

T.C.
İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI



HASTANE ÇALIŞANLARININ HASTA GÜVENLİĞİ
KONUSUNDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİNE
YÖNELİK BİR UYGULAMA: ESKİŞEHİR İLİ ÖRNEĞİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

SEMİHA AYDEMİR

İSTANBUL, 2022

T.C.
İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI



**HASTANE ÇALIŞANLARININ HASTA GÜVENLİĞİ
KONUSUNDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİNE
YÖNELİK BİR UYGULAMA: ESKİŞEHİR İLİ ÖRNEĞİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

SEMİHA AYDEMİR

İSTANBUL, 2022

KABUL VE ONAY

Semiha AYDEMİR tarafından hazırlanan “**HASTANE ÇALIŞANLARININ HASTA GÜVENLİĞİ KONUSUNDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİNE YÖNELİK BİR UYGULAMA: ESKİŞEHİR İLİ ÖRNEĞİ**” adlı tez çalışmasının savunma tarihi 01.07.2022 tarihinde yapılmış olup aşağıda verilen jüri tarafından oy birliği /oy çokluğu ile İstanbul Arel Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Üyeleri

İmza

Danışman

Dr. Öğr. Üyesi Suat PEKER

.....

Üye

Prof.Dr. İbrahim Halil CANKUL

.....

Üye

Dr. Öğr.Üyesi Mustafa METE

.....

İstanbul Arel Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Yönetim Kurulu’nun
..... tarih ve sayılı kararıyla onaylanmıştır.

.....

Prof. Dr. Ali AKDEMİR

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “**HASTANE ÇALIŞANLARININ HASTA GÜVENLİĞİ KONUSUNDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİNE YÖNELİK BİR UYGULAMA: ESKİŞEHİR İLİ ÖRNEĞİ**” başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmanın içinde kullanıldıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

07.10.2022

Semiha AYDEMİR

ÖZET

**HASTANE ÇALIŞANLARININ HASTA GÜVENLİĞİ KONUSUNDAKİ BİLGİ
DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİNE YÖNELİK BİR UYGULAMA:
ESKİŞEHİR İLİ ÖRNEĞİ
YÜKSEK LİSANS TEZİ
SEMİHA AYDEMİR
İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI**

(DANIŞMAN: DR. ÖĞRT. ÜYESİ SUAT PEKER)

İSTANBUL, 2022

Geçmişten günümüze bütün dünyada sağlık bakım sistemleri, yardım almak amacı ile kendilerine başvuran hastalara ara sıra istemeden de olsa zarar vermektedir. Kalite standartları ve güvenlik programları olan ve uygulama yapan sağlık bakım hizmeti veren kurumlarda, güvenlik kültürünün geliştiği ve hastalara verilen zararın her geçen gün azaldığı görülmektedir. Sağlık kurumlarında hasta güvenliğini artırmak için öncelikle hasta güvenliği kültürünün oluşturulması gerekmektedir. Hasta güvenliğini sürdürmeyi destekleyen çalışan algıları, önemli bir ölçüm çalışması olarak ortaya çıkmaktadır. Araştırmanın Anakütlesi Sağlık çalışanlarıdır. Bu çalışmada, Eskişehir Yunus Emre Devlet Hastanesindeki sağlık çalışanları (350 personel) araştırmanın evrenini oluşturmaktadır örnekleme ise sağlık profesyoneli olarak çalışanlar arasında araştırma için oluşturulmuş kriterleri karşılayan ve araştırmaya katılmak için gönüllü olan 183 kişi oluşturmuştur. Araştırmanın amacı, Eskişehir Yunus Emre Devlet Hastanesi bünyesinde çalışmakta olan sağlık profesyonellerinin hasta güvenliği kültürü algısının çalıştıkları birimlere göre ve raporlama yapıp yapmadıklarına göre farklılaşıp farklılaşmadığının, ayrıca sosyo- demografik açıdan özelliklerine göre farklılaşıp farklılaşmadığı değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Veri toplama aracı olarak “Sağlık Araştırma ve Kalite Ajansı (Agency for Healthcare Research and Quality-AHRQ) AHRQ tarafından hastanelerde hasta güvenliği kültürünü belirlemek amacıyla geliştirilmiş olan Hasta Güvenlik Kültürü Hastane ölçeği kullanılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Profesyonelleri, Hasta Güvenliği, Hasta Güvenliği Kültürü, Tıbbi Hatalar, Çalışma Ortamı

ABSTRACT

AN APPLICATION TO DETERMINE THE KNOWLEDGE LEVELS OF HOSPITAL EMPLOYEES ON PATIENT SAFETY: THE CASE OF ESKİŞEHİR

MSC THESIS

SEMİHA AYDEMİR

GRADUATE SCHOOL, İSTANBUL AREL UNIVERSITY

DEPARTMENT OF HEALTH MANAGEMENT

(SUPERVISOR: DOCTOR ACADEMIC MEMBER: SUAT PEKER)

İSTANBUL, 2022

From past to present, health care systems around the world occasionally unintentionally harm patients who come to them for help. In health institutions that have quality standards and safety programs and implement them, it is seen that the safety culture has improved and the harm done to patients has decreased. In order to increase patient safety in health institutions, first of all, a patient safety culture should be established. Staff perceptions that support maintaining patient safety emerge as an important criteria. The population of the research is health workers. In this study, Eskişehir Yunus Emre Hospital health workers (350 personnel) constitute the population of the research. The sample consisted of 183 people working as health professionals. The aim of the study is to evaluate whether the perception of patient safety culture of health professionals working at Eskişehir Yunus Emre Hospital differs according to the units they work in and whether they make a report or not, and whether it differs according to their socio-demographic characteristics. The Patient Safety Culture Hospital questionnaire, which was developed by the Agency for Healthcare Research and Quality-AHRQ to determine the patient safety culture in hospitals, was used as a data collection tool.

Key Words: Health Professionals, Patient Safety, Patient Safety Culture, Medical Errors, Work Environment

İÇİNDEKİLER

Sayfa

ÖZET.....	i
ABSTRACT	ii
İÇİNDEKİLER	iii
ŞEKİL LİSTESİ.....	v
TABLO LİSTESİ	vi
KISALTMA VE SEMBOL LİSTESİ.....	viii
ÖNSÖZ.....	ix
1 GİRİŞ	1
1-HASTA GÜVENLİĞİ.....	1
1.1-Hasta Güvenliği Kavramı	1
1.2-Hasta Güvenliğinin Tarihsel Süreç İçerisindeki Değişimi	4
1.3-Hasta Güvenliğinin Önemi.....	10
1.4-Hasta Güvenliğini Tehdit Eden Hatalar.....	13
1.4.1-Tıbbi Hatalar.....	13
1.4.2-İlaç Hataları.....	15
1.4.3-Cerrahi Hatalar.....	16
1.4.4-Tedavi Sürecinde Yapılan Hatalar.....	17
1.4.5-Sağlık Personeli Kaynaklı Hatalar.....	18
1.4.6-Hastane Enfeksiyonları	20
1.4.7-Düşmeler.....	21
1.5-Hasta Güvenliği Kültürü.....	24
1.5.1- Hasta Güvenliği Kültürü Kavramı.....	24
1.5.2- Hasta Güvenliği Kültürünün Oluşmasını Etkileyen Unsurlar	25
1.5.3- Hasta Güvenliği Kültürü Oluşmasında Hastane Çalışanlarının Rolü.....	30
2-HASTANE ÇALIŞANLARI.....	32
2.1-Sağlık Sektöründe Ekip.....	32
2.1.1- Sağlık Sektöründe Ekip Türleri.....	33
2.1.2-Sağlık Ekibinin Anlamı ve Önemi.....	34
2.2-Hastane Çalışanları ve Hasta Güvenliği.....	35
2.2.1-Doktorlar ve Hasta Güvenliği.....	35
2.2.2-Hemşireler ve Hasta Güvenliği.....	41
2.2.3-Eczane ve Hasta Güvenliği.....	46
3-HASTANE ÇALIŞANLARININ HASTA GÜVENLİĞİ KONUSUNDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİNE YÖNELİK BİR UYGULAMA.....	49
3.1-Çalışmanın Amacı.....	49
3.2 Çalışmanın Katkısı.....	49
3.2.1 Önceki çalışmalar.....	49
3.3 Çalışmanın Araştırma Soruları ve Hipotezleri.....	51
3.4 Uygulama.....	54
3.4.1Araştırmanı Modeli ve Ölçüm.....	54
3.4.2Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	56
3.5 Analiz ve Bulgular.....	59
4-TARTIŞMA VE SONUÇ.....	91

5-ÖNERİLER.....	98
6-KAYNAKÇA.....	102
7-EKLER.....	125
EK-1 ETİK KURUL ONAYI.....	125
EK-2 HGKH ANKET ÖRNEĞİ.....	127
8-ÖZGEÇMİŞ.....	168



ŞEKİL LİSTESİ

Sayfa

1Şekil 1.Bağımlı (y)ve Bağımsız Değişkenler(x).....	.52
---	-----



TABLO LİSTESİ

Sayfa

Tablo.1. Yanıtlayanların “Çalıştıkları Birimlerin” Yatan Hasta, Ayakta Tedavi Bölümü ve Ameliyathane Bazında Dağılım Tablosu.....	43,44
Tablo 2. Örneklemin Cinsiyet, Medeni Durumu, Yaş, Mezun Olduğu Okul, Sağlık Sektöründe Deneyim Süresi Ve Bulunduğu Hastanedeki Çalışma Süresine Göre Frekans Oranları Ve Yüzde (%)Oranları Dağılımı.....	44,45
Tablo.3. Ölçekteki Temel Bileşenlerin, Bu Çalışmada da, Literatürde Tanımlandığı Şekliyle Oluşup Oluşmadığını Kontrol Tablosu.	47,48
Tablo.4: Keşifsel Faktör Analizi.....	49.50,51
Tablo.5.1. Grup: Hasta Güvenliği İçin -Hastane Yönetiminin Desteği-Chronbach Alpha-1.Grubun Güvenilirlik Düzeyi- Orijinal Görünüm Tablosu	52,53
Tablo.6.1. Grup: Hasta Güvenliği İçin -Hastane Yönetiminin Desteği-Chronbach Alpha-1.Grubun Güvenilirlik Düzeyi.....	53,54
Tablo.7. 2.Grup: İletişimin Açık Tutulması- Chronbach Alpha -2.Grubun Güvenilirlik Düzeyi-Orijinal Görünüm Tablosu	54,55
Tablo.8. 2.Grup: İletişimin Açık Tutulması- Chronbach Alpha -2.Grubun Güvenilirlik Düzeyi.....	55,56
Tablo.9. 3.Grup: Hastane Birimleri Arasında Ekip Çalışması- Chronbach Alpha-3.Gup Güvenilirlik Düzeyi-Orijinal Görünüm Tablosu.	56
Tablo.10. 3.Grup: Hastane Birimleri Arasında Ekip Çalışması- Chronbach Alpha-3.Grup Güvenilirlik Düzeyi	57
Tablo.11. 4.Grup: Birimler İçinde Ekip Çalışması- Chronbach Alpha-4.Grup Güvenilirlik Düzeyi-Orijinal Görünüm Tablosu	58
Tablo.12. 4.Grup: Birimler İçinde Ekip Çalışması- Chronbach Alpha-4.Grup Güvenilirlik Düzeyi	58,59
Tablo.13. 5.Grup: Personel Sağlama- Chronbach Alpha- 5.Grup Güvenilirlik Düzeyi-Orijinal Görünüm Tablosu.....	60
Tablo.14. 5.Grup: Personel Sağlama- Chronbach Alpha- 5.Grup Güvenilirlik Düzeyi	60
Tablo.15. 6. Grup: Hatalar Hakkında İletişim Ve Geri Bildirim- Chronbach Alpha-6.Grup Güvenilirlik Düzeyi-Orijinal Görünüm Tablosu	61
Tablo.16. 6. Grup: Hatalar Hakkında İletişim Ve Geri Bildirim- Chronbach Alpha-6.Grup Güvenilirlik Düzeyi	61,62
Tablo.17. 7.Grup: Hataların Raporlanma Sıklığı- Chronbach Alpha- 7.Grup Güvenilirlik Düzeyi-Orijinal Görünüm Tablosu	62
Tablo.18. 7.Grup: Hataların Raporlanma Sıklığı- Chronbach Alpha- 7.Grup Güvenilirlik Düzeyi	62,63

Tablo.19. Hasta Güvenliği Kültürü Alt Boyutları: “Çalışılan Birim” Bakımından Değerlendirmek Amacıyla Yapılan ANOVA ve Tanımlayıcı İstatistik Tablosundan Görülen Ortalama Değerler Sonuçları.....	64,65
Tablo.20. Hasta Güvenliği Kültürü Alt Boyutları: “Olay Raporlamayı Yapıp Yapmama” Bakımından Değerlendirmek Amacıyla Yapılan Bağımsız Örneklemelere Ait t Testi (İndependent Sample Test)Ve Tanımlayıcı İstatistik Tablosundan Görülen Ortalama Değerler Sonuçları.....	66,67
Tablo.21. Hasta Güvenliği Kültürü Alt Boyutları: “Cinsiyet” Bakımından Değerlendirmek Amacıyla Yapılan Bağımsız Örneklemelere Ait t Testi (İndependent Sample Test)Ve Tanımlayıcı İstatistik Tablosundan Görülen Ortalama Değerler Sonuçları.....	67,68
Tablo.22. Hasta Güvenliği Kültürü Alt Boyutları: ”Medeni Durum” Bakımından Değerlendirmek Amacıyla Yapılan ANOVA Ve Tanımlayıcı İstatistik Tablosundan Görülen Ortalama Değerler Sonuçları.....	68,69
Tablo.23. Hasta Güvenliği Kültürü Alt Boyutları: ”Yaş Değişkeni” Bakımından Değerlendirmek Amacıyla Yapılan ANOVA Ve Tanımlayıcı İstatistik Tablosundan Görülen Ortalama Değerler Sonuçları	70,71
Tablo.24. Hasta Güvenliği Kültürü Alt Boyutları: “Mezun Olduğu Okul” Bakımından Değerlendirmek Amacıyla Yapılan ANOVA Ve Tanımlayıcı İstatistik Tablosundan Görülen Ortalama Değerler Sonuçları.....	71,72,73
Tablo.25. Hasta Güvenliği Kültürü Alt Boyutları: “Meslek Yılı” Bakımından Değerlendirmek Amacıyla Yapılan ANOVA Ve Tanımlayıcı İstatistik Tablosundan Görülen Ortalama Değerler Sonuçları.....	73,74,75
Tablo.26. Hasta Güvenliği Kültürü Alt Boyutları: “Kurumdaki Çalışma Süresi” Bakımından Değerlendirmek Amacıyla Yapılan ANOVA Ve Tanımlayıcı İstatistik Tablosundan Görülen Ortalama Değerler Sonuçları.....	73, 74

KISALTMA VE SEMBOL LİSTESİ

Vb	: Ve benzeri
Vd	: Ve diğerleri
Iv	: İntravenöz
HGK	: Hasta Güvenliği Kültürü
HGÖ	: Hasta Güvenliği Ölçeği
TSE	: Türk Standartları Enstitüsü
JCI	: Joint Commission International,
NPSA	:Ulusal Hasta Güvenliği Ajansı (National Patient Safety Agency)
IOM	:Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine, IOM)
ICN	:Uluslararası Hemşirelik Konseyi (International Council of Nurses, ICN)
TTB	:Türk Tabipler Birliği
WHO	:Dünya Sağlık Örgütü ((Word HealthOrganization,WHO)
CNA	:Kanadalı Hemşireler Birliği (CNA: Canada Nurses Association)
ILO	:Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO: International Labaur Organization)
HYD	:Hasta Güvenliği İçin Hastane Yönetiminin Desteği
İAT	:İletişimin Açık Tutulması
HBAEÇ	:Hastane Birimleri Arasında Ekip Çalışması
BİEÇ	:Birimler İçinde Ekip Çalışması
PS	:Personel Sağlama
HHİGB	:Hatalar Hakkında İletişim ve Geri bildirim
HRS	:Hataların Raporlanma Sıklığı

ÖNSÖZ

‘Hastane Çalışanlarının Hasta Güvenliği Konusundaki Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesine Yönelik Bir Uygulama: Eskişehir İli Örneği ’ konulu yüksek lisans tez çalışmamın her adımında yol gösteren, bana danışmanlık eden, değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Suat Peker’e ilgi ve desteği için teşekkürlerimi sunarım. Arel Üniversitesindeki Yüksek lisans eğitimim boyunca destek ve anlayışlarını esirgemeyen hocalarım Prof.Dr. Metin Ateş’e, Prof.Dr. Halil İbrahim Cankul’a ve Doç.Dr Ebru Gözükara’ya; Araştırmamda büyük destekleri olan çok yoğun çalıştıkları bu dönemde vakit ayırıp katılım sağlayan tüm Sağlık Profesyoneli meslektaşlarıma; Hayatım boyunca aldığım her kararda, yaptığım her seçimde arkamda duran ve bu süreçte de yanımda olan çok sevgili teyzem Prof. Dr.Bahtışen Kavak’a ve elbette annem Ruşan Aksu’ya ve babam Mehmet Aksu’ya minnet ve teşekkürlerimi sunarım. Son olarak hayatımın her anında destekleri ile bana güç veren bütün aileme, sabrı, anlayışı, en zor zamanlarımda bile sonsuz inancı ve güvenini bir an olsun eksik etmeyen hayat arkadaşım İhsan Aydemir’e ve biricik oğlum Mert Aydemir’e teşekkür ederim.

07.10.2022

SEMİHA AYDEMİR

GİRİŞ

Yaşama hakkı insanoğlunun en doğal hakkıdır. Bu noktada sağlık, insan yaşamının sürdürülmesinde, korunmasında ve yaşam kalitesinin yükseltilmesinde özel bir öneme sahiptir. Sağlık bakım hizmetleri tüm dünyada ülkelerin öncelikli ve temel konusu olmakla beraber, hizmetin sunumu esnasında yaşanan tıbbi hatalar hastalarla beraber sağlık çalışanlarını olumsuz bir şekilde etkilemektedir. Hasta güvenliği gelişmiş ya da gelişmemiş tüm ülkelerin önemli bir problemidir ve karşı karşıya olunan risk sağlık hizmetlerinin çok farklı yönü ile ilişkilidir. Hastaların daha güvenli sağlık bakımı alabilmeleri için pek çok ülkede giderek artan çalışmalar yapılmasına rağmen henüz çok sınırlı sayıda 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 (WHO 2006).

Çok sayıda insan önlenebilirliği yüksek tıbbi hatalar nedeni ile zarar görmekte ve hayatını kaybedebilmektedir. Hasta güvenliği zemininde tüm sağlık çalışanları, hastalar ve toplum sorumluluk almalı, hasta güvenliği kültürünü geliştirmek sadece kişilerin ya da kurumların değil yaşamsal önemi dolayısıyla uluslararası kuruluşların ve politika belirleyicilerin de öncelikli konusu olmalıdır.

1-HASTA GÜVENLİĞİ

1.1-Hasta Güvenliği Kavramı

Sağlık bakım hizmetleri, öncelikle sağlığın korunması hastalıkların önlenmesi gibi koruyucu sağlık hizmetleri ve hastalara doğru tanı konarak hızla tedavi edilmesi gibi tedavi edici sağlık hizmetleri ve son olarak bireylerin sağlıklı ve mutlu bir yaşam sürmelerini, hayat standartlarını daha ileriye götürülmesini sağlamaya çalışan, rehabilite edici sağlık hizmetlerini içermektedir. Son derece karmaşık yapıdaki bu hizmetler, farklı branşlarda, farklı eğitim seviyelerinde ve farklı meslek grupları tarafından yerine getirilen hizmetlerdir (Büyükbingöl, 1994) Sağlık bakım ve tedavi hizmetleri temel çalışma konusu insan olmasından kaynaklı diğer bir takım hizmet sunum işletmelerinden belirgin bir şekilde ayrılmaktadır. Sağlık hizmetlerinin işleyişi

ve doğasından dolayı bakım sürecinde hata yapma ihtimali yüksek olan bir sektördür. Bu tür aksaklıklar hastanın sağlığını olumsuz anlamda etkileyebilmekte, bazı tıbbi hatalar hastanın ölümüyle sonuçlanabilmektedir.

Önce sanayi ve endüstri alanında ortaya çıkmış olan ve giderek toplumlarda yaygın bir hale gelen “müşteri merkezli” hizmet anlayışı, günümüzde sağlık sektöründe de önem kazanmıştır. Bu odak değişimi ile birlikte sağlık bakım hizmetlerinde hasta bireyin rolü de pasiften aktife ve oradan da eleştirel düşünme ve analiz edebilme yeteneğini de kapsayan pro-aktife doğru gelişmektedir(Yılmaz, 2001). Bu değişim hasta güvenliği kavramının önemini bütün dünyada arttırmıştır. Daha önce hekim odaklı bir anlayış ile verilen sağlık bakım hizmetlerinin tarihi süreç içerisinde hasta odaklı, hasta merkezli bir anlayışa dönüşmesine paralel olarak hasta güvenliği çalışmaları da önem kazanmıştır. Aşağıda yer alan bölümlerde öncelikle hasta güvenliğinin kavramsal olarak tanımlanmasına, konunun tarihi gelişimine, hasta güvenliğinde temel kavramlara ayrıca hasta güvenliğinin neden önemli olduğu konuları ile ilgili bilgiler yer almaktadır.

Sağlık hizmet sunumunda bakım süreci, hasta için sağlığını olumsuz yönde etkileyebilecek çok sayıda hata ihtimalini de içerisinde barındırmakta olan riskli bir süreçtir. Fakat gelişen teknolojiler ve artan uzmanlıklarla birlikte, sağlığına kavuşmak ve şikayetlerinden kurtulmak için bir sağlık bakım kurumuna başvuran bir hastanın/bireyin, sağlığının tehdit altında kalması kabul edilemez bir durumdur. Sağlık bakım hizmetlerine ihtiyaç duyan, hastaneye şifa bulmaya gelen kişilerin sağlık bakım kurumunda tıbbi hataya maruz kalmadan sağlık hizmetlerinden güvenli bir şekilde yararlanmaları gerekliliktir. Hasta güvenliği kavramının üzerinde durulan ve tartışılan en önemli konulardan birisi olmasının temelinde bu gereklilik yatmaktadır. (NPSA, 2004).

Gelişmiş olan ülkelerde her 10 hastadan birisi için sağlık kurumlarından hizmet aldığı esnada istenmeyen durumlara ve tıbbi yanlışlara maruz kaldığı belirtilmektedir. Bu oranın yüksekliği az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler için tıbbi hata oluşma oranlarının fazla yüksek olduğu beklentisini getirmektedir. Bu noktadan yola çıkarak küresel anlamda bir hasta güvenliği sorunu olduğunu söyleyebiliriz (Demir, 2007).

Baker ve Norton (2004) standart konulardan oluşan bir alan listesinin hasta güvenliği başlığı altında toplayamayacağımızı belirtmişlerdir. Hasta güvenliği kavramını dar bir çerçeveden tanımlarken sadece istenmeyen olaylardan ve önlemeye ilişkin çözümlerden bahsedilmektedir. Geniş bir tanımdan bahsedildiğinde ise hastanın alması gereken sağlık bakım hizmetlerinden dolayı zarar görmesine yol açabilen her türlü klinik, organizasyonel ve politika değişimlerini zararı azaltmaya yönelik her kapsamda müdahale edilmesi söz konusudur. Sağlık hizmeti sunumu her aşamasında bir biriyle etkileşimde olan çok yönlü faaliyette oluşan karmaşık bir süreçtir. Bu bakış açısıyla bütüncül sağlık hizmetinin sunumu esnasında hasta ve sağlık çalışanları olarak her iki kesiminde zarar görmelerine neden olabilecek tüm işlem ve süreçler, kapsam olarak hasta güvenliği içerisinde değerlendirilebilir (Kurutkan, 2009).

Kaliteli sağlık hizmetinin ilk olmazsa olmazı güvenli bir sağlık hizmetidir. Kalite bağlamında konuyu güvenlik açısından ele alan Uluslararası Hemşirelik Konseyi (International Council of Nurses, ICN) hemşirelik uygulamalarının ve bakımın kalitesini hasta güvenliği kavramı olarak tanımlamaktadır. Sağlık bakım ve uygulama sürecinde hasta güvenliğinin korunmasında ve sağlanmasında hemşirelere kilit rol biçilmektedir.

Dünyada hasta güvenliğine verilen önemin artmasına yardımcı olan çalışmalardan birisi de Tıp Enstitüsü (IOM) tarafından 2003 yılında yayınlanan “Sağlıkta Kalite” raporudur. Yayınlanmış bu raporda Sağlık alanında kalitenin iyileştirilebilmesi ve sürdürülebilmesi için belirlenen 20 temel alanda düzeltmeler yapılacaktır. Belirlenen bu temel alanlardan 3 tanesi de (hastane enfeksiyonlarıyla başa çıkma, yaşlı sağlığı ve medikasyon yönetimi,) hasta güvenliğiyle ilgilidir. (IMO, 2003).

Hasta güvenliğinde temel olan proaktif olmaktır yani hatalar meydana gelmeden önce gerekli önlemleri almaktır, sistemleri hataları oluşmadan engelleyecek şekilde tasarlamaktır. İstenmeyen durumların sağlık çalışanlarına ve hastalara henüz ulaşmadan tespit edilmesi, raporlanması ve önlenmesini sağlayacak bütün önlemler genel anlamda hasta güvenliği alanının çalışmalarını meydana getirmektedir (Aydın, 2010).

Sonuç olarak sağlık bakım hizmetleri kaynaklı hataların önlenmesi hasta güvenliğinde temel amaçtır. Böylece bu hatalardan dolayı hastaya verilen hasarlar da engellenmiş olacaktır. Bununla beraber günümüzde tıbbi hataların çok sık görülmesinden dolayı neredeyse modern tıbbın olmazsa olmaz doğal bir parçası gibi algılanmaya başlanmıştır. Tıbbi hataların ve bu hatalardan kaynaklanan hasta hasarlarının tamamen engellenememesi durumu hasta güvenliğinin amaçlarının arasına “maksimum düzeyde azaltılması” yer almaktadır (F.Sayek TTB Raporları, 2010).s

Ulusal ve uluslararası çok sayıda kurum, kuruluş ve çok sayıda araştırmacı hasta güvenliğı kavramını farklı bakış açıları ile ve farklı boyutları ile ele alarak tanımlamışlardır. Fakat hasta güvenliğı çok yönlü ve çok çeşitli unsurları bünyesinde barındıran, kendine özgü yönleri bulunan karmaşık ve zor bir süreçtir. Hasta güvenliğinin ne anlama geldiğini, neleri kapsadığını, kavramak, ne olduğunu tam anlamıyla anlayabilmek için öncelikle bu kavramının tarih içerisinde gelişimini araştırmak, analiz etmek ve bütüncül bir bakış açısıyla konuya yaklaşmak gerekmektedir.

1.2-Hasta Güvenliğinin Tarihsel Süreç İçerisindeki Değışimi

Güvenlik kavramı, sanayi devrimi sonrası önce havacılık ve otomotiv endüstrilerinde gündeme gelen, üzerinde durulan bir kavram olan güvenlik ancak çok sonraları hastaneler için düşünölmeye başlanmıştır. Hasta güvenliğı kavram olarak özellikle Tıp Enstitüsü’nün 2000 yılında (IOM), yayınladığı To Err is Human raporu sonrası giderek önemi artan bir değeri olsa da kökeni tarihi dönemlere dayanan bir konudur. Tarihte farklı uygarlıklar tarafından farklı dönemlerde çok değışik bakış açıları ile ele alınmıştır. Hasta güvenliğı kavramı neredeyse İnsanlığın tarihi kadar eskidir. Bununla birlikte zaman içerisinde farklı algılara farklı anlayışlara uğrayan bir kavram olmuştur.

Dünya üzerinde İnsanoğlu var olduğundan beri sağlık ve hastalık sorunları var olacağı için hasta güvenliğinin tarihi için insanoğlunun var olması kadar eskidir denilebilir. Bugün algıladığımız şekli ile olmasa bile insanlar her dönemde güvenilir bir sağlık hizmeti almaya isteklidirler. Sağlık hizmeti sunucusunun geçmişteki işlerine bakarak güvenli bir sağlık hizmeti aramak tarihin her döneminde görölmektedir.

İnsanın doğasından kaynaklı olarak dertlerine derman arayanlar hizmeti alacakları kişi ve kurumları araştırmışlardır. Bugünkü anlamında bakılırsa sağlık hizmetleri konusunda kararlarını almaya çalışırken bir noktada risk tahmininde bulunmuşlardır. Sağlık hizmet sunucularıda karşı taraftan (yasa dışı adam öldürmeler, kurban adı altında cinayetler dışında) ellerinden gelen en iyi hizmeti sunmaya çalışmışlardır (Eren, 1996).

Sağlık hizmetinde kalite için tarihte meşhur Babil kralı Hammurabi'ye dayanan kanunla ellerinden gelenin en iyisini yapmaları konusunda desteklemeler vardır. “Hammurabi Kanunları (MÖ.1760)” olarak bilinen sosyal hayatı, siyasi hayatı ve dini düzenleyen tarihi yazmalarda sağlık sunumu uygulamaları ve hasta güvenliği açılarından pek çok maddeye rastlanmaktadır. Daha çok ödüllendirmelerden ve cezalandırılmalardan bahsedilen kanunlarda hastaların dahil olduğu sosyal tabaka esası ile oluşturulmuş sistem düzenlemeleri de mevcuttur.

Babil krallığında Hammurabi döneminde hekimler kutsal kabul edilmektedir ve aynı zamanda din görevlisi rolü üstlenmektedir. Hammurabi Kanunları hekim ile cerrah aynı kategoride olmadığı için daha ziyade cerrahların hata yapmaları durumunda nasıl cezalandırılacaklarını veya nasıl ödüllendirileceklerini düzenlemektedir (Aydın, 2006).

Örneğin, Ödüllendirme için, “Bir cerrah (üst sınıftan)asil sınıftan (durumu kötü) ağır bir yaralı kimseyi (ameliyat bıçağı) bronz neşteri kullanarak ameliyat eder ve hayatını kurtarırsa, onu iyileştirirse on şekel altın alacaktır”. Cezalandırma için, “Bir cerrah (üst düzey) asil sınıftan bir kişiyi onarken (tedavi ederken) ölümüne sebebiyet verirse (bir daha mesleğini yapamaması için) cerrahın elleri bileklerinden kesilecektir. Aynı ameliyat orta sınıf için farklı, köle sınıfı için farklı sonuçlar doğurmaktadır. (Aydın, 2006).

Eski Yunanda da Eski Mısırdakine benzer bir şekilde hekimlerin hastaları için ellerinden gelen her türlü çabayı harcaması beklenirdi. Hastalarında insan olduklarına vurgu yapılan “Hastalık yok, hasta var” sözü tıbbın babası Hipokrat tarafından söylenmiştir. Bu söz Yunan medeniyetinde eskiden hekimlerin hastayı hastalıktan ayrı olarak, bir bütün olarak görmeleri gerektiğini ifade etmektedir. Bugün bile geçerliliğini “tıpta hastalık yoktur hasta vardır” şeklinde yaklaşımı özellikle doktor

sağlık profesyoneli ve hasta arasındaki yüz yüze iletişimin gereğini vurgulamaktadır. Tıbbın babasının o zamana göre çok yüce olan bu anlayışı hastaya hiçbir zaman bir meta gözüyle bakılmaması gerektiğini de gösterir. Aslında Yunan filozof Galenos’a ait olan fakat birçok kaynakta Hipokrat’ın söylediğine inanılan “Primumnonnocere” anlamı “Öncelikle zarar verme” olan sözü de günümüzde anlamını kaybetmeden hatta daha değerlendirilerek yol almaktadır. Hekimlik mesleğinin ve tıbbi tüm mesleklerin temel etik kanunlarından birisi olan “öncelikle zarar verme hasta güvenliği açısından döneminin bakış açısını çok yalın bir şekilde yansıtmaktadır. (İlan ve Fowler, 2005).

Anadolu tarihinde Selçuklu Devleti ile başlayan ve sonrasında Beylikler Dönemi olarak geçen dönemlerden günümüze intikal eden arşiv belgelerinde, hasta güvenliğinin konusunda temel kabul edilen iyi hekimlik uygulamalarının tanımı yapılmıştır. Yine Osmanlı zamanından günümüze intikal eden arşiv belgeleri de Türk tıp tarihi açısından hasta güvenliğine nasıl bakıldığı ile alakalı bilgiler vermektedir. Özellikle hekimlik mesleği için gerekli bilginin değerine vurgu yapılan yazmalarda hekimlerin uygulamalarının sonuçları için hayati önem taşıdığından bahsedilmektedir (Tokaç, 2009).

Hasta güvenliği konusunda ülkemizdeki yazılı kanunlar 1861 yılına kadar gider. “Beledi İspençiyarlık Sanatının İcrasına Dair Nizamnamesi madde 18” der ki, tıbbi hatalar içinde bugünde ilk sıralarda yer almakta olan ilaç hatalarıyla ilgilidir. “Reçete ile eczacı (eczacının elle yaptığı ilaçlarda) dükkânından yapılıp verilen ilaçların (ağız kapalı olacak şekilde) ağız mühürlü olup (hastanın isim etiketi) üzerinde filan kimse (kullanım şekli) şöyle istimal olunacaktır(yayınlanmış)) tahrir olunmuş yaftası (etiketli olarak) ile verilecektir ve (kullanılacak olan) dahilen istimal olunan (yutulacak olan ilaçların) ilaçların yaftası turuncu (etiketinin rengi turuncu) olacaktır” (Yılmaz ve Yılmaz, 2006).

Osmanlı devletinde hasta güvenliği açısından en önem verilmiş olan ve en çok karşılaşılan yazılı evrak rıza ya da onam belgesidir. Arşiv belgeleri arasında Osmanlı Devletin de sağlık meslek gruplarının dört grupta toplandığı yazmaktadır. Bu meslek grupları;

1-Kehlaller (göz doktorları,

2-Cerrahlar,

3-Eczacılar,

4-Tabipler şeklinde sıralanmaktadır.

Hasta güvenliği açısından cerrahlar rıza beyanı istemektedirler ve yapacakları ameliyatlara sonucunda herhangi bir olumsuz sonuç doğma durumu için kendilerini güvence altına almaktadırlar. Bu güvence ile hasta sahipleri ve hastanın kan davasına çevirmesi veya diyet adı verilen tazminat istemesinin önüne geçilirdi. Rıza beyanı alınırken tıpkı günümüzde olduğu gibi hastaya hastalığı ile ilgili bilgiler verilir, uygulanabilecek tedavi alternatifleri tarif edilir, hastanın ve hasta sahiplerinin sorularına açıklama getirilir, ameliyat kararı varsa yapılacak ameliyat anlatılır ve ücretin ne kadar olduğu ve nerede nasıl ödeneceği söylenirdi. Rıza beyanı anlaşmalarında ayrıca, olumsuz bir durumun meydana gelmesi durumunda hastanın iyileşmemesi ve/veya ölümü durumunda hastanın sahiplerinin herhangi bir talepte bulunmayacağına dair mahkemece de teyit edilen bir taahhüt belgesi alırdı (Tokaç, 2009).

17 yy. da yaşamış ünlü bir İngiliz metafizikçi ve şair olan John Donne'nin "Ben sanki hekimin kendisini hastalık gibi görüyorum." sözleri gerçekte her dönemde insanların içinde olan temkinli bakış açısının yansımasıdır. Toplumun bir bölümü düşünce yapısı olarak faydadan çok zarar getirmesinden çekindikleri için bilimine ihtiyatlı yaklaşmışlar ve tıbbi hatalar nedeniyle sağlık hizmet sunucularını eleştirmişlerdir. Yine İngiliz olan bütün dünyada ilk hemşire olarak kabul edilen Florence Nightingale (1820-1910) "Garip gelebilir fakat bir hastanenin ilk önce hastaya zarar vermemek için çalışması gerekiyor." Sözüyle Yunan filozof Galenos gibi sağlıkta verilen hizmet kalitesinin ve hasta güvenliğinin artırılması amacıyla çalışmalar yapmıştır. Florence Nightingale ayrıca "Bir hastanenin ilk yapmaması gereken şey öncelikle mikrop saçmaktır." Diyerek bu konuda yazmıştır (Sur ve Palteki, 2013).

Hasta güvenliği kavramı 20.yy ın ikinci yarısından itibaren yavaş yavaş bugünkü anlamına yakın algılanmaya başlamıştır. California’da 1974 senesinde yaklaşık 20.000 yatan hastanın dosyalarının incelenmesiyle hasta güvenliği alanında ilk kapsamlı çalışma gerçekleştirilmiştir (Mills, 1978, Akt.Sur ve Palteki, 2013).

ABD’de sağlık alanında dünyaca kabul gören kuruluşlardan birisi olan IOM Tıp Enstitüsü kalite çalışmalarına 1995 yılında başlamış ve seri şeklinde devam etmiştir. Bu çalışmalarda temel olarak kalite üzerine çalışılmış “kalitenin kesintisiz ölçülmesi ve geliştirilmesi” konusunda ilkeler benimsenmiştir. Tıp Enstitüsü, 1999 yılında yayınladığı “ToErr is Human” isimli yayını ile hasta güvenliği konusunda bir dönüm noktasına gelinmiştir. Türkçeye “Hata İnsana Özgüdür veya Beşer Şaşar” olarak çevirilebilen bu raporda ABD’de yılda en az 44.000 kişinin tıbbi hataya maruz kaldığını ve ekonomik olarak tıbbi hataların 29 milyar dolara varan zarara neden olduğu açıklanmıştır. IOM’un Raporunda ayrıca Tıbbi Hataların önlenmesi ile ilgili öneriler yayınlanmıştır (IOM, 2000). Bu öneriler şu şekilde sıralanmaktadır:

1-Kliniklerde karar vermek için destek sistemleri,

2-Farkındalık sonrası davranış değişikliği sağlaması beklenen eğitim programları,

3-Hasta Güvenliği için ulusal merkezlerin kurulması,

4-Sağlık bakım sunumu yapılan bütün merkezlerde zorunlu tıbbi hata bildirimini için sistem kurulması,

5-Sağlık bakım hizmetlerini finansmanını sağlayan kuruluşların hasta güvenliğine öncelik vermesi,

6-Hasta Güvenliği Kültürünün tüm sağlık bakım sunumu veren kuruluşlarda oluşturulması,

7-Klinikler için yasal uygulama rehberleri yayınlanması,

8-Akreditasyon ve yasal olarak önlemlerin alınması.(IOM, Too Err İs Human,)

Hasta güvenliği konusunun önemi özellikle ulusal ve uluslararası çok sayıda kurumun çalışmaları ve yayınladığı raporlarla artmıştır. Konunun öneminin anlaşılması ve alana olan ilginin artması noktasında büyük gelişmeler olmuştur. Yayımlanan raporlarda konunun ciddiyeti ortaya çıkmıştır. Bu raporlardan bazıları şöyledir;

1-Kalite Uçurumundan Geçmek-(Crossing the Quality Chasm), (IOM, Tıp Enstitüsü, 2001)

2- Hasta Güvenliği: Sağlık Bakımı İçin Yeni Bir Standart, (Patient Safety: Achieving a New Standard for Care) (IOM, Tıp Enstitüsü, 2003)

3- Hasta Güvenliği İçin Dünya İttifakı, (World Alliance for Patient Safety),(WHO)

4-Hastaları Güvende Tutmak: Hemşirelerin İş Çevrelerinin Dönüştürülmesi, (Keeping Patient Safety: Transforming Work Environmet of Nurses (IOM, Tıp Enstitüsü, 2003)

Bunların dışında akreditasyon konusunda dünya çapında kabul görmüş bir kuruluş olan Uluslararası Birleşik Komisyon (Joint Comission International, JCI), ayrıca Sağlık Araştırmaları ve Kalite Kurumu (Agency for Healthcare Research and Quality, AHRQ) tıbbi hataları önleme ve hasta güvenliği sağlanması gibi konularda pek çok çalışmaya ve rapora imza atmıştır. “Speak up” “Daha çok soru sor” isimli programıyla hasta merkezli sağlık bakım sunumu konusuna parmak basan Dünya Sağlık Örgütü örgüte üye olan ülkelerde daha çok dikkat çekebilmeyi başarmıştır. Hasta güvenliği konusunda makro çözümler üretmek ve hasta güvenliğinin önündeki engelleri kaldırmak için WHO Hasta Güvenliği İçin Dünya İttifakı raporunu (WHO,2004).

