T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜNE YÖNELİK TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

BETÜL SEÇER

YÜKSEK LİSANS TEZİ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

Danışman

Dr. Öğretim Üyesi Emel FİLİZ

KONYA- 2019

ÖNSÖZ

Doğduğum günden bu yana çıktığım her yolda, karşılaştığım her zorlukta maddi ve manevi olarak hiçbir desteğini esirgemeyen, sabır ve özveriyle her zaman yanımda olan, bu günlere gelmemde karşılığını ödeyemeyeceğim emekler sarf eden başta babam İbrahim TOPAL, annem Sevda TOPAL ve Kardeşim Yusuf TOPAL'a,

Yüksek lisans eğitimimde bilimsel açıdan hiç bir zaman desteğini esirgemeyen kıymetli danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Emel FİLİZ'e

Hayatıma girdiği günden beri her konuda her zaman yanımda olan, beni destekleyen sevgili eşim Mahir SEÇER'e ve hayat ışığım, canım kızım Işıl'ıma,

Tez çalışmamın her aşamasında gece-gündüz demeden engin bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan, destekleyen kıymetli ablam Doç. Dr. Seher KARAMAN ERKUL'a,

Tez çalışmamın istatistiksel analizinde desteğini esirgemeyen, bilgi ve tecrübelerini benimle paylaşan Dr. Cengiz ARIKAN'a,

Her zaman desteklerini hissettiğim ve yanımda olduklarını bildiğim canım dostlarım Esra TIKLAR'a ve Ezgi KOŞAR'a,

Çalışmamı uygulamam esnasındaki desteklerinden dolayı Dr. Tansu Uz BAYRAM'a, Nevşehir Devlet Hastanesi Başhekimliği'ne ve Nevşehir Devlet Hastanesi'nde çalışan tüm hekim, ebe ve hemşirelere katkılarından dolayı en içten duygularımla sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Betül SEÇER

Konya / 2019

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ ..... **iii**
SİMGELER ve KISALTMALAR ..... **vi**
ÖZET ..... **vii**
SUMMARY ..... **viii**
1.GİRİŞ **1**
1.1. Hasta Güvenliği Kavramı ve Kapsamı 3
1.1.1. Hasta Güvenliği Tanımı, Önemi ve Yapılan Çalışmalar 4
1.1.2. Kültür Kavramı ve Örgüt Kültürü Kavramı 8
1.1.3. Güvenlik Kültürü ve Güvenlik İklimi Kavramı 9
1.1.4. Hasta Güvenliği Kültürü Kavramı ve Önemi 12
1.2. Hasta Güvenliği Kültürünün Oluşmasını Etkileyen Unsurlar 13
1.3. Hasta Güvenliği Kültürü Oluşmasında Sağlık Yöneticileri ve Çalışanların Rolü 18
1.4. Araştırmanın Amacı 20
1.5. Araştırmanın Soruları 20
2. GEREÇ ve YÖNTEM **21**
2.1. Araştırmanın Türü 21
2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri 21
2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 21
2.4. Veri Toplama Araçları ve Tekniği 21
2.5. Verilerin Toplanması 25
2.6. Değişkenler 25
2.7. Araştırmanın Etiği 25
2.8. Araştırmanın Sınırlılıkları 25
3. BULGULAR **27**
3.1. Kalıtımcıların Sosyo-demografik ve Çalışma Özelliklerine Göre Dağılımları 27
3.2. Katılımcıların HGKÖ'de Yer Alan İfadelere Göre HGK Düzeyleri 28
3.3. Katılımcıların Sosyo-demografik ve Mesleki Özelliklerine Göre HGKÖ Alt Boyutları Çerçevesinde HGK Düzeyleri 30
4. TARTIŞMA **53**
4.1. Katılımcıların HGK Düzeyi İle İlgili Bulguların Tartışılması 53
4.2. Katılımcıların Sosyo-demografik Özelliklerine ve Mesleki Özelliklerine Göre HGK Düzeyi İle İlgili Bulguların Tartışılması 56
4.3. Katılımcıların Sosyo-demografik ve Mesleki Özelliklerinin HGK Düzeyi İle İlgili Bulguların Çalışmanın Boyutlarına Göre Tartışılması 62

5. SONUÇ ve ÖNERİLER 74
5.1. Sonuçlar 74
5.2. Öneriler 75
6.KAYNAKLAR 77
7. EKLER 82
Ek-1: Anket Formu 83
Ek-2: Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Etik Kurul Onayı 85
Ek-3:Nevşehir Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü İzni 86
Ek-4: Güvenlik Tutumları Ölçeği'nin kullanılması için Prof. Dr. Sıdıka KAYA'dan Alınan İzin 87
8.ÖZGEÇMİŞ 88

SİMGELER ve KISALTMALAR

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

ACSNI: Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations

AHRQ: Agency for Healthcare Research and Quality

ASHP: The American Society of Health System Pharmacists Foundation

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

GTA: Güvenlik Tutumları Anketi

HCQI: Health Care Quality Indicator

HGK: Hasta Güvenliği Kültürü

HGKÖ: Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği

IOM: Insitute of Medicine

JCI: Joint Commission İnternational

NCCMERP: National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention

OECD: Organisation for Economic Co-operation and Development

vb: ve benzeri

vs: vesaire

WHO: World Health Organization

ÖZET

T.C.

SELÇUK ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜNE YÖNELİK TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Betül SEÇER

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

YÜKSEK LİSANS TEZİ / KONYA-2019

Araştırma bir devlet hastanesinde görev yapmakta olan hekim, ebe ve hemşire meslek gruplarının hasta güvenliği kültürüne yönelik tutumlarının değerlendirilmesi amacıyla yapılan tanımlayıcı türde bir araştırmadır.

Araştırmanın örneklem grubunu Nevşehir il merkezinde bulunan, 340 yatak kapasiteli Nevşehir Devlet Hastanesinde görev yapmakta olan hekim, ebe ve hemşire meslek gruplarından 300 kişi oluşturmuştur. Veriler betimsel istatistikler ile özetlenmiş, değerlendirmelerde iki örneklem t testi ve tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır. Çalışmaya katılan bireylerin yaş ortalaması 34,79±7,58 olup; %69'unu kadınlar ve %31'ni erkekler oluştururken, %60,6'sını hemşire, % 20,7'sini hekim ve % 18,6'sını ebe meslek grupları oluşturmaktadır. Araştırmada katılımcılara yöneltilen ifadelerden en fazla desteklenme oranına "İşimi severim" (4.38±0.88) ifadesi sahip olurken; en düşük desteklenme oranına sahip ifade ise "Bu serviste, hasta bakımıyla ilgili bir problem algılarsam, onu söylemekte zorlanırım" (2,39±1,29) olmuştur. Araştırma boyutlar açısından incelendiğinde ise en yüksek ortalamaya stresin yönetimi boyutunun sahip olduğu tespit edilirken; çalışma koşulları boyutunun da en düşük ortalamaya sahip boyut olduğu tespit edilmiştir. Araştırmada meslek grubu hemşire olan, yaş grubu 25 yaş ve altı olan ve hastanede görev süresi 1-5 yıl arasında olan katılımcıların hasta güvenliği kültürüne yönelik tutumlarının daha olumsuz yönlü olduğu tespit edilmiştir. Aynı zamanda haftalık çalışma süresi 50 saatin üzerinde olan ve çalışma periyotları sürekli gece ve vardiyalı olan çalışanların hasta güvenliği kültürüne yönelik algıları da daha olumsuz yönlü bulunmuştur.

Araştırmada, çalışanlarda hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesinde başta kurum liderlerinin bu yönde öncülük etmeleri gerekliliği belirtilmekte olup; belirli aralıklarla ve uygun şekillerle hasta güvenliği kültürünün ölçülmesine yönelik faaliyetlerin planlanması, uygun raporlama sistemlerinin geliştirilmesi ve çalışanlara düzenli olarak eğitimlerin verilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: sağlık hizmeti; hasta güvenliği; hasta güvenliği kültürü

SUMMARY

REPUBLIC of TURKEY
SELCUK UNIVERSITY

HEALTH SCIENCES INSTITUTE

EVALUATİON OF THE ATTİTUDES OF HEALTH WORKERS TOWARDS PATİENT SAFETY CULTURE

Betül SEÇER

Department of Health Management

MASTER THESIS / KONYA-2019

The study is a descriptive study conducted to evaluate attitudes of physician, midwife and nurse occupational groups working in a public hospital towards patient safety culture.

Located in the city center of Nevsehir, 340 bed capacity Nevsehir State Hospital who served in the physician, midwife and nurse groups of 300 people prepared. Data were summarized with descriptive character, two samples t test and one way analysis of variance. The mean age of the participants was 34.79 ± 7.58; 69% were women, 31% were men, 60.6% were nurses, 20.7% were doctors and 18.6% were midwives. In the research, "I love my job " (4.38 ± 0.88) was the most supported rate among the expressions directed to the participants; the expression with the lowest support rate was "If I perceive a problem with patient care in this service, I will have difficulty to say it" (2,39 ± 1,29). "When the research was examined in terms of dimensions, it was found that the stress average dimension had the highest average; working conditions were also found to be the lowest average dimension." In the study, it was found that the attitudes of the participants who are occupational nurses, age group 25 years and under and hospital term between 1-5 years are more negative in terms of patient safety culture. At the same time, perceptions of the employees with a weekly working time of more than 50 hours and working periods of continuous night and shifts towards patient safety culture were found to be more negative.

In the research, it is stated that the leaders of the institution should lead the way in the development of patient safety culture in the employees. It is recommended to plan activities to measure patient safety culture at regular intervals and in appropriate ways, to develop appropriate reporting systems and to provide regular trainings to employees.

Keywords: health care;patient safety; patient safety culture

1.GİRİŞ

Hasta güvenliği alanında tarihte ilk kez Hammurabi Kanunlarında "Hekimin hastasını öldürmesi ya da tehlikeli bir şekilde yaralaması durumunda, her iki elinin kesileceği…" ifadesine yer verilirken; İngiltere'de 1883 yılında tıbbi ihmal kavramı kanunlardaki yerini almıştır. Florence Nightingale de "Bir hastanenin yapmaması gereken ilk şey mikrop saçmamaktır" sözü ile hasta güvenliği ve enfeksiyonlar arasındaki ilişkiye dikkat çekmiştir. Osmanlı Devleti döneminde, eczanelerde satılan ilaçların ağzının mühürlü olarak satılması zorunluluğu gibi çalışmalarla da hasta güvenliği ve ilaç güvenliği arasındaki ayrılmazlık vurgulanmıştır (Ovalı 2010).

Ernest Codman 1955 yılında yapmış olduğu çalışma ile hasta güvenliği konusunun temellerini atmış ve konuya ilişkin dikkatleri üzerine çekmeyi başarmıştır. Hasta çıktılarını izlemek amacıyla hasta sonuçları ve komplikasyonları ile ilgilenen Codman, hasta güvenliği girişimleri hakkında hiç bilgi vermezken, sadece hastaların sonuçlarının ölçülmesi ve raporlanması kavramlarını gündeme getirerek sağlık bakım kalitesini geliştirmeye yönelik katkılarda bulunmuştur (Byers and White 2004). Hasta güvenliği sorununun, sağlık sektöründe öncelikli konu haline gelmesi ise 1999 yılında Amerika'da IOM tarafından yayınlanan "To Err is Human" isimli rapor ile başlamış ve bu çalışma, hasta güvenliği konusunda araştırmalara ve çalışmalara hız kazandırılarak farkındalığı artırmıştır (IOM, 2001).

Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı'nın yapmış olduğu tanıma göre hasta güvenliği; sağlık hizmetlerine bağlı olarak gelişen hataların önlenmesi ve bu hataların hastalar üzerinde sebep olduğu hasarların ve zararların eliminasyonu veya azaltılması şeklinde ifade edilmektedir (Akalın 2005). Sağlık sektöründe sunulan hizmetlerde hasta güvenliğinin sağlanması ülkelerin gelişmişlik düzeyine bakılmaksızın her ülkenin üzerinde önemle durduğu, sağlık gündemi konularından biridir. Dünya geneline bakıldığında, sağlık sektöründe hizmet sunumları sırasında her yıl çok sayıda kişinin, insan kaynaklı hatalar nedeniyle hayatını kaybettiği ya da telafisi mümkün olmayan çeşitli hastalıklara yakalandığı görülmektedir (Akalın 2004b). Gerek maddi gerekse de manevi anlamda önemli kayıplara neden olan hasta güvenliği sorununun çözümü ise sağlık kurum ve kuruluşlarında, her düzeyde etkin bir hasta güvenliği kültürünün oluşmasına bağlıdır (Dursun ve ark 2010).

Güvenlik kültürü kavramı ise ilk olarak Uluslar Arası Atom Enerjisi Ajansı tarafından, Çernobil Kazasından sonra sağlık hizmetlerinde kullanılmaya başlanmıştır. Buna göre güvenlik kültürü; potansiyel olarak hata yapılma ihtimali bulunan iş ya da işler hakkında sürekli farkındalık olarak açıklanmaktadır (Dursun ve ark 2010; Chaneliere ve ark 2016).

Sağlık hizmet sunumu yapan bütün sağlık kurum ve kuruluşlarında hasta güvenliğinin sağlanabilmesi için hasta güvenliği kültürünün oluşturulması gereklidir (Kaya 2009). Hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesi ise kurumda görev yapmakta olan bütün çalışanların sorumluluğundadır (Dursun ve ark 2010). Hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesine ve iyileştirilmesine yönelik yapılacak olan çalışmalarda, hastaların karşılaşabilecekleri risklerin azaltılması amacıyla tasarlanan programlar ise çok dikkatli bir şekilde hazırlanmalıdır. Olası yan etkilerin önüne geçilmesi, hataların gerçekleşmesi halinde hızlı bir şekilde tespit edilmesi, hastalar ve uygulanan tedavi üzerindeki olumsuz etkilerin hızlı bir şekilde giderilmesi ve aynı olumsuz etkilerin gelecekteki hastaların başına gelmesi muhtemel sorunların en aza indirilmesine yönelik tamamlayıcı faaliyetlere ihtiyaç vardır. Bireysel düzeyde sağlık hizmeti sunucuları açısından, ekipler düzeyinde kurumsal olarak sağlık sisteminin bir bütün olarak değişim gereksinimi vardır (Çırpı ve ark 2009).

Amerikan Yönetici Hemşireler Birliği, sağlık hizmet sunumundaki hataların açığa çıkması ve bunların hızlı bir şekilde düzeltilmesi için bir güvenlik kültürü oluşturulmasının gerekliliğini savunmuş ve bunu da hasta güvenliği kültürü olarak ifade etmiştir (Vogelsmeier ve Scott-Cawiezell 2007). Sağlık kurumlarında hasta güvenliği kültürüne yönelik sistemlerin oluşturulması, yerleştirilmesi ve yaygınlaştırılması ile olası tıbbi hataların önüne geçecek sistemlerin oluşturulması sağlanarak, hastaların ve sağlık çalışanlarının bu süreçten zarar görmeleri engellenmiş olunmaktadır (Tak 2009).

Ülkemizdeki sağlık kurum ve kuruluşlarında ise henüz tam olarak yapılandırılmış bir hasta güvenliği sistemi ve benimsenmiş bir hasta güvenliği kültürü oluşturulamamıştır. Ancak, hasta güvenliği bilincini yaymaya ve buna yönelik kültür gelişimini sağlamaya yönelik yapılan çalışmalara son dönemlerde hız verilmiş olup; bu konularda çok sayıda çalışmalar yapılmakta, kongre ve toplantılar düzenlenmektedir. Genel olarak bakıldığında yapılan bu çalışmalar her ne kadar

hastaların yararına gibi gözükse de aslında hem hastaların hem de sağlık çalışanlarının yararına sonuçlar doğurmaktadır (Ovalı 2010).

Hasta güvenliği kültürüne yönelik olarak yapılan bu çalışmada, sağlık hizmetlerinin sunumunda en aktif role sahip meslek grupları olan; doktor, ebe ve hemşirelerin hasta güvenliği ve hasta güvenliği kültürüne yönelik tutumlarını, bakış açılarını ve bu konular üzerine etkisi olan faktörleri incelemek amaçlanmıştır. Bu kapsamda çalışmanın ilk bölümünde hasta güvenliğinin tanımı, önemi ve bu konularda yapılan çalışmalara, kültür ve örgüt kültürü kavramlarına, güvenlik kültürü ve güvenlik iklimi kavramlarına, hasta güvenliği kültürü kavramı ve önemine, hasta güveliğinin oluşmasında etkili unsurlar ile birlikte hasta güvenliği kültürü oluşmasında sağlık yöneticileri ve çalışanlarının rolüne değinilmiştir.

1.1. Hasta Güvenliği Kavramı ve Kapsamı

Sağlık hizmet sunumu ve buna dair bütün işlem basamakları, tüm dünyada gün geçtikce daha karmaşık ve zor bir hal almaktadır. Sağlık hizmet sunucuları ise, sürekli değişen ve gelişen sağlık sistemleri nedeniyle çeşitli riskler ve zorluklar altında klinik kararlar verme zorunluluğundadırlar. Bu durum ise verilen bütün bu kararlarda ve uygulamalarda çeşitli hata ve yanlışlıklara zemin oluşturarak, hem hastaların hem de sağlık çalışanlarının bu süreçlerden zarar görmelerine sebebiyet verebilmektedir. Bütün bunların sonucu olarak da hasta güvenliği, kaliteli ve nitelikli sağlık hizmetlerinin sunumunda vazgeçilmez bir unsur halini almaktadır (Pronovost ve Sexton 2005; Sumwalt 2007). Bu nedenle hasta güvenliği, içeriği ve kapsamı itibari ile son yıllarda küresel sağlık alanında önemi kabul edilmiş bir konu olarak, sağlık sektöründeki yerini almaya başlamıştır (Health Foundation 2011; Ginsburg ve ark 2013).

Kaliteli ve nitelikli sağlık hizmeti sunumunda etkili çok sayıda unsur bulunurken, hasta güvenliği ise bunlar içerisinde ilk sıradadır. Özellikle son dönemlerde, dünya genelinde sağlık sektöründe yaşanan gelişmelerle birlikte sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinin geliştirilmesinde hasta güvenliği, en önemli ve en güncel konu başlıkları arasındadır. Bu kapsamda hasta güvenliği; sağlık hizmetlerinin sunumu esnasında, hastaların karşılaşabilecekleri olası zararların önüne geçilebilmesi adına sağlık kurum ve kuruluşlarında, bütün hizmet sunucuları

tarafından alınmış önlemlerin bütünü olarak da tanımlanmaktadır (Türkmen ve ark 2011).

1.1.1.Hasta Güvenliği Tanımı, Önemi ve Yapılan Çalışmalar

Sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında karşılaşılan tıbbi hatalar, hastalar üzerinde ciddi yaralanmalara ve ölümlere varan sonuçlara neden olabilmektedir (WHO 2004). Buna bağlı olarak hasta güvenliği, sağlık hizmet sunumunda yaşanan hataların ve bunlara bağlı olarak gerçekleşen yaralanmaların ve yaşam kayıplarının çok ciddi rakamsal boyutlarda olması nedeniyle küresel bir sağlık problemi olarak kabul edilmektedir (Patel ve Wu 2016). Bu nedenle nitelikli ve kaliteli sağlık hizmeti sunmayı kendisine hedef edinen, bütün sağlık kurum ve kuruluşlarında hastalara zarar vermekten kaçınmak olarak ifade edilen hasta güvenliği, hizmet kalitesini doğrudan etkileyen bileşenlerin en önemlilerindendir (Saberi ve ark 2017).

Ülkemizde ise, Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan tanımda hasta güvenliği; sağlık hizmeti alımında bulunan bütün hizmet alıcılarının zarar görmelerine neden olabilen ve önceden tahmin edilebilen bütün tehlikeleri, kabul edilebilir bir risk seviyesinde tutmak amacıyla alınabilecek önlemler ve iyileştirme faaliyetleri olarak ifade edilmiştir (Sağlık Bakanlığı 2016).

Sağlık Bakanlığı tarafından hasta güvenliği konusuna yönelik olarak yapılan çalışmalara da son yıllarda daha çok ivme kazandırılmış ve ilk olarak 2003 yılında açıklanan "Sağlıkta Dönüşüm Programı" çerçevesinde faaliyete konulan, Hizmet Kalite Standartları'nın doğrultusunda, "Hasta ve Çalışan Güvenliği" başlığı altında 34 adet standart maddeye yer verilmiştir. Bu maddeler ise içerik olarak JCI ve Dünya Sağlık Örgütü'nün oluşturmuş olduğu hasta güvenliği hedeflerini içermektedir (Sağlık Bakanlığı 2016).

Ülkemizde, ilk olarak resmi anlamda hasta güvenliği konusunun gündeme gelmesi ve buna yönelik çalışmaların yapılması 2006 yılında Hasta Güvenliği Derneği'nin kurulmasıyla başlamıştır. Hasta güvenliği konusunda, Sağlık Bakanlığı'nın başlatmış olduğu çalışmalar ise yasal boyutta ilk kez 29 Nisan 2009 tarihli, "Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ" ile ele alınmıştır. Ancak Sağlık Bakanlığı'nın yayınlamış olduğu bu tebliğ, 6 Nisan 2011 tarihi itibari ile "Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Yönelik Yönetmelik" şeklinde revize

edilmiştir (Resmi Gazete, 2011: 27897). Hazırlanan bu yönetmelik ile ise sağlık hizmeti sunumu esnasında hastaların ve çalışanların güvenliklerine ilişkin ortaya çıkan sorunlar gündeme getirilerek ele alınmıştır.

Sağlık Bakanlığı ayrıca, 27 Haziran 2015 tarihli Resmi Gazete'de yayınladığı "Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik" ile sağlık kurum ve kuruluşlarında kaliteli hizmet sunumu noktasında, hasta güvenliği ve memnuniyeti ile birlikte çalışan güvenliğinin ve çalışan memnuniyetinin de esas alınarak Sağlıkta Kalite Standartları'nın uygulanmasını amaçlamıştır (Sağlık Bakanlığı 2015).

Amerika Birleşik Devletleri'nde Insitute of Medicine (IOM) tarafından 1999 yılında hazırlanan "To Err is Human: Building a Safer System (Her İnsan Hata Yapabilir: Daha Güvenilir Sistemi Oluşturmak)" isimli rapor, bu konuda yapılmış oldukça önemli içeriğe sahip, öncü bir çalışmadır. Bu rapor, tıbbi hataların ve hasta güvenliği için risk ile sonuçlanabilen ve engellenebilir niteliğe sahip istenmeyen olayların rakamsal boyutta mortalite ve morbiditeyi artırdığını; bununla birlikte göğüs kanseri, trafik kazaları ve AIDS' ten daha fazla yaşam kayıplarına sebep olduğunu ve ölüm sebepleri içinde ilk 10 sırada 7. olarak yer aldığını belirtmektedir (Kohn ve ark 2000). Yine aynı raporda, yıl içerisinde 44000 ila 98000 kişinin engellenebilir tıbbi hatalar sonucunda hayatını kaybettiği ifadelerine de yer verilmiştir (Gerberding 2002; Kohn ve ark 2010).

Uluslararası Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD) de hasta güvenliği konusunda bir takım çalışmalarda bulunmuş ve Sağlık Bakımı Kalite Göstergeleri Projesi'ni (Health Care Quality Indicator) 2001 yılında başlatmıştır. Bu Proje'nin sonunda ise 21 maddeden oluşan "Hasta Güvenliği Göstergeleri" başlıklı liste 2004 yılında "OECD Ülkelerinde Sağlık Sistemleri İçin Hasta Güvenliği Düzeyinde Seçme Göstergeler (Selecting Indicators For Patient Safety At The Health Systems Level İn OECD Countries) " adlı çalışmada yayınlanmıştır (DELSA/ELSA 2004).

DSÖ, sağlık sektöründe yaşanan diğer sorunlara olduğu gibi hasta güvenliği sorununa da kayıtsız kalmamış ve üye ülkelerle birlikte bir dizi çalışmalarda bulunmuştur. Bunlardan biri de 2004 yılında gerçekleştirilen "57. Dünya Sağlık Toplantısı"dır. Bu toplantının neticesi olarak, hasta güvenliğinin geliştirilmesine yönelik olarak, uluslar arası nitelikte bir birlik kurulmasına karar verilmiştir. Bu

kapsamda, çalışmada yer alan ülkelerden gelen katılımcılarla birlikte, hasta güvenliği konusunda uluslar arası çalışmaları yürütmek üzere "Hasta Güvenliği için Dünya İttifakı" kurulmuştur (Pittet ve Donaldson 2006). Kurulan bu İttifak, hasta güvenliği çalışmalarını yürütmek üzere iki yıl arayla "Küresel Hasta Güvenliği Mücadelesi Toplantılarını" düzenleyerek, her toplantıda sonraki iki yılın çalışma raporlarını ve eylem alanlarını kapsayan bir ilerleme raporu yayınlamaktadır (WHO 2008). Ayrıca DSÖ, hasta güvenliği çalışmaları yönünde yapmış olduğu çalışmaların sonucu olarak 2010 yılında, sağlık hizmeti sunumundan faydalanma sırasında her 10 hastadan birinin tıbbi hatalara bağlı olarak ciddi şekilde zarar gördüğünü ve sağlık sorunları ile karşı karşıya kalabildiğini açıklamıştır (WHO 2010).

DSÖ, Dünya Hasta Güvenliği İttifakı ve İşbirliği Merkezi de, hasta güvenliği ve tıbbi hataların azaltılmasına yönelik yaptığı çalışmalar sonucunda 9 maddeden oluşan bir çözüm paketi oluşturmuştur. Hazırlanan bu paketin içeriği şu şekilde maddelendirilmiştir:

- Ambalajları ve okunuşları birbirine benzeyen ilaç isimlerinin birbirinden ayrıştırılması,
- Hastaların kimliklerinin doğru şekilde tespit edilmesi,
- Vardiya değişiklikleri esnasında etkin iletişimin sağlanması,
- Doğru taraf için doğru girişim uygulanması,
- Konsantre elektrolit solüsyonlarının kontrol edilmesi,
- Hasta nakil işlemlerinin doğruluğunun güvence altına alınması,
- Kateter ve tüplerin yanlış bağlantılarından kaçınılması,
- Enjeksiyon alet ve araçlarının tek kullanımlık olması ve
- Tedaviye bağlı enfeksiyonları önlemek için el hijyeninin iyileştirilmesidir (WHO 2013).

