

## **Kültürel Bağlamda Hasta Güvenliği Problemine İlişkin Genel Bir Değerlendirme \***

### *An Overall Assessment of the Problem of Patient Safety in a Cultural Context*

Rıfat BİLGİN<sup>a</sup>

Hülya DİĞER<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Doç. Dr. Fırat Üniversitesi, Elazığ, Türkiye, rifatbilgin@gmail.com, 0000-0003-1253-3851.

<sup>b</sup> Doktora Öğrencisi, Fırat Üniversitesi, Elazığ, Türkiye, hulyadiger@gmail.com, 0000-0002-1737-8195.

### **ÖZ**

Bu çalışma, kültürel bağlamda hasta güvenliği problemini incelemeyi amaçlamaktadır. Araştırma güvenlik ve hasta güvenliği kavramlarını konu edinmektedir. Sağlık çalışanları ile sağlık hizmeti alanların sağlık, hastalık ve hasta güvenliği konusundaki tutum, inanç, zihniyet ve sosyal ilişkilerinin toplumun kültürel unsurlarıyla doğrudan ilişkili olduğunu söylemek mümkündür. Çalışmanın sonuçlarına göre, kültürel yapı sonucunda meydana gelen bazı davranış şekilleri, hastaların sağlığı ve güvenliği üzerinde bazen olumlu ve bazen de olumsuz etki oluşturabilmektedir. Olumlu etki sağlık ve güvenlik konularına katkıda bulunmaktadır. Olumsuz etki de tedavinin gidişatında bir sorun şeklinde ortaya çıkmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Kültür, Sağlık Sosyolojisi, Hasta, Güvenlik, Hasta Güvenliği.

### **ABSTRACT**

This study aims to investigate the issue of patient safety in the cultural context. The study discusses the concepts of safety and patient safety. It is possible to say that there is a direct relationship between the cultural elements of the society and the attitudes, beliefs, mentalities and social relations of healthcare professionals and those who benefit from health services on health, illness and patient safety. The results of the study show that some behavioral patterns that occur as a result of cultural structure, values and codes can sometimes have positive and sometimes negative effects on the health and safety of patients. The positive effect contributes to health and safety issues. The negative effect appears as a problem in the course of treatment.

**Keywords:** Culture, Medical Sociology, Patient, Safety, Patient Safety.

## **1. GİRİŞ**

Bilimsel ve teknolojik gelişmeler sonucu dünyamızın küreselleşmesi ve gittikçe küçük bir köy haline geldiği günümüz dünyasında insanlığın iyilik halini arttıracak gelişmelerin insanlara ulaştırılması kolaylaşmıştır. Bunun yanı sıra bu küçük köyde görünürlük kazanan davranışlar, uygulamalar ve salgın hastalıklar da küreselleşmektedir. Bu durumu açıklayan en uygun örnek küresel ölçekteki etkileriyle “Covid-19 pandemisi” olmuştur. Pandemi sürecinde bireyin sağlığını olumlu etkileyen bilimsel davranışlar ve uygulamaların yanı sıra (maske, mesafe, hijyen, sosyal alanlarda hareketliliğin kısıtlanması gibi) hastanın güvenliğini ve sağlığını olumsuz etkileyen hatalı davranış ve uygulamalar da (sarmıslıklı su, alkol, tuzlu su, kekik çayı gibi) benzer şekilde yaygınlaşmıştır. Bu nedenle hatalı bilgilerin izalesi adına yapılması gereken, bilimsel bilgi ile desteklenmiş davranış ve uygulamalara olan inancı teşvik etmek ve sağlık kurumlarında kalite kavramını ön plana çıkarmaktır. Sağlık kurumlarında hasta güvenliği politikalarının oluşturulması ve icra edilmesi, sağlık hizmetlerinin kalitesine olumlu katkılar sunmaktadır. Yanı sıra gelişmiş toplumlarda görülen sağlık hizmeti alanların bilgi seviyesinin artışı bu politikaların hızlı bir şekilde uygulanmasını zorunlu kılmaktadır. Aksi halde hizmet alanlar tedavi süreçlerini reddedebilmekte hizmet alımı süresinde bireysel veya teknik aksaklıklar nedeniyle memnun olmazlarsa gerekli mercilere başvurarak sağlık kuruluşu aleyhine haklarını arayabilmektedirler. Teknik aksaklıklar ekipman vb. unsurlar nedeniyle oluşmaktadır. Bireysel aksaklıklar ise, kişilerin arasındaki bilgi farklılığından kaynaklanmaktadır.

\* Bu makalede bilimsel araştırma ve yayın etiği ilkelerine uyulmuştur. / In this article, the principles of scientific research and publication ethics were followed.

Bilgi asimetrisi olarak da adlandırılan bilgi seviyesi farklılığı, sağlık kurumlarının amacına ulaşmasında engel oluşturmaktadır. Sağlık kurumlarının ortak amacı sağlık hizmetini etkili bir şekilde sunabilmektir. Fakat hizmet sunum sürecinde meydana gelen istenmeyen bazı davranış ve uygulamalar söz konusu amaç üzerinde olumsuz etki oluşturabilmektedir. Bu bağlamda kültürel temelli düşünce, davranış ve uygulamalar önemli rol oynamaktadır. Dolayısıyla hastaların iyilik halleri ile ideal sağlık durumuna ulaşım durumu arasında farklılıklar meydana gelmektedir.

Dünya Sağlık Örgütüne göre sağlık; fiziksel, ruhsal ve toplumsal açıdan tam bir iyilik halidir. Yani sağlık bireysel ve biyolojik bir mesele değildir. Toplum organizasyonu içinde kök salmış bir hastalık ve iyilik örtüsüdür (Macionis ve Akan, 2013:542). Sosyolojik manada bir sosyal sistem içinde yer alan hastalık ise; biyolojik bir varlık olan bireyin bireysel ve sosyal bütünleşmesini sağlayan ideal sağlık halinde bozulma olarak tanımlanmaktadır. Bu tanımlamada hastalığın hem biyolojik hem de sosyal bir yapıda olduğu görülmektedir. Bireyin erken ölümü veya erken faaliyetten kesilmesi aile ve toplum için önemli zararların oluşmasına sebep olmaktadır. Bu sebeptir ki, sağlığın olumsuz yönünü teşkil eden hastalık ile erken ölümlere yol açan tutum, davranış ve uygulama gerçekleştirme biçimlerini hastanın lehine düzenlemek zorunluluğu vardır (Türkdoğan, 1991:30). Hastaların lehine yönelik faaliyetler kapsamında hasta güvenliği kültürü de bulunmaktadır.

Hasta güvenliği kültürünün kurumlarda oluşturulmasındaki amaç, oluşabilecek hataları asgari düzeye indirebilmek, yapılan yanlış uygulamalardan ders çıkarmak ve bunun tekrarlanmasına karşı tedbirler alabilmektedir. Hasta güvenliği kültürü üzerinde etki oluşturan ve sağlık hizmet sürecini olumlu ya da olumsuz şekilde etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bu faktörler hasta güvenliği süreci üzerinde etki oluşturmaktadır. Söz konusu etkiler ise, olumlu/olumsuz şekilde tedaviye ve dolayısıyla insanın sağlığına da yansımaktadır. Öte yandan ise, etki oluşturan unsurlardan biri de bir toplumu oluşturan bireylerin sahip olduğu kültür ile çevresinde şekillenen davranış ve uygulamalardan kaynaklanabilmektedir. Söz konusu davranış şekilleri bazen hastanın iyiliğine yönelik şekilde sergilenmiş olsa da olumsuz sonuçlar da ortaya çıkarabilmektedir. Dolayısıyla hasta güvenliğini kültürel bağlamda etkileyen faktörleri derlemek, ilgili faktörleri değerlendirmek ve nihayetinde olumsuz faktörleri ortadan kaldırmaya ilişkin önerilerde bulunmak, çalışmanın kapsamını oluşturmaktadır.