Sağlık kurumları için akreditasyon çalışmalarına yardımcı olması maksadıyla 2002 yılında Joint Commission (JCI) “National Patient Safety Goals” raporu ile ABD için Hasta Güvenliği kapsamında Ulusal Hedeflerini ilan etmiştir. İlan edilen hedefler 2008 yılında tüm dünyada yayınlanmış ve uluslararası geçerlilik kazanmıştır ve ardından yıllık olarak periyodik şekilde yayınlanmaya başlanmıştır. 2016 yılı için son olarak yayınlanan hedefler şu şekildedir;

JCI Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri

- Hedef 1: Hastaların Doğru Kimliklendirilmesi
- Hedef 2: Etkili İletişimin Artırılması
- Hedef 3: Yüksek Riskli İlaçların Güvenliğinin İyileştirilmesi
- Hedef 4: Doğru taraf, doğru prosedür ve doğru hasta cerrahisinin sağlanması
- Hedef 5: Sağlık Bakımı İlintili Enfeksiyonların Azaltılması
- Hedef 6: Düşmelerden Kaynaklanan Hastaların Zarar Görme Riskinin Azaltılması
- Hedef 7: Hastalara Doğru Tanı Konulması
- Hedef 8:Tıbbi Cihazların Chet edilmesi, Test, Kontrol ve Kalibrasyonu
- Hedef 9:Hasta Güvenliği ile ilgili Risklerinin Belirlenmesi(JCI 2016)

1.3-Hasta Güvenliğinin Önemi

Sağlık hem bireysel hem de toplumsal anlamda önemli bir konudur. Bu nedenle devlet politikaları içinde sağlık hizmetlerinin sunumu sürekli reformlarla iyileştirilmeye çalışılmaktadır. Sanayide ortaya çıkan müşteri odaklı hizmet anlayışın sağlık alanında da etkili olmaya başlamasıyla birlikte hekim odaklı olan sağlık hizmetleri de hastayı merkeze koyan bir odağa kaymıştır. Bu değişim hasta güvenliğinin önemini bu alanda artırmıştır (Yılmaz, 2001).

Sağlık bakım hizmetleri sunumunda yaşanan odak değişimi, kavramın hızla yaygınlaşmasını ve önem kazanmasını sağlamıştır.

Köklü bir değişim yaşayan hasta güvenliği kavramı da kendi alanında da farklılaşma yaşamıştır. Bu alanda çok uzun yıllar önemsenmediği için gerçekleşmekte olan hatalara ve insan sağlığında meydana gelen zararlara odaklanılmıştır. Uzun yıllar konuya reaktif (telafi edici) bir açı ile bakılmıştır. Önce hatanın ortaya çıkması ardından hasta güvenliği konuşulmuştur. Tıbbi hatalar kök neden analizi yapılmadan değerlendirilmiştir. Özellikle hekimleri ve sağlık personelinin hasta güvenliği konusundaki ihlallerin tek kaynağıymış gibi davranılmıştır. Suçlama ve cezalandırma yoluna gidilerek çözüm bulunmaya çalışılmıştır. (İnanır ve Serbest,2009).

1990'ların sonu 2000'lerin başından itibaren asıl amacın hasta güvenliğinde hata henüz meydana gelmeden önce önlemek olduğu kabul edilmiştir. Bu Proaktif(önleyici) yaklaşım ile herhangi bir zararın ortaya çıkması beklenmeden, hatalara izin vermemenin gereklilik olduğu kabul edilmeye başlandı. Böyle bir algının gelişmesiyle birlikte proaktif çalışmalara hız verilmiştir. Proaktif yaklaşımın temelinde gerekli önlemleri hatalar meydana gelmeden önce almak vardır. Hastaların olası kötü durumlarla karşı karşıya kalmamaları için önlem almak ve iyileştirme yapmak çabaları vardır. (McNutt, 2002).

Sağlık hizmetinde hekim ve hastanın karşı karşıya getirildiği ve her türlü olumsuz olan sonucun hekime mal edildiği bir anlayışın yavaş yavaş terk edilmesi çözüme yönelik ilk adım olmalıdır. Klasik anlayışta tıbbi bir hata karşısında hemen suçlama ve hesap sorma yoluna gidilmektedir. Bilinmelidir ki tıbbi hataların önlenmesinde öncelik verilecek bir tedbir hekimlerin ya da diğer sağlık profesyonellerinin cezalandırılması değildir. Bu tarz bir yaklaşımın bir fayda sağlamadığı gibi ortaya yeni oluşacak hataların çıkmasına da engel olmadığı görülmektedir. Hataların çoğunlukla “iş olan yerde hata olur” mantığıyla çok fazla çalışan ve hatta işini en iyi şekilde yapmak için gayret sarfeden, eğitilmiş, işinde profesyonel olan insanlar tarafından yerine getirildiği gözlemlenmektedir. (Fusun Sayek TTB Raporları, 2010). Bu kapsamda yapılacak düzenlemelerde, tıbbi uygulama aksaklıklarının ortadan tamamen kaldırılması ana amaç olarak belirlenmelidir. Bu zeminde konuya bütüncül olan bir bakış açısıyla, ramak-kalaların atlanmadan raporlanmalı ve araştırılmalıdır. Kök nedenlere yönelik önleyici tedbirlerin sistematik olarak düzenlenerek uygulamaya konulması, çözüme ulaşmak açısından en temel yoldur.

Günümüz toplumunca hasta güvenliği için geliştirilmiş anlayışta tıbbi hataların sadece sağlık profesyonellerinden kaynaklanmadığı aksine kurgulanan yerleşik sistemin, sahip olunan cihaz donanımının rolü büyüktür. Hatta doktorları ve sağlık personellerini eksik ve/veya hatalı bilgilendirmek suretiyle istemeden de olsa hastaların da tıbbi hata için kaynak olabildiği anlaşılmıştır. Bu nedenle yapılan hataları görünen tarafları ile değerlendirmek yerine ‘kök-neden analizi yapılarak temel sebeplerin neler olduğu tespit edilmek suretiyle, bu sebeplere yoğunlaşılmaktadır (İnanır ve Serbest, 2009).

Tıp Enstitüsü 1999 yılında yayınladığı ve hasta güvenliği konusunda adeta dönüm noktası denilebilecek “To Err is Human” isimli rapor sadece Amerika’da değil tüm dünyada hasta güvenliği problemlerinin hangi boyutta olduğunu adeta gözler önüne sermiştir. Bütün dünyada adeta katalizör görevi yaparak konunun önemini ve değerinin anlaşılmasını sağlamıştır. Bu çalışmaya göre sadece ABD’de tıbbi hatalar sonucu hayatını yılda 44.000-98.000 kişinin hayatını kaybetmekte olduğu kaydedilen raporda bu rakamların Amerika’da bir yıl içerisinde trafik kazası geçirip ölen ve hatta meme kanserinden ölenlerden daha yüksek olduğu belirtilmektedir. Tek bir insanın hayatı için bile maddi anlamda bir değer biçmek şüphesiz ki imkansızdır. Fakat bugün dünyada ekonomik boyut her alanda olduğu gibi hasta güvenliği alanının da vardır. Tıbbi yanlışların Amerika için yıllık yaklaşık 29 milyar dolarlık bir maliyeti olduğu hesaplanmaktadır (IOM, 2000).

İngiltere’de hastanede yatan hastalar arasında oran olarak %10,8’dir tıbbi hata görülmektedir. Bu da yılda 850.000 hastanede yatan hastanın tıbbi olarak hataya maruz bırakıldığını göstermektedir. Yaşanan tıbbi hatalar, bunların yol açtığı zararlar İngiltere’ye yıllık 423 milyon pounda mal olduğu tahmin edilmektedir (National Audit Office, 2005).

Avustralya’da ise bu oran %16,6’dır. Alınacak küçük önlemlerle tıbbi hataların %51’i henüz ortaya çıkmadan önlenebilecek hatalar olduğu bildirilmektedir. Avustralya’da tıbbi hataların %77,1’inin yaklaşık 12 ay içinde düzeltildiği, %18’inin geri dönüşümsüz sakatlıklara neden olduğu ve neredeyse %4,9’unun ölümle sonuçlanmaktadır (Wilson, 1995).

Yeni Zelanda’da ‘Ölümcül 20 Risk’ listesinde toplam ölümlerin neredeyse %75’inden sorumlu tutulan ayrıca içerisinde alkol ve uyuşturucu kullanımı, sigara, hava kirliliği, trafik kazalarının ardından tıbbi hatalar 11. Sırada yer almaktadır. Yeni Zelanda’da hastanede yatan her 100 hastadan yaklaşık 13’ü tıbbi bir hataya maruz bırakılmaktadır ve bu hataların %40’ı yani neredeyse yarısı önlenebilir nitelikte hatalardır. Bu hatalar hastanede kalış süresini ortalama 6.7 gün uzatmaktadır. Yatış sürelerinde uzama ciddi bir ekonomik maliyetin yanı sıra hastaların hastane enfeksiyonlarına yakalanma riskini arttırmaktadır (Davis ve diğ., 2001).

OECD verilerine göre 2013 yılında kişi başına toplam 8713 Dolar sağlık harcaması yapan Amerika’da her yıl 44.000 ila 98.000 sağlık hizmeti kullanan kişinin tıbbi hatalar sebebiyle hayatını kaybediyor olması endişe vericidir. (OECD, 2015)

Bazı ülkelerde hastanede yatan hastalar arasında tıbbi kaynaklı hatalardan kaynaklı ölüm oranları ekonomik olarak gelişmişliğe rağmen binde %0.2 ila %1 arasında değişmektedir. Örneğin bu ülkeler arasında Japonya, Yeni Zelanda ve Portekiz, Fransa, Almanya ve İngiltere, Avustralya ve Amerika sayılabilir (Conklin ve diğ., 2008).

Türkiye’de ise istatistiki çalışmalar konusunda sistematik bir çalışma yapılamadığı için tahminleme yöntemine gidilmektedir. 2013 yılında durum, hastanelerde yatan hasta sayısı 12.373.557’dir. Bu sayı, en düşük tıbbi yanlışlık kaynaklı ölüm oranı olan 0,002 ile çarpıldığında 24.747, ya da daha yüksek bir oran olan 0,005 ile çarpıldığında ise 61.867 kişinin tıbbi hatalar sebebiyle hayatını kaybettiği tahmin edilmektedir. Bu da demek oluyor ki çeşitli gelişmiş kabul edilecek ülke istatistiklerini referans aldığımızda çıkan sonuç Türkiye’de çok fazla insanın ölmüş olmasıdır (Sağlık İstatistikleri Yıllığı(2013)).

Bütün bu yüksek rakamlar hasta güvenliği meselesinin hayati derecede önemli bir konu olduğunu algılamak açısından çok önemlidir. Fakat sayılara ve ekonomik maliyetlere fazla odaklanmak, hasta güvenliği kavramını sadece kâğıt üzerinde istatistiki verilerden oluşan seviyeye indirecektir. Hasta güvenliği kavramının temelde insani boyutu olan bir kavram olduğu göz ardı edilmemelidir.

1.4-Hasta Güvenliğini Tehdit Eden Hatalar

1.4.1-Tıbbi Hatalar

Sağlık sorununun çözümlenmesi amacıyla sağlık kurumuna başvuruda bulunan kişinin tıbbi tanı ve tedavisi sırasında beklenmedik, olumsuz sonuçlarla karşılaşması tıbbi hata olarak ifade edilmektedir.

Hasta için verilen sağlık hizmeti esnasında bilinçsiz bir kaymanın sebep olduğu istem dışı bir sonuçtur. Sağlık bakım hizmetini profesyonel anlamda yerine getiren meslek mensuplarının hatalı uygulamaları, kabiliyet, veri, teçhizat ve özen aksaklıkları veya kişisel ihmalleri sonucunda hizmetin zarar görmesi durumudur (Topaloğlu, 2012, 4).

Hasta güvenliğinin korunmasından bahsedilirken sakınılması gereken en önemli yanlışlık çeşitlerinden biri tıbbi hatalardır. Tıbbi yanlışlıkların sağlık hizmeti esnasında engellenmesi amacıyla yüksek derecede düzenlemeler yapılmakta, tedbirler alınmaktadır.

Literatür incelendiğinde, tıbbi yanlışlıkların, hasta güvenliği konusunda rastlanılan en sık görülen hata çeşidi olduğu anlaşılmaktadır. Hasta güvenliği zemininde gerçekleştirilen araştırmalarda; çok sayıda tıbbi hatalara karşı istatistiki sonuçlar verilmekte ve hasta güvenliğini sağlamaya yönelik olarak ortaya çıkarılan programlarda oluşması muhtemel tıbbi yanlışlıkları önlemek amacıyla çözümler aranmaktadır. Yapılan bir araştırmada ameliyatlarda cerrahi hata yapıldığına inananların oranı özellikle Amerika Birleşik Devletleri'nde en yüksek, %34, ardından Kanada %30 ile gelmekte, Avustralya ise %27 takip etmektedir. Avrupada' da benzer şekilde İngiltere'de %22 Almanya'da ise %23 olduğu saptanmıştır (Eroğlu, 2011,13).

Tıbbi hatadan söz edilirken akla ilk olarak sağlık hizmetlerinin kapsamında olan yanlışlıklarının tamamı gelebilmektedir. Tıbbi yanlışlık ile hasta güvenliği kavramı kendi içlerinde kapsam olarak doğrudan bağlantılı olaylardır. Tanım olarak hasta güvenliği, sağlık hizmet sunumuna bağlı yanlışlıkların engellenmesi aynı zamanda sağlık hizmeti sunumuna bağlı yanlışlıkların etken olduğu hastaya verilen zararların engellenmesi veya düşürülmesi olarak açıklanmaktadır. Sağlık hizmetine bağlı hata (tıbbi hata) sağlık hizmeti esnasında kasıtsız bir aksamanın neden olduğu istenmeyen bir sonuç şeklinde açıklanmaktadır (Yetkinlioğlu, 2009, 51).

Hasta güvenliğinin sağlanması zemininde tıbbi hataların olabildiğince düşük seviyede hedeflenmesi gerekmektedir. Bu amaca ulaşabilmek amacıyla farklı plan ve tekniklerin kullanılması zorunludur. Tıbbi yanlışlıklara meydan verme ihtimali olan tüm tehlikelerin ve tehditlerin iyi anlaşılması bir gerekliliktir. Tıbbi yanlışlıkların engellenmesi için, ilk sırada tıbbi hataların bilinmesi ve onlardan ders çıkarılması ile mümkündür. Hastaların tıbbi hatalar sebebiyle zarar görmesinin devam etmesi tıbbi evrensel anlayışlarından biri olarak kabul edilen zarar vermeme ilkesine terstir (Sayek, 2011, 33).

1.4.2-İlaç Hataları

İlaç hataları konusunda Uluslararası Hemşirelik Konseyi (ICN) 2006 yılında bilgi ve eylem kılavuzu yayınlamıştır. Yayımlanan bu kılavuzda doktor ve eczacılardan kaynaklanan hataların %86'sı gibi çok yüksek bir oranının henüz hastaya zarar gelmeden önceki süreçte hemşirelerce engellenebildiği bilgisine yer verilmiştir (ICN, 2006).

Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine, IOM)'de 2003 yılı içerisinde bir rapor yayınlamıştır. Rapora göre hasta güvenliğinin sağlanmasında diğer bir önemli yanlışlık ilaç hatalarıdır. Yanlış ilaç uygulamalarının hasta güvenliğinde oldukça geniş bir yer kaplamasının nedeni, ilaç uygulamalarının devamı olarak gelen zararlar sonucunda hastalarda sakat kalma ve hatta ölüm gibi tehlikeli durumların ortaya çıkmasıdır(IOM,2003)

Bu konuda yayınlanan bir başka rapor JCAHO 2005 yılında yayınladığı rapordur. Bu raporda istem dışı olaylar maddeler halinde verilirken, ilaç hataları dördüncü düzeyde yer almaktadır. İlaç tatbiki öncesinde birbirini takip eden istem, reçete etme, temin, dağıtım, tatbik, takip ve denetleme aşamaları ile yerine getirilmektedir. İlaç hataları bu zaman zarfında herhangi bir aşamada meydana gelebilmektedir(Özata ve Altuncan (2010, 101)

İlaç hataları oluşmasında çoğunlukla doktorların ve hemşirelerin yer aldığı anlaşılmaktadır. Doktorlar nedenli mesleğin icrası esnasında meydana gelen ilaç hatalarının sebepleri arasında ilaç isimlerinin okunması güç olacak şekilde yazılması, tedavide kullanılacak ilacın kullanım talimatlarının anlaşılır bir şekilde tariflenmemesi, yanlış dozda ya da hatalı istemde bulunulması gibi yanlışlıklar bulunmaktadır. Ayrıca doktorlar vizite sonrası değişen hasta tedavi programındaki farklılıkları bildirim ve raporlamayı unutmakta, ihmal etmekte ya da bu farklılığı, bakımı uygulayacak hemşireye bildirmekte gecikmektedirler. Tedavi planında değişikliğin saatini yazarak belirtmemekte ve işlem zamanında gerçekleşmemektedir. Ayrıca işlem gerçekleştirilirken ilaç adlarının veya ilaç doz birimlerinin kısaltılmalar kullanılması, hatta dozlardaki küçük virgül yanlışlıkları uygulamada görülebilen farklı hatalardır(Eroğlu, 2011, 47).

İlaç hatalarında rolü olan diğer bir meslek çalışanı hemşirelerde önemli yanlışlıklar yapabildikleri anlaşılmaktadır. Hemşirelerin ilaç uygulamaları kapsamında bulunan ilaç hatalarına karşı sorumluluğu fazladır. İlaç uygulama pratikleri ile ilgili hemşirenin profesyonel görevleri arasında; uygulanan ilaç hakkında verilere hakim olma, ilaçları beş doğru esasına uygun olarak hatasız ve güvenli bir şekilde uygulama, ilaca karşı hastanın cevabını inceleme ve raporlama ve ilaç tedavisi hakkında hasta ve yakınlarını eğitmek bulunmaktadır. Hemşire ilaç uygulamalarını “beş doğru ilkesi” ne uyarak gerçekleştirir. Bunlar doğru ilaç, doğru hasta, doğru ilaç, doğru doz, doğru yöntem, ve doğru kayıttır (Tunçel, 2013, 10).

Hemşire kaynaklı olarak ortaya çıkan ilaç uygulama hataları şöyle sıralanabilir;

- 1- Yasal(kanuni) olmayan ilacın uygulanması,
- 2- Doktor istemi(order) olmadan ilacın yönlendirilmesi,
- 3- İlacın, yazılış, okunuş ve görünüş benzerliği neticesinde yanlış ilacın uygulanması,
- 4- Hastaya uygulanacak İlaç dozunun yanlış hesaplanması ya da hatalı dozda ilaç uygulanması,
- 5- İlaç ambalajı, kutusu üzerindeki ve prospektüsdeki bilgileri okumama, dikkat etmeme,
- 6- Hastaya uygulanacak İlaç zamanına uyulmayarak ya da tamamiyle verilmesinin ihmal edilmesi, unutulması (Tunçel, 2013, 10).

1.4.3-Cerrahi Hatalar

Hastanelerde, yüksek riskli olarak adledilen ameliyathanelerde hasta güvenliğini, tehlikeye sokan, tehdit eden oldukça fazla faktör bulunmaktadır. Ameliyathaneler, tıbbi işlemlerin gerçekleştirildiği mekanlar olarak iç içe geçmiş olarak çalışan sistemlere sahiptirler. Bu sebeple ameliyathaneler çok disiplinli bu iç içe girmiş sistemi, kullanılan yüksek teknoloji cihazları, farklı uzmanlık alanlarında meslek mensubunun birlikte çalışmasından dolayı sorunlu çalışma alanı ve kullanılan cerrahi malzemenin farklılığı sebebiyle özel bilgi, deneyim, tecrübe, donanım, özen ve yetenek gerektiren alanlardır. Bu özelliklerinden dolayı ameliyathaneler gibi cerrahi alanların hasta için güvenliğini tehdit edebilecek riskli pek çok faktörü bünyesinde barındırdığı söylenebilir (Tunçel, 2013, 11).

Ameliyathaneler içerisinde iç içe geçerek bütünleşmiş bir sistemi olması tıbbi hata olasılığı yüksek tıbbi işlemler yapılması sebebiyle hastayı ve çalışanı tehdit edebilmektedir. Yapılan çalışmalar tıbbi hataların yatan her 50 hastadan 1'inde ortaya çıktığı göstermiştir(Akalın, 2005, 142).

Tıp Enstitüsü'nün "To Err Is Human" raporunun yayınlandığı 2000 yılına kadar tıbbi yanlışlıklar önemsenmemiş, değeri pekde anlaşılamamış ve meydana gelme sıklıkları için herhangi bir veriyle karşı karşıya gelinmemiştir(Mulloy ve Hughes, 2007) Cerrahi hatalarda, özellikle vücudun farklı bir sistemi, bölümü üzerinde gerçekleştirilen cerrahi işleme bağlı hatalı uygulamalara sıklıkla rastlanmaktadır. Ameliyathaneler gibi cerrahi alanda yapılan hatalar ölüm ya da kalıcı fiziksel, ya da psikolojik problemlerin oluşmasına yol açavilmektedir(Dağdelen, 2014, 47-48).

1.4.4-Tedavi Sürecinde Yapılan Hatalar

Hasta güvenliğini tehlikeye atan diğer bir hata türü de teşhis sürecinde gerçekleştirilen yanlışlıklardır. Teşhis sürecinde yapılan hataların en temel özelliği, hatanın uygulama sonrası zaman sürecinde yanlışlıklar zinciri şeklinde sürmeleridir. Doğru olmayan, hatalı teşhis, devamında yanlış ve eksik uygulanacak tedaviye veya olması gerekmeyen lüzumsuz tetkik ve incelemelerin yapılmasına meydan vermektedir. Hasta güvenliği açısından incelendiğinde hatalı teşhis, geç ve yanlış teşhis konulması ve sonuçların hatalı açıklanması, hastalığın ilerlemesine, genişlemesine ve hastanın ölümüne sebep olabilir (Tunçel, 2013, 12).

Tedavi süreci hataları arasında hastaya yapılan testlerin hatalı seçilmesi ve uygulanması oldukça yüksek bir orana sahiptir. Yanlış konulan teşhis, hatalı ve yetersiz bir tedaviye ve hastaya sıkıntı verebilecek gereksiz ek incelemelerin gerçekleşmesine neden olabilir. Tedavi süreci hatalarından bir diğeri de laboratuvar testlerinin hatalı gerçekleştirilmesi ve/veya hatalı açıklanmasıdır. Teşhis ve tedavi süreci hataları ile tecrübesiz sağlık profesyonelleri tarafından yerine getirilen işlem ve incelemelerde daha fazla karşı karşıya gelinmektedir. (Uzun, 2009)

Teşhis ve tedavi süreci hataları şu şekilde sıralanabilir;

- 1-Tedavinin zamanında gerçekleşmemesi, ertelenmesi,
- 2-Teknik hata sebebi ile tedavide aksama,
- 3-Hatalı ilaç uygulaması(teknik, doz hatası),
- 4-Yanlış ilaç uygulaması,
- 5-Yanlış hasta (kimliklendirme) hatası,
- 6-Cerrahi uygulamalarda yanlış taraf hatası,
- 7- Tıbbi yanıklar, yaralanmalar vb.(Uzun, 2009).

Yukarıdaki maddelerden anlaşılacağı üzere, tedavi, tıbbi bakım ve takip süreci içerisinde oluşabilen tıbbi yanlışlıklar çok değişik hata çeşitleriyle de iç içedir. Tıbbi bilimlerde oluşabilen bu durumun sebebi sağlık hizmetlerinin belli bir zaman içerisinde 24 saat aralıksız olarak devam etmesidir (Akalın, 2005).

Tedavi, tıbbi bakım ve takip süreci içerisinde aynı zaman diliminde oluşan hatalar sağlık hizmetinin gerçekleşmesi süreci içerisinde oluşan bazen yapısal ve saptanması oldukça güç olan hatalardır. Bunlar içinde uygulamada kullanılan tıbbi aletlerden kaynaklı aksaklıklar oluşunca daha erken fark edilebilmektedir. Medikal işlemlerin gerçekleştirilmesi sırasında da oluşan hataların büyük çoğunluğu düzen(sistem) yanlışlıkları şeklinde açıklanmaktadır (Akalın, 2005, 142).

1.4.5-Sağlık Personeli Kaynaklı Hatalar

Aktif bir kişisel iletişim, hizmet sunumu gerçekleştirilen her alanda önemlidir. Sağlık alanındaki değeri çalışma odağı insan hayatı olduğu için biraz daha yüksektir. Çünkü iletişim sorunları sonucunda zarar görme ihtimali olan insandır. Yapılan araştırmalarda, yapılan tıbbi hataların ana nedeninin kişiler arası iletişim eksiklikleri olduğu bildirilmektedir. Bu sebeple sağlık alanında kişiler arası iletişime verilen önem artırılmalıdır(Güven, 2014)

Sağlık profesyonelleri arasındaki kişiler arası iletişimi engelleyen etkenleri şu şekilde sıralamak mümkündür;

- 1- Sağlık hizmetlerinin iç içe geçmiş bir duruma gelmesi,
- 2- Hiyerarşi karmaşası (hekimler arası, hekim, hemşire, hekim, diğer sağlık personeli vb.),
- 3- Sağlık sektöründe kullanılan latince ve grekçe ağırlıklı terim dili,
- 4- Hasta dosyalarında yetersiz bilgi bulunması,
- 5- Okunamayan doktor yazısı,
- 6- Hasta ile ilgili bilgi yetersizlikleri,
- 7- Yoğun stres içeren çalışma ortamı,
- 8- Yoğun iş yükü,
- 9- Hastanın tıbbi durumunda ve tedavi planında günlük hatta anlık değişimler(Güven, 2014, 43);

Sağlık bakım hizmetlerinde sürecin iç içe geçen bir özellikte olması iletişim kaynaklı sorunları ortaya çıkarabilmektedir. Hekimler hasta istemlerini okunabilir şekilde yazmalıdırlar. Yazılan istem ya da uygulamadan emin olunamamış ise yazan hekime sorularak fikir birliği sağlanmalıdır. Sağlık personellerinin tıbbi terimler yoğunluklu ortak dil kullanmaları gerekliliktir. Dil değişimleri ya da standartlaşmamış kısaltmalar kullanımı sebebiyle doğru iletişim kurulamayabilir. Mahremiyete özen gösterilmesi kaydı ile hastanın tıbbi ya da kişisel bilgileri hatasız şekilde paylaşılmalıdır. Fiziki yetersizlikler, kalabalık, yoğun ve stresli çalışma ortamları hatalı ve yanlış anlamalara ve yetersiz bilgi aktarımına neden olmaktadır. Hastaların tıbbi durumlarında değişiklikler sonucunda çok sık tedavi değişikliğine gidilebilmektedir. Burada yapılan her değişiklikte ekibin tamamı bilgilendirilmelidir. (Güven, 2014)

Sağlık iletişimi konusunda en çok yapılan hatalar aşağıda maddelendirilmiştir.

- 1-İstemın sözel olarak veya telefonda gerçekleştirilmesi,
- 2-Tıbbi kısaltma ve simgelerin yanlış kullanımı,
- 3-Kritik Test Sonuçlarının Yönlendirilmesi

Sözel istem gerçekleştirilirken dikkat edilmesi gereken etkenler aşağıda maddelenmiştir.

- 1- Sözlü order ya da sözlü istem steril girişimler, acil ilaç uygulamaları gibi özellikli durumlar dışında uygun istem yöntemi değildir,
- 2- Sözel istem zorunlu ise alımı sonrasında yüksek sesle mutlaka doğrulama gerçekleştirilmelidir,
- 3- Sözel istem işlem bitiminde zaman kaybedilmeden raporlanmalıdır,
- 4- Sözel istem kesin bir zorunluluk yok ise uygulanmamalıdır(Güven, 2014, 44)

Hastanede normal şartlar altında doktorun yazılı olarak istemini yapması gerekmektedir. Asıl olan yazılı istemdir ve alındıktan sonra ancak gerekli tedavi gerçekleştirilmelidir. Sözel istem zorunlu olarak alınıyor ise istemi alan sağlık profesyoneli istemi yüksek sesle tekrarlayarak, istemi doğrulatmalıdır. Bu algorithmada tıbbi hata tehlikesi azaltılacaktır. Sözel istem zorunlu olduğu hallerde sağlık kuruluşunun sözel istem prosedürüne uygun şekilde kayıt altına alınmalıdır (Güven, 2014, 44).

1.4.6-Hastane Enfeksiyonları

Hastane enfeksiyonu olarak bilinen durum, hastaneye gelen hastanın enfeksiyon nedeni dışında bir neden ile, sağlık bakım hizmeti alımı sırasında gerçekleşen, gelişen ve hastanın sağlık kuruluşuna başvurduğu esnada hastada bulunmayan hastalıklardır. Hastane enfeksiyonu hastanın sağlık bakım kurumuna geliş tarihinden başlayarak 48-72 saatlik zaman içinde ya da taburcu olmasını takip eden 10 günlük zaman zarfında ortaya çıkan enfeksiyonlar için söylenebilecek durumlardır (Kaleli, 2003).

Hastane enfeksiyonları bütün dünyada tıbbi hatalar kapsamında değerlendirilmektedir. Sağlık bakım kurumunun bakım hizmet kalitesini göstergesi kabul edilen en önemli ölçütlerin ilk sırasında yer almaktadır. Sağlık bakım hizmeti ile ilişkilendirilen enfeksiyonlar hastaya tıbbi bakım hizmeti verilmesini zorlaştırmakta, tıbbi açıdan tedavi süresini uzamaya neden olmakta ve bazı vakalarda hastanın hayatını kaybetmesine neden olmaktadır. Hastane enfeksiyonları tedavide kullanılan ilaçlara (antibiyotiklere) karşı (rezistans)direnç gelişmesine yol açabilmektedir. Ekonomik anlamda da bireyin sağlık bakım kurumunda kalış süresini uzatarak ve tedavi masraflarını artırarak zarar oluşturmaktadır(Gündeş, 2001).

Dünya Sağlık Örgütü 2005 yılında yayınladığı “hasta güvenliği” konulu raporda her 100 hastanın 14’ünde hastane enfeksiyonuna maruz kalma olduğu belirtilmiştir. Bu hastaların yaklaşık yarısının önlenabilir nitelikte ve hastanelerdeki enfeksiyon kurullarının temel enfeksiyon kontrol klavuzu kurallarına uyulduğu durumda “önlenmesi mümkün olan” tıbbi hata olarak görülmesi gerektiği belirtilmektedir (WHO, 2005). Sağlık bakım hizmetleri ile ilişkili enfeksiyonlar dünyanın her yerinde meydana gelmekte oranları farklı olmakla birlikte hem gelişmiş ülkelerde hem de gelişmekte olan ülkeleri ciddi boyutlarda etkilemektedir. Yapılan araştırmalarda gelişmiş ülkelerde hastane enfeksiyonu görülme oranları %5-10 seviyesindeyken gelişmekte olan ülkelerde bu %15-40 seviyesinde seyretmekte ve bu durum yoğun bakıma yatma oranlarına etki etmektedir. Türkiye’de ise 1994-1998 yılları arasında yapılan aktif sürveyans çalışmasına göre farklı şehirlerden 16 hastaneyi kapsamında hastane enfeksiyon hızı %1 ile %16,5 arasında seyrettiği tespit edilmiştir (Wilke, Gündeş, 2001).

Hastane enfeksiyonunu önlemede bakım sürecinde çok önemli bir başka konu el hijyenidir. Etkili ve zamanında yerine getirilmesi gereken temel bir hasta güvenliği faaliyeti olan el hijyeni için Amerika Hastalık Önleme ve Kontrol Merkezi CDC mortalite, morbidite ve maliyeti artıran hastane enfeksiyonlarından korunmada temel alınacak ana yaklaşım olduğunu belirtilmektedir (CDC 2002).

Dünya Sağlık Örgütü 2005’te başlattığı ve bugün de devam eden “Küresel Hasta Güvenliği Mücadelesi” kapsamında el hijyeni hakkında uygulama klavuzu yayınlamıştır. “Daha Temiz Bakım, Daha Temiz Çevre Daha Güvenli Bakımdır” sloganıyla yürütülen kampanya kapsamında hastane enfeksiyonları konusunda çalışmalarda bulunmaları konusunda üye ülkelere çağrıda bulunmuştur (WHO 2007b).

1.4.7-Düşmeler

Tüm dünyada sağlık bakım sistemlerinin görevi, bireyin yaşam kalitesinin korunması, yükseltilmesi ve güvenliğinin sağlanmasıdır. Bu nedenle sağlık sistem iyileştirilmesi ve geliştirilmesi gereken konularından birisi de hasta güvenliği konusudur. Hasta güvenliği kapsamında bakıldığında “düşme olayları” önemli görülen risklerden birisidir. Düşme olayını (Duman vd., 2011) “ani ve istemsizce kişide

pozisyon değişikliği neticesinde kişinin dengesini kaybederek, bir nesneye, zemine ya da o anda bulunduğu seviyeden alttaki bir seviyeye hızlı ve ani olarak inmesi” şeklinde tanımlamaktadır. Düşme olayına neden olan pek çok farklı etken olmakla beraber öncelikle yař, cinsiyet, kronik hastalıklar, denge kaybı, bař dönmesi, kalpte ritim bozuklukları, nörolojik kaynaklı nöbetler, çoklu ilaç kullanımı(polifarmasi), iskelet-kas zayıflığı, yürüme ve denge sistemi bozuklukları, duygu-durum bozuklukları, mental problemler, görme ve işitme bozuklukları, ortamın fiziksel anlamda koşullarının uygun olmaması gibi durumlar örnek olarak verilebilir. Sağlık hizmet sunumu veren kurumların aldığı önlemler ve sağlık profesyonelleri tarafından hasta düşmelerine yol ačan bu risk faktörlerinin çoęu önlenabilir bulunmaktadır. Fakat hastaya ve hastalığına ait kardiyak aritmiler ve konvülzif nöbetler gibi bazı özel durumlar ani gelişen olaylar olduğu için önlenemeyebilir (Duman vd., 2011). Ayrıca hastaların düşme olayını yaşadıkları mekanlar olarak bakıldığında; hasta yatağına yatarken ya da yataktan kalkarken, koridorda, odada yürürken, banyo ve tuvalet gibi ıslak zeminlerde tutunma barlarının bulunmaması ya da kırık olması nedeni ile tutunamadıkları esnada, hastanın başka bir bölüme ya da tetkik amacıyla bir yere(röntgen, laboratuvar vb.) transferi sırasında sedyede yatarken veya tekerlekli sandalyede otururken gerçekteşebilmektedir(Karaca, 2014).

Sağlık hizmeti bakımında gerçekteşen düşme olayları, diğer sağlık sorunlarından bağımsız olarak hastanın hareket kabiliyetinin kısıtlanmasına, bir günlük normal aktivite de bağımlı kalmasına neden olarak, bireyin hayat kalitesini beklenmedik şekilde etkileyen, sağlık bakım hizmeti veren sağlık profesyonellerinin iş yükünü ve maliyetini ciddi ölçüde arttıran önemli bir sorundur. Düşme olayları ile ilgili yapılan çalışmalarda düşme sonucu oluşan yaralanmaları iki ketegoriye ayrıldığı bildirilmiştir. Küçük yaralanmal kategorisine; çürük, yumuşak doku yaralanması, dikiş gerektirmeyen yaralanmalar örnek gösterilmektedir. İkinci kategori de ciddi yaralanmaları ise; kalça, leğen kemiği, ön-kol kırığı, dikiş gerektiren yaralanmalar ile beyin içi kanama ya da hastanın kaybedilmesi gibi olgulardan oluştuğu bildirilmektedir (Tedavi, 2011). Düşme nedeni ile sağlık bakım hizmeti verilmesi esnasında oluşan ikincil yaralanmalar nedeniyle gelişen eklenen tedavi süresi ve bunun ekonomiye maliyetinin önlenmesi, kişi için güvenli bir çevre, güvenli bir ortamın sağlanabilmesi için düşme olaylarının kontrol altına alınması ve sağlık kurumlarında hasta güvenlik kültürünün oluşturulmasının gereği vurgulanmaktadır.

Düşme olayında riski azaltmak amacıyla her bir hasta için düşme riski düzenli olarak değerlendirilmesi gerekliliği bildirilmektedir. Bu sebeple düşmeye neden olabilecek her faktörün özenle izlenmesi ve düşme riski bulunan kişilerin, sağlık kurumuna geldikleri andan itibaren taburcu olup kurumu terk edecekleri ana kadar düşme açısından izlenmesinin önemi vurgulanmaktadır. Sağlık bakım kurumları için düşme riskini belirlemeye çalışan farklı ölçekler, farklı skorelama sistemleri mevcuttur. T.C.Sağlık Bakanlığına bağlı “Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı” tarafından 2011 yılında ülkemize özgü olarak geliştirilerek ilk ölçe “İtali Düşme Riski Ölçeği”dir. Bu ölçeğin çocuk hastalar için kullanılabilecek uyarlanmış modeli olarak“Harizmi Düşme Riski Ölçeği” (0-16 yaş) yayımlanmıştır (Tedavi, 2011). Bu ölçüm araçları ile hasta düşme riski açısından değerlendirmesi hastanın hastaneye kabulü esnasında, hastanın transferi esnasında, hastanın tıbbi durumunda fizyolojik, fonksiyonel veya duyuşal-bilişsel bir değışiklik olması durumunda, post-operatif(ameliyat sonrası) dönemde ve düşme olayı gerçekteşmiş ise sonrasında yapılması önerilmektedir.

Harizmi düşme riski ölçeği kapsamında kriterlere göre 15 puan ve üstü alan hastalar için oda kapısı, hasta başı, hasta dosyası için “Dört Yapraklı Yonca” sembolü kullanılacaktır. Çocuk hastalar düşme riski bakımından yetişkin hastalara oranla daha riskli olarak kabul edildiğinden, uygulamalarda gelen tüm çocuk hastalar için düşme riski olduğu kabul edilerek önlemeye yönelik her türlü tedbirin alması amaçlanmıştır. (Tedavi, 2011).

Karaca, çalışmasında hastaların düşme riski için göstergelerinin neler olduğu konusunu araştırmış ve tıbbi olarak Örneğin, hastanın düşme hikayesi, 65 yaş üstü yaşlı hastanın fonksiyonel ve hareket etme sorunu, duyuşal-bilişsel bozulmalar, havale vb. sıralamıştır. Ayrıca hasta güvenliği kültürü ile ilgili yapılan bir başka çalışmada sağlık kurumlarında en çok raporlamanın yapıldığı konunun düşme olayı ile ilgili olduğunun tespit edildiğini bildirmektedir (Karaca, 2014).

JCI akreditasyon kurumu 2005 yılında yayınladığı raporda tıbbi hataların yaklaşık %6’ sının düşme olayı sonucu gerçekteştiği bildirmektedir. Aynı kurum hasta güvenliği amacıyla önlemlerinin arttırılması ile 2007 yılında düşme olayı oranlarının %0.17 ile 2.5 arasına gerilediğini bildirmiştir. Bu sebeple düşme olayının engellenmesi konusu uluslararası boyutta hasta güvenliği hedeflerinde 6. sırada yer

almaktadır. Düşmelerin hasta güvenliği açısından ne kadar önemli olduğunun anlatılması ve düşme riski yüksek olabilecek hastaların öncelikli olarak belirlenmesi ve buna yönelik önlemler alınması gerekir (Savcı vd., 2007).

