

Araştırma Makalesi / Research Article

SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ ALGISININ DEĞERLENDİRİLMESİ ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA

Aygen OKSAY*
Mehmet KILINÇ**
Mehmet SAYHAN***

A RESEARCH ON THE EVALUATION OF PATIENT SAFETY CULTURE PERCEPTION IN HEALTH WORKERS

Öz

Sağlık sektöründe artan rekabet neticesinde hizmet sunumunda yükselen kalite, hasta güvenliği kavramının önemini arttırmıştır. Verilen hizmet esnasında hastaların güvenliğini tehdit eden herhangi bir unsur insan sağlığı açısından telafi edilemeyen sağlık sorunlarına ya da insan hayatının kaybedilmesine yol açabilmektedir. Bu bakımdan sağlık çalışanlarının hasta güvenliği algıları ve sağlık kurumlarında oluşturulan hasta güvenliği kültürü hizmet kalitesini etkilemekte, insan sağlığı açısından daha da önemli hale gelmektedir. Çalışma sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürü algısını değerlendirmek, demografik verilerle ilişkisini incelemek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Hasta güvenliği kültürüne ilişkin mevcut durumu ortaya koyması açısından uygulamalı ve betimsel bir çalışma niteliğindedir. Çalışma bulgularına göre, sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürü aritmetik ortalamalarının orta düzeyin üzerinde olduğu saptanmıştır. Hasta güvenliği kültürü ile yaş, görev, görev yılı ve görev yeri arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Hasta Güvenliği, Sağlık Çalışanları, Sağlıkta Kalite.

Abstract

As a result of the increasing participation of public hospitals in the sector, increasing quality in health service delivery increased the importance of the concept of patient safety. Any element that threatens the safety of patients during

* Doç. Dr., Süleyman Demirel Üniversitesi, İİBF, İşletme Bölümü, e-posta: aygenoksay@sdu.edu.tr, <https://orcid.org/0000-0002-3186-5010>.

** Dr. Öğrencisi, Süleyman Demirel Üniversitesi, SBE, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, e-posta: mehmetkilinc_@hotmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-6835-9325>.

*** Dr., Konya Numune Hastanesi, e-posta: drmsayhan@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-4017-9514>.

the service provided can lead to health problems that cannot be compensated for human health or loss of human life. In this respect, patient safety perceptions of health workers and patient safety culture created in health institutions affect service quality and become more important for human health. The study was conducted to evaluate the perception of health safety of patients and their relationship with demographic data. It is a practical and descriptive study in terms of presenting the current situation of patient safety culture. According to the findings of the study, it was determined that the arithmetic means of the patient safety culture of the health workers were above the medium level.

Keywords: Patient Safety, Health Workers, Quality in Health.

1. Giriş

İnsanların sağlık hizmetlerini talep etmelerindeki temel neden kaybettikleri sağlıklarını yeniden kazanmak, mevcut sağlık durumlarını korumak ya da geliştirmek istemeleridir. Yapılan hatalar birçok hizmet sektöründe tolere edilebilirken, sağlık sektöründe çok daha ciddi ve telafisi mümkün olmayan sonuçlara neden olabilmektedir. Bu durum sağlık hizmetlerinde kalite, hasta güvenliği kültürü gibi kavramların daha da önem kazanmasını sağlamaktadır. Sağlık çalışanları açısından öncelikli hedef, insanlara yardım etmek isterken onlara çeşitli sebeplerle hizmet sunumu esnasında verilebilecek hataları da önlemektir. Fakat sağlık hizmetlerinin karmaşık yapısı birbirinden farklı alanlarda ve çeşitli meslek gruplarından hizmet alınmasını gerekli kılmakta, dolayısıyla tıbbi hata riskini de arttırmaktadır. Hastaların güvenliğini tehdit eden hataların önlenmesi için kurumsal olarak güvenlik kültürünün oluşturulması gerektiği düşünülmektedir (Aydın, 2010: 1; Akalın, 2004: 12-13; Reason, 2000: 768-770).

Öncelikle hastalar için olmak üzere sağlık kurumları, çalışanları ve ülke çapında sağlık harcamaları için de katkıları bulunan hasta güvenliği uygulamalarının bir kurum kültürü olarak sağlık çalışanları tarafından benimsenmesi gerekmektedir. Çünkü hastaların güvenliğini riske eden ya da etme ihtimali olan birçok olayın öncelikle sağlık çalışanları tarafından fark edilmesi yüksek ihtimaldir. Tespit edilen sorunların herhangi bir hastaya zarar vermeden önlenmesi ise çalışanların farkındalığının artırılması için eğitilmesinden ve hasta güvenliği kültürünün sağlanmasından geçmektedir (Ebik, 2017: 21; Çakır, 2007: 116-117).

Hasta güvenliği, sağlık hizmet sunumu esnasında görülebilecek “basit hatalar” sebebiyle hastalar, hasta yakınları ve sağlık kuruluşu çalışanları için zararlı sonuçlanabilecek süreçleri ön görme ve hataları engelleme çabası şeklinde tanımlanabilir (Ovalı, 2010: 34). Kavram temelini “önce zarar verme” anlamına gelen Hipokrat’ın Latince “primum non nocere”

değişinden almaktadır (Clarke, 1993: 535). Hasta güvenliği kültürünü daha iyi algılayabilmek için kültür ve kurumsal kültür kavramlarını tanımlamakta fayda bulunmaktadır. Kültür kavramı, bir toplumun üyesi olarak insanoğlunun öğrendiği sanat, bilgi, hukuk, gelenek-görenek, ahlak, inanç ve benzeri alışkanlıklarını içine alan karmaşık bir bütün olarak tanımlanmaktadır (Demirel, 2012: 7-8). Kurumsal kültür ise aynı örgütte çalışanların inanç, tutum, beklenti ve varsayımları ile bireylerarası ilişkileri ve bireylerin davranışlarını belirleyen faaliyetlerin nasıl yürütüldüğünü gösteren normlar denetimidir (Erengül, 1997: 25). Hasta güvenliğinin artırılması ve hastaların daha güvenli hizmet alabilmesi için dünyanın pek çok ülkesinde yapılan yoğun çalışmalara rağmen elde edilen başarı henüz çok sınırlıdır. Hasta güvenliğini sağlamak amacıyla yapılan çalışmaların başarılı olabilmesi için sektörde bu konuya daha fazla dikkat çekmek, bir ispiyon mekanizması olarak algılanmayan, cezalandırmak ya da suçlamak amacıyla hatayı yapan bireye odaklanmayan, hatalardan öğrenmeyi mümkün kılan bir kültür oluşturmak gerekmektedir. Sağlık çalışanlarının kendilerini dava açılma ya da cezalandırılma riski altında hissetmeden güven içerisinde hataları bildirebilmesi bu kültürün önemli bir parçası olmalıdır (grs.saglik.gov.tr, 02 Nisan 2018).

Maalesef her yıl milyonlarca hasta güvenli olmayan ve kalitesiz sağlık hizmetleri yüzünden ölmekte ya da yaralanmaktadır. Bu ölümlerin ve yaralanmaların çoğu tamamen önlenemez. Dünyada her yıl tahmini 421 milyon hastane yatışı söz konusudur ve bunların ortalama 10'da 1'i olumsuz olaylara maruz kalmaktadır. Bu, özellikle olumsuz olayların en az yarısının önlenilebileceğini bildiğimiz zaman korkutucu bir istatistiktir (www.who.int, 20 Nisan 2018). Türkiye'de sağlık kuruluşlarında çalışan ve hasta güvenliğinin sağlanması için 29 Nisan 2009 tarihinde "Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ" yayınlanmıştır. Bu tebliğde ilaç güvenliğinin sağlanması, hastaların kimliklendirilmesi, bilgilerinin tanımlanarak doğrulanması, sağlık çalışanları arasında iletişim güvenliğinin artırılması, hasta düşmelerinin önlenmesi, enfeksiyon risklerinin azaltılması, sıra beklemeden kaynaklanan olumsuzlukların önlenmesi, güvenli cerrahi uygulamalarının geliştirilmesi ve sağlanması, çalışan güvenliği önlemlerinin alınması gibi başlıklara değinilmiş; yapılması gerekenler belirtilmiştir (Resmi Gazete, 29 Nisan 2009).