Uluslar arası bir yapılaşma olan ve ülkeler arasında oldukça büyük öneme sahip olan Avrupa Birliği de, hasta güvenliğini gündemine almış ve bu kapsamda 2005 yılında Lüksemburg'da bu konuya yönelik bir konferans düzenlemiştir. Konferans sonrasında yayınlanan bildirgede sağlık sektörünün; önemi, riskli bir alan olması ve yapılan tıbbi hataların birçoğunun önlenebilir hatalar olması, hasta güvenliği ve hasta güvenliği kültürünün önemi vurgulanırken, bu konulara yönelik önerilerde bulunulmuştur (European Union 2005).

2014 yılında JCI tarafından revize edilen bu hedeflere bir madde daha eklenmiştir. Eklenen bu hedef "kurumlarda hasta güvenliği ile ilgili uyarı sistemlerinin iyileştirilmesi" şeklinde belirtilmiş ve hasta güvenliğinin sağlık hizmet sunumundaki önemine dikkat çekilmiştir. Son olarak, 2003 yılında Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) tarafından yayınlanan "Hasta Güvenliği Göstergeleri" yine hastane göstergeleri ve birim göstergeleri olarak gruplandırılarak 2015 yılında tekrar revize edilmiştir (AHQR 2015).

Sağlık Bakım Kuruluşları Akreditasyonu Birleşik Komisyonu'nun 2006 yılında yayınlamış olduğu Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri ise şu şekilde açıklanmıştır (Akgün 2014):

1.Hastaların Doğru Kimliklendirilmesi: Hastalara yapılacak olan girişim, işlem, tedavi ve tanı yöntemlerinin öncesinde hastayı doğru tanımlayabilmek için uygun kimliklendirme yönteminin kullanılması gereklidir.

2.Etkin İletişimin Artırılması: Çalışanlar arasında etkin iletişimin sağlanması için prosedürler oluşturulmalı ve sözel (order, istem vs.) beyanlar için de prosedürler geliştirilmelidir.

3.Yüksek Riskli İlaç Güvenliğinin Artırılması: Yüksek riskli ilaçlar hastaların kolay ulaşabilecekleri bir alanda bulundurulmamalı ve bunların kullanımına yönelik gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.

4.Yanlış Taraf Cerrahisinin Önlenmesi: Doğru hastanın, doğru bölgenin ve doğru yöntem ile cerrahi işleminin sağlanabilmesi için kontrol listeleri geliştirilmeli, hastanın doğru tanımlanması, ameliyat bölgesinin işaretlenmesi ve uygun ve gerekli malzeme ve cihazların kontrolü sağlanmalıdır.

5.Hastane Enfeksiyonu Riskinin Azaltılması: Hijyen konusuna dikkat edilmeli ve enfeksiyonların önüne geçilmesi için gerekli tedbirler alınmalıdır.

6.Düşmelere Bağlı Olarak Hastaların Zarar Görme Riskinin Azaltılması: Hasta ve tedavinin özelliklerine bağlı olan, olası düşme riskleri değerlendirilmeli ve gerekli önlemler alınmalıdır.

1.1.2. Kültür Kavramı ve Örgüt Kültürü Kavramı

Kültürün kavram olarak, herkes tarafından kabul edilen ve her yerde geçerliliği olan bir tanımlaması yapılamamıştır. Ancak bu kavram, zaman içinde toplumdan topluma, kişiden kişiye değişen, göreceli bir anlam halini kazanmıştır. Kavramsal olarak ele alındığında kültür; büyük ölçüde doğal, dinsel, hukuksal, toplumsal, ekonomik ve benzeri durumların eseri sayılabilmektedir. Bu yönüyle bakıldığında kültürün, insan ve içinde yaşadığı toplumsal çevre ile ilgili her şeyi kapsadığını ve toplum hakkında önemli ipuçları verdiğini söylemek mümkündür. Buradan yola çıkarak da insanın kültürün şekillenmesinde, kültüründe insanın şekillenmesinde rol aldığı ifade edilmiştir (Nişancı 2012).

Türk Dil Kurumu'nun yapmış olduğu tanımda ise kültür (2014); tarihsel, toplumsal gelişme süreci içinde oluşturulan bütün maddi ve manevi değerler ile bunları oluşturmada, sonraki nesillere aktarmak için kullanılan, insanın doğal ve toplumsal çevresine egemenliğinin ölçüsünü gösteren araçların tümü şeklinde açıklanmıştır (Türen ve ark 2014). Çeşitli şekillerde yapılan bütün bu tanımların ortak noktası ise, kültürün toplumdaki üyeler tarafından paylaşılması, öğrenilmiş davranışlar topluluğu olması, insanların psikolojik ve biyolojik gereksinimlerini karşılaması, değişebilmesi ve bütünleyici bir eğiliminin olması olarak sıralanabilir (Şimşek ve Fidan 2005).

Bütün çalışma alanlarında olduğu gibi, sağlık hizmet sunumunda görev yapan sağlık kuruluşlarının da, kendi belirledikleri misyon, vizyon ve politikalar doğrultusunda kendi kurum kültürlerini de oluşturmaları gereklidir. Bu kapsamda örgüt kültürü kavramı, ilk olarak Pettigrew tarafından 1979 yılında açıklanmış ve "Örgütsel Kültürler Üzerinde Çalışırken" başlıklı makale ile ABD yönetim literatüründeki yerini almıştır. Bunun sonucu olarak da 1980'li yılların başından itibaren bu kavram yönetim alanında kullanılır olmuştur (Şişman 2002, Bakan ve ark 2004).

Örgüt kültürünün ise çeşitli araştırmacılar tarafından farklı şekillerde tanımlaması yapılmıştır. Stephan P. Roddins bu konudaki araştırmasında "sizlere örgüt kültürünün ne olduğunu tanımlayamam, fakat gördüğüm zaman onun ne olduğunu anlarım." diyerek örgüt kültürünü kendi bakış açısıyla açıklarken, John Van Maanen ise örgüt kültürünü, örgütü oluşturan bireylerin paylaşmış oldukları

bilgi, aralarındaki bilgi alıverişi, örgüt bünyesindeki rutin ve rutin olmayan aktiviteler olarak açıklamıştır (Erkuş 1999).

Örgüt kültürü aynı zamanda örgüt bireylerini bir arada tutan ortak değerler olmasına bağlı olarak da; kuruluşun amaç, strateji ve politikalarının oluşturulması üzerinde etkisi fazladır. Örgüt kültürüne bu kapsamda kuruluşun yöneticileri açısından, belirlenen stratejinin yürütülmesini daha kolay ya da daha zor hale getiren bir araçtır da denilebilir. Bütün bunların yanında, örgüt kültürü bireysel ve ekip boyutundaki ilişkilerin, çevre ile olan ilişkilerin ve faaliyetlerin düzenlenmesinde ve dolayısıyla örgütsel düzenin kurulmasıyla, örgütün geleceğinin belirlenmesinde de rol oynamaktadır (Köse ve ark 2001).

1.1.3. Güvenlik Kültürü ve Güvenlik İklimi Kavramı

Güvenlik, insanların hayatta kalmak için gelişmeleri ile ilgili olarak duymuş oldukları ihtiyaçların en önemlilerinden biridir. Hastaneler de dahil olmak üzere, sağlık hizmet sunumunda görev yapan bütün kurum ve kuruluşlarda, hizmet alıcılar tıbbi açıdan güvenlik talebinde bulunurlar. Bu sebeple, hasta güvenliği yaygın ve bir o kadar önemli bir konudur (Li ve ark 2018).

Güvenlik kültürü kavramı, ilk olarak 1986 yılında yaşanan Çernobil Kazası sonrasında, Uluslararası Atom Enerjisi Kurumu tarafından "zayıf güvenlik kültürü" şeklinde açıklanarak ortaya atılmıştır. Olay sonrasında Uluslararası Atom Enerjisi Kurumu kaza ile ilgili bir rapor hazırlamış ve bu raporda olayın gerçekleşmesinde kurumdaki güvenlik kültürünün zayıf olduğu belirtilmiş ve güvenlik kültürü kavramına ve önemine dikkat çekilmiştir. Bunun sonucunda güvenlik kültürü kavramına, güvenlik iklimi kavramı ile birlikte gündemde ve yapılan araştırmalarda yer verilmeye başlanmıştır (Özkan ve Lajunen 2003).

Güvenlik kültürü kavramsal açıdan ele alındığında; bir organizasyondaki personellerin, hizmet verme süreçlerinin tamamında hata yapma ihtimallerinin sürekli ve aktif olarak farkında oldukları bir kültürdür de denilebilir (National Patient Safety Agency 2004).

Yapılan bütün tanımlamalarla birlikte, güvenlik kültürü de hasta güvenliğindeki ortak eksiklikleri gidermek amacıyla belirlenen önemli bir strateji olarak kabul edilebilir (Gözlü ve Kaya 2016). Son dönemlerde gündemde çok yer verilen güvenlik kültürü kavramının bu şekilde birçok tanımı yapılmıştır. Ancak,

farklı şekillerde açıklanan edilen bu tanımların içerdikleri ortak özellikleri şu şekilde sıralanabilir:

- Güvenlik kültürü, örgütün bütün üyeleri ve örgüt gruplarının hepsinin paylaşmış olduğu değerleri ifade eden bir kavramdır.
- Güvenlik kültürü, bir örgütteki formel güvenlik sorunlarıyla ilgilidir.
- Güvenlik kültürü, bir organizasyondaki bütün kademedeki kişilerin katılımı üzerine yapılanmıştır.
- Güvenlik kültürünün, örgüt üyelerinin çalışma ortamlarında sergiledikleri davranışlar üzerine etkileri vardır.
- Güvenlik kültürü, ödül sistemleri ile güvenlik performansı arasındaki ilişkiyi de yansıtır.
- Güvenlik kültürü, bir organizasyonda yaşanan kazalardan ve hatalardan öğrenme ve gelişmeyle ilgili gönüllülüğü yansıtır.
- Güvenlik kültürü, değişim karşısında oldukça dayanıklı, sabit ve bir o kadar da dirençli bir yapıya sahiptir (Zhang ve ark 2004).

Zohar tarafından tanımlanarak, ilk kez 1980 yılında literatürde yer verilen güvenlik iklimi kavramı ise örgütsel ikliminin bir alt boyutu olarak değerlendirilmiş ve çalışanların çalışma ortamlarına yönelik olarak paylaştıkları algı şeklinde açıklanmıştır. Güvenlik iklimi, aynı zamanda çalışanların örgütsel güvenlik performansına ve olası sistem hatalarının erken dönemlerde ölçülmesine verilen öneme inanma dereceleri şeklinde de açıklanmaktadır (Tüzüner ve Özarslan 2011).

Griffin ve Neal (2006) güvenlik iklimine yönelik olarak yapmış oldukları çalışmalarında, güvenlik ikliminin iki temel boyutunun bulunduğunu ve bunlardan birincisinin iş yerindeki güvenlikle ilgili politikalar, prosedürler ve ödüllerin algılanma biçimi, diğerinin ise bunların dışında çalışanların iş yerlerinde, güvenliğe ne ölçüde önem verdikleri ile ilgili temel algıları olduğunu belirtmişlerdir (Türen ve ark 2014). Yapılan çalışmalardan bir diğerinde de, boyutsal anlamda güvenlik iklimi iki temel boyut olarak; kurum yöneticilerinin güvenliğe bağlılığı ve çalışanların güvenlikle ilgili süreç ve işlemlere katılımları olarak ifade edilmiştir (Dedobbeleer ve Beland 1991).

Güvenlik iklimi için yapılan bütün tanımlar, genel anlamda ortak bir tanımda toplanılmak istendiğinde; güvenliği veya emniyeti riske atabilecek davranış veya

uygulamalarla, bunların yer aldığı ortak kullanım ya da etki alanında bulunan canlıların veya nesnelerin (örn, teçhizat, araç vb.) zararlarını en aza indirgemeyi hedefleyen, güvenlik veya emniyeti önceliğine alan; algı, inanç, tutum, kural, roller, sosyal, teknik ve politik uygulamalar, yetkinlik ve sorumluluk hislerinin bütünüdür denilebilir (Özkan ve Lajunen 2003).

Sağlık hizmet sunumunda görev yapan sağlık kuruluşlarında güvenli hasta bakımında, güvenlik kültürü kadar güvenlik ikliminin oluşturulması da temel koşullar arasında yer almalıdır (Devriendt ve ark 2012). Bu sebeple, sağlık hizmeti sunan kurum ve kuruluşlarda güvenlik iklimi geliştirme süreci; bütün hizmet sunucularının tam ve güçlü katılımı ile hastaların güvenlikleri, sağlık durumları ve refahları için işbirliği ve ortak çabayı mecburi hale getirmektedir (Gershon ve ark 2000).

Güvenlik kültürü, sunulan sağlık hizmetlerinde iyileştirme veya kalite arayışı için temel bir unsur niteliğindedir. Sunulan bu sağlık hizmetlerinde, hastaların karşı karşıya oldukları olası bütün zararları en az seviyelere indirmeye yönelik ortak değerler, tutumlar ve güvenlik algıları olarak da ifade edilebilmektedir (Vogus ve Sutcliffe 2007). Aynı zamanda güvenlik kültürü, tüm çalışanların potansiyel olarak yanlış yapma olasılıklarının bulunduğu bütün iş ve işlemler konusunda, dinamik bir anlayış çerçevesinde, sürekli ve aktif bir farkındalığa sahip oldukları kültür olarak da ifade edilebilmektedir (Tak 2010).

Güvenlik kültürü ve güvenlik iklimi kavramlarına yönelik yapılan çalışmalarda, bu iki kavramın farklı kavramlar olmalarına rağmen sıklıkla birbirlerinin yerine kullanıldıkları görülmektedir. Birbirleriyle ilişkili olan bu kavramlardan güvenlik iklimi, çeşitli şekillerde ölçülebilen ve kurumdaki mevcut güvenlik durumuna ilişkin "anlık görüntü" sağlayan, risk ve güvenlik konularına yönelik algı, tutum ve inançları en iyi şekilde açıklamaktadır. Güvenlik kültürü ise, toplumdaki mevcut kültürün barındırdığı temel değer, norm, varsayım ve beklentileri yansıtan daha karmaşık ve kalıcı bir özellik şeklinde tanımlanmaktadır (Mearns ve Flin 1999).

Güvenlik iklimini genel anlamda çalışanların iş çevrelerini, yönetimin güvenliğe bakış açısını, güvenlik faaliyetlerine ve risklerin denetimlerine yönelik algıları ve bu algılara göre davranışlarda bulunma şekli olarak ifade etmek yanlış

olmayacaktır. Bu doğrultuda, güvenlik ikliminin en önemli unsurları; yönetim değerleri, yönetim ve örgüt uygulamaları, çalışanların güvenlik uygulamalarına katılımı ve etkin iletişim şeklinde sıralanabilir. Bu nedenle, hasta güvenliği kültürünün gelişmesindeki etkenlerin, güvenlik ikliminin oluşmasında ve gelişmesinde de etkili olduğu görülmektedir (Ceyhun 2014).

Aynı zamanda örgüt iklimi, örgütsel üyelerinin düşünce, duygu ve davranışlarıyla ilişkisini de ifade etmektedir. Kültür ise, daha gelişmiş bir ifade alanına sahiptir. Kültür bu sebeple daha köklü bir ifade olarak, daha dirençli karmaşık bir yapıya da sahiptir. Pidgeon'a göre (1995) "güvenlik kültürü" arayışı, "güvenlik iklimi" kavramına daha yakın olan bir çalışma bağlamında, bireysel tutum ve uygulamaların ölçülmesi şeklinde açıklanmıştır (Mearns ve Flin 1999).

Yapılan çalışmalarla ve araştırmalarla güvenlik ikliminin, güvenlik performansını etkileyen bir faktör olarak iş sağlığı ve güvenliği konusunu da etkisi altına alan önemli bir faktör olduğu ortaya konulmuştur. Yöneticilerin ise bu doğrultuda, örgütlerindeki güvenlik performansını artırmak adına kendi kurumlarında güvenlik iklimi oluşturmaları ve bunu teşvik etmeleri, güvenlik kültüründe olduğu gibi güvenlik ikliminin oluşması konusunda da büyük öneme sahiptir (Ören ve Er 2016).

1.1.4. Hasta Güvenliği Kültürü Kavramı ve Önemi

Çalışma alanı insan sağlığı ve hayatı olan sağlık sektörünün temel hedefi, hizmet sunumu sırasında zarar vermeden iyileştirmektir. Bu noktada sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında tıbbi hatalar gibi istenmeyen durumların önüne geçilerek hasta güvenliğinin sağlanması ve korunması, sağlık hizmetlerinin en temel amaçlarıdır. Bu esnada karşılaşılabilecek olası tıbbi hataların büyük bir kısmı ise kişisel olarak yapılan hatalara değil; örgütün yapısı, personel sayısı ve kurumun sahip olduğu teknik alt yapı eksiklikleri gibi nedenlere bağlı olarak gerçekleşmektedir (Taş ve ark 2013).

Hasta güvenliği kültürü denildiğinde, sağlık hizmeti sunan kuruluşlarda hasta güvenliğinin, kurumun birincil ve en öncelikli konusu ve aynı zamanda ortak değeri olarak kabullenilmesi anlaşılmaktadır (Akalın 2004b). Hasta güvenliğine yönelik yapılan tanımların ışığında; sağlık hizmeti sunan kuruluşlarda hasta güvenliği kültürünün yerleştirilmesi, hasta ve çalışan güvenliğini tehdit eden risklerin ve

yaşanan tıbbi hataların rapor edilmesi, hastalara zarar vermeden tanı-tedavi ve sağlık bakım hizmetlerinin gerçekleştirilmesi için, kurumun amaçları ve dinamikleri çerçevesinde bütün sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürü sorumluluğuna sahip olmaları gereklidir (Vural ve ark 2014). Aynı zamanda hasta güvenliği kültürü, örgüt kültünün 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 yok edilmesi veya azaltılması olarak ifade edilen hasta güvenliğinin, sağlık kuruluşlarında sağlanması ise hasta güvenliği kültürünün oluşmasına bağlı olarak gelişmektedir. Bu sebeple, hasta güvenliği kültürü gerek kurumsal öncelikler açısından gerekse üzerinde durulması gereken konular açısından ilk sırada yer almalıdır (Akalın 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).

1.2. 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, güvenilir ve kaliteli bir sağlık hizmetinin gerekliliklerini karşılayacak asgari seviyede çalışma ve hizmet sunumu ortamında; yeterli bilişsel, duyuşsal ve psikomotor seviyede donanıma sahip olan sağlık çalışanlarınca sunulmasını, bu doğrultuda sağlık hizmetlerinin bileşenlerinin etkili ve amaca uygun şekillerde yönetilmesi için gerekli olan örgütsel kültür seviyesini, üst yönetimin de bunu suçlayıcı ve cezalandırıcı olmayan bir tutum ile sağlamasını, teşvik etmesini sonuç olarak da sağlık çalışanlarının kendi sunmuş oldukları hizmetlere güvenebilmelerini ifade etmektedir (Barsbay ve ark 2018).

Sağlık hizmetlerini, sahip olduğu kendine has özellikleri ve hayati önem taşıyan hastalıkların ve sağlık sorunlarının tedavi edilmesinde sunduğu zor ve karmaşık hizmetler sebebiyle "yüksek riskli endüstri" alanı olarak tanımlamak mümkündür. Bu sektörde sunulan bütün hizmetler, insan sağlığını iyileştirme gibi

olumlu etkilerin yanı sıra; yine aynı şekilde insan hayatını doğrudan etkileyerek yaşam kaybı ve sakatlıklar bırakma 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).

IOM tarafından 1999 yılında yayınlanan "To Err is Human" isimli 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 (Akalın 2004a). 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 birlikte, Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığında (2015), 2014 yılında yaklaşık 13 milyon kişinin hastaneye yattığı bildirilmektedir (Sağlık Bakanlığı 2016). Buna bağlı olarak Türk Tabipler Birliği'nin yatan hasta sayısı üzerinden uluslararası formüllerle 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 önlenebilir 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 iletişime bağlı olarak, iş kaynaklı sorunlarla daha az karşılaşılmakta ve bunun neticesinde tıbbi hatalarda da azalmalar yaşanmaktadır. Yapılan çalışmalar ise bu düşünceleri destekler nitelikte olup, ekip çalışmasına yönelik yapılacak olan çalışmaların hasta sonuçlarını ve hizmet çıktılarını önemli boyutlarda iyileştirebileceğini ve önlenebilir 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 güvenliği kültürünün geliştirilmesi yönünde atılacak önemli adımlardandır (Miligan ve Dennis 2005).

Hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesi, tıbbi hataların önlenmesindeki en önemli faktörlerin başındadır. Klasik yaklaşıma göre, kişiler yaptıkları hatalardan dolayı sorgulanma ve cezaya çarptırılma korkusu yaşarlar. Buna bağlı olarak da yapılan hataların üzeri kapatılır ve yok sayılır. Bu yaklaşımda, kişiler hatalardan ders almamakla birlikte, aynı hataların yinelenmesine de zemin oluşturabilmektedirler. Bu yaklaşımda, kişiler yaptıkları hatalardan dolayı etiketlenme, hatalarının yüzlerine vurulması ve utandırılma gibi durumla karşılaşacaklarını düşünürler ve bunun sonucu olarak sürekli suçluluk duygusu yaşarlar. Dolayısıyla hatalardan ders çıkarılmamakla birlikte, olası hatalara yönelik tedbirlerin alınması da engellenmektedir (Ovalı 2010).

Sağlık kurumlarında hasta güvenliği kültürüne yönelik yapılacak olan çalışmaların ilk aşaması, çalışanların hasta güvenliği kültürüne yönelik algı ve bakış açılarının uygun şekillerde ölçülerek ve değerlendirilmesi olmalıdır. Bu şekilde yapılacak olan durum değerlendirmesinin ardından alınabilecek önlemler ve

yapılabilecek iyileştirme çalışmaları belirlenmelidir (Özcan ve ark 2018). Böylelikle, sağlık hizmetlerinin sunumunda güvenlik kültürünün ölçülmesi ve geliştirilmesi, hasta güvenliğini riske atan olası olumsuz olayların önlenmesinde kurumların odak noktaları arasında 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 oluşturulmasında yapılması gereken planlamanın ana hatları ise şu şekilde olmalıdır (Sabuncu 1991; Altındiş 2014):

- Kurumda, çalışanlar üzerinde şeffaf ve hatalardan ders çıkarılabilen bir hasta güvenliği kültürü oluşturulmaya çalışılmalıdır.
- Hasta güvenliğinin kurum liderleri için en önemli öncelik olduğu ve bu amaçla takım çalışmasının üst seviyelere çıkarılmaya çalışıldığı gösterilmelidir.
- Klinik uygulamalardaki bütün işlemler, süreçler ve çalışma koşulları sürekli değerlendirilmeli ve bu konuda risk yönetimi temele alınmalıdır.
- Hasta güvenliğine ilişkin raporlar ve konu ile ilgili faaliyetler çalışanlara düzenli olarak duyurulmalıdır. Bildirim ve güvenliği arttırıcı karar verme mekanizmalarının kurum içerisinde geliştirilmesi ve çalışanlarca bunların kullanılması teşvik edilmelidir.
- Hasta güvenliğine yönelik alınacak önlemlerin hatırlatıcı özellikte olmasına ve cezalandırıcı nitelikte olmamasına da dikkat edilmelidir.
- Yaşanan olumsuzluklar bir sistem dahilinde değerlendirilmeli, sürekli öğrenme ve sistemlerin iyileştirilmesi konusunda rehber alınmalıdır.

- Hasta ve hasta yakınları kendi güvenliklerini korumaya yönelik önlemler almaya ve bunlara yönelik geri bildirimlerde bulunmaya özendirilmeli ve bu konuda eğitilmelidirler. Özellikle hasta güvenliği kültürü oluşturmada sağlık bakım sistemi içinde hasta güvenlik kültürünün oluşturulabilmesi için yalnızca hizmet sunucuların ve yöneticilerinin değil aynı zamanda birey, aile ve toplumun da hasta güvenliğine ilişkin bilgi ve farkındalıklarının artırmaya yönelik çalışmalar da yürütülmelidir.

1.3. Hasta Güvenliği Kültürü Oluşmasında Sağlık Yöneticileri ve Çalışanların 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 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 doğrultunda sunulması bütün çalışanların öncelikleri olmalıdır (Barsbay ve ark 2018).

Kurumların kendi yapılarına uygun hasta güvenliği kültürünün geliştirmesi ile yöneticilerin beklentileri ve eylemleri, kurumsal öğrenme, ekip çalışması, meslekler arası açık iletişim, uygun geribildirim, hastane yönetiminin desteği ve personel eğitimi ilişki içerisindedir. 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 ve ark 2010).

Sağlık hizmeti sunan bütün sağlık kurum ve kuruluşlarında, hasta güvenliği kültürü algısının, çalışanlar üzerinde gelişmesinde alınabilecek bizi dizi önlemler ve uygulamalar bulunmaktadır. Personellere hasta güvenliği konusunda eğitimlerin düzenlenmesi, cezalandırıcı olmayan bir hata bildirim sisteminin geliştirilmesi, klinik süreçlerin hasta odaklı ve hasta güvenliğini sağlamaya yönelik tasarlanması, klinik süreçlere ait iyileştirme ve izleme çalışmalarının yapılması, üst yönetimin hasta güvenliğine ve güvenlik kültürü oluşumuna desteğinin artırılması gibi çalışmaların yapılması olumlu yönde gelişmeler sağlayacak bu faaliyetlerin bazılarıdır (Barsbay ve ark 2018).

