

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜNÜN İNCELENMESİ

Hemşirelik Programı
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi

Hazırlayan
Fethiye Yelkin ALP

İZMİR
2011

DEĞERLENDİRME KURULU ÜYELERİ

İmza

Başkan: Yrd. Doç. Dr. Melek ARDAHAN (Danışman)

Üye: : Prof.Dr. Ayla Bayık TEMEL

Üye: Yrd. Doç. Dr. Fahriye Vatan

Yüksek Lisans Tezinin kabul edildiği tarih:13.04.2011.....

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜNÜN İNCELENMESİ

Hemşirelik Programı
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi

Hazırlayan
Fethiye Yelkin ALP

TEZ DANIŞMANI
Yrd. Doç. Dr. Melek ARDAHAN

İZMİR
2011

ÖNSÖZ

Halk sağığı bakış açısıyla, sağığı hizmetlerinin temel amacı, toplumun ihtiyacı olan farklı sağığı hizmetlerini, hastanın istediğı kalitede, istediğı zamanda ve mümkün olan en düşük maliyetle sunmaktır. Hastaya zarar vermeden sağığı hizmeti sunmak, hizmeti verenlerin öncelikli konusu olmalıdır. İstatistikler incelenildiğinde, hasta güvenliğı konusunun ciddi bir halk sağığı sorunu olduğı görölmektedir. Hasta güvenliğinin kurum kültürünün bir parçası olmasının önündeki engeller, etkin bir liderlik anlayışı ile ortadan kaldırılabilir. Güvenli bakım için, doğrudan hasta bakımından sorumlu sağığı çalışanları, özellikle de hemşirelerin hepsi birer lider olmak zorundadır. Hasta güvenliğı konusunda saptanan sonuçlar, buzdağının görünen yüzüdür. Buzdağının altında kalan görünmeyen yüzünün görünür hale getirilmesi önemli süreçlerden biri olmalıdır.

Hasta Güvenliğı Kültürü konusunda ayrıntılı bilgilerin yer aldığı araştırma, birinci ve ikinci basamak sağığı hizmetlerinde çalışanların hasta güvenliğı kültürünün belirlenmesi amacı ile yapılmıştır. Tezimin planlanması ve gerçekleştirilmesi aşamasında bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, değerli danışmanım Yrd. Doç. Dr. Melek Ardahan'a, tezimi inceleyerek fikirler veren Prof. Dr. Ayla Bayık Temel'e ve Yrd. Doç. Dr. Fahriye Vatan'a teşekkür ederim. Araştırmamı yürüttüğüm Anabilim dalı Başkanlıklarına bağığı kliniklerde ve Aile Sağığı Merkezlerinde görevli sağığı personeline, araştırmama gönüllü katılarak araştırmamı gerçekleştirmeme fırsat verdikleri için ve ayrıca istatistiksel analizleri yapmamda bana yardımcı olan istatistik uzmanı Hatice Uluer'e teşekkür ederim. Ayrıca, bu tezin hazırlanmasında desteklerini ve sabırlarını esirgemeyen sevgili annem Nüzhet Alp ve aileme teşekkür ederim.

Fethiye Yelkin ALP

İZMİR- 2011

İÇİNDEKİLER	
	SAYFA NO
Önsöz	iii
İçindekiler	iv
Tablolar Dizini	vii
Grafikler Dizini	ix
BÖLÜM I	
GİRİŞ	
1.1. Problemin Tanımı	1
1.2. Araştırma Sorusu	6
1.3. Araştırmanın Amacı.....	6
1.4. Hipotezler.....	6
1.5. Araştırmanın Önemi.....	6
1.6. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	9
1.7. Tanımlar.....	9
1.8. Genel Bilgiler	10
1.8.1. Kültür Kavramı	10
1.8.2. Kurum Kültürü.....	11
1.8.2.1.Kurum Kültürünün Oluşumu ve Gelişimi.....	12
1.8.2.2. Kurum Kültürünün Yararları.....	14
1.8.2.3. Kurum Kültürü ve Kurumsal Öğrenme.....	15
1.8.3. Güvenlik Kültürü ve Hemşirelikte Risk Yönetimi.....	17
1.8.4. Hasta Güvenliği Kültürü.....	21
1.8.4.1. Hasta Güvenliği Yaklaşımları.....	22
1.8.4.2.Küresel Hasta Güvenliği Mücadelesi	24
1.8.5.Hasta Güvenliği Kültürünün Ölçülebilir Hale Getirilmesi.....	28
1.8.5.1.Hasta Güvenliği İhlallerine Neden Olabilecek Faktörler.....	31
1.8.5.2.Hasta Güvenliği Kültürünün Oluşmasına Engel Olan Faktörler.....	33
1.8.5.3.Hasta Güvenliğini Sağlamada Sağlık Yöneticilerinin Rolü.....	34
1.8.5.4.Hasta Güvenliğini Sağlamada Türkiye’de Yasal Durum ve Sağlık Çalışanlarının Rolü	37

BÖLÜM II	
GEREÇ ve YÖNTEM	
2.1. Araştırmanın Tipi.....	52
2.2. Veri Toplamada Kullanılan Gereçler.....	52
2.2.1. Sağlık Çalışanlarının Sosyodemografik Özellikleri, Tıbbi Hatalara İlişkin Görüş ve Tutumlarını İçeren Anket Formu.....	52
2.2.2. Sağlık Çalışanları Hasta Güvenliği Kültürü Anket Formu.....	52
2.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	55
2.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	55
2.5. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler.....	58
2.6. Veri Toplama Yöntemi ve Süresi.....	58
2.7. Verilerin Analizi	59
2.8. Süre ve Olanaklar	60
2.9. Araştırmanın Etiği	60
2.10. Araştırma Sırasında Yaşanan Deneyimler ve Karşılaşılan Güçlükler	61
BÖLÜM III	
BULGULAR	
3.1. Sağlık Çalışanlarının Sosyodemografik Özelliklerinin İncelenmesi.....	63
3.2. Sağlık Çalışanlarının Mesleki Özelliklerinin İncelenmesi.....	67
3.3. Sağlık Çalışanlarının Tıbbi Hata ve Hasta Güvenliği Konusundaki Görüş ve Tutumlarının İncelenmesi.....	73
3.4. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışanların Hasta Güvenliği Kültürünü Algılamalarının İncelenmesi.....	81
3.5. İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışanların Hasta Güvenliği Kültürünü Algılamalarının İncelenmesi.....	102
3.6. Birinci Basamak ve İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışanların Hasta Güvenliği Kültürünü Algılamalarının İncelenmesi.....	123
3.7. İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışanların Çalıştıkları Birimlere Göre Hasta Güvenliği Kültürünü Algılamalarının İncelenmesi.....	142
BÖLÜM IV	
TARTIŞMA	
4.1. Sağlık Çalışanlarının Sosyodemografik Özelliklerinin İncelenmesi.....	159

4.2.Sağlık Çalışanlarının Mesleki Özelliklerinin İncelenmesi.....	161
4.3. Sağlık Çalışanlarının Tıbbi Hata ve Hasta Güvenliği Konusundaki Görüş ve Tutumlarının İncelenmesi.....	163
4.4.Birinci Basamak ve İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışanların Hasta Güvenliği Kültürünü Algılamalarının İncelenmesi.....	168
BÖLÜM V	
SONUÇ ve ÖNERİLER	
5.1. SONUÇLAR	177
5.2. ÖNERİLER	181
BÖLÜM VI	
ÖZET VE ABSTRACT	
6.1. ÖZET	183
6.2.ABSTRACT.....	185
BÖLÜM VII	
KAYNAKLAR.....	187
EKLER	
EK-1 Sağlık Çalışanlarının Sosyodemografik Özellikleri, Tıbbi Hatalara İlişkin Görüş ve Tutumlarını İçeren Anket Formu.....	193
EK-2 Sağlık Çalışanları Hasta Güvenliği Kültürü Anket Formu	196
EK-3 Bilgilendirilmiş Olur Formu	199
EK-4 Etik Kurul İzni.	200
EK-5 İl Sağlık Müdürlüğü İzni	201
EK-6 Tıp Fakültesi Başhekimliği ve Klinik Anabilim Dalları İzinleri.....	203
EK-7 Öğretim Görevlisi Emel Filiz'den Gelen İzin.....	214
ÖZGEÇMİŞ.....	215

TABLOLAR DİZİNİ	
	Sayfa No
1. Olay Raporları Başlıkları.....	20
2. Hata Kategorileri.....	31
3. Hasta Güvenliği Kültürü Anketi Alt Alanlarının Güvenilirlik Analizi	54
4. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışanların Aile Sağlığı Merkezlerine Göre Dağılımı	56
5. İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışanlarda Örneklem Seçimi.....	58
6. Araştırmanın Zamanlanması.....	62
7. Sağlık Çalışanlarının Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	64
8. Sağlık Çalışanlarının Mesleki Özelliklerine Göre Dağılımı.....	71
9. Sağlık Çalışanlarının Kendi Sağlıklarıyla İlgili Tutumları ve Tıbbi Hatalarla İlgili Kişisel Deneyimlerine Göre Dağılımı	74
10. Sağlık Çalışanlarının Tıbbi Hata ile İlgili Düşüncelerine Göre Dağılımı.....	75
11. Sağlık Çalışanlarının Hasta Güvenliği, Tıbbi Hata ve Olay Raporlama Konularındaki Düşünce ve Yorumları.....	80
12. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışanların Hasta Güvenliği Kültürü Anketinin Alt Alanlarına Verdikleri Olumlu Cevapların Ortalamaları (%Ort).....	83
13. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışanların Hasta Güvenliği Kültürü Anketi Maddelerine Verdikleri Olumlu Cevapların Yüzdeleri(%)......	84
14. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışanların Hasta Güvenliği Derecesi ile İlgili Cevaplarının Mesleklerine Göre Dağılımı.....	95
15. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışanların Hasta Güvenliği ile İlgili Hatalı Olay Raporlama Durumlarının Mesleklerine Göre Dağılımı.....	95
16. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışanların Hasta Güvenliği Kültürü Anketinin Alt Alan ve Maddelerine Verdikleri Olumlu Cevapların Ortalamaları ile Benchmark Ortalamasının Karşılaştırılması(% Ort±SS).....	96
17. İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışanların Hasta Güvenliği Kültürü Anketinin Alt Alanlarına Verdikleri Olumlu Cevapların Ortalamaları (%Ort).....	104
18. İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışanların Hasta Güvenliği Kültürü Anketi Maddelerine Verdikleri Olumlu Cevapların Yüzdeleri (%)......	105

19. İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışanların Hasta Güvenliği Derecesi ile İlgili Cevaplarının Mesleklerine Göre Dağılımı.....	116
20. İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışanların Hasta Güvenliği ile İlgili Hatalı Olay Raporlama Durumlarının Mesleklerine Göre Dağılımı.....	116
21. İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışanların Hasta güvenliği Kültürü Anketinin Alt Alan ve Maddelerine Verdikleri Olumlu Cevapların Ortalamaları ile Benchmark Ortalamasının Karşılaştırılması(% Ort±SS).....	117
22. Birinci Basamak ve İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışanların Hasta Güvenliği Kültürü Anketinin Alt Alanlarına Verdikleri Olumlu Cevapların Ortalamaları (%Ort).....	125
23. Birinci Basamak ve İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışanların Hasta Güvenliği Kültürü Anketinin Maddelerine Verdikleri Olumlu Cevapların Yüzdeleri(%).....	127
24. Birinci Basamak ve İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışanların Hasta Güvenliği Derecesi ile İlgili Cevaplarına Göre Dağılımı.....	141
25. Birinci Basamak ve İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışanların Hasta Güvenliği ile İlgili Hatalı Olay Raporlama Durumlarına Göre Dağılımı	141
26. İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışanların Çalıştıkları Birimlere Göre Hasta Güvenliği Kültürü Anketinin Alt Alanlarına Verdikleri Olumlu Cevapların Ortalamaları (%Ort).....	144
27. İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışanların Çalıştıkları Birimlere Göre Hasta Güvenliği Kültürü Anketinin Maddelerine Verdikleri Olumlu Cevap Yüzdeleri (%).....	145
28. İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışanların Çalıştıkları Birimlere Göre Hasta Güvenliği Derecesi ile İlgili Cevaplarının Dağılımı	157
29. İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışanların Çalıştıkları Birimlere Göre Hasta Güvenliği ile İlgili Hatalı Olay Raporlama Durumlarının Dağılımı.....	158

GRAFİKLER DİZİNİ	
	Sayfa No
Grafik1.Birinci ve İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışanlara Göre Tıbbi Hata Sebeplerinin Dağılımı.....	77
Grafik2.Birinci ve İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışanların Tıbbi Hata Durumunda Tutumlarına Göre Dağılımı.....	78
Grafik3.Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışanların Hasta Güvenliği Kültürü Anketi Alt Alan Olumlu Cevap Ortalamaları, Benchmark Ortalaması ve Konya Örnekleme Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	101
Grafik4.İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışanların Hasta Güvenliği Kültürü Anketi Alt Alan Olumlu Cevap Ortalamaları, Benchmark Ortalaması ve Konya Örnekleme Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	122
Grafik5.Birinci ve İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışanların Hasta Güvenliği Kültürü Anketi Alt Alan Olumlu Cevap Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	140

BÖLÜM I

GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı

Hasta güvenliği, sağlık hizmetlerinde meydana gelebilecek hatalar nedeniyle kişilerin uğrayacağı zararları önlemek amacıyla sağlık kuruluşları ve bu kuruluşlarda çalışanlar tarafından alınan önlemlerdir. Hasta güvenliğinde amaç, hizmet süreçlerindeki önlenebilir nitelikteki basit hataların hastalara zarar vermesini engellemektir. Bu amaç doğrultusunda, hataların hastaları etkilemesinden önce tespit edilip kayıt altına alınmasını ve düzeltilmesini sağlayacak önleyici faaliyetler yapılandırılmalıdır. Ayrıca, yönetim sistemlerinin insan hatalarını önleyecek şekilde tasarlanması gerekmektedir. Sistemler hataya açık ise, güvenlikle ilgili şartlara uygun olarak çalışmak çoğu zaman mümkün olamayacaktır (2,3,5,6,19).

Hata yapmak insanın doğasının gereğidir ve değiştirilemez. Ancak insanların çalıştığı koşullar değiştirilebilir ve geliştirilebilir. Karmaşık sistemlerde insan hataları sorunu, yıllardır tartışma konusu olmuştur. Hastane güvenlik iklimi önleminin yaratılması üretim, hizmetler ve havacılık hizmetlerinde iklimin güvenliği hakkında literatür taraması yapılması ile başlamıştır. Güvenlik ikliminin boyutları, sağlık alanında yapılan teorik ve ampirik çalışmalardan da faydalanılarak ortaya konulmuştur. Havacılık endüstrisinde sistem hataları çok basit bir nedenden dolayı hemen kamuoyunda gündeme gelebilmektedir. Havacılık kazalarının dikkat çekmesinin en büyük nedeni, çok sayıda insan ve kaynak kaybına yol açmasındandır. Kazalar ve komplikasyonlar sağlık alanında da yaygın olup, ölümcül sonuçlara neden olabilmektedir. Ancak bu tür olaylar nadiren gerçekleşmektedir ve sonuçları havacılık kazalarındaki kadar dramatik değildir. Sağlık

kurumlarındaki hataların kamuoyunun dikkatini çekmesi ancak 1990'lerden sonra olmuştur. Tıbbi müdahale sırasındaki hata ve kazalardan dolayı hastaların yaralanmasına yol açan tıbbi kazalar (ters olaylar), insan hatasından, veya teknolojik hatalardan veya bunların oluşturduğu sistemler bütününden kaynaklanabilmektedir (10,35,57).

Hasta güvenliğine yönelik yapılan araştırmalarda genellikle tıbbi hatalara yönelik istatistiksel sonuçlar verilmektedir, hasta güvenliğini sağlamaya yönelik oluşturulan programlarda da bu tıbbi hataları önlemek için çözümler aranmaktadır. Yapılan bir araştırmada tıbbi hata yapıldığına inananların oranının Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde %34, Kanada'da %30, Avustralya'da %27, Almanya'da %23, İngiltere'de %22 olduğu saptanmıştır (18, 59).

ABD'deki hastanelerde hasta güvenliğiyle ilgili olaylar, 2003 ile 2005 yılları arasında %3 oranında artış göstermiş ve bu alanda en iyi hastaneler ile en kötü hastaneler arasındaki fark büyüklüğünü korumuştur. Yaklaşık 5000 hastanedeki 40 milyondan fazla kayıdın incelendiği, dördüncüsü yayınlanan Hasta Güvenliği Çalışmasına göre, çalışmanın yapıldığı üç yıllık sürede 1.16 milyon hasta güvenliği olayı meydana gelmiştir. Bu da %2.86'lık insidans anlamına gelmektedir. Bu tıbbi hatalardan 247662'si ölümle sonuçlanmıştır. Buna göre hasta güvenliği ile ilgili bir olaya maruz kalan hastalardan yaklaşık %25'inin ölme riski bulunmaktadır. Bu dönemde yaşanan olayların maliyeti ise 8.6 milyar doları bulmaktadır. Araştırma bulgularına göre, eğer bütün hastaneler üst düzey hastaneler gibi hizmet verebilmiş olsalar, hasta güvenliği ile ilgili 206.286 olay, 34393 ölümün önlenebileceği ve sağlık harcamalarında yaklaşık 1.74 milyar dolar tasarruf sağlanacağı belirtilmektedir (14).

Yine Amerika'da yayınlanan diğer bir rapora göre, "Medicare" popülasyonunda bulunan hastalarda 2000 ile 2002 yılları arasında 37 milyon hastaneye yatışta 1.14 milyon (%3.08) hasta güvenliği ihlali saptanmıştır. Bu rapora göre Amerikan hastanelerinde bir

yılda 195.000 hastanın önlenabilir hatalardan dolayı ölebileceği öngörülmektedir. Tıp Enstitüsü'nün (Institute of Medicine (IOM) 2000 yılında yayınladığı raporda ise ABD'de her yıl 98.000 kişinin tıbbi hatalar nedeniyle hayatını kaybettiği ileri sürülmektedir. Aynı rapora göre ABD'de her yıl hastanede yatan 7000 kişi önlenabilir ilaç hatasına bağlı olarak hayatını kaybetmektedir. Yine IOM tarafından yayınlanan “Tıbbi Hataları Önleme” (Preventing Medication Errors) , adlı rapora göre; ABD'de her yıl 1.5 milyon önlenabilir ilaç yan etkisi meydana gelmektedir. İlaç hatalarına bağlı ekonomik kayıp ise, 2006 yılında yaklaşık olarak 3.5 milyar dolardır (12).

Amerika'da yıllık yaklaşık 1.5 milyar kişi birinci basamak sağlık hizmetlerine başvurmaktadır. Yapılan çalışmalar, birinci basamak sağlık hizmetlerinde ciddi hasarların getirdiği yükün ve medikal hata sonucu ölümlerin azımsanmayacak kadar çok olduğunu göstermektedir. Hekimlerin uygulamalarda farkına vardıkları hatalar ile farklı ülkelerden kaynak olarak gösterilen bilgiler arasında çarpıcı benzerlikler olduğu görülmektedir. Bu araştırmaların çoğu, birinci basamak sağlık hizmetlerinde meydana gelen hata tiplerinin, sıklığı ve miktarı ile ilgili sınırlı fakat önemli veriler sağlayan, doktorlar tarafından bildirilen hatalar üzerine odaklanmıştır. Raporların çoğu doktorlar tarafından gönüllülük ve gizlilikle yapılmıştır. Buna karşın çok fazla raporlanmamış vaka mevcuttur (46).

Avrupa'ya baktığımızda, Almanya'da her sene, 25.000 kişi yanlış uygulamalar nedeniyle ölmektedir. Genel Hasta Derneği'nin yapmış olduğu, 2006 yılında yayınlanan, "tıbbi meslek hataları" üzerine yapılan araştırma sonuçlarına göre; 10 000 kişi servislerdeki hijyen eksikliğinden, 6000 kişi yanlış ilaç verilmesinden ve/veya hiç ilaç verilmemesinden, 2000 kişi gereksiz ya da ilgisiz radyoloji istemlerinin yarattığı zararlı etkilerden, 7000 kişi ise sıklıkla, anestezi, kadın doğum, cerrahi ve ortopedi uzmanlık alanlarında gerçekleşen tıbbi yanlış uygulama hatalarından dolayı ölmektedir (14).

Tıbbi hataların başka ülkelerin de sorunu olduğu çalışmalarla gösterilmiştir. Yetişkin

hastalarla altı ülkede yapılan bir çalışmada hastaların tıbbi hata deneyimi oranının ABD’de % 34, Kanada’da % 30, Avustralya’da % 27, Yeni Zelanda’da % 25, Almanya’da % 23 ve Birleşik Krallık’ta % 22 oranında olduğu belirlenmiştir. New York’ta toplumda yapılan bir araştırmada yetişkinlerin tıbbi hataya maruz kalma oranı %21 bulunmuştur. Başka bir çalışmada hekimlerin %35’inin, toplumun % 42’sinin kendilerinin veya aile bireylerinden birinin tıbbi hataya maruz kaldığı, bu hataların önemli bir bölümünün ciddi hatalar olduğu bildirilmiştir (14,51).

Çalışanlar açısından bakıldığında, Sağlık Araştırmaları ve Kalite Ajansı (Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) tarafından desteklenen bir çalışmaya katılan doktorların çoğu, herhangi bir tıbbi hataya neden olduklarını belirtmiştir. Doktorların %56’sı ciddi bir tıbbi hataları olduğu ya da böyle bir hatada yer aldıklarını, %76’sı küçük tıbbi hataları olduğunu ve %66’sı da neredeyse hata yapmak üzere olduklarını ifade etmişlerdir. Katılımcıların yarısından fazlası (%54) tıbbi hataların bireylerin başarısızlıklarından değil, sağlık sistemindeki sorunlardan kaynaklandığını ifade etmişlerdir (1).

Türkiye’de İstanbul’da 2010 yılında yapılan Eğitim ve Araştırma Hastaneleri ile Devlet Hastanelerinde çalışanların hasta güvenliği kültürü algılamasını karşılaştıran bir çalışmanın sonuçlarına göre “Hasta Güvenliği Derecesi” Devlet Hastanelerinde %74 iken Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde %52 olarak tespit edilmiştir. Bu çalışmada “Hastane Yönetiminin Hasta Güvenliği Desteği” Devlet Hastanelerinde %63 iken Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde %47 olarak saptanmıştır. Ankara’da 2010 yılında yapılan Eğitim ve Araştırma Hastanesi sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürü algılaması çalışması sonuçlarına göre; hasta güvenliğine ilişkin olarak sağlık çalışanları tarafından yapılan değerlendirmenin %45 olduğu, %73’ünün özellikle birim içerisinde ekip çalışmasına önem verildiği, %48’inin yapılan hatalar sonucu ceza almaktan korkmadığı saptanmıştır.

Giresun’da 2010 yılında Devlet Hastanesinde çalışanların hasta güvenliği kültürü algılamasını inceleyen bir çalışmanın sonuçlarına göre “Hasta Güvenliği Derecesi” Devlet Hastanesinde %57 olarak saptanmıştır. Ancak çalışanlar hata bildiriminde bulunmamaktadır. Çalışanların %58’i hatalardan dolayı suçlanacaklarını ve %43’ü yaptıkları hataların kişisel dosyalarında muhafaza edileceğini düşünmektedir (7,15,33).

Hastane yönetim sisteminde kurum kültürü, kalite kültürü ve hasta güvenliği kültürünün oluşması birbirini tamamlayıcı birer unsurdur. Sistemlerin hasta güvenliği odaklı olarak geliştirilmesi için, içinde bulunulan kurum kültürü, organizasyon yapısı ve yönetim anlayışının hasta güvenliği çerçevesinde oluşturulması gerekmektedir (5,6,14,19). Tehlike unsurunun yüksek olduğu endüstrilere örnek oluşturan sağlık sektöründe güçlü güvenlik kültürleri, insan hayatına mal olabilecek tıbbi hataları önleme potansiyeline sahiptir (50,60,61).

Tıbbi hatalar, hastanın yatış süresinde uzama, mortalite ve morbiditede artış, hasta ve yakınlarının psikolojik rahatsızlıkları gibi sonuçlar doğurabilmekte, hatalardan sağlık çalışanları da olumsuz etkilenmektedir. Tıbbi hatalar sadece hastanelerde yaşanmamaktadır. Doktorun muayenehanesinde, evde, huzurevlerinde ve polikliniklerde yaşanan hataların prevalansı hakkında yeterli veri bulunmamaktadır. DSÖ Ekim 2007’de Cenevre’de Avrupa Komisyonunun desteklediği uluslararası konferansta her yıl Dünya’da tahminen 10 milyon insanın önlenebilir tıbbi uygulamalar sebebiyle sakatlandığını veya öldüğünü vurgulayarak hasta güvenliği konusunda daha fazla araştırma yapılması çağrısında bulunmuştur. Ülkemizde bu konu ile ilgili farkındalığı artırmak ve bölgesel olarak sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürü düzeylerini tanımlamak önemlidir (19,67).

1.2. Araştırma Sorusu

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların hasta güvenliği kültürü ile ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların hasta güvenliği kültürü farklı mıdır?

1.3. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın yakın amacı, birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekim ve hemşirelerin hasta güvenliği kültürünün belirlenmesidir. Uzak amacı da, kurum yönetimlerinin güvenlik kültürü politikalarını belirlemelerinde dikkat edecekleri hususları saptamalarına yardımcı olmaktır.

1.4. Hipotezler

H-1. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların hasta güvenliği kültürü yüksektir.

H-2. İkinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların hasta güvenliği kültürü yüksektir.

H-3. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekim ve hemşirelerin hasta güvenliği kültürü arasında fark vardır.

H-4. İkinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekim ve hemşirelerin hasta güvenliği kültürü arasında fark vardır.

H-5. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların hasta güvenliği kültürü ile ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların hasta güvenliği kültürü arasında fark vardır.

H-6. İkinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların çalıştıkları birime göre hasta güvenliği kültürü arasında fark vardır.

1.5. Araştırmanın nemi

Günümüzün en karmaşık yapıdaki işletmeleri olan hastanelerde sunulan sağlık hizmetleri, bir yandan tüm ağdaş toplumlarda bireylerin doğuştan elde ettikleri bir hak

olması yanında diğ er yandan da o   lkenin gelişmişlik ve kalkınma düzeyini yansıtan bir ölçüt durumundadır. Sanayi işletmelerinde yönetimdeki yanlış kararlar, en kötü ihtimalle üretimde azalma veya maddi zarar ile sonuçlanırken, sağlık kuruluşları yönetimindeki kararlar toplumun sağlık düzeyinde bozulma ve insan hayatının kalitesinde azalma ile sonuçlanabilmektedir. Sağlık sektöründe sunulan hizmet yüksek güvenilirliğe sahip olmalıdır. Bu sektörde sunulan hizmetin diğ er hizmetlere oranla daha yüksek kalitede olması gerekmektedir. Çalışanlar tarafından yapılacak küçük bir hata, bazen öldürücü olabilen sonuçlara yol açabilmektedir. Bu nedenle bu sektörde hedeflenen başarı düzeyi “sıfır hata” olmalıdır (5,6,14,19).

Sağlık, insan yaşamının sürdürülmesinde, yaşam kalitesinin oluşturulmasında ve korunmasında özel bir öneme sahiptir. Sağlık hizmetleri tüm ülkelerin öncelikli konusu olmakla birlikte, hizmetin sunumu sırasında yaşanan tıbbi hatalar hem sağlık çalışanlarını hem de hastaları olumsuz şekilde etkilemektedir. Hasta güvenliği zengin-yoksul tüm ülkelerin önemli bir sorunudur ve karşı karşıya olunan risk sağlık hizmetlerinin pek çok y n  ile ilişkilidir. Hastaların daha güvenli bakım alabilmeleri için pek çok ülkede giderek artan çalışmalar yapılmasına rağmen henüz çok sınırlı başarılar elde edilebilmiştir. Hasta güvenliğine yönelik çalışmaların başarıya ulaşabilmesi, öncelikle sorunun boyutunun büyüklüğüne ilişkin farkındalığı artırmak, daha sonra da hatalardan öğrenmeyi kolaylaştıracak, suçlayıcı ve cezalandırıcı olmayan bir kültür geliştirmekle mümkün olabilecektir (19).

Sağlık hizmeti sunan her türlü organizasyon aslında son derece kompleks yapılanmaları değişik sağlık profesyonelleri ile farklı ve karmaşık süreçli organizasyonlardır. Bu karmaşık ve uğraştığı alan insan sağlığı olan kuruluşlar bazen insan gücü ve alt yapı açısından çok da şanslı olmayabilir. Dolayısıyla bu kadar kritik işlevi ve rolü olan bu kurumlarda gerek hizmet veren sağlık personelinin eğitim eksikliği ,beceri

yetersizliği, gerekse alt yapı ve süreçlerdeki bazı yetersizlikler nedeni ile sıklıkla tıbbi hataların görölme olasılığı söz konusudur. Ayrıca personelin iş yükü de hataların ortaya çıkmasında bir diğer nedendir. Günün yirmi dört saatinde hizmet sunan bu kuruluşlarda personel değişik vardiyalarda çalışmak zorunda kalmakta bu da çalışanların çalışma koşullarını ve iş yüklerini etkilemekte, hataların artışına yol açmaktadır. Bu arada özellikle üniversite hastanesi olarak görev yapan hastanelerde öğrenci ve asistan eğitimi de söz konusu olduğundan eğitim döneminde olan bu kişilerin uygulamaları sırasında mutlaka uzmanların gözetiminde hizmeti sunuyor olsalar da tıbbi hataların artışının önüne geçilememektedir (6).

Halk sağlığı bakış açısıyla, sağlık hizmetlerinin temel amacı toplumun ihtiyacı olan farklı sağlık hizmetlerini, hastanın istediği kalitede, istediği zamanda ve mümkün olan en düşük maliyetle sunmaktır. Bireyin istemlerini karşılamaya yönelik hizmetlerde kalite, verimlilik, ulaşılabilirlik ve ekonomik açıdan elde edilebilir olma gibi özellikler aranmaktadır. Hızla değişen teknoloji, artan maliyetler, artan hasta şikayetleri ve yaygınlaşan iyi bakım talepleri sağlık hizmetlerinin daha karmaşık bir yapıya bürünmesine yol açmıştır. Hastaya zarar vermeden sağlık hizmeti sunmak, hizmeti verenlerin öncelikli konusu olmalıdır. Hasta güvenliği konusu son yıllarda büyük önem kazanmaya başlamıştır. İstatistikler incelendiğinde bu konunun ciddi bir halk sağlığı sorunu olduğü görölmektedir. Hasta güvenliğinin kurum kültürünün bir parçası olmasının önündeki engeller, etkin bir liderlik anlayışı ile ortadan kaldırılabilir. Ancak liderler olarak sadece tepe yöneticiler düşünölmemelidir. Güvenli bakım için doğrudan hasta bakımından sorumlu sağlık çalışanları, özellikle de hemşirelerin hepsi birer lider olmak zorundadır. Hemşireler, sağlık kurumlarında merkezi bir role sahiptir; hasta güvenliği stratejilerini oluşturmak ve sürdürmek konusunda ideal bir pozisyonları vardır (31,32,63). Hasta güvenliği, tıpta kötü yönetimden kaynaklanan sakatlanmalardan hastaları korumaya

yönelik süreçleri kapsamaktadır. Hasta güvenliğinin sağlanması ile tıbbi kazalar önlenecektir.

1.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma yeri, birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetleri ile sınırlıdır. Üçüncü basamak sağlık hizmetleri kapsamındaki rehabilitasyon kurumları araştırmaya dahil edilmemiştir. Çalışma evreninin bu şekilde sınırlandırılmasının nedeni, öncelikle İzmir genelinde bir örnekleme çalışmak için yeterli zamanın ve finansman kaynağının olmayışıdır. Çalışmanın ikinci basamak sağlık hizmetleri kısmının Ege Üniversitesi'nde yapılmasının nedeni araştırmacının bu hastanede çalışması, hastanenin akreditasyon hazırlığı yapması ve hasta güvenliğinin önemli bir akreditasyon kriteri olmasıdır. Ayrıca Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı kliniğinden araştırmanın yapılması için onay alınamaması ve Acil Tıp Anabilim Dalında iş yoğunluğundan dolayı sağlık çalışanlarına ulaşılamaması araştırmanın diğer sınırlılıklarıdır.

1.7. Tanımlar

Benchmark: Sağlıkta kalite araştırmalarında kullanıldığı gibi, işletme ve bankacılık alanında da kullanılan, ölçüm ve karşılaştırma kriteridir. Bir başka deyişle, iki değişkenin karşılaştırılarak değerlendirilmesidir (5,6,11).

Güvenlik: Tehlikeden uzak olma halidir (5,6,14,22).

Hasta: Sağlığı bozuk olan, esenliği yerinde olmayan, sağlık bakımı alan kişidir (5,19).

Hasta güvenliği: Sağlık bakımı ile ilişkili olarak hastanın gereksiz zarar veya olası zarar görme durumundan uzak olması şeklinde tanımlanmıştır (2,3,19,22).

Hata: Yanlış bir plan yapılması veya planlanmış bir eylemin yanlış yürütülmesidir. İhlal etme, bir işlemin sürecinden, standardından veya kurallarından kasıtlı olarak sapmadır. Hata ve ihlallerin her ikisi de gerçekte olay meydana gelmese de riski artıran durumlardır (5,14,19,22).

Kılpayı: Çok yakın olduğu halde zarara sebep olmayan olaydır (5,6,19,22).

Olay (hasta güvenliği olayı): Hastanın zarar görmesine sebep olan veya zarar görmesi şeklinde sonuçlanan durumdur (3,4,19,22).

Risk: Bir olayın meydana gelebilme ihtimalidir (5,6,19,22).

Tehlike: Riske götürebilecek ya da riski artırabilecek hareket, etmen ya da koşuldur (19,67).

Ters olay(advers event): Hastada bir zararın meydana gelmesini doğuran olaydır (2,14,19).

Zarar: Vücudun işlevinin ya da yapısının bozulması veya bundan dolayı sağlığa zararlı bir etkinin olmasıdır. Zarar; hastalık, yaralanma, acı, sakatlık ve ölüm hallerini içerir, fiziksel, sosyal veya psikolojik olabilir (19,67).

1.8. Genel Bilgiler

1.8.1. Kültür Kavramı

Kültür, Latince bir sözcüktür ve sözcük anlamı; el değmemiş doğanın, insan aklı ve yapıcılığıyla işlenmesi ve yararlı hale gelmesidir. Kültürün en klasik tanımını ise E.B.Taylor yapmıştır. Taylor'un bu tanımı, yapılmış tüm tanımlar arasında en çok başvurulanı ve en çok söz edileni olmuştur. Taylor'a göre kültür; bir toplumun üyesi olarak insanoğlunun öğrendiği bilgi, inanç, ahlak, hukuk, sanat, gelenek-görenekleri ve benzeri alışkanlıkları içine alan karmaşık bir bütündür. Ona göre, insanın kendinden sonrakilere aktarılmak üzere öğrettiği her şeyi kapsamaktadır (58).

Birçok araştırmacı tarafından farklı tanımları yapılan kültürün özellikleri genel olarak şu şekilde sıralanabilir :

- Kültür, öğrenilmiş davranışlar topluluğudur.
- Kültür, tarihidir ve süreklidir.
- Kültür, toplumca benimsenmiştir ve toplumun yaşam biçimidir.
- Kültür, toplumun üyelerince paylaşılmıştır.

- Kültür, ideal ya da idealleştirilmiş kurallar sistemidir.
- Kültür, insanın biyolojik ve psikolojik ihtiyaçlarını giderici yapıdadır.
- Kültür, bütünleştirici bir eğilime sahiptir.
- Kültür durgun olduğu kadar devamlıdır ve değişebilir. Bu değişim, teknolojik ve ekonomik faktörler, fiziki  evre faktörleri, başka kültürlerle temas, kültürün kendi gelişimidir (24).

1.8.2. Kurum Kültürü

Kurum kültürü kavramı, oldukça yeni bir kökene sahiptir. Özellikle 1980’li yılların başından itibaren üzerinde durulan bu kavram, genel olarak organizasyon içindeki işlerin yapılış ve yürütülüş biçimini ifade eder. Bir başka kaynakta kurum kültürü, “aynı kurumda çalışanların tutum, inanç, varsayım ve beklentileri ile, bireylerin davranışlarını ve bireyler arası ilişkileri belirleyen faaliyetlerin nasıl yürütüldüğünü gösteren normlar denetimidir” şeklinde tanımlanmıştır (57).

Kurum kültürü hakkında çok çeşitli tanımların olması nedeniyle, bu tanımlardaki ortak noktaları şöyle özetlemek mümkündür:

- Kurum kültürü, öğrenilmiş veya sonradan oluşturulmuş bir olgudur.
- Kurum kültürü, yazılı bir metin halinde değildir. Kurum  yelerinin düşünce yapılarında, bilinç ve belleklerinde inanç ve değerler olarak yer alır ve üyelerin örgüte bağlılıklarını artırır.
- Kurum kültürü, grup  yeleri arasında paylaşılır olmalıdır.
- Kurum kültürü, düzenli olarak tekrarlanan veya ortaya çıkarılan davranışsal kalıplar şeklinde dir.
- Kültür, kurum  yeleri için bir kimlik oluşturur.
- Kültür, bir kurumu diğer kurumlardan ayıran sınırı çizer.
- Kurum kültürü, üyeler için kontrol mekanizmasıdır (43,57).

1.8.2.1. Kurum Kültürünün Oluşumu ve Gelişimi

Kurum kültürünün oluşumunda kurumsal sosyalizasyon, yeni çalışanların kültüre katılabilmeleri için kullanılan, sistematik bir süreçtir. Sosyalizasyon teriminin genel anlamı, bir toplumdaki yaşlı üyelerin, genç üyelerin o toplumda daha iyi işlev görmesi için toplumsal ustalık ve bilgilerini, bu genç üyelere aktarmasıdır. Kurumsal sosyalizasyon da, kıdemli yöneticilerin işe yeni giren çalışanlara kültürü aktarması, böylece kurum içindeki görev ve rollerin daha etkin bir şekilde gerçekleştirilmesini sağlamaktır. Sosyalizasyon sayesinde işe yeni girenler kurumda işlerin nasıl yürüdüğünü daha iyi anlayabilirler. Bunun için de, grup halinde çalışmayı öğrenme, bölümsel ve kurumsal değerleri kavrama, kurallar, prosedürler ve normları öğrenme, iş ve sosyal ilişkileri geliştirme ve yeni işlerini gerçekleştirebilmek için yetenek ve bilgilerini nasıl geliştireceklerini öğrenme vardır (37,52,71).

Sosyalizasyon süreci toplam yedi adımdan oluşmaktadır:

1. Giriş seviyesindeki elemanların doğru seçimi: Standart prosedürler kullanılarak, istenen performans seviyesini yakalayabilecek elemanların seçimi yapılmaya çalışılır. Burada  zel eğitimli kişiler tarafından yapılan mülakatlar sonunda, adayların kişilikleri ve kişisel değerlerinin kurum kültürüne uyup uymayacağı anlaşılmaya çalışılır. Yapılan araştırmalar göstermiştir ki, kültür hakkında gerçekçi bir öngörüye sahip kişiler, işlerinde daha başarılı olmaktadır (71).

2. İşe yerleştirme: Yeni personel seçildikten sonra, bu kişilere birtakım önceden planlanmış deneyimler yaşatılır, böylece bu kişilerin kurumun değerlerini ve normlarını kabul edip edemeyecekleri anlaşılmaya çalışılır. Örneğin, güçlü kültürü olan birçok işletme, yeni elemanlarını yapabileceklerinden daha fazla iş vermek yoluyla onları denerler. Bu deneyimlerin amacı yeni gelene ne kadar iyi olursa olsun, bu işletme içinde daha hiçbir şey olduğunu anlatmaya çalışmaktır. Böylece bu kişiler zamanla çalışma

arkadaşlarına daha fazla yakınlaşmaya başlayacaklardır (37).

3. İşte ustalaşma: Başlangıçtaki kültür şoku atlatıldıktan sonraki adım kişinin işinde ustalaşmaya başlamasıdır. Bu da iyi hazırlanmış eğitim programları ve saha deneyimleri ile gerçekleşebilecek bir olgudur. Kişi kariyer yolunda ilerledikçe performansı değerlendirilmekte ve gereken zamanlarda ek sorumluluklar verilmektedir (71).

4. Performansın ölçülmesi ve ödüllendirilmesi: Sosyalizasyon sürecinde bir sonraki adım ise titiz bir şekilde yapılan çalışmaların değerlendirilmesi ve bireysel performansın ödüllendirilmesidir. Bu sistemler, tutarlı, ayrıntılı ve işin rekabet yönüne daha çok odaklanan sistemlerdir. Belirli kritik başarı faktörleri belirlenerek özellikle bunlara bakılır.

5. Önemli değerlere bağlılık: Bu adımda en önemli unsur işletmenin önemli saydığı değerlere bağlılıktır. Değerlerin tanımlanması yardımıyla, kişiler örgüt üyesi olmakla yaptıkları kişisel fedakârlıklarını daha iyi uzlaştırırlar. Böylece kuruma güvenmeyi öğrenirler. İş içinde katlanılması gereken uzun çalışma saatleri, fazla mesai yapılan hafta sonları, patronlar, adil olmayan eleştiriler, atamalar ve rotasyonlar olabilir. Bu değerler sayesinde, bu tür olguların üstesinden gelebilmek için, daha insancıl değerler olan, topluma daha iyi ürün ve hizmet sunmak ön plana çıkar (71).

6. Hikâye ve gelenekleri güçlendirmek: Bir sonraki adımda hikâye ve gelenekleri güçlendirmek vardır. Hikâyeleri sürekli gündemde tutmak, kurum kültürünü sürekli hatırlatmak ve işlerin nasıl yapıldığı hakkında bilgi vermek açısından önemlidir. Bu gibi kavramlar sayesinde, ahlâki değerlerin her zaman daha önemli olduğu veya müşteri memnuniyeti için her şeyin yapılması gerektiği gibi dersler, yeni gelenlere verilmeye çalışılır (37).

7. Tanınmak ve yükselmek: Sürecin en son aşaması ise, işlerini iyi yapan ve yeni gelecekler için bir rol modeli olabilecek bireylerin tanınması ve ödüllendirilmesidir. Bu

gibi kişilerin ortaya konması ile, diğer çalışanların da bu kişileri takip etmesi istenir. Rol modelleri, güçlü kültürlerde eğitim programlarının en önemli safhalarından biri olarak kabul edilir. Kurumsal sosyalizasyon sürecinden başarı ile geçen yeni çalışanlar daha yüksek performans gösterecek, daha iyi bir iş doyumuna olacak ve kurumda kalma istekleri artacaktır. Bunun yanında kuruma yüksek derecede bağlılık da, yine bu sürecin önemli getirilerindendir. Ayrıca, yine bu süreç sayesinde kişiler kendi bilgi ve kişiliklerini kuruma uygun bir hale getirmişlerdir (71).

1.8.2.2. Kurum Kültürün Yararları

Kurumlarda belirli süreçler sonucunda oluşan kültürün, hem kuruma hem de çalışanlara bir takım yararları vardır. Bunlar şu şekilde sıralanabilir (17,41,42) :

I. Kurum kültürü yüksek motivasyon ve bağlılık sağlamaktadır. Kurum kültürünün yönlendirici gücü ve değerlere karşı duyulan sürekli sorumluluk, kurum için harekete geçme ve onun değerlerini dışarıya karşı temsil etmek için çalışanlarda büyük bir istek ve hazırlık duygusu oluşturmaktadır.

II. Kurum kültürü karmaşayı azaltarak davranış oryantasyonu sağlar. Çalışanların belirli standartları, normları, değerleri anlamalarını ve bu şekilde kendilerinden beklenen performans düzeyine ulaşmak için daha azimli ve tutarlı olmalarını ve üstleri ile uyum derecelerinin yükselmesini sağlar.

III. Güçlü kurum kültürlerinde, şeffaflığa dayanan geniş iletişim ağları söz konusudur. Bu şekilde bilgiler çok daha güvenli biçimde yorumlanmakta ve yanlış anlamalar ortadan kalkmaktadır. Kurum içi açık iletişim bireyleri birbirlerine ve kuruma bağlar. Birliktelik sağlayarak ekip ruhunu geliştirir.

IV. Kurum kültürü, hızlı bilgi işleme ve karar vermeyi sağlamaktadır. Kurum için ortak bir dil, istikrarlı tercih sistemi ve kabul edilmiş bir vizyon, hızlı birlikteliğe ve sürdürülebilir uzlaşmalara zemin hazırlar.

V. Kurum içinde ortaya çıkabilecek birtakım çatışmalar, kurum kültürünün getirdiği standart uygulamalar ile önlenabilir veya giderilebilir.

VI. Kurum kültürü, plan ve projelerin hızlandırılmış uygulanmasını sağlar. Karar, plan, proje ve programların ortak ikna edilmişliğe dayanması durumunda, bunlar daha hızlı bir biçimde uygulanabilmektedir.

VII. Kurum kültürü, düşük bir kontrol gereği sağlamaktadır. Çalışanlar üzerinde doğrudan bir denetim yapma zorunluluğuna gerek kalmaz.

VIII. Kurum kültürü, yeni yöneticilerin bilgi, beceri ve davranış kazanmalarına yardımcı olarak gelişmelerine katkıda bulunur.

IX. Kurum kültürü, kuruluşa süreklilik kazandırır. Süreklilik, kültürün nesilden nesile aktarılmasıyla sağlanır. Hatta yönetici değişse bile, kültür ve buna bağlı değerler devamlılık arz eder.

1.8.2.3. Kurum Kültürü ve Kurumsal Öğrenme

Kurumlarda oluşan kültürel değişme ve gelişmelerin birçoğu öğrenmeye dayanır. Çalışanlar, sürekli olarak kurum hakkında düşünce ve duygularını değiştirdikleri gibi, uygulanan sistemde de değişiklik yaparlar. Çalışanlar hataları bularak ve düzelterek, çevredeki değişikliklere cevap vererek kurumsal öğrenmeyi gerçekleştirebilirler. Ekip ruhu ve kurum kültürünün yerleştirilmesi, kurumsal öğrenmenin de kolaylıkla uygulanabilmesini sağlamaktadır (8).

Öğrenen kurum, değişen dünyaya göre her yapıda ve her bölümde kendini değişime ayarlayabilen kurumdur. Değişmeyi kabul eden kurum, sürekli öğrenme ile kendi içinde değişim de yaratabilir. Öğrenen kurum bir yönetim modeli değil, bir yönetim anlayışıdır. Bu anlayış, geleceğin yönetiminde, eğitilmiş insana daima, kurumla beraber nasıl öğrenebileceğini ve öğrenilmesi gerekenin nasıl öğrenileceğini gösteren bir yönetim çekirdeğidir (11,47).

Güçlü kurum kültürü, çalışan tüm bireylerin ortak değerler ve inançlar etrafında birleşmeleri sonucu ortaya çıkar. Öğrenen kurumlarda çalışanların ortak bir vizyona sahip olmaları, ortak amaçlar çevresinde, yaratıcılıklarını ön plana çıkararak, dayanışma içinde takım çalışması yapmalarına imkân verir. Paylaşımın, açıklığın, güvenin ve takım bilinciyle çalışmanın doğal bir sonucu olarak, sinerjik etkiler ortaya çıkar Bu sinerji, bilginin kurum içinde etkin şekilde paylaşılmasıyla oluşur. Kurum içinde çabuk ve etkin yayılan bilgi, sinerjik etkiyle beraber öğrenmenin kalıcılığını sağlayacaktır (68).

Öğrenen kurumlarda, öğrenme kapasitesini arttırabilmenin bir yolu, kurumda bulunan çalışanların geçmiş tecrübelerinden faydalanabilmektir. Çalışanların yaşadıkları farklı tecrübeler ve hatalar paylaşıldığında, diğer çalışanlar bu hatalardan ve tecrübelerden ders alabilir. Başkalarından öğrenmek, farklı tecrübelerle sahip olmak demektir. Çalışanların sistematik problem çözme yetenekleri, yeni ve farklı yaklaşımlardan yararlanmalarına olanak sağlayacak çalışma ortamları, onları yeni bilgileri sistematik bir şekilde aramaya ve test etmeye yönlendirecek ve farklı tecrübeleri yaşamalarını kolaylaştıracaktır. Geçmişten ve hatalardan öğrenmek, aynı hataların tekrarlanmaması açısından önemlidir. İdeal olan, ilk seferde gerekli olanı doğru şekilde yapmaktır. Ancak, insanın olduğu yerde hatanın olması doğaldır. Önemli olan bu hatalardan ders alınması ve tekrarlanmamasıdır. Öğrenen kurumlarda hatalar ve farklılıklar cezalandırılmamalıdır. Hatalar en büyük öğrenme fırsatı olarak görülmelidir. Çalışanların duygu, düşünce ve davranışlarındaki farklılıklara değer verilmesi, öğrenmenin en üst seviyede gerçekleşmesini sağlayacaktır (62,68).

Geleneksel kurumlarda yapılan bir hata, kişinin öz güvenine zarar verebilir. Hataları, öğrenme olanakları olarak değerlendiren örgütler atipik örgütlerdir. Bu da elbette hatalar yapılacak demektir. Kurumun bu hatalara nasıl karşılık verdiği önemlidir. Çünkü hatalar bilgiye yol açar. Hatayı düzeltmek, suçluyu bulmak ya da zarar kontrolü yapmak uğruna

hataları feda etmemek gerekir. Aksine, her hatanın bir öğrenme fırsatı olmasına izin verilmelidir. Bu, bir hatadan sonra o hatayı düzeltmek için, bir şey yapmamanız anlamına gelmez. Ancak, hatadan faydalanabilmek için kurumun durup ne olduğu ve neden olduğu konusunda düşünmesi ve şu soruların da cevabını araması gerekir (11).

- Bu hatanın tekrar olmasını önlemek için farklı ne yapılabilir?
- Bu hatalar kurumdaki diğer bölümler ve işler konusunda da aydınlatıcı olabilir mi?
- Bunlar paylaşılsa kurumda başkaları bundan faydalanabilir mi?
- Bu hatanın sonucunda işin içinde yer alan bireyler nasıl geliştiler?(11).

Kurumların sürekli olarak başarılarını ve başarısızlıklarını analiz etmeleri gereklidir. Bu değerlendirmeler sistematik bir bakış ile gerçekleştirilmeli ve elde edilen faydalı sonuçlar çalışanların yararlanabilmesi için, iletişim kanalları kullanılarak duyurulmalıdır. Eğer kurumlar, geride kaldı diyerek karşılaştıkları başarılarla veya sorunlara karşı ilgisiz kalırlarsa, bu sonuçların sebebi olan pek çok yararlı bilginin de açığa çıkmasını engellemiş olurlar (47).

1.8.3. Güvenlik Kültürü ve Hemşirelikte Risk Yönetimi

Güvenlik kültürü, güvenliği tehdit edebilecek davranış veya uygulamalarla bunların yer aldığı ortak alanda bulunan canlıların ya da nesnelerin zararını en aza indirmeyi amaçlayan, güvenliğe öncelik veren algılar, inançlar, tutumlar, kurallar, roller, sosyal, teknik ve politik uygulamalarla, yetkinlikler ve sorumlulukların bütünüdür. Güvenlik kültürü, yalnızca güvenliğe ilişkin taahhüt, iletişim biçimi ve hataları rapor etmeye yönelik açık kurallarla değil, aynı zamanda çalışanların motivasyonu, morali, hataları algılama biçimleri ve hataları etkileyen faktörlere karşı tutumlar ile de ilgilidir. Bu nedenle olumlu bir güvenlik kültürüne sahip olan kurumlarda, karşılıklı güvene dayanan iletişim, güvenliğin önemi ve önleyici tedbirlerin yararlı olacağı yönündeki algılamalar ön plana çıkmaktadır (36,44).

Çalışanlarla, etkili iletişim kurularak sağlanacak kalıcı davranış değişiklikleri zaman içinde oluşabilecek sonuçlardır. Kısa vadede güvenlik iklimi olarak adlandırılan olumlu ortam koşullarının yaratılmasına katkı sağlanabilir. Ancak, çalışanlara sadece eğitim verilerek istenilen davranış değişikliğinin elde edilmesi mümkün değildir. Çalışanların güvenli çalışmaya inanması, güvenli çalışmanın bir refleks haline getirilmesi gerekmektedir (38,55).

İnsanlar yaşamları boyunca birçok riskle karşı karşıya kalabilmektedir. Ancak riskler fark edilebilir, öğrenilebilir, ölçülebilir, analiz edilebilir, değerlendirilebilir, azaltılabilir, yönetilebilir ve kontrol edilebilir. Riskin var olduğu durumlarda, profesyonel eğitimlerle ulaşılan yapısal gelişim ile erken tanı, değerlendirme ve müdahale etme imkânlarını artırmak, sorunun büyümesini önlemek, zarar azaltma stratejileri geliştirmek, problem çözme becerilerini geliştirmek amaçlanmaktadır. Böylece etkilenim azaltılabilmekte ve kontrol edilebilir olmaktadır. Kazalar bir anlamda domino etkisi tarzında ortaya çıkar. Domino taşlarının ilki ‘sosyal çevre’ dir. İkinci domino taşı ‘bireyin hatası’ dır. Üçüncü taş, ‘güvenli olmayan davranış ya da durum’ dur. Dördüncü domino taşı ‘kaza’ dır. Beşinci ve son taş ise ‘ yaralanma veya ölüm’dür. Domino taşlarının ilki devrildiğinde ardı ardına sıralanan diğerleri de devrilmeye başlar. Bu devrilme olgularını durdurabilmenin yolu, domino taşlarının en az birisini aradan çekebilmektir. Ancak bu yolla kazanın önüne geçilebilir ve istenmeyen yaralanma ve ölümler önlenir. Bu sıralamada “güvenli olmayan davranış veya durum”u ortadan kaldırmak diğerlerine göre kazaları önlemede daha önemli bir işleve sahiptir (21,23).

Risk yönetiminde izlenecek ilk basamak risk tanımlamadır. *Risk*, “tehlikenin yani insan sağlığına karşı tehditlerin maruziyeti sonucunda belirli bir zaman süresinde olumsuz ya da istenmedik bir durum gelişme olasılığı” olarak tanımlanır. Risk tanımlama için bilgi kaynakları, olay raporları, hasta yorum ve şikayetleri, soruşturmalar, personel ile görüşme,

alışan sağlığı raporları, enfeksiyon kontrol, güvenlik komiteleri ve kalite bölümünün soruşturmalarıdır (53).

Olay raporları, öncelikli bilgi kaynaklarıdır. Doğru bir şekilde yapılan raporlama, risk yönetiminin etkinliğini çok fazla artırmaktadır. Bilgisayar temelli veri toplama sistemleri sayesinde daha fazla ve anlamlı bilgi toplamak mümkün olabilmektedir. Olay bildirim formlarının evet / hayır ile cevaplanabilen, çok seçenekli hazırlanmış sorulardan oluşması tercih edilmektedir. Burada amaç, olayın bildirimini kolaylaştırma ve artırmaktır. Gözlemci veya olaya sebep olan kişi gerçekçi, önyargısız, etkisiz ve yorumsuz bir şekilde formu doldurmalıdır.Olay raporları bir olay olduğu zaman doldurulur. Olay raporunun hazırlanması, olayın sonucuna bakılmaksızın rutin bir uygulama olmalıdır. Sağlık hizmetlerinde görülen riskler, devamlı kontrol ve değerlendirme ile yönetilir. Olayların sürekli takip ve denetiminde dikkat edilmesi gerekenler, olayların meydana geliş sıklıkları, ciddiyeti ve risk yöneticilerinin geri bildirimleridir. Değerlendirmede ölçülebilir metotlar, tıbbi kayıtlar, açık uçlu sorular ve görüşmeler birleştirilmelidir (22).

