

İstanbul'da özel bir hastanede güvenlik kültürü algısının değerlendirilmesine yönelik araştırma

Research on evaluation of security culture perception in a private hospital in Istanbul

Özge Özcan

Yazar Bilgileri/ Author Information:
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul

Anahtar Kelimeler:
Hasta Güvenliği, Tıbbi Hata, Hasta Güvenliği Kültürü, Çalışan Algısı

Key Words:
Patient Safety, Medical Error, Patient Safety Culture, Employee Perception

Yazışma Adresi/Address for correspondence:
Özge Özcan,
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul
alkanozgee@gmail.com

Gönderme Tarihi/Received Date:
25.12.2019

Kabul Tarihi/Accepted Date:
27.12.2019

Yayımlanma Tarihi/Published Online:
31.03.2020

ÖZET

Dünyadaki tüm sağlık kuruluşları, sağlık problemlerinin giderilmesi için kendilerine başvuran hastalara hizmet sunumu sırasında bazen istem dışı zarar vermektedir. Hataları önlemeye yönelik tasarımlar geliştiren sağlık kuruluşlarında güvenlik kültürünün geliştiği ve buna paralel olarak hataların da azaldığı gözlemlenmektedir. Sağlık kuruluşlarında hastalara verilen zararın azaltılması amacıyla öncelikle hasta güvenliği kültürü oluşturulmalıdır. İstanbul'da özel bir hastanede çalışanların hasta güvenliği kültürü algısının sosyo- demografik ve kullanılan ölçekteki bilgi sorularına göre değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bu çalışmada, veri toplamak için hastane güvenlik kültürü anketi uygulanmıştır. Araştırma tam sayım yöntemiyle 350 çalışana anket uygulanarak gerçekleştirilmiştir. Anket aracılığıyla edinilen veriler SPSS 20.0 programında gerekli istatistiksel analizlerle değerlendirme yapılmıştır. Araştırmada, hasta güvenliği algısının mesleki çalışma süresine göre farklılık göstermediği, çalışılan departmana göre farklılık gösterdiği, çalışanların %54,5'i son bir yılda güvenlik raporlama formunu doldurmadıkları görülmektedir.

ABSTRACT

All healthcare organizations in the world are sometimes involuntarily harming patients during their service delivery in order to resolve their health problems. It has been observed that the safety culture has improved and the errors have decreased in health institutions that develop designs to prevent errors. In order to reduce the damage given to the patients in health institutions, a patient culture of safety should be established first. The aim of this study was to evaluate the perception of the culture of patient safety in a private hospital in Istanbul on the basis of socio-demographic and knowledge questions. In this study, hospital security culture questionnaire was applied through the questionnaire were evaluated with the necessary statistical analysis in SPSS 20.0 program. In the study, it was observed that patient safety perception did not differ according to the duration of professional work, according to the department worked, 54.5% of employees did not fill the security reporting form in the last one year.

GİRİŞ

Sağlık hizmetleri, ölümcül veya bireye ciddi zarar verecek hastalıkları tedavi etmek için sağlık kuruluşlarında sunulan hizmetler yüksek riskli olarak nitelendirilmektedir (1). Bu hizmetler esnasındaki riskler hastanın ölümüyle, sakat kalması ya da ciddi etki yaratmayan yaralanmalarla sonuçlanmaktadır. Dünyadaki tüm sağlık sistemleri, sağlık hizmeti almak isteyen hastalara bazı zamanlarda istemeden de olsa zarar verebilmektedir. Sağlık hizmeti sunumu sırasında yaşanan hataların öncelikli olarak önlenmesi, olay meydana gelmişse düzeltilmesinde önemli faktör kurumda hasta güvenliği kültürünün oluşturulmuş olmasıdır (1).

Sağlık uygulamalarının yüksek riskli girişim ve tedavileri kapsamının yanında sağlık kuruluşlarının hastalar ve yakınları için pek çok riski içermesine karşın, hasta güvenliği kavramı yirmi sene öncesine kadar üzerinde düşünülen ve sağlık kuruluşlarının önem verdiği konular arasında değildi (2). Sağlık hizmetlerinin bakım kalitesi son yıllarda önem kazanmasına rağmen tarihsel geçmişe sahip bir konudur. Joint Commission International (JCI) 1951 yılında kurulmuş olup sağlık hizmetlerinde kalite ve hasta güvenliğini geliştirmek için çalışmalar başlatmıştır. Institute of Medicine (IOM) göre 21. yüzyılda sağlık sistemlerinin amaçladığı konular hasta güvenliği, hasta odaklılık, zamanlılık, etkili ve verimli sağlık hizmetleri, sağlık hizmetinin eşit olarak dağıtılmasıdır (3).

ARAŞTIRMAYLA İLGİLİ KAVRAMLAR

Tıbbi Hata

Sağlık hizmetiyle ilintili olarak ortaya çıkan hata, hastaya sağlık hizmeti verilirken kasıt olmaksızın aksaklıkların neden olduğu, tahmin edilemeyen sonuçlardır (4). Tıbbi hatalar sağlık hizmeti verilirken tüm aşamasında meydana gelebilir. Bahsedilen hatalar aşağıdaki başlıklarda belirtilmiştir (5):

(i) Medikasyon hataları: İlaç hatalarının çoğunluğu engellenebilir olup kullanılan ilaçların hastaya uygulanması ile ilgilidir. Hatalı doz, ilaç uygulanma şekli, birlikte verilen ilaçların birbiriyle etkileşimi, atopik olan hastaya alerjiyi tetikleyecek olan ilacın verilmesi, görünümü, okunuşu-yazılışı benzerlik gösteren ilaçların verilmesi gibi hatalar olarak ifade edilir. Bu hataların da yaklaşık olarak yarısı önlenemez hatalardır.