Tıbbi uygulama hatalarının azaltılması ve hasta güvenliğinin artırılması için hem sağlık çalışanlarının hem de toplumun bilinç düzeyinin artırılması bir zorunluluktur. Hasta güvenliği bilincini oluşturabilmek için

sağlık hizmetlerinin ihtiyaç ve değerlere öncelik, tercihlere öncelik, süreklilik, açıklık, şeffaflık ve ekip çalışması gibi bazı özellikleri taşıması gerekmektedir (Hayran, 2009: 20-23). Sağlık kurumlarında kurumsal kültürün en önemli bileşenlerinden birisi hasta güvenliği kültürü olmalıdır. Fakat kurumsal kültür basit bir şekilde değiştirilebilen bir değer değildir. Kurum kültürü, hasta güvenliği kültürü ve kalite kültürü hastane yönetiminde birbirini tamamlayan unsurlardır. Hasta güvenliği odaklı sağlık yönetim sistemlerinin geliştirilmesi yönetim anlayışı, organizasyon yapısı ve kurum kültürünün hasta güvenliği öncelikli oluşturulması ile ilişkilidir. Ancak kalite kültürü ve kurum kültürünün bir parçası olduğu zaman hasta güvenliği uygulamaları etkili olacaktır (Çakır, 2007: 149).

Sağlık hizmetlerinde öncelikle hastaya zarar vermeden hizmet sunumunu sağlama gerekliliği, hasta güvenliği kültürünü sağlık kurumlarında oluşturmanın önemini ortaya koymaktadır. Bu önem ve gereklilikten hareketle sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürü algularının değerlendirilmesi, demografik özelliklere göre aralarındaki ilişkinin belirlenmesi ile bu kültürün oluşturulmasına ve daha etkin işlemesine olanak sağlayacak önerilerin saptanması önem kazanmaktadır.

2. Teorik Çerçeve

2.1. Hasta Güvenliği ve Hasta Güvenliği Kültürü

Sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinde ve başarısında hasta güvenliğini sağlayabilmek önemli bir yere sahiptir. Bu durum ayrıca sağlık kurumlarının ve çalışanlarının hukuki yönden de herhangi bir sorunla karşı karşıya kalmalarını önlemektedir. Hasta güvenliği kavramı daha çok hastaları zarar verici uygulamalardan korumak ve oluşabilecek tehlikelerden uzak tutmak anlamında kullanılırken; hasta güvenliği kültürü ise bir kurumda hastaların güvenliğini sağlamak amacıyla yapılan tüm uygulamaların çalışanlar tarafından benimsenmesini kapsamaktadır.

Hasta güvenliği kavramı, hastanın sağlık bakımıyla ilişkili olarak olası ya da gereksiz zarar görme durumundan uzak tutulması olarak tanımlanmaktadır (Özdemir, 2014: 1). Sağlık hizmetlerinin sunulması esnasında birçok sıkıntının yaşanması olasıdır. Bu sebeple, hastanın herhangi bir zarar görmemesi için sağlık görevlilerinin gerekli önlemleri almaları önemlidir. Hasta güvenliğinin amacı sağlık hizmeti ihtiyacı olan hastalar için güvenlik açısından olumlu bir ortam sağlamak, tehlikelerden ve zarar verecek uygulamalardan onları korumaktır (Uzun, 2009: 1).

Türk Dil Kurumu'na göre kültür kavramı "Tarihsel, toplumsal gelişme süreci içinde yaratılan bütün maddi ve manevi değerler ile bunları

yaratmada, sonraki nesillere iletmede kullanılan insanın doğal ve toplumsal çevresine egemenliğinin ölçüsünü gösteren araçların bütünü” şeklinde tanımlanmaktadır (www.tdk.gov.tr, 20 Nisan 2018). Bütün organizasyonu birlikte tutan bir kompleks değerler manzumesi olan kurumsal kültür değerler, uygulamalar, paylaşılan ödüller, adetler, öğrenilen işlemler ve inançların tümüyle kolay değiştirilemeyecek şekilde yoğurulmuş bir değerdir. Hasta güvenliğinin organizasyonun ortak değeri ve kurumun önceliği olarak kabul edilmesi kurumun hasta güvenliği kültürü ile ilişkilidir (Akalm, 2004: 12-13). Diğer bir deyişle hasta güvenliği kültürü, “Bireysel ya da grup değerlerin, tutumların, algıların, kabiliyetlerin, kuruma bağlılığı temsil eden davranış şekillerinin, kurumun sağlık ve güvenlik yönetiminin stiline ve yeterliliğinin bir ürünüdür” şeklinde de tanımlanmaktadır (Gülay, 2016: 23).

Kurum kültürünün özelliklerini Özkalp ve Kırel (2001: 162) aşağıdaki gibi sıralamıştır:

- Kurum kültürü, sonradan oluşturulmuş ya da öğrenilmiş bir olgudur.
- Yazılı bir metin olmayan kurum kültürü, örgüt üyelerinin bilinç, bellek ve düşüncelerinde değer ve inançlar bütünü şeklinde bulunur ve çalışanların örgüte olan bağlılıklarını artırır.
- Kurum kültürü, kurum çalışanları ve grup üyeleri arasında paylaşılabilir olmalıdır.
- Kurum kültürü, ortaya çıkarılan ya da düzenli şekilde tekrarlanan davranışsal kalıplardır.
- Kültür, kurum çalışanları adına bir kimlik oluşturmaktadır.
- Kültür, bir kurumu diğerlerinden ayıran sınırı çizmektedir.
- Kurum kültürü, çalışanlar için bir kontrol mekanizmasıdır.

Kalite kültürü içerisinde sürekli iyileştirme faaliyetlerine odaklanan sağlık kurumlarında hasta güvenliği kavramı ve güvenlik kültürünün sürekli iyileştirilmesi önem teşkil etmektedir. Güvenlik kültürü, sağlık kurumlarında hastaların güvenliğini sağlamak için önemli unsurları, davranışları, inançları, kuralları ve değerleri kapsamaktadır. Bu yüzden kurumun hasta güvenliği yönetimindeki yetkinliğini, davranış biçimlerini, taahhütlerini, tarzını, tutumlarını ve yeteneklerini belirlemektedir. Güvenlik kültürünü benimsemiş kurumlarda hataları önleyecek tedbirlerin alınmasının önemi, pozitif hasta güvenliği algıları ve güvene dayalı iletişim öne çıkmaktadır. Aynı zamanda örgüt kültürünün de bir unsuru olan hasta güvenliği kültürü, sağlık çalışanlarının algıları, tutumları, değerleri ve inançlarından oluşmaktadır ve sağlık kurumlarında

hastaların güvenliğini sağlamak için oluşturulmalıdır (Tütüncü vd., 2007: 519).

Kurumlarda hasta güvenliği kültürünün etkin bir şekilde uygulanabilmesi, maddi ve manevi değerlerin doğru belirlenmesinin yanı sıra hasta güvenliği politikalarının sürdürülebilir olmasına ve birey ya da grupların algılarında kurumun sağlık ve güvenlik stiline benimsenmesine bağlıdır. Hasta güvenliği kavramının oluşturulmasının temel dayanağı çalışanların bu konuda bilinçlendirilmesi ve güvenlik parametrelerinin sağlık kurumu içerisinde uygulatabilmesidir. Bu kavramların geliştirilmesindeki en önemli unsur hastane üst yönetimleri tarafından desteklenen kalite ve hasta güvenliği çalışmaları olmaktadır (Gülay, 2016: 5-24). Hasta güvenliğinin kurum kültürünün bir unsuru olarak yerleşmesini sağlayabilmenin en önemli noktaları Altındiş (2014: 70-71) tarafından aşağıdaki gibi sıralanmıştır:

- Hasta güvenliğinin tüm çalışanlar tarafından sahiplenmesinin ilan edilmesi,
- Açık iletişimin liderlerden çalışanlar ve hastalara kadar herkesin arasında sağlanmasının teşvik edilmesi,
- Hastaların güvenliğini riske eden işlemleri tespit etme ve azaltma sorumluluğunun çalışanlara devredilmesi,
- Hastaların güvenliğini sağlamak için kaynak oluşturulması,
- Hasta güvenliği eğitimlerinin sürekli hale getirilmesidir.