1.5-Hasta Güvenliği Kültürü

1.5.1- Hasta Güvenliği Kültürü Kavramı

Mesleki çalışma sahası insan ve yaşam hakkı olan sağlık sektörünün temel hedefi hizmet bakım sunumu sırasında insana zarar vermeden iyileştirmektir. Bu noktada sağlık bakım hizmetlerinin sunumu sırasında tıbbi yanlışlıklar gibi istenmeyen durumların önüne geçilerek hasta güvenliğinin sağlanması sağlık bakım sistemlerinin en temel amaçlarıdır. Sağlık kurumlarında karşılaşılabilecek olası tıbbi hataların büyük bir kısmı ise kişisel olarak sağlık profesyonelleri tarafından yapılan hatalara değil sistem kaynaklı olarak örgütün yapısı, personel sayısı ve kurumun sahip olduğu teknik alt yapı eksiklikleri gibi aksaklıklara bağlı olarak gerçekleşmektedir (Taş ve ark 2013).

Hasta güvenliği kültürü denildiğinde, sağlık hizmeti sunan kuruluşlarda hasta güvenliğinin, kurumun birincil öncelikli konusu ve aynı zamanda ortak değeri olarak kabullenilmesi ve içselleştirilmesi anlaşılmaktadır (Akalın 2004). Hasta güvenliğine yönelik yapılan tanımların ışığında; sağlık hizmeti sunan kuruluşlarda hasta güvenliği kültürünün kurumda yerleştirilmesi çok önemlidir. Bu kapsamda hasta ve çalışan güvenliğini tehdit eden unsurların belirlenmesi, risklerin ve yaşanan tıbbi hataların raporlanması, hastalara zarar vermeden sağlık bakım hizmetlerinin gerçekleştirilmesi için, kurumun amaçları ve dinamikleri çerçevesinde bütün sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürü için sorumluluğa sahip olmaları gereklidir (Vural ve ark 2014). Aynı zamanda hasta güvenliği kültürü, kurumsal anlamda örgüt kültürünün de bir parçası olarak, hasta güvenliği ile ilişki içinde hizmet sunucularının paylaşmakta olduğu tutum, inanç, algı ve değerlerden oluşmaktadır (Kaya 2009).

Sağlık hizmetlerinin sunumu esnasında gerçekleşen hataların önüne geçilmesi ve bu hataların hastalar üzerinde neden olduğu zararların ortadan kaldırılması veya azaltılması olarak ifade edilen hasta güvenliğinin, sağlık kuruluşlarında sağlanması ise hasta güvenliği kültürünün gelişmesine bağlı olarak gelişmektedir. Bu sebeple, hasta

güvenliği kültürü gerek kurumsal öncelikler açısından gerekse üzerinde durulması gereken konular açısından ilk sırada yer almalıdır (Akalin 2005).

Sağlık sektöründe yaşanan tıbbi hataların hem insani hem de maddi anlamda önemli kayıplara neden olması sebebiyle, sağlık kuruluşlarında etkin ve benimsenmiş bir güvenlik kültürünün oluşturulmasına ve geliştirilmesine yönelik yürütülen çalışmaların son dönemlerde önemi daha da artmakla birlikte, bu yönde yapılan çalışmalara da hız kazandırılmıştır (Dursun ve ark 2010).

1.5.2- Hasta Güvenliği Kültürünün Oluşmasını Etkileyen Unsurlar

Nitelikli ve kaliteli sağlık hizmet sunumunda vazgeçilmez birçok etken bulunmaktadır. Ancak bunların en başında hasta güvenliği gelmektedir. Bu bağlamda hasta güvenliği gerçekleştirmesi, güvenilir ve kaliteli bir sağlık hizmetinin gerekliliklerini karşılayacak asgari seviyede çalışma ve hizmet sunumu ortamı gerektirmektedir. Ayrıca yeterli bilişsel, duyuşsal ve psikomotor seviyede donanıma sahip olan sağlık çalışanlarınca sunulmasının sağlanması önemli fayda getirecektir. Bu amaçla sağlık bakım hizmetlerinin bileşenlerinin etkili ve uygun şekillerde yönetilmesi için gerekli olduğu öngörülen örgütsel kültür seviyesini oluşturmak diğer bir önemli gerekliliktir. Üst yönetimin de sağlık profesyonelleri için suçlayıcı ve cezalandırıcı olmayan bir tutum içinde sağlamasını, teşvik etmesini sonuç olarak da sağlık sektörü çalışanlarının kendi sundukları ve sunacakları hizmetlere güven duyabilmelerini ifade etmektedir (Barsbay ve ark 2018).

Sağlık hizmetlerini, kendine özgü özelliklere sahip olması nedeniyle ve hayati önem taşıyan sağlık sorunlarının tedavi edilmesi amacıyla sunduğu zor ve iç içe geçmiş uzmanlık isteyen karmaşık hizmetler sebebiyle “yüksek riskli endüstri” alanı olarak tanımlamak mümkündür. Bu sektörde sunulan bütün sağlık bakım hizmetlerin, insan sağlığında olumlu etkiler yaratmasının yanı sıra “tıbbi hata” sonucu insan hayatını olumsuz etkileyerek sakatlıklar bırakma ve yaşam kaybı gibi sonuçları da beraberinde getirebilmektedir (Kaya 2009).

Yüksek oranlarda risk unsurunu barındıran sağlık hizmetlerinde, benimsenmiş ve güçlü bir yapıya sahip olan güvenlik kültürü, hizmet sunumu esnasında yaşanabilecek ve hizmet alıcılarının sağlıklarını ve hayatlarını doğrudan

etkileyebilecek tıbbi hataların önüne geçilmesi noktasında büyük öneme sahiptir (Tütüncü ve ark 2007).

Tıp Enstitüsü tarafından 2000 yılında yayınlanan “To Err is Human” adlı raporda, yaşanan tıbbi hataların doğurmuş olduğu olumsuz sonuçların insan sağlığı üzerine olan olumsuz etkilerinin yanında, ülke ekonomilerine olan büyük ölçülerdeki maddi kayıpların rakamsal boyutları da gözler önüne serilmiştir (Akalin 2004). Bu önemli rapor sonrasında dünya genelinde hasta güvenliği konusuna yönelik birçok çalışma ve araştırma yapılmaya başlanmış ve bu gelişmelere bağlı olarak ülkeler sağlık gündemlerinde bu konulara da yer vermeye başlamışlardır (Emanuel ve ark 2008).

Tıbbi hataların insan sağlığı üzerinde doğurduğu olumsuz sonuçların rakamsal boyutunun çok yüksek olması ile birlikte, bu hataların gerek hastalara gerekse sağlık çalışanlarına verdiği zararlar da göz önünde bulundurularak sağlık hizmetlerine yönelik geniş önlemler alınmaya başlanmış ve hasta güvenliği kavramının oluşmasına katkı sağlanmıştır (Yıldırım 2005).

Ülkemizde hasta güvenliğine yönelik yapılan çalışmalardan elde edilen veriler net olmamakla beraber, T.C Sağlık Bakanlığınca yayınlanan Sağlık İstatistikleri Yıllığında (2015), 2014 yılı verilerine göre yaklaşık 13 milyon kişinin hastaneye yattığı bildirilmektedir (Sağlık Bakanlığı 2016). Buna bağlı olarak Türk Tabipler Birliği’nin hastanede yatan hasta sayısı üzerinden uluslararası ölçeklerle yaptığı tahminlere göre, Ülkemizde yılda 10.280-22.900 kişinin tıbbi hatalara bağlı olarak yaşamlarını yitirdikleri varsayılmaktadır (Işık ve ark 2012). AB’ye bağlı ülkelerde, tıbbi hataların gerçekleşme oranı ise yaklaşık % 8-12’dir (European Opinion Research Group 2009) ve bu hataların % 50’si sadece, sağlık hizmeti sunan kurum ve kuruluşlardaki çalışanlar üzerinde güvenlik kültürünün geliştirilmesiyle önlenabilir niteliktedir (Zwart ve ark 2011).

Sağlık kuruluşlarında hasta güvenliği kültürünün oluşturulmasının ve bunun benimsenmesinin, sağlık hizmetlerinin en temel önceliklerinden biri olduğu kabul edilmeli ve çalışanlardan istenilen performansta hasta güvenliği kültürü algısı oluşturulması amaç edinilmelidir (Adıgüzel 2010). Bu konuda yapılan çalışmalar kapsamında Sağlık Araştırmaları ve Kalite Ajansı’nın yayınlamış olduğu Ara Rapor’ da, yaşanan tıbbi hataların en yaygın nedenleri şu şekilde sıralanmıştır:

- İletişim problemlerinin yaşanması,
- Yetersiz bilgi akışının olması,
- İnsan faktörü olarak çalışanların kurum politikalarına, işleyişlerine ve yazılı kurallarına uymamaları,
- Hastalar ile ilgili problemlerin yaşanması,
- Organizasyon içindeki bilgi aktarımının eksik olması, uygulama ve politikaların organizasyon içindeki tüm bölümlere yeterince iletilmemesi,
- Artan iş yükü,
- Teknik sorunlar, teknik donanım eksikliği, bakım sıkıntısı,
- Yetersiz politikalar ve işleyişlerdir (AHRQ 2014).

Sağlık sektöründe karşılaşılabilen tıbbi hataların ve tıp etiğine uygun olmayan davranışların neticesi olarak insanların hayatına doğrudan etki eden ve geri dönüşü olmayan sonuçlar ortaya çıkabilmektedir (Aydan ve Kaya 2018).

Yaşanan bu tıbbi hataların nedenlerini; sağlık kuruluşlarının kendi bünyelerinde oluşturdukları politikalar ve bunların yetersizlikleri, çalışanların yaşadıkları iletişim problemleri, idari yapının özellikleri, personel dağılımında yapılan çeşitli eşitsizlikler, eksik ve yetersiz bilgiler ve donanım kullanımına bağlı olarak gelişen tıbbi hata kaynakları olarak, cihaz ve teçhizat anlamındaki yetersizlikleri ve otomasyon eksiklerini ise teknik kaynaklı tıbbi hata nedenleri olarak sıralamak, sağlık hizmet sunucuları kaynaklı olarak yaşanan; yorgunluk, iletişim problemleri, mesleki açıdan doyumsuzluk ve memnuniyetsizlik, eksik ve yeterli olmayan bilgi ve beceriye sahip olmak, mesleki açıdan donanım eksiklikleri, ihmalkar davranışlar sergilenmesi, çalışanlarda güvenlik kültürü ve algısının oluşmaması gibi sebepleri de kişilerden kaynaklanan tıbbi hata nedenleri olarak sıralamak mümkündür (Canatan 2015).

Bütün çalışma sektörlerinde ve alanlarında olduğu gibi sağlık sektöründe de takım/ekip çalışması önemli konular arasında olup; sağlık bakım hizmetlerinin yüksek kalitede sunulmasında aktif olarak rol almaktadır (Valentine ve ark 2015).

Etkin ve planlı bir ekip çalışmasının olduğu sağlık kuruluşlarında, sağlık çalışanları arasında etkili hastaneye bağlı olarak, iş kaynaklı sorunlarla daha az karşılaşmakta ve bunun neticesinde tıbbi hatalarda da azalmalar yaşanmaktadır.

Yapılan alışmalar ise bu düşünceleri destekler nitelikte olup, ekip çalışmasına yönelik yapılacak olan çalışmaların hasta sonuçlarını ve hizmet çıktılarını önemli bir seviyede iyileştirebileceğini ve önlenebilir olan hataların azaltılabildiğini göstermiştir (Pronovost ve ark 2006; Pettker ve ark 2011).

Hasta güvenliğinin bir kurumda geliştirilmesinde, hasta güvenliğini riske atan tıbbi hataların ve ramak kala olayların raporlanması da önemli işlem basamaklarındandır. Hataları bildirmede; hastaya zarar vermeden önce fark edilen potansiyel hataları, zarar vermeyen hataları ve ramak kala hataları raporlamak da, hastalara zarar veren hataları raporlandırmak kadar önemlidir (Gallagher ve ark 2003; Evans ve ark 2004). Güvenlik kültürünün hasta bakımı sırasında gelişmesinde; çalışanlar üzerindeki cezalandırılma korkusunun önüne geçilmesi ve bu doğrultuda şeffaf ve güven veren bir raporlama sisteminin geliştirilmesi, gerek hasta güvenliğinin sağlanması gerekse hasta güvenliğı kültürünün geliştirilmesi yönünde atılacak önemli adımlardandır (Miligan ve Dennis 2005).

Başta sağlık sistemi olmak üzere tüm toplumda hasta güvenliğı kültürünün oluşturulması, tıbbi hataların oluşmasını nlenemeye yönelik faktörlerin en başındadır. Klasik anlamdaki yaklaşda, karşımıza çıkan durumda bireyler yaptıkları hatalardan dolayı sorgulanma, dışlanma, etiketlenme ve cezaya çarptırılma korkusu yaşamaktadırlar. Bu sebepten dolayı da yapılan hataların üzeri kapatılır, saklanır ve yok sayılır. Araştırılmayan, incelenmeyen, zm aranmayan bu yaklaşımda, hatalarından ders çıkarmayan bireylerin, aynı hataları tekrarlamasına da zemin oluşturabilmektedirler. Dolayısıyla hatalardan ders ıkarılmamakla beraber, olası hatalara yönelik (proaktif yaklaşım) nleyici tedbirlerin alınması da engellenmektedir (Ovalı 2010).

Sağlık profesyonellerinin hasta güvenliğı kültürü algı, bakış açısı ve tutumlarının ölçülerek değerlendirilmesi sağlık kurumlarında hasta güvenliğı kültürü konusuna yönelik yapılacak olan çalışmaların ilk aşaması olmalıdır. Ancak bu şekilde ölçümler ve raporlamalar sonucu alınabilecek tedbirler ve uygulanabilecek iyileştirme programları belirlenmelidir (zcan ve ark 2018). Böylelikle, sağlık hizmetlerinin sunumunda güvenlik kültürünün algı ve tutumlarının ölçülmesi ve raporlanması, yapılacak çalışmalarda hasta güvenliğı konusunda risk barındıran olası olumsuz

durumların önlenmesinde yetkili kişilerin ve kurumların odağında olmalıdır (Kristensen ve ark 2015).

Sağlık kurumlarının lider ve yöneticilerinin görev ve sorumluluklarından olan, kurumdaki hasta güvenliği kültürünün değerlendirilmesi kurum vizyonunun oluşturulmasında da yol gösterici role sahiptir (Chi ve ark 2017). Yani sağlık hizmetlerinde güvenlik ortamının ölçülmesi ile hasta güvenliğini arttırmaya yönelik önemli adımlar atılmaktadır (Göras ve ark 2013). Bütün bunların yanında, güvenlik kültürünün karma yöntemler aracılığı ile değerlendirilmesi, kurumdaki sorumluların ve liderlerin müdahalelerinin etkisinin artırılması için iyileştirme çabalarını önceliklendirmesine ve uyarlamasına olanak sağlayan, daha anlamlı ve hedeflenmiş sonuçlar sağlayabilmektedir (Listyowardojo ve ark 2017).

Sağlık kurum ve kuruluşlarında hasta güvenliği kültürünün gerçekleştirilmesinde yapılması gereken planlamanın çerçevesi ise şu şekilde olmalıdır (Sabuncu 1991; Altındış 2014):

Kurumda, çalışanlar üzerinde şeffaf ve hatalardan ders çıkarılabilen bir hasta güvenliği kültürü oluşturulmaya çalışılmalıdır.

Hasta güvenliğinin kurum yöneticileri için önemli bir öncelik olduğu ve bu amaçla takım çalışmasının daha üst seviyelere çıkarılmaya çalışıldığı gösterilmelidir.

Klinik uygulamadaki bütün işlemler, süreçler ve çalışma ortam ve koşulları sıklıkla değerlendirilmeli ve bu konuda “risk yönetimi” temele alınmalıdır.

Hasta güvenliği ile ilgili raporlar ve konu ile ilgili faaliyetler çalışanlara düzenli aralıklarla duyurulmalıdır. Bu konuda bildirim yayınlayarak ve güvenliği artırıcı etkin mekanizmaların kurum içerisinde geliştirilmesi ve çalışanlarca bunların kullanılması özendirilmeli, teşvik edilmelidir.

Hasta güvenliğine yönelik alınacak tedbirlerin hatırlatıcı özellikte olmasına ve cezalandırıcı nitelikte olmamasına da dikkat edilmelidir.

Yaşanan olumsuzluklar bir sistem dahilinde değerlendirmeye tabi tutulmalı, eğitimle sistemlerin iyileştirilmesi çalışmaları konusunda rehber oluşturulmalıdır.

Hasta ve yakınları kendi bireysel güvenliklerini korumaya yönelik önlemler almaya ve bunlara yönelik geri bildirimlerde bulunmaya özendirilmeli ve bu konuda eğitilme tabi tutulmalıdırlar. Hasta güvenliği kültürü oluşturmada sağlık sistemi tabanında hasta güvenlik kültürünün gerçekleştirilebilmesi için sadece hizmet sunucuların ve yöneticilerinin değil aynı zamanda toplumun da temel olarak hasta güvenliğine yönelik bilgi, farkındalık düzeylerini artırmaya yönelik çalışmalar da yürütülmelidir.

1.5.3- Hasta Güvenliği Kültürü Oluşmasında Hastane Çalışanlarının Rolü

Sağlık hizmetleri amaçları itibariyle, bireylerin sağlığını korumak, geliştirmek ve iyileştirmek yönünde çalışmalar yürüten bir sektördür. Bu nedenle hizmet sunumlarının bütün süreçlerinde, birçok riski ve tehlikeyi de bünyesinde barındırmaktadır. Hasta güvenliği konusu açısından sistemin en önemli özelliği ise sunulan sağlık hizmet çıktılarının belirli bir ürün ve hizmet standardına sahip olmamasıdır (Barsbay ve ark 2018).

Bireysel ya da sistem kaynaklı tıbbi hatalar, hasta ölümleri başta olmak üzere birçok olumsuzluğu da beraberinde getirebilmekte olup; sağlığın bütün boyutlarını riske sokan kümülatif zararlar oluşturabilmektedir. Bu sebeple sağlık hizmetlerinin sunumu esnasında güvenli ortamların oluşturulması ve sağlık hizmetlerinin kalite ilkeleri doğrultusunda sunulması bütün çalışanların öncelikleri olmalıdır (Barsbay ve ark 2018).

Kurumların kendi yapılarına uygun hasta güvenliği kültürünün geliştirmesi ile yöneticilerin beklentileri kurumsal öğrenme adına, ekip çalışması, meslek grupları arası açık ve etkin iletişim, uygun geribildirim uygulamaları, hastane yönetiminin desteği ve personel eğitimi ilişkisi içerisinde. Bu çerçevede yapılan çalışmalarla aynı zamanda, hasta güvenliği kültürünün kurumun bütün çalışanları tarafından benimsenmesi ile tıbbi hata oranlarının azaltıldığı görülmüştür. Bu nedenle hasta güvenliği ve hasta güvenliği kültürü, sağlık hizmeti sunumunda görev yapan bütün meslek gruplarının ve sağlık profesyonellerinin sorumlulukları altındadır (Allard ve ark 2011).

Hasta güvenliği kültürünün gelişmesi için verimli ve etkili bir ortam oluşturmak ve bu olumlu ortamın sürdürülmesini sağlama noktasında hastane yöneticilerinin, birim amirlerinin ve diğer sağlık profesyonellerinin sorumlulukları da fazladır (Ongün ve İntepeler 2017). Kurumlarda hasta güvenliğinin geliştirilmesi noktasında en büyük sorumluluk ise lider ve yöneticilere aittir. Ancak bu durum diğer çalışanların bu konuda pasif olmaları gerektiği anlamına gelmez. Bu sebeple kurumların kendi bünyelerinde hasta güvenliği kültürünün ve buna yönelik davranışların geliştirilmesinde, bütün çalışanlar gerekli katkılarda bulunmalıdırlar (Dursun vd., 2010).

Sağlık sektöründe hizmeti sunan bütün sağlık kurum ve kuruluşlarında, hasta güvenliği kültürü algısının, çalışanlar üzerinde gelişmesinde alınabilecek bir dizi önlemler ve uygulamalar bulunmaktadır. Personellere hasta güvenliği ile ilgili eğitimlerin düzenlenmesi, cezalandırıcı özellikte olmayan bir hata bildirim sisteminin uygulanması önerilmektedir. Ayrıca hastanelerde klinik süreçlerin hasta merkezli ve hasta güvenliğini sağlamaya yönelik kurularak yönetilmesi, klinik süreçlere ait iyileştirme, düzenleme ve takip çalışmalarının yapılması önemlidir. Konunun kalıcı olması için üst yönetimin hasta güvenliğine ve güvenlik kültürü oluşumuna verdiği önemin artırılması gibi çalışmaların yapılması olumlu yönde gelişmeler sağlayacak bu faaliyetlerin bazılarıdır (Barsbay ve ark 2018).

Türkiye’de de sağlık bakım hizmetlerinde hasta güvenliği seviyelerinin artırılmasında ve hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesinde, bütün sağlık çalışanları belirli rollere sahiplerdir; ancak bu konuda, ebe ve hemşirelerin algıları diğer meslek gruplarına göre daha fazla öneme sahiptir (Top ve Tekingündüz 2015).

Bu durumun nedeni olarak, sağlık hizmet sunumunda en aktif role sahip olan ve hasta ve yakınları ile en çok temas halinde bulunan ebe ve hemşirelerin hasta güvenliğine yönelik müdahaleleri ve stratejileri yoluyla sağlık hizmet kalitesini artırmak için kilit bir konumda olmaları gösterilebilir (Mitchell 2008).

Sağlık hizmetlerinin sunumunda görev yapan bütün sağlık çalışanlarının ve özellikle de ebe ve hemşirelerin, iş yoğunluğu, çalıştıkları hastanede ortam, tükenmişlik seviyeleri gibi örgütsel faktörler nedeniyle hasta güvenliğinin sağlanmasında büyük öneme sahip oldukları yapılan araştırmalarla da ortaya

konulmuştur. Bu sebeple, sağlık hizmet sunumunda görev yapan bütün çalışanların; iletişime açık ve birlikte hasta odaklı çalışabilme becerisine sahip kişiler olmaları, ekip çalışması yaklaşımında ve aynı hedefe yönelik olarak çalışabilme isteği, ve bilincinde olmaları, bakımın devamlılığının sağlanmasında ve istenilen hasta çıktıların elde edilmesinde özellikle dikkat edilmesi gereken noktalardandır(Byers ve White 2004).

2-HASTANE ÇALIŞANLARI

2.1-Sağlık Sektöründe Ekip

Dünyada sanayi devrimi sonrası yaşanan ekonomideki büyük ve köklü değişimden sağlık hizmetleri de etkilenmiştir. Sanayi devrimini takip eden dönemde sağlık alanında, bilimsel gelişmelerin hızlanması, yargıların değişmesi, sağlık hizmetlerinde iş bölümü ve uzmanlaşmanın artması ülkelerin kendi sağlık sistemini kurması sonucunu getirmiştir. Bu gelişmelere paralel olarak, 19. yy sonlarından itibaren sağlık meslekleri uzmanlaşmaya, bilimselleşmeye, gelişmeye, güçlenmeye başlamıştır (Sur, H.2017). Ülkemizde ise son yıllardaki özelleştirme politikaları ile artan biçimde sağlık hizmetleri, temel sağlık hizmetleri sunumu ve finansmanı anlayışı yönünde sunulmaktadır. Temel sağlık hizmetleri anlayışı, bir sağlık profesyonelinin kişise bilgi birikimi ve mesleki becerisi yönünde verdiği kişisel hizmeti değil, daha geniş bir açıdan bakıldığında daha sistematik iş görme, ekip çalışması anlayışı yönünde sunulmasını gerektirmektedir (Özsoy vd., 2003). Dünya Sağlık Örgütü(WHO) de sağlık bakım sisteminin gelişmesi için ekip çalışmasını anlayışını öngörmüş ve değişik alanlardaki sağlık çalışanlarına iş bölümü içinde, disiplin içi ve disiplinler arası iletişim kurarak çalışmasını istemiştir. Bu nedenle “Sağlık bakım sisteminin kuruluşunu desteklemek ve gelişimini sağlamak için” farklı meslek çalışanlarının ekip olarak çalışması konusunda ikna edilmesinin gerekliliğine vurgu yapmışlardır (Tosun, Akbayrak, 2002).

Sağlık bakım sunumu, yapılan işlerin birçok mesleki alandan daha çoklu disiplinler olması, bu sebeple çok fazla karmaşık sorunla karşılaşılan, diğer hizmet alanlarına oranla sağlık hizmet çıktılarından beklentilerin çok daha yüksek tutulması gibi kendine has özellikleri barındırmaktadır. Ayrıca tıbbi bakım uygulama sürecinden geçerli sonuçlar alınabilmesi ve sektördeki değişimlere hızlı yanıt gösterilmesi anlamındaki hasta/müşteri talepleri dahil farklı özelliklere göstermektedir. Sektöre has

farklılıklar özellikle sağlık bakım hizmetleri sunumunda ekip tabanlı takım çalışmasını zorunlu kılmaktadır (Buchbinder, Thompson, 2008).

Hizmet sektörlerinde insan kaynağı olarak da farklı meslek gruplarından oluşan sağlık bakım hizmetleri uzmanlardan meydana gelmektedir. Yönetimsel açıdan sağlık hizmetlerinin bir diğer özelliği olan işlevsel bağlılık için ekip çalışması ön plandadır. Bu sebeple ekip içerisinde çalışanlar, işlevsel açıdan birbirlerinden farklı, bağımsız hareket edemez, hasta odaklı ortak paydada alınan kararlar uygulanarak çalışma odaklıdır. Zayıf halka teorisinde olduğu gibi içlerinde sistem ayrılması olan bir ögenin bile sağlık hizmetinin istenilen düzeyde verilmesine engel teşkil edeceği gibi, büyük aksaklıklara, ciddi problemlere neden olabilir. Sağlık hizmetlerinde mesleklerin gerektirdiği kişilere verilmiş görev ve sorumluluklar ayrıca yetkiler vardır. Herkes rolü gereği yapmak zorunda olduğu iş ve işlemlerden sorumludur (Clements vd., 2007).

Sağlık hizmetlerinde takım işlevi etkili bir ekip oluşturmak, normal standart bir ekip oluşturmadan çok farklı görülmez. Fakat sağlık bakım hizmetleri ekibi, tesadüfen birlikte çalışan sıradan bir gruptan çok daha fazlası olmalıdır. Sağlık hizmetlerinde ekip, hasta bireyler için doğru yaklaşımlar, teknolojik araçlar ve gelişmiş yöntemler kullanan multidisipliner hizmet sağlayıcıların birlikteliğini ifade eder.

2.1.1- Sağlık Sektöründe Ekip Türleri

Sağlık bakım sistemi içinde, hastaya gerekli bakım ve tedavi vermek için süreklilik sağlamak adına birbirleriyle etkileşim halinde işlevde bulunan bölüm içi ve bölümler arası olmak üzere iki temel grup sağlık ekibi işlevsel anlamda bulunmaktadır (Tosun, Akbayrak, 2002).

Bölümler Arası Çalışmada Ekip;

Bölümler arası çalışmada ekip, hastanın ihtiyaç duyduğu sağlık hizmeti sunumunun yerine getirilmesi sırasında gereken görevin içeriğine, özelliğine niteliğine, göre birçok sağlık profesyoneli gruplarından oluşturulan ekiplerdir. Hizmet alanındaki ortak problemlerin çözümü için, tecrübeli, iş bölümü yapmış fakat ekip içindeki her üyenin kendi donanımını kimseye bağlı olmadan kullanabilme özelliği göstermektedir. Bölümler arası ekipler diğer ekip üyeleri ile sürekli iletişim içinde olur

ve diğerk ekip üyelerinin işlevlerinden kaynaklı kısıtlamaları göz önünde bulundurarak hizmeti inceleyen ve çıktılara karşı ekip sorumluluğı ile yaklaşan kişiler topluluğudur(Tosun, Akbayrak, 2002). Ayrıca bölümler arası çalışan ekip kavram olarak sağlık profesyonellerinin verdikleri hizmetlerdeki fark edilmeyen açıklıları ve gereksiz tekrarları engellemek için doğal iş birliğı gereğini öngören bir yaklaşımdır.

Sağlık bakım hizmeti sunumunda bölümler arası çalışmada ekip, iş birliğine ihtiyaç duyulması, ekip çalışmasında liderlik, yönetim ve organizasyon anlamında ekip üyelerinin diğerk üyelerin de rollerini, becerilerini alana aktarmaları için zorunluluktur. Bölümler arası iş birliğı ile ekip üyelerinin sağlık kuruluşlarının temel amacı olan hastalara sunulan bakım hizmetinin istenilen nitelikte ve hızda verilmesi ve bu hizmetin sürekliliğı için yapılanma sağlanmış olacaktır (Webster 2002).

Bölümler İçi Çalışmada Ekip;

Bölümler İçi Çalışmada Ekip, bölümler arası ekiplerden farklı olarak her biri belli branşlarda yeterlilik kazanmış alanında uzmanlaşmış aynı meslekteki üyelerden oluşmuştur. Bölümler içi ekip çalışmasında bazen tek bir ekip içinde farklı alanlarda uzmanlaşmış birden fazla ekipler de bulunabilir (Tosun, Akbayrak, 2002). Bölümler içi ekip çalışmasında, ekip içi tutarlılık, ekibin devamlı olarak eğitimi ve uzman kaynakların verimli ve etkin kullanımı gerekliliktir. Bunun yanı sıra Bölümler içi ekip çalışmasının hedefi, bir tedavi planının geliştirmek ve bu plana tüm ekip üyeleri tarafından bağlılıkla yerine getirilen bütüncül olarak değerlendirilmesini sağlamaktır (Webster 2002).

2.1.2-Sağlık Ekibinin Anlamı ve Önemi

Hastalık durumunda benzer amaçla ve/veya önceden belirlenen ortak hedefler doğrultusunda farklı rollerdeki belirli görev ve sorumluluklarını, yetkileri kapsamında sağlık meslek elemanlarının planlı, koordineli ve iş birliğı içinde toplumu oluşturan insanlara doğrudan doğruya veya dolaylı olarak, etkin, verimli ve kaliteli hizmet sunumunun sağlanmasına “sağlık hizmeti” denir (Yaşar, 2002).

Sağlık bakım sisteminde yer alan kurum ve kuruluşlardaki sağlık bakım hizmetinin kalitesi, eğitilmiş ve donanımlı insan gücüne bağlıdır. Sağlık kurumlarında ekip anlayışının yerleştirilmesi personel yönetiminin önemli bir özelliğidir. Sağlık

ekibi sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan ortak amaçları hasta bire odağında en kapsamlı, en doğru, en kaliteli sağlık hizmeti vermek amacıyla oluşturulmuş, deneyimlerin ve tecrübelerin sürekli paylaşıldığı, ortak kararlar doğrultusunda hareket edilen ve ortak uygulamaların ekip anlayışı ile uygulandığı bir birlikteliktir şeklinde tanımlanabilmektedir(Erdem, Bayraktar, 2004).

Sağlık bakım hizmeti ekibindeki her profesyonel, sorumluluk duygusu içinde olan, insana/hastaya saygı gösteren, mesleğini severek ve isteyerek çalışan, insan haklarına saygılı, hastasına ve hasta haklarına sahip çıkan bir birey olarak ve meslek yesi olarak yüksek düzeyde sağlık hizmeti verme azmi içinde olan kişidir.

Ekip alışması, sağlık kurumuna başvuran bireyin, tıbbi ve insani ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla sağlık bakım kurumunun farklı bölümlerinin anyı ekseninde uyumlu ve etkin çalışmasını sağlamakla beraber tıbbi bakım almak için hastanın yaşadığı tedavi sürecinin insancillaşmasında da büyük bir rol oynayarak kaliteli, doğru ve hasta için en iyi olacak sağlık hizmetine temel oluşturmaktadır. Jones 2006 yılında şizofreni hastaları ile yaptığı çalışmada da ekip çalışmasının psikiyatride bakım kalitesinin arttığı, ekonomik maliyetin azaldığı ayrıca hastaların da hastanede kalış sürelerinin azaldığı sonucu çıkmıştır (Jones, 2006). Sağlık hizmetlerinin çok yönlülüğü ve çeşitliliği ayrıca sağlık hizmetlerinde disiplinler arası bir iş birliği gerekliliği de ekip ve ekipler çalışmasını gerekli kılmaktadır.

2.2-Hastane alışanları ve Hasta Güvenliği

2.2.1-Doktorlar ve Hasta Güvenliği

Hasta güvenliğindeki ilk amaç sağlık hizmeti sunulurken hataları engellemek ve hastayı olabilecek her türlü zarardan korumaktır. Sağlık hizmeti verilirken tedavinin sonucunu etkileyen olumsuz olaylar hasta güvenliği için risk oluşturur. Tıp biliminin ilk öğretisi olan Galenos'un ünlü sözü “nce zarar verme” ilkesidir. Sağlık bakım hizmeti sunulurken hastaların ve sağlık çalışanlarının güvenliği ilk planda olmalıdır (Sur H.Pateki T.,2013).

Hata oluşturabilecek durumları önceden belirlemek ve yapılan hataları düzeltmek için hasta, hasta yakını ve sağlık çalışanlarına güvenli bir ortam oluşturmak gereklidir. Bu nedenle hata olasılığı yüksek uygulamalar belirlenerek çözüm

üretilebilecek bir ortam oluşturulmalıdır. Yapılan hataların çekinmeden açıklanabileceği bir ortam oluşturulmalıdır (Akalin,2013).

Farklı meslek gruplarının birarada çalıştığı yerler olan ameliyathaneler hasta güvenliğinin en önemli olduğu alanlardandır. Ameliyathanedeki hasta güvenliği uygulamaları hastanın yararına olan uygulamaları arttırmayı ve hataları en aza indirmeyi hedefler (Canbolat, 2011).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından hazırlanan raporda gelişmiş ülkelerde tedavi gören her on hastadan bir hastanın zarar gördüğü bildirilmiştir. Her 100 yatan hastanın 14'ünde hastane enfeksiyonu gelişmekte ve yarısını önlenebilir olan hastane enfeksiyonları oluşturmaktadır.

Ameliyathane en karmaşık ve maliyeti en yüksek sağlık hizmetleri arasında yer almaktadır. Cerrahi işlemler sırasında sakatlık ve ölümle sonuçlanabilecek önlenebilir hataların olduğu bilinmektedir. Ameliyathanedeki başarının ve hasta güvenliğinin temeli ekip çalışması ve iletişimdir. Sağlık ekibi ile yapılan bir araştırmada sağlık ekibinin en çok ekip çalışmasına duyarlı olduğu görülmüştür (Adıgüzel, 2010).

Hasta ve Çalışan güvenliği için ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından Sağlıkta Kalite Standartları-Hastane (Versiyon-5) kılavuzu 01.07.2015 tarihinde yayınlanmıştır. Kılavuz her tür sağlık hizmeti veren kurum ve kuruluşlarda kullanıma uygun hale getirilmiştir. Buna göre hastanelerin ameliyathane bölümlerinde en az üç tür farklı alan belirlenerek korunmalıdır. Bu alanlar,

1-Steril Kırmızı Alan: Ameliyathanelerin gerçekleştirildiği salonlar ve beraberinde cerrahi el yıkama ünitelerinin bulunduğu bölümler steril alana dahildir.

2-Temiz Yarı Steril SarıAlan: Terlik değiştirme, ameliyathane salonuna giden koridorlar, maske ve bone takma ve personel dinlenme alanlarının bulunduğu steril olmayan alanla steril alanlar arasında kalan bölümdür.

3-Steril Olmayan Kirli Yeşil Alan: Sedye transferlerinin yapıldığı, personelin üstünü değiştirdiği soyunma odaları ve bekleme salonlarını içeren bölümlerdir (Sağlıkta Kalite Standartları: Hastane, Versiyon-5; Revizyon-01).

Yine “Sağlıkta Kalite Standartları” klavuzuna göre hasta güvenliği kapsamında fiziksel olarak havalandırma, sıcaklık, ısı. Nem, aydınlatma için belirlenmiş ölçütler yer almaktadır. Örneğin Ameliyat salonunun standart ısısı 20-23 °C nem oranı yaklaşık %30-%60 arasında olmalıdır (Sağlıkta Kalite Standartları: Hastane, Versiyon-5; Revizyon-01).

Steril alanlar için özel teknolojik tasarlanmış HEPA filtresi kullanımı enfeksiyon riskini en aza indirmek için bulunmalıdır. Pozitif basınçlı hava akımı bu özel filtreleme sayesinde saatte yaklaşık onbeş kez havayı değiştiren bir sisteme sahip olmaktadır (Eti Aslan F., 2011).

Aneztezi cihazının gaz basınç seviyeleri kontrol edilmelidir. Elektriğin kesintisiz kullanımı sağlanmalıdır (Eti Aslan, 2011).

Ameliyatla ilgili bütün kayıtlar tedavinin güvenilirliği ve sürdürülebilirliği açısından eksiksiz olarak tutulmalı ve ameliyatta tanı amaçlı alınan doku materyali hastanın adı, soyadı, yaşı, cinsiyeti, materyalin alındığı bölge, alınış şekli ve tarih kullanılarak eksiksiz bir şekilde etiketlenmelidir (Eti Aslan, 2011).

Acil Servisler

Acil hal, ani gelişen hastalık, kaza, yaralanma vb. durumlarda zaman kaybetmeden bir an önce müdahale edilmesi gereken durum olarak tanımlanmaktadır (Kuğuoğlu ve Selimen, 2004).

Acil servis hizmetleri “Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğinde” tanımlanmıştır. Tebliğe göre acil servis hizmetleri; beklenmeyen durumlarda oluşan,

1-Ani gelişen hastalık,

2-Kaza, yaralanma,

2- Kronik bir hastalığın akut atağı vb.

Sağlık problemlerinde, komplikasyonlardan, sakat kalmaktan ve hasta kaybından korunmak için hastanın, acil servis biriminde çalışan sağlık

perofesyonelleri tarafından tıbbi yardım ve araç gereç desteği ile değerlendirilmesinin yapılması, teşhisinin konulması, yaşamsal tehlikesini ortadan kaldırılması amacıyla tıbbi amaçlı müdahale ve tedavisinin yapıldığı yer, şeklindedir (Resmi gazete,30338sayı(2018).

Hayati tehlike yaratan durumların 24 saat esaslı kesintisiz bir hizmet veren medikalizasyon öncesi acil tıbbi müdahale, kaliteli ve hedefe yönelik olarak tedavi sağlamayı ve erken müdahaleyi amaçlamaktadır. Örneğin kalp ve solunum durması, (MI) kalp krizi, kafa travması, solunum yetmezliği, boğulmalar, zehirlenmeler, nörolojik olaylar gibi acil durumlar derhal müdahalesi gereken durumları kapsayan hayati önemi olan sağlık hizmetleridir (Krüger ve ark., 2011).

Yapılan bir çalışmada, acil servis ünitelerinde yapılan hataların büyük kesiminin hemşireler ve asistan olan doktorlar tarafından yapıldığı gözlemlenmiştir (Cebeci, 2010). Başka bir araştırmanın verilerinde ise, yüksek bir oranla acil servis birimlerinde en çok ilaç hatalarının ve uygulama hatalarının yapıldığı tespit edilmiştir (Pham ve ark., 2011).

Sağlık hizmet sunumunda hastanelerin diğer servislerine göre aciller servisler en hızlı çalışılan, en yoğun, bilinmezliği yüksek vakaların görüldüğü en karmaşık yerler olarak görülmektedirler. Bu ortam acil servis çalışanları üzerinde yüksek stres düzeyi oluşturmaktadır. Acil müdahale servisinin amacı, özetle hayat kurtarmaktır. Acil servislerde hastaların acil müdahalelere duyduğu gereksinimleri yerine getirmek, hastanın durumunu tıbbi açıdan değerlendirmek, tedavisini sağlamaktır. Acil servis biriminin hastaları, birbirinden farklı yaş gruplarından, farklı cinsiyetten, farklı ekonomik düzeylerden gelen karmaşık ve tanı konmamış bireylerdir. Gerekli acil bakımın planlanması ve uygulanması açısından çok nitelikli, karmaşık ve çok disiplinlidir. Bu faktörler tıbbi hata riskini arttırmaktadır. Hızlı temposu ve hasta yoğunluğu nedeniyle acil servislerin tıbbi hatalar yapılması için risk oluşturduğu literatürde pek çok çalışmada belirtilmektedir. (Allegranzi ve diğ. 2018).