(ii) Cerrahi hatalar: Bu tür hatalar ortalama her hastada %2 oranında tıbbi hata görülebilmekte, ölüm ile sonuçlandığı durumlarda vardır. Yanlış taraf cerrahisi, cerrahi enfeksiyonlar, beklenilmeyen ameliyat komplikasyonu, anestezi komplikasyonları vb.

(iii) Tanı hataları: Laboratuvar testlerinin yanlış yapılması, numunenin alınış yolunun hatalı olması veya yorumlama hataları en sık karşılaşılan tıbbi hatalardandır. Tanı hatalarında eğitimsiz / deneyimsiz / denetimsiz teknisyen veya teknikerler önemlidir.

(iv) Sistem yetersizliğine bağlı hatalar: Sistem ile ilgili aksaklıkların neden olduğu hatalar tespit edilmesi zor hatalardır. Bunlar arasında kullanılan aletlerdeki bozukluklar (defibrilatör, ventilatör, intravenöz sıvı pompaları vb.) ancak ortaya çıkınca tespit edilebilmekte olup çok önemli sonuçlar doğurabilmektedir. Tıbbi müdahalelerde ortaya çıkan hataların büyük çoğunluğu sistem hataları olarak tanımlanmaktadır.

(v) Diğer: Sağlık hizmeti ilintili enfeksiyonlar, kan transfüzyon komplikasyonları, transfer sırasında düşmeler, tecavüz, sağlık kuruluşunda intihar, yatak yaraları, bebek kaçırılması, bebeğin yanlış aileye verilmesi, tehlikeli kısaltmalar vb. konular da tıbbi hatalar arasında yer almaktadır.

Yukarıda belirtilenler dışında çalışmalar iletişim problemlerinin tıbbi hataların kök nedenleri arasında olduğunu göstermiştir. Güvenli sağlık bakımını sağlayan farklı eğitim ve deneyimi ile farklı görevi yerine getirme bireyler arasındaki iletişimi gerektirir (6).

Bugünün iş dünyasına bakıldığında, işin yapılma sırasında yanlış yapmaktan ziyade hata yapmak vardır. Hata, işi yaparken ve iyi niyetli olarak ortaya çıkan bir durum olarak kabul edilirken yanlışsa kötü niyetli

olarak yapılan durumlar sonucunda ortaya çıkmaktadır. Bu noktada çalışma yerlerindeki hataların olabileceği kabul edilerek, hataların analiz edilmesi ve analiz sonuçlarına göre hatalardan ders alınması düşüncesi ortaya konulmalıdır (7).

Hasta Güvenliği

Hasta güvenliği, sağlık hizmeti sırasında ortaya çıkan hataların önlenmesi ve hastalara verilen zararın azaltılması olarak tanımlanır (8). Hasta güvenliği "Öncelikle zarar verme kavramıyla tanınmaya başlanmıştır". Hasta güvenliğini etkileyen unsurlar; sağlık bakım hizmeti içindeki yasal düzenlemeler, istihdam, finans, sağlık kuruluşlarının ortamı, hastaların katkıları, sağlık çalışanlarının ve hastaların eğilimi ve hasta sağlık personeli arasındaki iletişimidir (9). Hasta güvenliği, hasta güvenliği sonuçlarını ve süreçlerini iyileştirmeyi amaçlar bunun yanında da sağlık hizmetleri süreçlerinde ortaya çıkan yaralanmalardan ve istenmeyen sonuçlardan korunması ve önlenmesidir (10). Hasta güvenliği, 2000 yılında IOM tarafından yayınlanan rapordan bu yana son 20 yılda artan bir öncelik olmuş durumdadır (11).

Hasta Güvenliği Kültürü

Sağlık kuruluşlarının olması gerektiği gibi güvenli olmadığı uluslararası olarak iyi bilinmektedir. Bu duruma çözüm bulmak için dünya genelinde sağlık bakım servisleri, hastaya zarar verme riski olan sonuçları ve bu riskleri kontrol etmek, önlemek için yapılacakları belirlemek için güçlü hasta güvenliği ve kaliteli bakım programlarını stratejik olarak uygulamaya dikkat etmektedirler (12).

Güvenlik kültürü, hasta güvenliğindeki yaygın eksiklikleri gidermek için, önemli bir strateji olarak görülmektedir. Kültür tanımı yaygın olarak, tutumları, değerleri, inançları, davranışları, uygulamaları ve çalışanların davranışlarını ifade etmektedir (13).

Hasta güvenliği kültürü, örgüt kültürünün bir parçasıdır ve hasta güvenliği ile ilgili olarak çalışanların paylaştığı tutumlar, inançlar, algular ve değerlerden meydana gelmektedir (1).

Hasta güvenliği kültürü yaratmada olması gereken planlamanın ana hatları şöyledir (5):

(i) Kurulusta hatalardan ders çıkartılan bir hasta güvenliği kültürü yaratılmasına çalışılmalıdır.

(ii) Hasta güvenliğinin kurumun liderleri tarafından öncelikli konulardan olduğunun ve bu amaçla ekip çalışmalarının gerçekleştirildiğinin tüm çalışanlara gösterilmelidir.