Türkiye'de de sağlık 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 özelikle de ebe ve hemşirelerin; iş yükü, çalıştıkları ortam, tükenmişlik düzeyleri gibi örgütsel faktörler nedeniyle hasta güvenliğinin sağlanmasında büyük öneme sahip oldukları yapılan araştırmalarla da ortaya konulmuştur. Bu sebeple, sağlık hizmet sunumunda görev yapan bütün çalışanlarının; iletişime açık ve birlikte çalışabilme becerisine sahip kişiler olmaları, ekip yaklaşımı içerinde ve aynı hedefe yönelik çalışabilme isteğinde olmaları, bakımın devamlılığının sağlanmasında ve istenilen hasta çıktılarının elde edilmesinde özellikle dikkat edilmesi gereken noktalardandır (Byers ve White 2004).

1.4. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada, bir kamu hastanesinde görev yapmakta olan hekim, ebe ve hemşire meslek gruplarının, hasta güvenliği kültürüne yönelik tutumları, farkındalıkları ve bunları etkileyen faktörlerin incelenmesi amaçlanmıştır.

1.5. Araştırmanın Soruları

- Sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürü düzeyi nedir?
- Sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürü düzeyi sosyo-demografik değişkenlere göre farklı mıdır?
- Sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürü düzeyi çalışma özelliklerine göre farklı mıdır?

2. GEREÇ ve YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma sağlık çalışanları üzerinde (hekim, hemşire ve ebe) hasta güvenliği kültürüne yönelik algı ve tutumların ve bunun meslek gruplarına göre incelenmesi amacıyla tanımlayıcı türde yapılmıştır.

2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Nevşehir Devlet Hastanesinde yapılmıştır. İlgili hastane Nevşehir il merkezinde olup 340 yatak kapasitelidir. Hastanede; acil servis, cerrahi servisler (genel cerrahi, çocuk cerrahi, ortopedi ve travmatoloji, beyin cerrahi, üroloji, ,jinekoloji, kulak burun boğaz, göz hastalıkları, diyaliz, onkoloji), dâhili servisler (iç hastalıkları, pediatri, enfeksiyon hastalıkları, hemodiyaliz, gastroenteroloji, cildiye, fizik tedavi ve rehabilitasyon, kardiyoloji, nöroloji, endokrinoloji, aile hekimliği, ağrı polikliniği, göğüs hastalıkları, psikiyatri, radyoloji), ameliyathane ve yoğun bakım üniteleri (genel yoğun bakım, çocuk yoğun bakım) olmak üzere toplam 27 ayrı alanda hizmet verilmektedir.

2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma evreninde Nevşehir Devlet Hastanesi'nde çalışan toplam 293 hemşire, 70 ebe ve 123 hekim olmak üzere 486 sağlık çalışanı yer almaktadır. Örneklem seçilmeksizin tam sayım yöntemiyle evrenin tamamı çalışmaya dâhil edilmiştir. Örnek seçiminde kurumda "Çalışma ortamının kültürünü tanıma ve dahil olma için belirli bir süre gerektirmesi sebebiyle, çalışma süresi altı aydan daha az olan sağlık çalışanları değerlendirmeye alınmayacaktır'' koşulu dikkate alınmıştır. Çalışmanın yapıldığı süre içerisinde izinli olma, çok yoğun olma ve çalışmaya vakit ayıramama, altı aydan kısa süredir hastanede çalışıyor olma gibi sebeplerle toplam 111 hemşire, 56 ebe ve 61 hekim katılmamış ve çalışma 182 hemşire, 56 ebe ve 62 hekimin katılımı ile tamamlanmıştır. Çalışmaya katılım oranı % 61,72'dir.

2.4. Veri Toplama Araçları ve Tekniği

Araştırma verilerinin toplanmasında, araştırmacı tarafından oluşturulan anket formu ve "Güvenlik Tutum Ölçeği (The Safety Attitudes Questionnaire - SAQ)" kullanılmıştır.

Güvenlik Tutum Ölçeği (Safety Attitudes Questionnaire-SAQ):

GTÖ, sağlık hizmetlerine yönelik yapılan araştırmalarda yaygın olarak kullanılan bir kültürel değerlendirme aracıdır ve aynı zamanda iyi bir kavramsal geçerliliğe ve iç tutarlılığa sahiptir (Sexton ve ark 2006; Kaya ve ark 2010). University of Texas Center for Healthcare Quality and Safety' de, Sexton, Helmreich, Neilands, Rowan, Vella, Boyden, Roberts ve Thomas (2006) tarafından geliştirilen ve 2010 yılında Kaya ve arkadaşları tarafından Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır. Bu ölçeğin 59 ifadeden oluşan orijinal yatan hasta versiyonu Kaya (2010) tarafından Türkçe'ye çevrilmiş ve bu Türkçe versiyon, daha önce orijinal versiyonu hiç görmemiş olan bağımsız bir tercüman tarafından İngilizce'ye geri çevrilmiştir. Geri çeviri orijinal anketi geliştirenlerden J.B. Sexton tarafından orijinaline uygunluk bakımından kontrol edilmiş ve bütün ifadelerin anlamlarının aynı olduğu sonucuna varıldıktan sonra Türkçe çeviri geçerli olarak kabul edilmiştir. Daha sonra anketin ön denemesi yapılmış ve anlaşılmayan birkaç ifade için J.B.Sexton ile görüşülerek bunlara küçük bir takım açıklamalar eklenmiştir.

Ölçeğin son şekli 2000 hekim ve hemşireye uygulanmış, altı boyuttan (30 ifadeden) oluşan Güvenlik Tutum Ölçeği'nin Türkçe versiyonunun güvenilir ve geçerli olduğu bulunmuştur (Kaya ve ark 2010).

Çalışmada güvenilirlik analizi Cronbach Alpha katsayısı kullanılarak yapılmıştır. Ölçeklenmiş soruların bu değeri 0.914 olarak hesaplanmıştır. Kaya ve arkadaşlarının 2010 yılında yapmış olduğu çalışmada bu değer 0,66-0,77 arasında iken; Zimmermann'ın ve arkadaşlarının 2013 yılında yaptıkları çalışmada 0,65-0,83 arasında bulunmuştur. Gabrani ve arkadaşlarının (2015) çalışmalarında 0,64-0,82 arasında bulunan katsayı; Yılmaz ve arkadaşlarının 2017 yılına ait çalışmasında bu 0,915'dir. Özcan' ın 2018 yılında yapmış olduğu çalışmada bu değer 0,69-0,88 arasında bulunmuştur.

Bu çalışmada, güvenlik tutumlarını ölçen 30 ifade ve kişisel bilgilerle ilgili sekiz soru olmak üzere toplam 38 soru içeren bir anket uygulanmıştır (EK-1). Katılımcıların ankette yer alan ifadeleri yanıtlama süreleri ise ortalama 10-15 dakikadır.

Anket Formu

- Anket formu güvenlik tutumlarını ölçen, 30 ifadenin oluşturduğu altı boyuttan (stresin yönetimi, çalışma koşulları, ekip çalışması, iş doyumu, güvenlik iklimi ve yönetime ilişkin algılar) oluşmaktadır (Ek-1). Anketin 1-8. bölümlerinde çalışmaya katılanların demografik bilgilerine ait sekiz soru bulunmaktadır. Son olarak da, Dokuzuncu Bölümde 30 adet beşli likert tipi ölçeğine göre hazırlanmış ve "hiç katılmıyorum, "kısmen katılmıyorum", "ne katılıyor ne de katılmıyorum"," kısmen katılıyorum" ve "tamamen katılıyorum" cevaplarını içeren sorulara yer verilmiştir.
- Hekim, hemşire ve ebelerden, kendi çalıştıkları servis ve birimler ile ilgili olarak bu soruları cevaplamaları istenmiştir. Olumlu ifade içeren sorular, aynen puanlanmış, olumsuz ifade içeren üç soru ise tersten başlanarak puanlanmıştır.

Çalışmanın alt boyutlarının ifadelere göre gruplandırılması ise şu şekildedir:

Ekip Çalışması Boyutu:

- Bu serviste hemşirelerin hasta bakımı hakkında verdiği bilgiler oldukça dikkate alınır.
- Bu serviste, hasta bakımıyla ilgili bir problem algılarsam, onu söylemekte zorlanırım.
- Bu servisteki fikir ayrılıkları uygun şekilde çözülür (yani, *kimin* haklı olduğuna göre değil, hasta için *neyin* en iyi olduğuna göre).
- Diğer personelden hastaların bakımı için ihtiyaç duyduğum desteği görürüm.
- Bu servisteki personel için, anlamadıkları bir şey olduğunda soru sormak kolaydır.
- Buradaki hekimler ve hemşireler, iyi koordine edilmiş bir ekip olarak birlikte çalışırlar.

Güvenlik İklimi Boyutu:

- Burada hasta olarak tedavi edilseydim, kendimi güvende hissederdim.
- Bu serviste tıbbi hatalar * uygun şekilde ele alınır.
- Performansım hakkında uygun bilgi ve yorum alırım.

- Bu serviste, hataları tartışmak zordur.
- Hastaların güvenliğiyle ilgili olarak duyabileceğim herhangi bir endişeyi söylemek için meslektaşlarım tarafından cesaretlendirilirim.
- Bu servisin kültürü, başkalarının hatalarından öğrenmeyi kolaylaştırır.
- Bu servisteki hasta güvenliğiyle ilgili sorunları bildirebileceğim uygun kanalları biliyorum.

İş Doyumu Boyutu:

- İşimi severim.
- Bu hastanede çalışmak büyük bir ailenin bir parçası olmak gibidir.
- Bu hastane çalışmak için iyi bir yerdir.
- Bu hastanede çalışmaktan gurur duyuyorum.
- Bu serviste / birimde moral yüksektir.

Stresin Kabulü Boyutu:

- İş yüküm aşırı arttığı zaman performansım düşer.
- Acil durumlar (örneğin, acil resüsitasyonlar/ canlandırmalar, kanamalar) sırasında aşırı yorgunluk performansımı bozar.
- Çok yorgun olduğumda, işte daha az etkili olurum.
- Gergin ya da düşmanca durumlarda hata yapma ihtimalim daha fazladır.

Yönetime İlişkin Algılar Boyutu:

- Hastane yönetimi, günlük çalışmalarımı destekler.
- Hastane yönetimi hastaların güvenliğini bilerek tehlikeye atmaz.
- Bu servisteki personel sayısı, mevcut hastalara bakmak için yeterlidir.
- Hastanede olan ve işimi etkileyebilecek önemli ya da olağandışı olaylar (yeni politikalar, yeni çalışma programları, toplantılar, vb.) hakkında yeterince ve zamanında bilgilendirilirim.

Çalışma Koşulları Boyutu:

- Bu hastanede yeni personel iyi eğitilir.
- Teşhis ve tedaviyle ilgili kararlar için gerekli bütün bilgilere rutin olarak ulaşabilirim.
- Bu hastane, problem yaratan hekimler ve diğer çalışanlarla yapıcı şekilde ilgilenir.
- Benim mesleğimdeki asistanlar / stajyerler yeterince denetlenir.

2.5. Verilerin Toplanması

Verilerin toplanması işlemi 2019 yılı Mart ve Mayıs aylarında, Nevşehir Devlet Hastanesinde gerçekleştirilmiştir. İlk olarak araştırmacı tarafından, anketleri dolduran sağlık çalışanlarına yapılacak olan çalışmaya yönelik sözlü bilgilendirme yapılmıştır. Daha sonra anket formunu doldurmadan önce ön bilgi kısmını kendilerinin de okumaları sağlanmış ve ardından sözlü onayları alınmıştır. Veriler araştırmacı tarafından çalışmaya katılan sağlık çalışanları ile yapılan yüz yüze görüşmeler ve gerekli açıklamalar sonrasında toplanmıştır. Anket formlarının doldurulmasında çalışanların iş yükününün daha hafif olduğu zaman dilimleri seçilmiştir.

2.6.Değişkenler

Bağımsız Değişkenler: Sosyo-demografik özellikler (yaş, cinsiyet) ve mesleki özellikler (çalışılan pozisyon, hastanede çalışma süresi, haftalık çalışma saati, çalışma periyotları)

Bağımlı Değişken: Sağlık çalışanlarının güvenlik kültürü tutumları

Verilerin Analizi:

Veriler ortalama, standart sapma ve yüzdeler ile özetlenmiştir. Ölçekte yer alan ters yönlü ifadeler çevrilmiştir. Grupların karşılaştırılmasında t testi ve tek yönlü varyans analizi uygulanmıştır. Varyansların homojenliğine göre post hoc testleri için Tukey HSD testi kullanılmıştır.

2.8. Araştırmanın Etiği:

Araştırmanın etik izni, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 12.12.2018 tarihli ve 2018/184 sayılı karar ile alınmıştır (Ek-2). Ayrıca Nevşehir Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü'nden gerekli izinler ile birlikte Etik Kurul Onayı da alınmıştır (Ek-3). Ayrıca Güvenlik Tutumları Ölçeği'nin kullanılması için Prof. Dr. Sıdıka KAYA'dan izin alınmıştır (EK-4). Çalışma yapılan sağlık kurumunda görev yapmakta olan ve anket formunu dolduran sağlık çalışanlarının da sözlü olarak onayları alınarak anket çalışmaları tamamlanmıştır.

2.9. Araştırmanın Sınırlılıkları:

Araştırmanın yapılması sırasında; sağlık çalışanlarının iş yüklerinin fazla olmasına bağlı olarak çalışmaya zaman ayıramamaları, nöbet usulüne göre çalışmalarından dolayı anket uygulama zamanlarının ayarlanamaması, anket uygulaması için belirli alanlara erişilememesi (ameliyathane, yoğun bakım vb.), çalışanların hasta güvenliği ve bunun sonuçları konusunda çeşitli endişeler ve belirsizlikler taşımaları gibi bir takım nedenlerle çalışmanın uygulanması sırasında bazı zorluklarla ve dirençlerle de karşılaşılmıştır.

3. BULGULAR

Bir kamu hastanesinde çalışan hekim, ebe ve hemşirelerin hasta güvenliği kültürüne yönelik tutumlarının değerlendirilmesi amacıyla yapılan bu çalışmada bulgular üç başlıkta sunulmuştur.

- Katılımcıların sosyo-demografik ve çalışma özelliklerine göre dağılımları
- Katılımcıların HGKÖ'de yer alan ifadelere göre HGK düzeyleri
- Katılımcıların sosyo-demografik ve mesleki özelliklerine göre çalışma alt boyutları çerçevesinde HGK düzeyleri

3.1. Kalıtımcıların Sosyo-Demografik ve Çalışma Özelliklerine Göre Dağılımları

Çalışmaya katılmayı kabul eden katılımcıların % 69'unu kadınlar, % 31'ini erkekler oluştururken, bu katılımcıların % 60,6'sı hemşire, %20,7'si hekim ve % 18,7'si ebe meslek gruplarına mensuplardır. Katılımcıların yaş dağılımı incelendiğinde ise % 35'inin 36-44 yaş arasında, % 21'inin 26-30 yaş arasında, % 19,7'sinin 31-35 yaş arasında, % 12,7'sinin 45 yaş ve üzerinde ve % 11,6'sının 25 yaş ve altında olduğu gözlenmiş olup; katılımcıların çoğunun 36-44 yaşları arasında oldukları dikkat çekmiştir (Çizelge 3.1.1.).

Katılımcıların kurumda çalışma süreleri incelendiğinde % 53'ünün 1-5 yıl, % 18,3'ünün 5-9 yıl, % 16,3'ünün 10-14 yıl ve % 12,4'ünün de 15 yıl ve üzeride olduğu görülmüştür. Katılımcılar haftalık çalışma süreleri açısından değerlendirildiğinde ise % 58,3'nün 40-49 saat arasında çalıştığı, % 22,3'nün 40 saatten fazla çalışmadığı ve % 19,4'nün de 50 saatten fazla çalıştığı tespit edilmiştir. Genel çalışma periyotları incelendiğinde ise % 55'nin vardiyalı olarak, % 40,3'nün sürekli gündüz ve % 4,7'sinin de sürekli gece çalıştığı bulgularına ulaşılmıştır (Çizelge 3.1.1.).

Çizelge 3.1.1. Katılımcıların Sosyo-demografik ve Çalışma Özelliklerine Göre Dağılımları (n=300)

Özellikler	n	%
Cinsiyet		
Erkek	93	31
Kadın	207	69
Yaş		
≤ 25	35	12
26-30	63	21
31-35	59	20
36-44	105	35
45 ≤	38	13
Pozisyon		
Hekim	62	21
Hemşire	182	61
Ebe	56	18
Hastanede Çalışma Süresi		
1-5 Yıl	159	53
5-9 Yıl	55	18
10-15 Yıl	49	16
15 ≤	37	12
Haftalık Çalışma Saati		
< 40 Saat	67	22
40-49 Saat	175	58
50 Saat <	58	19
Çalışma Periyotları		
Sürekli Gece	14	4,7
Sürekli Gündüz	121	40
Vardiyalı	165	55

3.2. Katılımcıların HGKÖ'de Yer Alan İfadelere Göre HGK Düzeyleri

Ölçeğin bütün alt boyutları ve bu alt boyutlara ait ifadelerin ortalamaları ve standart sapmaları incelendiğinde, en yüksek ortalamaya 3,80 ortalama ile stresin kabülü boyutu sahip olurken; en düşük ortalamaya ise 3,30 ortalama ile çalışma koşulları boyutu sahip olmuştur (Çizelge 3.2.1.).

Çizelge 3.2.1. HGKÖ Maddelerine Verilen Puan Ortalamaları ve Olumlu Cevap Yüzdeleri

Alt Boyut	Soru	Ort.	Standart Sapma	Pozitif Cevaplar*	Pozitif Cevap Oranı (%)
Ekip Çalışması	Bu serviste hemşirelerin hasta bakımı hakkında verdiği bilgiler oldukça dikkate alınır.	3,85	1,00	220	73,09
	Bu serviste, hasta bakımıyla ilgili bir problem algılarsam, onu söylemekte zorlanırım.	2,39	1,29	81	26,91
	Bu servisteki fikir ayrılıkları uygun şekilde çözülür (yani, kimin haklı olduğuna göre değil, hasta için neyin en iyi olduğuna göre).	3,55	1,12	173	57,48
	Diğer personelden hastaların bakımı için ihtiyaç duyduğum desteği görürüm.	3,71	1,05	200	66,45
	Bu servisteki personel için, anlamadıkları bir şey olduğunda soru sormak kolaydır.	3,87	1,04	218	72,43
	Buradaki hekimler ve hemşireler, iyi koordine edilmiş bir ekip olarak birlikte çalışırlar.	3,90	0,97	219	72,76
	Alt boyut ortalaması	**3,55**	**0,68**		
Güvenlik İklimi	Burada hasta olarak tedavi edilseydim, kendimi güvende hissederdim	3,56	1,11	177	58,80
	Bu serviste tıbbi hatalar * uygun şekilde ele alınır.	3,61	1,05	167	55,48
	Performansım hakkında uygun bilgi ve yorum alırım.	3,40	1,12	153	50,83
	Bu serviste, hataları tartışmak zordur.	2,93	1,23	113	37,54
	Hastaların güvenliğiyle ilgili olarak duyabileceğim herhangi bir endişeyi söylemek için meslektaşlarım tarafından cesaretlendirilirim.	3,41	1,11	148	49,17
	Bu servisin kültürü, başkalarının hatalarından öğrenmeyi kolaylaştırır.	3,33	1,03	127	42,19
	Bu servisteki hasta güvenliğiyle ilgili sorunları bildirebileceğim uygun kanalları biliyorum.	3,61	1,13	194	64,45
	Alt boyut ortalaması	**3,41**	**0,71**		
İş Doyumu	İşimi severim.	3,87	1,03	204	67,77
	Bu hastanede çalışmak büyük bir ailenin bir parçası olmak gibidir.	3,37	1,21	153	50,83
	Bu hastane çalışmak için iyi bir yerdir.	3,37	1,17	147	48,84
	Bu hastanede çalışmaktan gurur duyuyorum.	3,25	1,22	140	46,51
	Bu serviste / birimde moral yüksektir.	3,31	1,12	148	49,17
	Alt boyut ortalaması	**3,43**	**0,92**		

Alt Boyut	Soru	Ort.	Standart Sapma	Pozitif Cevaplar*	Pozitif Cevap Oranı (%)
Stresin Kabulü	İş yüküm aşırı arttığı zaman performansım düşer.	3,68	1,26	196	65,12
	Acil durumlar (örneğin, acil resüsitasyonlar/ canlandırmalar, kanamalar) sırasında aşırı yorgunluk performansımı bozar.	3,98	1,13	215	71,43
	Çok yorgun olduğumda, işte daha az etkili olurum.	3,83	1,19	198	65,78
	Gergin ya da düşmanca durumlarda hata yapma ihtimalim daha fazladır.	3,73	1,25	191	63,46
	Alt boyut ortalaması	**3,80**	**1,04**		
Yönetime İlişkin Algılar	Hastane yönetimi, günlük çalışmalarımı destekler.	3,35	1,18	149	49,50
	Hastane yönetimi hastaların güvenliğini bilerek tehlikeye atmaz.	4,02	1,17	215	71,43
	Bu servisteki personel sayısı, mevcut hastalara bakmak için yeterlidir.	2,82	1,30	112	37,21
	Hastanede olan ve işimi etkileyebilecek önemli ya da olağandışı olaylar (yeni politikalar, yeni çalışma programları, toplantılar, vb.) hakkında yeterince ve zamanında bilgilendirilirim.	3,44	1,05	161	53,49
	Alt boyut ortalaması	**3,41**	**0,84**		
Çalışma Koşulları	Bu hastanede yeni personel iyi eğitilir.	3,26	1,11	143	47,51
	Teşhis ve tedaviyle ilgili kararlar için gerekli bütün bilgilere rutin olarak ulaşabilirim.	3,56	1,06	180	59,80
	Bu hastane, problem yaratan hekimler ve diğer çalışanlarla yapıcı şekilde ilgilenir.	3,15	1,10	129	42,86
	Benim mesleğimdeki asistanlar / stajyerler yeterince denetlenir.	3,25	1,22	133	44,19
	Alt boyut ortalaması	3,30	0,96		

*: 4 ve 5 olarak verilen yanıtlar pozitif yanıt olarak alınmıştır.

3.3. Katılımcıların Sosyo-demografik ve Mesleki Özelliklerine Göre Çalışma Alt Boyutları Çerçevesinde HGK Düzeyleri

Çizelge 3.3.1'deki iş doyumu boyutundaki ifadeye katılımlar cinsiyet gruplarına göre karşılaştırıldığında istatiksel açıdan anlamlı fark gözlemlenmiştir (p=0,025). Çalıştıkları hastane ile ilgili sorulan sorulara kadın ve erkek çalışanların vermiş oldukları yanıtlar aynı olup sadece, işimi severim sorusuna verilen yanıtlar açısından kadınlar ve erkekler arasında farklılık bulunmaktadır. Analiz sonuçları

değerlendirildiğinde, kadın çalışanların erkek çalışanlara göre işlerini daha çok sevdikleri sonucu elde edilmektedir

Çizelge 3.3.1. İş Doyumu Boyutundaki İfadelere Katılma Durumunun Cinsiyet Özelliklerine Göre Karşılaştırılması (n=300)

İş Doyumu Boyutu	Cinsiyet	n	ort	ss	t	p
"İşimi severim."	Erkek	93	3,67	1,06	-2,25	0,025
	Kadın	207	3,96	1,01		
	Toplam	300				

Çizelge 3.3.2'de çalışanların ekip çalışması boyutunda yer alan birinci ifadeye katılımları yaş gruplarına göre kıyaslandığında aralarında istatistik olarak anlamlı fark bulunmuştur (p=0,012). 25 yaş ve altı grubunda yer alan çalışanların, 45 yaş ve üzeri grubunda yer alanlara göre daha düşük oranlarda olduğu tespit edilirken (p= 0,004); yine aynı boyuta ait Çizelge 3.3.2'de ikinci ifadeye verilen yanıtlarda da istatistiksel olarak anlamlı fark (p=0,028) bulunmuş olup; 25 yaş ve altı grubunda yer alan çalışanların, 31-35 ve 36-44 yaş gruplarında yer alan çalışanlara göre daha düşük oranlarda katılımlarının olduğu tespit edilmiştir (1-3 p=.0,036;1-4 p=0,016).

Çizelge 3.3.2. Ekip Çalışması Boyutundaki İfadelere Katılma Durumunun Katılımcı Yaşlarının Özelliklerine Göre Karşılaştırılması (n=300)

Ekip Çalışması Boyutu	Yaş	n	ort.	ss	F	p	Post Hoc (Tukey hsd)
"Bu serviste, hasta bakımıyla ilgili bir problem algılarsam, onu söylemekte zorlanırım."	25 yaş ve altı	35	1,89	1,16	3,28	0,012	1-5 p=0.004
	26-30	63	2,32	1,23			
	31-35	59	2,36	1,23			
	36-44	105	2,43	1,31			
	≥45	38	2,95	1,41			
	Toplam	300	2,39	1,29			
"Buradaki hekimler ve hemşireler, iyi koordine edilmiş bir ekip olarak birlikte çalışırlar."	≤25	35	3,43	1,17	2,76	0,028	1-3 p=0.036 1-4 p=0.016
	26-30	63	3,86	0,86			
	31-35	59	4,02	0,88			
	36-44	105	4,02	0,98			
	≥45	38	3,89	0,98			
	Toplam	300	3,90	0,97			

Çizelge 3.3.3'de verilen ve çalışmanın güvenlik iklimi boyutunda yer alan birinci ve ikinci ifadeye katılımlar arasında da istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş (p=0,008 ve p=0,009) ve çalışanların bu ifadeye katılımları yaş gruplarına göre incelendiğinde 25 yaş ve altı grubunda yer alan çalışanların, 36-44 ve 45 yaş ve üzeri gruplarına kıyasla daha düşük oranlarda oldukları görülmüştür (1-4 p=0,029; 1-5 p=0,039) (1-4 p=0,043; 1-5 p =0,010). Çizelgede yer alan aynı boyutun üçüncü ifadesinde de istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş (p=0,001) ve 45 yaş ve üzerindeki grupta yer alan çalışanlar 25 yaş ve altı ve 26-30 yaş arasındaki gruplara göre yüksek oranlarda katılım sergilerken, 31-35 yaş grubu 45 yaş ve üzeri grubuna göre daha düşük oranlarda katılım sergilemişlerdir (1-5 p=0,012; 2-5 p=0,10; 3-5 p=0,003).