## 2. KÜLTÜR VE GÜVENLİK KÜLTÜRÜ KAVRAMI

Toplum, bireyler ve bireyler arasındaki sosyal ilişkilerin ürünü olan statüler, roller, gruplar, organizasyonlar ve kurumlar gibi blokları kapsayan bir bütünü oluşturmaktadır. Bu bloklar arasında harç gibi yapıştırıcı görevini yerine getiren ise kültürdür (Newman, 2013:14). Basit bir ifade ile kültür, öğrenilen ile paylaşılan değerler, inançlar, davranış şekilleri ve sembollerin toplamı olarak ifade edilebilir (Koçel, 2005: 227-228). Kültür üretilen maddi ürünlerin yanında manevi ürünleri de kapsar. Manevi kültür ürünleri süreç içerisinde toplumda üretilen bireylerce paylaşılan inançlar, değerler, gelenekler-görenekler, örfler, adetler, semboller ve ahlaki değerleri içermektedir. Nihayetinde kültür, bir toplumu diğerlerinden ayıran “*hayat tarzı*” olarak da adlandırılabilir. Ek olarak kültür içerisinde uygun olmayan davranış şekillerinin de gelişerek toplumsal davranışa yerleştiği görülebilmektedir (Newman, 2013:49).

Gündelik ilişkilerde farklı insanlar benzer davranış şekilleri göstermektedirler. Benzer davranışlar okul, işyeri, toplu taşıma aracı ya da arkadaş grupları vb. yerlerde görülebilir. Bireyleri benzer davranış şekilleri sergilemeye yönelten etkene kültür adı verilmektedir. Başka bir ifade ile kültür kavramı, bakış açısı ve bilim alanları farklılığına göre farklı şekilde tanımlanabilir. Örneğin, kültürü yalnızca manevi değerlere ağırlık vererek inançların, zevklerin ve davranışların geliştirilmesi ile daha yüksek düzeye çıkartılması şeklinde ifade edenler bulunmaktadır. Bununla birlikte dil, düşünce, değer, kural ve davranışları nesilden nesile aktarılan maddi ve manevi unsurlardan ortaya çıkan bir bütün olarak geniş şekilde tanımlayanlar da bulunmaktadır. Sosyologlara göre ise, kültür kavramı daha geniş bir açıdan ele alınmakta olup bir toplumun genel yaşam şekli olarak tanımlanmaktadır (Çelen, 2011: 57-58). Ürettiğimiz araçlar ve gereçler, giydiğimiz elbiseler, oturduğumuz evler ve evleri dizayn etme şeklimiz, yemek yeme ve çocuk yetiştirme biçimimiz, hastalıkları teşhis, tedavi etme biçimimiz gibi birçok düşünce, tutum, davranış ve uygulamalarımızı da içermektedir. Bu bağlamda kültür, geçmişten günümüze süregelen bir olgudur.

Kültür ilk olarak İngiliz antropolog Sir Edward Taylor (1871) tarafından tanımlanmıştır. Taylor'a göre kültür, kişinin ihtiyacı olan inanç, sanat, moral, yasa, örf, alışkanlık ile yetenekleri içermektedir (Karaboğa Gündoğdu, 2010: 17). Başka bir ifade ile kültür, belirli bir grup tarafından öğrenilmiş olan ve nesiller arası aktarma suretiyle bilgi, kanun, beceri, değer, düşünce, tutum, davranış, gelenek ile görenekler olarak ifade edilebilir. Kısaca hayatın özü kültür olarak ifade edilmiş olup, her birey bir kültüre ait olarak yetişmektedir. Kültür doğada kendiliğinden var olan öğelere karşılık bireylerin oluşturduğu her şeydir (Bolsoy ve Sevil 2006; Karaboğa Gündoğdu, 2010: 17). Bu bağlamda bireylerin düşünce ve davranışları neticesinde ortaya çıkan kültür, geçmişten günümüze kadar süregelen düşünce, davranış, tutum ve kurumlar vasıtasıyla varlığını korumuştur.

Kültürün temelini geleneksel düşünceler (tarihsel süreçte oluşmuş ile seçilmiş) bilhassa da onlara atfedilen değerler sağlamaktadır. Kültür bir yandan davranışların ürünü, diğer yandan ise gelecekteki davranışların koşullayıcısıdır (Karaboğa Gündoğdu, 2010: 17). Geniş kapsamlı ele alındığında ise kültür, bir toplumun tüm yaşam şeklidir (Karaboğa Gündoğdu, 2010: 17). Nesilden nesile aktarılan kültür, örgüt kültürüne de zemin oluşturmaktadır. Dolayısıyla örgütlerde meydana gelen olumlu/olumsuz sonuçlar kültürle ilişkilendirilebilir. Olumlu sonuçlar katkı oluştururken, olumsuz sonuçlar bir tehdit unsuru olabilmektedir. Tehdit durumu ise, örgütlerde güvenlik düzeyinin azalmasına neden olmaktadır.

Örgüt kültürü, bir örgütün güvenlik düzeyi ile kültürel özellikleri arasındaki ilişkinin varlığından söz etmektedir. Örgüt kültürü ile güvenlik arasındaki ilişkiyi açıklayıcı kavramsal bir etiket olarak güvenlik kültürü kavramı kullanılmaktadır (Çelen, 2011: 60). Güvenlik kültürü kapsamında gerçekleştirilen çalışmaların geçmişte çok eskilere dayanmaktadır. Ancak yaygın şekilde Çernobil kazası ile kullanılmaya başlamıştır.

Güvenlik kültürü, kurumun sunduğu hizmetlere verdiği önem ile güvenlik yönetimi kapsamındaki becerisidir. Önem ve beceri kapsamında sorumluluğunda bulunan görevleri tespit etmek, birey veya örgüte ait olan değer, beceri, algı ile tutum kurallarının tespiti güvenlik kültürü olarak ifade edilebilir (Tütüncü, 2006: 288). Diğer bir tanıma göre ise güvenlik kültürü, kurumlarda tutum şekillerini belirleme konusunda uygulamada olan kurallar içerisinde örgütsel kapsamdaki yapılanmanın etkileşiminde yer alan ortak değer ile inançları belirlemektir (Tak, 2010: 80).

Bir kuruluşta güvenlik kültürünün yaygınlaştırılması, kurum personelinin güvenlik konusunda uygulanan hususlarda gerekli bilginin var olmasına, uygulamalarda aktif yer almasına ve ekip çalışmasında bulunmasına bağlıdır. Etkili bir güvenlik kültürü oluşturma sürecinde önemli olan diğer bir unsur ise, hataların rapor edilip açıklanmasıdır. Hataların belirlenip, kabul edilmesi, raporlanıp ilgili kişilere aktarılmasıdır. Nihayetinde bu durumların göz önünde bulundurulması güvenliğin işleyişinin ne kadar iyi olduğunun da göstergesidir (Tunçel, 2013).

### 3. HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜNÜN TARİHSEL GELİŞİMİ

Dünyada tıbbi hata kavramı, 1970'lerin sonundan günümüzdeki halini aldığı sürece kadar hasta güvenliği, gerçek manada 1960'lardan itibaren sağlık dünyasının gündeminde yer almayı başarabilmiştir. Sağlık kurumlarındaki hatalar ile hasta güvenliğini sağlamaya yönelik faaliyetlerin, kamuoyunun gündeminde yer alması ise ancak 1990'lardan sonra gerçekleşmeye başlamıştır (Altındiş, 2009: 30-32).

Hasta güvenliği kavramı özellikle son yıllarda gündemde daha fazla bulunmasına rağmen, eski çağlardan günümüze kadar varlığını sürdüren bir konudur. M.Ö. 1700'lerdeki Hammurabi Kanunları'nda, hekim hatası sonucu, hastanın hayatını kaybetmesi durumunda, her iki elinin kesileceği belirtilmiştir. Bununla birlikte hekim ücretleri düzenlemelerine ek olarak tıbbi başarıların ödüllendirileceği, tıbbi başarısızlıklar ile ilgili cezaların ne şekilde olacağı açık bir şekilde belirtilmiştir (Ovalı 2010: 34; Bayar 2013).