(iii) Klinik uygulamalar, süreçler, işlemler ve çalışma koşullarının sürekli değerlendirilmesi gerekmektedir.

(iv) Hasta güvenliği raporları ve analizleri belirlenen aralıklarla duyurulmalıdır. Çalışanların kendilerini güven ortamında hissedebilecekleri ve bildirim yapmaktan çekinmeyecekleri tasarımların geliştirilmesi ve kullanılması teşvik edilmelidir.

(v) Ortaya çıkan hatalar sistematik olarak değerlendirilmeli ve değerlendirme sonuçlarına göre sistemlerin iyileştirilmesi sağlanmalıdır.

(vi) Alınacak önlemler çalışanlarda farkındalık yaratmalı ve cezalandırıcı olmamasına özen gösterilmelidir.

YÖNTEM

Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada, İstanbul'da özel bir hastanede çalışanların hasta güvenliği kültürü algısının sosyo- demografik ve ölçekteki bilgi sorularına göre değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini İstanbul'da özel bir hastanede çalışanları oluşturmaktadır. Araştırmada veri toplamak için hastane yönetiminden gerekli izin alınmıştır. Araştırma kapsamında özel hastanede yer alan 8 dahili birim, 5 cerrahi birim, radyoloji, laboratuvar ve idari birimlerde çalışan toplam 350 çalışan bulunmaktadır. Araştırma kapsamında tam sayım metodu kullanılarak 350 çalışana hasta güvenliği anketi uygulanmış, dönen anket sayısı ise 220 olup çalışanların %62,8' ine ulaşılmıştır.

Veri Toplama Aracı

Araştırmada veri toplama aracı olarak Hasta Güvenliği Kültür ölçeği uygulanmıştır. Çalışanlar için uygulanan Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi (Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSPSC)) 2004 yılında ABD'de Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) tarafından geliştirilmiştir.

Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi 12 boyutludur ve 42 sorudan oluşmaktadır. Katılımcılara hasta güvenliği derecesi ve raporlanan olay sayısı ile ilgili birer soru sorulmaktadır. Anketin A, B, C, D, E, F bölümlerinde ölçeklendirme yöntemi olarak eşit aralıklı 5'li Likert tipi ölçek kullanılmıştır. G bölümünde raporlanan olay sayısı "0, 1-2, 3-5, 6-10, 11-20, 21 yada daha fazla olay raporu" şeklinde 6 seçenek ile değerlendirilmiştir. A bölümünde 5.,7.,8.,10.,12.,14.,16.,17. sorular ters yönlü sorular olup, veriler çevrildikten sonra analizleri gerçekleştirilmiştir.

Anketler toplandıktan sonra elde edilen veriler

araştırmacılar tarafından SPSS 20.0 veri tabanına aktarılmış ve aktarıldıktan sonra SPSS 20.0 programında gerekli istatistiksel analizlerle değerlendirilmiştir. Çalışanların hasta güvenliği kültürü algılarının değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler (ortalama, frekans, standart sapma), farklılıkların değerlendirilmesi için t testi, anova testleri ve anketin güvenilirliğini test etmek için kullanılmıştır. Cronbach α güvenilirlik katsayısı 0,835 – 851 arasında olması anketin oldukça güvenilir olduğu şeklinde değerlendirilmektedir.

Araştırmanın Hipotezleri

Araştırmanın kavramsal çerçevesine dayanarak aşağıdaki hipotezler kurulmuştur.

H₁: Hasta güvenliği kültürü algısında hastalara temas etme açısından farklılık bulunmaktadır.

H₂: Hasta güvenliği kültürü algısında meslek hayatı boyunca hata yapma açısından farklılık bulunmaktadır.

H₃: Hasta güvenliği kültürü algısında hatayı açıklama açısından farklılık bulunmaktadır.

H₄: Hasta güvenliği kültürü algısı ile hatanın açıklanması doğru olduğu arasında farklılık bulunmaktadır.

H₅: Hasta güvenliği kültürü algısında hatanın cezalandırılmasının doğruluğu açısından farklılık bulunmaktadır.

H₆: Hasta güvenliği kültürü algısı medikal hata yapıldığında bildirme açısından farklılık bulunmaktadır.

H₇: Hasta güvenliği kültürü algısında hata bildirim sonrası aşamaları bilme açısından farklılık bulunmaktadır.

H₈: Hasta güvenliği kültürü algısında medikal hata yapıldığında bildirim yapma açısından farklılık bulunmaktadır.

H₉: Hasta güvenliği kültürü algısında bir yıl içerisinde güvenlik raporlama formu doldurma sayısı açısından farklılık bulunmaktadır.

H₁₀: Hasta güvenliği kültürü algısında uzmanlık alanında çalışma süresi açısından farklılık bulunmaktadır.

H₁₁: Hasta güvenliği kültürü algısında güvenlik kültürü kavramını bilme derecesi açısından farklılık bulunmaktadır.

H₁₂: Hasta güvenliği kültürü algısında eğitim alınan yer açısından farklılık bulunmaktadır.

H₁₃: Hasta güvenliği kültürü algısı çalışılan bölüm açısından farklılık bulunmaktadır.

BULGULAR

Sosyo - Demografik Özellikler İle İlgili Bulgular

Tablo 1'de katılımcıların sosyo-demografik özelliği olarak çalıştıkları birim, hastanedeki çalışma süreleri,

birimdeki çalışma süresi, haftalık çalışma saatleri, meslekleri, meslekteki çalışma yılı yer verilmiş ve değerlendirilmiştir.