Çalışanlar açısından bakıldığında, Sağlık Araştırmaları ve Kalite Ajansı (Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) tarafından desteklenen bir çalışmaya katılan doktorların birçoğu, herhangi bir tıbbi hataya neden olduklarını belirtmiştir. Doktorların %56'sı ciddi bir tıbbi hataları olduğu ya da böyle bir hatada yer aldıklarını, % 76'sı küçük tıbbi hataları olduğunu ve %66'sı da neredeyse hata yapmak üzere olduklarını ifade etmişlerdir. Katılımcıların yarısından fazlası (%54) tıbbi hataların bireylerin başarısızlıklarından değil, sağlık hizmetindeki sistem sorunlarından kaynaklandığını ifade etmişlerdir (1).

Beklenmedik olayların nedenleri arasında yanlış ilaç uygulamaları, hastane enfeksiyonları, ameliyat komplikasyonları, kimlik hataları, düşmeler, tedavinin geciktirilmesi ve transfüzyon hataları gelmektedir. Bu hataların dağılımına baktığımızda,

Sağlık Bakım Organizasyonlarının Akreditasyonunda Birleşik Komisyonu'na (JCAHO) Eylül 2005 yılında 3343 hastaneden bildirilen tıbbi hataların değerlendirilmesinde, hataların %12.8'inin ameliyat öncesi ve sonrası komplikasyonlara bağlı ortaya çıktığı, %12.5'inde yanlış taraf ameliyatlarının yapıldığı, %10.5'inin ilaç reaksiyonlarına bağlı olduğu, %7.6'sının tedavide gecikmelerden kaynaklandığı belirlenmiştir. Bunların yanı sıra hataların %5.2'sinin hasta düşmeleri, %3.9'u ölümler, %3.1'i perinatal ölümler, %2.7'si transfüzyon reaksiyonları, %1.9'u hastane enfeksiyonları, %1.9'u yanıklar, %1.6'sı anesteziye bağlı komplikasyonlar, %1.4'ü uygulanan aletlerin kalibrasyonu ya da güvenli kullanılması gibi nedenleri ve %1.3'ünün de anne ölümleri gibi nedenlere bağlı olarak ortaya çıktığı görülmektedir (28).

Hasta güvenliği için literatürün çok azı hastanın aktif rolü üzerinde odaklanmıştır. Hastalar ve doktorlar üzerine yapılan bir ölçümde, her iki grubunda hastaların kendi tedavilerinde bazı sorumlulukları olduğuna inandıklarını ortaya çıkarmıştır. Yaşlı hastalar özellikle medikal hatalarda risk altındadır. Bununla beraber bu hastalar hastalıktan, literatürdeki anlaşmazlıktan, kültürel töre ve toplumsallaşmadan dolayı rahatsız olabilir ya da kendilerini savunamayabilirler. Bazı hastalar katılmak istememelerine rağmen, diğerleri de nasıl katılacağını bilmemektedir (17).

Tablo 1. Olay Raporları Başlıkları

1.	Tedavi veya girişimden kaynaklanan kötü, güç durumlar
2.	Yaralanma
3.	Hastanın memnuniyetsizlikleri, şikayetleri,
4.	Hastanın bedeninde yabancı cisim unutulması
5.	Kaza sonucu yaralanma, yanıklar
6.	Nörolojik yetersizlikler
7.	Kimlik hatası
8.	Hastane enfeksiyonları
9.	Yanlış taraf cerrahileri
10.	Düşmeler
11.	Hastanın durandaki ani değişiklikler
12.	Hastanın izni alınmadan yapılan müdahaleler
13.	İlaç hataları
14.	İlaç reaksiyonları
15.	Transfüzyon hataları
16.	Ani ölümler

Kaynak: Dienemann, A. J: "Nursing Administration: Managing the Patient Care," Appleton and Lange, 1998, Stamford/ Connecticut.

Her hemşire risk yöneticisidir. Her hemşirenin olağan dışı olayları ve potansiyel riskleri tanımlama ve rapor etme sorumluluğu vardır. Bu nedenle hemşireler bu konuda eğitilmeli ve cesaretlendirilmelidir. Gönülsüz yapılan bildirimlerin çoğu yanlış ve eksik bilgiler içerdiği için olumsuz sonuçlara ulaşılmaktadır. Bu nedenle hemşireler objektif kayıt tutma konusunda eğitilmelidir. Olay raporlarının belgelenmesi ve amaçları açık ve anlaşılır bir şekilde anlatılmalı rapor edilen olayların beklenmeyen veya planlanmayan etkilerinin olacağı unutulmamalıdır (16,27,53).

1.8.4. Hasta Güvenliği Kültürü

Risk faktörünün yüksek olduğu endüstrilere örnek oluşturan sağlık sektöründe, güçlü güvenlik kültürleri, insan hayatına mal olabilecek tıbbi hataları önleme potansiyeline sahiptir (22).

Sağlık sektörü güvenlik çalışmalarını, bakım sağlayıcısı bireyden uzağa doğru kaydirdikçe, suçlama kültürü, sessizlik kültürü ve güvenlik kültürü gibi kavramlar ortaya çıkmaya başlamıştır. Bu kavramlar çalışma ortamında ve işin kendi kurallarında, hataları ve ters giden işleri üreten bir mantık olduğu inancının var olduğunu göstermektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde 2000 yılında yayınlanan Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine) raporuna göre, bu ülkedeki hastanelerde her yıl 98.000 kişi tıbbi hatalar nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Bu rakam, sağlık sektöründeki hataların ne kadar önemli bir sorun olduğunu ortaya koymaktadır. Ölüm nedenleri arasında 5. sırada yer alan tıbbi hatalar, trafik kazaları, AIDS, diyabet, meme kanseri gibi nedenlerden daha fazla ölüme yol açmaktadır. Institute of Medicine tarafından yayınlanan rapor tüm dünyada yankı uyandırmış ve hasta güvenliğine verilen önem hızla artmıştır. Institute of Medicine'nin 2003 yılında yayınladığı diğer raporunda, sağlık hizmetlerinde kalite açısından öncelikli seçilen yirmi alandan üçünün hasta güvenliği ile ilgili olduğu görülmektedir. Bu alanlar medikasyon yönetimi, hastane enfeksiyonları ve yaşlı sağlığıdır.

Görüldüğü gibi hasta güvenliği, sağlık hizmetlerinde iyileştirilmesi gereken alanların başında gelmektedir (14).

Sağlık hizmetlerinin özellikleri arasında yer alan “güvenli” sıfatı, sunulan hizmetin hastaya yarar yerine zarar vermesinin, yaralanma, sakatlık ve ölüme yol açmasının, hata yapılmasının önüne geçilmesi olarak tanımlanmaktadır (6). Hasta güvenliği; sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında kişilerin maruz kalabileceği zararı önlemek amacıyla sağlık kuruluşları ve bu kuruluşlardaki çalışanlar tarafından alınan önlemlerin toplamıdır. Sağlık hizmetleri kişilere zarar vermez. Burada belirtilen, hizmetin sunum süreçlerinde ortaya çıkabilecek riskler nedeniyle oluşabilecek zararlardır. Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı’nın (National Patient Safety Foundation) tanımına göre hasta güvenliği, sağlık hizmetine bağlı hataların önlenmesi ve sağlık hizmetine bağlı hataların neden olduğu hasta zararlarının azaltılmasıdır (6).

1.8.4.1. Hasta Güvenliği Yaklaşımları

Hasta güvenliği açısından sistemlerin iyileştirilmesine yönelik yaklaşımlarda iki ayrı yaklaşımdan söz edilebilir. Bu yaklaşımlar proaktif yaklaşım ve reaktif yaklaşımdır (69).

1.8.4.2.1.Proaktif (önleyici) yaklaşım

Proaktif yaklaşım, süreçlerde bir değişiklik yapılması için bir hata veya bir zararın ortaya çıkmasının beklenmemesi gerektiğinin altını çizer. Burada, gelecekte ortaya çıkma olasılığı olan hataların ve hastaya zarar verme olasılığı olan durumların olmasını ve kötü sonuçlarla karşılaşılmasını önleyici tedbirler alınması esastır. Bir başka deyişle, proaktif risk azaltma yaklaşımında yüksek riskli süreçlere odaklanılır. Bunun için ;

- Kuruluşta daha önce karşılaşılan, hata ve zarar ile sonuçlanan olaylara ait bilgilerden ve
- Literatürde yüksek riskli olarak tanımlanmış süreçlerden yararlanılır.

Bunun dışında; kuruluşta yapılan iç denetimlerde performansı düşük olan süreçler,

risk yönetimi verileri ve diğer sağlık kuruluşlarının karşılaşmış olduğu durumlardan da yararlanılması önem taşımaktadır (69).

1.8.4.2.2.Reaktif (düzeltici) yaklaşım

Bu tür bir yaklaşım herhangi bir hata / zarar ortaya çıktıktan sonra uygulanabilir. Hastanın zarara uğradığı / uğrama olasılığı olduğu durumlar “Kök Neden Analizi” (KNA) tekniği kullanılarak analiz edilip geliştirmeye açık alanlara odaklanılabilir.

Kök neden analizi (KNA); hata / zarara neden olan olayların ana sebebini belirlemek, ilgili süreç ve sistemleri analiz etmek, gelecekte buna benzer olayların ortaya çıkmaması için riski azaltacak tasarım ya da geliştirme gerektirecek noktaları belirlemek, benzer olayların yeniden ortaya çıkmasını önlemek amacıyla yapılabilir. Bu teknik, olayın temel nedenini (kök neden) bulmayı hedefler.

Bundan sonraki adımlar aşağıdaki gibi sıralanabilir;

- Hata / zararın ana nedeni (standarttan ya da beklenenden sapmaya neden olan durum) ve böyle bir durumun ortaya çıkışı ile ilgili süreç ve sistemlerin belirlenmesi,
- İlgili süreç ve sistemlerin analiz edilmesi,
- Gelecekte buna benzer olayların ortaya çıkmaması için riski azaltacak tasarım ya da geliştirme gerektirecek noktaların belirlenmesi,
- Planda tanımlanan aktiviteleri kimin yerine getireceği belirlenerek pilot uygulama ile bu uygulamanın etkinliğinin ne şekilde değerlendirileceği ile ilgili planlamanın yapılması,
- Bu tür fırsatların geliştirme ile sonuçlanmasını sağlayacak bir planın oluşturulması ya da bu fırsatlardan yararlanılamıyorsa bunun gerekçelerinin ortaya konulması,
- Analiz tamamlandığında, süreç ve prosedürlerdeki (iş yapım yöntemlerindeki) değişiklikler ile ilgili bölüm / kişi / süreç sahiplerinin konu hakkında bilgilendirilip eğitildikten sonra uygulamaya geçilmesi ve sonuçların izlenmesidir (69).

1.8.4.2. Küresel Hasta Güvenliği Mücadelesi

Dünya Sağlık Örgütü'nün yaptığı araştırmalara göre, dünyadaki hasta güvenliği ile ilgili ulusal raporlama sistemleri ve özellikleri gözden geçirilerek bazı sonuçlar elde edilmiştir:

• Çek Cumhuriyeti

Çek Cumhuriyetinde zorunlu bir raporlama sistemi mevcuttur. Zorunlu raporlama sisteminden önce 50 hastanede iki yıl boyunca gönüllü raporlama sistemi kullanılmasına rağmen pilot uygulamanın sonucu ulusal raporlama sisteminin zorunlu olmasına karar vermekle sonuçlanmıştır. Çek Cumhuriyeti raporlanacak olayları hastane ilişkili enfeksiyonlar, ilaç yan etkileri, transfüzyon reaksiyonları ve tıbbi ekipman hataları olarak belirlemiştir. Bu bildirimleri sağlık profesyonellerinin yapması beklenmektedir (12,66).

• Danimarka

Danimarka yasaları, yan etkileri sağlık profesyonellerinin bildirmesini zorunlu kılmaktadır. Yasa, bu bildirimleri sağlık kurumlarının öğrenmesini sağlamak adına bildirim yapıldığında sağlık çalışanını zor durumda bırakmayan bir şekilde tasarlanmıştır. Sağlık profesyonellerinin bildirmesi beklenen olaylar, hastanın hastanede yatışından veya tedavisinden kaynaklanan ve hastaya zarar veren olaylar olarak tanımlanmıştır. Hastanın yaşadığı bu olayın farkına varan herkesin bildirim yapmasına izin veren bir raporlama sistemi mevcuttur (12,66).

• İngiltere

Yan etkilerden çıkarım yapmak ve öğrenmek, aynı zamanda raporlama kültürünü geliştirmek için ulusal hasta güvenliği derneği (National Patient Safety Association (NPSA) tarafından ulusal raporlama ve öğrenme sistemi kurulmuştur (National Reporting and Learning System (NRLS)). NRLS'nin amacı, olayların bildirimi yoluyla örnek gösteren durumları saptamak, majör sistem hatalarını belirlemek, çözüm geliştirmek ve yaymaktır.

İngiltere'deki toplam sağlık kuruluşlarının %90'ı NRLS'ye üye olmuştur. Raporlanan konular arasında ulusal sağlık sistemi (National Health Service (NHS)'nden hizmet alan bir hastada beklenmeyen ya da planlanmayan bir olay yaşanması ya da kazaya sebep olan herhangi bir olay yaşanması bulunmaktadır. Bu raporlamayı herhangi bir sağlık çalışanı yapabilir (12,66).

- **Hollanda**

Cezalandırıcı olmayan, gönüllü raporlama sistemi mevcut olmasına rağmen ölümle sonuçlanan olayların raporlanması ise zorunludur. Hastalar veya çalışanlar bu bildirimi yapabilirler (12,66).

- **İrlanda**

2002 yılında başlatılan Klinik Sorumluluk Projesi (Clinical Indemnity Scheme) ile hasta güvenliğinin yayılması amaçlanmıştır. Ulusal web tabanlı bir klinik olay raporlama sistemi kullanılmaktadır (12,66).

- **Slovenya**

Gönüllü bir raporlama sistemi bulunan Slovenya, Joint Commission Sağlık Sistemlerinin Akreditasyonu (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) sistemine benzer bir sistem kullanmaktadır. Beklenmedik Olay (Sentinel event) olarak tanımlanan; majör organ veya fonksiyon kaybı, yenidoğan bebeğin yanlış aileye teslim edilerek taburcu edilmesi, kan ve kan ürünü transfüzyonu sırasında hemolitik transfüzyon reaksiyonu görülmesi, yanlış hastanın ya da yanlış tarafın ameliyat edilmesi olayları hastaneler tarafından Sağlık Bakanlığı'na rapor edilmektedir (12,66).

- **İsveç**

1997 yılından beri her tıbbi kuruluşun bir kalite sistemi bulunmaktadır. National Board of Health and Welfare tarafından mevcut kalite sistemleri düzenlenip standardize edilmiştir. Yan etkiler, neredeyse hatalar, ekipman hataları, intihar ve diğer zarar veren

olayların bildirilmesi beklenmektedir. Bu yolla, günlük olarak ortalama 1100 zorunlu, 2400 gönüllü rapor alınmaktadır (12,66).

- **Amerika**

Amerika’da ulusal devlete bağlı bir raporlama sistemi bulunmamaktadır. Ancak 50 eyaletin 21’i zorunlu bir raporlama sistemine sahiptir. Zorunlu olarak bildirilmesi beklenen olaylardan biri beklenmeyen ölümlerdir. Yanlış taraf cerrahisi de bildirilmesi gereken diğer bir olaydır.

Özel ve devlete bağlı olmayan raporlama sistemleri

- **Avustralya Olay İzlem Sistemi (AIMS)**

Avusturalya Olay İzlem Sistemi (Australia Incident Monitoring System (AIMS) 1993 yılında kurulmuştur. AIMS’nin amacı yeni olaylardan, eğilimlerden, risk faktörlerinden ve etki eden faktörlerden öğrenmeyi yaygınlaştırmaktır. AIMS oldukça geniş bir kapsamda önceden tanımlanmış sentinel olayları, bütün yan etkileri, neredeyse hataları (near miss), donanım hatalarını, yeni tanımlanan zararları, intihar gibi spesifik olayların bildirilmesini beklemektedir. AIMS’ye suistimal, kasıtlı olarak yapılan olaylar ve suç içeren olaylar raporlanmaz, bu tür olaylar zorunlu raporlama sistemlerine raporlanır. Bütün kaynaklardan gelen raporlamalar kabul edilir. Bunların içinde hastaneler, ayaktan hasta klinikleri, acil servisler, uzun süreli bakım evleri, sağlık profesyonelleri, hastalar ve aileler yer almaktadır. Raporlar, kâğıt kopya, elektronik ya da telefon yoluyla iletilebilmektedir (12,66).

- **Japonya**

Japonya’daki hastaneler Sağlık Bakanlığı’na bağlıdır ve bir raporlama sistemi bulunmaktadır. Japonya Sağlıkta Kalite Konseyi tarafından gönüllü olarak yapılan olay bildirimler toplanmaktadır ve 2004 yılında ulusal bir sistem kurulmuştur. Bu yeni sistemde eğitim hastanelerinin olay bildirim yapması zorunlu, diğer hastaneler için gönüllüdür.

Neredeyse hata ve ekipman hatalarından kaynaklanan hasta yaralanmaları bildirim kapsamına girmektedir. Hastaneler ve diğer sağlık kuruluşları bu bildirimi yapabilir (12,66).

• **Amerika Institute for Safe Medication Practices (ISMP)**

Amerikan Güvenli Tıbbi Uygulamalar Enstitüsü (Amerika Institute for Safe Medication Practices (ISMP), ilaç hatalarının raporlanması için kurulmuş ulusal bir sistemdir. Sadece ilaçlara özel bir raporlama sistemi olduğu için ilaç dağıtımı ve yönetimi ile ilgili bildirimler yapılmaktadır. Bildirimleri sağlık bakım hizmeti veren çalışanlar, hastaneler ve hastalar yapabilmektedir (12,66).

• **Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)**

Joint Commission Sağlık Sistemlerinin Akreditasyonu (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) 1996 yılında sentinel olay raporlama sistemini kurmuştur. Sistem, gönüllü ve gizli bir sistemdir. Herhangi bir kurumun akreditasyonu raporlamadan dolayı tehlikeye girmez. Hastalığın seyrinden kaynaklanmayan bir olay veya beklenmeyen ölüm, organ ya da fonksiyon kaybı gelişmesi durumları bildirilmesi gereken olaylar arasındadır. Herhangi bir akredite kuruma bu raporlama yapılabilir. Sağlık kurumları bu bildirimleri kendileri yapabilir ve medya gibi diğer kaynaklar, şikayetler ve eyalet sağlık departmanından gelebilir (12,66).

• **United States Pharmacopoeia MedMARx**

Sistem zayıflıklarını saptamak ve zararları tanımlamak amacıyla kurulmuştur, iyi uygulamaları (best practice) belirler. İlaç yan etkileri, neredeyse hatalar ve diğer hatalar MedMARx'a girilebilir. Her ay sisteme 20000 raporun girildiği bilinmektedir. Bildirimleri sağlık çalışanları, kurumlar ve hastalar yapabilirler (12,66).

• **Türkiye**

Türkiye'de henüz yapılandırılmış bir hasta güvenliği sistemi bulunmamaktadır.

Bunun yanında uluslararası bir akreditasyon kurumu tarafından akredite edilmiş/edilecek hastanelerde, standartlar gereğince, hastanın ve çalışanın güvenliğini tehdit eden olaylar izlenmekte, kayıt altına alınmakta, analiz edilmekte ve iyileştirilmektedir. Ancak kurumdan kuruma bildirim kültürünün birbirinden oldukça farklı olduğu, ortak bir yapıdan ziyade kurumsal çabalar gösterildiği göz ardı edilmemelidir. Hasta güvenliği bilincini yaymak, kültür geliştirmek için ise Türkiye’de son yıllarda hasta güvenliği ve sağlıkta kaliteyi geliştirmeyi amaç edinen dernekler kurulmuştur. Hasta Güvenliği Derneği, Sağlıkta Kalite İyileştirme Derneği çalışmalarına devam etmektedir (12,66).

Türkiye’deki devlet otoriteleri geçtiğimiz yıla kadar hasta güvenliğinden çok, hasta şikâyetlerine ve haklarına eğilmiştir. 2006 yılında hasta güvenliği arama toplantıları yapılarak devletin bu konuya olan ilgisini ortaya koymuşlardır. Aynı zamanda JCAHO ile Sağlık Bakanlığı’nın yaptığı anlaşma neticesinde hastane standartlarının hayata geçirilmesi için çalışmalar başlamış, pilot hastanelerde eğitimler yapılmaya başlanmıştır (12,66).

Devlet ya da sivil toplum kuruluşları, yurtdışındaki iyi uygulama çalışmalarını temel alarak ulusal bir hasta güvenliği programı ve bildirim sistemi oluşturmalı; hasta güvenliğini öncelikli olarak iyileştirilmesi gereken alan kabul etmelidir (12,66).

1.8.5.Hasta Güvenliğinin Ölçülebilir Hale Getirilmesi

Sağlık kuruluşlarında hasta güvenliği kültürünün yaratılmasında en temel koşullardan birisi, karşılıklı güvene dayanan kurumsal iletişim, hasta güvenliğinin öneminin çalışanlarca benimsenmesi ve kurumsal öğrenme, hasta güvenliğine yönelik uygulamalara aktif katılımın sağlanmasıdır. Güçlü bir hasta güvenliği kültürü tıbbi hataları en aza indirgeyebilir. Bu aşamada hastane yönetimine ve liderlere ciddi görevler düşmektedir (2,3,6).

Hatanın yönetimi, herhangi bir süreçte var olan zayıf noktaların belirlenmesinde kullanılabilecek çok güçlü bir sistemdir. Bu sistemin etkili olabilmesi için; yönetimin tüm

kademelerde çalışanları cesaretlendirmesi ve tam desteği, haberci olayların sistematik analizi ve sonuçlarının sisteme entegrasyonu kalite sistemleri ile ilişkilendirilmesi önem taşıyan unsurlardandır. Bu olaylarla ilgili yönetim ekibine verilecek eğitimlerde olayların öncelikli olanlarının belirlenmesi, izleme, performans ölçümleri ve sistemin iyileştirilmesine yönelik bilgi ve beceriler, çalışanlara verilecek eğitimlerde olayların türleri, raporlamanın nasıl yapılacağı ve kurumsal iletişim aktarılmalıdır (55).

Kaliteli bir sağlık hizmeti sunmak, en önemlisi hastalara zarar vermemek için hasta güvenliği çalışmaları artırılmalı ve kültür geliştirilmelidir. Kültürün yayılması içinse gerek devlet, gerekse özel kurumlar üzerlerine düşen görevleri yerine getirmeli, hasta güvenliği konusunda konuşulabilecek platformlar oluşturulmalı ve ülkenin (hastaların ve çalışanların) bu konudaki bilinci artırılmalıdır (12).

Hasta güvenliği kültürü ölçümünün faydaları nelerdir?

Sağlık hizmet sunucuları, çeşitli nedenlerle güvenlik kültürünü değerlendirmek isteyebilir. Kültürel değerlendirme,

- İyileştirme yapılacak alanları belirlemek,
- Hasta güvenliği hakkındaki farkındalığı artırmak için güvenlik kültürünü teşhis etmek,
- Hasta güvenliği müdahalelerini ya da programlarını değerlendirmek ve zaman içindeki değişimi izlemek,
- İçsel ve dışsal kıyaslama (benchmarking) yapmak,
- İstekleri ya da düzenleme ile ilgili gereklilikleri yerine getirmek amacıyla kullanılabilir (12,66).

Sistemlerin hasta güvenliği odaklı olarak geliştirilmesi için, içinde bulunulan kurum kültürü, kurum yapısı, kurumsal iletişim kanalları, yönetim anlayışının “hasta güvenliği” kavramı çerçevesinde oluşturulması ve çalıştırılması gerekmektedir. Bir başka deyişle;

hasta güvenliği ile ilgili uygulamaları hayata geçirmek ve kurum kültürünün bir parçası haline getirmek ancak hasta güvenliğinin stratejik hedef olarak konulması ve sürekli eğitimlerle desteklenmesi ile mümkündür (69).

Bunun yanı sıra hasta güvenliğinin sağlık alanında eğitim veren okullarda okutulması ile tıbbi hatalara bağlı uğranılan zararlar azaltılabilir. VanGeest ve Cummins (2003)'in hasta güvenliği kültürünün yerleştirilmesi için kurumsal öğrenme sürecinde hekimlere ve sağlık çalışanlarına verilmesini önerdiği eğitimlerden bazıları şunlardır:

Hekimler için önerilen eğitim konuları

- Tıbbi hatalar ve hasta güvenliği tanımları,
- Teknoloji ve hasta güvenliği,
- İnsan faktörleri, yorgunluk, karmaşık sağlık sorunlarına yaklaşım,
- Hekim-hasta iletişimi, hekim-çalışan iletişimi,
- Sağlık hizmeti sunumunda birimlerarası iletişim ve işbirliği,
- Hatalardan öğrenme, hata bildirimi, analizi ve raporlanması,
- Hasta ve hasta yakınlarına hataların bildirilmesi,
- Finansal ve hukuksal etkileri,
- Sistem ve kültür değişimidir.

Sağlık çalışanları için önerilen eğitim konuları

- Etik-şeffaflık ve açık sözlülük,
- Sağlık hizmetinde hatalara önleyici yaklaşım,
- Hataların belirlenmesi,
- Hataların bildirilmesi ve izlenmesi,
- Hatalardan ders alarak öğrenme,
- Personel sayısı/dağılımı ve tıbbi hatalar,
- Teknoloji ve tıbbi hatalar,

- Hasta güvenliğine yönelik hastaların eğitimidir (14,45).

1.8.5.1.Hasta Güvenliği İhlallerine Neden Olabilecek Faktörler

Hasta güvenliği konusundaki olumsuzlukların pek çok nedeni vardır. Çalışan yetersizliği, kalite geliştirme konusundaki etkin yolları uygulamak için gerekli olan bilgi eksikliği veya bu bilginin gelişmesine olanak tanıyacak sistemin olmayışı, hataların fark edilmesindeki eksiklik, hataları izlemeye ve hatalardan ders almaya yardımcı olacak sistemlerin eksikliği, değişim ve yeni teknolojilerin ortaya çıkışındaki hızlılık, kurum kültüründeki engeller en çok karşılaşılanlar arasındadır (60).

İnsan hatalarıyla artmış olan bireysel ve sistem faktörleri pozitif güvenlik kültürünü oluşturmayı olumsuz yönde etkiler. Yorgunluk, iş yükü ağırlığı, motivasyon eksikliği, korku, beyinsel yorgunluk, zayıf insan ilişkileri, karar vermede zorlanmalar güvenliği bozan faktörlerdir. Bu gibi insan ve sistem faktörlerinin varlığı, bireyin hata yapma olasılığını artırır ve başka birinin bu hatayı ortaya çıkarma olasılığını azaltır (40).

Tablo 2. Hata Kategorileri (Leape ve diğ.1993)

Tanı hataları	Tanıyı geciktiren hatalar, belirleyici testlerin eksiklikleri, eski testlerin kullanılması, sonuçların ve testlerin izlenmesinde yapılan yanlışlıklar.
Tedavi hataları	Operasyon, prosedür veya testin başarılmada görülen hatalar, tedavi yönetiminde ilaç dozu veya metodu ile ilgili hatalar, uygun as uz bakım, anormal test sonuçlarına cevap verilmesi.
Önleme hataları	Proflaktik tedavilerde ve yetersiz izlem veya tedavinin takibinde görülen hatalar.
Diğer hatalar	İletişim hataları, ekipman yetersizlikleri ve diğer sistem eksiklikleri

Kaynak: Saunders M. C. Measuring Change: Enabling Health Care Organizations To Cross The Safety Quality Chasm. Health Care Administration Program, California State University, Report, 2004.

Hasta güvenliği ihlallerine neden olabilecek bu faktörler maddeler halinde şu şekilde sıralanabilir:

- **Çalışanlara bağlı faktörler**

- Yorgunluk,
- Motivasyon,
- Fiziksel veya ruhsal sağlıktır.

- **Hastalara bağlı faktörler**

- Hastanın içinde bulunduğu durum,
- İletişim sorunları,
- Kişilik yapısı ve sosyal faktörlerdir.

- **İşlemle ilgili faktörler**

- Protokollerin olması,
- Tetkik sonuçlarının güvenilirliği ve doğruluğudur.

- **Ekip ile ilgili faktörler**

- Vardiya değişikliği sırasında yazılı veya sözlü iletişim,
- Hasta bakımı sırasında yazılı veya sözlü iletişim,
- Kriz anında yazılı veya sözlü iletişim,
- Ekip yapısı ve liderliktir.

- **Eğitim ve deneyim**

- Bilgi, yetenek ve yeterlilik,
- Denetim ve yardım isteme,
- Kabul edilmiş protokollerin izlenmesidir.

- **Kuruma bağlı faktörler**

- İnsan kaynağı,

- Alt yapı ve teknoloji,
- Zaman baskısıdır (65).

1.8.5.2.Hasta Güvenliği Kültürünün Oluşmasına Engel Olan Faktörler

Ancak değişimin önünde bazı engeller olduğu gibi, hasta güvenliği kültürünün oluşmasında da bir takım engeller bulunmaktadır. Bu engeller:

- Hastaya yansıyan istenmeyen etkileri takip yöntemlerinin yetersiz olması veya hiç olmaması,
- Hastadan ayrı çalışma kültürü,
- Takip kriterlerinin yanlış vurgulanması (hata sayısı yerine hata oranı gibi),
- Sistemden önce çalışanı suçlama geleneği,
- Hatalı kişi arama çabasının hasta güvenliği konusunda veri elde edilmesini zorlaştırması,
- Hastaya odaklanmamış kalite sistemi,
- Hataların açıkça tartışılması konusunda çalışanların endişeleri,
- Gizli bir hatadansa açık bir hata aramaya doğal eğilimdir (64).

Amerika ve İngiltere’de yoğun bakım ünitelerinde, ameliyathanelerde, doğumhanelerde uygulanan bir güvenlik anketinde hemşirelerin çalışma koşulları ve yönetim algıları konusunda doktorlardan daha düşük puan aldıklarını bildirilmiştir. Yoğun bakımda çalışan hemşireleri ve doktorları karşılaştıran başka bir çalışmada benzer tespitlerde bulunmuştur. Özellikle güvenlik yasalarının değerlendirilmesinde yaş farklılıklarına dikkat çeken bir araştırmada, organizasyondaki genç çalışanların kıdemlilerden daha az olgun davrandıkları ölçülmüştür ve yapılan ölçümlerde bu farklılıkların farklı profesyonel gruplar arasında daha büyük olduğu görülmüştür. Genç çalışanlar en aşağıdan yukarıya tutarsız iletişim konusunda yakınmışlardır (29).

Hasta güvenliğinin kurum kültürünün bir parçası olmasının önündeki bu engeller, etkin bir liderlik anlayışı ile ortadan kaldırılabilir. Ancak liderler sadece tepe yöneticiler

olarak düşünülmemelidir. Güvenli bakım için doğrudan hasta bakımından sorumlu sağlık çalışanları, özellikle de hemşirelerin hepsi birer lider olmak zorundadır. Hemşireler, hastanelerde merkezi bir role sahiptir; hasta güvenliği stratejilerini oluşturmak ve sürdürmek konusunda ideal bir pozisyonları vardır. Kendini lider hisseden hemşireler, güvenli olmayan durumlara direnir, risk alır ve mücadele ederler (31).

1.8.5.3.Hasta Güvenliğini Sağlamada Sağlık Yöneticilerinin Rolü

Güvenli bakım herkesin sorumluluğundadır ancak güvenli bir bakım ortamı sağlamak liderin işidir. Güvenli sağlık hizmetinin tasarlanmasında üst yönetim bazı sorumluluklarını yerine getirmelidir. Bunlar:

- **Hasta güvenliğinin ortak hedef olması**

- Tıbbi ve idari yöneticilerin katılması ile desteklenen hasta güvenliği komitesinin, organizasyonun ortak bir hedefi olarak kurulması,

- Hedeflerin ve gerçekleşmelerin sürekli izlenmesi,

- Üst yönetimin hasta güvenliğinin geliştirilmesi ve çalışanların katılımına dikkat çeken raporlamaları sıkça yapması,

- Yüksek riskli süreçlerin değerlendirilmesi (ilaç yönetimi, transfüzyon uygulamaları, cerrahi uygulamalar, hastayı mobilize etme ve hasta transferi),

- Yıllık iş planlarına güvenli ürün/hizmet geliştirilmesi için gerekli desteğin verilmesi,

- Hasta güvenliği planlarının üst yönetimin sorumluluğu tanımını da içerecek şekilde hayata geçirilmesidir (32,70).

- **Hasta güvenliğinin herkesin sorumluluğu olması**

- Cesaretlendirmeyi bir araç olarak kullanarak bütün çalışanların hasta güvenliği çalışmalarına katılımının sağlanması

- Hasta güvenliği konusundaki mesajların tekrarlanması, bütün organizasyona tutarlı bir şekilde aktarılması ve bu mesajlarında hasta güvenliği problemlerinin bir kalite

problemi olduğunun vurgulanması

-Organizasyonun bir güvenlik sistemi olarak ele alınmasıdır (32,70).

• **Hasta güvenliği ile ilgili atamaların yapılması ve bu konudaki beklentilerin oluşturulması**

- Üst yönetimin hasta güvenliği konusunda amaç birliği sağlaması,

- Hasta güvenliği planlarının üst yönetimde dahil bütün çalışanların bu konudaki yetki ve sorumluluklarını içerecek şekilde oluşturulması,

- Planın hedefleri, bütçesi, insan kaynağı, veri toplama ve analiz tekniklerinin tanımlanması, komiteye düzenli raporlamanın yapılmasıdır (32,70).

• **Hataların analizi ve sistemlerin yeniden tasarlanması için insan kaynağı ve finansal kaynakların sağlanması**

- Riskli sistemlerde güvenlik ile ilgili sorumlulukların multidisipliner ekiplere verilmesi,

-Sistem tasarımının organizasyonun sorumluluğu olmasıdır (32,70).

• **Hasta Güvenliği sağlamaya yönelik planlamalar yapılması**

- Çalışma saatlerinin, iş yükü, çalışan oranları, iş arasında bölünme, vardiyalarda uykusuzluğun etkisine dikkat ederek belirlenmesi,

- Çalışan eğitim ihtiyaçlarının belirlenmesi, çalışanların devir hızının izlenmesi,

- Sadece bireyin işinin tasarımına değil, aynı zamanda ekiplerin eğitilmesine önem verilmesi,

- Uzun vardiyaların azaltılması,

- Tekrarlı fonksiyonları yerine getiren çalışanların rotasyona tabi tutulmasıdır

(32,70).

• **Hafızaya güvenin önlenmesi**

- Uygun olduğunda kontrol listeleri ve protokollerin kullanılması,

- Klinik rehberlerin oluşturulması,
- İlaç-ilaç, ilaç-besin etkileşim kontrolleri için geliştirilen yazılımların kullanılması,
- Otomasyonda kullanıcının alarmlara dikkat etmesi, alarm nedenlerinin cihaz üzerinde görünmesidir (32,70).

Hasta güvenliği açısından sağlık çalışanlarının amacı, olaya sistem yaklaşımı ile yaklaşmak, idari ve klinik süreçleri de kapsayan hasta odaklı, hasta güvenliğini değerlendirerek mevcut durum analizi yapmak, gelişen olaylar doğrultusunda gerekli düzeltici ve önleyici faaliyetleri başlatmaktır. Bu faaliyetleri gerçekleştirmek konu ile ilgili üst yönetimin farkındalığının sağlanması ve hasta güvenliği programlarına katılımı artırmak amacıyla üst yönetim ve orta kademe yöneticilere eğitimler, iş ortamında hasta güvenliği odaklı kültürün oluşturulması, rutin iç tetkikler ile uygulanan faaliyetlerin izlenmesi ve denetlenmesi, çalışanlara hizmet içi eğitimler verilmesi, hasta güvenliği sorumluluklarının paylaşılması, gerektiğinde yetki devri yapılması, tüm birimlerle iletişim, raporlama sisteminin etkin çalışması konusunda çalışanları cesaretlendirme, ayrıca hasta güvenliğini destekleme, hasta değerlendirme, enfeksiyon kontrolü gibi güvenli ve standart uygulamalar olasıdır (70).

Hataların önlenmesini sağlayan, cezalandırma yerine ödüllendirecek bir kurumsal iklim yaratmak, bu amaçla çalışanların eğitimlerine önem vermek gerekmektedir. Çalışma ortamında tutum ve davranışlarda hataları ortaya çıkartacak, hataların ciddi hasarlara yol açmasını engellemek için, bunların saptanmasının öneminin vurgulandığı bir kurum kültürü oluşturmak gerekir. Bunun için bütün sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürünü algılama biçimlerini değiştirmek ve bu kültürü benimsemelerini sağlamak zorunludur (70).

Hasta bakımındaki güvenliği sağlamak için yüksek güvenlik önlemleri ve kurumsal kültürdeki faktörler ele alınmalıdır. Çünkü hatalar sadece bireylerden değil, sistemden de

kaynaklanmaktadır. Sistemdeki iyileştirmeler, hataların en aza indirilmesini sağlayacaktır. Tıbbi hataların çoğu planlama aşamasında giderilebilmektedir (1,32).

1.8.5.4. Hasta Güvenliğini Sağlamada Türkiye’de Yasal Durum ve Sağlık Çalışanlarının Rolü

Sağlık Bakanlığınca 29 Nisan 2009’da Resmi Gazetede yayınlanarak yürürlüğe giren “Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ” göre Türkiye’de hasta güvenliğini sağlamada yasal durum şöyledir:

Amaç

MADDE 1 – (1) Bu Tebliğin amacı, sağlık kurum ve kuruluşlarında hasta ve çalışan güvenliği ile ilgili risklerin azaltılması için hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesine ve yaygınlaştırılmasına, bunu tesis edecek uygun yöntem ve tekniklerin belirlenmesine, hasta ve çalışan güvenliği konusunda geliştirilen iyi uygulama örneklerinin yaygınlaştırılmasına, hizmet içi eğitim yoluyla personelin farkındalığının ve niteliklerinin artırılmasına, hasta ve çalışan güvenliği ile ilgili raporlama sistemlerinin oluşturulmasına, hasta bakım ve tedavi sürecinin güvenlik ve kalitesinin artırılmasına, hasta ve çalışanların sağlık hizmeti sunum sürecinde karşılaşılabilecekleri muhtemel risk ve zararlardan korunmasına yönelik, usul ve esasları düzenlemektir.

Kapsam

MADDE 2 – (1) Bu Tebliğ, kamu ve özel sektöre ait sağlık hizmeti sunan tüm sağlık kurum ve kuruluşlarını kapsar.

Dayanak

MADDE 3 – (1) Bu Tebliğ, 7/5/1987 tarihli ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununun 3. üncü maddesinin e ve f bentlerine, 13/12/1983 tarihli ve 181 sayılı Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 43. üncü

maddesine, 1/8/1998 tarihli ve 23420 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliği’ne dayanılarak hazırlanmıştır.

Tanımlar

MADDE 4 – (1) Bu Tebliğde geçen;

a) Bakanlık: Sağlık Bakanlığını,

b) Hasta ve çalışan güvenliği: Sağlık hizmeti sunumunda hasta ve sağlık çalışanlarının zarar görmesine yol açabilecek her türlü işlem ve süreçlere karşı, alınacak tedbir ve iyileştirme uygulamalarını,

c) Sağlık kurum ve kuruluşu: Ayakta ve/veya yatarak sağlık hizmeti sunan, kamu ve özel sektöre ait tüm sağlık kurum ve kuruluşlarını, ifade eder.

Temel esaslar

MADDE 5 – (1) Bu Tebliğ kapsamındaki sağlık kurum ve kuruluşları, Tebliğ hükümleri doğrultusunda uygulama yapmak, hasta ve çalışan güvenliği faaliyetlerini gerçekleştirmek amacıyla, kendi iç düzenlemesini yapmakla yükümlüdür. Bakanlığa bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarında bu çalışmalar, performans ve kalite birimleri veya idarenin uygun gördüğü kalite akreditasyon eğitimi almış sertifikalı personel tarafından yürütülür.

Hasta ve çalışan güvenliği uygulamaları

MADDE 6 – (1) Sağlık kurum ve kuruluşları hasta ve çalışan güvenliği kapsamında,

a) Hasta kimlik bilgilerinin tanımlanması ve doğrulanması,

b) Sağlık hizmeti verenler arasında iletişim güvenliğinin geliştirilmesi,

c) İlaç güvenliğinin sağlanması,

ç) Kan transfüzyonunda güvenli uygulamaların sağlanması,

d) Enfeksiyon risklerinin azaltılması,

e) Hasta düşmelerinin önlenmesi,

f) Güvenli cerrahi uygulamalarının sağlanması,

- g) Sıra beklemeden kaynaklanan olumsuzlukların önlenmesi,
- ğ) Çalışan güvenliği için gerekli önlemlerin alınması,
- h) Temel yaşam desteği sürecinin güvence altına alınması (Mavi Kod uygulaması),
- ı) Yenidoğan ve çocuk güvenliğinin sağlanması (Pembe Kod uygulaması),
- i) Hasta ve çalışanların fiziksel saldırı, cinsel taciz ve şiddete maruz kalmalarına karşı gerekli güvenlik tedbirlerinin alınması,
- j) Afetler (deprem, yangın, sel) ve olağan dışı durumlarda tedbir alınması uygulamalarını yerine getirir.

Hasta kimlik bilgilerinin tanımlanması ve doğrulanması

MADDE 7– (1) Hasta kimlik bilgilerinin tanımlanması ve doğrulanması kapsamında yapılacak işlemler şunlardır:

- a) Sağlık kurum ve kuruluşlarınca, hasta kimlik tanımlama ve kimlik doğrulama ile ilgili bir süreç oluşturulur.
- b) Tetkik, tedavi, cerrahi girişimler ile girişimsel işlemler öncesinde ve ilaç, kan ve kan ürünü uygulamadan önce, klinik testler için numune alımında ve hasta transferinde kimlik doğrulama işlemi gerçekleştirilir.
- c) Hasta kimlik tanımlama ve doğrulama işleminde hasta kol bandı kullanılır, oda ve yatak numarası kullanılmaz.
- ç) Hasta kimlik tanımlama işleminde kullanılan barkodlu kol bandında;
 - 1) Protokol numarası (kalın ve büyük punto),
 - 2) Hastanın T.C. kimlik numarası,
 - 3) Hasta adı– soyadı,
 - 4) Doğum tarihi (gün–ay–yıl),
 - 5) Doğum yeri,
 - 6) Tabibin adı-soyadı bulunmalıdır.

d) Hasta kimlik doğrulamada ise hasta adı ve soyadına ek olarak T.C. kimlik numarası, doğum tarihi ya da protokol numarasından biri kullanılır.

e) Hasta yatışlarında dört ayrı renkte kol bandı kullanılır. Renkli kol bandı uygulamasında;

- 1) Normal hastalar için beyaz barkodlu kimlik doğrulama kol bandı,
- 2) Alerjik hastalar için kırmızı,
- 3) Aynı serviste aynı isimli hasta için lacivert,
- 4) Diğer hastalara ve çalışanlara bulaş riski olan hastalıklar için sarı renk kullanılması,
- 5) Alerjisi ve bulaş riski olan hastalar için, beyaz bilezik üzerine, kırmızı ve sarı renkli etiketler yapıştırılması zorunludur.

f) Doğumhanede numaralı kol bandı uygulaması işleminde;

- 1) Doğum öncesi yatış işlemlerinde, iki kol bandı hazırlanır ve kol bandından birisi doğumdan sonra bebeğin koluna dolaşımı engellemeyecek, bebeği rahatsız etmeyecek ve çıkmayacak şekilde takılır.
- 2) Bebeğin kol bandında anne adı ve soyadı, bebeğin doğum tarihi ve annenin protokol numarası bulunur.
- 3) Cinsiyetin karışmaması için erkek çocuklara mavi, kız çocuklara pembe kol bandı uygulanır.

İletişim güvenliğinin geliştirilmesi

MADDE 8 – (1) Sağlık hizmeti verenler arasında iletişim güvenliğinin geliştirilmesi için yapılacak işlemler şunlardır:

a) Hasta bakım ve tedavi sürecinde sözlü/telefon talimatlarının verilmesi ve alınmasında;

1) Sözlü talimatlar, steril girişimler sırasında, tabibin hastanede ya da serviste olmadığı durumlar ile acil olarak ilaç verilmesi gerekli olan durumlarda verilir.

2) Sözlü/telefon talimatının alınması sırasında ilacın ismi, dozu, uygulama şekli ve veriliş sıklığı açık olarak belirtilir.

3) Sözlü/telefon talimatı alınırken önce talimat yazılır, yazılan talimat daha sonra geri okunur ve doğruluğu talimatı veren kişiye onaylatılır, lüzumu halinde verilen ilaç adının kodlama yöntemi ile tekrar edilmesi istenir.

b) Sözlü/telefon talimatlarının kaydında;

1) Talimatı veren tabibin adı ve soyadı, talimatın alındığı tarih ve saat Sözlü ve Telefonla Tabip Talimatları Formuna kaydedilir.

2) Talimatların altına “sözlü talimat” veya “telefon talimatı” olduğu yazılır.

3) Sözlü ve Telefonla Tabip Talimatları Formu, sözlü talimatı veren tabip tarafından 24 saat içinde imzalanır ve hasta tabelasına geçirilir.

4) Talimatı veren tabibe 24 saat içinde ulaşamadığı takdirde Sözlü ve Telefonla Tabip Talimatları Formu, hastayı devralan servis tabibi tarafından onaylanır ve hasta tabelasına geçirilir.

5) Telefon talimatları, sağlık kurum veya kuruluşunun santralinde kayıt altına alınır.

6) Kemoterapi ilaçları ve yüksek riskli ilaçların uygulanmasında sözlü/telefon talimatı kabul edilmez.

c) Kritik test değerleri ile ilgili işlemlerde;

1) Her sağlık kurum veya kuruluşu, kendi statüsü ve şartlarına uygun olarak acil olarak bildirilmesi gereken “Kritik Test Değerleri Formunu” oluşturur. Acil olarak bildirilmesi gereken kritik test değerleri, ilgili laboratuvar bölümlerinin uzmanı veya sorumluları tarafından, hastanın adı ve soyadı, protokol numarası ve kritik değerdeki

testin sonucu ile birlikte, çift nüsha halinde hazırlanan forma yazılır ve zaman geçirilmeden hastanın tabibine ve hemşiresine bildirilir.

2) Telefon ile bildirilen testler geri okuma yöntemi kullanılarak kesinleştirilir.

ç) Kullanılmaması gereken kısaltmaların kapsamı, İlaç Uygulamalarında

Kullanılmaması Gereken Kısaltmalar Listesi esas alınarak ilgili sağlık kurum veya kuruluşunca belirlenir ve buna göre uygulama yapılır.

İlaç güvenliğinin sağlanması

MADDE 9 – (1) İlaç güvenliğinin sağlanmasına yönelik işlemler şunlardır:

a) Yatışına karar verilen hastanın varsa kullandığı ilaçlar kayıt altına alınarak ilgili tabibe bildirilir. Tedavi planı, ilaç dozu, zamanı ve uygulama şeklini içerecek şekilde, okunaklı olarak her bir hasta tabelasına hastanın kendi tabibi tarafından yazılır. Hastanın yatış öncesi aldığı ilaçlar, bakım sürecinde kullandığı ilaçlar ve taburcu edildikten sonra kullanacağı ilaçlara ilişkin süreç tanımlanır.

b) Hastanın evden getirdiği ve hastanede kullanması gerekli olan ilaçlar, günlük olarak ve her farklı ilaç eklendiğinde eczacı ve /veya sorumlu tabip tarafından ilaç-besin, ilaç-ilaç etkileşimleri bakımından değerlendirilir.

c) Hastanın kullandığı tüm ilaçların ilgili hemşiresi tarafından verilmesine yönelik gerekli düzenlemeler yapılır.

ç) İlaç uyumu, istenmeyen ve beklenmeyen yan etkiler, tabip ve hemşireler tarafından izlenir ve ilaçların yan etkilerinin izlenmesine yönelik işlemler, 22/3/2005 tarih ve 25763 sayılı Resmî Gazetede yayımlanan, Beşeri, Tıbbi Ürünlerin Güvenliğinin İzlenmesi ve Değerlendirilmesi Hakkında Yönetmeliğin 12.nci maddesinde tanımlanan Advers Etki Bildirim Formuna uygun olarak yapılır.

d) Taburcu ve transferlerde, hasta/hasta yakınına ilaç listesi verilir ve ilaç kullanımı ile ilgili gerekli bilgilendirme yapılır.

e) Kurum eczanesinde, adı ve ambalajı birbirine benzeyen ilaçlar, farklı dozdaki aynı ilaçlar ve uygulama formları ayrı raflarda depolanarak üzerine ayırt edici etiket yapıştırılır.

f) Yüksek riskli ilaçlar, ilaç kapları ile enjektöre çekilen ilaçların isim ve dozları etiketle belirlenir ve etiketler okunaklı şekilde yazılır.

g) Konsantre potasyum çözeltileri ve % 0.9'dan daha konsantre tuz solüsyonları, %50 veya daha konsantre magnezyum sülfat, 2 mEq/ml veya daha konsantre potasyum klorid ve diğer konsantre elektrolit solüsyonlar gibi yüksek riskli ilaçlar, Yüksek Riskli İlaç Etiketleri yapıştırılarak ameliyathane, yoğun bakım ve acil serviste kilitli dolapta, servis hemşiresinin sorumluluğunda muhafaza edilir.

ğ) İlaçların klinik olarak gerekli olmayan alanlarda bulundurulmaması için eczacı tarafından denetimler yapılır.

h) Benzer isimli ilaçların yanlış kullanımını önlemek amacıyla, İsmi ve Söylenişi Benzer İlaç Listesi esas alınarak her sağlık kurum veya kuruluşu, kendi ihtiyaç ve şartlarına uygun olarak ismi ve söylenişi benzer ilaç listesini oluşturur. Bu liste, yılda bir kez gözden geçirilerek güncellenir.

ı) Bağımlılık yapan uyarıcı ve uyuşturucu ilaçlar, kilitli dolaplarda servis hemşiresinin sorumluluğunda muhafaza edilerek, imza karşılığında teslim edilir.

Güvenli kan transfüzyonu

MADDE 10 – (1) Güvenli kan transfüzyonu için yapılması gereken işlemler şunlardır:

a) Kan transfüzyonu öncesi kimlik doğrulama işlemi yapılır. Kan transfüzyonu uygulanacak ve kan örneği alınacak hastanın kimlik bilgileri, dosyasından, kol bandından ve kendisinden doğrulanır ve numunenin üzerine alındığı anda etiket yapıştırılır.

- b) Kan bankasından gelen kan ve kan ürünleri cross-match formu ve kimlik bilgileri iki sağlık personeli tarafından kontrol edilir ve Bilgilendirilmiş Onam Formu hastaya mutlaka imzalatılır.
- c) Transfüzyon sürecinde Kan ve Kan Transfüzyonu İzlem Formu doldurulup imzalanır.
- ç) Donörün kimlik bilgileri, kayıt defteri ve hastane otomasyonuna kaydedilir.
- d) Donör sorgulama formu uygun bir mekânda doldurulur ve formun doldurulması konusunda donör bilgilendirilir.
- e) Donör ile ilgili Eliza testlerinin sonuçları ilgili laboratuvar sorumlu tabibi, sorumlu tabip olmadığı zaman nöbetçi tabip tarafından imzalanır ve sonuç barkodu kayıt defterine yapıştırılır.
- f) HIV, Hepatit B, Hepatit C gibi tanımlanmış testlerin pozitif sonuçlarında yazılım programında sesli uyarı vermek ve bu test sonuçları için barkot vermemek gibi önlemler geliştirilir. Uyarı alındığında ilgili personel tarafından yapılması gereken iş ve işlemlere ilişkin prosedür tanımlanır.

Enfeksiyon risklerinin azaltılması

MADDE 11 – (1) Enfeksiyon risklerinin azaltılması işleminde, sağlık kurum veya kuruluşu tarafından, 11/8/2005 tarihli ve 25903 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Yataklı Tedavi Kurumları Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliği hükümleri uyarınca, bir enfeksiyon kontrol ve önleme programı oluşturulur ve buna göre uygulama yapılır.

Hasta düşmelerinin önlenmesi

MADDE 12 – (1) Hasta düşmelerinin önlenmesine yönelik işlemler şunlardır:

- a) Hastane içerisinde düşme riski bulunan hastalar, Hemşirelik Hizmetleri Hasta Değerlendirme Formunun doldurulması esnasında belirlenir ve riskli alanlar tespit edilir. Bu hastalar, kısıtlama prosedürü dâhilinde gerekli önlemler alınmak suretiyle hemşire

bankolarına yakın alanlarda ve sürekli gözetim altında tutulur.

b) Düşme riskinin yüksek olduğu bölgelere uyarıcı tabela, resim ile uyarı levhaları konularak hastaların bu bölgelerde daha dikkatli olmaları sağlanır.

c) Personel hasta transferlerinde alınacak önlemler konusunda eğitilir.

ç) Doldurulan formlar aracılığı ile düşmelerin takibi ve belirli aralıklarla analizi yapılır, düzeltici faaliyetler planlanır.

Güvenli cerrahi uygulamaları

MADDE 13 – (1) Güvenli cerrahi uygulamaları için alınması gereken tedbirler şunlardır:

a) Cerrahi işlem güvenliği için;

1) Ameliyathanedeki tüm cihaz ve ısı kaynaklarının periyodik bakım ve kalibrasyonlarının yapılması sağlanır ve ameliyat öncesi son teknik kontrolleri yapılır.

2) Hatalı gaz ve gaz karışımı verilmesini önlemek amacıyla, ameliyat öncesi gerekli kontroller yapılır.

3) Cerrahi işleme başlamadan önce tüm ekipmanların mevcut ve fonksiyonel olduğu kontrol edilir.

4) Yapılacak uygulamanın eksiksiz ve doğru olmasını sağlamak için süreçle ilgili bir kontrol listesi hazırlanır.

5) Ameliyattan hemen önce durdurma, son kontrol uygulaması mutlaka yapılır ve Cerrahi / İnvaziv İşlem Doğrulama Formu ekip tarafından duyulacak şekilde okunarak doldurulur.

b) Yanlış hasta ve yanlış taraf cerrahi uygulamalarının önlenmesinde;

1) Cerrahi işlemlerin, Dünya Sağlık Örgütü tarafından belirlenen hasta güvenliği çözümlerine ve evrensel protokole uygunluğunun sağlanması esastır.

2) Ameliyat öncesi serviste hasta ile ilgili son kontroller tabip tarafından yapılarak hastanın da katılımıyla taraf işaretleme süreci gerçekleştirilir.

3) Hastaya ameliyat öncesi servis hemşiresi tarafından kimlik doğrulama işlemi yapılır ve hasta, dosyası ile birlikte görevli refakatinde ameliyathaneye gönderilir.

4) Hasta ameliyathaneye kabul edilirken, ameliyathane hemşiresi ve anestezi teknisyeni tarafından kimlik doğrulama işlemi yapılarak beraberce teslim alınır.

c) Cerrahi işlemlerde taraf işaretleme sürecinde uygulanacak kurallar şu şekildedir;

1) Taraf işaretlemesi için cerrahi taraf işaretleme kalemı kullanılır.

