



ARAŞTIRMA MAKALESİ / RESEARCH ARTICLE

HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ: BİR EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ ÖRNEĞİ

PATIENT SAFETY CULTURE: THE CASE OF AN EDUCATION AND RESEARCH HOSPITAL

Dr. Öğr. Üyesi Arzu BULUT¹

Doç. Dr. Halil ŞENGÜL²

Züleyha ÇELİK³

ÖZ

Bu çalışmanın amacı bir eğitim araştırma hastanesi sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürü olumlu algı düzeylerini incelemektir. Bu çalışma kesitsel ve tanımlayıcı türde bir araştırmadır. Araştırma İstanbul ilinde bir eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan yaşları 19 ile 63 yaş arasında değişen 326 sağlık çalışanı ile yürütülmüştür. Hastanedeki güvenlik kültürü, Sağlık Araştırma ve Kalite Ajansı (AHRQ) tarafından geliştirilen ve Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi Türkçe versiyonu kullanılarak değerlendirilmiştir. Çalışma grubunun seçiminde olasılığa dayalı olmayan kolayda örnekleme yöntemi seçilmiştir. Araştırma öncesinde gerekli örnekleme büyüklüğü G*Power (3.1.9.7) programı kullanılarak incelenmiştir. Güç analizinde %95 güven (1- α), 0,05 (α) anlamlılık düzeyinde, %95 test gücü (1- β) ve $d=0.56$ (orta etki) etki büyüklüğü, çift kuyruklu iki bağımsız ortalamalar arasındaki fark t testi (iki grup) analizine göre en küçük örnek sayısı 104 olarak belirlenmiştir. Eksik veri veya düzensiz yanıt beklentisine dayanarak 326 katılımcıdan veri toplanmıştır. Tüm istatistiksel analizler için Windows için IBM SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 24 sürümü paket programı kullanılmıştır. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, $\alpha=0.05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir. Hasta güvenliği kültürüne ilişkin olumlu algı için genel ortalama puan $50,62 \pm 13,3$ (%95 güven aralığı: 50,62-52,07). 12 boyut arasında tek güçlü yön olarak tanımlayan olumlu yanıt yüzdesinin en yüksek olduğu boyut, hastane ünite içi ekip çalışmasıdır. Zayıf yönler olarak tanımlanan boyutlar ise sırası ile personel sağlama, hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt, hataların raporlanma sıklığı, iletişimin açık tutulması, hastane müdahaleleri ve değişim ile hatalar hakkında geribildirim ve iletişimidir. Birçok sağlık çalışanı, kurumlarındaki hasta güvenliği kültürüne yönelik olumsuz algılara sahiptir. Hastane yöneticilerinin, hasta güvenliğine en yüksek önceliğin verilmesi ve önleyici yaklaşımların teşvik edilmesi yoluyla karşılıklı güvene dayalı, açık iletişimi esas alan pozitif bir güvenlik kültürü yaratmaları gerekir.

Anahtar Kelimeler: Güvenlik Kültürü, Hasta Güvenliği, Hasta Güvenliği Kültürü, Olay Raporlama, Sağlık Profesyonelleri.

JEL Sınıflandırma Kodları: I19, J28.

ABSTRACT

This study aims to examine the positive perception levels of patient safety culture among the healthcare workers of a training and research hospital. This study is research in cross-sectional and descriptive design. The study was conducted with 326 healthcare workers aged 19 to 63 years at a training and research hospital in İstanbul. Safety culture in the hospital was assessed using the Turkish version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture developed by the Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Convenience sampling method was used to select the study group. Before the research, the required sample size was examined using G*Power (3.1.9.7) program. According to the power analysis (95% confidence (1- α), 0.05 (α) significance level, 95% test power (1- β) and effect size=0.56, two-tailed), the smallest sample size was determined as 104. Based on the expectation of missing data or irregular response, data were collected from 326 participants. IBM's SPSS version 24 package program for Windows was used for all statistical analyses. The results were evaluated at 95% confidence interval and $\alpha=0.05$ significance level. The overall mean score for positive perception of patient safety culture was 50.62 ± 13.3 (95% confidence interval: 50.62-52.07). Among the 12 dimensions, the dimension with the highest percentage of positive responses defining it as the only strength was teamwork within hospital units. The dimensions identified as weaknesses were staffing, non-punitive response to errors, frequency of reporting errors, keeping communication open, hospital interventions and change, and feedback and communication about errors, respectively. Many healthcare workers have negative perceptions of the patient safety culture in their organizations. Hospital managers must create a positive safety culture based on mutual trust and open communication, prioritizing patient safety and promoting preventive approaches.

Keywords: Safety Culture, Patient Safety, Patient Safety Culture, Incident Reporting, Health Professionals.

JEL Classification Codes: I19, J28.

¹ Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, a.bulut@bandirma.edu.tr

² İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, halil.sengul@izu.edu.tr

³ İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Bölümü, zuleyha.celik@izu.std.edu.tr

EXTENDED SUMMARY

Purpose and Scope:

This study aims to examine the positive perception levels of patient safety culture among the healthcare workers of a training and research hospital. The World Health Organization considers patient safety to be a crucial element of healthcare quality and is committed to improving it. Patient safety is defined as preventing and improving adverse outcomes or injuries resulting from healthcare processes. There may be many individual or system errors in healthcare processes that may threaten patient safety. In medicine, errors are an unfortunate but inevitable part of medical practice. Medical errors are a significant source of harm to patients. Research estimates that between 98.000 to 251.000 hospitalized patients in the United States die each year due to preventable adverse events. In addition, medical errors are a significant source of morbidity and cause billions of dollars in financial losses to healthcare systems each year. Medical errors are a significant problem that needs to be solved to achieve solutions; it is crucial to develop a safety culture oriented towards recognizing safety challenges and finding workable solutions rather than harboring a culture of blame, shame, and punishment. Healthcare is a team effort. Therefore, all healthcare team members play an active role in making healthcare delivery safer for patients and healthcare workers.

Design/methodology/approach:

This study is research in cross-sectional and descriptive design. In the study, the Personal Information Form prepared by the researcher and the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) developed by Agency for Healthcare Research and Quality (2004) were data collection tools. The adaptation, validity, and reliability study of the HSOPSC into Turkish was conducted by Bodur and Filiz (2010). This questionnaire is consisting of 42 items and 12 sub-dimensions. The items are rated on a five-point Likert-type scale. Before the research, permission for the Turkish scale version was obtained from the corresponding author via e-mail. Also, ethics committee approval was obtained. The study was conducted with 326 healthcare workers aged 19 to 63 at a training and research hospital in İstanbul. The number of healthcare professionals working in the relevant hospital is 1659. Due to the size of the population and the difficulty of reaching all of them, cost, and time, sampling was used. Before the research, the required sample size was examined using G*Power (3.1.9.7) program. According to the power analysis (95% confidence (1- α), 0.05 (α) significance level, 95% test power (1- β), and effect size=0.56, two-tailed), the smallest sample size was determined as 104. Based on the expectation of missing data or irregular responses, data were collected from 326 participants. Research data were collected from November 2022 to December 2022. The questionnaire was delivered to the participants via Google Forms. IBM's SPSS version 24 package program for Windows was used for all statistical analyses. Since the normality assumption of the study variables was t-test and ANOVA tests, which are among the parametric test statistics, were used in the data analysis. The results were evaluated at the 95% confidence interval at the $\alpha=0.05$ significant level.

Findings:

When the general information about the participants' characteristics in the study is examined, the average age of the participants is 31.22 (SD = 7.60), with ages ranging from 19 to 63. In the study, 35.9% (n= 117) of the participants were male, and 64.1% (n= 209) were female. The average professional experience of the participants is 5.96 (SD = 5.23), with ages ranging from 1 to 35. The participants %54 (n=176) were bachelors, and 50% (n=163) were nurses. The weekly working hours did not exceed 40 hours, with 75.8% (n=247). The unit where the participant' work is the Emergency Department, with 30.4% (n=99). The overall mean score for positive perception of patient safety culture was 50.62 \pm 13.3% (95% confidence interval: 50.62-52.07). When the average percentage of positive responses for the 12 sub-dimensions of the Patient Safety Culture Hospital Questionnaire is analyzed, the dimension with the highest percentage of positive responses the s identified as the only strength is teamwork within hospital units (85%). The dimensions identified as having potential for improvement are comprehensive perception of safety (55%), hospital management support for patient safety (56%), manager expectations and safety improvement activities (60%), teamwork across hospital units (64%), and organizational learning and continuous improvement (66%). The dimensions identified as weaknesses were staffing (21%), non-punitive response to error (33%), frequency of reporting errors (36%), keeping communication open (39%), hospital interventions and change (45%), and feedback and communication about errors (48%). The overall mean score for positive perception of patient safety culture was 50.93 \pm 19.1 (95% confidence interval: 48.9-53.1). While 44.5% of the healthcare professionals rated the level of patient safety as acceptable, 35.9% rated it as excellent. The rates of incidents reported by healthcare workers in the last 12 months were analyzed. Accordingly, 92.9% of healthcare workers stated that they had never reported any errors.

Conclusion and Discussion:

Our findings indicated that many healthcare professionals have negative perceptions towards patient safety culture within their institution. The dimension with the highest percentage of positive responses, defined as the only strength, was teamwork within hospital units. Improving safety culture perceptions in hospitals may require considerable effort and resources. Hospital administrators need to create a positive safety culture based on mutual trust and open communication by giving the highest priority to patient safety and encouraging preventive approaches.

1. GİRİŞ

Hata yapmak insana özgü bir durumdur. Sağlık hizmetlerinde ister bireysel ister sistem kaynaklı olsun, hatalar hastaların zarar görmesine yol açabileceğinden, bunu kabul etmek mümkün değildir. Ancak hatalar, öğrenme ve benzer hataların tekrarlanmasını önleme fırsatı sunar. Tutarlı bir hata nedenini ortaya çıkarmak zordur. Hata nedenleri bulunsa bile hata yapma olasılığını en aza indiren tutarlı ve uygulanabilir bir çözüm sağlamak da oldukça zordur. Ancak istenmeyen olayların meydana geldiğini fark ederek, onlardan öğrenerek ve bunları önlemeye çalışarak hasta güvenliği iyileştirilebilir (Oyebode, 2013).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), hasta güvenliğini sağlık hizmeti kalitesinin çok önemli bir unsuru olarak görmektedir ve bunu geliştirmeye kararlıdır (WHO, 2013). Hasta güvenliği, sağlık hizmetlerinin bir alt kümesidir. Hasta güvenliği, sağlık hizmet süreçlerinden kaynaklanan olumsuz sonuçların veya yaralanmaların önlenmesi ve iyileştirilmesi olarak tanımlanır (IHİ, 2013). Oysa sağlık hizmetleri süreçlerinde hasta güvenliğini tehdit edebilecek birçok bireysel ya da sistem kaynaklı hatalar olabilir. Tıbbi hatalar konusunda Tıp Enstitüsü'nün (The Institute of Medicine-IOM) 2000 yılında yayınladığı "Hata Yapmak İnsanıdır: Daha Güvenli Bir Sağlık Sistemi İnşa Etmek (To Err is Human: Building a Safer Health System)" başlıklı rapor, tıbbi hatayı, bakımı iyileştirmeye yönelik yeni ve farklı bir yaklaşım olarak sunmaktadır. Tıbbi hata hareketinin savunucuları, Hipokrat yeminindeki "Önce zarar verme" ifadesine sık sık atıfta bulunarak, hataları ortadan kaldırmanın "her şeyden önce" gelmesi gerektiğini ima etmektedir (Hofer, Kerr ve Hayward, 2000). IOM tarafından 2015 yılında yayınlanan diğer bir rapora göre, sağlık hizmetlerinin sunumu onlarca yıldır bilinmeyenlerle dolu bir kör nokta şeklinde ilerlemiştir. Tanı hataları, yanlış veya gecikmiş teşhisler tüm hasta bakım ortamlarında mevcuttur. Bu durum kabul edilemeyecek kadar çok sayıda hastaya zarar vermeye devam etmektedir (Norman, Monteiro, Sherbino, İlgen, Schmidt ve Mamede, 2017).