Güvenlik kültürünün oluşturulabilmesi için sağlık çalışanlarının hastaların sağlığını tehdit eden olası ya da mevcut hataları cezalandırılmaktan korkmadan raporlayabilmeleri ve kurum içerisinde açık ve tutarlı iletişimin sağlanması gereklidir (Milligan ve Dennis, 2005: 48-52).

2.2. Dünyada ve Türkiye’de Hasta Güvenliği

Dünyada ve Türkiye’de hastaların daha güvenilir şekilde sağlık hizmeti almalarını sağlamak için birçok çalışma yürütülmektedir. Uygulamaya koyulmaya çalışılan hasta güvenliği politikalarında en önemli hususlardan birisi de yapılan hatalardan ders çıkarmak ve gerçekleşen ya da gerçekleşmeden fark edilen olayların etkin şekilde bildirimlerinin yapılmasını sağlamaktır. Türkiye’de ve çeşitli ülkelerde bildirimlerin etkin şekilde yapılmasını sağlamak için çalışmalar devam etmektedir.

Institute of Medicine tarafından 1999 yılında “To Err Is Human” raporu yayınlanana ve bu raporun tüm dünyada ses getirmesine kadar birçok tıbbi hata belki de “normal” kabul edilmiştir. Bu raporda A.B.D’de yılda

44.000 ile 98.000 arasında hastanın tıbbi hata kaynaklı öldüğü belirtilmektedir. Bu sayı trafik kazası veya meme kanseri sebebiyle ölümlerden daha yüksektir. Önlenebilecek olan tıbbi hataların yarattığı ölüm ya da sakatlıkların neticesinde verilen ek sağlık hizmeti gibi nedenler A.B.D.'ye bir yılda 17 milyar dolarla 29 milyar dolar arasında gelir kaybına mal olmaktadır. Yapılan tahminler gerçekleşen tıbbi hataların toplamda maliyetinin 37,6-50 milyar Dolar arasında olduğu üzerineydi (Kohn vd., 1999: 26-27). Schoen vd. (2005: 521) tarafından gelişmiş sağlık sistemine sahip altı ülkede yapılan çalışma bulgularına göre hastaların tıbbi hata yapıldığını düşünme düzeyleri “İngiltere’de %22, Almanya’da %23, Yeni Zelanda’da %25, Avustralya’da %27, Kanada’da %30 ve Amerika Birleşik Devletleri’nde %34” olarak bulunmuştur. Bu veriler hastalar, hasta yakınları, sağlık çalışanları, yöneticiler, basın, politikacılar ve dolayısıyla kamunun gözünden kaçmayacak kadar önemli verilerdir. Tartışmaların neticesinde İngiltere’de yatışı verilen hastaların %10’undan daha fazla bir kısmında, yaklaşık olarak yılda 850.000 istenmeyen olay yaşandığı görülmüştür. Avustralya’da ise istenmeyen olay sıklığının %16,6 olduğu belirlenmiştir. Bunun gibi gelişmeler Amerika, Avustralya ve İngiltere ile batı dünyası liderliğinde 2000 yılından sonra Sağlıkta Hasta Güvenliği Dönemi’ni başlatmıştır (Çakmakçı, 2014: 8).

Bugün tüm dünyada sağlık kurumlarında hasta güvenliği kültürüne duyulan ihtiyaç kabul edilmekte fakat uygulamasında birçok sorunla karşı karşıya kalınmaktadır. Sağlık bakım kuruluşları çözüm bulabilmek için hastaya zarar verme ihtimali olan riskleri kontrol etmek, önlemek amacıyla yapılacakları belirlemek, kaliteli bir şekilde bakım ve hasta güvenliği programlarını hazırlamak ve stratejik bir şekilde uygulamaya çalışmak zorundadırlar (Johnstone ve Kanitsaki, 2006: 383). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından Cenevre’de gerçekleştirilen 2007 yılındaki uluslararası konferans Avrupa Komisyonu tarafından desteklenmiş ve dünyada her yıl yaklaşık olarak 10 milyon insanın önlenebilir tıbbi hatalardan dolayı öldüğünü ya da sakatlandığını belirterek hasta güvenliği hakkında daha çok çalışma yapılması gerektiğini bildirmiştir (www.who.int, 23 Nisan 2018).

Tüm dünyada karşılaşılan tıbbi hatalar hasta güvenliğini riske etmekte ve en önemli sağlık sorunlarından birisi olarak görülmektedir. Tıbbi hataların kaydedilmesi üzerine oluşturulan sistemler gelişmiş olan ülkelerde hasta güvenliğini tehdit altına alan durumların belirlenmesine ve önlenmesine yardımcı olmaktadır. Gelişmemiş veya gelişmekte olan ülkelerde görülen tıbbi hatalar ya da hastaların güvenliğini tehdit eden olumsuz olaylar kalitesiz tıbbi malzeme/ilaç kullanılması, enfeksiyon

kontrolünün yetersizliği, güvensiz sağlık hizmeti arzı, motivasyon veya teknik bilgi yetersizliği sebebiyle personelin düşük performansı, atık yönetiminin tam anlamıyla sağlanamaması, artan maliyetler ve finansman sorunları şeklinde sıralanabilir (Özdemir, 2014: 9-10).

Hasta güvenliği sorunlarının belirlenmesinde temel araç, sağlık hizmeti sunumu esnasında hastaların maruz kaldıkları hataların sağlık çalışanları tarafından raporlanmasıdır. Gerçekleşen ya da gerçekleşmesine ramak kalan olayların raporlanması, sık gerçekleşen hataların tespit edilmesini, analizinin yapılmasını ve değerlendirilmesini, hata ciddiyetinin ve sıklığının azaltılmasını sağlar. Ayrıca olayların raporlanması kurum içerisinde tehlikeli alanların saptanmasına ve hatanın kaynağına ilişkin bilgiler üreterek yapılacak iyileştirmelerin yolunun açar (Eroğlu, 2011: 73).

Hata bildirimlerinde dünyada görülen genel yaklaşım hatayı yapan bireye değil hataya odaklanmaktır. Fakat birçok ülke hata bildirim sistemlerinde yeterli kimliksizleştirme (anonimizasyon) şartlarını yerine getiremediği için ulusal düzeyde bir güvenlik raporlama sistemi oluşturamamaktadır. Yeteri miktarda ve doğru bildirim alabilmek için toplumsal, organizasyonel ve kişisel çeşitli sorunların giderilmesi gerekmektedir. Bu sebeple güvenlik raporlama sistemlerinde anonimizasyon, yani kimliksizleştirme ilk şart olarak karşımıza çıkmaktadır. Türkiye’de sağlık çalışanlarının ve tesislerinin tıbbi süreçlerde karşı karşıya kaldıkları hataları bildirebilecekleri, ülke genelinde sıklıkla gerçekleşen hatalar ve iyileştirilmesine dönük önlemlerle ilgili bilgi alabilecekleri Güvenlik Raporlama Sistemi (GRS) platformu oluşturulmuştur. GRS anonimizasyonu sağlamak adına herhangi bir manuel veri girişine imkân tanımamakta; bildirim esnasında lokasyon bilgisi, IP adresi, kişi adı vb. hiçbir kişisel bilgiyi veri tabanına kaydetmemektedir. Geliştirilen GRS sistemi ile amaçlanan unsurlar aşağıdaki gibidir (grs.saglik.gov.tr, 02 Nisan 2018);

- Tıbbi süreçler sırasındaki hataları ulusal çapta toplamak,
- Sistemsel olarak iyileştirilmenin sağlanması ve kalite standartlarının geliştirilmesi için toplanan bildirimlerin kullanılması,
- Sağlık çalışanlarının farkındalığını tıbbi hatalar ve bu hataların bildirim konusunda artırmak,
- Sağlık kurumlarına toplanan raporlar aracılığıyla iyileştirme fırsatları bakımından yol göstermek,
- İç güvenlik raporlama sistemlerinin oluşturulması hakkında sağlık kurumlarına bilgi merkezi aracılığıyla rehberlik etmektir.

