

Araştırma / Research Article



Hasta güvenliği kültürü üzerine bir araştırma: Eğitim ve araştırma hastanesi örneği*

A study on the patient safety culture: Example of training and research hospital

Işıl Türk¹, Serpil Akgül¹, Mustafa Seçkin¹, Sabahattin Tekingündüz², Aysu Zekioğlu³

* Bu makale, 22-26 Kasım 2017 tarihleri arasında yapılan "I. Uluslararası Hasta Güvenliği ve Sağlık Finansmanı" Kongresi'nde sunulan sözel bildirinin genişletilmiş halidir.

¹S.B.Ü Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Elazığ.
²Mersin Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Sağlık Yönetimi Bölümü, Mersin.
³Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü, Edirne

Anahtar Kelimeler:
 Hasta güvenliği kültürü, sağlık hizmetleri, hastane

Key Words:
 Patient safety culture, health services, hospital

Yazışma Adresi/Address for correspondence:
 Sabahattin Tekingündüz,
 Mersin Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Sağlık Yönetimi Bölümü, Mersin.
 stekingunduz@gmail.com

Gönderme Tarihi/Received Date:
 19.01.2018

Kabul Tarihi/Accepted Date:
 11.02.2018

Yayımlanma Tarihi/Published Online:
 31.03.2018

DOI:
 10.5455/sad.13-1516348843

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada; sosyo-demografik özellikler (cinsiyet, medeni durum, eğitim, yaş, çalıştığı bölüm, çalışma şekli ve haftalık çalışma süresi, kurumda toplam çalışma süresi ve meslekte toplam çalışma süresi) ile hasta güvenliği kültürü algısı arasında fark olup olmadığının belirlenmesi ve hasta güvenliği boyutları arasında ilişki olup olmadığının incelenmesi amaçlanmaktadır. **Yöntem:** Tanımlayıcı ve kesitsel tipte olan araştırma bir eğitim ve araştırma hastanesinde gerçekleştirilmiş olup, gönüllülük ilkesi gereği çalışmaya katılmayı kabul eden 255 hemşire/ebe ile gerçekleştirilmiştir. Araştırma verilerinin toplanmasında 9 sorudan oluşan 'Kişisel Bilgi Formu' ile 51 ifadeden oluşan 'Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği' (HGKÖ) kullanılmıştır. **Bulgular:** Çalışmada, en yüksek hasta güvenliği boyutu 'olay ve hata raporlama' (2.40), en düşük boyutlar ise 'yönetim/liderlik' (2.28) ve 'çalışan davranışı' (2.29) olarak bulunmuştur. HGKÖ'nin alt boyutları ile demografik değişkenler arasında (yaş, cinsiyet, eğitim, medeni durum) arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$). HGKÖ alt boyutlarından yönetim-liderlik ile görev yapılan birim; çalışan eğitimi ile çalışma şekli arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p < 0.05$). **Sonuç:** Hastanelerde hasta güvenliğine yönelik tehditleri tanımaya, hataları bildirmeye, analiz etmeye ve hataların sonuçlarından ders çıkarmaya, bunun yanında hasta güvenliği konusunda etkili iletişim kurmalarını sağlamaya yönelik olarak hemşirelere eğitimler verilmesinin önemli olduğu düşünülmektedir.

ABSTRACT

Objective: The aims of this study are; to analyze the differences between sociodemographic characteristics (gender, marital status, education, age, department, type of study, duration of study, total duration of study and total duration of study in the institution) and patient safety culture perception and to determine whether there is a relationship between patient safety dimensions. **Methods:** The descriptive and cross-sectional study was conducted in an educational and research hospital and was conducted with 255 nurses / midwives who agreed to participate voluntarily in the study. 'Personal Information Form' consisting of 9 questions and 'Patient Safety Culture Scale' (PSCS) consisting of 51 expressions were used for collecting data. **Findings:** In the study, the highest patient safety dimension was 'event and error reporting' (2.40) and the lowest dimensions were 'management / leadership' (2.28) and 'employee behavior' (2.29). There was no significant relationship between demographic variables (age, gender, education, marital status) and subscales of PSCS ($p > 0.05$). There was a significant relationship between management-leadership and working unit and employee education and working conditions ($p < 0.05$). **Conclusion:** It is believed that it is important for nurses to be trained to identify threats to patient safety in hospitals, to report errors, to analyze them and to learn lessons from the consequences of errors, as well as to establish effective communication about patient safety.

GİRİŞ

Sağlık hizmetlerinde kalite ve güvenliğin iyileştirilmesine yönelik artan küresel ilgi, bir yandan sağlık çalışanlarına verilen eğitim müfredatının geliştirilmesi diğer yandan klinik uygulamaların iyileştirilmesi ile ilgili politikaların oluşturulmasını tetiklemektedir. (Sherwood, 2011). Sağlık organizasyonları kalite, performans (Elsheikh vd., 2017) ve hasta güvenliği konularında yakın zamana

kadar yapısal değişikliklere odaklanma eğiliminde iken, son yapılan çalışmalar bu konularda iyileştirmelerin sadece yapısal değişikliklerle olmayacağını "kültürel dönüşümün" de gerekli olduğunu göstermektedir. Yüksek riskli alanlar olması sebebiyle sağlık işletmelerinin güvenlik yönetimi tekniklerini kendi endüstrilerine adapte etmesi konusunda İngiltere Sağlık Departmanı ve Amerika'da Institute of Medicine (IOM) önerilerde bulunmuştur (Flin vd. 2006).

Sağlık sistemleri, hasta bakımının güvenli bir şekilde sunulmasını etkileyen, doğası gereği öngörülme riskleri içeren karmaşık organizasyonlardır (Mansour, 2015). Söz konusu organizasyonlardaki örgüt kültürü, daha güvenli hasta bakımının teşvik edilmesi için dönüşüm geçirerek hasta güvenliği kültürünü oluşturmuştur (Neiva&Sorra, 2003).