Tablo 1 incelendiğinde katılımcıların 64'ünün yani %29,1'inin idari çalışan olduğu görülmektedir. Hastanedeki çalışma sürelerine bakıldığında, araştırmanın yapıldığı kurumda %54,5'inin bir ila beş yıl arasında çalıştığı görülmektedir. Katılımcıların %48,2'sinin birimdeki çalışma sürelerinin bir ila beş yıl arasında olduğu görülmektedir. Katılımcıların %75,5'inin haftalık çalışma saatlerinin 40-59 saat aralığında olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılanların %50'sinin hemşirelik mesleğine ait olduğu görülmektedir. Meslekteki çalışma yılları incelendiğinde %43,6'sının bir ila beş yıldır çalışma hayatları olduğu görülmektedir.

Ölçekteki Bilgi Soruları İle İlgili Bulgular

Katılımcıların meslekle ilgili özellikler olarak yaptıkları güvenlik raporlama sayısı, hastalarla temas, hasta güvenliği bilgi seviyesi, hasta güvenliği eğitim alma durumu, hata yapma, hatayı hasta/hasta yakınına açıklama, hatayı hasta/hasta yakınına açıklamayı doğru bulma durumu, hatayı cezalandırma durumu, hata yaparsa kişinin kendini bildirme durumu, hata sonrasında hangi aşamaların yapıldığı, hata yaptıysa bildirme durumlarına yer verilmiştir ve

değerlendirilmiştir.

Tablo 2 incelendiğinde katılımcıların 120'si yani %54,5'i güvenlik raporlama formunu doldurmadıkları görülmektedir. Katılımcıların %91,8'inin hastalarla temas halinde oldukları görülmektedir. Hasta güvenliği bilgi seviyeleri incelendiğinde %67,3'ünün yeterli bilgiye sahip oldukları görülmektedir. Hasta güvenliği eğitimi alma durumuna bakıldığında %57,3'ünün çalıştığı kurumda hasta güvenliği eğitimi aldığı görülmektedir. Katılımcıların %65,5'inin hata yapmış oldukları görülmektedir. Katılımcıların %72,7'sinin yaptıkları hatayı hasta/hasta yakınına açıklamadıkları ve %51,8'inin hatanın açıklanmasını doğru bulmadıkları görülmektedir. Katılımcılar %76,4'ünün hatanın cezalandırılmasının doğru olmadığını belirttikleri görülmektedir. Katılımcıların %84,5'inin hata yaptığında bildirim yapacağı görülmektedir. Katılımcıların %57,3'ünün hata sonrasında hangi aşamalardan geçildiğini bildiği görülmektedir. Katılımcıların %87,3'ünün medikal hata yaparsa bildirim yapacağı görülmektedir.

Anketin güvenilirliğini test etmek için kullanılan Cronbach α güvenilirlik katsayısının 0,851 olması anketin oldukça güvenilir olduğu şeklinde değerlendirilmektedir (Tablo 3).

Tablo 1: Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri

Değişken	n	%	Değişken	n	%
Çalışılan Birim			Meslek		
Ameliyathane	12	5,5	Göz Hastalıkları Uzmanı	4	1,8
Poliklinik	26	11,8	Anestezi Hekimi	4	1,8
Yatan Hasta Servisi	46	20,9	Hemşire	110	50
Acil Servis	34	15,4	Anestezi Teknikeri	2	0,9
Eczacı	4	1,8	Diğer Sağlık Çalışanı	18	8,2
Laboratuvar	18	8,2	Eczacı	2	0,9
Radyoloji	16	7,3	Diğer	80	36,4
Diğer	64	29,1	Toplam	220	100
Toplam	220	100	Meslekte Çalışma Yılı		
Hastanedeki Çalışma Süresi			1 yıldan az	42	19,1
1 yıl altı	76	34,6	1-5	96	43,6
1-5 yıl	120	54,5	6-10	22	10
6-10 yıl	24	10,9	11-15	18	8,2
Toplam	220	100	16-19	26	11,8
Haftalık Çalışma Saati			20 yıl üstü	16	7,3
20 saat altı	14	6,4	Toplam	220	100
20-39	16	7,3	Birimdeki Çalışması Süresi		
40-59	166	75,5	1 yıl altı	78	35,5
60-79	24	10,8	1-5 yıl	106	48,2
Toplam	220	100	6-10 yıl	36	16,3
			Toplam	220	100