Yapılan çalışmalar olayın çalışan kişilerce küçümsendiği zamanlarda yapılan bildirimlerin azaldığını ve iyileştirme şansının yok olduğunu belirtmektedir. Fakat hasta güvenliğinin ana unsuru bildirimden geçmektedir. Ne yaşandığını saptamak ve bunların analizini yaparak iyileştirmek hasta güvenliğini iyileştirmenin temelidir. Olay bildirimlerinin ana özelliklerini aşağıdaki gibi sıralamak mümkündür (Çakmakçı ve Akalın, 2010: 83):

- Olay araştırılırken kesin hüküm verme veya suçlama niyetiyle değil olayı öğrenme amaçlı sorgulama yapılır.
- Hasta güvenliği bildirimlerinin sürekliliğini sağlamak amacıyla bildirim yapan kişi tespit edilmeye çalışılmaz, cezalandırmaz.
- Olay bildirimi hızlı ve zaman kaybedilmeden yapılabilir. Zaman olay yerini inceleme açısından önemlidir.
- Olaylar sınıflandırılarak tekrarlama riski ve ciddiyetine göre ayrı ayrı değerlendirilmelidir.
- Tüm çalışanların olay bildirimlerine katkıda bulunması sağlanmalıdır. Özellikle çoğu bildirim hemşirelerce yapılmakta olup hekim grubunun da olay bildirimi yapmasına yönlendirilmesi gerekir.

2.3. Hasta Güvenliğinin Önemi ve Amaçları

Hasta güvenliğinin sağlanması farklı meslek gruplarına eğitim verilmesi, çalışanlara güven vererek bildirimlere hassasiyet gösterilmesinin sağlanması, güvenlik raporlama sistemlerinin sağlık kurumları içerisinde oluşturulması ve güvenlik kültürünün benimsenmesi gibi birçok çalışmayı gerektirse de sonuçları belki de bir kişi bile olsa insan yaşamına etki edeceği için oldukça önemlidir. Dolayısıyla hasta güvenliğinin öncelikli amacı sağlık kurumuna giren her kişinin önceki durumundan daha sağlıklı çıkması ya da herhangi bir sebeple zarar görmemesidir.

Hasta güvenliğinin sağlanmasında, sağlık hizmetlerinin sunulduğu aşamaların her birinde önlemlerin alınması gerekmektedir. Sağlık hizmetinin sunumunda her an bir tehlike yaşanması muhtemeldir. Bu sebeple, bir süreç olarak değerlendirildiğinde, sağlık hizmetlerinin sunumunda baştan sona kadar bütün tedbirlerin alınmış olması gerekmektedir. Unutmamak gerekir ki sağlık hizmetlerinde amaç bireyin sağlık sorununun ortadan kaldırılmasıdır. Bu sebeple, hasta güvenliğindeki amaç bireyin yeni sağlık sorunlarını bakım esnasında yaşamamasıdır. Dolayısıyla hasta bakımının yapıldığı ortamlardaki fiziki ve beşeri tüm olasıklar dikkate alınmalı ve gerekli tedbirler uygulanmalıdır (Yetginlioğlu, 2009: 36).

Hasta güvenliğinin bir başka amacı ise hastaları, hasta yakınlarını ve çalışanları psikolojik ve fiziki olarak pozitif yönde etkileyecek ortam oluşturarak güvenliği sağlamaktır. Beklenen hedef, hizmet sunumunda hataların oluşmasının önüne geçmek, olası zararlardan bireyleri korumak ve hata olma olasılığını yok etmektedir (Güven, 2007: 411). Serbest (2011: 14) tarafından yazında genel kabul gören altı hedef aşağıdaki gibi sıralanmaktadır:

- Düşme kaynaklı zarar görme risklerinin azaltılması,
- Hastaların doğru şekilde tanımlanması/kimliklendirilmesi,
- Yüksek riskli ilaç güvenliğini sağlama,
- Etkili iletişimin iyileştirilmesi,
- Sağlık bakımı ile ilişkili enfeksiyonların düşürülmesi,
- Doğru hasta, doğru prosedür ve doğru taraf cerrahisinin sağlanması.

Sağlık kurumu içerisindeki güvenlik kültürü, sadece hastalar için değil, hastane çalışanları için de olumlu sonuçlar doğurmaktadır. Güçlü bir güvenlik kültürü, hastaların ve sağlık çalışanlarının fiziksel ve psikolojik olarak olumsuz durumlarla karşılaşma oranlarını en aza indirecektir. Hasta güvenlik kültürünün oluşmasındaki amaç, sağlık hizmetlerinin sunulması esnasında önceki sayfalarda belirtilen hataların oluşmasını engelleyecek sistemlerin kurulmasıdır. Hastaların güvenliğini sağlayabilmek amacıyla, güvenlikle ilişkili konuları öğrenmek ve paylaşmak, kurumlarda güvenlik kültürü oluşturmak, risk yönetimi konusunda çeşitli aktiviteleri entegre etmek, hastalarla ve toplumla iletişim kurmak, kayıt gerçekleştirmek, zararları önleme konusunda çözümler sağlamak ve ekip çalışanlarına rehberlik yaparak onları desteklemek gerekmektedir (NPSA, 2004).

Geleneksel olarak süregelen yaklaşımda yapılan hatalarda suçlu aranmakta ve güvenlik ortamının oluşturulması için bireylere odaklanılarak tepki verilmektedir. Oysa sağlık sektöründe güvenlik kültürünün geliştirilmesi için en önemli etken hasta güvenliğinin önceliğinin kabullenildiği bir çalışma ortamının oluşturulmasıdır. Kurumun hasta güvenliği değerlerini yönetim, iletişim ve geribildirim etkilemektedir. Yönetim, üretkenlik ve güvenlik dengesini, ekip çalışmasını ve güvenliği oluşturma sürecini sağlamalıdır. Sağlık personelleri arasında gerçekleşen açık iletişimin desteklediği çalışma ortamı güvenlik kültürünün oluşması için çok önemlidir. Çalışanlardan doğru anlarda bildirim alan sağlık kurumlarının olası hataları önlemede daha etkili oldukları belirlenmiştir (Reason, 1995: 80-89).