Küresel bir konu olarak görülen, tanı ve tedavi süreçlerinin hastaya zarar verebilecek unsurlardan arındırılmış olması şeklinde tanımlanabilen ve nispeten yeni bir sağlık kavramı olarak görülen Hasta Güvenliği, genellikle advers olaylara yol açan tıbbi hatanın önlenmesi, azaltılması, raporlanması, analizi, hatalardan ders çıkarılması, sağlık bakım profesyonelleri, organizasyonlar ve hastalar açısından güvenlik kültürünün oluşturulmasını içermektedir (Mitchell, 2008; Steven vd., 2014; Elsheikh vd., 2017). Yöneticilerin ve çalışanların davranışlarını yönlendiren Hasta güvenliği kültürü (Nordin vd., 2013), bir organizasyon içindeki hasta güvenliğini destekleyen normlara, tutumlara ve davranışlara atıfta bulunmaktadır (Bishop&Cregan, 2015). Sağlık hizmetleri açısından hasta güvenliği kültürünün en yaygın ölçütleri; (Flin vd. 2006) yönetim/süpervizörlük, güvenlik sistemi, risk algısı, iş talepleri, raporlama, güvenlik davranışları, iletişim/geri bildirim, takım çalışması, kişisel faktörler (ör. stres), organizasyonel faktörler olarak sıralanmaktadır. Hasta güvenliği kültürü sayesinde, sağlık işletmeleri özelinde nelerin önemli olduğu, sağlık çalışanlarının nasıl davranışlar sergilemesi gerektiği, hangi süreç ve usullerin ödüllendirildiği veya cezalandırıldığı gibi koşullar belirlenir (Smith vd., 2017).

Gelişmiş ülkelerde yapılan araştırmalar; hastaların önemli bir çoğunluğunun sağlık hizmeti alırken zarar gördüklerini, bu durumun hastanede kalış süresinin uzaması, kalıcı sakatlık, ölüm gibi olumsuz sonuçları doğurduğunu göstermiştir. Gelişmekte olan ülkelerde ise, sağlık alt yapısının yetersiz olması, sağlık bakımındaki eksiklikler, temel sağlık ekipmanlarının yokluğu, hijyen ve sanitasyon koşullarının sağlanamaması gibi sorunlarla karşı karşıya kalınmaktadır (WHO, 2017: 3). Farklı ülkelerde, hasta güvenliğine dair benzer sorunların yaşanıyor olması, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ/WHO) ve IOM başta olmak üzere pek çok ulusal ve uluslararası sağlık ile ilişkili örgütün bu konuyla ilgili global stratejiler geliştirmesini tetiklemiştir. Örneğin; hasta güvenliğinin tüm bölgelerde yaygınlaştırılarak geliştirilmesi için planlama, eğitim faaliyetleri, değerlendirmeler yapan DSÖ; son olarak 'Hasta Güvenliği için Minimal Enformasyon Modeli'ni (MIM PS) geliştirmiştir. MIM PS'nin amacı, bir hatayı bildirirken ihtiyaç duyulan ve

asgari olarak toplanması gereken bilgi kategorilerinin bir listesini sağlamaktır (WHO, 2016). Gerçekleştirilen tüm iyileştirme çalışmalarına rağmen, hasta güvenliği ile ilgili olumsuzluklar hemşirelik ve sağlık bakımı açısından önemini korumaya devam etmektedir. (Steven vd., 2014).

Çalışmanın amacı; sosyo-demografik özellikler (cinsiyet, medeni durum, eğitim, yaş, çalıştığı bölüm, çalışma şekli ve haftalık çalışma süresi, kurumda toplam çalışma süresi ve meslekte toplam çalışma süresi) ile hasta güvenlik kültürü algısı arasında fark olup olmadığının belirlenmesi, bunun yanında hasta güvenliği boyutları arasında ilişki olup olmadığının incelenmesidir. Türkiye'de hasta güvenliği konusuna son yıllarda önem vermeye başlanmıştır (Kurutkan vd.,2017). Bu nedenle çalışmada elde edilen bulgular ile ülkedeki hasta güvenliği literatürüne katkı sağlanmasının önemli olacağı düşünülmektedir.

YÖNTEM

Evren

Tanımlayıcı ve kesitsel tipte olan araştırma 23 Temmuz-23 Ağustos 2017 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evrenini, Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesinde fiili olarak görev yapan 789 hemşire/ebe (548 hemşire, 241 ebe) oluşturmaktadır. Evrenden örneklem seçimine gidilmemiş, evrenin tamamının çalışma kapsamına alınması planlanmıştır. Ancak, gönüllülük ilkesi gereği çalışmaya katılmayı kabul eden 255 hemşire/ebe ile çalışma gerçekleştirilmiştir. Böylece evrenin %32'sine ulaşılmıştır.

Veri Toplama Aracı

Araştırma verilerinin toplanmasında 9 sorudan oluşan 'Kişisel Bilgi Formu' ile 51 ifadeden oluşan 'Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği' (HGKÖ) kullanılmıştır. Hasta güvenliği kültürünün değerlendirilmesi için Türkmen vd. (2011) tarafından geliştirilen 'Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği' kullanılmıştır. HGKÖ; yönetim ve liderlik (17 madde), çalışan davranışı (14 madde), olay ve hata raporlama (5 madde), çalışanların eğitimi (7 madde) ve bakım ortamı (8 madde) olmak üzere beş alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçek, '1. tamamen katılmıyorum', '2. katılmıyorum', '3. katılıyorum', '4. tamamen katılıyorum' şeklinde dörtlü likert tipidir. Ölçek puanının hesaplanmasında; alt boyutlarda yer alan madde puanları toplanıp elde edilen toplam sayı madde sayısına bölünmekte ve 1-4 arasında her bir alt boyutun ortalama puanı elde edilmektedir. Toplam ölçek puanının hesaplanmasında ise 5 alt boyutun ortalama puanı toplanmakta ve 5'e bölünerek 1-4

arasında ölçek puanı elde edilmektedir. Ölçek puanının yorumlanmasında ise puan ortalamasının '4'e doğru yükselmesi, olumlu hasta güvenliği kültürünün, '1'e doğru azalması, olumsuz hasta güvenliği kültürünün varlığını göstermektedir (Türkmen vd., 2011).