2002 yılında Dünya Sağlık Örgütü 55. Dünya Kongresi kapsamında hasta güvenliğini dünya çapında bir sağlık problemi olarak değerlendirmiştir. Değerlendirme sonucunda üye ülkelerinde hasta güvenliği hakkında politika ile uygulamaların geliştirilmesine dair karar almıştır (Lunsford ve Wilson, 2015). 2004 yılı 57. Dünya Sağlık Kongresinde ise, "Uluslararası Hasta Güvenliği Birliği" kurulması hususunda uzlaşma sağlanmıştır. Birliğin ilk toplantısında önce zarar verme ilkesini ulaşılabılır kılmak ve güvenli şekilde gerçekleştirilmeyen sağlık bakım sürecinin istenmeyen sonuçlarını en aza indirgeme amaçlanmıştır (Pinnock, 2012). Dünya Sağlık Örgütü 2007-2008 yılını "Güvenli Cerrahi Hayat Kurtarıcı" yılı ilan etmiştir. Bu hususta cerrahide aseptik teknikler, güvenli şekilde gerçekleştirilen anestezi, gerekli eğitimi almış personel, cerrahi ekipmanlar, izlem ile kalite güvenliği olarak beş konuya odaklanılmıştır. Dünya Sağlık Örgütü cerrahi birimlerde tıbbi hataları en aza indirmek ve hasta güvenliğini oluşturmak için "Cerrahi Güvenlik Kontrol Listesi" oluşturmuş ve yaygın bir şekilde kullanılmasını önermiştir (Dilmen, 2016: 8-11). Bununla birlikte güvenli bir cerrahinin gerçekleştirilmesi için iyi bir ekip çalışması gerçekleştirilmesi, Cerrahi Güvenlik Kontrol Listesi'nin kullanılması ile meydana gelen problemler hakkında gerekli kayıtların tutulması gerektiği ifade edilmiştir (Nordin, 2015; Vincent, 2010; WHO, 2009). Kayıt altına alınan hatalar hasta güvenliğinin sağlık kurumlarında yaygınlaşmasına katkıda bulunmuştur. İlerleyen süre zarfında yayınlanan tebliğ ve yönetmelikler ile de mevcut duruma temel oluşturulmuştur.

29 Nisan 2009 tarihinde "Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ" ile hasta güvenliği kavramı resmi olarak gündemde yerini almıştır. İlerleyen süreçte Sağlık Bakanlığı 6 Nisan 2011 tarihinde tebliği yeniden düzenleyerek "Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik" şeklinde yayımlamıştır. Yayımlanan tebliğ ve yönetmelik aracılığıyla bütün sağlık kurumlarında (Kır Biçer ve ark. 2013: 15);

- Hasta ve personel için güvenli hizmet sunumu,
- Hasta ve personel için güvenli bir çevre oluşturulması,
- Hizmet sunum aşamasında kalitenin artırılması,
- Hasta ve personel için olası risklerin tespit edilmesi,
- Belirlenen risklerin ortadan kaldırılması için uygun olan yöntem ve tekniklerin belirlenmesi,
- Hizmet içi eğitimler aracılığıyla hizmet sunum süreci ve çalışma ortamında güvenliğin sağlanması ile sürdürülebilmesi.

Ayrıca belirli çözüm önerilerinin sunumu ile de güvenlik sağlanmaya çalışılmıştır.

Hasta Güvenliği Dostu Hastane Girişimi (Patient Safety Friendly Hospital Initiative [PSFHI]), Dünya Sağlık Örgütü tarafından belirtilen çözüm paketlerinden biri olarak değerlendirilebilir. Hasta Güvenliği Dostu Hastane Girişiminde beş etkinlik alanı tespit edilmiştir. Bunlar (Dilmen, 2016: 8-11);

- Liderlik ile yönetim,
- Hasta ile toplum katılımı,
- Güvenli kanıtlara dayalı klinik uygulamalar,
- Güvenli çevre,
- Yaşam boyu öğrenme,

Çözüm önerileri başlığında yer alan diğer bir durum Sağlık Bakım Kuruluşlarının Akreditasyonu Birleşik Komisyonu tarafından 2003 yılında sağlanmıştır. Komisyon ABD'de ulusal hasta güvenliği amaçlarını ilan etmiştir. 2005 senesi itibari ile

bu amaçlar uluslararası hasta güvenliği amaçları olarak kabul edilmiştir (Dilmen, 2016: 8-11). Bu amaçlar sağlık bakımı sunulan tüm alanlar için tespit edilmekte olup her sene incelenmektedir (Bulut vd., 2013: 164; Dilmen, 2016: 8-11).

İlk dönemlerden günümüze kadar sistem ve kurallar çerçevesinde genel anlamda hastalar üzerinde odaklanılmış, zarar oluştuktan sonra geriye dönük zararlar üzerinde durulmuştur. Zarar oluşmadan önlemek amaçlı hasta güvenliği anlayışına, 20. yy'ın ikinci yarısından itibaren ancak sistemli bir şekilde başlanmıştır. İfade edilen tarihten itibaren gerçekleştirilen çalışmalara bakıldığında Amerika, İngiltere, Kanada, Avustralya başta olmak üzere birçok ülkede çalışmalar hız kazanmış ve ilerlemeler kaydedilmiştir (Altındış, 2009: 30-32).

Hasta güvenliği adı altında yer alan çalışmalar kaliteli sağlık hizmet sunumunu da kapsamaktadır. Geçmişte hasta bakım kalitesi olarak da ifade edilen terim, sağlık hizmetlerinin tarihinde önem arz eden hususlar arasında bulunmaktadır. Sağlık hizmetleri kapsamında hasta bakım kalitesi ölçümlerinin ilk olarak ne zaman başladığı hakkında literatürde farklı görüşler bulunmaktadır. Sağlık hizmetlerinde kalite konusu tarihsel bir süreç kapsamında yer almaktadır. Tarihsel anlamda kalite konusuna yönelik süreçler şu şekildedir (Kaya Eroğlu, 2011: 23-27);

- M.Ö. 5. yüzyılda Hipokrat'ın yazılı mesleki tutum kuralları,
- M.Ö. 2000'de Mısır Papürüsleri'nde belgelenen tıbbi uygulama standartları,
- M.Ö. 1100'de Chou Hanedanı'nın doktorların mesleğe başlamadan önce bir sınavı geçmek zorunda olmaları,
- Doktora yapılan ödemelerin, hastaların sonuçlarına göre belirlenmesi,
- M.S. 1000'li yıllarda İran'da tıbbi uygulama yapan herkesin bilgisinin sınav ile değerlendirilmesinin istenmesi.

#### 4. HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ

Sağlık hizmetleri kapsamında yer alan güvenlik kavramı; hastaya sunulan hizmetin hasta için zarar oluşturmasının engellenmesi, yaralanma, sakatlık ve ölüm durumlarına neden olabilecek hataların engellenmesi olarak da ifade edilebilir (Akgün ve Al-Assaf, 2007: 42). Hasta güvenliği kültürü ise, sağlık hizmet sürecinde bulunan müracaatçılar ile hekimlerin arasındaki ilişki sonucunda hasta haklarını korumaya yönelik gösterilen özendir. Ayrıca hasta yakınları ile sağlık personeli de hasta güvenliği kültürü sürecinde yer almaktadır (Yalçın ve Acar, 2010: 14).