21. yüzyıl sağlık alanında da birçok alanda olduğu gibi hizmet algısını değiştirmiş, hastaların sağlık hizmetlerinin sunumunda yalnızca tıbbi hizmetlerde değil, aynı zamanda hasta bakımında da daha iyi hizmet talep etmelerini sağlamıştır. Günümüzde sağlık kurumları nitelikli hizmet verebilmek için bazı ana unsurları yerine getirmelidir. Sağlık sisteminde amaçlanan iyileştirme konuları aşağıdaki şekildedir (Özdemir, 2014: 3-4):

- Zamanında sağlık hizmeti: Minimum bekleme süreleriyle zararın önlenmesi,
- Etkili sağlık hizmeti: Bilimsel bilgi ve kanıta dayalı tıpla hizmet sunumu, sağlık hizmetinin az ya da gereksiz kullanımın önüne geçilmesi,
- Eşit dağılım: Sağlık hizmet kalitesinin renk, cinsiyet, ırk, sosyo-ekonomik farklılık ve coğrafyaya bakılmaksızın eşit olması,
- Hasta güvenliğini sağlama: Hastalara zarar vermekten sakınma,
- Hasta odaklı sağlık hizmeti: Hasta değerlerinin, ihtiyaçlarının ve tercihlerinin göz önünde bulundurularak hastaların klinik karar verme mekanizmalarına ortak edilmesi,
- Verimli sunulan sağlık hizmeti: Maliyet etkin ve israfın engellendiği bir hizmet sunumu,

Hasta güvenliğinin sağlanması, sağlık hizmetlerinin sunumunun kaliteli bir şekilde sunulabilmesi için oldukça önemlidir. Hastanın sahip olduğu sorunun giderilmesinden önce, hastanın herhangi başka bir sağlık sorunu yaşamamasının önüne geçilmesi gerekmektedir. Eğer sağlık hizmetlerinin sunumu esnasında, hasta yeni sağlık sorunlarını ihmaller sebebiyle yaşıyorsa, sunulan sağlık hizmetlerinde kalitenin eksik olduğu görüşü savunulabilir. Sağlıkta kaliteli bakım sağlamanın en önemli basamaklarından birisi hasta güvenliğidir (Tunçel, 2013: 4).

3. Araştırmanın Amacı, Yöntemi, Verilerin Analizi ve Bulguları

Sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültür düzeylerinin değerlendirilmesinin, sektörel açıdan hizmet kalitesini yükselteceği, hasta güvenliğini tehdit edebilecek olayları azaltacağı ve sonuç olarak hata nedeniyle oluşacak kalıcı sağlık sorunlarının ya da ölümlerin kısmen de olsa engellenebileceği düşünülmektedir. Bu bakımdan araştırmanın amacı, sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültür düzeylerinin belirlenmesi ve hasta güvenliği kültürü ile demografik değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesidir.

Çalışma sağlık kurumlarında hasta güvenliği kültürü ile ilgili var olan durumu belirlemesi açısından betimsel ve uygulamalı bir çalışma niteliğindedir. Çalışma evreni Konya Numune Hastanesi'nin sağlık çalışanlarından oluşmaktadır ve örneklem büyüklüğünün saptanmasında toplam sağlık çalışanı sayısı göz önüne alınmıştır. Konya Numune Hastanesi'nde 1012 sağlık çalışanı bulunmaktadır.

1012 kişinin bulunduğu evrenden basit tesadüfi örnekleme yöntemiyle ulaşılması gereken örneklem sayısı aşağıda yer alan formül (İslamoğlu, 2009: 171) yardımıyla hesaplanarak %95 güven düzeyinde 278 olarak tespit edilmiştir.

$$n = \frac{Z^2PQ}{E^2 + \frac{Z^2PQ}{N}} = \frac{1,96^2 * 0,5 * 0,5}{0,05^2 + \frac{1,96^2 * 0,5 * 0,5}{1012}} = 278$$

Çalışma verileri anket yöntemi ile toplanmıştır. Belirlenen örneklem miktarını sağlamak amacıyla toplam 320 anket araştırmacılar tarafından 05-28 Kasım 2018 tarihleri arasında sağlık çalışanlarına basit tesadüfi örneklem yöntemi ile dağıtılmış ve geri dönüşü yapılan ancak 287 anket olmuştur. Geri dönenler içinde 6 anket yanlış veya eksik doldurulduğundan 281 anket çalışmada kullanılabilmiştir. Anketlerin geri dönüş oranı %89'dur. Anket iki bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde katılımcıların demografik verilerini saptamaya dönük sorular bulunmaktadır. İkinci bölümde ise çalışanların hasta güvenliği kültürü konusunda algılarını belirlemeye yönelik ölçek yer almaktadır.

Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi A.B.D'de 2004 yılında, Sağlık Hizmetlerinde Araştırma ve Kalite Ajansı tarafından hastanelerde hasta güvenliği kültürünü saptamak amacıyla geliştirilmiştir (Sorra ve Nieva, 2004). Anket 42 madde ve 12 alt alandan oluşmaktadır. Anketin Türkçe'ye uyarlanması ve geçerlik, güvenilirlik çalışması Filiz (2009: 52) tarafından yapılmış ve Cronbach's Alpha katsayısı 0,864 bulunmuştur. Bu çalışmada geçerlik analizi için ölçekteki her bir boyut birbirleriyle ilişkilendirilmiştir ve boyutlar arasında orta düzeyde korelasyon (0,18-0,63 arasında) saptanmıştır. Boyutlar arasında yüksek korelasyon (0,85 ve üzeri) çıkmaması aynı yapıyı ölçen güvenlik kültürü boyutlarının bulunmadığını göstermektedir. Yapılan faktör analizi sonucunda ise 42 maddenin 12 faktör altında toplandığı belirlenmiş ve ölçeğin orijinaliyle uyum sağladığı görülmüştür. Ölçeğin Cronbach's Alpha katsayısı 0,906 olarak hesaplanmıştır. Ölçek ifadelerine beş dereceli Likert tipi derecelendirme uygulanmıştır. Ölçekte en çok 210 en az 42 puan alınabilmektedir. Puanın yüksek olması hasta güvenliği kültürü algısının

yüksek olduğu anlamına gelmektedir. Toplam 18 madde olumsuz maddelerdir ve ters puanlandırılarak analiz edilmiştir.

Verilerin normal dağılıma uygunluğu Çarpıklık (Skewness) katsayısı ve Kolmogrov-Smirnov testiyle incelenmiştir. Büyüköztürk (2011: 40)'e göre "Sürekli bir değişkenden elde edilen puanların normal dağılım özelliğinde kullanılan çarpıklık katsayısının (Skewness) ± 1 sınırları içinde kalması puanların normal dağılımdan önemli bir sapma göstermediği şeklinde yorumlanabilir". Yapılan normallik kontrolünde ölçek puanlarının normal dağılımda olduğu belirlenmiştir. Ölçek puanlarının eğitim durumu, yaş, görev, görev yeri ve görev yılı değişkenlerine göre karşılaştırılmasında tek yönlü varyans analizi (One Way ANOVA) testi; cinsiyet ve medeni durum değişkenlerine göre karşılaştırılmasında ise bağımsız iki örneklem t testi (independent samples t test) uygulanmıştır. ANOVA testine göre anlamlı farklılık görülen gruplarda farkın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek için LSD post hoc testinden faydalanılmıştır. Anlamlılık düzeyi uygulanan analizlerde 0,05 ($p < 0,05$) olarak belirlenmiştir.

Örneklemini sağlık çalışanlarının oluşturduğu bu araştırma kapsamında katılımcıların demografik (cinsiyet, yaş, medeni durum ve eğitim durumu) ve diğer bireysel özelliklerine (hastanede çalışma yılı, kurumdaki görevi, Güvenlik Raporlama Sistemine bildirim sayısı ve hasta güvenliği konusunda birimlerini değerlendirmeleri) ilişkin bilgiler Tablo 1'de detaylı olarak verilmiştir. Örneklem dağılımı evren ile karşılaştırılmış ve benzerlik gösterdiği tespit edilmiştir.