Verilerin Analizi

Veriler analiz edilirken, çalışanların sosyo-demografik özelliklerini değerlendirmek amacıyla frekans ve yüzdelerine, hemşirelerin HGKÖ'den aldıkları puanlar hesaplanırken ortalama ve standart sapmalarına bakılmıştır. Verilerin özetlenmesinde betimsel istatistikler kullanılmıştır. Tek değişkenli analizlerde Student t Testi, ANOVA, Mann Whitney U, Kruskal Wallis ve Korelasyon kullanılmıştır.

BULGULAR

Araştırmada kullanılan ölçeğe ait tanımlayıcı istatistikler, alfa değerleri ve HGKÖ Boyutları arasında korelasyon analiz sonuçları Tablo 1'de gösterilmektedir.

Tablo 1'de gözleneceği üzere HGKÖ boyutlarının ortalamaları birbirine yakın düzeydedir. En yüksek

hasta güvenliği boyutu 'olay ve hata raporlama', en düşük boyutları ise 'yönetim/liderlik' ve 'çalışan davranışı'dır. Boyutlara ait Cronbach's Alfa güvenilirlik katsayıları 0.82 ile 0.93 arasında çıkmıştır. Korelasyon analizi sonucuna göre, boyutlar arasında pozitif anlamlı ilişkiler gözlenmektedir ($p < 0.01$). En yüksek ilişki 'çalışan davranışı' ile 'olay ve hata raporlama', ikinci en yüksek ilişki ise 'çalışan eğitimi' ile 'yönetim ve liderlik' arasında bulunmuştur.

Tablo 2'de cinsiyete göre hemşire/ebelerin HGKÖ puan ortalamaları yer almaktadır. Mann Whitney U-Testi sonucuna göre HGKÖ'nin alt boyutları ile cinsiyet arasında bir fark olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$).

Tablo 3'te medeni durum göre hemşire/ebelerin HGKÖ puan ortalamaları yer almaktadır. T-Testi sonucuna göre, HGKÖ'nin alt boyutları medeni duruma göre anlamlı bir farklılık göstermektedir ($p > 0.05$).

Tablo 4'te eğitim durumuna göre hemşire/ebelerin HGKÖ puan ortalamaları yer almaktadır. Kruskal Wallis Testi Sonuçlarına göre HGKÖ'nin alt boyutları ile eğitim durumları arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$).

Tablo 1. Tanımlayıcı istatistikler, Cronbach Alpha ve HGKÖ Boyutları arasındaki ilişki

	Cronbach Alpha	Ortalama/SS	1	2	3	4
1. Yönetim ve liderlik	0.91	2,28±,618	1			
2. Çalışan eğitimi	0.91	2,38±,791	,760**	1		
3. Olay ve hata raporlama	0.82	2,4±,735	,560**	,620**	1	
4. Bakım ortamı	0.85	2,33±,693	,466**	,456**	,745**	1
5. Çalışan davranışı	0.93	2,29±,664	,471**	,535**	,777**	,748**

** .Korelasyon 0.01 düzeyinde anlamlı.

Tablo 2. Hasta Güvenliği Kültür Ölçeği (Alt Boyutlar) Puanlarının Cinsiyete Göre U-Testi Sonuçları

		N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	p
Yönetim ve liderlik	Kadın	231	128,78	29749,00	2591,000	0,60
	Erkek	24	120,46	2891,00		
Çalışan eğitimi	Kadın	231	128,20	29614,50	2725,5	0,89
	Erkek	24	126,06	3025,50		
Olay ve hata raporlama	Kadın	231	128,63	29712,50	2627,5	0,67
	Erkek	24	121,98	2927,50		
Bakım ortamı	Kadın	231	129,52	29920,00	2420	0,30
	Erkek	24	113,33	2720,00		
Çalışan Davranışı	Kadın	231	129,95	30018,00	2322	0,19
	Erkek	24	109,25	2622,00		

Tablo 3. Hasta Güvenliği Kültür Ölçeği (Alt Boyutlar) Puanlarının Medeni Duruma Göre T-Testi Sonuçları

		N	Ortalama	Standart Sapma	t	p
Yönetim ve liderlik	Evli	185	2,2623	,61901	-1,103	0,27
	Bekâr	70	2,3580	,61570		
Çalışan eğitimi	Evli	185	2,3537	,81019	-,876	0,38
	Bekâr	70	2,4510	,74236		
Olay ve hata raporlama	Evli	185	2,3903	,75305	-,453	0,65
	Bekâr	70	2,4371	,69139		
Bakım ortamı	Evli	185	2,3216	,69812	-,548	0,58
	Bekâr	70	2,3750	,68498		
Çalışan Davranışı	Evli	185	2,2842	,66282	-,071	0,94
	Bekâr	70	2,2908	,67318		

Tablo 4. Hasta Güvenliği Kültür Ölçeği (alt boyutlar) Puanlarının Eğitim Duruma Göre Kruskal Wallis Testi Sonuçları

		N	Sıra Ortalaması	ki-kare	p
Yönetim ve liderlik	Lise mezunu	22	103,14	3,058	0,22
	Ön lisans mezunu	104	133,38		
	Lisans ve üzeri	129	127,90		
Çalışan eğitimi	Lise mezunu	22	107,41	2,424	0,30
	Ön lisans mezunu	104	133,86		
	Lisans ve üzeri	129	126,79		
Olay ve hata raporlama	Lise mezunu	22	104,11	3,523	0,17
	Ön lisans mezunu	104	135,54		
	Lisans ve üzeri	129	125,99		
Bakım ortamı	Lise mezunu	22	101,14	3,266	0,20
	Ön lisans mezunu	104	129,47		
	Lisans ve üzeri	129	131,40		
Çalışan Davranışı	Lise mezunu	22	116,68	1,645	0,44
	Ön lisans mezunu	104	134,63		
	Lisans ve üzeri	129	124,58		