Hasta güvenliği kültürü genel anlamda, liderlik, ekip çalışması, etkili iletişim, öğrenme ve hasta merkezli bir kavramdır (Altındış ve Kurt, 2010). Başka bir ifade ile bu kültür, sağlık kurumlarının hasta güvenliği yönetim şekliyle yetkinliğini, taahhütlerini belirleyen, bireye veya gruba ait olan değer, tutum, algı, beceri ve davranış şekillerinin ürünü şeklinde de ifade edilebilir (Çıraklı vd., 2012).

Bu bağlamda hasta güvenliği ile ilgili geniş bir yelpazede birçok tanım yer almaktadır. Bu tanımlar şu şekilde ifade edilebilir;

- Korkmaz'a göre (2013) hasta güvenliği kavramı, hastaların müdahale ile sağlık durumlarında tehlike ortaya çıkaracak durumlardan uzaklaşması, sağlık hizmetiyle ilişki içerisinde bulunan hataların engellenmesi ve söz konusu hataların hastalarda neden olduğu zararların azaltılması şeklinde ifade edilmektedir.
- Dünya Sağlık Örgütüne göre (2008) kalite iyileştirme çalışmaları hasta güvenliği kavramından bağımsız düşünülemez. Bu bağlamda yaptıkları tanıma göre hasta güvenliği, sağlık hizmetleri konusunda meydana gelen hataları engelleme ile söz konusu hataların neden olduğu yaralanma ve ölümleri engellemek amacıyla tüm sistemlerin yeniden düzenlenmesi olarak ifade edilmektedir.
- Adıgüzel (2010), Aydın (2010), Bonner vd. (2008) göre hasta güvenliği kültürü, sağlık kurumlarında bulunan iş görenler ile diğer sağlık personelinin hasta haklarına saygı, her alanda hasta haklarının korunması, tüm kurum personelinin göstereceği ilgi ve özeni de içermektedir.
- Yalçın ve Acar'a (2010) göre hasta güvenliği kültürü, sağlık hizmetlerinin bütün alanlarında görev alan, sağlık çalışanları tarafından hasta haklarına saygı, her türlü alanda hasta haklarını koruma ile tüm kurum personeli tarafından gösterilecek özen olarak tanımlanmıştır.

Hasta güvenliği kültürü sağlık hizmeti sunan kurumlarda, kurumların kalitesi ile güvenilirliğini sağlamada kritik bir öneme sahiptir. Bu nedenle sağlık kurumlarında hizmet eden tüm personelin hasta güvenliğini öncelikli görev olarak benimsemesi ve görev tanımının bir parçası olarak görmesi amaçlanmaktadır (Adıgüzel, 2010; Aydın, 2010; Bonner vd., 2008). Dolayısıyla hasta güvenliği, önem düzeyinin belirlenmesi, gerekli eğitimler, bilgi, bilinç ile yeteneklerin artırılmasıyla mümkün olacaktır. Bu hususta sağlık yöneticilerinin gerekli hassasiyeti göstermesiyle personelinin yönlendirilmesi, ilgili kültürün gelişmesi ve yerleşmesine katkıda bulunacaktır. Ayrıca kurumlarda bulunan liderlerin hatalar karşısında olumlu davranış sergilemesi, çalışanların hatalarını raporlamasına, geri bildirimlerin olumlu sonuçlar oluşturmasına katkı sağlamaları gerekmektedir. Hasta güvenliği kültürü ile oluşacak katkılar hem manevi hem de maddi boyutlarda yer almaktadır. Manevi açıdan katkılar, insan hayatının uzaması ve kayıplarının giderilmesi ile yanlış sonuçlara mahal vermeyi önleyebilmektir (Karaca ve Arslan, 2014: 10). Maddi bakımdan ise, kurumdaki israfların önlenmesi, etkili ve verimli sağlık çıktıları, zaman ve maliyet açısından tasarruf, hastane imajı ve markası gibi konulara katkı sağlayacaktır.

Hasta güvenlik kültürünün organizasyonlarda gelişmesi ve zayıf olan güvenlik kültürünü güçlü bir güvenlik kültürüne dönüştürme aşamaları Fleming & Wentzell tarafından 2008 yılında patolojik, reaktif, analitik, pro-aktif, üretken olarak 5 seviyeden oluşan bir model ile açıklanmıştır (Fleming ve Wentzell, 2008: 12);

**Tablo 1.** Hasta Güvenlik Kültürü Olgunlaşma Seviyeleri

Gelişme Seviyesi	Hasta Güvenlik Kültürünü İyileştirici Yaklaşım
<i>Patolojik</i>	Güvenlik kültürünü pozitif yönde geliştirecek bir sistem bulunmamaktadır. Kazaların kötü şans ile eğitimler hariç hatalı tutumlardan ya da kişi kaynaklı hatalardan meydana geldiği görülmektedir. Kazalar ile şikayetler, mümkün olduğu kadar işleme konulmamaktadır. Kişileri suçlama şeklinde oluşan kültür oldukça yaygın şekilde yer almaktadır. Raporlama sistemi geçici şekildedir.
<i>Reaktif</i>	Araştırmaların denetlenmesi ya da olayların sorumluluğu ile ilgili parça parça şekilde bir sistem bulunmaktadır. Organizasyonlar kendilerini olayların kurbanı olarak görmektedir. Sorunların sebebi olarak kişiler görmektedir. Uygulanan çözümler daha çok yeniden eğitimler ile cezalandırmadır. Gelişmemiş bir raporlama sistemi bulunmaktadır. Personel, meydana gelen kazaların raporlanması hususunda cesaretlendirilmemektedir. Kazaların raporlanmasında personelin isteksiz olmasının yalnızca personeli suçlayıcı bir kültürün sonucu olduğu düşünülmektedir. Kazalar meydana geldiğinde hastalar ile onlarla ilgili kesimleri denetleyen bir girişim bulunmamaktadır.
<i>Analitik</i>	Sistematik şekilde bir hasta güvenliği yaklaşımı bulunmaktadır. Ancak uygulamaların oluşumu çok dağınık bir şekilde ve olaylar dar kapsamlı bir çerçevede sınırlanmaktadır. Personel oluşan hataların raporlanması hususunda cesaretlendirilmemektedir. Ancak yaptıklarının güvenli olmadığını düşünmektedirler. Şikayetler dikkate alınmaktadır.
<i>Pro-aktif</i>	Pozitif ile kapsamlı bir güvenlik kültürü geliştirme yaklaşımı bulunmaktadır. Hataların, sistem ile kişilerin bir kombinasyonu şeklinde oluştuğu kabul edilmektedir. Hatalar ile ramak kaldı olarak oluşan olayların raporlanması hususunda cesaretlendirme bulunmaktadır. Çalışanlar raporlamayı öğrenmek için bir fırsat olarak görmektedir.
<i>Üretken</i>	Organizasyon misyonunun yaratıcı ile koruyucu bir güvenlik kültürü bulunmaktadır. Örgüt etkinliğinin ölçülmesi ile birlikte başarısızlıklardan öğrenme söz konusudur. Başarısızlıklar, organizasyonun güvenliğini iyileştirmesini mümkün kılacak bir hareket anlamına gelmektedir. Personel, hastalar ile ilgili kişiler aktif şekilde desteklenmekte ve organizasyonda yüksek düzeyde açıklık ile güven yer almaktadır.

