7% | 46 | 18,5% | 116 | 46,6% | 19  | 7,6%  | 0  | 0%   |
| Buradan hasta olarak tedavi alsaydım kendimi güven içinde hissederdim                                                                      | 27 | 10,8% | 47 | 18,9% | 59 | 23,7% | 100 | 40,2% | 16  | 6,4%  | 0  | 0%   |
| Nöbet değişimlerinden önce çalışan(lar)ı hasta hakkında bilgilendirmek için yapılan “hasta teslimleri” hasta güvenliği açısından önemlidir | 1  | ,4%   | 0  | 0,0%  | 8  | 3,2%  | 114 | 45,8% | 126 | 50,6% | 0  | 0%   |
| Burada, nöbet değişimlerinden önce çalışan(lar)ı hasta hakkında bilgilendirmek için “hasta teslimleri” yapılır                             | 3  | 1,2%  | 2  | ,8%   | 6  | 2,4%  | 134 | 53,8% | 104 | 41,8% | 0  | 0%   |
| Hekim                                                                                                                                      | 48 | 19,3% | 58 | 23,3% | 53 | 21,3% | 64  | 25,7% | 13  | 5,2%  | 13 | 5,2% |
| Hemşire                                                                                                                                    | 43 | 17,3% | 32 | 12,9% | 25 | 10,0% | 79  | 31,7% | 63  | 25,7% | 6  | 2,4% |
| Eczacı                                                                                                                                     | 61 | 24,5% | 62 | 24,9% | 49 | 19,7% | 51  | 20,5% | 10  | 4,0%  | 16 | 6,4% |
| Bu kurum hasta güvenliği için önceki yıla göre daha fazla çaba sarf etmektedir                                                             | 12 | 4,8%  | 26 | 10,4% | 75 | 30,1% | 109 | 43,8% | 27  | 10,8% | 0  | 0%   |
| Birçok istenmeyen yan etkinin çoklu sistemlerin bulunmasından kaynaklandığını ve bir bireye mal edilemeyeceğine inanıyorum                 | 7  | 2,8%  | 21 | 8,4%  | 60 | 24,1% | 123 | 49,4% | 38  | 15,3% | 0  | 0%   |
| Bu klinik alandaki çalışanlar                                                                                                              | 4  | 1,6%  | 5  | 2,0%  | 27 | 10,8% | 172 | 69,1% | 41  | 16,5% | 0  | 0%   |

|                                                                                                  |    |       |     |       |    |       |     |       |    |       |   |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-------|-----|-------|----|-------|-----|-------|----|-------|---|----|
| kendilerini hasta güvenliğinden sorumlu hissederler                                              |    |       |     |       |    |       |     |       |    |       |   |    |
| Çalışanlar, bu klinik alan için hazırlanmış kuralları ya da kılavuzları genellikle dikkate almaz | 40 | 16,1% | 128 | 51,4% | 35 | 14,1% | 37  | 14,9% | 9  | 3,6%  | 0 | 0% |
| Bu klinik alandaki çalışanlar kendilerini hasta güvenliğinden sorumlu hissederler                | 3  | 1,2%  | 19  | 7,6%  | 35 | 14,1% | 163 | 65,5% | 29 | 11,6% | 0 | 0% |

“Bu klinik alanda hasta güvenliği iklimi başkalarının hatalarından öğrenmeyi destekler” ifadesine kesinlikle katılmıyorum cevabı verenlerin oranı %3,2, katılmıyorum cevabı verenlerin oranı %18,1, kararsızım cevabı verenlerin oranı %24,9’tür. Katılıyorum cevabı verenlerin oranı %45,8, kesinlikle katılıyorum cevabı verenlerin oranı %7,6’dır.

“Bu klinik alanda hatalar uygun bir şekilde ele alınır” ifadesine kesinlikle katılmıyorum cevabı verenlerin oranı %3,2, katılmıyorum cevabı verenlerin oranı %10,4, kararsızım cevabı verenlerin oranı %13,7’dir. Katılıyorum cevabı verenlerin oranı %63,9, kesinlikle katılıyorum cevabı verenlerin oranı %8,8’dir.

“Hastanemdeki yöneticiler beni dinler ve endişelerimi ciddiye alır” ifadesine kesinlikle katılmıyorum cevabı verenlerin oranı %17,3, katılmıyorum cevabı verenlerin oranı %21,7, kararsızım cevabı verenlerin oranı %21,3’tür. Katılıyorum cevabı verenlerin oranı %32,5, kesinlikle katılıyorum cevabı verenlerin oranı %7,2’dir.

“Bölümümdeki hekim ve hemşire yöneticiler beni dinler ve endişelerimi ciddiye alır” ifadesine kesinlikle katılmıyorum cevabı verenlerin oranı %9,6, katılmıyorum cevabı verenlerin oranı %14,5, kararsızım cevabı verenlerin oranı %21,3’tür. Katılıyorum cevabı verenlerin oranı %46,2, kesinlikle katılıyorum cevabı verenlerin oranı %8,4’tür.

“Yönetim (liderler) bizi hasta güvenliği odaklı bir kurum olmaya doğru yönlendirir” ifadesine kesinlikle katılmıyorum cevabı verenlerin oranı %2, katılmıyorum cevabı

verenlerin oranı %10,4, kararsızım cevabı verenlerin oranı %20,1'dir. Katılıyorum cevabı verenlerin oranı %59, kesinlikle katılıyorum cevabı verenlerin oranı %8,4'tür. "Yönetime ifade ettiğim hasta güvenliğini ilgilendiren önerilerim dikkate alınarak harekete geçilir" ifadesine kesinlikle katılmıyorum cevabı verenlerin oranı %8,4, katılmıyorum cevabı verenlerin oranı %18,1, kararsızım cevabı verenlerin oranı %27,7'dir. Katılıyorum cevabı verenlerin oranı %41,4, kesinlikle katılıyorum cevabı verenlerin oranı %4,4'tür.

"Yönetim (liderler) hasta güvenliğini etkileyen konularda bilinçlidir ve verimliliği etkilese bile ödün vermez" ifadesine kesinlikle katılmıyorum cevabı verenlerin oranı %7,6, katılmıyorum cevabı verenlerin oranı %16,1, kararsızım cevabı verenlerin oranı %24,1'dir. Katılıyorum cevabı verenlerin oranı %49, kesinlikle katılıyorum cevabı verenlerin oranı %3,2'dir.

"Hastanın güvenliği konusunda oluşabilecek endişelerimi olay bildirimini yapmam için meslektaşlarım tarafından cesaretlendirilirim" ifadesine kesinlikle katılmıyorum cevabı verenlerin oranı %2, katılmıyorum cevabı verenlerin oranı %11,3, kararsızım cevabı verenlerin oranı %17,7'dir. Katılıyorum cevabı verenlerin oranı %61,7, kesinlikle katılıyorum cevabı verenlerin oranı %7,3'tür.