Tıbbi hatalar çözülmesi gereken önemli bir sorundur ve çözüme ulaşmak için, bir suçlama, utanç ve ceza kültürü barındırmak yerine güvenlik zorluklarını tanımaya ve uygulanabilir çözümler bulmaya yönelik bir güvenlik kültürü geliştirmek önemlidir. Sağlık hizmetleri bir ekip işidir. Bu nedenle sağlık ekibindeki tüm bireyler, sağlık hizmeti sunumunu hem hastalar hem de sağlık çalışanları için daha güvenli hale getirmede aktif rol oynamalıdır (Helo ve Moulton, 2017). Tüm sağlık hizmet sağlayıcıları, tıbbi hataların hasta güvenliği için önemli bir tehdit oluşturan ciddi bir halk sağlığı sorunu oluşturduğunu bilir. Yine de "Tıbbi hata nedir?" sorusu en zor ve cevaplanmamış sorulardan biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Tıbbi hata kavramını anlamak, hasta güvenliğini sağlamanın en önemli aşamalarından biridir.

Sağlık profesyonellerinin hasta güvenliği kültürüne yönelik algıları son yıllarda artan bir ilgi görmüştür, ancak literatürün çoğu hemşireler üzerinde hasta güvenliği kültürünü incelemeye odaklanmıştır. Böylece tedavi ve sağlık bakım sunumunda önemli role sahip doktor ve diğer sağlık profesyonellerinin hasta güvenliği kültürü algılarına yönelik daha fazla araştırma için yeni bir alan yaratmıştır. Literatürdeki bu boşluğu gidermek için, bu çalışma sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürü olumlu algı düzeylerini incelemeyi amaçlamaktadır. Bu nedenle, bu çalışmada, Türkiye'deki İstanbul ilinde bir Eğitim Araştırma Hastanesi'nde (EAH) toplanan 326 sağlık profesyoneli tarafından oluşan bir veri setini kullanarak, hasta güvenliği kültürü olumlu algıları incelenmiştir.

2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

Bu araştırmanın kavramsal çerçevesini hasta güvenliği kültürü oluşturmakta olup, bu bölüm çalışmanın kavramsal çerçevesindeki ana kavramların teorik açıklamalarını içermektedir.

2.1. Tıbbi Hata

Tıbbi hata, "planlanan bir eylemin amaçlandığı gibi tamamlanamaması (yani uygulama hatası) veya bir amaca ulaşmak için yanlış bir planın kullanılması (yani planlama hatası)" olarak tanımlanmaktadır (Kohn, Corrigan ve Donaldson, 2000). Tıbbi hata, hasta için zararlı olsun ya da olmasın, tıbbi bakımın önenebilir bir olumsuz etkisi olarak tanımlanır (Hofer, Kerr ve Hayward, 2000). Sağlık hizmeti sunumu sırasında yaygın olarak ortaya çıkan sorunlar arasında advers ilaç olayları ve uygunsuz transfüzyonlar, yanlış teşhis, yetersiz ve aşırı tedavi, cerrahi yaralanmalar ve yanlış taraf cerrahisi, intiharlar, kısıtlama ile ilgili yaralanmalar veya ölümler, düşmeler, yanıklar, basınç ülserleri ve yanlış hasta kimlikleri yer almaktadır. Ciddi sonuçları olan yüksek hata oranlarının özellikle yoğun bakım ünitelerinde, ameliyathanelerde ve acil servislerde meydana gelmesi muhtemeldir. Sağlık hizmetlerinde genellikle insan hatasına bağlı bir faktör olarak görülen bu yetersizlik birçok faktörü içinde

barındırmaktadır. Bu faktörlere örnek olarak; eğitim veya deneyim eksikliği, okunaksız el yazısı, dil engelleri, yanlış belgeler, ağır ihmal ve yorgunluk gibi birçok neden sayılabilir ve aslında oldukça karmaşık bir konudur. Tıbbi hatalar ayrıca ileri yaş, yeni prosedürler, aciliyet ve tedavi edilen tıbbi durumun ciddiyeti ile de ilişkilidir (Carver, Gupta ve Hipskind, 2022).

Tüm insan faaliyetleri, çeşitli hatalarla doludur. Tıpta hatalar, tıbbi uygulamanın talihsiz ama kaçınılmaz bir parçasıdır. Tıp pratiğinde hataların kaçınılmaz olduğu herkes tarafından kabul edilse de nadiren ortaya çıkması beklenir. Tıbbi hatalar hastalara zarar veren önemli bir kaynaktır. Araştırmalar, Amerika Birleşik Devletleri'nde her yıl 98.000 ila 251.000 kadar hastanede yatan hastanın önlenemez bir advers olay sonucunda öldüğünü tahmin etmektedir. Ayrıca tıbbi hatalar önemli bir morbidite kaynağıdır ve her yıl sağlık sistemlerine milyarlarca dolarlık mali kayıp yaşatmaktadır (Makary ve Daniel, 2016). Tıbbi hataların bu yaygınlığına bağlı olarak ciddi bir halk sağlığı sorunu olarak görülmekte ve tüm ölümler içinde üçüncü önde gelen nedeni olarak karşımıza çıkmaktadır (Frellick, 2016). Bu kadar ciddi bir sorun olmasına rağmen tıbbi hataların neler olduğu ve nasıl ölçülebileceği ile ilgili bir görüş birliği yoktur. Clapper ve Ching (2020) tarafından yapılan bir sistematik derlemede tıbbi hatalar üç kategoriye ayrılmıştır. Bunlar; görev hataları, ihmal hataları ve iletişimsizlikten kaynaklanan hatalardır (Clapper ve Ching, 2020). Herhangi bir sağlık hizmeti sürecinde, hatalardan kaynaklanan olumsuz olaylar kaçınılmazdır (Landrigan, Parry, Bones, Hackbarth, Goldmann ve Sharek, 2010). Hastanede yatan hastaların %3,7 ile %16,6 arasında değişen oranlarda tıbbi hatalara maruz kaldığını gösteren çalışmalar vardır (Alonso-Sardón ve ark., 2022; Badgery-Parker, Pearson, Dunn ve Elshaug, 2019; Baker ve ark., 2004). Bu oranlar oldukça yüksek oranlardır ve hastaların sağlık kurumlarında karşı karşıya kaldığı riskin bir göstergesidir.

Hasta güvenliği, tıbbi hataların büyüklüğü ve yansımalarına ilişkin farkındalığın artmasıyla birlikte uluslararası düzeyde artan bir ilgi görmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'ndeki (ABD) Tıp Enstitüsü'nün hastanelerde her yıl 44.000 ile 98.000 kişinin tıbbi hatalar nedeniyle hayatını kaybettiğini bildirmesinden bu yana, araştırmacılar sağlık kuruluşlarındaki tıbbi hataların ciddiyetini araştırmışlardır. Tıbbi hataların hasta güvenliğini bu kadar ciddi bir şekilde etkilemesi yanı sıra ülkeler için yüksek maliyetlere de neden olduğu bilinmektedir. Örneğin 2008 yılında, ABD'deki tıbbi hata maliyetinin 8,8 milyar ABD doları olduğu bulunmuştur (Anderson, Ramanujam, Hensel ve Sirio, 2010). Tıbbi hataların yarattığı maliyetin yanı sıra birçok ülkede bu konu ile ilgili yapılmış araştırma sonuçları incelendiğinde, aslında bu hataların önlenemez durumlar olduğu görülmektedir. Bütün bunların ötesinde tıbbi hatalar, hastaların sağlık sistemine olan güvenini sarsmak gibi istenmeyen sonuçlara da yol açmaktadır. Tıbbi hataya katkıda bulunan potansiyel faktörleri inceleyen birçok araştırma vardır. Birçok çalışma, hataların azaltılması ve önlenmesinde güvenlik kültürü faktörlerinin önemini vurgulamıştır. Araştırmacılar, güvenlik kültürü ve tıbbi hata arasındaki ilişkiyi incelerken, daha iyi güvenlik kültürünün daha az tıbbi hata vakasıyla ilişkili olduğunu belirtmişlerdir (Weingart ve Page, 2004). O zaman güvenlik kültürü kavramını da incelemek gerekmektedir.

2.2. Güvenlik Kültürü

Hasta güvenliği, sağlık hizmeti kalitesinin sürdürülmesi için oldukça önemli olan ve dünya çapında tüm sağlık kuruluşları için endişe kaynağı haline gelmiş bir kavramdır. Bu endişe neticesinde tıbbi hataları önlemeye ve hasta güvenliğini sağlamaya odaklanan çalışmalar, güvenlik kültürü kavramını gündeme taşımıştır. Güvenlik kültürünün sağlık kuruluşlarındaki karşılığı hasta güvenliği kültürüdür. Hasta güvenliği kültürü, işyeri güvenliği yönetimine bağlı kalmaya yönelik tutumlar, değerler, beceriler ve davranışlar arasındaki etkileşimlerin sonucu ortaya çıkan bir faktördür. Bu nedenle, hasta güvenliği kültürü, hastaların zarar görmesini önlemek ve azaltmak için bir sistem yaklaşımını teşvik etmeyi amaçlayan çok faktörlü bir çerçevedir (Nieva ve Sorra, 2003). Güvenlik kültürü, bir kuruluşta neyin önemli olduğuna, güvenlikle ilgili hangi tutumlar ile hangi davranışlara değer verildiğine, hangi uygulamaların desteklendiğine ya da beklendiğine ilişkin değerler, inançlar ve standartları içerir. Güçlü bir güvenlik kültürüne sahip kuruluşlar, personel arasında iyi iletişim, karşılıklı güven ve güvenliğin önemi ile önleyici tedbirlerin etkinliğine ilişkin ortak algılara sahiptir (Reis, Paiva ve Sousa, 2018).

Hasta güvenliği, sağlık hizmetlerindeki profesyonel performansın birçok alanında karşımıza çıkar. Hasta güvenliği yalnızca yeterli bakımı sağlamayı değil, aynı zamanda sağlık statüsünü korumayı ve sağlıkla ilgili sorunları önlemeyi de sağlayacak bakım ve yönetim faaliyetlerini de kapsar. Bu anlamda, hasta güvenliği kültürünün sağlamaştırılması için kalite geliştirme önemli bir destektir. Hasta güvenliği iş süreçlerinin yeniden modellenmesine ve sağlık hizmetlerini iyileştirmek için güvenli stratejilerin oluşturulmasına kaynak teşkil eder

(Batalha ve Melleiro, 2015). Hasta güvenliği ile güvenlik kültürü birbirleriyle ilişkili kavramlardır. Güvenlik kültürünün, sağlığın yönetimi üzerindeki etkisinin değerlendirilmesine ilişkin araştırmalarda özellikle öğrenmeye, sürekli iyileştirmeye ve hatalara cezai olmayan bir yaklaşıma vurgu yapılmış ve bu yaklaşım şekilleri güvenli bakımın geliştirilmesi için bir gereklilik olarak kabul edilmiştir (WHO, 2009).