**Kaynak:** Patient Safety Solutions, 2007.

Tablo 1’de görüldüğü gibi, patolojik seviyede güvenlik, organizasyonlar tarafından bir problem olarak görülmesinin yanı sıra bilgiler gizlenmektedir. Güvenliğin sağlanmasında bireylerin sorumlulukları üzerinde odaklanılmaktadır. Reaktif seviyede, güvenliğin önemli olması ile birlikte sorumluluk zarar ortaya çıktıktan sonra söz konusu olmaktadır. Analitik seviyede ise, organizasyonlar mevcut kurallara ve statüye bağlılık göstermektedir. Bir kazanın sonrasında, bu tarz organizasyonlarda bilgi olmadığı kabul edilir ve başarısızlıkların açıklanmasında yeterli şekilde bir araştırma yapılmadan karar verme yoluna gidilmektedir. Pro-aktif seviyede, henüz herhangi bir zarar var olmadan önce bütün paydaşlar arasında hasta güvenliği hakkında geniş kapsamlı bir katılımı sağlamayı hedeflemektedir. Son aşama olan üretken aşamada organizasyonlar güvenli ve güvenli olmayan tutumlar hakkında gerekli bilgiyi elde etmek için aktif bir araştırmanın sürecinde bulunmaktadır. Bu aşamada, yüksek güvenlikli organizasyonların nitelikleri ile güvenlik kültürü üretken aşamada bulunan organizasyonların nitelikleri benzerlik göstermektedir (Dursun vd. 2010: 3). Belirtilen seviyeler ile hasta güvenliği kültürünün kurum ve kuruluşlarda yaygınlaşma ve gelişme gösterebileceğine inanılmaktadır. Aslında tüm yaklaşımların ortak hedefinin öncelikle sağlık hizmetlerinde hasta güvenliği kapsamında var olan sorunları bilmekle bu sorunlara çözümler sunulabileceği kanaatini güçlendirmektedir.

Hasta güvenliği kültürünün, olası hataların hastalar üzerinde olumsuz etki oluşturmasını engellemek, örgütlerde hasta güvenliğini sağlamak ve yaygınlaştırmak için sağlık kurumlarında oluşturulması zorunlu hale geldiğini söylemek mümkündür (Karaca ve Arslan, 2014: 10). Hasta güvenliği kapsamında meydana gelen olumsuzluklar hem hasta hem de sağlık kurumu

açısından geri getirilemez sonuçlar ve ek maliyetler oluşturmaktadır. Hastada oluşan zarar, ciddi yaralanma, yatış süresinin uzaması, sakatlık hatta ölüm ile sonuçlanabilmektedir. Hasta güvenliği konusunda önemli olan, hatalar ve kaynaklarının sistem yaklaşımı nezdinde değerlendirilmesidir. Tıbbi hataların bireylerden ziyade sistemden kaynaklandığı ifade edilmektedir (Özata ve Altuncan, 2010). Dolayısıyla kurumlarda hasta güvenliğinin sağlanması ancak sürecin her unsurunun yeterli incelenmesi ile mümkündür.

Uluslararası Göç Örgütü tarafından da hasta güvenliğini sağlayabilmek amacıyla temel kavramlar ya da yaklaşımlar tespit edilmiştir. Belirlenen yaklaşımlar iş sağlığı, mühendislik ile psikoloji alanlarının ortak çalışmaları sonucunda oluşturulmuştur (Hughes, 2008; Çoban, 2012: 13-14).

- a) *Kullanıcı Merkezli Düzenleme*: Bilhassa kullanılan araçlar ve malzemenin kullanıcının kullanımına uygun olması ile hata yapmasına müsaade etmeyecek şekilde düzenlenmesidir.
- b) *Hafızaya Güvenmeme*: Bu adımda bireyin hatırlaması ya da hafızası ile ilgili etkenlerden doğacak hataların engellenmesi amaçlanmaktadır. Yapılan işlemlere yönelik standart kuralların geliştirilmesi ve özel araçların sağlanması, bu standartların yazılı olarak bulundurulması önerilmektedir. Yazılı olarak geliştirilen protokol ile kontrol listelerinin düzenli şekilde revize edilmesi, bu sayede hasta güvenliğinin artırılması önerilmektedir. Bu aşamanın diğer önemli bir ögesi ise gerçekleştirilen işlemlerle ilgili protokol ya da kontrol listelerinin olabildiğince basitleştirilmesidir. Bu sayede protokol/kontrol listeleri daha kolay izlenilebilecek ve gerçekleştirilen hatalar minimum seviyede olacaktır.
- c) *İş Güvenliği*: çalışanların güvenliğinde etki oluşturan işyerinin fiziksel ve yapılandırılmış çevresinin güvenlik açısından kontrol altında tutulması gerekmektedir.
- d) *Dikkatine Güvenmeme*: Hataların meydana gelmesinde kişinin dikkatine güvenmesinin önemli bir faktör olduğu görülmektedir. Kişilerde dikkat dağılımının meydana gelmesinde birçok faktörün sebep oluşturabileceği ile hata yapılmasına neden olabileceği unutulmamalıdır. Bu sebeple özellikle uzun olan çalışma saatlerinin azaltılması, protokoller ile kontrol listelerinin kullanılması hataların engellenmesine olanak tanımaktadır.
- e) *Ekip Kavramını Geliştirme*: Hataların engellenmesinde ekip içerisinde oluşan işbirliği önem arz etmektedir. Bu sebeple ekibin işbirliği içinde çalışmaları ve kararlarına güvenmeleri hataların engellenmesine katkıda bulunacaktır.
- f) *Hastaları Kendi Bakımlarına Katma*: Hasta ile yakınlarının bakım sürecine dahil edilmesi, doğru ve düzenli şekilde bilgilendirilmeleri, kullanılan ilaç ile malzeme hakkında bilgi iletimi hasta güvenliğini artırmada önemli bir yoldur.
- g) *Beklenmedik Hatalara Dikkat Etme*: Hataların engellenmesine yönelik birçok sistem geliştirilmekte ancak kullanılan yeni sistemlerin kendileri de hataya sebep olabilmektedir. Bu sebeple her an bir hatanın ortaya çıkabileceği bilinip, yeni geliştirilen sistemlerde de dikkatli bir şekilde davranılmalıdır.
- h) *Hata Oluşturduğunda Tedavi Süreci Düzenlenmeli*: Bu süreçte hata oluştuğunda tedavi edilme aşamaları hazır bulunmalı, tedavi için gerekli olan malzemeler kolay bir şekilde ulaşılabilir bir yerde bulunmalı ve kullanım standartı basit şekilde hazır bulunmalıdır.
- i) *Doğru ve Zamanında Bilgiye Ulaşmayı Kolaylaştırma*: En son aşama bilgiye ulaşmanın kolay bir şekilde sağlanmasıdır.

Hedefler incelendiğinde, genelinin ortak şekilde nokta risklerin azaltılmasına yönelik olduğu görülmektedir. Risklerin azaltılabilmesini mümkün kılmak yukarıda ifade edilen amaçların tespitine yönelik raporlamaların yapılmasıyla sağlanabilmektedir. Raporlama ise ancak kurumlarda güvenlik kültürünün var olması ile mümkün olabilecektir.

#### 4.1. Hasta Güvenliği Kültürü Araçları

Hasta güvenliğini artırmak ve sağlık hizmetlerinin kalitesini daha iyi hale getirebilmek için, süreçlerde ortaya çıkan sorunlar tahmin edilip oluşmasını önleyen çözümler geliştirilebilir. Yanı sıra sorunların asıl sebebinin bilinmesi tekrardan ortaya çıkmalarına engel olabilir. İfade edilen amaç için gerekli olan araçlar sistem yaklaşımıyla birleşen bir köprüdür (Avcı ve Aktan, 2015: 52).