"Hasta güvenliği konusundaki sorularımı yönlendirebileceğim uygun kanalları biliyorum" ifadesine kesinlikle katılmıyorum cevabı verenlerin oranı %2,8, katılmıyorum cevabı verenlerin oranı %10, kararsızım cevabı verenlerin oranı %20,5'dir. Katılıyorum cevabı verenlerin oranı %57,8, kesinlikle katılıyorum cevabı verenlerin oranı %8,8'dir.

"Performansım hakkında uygun geri bildirim alırım" ifadesine kesinlikle katılmıyorum cevabı verenlerin oranı %7,6, katılmıyorum cevabı verenlerin oranı %19,7, kararsızım cevabı verenlerin oranı %18,5'dir. Katılıyorum cevabı verenlerin oranı %46,6, kesinlikle katılıyorum cevabı verenlerin oranı %7,6'dir.

"Buradan hasta olarak tedavi alsaydım kendimi güven içinde hissederdim" ifadesine kesinlikle katılmıyorum cevabı verenlerin oranı %10,8, katılmıyorum cevabı verenlerin oranı %18,9, kararsızım cevabı verenlerin oranı %23,7'dir. Katılıyorum cevabı verenlerin oranı %40,2, kesinlikle katılıyorum cevabı verenlerin oranı %6,4.

"Nöbet değişimlerinden önce çalışan(lar)ı hasta hakkında bilgilendirmek için yapılan "hasta teslimleri" hasta güvenliği açısından önemlidir" ifadesine kesinlikle katılmıyorum cevabı verenlerin oranı %0,4, katılmıyorum cevabı verenlerin oranı

%0, kararsızım cevabı verenlerin oranı %3,2'dir. Katılıyorum cevabı verenlerin oranı %45,8, kesinlikle katılıyorum cevabı verenlerin oranı %50,6'dır.

“Burada, nöbet değişimlerinden önce çalışan(lar)ı hasta hakkında bilgilendirmek için “hasta teslimleri” yapılır” ifadesine kesinlikle katılmıyorum cevabı verenlerin oranı %1,2, katılmıyorum cevabı verenlerin oranı %0,8, kararsızım cevabı verenlerin oranı %2,4'tür. Katılıyorum cevabı verenlerin oranı %53,8, kesinlikle katılıyorum cevabı verenlerin oranı %41,8'dir.

“Bu kurum hasta güvenliği için önceki yıla göre daha fazla çaba sarf etmektedir” ifadesine kesinlikle katılmıyorum cevabı verenlerin oranı %4,4, katılmıyorum cevabı verenlerin oranı %10,4, kararsızım cevabı verenlerin oranı %30,1'dir. Katılıyorum cevabı verenlerin oranı %43,8, kesinlikle katılıyorum cevabı verenlerin oranı %10,8'dir.

“Birçok istenmeyen yan etkinin çoklu sistemlerin bulunmasından kaynaklandığını ve bir bireye mal edilemeyeceğine inanıyorum” ifadesine kesinlikle katılmıyorum cevabı verenlerin oranı %2,8, katılmıyorum cevabı verenlerin oranı %8,4, kararsızım cevabı verenlerin oranı %24,1'dir. Katılıyorum cevabı verenlerin oranı %49,4, kesinlikle katılıyorum cevabı verenlerin oranı %15,3'tür.

“Bu klinik alandaki çalışanlar kendilerini hasta güvenliğinden sorumlu hissederler” ifadesine kesinlikle katılmıyorum cevabı verenlerin oranı %1,6, katılmıyorum cevabı verenlerin oranı %2, kararsızım cevabı verenlerin oranı %10,8'dir. Katılıyorum cevabı verenlerin oranı %69,1, kesinlikle katılıyorum cevabı verenlerin oranı %16,5'tir.

“Çalışanlar, bu klinik alan için hazırlanmış kuralları ya da kılavuzları genellikle dikkate almaz” ifadesine kesinlikle katılmıyorum cevabı verenlerin oranı %16,1, katılmıyorum cevabı verenlerin oranı %51,4, kararsızım cevabı verenlerin oranı %14,1'dir. Katılıyorum cevabı verenlerin oranı %14,9, kesinlikle katılıyorum cevabı verenlerin oranı %3,2'dir.

“Bu klinik alandaki çalışanlar kendilerini hasta güvenliğinden sorumlu hissederler” ifadesine kesinlikle katılmıyorum cevabı verenlerin oranı %0,8 katılmıyorum cevabı verenlerin oranı %7,6, kararsızım cevabı verenlerin oranı %14,1'dir. Katılıyorum cevabı verenlerin oranı %65,5, kesinlikle katılıyorum cevabı verenlerin oranı %11,6'dır.

### 3.7.3. Hasta Güvenliği Kültürünün Demografik Bilgilere Göre Değişimi

Hasta güvenliği kültürünün demografik bilgilere göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın anlamlılığı bağımsız gruplarda t testi ve tek yönlü varyans analizi ile analiz edilmiştir.

**Tablo 4**

#### **Hasta Güvenliği Kültürünün Cinsiyete Göre Değişimi**

| Cinsiyet | N   | Ortalama | Std. Sapma | t     | p     |
|----------|-----|----------|------------|-------|-------|
| Erkek    | 136 | 72,15    | 11,14      | 0,170 | 0,723 |
| Kadın    | 113 | 71,67    | 10,10      |       |       |

Bağımsız Örneklem t Testi  $p>0.05$

Hasta güvenliği kültürünün cinsiyete göre değişimi analiz sonuçlarına göre; anlamlı düzeyde farklılık göstermediği görülmüştür ( $p>0,05$ ). Diğer bir ifade ile erkek ve kadınların hasta güvenliği kültürü algısı aynı düzeydedir.

**Tablo 5**

#### **Hasta Güvenliği Kültürünün Eğitim Durumuna Göre Değişimi**

|                               | N   | Ortalama | Std. Sapma | F     | p     |
|-------------------------------|-----|----------|------------|-------|-------|
| Lise                          | 18  | 70,94    | 8,94       | 0,574 | 0,586 |
| Üniversite                    | 215 | 71,20    | 10,61      |       |       |
| Lisansüstü (Y.Lisans-Doktora) | 16  | 69,56    | 13,25      |       |       |
| Toplam                        | 249 | 71,5     | 10,5       |       |       |

One Way Anova Testi  $p>0.05$

Hasta güvenliği kültürünün eğitim durumuna göre değişimi analiz sonuçlarına göre; anlamlı düzeyde farklılık göstermediği görülmüştür ( $p>0,05$ ). Diğer bir ifade ile farklı eğitim seviyesine sahip kişilerin hasta güvenliği kültürü aynı seviyededir.

**Tablo 6**

**Hasta Güvenliği Kültürünün Yaşa Göre Değişimi**

|        | N   | Ortalama | Std. Sapma | F     | p      |
|--------|-----|----------|------------|-------|--------|
| 18-25  | 89  | 74,18    | 10,24      | 3,299 | 0,045* |
| 26-35  | 151 | 70,72    | 10,54      |       |        |
| 36-45  | 9   | 70,11    | 14,02      |       |        |
| Toplam | 249 | 71,52    | 10,47      |       |        |

One Way Anova Testi, \*p<0,05

Hasta güvenliği kültürünün yaş gruplarına değişimi analiz sonuçlarına göre ; anlamlı düzeyde farklılık görülmüştür ( $p<0,05$ ). Anlamlı farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan TUKEY testi sonuçlarına göre; 18-25 yaş grubu kişilerin hasta güvenliği kültürü düzeyi 26-35 ve 36-45 yaş grubu kişilerden anlamlı derecede daha yüksektir.