Hasta güvenliği kültüründe sağlık çalışanlarının tutumu ve davranışları önemlidir. Bu aşamada karşımıza çıkan bir teori planlı davranış teorisidir. Bu teoriye göre personelin kurumlarının uygulamalarına ilişkin gözlemleri ve iş arkadaşlarının davranış kalıpları, genel hasta güvenliği düzeyi algılarını ve bu tür konulara davranışsal tepkilerini etkileyecektir (Ajzen, 1991). Bu nedenle, çalıştıkları kurumun hasta güvenliğine önem vermediğini algılayan çalışanlar bu tür endişeleri dikkate almayabilirler (Boan, Nadzam ve Clapp, 2012). Bu çerçevede karşımıza bir başka kavram olan örgüt kültürü kavramı çıkmaktadır. Örgüt kültürü, bir örgütte gelişen ve örgütü oluşturan üyelerin davranışlarına rehberlik eden paylaşılan eylemler, değerler ve inançlar sistemi olarak tanımlanır. Bir örgütün güçlü bir kültüre sahip olmasının nedeni, uzun bir ortak geçmişe sahip olması veya yoğun ve önemli deneyimlerin paylaşılmış olması ile ilgilidir (Schein, 1990). Hasta güvenliği örgüt kültürünün ölçülebilir bir özelliğidir. Bu ölçüm belirli bir zamanda bireylerin algı ve tutumlarının ölçülmesi ile yapılabilir (Colla, Bracken, Kinney ve Weeks, 2005). Bu ölçümler, hataları ve olumsuz olayları tespit etmek, önlemek ve değerlendirmek için yapılmaktadır. Ayrıca hasta güvenliğini artıracak iyileştirme önlemlerinin formüle edilmesi ve uygulanmasına yönelik olarak da kurumsal güvenlik kültürünü bilme ihtiyacı vardır (Batalha ve Melleiro, 2017). Hastanedeki güvenlik kültürünü incelemek, çalışma sürecinde yer alan ve hasta güvenliğini etkileyen faktörleri anlamayı mümkün kılar. Bu anlamda, konuyla ilgili araştırma çalışmalarının geliştirilmesi, sağlık hizmetlerinde hasta güvenliğini sağlamaya yönelik bilimsel kanıtların, deneyimlerin ve önerilerin etkili iletişimini güçlendirebilir. Bu nedenle yönetimde olanların, "çalışanlarımız kendi kuruluşumuzun hasta güvenliği kültürünü nasıl algılıyorlar?" sorusuna cevap bulması önemlidir.

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürü olumlu algı düzeylerinin incelendiği bu araştırma kesitsel ve tanımlayıcı türde bir çalışmadır.

3.2. Evren ve Örneklem

Araştırma İstanbul ilinde faaliyet gösteren bir EAH sağlık çalışanları ile Kasım, 2022 ve Aralık 2022 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya dahil edilme kriterleri; çalışmaya katılmaya gönüllü olma, hasta bakımında görev alma ve 6 aydan daha fazla deneyime sahip katılımcılar bu konuda daha fazla deneyimli oldukları düşünülerek çalışmaya dahil edilmiştir. Dahil edilmeme kriterleri olarak; çalışmaya katılmaya gönüllü olmayan, 6 ayın altında mesleki deneyime sahip olan ve hasta bakımında görev almayan, idari birim vb. sağlık çalışanları dahil edilmemiştir. Araştırmanın evrenini bir EAH'de görev yapan sağlık çalışanları oluşturmuştur. İlgili hastanede görev yapan sağlık çalışanı sayısı 1659 kişidir. Evrenin geniş olması ve tamamına ulaşmanın zorluğu, maliyet ve zaman nedeniyle örneklem alma yoluna gidilmiştir. Çalışma grubunun seçiminde olasılığa dayalı olmayan kolayda örnekleme (convenience sampling) yöntemi seçilmiştir. Araştırma öncesinde gerekli örneklem büyüklüğü G*Power (3.1.9.7) programı kullanılarak incelenmiştir (Faul, Erdfelder, Buchner ve Lang, 2009). G*Power analizinde çalışmamızda kullanılacak istatistiksel yöntem doğrultusunda "t test: iki bağımsız grup arasında fark" komutu seçildi. Güç analiz türü olarak "priori" tahmin yöntemi kullanıldı. Güç analizinde %95 güven (1- α), 0,05 (α) anlamlılık düzeyinde, %95 test gücü (1- β) ve d=0.56 (orta etki) etki büyüklüğü, çift kuyruklu iki bağımsız ortalamalar arasındaki fark t testi (iki grup) analizine göre en küçük örnek sayısı 104 olarak belirlenmiştir. Etki büyüklüğü (0.56) Yılmaz ve Duygulu'nun (2019) Türkiye'nin Konya ilinde hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algılarının ve hasta güvenliği kültürü algılarını etkileyen faktörlerin incelendiği çalışmasından alınmıştır (Yılmaz ve Duygulu, 2019). Gerekli en küçük örneklem büyüklüğü 104 olmasına rağmen, eksik veri veya düzensiz yanıt beklentisine dayanarak 326 katılımcıdan veri toplanmıştır.

Mevcut çalışmada araştırmanın çalışma grubunun etki büyüklüğü çalışma sonrasında da G*Power (3.1.9.7) programı kullanılarak incelenmiştir. Çalışmadan sonraki güç analizi (post hoc) mevcut çalışmada gözlenen 1- β ve etki etki büyüklüğünü belirlemek için kullanılır. Gücün 0,80 ve üzerinde olması istenmektedir (Pagano, 2009).

Cohen (1988), t testi için etki büyüklüğünün hesaplanmasında etki büyüklüğü (d) değerinin hesaplanmasını önermiştir. Cohen'nin (1988) sınıflandırmasına göre; 0,2 değeri küçük etkiyi, 0,5 değeri orta etkiyi, 0,8 değeri ise geniş etkiyi göstermektedir (Cohen, 1988). Mevcut çalışma t testi analizinde elde edilen etki büyüklüğü değerine göre yapılan post hoc güç analizinde etki büyüklüğü $d=0,690$ (orta etki) ve güç 0,999 (%99,9) olarak bulunmuştur.

3.3. Veri Toplama Araçları

Araştırmada kullanılan ölçüm aracı iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde araştırmacı tarafından hazırlanan ve katılımcıların kişisel ve mesleki özelliklerini sorgulayan "Kişisel Bilgi Formu" ikinci bölümde ise "Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi (HGKHA)" kullanılmıştır.

3.3.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından oluşturulan ve katılımcıların kişisel ve mesleki özellikleri (cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu vb.), sorgulayan 9 kapalı uçlu sorudan oluşmaktadır.

3.3.2. Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi (HGKHA)

Orijinal ismi Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) olan ve 2004 yılında Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) tarafından geliştirilen Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi (HGKHA) kullanılmıştır. HGKHA'nin Türkçe'ye uyarlaması, geçerliliği ve güvenilirliği Bodur ve Filiz (2010) tarafından yapılmıştır (Bodur and Filiz, 2010). HGKHA, hastanelerin güvenlik kültürünü bir bütün olarak veya hastane içindeki belirli birimler olarak değerlendirmek için kullanılmaktadır. 42 madde ile güvenlik kültürünün 12 boyutunu ölçmektedir. Bu boyutlar: (1) Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri; (2) Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme; (3) Ünite içi ekip çalışması; (4) İletişimin açık tutulması; (5) Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim; (6) Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt; (7) Personel sağlama; (8) Hastane üniteleri arasında ekip çalışması; (9) Hastane müdahaleleri ve değişim (10) Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği; (11) Hataların raporlanma sıklığı; (12) Güvenliğin kapsamlı algılanması. Madde yanıtları, 5 dereceli Likert tipi (1 = kesinlikle katılmıyorum ile 5 = kesinlikle katılıyorum) veya sıklık (1 = hiçbir zaman ile 5 = her zaman) ile ölçülmektedir. Ankette 18 soru ters puanlanmaktadır. HGKHA toplam puanlar, boyuttaki maddelere verilen toplam olumlu yanıt sayısının her bir boyuttaki toplam madde sayısına bölünmesiyle hesaplanmaktadır. %75 ve üzeri olumlu yanıt oranlarına sahip boyutlar güçlü; en az %50 olumlu yanıt oranı olanlar, iyileştirme potansiyeli olan; %50'den az olan boyutlar ise zayıf yönler olarak tanımlanacaktır (Nieva ve Sorra, 2003). HGKHA farklı ülkelerde, farklı dillere çevrilerek kullanılmıştır. Türkiye'deki hastanelerde hasta güvenliği kültürünü değerlendirmek için geçerli ve güvenilir bir araç olduğunu gözlemlemişlerdir (tüm maddeler için iç tutarlılık güvenilirliği 0,88'dir). Bodur ve Filiz (2010), uyarlama çalışmasında Türk ve AHRQ HGKHA'nin faktör yapılarının hemen hemen aynı olduğunu ve bu nedenle iyi bir kültürel adaptasyon tespit ettiğini bildirmiştir (Bodur ve Filiz, 2010). Mevcut çalışmada HGKHA iç tutarlılığı Cronbach's alpha katsayısı 0,828 bulunmuştur.

3.4. Veri Toplama Yöntemi

Araştırma, dahil edilme kriterlerini karşılayan 326 sağlık çalışanı ile yürütülmüştür. Araştırma verileri Kasım, 2022 ile Aralık 2022 tarihleri arasında çevrim içi anket yöntemi ile elde edilmiştir. Veri toplama aracı, elektronik ortamda (docs.google.com adresi, google form arayüzü) hazırlanmıştır. Hazırlanan kişisel bilgi formu ve ölçek formunun bağlantı adresi, telefon numaralarına ulaşılabilen (Whatsapp üzerinden) ve araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan sağlık çalışanlarına Google Forms üzerinden gönderilmiştir. Çevrimiçi anket formunun ilk sayfasında katılımcılara, araştırma hakkında bilgilendirme yapılmış, istedikleri takdirde çalışmadan ayrılacakları bildirilmiş, araştırma ekibine dair iletişim bilgileri ve bilgilendirilmiş onam formu sunulmuştur. Bu bilgilerin ardından gönüllü katılımı onaylayan sağlık çalışanları anket formunu yanıtlayabilmiştir. Katılımcıların onay kutusunu işaretlemeleri koşuluyla sonraki sayfalara erişmelerine izin verilmiştir. Anketteki tüm soruların yanıtlanması zorunlu tutularak, herhangi bir soruya yanıt vermeyen katılımcının anket sorularında ilerlemesi engellenmiştir. Bu nedenle eksik yanıt bulunan anket sayısı bulunmamaktadır. Her bir katılımcının veri toplama formunu yanıtlama süresi yaklaşık olarak 10 dakika sürmektedir. Araştırmada yeterli örneklem büyüklüğüne ulaşılanın ardından, uygulama sonlandırılmıştır.