Çizelge 3.3.3. Güvenlik İklimi Boyutundaki İfadelere Katılma Durumunun Katılımcı Yaşlarının Özelliklerine Göre Karşılaştırılması (n=300)

Güvenlik İklimi Boyutu	Yaş	n	ort.	Ss	F	p	Post Hoc (Tukey hsd)
"Burada hasta olarak tedavi edilseydim, kendimi güvende hissederdim."							1-4 p=0.029
	≤25	35	3,14	1,22	3,52	0,008	1-5 p=0.039
	26-30	63	3,40	1,21			
	31-35	59	3,44	1,12			
	36-44	105	3,77	1,00			
	≥45	38	3,87	0,96			
	Toplam	300	3,57	1,11			
"Hastaların güvenliğiyle ilgili olarak duyabileceğim herhangi bir endişeyi söylemek için meslektaşlarım tarafından cesaretlendirilirim."							1-4 p=0.043
	≤25	35	2,94	1,11	3,45	0,009	1-5 p=0.010
	26-30	63	3,32	1,00			
	31-35	59	3,27	1,13			
	36-44	105	3,54	1,10			
	≥45	38	3,79	1,19			
	Toplam	300	3,40	1,12			
"Bu servisin kültürü, başkalarının hatalarından öğrenmeyi kolaylaştırır.							1-5 p=0.012 2-5 p=0.010 3-5 p=0.003
	≤25	35	3,06	0,87	5,16	0,001	
	26-30	63	3,14	0,95			
	31-35	59	3,07	1,11			
	36-44	105	3,50	0,99			
	≥45	38	3,82	1,04			
	Toplam	300	3,33	1,03			

Çizelge 3.3.4'de verilen ve çalışmanın iş doyumu boyutundaki yer alan ifadelerden birincisinde katılımlar yaş gruplarına göre incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark ortaya çıkmıştır (p=0,001). Buna göre 26-30 yaş grubundaki çalışanlar, 36-44 ve 45 yaş ve üzeri grubuna göre daha düşük katılımlar göstermişlerdir (2-4 p=.0,001; 2-5 p=0,006). İkinci ifade de gruplar

arasında istatistiksel olarak anlamlı fark çıkmış (p=0,003) ve 26-30 arası yaş grubunda yer alan çalışanlar, 36-44 grubuna göre daha düşük oranlarda katılım göstermişlerdir (p=0,012).

Çizelge 3.3.4'de verilen dördüncü ifade de gruplar arasında istatiksel olarak anlamlı fark çıkmıştır (p=0,001). Çalışanların yaş gruplarına göre ifadeleri destekleme oranlarında 25 yaş ve altı grubundaki çalışanlar 36-44 ve 45 yaş ve üzeri grubunda yer alan çalışanlara göre daha düşük seviyelerde katılım göstermişlerdir. Aynı boyuta ait üçüncü ifade de çalışanlar yaş gruplamasına göre incelendiğinde istatiksel olarak fark tespit edilmiştir (p=0,001). Buna göre 25 yaş ve altı çalışan grubunun 36-44 ve 45 yaş ve üzerindekilere göre, 26-30 yaş grubu çalışanlarının 36-44 ve 45 yaş ve üzerindekilere göre ve 31-35 yaş grubunun da 36-44 yaş grubundakilere göre daha düşük katılım gösterdikleri tespit edilmiştir (1-4 p=0.017; 1-5 p=0,045; 2-4 p=0.005; 2-5 p=0,031; 3-4 p=0.039).

Çizelge 3.3.4. İş Doyumu Boyutundaki İfadelere Katılma Durumunun Katılımcı Yaşlarının Özelliklerine Göre Karşılaştırılması (n=300)

İş Doyumu Boyutu	Yaş	n	ort.	Ss	F	p	Post Hoc (Tukey hsd)
"Bu hastanede çalışmak büyük bir ailenin bir parçası olmak gibidir."							2-4 p=0.001 2-5 p=0.006
	≤25	35	3,06	1,24	5,80	0,001	
	26-30	63	2,94	1,28			
	31-35	59	3,24	1,22			
	36-44	105	3,68	1,13			
	≥45	38	3,76	0,94			
	Toplam	300	3,37	1,21			
"Bu hastane çalışmak için iyi bir yerdir."							2-4 p=0.012
	≤25	35	3,11	1,05	4,16	0,003	
	26-30	63	3,05	1,20			
	31-35	59	3,20	1,21			
	36-44	105	3,64	1,03			
	≥45	38	3,68	1,32			
	Toplam	300	3,37	1,17			
"Bu hastanede çalışmaktan gurur duyuyorum."							1-4 p=0.017 1-5 p=0.045 2-4 p=0.005 2-5 p=0.031 3-4 p=0.039
	≤25	35	2,86	1,29	5,69	0,001	
	26-30	63	2,92	1,22			
	31-35	59	3,03	1,20			
	36-44	105	3,58	1,08			
	≥45	38	3,63	1,28			
	Toplam	300	3,2567	1,22302			
"Bu serviste / birimde moral yüksektir."							1-4 p=0.011 1-5 p=0.008
	≤25	35	2,83	1,07	4,58	0,001	
	26-30	63	3,10	1,16			
	31-35	59	3,20	1,11			
	36-44	105	3,52	1,06			
	≥45	38	3,68	1,04			
	Toplam	300	3,31	1,12			

Çizelge 3.3.5'de verilen ve araştırmanın çalışma koşulları boyutunu yansıtan ifadeye katılımlarda da gruplar arası istatiksel olarak anlamlı farklar bulunmuş olup

(p=0,061), çalışanların yaş gruplamalarına göre incelendiğinde 25 yaş ve altı grubunda yer alanların 45 yaş ve üzeri grubunda yer alanlara göre daha düşük oranlarda olduğu tespit edilmiştir (p=0,036).

Çizelge 3.3.5. Çalışma Koşulları Boyutundaki İfadelere Katılma Durumunun Katılımcı Yaşlarının Özelliklerine Göre Karşılaştırılması (n=300)

Çalışma Koşulları Boyutu	Yaş	n	ort.	Ss	F	p	Post Hoc (Tukey hsd)
"Bu hastane, problem yaratan hekimler ve diğer çalışanlarla yapıcı şekilde ilgilenir."							1-5 p=0.036
	≤25	35	2,71	1,10	2,28	0,061	
	26-30	63	3,22	1,02			
	31-35	59	3,07	1,11			
	36-44	105	3,19	1,06			
	≥45	38	3,45	1,27			
	Toplam	300	2,39	1,29			

Güvenlik İklimi boyutundaki ifadelere katılma oranları incelendiğinde, sadece Çizelge 3.3.6'da belirtilen güvenlik iklimi boyutundaki ifadeye katılma durumu unvanlara göre karşılaştırıldığında istatiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p=0,039). Bu duruma göre, ebelerin bu duruma olan inançları hemşirelere göre daha yüksektir (p=0,040). Güvenlik iklimi boyutuna ilişkin diğer sorulara verilen cevaplar unvanlar açısından kıyaslandığında anlamlı farklar gözlemlenmemiştir.

Çizelge 3.3.6. Güvenlik İklimi Boyutundaki İfadelere Katılma Durumunun Katılımcı Unvanlarının Özelliklerine Göre Karşılaştırılması (n=300)

Güvenlik İklimi Boyutu	Unvan	n	ort	Ss	F	p	Post Hoc (Tukey hsd)
"Burada hasta olarak tedavi edilseydim, kendimi güvende hissederdim."	Hekim	62	3,66	0,97	3,26	0,039	2-3 p=0,040
	Hemşire	182	3,45	1,16			
	Ebe	56	3,86	1,05			
	Toplam	300	3,57	1,11			

Çizelge 3.3.7'de iş doyumu boyutundaki ifadelerden; birinci ifadeye katılma oranları unvanlara göre karşılaştırıldığında istatiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p=0,011) ve hekimlerin bu duruma olan inançları hemşirelere göre daha yüksektir (p=0,017). Ayrıca Çizelge 3.3.7'de yer alan ve aralarında istatiksel olarak anlamlı fark bulunan ikinci ifadeye de çalışanların katılımları unvanlarına göre karşılaştırıldığında istatiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p=0,008) ve ebelerin bu duruma olan inançları hemşirelere göre daha yüksektir (p=0,017). İş doyumu boyutuna ilişkin diğer sorulara verilen cevaplar unvanlar açısından kıyaslandığında anlamlı farklar gözlemlenmemiştir.

Çizelge 3.3.7. İş Doyumu Boyutundaki İfadelere Katılma Durumunun Katılımcı Unvanlarının Özelliklerine Göre Karşılaştırılması (n=300)

İş Doyumu Boyutu	**Unvan**	**n**	**ort**	**Ss**	**F**	**p**	**Post Hoc (**Tukey hsd**)**
"Bu hastanede çalışmak büyük bir ailenin bir parçası olmak gibidir."	Hekim	62	3,69	1,05	4,58	0,011	1-2 p=0,017
	Hemşire	182	3,21	1,28			
	Ebe	56	3,55	1,08			
	Toplam	300	3,37	1,21			
"Bu hastane çalışmak için iyi bir yerdir."	Hekim	62	3,57	1,02	4,89	0,008	2-3 p=0,017
	Hemşire	182	3,21	1,22			
	Ebe	56	3,70	1,08			
	Toplam	300	3,37	1,17			

Çizelge 3.3.8'de yer alan ve yönetime ilişkin algılar boyutunu yansıtan ifadenin çalışanlar tarafından desteklenmesinin oranları unvanlara göre karşılaştırıldığında istatiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p=0,003). Hekimlerin bu duruma karşı olan inançları hem hemşirelere hem de ebelere göre daha yüksektir (1-2 p=0,003; 1-3 p=0,013). Yönetime ilişkin algılar boyutuna ilişkin diğer sorulara verilen cevaplar unvanlar açısından kıyaslandığında anlamlı farklar gözlemlenmemiştir.

Çizelge 3.3.8. Yönetime İlişkin Algılar Boyutundaki İfadelere Katılma Durumunun Katılımcı Unvanlarının Özelliklerine Göre Karşılaştırılması (n=300)

Yönetime İlişkin Algılar Boyutu	Unvan	n	ort	Ss	F	p	Post Hoc (Tukey hsd)
"Hastane yönetimi, günlük çalışmalarımı destekler."	Hekim	62	3,81	1,07	6,05	0,003	1-2 p=0,003 1-3 p=0,013
	Hemşire	182	3,24	1,21			
	Ebe	56	3,20	1,10			
	Toplam	300	3,35	1,18			

Çizelge 3.3.9'da çalışanların, çalışma koşulları boyutundaki ifadelere katılma durumları; unvanlara göre karşılaştırıldığında birinci ifadeye verilen yanıtlar meslek gruplarına göre incelendiğinde aralarında istatiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p=0,021). Ebelerin bu duruma olan inançları hem hemşirelere hem de hekimlere göre daha yüksektir (1-3 p=0,049; 2-3 p=0,022).

Çizelge 3.3.9'da belirtilen ve çalışma koşulları boyutundaki ikinci ifadeye katılma durumu unvanlara göre karşılaştırıldığında istatiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p=0,035) ve ebelerin bu duruma olan inançları hemşirelere göre daha yüksektir (p=0,031). Ayrıca Çizelge 3.3.9'da belirtilen çalışma koşulları boyutundaki üçüncü ifade de, çalışanların görüşü destekleme durumları unvanlara göre karşılaştırıldığında istatiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p=0,048) ve ebelerin bu duruma olan inançları hemşirelere göre daha yüksektir (p=0,049). Çalışma koşulları boyutuna ilişkin diğer sorulara verilen cevaplar unvanlar açısından kıyaslandığında anlamlı farklar gözlemlenmemiştir.

Çizelge 3.3.9. Çalışma Koşulları Boyutundaki İfadelere Katılma Durumunun Katılımcı Unvanlarının Özelliklerine Göre Karşılaştırılması(n=300)

Çalışma Koşulları Boyutu	Unvan	n	ort.	ss	F	p	Post Hoc (Tukey hsd)
"Bu hastanede yeni personel iyi eğitilir."	Hekim	62	3,15	1,14	3,93	0,021	1-3 p=0,049 2-3 p=0,022
	Hemşire	182	3,18	1,12			
	Ebe	56	3,63	0,98			
	Toplam	300	3,25	1,11			
"Teşhis ve tedaviyle ilgili kararlar için gerekli bütün bilgilere rutin olarak ulaşabilirim."	Hekim	62	3,50	1,08	3,38	0,035	2-3 p=0,031
	Hemşire	182	3,49	1,06			
	Ebe	56	3,89	0,93			
	Toplam	300	3,57	1,05			
"Bu hastane, problem yaratan hekimler ve diğer çalışanlarla yapıcı şekilde ilgilenir."	Hekim	62	3,24	1,00	3,05	0,048	2-3 p=0,049
	Hemşire	182	3,03	1,14			
	Ebe	56	3,43	1,04			
	Toplam	300	3,15	1,10			

Çizelge 3.3.10'da ekip çalışması iklimi boyutundaki ifadeye çalışanların katılma durumu haftalık çalışma sürelerine göre karşılaştırıldığında istatiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p=0,003). Buna göre haftalık çalışma saati 50 saatten fazla olan çalışanların bu ifadeye olan inançları diğer gruplara göre daha düşüktür (1-3 p=0,002; 2-3 p=0,032). Ekip çalışmasına ilişkin diğer ifadelere çalışanların katılma durumları, haftalık çalışma süreleri açısından kıyaslandığında anlamlı farklar gözlemlenmemiştir.

Çizelge 3.3.10. Ekip Çalışması Boyutundaki İfadelere Katılma Durumunun Haftalık Çalışma Süresi Özelliklerine Göre Karşılaştırılması (n=300)

Ekip Çalışması Boyutu	Haftalık Çalışma Süresi	n	Ort	ss	F	p	Post Hoc (Tukey hsd)
"Bu hastanede hemşirelerin hasta bakımı hakkında verdiği bilgiler oldukça dikkate alınır."	40 saati geçmiyor	67	4,10	0,97	5,87	0,003	1-3 p=0,002 2-3 p=0,032
	40-49 saat	175	3,88	0,94			
	50 saat ve üzeri	58	3,50	1,17			
	Toplam	300	3,86	1,01			

Çalışanların Çizelge 3.3.11'de güvenlik iklimi boyutundaki ifadeye, katılma durumları haftalık çalışma sürelerine göre karşılaştırıldığında istatiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p=0,032). Buna göre haftalık çalışma süresi 40 saati geçmeyen çalışanların bu ifadeye olan inançları, çalışma süreleri 50 saat ve üzeri olanlara göre daha yüksektir (p=0,029). Güvenlik iklimine ilişkin diğer ifadelere çalışanların katılma durumları, haftalık çalışma süreleri açısından kıyaslandığında anlamlı farklar gözlemlenmemiştir.

Çizelge 3.3.11. Güvenlik İklimi Boyutundaki İfadelere Katılma Durumunun Haftalık Çalışma Süresi Özelliklerine Göre Karşılaştırılması (n=300)

Güvenlik İklimi Boyutu	Haftalık Çalışma Süresi	n	Ort	ss	F	p	Post Hoc (Tukey hsd)
"Bu hastanede, hataları tartışmak zordur."	40 saati geçmiyor	67	3,15	1,32	3,46	0,032	1-3 p=0,029
	40-49 saat	175	2,97	1,14			
	50 saat ve üzeri	58	2,59	1,35			
	Toplam	300	2,94	1,23			

Çizelge 3.3.12'de belirtilen stresin kabulü boyutundaki ifadeye, çalışanların katılma oranları haftalık çalışma sürelerine göre karşılaştırıldığında istatiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p=0,019). Buna göre haftalık çalışma süresi 40-49 saat

arasında olan çalışanların, 40 saati geçmeyen çalışanlara göre bu duruma olan inançları daha yüksektir (p=0,012). Stresin kabulü boyutuna ilişkin diğer ifadeler çalışanların katılma durumları, haftalık çalışma süreleri açısından kıyaslandığında anlamlı farklar gözlemlenmemiştir.

Çizelge 3.3.12. Stresin Kabulü Boyutundaki İfadelere Katılma Durumunun Haftalık Çalışma Süresi Özelliklerine Göre Karşılaştırılması (n=300)

Stresin Kabulü Boyutu	Haftalık Çalışma Süresi	n	Ort	ss	F	p	Post Hoc (Tukey hsd)
"Acil durumlar (örneğin, acil resüsitasyonlar/ canlandırmalar, kanamalar) sırasında aşırı yorgunluk performansımı bozar."	40 saati geçmiyor	67	3,30	1,35	4,04	0,019	1-2 p=0,012
	40-49 saat	175	3,80	1,26			
	50 saat ve üzeri	58	3,76	1,11			
	Toplam	300	3,68	1,26			

Çizelge 3.3.13'de yer alan ve yönetime ilişkin algılar boyutundaki ifadeye çalışanların katılma oranları haftalık çalışma sürelerine göre karşılaştırıldığında istatiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur p=(0,048). Buna göre haftalık çalışma süreleri 40-49 saat arasında olanların bu ifadeye katılım oranları, 40 saati geçmeyen çalışanlara göre daha yüksektir. Yönetime ilişkin algılar boyutundaki diğer ifadelere çalışanların katılma durumları, haftalık çalışma süreleri açısından kıyaslandığında anlamlı farklar gözlemlenmemiştir.

Çizelge 3.3.13. Yönetime İlişkin Algılar Boyutundaki İfadelere Katılma Durumunun Haftalık Çalışma Süresi Özelliklerine Göre Karşılaştırılması (n=300)

Yönetime İlişkin Algılar Boyutu	Haftalık Çalışma Süresi	n	Ort	ss	F	p	Post Hoc (Tukey hsd)
"Hastane yönetimi hastaların güvenliğini bilerek tehlikeye atmaz."	40 saati geçmiyor	67	3,72	1,10	3,05	0,048	1-2 p=0,037
	40-49 saat	175	4,13	1,18			
	50 saat ve üzeri	58	4,02	1,21			
	Toplam	300	4,02	1,18			

Çizelge 3.3.14'de yer alan ekip çalışması iklimi boyutundaki birinci ifadeye çalışanların katılma oranları, hastanedeki toplam görev sürelerine göre karşılaştırıldığında istatiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p=0,003). Buna göre hastanedeki toplam görev süresi 15 yıl ve üzeri olan çalışanların ifadeye katılma oranları; 1-5 yıl arası görev süresine sahip olanlara göre daha yüksektir (p=0,002). Ekip çalışması iklimi boyutuna ilişkin diğer ifadelere çalışanların katılma durumları, hastanede toplam görev yapma süreleri açısından kıyaslandığında anlamlı farklar gözlemlenmemiştir.

Çizelge 3.3.14. Ekip Çalışması Boyutundaki İfadelere Katılma Durumunun Hastanede Toplam Görev Yapma Süresi Özelliklerine göre karşılaştırılması (n=300)

Ekip Çalışması Boyutu	Hastanede Toplam Çalışma Süresi	n	Ort	ss	F	p	Post Hoc (Tukey hsd)
"Bu hastanede fikir ayrılıkları uygun şekilde çözülür (yani, kimin haklı olduğuna göre değil, hasta için neyin en iyi olduğuna göre)."							1-4 p=0,002
	1-5 yıl	159	3,37	1,16	4,75	0,003	
	5-9 yıl	55	3,64	0,95			
	10-15 yıl	49	3,65	1,11			
	15 yıl ve üzeri	37	4,11	1,13			
	Toplam	300	3,557	1,130			

Çizelge 3.3.15'de verilen ve güvenlik iklimi boyutundaki ifadelerden birincisinde, çalışanların ifadeye katılma oranları çalışanların hastanedeki toplam görev sürelerine göre karşılaştırıldığında istatiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p=0,012). Buna göre hastanedeki toplam görev süresi 15 yıl ve üzeri olan çalışanların ifadeye katılma oranları, çalışma süreleri 1-5 yıl olanlara göre daha yüksektir (p= 0,036). Aynı boyuttaki ikinci ifadeye çalışanların katılma oranları hastanedeki toplam görev sürelerine göre karşılaştırıldığında istatiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p=0,002). Buna göre hastanedeki toplam görev süresi 15 yıl ve üzeri olan çalışanların ifadeye katılma oranları, çalışma süreleri 1-5 yıl olanlara göre daha yüksektir (p= 0,003).

Çizelge 3.3.15'de yer alan ve güvenlik iklimi boyutunu yansıtan üçüncü ifadeye, çalışanların katılma oranları hastanedeki toplam görev sürelerine göre karşılaştırıldığında istatiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p=0,001). Buna göre

hastanedeki toplam görev süresi 1-5 yıl arasında olan çalışanların bu ifadeye katılma oranları diğer bütün gruplara göre daha düşüktür (1-2 p=0,009; 1-3 p=0,018; 1-4 p=0,001). Ekip çalışması iklimi boyutuna ilişkin diğer ifadelere çalışanların katılma durumları, hastanede toplam görev yapma süreleri açısından kıyaslandığında anlamlı farklar gözlemlenmemiştir.

Çizelge 3.3.15. Güvenlik İklimi Boyutundaki İfadelere Katılma Durumunun Hastanede Toplam Görev Yapma Süresi Özelliklerine Göre Karşılaştırılması (n=300)

Güvenlik İklimi Boyutu	Hastanede Toplam Çalışma Süresi	n	ort	ss	F	p	Post Hoc (Tukey hsd)
"Burada hasta olarak tedavi edilseydim, kendimi güvende hissederdim. "							1-4 p=0,036
	1-5 yıl	159	3,38	1,18	3,74	0,012	
	5-9 yıl	55	3,67	1,00			
	10-15 yıl	49	3,80	0,94			
	15 yıl ve üzeri	37	3,92	1,04			
	Toplam	300	3,57	1,11			
"Hastaların güvenliğiyle ilgili olarak duyabileceğim herhangi bir endişeyi söylemek için meslektaşlarım tarafından cesaretlendirilirim."							1-4 p=0,003
	1-5 yıl	159	3,20	1,13	5,03	0,002	
	5-9 yıl	55	3,58	0,98			
	10-15 yıl	49	3,51	1,04			
	15 yıl ve üzeri	37	3,89	1,17			
	Toplam	300	3,40	1,12			
"Bu hastanenin kültürü, başkalarının hatalarından öğrenmeyi kolaylaştırır."							1-2 p=0,009 1-3 p=0.018 1-4 p=0,001
	1-5 yıl	159	3,06	1,02	9,63	0,001	
	5-9 yıl	55	3,55	0,90			
	10-15 yıl	49	3,53	0,92			
	15 yıl ve üzeri	37	3,89	1,05			
	Toplam	300	3,33	1,03			

Çizelge 3.3.16'da belirtilen ve iş doyumu boyutu ile ilişkili olan birinci ifadeye çalışanların katılma durumları, hastanedeki toplam görev sürelerine göre

karşılaştırıldığında istatiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p=0,001). Buna göre hastanedeki toplam görev süresi 1-5 yıl arası olan çalışanların bu ifadeye katılım oranları, görev süresi 5-9 yıl ve 9-15 yıl arası olanlara göre daha düşüktür. Ayını boyuttaki, ikinci ifadede de katılımcıların vermiş oldukları cevaplar hastanedeki toplam görev yapma sürelerine göre karşılaştırıldığında istatiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p=0,007). Buna göre hastanedeki toplam görev süresi 5-9 yıl arasında olanların bu ifadeye katılma oranları, çalışma süreleri 1-5 yıl arası olanlara göre daha yüksektir (p= 0,010).

İş doyumu boyutunda ele alınan ve Çizelge 3.3.16'da belirtilen üçüncü ifadeye olan katılım oranları, çalışanların hastanedeki toplam görev yapma sürelerine göre karşılaştırıldığında istatiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p=0,001). Buna göre hastanedeki toplam görev süresi 1-5 yıl arası olan çalışanların bu ifadeye katılma oranları, diğer çalışma sürelerine sahip çalışanlara göre daha düşüktür (1-2 p-=0,001; 1-3 p=0,002; 1-4 p=0,050). Aynı boyutta yer alan ve dördüncü ifade de katılımcıların verdikleri cevaplar doğrultusunda hastanedeki toplam görev yapma sürelerine göre karşılaştırıldığında istatiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p=0,007). Buna göre hastanedeki toplam görev süresi 1-5 yıl olan çalışanların bu ifadeye katılım oranları görev süresi 10-15 yıl olanlara göre daha düşüktür (p=0,045).

İş doyumu boyutuna ilişkin diğer ifadelere çalışanların katılma durumları, hastanede toplam görev yapma süreleri açısından kıyaslandığında da anlamlı farklar gözlemlenmemiştir.

Çizelge 3.3.16. İş Doyumu Boyutundaki İfadelere Katılma Durumunun Hastanede Toplam Görev Yapma Süresi Özelliklerine Göre Karşılaştırılması (n=300)

İş Doyumu Boyutu	Hastanede Toplam Çalışma Süresi	n	ort	ss	F	p	Post Hoc (Tukey hsd)
"Bu hastanede çalışmak büyük bir ailenin bir parçası olmak gibidir."							1-2 p=0,001 1-3 p=0.001
	1-5 yıl	159	3,05	1,28	8,91	0,001	
	5-9 yıl	55	3,78	1,01			
	10-15 yıl	49	3,80	1,00			
	15 yıl ve üzeri	37	3,60	1,04			
	Toplam	300	3,37	1,21			
"Bu hastane çalışmak için iyi bir yerdir."							1-2 p=0,010
	1-5 yıl	159	3,16	1,19	4,16	0,007	
	5-9 yıl	55	3,73	0,95			
	10-15 yıl	49	3,59	1,08			
	15 yıl ve üzeri	37	3,46	1,33			
	Toplam	300	3,37	1,17			
"Bu hastanede çalışmaktan gurur duyuyorum."							1-2 p=0,001 1-3 p=0,002 1-4 p=0,050
	1-5 yıl	159	2,93	1,23	8,89	0,001	
	5-9 yıl	55	3,71	0,98			
	10-15 yıl	49	3,63	1,07			
	15 yıl ve üzeri	37	3,49	1,33			
	Toplam	300	3,26	1,22			
"Bu hastanede moral yüksektir."							1-3 p=0,045
	1-5 yıl	159	3,10	1,13	4,12	0,007	
	5-9 yıl	55	3,51	1,03			
	10-15 yıl	49	3,57	0,91			
	15 yıl ve üzeri	37	3,57	1,26			
	Toplam	300	3,31	1,12			

Çizelge 3.3.17'de yönetime ilişkin algılar boyutundaki ilk ifadeye katılımcıların verdikleri yanıtlar, hastanedeki toplam görev yapma sürelerine göre karşılaştırıldığında istatiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p=0,001). Buna göre hastanedeki toplam görev süresi 10-15 yıl arası olan çalışanların bu ifadeye katılım oranları, çalışma süreleri 1-5 yıl olanlara göre daha yüksektir (p=0,001). Aynı boyuttaki ikinci ifade de katılımcıların verdikleri cevaplar, hastanedeki toplam görev yapma sürelerine göre karşılaştırıldığında istatiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p=0,004). Buna göre hastanedeki toplam görev süresi 1-5 yıl arası olan çalışanların bu ifadeye katılma oranları, çalışma süreleri 5-9 yıl ve 10-15 yıl arası olanlara göre daha düşüktür (1-2 p= 0,017; 1-3 p=0,035).