Acil servis biriminde yanlış yapılan uygulama ve bağlı gelişen komplikasyonlar ciddi derecede problemlerdir. Önlenebilirlik oranı açısından bakıldığında acil servisler yeni doğan, genel yoğun bakımlara, ameliyathanelere vb.

birimlere kıyasla anlamlı olabilecek seviyede yüksektir (Bilik 2015; Rigobello ve diğ.2017;Durgun, Kaya 2018).

Yoğun bakım

Karmaşık olarak nitelendirilebilecek ilaçların, hesaplanması zor ilaç dozlarının uygulanması gerekliliği yoğun bakım üniteleri, ameliyathaneler, acil servis üniteleri gibi birimlerde tıbbi hataların özellikle ilaç hatalarının görülme olasılığı daha da artmaktadır. Tehlikeli boyutuyla hastaların ölümüyle sonuçlanabilen ilaç hatalarının %40'ından fazlası doz yanlışı, %16 civarında ilaç yanlışı ve % 10 'nunda ise verilmiş yolu yanlışı olduğu bildirilmektedir. İletişimin sözel ve yazılı anlamda ilk sırada yer aldığı bu hataların nedenlerinde ayrıca hastanın isim benzerliği, ilaçların okunuş benzerliği, etiketleme hatası, görünüş benzerliği gibi özellikler yoğun bakımlarda sıklıkla kullanılan sözel direktiflerle ilişkili olarak hatalara meydan verebilmektedir. Bir diğer önemli sebep ise bilgi eksikliğidir (Phillips ve ark 2001).

Yoğun bakımlar kuruluş amacı olarak temel olarak; durumu ağır ve kritik olan hastalara hizmet veren dolayısıyla gelişmiş yüksek teknoloji ve giderek pahalılaşan donanımlı bir alt yapı gerektirmektedirler. Bu teknolojik ve teknik donanımlı yapı, gerekli eğitimi almış teknik donanımı kullanmayı bilen insan gücünü beraberinde istemektedir. Hastaları tedavi edebilecek düzeyde bilgi ve deneyime mutlaka sahip ve aralıksız 24 saat esasıyla görev yapan bir ekip çok önemli üç bileşen vardır. Bu kritik bileşenler ekip üyeleri için saygı, bilimsel yetkinlik ve yüksek beceriye dayanan devamlılık arzeden bir ilişki içerisinde olmaları hasta güvenliği bakımından oldukça önemlidir (Telci, 2002).

Yoğun bakım birimleri çoklu disiplinli teknolojik yöntemler, tanılama ve karmaşık tedavi tekniklerini birleştiren kritik seviyede hastalar için morbiditeyi ve mortaliteyi azaltmak amacıyla hayati olan işlevlerin sürdürülmesini sağlayan yerlerdir (Carvalho ve ark., 2017; Mercadante ve ark., 2018). Yoğun bakımlarda çalışanlarda çok çeşitli uzmanlıklardan oluşan ekibin üyeleri; doktor, hemşire, anestezi doktor ve teknikerleri, sosyal hizmet uzmanları, diyetisyenler, konsültasyon hekimleri ve fizyoterapistler gibi alanında yetenekleri içerecek biçimde genişlemektedir (Despins, 2009).

Yoğun bakım ortamlarında, hasta güvenliği etkinliğini artırmanın en etkili yollarından birisi de ekip içi üyeleri arasında takım olarak iş birliğinin ve kişiler arası iletişimin kuvvetli olması, zor, güçlü kararlar alabilmeye, tedavide alternatiflerin belirlenmesine veya hataları henüz gerçekleşmeden yakalamayı kolaylaştırmaktır (American Association of Critical Care Nurses, 2005; Despina, 2009).

Dünya çapında 205 yoğun bakım ünitesinde gerçekleştirilen çok büyük bir çalışmada Valentin ve arkadaşları sentinel görülen olayları gözlem yaparak analiz etmişlerdir. Bu çalışma kapsamında, hastaların 136' sında ilaç tedavisi ve uygulaması ile ilgili çok sayıda tıbbi hata oluşmuş, hastaların 158'in de dren ve kateterlerin damar yollarının uygunsuz bir şekilde ayrılması, sıvı sızması, tıkanması yine hastaların 112'sinde arızalı ekipman durumu, 47'sinde geçici suni hava yolunun kesilmesi ve 17'sinde ise cihaz alarmlarının bilinçsiz ve uygunsuz kapatılması şeklinde vücut bulan tıbbi hatalar gözlemlenmiştir (Moreno ve ark., 2009).

Hastane servislerine kıyasla yoğun bakım olarak düzenlenmiş üniteler yüksek hasta izlemi yapılan bir ortam ve daha fazla sayıda insan gücü barındırmasından dolayı teorikte hastanelerin en güvenilir, kontrol altında yerleri olması gerekmektedir. Bununla beraber, uygulanan bakımın aşırı karmaşıklığı, yapılan müdahale sayısı ve hastaların kritik tıbbi durumları nedenleriyle oluşma ihtimali artan advers olaylar açısından çok yüksek riskli alan kategorisine girmektedir (Pagnamenta ve ark., 2012).

Yoğun bakım ünitelerinde sağlık profesyonelleri açısından sıklıkla yapılan tıbbi hatalar arasında tanı hataları, iletişim hataları, ilaç hataları, yanlış karar vermeye bağlı hatalar başlıca sayılabilmektedir. Sistem açısından hatalar, yönetsel hatalar ve uzun çalışma saatleri, yorgunluk ve eksik ekip hataları vardır. Hataların önlenmesi ve azaltılması açısından; Problem çıkaran alanların tanımlanması, Tedavi için geliştirilmiş süreçlerinin optimize edilmesi, Risk faktörlerinin saptanması ve elimine edilmesi, Hataların azaltılmasının yönetsel olarak sağlanması, başlıkları altında çok çeşitli stratejiler geliştirilmiştir (Karabıyık, 2012).

2.2.2-Hemşireler ve Hasta Güvenliği

Hemşirelik iş ve mesleki anlamda bireylerin uğradığı ya da uğrayabilecekleri sağlık problemlerini gidermede, çözüme kavuşturmada bilgili ve becerikli bir sağlık profesyonelinin desteğine gereksinim duyması nedeniyle ortaya çıkmıştır. İnsanoğlunun dünyaya gözlerini açısından itibaren hem hastalık halinde hem de sağlıklı halinde yaşamının son anına varıncaya kadar anlamaya odaklanmış bir meslek olarak hemşirelik mesleği gösterilmektedir. Mesleğin temellerinin atılması ilk hemşire olarak kabul edilen Florence Nightingale'e kadar dayanmaktadır (Akman Balçık, 2010, 19).

Florence Nightingale Hemşirelik mesleğinin temel hedefini “doğanın iyileştirmesini beklemek için hastayı en uygun olan ortama koymaktır” şeklinde açıklamaktadır. Ülkemizde mesleğin yılmaz savunucusu çok uzun yıllardır faaliyet göstermekte olan Türk Hemşireler Derneğidir (THD). THD Hemşirelik, mesleğini tanımlarken, “Bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını ve esenliğini koruma, geliştirme ve hastalık halinde iyileştirme maksadına yönelik olarak hemşirelik hizmetlerinin planlanmasından, değerlendirilmesine kadar sorumlu olan bilim ve sanattan oluşan bir disiplindir” şeklinde açıklamaktadır(Duramaz, 2016, 20).

Sağlık sektörü hizmet sunumunda hemşirelerin yükümlükleri oldukça fazla ve her geçen gün artmakta ve karmaşıklaşmaktadır. Hemşire: kişisel olarak düşüncesini hemşirelik mesleğine uyarlayarak, mesleki uzmanlaşma sayesinde edindiği bilgi, beceri etik ve ahlak kuralları bağlılığında insan hakları ve insan sevgisine duyduğu yüce inancı meydana çıkartmak için çalışan kişidir (Türkinaz ve Aştı, 2000, 23).

Hasta güvenliği bakımından hemşirelik meslek grubu olarak çalışanlar hem bakım aşamasında hem de tedavi aşamasında hastaların en yakın temasındadırlar. Sağlık profesyonellerinin diğer üyelerine kıyasla hemşireler, yükümlülükleri açısından çok geniş bir yelpazede olması ve hasta ile sıklıkla sürekli aynı ortamda hizmet vermesi sebebiyle daha fazla tıbbi hata olasılığı ile yüz yüze kalmaktadırlar. Hasta ile olan yakın çalışma yapmaları, bakım ve tedavi uygulamaları için bir arada bulunmalarından doğan hasta güvenliğinin sağlanmasında çok önemli ve geçerli bir pozisyonları vardır (Rızalar vd. 2015, 10).

Hemşire, mesaisinin çok büyük çoğunluğunu hasta ile bir arada geçirdiği için, ilaç temini ve uygulama sürecinin içerisinde ve en yakından gözlemlemekle görevli bir meslek üyesidir. Bu sebeple İlaç uygulamaları sürecinden çoğunlukla hemşireler sorumludur. Yapılan pek çok çalışma ortaya koymuştur ki, ağır iş yükü ve hemşire sayısındaki yetersizlikler özellikle ilaç hatalarının artmasında etkilidir. Örneğin, nöbet sisteminde, günde 12 saatin üzerinde çalışmalarda ilaç hatası yapma oranları 3 kat daha artmaktadır(Rogers ve ark 2004).

Tıbbi hatalar içerisinde hemşirelik mesleği bakımından İlaç hataları ilk sırada gelen önemli bir hasta güvenliği problemi. Bu sorun sadece hemşireleri değil onunla birlikte diğer pek çok sağlık çalışanlarını ilgilendirmektedir. Hemşirelerin diğer sağlık profesyonellerinden daha fazla ilaç hatası yapmalarının sebebi mesaidaki zamanlarının neredeyse yarısını (%40'ını) ilaç uygulamaları yapmakla geçirmelerinden kaynaklanmaktadır (Armitage ve Knapman 2003).

Bir sağlık hizmeti kurumunda çalışan iş gören olarak hemşire meslek grubunun sağlıkta niteliğin artırılması açısından hastaların güvenliğinin sağlanmasında önemli yer teşkil etmektedirler. Bu sebeple hasta güvenliği kavramı konusundaki algılamaları, güvenlik işlemlerini yürütmeleri ve geliştirmelerinin hasta güvenliği kültürü için bilinci yatmaktadır (Rızalar vd. 2015, 10).

Günümüzde dünya çapında yaşanmakta olan hemşire açığı sağlık bakım hizmetlerinde kalite açısından hasta güvenliğinde çok ciddi bir tehlikeye işaret etmektedir(Baumann ve Blythe 2003).

Hemşirelerin hasta güvenliği alanındaki sorumlulukları Uluslararası Hemşireler Birliği, (ICN) tarafından belirlenmiştir. Bu sorumlulukları şu şekilde sıralanmaktadır:

- 1- Hasta ve hasta yakınlarının olası risklerin neler olduğu konusunda bilgilendirilmeleri,
- 2- İstenmeden yaşanan olayların ivedilikle ilgili olan makamlara bildirilmesi, rapor edilmesi,
- 3- Bakım hizmeti sunumunda güvenliğin ve hizmet kalitesinin uygulanması ve değerlendirilmesi konularında aktif olarak rol alınması,

- 4- Hasta, hasta yakınları, bakım personeli ve diğer sağlık profesyonelleri ile güçlü bir iletişime girilmesi,
- 5- İstihdamın gerekli ve yeterli düzeyde sağlanması için lobi faaliyetleri yürütülmesi,
- 6- Hasta güvenliği açısından önlemlerin artırılmasının desteklenmesi,
- 7- Enfeksiyonla mücadelede kapsamlı ve disiplinli programların teşviki,
- 8- Tedavi için politika ve protokollerin standartlaştırılması ve tıbbi hataları azaltmaya yönelik olarak lobicilik için faaliyetler yürütülmesi (ICN 2006).

Hemşireler de doktorlar gibi hatalı uygulama yaptıklarında hukuki olarak yaptırımlarla karşılaşmaktadırlar. Hemşirelerin en çok karşılaştıkları hatalı uygulamalar ve hukuki süreçleri Ertem ve arkadaşları şu şekilde sıralamaktadırlar:

- 1-Kullanılan ekipmanın hatalı ve/veya uygun olmamasından kaynaklanan yanlışlıklar,
- 2-Hasta bedeninde yabancı bir cisim unutulması,
- 3- İletişimsizlik kaynaklı hatalar,
- 4- Yetersiz izlem, yetersiz gözlemden dolayı hastanın yanlış değerlendirilmesi kaynaklı yanlışlıklar,
- 5-Hastanın kontrol altında düşmesi,
- 6- Tıbbi protokolleri izlememekten ve/veya uymaktan kaçınmaya bağlı gelişen hatalar,
- 7-Kayıt tutma konusunda imtina etmemekten kaynaklı yanlışlıklar,
- 9- Hastanın kontrol altında korunması ve güvenliği konusunda yetersiz uygulamalardan kaynaklanan hatalar (Ertem vd., 2009, 3).

Hekimlerin order ve taleplerini yerine getirmek konusunda hemşirelerin dikkate almaları gereken hemşirelik yasası olmalıdır. Ülkemizde bir hemşirenin görevi

olan uygulamalar, mesleki olarak verilen yetkiler ve hekim direktiflerine uymaları konuları yürürlükteki “Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği’nin 132. Maddesinde” açıkça ve fiili olarak belirtilmektedir (Akman, 2010, 52).

Hemşirelerin hukuki anlamda zorlukla karşı karşıya kalabilecekleri durumları Abaan şu şekilde sıralamaktadır:

- 1- Hemşirelerin yasadışı olarak ilaç vermesi,
 - 2- Hemşirelerin hekimin bilgisi dışında kendi kafasına göre ilaç vermesi,
 - 3- İlacın görüntüsü ve okunuşuna dikkat etmeyerek yanlış ilaç vermesi,
 - 4- İlaç dozunu yanlış hesaplayarak vermesi,
 - 5- İlacın kutusunun ve/veya kullanım kılavuzunun üzerinde yazan bilgiler okumaması, dikkat etmemesi,
 - 6- İlacın uygulama saati gelmesine rağmen uygulamayı/vermeyi unutması.
- Bu durumlar hemşirenin kendi şahsından kaynaklanan yanlışlıklardır. Bu durum hukuki olarak suç sayılacağından yaptırımla karşılaşmasına sebep olacaktır (Abaan, 1997, 7).

Hemşirelerin ilaç uygulamaları içinde üzerinde önemle durması gereken bir konuda kan vermeyle (transfüzyon) ve almayla ilgili olan işlemlerdir. Öncelikli olarak ilaç ve kan uygulamalarında hasta güvenliği açısından hastanın kimlik tanımlaması önemlidir. Hasta güvenliği sağlamada bir diğer önemli boyut ise düşmelerdir. Dört yapraklı yonca figürü gibi hemşirelik protokolleri uygulamaları “düşme riski olan hasta”yı ifade eder. Tıbbi protokoller düşme sebebiyle hasta yaralanmalarının önüne geçilmesi için oluşturulmuşlardır. Cerrahi sahalarda tıbbi hataların önlenmesi amacıyla da kimlik tanımlanması ve tıbbi protokollerin uygulanması ile hasta güvenliği konusu hedeflerine ulaşacak şekilde uygulamaların yapılması gerekmektedir (Türk, 2015, 15).

Sağlık hizmetlerinde kaliteli hizmet sunmak öncelikle hastalara zarar vermemek adına, hasta güvenliği kültürü çalışmaları geliştirilmelidir. Kültürün tabana yayılması her düzeyde standartlaşması için gerek devlet kurumları gerek özel çalışan kurumlar, gerekse STK lar gibi toplumsal kurumlar üzerlerine düşen sorumlulukla hasta güvenliğini görevleri olarak yerine getirmelidir. Toplumun hasta güvenliği konusunda

bilinci ve farkındalığı artırılmalı, konuşulabilecek yaygın platformlar oluşturulmalıdır(Türk, 2015, 16).

Kanadalı Hemşireler Birliği (CNA: Canada Nurses Association) hasta güvenliğini geliştirme adına ve hataları azaltma çabalarına destek için devletler, Sivil Toplum Kuruluşları, İşveren Toplulukları, Diğer Sağlık Profesyonelleri ve Hemşireler için tavsiye niteliğinde işbirlikçi bir yaklaşım önermektedir. Hastanelerde 24 saat esasına göre sağlık bakımı veren, hemşireler, hataları azaltma ve hasta güvenliği uygulama ve standartlaştırma çalışmaları için son derece ideal olan meslek üyeleridir. Kanadalı Hemşireler Birliği hasta güvenliği kültürü konusunda ve en iyi hemşirelik protokollerinin araştırılması açısından bilgi toplamanın değerli ve kritik seviyede önemli bulmaktadır.

Sağlık profesyonelleri çalışanları ortamlardan, içinde bulundukları riskli çevrelerden ve çalışma konusunun insan olmasından dolayı çok farklı sağlık riskleri ile karşı karşıya kalmaktadırlar. Hemşirelerin işi öncelikle hastalara bakım vermektir. Bu işin gereğini yerine getirirken oluşan yoğun iş yükü, temasa bağlı bulaşıcı hastalık, vardiya/nöbet sistemli bir çalışma, ayakta kalma sürelerinde uzunluk, aşırı yorgunluk, ileri teknolojiyle birlikte çalışma çabaları, malzeme ve araç gereç noksanlığı, hastane enfeksiyonu riski, yetersiz ve acemi personel, kişiler arası ilişkilerde problemler, ani hastalık ve ölüm gibi kriz olarak adlandırılabilen durumlarla sıklıkla karşılaşmaktadırlar (Sezgin, 2007, 15).

Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO: International Labour Organization)'nın yoğun çalışma, aşırı olan yorgunluk içeren hemşirelerin çalışmaları özen ve dikkat gerektirmesi sebebi ile öngördüğü çalışma süresi 1 günde 8 saat olmalıdır(Sezgin, 2007, 15-17).

Literatürde yapılan pek çok çalışma kaliteli, verimli ve güvenli sağlık hizmeti sunulması için önceliğin kaliteli, teknolojik, sistematik ve güvenli bir çalışma ortamı olduğunu destekler niteliktedir.

2.2.3-Eczane ve Hasta Güvenliği

Tıbbi hataların pek çok sayıda hasta olan ve sağlık bulmak için başvuran kişi için ciddi zarar ve hatta ölüm sebebi olduğunu (IOM)Tıp Enstitüsü(IOM) yayınlamış olduğu bir raporda, bildirilmiştir. Hem son derece yaygın ve ciddi zarar vererek oluşan tıbbi yanlışlıklar, yaklaşık bir milyon kişiyi yaralamakta ve bir yılda 44 000 ölümlü vakaya neden olmaktadır. Bu 44.000 lml vakadan yaklaşık 7.000’ni tıbbi hataların ana kategorisi olan ilaç hataları sebebi ile oluştuğu bildirilmektedir (Odukoya ve ark., 2014).

Dünya Sağlık rgt (DSÖ)“ilaç” tanımını “Fizyolojik sistemleri veya patolojik durumları kullanan insanın faydası için değiştirmek veya incelemek için kullanılan ve kullanılması öngörülen bir madde veya üründür” şeklinde yapmaktadır. İlaç hatası, başlangıç noktasından itibaren yani ilacın sipariş edilmesi, istemi yapılmasından başlayan hastaya verilmesi ile devam eden sürecinde meydana gelen, yaralanma veya herhangi bir zarar oluşup oluşmadığına bakılmaksızın önlenebilir olarak görülen bir olay şeklinde tanımlanmaktadır (American Academy of Pediatrics, 2003). Meydana gelen tıbbi yanlışların yaklaşık üçte birini meydana getiren ilaç hataları sonuç olarak mortalite morbidite oranlarının, yükselmesinde hastanede hastanın kalış sresinin uzamasında ve ekonomik anlamda da yüksek tıbbi masraflar şeklinde olumsuz sonuçlara yol açtığı bildirilmektedir (Abdel-Latif, 2016).

Amerika’daki İlaç Hatalarını Raporlama ve nleme Koordinasyon Kurulu (National Coordinating Council Medication Error Reporting and Prevention- NCC MERP) tarafından İlaç Hataları “Hastanın veya sağlık çalışanının kontrolü altında olmasına rağmen, ilacı kullananın ilaçtan zarar görmesine ya da uygun olmayan bir biçimde ilacı kullanmasına sebep olan önlenebilir durumdur” şeklinde açıklanmaktadır. (Assiri ve ark, 2018; F, s:42)

İlaç hataları genellikle hemşirelerden kaynaklandığı düşünülen ancak daha çok eczacı, hekim veya kurumların sistemsel hatalarından kaynaklanan çok boyutlu, çok kapsamlı ve çok disiplinli bir sorundur (Aşti ve Acaroğlu, 2000). İlaç hatası kapsayan olaylar, belirleme aşaması, satın alma aşaması, depolama aşaması, sipariş etme aşaması, hazırlama aşaması, dağıtma ve uygulama aşamaları veya izleme aşaması gibi

ilaç kullanılmaya başlanacağı sürecin herhangi bir adımından kaynaklanıyor olabilir (Mark ve ark., 2011).

Amerika’da yapılan bir çalışmada İlaç hatalarının yaklaşık % 34-56’sının önlenebilen hataları içermekte olduğu ayrıca yazılmış reçetelerin %0 3-1,9 ‘nda tespit edilmiş olan reçete hatalarının eczacılar tarafından ortaya çıkartılarak hata oluşumunun engellendiği bildirilmiştir. İlaç hataları sadece hemşireler tarafından değil eczane çalışanları tarafından da saptanabilir ve önlem alınabilir (Mark ve ark., 2011).

İlaçların kurumda satın alma talebi oluşturulması ile uygulamadan sonraki takip şemaları incelendiğinde, üretiminden başlayarak tatbiki sonrası takiplerine değin devam etmekte olan ilaç yolculuğunun her aşamasındaki çok küçük olan ihmalde bile hasta güvenliği konusunda olumsuz sonuçlara kolaylıkla neden olabilmektedir. Örnek olarak hekimin hastası için reçete ettiği ilacın eczacı tarafından soğuk zincir düzeneği içinde beklemesi gerekirken hatalı bir şekilde oda ısısında muhafaza edilmesi veya hemşirenin satın alma istem formunda ilacın dozunu, kullanım şeklini yanlış olarak yazması gibi durumlar gösterilebilir. Görüldüğü gibi hastanın kullanımı ile birlikte istenmeyen pek çok olay ile yüz yüze kalınabilmektedir (Sağlık Bakanlığı İlaç Güvenliği Rehberi, 2015).

İlaç hatalarına meydan verebilecek potansiyel sistemlerin olarak ve önem seviyesi kritik olacak seviyede değerlendirilmesi çok önemlidir. İlaç hatalarının önleme kapasitesini üst düzede uygulamak için, yanlışların ciddiyetini algılamak ve zemin hazırlayan faktörlerin neler olduğunu düzgün bir şekilde ölçmek, ölçümleri raporlamak ve sınıflandırmak sürecini standart bir yola sokmak önemlidir. İlaç hatalarının ciddiyeti dünyada pek çok ülkede “İlaç Hata Raporlama ve Önleme Koordinasyon Kurulu” denetiminde belirlenmektedir. “ABD Farmakopesi”, “United States Pharmacopoeia” ve “Medmarx” gibi kuruluşlar sayesinde hastanelerde ve sbütün ağılık kurumlarında oluşabilen ilaç yanlışlarını internet erişimli olarak sistematik bir yöntemle toplamak, verileri analiz etmek, incelemek ve raporlamak için oluşturulmuş bir sistemdir (Weant ve ark., 2014; Yelkin Alp, 2011).

Ülkemizde güvenli ilaç kullanımı ile ilgili çalışmalar 1985 yılında Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü tarafından başlatılmıştır. “Kalite Kontrol

Daire Başkanlığı” bünyesinde kurulan (TADMER)” “Türk İlaç Advers Etkilerini İzleme ve Değerlendirme merkezi” bu konuda sistematik çalışmaya geçilmesi bakımından önemlidir. Sonraki yıllarda TADMER’in sorumluluk alanı ve işlevselliği arttırılarak daha kapsamlı ve daha aktif hale getirilerek “Türkiye Farmakovijilans Merkezi (TÜFAM)” olarak değiştirilmiştir (Farmakovijilan Derneği, 2019).

T.C. Sağlık Bakanlığı, 2015 verilerine göre; Ülkemizdeki raporlanan ilaç olayları %50 ile birinci sırada doktor istemi, %29 ile uygulama, %10 ile doğum, %6 ile belirlenememiş, %4 ile eczane kaynaklı ve %2 ile uygulama sonrası oluşan hatalar olarak belirlenmiştir.

Tüm sağlık hizmetlerinin sunumunda oluşan hataların sağlık profesyonelleri tarafından raporlanmak suretiyle belirtilmesi ve bu tıbbi hatalara karşı öncesinde önlem alınabilmesi için raporlama sisteminin fiili olarak, aktif ve agresif şekilde kullanılması gerekliliktir. Çalışanların tıbbi hatayı rapor etmesi durumunda kurumda dışlanmışlık yaşayacağı, ceza alacağı veya da kötü durumlarla karşı karşıya kalacaklarını düşünmelerinin yerine sistemin etkili, uygun ve sorunsuz bir şekilde yol alması için tüm çalışanlarca yüksek gayret gösterilmesi gerekliliktir. İlaç hatalarının atlanmadan, doğru bir prosedürle raporlanması, bu hataların önüne geçilebilmesi ile bağlantılıdır (Mayo ve Duncan, 2004; Yöntem, 2016).

İlaç hatalarına engel olmak, önlemek için pek çok algoritma ve güvenlik kontrolleri geliştirilmiştir. Bunlardan en çok kullanılanı Weant ve arkadaşları (2014) tarafından geliştirilen 5D (beş doğru) sistemidir.

Bunlar;

1-D=Doğru hasta: Hastanın doğru kimliklendirilmesi.

2-D= Doğru İlaç: Doğru hastaya reçete edilmiş doğru ilaç doğrulanmalıdır.

3-D=Doğru dozaj: Kullanılacak olan ilaç hastanın kilosuna, yaş grubuna, cinsiyetine uygun olmalıdır.

4-D=Doğru uygulama yolu: Hastaya verilecek ilaç kas içine mi damar içine mi hangi yolla uygulanacağı doğrulanmalıdır.

5-D=Doğru zaman: Hastaya verilecek ilaç hangi saat aralığında, ne zaman verileceği doğrulanmalıdır.

3-HASTANE ÇALIŞANLARININ HASTA GÜVENLİĞİ KONUSUNDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİNE YÖNELİK BİR UYGULAMA.

3.1-Çalışmanın Amacı

Bu çalışma için, Eskişehir Yunus Emre Devlet Hastanesi bünyelerinde çalışmakta olan sağlık profesyonellerinin hasta güvenliği kültürü algısının çalıştıkları birimlere göre ve raporlama yapıp yapmadıklarına göre farklılaşıp farklılaşmadığının, ayrıca sosyo- demografik(yaş, eğitim, cinsiyet vb.) özelliklere göre farklılaşıp farklılaşmadığı değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

3.2 Çalışmanın Katkısı

3.2.1 Önceki çalışmalar

Buraya kadar yapılan literatür araştırmasında, Hasta güvenliği konusunda oldukça fazla sayıda çalışmaya rastlanmaktadır (Örn Filiz(2021), Akçay(2019), Kurt(2021),ve Demir(2021) Korkmazer, Yıldız, Ekingen(2016), Gündoğdu, Bahçecik (2012))

Filiz(2021) yaptığı çalışmada Hasta Güvenliği Kültürü Hastaneler ölçeği, hasta ile doğrudan etkileşime giren (doktor, hemşire ve hemşire görevi yaparak çalışan diğer sağlık personelleri) sağlık çalışanları ile sağlık ocaklarından hizmet alan hane halkına uygulanarak; bu iki kesim arasındaki algılama farkına bakılmıştır.

Akçay (2019) Acil Servis bölümlerinde çalışmakta olan sağlık profesyonellerinin hasta güvenliği konularına ilişkin tutumlarıyla ilgili yaptığı çalışmada, Hasta Güvenliği Kültürü Hastaneler ölçeği Denizli ilindeki kamu hastanesi acil servis bölümünde çalışan 76 kişi ve Denizli Servergazi Devlet Hastanesi acil servis bölümünde çalışan 40 kişi ve Pamukkale Üniversitesi Eğitim Uygulama Araştırma hastanesi acil servis bölümünde çalışan 34 kişilik sağlık profesyoneli olmak üzere toplam da 150 kişilik acil servis çalışanına uygulanarak sadece acil servis

bölümü çalışan sağlık profesyonellerinin sosyo-demografik(yaş, eğitim, cinsiyet vb.) özelliklerine göre hasta güvenliği konularına ilişkin tutum ve düşünceleri arasında fark olup olmadığına ve hasta güvenliği konusunda etkili olabilecek faktörlerin, sağlık profesyonellerinin hasta güvenliği konularına ilişkin tutum ve düşüncelerini etkileyip etkilemediğine bakılmıştır.

Kurt (2021) yaptığı çalışmada Hasta Güvenliği Kültürü Hastaneler ölçeğini Serbest Eczaneler İçin Hasta Güvenliği Kültürü Anketinin Türkçe versiyonunu oluşturmak için kullanmıştır. Ayrıca Eczane Çalışanlarının Eczacılar Odası 2019 yıl sonu verilerine göre Ankara ilinde en fazla eczaneye sahip Çankaya ilçesindeki 598 serbest eczaneden anketi doldurmayı kabul eden 212 serbest eczacıya uygulanan Serbest Eczacılar İçin Hasta Güvenliği Kültürü anketini anket tasarım ekibindeki araştırmacılar hasta güvenliği, ilaç güvenliği, eczane hataları ve kalite ile ilgili olaylar, hata raporlaması ve güvenlik kültürü konuları üzerinde durmuşlardır.

Demir(2021) yaptığı çalışmada, Hasta Güvenliği Kültürü Hastaneler ölçeğini 01.12.2019-31.01.2020 tarihleri arasında, çalışmaya katılmaya katılmak için gönüllü olmayı kabul eden 107 diş hekimi ve 177 öğrenci olmak üzere toplam 284 katılımcıya uygulayarak iki kesim arasındaki algılama farkına bakılmıştır.

Korkmazer, Yıldız, Ekingen(2016) yaptıkları çalışmada Hasta Güvenliği Kültürü Hastaneler ölçeğini Muş ilinde bulunan bir kamu hastanesinde çalışmakta olan 76 sağlık personeli için uygulayarak hasta güvenliği üzerine algılarının sosyo-demografik(yaş, cinsiyet, eğitim vb.) özelliklere göre değerlendirilmesi amaçlanarak dahili birimler ve cerrahi birimler arasındaki algılama farkına bakılmıştır.

Gündoğdu, Bahçecik (2012) yaptıkları çalışmada çalışmada Hasta Güvenliği Kültürü Hastaneler ölçeğini İstanbul, Avrupa yakası sınırları içerisinde yer alan, tam teşekküllü olarak çalışan ve hemşire sayısının en az 200 ve 200'ün üzerinde olduğu iki adet özel hastane ile iki adet eğitim araştırma hastanesinde çalışan 475 hemşire ile uygulanmış, tanımlayıcı nitelikteki araştırmada özel hastaneler ve eğitim araştırma hastanelerinde çalışan hemşirelerin arasındaki algılama farkına bakılmıştır.

Buraya kadar incelenen önceki çalışmalar kısmından anlaşılabileceği üzere Sağlık Çalışanlarının çalıştığı birimler açısından Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Ölçeğinin

alt boyutlarının farklılaştığına bakılmıştır. Ancak, bu birimlerinde risk farklılaşması ve ortam farklılaşması kriterine göre oluşan gruplar açısından farklılaşmaya bakılmadığı tespit edilmiştir.

Bunun yanısıra, olay raporlamayı bizzat yapan ve yapmayan kişiler arasında Hasta Güvenliği Kültürünü değerlendirme farklılığını inceleyen çalışmaya da rastlanamamıştır.

Bu çerçevede çalışmanın katkısı sözkonusu bu iki değişkenin analize dahil edilmesi ve Eskişehir’deki iki Devlet Hastanesinde çalışan Sağlık Personelinin Hasta Güvenliği Ölçeğine yönelik değerlendirmelerinin katılımcıların Demografik profillerine göre farklılaşıp farklılaşmadığına bakarak var olan literatürü zenginleştirmektedir.

3.3 Çalışmanın Araştırma Soruları ve Hipotezleri

Buraya kadar yapılan literatür araştırmasından elde edilen sonuçlara göre, Hasta Güvenliği Kültürünün hastanelerde çalışan Doktorlar, Hemşireler, Ebeler, Sağlık memurları, Acil Tıp Teknisyenleri gibi gruplar üzerine uygulandığı tespit edilmiştir.

Ancak, T.C. Sağlık Bakanlığı’nin (2006) yayınladığı yönetmelikte hastane birimleri riski yüksek özellikli birimler tanımlanmaktadır. Hasta Güvenliği Kültürü Hastane ölçeğinin risk grubuna göre farklılaşacağı öne sürülebilir. Sağlık sunumunda bakım süreci, hasta için sağlığını olumsuz yönde etkileyebilecek çok sayıda hata ihtimalini de içerisinde barındırmakta olan riskli bir süreçtir. (National Patient Safety Agency, NPSA) Ulusal Hasta Güvenliği Ajansı özellikle risk faktörlerine vurgu yaparak” hasta güvenliği” kavramını; Hastanelerdeki risk değerlendirme, hasta ile ilişkili risklerin yönetimi, analizi, tanımlanması, risklerin azaltılması amacıyla kazaların raporlanması, analizi, incelenmesi ve gerekli çözümlerin üretilerek uygulanması gibi hasta için daha güvenli bir bakım verme süreci şeklinde tanımlamıştır (NPSA, 2004).

Bu noktadan hareketle çalışmada hastane birimleri sözkonusu farklı risk grupları ve ortamları değerlendirilerek: 1) Ayakta tedavi bölümü, 2) Yatan hasta

bölümü, 3) Ameliyathane, Yoğun bakımlar, acil servis vb. bölümü olarak üç grupta toplanarak araştırmaya dahil edilmiştir.

I) Araştırma Sorusu 1: Hastanede çalışan sağlık profesyonellerinin hasta güvenliği kültürü ölçeği alt boyut algıları 1) Ayakta tedavi bölümü, 2) Yatan hasta bölümü, 3) Ameliyathane, Yoğun bakımlar, acil servis vb. bölümlerinde çalışanlar için farklılaşmakta mıdır?

Çalışmanın beklenen diğer katkısı ise, Hasta Güvenliği Kültürünü önemli düzeyde etkileyeceği düşünülen ‘Olay Raporlama Sayısının’ diğer bir ifadeyle çalışanların Olay raporlama davranışının araştırma kapsamına alınmasıdır. Olay raporlama hatırlanacağı üzere, ‘Hastanelerdeki ramak kala ve gerçekleşen hataların detaylı bir şekilde tanımlanıp yönetime sunulmasıdır’. Yapılan bir çok çalışmada (Örn Filiz(2021), Akçay(2019), Kurt(2021),ve Demir(2021) Korkmazer, Yıldız, Ekingen(2016), Gündoğdu, Bahçecik (2012)) Hasta Güvenliği Kültürü ölçeğinde bulunan Olay Raporlama,

1- Bir tıbbi hata yapıldığında ancak hastayı etkilemeden önce fark edilip düzeltildiğinde ne sıklıkla raporlanıyor?

2- Bir tıbbi hata yapıldığı durumda ancak hastaya zarar verme potansiyeli olmadığı zaman ne sıklıkla raporlanıyor?

3- Hasta için zarar verme olasılığı olabilen ancak zarar vermemiş olan bir hata yapıldığı zaman ne sıklıkla raporlanıyor? Sorularıyla ölçülmüştür. Sorularda görüldüğü üzere, Hastanedeki genel durum sorulmakta ve bu raporlamanın sıklık derecesi sorulmaktadır.

Ancak, bu çalışmada çalışanlara bizzat kendisinin raporlama yapıp yapmadığı ‘Son 1 yılda kaç kere bir olay için rapor yazıp idarecinize verdiniz? Sorusuyla öğrenilmeye çalışılmıştır. Raporlar, hastane yöneticilerine hataları analiz etme, tanımlama, değerlendirme, kazaların sıklığını ve ciddiyetini azaltmaya yönelik planlamanın yapılmasına olanak sağlamaktadır (ALTINDİŞ, S. (2010)). Dolayısıyla, Raporlamayı yapıp yapmama durumu bireyin Hasta Güvenliği Kültürünü farklı değerlendirmesine yol açabilir. Ancak, yapılan literatür araştırmasında Olay Raporlamanın Hasta

Güvenliği ile söz konusu bu ilişkisini belirlemeye yönelik herhangi bir çalışmaya rastlanamamıştır. Buradan hareketle aşağıdaki araştırma sorusu oluşturulmuştur:

II) Araştırma sorusu 2: Hastanede çalışan sağlık profesyonellerinin hasta güvenliği kültürünü değerlendirmeleri olay raporlamayı yapıp yapmamalarına bağlı olarak farklılık gösterecektir?

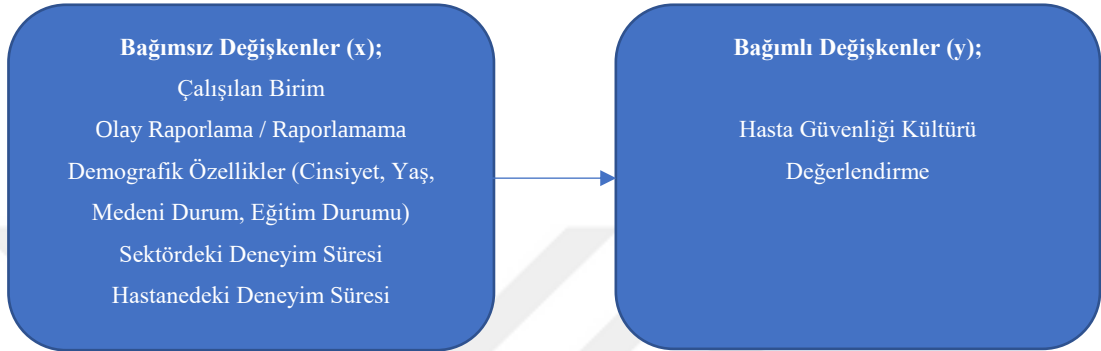
Bu çalışmada, ayrıca Eskişehir Yunus Emre Devlet Hastanesi'nde çalışmakta olan sağlık perofesyonellerinin “hasta güvenliği kültürü algısının” sosyo- demografik(yaş, eğitim, cinsiyetvb.) özelliklere göre farklılaşıp farklılaşmadığı değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. Bu sebeple aşağıdaki hipotezler geliştirilmiştir.

- a) Hipotez 1:Eskişehirdeki hastanede çalışan sağlık profesyonellerinin hasta güvenliği kültürü ölçeği alt boyuttaki algıları “cinsiyet” değişkenine göre anlamlı olabilecek bir farklılık gösterir.
- b) Hipotez 2:Eskişehirdeki hastanelerde çalışan sağlık profesyonellerinin hasta güvenliği kültürü ölçeği alt boyuttaki algıları “medeni durum” değişkenine göre anlamlı olabilecek bir farklılık gösterir.
- c) Hipotez 3: Eskişehirdeki hastanelerde çalışan sağlık profesyonellerinin hasta güvenliği kültürü ölçeği alt boyuttaki algıları “yaş” değişkenine göre anlamlı olabilecek bir farklılık gösterir.
- d) Hipotez 4:Eskişehirdeki hastanelerde çalışan sağlık profesyonellerinin hasta güvenliği kültürü ölçeği alt boyuttaki algıları “mezun olduğu okul” değişkenine göre anlamlı olabilecek bir farklılık gösterir.
- e) Hipotez 5:Eskişehirdeki hastanelerde çalışan sağlık profesyonellerinin hasta güvenliği kültürü ölçeği için alt boyuttaki algıları “sektördeki meslek yılına” göre anlamlı olabilecek bir farklılık gösterir.
- f) Hipotez 6:Eskişehirdeki hastanelerde çalışan sağlık profesyonellerinin hasta güvenliği kültürü ölçeği için alt boyut algıları “kurumdaki çalışma süresine” göre anlamlı olabilecek bir farklılık gösterir.