**Tablo 7**

**Hasta Güvenliği Kültürünün Medeni Duruma Göre Değişimi**

| Medeni Durum    | N   | Ortalama | Std. Sapma | t     | p     |
|-----------------|-----|----------|------------|-------|-------|
| Hasta Evli      | 72  | 71,92    | 11,05      | 0,032 | 0,986 |
| Güvenliği Bekar | 177 | 71,94    | 10,53      |       |       |

Bağımsız Örneklem t Testi,  $p>0,05$

Hasta güvenliği kültürünün medeni duruma göre değişimi incelendiğinde; anlamlı düzeyde farklılık göstermediği görülmüştür ( $p>0,05$ ). Diğer bir ifade ile evli ve bekarlarının hasta güvenliği kültürü düzeyleri aynıdır.

**Tablo 8**

**Hasta Güvenliği Kültürünün Çalışma Yılına Göre Değişimi**

|                 | N   | Ortalama | Std. Sapma | F     | p     |
|-----------------|-----|----------|------------|-------|-------|
| 1 yıldan az     | 39  | 78,38    | 7,51       |       |       |
| 1-5 yıl         | 179 | 70,93    | 10,82      |       |       |
| 6-10 yıl        | 20  | 68,65    | 11,30      | 5,151 | 0,01* |
| 11 yıl ve üzeri | 11  | 71,36    | 8,77       |       |       |
| Toplam          | 249 | 71,5     | 10,5       |       |       |

\*p<0,05, One Way Anova Testi

Hasta güvenliği kültürünün çalışma süresine göre değişimi incelendiğinde anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği görülmüştür (p<0,05). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan TUKEY testi sonuçlarına göre; 1 yıldan az süre çalışanların hasta güvenliği kültürü düzeyi diğer gruplara göre anlamlı derecede daha yüksektir.

**Tablo 9**

**Hasta Güvenliği Kültürünün Çalışma Birimine Göre Değişimi**

|             | N   | Ortalama | Std. Sapma | F     | p     |
|-------------|-----|----------|------------|-------|-------|
| Acil        | 190 | 72,12    | 10,81      |       |       |
| Yoğun Bakım | 25  | 71,00    | 9,23       |       |       |
| Servis      | 34  | 71,59    | 11,05      | 0,319 | 0,868 |
| Toplam      | 249 | 71,5     | 10,5       |       |       |

One Way Anova Testi, p>0.05

Hasta güvenliği kültürünün çalışma birimine göre değişimi incelendiğinde anlamlı düzeyde farklılık göstermediği görülmüştür (p>0,05). Diğer bir ifade ile farklı birimlerde çalışanların hasta güvenliği kültürü aynı seviyededir.

### 3.7.4 Araştırma Hipotezlerinin Değerlendirilmesi

Araştırmanın hipotezi (H1, H2, H4, H6) reddedilip (H3 ve H5) kabul edilmiştir. Araştırmanın analizleri sonunda, sosyo-demografik özelliklerden yaş ve çalışma yılına göre hasta güvenliği iklimi arasında anlamlı bir ilişki olduğu, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çalışma birimine göre hasta güvenliği iklimi arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı sonucuna varılmıştır.

| Araştırma Hipotezlerinin Değerlendirilmesi                                        | Kabul | Red |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------|-----|
| H1: Hemşirelerin cinsiyete göre hastane güvenliği iklimi algısı yüksektir.        |       | X   |
| H2: Hemşirelerin eğitim durumuna göre hastane güvenliği iklimi algısı yüksektir.  |       | X   |
| H3: Hemşirelerin yaşa göre hastane güvenliği iklimi algısı yüksektir.             | X     |     |
| H4: Hemşirelerin medeni duruma göre hastane güvenliği iklimi algısı yüksektir.    |       | X   |
| H5: Hemşireleri çalışma yılına göre hastane güvenliği iklimi algısı yüksektir.    | X     |     |
| H6: Hemşirelerin çalışma birimine göre hastane güvenliği iklimi algısı yüksektir. |       | X   |

## BÖLÜM 4: TARTIŞMA

Bu çalışma sağlık kuruluşlarında hemşirelerin bakış açısından hastane güvenliği ikliminin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır. Araştırma İstanbul ilinde Avrupa yakasında üç kamu hastanesinde çalışan 249 hemşire ile yürütülmüştür.

Yapılan alanyazı taramasında , Ebik (2017) yaptığı araştırma sonunda cinsiyete göre Hasta Güvenliği Kültürü ölçeği ve alt boyutlarından alınan puanlar bir farklılık bulamamıştır. Özer vd. (2019) de hemşirelerin; cinsiyetlerinin hasta güvenliği algı düzeyleri üzerine etkisi olduğunu bununla birlikte eğitim düzeyleri ve medeni durumlarının hasta güvenliği algılarına etkisinin olmadığını ifade etmişlerdir. Teleş (2011) tarafından yapılan çalışmada da sağlık personelinin hasta güvenliği kültürü algıları cinsiyet durumuna göre incelendiğinde boyutların tamamında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olmadığı görülmektedir. Sütçü (2019) tarafından yapılan çalışmada, hemşirelerin hasta güvenliği kültürü toplam ölçek puanları cinsiyet, yaş grubu, eğitim durumu, hasta güvenliği ile ilgili eğitim alma durumlarına göre karşılaştırma yapıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Literatürde, araştırmanın sonuçlarını destekleyen çalışmalar olduğu görülmektedir (Ekin, 2020; Karaca ve Arslan, 2014; Erdağlı ve Özer, 2013). Buna karşın Oksay vd. (2018), Bölükbaşı (2019) ve Özdemir (2014), tarafından yapılan çalışmalarda hekim ve hemşirelerdeki hasta güvenliği kültürü ile cinsiyet, değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gösterdiğini tespit etmiştir. Nenni Unal (2019) de sağlık çalışanlarının hasta güvenliği iklimi algı düzeylerini tespit etmek amacıyla yapmış olduğu çalışmada eğitim düzeyi arttıkça hasta güvenliğine yönelik algı ve tutumlarda anlamlı bir farklılaşma tespit etmiştir.

Yapılan araştırma sonucunda hasta güvenliği kültürünün yaş gruplarına göre değişimi incelendiğinde; anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği görülmüştür. Buna göre 18-25 yaş grubu kişilerin hasta güvenliği kültürü düzeyi 26-35 ve 36-45 yaş grubu kişilerden anlamlı derecede daha yüksektir.