Bu yöntemler düzeltici uygulamalar üzerine kurgulanmış ve aşağıda ifade edilmiştir (Avcı ve Aktan, 2015: 52) ;

- **Retrospektif Olay Analizleri**: Meydana gelmiş olayların gerisine, geçmişine bakmaktır.
- **Kritik Olay Analizi/Kök Neden Analizi**: Oluşan sorunun esas sebebi, nedensel faktörleri ya da nedenlerin kökündeki problemi tespit edip yazılı şekle getirmeye aracı olan bir araçtır. Hastaların ciddi ya da yıkıcı zararlara maruz kaldığı durumlarda, gerçek kök nedenleri tanımlamaya yönelik derin bir soruşturma yapılması gerekmektedir. Böylece hata ortaya çıktığında örgütsel süreçteki genel sebeplerden, klinik süre zarfında oluşan özel nedenlere indirgenerek süreçlerde potansiyel iyileştirmeler yapılabilir. Bir vahim olay durumunda, sağlık bakım organizasyonlarının olaydaki kök sebepleri amaçlayan risk azaltma stratejileri uygulama ve belirtilen girişimlerin sonuçlarını ya da etkililiklerini ölçmeleri gerekmektedir. Bu analiz türü kişisel performansa değil, ilk olarak sistemlere ya da süreçlere odaklanmaktadır.
- **Pareto Çizelgeleri**: Herhangi bir sebepten ötürü ortaya çıkan problem hakkındaki gerekli bilgileri topladıktan sonra, iyileştirme çalışmalarının önceliklerini belirleme hususunda yardımcı olma ve yüksek getirisi olan alanlardaki aktivitelere odaklanabilmek amacıyla pareto grafiği kullanılabilir. Pareto grafiği, çubuk grafikler aracılığı ile verileri azalan düzende gösteren ve çizgi grafikler aracılığıyla da soldan sağa okunduğunda kümülatif toplamları gösteren basit

bir grafikdir. Bu çizelgeler, baskın olan sebepleri, iki neden arasındaki ilişkiyi veya diğer değişkenleri tanımlamaya yardımcı olmaktadır.

- **Balık Kılıçığı Diyagramı:** Sebep ve etki diyagramı olarak da ifade edilen bu diyagram, yapısal süreçte oluşan bir problemin olası sebeplerini organize ve ifade etmek için kullanılan bir araçtır. Bu diyagram bir balığı anımsattığı için (problem baş kısmını sebepler de kemikleri temsil eder) balık kılıçığı diyagramı olarak bilinmektedir.

## 5. KÜLTÜREL BAĞLAMDA HASTA GÜVENLİĞİ

Sağlık hizmetleri, karmaşık, süreklilik gerektiren, çok boyutlu ve en az hata gerektiren bir yapıya sahiptir. Hizmet verenler ve alanların sahip olduğu kültür, hizmet üretimi yapan kurum kültürü ve toplumun ortak kültürü kişilerin kurumla olan ilişkilerini düzenleyebilir. Etkili, verimli ve güçlü bir hasta güvenliği kültürünün kurumlarda tasarımı konusunda sağlık personelinin katılımı önemli rol oynamaktadır. Sağlık kurumlarında hasta güvenlik sisteminin istenilen şekilde tasarlanmasında, yapılan işlerin raporlanması ile sağlık personelinin söz konusu konuda desteklenmesi önem arz eden bir husustur (Aydemir, 2015).

Sağlık kurumlarında hasta güvenliğini geliştirme ile bu konudaki riskleri minimum seviyeye indirmenin yolu, hataya neden olan faktörleri tespit etmektir. Hasta güvenliğinde tehdit oluşturan faktörler, hastaya verilen hizmet sürecinin hepsinde uygulanan, tedavilerin başarısı üzerinde olumsuz etki oluşturacak her türlü uygulama olarak tanımlanabilir. Hastanın hizmet süreci, hastanın sağlık kurumu ile etkileşime geçtiği ilk andan, taburcu olacağı son ana kadar devam eden zaman dilimini içermektedir. Hasta güvenliği üzerinde etki oluşturan faktörler kişi ve sistem olarak iki unsur çerçevesinde ele alınmaktadır. Kişi yaklaşımı bireysel hatalara odaklanmakta olup, hata yapanların hemen bulunup suçlanması temeline dayanmaktadır. Bu yaklaşım kapsamında eğitim yetersizliği, yetersiz özen, dikkatsizlik, yorgunluk, önlem eksikliği, iletişim eksikliği, güç/kontrol, zamansızlık, yanlış karar vb. gibi güvenli olmayan davranış şekillerinin tıbbi hataları artırdığı düşünülmektedir. Sistem yaklaşımında var olan düşünce ise, ortaya çıkan hatanın görünenden ziyade sistemden kaynaklandığı yaklaşımdır. Hataları engelleme ve etkilerini azaltıcı çalışma şartlarına odaklanmaktadır. Bu yaklaşım kapsamında iş yeri yapısı, politikalar, idari/finansal yapı, liderlik, geri bildirim yetersizliği, çalışan dağıtımının yanlışlığı, donanım ve otomasyon yetersizliği, karar almada destek eksikliği ile uyum eksikliği yer almaktadır. Yapılan çalışmalara göre hasta güvenliği üzerinde tehdit oluşturan hataların çoğunun kişiden ziyade sistemden kaynaklandığı anlaşılmaktadır. Hasta güvenliğinde etki oluşturan kişiden ve sistemden kaynaklanan hatalar Tablo 2’de yer almaktadır (Asılı, 2016: 9).

**Tablo 2.** Hasta Güvenliğini Etkileyen Faktörler

İnsan Kaynaklı Hatalar	Sistem Kaynaklı Hatalar
Hataları tanımlamada eksiklikler	Yetersiz personel
Kurum politika ve prosedürlerine uymama	Hasta bakım düzeyi
Nöbet sayısı	Kurum politikası
Dikkatsizlik	İlaçlar konusunda bilgi edinememe
İlaç konusunda bilgi eksikliği	Fiziksel çevre; aydınlatma ve ilaç hazırlama imkânları
Doz hesaplamada yapılan yanlışlıklar	Olay raporlama kültürü
İş yükü	Örgütsel iletişim kanalları
Hasta bakım modeli	Örgütsel iş rutinleri
Farmakoloji bilgisi	Örgüt kültürü

**Kaynak:** Asılı, 2016: 9.

Öte yandan ise, hasta güvenliğini etkileyen başka faktörler de bulunmaktadır. Söz konusu faktörler şu şekilde ifade edilebilir (Gediktaş Bozkurt, 2012: 28) ;

- İlaç sürecindeki yanlışlıklar,
- Cihazdan kaynaklanan problemler,
- Aşırı düzeydeki iş yükü ile yeterliliği olmayan alanlarda istihdam,
- Bilgi aktarımında ortaya çıkan değişiklik,
- Hizmette süreklilik veya bakımının takibinde başarısızlık,
- Politika ile prosedürlerin fark edilmesinde eksiklik,
- Sayısal olarak personel yetersizliği,
- Politika, prosedür ile protokollerde oluşan eksiklikler,
- Bildirilmesi gerekli olaylardan kaynaklı oluşan sorunlar,
- Kesin tanı koymada başarısızlık ya da geç tanı koymak,
- Sosyo-ekonomik faktörler.

### 5.1. Sosyo-Ekonomik Faktörler

Kamu sağlığı alanında geçmişe kıyasla günümüzde yapılan iyileştirmelere rağmen yapılan çalışma sonuçları incelendiğinde, çeşitli toplumsal sınıfların veya grupların sağlık ve hastalık durumları arasında genel mânada farklılıklar bulunduğu gözlemlenmiştir. Bu bağlamda yapılan araştırmalara göre bazı grupların diğerlerine kıyasla daha sağlıklı olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ulaşılan sonuçlar arasındaki farklılık, kişilerin sosyo-ekonomik durumlarındaki farklılıklarla ilişkilendirilmiştir (Giddens, 2005: 144).