2) Yapışkan taraf işaretleyicileri kullanılmaz.

3) İşaret ameliyat bölgesine veya yakınına belirgin ve silik olmayacak şekilde konulur. Diğer bakım süreçleri için gerekmedikçe ameliyat edilmeyecek bölgeler işaretlenmez.

4) Taraf işaretleme mutlaka hastanın uyanık ve bilinçli olduğu zaman diliminde yapılır.

5) Çoklu yatay yapılar (el ve ayak parmakları ve lezyonlar) veya çoklu düzeylerde (lomber ve torakal ve servikal omurlar) en uygun ve en yakın bölge işaretlenir.

6) Göz tarafı işaretlemesi için kaşın üzeri kullanılır.

7) Tek organ vakaları (sezaryen bölgesi, kalp cerrahisi gibi), müdahaleler sırasında, kateter ve enstrümanların takılmasında, cerrahi prosedürün tasarlandığı açık yara ve lezyonlarda, acil müdahalelerde, prematüre bebeklerle ilgili müdahalelerde işaretleme yapılmaz.

ç) Elektro cerrahi, lazer ve diğer elektrikli cihazlarla yapılan işlemlerde cerrahi yanıkların oluşmasını önlemek için cihazların kullanımında dikkat edilecek hususlar şunlardır:

1) Cihazın kalibrasyon periyodu belirlenir ve sadece kalibrasyonlu cihazlar kullanılır.

2) Özellikle koter cihazları için ekonomik kullanma ömrü belirlenir ve bu süre sonunda demirbaş kaydından düşürülür.

3) Üretici firmanın belirtmiş olduğu bakım aralıklarında bakım yapılır (altı aylık veya yıllık).

d) Cerrahi işlem sürecinde dikkat edilecek hususlar şunlardır:

1) Cihazların teknik kontrolünde kabloların yeterli uzunlukta olduğu ve bağlantıların doğru kullanılıp kullanılmadığı kontrol edilir.

2) Hastanın ekstremiteleri metal masa kısmıyla temas etmemelidir.

3) Hastanın altında sıvı birikmesi önlenir.

4) İşlem yapılacak bölgenin nem oranı %50 seviyesinde tutulur.

Sıra beklemeden kaynaklanan olumsuzlukların önlenmesi

MADDE 14 – (1) Sıra beklemeden kaynaklanan olumsuzlukların önlenmesi için yapılacak işlemler şunlardır:

a) Sağlık kuruluşuna müracaat eden hastalar risk gruplarına göre değerlendirilir.

b) Yüksek riskli hastalara tedavi sürecinde öncelik tanınır.

c) Yüksek riskli ve kronik hastalığı nedeniyle, sık hastaneye başvuran hastaların daha hızlı hizmet alması için düzenlemeler yapılır.

ç) Hastalar, sıra beklemesi gerektiği durumlarda bekleme nedenleri ve tahmini bekleme süreleri hakkında bilgilendirilerek, istek halinde ilgili hizmete ulaşabilecekleri bir diğer sağlık kuruluşuna yönlendirilir.

Çalışan güvenliği

MADDE 15 – (1) Çalışan güvenliği için alınması gereken tedbirler şunlardır:

a) Çalışanları olası risk ve tehlikelere karşı korumak amacıyla, riskli alan ve gruplar belirlenir. Bu çerçevede Çalışan Güvenliği Programı oluşturulur ve uygulamaya konulur.

- b) Riskli bölümlerde çalışan personel için ilgili mevzuat doğrultusunda düzenli olarak sağlık taramaları yapılır.
- c) İğne ucu yaralanmaları takip edilir ve gerekli önlemler alınır.
- ç) Kemoterapi hazırlama ve uygulama alanları gibi yüksek riskli bölümlerde çalışan personelin güvenliği için yürürlüğe konulan Antineoplastik İlaçlarla Güvenli Çalışma Rehberi doğrultusunda uygulama yapılır.
- d) Kan veya vücut sıvısının damlama/sıçrama riskinin olduğu tüm hasta bakım ve müdahale bölgelerinde önlük, eldiven, yüz maskesi, gözlük ve benzeri kişisel koruyucu ekipmanlar bulundurulur.
- e) Bulaş özelliği yüksek hastalar ve özellikli grupların tedavi ve bakım sürecinde, hasta ve çalışanları korumak için kurum gerekli tedbirleri alır.
- f) Radyasyona tabi çalışan kişilerin dozimetre kontrolleri düzenli olarak yapılır. Türkiye Atom Enerjisi Kurumunca önerilen takip sürelerine uyulması zorunludur.
- g) Lateks allerjisi olan personele yönelik düzenlemeler yapılır.
- h) Çalışanların bulaş riski olan hastalıklara karşı korunması için, Enfeksiyon Kontrol Komitesi tarafından aşı listesi oluşturulur ve riskli alanlarda çalışan personelin aşılansması sağlanır.

Temel yaşam desteği sürecinin güvence altına alınması

MADDE 16 – (1) Temel yaşam desteği sürecinin güvence altına alınması (Mavi Kod uygulaması) için yapılacak işlemler şunlardır:

- a) Temel yaşam fonksiyonları (solunum, dolaşım) risk altında olan veya durmuş bulunan bireylere gerekli müdahalelerin yani Cardio Pulmoner Resusitasyon (CPR)'un yapılabilmesi için “mavi kod” uygulaması gerçekleştirilir. Bu amaçla tabip, hemşire, anestezi teknisyeni, hizmetli ve güvenlik görevlisinden oluşan bir ekip kurulur.

b) Mavi kod ekibi, mesai içi ve mesai sonrası olmak üzere iki ayrı ekip olarak kurulur ve kesintisiz hizmet vermeleri sağlanır.

c) Mesai saatlerinde; anestezi, kardiyooloji, nörooloji, göğüs hastalıkları, dâhiliye, genel cerrahi uzmanlarından biri veya bu branşların bulunmadığı yerlerde, idare tarafından görevlendirilen bir tabip ekip lideri olur.

ç) Hastanedeki tüm tabiplerin ve ekipte görevli diğer sağlık personelinin CPR eğitimi alması sağlanır.

Yenidoğan ve çocuk güvenliğinin sağlanması

MADDE 17 – (1) Yenidoğan ve çocuk güvenliğinin sağlanması (Pembe Kod uygulaması) için yapılacak işlemler şunlardır:

a) Yeni doğan / bebek / çocuk kaçırılması veya kaybolması durumlarına karşı önlem almak ve bebek güvenliğini sağlamak amacıyla “pembe kod” uygulaması gerçekleştirilir.

b) Pembe kod uygulamasını gerçekleştirmek için hastane müdürünün sorumluluğunda başhemşire veya başhemşire yardımcısı, servis hemşiresi, teknik servis elemanı, güvenlik amiri ve güvenlik elemanlarından oluşan bir ekip kurulur.

c) Ekip üyelerinin görev tanımları sağlık kurum veya kuruluşu yönetimince yapılır ve ekibe tatbikat yoluyla gerekli eğitim verilir.

ç) Anne ve babası ayrı ya da ailevi sorunları olduğuna dair bilgi verilmiş bebeklerin farkındalığının ortaya konulması ve takibi için anne, hemşire bankosuna yakın bir odada yatırılır ve bebeğin farkındalığını ortaya koyacak ve sadece hemşireler tarafından fark edilecek bir belirteç oluşturulur.

Hasta ve çalışanlar için güvenlik tedbirleri

MADDE 18 – (1) Hasta ve çalışanların fiziksel saldırı, cinsel taciz ve şiddete maruz kalmalarına karşı gerekli güvenlik tedbirlerinin alınması için yapılacak işlemler şunlardır:

- a) Sağlık kurum veya kuruluşu tarafından, fiziksel saldırılara karşı gerekli tedbirler alınır ve prensipler belirlenir.
- b) Özellikle çalışanların şiddete maruz kaldığı durumlarda çalışanın şikâyetlerini değerlendirecek ve üst yönetimin desteğini hissedeceği bir düzenleme yapılır.
- c) Bu tür durumlara müdahale edecek ve 24 saat esasına dayalı olarak görev yapabilecek nitelikte sorumlu bir ekip bulundurulur.

Afetler ve olağan dışı durumlarda alınacak tedbirler

MADDE 19 – (1) Afetlerde (deprem, yangın, sel) ve olağan dışı durumlarda tedbir alınması için yapılacak işlemler şunlardır:

- a) Kurum bir afet planı oluşturur.
- b) Afet planının tatbikatları yılda en az bir kere yapılır. 1.derece deprem bölgesinde olan kurumlar yılda en az iki kez deprem tatbikatı yapar.
- c) Afet planında insanların toplanma alanları belirlenir ve tatbikatlar bu toplanma alanları üzerinde gerçekleştirilir.
- ç) Toplanma alanında o gün kurumda yatan hastaların ve o gün kurumda görev yapan tüm personelin listesi kontrol edilerek kişiler, mekândan tahliye edilir.
- d) Özürlü ve yatan hastaların tahliyesini sağlayacak araçlar, kurumda hazır bulundurulur.
- e) Yangın söndürme araçlarının her an kullanıma hazır olması sağlanır.
- f) Tüm personel yangın söndürme teknikleri ve söndürme cihazlarının kullanımı konusunda eğitilir.
- g) Yangın söndürme tesisatı beş senede bir genel kontrolden geçirilir.

Sorumluluk

MADDE 20 – (1) Sağlık kurum ve kuruluşları, türlerine, bünyelerindeki tıbbi hizmet birimleri ve niteliklerine göre bu Tebliğin ilgili hükümlerini yerine getirmekle

yükümlüdür.

(2) Tıbbi hatalardan kaynaklanan mesleki sorumluluk ile kişilere verilen zararlardan dolayı ilgili personelin adli, idari ve hukuki sorumluluğu saklıdır.

(3) Bu Tebliğde yer alan esas ve usullerin kesintisiz ve etkin bir şekilde uygulanması, uygulama sırasında tespit edilen sorun ve aksaklıkların giderilmesi için gerekli tedbirlerin alınması ve uygulamanın takip ve denetimi ilgili sağlık kurum veya kuruluşunun en üst amirinin yükümlülüğündedir.

Denetim

MADDE 21 – (1) Bu Tebliğin sağlık kurum ve kuruluşlarında uygulanmasını denetlemek üzere, il sağlık müdürlükleri tarafından, il performans ve kalite koordinatörlükleri ve /veya kalite akreditasyon eğitimi almış sertifikalı personel arasından ekipler oluşturulur. Bu ekipler bir hekim, bir hemşire ve diğer sağlık çalışanı olmak üzere en az üç kişiden oluşur.

GEÇİCİ MADDE 1 – (1) Sağlık kurum ve kuruluşları; bu Tebliğin yayımlandığı tarihten itibaren 3 (üç) ay içerisinde Tebliğ hükümleri çerçevesinde gerekli düzenlemeleri yapmak ve uygulamaya başlamak zorundadırlar.

Yürürlük

MADDE 22 – (1) Bu Tebliğ yayımı tarihinde yürürlüğe girer.

Yürütme

MADDE 23– (1) Bu Tebliğ hükümlerini Sağlık Bakanı yürütür.

BÖLÜM II

GEREÇ ve YÖNTEM

2.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Araştırma, İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Bornova Sağlık Grup Başkanlığına bağlı tüm Aile Sağlığı Merkezlerinde ve Ege Üniversitesi Hastanesinin çeşitli kliniklerinde görev yapan sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürü düzeylerini karşılaştırmak üzere tanımlayıcı ve karşılaştırmalı olarak planlanmıştır.

2.2. VERİ TOPLAMADA KULLANILAN GEREÇLER

2.2.1. Sağlık Çalışanlarının Sosyodemografik Özellikleri, Tıbbi Hatalara İlişkin Görüş ve Tutumlarını İçeren Anket Formu

Ankette sağlık çalışanlarının sosyodemografik özelliklerine (cinsiyet, yaş, öğrenim düzeyi, gelir düzeyi algısı, medeni durumu, sosyal güvencesi gibi) (9 soru), mesleki özelliklerine (6 soru), kendi sağlıklarıyla ilgili tutumlarına ve tıbbi hatalarla ilgili kişisel deneyimlerine (4 soru), tıbbi hata ile ilgili düşüncelerine (6 soru), tıbbi hata sebeplerine (1 soru), tıbbi hata durumunda tutumlarına (1 soru), hasta güvenliği, tıbbi hata ve olay raporlama ile ilgili düşüncelerine (1 soru) ilişkin sorulara (28 soru) yer verilmiştir (Ek 1). Hasta güvenliği, tıbbi hata ve olay raporlama ile ilgili sağlık çalışanlarının düşüncelerine yönelik soru açık uçlu olup, sağlık çalışanlarının bu soruya verdiği cevaplar kendi içinde kategorilere ayrılarak sınıflandırılmıştır.

2.2.2. Sağlık Çalışanları Hasta Güvenliği Kültürü Anket Formu

Anket, AHRQ tarafından 2004 yılında geliştirilen “Hospital Survey on Patient Safety Culture” anketinin Türkçesidir. Ankette hasta güvenliği kültürünün boyutlarını ünite/birim düzeyinde ve hastane düzeyinde ölçen sorularla, sonuç değişkenlerinin yer

aldığı sorular bulunmaktadır. Anket formu 12 alt boyut ve 42 maddeden oluşmaktadır AHRQ tarafından hazırlanan bu anketin geçerliliği ve güvenilirliği ABD’de kanıtlanmıştır. Anket ABD’deki hastanelerde yaygın olarak kullanıldığından AHRQ hastane sonuçlarını karşılaştırmak için 2007 yılında ilk karşılaştırmalı veri tabanını oluşturmuş, 2008 yılında anketi yeni ve yeniden uygulayan hastanelerin sonuçlarını karşılaştırarak veri tabanını güncellemiştir. Karşılaştırmalı verilerin her yıl güncellenerek en azından 2012 yılına kadar devam edeceği bildirilmektedir.

Ülkemizde Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı Prof.Dr.Said Bodur ve Öğretim Görevlisi Emel Filiz tarafından 2009 yılında “Hasta Güvenliği Kültürü” anket formu Türkçe’ye kazandırılmış ve geçerlilik güvenilirlik analizi yapılmıştır (19). Ayrıca, birinci basamak sağlık kuruluşlarına adapte edilerek kullanılmıştır (11,19,55).

Geçerlilik Analizi: Güvenlik kültürü anketindeki her alan için elde edilen alt alan skorları arasında orta derecede korelasyon vardır. Bir alan dışında 0,12-0,57 arasında belirgin ve orta düzeyde korelasyonlar görülmektedir. “Olay raporlama” ile alt alanlar korele değildir. En yüksek korelasyon 0,57 ile ($P<0,001$) “Hastane yönetiminin desteği” ile “Birimler arasında ekip çalışması” arasındadır. Anlamlı en düşük korelasyon ($r=0,12$ $P<0,05$) “Personel sağlama” ile “Yönetici beklentileri” arasındadır. “Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt” ile birkaçı dışında –“Olay raporlama sıklığı” dahil- diğer alt alanlar arasında korelasyon saptanamamıştır (19).

Faktör Analizi :Bunun analizin amacı elde edilen bulgulardaki gruplamaların anketin orijinalindeki alt gruplarla uyumunu karşılaştırmaktır. Bu çalışmadaki bulgularla 42 madde altında toplanmaktadır. Bu da gösteriyor ki alt alanlar birbirinden farklı durumları ölçmektedir. Bu bulgulara göre, bir alt alan ile ilgili soruların ölçtüğü hususların diğer alanlar için de benzer şekilde algılanıp cevaplandığı anlaşılmaktadır (19).

Varyans Analizi: Hastaneler arasında güvenlik kültürünün her alt alanı için Varyans analizi ile yapılan karşılaştırmalarda, alanların yarıya yakınında farklılıklar bulunmuştur. Hastanelerin güvenlik kültürünün farklı düzeyde olabileceği düşünülürse anketin geçerliliği anlaşılabilecektir. Sağlık personelinin mesleklerine göre benzer sonuçlar elde edilmiş olması anketin hasta güvenlik kültürü ile ilgili geçerliliğinin bir başka kanıtı sayılabilir (19).

Dil Geçerliliği: Herhangi bir dilde hazırlanan bir anketin başka bir dile kazandırılması sırasında uyulması gereken titizlik gösterilmiştir. Dil değişikliğine rağmen aynı konuların aynı hassasiyet düzeyinde anlaşılmasına özen gösterilmiştir (19).

Tablo 3. Hasta Güvenliği Kültürü Anketi Alt Alanlarının Güvenilirlik Analizi

Hasta güvenliği kültürü alt alanları	İç Tutarlılık Güvenirliği (Cronbach's alpha) (Yapılan çalışma)	İç Tutarlılık Güvenirliği (Cronbach's alpha)* (Referans çalışma)
Güvenliğin kapsamlı algılanması (4 madde)	0.388	0.572
Hataların raporlanma sıklığı (3 madde)	0.865	0.862
Hastane üniteleri arasında ekip çalışması (4 madde)	0.548	0.645
Hastane müdahaleleri ve değişim (4 madde)	0.663	0.657
Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri (4 madde)	0.650	0.717
Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme (3 madde)	0.536	0.606
Üniteler içinde ekip çalışması (4 madde)	0.561	0.828
İletişimin açık tutulması (3 madde)	0.609	0.342
Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim (3 madde)	0.643	0.750
Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt (3 madde)	0.346	0.308
Personel sağlama (4 madde)	0.194	0.186
Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği (3 madde)	0.617	0.620

*Kaynak: Filiz E (2009).Hastanede hasta güvenliği algılamasının ve sağlık çalışanları ile toplumun hasta güvenliği hakkındaki tutumunun belirlenmesi. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Entitüsü Halk Sağlığı AD Yüksek lisans Tezi, Konya (19).

Güvenilirlik Analizi: Anketin 12 güvenlik kültürü boyutunun her birinin iç

tutarlılıkları incelenmiştir. Maddeler, hem pozitif hem de negatif yönlerde yazıldığı için öncelikle negatif olanlar ters kodlanmıştır. Araştırmadaki 12 güvenlik kültürü alt alanının sekizinde Cronbach alfa katsayısı 0,50'nin üzerinde (0,57-0,86) bulunmuştur (Tablo 3). Tüm maddeler için iç tutarlılık güvenilirliği 0,864'dür. Split-half korelesyon katsayısı = 0.686 ve Guttman split-half katsayısı = 0.766 olarak yüksek düzeyde bulunmuştur (19). Yapılan araştırmadan elde edilen veriler kullanılarak tekrarlanan güvenilirlik analizinde 12 güvenlik kültürü alt alanının dokuzunda Cronbach alfa katsayısı 0,50'nin üzerinde (0,53-0,86) bulunmuştur (Tablo 3).

2.3. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Bu araştırmada veriler, İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Bornova Sağlık Grup Başkanlığına bağlı tüm Aile Sağlığı Merkezlerinde ve Ege Üniversitesi Hastanesinin çeşitli kliniklerinde toplanmıştır. Araştırma Eylül 2009- Nisan 2011 tarihleri arasında tamamlanmıştır.

2.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini, İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Bornova Sağlık Grup Başkanlığına bağlı tüm Aile Sağlığı Merkezleri ve Ege Üniversitesi Hastanesi Kliniklerinde çalışan sağlık personeli oluşturmaktadır. Aile Sağlığı Merkezlerinde örneklem seçimine gidilmemiştir, 117 Aile Sağlığı Hekimi ve 117 Aile Sağlığı Elemanından (hemşire,ebe) oluşan evrenin tamamına ulaşılmaya çalışılmıştır (n=234). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin katılım oranı %82, hemşirelerin ise %87'dir.

Tablo 4. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışanların Aile Sağlığı Merkezlerine Göre Dağılımı

AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ(ASM)	HEKİM SAYISI	HEMŞİRE SAYISI
BORNOVA 1 NOLU YEŞİLOVA ASM	2	2
BORNOVA 2 NOLU ASM	1	1
BORNOVA 3 NOLU ALTINDAĞ ASM	1	1
BORNOVA 4 NOLU ASM	3	1
BORNOVA 5 NOLU MERKEZ ASM	5	5
BORNOVA 6 NOLU ATATÜRK ASM	10	10
BORNOVA 7 NOLU EVKA-4 ASM	5	5
BORNOVA 8 NOLU KIZILAY ASM	7	7
BORNOVA 9 NOLU MERKEZ ASM	11	11
BORNOVA 10 NOLU EVKA-3 ASM	8	8
BORNOVA 11 NOLU NALDÖKEN ASM	2	2
BORNOVA 12 NOLU ÜMİT ASM	2	2
BORNOVA 13 NOLU DOĞANLAR BATIÇİM ASM	5	5
BORNOVA 14 NOLU PINARBAŞI ASM	6	6
BORNOVA 15 NOLU YEŞİLÇAM ASM	2	2
BORNOVA 16 NOLU IŞIKKENT ASM	2	2
BORNOVA 17 NOLU ALTINDAĞ-1 ASM	10	10
BORNOVA 18 NOLU ALTINDAĞ-2 ASM	2	2
BORNOVA 19 NOLU ÇAMKULE ASM	4	4
BORNOVA 20 NOLU ÇAMDİBİ-2 ASM	6	6
BORNOVA 21 NOLU ÇAMDİBİ-1 ASM	9	9
BORNOVA 22 NOLU MERSİNLİ ASM	3	3
BORNOVA 23 NOLU KARACAOĞLAN ASM	2	2
BORNOVA 24 NOLU ASM	5	5
BORNOVA 25 NOLU MEVLANA ASM	6	6
TOPLAM	117	117
KATILIM ORANI	%82	%87

Birinci basamak ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların hasta güvenliği kültürü karşılaştırılacağı için örneklem hacmi benzer oranda alınmıştır. İkinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların hasta güvenliği kültürünü incelemek için Ege Üniversitesi Hastanesi Kliniklerinde çalışan hekim ve hemşirelere ulaşılmaya çalışılmıştır. Ege Üniversitesi Hastanesi Klinikleri Cerrahi ve Dahili Klinikleri olarak sınıflandırılmıştır. Bu kliniklerden araştırma kapsamına alınacak klinikler basit rastgele örneklem yöntemi ile belirlenmiştir. Belirlenen 10 klinik'ten 117 hekim ve 117 hemşire ise tabakalı örnekleme yöntemiyle seçilmiştir (n=234) (Tablo 4).

Ege Üniversitesi Hastanesi **Cerrahi Klinikleri:**

- Kalp-Damar Cerrahisi Anabilim Dalı
- Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı
- Nöroşirurji Anabilim Dalı
- Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı
- Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı
- Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı
- Göz Hastalıkları Anabilim Dalı
- Plastik,Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı
- Genel Cerrahi Anabilim Dalı
- Üroloji Anabilim Dalı
- Gastroenteroloji Anabilim Dalı
- Organ Nakli Uygulama ve Araştırma Merkezi Anabilim Dalı

Ege Üniversitesi Hastanesi **Dahili Klinikleri:**

- İç Hastalıkları Anabilim Dalı
- Kardiyoloji Anabilim Dalı
- Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı
- Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
- Psikiyatri Anabilim Dalı
- Nöroloji Anabilim Dalı
- Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı
- Dermatoloji Anabilim Dalı
- Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı **ve ayrıca**
- Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı
- Acil Tıp Anabilim Dalı'dır.

Tablo 5. İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışanlarda Örneklem Seçimi

ANABİLİM DALI	HEMŞİRE SAYISI	ÖRNEKLEME ALINAN HEMŞİRE SAYISI	HEKİM SAYISI	ÖRNEKLEME ALINAN HEKİM SAYISI
NÖROŞİRÜRJİ ANABİLİM DALI	48	$(48 \div 402) \times 117 = 14$	20	$(20 \div 336) \times 117 = 7$
ORTOPEDİ VE TRAVMATOLOJİ ANABİLİM DALI	30	$(30 \div 402) \times 117 = 9$	27	$(27 \div 336) \times 117 = 9$
ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON ANABİLİM DALI	50	$(50 \div 402) \times 117 = 15$	72	$(72 \div 336) \times 117 = 25$
KALP DAMAR CERRAHİSİ ANABİLİM DALI	50	$(50 \div 402) \times 117 = 15$	31	$(31 \div 336) \times 117 = 11$
KULAK BURUN BOĞAZ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI	20	$(20 \div 402) \times 117 = 6$	20	$(20 \div 336) \times 117 = 7$
		59		59
GÖĞÜS HASTALIKLARI ANABİLİM DALI	35	$(35 \div 402) \times 117 = 10$	30	$(32 \div 336) \times 117 = 10$
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI	110	$(110 \div 402) \times 117 = 32$	98	$(98 \div 336) \times 117 = 34$
KARDİYOLOJİ ANABİLİM DALI	59	$(59 \div 402) \times 117 = 17$	38	$(39 \div 336) \times 117 = 14$
		58		58
TOPLAM	402	117	336	117
KATILIM ORANI		%84		%84

İkinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin katılım oranı %84, hemşirelerin ise %84'tür.

2.5. BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLER

Araştırmada aşağıda belirtilen bağımlı ve bağımsız değişkenlerin dağılımı ve ilişkileri incelenmiştir.

a. Bağımlı Değişkenler: Sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürü düzeyidir.

b. Bağımsız Değişkenler: Sağlık çalışanlarının yaşı, öğrenim düzeyi, cinsiyeti, mesleği, hizmet verdiği sağlık kurumu (birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetleri), çalışma birimi, çalışma saatleri, mesleki kıdemi, tıbbi hataya maruziyet durumu, tıbbi hataya ilişkin görüş ve tutumlarıdır.

2.6 VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ VE SÜRESİ

Araştırma verileri, anket formları yardımıyla yüz yüze görüşme yöntemi

kullanılarak toplanmıştır. Anket formlarının doldurulma süresi toplam 20 dakikadır.

2.7. VERİLERİN ANALİZİ

Verilerin analizi Statistical Package for Social Science (SPSS) 13.0 paket programında gerçekleştirilmiştir. Elde edilen veriler sayı ve yüzdelik dağılımları verilerek, ortalama ve standart sapma ile açıklanmıştır.

Kodlama işlemi yapılırken hasta güvenliği anket formundaki likert tipi ifadeler 1’den 5’e doğru puanlanmıştır. A, B ve F bölümlerinde “kesinlikle katılmıyorum”, “katılmıyorum”, “ne katılıyorum ne katılmıyorum”, “katılıyorum”, “kesinlikle katılıyorum” ifadeleri, C ve D bölümlerinde “hiçbir zaman”, “nadiren”, “bazen”, “çoğu zaman”, “her zaman” ifadeleri kullanılmıştır. Bölüm E’de hasta güvenliği derecesi “mükemmel”, “çok iyi”, “kabul edilebilir”, “zayıf” ve “başarısız” olarak değerlendirilmiştir.

Ankette yer alan A5, A7, A8, A10, A12, A14, A16, A17, B3, B4, C6, F2, F3, F5, F6, F7, F9 ve F11 maddelerindeki sorular ters yönlü sorulardır. Hasta güvenliği anket formundaki ters yönlü sorular çevrilmiş ve anketin orijinal yönergesine göre yüzdeye dönüştürülmüştür. Hasta güvenliği anket formundan elde edilen verilerin, her bir alt alanı için olumlu cevap yüzdeleri hesaplanmış, tüm alt boyutların olumlu cevap yüzdelерinin toplamının madde sayısına bölünmesiyle elde edilen ortalama benchmark ortalamasıyla karşılaştırılmıştır (11). Elde edilen ortalamalar, standart sapma ile birlikte verilmiştir. Ortalama ve standart sapma değerleri yüz ile çarpılarak % üzerinden ifade edilmiştir.

Örnek:

Alt Alan	Sağlık Kurumu	Sayı	Olumlu Cevap Ortalamaları	Standart Sapma
Altalan1	I. basamak	199	$0.6357 \times 100 = 63.57 \sim 64$	$0.2508 \times 100 = 25.08 \sim 25$
	II. basamak	198	$0.4760 \times 100 = 47.60 \sim 48$	$0.2789 \times 100 = 27.89 \sim 28$

Hasta güvenliği anket formundan elde edilen ortalamaların karşılaştırılmasında

veriler normal dağılmadığı için (Kolmogorov – Smirnov testine göre) Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Benchmark ortalaması ile araştırmadan elde edilen ortalamaların karşılaştırılmasında tek örnek t-testi kullanılmıştır. 0,05'ten küçük P değerleri önemli kabul edilmiştir.

2.8. SÜRE VE OLANAKLAR

Araştırma Eylül 2009-Ocak 2010 itibariyle hazırlık çalışmaları olarak başlamıştır. Genel literatür taramaları ve konu seçimi yönünde Türkiye'de ve Dünya'da yapılmış araştırmalar incelenmiştir. Ocak ayında danışman ile tez konusu belirleme yönünde toplantı yapılarak tez konusu tespiti yapılmış ve Ocak 2010 itibariyle konuya yönelik spesifik tarama, konu okuma ve araştırma süreci yapılmış, Nisan 2010'da tez izlem komitesine tez önerisi olarak sunulmuştur. Temmuz-Ağustos 2010 tarihlerinde araştırmanın yürütüleceği kurumlardan resmi izin yazıları alınmıştır. Eylül-Ekim-Kasım-Aralık 2010 tarihleri arasında araştırma verileri toplanmış, Ocak-Şubat 2011 tarihlerinde verilerin istatistik kodlamaları girilmiştir ve istatistiksel incelemeleri yapılmıştır. Mart – Nisan 2011'de tezin yazımı tamamlanmıştır (Tablo 6).

2.9. ARAŞTIRMANIN ETİĞİ

Araştırmaya başlamadan önce hasta güvenliği kültürü anketini Türkiye'de ilk olarak kullanıma geçiren öğretim görevlisi Emel Filiz'e telefon ve e-posta yoluyla ulaşılarak kullanım izni alınmıştır (Ek 7). Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu etik kurulundan, İzmir İl Sağlık Müdürlüğü'nden ve Ege Üniversitesi Hastanesi Kliniklerinden yazılı izin alınmıştır (Ek4 , Ek 5, Ek 6). Araştırmaya katılan sağlık çalışanları çalışmaya katılma ya da katılmamaya karar vermede özgür oldukları, katılımlarını herhangi bir noktada sonlandırabilecekleri, bilgi vermeyi reddetme ve çalışmaya ilişkin aydınlatılmaya hakları olduğu konusunda sözel olarak bilgilendirilmiş ve “Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Metni” imzalatılmıştır (Ek 3).

2.10. ARAşTIRMA SIRASINDA YAşANAN DENEYİMLER VE KARşILAşILAN GÜÇLÜKLER

Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı kliniğinden araştırmanın yapılması için onay alınamaması ve Acil Tıp Anabilim Dalında iş yoğunluğundan dolayı sağlık çalışanlarına ulaşılamaması araştırmada karşılaşılan güçlüklerdendir. Ayrıca, anabilim dallarından izin alınmasına rağmen hastane yönetiminden toplam hekim ve hemşire sayısına ulaşılamaması yaşanan önemli bir sorundur. Aile Sağlığı Merkezlerinde çalışan hekim ve hemşirelerle iletişime geçmek daha kolay olmuştur. Ancak Aile Sağlığı Merkezlerine de ulaşım zor olmuştur. Gerek birinci basamakta gerekse ikinci basamakta dağıtılan anketlerde kayıplar yaşanmıştır (%30), bu nedenle veri toplama süreci uzun zaman almıştır.

Tablo 6: Araştırmanın Zamanlanması

YAPILAN ÇALIŞMALAR	Eylül 2009- Ocak 2010	Ocak 2010	Ocak – Mart 2010	Nisan 2010	Mayıs 2010	Haziran- Temmuz 2010	Ekim 2010	Eylül-Ekim- Kasım-Aralık- Ocak 2010	Ocak- Şubat 2011	Mart-Nisan 2011	Nisan 2011
Hazırlık Çalışmaları (Genel Literatür Tarama)											
Danışman İle Toplantı (Tez Konusunu Belirleme)											
Konu ile İlgili Spesifik Okuma											
Soru Kağıdını Hazırlama											
Tez Ön Komitesi ile Toplantı											
İzinlerin Alınması											
Tez İzlem İçin Tez Komitesi ile Toplantı											
Veri Toplama											
Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi											
Tezin Yazılması											
Tez Sunumu											

BÖLÜM III

BULGULAR

3.1.Sağlık Çalışanlarının Sosyodemografik Özelliklerinin İncelenmesi

Bu bölümde, çalışma kapsamına alınan Aile Sağlığı Merkezlerinde ve Üniversite Hastanesinin Cerrahi ve Dahili birimlerinde görevli hekim ve hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine ilişkin veriler yer almaktadır.

Araştırma kapsamına alınan birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin %63.9'u 35-44 yaş grubunda, ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerden dahili birimlerde çalışanların %96.1'i, cerrahi birimlerde çalışanların %95.8'i 25-34 yaş grubundadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin yaş ortalaması 42.29 ± 6.34 , ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin yaş ortalaması ise 29.01 ± 2.92 'dir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşirelerin % 48.0'ı 35-44 yaş grubunda, ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşirelerden dahili birimlerde çalışanların %45.1'i, cerrahi birimlerde çalışanların %56.3'ü 25-34 yaş grubundadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşirelerin yaş ortalaması 38.03 ± 6.27 , ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşirelerin yaş ortalaması ise 33.94 ± 7.06 'dır.

Çalışmaya katılan 397 sağlık personelinin 199'unu (%50.1) hekimler, 198'ini (%49.9) hemşireler oluşturmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin %53.6'sı erkek, %46.6'sı kadındır. İkinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerden dahili birimlerde çalışanların %76.5'i erkek, %23.5'i kadın, cerrahi birimlerde çalışanların %62.5'i erkek, %37.5'i kadındır. Birinci basamak ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşirelerin tamamı kadındır (Tablo7).

Tablo7.Sağlık Çalışanlarının Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Sosyodemografik özellikleri	Birinci Basamak				İkinci Basamak							
					Dahili Birimler				Cerrahi Birimler			
	Hekim		Hemşire		Hekim		Hemşire		Hekim		Hemşire	
Yaş grubu	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
24 yaş ve altı	-	-	-	-	-	-	6	11.8	-	-	2	4.2
25-34 yaş	5	5.2	39	38.2	49	96.1	23	45.1	46	95.8	27	56.3
35-44yaş	62	63.9	49	48.0	2	3.9	19	37.2	2	4.2	15	31.3
45 yaş ve üzeri	30	30.9	14	13.8	-	-	3	5.9	-	-	4	8.2
Cinsiyet												
Erkek	52	53.6	-	-	39	76.5	-	-	30	62.5	-	-
Kadın	45	46.4	102	100	12	23.5	51	100	18	37.5	48	100
Öğrenim düzeyi												
Lise	-	-	11	10.8	-	-	1	2.0	-	-	-	-
Önlisans	-	-	75	73.5	-	-	9	17.6	-	-	12	25.0
Lisans	80	82.5	16	15.7	48	94.1	38	74.5	47	97.9	32	66.7
Lisansüstü	17	17.5	-	-	3	5.9	3	5.9	1	2.1	4	8.3
Medeni durum												
Bekar	11	11.3	5	4.9	33	64.7	26	51.0	24	50.0	13	27.1
Evli	84	86.6	88	86.3	18	35.3	22	43.1	22	45.8	29	60.4
Dul/Boşanmış	2	2.1	9	8.8	-	-	3	5.9	2	4.2	6	12.5
TOPLAM	97	100.0	102	100.0	51	100.0	48	100.0	51	100.0	48	100.0

(Tablo 7'nin devamı)

Yaşamının çoğunluğunu geçirdiği yer	Birinci Basamak				İkinci Basamak							
					Dahili Birimler				Cerrahi Birimler			
	Hekim		Hemşire		Hekim		Hemşire		Hekim		Hemşire	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
İl	27	27.8	42	41.2	11	21.6	25	49.0	15	31.3	18	37.5
İlçe	5	5.2	14	13.7	6	11.8	10	19.6	5	10.4	6	12.5
Köy	-	-	-	-	-	-	2	3.9	-	-	1	2.1
Kasaba	-	-	3	2.9	2	3.9	1	2.0	2	4.2	2	4.2
Metropol/Büyükşehir	65	67.0	43	42.2	32	62.7	13	25.5	26	54.1	21	43.7
Gelir düzeyi algısı												
Çok İyi	5	5.2	2	2.0	1	2.0	-	-	-	-	1	2.1
İyi	75	77.3	26	25.5	18	35.3	16	31.4	11	22.9	11	22.9
Orta	17	17.5	63	61.8	27	52.9	30	58.8	26	54.2	32	66.7
Kötü	-	-	11	10.7	5	9.8	5	9.8	11	22.9	4	8.3
Sağlık güvencesi												
Var	97	100	102	100	48	94.1	51	100	43	89.6	47	97.9
Yok	-	-	-	-	3	5.9	-	-	5	10.4	1	2.1
TOPLAM	97	100.0	102	100.0	51	100.0	51	100.0	48	100.0	48	100.0

Sağlık çalışanlarının öğrenim düzeyi incelendiğinde; birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin %82.5'i lisans, %17.5'i lisansüstü mezunudur. İkinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerden dahili birimlerde çalışanların %94.1'i lisans, %5.9'u lisansüstü, cerrahi birimlerde çalışanların %97.9'u lisans, %2.1'i lisansüstü mezunudur. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşirelerin %10.8'i lise, %73.5'i önlisans, %15.7'si lisans mezunudur. İkinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşirelerden dahili birimlerde çalışanların %2.0'ı lise, %17.6'sı önlisans, %74.5'i lisans, %5.9'u lisansüstü, cerrahi birimlerde çalışanların %25.0'ı önlisans, %66.7'si lisans, %8.3'ü lisanüstü mezunudur.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin %86.6'sı evli, ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerden dahili birimlerde çalışanların %35.3'ü evli, %64.7'si bekar, cerrahi birimlerde çalışanların %45.8'i evli, %50.0'ı bekadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşirelerin %86.3'ü evli, ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşirelerden dahili birimlerde çalışanların %43.1'i evli, %51.0'ı bekar, cerrahi birimlerde çalışanların %60.4'ü evli, %27.1'i bekadır (Tablo 7).

Sağlık çalışanlarının yaşamının çoğunluğunu geçirdiği yer incelendiğinde; birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin %67.0'ının metropol/büyükşehirde yaşadığı, ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerden dahili birimlerde çalışanların %62.7'sinin, cerrahi birimlerde çalışanların %54.1'inin metropol/büyükşehirde yaşadığı belirlenmiştir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşirelerin %42.2'sinin metropol/büyükşehirde, %41.2'sinin ilde, ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşirelerden dahili birimlerde çalışanların %25.5'inin metropol/büyükşehirde, %49.0'ının ilde, cerrahi birimlerde çalışanların %43.7'sinin metropol/büyükşehirde, %37.5'inin ise ilde yaşadığı saptanmıştır (Tablo 7).

Sağlık çalışanlarının gelir düzey algısı incelendiğinde; birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin %77.3'ünün gelirini iyi, ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerden dahili birimlerde çalışanların %52.9'unun orta, %35.3'ünün iyi, cerrahi birimlerde çalışanların %54.2'sinin orta, %22.9'unun hem iyi hem de kötü olarak algıladığı belirlenmiştir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşirelerin %61.8'inin orta, %25.5'inin iyi, ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşirelerden dahili birimlerde çalışanların %58.8'inin orta, %31.4'ünün iyi, cerrahi birimlerde çalışanların %66.7'sinin orta, %22.9'unun iyi olarak gelirini algıladığı saptanmıştır(Tablo 7).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin tamamının (%100), ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerden dahili birimlerde çalışanların %94.1'inin, cerrahi birimlerde çalışanların %89.6'sının sağlık güvencesinin olduğu belirlenmiştir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşirelerin ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşirelerden dahili birimlerde çalışanların tamamının (%100), cerrahi birimlerde çalışanların %97.9'unun sağlık güvencesinin olduğu saptanmıştır (Tablo 7).

3.2. Sağlık Çalışanlarının Mesleki Özelliklerinin İncelenmesi

Bu bölümde, çalışma kapsamına alınan Aile Sağlığı Merkezlerinde ve Üniversite Hastanesinin Cerrahi ve Dahili birimlerinde görevli hekim ve hemşirelerin mesleki özelliklerine ilişkin veriler yer almaktadır.

Sağlık çalışanlarının mesleki özellikleri incelendiğinde, birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin % 97.9'u pratisyen hekim, % 2.1'i uzman hekim, ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerden dahili birimlerde çalışanların %5.9'u uzman hekim, %94.1'i uzmanlık öğrencisi hekim, cerrahi birimlerde çalışanların %2.1'i uzman hekim, %97.9'u uzmanlık öğrencisi hekim olarak görev yapmaktadır. Birinci

basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşirelerin % 51.0'ı kadrolu hemşire % 49.0'ı sözleşmeli hemşire, ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşirelerden dahili birimlerde çalışanların %80.4' kadrolu hemşire/ebe, %19.6'sı sözleşmeli hemşire/ebe, cerrahi birimlerde çalışanların %75.0'ı kadrolu hemşire/ebe, %25.0'ı sözleşmeli hemşire/ebe olarak görev yapmaktadır (Tablo 8).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin % 71.1'inin mesleki kıdeminin 15 yıl ve üzeri, %23.7'sinin 10-14 yıl, ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerden dahili birimlerde çalışanların %52.9'unun mesleki kıdeminin 5 yıldan az, %33.4'ünün 5-9 yıl, %13.7'sinin 10-14 yıl, cerrahi birimlerde çalışanların %56.3'ünün 5 yıldan az, %37.5'inin 5-9 yıl, %6.2'sinin 10-14 yıl olduğu saptanmıştır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşirelerin %66.7'sinin 15 yıl ve üzeri, %20.6'sının 10-14 yıl, ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşirelerden dahili birimlerde çalışanların %21.6'sının mesleki kıdeminin 5 yıldan az, %17.6'sının 5-9 yıl, %60.8'inin 10-14 yıl, cerrahi birimlerde çalışanların %12.5'inin 5 yıldan az, %33.3'ünün 5-9 yıl, %54.2'sinin 10-14 yıl olduğu saptanmıştır (Tablo 8).

Sağlık alışanlarının çalıştığı kurumdaki kıdemi incelendiğinde; birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin %45.4'ünün 1-4 yıl, %37.1'inin 10 yıl ve üzeri, %17.5'inin 5-9 yıl, ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerden dahili birimlerde çalışanların %62.7'sinin 1-4 yıl, %33.4'ünün 5-9 yıl, %3.9'unun 10 yıl ve üzeri, cerrahi birimlerde çalışanların %75.0'ının 1-4 yıl, %22.9'unun 5-9 yıl, %2.1'inin 10 yıl ve üzeri çalıştığı kurumda kıdeminin olduğu belirlenmiştir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşirelerin %46.1'inin 1-4 yıl, %38.2'sinin 10 yıl ve üzeri, %15.7'sinin 5-9 yıl, ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşirelerden dahili birimlerde çalışanların %51.0'ının 10 yıl ve üzeri, %27.5'inin 1-4 yıl, %21.5'inin 5-9 yıl, cerrahi birimlerde çalışanların %47.9'unun 10 yıl ve üzeri, %33.3'ünün 5-9 yıl,

%18.8'inin 1-4 yıl çalıştığı kurumda kıdeminin olduğu belirlenmiştir(Tablo 8).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin % 62.9'unun 1-4 yıl, %19.6'sının 10 yıl ve üzeri, %17.5'inin 5-9 yıl, ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerden dahili birimlerde çalışanların %64.7'sinin 1-4 yıl, %31.4'ünün 5-9 yıl, %3.9'unun 10 yıl ve üzeri, cerrahi birimlerde çalışanların %81.2'sinin 1-4 yıl, %16.7'sinin 5-9 yıl, %2.1'inin 10 yıl ve üzeri çalıştığı birimde kıdemi olduğu belirlenmiştir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşirelerin %71.6'sının 1-4 yıl, %18.6'sının 10 yıl ve üzeri, %9.8'inin 5-9 yıl, ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşirelerden dahili birimlerde çalışanların %41.2'sinin 1-4 yıl, %31.3'ünün 5-9 yıl, %27.5'inin 10 yıl ve üzeri, cerrahi birimlerde çalışanların %31.3'ünün 1-4 yıl, %39.5'inin 5-9 yıl, %29.2'sinin 10 yıl ve üzeri çalıştığı birimde kıdemi olduğu belirlenmiştir.

Sağlık çalışanlarının haftalık çalışma saatleri incelendiğinde; birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin %54.6'sının 40 saat ve altı, %41.3'ünün 40-49 saat, %4.1'inin 50 saat ve üstü, ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerden dahili birimlerde çalışanların %82.4'ünün 50 saat ve üstü, cerrahi birimlerde çalışanların %83.4'ünün 50 saat ve üstü çalıştığı belirlenmiştir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşirelerin haftalık çalışma saatleri incelendiğinde; %70.6'sının 40 saat ve altı, %29.4'ünün 40-49 saat, ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşirelerden dahili birimlerde çalışanların %72.5'inin 40-49 saat, cerrahi birimlerde çalışanların %75.0'mının 40-49 saat çalıştığı saptanmıştır (Tablo 8).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin %93.8'inin işinden memnun olduğu, ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerden dahili birimlerde çalışanların %62.7'sinin işinden memnun olduğu, %37.3'ünün memnun olmadığı, cerrahi birimlerde çalışanların %62.5'inin işinden memnun olduğu, %37.5'inin işinden memnun olmadığı belirlenmiştir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan

hemşirelerin %75.5'inin işinden memnun olduğu, %24.5'inin memnun olmadığı, ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşirelerden dahili birimlerde çalışanların %82.4'ünün işinden memnun olduğu, %17.6'sının memnun olmadığı, cerrahi birimlerde çalışanların %75.0'ının işinden memnun olduğu, %25.0'ının memnun olmadığı saptanmıştır (Tablo 8).

Tablo8. Sağlık Çalışanlarının Mesleki Özelliklerine Göre Dağılımı

Mesleki özellikleri	Birinci Basamak				İkinci Basamak							
					Dahili Birimler				Cerrahi Birimler			
	Hekim		Hemşire		Hekim		Hemşire		Hekim		Hemşire	
Görevi	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Kadrolu Hemşire/Ebe	-	-	52	51.0	-	-	41	80.4	-	-	36	75.0
Sözleşmeli Hemşire/Ebe	-	-	50	49.0	-	-	10	19.6	-	-	12	25.0
Pratisyen Hekim	95	97.9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Uzman Hekim	2	2.1	-	-	3	5.9	-	-	1	2.1	-	-
Uzmanlık Öğrencisi	-	-	-	-	48	94.1	-	-	47	97.9	-	-
Hekim												
Mesleki kıdemi												
5 yıldan az	3	3.1	3	2.9	27	52.9	11	21.6	27	56.3	6	12.5
5-9 yıl	2	2.1	10	9.8	17	33.4	9	17.6	18	37.5	16	33.3
10-14 yıl	23	23.7	21	20.6	7	13.7	31	60.8	3	6.2	26	54.2
15 yıl ve üzeri	69	71.1	68	66.7	-	-	-	-	-	-	-	-
Çalıştığı kurumdaki kıdemi												
1-4 yıl	44	45.4	47	46.1	32	62.7	14	27.5	36	75.0	9	18.8
5-9 yıl	17	17.5	16	15.7	17	33.4	11	21.5	11	22.9	16	33.3
10 yıl ve üzeri	36	37.1	39	38.2	2	3.9	26	51.0	1	2.1	23	47.9
Çalıştığı birimdeki kıdemi												
1-4 yıl	61	62.9	73	71.6	33	64.7	21	41.2	39	81.2	15	31.3
5-9 yıl	17	17.5	10	9.8	16	31.4	16	31.3	8	16.7	19	39.5
10 yıl ve üzeri	19	19.6	19	18.6	2	3.9	14	27.5	1	2.1	14	29.2
TOPLAM	97	100.0	102	100.0	51	100.0	51	100.0	48	100.0	48	100.0

(Tablo 8'in devamı)

Mesleki Özellikleri	Birinci Basamak				İkinci Basamak							
					Dahili Birimler				Cerrahi Birimler			
	Hekim		Hemşire		Hekim		Hemşire		Hekim		Hemşire	
Haftalık çalışma saati	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
40 saat ve altı	53	54.6	72	70.6	5	9.8	9	17.6	4	8.3	10	20.8
40-49 saat	40	41.3	30	29.4	4	7.8	37	72.5	4	8.3	36	75.0
50 saat ve üstü	4	4.1	-	-	42	82.4	5	9.9	40	83.4	2	4.2
İş memnuniyeti												
Evet	91	93.8	77	75.5	32	62.7	42	82.4	30	62.5	36	75.0
Hayır	6	6.2	25	24.5	19	37.3	9	17.6	18	37.5	12	25.0
TOPLAM	97	100.0	102	100.0	51	100.0	51	100.0	48	100.0	48	100.0

3.3. Sağlık Çalışanlarının Tıbbi Hata ve Hasta Güvenliği Konusundaki Görüş ve Tutumlarının İncelenmesi

Bu bölümde, birinci basamak ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların tıbbi hata ve hasta güvenliği konusundaki görüşleri, tutumları, kişisel deneyimleri ile ilgili bulgulara yer verilmiştir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların kendi sağlıklarıyla ilgili tutumları incelendiğinde; hekimlerin %30.9'unun, hemşirelerin %59.8'inin herhangi bir sağlık sorununda ilk başvuru yerinin Aile Sağlığı Merkezi olduğu belirlenmiştir. İkinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin %82.8'inin, hemşirelerin %88.9'unun herhangi bir sağlık sorununda ilk başvuru yerinin hastane olduğu belirlenmiştir (Tablo9).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin %22.7'sinin, hemşirelerin %34.3'ünün bir sağlık kuruluşunda yatarak tedavi gördükleri belirlenmiştir. İkinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin %25.3'ünün, hemşirelerin %44.4'ünün bir sağlık kuruluşunda yatarak tedavi gördükleri belirlenmiştir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların kişisel deneyimleri incelendiğinde; hekimlerin %86.6'sının, hemşirelerin %79.4'ünün tıbbi hataya maruz kalmadığı belirlenmiştir. Hekimlerin %5.2'sinin, hemşirelerin ise %8.8'inin tıbbi hataya maruz kaldıkları saptanmıştır. İkinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin %79.8'inin, hemşirelerin %72.7'sinin tıbbi hataya maruz kalmadığı belirlenmiştir. Hekimlerin %8.1'inin, hemşirelerin ise %12.1'inin tıbbi hataya maruz kaldıkları saptanmıştır.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların aile bireylerinin tıbbi hataya maruz kalma durumları incelendiğinde; hekimlerin aile bireylerinden %81.4'ünün tıbbi hataya maruz kalmadığı, %8.2'sinin ise tıbbi hataya maruz kaldığı belirlenmiştir. Hemşirelerin aile bireylerinden %73.5'inin tıbbi hataya maruz kalmadığı, %4.9'unun ise

tıbbi hataya maruz kaldığı saptanmıştır. İkinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin aile bireylerinden %75.8'inin tıbbi hataya maruz kalmadığı, %20.2'sinin ise tıbbi hataya maruz kaldığı belirlenmiştir. Hemşirelerin aile bireylerinden %65.7'sinin tıbbi hataya maruz kalmadığı, %13.1'inin ise tıbbi hataya maruz kaldığı saptanmıştır (Tablo9).