Tablo 1: Demografik Bulgular

Demografik / Bireysel Bulgular	Sayı (n)	Yüzde (%)	
Cinsiyet	Kadın	182	64,8
	Erkek	99	35,2
	Toplam	281	100,0
Yaş	18-25	32	11,4
	26-35	62	22,0
	36-45	121	43,1
	46 ve üzeri	66	23,5
	Toplam	281	100,0
Medeni Durum	Evli	205	73,0
	Bekar	76	27,0
	Toplam	281	100,0
Eğitim Düzeyi	Lise	33	11,7
	Önlisans	68	24,2
	Lisans	124	44,1
	Lisansüstü	56	19,9

	Toplam	281	100,0
Kurumda Çalışma Süresi	1 yıldan az	32	11,4
	1-5 yıl	71	25,3
	6-10 yıl	52	18,5
	11-15 yıl	50	17,8
	16 yıl ve üzeri	76	27,0
	Toplam	281	100,0
Kurumdaki Görev	Doktor	33	11,7
	Hemşire	146	52,0
	Teknisyen/Tekniker*	64	22,8
	Tıbbi Sekreter	38	13,5
	Toplam	281	100,0
Çalışılan Birim	Klinik	117	41,6
	Yoğun Bakım	31	11,0
	Ameliyathane	35	12,5
	Acil	27	9,6
	Diğer	71	25,3
	Toplam	281	100,0
Hasta Güvenliği Konusunda Biriminizi Değerlendiriniz?	Mükemmel	59	21,0
	Çok İyi	111	39,5
	Kabul Edilebilir	82	29,2
	Zayıf	24	8,5
	Başarısız	5	1,8
	Toplam	281	100,0
Güvenlik Raporlama Sistemine (GRS) Yapılan Bildirim Sayısı	Hiç	224	79,7
	1-2	32	11,4
	3-5	14	5,0
	6 ve üzeri	11	3,9
	Toplam	281	100,0

* Röntgen, Anestezi, Acil Tıp ve Laboratuvar Teknisyen/Teknikerleri

Tablo 1'den de görüldüğü üzere, katılımcıların %64,8'i (n=182) kadın, %43,1'i (n=121) 36-45 yaş aralığında, %73'ü (n=205) evli ve %44,1'i (n=124) lisans mezunudur. Ayrıca katılımcıların %27'sinin (n=76) 16 yıl ve daha fazla süredir kurumda çalıştığı, %52'sinin (n=146) hemşire olduğu ve %41,6'sının (n=117) kliniklerde çalıştığı tespit edilmiştir. Katılımcıların %60,5'inin çalıştıkları birimi hasta güvenliği açısından çok iyi veya mükemmel olarak değerlendirdiği ve %79,7'sinin (n=224) Güvenlik Raporlama Sistemine (GRS) hiç hata bildiriminde bulunmadığı belirlenmiştir.

Tablo 2'de ölçeğin alt boyutlarının ifade sayıları, katılımcıların hasta güvenliği kültürü puanlarının aritmetik ortalaması, çarpıklık katsayısı ve standart sapma değerleri belirtilmiştir.

Tablo 2: Hasta Güvenliği Ölçeği Betimsel İstatistikleri

Ölçek ve Alt Boyutları	İfade Sayısı	Min.	Maks.	\bar{X}	SS	Çarpıklık (Skewness)
Güvenliğin Kapsamlı Algılanması	4	2,00	5,00	4,03	0,16	-0,48
Hataların Raporlanma Sıklığı	3	1,00	5,00	3,47	0,18	-0,28
Hastane Üniteleri Arasında Ekip Çalışması	4	1,50	5,00	3,59	0,17	-0,57
Hastane Müdahaleleri ve Değişim	4	2,00	5,00	3,90	0,15	-0,34
Yönetici Beklentileri ve Güvenlik Geliştirme Faaliyetleri	4	1,00	5,00	3,54	0,19	-0,48
Organizasyonel Öğrenme ve Sürekli Geliştirme	3	1,33	5,00	3,80	0,12	-0,85
Üniteler İçinde Ekip Çalışması	4	1,25	5,00	4,19	0,15	-1,22
İletişimin Açık Tutulması	3	1,00	5,00	3,51	0,14	-0,38
Hatalar Hakkında Geri Bildirim ve İletişim	3	1,33	5,00	3,87	0,13	-0,84
Hataya Karşı Cezalandırıcı Olmayan Yanıt	3	1,00	5,00	3,10	0,15	-0,12
Personel Sağlama	4	1,50	4,75	2,82	0,15	0,31
Hasta Güvenliği İçin Hastane Yönetiminin Desteği	3	1,00	5,00	3,65	0,14	-0,61
HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ TOPLAM	42	2,19	4,64	3,63	1,14	-0,13

Katılımcıların hasta güvenliği kültürü toplam puan aritmetik ortalamaları 3,63 olarak orta düzeyin üzerinde bulunmuştur. Ölçek alt boyut puanlarında çalışanların en düşük algılarının personel sağlama (2,82), hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt (3,10) ve hataların raporlanma sıklığında (3,47), en yüksek algılarının ise üniteler içinde ekip çalışmasında (4,19) olduğu belirlenmiştir.

Tablo 3: Hasta Güvenliği Kültürü Puanlarının Cinsiyet ve Medeni Duruma Göre Karşılaştırılması

Boyut	Cinsiyet / Medeni Durum	n	\bar{X}	SS	t	p
Hasta Güvenliği Kültürü Toplam	Kadın	182	3,61	0,45	-0,83	0,41
	Erkek	99	3,66	0,47		
	Evli	205	3,62	0,43	-0,29	0,77
	Bekar	76	3,64	0,53		

Cinsiyet ve medeni durum ile hasta güvenliği kültürü arasındaki ilişkiyi tespit etmek amacıyla t testi yapılmıştır. Tablo 3'de görüldüğü üzere hasta güvenliği kültürü ile cinsiyet ($t=-0,83$; $p>0,05$) ve medeni durum ($t=-0,29$; $p>0,05$) arasında anlamlı farklılık bulunmadığı tespit edilmiştir.

Tablo 4: Hasta Güvenliği Kültürü Puanlarının Yaş Değişkenine Göre Karşılaştırılması

Boyut	Yaş	n	\bar{X}	SS	F	p	Anlamlı Fark
Hasta Güvenliği* Kültürü Toplam	A- 18-25	32	3,84	0,53	2,882	0,036	A>B, C, D
	B- 26-35	62	3,64	0,48			
	C- 36-45	121	3,60	0,43			
	D- 46 ve üzeri	66	3,57	0,42			

Çalışanların hasta güvenliği kültürü puanlarının yaşa göre anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($F=2,762$; $p<0,05$). Farkın kaynağına ilişkin yapılan LSD post hoc testi sonuçlarına göre 18-25 yaş aralığında olan çalışanların hasta güvenliği kültürü puanları, 26-35, 36-45 ile 46 ve üzeri yaş grubundaki çalışanların puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksektir. Bu analiz sonucuna göre diğer yaş gruplarından daha genç olan 18-25 yaş arasındaki çalışanların hasta güvenliği konusunda daha duyarlı oldukları söylenebilir.

Tablo 5: Hasta Güvenliği Kültürü Puanlarının Eğitim Değişkenine Göre Karşılaştırılması

Boyut	Eğitim Düzeyi	n	\bar{X}	SS	F	p	Anlamlı Fark
Hasta Güvenliği Kültürü Toplam	A- Lise	33	3,62	0,34	2,109	0,099	-
	B- Önlisans	68	3,56	0,47			
	C- Lisans	124	3,60	0,44			
	D- Lisansüstü	56	3,76	0,50			

Çalışanların hasta güvenliği kültürü puanlarının eğitim düzeyine göre anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir ($F=2,109$; $p>0,05$).

Tablo 6: Hasta Güvenliği Kültürü Puanlarının Görev Yılı Değişkenine Göre Karşılaştırılması

Boyut	Görev Yılı	n	\bar{X}	SS	F	p	Anlamlı Fark
Hasta Güvenliği Kültürü Toplam	A- 1 yıldan az	32	3,51	0,43	5,204	0,0004	B>A, E C>E D>E
	B- 1-5 yıl	71	3,79	0,49			
	C- 6-10 yıl	52	3,65	0,48			
	D- 11-15 yıl	50	3,70	0,47			
	E- 16 yıl ve üzeri	76	3,48	0,35			

Çalışanların hasta güvenliği kültürü puanlarının görev yılına göre anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($F=5,204$; $p<0,05$). Farkın kaynağına ilişkin yapılan LSD post hoc testi sonuçlarına göre 1-5 yıl arasında görev

yılı bulunan çalışanların hasta güvenliği kültürü puanları, 1 yıldan az ve 16 yıl ve üzeri görev yılı bulunan çalışanların puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksektir. 6-10 yıl arasında ve 11-15 yıl arasında görev yılı bulunan çalışanların puanlarının ise 16 yıl ve üzeri görev yılı bulunan çalışanların puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu bulgulara göre mesleğinde 1-5 yıl arasında tecrübesi olan çalışanlar diğer görev yılı süresine sahip çalışanlardan daha fazla hasta güvenliği kültürüne sahiptirler. Ayrıca görev yılı 16 yıl ve üzeri olan çalışanların hasta güvenliği kültürü düzeyinin diğer gruplara göre en düşük seviyede olduğu görülmektedir.