Çizelge 3.3.17'de yönetime ilişkin algılar boyutundaki üçüncü ifadeye katılımlar da çalışanların hastanedeki toplam görev yapma sürelerine göre karşılaştırıldığında istatiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p=0,007). Buna göre hastanedeki toplam görev süresi 1-5 yıl arası olan çalışanların bu ifadeye katılım oranları, çalışma süreleri 5-9 yıl olanlara göre daha düşüktür (p=0,006). Yönetime ilişkin algılar boyutundaki diğer ifadelere çalışanların katılma durumları, hastanede toplam görev yapma süreleri açısından kıyaslandığında anlamlı farklar gözlemlenmemiştir.

Çizelge 3.3.17. Yönetime İlişkin Algılar Boyutundaki İfadelere Katılma Durumunun Hastanede Toplam Görev Yapma Süresi Özelliklerine Göre Karşılaştırılması (n=300)

Yönetime İlişkin Algılar Boyutu	Hastanede Toplam Çalışma Süresi	n	ort	ss	F	p	Post Hoc (Tukey hsd)
"Hastane yönetimi, günlük çalışmalarımı destekler."							1-3 p=0,001
	1-5 yıl	159	3,10	1,18	7,03	0,001	
	5-9 yıl	55	3,89	0,85			
	10-15 yıl	49	3,39	1,19			
	15 yıl ve üzeri	37	3,57	1,35			
	Toplam	300	3,35	1,18			
"Hastane yönetimi hastaların güvenliğini bilerek tehlikeye atmaz."							1-2 p=0,017
	1-5 yıl	159	3,79	1,25	4,48	0,004	1-3 p=0,035
	5-9 yıl	55	4,33	0,92			
	10-15 yıl	49	4,31	0,92			
	15 yıl ve üzeri	37	4,14	1,29			
	Toplam	300	4,02	1,18			
"Hastanede olan ve işimi etkileyebilecek önemli ya da olağandışı olaylar (yeni politikalar, yeni çalışma programları, toplantılar, vb.) hakkında yeterince ve zamanında bilgilendirilirim."							1-2 p=0,006
	1-5 yıl	159	3,27	1,03	4,09	0,007	
	5-9 yıl	55	3,80	0,80			
	10-15 yıl	49	3,57	0,94			
	15 yıl ve üzeri	37	3,54	1,37			
	Toplam	300	3,45	1,04			

Çizelge 3.3.18'de verilen, çalışma koşulları boyutundaki birinci ifadeye katılımlar çalışanların hastanedeki toplam görev yapma sürelerine göre karşılaştırıldığında istatiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p=0,017). Buna göre hastanedeki toplam görev süresi 1-5 yıl arası olan çalışanların bu ifadeye katılma oranları, çalışma süresi 5-9 yıl olanlara göre daha düşüktür (p=0,010). Aynı boyutta yer alan ikinci ifade de katılımcıların verdikleri cevaplar doğrultusunda hastanedeki toplam görev yapma sürelerine göre karşılaştırıldığında istatiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p=0,001). Buna göre hastanedeki toplam görev süresi 1-5 yıl arası olan

çalışanların bu ifadeye katılma oranları, çalışma süresi 5-9 yıl olanlara göre daha düşüktür (p=0,001).

Çizelge 3.3.18'de verilen çalışma koşulları boyutundaki üçüncü ifadeye katılımlar da, çalışanların hastanedeki toplam görev yapma sürelerine göre karşılaştırıldığında istatiksel açıdan anlamlı fark gözlemlenmiştir (p=0,002). Buna göre hastanedeki toplam görev süresi 1-5 yıl arası olan çalışanların bu ifadeye katılma oranları, çalışma süresi 5-9 yıl olanlara göre daha düşüktür (p=0,001). Aynı boyuttaki dördüncü ifadeye katılımcıların verdikleri cevaplar hastanedeki toplam görev yapma sürelerine göre karşılaştırıldığında istatiksel açıdan anlamlı fark gözlemlenmiştir (p=0,001). Buna göre hastanedeki toplam görev süresi 1-5 yıl arası olan çalışanların bu ifadeye katılma oranları, çalışma süresi 5-9 yıl olanlara göre daha düşüktür (p=0,001).

Çalışma koşulları boyutuna ilişkin diğer ifadelere çalışanların katılma durumları, hastanede toplam görev yapma süreleri açısından kıyaslandığında anlamlı farklar gözlemlenmemiştir.

Çizelge 3.3.18. Çalışma Koşulları Boyutundaki İfadelere Katılma Durumunun Hastanede Toplam Görev Yapma Süresi Özelliklerine Göre Karşılaştırılması (n=300)

Çalışma Koşulları Boyutu	Hastanede Toplam Çalışma Süresi	n	ort	ss	F	p	Post Hoc (Tukey hsd)
"Bu hastanede yeni personel iyi eğitilir."							1-2 p=0,010
	1-5 yıl	159	3,09	1,14	3,45	0,017	
	5-9 yıl	55	3,64	0,85			
	10-15 yıl	49	3,35	1,11			
	15 yıl ve üzeri	37	3,24	1,26			
	Toplam	300	3,25	1,11			
"Teşhis ve tedaviyle ilgili kararlar için gerekli bütün bilgilere rutin olarak ulaşabilirim."							1-2 p=0,001
	1-5 yıl	159	3,34	1,07	6,47	0,001	
	5-9 yıl	55	4,00	0,79			
	10-15 yıl	49	3,71	1,02			
	15 yıl ve üzeri	37	3,70	1,10			
	Toplam	300	3,57	1,05			
"Bu hastane, problem yaratan hekimler ve diğer çalışanlarla yapıcı şekilde ilgilenir."							1-2 p=0,001
	1-5 yıl	159	2,99	1,10	4,93	0,002	
	5-9 yıl	55	3,64	0,85			
	10-15 yıl	49	3,10	1,14			
	15 yıl ve üzeri	37	3,19	1,24			
	Toplam	300	3,15	1,10			
"Benim mesleğimdeki asistanlar / stajyerler yeterince denetlenir."							1-2 p=0,001
	1-5 yıl	159	3,03	1,17	5,38	0,001	
	5-9 yıl	55	3,76	1,00			
	10-15 yıl	49	3,25	1,28			
	15 yıl ve üzeri	37	3,41	1,40			
	Toplam	300	3,25	1,22			

Çizelge 3.3.19'da verilen ve ekip çalışması iklimi boyutundaki birinci ifadeye olan çalışan katılım oranları, hastanedeki çalışma periyotlarına göre karşılaştırıldığında istatiksel açıdan anlamlı fark gözlemlenmiştir (p=0,024). Buna göre çalışma periyotları sürekli gündüz olan çalışanların bu ifadeye katılma oranları, vardiyalı çalışanlara göre daha yüksektir (p=0,018). Aynı boyuttaki ikinci ifade de katılımcıların verdikleri cevaplar hastanedeki çalışma saatlerine göre karşılaştırıldığında da istatiksel açıdan anlamlı fark gözlemlenmiştir (p=0,012). Buna göre çalışma periyotları sürekli gece olan çalışanların bu ifadeye katılma oranları, sürekli gündüz ve vardiyalı olarak çalışanlara göre daha düşüktür (1-2 p=0,008; 1-3 p=0,020).

Ekip çalışması iklimi boyutuna ilişkin diğer ifadelere çalışanların katılma durumları, çalışma periyotları açısından kıyaslandığında anlamlı farklar gözlemlenmemiştir.

Çizelge 3.3.19. Ekip Çalışması İklimi Boyutundaki İfadelere Katılma Durumunun Çalışma Periyotlarının Özelliklerine Göre Karşılaştırılması (n=300)

Ekip Çalışması Boyutu	Çalışma Periyodu	n	ort	ss	F	p	Post Hoc (Tukey hsd)
"Bu hastanede hemşirelerin hasta bakımı hakkında verdiği bilgiler oldukça dikkate alınır."	Sürekli gece	14	3,79	1,31	3,80	0,024	2-3 p=0,018
	Sürekli gündüz	121	4,05	0,91			
	Vardiyalı	165	3,72	1,03			
	Toplam	300	3,86	1,01			
"Bu hastanedeki fikir ayrılıkları uygun şekilde çözülür (yani, kimin haklı olduğuna göre değil, hasta için neyin en iyi olduğuna göre)."	Sürekli gece	14	2,71	1,07	4,50	0,012	1-2 p=0,008 1-3 p=0,020
	Sürekli gündüz	121	3,66	1,13			
	Vardiyalı	165	3,55	1,11			
	Toplam	300	3,56	1,13			

Çizelge 3.3.20'de belirtilen ve stresin kabulü boyutundaki ifadesine katılımlar hastanedeki çalışma periyotlarına göre karşılaştırıldığında istatiksel açıdan anlamlı fark gözlemlenmiştir (p=0,001). Buna göre çalışma periyotları sürekli gece olan çalışanların bu ifadeye katılma oranları, sürekli gündüz ve vardiyalı olarak

çalışanlara göre daha düşüktür (1-2 p=0,001; 1-3 p=0,001). Çizelgede ikinci sırada yer alan aynı boyuttaki ifadeye de katılımcıların verdikleri cevaplar, hastanedeki çalışma periyotlarına göre karşılaştırıldığında da istatiksel açıdan anlamlı fark gözlemlenmiştir (p=0,027). Buna göre çalışma periyotları sürekli gece olan çalışanların bu ifadeye katılma oranları, sürekli gündüz ve vardiyalı olarak çalışanlara göre daha düşüktür (1-2 p=0,044; 1-3 p=0,020).

Çizelge 3.3.20'de belirtilen ve stresin kabulü boyutundaki üçüncü ifadenin desteklenme oranları da katılımcıların çalışma periyotlarına göre karşılaştırıldığında istatiksel açıdan anlamlı fark gözlemlenmiştir (p=0,015). Buna göre çalışma periyotları sürekli gece olan çalışanların bu ifadeye katılma oranları, sürekli gündüz ve vardiyalı olarak çalışanlara göre daha düşüktür (1-2 p=0,014; 1-3 p=0,012). Stresin kabulü boyutuna ilişkin diğer ifadelere çalışanların katılma durumları, çalışma periyotları açısından kıyaslandığında anlamlı farklar gözlemlenmemiştir.

Çizelge 3.3.20. Stresin Kabulü Boyutundaki İfadelere Katılma Durumunun Çalışma Periyotlarının Özelliklerine Göre Karşılaştırılması (n=300)

Stresin Kabulü Boyutu	Çalışma Periyodu	n	Ort	ss	F	p	Post Hoc (Tukey hsd)
"İş yüküm aşırı arttığı zaman performansım düşer."	Sürekli gece	14	2,36	1,55	9,19	0,001	1-2 p=0,001 1-3 p=0,001
	Sürekli gündüz	121	3,65	1,27			
	Vardiyalı	165	3,82	1,17			
	Toplam	300	3,68	1,26			
"Acil durumlar (örneğin, acil resüsitasyonlar/ canlandırmalar, kanamalar) sırasında aşırı yorgunluk performansımı bozar."	Sürekli gece	14	3,21	1,67	3,65	0,027	1-2 p=0,044 1-3 p=0,020
	Sürekli gündüz	121	3,98	1,11			
	Vardiyalı	165	4,06	1,07			
	Toplam	300	3,98	1,13			
"Çok yorgun olduğumda, işte daha az etkili olurum."	Sürekli gece	14	2,93	1,64	4,28	0,015	1-2 p=0,014 1-3 p=0,012
	Sürekli gündüz	121	3,87	1,16			
	Vardiyalı	165	3,87	1,14			
	Toplam	300	3,83	1,19			

Çizelge 3.3.21'deki yönetime ilişkin algılar boyutundaki ifadeye katılımlar da çalışma periyotlarına göre karşılaştırıldığında istatiksel açıdan anlamlı fark gözlemlenmiştir (p=0,005). Buna göre çalışma periyotları sürekli gece olan çalışanların bu ifadeye katılma oranları, sürekli gündüz ve vardiyalı olarak çalışanlara göre daha düşüktür (1-2 p=0,004; 1-3 p=0,005). Yönetime ilişkin algılar boyutundaki diğer ifadelere çalışanların katılma durumları, çalışma periyotları açısından kıyaslandığında anlamlı farklar gözlemlenmemiştir.

Çizelge 3.3.21. Yönetime İlişkin Algılar Boyutundaki İfadelere Katılma Durumunun Çalışma Periyotlarının Özelliklerine Göre Karşılaştırılması (n=300)

Yönetime İlişkin Algılar Boyutu	**Çalışma Periyodu**	**n**	**ort**	**ss**	**F**	**p**	**Post Hoc (**Tukey hsd**)**
"Hastane yönetimi, günlük çalışmalarımı destekler."	Sürekli gece	14	2,36	1,15	5,39	0,005	1-2 p=0,004 1-3 p=0,005
	Sürekli gündüz	121	3,43	1,15			
	Vardiyalı	165	3,38	1,18			
	Toplam	300	3,35	1,18			

4. TARTIŞMA

Bir kamu hastanesinde görev yapmakta olan hekim, ebe ve hemşire meslek gruplarının, hasta güvenliği kültürüne yönelik tutumlarının değerlendirilmesi için yapılan bu çalışmadan elde edilen bulgulara ait tartışma üç başlık halinde sunulmuştur.

- Katılımcıların HGK düzeyi ile ilgili bulguların tartışılması
- Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine ve mesleki özelliklerine göre HGK düzeyi ile ilgili bulguların tartışılması

4.1. Katılımcıların HGK Düzeyi İle İlgili Bulguların Tartışılması

Yapılan anket çalışması ile çalışanların mevcut hasta güvenliği kültürü algılarının; ekip çalışması, güvenlik iklimi, iş doyumu, stres kontrolü, yönetime ilişkin algı ve çalışma koşulları boyutlarının ayrı bölümlerde çeşitli sorularla ölçülmesi amaçlanmıştır. Katılımcıların, çalışmada kendilerine yöneltilen ifadelere vermiş oldukları yanıtlar doğrultusunda, bütün meslek gruplarında (hekim, ebe ve hemşire) hasta güvenliği kültürü algısının (3,48) ortalamanın üzerinde bir sayısal değere sahip olduğu tespit edilmiştir.

Çalışmanın ölçeği olan GTA'nın içeriğini oluşturan 30 ifadeden en yüksek ortalamaya sahip olan ilk 3 ifade: "Hastane yönetimi hastaların güvenliğini bilerek tehlikeye atmaz" (4,01±0,89), "İş yüküm aşırı arttığı zaman performansım düşer" (3,98±1.12) ve "Buradaki hekimler ve hemşireler, iyi koordine edilmiş bir ekip olarak birlikte çalışırlar" (3,90±0,97) olmuştur.

Hastaların güvenliğinin kasıtlı olarak riske atılmayacağına olan inancın en yüksek orana sahip ifade olması, katılıcıların sunmuş oldukları hizmetin öneminin ve etik yönünün farkında olduklarının bir göstergesi iken; fazla iş yükünün çalışma performansını olumsuz yönde etkilemesi ise çalışan sayısındaki yetersizlikler ve fazla iş yüküne bağlı olarak ortaya çıkabilmektedir. Hekimler ile hemşirelerin koordineli olarak çalışmasına olan inancın fazla olması ise çalışanların kurumsal bağlılıklarının ve hizmet sunumundaki farkındalıklarının bir sonucu olarak ortaya çıktığı düşünülebilir.

Sexton ve arkadaşlarının 2006 yılında yapmış oldukları araştırmada, en yüksek ortalamaya sahip 3 ifade şu şekilde tespit edilmiştir: "İşimi severim"

(4,37±0,88), “Bu hastanedeki personel için, anlamadıkları bir şey olduğunda soru sormak kolaydır” (4,17±0,96), “Hastaların güvenliğiyle ilgili olarak duyabileceğim herhangi bir endişeyi söylemek için meslektaşlarım tarafından cesaretlendirilirim” (4,08±0,94).

Kaya ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada (2010) en yüksek ortalamaya sahip 3 ifade; “İşimi severim” (4.36±0.88), “İş yüküm aşırı arttığı zaman performansım düşer” (4.05±1.20), “Çok yorgun olduğumda, işte daha az etkili olurum” (3.96±1.22) olmuştur. 2013 yılında Zimmermann ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada da, verilen yanıtlardan en fazla ortalamaya sahip 3 ifade şu şekildedir: “İşimi severim” (4.61±0.64), “Bu hastanedeki personel için, anlamadıkları bir şey olduğunda soru sormak kolaydır” (4,50±0,73), “Bu hastanede hemşirelerin hasta bakımı hakkında verdiği bilgiler oldukça dikkate alınır” (4,40±0,74).

Gabrani ve arkadaşlarının 2015 yılında yaptığı çalışmada ortalaması en yüksek 3 ifade; “İşimi severim” (4.38±0.88), “Bu hastanedeki personel için, anlamadıkları bir şey olduğunda soru sormak kolaydır” (4,13±0,96), “Hastaların güvenliğiyle ilgili olarak duyabileceğim herhangi bir endişeyi söylemek için meslektaşlarım tarafından cesaretlendirilirim” (4.05±0,94) olmuştur.

Sağlık çalışanlarındaki, hasta güvenliği kültürüne yönelik tutumlarının belirlenmesine yönelik yapılan bu çalışmada, yönetime ilişkin algılar boyutunda yer alan ”Hastane yönetimi hastaların güvenliğini bilerek tehlikeye atmaz” ifadesine verilen yanıtlar en yüksek orana sahip iken; bahsi geçen diğer çalışmalarda “İşimi severim” ifadesine verilen yanıtların en yüksek orana sahip olduğu görülmüştür.

Yapılan araştırmada verilen yanıtlar doğrultusunda, en düşük ortalamaya sahip 3 ifade şu şekildedir: “Bu serviste, hasta bakımıyla ilgili bir problem algılarsam, onu söylemekte zorlanırım” (2,39±1,29), “Bu servisteki personel sayısı, mevcut hastalara bakmak için yeterlidir” (2,81±1,29) ve “Bu serviste, hataları tartışmak zordur” (2,93±1,23). Çalışanların hizmet sunumu sırasında karşılaştıkları sorunları rahatlıkla dile getirebilmelerine ve yaşanan hataları rahatlıkla tartışabilmelerine yönelik olumsuz ifadelerde katılım oranlarının çalışma genelinde en düşük oranlara sahip olması, sunulan hizmetin önemine bağlı olarak çalışanların farkındalıklarını göstermektedir.

Personel sayısında yaşanan yetersizlikler gerek hastaları gerekse çalışanları çok fazla olumsuz yönde etkilemektedir. Çalışmada katılımların en düşük olduğu ikinci ifadenin de bu yönde olmasının bu duruma bağlı olarak gelişmiş olduğu düşünülebilir. Sexton ve arkadaşlarının (2006) çalışmasındaki en düşük ortalamaya sahip 3 ifade; "Bu hastanede, hasta bakımıyla ilgili bir problem algılarsam, onu söylemekte zorlanırım" (2,40±1,21), "Bu hastanede, hataları tartışmak zordur" (2,53±1,13), "Bu hastanedeki personel sayısı, mevcut hastalara bakmak için yeterlidir" (2,68±1,34) şeklinde olmuştur.

Kaya ve arkadaşlarının (2010) yapmış oldukları araştırmada ise en düşük ortalamaya sahip bu ifadeler şu şekildedir: "Bu servisteki personel sayısı, mevcut hastalara bakmak için yeterlidir" (2,24±1,43), "Hastane yönetimi, günlük çalışmalarımı destekler" (2,45±1,34), "Performansım hakkında uygun bilgi ve yorum alırım" (2,48±1,38).

Zimmermann ve arkadaşlarının (2013) yapmış oldukları çalışmada en düşük ortalamaya sahip ifadeler ise; "Hastane yönetimi, günlük çalışmalarımı destekler" (2,80±1,15), "Acil durumlar (örneğin, acil resüsitasyonlar/ canlandırmalar, kanamalar) sırasında aşırı yorgunluk performansımı bozar" (2,88±1,33), "Hastane yönetimi hastaların güvenliğini bilerek tehlikeye atmaz" (3,30±1,45) olmuştur.

Gabrani ve arkadaşlarının (2015) çalışmalarında ortalaması en düşük 3 ifade ise; "Bu hastanede, hasta bakımıyla ilgili bir problem algılarsam, onu söylemekte zorlanırım" (2,45±1,26), "Hastane yönetimi, günlük çalışmalarımı destekler" (2,48±1,75), "Hastane yönetimi hastaların güvenliğini bilerek tehlikeye atmaz" (2,54±1,27) ifadeleri olmuştur.

Yapılan çalışmada, alınan sonuçlar araştırmada yer alan ifadelerin boyut ortalamalarına göre incelendiğinde ortalaması en yüksek olan boyutun, stresin yönetimi boyutu olduğu tespit edilirken; en düşük ortalamaya sahip araştırma boyutunun da çalışma koşulları boyutu olduğu tespit edilmiştir. Çalışmanın diğer boyut ortalamalarını ise: ekip çalışması, iş doyumu, güvenlik iklimi ve yönetime ilişkin algılar şeklinde sıralamak mümkündür.

Araştırmada en düşük ortalamaya sahip ifade, çalışmanın ekip çalışması boyutundaki ifadeler arasında yer alan, "Bu serviste, hasta bakımıyla ilgili bir problem algılarsam, onu söylemekte zorlanırım" ifadesi olurken; diğer çalışmalarda

en düşük ortalamaya sahip ifadelerin; "Acil durumlar (örneğin, acil resüsitasyonlar/ canlandırmalar, kanamalar) sırasında aşırı yorgunluk performansımı bozar" ve "Bu hastanedeki personel sayısı, mevcut hastalara bakmak için yeterlidir" ifadelerinin olduğu görülmüştür. Bu ve diğer çalışmalarda en düşük ortalamalar arasında "Bu hastanedeki personel sayısı, mevcut hastalara bakmak için yeterlidir" ifadesinin ortak olarak yer alması da dikkat çekmiştir.

Kaya ve arkadaşlarının yapmış oldukları (2010) çalışmada ise stresin kabulü boyutunun ortalaması (3,83±0,95) en yüksek ortalamaya sahip olurken; yönetime ilişkin algılar boyutunun ortalaması (2,84±0,96) en düşük ortalamaya sahip olmuştur.

Buljac-Samardzic ve arkadaşları tarafından 2015 yılında yapılan çalışmada, stresin kabulü boyutunun ortalaması (52,7±18,9) en düşük, ekip çalışması iklimi boyutunun ortalaması (70,1±13,1) ise en yüksek ortalamaya sahip olmuştur. Yılmaz ve arkadaşlarının 2017 yılında yapmış oldukları araştırmada; stresin kabulü boyutunun ortalaması (3,48±0,86) en yüksek boyut olurken; çalışma koşulları boyutu (2,84±0,96) en düşük boyut olmuştur.

4.2. Katılımcıların Sosyo-demografik Özelliklerine ve Mesleki Özelliklerine Göre HGK Düzeyi ile İlgili Bulguların Tartışılması

Çalışmaya katılan hekim, ebe ve hemşirelerin tamamı incelendiğinde, yaş ortalamalarının 34,7±7,58 olduğu tespit edilmiştir. Yapılan çalışmaya katılan çalışanların cinsiyete göre dağılım oranları ise % 31'i erkek, % 69'u kadın şeklinde olup; bu çalışanların % 20,7'si hekim, % 60,6'sı hemşire ve % 18,7'si ebe meslek grubuna mensuptur.

Yılmaz ve arkadaşlarının 2017 yılında yapmış oldukları çalışmada, katılımcıların %51,3'ü erkek, % 48,7'si kadın olmakla birlikte; %8,2'si hekim ve % 50,2'si hemşire meslek gruplarına mensuplardır. 2018 yılında Barsbay ve arkadaşları tarafından yapılan araştırmada ise bu katılım oranları % 25,6'sı erkek, % 74,4'ü kadın olmak üzere; katılımcıların % 44,2'si hekim ve % 55,8'i hemşiredir.

Kadın çalışanların sayısal oranda daha fazla olmasının sebebi ise ebelik meslek grubunun tamamının ve hemşire meslek grubunun büyük çoğunluğunun kadınlar tarafından icraa ediliyor olmasıdır. Araştırma yapılan hastanede, hemşire meslek grubunun çalışmaya katılan diğer meslek gruplarına göre oranlarının daha

fazla olmasının nedeni ise, hastane genelinde görev yapan meslek grupları arasında sayıca en fazla olan meslek grubu olmalarına bağlı olduğu düşünülebilir.

Katılımcılar yaş gruplarına kategorize edilerek, çalışmadaki ifadelere katılma oranları incelendiğinde ekip çalışması boyutunda yer alan, hastaların bakımlarına yönelik algılanan sorunların rahatlıkla ifade edilebilmesine yönelik ifadeye verilen yanıtlarda 25 yaş ve altında olan grupların, 45 yaş ve üstünde olanlara göre daha olumsuz yönde bir inanca sahip oldukları tespit edilmiştir. Yine aynı boyuta yer alan ve çalışanların koordine olmuş bir ekip olarak çalıştıklarını belirten ifadeye katılım oranlarında da 25 yaş ve altında olan çalışanların, 36-44 ve 45 yaş ve üstü grubundaki çalışanlara göre daha olumsuz düşündükleri görülmüştür.