Tablo 9. Sağlık Çalışanlarının Kendi Sağlıklarıyla İlgili Tutumları ve Tıbbi Hatalarla İlgili Kişisel Deneyimlerine Göre Dağılımı

Sağlıkla ilgili tutumlar	Birinci Basamak				İkinci Basamak			
	Hekim		Hemşire		Hekim		Hemşire	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Sağlık sorununda ilk başvuru yeri								
Aile Sağlığı	30	30.9	61	59.8	9	9.1	3	3.0
Merkezi	48	49.5	34	33.3	82	82.8	88	88.9
Hastane	15	15.5	7	6.9	6	6.1	4	4.0
Özel hastane	4	4.1	-	-	2	2.0	4	4.1
Özel muayenehane								
Yatarak tedavi görme								
Evet	22	22.7	35	34.3	25	25.3	44	44.4
Hayır	75	77.3	67	65.7	74	74.7	55	55.6
Kişisel deneyimler								
Tıbbi hataya maruz kalma durumu								
Evet	5	5.2	9	8.8	8	8.1	12	12.1
Hayır	84	86.6	81	79.4	79	79.8	72	72.7
Bilmiyorum	8	8.2	12	11.8	12	12.1	15	15.2
Aile bireylerinin tıbbi hataya maruz kalma durumu								
Evet	8	8.2	5	4.9	20	20.2	13	13.1
Hayır	79	81.4	75	73.5	75	75.8	65	65.7
Bilmiyorum	10	10.4	22	21.6	4	4.0	21	21.2
TOPLAM	97	100.0	102	100.0	99	100.0	99	100.0

Tablo 10. Sağlık Çalışanlarının Tıbbi Hata ile İlgili Düşüncelerine Göre Dağılımı

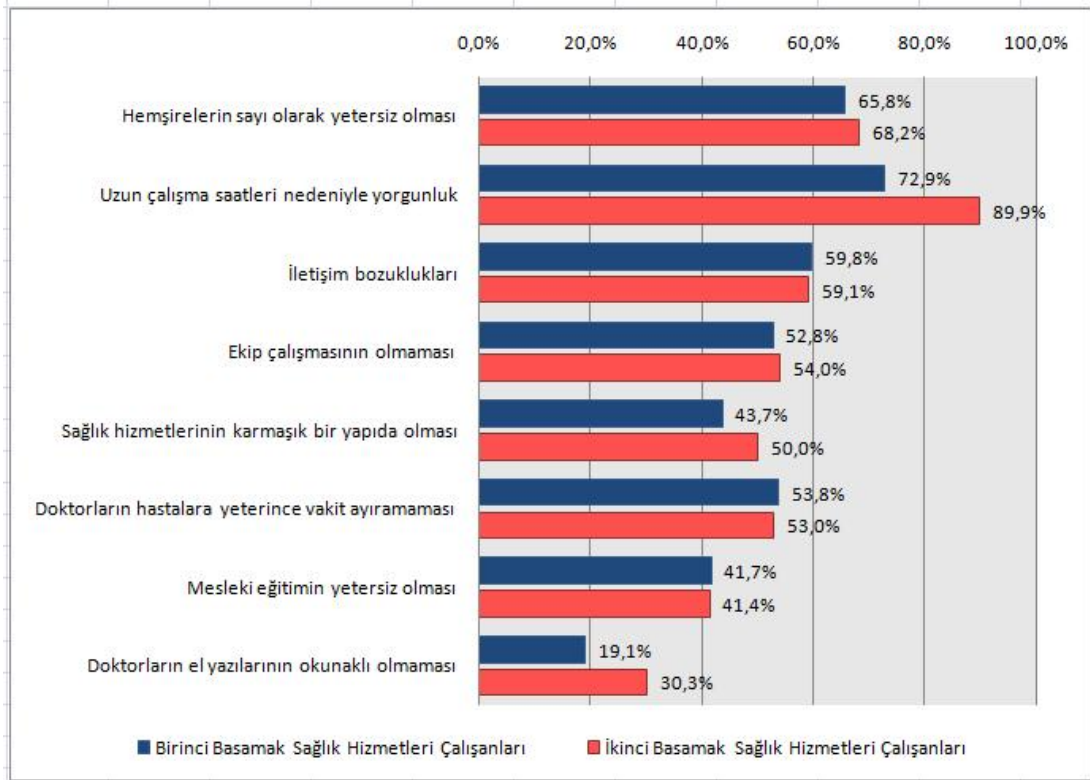
	Birinci Basamak				İkinci Basamak			
	Hekim		Hemşire		Hekim		Hemşire	
Tıbbi hata ile ilgili düşünceler	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Hataların sorumlusu								
Kişiler	18	18.6	14	13.7	35	35.4	21	21.2
Kurumlar	4	4.1	15	14.7	9	9.1	11	11.1
Her ikisi	77	79.4	73	71.6	55	55.5	67	67.7
Tıbbi hataları en sık yapan meslek grubu								
Hekimler	27	27.8	42	41.2	53	53.5	63	63.6
Hemşireler	3	3.1	2	2.0	13	13.1	6	6.1
Hekim ve hemşireler	67	69.1	58	56.8	33	33.4	30	30.3
Hataları önlemede hastaların sorumluluğu								
Var	53	54.6	71	69.6	66	66.7	64	64.6
Yok	35	36.1	25	24.5	19	19.2	27	27.3
Bilmiyorum	9	9.3	6	5.9	14	14.1	8	8.1
Hastalar tıbbi hatalardan kendilerini koruyabilir mi?								
Büyük oranda koruyabilir	14	14.4	19	18.6	21	21.2	9	9.1
Kısmen koruyabilir	65	67.0	61	59.8	54	54.5	67	67.7
Koruyamaz	18	18.6	22	21.6	24	24.3	23	23.2
Tıbbi hatalarla ilgili duyum alma sıklığı								
Hiç duymadım	3	3.1	4	3.9	-	-	1	1.0
Nadiren	57	58.8	41	40.2	36	36.4	52	52.5
Ara sıra	33	34.0	52	51.0	46	46.5	38	38.4
Çok sık	4	4.1	5	4.9	17	17.1	8	8.1
Hatalardan korunmada bilgi ve farkındalığına güvenme durumu								
Çok	41	42.3	44	43.2	59	59.6	57	57.6
Biraz	56	57.7	55	53.9	36	36.4	39	39.4
Hiç	-	-	3	2.9	4	4.0	3	3.0
TOPLAM	97	100.0	102	100.0	99	100.0	99	100.0

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların tıbbi hata ile ilgili düşünceleri incelendiğinde; hekimlerin % 79.4'ü, hemşirelerin % 71.6'sı, hatalardan sağlık kurumu ve

Çalışanların her ikisini de sorumlu görmektedir. İkinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların tıbbi hata ile ilgili düşünceleri incelendiğinde; hekimlerin %55.5'i, hemşirelerin % 67.7'si hatalardan sağlık kurumu ve çalışanların her ikisini de sorumlu görmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin %69.1'inin, hemşirelerin %56.8'inin tıbbi hataları en sık yapan meslek grubunun hekim ve hemşireler olduğunu ifade ettikleri belirlenmiştir. İkinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin %53.5'inin, hemşirelerin %63.6'sının tıbbi hataları en sık yapan meslek grubunun hekimler olduğunu ifade ettikleri belirlenmiştir (Tablo10).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin %54.6'sının, hemşirelerin %69.6'sının hataları önlemede hastaların sorumluluğu olduğunu ifade ettikleri belirlenmiştir. İkinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin %66.7'sinin, hemşirelerin %64.6'sının hataları önlemede hastaların sorumluluğu olduğunu ifade ettikleri belirlenmiştir. Hastalar tıbbi hatalardan kendilerini koruyabilir mi? sorusuna birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin %67.0'ının kısmen koruyabilir, %18.6'sının koruyamaz yanıtını verdikleri saptanmıştır. Hemşirelerin ise aynı soruya %59.8'inin kısmen koruyabilir, %21.6'sının koruyamaz yanıtını verdikleri belirlenmiştir. Hastalar tıbbi hatalardan kendilerini koruyabilir mi? sorusuna ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin %54.5'inin kısmen koruyabilir, %24.3'ünün koruyamaz yanıtını verdikleri saptanmıştır. Hemşirelerin ise aynı soruya %67.7'sinin kısmen koruyabilir, %23.2'sinin koruyamaz yanıtını verdikleri belirlenmiştir. Tıbbi hatalarla ilgili duyum alma sıklıkları incelendiğinde; birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin %58.8'inin nadiren, %34.0'ının ara sıra, hemşirelerin %40.2'sinin nadiren, %51.0'ının ara sıra duyum aldığı belirlenmiştir. İkinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin %36.4'ünün nadiren, %46.5'inin ara sıra, hemşirelerin %52.5'inin nadiren, %38.4'ünün ara sıra duyum aldığı belirlenmiştir.

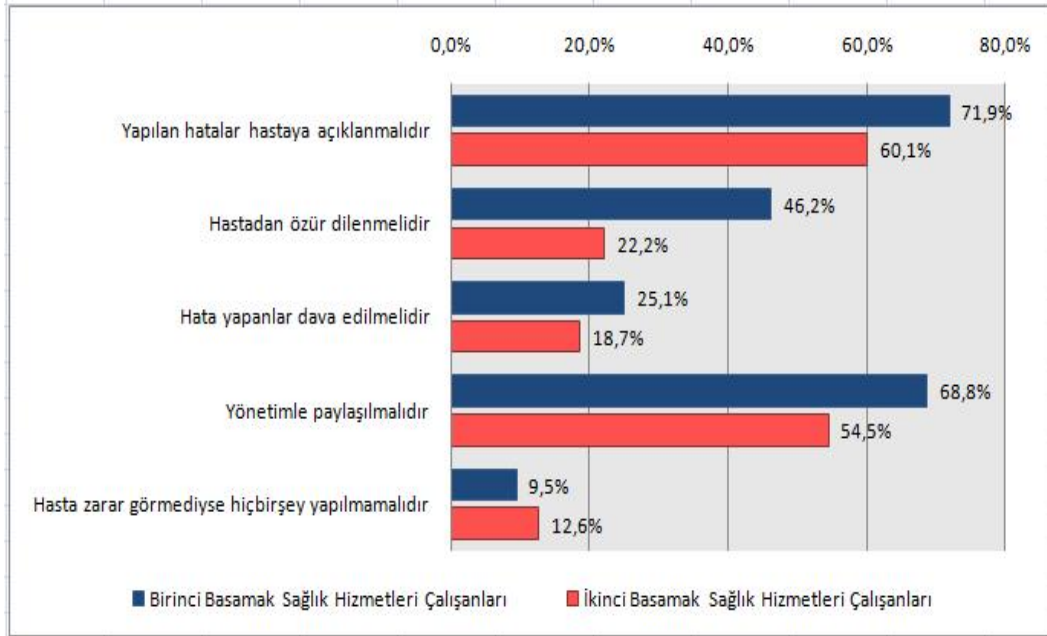
Hatalardan korunmada bilgi ve farkındalığına güvenme durumu incelendiğinde; birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin %57.7'sinin biraz, %42.3'ünün çok, hemşirelerin %53.9'unun biraz, %43.2'sinin bilgi ve farkındalığına çok güvendiği saptanmıştır. İkinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin %36.4'ünün biraz, %59.6'sının çok, hemşirelerin %39.4'ünün biraz, %57.6'sının çok, bilgi ve farkındalığına güvendiği saptanmıştır (Tablo10).



Grafik1. Birinci ve İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışanlara Göre Tıbbi Hata Sebeplerinin Dağılımı

Birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanlara göre tıbbi hata sebepleri incelendiğinde; birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların %65.8'inin ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların %68.2'sinin **hemşirelerin sayı olarak yetersiz olmasını**, birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların %72.9'unun ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların %89.9'unun **uzun çalışma saatleri nedeniyle yorgunluk ve stresi**, birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların %59.8'inin ve

ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların %59.1'inin **iletişim bozukluklarını**, birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların % 52.8'inin ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların %54.0'ının **ekip çalışmasının olmamasını**, birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların % 43.7'sinin ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların %50.0'ının **sağlık hizmetlerinin karmaşık bir yapıda olmasını**, birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların %53.8'inin ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların %53.0'ının **doktorların hastalara yeterince vakit ayırmamasını**, birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların %41.7'sinin ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların %41.4'ünün **mesleki eğitimin yetersiz olmasını**, birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların %19.1'inin ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların %30.3'ünün **doktorların el yazılarının okunaklı olmamasını tıbbi hata sebebi olarak** ifade ettikleri belirlenmiştir (Grafik 1).



Grafik2. Birinci ve İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışanların Tıbbi Hata Durumunda Tutumlarına Göre Dağılımı

Birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların tıbbi hata durumunda tutumlarına göre dağılımları incelendiğinde; birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların % 71.9'unun ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların %60.1'inin **yapılan hataların hastaya açıklanmasını**, birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların %46.2'sinin ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların %22.2'sinin **hastadan zr dilenmesini**, birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların %25.1'inin ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların %18.7'sinin **hata yapanların dava edilmesini**, birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların %68.8'inin ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların %54.5'inin **yapılan hatanın yönetimle paylaşılmasını**, birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların % 9.5'inin ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların % 12.6'sının **hata için hasta zarar görmediyse hiçbirşey yapılmamasını** tıbbi hata durumunda sergilenecek tutumlar olarak ifade ettikleri belirlenmiştir (Grafik 2).

Tablo 11. Sağlık Çalışanlarının Hasta Güvenliği, Tıbbi Hata ve Olay Raporlama Konularındaki Düşünce ve Yorumları

Sağlık Çalışanlarının Düşünce ve Yorumları
<u>Hasta Güvenliği</u> • Hasta güvenliği ihlali, hastanın bakım aldığı ve tedavisinin yapıldığı kurumda zarar görmemesidir. • Hasta güvenliği, tüm sağlık personelinin ve hastanın işbirliği ile gerçekleşebilir. • Hasta güvenliği açısından hasta kendine yapılan her müdahaleyi sormalıdır. • Hasta güvenliğine odaklı çalışmada, yeterli sayıda personel olmaması engel oluşturmaktadır. • Hasta güvenliği için hataların kimin tarafından, hangi hastanede, neden yapıldığı araştırılmalı ve önlemler alınmalıdır. • Hasta güvenliği konusunda bakım veren personelin ve tedaviyi düzenleyen hekimlerin sorumluluğu olduğu kadar yönetiminde sorumluluğu büyüktür. • Hasta güvenliğine odaklı çalışmada, kurumun fiziksel ve alt yapı olanaklarının kısıtlı olması engel oluşturmaktadır.
<u>Tıbbi Hatalar</u> • Tıbbi hataları önlemek için, hizmet içi eğitim sağlanmalı ve takip edilmelidir. • Hasta sayısı fazla, eleman sayısı az olduğu için hata payı artmaktadır. • Hastaya yapılan tıbbi hata söylenmemelidir. Toplumun, sağlıkçıların zor çalışma koşullarından haberleri yok, olayı kişiselleştirebilirler. • Hasta, doktor ve hastane seçme hakkına sahip, ancak sistem musade etmemektedir. • Tıbbi hataların geriye dönük sorgulamalar(periyodik mortalite toplantıları vb.toplantılar) sayesinde daha az olduğu düşünülmektedir. • Tıbbi hataların yoğun çalışma şartları yüzünden olabileceği düşünülmektedir. • Tıbbi hatalar genellikle reçete hatalarından meydana gelmektedir.İlaç dozlarında ve veriliş yollarında hatalar oluşmaktadır. • Sözel order alınırken tekrarlanmalı ve daha sonra yazılı ordere geçilmelidir.Yapılan tıbbi hatalar yöneticiye iletmeli ve tıbbi hata yapan kişiye ceza olarak dönmemelidir.
<u>Olay/ Hata Raporlama</u> • Yapılan hataların, verilen zararın ilgili birimlerde ve yöneticilerle paylaşılması çok ender olarak görülmektedir. • Yönetim her şeyden haberdar olmalı, kayıt tutulmalı ve tekrarını engellemelidir. • Olay/Hata raporlama kurum içinde yönetimle paylaşılmalıdır. • Olay/Hata raporlama, hata eğer çok büyük değilse yapılmamaktadır. • Raporlama yapılmıyor ama kesinlikle yapılmalıdır.Cezalandırılmayacaklarını bilen çalışanlar,hatalarını söylemekten kaçınmazlar.Bu da diğer insanlara örnek olup ,hatalar azalabilir. • Hata raporlama yerine hatayı yapan kişilerin sözlü olarak uyarılması yoluna gidiliyor.

Sağlık çalışanlarının hasta güvenliği, tıbbi hata ve olay raporlama konularındaki düşünce ve yorumları Tablo 11’de yer almaktadır.

3.4. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışanların Hasta Güvenliği Kültürünü Algılamalarının İncelenmesi

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların hasta güvenliği kültürü anketinin alt alanlarına verdikleri olumlu cevapların ortalamaları incelendiğinde; **güvenliğin kapsamlı algılanması** alt boyutundaki sorulara hekimlerin verdiği olumlu cevapların ortalaması 65 ± 24 , hemşirelerin 62 ± 26 olduğu belirlenmiştir. Yapılan analizde hekim ve hemşireler arasında bu alt boyutun olumlu cevap ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($U=4749.00$ $p>0.05$). **Hataların raporlanma sıklığı** alt boyutundaki sorulara hekimlerin verdiği olumlu cevapların ortalaması 34 ± 43 , hemşirelerin 39 ± 43 olduğu belirlenmiştir. Yapılan analizde hekim ve hemşireler arasında bu alt boyutun olumlu cevap ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($U=4625.50$ $p>0.05$).

Üniteler arasında ekip çalışması alt boyutundaki sorulara hekimlerin verdiği olumlu cevapların ortalaması 65 ± 30 , hemşirelerin 65 ± 29 olduğu belirlenmiştir. Yapılan analizde hekim ve hemşireler arasında bu alt boyutun olumlu cevap ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($U=4842.00$ $p>0.05$). **Kurum müdahaleleri ve değişim** alt boyutundaki sorulara hekimlerin verdiği olumlu cevapların ortalaması 56 ± 33 , hemşirelerin 61 ± 35 olduğu belirlenmiştir. Yapılan analizde hekim ve hemşireler arasında bu alt boyutun olumlu cevap ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($U=4381.50$ $p>0.05$). **Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri** alt boyutundaki sorulara hekimlerin verdiği olumlu cevapların ortalaması 64 ± 31 , hemşirelerin 68 ± 30 olduğu belirlenmiştir. Yapılan analizde hekim ve hemşireler arasında bu alt boyutun olumlu cevap ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($U=4606.50$ $p>0.05$) (Tablo 12).

Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme alt boyutundaki sorulara hekimlerin verdiği olumlu cevapların ortalaması 50 ± 33 , hemşirelerin 57 ± 36 olduğu belirlenmiştir. Yapılan analizde hekim ve hemşireler arasında bu alt boyutun olumlu cevap ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($U=4377.50$ $p>0.05$). **Üniteler içinde ekip çalışması** alt boyutundaki sorulara hekimlerin verdiği olumlu cevapların ortalaması 60 ± 32 , hemşirelerin 66 ± 30 olduğu belirlenmiştir. Yapılan analizde hekim ve hemşireler arasında bu alt boyutun olumlu cevap ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($U=4412.50$ $p>0.05$). **İletişimin açık tutulması** alt boyutundaki sorulara hekimlerin verdiği olumlu cevapların ortalaması 65 ± 33 , hemşirelerin 68 ± 29 olduğu belirlenmiştir. Yapılan analizde hekim ve hemşireler arasında bu alt boyutun olumlu cevap ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($U=4843.00$ $p>0.05$) (Tablo 12).

Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim alt boyutundaki sorulara hekimlerin verdiği olumlu cevapların ortalaması 54 ± 35 , hemşirelerin 60 ± 35 olduğu belirlenmiştir. Yapılan analizde hekim ve hemşireler arasında bu alt boyutun olumlu cevap ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($U=4452.00$ $p>0.05$).

Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt alt boyutundaki sorulara hekimlerin verdiği olumlu cevapların ortalaması 41 ± 32 , hemşirelerin 38 ± 31 olduğu belirlenmiştir. Yapılan analizde hekim ve hemşireler arasında bu alt boyutun olumlu cevap ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($U=4676.00$ $p>0.05$).

Personel sağlama alt boyutundaki sorulara hekimlerin verdiği olumlu cevapların ortalaması 29 ± 22 , hemşirelerin 40 ± 25 olduğu belirlenmiştir. Yapılan analizde hekim ve hemşireler arasında bu alt boyutun olumlu cevap ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($U=3749.50$ $p<0.05$) (Tablo 12).

Tablo 12. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışanların Hasta Güvenliği Kültürü Anketinin Alt Alanlarına Verdikleri Olumlu Cevapların Ortalamaları (%Ort)

Hasta Güvenliği Kültürü Alt Alanları	Hekim (n=97) Olumlu cevap ortalaması	Hemşire (n=102) Olumlu cevap ortalaması
Güvenliğin kapsamlı algılanması (4 madde)	65 ±24	62± 26
U=4749.00 p=0.608 p>0.05		
Hataların raporlanma sıklığı (3 madde)	34±43	39±43
U=4625.50 p=0.388 p>0.05		
Üniteler arasında ekip çalışması (4 madde)	65±30	65±29
U=4842.00 p=0.789 p>0.05		
Kurum müdahaleleri ve değişim (4 madde)	56±33	61±35
U=4381.50 p=0.153 p>0.05		
Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri (4 madde)	64±31	68±30
U=4606.50 p=0.386 p>0.05		
Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme (3 madde)	50±33	57±36
U=4377.50 p=0.144 p>0.05		
Üniteler içinde ekip çalışması (4 madde)	60±32	66±30
U=4412.50 p=0.173 p>0.05		
İletişimin açık tutulması (3 madde)	65±33	68±29
U=4843.00 p=0.787 p>0.05		
Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim (3 madde)	54±35	60±35
U=4452.00 p=0.206 p>0.05		
Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt (3 madde)	41±32	38±31
U=4676.00 p=0.483 p>0.05		
Personel sağlama (4 madde)	29±22	40±25
U=3749.50 p=0.002 p<0.05		
Hasta güvenliği için kurum yönetiminin desteği (3 madde)	55±35	60±35
U=4537.50 p=0.295 p>0.05		

Hasta güvenliği için kurum yönetiminin desteği alt boyutundaki sorulara hekimlerin verdiği olumlu cevapların ortalaması 55±35, hemşirelerin 60±35 olduğu belirlenmiştir. Yapılan analizde hekim ve hemşireler arasında bu alt boyutun olumlu cevap ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (U=4537.50 p>0.05) (Tablo 12).

Tablo 13. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışanların Hasta Güvenliği Kültürü Anketi Maddelerine Verdikleri Olumlu Cevapların Yüzdeleri (%)

Hasta güvenliği kültürü alt alan ve maddeler	Hekim (n=97)	Hemşire (n=102)	
1Güvenliğin kapsamlı algılanması			
Burada daha ciddi hataların oluşmaması sadece tesadüfe bağlıdır (a10)	85	78	U=4645.00 p=0.270
Hasta güvenliği, daha fazla iş yapmaktan daha öncelikli bir ilkedir (a15)	68	76	U=4530.00 p=0.185
Bu bölümde hasta güvenliği ile ilgili problemler vardır (a17)	71	71	U=4920.00 p=0.933
Uyguladığımız prosedürler ve sistemler hata oluşmasını önlemede başarılıdır (a18)	65	58	U=4595.50 p=0.305
2Hataların raporlanma sıklığı			
Bir hata yapıldığında ancak hastayı etkilemeden fark edilip düzeltildiğinde ne sıklıkla rapor ediliyor (d1)	32	40	U=4539.50 p=0.228
Bir hata yapıldığında ancak hastaya zarar verme potansiyeli olmadığında ne sıklıkla rapor ediliyor (d 2)	32	37	U=4685.00 p=0.434
Hastaya zarar verebilme olasılığı olan ancak zarar vermeyen bir hata yapıldığında ne sıklıkla rapor ediliyor (d 3)	39	40	U=4896.50 p=0.883
3Üniteler arasında ekip çalışması			
Kurum üniteleri birbirleriyle uyum içinde çalışmaz (e 2)	58	69	U=4408.00 p=0.112
Birimler arasında birlikte çalışmayı gerektiren iyi bir işbirliği vardır (e 4)	78	60	U=4029.50 p=0.005
Diğer bölümlerden gelen kişilerle çalışmak genellikle hoş karşılanmaz (e 6)	61	59	U=4848.00 p=0.774
Hastalar için en iyi bakımı sağlama amacıyla birimler birlikte iyi çalışır (e 10)	65	73	U=4571.00 p=0.248
4Kurum müdahaleleri ve değişim			
Hastalar bir üniteden diğerine nakledilirken bazı şeyler ihmal edilir, gözden kaçırılır, kaybedilir (e 3)	58	60	U=4854.50 p=0.767
Nöbet değişimi sırasında hasta bakımıyla ilgili önemli bilgiler çoğu zaman kaybedilir (e 5)	65	63	U=4838.00 p=0.747
Birimler arasında bilgi aktarımında sıklıkla problemler oluşur (e7)	55	64	U=4497.50 p=0.193
Bu kurumda nöbet değişimleri/rapor/izin durumları hastalar açısından problemlidir (e 11)	46	61	U=4235.00 p=0.042
5Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri			
Yöneticilerimiz, oluşturulmuş hasta güvenliği prosedürlerine göre yapılmış bir işi gördüğünde takdir eder (b 1)	60	57	U=4802.00 p=0.676
Yöneticilerimiz, hasta güvenliğini geliştirmek için çalışanların önerilerini ciddiye alır (b 2)	60	61	U=4898.00 p=0.887
Yöneticilerimiz, kalite kaybı olsa bile bizim daha hızlı çalışmamızı ister (b 3)	49	75	U=3709.00 p=0.000

Hasta güvenliği kültürü alt alan ve maddeler	Hekim (n=97)	Hemşire (n=102)	
Yöneticilerimiz tekrar tekrar oluşan hasta güvenliği problemlerini görmezden gelir (b 4)	87	78	U=4543.00 p=0.131
6Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme			
Hasta güvenliğini geliştirme çalışmalarına aktif olarak katılırsınız (a 6)	65	68	U=4813.50 p=0.688
Yapılan hatalar bu bölümde pozitif değişikliklere yol göstermiştir (a 9)	39	40	U=4896.50 p=0.883
Hasta güvenliğini geliştirmek için değişiklikler yaptıktan sonra bunların etkinliğini değerlendiririz (a 13)	45	63	U=4087.00 p=0.014
7Üniteler içinde ekip çalışması			
Bu birimde çalışan kişiler birbirlerini destekler (a 1)	56	69	U=4306.00 p=0.060
Acilen yapılması gereken çok iş olduğunda ekip olarak birlikte çalışırız (a 3)	64	74	U= 4471.50 p=0.144
Bu birimde çalışanlar birbirine saygılı davranır (a 4)	72	76	U=4734.00 p=0.488
Birim içinde bir çalışma alanı aşırı yoğunlaştığında diğerleri yardım eder (a 11)	48	46	U=4829.50 p=0.738
8İletişimin açık tutulması			
Çalışanlar, hasta bakımını olumsuz etkileyebilen bir şey gördüklerinde bunu serbestçe dile getirebilir (c 2)	80	85	U=4705.50 p=0.362
Çalışanlar, yöneticilerinin karar ve eylemlerini sorgulamakta kendilerini özgür hisseder (c 4)	43	42	U=4890.50 p=0.871
Çalışanlar, bir şey yanlış gözüktüğünde soru sormaktan korkarlar (c 6)	72	75	U=4782.50 p=0.594
9Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim			
Raporlanan olaylara dayandırılarak yapılan değişiklikler hakkında bilgilendiriliriz (c 1)	31	53	U=3858.00 p=0.002
Bu birimde oluşan hatalar hakkında bilgilendiriliriz (c 3)	66	68	U=4864.50 p=0.803
Bu birimde biz, hataların tekrar oluşmasını engelleyecek yöntemleri tartışırız (c 5)	66	61	U=4690.00 p=0.448
10Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt			
Çalışanlar yaptıkları hatalardan dolayı suçlanacaklarını hissederler (a 8)	55	42	U=4329.50 p=0.079
Bir olay rapor edildiği zaman olayla ilgili problem değil olayla ilgili kişi şikayet ediliyor duygusu vardır (a 12)	24	36	U=4325.50 p=0.054
Çalışanlar yaptıkları hataların kişisel dosyalarında muhafaza edildiğinden endişe duyarlar (a 16)	43	35	U=4551.00 p=0.249
11Personel sağlama			
Bu birimde iş yükünün üstesinden gelecek kadar personel mevcuttur (a 2)	29	39	U=4435.00 p=0.125
Bu birimde çalışanlar hasta bakımı için en uygun olan süreden daha uzun süre çalışırlar (a 5)	8	28	U=3948.50 p=0.000
Bu birimde gerekenden fazla geçici personel çalıştırılır (a 7)	63	73	U=4469.00 p=0.146

Hasta güvenliği kültürü alt alan ve maddeler	Hekim (n=97)	Hemşire (n=102)	
Yapılacak çok iş olduğunda ve çok çabuk yapmak gerektiğinde "kriz modunda" çalışırız (a 14)	16	20	U=4793.00 p=0.569
12Hasta güvenliği için kurum yönetiminin desteği			
Kurum yönetimi hasta güvenliğini artıran bir çalışma atmosferi sağlamaktadır (e 1)	66	69	U=4816.00 p=0.691
Yönetimin faaliyetleri, hasta güvenliğinin üst düzey bir öncelik olduğunu gösteriyor (e 8)	60	58	U=4850.50 p=0.780
Yönetim, sadece istenmeyen olay olduğunda hasta güvenliği ile ilgili gibi gözükmemektedir (e 9)	39	54	U=4217.50 p=0.038

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların hasta güvenliği kültürü anketi maddelerine verdikleri olumlu cevapların yüzdeleri incelendiğinde; **“Burada daha ciddi hataların oluşmaması sadece tesadüfe bağlıdır”** ifadesine hekimlerin %85, hemşirelerin %78 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde hekim ve hemşireler arasında **“Burada daha ciddi hataların oluşmaması sadece tesadüfe bağlıdır”** ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (U=4645.00 p>0.05). **“Hasta güvenliği, daha fazla iş yapmaktan daha öncelikli bir ilkedir”** ifadesine hekimlerin %68, hemşirelerin %76 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde hekim ve hemşireler arasında **“burada daha ciddi hataların oluşmaması sadece tesadüfe bağlıdır”** ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (U=4530.00 p>0.05). **“Bu bölümde hasta güvenliği ile ilgili problemler vardır”** ifadesine hekimlerin %71, hemşirelerin %71 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde hekim ve hemşireler arasında **“Bu bölümde hasta güvenliği ile ilgili problemler vardır”** ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (U=4920.00 p>0.05). **“Uyguladığımız prosedürler ve sistemler hata oluşmasını önlemede başarılıdır”** ifadesine hekimlerin %65, hemşirelerin %58 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde hekim ve hemşireler arasında **“Uyguladığımız prosedürler**

ve sistemler hata oluşmasını önlemede başarılıdır” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (U= 4595.50 $p>0.05$) (Tablo 13).

“Bir hata yapıldığında ancak hastayı etkilemeden fark edilip düzeltildiğinde ne sıklıkla rapor ediliyor” ifadesine hekimlerin %32, hemşirelerin %40 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde hekim ve hemşireler arasında “Bir hata yapıldığında ancak hastayı etkilemeden fark edilip düzeltildiğinde ne sıklıkla rapor ediliyor” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (U=4539.50 $p>0.05$). **“Bir hata yapıldığında ancak hastaya zarar verme potansiyeli olmadığına ne sıklıkla rapor ediliyor”** ifadesine hekimlerin %32, hemşirelerin %37 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde hekim ve hemşireler arasında “Bir hata yapıldığında ancak hastaya zarar verme potansiyeli olmadığına ne sıklıkla rapor ediliyor” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (U=4685.00 $p>0.05$) **“Hastaya zarar verebilme olasılığı olan ancak zarar vermeyen bir hata yapıldığında ne sıklıkla rapor ediliyor”** ifadesine hekimlerin %39, hemşirelerin %40 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde hekim ve hemşireler arasında “Hastaya zarar verebilme olasılığı olan ancak zarar vermeyen bir hata yapıldığında ne sıklıkla rapor ediliyor” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (U=4896.50 $p>0.05$) (Tablo 13).

“Kurum üniteleri birbirleriyle uyum içinde çalışmaz” ifadesine hekimlerin %58, hemşirelerin %69 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde hekim ve hemşireler arasında “Kurum üniteleri birbirleriyle uyum içinde çalışmaz” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (U=4408.50 $p>0.05$). **“Birimler arasında birlikte çalışmayı gerektiren**

iyi bir işbirliği vardır” ifadesine hekimlerin %78, hemşirelerin %60 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde hekim ve hemşireler arasında “Birimler arasında birlikte çalışmayı gerektiren iyi bir işbirliği vardır” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (U=4029.50 $p<0.05$). **“Diğer bölümlerden gelen kişilerle çalışmak genellikle hoş karşılanmaz”** ifadesine hekimlerin %61, hemşirelerin %59 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde hekim ve hemşireler arasında “Diğer bölümlerden gelen kişilerle çalışmak genellikle hoş karşılanmaz” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (U=4848.00 $p>0.05$). **“Hastalar için en iyi bakımı sağlama amacıyla birimler birlikte iyi çalışır”** ifadesine hekimlerin %65, hemşirelerin %73 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde hekim ve hemşireler arasında “Hastalar için en iyi bakımı sağlama amacıyla birimler birlikte iyi çalışır” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (U=4571.00 $p>0.05$) (Tablo 13).

“Hastalar bir üniteden diğerine nakledilirken bazı şeyler ihmal edilir, gözden kaçırılır, kaybedilir” ifadesine hekimlerin %58, hemşirelerin %60 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde hekim ve hemşireler arasında “Hastalar bir üniteden diğerine nakledilirken bazı şeyler ihmal edilir, gözden kaçırılır, kaybedilir” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (U=4854.50 $p>0.05$). **“Nöbet değişimi sırasında hasta bakımıyla ilgili önemli bilgiler çoğu zaman kaybedilir”** ifadesine hekimlerin %65, hemşirelerin %63 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde hekim ve hemşireler arasında “Nöbet değişimi sırasında hasta bakımıyla ilgili önemli bilgiler çoğu zaman kaybedilir” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (U=4838.00 $p>0.05$). **“Birimler arasında bilgi aktarımında sıklıkla**

problemler oluşur” ifadesine hekimlerin %55, hemşirelerin %64 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde hekim ve hemşireler arasında “Birimler arasında bilgi aktarımında sıklıkla problemler oluşur” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (U=4497.50 $p>0.05$). **“Bu kurumda nöbet değişimleri/rapor/izin durumları hastalar açısından problemlidir”** ifadesine hekimlerin %46, hemşirelerin %61 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde hekim ve hemşireler arasında “Bu kurumda nöbet değişimleri/rapor/izin durumları hastalar açısından problemlidir” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (U=4235.00 $p<0.05$) (Tablo 13).

“Yöneticilerimiz, oluşturulmuş hasta güvenliği prosedürlerine göre yapılmış bir işi gördüğünde takdir eder” ifadesine hekimlerin %60, hemşirelerin %57 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde hekim ve hemşireler arasında “Yöneticilerimiz, oluşturulmuş hasta güvenliği prosedürlerine göre yapılmış bir işi gördüğünde takdir eder” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (U=4802.00 $p>0.05$). **“Yöneticilerimiz, hasta güvenliğini geliştirmek için çalışanların önerilerini ciddiye alır”** ifadesine hekimlerin %60, hemşirelerin %61 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde hekim ve hemşireler arasında “Yöneticilerimiz, hasta güvenliğini geliştirmek için çalışanların önerilerini ciddiye alır” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (U=4898.00 $p>0.05$). **“Yöneticilerimiz, kalite kaybı olsa bile bizim daha hızlı çalışmamızı ister”** ifadesine hekimlerin %49, hemşirelerin %75 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde hekim ve hemşireler arasında “Yöneticilerimiz, kalite kaybı olsa bile bizim daha hızlı çalışmamızı ister” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel

olarak oldukça anlamlı bir fark saptanmıştır ($U=3709.00$ $p<0.01$). **“Yöneticilerimiz tekrar tekrar oluşan hasta güvenliği problemlerini görmezden gelir”** ifadesine hekimlerin %87, hemşirelerin %78 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde hekim ve hemşireler arasında “Yöneticilerimiz tekrar tekrar oluşan hasta güvenliği problemlerini görmezden gelir” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($U=4543.00$ $p>0.05$) (Tablo 13).

“Hasta güvenliğini geliştirme çalışmalarına aktif olarak katılırız” ifadesine hekimlerin %65, hemşirelerin %68 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde hekim ve hemşireler arasında “Hasta güvenliğini geliştirme çalışmalarına aktif olarak katılırız” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($U=4813.50$ $p>0.05$). **“Yapılan hatalar bu bölümde pozitif değişikliklere yol göstermiştir”** ifadesine hekimlerin %39, hemşirelerin %40 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde hekim ve hemşireler arasında “Yapılan hatalar bu bölümde pozitif değişikliklere yol göstermiştir” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($U=4896.50$ $p>0.05$). **“Hasta güvenliğini geliştirmek için değişiklikler yaptıktan sonra bunların etkinliğini değerlendiririz”** ifadesine hekimlerin %45, hemşirelerin %63 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde hekim ve hemşireler arasında “Hasta güvenliğini geliştirmek için değişiklikler yaptıktan sonra bunların etkinliğini değerlendiririz” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($U=4087.00$ $p<0.05$) (Tablo 13).

“Bu birimde çalışan kişiler birbirlerini destekler” ifadesine hekimlerin %56, hemşirelerin %69 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde hekim ve hemşireler arasında “Bu birimde çalışan kişiler birbirlerini destekler” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır

($U=4306.50$ $p>0.05$). **“Acilen yapılması gereken çok iş olduğunda ekip olarak birlikte çalışırız”** ifadesine hekimlerin %64, hemşirelerin %74 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde hekim ve hemşireler arasında “Acilen yapılması gereken çok iş olduğunda ekip olarak birlikte çalışırız” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($U=4471.50$ $p>0.05$). **“Bu birimde çalışanlar birbirine saygılı davranır”** ifadesine hekimlerin %72, hemşirelerin %76 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde hekim ve hemşireler arasında “Bu birimde çalışanlar birbirine saygılı davranır” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($U=4734.00$ $p>0.05$). **“Birim içinde bir çalışma alanı aşırı yoğunlaştığında diğerleri yardım eder”** ifadesine hekimlerin %48, hemşirelerin %46 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde hekim ve hemşireler arasında “Birim içinde bir çalışma alanı aşırı yoğunlaştığında diğerleri yardım eder” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($U=4829.50$ $p>0.05$) (Tablo 13).

“Çalışanlar, hasta bakımını olumsuz etkileyebilen bir şey gördüklerinde bunu serbestçe dile getirebilir” ifadesine hekimlerin %80, hemşirelerin %85 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde hekim ve hemşireler arasında “Çalışanlar, hasta bakımını olumsuz etkileyebilen bir şey gördüklerinde bunu serbestçe dile getirebilir” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($U=4705.50$ $p>0.05$). **“Çalışanlar, yöneticilerinin karar ve eylemlerini sorgulamakta kendilerini özgür hisseder”** ifadesine hekimlerin %43, hemşirelerin %42 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde hekim ve hemşireler arasında “Çalışanlar, yöneticilerinin karar ve eylemlerini sorgulamakta kendilerini özgür hisseder” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından

istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($U=4890.50$ $p>0.05$). **“Çalışanlar, bir şey yanlış gözüktüğünde soru sormaktan korkarlar”** ifadesine hekimlerin %72, hemşirelerin %75 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde hekim ve hemşireler arasında **“Çalışanlar, bir şey yanlış gözüktüğünde soru sormaktan korkarlar”** ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($U=4782.50$ $p>0.05$) (Tablo 13).

“Raporlanan olaylara dayandırılarak yapılan değişiklikler hakkında bilgilendiriliriz” ifadesine hekimlerin %31, hemşirelerin %53 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde hekim ve hemşireler arasında **“Raporlanan olaylara dayandırılarak yapılan değişiklikler hakkında bilgilendiriliriz”** ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($U=3858.00$ $p<0.05$). **“Bu birimde oluşan hatalar hakkında bilgilendiriliriz”** ifadesine hekimlerin %66, hemşirelerin %68 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde hekim ve hemşireler arasında **“Bu birimde oluşan hatalar hakkında bilgilendiriliriz”** ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($U=4864.50$ $p>0.05$). **“Bu birimde biz, hataların tekrar oluşmasını engelleyecek yöntemleri tartışırız”** ifadesine hekimlerin %66, hemşirelerin %61 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde hekim ve hemşireler arasında **“Bu birimde biz, hataların tekrar oluşmasını engelleyecek yöntemleri tartışırız”** ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($U=4690.00$ $p>0.05$). **“Çalışanlar yaptıkları hatalardan dolayı suçlanacaklarını hissederler”** ifadesine hekimlerin %55, hemşirelerin %42 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde hekim ve hemşireler arasında **“Çalışanlar yaptıkları hatalardan dolayı suçlanacaklarını hissederler”** ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($U=4329.50$ $p>0.05$). **“Bir**

olay rapor edildiği zaman olayla ilgili problem değil olayla ilgili kişi şikayet ediliyor duygusu vardır” ifadesine hekimlerin %24, hemşirelerin %36 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde hekim ve hemşireler arasında “Bir olay rapor edildiği zaman olayla ilgili problem değil olayla ilgili kişi şikayet ediliyor duygusu vardır” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (U=4325.50 p>0.05). **“Çalışanlar yaptıkları hataların kişisel dosyalarında muhafaza edildiğinden endişe duyarlar”** ifadesine hekimlerin %43, hemşirelerin %35 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde hekim ve hemşireler arasında “Çalışanlar yaptıkları hataların kişisel dosyalarında muhafaza edildiğinden endişe duyarlar ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (U=4551.00 p>0.05) (Tablo 13).

“Bu birimde iş yükünün üstesinden gelecek kadar personel mevcuttur” ifadesine hekimlerin %29, hemşirelerin %39 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde hekim ve hemşireler arasında “Bu birimde iş yükünün üstesinden gelecek kadar personel mevcuttur” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (U=4435.00 p>0.05). **“Bu birimde çalışanlar hasta bakımı için en uygun olan süreden daha uzun süre çalışırlar”** ifadesine hekimlerin %8, hemşirelerin %28 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde hekim ve hemşireler arasında “Bu birimde iş yükünün üstesinden gelecek kadar personel mevcuttur” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak oldukça anlamlı bir fark saptanmıştır (U=3948.50 p<0.01). **“Bu birimde gerekenden fazla geçici personel çalıştırılır”** ifadesine hekimlerin %63, hemşirelerin %73 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde hekim ve hemşireler arasında “Bu birimde gerekenden fazla geçici personel çalıştırılır” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (U=4469.50 p>0.05).

“Yapılacak çok iş olduğunda ve çok çabuk yapmak gerektiğinde "kriz modunda" çalışırız” ifadesine hekimlerin %16, hemşirelerin %20 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde hekim ve hemşireler arasında “Yapılacak çok iş olduğunda ve çok çabuk yapmak gerektiğinde "kriz modunda" çalışırız” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (U=4793.50 $p>0.05$) (Tablo 13).

“Kurum yönetimi hasta güvenliğini artıran bir çalışma atmosferi sağlamaktadır”ifadesine hekimlerin %66, hemşirelerin %69 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde hekim ve hemşireler arasında“Kurum yönetimi hasta güvenliğini artıran bir çalışma atmosferi sağlamaktadır” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (U=4816.00 $p>0.05$). **“Yönetimin faaliyetleri, hasta güvenliğinin üst düzey bir öncelik olduğunu gösteriyor”** ifadesine hekimlerin %60, hemşirelerin %58 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde hekim ve hemşireler arasında“Yönetimin faaliyetleri, hasta güvenliğinin üst düzey bir öncelik olduğunu gösteriyor” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (U=4850.50 $p>0.05$). **“Yönetim, sadece istenmeyen olay olduğunda hasta güvenliği ile ilgili gibi gözükmektedir”** ifadesine hekimlerin %39, hemşirelerin %54 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde hekim ve hemşireler arasında “Yönetimin faaliyetleri, hasta güvenliğinin üst düzey bir öncelik olduğunu gösteriyor” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (U=4217.50 $p<0.05$) (Tablo 13).

Tablo 14. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışanların Hasta Güvenliği Derecesi ile İlgili Cevaplarının Mesleklerine Göre Dağılımı

Hasta Güvenliği Derecesi	Hekim		Hemşire	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Mükemmel	25	25.8	29	28.4
Çok iyi	32	33.0	38	37.3
Kabul edilebilir	40	41.2	35	34.3
Zayıf	-	-	-	-
Başarısız	-	-	-	-
TOPLAM	97	100.0	102	100.0

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin %41.2'sinin çalıştığı kurumda hasta güvenliği derecesini kabul edilebilir, %33.0'ının çok iyi, %25.8'inin mükemmel bulduğu, hemşirelerin %37.3'ünün çok iyi, %34.3'ünün kabul edilebilir, %28.4'ünün ise mükemmel bulduğu saptanmıştır (Tablo 14).

Tablo 15. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışanların Hasta Güvenliği ile İlgili Hatalı Olay Raporlama Durumlarının Mesleklerine Göre Dağılımı

Raporlanan olayların sayısı	Hekim		Hemşire	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Hiç	95	97.9	94	92.2
1-2 olay raporu	-	-	7	6.9
3-5 olay raporu	2	2.1	-	-
6 ve üzeri olay raporu	-	-	-	1
TOPLAM	97	100.0	102	100.0

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin %97.9'unun, hemşirelerin %92.2'sinin hiç hatalı olay raporlamadığı belirlenmiştir (Tablo 15).

Tablo 16. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışanların Hasta Güvenliği Kültürü Anketinin Alt Alan ve Maddelerine Verdikleri Olumlu Cevapların Ortalamaları ile Benchmark Ortalamasının Karşılaştırılması (% Ort±SS)

Hasta güvenliği kültürü alt alan ve maddeler	I.Basamak	Benchmark Ortalaması
1Güvenliğin kapsamlı algılanması	63±25	69
Burada daha ciddi hataların oluşmaması sadece tesadüfe bağlıdır	81±39	69
Hasta güvenliği, daha fazla iş yapmaktan daha öncelikli bir ilkedir	72±44	66
Bu bölümde hasta güvenliği ile ilgili problemler vardır	71±45	70
Uyguladığımız prosedürler ve sistemler hata oluşmasını önlemede başarılıdır	61±48	72
t=-3.055 p=0.003 ,p<0.05		
2Hataların raporlanma sıklığı	36±42	64
Bir hata yapıldığında ancak hastayı etkilemeden fark edilip düzeltildiğinde ne sıklıkla rapor ediliyor	36±48	54
Bir hata yapıldığında ancak hastaya zarar verme potansiyeli olmadığında ne sıklıkla rapor ediliyor	35±47	60
Hastaya zarar verebilme olasılığı olan ancak zarar vermeyen bir hata yapıldığında ne sıklıkla rapor ediliyor	40±49	77
t=-8.916 p=0.000 ,p<0.01		
3Üniteler arasında ekip çalışması	65±29	66
Kurum üniteleri birbirleriyle uyum içinde çalışmaz	63±48	65
Birimler arasında birlikte çalışmayı gerektiren iyi bir işbirliği vardır	69±46	55
Diğer bölümlerden gelen kişilerle çalışmak genellikle hoş karşılanmaz	60±49	77
Hastalar için en iyi bakımı sağlama amacıyla birimler birlikte iyi çalışır	69±46	69
t=-8.642 p=0.000 ,p<0.01		
4Kurum müdahaleleri ve değişim	58±34	56
Hastalar bir üniteden diğerine nakledilirken bazı şeyler ihmal edilir, gözden kaçırılır, kaybedilir	59±49	55
Nöbet değişimi sırasında hasta bakımıyla ilgili önemli bilgiler çoğu zaman kaybedilir	64±48	57
Birimler arasında bilgi aktarımında sıklıkla problemler oluşur	59±49	54
Bu kurumda nöbet değişimleri/rapor/izin durumları hastalar açısından problemlidir	54±50	57
t=1.206 p=0.229 ,p>0.05		
5Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri	65±30	76
Yöneticilerimiz, oluşturulmuş hasta güvenliği prosedürlerine göre yapılmış bir işi gördüğünde takdir eder	58±49	72
Yöneticilerimiz, hasta güvenliğini geliştirmek için çalışanların önerilerini ciddiye alır	60±49	77
Yöneticilerimiz, kalite kaybı olsa bile bizim daha hızlı çalışmamızı ister	62±48	79

Hasta güvenliği kültürü alt alan ve maddeler	I.Basamak	Benchmark Ortalaması
Yöneticilerimiz tekrar tekrar oluşan hasta güvenliği problemlerini görmezden gelir	82±38	77
t=-4.676 p=0.000 ,p<0.01		
6Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme	53±34	71
Hasta güvenliğini geliştirme çalışmalarına aktif olarak katılırız	66±47	83
Yapılan hatalar bu bölümde pozitif değişikliklere yol göstermiştir	40±49	65
Hasta güvenliğini geliştirmek için değişiklikler yaptıktan sonra bunların etkinliğini değerlendiririz	54±49	67
t=-7.157p=0.000 ,p<0.01		
7Üniteler içinde ekip çalışması	63±31	83
Bu birimde çalışan kişiler birbirlerini destekler	62±48	87
Acilen yapılması gereken çok iş olduğunda ekip olarak birlikte çalışırız	69±46	90
Bu birimde çalışanlar birbirine saygılı davranır	74±43	80
Birim içinde bir çalışma alanı aşırı yoğunlaştığında diğerleri yardım eder	47±50	73
t=-1.276 p=0.204 ,p>0.05		
8İletişimin açık tutulması	66±31	66
Çalışanlar, hasta bakımını olumsuz etkileyebilen bir şey gördüklerinde bunu serbestçe dile getirebilir	83±37	79
Çalışanlar, yöneticilerinin karar ve eylemlerini sorgulamakta kendilerini özgür hisseder	43±49	51
Çalışanlar, bir şey yanlış gözüktüğünde soru sormaktan korkarlar	74±44	66
t= 0.226 p=0.821,p>0.05		
9Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim	57±35	65
Raporlanan olaylara dayandırılarak yapılan değişiklikler hakkında bilgilendiriliriz	42±49	52
Bu birimde oluşan hatalar hakkında bilgilendiriliriz	67±47	68
Bu birimde biz, hataların tekrar oluşmasını engelleyecek yöntemleri tartışırız	63±48	74
t=-3.017 p=0.003 p<0.05		
10Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt	39±31	48
Çalışanlar yaptıkları hatalardan dolayı suçlanacaklarını hissederler	48±50	55
Bir olay rapor edildiği zaman olayla ilgili problem değil olayla ilgili kişi şikayet ediliyor duygusu vardır	30±46	48
Çalışanlar yaptıkları hataların kişisel dosyalarında muhafaza edildiğinden endişe duyarlar	39±48	41
t=-3.988 p=0.000 p<0.01		
11Personel sağlama	34±23	63
Bu birimde iş yükünün üstesinden gelecek kadar personel mevcuttur	34±47	64
Bu birimde çalışanlar hasta bakımı için en uygun olan süreden daha uzun süre çalışırlar	19±39	58

Hasta güvenliği kültürü alt alan ve maddeler	I.Basamak	Benchmark Ortalaması
Bu birimde gerekenden fazla geçici personel çalıştırılır	68±46	69
Yapılacak çok iş olduğunda ve çok çabuk yapmak gerektiğinde "kriz modunda" çalışırız	18±38	59
t=-16.801 p=0.000 ,p<0.01		
12Hasta güvenliği için kurum yönetiminin desteği	57±34	75
Kurum yönetimi hasta güvenliğini artıran bir çalışma atmosferi sağlamaktadır	67±47	84
Yönetimin faaliyetleri, hasta güvenliğinin üst düzey bir öncelik olduğunu gösteriyor	59±49	75
Yönetim, sadece istenmeyen olay olduğunda hasta güvenliği ile ilgili gibi gözükmemektedir	47±50	64
t=-7.052 p=0.000 ,p<0.01		

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların hasta güvenliği kültürü anketinin alt alan ve maddelerine verdikleri olumlu cevapların ortalamaları ile benchmark ortalaması karşılaştırıldığında; **güvenliğin kapsamlı algılanması** alt boyutundaki sorulara I.basamakta çalışanların verdiği olumlu cevapların ortalaması 63±25, benchmark ortalaması 69 olduğu belirlenmiştir. Bu alt boyutta iki ortalama arasında yapılan analizde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (t=-3.055 p<0.05). **Hataların raporlanma sıklığı** alt boyutundaki sorulara I.basamakta çalışanların verdiği olumlu cevapların ortalaması 36±42, benchmark ortalaması 64 olduğu belirlenmiştir. Bu alt boyutta iki ortalama arasında yapılan analizde istatistiksel olarak oldukça anlamlı bir fark saptanmıştır (t=-8.916 p<0.01) (Tablo 16).

Üniteler arasında ekip çalışması alt boyutundaki sorulara I.basamakta çalışanların verdiği olumlu cevapların ortalaması 65±29, benchmark ortalaması 66 olduğu belirlenmiştir. Bu alt boyutta iki ortalama arasında yapılan analizde istatistiksel olarak oldukça anlamlı bir fark saptanmıştır (t=-8.642 p<0.01). **Kurum müdahaleleri ve değişim** alt boyutundaki sorulara I.basamakta çalışanların verdiği olumlu cevapların ortalaması 58±34, benchmark ortalaması 56 olduğu belirlenmiştir. Bu alt boyutta iki ortalama arasında yapılan analizde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (t=1.206

$p>0.05$). **Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri** alt boyutundaki sorulara I.basamakta çalışanların verdiği olumlu cevapların ortalaması 65 ± 30 , benchmark ortalaması 76 olduğu belirlenmiştir. Bu alt boyutta iki ortalama arasında yapılan analizde istatistiksel olarak oldukça anlamlı bir fark saptanmıştır ($t=-4.676$ $p<0.01$)(Tablo 16).

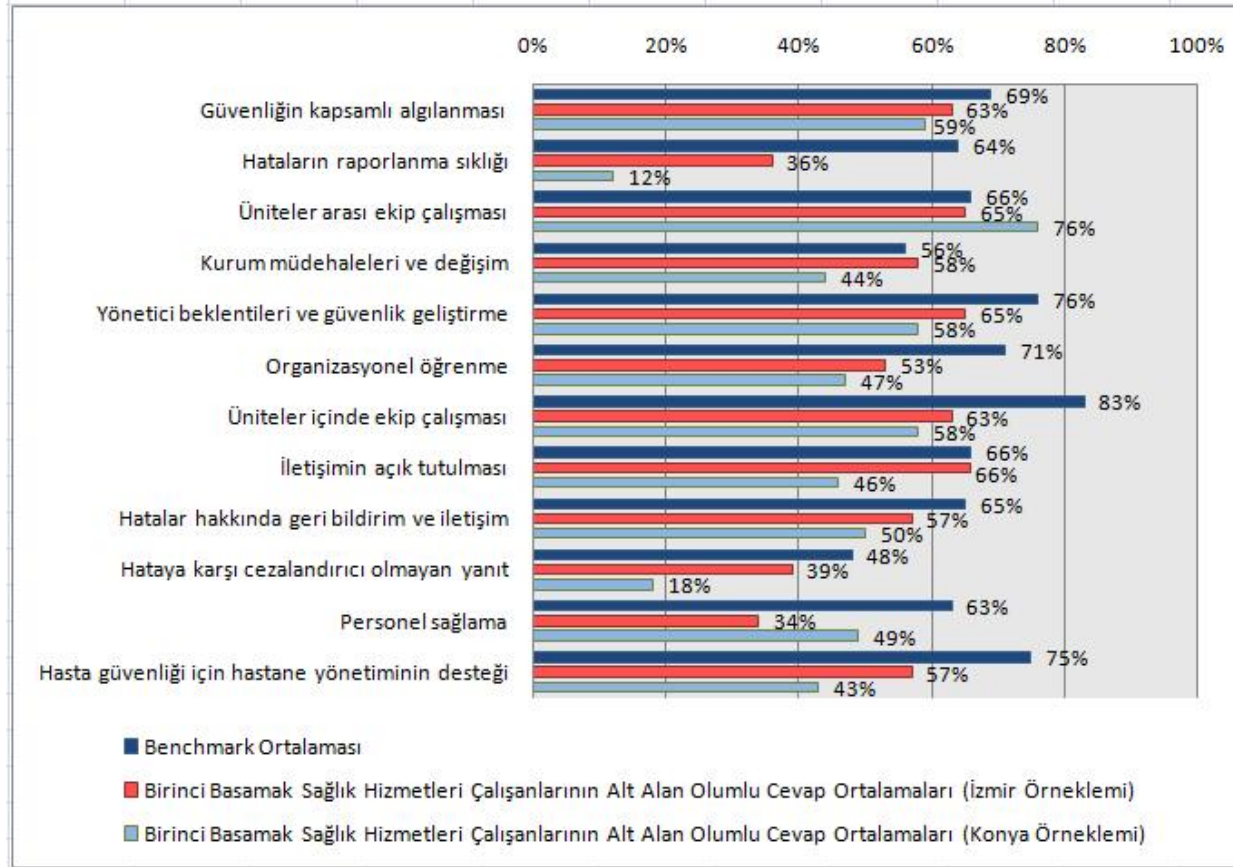
Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme alt boyutundaki sorulara I.basamakta çalışanların verdiği olumlu cevapların ortalaması 53 ± 34 , benchmark ortalaması 71 olduğu belirlenmiştir. Bu alt boyutta iki ortalama arasında yapılan analizde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($t=-7.157$ $p<0.01$). **Üniteler içinde ekip çalışması** alt boyutundaki sorulara I.basamakta çalışanların verdiği olumlu cevapların ortalaması 63 ± 31 , benchmark ortalaması 83 olduğu belirlenmiştir. Bu alt boyutta iki ortalama arasında yapılan analizde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($t=-1.276$ $p>0.05$). **İletişimin açık tutulması** alt boyutundaki sorulara I.basamakta çalışanların verdiği olumlu cevapların ortalaması 66 ± 31 , benchmark ortalaması 66 olduğu belirlenmiştir. Bu alt boyutta iki ortalama arasında yapılan analizde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($t=0.226$ $p>0.05$) (Tablo 16).

Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim alt boyutundaki sorulara I.basamakta çalışanların verdiği olumlu cevapların ortalaması 57 ± 35 , benchmark ortalaması 65 olduğu belirlenmiştir. Bu alt boyutta iki ortalama arasında yapılan analizde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($t=-3.017$ $p<0.05$). **Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt** alt boyutundaki sorulara I.basamakta çalışanların verdiği olumlu cevapların ortalaması 39 ± 31 , benchmark ortalaması 48 olduğu belirlenmiştir. Bu alt boyutta iki ortalama arasında yapılan analizde istatistiksel olarak oldukça anlamlı bir fark saptanmıştır ($t=-3.988$ $p<0.01$). **Personel sağlama** alt boyutundaki sorulara I.basamakta çalışanların verdiği olumlu cevapların ortalaması 34 ± 23 , benchmark

ortalaması 63 olduğu belirlenmiştir. Bu alt boyutta iki ortalama arasında yapılan analizde istatistiksel olarak oldukça anlamlı bir fark saptanmıştır ($t=-16.801$ $p<0.01$). **Hasta güvenliği için kurum yönetiminin desteği** alt boyutundaki sorulara I.basamakta çalışanların verdiği olumlu cevapların ortalaması 57 ± 34 , benchmark ortalaması 75 olduğu belirlenmiştir. Bu alt boyutta iki ortalama arasında yapılan analizde istatistiksel olarak oldukça anlamlı bir fark saptanmıştır ($t=-7.052$ $p<0.01$) (Tablo 16).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların hasta güvenliği kültürü anketi alt alan olumlu cevap ortalamaları benchmark ortalamasıyla karşılaştırıldığında, 12 alt alanın onunda olumlu cevap ortalamaları daha düşüktür. Alt alanlardan olumlu cevap ortalaması düşük olanlar; Güvenliğin kapsamlı algılanması (%63), Hataların raporlanma sıklığı (%36), Üniteler arasında ekip çalışması (%65), Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri (%65), Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme (%53), Üniteler içinde ekip çalışması (%63), Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim (%57), Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt (%39), Personel sağlama (%34), Hasta güvenliği için kurum yönetiminin desteği (%57)'dir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların kurum müdahaleleri ve değişim alt boyutuna verdikleri olumlu cevap ortalaması(%58) benchmark ortalamasından yüksektir.