3.4 UYGULAMA

3.4.1 Araştırmanın Modeli ve Ölçüm

Araştırmanın Modeli aşağıdaki gibidir. Modelden görüldüğü üzere Araştırmanın Bağımlı değişkeni Hasta Güvenliği Kültürü Değerlendirme; Bağımsız değişkenleri ise, Demografik faktörler, Sektördeki ve Hastanedeki deneyim süresidir.



Şekil 1. Bağımlı (y) ve Bağımsız Değişkenler (x)

Sözkonusu değişkenlerin ölçümü için ilk elden veri gerektiği için Anket Yöntemi kullanılmıştır.

Anketin ilk kısmında Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Ölçeği yer almaktadır.

(Hospital Survey on Patient Safety Culture) “Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi” 2004 yılında, ABD’de, (Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)) Sağlık Hizmetlerinde Araştırma ve Kalite Ajansı tarafından hastanelerde hasta güvenliği kültürünü belirlemek amacıyla geliştirilmiş bir ölçektir (Sorra and Nieva 2004). HGKH anketinin Türkiye’de geçerlik, güvenilirlik çalışması Filiz ve Bodur (2009) tarafından yapılmıştır. Ankette, hasta güvenliği kültürünün alanlarını ünite/birim düzeyinde ve hastane düzeyinde ölçen sorular, sonuç değişkenleri ile ilgili sorular ve kişisel bilgilerinde yer aldığı 7 soru bulunmaktadır. Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi, 42 madde ve 12 alt alandan (Güvenliğin Kapsamlı Algılanması, Hataların Raporlanma Sıklığı, Hastane Üniteleri Arasında Ekip Çalışması, Hastane Müdahaleleri ve Değişim, Yönetici Beklentileri ve Güvenlik Geliştirme Faaliyeti, Organizasyonel Öğrenme ve Sürekli Geliştirme, Üniteler İçinde Ekip Çalışması, İletişimin Açık Tutulması, Hatalar Hakkında Geribildirim ve İletişim, Hataya Karşı Cezalandırıcı Olmayan Yanıt, Personel Sağlama, Hasta Güvenliği İçin Hastane

Yönetiminin Desteği) oluşmaktadır. Bu anket Amerika'daki pek çok hastanede yaygın olarak kullanılmakta olduğundan AHRQ hastanelerdeki çalışmaların sonuçlarını birbirleriyle karşılaştırmak için ilk olarak 2007 yılında veri tabanını oluşturmuştur. Ardından 2008 yılı içerisinde ise anketi yeniden uygulayan hastanelerin çalışma sonuçlarını karşılaştırmış ve veri tabanını güncellemiştir. Bu sayede karşılaştırmalı verilerin her yıl güncelleneceği ya da en azından 2012 yılına değin devam edeceği bildirimi yapılmıştır (Filiz 2009).

Bağımsız değişkenlerin Anket formundaki yer aldıkları şekliyle ölçümleri şöyledir:

Çalıştığınız birim nedir?(Yatan Hasta Birimleri(klinik ortamları)- 1, Ayakta tedavi birimleri(poliklinik ortamları)-2, Ameliyathane, Yoğun bakımlar, acil servis vb.-3.) , Cinsiyetiniz nedir? (Erkek, Kadın), Medeni Durumunuz nedir?(Evli, Bekar, Diğer), Yaşınız(18-24, 25-34, 35-44, 45-49, 50 ve üzeri), Mezun olduğunuz okul nedir? (Lise, Üniversite, Yüksek lisans, Doktora), Sağlık Sektöründe Ne Kadar Süredir Çalışmaktasınız? (0 ile 5 yıl, 6 ile 10 yıl, 11 ile 15 yıl, 16 ile 20 yıl, 20. yıl ve üzeri), Bulunduğunuz Hastanede Ne Kadar Süredir Çalışmaktasınız? (0 ile5 yıl, 6 ile 10 yıl, 11 ile 15 yıl, 16 ile20 yıl, 20. yıl ve üzeri) şeklindedir.

Bağımsız değişkenlerden Çalışılan Birim Tabloda yer aldığı şekliyle sınıflandırması şöyledir.

Yatan Hasta Birimleri(klinik ortamları)- 1, Ayakta tedavi birimleri(poliklinik ortamları)-2, Ameliyathane, Yoğun bakımlar, acil servis vb.-3.

Bağımsız değişkenlerden Olay raporlama- raporlamama ankette yer aldığı şekliyle şöyledir.

51. Son 1 yılda kaç kere bir olay için rapor yazıp idarecinize verdiniz? Seçenekler (Hiç, 1-2, 3-5, 6-10, 11-20, 21 ve üzeri) şeklindedir.

3.4.2 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi:

Araştırmanın Anakütlesi Sağlık çalışanlarıdır. Bu amaçla, Eskişehir Yunus Emre Devlet Hastanesindeki sağlık çalışanları (350 personel) araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Araştırmada AHRQ'nün hastanelerdeki hasta güvenliği kültürünün durumunu belirlemek amacıyla geliştirmiş olduğu “Hasta Güvenliği Kültürü Hastane” anketi kullanılmıştır. Araştırmada, Google uygulamaları üzerinden Google formlar sisteminden araştırmaya konu olan Hasta Güvenliği Kültürü Hastane anketinin uyarlanması ve bu platform için oluşturulan linkin çalışanlara internet ve sosyal medya platformları üzerinden çalışanlara gönderilmiştir. Araştırma kapsamında 183 anket formu derlenmiştir. Bunların toplam 16'sı ya çalıştığı birimi belirtmediği ya da Revir gibi hastane dışı, İSG gibi hastayla teması olmayan kişilere ait olduğu için dışarda bırakılmış; toplam 167 anket formu araştırmada analize tabi tutulmuştur.

Araştırmaya katılan 167 sağlık çalışanının oldukça farklı birimlerde çalıştıkları görülmüştür. Araştırmanın amacı çerçevesinde katılımcılar Sağlık Bakanlığı (2006) Devlet Hastanelerinde özellik arz eden riskli bölümler tanımı çerçevesinde 3 gruba ayrılmıştır: 1) Ayakta tedavi bölümü, 2) Yatan hasta bölümü, 3) Ameliyathane, Yoğun bakımlar, acil servis vb. bölümü.

Tablo.1. Yanıtlayanların “Çalıştıkları Birimlerin” Yatan Hasta, Ayakta Tedavi Bölümü ve Ameliyathane Bazında Dağılım Tablosu

Yatan Hasta Birimleri (klinik ortamları)- 1	Ayakta tedavi birimleri (poliklinik ortamları)-2	Ameliyathane, Yoğun bakımlar, acil servis vb.- 3
Ortopedi Servisi(4)	Dahiliye Polikliniği(13)	Ameliyathane(17)
Genel Cerrahi Servisi(7)	Dermatoloji(1)	Anestezi(18)
Dahiliye Servisi(2)	Odyoloji(1)	Acil Servis(11)
KBB Servisi(15)	Poliklinik(1)	Çocuk Acil(2)
Kadın Doğum Servisi(12)	Laboratuvar(11)	Jinekoloji-Onkoloji cerrahi(1)
Pediyatri Servisi(1)	Morfoloji(1)	Palyatif Bakım(2)

Plastik Cerrahi Servisi(2)	Göz(13)	Diyaliz(2)
Onkoloji Servisi(1)	Kan Bankası(2)	Doğumhane(5)
Beyin Cerrahi Servisi(1)	Röntgen(2)	Yoğun Bakım(1)
Kalp-Damar Cerrahi Servisi(1)	Biyomedikal(1)	
Psikiyatri Servisi(3)	Erişkin Kateter(1)	
Cildiye Servisi(3)		
İntaniye Servisi(1)		
Nefroloji Servisi(1)		
Kardiyoloji Servisi(6)		
Üroloji Servisi(2)		
Klinik (1)		
Toplam=63	Toplam=45	Toplam=59

Araştırmaya katılanların Cinsiyet, Yaş, Medeni Durum, Mezun olduğu okul, Sağlık sektöründe deneyim süresi ve bulunduğu hastanedeki çalışma süresini içeren bilgiler Tablo.2.de sunulmaktadır.

Tablo 2. Örneklemin Cinsiyet, Medeni Durumu, Yaş, Mezun Olduğu Okul, Sağlık Sektöründe Deneyim Süresi Ve Bulunduğu Hastanedeki Çalışma Süresine Göre Frekans Oranları Ve Yüzde (%)Oranları Dağılımı.

Sosyo-Demografik Bilgiler	Frekans	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Erkek Çalışan	77	42.3
Kadın Çalışan	105	57.7
Toplam	182	100.0
Medeni durum		
Evli Çalışan	106	58.2
Bekar Çalışan	64	35.2
Diğer grubu Çalışan	12	6.6
Toplam	182	100.0
Yaş		
18-24	30	16.5
25-34	46	25.3
35-44	48	26.4

45-49	36	19.8
50 ve üzeri	22	12.1
Toplam	182	100.0
Mezun Olduğu Okul		
Lise	26	14.3
Üniversite	131	72.0
Yüksek lisans	11	6.0
Doktora	14	7.7
Toplam	182	100.0
Sağlık Sektöründe Deneyim Süresi		
0.-5. Yıl çalışan	39	21.4
6.-10. Yıl Çalışan	37	20.3
11.-15. Yıl Çalışan	32	17.6
16.-20. Yıl Çalışan	18	9.9
21. Yıl ve Üzeri Çalışan	56	30.8
Toplam	182	100.0
Bulunduğu Hastanedeki Çalışma Süresine		
0.-5. Yıl çalışan	52	28.0
6.-10. Yıl Çalışan	49	26.9
11.-15. Yıl Çalışan	33	18.1
16.-20. Yıl Çalışan	16	8.8
21. Yıl ve Üzeri Çalışan	33	18.1
Toplam	182	100.0

Tablo 2.den görüldüğü üzere katılanlar %57.7 oranında Kadın, %42.3 oranında Erkektir. Önceki çalışmalara baktığımızda hemşire katılımcıların yoğun olması sebebi ile % 80'lerde görülen kadın oranı bu çalışmada daha dengeli ve yakın olduğu görülmüştür; Medeni durumları açısından katılımcıların %58.2 si evli %35.2'si bekardır; Yaş grupları açısından bakıldığında %26.4 ile en fazla katılımın 34-45 yaş aralığında olduğu onu %25.3 ile 25-34 yaş,%19.8 ile 45-49 yaş, %16.5 ile 18-24 yaş ve %12.1 ile 50 yaş ve üzeri çalışanlar takip etmektedir; Eğitim durumları incelendiğinde en fazla %72 katılımcının Üniversite mezunu, onu %14.3 ile Lise, %6.0 Yüksek lisans ve %7.7 ile Doktora mezuniyetleri takip etmektedir; Sektördeki deneyim süreleri açısından bakıldığında ise en fazla katılımının %30.8 ile 20 yıl ve üzeri deneyimliler oluşturmakta onu %21.4 ile 0-5 yıl yeni başlayanlar, %20.3 ile 6 ile 10 yıl, %17.6 oranı ile de 11-15 yıl ve %9.9 oranı ile de 16-20 yıl çalışanlar takip

etmektedir; Aynı kurumda çalışma sürelerine göre ise en yüksek katılımın %28.0 ile 0-5 yıl yeni başlayanlara ait olduğu onu %26.9 ile 6 -10 yıl, %18.1 ile 11-15 yıl ve yine aynı oranda %18.1 ile 21 yıl ve üzeri son olarakta %8.8 ile 16-20 yıl takip etmektedir.

3.5 ANALİZ VE BULGULAR

Araştırma soruları ve Hipotezler için analizlere geçmeden önce Hasta Güvenliği Kültürü ölçeğine Faktör Analizi uygulanmıştır. Bu analizle amaç, ölçekteki temel bileşenlerin, bu çalışmada da, literatürde tanımlandığı şekliyle oluşup oluşmadığını kontrol etmektir.

Tablo.3. Ölçekteki Temel Bileşenlerin, Bu Çalışmada da, Literatürde Tanımlandığı Şekliyle Oluşup Oluşmadığını Kontrol Tablosu.

Bileşen Matrisi								
Bileşenler	1.Grup	2.Grup	3.Grup	4.Grup	5.Grup	6.Grup	7.Grup	8.Grup
a10					,692			
a11				,638				
a12					,816			
a13					,714			
a14					,708			
a15					,449			
a16								-,519
a17						,705		
a18				,660				
a19		-,621						
a20				,777				
a21						,733		
a22				,650				
a23								
a24								,519
a25						,844		

a26	,569							
a27						,444		
a28				,586				
a29								,491
a30			-,485					
a31	,602							
a32		,667						
a33		,587						
a34		,760						
a35		,484						
a36		,599						
a37	,740							
a38							,884	
a39							,913	
a40							,828	
a41			,533					
a42			,717					
a43	,722							
a44	,790							
a45			,704					
a46	,733							
a47	,791							
a48			,768					
a49	,695							
a50			,536					

Tablo.4: Keşifsel Faktör Analizi

Sorular	Faktör Yüklemeleri	Cronbach Alfa Yeni Değeri
1. Chronbach Alpha= .906		
Grup Hasta Güvenliği için Hastane Yönetiminin Desteği		
26-Çalıştığım birimde hasta güvenliği konusu ile ilgili problemler vardır.	569	899
31- Hastane yöneticilerimiz tekrarlayarak oluşan hasta güvenliği ile ilgili problemleri görmezden gelir.	602	893
37- Çalışanlar, bir şey yanlış görüldüğünde soru sormaktan korkarlar.	740	901
43 -Hastane üniteleri birbirleriyle uyum içinde çalışmaz.	722	890
44-Hastalar bir üniteden diğer bir üniteye nakledilirken bazı şeyler gözden kaçırılır, kaybedilir, ihmal edilir.	790	888
46 -Diğer hastane bölümlerinden gelen kişiler çalışma ortamında genellikle pek hoş karşılanmaz.	733	902
47 -Birimlerin aralarındaki gerekli bilgi aktarımınlarında sıklıkla problemler meydana gelir.	791	888
49- Hastane yönetimi, yalnızca istenmeyen bir olay olduğu zaman hasta güvenliği ile ilgili gibi görünmektedir.	695	894
2.Grup Chronbach Alpha: .870		
İletişimin Açık Tutulması		
19- Bu birimde daha ciddi hataların <u>oluşmaması yalnızca</u> tesadüfe bağlıdır.	621	870
32 Yöneticiler, daha önceden oluşturulmuş hasta güvenliğine ait prosedürlere göre yapılmış işi gördüğünde takdir eder.	667	105
33-Yöneticiler, hasta güvenliği kavramını geliştirmek amacıyla çalışanların vereceği önerileri ciddiye alır.	587	120
34- Birimimizde oluşan hatalar hakkında yöneticimiz tarafından bilgilendiriliriz	760	183
36- Bu birimde biz çalışanlar, hataların tekrar tekrar oluşmasını engelleyecek yöntemlerin neler olduğunu tartışırız	599	269

3.Grup Chronbach Alpha: .847 Hastane Birimleri Arasında Ekip Çalışması		
41- Hasta güvenliği konusunda biriminizi değerlendiriniz.	533	829
42-Hastane yönetimi ortam olarak hasta güvenliğini arttıran bir yönde çalışma atmosferi sağlamaktadır.	717	780
45- Birimlerin arasında birlikte çalışmayı gerektiren durumlarda iyi iş birliği vardır.	704	805
48- Yönetimin göstermiş olduğu faaliyetleri, hasta güvenliğinin üst seviyeden bir öncelik olduğunu göstermektedir	768	812
50- Hastalar için verilebilecek en iyi bakımı sağlamak amacıyla bölümler birlik içinde iyi çalışır.	536	835
4.Grup Chronbach Alpha:785 Birimler İçinde Ekip Çalışması		
11- Bu birimde bulunan iş yükünün üstesinden gelebilecek sayıda personel mevcuttur.	638	809
18- Yapılan tıbbi hatalar bu birimde pozitif yönde değişikliklere yol göstermiştir.	660	730
20- Birim içerisinde çalışma alanlarından biri aşırı derecede yoğunlaştığı zaman diğerleri yardım eder.,	777	716
22-Hasta güvenliğini geliştirmek amacıyla değişiklikler yaptıktan sonra bu değişikliklerin etkinliğini değerlendiririz,	650	722
28- Raporlanan olaylara dayanarak yapılan değişiklikler hakkında bilgilendiriliriz.	586	750
5.Grup Chronbach Alpha: .842 Personel Sağlama		
10- Bu birimde çalışan kişiler birbirlerini destekler.	692	767
12- Acilen yapılması gereken çoklu iş durumu olduğunda ekip olarak birlikte çalışırız.,	816	782
13- Bu birimde çalışanlar birbirlerine saygılı davranır.	714	768
14- Bu birimde çalışan kişiler hasta bakımı için en uygun olan süreden daha uzun süreler çalışırlar.	708	870
6. Grup Chronbach Alpha: .753 Hatalar hakkında İletişim ve geri bildirim		

17- Çalışanlar yaptıkları tıbbi hatalardan dolayı suçlanacaklarını hissederek.	705	676
21- Bir olay raporlandığı zaman olayla ilgili problem değil, olayla ilgili kişi veya kişiler şikayet ediliyormuş duygusu vardır.	733	683
25- Çalışanlar yaptıkları tıbbi hataların kişisel personel dosyalarında muhafaza edilmesinden endişe duyar.	844	647
7.Grup Chronbach Alpha: .908 Hataların raporlanma sıklığı		
38- Bir tıbbi hata yapıldığında ancak hastayı etkilemeden önce fark edilip düzeltildiğinde ne sıklıkla raporlanıyor?	884	877
39- Bir tıbbi hata yapıldığı durumda ancak hastaya zarar verme potansiyeli olmadığı zaman ne sıklıkla raporlanıyor?	913	825
40- Hasta için zarar verme olasılığı olabilen ancak zarar vermemiş olan bir hata yapıldığı zaman ne sıklıkla raporlanıyor?	828	900
8. Grup (Negatif covariance olduğundan Chronbach Alpha hesaplanamamıştır)		
16- Bu birimde gerekenden fazla geçici personel çalıştırılır.	519	
24- Hasta güvenliği konusu, daha fazla sayıda iş yapmaktan daha öncelikli olan bir ilkedir.	519	
29 -Hastane çalışanları, hastanın bakımını olumsuz yönde etkileyebilen bir durum gördüklerinde bunu serbestçe dile getirebilir.	491	

1. Grup: Hasta Güvenliği için Hastane Yönetiminin Desteği-Chronbach Alpha=.906

26-Çalıştığım birimde hasta güvenliği konusu ile ilgili problemler vardır.,569

31- Hastane yöneticilerimiz tekrarlayarak oluşan hasta güvenliği ile ilgili problemleri görmezden gelir. ,602

37- Çalışanlar, bir şey yanlış görüldüğünde soru sormaktan korkarlar,740

43 Hastane üniteleri birbirleriyle uyum içinde çalışmaz.,722

44 Hastalar bir üniteden diğer bir üniteye nakledilirken bazı şeyler gözden kaçırılır, kaybedilir, ihmal edilir. ,790

46 Diğer hastane birimlerinden gelen kişiler çalışma ortamında genellikle pek hoş karşılanmaz,733

47- Birimlerin aralarındaki gerekli bilgi aktarımınlarında sıklıkla problemler meydana gelir.,791

49- Hastane yönetimi, yalnızca istenmeyen bir olay olduğu zaman hasta güvenliği ile ilgili gibi görünmektedir.,695

Tablo.5. 1.Grup: Hasta Güvenliği İçin -Hastane Yönetiminin Desteği-Chronbach Alpha-1.Grubun Güvenilirlik Düzeyi- Orijinal Görünüm Tablosu

Item-Total Statistics				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
a26	37,59	140,569	,653	,899
a31	37,45	134,273	,716	,893
a37	37,89	142,506	,621	,901
a43	38,02	133,126	,752	,890
a44	37,98	135,758	,780	,888
a46	37,62	140,405	,614	,902
a47	37,67	137,668	,778	,888
a49	37,41	138,401	,705	,894

1.Grubun Güvenilirlik düzeyinin yüksek olduğu görülmektedir

Tablo.6. 1.Grup: Hasta Güvenliği İçin -Hastane Yönetiminin Desteği-Chronbach Alpha-1.Grubun Güvenilirlik Düzeyi

Anket Soruları	Değer Silindiğinde Çıkan Ölçek Ortalaması	Değer Silindiğinde Çıkan Ölçek Farkı	Madde Düzeltilindiğinde Toplam Korelasyon	Değer Silindiğinde Çıkan Cronbach Alfa Değeri
Soru:26 Çalıştığım birimde hasta güvenliği konusu ile ilgili problemler vardır.	37,59	140,569	,653	,899
Soru:31 Hastane yöneticilerimiz tekrarlayarak oluşan hasta güvenliği ile ilgili problemleri görmezden gelir.	37,45	134.273	,716	,893
Soru:37 Çalışanlar, bir şey yanlış görüldüğünde soru sormaktan korkarlar.	37,89	142,506	,621	,901
Soru:43 Hastane üniteleri birbirleriyle uyum içinde çalışmaz.	38,02	133,126	,752	,890
Soru:44 Hastalar bir üniteden diğer bir üniteye nakledilirken bazı şeyler gözden kaçırılır, kaybedilir, ihmal edilir.	37,98	135,758	,780	,888
Soru:46 Diğer hastane bölümlerinden gelen kişiler çalışma ortamında genellikle pek hoş karşılanmaz.	37,62	140,405	,614	,902
Soru:47 Birimlerin aralarındaki gerekli bilgi aktarımınlarında sıklıkla problemler meydana gelir.	37,67	137,668	,778	,888
Soru: 49- Hastane yönetimi, yalnızca istenmeyen bir olay olduğu zaman hasta güvenliği ile ilgili gibi görünmektedir.	37,41	138,401	,705	,894

2.Grup Chronbach Alpha: .870 İletişimin Açık Tutulması

19-Bu birimde daha ciddi hataların oluşmaması yalnızca tesadüfe bağlıdır -,621

32 Yöneticiler, daha önceden oluşturulmuş hasta güvenliğine ait prosedürlere göre yapılmış işi gördüğünde takdir eder. ,667

33-Yöneticiler, hasta güvenliği kavramını geliştirmek amacıyla çalışanların vereceği önerileri ciddiye alır. ,587

34- Birimimizde oluşan hatalar hakkında yöneticimiz tarafından bilgilendiriliriz ,760

36- Bu birimde biz çalışanlar, hataların tekrar tekrar oluşmasını engelleyecek yöntemlerin neler olduğunu tartışırız,599

Tablo.7. 2.Grup: İletişimin Açık Tutulması- Chronbach Alpha -2.Grubun Güvenilirlik Düzeyi-Orijinal Görünüm Tablosu

Item-Total Statistics				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
a19	24,70	42,464	-,464	,870
a32	23,95	18,480	,661	,105
a33	24,02	18,789	,647	,120
a34	23,50	19,818	,572	,183
a36	23,23	22,252	,487	,269

Tablo.8. 2.Grup: İletişimin Açık Tutulması- Chronbach Alpha -2.Grubun Güvenilirlik Düzeyi

Anket soruları sıra numarası	Değer Silindiğinde Çıkan Ölçek Ortalaması	Değer Silindiğinde Çıkan Ölçek Farkı	Madde Düzeltilindiğinde Toplam Korelasyon	Değer Silindiğinde Çıkan Cronbach Alfa Değeri
Soru:19 Bu birimde daha ciddi hataların <u>oluşmaması yalnızca</u> tesadüfe bağlıdır.	24,70	42,464	-,464	,870
Soru:32 Yöneticiler, daha önceden oluşturulmuş hasta güvenliğine ait prosedürlere göre yapılmış işi gördüğünde taktir eder.	23,95	18,480	,661	,105
Soru:33- Yöneticiler, hasta güvenliği kavramını geliştirmek amacıyla çalışanların vereceği önerileri ciddiye alır.	24,02	18,789	,647	,120
Soru: 34- Birimimizde oluşan hatalar hakkında yöneticimiz tarafından bilgilendiriliriz	23,50	19,818	,572	,183
Soru: 36- Bu birimde biz çalışanlar, hataların tekrar tekrar oluşmasını engelleyecek yöntemlerin neler olduğunu tartışırız	23,23	22,252	,487	,269

Yukarıdaki tablodan görüldüğü üzere 2. Grubun Güvenilirlik ölçęi. 472 19. Soru çıkarıldığında .870 olmaktadır. Dolayısıyla, sözkonusu soru sonraki analizlere dahil edilmemiştir.

3.Grup Chronbach Alpha: .847 Hastane Birimleri Arasında Ekip Çalışması

41- Hasta güvenliği konusunda biriminizi değerlendiriniz. ,533

42-Hastane yönetimi ortam olarak hasta güvenliğini arttıran bir yönde çalışma atmosferi sağlamaktadır.,717

45- Birimlerin arasında birlikte çalışmayı gerektiren durumlarda iyi iş birliği vardır.,704

48-Yönetimin göstermiş olduğu faaliyetleri, hasta güvenliğinin üst seviyeden bir öncelik olduğunu göstermektedir. ,768

50- Hastalar için verilebilecek en iyi bakımı sağlamak amacıyla bölümler birlik içinde iyi çalışır.,536

Tablo.9. 3.Grup: Hastane Birimleri Arasında Ekip Çalışması- Chronbach Alpha-3.Gup Güvenilirlik Düzeyi-Orijinal Görünüm Tablosu

Item-Total Statistics				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
a41	19,54	17,635	,637	,829
a42	20,13	17,219	,746	,780
a50	19,51	19,131	,699	,805
a48	19,92	17,246	,674	,812

Tablo.10. 3.Grup: Hastane Birimleri Arasında Ekip Çalışması- Chronbach Alpha-
3.Grup Güvenilirlik Düzeyi

Anket Soruları Sıra Numarası	Değer Silindiğinde Çıkan Ölçek Ortalaması	Değer Silindiğinde Çıkan Ölçek Farkı	Madde Düzeltildiğinde Toplam Korelasyon	Değer Silindiğinde Çıkan Cronbach Alpha Değeri
Soru:41- Hasta güvenliği konusunda biriminizi değerlendiriniz.	19,54	17,635	0,637	0,829
Soru:42- Hastane yönetimi ortam olarak hasta güvenliğini arttıran bir yönde çalışma atmosferi sağlamaktadır.	20,13	17,219	0,746	0,78
Soru:45- Birimlerin arasında birlikte çalışmayı gerektiren durumlarda iyi iş birliği vardır.	24,02	18,789	0,647	0,805
Soru:48- Yönetimin göstermiş olduğu faaliyetleri, hasta güvenliğinin üst seviyeden bir öncelik olduğunu göstermektedir.	19,92	17,246	0,674	0,812
Soru: 50- Hastalar için verilebilecek en iyi bakımı sağlamak amacıyla bölümler birlik içinde iyi çalışır.	19,92	19,131	0,674	0,812

4.Grup Chronbach Alpha: .785 Birimler İçinde Ekip Çalışması

11- Bu birimde bulunan iş yükünün üstesinden gelebilecek sayıda personel mevcuttur.,**638**

18- Yapılan tıbbi hatalar bu birimde pozitif yönde değişikliklere yol göstermiştir.,**660**

20- Birim içerisinde çalışma alanlarından biri aşırı derecede yoğunlaştığı zaman diğerleri yardım eder.,**777**

22-Hasta güvenliğini geliştirmek amacıyla değişiklikler yaptıktan sonra bu değişikliklerin etkinliğini değerlendiririz,**650**

28- Raporlanan olaylara dayanarak yapılan değişiklikler hakkında bilgilendiriliriz.,**586**

Tablo. 11. 4.Grup: Birimler İçinde Ekip Çalışması- Chronbach Alpha-4.Grup
Güvenilirlik Düzeyi-Orijinal Görünüm Tablosu

Item-Total Statistics				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
a11	27,15	30,706	,425	,809
a18	26,50	30,143	,604	,730
a20	26,47	31,118	,654	,716
a22	26,28	33,068	,658	,722
a28	26,25	34,271	,554	,750

Tablo.12. 4.Grup: Birimler İçinde Ekip Çalışması- Chronbach Alpha-4.Grup
Güvenilirlik Düzeyi

Anket soruları sıra numarası	Değer Silindiğinde Çıkan Ölçek Ortalaması	Değer Silindiğinde Çıkan Ölçek Farkı	Madde Düzeltildiğinde Toplam Korelasyon	Değer Silindiğinde Çıkan Cronbach Alfa Değeri
Soru:11- Bu birimde bulunan iş yükünün üstesinden gelebilecek sayıda personel mevcuttur	27,15	30,706	0,425	0,809
Soru:18- Yapılan tıbbi hatalar bu birimde pozitif yönde değişikliklere yol göstermiştir.	26,5	30,143	0,604	0,73
Soru: 20- Birim içerisinde çalışma alanlarından biri aşırı derecede yoğunlaştığı zaman diğerleri yardım eder.	26,47	31,118	0,654	0,716
Soru: 22- Hasta güvenliğini geliştirmek amacıyla değişiklikler yaptıktan sonra bu değişikliklerin etkinliğini değerlendiririz,	26,28	33,068	0,658	0,722
Soru: 28- Raporlanan olaylara dayanarak yapılan değişiklikler hakkında bilgilendiriliriz	26,25	34,271	0,554	0,75

4.Grupta her ne kadar a11 sorusu çıkarıldığında Chronbach Alpha .809 olsa da, grubun toplam Alfa değeri .785 olduğu için a11 sorusu çıkarılmamıştır.

5.Grup Chronbach Alpha: .842 Personel Sağlama

10- Bu birimde çalışan kişiler birbirlerini destekler ,692

12- Acilen yapılması gereken çoklu iş durumu olduğunda ekip olarak birlikte çalışırız.,816

13- Bu birimde çalışan kişiler birbirlerine saygılı davranır.,714

14- Bu birimde çalışan kişiler hasta bakımı için en uygun olan süreden daha uzun süreler çalışırlar,708

Tablo.13. 5.Grup: Personel Sağlama- Chronbach Alpha- 5.Grup Güvenilirlik Düzeyi-Orijinal Görünüm Tablosu

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
a10	22,08	14,783	,749	,767
a12	21,71	15,194	,716	,782
a13	21,82	14,871	,746	,768
a14	21,93	17,429	,505	,870

Tablo.14. 5.Grup: Personel Sağlama- Chronbach Alpha- 5.Grup Güvenilirlik Düzeyi

Anket soruları sıra numarası	Değer Silindiğinde Çıkan Ölçek Ortalaması	Değer Silindiğinde Çıkan Ölçek Farkı	Madde Düzeltildiğinde Toplam Korelasyon	Değer Silindiğinde Çıkan Cronbach Alfa değeri
Soru: 10- Bu birimde çalışan kişiler birbirlerini destekler.	22,08	14,783	,749	,767
Soru: 12- Acilen yapılması gereken çoklu iş durumu olduğunda ekip olarak birlikte çalışırız.	21,71	15,194	,716	,782
Soru: 13- Bu birimde çalışan kişiler birbirlerine saygılı davranır.	21,82	14,871	,746	,768
Soru:14- Bu birimde çalışan kişiler hasta bakımı için en uygun olan süreden daha uzun süreler çalışırlar.	21,93	17,429	,505	,870

6. Grup Chronbach Alpha: .753 Hatalar hakkında İletişim ve geri bildirim

17- Çalışanlar yaptıkları tıbbi hatalardan dolayı suçlanacaklarını hissederler. **,705**

21- Bir olay raporlandığı zaman olayla ilgili problem değil, olayla ilgili kişi veya kişiler şikayet ediliyormuş duygusu vardır,**733**

25- Çalışanlar yaptıkları tıbbi hataların kişisel personel dosyalarında muhafaza edilmesinden endişe duyar. **,844**

Tablo.15. 6. Grup: Hatalar Hakkında İletişim Ve Geri Bildirim- Chronbach Alpha-
6.Grup Güvenilirlik Düzeyi-Orijinal Görünüm Tablosu

Item-Total Statistics				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
a17	14,69	10,551	,578	,676
a21	15,07	10,303	,570	,683
a25	14,79	8,709	,605	,647

Tablo.16. 6. Grup: Hatalar Hakkında İletişim Ve Geri Bildirim- Chronbach Alpha-
6.Grup Güvenilirlik Düzeyi

Anket soruları sıra numarası	Değer Silindiğinde Çıkan Ölçek Ortalaması	Değer Silindiğinde Çıkan Ölçek Farkı	Madde Düzeltilendiğinde Toplam Korelasyon	Değer Silindiğinde Çıkan Cronbach Alfa Değeri
Soru: 17- Çalışanlar yaptıkları hatalardan dolayı suçlanacaklarını hissederler.	14,69	10,551	,578	,676
Soru: 21- Bir olay raporlandığı zaman olayla ilgili problem değil, olayla ilgili kişi veya kişiler şikayet ediliyormuş duygusu vardır.	15,07	10,303	,570	,683
Soru: 25- Çalışanlar yaptıkları tıbbi hataların kişisel personel dosyalarında muhafaza edilmesinden endişe duyar.	14,79	8,709	,605	,647

7.Grup Chronbach Alpha: .908 (Hataların raporlanma sıklığı)

38- Bir tıbbi hata yapıldığında ancak hastayı etkilemeden önce fark edilip düzeltildiğinde ne sıklıkla raporlanıyor? **,884**

39- Bir tıbbi hata yapıldığı durumda ancak hastaya zarar verme potansiyeli olmadığı zaman ne sıklıkla raporlanıyor?**913**

40- Hastaya zarar verebilme olasılığı olan ancak zarar vermeyen bir hata yapıldığında ne sıklıkla rapor ediliyor? **,828**

Tablo.17. 7.Grup: Hataların Raporlanma Sıklığı- Chronbach Alpha- 7.Grup
Güvenilirlik Düzeyi-Orjinal Görünüm Tablosu

Item-Total Statistics				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
a38	10,50	18,890	,805	,877
a39	10,52	18,191	,866	,825
a40	10,32	18,688	,778	,900

Tablo.18. 7.Grup: Hataların Raporlanma Sıklığı- Chronbach Alpha- 7.Grup
Güvenilirlik Düzeyi

Anket soruları sıra numarası	Değer Silindiğinde Çıkan Ölçek Ortalaması	Değer Silindiğinde Çıkan Ölçek Farkı	Madde Düzeltilindiğinde- Toplam Korelasyon	Değer Silindiğinde Çıkan Cronbach Alfa Değeri
Soru: 38- Bir tıbbi hata yapıldığında ancak <u>hastayı etkilemeden önce fark edilip düzeltildiğinde</u> ne sıklıkla raporlanıyor?	10,50	18,890	,805	,877
Soru: 39- Bir tıbbi hata yapıldığı durumda ancak hastaya zarar verme potansiyeli olmadığı zaman ne sıklıkla raporlanıyor?	10,52	18,191	,866	,825
Soru: 40- Hasta için zarar verme olasılığı olabilen ancak zarar vermemiş olan bir hata yapıldığı zaman ne sıklıkla raporlanıyor?	10,32	18,688	,778	,900

8. Grup 8 (Negatif covariance olduğundan Chronbach Alpha hesaplanamamıştır)

16- Bu birimde gerekenden fazla geçici personel çalıştırılır,-**519**

24- Hasta güvenliği konusu, daha fazla sayıda iş yapmaktan daha öncelikli bir ilkedir,-**519**

29 -Hastane çalışanları, hastanın bakımını olumsuz yönde etkileyebilen bir durum gördüklerinde bunu serbestçe dile getirebilir,-**491**

Bu grubun Güvenilirliği hesaplanamamıştır. Bundan dolayı da analizlere dahil edilmemiştir.

Yukarıdaki hesaplamalara göre Hastane Güvenliği Ölçeği, Filiz E. (2019)'un sınıflandırılması temel alınarak esasen 8 grup oluşturulmuştur. Ancak, 16.,24., ve 29. Sorulardan oluşan gruba Chronbach Alpha hesaplanamadığı için analizlere dahil edilmemiştir.

Çalışmanın Araştırma sorularının cevaplanması ve Hipotezlerin test edilebilmesi için, Hasta Güvenliği Kültürü aşağıdaki Yedi (7) faktöre ayrılmıştır. Diğer bir ifadeyle, Modelde (Şekil 1.Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler) Hasta Güvenliği Kültürü şeklinde tanımlanan Bağımlı değişken yedi ayrı bağımlı değişken olarak analizlere dahil edilmiştir.

Araştırma sorusu 1'in cevaplanması için cevaplayan sağlık personelinin çalıştığı birimi 1)Ayakta tedavi bölümü, 2) Yatan hasta bölümü, 3) Ameliyathane, Yoğun bakımlar, acil servis vb. şeklinde gruplandırılmıştır.

Araştırma Sorusu 1: Hastanede çalışan sağlık profesyonellerinin hasta güvenliği kültürü ölçeği alt boyut algıları 1) Ayakta tedavi bölümü, 2) Yatan hasta bölümü, 3) Ameliyathane, Yoğun bakımlar, acil servis vb. bölümlerinde çalışanlar için farklılaşmakta mıdır?

Tablo.19. Hasta Güvenliği Kültürü Alt Boyutları: “Çalışılan Birim” Bakımından Değerlendirmek Amacıyla Yapılan ANOVA ve Tanımlayıcı İstatistik Tablosundan Görülen Ortalama Değerler Sonuçları

Hasta Güvenliği Kültürü Alt Boyutları	Çalışılan Birimler	n=167	Ortalama	Test Değeri(F)	p Değeri
HYD Hasta Güvenliği İçin Hastane Yönetiminin Desteği	Ayakta tedavi bölümü	73	5,2329	5,359	,006
	Yatan hasta bölümü	40	6,1571		
	Ameliyathane, Yoğun bakımlar, Acil servis vb.	54	5,1058		
İAT İletişimin Açık Tutulması	Ayakta tedavi bölümü	73	6,1151	2,272	,106
	Yatan hasta bölümü	40	5,6400		
	Ameliyathane, Yoğun bakımlar, Acil servis vb.	54	6,0185		
HBAEÇ Hastane Birimleri Arasında Ekip Çalışması	Ayakta tedavi bölümü	73	6,6603	1,212	,300
	Yatan hasta bölümü	40	6,3250		

	Ameliyathane, Yoğun bakımlar, Acil servis vb.	54	6,7296		
BİEÇ Birimler İçinde Ekip Çalışması	Ayakta tedavi bölümü	73	6,6603	1,212	,300
	Yatan hasta bölümü	40	6,3250		
	Ameliyathane, Yoğun bakımlar, Acil servis vb.	54	6,7296		
PS Personel Sağlama	Ayakta tedavi bölümü	73	7.3932	13,208	<,001
	Yatan hasta bölümü	40	6806		
	Ameliyathane, Yoğun bakımlar, Acil servis vb.	54	7.2034		
HHİGB Hatalar Hakkında İletişim ve Geri bildirim	Ayakta tedavi bölümü	73	7,5799	4,017	,020
	Yatan hasta bölümü	40	6,8583		
	Ameliyathane, Yoğun bakımlar, Acil servis vb.	54	7,6358		
HRS Hataların Raporlanma Sıklığı	Ayakta tedavi bölümü	73	5,4886	3,807	,024
	Yatan hasta bölümü	40	5,6000		
	Ameliyathane, Yoğun bakımlar, Acil servis vb.	54	4,5864		

Yukardaki ANOVA ve Tanımlayıcı istatistik Tablosundan görülen Ortalama değerlere göre Yatan Hasta biriminde çalışan sağlık personelinin Hastanede Hasta güvenliği kültürünün oluştuğunu gösterebilir.

HYD, PS, HHİGB ve HRS değişkenleri üç bölüm için anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.

HYD Hasta Güvenliği İçin Hastane Yönetiminin Desteği konusunda yatan hasta çalışanları (ort.=6.157)diğer birimlerden anlamlı bir şekilde daha negatif

düşünmektedirler. Diğer iki birim çalışanları birbirlerine benzer ve daha pozitif yönde fikir beyan etmişlerdir.