Tablo 2: Ölçekteki Bilgi Soruları

Değişken	n	%	Değişken	n	%
Güvenlik Raporlama Sayısı			Hata Yapma		
0	120	54,5	Evet	144	65,5
1-2	72	32,7	Hayır	76	34,5
3-5	12	5,5	Toplam	220	100
6-10	14	6,4	Hatayı Hasta/Hasta Yakınına Açıklama		
11-20	0	0	Evet	60	27,3
21 ve üstü	2	0,9	Hayır	160	72,7
Toplam	220	100	Toplam	220	100
Hastalarla Temas			Hatayı Hasta/Hasta Yakınına Açıklamayı Doğru buluyor musunuz?		
Evet	202	91,8	Evet	106	48,2
Hayır	18	8,2	Hayır	114	51,8
Toplam	220	100	Toplam	220	100
Hasta Güvenliği Bilgi Seviyesi			Hatayı Cezalandırmayı Doğru buluyor musunuz?		
Evet, yeterli	148	67,3	Evet	52	23,6
Sınırlı	32	14,5	Hayır	168	76,4
Yeterli değil	28	12,7	Toplam	220	100
Kavramı duydum	10	4,6	Hata yaptığımızda bildirir misiniz?		
Hayır, bilgim yok	2	0,9	Evet	186	84,5
Toplam	220	100	Hayır	34	15,5
			Toplam	220	100
Hasta Güvenliği Eğitim Alma durumu			Hata sonrasında hangi aşamalardan geçildiğini biliyor musunuz?		
Evet, yüksek öğrenimde	52	23,6	Evet	126	57,3
Evet, sürekli eğitim kursu	24	10,9	Hayır	94	42,7
Evet, özel ilgi	6	2,7	Toplam	220	100
Evet, kurumda	126	57,3	Medikal bir hata yaparsanız bildirim yapar mısınız?		
Hayır	12	5,5	Evet	192	87,3
Toplam	220	100	Hayır	28	12,7
			Toplam	220	100

Katılımcıların Hasta Güvenliği Kültürü Algılarının Ölçekteki Sosyo-Demoğrafik Özellikleri ve Bilgi Sorularına Göre Farklılıkları

Tablo 4 incelendiğinde yapılan Mann Whitney testi sonuçlarına göre hastalarla temas edenlerle etmeyenler arasında hasta güvenliği algısı açısından anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). H_1 hipotezi desteklenmektedir.

Tablo 5 incelendiğinde yapılan t testi sonuçlarına göre meslek hayatları boyunca hata yapanlar ile hata yapmayan arasında hasta güvenliği algısı açısından

anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Hasta güvenliği algısı ortalamaları ortalamadan (5'li likerte göre ortalama 3) düşüktür fakat hata yapanların hasta güvenliği kültürü algısı ortalaması daha yüksek olduğu görülmektedir. H_2 hipotezi desteklenmektedir.

Tablo 6 incelendiğinde yapılan t testi sonuçlarına göre hatayı hasta/hasta yakınına açıklayanlar ile açıklamayanlar arasında hasta güvenliği algısı açısından anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Hasta güvenliği algısı ortalamaları ortalamadan (5'li likerte göre ortalama 3) düşüktür. H_3 hipotezi desteklenmemektedir.

Tablo 3: Kullanılan Ölçeğin Güvenilirlik Sonuçları

Kullanılan Ölçek	Cronbach's alfa	Madde Sayısı
Hasta Güvenliği Kültürü Anketi	,851	42

Tablo 4: Katılımcıların Hasta Güvenliği Kültürü Algısının Hastalara Temasa Göre Sonuçları

	Hastalara Temas Durumu	N	Mean Rank	Z değeri	P değeri
Hasta Güvenliği Kültürü	Temas Var	202	113,26	-2,215	0,027
	Temas Yok	18	79,47		

Tablo 5: Katılımcıların Hasta Güvenliği Kültürü Algısının Meslek Hayatları Boyunca Hata Yapma Durumuna Göre Sonuçları

	Meslek Hayatında Hata Yapma Durumu	N	x	s.s	T değeri	P değeri
Hasta Güvenliği Kültürü	Evet	144	2,66	0,49157	2,146	0,033

Tablo 6: Katılımcıların Hasta Güvenliği Kültürü Algısının Hatayı Açıklama Durumuna Göre Sonuçları

	Hatayı açıklama durumu	N	x	s.s	T değeri	P değeri
Hasta Güvenliği Kültürü	Evet	60	2,727	0,48515	0,310	0,757
	Hayır	160	2,706	0,44920		

Tablo 7 incelendiğinde yapılan t testi sonuçlarına göre hatanın hasta/hasta yakınına açıklanmasını doğru bulanlar ile bulmayanlar arasında hasta güvenliği algısı açısından anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Hasta güvenliği algı ortalamaları ortalamadan (5'li likerte göre ortalama 3) düşüktür. H_4 hipotezi desteklenmemektedir.

Tablo 8 incelendiğinde yapılan t testi sonuçlarına göre hatanın cezalandırılmasını doğru bulanlar ile bulmayanlar arasında hasta güvenliği algısı açısından anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Hasta güvenliği algı ortalamaları ortalamadan (5'li likerte göre ortalama 3) düşüktür. H_5 hipotezi desteklenmemektedir.

Tablo 9 incelendiğinde yapılan t testi sonuçlarına göre hata yaptığımızda bildiririz diyenler ile bildirmeyiz

diyenler arasında hasta güvenliği algısı açısından anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Hasta güvenliği algı ortalamaları ortalamadan (5'li likerte göre ortalama 3) düşüktür. H_6 hipotezi desteklenmemektedir.

Tablo 10 incelendiğinde hata bildirim sonrası aşamaları bilenler ile bilmeyenler arasında hasta güvenliği algısı açısından anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Hasta güvenliği algı ortalamaları ortalamadan (5'li likerte göre ortalama 3) düşüktür. H_7 hipotezi desteklenmemektedir.

Tablo 11 incelendiğinde yapılan Mann Whitney testi sonuçlarına göre medikal hata yaptığımızda bildiririm diyenler ile bildirmem diyenler arasında hasta güvenliği algısı açısından anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). H_8 hipotezi desteklenmemektedir.