3.5. Analiz Yöntemi

Verilerin analizinde Windows için IBM SPSS 24 sürümü istatistik paket programı kullanılmıştır. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, $\alpha=0,05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında

değişkenlere ait ortalama, standart sapma, basıklık (Kurtosis)-çarpıklık (Skewness) değerleri ve değişkenlerin normallik varsayımını karşılayıp karşılamadığını belirlemek için grafikler (histogram, kutu-çizgi grafiği) incelenmiştir (Hair, Black, Babin, Anderson ve Tatham, 2013). Çarpıklık ve basıklık değerleri verilerin normal dağılım eğrisinde nasıl konumlandıklarını görmek ve normal dağılıma uyup uymadıklarının kontrolü açısından önemli bir yol göstericidir (Yücenur, Demirel, Ceylan ve Demirel, 2011). Araştırma değişkenlerine ait çarpıklık (-0,498 ile 0,451) ve basıklık (-1,409 ile 1,690) değerlerinin -2 ile +2 arasında değerlerde olduğu belirlenmiştir (Berber ve Sarı, 2010). Araştırmada bağımlı değişkenin bağımsız değişkenin her bir kategorisinde normal dağılım gösterdiği için verilerin analizinde parametrik test istatistiklerinden ikili gruplarda Bağımsız Örneklem t-Testi, ikiden fazla grubun karşılaştırmasında ise Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) kullanılmıştır. ANOVA analizinde anlamlı farkın nereden kaynaklandığını belirlemek amacı ile post-hoc testlerinden Games-Howell kullanılmıştır.

3.6. Araştırma Etiği

Türkçeye uyarlama çalışması yapılan ölçeğin araştırmamızda kullanım izni araştırmadan sorumlu yazardan elektronik posta yolu ile alınmıştır. Araştırmanın yapılabilmesi için İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulundan (31.08.2022 tarih ve 2022/07 sayılı) etik kurul onayı ve araştırmanın yapıldığı kurumdan yazılı izin alınmıştır. Tüm araştırma süreci Helsinki Deklarasyonu kurallarına uygun olarak yürütülmüştür.

4. BULGULAR

Katılımcıların demografik ve mesleki özelliklere ait bulgularının dağılımı Tablo 1’de sunulmuştur.

Tablo 1. Katılımcıların demografik ve mesleki özellikleri (n=326)

		N	%
Cinsiyet	Kadın	209	64,1
	Erkek	117	35,9
Yaş $\bar{X} \pm SS$: 31,22 \pm 7,60 (min-max: 19-63)			
	<30 yaş	186	57,1
	\geq 30 yaş	140	42,9
Eğitim	Lise	11	3,4
	Ön lisans	28	8,6
	Lisans	176	54,0
	Lisans üstü	111	34,0
Çalışılan Birim	Acil Servis	99	30,4
	Ameliyathane	59	18,1
	Yoğun Bakım Ünitesi*	33	10,1
	Klinikler**	64	19,6
	Diğer***	71	21,8
Meslek	Hemşire	163	50,0
	Doktor	102	31,3
	Diğer sağlık çalışanı****	61	18,7
Meslekte Çalışma Yılı $\bar{X} \pm SS$: 5,96 \pm 5,23 (min-max: 1-35)			
	<5 yıl	160	49,1
	\geq 5 yıl	166	50,9
Haftalık çalışma saati	40 saati aşmaz	247	75,8
	\geq 41 saat	79	24,2

\bar{X} : Ortalama, SS: Standart sapma, *Erişkin, Yenidoğan ve Çocuk, **Yataklı cerrahi ve dahili klinikler, ***Poliklinik, Doğumhane, Fizik Tedavi Ünitesi, Gününbirlik ayaktan hasta birimleri, **** Anestezi tekniker, fizyoterapist vb.

Araştırmada katılımcıların %64,1 (n=209) kadın, yaşlarının 19 ile 63 yıl arasında ($\bar{X}_{Yaş}$: 31,22 \pm 7,60), mesleki tecrübesi 1 ile 35 yıl arasında ($\bar{X}_{Çalışma\ yılı}$: 5,96 \pm 5,23) değişmektedir. Katılımcıların %54,0’ü (n=176) lisans mezunu olup, %50’si (n=163) hemşiredir. Haftalık çalışma süresi %75,8 (n=247) ile 40 saati aşmamaktadır. Katılımcıların çalıştıkları birim %30,4 (n=99) ile Acil Servis’tir (Tablo 1).

3.2. Katılımcıların demografik özelliklere göre hasta güvenliği kültürü algıları

Çalışma kapsamında öncelikle katılımcıların demografik özelliklerine göre hasta güvenliği kültürüne yönelik olumlu algı düzeyleri incelenmiştir. Sağlık çalışanlarının yaş, cinsiyet, çalışma tecrübesi, haftalık çalışma süresine göre hastane hasta güvenliği kültürü ölçek puanları arasındaki farklar Bağımsız Örneklem t Testi ile incelenmiştir.

Sağlık çalışanlarının çalıştıkları birim ve meslek türüne göre hastane hasta güvenliği kültürü ölçek puanları arasındaki farklar tek yönlü ANOVA analizi ile incelenmiştir. Tek yönlü ANOVA analizi sonucunda farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek amacıyla post-hoc Games-Howell testi yapılmış ve sonuçlar Tablo 2’de sunulmuştur. İkinci olarak EAH hasta güvenliği kültürüne yönelik olumlu yanıt ortalamalarının AHRQ (2012) ile karşılaştırması ve sağlık çalışanları tarafından bildirilen hasta güvenliği algı düzeyleri sırası ile Şekil 1 ve Şekil 2’de sunulmuştur. Son olarak, katılımcılar tarafından bildirilen hasta güvenliği düzeyleri ile son 12 ay içinde rapor edilen olay sayılarına yönelik sonuçlar Tablo 3’te sunulmuştur.

Tablo 2. Demografik özelliklere göre hasta güvenliği kültürü boyutlarına verilen olumlu yanıtların yüzdesi

	Yaş		Cinsiyet		Çalışma Deneyimi		Haftalık Çalışma		Meslek				Çalışılan Birim				
	≤30 yıl (n=186)	30> yıl (n=140)	Kadın (n=209)	Erkek (n=117)	≤5 yıl (n=160)	5> yıl (n=166)	40 saati aşmaz (n=247)	40> saat (n=79)	Hemşire (n=163)	Doktor (n=102)	Diğer (n=61)	Fark	Acil Servis (n=99)	AML (n=59)	YBÜ (n=33)	Klinikler (n=64)	Diğer (n=71)
Hataların raporlanma sıklığı	39,96*	31,19	37,64	33,62	44,79**	27,91	42,38**	16,88	43,56	38,89	12,02**	1>3 2>3	35,69	39,55	30,30	38,02	35,21
Güvenliğin kapsamlı algılanması	54,30	56,61	54,55	56,62	48,75	61,60**	48,89	75,32**	52,91	47,55	74,59**	3>1 2	54,29	47,88	55,30	61,72	57,04
Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri	55,38	65,36**	57,66	63,25	51,41	67,62**	58,4	63,61	60,43	47,79	77,46**	1>2 3>1 2	56,06	52,12	61,36	66,02	64,44
Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme	66,67	65,71	66,03	66,67	64,79	67,67	65,32	69,20	70,35	62,09	62,30	-	64,65	61,58	72,73	67,71	68,08
Hastane ünite içi ekip çalışması	82,26	89,11**	83,61	88,03	80,94	89,31**	83,30	91,14**	84,2	82,84	91,80*	3>2	84,34	80,51	84,85	88,28	87,68
İletişimin açık tutulması	41,76	35,95	40,99	36,18	47,29**	31,53	44,67**	22,36	40,90	50,98	15,30**	1>3 2>3	39,06	41,24	37,37	37,50	40,38
Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim	47,67	47,62	50,88*	41,88	52,29*	43,17	52,36**	32,91	52,76	49,67	30,60**	1>3 2>3	47,81	47,46	47,47	50,00	45,54
Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt	33,33	31,67	31,26	35,04	34,17	31,12	33,87	28,69	31,08	36,93	29,51	-	35,02	33,33	31,31	32,81	29,11
Personel sağlama	20,16	21,96	22,13	18,80	21,25	20,63	23,08**	14,24	23,01	21,08	15,16	-	21,97	21,61	15,91	22,27	20,07
Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği	51,43	62,14**	55,66	56,70	47,71	64,06**	55,06	59,07	52,35	52,94	71,04**	3>1 2	54,21	48,02	66,67	59,90	56,81
Hastane üniteleri arasında ekip çalışması	60,89	66,96	61,84	66,45	58,59	68,22*	61,94	68,35	61,04	63,48	70,08	-	60,86	61,86	59,85	71,09	63,38
Hastane müdahaleleri ve değişim	44,49	45,18	44,62	45,09	44,69	44,88	45,85	41,46	41,41	52,21**	41,39	2>1 3	45,45	41,10	37,88	50,39	45,07

*p <0,05, **p <0,01, ***p <0,001, AML: Ameliyathane, YBÜ: Yoğun Bakım Ünitesi

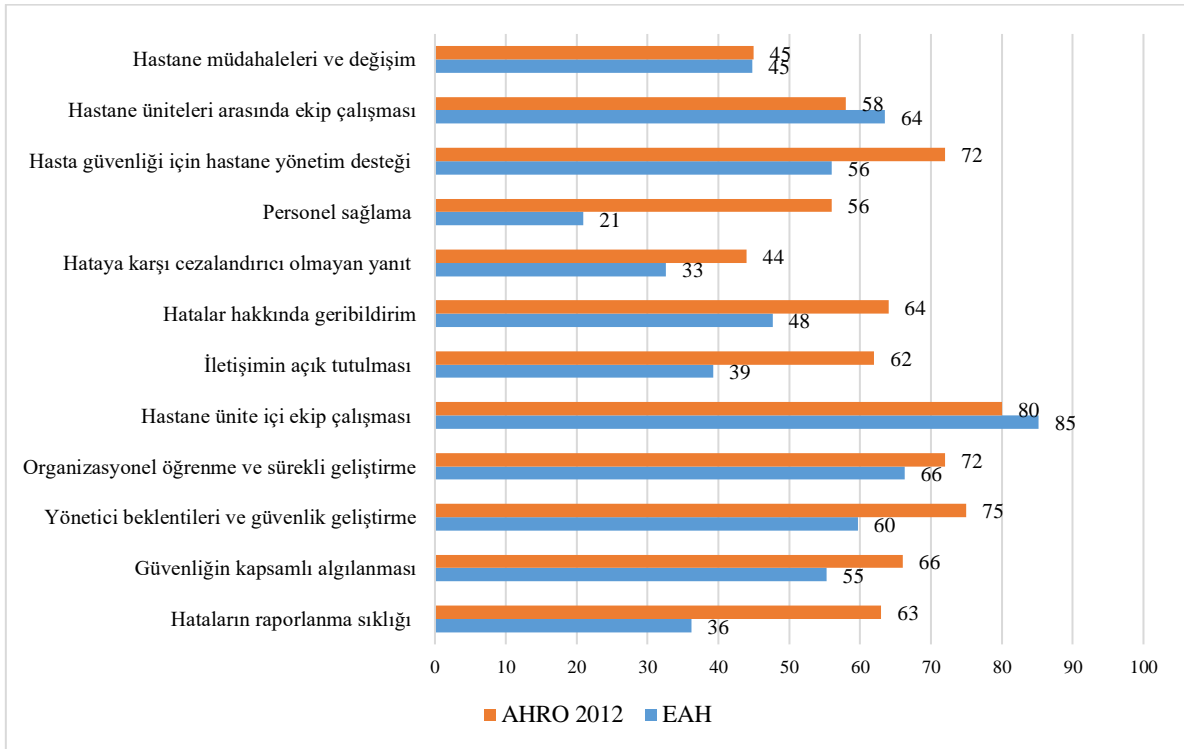
Çalışılan birim değişkenine göre sağlık çalışanlarının hastane hasta güvenliği kültürü tüm alt boyutları ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p >0,05). Araştırmada yaşı 30 yıl üzerinde olan sağlık çalışanlarının, 30 yıl ve altına göre hastane hasta güvenliği kültürü boyutlarından yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri, hastane ünite içi ekip çalışması ve hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği puanlarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir (p<0,01). Araştırmada kadın sağlık çalışanlarının erkekler göre hastane hasta güvenliği kültürü boyutlarından hatalar hakkında geribildirim ve iletişim puanlarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir (p <0,05).