Yapılan araştırmada birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanlardan elde ettiğimiz hasta güvenliği kültürü anketi alt alan olumlu cevap ortalamalarını referans araştırmasındaki (konya örnekleme) birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların olumlu cevap ortalamaları ile karşılaştırdığımızda, yapılan araştırmada 12 alt alanın onunda olumlu cevap ortalamaları daha yüksektir. Yapılan araştırmada üniteler arasında ekip çalışması (%65) ve personel sağlama (%34) alt boyutlarından elde edilen olumlu cevap ortalamaları referans araştırmasından elde edilen olumlu cevap ortalamalarından düşüktür(Grafik3).



Grafik 3: Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışanların Hasta Güvenliği Kültürü Anketi Alt Alan Olumlu Cevap Ortalamaları, Benchmark Ortalaması ve Konya Örnekleme Ortalamalarının Karşılaştırılması

3.5.İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışanların Hasta Güvenliği Kültürünü

Algılamalarının İncelenmesi

İkinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların hasta güvenliği kültürü anketinin alt alanlarına verdikleri olumlu cevapların ortalamaları incelendiğinde; **güvenliğin kapsamlı algılanması** alt boyutundaki sorulara hekimlerin verdiği olumlu cevapların ortalaması 43 ± 27 , hemşirelerin 52 ± 28 olduğu belirlenmiştir. Yapılan analizde hekim ve hemşireler arasında bu alt boyutun olumlu cevap ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($U=4078.00$ $p<0.05$). **Hataların raporlanma sıklığı** alt boyutundaki sorulara hekimlerin verdiği olumlu cevapların ortalaması 8 ± 23 , hemşirelerin 12 ± 28 olduğu belirlenmiştir. Yapılan analizde hekim ve hemşireler arasında bu alt boyutun olumlu cevap ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($U=4640.00$ $p>0.05$).

Üniteler arasında ekip çalışması alt boyutundaki sorulara hekimlerin verdiği olumlu cevapların ortalaması 38 ± 30 , hemşirelerin 46 ± 34 olduğu belirlenmiştir. Yapılan analizde hekim ve hemşireler arasında bu alt boyutun olumlu cevap ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($U=4243.00$ $p>0.05$). **Kurum müdahaleleri ve değişim** alt boyutundaki sorulara hekimlerin verdiği olumlu cevapların ortalaması 48 ± 34 , hemşirelerin 63 ± 35 olduğu belirlenmiştir. Yapılan analizde hekim ve hemşireler arasında bu alt boyutun olumlu cevap ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($U=3690.50$ $p<0.05$). **Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri** alt boyutundaki sorulara hekimlerin verdiği olumlu cevapların ortalaması 32 ± 28 , hemşirelerin 40 ± 33 olduğu belirlenmiştir. Yapılan analizde hekim ve hemşireler arasında bu alt boyutun olumlu cevap ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($U=4212.00$ $p>0.05$) (Tablo 17).

Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme alt boyutundaki sorulara hekimlerin verdiği olumlu cevapların ortalaması 33 ± 33 , hemşirelerin 46 ± 37 olduğu belirlenmiştir. Yapılan analizde hekim ve hemşireler arasında bu alt boyutun olumlu cevap ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($U=3915.00$ $p<0.05$). **Üniteler içinde ekip çalışması** alt boyutundaki sorulara hekimlerin verdiği olumlu cevapların ortalaması 48 ± 30 , hemşirelerin 58 ± 34 olduğu belirlenmiştir. Yapılan analizde hekim ve hemşireler arasında bu alt boyutun olumlu cevap ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($U=3957.00$ $p<0.05$). **İletişimin açık tutulması** alt boyutundaki sorulara hekimlerin verdiği olumlu cevapların ortalaması 25 ± 28 , hemşirelerin 36 ± 31 olduğu belirlenmiştir. Yapılan analizde hekim ve hemşireler arasında bu alt boyutun olumlu cevap ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($U=3971.00$ $p<0.05$) (Tablo 17).

Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim alt boyutundaki sorulara hekimlerin verdiği olumlu cevapların ortalaması 25 ± 32 , hemşirelerin 41 ± 39 olduğu belirlenmiştir. Yapılan analizde hekim ve hemşireler arasında bu alt boyutun olumlu cevap ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($U=3740.00$ $p<0.05$). **Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt** alt boyutundaki sorulara hekimlerin verdiği olumlu cevapların ortalaması 19 ± 21 , hemşirelerin 17 ± 25 olduğu belirlenmiştir. Yapılan analizde hekim ve hemşireler arasında bu alt boyutun olumlu cevap ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($U=4459.00$ $p>0.05$). **Personel sağlama** alt boyutundaki sorulara hekimlerin verdiği olumlu cevapların ortalaması 19 ± 19 , hemşirelerin 31 ± 22 olduğu belirlenmiştir. Yapılan analizde hekim ve hemşireler arasında bu alt boyutun olumlu cevap ortalamaları bakımından istatistiksel olarak oldukça anlamlı bir fark saptanmıştır ($U=3349.50$ $p<0.01$) (Tablo 17).

Tablo 17. İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışanların Hasta Güvenliği Kültürü Anketinin Alt Alanlarına Verdikleri Olumlu Cevapların Ortalamaları (%Ort)

Hasta Güvenliği Kültürü Alt Alanları	Hekim (n=99) Olumlu cevap ortalaması	Hemşire (n=99) Olumlu cevap ortalaması
Güvenliğin kapsamlı algılanması (4 madde)	43 ±27	52± 28
U=4078.00 p=0.035 p<0.05		
Hataların raporlanma sıklığı (3 madde)	8±23	12±28
U=4640.00 p=0.341 p>0.05		
Üniteler arasında ekip çalışması (4 madde)	38±30	46±34
U=4243.00 p=0.092 p>0.05		
Kurum müdahaleleri ve değişim (4 madde)	48±34	63±35
U=3690.50 p=0.002 p<0.05		
Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri (4 madde)	32±28	40±33
U=4212.00 p=0.078 p>0.05		
Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme (3 madde)	33±33	46±37
U=3915.00 p=0.011 p<0.05		
Üniteler içinde ekip çalışması (4 madde)	48±30	58±34
U=3957.00 p=0.017 p<0.05		
İletişimin açık tutulması (3 madde)	25±28	36±31
U=3971.00 p=0.014 p<0.05		
Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim (3 madde)	25±32	41±39
U=3740.00 p=0.002 p<0.05		
Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt (3 madde)	19±21	17±25
U=4459.00 p=0.212 p>0.05		
Personel sağlama (4 madde)	19±19	31±22
U=3349.50 p=0.000 p<0.01		
Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği (3 madde)	31±36	40±37
U=4260.50 p=0.094 p>0.05		

Hasta güvenliği için kurum yönetiminin desteği alt boyutundaki sorulara hekimlerin verdiği olumlu cevapların ortalaması 31±36, hemşirelerin 40±37 olduğu belirlenmiştir. Yapılan analizde hekim ve hemşireler arasında bu alt boyutun olumlu cevap ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (U=4260.50 p>0.05) (Tablo 17).

Tablo 18. İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışanların Hasta Güvenliği Kültürü Anketi Maddelerine Verdikleri Olumlu Cevapların Yüzdeleri (%)

Hasta güvenliği kültürü alt alan ve maddeler	Hekim (n=99)	Hemşire (n=99)	
1Güvenliğin kapsamlı algılanması			
Burada daha ciddi hataların oluşmaması sadece tesadüfe bağlıdır (a10)	57	66	U=4455.00 p=0.191
Hasta güvenliği, daha fazla iş yapmaktan daha öncelikli bir ilkedir (a15)	61	72	U=4356.00 p=0.099
Bu bölümde hasta güvenliği ile ilgili problemler vardır (a17)	32	47	U=4158.00 p=0.030
Uyguladığımız prosedürler ve sistemler hata oluşmasını önlemede başarılıdır (a18)	40	54	U=4257.00 p=0.065
2Hataların raporlanma sıklığı			
Bir hata yapıldığında ancak hastayı etkilemeden fark edilip düzeltildiğinde ne sıklıkla rapor ediliyor (d1)	6	11	U=4653.00 p=0.206
Bir hata yapıldığında ancak hastaya zarar verme potansiyeli olmadığında ne sıklıkla rapor ediliyor (d 2)	5	7	U=4851.50 p=0.552
Hastaya zarar verebilme olasılığı olan ancak zarar vermeyen bir hata yapıldığında ne sıklıkla rapor ediliyor (d 3)	14	18	U=4702.50 p=0.441
3Üniteler arasında ekip çalışması			
Kurum üniteleri birbirleriyle uyum içinde çalışmaz (e 2)	41	45	U=4702.50 p=0.567
Birimler arasında birlikte çalışmayı gerektiren iyi bir işbirliği vardır (e 4)	22	40	U=4009.50 p=0.006
Diğer bölümlerden gelen kişilerle çalışmak genellikle hoş karşılanmaz (e 6)	53	54	U=4851.00 p=0.887
Hastalar için en iyi bakımı sağlama amacıyla birimler birlikte iyi çalışır (e 10)	36	46	U=4405.50 p=0.150
4Kurum müdahaleleri ve değişim			
Hastalar bir üniteden diğerine nakledilirken bazı şeyler ihmal edilir, gözden kaçırılır, kaybedilir (e 3)	39	61	U=3861.00 p=0.003
Nöbet değişimi sırasında hasta bakımıyla ilgili önemli bilgiler çoğu zaman kaybedilir (e 5)	57	69	U=4306.50 p=0.079
Birimler arasında bilgi aktarımında sıklıkla problemler oluşur (e7)	34	45	U=4356.00 p=0.111
Bu kurumda nöbet değişimleri/rapor/izin durumları hastalar açısından problemlidir (e 11)	61	76	U=4158.00 p=0.022
5Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri			
Yöneticilerimiz, oluşturulmuş hasta güvenliği prosedürlerine göre yapılmış bir işi gördüğünde takdir eder (b 1)	25	31	U=4603.50 p=0.345
Yöneticilerimiz, hasta güvenliğini geliştirmek için çalışanların önerilerini ciddiye alır (b 2)	21	37	U=4108.50 p=0.013
Yöneticilerimiz, kalite kaybı olsa bile bizim daha hızlı çalışmamızı ister (b 3)	27	42	U=4455.00 p=0.171
Yöneticilerimiz tekrar tekrar oluşan hasta güvenliği problemlerini görmezden gelir (b 4)	55	57	U=4801.50 p=0.775

Hasta güvenliği kültürü alt alan ve maddeler	Hekim (n=99)	Hemşire (n=99)	
6Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme			
Hasta güvenliğini geliştirme çalışmalarına aktif olarak katılırız (a 6)	37	47	U=4405.50 p=0.151
Yapılan hatalar bu bölümde pozitif değişikliklere yol göstermiştir (a 9)	2	37	U=4504.50 p=0.229
Hasta güvenliğini geliştirmek için değişiklikler yaptıktan sonra bunların etkinliğini değerlendiririz (a 13)	32	54	U=3861.00 p=0.003
7Üniteler içinde ekip çalışması			
Bu birimde çalışan kişiler birbirlerini destekler (a 1)	44	56	U=4356.00 p=0.119
Acilen yapılması gereken çok iş olduğunda ekip olarak birlikte çalışırız (a 3)	72	69	U= 4752.00 p=0.642
Bu birimde çalışanlar birbirine saygılı davranır (a 4)	35	56	U=3910.50 p=0.004
Birim içinde bir çalışma alanı aşırı yoğunlaştığında diğerleri yardım eder (a 11)	39	54	U=4207.50 p=0.047
8İletişimin açık tutulması			
Çalışanlar, hasta bakımını olumsuz etkileyebilen bir şey gördüklerinde bunu serbestçe dile getirebilir (c 2)	31	49	U=4009.50 p=0.009
Çalışanlar, yöneticilerinin karar ve eylemlerini sorgulamakta kendilerini özgür hisseder (c 4)	7	12	U=4653.00 p=0.229
Çalışanlar, bir şey yanlış gözüktüğünde soru sormaktan korkarlar (c 6)	37	45	U=4504.50 p=0.250
9Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim			
Raporlanan olaylara dayandırılarak yapılan değişiklikler hakkında bilgilendiriliriz (c 1)	27	42	U=4158.00 p=0.026
Bu birimde oluşan hatalar hakkında bilgilendiriliriz (c 3)	28	41	U=4009.50 p=0.009
Bu birimde biz, hataların tekrar oluşmasını engelleyecek yöntemleri tartışırız (c 5)	18	38	U=3910.50 p=0.002
10Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt			
Çalışanlar yaptıkları hatalardan dolayı suçlanacaklarını hissederler (a 8)	22	15	U=4554.00 p=0.203
Bir olay rapor edildiği zaman olayla ilgili problem değil olayla ilgili kişi şikayet ediliyor duygusu vardır (a 12)	17	18	U=4851.00 p=0.853
Çalışanlar yaptıkları hataların kişisel dosyalarında muhafaza edildiğinden endişe duyarlar (a 16)	16	16	U=4900.50 p=1.000
11Personel sağlama			
Bu birimde iş yükünün üstesinden gelecek kadar personel mevcuttur (a 2)	4	18	U=4207.50 p=0.002
Bu birimde çalışanlar hasta bakımı için en uygun olan süreden daha uzun süre çalışırlar (a 5)	10	28	U=4009.50 p=0.001
Bu birimde gerekenden fazla geçici personel çalıştırılır (a 7)	38	5	U=3960.00 p=0.007
Yapılacak çok iş olduğunda ve çok çabuk yapmak gerektiğinde "kriz modunda" çalışırız (a 14)	22	21	U=4851.00 p=0.863

Hasta güvenliği kültürü alt alan ve maddeler	Hekim (n=99)	Hemşire (n=99)	
12Hasta güvenliği için kurum yönetiminin desteği			
Kurum yönetimi hasta güvenliğini artıran bir çalışma atmosferi sağlamaktadır (e 1)	21	42	U=3861.00 p=0.001
Yönetimin faaliyetleri, hasta güvenliğinin üst düzey bir öncelik olduğunu gösteriyor (e 8)	40	34	U=4603.50 p=0.379
Yönetim, sadece istenmeyen olay olduğunda hasta güvenliği ile ilgili gibi gözükmetedir (e 9)	30	40	U=4405.50 p=0.138

İkinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların hasta güvenliği kültürü anketi maddelerine verdikleri olumlu cevapların yüzdeleri incelendiğinde; **“Burada daha ciddi hataların oluşmaması sadece tesadüfe bağlıdır”** ifadesine hekimlerin %57, hemşirelerin %66 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde hekim ve hemşireler arasında “Burada daha ciddi hataların oluşmaması sadece tesadüfe bağlıdır” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (U=4455.00 p>0.05). **“Hasta güvenliği, daha fazla iş yapmaktan daha öncelikli bir ilkedir”** ifadesine hekimlerin %61, hemşirelerin %72 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde hekim ve hemşireler arasında “Hasta güvenliği, daha fazla iş yapmaktan daha öncelikli bir ilkedir” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (U=4356.00 p>0.05). **“Bu bölümde hasta güvenliği ile ilgili problemler vardır”** ifadesine hekimlerin %32, hemşirelerin %47 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde hekim ve hemşireler arasında “Bu bölümde hasta güvenliği ile ilgili problemler vardır” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (U=4158.00 p<0.05). **“Uyguladığımız prosedürler ve sistemler hata oluşmasını önlemede başarılıdır”** ifadesine hekimlerin %40, hemşirelerin %54 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde hekim ve hemşireler arasında “Uyguladığımız prosedürler ve sistemler hata oluşmasını önlemede başarılıdır” ifadesine verdikleri olumlu cevap

yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (U= 4257.00 $p>0.05$)(Tablo 18).

“Bir hata yapıldığında ancak hastayı etkilemeden fark edilip düzeltildiğinde ne sıklıkla rapor ediliyor” ifadesine hekimlerin %6, hemşirelerin %11 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde hekim ve hemşireler arasında “Bir hata yapıldığında ancak hastayı etkilemeden fark edilip düzeltildiğinde ne sıklıkla rapor ediliyor” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (U=4653.00 $p>0.05$). **“Bir hata yapıldığında ancak hastaya zarar verme potansiyeli olmadığında ne sıklıkla rapor ediliyor”** ifadesine hekimlerin %5, hemşirelerin %7 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde hekim ve hemşireler arasında “Bir hata yapıldığında ancak hastaya zarar verme potansiyeli olmadığında ne sıklıkla rapor ediliyor” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (U=4851.50 $p>0.05$) **“Hastaya zarar verebilme olasılığı olan ancak zarar vermeyen bir hata yapıldığında ne sıklıkla rapor ediliyor”** ifadesine hekimlerin %14, hemşirelerin %18 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde hekim ve hemşireler arasında “Hastaya zarar verebilme olasılığı olan ancak zarar vermeyen bir hata yapıldığında ne sıklıkla rapor ediliyor” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (U=4702.50 $p>0.05$)(Tablo 18).

“Kurum üniteleri birbirleriyle uyum içinde çalışmaz” ifadesine hekimlerin %41, hemşirelerin %45 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde hekim ve hemşireler arasında “Kurum üniteleri birbirleriyle uyum içinde çalışmaz” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (U=4702.50 $p>0.05$). **“Birimler arasında birlikte çalışmayı gerektiren iyi bir işbirliği vardır”** ifadesine hekimlerin %22, hemşirelerin %40 olumlu cevap

verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde hekim ve hemşireler arasında “Birimler arasında birlikte çalışmayı gerektiren iyi bir işbirliği vardır” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak oldukça anlamlı bir fark saptanmıştır ($U=4009.50$ $p<0.01$). **“Diğer bölümlerden gelen kişilerle çalışmak genellikle hoş karşılanmaz”** ifadesine hekimlerin %53, hemşirelerin %54 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde hekim ve hemşireler arasında “Diğer bölümlerden gelen kişilerle çalışmak genellikle hoş karşılanmaz” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($U=4851.00$ $p>0.05$). **“Hastalar için en iyi bakımı sağlama amacıyla birimler birlikte iyi çalışır”** ifadesine hekimlerin %36, hemşirelerin %46 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde hekim ve hemşireler arasında “Hastalar için en iyi bakımı sağlama amacıyla birimler birlikte iyi çalışır” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($U=4405.50$ $p>0.05$) (Tablo 18).

“Hastalar bir üniteden diğerine nakledilirken bazı şeyler ihmal edilir, gözden kaçırılır, kaybedilir” ifadesine hekimlerin %39, hemşirelerin %61 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde hekim ve hemşireler arasında “Hastalar bir üniteden diğerine nakledilirken bazı şeyler ihmal edilir, gözden kaçırılır, kaybedilir” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($U=3861.00$ $p<0.05$). **“Nöbet değişimi sırasında hasta bakımıyla ilgili önemli bilgiler çoğu zaman kaybedilir”** ifadesine hekimlerin %57, hemşirelerin %69 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde hekim ve hemşireler arasında “Nöbet değişimi sırasında hasta bakımıyla ilgili önemli bilgiler çoğu zaman kaybedilir” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($U=4306.50$ $p>0.05$). **“Birimler arasında bilgi aktarımında sıklıkla problemler oluşur”** ifadesine hekimlerin %34, hemşirelerin %45 olumlu cevap verdiği

belirlenmiştir. Yapılan analizde hekim ve hemşireler arasında “Birimler arasında bilgi aktarımında sıklıkla problemler oluşur” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($U=4356.00$ $p>0.05$). **“Bu kurumda nöbet değişimleri/rapor/izin durumları hastalar açısından problemlidir”** ifadesine hekimlerin %61, hemşirelerin %76 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde hekim ve hemşireler arasında “Bu kurumda nöbet değişimleri/rapor/izin durumları hastalar açısından problemlidir” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($U=4158.00$ $p<0.05$).

“Yöneticilerimiz, oluşturulmuş hasta güvenliği prosedürlerine göre yapılmış bir işi gördüğünde takdir eder” ifadesine hekimlerin %25, hemşirelerin %31 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde hekim ve hemşireler arasında “Yöneticilerimiz, oluşturulmuş hasta güvenliği prosedürlerine göre yapılmış bir işi gördüğünde takdir eder” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($U=4603.00$ $p>0.05$). **“Yöneticilerimiz, hasta güvenliğini geliştirmek için çalışanların önerilerini ciddiye alır”** ifadesine hekimlerin %21, hemşirelerin %37 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde hekim ve hemşireler arasında “Yöneticilerimiz, hasta güvenliğini geliştirmek için çalışanların önerilerini ciddiye alır” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($U=4108.50$ $p<0.05$). **“Yöneticilerimiz, kalite kaybı olsa bile bizim daha hızlı çalışmamızı ister”** ifadesine hekimlerin %27, hemşirelerin %42 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde hekim ve hemşireler arasında “Yöneticilerimiz, kalite kaybı olsa bile bizim daha hızlı çalışmamızı ister” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($U=4455.00$ $p>0.05$). **“Yöneticilerimiz tekrar tekrar oluşan hasta güvenliği problemlerini görmezden gelir”** ifadesine hekimlerin %55, hemşirelerin

%57 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde hekim ve hemşireler arasında “Yöneticilerimiz tekrar tekrar oluşan hasta güvenliği problemlerini görmezden gelir” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (U=4801.50 $p>0.05$) (Tablo 18).

“Hasta güvenliğini geliştirme çalışmalarına aktif olarak katılırız” ifadesine hekimlerin %37, hemşirelerin %47 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde hekim ve hemşireler arasında “Hasta güvenliğini geliştirme çalışmalarına aktif olarak katılırız” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (U=4405.50 $p>0.05$). **“Yapılan hatalar bu bölümde pozitif değişikliklere yol göstermiştir”** ifadesine hekimlerin %2, hemşirelerin %37 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde hekim ve hemşireler arasında “Yapılan hatalar bu bölümde pozitif değişikliklere yol göstermiştir” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (U=4504.50 $p>0.05$). **“Hasta güvenliğini geliştirmek için değişiklikler yaptıktan sonra bunların etkinliğini değerlendiririz”** ifadesine hekimlerin %32, hemşirelerin %54 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde hekim ve hemşireler arasında “Hasta güvenliğini geliştirmek için değişiklikler yaptıktan sonra bunların etkinliğini değerlendiririz” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak oldukça anlamlı bir fark saptanmıştır (U=3861.00 $p<0.01$) (Tablo 18).

“Bu birimde çalışan kişiler birbirlerini destekler” ifadesine hekimlerin %44, hemşirelerin %56 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde hekim ve hemşireler arasında “Bu birimde çalışan kişiler birbirlerini destekler” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (U=4356.00 $p>0.05$). **“Acilen yapılması gereken çok iş olduğunda ekip olarak birlikte çalışırız”** ifadesine hekimlerin %72, hemşirelerin %69 olumlu cevap verdiği

belirlenmiştir. Yapılan analizde hekim ve hemşireler arasında “Acilen yapılması gereken çok iş olduğunda ekip olarak birlikte çalışırız” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. ($U=4752.00$ $p>0.05$). **“Bu birimde çalışanlar birbirine saygılı davranır”** ifadesine hekimlerin %35, hemşirelerin %56 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde hekim ve hemşireler arasında “Bu birimde çalışanlar birbirine saygılı davranır” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak oldukça anlamlı bir fark saptanmıştır ($U=3910.00$ $p<0.01$). **“Birim içinde bir çalışma alanı aşırı yoğunlaştığında diğerleri yardım eder”** ifadesine hekimlerin %39, hemşirelerin %54 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde hekim ve hemşireler arasında “Birim içinde bir çalışma alanı aşırı yoğunlaştığında diğerleri yardım eder” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($U=4207.50$ $p<0.05$)(Tablo 18).

“Çalışanlar, hasta bakımını olumsuz etkileyebilen bir şey gördüklerinde bunu serbestçe dile getirebilir” ifadesine hekimlerin %31, hemşirelerin %49 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde hekim ve hemşireler arasında “Çalışanlar, hasta bakımını olumsuz etkileyebilen bir şey gördüklerinde bunu serbestçe dile getirebilir” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak oldukça anlamlı bir fark saptanmıştır ($U=4009.50$ $p<0.01$). **“Çalışanlar, yöneticilerinin karar ve eylemlerini sorgulamakta kendilerini özgür hisseder”** ifadesine hekimlerin %7, hemşirelerin %12 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde hekim ve hemşireler arasında “Çalışanlar, yöneticilerinin karar ve eylemlerini sorgulamakta kendilerini özgür hisseder” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($U=4653.00$ $p>0.05$). **“Çalışanlar, bir şey yanlış gözüktüğünde soru sormaktan korkarlar”** ifadesine hekimlerin %37,

hemşirelerin %45 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde hekim ve hemşireler arasında “Çalışanlar, bir şey yanlış gözüktüğünde soru sormaktan korkarlar” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($U=4504.50$ $p>0.05$)(Tablo 18).

“Raporlanan olaylara dayandırılarak yapılan değişiklikler hakkında bilgilendiriliriz” ifadesine hekimlerin %27, hemşirelerin %42 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde hekim ve hemşireler arasında “Raporlanan olaylara dayandırılarak yapılan değişiklikler hakkında bilgilendiriliriz” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($U=4158.00$ $p<0.05$). **“Bu birimde oluşan hatalar hakkında bilgilendiriliriz”** ifadesine hekimlerin %28, hemşirelerin %41 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde hekim ve hemşireler arasında “Bu birimde oluşan hatalar hakkında bilgilendiriliriz” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak oldukça anlamlı bir fark saptanmıştır ($U=4009.50$ $p<0.01$). **“Bu birimde biz, hataların tekrar oluşmasını engelleyecek yöntemleri tartışırız”** ifadesine hekimlerin %18, hemşirelerin %38 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde hekim ve hemşireler arasında “Bu birimde biz, hataların tekrar oluşmasını engelleyecek yöntemleri tartışırız” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak oldukça anlamlı bir fark saptanmıştır ($U=3910.50$ $p<0.01$). **“Çalışanlar yaptıkları hatalardan dolayı suçlanacaklarını hissederler”** ifadesine hekimlerin %22, hemşirelerin %15 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde hekim ve hemşireler arasında “Çalışanlar yaptıkları hatalardan dolayı suçlanacaklarını hissederler” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($U=4554.00$ $p>0.05$). **“Bir olay rapor edildiği zaman olayla ilgili problem değil olayla ilgili kişi şikayet ediliyor duygusu vardır”** ifadesine hekimlerin %17, hemşirelerin %18 olumlu

cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde hekim ve hemşireler arasında “Bir olay rapor edildiği zaman olayla ilgili problem değil olayla ilgili kişi şikayet ediliyor duygusu vardır” ifadesine verdikleri olumlu cevap yzdzeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($U=4851.00$ $p>0.05$). **“Çalışanlar yaptıkları hataların kişisel dosyalarında muhafaza edildiğinden endişe duyarlar”** ifadesine hekimlerin %16, hemşirelerin %16 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde hekim ve hemşireler arasında “Çalışanlar yaptıkları hataların kişisel dosyalarında muhafaza edildiğinden endişe duyarlar ifadesine verdikleri olumlu cevap yzdzeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($U=4900.50$ $p>0.05$)(Tablo 18).

“Bu birimde iş ykknün üstesinden gelecek kadar personel mevcuttur” ifadesine hekimlerin %4, hemşirelerin %18 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde hekim ve hemşireler arasında “Bu birimde iş ykknün üstesinden gelecek kadar personel mevcuttur” ifadesine verdikleri olumlu cevap yzdzeleri bakımından istatistiksel olarak oldukça anlamlı bir fark saptanmıştır ($U=4207.50$ $p<0.01$). **“Bu birimde çalışanlar hasta bakımı için en uygun olan süreden daha uzun süre çalışırlar”** ifadesine hekimlerin %10, hemşirelerin %28 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde hekim ve hemşireler arasında “Bu birimde iş ykknün üstesinden gelecek kadar personel mevcuttur” ifadesine verdikleri olumlu cevap yzdzeleri bakımından istatistiksel olarak oldukça anlamlı bir fark saptanmıştır ($U=4009.50$ $p<0.01$). **“Bu birimde gerekenden fazla geçici personel çalıştırılır”** ifadesine hekimlerin %38, hemşirelerin %5 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde hekim ve hemşireler arasında “Bu birimde gerekenden fazla geçici personel çalıştırılır” ifadesine verdikleri olumlu cevap yzdzeleri bakımından istatistiksel olarak oldukça anlamlı bir fark saptanmıştır ($U=3960.00$ $p<0.01$). **“Yapılacak çok iş olduğuunda ve çok çabuk yapmak gerektiğinde "kriz modunda" çalışırız”** ifadesine hekimlerin %22, hemşirelerin %21 olumlu cevap verdiği

belirlenmiştir. Yapılan analizde hekim ve hemşireler arasında “Yapılacak çok iş olduğunda ve çok çabuk yapmak gerektiğinde "kriz modunda" çalışırız” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (U=4851.00 $p>0.05$) (Tablo 18).

“Kurum yönetimi hasta güvenliğini artıran bir çalışma atmosferi sağlamaktadır”ifadesine hekimlerin %21, hemşirelerin %42 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde hekim ve hemşireler arasında “Kurum yönetimi hasta güvenliğini artıran bir çalışma atmosferi sağlamaktadır” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak oldukça anlamlı bir fark saptanmıştır (U=3861.00 $p<0.01$). **“Yönetimin faaliyetleri, hasta güvenliğinin üst düzey bir öncelik olduğunu gösteriyor”** ifadesine hekimlerin %40, hemşirelerin %34 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde hekim ve hemşireler arasında “Yönetimin faaliyetleri, hasta güvenliğinin üst düzey bir öncelik olduğunu gösteriyor” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (U=4603.50 $p>0.05$). **“Yönetim, sadece istenmeyen olay olduğunda hasta güvenliği ile ilgili gibi gözükmektedir”** ifadesine hekimlerin %30, hemşirelerin %40 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde hekim ve hemşireler arasında “Yönetimin faaliyetleri, hasta güvenliğinin üst düzey bir öncelik olduğunu gösteriyor” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (U=4405.50 $p>0.05$) (Tablo 18).

Tablo 19. İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışanların Hasta Güvenliği Derecesi ile İlgili Cevaplarının Mesleklerine Göre Dağılımı

Hasta Güvenliği Derecesi	Hekim		Hemşire	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Mükemmel	1	1.0	4	4.0
Çok iyi	20	20.2	32	32.3
Kabul edilebilir	53	53.5	47	47.5
Zayıf	23	23.3	16	16.2
Başarısız	2	2.0	-	-
TOPLAM	99	100.0	99	100.0

İkinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin %53.5'inin çalıştığı kurumda hasta güvenliği derecesini kabul edilebilir, %23.3'ünün zayıf, %20.2'sinin ise çok iyi bulduğu, hemşirelerin %47.5'inin kabul edilebilir, %32.3'ünün çok iyi, %16.2'sinin zayıf bulduğu saptanmıştır (Tablo 19).

Tablo 20. İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışanların Hasta Güvenliği ile İlgili Hatalı Olay Raporlama Durumlarının Mesleklerine Göre Dağılımı

Raporlanan olayların sayısı	Hekim		Hemşire	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Hiç	88	88.9	84	84.8
1-2 olay raporu	10	10.1	14	14.2
3-5 olay raporu	1	1.0	-	-
6 ve üzeri olay raporu	-	-	1	1.0
TOPLAM	99	100.0	99	100.0

İkinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin %88.9'unun, hemşirelerin %84.8'sinin hiç hatalı olay raporlamadığı belirlenmiştir (Tablo 20).

Tablo 21. İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışanların Hasta Güvenliği Kültürü Anketinin Alt Alan ve Maddelerine Verdikleri Olumlu Cevapların Ortalamaları ile Benchmark Ortalamasının Karşılaştırılması (% Ort±SS)

Hasta güvenliği kültürü alt alan ve maddeler	II.Basamak	Benchmark Ortalaması
1Güvenliğin kapsamlı algılanması	47±27	56
Burada daha ciddi hataların oluşmaması sadece tesadüfe bağlıdır	61±48	53
Hasta güvenliği, daha fazla iş yapmaktan daha öncelikli bir ilkedir	66±47	55
Bu bölümde hasta güvenliği ile ilgili problemler vardır	40±49	52
Uyguladığımız prosedürler ve sistemler hata oluşmasını önlemede başarılıdır	47±50	64
t=-4.238 p=0.000 p<0.01		
2Hataların raporlanma sıklığı	10±25	54
Bir hata yapıldığında ancak hastayı etkilemeden fark edilip düzeltildiğinde ne sıklıkla rapor ediliyor	36±48	47
Bir hata yapıldığında ancak hastaya zarar verme potansiyeli olmadığında ne sıklıkla rapor ediliyor	35±47	50
Hastaya zarar verebilme olasılığı olan ancak zarar vermeyen bir hata yapıldığında ne sıklıkla rapor ediliyor	40±49	67
t=-24.460 p=0.000 p<0.01		
3Üniteler arasında ekip çalışması	42±31	47
Kurum üniteleri birbirleriyle uyum içinde çalışmaz	43±49	34
Birimler arasında birlikte çalışmayı gerektiren iyi bir işbirliği vardır	31±46	47
Diğer bölümlerden gelen kişilerle çalışmak genellikle hoş karşılanmaz	60±49	51
Hastalar için en iyi bakımı sağlama amacıyla birimler birlikte iyi çalışır	69±46	56
t=-2.082 p=0.039 p<0.05		
4Kurum müdahaleleri ve değişim	55±35	35
Hastalar bir üniteden diğerine nakledilirken bazı şeyler ihmal edilir, gözden kaçırılır, kaybedilir	50±50	29
Nöbet değişimi sırasında hasta bakımıyla ilgili önemli bilgiler çoğu zaman kaybedilir	63±48	44
Birimler arasında bilgi aktarımında sıklıkla problemler oluşur	40±49	32
Bu kurumda nöbet değişimleri/rapor/izin durumları hastalar açısından problemlidir	68±46	36
t=8.045 p=0.000 p<0.01		
5Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri	36±31	70
Yöneticilerimiz, oluşturulmuş hasta güvenliği prosedürlerine göre yapılmış bir işi gördüğünde takdir eder	28±45	68
Yöneticilerimiz, hasta güvenliğini geliştirmek için çalışanların önerilerini ciddiye alır	29±45	72
Yöneticilerimiz, kalite kaybı olsa bile bizim daha hızlı çalışmamızı ister	32±46	67

Hasta güvenliği kültürü alt alan ve maddeler	II.Basamak	Benchmark Ortalaması
Yöneticilerimiz tekrar tekrar oluşan hasta güvenliği problemlerini görmezden gelir	56±49	71
t=-15.323 p=0.000 p<0.01		
6Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme	39±35	66
Hasta güvenliğini geliştirme çalışmalarına aktif olarak katılırsınız	42±49	77
Yapılan hatalar bu bölümde pozitif değişikliklere yol göstermiştir	33±47	58
Hasta güvenliğini geliştirmek için değişiklikler yaptıktan sonra bunların etkinliğini değerlendiririz	43±49	62
t=-10.559 p=0.000 p<0.01		
7Üniteler içinde ekip çalışması	53±32	75
Bu birimde çalışan kişiler birbirlerini destekler	50±50	81
Acilen yapılması gereken çok iş olduğunda ekip olarak birlikte çalışırız	70±45	81
Bu birimde çalışanlar birbirine saygılı davranır	45±49	73
Birim içinde bir çalışma alanı aşırı yoğunlaştığında diğerleri yardım eder	46±50	63
t= -9.597 p=0.000 p<0.01		
8İletişimin açık tutulması	30±30	60
Çalışanlar, hasta bakımını olumsuz etkileyebilen bir şey gördüklerinde bunu serbestçe dile getirebilir	40±49	72
Çalışanlar, yöneticilerinin karar ve eylemlerini sorgulamakta kendilerini özgür hisseder	10±29	46
Çalışanlar, bir şey yanlış gözüktüğünde soru sormaktan korkarlar	41±49	60
t=-13.765 p=0.000 p<0.01		
9Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim	32±36	59
Raporlanan olaylara dayandırılarak yapılan değişiklikler hakkında bilgilendiriliriz	35±47	53
Bu birimde oluşan hatalar hakkında bilgilendiriliriz	35±47	59
Bu birimde biz, hataların tekrar oluşmasını engelleyecek yöntemleri tartışırız	28±45	65
t=-10.204 p=0.000 p<0.01		
10Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt	17±23	37
Çalışanlar yaptıkları hatalardan dolayı suçlanacaklarını hissederler	19±39	44
Bir olay rapor edildiği zaman olayla ilgili problem değil olayla ilgili kişi şikayet ediliyor duygusu vardır	18±38	39
Çalışanlar yaptıkları hataların kişisel dosyalarında muhafaza edildiğinden endişe duyarlar	16±36	28
t= -11.703 p=0.000 p<0.01		
11Personel sağlama	25±21	48
Bu birimde iş yükünün üstesinden gelecek kadar personel mevcuttur	11±31	45
Bu birimde çalışanlar hasta bakımı için en uygun olan süreden daha uzun süre çalışırlar	19±39	48
Bu birimde gerekenden fazla geçici personel çalıştırılır	48±50	61

Hasta güvenliği kültürü alt alan ve maddeler	II.Basamak	Benchmark Ortalaması
Yapılacak çok iş olduğunda ve çok çabuk yapmak gerektiğinde "kriz modunda" çalışırız	22±41	40
t=-15.038 p=0.000 p<0.01		
12Hasta güvenliği için kurum yönetiminin desteği	34±36	62
Kurum yönetimi hasta güvenliğini artıran bir çalışma atmosferi sağlamaktadır	32±46	72
Yönetimin faaliyetleri, hasta güvenliğinin üst düzey bir öncelik olduğunu gösteriyor	37±48	65
Yönetim, sadece istenmeyen olay olduğunda hasta güvenliği ile ilgili gibi gözükmemektedir	35±47	50
t=-10.415 p=0.000 p<0.01		

İkinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların hasta güvenliği kültürü anketinin alt alan ve maddelerine verdikleri olumlu cevapların ortalamaları ile benchmark ortalaması karşılaştırıldığında; **güvenliğin kapsamlı algılanması** alt boyutundaki sorulara II.basamakta çalışanların verdiği olumlu cevapların ortalaması 47±27, benchmark ortalaması 56 olduğu belirlenmiştir. Bu alt boyutta iki ortalama arasında yapılan analizde istatistiksel olarak oldukça anlamlı bir fark saptanmıştır (t=-4.238 p<0.01). **Hataların raporlanma sıklığı** alt boyutundaki sorulara II.basamakta çalışanların verdiği olumlu cevapların ortalaması 10±25, benchmark ortalaması 54 olduğu belirlenmiştir. Bu alt boyutta iki ortalama arasında yapılan analizde istatistiksel olarak oldukça anlamlı bir fark saptanmıştır (t=-24.460 p<0.01) (Tablo 21).

Üniteler arasında ekip çalışması alt boyutundaki sorulara II.basamakta çalışanların verdiği olumlu cevapların ortalaması 42±31, benchmark ortalaması 47 olduğu belirlenmiştir. Bu alt boyutta iki ortalama arasında yapılan analizde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (t=-2.082 p<0.05). **Kurum müdahaleleri ve değişim** alt boyutundaki sorulara II.basamakta çalışanların verdiği olumlu cevapların ortalaması 55±35, benchmark ortalaması 35 olduğu belirlenmiştir. Bu alt boyutta iki ortalama arasında yapılan analizde istatistiksel olarak oldukça anlamlı bir fark saptanmıştır

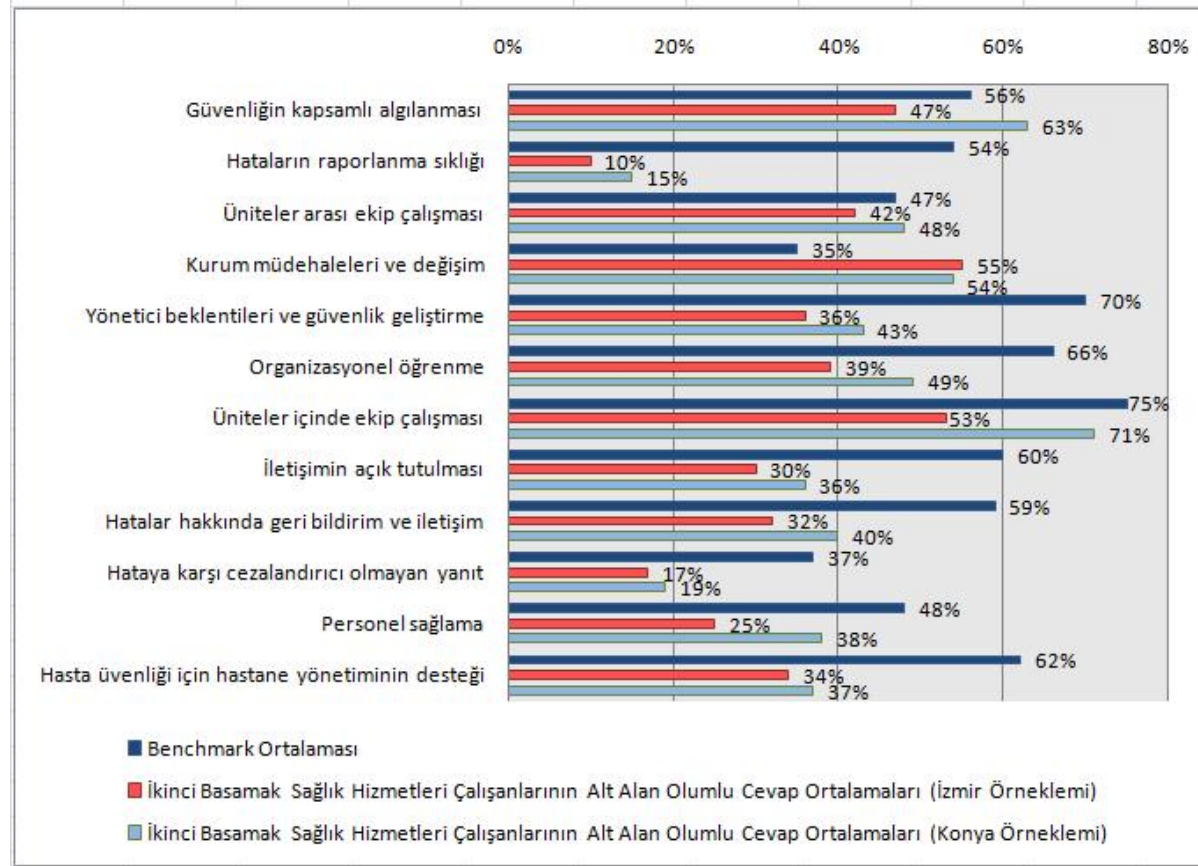
($t=8.045$ $p<0.01$). **Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri** alt boyutundaki sorulara II.basamakta çalışanların verdiği olumlu cevapların ortalaması 36 ± 31 , benchmark ortalaması 70 olduğu belirlenmiştir. Bu alt boyutta iki ortalama arasında yapılan analizde istatistiksel olarak oldukça anlamlı bir fark saptanmıştır ($t=-15.323$ $p<0.01$)(Tablo 21).

Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme alt boyutundaki sorulara II.basamakta çalışanların verdiği olumlu cevapların ortalaması 39 ± 35 , benchmark ortalaması 66 olduğu belirlenmiştir. Bu alt boyutta iki ortalama arasında yapılan analizde istatistiksel olarak oldukça anlamlı bir fark saptanmıştır ($t=-10.559$ $p<0.01$). **Üniteler içinde ekip çalışması** alt boyutundaki sorulara II.basamakta çalışanların verdiği olumlu cevapların ortalaması 53 ± 32 , benchmark ortalaması 75 olduğu belirlenmiştir. Bu alt boyutta iki ortalama arasında yapılan analizde istatistiksel olarak oldukça anlamlı bir fark saptanmıştır ($t=-9.597$ $p<0.01$). **İletişimin açık tutulması** alt boyutundaki sorulara II.basamakta çalışanların verdiği olumlu cevapların ortalaması 30 ± 30 , benchmark ortalaması 60 olduğu belirlenmiştir. Bu alt boyutta iki ortalama arasında yapılan analizde istatistiksel olarak oldukça anlamlı bir fark saptanmıştır ($t=-13.765$ $p<0.01$) (Tablo 21).

Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim alt boyutundaki sorulara II.basamakta çalışanların verdiği olumlu cevapların ortalaması 32 ± 36 , benchmark ortalaması 59 olduğu belirlenmiştir. Bu alt boyutta iki ortalama arasında yapılan analizde istatistiksel olarak oldukça anlamlı bir fark saptanmıştır ($t=-10.204$ $p<0.01$). **Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt** alt boyutundaki sorulara II.basamakta çalışanların verdiği olumlu cevapların ortalaması 17 ± 23 , benchmark ortalaması 37 olduğu belirlenmiştir. Bu alt boyutta iki ortalama arasında yapılan analizde istatistiksel olarak oldukça anlamlı bir fark saptanmıştır ($t=-11.703$ $p<0.01$). **Personel sağlama** alt boyutundaki sorulara II.basamakta çalışanların verdiği olumlu cevapların ortalaması 25 ± 21 , benchmark

ortalaması 48 olduğu belirlenmiştir. Bu alt boyutta iki ortalama arasında yapılan analizde istatistiksel olarak oldukça anlamlı bir fark saptanmıştır ($t=-15.038$ $p<0.01$). **Hasta güvenliği için kurum yönetiminin desteği** alt boyutundaki sorulara II.basamakta çalışanların verdiği olumlu cevapların ortalaması 34 ± 36 , benchmark ortalaması 62 olduğu belirlenmiştir. Bu alt boyutta iki ortalama arasında yapılan analizde istatistiksel olarak oldukça anlamlı bir fark saptanmıştır ($t=-10.415$ $p<0.01$)(Tablo 21).

İkinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların hasta güvenliği kültürü anketi alt alan olumlu cevap ortalamaları, benchmark ortalaması ve referans araştırmasındaki (konya örnekleme) ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların olumlu cevap ortalamaları ile karşılaştırıldığında, 12 alt alanın onbirinde olumlu cevap ortalamaları daha düşüktür. Alt alanlardan olumlu cevap ortalaması düşük olanlar; Güvenliğin kapsamlı algılanması (%47), Hataların raporlanma sıklığı (%10), Üniteler arasında ekip çalışması (%42), Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri (%36), Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme (%39), Üniteler içinde ekip çalışması (%53), İletişimin açık tutulması (%30), Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim (%32), Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt (%17), Personel sağlama (%25), Hasta güvenliği için kurum yönetiminin desteği (%34)'dir. İkinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların kurum müdahaleleri ve değişim alt boyutuna verdikleri olumlu cevap ortalaması(%55), benchmark ortalaması ve referans araştırmasından elde edilen olumlu cevap ortalamasından yüksektir (Grafik4).



Grafik 4: İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışanların Hasta Güvenliği Kültürü Anketi Alt Alan Olumlu Cevap Ortalamaları, Benchmark Ortalaması ve Konya Örneklemi Ortalamalarının Karşılaştırılması

3.6. Birinci Basamak ve İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışanların Hasta Güvenliği Kültürünü Algılamalarının İncelenmesi

Birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların hasta güvenliği kültürü anketinin alt alanlarına verdikleri olumlu cevapların ortalamaları incelendiğinde; **güvenliğin kapsamlı algılanması** alt boyutundaki sorulara birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların verdiği olumlu cevapların ortalaması 63 ± 25 , ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların 47 ± 28 olduğu belirlenmiştir. Yapılan analizde birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanlar arasında bu alt boyutun olumlu cevap ortalamaları bakımından istatistiksel olarak oldukça anlamlı bir fark saptanmıştır ($U=13391.00$ $p<0.01$). **Hataların raporlanma sıklığı** alt boyutundaki sorulara birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların verdiği olumlu cevapların ortalaması 36 ± 43 , ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların 10 ± 25 olduğu belirlenmiştir. Yapılan analizde birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanlar arasında bu alt boyutun olumlu cevap ortalamaları bakımından istatistiksel olarak oldukça anlamlı bir fark saptanmıştır ($U=13228.50$ $p<0.01$) (Tablo 22).

Üniteler arasında ekip çalışması alt boyutundaki sorulara birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların verdiği olumlu cevapların ortalaması 65 ± 29 , ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların 42 ± 32 olduğu belirlenmiştir. Yapılan analizde birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanlar arasında bu alt boyutun olumlu cevap ortalamaları bakımından istatistiksel olarak oldukça anlamlı bir fark saptanmıştır ($U=11848.50$ $p<0.01$). **Kurum müdahaleleri ve değişim** alt boyutundaki sorulara birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların verdiği olumlu cevapların ortalaması 58 ± 34 , ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların 55 ± 35 olduğu belirlenmiştir. Yapılan analizde birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanlar arasında bu alt boyutun olumlu cevap ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır

($U=18562.50$ $p>0.05$). **Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri** alt boyutundaki sorulara birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların verdiği olumlu cevapların ortalaması 65 ± 31 , ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların 36 ± 31 olduğu belirlenmiştir. Yapılan analizde birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanlar arasında bu alt boyutun olumlu cevap ortalamaları bakımından istatistiksel olarak oldukça anlamlı bir fark saptanmıştır ($U=10045.00$ $p<0.01$) (Tablo 22).

Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme alt boyutundaki sorulara birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların verdiği olumlu cevapların ortalaması 53 ± 35 , ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların 39 ± 35 olduğu belirlenmiştir. Yapılan analizde birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanlar arasında bu alt boyutun olumlu cevap ortalamaları bakımından istatistiksel olarak oldukça anlamlı bir fark saptanmıştır ($U=15377.00$ $p<0.01$). **Üniteler içinde ekip çalışması** alt boyutundaki sorulara birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların verdiği olumlu cevapların ortalaması 63 ± 31 , ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların 53 ± 32 olduğu belirlenmiştir. Yapılan analizde birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanlar arasında bu alt boyutun olumlu cevap ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($U=16074.00$ $p<0.05$). **İletişimin açık tutulması** alt boyutundaki sorulara birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların verdiği olumlu cevapların ortalaması 66 ± 31 , ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların 30 ± 30 olduğu belirlenmiştir. Yapılan analizde birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanlar arasında bu alt boyutun olumlu cevap ortalamaları bakımından istatistiksel olarak oldukça anlamlı bir fark saptanmıştır ($U=8552.00$ $p<0.01$) (Tablo 22).

Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim alt boyutundaki sorulara birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların verdiği olumlu cevapların ortalaması 57 ± 35 , ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların 32 ± 36 olduğu belirlenmiştir. Yapılan

analizde birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanlar arasında bu alt boyutun olumlu cevap ortalamaları bakımından istatistiksel olarak oldukça anlamlı bir fark saptanmıştır (U=12421.00 p<0.01).

Tablo 22. Birinci Basamak ve İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışanların Hasta Güvenliği Kültürü Anketinin Alt Alanlarına Verdikleri Olumlu Cevapların Ortalamaları (%Ort)

Hasta Güvenliği Kültürü Alt Alanları	I.Basamak (n=199) Olumlu cevap ortalaması	II. Basamak (n=198) Olumlu cevap ortalaması
Güvenliğin kapsamlı algılanması (4 madde)	63 ±25	47± 28
U=13391.00 p=0.000 p<0.01		
Hataların raporlanma sıklığı (3 madde)	36±43	10±25
U=13228.50 p=0.000 p<0.01		
Üniteler arasında ekip çalışması (4 madde)	65±29	42±32
U=11848.50 p=0.000 p<0.01		
Kurum müdahaleleri ve değişim (4 madde)	58±34	55±35
U=18562.00 p=0.308 p>0.05		
Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri (4 madde)	65±31	36±31
U=10045.00 p=0.000 p<0.01		
Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme (3 madde)	53±35	39±35
U=15377.00 p=0.000 p<0.01		
Üniteler içinde ekip çalışması (4 madde)	63±31	53±32
U=16074.00 p=0.001 p<0.05		
İletişimin açık tutulması (3 madde)	66±31	30±30
U=8552.50 p=0.000 p<0.01		
Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim (3 madde)	57±35	32±36
U=12421.00 p=0.000 p<0.01		
Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt (3 madde)	39±31	17±23
U=11869.50 p=0.000 p<0.01		
Personel sağlama (4 madde)	34±24	25±22
U=15078.00 p=0.000 p<0.01		
Hasta güvenliği için kurum yönetiminin desteği (3 madde)	57±35	34±37
U=12942.00 p=0.000 p<0.01		

Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt alt boyutundaki sorulara birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların verdiği olumlu cevapların ortalaması 39 ± 31 , ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların 17 ± 23 olduğu belirlenmiştir. Yapılan analizde birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanlar arasında bu alt boyutun olumlu cevap ortalamaları bakımından istatistiksel olarak oldukça anlamlı bir fark saptanmıştır ($U=11869.50$ $p<0.01$). **Personel sağlama** alt boyutundaki sorulara birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların verdiği olumlu cevapların ortalaması 34 ± 24 , ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların 25 ± 22 olduğu belirlenmiştir. Yapılan analizde birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanlar arasında bu alt boyutun olumlu cevap ortalamaları bakımından istatistiksel olarak oldukça anlamlı bir fark saptanmıştır ($U=15078.00$ $p<0.01$) (Tablo 22).

Hasta güvenliği için kurum yönetiminin desteği alt boyutundaki sorulara birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların verdiği olumlu cevapların ortalaması 57 ± 35 , ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların 34 ± 37 olduğu belirlenmiştir. Yapılan analizde birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanlar arasında bu alt boyutun olumlu cevap ortalamaları bakımından istatistiksel olarak oldukça anlamlı bir fark saptanmıştır ($U=12942.00$ $p<0.01$) (Tablo 22).