Tablo 7: Katılımcıların Hasta Güvenliği Kültürü Algısının Hatanın Açıklanması Doğru Mu? Sorusuna Göre Sonuçları

	Hatanın açıklanması doğru mu?	N	x	s.s	T değeri	P değeri
Hasta Güvenliği Kültürü	Evet	106	2,6730	0,39031	1,236	0,218
	Hayır	114	2,7485	0,51250		

Tablo 8: Katılımcıların Hasta Güvenliği Kültürü Algısının Hatanın Cezalandırılması doğru mu? Sorusuna Göre Sonuçları

	Hatanın cezalandırılması doğru mu?	N	x	s.s	T değeri	P değeri
Hasta Güvenliği Kültürü	Evet	52	2,7179	0,40360	0,105	0,917
	Hayır	168	2,7103	0,47500		

Tablo 9: Katılımcıların Hasta Güvenliği Kültürü Algısının Medikal Hata Yaptığımızda Bildirir Misiniz? Sorusuna Göre Sonuçları

	Medikal Hata Yaptığımızda Bildirir Misiniz?	N	x	s.s	T değeri	P değeri
Hasta Güvenliği Kültürü	Evet	186	2,7097	0,46038	0,185	0,854
	Hayır	34	2,7255	0,45298		

Tablo 10: Katılımcıların Hasta Güvenliği Kültürü Algısının Hata Bildirim Sonrası Aşamaları Bilme Durumuna Göre Sonuçları

	Hata Bildirim Sonrası Aşamaları Bilme Durumu	N	x	s.s	T değeri	P değeri
Hasta Güvenliği Kültürü	Evet	126	2,7275	0,42037	0,576	0,565
	Hayır	94	2,6915	0,50621		

Tablo 11: Katılımcıların Hasta Güvenliği Kültürü Algısının Medikal Hata Yapıldığında Bildirim Yapma Durumuna Göre Sonuçları

	Medikal Hata Yapıldığında Bildirim Yapma Durumu	N	Mean Rank	z değeri	p değeri
Hasta Güvenliği Kültürü	Evet	192	110,62	-,073	0,942

Tablo 12: Katılımcıların Hasta Güvenliği Kültürü Algısının Bir Yıl İçerisinde Güvenlik Raporlama Formu Doldurma Sayısına Göre Sonuçları

	Form sayısı	n	Mean Rank	Sd	X2	P	Anlamli Fark
Hasta Güvenliği Kültürü	0	120	107,79	4	12,806	0,037	A-D B-D
	1-2	72	106,96				
	3-5	12	93,33				
	6-10	14	152,79				
	11-20	0	0				
	21 ve üstü	2	207,75				

A=0 B=1-2 C=3-5 D=6-10 E=11-20 F=21 ve üstü

Tablo 12 incelendiğinde Katılımcıların hasta güvenliği kültürü algısının bir yıl içerisinde güvenlik raporlama formu doldurma sayısına göre farklılaşıp farklılaşmadığını anlamak amacıyla yapılan tek faktörlü Kruskal Wallis sonucunda aradaki farkların anlamlı olduğu görülmüştür ($\chi^2=12,806$, $p<0,05$). Farkın hangi ortalamalar arasında olduğunu belirlemek amacıyla çoklu karşılaştırma testlerinden “Tamhane” testi uygulanmış ve güvenlik raporlama formunu 6-10 arası form dolduranların ortalaması hiç doldurmayanlar ile 1-2 form dolduranların ortalamasından yüksek olduğu ve anlamlı olarak farklılaştığı bulunmuştur. Buna göre hasta güvenliği algı ortalaması yüksek olanlar daha çok bildirimde bulunduğu görülmektedir. H_0 hipotezi desteklenmektedir.

Tablo 13 incelendiğinde Katılımcıların hasta güvenliği kültürü algısının mevcut uzmanlıklarında çalışma sürelerine göre farklılaşıp farklılaşmadığını anlamak amacıyla yapılan tek faktörlü Kruskal Wallis sonucunda aradaki farkların anlamlı olmadığı görülmüştür ($\chi^2=8,647$, $p>0,05$). H_{10} hipotezi desteklenmemektedir.

Tablo 14 incelendiğinde Katılımcıların hasta güvenliği kültürü algısının hasta güvenliği kavramıyla ilgili yeterli bilgi sahibi olma durumlarına göre farklılaşıp farklılaşmadığını anlamak amacıyla yapılan tek faktörlü Kruskal Wallis sonucunda aradaki farkların anlamlı olmadığı görülmüştür ($\chi^2=8,666$, $p>0,05$). H_{11} hipotezi desteklenmektedir.

Tablo 13: Katılımcıların Mevcut Uzmanlıklarında Ne Kadar Süredir Çalıştıklarına Göre Sonuçlar

	Meslekte çalışma süresi	n	Mean Rank	Sd	X ²	P	Anlamli Fark
Hasta Güvenliği Kültürü	1 den az	42	126,80	5	8,647	0,124	-
	1-5	96	115,70				
	6-10	22	103,68				
	11-15	18	88,61				
	16-19	26	96,67				
	20 ve üstü	16	93,00				

Tablo 14: Katılımcıların Hasta Güvenliği Kavramıyla İlgili Yeterli Bilgi Sahibi Olma Durumlarına Göre Sonuçları

	Hasta Güvenliği Kavramı Bilinirliği	n	Mean Rank	Sd	X ²	P	Anlamli Fark
Hasta Güvenliği Kültürü	Evet	148	117,68	4	8,666	0,070	-
	Sınırlı	32	107,70				
	Yetersiz	28	81,98				
	Kavramı Duydum	10	94,35				
	Hayır	2	104,00				