PS Personel Sağlama konusunda yatan hasta çalışanları (ort.=6.806) diğer birimlerden anlamlı bir şekilde negatif düşünme eğilimindedirler. Ayakta Tedavi Bölümü Çalışanları ve Ameliyathane, acil servis vb. çalışanları birbirine yakın sonuçlarla daha pozitif yönde fikir beyan etmişlerdir.

HHİGB Hatalar Hakkında İletişim ve Geri bildirim konusunda yatan hasta çalışanları (ort.= 6,8583)diğer birimlerden anlamlı bir şekilde daha pozitif düşünmektedirler. Diğer iki birim çalışanları birbirlerine benzer ve daha negatif yönde fikir beyan etmişlerdir.

HRS Hataların Raporlanma Sıklığı konusunda Ameliyathane, acil servis vb. çalışanları(ort.=4,5864) diğer birimlerden anlamlı bir şekilde daha negatif düşünmektedirler. Diğer iki birim çalışanları birbirlerine benzer ve daha pozitif yönde fikir beyan etmişlerdir.

HBAEÇ (Hastane Birimleri Arasında Ekip Çalışması), İAT (İletişimin Açık Tutulması) ve BİEÇ (Birimler İçinde Ekip Çalışması) konularında üç farklı hastane birimi arasında anlamlı fark yoktur. Birbirleriyle benzer düşünmektedirler.

Araştırma sorusu 2: Hastanede çalışan sağlık profesyonellerinin hasta güvenliği kültürünü değerlendirmeleri olay raporlamayı yapıp yapmamalarına bağlı olarak farklılık gösterecektir.

Bu araştırma sorusunu cevaplamak için Bağımsız örneklemelere ait t testi yapılmıştır; sonuçları aşağıda sunulmaktadır.

Tablo.20. Hasta Güvenliği Kültürü Alt Boyutları: “Olay Raporlamayı Yapıp Yapmama” Bakımından Değerlendirmek Amacıyla Yapılan Bağımsız Örneklemelere Ait t Testi (Independent Sample Test)Ve Tanımlayıcı İstatistik Tablosundan Görülen Ortalama Değerler Sonuçları

Hasta Güvenliği Kültürü Alt Boyutları	Raporlama	n=167	Ortalama	Test Değeri(t)	p Değeri
HYD Hasta Güvenliği İçin Hastane Yönetiminin Desteği	Yapan	135	5,3884	,184	,668
	Yapmayan	32	5,5179		
İAT İletişimin Açık Tutulması	Yapan	135	5,9289	,104	,747
	Yapmayan	32	6,1438		
HBAEÇ Hastane Birimleri Arasında Ekip Çalışması	Yapan	135	6,6385	1,999	,160
	Yapmayan	32	6,4500		
BİEÇ Birimler İçinde Ekip Çalışması	Yapan	135	6,6385	1,999	,160
	Yapmayan	32	6,4500		
PS Personel Sağlama	Yapan	135	7,3222	2,215	,139
	Yapmayan	32	7,1779		
HHİGB Hatalar Hakkında İletişim ve Geri bildirim	Yapan	135	7,4148	,405	,526
	Yapmayan	32	7,4688		
HRS Hataların Raporlanma Sıklığı	Yapan	135	5,1210	,005	,944
	Yapmayan	32	5,6563		

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının Hasta Güvenliği Kültürünün her bir boyutuna verdikleri önem derecesi olay raporlama raporlamama durumuna göre değişmemektedir. Nitekim, yukarıdaki Tablo.20’de görüldüğü üzere P değerleri 0 dan uzak 1’e yakındır. Raporlama oranlarının bu denli düşük olması bu şekilde açıklanabilir. Şöyleki raporlayan ile raporlamayanın hasta güvenliği kültüründe durduğu yer aynıysa, ya da çok yakınsa raporlamanın öneminin algısı konusunda burada ciddi bir sorun olduğu söylenebilir.

Hipotez 1:Eskişehirdeki hastanelerde çalışan sağlık profesyonellerinin hasta güvenliği kültürü ölçeği alt boyut algıları için cinsiyetlerine göre anlamlı olabilecek bir farklılık gösterir.

Tablo.21. Hasta Güvenliği Kültürü Alt Boyutları: “Cinsiyet” Bakımından Değerlendirmek Amacıyla Yapılan Bağımsız Örneklemelere Ait t Testi (İndependent Sample Test)Ve Tanımlayıcı İstatistik Tablosundan Görülen Ortalama Değerler Sonuçları

Hasta Güvenliği Kültürü Alt Boyutları	Cinsiyet	n=167	Ortalama	Test Değeri(t)	p Değeri
HYD Hasta Güvenliği İçin Hastane Yönetiminin Desteği	Kadın	92	5.1196	9.201	0.03
	Erkek	75	5.7733		
İAT İletişimin Açık Tutulması	Kadın	92	6.0261	6.923	0.09
	Erkek	75	5.9013		
HBAEÇ Hastane Birimleri Arasında Ekip Çalışması	Kadın	92	6.6500	4.609	0.33
	Erkek	75	6.5440		
BİEÇ Birimler İçinde Ekip Çalışması	Kadın	92	6.6500	4.609	0.33
	Erkek	75	6.5440		
PS Personel Sağlama	Kadın	92	7.4429	3.765	0.54
	Erkek	75	7.1133		
HHİGB Hatalar Hakkında İletişim ve Geri bildirim	Kadın	92	7.5181	4.200	0.42
	Erkek	75	7.3111		
HRS Hataların Raporlanma Sıklığı	Kadın	92	4.9203	25.271	<.001
	Erkek	75	5.5956		

Tablo.21’de Bağımsız örneklemelere ait t testi (İndependent Sample Test)ve Tanımlayıcı istatistik Tablosundan görülen Ortalama değerlere göre HYD ve HRS için Kadın ve Erkek farklı değerlendirmişlerdir.

HYD Hasta Güvenliği İçin Hastane Yönetiminin Desteği konusunda Kadın(ort=5.119) ve Erkek(ort=5.773) farklı değerlendirmişlerdir. Kadınlar Erkeklere göre daha pozitif düşünme eğiliminindedirler. Hastane çalışanları diğer kurumlarla kıyaslandığında (hemşireler, ebeler vb.) kadın ağırlıklı bir yapı gösterebilirler.

Yönetimsel faaliyetlerde kadına daha fazla yer veriliyor olması bu konuda etkin olmuş olabilir.

HRS Hataların Raporlanma Sıklığı konusunda Kadın(ort=4.920) ve Erkek (ort=5.595)farklı değerlendirmişlerdir. Kadınlar daha sık raporlama yapıldığı konusunda erkeklere oranla daha pozitif düşünmektedirler.

HBAEÇ(Hastane Birimleri Arasında Ekip Çalışması), İAT (İletişimin Açık Tutulması)ve BİEÇ (Birimler İçinde Ekip Çalışması), PS (Personel Sağlama), HHİGB(Hatalar Hakkında İletişim ve Geri bildirim) konularında Kadınlar ve Erkekler arasında anlamlı fark yoktur. Birbirleriyle benzer düşünmektedirler.

Hipotez 2:Eskişehirdeki hastanelerde çalışan sağlık profesyonellerinin hasta güvenliği kültürü ölçeği alt boyut algıları için medeni duruma göre anlamlı olabilecek bir farklılık gösterir.

Tablo.22. Hasta Güvenliği Kültürü Alt Boyutları: "Medeni Durum" Bakımından Değerlendirmek Amacıyla Yapılan ANOVA Ve Tanımlayıcı İstatistik Tablosundan Görülen Ortalama Değerler Sonuçları

Hasta Güvenliği Kültürü Alt Boyutları	Medeni Durum	n=167	Ortalama	Test Değeri(F)	p Değeri
HYD Hasta Güvenliği İçin Hastane Yönetiminin Desteği	Evli	96	5.4048	3.434	0,35
	Bekar	59	5.1889		
	Diğer	12	6.5833		
İAT İletişimin Açık Tutulması	Evli	96	6.0167	1.309	,273
	Bekar	59	6.0000		
	Diğer	12	5.4500		
HBAEÇ Hastane Birimleri Arasında Ekip Çalışması	Evli	96	6.6479	1,956	,145
	Bekar	59	6.6746		
	Diğer	12	5.8833		
BİEÇ Birimler İçinde Ekip Çalışması	Evli	96	6.6479	1,956	,145
	Bekar	59	6.6746		
	Diğer	12	5.8833		
PS Personel Sağlama	Evli	96	7.3932	,845	,432

	Bekar	59	7.2034		
	Diğer	12	6.9583		
HHİGB Hatalar Hakkında İletişim ve Geri bildirim	Evli	96	7.3368	1,836	,163
	Bekar	59	7.6780		
	Diğer	12	6.8889		
HRS Hataların Raporlanma Sıklığı	Evli	96	5.1285	,295	,745
	Bekar	59	5.3107		
	Diğer	12	5.5556		

Yukardaki ANOVA ve Tanımlayıcı istatistik Tablosundan görülen Ortalama değerlere göre medeni duruma göre Evli(ort=5.404), Bekar(ort=5.188) ve Diğer(Ort=6.583) sadece HYD (Hasta Güvenliği konusunda Hastane Yönetiminin Desteği) konusunda anlamlı olabilecek düzeyde farklılaşmaktadır.

HYD (Hasta Güvenliği konusunda Hastane Yönetiminin Desteği) konusunda Diğer(boşanmış, dul vb.) grubu çalışanları(ort.=6.583) Evli ve Bekar grubu çalışanlara göre anlamlı bir şekilde daha negatif düşünmektedirler. Diğer iki grup çalışanlar birbirlerine benzer ve daha pozitif yönde fikir beyan etmişlerdir.

HBAEÇ (Hastane Birimleri Arasında Ekip Çalışması), İAT(İletişimin Açık Tutulması) ve BİEÇ (Birimler İçinde Ekip Çalışması), PS(Personel Sağlama), HHİGB (Hatalar Hakkında İletişim ve Geri bildirim) ve HRS (Hataların Raporlanma Sıklığı) konularında Medeni Durum alt boyutundaki Evli, Bekar ve Diğer(boşanmış, dul vb.) grubu çalışanlar arasında anlamlı fark yoktur. Birbirleriyle benzer düşünmektedirler.

Hipotez 3: Eskişehirdeki hastanelerde çalışan sağlık profesyonellerinin hasta güvenliği kültürü ölçeği için alt boyut algıları yaş değişkenine göre anlamlı olabilecek bir farklılık gösterir.

Tablo.23. Hasta Güvenliği Kültürü Alt Boyutları: "Yaş Değişkeni" Bakımından Değerlendirmek Amacıyla Yapılan ANOVA Ve Tanımlayıcı İstatistik Tablosundan Görülen Ortalama Değerler Sonuçları

Hasta Güvenliği Kültürü Alt Boyutları	Yaş	n=167	Ortalama	Test Değeri(F)	p Değeri
HYD Hasta Güvenliği İçin Hastane Yönetiminin Desteği	18-24	30	5,3667	,577	,680
	25-34	43	5,2724		
	35-44	46	5,6957		
	45-49	29	5,4433		
	50 ve üzeri	19	5,0752		
İAT İletişimin Açık Tutulması	18-24	30	5,8733	,366	,833
	25-34	43	6,0226		
	35-44	46	5,8435		
	45-49	29	6,0690		
	50 ve üzeri	19	6,1368		
HBAEÇ Hastane Birimleri Arasında Ekip Çalışması	18-24	30	6,4733	1,292	,276
	25-34	43	6,7674		
	35-44	46	6,3000		
	45-49	29	6,7310		
	50 ve üzeri	19	6,9684		
BİEÇ Birimler İçinde Ekip Çalışması	18-24	30	6,4733	1,292	,276
	25-34	43	6,7674		
	35-44	46	6,3000		
	45-49	29	6,7310		
	50 ve üzeri	19	6,9684		
PS Personel Sağlama	18-24	30	7,3583	1,827	,126
	25-34	43	7,3488		
	35-44	46	6,8967		
	45-49	29	7,5517		
	50 ve üzeri	19	7,6447		

HHİGB Hatalar Hakkında İletişim ve Geri bildirim	18-24	30	7,8222	1,966	,102
	25-34	43	7,2248		
	35-44	46	7,1667		
	45-49	29	7,8851		
	50 ve üzeri	19	7,1754		
HRS Hataların Raporlanma Sıklığı	18-24	30	4,9667	,819	,515
	25-34	43	5,4341		
	35-44	46	4,9710		
	45-49	29	5,1609		
	50 ve üzeri	19	5.8596		

HBAEÇ(Hastane Birimleri Arasında Ekip Çalışması), İAT (İletişimin Açık Tutulması) ve BİEÇ (Birimler İçinde Ekip Çalışması), HYD (Hasta Güvenliği İçin Hastane Yönetiminin Desteği), HRS (Hataların Raporlanma Sıklığı), HHİGB(Hatalar Hakkında İletişim ve Geri bildirim) ve PS (Personel Sağlama) konularında yaş değişkenine göre alt boyutundaki 18-24 yaş aralığı, 25-34 yaş aralığı, 35-44 yaş aralığı,45-49 yaş aralığı ve 50.yaş ve üzeri grubu çalışanlar arasında anlamlı fark yoktur. Birbirleriyle benzer düşünmektedirler.

Hipotez 4:Eskişehirdeki hastanelerde çalışan sağlık profesyonellerinin hasta güvenliği kültürü ölçeği için alt boyut algıları mezun olduğu okul değişkenine göre anlamlı olabilecek bir farklılık gösterir.

Tablo.24. Hasta Güvenliği Kültürü Alt Boyutları: “Mezun Olduğu Okul”
Bakımından Değerlendirmek Amacıyla Yapılan ANOVA Ve Tanımlayıcı İstatistik
Tablosundan Görülen Ortalama Değerler Sonuçları

Hasta Güvenliği Kültürü Alt Boyutları	Mezun Olduğu Okul	n=167	Ortalama	Test Değeri (F)	p değeri (Sig.)
HYD Hasta Güvenliği İçin Hastane Yönetiminin Desteği	Lise	26	5,5604	1,085	,357
	Üniversite	116	5,4557		
	Yüksek Lisans	11	5,5974		
	Doktora	14	4,6429		
İAT İletişimin Açık Tutulması	Lise	26	5,9846	2,108	,101
	Üniversite	116	5,9034		
	Yüksek Lisans	11	5,7273		
	Doktora	14	6,6857		
HBAEÇ Hastane Birimleri Arasında Ekip Çalışması	Lise	26	6,4615	,957	,415
	Üniversite	116	6,6069		
	Yüksek Lisans	32	6,2727		
	Doktora	14	7,0857		
BİEÇ Birimler İçinde Ekip Çalışması	Lise	26	6,4615	,957	,415
	Üniversite	116	6,6069		
	Yüksek Lisans	11	6,2727		
	Doktora	14	7,0857		
PS Personel Sağlama	Lise	26	7,3173	,687	,561
	Üniversite	116	7,2586		
	Yüksek Lisans	11	7,0682		
	Doktora	14	7,7321		
HHİGB Hatalar Hakkında İletişim ve Geri bildirim	Lise	26	7,9231	1,341	,263
	Üniversite	116	7,3534		
	Yüksek Lisans	11	7,0303		
	Doktora	14	7,4048		
HRS Hataların Raporlanma Sıklığı	Lise	26	4,5641	1,033	,380
	Üniversite	116	5,3391		
	Yüksek Lisans	11	5,2424		
	Doktora	14	5,4762		

HBAEÇ (Hastane Birimleri Arasında Ekip Çalışması), İAT (İletişimin Açık Tutulması) ve BİEÇ (Birimler İçinde Ekip Çalışması), HYD (Hasta Güvenliği konusunda Hastane Yönetiminin Desteği), HRS (Hataların Raporlanma Sıklığı), HHİGB (Hatalar Hakkında İletişim ve Geri bildirim) ve PS (Personel Sağlama) konularında mezun olduğu okul değişkenine göre alt boyutundaki Lise, Üniversite, Yüksek lisans, Doktora grubu çalışanlar arasında anlamlı fark yoktur. Birbirleriyle benzer düşünmektedirler.

Hipotez 5:Eskişehirdeki hastanelerde çalışan sağlık profesyonellerinin hasta güvenliği kültürü ölçeği için alt boyut algıları meslek yılına göre anlamlı olabilecek bir farklılık gösterir.

Tablo.25. Hasta Güvenliği Kültürü Alt Boyutları: “Meslek Yılı” Bakımından Değerlendirmek Amacıyla Yapılan ANOVA Ve Tanımlayıcı İstatistik Tablosundan Görülen Ortalama Değerler Sonuçları

Hasta Güvenliği Kültürü Alt Boyutları	Meslek yılı	n=167	Ortalama	Test Değeri(F)	p Değeri
HYD Hasta Güvenliği konusunda Hastane Yönetiminin Desteği	0 ile 5 yıl	38	5,1992	,469	,758
	6 ile10 yıl	35	5,4571		
	11 ile15 yıl	32	5,7098		
	16 ile 20 yıl	17	5,1849		
	21. yıl üzeri	45	5,4349		
İAT İletişimin Açık Tutulması	0 ile 5 yıl	38	5,8842	,186	,946
	6 ile10 yıl	35	5,9771		
	11 ile 15 yıl	32	5,8875		
	16 ile 20 yıl	17	6,0706		
	21.yıl üzeri	45	6,0578		

HBAEÇ Hastane Birimleri Arasında Ekip Çalışması	0 ile 5 yıl	38	6,6211	,296	,880
	6 ile 10 yıl	35	6,4400		
	11 ile 15 yıl	32	6,6000		
	16 ile 20 yıl	17	6,5059		
	21.yıl üzeri	45	6,7511		
BİEÇ Birimler İçinde Ekip Çalışması	0 ile 5 yıl	38	6,6211	,296	,880
	6 ile 10 yıl	35	6,4400		
	11 ile 15 yıl	32	6,6000		
	16 ile 20 yıl	17	6,5059		
	21.yıl üzeri	45	6,7511		
PS Personel Sağlama	0 ile 5 yıl	38	7,3092	2,792	,028
	6 ile 10 yıl	35	7,0786		
	11 ile 15 yıl	32	6,8203		
	16 ile 20 yıl	17	7,4706		
	21.yıl üzeri	45	7,7222		
HHİGB Hatalar Hakkında İletişim ve Geri bildirim	0 ile 5 yıl	38	7,8246	3,127	,016
	6 ile 10 yıl	35	7,2095		
	11 ile 15 yıl	32	6,8021		
	16 ile 20 yıl	17	7,2353		
	21.yıl üzeri	45	7,7704		
	0 ile 5 yıl	38	5,1754	2,704	,232

HRS Hataların Raporlanma Sıklığı	6 ile 10 yıl	35	5,0952		
	11 ile 15 yıl	32	5,6979		
	16 ile 20 yıl	17	3,8235		
	21.yıl üzeri	45	5.5556		

Yukardaki ANOVA ve Tanımlayıcı istatistik Tablosundan görülen Ortalama değerlere göre meslek yılına için 0-5 yıl çalışan, 6-10 yıl çalışan, 11-15 yıl çalışan, 16-20 yıl çalışan, 21. yıl ve üzeri HHİGB (Hatalar Hakkında İletişim ve Geri bildirim) ve PS (Personel Sağlama) konusunda anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.

HHİGB Hatalar Hakkında İletişim ve Geri bildirim konusunda 0-5 yıl(ort=7824), 6-10 yıl(ort=7209), 11-15 yıl(ort=6802), 16-20 yıl(ort=7235), 21 yıl ve üzeri (ort=7770) ile, meslek yılına göre en negatiften pozitive doğru sıraladığımızda 0-5 yıl çalışanlar ilk sırada yer almaktadır. Onu sırasıyla 21 yıl ve üzeri çalışanlar, 6-10 yıl çalışanlar, 16-20 yıl çalışanlar ve en pozitif düşünen 11-15 yıl çalışan grubu yer almaktadır. 0-5 yıl grubu işe yeni başlayanlarda iletişim ve geri bildirim konusunda negatif düşünce sebebi sağlık sektöründe insan odaklı bir çalışma söz konusu olduğu için bu grubun adaptasyon sorunu ve tecrübesizlikleri olarak gösterilebilir.

PS Personel Sağlama konusunda 0-5yıl çalışan(ort=7.309), 6-10 yıl çalışan(ort=7.078), 11-15 yıl çalışan(ort=6.802), 16-20 yıl çalışan(ort=7.470), 21. yıl ve üzeri çalışan (ort=7.722) ile, meslek yılına göre bu kez tam tersi olarak en negatif düşünen 11-15 yıl çalışan grubu olmuştur. Bu grubu negatiftten pozitive doğru sırasıyla 6 ila 10 yıl çalışan, 0-5 yıl çalışan, 16-20 yıl çalışanlar içinde en pozitif *düşünen 21. yıl ve üzeri yıl çalışan grubu yer almaktadır. Personel sağlama konusunda 21 yıl ve üzeri tecrübeli çalışanların pozitif düşünce sebebi nicelikten çok nitelikli eleman ile çalışmaya daha fazla değer verilmesi olarak yorumlamak mümkündür.

HBAEÇ(Hastane Birimleri Arasında Ekip Çalışması), İAT(İletişimin Açık Tutulması) ve BİEÇ (Birimler İçinde Ekip Çalışması), HYD (Hasta Güvenliği konusunda Hastane Yönetiminin Desteği) ve HRS (Hataların Raporlanma Sıklığı) konularında meslek yılına göre alt boyutundaki 0-5 yıl çalışan, 6-10 yıl çalışan, 11-

15 yıl çalışan, 16-20 yıl çalışan, 21. yıl ve üzeri çalışan grupları arasında anlamlı fark yoktur. Birbirleriyle benzer düşünmektedirler.

Hipotez 6:Eskişehirdeki hastanelerde çalışan sağlık profesyonellerinin hasta güvenliği kültürü ölçeği için alt boyut algıları kurumdaki çalışma süresine göre anlamlı olabilecek bir farklılık gösterir.

Tablo.26.Hasta Güvenliği Kültürü Alt Boyutları: “Kurumdaki Çalışma Süresi”
Bakımından Değerlendirmek Amacıyla Yapılan ANOVA Ve Tanımlayıcı İstatistik
Tablosundan Görülen Ortalama Değerler Sonuçları

Hasta Güvenliği Kültürü Alt Boyutları	Kurumdaki Çalışma Süresi	n=167	Ortalama	Test Değeri(F)	p Değeri(Sig.)
HYD Hasta Güvenliği İçin Hastane Yönetiminin Desteği	0 ile5 yıl	46	5,1273	,642	,633
	6 ile10 yıl	48	5,5774		
	11 ile15 yıl	27	5,5185		
	16 ile 20 yıl	15	5,1619		
	21. yıl üzeri	31	5,6129		
İAT İletişimin Açık Tutulması	0 ile 5 yıl	46	5,8478	,427	,789
	6 ile 10 yıl	48	5,9500		
	11 ile 15 yıl	27	5,9926		
	16 ile 20 yıl	15	6,2933		
	21.yıl üzeri	31	6,0065		
HBAEÇ Hastane Birimleri Arasında Ekip Çalışması	0 ile 5 yıl	46	6,6348	,454	,769
	6 ile10 yıl	48	6,4500		
	11ile 15 yıl	27	6,7037		
	16 ile 20 yıl	15	6,9333		
	21.yıl üzeri	31	6,5419		
BİEÇ Birimler İçinde Ekip Çalışması	0 ile5 yıl	46	6,6348	,454	,769
	6 ile10 yıl	48	6,4500		
	11ile15 yıl	27	6,7037		
	16 ile20 yıl	15	6,9333		

	21.yıl üzeri	31	6,5419		
PS Personel Sağlama	0 ile 5 yıl	46	7,3261	,201	,938
	6 ile 10 yıl	48	7,2188		
	11 ile 15 yıl	27	7,2037		
	16 ile 20 yıl	15	7,5167		
	21.yıl üzeri	31	7,3387		
HHİGB Hatalar Hakkında İletişim ve Geri bildirim	0 ile 5 yıl	46	7,6014	1,838	,124
	6 ile 10 yıl	48	7,4097		
	11 ile 15 yıl	27	6,7654		
	16 ile 20 yıl	15	7,7556		
	21.yıl üzeri	31	7,6022		
HRS Hataların Raporlanma Sıklığı	0 ile 5 yıl	46	4,6449	1,907	,112
	6 ile 10 yıl	48	5,3264		
	11 ile 15 yıl	27	5,4568		
	16 ile 20 yıl	15	4,8667		
	21.yıl üzeri	31	5.8925		

HBAEÇ (Hastane Birimleri Arasında Ekip Çalışması), İAT(İletişimin Açık Tutulması) ve BİEÇ(Birimler İçinde Ekip Çalışması), HYD (Hasta Güvenliği konusunda Hastane Yönetiminin Desteği), HRS (Hataların Raporlanma Sıklığı), HHİGB(Hatalar Hakkında İletişim ve Geri bildirim) ve PS (Personel Sağlama) konularında kurumdaki çalışma süresine göre alt boyutundaki 0-5 yıl çalışanlar, 6-10 yıl çalışanlar, 11-15 yıl çalışanlar, 16-20 yıl çalışanlar, 21. yıl ve üzeri çalışanlar grupları arasında anlamlı fark yoktur. Birbirleriyle benzer düşünmektedirler.

Bu çalışmada; 2 boyutlu olduğu için Araştırma sorusu-2 (Hastanede çalışan sağlık profesyonellerinin hasta güvenliği kültürünü değerlendirmeleri olay raporlamayı yapıp yapmamalarına bağlı olarak farklılık gösterecek midir?) ve Hipotez-1 (Eskişehirdeki hastanelerde çalışan sağlık profesyonellerinin hasta güvenliği kültürü ölçeği alt boyut için algıları cinsiyetlerine göre anlamlı olabilecek bir farklılık gösterir.) için (Erkek, Kadın) Bağımsız örneklemelere ait t testi (Independent Sample Test) uygulanmıştır. Diğer 5 adet Hipotez ve Araştırma sorusu-1 için 3 ve daha fazla boyutlu oldukları için ANOVA(Analysis of Variance) varyans analizi uygulanmıştır.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu bölümde, Eskişehir Yunus Emre Devlet Hastanesi bünyesinde çalışan sağlık profesyonellerinin hasta güvenliği kültürü algılarının çalıştıkları birimler bazında ve raporlama yapıp yapmadıklarına göre farklılaşıp farklılaşmadığının, ayrıca sosyo- demografik özelliklere göre farklılaşıp farklılaşmadığı değerlendirilmesinin amaçlandığı bu çalışma konuya ilişkin literatür çevresinde tartışılacaktır.

Tablo 1.den görüldüğü üzere Araştırmaya dahil edilen 167 sağlık profesyonelinin %37.7'si (63kişi) yatan hasta birimlerinde,%26.9'u (45 kişi) ayakta tedavi birimlerinde ve %35.3'ü (59 kişi) ameliyathane, yoğun bakım, acil servislerde çalışmaktadır.

Sağlık sektörü çalışanları içinde bulundukları riskli ve özel çevrelerden ve çalışılan materyalin insan olmasından da kaynaklanan çok yönlü ve karmaşık sağlık risklerine maruz kalmaktadırlar. (Sezgin, 2007, 15)

Sağlık profesyonelleri işin gereğini yerine getirirken aşırı iş yükü, vardiya, nöbet sistemi ile çalışma, mesai içerisinde sürekli ayakta kalma, aşırı yorgunluk, yeni teknolojiye hızla ayak uydurma çabaları, malzeme, araç gereç noksanlığı, karşı karşıya kalınan enfeksiyon riski, sayıca yetersiz personel, işyerinde kişiler arası negatif ilişkiler, acil durumlar, hastalık, ölüm gibi kriz ortamları çalıştıkları birimle farklılaşmakla beraber sıklıkla karşılaşmaktadırlar (Sezgin, 2007, 15).

Hastanede çalışan sağlık profesyonellerinin hasta güvenliği kültürü ölçeği alt boyut algıları 1) Ayakta tedavi bölümü, 2) Yatan hasta bölümü, 3) Ameliyathane, Yoğun bakımlar, acil servis vb. bölümlerinde çalışanlar için farklılaşmakta mıdır? şeklinde oluşturulmuş araştırma sorusu sonuçları şu şekildedir.

Tablo.19' görülen Ortalama değerlere göre Yatan Hasta biriminde çalışan sağlık personelinin Hastanede Hasta güvenliği kültürünün oluştuğunu gösterebilir.

HYD, PS, HHİGB ve HRS değişkenleri üç bölüm için anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.

HYD Hasta Güvenliği İçin Hastane Yönetiminin Desteği konusunda yatan hasta çalışanları (ort.=6.157)diğer birimlerden anlamlı bir şekilde daha negatif düşünmektedirler. Diğer iki birim çalışanları birbirlerine benzer ve daha pozitif yönde fikir beyan etmişlerdir.

PS Personel Sağlama konusunda yatan hasta çalışanları (ort.=6.806) diğer birimlerden anlamlı bir şekilde negatif düşünme eğilimindedirler. Ayakta Tedavi Bölümü Çalışanları ve Ameliyathane, acil servis vb. çalışanları birbirine yakın sonuçlarla daha pozitif yönde fikir beyan etmişlerdir.

HHİGB Hatalar Hakkında İletişim ve Geri bildirim konusunda yatan hasta çalışanları (ort.= 6,8583)diğer birimlerden anlamlı bir şekilde daha pozitif düşünmektedirler. Diğer iki birim çalışanları birbirlerine benzer ve daha negatif yönde fikir beyan etmişlerdir.

HRS Hataların Raporlanma Sıklığı konusunda Ameliyathane, acil servis vb. çalışanları(ort.=4,5864) diğer birimlerden anlamlı bir şekilde daha negatif düşünmektedirler. Diğer iki birim çalışanları birbirlerine benzer ve daha pozitif yönde fikir beyan etmişlerdir.

HBAEÇ (Hastane Birimleri Arasında Ekip Çalışması), İAT(İletişimin Açık Tutulması) ve BİEÇ (Birimler İçinde Ekip Çalışması) konularında üç farklı hastane birimi arasında anlamlı fark yoktur. Birbirleriyle benzer düşünmektedirler.

Bu verilerden çıkarabileceğimiz sonuç Eskişehirdeki kamu hastanelerinde klinik(yatan hasta birimleri) çalışanlarının personel sağlama, hastane yönetiminin desteği konularında sorunlar yaşadığı bu konularda desteklenmeleri gerektiği olabilir. Benzer şekilde ameliyathane, yoğun bakım ve acil servis vb. riskli ortam olarak nitelenen ve poliklinik(ayakta hasta birimleri) çalışanlarının da hatalar hakkında iletişim ve geri bildirim ile hataların raporlanma sıklığı konularında desteklenmeleri uygun olabilir.

Araştırma sorusu 2: Hastanede çalışan sağlık profesyonellerinin hasta güvenliği kültürünü değerlendirmeleri olay raporlamayı yapıp yapmamalarına bağlı olarak farklılık gösterecektir? Bu araştırma sorusunu cevaplamak için Bağımsız örneklemelere ait t testi yapılmıştır; sonuçları aşağıda sunulmaktadır.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının Hasta Güvenliği Kültürünün her bir boyutuna verdikleri önem derecesi olay raporlama raporlamama durumuna göre değişmemektedir. Ntekim, yukarıdaki Tablo.20’de görüldüğü üzere P değerleri 0 dan uzak 1’e yakındır. Raporlama oranlarının bu denli düşük olması bu şekilde açıklanabilir. Şöyleki raporlayan ile raporlamayanın hasta güvenliği kültüründe durduğu yer aynıysa, ya da çok yakınsa raporlamanın öneminin algısı konusunda burada ciddi bir sorun olduğu söylenebilir.

Tüm sağlık hizmetlerinin sunumunda oluşan hataların sağlık profesyonelleri tarafından raporlanmak suretiyle belirtilmesi ve bu tıbbi hatalara karşı öncesinde önlem alınabilmesi için raporlama sisteminin fiili olarak, aktif ve agresif şekilde kullanılması gerekliliktir. Çalışanların tıbbi hatayı rapor etmesi durumunda kurumda dışlanmışlık yaşayacağı, ceza alacağı veya da kötü durumlarla karşı karşıya kalacaklarını düşünmelerinin yerine sistemin etkili, uygun ve sorunsuz bir şekilde yol alması için tüm çalışanlarca yüksek gayret gösterilmesi gerekliliktir. İlaç hatalarının atlanmadan, doğru bir prosedürle raporlanması, bu hataların önüne geçilebilmesi ile bağlantılıdır (Mayo ve Duncan, 2004; Yöntem, 2016).

Hipotez 1:Eskişehirdeki hastanelerde çalışan sağlık profesyonellerinin hasta güvenliği kültürü ölçeği için alt boyut algıları cinsiyetlerine göre anlamlı olabilecek bir farklılık gösterir.

Tablo 2.den görüldüğü üzere katılanların %57.7’si Kadınlardan, %42.3’ü Erkeklerden oluşmaktadır. Literatürdeki önceki çalışmalara baktığımızda hemşire katılımcıların yoğun olması sebebi ile % 80’lerde görülen kadın oranı bu çalışmada farklı mesleklerden, çalışan sağlık profesyonellerinin dahil edilmesiyle daha dengeli ve yakın olduğu görülmüştür; Korkmazer, Yıldız, Ekingen(2016) Muş’ta bir kamu hastanesinde yaptıkları HGK çalışmada katılımcıların % 84,2’sinin kadınlardan oluştuğu görülmektedir.

Tablo.21’de Bağımsız örneklemelere ait t testi (Independent Sample Test)ve Tanımlayıcı istatistik Tablosundan görülen Ortalama değerlere göre HYD ve HRS için Kadın ve Erkek farklı değerlendirmişlerdir.

Teleş'in Ankara'da ki bir eğitim ve araştırma hastanesi için yaptığı çalışmalarında hasta güvenliği kültürünün alt boyutları ve cinsiyet alt boyutlarında kadın ve erkek arasında istatiki açıdan anlamlı olabilecek bir fark olmadığı görülmüştür. Literatürde yapılan çalışmalarda genel olarak cinsiyet farkı değişkeninin, hasta güvenliği kültürünün algılanması konusunda anlamlı bir fark yaratmadığı, çalışılan ortamın cinsiyete göre herhangi bir fark göstermeksizin aynı özellikleri taşıdığı ve genel olarak bunun beklenen bir sonuç olduğu ifade edilmiştir (Erdağı ve Özer, 2015; Balık, 2014; Teleş, 2011; Tabrizchi ve Sedaghat, 2012). Hasta Güvenliği Kültürü alt boyutları konusunda cinsiyete göre anlamlı fark göstermediği Literatürdeki pek çok çalışmadan farklı olarak bu çalışmada alt boyutlardan ikisinde anlamlı fark görülmüştür. HYD (Hasta Güvenliği konusunda Hastane Yönetiminin Desteği) konusunda Kadın(ort= 5,119) ile Erkek(ort=5.773) farklı değerlendirmişlerdir. Kadınlar Erkeklerle göre daha pozitif düşünme eğiliminindedirler. Hastane çalışanları diğer kurumlarla kıyaslandığında (hemşireler, ebeler vb.) kadın ağırlıklı bir yapı gösterebilirler. Yönetimsel faaliyetlerde kadına daha fazla yer veriliyor olması bu konuda etkin olmuş olabilir.

HRS Hataların Raporlanma Sıklığı konusunda Kadın(ort=5.920) ve Erkek (ort=5.595)farklı değerlendirmişlerdir. Kadınlar daha sık raporlama yapıldığı konusunda erkeklere oranla daha pozitif düşünmektedirler.

HBAEÇ (Hastane Birimleri Arasında Ekip Çalışması), İAT (İletişimin Açık Tutulması) ve BİEÇ (Birimler İçinde Ekip Çalışması), PS (Personel Sağlama), HHİGB (Hatalar Hakkında İletişim ve Geri bildirim) konularında Kadınlar ve Erkekler arasında anlamlı fark yoktur. Birbirleriyle benzer düşünmektedirler.

Hipotez 2:Eskişehirdeki hastanelerde çalışan sağlık profesyonellerinin hasta güvenliği kültürü ölçeği için alt boyut algıları medeni duruma göre anlamlı olabilecek bir farklılık gösterir.

Medeni durumları açısından katılımcı kişilerin %58.2 si evli %35.2'si bekaardır; Yaş grupları açısından bakıldığında %26.4 ile en fazla katılımın 34-45 yaş aralığında olduğu onu %25.3 ile 25-34 yaş,%19.8 ile 45-49 yaş, %16.5 ile 18-24 yaş ve %12.1 ile 50 yaş ve üzeri çalışanlar takip etmektedir;

Cinsiyet faktörüne benzer şekilde, literatürde yapılan çalışmalarda genel olarak medeni durum değişkeninin, hasta güvenliği kültürünün algılanması konusunda anlamlı bir fark yaratmadığı saptanmıştır (Durmaz, 2016; Erdağı ve Özer, 2015; Abdou ve Samer, 2011).

Tablo.22'deki ANOVA ve Tanımlayıcı istatistik Tablosundan görülen Ortalama değerlere göre medeni duruma göre Evli(ort=5.404), Bekar(ort=5.188) ve Diğer(Ort=6.583) sadece HYD (Hasta Güvenliği İçin Hastane Yönetiminin Desteği) konusunda anlamlı olabilecek düzeyde farklılaşmaktadır.

HYD (Hasta Güvenliği İçin Hastane Yönetiminin Desteği) konusunda Diğer(boşanmış, dul vb.) grubu çalışanları (ort.=6.583) Evli ve Bekargrubu çalışanlara göre anlamlı bir şekilde daha negatif düşünmektedirler. Diğer iki grup çalışanlar birbirlerine benzer ve daha pozitif yönde fikir beyan etmişlerdir.

HBAEÇ (Hastane Birimleri Arasında Ekip Çalışması), İAT (İletişimin Açık Tutulması) ve BİEÇ (Birimler İçinde Ekip Çalışması), PS (Personel Sağlama), HHİGB (Hatalar Hakkında İletişim ve Geri bildirim) ve HRS (Hataların Raporlanma Sıklığı) konularında Medeni Durum alt boyutundaki Evli, Bekar ve Diğer(boşanmış, dul vb.) grubu çalışanlar arasında anlamlı fark yoktur. Birbirleriyle benzer düşünmektedirler.

Hipotez 3: Eskişehirdeki hastanelerde çalışan sağlık profesyonellerinin hasta güvenliği kültürü ölçeği için alt boyut algıları yaş değişkenine göre anlamlı olabilecek bir farklılık gösterir.

HBAEÇ (Hastane Birimleri Arasında Ekip Çalışması), İAT (İletişimin Açık Tutulması) ve BİEÇ (Birimler İçinde Ekip Çalışması), HYD (Hasta Güvenliği İçin Hastane Yönetiminin Desteği), HRS (Hataların Raporlanma Sıklığı), HHİGB (Hatalar Hakkında İletişim ve Geri bildirim) ve PS (Personel Sağlama) konularında yaş değişkenine göre alt boyutundaki 18-24 yaş aralığı, 25-34 yaş aralığı, 35-44 yaş aralığı, 45-49 yaş aralığı ve 50 yaş üzeri kişiler grubu çalışanlar arasında anlamlı fark yoktur. Birbirleriyle benzer düşünmektedirler.

Hipotez 4:Eskişehirdeki hastanelerde çalışan sağlık profesyonellerinin hasta güvenliği kültürü ölçeği için alt boyut algıları mezun olduğu okul değişkenine göre anlamlı olabilecek bir farklılık gösterir.

HBAEÇ (Hastane Birimleri Arasında Ekip Çalışması), İAT (İletişimin Açık Tutulması) ve BİEÇ (Birimler İçinde Ekip Çalışması), HYD (Hasta Güvenliği İçin Hastane Yönetiminin Desteği), HRS (Hataların Raporlanma Sıklığı), HHİGB (Hatalar Hakkında İletişim ve Geri bildirim) ve PS (Personel Sağlama) konularında mezun olduğu okul değişkenine göre alt boyutundaki Lise, Üniversite, Yüksek lisans, Doktora grubu çalışanlar arasında anlamlı fark yoktur. Birbirleriyle benzer düşünmektedirler.