Tablo 23. Birinci Basamak ve İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışanların Hasta Güvenliği Kültürü Anketi Maddelerine Verdikleri Olumlu Cevapların Yüzdeleri (%)

Hasta güvenliği kültürü alt alan ve maddeler	I.Basamak (n=199)	II.Basamak (n=198)	
1Güvenliğin kapsamlı algılanması			
Burada daha ciddi hataların oluşmaması sadece tesadüfe bağlıdır (a10)	81	61	U=15702.50 p=0.000
Hasta güvenliği, daha fazla iş yapmaktan daha öncelikli bir ilkedir (a15)	72	66	U=18479.50 p=0.181
Bu bölümde hasta güvenliği ile ilgili problemler vardır (a17)	71	40	U=13602.50 p=0.000
Uyguladığımız prosedürler ve sistemler hata oluşmasını önlemede başarılıdır (a18)	61	47	U=16876.50 p=0.004
2Hataların raporlanma sıklığı			
Bir hata yapıldığında ancak hastayı etkilemeden fark edilip düzeltildiğinde ne sıklıkla rapor ediliyor (d1)	36	9	U=14264.50 p=0.000
Bir hata yapıldığında ancak hastaya zarar verme potansiyeli olmadığında ne sıklıkla rapor ediliyor (d 2)	35	6	U=14064.00 p=0.000
Hastaya zarar verebilme olasılığı olan ancak zarar vermeyen bir hata yapıldığında ne sıklıkla rapor ediliyor (d 3)	40	16	U=15064.00 p=0.000
3Üniteler arasında ekip çalışması			
Kurum üniteleri birbirleriyle uyum içinde çalışmaz (e 2)	63	43	U=157874.0 p=0.000
Birimler arasında birlikte çalışmayı gerektiren iyi bir işbirliği vardır (e 4)	69	31	U=12307.00 p=0.000
Diğer bölümlerden gelen kişilerle çalışmak genellikle hoş karşılanmaz (e 6)	60	53	U=18367.50 p=0.174
Hastalar için en iyi bakımı sağlama amacıyla birimler birlikte iyi çalışır (e 10)	69	41	U=14297.00 p=0.000
4Kurum müdahaleleri ve değişim			
Hastalar bir üniteden diğerine nakledilirken bazı şeyler ihmal edilir, gözden kaçırılır, kaybedilir (e 3)	59	50	U=17968.50 p=0.079
Nöbet değişimi sırasında hasta bakımıyla ilgili önemli bilgiler çoğu zaman kaybedilir (e 5)	64	63	U=19466.00 p=0.806
Birimler arasında bilgi aktarımında sıklıkla problemler oluşur (e7)	59	40	U=15879.50 p=0.000
Bu kurumda nöbet değişimleri/rapor/izin durumları hastalar açısından problemlidir (e 11)	54	68	U=16861.00 p=0.003
5Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri			
Yöneticilerimiz, oluşturulmuş hasta güvenliği prosedürlerine göre yapılmış bir işi gördüğünde takdir eder (b 1)	58	28	U=13789.00 p=0.000
Yöneticilerimiz, hasta güvenliğini geliştirmek için çalışanların önerilerini ciddiye alır (b 2)	60	29	U=13592.00 p=0.000
Yöneticilerimiz, kalite kaybı olsa bile bizim daha hızlı çalışmamızı ister (b 3)	62	32	U=13693.50 p=0.000

Hasta güvenliği kültürü alt alan ve maddeler	I.Basamak (n=199)	II.Basamak (n=198)	
Yöneticilerimiz tekrar tekrar oluşan hasta güvenliği problemlerini görmezden gelir (b 4)	82	56	U=14410.00 p=0.000
6Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme			
Hasta güvenliğini geliştirme çalışmalarına aktif olarak katılırsınız (a 6)	66	42	U=14991.00 p=0.000
Yapılan hatalar bu bölümde pozitif değişikliklere yol göstermiştir (a 9)	40	33	U=18447.00 p=0.188
Hasta güvenliğini geliştirmek için değişiklikler yaptıktan sonra bunların etkinliğini değerlendiririz (a 13)	54	43	U=17466.50 p=0.024
7Üniteler içinde ekip çalışması			
Bu birimde çalışan kişiler birbirlerini destekler (a 1)	62	50	U=17275.00 p=0.014
Acilen yapılması gereken çok iş olduğunda ekip olarak birlikte çalışırız (a 3)	69	70	U=19433.50 p=0.769
Bu birimde çalışanlar birbirine saygılı davranır (a 4)	74	45	U=1404.00 p=0.000
Birim içinde bir çalışma alanı aşırı yoğunlaştığında diğerleri yardım eder (a 11)	47	46	U=19549.00 p=0.878
8İletişimin açık tutulması			
Çalışanlar, hasta bakımını olumsuz etkileyebilen bir şey gördüklerinde bunu serbestçe dile getirebilir (c 2)	83	40	U=11326.00 p=0.000
Çalışanlar, yöneticilerinin karar ve eylemlerini sorgulamakta kendilerini özgür hisseder (c 4)	43	10	U=13176.50 p=0.000
Çalışanlar, bir şey yanlış gözüktüğünde soru sormaktan korkarlar (c 6)	74	41	U=13307.00 p=0.000
9Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim			
Raporlanan olaylara dayandırılarak yapılan değişiklikler hakkında bilgilendiriliriz (c 1)	42	35	U=18250.50 p=0.132
Bu birimde oluşan hatalar hakkında bilgilendiriliriz (c 3)	67	35	U=13399.50 p=0.000
Bu birimde biz, hataların tekrar oluşmasını engelleyecek yöntemleri tartışırız (c 5)	63	28	U=12799.00 p=0.000
10Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt			
Çalışanlar yaptıkları hatalardan dolayı suçlanacaklarını hissederler (a 8)	48	19	U=13878.50 p=0.000
Bir olay rapor edildiği zaman olayla ilgili problem değil olayla ilgili kişi şikayet ediliyor duygusu vardır (a 12)	30	18	U=17243.50 p=0.004
Çalışanlar yaptıkları hataların kişisel dosyalarında muhafaza edildiğinden endişe duyarlar (a 16)	39	16	U=15163.00 p=0.000
11Personel sağlama			
Bu birimde iş yükünün üstesinden gelecek kadar personel mevcuttur (a 2)	34	11	U=15158.50 p=0.000
Bu birimde çalışanlar hasta bakımı için en uygun olan süreden daha uzun süre çalışırlar (a 5)	19	19	U=19583.00 p=0.879

Hasta güvenliği kültürü alt alan ve maddeler	I.Basamak (n=199)	II.Basamak (n=198)	
Bu birimde gerekenden fazla geçici personel çalıştırılır (a 7)	68	48	U=15788.50 p=0.000
Yapılacak çok iş olduğunda ve çok çabuk yapmak gerektiğinde "kriz modunda" çalışırız (a 14)	18	22	U= 18986.50 p=0.366
12Hasta güvenliği için kurum yönetiminin desteği			
Kurum yönetimi hasta güvenliğini artıran bir çalışma atmosferi sağlamaktadır (e 1)	67	32	U=12703.50 p=0.000
Yönetimin faaliyetleri, hasta güvenliğinin üst düzey bir öncelik olduğunu gösteriyor (e 8)	59	37	U=15481.00 p=0.000
Yönetim, sadece istenmeyen olay olduğunda hasta güvenliği ile ilgili gibi gözükmetedir (e 9)	47	35	U=17459.00 p=0.021

Birinci basamak ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların hasta güvenliği kültürü anketi maddelerine verdikleri olumlu cevapların yüzdeleri incelendiğinde; **“Burada daha ciddi hataların oluşmaması sadece tesadüfe bağlıdır”** ifadesine birinci basamak sağlık hizmetinde çalışanların %81, ikinci basamak sağlık hizmetinde çalışanların %61 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde birinci ve ikinci basamakta çalışanlar arasında “Burada daha ciddi hataların oluşmaması sadece tesadüfe bağlıdır” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak oldukça anlamlı bir fark saptanmıştır (U=15702.50 p<0.01). “Hasta güvenliği, daha fazla iş yapmaktan daha öncelikli bir ilkedir” ifadesine birinci basamak sağlık hizmetinde çalışanların %72, ikinci basamak sağlık hizmetinde çalışanların %66 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde birinci ve ikinci basamakta çalışanlar arasında “Hasta güvenliği, daha fazla iş yapmaktan daha öncelikli bir ilkedir” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (U=18479.50 p>0.05). **“Bu bölümde hasta güvenliği ile ilgili problemler vardır”** ifadesine birinci basamak sağlık hizmetinde çalışanların %71, ikinci basamak sağlık hizmetinde çalışanların %40 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde birinci ve ikinci basamakta çalışanlar arasında “Bu bölümde hasta güvenliği ile ilgili problemler

vardır” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak oldukça anlamlı bir fark saptanmıştır ($U=13602.50$ $p<0.01$). **“Uyguladığımız prosedürler ve sistemler hata oluşmasını önlemede başarılıdır”** ifadesine birinci basamak sağlık hizmetinde çalışanların %61, ikinci basamak sağlık hizmetinde çalışanların %47 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde birinci ve ikinci basamakta çalışanlar arasında **“Uyguladığımız prosedürler ve sistemler hata oluşmasını önlemede başarılıdır”** ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak oldukça anlamlı bir fark saptanmıştır ($U= 16876.50$ $p<0.01$) (Tablo 23).

“Bir hata yapıldığında ancak hastayı etkilemeden fark edilip düzeltildiğinde ne sıklıkla rapor ediliyor” ifadesine birinci basamak sağlık hizmetinde çalışanların %36, ikinci basamak sağlık hizmetinde çalışanların %9 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde birinci ve ikinci basamakta çalışanlar arasında **“Bir hata yapıldığında ancak hastayı etkilemeden fark edilip düzeltildiğinde ne sıklıkla rapor ediliyor”** ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak oldukça anlamlı bir fark saptanmıştır ($U=14264.50$ $p<0.01$). **“Bir hata yapıldığında ancak hastaya zarar verme potansiyeli olmadığında ne sıklıkla rapor ediliyor”** ifadesine birinci basamak sağlık hizmetinde çalışanların %35, ikinci basamak sağlık hizmetinde çalışanların %6 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde birinci ve ikinci basamakta çalışanlar arasında **“Bir hata yapıldığında ancak hastaya zarar verme potansiyeli olmadığında ne sıklıkla rapor ediliyor”** ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak oldukça anlamlı bir fark saptanmıştır ($U=14064.50$ $p<0.01$). **“Hastaya zarar verebilme olasılığı olan ancak zarar vermeyen bir hata yapıldığında ne sıklıkla rapor ediliyor”** ifadesine birinci basamak sağlık hizmetinde çalışanların %40, ikinci basamak sağlık hizmetinde çalışanların %16 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde birinci ve ikinci basamakta çalışanlar arasında **“Hastaya zarar verebilme olasılığı**

olan ancak zarar vermeyen bir hata yapıldığında ne sıklıkla rapor ediliyor” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak oldukça anlamlı bir fark saptanmıştır (U=15064.00 $p<0.01$) (Tablo 23).

“Kurum üniteleri birbirleriyle uyum içinde çalışmaz” ifadesine birinci basamak sağlık hizmetinde çalışanların %63, ikinci basamak sağlık hizmetinde çalışanların %43 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde birinci ve ikinci basamakta çalışanlar arasında “Kurum üniteleri birbirleriyle uyum içinde çalışmaz” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak oldukça anlamlı bir fark saptanmıştır (U=157874.00 $p<0.01$). **“Birimler arasında birlikte çalışmayı gerektiren iyi bir işbirliği vardır”** ifadesine birinci basamak sağlık hizmetinde çalışanların %69, ikinci basamak sağlık hizmetinde çalışanların %31 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde birinci ve ikinci basamakta çalışanlar arasında “Birimler arasında birlikte çalışmayı gerektiren iyi bir işbirliği vardır” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak oldukça anlamlı bir fark saptanmıştır (U=12307.00 $p<0.01$). **“Diğer bölümlerden gelen kişilerle çalışmak genellikle hoş karşılanmaz”** ifadesine birinci basamak sağlık hizmetinde çalışanların %60, ikinci basamak sağlık hizmetinde çalışanların %53 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde birinci ve ikinci basamakta çalışanlar arasında “Diğer bölümlerden gelen kişilerle çalışmak genellikle hoş karşılanmaz” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (U=18367.50 $p>0.05$). **“Hastalar için en iyi bakımı sağlama amacıyla birimler birlikte iyi çalışır”** ifadesine birinci basamak sağlık hizmetinde çalışanların %69, ikinci basamak sağlık hizmetinde çalışanların %41 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde birinci ve ikinci basamakta çalışanlar arasında “Hastalar için en iyi bakımı sağlama amacıyla birimler birlikte iyi çalışır” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak

oldukça anlamlı bir fark saptanmıştır ($U=14297.00$ $p<0.01$) (Tablo 23).

“Hastalar bir üniteden diğerine nakledilirken bazı şeyler ihmal edilir, gözden kaçırılır, kaybedilir” ifadesine birinci basamak sağlık hizmetinde çalışanların %59, ikinci basamak sağlık hizmetinde çalışanların %50 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde birinci ve ikinci basamakta çalışanlar arasında “Hastalar bir üniteden diğerine nakledilirken bazı şeyler ihmal edilir, gözden kaçırılır, kaybedilir” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($U=17968.50$ $p>0.05$). **“Nöbet değişimi sırasında hasta bakımıyla ilgili önemli bilgiler çoğu zaman kaybedilir”** ifadesine birinci basamak sağlık hizmetinde çalışanların %64, ikinci basamak sağlık hizmetinde çalışanların %63 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde birinci ve ikinci basamakta çalışanlar arasında “Nöbet değişimi sırasında hasta bakımıyla ilgili önemli bilgiler çoğu zaman kaybedilir” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($U=19466.00$ $p>0.05$). **“Birimler arasında bilgi aktarımında sıklıkla problemler oluşur”** ifadesine birinci basamak sağlık hizmetinde çalışanların %59, ikinci basamak sağlık hizmetinde çalışanların %40 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde birinci ve ikinci basamakta çalışanlar arasında “Birimler arasında bilgi aktarımında sıklıkla problemler oluşur” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak oldukça anlamlı bir fark saptanmıştır ($U=15879.50$ $p<0.01$). **“Bu kurumda nöbet değişimleri/rapor/izin durumları hastalar açısından problemlidir”** ifadesine birinci basamak sağlık hizmetinde çalışanların %54, ikinci basamak sağlık hizmetinde çalışanların %68 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde birinci ve ikinci basamakta çalışanlar arasında “Bu kurumda nöbet değişimleri/rapor/izin durumları hastalar açısından problemlidir” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak oldukça anlamlı bir fark

saptanmıştır (U=16861.00 p<0.01) (Tablo 23).

“Yöneticilerimiz, oluşturulmuş hasta güvenliği prosedürlerine göre yapılmış bir işi gördüğünde takdir eder” ifadesine birinci basamak sağlık hizmetinde çalışanların %58, ikinci basamak sağlık hizmetinde çalışanların %28 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde birinci ve ikinci basamakta çalışanlar arasında “Yöneticilerimiz, oluşturulmuş hasta güvenliği prosedürlerine göre yapılmış bir işi gördüğünde takdir eder” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak oldukça anlamlı bir fark saptanmıştır (U=13789.00 p<0.01).

“Yöneticilerimiz, hasta güvenliğini geliştirmek için çalışanların önerilerini ciddiye alır” ifadesine birinci basamak sağlık hizmetinde çalışanların %60, ikinci basamak sağlık hizmetinde çalışanların %29 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde birinci ve ikinci basamakta çalışanlar arasında “Yöneticilerimiz, hasta güvenliğini geliştirmek için çalışanların önerilerini ciddiye alır” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak oldukça anlamlı bir fark saptanmıştır (U=13592.00 p<0.01).

“Yöneticilerimiz, kalite kaybı olsa bile bizim daha hızlı çalışmamızı ister” ifadesine birinci basamak sağlık hizmetinde çalışanların %62, ikinci basamak sağlık hizmetinde çalışanların %32 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde birinci ve ikinci basamakta çalışanlar arasında “Yöneticilerimiz, kalite kaybı olsa bile bizim daha hızlı çalışmamızı ister” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak oldukça anlamlı bir fark saptanmıştır (U=13693.50 p<0.01).

“Yöneticilerimiz tekrar tekrar oluşan hasta güvenliği problemlerini görmezden gelir” ifadesine birinci basamak sağlık hizmetinde çalışanların %82, ikinci basamak sağlık hizmetinde çalışanların %56 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde birinci ve ikinci basamakta çalışanlar arasında “Yöneticilerimiz tekrar tekrar oluşan hasta güvenliği problemlerini görmezden gelir” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri

bakımından istatistiksel olarak oldukça anlamlı bir fark saptanmıştır (U=14410.00 $p<0.01$) (Tablo 23).

“Hasta güvenliğini geliştirme çalışmalarına aktif olarak katılırız” ifadesine birinci basamak sağlık hizmetinde çalışanların %66, ikinci basamak sağlık hizmetinde çalışanların %42 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde birinci ve ikinci basamakta çalışanlar arasında **“Hasta güvenliğini geliştirme çalışmalarına aktif olarak katılırız”** ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak oldukça anlamlı bir fark saptanmıştır (U=14991.00 $p<0.01$). **“Yapılan hatalar bu bölümde pozitif değişikliklere yol göstermiştir”** ifadesine birinci basamak sağlık hizmetinde çalışanların %40, ikinci basamak sağlık hizmetinde çalışanların %33 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde birinci ve ikinci basamakta çalışanlar arasında **“Yapılan hatalar bu bölümde pozitif değişikliklere yol göstermiştir”** ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (U=18447.00 $p>0.05$). **“Hasta güvenliğini geliştirmek için değişiklikler yaptıktan sonra bunların etkinliğini değerlendiririz”** ifadesine birinci basamak sağlık hizmetinde çalışanların %54, ikinci basamak sağlık hizmetinde çalışanların %43 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde birinci ve ikinci basamakta çalışanlar arasında **“Hasta güvenliğini geliştirmek için değişiklikler yaptıktan sonra bunların etkinliğini değerlendiririz”** ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (U=17466.50 $p<0.05$) (Tablo 23).

“Bu birimde çalışan kişiler birbirlerini destekler” ifadesine birinci basamak sağlık hizmetinde çalışanların %62, ikinci basamak sağlık hizmetinde çalışanların %50 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde birinci ve ikinci basamakta çalışanlar arasında **“Bu birimde çalışan kişiler birbirlerini destekler”** ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak oldukça anlamlı bir fark

saptanmıştır (U=17275.00 p<0.05). **“Acilen yapılması gereken çok iş olduğunda ekip olarak birlikte çalışırız”** ifadesine birinci basamak sağlık hizmetinde çalışanların %69, ikinci basamak sağlık hizmetinde çalışanların %70 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde birinci ve ikinci basamakta çalışanlar arasında “Acilen yapılması gereken çok iş olduğunda ekip olarak birlikte çalışırız” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. (U=19433.50 p>0.05). **“Bu birimde çalışanlar birbirine saygılı davranır”** ifadesine birinci basamak sağlık hizmetinde çalışanların %74, ikinci basamak sağlık hizmetinde çalışanların %45 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde birinci ve ikinci basamakta çalışanlar arasında “Bu birimde çalışanlar birbirine saygılı davranır” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak oldukça anlamlı bir fark saptanmıştır (U=1404.00 p<0.01). **“Birim içinde bir çalışma alanı aşırı yoğunlaştığında diğerleri yardım eder”** ifadesine birinci basamak sağlık hizmetinde çalışanların %47, ikinci basamak sağlık hizmetinde çalışanların %46 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde birinci ve ikinci basamakta çalışanlar arasında “Birim içinde bir çalışma alanı aşırı yoğunlaştığında diğerleri yardım eder” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (U=19549.00 p>0.05) (Tablo 23).

“Çalışanlar, hasta bakımını olumsuz etkileyebilen bir şey gördüklerinde bunu serbestçe dile getirebilir” ifadesine birinci basamak sağlık hizmetinde çalışanların %83, ikinci basamak sağlık hizmetinde çalışanların %40 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde birinci ve ikinci basamakta çalışanlar arasında “Çalışanlar, hasta bakımını olumsuz etkileyebilen bir şey gördüklerinde bunu serbestçe dile getirebilir” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak oldukça anlamlı bir fark saptanmıştır (U=11326.00 p<0.01). **“Çalışanlar, yöneticilerinin karar ve**

eylemlerini sorgulamakta kendilerini özgür hisseder” ifadesine birinci basamak sağlık hizmetinde çalışanların %43, ikinci basamak sağlık hizmetinde çalışanların %10 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde birinci ve ikinci basamakta çalışanlar arasında “Çalışanlar, yöneticilerinin karar ve eylemlerini sorgulamakta kendilerini özgür hisseder” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak oldukça anlamlı bir fark saptanmıştır ($U=13176.50$ $p<0.01$). **“Çalışanlar, bir şey yanlış gözüktüğünde soru sormaktan korkarlar”** ifadesine birinci basamak sağlık hizmetinde çalışanların %74, ikinci basamak sağlık hizmetinde çalışanların %41 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde birinci ve ikinci basamakta çalışanlar arasında “Çalışanlar, bir şey yanlış gözüktüğünde soru sormaktan korkarlar” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak oldukça anlamlı bir fark saptanmıştır ($U=13307.00$ $p<0.01$) (Tablo 23).

“Raporlanan olaylara dayandırılarak yapılan değişiklikler hakkında bilgilendiriliriz” ifadesine birinci basamak sağlık hizmetinde çalışanların %42, ikinci basamak sağlık hizmetinde çalışanların %35 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde birinci ve ikinci basamakta çalışanlar arasında “Raporlanan olaylara dayandırılarak yapılan değişiklikler hakkında bilgilendiriliriz” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($U=18250.50$ $p>0.05$). **“Bu birimde oluşan hatalar hakkında bilgilendiriliriz”** ifadesine birinci basamak sağlık hizmetinde çalışanların %67, ikinci basamak sağlık hizmetinde çalışanların %35 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde birinci ve ikinci basamakta çalışanlar arasında “Bu birimde oluşan hatalar hakkında bilgilendiriliriz” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak oldukça anlamlı bir fark saptanmıştır ($U=13399.50$ $p<0.01$). **“Bu birimde biz, hataların tekrar oluşmasını engelleyecek yöntemleri tartışırız”** ifadesine birinci

basamak sağlık hizmetinde çalışanların %63, ikinci basamak sağlık hizmetinde çalışanların %28 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde birinci ve ikinci basamakta çalışanlar arasında “Bu birimde biz, hataların tekrar oluşmasını engelleyecek yöntemleri tartışırız” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak oldukça anlamlı bir fark saptanmıştır ($U=12799.00$ $p<0.01$). **“alışanlar yaptıkları hatalardan dolayı suçlanacaklarını hissederekler”** ifadesine birinci basamak sağlık hizmetinde çalışanların %48, ikinci basamak sağlık hizmetinde çalışanların %19 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde birinci ve ikinci basamakta çalışanlar arasında “alışanlar yaptıkları hatalardan dolayı suçlanacaklarını hissederekler” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak oldukça anlamlı bir fark saptanmıştır ($U=13878.50$ $p<0.01$). **“Bir olay rapor edildiği zaman olayla ilgili problem değil olayla ilgili kişi şikayet ediliyor duygusu vardır”** ifadesine birinci basamak sağlık hizmetinde çalışanların %30, ikinci basamak sağlık hizmetinde çalışanların %18 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde birinci ve ikinci basamakta çalışanlar arasında “Bir olay rapor edildiği zaman olayla ilgili problem değil olayla ilgili kişi şikayet ediliyor duygusu vardır” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak oldukça anlamlı bir fark saptanmıştır ($U=17243.50$ $p<0.01$). **“alışanlar yaptıkları hataların kişisel dosyalarında muhafaza edildiğinden endişe duyarlar”** ifadesine birinci basamak sağlık hizmetinde çalışanların %39, ikinci basamak sağlık hizmetinde çalışanların %16 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde birinci ve ikinci basamakta çalışanlar arasında “alışanlar yaptıkları hataların kişisel dosyalarında muhafaza edildiğinden endişe duyarlar” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak oldukça anlamlı bir fark saptanmıştır ($U=15163.00$ $p<0.01$) (Tablo 23).

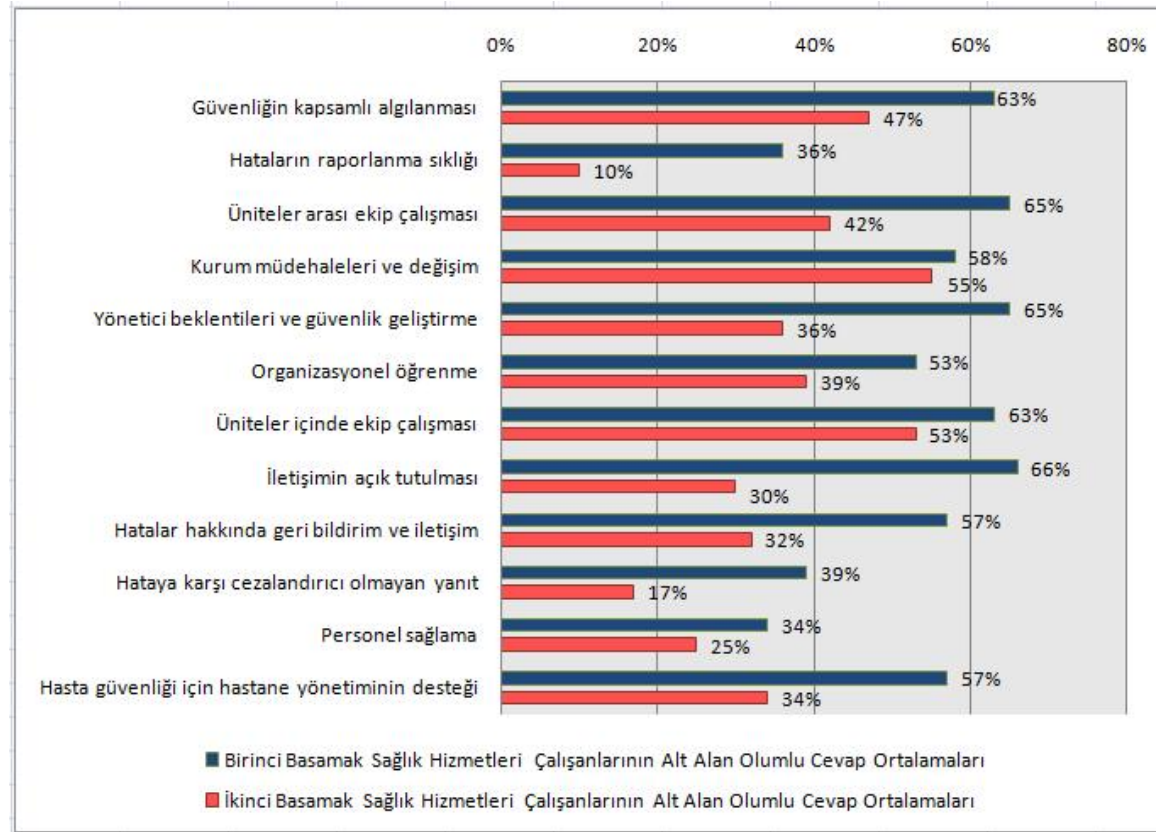
“Bu birimde iş yükünün üstesinden gelecek kadar personel mevcuttur”

ifadesine birinci basamak sağlık hizmetinde çalışanların %34, ikinci basamak sağlık hizmetinde çalışanların %11 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde birinci ve ikinci basamakta çalışanlar arasında “Bu birimde iş yükünün üstesinden gelecek kadar personel mevcuttur” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak oldukça anlamlı bir fark saptanmıştır ($U=15158.50$ $p<0.01$). **“Bu birimde çalışanlar hasta bakımı için en uygun olan süreden daha uzun süre çalışırlar”** ifadesine birinci basamak sağlık hizmetinde çalışanların %19, ikinci basamak sağlık hizmetinde çalışanların %19 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde birinci ve ikinci basamakta çalışanlar arasında “Bu birimde iş yükünün üstesinden gelecek kadar personel mevcuttur” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($U=19583.00$ $p>0.05$). **“Bu birimde gerekenden fazla geçici personel çalıştırılır”** ifadesine birinci basamak sağlık hizmetinde çalışanların %68, ikinci basamak sağlık hizmetinde çalışanların %48 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde birinci ve ikinci basamakta çalışanlar arasında “Bu birimde gerekenden fazla geçici personel çalıştırılır” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak oldukça anlamlı bir fark saptanmıştır ($U=15788.50$ $p<0.01$). **“Yapılacak çok iş olduğunda ve çok çabuk yapmak gerektiğinde "kriz modunda" çalışırız”** ifadesine birinci basamak sağlık hizmetinde çalışanların %18, ikinci basamak sağlık hizmetinde çalışanların %22 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde birinci ve ikinci basamakta çalışanlar arasında “Yapılacak çok iş olduğunda ve çok çabuk yapmak gerektiğinde "kriz modunda" çalışırız” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($U=18986.50$ $p>0.05$) (Tablo 23).

“Kurum yönetimi hasta güvenliğini artıran bir çalışma atmosferi sağlamaktadır” ifadesine birinci basamak sağlık hizmetinde çalışanların %67, ikinci

basamak sağlık hizmetinde çalışanların %32 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde birinci ve ikinci basamakta çalışanlar arasında “Kurum yönetimi hasta güvenliğini artıran bir çalışma atmosferi sağlamaktadır” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak oldukça anlamlı bir fark saptanmıştır ($U=12703.50$ $p<0.01$). **“Yönetimin faaliyetleri, hasta güvenliğinin st düzey bir öncelik olduğunu gösteriyor”** ifadesine birinci basamak sağlık hizmetinde çalışanların %59, ikinci basamak sağlık hizmetinde çalışanların %37 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde birinci ve ikinci basamakta çalışanlar arasında “Yönetimin faaliyetleri, hasta güvenliğinin st düzey bir öncelik olduğunu gösteriyor” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak oldukça anlamlı bir fark saptanmıştır ($U=15481.00$ $p<0.01$). **“Yönetim, sadece istenmeyen olay olduğunda hasta güvenliği ile ilgili gibi gözükmektedir”** ifadesine birinci basamak sağlık hizmetinde çalışanların %47, ikinci basamak sağlık hizmetinde çalışanların %35 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde birinci ve ikinci basamakta çalışanlar arasında “Yönetimin faaliyetleri, hasta güvenliğinin st düzey bir öncelik olduğunu gösteriyor” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($U=17459.00$ $p<0.05$) (Tablo 23).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların hasta güvenliği kültürü anketi alt alan olumlu cevap ortalamaları ile ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların olumlu cevap ortalaması karşılaştırıldığında, alt alanların tümünde ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların olumlu cevap ortalamaları daha düşüktür. Hataların raporlanma sıklığı, yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri, iletişimin açık tutulması alt boyutlarındaki fark diğerlerine göre daha belirgindir (Grafik5).



Grafik 5 . Birinci ve İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışanların Hasta Güvenliği Kültürü Anketi Alt Alan Olumlu Cevap Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 24. Birinci Basamak ve İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışanların Hasta Güvenliği Derecesi ile İlgili Cevaplarına Göre Dağılımı

Hasta Güvenliği Derecesi	I. Basamak		II. Basamak	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Mükemmel	54	27.1	5	2.5
Çok iyi	70	35.2	52	26.3
Kabul edilebilir	75	37.7	100	50.5
Zayıf	-	-	39	19.7
Başarısız	-	-	2	1.0
TOPLAM	199	100.0	198	100.0

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların %37.7'sinin çalıştığı kurumda hasta güvenliği derecesini kabul edilebilir, %35.2'sinin çok iyi, %27.1'inin mükemmel bulduğu, ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların %50.5'inin çalıştığı kurumda hasta güvenliği derecesini kabul edilebilir, %26.3'ünün çok iyi, %19.7'sinin zayıf bulduğu saptanmıştır (Tablo 24).

Tablo 25. Birinci Basamak ve İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışanların Hasta Güvenliği ile İlgili Hatalı Olay Raporlama Durumlarına Göre Dağılımı

Raporlanan olayların sayısı	I. Basamak		II. Basamak	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Hiç	189	95.0	172	86.9
1-2 olay raporu	7	3.5	24	12.1
3-5 olay raporu	2	1.0	1	0.5
6 ve üzeri olay raporu	1	0.5	-	-
11-20 ve üzeri olay raporu	-	-	1	0.5
TOPLAM	199	100.0	198	100.0

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların %95.0'ının, ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların %86.9'unun hiç hatalı olay raporlamadığı belirlenmiştir (Tablo 25).

3.7. İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışanların Çalıştıkları Birimlere Göre Hasta Güvenliği Kültürünü Algılamalarının İncelenmesi

İkinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların çalıştıkları birimlere göre hasta güvenliği kültürü anketinin alt alanlarına verdikleri olumlu cevapların ortalamaları incelendiğinde; **güvenliğin kapsamlı algılanması** alt boyutundaki sorulara dahili kliniklerde çalışanların verdiği olumlu cevapların ortalaması 50 ± 29 , cerrahi kliniklerde çalışanların 46 ± 27 olduğu belirlenmiştir. Yapılan analizde dahili ve cerrahi kliniklerde çalışanlar arasında bu alt boyutun olumlu cevap ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($U=4539.00$ $p>0.05$). **Hataların raporlanma sıklığı** alt boyutundaki sorulara dahili kliniklerde çalışanların verdiği olumlu cevapların ortalaması 14 ± 29 , cerrahi kliniklerde çalışanların 5 ± 20 olduğu belirlenmiştir. Yapılan analizde dahili ve cerrahi kliniklerde çalışanlar arasında bu alt boyutun olumlu cevap ortalamaları bakımından istatistiksel olarak oldukça anlamlı bir fark saptanmıştır ($U=4116.50$ $p<0.01$) (Tablo 26).

Üniteler arasında ekip çalışması alt boyutundaki sorulara dahili kliniklerde çalışanların verdiği olumlu cevapların ortalaması 47 ± 34 , cerrahi kliniklerde çalışanların 38 ± 29 olduğu belirlenmiştir. Yapılan analizde dahili ve cerrahi kliniklerde çalışanlar arasında bu alt boyutun olumlu cevap ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($U=4206.00$ $p>0.05$). **Kurum müdahaleleri ve değişim** alt boyutundaki sorulara dahili kliniklerde çalışanların verdiği olumlu cevapların ortalaması 56 ± 36 , cerrahi kliniklerde çalışanların 54 ± 35 olduğu belirlenmiştir. Yapılan analizde dahili ve cerrahi kliniklerde çalışanlar arasında bu alt boyutun olumlu cevap ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($U=4728.50$ $p>0.05$). **Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri** alt boyutundaki sorulara dahili kliniklerde çalışanların verdiği olumlu cevapların ortalaması 38 ± 32 , cerrahi kliniklerde

Çalışanların 34 ± 30 olduğu belirlenmiştir. Yapılan analizde dahili ve cerrahi kliniklerde çalışanlar arasında bu alt boyutun olumlu cevap ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($U=4615.00$ $p>0.05$) (Tablo 26).

Organizasyonel renme ve sürekli geliştirme alt boyutundaki sorulara dahili kliniklerde çalışanların verdiği olumlu cevapların ortalaması 42 ± 33 , cerrahi kliniklerde çalışanların 36 ± 37 olduğu belirlenmiştir. Yapılan analizde dahili ve cerrahi kliniklerde çalışanlar arasında bu alt boyutun olumlu cevap ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($U=4341.00$ $p>0.05$). **niteler içinde ekip çalışması** alt boyutundaki sorulara dahili kliniklerde çalışanların verdiği olumlu cevapların ortalaması 56 ± 31 , cerrahi kliniklerde çalışanların 50 ± 33 olduğu belirlenmiştir. Yapılan analizde dahili ve cerrahi kliniklerde çalışanlar arasında bu alt boyutun olumlu cevap ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($U=4433.00$ $p>0.05$). **İletişimin açık tutulması** alt boyutundaki sorulara dahili kliniklerde çalışanların verdiği olumlu cevapların ortalaması 35 ± 30 , cerrahi kliniklerde çalışanların 26 ± 30 olduğu belirlenmiştir. Yapılan analizde dahili ve cerrahi kliniklerde çalışanlar arasında bu alt boyutun olumlu cevap ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($U=4069.50$ $p<0.05$) (Tablo 26).

Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim alt boyutundaki sorulara dahili kliniklerde çalışanların verdiği olumlu cevapların ortalaması 37 ± 36 , cerrahi kliniklerde çalışanların 28 ± 36 olduğu belirlenmiştir. Yapılan analizde dahili ve cerrahi kliniklerde çalışanlar arasında bu alt boyutun olumlu cevap ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($U=4135.00$ $p<0.05$). **Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt** alt boyutundaki sorulara dahili kliniklerde çalışanların verdiği olumlu cevapların ortalaması 13 ± 20 , cerrahi kliniklerde çalışanların 22 ± 26 olduğu belirlenmiştir. Yapılan analizde dahili ve cerrahi kliniklerde çalışanlar arasında bu alt boyutun olumlu

cevap ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (U=4072.00 p<0.05).

Tablo 26. İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışanların Çalıştıkları Birimlere Göre Hasta Güvenliği Kültürü Anketinin Alt Alanlarına Verdikleri Olumlu Cevapların Ortalamaları (%Ort)

Hasta Güvenliği Kültürü Alt Alanları	Dahili Birim (n=102) Olumlu cevap ortalaması	Cerrahi Birim (n=96) Olumlu cevap ortalaması
Güvenliğin kapsamlı algılanması (4 madde)	50 ±29	46± 27
U=4539.00 p=0.360 p>0.05		
Hataların raporlanma sıklığı (3 madde)	14±29	5±20
U=4116.50 p=0.004 p<0.01		
Üniteleri arasında ekip çalışması (4 madde)	47±34	38±29
U=4206.00 p=0.077 p>0.05		
Kurum müdahaleleri ve değişim (4 madde)	56±36	54±35
U=4728.50 p=0.671 p>0.05		
Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri (4 madde)	38±32	34±30
U=4615.00 p=0.472 p>0.05		
Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme (3 madde)	42±33	36±37
U=4341.00 p=0.152 p>0.05		
Üniteler içinde ekip çalışması (4 madde)	56±31	50±33
U=4433.00 p=0.239 p>0.05		
İletişimin açık tutulması (3 madde)	35±30	26±30
U=4069.50 p=0.030 p<0.05		
Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim (3 madde)	37±36	28±36
U=4135.00 p=0.043 p<0.05		
Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt (3 madde)	13±20	22±26
U=4072.00 p=0.020 p<0.05		
Personel sağlama (4 madde)	25±21	26±23
U=4886.00 p=0.979 p>0.05		
Hasta güvenliği için kurum yönetiminin desteği (3 madde)	36±35	34±38
U=4687.50 p=0.585 p>0.05		

Personel sağlama alt boyutundaki sorulara dahili kliniklerde çalışanların verdiği olumlu cevapların ortalaması 25±21, cerrahi kliniklerde çalışanların 26±23

olduğu belirlenmiştir. Yapılan analizde dahili ve cerrahi kliniklerde çalışanlar arasında bu alt boyutun olumlu cevap ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (U=4886.00 p>0.05) (Tablo 26).

Hasta güvenliği için kurum yönetiminin desteği alt boyutundaki sorulara dahili kliniklerde çalışanların verdiği olumlu cevapların ortalaması 36±35, cerrahi kliniklerde çalışanların 34±38 olduğu belirlenmiştir. Yapılan analizde dahili ve cerrahi kliniklerde çalışanlar arasında bu alt boyutun olumlu cevap ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (U=4687.50 p>0.05) (Tablo 26).

Tablo 27. İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışanların Çalıştıkları Birimlere Göre Hasta Güvenliği Kültürü Anketinin Maddelerine Verdikleri Olumlu Cevapların Yüzdeleri (%)

Hasta güvenliği kültürü alt alan ve maddeler	Dahili Birim (n=102)	Cerrahi Birim (n=96)	
1Güvenliğin kapsamlı algılanması			
Burada daha ciddi hataların oluşmaması sadece tesadüfe bağlıdır (a10)	62	60	U=4830.00 p=0.846
Hasta güvenliği, daha fazla iş yapmaktan daha öncelikli bir ilkedir (a15)	69	64	U=4647.00 p=0.451
Bu bölümde hasta güvenliği ile ilgili problemler vardır (a17)	44	35	U=4470.00 p=0.338
Uyguladığımız prosedürler ve sistemler hata oluşmasını önlemede başarılıdır (a18)	54	40	U=4194.00 p=0.044
2Hataların raporlanma sıklığı			
Bir hata yapıldığında ancak hastayı etkilemeden fark edilip düzeltildiğinde ne sıklıkla rapor ediliyor (d1)	14	3	U= 4377.00 p=0.008
Bir hata yapıldığında ancak hastaya zarar verme potansiyeli olmadığında ne sıklıkla rapor ediliyor (d 2)	8	4	U=4716.00 p=0.280
Hastaya zarar verebilme olasılığı olan ancak zarar vermeyen bir hata yapıldığında ne sıklıkla rapor ediliyor (d 3)	22	10	U= 4350.00 p=0.034
3Üniteler arasında ekip çalışması			
Kurum üniteleri birbirleriyle uyum içinde çalışmaz (e 2)	51	35	U= 4134.00 p=0.028
Birimler arasında birlikte çalışmayı gerektiren iyi bir işbirliği vardır (e 4)	35	27	U=4494.00 p=0.214
Diğer bölümlerden gelen kişilerle çalışmak genellikle hoş karşılanmaz (e 6)	50	56	U= 4590.00 p=0.380

Hasta güvenliği kültürü alt alan ve maddeler	Dahili Birim (n=102)	Cerrahi Birim (n=96)	
Hastalar için en iyi bakımı sağlama amacıyla birimler birlikte iyi çalışır (e 10)	50	32	U= 4029.00 p=0.012
4Kurum müdahaleleri ve değişim			
Hastalar bir üniteden diğerine nakledilirken bazı şeyler ihmal edilir, gözden kaçırılır, kaybedilir (e 3)	50	50	U= 4896.00 p=1.000
Nöbet değişimi sırasında hasta bakımıyla ilgili önemli bilgiler çoğu zaman kaybedilir (e 5)	64	61	U=4785.00 p=0.742
Birimler arasında bilgi aktarımında sıklıkla problemler oluşur (e7)	43	36	U= 4569.00 p=0.339
Bu kurumda nöbet değişimleri/rapor/izin durumları hastalar açısından problemlidir (e 11)	68	69	U= 4842.00 p=0.868
5Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri			
Yöneticilerimiz, oluşturulmuş hasta güvenliği prosedürlerine göre yapılmış bir işi gördüğünde takdir eder (b 1)	26	30	U= 4713.00 p=0.560
Yöneticilerimiz, hasta güvenliğini geliştirmek için çalışanların önerilerini ciddiye alır (b 2)	29	29	U= 4884.00 p=0.970
Yöneticilerimiz, kalite kaybı olsa bile bizim daha hızlı çalışmamızı ister (b 3)	34	29	U= 4644.00 p=0.438
Yöneticilerimiz tekrar tekrar oluşan hasta güvenliği problemlerini görmezden gelir (b 4)	62	49	U= 4269.00 p=0.071
6Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme			
Hasta güvenliğini geliştirme çalışmalarına aktif olarak katılırız (a 6)	46	39	U= 4527.00 p=0.285
Yapılan hatalar bu bölümde pozitif değişikliklere yol göstermiştir (a 9)	34	32	U= 4797.00 p=0.010
Hasta güvenliğini geliştirmek için değişiklikler yaptıktan sonra bunların etkinliğini değerlendiririz (a 13)	47	39	U= 4479.00 p=0.227
7Üniteler içinde ekip çalışması			
Bu birimde çalışan kişiler birbirlerini destekler (a 1)	48	52	U= 4698.00 p=0.570
Acilen yapılması gereken çok iş olduğunda ekip olarak birlikte çalışırız (a 3)	72	69	U= 4758.00 p=0.666
Bu birimde çalışanlar birbirine saygılı davranır (a 4)	48	43	U= 4635.00 p=0.453
Birim içinde bir çalışma alanı aşırı yoğunlaştığında diğerleri yardım eder (a 11)	56	36	U= 3945.00 p=0.006
8İletişimin açık tutulması			
Çalışanlar, hasta bakımını olumsuz etkileyebilen bir şey gördüklerinde bunu serbestçe dile getirebilir (c 2)	48	32	U= 4125.00 p=0.024
Çalışanlar, yöneticilerinin karar ve eylemlerini sorgulamakta kendilerini özgür hisseder (c 4)	11	8	U= 4776.00 p=0.559

Hasta güvenliği kültürü alt alan ve maddeler	Dahili Birim (n=102)	Cerrahi Birim (n=96)	
Çalışanlar, bir şey yanlış gözüktüğünde soru sormaktan korkarlar (c 6)	45	38	U= 4524.00 p=0.279
9Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim			
Raporlanan olaylara dayandırılarak yapılan değişiklikler hakkında bilgilendiriliriz (c 1)	37	32	U= 4653.00 p=0.465
Bu birimde oluşan hatalar hakkında bilgilendiriliriz (c 3)	39	30	U= 4455.00 p=0.185
Bu birimde biz, hataların tekrar oluşmasını engelleyecek yöntemleri tartışırız (c 5)	35	21	U= 4188.00 p=0.024
10Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt			
Çalışanlar yaptıkları hatalardan dolayı suçlanacaklarını hissederek (a 8)	12	26	U= 4197.00 p=0.010
Bir olay rapor edildiği zaman olayla ilgili problem değil olayla ilgili kişi şikayet ediliyor duygusu vardır (a 12)	15	21	U= 4596.00 p=0.260
Çalışanlar yaptıkları hataların kişisel dosyalarında muhafaza edildiğinden endişe duyarlar (a 16)	14	19	U= 4650.00 p=0.338
11Personel sağlama			
Bu birimde iş yükünün üstesinden gelecek kadar personel mevcuttur (a 2)	11	11	U= 4863.00 p=0.880
Bu birimde çalışanlar hasta bakımı için en uygun olan süreden daha uzun süre çalışırlar (a 5)	22	17	U= 4656.00 p=0.383
Bu birimde gerekenden fazla geçici personel çalıştırılır (a 7)	44	52	U= 4506.00 p=0.263
Yapılacak çok iş olduğunda ve çok çabuk yapmak gerektiğinde "kriz modunda" çalışırız (a 14)	22	22	U= 4881.00 p=0.958
12Hasta güvenliği için kurum yönetiminin desteği			
Kurum yönetimi hasta güvenliğini artıran bir çalışma atmosferi sağlamaktadır (e 1)	39	40	U= 4752.00 p=0.658
Yönetimin faaliyetleri, hasta güvenliğinin üst düzey bir öncelik olduğunu gösteriyor (e 8)	30	33	U= 4611.00 p=0.399
Yönetim, sadece istenmeyen olay olduğunda hasta güvenliği ile ilgili gibi gözükmemektedir (e 9)	40	34	U= 4803.00 p=0.780

İkinci basamak sağlık hizmetlerinde dahili ve cerrahi kliniklerde çalışanların hasta güvenliği kültürü anketi maddelerine verdikleri olumlu cevapların yüzdeleri incelendiğinde; **“Burada daha ciddi hataların oluşmaması sadece tesadüfe bağlıdır”** ifadesine dahili kliniklerde çalışanların %62, cerrahi kliniklerde çalışanların %60 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde dahili klinikler ve cerrahi kliniklerde çalışanlar arasında **“Burada daha ciddi hataların oluşmaması sadece tesadüfe bağlıdır”**

ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($U=4830.00$ $p>0.05$). **“Hasta güvenliği, daha fazla iş yapmaktan daha öncelikli bir ilkedir”** ifadesine dahili kliniklerde çalışanların %69, cerrahi kliniklerde çalışanların %64 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde dahili klinikler ve cerrahi kliniklerde çalışanlar arasında “Hasta güvenliği, daha fazla iş yapmaktan daha öncelikli bir ilkedir” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($U=4647.00$ $p>0.05$). **“Bu bölümde hasta güvenliği ile ilgili problemler vardır”** ifadesine dahili kliniklerde çalışanların %44, cerrahi kliniklerde çalışanların %35 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde dahili klinikler ve cerrahi kliniklerde çalışanlar arasında “Bu bölümde hasta güvenliği ile ilgili problemler vardır” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($U=4470.00$ $p>0.05$). **“Uyguladığımız prosedürler ve sistemler hata oluşmasını önlemede başarılıdır”** ifadesine dahili kliniklerde çalışanların %54, cerrahi kliniklerde çalışanların %40 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde dahili klinikler ve cerrahi kliniklerde çalışanlar arasında “Uyguladığımız prosedürler ve sistemler hata oluşmasını önlemede başarılıdır” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($U= 4194.00$ $p<0.05$) (Tablo 27).

“Bir hata yapıldığında ancak hastayı etkilemeden fark edilip düzeltildiğinde ne sıklıkla rapor ediliyor” ifadesine dahili kliniklerde çalışanların %14, cerrahi kliniklerde çalışanların %3 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde dahili klinikler ve cerrahi kliniklerde çalışanlar arasında “Bir hata yapıldığında ancak hastayı etkilemeden fark edilip düzeltildiğinde ne sıklıkla rapor ediliyor” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($U=4377.00$ $p<0.05$). **“Bir hata yapıldığında ancak hastaya zarar verme potansiyeli olmadığında**

ne sıklıkla rapor ediliyor” ifadesine dahili kliniklerde çalışanların %8, cerrahi kliniklerde çalışanların %4 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde dahili klinikler ve cerrahi kliniklerde çalışanlar arasında “Bir hata yapıldığında ancak hastaya zarar verme potansiyeli olmadığında ne sıklıkla rapor ediliyor” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($U=4716.00$ $p>0.05$). **“Hastaya zarar verebilme olasılığı olan ancak zarar vermeyen bir hata yapıldığında ne sıklıkla rapor ediliyor”** ifadesine dahili kliniklerde çalışanların %22, cerrahi kliniklerde çalışanların %10 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde dahili klinikler ve cerrahi kliniklerde çalışanlar arasında “Hastaya zarar verebilme olasılığı olan ancak zarar vermeyen bir hata yapıldığında ne sıklıkla rapor ediliyor” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($U=4350.00$ $p<0.05$).

“Kurum üniteleri birbirleriyle uyum içinde çalışmaz” ifadesine dahili kliniklerde çalışanların %51, cerrahi kliniklerde çalışanların %35 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde dahili klinikler ve cerrahi kliniklerde çalışanlar arasında “Kurum üniteleri birbirleriyle uyum içinde çalışmaz” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($U=4134.00$ $p<0.05$). **“Birimler arasında birlikte çalışmayı gerektiren iyi bir işbirliği vardır”** ifadesine dahili kliniklerde çalışanların %35, cerrahi kliniklerde çalışanların %27 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde dahili klinikler ve cerrahi kliniklerde çalışanlar arasında “Birimler arasında birlikte çalışmayı gerektiren iyi bir işbirliği vardır” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($U=4494.50$ $p>0.05$). **“Diğer bölümlerden gelen kişilerle çalışmak genellikle hoş karşılanmaz”** ifadesine dahili kliniklerde çalışanların %50, cerrahi kliniklerde çalışanların %56 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde dahili

klirikler ve cerrahi kliniklerde çalışanlar arasında “Diğer bölümlerden gelen kişilerle çalışmak genellikle hoş karşılanmaz” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($U=4590.00$ $p>0.05$). **“Hastalar için en iyi bakımı sağlama amacıyla birimler birlikte iyi çalışır”** ifadesine dahili kliniklerde çalışanların %50, cerrahi kliniklerde çalışanların %32 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde dahili klinikler ve cerrahi kliniklerde çalışanlar arasında “Hastalar için en iyi bakımı sağlama amacıyla birimler birlikte iyi çalışır” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($U=4029.50$ $p<0.05$) (Tablo 27).

“Hastalar bir üniteden diğerine nakledilirken bazı şeyler ihmal edilir, gözden kaçırılır, kaybedilir” ifadesine dahili kliniklerde çalışanların %50, cerrahi kliniklerde çalışanların %50 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde dahili klinikler ve cerrahi kliniklerde çalışanlar arasında “Hastalar bir üniteden diğerine nakledilirken bazı şeyler ihmal edilir, gözden kaçırılır, kaybedilir” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($U=4896.50$ $p>0.05$). **“Nöbet değişimi sırasında hasta bakımıyla ilgili önemli bilgiler çoğu zaman kaybedilir”** ifadesine dahili kliniklerde çalışanların %64, cerrahi kliniklerde çalışanların %61 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde dahili klinikler ve cerrahi kliniklerde çalışanlar arasında “Nöbet değişimi sırasında hasta bakımıyla ilgili önemli bilgiler çoğu zaman kaybedilir” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($U=4785.00$ $p>0.05$). **“Birimler arasında bilgi aktarımında sıklıkla problemler oluşur”** ifadesine dahili kliniklerde çalışanların %43, cerrahi kliniklerde çalışanların %36 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde dahili klinikler ve cerrahi kliniklerde çalışanlar arasında “Birimler arasında bilgi aktarımında sıklıkla problemler oluşur” ifadesine verdikleri

olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (U=4569.00 $p>0.05$). **“Bu kurumda nöbet değişimleri/rapor/izin durumları hastalar açısından problemlidir”** ifadesine dahili kliniklerde çalışanların %68, cerrahi kliniklerde çalışanların %69 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde dahili klinikler ve cerrahi kliniklerde çalışanlar arasında “Bu kurumda nöbet değişimleri/rapor/izin durumları hastalar açısından problemlidir” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (U=4842.00 $p>0.05$) (Tablo 27).

“Yöneticilerimiz, oluşturulmuş hasta güvenliği prosedürlerine göre yapılmış bir işi gördüğünde takdir eder” ifadesine dahili kliniklerde çalışanların %26, cerrahi kliniklerde çalışanların %30 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde dahili klinikler ve cerrahi kliniklerde çalışanlar arasında “Yöneticilerimiz, oluşturulmuş hasta güvenliği prosedürlerine göre yapılmış bir işi gördüğünde takdir eder” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (U=4713.00 $p>0.05$). **“Yöneticilerimiz, hasta güvenliğini geliştirmek için çalışanların önerilerini ciddiye alır”** ifadesine dahili kliniklerde çalışanların %29, cerrahi kliniklerde çalışanların %29 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde dahili klinikler ve cerrahi kliniklerde çalışanlar arasında “Yöneticilerimiz, hasta güvenliğini geliştirmek için çalışanların önerilerini ciddiye alır” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (U=4884.00 $p>0.05$). **“Yöneticilerimiz, kalite kaybı olsa bile bizim daha hızlı çalışmamızı ister”** ifadesine dahili kliniklerde çalışanların %34, cerrahi kliniklerde çalışanların %29 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde dahili klinikler ve cerrahi kliniklerde çalışanlar arasında “Yöneticilerimiz, kalite kaybı olsa bile bizim daha hızlı çalışmamızı ister” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (U=4644.00 $p>0.05$). **“Yöneticilerimiz tekrar tekrar oluşan hasta**

güvenliği problemlerini görmezden gelir” ifadesine dahili kliniklerde çalışanların %62, cerrahi kliniklerde çalışanların %49 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde dahili klinikler ve cerrahi kliniklerde çalışanlar arasında “Yöneticilerimiz tekrar tekrar oluşan hasta güvenliği problemlerini görmezden gelir” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (U=4269.00 $p>0.05$) (Tablo 27).

“Hasta güvenliğini geliştirme çalışmalarına aktif olarak katılırız” ifadesine dahili kliniklerde çalışanların %46, cerrahi kliniklerde çalışanların %39 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde dahili klinikler ve cerrahi kliniklerde çalışanlar arasında “Hasta güvenliğini geliştirme çalışmalarına aktif olarak katılırız” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (U=4527.50 $p>0.05$). **“Yapılan hatalar bu bölümde pozitif değişikliklere yol göstermiştir”** ifadesine dahili kliniklerde çalışanların %34, cerrahi kliniklerde çalışanların %32 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde dahili klinikler ve cerrahi kliniklerde çalışanlar arasında “Yapılan hatalar bu bölümde pozitif değişikliklere yol göstermiştir” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (U=4797.00 $p<0.05$). **“Hasta güvenliğini geliştirmek için değişiklikler yaptıktan sonra bunların etkinliğini değerlendiririz”** ifadesine dahili kliniklerde çalışanların %47, cerrahi kliniklerde çalışanların %39 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde dahili klinikler ve cerrahi kliniklerde çalışanlar arasında “Hasta güvenliğini geliştirmek için değişiklikler yaptıktan sonra bunların etkinliğini değerlendiririz” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (U=4479.00 $p>0.05$).