Doğan (2019) tarafından yapılan çalışmada hemşirelerin yaşlarına göre hasta güvenliği kültürünün, 25 yaş ve altındaki hemşirelerin ortalamasının 31 yaş ve üzerindeki hemşirelerin ortalamasından daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu sonuçlar Özdemir (2014) ve Teleş (2011) daha önce yapmış olduğu çalışma sonucuyla uyumlu bulunmaktadır. Buna karşın Sütçü (2019) ve Ekin (2020)

tarafından yapılan çalışmalarda yaş grupları arasında ve hasta güvenliği kültürü toplam ölçek puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

Yapılan çalışmada, hasta güvenliği kültürünün çalışma süresine göre değişimi incelendiğinde anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği görülmüştür. Buna göre 1 yıldan az süre ile çalışanların hasta güvenliği kültürü düzeyi diğer gruplardan anlamlı derecede daha yüksektir. Koç vd. (2020)'nin yaptıkları çalışmada kurumda toplam çalışma süresi ve hastanenin hasta güvenliğine ait görüş değişkenleriyle anlamlı ilişki saptanmıştır. Meslekte ve kurumda 11 yıl ve üstü çalışanlar ile hastanenin hasta güvenliğine ait mükemmel görüşe sahip olanların ölçek puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Buna karşın Abdou ve Saber (2011) tarafından yapılan çalışmada hemşirelerin çalışma süresiyle güvenlik kültürü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Yine Teleş (2011)'in sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürü algılaması çalışmasında meslekte çalışma süresi durumuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı görülmüştür.

Yapılan çalışma sonunda hasta güvenliği kültürünün çalışma birimine göre değişimi incelendiğinde anlamlı düzeyde farklılık göstermediği görülmüştür. Buna karşın Bal (2019) ın çalışmasında, yoğun bakım hemşirelerinin hasta güvenliğine dair orta düzeyde ve pozitif bir yaklaşım sergiledikleri tespit edilmiştir. Liukka vd. (2021) hasta güvenliği kültürünün farklı sağlık meslek mensupları arasında, yönetici pozisyonunda görev yapanların, hasta güvenliği kültürü algı düzeylerinin diğer meslek mensuplarına göre en üst düzeyde olduğunu tespit etmişlerdir.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak hasta güvenliği kültürünün cinsiyete göre değişimi incelendiğinde anlamlı düzeyde farklılık göstermediği saptanmıştır.

Araştırmada hasta güvenliği kültürünün eğitim durumuna göre değişimi incelendiğinde; anlamlı düzeyde farklılık göstermediği görülmüştür (Tablo 5). Buna karşın sağlık kuruluşlarında hasta güvenliği konusunda verilecek olan hizmet içi eğitimler durumun iyileştirilmesinde son derece etkin bir role sahip olacağı düşünülmektedir. Bu eğitimler sayesinde bilinç ve iletişim seviyesi daha iyi duruma gelen insanlar güvenlik unsurunun da daha iyi noktalara taşınmasını sağlayacaktır. Tüm bu durumlar göz önüne alındığında kurumlarda düzenli olarak eğitim verilmesi önerilmektedir.

Araştırmada hasta güvenliği kültürünün 18-25 yaş grubu kişilerin hasta güvenliği kültürü düzeyi 26-35 ve 36-45 yaş grubu kişilerden anlamlı derecede daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 6). Bu durumun sebebini yeni işe başlayan personellerin daha özverili çalışmasına bağlamak mümkün olabilir. Yeni iş mutluluğu ve yaşın verdiği enerjinin azalmasıyla bu özverinin de yitirilmesinin önüne geçilmeli, gerekli tedbir, teşvik ve uyarılar sağlanmalıdır. Sağlık kuruluşlarında çalışanların her yaş grubunda görülmesi gereken özveri seviyesi yakalanmalıdır.

Yapılan çalışmada hasta güvenliği kültürünün medeni duruma göre değişimi incelendiğinde; anlamlı düzeyde farklılık göstermediği görülmüştür (Tablo 7). Hemşirelerin evli veya bekar olmalarının hasta güvenliği kültürüne hiçbir etkisi bulunmamaktadır. Buna karşın hasta güvenliği kültürünün çalışma süresine göre değişimi incelendiğinde anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği görülmüştür. 1 yıldan az süre ile çalışanların hasta güvenliği kültürü düzeyi diğer gruplardan anlamlı derecede daha yüksektir. Bu durumda işe yeni başlayan çalışanların daha dikkatli ve özenli davrandıklarını söylenebilir. Yapılan araştırma sonunda hasta güvenliği kültürünün çalışma birimine göre değişimi incelendiğinde anlamlı düzeyde farklılık göstermediği görülmüştür. Hasta güvenliği kültürünün çalışılan birim ile ilgili olmadığı söylenebilir.

Avramchuk ve McGuire(2018), çalışmasında hasta güvenliği için sağlık liderlerinin örgütsel iklimlerini sürekli olarak değerlendirmesi gerektiğini ve zaman içindeki

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

Bu çalışma, İstanbul ilinde Avrupa yakasında üç kamu hastanesinde yapıldığından bir genelleme yapmamız mümkün olmamıştır. Bu nedenle bu araştırmanın diğer kamu hastaneleri, özel hastaneler ya da üniversite hastaneleri gibi kurumlarda da yapılması önerilmektedir.

## KAYNAKLAR

- Abdou, H. A. ve Saber, K. M. (2011). A Baseline Assessment of Patient Safety Culture Among Nurses At Student University Hospital, *World Journal of Medical Sciences*, 6(1), 17-26.
- Akalın, H.E. (2005). Yoğun Bakım Ünitelerinde Hasta Güvenliği, *Yoğun Bakım Dergisi*, 5(3),141-6.
- Akgün, S. ve Al-Assaf, A.F. (2007). Sağlık Kuruluşlarında Hasta Güvenliği Anlayışını Nasıl Oluşturabiliriz? *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, 3,42-47 .
- Akman Balçık, A. (2010). *Hasta Güvenliği Kültürü ve Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü İle İlgili Algılarını Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesine Yönelik Bir Araştırma. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.*
- Aksay, K., Orhan F. ve Kurutkan M. N. (2012). Sağlık Hizmetlerinde Bir Risk Yönetimi Tekniği Olarak FMEA: Laboratuvar Sürecine Yönelik Bir Uygulama, *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 4(2),121- 42.
- Alp Yelkin, F. (2011). *Sağlık Çalışanlarının Hasta Güvenliği Kültürünün İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.*
- Alsalem, G., Bowie, P. ve Morrison, J. (2018). Assessing Safety Climate in Cute Hospital Settings: a Systematic Review of The Adequacy of The Psychometric Properties of Survey Measurement Tools. *Bmc Health Services Research*, 18(1), 1-14.
- Altındış, M. (2018). *Sağlık Kurumları Yönetimi, Ata-Aöf Kitabı.*
- Ateş, M. (2011). *Sağlık Sistemleri, İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım A Ş.*
- Atik, G. (2008). *Hemşirelerin Mevzuata Dayalı İşlevleri Hakkında Hemşire Öğretim Elemanları ve Hemşire Yöneticilerin Görüşlerinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri.*
- Avcı, C. (2014). *İş Görenlerin İş Sağlığı ve Güvenliği Davranışlarının Güvenlik İklimi ve Planlı Davranış Kuramı Kapsamında İncelenmesi: Konaklama İşletmelerinin Yiyecek-İçecek Departmanlarında Bir Uygulama. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.*