Tablo 7: Hasta Güvenliği Kültürü Puanlarının Görev Değişkenine Göre Karşılaştırılması

Boyut	Görev	n	\bar{X}	SS	F	p	Anlamlı Fark
Hasta Güvenliği Kültürü Toplam	A- Doktor	33	3,97	0,43	11,831	0,0002	A>B, C, D B>C D>C
	B- Hemşire	146	3,61	0,47			
	C- Teknisyen /Tekniker*	64	3,44	0,38			
	D- Tıbbi Sekreter	38	3,74	0,37			

* Röntgen, Anestezi, Acil Tıp ve Laboratuvar Teknisyen/Teknikerleri

Çalışanların hasta güvenliği kültürü puanlarının göreve göre anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir (F=11,831; p<0,05). Farkın kaynağına ilişkin yapılan LSD post hoc testi sonuçlarına göre doktorların hasta güvenliği kültürü puanları, hemşirelerin, teknisyen/teknikerlerin ve tıbbi sekreterlerin puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksektir. Hemşirelerin ve tıbbi sekreterlerin hasta güvenliği kültürü puanlarının ise teknisyen/teknikerlerin puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 8: Hasta Güvenliği Kültürü Puanlarının Görev Yeri Değişkenine Göre Karşılaştırılması

Boyut	Görev Yeri	n	\bar{X}	SS	F	p	Anlamlı Fark
Hasta Güvenliği Kültürü Toplam	A- Klinik	117	3,53	0,40	8,689	0,0001	B>A, E C>A, D, E
	B- Yoğun Bakım	31	3,81	0,48			
	C-Ameliyathane	35	3,95	0,46			
	D- Acil	27	3,70	0,48			
	E- Diğer	71	3,53	0,44			

Çalışanların hasta güvenliği kültürü puanlarının görev yerine göre anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($F=8,689$; $p<0,05$). Farkın kaynağına ilişkin yapılan LSD post hoc testi sonuçlarına göre yoğun bakım çalışanlarının hasta güvenliği kültürü puanları, klinik ve diğer alanlarda çalışanların hasta güvenliği kültürü puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksektir. Ameliyathane çalışanlarının puanlarının ise klinik, acil ve diğer alanların puanlarından anlamlı şekilde daha yüksek olduğu saptanmıştır.

4. Sonuç

Araştırma bulgularına göre Konya Numune Hastanesi sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürü toplam puan aritmetik ortalamaları 3,63 olarak orta düzeyin üzerinde bulunmuştur. Ölçek alt boyut puanlarında çalışanların en düşük algılarının personel sağlama (2,82), hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt (3,10) ve hataların raporlanma sıklığında (3,47); en yüksek algılarının ise üniteler içinde ekip çalışmasında (4,19) olduğu belirlenmiştir. Bu istatistikler çalışanların birimlerinde yetersiz sayıda personel olduğunu düşündükleri (2,82) ve bu eksikliği birimlerindeki ekip çalışmasını arttırarak (4,19) çözmeye çalıştıkları şeklinde yorumlanabilir. Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt alt boyutunun ifade verileri (3,10) incelendiğinde çalışanların yapılan hatalar karşısında suçlanacakları, şikayet edilecekleri ve yaptıkları hataların kişisel dosyalarında muhafaza edilecekleri endişesinde oldukları tespit edilmiştir.

Katılımcıların %79,7'sinin ($n=224$) Güvenlik Raporlama Sistemine (GRS) hiç bildirim yapmadığı belirlenmiştir. GRS bildirim oranlarının benzerlik gösterdiği çalışmalara sıkça rastlanmaktadır (Hisar vd., 2015: 154; Özdemir, 2014: 66; Tunçel, 2013: 42; Turasan, 2010: 57; Filiz, 2009: 56; Çakır, 2007: 155). Yapılan bildirim sayısının düşük olması, çalışanların hatalara karşı suçlayıcı ve cezalandırıcı bir yaklaşım gösterildiği şeklinde bir algıya sahip olmasından kaynaklandığı söylenebilir. Ayrıca birimlerini hasta güvenliği açısından başarısız ya da zayıf gören çalışan sayısının oldukça az olmasının bildirim düşük oranda yapılmasına sebep olduğu düşünülebilir.

Elde edilen sonuçlara göre hasta güvenliği kültürü ile cinsiyet, medeni durum ve eğitim düzeyi arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır. Çalışanların hasta güvenliği kültürü puanlarının yaşa göre anlamlı farklılık gösterdiği; 18-25 yaş aralığında olan çalışanların hasta güvenliği kültürü puanlarının 26-35, 36-45 ile 46 ve üzeri yaş grubundaki çalışanların puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu söylenebilir. Ayrıca katılımcıların hasta güvenliği kültürü puanlarının

görev yılına göre anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiş, 16 yıl ve üzeri görev süresi olan çalışanların daha düşük hasta güvenliği kültürü algısına sahip olduğu görülmüştür. Doktorların hasta güvenliği kültürü puanları, hemşirelerin, teknisyen/teknikerlerin ve tıbbi sekreterlerin puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuş; hemşirelerin ve tıbbi sekreterlerin hasta güvenliği kültürü puanlarının ise teknisyen/teknikerlerin puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yoğun bakım çalışanlarının hasta güvenliği kültürü puanları, klinik ve diğer alanlarda çalışanların hasta güvenliği kültürü puanlarından, ameliyathane çalışanlarının puanlarının ise klinik, acil ve diğer alanların puanlarından anlamlı şekilde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu veriler doğrultusunda kurumlarda özellikle 26 yaş ve üzerindeki çalışanlara, 16 yıl ve üzerinde görev süresi olanlara, teknisyen/tekniker kadrosunda bulunanlara, yoğun bakım ya da ameliyathane haricindeki birimlerde çalışanlara hasta güvenliği eğitimleri verilmesinin, farkındalıklarının artırılmasının ve güvenlik raporlama ile ilgili çalışmaların yapılmasının hasta güvenliği algı düzeyini yükselteceği söylenebilir.

İlgili literatürde bu çalışma sonuçlarıyla paralel olarak hasta güvenliği kültürü ile görev (Hisar vd., 2015: 153; Dağdelen, 2014: 76) ve görev yılı (Özdemir ve Şahin, 2015: 141) arasında anlamlı ilişki tespit edilen, cinsiyet (Durmaz, 2016: 31; Ebik, 2017: 45), medeni durum (Aydın, 2010: 47; Özdemir ve Şahin, 2015: 141) ve eğitim düzeyi (Tuncel, 2017: 54) arasında anlamlı ilişki tespit edilmeyen çalışmalara rastlanmaktadır. Bazı çalışmalarda ise bu çalışmada elde edilen bulguların aksine hasta güvenliği kültürü ile yaş (Ebik, 2017: 45) ve görev yeri (Özdemir, 2014: 79) arasında anlamlı ilişki olmadığı saptanmıştır.

Sağlık kurumlarında hasta güvenliği kültürünün oluşturulması için hatayı yapan bireye odaklanmadan yapılan hataların ortaya koyulmasının temel amaç olduğu, bunun için hatayı yapan bireylerle ilgili bilgilerin elde edilmesinin çeşitli yöntemlerle önlendiği ve kimliksizleştirmenin (anonimizasyon) öneminin tüm çalışanlar tarafından algılanması konusunda yöneticilerin etkin rol alması önerilebilir. Liderlerin destekleyici davranışlarının ve hasta güvenliği konusunda işgörenlerin ekip çalışmalarının geliştirilmesi, birimlerde personel eksikliklerinin giderilmesi ve çalışanlar arasında iletişimin artırılması konusunda yapılacak çalışmaların hasta güvenliği kültürüne katkı sağlayacağı söylenebilir.