Tablo 5'te yaş gruplarına göre hemşire/ebelerin HGKÖ puan ortalamaları yer almaktadır. Kruskal Wallis Testi Sonuçlarına göre HGKÖ'nin alt boyutları ile yaş grupları arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 6'da görev yapılan birime göre hemşire/ebelerin HGKÖ puan ortalamaları yer almaktadır. Kruskal Wallis Testi Sonuçlarına göre HGKÖ'nin alt boyutlarından 'yönetim ve liderlik' ile görev yapılan birim arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$). Özellikle birimlerde çalışanların yönetim ve liderlik puanları, yataklı servis çalışanlarından daha yüksek bulunmuştur. HGKÖ'nin alt boyutlarından çalışan eğitimi ile de görev yapılan birim arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$). Özellikle birimlerde çalışanların, eğitim puanları, yataklı servis çalışanlarından daha

yüksek bulunmuştur. Diğer boyutlar ile görev yapılan birim arasında ise anlamlı fark gözlenmemiştir ($p>0.05$).

Tablo 7'de çalışma şekline göre hemşire/ebelerin HGKÖ puan ortalamaları yer almaktadır. Boyutlardan sadece çalışan eğitimi ile çalışma şekli arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$). Vardiya usulü görev yapan personelin, eğitim puanları gündüz ve nöbet usulü çalışanlardan daha yüksek bulunmuştur. Diğer boyutlar ile çalışma şekli arasında ise anlamlı fark gözlenmemiştir ($p>0.05$).

Tablo 8'de haftalık çalışma saatine göre hemşire/ebelerin HGKÖ puan ortalamaları yer almaktadır. Kruskal Wallis Testi Sonuçlarına göre HGKÖ'nin alt boyutları ile haftalık çalışma saatleri arasında anlamlı bir fark gözlenmemiştir ($p>0.05$).

Tablo 5. Hasta Güvenliği Kültür Ölçeği (alt boyutlar) Puanlarının Yaş Gruplarına Göre Kruskal Wallis Testi Sonuçları

		N	Sıra Ortalaması	ki-kare	p
Yönetim ve liderlik	24 yaş ve altı	21	118,74	2,772	0,428
	25-35 yaş	94	135,90		
	36-45 yaş	107	127,49		
	46 ve üstü	33	113,06		
Çalışan eğitimi	24 yaş ve altı	21	125,12	5,631	0,131
	25-35 yaş	94	136,01		
	36-45 yaş	107	129,82		
	46 ve üstü	33	101,12		
Olay ve hata raporlama	24 yaş ve altı	21	128,64	3,828	0,281
	25-35 yaş	94	130,76		
	36-45 yaş	107	132,58		
	46 ve üstü	33	104,86		
Bakım ortamı	24 yaş ve altı	21	139,45	1,244	0,742
	25-35 yaş	94	130,10		
	36-45 yaş	107	127,06		
	46 ve üstü	33	117,79		
Çalışan Davranışı	24 yaş ve altı	21	141,31	0,774	0,856
	25-35 yaş	94	126,26		
	36-45 yaş	107	127,61		
	46 ve üstü	33	125,76		

Tablo 6. Hasta Güvenliği Kültür Ölçeği (alt boyutlar) Puanlarının Görev Yapılan Birime Göre Kruskal Wallis Testi Sonuçları

		N	Sıra Ortalaması	ki-kare	p
Yönetim ve liderlik	Yataklı servis (A)	151	118,55	6,107	0,047
	Özellikli birimler (B)	91	142,14		
	Poliklinik ve benzeri (C)	13	138,77		
	Anlamli fark				
Çalışan eğitimi	Yataklı servis (A)	151	114,77	13,202	0,001
	Özellikli birimler (B)	91	150,19		
	Poliklinik ve benzeri (C)	13	126,38		
	Anlamli fark				
Olay ve hata raporlama	Yataklı servis (A)	151	120,44	5,881	0,053
	Özellikli birimler (B)	91	142,78		
	Poliklinik ve benzeri (C)	13	112,31		
Bakım ortamı	Yataklı servis (A)	151	121,36	4,195	0,123
	Özellikli birimler (B)	91	140,58		
	Poliklinik ve benzeri (C)	13	117,12		
Çalışan Davranışı	Yataklı servis (A)	151	123,77	1,371	0,510
	Özellikli birimler (B)	91	135,19		
	Poliklinik ve benzeri (C)	13	126,85		

Tablo 7. Hasta Güvenliği Kültür Ölçeği (alt boyutlar) Puanlarının Çalışma Şekline Göre ANOVA Sonuçları

	Grup	N	x	ss	Varyansın kaynağı	Kareler toplamı	sd	Kareler ortalaması	F	p
Yönetim ve liderlik	Gündüz (A)	115	2,23	,63	G.arası	1,805	2	,903	2,386	0,094
	Vardiya (B)	78	2,41	,61	G.içi	95,322	252	,378		
	Nöbet usulü (C)	62	2,25	,58	Toplam	97,127	254			
	Toplam	255	2,29	,62						
Çalışan eğitimi	Gündüz (A)	115	2,26	,73	G.arası	5,446	2	2,723	4,461	0,012
	Vardiya (B)	78	2,60	,82	G.içi	153,839	252	,610		
	Nöbet usulü (C)	62	2,33	,83	Toplam	159,286	254			
	Total	255	2,38	,79						
	Anlamlı fark					B-A B-C				
Olay ve hata raporlama	Gündüz (A)	115	2,31	,73	G.arası	1,964	2	,982	1,826	0,163
	Vardiya (B)	78	2,50	,72	G.içi	135,474	252	,538		
	Nöbet usulü (C)	62	2,46	,75	Toplam	137,437	254			
	Total	255	2,40	,74						
Bakım ortamı	Gündüz (A)	115	2,34	,71	G.arası	,637	2	,318	,660	0,518
	Vardiya (B)	78	2,40	,68	G.içi	121,559	252	,482		
	Nöbet usulü (C)	62	2,26	,68	Toplam	122,196	254			
	Total	255	2,34	,69						
Çalışan Davranışı	Gündüz (A)	115	2,26	,63	G.arası	1,424	2	,712	1,621	0,200
	Vardiya (B)	78	2,39	,71	G.içi	110,683	252	,439		
	Nöbet usulü (C)	62	2,20	,66	Toplam	112,107	254			
	Total	255	2,29	,66						