Bireylerde oluşan hastalıkların esas nedenleri arasında yaşam tarzı, yetersiz eğitim, yetersiz beslenme, sahip olunan gelir ve inanç temelli sağlık hizmetlerinden faydalanma kısıtıdır. Bununla birlikte eksik ülke sağlık sistemlerinden dolayı ortaya çıkan olumsuz sebeplerde bulunmaktadır. Diğer işletmelerde olduğu gibi sağlık kurumlarında da örgütsel yapılanma mevcuttur. Örgütlenmenin özünü statü, normlar, değerler ve anlayışlar oluşturmaktadır. Bu bakımdan sağlık kurumları toplumsal sistem içerisinde alt sistem şeklinde yer almakta ve kendi içerisinde de alt sistemlere ayrılmaktadır. Hastalık ile sağlık kavramları yapısı itibarıyla çok yönlüdür. Bu çok yönlülük, onlarda etki oluşturan faktörlerin de çok yönlü olmasına sebep olmuştur. Bu hususta hastalıkların toplum kapsamında yayılması konusunda birçok faktör yer almaktadır. Bunlar (Aytaç ve Kurttaş, 2015: 233-234);

- Hastalık sebebi (bakteri, besin vb.)
- Fiziksel ile sosyal çevre (konum, ısı vb.)
- Kişi nitelikleri (yaş, yaşam tarzı, cinsiyet vb.)

Sağlık ile hastalık durumları toplumdan topluma farklılık göstermektedir. Aynı sıra aynı toplum kapsamında yer alan sınıflar arasında da farklılıklar mevcuttur. Kişilerin hasta olsa dahi hasta rolünde yer almaları hususunda çoğu zaman sosyo-ekonomik faktörler engelleyici etkide bulunabilmektedir (Aytaç ve Kurttaş, 2015: 233-234).

### SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık ve hastalık kavramlarına ilişkin yeni yaklaşımların benimsenmesiyle hasta güvenliği kavramı sağlık kurumlarında çeşitli unsurlara bağlı olarak ortaya çıkmıştır. Bu unsurlar, mesleki bilgi, beceri, etik ilke ve değerlere göre hareket etmemektir. Hasta güvenliği kültürü, sağlık kurumlarında sadece hastaları değil aynı zamanda personeli de kapsamaktadır. Hem hasta bireyleri hem de personel ile kurum açısından daha iyi bir ortam oluşturabilmek amacıyla hasta güvenliği uygulamaları sağlık kurumları bakımından önem arz etmektedir.

Sağlık kurumlarında hasta güvenliği meselesi toplumun kültürlenme sürecinde bireylerine kazandırdığı rol alma ve rol oynama yetisi ile şekillenmektedir. Böylece hastaların güvenliği ilgili toplumun bireylerinin kazandığı şahsiyet ve alışkanlara bağlı olarak da önemsenmekte veya önemini yitirmektedir. Ekonomik ve inanç farklılıklarının yanı sıra kültürel kodlar ve farklılıklar, değerler de tasarlanan sağlık sistemi üzerinde etki oluşturmaktadır. Birey yaşadığı ve bir aktör olarak faaliyette bulunduğu sosyal çevresi tarafından kişilik ve karakter kazanarak sosyalleşmektedir. Bireyin toplumsal hayata uyumlaşma süreci ile mensup bulunduğu toplumun veya grubun kültürüne göre şahsiyet kazandığı sosyoloji literatürüne biraz vakıf olanlar tarafından kolaylıkla ortaya konulmaktadır. Dolayısıyla da ister sağlık meslek erbabı (doktor, hemşire ve laborant, tanı, teşhis araç ve gereçlerini kullananlar, eczacı) isterse de idari, güvenlik sağlama, temizlik ve yemek işlerini yerine getirenler sebebiyle sağlık hizmeti alanların maruz bırakıldıkları riskler ve tehlikeler (yanlış ilaç, tanı, tedavi ve bakım vb.) sebebiyle güvenlikleri tehdit edilmektedir. Bu risk ve tehlikelerin önemli bir kısmı kültürel temelli koşullardan da kaynaklanmaktadır. Mesela bireysellikten ziyade dayanışmacı ve yardımsever bir geleneği benimsemiş ve bunu önemli bir değer olarak gören bir kültürden gelen ve bu kültür tarafından desteklenen değerlere sahip olanlar hastanın güvenliğini tehdit durumlardan korumaktadır. Ayrıca söz konusu kişilerin hasta güvenliği sorunu konusunda olumlu katkılar sunduğu kolaylıkla söylenebilir.

Bütün bunlar göstermektedir ki kültür ile kişiliğimizin oluşumu arasındaki yakın ilişkinin varlığı, iş yapabilmeye biçimimiz bir sosyal organizasyon olarak sağlık kurumlarında hatalı davranışlar ve uygulamalar sonucunda ortaya çıkan hasta güvenliği ve hasta güvenliği kültürü arasındaki yakın ilişkiyi ortaya koymaktadır. Sosyal organizasyon, kurum veya kuruluşlarda ortaya çıkan bozulmalar ve hatalar çeşitli sosyal problemlere yol açabilmektedir. Söz konusu problemler şiddet, alkolizm ve diğer maddelerin kötü kullanımı, ölüm, intihar, yaralanma, organ ve organlarının kullanılmaması sonucu engelli olma hâli olarak ifade edilebilir. Ayrıca başkasının bakımına ihtiyaç duyarak yaşama, sürekli ilaç kullanmaya mahkûm olma, toplumun ekonomik kayıplara uğraması veya üretimin sektöre uğraması, depresyon ve ruhsal hastalıklara mustarip olma, çocuk ve yetişkinlerin ihmal ve istismarı gibi problemler de oluşabilmektedir.

Öte yandan hasta güvenliği üzerinde başka unsurlar da etki oluşturmaktadır. Söz konusu etkiler genel anlamda olumsuz şekilde ortaya çıkmakta olup, hastanın sağlığı ve tedavisi üzerinde güvenlik ihlalini ortaya çıkarmaktadır. Bu bağlamda kültürel yapı ve davranışlar da olumsuz etkilerinden biri olarak değerlendirilebilmektedir. Gerek tedavi öncesi gerekse de tedavi sonrası ortaya çıkan bu davranış şekilleri hastanın güvenliğini tehdit etmektedir. Toplumda var olan yanlış zihniyetler ve tutumlar, batıl inançlar ve beslenme düşünceleri bu kapsamda değerlendirilebilmektedir. Tamamen hastanın iyiliği amacıyla gerçekleştirilen bu davranış şekilleri hastanın sağlığının kötüye gitmesine sebebiyet verebilmektedir. Dolayısıyla kültürel temelli sorunlar da bir hasta güvenliği problemi olarak ortaya çıkmaktadır.

Hasta güvenliğini tehdit eden unsurlardan biri de enfeksiyonların oluşumudur. Enfeksiyonlar sağlık kurumları kapsamında yeterli temizlik, hasta bakımı gibi gerekli çalışmalar ile bağlantılı olarak değerlendirilse de kültürel davranışlarla da yakından ilişkili olduğu söylenebilir. Meslek erbabının bilgi, beceri, özeni ile hasta yakınlarının kültürel temelli olan hastayı görme, onunla daha fazla vakit geçirme isteği enfeksiyonların oluşmasına zemin hazırlamaktadır. Dolayısıyla tüm bu değerlendirmelerden



hareketle toplum nezdinde kültürel bağlamda bir hasta güvenliği problemi varlığını sürdürmektedir. Bu bağlamda toplumun eğitilmesi ve bilinçlendirilmesi gerektiği düşünülmektedir. Gerekli bilgilendirmeler, farkındalık, bilinç kazandırma yoluyla tüm sağlık çalışanları, hizmet veren diğer işgörenler, hasta ve hasta yakınları ve hatta toplumsal düzeyde bir seferberlik anlayışıyla ciddi bir “sağlık okuryazarlığı”nın sağlanması ile mevcut problemin çözüme kavuşacağı ve hasta güvenliği üzerinde bir tehdit unsuru oluşturmayacağı öngörülmektedir.