- Aydemir, E. (2018). Hemşirelik Mesleğinin Gelişen Roller. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi (HSP)*, 5(2), 253-258.
- Aydoğan, M. (2015). *Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi ve Sağlık Hizmetleri Sunumunda İletişimin Önemi. Yüksek Lisans Tezi*, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Babadağ K, (2010). *Hemşirelik ve Değerler*, Ankara: İlksan Matbaası.
- Bacaksız, F., Taşkiran Eskici, G., Uğuz , G., Harmancı Seren, A. (2020). Türkiye’de Hasta Güvenliği Konusunda Son On Yılda (2008-2017) Yayımlanan Ulusal Çalışmaların Değerlendirilmesi: Bibliyografik bir İnceleme, *JAREN*, 6(3),523-37.
- Bal, G. (2019). *Yoğun Bakım Hemşirelerinin Hasta Güvenliğine İlişkin Tutumlarının Değerlendirilmesi. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul.
- Belcher, M. ve Jones, L. K. (2009). Graduate nurses’ Experiences of Developing Trust in The Nurse–Patient Relationship. *Contemporary Nurse*, 31(2), 142-152.
- Birol, L. (2005). *Hemşirelik Süreci*, İzmir: Etki Yayınları.
- Birol, L. (2013). *Hemşirelik Süreci: Hemşirelik Bakımında Sistemik Yaklaşım*, İzmir: Berke Ofset Matbaacılık.
- Birol, L. (2004). *Hemşirelik Süreci*, İzmir: Etki Matbaacılık.
- Bölükbaşı, F.B. (2019). *Hekim ve Hemşirelerde İş Tatmini ile Hasta Güvenliği Kültürü Algılamaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yayımlanmamış yüksek lisans tezi*. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Samsun.
- Caymaz, M. (2015). Sağlık Personelinin Tıbbi Uygulama Hataları Üzerine Bir Araştırma. *Uluslararası Yönetim ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*. 2(4),1-14.
- Cebeci, F., Gürsoy, E., Tekingüzdüz S. (2012). Hemşirelerin Tıbbi Hata Yapma Eğilimlerinin Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 15(3),188-96.
- Claridge, T. ve Sandars J. (2007). *Patient Safety Culture* (Chapter 6), in ABC of Patient Safety Edited By John Sandars and Gary Cook, Blackwell Publishing, UK.

- Çağlıyan, S. (2013). *Kalite hemş., İlaç Uygulama Hataları ve Önlenmesi Eğitimi*, Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi.
- Çakır, A. (2007). *Hasta Güvenliği Kültürü ile Kalite Yönetim Sistemi Arasındaki İlişkinin Analizi, Yüksek Lisans Tezi*, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Çirhinlioğlu, Z. (2012). *Sağlık Sosyolojisi*, Ankara, Nobel Yayın.
- Dağdelen, Ü. (2014). *Öğrenen Organizasyonlarda Hasta Güvenliği Kültürünün Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi*, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Dağlı Gamze, H. (2006). *Türkiye’de Sağlık Sektörünün Yapısı*, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye Bölümü ABD Yayınlanmamış *Yüksek Lisans Tezi*, Ankara.
- Dietz, G. ve Den Hartog, D.N. (2006). Measuring Trust Inside Organisations. *Personnel Review*, 35(5), 557-588.
- Dinç, L. ve Gastmans, C. (2012). Trust and Trustworthiness in Nursing: An Argument-Based Literature Review.. *Nursing Inquiry*, 19(3), 223-237.
- Dirik, H. F. (2020). *Hasta Güvenliğinde Liderlik Becerilerini Geliştirme Programı ve Güçlendirme Stratejilerinin Etkinliğinin Değerlendirilmesi*. Yayımlanmamış *Doktora tezi*, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Doğan, C. (2019). *Dahili Klinik Hemşirelerinde Hasta Güvenliği Kültürü Algısının Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi*, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Ebik, G. E. (2017). *Hemşirelerde Örgütsel Sessizlik Düzeyinin Hasta Güvenliği Kültürü Üzerine Etkisi*, Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, *Yüksek Lisans Tezi*, İstanbul.
- Ekin, B. (2020). *Hemşirelerin Hasta Düşmelerini Önleme Öz Yeterlikleri ve Hasta Güvenliği Kültürünün İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi*, Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Enişte, K. (2006) *Çalışan Güvenliği*. Bursa: Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalite Yönetim Bölümü Yayınları.
- Erdemir, F. (1998). Hemşirenin Rol ve İşlevleri ve Hemşirelik Eğitiminin Felsefesi, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, II(1), 59-60.

- Eriksson, I. ve Nilsson, K. (2008). Preconditions Needed For Establishing a Trusting Relationship During Health Counselling: An Interview Study. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 2352–2359.
- Françolin L, Gabriel C. S, Bernandes, A. Silva, A. Brito, M.F.P., Machado, J. P. (2015). Patient Safety Management From The Perspective of Nurses. *Journal of School of Nursing*, 49(2),275- 281.
- Gallagher, T.H. Waterman, A. D., Garbutt, J.B, Kapp, JM., Chan, D. K., Dunagan, C. W. Fraser, V. I. Levinson, W. (2006). US and Canadian Physicans Attitudes and Experiences Regarding Disclosing Erros to Patients. *Arch Intern Med*, 166: 1609.
- Gilson, L., (2003). Trust and The Development of Healthcare Asasocial Institution. *Social Science & Medicine* , 1453-1468.
- Güven, R. (2007). Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon Uygulamalarında Hasta Güvenliği Kavramı, 5. *Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi*, 411–422.
- Güvener, H. (2022). *Hasta Güvenliği Kültürünün Hasta Bakım Kalitesine Etkisinde Yansıtıcılığın Aracılık Rolü, Doktora Tezi*, Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Haavisto, M. ve Jarva, S. (2018). Developing Trust in a Nurse-Patient Relationship. *Jamk University of Applied Sciences*, 1-37.
- Henneman, A. E. (2010). Patient Safety and Technology, *Advanced Critical Care Nurse*, 20(2), 128– 132.
- Hoffer Gittell, J. (2002). Coordinating Mechanisms In Care Provider Groups: Relational Coordination As a Mediator and Input Uncertainty As a Moderator of Performance Effects. *Management Science*, 48(11), 1408-1426.
- Joint Commission International (2008). *Accreditation Standarts For Hospital*. JCI, Illinois, USA, 2008,3:31-35
- Karaca, A., Arslan, H. (2014). Hemşirelik Hizmetlerinde Hasta Güvenliği Kültürünün Değerlendirilmesine Yönelik Bir Çalışma. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 1(1), 9-18.
- Katz-Navon, T., Naveh, E. ve Stern, Z. (2005). Safety Climate In Health Care Organizations : A Multidimensional Approach. *Academy Ofmanagement Journal*, 48(6), 1075–1089.
- Koç, Z., Eraydın, C. ve Tezcan, B. (2020). Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Algıları ve Etkileyen Faktörler, *CBU-SBED*, 7(2), 102 -109.