Tablo 8. Hasta Güvenliği Kültür Ölçeği (alt boyutlar) Puanlarının Haftalık Çalışma Saatine Göre Kruskal Wallis Testi Sonuçları

		N	Sıra Ortalaması	ki-kare	p
Yönetim ve liderlik	39 saat ve altı	17	114,03	1,4953	0,47
	40-59 saat	214	130,46		
	60 saat ve üstü	24	115,92		
Çalışan eğitimi	39 saat ve altı	17	95,79	3,8614	0,15
	40-59 saat	214	131,26		
	60 saat ve üstü	24	121,75		
Olay ve hata raporlama	39 saat ve altı	17	105,00	3,6815	0,16
	40-59 saat	214	131,84		
	60 saat ve üstü	24	110,08		
Bakım ortamı	39 saat ve altı	17	112,91	2,3669	0,31
	40-59 saat	214	131,09		
	60 saat ve üstü	24	111,13		
Çalışan Davranışı	39 saat ve altı	17	107,65	4,0057	0,13
	40-59 saat	214	132,04		
	60 saat ve üstü	24	106,44		

Tablo 9'da kurumda çalışma süresine göre hemşire/ ebelerin HGKÖ puan ortalamaları yer almaktadır. Kruskal Wallis Testi Sonuçlarına göre HGKÖ'nin alt boyutları ile kurumda çalışma süresi arasında anlamlı fark gözlenmemiştir ($p>0.05$).

Tablo 10'da meslekte çalışma süresine göre hemşire/ ebelerin HGKÖ puan ortalamaları yer almaktadır. Kruskal Wallis Testi Sonuçlarına göre HGKÖ'nin alt boyutları ile meslekte çalışma süresi arasında anlamlı bir fark gözlenmemiştir ($p>0.05$).

Tablo 9. Hasta Güvenliği Kültür Ölçeği (alt boyutlar) Puanlarının Kurumda Çalışma Süresine Göre Kruskal Wallis Testi Sonuçları

		N	Sıra Ortalaması	ki-kare	p
Yönetim ve liderlik	1 Yıldan az	28	121,30	2,508	0,47
	1-15	167	131,99		
	16-30 yıl	49	124,73		
	31 yıl ve üstü	11	99,09		
Çalışan eğitimi	1 Yıldan az	28	139,43	2,499	0,48
	1-15	167	130,04		
	16-30 yıl	49	119,65		
	31 yıl ve üstü	11	105,18		
Olay ve hata raporlama	1 Yıldan az	28	127,77	1,843	0,61
	1-15	167	129,43		
	16-30 yıl	49	129,85		
	31 yıl ve üstü	11	98,73		
Bakım ortamı	1 Yıldan az	28	120,59	1,409	0,70
	1-15	167	130,52		
	16-30 yıl	49	128,41		
	31 yıl ve üstü	11	106,73		
Çalışan Davranışı	1 Yıldan az	28	112,29	4,068	0,25
	1-15	167	134,44		
	16-30 yıl	49	115,07		
	31 yıl ve üstü	11	127,86		

Tablo 10. Hasta Güvenliği Kültür Ölçeği (alt boyutlar) Puanlarının Meslekte Çalışma Süresine Göre Kruskal Wallis Testi Sonuçları

		N	Sıra Ortalaması	ki-kare	p
Yönetim ve liderlik	15 yıl ve daha az	152	133,81	3,957	0,14
	16-30 yıl	88	123,25		
	31 yıl ve üstü	15	97,03		
Çalışan eğitimi	15 yıl ve daha az	152	134,63	3,761	0,15
	16-30 yıl	88	120,72		
	31 yıl ve üstü	15	103,57		
Olay ve hata raporlama	15 yıl ve daha az	152	133,11	1,896	0,39
	16-30 yıl	88	121,27		
	31 yıl ve üstü	15	115,70		
Bakım ortamı	15 yıl ve daha az	152	131,35	,803	0,67
	16-30 yıl	88	122,63		
	31 yıl ve üstü	15	125,63		
Çalışan Davranışı	15 yıl ve daha az	152	131,63	1,961	0,38
	16-30 yıl	88	119,59		
	31 yıl ve üstü	15	140,60		

SONUÇ VE TARTIŞMA

Sağlık hizmet sunumu esnasında ortaya çıkan önlenemez hatalar, kabul edilemez bir durum olmasına rağmen (Wilson vd., 2012), hala yaygın olarak yapılmaktadır (Liao 2012). Sağlık bakımında hasta güvenliğini riske eden advers olayların önemli bir kısmının davranışsal nedenler kadar ekipman ve tesislerden de kaynaklanıyor olması, hasta ve çalışan güvenliğinde, bireysel performansın yanında sistem performansının da önemli olduğunu ortaya çıkarmaktadır (Krause vd.,2009). Öngörülme riskleri içeren sağlık kuruluşlarında sunulan sağlık bakımının güvenli bir şekilde sağlanabilmesi için bilgi ve becerilere sahip sağlık profesyonelleri tarafından yönetilmesi gerektiği ifade edilmektedir (Mansour, 2015). Hasta güvenliğinin sağlanmasında bütün sağlık çalışanları sorumluluk sahibi olmasına rağmen, tehlikeleri fark edebilmek, hasta güvenliğini korumak için önleyici müdahaleler yapmak sağlık bakımının anahtar aktörlerinden olan hemşireleri yakından ilgilendirmektedir. Hemşirelerin bilgi ve beceri düzeyi, hasta güvenliğini arttırmada başlıca iki faktör olarak tanımlanmaktadır (Vaismoradi vd., 2014).