#### KAYNAKÇA

- Adıgüzel, O. (2010). Hasta Güvenliği Kültürünün Sağlık Çalışanları Tarafından Algılanmasına Yönelik Bir Araştırma. *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 28, 1-9.
- Akgün, S. & Al-Assaf, A. F. (2007). Sağlık Kuruluşlarında Hasta Güvenliği Anlayışını Nasıl Oluşturabiliriz ?. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, 3, 42-47.
- Altındış, S., (2009), “Bilgi Yönetimi Uygulamalarının Hasta Güvenliğine Etkilerine İlişkin Bir Araştırma” , (Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Doktora Tezi), Afyonkarahisar.
- Altındış, S. & Kurt, M. (2010). Bilgi Yönetim Uygulamalarının Hasta Güvenliğine Etkisine İlişkin Bir Araştırma: Afyonkarahisar İlinde Bir Uygulama, *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 24, 45-61.
- Asılı, N. (2016). *Kamu ve Özel Sektörde Çalışan Hemşirelerin Hastanelerde Hasta Güvenliği Kültürüne İlişkin Algıları* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul: Koç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Avcı, K. ve Aktan, T., (2015), “Bir Sistem Sorunu Olarak Tıbbi Hatalar ve Hasta Güvenliği”, *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 5,2, ss. 48-54.
- Aydemir, A. (2015). *Acil Serviste Çalışan Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürü ve Tutumunu Etkileyen Faktörler* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Samsun: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Aydın, Ş. (2010). *Bir Üniversite Hastanesinde Görev Yapan Hekim ve Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürüne İlişkin Algılamaları* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Aytaç, Ö. & Kurdaş, M. Ç. (2015). Sağlık-Hastalığın Toplumsal Kökenleri ve Sağlık Sosyolojisi. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 25 (1), 231-250.
- Bayar, H., (2013), “Acil Birimlerde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliğine Yönelik Bilgi ve Uygulamaları” , (Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul.
- Bolsoy, N. & Sevil, Ü. (2006). Sağlık-Hastalık ve Kültür Etkileşimi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9 (3), 78-87.
- Bonner, A. F. Castle, N. G. Perera, S. Handler, S. M., (2008), “Patient Safety Culture: A Review of the Nursing Home Literature and Recommendations for Practice”, NIH Public Access, 16, 3, pp. 18-22.
- Bulut, S. Türk, G. ve Şahbaz, M., (2013), “Hemşirelerin Hasta Düşmelerini Önlemeye Yönelik Uygulamalarının Belirlenmesi”, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16, 3, ss. 163-169.
- Çelen, Ö. (2011). *Ekip Çalışması Etkinliğinin İş Tatmini ve Hasta Güvenliği Kültürü Üzerine Etkisi: Gülhane Askeri Tıp Fakültesi Eğitim Hastanesinde Bir Uygulama* (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Ankara: Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Çıraklı, Ü. Çelik, Y. & Beylik, U. (2012). Örgütsel Faktörlerin Sağlık Ekiplerinin Etkililiği ve Ekip Etkililiği Bileşenleri Üzerine Etkisi: Bir Uygulama Çalışması, *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 103-120.
- Çoban, İ., (2012), “Ailelerin Hasta Güvenliği Konusundaki Görüşlerinin Belirlenmesi”, (Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İzmir.
- Dilmen, B., (2016) Hemşirelik Öğrencileri ve Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Algılamalarının Değerlendirilmesi, (Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Doktora Tezi), Ankara.
- Dursun, S. Bayram, N. ve Aytaç, S. (2010), “Hasta Güvenliği Kültürü Üzerine Bir Uygulama”, *Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 8, 1, ss. 1-14.
- Fleming, M. ve Wentzell, N., (2008), “Patient Safety Culture Improvement Tool: Development and Guidelines for Use”, *Healthcare Quarterly*, 11, ss. 1-10.
- Gediktaş Bozkurt, E. (2012). *Sağlıkta Kalite Geliştirme ve Akreditasyon* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Giddens, A. (2005). *Sosyoloji*. Ankara: Ayraç Yayınevi.
- Hughes, R. G., (2008), “Nurses at the “Sharp End” of Patient Care”, *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*, 1, ss. 1-36.

- Karaboğa Gündoğdu, S. (2010). Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürü Algılamasının Belirlenmesi (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul: Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Karaca, A. & Arslan, H. (2014). Hemşirelik Hizmetlerinde Hasta Güvenliği Kültürünün Değerlendirilmesine Yönelik Bir Çalışma. *Hemşirelik Hizmetlerinde Hasta Güvenliği Kültürü*, 1 (1), 9-18.
- Kaya Eroğlu, E., (2011), “Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde İş Yükünün Hasta Güvenliği Üzerindeki Etkisinin Belirlenmesi”, (Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Ankara.
- Kır Biçer, E. Güçlüel, Y. Neymen, A. ve Yiğit, Ş., (2013), “Hasta Güvenliğine İlişkin Düzenlenen Hizmet İçi Eğitimin Hemşirelerin Bilgi Düzeyine Etkisi”, *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 10, 1, ss. 14-20.
- Koçel, T. (2005). *İşletme Yöneticiliği*. İstanbul: Arıkan Yayınevi.
- Korkmaz, O., (2013), “Hemşirelerin Hasta Güvenliği Konusunda Yöneticilerin Tutumunu Algılayışı”, *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 14, 4, ss. 91-112.
- Lunsford, B. ve Wilson, D. L., (2015), “Assessing Your Patients’ Risk for Falling”, *American Nurse Today*, ss. 29-31.
- Macionis, J. J. & Akan, V. (2013). *Sosyoloji*. İstanbul: Nobel Yayınları.
- Newman, D. M. (2013). *Sosyoloji: Günlük Yaşamın Mimarisini Keşfetmek*. Ankara: Nobel Yayınları.
- Nordin, A., (2015), “Patient Safety Culture In Hospital Settings- Measurements, Health Care Staff Perceptions and Suggestions for Improvement”, (Karlstad University Department of Health Sciences Unreleased Doctoral thesis), İsveç.
- Ovalı, F., (2010), “Hasta Güvenliği Yaklaşımları”, *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 1, 1, ss. 33-43.
- Özata, M. ve Altunkan, H., (2010), “Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeğinin Geliştirilmesi ve Geçerlilik Güvenilirlik Analizinin Yapılması”, II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, ss. 3-21.
- Patient Safety Solutions Preamble, (2007), <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/Preamble.pdf>. (erişim tarihi 9.11.2018).
- Pinnock, D., (2012), “The Role of the Ward Manager In Promoting Patient Safety”, *British Journal of Nursing*, 21, 9, pp. 1144-1149.
- Tak, B. (2010). Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Ana Unsuru Olarak Hasta Güvenliği Sistemlerinin Oluşturulması: Hastaneler İçin Bir Yol Haritası Önerisi. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 72-113.
- Tunçel, K. (2013). *Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürünü Algılama Düzeyi ve Hasta Güvenliği Uygulamaları* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Erzurum: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Türkdoğan, O. (1991). *Kültür ve Sağlık-Hastalık Sistemi:(Doğu'da Bir Kasabanın Tıbbi Sosyoloji Açısından İncelenmesi)*, İstanbul: MEB.
- Tütüncü, Ö. Yağcı, K. & Küçükusta D. (2006). Toplam Kalite Yönetim Kapsamında Hasta Güvenliği ve Akreditasyon: Tıbbi Laboratuvarlar Değerlendirmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 8 (4), 286-302.
- Vincent, C., (2010), “Patient Safety”. 2nd edition. London: BMJ Books.
- World Health Organization, (2009), “Patient Safety A World Alliance for Safer Health Care WHO Guidelines for Safe Surgery”, [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/99789241598552\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/99789241598552_eng.pdf). (erişim tarihi 02.06.2020).
- World Health Organization, (2008), “Learning from Error”, [http://www.who.int/patientsafety/activities/technical/vincristine\\_learningfromerr or.Pdf](http://www.who.int/patientsafety/activities/technical/vincristine_learningfromerr or.Pdf). (erişim tarihi 09.07.2020).
- Yalçın, Ş. & Acar A. (2010). Avrupa Birliği Ülkelerinde Hasta Güvenliği ve Güvenli Hastane İlişkisi. H. Kırılmaz (Ed.) 2. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı (s.12-26). Ankara.