Eğitim durumları incelendiğinde en fazla %72 katılımcının Üniversite mezunu, onu %14.3 ile Lise, %6.0 Yüksek lisans ve %7.7 ile Doktora mezuniyetleri takip etmektedir. Eğitim durumları açısından sağlık sektörünün yüksek oranda iyi eğitim aldıklarını ve uzmanlaşmanın fazla olduğunu görüyoruz bu durum bize HGK konusunda yönetimsel ve sistemsal problemler olabileceğini düşündürmektedir.

Hipotez 5:Eskişehirdeki hastanelerde çalışan sağlık profesyonellerinin hasta güvenliği kültürü ölçeği için alt boyut algıları meslek yılına göre anlamlı olabilecek bir farklılık gösterir.

Sektördeki deneyim süreleri açısından bakıldığında ise en fazla katılımının %30.8 ile 20 yıl ve üzeri deneyimliler oluşturmakta onu %21.4 ile 0-5 yıl yeni başlayanlar, %20.3 ile 6-10 yıl çalışanlar, %17.6 ile 11-15 yıl çalışanlar ve %9.9 oranında 16-20 yıl çalışanlar takip etmektedir; Aynı kurumda çalışma sürelerine göre ise en yüksek katılımın %28.0 ile 0-5 yıl yeni başlayanlara ait olduğunu onu %26.9 ile 6-10 yıl, %18.1 ile 11-15 yıl ve yine aynı oranda %18.1 ile 21 yıl ve üzeri son olarakta %8.8 ile 16-20 yıl takip etmektedir.

Tablo.25'deki ANOVA ve Tanımlayıcı istatistik tablosundan görülen Ortalama değerlere göre meslek yılına göre 0-5 yıl çalışan, 6-10 yıl çalışan, 11-15 yıl çalışan, 16-20 yıl çalışan, 21 yıl ve üzeri çalışan HHİGB (Hatalar Hakkında İletişim ve Geri bildirim) ve PS (Personel Sağlama) konusunda anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.

HHİGB (Hatalar Hakkında İletişim ve Geri bildirim) konusunda 0-5 yıl çalışanlar(ort=7824), 6-10 yıl çalışanlar(ort=7209), 11-15 yıl çalışanlar(ort=6802), 16-20 yıl çalışanlar(ort=7235), 21 yıl ve üzeri çalışanlar(ort=7770) ile, meslek yılına göre

en negatiften pozitif doğru sıraladığımızda 0-5 yıl çalışanlar ilk sırada yer almaktadır. Onu sırasıyla 21.yıl ve daha fazla çalışanlar, 6-10yıl çalışanlar, 16-20 yıl çalışanlar ve en pozitif düşünen 11-15 yıl çalışan grubu yer almaktadır. 0-5 yıl grubu işe yeni başlayanlarda iletişim ve geri bildirim konusunda negatif düşünce sebebi sağlık sektöründe insan odaklı bir çalışma söz konusu olduğu için bu grubun adaptasyon sorunu ve tecrübesizlikleri olarak gösterilebilir.

Korkmazer, Yıldız, Ekingen(2016) yaptıkları çalışmada bu çalışmaya benzer şekilde Sağlık profesyonellerinin hasta güvenliği kültürünün çalışılan boyutlarına ilişkin algılarının meslekteki çalışma yıllarına göre karşılaştırılması incelenip bakıldığında, 11yıl ve daha fazla yıl çalışanlar grubunun algısının diğer gruplardan daha düşük olduğu görülmüştür. Çalışma süresi arttıkça, sağlık personelinin hastanede yapılan hatalarla karşılaşma sıklığı daha fazla olacağından 11yıl ve daha fazla yıl çalışanlar grubunun algısı görece daha düşük çıkmış olabilir. Değerlendirmesi yapmışlardır.

Yine Öngün'ün 2015 yılında yaptığı çalışma da ise 15 yıldan uzun süre aynı kurumda çalışanların hasta güvenliği kültürüne ilişkin puanları daha yüksek bulunmuştur. Çalışma yılı arttıkça, hastanedeki kıdem derecesi arttıkça çalışanların kurumunu benimsemesi, kendilerini kurumun kültürünün bir parçası görmesi ve akabinde de olumlu değerlendirmeler de bulunması ile bu durumu açıklayabiliriz.

PS Personel Sağlama konusunda 0-5 yıl çalışan(ort=7.309), 6-10 yıl çalışan (ort=7.078), 11-15 yıl çalışan(ort=6.802), 16-20 yıl çalışan(ort=7.470), 21 yıl ve üzeri çalışan (ort=7.722) ile, meslek yılına göre bu kez tam tersi olarak en negatif düşünen 11-15 yıl çalışan grubu olmuştur. Bu grubu negatiften pozitive doğru sırasıyla 6-10 yıl çalışan, 0-5 yıl çalışan, 16-20 yıl çalışanlar ve en pozitif düşünen 21yıl ve üzeri yıl çalışan grubu yer almaktadır. Personel sağlama konusunda 21 yıl ve üzeri tecrübeli çalışanların pozitif düşünce sebebi nicelikten çok nitelikli eleman ile çalışmaya daha fazla değer verilmesi olarak yorumlamak mümkündür.

HBAEÇ Hastane Birimleri Arasında (Ekip Çalışması), İAT (İletişimin Açık Tutulması) ve BİEÇ (Birimler İçinde Ekip Çalışması), HYD (Hasta Güvenliği İçin Hastane Yönetiminin Desteği) ve HRS (Hataların Raporlanma Sıklığı) konularında meslek yılına göre alt boyutundaki 0-5 yıl çalışanlar, 6-10 yıl çalışanlar, 11-15 yıl

Çalışanlar, 16-20 yıl çalışanlar, 21 yıl ve üzeri çalışanlar grupları arasında anlamlı fark yoktur. Birbirleriyle benzer düşünmektedirler.

Hipotez 6:Eskişehirdeki hastanelerde çalışan sağlık profesyonellerinin hasta güvenliği kùltùrù ölçeği için alt boyut algıları aynı kurumdaki çalışma süresine göre anlamlı bir farklılık gösterir.

HBAEÇ Hastane Birimleri Arasında Ekip alışması, ,(İAT İletişimin Açık Tutulması) ve BİEÇ Birimler İçinde Ekip alışması, HYD (Hasta Güvenliği İçin Hastane Yönetiminin Desteği), HRS Hataların Raporlanma Sıklığı, HHİGB (Hatalar Hakkında İletişim ve Geri bildirim) ve PS (Personel Sağlama) konularında kurumdaki çalışma süresine göre alt boyutundaki 0-5 yıl, çalışan 6-10 yıl çalışan, 11-15 yıl çalışan, 16-20 yıl çalışan, 21 yıl ve üzeri çalışan grubu çalışanlar arasında anlamlı fark yoktur. Birbirleriyle benzer düşünmektedirler.

ÖNERİLER

*Hasta Güvenliği konusunda stratejik bir bakış açısıyla politik faktörlerden başlayarak, bakanlıklar seviyesinden itibaren farkındalığı yüksek, ciddi, uygulanabilir, pratik önlemler alınması çok önemlidir.

*Hasta güvenliğinin sağlanabilmesi amacıyla kurumların kaynak ayırması son derece önemlidir.

*Raporlama konusunda yoğun hastane ortamlarında hızlıca işlem yapılabilmesini sağlayacak, onlarca form doldurma zahmeti gerektirmeyen on-line pratik sistemler geliştirilmesi önerilmektedir. Hataların raporlanması amacıyla oluşturulan sistemlerin basit, kolay kullanılabilir olması ile teşvik artırılabilir.

*Hasta Güvenliği konusuna eğitimsel anlamda bakılacak olursa şöyle ki, hastaneler zaten çok tehlikeli işyeri sınıfına girdikleri için yılda bir defa alınması zorunlu İş Sağlığı ve Güvenliği eğitimleri içerisinde zorunlu olarak her çalışana verilmektedir. Burada önerilebilecek şey İSG eğitimlerinde Hasta Güvenliği konusuna daha etkin daha fazla bir yer ayrılması olabilir.

*Hastanede çalışan sağlık personellerine çalıştıkları birim için özel hazırlanmış, hasta güvenliği kùltürü algılarını artırmak amacıyla yıl içerisinde düzenli olarak hizmet içi eğitimler verilmelidir.

*Hasta kayıt formları yine çalışılan birime özel olarak oluşturulmalı, güvenlik kontrolleri her vaka ve her işlem öncesinde yapılmalı, formlara işlenmelidir. Bu sayede hata ihtimali en aza indirgenmiş olacaktır.

* Sağlık Profesyonellerine eğitim veren Tıp Fakùlteleri başta olmak üzere eğitimi veren lisans ve yüksek lisans programlarının müfredatlarına hasta güvenliği ile ilgili dersler ve materyaller eklenmelidir.

*Tıp Fakùlteleri başta olmak üzere eğitimi veren lisans ve yüksek lisans programlarının öğrencilerinin kalite güvencesi, iyileştirme ve hasta güvenliği açısından ihtiyaçları belirlenebilir. Bunun yanı sıra bilgi, anlayış ve hasta güvenliği açısından farkındalıklarını geliştirmeleri amacıyla güncel hasta güvenliği çalışmaları takip edilebilir. Bu sayede hasta güvenliği kùltürü temeli daha sağlam atılmış olacaktır.

*Eğitim birimi ve Kalite birimleri aracılığıyla belli aralıklarda hastane personelinin hasta güvenliği kùltürü algılarının ölçülebilir. Hasta güvenliğiyle ilgili ölçek geliştirilmeli ve bu konuda çalışmalar artırılmalıdır.

*Hasta güvenliğine ilişkin raporlar ve konu ile ilgili faaliyetler çalışanlara belli aralıklarla bildirilmelidir. Bildirim ve güvenliği arttırıcı karar verme mekanizmalarının kurum içerisinde geliştirilmesi ve çalışanlarca bunların kullanılması yönünde teşvik edilmelidir.

*Hastanelerde yeni başlayan sağlık personellerine oryantasyon eğitimlerinin düzenli olarak verilmesi ve hastane yönetiminin hasta güvenliğine yönelik çalışmalara gerekli önemi vererek sağlık pesrsonellerinin yönetim anlayışı görüşlerinin iyileştirilmesi sağlanmalıdır.

*Birim içi eğitimler artırılmalı ve yetkin, mesleki becerisi yüksek kıdemli çalışanlara eğitici görevi teşvik edilmelidir, bilinmelidir ki mesleğe hakimiyet arttıkça hata payı da azalacaktır.

*Hastanede çalışan tüm sağlık profesyonellerinin HGK ile ilgili güncel ve yasal konuları takip edebileceği güncel yayınlar, duyurular, çalışmalar ve veri tabanlarının oluşturulmalıdır.

*Hata raporlaması ile ilgili bir sistem oluşturulmalı ve sistemin işleyişinde cezai yaptırım bulunmamalıdır. Hataların bildirilmesi ile sonraki süreçte oluşabilecek olası hataların önüne geçilmiş olacaktır.

*Hastanelerde iş yükünün üstesinden gelecek kadar sağlık personeli bulunması, yöneticilerin özellikle hasta güvenliği prosedürlerine uygun, hasta güvenliğini ön planda tutan bir işi gördüğünde çalışanını takdir etmesi, yöneticiler kalite konusunda kayıp olacağını bile bile hızlı çalışılmasını istememesi, çalışan personelin gerektiğinde veya yanlış bir durum fark ettiğinde yöneticilerinin karar ve eylemlerini sorgulamakta kendilerini özgür ve rahat hissedebilmesi gerekmektedir.

*Yüksek riskli ve hataya meyil oluşturulabilecek işlemler belirlenmeli, algoritmalar hazırlanmalı ve uygulamalara ekstra özen gösterilmelidir. Böylece riske açık uygulamalarda çözümlerin hızlı bir şekilde üretilmesi sağlanabilecektir.

*Birim sorumluları ve yöneticiler kadar çalışanlarında hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesi adına daha fazla sorumluluk üstlenmelidir

*Hasta güvenliğini yeterli düzeyde sağlayan birimler için teşvik ve devamlılığı sağlamak amacıyla ödüllendirme yöntemi tercih edilebilir.

*Hastanelerde tüm birimlerin kontrol edildiği Eğitim biriminden hariç ama koordineli çalışan Hasta Güvenliği birimi kurulabilir.

*Hastanede çalışanların sağlıklı çalışma ortamlarında kurumdaki kalite kontrol ve yönetimi, fiziki kaynaklar, mesleki etik ilişkiler, mesleki doyumu algıları hasta güvenliği ile pozitif ilişkili olduğu için bu yönleri ile çalışma ortamlarını güçlendirici çalışmaların yapılması sağlanabilir.

*Çalışma ortamının sağlık çalışanlarının hasta güvenliği tutumuna etkisinin deneysel araştırma tasarımları ile incelenerek hasta güvenliği tutumunu mümkün olan en yüksek seviyeye getirilebilir.

Özetle şöyle söyleyebiliriz, sağlık kurumlarındaki güvenlik kültürünü her birimde her ortamda geliştirmek amacıyla, personelin bu konuda eğitilmesi, özellikle cezalandırıcı olmayacak şekilde düzenlenecek hata bildirim sistemi, hastanelerde klinik süreçlerin daha çok hasta odaklı ve hasta güvenliğini sağlamaya yönelik olarak tasarlanması, takip edilmesi ve klinik süreçlere ait iyileştirme çalışmalarının yapılması gereklidir. Ayrıca öncelikle üst düzey yönetimin ve hastane yönetimin hasta güvenliği kültürü oluşturmak konusunda desteğinin gösterilmesi son derece önemlidir.

Burada gereken en zayıf halka teorisinin unutulmamasıdır. Şöyle ki bir ekipteki sorunlar, kendini o ekibe ait hissetmeyen ve adanmışlık duygusu gelişmemiş çalışanlardan ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle, hastanelerde çalışan sağlık personelinin aidiyet ve adanmışlık duygusu geliştirebilmeleri için farklı motivasyon kaynakları geliştirilmeli ve kullanılmalıdır. Bütün platformlarda hasta güvenliği konusuna hakettiği önem verilmelidir.



KAYNAKÇA

Akçay, G. (2019). *Acil servislerde çalışan sağlık profesyonellerinin hasta güvenliğine ilişkin tutumları ve hasta güvenliğinde etkili faktörler* (Master's thesis, Namık Kemal Üniversitesi).

Avcı U, Sayılır A. (2006) Hizmet Kalitesi Çerçevesinde Çalışanların Rolüne Ve Yeterliliklerine İlişkin Karşılaştırmalı Bir İnceleme. Ticaret Ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi, 1: 121-136

ALTINDİŞ, S. (2010). SAĞLIK HİZMETLERİNDE OLAY RAPORLAMA VE HASTA GÜVENLİĞİNE ETKİLERİ. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 1(1), 17-32.

Arnold JL. (1999) International Emergency Medicine And The Recent Development Of Emergency Medicine Worldwide. *Ann Emerg Med*. 33: 97-103.

Aren A. (2008) Ameliyathanede Hasta Ve Çalışan Güvenliği. *İstanbul Tıp Dergisi*, 3:141-145

American Academy Of Pediatrics. (2003) Prevention Of Medication Errors İn The Pediatric Inpatient Setting. Sayı: 2

Alsulami Z, Conroy S, Choonare I. (2013) Medication Errors İn The Middle East Countries: A Systematic Review Of The Literature. *European Journal Of Clinical Pharmacology*, 69:995-1008

Aspden P, Corrigan J, Wolcott J, Erickson Sm. (2004) Patient Safety: Achieving A New Standard For Care, Dc: National Academies Press, 29-40

Akgün S, Al-Assaf Af. (2007) Sağlık Kuruluşlarında Hasta Güvenliği Kültürünü Nasıl Oluşturabiliriz?. *Sağlık Düşüncesi Ve Tıp Kültürü Dergisi*, Sayı:4

Aştı T, Acaroğlu R. (2000) Hemşirelikte Sık Karşılaşılan Hatalı Uygulamalar. *Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 4:22-27

American Association Of Critical-Care Nurses. (2005) Standards For Establishing And Sustaining Health Work Environments: A Journey To Excellence. Aliso Viejo, Ca:Aacn

Avcı K. (2019) İnsan Hataları Ve Sistem Düşüncesi. H. Sur, T. Palteki, G. Yazıcı, Hasta Güvenliği, Palme Yayınevi, Ankara, S:41-56

Avcı K, Aktan T. (2015) Bir Sistem Sorunu Olarak Tıbbi Hatalar Ve Hasta Güvenliği. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 5(2):48-54

Ahmadı M, Damanabı S, Sadoughi F. (2014) A Comparative Study Of The Proposed Models For The Components Of The National Health Information System. Acta Informatica Medica Journal Of Academy Of Medical Sciences Of Bosnia Herzegovina, 22:115-119

Anameriç H. (2005) Bilgi Merkezlerinin Yönetiminde Bilgi Sistemlerinin Rolü, Bilgi Dünyası, 6:15-35

Alotaibi Yk, Federico F. (2017). The Importance Of Health Information Technology On Patient Safety. Saudi Med J. 38(12):1173-1180

Anaver T, Fedai R. (2017) Sağlık Hizmetlerinde Dijitalleşme: Sağlık Yönetiminde Bilgi Sistemlerinin Kullanılması. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 22:1544-1542

Assiri Ga, Shebl Na, Mahmoud Ma, Aloudah K, Grant E, Aljadhey H, Sheikh A. (2018) What Is The Epidemiology Of Medication Errors, Error-Related Adverse Events And Risk Factors For Errors In Adults Managed In Community Care Contexts? A Systematic Review Of The International Literature. Bmj Open, Volume 8, Issue, 5

Akalın E. (2004) Hata Güvenliği Kültürü: Nasıl Geliştirebiliriz? Akdem Dergisi 18:12-13

Akalın E. (2005) Yoğun Bakım Ünitelerinde Hasta Güvenliği, Yoğun Bakım Dergisi 3;141-146

Akalın E. (2014) Hasta Güvenliği: Değişen Paradigma, Sağlık Düşüncesini Ve Tıp Kültürü Dergisi, 32:64-67

Akalın Z, Tekin De, Civil So. (2012) Hasta Güvenliği-Beklenmedik Olaylarda Hemşirenin Rolü. 1.Baskı. Nobel Tıp Kitapevi. İstanbul. S:63-81

Abdel-Latif Mm. (2016) Knowledge Of Healthcare Professionals About Medication Errors İn Hospital. Journal Basic And Clinical Pharmacy, 7:87-92

Ashcroft Dm, Morecroft C, Paker D, Noyce Pr. (2005). Safety Culture Assesment İn Community Pharmacy: Development, Face Validity, And Feasibility Of The Manchester Patient Safety Assessment Framework, Quality And Sfety İn Health Care, 14:417-421

Aşıçı M. (2009) Kişisel Ve Sosyal Bir Değer Olarak Okuryazarlık, Değerler Eğitimi Dergisi, 17:9-26

Agency For Healthcare Research And Qalty. (2019) Culture Of Safeyt. <https://psnet.ahrq.gov/primers/primer/5/culture-of-safety>

Banar K, Ekergil V. (2010) Muhasebe Meslek Mensuplarının Hizmet Kalitesi: Sunulan Hizmetlerin Kalitesi İle Müşteri Memnuniyeti İlişkisi Eskişehir Uygulaması. Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi 1:39-60

Bayık A. (1998) Sağlık Eğitimi. Ed. İnci Erefe. Halk Sağlığı Hemşireliği El Kitabı. 1.Baskı. Birlik Ofset. İstanbul

Baker, G. R., & Norton, P. G. (2004). Adverse events and patient safety in Canadian health care. *CMAJ*, 170(3), 353-354.t

Bates Dw, Gawande Aa. (2003) Improving Safety With Information Technology. N Engl Med. 19;343(25):2526-34

Bayraktutan Y, Arslan İ, Bal V. (2010) Sağlık Bilgi Sistemlerinin Hastane Performanslarına Etkisinin Veri Zarflama Analizi İle İncelenmesi: Türkiye’de Göğüs Hastalıkları Hastanelerinde Bir Uygulama. Gaziantep Tıp Dergisi, 16:13-18

Bates Dw, Oneil Ac, Boyle D, Teich J, Chertow Gm, Komaroff Al, El. All. (2003) Potential Identifiability And Preventability Of Adverse Events Using Information-Systems. Journal Of The American Medical Informatics Association, 1(5), 404-411.

Bayat Ah. (2016) Tıp Tarihi. 3.Baskı, S:52

Bertan M, Akın L. (1997) Halk Sağlığında Temel Bilgiler. Ankara. Hacettepe Üniversitesi Yayınları. S: 42

Berwick Dm, Leape Ll. (1999) Reducing Errors İn Medicine. Bmj Open, 17:136-137

Brennan Ta, Leape Ll, Laird Nm, Hebert L, Localio Ar, Lawthers Ag, Newhouse Jp, Weiler Pc, Hiatt Hh. (2004) Incidence Of Adverse Events And Negligence İn Hospitalized Patients: Results Of The Harvard Medical Practive Study I, Qual Saf Health Care, 13:145-152

Brickell Ta. Nicholls Tl. Procyshyn Rm. Mclearn C. Dempster Rj. Lavoie Jaa. Sahlsrrom Ma. Tomita Tm. Wang E. (2009) Patient Safety İn Mental Health. Edmonton, Alberta: Canadian Patient Safety Institute And Ontario Hospital Association

Beuzekom M, Boer F, Akerboom S, Hudson P. (2012). Patient Safety İn The Operating Room: An Intervention Study On Latent Risk Factors. BMC Surgery, 12:10

Budak M. (2008) Hasta Güvenliği Kültürü, Sağlık Düşünce Ve Tıp Kültürü Dergisi,

Bohlman Nl, Panzer Am, Kındıg Da. (2004) Helath Literacy A Presiption To End Confusion, Institute Of Medicine, The National Academies Press, Washington D.C.

Büken E, Ornek Büken N, Büken B. (2004) Obstetrik Ve Jinekolojik Malpraktis İçinde Türkiyede: İnsidansı, Darbe, Nedenleri Ve Önleme, Journal Of Forencis And Legal Medicine, 11:233-47

Candansayar S. (2001) İnsan Yaşamında Ruh Sağlığının Önemi, Mised, S:80-84

Cebeci F. (2010) Hasta Güvenliğinde Acil Hemşirelerin Rolü. Türkiye Klinikleri J Nurs Sci, 2:57-63

Chyka Pa. (2000) How Many Deaths Occur Annually From Adverse Drug Reactions In The United States? Am J Med. 1;109(2):122-30

Candaş B, Gürsoy A. (2015) Cerrahide Hasta Güvenliği: Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 3:40-50

Carvalho Agr, Moraes App, Tanaka Lms, Gomes Rv, Silva Aam. (2017) Quality In Intensive Care Units: Proposal Of An Assessment Instrument, BMC Res Notes, 26:222

Coulter A, Parsons S, Askham J. (2008) Where Are The Patient In Decision-Making About Their Own Care? Health System And Policy Analysis, 1-14

Csiki Ie, Marcu A, Unguren C. (2003) Description Of The National Health Information System In Romania, The Institute Of Public Health, Bucharest

Çağlıyan V. (2017) Sağlık Kurumlarında Hizmet Kalitesi Analizi: Tıp Fakültesi Hastanesi Örneği, Selçuk Üniversitesi Bil. Ens. Der. 37:254-264

Çakmak C, Teleş M, Konca M. (2018) Türkiye Ulusal Güvenlik Raporlama Sistemi (Grs) Üzerinden Tıbbi Hataların Değerlendirilmesi, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 21:423-448

Çakır A. (2007) Hasta Güvenliği Kültürü İle Kalite Yönetim Sistemi Arasındaki İlişkinin Analizi, Yüksek Lisans Tezi, İzmir

Çakmakçı M, Akalın E. (2010) Füsün Sayek Tıbbi Raporları/Kitapları, 1.Bakı, Ankara

Çınaroğlu S, Avcı K. (2013) Yönetim Biliminde Sistem Yaklaşımı Ve Sağlık Alanı Özelinde Bir Değerlendirme, Çukurova Üniversitesi İİB Dergisi, 17:83-101

Çınar D, Karadakovan A. (2016) Yoğun Bakım Ünitelerinde Hasta Ve Çalışan Güvenliği, Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi, 20:116-22

Deshpande R, Frederick E, Webster Jr. (1989) Organizational Culture And Marketing: Defining The Research Agenda, Journal Of Marketing, 53:3-15

Deimazar G, Kahoueı M, Zamanı A, Ganjı Z. (2018) Health Information Technology İn Ambulatory Care İn A Developing Country. Electronic Physician Excellence İn Constructive Peer Review, 10:6319-6326

Despins La. (2009) Patiret Safety And Collaboration Of The Intensive Care Unit Team. Critical Care Nurse, 29:85-91

Deganı A, Wiener El. (1993) Cockpit Checklists: Concepts, Desing, And Use, Sage Journals, 35:345-359

Demir Ayşe Kübra(2021) DİŞ HEKİMLERİNİN VE DİŞ HEKİMLİĞİ STAJYER ÖĞRENCİLERİNİN HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ ALGILARININ BELİRLENMESİ.

Dhillon Bs. (2003) Human Reliability And Error İn Medical System. Series On Industrial&System Engineering, 2:10-108

Dizon-Woods M, Pronovost Pj. (2016) Patient Safety And The Problem Of Many Hands. Bmj Qual Saf. 25(7):485-8

Erer S. (2010) Sağlık Hizmetlerinde Sorumluluğun Paylaşılması. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 36:33-38

Ersoy İ. (2016) Sağlığın Geliştirilmesinde Medyanın Sorumluluğu. Sasam Enstitüsü Ve Sağlık-Sen Araştırmalar Merkezi Enstitüsü. Ankara

Esen H, Durmuş S, Kiraz K. (2017) Acil Servisden Kliniğe Yatırılan Hastaların Bekleme Sürelerinin Belirlenmesi, Hasta Güvenliği Ve Sağlık Finansmanı Kongre Bildiri Kitabı, S:4-7

El Sayed Mj. (2012) Measuring Quality İn Emergency Medical Services: A Review Of Clinical Performance Indicators, Emerg Med International, 161630

Evans Rs, Pestotnik Sl, Classen Dc, Clemmer Ty, Weaver Lk, Orme Jf, Lloyd Jf, Burke Jp. (1998) A Computer- Assisted Management Program For Antibiotics And Other Antiinfective Agents. The New England Journal Of Medicine, 338:232-238

Farmakovijilans Derneği. (2019) Tarihçesi Erişim Tarihi: 01.06.2019
[Http://Farmakovijilansdernegi.Org/Tarihce.Php](http://Farmakovijilansdernegi.Org/Tarihce.Php)

Fleming M, Wentzell N. (2008) Patient Safety Culture Improvement Tool: Develoment And Guidelines For Use, Healthcare Quarterly, 11:10-15

FİLİZ, E., & BODUR, S. (2009). HASTANEDE HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ ALGILAMASININ VE SAĞLIK ÇALIşANLARI İLE TOPLUMUN HASTA GÜVENLİĞİ HAKKINDAKİ TUTUMUNUN BELİRLENMESİ.

Flin R, Yule S. (2004) Leadership For Safety: Industrial Experience, Qual Saf Health Care 13:İi45-İi51

Fudickar A, Horle K, Wiltfang J, Bein B. (2012) The Effect Of The Who Surgical Safety Checklist On Complication Rate And Communication, Deutsches Arzteblatt International, 109:695-701

Fracica Pj, Wilson S, Chellurı Lp. (2010) Patient Safety, Varkey P (Eds): Medical Quality Management Theory And Practice, 2.Ed. Jones And Bartlett Publishers, London, 43-74

Goras C, Unbeck M, Nilsson U, Ehrenberg A. (2017) Interprofessional Team Assessments Of The Patient Safety Climate İn Swedish Operating Rooms: A Crosssectional Survey, Bmj Open, 7:1-8

Gödeş M. (2015) Ruh Sağlığı Nedir? Nasıl Bozulur? Erişim Tarihi: 07.05.19
[Https://Www.Tavsiyeediyorum.Com/Makale_14361.Htm](https://Www.Tavsiyeediyorum.Com/Makale_14361.Htm)

Gaba Dm, Howard Sk, Jump B. (1994) Production Pressure İn The Work Environment, California Anesthesiologists Attitudes And Experiences. *Anesthesiology*, 81:488-500

Girgin A. (2014) Hipokrat Ve Galen. Erişim Tarihi: 03.02.2018
[Http://Www.Felsefesi.Org/Hipokrat-Ve-Galen/](http://www.felsefesi.org/Hipokrat-Ve-Galen/)

Günay T, (2014), Stratejik Hedefler- Taraflar, Türkiye Sağlık Raporu, Ertem M, Çan G, Hasuder, S:26

Gündoğmuş Ün, Erdoğan Ms, Sehiraltı M, Kurtas Ö. (2005) Türkiye’deki Tıbbi Uygulama Hatası Vakalarının Tanımlayıcı Bir Çalışması, 25:404-408

Gündoğmuş, Ü. N. (2006). Tıbbi malpraktis iddialarında hekim tutumu. *Türkiye Klinikleri Journal of Surgical Medical Sciences*, 2(50), 34-38.

GÜNDOĞDU, S. K., & BAHÇECİK, N. (2012). Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürü Algılamasının Belirlenmesi. *Anadolu hemşirelik ve sağlık bilimleri dergisi*, 15(2), 119-128.

Haw C, Stubbs J. (2003) Prescribing Errors At A Psychiatric Hospital, Pharmacy İn Practice, 13:64-66

Herzog A, Shore Mf, Beale Rr, Padrino Sl, Vogel Av, Frashman M, Staff Ch. (2002) Recommendations To The Board Of Trustees Of The American Psychiatric Association, By The Assembly Executive Committee

Helmreich Rl. (2000) On Error Management: Lessons From Aviation, *Bmj Open*, 18:781-785

Henneman Ea, Gawlinski Aa. (2004) “Near-Miss” Model For Describing The Nurse’s Role İn The Recovery Of Medical Errors. *J Pof Nurs* 20:196-201

Hellrigel D, Slocum J, Woodman Rw. (1995) Organizational Behavior, 7th.Edition, West Publishing Co, Usa

Hayran O. (2019) Tıbbi Hataların Azaltılmasında Hekimin Rolü, Sur H, Palteki T, Yazıcı G. Hasta Güvenliği. S:130-132

Hadji B, Degoulet P. (2016) Information System End-User Satisfaction And Continuance Intention: A Unified Modeling Approach Journal Of Biomedical Informatics, 61:185-193

Ilan, R., & Fowler, R. (2005). Brief history of patient safety culture and science. *Journal of critical care*, 20(1), 2-5.

Institute Of Medicine. (2000) To Err Is Human: Building A Safer Health System. National Academy Press, Washington

İlnem C, İlnem M. (1999) Psikiyatri Pratiğinde Hatalı Uygulamalar. *Düşünen Adam*, 12:4-15

Johnstone Mj, Kanitsaki O. (2006) Culture, Language, And Patient Safety: Making The Link. *International Journal For Quality In Health Care*, 18:383-388

Jones Sb, Munro Mg, Feldman Ls, Robinson Tn, Brunt Lm, Schwartzberg Sd, Jones Db, Fuchshuber Pr. (2017) Fundamental Use Of Surgical Energy (Fuse): An Essential Educational Program For Operating Room Safety. *The Permanente Journal*, 21:16-050

Jones J, Barry Mm. (2011) Exploring The Relationship Between Synergy And Partnership Functioning Factors In Health Promotion Partnerships. *Health Promotion Int.*, 26:408-20

Katz Sj, Hayley St. (2007). From Policy To Patients And Back: Surgical Treatment Decision Making For Patients With Breast Cancer. *Health Affairs*, 26(3), Pp: 761-769.

Kaya Şd, Uludağ A. (2017) Relationship Between The Health And Media Literacy- Sağlık Ve Medya Okuryazarlık Arasındaki İlişki. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitü Dergisi*, 9(22):194-206

Kavuncubaşı Ş. (2000) Hastane Ve Sağlık Kurumları Yönetimi. Siyasal Kitapevi, Ankara, S:52

Keleş Ş. (2017) Xvii.Dünya Psikiyatri Kongresi. Berlin, Türkiye Biyotik Dergisi, 4:108-110

Kalaycı Ş. (2016) Spss Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri. 7.Baskı, Ankara, Asil Yayınevi

Karabulut K, Yapraklı Ş. (2001) Sağlık Hizmetlerinde Algılanan Kalite Düzeyinin Belirlenmesi - Erzurum’da Bir Uygulama. İktisadi Ve İdari Bilimler Dergisi / Journal Of Economics And Administrative Sciences, Cilt: 15, Sayı: 1-2 S.117-130

Karabıyık L. (2012) Yoğun Bakımda Sık Yapılan Hatalar. Yoğun Bakım Dergisi, 10:40-49

Korkmaz A. (2018) Geçmişten Günümüze Hasta Güvenliği. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi, 1:10-19

Kelley R, Caplan J. (1993) How Bell Labs Creates Star Performers. Harvard Business Review, 71:128-139

Kılıçaslan D, Bozan H, Oktay C, Göksu E. (2005) Türkiye’de Acil Servise Başvuran Hastaların Demografik Özellikleri. Turk J Emerg Med. 5:5-13

Kruger Aj, Lockey D, Kurola J, Dı Bartolomeo S, Castren M, Mikkelsen S, Lossius Hm. (2011) A Consensus-Based Template For Documenting And Reporting In Physician-Staffed Pre-Hospital Srvices. Scand J Trauma Resusc Emerg Med. 19:71

Kurutkan, M. N. (2009). Hasta Güvenliği Çözümleri Bir Uygulama Rehberi Denemesi, Ankara.

Kohn Lt, Corigan Jm, Donaldson Ms. (2000) To Err Is Human: Building A Safer Health System. Dc: National Academt Press, 210:17-69

Korkmaz S, Çuhadar U. (2017) Sağlık Hizmet Kalitesi Ve Sağlık Kurumunu Tekrar Tercih Etme Niyeti Arasındaki İlişki: Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Örneği. Uluslararası Sağlık Yönetimi Ve Stratejileri Araştırma Dergisi, 3:72-87

Korkmazer, F., YILDIZ, A., & Ekingen, E. (2016). Sağlık personeli hasta güvenliği kültürü algılarının değerlendirilmesine yönelik bir araştırma. *Anemon Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 4(2), 141-154.

Kurt Sümeyye Hatice(2021)Serbest Eczaneler İçin Hasta Güvenliği Anketi'nin Türkçe Versiyonu: Eczane Çalışanlarının Hasta Güvenliği Kültürü Algılarının Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara.

Kuğuoğlu S, Seliman D. (2004) Acil Bakım. 3.Baskı, Yüce Yayın, S:3-10

Kutner M, Greenberg E, Jin Y, Paulsen C. (2006) The Health Literacy Of America's Adults Results From The 2003 National Assessment Of Adult Literacy. U.S. Department Of Education

Kanj M, Mıtıç W. (2009) Promoting Health And Development: Closing The Implementation Gap. Nairobi, Kenya

Klassen K. (2008) Health Literacy İn Canada A Health Understanding. Canadian Council On Learning

Köse T. (2010) Hastanelerde Bilgi Sistemlerinin Yönetim Fonksiyonlarına Katkısı. Uluslararası 8. Bilgi, Ekonomi Ve Yönetim Kongresi Bildirileri, İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi, S:609-621

Korkmazer F, Yıldız A, Ekingen E. (2016) Sağlık Personeli Hasta Güvenliği Kültürü Algılarının Değerlendirilmesine Yönelik Bir Araştırma. Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 4:141-154

Lee Hy, Rhee Tg, Kim Nk, Ahluwalia Js. (2015) Health Literacy As A Social Determinant Of Health İn Asian American Immigrants: Findings From A Population-Based Survey İn California. Journal Of General Internal Medicine, 30(8):118-1124

Leonard M, Graham S, Banacum D. (2004) The Human Factor: The Critical Importance Of Effective Teamwork And Communication In Providing Safe Care. Qual Saf Health Care, 13:185-190

Lena W, Thin Y, (2018), Swiss Cheese Tragedy Case Study, Journal Of Gastroenterology And Hepatology, Volume: 33

Leavitt M. (2001) Medscape's Response To The Institute Of Medicine Report: Crossing The Quality Chasm: A New Health System For The 21st Century. Medscape General Medicine, 5;3(2):2

Lingard L, Espin S, Rubin B, Whyte S, Colmenares M, Baker G, Doran D, Grober E, Orser B, Bohnen J, Reznick R. (2004) Communication Failures In The Operating Room: An Observational Classification Of Recurrent Types And Effects. Quality And Safety In Health Care, 13:330-334

Liang Cy, Wang Ky, Hwang Sj, Lin Kc, Pan Hh. (2013) Factors Affecting The Physician-Patient Relationship Of Older Veterans With Inadequate Health Literacy: An Observational Study. Br J Gen Pract, 63:E354-360

Lake J, Turner Ms. (2017) Urgent Need For Improved Mental Health Care And A More Collaborative Model Of Care, 21:17-024

Loring K. (1992) Patient Education. St. Lois: A Practical Approach. Mosby Company.

Loudon J, Loudon K. (2006) Management Information Systems Managing The Digital Firm. Newyork: Prentice-Hall International Inc

Mercadante S, Gregoretti C, Cortegiani A. (2018) Palliative Care In Intensive Care Units: Why, Where, What, Who, When, How. BMC Anesthesiology, 18:106

Mattingly R. (1997) Management Of Health Information (A Volume In The Delmar Health Information Management Series). 1st. Edition

Manwell La, Barbic Sp, Roberts K, Durisko Z, Lee C, Ware E, McKenzie K. (2015) What Is Mental Health? Evidence Towards A New Definition From A Mixed Methods Multidisciplinary International Survey. *Bmj Open*, 5:E007079

Moucheraud C, Schwitters A, Boudreaux C, Giles D, Kilmarc Ph, Ntolo N, Bangani Z, St. Louis Me, Bossert Tj. (2016) Sustainability Of Health Information System: A Three-Country Qualitative Study In Southern Africa. *Bmc Health Services Research*, 17:23

Mayo Am, Duncan D. (2004) Nurse Perception Of Medication Errors. *J Nurse Care Qual*, 19:209-217

Moreno Rp, Rhodes A, Donchin Y. (2009) Patient Safety In Intensive Care Medicine: The Declaration Of Vienna. *Intensive Care Medicine*, 35:1667-1672

Midilli Ö. (2011) Hizmet Sektöründe Müşteri Memnuniyetinin Pazarlamaya Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Kadir Has Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul

Makary Ma, Holzmüller Cg, Thompson D, Rowen L, Heitmiller Es, Maley Wr, Black Jh, Stegner K, Freischlag Ja, Ulatowski Ja, Pronovost Pj. (2006) Operating Room Briefings: Working On The Same Page. *The Joint Commission Journal On Quality And Patient Safety*, 32:351-355

Mark S, Little J, Geller S, Et Al. (2011) Principles And Practices Of Medication Safety : Dipiro Jt Tr, Yee Gc, Matzke Gr, Wells Bg, Posey L., *Pharmacotherapy: A Pathophysiologic Approach*. New York: Mcgraw-Hill,

Mallouli M, Tlili Ma, Aouicha W, Rejeb Bm, Zedini C, Salwa A, Mtiraoui A, Dhiab Mb, Ajmi T. (2017) Assessing Patient Safety Culture In Tunisian Operating Rooms: A Multicenter Study. *International Journal For Quality In Health Care*, 29:176-182

Morrison Ak, Brousseau Dc, Brazauskas R, Levas Mn. (2015) Health Literacy Affects Likelihood Of Radiology Testing In The Pediatric Emergency Department. *The Journal Of Pediatrics*, 166(4):1037-1041

Narlı Y. (2009) Sağlık Sektöründe Hasta Memnuniyetini Arttırıcı Süreç İyileştirme Çalışmaları Üzerine Örnek Bir Uygulama: Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Örneği,.Yüksek Lisans Tezi, Konya

Nielsen-Bohlman L, Panzer Am, Kındıg Da. (2004) Health Literacy A Prescription To End Confusion. The National Academies Press. Washington, D.C.