Araştırmada meslekte çalışma süresi 5 yıl ve altı olan sağlık çalışanlarının, 5 yıl üzerine göre hastane hasta güvenliği kültürü boyutlarından hataların raporlanma sıklığı (p <0,001), iletişimin açık tutulması (p <0,001) ve hatalar hakkında geribildirim ve iletişim (p <0,05) puanlarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Meslekte çalışma süresi 5 yıl ve altı olan sağlık çalışanlarının, 5 yıl üzerine göre hastane hasta güvenliği kültürü boyutlarından güvenliğin kapsamlı algılanması, yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri, hastane

ünite içi ekip çalışması ve hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği ($p < 0,001$) ile hastane üniteleri arasında ekip çalışması ($p < 0,01$) puanlarının anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir.

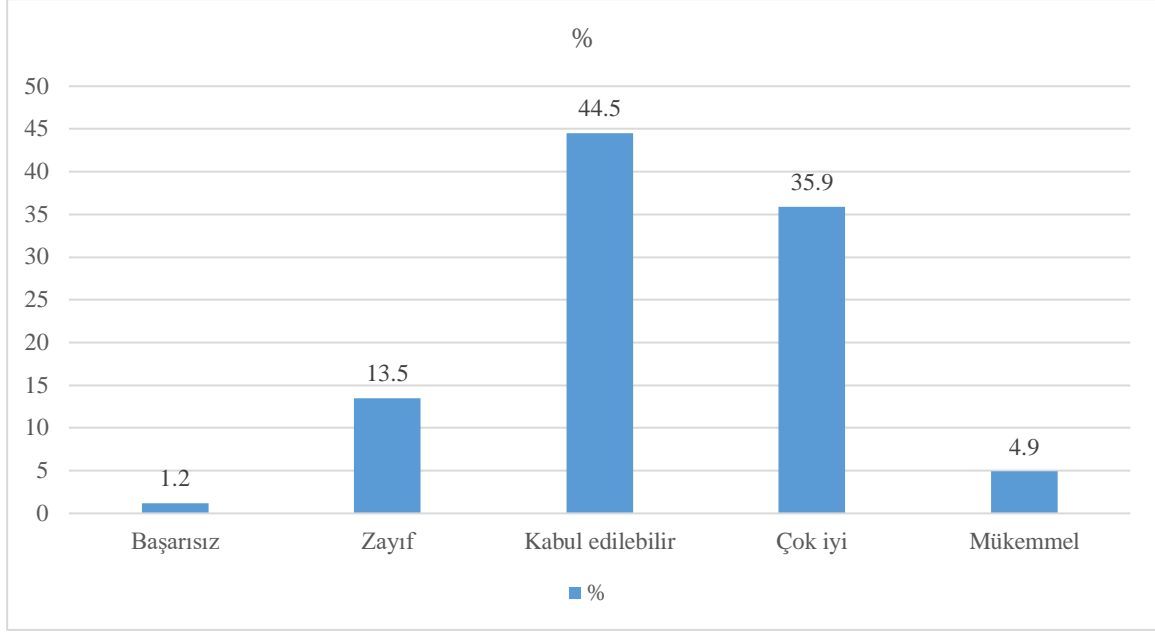
Araştırmada haftalık çalışma süresi 40 saati aşmayan sağlık çalışanlarının, 40 saat üzerine göre hastane hasta güvenliği kültürü boyutlarından hataların raporlanma sıklığı, iletişimin açık tutulması, hatalar hakkında geribildirim ve iletişim, personel sağlama puanlarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0,001$). Haftalık çalışma süresi 40 saati aşmayan sağlık çalışanlarının, 40 saat üzerine göre hastane hasta güvenliği kültürü boyutlarından güvenliğin kapsamlı algılanması ($p < 0,001$) ve hastane ünite içi ekip çalışması ($p < 0,01$) puanlarının anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Tek yönlü ANOVA analizi sonucunda hastane hasta güvenliği kültürü alt boyutlarından hataların raporlanma sıklığı, güvenliğin kapsamlı algılanması, yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri, iletişimin açık tutulması, hatalar hakkında geribildirim ve iletişim, hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği, hastane müdahaleleri ve değişim ($p < 0,001$) ile hastane ünite içi ekip çalışması ($p < 0,05$) puanında meslek türüne göre anlamlı bir farklılaşma olduğu belirlenmiştir (Tablo 2).



Şekil 1. EAH hasta güvenliği kültürüne yönelik olumlu yanıt ortalamaları ile kıyaslama puanlarının karşılaştırılması (AHRQ, 2012).

Çalışmada HGKHA'nın 12 boyutu için olumlu yanıt ortalamaları ile kıyaslama puanlarının (AHRQ, 2012) karşılaştırılması incelendiğinde, tek güçlü yön olarak tanımlanan olumlu yanıt yüzdesinin en yüksek olduğu boyutun, hastane ünite içi ekip çalışması (%85) boyutu olduğu belirlenmiştir. İyileştirme potansiyeline sahip olarak tanımlanan boyutlar sırası ile güvenliğin kapsamlı algılanması (%55), hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği (%56), yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri (%60), hastane üniteleri arasında ekip çalışması (%64) ve organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirmedir (%66). Zayıf yönler olarak tanımlanan boyutlar ise sırası ile personel sağlama (%21), hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt (%33), hataların raporlanma sıklığı (%36), iletişimin açık tutulması (%39), hastane müdahaleleri ve değişim (%45) ve hatalar hakkında geribildirim ve iletişimidir (%48) (Şekil 1).



Şekil 2. Sağlık çalışanları tarafından bildirilen hasta güvenliği algı düzeyleri

Hasta güvenliği kültürüne ilişkin olumlu algı için genel ortalama puan $50,62 \pm 13,3$ (%95 güven aralığı: 50,62-52,07). Hasta güvenliği düzeyini kabul edilebilir değerlendiren sağlık çalışanlarının oranı % 44,5, çok iyi olarak değerlendirenlerin oranı %35,9, mükemmel olarak değerlendirenlerin oranı ise %4,9'dur (Şekil 2).

Tablo 3. Sağlık çalışanları tarafından son 12 ay içinde rapor edilen olaylar

Raporlanan olay sayısı	n	%
Hiç	303	92,9
1-2 olay	20	6,1
3-5 olay	2	0,6
6-10 olay	1	0,3

Sağlık çalışanları tarafından son 12 ay içinde rapor edilen olaylar oranları incelenmiştir. Buna göre sağlık çalışanlarının %92,9'u hiç hata bildirmediğini belirtmiştir (Tablo 3).

5. TARTIŞMA

Tüm sağlık hizmeti sağlayıcılarının sağladıkları hasta bakımından, doğru uygulamalarla sağlayabilecekleri optimal bakıma geçişte karşılaştıkları en önemli sorun, hasta bakım hizmetlerinde güvenli hasta bakım sistemlerinin eksikliği sorunudur. Bu sorunun çözülmesi, hataların bireysel başarısızlığın sonucu olarak görüldüğü bir sağlık hizmeti kültüründen, hataların sistemi iyileştirmek için fırsatlar olarak görüldüğü bir kültüre geçilmesini gerektirmektedir. Hatalardan ders çıkarmayı ve bakım sistemlerini iyileştirmeyi vurgulayan gönüllü bir raporlama sistemi, bilinçli ve güvenli bir kültürün temelidir. AHRQ'nun yedi boyutu, hasta güvenliğini teşvik eden yönetici beklentileri ve eylemleri, organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme, ünite içi ekip çalışması, iletişim açıklığı, hatalar hakkında geri bildirim ve iletişim, hataya cezai olmayan yanıt ve personel birim/bölüm düzeyinde güvenlik kültürünü ölçmektedir. Bu boyutlarda üç boyut hastane düzeyinde güvenlik kültürünü ölçmektedir. Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği, hastane üniteleri arasında ekip çalışması ile hastane müdahaleleri ve değişimdir. İki boyut sonuç ölçütüdür, genel güvenlik algısı ve rapor edilen olayların sıklığıdır. İki ek madde sonuç ölçütüdür, hasta güvenliği düzeyi ve son 12 ayda bildirilen olay sayısıdır. Bir EAH'de sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürü olumlu algı düzeylerinin incelenmesi amacıyla gerçekleştirilen bu çalışmada elde ettiğimiz sonuçlar bu bölümde tartışılmıştır.

Çalışmamızda hasta güvenliği kültürü hastane anketinin 12 boyutu için ortalama olumlu yanıt oranı %50,62±13,3(%95 güven aralığı: 50,62-52,07) ile AHRQ (2012) verilerinden (%63) daha düşüktür. Basson ve arkadaşları (2021) yaptıkları çalışmada bu oranı 2014'te %76, 2016'da ise %69 olarak bulmuşlardır (Basson, Montoya, Neily, Harmon ve Watts, 2021). Gözülü ve Kaya (2016) HGKHA'nin olumlu yanıt oranı %60 olarak bulmuştur (Gözülü ve Kaya, 2016). Güneş ve arkadaşları (2016) ise olumlu yanıt oranı %52 olarak bulmuştur (Güneş, Gürlek ve Sönmez, 2016). Libya'da yapılan bir çalışmada olumlu yanıtlarının oranının %47 olması o ülkenin sağlık sisteminin hasta güvenliğini sağlamada yetersiz kaldığının bir göstergesi olabilir (Eltarhuni, Tawfeeq ve El-Abidi, 2020). Norveç'te yapılan bir çalışma sonucunda bu oran %47 olarak bulunmuştur (Haugen, Söfteland, Eide, Nortvedt, Aase ve Harthug, 2010). Mevcut çalışma sonuçlarımızı genel olarak AHRQ'nun (2012) sonuçları ile kıyaslandığımızda personel sağlama, hatalar hakkında geri bildirim ve hataların raporlama sıklığı boyutlarının oldukça düşük olduğunu gördük. Ek olarak sağlık çalışanlarının %92,9'u 12 ay içinde hiç hata bildirmediklerini belirtmiştir. AHRQ (2012) bu oranı %55, Yılmaz ve Duygulu (2019) %55,5, Güneş ve arkadaşları (2016) ise %80,4, olarak bildirmiştir. Bu durumu bildirim kültürünün yeterli olmadığı şeklinde değerlendiriyoruz. Bu durum sosyolojik olarak da değerlendirilmesi gereken bir durumdur. Türk toplumunda hata raporlama ispiyonculuk gibi algılanmaktadır. Ayrıca bildirim yapılsa dahi herhangi bir düzeltici önleyici faaliyet olamayacağı düşüncesinin yaygın olarak daha hâkim olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda hasta güvenliği düzeyini kabul edilebilir, çok iyi ve mükemmel olarak değerlendiren sağlık çalışanlarının oranı sırası ile %44,5, %35,9 ve %4,9'dur. Güneş ve arkadaşları (2016) hemşireler üzerinde yaptıkları çalışmalarında bu oranı sırası ile %40, %39 ve %11 olarak bulmuştur (Güneş, Gürlek ve Sönmez, 2016), AHRQ (2012) kabul edilebilir, çok iyi ve mükemmel olarak değerlendirenlerin oranını sırası ile %20, %45 ve %30 olarak bildirmiştir (AHRQ, 2012). Yılmaz ve Duygulu (2019) çalışmalarında kabul edilebilir ve çok iyi olarak değerlendiren hemşirelerin oranı ise sırası ile % 36,1 ve %55,5 olarak bildirmiştir.