- Kristensen, S., Mainz, J. ve Bartels, P. (2007). A Patient Safety Vocabulary: Safety Improvement for Patients in Europe Simpatie - Work Package 4. Aarhus, Denmark: The ESQH-Office for Quality Indicators.
- Lukka, M., Hupli, M. ve Turunen, H. (2021). Differences Between Professionals' Views On Patient Safety Culture in Long-Term and Acute Care? A Crosssectional Study. *Leadership in Health Services*. 34 (4), 499-511.
- Marşap, A., Akalp, G. ve Yeniman, E. (2010). Sağlık İşletmelerinde İnsan Kaynağının Kurumsal Bilgi Güvenliği Kültürü Gelişimi. *Bilişim Teknolojileri Dergisi*, 3(1).
- Milligan, F. ve Dennis, S. (2005). Building a Safety Culture, *Nursing Standart*, 20(11), s.48-52.
- Mülayımoğlu A, ve Ayaz S. (2012). Halk Eğitim Merkezine Devam Eden Bireylerin Hasta Güvenliğine İlişkin Görüşleri ve Tıbbi Hatalarla İlgili Deneyimleri. *Yüksek Lisans Tezi*. Ankara: Gazi Üniversitesi.
- Nenni Unal, F. (2019). *Sağlık Çalışanlarının Hasta Güvenliği İklimi Algılarına Yönelik Bir Araştırma*, Yayımlanmamış yüksek lisans tezi. Sakarya Üniversitesi İşletme Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Sakarya.
- Okay, A. (2016). Sağlık İletişimi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi.
- Oksay A, Kılınç M, Sayhan M. (2018). Sağlık Çalışanlarında Hasta Güvenliği Kültürü Algısının Değerlendirilmesi Üzerine Bir Araştırma. *Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 19, 455-476.
- Ovalı, F. (2010). Hasta Güvenliği Yaklaşımları. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi* 1(1),33-43.
- Ozawa, S. ve Sripad, P. (2013). How Do You Measure Trust in The Health System? A Systematic Review of The Literature. *Social Science & Medicine*, 91, 10-14.
- Özata, M. ve Altunkan, H. (2010). Hastanelerde Tıbbi Hata Görülme Sıklıkları, Tıbbi Hata Türleri ve Tıbbi Hata Nedenlerinin Belirlenmesi: Konya Örneği Tıp Araştırmaları Dergisi. s.100-111.

- Özdemir, H. (2014). *Cerrahi Hemşirelerinde Hasta Güvenliği Kültürü Algılarının Belirlenmesi: Afyonkarahisar'da Bir Uygulama*. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Anabilim Dalı. *Yüksek lisans tezi*, Afyonkarahisar: Afyon Kocatepe Üniversitesi.
- Özer, Ö., Şantaş F., Gün Ç. ve Şentürk, S. (2019) Hemşirelerin Hasta Güvenliği Tutumlarına İlişkin Algılarının Değerlendirilmesi. *ACU Sağlık Bil Dergisi* 10(2), 161-168.
- Öztürk H. ve Kahrman İ., (2016). Tıbbi Hatalar ve Hasta Güvenliği Eğitim Rehberi, İstanbul Tıp Kitabevleri.
- Öztürk, H, Çilingir, D. ve Hindistan, S. (2011). Hastaların Dahiliye ve Cerrahi Kliniklerinde Hemşirelerin Yaptığı Hasta Eğitimlerini Değerlendirmesi. *Deuhyo E.D.*, 4(4),153-158.
- Pronovost, P. ve Sexton, B. (2005). Assessing Safety Culture: Guidelines and Recommendations. *Qual Saf Health Care*, 14, 231–233.
- Reichers, A. E. ve Schneider, B. (1990). Climate and Culture: An Evolution of Constructs. *Organizational Climate And Culture*, 1, 5-39.
- Rızalar, S, Büyük Tural, E., Şahin R. ve Uzunkaya, G. (2015). Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürü ve Etkileyen Faktörler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi* , 9(1),9-15.
- Robbios, S. P. (1994), *Örgütsel Davranışın Temelleri*; San Diego State University, Prentice - Hall International, Inc. (Çeviren: Sevgi Ayşe Öztürk), ETAM A.Ş. Yayınları.
- Sayek, F. (2011). *Hasta Güvenliği Türkiye ve Dünya*, Birinci Baskı, Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları.
- Saygın, T. ve Keklik, B. (2014). Tıbbi Hata Nedenleri Üzerine Bir Araştırma: Isparta İli Örneği. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi* 17(2), 99-118.
- Schneider, B., Ehrhart, M. G. ve Macey, W. H. (2013). Organizational Climate and Culture. *Annual Review of Psychology*, 64(1), 361–388.
- Serbest, Ş. (2011). *Hasta Güvenliği İçin Hemşirelik Uygulamaları*, 13. Ulusal Hemşirelik Kongresi Sunumu.
- Severinsson E., Haruna M., Rönnerhag M., Berggren I. (2015). Patient Safety, Adverse Healthcare Events and Near-Misses in Obstetric Care—a Systematic Literature Review. *Open Journal of Nursing*. 2015, 5,1110-22.

- Singer, S. J., Gaba, D. M., Falwell, A., Lin, S., Hayes, J. ve Baker, L. (2009). Patient Safety Climate In 92 US Hospitals. *Medical Care*, 47(1), 23–31.
- Singer, S., Meterko, M., Baker, L., Gaba, D., Falwell, A. ve Rosen, A. (2007). Workforce Perceptions of Hospital Safety Culture: Development and Validation of The Patient Safety Climate In Healthcare Organizations Survey. *Health Services Research*, 42(5), 1999–2021.
- Sütçü, N. (2019). *Hasta Güvenliği Kültürü Algısı ile Etkileyen Faktörler Arasındaki İlişkinin Analizi. Yüksek Lisans Tezi*, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Şahin, A., Örselli, E. ve Taşpınar, Y. (2016). E-Devlet Fırsatlar ve Tehditler Bağlamında Bir Analiz, Ankara: Atlas Akademi.
- Şimşek, M., Akgemci, T. ve Çelik, A. (2008). *Davranış Bilimlerine Giriş ve Örgütlerde Davranış*, Ankara: Pegem Yayıncılık.
- Tatar, M. (2012). Sağlık Kurumları Yönetimi-I. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayını.
- Tekin, S. (2010). *Sağlık Bakım Sistemi İçinde Sağlık Ekip Hizmetleri ve Hemşirenin Rollerine Üzerine Bir Çalışma*. İstanbul.
- Teleş, M. (2011). *Sağlık Personelinin Hasta Güvenliği Kültürü Algıları ile Hastaların Sağlık Hizmeti Kalitesi Algıları Arasındaki İlişkinin Analizi. Yüksek Lisans Tezi*, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Tengilimlioğlu, D., Işık, O., Akbolat, M. (2018). *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*. 9. Baskı, Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Tosun, N. (2009). Sağlık ekibinin karar verme sürecinde hemşirenin rolü. İçinde: Koçar İH, Erikçi S, Baykal Y. editörler. İç Hastalıklarında Karar Verme. Ankara: Gata Basımevi; 2002. s. 117- 122.
- Tunçel, K. (2013). *Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürünü Algılama Düzeyi ve Hasta Güvenliği Uygulamaları. Yüksek Lisans Tezi*. Erzurum: Atatürk Üniversitesi.
- Türk, S. (2015). *Ameliyathane Hemşirelerinin Hasta Güvenliğine İlişkin Tutumları. Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: Medipol Üniversitesi.