Bu çalışmada yaş grubu küçük olan çalışanların ekip çalışması boyutundaki ifadelere katılımları daha düşük oranlarda bulunurken; Teleş'in (2011) çalışmasında da aynı bulguya ulaşılmıştır (≤30). Raftopoulos ve arkadaşlarının (2011) ve Özcan'ın (2018) çalışmasında da yaş grubu daha küçük olan katılımcıların hasta güvenliği kültürü algılarının daha olumsuz yönlü olduğu görülmüştür.

Araştırmanın güvenlik iklimi boyutunda yer alan, çalışanların görev yaptıkları hastaneden hizmet alma durumlarında kendilerini güvende hissetmeleri ve çalışanların hasta güvenliği ile ilgili taşımış oldukları herhangi bir kaygıyı ifade etme konusunda meslektaşları tarafından desteklenmeleri ile ilgili olan ifadelere verilen yanıtlarda 25 yaş ve altındaki grubun, 36-44 yaş ve 45 yaş ve üzerindeki gruba göre daha olumsuz düşündükleri görülmüştür.

Aynı boyutta yer alan ve hastane kültürünün, başkalarından öğrenmeyi kolaylaştırdığına dair olan ifade de ise 25 yaş ve altı grubun diğer, yaş gruplarına göre daha düşük oranlarda katılım sergiledikleri görülmüştür. Raftopoulos ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında ise yaş grubu (≤35) daha küçük olan grubun algılarının, diğerlerine göre daha olumsuz olduğu görülmüştür.

İş doyumu boyutunda yer alan; hastane ortamında çalışmayı bir ailenin parçası olarak ve çalışma ortamını iyi bir yer olarak değerlendiren ifadelerde, yaş grubu 26-30 olan çalışanların daha düşük inanca sahip oldukları bulgusuna ulaşılırken; çalışılan ortamdan gurur duyulduğunu ve moralin yüksek olduğunu belirten ifadelerde, yaşı küçük olan personellerin katılımlarının daha olumsuz yönlü

olduğu tespit edilmiştir. Özcan'ın (2018) çalışmasında da yaş grubu (≤29) daha küçük olan grubun algılarının diğerlerine göre daha olumsuz olduğu görülmüştür

Çalışma koşulları boyutunu yansıtan ve hastane yönetiminin sorun yaratan çalışanlarla yapıcı bir tavır ile ilgilendiğini belirten ifadeye katılım oranlarında; yaş grubu 25 yaş ve altı olan çalışanların, 45 yaş ve üzeri yaş grubunda olan çalışanlara göre daha düşük rakamlarda oldukları tespit edilmiştir.

Özcan'ın (2018) (≤29) ve Gabrani ve arkadaşlarının (2015) yapmış oldukları çalışmalarında da (<35) yaş grubu daha küçük olan çalışanların hasta güvenliği kültürüne yönelik algılarının daha olumsuz olduğu görülmüştür.

Çalışanların hasta güvenliği algıları, unvanlarına göre kıyaslandığında çalışmanın farklı boyutlarındaki çeşitli ifadelere verilen yanıtlarda anlamlı farklar tespit edilmiştir. Güvenlik iklimi boyutunda yer alan; çalışanların görev yaptıkları hastanede tedavi edildikleri takdirde kendilerini güvende hissetmelerini soran ifadeye katılma durumları unvanlarına göre karşılaştırıldığında istatiksel olarak anlamlı fark bulunmuş ve ebelerin bu duruma karşı olan inançlarının hemşirelere göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Hastanede ebelerin sayıca hemşirelere göre daha az olmaları (% 18,6) ve hemşireler gibi hastanede genelinde bütün birimlerde görev yapmıyor olmaları nedeniyle ebelerin bu ifadeye katılımlarının yüksek olduğu düşünülebilir.

Kaya ve Güven tarafından 2005 yılında yapılan çalışmada, bu ifadeye verilen yanıtlarda hemşirelerin (%45,5), hekimlere (%60,6) kıyasla daha olumsuz düşünceye sahip oldukları görülmüştür. Makary ve arkadaşları'nın 2006 yılında yaptıkları çalışmada da hemşirelerin bu ifadeye verdikleri yanıtlar, hekimlere göre daha olumsuz yönde olmuştur. Ancak Barsbay ve arkadaşları'nın 2018 yılında yaptıkları çalışmada ise hemşirelerin büyük bir kısmı (%66,7) bu ifadeye olumlu yönde cevaplar vermişlerdir.

Güvenlik iklimi boyutu genel olarak değerlendirildiğinde ise hemşirelik meslek grubuna mensup katılımcıların bu ve diğer çalışmalardaki bu boyutun altındaki ifadeleri destekleme oranlarının, diğer meslek gruplarına kıyasla daha düşük oranlarda olduğu görülmüştür.

Çalışanların unvan özelliklerinin, iş doyumu boyutu ile ilişkili olan ve çalışanların söz konusu hastanede çalışmalarının büyük bir ailenin parçası olmasına

benzetilmesi ile ilgili ifadeye yönelik verdikleri cevaplarda hekimlerin verdiği cevapların, hemşirelere göre daha olumlu olduğu ve ifadeye katılımlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Özcan ve arkadaşları tarafından 2018 yılında yapılan çalışmada, bu ifadeyi desteklemeye yönelik oranlarda da unvanlar arası farklılıklar bulunmakla birlikte; hemşirelerin (%41,0) bu ifadeye katılımları daha düşük olmuştur. Hemşirelerin bu tutumu, hekimlere göre daha yoğun mesailere ve daha fazla iş yüküne sahip olmaları kaynaklı olabilirken; mesleki doyumun da bu durum üzerinde etkisinin de olduğu söylenebilir.

İş doyumu ile ilgili olan ve çalışanların görev yaptıkları hastanenin çalışmak için iyi bir yer olması ile ilgili düşüncelerine yer veren ifadeye meslek grupları arasında ebelerin katılma oranlarının hemşirelere göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Dolayısıyla çalışan ortamdan duyulan memnuniyet ve iş doyumu ilişkisi ebeler tarafından daha yüksek oranlarda kabul görmüş durumdadır. Bu durumun gelişmesinde de çalışmaya katılan ebelerin sayıca daha az olmaları ve hemşirelere göre çalışma alanlarının daha spesifik olması düşünülebilir.

Yılmaz ve arkadaşlarının 2017 yılındaki çalışmalarında hemşirelerin iş doyumu boyutundaki algıları diğer meslek grubundaki çalışanlara göre daha olumsuz yönlü olarak bulunmuştur. Chaboyer ve arkadaşlarının (2015) ve Gabrani ve arkadaşlarının (2015) çalışmalarında da hemşirelerin algıları hekimlere göre daha olumsuz olarak tespit edilmiştir. Özcan ve arkadaşlarının çalışması (2018) da bu görüşleri destekler nitelikte olup; hemşirelerin (%47,5) bu ifadeyi destekleme oranları daha düşük oranlarda olmuştur.

Yapılan bu ve diğer çalışmalarda, iş doyumu boyutunda yer alan ifadelere verilen yanıtlar, katılımcıların unvanlarına göre kıyaslandığında hemşirelerin diğer meslek gruplarına göre daha olumsuz yönlü katılımlarının olduğu görülmüştür.

Çalışanların, yönetime ilişkin algılarını ölçen ve hastane yönetiminin günlük çalışmalarda kendilerine olan destek ve teşviklerini soran ifadeye katılımları unvanlara göre kıyaslandığında hekimler, hemşirelere ve ebelere göre daha olumlu düşünmekte ve hastanenin kendilerini bu yönde desteklediklerine daha çok inanmaktadırlar. Hekimlerin çalışma alanlarının çok daha spesifik alanlar olmasının ve meslekleri ile ilgili daha olumlu düşüncelere (mesleği sevme, mesleki doyum, vb.) sahip olmalarının sonuçların bu yönde gelişmesine zemin oluşturduğu düşünülebilir.

Gabrani ve arkadaşlarının (2015) çalışmasındaki katılımcılardan hekimlerin hasta güvenliği kültürüne yönelik algıları, hemşirelere göre daha olumlu yönde bulunurken; Yılmaz ve arkadaşlarının (2017) çalışmalarında da yönetime ilişkin algılar boyutundaki ifadelerde, hemşirelerin algıları daha olumsuz yönde bulunmuştur. Özcan'ın (2018) çalışmasında yönetime ilişkin algılar boyutundaki ifadelere katılma oranlarında hemşirelerin algılarının daha düşük olduğu tespit edilirken; Özcan ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında da bu ifadeyi destekleme oranı yine hemşirelerde (%37,7) daha düşük olmuştur.

Çalışanların, hastanede görev yapmaya başlayan yeni personellerin iyi derecede eğitim aldıklarını belirten ve çalışma koşulları boyutu ile ilgili olan ifadeyi destekleme oranları unvanlara göre karşılaştırıldığında, hekimlerin ve ebelerin, hemşirelere kıyasla daha olumlu düşüncelere sahip oldukları görülmüştür. Bu durumun oluşmasında; hekimlerin mesleki seçimlerinin daha spesifik olmasının, ebelerin sayıca hemşirelere göre az olmasının ve çalışma alanlarının daha kısıtlı olmasının etkisi olduğu söylenilebilir.

Yine çalışma koşulları boyutu ile ilgili olan ve çalışanların, hastanede yapılan teşhis ve tedavilerle ilgili gerekli kararlara ve bilgilere ulaşılabilirliğini belirten ve hastanedeki sorun oluşturan bütün çalışanlarla idarenin uygun ve yapıcı şekillerde ilgilenmesi durumunu belirten ifade de çalışanların katılımları, unvanlara göre kıyaslandığında ebelerin hemşirelere göre daha çok olumlu düşünceye sahip oldukları tespit edilmiştir. Bu durumun oluşmasında da, yine aynı şekilde araştırmaya katılan hemşirelerin sayıca ebelere göre daha fazla olması ve daha çok farklı alanlarda çalışıyor olmalarının etkisi vardır denilebilir.

Chaboyer ve arkadaşlarının (2013), Gabrani ve arkadaşlarının (2015) ve Yılmaz ve arkadaşlarının (2017) yapmış oldukları çalışmalarda da hemşirelerin çalışma koşulları boyutuna ait ifadelere katılma oranlarının hekimlere göre daha düşük oranlarda olduğu görülmüştür. Özcan'ın (2018) çalışmasında da bu tablo aynı olup; Özcan ve arkadaşlarının2018 yılında yapmış oldukları çalışma sonuçlarında da aynı bulgular elde edilmiş ve hemşirelerin (%45,9 ve %34,4) bu ifadelere katılımları daha olumsuz yönde olmuştur.

Yapılan çalışmanın bütün boyutları çalışanların yaş grupları ve meslek grupları göz önünde bulundurularak bir değerlendirme yapıldığında, yaş grubu daha

küçük olan (özellikle 25 yaş ve altı) ve hemşirelik mesleğine mensup olan çalışanların hasta güvenliği kültürüne yönelik algılarının daha olumsuz yönlü olduğu tespit edilmiştir. Teleş'in (2011), Yılmaz ve arkadaşlarının (2017) ve Özcan'ın (2018) çalışmasındaki bulgular da bu görüşü destekler nitelikte olup; yaşı daha küçük olan ve hemşire olan çalışanların hasta güvenliği kültürü algıları daha olumsuz yönlüdür.

Çalışanlar haftalık çalışma süreleri açısından 3 grup olarak kategorize edilmiştir. Bu süreler oransal olarak; % 22,3'ü 40 saati geçmiyor, % 58,4'ü 40-49 saat arası ve % 19,4'ü de 50 saat ve üzeri çalışanlardır. Çalışanların haftalık çalışma sürelerinin en fazla 40-49 saat arasındaki dilimde olması ise hastanedeki hasta ve iş yoğunluğunun fazla olması ve personel sayılarındaki yetersizliklerin olması ile açıklanabilir.

Çalışanların hastanede toplam çalışma süreleri kategorize edildiğinde; % 53'ünün 1-5 yıl arasında, % 18,3'ünün 5-9 yıl arasında, % 16,3'ünün 10-15 yıl arasında ve % 12,4'ünün de 15 yıl ve üzerinde çalışma süresine sahip oldukları tespit edilmiştir. En fazla orana 1-5 yıl arasında görev yapan personelin sahip olmasının nedeni olarak, sağlık kuruluşlarında tayin vb. çeşitli durumlara bağlı personel sirkülasyonunun çok hızlı olması gösterilebilir. Barsbay ve arkadaşlarının 2018 yılında yapmış oldukları çalışmada, çalışanların hastane çalışma süreleri bilgilerinden; %32,6'sının 10 yıl ve altında, %48,8'nin 11-19 yılları arasında, % 15,21'inin 20-29 yıl arasında ve % 3,5' nin de 30 yıl ve üzerinde olduğu bulgusuna ulaşılmıştır.

Hastaneler 7/24 (yedi gün yirmi dört saat) esasına göre özellikli hizmet veren sağlık kuruluşlarıdır. Sağlık ihtiyaçlarının ertelenemez oluşu ve aciliyeti sebebiyle sürekli bünyesinde hizmet veren sağlık profesyonellerini bulundurmak zorundadır. Dolayısıyla sağlık çalışanlarının çalışma saatleri belirli periyotlara bölünmektedir. Yapılan araştırmada, katılımcıların çalışma periyotları; sürekli gece (% 4,7), sürekli gündüz (% 40,3) ve vardiyalı (% 55) olarak 3 grupta kategorize edilmiştir. Vardiyalı olarak çalışan grubunun daha fazla sayıya sahip olmasının nedeni olarak ise hastanede sunulan sağlık hizmetlerinin sürekliliğinin sağlanmasında çalışanların daha etkin olmalarını sağlamak ve iş yüklerini dengelemek gösterilebilir.

4.3. Katılımcıların Sosyo-demografik ve Mesleki Özelliklerinin HGK Düzeyi ile İlgili Bulguların Çalışmanın Boyutlarına Göre Tartışılması

Ekip Çalışması Boyutu

Ekip çalışması boyutunda yer alan ifadelere verilen yanıtlarda; en küçük yaş aralığında yer alan (25 yaş ve altı), haftalık çalışma süresi 50 saat ve üzerinde olan, hastanede en az toplam görev süresine sahip (1-5 yıl) ve çalışma periyotları vardiyalı ve sürekli gece şeklinde olan grupların, bu boyutta yer alan ifadelere daha olumsuz yönlü katılım sergiledikleri bulgusuna ulaşılmıştır.

Katılımcılar yaş gruplarına kategorize edilerek, çalışmadaki ifadelere katılma oranları incelendiğinde ekip çalışması boyutunda yer alan, hastaların bakımlarına yönelik algılanan sorunların rahatlıkla ifade edilebilirliğini belirten ifadeye verilen yanıtlarda 25 yaş ve altında olan grupların, 45 yaş ve üstünde olanlara göre daha olumsuz yönde bir inanca sahip oldukları tespit edilmiştir. Yine aynı boyuta yer alan ve çalışanların koordine olmuş bir ekip olarak çalıştıklarını belirten ifadeye katılım oranlarında da 25 yaş ve altında olan çalışanların, 36-44 ve 45 yaş ve üstü grubundaki çalışanlara göre daha olumsuz düşündükleri görülmüştür.

Bu çalışmada yaş grubu küçük olan çalışanların bu boyuttaki ifadelere katılımları daha düşük oranlarda bulunurken; Teleş'in (2011) çalışmasında da aynı bulguya ulaşılmıştır (≤30). Raftopoulos ve arkadaşlarının (2011) ve Özcan'ın (2018) çalışmasında da yaş grubu daha küçük olan katılımcıların hasta güvenliği kültürü algılarının daha olumsuz yönlü olduğu görülmüştür.

Ekip çalışması iklimi boyutu kapsamında olan, hemşirelerin hizmet sunumu sırasında verdikleri bilgilerin dikkate alınma durumunu soran ifadeye verilen yanıtlar çalışma saatlerine göre kıyaslandığında, haftalık çalışma saati 50 saat ve üzerinde olan çalışanların bu ifadeye katılma oranlarının diğerlerine göre daha düşük olduğu görülmüştür. Diğer bir ifadeyle haftalık çalışma saatleri daha az olan çalışanların, hastanelerde hemşirelerin hasta bakımına yönelik yaptığı değerlendirmelerin ve verdikleri bilgilerin dikkate alındığına olan düşünceleri daha olumlu yöndedir.

Teleş'in (2011) yaptığı çalışmada da haftalık çalışma saati 60 saat ve üzerinde olan çalışanların olumsuz algılarının daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Dağdelen'in 2014 yılında yapmış olduğu çalışmada da ekip çalışmasına yönelik tutumlarda,

haftalık çalışma saatleri 50 saatin üzerinde olan çalışanların, haftalık çalışma saati 40-49 saat arasında olanlara göre daha olumsuz düşüncelere sahip oldukları bulgusuna ulaşılmıştır.

Ekip çalışması iklimi boyutunda, hastanedeki fikir ayrılıklarının uygun şekillerde çözüldüğünü belirten ifadeye katılımlar çalışanların hastanede toplam görev yapma sürelerine göre incelendiğinde kurumda 15 yıl ve üzeri sürede görev yapan çalışanların, 1-5 yıl arasında görev yapanlara göre bu ifadeyi daha çok destekledikleri bulgusuna ulaşılmıştır. Yani hastanede 15 yılın üzerinde görev yapma süresine sahip çalışanlar bu konuda daha olumlu düşüncelere sahiptirler.

Raftopoulos ve arkadaşları tarafından 2011 yılında yapılan çalışmada da ekip çalışması boyutundaki ifadeleri desteklemeye yönelik ifadelere verilen yanıtlarda çalışma yılı daha az olan ebelerin (55,37±18,58) algılarının, çalışma yılı daha çok olan ebelerin (64,24±20,09) algılarına göre daha olumsuz yönlü olduğu tespit edilmiştir.

Ekip çalışması boyutu altında ele alınan ve hastanede hemşirelerin hasta bakımına yönelik süreçlerde vermiş oldukları bilgilerin dikkate alındığını belirten ifadeye çalışanların katılım oranları çalışma periyotları ile ilişkili olarak incelendiğinde, sürekli gündüz saatlerinde çalışan personellerin, vardiyalı olarak çalışan personellere göre bu ifadeyi daha çok desteklediği görülmüştür. Özcan'ın (2018) çalışmasında da ekip çalışması iklimi boyutundaki ifadelere katılımlar kıyaslandığında çalışma periyotları gece-gündüz (vardiyalı) olan çalışanların yaklaşımları daha olumsuz yönlü olmuştur.

Bu çerçevede belirli bir çalışma düzenine sahip (sürekli olarak gündüz) çalışanların, kendi fikir beyanlarının daha çok dikkate alındığı düşünmektedirler. Bu durumun oluşmasında, sürekli gündüz çalışan personellerin idare ile ilgi olan ve mesleki performanslarını etkileyen konularda gerekli desteği görme noktasında, idari birimlere ve yönetime daha rahat ulaşabiliyor olmaları da sebep olarak gösterilebilir.

Çalışanların hastanede yaşanan fikir ayrılıklarının uygun şekillerde çözüldüğüne olan inançları, ekip çalışması boyutu ile ilişkili olup; çalışanların bu fikre katılma durumlarının sürekli gece çalışan personeller üzerinde daha olumsuz yönde olduğu görülmüştür. Bu durumun gelişmesinde sürekli gece çalışan

personellerin çalışma saatlerine bağlı olarak, yaşanan fikir ayrılıklarında gerek idari yapıya gerekse ilgili bütün çalışanlara rahatlıkla ulaşamıyor olması gösterilebilir.

Li ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında ise ekip çalışması boyutu altında yer alan ve çalışılan serviste hasta bakımıyla ilgili bir problem algılanması durumunda onu ifade etmekte zorlanılması durumunu belirten ifadeye katılım oranlarının en fazla desteklenme oranına sahip olduğu tespit edilmiştir.

Güvenlik İklimi Boyutu

Katılımcıların güvenlik iklimi boyutunda yer alan ifadelere verdikleri yanıtlarda; daha büyük yaş grubunda (45 yaş ve üzeri) yer alan, haftalık çalışma süresi 50 saat ve üzerinde olan, hastanedeki toplam görev süresi 15 yıl ve üzerinde olan ebelerin ifadelere katılımlarının daha olumlu yönde olduğu bulgusuna ulaşılmıştır.

Araştırmanın bu boyutunda yer alan, çalışanların görev yaptıkları hastaneden hizmet alma durumlarında kendilerini güvende hissetmeleri ve çalışanların hasta güvenliği ile ilgili taşımış oldukları herhangi bir kaygıyı ifade etme konusunda meslektaşları tarafından desteklenmeleri ile ilgili olan ifadelere verilen yanıtlarda 25 yaş ve altındaki grubun, 36-44 yaş ve 45 yaş ve üzerindeki gruba göre daha olumsuz düşündükleri görülmüştür. Aynı boyutta yer alan ve hastane kültürünün, başkalarından öğrenmeyi kolaylaştırdığına dair olan ifade de ise 25 yaş ve altı grubun diğer, yaş gruplarına göre daha düşük oranlarda katılım sergiledikleri görülmüştür.

Raftopoulos ve arkadaşlarının 2011 yılında yapmış oldukları çalışmada ise Güvenlik iklimi boyutundaki ifadelere verilen yanıtlarda, yaş grubu (≤35) daha küçük olan grubun bu yöndeki algılarının diğerlerine kıyasla daha olumsuz yönlü olduğu görülmüştür.

Çalışanların hasta güvenliği algıları, unvanlarına göre kıyaslandığında çalışmanın farklı boyutlarındaki çeşitli ifadelere verilen yanıtlarda anlamlı farklar tespit edilmiştir. Güvenlik iklimi boyutu ile ilişkili olan ve çalışanların görev yaptıkları hastanede tedavi edildikleri takdirde kendilerini güvende hissetmeleri ile ilgili olan ifadeye katılma durumları unvanlarına göre karşılaştırıldığında istatiksel olarak anlamlı fark bulunmakla birlikte, ebelerin bu duruma karşı olan inançlarının

hemşirelere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Hastanede ebelerin sayıca hemşirelere göre daha az olmaları (% 18,6) ve hemşireler gibi hastane genelinde bütün birimlerde görev yapmıyor olmaları nedeniyle ebelerin bu ifadeye katılımlarının yüksek olduğu düşünülebilir.

Kaya ve Güven tarafından 2005 yılında yapılan çalışmada, bu ifadeye verilen yanıtlarda hemşirelerin (%45,5), hekimlere (%60,6) kıyasla daha olumsuz düşünceye sahip oldukları bulgusuna ulaşılmıştır. Makary ve arkadaşları tarafından 2006 yılında yapılan çalışmada da hemşirelerin bu ifadeye verdikleri yanıtlar, hekimlere göre daha olumsuz yönde olmuştur. Ancak Barsbay ve arkadaşları'nın 2018 yılında yapılan çalışmada ise hemşirelerin büyük bir kısmı (%66,7) bu ifadeye olumlu yönde cevaplar vermişlerdir. Güvenlik iklimi boyutu genel olarak değerlendirildiğinde ise hemşirelik meslek grubuna mensup katılımcıların, bu ve diğer çalışmalardaki ifadeleri destekleme oranlarının daha düşük olduğu bulgusuna ulaşılmıştır.

Güvenlik iklimi boyutundaki yer alan ve hastanede yaşanan hataları tartışabilmenin zor olduğunu belirten ifade ters yönlü bir ifade olup; bu ifadeye karşı olan düşünceler haftalık çalışma saatlerine göre karşılaştırıldığında, haftalık çalışma saatleri 40 saati geçmeyen çalışanların, haftalık çalışma saati 50 saat ve üzeri olan çalışanlara göre daha yüksek oranlarda bu düşünceye sahip oldukları tespit edilmiştir. Dolayısıyla haftalık çalışma saati 50 saatin üzerinde olan çalışanlar, hastanede hataların tartışılmasının daha kolay olduğunu düşünmektedirler.

Çalışanların hizmet sundukları hastanede hizmet alma durumunda olduklarında kendilerini güvende hissetmelerine yönelik olan ve çalışanların hasta güvenliği ile ilgili duymuş oldukları herhangi bir endişeyi dile getirme noktasında meslektaşlarınca desteklenmeleri durumunu belirten ifadelere katılma oranları, çalışanların hastanedeki toplam görev süreleri açısından kıyaslandığında; görev süreleri 15 yıl ve üzeri olan çalışanların, çalışma süresi 1-5 yıl olanlara göre bu ifadeleri daha çok destekledikleri görülmüştür. Çalışanların mesleki tecrübelerinin ve hastaneye karşı sahip oldukları aidiyet duygusunun bu ifadelerin sonuçları üzerinde etkisi olduğu düşünülebilir.

Güvenlik iklimi boyutundaki, hastane kültürünün başkalarının yapmış oldukları hatalarından öğrenmeyi kolaylaştırdığına ilişkin ifadeye katılımlar, çalışanların hastanedeki toplam görev sürelerine göre kıyaslandığında ise, hastanede

çalışma süresi 1-5 yıl olanların bu ifadeye katılma oranlarının diğer sürelerde çalışanlara göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Dolayısıyla çalışma süresi az olan çalışanların bu ifadeyi daha az destekledikleri görülmektedir.

Çalışmanın bu boyutundaki ifadelere verilen yanıtlar doğrultusunda, hastanedeki görev süresi daha az olan çalışanların, çalışma süresi daha fazla olan diğer çalışanlara göre daha olumsuz yönlü katılımlarda bulundukları görülürken; Raftopoulos ve arkadaşlarının (2011) çalışmasına ait bulgular da bunları destekler niteliktedir ve çalışma süresi az olan grupların güvenlik iklimi boyutundaki algıları daha olumsuzdur.