Çalışmamızda HGKHA'nin 12 boyutu için olumlu yanıtların ortalama yüzdeleri incelendiğinde ilk olarak, tek güçlü yön olarak tanımlayan olumlu yanıt yüzdesinin en yüksek olduğu boyutun, hastane ünite içi ekip çalışması (%85) boyutu olduğu görülmektedir. Dolayısı ile sağlık çalışanlarının ünite içinde ekip ruhu oluşturduğunu ve öğrenmeye, gelişmeye açık oldukları söylenebilir. Bu bir örgüt için oldukça iyi bir özelliktir. Yılmaz ve Duygulu (2019) çalışmasında mevcut çalışma sonuçlarımızla benzer şekilde tek güçlü yönü %75,7 ile hastane ünite içi ekip çalışması olarak bulmuştur (Yılmaz ve Duygulu, 2019).

İkinci olarak iyileştirme potansiyeline sahip olarak tanımlanan boyutlar sırası ile güvenliğin kapsamlı algılanması (%55), hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği (%56), yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri (%60), hastane üniteleri arasında ekip çalışması (%64) ve organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirmedir (%66). Son olarak zayıf yönler olarak tanımlanan boyutlar ise en düşükten yükseğe sırası ile personel sağlama (%21), hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt (%33), hataların raporlanma sıklığı (%36), iletişimin açık tutulması (%39), hastane müdahaleleri ve değişim (%45) ve hatalar hakkında geribildirim ve iletişim (%48) olarak bulunmuştur. Bu durum sağlık sisteminde personel sayısının yetersizliği, iletişim açıklığı, hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt ve hatalar hakkında geribildirim ve iletişimin yetersiz olduğu şeklinde yorumlanabilir. Bu sonuçlar Gözlü ve Kaya'nın Türkiye'de yaptıkları çalışmanın sonuçları ile benzer özellikler göstermektedir (Gözlü ve Kaya, 2016). Çalışmamızda zayıf yönler olarak tanımlanan hatalar hakkında geri bildirim ve iletişim (%48) Slovenya'da %72, İskoçya'da %78 ve Hollanda'da %75 olarak bulunmuştur (Smits, Christiaans-Dingelhoff, Wagner, van der Wal ve Groenewegen, 2008; Sarac, Flin, Mearns ve Jackson, 2011). Çalışmamızda zayıf yönler olarak tanımlanan hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıtın (%33), Belçika'da %69, İngiltere'de %65, İsviçre'de %70 olarak bulunmuştur (Hellings, Schrooten, Klazinga ve Vleugels, 2007; Pfeiffer ve Manser, 2010; Waterson, Griffiths, Stride, Murphy ve Hignett, 2010). Personel sağlama (%21) boyutunda ise, Norveç'te %65, Amerika Birleşik Devletleri'nde %63, Slovenya'da %65 olarak bulunmuştur (Smits, Christiaans-Dingelhoff, Wagner, van der Wal ve Groenewegen, 2008; Olsen, 2008; Sorra ve Dyer, 2010). Arabloo ve arkadaşlarının (2012) yaptığı bir çalışmada Amerika Birleşik Devletleri, Hollanda, Norveç, Türkiye ve İran'daki hastaneler arasında hasta güvenliği kültürü faktörlerinin ortalama olumlu algılarının karşılaştırılması yapılmış ve Türkiye'deki hastanelerden elde ettiği sonuçların mevcut çalışma sonuçlarımızla uyumlu olduğu görülmüştür (Arabloo, Rezapour, Ebadı ve Mobasheri, 2012). Bu durumu Batı toplumlarında bildirim kültürünün Doğu toplumlarına göre daha gelişmiş olduğu şeklinde yorumlamak mümkündür.

Çalışmamızda zayıf yönlerden olan iletişimin açık tutulması boyutunda bulduğumuz düşük puan oldukça önemlidir. İletişimin açık olmamasının, hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt, hataya karşı geri bildirim ve hataların raporlanma sıklığını da etkileyebileceğini söylemek mümkün olacaktır. Hasta bakımı multidisipliner bir eylemdir ve hastane içindeki çeşitli klinik ortamlarda yapılabilir. Hastane birimleri içindeki iletişim ve ekip çalışması, etkili ve güvenli bakım sağlamak için esastır (Joint Commission Resources, 2007). İletişim eksikliği, hasta güvenliğini ve hasta bakım sonuçlarını önemli ölçüde tehlikeye atabilir. Mevcut kanıtlar aynı zamanda sağlık hizmeti sunucuları arasındaki iletişim eksikliğinin tıbbi hataların ana sebeplerinden biri olduğunu göstermektedir (Sandars ve Cook, 2009). Bu nedenle, sağlık hizmeti kalitesinin ve hasta güvenliğinin, sağlık ekibi üyelerinin kendi aralarında ve sağlık hizmeti sağlayıcıları ile hasta arasındaki etkili iletişime bağlı olduğu iyi bilinmektedir (Frank ve Brien, 2008). Bu durum hızlı bir şekilde düzeltilmesi gereken öncelikli bir durumdur. Bu bulgular, olumsuz olaylar hakkında özgürce tartışmaya, meydana gelen hatalar hakkında bilgi paylaşmaya ve tespit edilen hataları korkmadan bildirmeye izin veren açık bir iletişim kültürünü teşvik etmeye yönelik yönetim desteğinin önemini bir kez daha vurgulamaktadır (Frankel, Leonard ve Denham, 2006; McFadden, Stock, Gowen ve Cook, 2006). Yönetim desteğinin sağlanması, güçlü bir hasta güvenliği algısının kurum içerisinde yerleşmesini sağlayabilecek önemli bir faktördür.

Çalışmamızda sağlık çalışanlarının hasta güvenliği olumlu algılarının yaş, cinsiyet, çalışma deneyimi, haftalık çalışma süresi ve mesleğe göre anlamlı olarak farklılaştığı belirlenmiştir. Öte yandan çalışılan birime göre hasta güvenliği olumlu algılarının hasta güvenliği tüm boyutlarında anlamlı olarak farklılaşmadığı belirlenmiştir.

Çalışma bulgularımıza göre kadın sağlık çalışanların erkeklere göre hastane hasta güvenliği kültürü boyutlarından hatalar hakkında geribildirim ve iletişim olumlu yanıt yüzdesi puanlarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulundu. Yaşı 30 yıldan daha fazla olan sağlık çalışanlarının, 30 yıl ve altında olanlara göre hastane hasta güvenliği kültürü boyutlarından yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri, hastane ünite içi ekip çalışması ve hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği olumlu yanıt yüzdesi puanlarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulundu. Yaş arttıkça yönetici beklentileri ve desteği, güvenlik geliştirme faaliyetleri ve ünite içinde ekip çalışmasına yönelik olumlu algı düzeyinin arttığı görülmektedir.

Çalışma bulgularımıza göre beş yıl ve daha az süredir mesleki deneyime sahip sağlık çalışanlarının HGKHA alt boyutlarından hataların raporlanma sıklığı, iletişimin açık tutulması ve hatalar hakkında geribildirim ve iletişim olumlu yanıt yüzdesi puanlarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulundu. Öte yandan altı yıl ve daha fazla süredir mesleki deneyime sahip sağlık çalışanlarının HGKHA alt boyutlarından, güvenliğin kapsamlı algılanması, yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri, hastane ünite içi ekip çalışması, hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği ve hastane üniteleri arasında ekip çalışması olumlu yanıt yüzdesi puanlarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulundu. Yunanistan'da yapılan bir çalışmada 10 yıldan daha az deneyime sahip

çalışanların hasta güvenliğine ve kaliteye daha fazla değer verdikleri bulunmuştur (Antonakos, Souliotis, Psaltopoulou, Tountas ve Kantzanou, 2021). Bir başka çalışmada ise mevcut çalışma sonuçlarımızın aksine 10 yılı aşkın deneyimi olan katılımcıların hasta güvenliği puanlarının daha düşük olduğu bulunmuştur (Astier-Peña ve ark., 2015). Yılmaz ve Duygulu (2019) çalışmasında altı yıl ve daha fazla süredir mesleki deneyime sahip hemşirelerin üniteler arası takım çalışması ve yönetici desteği, yönetici beklentileri ve eylemleri, organizasyonel öğrenme olumlu yanıt yüzdesi puanı üzerinde meslekte çalışma süresinin anlamlı bir etkisi bulunduğunu bildirmiştir. Bu sonuçlar mevcut çalışma sonuçlarımızda benzerlik göstermektedir.

Çalışma bulgularımıza göre haftalık çalışma süresi 40 saati aşmayan sağlık çalışanlarının, 40 saatten daha fazla çalışanlara göre hastane hasta güvenliği kültürü boyutlarından hataların raporlanma sıklığı, iletişimin açık tutulması, hatalar hakkında geribildirim ve iletişim, personel sağlama olumlu yanıt yüzdesi puanlarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulundu. Bu sonuçlar haftalık çalışma süresi azaldıkça iletişim, personel sağlama, hata raporlama sıklığı ve geri bildirim olumlu puanlarının arttığını göstermektedir. Hastaneler 7/24 hizmet veren kurumlardır ancak birim yöneticileri ve hastane üst yönetimi 08.00-17.00 saatleri arasında gündüz mesaisi ile çalışmaktadır. Eksik personel olduğunda ya da ihtiyaç duyulan hallerde personel sağlama konusunda hastane yöneticileri daha yetkili olmaları nedeni ile personel sağlama konusunda hızlı ve etkili müdahalede bulunmaktadırlar. Döner vardiya (gece ve gündüz) ile çalışan sağlık çalışanları daha fazla mesai ile çalışmaktadır ve sıklıkla gece vardiyasında personel sağlama konusunda sıkıntılar yaşanmaktadır. Bu durum özellikle fazla mesai ile çalışanlarının daha olumsuz algı düzeyine sahip olmalarına neden olabilir. Öte yandan uzun çalışma süreleri ve eksik personel nedeni ile sağlık çalışanları daha fazla stres, yorgunluk, uykusuzluk vb. yaşamaktadırlar. Bu durum sağlık çalışanlarında daha düşük iş tatminine, motivasyon kaybına ve daha fazla tıbbi hataya yol açabilir. Tüm bunların bir sonucu olarak da daha fazla iletişim ve geri bildirim sorunu yaşanabilir. Ayrıca çalışma sonuçlarımız haftalık çalışma süresi 40 saatten daha fazla süre çalışan sağlık çalışanlarının, 40 saati aşmayan sağlık çalışanlarına göre hastane hasta güvenliği kültürü boyutlarından güvenliğin kapsamlı algılanması ve hastane ünite içi ekip çalışması olumlu yanıt yüzdesi puanlarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğunu göstermektedir. Wami ve arkadaşları (2016) çalışmasında haftalık çalışılan saatteki her birim artış için hasta güvenlik kültürü skorunun 0,06 azaldığını bulmuştur (Wami, Demssie, Wassie ve Ahmed, 2016). Başka bir çalışmada uzun çalışma saatlerinin zayıf hasta güvenliği ve bakım kalitesinde düşme ile ilişkili olduğu görülmüştür (Griffiths ve ark., 2014). Bu çalışmaların sonucu bizim çalışmalarımızla uyumaktadır. Yılmaz ve Duygulu (2019) çalışmasında hemşirelerin haftalık çalışma süresi arttıkça, ünite içi takım çalışması olumlu puanlarının düştüğünü bildirmiştir (Yılmaz ve Duygulu, 2019). Bu sonuç, bizim sonuçlarımızın tam aksi yönündedir. Çalışmamızda sağlık çalışanlarının haftalık çalışma süresi arttıkça ünite içi ekip çalışması olumlu yanıt puanları artmaktadır.