Yapılan bu çalışmada, HGKÖ boyutlarının ortalamaları birbirine yakın düzeyde çıkmıştır. 'Olay ve hata raporlama' boyutu kısmen diğer boyutlardan yüksek çıkarken, en düşük boyut 'yönetim ve liderlik'tir. Bu bağlamda, yöneticilerin hasta güvenliği kültürüne ait uygulamaları daha fazla benimsemeleri ve desteklemeleri gerekmektedir. Yapılan korelasyon analizine göre boyutlar arasında pozitif anlamlı ilişkiler belirlenmiştir. Boyutlar arasında en yüksek ilişki 'çalışan davranışı' ile 'olay ve hata raporlama' arasında gözlenirken, ikinci en yüksek ilişki 'çalışan eğitimi' ile 'yönetim ve liderlik' arasındadır.

Adıgüzel'in (2010) çalışmasında; sağlık çalışanlarının hasta güvenliği uygulamalarında en çok 'ekip çalışması ve uyumu' ön plana çıkarttıkları daha sonra 'hata yapma farkındalığı' konusunda duyarlı oldukları vurgulanmıştır. Aynı çalışmada, sağlık çalışanları arasında 'ekip çalışması ve uyum' düzeyi arttıkça hasta güvenliğinde iletişim düzeyi ve yönetici kültürünün de arttığı belirlenmiştir. Rızalar ve diğerlerinin (2016) bir üniversite hastanesinde yaptıkları çalışmada ise en yüksek HGKÖ boyutunun 'çalışan davranışı', en düşük boyutun ise 'bakım ortamı' ve 'olay ve hata raporlama' olduğu belirlenmiştir. Karaca ve Arslan'ın (2014) iki özel hastanede yaptıkları çalışmada, hemşirelerin HGKÖ'den aldıkları en düşük puan ortalaması 'olay ve hata raporlama' çıkarken, en yüksek ortalama ise 'Eğitim' alt boyutu aittir. Karayurt ve diğerlerinin (2017) ameliyathane çalışanları ile yaptıkları çalışmada, 'Hataların raporlanma sıklığı' alt boyutu en

düşük puan ortalamasına sahiptir. Kim ve diğerlerinin (2007) Kore'de eğitim hastanelerinde yaptıkları çalışmada, hata raporlaması ve güvenlik kültürü konusunun yeterince vurgulanmadığı, hemşirelerin çoğunluğunun, güvenlik sorunlarıyla ilgili hataları bildirmek veya endişeleri iletmek konusunda yeterince rahat olmadıkları belirlenmiştir. Bahrami ve diğerlerinin (2014) İran'da iki eğitim hastanesinde yaptıkları çalışmada, genelde hasta güvenliği kültür boyutlarının düşük düzeyde olduğu, sadece birkaç boyutun ortalama seviyede olduğu belirlenmiştir. Araştırmacılar, mevcut durumu iyileştirmek için acil ve zorunlu eylemlerin kaçınılmaz olduğunu ileri sürerlerken, araştırmanın yapıldığı hastanelerde, olumlu güvenlik kültürünü destekleyen eylemler uygulayarak hasta güvenlik kültürü konusundaki tutumların geliştirilmesi gerektiğini belirtmişlerdir. Eldeeb ve diğerlerinin (2016), çalışmasında, hemşirelerin yarısından fazlasının (%57.9) kurumlarında hasta güvenliğinin düşük seviyede olduğunu belirttikleri vurgulanmıştır.

Yapılan bu çalışmada, HGKÖ'nün 5 alt boyutu (yönetim ve liderlik, çalışan davranışı, olay ve hata raporlama, bakım ortamı, çalışan eğitimi) ile cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, yaş grupları, haftalık çalışma saatleri, kurumda çalışma süresi ve meslekte çalışma süresi arasında anlamlı farklılıklar gözlenmemiştir ($p>0.05$).

Nordin ve diğerlerinin İsveç'te (2013), Hastane Hasta Güvenliği Kültür Anketini kullanarak yaptıkları çalışmada, hasta güvenlik kültürü algısı ile idari görev, personel grubu, cinsiyet, yaş, toplam iş deneyimi ve çalışılan bölüm arasında anlamlı farklılıklar gözlenmiştir. Karaca ve Arslan'ın (2014) çalışmasında, hemşirelerin HGKÖ'den aldıkları puan ortalamaları ile bazı kişisel ve mesleki özellikleri (yaş, eğitim durumu, mesleki ve kurumsal deneyimi, pozisyonu gibi) arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Karayurt ve diğerlerinin (2017) çalışmasında, ameliyathanede çalışanların çalışma yılları ile HGKÖ'nün, 'üniteler içerisinde ekip çalışması', 'Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim', 'Hatalar hakkında cezalandırıcı olmayan tutum', 'Hasta güvenliği için hastane yönetiminin tutumu' alt boyutları arasında fark bulunmuştur. Ancak aynı çalışmada, HGKÖ alt boyutları ile hastanede çalışma yılları, meslekte çalışma yılı ve hasta ile etkileşim durumu arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Çalışmada çok değişkenli regresyon analizi sonucuna göre de, 'Genel Güvenlik Algısı' varyansının % 49'u; 'Olay Raporlama Sıklığı' varyansının % 26'sı, hasta güvenliği boyutları ve kişisel değişkenlerle (cinsiyet, personel grubu, çalışılan birim, toplam iş deneyimi, idari görev vb.) açıklanmıştır. Kim ve diğerlerinin (2007) çalışmasında, hemşirelerin iş tecrübesi, yaşı ve

iş pozisyonlarının hasta güvenlik kültürü algılamaları üzerinde önemli etkileri olduğu saptanmıştır.