İş Doyumu Boyutu

Çalışmada yer alan iş doyumu boyutundaki ifadelere katılımcıların verdikleri yanıtlarda; yaş grubu daha büyük aralıklarda (36-44 ve 45 yaş ve üzeri) olan, hastanedeki toplam görev süreleri (1-5 yıl ve 5-9 yıl) daha fazla olan, ebelerin ve hekimlerin hemşirelere göre ifadelere katılımlarının daha olumlu yönde olduğu bulgusuna ulaşılmıştır.

Bu boyutta yer alan; hastane ortamında çalışmayı bir ailenin parçası olarak ve çalışma ortamını iyi bir yer olarak değerlendiren ifadelerde, yaş grubu 26-30 olan çalışanların daha düşük inanca sahip oldukları bulgusuna ulaşılırken; çalışılan ortamdan gurur duyulduğunu ve moralin yüksek olduğunu belirten ifadelerde, yaşı düşük olan personellerin katılımlarının daha olumsuz yönlü olduğu tespit edilmiştir. Özcan'ın (2018) çalışmasında da yaş grubu (≤29) daha küçük olan grubun algılarının diğerlerine göre daha olumsuz olduğu görülmüştür.

Çalışanların unvan özelliklerinin, iş doyumu boyutu ile ilişkili olan ve çalışanların söz konusu hastanede çalışmalarının büyük bir ailenin parçası olmasına benzetilmesi ile ilgili ifadeye yönelik verdikleri cevaplarda hekimlerin verdiği cevapların, hemşirelere göre daha olumlu olduğu ve ifadeye katılımlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Özcan ve arkadaşları tarafından 2018 yılında yapılan çalışmada, bu ifadenin desteklenmesinde oransal bakımdan, unvanlar arası farklılıklar bulunmakla birlikte; hemşirelerin (%41,0) bu ifadeye katılımları daha düşük olmuştur. Hemşirelerin bu tutumu, hekimlere göre daha yoğun mesailere ve

daha fazla iş yüküne sahip olmaları kaynaklı olabilirken; mesleki doyumun da bu durum üzerinde etkisinin olduğu söylenilebilir.

İş doyumu ile ilgili olan ve çalışanların görev yaptıkları hastanenin çalışmak için iyi bir yer olması ile ilgili düşüncelerine yer veren ifadeye ebelerin katılma oranlarının hemşirelere göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Dolayısıyla çalışılan ortamdan duyulan memnuniyet ve iş doyumu ilişkisi ebeler tarafından daha yüksek oranlarda kabul görmüş durumdadır. Bu durumun gelişmesinde de çalışmaya katılan ebelerin sayı bakımından daha az olmaları ve hemşirelere göre çalışma alanlarının daha spesifik olması düşünülebilir.

Yılmaz ve arkadaşlarının 2017 yılındaki çalışmalarında hemşirelerin iş doyumu boyutundaki algıları diğer meslek grubundaki çalışanlara göre daha olumsuz yönlü olarak bulunmuştur. Chaboyer ve arkadaşlarının (2015) ve Gabrani ve arkadaşlarının (2015) çalışmalarında da hemşirelerin algıları hekimlere göre daha olumsuz olarak tespit edilmiştir. Özcan ve arkadaşlarının çalışması (2018) da bu görüşleri destekler nitelikte olup; hemşirelerin (%47,5) bu ifadeyi destekleme oranları daha düşük oranlarda olmuştur.

Yapılan bu ve diğer çalışmalarda, iş doyumu boyutundaki ifadelere verilen yanıtlar, çalışanların unvanlarına göre kıyaslandığında hemşirelerin diğer meslek gruplarına göre, çoğunlukla daha olumsuz yönlü katılımlarının olduğu görülmüştür.

Bu boyutta yer alan ve çalışanların hastane ortamını bir aile, kendilerini de bu ailenin bir parçası olarak görmelerini belirten ifadeye katılım oranları da çalışanların hastanedeki toplam görev sürelerine göre değerlendirildiğinde, çalışma süresi 1-5 yıl arasında olan çalışanların; çalışma süresi 5-9 yıl ve 10-15 yıl arasında olanlara göre daha olumsuz düşündükleri tespit edilmiştir. Dolayısıyla hastanedeki görev süresinin artmasıyla birlikte, kurumsal aidiyet duysunun da arttığını ve kurumsal bağlılığın olumlu yönde geliştiğini söylemek mümkündür.

Çalışanların iş ve mesleki doyumlarını yansıtan ve hastanenin çalışmak için iyi bir yer olduğunu belirten ifadeye katılma oranları hastanedeki toplam görev süreleri açısından kıyaslandığında, çalışma süresi 5-9 yıl arasında olanların bu ifadeyi destekleme oranlarının, çalışma süresi 1-5 yıl arasında olanlara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Çalışanların görev yaptıkları hastanede çalışmaktan

gurur duyduklarını belirten ifadeye katılımlarda da, 1-5 yıl arası görev süresine sahip olanların bu düşünceyi daha az destekledikleri görülmüştür. Bu iki ifadeye verilen yanıtlardan da çalışanların kurumdaki görev sürelerinin artmasının kurumsal bağlılığı etkilediğini söylemek mümkündür.

Çalışanların görev yaptıkları hastane ortamında, çalışanların morallerinin yüksek olduğunu belirten ifadeye verdikleri cevaplar, hastanedeki toplam görev süreleri ile ilişkili olarak incelendiğinde, bütün katılımcıların ortalama cevaplar verdikleri tespit edilmiştir. Ancak, görev süresi 1-5 yıl arasında olan çalışanların, görev süresi 10-15 yıl arasında olanlara göre katılım oranlarının daha zayıf olduğu da görülmüştür. Bu durumda, aynı kurumda çalışma süresinin artmasıyla birlikte çalışanların kuruma yönelik bağlılıklarının ve olumlu düşüncelerinin pozitif yönde etkilendiği söylenilebilir.

Yılmaz ve arkadaşlarının (2017) yapmış oldukları çalışmada iş doyumu boyutunda yer alan ifadelere katılım oranları çalışma süresi fazla olanlarda daha olumsuz yönlü bulunurken; Raftopoulos ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında bu durum tam tersi yönde sonuç göstermiş ve çalışma süresi az olanların tutumları daha olumsuz yönlü bulunmuştur. Bu çalışmada ise çalışma süresi daha az olan çalışanların, çalışma süresi daha çok olan çalışanlara göre iş doyumu konusunda daha olumsuz yönlü katılımlarının olduğu görülmüştür.

Li ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında ise iş doyumu boyutunda yer alan ve çalışılan serviste moralin yüksek olduğunu belirten ifadeye katılım oranlarının en az desteklenme oranına sahip olduğu görülmüştür. Çeşitli çalışmalarda bu boyutta farkların görülmesinin, katılımcıların çalışma koşullarının ve kurum kültürlerinin farklılıklarına bağlı olarak ortaya çıktığı düşünülebilir.

Stresin Kabulü Boyutu

Katılımcıların stresin kabulü boyutunda yer alan ifadelere verdikleri yanıtlar doğrultusunda; çalışma süresi daha fazla (40-49 saat) ve çalışma periyotları sürekli gündüz ve vardiyalı şekillerde olan çalışanların ifadelere katılımlarının daha olumsuz yönde olduğu bulgusuna ulaşılmıştır.

Stresin kabulü boyutunda yer alan ve hastalara uygulanan acil durum müdahaleleri sırasında yaşanan aşırı yorgunlukların çalışanların performanslarını

olumsuz yönde etkileyebileceğini belirten ifadeye katılımlar, haftalık çalışma sürelerine göre kıyaslandığında ise haftalık 40-49 saat arasında çalışanlar, haftalık çalışma süresi 40 saati geçmeyen çalışanlara göre daha çok bu ifadeye katıldıklarını belirtmişlerdir. Çalışma sürelerinin saat bazında daha yüksek olması bu grubun bu ifadeye katılım oranını doğrudan etkilemiştir.

Çalışanlarda stres kontrolü ile ilişkili olarak, çalışanların iş yükü arttığında performanslarının düştüğünü, acil durum müdahaleleri sırasında yaşanan yorgunlukların performans üzerinde olumsuz etkisi olduğunu ve yaşanan yorgunlukların işte daha az etkili olmaya sebep olduğunu belirten ifadelere katılımlar çalışma periyotlarına göre karşılaştırıldığında, sürekli olarak geceleri çalışan personellerin sürekli gündüz ve vardiyalı olarak çalışan personellere göre bu ifadeleri destekleme oranlarının daha düşük olduğu görülmüştür. Yani sürekli gece çalışan personellerin bu ifadeyi destekleme oranları, sürekli gündüz ve vardiyalı olarak çalışanlara göre daha düşüktür.

Çalışanların yaşadıkları yorgunlukların performanslarını direkt olarak etkilemesine olan düşüncelerinin gelişmesinin nedeni olarak, sürekli gece periyodunda çalışan katılımcıların iş yükü ile baş etme ve bunu çalışma performanslarına yansıtma konusunda daha çok direnç kazanmış olmaları düşünülebilir.

Yönetime İlişkin Algılar Boyutu

Çalışmanın yönetime ilişkin algılar boyutunda yer alan ifadelere verilen yanıtlarda; haftalık çalışma süreleri 40-49 saat arasında olan, hastanede toplam çalışma süreleri daha fazla olan (5-9 yıl ve 10-15 yıl) ve sürekli gündüz ve vardiyalı olarak çalışma düzenine sahip hekimlerin diğer gruplara göre daha olumlu yönde bir tutum sergiledikleri görülmüştür.

Çalışanların, yönetime ilişkin algılarını ölçen ve hastane yönetiminin günlük çalışmalarda kendilerine olan destek ve teşviklerini belirten ifadeye katılımları unvanlara göre kıyaslandığında; hekimler, hemşirelere ve ebelere göre daha olumlu düşünmekte ve hastanenin kendilerini bu yönde desteklediklerine daha çok inanmaktadırlar. Hekimlerin çalışma alanlarının çok daha spesifik alanlar olmasının

ve meslekleri ile ilgili daha olumlu düşüncelere (mesleği sevme, mesleki doyum, vb.) sahip olmalarının sonuçların bu yönde gelişmesine zemin oluşturduğu düşünülebilir.

Gabrani ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında, hekimlerin hasta güvenliği kültürüne yönelik algıları hemşirelere göre daha olumlu yönde bulunurken; Yılmaz ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında da yönetime ilişkin algılar boyutundaki ifadelerde hemşirelerin algıları daha olumsuz yönde bulunmuştur. Özcan'ın (2018) çalışmasında yönetime ilişkin algılar boyutundaki ifadelere katılma oranlarında hemşirelerin algılarının daha düşük olduğu tespit edilirken; Özcan ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında da bu ifadeyi destekleme oranı yine hemşirelerde (%37,7) daha düşük olmuştur.

Çalışanların yönetime ilişkin algıları boyutundaki ifadelerden, hastane yönetiminin hastaların güvenliğini kasıtlı olarak tehlikeye atmayacağını belirten ifadeye verilen yanıtlar haftalık çalışma saatlerine göre karşılaştırıldığında, araştırmaya katılan bütün çalışanların ortalamanın üzerinde cevap verdikleri ve bu görüşü destekledikleri tespit edilirken; haftalık 40-49 saat arası çalışanlar, haftalık çalışma süresi 40 saati geçmeyenlere göre bu görüşü daha çok destekler niteliktedirler. Teleş'in (2011) yapmış olduğu çalışmada da, haftalık çalışma süresi 60 saaten fazla olan çalışanların yönetime ilişkin algılar boyutundaki ifadeye katılımları daha olumsuz yönde olmuştur.

Çalışanların yönetime ilişkin algılarını yansıtan ve hastane yönetiminin çalışanları günlük çalışmaları konusunda desteklediğini belirten ifadeye verilen yanıtlar, çalışanların hastanedeki toplam çalışma sürelerine göre incelendiğinde; hastanedeki görev süreleri 10-15 yıl arasında olan çalışanların, görev süreleri 1-5 yıl olanlara göre bu konuda daha olumlu düşüncelere sahip oldukları görülmüştür. Bu şekilde bir algı ve tutumun gelişmesinde ise yine uzun süre aynı kurumda çalışmanın oluşturduğu aidiyet duygusunun ve kurumsal benimsemenin etkili olduğu söylenilebilir.

Yönetime ilişkin algılarla ilgili olan ifadelerden, hastane yönetiminin hasta güvenliğini kasıtlı olarak riske atmayacağının belirtilmesinde verilen yanıtlar çalışanların hastanede toplam çalışma süreleri göz önünde bulundurularak incelendiğinde, alınan yanıtların genel olarak ortalamanın üzerinde ve olumlu yönde

olduğu tespit edilmiş olup; çalışanların görev sürelerinin artmasıyla birlikte düşüncelerinin de daha olumlu yönde değiştiği görülmüştür.

Çalışanların yönetim ile ilgili algılarını yansıtan; hastanede görev yapmalarını ve işlerini etkileyebilecek önemli ve sıra dışı durumlar konusunda yeterli ölçüde ve uygun zamanında bilgilendirilme durumlarını belirten ifadeye katılım durumları, çalışanların hastanedeki toplam çalışma süreleri açısından kıyaslandığında; hastanedeki toplam görev süreleri 5-9 yıl arası olan çalışanların ifadeyi destekleme oranları, çalışma süreleri 1-5 yıl arasında olanlara göre daha yüksektir. Bu ifadeye verilen yanıtlar çerçevesinde, çalışanlarının yönetime ilişkin algıları ile çalışma süreleri arasında doğru orantı olduğunu söylemek yanlış olmayacaktır.

Bu boyuttaki ifadelere katılım oranlarında, hastanede çalışma süresi daha fazla olan katılımcıların daha olumlu düşüncelerinin olduğu bulgusuna ulaşılırken; Yılmaz ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında ise çalışma süresi daha az olan çalışanların düşüncelerinin daha olumlu yönde olduğu tespit edilmiştir.

Hastane yönetiminin çalışanların günlük çalışmalarını desteklenmesi ile ilgili olan, yönetime ilişkin algıları yansıtan ifadeye katılımlar çalışma periyotlarına göre karşılaştırıldığında; sürekli gece çalışan personellerin, sürekli gündüz ve vardiyalı olarak çalışan personellere göre bu ifadeyi daha az desteklediği tespit edilmiştir. Bu durumun gelişmesinde, sürekli gece periyodunda çalışan personellerin idari yapı ile çalışma saatleri açısından sürekli ve aktif olarak iletişim içerisinde olamamalarına bağlı gelişen algılar zemin oluşturabilmektedir.

Özcan'ın (2018) çalışmasında da çalışma periyotları vardiyalı olan çalışanların yönetime ilişkin algılar boyutundaki ifadelere katılımlarının diğer gruplara göre daha olumsuz yönlü olduğu görülmüştür..

Çalışma Koşulları Boyutu

Çalışma koşulları boyutunda yer alan ifadelere verilen yanıtlarda; 25 yaş ve altı grubunda yer alan ve hastanedeki toplam görev süresi en az (1-5 yıl) olan hemşirelerin ifadelere katılımlarının daha olumsuz yönde olduğu bulgusuna ulaşılmıştır.

Çalışma koşulları boyutunu yansıtan ve hastane yönetiminin sorun yaratan çalışanlarla yapıcı bir tavır ile ilgilendiğini belirten ifadeye katılım oranlarında; yaş grubu 25 yaş ve altı olan çalışanların, 45 yaş ve üzeri yaş grubunda olan çalışanlara göre daha düşük rakamlarda oldukları tespit edilmiştir. Özcan'ın (2018) (≤29) ve Gabrani ve arkadaşlarının (2015) çalışmalarında da (<35) yaş grubu daha küçük olan çalışanların hasta güvenliği kültürüne yönelik tutumlarının daha olumsuz olduğu görülmüştür.

Çalışanların, hastanede görev yapmaya başlayan yeni personellerin iyi derecede eğitim aldıklarını belirten ve çalışma koşulları boyutu ile ilgili olan ifadeyi destekleme oranları unvanlara göre karşılaştırıldığında, hekimlerin ve ebelerin, hemşirelere kıyasla daha olumlu düşüncelere sahip oldukları görülmüştür. Bu durumun oluşmasında, hekimlerin mesleki seçimlerinin daha spesifik alanlar üzerine olmasının, ebelerin sayıca hemşirelere göre az olmasının ve çalışma alanlarının daha kısıtlı olmasının etkisi olduğu söylenilebilir.

Yine bu boyut ile ilgili olan; hastanede yapılan teşhis ve tedavilerle ilgili gerekli kararlara ve bilgilere ulaşılabilirliğini belirten ve hastanede sorun oluşturan bütün çalışanlarla idarenin uygun ve yapıcı şekillerde ilgilenmesi durumunu belirten ifade de çalışanların katılımları, unvanlara göre kıyaslandığında ebelerin hemşirelere göre daha olumlu düşünceye sahip oldukları tespit edilmiştir. Bu durumun oluşmasında da, yine aynı şekilde araştırmaya katılan hemşirelerin sayıca ebelere göre daha fazla olmalarının ve daha çok ve farklı alanlarda çalışıyor olmalarının etkisinin olduğu düşünülebilir.

Chaboyer ve arkadaşlarının (2013), Gabrani ve arkadaşlarının (2015) ve Yılmaz ve arkadaşlarının (2017) yapmış oldukları çalışmalarda hemşirelerin çalışma koşulları boyutuna ait ifadelere katılma oranlarının hekimlere göre daha düşük oranlarda olduğu görülmüştür. Özcan'ın (2018) çalışmasında da bu tablo aynı olup; Özcan ve arkadaşlarının 2018 yılında yapmış oldukları çalışma sonuçlarında da aynı bulgular elde edilmiş ve hemşirelerin (%45,9 ve %34,4) bu ifadelere katılımları daha olumsuz yönde olmuştur.

Çalışma koşulları boyutu ile ilişkili olan; hastanedeki yeni personellerin iyi şekilde eğitildiğini, çalışanların teşhis ve tedavi süreçleri ne ilişkin kararlara rutin olarak ulaşılabildiğini, hastanede sorun yaratan çalışanlarla idarenin uygun şekillerde

ilgilendiğini ve asistan ve stajyerlerin uygun ve yeterli şekillerde denetlendiğini belirten ifadelere katılımlar da, çalışanların hastanedeki toplam görev sürelerine göre karşılaştırıldığında; görev süresi 1-5 yıl arası olanların bu ifadeleri destekleme oranlarının, görev süreleri 5-9 yıl arası olan çalışanlara göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Yani çalışma koşulları boyutuna ilişkin düşüncelerin ve algıların olumlu yönde gelişmesinde, aynı kurumda uzun süre görev yapmanın da etkisinin olduğu görülmüştür.

Araştırmada, bu boyutta yer alan ifadelerin bazılarında katılımlar, hastanede çalışma yılı az olanlarda daha olumsuz yönlü olarak bulunmuştur. Teleş (2011) ve Ongün'ün (2015) çalışmasında da aynı yönlü bulgulara ulaşılırken; Yılmaz'ın (2017) çalışmasında durum tam tersi şekilde sonuç vermiş olup, çalışma süresi fazla olan çalışanların katılımlarının daha olumsuz yönlü olduğu tespit edilmiştir.

5. SONUÇ ve ÖNERİLER

Araştırmanın bu bölümünde, çalışma bulguları sonucunda ulaşılan bilgiler ve öneriler yer almaktadır.

5.1. Sonuçlar

Araştırmadan elde edilen bulguların değerlendirilmesi ile aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

- Hekim, ebe ve hemşireler, kurumlarındaki HGK düzeyinin düşük-orta düzeyde olduğunu düşünmektedirler.
- Araştırmaya katılan katılımcılar, kurumlarındaki personel sayısının yetersiz olduğunu düşünmektedirler.
- HGK Ölçeğinde en yüksek ortalamaya sahip olan ilk 3 ifade: "Hastane yönetimi hastaların güvenliğini bilerek tehlikeye atmaz" (4,01±0,89), "İş yüküm aşırı arttığı zaman performansım düşer" (3,98±1.12) ve "Buradaki hekimler ve hemşireler, iyi koordine edilmiş bir ekip olarak birlikte çalışırlar" (3,90±0,97) olmuştur.
- HGK Ölçeğinde en düşük ortalamaya sahip 3 ifade şu şekildedir: "Bu serviste, hasta bakımıyla ilgili bir problem algılarsam, onu söylemekte zorlanırım" (2,39±1,29), "Bu servisteki personel sayısı, mevcut hastalara bakmak için yeterlidir" (2,81±1,29) ve "Bu serviste, hataları tartışmak zordur" (2,93±1,23).
- Yapılan çalışmada, alınan sonuçlar araştırmada yer alan ifadelerin boyutlarının ortalamalarına göre incelendiğinde ortalaması en yüksek olan boyutun, stresin yönetimi boyutu olduğu tespit edilirken; en düşük ortalamaya sahip araştırma boyutunun da çalışma koşulları boyutu olduğu tespit edilmiştir.
- Çalışmada, katılımcıların hasta güvenliği kültürüne yönelik tutumları değerlendirilirken, verilen çoğu yanıtın ortalama değerlerde olduğu ve değişkenlere göre karşılaştırmalar yapıldığında ise önemli farkların bulunmadığı tespit edilmiştir.

5.2. Öneriler

Çalışmada elde edilen bulgular göz önüne alındığında sağlık kurumları için şu şekilde öneriler geliştirilmiştir:

- Hasta güvenliğine yönelik olarak eğitim programları planlanarak, başta kurum liderleri ve yöneticileri olmak üzere kurumdaki bütün sağlık çalışanlarının, hasta güvenliği ve hasta güvenliği kültürü ile ilgili farkındalıkları arttırılmalıdır,

- Hekim, ebe ve hemşirelere meslek gruplarının orta seviyelerde olan mevcut hasta güvenliği kültürü algı ve tutumlarının geliştirilerek daha yüksek seviyelere çıkarılmasına yönelik çalışmalar yapılmalıdır,

- Sağlık kurumlarında cezalandırıcı ve suçlayıcı bir yapıya sahip olmayan, şeffaf ve güvenilir bir tıbbi hata raporlama sistemi geliştirilmelidir ve geliştirilen bu raporlama sistemi ilgili bütün sağlık çalışanları tarafından kullanılmaya teşvik edilmelidir,

- Hasta güvenliği kültürüne yönelik kültürün gelişmesinin ve değişmesinin sağlanmasında, kurumda yönetici pozisyonundaki lider ve yöneticilerin bu anlayışı benimseyerek sürece aktif olarak katılmaları sağlanmalı ve desteklemelidir,

- Kurumdaki çalışanların hasta güvenliği kültürüne yönelik algı ve tutumları belirli zaman aralıklarında ölçülerek, değerlendirilmelidir. Bu değerlendirme sonuçlarına göre yapılabilecek iyileştirici ve düzeltici uygulamalar ve faaliyetler planlanmalıdır.

- Hasta güvenliği ve hasta güvenliği kültürüne yönelik tutumların olumlu yönde gelişmesini sağlayacak her türlü çalışmanın desteklenmesi, geliştirilmesi ve bu durumun sürekliliği sağlanmalıdır.

- Kurum genelindeki bütün çalışanlar, ekip çalışması anlayışına teşvik edici yönde motive edilmeli ve özellikle idari kademe tarafından da bu tutumu destekleyici bir yaklaşım sergilenmelidir.

- Çalışanların, güvenliği ve hasta güvenliğini önceliklerine almalarına ve farkındalıklarını artırmaya yönelik çalışmalar başlatılmalıdır.

- Çalışanların, çalışma ortamlarını benimsemelerine, kurumsal aidiyet duygusunu artırmaya ve kişisel ilişkilerini güçlendirmeye yönelik faaliyetler ve çalışmalar planlanmalıdır.

- Sağlık çalışanlarının sunmuş oldukları sağlık hizmetlerinin hassas yapısına bağlı olarak yaşamış oldukları önlenebilir stres etkenlerini azalatmaya yönelik çalışmalar yapılmalı ve bir takım önlemler alınmalıdır.

- Hastane yönetiminin; sağlık çalışanlarının çalışma koşullarını iyileştirebilecek, kurumsal benimsenmişliği olumlu yönde etkileyebilecek, çalışanların motivasyonlarını artırabilecek, çalışanların gerek kendi aralarında gerekse idari yapı ile olan iletişimlerini ve kişisel ilişkilerini pozitif yönde etkileyebilecek faaliyetler planlanmalıdır.

6.KAYNAKLAR

Adıgüzel O, 2010. Hasta Güvenliği Kültürünün Sağlık Çalışanları Tarafından Algılanmasına Yönelik Bir Araştırma. Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 28, s.159-170.

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). 2014. Patient Safety Culture. Erişim: 09.08.2018. [https://psnet.ahrq.gov/primers/primer/5]

Akalın HE, 2005. Yoğun Bakım Ünitelerinde Hasta Güvenliği. Yoğun Bakım Dergisi,5(3): s.141-146.

Akalın HE, 2004a. Medikasyon Hataları. ANKEM Dergisi, 18, s.10

Akalın HE, 2004b. Hasta Güvenliği Kültürü; Nasıl Geliştirebiliriz?. Ankem Dergisi, 18(2): 12-13.

Akgün S, 2014. Hasta Güvenliği, Beklenmeyen Ciddi Tıbbi Hatalar, Sağlık Akademisyenleri Dergisi. 1(2): 75-82.

Allard J, Bleakley A, Hobbs A, Coombes L, 2011. Pre-Surgery Briefings and Safety Climate in the Operating Theatre. BMJ Qual Saf.", 20(8): 711-717.

Altındiş M, 2014. Hasta Güvenliği ve Komplikasyonlar. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, 32: 68-73.

Aydan S, Kaya S, 2018. Sağlık Sektöründe İhbarcılık: Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşire ve Sekreterler Üzerine Bir Uygulama. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 21(1): 1-29.

Bakan İ, Büyükbeşe T, Bedestenci HÇ, 2004. Örgüt Sırlarının Çözümünde Örgüt Kültürü Teorik ve Ampirik Yaklaşım. Alfa Aktüel Yayınları, İstanbul, s: 11.

Barsbay S, Parıltı N, Barsbay MÇ, 2018. Healthcare Professionals' Attitudes Regarding Patient Safety in Clinics. Journal of Current Researches on Health Sector, 8(2): 67-78.