5.1. Sınırlılıklar

Çalışmamızın bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. İlk olarak çalışma İstanbul ilinde Sağlık Bakanlığı'na bağlı bir eğitim araştırma hastanesindeki sağlık profesyonelleri üzerinde yürütülmüştür ve sonuçlar araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin öz değerlendirmelerine dayalıdır. Bu nedenle, bu sonuçlar diğer kamu ve özel hastanelerde çalışan sağlık profesyonellerinin hasta güvenliği kültürünü yansıtmayabilir. Ayrıca, 6 aydan daha az süre mesleki deneyimi olan çalışanların, yeterli deneyime sahip olmamaları nedeniyle çalışma kapsamının dışında bırakılmasına karar verilmiştir. Bu durum eksik veri toplanmasına neden olmuş olabilir. Mesleğe yeni başlayan sağlık profesyonellerinin hasta güvenliği konusundaki yeterliliklerinin araştırılabileceği gelecekteki çalışmalarla bu durum düzeltilebilir. Diğer bir sınırlılığımız ise zaman ve maliyet kısıtlılığı nedeni ile çalışmada kolayda örnekleme stratejisinin seçilmiş olmasıdır. Rasgele seçimin olmaması nedeniyle bu durum örnekleme çerçevesindeki potansiyel bir yanlılığa neden olabilir. Son olarak çalışmamız Türkiye'de çoğunlukla hemşireler üzerinde yapılan araştırmadan farklı olarak, hasta tedavi ve bakımında görev alan ve hasta güvenliğinin sağlanmasında önemli rolleri olan doktor, anestezi tekniker, fizyoterapist vb. sağlık profesyonellerini de kapsamaktadır. Bundan dolayı hasta güvenliğinin sağlanmasında meslekler arası rollerin önemini ortaya koyması nedeni ile bu durumun araştırmamızın güçlü yönü olduğunu düşünmekteyiz.

6. SONUÇ

Çalışma sonuçlarımız, sağlık çalışanlarının hasta güvenliği olumlu algılarının yaş, cinsiyet, çalışma deneyimi, haftalık çalışma süresi ve mesleğe göre anlamlı olarak farklılaştığını, çalışılan birime göre ise hasta güvenliği olumlu algılarının anlamlı farklılaşmadığını göstermiştir. Ek olarak sonuçlarımız, sağlık çalışanlarının kurumda ekip halinde çalışmayı olumlu bulduklarını ancak iş yükünü kaldıracak personel sayısının yetersiz olduğuna yönelik algıya sahip olduklarını göstermiştir. Genel olarak, AHRQ ve diğer ülkelerde yapılan çalışmalar ile karşılaştırıldığında birçok boyutta iyileştirme gerektiren alanlar olduğu görülmektedir. HGKHA'nın 12 boyutu için pozitif yanıtların ortalama yüzdesi değerlendirildiğinde, hastane ünite içi ekip çalışması tek güçlü yöndür. Bunun yanında güvenliğin kapsamlı algılanması, hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği, yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri, hastane üniteleri arasında ekip çalışması ve organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme hastanede iyileştirmesi gereken alanlardır. Buna karşılık personel sağlama, hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt, hataların raporlanma sıklığı, iletişimin açık tutulması, hastane müdahaleleri ve değişim ve hatalar hakkında geribildirim ve iletişim ise hastanedeki zayıf alanlar olarak belirlenmiştir.

Hasta güvenliği kültürünü geliştirmek için bazı önlemlerin alınması önem arz eder. Personelin nitelik ve niceliği iş yükünü kaldıracak düzeyde olmalıdır. Sağlık çalışanlarının sayısının yetersizliğinden kaynaklanan yüksek iş yükü ve düşük mesleki tatmin tıbbi hatalara neden olabileceğinden, sağlık kurumları ihtiyaca göre yeterli sayıda sağlık çalışanı ile hizmet vermelidir. Sağlık çalışanlarının çalışma saatleri dengeli bir şekilde düzenlenmelidir. Fazla çalışma saatlerinin sağlık çalışanlarının verimliliğini azaltabileceği ve hata yapmasına neden olabileceği düşünülerek mesai saatleri ayarlanmalıdır. Hatalar yapıldığında, bunlar "sistem" sorunu olarak değerlendirilmelidir. Bu nedenle sağlık çalışanlarını suçlamak yerine hataların tekrarını önlemek için gerekli önlemler alınmalıdır. Sağlık kurumları yöneticileri, hasta güvenliği prosedürlerine uygun klinik bakım sunumunda sağlık çalışanlarını takdir etmeli ve hasta güvenliğini artırmak için sağlık çalışanlarının önerilerini ciddiye almalıdır. Birimler arası ve sağlık çalışanları arası iletişim geliştirilmeli, hastane birimleri uyum içinde çalışmalıdır. İşlevsel bağımlılığın çok yüksek olduğu sağlık kurumlarında iyi bir iletişim birçok tıbbi hatayı önleme potansiyeline sahiptir. Hasta güvenliği kültürü ile ilgili farkındalığı artırmak ve daha fazla dikkat edilmesi gereken alanları belirlemek için belirli aralıklarla hasta güvenliği kültürü değerlendirmeleri yapılmalıdır.

Hasta güvenliği kültürü ile ilgili bilimsel bilgi birikiminin giderek artmasına rağmen henüz istenilen düzeye ulaşamamıştır ve tıbbi hatalardan kaynaklanan zararlar sağlık hizmetlerinin sunumunda yer almaya devam etmektedir. Hastanelerdeki güvenlik kültürü algılarının iyileştirilmesi önemli ölçüde çaba ve kaynak gerektirebilir. Sağlık hizmetinin sunumuna katkıda bulunan hastane çalışanlarının, hasta güvenliği kültürü algılarına yönelik daha fazla araştırma yapılması, kritik ihtiyaçları belirlemeye ve hasta güvenliğinin iyileştirilmesine yardımcı olabilir. Ayrıca, politika ve eylemlerde, hasta güvenliğine en yüksek önceliğin verilmesi ve önleyici yaklaşımların teşvik edilmesi yoluyla hasta güvenliği kültürünün yönetim tarafından daha fazla desteklenmesi, hasta güvenliği kültürünün güçlendirilmesi ve geliştirilmesi açısından kritik öneme sahiptir.

Bu çalışmada elde edilen sonuçların, hasta güvenliği sorunlarına yönelik sağlık çalışanları arasında farkındalık yaratması açısından literatüre katkı sağlayacağını düşünmekteyiz. Çalışmamız sağlık çalışanları tarafından bildirilen sonuç değişkenleri ile sınırlı olmasına ve objektif olarak ölçülen advers olay ve ramak kala olayların sıklığına göre doğrulanmamış olmasına rağmen, sonuçlar hastanelerin hasta güvenliği kültürüne bir sistem yaklaşımı getirmesine, hasta güvenliği sorunlarının çözümüne yönelik planlama çabalarına ve hasta güvenliği kültürünü değerlendirmelerine yardımcı olabilir. İsim verme, suçlama ve utandırma kültürünün tehlikeli uygulamalarını zamanla ortadan kaldırmanın oldukça önemli olduğuna da özellikle dikkat çekmek istiyoruz. Hasta güvenliğini artırmak için güvenli, endişe yaratmayan bir raporlama ve öğrenme ortamı oluşturulmalıdır. Hasta güvenliği hatalarına cezai olmayan bir yaklaşım ve hata bildirenlerin korunması, sağlık politikalarının önceliklerinden biri olmalıdır. Ek olarak sağlık hizmetlerinde bir dış kalite değerlendirme aracı olarak son yıllarda giderek daha fazla ilgi gören akreditasyon, hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesine katkı sağlayabilir.

YAZARLARIN BEYANI

Katkı Oranı Beyanı: Birinci yazar yöntemin belirlenmesi, analiz ve sonuçların raporlanması aşamalarından, ikinci yazar makalenin literatür taraması ve tartışma ve sonuç aşamasından, üçüncü yazar ise veri toplanması aşamalarından sorumludur. Çalışmaya birinci yazar %40 oranında, ikinci yazar %40, üçüncü yazar %20 oranında katkı sağlamıştır. Tüm yazarlar makaleyi gözden geçirmiştir.

Destek ve Teşekkür Beyanı: Desteklerinden dolayı katılımcılara teşekkür ederiz.

Çatışma Beyanı: Yazarlar, bu makalede bildirilen çalışmayı etkileyebilecek hiçbir finansal çıkarları veya kişisel ilişkileri olmadığını beyan eder.