Nutbeam D. (2000) Health Literacy As A Public Health Goal: A Challenge For Contemporary Health Education And Communication Strategies Into The 21st Century. Health Promotion International, 15:259-267

Ovalı F. (2010) Hasta Güvenliği Yaklaşımları, Sağlıkta Performans Ve Kalite Dergisi, 33-43

Odukoya Ok, Stone Ja, Chui Ma. (2014) How Do Community Pharmacies Recover From E-Prescription Errors?. Hhs Public Access, 10:837-852

Olsen J, Baisch Mj. (2014) An Integrative Reiew Of Information Systems And Terminologies Used İn Local Health Departments. Jamia A Scholarly Journal Of Informatics In Health And Biomedicine, 21:E20-E27

Ocaktan Em, Özdemir O, Akdur R. (2004) Birinci Basamakta Ruh Sağlığı Hizmetleri. Kriz Dergisi, 12:63-73

Özdemir H, Alper Z, Uncu Y, Bilgel N. (2010) Health Literacy Among Adults: A Study From Turkey. Health Education Research, 25(3):464-77

Özgirin K. (1996) Hastane Yönetiminde Kalite Uygulamaları Ve Toplam Kalite Yönetimine Geçiş Projesi. 5. Ulusal Kalite Kongresi Özgeçmişler Ve Tebliğler 3, Kalder, İstanbul

Özmen E, Taşkın O. (2007) Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumların Ruh Sağlığı Hizmetlerine Etkisi. Meta Basım Matbaacılık, 193-208

Ömürbek N, Demirgubuz Mö, Tunca Mz. (2013) Hastanelerdeki Bilişim Sistemlerinden Klinik Bilgi Sistemlerinin Kullanımına Yönelik Bir Araştırma: Denizli

Ve Isparta Örneği. Selçuk Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Sosyal Ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi, 25:301-328

Özkan T, Lajunen T. (2003) Güvenlik Kültürü Ve İklimi. Pivolka, 2(10): 3-4

Paasche Orlow Mk, Wolf Ms. (2007) The Causal Pathways Linking Health Literacy To Health Outcomes. American Journal Of Health Behavior, 31(1):19-26

Pagnamenta A, Rabito G, Arosio A, Perren A, Malacrida R, Barazzoni F, Domenighetti G. (2012) Adverse Event Reporting In Adult Intensive Care Units And The Impact Of A Multifaceted Intervention On Drug-Related Adverse Events. Annals Of Intensive Care, 2:47

Papatya G, Papatya N, Hamşioğlu Ab. (2012) Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesi Ve Hasta Memnuniyeti: İki Özel Hastanede Karşılaştırmalı Bir Araştırma. Sosyal Bilimler, 2:87-108

Parasuraman A, Berry Ll, Zeithaml Va. (1985) A Conceptual Model Of Service Quality And It's Implication For Future Researc. Journal Of Marketing, 49:41-50

Payne Th, Bates Dw, Berner Es, Bernstam Ev, Covvey Hd, Frisse Me, Graf T, Greene'ler Ra, Hoffer Ep, Kuperman G, Lehmann Hp, Liang L, Middleton B, Omenn Gs, Ozbolt J. (2013) Healthcare Information Technology And Economics. Jamia A Scholarly Journal Of Informatics In Health And Biomedicine, 2:212-217

Palumbo R, Annerumma C, Adinolfi P, Musella M, Piscopo G. (2016) The Italian Health Literacy Project: Insights From The Assessment Of Health Literay Skills In Italy. Health Policy, 120(9):1087-1094

Pitt D, Aubin Jm. (2012) Joseph Lister: Father Of Modern. Surgey Can J Sug, 55(5): E8- E9

Pham Jc, Story Jl, Hicks Rw, Shore Ad, Morlock Ll, Cheung Ds, Kelen Gd, Pronovost Pj. (2011) National Study On The Frequency,Types, Causes, And Consequences Of Voluntarily Reported Emergency Department Medication Errors. American Academy Of Emergency Medicine, 40:485-492

Pehlivan E. (2014) Durum (Uygulamalar). Ertem M, Çan G. Türkiye Sağlık Raporu. Trakya Üniversitesi Matbaası

Pelzang R, Hutchunson Am. (2018) Patient Safety Issues And Concerns İn Bhutan's Healthcare System: A Qualitative Exploratory Descriptive Study. Bmj Open, 8:E022788

Preffer J. (1998) Human Equation: Building Profits By Putting People Firs. Mass Harvard Business School Press, S:345

Perneger Tv. (2005) The Swiss Cheese Model Of Safety Incidensts: Are There Holes İn The Metaphor?. Bmj Health Serv. Res. 9:5-71

Richard Ws, Tumblin Tf. (2002) The Power Of Servant Learship To Transform Health Care Organizations Fort He 21st-Century Economy. Jama Network, 137:1419-1427

Reason J. (1995) Understanding Adverse Events: Human Factors. Quality İn Health Care, 4:80-89

Reason J. (2000) Human Error: Models And Management. Bmj Open, 18:768-770

Pronovost P, Sexton B. (2005) Assessing Safety Culture: Guidelines And Recommendations. Qual Saf Health Care, 14:231

Russo E, Sittig Df, Murphy Dr, Singh H. (2016) Challenges İn Patient Safety Improvement Research İn The Era Of Electronic Health Records. Healthcare, 4:285-290

Saaddine Jb, Venkat Narayan Km, Vınıcor F. (2003) Vision Loss: A Public Health Problem?. Ophthalmology, 110:253-54

Songur C, Saylavcı E, Kıran Ş. (2017) Avrupa’da Ve Türkiye’de Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Karşılaştırılmalı Olarak İncelenmesi. Social Sciences Studies Journal, 3:276-289

Sorensen K. Van Den Broucke S. Fullam J, Doyle G. Pelikan J. Slonska Z. Brand H. (2012) Health Literacy And Public Health: A Systematic Review And Integration Of Definitions And Models. Bmj Public Health. 25;12:80.

Smith Sg, O’conor R, Curtis Lm, Waite K, Deary Ij, Paasche-Orlow M, Wolf Ms. (2015) Low Health Literacy Predicts Decline In Physical Function Among Older Adults: Findings From The Litcog Cohort Study. Journal Of Epidemiol Community Health, 69:474-480

Sittig Df, Singh H. (2010) Anew Socio-Technical Model For Studying Health Information Technology In Complex Adaptive Healthcare System. Qual Saf Health Care, 19:168-174

Subaşı İt. (2013) Müşteri İlişkileri Yönetimine Bakış. Çağrı Merkezinde Müşteri İlişkileri Yönetimi (Ed.M.E.Mutlu), Eskişehir

Seshia Ss, Young Gb, Makhinson M, Smith Pa, Stobart K, Croskerry P. (2018) Gating The Holes In The Swiss Vheese (Part I): Expanding Professır Reason’s Model For Patient Safety. Journal Of Evaluation In Clinical Practice, 24:1

Sorensen K, Pelikan Jm, Rothlın F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, Fullam J, Kondılıs B, Agraftotis D, Uıters E, Falcon M, Mensing M, Tchamov K, Broucke S, Brand H. (2015) Health Literacy In Europe: Comparative Results Of The European Health Literacy Survey (Hls-Eu). European Journal Of Public Health, 25(6):1053-8

Sorensen K, Van Den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, Brand H. (2012) Health Literacy And Public Health: A Systematic Review And Integration Of Definitions And Models. BMC Public Health, 25:12-80

Sönmezer Mç, Gülhan B, Otuzoğlu M, Yakut Hi, Tezer H. (2014) Pediatri Yoğun Bakım Ünitesindeki Sağlık Personelinin El Hijyenine Uyumunun Değerlendirilmesi. Türkiye Çocuk Hast Dergisi, 2:75-78

Somyürek N, Uğur E. (2016) Yoğun Bakım Ünitelerinde Hasta Güvenliği Kültürü Oluşturma: Hemşire Gözüyle Tıbbi Hatalar. Sağlık Ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi, 1:1-7

Shumba Cs, Keilmann K, Witter S. (2017) Health Workers' Poerceptions Of Private-Not-For-Profit Health Facilities' Organizational Culture And Its Influence On Retention İn Uganda. BMC Health Services Research, 6;17(1):809

Seshia Ss, Bryan Young G, Makhinson M, Smith Pa, Stobart K, Croskerry P. (2018) Gating The Holes İn The Swiss Cheese (Part I): Expanding Professor Reason's Model For Patient Safety. Journal Of Evaluation İn Clinical Practice, 24(1): 187-197

Sözen C. (2002) Sağlık Hizmetlerinde Ve Sağlık İşletmelerinde Yönetim. Nobel Yayın Dağıtım, Ankara, S:2

Sarp N. (2019) Hasta Güvenliğinde Hastanın Rolü Ve Katılımının Sağlanması. Hasta Güvenliği, Sur H, Palteki T, Yazıcı G, 1.Baskı, Palme Yayınevi

Sur H. (2019) Hasta Güvenliği İle İlgili Kavramların Ortaya Çıkışı, Hasta Güvenliği, Sur H, Palteki T, Yazıcı G, 1.Baskı, Palme Yayınevi

Smith Sa, Yount N, Sorra J. (2017) Exploring Relationships Between Hospital Patient Safety Culture And Consumer Reports Safety Scores. BMC Health Services Research, 17:143

Singer S, Lin S, Falwell A, Gaba D, Baker L. (2009) Relationship Of Safety Climate And Safety Performance İn Hospitals. Health Services Research, Cilt:22 Sayı:2p1

Salması S, Khan Tm, Hong Yh, Ming Lc, Wong Tw. (2015) Medication Errors İn The Southeast Asian Countries: A Systematic Review, Plos One A Peer-Reviewed, Open Access Journal, 10:E0136545

T.C. Resmi Gazete. (2009) Sağlık Kurum Ve Kuruluşlarında Hasta Ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması Ve Korunmasına İlişkin Usul Ve Esaslar Hakkında Tebliğ. [Http://Www.Resmigazete.Gov.Tr/Eskiler/2009/04/20090429-12.Htm](http://Www.Resmigazete.Gov.Tr/Eskiler/2009/04/20090429-12.Htm)

T.C. Sağlık Bakanlığı Bilgi İşlem Daire Başkanlığı. (2004) Türkiye Sağlık Bilgi Sistemi Eylem Planı

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2016) Sağlıkta Kalite Standartları Hastane. 1.Revizyon 2.Baskı, Ankara

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2015) İlaç Güvenliği Rehberi. 2.Baskı, Ankara

T.C. Sağlık Bakanlığı. (1992) Türkiye Sağlık Reformu Sağlıkta Mega Proje. Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara

T.C. Sağlık Bakanlığı, Başkanlık Devlet Pılanlama Teşkilatı. (2007) Dokuzuncu 2007-2013 Kalkınma Planı

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2003) Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2007).

T.C. Sağlık Bakanlığı. (1961) Sayısı: 224 R.G. Tarihi:12.01.1961 R.G. Sayısı: 10705 Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun <https://www.saglik.gov.tr/tr,10388/Sayisi224--Rg-Tarihi12011961--Rg-Sayisi10705-Saglik-Hizmetlerinin-Sosyallestirilmesi-Hakkinda-Kanun.Html>

T.C. Sağlık Bakanlığı Ve Akreditasyon Daire Başkanlığı. (2011) Güvenli Cerrahi. <https://kalite.saglik.gov.tr/tr,9085/Guvenli-Cerrahi.Html>

T.C.Sağlık Bakanlığı (2006), 26166 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik Birinci Bölüm, Amaç, Madde 1)

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2011) Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı. Ankara, S:2

T.C. Kalkınma Bakanlığı. (2003) 58. Hükümet Acil Eylem Planı. <https://docplayer.biz.tr/3890419-T-C-58-Hukumet-Acil-Eylem-Plani-Aep.Html>

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2018) Eğitimciler İçin Eğitim Rehberi Ruh Sağlığı Modülleri. Ankara, S:18

T.C. Sağlık Bakanlığı. (1982). Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği. [Http://Www.Mevzuat.Gov.Tr/Metin.aspx?MevzuatKod=3.5.85319&MevzuatTilki=0&Sourcexmlsearch=Yatakl%C4%B1%20tedav](http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.aspx?MevzuatKod=3.5.85319&MevzuatTilki=0&Sourcexmlsearch=Yatakl%C4%B1%20tedav)

T.C. Dokuzuncu Kalkınma Planı. (2013) [Http://Www.Sbb.Gov.Tr/Wp-Content/Uploads/2018/11/Dokuzuncu-Kalk%C4%B1nma-Plan%C4%B1-2007-2013%E2%80%8b.pdf](http://www.sbb.gov.tr/Wp-Content/Uploads/2018/11/Dokuzuncu-Kalk%C4%B1nma-Plan%C4%B1-2007-2013%E2%80%8b.pdf)

T.C. 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun.

Tatar M, Şahin İ, Büyükkayıkçı H. (2003) Sağlık Hizmetlerinde Öncelik Belirleme: Teori Ve Ssk Hastaneleri Yöneticilerinin Görüşleri. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 1:3-20

Tapan B. (2019) Tıbbi Hata Ve Komplikasyon, Güvenli İlaç Uygulamaları, Hasta Güvenliği, Sur H,

Tak B. (2010) Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Ana Unsuru Olarak Hasta Güvenliği Sistemlerinin Oluşturulması: Hastaneler İçin Bir Yol Haritası Örneği. 1:72-113

TAŞ, Y., AKPINAR, A. T., & İŞÇİ, E. (2013). Kalite Yönetim Sistemi İle Hasta Güvenliği Kültürü İlişkisinin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma: Üniversite Hastanesi Örneği.

Tezcan M. (1991) Sosyolojiye Giriş- Temel Kavramlar. Bilgi Basım Merkezi. Ankara

Telci L. (2002) Yoğun Bakım Nasıl Olmalı. Türk Yoğun Bakım Dergisi, 1:1

Terzi Ar. (2000) Örgüt Kültürü. Nobel Yayın Dağıtım, Ankara, S:43

Tokaç M. (2008) Türk Tıp Tarihine Ait Belgelerde Hasta Güvenliği, Sağlık Düşünce Ve Tıp Kültürü Dergisi, Sayı:7

Top M. (2006) Sağlık Hizmetlerinde Öncelik Belirlenmesi: Türkiye’de Öncelik Belirleme Sürecinde Rol Alan Tarafların Görüşleri Ve Sağlık Politikalarına İlişkin Değerlendirmeleri. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 1:93-123

Tosun C. (2018) Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Belirleyicileri. Yüksek Lisans Tezi, Ankara

Türk Tabipler Birliği (Ttb). (2009) Sağlıkla İlgili Uluslararası Belgeler. Türk Tabipler Birliği Yayınları, Ankara

Tengilimoğlu D. (2013) Sağlık Kurumlarında Müşteri Memnuniyeti. Kaya S, Tengilimoğlu D, Işık O, Akbolat M, Yılmaz A. Sağlık Kurumlarında Kalite Yönetimi. Anadolu Üniversitesi 1.Baskı, S:33-36

Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2011) Sağlıkın Teşviki Ve Geliştirilmesine Yönelik Dönüm Noktaları, Global Konferanslardan Bildiriler, 1.Baskı, Ankara,

Uğurlu M, Soydal T. (2004) Türkiye’de Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine Entegrasyonu: Birinci Basamakta Ruh Sağlığı Eğitim Programı. Kriz Dergisi, 12:41-45

Üstüner Top F, Çam Hh. (2016) Hastanede Çalışan Emşirelerin İlaç Uygulama Hataları Ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Taf Preventive Medicine Bulletin, 15:213-219

Vangeest Jb, Cummins Ds. (2003) An Educational Needs Assessment For Improving Patient Safety, National Patient Safety Foundation, White Paper Report 3, [Http://Www.Npsf.Org/Download/](http://www.npsf.org/download/Edneedsassess.Pdf) Edneedsassess.Pdf

Velde Rv, Degoulet P. (2003) Clinical Information System: A Component-Based Approach. Newyork: Springer-Verlag

Von Wagner C, Knight K, Steptoe A, Wardle J. (2007) Functional Health Literacy And Health-Promoting Behaviour İn A National Sample Of British Adults. Journal Of Epidemiology & Community Health, 61(12):1086-90

Vincent C. (2010) Patient Safety, 2nd Edition, Wiley-Blackwell Publishing, Oxford, 119-40

Yazıcı G, Yılmaz K. (2019) Güvenli İlaç Uygulamaları. Hasta Güvenliği, Sur H, Palteki T, Yazıcı G, Palme Yayınevi, 1.Baskı S: 293-304

Yetginlioğlu Ö. (2009) Sağlık Kurumlarında Hasta Güvenliğinin Sağlanmasında Kalite Ve Akreditasyon Çalışmalarının Önemi: Ankara İlindeki Hastanede Hasta Güvenliği Çalışmalarının Değerlendirilmesine Yönelik Mukayeseli Bir Uygulama. Yüksek Lisans Tezi, Konya

Yalçın İ, Bayram A. (2014) Örgüt Kültürünün Kurumsal İtibara Etkilerinin Tespit Edilmesine Yönelik Bir Araştırma. Selçuk Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi, 28:105-133

Yılmaz C, Doğan A, Topal E. (1988) Yönetim Bilgi Sistemi. Erciyes Üniversitesi İ.İ.B.F Dergisi, 8:39-48

Yılmaz C, Yılmaz N. (2006) Osmanlılarda Sağlık, 2.Cilt, İstanbul

Yetkin A. (2002) Hemşirelerin Hasta Ve Ailesinin Eğitimi İle İlgili Görüş Ve Uygulamaları. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 5:53-59

Zhang J, Patel V, Johnson Tr. (2002) Medical Error: Is The Solution Medical Or Cognitive?. J Am Med Inform Assoc. 9(6 Suppl 1): S75-S77

Zwijnenberg Nc, Hendriks M, Hoogervorst-Schilp J, Wagner C. (2016) Healthcare Professionals' Views On Feedback Of A Patient Safety Culture Assessment. BMC Health Services Research, 16:199

Wager Ka, Lee Fw, Glaser Pj. (2009) Healthcare Information Systems A Practical Approach For Healthcare Management. San Francisco: Jossey-Bass

Wilson I, Walker I. (2009) The Who Surgical 141 Safety Checklist: The Evidence. Sage Journals, 19:362-364

Who. (1998) Health Promotion Glossary

Weant Ka, Bailey Am, Baker Sn. (2014) Strategies For Reducing Medication Errors In The Emergency Department. Open Access Emergency Medicine, 6:45-43

Waring J, Allen D, Braithwaite J, Sandall J. (2015) Healthcare Quality And Safety: A Review Of Policy, Practice And Research Sociology Of Health & Illness, Sociology Of Health & Illness 38:2

Walker Ph, Carlton G, Holden L, Stone Pw. (2006) The Intersection Of Patient And Nursing Research, In Jj Fitzpatrick P, Stone And Walker Ph, Annual Review Of Nursing Research Volume: 24 Springer Publishing Company: New York

Williams Mv, Parker Rm, Baker Dw, Parikh Ns, Pitkin K, Coates Wc, Nurss Jr. (1995) Inadequate Functional Health Literacy Among Patients At Two Public Hospitals. Jama Network, 274:1677-1682

Weller J, Boyd M, Cumin D. (2014) Teams, Tribes And Patient Safety: Overcoming Barriers To Effective Teamwork In Healthcare. Centre For Medical And Health Sciences Education, 90:149-154

Evrak Tarih ve Sayısı: 10.05.2022-215938



T.C.
İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ

Sayı : E-69396709-050.01.04-215938
Konu : Etik Kurul Kararı (Semiha AYDEMİR)

10.05.2022

Sayın Semiha AYDEMİR

Üniversitemiz Etik Kurulu'nun 29.04.2022 tarih ve 2022/08 sayılı toplantısında alınan karar ekte sunulmuştur.
Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Didem BAŞ
Rektör Yardımcısı

Ek:Karar 12 (1 sayfa)

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu:BS9PSJJ0L

Belge Doğrulama Adresi: https://arelebys.arel.edu.tr/enVision/Validate_Doc.aspx

Adres:0 (850) 850 27 35

Telefon:0 (850) 850 27 35 Faks0 (212) 860 04 81

Kep Adresi: areluniv@hs01.kep.tr

Bilgi için: Kübra BATTAL

Unvan: Özel Kalem

Tel No: 0 (850) 850 27 35





T.C.
İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ
Etik Kurul 29/04/2022 tarih ve 2022/08 No'lu
Kurul Karar Örneği

KARAR NO-12: Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Sağlık Yönetimi yüksek lisans programı öğrencisi **Semiha Aydemir'e** ait “**Hastane Çalışanlarının ve Hastaların Hasta Güvenliği Konusundaki Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi: Eskişehir İli Örneği**” isimli çalışması görüşüldü. **Yapılan görüşmeler sonucunda;** öğrenci Semiha Aydemir'in çalışmasının, raportörün görüşü doğrultusunda etik ilkelere uygun olduğuna katılanların oy birliği ile karar verildi.

EK-2

HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ ANKETİ

Sayın katılımcı, bu ankette size hasta güvenliği, tıbbi hata ve olay raporlama konusunda önermeler yer almaktadır.

* **Gerekli**

HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ ANKETİ

Adsız Bölüm

Kişisel Bilgiler

1. Çalıştığınız birim *
2. Cinsiyetiniz: *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

☐ Erkek ☐ Kadın

3. Medeni Durumunuz: *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

☐ Evli ☐ Bekar ☐ Diğer

4. Yaşınız: *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

☐ 18 – 24

☐ 25 - 34

☐ 35 – 44

☐ 45 – 49

☐ 50 ve üzeri



5. Mezun olduğunuz okul: *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

☐ Lise

☐ Üniversite ☐ Yüksek Lisans ☐ Doktora

6. Sağlık sektöründe ne kadar süredir çalışıyorsunuz? *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

☐ 0 – 5 yıl

☐ 6 –10 yıl

☐ 11 –15 yıl

☐ 16 – 20 yıl ☐ 20 yıl ve üzeri

7. Bulunduğunuz hastanede ne kadar süredir çalışıyorsunuz? *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

☐ 0 – 5 yıl

☐ 6 –10 yıl

☐ 11 –15 yıl

☐ 16 – 20 yıl ☐ 20 yıl ve üzeri

8. Şu ana kadar herhangi bir tıbbi hata yaptınız mı? *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

☐ Evet ☐ Hayır

9. Şu ana kadar herhangi bir tıbbi hataya tanık oldunuz mu? *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

☐ Evet ☐ Hayır



II. Bölüm - Çalıştığınız Birim ve Yöneticileriniz

Lütfen çalışma biriminizle ilgili olarak aşağıda belirtilen konulara katılma derecenizi belirtiniz

10. Bu birimde çalışan kişiler birbirlerini destekler. *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Kesinlikle Katılmıyorum	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Kesinlikle Katılıyorum

11. Bu birimde iş yükünün üstesinden gelecek kadar personel mevcuttur. *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Kesinlikle Katılmıyorum	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Kesinlikle Katılıyorum

12. Acilen yapılması gereken çok iş olduğunda ekip olarak birlikte çalışırız. *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Kesinlikle Katılmıyorum	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Kesinlikle Katılıyorum

13. Bu birimde çalışanlar birbirlerine saygılı davranır. *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Kesinlikle Katılmıyorum	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Kesinlikle Katılıyorum

14. Bu birimde çalışanlar hasta bakımı için en uygun olan süreden daha uzun süre *
çalışırlar.

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Kesinlikle Katılmıyorum	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Kesinlikle Katılıyorum

15. Hasta güvenliği geliştirme çalışmalarına aktif olarak katılırsınız. *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Kesinlikle Katılmıyorum	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Kesinlikle Katılıyorum

16. Bu birimde gerekenden fazla geçici personel çalıştırılır. *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Kesinlikle Katılmıyorum	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Kesinlikle Katılıyorum

17. Çalışanlar yaptıkları hatalardan dolayı suçlanacaklarını hissederekler. *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Kesinlikle Katılmıyorum	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Kesinlikle Katılıyorum

18. Yapılan hatalar bu bölümde pozitif değişikliklere yol göstermiştir. *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Kesinlikle Katılmıyorum	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Kesinlikle Katılıyorum

19. Burada daha ciddi hataların oluşmaması sadece tesadüfe bağlıdır. *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Kesinlikle Katılmıyorum	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Kesinlikle Katılıyorum

20. Birim içinde bir çalışma alanı aşırı yoğunlaştığında diğerleri yardım eder. *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Kesinlikle Katılmıyorum	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Kesinlikle Katılıyorum

21. Bir olay rapor edildiği zaman olayla ilgili problem değil, olayla ilgili kişi şikayet *

ediliyor duygusu vardır.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Kesinlikle Katılmıyorum	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Kesinlikle Katılıyorum

22. Hasta güvenliğini geliştirmek için değişiklikler yaptıktan sonra bunların etkinliğini değerlendiririz. *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Kesinlikle Katılmıyorum	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Kesinlikle Katılıyorum

23. Yapılacak çok iş olduğunda ve çok çabuk yapmak gerektiğinde “kriz modunda” çalışırız. *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Kesinlikle Katılmıyorum	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Kesinlikle Katılıyorum

24. Hasta güvenliği, daha fazla iş yapmaktan daha öncelikli bir ilkedir. *

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Kesinlikle Katılmıyorum	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Kesinlikle Katılıyorum

25. Çalışanlar yaptıkları hataların kişisel dosyalarında muhafaza edildiğinden endişe duyar. *

26. Bu bölümde hasta güvenliği ile ilgili problemler vardır. *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Kesinlikle Katılmıyorum	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Kesinlikle Katılıyorum

27. Uyguladığımız prosedürler ve sistemler hata oluşmasını önlemede başarılıdır. *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Kesinlikle Katılmıyorum	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Kesinlikle Katılıyorum

28. Raporlanan olaylara dayanarak yapılan değişiklikler hakkında bilgilendiriliriz. *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Kesinlikle Katılmıyorum	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Kesinlikle Katılıyorum

29. Çalışanlar, hasta bakımını olumsuz etkileyebilen bir şey gördüklerinde bunu *
serbestçe dile getirebilir.

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Kesinlikle Katılmıyorum	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Kesinlikle Katılıyorum

30. Yöneticilerimiz, kalite kaybı olsa bile bizim daha hızlı çalışmamızı ister. *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Kesinlikle Katılmıyorum	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Kesinlikle Katılıyorum

31. Yöneticilerimiz tekrar tekrar oluşan hasta güvenliği problemlerini görmezden *
gelir.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Kesinlikle Katılmıyorum	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Kesinlikle Katılıyorum

Bölüm 3 - İletişim, Hasta Güvenliği ve Hastaneniz

32. Yöneticilerimiz, oluşturulmuş hasta güvenliği prosedürlerine göre yapılmış bir *
iş gördüğünde taktir eder.

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Hiçbir Zaman	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Her Zaman

33. Yöneticilerimiz, hasta güvenliğini geliştirmek için çalışanların önerilerini ciddiye *
alır.

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Hiçbir Zaman	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Her Zaman

34. Bu birimde oluşan hatalar hakkında bilgilendiriliriz. *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Hiçbir Zaman	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Her Zaman

35. Çalışanlar, Yöneticilerin karar ve eylemlerini sorgulamakta kendilerini özgür hissedebilirler. *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Hiçbir Zaman	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Her Zaman

36. Bu birimde biz, hataların tekrar oluşmasını engelleyecek yöntemleri tartışırız. *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Hiçbir Zaman	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Her Zaman

37. Çalışanlar, bir şey yanlış görüldüğünde soru sormaktan korkarlar. *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Hiçbir Zaman	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Her Zaman

38. Bir hata yapıldığında ancak hastayı etkilemeden fark edilip düzeltildiğinde ne*
sıklıkla rapor ediliyor?

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Hiçbir Zaman	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Her Zaman

39. Bir hata yapıldığında ancak hastaya zarar verme potansiyeli olmadığında ne*
sıklıkla rapor ediliyor?

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Hiçbir Zaman	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Her Zaman

40. Hastaya zarar verebilme olasılığı olan ancak zarar vermeyen bir hata*
yapıldığında ne sıklıkla rapor ediliyor?

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Hiçbir Zaman	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Her Zaman

41. Hasta güvenliği konusunda biriminizi değerlendiriniz. *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Başarısız	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Mükemmel

42. Hastane yönetimi hasta güvenliğini arttıran bir çalışma atmosferi *

sağlamaktadır.

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Kesinlikle Katılmıyorum	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Kesinlikle Katılıyorum

43. Hastane üniteleri birbiriyle uyum içinde çalışmaz. *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Kesinlikle Katılmıyorum	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Kesinlikle Katılıyorum

44. Hastalar bir üniteden diğerine nakledilirken bazı şeyler ihmal edilir, gözden *

kaçırılır, kaybedilir.

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Kesinlikle Katılmıyorum	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Kesinlikle Katılıyorum

45. Birimler arasında birlikte çalışmayı gerektiren iyi işbirliği vardır. *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Kesinlikle Katılmıyorum	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Kesinlikle Katılıyorum

46. Diğer bölümlerden gelen kişilerle çalışmak genellikle hoş karşılanmaz. *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Kesinlikle Katılmıyorum	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Kesinlikle Katılıyorum

47. Birimler arasında bilgi aktarımında sıklıkla problemler oluşur. *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Kesinlikle Katılmıyorum	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Kesinlikle Katılıyorum

48. Yönetimin faaliyetleri, hasta güvenliğinin üst düzey bir öncelik olduğunu *

göstermektedir.

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Kesinlikle Katılmıyorum	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Kesinlikle Katılıyorum

49. Yönetim, sadece istenmeyen olay olduğunda hasta güvenliği ile ilgili gibi *
gözükmektedir.

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Kesinlikle Katılmıyorum	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Kesinlikle Katılıyorum

50. Hastalar için en iyi bakımı sağlama amacıyla birimler birlikte iyi çalışır. *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Kesinlikle Katılmıyorum	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Kesinlikle Katılıyorum

51. Son 12 ayda kaç kez olay raporu yazıp idarecinize verdiniz? *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

☐ Hiç ☐ 1-2

☐ 3-5

☐ 6-10

☐ 11-20

☐ 21 ve üzeri

52. Yapılan çalışmalarda hatalı olayları raporlama durumunun az olduğu saptanmıştır.
Sizce bu durumun nedenleri sizce nelerdir?

Adsız Bölüm

Kişisel Bilgiler

53. Çalıştığınız birim *

54. Cinsiyetiniz: *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.☐ Erkek ☐ Kadın

55. Medeni Durumunuz: *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.☐ Evli ☐ Bekar ☐ Diğer

56. Yaşınız: *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.☐ 18 – 24☐ 25 - 34☐ 35 – 44☐ 45 – 49☐ 50 ve üzeri

57. Mezun olduğunuz okul: *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

☐ Lise

☐ Üniversite ☐ Yüksek Lisans ☐ Doktora

58. Sağlık sektöründe ne kadar süredir çalışıyorsunuz? *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

☐ 0 – 5 yıl

☐ 6 –10 yıl

☐ 11 –15 yıl

☐ 16 – 20 yıl ☐ 20 yıl ve üzeri

59. Bulunduğunuz hastanede ne kadar süredir çalışıyorsunuz? *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

☐ 0 – 5 yıl

☐ 6 –10 yıl

☐ 11 –15 yıl

☐ 16 – 20 yıl ☐ 20 yıl ve üzeri

60. Şu ana kadar herhangi bir tıbbi hata yaptınız mı? *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

☐ Evet ☐ Hayır

61. Şu ana kadar herhangi bir tıbbi hataya tanık oldunuz mu? *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin

Evett ☐

Hayır ☐

II. Bölüm - Çalıştığınız Birim ve

Yöneticileriniz

Lütfen çalışma biriminizle ilgili olarak aşağıda belirtilen konulara katılma

62. Bu birimde çalışan kişiler birbirlerini destekler. *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Kesinlikle Katılmıyorum	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Kesinlikle Katılıyorum

63. Bu birimde iş yükünün üstesinden gelecek kadar personel mevcuttur. *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Kesinlikle Katılmıyorum	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Kesinlikle Katılıyorum

64. Acilen yapılması gereken çok iş olduğunda ekip olarak birlikte çalışırız. *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Kesinlikle Katılmıyorum	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Kesinlikle Katılıyorum

65. Bu birimde çalışanlar birbirlerine saygılı davranır. *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Kesinlikle Katılmıyorum	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Kesinlikle Katılıyorum

66. Bu birimde çalışanlar hasta bakımı için en uygun olan süreden daha uzun süre *

çalışırlar.

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Kesinlikle Katılmıyorum	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Kesinlikle Katılıyorum

67. Hasta güvenliği geliştirme çalışmalarına aktif olarak katılırsınız. *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Kesinlikle Katılmıyorum	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Kesinlikle Katılıyorum

68. Bu birimde gerekenden fazla geçici personel çalıştırılır. *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Kesinlikle Katılmıyorum	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Kesinlikle Katılıyorum

69. Çalışanlar yaptıkları hatalardan dolayı suçlanacaklarını hissederekler. *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Kesinlikle Katılmıyorum	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Kesinlikle Katılıyorum

70. Yapılan hatalar bu bölümde pozitif değişikliklere yol göstermiştir. *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Kesinlikle Katılmıyorum	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Kesinlikle Katılıyorum

71. 71. Burada daha ciddi hataların oluşmaması sadece tesadüfe bağlıdır. *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Kesinlikle Katılmıyorum	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Kesinlikle Katılıyorum

72. Birim içinde bir çalışma alanı aşırı yoğunlaştığında diğerleri yardım eder. *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Kesinlikle Katılmıyorum	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Kesinlikle Katılıyorum

73. Bir olay rapor edildiği zaman olayla ilgili problem değil, olayla ilgili kişi şikayet *

ediliyor duygusu vardır.

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Kesinlikle Katılmıyorum	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Kesinlikle Katılıyorum

74. Hasta güvenliğini geliştirmek için değişiklikler yaptıktan sonra bunların * etkinliğini değerlendiririz.

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Kesinlikle Katılmıyorum	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Kesinlikle Katılıyorum

75. Yapılacak çok iş olduğunda ve çok çabuk yapmak gerektiğinde “kriz modunda” * çalışırız.

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Kesinlikle Katılmıyorum	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Kesinlikle Katılıyorum

76. Yapılacak çok iş olduğunda ve çok çabuk yapmak gerektiğinde “kriz modunda” * çalışırız.

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Kesinlikle Katılmıyorum	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Kesinlikle Katılıyorum

77. Çalışanlar yaptıkları hataların kişisel dosyalarında muhafaza edildiğinden * endişe duyar.

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Kesinlikle Katılmıyorum	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Kesinlikle Katılıyorum

78. Bu bölümde hasta güvenliği ile ilgili problemler vardır. *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Kesinlikle Katılmıyorum	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Kesinlikle Katılıyorum

79. Uyguladığımız prosedürler ve sistemler hata oluşmasını önlemede başarılıdır. *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Kesinlikle Katılmıyorum	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Kesinlikle Katılıyorum

80. Raporlanan olaylara dayanarak yapılan değişiklikler hakkında bilgilendiriliriz. *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Kesinlikle Katılmıyorum	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Kesinlikle Katılıyorum

81. Çalışanlar, hasta bakımını olumsuz etkileyebilen bir şey gördüklerinde bunu *

serbestçe dile getirebilir.

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Kesinlikle Katılmıyorum	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Kesinlikle Katılıyorum

82. Yöneticilerimiz, kalite kaybı olsa bile bizim daha hızlı çalışmamızı ister. *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Kesinlikle Katılmıyorum	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Kesinlikle Katılıyorum

83. Yöneticilerimiz tekrar tekrar oluşan hasta güvenliği problemlerini görmezden *

gelir.

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Kesinlikle Katılmıyorum	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Kesinlikle Katılıyorum

Bölüm 3 - İletişim, Hasta Güvenliği ve Hastanemiz

84. Yöneticilerimiz, oluşturulmuş hasta güvenliği prosedürlerine göre yapılmış bir *

işi gördüğünde takdir eder.

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Hiçbir Zaman	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Her Zaman

85. Yöneticilerimiz, hasta güvenliğini geliştirmek için çalışanların önerilerini ciddiye *

alır.

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Hiçbir Zaman	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Her Zaman

86. Bu birimde oluşan hatalar hakkında bilgilendiriliriz. *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Hiçbir Zaman	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Her Zaman

87. Çalışanlar, Yöneticilerin karar ve eylemlerini sorgulamakta kendilerini özgür *

hissederler.

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Hiçbir Zaman	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Her Zaman

88. Bu birimde biz, hataların tekrar oluşmasını engelleyecek yöntemleri tartışırız. *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Hiçbir Zaman	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Her Zaman

89. Çalışanlar, bir şey yanlış görüldüğünde soru sormaktan korkarlar. *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Hiçbir Zaman	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Her Zaman

90. Bir hata yapıldığında ancak hastayı etkilemeden fark edilip düzeltildiğinde ne *

sıklıkla rapor ediliyor?

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Hiçbir Zaman	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Her Zaman

91. Bir hata yapıldığında ancak hastaya zarar verme potansiyeli olmadığında ne sıklıkla rapor ediliyor? *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Hiçbir Zaman	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Her Zaman

92. Hastaya zarar verebilme olasılığı olan ancak zarar vermeyen bir hata yapıldığında ne sıklıkla rapor ediliyor? *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Hiçbir Zaman	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Her Zaman

93. Hasta güvenliği konusunda biriminizi değerlendiriniz. *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Başarısız	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Mükemmel

94. Hastane yönetimi hasta güvenliğini arttıran bir çalışma atmosferi sağlamaktadır. *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Kesinlikle Katılmıyorum	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Kesinlikle Katılıyorum

95. Hastane üniteleri birbiriyle uyum içinde çalışmaz. *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Kesinlikle Katılmıyorum	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Kesinlikle Katılıyorum

96. Hastalar bir üniteden diğerine nakledilirken bazı şeyler ihmal edilir, gözden *

kaçırılır, kaybedilir.

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Kesinlikle Katılmıyorum	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Kesinlikle Katılıyorum

97. Birimler arasında birlikte çalışmayı gerektiren iyi işbirliği vardır. *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Kesinlikle Katılmıyorum	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Kesinlikle Katılıyorum

98. Diğer bölümlerden gelen kişilerle çalışmak genellikle hoş karşılanmaz. *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Kesinlikle Katılmıyorum	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Kesinlikle Katılıyorum

99. Birimler arasında bilgi aktarımında sıklıkla problemler oluşur. *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Kesinlikle Katılmıyorum	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Kesinlikle Katılıyorum

100. Yönetimin faaliyetleri, hasta güvenliğinin üst düzey bir öncelik olduğunu *
göstermektedir.

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Kesinlikle Katılmıyorum	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Kesinlikle Katılıyorum

101. Yönetim, sadece istenmeyen olay olduğunda hasta güvenliği ile ilgili gibi *
gözükmektedir.

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Kesinlikle Katılmıyorum	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Kesinlikle Katılıyorum

102. Hastalar için en iyi bakımı sağlama amacıyla birimler birlikte iyi çalışır. *
Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Kesinlikle Katılmıyorum	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Kesinlikle Katılıyorum

103. Son 12 ayda kaç kez olay raporu yazıp idarecinize verdiniz? *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

☐ Hiç ☐ 1-2

☐ 3-5

☐ 6-10

☐ 11-20

☐ 21 ve üzeri

104. Yapılan çalışmalarda hatalı olayları raporlama durumunun az olduğu saptanmıştır. Sizce bu durumun nedenleri sizce nelerdir?

Bu içerik Google tarafından oluşturulmamış veya onaylanmamıştır.

Google

1 ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : SEMİHA AYDEMİR

Doğum Yeri ve Tarihi :

Elektronik posta :

İletişim Adresi

ORCID Numarası :

Öğrenim Durumu

1984	Ankara Gölbaşı Şerafettin Tompuloğlu Lises
1988	Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Yüksek Okulu Sağlık Koleji
1990	Hacettepe Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu/Anestezi ve Reanimasyon (Önlisans)
2005	Anadolu Üniversitesi A.Ö.F. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi/ Hıakla İlişkiler Bölümü
2008	Anadolu Üniversitesi İktisat Fakültesi/İktisat Bölümü (Lisans/Onur Derecesi)
2017	İstanbul Üniversitesi Açık ve Uzaktan Eğitim Fakültesi / Acil Yardım ve Afet Yönetimi Bölümü (Lisans / Yüksek Onur Derecesi)