Buljac-Samardzic M, van Wijngaarden JD, Dekker–van Doorn CM, 2015. Safety Culture in Long-Term Care: a Cross-Sectional Analysis of the Safety Attitudes Questionnaire in Nursing and Residential Homes in the Netherlands. BMJ quality &safety, 0,1-9.

Canatan H, Erdoğan A, Yılmaz S, 2015. Hastanelerde Yapılan Tıbbi Hataların Türleri Ve Nedenleri Üzerine Bir Araştırma: İstanbul İlinde Özel Bir Hastane İle İlgili Anket Çalışması ve Konuya İlişkin Çözüm Önerileri. Sağlık Akademisyenleri Dergisi, 2 (2): 82-89.

Ceyhun ÇG, 2014. Güvenlik İklimi ve İş-Aile Çatışmasının Yorgunluğa Etkileri: Türk Kılavuz Kaptanlar Üzerine Bir Araştırma. İşletme Araştırmaları Dergisi, 6(2): 95-105.

Chaboyer W, Chamberlain D, Hewson-Conroy K, Grealy B, Elderkin T, Brittin M, Thalib L, 2013. Safety Culture in Australian İntensive Care Units: Establishing a

Baseline for Quality İmprovement. American Journal of Critical Care, 22(2), 93-102.

Chaneliere M, Jacquet F, Occelli P, Touzet S, Siranyan V, Colin C, 2016. Assessment of Patient Safety Culture: What "Tools for Medical Students?. BMC Medical Education, 16(255): 2-9.

Chi C, Wu H, Huang C, Lee Y, 2017. Using Linear Regression to Identify Critical Demographic Variables Affecting Patient Safety Culture From Viewpoints of Physicians and Nurses. Hospital Practices and Research, 2(2): 47-53.

Clarke S, 2010. An İntegrative Model of Safety Climate: Linking Psychological Climate and Work Attitudes to İndividual Safety Outcomes Using Meta-Analysis. Journal of Occupational and Organizational Psychology, 83: 553-578.

Çırpı F, Merih, YD, Kocabey MY, 2009. Hasta Güvenliğine Yönelik Hemşirelik Uygulamalarının ve Hemşirelerin Bu Konudaki Görüşlerinin Belirlenmesi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2(3) : 26-34.

Dedobbeleer N, Beland F, 1991. A Safety Climate Measure for Construction Sites. Journal of Safety Research, 22: 97-103.

Devriendt E, Van den Heede K, Coussement J, Dejaeger E, Surmont K, Heylen D, Schwendiman R, Sexton B, Wellens NIH, Boonen S, Milisen K, 2012. Content Validity and Internal Consistency of the Dutch Translation of the Safety Attitudes Qustionaire an Observational Study. International Journal of Nursing Studies, 49(3): 327-337.

Dırectorate for Employment, Labour and Socıal Affaırs Employment, Labour and Socıal Affaırs Commıttee (DELSA/ELSA), 2004. Selecting Indicators for Patient Safety at the Health Systems Level in OECD Countries. https://www.oecd.org/els/health-systems/33878001.pdf (20.09.2018)

Dursun S, Bayram N, Aytaç S, 2010. Hasta Güvenliği Kültürü Üzerine Bir Uygulama. Sosyal Bilimler Dergisi, 1: 1-14.

European Opinion Research Group. Patient Safety and Quality of Healthcare. Brussels; 2010 (October 2009).

European Union, 2005. Patient Safety-Making it Happen. Luxembourg Declaration on Patient Safety. Italian Journal of Public Health, 2(34): 7-8.

Erkuş A. Öğrenen Örgütler ve Stratejik Öğrenme Modeli. Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 1999, s.94

Evans SM, Berry JG, Smith BJ, 2004. Anonymity or Transparency in Reporting of Medical Error: a Community-Based Survey in South Australia. Med J, s:577–580..

Gabrani A, Hoxha A, Simaku A, Gabrani J, 2015. Application of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) in Albanian Hospitals: A Cross-sectional Study. BMJ Journal, 5(4): 1-10.

Gallagher TH, Waterman AD, Ebers AG, 2003. Patients' and Physician's Attitudes Regarding Disclosure of Medical Errors. JAMA, s:1001–1007.

Gershon RR, Karkashian CD, Grosch JW, Murphy LR, Escamilla-Cejudo A, Flanagan PA, Bernacki E, Kasting C, Martin L, 2000. Hospital Safety Climate and Its Relationship with Safe Work Practices and Workplace Exposure Incidents. American Journal of Infection Control, 28(3): 211-221.

Göras C, Wallentin FY, Nilsson U, Ehrenberg A, 2013. Swedish Translation and Psychometric Testing of the Safety Attitudes Questionnaire (Operating Room Version). BMC Health Services Research, 13(1):104.

Gözlü K, Kaya S, 2016. Patient Safety Culture as Perceived by Nurses in a Joint Commission International Accredited Hospital in Turkey and its Comparison with Agency for Healthcare Research and Quality Data. Patient Safety & Quality Improvement Journal, 4(4): 441-449.

Institute of Medicine (IOM), 2001. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. National Academies Press. Washington DC.

Işık O, Akbolat M, Çetin M, Çimen M, 2012. Hemşirelerin Bakış Açısıyla Tıbbi Hataların Değerlendirilmesi. TAF Prev Med Bull, 11(4): 421-430.

Kaya S, Güven G,S 2005. Tıbbi Hatalar ve Hasta Güvenliği: Dâhiliye Servislerinde Bir Güvenlik Tutumları Araştırması. Sağlık ve Hastane Yönetimi 2. Ulusal Kongresi (Uluslararası Katılımlı) Bildiriler Kitabı.

Kaya S, 2009. Hasta Güvenliği Kültürü Nedir ve Nasıl Geliştirilebilir? Sağlık Hizmetlerinde Kalite, Akreditasyon ve Hasta Güvenliği Dergisi, 1(1): 32-34.

Kaya S, Barsbay S, Karabulut E, 2010. The Turkish Version of the Safety Attitudes Questionnaire: Psychometric Properties and Baseline Data. Qual Saf Health Care, 19 (6): 572-577.

Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. Errors İn Health Care: A Leading Cause of Dealth and İnjury, In: Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. To Err is Human: Building A Safer Health System, Washington, DC: Institute of Medicine National Academy Press, 2000; 26-48.

Köse S, Tetik S, Ercan C, 2001. Örgüt Kültürünü Olu Turan Faktörler. Yönetim ve Ekonomi: Celal Bayar Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 7(1): 221-242

Kristensen S, Sabroe S, Bartels P, Mainz O, Christensen KB, 2015. Adaption and Validation of the Safety Attitudes Questionnaire for the Danish Hospital Setting. Clinical Epidemiology, 7: 149-160.

Li Y, Zhao X, Zhang X, Zhang C, Ma H, Jiao M, Li X, Gao L, Hao M, Lv J, Zhao Y, Cui Y, Liu J, Haung Z, Shi W, Wu Q, Yin M, 2017. Validation Study of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) in Public Hospitals of Heilongjiang Province, China. Journal of Plus One, 12(6): e0179486.

Li Y, Zhao Y, Hao Y, Jiao M.Ma H, Teng B, Yang K, Sun T, Wu Q, Qiao H, 2018. Perceptions of Patient Safety Culture Among Healthcare Employees in Tertiary Hospitals of Heilongjiang

Province in Northern China: A Cross-Sectional Study. International Journal for Quality in Health Care, 30(8): 618-623.

Listyowardojo TA, Yan X,Leyshon S, Ray-Sannerud B, Yu XY, Zheng K, Duan T, 2017. A Safety Culture Assessment by Mixed Methods at A Public Maternity and İnfant Hospital in China. J Multidiscip Healthcare, 10: 253–262.

Makary MA, Sexton JB, Freischlag JA, Millman EA, Pryor D, Holzmueller C, Pronovost PJ, 2006. Patient safety in surgery. Annals of surgery, 243(5), 628-635.

Mearns K, Flin R, 1999. M Assessing the State of Organizational Safety Culture or Climate?. Current Psychology, 18(1): 5-17.

Neal A, Grıffın MA, 2006. A Study of the Lagged Relationships Among Safety Climate, Safety Motivation, Safety Behavior, and Accidents at the Individual. Journal of Applied Psychology, 91(4): 946-953.

Nişancı ZN, 2012. Toplumsal Kültür-Örgüt Kültürü İlişkisi Ve Yönetim Üzerine Yansımaları. Journal of Life Sciences, 1(1): 1279-1293.

Ongün P, 2015. Ameliyathane Çalışanlarının Hasta Güvenliğine İlişkin Tutumları ve Etkileyen Faktörler. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.

Ongün P, İntepeler SS, 2017. Operating Room Professionals' Attitudes Towards Patient Safety and the İnfluencing Factors. Pakistan Journal of Medicine Sciences, 33(5): 1210-1214.

Ovalı F, 2010. Hasta Güvenliği Yaklaşımları. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi, 1(1): 33-43.

Ören K, Er M, 2016. Güvenlik İkliminin Güvenlik Performansına Etkisi. HAK-İŞ Uluslar arası Emek ve Toplum Dergisi, 5(13): 48-66.

Özcan TH, Kaya S, Teleş M, 2018. 2. Uluslararası 12. Ulusal Sağlık Ve Hastane İdaresi Kongresi. Güneydoğu Anadolu Bölgesindeki Bir Özel Hastanede Çalışanlar Tarafından Hasta Güvenliği Kültürünün Değerlendirilmesi, Syf:1125.

Özcan TH, 2018. Güneydoğu Anadolu Bölgesindeki Bir Özel Hastanede Hasta Güvenliği Kültürü. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Özcan E, 1999. Örgütlerde Kültürel Sorunlar ve Örgüt Kültürünün Korunması ve Geliştirilmesi. Anadolu Üniversitesi BF Dergisi, Eskişehir 1999, s.438.

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

Patel S, Wu AW, 2016. Safety Culture in Indian Hospitals: A Cultural Adaptation of the Safety Attitudes Quastionnaire. Journal Of Patient Safety, 12(2):75-81.

Pettker CM, Thung SF, Raab CA, Donohue KP, Copel JA, Lockwood CJ, 2011. A Comprehensive Obstetrics Patient Safety Program İmproves Safety Climate and Culture. Am J Obstet Gynecol, 204: 216.

Pittet D, Donaldson L, 2006. Challenging the World: Patient Safety and Health Care-Associated Infection. International Journal for Quality in Health Care, 1-5.

Pronovost PJ, Berenholtz SM, Goeschel CA, Needham DM, Sexton JB, Thompson DA, 2006. High Reliability in Health Care Organizations. Health Serv Res., 41: 1599–1617.

Raftopoulos V, Savva N, Papadopoulou M, 2011. Safety Culture in the Maternity Units:a Census Survey Using the Safety Attitudes Questionnaire. BMC health services research, 11(1).

Saberi M, Jamshidi E, Rajabi F, Seydali E, Bairami F, 2017. Attitude of Nurses Toward the Patient Safety Culture: A Cross- Sectional Study of Hospitals in Tehran. Journal of Patient Safety & Quality Improvement, 5 (3): 554-560.

Sabuncu N, Babadağ K, Taşocak G, Atabek T, 1991. .Hemşirelik Esasları. A.Ü.A.Ö.F. Yayınları, Eskişehir, s:28.

Sexton JB, Helmreich RL, Neilands TB, Rowan K, Vella K, Boyden J, Thomas EJ, 2006. The Safety Attitudes Questionnaire: Psychometric Properties, Benchmarking Data, and Emerging Research. BMC Health Services Research, 6(1), 44.

Şimşek N, Fidan M, 2005. Kurum Kültürü ve Liderlik. Konya, Türkiye, Sebat Ofset Matbaacılık.

Şişman A, 2002. Örgütler ve Kültürler. Pegem A Yayıncılık, Ankara, 2002: 2.

T.C. Resmi Gazete, Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik, 6 Nisan 2011, sayı: 27897.

T.C.Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (2008). Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi, Ankara.

T.C.Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2014. Erişim; https://saglik.gov.tr/TR/dosya/1-101702/h/yilliktr. pdf. (11.01.2016).

T.C.Sağlık Bakanlığı, (2015). Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, Sağlıkta Akreditasyon Standartları Hastane Seti, Pozitif Matbaa, Ankara.

T.C.Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, (2016). Çok Paydaşlı Sağlık Sorumluluğunu Geliştirme Programı, Tedavi ve Rehabilite Edici Sağlık Hizmetlerinde Çok Paydaşlı Yaklaşım, Hasta Hakları ve Hasta Güvenliği, Anıl Matbaacılık, 1007, Ankara.

T.C.Sağlık Bakanlığı, (2016). Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, Sağlıkta Kalite Standartları Hastane, Pozitif Matbaa, Ankara.

Tak B, 2010. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Ana Unsuru Olarak Hasta Güvenliği Sistemlerinin Oluşturulması: Hastaneler İçin Bir Yol Haritası Önerisi. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi, 1: 72-113.

Teleş M, 2011. Sağlık Personelinin Hasta Güvenliği Kültürü Algıları ile Hastaların Sağlık Hizmeti Kalitesi Algıları Arasındaki İlişkinin Analizi. Yüksek Lisans Tezi, HacettepeÜniversitesi, Ankara.

Top M, Tekingündüz S, 2015. Patient Safety Culture in a Turkısh Public Hospital: A Study of Nurses' Perceptions About Patient Safety. Systemic Practice and Action Research, 28(2): 87-110.

Türen U, Gökmen U, Tokmak İ, Bekmezci M, 2014. Güvenlik İklimi Ölçeği'nin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi İdari Bilimler Dergisi, 19(4): 171-190.

Türkmen E, Baykal Ü, Seren Ş, Altuntaş S, 2011. Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği' nin Geliştirilmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 14(4): 38-46.

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

Tüzüner VL, Özaslan BÖ, 2011. Hastanelerde İş Sağlığı ve Güvenliği Uygulamalarının Değerlendirilmesine Yönelik Bir Araştırma", İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi, 40(2): 138-154.

Valentine MA, Nembhard IM, 2015. Measuring Teamwork in Health Care Settings: A Review of Survey Instruments. Official Journal of the Medical Care Section. American Public Health Association, 53(4): 16-30.

Vogelsmeier A, Scott-Cawiezell J, 2007. A Just Culture: The Role of Nursing Leadership. Journal of Nursing Care Quality, 22(3):210-212.

Vogus TJ, Sutcliffe KM, 2007. The Safety Organizing Scale: Development And Validation of a Behavioral Measure of Safety Culture in Hospital Nursing Units. Med Care, 45: 46-54.

Vural F, Çiftçi S, Fil Ş, Vural B, 2014. Sağlık Çalışanlarının Hasta Güvenliği İklimi Algıları ve Tıbbi Hataların Raporlanması. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 5(2): 152-157.

World Health Organization, World Alliance for Patient Safety Forward Programme 2008-2009.

World Health Organization, 2010. Patient safety. http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Health-systems/patient-safety (Erisim tarihi: 13.10.2018).

Yıldırım Ö, 2005. Akreditasyon Ve Hasta Güvenliği. SB Diyalog Dergisi, 2 (15): 34-38.

Yılmaz A, Işık O, Akca N, 2017. Hastane Çalışanlarının Hasta Güvenliği Tutumu Algı Düzeylerinin Belirlenmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 20(1): 69-80.

Zhang DA, Wıegmann H, Von Thaden Tl, Sharma G, Gıbbons AM, 2004. Safety Culture: an Integrative Review. International Journal of Aviation Psychology, 14(2): 117-134.

Zimmermann N, Küng K, Sereika SM, Engberg S, Sexton B, Schwendimann R, 2013. Assessing the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ), German Language Version in Swiss University Hospitals-A Validation Study. BMC Health Services Research, 13(1), 347.

Zwart D, Langelaan M, van de Vooren R, Kuyvenhoven M, Kalkman C, Verheij T, Wagner C, 2011. Patient Safety Culture Measurement in General Practice. Clinimetric Properties of "SCOPE" BMC Fam Pract, 12: 117.

7. EKLER

Ek-1: Anket Formu

Değerli katılımcı,

Aşağıda yer alan anket formundan elde edilen verilerden, Dr. Öğretim Üyesi Emel FİLİZ danışmanlığında gerçekleştirilecek olan yüksek lisans proje çalışmasında yararlanılacaktır. Anket soruları genel olarak değerlendirileceği için **isminiz istenmemektedir**. Anketin amacı; hekim, hemşire ve ebe meslek gruplarının hasta güvenliği kültürüne yönelik tutumlarını ölçmektir. Bu nedenle sorulara içtenlikle cevap veriniz. Araştırmaya katkıda bulunduğunuz için teşekkür ederiz.

Betül SEÇER

Selçuk Üniversitesi Sağlık Yönetimi
Yüksek Lisans Öğrencisi

ANKET FORMU

1. Lütfen hastanedeki pozisyonunuzu belirtiniz

( ) Klinik Şefi / Klinik Şefi yardımcısı	( ) Başhemşire / Başhemşire Yardımcısı
( ) Uzman Hekim	( ) Sorumlu Hemşire
( ) Asistan Hekim	( ) Hemşire
( ) Pratisyen Hekim	( ) Ebe

2. Cinsiyetiniz: ( ) Erkek ( ) Kadın

3. Yaşınız: ……

4. Çalıştığınız servisin adını yazınız:……..

5. Bu servisteki çalışma süreniz: …….. yıl, ……ay

6. Bu hastanedeki çalışma süreniz: …….. yıl, ……ay

7. Haftada kaç saat çalışıyorsunuz? ( ) 40 saati geçmiyor ( ) 40-49 saat ( ) 50 saatten fazla

8. Genellikle çalıştığınız saatler:

( ) Sürekli gece ( ) Sürekli gündüz ( ) Vardiyalı ( ) Diğer (Belirtiniz) ……

.

9. Lütfen kendi servisiniz ile ilgili olarak aşağıdaki maddeleri cevaplayınız.

Cevabınızı aşağıda verilen ölçeği kullanarak işaretleyiniz.

Hiç katılmıyorum	**Kısmen katılmıyorum**	**Ne katılıyorum ne de katılmıyorum**	**Kısmen katılıyorum**	**Tamamen katılıyorum**
①	②	③	④	⑤

		Hiç katılmıyorum	Kısmen katılmıyorum	Ne katılıyor ne de katılmıyorum	Kısmen katılıyorum	Tamamen katılıyorum
1.	Bu serviste hemşirelerin hasta bakımı hakkında verdiği bilgiler oldukça dikkate alınır.	①	②	③	④	⑤
2.	Bu serviste, hasta bakımıyla ilgili bir problem algılarsam, onu söylemekte zorlanırım.	①	②	③	④	⑤
3.	Bu servisteki fikir ayrılıkları uygun şekilde çözülür (yani, kimin haklı olduğuna göre değil, hasta için neyin en iyi olduğuna göre).	①	②	③	④	⑤

4.	Diğer personelden hastaların bakımı için ihtiyaç duyduğum desteği görürüm.	①	②	③	④	⑤
5.	Bu servisteki personel için, anlamadıkları bir şey olduğunda soru sormak kolaydır.	①	②	③	④	⑤
6.	Buradaki hekimler ve hemşireler, iyi koordine edilmiş bir ekip olarak birlikte çalışırlar.	①	②	③	④	⑤
7.	Burada hasta olarak tedavi edilseydim, kendimi güvende hissederdim.	①	②	③	④	⑤
8.	Bu serviste tıbbi hatalar ***** uygun şekilde ele alınır.	①	②	③	④	⑤
9.	Performansım hakkında uygun bilgi ve yorum alırım.	①	②	③	④	⑤
10.	Bu serviste, hataları tartışmak zordur.	①	②	③	④	⑤
11.	Hastaların güvenliğiyle ilgili olarak duyabileceğim herhangi bir endişeyi söylemek için meslektaşlarım tarafından cesaretlendirilirim.	①	②	③	④	⑤
12.	Bu servisin kültürü, başkalarının hatalarından öğrenmeyi kolaylaştırır.	①	②	③	④	⑤
13.	Bu servisteki hasta güvenliğiyle ilgili sorunları bildirebileceğim uygun kanalları biliyorum.	①	②	③	④	⑤
14.	İşimi severim.	①	②	③	④	⑤
15.	Bu hastanede çalışmak büyük bir ailenin bir parçası olmak gibidir.	①	②	③	④	⑤
16.	Bu hastane çalışmak için iyi bir yerdir.	①	②	③	④	⑤
17.	Bu hastanede çalışmaktan gurur duyuyorum.	①	②	③	④	⑤
18.	Bu serviste / birimde moral yüksektir.	①	②	③	④	⑤
19.	Acil durumlar (örneğin, acil resüsitasyonlar/ canlandırmalar, kanamalar) sırasında aşırı yorgunluk performansımı bozar.	①	②	③	④	⑤
20.	İş yüküm aşırı arttığı zaman performansım düşer.	①	②	③	④	⑤
21.	Çok yorgun olduğumda, işte daha az etkili olurum.	①	②	③	④	⑤
22.	Gergin ya da düşmanca durumlarda hata yapma ihtimalim daha fazladır.	①	②	③	④	⑤
23.	Hastane yönetimi, günlük çalışmalarımı destekler.	①	②	③	④	⑤
24.	Hastane yönetimi hastaların güvenliğini bilerek tehlikeye atmaz.	①	②	③	④	⑤
25.	Bu servisteki personel sayısı, mevcut hastalara bakmak için yeterlidir.	①	②	③	④	⑤
26.	Hastanede olan ve işimi etkileyebilecek önemli ya da olağandışı olaylar (yeni politikalar, yeni çalışma programları, toplantılar, vb.) hakkında yeterince ve zamanında bilgilendirilirim.	①	②	③	④	⑤
27.	Bu hastanede yeni personel iyi eğitilir.	①	②	③	④	⑤
28.	Teşhis ve tedaviyle ilgili kararlar için gerekli bütün bilgilere rutin olarak ulaşabilirim.	①	②	③	④	⑤
29.	Bu hastane, problem yaratan hekimler ve diğer çalışanlarla yapıcı şekilde ilgilenir.	①	②	③	④	⑤
30.	Benim mesleğimdeki asistanlar / stajyerler yeterince denetlenir.	①	②	③	④	⑤

Ek-3:Nevşehir Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü İzni

T.C.
NEVŞEHİR VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı :55831188-604.02
Konu :Bilimsel Araştırma İzni (Betül SEÇER)

NEVŞEHİR VALİLİĞİ

Nevşehir İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı Nevşehir Devlet Hastanesinde, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü Yüksek Lisans Öğrencisi Betül SEÇER'in "Sağlık Çalışanlarının Hasta Güvenliği Kültürüne Yönelik Tutumlarının Değerlendirilmesi" konulu araştırma talebi Bilimsel Araştırma Komisyonumuzca incelenmiş olup, araştırma yapılması uygun görülmüştür.

Olurlarınıza arz ederim.

e-imzalıdır.
Dr.Rahim ÜNLÜBAY
İl Sağlık Müdürü

Uygun görüşle arz ederim.
.../.../2019
e-imzalıdır.
Aydın ABAK
Vali Yardımcısı

O L U R
.../.../2019
e-imzalıdır.
İlhami AKTAŞ
Vali

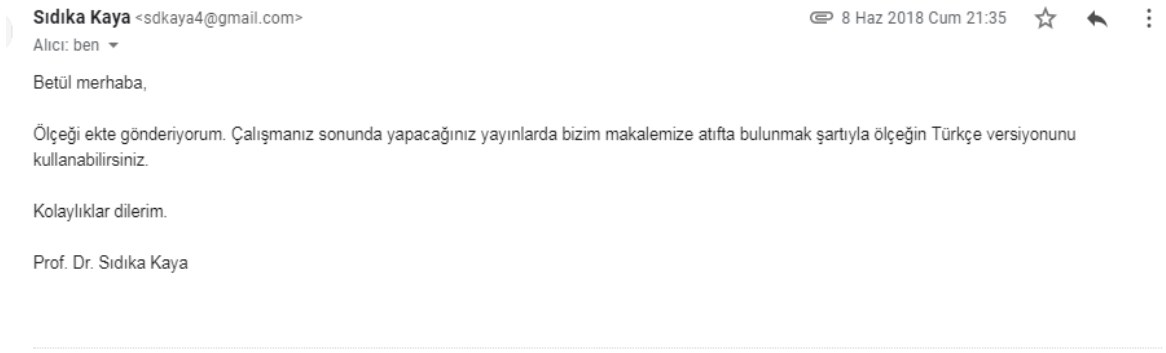
EKLER:
Bilimsel araştırma protololü

NEVŞEHİR HASTANE HİZMETLERİ BİRİMİ
Telefon: Faks No:
e-Posta: kamil.koc1@saglik.gov.tr İnternet Adresi:

Bilgi için: Kamil KOÇ
TIBBİ SEKRETER
Telefon No: 03842153311-210

Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden 5d0fb81c-3b53-4a8e-96c5-c53bc09326b8 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek-4: Güvenlik Tutumları Ölçeği'nin kullanılması için Prof. Dr. Sıdıka KAYA'dan Alınan İzin



Sıdıka Kaya <sdkaya4@gmail.com> 8 Haz 2018 Cum 21:35

Alıcı: ben

Betül merhaba,

Ölçeği ekte gönderiyorum. Çalışmanız sonunda yapacağınız yayınlarda bizim makalemize atıfta bulunmak şartıyla ölçeğin Türkçe versiyonunu kullanabilirsiniz.

Kolaylıklar dilerim.

Prof. Dr. Sıdıka Kaya

8.ÖZGEÇMİŞ

1989 yılında Kayseri' de doğdu. İlköğretimini Kayseri Talas Öğretmen Derviş Güneş İlköğretim Okulu'nda, ortaokulu Osman Düşüngel İlköğretim Okulu'nda ve liseyi Talas Lisesi'nde tamamladı. 2007 yılında Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü'ne girdi ve 2012 yılında mezun oldu. 2013 yılında Konya Halk Sağlığı Müdürlüğü'nde ebe olarak göreve başladı, Neonatal Tarama Programı ve ARGE- Proje ve Kalite Birimi'nde görev yapmıştır. 2019 yılı itibari ile Nevşehir İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı Bünyesinde Kanser Birimi'nde görev yapmaktadır. Evli ve 1 kızı bulunmaktadır.