KAYNAKÇA

- AHRQ-Agency for Healthcare Research and Quality (2012). Erişim Adresi: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/2012/hospurv121.pdf> [Erişim Tarihi: 08.03.2023].
- Ajzen, İ. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179–211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
- Alonso-Sardón, M., Sáez-Lorenzo, M., Chamorro, A. J., Fernández-Martín, L. C., Iglesias-de-Sena, H., González-Núñez, V., ... & Mirón-Canelo, J. A. (2022). Adverse Effects in Patients with Intellectual and Developmental Disabilities Hospitalized at the University Clinical Hospital. *Journal of Personalized Medicine*, 12(11), 1898. <https://doi.org/10.3390/jpm12111898>
- Anderson, J. G., Ramanujam, R., Hensel, D. J., & Sirio, C. A. (2010). Reporting trends in a regional medication error data-sharing system. *Health Care Management Science*, 13, 74–83. <https://doi.org/10.1007/s10729-009-9111-1>
- Antonakos, I., Souliotis, K., Psaltopoulou, T., Tountas, Y., & Kantzanou, M. (2021). Patient safety culture assessment in primary care settings in Greece. In *Healthcare* (9), 7, 880. MDPI. <https://doi.org/10.3390/healthcare9070880>
- Arabloo, J., Rezapour, A., Ebadi, F. A. F., & Mobasheri, Y. (2012). Measuring patient safety culture in İran using the Hospital survey on patient safety culture (HSOPS): an exploration of survey reliability and validity. *International Journal of Hospital Research* 1(1),15–27.
- Astier-Peña, M. P., Torijano-Casalengua, M. L., Olivera-Cañadas, G., Silvestre-Busto, C., Agra-Varela, Y., & Maderuelo-Fernández, J. Á. (2015). Are Spanish primary care professionals aware of patient safety?. *The European Journal of Public Health*, 25(5), 781–787. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv066>
- Badgery-Parker, T., Pearson, S. A., Dunn, S., & Elshaug, A. G. (2019). Measuring hospital-acquired complications associated with low-value care. *JAMA Internal Medicine*, 179(4), 499–505. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2018.7464>
- Baker, G. R., Norton, P. G., Flintoft, V., Blais, R., Brown, A., Cox, J., ... & Tamblyn, R. (2004). The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *Cmaj*, 170(11), 1678–1686. <https://doi.org/10.1503/cmaj.1040498>
- Basson, T., Montoya, A., Neily, J., Harmon, L., & Watts, B. V. (2021). İmproving patient safety culture: a report of a multifaceted intervention. *Journal of Patient Safety*, 17(8), e1097–e1104.
- Batalha, E. M. S. D. S., & Melleiro, MM. (2015). Cultura de segurança do paciente em um hospital de ensino: diferenças de percepção existentes nos diferentes cenários dessa instituição. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 24, 432–441. <https://doi.org/10.1590/0104-07072015000192014>
- Batalha, E. M. S. D. S., & Melleiro, MM. (2017). Gestão hospitalar e cultura de segurança do paciente na percepção da equipe de enfermagem. *Rev. Baiana Saúde Pública*, 40(2016). <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2016.v40.n0.a2670>
- Berber, N., & Sari, M. (2010). Kavramsal değişime dayalı öğretim stratejilerinin fizik dersine yönelik bazı duyuşsal özelliklerin gelişimine etkisi. *Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi*, 11(2), 45–64.
- Boan, D. M., Nadzam, D., & Clapp Jr, J. R. (2012). The impact of variance in perception of the organization on capacity to improve in hospital work groups. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 16(3), 206. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0028547>
- Bodur, S., & Filiz, E. (2010). Validity and reliability of Turkish version of hospital survey on patient safety culture and perception of patient safety in public hospitals in Turkey. *BMC Health Services Research*, 10, 28–39.
- Carver, N., Gupta, V., & Hipskind, J. E. (2022). Medical error. In *StatPearls* [Internet]. Stat Pearls Publishing.
- Clapper, T. C., & Ching, K. (2020). Debunking the myth that the majority of medical errors are attributed to communication. *Medical Education*, 54(1), 74–81. <https://doi.org/10.1111/medu.13821>
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd Ed.). hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates.
- Colla, J. B., Bracken, A. C., Kinney, L. M., & Weeks, W. B. (2005). Measuring patient safety climate: a review of surveys. *BMJ Quality & Safety*, 14(5), 364–366. <https://doi.org/10.1136/qshc.2005.014217>
- Eltarhuni, A. S., Tawfeeq, H. O., & El-Abidi, J. S. (2020). Assessment of patient safety culture in benghazi children's hospital from the viewpoint of nursing staff. *Libyan Journal of Medical Sciences*, 4(4), 179.

- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A. G. (2009). Statistical power analyses using G* Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior research methods*, 41(4), 1149–1160. <https://doi.org/10.3758/BRM.41.4.1149>
- Frank JR, Brien S, (2008). *The Safety Competencies: Enhancing Patient Safety Across the Health Professions*. Ottawa, ON: Canadian Patient Safety Institute.
- Frankel, A. S., Leonard, M. W., & Denham, C. R. (2006). Fair and just culture, team behavior, and leadership engagement: The tools to achieve high reliability. *Health Services Research*, 41(4p2), 1690–1709.
- Frellick, M. (2016). Medical Error Is Third Leading Cause of Death in US Marcia Frellick. *Medscape*.
- Gözlu, K., & Kaya, S. (2016). Patient safety culture as perceived by nurses in a Joint Commission International Accredited Hospital in Turkey and its comparison with Agency for Healthcare Research and Quality Data. *Journal of Patient Safety & Quality Improvement*, 4(4), 441–449.
- Griffiths, P., Dall’Ora, C., Simon, M., Ball, J., Lindqvist, R., Rafferty, A. M., ... & Aiken, L. H. (2014). Nurses’ shift length and overtime working in 12 European countries: the association with perceived quality of care and patient safety. *Medical care*, 52(11), 975. <https://doi.org/10.1097/MLR.000000000000233>
- Güneş, Ü. Y., Gürlek, Ö., & Sönmez, M. (2016). A survey of the patient safety culture of hospital nurses in Turkey. *Collegian*, 23(2), 225–232. <http://dx.doi.org/10.1016/j.colegn.2015.02.005>
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. (2013). *Multivariate Data Analysis: Pearson Education Limited*.
- Haugen, A. S., Søfteland, E., Eide, G. E., Nortvedt, M. W., Aase, K., & Harthug, S. (2010). Patient safety in surgical environments: cross-countries comparison of psychometric properties and results of the Norwegian version of the Hospital Survey on Patient Safety. *BMC Health Services Research*, 10(1), 1–10.
- Hellings, J., Schrooten, W., Klazinga, N., & Vleugels, A. (2007). Challenging patient safety culture: survey results. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 20(7), 620–632.
- Helo, S., & Moulton, CE. (2017). Complications: acknowledging, managing, and coping with human error. *Translational Andrology and Urology*, 6(4), 773–782. <https://doi.org/10.21037/tau.2017.06.28>
- Hofer, T. P., Kerr, E. A., & Hayward, R. A. (2000). What is an error?. *Effective clinical practice*, 3(6).
- Joint Commission Resources, Inc. (2007). *Front line of defense: the role of nurses in preventing sentinel events*. Joint Commission on. 442. Erişim Adresi: <https://store.jcrinc.com/front-line-of-defense-the-role-of-nurses-in-preventing-sentinel-events-3rd-edition/> [Erişim Tarihi: 08.03.2023].
- Kohn L.T., Corrigan J.M., & Donaldson M.S. (eds.): (2000) *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Washington, DC: National Academy Press, 2000.
- Landrigan, C. P., Parry, G. J., Bones, C. B., Hackbarth, A. D., Goldmann, D. A., & Sharek, P. J. (2010). Temporal trends in rates of patient harm resulting from medical care. *New England Journal of Medicine*, 363(22), 2124–2134. <https://doi.org/10.1056/NEJMs1004404>
- Makary, M.A., & Daniel, M. (2016). Medical error—the third leading cause of death in the US. *BMJ*, 353, i2139. <https://doi.org/10.1136/bmj.i2139>
- McFadden, K. L., Stock, G. N., Gowen, C. R., & Cook, P. (2006). Exploring strategies for reducing hospital errors. *Journal of Healthcare Management*, 51(2), 123.
- Nieva, V. F., & Sorra, J. (2003). Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *BMJ Quality & Safety*, 12(2), ii17–ii23. http://dx.doi.org/10.1136/qhc.12.suppl_2.ii17
- Norman, G. R., Monteiro, S. D., Sherbino, J., İlgen, J. S., Schmidt, H. G., & Mamede, S. (2017). The causes of errors in clinical reasoning: cognitive biases, knowledge deficits, and dual process thinking. *Academic Medicine*, 92(1), 23–30. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001421>
- Olsen, E. (2008). *Quality and safety improvement research: methods and research practice from the International Quality Improvement Research Network (QIRN)*.
- Oyebode, F. (2013). Clinical errors and medical negligence. *Medical Principles and Practice*, 22(4), 323–333. <https://doi.org/10.1159/000346296>
- Pagano RR. (2009). *Understanding Statistics in the Behavioral Sciences*. Belmont: Wadsworth, Cengage Learnin, p.267–277.
- Pfeiffer, Y., & Manser, T. (2010). Development of the German version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture: Dimensionality and psychometric properties. *Safety Science*, 48(10), 1452–1462.

- Reis, C. T., Paiva, S. G., & Sousa, P. (2018). The patient safety culture: a systematic review by characteristics of hospital survey on patient safety culture dimensions. *International Journal for Quality in Health Care*, 30(9), 660–677. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy080>
- Sandars, J., & Cook, G. (Eds.). (2009). *ABC of patient safety*. John Wiley & Sons.
- Sarac, C., Flin, R., Mearns, K., & Jackson, J. (2011). Hospital survey on patient safety culture: psychometric analysis on a Scottish sample. *BMJ Quality & Safety*, 20(10), 842–848.
- Schein, E. H. (1990). Organizational culture. *American Psychological Association*, 45(2), 109-19. [http://ciow.org/docsB/Schein\(1990\)OrganizationalCulture.pdf](http://ciow.org/docsB/Schein(1990)OrganizationalCulture.pdf) [Erişim Tarihi: 08.03.2023].
- Smits, M., Christiaans-Dingelhoff, İ., Wagner, C., van der Wal, G., & Groenewegen, P. P. (2008). The psychometric properties of the 'Hospital Survey on Patient Safety Culture' in Dutch hospitals. *BMC Health Services Research*, 8(1), 1–9.
- Sorra, J. S., & Dyer, N. (2010). Research article Multilevel psychometric properties of the AHRQ hospital survey on patient safety culture.
- Sorra, J., Famolaro, T., Dyer, N., Khanna, K., & Nelson, D. (2011). Hospital Survey on Patient Safety Culture 2011 comparative database report, appendixes, parts II and III (Appendixes for AHRQ Publication No. 11- 0030). (Prepared by Westat, Rockville, MD, under contract No. HHS 290200710024C). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; April 2011.
- The Institute for Healthcare Improvement-İHİ (2013). Patient Safety Dictionary, National Patient Safety Foundation. Erişim Adresi: <http://www.npsf.org/?page=dictionary> [Erişim Tarihi: 07.03.2023].
- Wami, S. D., Demssie, A. F., Wassie, M. M., & Ahmed, A. N. (2016). Patient safety culture and associated factors: A quantitative and qualitative study of healthcare workers' view in Jimma zone Hospitals, Southwest Ethiopia. *BMC health services research*, 16(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1757-z>
- Waterson, P., Griffiths, P., Stride, C., Murphy, J., & Hignett, S. (2010). Psychometric properties of the Hospital Survey on Patient Safety Culture: findings from the UK. *Quality and Safety in Health Care*, 19(5), e2–e2.
- Weingart, N. S., Wilson, R. M., Gibberd, R. W., & Harrison, B. (2000). Epidemiology of medical error. *BMJ*, 320(7237), 774–777. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.774>
- Weingart, S. N., & Page, D. (2004). Implications for practice: challenges for healthcare leaders in fostering patient safety. *BMJ Quality & Safety*, 13(2), ii52–ii56. <http://dx.doi.org/10.1136/qshc.2003.009621>
- WHO (2009). Human Factors in patient safety: Review of topics and tools. 2009. Erişim adresi: https://www.who.int/patientsafety/research/methods_measures/human_factors/human_factors_review.pdf [Erişim Tarihi: 23.03.2023].
- WHO (2013). Patient Safety. Erişim Adresi: <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Health-systems/patient-safety> [Erişim Tarihi: 07.03.2023].
- Yılmaz, A., & Duygulu, S. (2019). Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Algılarının ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 3(6), 171-185. <https://doi.org/10.5222/SHYD.2019.79553>
- Yücenur, G. N., Demirel, N. C., Ceylan, C., & Demirel, T. (2011). Hizmet değerinin müşterilerin davranışsal niyetleri üzerindeki etkisinin yapısal eşitlik modeli ile ölçülmesi. *Dogus University Journal*, 12 (1), 156–168.