Hastanede hasta güvenliği ile ilgili en çok sıkıntı yaşanan birimler; ameliyathane, yoğun bakım, doğumhane, yenidoğan, yanık ünitesi/merkezi, diyaliz, acil servis gibi özellikli birimlerdir. Yapılan bu çalışmada, görev yapılan birim değişkeni açısından, özellikli birimlerde görev yapan çalışanların hem yönetim ve liderlik hem de çalışan eğitim puanlarının yataklı servislerde çalışanlardan anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Anlamlı çıkmamasına rağmen, Özellikli birim çalışanlarının hasta güvenliği boyut puanlarının diğer birim çalışanlarından daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Söz konusu birimlerde advers olayların görülme sıklığı yüksek olması nedeniyle, bu birimlerde diğer birimlere kıyasla hasta güvenliğinin sağlanmasında ve iyileştirilmesinde başvurulacak eğitimlere ve önlemlere daha fazla gereksinim duyulmaktadır. Bu birimlerdeki çalışanların puanlarının yüksek çıkması bu nedene bağlanabilir. Çalışma şekli açısından bakılacak olursa, Vardiya usulü görev yapan çalışanların, hasta güvenliği boyut puanlarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Ancak Vardiya usulü görev yapan personelin, sadece eğitim puanları gündüz ve nöbet usulü çalışanlardan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Rızalar ve diğerlerinin (2016) çalışmasında, yönetim ve liderlik ve çalışan davranışı boyutlarında en düşük puanı ameliyathane hemşireleri alırken, Olay ve hata raporlama boyutundan yoğun bakım hemşireleri en düşük puanı almışlardır. Aynı çalışmada meslekte çalışma süreleri 0-5 yıl olanların hem yönetim ve liderlik hem de olay ve hata raporlama puanlarının anlamlı olarak diğerlerinden yüksek olduğu saptanmıştır. Khater ve diğerlerinin (2015) Ürdün'de yaptıkları çalışmada yapılan regresyon analizi sonucuna göre, yaş, mevcut hastanede toplam çalışma süresi, haftalık çalışma süresi, hastane türü, kanıta dayalı uygulamalar, hasta güvenliğinin hastane için öncelik taşınması gibi değişkenler hasta güvenliğini etkileyen faktörler arasında çıkmıştır. Bunlar arasında en belirleyici faktör mevcut hastanede toplam çalışma süresi iken, ikinci sırada, kanıta dayalı uygulamalar olarak belirlenmiştir. İleri yaş grubundaki hemşirelerle haftalık çalışma süresi fazla olan hemşirelerin hasta güvenlik kültür algısı, genç hemşirelerden ve çalışma süresi az olan hemşirelerden daha düşük çıkmıştır.

Beyer ve diğerleri (2007) hasta, sağlık çalışanları arasındaki iletişim sorunlarının, hasta güvenliğini tehdit eden en önemli sorunlardan biri olduğunu ileri sürüp, özel iletişim becerileri eğitimi ile hasta güvenliği uygulamalarının iyileştirmesinin sağlanması

gerektiğini ifade etmişlerdir. Krause ve diğerleri (2009), hasta güvenliği konusunda elde edilen kazanımlarda tüm gruplar ve liderlerin olumlu etkilendiğini belirtmektedirler. Yazarlar, hasta güvenliğinde iyileşme sağlandıkça, hasta ve çalışan memnuniyetinin artacağını, bakım kalitesinin yükseleceğini, malpraktis maliyetlerinin azalacağını, kurumun genel itibar ve finansal güvenliğinin gelişeceğini ileri sürmektedirler. Bu nedenle hemşirelere, hasta güvenliğine yönelik tehditleri tanımaya, hatalarını bildirmeye, analiz etmeye ve hataların sonuçlarından ders çıkarmaya, bunun yanında hasta güvenliği konusunda etkili iletişim kurmalarını sağlamaya yönelik eğitimler verilmesinin önemli olduğu düşünülmektedir. Bunun yanında, Üst yönetimin, çalışanlara hasta güvenliği kültürü konusunda daha fazla destek sunmaları ve aktif olarak görev almaları sağlanmalıdır. Hasta güvenliği kültürünün oluşturulması ve geliştirilmesinde haftalık toplantılar yapılarak birimler arası iletişim ağı kurulabilir. Kayıt ve değerlendirme boyutlarının eksiksiz şekilde yürütülmesi için sağlık çalışanlarının hata bildirimleri, istatistikler gibi konularda kullanacakları bir veri tabanı oluşturularak sağlıklı bir enformasyon alt yapısı sağlanabilir. Hataların çözümü ve önlemesine yönelik olarak 'kök neden analizleri' yapılarak nedenler tespit edilebilir, hataların tekrarlanmaması ve iyileştirme çalışmaları için tüm paydaşların katıldığı çemberler oluşturularak beyin fırtınası yöntemi ile çözümler bulunabilir.

SINIRLILIKLAR

Gerçekleştirilen bu çalışma bir eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan ve sadece çalışmaya katılmaya gönüllü olan hemşireler ile sınırlı tutulduğu için elde edilen sonuçlar diğer hastanelere ve çalışanlara genellenemez.