- Türkyılmaz, M. (2001). *Yönetici Hemşirelerin Görev Yetki ve Sorumluluklarını Yerine Getirme Durumlarının İncelenmesi*, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi İzmir.
- Uzun, Ö. (2009). *Hastanelerde Hasta Güvenliğini Olumsuz Etkileyen Etmenler*, V. Nöroşirürji Hemşirelik Kongresi, s. 1-7, 17-21, Girne, Nisan 2009.
- Uzun, Ş. ve Arslan F. (2008). İlaç Uygulama Hataları. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 28(2),217-22.
- Ünal, F. (2019). Sağlık Çalışanlarının Hasta Güvenliği İklimi Algılarına Yönelik Bir Araştırma. *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Sakarya: Sakarya Üniversitesi İşletme Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı.
- WHO (1947). DSÖ Anayasası. World Health Organisation: [https://www.who.int/governance/who\\_constitution\\_en.pdf](https://www.who.int/governance/who_constitution_en.pdf) (Erişim Tarihi: 31.08.2019).
- WHO (2021). Patient Safety. <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patientsafety/about> (Erişim Tarihi: 24 Mart 2021).
- Yalçın, Ş. ve Acar, A. (2010). *Avrupa Birliği Ülkelerinde Hasta Güvenliği ve Güvenli Hastane İlişkisi*, 2.Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, Cilt 1, 12–26.
- Yetginlioğlu, Ö. (2009). *Sağlık Kurumlarında Hasta Güvenliğinin Sağlanmasında Kalite ve Akreditasyon Çalışmalarının Önemi: Ankara İlindeki İki Hastanede Hasta Güvenliği Çalışmalarının Değerlendirilmesine Yönelik Mukayeseli Bir Uygulama*. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.
- Yıldırım, Ö. (2005). *Akreditasyon ve Hasta Güvenliği*, T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın Organı, Sayı: 15, s.34-38, Ankara.
- Yılmaz, Z. (2014). *Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürünün Belirlenmesi*, Erciyes Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Kayseri.
- Yönt, G. (2011). Hasta Güvenliği Kültürü. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*; 27, 77-82.

## EKLER

### Ek 1: Demografik Bilgiler

#### 1.Cinsiyetiniz

☐ Erkek ☐ Kadın

#### 2.Eğitim Durumunuz

☐ İlköğretim ☐ Lise ☐ Üniversite ☐ Lisansüstü (Yüksek Lisans- Doktora)

#### 3. Yaşınız

☐ 18-25 ☐ 26-35 ☐ 36-45 ☐ 46-55 ☐ 56 ve üstü

#### 4. Medeni Durumunuz

☐ Evli ☐ Bekar

#### 5. Bu İş Yerinde Çalışma Süreniz

☐ 1 yıldan az ☐ 1-5 yıl ☐ 6-10 yıl ☐ 11 yıl ve üstü

#### 6. Bu İş Yerinde Göreviniz

☐ Acil Hemşiresi ☐ Yoğun Bakım Hemşiresi ☐ Servis Hemşiresi

## Ek 2: Hasta Güvenliği Kültürü Anketi

Lütfen  
aşağıdaki  
maddeleri,  
uzmanlık  
alanınız veya  
çalıştığınız  
klinik bölüme  
göre,  
aşağıdaki  
ölçeği  
kullanarak  
cevaplayınız.

### Hasta Güvenliği Kültürü Anketi

|     |                                                                                                                                                                       | Kesinlikle<br>Katılmıyorum | Katılmıyorum | Kararsızım | Katılıyorum | Kesinlikle<br>Katılıyorum | Geçersiz |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|--------------|------------|-------------|---------------------------|----------|
| 1)  | Bu klinik alanın hasta güvenliği kültürü, başkalarının hatalarından öğrenmeyi destekler.                                                                              |                            |              |            |             |                           |          |
| 2)  | Bu klinik alanda tıbbi hatalar uygun bir şekilde ele alınır.                                                                                                          |                            |              |            |             |                           |          |
| 3)  | Hastanemdeki yöneticiler beni dinler ve endişelerimi ciddiye alır.                                                                                                    |                            |              |            |             |                           |          |
| 4)  | Bölümümdeki hekim ve hemşire yöneticiler, beni dinler ve önerilerimi ciddiye alır.                                                                                    |                            |              |            |             |                           |          |
| 5)  | Liderlik, bizi 'hasta güvenliği odaklı' kurum olmaya doğru yönlendiriyor.                                                                                             |                            |              |            |             |                           |          |
| 6)  | Yönetime ifade ettiğim hasta güvenliğini ilgilendiren önerilerim, dikkate alınarak harekete geçilir.                                                                  |                            |              |            |             |                           |          |
| 7)  | Yönetim/liderler hasta güvenliğini etkileyen konularda bilinçlidir ve verimliliği etkilese bile ödün vermez.                                                          |                            |              |            |             |                           |          |
| 8)  | Hastaların güvenliği konusunda oluşabilecek endişelerimi olay bildirim yapmam için meslektaşlarım tarafından cesaretlendirilirim.                                     |                            |              |            |             |                           |          |
| 9)  | Hasta güvenliği hakkındaki sorularımı yöneltebileceğim uygun kanalları biliyorum.                                                                                     |                            |              |            |             |                           |          |
| 10) | Performansım hakkında uygun geribildirim alırım.                                                                                                                      |                            |              |            |             |                           |          |
| 11) | Buradan hasta olarak hizmet alsaydım kendimi güven içinde hissederdim.                                                                                                |                            |              |            |             |                           |          |
| 12) | Nöbet değişimlerinden önce çalışan(lar)ı hasta hakkında bilgilendirmek için yapılan 'hasta teslimleri' hasta güvenliği açısından önemlidir.                           |                            |              |            |             |                           |          |
| 13) | Burada, nöbet değişimlerinden önce çalışan(lar)ı hasta hakkında bilgilendirmek için 'hasta teslimleri' yapılır.                                                       |                            |              |            |             |                           |          |
| 14) | Klinik liderlerin varlığını hissederim ve onlara gerektiğinde ulaşabilirim (Lütfen üçünü de yanıtlayınız):<br>Hekim liderler<br>Hemşirelik liderleri<br>Eczane lideri |                            |              |            |             |                           |          |
| 15) | Bu kurum hasta güvenliği için önceki yıla göre daha fazla çaba sarf etmektedir.                                                                                       |                            |              |            |             |                           |          |
| 16) | Bir çok istenmeyen yan etkinin, multipl (çoklu) sistem hatalarından kaynaklandığına ve bir bireye mal edilemeyeceğine inanıyorum.                                     |                            |              |            |             |                           |          |
| 17) | Bu klinik alandaki çalışanlar, kendilerini hasta güvenliğinden sorumlu hissederler.                                                                                   |                            |              |            |             |                           |          |
| 18) | Çalışanlar, bu klinik alan için konulmuş kuralları ya da kılavuzları genellikle dikkate almaz.                                                                        |                            |              |            |             |                           |          |
| 19) | Bu klinik alanda, hasta güvenliğinin yüksek önceliğe sahip olduğu sürekli vurgulanır.                                                                                 |                            |              |            |             |                           |          |