Tablo 15: Katılımcıların Eğitim Alınan Yere Göre Sonuçları

	Eğitim Alınan Yer	N	Mean Rank	Sd	X2	P	Anlamlı Fark
Hasta Güvenliği Kültürü	Yükseköğrenim	52	108,86	4	5,436	0,245	-
	Eğitim Kursu	24	136,90				
	Özel İlgi	6	113,42				
	Çalışılan Kurum	126	107,48				
	Hayır	12	95,08				

Tablo 15 incelendiğinde Katılımcıların hasta güvenliği kültürü algısının eğitim alınan yere göre farklılaşp farklılaşmadığını anlamak amacıyla yapılan tek faktörlü Kruskal-Wallis sonucunda aradaki farkların anlamlı olmadığı görülmüştür ($F=5,436$, $p>0,05$). H_{12} hipotezi desteklenmemektedir.

Tablo 16 incelendiğinde Katılımcıların hasta güvenliği algısının çalışılan bölüme göre farklılaşp farklılaşmadığını anlamak amacıyla yapılan tek faktörlü Kruskal-Wallis sonucunda aradaki farkların anlamlı olduğu görülmüştür ($F=2,387$, $p<0,023$). Farkın hangi ortalamalar arasında olduğunu belirlemek amacıyla çoklu karşılaştırma testlerinden “Tamhane” testi uygulanmıştır. Acil servis çalışanlarının algı

puanlarının radyoloji, ameliyathane, yatan hasta servisi ve diğer bölüm çalışanlarının algısından daha yüksek olduğu ve anlamlı olarak farklılaştığı bulunmuştur. Radyoloji çalışanlarının algı puanlarının diğer bölüm çalışanlarının algısından daha yüksek olduğu ve anlamlı olarak farklılaştığı bulunmuştur. H_{13} hipotezi desteklenmektedir.

Tablo 17 incelendiğinde çalışanların bölümlerini hasta güvenliği açısından değerlendirdiklerinde %13,6’sı mükemmel ve %48,2 çok iyi bulduğu görülmektedir. Çalışanların %50’den fazlası birimini hasta güvenliği kültürünü çok iyi ve %32,7’si kabul edilebilir %5,5 kötü bulduğu görülmektedir. Çalışanların hiçbiri başarısız bulduğunu belirtmedikleri görülmektedir.

Tablo 16: Katılımcıların çalıştıkları bölümlere göre sonuçları

	Çalışılan Bölüm	N	Mean Rank	Sd	X ²	P	Anlamlı Fark
Hasta Güvenliği Kültürü	Radyoloji	16	132,22	7	16,204	0,023	E-B E-D E-G E-A A-H
	Ameliyathane	12	88,04				
	Poliklinik	26	118,29				
	Yatan Hasta Servisi	46	104,82				
	Acil Servis	34	138,35				
	Eczacı	4	139,88				
	Laboratuvar	18	105,44				
	Diğer	64	94,99				

A= Radyoloji B= Ameliyathane C= Poliklinik D= Yatan Hasta Servisi E= Acil Servis F=Eczacı G= Laboratuvar H=Diğer

Tablo 17: Katılımcıların çalıştıkları bölümlere verdikleri puana göre sonuçlar

	Değişken	n	%
Çalışılan bölüme verilen skor	Mükemmel	30	13,6
	Çok iyi	106	48,2
	Kabul edilebilir	72	32,7
	Kötü	12	5,5
	Başarısız	0	0

SONUÇ VE TARTIŞMA

Araştırmaya katılan çalışanların hasta güvenliği algıları değerlendirildiğinde en yüksek hasta güvenliği algı ortalaması 3,5 ile 21 ve üstü güvenlik raporlama yaptığını belirten çalışanlar olduğu ve hasta güvenliği ortalaması yüksek olanların daha çok güvenlik raporlama bildirimini yaptığı görülmektedir.

Araştırmada, hasta güvenliği algılarının meslekte çalışma süresine göre farklılık göstermediği, çalıştığı birime göre farklılık gösterdiği, çalışanların %54,5'i son bir yıl içinde güvenlik raporlama formunu doldurmadıkları görülmektedir. Başka bir araştırmada hasta güvenliği algılarının meslekte çalışma süresine ve çalıştığı birime göre farklılık gösterdiği, çalışanların %67,1'inin son bir yıl içerisinde hiçbir olay raporu doldurmadığı görülmektedir (14). Bir başka araştırma incelendiğinde son 12 ay da raporlanan olay sayısının %74,5' i hiç olarak belirtmiştir (15).

Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt %76,4 olarak görülmekte iken başka bir araştırmada hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt %19 olarak görülmüştür (16).

Araştırmaya katılanların %75,5'inin haftalık çalışma saatlerinin 40-59 saat aralığında olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılanların %50'sinin hemşirelik mesleğine ait olduğu görülmektedir. Hastalarla en sık temas eden sağlık çalışanlarından olan hemşirelerin anket katılımında da çoğunluğu oluşturdukları görülmektedir.