KAYNAKLAR

1. Adıgüzel, O. (2010). Hasta Güvenliği Kültürünün Sağlık Çalışanları Tarafından Algılanmasına Yönelik Bir Araştırma, *Sosyal Bilimler Dergisi*, 28, s.159-170.
2. Bahrami, M. A., Montazeralfaraj, R., Chalaki, M., & Tafti, A. D. (2014). Iranian Nurses' Perception of Patient Safety Culture. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 16(4).
3. Beyer, M., Rohe, J., Nicklin, P.J., & Haynes, K. (2007). Communication and Patient Safety. Edited by John Sanders and Gary Cook. In *ABC of Patient Safety*. Blackwell Publishing Ltd. USA.
4. Bishop, A. C., & Cregan, B. R. (2015). Patient Safety Culture: Finding Meaning In Patient Experiences. *International Journal Of Health Care Quality Assurance*, Vol. 28, Issue. 6, s. 595-610, <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-03-2014-0029>.
5. Eldeeb AAMG., Ghoneim AAM., & Eldesouky EK. (2016). Perception of Patient Safety Among Nurses at Teaching Hospital. *American Journal of Nursing Science*, 2016; 5(4), s. 122-128.
6. Elsheikh, A. M., AlShareef, M. A., Saleh, B. S., & El-Tawansi, M. Y. (2017). Assessment Of Patient Safety Culture: A Comparative Case Study Between Physicians And Nurses. *Business Process Management Journal*, 23(4), 792-810. doi:10.1108/BPMJ-02-2017-0029.
7. Flin, R., Burns, C., Mearns, K., Yule, S., & Robertson, E. M. (2006). Measuring Safety Climate In Health Care. *Quality And Safety In Health Care*, 15(2), s.109-115, <http://dx.doi.org/10.1136/qshc.2005.014761>.
8. Karaca A., & Arslan H. (2014). Hemşirelik Hizmetlerinde Hasta Güvenliği Kültürünün Değerlendirilmesine Yönelik Bir Çalışma. *Sağlık Ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 1(1),9-18.
9. Karayurt Ö., Damar HT., Bilik Ö., Özdöker S., & Duran M. (2017). Ameliyathane Hasta Güvenliği Kültürünün ve Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin Kullanımının İncelenmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (1), s.16-23.
10. Khater, W., Akhu-Zaheya, L., Al-Mahasneh, S., & Khater, R. (2015). Nurses' perceptions of patient safety culture in Jordanian hospitals. *International Nursing Review*, 62(1), s.82-91.
11. Kim, J., An, K., Kim, M. K., & Yoon, S. H. (2007). Nurses' Perception Of Error Reporting And Patient Safety Culture In Korea. *Western Journal Of Nursing Research*, 29(7), 827-844.
12. Kurutkan, M.N., Orhan, F., Kaygısız, P. (2017). Hasta güvenliği literatürünün bibliyometrik analizi: Türkçe tez ve makaleler örneği. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 4(4), 253-259.
13. Krause, T.R, & Hidley, J.H. (2009). *Taking The Lead In Patient Safety : How Health Care Leaders Influence Behavior And Create Culture*, John Wiley&Sons, Inc..Hoboken, New Jersey. USA.
14. Liao, J. M. (2012). Comment: Patient Safety: An Educational Competency. *The Lancet*, 3791933. doi:10.1016/S0140-6736(12)60833-2.
15. Mansour, M. (2015). Factor Analysis Of Nursing Students' Perception Of Patient Safety Education. *Nurse Education Today*, Volume 35, Issue 1, January 2015, 32-37.
16. Mitchell, P. (2008). *Defining Patient Safety and Quality Care*, Ed.: Hughes R.G. Agency for Healthcare Research and Quality US.
17. Nieva, V. F., & Sorra, J. (2003). Safety Culture Assessment: A Tool For Improving Patient Safety In Healthcare Organizations. *Quality and Safety in Health Care*, 12(suppl 2), s. 17-23.
18. Nordin A., Theander K., Wilde-Larsson B., & Nordström G. (2013). Health Care Staffs' Perception Of Patient Safety Culture In Hospital Settings And Factors Of Importance For This. *Open Journal of Nursing*, 3, 28-40.
19. Rızalar S., Büyük E.T., Şahin R., As T., & Uzunkaya G. (2016). Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürü Ve Etkileyen Faktörler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 9(1), s.9-15.
20. Sherwood, G. (2011). Integrating Quality And Safety Science In Nursing Education And Practice. *Journal Of Research In Nursing* 16 (3), 226-240.
21. Smith, S. A., Yount, N., & Sorra, J. (2017). Exploring Relationships Between Hospital Patient Safety Culture And Consumer Reports Safety Scores, *BMC Health Services Research*, 17(1), s. 143-152, doi:10.1186/s12913-017-2078-6
22. Steven, A., Magnusson, C., Smith, P., & Pearson, P. H. (2014). Patient Safety In Nursing Education: Contexts, Tensions And Feeling Safe To Learn. *Nurse Education Today*, 34(Patient Safety), 277-284.
23. Türkmen, E., Baykal, Ü., Seren, Ş. & Altuntaş, S. (2011). Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeğinin Geliştirilmesi. *Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14 (4): 38-46.
24. Vaismoradi, M., Bondas, T., Jasper, M., & Turunen, H. (2014). Nursing Students' Perspectives And Suggestions On Patient Safety—Implications For Developing The Nursing Education Curriculum In Iran. *Nurse Education Today*, 34(Patient Safety), 265-270. doi:10.1016/j.nedt.2012.10.002.
25. WHO (2016). Minimal Information Model for Patient Safety Incident Reporting and Learning Systems. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255642/1/WHO-HIS-SDS-2016.22-eng.pdf?ua=1>, Erişim Tarihi: 13.12.2017.
26. WHO (2017). Patient Safety Making Health Care Safer. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255507/1/WHO-HIS-SDS-2017.11-eng.pdf?ua=1>, Erişim Tarihi: 14.12.2017.
27. Wilson R. M., Michel P., Olsen S., Gibberd R. W., Vincent C., El-Assady R., and Larizgoitia I., vd. (2012). Patient Safety In Developing Countries: Retrospective Estimation Of Scale And Nature Of Harm To Patients In Hospital., *BMJ: British Medical Journal*, 344, e832, doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.e832>.