Kaynaklar

- Akalın, HE. (2004). Hasta Güvenliği Kültürü: Nasıl Geliştirebiliriz?, *Ankem Dergisi*, 18(2), s.12-13.
- Altındış, M. (2014). Hasta Güvenliği ve Komplikasyonlar, *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, 32, s.68-73.
- Aydın, Ş. (2010). *Bir Üniversite Hastanesinde Görev Yapan Hekim ve Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürüne İlişkin Algulamaları*, Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, Sivas.
- Büyüköztürk, Ş. (2011). *Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı*, 14. Baskı, Ankara: Pegem Akademi.
- Clarke, J.B. (1993). Ethical Issues in Health Education, *British Journal of Nursing*, 2(10), s.533-538.
- Çakır, A. (2007). *Hasta Güvenliği Kültürü ile Kalite Yönetimi Sistemi Arasındaki İlişkinin Analiz*, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Toplam Kalite Yönetimi Anabilim Dalı, İzmir.
- Çakmakçı, M, Akalın, E. (2010). *Hasta Güvenliği: Türkiye ve Dünya*, Füsün Sayek TTB Raporları/Kitapları.
- Çakmakçı, M. (2014). Hasta Güvenliği: Bir Paradigma Değişimi, *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, 33, s.6-11.
- Dağdelen, Ü.A. (2014). *Öğrenen Organizasyonlarda Hasta Güvenliği Kültürünün Değerlendirilmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Isparta.
- Demirel, Ö. (2012). *Öğretim İlke ve Yöntemleri: Öğretme Sanatı*, Ankara: Pegem Akademi.
- Durmaz, G. (2016). *Cerrahi Hemşirelerinde Hasta Güvenliği Kültürü Algısını Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Yeditepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul.
- Ebik, G.E. (2017). *Hemşirelerde Örgütsel Sessizlik Düzeyinin Hasta Güvenliği Kültürü Üzerine Etkisi*, Yüksek Lisans Tezi, Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Yönetimi Anabilim Dalı, İstanbul.
- Erengül, B. (1997). *Kültür Sihirbazları*, İstanbul: Evrim Yayınevi.

- Eroğlu, E.K. (2011). *Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde İş Yükünün Hasta Güvenliği Üzerindeki Etkisinin Belirlenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Atılım Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Kurumları İşletmeciliği Anabilim Dalı, Ankara.
- Filiz, E. (2009). *Hastanede Hasta Güvenliği Kültürü Algılamasının ve Sağlık Çalışanları İle Toplumun Hasta Güvenliği Hakkındaki Tutumunun Belirlenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Konya.
- Gülay, H. (2016). *Akreditasyon Belgesine Sahip Özel Bir Üniversite Hastanesinde Sağlık Çalışanlarının Bakış Açısıyla Hasta Güvenliği Kültürünün Değerlendirilmesi*, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, İstanbul.
- Güven, R. (2007). *Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon Uygulamalarında Hasta Güvenliği Kavramı*. 5. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi, Antalya, 411-442.
- Hayran, O. (2009). Hasta Odaklı Sağlık Hizmetleri Yönetimi, *Hasta Güvenliği Dergisi*, s.20-23.
- Hisar, K.M., Arslan, C.B., Kısa, S., Hisar, F. (2015). Bir Devlet Hastanesinde Çalışan Personelin Hasta Güvenliğine İlişkin Algı ve Görüşleri, *Gümüşhane University Journal of Health Sciences*, 4(1), s.148-161.
- <http://www.who.int/dg/speeches/2018/patient-safety-summit/en/> (Erişim Tarihi: 20.04.2018).
- <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/en/> (Erişim Tarihi: 23.04.2018).
- http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5ae18ab31dcb7.26186012 (Erişim Tarihi: 20.04.2018).
- <https://grs.saglik.gov.tr/BM/UGRS.aspx> (Erişim Tarihi: 02.04.2018).
- İslamoğlu, A. H. (2009). *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri*, İzmit: Beta Basım.
- Johnstone, M.J., Kanitsaki, O. (2006). Culture, Language and Patient Safety: Making The Link, *International Journal for Quality in Health Care*, 18(5), s.383-388.
- Kohn, L., Corrigan, J., Donaldson, M. (1999). *To Err is Human: Building a Safer Health System*, Washington DC: National Academy Press.
- Milligan, F, Dennis, S. (2005). Building a Safety Culture, *Nursing Standart*, 20(11), s.48-52.

- NPSA (National Patient Safety Agency) (2004). *Seven Steps to Patient Safety*, London: NPSA.
- Ovalı, F. (2010). Hasta Güvenliği Yaklaşımları, *Performans ve Kalite Dergisi*, 1(1), s.33-43.
- Özdemir, F.K., Şahin, Z.A. (2015). Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Algıları: Kars İli Örneği, *ODU Journal of Medicine*, 2, s.139-144.
- Özdemir, H. (2014). *Cerrahi Hemşirelerinde Hasta Güvenliği Kültürü Algılarının Belirlenmesi: Afyonkarahisar'da Bir Uygulama*, Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Anabilim Dalı, Afyonkarahisar.
- Özkalp, E., Kirel, Ç. (2001). *Örgütsel Davranış*, Anadolu Üniversitesi Eğitim Sağlık ve Bilimsel Araştırma Vakfı Yayınları.
- Reason, J. (2000). "Human Error: Models and Management", *British Medical Journal*. 320. s.768-770.
- Reason, J. (1995). Understanding Adverse Events: Human Factors, *Quality in Health Care*, 4, s.80-89.
- Resmi Gazete. (2009). Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ, 29 Nisan 2009, Sayı: 27214.
- Schoen, C., Osborn, R., Huynh, P.T., Doty, M., Zapert, K., Peugh, J., Davis, K. (2005). Taking The Pulse of Health Care Systems: Experiences of Patients with Wealth Problems in Six Countries. *Health Affairs*, 24, W5_509-W5_525.
- Serbest, Ş. (2011). *Hasta Güvenliği İçin Hemşirelik Uygulamaları*, 13. Ulusal Hemşirelik Kongresi Sunumu, 2011.
- Sorra, J., Nieva, V.F. (2004). Hospital Survey On Patient Safety Culture, *Agency for Healthcare Research and Quality*.
- Tuncel, H. (2017). *Örgüt Kültürünün Ameliyathane Hemşirelerinde Hasta Güvenliği Üzerine Etkisi*, Yüksek Lisans Tezi, Koç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, İstanbul.
- Tunçel, K. (2013). *Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürünü Algılama Düzeyi ve Hasta Güvenliği Uygulamaları*, Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, Erzurum.
- Turasan, B.A. (2010). *Bir Psikiyatri Hastanesinde Hasta Güvenliği Kültürü Düzeyi ve Güvenlik Raporlamanın İncelenmesi*, Yüksek

Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir.

Tütüncü, Ö., Küçükusta, D., Yağcı, K. (2007). Toplam Kalite Yönetimi Kapsamında Hasta Güvenliği Kültürü ve Bir Ölçme Aracı, *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 9(1), s.519-533.

Uzun, Ö. (2009). *Hastanelerde Hasta Güvenliğini Olumsuz Etkileyen Etmeler*, 5. Nöroşirürji Hemşireliği Kongresi.

Yetginlioğlu, Ö. (2009). *Sağlık Kurumlarında Hasta Güvenliğinin Sağlanmasında Kalite ve Akreditasyon Çalışmalarının Önemi: Ankara İlindeki İki Hastanede Hasta Güvenliği Çalışmalarının Değerlendirilmesine Yönelik Mukayeseli Bir Uygulama*, Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Konya.