| Göreviniz:                                                  | Bulunduğunuz pozisyonundaki tecrübeniz: |
|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| Hekim                                                       | < 6 ay                                  |
| Eczacı                                                      | 6-11 ay                                 |
| Teknisyen (EEG, Lab, Radyoloji vb.)                         | 1-2 yıl                                 |
|                                                             | 3-7 yıl                                 |
| Hemşire                                                     | 8-12 yıl                                |
| Yönetici Hemşire                                            | 13-20 yıl                               |
| Diğer sağlık çalışanları                                    | >21 yıl                                 |
| Yardımcı Personel                                           |                                         |
| Hasta Danışmanı                                             |                                         |
| Yönetici                                                    |                                         |
| Diğer .....                                                 |                                         |
| Uzmanlığınızda ki tecrübeniz:                               | Hastanedeki tecrübeniz:                 |
| < 6 ay                                                      | < 6 ay                                  |
| 6-11 ay                                                     | 6-11 ay                                 |
| 1-2 yıl                                                     | 1-2 yıl                                 |
| 3-7 yıl                                                     | 3-7 yıl                                 |
| 8-12 yıl                                                    | 8-12 yıl                                |
| 13-20 yıl                                                   | 13-20 yıl                               |
| >21 yıl                                                     | >21 yıl                                 |
| Bölüm (uzmanlığınız ya da çalıştığınız klinik bölümün adı): | Yaşınız:                                |
|                                                             | <30                                     |
|                                                             | 30-34                                   |
|                                                             | 35-39                                   |
|                                                             | 40-44                                   |
|                                                             | >45                                     |
|                                                             | Tarih:                                  |

### Ek 3: Etik Kurul Kararı

## İSTANBUL KENT ÜNİVERSİTESİ SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU

Karar No: 12

Tarih: 22.10.2021

### TOPLANTIYA KATILANLAR:

|                                |                                                                |
|--------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| Prof. Dr. Uğur TEKİN           | Başkan / İktisadi, İdari ve Sosyal Bilimler Fakültesi Dekan V. |
| Prof. Dr. Hasret ÇOMAK         | Üye / İktisadi, İdari ve Sosyal Bilimler Fakültesi Dekan Yrd.  |
| Prof. Dr. Öcal USTA            | Üye / İİSBF İşletme Böl. Başkanı                               |
| Prof. Dr. Esin CANTEZ          | Üye / İİSBF Psikoloji Böl. Başkanı                             |
| Dr. Öğr. Üyesi A. İlkay CEYHAN | Üye / İİSBF Halkla İliş. ve Rek. Böl. Baş.                     |
| Doç. Dr. Bülent DEMİR          | Üye / Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü                       |
| Dr. Öğr. Üyesi Onur SARI       | Üye / MYO Hukuk Böl. Adalet Programı Öğretim Üyesi             |
| Burcu MENİZ                    | Raportör / İİSBF Fakülte Sekreteri                             |

### KARARLAR:

4- Lisansüstü Eğitim Enstitüsü 203002001 numaralı Sağlık Yönetimi (Tezli) Yüksek Lisans programı öğrencilerinden **Ferhat İKİER'in**, "Sağlık Kuruluşlarında Hemşirelerin Bakış Açısından Hastane Güvenliği İkliminin Değerlendirilmesi" adlı tez çalışması gereği araştırmanın yöntemine dair anket sorularının uygulanmasının etik olarak uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.

ASLI GİBİDİR

Prof. Dr. Uğur TEKİN  
Başkan

## Ek 4: İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü İzni



T.C.  
İSTANBUL VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - İSTANBUL EĞİTİM  
ve TESCİL BİRİMİ  
08/05/2022 13:13 - E-15916306 - 604.01.01 - 5570



Sayı : E-15916306-604.01.01  
Konu : Ferhat İKİER Tez Çalışması İzni

### DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : 25/04/2022 tarihli ve 80929729-604.01.01-01-11297 sayılı yazısı.

İlgi sayılı yazısı ile Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Hemşire olarak görev yapmakta olan, İstanbul Kent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Bölümü Yüksek Lisans öğrencisi Ferhat İKİER'in "Sağlık Kuruluşlarında Hemşirelerin Bakış Açısından Hastane Güvenliği İkliminin Değerlendirilmesi" konulu tezin saha çalışmasını Müdürlüğümüze bağlı Hastanelerde yapma talebi Birimimize iletilmiş olup Müdürlüğümüz Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Araştırma, Basılı Yayın, Duyuru İçeriği Değerlendirme Komisyonu 28.04.2022 tarih ve 2022/10 sayılı kararınca uygun görülmüştür.

Çalışmanın kurumunuzun uygun gördüğü zaman diliminde (başvuru dosyasında belirtilen aralık gözetilerek) sürecin koordinasyonunun ilgili Başhekimliklerce sağlanması ve araştırmanın bitiminde bir nüshasının elektronik ortamda (CD halinde) Müdürlüğümüze teslim edilmesi gerektiğinin Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi tarafından başvuru sahibine tebliği hususunda,

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Uz. Dr. Hasan Basri VELİOĞLU  
Başkan

### Dağıtım:

T.C. Sağlık Bakanlığı Kanuni Sultan Süleyman Eğitim Ve Araştırma Hastanesi  
T.C. Sağlık Bakanlığı Beylikdüzü Devlet Hastanesi  
T.C. Sağlık Bakanlığı Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp Ve Damar Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Değerlendirme Kodu: 963432-2-17-4256-61ed-60916306-604.01.01-5570 - Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-cbys>  
İstanbul Cd. General Kani Elitez SK. No:8/1 Yenimahalle/Bakırköy/İSTANBUL

Dahili:3058  
Telefon: Faks No:

e-Posta: [yesim.biyik@saglik.gov.tr](mailto:yesim.biyik@saglik.gov.tr) İnternet Adresi: [ism.34@hs01.kep.tr](mailto:ism.34@hs01.kep.tr)

Bilgi için: Yeşim BIYIK

MEMUR

Telefon No: (0 212) 638 33 99



## ÖZ GEÇMİŞ

Ferhat İKİER ilk, orta ve lise öğrenimini Adıyaman'da tamamlamıştır. Lisans eğitimine 2013 yılında Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Söke Sağlık Yüksekokulu'nda başlamış olup 2017 yılında lisans eğitimini tamamlamıştır. 2017 yılından beri bir kamu kurumunda hemşirelik mesleğini icra etmeye devam etmektedir.