“Bu birimde çalışan kişiler birbirlerini destekler” ifadesine dahili kliniklerde çalışanların %48, cerrahi kliniklerde çalışanların %52 olumlu cevap verdiği

belirlenmiştir. Yapılan analizde dahili klinikler ve cerrahi kliniklerde çalışanlar arasında “Bu birimde çalışan kişiler birbirlerini destekler” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (U=4698.00 $p>0.05$). **“Acilen yapılması gereken çok iş olduğunda ekip olarak birlikte çalışırız”** ifadesine dahili kliniklerde çalışanların %72, cerrahi kliniklerde çalışanların %69 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde dahili klinikler ve cerrahi kliniklerde çalışanlar arasında “Acilen yapılması gereken çok iş olduğunda ekip olarak birlikte çalışırız” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.(U=4758.00 $p>0.05$). **“Bu birimde çalışanlar birbirine saygılı davranır”** ifadesine dahili kliniklerde çalışanların %48, cerrahi kliniklerde çalışanların %43 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde dahili klinikler ve cerrahi kliniklerde çalışanlar arasında “Bu birimde çalışanlar birbirine saygılı davranır” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (U=4635.00 $p>0.05$). **“Birim içinde bir çalışma alanı aşırı yoğunlaştığında diğerleri yardım eder”** ifadesine dahili kliniklerde çalışanların %56, cerrahi kliniklerde çalışanların %36 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde dahili klinikler ve cerrahi kliniklerde çalışanlar arasında “Birim içinde bir çalışma alanı aşırı yoğunlaştığında diğerleri yardım eder” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (U=3945.00 $p<0.05$) (Tablo 27).

“Çalışanlar, hasta bakımını olumsuz etkileyebilen bir şey gördüklerinde bunu serbestçe dile getirebilir” ifadesine dahili kliniklerde çalışanların %48, cerrahi kliniklerde çalışanların %32 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde dahili klinikler ve cerrahi kliniklerde çalışanlar arasında “Çalışanlar, hasta bakımını olumsuz etkileyebilen bir şey gördüklerinde bunu serbestçe dile getirebilir” ifadesine verdikleri

olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (U=4125.00 $p<0.05$). **“Çalışanlar, yöneticilerinin karar ve eylemlerini sorgulamakta kendilerini özgür hisseder”** ifadesine dahili kliniklerde çalışanların %11, cerrahi kliniklerde çalışanların %8 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde dahili klinikler ve cerrahi kliniklerde çalışanlar arasında **“Çalışanlar, yöneticilerinin karar ve eylemlerini sorgulamakta kendilerini özgür hisseder”** ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (U=4776.00 $p>0.05$). **“Çalışanlar, bir şey yanlış gözüktüğünde soru sormaktan korkarlar”** ifadesine dahili kliniklerde çalışanların %45, cerrahi kliniklerde çalışanların %38 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde dahili klinikler ve cerrahi kliniklerde çalışanlar arasında **“Çalışanlar, bir şey yanlış gözüktüğünde soru sormaktan korkarlar”** ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (U=4524.00 $p>0.05$) (Tablo 27).

“Raporlanan olaylara dayandırılarak yapılan değişiklikler hakkında bilgilendiriliriz” ifadesine dahili kliniklerde çalışanların %37, cerrahi kliniklerde çalışanların %32 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde dahili klinikler ve cerrahi kliniklerde çalışanlar arasında **“Raporlanan olaylara dayandırılarak yapılan değişiklikler hakkında bilgilendiriliriz”** ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (U=4653.00 $p>0.05$). **“Bu birimde oluşan hatalar hakkında bilgilendiriliriz”** ifadesine dahili kliniklerde çalışanların %39’unun, cerrahi kliniklerde çalışanların %30’ının olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde dahili klinikler ve cerrahi kliniklerde çalışanlar arasında **“Bu birimde oluşan hatalar hakkında bilgilendiriliriz”** ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (U=4455.00 $p>0.05$). **“Bu birimde biz, hataların tekrar oluşmasını engelleyecek yöntemleri**

tartışırız” ifadesine dahili kliniklerde çalışanların %35, cerrahi kliniklerde çalışanların %21 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde dahili klinikler ve cerrahi kliniklerde çalışanlar arasında “Bu birimde biz, hataların tekrar oluşmasını engelleyecek yöntemleri tartışırız” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (U=4188.00 $p<0.05$). **“Çalışanlar yaptıkları hatalardan dolayı suçlanacaklarını hissederler”** ifadesine dahili kliniklerde çalışanların %12, cerrahi kliniklerde çalışanların %26 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde dahili klinikler ve cerrahi kliniklerde çalışanlar arasında “Çalışanlar yaptıkları hatalardan dolayı suçlanacaklarını hissederler” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (U=4197.00 $p<0.05$). **“Bir olay rapor edildiği zaman olayla ilgili problem değil olayla ilgili kişi şikayet ediliyor duygusu vardır”** ifadesine dahili kliniklerde çalışanların %15, cerrahi kliniklerde çalışanların %21 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde dahili klinikler ve cerrahi kliniklerde çalışanlar arasında “Bir olay rapor edildiği zaman olayla ilgili problem değil olayla ilgili kişi şikayet ediliyor duygusu vardır” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (U=4596.00 $p>0.05$). **“Çalışanlar yaptıkları hataların kişisel dosyalarında muhafaza edildiğinden endişe duyarlar”** ifadesine dahili kliniklerde çalışanların %14, cerrahi kliniklerde çalışanların %19 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde dahili klinikler ve cerrahi kliniklerde çalışanlar arasında “Çalışanlar yaptıkları hataların kişisel dosyalarında muhafaza edildiğinden endişe duyarlar ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (U=4650.00 $p>0.05$) (Tablo 27).

“Bu birimde iş yükünün üstesinden gelecek kadar personel mevcuttur” ifadesine dahili kliniklerde çalışanların %11, cerrahi kliniklerde çalışanların %11 olumlu

cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde dahili klinikler ve cerrahi kliniklerde çalışanlar arasında “Bu birimde iş yükünün üstesinden gelecek kadar personel mevcuttur” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($U=4863.00$ $p>0.05$). **“Bu birimde çalışanlar hasta bakımı için en uygun olan süreden daha uzun süre çalışırlar”** ifadesine dahili kliniklerde çalışanların %22, cerrahi kliniklerde çalışanların %17 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde dahili klinikler ve cerrahi kliniklerde çalışanlar arasında “Bu birimde iş yükünün üstesinden gelecek kadar personel mevcuttur” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($U=44656.00$ $p>0.05$). **“Bu birimde gerekenden fazla geçici personel çalıştırılır”** ifadesine dahili kliniklerde çalışanların %44, cerrahi kliniklerde çalışanların %52 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde dahili klinikler ve cerrahi kliniklerde çalışanlar arasında “Bu birimde gerekenden fazla geçici personel çalıştırılır” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($U=4506.00$ $p>0.05$). **“Yapılacak çok iş olduğunda ve çok çabuk yapmak gerektiğinde "kriz modunda" alışırız”** ifadesine dahili kliniklerde çalışanların %22, cerrahi kliniklerde çalışanların %22 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde dahili klinikler ve cerrahi kliniklerde çalışanlar arasında “Yapılacak çok iş olduğunda ve çok çabuk yapmak gerektiğinde "kriz modunda" alışırız” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($U=4881.00$ $p>0.05$) (Tablo 27).

“Kurum yönetimi hasta güvenliğini artıran bir çalışma atmosferi sağlamaktadır”ifadesine dahili kliniklerde çalışanların %39’unun, cerrahi kliniklerde çalışanların %40’ının olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde dahili klinikler ve cerrahi kliniklerde çalışanlar arasında “Kurum yönetimi hasta güvenliğini

artıran bir çalışma atmosferi sağlamaktadır” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (U=4752.50 p>0.05). **“Yönetimin faaliyetleri, hasta güvenliğinin üst düzey bir öncelik olduğunu gösteriyor”** ifadesine dahili kliniklerde çalışanların %30, cerrahi kliniklerde çalışanların %33 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde dahili klinikler ve cerrahi kliniklerde çalışanlar arasında “Yönetimin faaliyetleri, hasta güvenliğinin üst düzey bir öncelik olduğunu gösteriyor” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (U=4611.00 p>0.05). **“Yönetim, sadece istenmeyen olay olduğunda hasta güvenliği ile ilgili gibi gözükmetedir”** ifadesine dahili kliniklerde çalışanların %40, cerrahi kliniklerde çalışanların %34 olumlu cevap verdiği belirlenmiştir. Yapılan analizde dahili klinikler ve cerrahi kliniklerde çalışanlar arasında “Yönetimin faaliyetleri, hasta güvenliğinin üst düzey bir öncelik olduğunu gösteriyor” ifadesine verdikleri olumlu cevap yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (U=4803.00 p>0.05) (Tablo 27).

Tablo 28. İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışanların Çalıştıkları Birimlere Göre Hasta Güvenliği Derecesi ile İlgili Cevaplarının Dağılımı

Hasta Güvenliği Derecesi	Dahili Birim		Cerrahi Birim	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Mükemmel	4	3.9	1	1.0
Çok iyi	34	33.4	18	18.8
Kabul edilebilir	44	43.1	56	58.3
Zayıf	18	17.6	21	21.9
Başarısız	2	2.0	-	-
TOPLAM	102	100.0	96	100.0

İkinci basamak sağlık hizmetlerinden dahili kliniklerde çalışanların %43.1’inin çalıştığı kurumda hasta güvenliği derecesini kabul edilebilir, %33.4’ünün çok iyi, %17.6’sının zayıf bulduğu, cerrahi kliniklerde çalışanların %58.3’ünün çalıştığı kurumda

hasta güvenliği derecesini kabul edilebilir, %18.8'inin çok iyi, %21.9'unun zayıf bulduğu saptanmıştır (Tablo 28).

Tablo 29. İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışanların Çalıştıkları Birimlere Göre Hasta Güvenliği ile İlgili Hatalı Olay Raporlama Durumlarının Dağılımı

Raporlanan olayların sayısı	Dahili Birim		Cerrahi Birim	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Hiç	90	88.2	82	85.4
1-2 olay raporu	11	10.8	13	13.6
3-5 olay raporu	1	1.0	-	-
11-20 ve üzeri olay raporu	-	-	1	1.0
TOPLAM	102	100.0	96	100.0

İkinci basamak sağlık hizmetlerinde dahili kliniklerde çalışanların %88.2'sinin, cerrahi kliniklerde çalışanların %85.4'ünün hiç hatalı olay raporlamadığı belirlenmiştir (Tablo 29).

BÖLÜM IV

TARTIŞMA

4.1. Sağlık Çalışanlarının Sosyodemografik Özelliklerinin İncelenmesi

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin yaş ortalaması 42.29 ± 6.34 , ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin yaş ortalaması ise 29.01 ± 2.92 'dir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşirelerin yaş ortalaması 38.03 ± 6.27 , ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşirelerin yaş ortalaması ise 33.94 ± 7.06 'dır. Birinci basamakta çalışan hekim ve hemşirelerin ikinci basamakta çalışan hekim ve hemşirelerden yaşça daha büyük olduğu görülmektedir. Bu sonuç, genç nesil tarafından birinci basamağın fazla tercih edilmediğini, çalışma şartları ağır olmasına rağmen döner sermaye ek gelirleri nedeni ile ikinci basamağın tercih edilmiş olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmaya katılan 397 sağlık personelinin 199'unu (%50.1) hekimler, 198'ini (%49.9) hemşireler oluşturmaktadır. Birinci ve ikinci basamakta çalışan hekimlerin yarısından çoğunun erkek olduğu görülmektedir. Birinci basamak ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşirelerin tamamı kadındır (Tablo 7). Ülkemizde bir çok sektörde olduğu gibi sağlık alanında da kadın çalışan oranı erkek çalışan oranından daha düşüktür. Hemşirelik bölümlerine erkek öğrenci alınmaya başlanmıştır ancak sahada çalışanlar geçmiş dönem mezunlarıdır.

Sağlık çalışanlarının öğrenim düzeyi incelendiğinde; birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin %82.5'i lisans, %17.5'i lisansüstü mezunudur. İkinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerden dahili birimlerde çalışanların %94.1'i lisans, %5.9'u lisansüstü, cerrahi birimlerde çalışanların %97.9'u lisans, %2.1'i lisansüstü mezunudur. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşirelerin %10.8'i lise, %73.5'i önlisans, %15.7'si lisans mezunudur. İkinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan

hemşirelerden dahili birimlerde çalışanların %2.0'ı lise, %17.6'sı önlisans,%74.5'i lisans, %5.9'u lisansüstü, cerrahi birimlerde çalışanların %25.0'ı önlisans, %66.7'si lisans, %8.3'ü lisanüstü mezunudur. Hekimlerin öğrenim düzeyinin lisans ve lisansüstü olduğu görülürken, hemşirelerin öğrenim düzeylerinin lise, önlisans, lisans ve lisansüstü olarak değiştiği, birinci basamakta en fazla lisans düzeyinde hemşireler çalışırken, ikinci basamakta hemşirelerin lisanüstü eğitime sahip olduğu görülmektedir. Literatürde diplomalı hemşire (üniversite düzeyinde eğitim almış hemşire) istihdamının hasta güvenliği ve komplikasyon görülme oranına etkisi üzerine çeşitli sonuçlar bulunmaktadır (1). AHRQ kurumunun yayınladığı raporda (2004), diplomalı hemşirelerin daha çok istihdam edildiği hastanelerde “5 istenmeyen olayın” (üriner sistem enfeksiyonu, üst gastro-intestinal sistem kanaması, şok, uzun süre hastanede kalma, kurtarma yanlışlıkları) daha düşük oranda görüldüğü saptanmıştır. Yüksek oranda diplomalı hemşire istihdamının istenmeyen olayları %3- 12 oranında azalttığı belirlenmiştir (1).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin %86.6'sı evli, ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerden dahili birimlerde çalışanların %35.3'ü evli, %64.7'si bekar, cerrahi birimlerde çalışanların %45.8'i evli, %50.0'ı bekardır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşirelerin %86.3'ü evli, ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşirelerden dahili birimlerde çalışanların %43.1'i evli, %51.0'ı bekar, cerrahi birimlerde çalışanların %60.4'ü evli, %27.1'i bekardır (Tablo 7). Birinci basamakta çalışan hekim ve hemşirelerin evli, ikinci basamakta çalışan hekim ve hemşirelerin çoğunlukla bekar olduğu belirlenmiştir.

Sağlık çalışanlarının yaşamının çoğunluğunu geçirdiği yer incelendiğinde; birinci ve ikinci basamakta çalışan hekimlerin yarısından fazlasının uzun süre metropol/büyükşehirde yaşadığı, birinci basamak ve ikinci basamakta çalışan hemşirelerin uzun süre metropol/büyükşehir ve ilde yaşadığı belirlenmiştir. Sağlık çalışanlarının gelir düzey algısı incelendiğinde; birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin

tamamına yakını gelirini iyi, ikinci basamakta çalışan hekimlerin yarısından fazlası gelirini orta olarak ifade etmiştir. Birinci ve ikinci basamakta çalışan hemşirelerin yarısından fazlası ise gelirini orta olarak algılamaktadır. Birinci basamakta çalışan hekim ve hemşirelerin tamamının sağlık güvencesi vardır. İkinci basamakta çalışan hekim ve hemşirelerin tamamına yakınının sağlık güvencesi vardır (Tablo 7).

4.2.Sağlık Çalışanlarının Mesleki Özelliklerinin İncelenmesi

Sağlık çalışanlarının mesleki özellikleri incelendiğinde, birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin % 97.9'u pratisyen hekim, % 2.1'i uzman hekim, ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerden dahili birimlerde çalışanların %5.9'u uzman hekim, %94.1'i uzmanlık öğrencisi hekim, cerrahi birimlerde çalışanların %2.1'i uzman hekim, %97.9'u uzmanlık öğrencisi hekim olarak görev yapmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşirelerin % 51.0'ı kadrolu hemşire % 49.0'ı sözleşmeli hemşire, ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşirelerden dahili birimlerde çalışanların %80.4'ü kadrolu hemşire/ebe, %19.6'sı sözleşmeli hemşire/ebe, cerrahi birimlerde çalışanların %75.0'ı kadrolu hemşire/ebe, %25.0'ı sözleşmeli hemşire/ebe olarak görev yapmaktadır (Tablo 8). Birinci basamak ve ikinci basamakta çalışan hemşirelerin çoğunlukla kadrolu olması mesleğe ve kuruma bağlılıklarını arttıracaktır. Hemşirelerin kadrolu olması hata yapma oranlarını azaltabilir. Kaliforniya'da 1996- 1999 yılları arasında 232 akut bakım hastanesinde yapılan çalışmada kayıtlı hemşire istihdam seviyesi ile pnömoni hızı arasında önemli bir ilişki saptanmıştır, %10 oranında kayıtlı hemşirenin istihdam seviyesinin artırılmasının pnömoni tahmini riskini azalttığı görülmüştür (19).

Birinci basamakta çalışan hekim ve hemşirelerin, ikinci basamakta çalışan hemşirelerin çoğunun en az 10 yıllık deneyimleri olduğu görülürken, ikinci basamakta çalışan hekimlerin deneyimleri 5 yıl ve altıdır.Yapılan çalışmalarda “Deneyimsiz çalışan

olmanın” ilaç hatalarının bir nedeni olduğu belirtilmektedir. Ayrıca yoğun bakım gibi ayrı bir performans gösterilmesi gereken servislerde çalışan hemşirelerin daha deneyimli olmaları istenmektedir (19).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin, % 54.6’sının haftada 40 saat ve altı çalıştığı, hemşirelerin % 29.4’ünün 40-49 saat arası çalıştığı belirlenmiştir. İkinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin, % 80.8’inin haftada 50 saat ve üstü çalıştığı hemşirelerin, %73.7’sinin 40-49 saat arası çalıştığı belirlenmiştir. Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) Tavsiye Kararlarına ve Kanununa göre; hemşire haftada 40 saat çalışmalı ve bir çalışma günü fazla mesai dahil 12 saati aşmamalıdır. Uykusuzluk ve yorgunluk dikkat dağınıklığı ve tükenmeye yol açması nedeniyle hasta ve çalışan güvenliğini tehdit etmektedir. Üstelik hemşirelerin iyi tanımadıkları bir üniteye, tanımadıkları çok sayıda hastaya bakmak zorunda kalmaları da hastaların ve kendilerinin güvenliği açısından potansiyel risk oluşturmaktadır. Rogers ve arkadaşları (2004) tarafından yapılan çalışmada bir günde 12 saatten fazla ve haftalık 40 saatten çok çalışan hemşirelerde hata oranının arttığı kanıtlanmıştır (49).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin, % 93.8’i işinden memnunken bu oran hemşirelerde %75.5’dir. İkinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin, %62.6’sı işinden memnunken bu oran hemşirelerde %78.7’dir (Tablo8). Birinci basamakta çalışan hekimler ikinci basamakta çalışan hekimlere göre işlerinden daha fazla memnundurlar. Bunun sebebi, aile hekimlerinin kazançlarının fazla olması olabilir. İkinci basamakta çalışan hemşireler birinci basamakta çalışan hemşirelere göre işlerinden daha fazla memnundurlar. Bunun sebebi ise, hemşirelerin yaptıkları işlerden daha fazla doyum almaları olabilir.

4.3. Sağlık Çalışanlarının Tıbbi Hata ve Hasta Güvenliği Konusundaki Görüş ve Tutumlarının İncelenmesi

Sağlık çalışanlarının kendi sağlıklarıyla ilgili tutumları incelendiğinde; birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin %30.9'unun hemşirelerin %59.8'inin herhangi bir sağlık sorununda ilk başvuru yerinin Aile Sağlığı Merkezi olduğu belirlenmiştir. İkinci basamakta çalışan hekimlerin %82.8'inin, hemşirelerin %88.9'unun herhangi bir sağlık sorununda ilk başvuru yerinin hastane olduğu belirlenmiştir (Tablo 9). Hekim ve hemşirelerin herhangi bir sağlık sorununda ilk başvuru yeri olarak çalıştıkları yerleri tercih etmeleri beklendik bir sonuçtur.

Çalışmaya katılan hekimlerin % 5.2'si, hemşirelerin % 8.8'i tıbbi hataya maruz kaldığını bildirmiştir. Benzer şekilde, ikinci basamakta çalışan hekimlerin %8.1'inin, hemşirelerin ise %12.1'inin tıbbi hataya maruz kaldıkları saptanmıştır (Tablo 9). Ancak bu sonuçlar hemşirelerin hekimlerden daha fazla tıbbi hataya maruz kaldıklarını göstermektedir.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan tıbbi hataya maruz kalan hekimlerin % 79.4'ü, hemşirelerin % 71.6'sı hatalardan sağlık kurumu ve çalışanların her ikisini de sorumlu görmektedir. İkinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin %55.5'i, hemşirelerin % 67.7'si hatalardan sağlık kurumu ve çalışanların her ikisini de sorumlu görmektedir (Tablo 10). Bu bulgular, kurum kültürünün hata yapanı cezalandırıcı yaklaşımı desteklediğini göstermektedir. Gallagher ve arkadaşlarına (2006) göre hekimlerin yarısı hatalardan dolayı kişileri sorumlu tutmaktadır (20). Diğer bir çalışmada da, Blendon ve arkadaşları (2002) hekimlerin % 55'inin hatayı yapan kişiyi sorumlu tuttuğunu belirtmiştir (9). Kurum değil de, kişileri suçlama oranı çalışmadan çalışmaya değişkenlik göstermektedir. Bunun sebebi kültürel olabilir.

Hekimlerin %27.8'i ve hemşirelerin %41.2'si tıbbi hataları en sık yapan meslek

grubunun hekimler olduğunu ifade ederken, hekimlerin %3.1'i tıbbi hataları en sık yapan meslek grubunun hemşireler olduğunu düşünmektedir. İkinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin %53.5'inin, hemşirelerin %63.6'sının tıbbi hataları en sık yapan meslek grubunun hekimler olduğunu ifade ederken, hekimlerin %13.1'i tıbbi hataları en sık yapan meslek grubunun hemşireler olduğunu düşünmektedir (Tablo 10). Hekim ve hemşireler çoğunlukla tıbbi hataları hekimlerin yaptığını belirtmektedir. Benzer şekilde, Blendon ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında da hekimlerin % 70'i kendilerine yapılan hataya hekimlerin sebep olduğunu belirtmiştir (9). Gallagher ve arkadaşları (2006) da hekimlerin % 55'inin hasta bakımında ciddi bir hatada paylarının olduğunu bildirmiştir (20). Hekimler sağlık bakımının lideri olarak görüldüğünden, yapılan hatalardan da öncelikli olarak onlar sorumlu tutulmaktadır. Blendon ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında hekimlerin % 18'i kendilerine yapılan tıbbi hatadan dolayı ciddi zarar gördüklerini belirtmiştir. Tıbbi zararın ciddiyeti toplumdan topluma farklı algılanabilmektedir. Hekimler hata yaptıklarında dava edilme, hastanın güvenini kaybetme, meslektaşlarına karşı saygınlığını kaybetme gibi endişeler taşımaktadır (20). Tıbbi hatalar konusunda sağlık çalışanları kendi meslek grubu dışındakileri suçlama eğilimindedir. Bu tutum, hataların kaynağını bulma ve giderme kültürü yerine cezadan korunma anlayışının etkili olduğunu akla getirmektedir.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin %54.6'sının, hemşirelerin %69.6'sının hataları önlemede hastaların sorumluluğu olduğunu ifade ettikleri belirlenmiştir. İkinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanlar hekimlerin %66.7'sinin, hemşirelerin %64.6'sının hataları önlemede hastaların sorumluluğu olduğunu ifade ettikleri belirlenmiştir (Tablo 10). Sağlık çalışanları, tıbbi hataları önlemede hastaların da sorumluluğu olduğunu düşünmektedir. Toplumumuzda genellikle, hastalığı hakkında bilgilendirilmeyen ve hekim karşısında edilgen bir rolü olan hastanın

sorumluluk alması beklenemez. Hasta-hekim ilişkisinin içeriği toplumun kültürü tarafından belirlenmektedir. Almanya Anayasa Mahkemesinin hastaya ayrıntılı bilgi verme gereği konusunda verdiği bir kararın gerekçesinde “Hastanın işbirliği, diyalog içinde olması ve kendi sorumluluğunu güçlendirmesi ancak içinde bulunduğu tıbbi durum konusunda yeterince bilgilendirildiğinde olanaklıdır. Yeterince bilgilendirilmemiş hasta genelde hekimin bakımı altındaki edilgen bir nesneden başka bir şey değildir. Hastanın durumu hakkında bilgilendirilmesi hekimi bu ilişkinin yükünü tek başına taşımaktan kurtarır, verilecek karara hastayı ortak eder” denilmiştir (32). Blendon ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında hekimlerin % 58’i hastaların hatalardan korunmada sorumluluğu olduğunu belirtmiştir. Daha güvenli sağlık bakımı alabilmeleri için hastaların da sorumluluk alması önemlidir. Fakat öncelikle hastaların yeterince bilgilendirilmesi ve kendi sağlıklarına ilgilerinin artırılması gerekmektedir (9).

Hastalar tıbbi hatalardan kendilerini koruyabilir mi? sorusuna aile hekimlerinin %67.0’nın kısmen koruyabilir, %18.6’sının koruyamaz yanıtını verdikleri saptanmıştır. Aile Sağlığı hemşirelerin ise aynı soruya %59.8’inin kısmen koruyabilir, %21.6’sının koruyamaz yanıtını verdikleri belirlenmiştir. Hastalar tıbbi hatalardan kendilerini koruyabilir mi? sorusuna ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin %54.5’inin kısmen koruyabilir, %24.3’ünün koruyamaz yanıtını verdikleri saptanmıştır. Hemşirelerin ise aynı soruya %67.7’sinin kısmen koruyabilir, %23.2’sinin koruyamaz yanıtını verdikleri belirlenmiştir (Tablo 10). Sağlık çalışanlarının yarısından fazlası hastaların tıbbi hatalardan kendilerini en azından kısmen koruyabileceklerini düşünmektedir. Hastalara kendi tedavi ve bakımlarıyla ilgili karar verme sürecinde çok fazla söz hakkı tanımayan sağlık çalışanları, burada hastaların sorumluluk almalarını beklemektedir.

Tıbbi hatalarla ilgili duyum alma sıklıkları incelendiğinde; birinci basamak

sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin %58.8'inin nadiren, %34.0'ının ara sıra, hemşirelerin %40.2'sinin nadiren, %51.0'ının ara sıra duyum aldığı belirlenmiştir. İkinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin %36.4'ünün nadiren, %46.5'inin ara sıra, hemşirelerin %52.5'inin nadiren, %38.4'ünün ara sıra duyum aldığı belirlenmiştir (Tablo 10). Sağlık çalışanlarının yaklaşık yarısı tıbbi hatalarla ilgili en azından “ara sıra” duyum aldıklarını belirtmiştir. Diğer yarısının bu konuda “nadiren” duyum alması, başkalarının yaşadıkları hatalara ilgisiz kalmalarından kaynaklanabilir.

Hatalardan korunmada bilgi ve farkındalığına güvenme durumu incelendiğinde; aile hekimlerinin %57.7'sinin biraz, %42.3'ünün çok, aile sağlığı hemşirelerinin %53.9'unun biraz, %43.2'sinin bilgi ve farkındalığına çok güvendiği saptanmıştır. Hatalardan korunmada bilgi ve farkındalığına güvenme durumu incelendiğinde; ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin %36.4'ünün biraz, %59.6'sının çok, hemşirelerin %39.4'ünün biraz, %57.6'sının çok, bilgi ve farkındalığına güvendiği saptanmıştır (Tablo 10). “Tıbbi hatalardan korunmada bilgi ve farkındalığıma çok güvenirim” diyenler sağlık çalışanlarının yaklaşık yarısını oluşturmaktadır. Diğer yarısının bu konuda endişelerinin olduğu görülmektedir.

Birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanlara göre tıbbi hata sebepleri incelendiğinde; birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların %72.9'unun, ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların %89.9'unun tıbbi hata sebebi olarak uzun çalışma saatleri nedeniyle yorgunluk ve stresi ifade ettikleri belirlenmiştir (Grafik 1). Sağlık çalışanları, uzun çalışma saatleri yüzünden yaşanan yorgunluk ve stresin en önemli tıbbi hata sebebi olduğunu düşünmektedirler. Türkiye’de hekimlerin çoğu zaman hasta muayenesi yanında eğitim, idari görev ve akademik çalışmalar gibi sorumluluklarının da olması, yetersiz elemanla çalışmanın getirdiği artmış iş yükü hata yapma riskini artırmaktadır (34). Gece vardiyasında çalışan asistan hekimlerin hata yapmaya daha yatkın

oldukları belirtilmektedir. Hemşirelerin de günlük çalışma süresinin uzunluğu hata yapma olasılığını artırmaktadır (49). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların %65.8'inin, ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların %68.2'sinin tıbbi hata sebebi olarak hemşirelerin sayı olarak yetersiz olmasını ifade ettikleri belirlenmiştir (Grafik 1). Benzer şekilde, Blendon ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında da doktorlar, hastanelerdeki hemşire yetersizliğini en önemli hata sebebi olarak gördüklerini belirtmişlerdir (9).

Birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanlara göre tıbbi hata sebepleri incelendiğinde; birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların %19.1'inin, ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların %30.3'ünün tıbbi hata sebebi olarak doktorların el yazılarının okunaklı olmamasını ifade ettikleri belirlenmiştir (Grafik 1). Doktorların çoğu diğer sağlık çalışanlarının aksine el yazılarının okunaklı olmamasını hata sebebi olarak görmemektedir. Hekimler genellikle el yazılarının yetenekli hemşireler ve eczacılar tarafından rahatlıkla okunabildiğini ve bu yüzden sorun yaşanmayacağını düşünmektedir. Mayo ve Duncan'ın (2004) çalışmasında da hemşireler ilaç hatalarının en önemli sebebi olarak doktorların el yazılarının okunaksız olmasını göstermektedir. Aynı çalışmada hemşirelerin dalgınlığı yorgunluk ve tükenmişlik durumları önemli hata sebebi olarak bildirilmiştir (39).

Birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların tıbbi hata durumunda tutumları incelendiğinde; birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların çoğunun yapılan hataların hastaya açıklanması gerektiğini ifade ettikleri belirlenmiştir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanlar, ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanlara göre daha yüksek oranda hata için hastadan özür dilenmesi gerektiğini (%46.2), hata yapanların dava edilmesini (%25.1), hatanın yönetimle paylaşılması (%68.8) gerektiğini belirtmişlerdir (Grafik 2). Benzer şekilde, Blendon ve arkadaşlarının (2002)

çalışmasında da hekimlerin çoğu (% 77) tıbbi hataların hastaya açıklanması gerektiğini bildirmiştir (9). Tıp öğrencileri ile yapılan bir çalışmada da katılımcıların % 80'i yapılan hatanın hastaya açıklanması görüşündedir (56). Literatüre göre tıbbi hata durumunda etik olarak önce hastaya hata hakkında yeterli açıklamada bulunulmalı, hata için özür dilenmeli ve mümkünse hata telafi edilmelidir. Özür dilemek suçu kabul etmek anlamına geldiğinden hekimler kendilerine yasal sorumluluk getireceği düşüncesiyle hastadan özür dilemeye yanaşmamaktadır. Hekimler hatadan dolayı çok üzgün olsalar da, hastaya duygusal destek olma konusunda isteksiz davranmaktadırlar. Hekimler malpraktis davalarına yol açmasından korktukları için yaptıkları hataları açıklamak istememektedir (20).

4.4.Birinci Basamak ve İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışanların Hasta Güvenliği Kültürünü Algılamalarının İncelenmesi

Hasta bakımının güvenliğini geliştirmede en önemli engelin sağlık kuruluşlarındaki güvenlik kültürü ortamı olduğu belirtilmektedir (13). Güvenlik kültürünü oluşturmada başlangıç noktası, sağlık hizmeti veren organizasyonda mevcut kültürün değerlendirilmesi amacıyla yapılan çalışmalardır. Son yıllarda çeşitli ülkelerde farklı ölçüm araçları kullanılarak sağlık kuruluşlarının hasta güvenliği kültürü değerlendirilmiştir. Bu çalışmaların çoğunda sağlık çalışanlarının güvenlik kültürü algılamalarının oldukça düşük olduğu gösterilmiştir. Kurumlarda güvenlik kültürünü değerlendirmenin amacı, hasta güvenliği ile ilgili geliştirilmesi gereken alanları saptama, çalışanlarda hasta güvenliği hakkında farkındalık oluşturma, hasta güvenliği girişimlerinin zaman içindeki değişimini izleme ve sonuçların iç ve dış karşılaştırmalarının yapılmasına olanak sağlamadır (55).

Araştırma kapsamındaki birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekim ve hemşirelerin hasta güvenliği kültürü anketinin alt alanlarına verdikleri olumlu cevap ortalamaları incelendiğinde; “personel sağlama” alt alanı ($U=3749.50$ $p<0.05$) hariç,

diğer alt alanlara hekim ve hemşirelerin verdikleri olumlu cevap ortalamaları arasında fark yoktur, birinci basamakta çalışan hekimlerin olumlu cevap ortalamaları hemşirelere göre daha düşük bulunmuştur (Tablo 12). İkinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekim ve hemşirelerin hasta güvenliği kültürü anketinin alt alanlarına verdikleri olumlu cevap ortalamaları incelendiğinde; “hataların raporlanma sıklığı”(U=4640.00 $p>0.05$), “hastane üniteleri arasında ekip çalışması” (U=4243.00 $p>0.05$), “yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri” (U=4212.00 $p>0.05$), “hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt” (U=4459.00 $p>0.05$), “hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği” (U=4260.50 $p>0.05$) alt alanları hariç, diğer alt alanlara hekim ve hemşirelerin verdikleri olumlu cevap ortalamaları arasında fark anlamlıdır, ikinci basamakta çalışan hekimlerin olumlu cevap ortalamaları hemşirelere göre daha düşük bulunmuştur (Tablo 17). Araştırma kapsamındaki birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların hasta güvenliği kültürü anketinin alt alanlarına verdikleri olumlu cevap ortalamaları incelendiğinde; “kurum müdahaleleri ve değişim” (U=18562.50 $p>0.05$) alt alanı hariç, diğer alt alanlara birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların verdikleri olumlu cevap ortalamaları arasında fark anlamlıdır, birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların olumlu cevap ortalamaları ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanlara göre daha yüksek bulunmuştur (Tablo 22). İkinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların çalıştıkları birimlere göre hasta güvenliği kültürü anketinin alt alanlarına verdikleri olumlu cevap ortalamaları incelendiğinde; “hataların raporlanma sıklığı” (U=4116.50 $p<0.01$), “iletişimin açık tutulması” (U=4069.50 $p<0.05$), “hatalar hakkında geribildirim ve iletişim” (U=4135.00 $p<0.05$) “hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt” (U=4072.00 $p<0.05$) alt alanı hariç, diğer alt alanlara birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların verdikleri olumlu cevap ortalamaları arasında anlamlı bir fark yoktur, dahili birimlerde çalışanların olumlu cevap ortalamaları cerrahi birimlerde çalışanlara göre daha

yüksek bulunmuştur (Tablo 26).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanlara göre hasta güvenliği kültürü anketi maddelerinden en yüksek olumlu cevap yüzdesi hekim (%87) ve hemşireler (%78) tarafından “Yöneticilerimiz tekrar tekrar oluşan hasta güvenliği problemlerini görmezden gelir” maddesine verilmiştir (U=4543.00 p=0.131). Hasta güvenliği kültürü anketinin maddelerine verilen cevapların çoğunda birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanlara göre fark yoktur (Tablo 13). İkinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanlara göre hasta güvenliği kültürü anketi maddelerinden en yüksek olumlu cevap yüzdesi hekim (%61) ve hemşireler(%76) tarafından “ Bu kurumda nöbet değişimleri/rapor/ izin durumları hastalar açısından önemlidir” maddesine verilmiştir (U=4158.00 p=0.022) (Tablo 18). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanlara göre hasta güvenliği kültürü anketi maddelerinden en yüksek olumlu cevap yüzdesi (%83) “Çalışanlar, hasta bakımını olumsuz etkileyebilen bir şey gördüklerinde bunu serbestçe dile getirebilir” maddesine verilmiştir. İkinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanlara göre hasta güvenliği kültürü anketi maddelerinden en yüksek olumlu cevap yüzdesi (%68) “Bu kurumda nöbet değişimleri/rapor/izin durumları hastalar açısından problemlidir” maddesine verilmiştir (Tablo 23). İkinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların çalıştıkları birimlere göre hasta güvenliği kültürü anketi maddelerinden en yüksek olumlu cevap yüzdesi dahili birimlerde çalışanlar (%72) ve cerrahi biirmlerde çalışanlar (%69) tarafından “Acilen yapılması gereken çok iş olduğunda ekip olarak birlikte çalışırız” maddesine verilmiştir (U= 4758.00 p= 0.666) (Tablo 27).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanlara göre hekimlerin %41.2’si hasta güvenliği derecesini çalıştığı kurumda kabul edilebilir bulurken, hemşireler de bu oran %34.3’tür (Tablo 14). İkinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanlara göre hekimlerin %53.5’i hasta güvenliği derecesini çalıştığı kurumda kabul edilebilir bulurken, hemşireler

de bu oran %47.5'dir (Tablo 19). Birinci basamakta çalışanların %37.7'si hasta güvenliği derecesini çalıştığı kurumda kabul edilebilir bulurken, ikinci basamakta çalışanlarda bu oran %50.5'dir (Tablo 24). İkinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların çalıştıkları birimlere göre dahili birimlerde çalışanların %43.1'i hasta güvenliği derecesini çalıştığı kurumda kabul edilebilir bulurken, cerrahi birimlerde çalışanlarda bu oran % 58.3'tür (Tablo 28).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerden %97.9'u çalıştığı kurumda hiç olay raporlamazken, hemşireler de bu oran %92.2'dir (Tablo 15). İkinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerden %88.9'u çalıştığı kurumda hiç olay raporlamazken, hemşireler de bu oran %84.8'dir (Tablo 20). Birinci basamakta çalışanların %95.0'ı çalıştığı kurumda hiç olay raporlamazken, ikinci basamakta çalışanlar da bu oran %86.9'dur (Tablo 25). Sağlık çalışanları tıbbi hataları çok düşük oranda raporlamaktadır İnsanın doğası gereği hatalar yapılmaktadır; ancak hataların konuşulmasıyla hatalardan öğrenme yöntemi ile potansiyel hataların önüne geçilebilir. Çalışmamızda hata raporlamada ciddi yetersizlik olduğu görülmektedir. Bulgularımızı destekleyecek şekilde Kim ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında da hemşirelerin “neredeyse hata olacaktı” denilen durumları dikkate almadıkları görülmektedir. Aynı çalışmada hemşirelerin, hastanın zarar görmesine yol açabilecek hataları dahi düşük oranda (%23) raporladığı saptanmıştır (30). İkinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanlardan dahili birimlerde çalışanların %88.2'si çalıştığı kurumda hiç olay raporlamazken, cerrahi birimlerde çalışanlarda bu oran %85.4'tür (Tablo 29). Katılımcılar hata yaptıklarında cezalandırılacaklarını düşünmektedir. Çalışanlar, yöneticilerin hata ile ilgili olaya değil de hatayı yapan kişiye odaklanarak suçlayıcı bir tavır sergileyecekleri ve yaptıkları hataların kişisel dosyalarında saklanacağından endişe duymaktadır. Bu düşüncenin hakim olduğu kurumlarda hataların raporlanmaması

beklenilen bir durumdur. Bir huzurevindeki sağlık çalışanlarının da %89'u hata durumunda cezalandırılacaklarını düşündüğü bildirilmiştir (25). Hellings ve arkadaşlarının (2007) Belçika hastanelerinde çoğunluğu hemşire olan farklı sağlık meslek gruplarıyla yaptığı çalışmasında bu oran % 64 olarak bulunmuştur (26). Kore'de eğitim hastanelerinde çalışan 886 hemşirenin katıldığı bir araştırmada hemşirelerin sadece %5'i hataları raporlamaktan korkmadıklarını belirtmiştir (30). Hastaya zarar vermemiş olsa bile hataların bildirilmesi önemlidir. Böylece sistemdeki sorunlar belirlenerek ileride hastaya zarar verebilecek ciddi hataların önlenmesi sağlanabilir. Hataların daha kolay raporlanmasını sağlamak için elektronik raporlama sistemi oluşturulabilir. Hataların raporlanmamasının sebebi genellikle, kurumlarda hata yapanı suçlayıcı ve cezalandırıcı bir yaklaşım sergilenmesinden kaynaklanmaktadır. Ayrıca hastanelerde hata bildirim sistemlerinin bulunmaması ve hekim ve hemşirelerin yoğun iş yükü de bildirimini engellemektedir. Giresun'da 2010 yılında Devlet Hastanesinde çalışanların hasta güvenliği kültürü algılamasını inceleyen bir çalışmanın sonuçlarına göre "Hasta Güvenliği Derecesi" Devlet Hastanesinde %57 olarak saptanmıştır. Ancak çalışanlar hata bildiriminde bulunmamaktadır. Çalışanların %58'i hatalardan dolayı suçlanacaklarını ve %43'ü yaptıkları hataların kişisel dosyalarında muhafaza edileceğini düşünmektedir (7).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların hasta güvenliği kültürü anketinin alt alan ve maddelerine verdikleri olumlu cevapların ortalamaları ile benchmark ortalaması karşılaştırıldığında; 12 alt alanın onunda birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların verdikleri olumlu cevap ortalamaları daha düşüktür. En büyük fark, "hataların raporlanma sıklığı" ($t=-8.916$ $p<0.01$) ve "Personel sağlama" ($t=-16.801$ $p<0.01$) alt alanlarındadır (Tablo 16). İkinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların hasta güvenliği kültürü anketinin alt alan ve maddelerine verdikleri olumlu cevapların ortalamaları ile benchmark ortalaması karşılaştırıldığında; 12 alt alanın onbirinde ikinci basamak sağlık

hizmetlerinde çalışanların verdikleri olumlu cevap ortalamaları daha düşüktür. En büyük fark, “hataların raporlanma sıklığı” ($t=-24.460$ $p<0.01$) ve “Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri” ($t=-15.323$ $p<0.01$) alt alanlarındadır (Tablo 21).

Yapılan araştırmada birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların kurum müdahaleleri ve değişim alt boyutuna verdikleri olumlu cevap ortalaması(%58) benchmark ortalamasından yüksektir. Yapılan araştırmada üniteler arasında ekip çalışması (%65) ve personel sağlama (%34) alt boyutlarından elde edilen olumlu cevap ortalamaları referans araştırmasından (konya örnekleme) elde edilen olumlu cevap ortalamalarından düşüktür (Grafik 3). İkinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların kurum müdahaleleri ve değişim alt boyutuna verdikleri olumlu cevap ortalaması (%55), benchmark ortalaması ve referans araştırmasından elde edilen olumlu cevap ortalamasından yüksektir (Grafik 4). Bölgesel farklılıklar, sağlık bütçe aktarımındaki farklılıklar, kültürel farklılıklar bu duruma neden olmuş olabilir. Hasta güvenliği kültürünün bölgesel, ulusal ve uluslararası karşılaştırmalarının farkında olmak, kültürlerarası etkileşimi tetikleyerek hasta güvenliği kültürünün yerleşmesinde ve gelişmesinde faydalı olabilir (19).

Yapılan çalışmada, sağlık personelinin hasta güvenliği kültürü anketi alt alanlarına verdikleri cevapların ortalaması benchmark ortalamasından düşük olmakla birlikte “kurum müdahaleleri ve değişim” alt alanına verdikleri olumlu cevap ortalamaları benchmark ortalamasından yüksektir (Grafik 3, Grafik 4). Bu durum kültürel farklılıklardan kaynaklanabileceği gibi, sağlık çalışanlarının kurumları hakkında olumsuz görüş bildirmekten çekinmeleri olarak da yorumlanabilir. Hasta güvenliğinin sağlanmasında, nöbet değişimi ve hasta transferi (sorumlulukların devri) sırasındaki iletişimin geliştirilmesi gerekmektedir. Devir teslim sırasında sözlü veya yazılı birçok farklı iletişim mekanizması kullanılabilmekte ve bu konuda standartların olmaması hasta

güvenliği açısından sorun oluşturmaktadır. Hasta bakımıyla ilgili konularda sağlık çalışanları arasındaki iletişim, kişilerarası ilişkiler ve bilgiyi paylaşmada isteklilik organizasyonun kültürü tarafından şekillendirilir ve hasta devir tesliminde önemlidir. DSÖ, devir-teslim süreci ile ilgili standartların oluşturulmasını önermektedir. Sağlık çalışanlarının hasta güvenliği yönünde kültür değişimine istekli olmaması bu konuda potansiyel bir engel olarak görülmektedir (66,67).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların hasta güvenliği kültürü anketi alt alan olumlu cevap ortalamaları ile ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların olumlu cevap ortalaması karşılaştırıldığında, alt alanların tümünde ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların olumlu cevap ortalamaları daha düşüktür (Grafik 5). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların hasta güvenliği kültürü anketi alt alan olumlu cevap ortalamaları ile ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların olumlu cevap ortalaması karşılaştırıldığında, “üniteler içinde ekip çalışması” alt alanına birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların %63’ünün, ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların %53’ünün olumlu cevap verdikleri bildirmişlerdir (Grafik 5). Çalışanlar kendi birimlerinde uyum içerisinde ve yardımlaşarak ekip çalışması yürüttükleri halde başka birimlerle birlikte çalışma konusunda daha isteksiz görünmektedir. Bu bulgu kurum içerisinde her birimin diğerlerinden bağımsız bir kültüre sahip olduğunu göstermektedir. Pronovost ve arkadaşlarının (2003) çalışmasında hemşire yöneticiler (%90), hekimler (%76) ve hemşireler (%71) birim içinde ekip arkadaşlarıyla olumlu ilişkilerinin olduğunu bildirmişlerdir (48). Diğer bir çalışmada hemşireler, kendi bölümlerinde ekip çalışması konusunda endişelerinin olmadığını fakat diğer birimlerle işbirliğinin iyi olmadığını bildirmişlerdir (30). Ekip çalışması kaliteli hasta bakımı verme ve hasta güvenliğini geliştirmede önemli bir unsurdur ve etkili bir güvenlik kültürü oluşturabilmek için kurumun en üst düzeyinde belirlenmiş ortak değerler, tutumlar ve

inançlar, tüm birimlerde aynı düzeyde olmalıdır (32). Ayrıca, etkili bir güvenlik kültürü oluşturmada çalışanlar kendi birimleri dışındakilerle de sık ve samimi bir iletişim kurabilmelidir (54). Ankara’da 2010 yılında yapılan Eğitim ve Araştırma Hastanesi sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürü algılaması çalışması sonuçlarına göre; hasta güvenliğine ilişkin olarak sağlık çalışanları tarafından yapılan değerlendirmenin %45 olduğu, %73’ünün özellikle birim içerisinde ekip çalışmasına önem verildiği, %48’inin yapılan hatalar sonucu ceza almaktan korkmadığı saptanmıştır (33).

Birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanlar “organizasyonel öğrenme” konusunda olumsuz cevaplar vermiştir (Grafik 5). Katılımcılar, kurumlarında hasta güvenliği çalışmalarına personelin katılımını, yapılan hatalardan öğrenme ve gerekli değişiklikleri yaparak bunların etkililiğini değerlendirmenin yetersiz olduğunu düşünmektedir. Hellings ve arkadaşları (2007) da çalışmalarında, Belçika hastanelerinde “organizasyonel öğrenmenin” acilen ve zorunlu olarak geliştirilmesi gerektiğini belirtmiştir. Organizasyonel öğrenme, bilgi ve yeniliklerin sürekli geliştirilmesidir. Sağlık hizmeti veren organizasyonlar, organizasyonel öğrenmeyi sağlayıcı imkanlarını artırarak kalite ve güvenliği geliştirebilirler (26). Birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların, yöneticilerle iletişimlerinde rahat olmadıkları görülmektedir (Grafik 5). Benzer bir bulgu olarak, Kim ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında hemşireler, yapılan hatalar hakkında bilgilendirildikleri halde, kurumlarında iletişimin açıklığı konusunda olumlu düşünmemektedir. Hemşirelerin yaklaşık yarısı yanlış bir şey gördüklerinde soru sormaya korktuklarını belirtmiştir (30). Sağlık çalışanlarının birbirleriyle ve özellikle de yöneticileriyle iletişimlerinin yetersiz olduğu görülmektedir. İletişim problemleri çoğu zaman ekip çalışmasını engelleyerek tıbbi hataların ortaya çıkmasına yol açabilmektedir.

Sağlık çalışanları kurumlarında personel yetersizliği olduğunu düşünmektedir (Grafik 5). Hellings ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında da katılımcılar hastanelerinde

personel sayısının yetersiz olduğu görüşündedir. Personel yetersizliği hasta güvenliği ortamını zayıflatmaktadır (26). Nitekim, Singer ve arkadaşlarının (2003) hastanede güvenlik kültürü araştırmasında katılımcılar deneyimli personel kaybının hasta bakımını olumsuz etkilediğini belirtmiştir (54). Sağlık hizmetleri sunumunda hemşireler diğer sağlık çalışanları içinde oran olarak en büyük grubu oluşturmaktadırlar. Hemşire sayısının yetersizliği, özellikle iyi eğitilmiş ve deneyimli hemşirelerin bulunmayışı istenmeyen olaylarda artışa yol açmaktadır (26,54). Çalışmamızda katılımcılar hasta güvenliğini geliştirmede yönetimin desteğinin yetersiz olduğunu düşünmektedir (Grafik 5). Liderler ve yöneticiler somut davranışlar yoluyla güvenlik kültürünü destekleyebilirler. Bu davranışlar, hasta güvenliği konusunda açık iletişim sağlamayı, bu konuda çalışanları eğitmeyi, tehlike ve riskleri tanıma ve düzeltme konusunda çalışanlara yetki vermeyi, hasta güvenliğini herkesin sorumluluğu olarak görmeyi ve hasta güvenliği için yeteri kadar kaynak ayırmayı kapsar (48).

BÖLÜM V

SONUÇ ve ÖNERİLER

5.1. SONUÇLAR

Sağlık çalışanlarının tıbbi hata/hasta güvenliği konusundaki görüşlerini değerlendirmek ve hasta güvenliği kültürü algılama düzeyini belirlemek amacıyla planlanan bu araştırmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

Hasta güvenliği ve tıbbi hata konusundaki görüş ve tutumlarla ilgili sonuçlar:

- Birinci basamak ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin ve hemşirelerin hataları önlemede hastaların sorumluluğu olduğunu ifade ettikleri belirlenmiştir.
- Birinci basamak ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin ve hemşirelerin en yüksek oranda tıbbi hata sebebi olarak uzun çalışma saatleri nedeniyle yorgunluk ve stresi ifade ettikleri belirlenmiştir. Hemşirelerin sayı olarak yetersiz olmasını hemşireler hekimlere oranla daha yüksek olarak tıbbi hata sebebi olarak görmektedirler.
- Birinci basamak ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların tıbbi hata durumunda tutumları incelendiğinde; hekimlerin ve hemşirelerin yapılan hataların hastaya açıklanmasını gerektiğini ifade ettikleri belirlenmiştir.

Hasta güvenliği kültürü ile ilgili sonuçlar:

- * Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların hasta güvenliği kültürü anketi alt alan olumlu cevap ortalamaları benchmark ortalamasıyla karşılaştırıldığında, birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların 12 alt alanın onunda olumlu cevap ortalamaları benchmark ortalamasına göre daha düşüktür. Bu bulgulara göre araştırma hipotezlerinden birincisi desteklenmemiştir (H-1.Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların hasta güvenliği kültürü yüksektir). En büyük fark, “hataların raporlanma sıklığı” ve “Personel

sağlama” alt alanındadır. Sağlık çalışanları tıbbi hataları çok düşük oranda raporlamaktadır.

* İkinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların hasta güvenliği kültürü anketi alt alan olumlu cevap ortalamaları benchmark ortalamasıyla karşılaştırıldığında, ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların 12 alt alanın onbirinde olumlu cevap ortalamaları benchmark ortalamasına göre daha düşüktür. Bu bulgulara göre araştırma hipotezlerinden ikincisi desteklenmemiştir (H-2. İkinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların hasta güvenliği kültürü yüksektir). En büyük fark, “hataların raporlanma sıklığı” ve “yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri” alt alanındadır. Sağlık çalışanları tıbbi hataları çok düşük oranda raporlamaktadır.

* Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekim ve hemşirelerin hasta güvenliği kültürü anketinin alt alanlarına verdikleri olumlu cevap ortalamaları incelendiğinde; “personel sağlama” alt alanı hariç, diğer alt alanlara hekim ve hemşirelerin verdikleri olumlu cevap ortalamaları arasında fark yoktur, birinci basamakta çalışan hekimlerin olumlu cevap ortalamaları hemşirelere göre daha düşük bulunmuştur. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanlara göre hasta güvenliği kültürü anketi maddelerinden en yüksek olumlu cevap yüzdesi hekim ve hemşireler tarafından “Yöneticilerimiz tekrar tekrar oluşan hasta güvenliği problemlerini görmezden gelir” maddesine verilmiştir. Hasta güvenliği kültürü anketinin maddelerine verilen cevapların çoğunda birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanlara göre fark yoktur. Bu bulgulara göre araştırma hipotezlerinden üçüncüsü desteklenmemiştir (H-3. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekim ve hemşirelerin hasta güvenliği kültürü arasında fark vardır). Çalışanlar kurumlarında yeterli sayıda personel olmadığını düşünmektedir.

* İkinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekim ve hemşirelerin hasta güvenliği kültürü anketinin alt alanlarına verdikleri olumlu cevap ortalamaları incelendiğinde;

“hataların raporlanma sıklığı”, “hastane üniteleri arasında ekip çalışması”, “yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri”, “hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt”, “hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği” alt alanları hariç, diğer alt alanlara hekim ve hemşirelerin verdikleri olumlu cevap ortalamaları arasında fark anlamlıdır, ikinci basamakta çalışan hekimlerin olumlu cevap ortalamaları hemşirelere göre daha düşük bulunmuştur. Hasta güvenliği kültürü anketinin maddelerine verilen cevapların çoğunda birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanlara göre fark yoktur. Bu bulgulara göre araştırma hipotezlerinden dördüncüsü desteklenmemiştir (H-4. İkinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekim ve hemşirelerin hasta güvenliği kültürü arasında fark vardır).

* Birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların hasta güvenliği kültürü anketinin alt alanlarına verdikleri olumlu cevap ortalamaları incelendiğinde; “kurum müdahaleleri ve değişim” alt alanı hariç, diğer alt alanlara birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların verdikleri olumlu cevap ortalamaları arasında fark anlamlıdır, birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların olumlu cevap ortalamaları ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanlara göre hasta güvenliği kültürü anketi maddelerinden en yüksek olumlu cevap yüzdesi “Çalışanlar, hasta bakımını olumsuz etkileyebilen bir şey gördüklerinde bunu serbestçe dile getirebilir” maddesine verilmiştir. İkinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanlara göre hasta güvenliği kültürü anketi maddelerinden en yüksek olumlu cevap yüzdesi “Bu kurumda nöbet değişimleri/rapor/izin durumları hastalar açısından problemlidir” maddesine verilmiştir. Bu bulgulara göre araştırma hipotezlerinden beşincisi desteklenmiştir (H-5. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların hasta güvenliği kültürü ile ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların hasta güvenliği kültürü arasında fark vardır).

* İkinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların çalıştıkları birimlere göre hasta güvenliği kültürü anketinin alt alanlarına verdikleri olumlu cevap ortalamaları incelendiğinde; “hataların raporlanma sıklığı”, “iletişimin açık tutulması”, “hatalar hakkında geribildirim ve iletişim”, “hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt” alt alanı hariç, diğer alt alanlara birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların verdikleri olumlu cevap ortalamaları arasında anlamlı bir fark yoktur, dahili birimlerde çalışanların olumlu cevap ortalamaları cerrahi birimlerde çalışanlara göre daha yüksek bulunmuştur. İkinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların çalıştıkları birimlere göre hasta güvenliği kültürü anketi maddelerinden en yüksek olumlu cevap yüzdesi dahili birimlerde çalışanlar ve cerrahi birimlerde çalışanlar tarafından “Acilen yapılması gereken çok iş olduğunda ekip olarak birlikte çalışırız” maddesine verilmiştir. Cerrahi kliniklerde çalışanların hasta güvenliği kültürü olumlu cevap yüzdeleri daha düşüktür. Bu bulgulara göre araştırma hipotezlerinden altıncısı desteklenmiştir (H-6. İkinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların hasta güvenliği kültürü arasında çalıştığı kliniğe göre fark vardır).

* İkinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların yarısından çoğunun birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanlara göre çalıştığı kurumda hasta güvenliği derecesini “kabul edilebilir” bulduğu belirlenmiştir.

* Birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların tamamına yakınının hiç hatalı olay raporlamadığı belirlenmiştir.

5.2. ÖNERİLER

Kurumlara yönelik öneriler;

- * Hasta güvenliği hakkındaki farkındalığı artırmak için kurumlarda güvenlik kültürünün tanınması,
- * Kurumlarda hasta güvenliği müdahalelerinin ya da programlarının değerlendirilmesi ve zaman içindeki değişiminin izlenmesi,
- * İçsel (kurum içi) ve dışsal (kurumlar, iller ve uluslar arası) kıyaslama (benchmarking) yapılması,
- * Kurumlarda hasta güvenliği ile ilgili sorunları bildirme, tartışma ve hatalardan ders almayı kolaylaştıracak sistemler geliştirilmesi,
- * Hata raporlamayı destekleyecek ortamlar (gizlilik, elektronik ortamda raporlama gibi) oluşturulması,
- * Kurumlarda “Hasta Güvenliği Komitesi” kurulması ve hasta güvenliği kültürü oluşturmaya yönelik çalışmalar yapılması,
- * Kurumlarda hasta güvenlik kültürü düzeyinin belirlenmesine süreklilik kazandırılması,

Sağlık çalışanlarına yönelik öneriler;

- * Hata bildiren sağlık çalışanını güvence altına alan yasal düzenlemeler yapılması,
- * Hasta güvenliği konularında yöneticilerin personele desteğinin artırılması,
- * Çalışanların hasta güvenliğini benimsemeleri için en kolay yol, eğitim çalışmalarıdır. Yönetim tarafından planlanan hizmet içi eğitim programlarına, hasta güvenliğinin de dahil edilmesi,
- * Göreve yeni başlayacak olan çalışanlara verilecek oryantasyon eğitimlerinin içeriğinde de hasta güvenliği hedefleri ve uygulamalarının yer alması,
- * Sağlık çalışanlarının mesleki eğitim sürecinde, okullarda hasta güvenliği ile ilgili

derslerin müfredata alınması,

- * Sağlık çalışanları arasında iletişimin sağlanması, bunun için iletişim araçları ve standartların geliştirilmesi,

- * Yeterli ve eğitimli personel çalıştırılması ve çalışma saatlerinin düzenlenmesi,

Hasta ve ailelerine yönelik öneriler :

- * Tıbbi hataların toplumumuzda görülme sıklığı ve sonuçları hakkında sağlık çalışanları, hasta ve ailesine yönelik eğitim programları düzenlenerek farkındalık oluşturulması,

- * Hasta ve ailesinin kendi sağlıklarına ilgilerinin artırılması ve sağlık çalışanlarının hastaları bu konuda desteklemeleri,

- * Hasta ve ailesine, tıbbi hatalardan korunma, ilaçların güvenli kullanımı gibi konularda eğitimler verilmesi,

Araştırmacılara yönelik öneriler:

- *Hasta güvenliği ile ilgili kalitatif çalışmaların yapılması,

- *Hasta güvenliği kültürü anketinin rehabilitasyon merkezlerinde ve huzurevlerinde uygulanması,

- * Araştırmanın daha büyük bir örneklemle yapılması,

- *Yapılacak diğer araştırmalarda hemşireler ve hekimlerin kendi aralarında hasta güvenliği kültürünün karşılaştırılması,

- *Devlet hastaneleri ve özel hastanelerde çalışanların güvenlik kültürünün karşılaştırılması,

- *Hasta güvenliği kültürünü etkilebileceği düşünülen yaş, eğitim, meslek kıdemi, çalışma yılı gibi değişkenlere göre hekim ve hemşirelerin tabakalı olarak seçilmesi önerilir.

BÖLÜM VI

ÖZET VE ABSTRACT

6.1. ÖZET

Sağlık Çalışanlarının Hasta Güvenliği Kültürünün İncelenmesi

Çalışmanın amacı, birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların hasta güvenliği kültürünün belirlenmesidir. Tanımlayıcı ve karşılaştırmalı araştırmanın evrenini, İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Bornova Sağlık Grup Başkanlığına bağlı tüm Aile Sağlığı Merkezleri ve Ege Üniversitesi Hastanesi Kliniklerinde çalışan sağlık personeli oluşturmaktadır. Aile Sağlığı Merkezlerinde örneklem seçimine gidilmemiştir, 117 Aile Sağlığı Hekimi ve 117 Aile Sağlığı Elemanından oluşan evrenin tamamına ulaşılmaya çalışılmıştır (n=234). Ege Üniversitesi Hastanesi Klinikleri Cerrahi ve Dahili birimler olarak sınıflandırılmıştır. Bu kliniklerden araştırma kapsamına alınacak klinikler basit rastgele örneklem yöntemi ile belirlenmiştir. Belirlenen 10 klinik'ten 117 hekim ve 117 hemşire ise tabakalı örnekleme yöntemiyle seçilmiştir (n=234).

Verileri toplamada Sağlık Çalışanlarının Sosyodemografik Özellikleri, Tıbbi Hatalara İlişkin Görüş ve Tutumlarını İçeren Anket Formu ve Hasta Güvenliği Kültürü Anketi kullanılmıştır. Veriler, ortalama, standart sapma ve yüzdelere gösterilmiştir. Kategorik verilerin gruplar arası karşılaştırılmasında Man Whitney U testi, benchmark değerleri ile araştırma kapsamında elde edilen değerlerin karşılaştırmalarında tek örnek t-testi kullanılmıştır.

Sağlık çalışanlarından birinci basamakta tıbbi hataya maruz kalan hekimlerin %79.4'ü ve hemşirelerin %71.6'sı, ikinci basamakta tıbbi hataya maruz kalan hekimlerin % 55.5'i ve hemşirelerin % 67.7'si hatalardan sağlık kurumu ve çalışanların her ikisini de sorumlu görmektedir. Sağlık çalışanlarından birinci basamakta hekimlerin %72.2'si hemşirelerin %73.5'i, ikinci basamakta hekimlerin %91.9'u hemşirelerin %87.9'u en önemli tıbbi hata sebebinin “uzun çalışma saatleri nedeniyle yorgunluk ve stres” olduğunu belirtmişlerdir. Sağlık çalışanlarından birinci basamakta hekimlerin %97.9'u hemşirelerin %92.2'si , ikinci basamakta hekimlerin %88.9'u hemşirelerin %84.8'i hatalı olayları hiç rapor etmediklerini belirtmişlerdir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların hasta güvenliği kültürü anketi alt alan olumlu cevap ortalamaları benchmark ortalamasıyla karşılaştırıldığında, 12 alt alanın onunda olumlu cevap ortalamaları daha düşüktür. Alt alanlardan olumlu cevap ortalaması düşük olanlar; Güvenliğin kapsamlı

algılanması (%63), Hataların raporlanma sıklığı (%36), Üniteler arasında ekip çalışması (%65), Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri (%65), Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme (%53), Üniteler içinde ekip çalışması (%63), Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim (%57), Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt (%39), Personel sağlama (%34), Hasta güvenliği için kurum yönetiminin desteği (%57)'dir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların kurum müdahaleleri ve değişim alt boyutuna verdikleri olumlu cevap ortalaması (%58) benchmark ortalamasından yüksektir. İkinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların hasta güvenliği kültürü anketi alt alan olumlu cevap ortalamaları, benchmark ortalaması ile karşılaştırıldığında, 12 alt alanın onbirinde olumlu cevap ortalamaları daha düşüktür. Alt alanlardan olumlu cevap ortalaması düşük olanlar; Güvenliğin kapsamlı algılanması (%47), Hataların raporlanma sıklığı (%10), Üniteler arasında ekip çalışması (%42), Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri (%36), Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme (%39), Üniteler içinde ekip çalışması (%53), İletişimin açık tutulması (%30), Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim (%32), Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt (%17), Personel sağlama (%25), Hasta güvenliği için kurum yönetiminin desteği (%34)'dir. İkinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların kurum müdahaleleri ve değişim alt boyutuna verdikleri olumlu cevap ortalaması (%55), benchmark ortalamasından elde edilen olumlu cevap ortalamasından yüksektir. Birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin, hemşirelere göre olumlu cevap ortalamaları daha düşük bulunmuştur. İkinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların hasta güvenliği kültürü olumlu cevap yüzdeleri, birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanlara göre daha düşüktür. İkinci basamak sağlık hizmetlerinde cerrahi kliniklerde çalışanların hasta güvenliği kültürü olumlu cevap yüzdeleri dahili kliniklerde çalışanlardan daha düşüktür.

Çok sayıda kişi önlenebilir tıbbi hatalar sebebiyle zarar görmektedir. Hasta güvenliği konusunda tüm sağlık çalışanları ve hastalar sorumluluk almalı, hasta güvenliği kültürünü geliştirmek kurumların öncelikli konusu olmalıdır.

Anahtar Sözcükler: Hasta güvenliği; hasta güvenliği kültürü; sağlık çalışanları

6.2. ABSTRACT

Analysis of Health Staff's Patient Safety Culture

The aim of the study is to determine the levels of patient safety culture, both in primary and secondary health care. The descriptive-comparative study's group consisted of whole staffs who work in local health centers and university hospital in both Izmir/Bornova city centre in order to fill out the questionnaire of health staff. It's tried to contact whole staffs (117 nurse and 117 doctor) who work in local health centers. The university hospital clinics are classified as surgical and non surgical clinics, under these clinics 117 doctors and 117 nurse were chosen to fit the study groups both in primary and secondary health care.

In order to collect the data Health Staff's Sociodemographic characteristic, their opinions and attitudes in Malpractice Questionnaire Form and Patient Safety Culture Survey Form were used. The means, standard deviation and percentages of the data were given in the study. Man Whitney U test were used to compare categorical data among groups and the t test was used when mean scores to be compared with benchmark scores.

In the primary care 79.4% of doctors and 71.6% of nurses who suffered seriously as a result of medical error held responsible both the organizations and the health staffs that made the malpractice (55.5% of doctors and 67.7% of nurses in the secondary care). Health staffs stated that medical errors were because of stress as worked more than they should (72.2% of doctors, 73.5% of nurses in primary care and 91.9% of doctors, 87.9% of nurses in secondary care). It was also established that staff did not report any medical errors 97.9% of doctors and 92.2% of nurses in primary care and 88.9% of doctors, 84.8% of nurses in secondary care. When positive score percentages concerning sub areas were compared with benchmarking, 10 out of 12 sub areas were found lower in primary care. These are Overall Perceptions of Patient Safety (63%), Frequency of Events Reported (36%), Teamwork Across Units (65%), Manager Expectations & Actions Promoting Patient Safety (65%), Organizational Learning—Continuous Improvement (53%), Teamwork Within Units (63%), Feedback & Communication About Error (57%), Non-punitive Response to Error (39%), Staffing (34%), Management Support for Patient Safety (57%). In primary care, handoffs-transitions sub area's positive score percentage was found higher (58%), when positive score percentages concerning sub areas were compared with benchmarking. In secondary care 11 out of 12 sub areas were found lower. These are Overall Perceptions of Patient Safety (47%), Frequency of Events Reported (10%),

Teamwork Across Units (42%), Manager Expectations & Actions Promoting Patient Safety (36%), Organizational Learning-Continuous Improvement (39%), Teamwork Within Units (53%), Communication Openness (30%), Feedback & Communication About Error (32%), Non-punitive Response to Error (17%), Staffing (25%), Management Support for Patient Safety (34%). In secondary care, handoffs-transitions sub area's positive score percentage was found higher (55%), when positive score percentages concerning sub areas were compared with benchmarking. According to primary and secondary health staffs, doctor's positive score percentages are lower than nurses. It's lower secondary health staffs's positive score percentages than primary health staffs's and also lower in surgical clinics than nonsurgical clinics.

Many people suffer from preventable medical errors. All of the health staffs and patients should take responsibility about patient safety and related institutions should give priority to develop patient safety culture.

Keywords: Patient safety; patient safety culture; health staffs

KAYNAKLAR

1. AHRQ. (2009). Agency for Health Care Research and Quality,U.S. Department of Health and Human Services, The Effect of Health Care Working Conditions on Patient Safety, Evidence Report/Teknoloji Assessment, Number 74, <http://www.ahrq.gov>. Erişim Tarihi: 20.09.2009.
2. Akalın, E. (2007). Klinik Araştırmalar ve Hasta Güvenliği. Hasta Güvenliği Dergisi,17:32-35.
3. Akalın, E. (2004). Hasta Güvenliği Kültürü: Nasıl Geliştirebiliriz?, ANKEM Dergisi, 18: 12-13.
4. Akgemci, T., Özgener, Ş.(1998). Öğrenen Organizasyon Anlayışı ile Toplam Kalite Yönetimi Anlayışı Eşdeğer mi?, Standard Dergisi, 442:50-55.
5. Akgün, S. (2008). Sağlık Hizmetlerinde Kalite, Akreditasyon ve Hasta Güvenliği, XII.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı, s:177-185.
6. Akgün, S., Al-Assaf, A.F. (2007). Sağlık Kuruluşlarında Hasta Güvenliği Anlayışını Nasıl Oluşturabiliriz?, Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, 3:42-47 .
7. Bal, A. ve ark. (2010). Giresun Prof.Dr.İlhan Özdemir Devlet Hastanesinde Hasta Güvenliği Kültürü Algılaması. II.Uluslararası Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Performans Yönetimi Kongresi, Ankara.
8. Berberoğlu, G., Besler, S., Tonus, Z.(1998). Örgüt Kültürü: Anadolu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Örgüt Kültürü Araştırması, Eskişehir Anadolu Üniversitesi İktisadi İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 15(2):18-14.
9. Blendon RJ, DesRoches CM. et al. (2002). Views of practicing physicians and the public on medical errors. N Engl J Med ;347:1933–40.
10. Braham, B.J. (1999). Öğrenen Bir Organizasyon Yaratmak, (Çev. Ali Tekcan). Rota Yayınları, İstanbul, s:34-55.
11. Bodur, S., Filiz, E.A. (2009) Survey on Patient Safety Culture in Primary Healthcare in Turkey. International Quality Safe Health Care, 21:348-355.
12. Budak, M. (2008). Hasta Güvenliği Kültürü, Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, s:7, <http://www.sdplatform.com/>. Erişim Tarihi:12.11.2009

13. Cooper JB.(2003). Developing a culture of safety. Biomed Instr Technol; 37:212–214.
14. Çakır, A.(2007). Hasta Güvenliği Kültürü ile Kalite Yönetim Sistemi Arasındaki İlişkinin Analizi. Sosyal Bilimler Enstitüsü Toplam Kalite Yönetimi AD Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
15. Çiftlik, E., ve ark. (2010). Eğitim ve Araştırma Hastaneleri ile Devlet Hastanelerinde Hasta Güvenliği Kültürü Algılaması. II. Uluslararası Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Performans Yönetimi Kongresi, Ankara.
16. Dienemann, A.J. (1998). Nursing Administration: Managing Patient Care. Appleton and Lange, Stamford/ Connecticut, p:91-98.
17. Elder, N., Regan, S. (2008). Educating Seniors to be Patient Safety Self-Advocates in Primary Care. Journal of Patient Safety, 4:106-112.
18. European Commission. (2006). Eurobarometer Anketi. <http://ec.europa.eu>. Erişim Tarihi:12.11.2009.
19. Filiz, E. (2009). Hastanede Hasta Güvenliği Algılamasının ve Sağlık Çalışanları ile Toplumun Hasta Güvenliği Hakkındaki Tutumunun Belirlenmesi. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı AD Yüksek Lisans Tezi, Konya.
20. Gallagher TH, Waterman AD, et al. (2003). Patients' and physicians' attitudes regarding the disclosure of medical errors. JAMA ;289:1001
21. Gödelek, E. (2007). İnşaat, Otomotiz, Mobilya-Hızar Sektöründe Çalışanların Güvenli İş Davranışları Değişim Basamakları Yordanabilir mi?, IV. İş Sağlığı ve Güvenliği Kongre Kitabı, s:424.
22. Göktaş, S. (2008). Bir Kamu Hastanesinde Hemşire İstihdamının Hasta Güvenliğine Etkisi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik AD Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
23. Güven, R. (2007). Güvenlik Kültürü, IV. İş Sağlığı ve Güvenliği Kongre Kitabı , MMO yayınları, s:236.
24. Güvenç, B. (1999). İnsan ve Kültür, Remzi Kitabevi, İstanbul. <http://www.das.org.tr>. Erişim Tarihi: (20.09.2009).
25. Handler SM, Castle NG, et al.(2006).Patient safety culture assessment in the nursing home. Qual Saf Health Care ;15:400-4.
26. Hellings J, Schrooten W, Klazinga N, Vleugels A. (2007).Challenging patient safety culture: survey results. Int J Health Care Qual Assur 2007;20:620-632.

27. Hibbard JH, Peters E, Slovic P, Tusler M. (2005).Can patient be part of the solution? Views on their role in preventing medical errors. Medical Care Research and Review; 62:601-16.
28. Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations. (2009). Joint Commission Announces National Patient Safety Goals. <http://www.jcaho.org>. Erişim Tarihi: 18.11.2009.
29. Kavrakoglu, İ. (1998). Toplam Kalite Yönetimi, Kalder Yayınları, İstanbul, s:31-35.
30. Kim J, An K, Kim MK, Yoon SH.(2007).Nurses' Perception of error reporting and patient safety culture in Korea. West J Nurs Res ; 29:827-44.
31. Kocaman, G. (2007). Hemşirelik Hizmetlerinde Hasta Güvenliğı ve Liderlik, Hemşirelik Hizmetlerinde Hasta Güvenliğı Paneli, İzmir.
32. Kohn, L.T., Corrigan, J.M., Donaldson, M.S.(2000) To Error is Human: Building a Safer Health System. Institute of Medicine. Washington, DC: National Academy Press.
33. Koraşlı, D., Torun, E. (2010). Sağık Çalışanlarının Hasta Güvenliğı Kültürü Algılaması: Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneğı. II.Uluslararası Sağıkta Kalite, Akreditasyon ve Performans Yönetimi Kongresi,Ankara.
34. Kumaş H, Beyaztaş FY. (2007).Türkiye'deki hekimlerin çalışma koşullarının irdelenmesi. C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi;29:123-7.
35. Leape, L.L. (1994). Error in Medicine. JAMA, 272 (23), 1851-1857.
36. Leape LL, Brennan TA, Laird N, Lawthers AG, Localio AR, Barnes BA et al.(1991).The nature of adverse events in hospitalized patients. results of the Harvard medical practice study II. N Engl J Med ;324:377-84.
37. Luthans, F. (1995). Organizational Behavior, 7 th ed., Mc Graw Inc. Lisans ile Literatür Yayıncılık, s:86-98.
38. Mills, D.Q., Friesen, B. (1992). The Learning Organization, European Management Journal, 10:2.
39. Mayo MA, Duncan D.(2004).Nurse perceptions of medication errors what we need to know for patient safety. J Nurs Care Qual ;19: 209-17.
40. Moody, R., Pesut, D. (2006). Creating Safety Culture on Nursing Units:Human Performance and Organizational System Factors that Make a Difference. Journal of Patient Safety , 5(2):198-206
41. Okay, A. (2000). Kurum Kimliğı, MdiaCat Yayıncılık, Ankara,s:30-46.

42. Özdevecioğlu, M. (1994). Organizasyon Kültürü, Mustafa Özel, Stratejik Yönetim ve Liderlik, İz yayıncılık, İstanbul,s:120-128.
43. Özkalp, E., Kirel, Ç. (2001). Örgütsel Davranış, Anadolu Üniversitesi Eğitim Sağlık ve Bilimsel Araştırma Vakfı Yayınları, No:111, Eskişehir.
44. Özkan, T., Lajunen, T.(2003). Güvenlik Kültürü ve İklimi, Pivolka Dergisi, 2(10): 3-4.
45. Peker, Ö. (1994). Toplam Kalite Yönetiminin Eğitim Sistemine Uygulanabilirliği, Amme İdaresi Dergisi, Sayı:27, Ankara.
46. Phillips, R., Dovey, S.(2006). Learning from Different Lenses:Reports of Medical Errors in Primary Care by Clinicians, Staff, Patients. Journal of Patient Safety 5(2):140-146.
47. Pınar, İ. (1999). Öğrenen Organizasyonların Kültürel Çevresi, İ.Ü. İşletme Fakültesi Dergisi, 28(2): 37-78.
48. Pronovost PJ, Weast B, et al.(2004) Senior executive adopt-a-work-unit: a model for safety improvoment. Jt Comm J Qual Saf ;30:59-68.
49. Rogers AE, Hwang WT, Scott LD, et al.(2004).The working hours of hospital staff nurses and patient safety. Health Aff ;23:202-12.
50. Sabuncuoğlu, Z., Tüz, M. (2001). Örgütsel Psikoloji, Ezgi Kitabevi,Bursa, s:48
51. Saunders, M.C. (2004). Measuring Change: Enabling Health Care Organizations to Cross The Safety Quality Chasm. Health Care Administration Program, California State University, Report.
52. Senge, P.M. (2002). Beşinci Disiplin, (Çev. Aysegül İlideniz ve Ahmet Doğukan), Yapı Kredi Yayınları, İstanbul.
53. Sezgin, B. (2007). Kalite Belgesi Alan Hastanelerde Çalışma Ortamı ve Hemşirelik Uygulamalarının Hasta ve Hemşire Güvenliği Açısından Değerlendirilmesi. Hemşirelikte Yönetim AD Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Entitüsü. İstanbul
54. Singer, S., Tucker,A. (2004).Creating a Culture of Safety in Hospitals. <http://iis-db.stanford.edu> Erişim Tarihi: 25.09.2009.
55. Sora, J., Nieva, V.F. (2003). Safety Culture Assessment: A Tool for Improving Patient Safety in Health Care Organizations. International Quality Safe Health Care ;12:17–23.

56. Sorokin R, Riggio JM, Hwang C. (2005). Attitudes about patient safety: a survey of physicians in training. *Am J Med Qual* ;20:70-7.
57. Şişman, M. (2002). Örgütler ve Kùltürler. Pegem Yayıncılık, Ankara, s:150-165
58. Tezcan, M. (1991). Sosyolojiye Giriş-Temel Kavramlar, Bilgi Basım Merkezi, Ankara, s:245.
59. Tütüncü, O., Küçükusta, D.(2008). Tedarik Zinciri Entegrasyonu ve Hasta Güvenliğı İlişkinin Analizi, İşletme Fakùltesi Dergisi, 9(1):93-10
60. Tütüncü, O., Küçükusta, D., Yağıcı, K. (2007). Toplam Kalite Yönetimi Kapsamında Hasta Güvenliğı Kùltürü ve Bir Ölçme Aracı. <http://web.deu.edu.tr/> Erişim Tarihi: 20.05.2010
61. Tütüncü, Ö., Küçükusta, D., Yağıcı, K.(2006). Toplam Kalite Yönetimi Kapsamında Hasta Güvenliğı ve Akreditasyon: Tıbbi Laboratuvarlar Değerlendirmesi, http://web.deu.edu.tr. Erişim Tarihi: 20.05.2010
62. Usal, A. Kuşluvan, Z. (2002). Davranış Bilimleri, Fakùlteler Kitapevi Barış Yayınları, s:40-66.
63. Uslu, A. (2007). Hasta Güvenliğı ve Hemşirelik, Hemşirelik Hizmetlerinde Hasta Güvenliğı Paneli, İzmir.
64. Ünsal, İ. (2006). Hasta Güvenliğı Perspektifi ile Laboratuvar Kalite Yönetimi ve ISO 15189, Uluslar arası Sağılıkta Kalite, Akreditasyon ve Performans Yönetimi Kongresi, Antalya.
65. Vincent, C. (2003). Understanding and Responding to Adverse Events. *New England Journal of Medicine*; 348:1051.
66. World Alliance For Patient Safety. (2009). WHO Draft Guidelines For Adverse Event Reporting and Learning Systems; <http://www.who.int/patientsafety/events/>. Erişim Tarihi:12.11.2011
67. World Health Organization. (2008). The Conceptual Framework for The International Classification for Patient Safety Version 1.0 for use in Field Testing, Available from URL: <http://www.who.int/patientsafety>. Erişim Tarihi:12.11.2009
68. Yazıcı, S. (2001). Öğrenen Organizasyonlar, Alfa Basım Yayım, İstanbul. s:241-246.
69. Yıldırım, Ö. (2005). Akreditasyon ve Hasta Güvenliğı, T.C. Sağılık Bakanlığı Yayın Organı, Sayı: 15, s.34-38, Ankara.

70. Young, S. (2005). The Role of Health in Reducing Medical Errors and Improving Healthcare Quality & Patient Safety. Agency for Healthcare Research&Quality.<http://www.ehealthinitiative.org> Erişim Tarihi:12.11.2009
71. Yüksel, A.H. (2002). Örgüt Kültürünün Performans Üzerine Etkisi ve Kurum Personeli Üzerine Bir Araştırma, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

EKLER

EK.1. SAĞLIK ÇALIŞANLARININ SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ, TIBBİ HATALARA YÖNELİK GÖRÜŞ VE TUTUMLARINI İÇEREN ANKET FORMU

1. Yaşınız:
2. Cinsiyetiniz
1.() Erkek 2.() Kadın
3. Medeni durumunuz
1. () Bekâr 2. () Evli 3. () Dul/ Boşanmış 4. () Ayrı yaşıyor
4. Bitirdiğiniz okul:
1. () İlkokul 2. () Ortaokul 3. () Lise 4. () Ön Lisans
5. () Lisans 6. () Lisansüstü
5. Ekonomik durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?
1. () Çok iyi 2. () İyi 3. () Orta 4. () Kötü
6. Sağlık güvenceniz var mı?
1. () Evet 2. () Hayır
7. Yaşamınızın çoğunluğunu geçirdiğiniz yer?
1.() İl 2. () İlçe 3. () Köy 4. () Kasaba 5. () Metropol(Büyükşehir)
- 8.Kurumdaki göreviniz nedir?Pozisyonunuzu en iyi tanımlayan sadece BİR cevabı işaretleyiniz.
1.()Kadrolu Hemşire/Ebe 4.()Uzman Doktor/Öğretim Üye
2.()Sözleşmeli Hemşire /Ebe 5.()Uzmanlık Öğrencisi
3.()Pratisyen Doktor 6.()Diğer.....
- 9.Bulunduğunuz görevde hastalarla doğrudan etkileşim ve temas içinde misiniz?
1.()Evet 2.Hayır
10. Mesleğinizi kaç yıldır yapıyorsunuz?.....
11. Kaç yıldır bu kurumda çalışıyorsunuz?.....
- 12.Şu anda çalıştığınız birimde kaç yıldır çalışıyorsunuz?.....
- 13.Haftada kaç saat çalışıyorsunuz?
1.()40 saati geçmiyor 2.()40-49 saat 3.()50 saatten fazla
- 14.İşinizden memnun musunuz?
1.() Evet 2. () Hayır

15. Sağlık sorununuz olduğunda ilk başvuru yeriniz ?

1. () Sağlık Ocağı 2. () Hastane 3. () Özel hastane 4. () Özel muayenehane

16. Herhangi bir kamu hastanesinde yatarak tedavi gördünüz mü?

1. () Evet 2. () Hayır

17. Sağlık bakımı alırken hiç tıbbi hataya maruz kaldınız mı?

1. () Evet 2. () Hayır 3. () Bilmiyorum

Cevabınız evet ise,

.....hatasına maruz kaldım, bence hatanın sorumlusuidi.

18. Ailenizden birisi hiç tıbbi hataya maruz kaldı mı?

1. () Evet 2. () Hayır 3. () Bilmiyorum

Cevabınız evet ise,

..... hatasına maruz kaldı, hatanın sorumlusuidi.

19. Siz ya da ailenizden biri yaşadığınız tıbbi hatanın sonucunda ne tür zarar gördünüz?

.....

20. Sizce tıbbi hataları en sık hangi meslek grubundakiler yapıyor?

1. () Hekimler 2. () Hemşireler
3. () Diğer (yazınız).....

21. Tıbbi hataların meydana gelme sebepleri neler olabilir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- 1.() Hemşirelerin sayı olarak yetersiz olması
2.() Uzun çalışma saatleri nedeniyle yorgunluk, stres
3.() İletişim bozuklukları
4.() Ekip çalışmasının olmaması
5.() Sağlık hizmetlerinin karmaşık bir yapıda olması
6.() Doktorların hastalara yeterince vakit ayırmaması
7.() Mesleki eğitiminin yetersiz olması
8.() Doktorların el yazılarının okunaklı olmaması
9.() Diğer.....

22. Tıbbi hata durumunda tutum ne olmalıdır? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- 1.() Sağlık çalışanları yapılan hataları hastaya açıklamalıdır.
2.() Hata yapıldığında hastadan özür dilenmelidirler.
3.() Hataya uğrayanlar sağlık çalışanlarını dava etmelidir.
4.() Yönetimle paylaşılmalıdır.
5.() Hatalar söylenmemelidir .

23. Sizce yapılan hatalardan kim sorumlu tutulmalıdır?

- 1.() Hatayı yapan kişiler 2.() Hatanın yaşandığı kurumlar
3.() Her ikisi de 4.() Diğer.....

24. Tıbbi hataları önlemede hastaların da sorumluluğu var mıdır?

- 1.() Evet 2.() Hayır 3.() Bilmiyorum

25. Sizce hastaların tıbbi hatalardan kendilerini koruyabilme payı nedir?

- 1.() Büyük oranda koruyabilir 2.() Biraz koruyabilir 3.() Koruyamaz

26. Tıbbi hatalar konusunda ne sıklıkla duyum alıyorsunuz?

- 1.() Hiç duymadım 2.() Nadiren 3.() Ara sıra 4.() Çok sık

27. Tıbbi hatalardan korunmak için kendi bilgi ve farkındalığınıza ne kadar güveniyorsunuz?

- 1.() Çok güvenirim 2.() Biraz güvenirim 3.() Güvenmem

28. Lütfen kurumunuzdaki “hasta güvenliği, tıbbi hata ve olay raporlama” konularındaki düşünce ve yorumunuzu yazınız.

Hasta Güvenliği:

Tıbbi Hatalar:

Olay/Hata Raporlama:

Ek.2.HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ ANKETİ

Yönlendirme: Bu ankette size hasta güvenliği, tıbbi hata ve olay raporlama konusunda sorular sorulmaktadır.

- “Olay”, hastanın zarar görmesiyle sonuçlansın ya da sonuçlanmasın yapılan bir hata, yanlış veya kaza olarak tanımlanmaktadır.
- “Hasta güvenliği”, sağlık bakım hizmetleri verilirken hastanın yaralanması veya istenmeyen olayların ortaya çıkmasını önlemedir.

BÖLÜM A: Çalıştığınız Birim

Sağlık Kurumundaki Çalışma Biriminiz.....

Lütfen çalışma biriminizle ilgili olarak aşağıda belirtilen konulara katılma derecenizi belirtiniz.

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılım Ne Katılmam	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. Bu birimde çalışan kişiler birbirlerini destekler.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
2. Bu birimde iş yükünün üstesinden gelecek kadar personel mevcuttur.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
3. Acilen yapılması gereken çok iş olduğunda ekip olarak birlikte çalışırız.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
4. Bu birimde çalışanlar birbirine saygılı davranır.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
5. Bu birimde çalışanlar hasta bakımı için en uygun olan süreden daha uzun süre çalışırlar.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
6. Hasta güvenliğini geliştirme çalışmalarına aktif olarak katılırız.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
7. Bu birimde gerekenden fazla geçici personel çalıştırılır.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
8. Çalışanlar yaptıkları hatalardan dolayı suçlanacaklarını hissederekler.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
9. Yapılan hatalar bölümde pozitif değişikliklere yol göstermiştir.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
10. Burada daha ciddi hataların oluşmaması sadece tesadüfe bağlıdır.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
11. Birim içinde bir çalışma alanı aşırı yoğunlaştığında diğerleri yardım eder.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
12. Bir olay rapor edildiği zaman olayla ilgili problem değil, olayla ilgili kişi şikâyet ediliyor duygusu vardır.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
13. Hasta güvenliğini geliştirmek için değişiklikler yaptıktan sonra bunların etkinliğini değerlendiririz.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
14. Yapılacak çok iş olduğunda ve çok çabuk yapmak gerektiğinde "kriz modunda" çalışırız.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
15. Hasta güvenliği, daha fazla iş yapmaktan daha öncelikli bir ilkedir.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
16. Çalışanlar yaptıkları hataların kişisel dosyalarında muhafaza edildiğinden endişe duyarlar.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
17. Bu bölümde hasta güvenliği ile ilgili problemler vardır.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
18. Uyguladığımız prosedürler ve sistemler hata oluşmasını önlemede başarılıdır.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

BÖLÜM B: Yöneticileriniz/supervisor

Yönetici/supervisor veya doğrudan bağlı olduğunuz kişiler ile ilgili aşağıdaki konulara katılma derecenizi belirtiniz.

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılım Ne Katılmam	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. Yöneticilerimiz, oluşturulmuş hasta güvenliği prosedürlerine göre yapılmış bir işi gördüğünde takdir eder.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
2. Yöneticilerimiz, hasta güvenliğini geliştirmek için çalışanların önerilerini ciddiye alır.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
3. Yöneticilerimiz, kalite kaybı olsa bile bizim daha hızlı çalışmamızı ister.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
4. Yöneticilerimiz tekrar tekrar oluşan hasta güvenliği problemlerini görmezden gelir.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

Bölüm C: İletişim

Bölümünüzde aşağıdakiler ne sıklıkta oluyor?

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
1. Raporlanan olaylara dayandırılarak yapılan değişiklikler hakkında bilgilendiriliriz.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
2. Çalışanlar, hasta bakımını olumsuz etkileyebilen bir şey gördüklerinde bunu serbestçe dile getirebilir.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
3. Bu birimde oluşan hatalar hakkında bilgilendiriliriz.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
4. Çalışanlar, yöneticilerinin karar ve eylemlerini sorgulamakta kendilerini özgür hisseder.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
5. Bu birimde biz, hataların tekrar oluşmasını engelleyecek yöntemleri tartışırız.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
6. Çalışanlar, bir şey yanlış gözüktüğünde soru sormaktan korkarlar	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

BÖLÜM D: Raporlanmış Olayların Sıklığı

Biriminizde aşağıdaki hatalar olduğunda ne sıklıkla rapor ediliyor?

	Hiç bir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
1. Bir hata yapıldığında ancak <u>hastayı etkilemeden fark edilip düzeltilmediğinde</u> ne sıklıkla rapor ediliyor?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
2. Bir hata yapıldığında ancak <u>hastaya zarar verme potansiyeli olmadığında</u> ne sıklıkla rapor ediliyor?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
3. <u>Hastaya zarar verebilme olasılığı olan ancak zarar vermeyen</u> bir hata yapıldığında ne sıklıkla rapor ediliyor?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

BÖLÜM E: Kurumunuz

Kurumunuzla ilgili olarak aşağıda belirtilen konulara katılma derecenizi belirtiniz.

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılım Ne Katılmam	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. Kurum yönetimi hasta güvenliğini artıran bir çalışma atmosferi sağlamaktadır.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
2. Kurum üniteleri birbirleriyle uyum içinde çalışmaz.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
3. Hastalar bir üniteden diğerine nakledilirken bazı şeyler ihmal edilir, gözden kaçırılır, kaybedilir.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
4. Birimler arasında birlikte çalışmayı gerektiren iyi bir işbirliği vardır.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
5. Nöbet değişimi/rapor/izin durumlarında hasta bakımıyla ilgili önemli bilgiler çoğu zaman kaybedilir.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
6. Diğer bölümlerinden gelen kişilerle çalışmak genellikle hoş karşılanmaz.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
7. Birimler arasında bilgi aktarımında sıklıkla problemler oluşur.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
8. Yönetimin faaliyetleri, hasta güvenliğinin üst düzey bir öncelik olduğunu gösteriyor.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
9. Yönetim, sadece istenmeyen olay olduğunda hasta güvenliği ile ilgili gibi gözükmektedir.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
10. Hastalar için en iyi bakımı sağlama amacıyla birimler birlikte iyi çalışır.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
11. Bu kurumda nöbet değişimi/rapor/izin durumları hastalar açısından sıkıntı meydana gelmesine sebep olur.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

BÖLÜM F: Hasta Güvenliği Derecesi

Hasta güvenliği konusunda biriminizi değerlendiriniz.

☐	☐	☐	☐	☐
A	B	C	D	E
Mükemmel	Çok iyi	Kabul edilebilir	Zayıf	Başarısız

BÖLÜM G: Raporlanan Olay Sayısı

Son 12 ayda kaç kez olay raporu (tutanak raporu) yazıp idarecilerinize verdiniz?

- | | |
|---|---|
| ☐ a. Hiç | ☐ d. 6-10 olay raporu |
| ☐ b. 1-2 olay raporu | ☐ e. 11-20 olay raporu |
| ☐ c. 3-5 olay raporu | ☐ f. 21 ve üzeri olay raporu |

EK.3. Bilgilendirilmiş Olur Formu

Bu çalışma Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği A.D tarafından yürütülmektedir. Çalışmanın amacı, birinci basamak ve ikinci basamak sağlık kuruluşlarına bağlı sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürü düzeylerini tanımlamaktır. Araştırmaya katılan sağlık çalışanları çalışmaya katılma ya da katılmamaya karar vermede özgür oldukları, katılımlarını herhangi bir noktada sonlandırabilecekleri, bilgi vermeyi reddetme ve çalışmaya ilişkin aydınlatılmaya hakları olduğu konusunda sözel olarak bilgilendirilmiştir.

Araştırmaya katılmayı kabul eden sağlık çalışanlarına, kendilerinden alınan bireysel bilgilerin araştırmacının dışında başka hiç kimseye açıklanmayacağı ya da bu bilgilere başkalarının ulaşmasına izin verilmeyeceği konusunda açıklama yapılacak ve gizlilik ilkesine bağlı güvenleri kazanılmaya çalışılmıştır. Araştırmanın yorumları genel olarak verilecek olup, bireysel bilgiler hakkında yorum yapılmayarak, kişisel bilgilerin gizliliğine önem verilmiştir. Anketin uygulanması aşamasında, rutin çalışma düzeninin aksamamasına özen gösterilmiştir.

Çalışmanın sonuçları eğitim amaçlı kullanılacaktır. Göstermiş olduğunuz ilgiye şimdiden teşekkür eder, saygılarımızı sunarız.

Ben..... yukarıda yazılı olan bilgileri okudum ve anladım. Araştırma hakkında sözlü olarak bilgilendirildim. Sorularıma yeterli yanıtlar aldım.

Tarih, Katılımcının Adı-Soyadı

Açıklamaları Yapan Araştırmacının Adı- Soyadı

İmzası

İmzası

EK.4.



**T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU
(BİLİMSEL ETİK KURULU)**

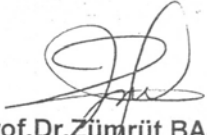
SAYI : 2010-134
KONU : Araştırma Kararı hk.

Bornova /İZMİR
02.07.2010

HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE

Yüksekokulumuz Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalında yüksek lisans öğrencisi F. Yeklin ALP ve Yard.Doç.Dr.Melek ARDAHAN'ın sorumluluğunda 15 Temmuz 2010 – 30 Kasım 2010 tarihleri arasında yapılması planlanan “Sağlık Çalışanlarının Hasta Güvenliği Kültürünün İncelenmesi” konulu araştırma 09.04.2010 tarihinde Bilimsel Etik Kurulu tarafından incelenmiş ve “Araştırmanın Yürütülmesi Uygun” bulunmuştur.

Gereğinin yapılmasını arz ederim.


Prof.Dr.Zümrüt BAŞBAKKAL
Bilimsel Etik Kurulu Başkan

201

EK.5.

T.C.
BORNOVA KAYMAKAMLIĞI
1 Nolu Merkez Toplum Sağlığı Merkezi

SAYI:B-10-4-ISM-4-35-35-28/4541
KONU:Fethiye Yelkin ALP'in
Tez Çalışması

2/08/2010

EGE ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK YÜKSEK OKULU
MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Halk Sağlığı Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı öğrencisi Fethiye Yelkin ALP'in "Sağlık Çalışanlarının Hasta Güvenliği Kültürünün İncelenmesi"konulu tezini Başkanlığımıza bağlı tüm Aile Sağlığı Merkezimizde yapabilmesi uygun görülmüş olup Gereğini bilgilerinize arz/rica ederim.

Dr.M.Kürşad YALÇIN
Sağlık Grup Başkanı Y



Eki:

1 Nolu Merkez Toplum Sağlığı Merkezi Bornova/İZMİR Tlf:339 61 16 Fax:339 20 05

EK.6.

T.C
EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
Yönetim Bürosu

Sayı : B.30.2.EGE.0.AJ.73.00/H.Yönt.
Konu : Tez Çalışması

752-8397

Bornova / İZMİR

14.08.2010

EGE ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK YÜKSEK OKULU MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi: 13.07.2010 günlü ve 1415 sayılı yazınız.

İlgide kayıtlı yazınızı tetkik etmesi istenen ilgili kliniklerimizden alınan cevabi yazılar ilişikte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Necil KÜTÜKÇÜLER
Başhekim

EK.6.

 	
T.C. EGE ÜNİVERSİTESİ Tıp Fakültesi Hastanesi ACİL TIP ANABİLİM DALI	
SAYI	: B.30.2.EGE.0.01.00.00/4- 1177
KONU	: Tez Çalışması Hk.
Bornova/İZMİR	
21.07.2010	
Başhekimlik Makamı (Yönetim Bürosuna)	
İlgi:19.07.2010 tarih ve H.Yönt-463-7355 sayılı yaz. hak.	
Hemşirelik Yüksekokulu Halk Sağlığı Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyelerinden Yard.Doç. Dr. Melek ARDAHAN sorumluluğunda Yüksek Lisans öğrencisi Fethiye Yeklin ALP tarafından yürütülecek olan "Sağlık Çalışanlarının Hasta Güvenliği Kültürünün İncelenmesi" konulu tez çalışmasını 15 Temmuz 2010 – 30 Kasım 2010 tarihleri arasında Anabilim Dalımızda yapabilir.	
E.U. TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI ve HASTANESİ	
21 Temmuz 2010	
NO:	19455
Prof. Dr. Bahar BOYDAK Acil Tıp Anabilim Dalı Başkanı	
Yönetim Bürosu 21.07.2010	

EK.6.

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı

Sayı: B.30.2.EGE.20.10.10- 870
Konu: Tez çalışması hk.

21 / 07 / 2010
Bornova-İZMİR

HASTANE BAŞHEKİMLİĞİ
Yönetim Bürosuna

İLGİ: 19.07.2010 tarih ve B.30.2.EGE.0.1H.00.04/H.Yönt-463-7355 sayılı yazınız.

Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Halk Sağlığı Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim üyelerinden Yard.Doç.Dr.Melek ARDAHAN sorumluluğunda yüksek lisans öğrencisi Fethiye Yelkin ALP tarafından yürütülecek olan "Sağlık Çalışanlarının Hasta Güvenliği Kültürünün İncelenmesi" konulu tez çalışmasını belirtilen tarihlerde Anabilim Dalımızda yapması uygundur.

Bilgilerinize saygılarımla arz ederim.

E.Ü. TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI ve HASTANESİ
21 Temmuz 2010
NO: 19443

Yönetim Bürosu
21-07-2010


Prof.Dr.Mehmet ZİLELİ
Beyin ve Sinir Cerrahisi
Anabilim Dalı Başkanı

EK.6.

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Kulak, Burun ve Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı

Başhekimlik
Yeni işleri

SAYI : B.30.2.EGE.0.20.10.09/621
KONU : Tez Çalışması Hak.

Bornova / İZMİR
27 / 07 / 2010

Tıp Fakültesi Hastanesi
Yönetim Bürosuna

İLGİ : 19.07.2010 tarih ve 7355 sayılı yazınız c.

Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu yüksek lisans öğrencisi F.Yelkin ALP'in "Sağlık Çalışanlarının Hasta Kültürünün İncelenmesi" konulu araştırmasını Anabilim Dalımız da yürütmesi uygun görülmüştür.
Bilgilerinize.

Yönetim
29/07/2010
NO: 20000

E.Ü. TIP FAKÜLTESİ
DEKANLIĞI ve HASTANESİ
29 Temmuz 2010

Prof. Dr. Tayfun KIRAZLI
KBB Hast. Anabilim Dalı Başkan Vekili

EK.6.

T.C
EGE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı

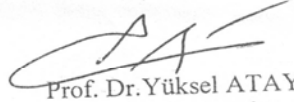
Bornova/ İZMİR

SAYI : B.30.2.EGE.0.20.10.08 / 682
KONU :

HASTANE BAŞHEKİMLİĞİNE
Yönetim Bürosu

İLGİ : B.30.2.EGE.0.AJ.73.00/H.Yönt.463-7355 sayı ve 19.07.2010 tarihli yazınıza C.

Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Müdürlüğü Anabilim Dalı Öğretim Üyelerinden yard.doç. Melek Ardağan sorumluluğunda yüksek lisans öğrencisi Fethiye Yetkin Alp tarafından yürütülecek olan "Sağlık Çalışanların Hasta Güvenliği Kültürünün İncelenmesi" konulu test çalışmasını 15 Temmuz-30 Kasım 2010 tarihleri arasında Anabilim Dalımızda yapmasında sakınca yoktur. Gereğini bilgilerinize arz ederim.


Prof. Dr. Yüksel ATAY
Anabilim Dalı Başkanı V.

E.Ü. TIP FAKÜLTESİ
DEKANI ve HASTANESİ
20 Temmuz 2010
NO: 19332

Yönetim
Bürosu
20/07

EK6.

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı
Bornova-İZMİR

SAYI : B.30.2.EGE.0.20.11.06-2010/ 833
KONU:

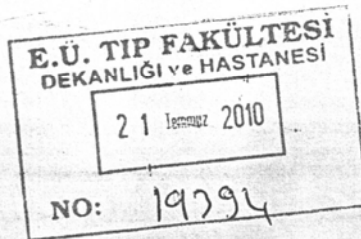
21.07.2010

EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
Yönetim Bürosu

İlgi: 19.07.2010 tarih, B.30.2.EGE.0.1H.00.04/H.Yönt.463-7355 sayılı yazınız.

İlgi yazıda ismi geçen Yüksek Lisans öğrencisi Fethiye Yeklin ALP'in "Sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürünün incelenmesi" konulu tez çalışmasını belirtilen tarihlerde Anabilim Dalımızda yapma talebi uygun görülmüştür.
Bilgilerinize ve gereğini arz ederim.


Prof.Dr. Ülkü BAYINDIR
Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı
Başkan V.



Yönetim
21/07
Kırmızı

EK.6.

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Kardiyoloji Anabilim Dalı

Sayı : B.30.2.EGE.0.20.11.09/ 746
Konu :

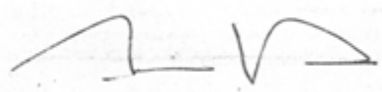
Bornova/İZMİR
20 / 07 / 2010

HASTANE BAŞHEKİMLİĞİ
Yönetim Bürosuna

İlgi: 19.07.2010 tarih H.Yönt.463-7355 sayılı yz.

Hemşirelik Yüksekokulu Halk Sağlığı Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Fethiye Yeklin ALP'in tez çalışmasını Anabilim Dalımızda yapması uygun görülmüştü. Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Prof.Dr.İnan SOYDAN
ANABİLİM DALI BAŞKANI



E.U. TIP FAKÜLTESİ
DEKANLIĞI ve HASTANESİ

20 Temmuz 2010

NO: 19361

Yönetim
20/07

EK.6.

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı

SAYI : B.30.2.EGE.0.20.10.02 / 1022
KONU :

Bornova / İZMİR
22.07.2010

Hastane Başhekimliğine
Bornova

İlgi: 19.07.2010 tarih ve B.30.2.EGE.0.1H.00.04/H.Yönt.463-7355 sayılı yazınıza cevap.:

Hemşirelik Yüksek Okulu Müdürlüğü'nün "Sağlık Çalışanlarının Hasta Güvenliği Kültürünün İncelenmesi" konulu araştırma ile ilgili çalışmalarını Anabilim Dalı'mızda yapmaları uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

E.Ü. TIP FAKÜLTESİ
BAŞHEKİMLİĞİ VE HASTANESİ
22 Temmuz 2010
NO: 19495

Prof.Dr.Fatma Z.AŞKAR
Anabilim Dalı Başkanı

Yönetim
22/07
p.

EK.6.

T.C
EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı

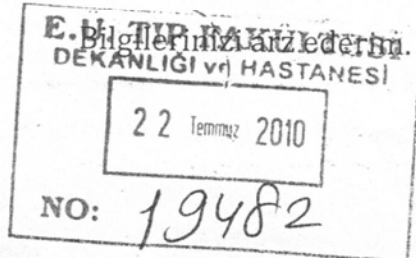
SAYI : B.30.2.EGE.0.20.10.11/1377
KONU : Tez Çalışması Hk.

22/07/2010

EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
Yönetim Bürosu

İlgi: 19.07.2010 tarih ve 463-7355 sayılı yazınız.

Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalında yüksek lisans öğrencisi F. Yeklin ALP ve Yard. Doç. Dr. Melek ARDAHAN; 01.07.2010-30.11.2010 tarihleri arasında yapılması istenen "Sağlık Çalışanlarının Hasta Güvenliği Kültürünün İncelenmesi" konulu araştırmasının Anabilim Dalımızda yapması uygun görülmüştür.



Prof. Dr. Oğuz ÖZDEMİR
Anabilim Dalı Başkanı

EK.6.

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Sayı:B.30.2.EGE.0.20.11.01-3034
Konu:

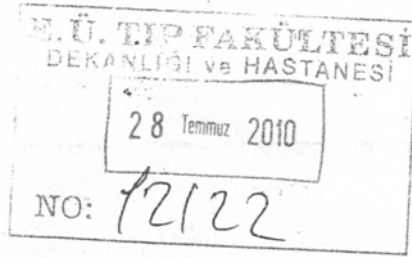
Bornova/ İZMİR
27/07/2010

TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
(Yönetim Bürosu'na)

İlgi: 19.07.2010 tarih ve 463-7355 sayılı yazınıza istinaden.

İlgi sayılı yazınızda adı geçen Hemşirelik Yüksekokulu Müdürlüğünün tarafınıza göndermiş olduğu 13.07.2010 günlü ve 1415 sayılı yazısı tarafımızdan incelenmiştir. Anabilim Dalımızda te

alışmasının yapılmasında sakınca yoktur.
Gereğini bilgilerinize arz ederim.



Prof.Dr.Zafer KURUGÖL
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı Başkan Vekili

Yönetim
2

EK.6.

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

SAYI : 1335

KONU : Tez Çalışması Hk.

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi
Hastanesi Başhekimliği'ne;
(Yönetim Bürosu)

Bornova/İZMİR
16 / 08 / 2010

E.Ü. TIP FAKÜLTESİ
DEKANLIĞI ve HASTANESİ
16 Ağustos 2010
NO: 21455

İlgi: 19.07.2010 tarih ve 463 – 7355 sy.yz.k.
"Sağlık Çalışanlarının Hasta Güvenliği Kültürünün İncelenmesi" konulu
tez çalışmasını Anabilim Dalımızda yapmasının uygun olmadığı ile ilgili Akademik
Kurul Kararı ilişikte sunulmuştur.
Bilgilerinize arz ederim.

Yönetim
16/29/10
[Signature]

Prof.Dr.Onur BİLGİN
Kadın Hastalıkları ve Doğum
Anabilim Dalı Başkanı

Eki: 1 Ad.Akademik Kurul Kararı

EK 7 Öğretim Görevlisi Emel Filiz'den Gelen İzin

From: efiliz2@hotmail.com
To: melekardahan@hotmail.com
Subject: RE: birinci basamağa uygulanmış hasta güvenliği kültürü anketi
Date: Fri, 13 Nov 2009 16:48:48 +0200

Merhaba Melek hanım,

Hasta güvenliği kültürü anketini ve ilgili makaleyi ekte gönderiyorum. Ankette sadece "hastane" ifadelerini değiştirdik. Ayrıca sorularınız olursa memnuniyetle yanıtlarım.

İyi çalışmalar dilerim,

Emel FİLİZ
Öğretim Görevlisi

SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
Konya Sağlık Yüksekokulu
Tel: 0 332 223 35 44
Fax: 0 332 241 62 1
efiliz2@hotmail.com

From: melekardahan@hotmail.com
To: efiliz2@hotmail.com
Subject: birinci basamağa uygulanmış hasta güvenliği kültürü anketi
Date: Fri, 13 Nov 2009 14:17:26 +0000

Sayın Emel Filiz,

Ben Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulunda Halk Sağlığı Hemşireliğinde öğretim üyesiyim. Tez öğrencim olan Fethiye Yelkin Alp ile bir yüksek lisans tez konusu belirledik. Konu henüz kesinleşmesede "birinci ve ikinci basamaktaki sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürü " konulu bir tez yapmayı planlıyoruz. Sizin tezinize Fatma Taş'ın yardımıyla ulaştık. Sizden ricam anketin birinci basamağa uygulanmış şekli ve bu anketi kullanarak yaptığımız çalışmayı bizimle paylaşırsanız sevinirim, ve size bu tezde atıf yapmayı düşünüyorum. Tez 2010 sonunda bitecek sonuçları sizinle paylaşırız. Şimdiden teşekkür ederim. kolay gelsin.

Yard. Doç.Dr. Melek Ardahan

ÖZGEÇMİŞ

Fethiye Yelkin Alp Ege Üniversitesi Atatürk Sağlık Yüksekokulu'ndan 2003 yılında mezun oldu. Aynı yıl Özel İsviçre Hastanesi'nde genel cerrahi servis hemşiresi olarak işe başladı. İstanbul Memorial Hastanesi'nde Enfeksiyon Kontrol Hemşireliği stajı sonrası, Türk Enfeksiyon Derneği'nin sertifikalandırmasıyla, Özel Sema Hastanesi'nde enfeksiyon kontrol hemşireliği yaptı, hastanenin TSE ve JCI belgelendirme süreçlerinde kalite uzman hemşiresi olarak görev aldı. 2008 yılında devlet ataması ile Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Nöroşirurji Kliniği Yoğun Bakım biriminde göreve başladı. Aynı yıl, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nce açılan Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans sınavını kazanarak, yüksek lisans çalışmalarına başladı. Araştırmacı, Tıp Fakültesi Hastanesi Nöroşirurji Kliniği'nde görevine halen devam etmektedir.