Yapılan araştırmada %13,6'sı mükemmel ve %48,2 çok iyi bulduğu görülmektedir. Çalışanların % 61,8'i birimini hasta güvenliğini çok iyi bulduğu görülmektedir. Başka bir araştırma incelendiğinde çalışanların %8,4 'ünün mükemmel, %32 'sinin çok iyi bulduğu görülmektedir. Çalışanların %40,4 'ü iyi bulduğu görülmektedir (16). Bir başka araştırmada ise hasta güvenliği derecesini %5,5 mükemmel, %29,1 çok iyi, %50,9 'u kabul edilebilir, %10,9 'u zayıf %3,6 'sı başarısız olarak görmektedir (15).

Başka bir araştırmaya bakıldığında hasta güvenliği derecesini %10,9 mükemmel, 38,2 çok iyi, %50,9 'u kabul edilebilir görmektedir. Zayıf ve başarısız gören çalışan görülmemektedir (17).

Bu araştırmada kendi birimlerinin hasta güvenliği açısından çok iyi, mükemmel görmelerine rağmen hastane genelinde hasta güvenliği kültürü ortalamaları düşüktür.

Sonuç olarak hasta güvenliği için hasta güvenliği kültürü önem arz etmektedir. Kurumlar da yöneticiler hasta güvenliği kültürünü artırmak için çalışanları desteklemelidirler. Hasta güvenliği ile ilgili iletişim, çalışan gelişimi, iş birliği ve ödül motivasyon sistemini kurmalıdırlar. Yöneticilere diğer bir görev ise çalışanların pozitif psikolojilerini üst seviyelere çıkarmaktır. Aksi halde çalışanlarda sinizm gibi negatif

duygulanımlar meydana gelebilmektedir. Bu durum da davranışlarına aksedip hasta güvenliği kültürüne bir tehdit unsuru oluşturup zarar verebilmektedir (18). Hasta güvenliği için hastanelerde gerekli önlemleri almalıdırlar. Bu çalışmanın özel bir hastanede yapılması ve örneklemin 220 kişi olması bir kısıtlılıktır. Hastanenin büyüklüğünün ve örneklem sayısının daha fazla olduğu hastanelerde çalışma tekrar edilebilir.

KAYNAKÇA

1. Kaya, S. (2009). Hasta Güvenliği Kültürü Nedir ve Nasıl Geliştirilebilir? Sağlık Hizmetlerinde Kalite, Akreditasyon ve Hasta Güvenliği Dergisi, 1(1), 32-34.
2. Çiçek, A. (2012). Hemşirelerin Hasta Güvenliğine Yönelik Görüş ve Tutumlarının İncelenmesi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi.
3. Arslanoğlu, A. (2018). "Kalite Yönetimi" Hastane Yönetiminde 4 Boyut, N. Gemlik (Ed.), Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara.
4. Akalın, H. E. (2014). Hasta Güvenliği Kültürü Dergisi, 32, 64-67.
5. Altındiş, M. (2014). Hasta Güvenliği ve Komplasyonlar. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, 32, 68-73.
6. Domnariu, C. D., (September 2012), Patient Safety Culture at Organizational Level. Public Health and Management, Acta Medica Transilvanica; 2(3): 145-147.
7. Tosun, N. , Demirtaş, İ. , Şencan, İ. , Güler, H. , Öztürk, A. ve Tarhan, D. (Ed.) (2012). SKS Işığında Kalite cilt 1. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, Pozitif Matbaa, Ankara.
8. Ovalı, F. (2010). Hasta Güvenliği Yaklaşımları. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi, 1(1), 33-43.
9. Akman, B. (2010). Hasta Güvenliği Kültürü ve Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü İle İlgili Algılarını Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesine Yönelik Bir Araştırma, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Hastane ve Sağlık Kuruluşlarında Yönetim Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul
10. AHRQ (2013). Environmental Scan of Patient Safety Education and Training Programs. AHRQ Publication No. 13-0051-EF, American Institutes for Research Washington, DC.
11. Kear, T., ve Ulrich, B. (2015). Patient Safety and Patient Safety Culture in Nephrology Nurse Practice Settings: Issues, Solutions, and Best Practices. Nephrology Nursing Journal, 42(2), 113-122.
12. Johnstone M. J. ve Kanitsaki O. (2006), "Culture, language, and patient safety: Making the link", Int J Qual Health Care, vol.18(5), pp. 383-388.
13. Pronovost, P ve Sexton, B. (2005), "Assessing safety culture: guidelines and recommendations", Quality and Safety in Health Care, vol.14, pp. 231-233.
14. Korkmazer, F., Yıldız, A. ve Ekingen, E. (2016). Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 4(2),141-154
15. Soydan, H ve Arslanoğlu, A. (2010). Bir eğitim araştırma hastanesinde Görev Yapan Hemşirelerin Birimlerindeki Hasta Güvenliği Konusundaki Uygulamaları Değerlendirmeleri. 2.Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı, 329-344, Nisan 2010, Antalya.
16. Filiz, E. (2009). Hastanede Hasta Güvenliği Kültürü Algılamasının ve Sağlık Çalışanları ile Toplumun Hasta Güvenliği Hakkındaki Tutumunun Belirlenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Konya: Selçuk Üniversitesi.
17. Alptekin, Z., Arslanoğlu, A. ve Erdoğan, A. (2016). Bir Eğitim Hastanesinde Görev Yapan Hemşirelerin Hasta Güvenliği Uygulamalarını SKS Öncesi ve Sonrası Değerlendirmelerinin Karşılaştırılması, Sağlık Akademisyenleri Dergisi, 3(1), 17-25.
18. Keçeli, S. (2019). "Sinizm" Sağlık Kurumlarında Örgütsel Davranış, A. Arslanoğlu (Ed.), Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara.